Atención Primaria, Pediatría, Ginecología

VIII LECCIONES EN SALUD COMUNITARIA

ciencia sanitaria

SOCIFOSA
sociedad científica española de formación sanitaria



VIII Lecciones en Salud Comunitaria



ciencia
sanitaria



SOCIFOSA
sociedad científica
española de
formación sanitaria

VIII Lecciones en Salud Comunitaria

Fecha de publicación: 20 de febrero de 2020

1ª Edición

© Ciencia Sanitaria, 2020
© De los textos: Sus autores.

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

Todos los autores han asegurado a Ciencia Sanitaria cumplir con la Ley de Propiedad Intelectual y Derechos de Autor. El contenido de esta publicación se presenta como un servicio a las profesiones sanitarias, reflejando las opiniones, investigaciones, textos, ilustraciones e iconografía propios de los autores y facilitados por ellos mismos bajo su exclusiva responsabilidad; no asumiendo Ciencia Sanitaria ni SOCIFOSA ninguna responsabilidad derivada de la inclusión de las mismas en dicha obra. El libro no sienta bases terapéuticas ni algoritmos diagnósticos que se deban de seguir en la practica clínica sin cotejar con el resto de la bibliografía científica existente.

ISBN: 978-84-18126-14-7
Al ser un libro electrónico digital, no requiere depósito legal.

Producción editorial e impresión: MAJFM S.L

Índice

1 **TESTÍCULO RETRÁCTIL. LA IMPORTANCIA DE LA EXPLORACIÓN FÍSICA: A PROPÓSITO DE UN CASO.**
ELENA BAZTARRICA ECHARTE, MARIA JOSE LUMBIER MARTÍNEZ DE MORENTIN, IRENE LOSADA ÁLVAREZ, MARIA BARBER ANSÓN Y LAURA CALVO BARRENA 3

2 **DOS CASOS DE ERITEMA AB IGNE**
IRENE MADERUELO RIESCO, CARLOS TARRAZO TARRAZO Y DESIRÉE PÉREZ MARTÍNEZ 7

3 **HIPERURICEMIA Y GOTA**
ELSA GONZÁLEZ REDONDO, NURIA FERNÁNDEZ GUTIÉRREZ, LAURA LLORIAN GONZALEZ, ALBERTO GONZALEZ VAZQUEZ Y NOELIA GARCÍA GONZÁLEZ 9

4 **ENDOCARDITIS BACTERIANA ASOCIADA A PROBLEMAS ORALES Y / O DENTALES.**
HENAR FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ 15

5 **MANEJO DEL DOLOR LUMBAR EN ATENCIÓN PRIMARIA.**
LAURA LLORIAN GONZALEZ, ALBERTO GONZALEZ VAZQUEZ, NOELIA GARCÍA GONZÁLEZ, ELSA GONZÁLEZ REDONDO Y NURIA FERNÁNDEZ GUTIÉRREZ 17

6 **GUÍA DE USO CORRECTO DE DISPOSITIVOS PARA INHALACIÓN.**
ALEJANDRO ARCE RODRIGUEZ, JULIETA ALONSO SOTO, ZAIDA GARCÍA BURON, ROSA MARIA GALLARDO EXPOSITO Y RICARDO ELORRIAGA CLARACO 25

7 **MANEJO DEL OJO ROJO EN ATENCIÓN PRIMARIA**
ALBERTO GONZALEZ VAZQUEZ, NOELIA GARCÍA GONZÁLEZ, ELSA GONZÁLEZ REDONDO, NURIA FERNÁNDEZ GUTIÉRREZ Y LAURA LLORIAN GONZALEZ 31

8 **TERATOMA QUÍSTICO MADURO EN PACIENTE JOVEN: CLAVES PARA EL DIAGNÓSTICO POR IMÁGEN.**
ANA MILENA MUÑOZ 37

9 **BLOQUEO SUBDURAL TRAS ANALGESIA EPIDURAL EN PACIENTES OBSTÉTRICAS.**
NEREA GARCÍA GONZÁLEZ, NOELIA GARCÍA GONZÁLEZ, JOSE ANTONIO GONZALEZ MOLEJON, COVADONGA GUTIÉRREZ GONZÁLEZ Y BELÉN TOBERA NOVAL 43

10 **SÍNDROME DE HORNER TRAS ANALGESIA EPIDURAL EN PACIENTES OBSTÉTRICAS.**
NEREA GARCÍA GONZÁLEZ, NOELIA GARCÍA GONZÁLEZ, JOSE ANTONIO GONZALEZ MOLEJON, BELÉN TOBERA NOVAL Y COVADONGA GUTIÉRREZ GONZÁLEZ 47

11 **LA ENFERMEDAD CELÍACA.**
CONCEPCIÓN RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, MARTA MENÉNDEZ FERNÁNDEZ Y ALICIA MARTÍNEZ FERNANDEZ 51

12 **PRINCIPALES MÉTODOS DIAGNÓSTICOS EN "ENFERMEDAD CELIACA"**
CESAR OLIVER SOTELO GARCIA 59

13 **CORONAVIRUS.**
ISABEL MARÍA MOLINA LÓPEZ 67

14 **ENFERMEDADES GENÉTICAS MITOCONDRIALES.**
MIGUEL FERNANDO GARCIA GIL 73

15 **PRINCIPALES FUNDAMENTOS FARMACOLÓGICOS PARA EL TRATAMIENTO DE ENFERMEDAD DE CROHN.**
CESAR OLIVER SOTELO GARCIA 79

16 CRIBADO DE CÁNCER DE MAMA.
ANA HUERTA PONTON, JOANNA CARDÍN GARCÍA, SOLEDAD MARÍA CUEVAS GÓMEZ Y MONICA RIESGO FERNANDEZ 87

17 POLIRRADICULONEUROPATIA DESMIELINIZANTE INFLAMATORIA CRÓNICA A PROPÓSITO DE UN CASO.
LAURA PULIDO FONTES, MARTA LUCÍA PULIDO FONTES, MARTA RINCÓN FRANCÉS Y MARTA GOMEZ ALONSO 93

18 DIARREA AGUDA EN LACTANTE POR COINFECCIÓN. A PROPÓSITO DE UN CASO
LETICIA ALCANTARA CANABAL 99

19 UNA CAUSA POCO COMÚN DE SENSACIÓN PUNZANTE EN LA PLANTA DEL PIE
SILVIA ÁLVAREZ ÁLVAREZ Y JAVIER GARCÍA URRUZOLA 103

20 HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR
LUIS MARÍA BRAVO GONZÁLEZ-BLAS Y SARA BUSTO SUAREZ 107

21 ONFALITIS DE REPETICIÓN EN UN LACTANTE DE CAUSA EMBRIOLÓGICA
SILVIA ÁLVAREZ ÁLVAREZ 111

22 PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA ESTANDARIZADO EN PACIENTE CON BROTE AGUDO DE ESQUIZOFRENIA
SARA RUIZ FERNANDEZ 113

23 ALERGIAS EN LOS LACTANTES. CAUSAS Y PREVENCIÓN. UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.
AYLEN HERNÁNDEZ GARCÍA 129

24 HELICOBACTER PYLORI. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO.
ANA FERRER BLANCO 155

25 AUTOMEDICACIÓN EN ALUMNOS DE PRÁCTICAS TUTELADAS DE FARMACIA
MARÍA PÉREZ RODRÍGUEZ Y ADRIANA SUÁREZ MESA 161

26 CUIDADOS A LA MUJER Y RECIEN NACIDO EN ATENCIÓN PRIMARIA
ANDREA SOLAR SUAREZ Y DANIEL FERNANDEZ DOMINGUEZ 175

27 CALIDAD DE VIDA DE LOS NIÑOS CON LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA
CINTIA LORENTE GARCÍA 185

28 PROCESO DE ADAPTACIÓN CONSTRUIDO POR LOS FAMILIARES DEL ENFERMO DE ESQUIZOFRENIA
CINTIA LORENTE GARCÍA 191

29 PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN EL ANCIANO
ELENA VIÑA MUÑIZ, MARIA GRACIELA ARTIME GUTIÉRREZ, SARA PORRES FERNÁNDEZ Y LOURDES CABELLO GUTIÉRREZ 197

30 COMPONENTES PATOLÓGICOS, TÉCNICAS DIAGNÓSTICAS Y LESIONES MAYORES DEL PIE DIABÉTICO
MANUEL CUENCA SAURA Y CORAL FUEGO CARTÓN 201

31 PREVENCIÓN DE LA INSUFICIENCIA VENOSA CRÓNICA Y DE SUS FORMAS CLÍNICAS
CORAL FUEGO CARTÓN Y MANUEL CUENCA SAURA 207

32 GLUCOGENOSIS TIPO II
MARTA VALDÉS GARCÍA 215

33 CASO CLÍNICO: GESTANTE 16 AÑOS.
MARÍA FERNÁNDEZ SUÁREZ 219

34 CICATRIZACIÓN DE LAS HERIDAS, MÉTODOS MÁS UTILIZADOS.
ELENA ÁLVAREZ RODRÍGUEZ, MARÍA ISABEL FERNÁNDEZ MARTÍNEZ, LORETO GIL DIEZ Y PAULA GUTIERREZ RODRIGUEZ 225

35 HIGIENE Y CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO
SHEILA ALVAREZ GONZALEZ 229

36 CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO PREMATURO
ANA MILLAN GARCIA 233

37 MANEJO DEL DOLOR ONCOLÓGICO
BEATRIZ PEREZ ISTILLARTY, ELISA ISABEL MENÉNDEZ RODRÍGUEZ Y CRISTINA DEVA CERVERO HEVIA 235

38 EL PACIENTE CON ENFERMEDAD DE RAYNAUD
BEATRIZ ALBA GONZÁLEZ, VIONAISY DEL CARMEN ALONSO DEL RIVERO HERNÁNDEZ, MARÍA NOELIA FERNÁNDEZ DÍAZ, VANESSA LÓPEZ TELLO Y MARÍA SOLEDAD LÓPEZ FERNÁNDEZ 245

39 SÍNDROME METABÓLICO: PREVALENCIA Y VALIDACIÓN DE NUEVAS FÓRMULAS DE RIESGO CARDIOVASCULAR BASADAS EN SUS CRITERIOS DIAGNÓSTICOS
CRISTINA LEMA GONZÁLEZ, AZUCENA MONJARDÍN PASARÍN, LAURA LAVANDEIRA CORCHO, LAURA CAMPOS RIOPEDRE Y PATRICIA CAMPO GONZALEZ 257

40 ENFERMERÍA EN EL DENGUE
FRANCISCO LÓPEZ CAMACHO 277

41 ACTUACIÓN ENFERMERA ANTE DETECCIÓN DE UN DETERIORO COGNITIVO
ANA BELLA VAQUERO ABOLI, CAROLINA RUBIO GONZÁLEZ Y MARCOS GONZÁLEZ LÓPEZ 285

42 CONOCIMIENTOS Y PENSAMIENTOS DISTORSIONADOS SOBRE VIOLENCIA DE GÉNERO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE ASTURIAS
LAURA FEITO PRIETO 291

43 LISTERIA Y EMBARAZO.
PAULA SARCIADA BENITEZ 315

44 LA DESHABITUACIÓN TABÁQUICA: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.
CRISTINA GARCÍA SUÁREZ 321

45 EFECTOS DEL CONSUMO DE BEBIDAS ENERGÉTICAS. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.
IRENE LÓPEZ GONZÁLEZ Y JULIA IBÁÑEZ LÓPEZ 345

46 ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y PREVENCIÓN.
JULIA IBÁÑEZ LÓPEZ Y IRENE LÓPEZ GONZÁLEZ 351

47 INCONTINENCIA URINARIA: ETIOLOGÍA Y TIPOS
FABIOLA MENÉNDEZ SERVIDE 355

48 PROCESO DE IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE REGISTRO DE ENFERMERÍA INFORMATIZADO EN ATENCIÓN PRIMARIA DE ADULTOS EN EL MUNICIPIO DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.
LORENA NÚÑEZ FERNÁNDEZ 359

49 RESUMEN DE LAS REVISIONES SOBRE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS.
EVA SANCHEZ FERNANDEZ, BEATRIZ ALBA GONZÁLEZ, VIONAISY DEL CARMEN ALONSO DEL RIVERO HERNÁNDEZ, MARÍA NOELIA FERNÁNDEZ DÍAZ Y VANESSA LÓPEZ TELLO 369

50 VACUNAS Y EMBARAZO
BEATRIZ CARREÑO GONZALEZ Y PAULA SARCIADA BENITEZ 379

51 EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES POLIMEDICADOS.
JUDIT CACHERO RODRIGUEZ Y AINARA MARTINEZ ROMERO 389

52 VENTAJAS DE LA LACTANCIA MATERNA EN PRIMÍPARAS.
JUDIT CACHERO RODRIGUEZ Y AINARA MARTINEZ ROMERO 393

53 CATÉTER PICC.
PATRICIA AMIGO MENÉNDEZ 399

54 CONOCIMIENTOS BÁSICOS DE LA PIEL Y LAS ÚLCERAS.
LORENA NÚÑEZ FERNÁNDEZ 403

55 CASO CLÍNICO: INTEGRACIÓN PACIENTE CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL Y TMG EN COMUNIDAD
MARIA REMEI JIMENEZ JIMENEZ Y JORDI CONTRERAS PRADES 409

56 DIÁLISIS PERITONEAL: TIPOS, INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES
FABIOLA MENÉNDEZ SERVIDE 419

57 MANEJO DE LA DISFAGIA. UN PROBLEMA AL QUE NO SE DÁ SUFICIENTE IMPORTANCIA.
ANA MARÍA ALVAREZ FUEYO Y YOLANDA GONZALEZ FERNANDEZ 423

58 PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN
ANA MARÍA ALVAREZ FUEYO Y YOLANDA GONZALEZ FERNANDEZ 431

59 FACTORES DE RIESGO PARA SUFRIR CAIDAS EN EL ANCIANO.
YOLANDA GONZALEZ FERNANDEZ Y ANA MARÍA ALVAREZ FUEYO 439

60 EL PACIENTE TERMINAL Y FAMILIA EN LA FASE DE DUELO
MARIA DEL CARMEN MARTINEZ SANCHEZ 443

61 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC).
CRISTINA PELAYO RUEDA Y ROBERTO DORREGO GONZALEZ 445

62 HIPNOSIS CLÍNICA: BUSCANDO NUEVAS HERRAMIENTAS PARA EL CONTROL DEL DOLOR EN PACIENTES CON NECESIDADES PALIATIVAS.
MARÍA JOSÉ DÍAZ COUSO, JONATHAN ELENA VARELA Y MARÍA ARANZAZU SECADES GARCÍA 459

63 EMBARAZO Y ADOLESCENCIA.
AZUCENA MONJARDÍN PASARÍN, LAURA LAVANDEIRA CORCHO, LAURA CAMPOS RIOPEDRE, PATRICIA CAMPO GONZALEZ Y CRISTINA LEMA GONZÁLEZ 469

64 LINFEDEMA SECUNDARIO A CÁNCER DE MAMA
MARÍA NOELIA FERNÁNDEZ DÍAZ, VANESSA LÓPEZ TELLO, MARÍA SOLEDAD LÓPEZ FERNÁNDEZ, EVA SANCHEZ FERNANDEZ Y BEATRIZ ALBA GONZÁLEZ 483

65 PREVENCIÓN DE RIESGOS ASOCIADOS A FÁRMACOS ANTICOLINÉRGICOS POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA.
CAROLINA CALVO ÁLVAREZ 503

66 MALTRATO INFANTIL Y PSICOPATOLOGÍA.
IRENE DIAZ SOLDADO 513

67 PULSIOXIMETRIA: ¿QUÉ ES Y QUÉ FACTORES INFLUYEN EN SU LECTURA?
IRENE LOPEZ DE LA RIVA 519

68 LA ENFERMERÍA: UNA PROFESIÓN A CONOCER
IRENE LOPEZ DE LA RIVA 527

69 INCORPORACIÓN DE LA ENFERMERA ESCOLAR EN CENTROS DE EDUCACIÓN PRIMARIA.
SARA CONTRERAS RAMOS, BORJA RUIZ TAMAYO Y ANDREA NATAL FUERTES 535

70 RIESGOS Y BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA PROLONGADA
MIRIAN RUBÍN GONZÁLEZ 539

71 EL SÍNDROME DEL HOMBRE LOBO Y LA TOMA DE MEDICAMENTOS
MIRIAN RUBÍN GONZÁLEZ 545

72 DIFERENCIA ENTRE ÚLCERAS ARTERIALES Y VENOSAS
NURIA OSCARIZ PIEDRAFITA, MARÍA CARRILLO DE ALBORNOZ LEZAUN, MAITE RODRÍGUEZ ANTÚNEZ Y NEREA OTEO GARCIA 549

73 REPRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA
IRENE LOPEZ DE LA RIVA 553

74 PROTOCOLO DE ATENCION ANTE SOSPECHA DE PAROTIDITIS
ALICIA RODRÍGUEZ BAZO, GIOVANA ROMERO, TANIA CAMPAL CORDON Y PATRICIA AMIGO MENÉNDEZ 563

75 EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD INFANTIL EN EL COLEGIO. NECESIDAD DE INTERVENCIÓN ENFERMERA.
DAVID QUIRÓS NIETO Y ELENA NIETO VIYELLA 567

76 INTERVENCIÓN SANITARIA SOBRE EL HÁBITO TABÁQUICO
DAVID QUIRÓS NIETO Y ELENA NIETO VIYELLA 581

77 BREVES RECOMENDACIONES ALIMENTICIAS PARA PACIENTES TRATADOS CON ACENOCUMAROL(SINTROM)
MARIA MERCEDES GARCÍA PEREZ 589

78 PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN LOS TRASTORNOS DE SÍNTOMAS SOMÁTICOS
MARIA DEL PILAR FERNÁNDEZ FIGUEIRAS 595

79 ACTUACIÓN EN CASO DE HIPOGLUCEMIA.
TANIA CAMPAL CORDON, PATRICIA AMIGO MENÉNDEZ, ALICIA RODRÍGUEZ BAZO Y GIOVANA ROMERO 597

80 MALTRATO AL ANCIANO
CLAUDIA LEIRÓS DÍAZ, BIANCA GONZÁLEZ PINTADO, LAURA LEIROS GARCIA, DAMIÁN PASCUAL ÁLVAREZ Y JESSICA NUÑEZ BERMUDEZ 601

81 QUEMADURAS 1º Y 2º GRADO TRAS EXPLOSIÓN DE GAS
LAURA SÁNCHEZ LASTRA, ELENA ÁLVAREZ RODRÍGUEZ, REMEDIOS LASO AREA, LORETO GIL DIEZ Y MARÍA ISABEL FERNÁNDEZ MARTÍNEZ 611

82 ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN SITUACIONES DE PARADA CARDIORESPIRATORIA.
IRENE LOPEZ DE LA RIVA 613

83 ENURESIS NOCTURNA: TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO.
JESSICA GARCÍA FONSECA 627

84 VALORACIÓN DE ENFERMERÍA Y ABORDAJE TERAPÉUTICO EN EL DOLOR NEUROPÁTICO CRÓNICO
VERONICA FERNANDEZ ABREU 629

85 EL ESTRÉS EN EL PERSONAL SANITARIO
MARIO FERNÁNDEZ SARIEGO, CARMEN FERNÁNDEZ ÁLVAREZ, INMACULADA VILLAVERDE MIRANDA, MARÍA JOSÉ ARBAS FERNÁNDEZ Y SUSANA PINTO GARCÍA **655**

86 EL ACOSO LABORAL EN EL ÁMBITO SANITARIO: PRINCIPALES CAUSAS.
MARIO FERNÁNDEZ SARIEGO, CARMEN FERNÁNDEZ ÁLVAREZ, INMACULADA VILLAVERDE MIRANDA, MARÍA JOSÉ ARBAS FERNÁNDEZ Y SUSANA PINTO GARCÍA **659**

87 ACOSO LABORAL EN EL SECTOR SANITARIO: CONSECUENCIAS.
MARIO FERNÁNDEZ SARIEGO, CARMEN FERNÁNDEZ ÁLVAREZ, INMACULADA VILLAVERDE MIRANDA, MARÍA JOSÉ ARBAS FERNÁNDEZ Y SUSANA PINTO GARCÍA **661**

88 RELACIÓN ENTRE ACOSO LABORAL Y DEPRESIÓN EN EL ÁMBITO SANITARIO.
CARMEN FERNÁNDEZ ÁLVAREZ, INMACULADA VILLAVERDE MIRANDA, MARÍA JOSÉ ARBAS FERNÁNDEZ, SUSANA PINTO GARCÍA Y MARIO FERNÁNDEZ SARIEGO **665**

89 ACOSO LABORAL EN EL PERSONAL SANITARIO: CONDUCTAS MÁS HABITUALES.
CARMEN FERNÁNDEZ ÁLVAREZ, INMACULADA VILLAVERDE MIRANDA, MARÍA JOSÉ ARBAS FERNÁNDEZ, SUSANA PINTO GARCÍA Y MARIO FERNÁNDEZ SARIEGO **669**

90 RIESGOS PSICOSOCIALES EN EL PERSONAL SANITARIO.
CARMEN FERNÁNDEZ ÁLVAREZ, INMACULADA VILLAVERDE MIRANDA, MARÍA JOSÉ ARBAS FERNÁNDEZ, SUSANA PINTO GARCÍA Y MARIO FERNÁNDEZ SARIEGO **673**

91 REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: ALERGIA ALIMENTARIA EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO
PAULA FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, SUSANA FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ Y MONICA PÉREZ GARCÍA **677**

92 ÚLCERAS POR PRESIÓN. NOCIONES BÁSICAS
CAROLINA DA SILVA MARTINEZ, ÁGUEDA GONZÁLEZ DÍAZ, NOELIA DÍAZ DÍAZ, COVADONGA ÁLVAREZ SEVILLANO Y VANESA SÁNCHEZ GUTIÉRREZ 695

93 RECOMENDACIONES ANTE TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO LEVE
MARIA DEL PILAR FERNÁNDEZ FIGUEIRAS 707

94 BENEFICIOS DE LA ACTIVIDAD FÍSICA EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2
SONIA MARTÍNEZ AMAGO, LUCÍA MARIA MON PEYRACHE Y AIDA RODRÍGUEZ RUBIO 709

95 SEXUALIDAD Y ADOLESCENCIA: UNA VISIÓN ACTUAL SOBRE EL TEMA.
LUCIA PIQUERO CASADO, ROCÍO GONZÁLEZ CASTRO, MARÍA BELÉN LUENGO FERNÁNDEZ Y ZULIMA ENCARNACIÓN LUENGO FERNÁNDEZ 713

96 IMPORTANCIA DEL SCREENING DEL CÁNCER DE COLON
CRISTINA LOPEZ FERNANDEZ 721

97 TRANSMISIÓN VERTICAL DEL VIH. PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO.
JOANA GARCIA SOLARES, GRACIELA ALVAREZ PARDEIRO, PILAR FERNANDEZ FERNANDEZ Y ROCIO ALVAREZ MENÉNDEZ 723

98 EL DESBRIDAMIENTO LARVAL
MARIA PILAR MIGUEL GALÁN Y NEREA ROZA BARJOLLO 731

99 LA MIEL COMO DESBRIDANTE OSMÓTICO
MARIA PILAR MIGUEL GALÁN 737

100 EL PAPEL DE LA ENFERMERA EN LAS ESCUELAS.
MARÍA SOLEDAD LÓPEZ FERNÁNDEZ, EVA SANCHEZ FERNANDEZ, BEATRIZ ALBA GONZÁLEZ, VIONAISY DEL CARMEN ALONSO DEL RIVERO HERNÁNDEZ Y MARÍA NOELIA FERNÁNDEZ DÍAZ 743

101 RIESGOS DEL EMBARAZO EN MUJERES MAYORES DE 40 AÑOS EN ESPAÑA.
AIDA FANJUL ARGÜELLES, JOSE IVAN LOPEZ MARTINEZ, HELENA DIAZ LOSAS, NATALIA RODRIGUEZ ALVAREZ Y TSIU YEN CHAN DIEZ 747

102 ENFERMEDADES PEDIÁTRICAS: VARICELA, RUBÉOLA, BOCA-MANO-PIE, HERPANGINA Y ESCARLATINA.
JOSE ANTONIO GONZALEZ MOLEJON, JULIA ROSA MENÉNDEZ MENÉNDEZ, MARÍA VALDES ALVAREZ, SANDRA IGLESIAS RUISANCHEZ Y INMACULADA CONCEPCION VILLA FERNÁNDEZ 751

103 REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: ANSIEDAD.
ALBINA IGLESIAS NAREDO 757

104 FRECUENCIA DE CAMBIO DEL CATÉTER SUBCUTÁNEO EN LA HIPODERMOCLISIS
RAQUEL RODRÍGUEZ CARBAJAL Y TAMARA GARCIA RODRIGUEZ 769

105 EL DUELO EN ATENCIÓN PRIMARIA
MARÍA VICTORIA DEL RÍO SANCHEZ Y AITOR MENDEZ ALVAREZ 773

106 PROGRAMA DE INTERCONSULTA DE ENFERMERAS DE SALUD MENTAL QUE DESARROLLAN SU LABOR PROFESIONAL EN LAS UNIDADES DE SALUD MENTAL CON ENFERMERAS DE ATENCIÓN PRIMARIA
MARÍA VICTORIA DEL RÍO SANCHEZ Y AITOR MENDEZ ALVAREZ 777

107 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL ICTUS.
NAZARET SUÁREZ BOTO Y NATALIA LÓPEZ PÉREZ 785

108 CISTOSTOMÍA SUPRAPÚBICA . DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA Y CUIDADOS EN EL DOMICILIO PARA EL PACIENTE.
ZAIDA GARCÍA BURON, ROSA MARIA GALLARDO EXPOSITO, RICARDO ELORRIAGA CLARACO, ALEJANDRO ARCE RODRIGUEZ Y JULIETA ALONSO SOTO 789

109 CASO CLINICO CARCINOMA PAPILAR DE TIROIDES
MARIA DE LA SIERRA ZURRON AREVALO, MONICA QUIROS MARTINEZ, EVELYN FERNÁNDEZ SUÁREZ, LORENA FERNÁNDEZ AGUILERA Y LIDIA MARTINEZ DIAZ **793**

110 IMPORTANCIA DE LA FORMACIÓN EN VIOLENCIA DE GÉNERO ENTRE LOS PROFESIONALES SANITARIOS
ESTEFANIA SALMERON SUAREZ, MÒNICA DÍAZ SUÁREZ, DIANA DÍAZ SUÁREZ Y JOSE LUIS SALMERON SUAREZ **795**

111 ACTUACION ENFERMERA EN LA DETENCION DEL TRASTORNO POR DEFICIF DE ATENCION/HIPERACTIVIDAD (TDAH)
ESPERANZA MARIA PEREZ SÁEZ Y AROA VILLASEÑOR **803**

112 SARCOPENIA EN EL ANCIANO
ANA BELÉN MENÉNDEZ ÁLVAREZ, BARBARA MONTES DIAZ Y REBECA CORTINA MARTINEZ **809**

113 PREVENCIÓN PIE DIABÉTICO
ANA BELÉN MENÉNDEZ ÁLVAREZ, BARBARA MONTES DIAZ Y REBECA CORTINA MARTINEZ **813**

114 CAÍDAS EN EL ANCIANO
ANA BELÉN MENÉNDEZ ÁLVAREZ, BARBARA MONTES DIAZ Y REBECA CORTINA MARTINEZ **817**

115 VALORACIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA INCONTINENCIA URINARIA Y DISFUNCIÓN ERÉCTIL EN PACIENTES PROSTATECTOMIZADOS EN CONSULTA
ANDREA NATAL FUERTES, SARA CONTRERAS RAMOS Y BORJA RUIZ TAMAYO **821**

116 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON NEFROSTOMÍA PERCUTÁNEA.
ANDREA NATAL FUERTES, SARA CONTRERAS RAMOS Y BORJA RUIZ TAMAYO **827**

117 CONSEJOS DIETÉTICOS PARA EL PACIENTE A TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES ORALES
ELIA ESTRADA FERNÁNDEZ **831**

118 CASO CLÍNICO; DIABETES GESTACIONAL.
LAURA MALLADA LLANO, DIANA GONZÁLEZ ARANGO, LORENA VALLEDOR CASTAÑO Y NAGORE SOLADANA GÓMEZ **835**

119 CONOCEMOS LA ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA Y LAS POSIBLES COMPLICACIONES DE LA EPISTAXIS
ZAIRA FERNÁNDEZ GONZÁLEZ **839**

120 APPS SALUDABLES.
ANA FERRER BLANCO **843**

121 HIDRATACION EN DISFAGIA. ¿GELATINA O AGUA GELIFICADA?
REBECA CORTINA MARTINEZ, ANA BELÉN MENÉNDEZ ÁLVAREZ Y BARBARA MONTES DIAZ **845**

122 NECESIDAD DE LA ENFERMERÍA ESCOLAR EN LA ACTUALIDAD
PAULA BANGO VEGA **849**

123 DIETA MEDITERRANEA, LA MEJOR DIETA EN DIABETES TIPO 2
REBECA CORTINA MARTINEZ, ANA BELÉN MENÉNDEZ ÁLVAREZ Y BARBARA MONTES DIAZ **859**

124 CLAVES PARA EVITAR EL ABANDONO DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO
REBECA CORTINA MARTINEZ, ANA BELÉN MENÉNDEZ ÁLVAREZ Y BARBARA MONTES DIAZ **863**

125 APOSITO QUIRURGICO TRANSPARENTE FRENTE A APOSITO CONVENCIONAL EN HERIDAS QUIRURGICAS
TAMARA GARCIA RODRIGUEZ Y RAQUEL RODRÍGUEZ CARBAJAL **867**

126 ACTIVIDAD FÍSICA EN EL CLIMATERIO
PILAR HERRERO MENENDEZ **871**

127 **IMPORTANCIA DE LOS MECANISMOS DE RESISTENCIA Y MULTIRESISTENCIA EN S. AUREUS, ACINETOBACTER BAUMANII Y KLEBSIELLA Y SU REPERCUSIÓN EN LA ASISTENCIA HOSPITALARIA.**
MARIA DEL PILAR CUERVO ÁLVAREZ, ANA YESICA FERNÁNDEZ MENÉNDEZ, INMACULADA GARCIA FERNANDEZ Y MARLENE DEL VALLE FERNANDEZ **873**

128 **FORMACIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS POR PARTE DE ENFERMERÍA A LOS FAMILIARES DEL PACIENTE**
IRENE MERA PRIETO, BEATRIZ FERNANDEZ MARIÑAS, CRISTINA CUE BERNARDO Y MARTA TÉLLEZ GONZÁLEZ **883**

129 **EL BURNOUT Y SUS CONSECUENCIAS EN EL PERSONAL SANITARIO.**
MARIO FERNÁNDEZ SARIEGO, CARMEN FERNÁNDEZ ÁLVAREZ, SUSANA PINTO GARCÍA, MARÍA JOSÉ ARBAS FERNÁNDEZ Y INMACULADA VILLAVERDE MIRANDA **889**

130 **BURNOUT EN EL ÁMBITO SANITARIO.**
CARMEN FERNÁNDEZ ÁLVAREZ, MARIO FERNÁNDEZ SARIEGO, MARÍA JOSÉ ARBAS FERNÁNDEZ, SUSANA PINTO GARCÍA Y INMACULADA VILLAVERDE MIRANDA **893**

131 **PRIMERA CAUSA DE CEGUERA A NIVEL MUNDIAL : CATARATAS**
BARBARA MONTES DIAZ, REBECA CORTINA MARTINEZ Y ANA BELÉN MENÉNDEZ ÁLVAREZ **897**

132 **CUIDADOS DE ENFERMERIA ANTE UNA DIARREA**
BARBARA MONTES DIAZ, REBECA CORTINA MARTINEZ Y ANA BELÉN MENÉNDEZ ÁLVAREZ **901**

133 **ATENCION INTEGRAL DE ENFERMERIA: PACIENTE OSTOMIZADO**
BARBARA MONTES DIAZ, REBECA CORTINA MARTINEZ Y ANA BELÉN MENÉNDEZ ÁLVAREZ **905**

134 **PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA**
ANA ISABEL GONZÁLEZ ÁLVAREZ, LAURA GARCIA FERNANDEZ, LAURA TRABADA MARTÍN Y ANDREA CASADO TRAPIELLA **909**

135 **ENFERMEDAD DE BOCA-MANO-PIE: A PROPÓSITO DE UN CASO.**
SARA MAALI CENTENO, CELESTE CENOZ IMAZ Y MARIA ANDUEZA IRIARTE **919**

136 **CONSIDERACIONES EN EL NIÑO Y ADOLESCENTE ESCOLARIZADO CON DIABETES MELLITUS TIPO 1.**
JUDITH ALMUDENA GUERRERO BENITO Y MARÍA ISABEL PINTO MORALES **923**

137 **HIPERTENSIÓN ARTERIAL NO COMPLICADA EN PACIENTE JOVEN**
GRACIELA CAMPUZANO RODRÍGUEZ, GEMA LÓPEZ FERNANDEZ, SUSANA SANTAMARINA ALVAREZ, SUSANA SUAREZ PEREZ Y NATALIA MÉNDEZ DÍAZ-VILLABELLA **935**

138 **PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO DE ÚTERO (CCU)**
LORENA BOBES FERNÁNDEZ, VANESA LLANOS GARCIA, ANA MARÍA FERNÁNDEZ RIESGO, PAULA GONZÁLEZ RODRÍGUEZ Y ROCIO RODRIGUEZ FERNANDEZ **941**

139 **USO TERAPÉUTICO DE LA MIEL**
LUZ GÓMEZ ALMANSA Y INMACULADA GONZÁLEZ MARCOS **947**

140 **ENFERMERÍA Y VACUNAS.**
VANESA LLANOS GARCIA, ANA MARÍA FERNÁNDEZ RIESGO, PAULA GONZÁLEZ RODRÍGUEZ, ROCIO RODRIGUEZ FERNANDEZ Y LORENA BOBES FERNÁNDEZ **951**

141 **CASO CLÍNICO ENFERMEDAD DE SJ̈OGREN**
TAMARA GIL BLANCO, CLARA CASAS PATIÑO Y SERGIO SÁNCHEZ-MATEOS RAMOS **961**

142 **COLITIS ULCEROSA: A PROPOSITO DE UN CASO.**
GEMA LÓPEZ FERNANDEZ, GRACIELA CAMPUZANO RODRÍGUEZ, SONIA SOUTO RIVAS, SUSANA SANTAMARINA ALVAREZ Y Mª COVADONGA BLANCO RIOPEDRE **965**

143 **CAÍDA EN VARÓN CON AFECTACIÓN DE HOMBRO IZQUIERDO**
ADRIANA SUÁREZ MESA Y MARÍA PÉREZ RODRÍGUEZ **969**

144 EDUCACIÓN SANITARIA A PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA
LIDIA GUTIÉRREZ CASAR, VERÓNICA OMAR MARTÍNEZ, ALEJANDRO ÁLVAREZ ÁLVAREZ, AITOR GARCÍA CASASOLA Y NEREA ROZA BARJOLLO 979

145 LA LACTANCIA MATERNA Y RECOMENDACIONES
LIDIA GUTIÉRREZ CASAR Y MARIA PILAR MIGUEL GALÁN 987

146 EL ABORDAJE DE LA DIABETES GESTACIONAL
LIDIA GUTIÉRREZ CASAR 995

147 EL PAPEL DE LA ENFERMERA EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE CON UNA OSTOMÍA DIGESTIVA DE DESCARGA
PAULA BEGEGA SUÁREZ, JENIFER FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, ROCÍO BAIZÁN FERNÁNDEZ, PATRICIA FIDALGO ARDURA Y CARLA DÍAZ GONZÁLEZ 1003

148 LA SALUD EN LA ADOLESCENCIA: ABORDAJE Y PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN LOS PROBLEMAS EMERGENTES.
JENIFER FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, ROCÍO BAIZÁN FERNÁNDEZ, PATRICIA FIDALGO ARDURA, CARLA DÍAZ GONZÁLEZ Y PAULA BEGEGA SUÁREZ 1021

149 TRATAMIENTO EN UN DIAGNOSTICO DE HIPERTENSION EN ATENCIÓN PRIMARIA
ANA MARÍA FERNÁNDEZ RIESGO, PAULA GONZÁLEZ RODRÍGUEZ, ROCIO RODRIGUEZ FERNANDEZ, LORENA BOBES FERNÁNDEZ Y VANESA LLANOS GARCIA 1041

150 CÁNCER DE MAMA Y SEXUALIDAD
ANDREA LOPEZ RODRIGUEZ Y ÁNGELA FERNÁNDEZ SOL 1045

151 HIPOTIROIDISMO EN EDAD PEDIÁTRICA
ÁNGELA FERNÁNDEZ SOL Y ANDREA LOPEZ RODRIGUEZ 1057

152 CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL SONDAJE VESICAL
NOELIA GARCÍA ARNALDO, ADRIANA FERNÁNDEZ LORENCES, LARA MENENDEZ PEÑA, CARLA MENENDEZ PEÑA Y CORINA CASTRO DEL CUETO 1063

153 LA SEXUALIDAD DURANTE EL EMBARAZO.
ÁNGELA FERNÁNDEZ SOL Y ANDREA LOPEZ RODRIGUEZ 1069

154 LA OBESIDAD INFANTIL HA AUMENTADO EN EL ÚLTIMO TIEMPO Y CON ELLO LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL A EDADES TEMPRANAS, PERO, ¿A QUÉ SE DEBE ESTE GRAN AUMENTO?
ÁNGELA FERNÁNDEZ SOL Y ANDREA LOPEZ RODRIGUEZ 1079

155 ¿PODRÍAN ADQUIRIR NUEVAS COMPETENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA LAS ENFERMERAS TRAS LA APARICIÓN DE LA ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA?
ANDREA LOPEZ RODRIGUEZ Y ÁNGELA FERNÁNDEZ SOL 1089

156 INFORMACIÓN GENERAL SOBRE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2: UNA ENFERMEDAD IMPORTANTE EN LA ACTUALIDAD.
ANDREA LOPEZ RODRIGUEZ Y ÁNGELA FERNÁNDEZ SOL 1097

157 CORONAVIRUS: PASADO Y PRESENTE
JULIA ROSA MENÉNDEZ MENÉNDEZ 1105

158 INTERVENCIONES EFECTIVAS EN EL CONTROL DE LA DIABETES MELLITUS TIPO I DE ADOLESCENTES.
DAMIÁN MARTÍNEZ CIFUENTES 1111

159 PAPEL DE LA ENFERMERA ESCOLAR EN LOS COLEGIOS
NEREA ROZA BARJOLLO, MARIA PILAR MIGUEL GALÁN, LIDIA GUTIÉRREZ CASAR, VERÓNICA OMAR MARTÍNEZ Y ALEJANDRO ÁLVAREZ ÁLVAREZ 1125

160 ESTADO PSICOSOCIAL EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CRÓNICA TERMINAL
LUIS CAMBRONERO LÓPEZ, LUCÍA DEL RAMO IBÁÑEZ Y CARIDAD VALERA MARTINEZ 1131

161 CONOCIMIENTO ENFERMERO SOBRE MÉTODOS NO FARMACOLÓGICOS DE ALIVIO DEL DOLOR EN EL PARTO
NEREA ROZA BARJOLLO Y AITOR GARCÍA CASASOLA 1135

162 VOLUNTADES ANTICIPADAS
ALICIA FERNÁNDEZ MARTÍN Y ELENA ÁLVAREZ RODRÍGUEZ 1143

163 CUIDADOS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA ANTE LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA ABORDADA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA
LUCIA RODRIGUEZ FERNANDEZ 1151

164 EL SÍNDROME PREMENSTRUAL EN LA ADOLESCENCIA Y SU TRATAMIENTO
SONIA DE LA PUENTE BARCIA Y IRENE PARDAVILA ÁLVAREZ 1159

165 INGURGITACIÓN MAMARIA
COVADONGA CANDUELA GARCÍA, MARIA DEL MAR ESPIÑEIRA DIAZ, CECILIA GONZALEZ SECADES, M LUZ PENAS CABADO Y ANA ISABEL VÁZQUEZ SILVA 1163

166 PLANTEAMIENTO DE PROYECTO DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN NIÑOS PRACTICANTES DEL BABY-LED WEANING.
JUAN MANUEL ARECHAGA RODRÍGUEZ 1167

167 DIETA VEGETARIANA EN LA INFANCIA
SONIA DE LA PUENTE BARCIA Y IRENE PARDAVILA ÁLVAREZ 1175

168 AUTOEXPLORACIÓN MAMARIA, ¿ EN QUÉ CONSISTE?
MARÍA ÁNGELES PÉREZ GUERRA, MARTA GUILLÉN FERNÁNDEZ, MARTA NAVARRO CILLERO Y MIRIAM MIRAMON PLANILLO 1181

169 ABORDAJE DE LA TENDINITIS DEL SUPRAESPINOSO DESDE LA ENFERMERIA DEL TRABAJO.
TANIA SUAREZ GONZALEZ, MARÍA EMILIA PIÑEIRO GUTIÉRREZ, VERONICA FERNANDEZ ALVAREZ, LAURA DEL COZ SANTOS Y MARIA CARIDAD PINILLA DAPENA 1185

170 EL CUIDADOR INFORMAL
CARIDAD VALERA MARTINEZ, LUIS CAMBRONERO LÓPEZ Y LUCÍA DEL RAMO IBÁÑEZ 1189

171 DIETAS SIN GLUTEN: FUNDAMENTOS Y CONTROVERSIA.
ALEJANDRO ÁLVAREZ ÁLVAREZ Y VERÓNICA OMAR MARTÍNEZ 1205

172 CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO SOBRE LA VÍCTIMA Y SUS HIJOS.
ALEJANDRO ÁLVAREZ ÁLVAREZ 1211

173 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA BRONQUIOLITIS EN LA INFANCIA
IRENE PARDAVILA ÁLVAREZ Y SONIA DE LA PUENTE BARCIA 1217

174 CUIDADOS DE LA MUJER CON PROBLEMAS GINECÓLOGOS
ELIZABETH CASTRILLÓN CHAMADOIRA, CRISTINA MÉNDEZ-TRELLES FERNÁNDEZ, ELENA CORTINA LOPEZ-BERGES Y PATRICIA PÉREZ GARCÍA 1221

175 OBESIDAD INFANTIL. LA IMPORTANCIA DE LA PREVENCIÓN
LUCÍA CAO FERNÁNDEZ 1227

176 HABILIDADES COMUNICATIVAS DEL PERSONAL SANITARIO CON PACIENTES DE LA TERCERA EDAD.
SANDRA FERNANDEZ GONZALEZ Y PATRICIA ESTEBAN HERNANDEZ 1235

177 EL BABY-LED WEANING: ARMA DE DOBLE FILO EN LA NUTRICIÓN INFANTIL.
JUAN MANUEL ARECHAGA RODRÍGUEZ 1241

178 EDUCACION PARA LA SALUD EN ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL
LUCÍA LÓPEZ SAMA, ROSANA FERNANDEZ PEREZ, SARA MÉNDEZ GARCÍA, EVA GONZALEZ LOPEZ Y MARCO ANTONIO LÓPEZ CHACÓN 1245

179 PREVENCIÓN DE ÚLCERAS EN EL PIE DIABÉTICO
CRISTINA TORREALBA ROBLES, ESTEFANIA MARTINEZ LOPEZ, ADRIANA RODRÍGUEZ PAREDES, MARIA LEONOR TORREALBA ROBLES Y CRISTINA ALONSO BELOSO 1249

180 CUIDADOS AL PACIENTE CON HEPATITIS.
ALICIA PAREDES ANTONIO, VERÓNICA GRACIELA MORAN ECHEVERRIA, LAURA SUÁREZ ARBESÚ Y MARTA SANCHEZ UGARTE 1255

181 AUTOMEDICACIÓN EN EL ANCIANO
MARIA CARIDAD PINILLA DAPENA, TANIA SUAREZ GONZALEZ, LAURA DEL COZ SANTOS, MARÍA EMILIA PIÑEIRO GUTIÉRREZ Y VERONICA FERNANDEZ ALVAREZ **1261**

182 ENFERMEDAD CELIACA: CAUSAS, SÍNTOMAS Y TRATAMIENTO.
MARIA PILAR LOBATO ÁLVAREZ, IRENE MARÍA VILLAVERDE FONSECA, DIANA TUÑÓN PASTOR Y ISABEL BERTAULT BENEDICTO **1269**

183 DESARROLLO PSICOMOTOR EN NIÑOS CON TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA.
LUCIA MARTÍNEZ PÉREZ **1273**

184 VENDAJES E INMOVILIZACIONES EN ENFERMERÍA: ¿ESTAMOS PREPARADOS?
OSCAR ALVAREZ CARREÑO **1277**

185 ANSIEDAD. IMPORTANCIA DE UN ABORDAJE PRECOZ
LUCÍA CAO FERNÁNDEZ **1289**

186 ESTILO DE VIDA Y CÁNCER COLORRECTAL.
SERGIO SÁNCHEZ-MATEOS RAMOS, TAMARA GIL BLANCO Y CLARA CASAS PATIÑO **1297**

187 SEXUALIDAD EN LA MENOPAUSIA
SONIA DE LA PUENTE BARCIA Y IRENE PARDAVILA ÁLVAREZ **1301**

188 GUÍA PRÁCTICA PARA LOGRAR ABANDONAR EL TABACO.
BEATRIZ FERNANDEZ MARIÑAS, MARTA TÉLLEZ GONZÁLEZ, IRENE MERA PRIETO Y CRISTINA CUE BERNARDO **1305**

189 TRATAMIENTO DEL DOLOR EN NEURALGIA DEL VIH
ELENA CORTINA LOPEZ-BERGES, PATRICIA PÉREZ GARCÍA, ELIZABETH CASTRILLÓN CHAMADOIRA Y CRISTINA MÉNDEZ-TRELLES FERNÁNDEZ **1311**

190 ABORDAJE Y ATENCIÓN INTEGRAL DEL TABAQUISMO EN ATENCIÓN PRIMARIA
AITOR GARCÍA CASASOLA, NEREA ROZA BARJOLLO, MARIA PILAR MIGUEL GALÁN, LIDIA GUTIÉRREZ CASAR Y VERÓNICA OMAR MARTÍNEZ 1325

191 LOS BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA EN LOS RECIÉN NACIDOS
AITOR GARCÍA CASASOLA Y ALEJANDRO ÁLVAREZ ÁLVAREZ 1333

192 CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS
PAULA BANGO VEGA 1339

193 LA ALIMENTACIÓN COMO PILAR FUNDAMENTAL DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2
ADRIÁN CRUZ MARTÍNEZ, ANA GÓMEZ RODRÍGUEZ, ANA BLANCO PELAEZ, NIEVES OLGA RAMOS FERNANDEZ Y VANESSA VILLAR FERNÁNDEZ 1347

194 LA ALIMENTACIÓN EN LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL PACIENTE HIPERTENSO
VANESSA VILLAR FERNÁNDEZ, NATIVIDAD RODRIGUEZ MARQUES, NIEVES OLGA RAMOS FERNANDEZ, ANA GÓMEZ RODRÍGUEZ Y ADRIÁN CRUZ MARTÍNEZ 1355

195 EL PARKINSON.
INMACULADA GARCIA FERNANDEZ 1363

196 MEDIDAS SANITARIAS DEL CÓLERA EN ESPAÑA EN EL S.XIX
INMACULADA GARCIA FERNANDEZ 1369

197 REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA DEL TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN
ALICIA DIAZ GONZALEZ, LAURA FERNANDEZ DE TROCONIZ GONZALEZ, CARLOTA PALACIO SUÁREZ, VANESA PÉREZ GONZÁLEZ Y LAURA VALDÉS ALVAREZ 1377

198 AL ABORDAJE DE LA PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN.
SONIA CAMPOLLO RODRIGUEZ, SANDRA CARBAJAL AMORIN Y ELENA VALDES ALVAREZ 1387

199 **EFICACIA DE UN PROGRAMA DE MINDFULNESS EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE TEPT A CAUSA DE UN ACCIDENTE DE TRÁFICO**
LAURA FERNANDEZ DE TROCONIZ GONZALEZ, CARLOTA PALACIO SUÁREZ, VANESA PÉREZ GONZÁLEZ, LAURA VALDÉS ALVAREZ Y ALICIA DIAZ GONZALEZ **1391**

200 **VALORACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL EN EL ANCIANO**
SONIA CAMPOLLO RODRIGUEZ, SANDRA CARBAJAL AMORIN Y ELENA VALDES ALVAREZ **1401**

201 **REVISIÓN SOBRE LA EFICACIA Y SEGURIDAD DE LOS MEDICAMENTOS GENÉRICOS FRENTE A LOS DE MARCA COMERCIAL**
MARIA ISABEL MANEIRO FERNÁNDEZ **1405**

202 **LACTANCIA MATERNA: BENEFICIOS Y OBSTÁCULOS.**
IRENE PARDAVILA ÁLVAREZ Y SONIA DE LA PUENTE BARCIA **1415**

203 **ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA.**
ANDREA RUTH RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ Y MARÍA RODRÍGUEZ LECHA **1419**

204 **ANTICONCEPCIÓN ORAL DE EMERGENCIA.**
ANDREA RUTH RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ Y MARÍA RODRÍGUEZ LECHA **1423**

205 **A PROPÓSITO DE UN CASO: DETERIORO DE LA INTERACCIÓN SOCIAL.**
CRISTINA MARTINEZ GUTIERREZ Y SHEILA FERNÁNDEZ CÁRCABA **1431**

206 **EL TEST DE APGAR.**
AIDA SÁNCHEZ MÉNDEZ **1435**

207 **REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE EL SÍNDROME DE LEMIERRE.**
CRISTINA ORDIALES VEGA, SHEILA PEREZ RODRÍGUEZ, JENNYFER CORBEIRA PRESNO, DAVID RODRÍGUEZ ALONSO Y LLARA LAVILLA SOLÍS **1439**

208 **IMPORTANCIA DE LOS PROBIÓTICOS EN PACIENTES A TRATAMIENTO CON ANTIBIÓTICOS.**
MARÍA RODRÍGUEZ LECHA Y ANDREA RUTH RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ 1443

209 **ENFERMEDAD CELIACA: CARACTERÍSTICAS Y ABORDAJE NUTRICIONAL.**
VERÓNICA OMAR MARTÍNEZ 1445

210 **ABORDAJE Y PREVENCIÓN DEL ALCOHOLISMO EN ATENCIÓN PRIMARIA.**
VERÓNICA OMAR MARTÍNEZ, ALEJANDRO ÁLVAREZ ÁLVAREZ, AITOR GARCÍA CASASOLA, NEREA ROZA BARJOLLO Y MARIA PILAR MIGUEL GALÁN 1455

211 **EL PAPEL DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON RIESGO CARDIOVASCULAR.**
NURIA PALACIO MARTINEZ Y MAXIMO MUÑIZ ALVAREZ 1463

212 **DROGAS DE DISEÑO.**
ADRIANA FERNÁNDEZ LÓPEZ 1467

213 **AUTOMONITORIZACIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL Y MONITORIZACIÓN AMBULATORIA DE LA PRESIÓN ARTERIAL .**
SOFIA ANGULO HERNANDO, MONICA FERNANDEZ PORRAS, SANDRA CORRAL PUENTE Y MARTA GÓMEZ RUIZ 1475

214 **CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LAS HERIDAS.**
SARA MÉNDEZ GARCÍA, EVA GONZALEZ LOPEZ, MARCO ANTONIO LÓPEZ CHACÓN, LUCÍA LÓPEZ SAMA Y ROSANA FERNANDEZ PEREZ 1487

215 **LAS CAÍDAS EN EL ANCIANO: UNO DE LOS CUATRO GRANDES SÍNDROMES GERIÁTRICOS.**
SONIA CAMPOLLO RODRIGUEZ, SANDRA CARBAJAL AMORIN Y ELENA VALDES ALVAREZ 1489

216 **EL RELOJERO DEL TRANSITO.**
SONIA CAMPOLLO RODRIGUEZ, SANDRA CARBAJAL AMORIN Y ELENA VALDES ALVAREZ 1491

217 **AUTOMEDICACIÓN: UN GRAVE PROBLEMA DE SALUD.**
SONIA CAMPOLLO RODRIGUEZ, SANDRA CARBAJAL AMORIN Y ELENA VALDES ALVAREZ **1495**

218 **LA ENFERMERÍA Y EL RECONOCIMIENTO Y DETECCIÓN DE PROBLEMAS DE SALUD OCULTOS.**
ANA ROSA FLOREZ SIRGO Y VANESA SÁNCHEZ ESCANDON **1497**

219 **PROCESO DE AUTODONACIÓN Y LA IMPLICACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO EN EL MISMO.**
MARÍA FERNÁNDEZ IGLESIAS, IVÁN ÁLVAREZ DÍAZ, SOFIA ÁLVAREZ DÍAZ, BEATRIZ FIDALGO ARDURA Y SUSANA ÁLVAREZ LÓPEZ **1499**

220 **PREVENCIÓN PRIMARIA DEL SÍNDROME DE MUNCHAUSEN POR PODERES.**
MARÍA RODRÍGUEZ LECHA Y ANDREA RUTH RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ **1503**

221 **ATENCIÓN DE ENFERMERÍA. APOYO PSICOLÓGICO AL PACIENTE PORTADOR DE OSTOMÍA.**
CLARA ARCE ARROJO **1505**

222 **¿HA MEJORADO LA CALIDAD DE VIDA EN EL PACIENTE OSTOMIZADO?**
GEORGINA AYALGA ARGÜELLES BOUSOÑO, LETICIA CUELI ARENAS, LAURA CUETO GARCÍA, SARAI ROBLEDO DE LA HUERGA Y VANESA MARTÍNEZ VÁZQUEZ **1509**

223 **MENOPAUSIA Y CALIDAD DE VIDA**
TERESA MARÍA IGLESIAS OLIVEROS **1517**

224 **LA IMPORTANCIA DE FOMENTAR LA LACTANCIA MATERNA (LM) POR ARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA**
LETICIA CUELI ARENAS, LAURA CUETO GARCÍA, SARAI ROBLEDO DE LA HUERGA, VANESA MARTÍNEZ VÁZQUEZ Y GEORGINA AYALGA ARGÜELLES BOUSOÑO **1527**

225 CANDIDIASIS OROFARÍNGEA
DIANA GONZÁLEZ ARANGO, LAURA MALLADA LLANO, NAGORE SOLADANA GÓMEZ Y LORENA VALLEDOR CASTAÑO 1541

226 GRUPOS DE APOYO A LA LACTANCIA MATERNA
REBECA FOLLEDO ACEBAL, ANTONIO JESUS NAVARRO GARCIA, JUDIT LÒPEZ GONZÁLEZ, CRISTINA VAZQUEZ VAZQUEZ Y ANDREA SUÁREZ BANCIELLA 1545

227 EL ROL DE LA ENFERMERA EN LOS PRINCIPALES PROBLEMAS DEL ANCIANO
NURIA PALACIO MARTINEZ Y MAXIMO MUÑIZ ALVAREZ 1551

228 VALORACIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE ANCIANO.
DULCE MARÍA DÍAZ BUSTELO, NOELIA SUÁREZ MÉNDEZ Y AIDA COLLADO CAYADO 1555

229 INFLUENCIA DE LA OBESIDAD INFANTIL EN EL DESARROLLO DE ENFERMEDADES CRÓNICAS DEL ADULTO.
MARIA ISABEL MANEIRO FERNÁNDEZ 1559

230 VACUNACIÓN ANTIGRIPAL Y GRADO DE EFECTIVIDAD EN LA POBLACIÓN.
MARIA ISABEL MANEIRO FERNÁNDEZ 1569

231 IMPLICACIÓN SANITARIA EN LA SEXUALIDAD TRAS EL POSPARTO
VERÓNICA OMAR MARTÍNEZ Y LIDIA GUTIÉRREZ CASAR 1577

232 ACTIVIDAD FÍSICA COMO PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES CRÓNICAS.
MARIO JOSÉ DÍAZ ÁLVAREZ, ANA BELEN CALVO DIAZ, MÓNICA VIELLA FERNÁNDEZ, ALBERTO RUEDA RUIZ Y TAMARA RUIZ GARCÍA 1585

233 PAPEL DE ENFERMERÍA EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD ANTE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA
SILVIA MARÍA CUERVO CIFUENTES 1601

234 **ENFERMERÍA ANTE LA PREVENCIÓN DE LA OSTEOPOROSIS**
SILVIA MARÍA CUERVO CIFUENTES **1605**

235 **PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON ALZHEIMER EN FASE MODERADA**
SHEILA FERNÁNDEZ CÁRCABA Y CRISTINA MARTINEZ GUTIERREZ **1609**

236 **APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON ANSIEDAD.**
NIEVES OLGA RAMOS FERNANDEZ, ANA BLANCO PELAEZ, VANESSA VILLAR FERNÁNDEZ, ADRIÁN CRUZ MARTÍNEZ Y NATIVIDAD RODRIGUEZ MARQUES **1613**

237 **PREVALENCIA DEL HÁBITO TABÁQUICO EN LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN UN HOSPITAL COMARCAL ASTURIANO.**
SANDRA GARCÍA FERNÁNDEZ, RAÚL FERNÁNDEZ CASTRO, PAULA FERNÁNDEZ ÁLVAREZ, CARLOS CANGA GUTIÉRREZ Y ANDREA AGUADO ARCONADA **1623**

238 **PAPEL DE ENFERMERÍA EN LA INSTAURACIÓN Y ADHERENCIA A LA LACTANCIA MATERNA.**
ROCÍO GARCÍA NOVAL Y ALEJANDRA MÉNDEZ FERNÁNDEZ **1631**

239 **SONDAJE VESICAL INTERMITENTE EN ADULTOS CON VEJIGA NEURÓGENA.**
ALEJANDRA MÉNDEZ FERNÁNDEZ Y ROCÍO GARCÍA NOVAL **1637**

240 **PRINCIPALES PROBLEMAS RESPIRATORIOS EN PEDIATRÍA : TRATAMIENTO Y ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA.**
CLARA CASAS PATIÑO, SERGIO SÁNCHEZ-MATEOS RAMOS Y TAMARA GIL BLANCO **1643**

241 **PROGRAMA DE SALUD DEL NIÑO SANO.**
MIRIAM DELGADO LOPEZ DE MOTA, NATALIA CALLEJAS FIGUEROA Y SOFÍA DOMÍNGUEZ GUTIÉRREZ **1655**

242 **SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO EN EL ADULTO.**
JULIA ROSA MENÉNDEZ MENÉNDEZ **1661**

243 VIOLENCIA DE GÉNERO: LA LACRA DE UNA SOCIEDAD CIVILIZADA, CÓMO DETECTARLA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA
RAQUEL COSTALES TUERO, BEGOÑA PANIAGUA GARCIA Y ANA COSTALES TUERO 1667

244 CONTENCIONES MECANICAS: UNA PRACTICA EN DESUSO
SANDRA CARBAJAL AMORIN, ELENA VALDES ALVAREZ Y SONIA CAMPOLLO RODRIGUEZ 1673

245 SALUD ORAL. LA GRAN OLVIDADA EN LOS ANCIANOS
SANDRA CARBAJAL AMORIN, ELENA VALDES ALVAREZ Y SONIA CAMPOLLO RODRIGUEZ 1677

246 CUIDADOS DE ENFERMERÍA Y TRATAMIENTO EN CÁNCER DE MAMA
AIDA RAMOS CORDERO, CHRISTIAN GARCIA ALVAREZ, GABRIEL FUEGO CAVEDA Y SHEILA ARNIELLA PÉREZ 1681

247 DESCANSO Y SUEÑO: ENVEJECIMIENTO FISIOLÓGICO
SANDRA CARBAJAL AMORIN, ELENA VALDES ALVAREZ Y SONIA CAMPOLLO RODRIGUEZ 1687

248 ATENCIÓN DE ENFERMERÍA. HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE RELACIONADOS CON LA PREVENCIÓN Y EL TRATAMIENTO DE LA OSTEOPOROSIS
CLARA ARCE ARROJO 1691

249 EVIDENCIA CIENTÍFICA SOBRE LOS BENEFICIOS ASOCIADOS AL USO DE LOS APÓSITOS DE PLATA EN HERIDAS AGUDAS Y CRÓNICAS DE CUALQUIER ETIOLOGÍA
IRENE MARÍA VILLAVERDE FONSECA, MARIA PILAR LOBATO ÁLVAREZ, ISABEL BERTAULT BENEDICTO Y DIANA TUÑÓN PASTOR 1697

250 CUIDADOS DE ENFERMERÍA TRAS LA COLOCACIÓN DE UNA PRÓTESIS DE INMOVILIZACIÓN. 1703

251 CUIDADOS DE LAS LESIONES EN EL PACIENTE CON PSORIASIS
DIANA TUÑÓN PASTOR, ISABEL BERTAULT BENEDICTO, IRENE MARÍA VILLAVERDE FONSECA Y MARIA PILAR LOBATO ÁLVAREZ **1705**

252 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LAS LESIONES DE LA MUCOSA ORAL
MARCOS GONZÁLEZ BLANCO **1709**

253 CASO CLÍNICO: ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE PSIQUIÁTRICO JOVEN EN URGENCIAS.
PAULA VELASCO MONTES, AROA DIAZ GARCIA, ANA BENGOECHEA FERNÀNDEZ- CASTAÑO Y REBECA ROZA GONZÁLEZ **1713**

254 CUIDADOS DE ENFERMERÍA TRAS LA COLOCACIÓN DE UNA FÉRULA DE INMOVILIZACIÓN
MARCOS GONZÁLEZ BLANCO **1721**

255 ¿CÓMO VIVEN LA SEXUALIDAD LOS ADULTOS EN NUESTRO ENTORNO?
PATRICIA PÉREZ IGLESIAS **1723**

256 URGENCIAS EN EL CENTRO DE SALUD
YOLANDA ROCES FERNÁNDEZ Y AIDA VALLINA RIESTRA **1729**

257 DETECCIÓN DE LA ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA EN ATENCIÓN PRIMARIA
CARLOS CANGA GUTIÉRREZ, ANDREA AGUADO ARCONADA, SANDRA GARCÍA FERNÁNDEZ, RAÚL FERNÁNDEZ CASTRO Y PAULA FERNÁNDEZ ÁLVAREZ **1731**

258 DISFAGIA, UN PROBLEMA EN EL ENVEJECIMIENTO
ELENA VALDES ALVAREZ, SONIA CAMPOLLO RODRIGUEZ Y SANDRA CARBAJAL AMORIN **1741**

259 DESNUTRICIÓN EN EL ANCIANO
ELENA VALDES ALVAREZ, SONIA CAMPOLLO RODRIGUEZ Y SANDRA CARBAJAL AMORIN **1745**

260 CÓMO ABORDAR LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES EN EL AMBITO RESIDENCIAL
ELENA VALDES ALVAREZ, SONIA CAMPOLLO RODRIGUEZ Y SANDRA CARBAJAL AMORIN 1749

261 CUIDADOS PALIATIVOS, ¿CÓMO ACTUAR?
ELENA VALDES ALVAREZ, SONIA CAMPOLLO RODRIGUEZ Y SANDRA CARBAJAL AMORIN 1751

262 INCONTINENCIA EN EL ANCIANO: TIPO FUNCIONAL
ELENA VALDES ALVAREZ, SONIA CAMPOLLO RODRIGUEZ Y SANDRA CARBAJAL AMORIN 1755

263 ESTRATEGIAS DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO
FÁTIMA RUBIO PÉREZ, ANDREA TAMARGO PACHECO, CLAUDIA MARTÍNEZ SUÁREZ Y GLORIA FEITO FERNÁNDEZ 1759

264 ALTERACIONES DEL SUEÑO EN EL EMBARAZO. ACTUALIZACIONES EN EL TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO.
ANTONIO JESUS NAVARRO GARCIA, REBECA FOLLEDO ACEBAL, JUDIT LÒPEZ GONZÁLEZ, CRISTINA VAZQUEZ VAZQUEZ Y ANDREA SUÁREZ BANCIELLA 1765

265 FACTORES RELACIONADOS CON EL ALCOHOLISMO.
LUCÍA SÁNCHEZ GONZÁLEZ, MARÍA DEL CARMEN GARCÍA FERNÁNDEZ Y MARÍA JESUS LOPEZ BUSTELO 1771

266 LA ENFERMERA ESCOLAR EN ESPAÑA
MARIA LUZ ALONSO GARCIA 1779

267 AUTOMEDICACIÓN: RIESGOS Y BENEFICIOS.
TANIA ÁLVAREZ COSTA, ADRIANA MENÉNDEZ FERNÁNDEZ, PATRICIA PALACIOS CARRETERO, ANDREA PÉREZ DÍAZ Y REBECA AVILA LUSQUIÑOS 1783

268 LA ENFERMEDAD VENOSA CRÓNICA: RECOMENDACIONES DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA.
VIONAISY DEL CARMEN ALONSO DEL RIVERO HERNÁNDEZ, MARÍA NOELIA FERNÁNDEZ DÍAZ, VANESSA LÓPEZ TELLO, MARÍA SOLEDAD LÓPEZ FERNÁNDEZ Y EVA SANCHEZ FERNANDEZ 1797

269 TÉCNICA DE CURA EN AMBIENTE HÚMEDO
MARÍA DEL PILAR GONZÁLEZ FERNÁNDEZ, ANDREA FERNANDEZ BORREGO, EVA MARIA FERNÁNDEZ SERRANO Y LLARA FERRERAS LOSILLA 1815

270 PACIENTE CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA. IMPORTANCIA DE LA ELABORACIÓN DE UN PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO
GABRIEL FUEGO CAVEDA, CHRISTIAN GARCIA ALVAREZ, AIDA RAMOS CORDERO Y SHEILA ARNIELLA PÉREZ 1819

271 PACIENTE CON OBESIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA. IMPORTANCIA DE LA ELABORACIÓN DE UN PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO.
GABRIEL FUEGO CAVEDA, CHRISTIAN GARCIA ALVAREZ, AIDA RAMOS CORDERO Y SHEILA ARNIELLA PÉREZ 1823

272 INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL
SONIA MONTERO ROMERO 1827

273 INFLUENCIA DE LA DIETA EN EL DESARROLLO DEL CÁNCER COLORRECTAL
LAURA FERNÁNDEZ CANO, FRANCISCO SOUSA GÓMEZ Y LUCÍA FERNÁNDEZ LAUCIRICA 1831

274 ACTUACIONES DE ENFERMERÍA ANTE LA ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO.
JESICA CUERVO BLANCO Y MARÍA FIDALGO QUINTELA 1837

275 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA INCONTINENCIA URINARIA.
CLARA ARCE ARROJO 1841

276 ALIMENTACIÓN DURANTE LA LACTANCIA MATERNA.
MARÍA FIDALGO QUINTELA Y JESICA CUERVO BLANCO 1847

277 IMPORTANCIA DEL ÍNDICE TOBILLO BRAZO EN LA ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA. ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA
ALEJANDRA GARCÍA MÉNDEZ Y SILVIA ZAPICO GUTIERREZ 1851

278 VIOLENCIA DE GÉNERO, QUÉ ES Y ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA
MARÍA MONTERO ÁLVAREZ Y PABLO MONTES HERREROS 1859

279 MANEJO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL
ALBA MUIÑA GÓMEZ 1863

280 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES PORTADORES DE RESERVORIO VENOSO SUBCUTÁNEO.
YAIZA PEREZ GUTIERREZ 1867

281 HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES EN ALUMNADO DE ESO Y BACHILLERATO DE UN ÁREA SUBURBANA
NAZISH AHMED, CRISTINA BALLESTEROS REGUERA Y ANDREA VÁZQUEZ MARTÍNEZ 1871

282 ASPECTOS SOCIALES, AFRONTAMIENTO Y CONTROL SINTOMÁTICO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CELIACA.
AROA DIAZ GARCIA, RUBÉN DIAZ GARCÍA Y MONTSERRAT GARCÍA DEL MORAL 1881

283 USO DE LA MIEL EN EL TRATAMIENTO DE HERIDAS CRÓNICAS
LAURA SALCEDA GARCÍA Y M DEL MAR GARCIA PRESA 1889

284 CASO CLÍNICO: PLAN DIETÉTICO.
AROA DIAZ GARCIA, MONTSERRAT GARCÍA DEL MORAL Y RUBÉN DIAZ GARCÍA 1893

285 MASTITIS Y LACTANCIA MATERNA
SANDRA CHICA RODRÍGUEZ Y NATALIA VÁZQUEZ PAVÓN 1899

286 EJERCICIO FÍSICO ADAPTADO A LA CAPACIDAD FUNCIONAL DE NUESTROS MAYORES.
SANDRA CARBAJAL AMORIN, ELENA VALDES ALVAREZ Y SONIA CAMPOLLO RODRIGUEZ 1903

287 EL SÍNDROME DE BURNOUT EN ENFERMERAS DE RESIDENCIAS GERIÁTRICAS.
TANIA VIDAL GARCIA, MARÍA ESTHER FERNÁNDEZ MENÉNDEZ, SILVIA ÁLVAREZ MARTÍNEZ, MARTA ELENA PÉREZ VALLINA Y JOSEFA GARCÍA SÁNCHEZ 1907

288 LA IMPORTANCIA DE LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA.
SANDRA CARBAJAL AMORIN, ELENA VALDES ALVAREZ Y SONIA CAMPOLLO RODRIGUEZ 1915

289 HERIDA INCISA EN MUJER DE 40 AÑOS
TAMARA MARIA NAVAS CRESPO, NAZARET NAVAS CRESPO Y ANA ROSA BLANCO SANCHEZ 1919

290 QUEMADURA DE SEGUNDO GRADO EN EL DORSO DE LA MANO IZQUIERDA
TAMARA MARIA NAVAS CRESPO, NAZARET NAVAS CRESPO Y ANA ROSA BLANCO SANCHEZ 1923

291 ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO.
JUAN CARLOS MATEO RODRÍGUEZ Y ALBA PASCUAL MARTINEZ 1927

292 MEDIDAS PARA MINIMIZAR LA CONTAMINACIÓN RADIOCTIVA DE PACIENTE SOMETIDOS A TRATAMIENTOS CON YODO 131 TANTO EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN COMO AL ALTA.
MARÍA MARTÍNEZ VÁZQUEZ 1933

293 TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD: DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y ROL DE ENFERMERÍA.
REBECA ROZA GONZÁLEZ Y PAULA VELASCO MONTES 1939

294 EL DUELO EN UN NUEVO EMBARAZO
JUAN MANUEL ARECHAGA RODRÍGUEZ 1947

295 ENFERMEDAD DE CROHN.
JUAN CARLOS MATEO RODRÍGUEZ Y ALBA PASCUAL MARTINEZ 1955

296 EXTRACCIÓN Y CONSERVACIÓN DE LA LECHE MATERNA.
SANDRA VEGA VIÑAS Y JENIFER VEGA VIÑAS 1963

297 TRATAMIENTOS EFICACES PARA DEJAR DE FUMAR
ANDREA PÉREZ DÍAZ, REBECA AVILA LUSQUIÑOS, TANIA ÁLVAREZ COSTA, ADRIANA MENÉNDEZ FERNÁNDEZ Y PATRICIA PALACIOS CARRETERO 1973

298 MORDEDURA DE PERRO EN MUJER DE 45 AÑOS.
NAZARET NAVAS CRESPO, ANA ROSA BLANCO SANCHEZ Y TAMARA MARIA NAVAS CRESPO 1987

299 MANEJO DE LA GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA.
LETICIA MÉNDEZ LÓPEZ Y LARA RODRÍGUEZ ÁLVAREZ 1991

300 EVIDENCIA EN LAS DIFERENTES OPCIONES ANALGÉSICAS EN PEDIATRÍA.
PAULA DOPICO MAGADÁN 1995

301 PLAN DE CUIDADOS DE UN PACIENTE EN LA UNIDAD DE TRATAMIENTO DE TOXICOMANÍAS.
LUCIA MARTÍNEZ PÉREZ 1999

302 ANEMIA FERROPÉNICA.
JUAN CARLOS MATEO RODRÍGUEZ Y ALBA PASCUAL MARTINEZ 2009

303 PACIENTE PEDIÁTRICO CON SÍNDROME FEBRIL: CASO CLÍNICO.
PAULA DOPICO MAGADÁN 2015

304 CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE OSTOMIZADO.
YOLANDA MÉNDEZ PELÁEZ 2019

305 PICADURA DE GARRAPATA: ENFERMEDAD DE LYME.
MONTSERRAT CALZON MENENDEZ 2023

306 COMO EXTRAER UN TAPÓN DE CERUMEN EN ATENCIÓN PRIMARIA.
MONTSERRAT CALZON MENENDEZ 2027

307 PUBALGÍA FACTORES DE RIESGO Y PREVENCIÓN
PAULA OTERO GONZALEZ, ANA ALONSO RODRIGUEZ, VERONICA FERNANDEZ GALAN, GRACIELA ALVAREZ CUERVO Y BELEN PEREZ FERNANDEZ 2033

308 CONSEJOS PARA REDUCIR EL SOBREPESO Y OBESIDAD DESDE ATENCIÓN PRIMARIA
IVÁN GRANDA RUIZ, JORGE ÁLVAREZ CIENFUEGOS Y ANDREA LLANO SUÁREZ 2037

309 LA DIETA VEGETARIANA: VENTAJAS Y DESVENTAJAS.
IVÁN GRANDA RUIZ, ANDREA LLANO SUÁREZ Y JORGE ÁLVAREZ CIENFUEGOS 2043

310 ATENCIÓN DE ENFERMERÍA. CUIDADOS PALIATIVOS EN EL PACIENTE TERMINAL.
CLARA ARCE ARROJO 2047

311 DIABETES MELLITUS EN LA INFANCIA.
SILVIA ZAPICO GUTIERREZ Y ALEJANDRA GARCÍA MÉNDEZ 2051

312 PREVENCIÓN DE LA DERMATITIS ASOCIADA A LA RADIOTERAPIA
IRENE MARTÍNEZ ARDINES Y LAURA FEITO PRIETO 2063

313 EFICACIA DE LAS TERAPIAS EXISTENTES PARA LOS CALAMBRES EN EL EMBARAZO.
ALBA PASCUAL MARTINEZ Y JUAN CARLOS MATEO RODRÍGUEZ 2069

314 UNA TAREA PENDIENTE, PERO NO OLVIDADA: LOS PROLAPSOS DE LOS ÓRGANOS PÉLVICOS EN MUJERES
IRENE VILLOTA MARTINEZ, NURIA GARCÍA RODRÍGUEZ, PATRICIA FERNÁNDEZ ANTUÑA Y LETICIA FERNANDEZ GUTIERREZ 2073

315 HIPOGLUCEMIA LEVE- MODERADA EN NIÑO CON DIABETES MELLITUS TIPO I.
ANA ROSA BLANCO SANCHEZ, TAMARA MARIA NAVAS CRESPO Y NAZARET NAVAS CRESPO 2087

316 PAPEL DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE PENFIGOIDE AMPOLLOSO.
LAURA SÁNCHEZ LASTRA, ALICIA FERNÁNDEZ MARTÍN, ELENA ÁLVAREZ RODRÍGUEZ, LORETO GIL DIEZ Y MARÍA ISABEL FERNÁNDEZ MARTÍNEZ 2091

317 PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN EN EL ANCIANO.
ROCÍO GARCÍA ÁLVAREZ, NOELIA LOMBARDIA CARBAJAL, MARÍA MARGARITA CASTRO FERNÁNDEZ, ALICIA ALVAREZ FERNANDEZ Y JORGE TABOADA ALAMEDA 2095

318 PAPEL DE ENFERMERÍA EN EL ASESORAMIENTO ANTICONCEPTIVO.
LUIS FEITO GARCIA Y LUCIA ALVAREZ RODIL 2107

319 TRATAMIENTO DE LAS GRIETAS DEL PEZÓN RELACIONADAS CON LA LACTANCIA. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA
ELENA GARRIDO MALFAZ, ALBA PEÑA GONZÁLEZ, SARA ALVAREZ ALVAREZ Y JUDIT GOMEZ ORTIZ 2111

320 ¿QUÉ ES LA TUBERCULOSIS?
VICTORIA CERNUDA LÓPEZ Y ANDREA LOPEZ ARBAS 2117

321 INCONTINENCIA URINARIA EN NIÑOS
LUCÍA GARCÍA LLANO, LAURA MARÍA ALLER ALONSO, CRISTINA MENÉNDEZ FERNÁNDEZ, NOEMÍ DÍAZ PÉREZ Y NIEVES ÁLVAREZ PRIETO 2121

322 TERAPIA PARA PACIENTES CON TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.
LUIS FEITO GARCIA Y LUCIA ALVAREZ RODIL 2123

323 CÁNCER DE MAMA
VICTORIA CERNUDA LÓPEZ Y ANDREA LOPEZ ARBAS 2127

324 **EL EMPLEO DE LA MIEL COMO TRATAMIENTO EFICAZ EN LA CURACIÓN DE UPP**
ALBA PASCUAL MARTINEZ Y JUAN CARLOS MATEO RODRÍGUEZ **2131**

325 **EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN EL ENTORNO ESCOLAR. LA OBESIDAD Y LA PROMOCIÓN DE HÁBITOS SALUDABLES ALIMENTARIOS.**
LUIS FEITO GARCIA, LUCIA ALVAREZ RODIL Y ANA BELÉN DELGADO SIERRA **2135**

326 **PIE DIABÉTICO CON FALLO MULTIORGÁNICO.**
VICTORIA CERNUDA LÓPEZ Y ANDREA LOPEZ ARBAS **2141**

327 **INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN LOS RECLUSOS DEL CENTRO PENITENCIARIO DE VILLABONA.**
CRISTINA BALLESTEROS REGUERA, ANDREA VÁZQUEZ MARTÍNEZ Y NAZISH AHMED **2149**

328 **MANEJO Y PERCEPCIÓN DEL PACIENTE CON TRASTORNO DE ANSIEDAD Y/O CRISIS DE PÁNICO EN LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL**
VICTORIA DE ARGÜELLES PÉREZ, ELOY ASENJO SECADES Y ANDREA GÓMEZ FERNÁNDEZ **2159**

329 **MÉTODOS PARA LA CESACIÓN DEL HÁBITO TABÁQUICO DURANTE EL EMBARAZO.**
DAVID GARCÍA TOSTÓN, MERCEDES URRA MONAUT, MIRIAM SALINAS VALENCIA, MARIA TERESA CARRASQUER PIRLA Y LETICIA FERNANDINO ZUBIETA **2165**

330 **CONJUNTIVITIS EN CENTROS RESIDENCIALES.**
LUCIA ALVAREZ RODIL Y LUIS FEITO GARCIA **2179**

331 **ANTICONCEPTIVOS HORMONALES E INFLUENCIA EN EL ACNÉ.**
LORENA MÉNDEZ FERNÁNDEZ, COVADONGA IGLESIAS BAILÓN Y VIRGINIA FERNÁNDEZ DÍAZ **2183**

332 REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA DE LAS RECOMENDACIONES DE LA TOMA DE ANTICOAGULANTES ORALES.
SAIOA IMIZCOZ ERASUN, ELENA GONZÁLEZ ESAIN, VIRGINIA GALENDE GALARZA, JUNCAL SANZ PASCUAL Y MARIA SALINAS BARIAIN 2193

333 FACTORES DE RIESGO DE LA OBESIDAD (PAPEL DE LA ENFERMERÍA)
FABIOLA ARANGO FERNANDEZ 2197

334 CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON ENFERMEDAD DE CROHN.
MARIA CHECA GIL 2203

335 INFLUENCIA DE LA DIETA EN LA PREVENCIÓN DE LA PREECLAMPSIA
NOEMÍ BLANCO ALONSO 2207

336 SÍNDROME DE CÁNCER COLORRECTAL HEREDITARIO NO POLIPÓSICO
NIEVES ÁLVAREZ PRIETO, CRISTINA MENÉNDEZ FERNÁNDEZ, NOEMÍ DÍAZ PÉREZ, LAURA MARÍA ALLER ALONSO Y LUCÍA GARCÍA LLANO 2211

337 IMPACTO ECONÓMICO EN EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO ESPAÑOL DE LA ATENCIÓN A RESIDENTES EN EL EXTRANJERO.
RAÚL FERNÁNDEZ CASTRO, ANDREA AGUADO ARCONADA, SANDRA GARCÍA FERNÁNDEZ, CARLOS CANGA GUTIÉRREZ Y PAULA FERNÁNDEZ ÁLVAREZ 2213

338 ENDOMETRIOSIS, LA ENFERMEDAD SILENTE.
GRACIELA ALVAREZ CUERVO, BELEN PEREZ FERNANDEZ, PAULA OTERO GONZALEZ, ANA ALONSO RODRIGUEZ Y VERONICA FERNANDEZ GALAN 2225

339 SÍNDROME METABÓLICO Y ANTIPSICÓTICOS DE SEGUNDA GENERACIÓN.
LARA RODRÍGUEZ ÁLVAREZ Y LETICIA MÉNDEZ LÓPEZ 2233

340 **DIABETES MELLITUS TIPO II Y SU MANEJO DESDE ATENCIÓN PRIMARIA.**
LUCÍA DEL RAMO IBÁÑEZ, CARIDAD VALERA MARTINEZ Y LUIS CAMBRONERO LÓPEZ 2243

341 **LOS CUIDADOS PALIATIVOS.**
OLAYA DIAZ ARGALLERO 2249

342 **HISTORIA CLÍNICA. ORIGEN Y COMPOSICIÓN.**
MARIA LUISA SUAREZ GONZALEZ Y AIRAM PADILLA MÉNDEZ 2255

343 **CONCEPTOS BÁSICOS SOBRE EL CÁNCER DE MAMA. LA IMPORTANCIA DE LA DETECCIÓN PRECOZ.**
LORENA BALBUENA ORDÓÑEZ, TAMARA FERNÁNDEZ GONZÁLEZ, LORENA PEREZ DEL RIO, EMMA GARCÍA GONZÁLEZ Y CARMEN LANTARÓN GONZÁLEZ 2259

344 **COMPARATIVA ENTRE CESÁREA Y PARTO NATURAL DEL RIESGO DE TRANSMISIÓN VERTICAL DEL VIH.**
ANDREA GÓMEZ FERNÁNDEZ, VICTORIA DE ARGÜELLES PÉREZ Y ELOY ASENJO SECADES 2265

345 **CRISIS EPILÉPTICAS EN LA INFANCIA.**
LEYRE IBERO PEMAN, ANA MARTÍNEZ-PEÑA RUIZ, CARMELA TROYAS VISUS Y CRISTINA HUARTE USTARROZ 2275

346 **MORDEDURAS Y PICADURAS.**
JENIFER VEGA VIÑAS Y SANDRA VEGA VIÑAS 2281

347 **OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO ADMINISTRADA MEDIANTE EL SISTEMA AIRVO 2 EN PEDIATRÍA.**
CRISTINA ECHAPARE ZABALETA, ERIKA GOMEZ LARRAMBE, JOSÉ MANUEL MONFORTE ESPIAU, SONIA ISO GAYARRE Y LAURA CASAS BAQUEDANO 2295

348 **REVISIÓN SISTEMÁTICA: ASOCIACIÓN ENTRE ALCOHOLISMO Y TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS.**
ELENA ALVAREZ VARELA, ISABEL ARAUJO RUBIERA Y ANA MARTINEZ DELGADO 2301

349 USO DE INHALADORES: CUIDADOS ENFERMEROS.
SARA FERNÁNDEZ GONZÁLEZ 2319

350 PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE CÓLON Y RECTO DE CASTILLA LA MANCHA.
SOFÍA DOMÍNGUEZ GUTIÉRREZ, MIRIAM DELGADO LOPEZ DE MOTA Y NATALIA CALLEJAS FIGUEROA 2323

351 PACIENTE CON RETENCIÓN AGUDA DE ORINA.
NAZARET NAVAS CRESPO, ANA ROSA BLANCO SANCHEZ Y TAMARA MARIA NAVAS CRESPO 2329

352 TRASTORNO DEL SUEÑO COMO PSICOPATOLOGÍA EN LA VEJEZ.
ISABEL GONZÁLEZ RUBÍN Y ESTEFANÍA FERNÁNDEZ MENÉNDEZ 2333

353 COMO PREPARAR UNA CONSULTA CON UN PROFESIONAL DE LA SALUD.
IRANZU ZUDAIRE FERNANDEZ, PATRICIA GORDEJUELA SENOSIAIN, LEYRE DIEZ DE ULZURRUN SENOSIAIN Y MIRIAM BASTERRA ROYO 2337

354 EL PUERPERIO: CUIDADOS DE ENFERMERÍA.
PATRICIA IGLESIAS CERRA 2341

355 PICADURA DE GARRAPATA EN VARÓN DE 60 AÑOS
TAMARA MARIA NAVAS CRESPO, NAZARET NAVAS CRESPO Y ANA ROSA BLANCO SANCHEZ 2351

356 VACUNACIÓN EN PEDIATRÍA.
MARTA VALDÉS GARCÍA 2355

357 SÍNDROME DE PARSONAGE-TURNER UNA PATOLOGÍA INFRECUENTE Y POCO CONOCIDA EN EL HOMBRO DOLOROSO
BIBIANA PARAJE FERNÁNDEZ Y MANUEL NICOLÁS PRIETO FEMENÍA 2361

358 GESTIÓN DEL DUELO POR MUERTE PERINATAL ENTRE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA.
LAURA MARTÍNEZ MARTÍNEZ 2365

359 HIPERGLUCEMIA EN NIÑO CON DIABETES MELLITUS TIPO I.
ANA ROSA BLANCO SANCHEZ, TAMARA MARIA NAVAS CRESPO Y NAZARET NAVAS CRESPO 2369

360 PIE DIABÉTICO
AIRAM PADILLA MÉNDEZ Y MARIA LUISA SUAREZ GONZALEZ 2373

361 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL ÁMBITO PSICOLÓGICO: DETECCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO.
PATRICIA IGLESIAS CERRA 2377

362 LA ENFERMEDAD DE LYME PRODUCIDA POR UNA PICADURA DE GARRAPATA.
LIS MARTINEZLIS@HOTMAIL.COM, ARÁNZAZU FERNÁNDEZ FLÓREZ Y OLVIDO MORAN MARTINEZ 2385

363 PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN EL ANCIANO INSTITUCIONALIZADO.
LUCIA FERNANDEZ PEREZ 2391

364 TÉCNICA CON MANDALAS EN UNIDADES DE GERIATRIA
LUCIA FERNANDEZ PEREZ 2393

365 CUIDADOS DE ENFERMERÍA ANTE EL PACIENTE CON PIE DIABÉTICO.
LETICIA MÉNDEZ LÓPEZ Y LARA RODRÍGUEZ ÁLVAREZ 2397

366 ABORDAJE DEL LINFEDEMA POSMASTECTOMIA A TRAVÉS DEL MANGUITO DE COMPRESIÓN.
OLVIDO MORAN MARTINEZ, ARÁNZAZU FERNÁNDEZ FLÓREZ Y LIS MARTINEZLIS@HOTMAIL.COM 2403

367 USO DE PROBIÓTICOS EN PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE MASTITIS.
CARMEN ORTEGA BELIO 2407

368 IDENTIFICACIÓN DE DISFAGIA EN EL MEDIO COMUNITARIO. A PROPÓSITO DE UN CASO.
REBECA AVILA LUSQUIÑOS, PATRICIA PALACIOS CARRETERO, ANDREA PÉREZ DÍAZ, TANIA ÁLVAREZ COSTA Y ADRIANA MENÉNDEZ FERNÁNDEZ 2415

369 ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS EN EL DOLOR CRÓNICO. LA ACUPUNTURA
MARTA IRALA RIVERO, GALO ROMAÑA GARCÍA, CARLA MENÉNDEZ BARROS Y MARTA MORENO TOMÁS 2421

370 IMPORTANCIA DEL ESTILO DE VIDA EN LA DIABETES TIPO 2
LUCIA MUÑIZ CHILLON, MARÍA RODRÍGUEZ MARTÍNEZ Y EVA MUÑIZ CHILLÓN 2431

371 LA IMPORTANCIA DE TRATAR EL ASMA HOLÍSTICAMENTE: UN CASO CLÍNICO.
ARÁNZAZU FERNÁNDEZ FLÓREZ, LIS MARTINEZLIS@HOTMAIL.COM Y OLVIDO MORAN MARTINEZ 2435

372 CONOCEMOS LAS COMPLICACIONES NO MOTORAS EN EL PARKINSON
ZAIRA FERNÁNDEZ GONZÁLEZ 2451

373 EFECTOS DEL ESTRÉS MATERNO SOBRE EL DESARROLLO FETAL: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA
Mª ANGELES MONTES ALONSO Y AROA GONZÁLEZ GARCÍA 2455

374 LA ESPIROMETRÍA EN EL PACIENTE FUMADOR Y CON EPOC
SHEILA DURÁN FERNÁNDEZ 2465

375 CASO CLÍNICO: RECOMENDACIONES DIETÉTICAS EN INSUFICIENCIA RENAL
AIDA GRANERO ALONSO Y ANDREINA BARDINET OJEDA 2469

376 ABORDAJE MULTIFATORIAL DE LA OBESIDAD EN NIÑOS DE ENTRE 6 Y 12 AÑOS
SARA CARMONA PERUYERO Y FRANCISCO JAVIER SERRANO PALLARÉS 2473

377 CASO CLÍNICO: ÚLCERA DEL PIE DIABÉTICO DE LARGA EVOLUCIÓN
LETICIA CUELI ARENAS, PAULA CUELI ARENAS Y JUAN ANTONIO LEAL MEDIAVILLA 2475

378 LA ALIMENTACIÓN EN EL PRIMER AÑO DE VIDA.
LORENA PEREZ DEL RIO, EMMA GARCÍA GONZÁLEZ, CARMEN LANTARÓN GONZÁLEZ, LORENA BALBUENA ORDÓÑEZ Y TAMARA FERNÁNDEZ GONZÁLEZ 2481

379 CRITERIOS COMUNES EN LA EXTRACCIÓN SANGUÍNEA VENOSA.
SARA LÓPEZ ÁLVAREZ 2489

380 SÍNTOMAS DIFERENCIALES ENFERMEDAD DE GRAVES-BASEDOW.
CARMEN MARÍA HEVIA LÓPEZ 2493

381 INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN PACIENTES CON EPOC EN TRATAMIENTO CON VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA EN LA COMARCA DEL BAJO GÁLLEGO.
PILAR PARDOS VAL, ANDREA COMA MARCO Y ABEL PISA MAYORAL 2497

382 ENFERMEDAD DE ALZHEIMER.
M TERESA GAMUNDI OTERO 2505

383 RECOMENDACIONES DIETÉTICAS EN PACIENTES CON DIABETES.
MARÍA FERNÁNDEZ AGUIRRE 2509

384 CUIDADOS INICIALES DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE DIABÉTICO.
NURIA SOLIS TABOADA Y JESSICA VALDÉS DEL VAL 2513

385 LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA.
MAGALI COLMENERO GARCIA, ANA ROSA FLOREZ SIRGO Y VANESA SÁNCHEZ ESCANDON 2517

386 LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN Y LA IMPORTANCIA DE UNA BUENA EDUCACIÓN,PARA UNA BUENA PREVENCIÓN
LETICIA FERNANDEZ GUTIERREZ, IRENE VILLOTA MARTINEZ, PATRICIA FERNÁNDEZ ANTUÑA Y NURIA GARCÍA RODRÍGUEZ 2521

387 LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA.
LAURA CASTRILLÓN CHAMADOIRA Y SARA HERRERO BLANCO 2527

388 PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN EL ICTUS
YOLANDA MÉNDEZ PELÁEZ 2533

389 ESCLEROSIS MÚLTIPLE: DETERIORO COGNITIVO Y CALIDAD DE VIDA.
MARÍA MARGARITA CASTRO FERNÁNDEZ, ALICIA ALVAREZ FERNANDEZ, JORGE TABOADA ALAMEDA, ROCÍO GARCÍA ÁLVAREZ Y NOELIA LOMBARDIA CARBAJAL 2537

390 MANEJO DE LA PRÁCTICA CLÍNICA EN LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD.
MARĪA ROSARIO MARTÍNEZ RODRÍGUEZ 2553

391 ACTIVIDAD Y EJERCICIO FÍSICO EN PERSONAS CON SÍNDROME DE DOWN.
PATRICIA BARTOLOME HUERTA Y ELENA BARRERO BRAVO 2557

392 LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y EL EJERCICIO FÍSICO.
LUCIA CORDOBA MURGA 2569

393 EL ASMA INFANTIL Y SU CONTROL .
MARIA CHECA GIL 2573

394 AUTOESTIMA EN PERSONAS COLOSTOMIZADAS.
MARIA CHECA GIL 2577

395 INFECCIÓN URINARIA EN EL ANCIANO
LUCIA FERNANDEZ PEREZ 2581

396 VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO. FACTORES DE RIESGO Y PREVENCIÓN.
JENNIFER FERNANDEZ ALVAREZ, NURIA MENÉNDEZ LÓPEZ, MAYKA FERNÁNDEZ ÁLVAREZ Y PAULA MENÉNDEZ ÁLVAREZ 2585

397 PREVENCIÓN DE LA APARICIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN.
SARA CARMONA PERUYERO Y FRANCISCO JAVIER SERRANO PALLARÉS 2591

398 ATENCIÓN ENFERMERA DE CUIDADOS PALIATIVOS EN ATENCIÓN PRIMARIA.
MARÍA PRIETO RODRÍGUEZ 2595

399 ATENCIÓN A PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN UNA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA
MARÍA PRIETO RODRÍGUEZ 2599

400 CAMBIOS EN LA SEXUALIDAD DE MUJERES HISTERECTOMIZADAS
LUCIA CORDOBA MURGA 2603

401 HERNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÉNITA EN EL NEONATO.
LUCIA CORDOBA MURGA 2615

402 TRDA: MANEJO DEL EXUDADO FARINGOAMIGDALINO
VERÓNICA DE LA FUENTE ELÍAS, LIDIA EXPÓSITO MARQUÉS Y MARIA FEITO ALVAREZ 2623

403 INTÉRTRIGO CANDIDIÁSICO
MAGALI COLMENERO GARCIA, VANESA SÁNCHEZ ESCANDON Y ANA ROSA FLOREZ SIRGO 2627

404 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA NEBULIZACIÓN
FLOR AIDA VALBUENA FERNÁNDEZ 2631

405 CUIDADOS ENFERMERÍA DE LA ANSIEDAD
CARLOS PÉREZ FERNÁNDEZ, GUADALUPE VERA GORDILLO, MARIA TERESA GUTIÉRREZ ALVAREZ, CARIDAD DIEZ ALONSO Y PATRICIA NORIEGA GARCÍA 2635

406 MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DEFINITIVOS
GEMA NÚÑEZ-BARRANCO GARCÍA Y MARÍA DEL PILAR LÓPEZ PIZARRO 2639

407 LA ANSIEDAD EN LOS PACIENTES GERIÁTRICOS SOMETIDOS A CIRUGÍA AMBULATORIA.
PATRICIA BARTOLOME HUERTA Y ELENA BARRERO BRAVO 2643

408 ALIMENTACIÓN Y HÁBITOS ALIMENTARIOS DEL NIÑO ENTRE 2-5 AÑOS.
SARA LÓPEZ GARCÍA, NOELIA PÉREZ LAMUÑO, ALBA MARTÍNEZ ALONSO, CLAUDIA BLANCO MARTINEZ Y BEATRIZ TERENTE NEVADO 2653

409 EL MANEJO DEL PACIENTE PORTADOR DE UNA OSTOMÍA.
MARTA TARDON LOPEZ 2657

410 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN.
SARA FERNÁNDEZ GONZÁLEZ 2663

411 GUANTES SANITARIOS
FLOR AIDA VALBUENA FERNÁNDEZ 2667

412 REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO: RECONOCIMIENTO DE SÍNTOMAS Y ABORDAJE PRECOZ.
AIDA CALLEJA MUÑIZ, ANDREA GONZALEZ FERNANDEZ, GEMA FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ Y MARÍA DEL MAR GONZÁLEZ BASANTE 2671

413 MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS HORMONALES.
MARÍA DEL PILAR LÓPEZ PIZARRO Y GEMA NÚÑEZ-BARRANCO GARCÍA 2677

414 LA IMPORTANCIA DEL APORTE DE FRUTAS EN LA DIETA POR LAS PROPIEDADES QUE POSEEN PARA NUESTRA SALUD
RUTH VIGIL LAGRANDA Y NATIVIDAD GOMEZ FELIZ 2681

415 SITUACION ACTUAL DE LA LIMITACION DEL ESFUERZO TERAPEUTICO Y LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA AL FINAL DE LA VIDA
PATRICIA BARTOLOME HUERTA Y ELENA BARRERO BRAVO 2685

416 ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE EL DUELO PERINATAL.
ELENA BARRERO BRAVO Y PATRICIA BARTOLOME HUERTA 2697

417 REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE LA INMERSIÓN EN AGUA EN LA PRIMERA Y SEGUNDA FASE DEL PARTO
ALBA PEÑA GONZÁLEZ 2707

418 PIE DIABÉTICO
JUAN LUIS SÁNCHEZ SUÁREZ 2719

419 DIABETES. VALORACIÓN Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA DEL PIE DIABÉTICO.
MARTA FERNANDEZ MARTINEZ 2723

420 PAPEL DE ENFERMERÍA EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS.
ELENA BARRERO BRAVO Y PATRICIA BARTOLOME HUERTA 2729

421 ABORDAJE ENFERMERO ANTE LAS ULCERAS POR PRESION (UPP)
ELIZABETH TRILLO GONZALEZ 2739

422 DIETA EN EL PACIENTE SOMETIDO A HEMODIÁLISIS.
REBECA ROZA GONZÁLEZ Y VANESA SÁNCHEZ ESCANDON 2747

423 ABORDAJE DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO DESDE ATENCIÓN PRIMARIA
COVADONGA GARCÍA VEGA 2751

424 ABORDAJE DE LA DEMENCIA EN ATENCIÓN PRIMARIA
COVADONGA GARCÍA VEGA 2761

425 PAPEL DE LAS ENFERMERAS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA
COVADONGA GARCÍA VEGA 2769

426 MOBBING LABORAL
CARLOS JAVIER POSA GARCÍA 2777

427 PERIMENOPAUSIA Y DEPRESIÓN
IZASKUN ARPIREZ ROBLEDO 2781

428 ALTERACIONES NEUROLÓGICAS FRECUENTES EN LAS PERSONAS MAYORES: ENFERMEDAD DE ALZHEIMER
NURIA HUERTA GONZÁLEZ, LAURA MORAIS REY Y ANA ISABEL BLANCO ALONSO 2785

429 EL MASAJE INFANTIL
ROSA MARIA ALONSO MESA, BEGOÑA GARCÍA GONZALEZ Y CARMEN QUINTANA IGLESIAS 2797

430 SALUD FEMENINA: MIOMATOSIS UTERINA
ROSA MARIA ALONSO MESA, BEGOÑA GARCÍA GONZALEZ Y CARMEN QUINTANA IGLESIAS 2801

431 DELIRIO DE PARASITOSIS O SINDROME EKBON.
BEGOÑA GARCÍA GONZALEZ, CARMEN QUINTANA IGLESIAS Y ROSA MARIA ALONSO MESA 2805

432 LA ENFERMEDAD DE LA PIELONEFRITIS
CARMEN QUINTANA IGLESIAS, ROSA MARIA ALONSO MESA Y BEGOÑA GARCÍA GONZALEZ 2807

433 MONONUCLEOSIS INFECCIOSA O VIRUS EPSTEIN-BARR
CARMEN QUINTANA IGLESIAS, ROSA MARIA ALONSO MESA Y BEGOÑA GARCÍA GONZALEZ 2811

434 AUTOCUIDADO EN PROFESIONALES
VERÓNICA FERNANDEZ NUÑEZ 2815

435 ATENCIÓN Y CUIDADOS AL PACIENTE CON UN TRASTORNO DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO: ANOREXIA Y BULIMIA
PILAR GRANDA ALONSO Y NURIA HUERTA GONZÁLEZ 2817

436 HIGIENE DE MANOS EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO
IVAN MORENO VELASCO, NATALIA SOTO MENDEZ Y LUIS MANUEL FERNÁNDEZ VAQUERO 2833

437 ATENCIÓN A PERSONAS DEPENDIENTES EN SU DOMICILIO
MARIA PILAR CABALLERO SÁNCHEZ Y DILEY CASARIEGO GARCIA 2835

438 HIGIENE BUCO-DENTAL INFANTIL. LA CARIES
ANA MARÍA GARCÍA SUÁREZ, ANDREA SAN MARTÍN GONZÁLEZ Y JULIA ROSA LÓPEZ ARANGO 2839

439 EDUCACIÓN Y PROMOCIÓN PARA LA SALUD
MÓNICA FONT VILLÉN 2841

440 PLANES DE CUIDADOS EN EL EMBARAZO Y PUERPERIO. EJERCICIO FISICO
MARIA DOLORES LORENZO GARCIA, PATRICIA CORRALES REY Y HORTENCIA BEATRIZ MERCHÁN PEÑAFIEL 2845

441 ICTUS: LA IMPORTANCIA DE UNA ATENCIÓN RÁPIDA Y DE CALIDAD, DETECCIÓN PRECOZ Y ANALISIS
REBECA PAJA MARTÍNEZ 2849

442 DESCUBRIENDO VIOLENCIA DE GENERO.
MARTA VIÑUELA MORAN Y MARÍA TERESA CUESTA GONZÁLEZ 2853

443 INSOMNIO EN LA POBLACION.
MARTA VIÑUELA MORAN Y MARÍA TERESA CUESTA GONZÁLEZ 2855

444 ADOLESCENCIA Y EMBARAZO
MARTA VIÑUELA MORAN Y MARÍA TERESA CUESTA GONZÁLEZ 2859

445 ATENCIÓN Y CUIDADOS EN LA ENFERMEDAD DE PARKINSON
AURISTELA ACEVEDO SUÁREZ, ARACELI HUERTA FERNÁNDEZ, MARÍA ISABEL GARCÍA FERNÁNDEZ, INÉS RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ Y NURIA HUERTA GONZÁLEZ 2865

446 LA IMPORTANCIA DE COMER BIEN
MARIA SOLEDAD PEREZ PEREIRA, ARACELI TOLOSA Y ERICA GARCÍA SUÁREZ 2875

447 QUEMADURAS QUÍMICAS PARA TCAE
RAQUEL FARPÓN RODRÍGUEZ 2879

448 LESIONES POR ELECTRICIDAD PARA TCAE
RAQUEL FARPÓN RODRÍGUEZ 2883

449 LA ESTIMULACIÓN COGNITIVA EN PACIENTES CON ALZHEIMER
CONCEPCIÓN SUÁREZ GONZÁLEZ 2887

450 HOSPITALIZACIÓN INFANTIL: ATENCIÓN PSICOLÓGICA AL NIÑO.
GRACIELA PÉREZ GARCÍA 2891

451 ERITEMA DEL PAÑAL EN BEBÉS. CUIDADOS DEL TCAE.
VERÓNICA MUÑOZ EIRO, EVA MARÍA GARCÍA MATOS, Mª DEL MAR VALLINA ALONSO Y ANA BELEN VALLINA ALONSO 2897

452 PREVENCION DE FRACTURAS DE CADERA, DISMINUCIÓN DEL GASTO SANITARIO
PATRICIA CORRALES REY, HORTENCIA BEATRIZ MERCHÁN PEÑAFIEL Y MARIA DOLORES LORENZO GARCIA 2901

453 CUIDADOS NUTRICIONALES QUE DEBEN LLEVARSE A CABO EN EL PACIENTE CON ENFERMEDAD DE PARKINSON
AURISTELA ACEVEDO SUÁREZ, ARACELI HUERTA FERNÁNDEZ, MARÍA ISABEL GARCÍA FERNÁNDEZ, INÉS RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ Y NURIA HUERTA GONZÁLEZ 2903

454 IMPORTANCIA DE UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE EN LA PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR
MARÍA ISABEL GARCÍA FERNÁNDEZ, INÉS RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ, ARACELI HUERTA FERNÁNDEZ, AURISTELA ACEVEDO SUÁREZ Y NURIA HUERTA GONZÁLEZ 2909

455 CUIDADOS DEL TCAE EN SALUD MENTAL
MARÍA ISABEL GARCÍA FERNÁNDEZ, INÉS RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ, NURIA HUERTA GONZÁLEZ, ARACELI HUERTA FERNÁNDEZ Y AURISTELA ACEVEDO SUÁREZ 2921

456 **EDUCACIÓN SANITARIA Y PROMOCIÓN DE LA SALUD ANTE PERSONAS DROGODEPENDIENTES**
MARÍA ISABEL GARCÍA FERNÁNDEZ, NURIA HUERTA GONZÁLEZ, INÉS RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ, ARACELI HUERTA FERNÁNDEZ Y AURISTELA ACEVEDO SUÁREZ **2931**

457 **LACTANCIA MATERNA-EL PAPEL DEL TCAE**
EVA MARÍA GARCÍA MATOS, VERÓNICA MUÑOZ EIRO, ANA BELEN VALLINA ALONSO Y Mª DEL MAR VALLINA ALONSO **2937**

458 **RINITIS ALÉRGICA A ÁCAROS DEL POLVO DOMÉSTICO Y DE ALMACENAMIENTO**
SANDRA ISORNA GONZALEZ, MARTHA CHAVEZ VILLAVICENCIO, LUCÍA SIABA GARCÍA, KENIA MESA DELGADO Y SARA DIAZ LARREA **2943**

459 **EMBARAZO: PARTO Y PUERPERIO, FIGURA DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
GRACIELA PÉREZ GARCÍA **2945**

460 **EL PAPEL DEL TCAE ANTE EL PACIENTE CON DISFAGIA**
ANA BELEN VALLINA ALONSO, Mª DEL MAR VALLINA ALONSO, EVA MARÍA GARCÍA MATOS Y VERÓNICA MUÑOZ EIRO **2951**

461 **EL TCAE CON EL PACIENTE NEONATO**
ESTEFANÍA BELLÓN DEL PEÑO **2957**

462 **LA DESNUTRICIÓN EN EL ANCIANO**
ARACELI TOLOSA, ERICA GARCÍA SUÁREZ Y MARIA SOLEDAD PEREZ PEREIRA **2961**

463 **ULCERAS**
MARIA FANJUL GARCIA **2965**

464 **CONTROLES DIABÉTICOS**
MARÍA OLIVA FERNÁNDEZ ALVAREZ, EVA IRENE GONZÁLEZ ZAPICO Y MARÍA JOSÉ NÚÑEZ SUÁREZ **2977**

465 PROBLEMAS DEBIDOS A LA HOSPITALIZACIÓN
HORTENCIA BEATRIZ MERCHÁN PEÑAFIEL, MARIA DOLORES LORENZO GARCIA Y PATRICIA CORRALES REY **2979**

466 HIPERTENSIÓN
JESSICA BARREIRO LUTMAN, MERCEDES BARREIRO RODRÍGUEZ Y ROSANA RODRÍGUEZ PRENDES **2989**

467 ENFERMO TERMINAL. SUS CUIDADOS PALIATIVOS
MARÍA JOSÉ RUIDIAZ ÁLVAREZ Y LAURA SUÁREZ GONZÁLEZ **2991**

468 EL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO
MARÍA JOSÉ RUIDIAZ ÁLVAREZ Y LAURA SUÁREZ GONZÁLEZ **2997**

469 INCONTINENCIA DEL PACIENTE EN LA EDAD AVANZADA
SANDRA RODRIGUEZ FERNANDEZ **3001**

470 CUIDADOS EN EL LAVADO QUIRÚRGICO DE MANOS
DILEY CASARIEGO GARCIA Y MARIA PILAR CABALLERO SÁNCHEZ **3005**

471 ACTUACIÓN ANTE EL PACIENTE CON INTOLERANCIA A LA LACTOSA
MERCEDES ALVAREZ ANIA Y NURIA HUERTA GONZÁLEZ **3007**

472 LOS SERVICIOS DE AYUDA A DOMICILIO
MARIA CRUZ ALVAREZ FERNÁNDEZ **3037**

473 CANDIDIASIS VAGINAL
NATIVIDAD RIESGO RIESGO Y REBECA DÍAZ GONZÁLEZ **3041**

474 EL PUERPERIO
ERICA GARCÍA SUÁREZ, MARIA SOLEDAD PEREZ PEREIRA Y ARACELI TOLOSA **3045**

475 LA OBESIDAD COMO GRAN PROBLEMA EN LA SOCIEDAD
JOSÉ MARÍA SOTO GARCÍA **3049**

476 CUIDADOS DEL PACIENTE GERIÁTRICO
JOSÉ MARÍA SOTO GARCÍA **3053**

477 LA ENFERMEDAD Y SUS EFECTOS EN EL SER HUMANO
JOSÉ MARÍA SOTO GARCÍA 3057

478 PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR DECÚBITO.
JOSÉ MARÍA SOTO GARCÍA 3061

479 RIESGOS LABORALES EN EL PERSONAL SANITARIO
JOSÉ MARÍA SOTO GARCÍA 3065

480 EL EJERCICIO FÍSICO EN LA VEJEZ
CONCEPCIÓN SUÁREZ GONZÁLEZ 3069

481 LOS BENEFICIOS DE LA MIEL EN UN PIE DIABETICO.
LIDIA SUAREZ GONZALEZ 3073

482 BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA.
ALEJANDRA GONZÁLEZ FERNÁNDEZ 3075

483 AISLAMIENTO POR CONTACTO FUNCIÓN DEL TCAE.
TATIANA PRIETO PEREZ, DESIRE MARIA FERNANDEZ ABELLA Y CRISTINA ISABEL MOUTA CARBALLO 3079

484 DESGASTE PROFESIONAL EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO: SÍNDROME BURNOUT. FACTORES Y PREVENCIÓN.
MARIA DEL MAR BARRO RIVERA, BEATRIZ REQUENA PARADA, DIAMANTINA ESPAÑA ALONSO Y LLARA LOBO BARRO 3083

485 CUIDADOS DEL TCAE ANTE EL PACIENTE CON DEPRESIÓN.
SUSANA GUTIERREZ MARTINEZ Y MARGARITA HEVIA MOSQUERA 3087

486 BRONQUIOLITIS: SÍNTOMAS, CAUSAS Y TRATAMIENTO.
SANDRA MORO ESPINEL, MARIA EVA VAZQUEZ HUERTA, ANA MARÍA PELÁEZ CANCIO Y VERONICA VILLA CASTRESANA 3091

487 TRAQUEOSTOMIAS. TÉCNICA E INDICACIONES.
EVA MARIA ALCOBA SUAREZ 3097

488 EL TCAE EN LA ATENCIÓN PSICOEMOCIONAL A LA FAMILIA EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS.
BEATRIZ PAÑEDA IGLESIAS 3099

489 TRASTORNO PSIQUIÁTRICO POR ABUSO DE SUSTANCIAS. PAPEL DEL TCAE.
BEATRIZ PAÑEDA IGLESIAS 3103

490 ALIMENTACIÓN EN PACIENTES TOMADORES DE ANTICOAGULANTES ORALES (SINTROM)
MARIA ROSA GARNICA HERNANDO, ALMUDENA DIEZ CASARES Y JACINTA SERAFINA MEGIDO MORO 3107

491 MANEJO DEL ELECTROCARDIOGRAMA
MARIA DE LA PAZ BLANCO SUÁREZ 3111

492 CUIDADOS DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA PARA PREVENIR LAS INFECCIONES RELACIONADAS CON LOS CUIDADO SANITARIO EN PACIENTES GRAVES.
KATIUSCA POMPA SABLON, MARIA RIESGO RODRIGUEZ, ROSA PEREIRA PEREZ, GRACIELA CARBAJAL BARREIRO Y GRACIELA COLODRON TESTA 3113

493 CUIDADOS DE LA PIEL. ÚLCERAS POR PRESIÓN: CAUSAS Y PREVENCIÓN
LETICIA FERNÁNDEZ TORRES Y MARIA JESUS CASTELAO LOPEZ 3119

494 EMBARAZO ECTÓPICO: CAUSAS, SÍNTOMAS Y TRATAMIENTO.
LETICIA FERNÁNDEZ TORRES Y MARIA JESUS CASTELAO LOPEZ 3121

495 PSORIASIS: TIPOS, TRATAMIENTO Y ABORDAJE POR PARTE DEL TCAES
CINTIA FERNANDEZ PLATAS Y ALBA NIETO LOPEZ 3125

496 CULTURA PREVENTIVA EN EL PUESTO DE TRABAJO Y PREVENCION DE RIESGOS LABORALES.
GRACIELA COLODRON TESTA, KATIUSCA POMPA SABLON, MARIA RIESGO RODRIGUEZ, ROSA PEREIRA PEREZ Y GRACIELA CARBAJAL BARREIRO 3131

497 EL NIÑO OBESO Y LA DM2
MAR DÍAZ ÁLVAREZ 3137

498 LAS CONSTANTES VITALES EN LOS ADULTOS
ANA MARÍA ARIAS DE HARO Y ESTHER PÉREZ MANZANO 3139

499 ESTREÑIMIENTO (ANÁLISIS DESCRIPTIVO REALIZADO POR TCAE)
MARÍA JOSÉ NÚÑEZ SUÁREZ Y EVA IRENE GONZÁLEZ ZAPICO 3145

500 TÉCNICAS PARA LA PREVENCIÓN DE PROBLEMAS MAMARIOS EN LA LACTANCIA
SONIA ARENAS BARRO, SANDRA ALVAREZ MARTIN, PAULA CASAL BOUZA, CRISTINA CABALLERO HERRERA Y JÉNNIFER ELVIRA MAROTO MONCALIÁN 3149

501 ARTRITIS REUMATOIDE
SANDRA MORO ESPINEL, MARIA EVA VAZQUEZ HUERTA, ANA MARÍA PELÁEZ CANCIO Y VERONICA VILLA CASTRESANA 3151

502 TÉCNICA PARA HACER LA CAMA DE UN ENFERMO ENCAMADO
MARIA ARGENTINA SUAREZ FERNANDEZ 3159

503 CUIDADO DE PACIENTES CON DETERIORO COGNITIVO LEVE.
DIAMANTINA ESPAÑA ALONSO, MARIA DEL MAR BARRO RIVERA Y BEATRIZ REQUENA PARADA 3163

504 LA TERAPIA COMPRESIVA PARA TCAE.
PALOMA BARRIO 3167

505 EPIDEMIOLOGÍA DE LAS ÚLCERAS VENOSAS PARA TCAE.
PALOMA BARRIO 3169

506 RECOMENDACIONES DIETÉTICAS EN EL PACIENTE CON LITIASIS RENAL.
AIDA FERNÁNDEZ GARCÍA, ELISA CAMINO GALLEGO, MARÍA CONSUELO REY PÉREZ Y NURIA HUERTA GONZÁLEZ 3173

507 ATENCIÓN Y CUIDADOS EN LOS PACIENTES QUE PRECISAN INTERNAMIENTOS POR DEMENCIAS.
ELISA CAMINO GALLEGO, MARÍA CONSUELO REY PÉREZ, AIDA FERNÁNDEZ GARCÍA Y NURIA HUERTA GONZÁLEZ 3177

508 LA BRONQUIOLITIS DESDE EL PUNTO DE VISTA DEL TCAE.
PALOMA BARRIO 3181

509 IMPORTANCIA DE LA REHABILITACIÓN OCUPACIONAL EN LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA DEL PACIENTE AFECTADO POR ICTUS.
ELISA CAMINO GALLEGO, AIDA FERNÁNDEZ GARCÍA, MARÍA CONSUELO REY PÉREZ Y NURIA HUERTA GONZÁLEZ 3183

510 EFECTOS DEL CONTACTO PIEL CON PIEL DEL RECIÉN NACIDO CON SU MADRE.
SANDRA ALVAREZ MARTIN, JÉNNIFER ELVIRA MAROTO MONCALIÁN, SONIA ARENAS BARRO, PAULA CASAL BOUZA Y CRISTINA CABALLERO HERRERA 3187

511 EL PAPEL DEL TCAE EN EL PROCESO COMUNICATIVO CON EL ENFERMO DE ALZHEIMER
SUSANA RODRÍGUEZ CUERDO, LETICIA RODRIGUEZ CORDERO Y VICTORIA BLANCO FERNANDEZ 3191

512 HIGIENE DE MANOS EN EL ÁMBITO SANITARIO
NOELIA GARCIA LOPEZ, LUCIA GARCIA GARCIA, FLORENTINA MARÍA LLAMAZARES GONZALO, MARIA TERESA AVILES SOTO Y EVA MARIA FERNANDEZ CANCIO 3201

513 LESIONES PRODUCIDAS POR EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH).
LUCIA PEREZ ALONSO 3205

514 LA PRESENCIA DE LA DESNUTRICIÓN EN NUESTROS DÍAS.
LUCIA PEREZ ALONSO 3207

515 CUIDADOS BÁSICOS DEL PACIENTE OSTOMIZADO
CATALINA ALVAREZ SANCHEZ, ROBERTO PASTOR GONZÁLEZ Y CRISTINA FERNANDEZ ALVAREZ 3209

516 DROGAS Y SALUD MENTAL
CARMEN CALDEVILLA 3213

517 LACTANCIA MATERNA
ESTHER PÉREZ MANZANO Y ANA MARÍA ARIAS DE HARO 3217

518 EL TRABAJO Y LA SALUD, FACTORES DE RIESGO
YANIRA LÓPEZ PARRONDO, MONICA FERNANDEZ FERNANDEZ, ANA BELÉN ÁLVAREZ SUÁREZ, MARÍA JESÚS ALVAREZ SÁNCHEZ Y MARIA JESUS GARCIA GONZÁLEZ 3223

519 CALZADO DEL PERSONAL SANITARIO PARA TCAE
NATALIA ALEXANDRA LÓPEZ BLANCO 3229

520 EL ESTREÑIMIENTO EN LA HOSPITALIZACION DEL PACIENTE GERIATRICO
VERÓNICA VELASCO GARCÍA Y ZINOVIA VIERU BULIGA 3231

521 FASCITIS PLANTAR PARA TCAE
NATALIA ALEXANDRA LÓPEZ BLANCO 3235

522 HISTORIA DE LA VACUNA PARA TCAE
NATALIA ALEXANDRA LÓPEZ BLANCO 3237

523 PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA LABORAL EN EL ENTORNO SANITARIO
ZINOVIA VIERU BULIGA Y VERÓNICA VELASCO GARCÍA 3241

524 TERAPIA DE JUEGO PARA CONTROLAR EL DOLOR Y EL SUFRIMIENTO EN ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA
ZINOVIA VIERU BULIGA Y VERÓNICA VELASCO GARCÍA 3249

525 CUIDADOS DEL PACIENTE OSTOMIZADO
GLORIA PELLO ALVAREZ Y MARIA ZULIMA ALVAREZ GONZALEZ 3253

526 EL ALCOHOL, ORÍGENES, EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO
MARIA CRISTINA ÁLVAREZ BLANCO, NURIA ALVAREZ ALVAREZ, ESTEFANIA RODRIGUEZ VIÑA, ELVIRA SEÑORANS DIZ Y MARIA DEL ROSARIO PONTÓN 3255

527 CUIDADOS DEL PACIENTE TRAS EL ICTUS
DIAMANTINA ESPAÑA ALONSO, MARIA DEL MAR BARRO RIVERA Y BEATRIZ REQUENA PARADA **3265**

528 LA DIETA
ANA MARÍA ARIAS DE HARO Y ESTHER PÉREZ MANZANO **3269**

529 CONOCER LA FIBROMIALGIA
MARIA ZULIMA ALVAREZ GONZALEZ Y GLORIA PELLO ALVAREZ **3273**

530 LA DIABETES, DESDE TIEMPOS INMEMORIABLES HASTA EL SIGLO XXI.
ROSA ANA BARTON DEL BARRIO, MARÍA PAULA GIORDANO DI FILIPPO, VANESA GARCÍA VALERO, ANA MEDIO PÉREZ Y CRISTINA MARÍA LUIS RODRÍGUEZ **3275**

531 EL TCAE Y LAS MOVILIZACIONES A PACIENTES
MARÍA OLIVA FERNÁNDEZ ALVAREZ, EVA IRENE GONZÁLEZ ZAPICO Y MARÍA JOSÉ NÚÑEZ SUÁREZ **3281**

532 ADAPTACIÓN DE LA ALIMENTACIÓN EN EL ENFERMO DE ALZHEIMER
FRANCISCA DEL ROBLEDO VICENTE CASTELLANO Y MARIA JESÚS GONZÁLEZ FERNÁNDEZ **3285**

533 CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA LA NUTRICIÓN ENTERAL EN EL PACIENTE GRAVE
KATIUSCA POMPA SABLON, MARIA RIESGO RODRIGUEZ, ROSA PEREIRA PEREZ, GRACIELA CARBAJAL BARREIRO Y GRACIELA COLODRON TESTA **3291**

534 INVESTIGACIÓN DE LAS VACUNAS.
MARÍA EUGENIA GARCÍA ALONSO, HONORINA BERDAYES CANAL, MONICA SUAREZ ALVAREZ, ALMA LLENIN MARTINEZ Y MARIA DEL PILAR ANTÓN BRAVO **3297**

535 EL CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD CELÍACA
VANESA GARCÍA VALERO, ANA MEDIO PÉREZ, CRISTINA MARÍA LUIS RODRÍGUEZ, ROSA ANA BARTON DEL BARRIO Y MARÍA PAULA GIORDANO DI FILIPPO **3301**

536 ENFERMEDAD DEL ARAÑAZO DE GATO.
NATALIA GARCÍA RODRÍGUEZ 3307

537 PICADURA DE GARRAPATA EN NIÑO MENOR.
NATALIA GARCÍA RODRÍGUEZ 3311

538 LA PSICOLOGIA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DESDE EL PUNTO DE VISTA DEL TCAE
VIOLETA REY FERNANDEZ, NOELIA SANTIAGO BERDASCO, EVA BLANCO RODRÍGUEZ, NIEVES ANTONIA GONZALEZ GONZALEZ Y DOLORES MEGIDO BOZA 3315

539 RESOLUCIÓN DE ACCIDENTE DE TRÁFICO CON POLICONTUSIONADA
FERMINA FERNANDEZ LUQUE Y MARTA GONZALEZ RUBIO 3319

540 MENINGITIS
MARTA APARICIO ROLDÁN 3321

541 LA INTOLERANCIA A LA LACTOSA
HÉCTOR AVILÉS ESPINOSA, EVELIN MARIA BALLADARES PASTOR, ALEJANDRA NUEVO DEL BUSTO, JACQUELINE DEL ROCIO ZÚÑIGA CHIRIGUAYA Y ANA BEATRIZ HIDALGO LLERENA 3323

542 EL TCAE EN LA XEROSTOMÍA DEL PACIENTE GERIÁTRICO.
INES PEREZ MOYA Y SUSANA CORUJO DÍAZ 3327

543 EL SÍNDROME DEL BURNAUT EN EL ÁMBITO SANITARIO: CAUSAS
CRISTINA SAINZ CORAO, JORGE FERNÁNDEZ FIERRO Y MEI YU PELAYO SAN JOSÉ 3331

544 EL SINDROME DE BURNOUT EN EL AMBITO SANITARIO: CONSECUENCIAS
CRISTINA SAINZ CORAO, JORGE FERNÁNDEZ FIERRO Y MEI YU PELAYO SAN JOSÉ 3333

545 USO CORRECTO DE INHALADORES POR EL ANCIANO
ALEJANDRA GONZÁLEZ FERNÁNDEZ 3335

546 **EL TCAE EN LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA EN LA VEJEZ.**
INES PEREZ MOYA Y SUSANA CORUJO DÍAZ 3339

547 **LAVADO DE MANOS EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO.**
HONORINA BERDAYES CANAL, MARÍA EUGENIA GARCÍA ALONSO, MARIA DEL PILAR ANTÓN BRAVO, MONICA SUAREZ ALVAREZ Y ALMA LLENIN MARTINEZ 3345

548 **PAUTAS PARA CONSEGUIR UNA ALIMENTACIÓN SALUDABLE**
MAR DÍAZ ÁLVAREZ 3347

549 **SÍNDROME DE BURNOUT.**
Mª DE LOS ÁNGELES ROBLES PÉREZ, ROCÍO FERNÁNDEZ MENÉNDEZ, YLENIA FERNANDEZ ALVAREZ, ANA MARÍA FERNÁNDEZ GARCÍA Y ISABEL MARTOS VILLA 3351

550 **EL LUPUS, ENFERMEDAD AUTOINMUNE.**
ELVIRA SEÑORANS DIZ, MARIA DEL ROSARIO PONTÓN, NURIA SOLIS DEVESA, MARIA CRISTINA ÁLVAREZ BLANCO Y NURIA ALVAREZ ALVAREZ 3355

551 **ENFERMEDAD PERIODONTAL**
NURIA ALVAREZ ALVAREZ, ESTEFANIA RODRIGUEZ VIÑA, ELVIRA SEÑORANS DIZ, MARIA DEL ROSARIO PONTÓN Y NURIA SOLIS DEVESA 3363

552 **CUIDADOS A UN BEBÉ CON CARDIOPATÍA CONGÉNITA.**
SHEILA SANCHEZ ALVAREZ 3365

553 **DEPORTE Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD**
ANA BELEN TRELLES RODRIGUEZ, ANDREA GARCÍA TORRE Y JUANA MARÍA VILLAR FERNÁNDEZ 3369

554 **POSTURAS Y/O POSICIONES CORPORALES PARA LAS PERSONAS ENCAMADAS**
ANA MARÍA ARIAS DE HARO Y ESTHER PÉREZ MANZANO 3371

555 **LA INCONTINENCIA URINARIA EN EL ENFERMO DE ALZHEIMER**
FRANCISCA DEL ROBLEDO VICENTE CASTELLANO Y MARIA JESÚS GONZÁLEZ FERNÁNDEZ 3375

556 CUIDADOS DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO
ELLEN CARLOS DO AMARAL 3381

557 CONSECUENCIAS Y PREVENCION DE LA OBESIDAD INFANTIL
ANA MEDIO PÉREZ, CRISTINA MARÍA LUIS RODRÍGUEZ, ROSA ANA BARTON DEL BARRIO, MARÍA PAULA GIORDANO DI FILIPPO Y VANESA GARCÍA VALERO 3387

558 PREVENCIÓN DEL INSOMNIO EN GERIATRÍA
MARIA LUISA FERNÁNDEZ GARCÍA 3391

559 CÓMO VIVIR CON PSORIASIS
SANDRA CARBAJAL FERNÁNDEZ Y MARTA VEGA GUTIÉRREZ 3395

560 ACTUACIÓN PARA LA DETECCIÓN DE PROBLEMAS OFTALMOLÓGICOS Y CUIDADOS EN SALUD OCULAR
LAURA LEIROS GARCIA, CLAUDIA LEIRÓS DÍAZ, DAMIÁN PASCUAL ÁLVAREZ, JESSICA NUÑEZ BERMUDEZ Y BIANCA GONZÁLEZ PINTADO 3405

561 BIOSEGURIDAD EN EL MEDIO HOSPITALARIO.
RAQUEL LÓPEZ FERNÁNDEZ, M. ESTHER VALLE OTERO Y FLORINDA GONZÁLEZ MARTÍNEZ 3413

562 IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN EN EL ÁMBITO SANITARIO.
RAQUEL LÓPEZ FERNÁNDEZ, M. ESTHER VALLE OTERO Y FLORINDA GONZÁLEZ MARTÍNEZ 3417

563 INFLUENCIA POSITIVA DE LAS T.I.C. EN EL ENTORNO SANITARIO.
M. ESTHER VALLE OTERO, FLORINDA GONZÁLEZ MARTÍNEZ Y RAQUEL LÓPEZ FERNÁNDEZ 3419

564 LOS T.I.C. Y LA POBLACIÓN ANCIANA.
M. ESTHER VALLE OTERO, FLORINDA GONZÁLEZ MARTÍNEZ Y RAQUEL LÓPEZ FERNÁNDEZ 3423

565 ACOSO LABORAL EN EL ÁMBITO SANITARIO
FLORINDA GONZÁLEZ MARTÍNEZ, RAQUEL LÓPEZ FERNÁNDEZ Y M. ESTHER VALLE OTERO 3427

566 ACOSO SEXUAL EN EL ENTORNO LABORAL SANITARIO.
FLORINDA GONZÁLEZ MARTÍNEZ, RAQUEL LÓPEZ FERNÁNDEZ Y M. ESTHER VALLE OTERO 3429

567 EL TCAE ANTE LOS CUIDADOS PALIATIVOS
ALBERTO VILLAR RODRÍGUEZ 3433

568 PROBLEMAS OCULARES PEDIÁTRICOS
ESTHER PÉREZ MANZANO Y ANA MARÍA ARIAS DE HARO 3439

569 LA INTOLERANCIA AL GLUTEN
CAROLINA MARTÍNEZ ARIAS, NATIVIDAD DEL CARMEN PEREZ MORALES, TEODORA GARCÍA SANJULIAN, MARTA ELENA PANDO CARBAJAL Y VANESA SUÁREZ RODRÍGUEZ 3443

570 ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE LA DESNUTRICIÓN EN EL ANCIANO
LAURA GARCÍA RODRIGUEZ Y NURIA HUERTA GONZÁLEZ 3447

571 CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON DEMENCIA.
Mª DEL MAR VALLINA ALONSO, ANA BELEN VALLINA ALONSO, VERÓNICA MUÑOZ EIRO Y EVA MARÍA GARCÍA MATOS 3453

572 IMPACTO EN LA SALUD DE LA DIETA VEGANA
SHEILA PEREZ BARRANCO Y EVA FERRER GONZALEZ 3459

573 PREDISPOSICIÓN A ENFERMEDADES DERIVADAS DE UNA MALA ALIMENTACIÓN
SHEILA PEREZ BARRANCO Y EVA FERRER GONZALEZ 3463

574 ESTREÑIMIENTO
NATALIA IGLESIAS HEREDIA 3467

575 USO ADECUADO DE LOS ANTIBIÓTICOS
LAURA ÁLVAREZ REY 3469

576 EL PROBLEMA DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN
NATALIA IGLESIAS HEREDIA 3473

577 EL DETERIORO DE LA COMUNICACIÓN EN EL ENFERMO DE ALZHEIMER.
FRANCISCA DEL ROBLEDO VICENTE CASTELLANO Y MARIA JESÚS GONZÁLEZ FERNÁNDEZ 3475

578 LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO PARA TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA.
ALBA INÉS RAMÍREZ GUILLÉN 3481

579 SISTEMAS FLASH PARA LA DETERMINACIÓN DE GLUCEMIA
ALBA INÉS RAMÍREZ GUILLÉN 3485

580 EL TCAE EN LA UNIDAD DE PSIQUIATRÍA
ALBA INÉS RAMÍREZ GUILLÉN 3489

581 TERAPIAS NO FARMACOLÓGICAS EN LAS DEMENCIAS
ROSA MARIA GALLARDO EXPOSITO, RICARDO ELORRIAGA CLARACO, ALEJANDRO ARCE RODRIGUEZ, JULIETA ALONSO SOTO Y ZAIDA GARCÍA BURON 3491

582 CONTROL DEL DOLOR CRÓNICO EN EL ANCIANO.
MARIA MERCEDES GAVADIAN SERANTES Y MARIA MENDEZ ALONSO 3495

583 LA DISFAGIA
ESTHER ALVAREZ VEGA Y CARMEN ÁLVAREZ VEGA 3503

584 LA IMPORTANCIA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN EL SISTEMA DE SALUD
YUREMA PEREZ GUTIERREZ 3507

585 LA LABORAL QUE DESEMPEÑAN LOS PROFESIONALES DE LA SALUD DENTAL
YUREMA PEREZ GUTIERREZ 3511

586 PATOLOGÍA DEL ANCIANO: ARTROSIS.
ALEJANDRA GONZÁLEZ FERNÁNDEZ 3515

587 **DIETA ADECUADA PARA LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL**
ALEJANDRA GONZÁLEZ FERNÁNDEZ 3519

588 **LA MAMOGRAFÍA.**
MONTSERRAT FERNANDEZ VIEJO Y ANA MARIA FERNANDEZ PEREZ 3521

589 **PROTOCOLO PARA LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DE INCUBADORAS NEONATALES PARA AUXILIARES DE ENFERMERÍA.**
CARMEN ÁLVAREZ VEGA Y ESTHER ALVAREZ VEGA 3525

590 **TERAPIAS INTRAOCULARES**
SARA DELGADO RODRIGUEZ, PATRICIA FERRERA FERNÁNDEZ, ANA ISABEL MARTÍNEZ GARCÍA, MARTA AMALIA MÉNDEZ GARCÍA Y INMACULADA SUAREZ SIERRA 3529

591 **ENFERMEDADES INMIGRANTES, ENFERMEDAD DE CHAGAS**
LOURDES RUBIO SOTO 3535

592 **EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA(TCAE) EN ATENCIÓN PRIMARIA**
NAHIR ALCARAZ CASARREAL 3539

593 **PROLAPSO DE VEJIGA EN LA MUJER**
ESTHER ALVAREZ VEGA Y CARMEN ÁLVAREZ VEGA 3543

594 **EL RETO DE LA CICATRIZACIÓN DE LAS HERIDAS.**
GRACIELA CARBAJAL BARREIRO, GRACIELA COLODRON TESTA, KATIUSCA POMPA SABLON, MARIA RIESGO RODRIGUEZ Y ROSA PEREIRA PEREZ 3547

595 **LA AUXILIAR EN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA. COMPETENCIAS**
MONICA ORRASCO ALFONSO, SILVIA DE LA CALLE VALLINA, VERÓNICA DURRUTI BERROS, JULIO CESAR DEL VALLE CUESTA Y MARIA TERESA ARANGO FERNANDEZ 3553

596 EL TÉCNICO EN CUIDADO AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA SALUD MENTAL: EL TRASTORNO DEPRESIVO
MARIA ARANZAZU SUAREZ LIBERATO, JULIA COSTALES LOPEZ Y TANIA CARCELEN REBOLLAR 3557

597 AISLAMIENTO PROTECTOR O INVERSO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS
ANDREA DE ÁVILA RODRÍGUEZ Y ANGELA ROMERO RODRIGUEZ 3563

598 INFECCIONES RESPIRATORIAS PEDIÁTRICAS
ESTHER PÉREZ MANZANO Y ANA MARÍA ARIAS DE HARO 3565

599 COMPONENTE GENÉTICO, ANSIEDAD, HIPERACTIVIDAD Y TERAPIAS EN TDHA
GRACIELA CARBAJAL BARREIRO, GRACIELA COLODRON TESTA, KATIUSCA POMPA SABLON, MARIA RIESGO RODRIGUEZ Y ROSA PEREIRA PEREZ 3569

600 INTERVENCIÓN MULTIDISCIPLINAR EN PLANTA HOSPITALARIA ANTES DE UN CATETERISMO CARDIACO
ROSA PEREIRA PEREZ, GRACIELA CARBAJAL BARREIRO, GRACIELA COLODRON TESTA, KATIUSCA POMPA SABLON Y MARIA RIESGO RODRIGUEZ 3575

601 LAS INFECCIONES POR VULVOVAGINITIS.CUIDADOS AUXILIARES.
MARIA TERESA ARANGO FERNANDEZ, JULIO CESAR DEL VALLE CUESTA, SILVIA DE LA CALLE VALLINA, MONICA ORRASCO ALFONSO Y VERÓNICA DURRUTI BERROS 3579

602 LA OBESIDAD INFANTIL EN EL SIGLO XXI.
ROSA PEREIRA PEREZ, GRACIELA CARBAJAL BARREIRO, GRACIELA COLODRON TESTA, KATIUSCA POMPA SABLON Y MARIA RIESGO RODRIGUEZ 3585

603 BANCO DE LECHE EN NEONATOLOGÍA. FUNCIONES DE TCAES.
CARMEN ÁLVAREZ VEGA Y ESTHER ALVAREZ VEGA 3589

604 APOYO SOCIAL A LOS PACIENTES CON DIABETES
SUSANA BOUSO YÁÑEZ 3593

605 LA MENOPAUSIA.
SONIA MESA GONZÁLEZ, Mª ISOLINA ALONSO GARCÍA Y NURIA BARRERA ARIAS **3595**

606 CAMBIOS POSTURALES EN EL PACIENTE HEMIPLÉJICO
SANDRA BEIRO MONTES Y SUSANA DÍAZ GONZÁLEZ **3601**

607 ATENCIÓN POR PARTE DEL TCAE EN CASO DE AGRESIÓN SEXUAL O VIOLACIÓN
VANESA PARÍS GARCÍA, ROCÍO PINTOS ALVAREZ, MARÍA ADELAIDA REDRUELLO GANCEDO, CASILDA MARIA FERNÁNDEZ CUESTA Y NATALIA RODRÍGUEZ BOLAÑO **3605**

608 LA EPIDEMIOLOGÍA, EL CONJUNTO MÍNIMO BÁSICO DE DATOS (CMBD) Y LA CODIFICACIÓN DE DATOS CLÍNICOS.
ANA MARIA VARES GONZALEZ, ZORAIDA GONZALEZ MENÉNDEZ Y MARI CRUZ MENENDEZ FERNÁNDEZ **3611**

609 LA EPIDEMIOLOGÍA Y EL CONJUNTO MÍNIMO BÁSICO DE DATOS.
MARÍA DEL CARMEN MENÉNDEZ BARREDO, ZORAIDA GONZALEZ MENÉNDEZ, ANA MARIA VARES GONZALEZ, MARI CRUZ MENENDEZ FERNÁNDEZ Y SANDRA MENÉNDEZ FERNÁNDEZ **3619**

610 LOS CUIDADOS DEL PACIENTE DEPEDIENTE
MARIA GLORIA MURIAS RICO, MARÍA DEL CARMEN MENÉNDEZ BARREDO, ZORAIDA GONZALEZ MENÉNDEZ, ANA RODRÍGUEZ DEL POZO Y ANA MARIA VARES GONZALEZ **3629**

611 LA ATENCIÓN POR PARTE DEL TÉCNICO EN CUIDADO AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN UN PARTO
NATALIA RODRÍGUEZ BOLAÑO, VANESA PARÍS GARCÍA, ROCÍO PINTOS ALVAREZ, MARÍA ADELAIDA REDRUELLO GANCEDO Y CASILDA MARIA FERNÁNDEZ CUESTA **3633**

612 QUE ES EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO Y SU PREVENCIÓN
NOELIA RODRÍGUEZ BARNA, NATALIA TAMARGO LÓPEZ, MARÍA BELÉN GONZÁLEZ HUERTA, MARÍA VICTORIA REIMÚNDEZ ORDÁS Y JESSICA RODRÍGUEZ PÉREZ **3637**

613 MÉTODOS NO FARMACOLÓGICOS EN PEDIATRÍA.
ANA LAGO COLLAR **3645**

614 ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN SALUDABLE.
ZAIDA LOPEZ FERNANDEZ **3647**

615 LA PRÓSTATA
ESTHER ALVAREZ VEGA Y CARMEN ÁLVAREZ VEGA **3653**

616 BURNOUT O "SÍNDROME DE ESTAR QUEMADO" EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA.
MARIA TERESA AVILES SOTO, NOELIA GARCIA LOPEZ, LUCIA GARCIA GARCIA, FLORENTINA MARÍA LLAMAZARES GONZALO Y EVA MARIA FERNANDEZ CANCIO **3657**

617 LOS SERVICIOS DE AYUDA A DOMICILIO, LA LEY DE DEPENDENCIA Y EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA.
PAULA PRESUMIDO DÍAZ Y BEATRIZ GALÁN BORREGO **3661**

618 LA DIABETES EN LOS NIÑOS DETECTARLA A TIEMPO ES IMPORTANTE.
MARIA JESÚS GONZÁLEZ FERNÁNDEZ Y FRANCISCA DEL ROBLEDO VICENTE CASTELLANO **3669**

619 EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LAS CAMPAÑAS VACUNALES DE LOS CENTROS DE SALUD PRIMARIA.
PAULA MENENDEZ BARRI, ELENA MARTÍNEZ ALVAREZ, ENCARNACION FERNANDEZ QUERO, SUSANA MARIA TUERO RODRIGUEZ Y ANDREA SÁNCHEZ ÁLVAREZ **3673**

620 ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE LA ANTICONCEPCION DURANTE LA ADOLESCENCIA.
ALEJANDRA MARIA RODRIGUEZ MARTINEZ, MARÍA DOLORES MORÁN MARTÍNEZ, JULIA RETUERTO GARCIA, MARÍA JOSÉ FERNÁNDEZ GARCÍA Y MARÍA DEL MAR MARTÍNEZ RODIL **3679**

621 **EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA: EN CUIDADOS PALIATIVOS.**
ROSANA DÍAZ-ALEJO ROPERO, ROCIO CABAÑERO CLEMOT Y JUAN FERNANDO VILLAMIL CABAL **3687**

622 **VIOLENCIA EN LOS SANITARIOS.**
PAULA RODRÍGUEZ CABALLÍN, ESTEFANÍA FERNÁNDEZ RUIZ, PATRICIA FERNÁNDEZ AMORES Y VICENTA DE LOS MILAGROS SÁNCHEZ-MAROTO SÁNCHEZ-ÁVILA **3691**

623 **EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA: HIGIENE DE MANOS EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO.**
ROCIO CABAÑERO CLEMOT, ROSANA DÍAZ-ALEJO ROPERO Y JUAN FERNANDO VILLAMIL CABAL **3697**

624 **ACOSO LABORAL EN EL PERSONAL SANITARIO.**
PAULA RODRÍGUEZ CABALLÍN, ESTEFANÍA FERNÁNDEZ RUIZ, PATRICIA FERNÁNDEZ AMORES Y VICENTA DE LOS MILAGROS SÁNCHEZ-MAROTO SÁNCHEZ-ÁVILA **3701**

625 **ALERGIA A LAS PROTEÍNAS DE LA LECHE DE VACA EN LACTANTES.**
ANA MARÍA GARCÍA VILLA Y NURIA HUERTA GONZÁLEZ **3707**

626 **ABORDAJE DEL VÍTILIGO DURANTE LA ETAPA ADOLESCENTE.**
ARACELI LASARTE IBÁÑEZ, BENEDICTA ALVAREZ IGLESIAS, ANA ISABEL CALVO SUÁREZ Y ANA ISABEL ALVAREZ DEL SALVADOR **3717**

627 **LAVADO DE MANOS. MEDIDAS PREVENTIVAS PARA LA TRASMISIÓN DE AGENTES INFECCIOSOS.**
EVA GONZALEZ FERNANDEZ, JOSEFINA MARTINEZ GARCIA, MARÍA ENCARNACIÓN RECIO CONDE, ANGELES MORALES REYES Y NATALIA VALLINA GONZÁLEZ **3721**

628 **ESTRABISMO: CAUSAS, CÓMO DETECTARLO Y SOLUCIONES.**
SONIA FERNÁNDEZ RATO, MARIA DEL CARMEN SUAREZ CALVIÑO Y JULIA MARTINEZ FRADE **3725**

629 **EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LOS BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA**
JUAN FERNANDO VILLAMIL CABAL, ROCIO CABAÑERO CLEMOT Y ROSANA DÍAZ-ALEJO ROPERO **3729**

630 **INDICACIONES SOBRE LA GRIPE A.**
SALUD CUENCO CUELLO **3733**

631 **RESIDUOS SANITARIOS.**
SOCORRO ASCENSION IGLESIAS ORDOÑEZ, MARIA BEGOÑA SEGOVIA ALVAREZ, MARIA FIDALGO FRECHILLA, SARA ANDREA LANIO LANEO Y MARGARITA CASO DELGADO **3741**

632 **CUIDADOS EN LA LACTANCIA MATERNA.**
MARGARITA CASO DELGADO, SOCORRO ASCENSION IGLESIAS ORDOÑEZ, MARIA BEGOÑA SEGOVIA ALVAREZ, MARIA FIDALGO FRECHILLA Y SARA ANDREA LANIO LANEO **3749**

633 **LOS CUIDADOS EN LA TERCERA EDAD**
MARIA FIDALGO FRECHILLA, SARA ANDREA LANIO LANEO, MARGARITA CASO DELGADO, SOCORRO ASCENSION IGLESIAS ORDOÑEZ Y MARIA BEGOÑA SEGOVIA ALVAREZ **3757**

634 **BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA Y EL PAPEL DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LOS PRIMEROS MOMENTOS**
VIRGINIA DOMÍNGUEZ MARTÍNEZ, CARMEN MIYARES VELAZQUEZ, DENYS SUAREZ DEPETRIS, XANA ARDURA MARTIN Y LAURA LAORDEN FERNANDEZ **3763**

635 **CUIDADOS DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA A LA PACIENTE MASTECTOMIZADA**
CESAR ANGEL CASTAÑON FERNANDEZ, BLANCA FLOR NAVEDA REDONDO, SARAY MARIA SUAREZ FERNÁNDEZ, ANA MARIA PIEDRA SÁNCHEZ Y ROSA MARÍA SAN JOSÉ BLANCO **3771**

636 **LA ACTUACION EN LA RCP**
MANUELA RENDAL PRADO, JUAN CARLOS MARTÍN MARTÍN-MAESTRO, MARIA BEGOÑA GARCÍA FEITO, MARÍA MERCEDES QUESADA FERNANDEZ Y CRISTINA PEREZ ALONSO **3779**

637 **ESTUDIO DE LOS EFECTOS DE LA ALIMENTACIÓN EN PROCESOS DE MIGRAÑA**
SHEILA PEREZ BARRANCO Y EVA FERRER GONZALEZ 3785

638 **ALIMENTACIÓN EN EL PRIMER AÑO DE VIDA**
FLORENTINA MARÍA LLAMAZARES GONZALO, NOELIA GARCIA LOPEZ, LUCIA GARCIA GARCIA, EVA MARIA FERNANDEZ CANCIO Y MARIA TERESA AVILES SOTO 3789

639 **EL ANCIANO: TRATAMIENTO Y TRASTORNOS DEL SUEÑO**
MARÍA JOSÉ GARCÍA GARCÍA, ROSA MARÍA GIL OLMOS, JOHANNA CUERVO DE LA NOVAL Y ISABEL GONZÁLEZ GARCIA 3793

640 **LA MENOPAUSIA**
ANA MARIA FERNANDEZ PEREZ Y MONTSERRAT FERNANDEZ VIEJO 3797

641 **RELACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA CON LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER VISTA POR TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
ELISA MUÑIZ DELGADO Y ANA BELÉN CORTINA MARTÍNEZ 3801

642 **SINDROME BURNOUT EN TÉCNICOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
ANA BELÉN CORTINA MARTÍNEZ Y ELISA MUÑIZ DELGADO 3807

643 **LAS REVISIONES GINECOLÓGICAS, UNA DETECCION PRECOZ DE POSIBLES ENFERMEDADES**
NATALIA VALLINA GONZÁLEZ, EVA GONZALEZ FERNANDEZ, JOSEFINA MARTINEZ GARCIA, MARÍA ENCARNACIÓN RECIO CONDE Y ANGELES MORALES REYES 3813

644 **AUXILIAR DE ENFERMERIA EN ATENCION PRIMARIA**
MARÍA SOL FERNÁNDEZ ARBESÚ, SONIA HUERTA COTO, ISABEL GARCÍA AGUDIN Y MONTSERRAT MARTINEZ RODRIGUEZ 3817

645 **ALTERACIONES DE LA GLÁNDULA TIROIDES DURANTE EL EMBARAZO Y CÓMO PUEDE AFECTAR AL FETO Y AL RN**
MARÍA CONSUELO GARCÍA GONZÁLEZ, AMALIA MARTINEZ ESPINOSA, ANA ROSA BARAGAÑO GARRIDO, ROSALIA FERNANDEZ BOBELA Y MARIA DEL MAR PULGAR ALVAREZ **3827**

646 **LA DERMATITIS DEL PAÑAL EN NIÑOS**
VERONICA RODRIGUEZ BRANDY Y TAMARA FERNÁNDEZ NÚÑEZ **3835**

647 **CUIDADOS PALIATIVOS EN PACIENTES TERMINALES**
YUREMA PEREZ GUTIERREZ **3837**

648 **EL MANEJO DE PACIENTES CON DISFAGIA.**
MARTA VEGA GUTIÉRREZ Y SANDRA CARBAJAL FERNÁNDEZ **3841**

649 **ACTUACIÓN DEL TCAE EN LA HIGIENE DE LA BOCA DEL PACIENTE ENCAMADO**
MARÍA BELÉN MEIRINHO CAMPOS Y SANDRA MUÑOZ GARCÍA **3845**

650 **LA MASTITIS**
VERONICA RODRIGUEZ BRANDY Y TAMARA FERNÁNDEZ NÚÑEZ **3847**

651 **TRATAMIENTO DE LA ICTERICIA NEONATAL: FOTOTERAPIA**
ANA ROSA BARAGAÑO GARRIDO, ROSALIA FERNANDEZ BOBELA, MARIA DEL MAR PULGAR ALVAREZ, MARÍA CONSUELO GARCÍA GONZÁLEZ Y AMALIA MARTINEZ ESPINOSA **3849**

652 **RIESGOS ERGONÓMICOS.**
ISABEL MARTOS VILLA, Mª DE LOS ÁNGELES ROBLES PÉREZ, ROCÍO FERNÁNDEZ MENÉNDEZ, YLENIA FERNANDEZ ALVAREZ Y ANA MARÍA FERNÁNDEZ GARCÍA **3853**

653 **BENEFICIOS DE LA LACTANCIA ARTIFICIAL.**
MARTA SÁNCHEZ RODRÍGUEZ **3857**

654 **PREVENCION ÚLCERAS POR PRESIÓN.**
CRISTINA MARIA CASTROAGUDIN CIFUENTES, DIANA MARIA GARCÍA SANCHEZ, ENRIQUE ESTRADA SUCO, ELISA FERNÁNDEZ GARCIA Y FELICIDAD ALVAREZ QUINTANA **3859**

655 CUIDADOS POSTMORTEM: EL AMORTAJAMIENTO.
SUSANA DÍAZ GONZÁLEZ Y SANDRA BEIRO MONTES 3861

656 CISTITIS AGUDA EN LAS MUJERES
MARIA EVA VAZQUEZ HUERTA, ANA MARÍA PELÁEZ CANCIO, VERONICA VILLA CASTRESANA Y SANDRA MORO ESPINEL 3865

657 CALIDAD E INFORMACIÓN SOBRE DONACIÓN E INSTRUCCIONES PREVIAS: UN PACIENTE BIEN INFORMADO GENERA UN SISTEMA DE MÁS CALIDAD
ANGELA RODRIGUEZ GARCIA 3869

658 ACTUACIÓN SANITARIA FRENTE A LA OBESIDAD INFANTIL
MARIA DEL MAR ESPIÑEIRA DIAZ, CECILIA GONZALEZ SECADES, M LUZ PENAS CABADO, ANA ISABEL VÁZQUEZ SILVA Y COVADONGA CANDUELA GARCÍA 3875

659 LA LACTANCIA NATURAL O MATERNA.
MARIA ELIDIA GONZALEZ GARCIA 3883

660 DISTINTOS CAMBIOS POSTURALES DE PACIENTES ENCAMADOS QUE PUEDEN REALIZAR LOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL MEDIO HOSPITALARIO.
LAURA PRADOS DÍAZ 3887

661 ATENCIÓN Y CUIDADOS DEL ANCIANO INGRESADO POR PARTE DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA
SUSANA TERRONES VEGA, MARILIA DE FÁTIMA MORAIS DE MELO, ANA ISABEL GARCÍA FERNÁNDEZ, MARÍA AFRICA NIÑO GARCÍA Y DELFINA CASTRO RODRÍGUEZ 3891

662 EN QUÉ CONSISTE LA VISITA DOMICILIARIA EN SALUD MENTAL
MARIA VICTORIA BALSA GARCIA 3897

663 APLICACIONES TECNOLÓGICAS Y OBESIDAD
MARÍA JOSÉ ARBAS FERNÁNDEZ, SUSANA PINTO GARCÍA, MARIO FERNÁNDEZ SARIEGO, CARMEN FERNÁNDEZ ÁLVAREZ Y INMACULADA VILLAVERDE MIRANDA 3899

664 **FOBIAS Y REALIDAD VIRTUAL.**
MARÍA JOSÉ ARBAS FERNÁNDEZ, SUSANA PINTO GARCÍA, MARIO FERNÁNDEZ SARIEGO, CARMEN FERNÁNDEZ ÁLVAREZ Y INMACULADA VILLAVERDE MIRANDA **3903**

665 **ÚLCERAS POR PRESIÓN Y EN ESPECIAL EN PACIENTES GERIÁTRICOS.**
DENYS SUAREZ DEPETRIS, VIRGINIA DOMÍNGUEZ MARTÍNEZ, XANA ARDURA MARTIN, CARMEN MIYARES VELAZQUEZ Y LAURA LAORDEN FERNANDEZ **3907**

666 **ABUSO DE MEDICAMENTOS: PROBLEMÁTICA ACTUAL SOBRE LA RESISTENCIA BACTERIANA.**
ANGELA RODRIGUEZ GARCIA **3911**

667 **EL PAPEL DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LA REDUCCIÓN DEL RUIDO EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS.**
YAIZA ARIAS CASTRO Y ANA ROSA LOPEZ ALVAREZ **3919**

668 **APARATO GENITAL FEMENINO, INFECCIONES, TUMORES Y ALTERACIONES RELACIONADAS CON LA GESTACIÓN**
ANA MARÍA GONZALEZ FERNANDEZ **3925**

669 **CUIDADOS DE ESTOMAS INTESTINALES Y URINARIOS.**
CLARA ISABEL TOCINO HERNANDEZ Y ANA MARIA MILLAN FERNANDEZ **3929**

670 **FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA AFECTACIÓN DE ENFERMEDADES EN PERSONAL DE ENFERMERÍA Y TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
PATRICIA GONZÁLEZ ÁLVAREZ, MARIA PAZ RODRÍGUEZ QUINTANA, ELISA ISABEL ROLLÓN DONAIRE, LEONTINA IGLESIAS PRIETO Y LAURA MARTÍNEZ PÉREZ **3933**

671 **CUIDADO DEL PIE DE DIABÉTICO EN ATENCIÓN PRIMARIA.**
MARIA ZULIMA ALVAREZ GONZALEZ **3939**

672 **TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA Y PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN EL ADULTO-MAYOR EN EL ÁMBITO DE LA SALUD**
LEONTINA IGLESIAS PRIETO, PATRICIA GONZÁLEZ ÁLVAREZ, MARIA PAZ RODRÍGUEZ QUINTANA, ELISA ISABEL ROLLÓN DONAIRE Y LAURA MARTÍNEZ PÉREZ **3943**

673 **ENDOSCOPIA DIGESTIVA**
ANA MARIA MILLAN FERNANDEZ Y CLARA ISABEL TOCINO HERNANDEZ **3949**

674 **DIABETES GESTACIONAL**
TAMARA REGUERA GONZALEZ, ANA ISABEL IGLESIAS SANCHEZ, CARMEN MARIA VÁZQUEZ Y MARI CARMEN QUINTANA GONZALEZ **3953**

675 **LA NUTRICIÓN EN PACIENTES ONCOLÓGICOS**
SUSANA BOUSO YÁÑEZ **3955**

676 **LAS INFECCIONES GINECOLÓGICAS Y SU PREVENCIÓN**
NATALIA CASADO FANJUL, MONICA HERNANDEZ, RAQUEL ÁLVAREZ MENÉNDEZ, ANA MARÍA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ Y MARÍA VIRTUDES SUÁREZ GUTIÉRREZ **3959**

677 **EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN (UPP). UNA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA.**
MIREN LOREA TELLERIA DOMÍNGUEZ, AINHOA DA COSTA, BARBARA REY GARCÍA, AÍDA GUTIÉRREZ CAMPO Y YAIZA GÓMEZ MARTIN **3967**

678 **EL PAPEL DE LA ESTIMULACIÓN COGNITIVA EN LA PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD DEL ALZHEIMER**
MARÍA COVADONGA ABARRIO NÚÑEZ, JULIA MARIA FERNÁNDEZ MARTÍN Y Mª DEL CARMEN ARDURA SANTIAGO **3971**

679 **EL SÍNDROME RETT**
TAMARA REGUERA GONZALEZ, MARI CARMEN QUINTANA GONZALEZ, ANA ISABEL IGLESIAS SANCHEZ Y CARMEN MARIA VÁZQUEZ **3975**

680 INCONTINENCIA URINARIA FUNCIONAL.
BELEN VELAZQUEZ RIESGO 3979

681 DIETA EN REFLUJO GASTROESOFÁGICO.
BELEN VELAZQUEZ RIESGO 3983

682 LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN LOS JÓVENES
RAQUEL BLANCO QUESADA 3987

683 LA NUTRICIÓN POR SONDA NASOGÁSTRICA EN EL DOMICILIO. CUIDADOS.
LORENA FERNÁNDEZ MÉNDEZ 3991

684 EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LAS COMPLICACIONES DE LA LACTANCIA MATERNA.
ROCÍO CABO FUEYO, MARIA ALICIA FERNANDEZ FERNANDEZ, MAXIMINA GONZÁLEZ GONZÁLEZ, SARA GONZALEZ CARREIRA Y MICHELLE BARAGAÑO SOLIS 3995

685 OBESIDAD Y SOBREPESO INFANTIL: CAUSAS Y CONSECUENCIAS
MARIA DEL PILAR ANTÓN BRAVO, ALMA LLENIN MARTINEZ, MARÍA EUGENIA GARCÍA ALONSO, HONORINA BERDAYES CANAL Y MONICA SUAREZ ALVAREZ 3999

686 SÍNDROME DE MUERTE SÚBITA EN EL LACTANTE.
JESSICA ALVES GOMES Y REGINA SOARES DE FARIA 4005

687 ENVEJECIMIENTO EN PERSONAS CON SÍNDROME DE DOWN
MARTA SÁNCHEZ RODRÍGUEZ 4011

688 PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL ASEO, ATENCIÓN Y CUIDADOS DEL PACIENTE NO ENCAMADO.
ADA PINTO SAMPEDRO 4013

689 ATENCION PRIMARIA.
MARÍA JOSEFA GARCÍA ALVAREZ, MARGARITA COSIO FERNANDEZ, LLUIS IGLESIAS CARCEDO, MARIA CARMEN VILLALUSTRE MARTÍNEZ Y GEMMA RODRÍGUEZ LARXE 4017

690 **CONOCIMIENTOS EN NECESIDAD DE MOVIMIENTO, TRASLADO Y DEAMBULACIÒN.**
MARÍA JOSEFA GARCÍA ALVAREZ, MARGARITA COSIO FERNANDEZ, LLUIS IGLESIAS CARCEDO, MARIA CARMEN VILLALUSTRE MARTÍNEZ Y GEMMA RODRÍGUEZ LARXE **4021**

691 **EPIDEMIOLOGÍA.**
MARIA CARMEN VILLALUSTRE MARTÍNEZ, GEMMA RODRÍGUEZ LARXE, MARGARITA COSIO FERNANDEZ, MARÍA JOSEFA GARCÍA ALVAREZ Y LLUIS IGLESIAS CARCEDO **4029**

692 **LA ENFERMEDAD DE KAWASAKI. VASCULITIS SISTÉMICA.**
ANA MARÍA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, MARÍA VIRTUDES SUÁREZ GUTIÉRREZ, NATALIA CASADO FANJUL, MONICA HERNANDEZ Y RAQUEL ÁLVAREZ MENÉNDEZ **4035**

693 **PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL SANITARIO.**
MARIA NIEVES PEQUEÑO VERDIN Y ELOINA FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ **4043**

694 **IMPORTANCIA DEL ÁCIDO FÓLICO EN LA GESTACIÓN.**
TAMARA MACARRILLA DE SANDE **4049**

695 **NUTRICIÓN, ALIMENTACIÓN SALUDABLE.**
MARGARITA COSIO FERNANDEZ, LLUIS IGLESIAS CARCEDO, MARIA CARMEN VILLALUSTRE MARTÍNEZ, GEMMA RODRÍGUEZ LARXE Y MARÍA JOSEFA GARCÍA ALVAREZ **4051**

696 **PLAN DE CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA AL RECIÉN NACIDO**
LARA FERNÁNDEZ ANSOTEGUI, MARIA ANGELES FERNANDEZ MARTINEZ Y MARÍA DE LAS MERCEDES GONZÁLEZ PEREIRA **4057**

697 **LA DIABETES GESTACIONAL**
LARA FERNÁNDEZ ANSOTEGUI, MARIA ANGELES FERNANDEZ MARTINEZ Y MARÍA DE LAS MERCEDES GONZÁLEZ PEREIRA **4061**

698 PLAN DE CUIDADOS EN LA UNIDAD DE PARTOS
LARA FERNÁNDEZ ANSOTEGUI, MARIA ANGELES FERNANDEZ MARTINEZ Y MARÍA DE LAS MERCEDES GONZÁLEZ PEREIRA **4065**

699 LA DIGITALIZACIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS.
SUSANA PINTO GARCÍA, MARIO FERNÁNDEZ SARIEGO, INMACULADA VILLAVERDE MIRANDA, MARÍA JOSÉ ARBAS FERNÁNDEZ Y CARMEN FERNÁNDEZ ÁLVAREZ **4069**

700 TECNOLOGÍA AL SERVICIO DEL ANCIANO.
SUSANA PINTO GARCÍA, CARMEN FERNÁNDEZ ÁLVAREZ, MARÍA JOSÉ ARBAS FERNÁNDEZ, INMACULADA VILLAVERDE MIRANDA Y MARIO FERNÁNDEZ SARIEGO **4073**

701 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA CONSERVACIÓN DE LAS MUESTRAS BIOLÓGICAS
MARÍA BELÉN SANTOS CARBAJO **4077**

702 LA ROTURA DE CADERA EN EL ANCIANO.
ANA ISABEL IGLESIAS SANCHEZ, CARMEN MARIA VÁZQUEZ, MARI CARMEN QUINTANA GONZALEZ Y TAMARA REGUERA GONZALEZ **4081**

703 LA ENDOMETRIOSIS
ANA ISABEL IGLESIAS SANCHEZ, TAMARA REGUERA GONZALEZ, CARMEN MARIA VÁZQUEZ Y MARI CARMEN QUINTANA GONZALEZ **4083**

704 EL PACIENTE ONCOLOGICO EN MEDIO HOSPITALARIO.
MARIA DEL CARMEN SUAREZ CALVIÑO, JULIA MARTINEZ FRADE Y SONIA FERNÁNDEZ RATO **4085**

705 LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL
PATRICIA SUÁREZ BERLANGA **4089**

706 RECOMENDACIONES PARA PREVENIR LA FORMACIÓN DE CÁLCULOS RENALES.
MARÍA ANA RODRÍGUEZ PÉREZ **4091**

707 PACIENTES CON SINDROME DE WOLFF PARKINSON WHITE
MARIA DEL CARMEN SUAREZ CALVIÑO, JULIA MARTINEZ FRADE Y SONIA FERNÁNDEZ RATO **4095**

708 TRASTORNO DEL SUEÑO EN PACIENTES GERIATRICOS
LAURA LAORDEN FERNANDEZ, XANA ARDURA MARTIN, VIRGINIA DOMÍNGUEZ MARTÍNEZ, DENYS SUAREZ DEPETRIS Y CARMEN MIYARES VELAZQUEZ **4099**

709 VASECTOMÍA BILATERAL. CONSENTIMIENTO INFORMADO (CI).
ANA PATRICIA COTA EIREA Y ANGELA MARTOS CANADAS **4105**

710 CUIDADOS DEL PACIENTE ENCAMADO
CRISTINA GONZALEZ CABRAL **4113**

711 EL COLESTEROL Y SU SOLUCCION
JOSÉ ALFREDO TAMARGO **4119**

712 LACTANCIA MATERNA.EL DESTETE.
TAMARA MACARRILLA DE SANDE **4121**

713 EL TCAE ANTE LA GATROENTERITIS AGUDA EN NIÑOS.
NELLY MORA MENENDEZ **4123**

714 EL TCAE EN LA DIABETES GESTACIONAL, EN MADRE PRIMERIZA.
NELLY MORA MENENDEZ **4127**

715 LAS AGRESIONES AL PERSONAL SANITARIO
MARIA JESUS COSTOYA BELLO Y DOLORES GÓMEZ VELASCO **4131**

716 EL TCAE ANTE LA LACTANCIA MATERNA EN MADRE PRIMERIZA.
NELLY MORA MENENDEZ **4137**

717 LA ANSIEDAD
ZAIRA VALÍN PALOMO, PAULA BLANCO LÓPEZ, CRISTINA RAMOS CALOTO, LIDIA MARIA BLANCO MENENDEZ Y LAURA GARCIA VILASECO **4139**

718 ESTREÑIMIENTO EN EL ANCIANO
MARIA DEL CARMEN GANCEDO SANCHEZ, YOLANDA MERELO ALONSO, CARME DE CON GUTIÉRREZ, CRISTINA PRUNEDA SIERRA Y MONICA GONZÁLEZ TAMARGO 4143

719 ESCLEROSIS MÚLTIPLE.
JULIA MARTINEZ FRADE, SONIA FERNÁNDEZ RATO Y MARIA DEL CARMEN SUAREZ CALVIÑO 4147

720 CÁNCER COLORECTAL.
ROSA MARIA LÓPEZ FEIJOO 4151

721 EL MALTRATO INFANTIL
MIRANDA ARANGO BUENO, MARIA CONCEPCIÓN FERNÁNDEZ CELORIO, CRISTINA GARCÍA-MORENO CASTRILLÓN, ALBA ALONSO ÁLVAREZ Y ADRIÁN GÁMEZ ROLDÁN 4157

722 EL ENVEJECIMIENTO. ASPECTOS SOCIALES Y PSICOLÓGICOS
JOSÉ JULIO ROLDÁN QUINTANS 4159

723 PROTECCIÓN ANTE EL SÍNDROME DE MUERTE SÚBITA DEL LACTANTE.
CRISTINA GARCÍA-MORENO CASTRILLÓN, MIRANDA ARANGO BUENO, ALBA ALONSO ÁLVAREZ, ADRIÁN GÁMEZ ROLDÁN Y MARIA CONCEPCIÓN FERNÁNDEZ CELORIO 4169

724 CUIDADOS A NIÑA CON HERPES ZOSTER.
ADRIANA PRENDES MORO 4171

725 CÁNCER DE MAMA EN HOMBRES
LAURA DIAZ MAYO, SANDRA ALONSO FERNÁNDEZ, ROCIO ALONSO FERNÁNDEZ, MARIA BEJAR PEREZ Y RAQUEL GONZALEZ GARCIA 4173

726 LEUCEMIA LINFÁTICA CRÓNICA.
PAULA LÓPEZ LEMA, AROA LÓPEZ LEMA, ROCÍO GONZÁLEZ GRANJA, ENCARNACIÓN SÁNCHEZ TOLEDANO Y MARTA MARIA GONZALEZ RODRIGUEZ 4177

727 HIGIENE EN EL ANCIANO
ANGELA MARTOS CANADAS Y ANA PATRICIA COTA EIREA 4185

728 USO CORRECTO DE LOS GUANTES NO ESTERILES.
AINOA MARTINEZ PEREZ, PATRICIA MARTÍNEZ PÉREZ Y LOURDES BELEN PEREZ LORENZO 4191

729 DESCRIPCIÓN DE LOS PRINCIPALES TIPOS DE DIABETES MELLITUS
SILVIA ALONSO FERNÁNDEZ, ADRIANA TOMA Y JORDANIA YELUL RAMOS 4195

730 EL CRIBADO DE CANCER DE COLON SALVA VIDAS.
MARÍA MONTSERRAT VEGA FERNANDEZ, MARÍA ALEJANDRA MENÉNDEZ IGLESIAS Y NICOLE VÁZQUEZ PORTO 4201

731 TRASTORNOS ALIMENTICIOS: ANOREXIA Y BULIMIA
BELEN ORDOÑEZ ALVAREZ 4203

732 CONSTANTES VITALES. LA TENSIÓN ARTERIAL PARA TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA
NURIA MORENO FERNANDEZ DE LA BASTIDA Y NATIVIDAD CABEZÓN FERNÁNDEZ 4213

733 EL ICTUS
MONTSERRAT FERNANDEZ VIEJO Y ANA MARIA FERNANDEZ PEREZ 4217

734 ATENCIÓN INMEDIATA DEL RECIÉN NACIDO
ANA ISABEL GARCÍA GONZÁLEZ Y GUILLERMO FERNANDEZ MARTINEZ 4221

735 LA IMPORTANCIA DE LAS VACUNAS
LAURA ÁLVAREZ REY 4225

736 CUIDADOS DE LA AUXILIAR DE ENFERMERÍA A LA MUJER GESTANTE EN PARTOS
LORENA FERNÁNDEZ MÉNDEZ 4229

737 RECOMENDACIONES SOBRE INGRESO Y TRATAMIENTOS INVOLUNTARIOS
LUCÍA SANCHEZ TOYOS, DIEGO GUTIÉRREZ ALONSO Y LUCÍA POMAR MARTINEZ 4233

738 EL ESTREÑIMIENTO EN LA PERSONA MAYOR
ALMUDENA SANTIAGO FERNANDEZ Y ISABEL RAMOS PALEO 4237

739 EL TRASTORNO BIPOLAR
ALMUDENA SANTIAGO FERNANDEZ Y ISABEL RAMOS PALEO 4241

740 EL TCAE COMO UN AGENTE DE AYUDA EN EL DUELO.
MARTA MARIA VELASCO ALONSO 4243

741 CUIDADOS A UN PACIENTE CON BARTOLINOSIS
RUBEN CASTELLANOS LORENZO 4247

742 PREVENCIÓN Y ACTUACIÓN DEL TCAE ANTE ÚLCERAS DE PRESIÓN
ANA ISABEL GARCÍA FERNÁNDEZ, MARÍA AFRICA NIÑO GARCÍA, DELFINA CASTRO RODRÍGUEZ, SUSANA TERRONES VEGA Y MARILIA DE FÁTIMA MORAIS DE MELO 4249

743 PREVENCIÓN DE INFECCIONES NOSOCOMIALES: LAVADO DE MANOS
MARIA JOSEFA SUÁREZ ÁLVAREZ, MARIA VIOLETA SUÁREZ ÁLVAREZ Y DANIEL FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ 4255

744 CAIDAS EN LOS ANCIANOS
JULIA MARTINEZ FRADE, SONIA FERNÁNDEZ RATO Y MARIA DEL CARMEN SUAREZ CALVIÑO 4259

745 PARO CARDÍACO Y DESFIBRILACIÓN
MARIA JOSEFA SUÁREZ ÁLVAREZ, MARIA VIOLETA SUÁREZ ÁLVAREZ Y DANIEL FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ 4261

746 RETENCIÓN URINARIA POSTPARTO
SORAYA OLANO FERNANDEZ, ANA CRISTINA AUGUSTO SARMENTO, JUDIT MORENO SUÁREZ, YOLANDA VIEITEZ GONZÁLEZ Y EVA MARÍA RODRÍGUEZ AUGUSTO 4265

747 GINECOLOGÍA: CIENCIA DE LA MUJER.
REGINA SOARES DE FARIA Y JESSICA ALVES GOMES 4269

748 CIRUGÍA BARIÁTRICA
MARÍA MONTSERRAT VEGA FERNANDEZ, NICOLE VÁZQUEZ PORTO Y MARÍA ALEJANDRA MENÉNDEZ IGLESIAS 4275

749 SÍNDROME ALCOHÓLICO FETAL: LA ENFERMEDAD INVISIBLE EXPORTADA DESDE RUSIA
CARMEN MARIA VÁZQUEZ, ANA ISABEL IGLESIAS SANCHEZ, MARI CARMEN QUINTANA GONZALEZ Y TAMARA REGUERA GONZALEZ 4279

750 ADICCIÓN O USO ABUSIVO DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS EN LA ADOLESCENCIA.
RAQUEL BLANCO QUESADA 4281

751 DORSALGIA CON PARESTESIAS EN MIEMBROS SUPERIORES, A PROPUESTA DE UN CASO
SONIA PARADELA ANTUÑA 4285

752 ALIMENTACIÓN EN EL ENFERMO DE ALZHEIMER
ANA ISABEL MUÑÍZ DÍAZ Y ANA MARÍA SUÁREZ HORTAL 4289

753 CUIDADOS AL PACIENTE CON PATOLOGÍA RESPIRATORIA.
MARTA SANCHEZ UGARTE, ALICIA PAREDES ANTONIO, LAURA SUÁREZ ARBESÚ Y VERÓNICA GRACIELA MORAN ECHEVERRIA 4291

754 EL PACIENTE HOSPITALIZADO EN AISLAMIENTO.
LAURA MARIÑO RODRÍGUEZ, EUSEBIO NUÑEZ IBAÑEZ Y VERÓNICA MENENDEZ VILLAMOR 4295

755 PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN.
MARIA IRENE GONZALEZ ALVAREZ 4299

756 IMPORTANCIA DE LA EMPATÍA EN EL SECTOR SANITARIO TANTO PARA PROFESIONALES SANITARIOS Y NO SANITARIOS
PAULA RODRIGUEZ RODRIGUEZ 4307

757 **EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA ALIMENTACIÓN DE PACIENTES CON DISFAGIA.**
NURIA FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, MARÍA LUISA ALONSO CASTAÑON, ALBA CEÑERA MENENDEZ, NOELIA BLANCO CAÑIZARES Y LEYLA SOFIA LOPEZ RODRÍGUEZ **4311**

758 **LA ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA RECOGIDA, MANIPULACIÓN Y TRASPORTE DE MUESTRAS BIOLÓGICAS.**
BELEN FERNANDEZ PINTADO, JAIME RIVERA SUAREZ, NOELIA GONZÁLEZ SÁNCHEZ, LAURA PRIERES MELERO Y PABLO RIVERA SUAREZ **4317**

759 **LA PAROTIDITIS: TEORÍA DE ENFERMEDADES PARA TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA.**
NATIVIDAD CABEZÓN FERNÁNDEZ Y NURIA MORENO FERNANDEZ DE LA BASTIDA **4321**

760 **BANCOS DE LECHE MATERNA**
PATRICIA MARTÍNEZ PÉREZ, LOURDES BELEN PEREZ LORENZO Y AINOA MARTINEZ PEREZ **4325**

761 **LA GRIPE**
MARIA ISABEL MENDEZ PEREZ, SUSANA BLANCO DÍAZ Y ELSA BARCIA LEIVAS **4329**

762 **BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA.**
SARA RODRIGUEZ **4333**

763 **LA CIRCULACIÓN SANGUÍNEA PARA TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA.**
MARÍA TERESA FERNÁNDEZ YUGUEROS **4335**

764 **EL CARRO DE PARADAS PARA TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA.**
MARÍA TERESA FERNÁNDEZ YUGUEROS **4339**

765 **CUIDADOS DE UN PACIENTE INTUBADO.**
LAURA SUÁREZ GARCÍA **4341**

766 CUIDADOS DEL PACIENTE EN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS.
LAURA SUÁREZ GARCÍA 4349

767 LA DEPRESIÓN. UNA ENFERMEDAD CADA VEZ MÁS COMÚN EN NUESTROS DÍAS.
MÓNICA ALONSO ALONSO, LARA RODRIGUEZ FERNANDEZ, CLAUDIA DÍAZ ÁLVAREZ, Mª GLORIA CASTILLO SALMERÓN Y ADRIANA SUÁREZ RODRÍGUEZ 4357

768 MASTITIS: ENFERMEDAD DE LA MAMA
PETRA GIL CARMONA 4363

769 LA GESTIÓN DE LAS EMOCIONES EN EL ÁMBITO SANITARIO
ALEJANDRO ALVAREZ FUENTES, MÓNICA CRISTINA GONZÁLVEZ PADILLA, MERCEDES MARÍA NAVA TOMÁS, ROSA MARIA AMOR GOMEZ Y CARMEN MARIA SUAREZ ESTRADA 4365

770 ESTUDIO DE LA INFECCIÓN URINARIA EN PACIENTES CON SONDA VESICAL.
ROSA CRISTINA PEREZ ALVAREZ, MARIA JOSE PEREZ PEREZ, MARÍA MÓNICA ARGÜELLES GARCIA Y LORETO DE PAZ MASCIAS 4369

771 POSTURAS DE LOS EXPERTOS SANITARIOS ANTE LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES EN ESTADO VEGETATIVO.
ROSA CRISTINA PEREZ ALVAREZ, MARIA JOSE PEREZ PEREZ, MARÍA MÓNICA ARGÜELLES GARCIA Y LORETO DE PAZ MASCIAS 4373

772 EL LAVADO DE MANOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA.
INES FERNANDEZ GUDEREIT 4375

773 LAVADO DE MANOS COMO MÉTODO DE PREVENCIÓN
JOSÉ ALFREDO TAMARGO 4379

774 ALARMA: ADOLESCENTES EN LA RED.
ALICIA ALVAREZ FERNANDEZ, JORGE TABOADA ALAMEDA, ROCÍO GARCÍA ÁLVAREZ, NOELIA LOMBARDIA CARBAJAL Y MARÍA MARGARITA CASTRO FERNÁNDEZ 4381

775 ESPECIAL ATENCIÓN A LA HERIDA QUIRÚRGICA. EVITAR LA SEPSIS LOCAL Y SISTÉMICA.
LETICIA MARTINEZ PEREZ 4387

776 BENEFICIOS DE LA ACTIVIDAD FÍSICA EN LA TERCERA EDAD.
MARÍA BEGOÑA PRIETO GONZÁLEZ, RAMONA MÓNICA VLADUT, NEREA DOMÍNGUEZ SÁNCHEZ Y ANA MARIA BELTRAN OLMO 4395

777 ENFERMEDAD DE CROHN: SÍNTOMAS, CAUSAS Y FACTORES DE RIESGO.
RAMONA MÓNICA VLADUT, NEREA DOMÍNGUEZ SÁNCHEZ, ANA MARIA BELTRAN OLMO Y MARÍA BEGOÑA PRIETO GONZÁLEZ 4399

778 CUIDADOS A PACIENTE CON SÍNDROME DE OVARIO POLIQUÍSTICO
RAQUEL GONZALEZ HUERTA 4403

779 CUIDADOS A PACIENTE CON SARAMPIÓN
RAQUEL GONZALEZ HUERTA 4405

780 ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA (ELA)
ANA MARIA BELTRAN OLMO, MARÍA BEGOÑA PRIETO GONZÁLEZ, RAMONA MÓNICA VLADUT Y NEREA DOMÍNGUEZ SÁNCHEZ 4407

781 CUIDADOS A BEBE CON LA ENFERMEDAD MANO, BOCA, PIE
MARIA VINAGRE FERNANDEZ 4411

782 REPROCESAMIENTO DE LOS ENDOSCOPIOS FLEXIBLES EN LA UNIDAD DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA.
MARIA ANGELES BAZ MARTIN, RAQUEL GUTIERREZ TRAPIELLO, ANA ISABEL MARTINEZ FERNANDEZ, INÉS MARÍA COLLAZO ARIAS Y MARIA ELENA FERNANDEZ FERNANDEZ 4415

783 HIPERTENSIÓN ARTERIAL.
CELIA MARTINO GONZALEZ, MARÍA NELIDA GARCIA MARTINEZ, MÓNICA LÓPEZ FERNÁNDEZ, CYNTHIA GEDDES CUETO Y MÓNICA ÁLVAREZ TUÑÓN 4419

784 MONONUCLEOSIS INFECCIOSA
ANGELA MARTOS CANADAS Y ANA PATRICIA COTA EIREA 4423

785 CUIDADOS DE LA EPISIOTOMÍA TRAS EL PARTO
ANA ISABEL MUÑÍZ DÍAZ Y ANA MARÍA SUÁREZ HORTAL 4427

786 SÍNDROME DE TOURETTE CON COPROLALIA (TCAE)
ROSA LUZ LEAL FERNÁNDEZ, MARGARITA ALVAREZ HERNANDEZ Y TANIA BERNAL ALVAREZ 4431

787 ENFERMEDAD DE MANOS, PIES Y BOCA
MARI CARMEN QUINTANA GONZALEZ, CARMEN MARIA VÁZQUEZ, TAMARA REGUERA GONZALEZ Y ANA ISABEL IGLESIAS SANCHEZ 4435

788 EL SARAMPIÓN
SUSANA BLANCO DÍAZ, ELSA BARCIA LEIVAS Y MARIA ISABEL MENDEZ PEREZ 4437

789 LA OBESIDAD INFANTIL
RAMONA MÓNICA VLADUT, NEREA DOMÍNGUEZ SÁNCHEZ, ANA MARIA BELTRAN OLMO Y MARÍA BEGOÑA PRIETO GONZÁLEZ 4441

790 VIRUS DEL ÉBOLA.
ALVARO ESTRADA MARTÍN-CONSUEGRA 4445

791 APOYO EN LA ALIMENTACIÓN EN PACIENTES PALIATIVOS
LOURDES BELEN PEREZ LORENZO, AINOA MARTINEZ PEREZ Y PATRICIA MARTÍNEZ PÉREZ 4449

792 LA DIABETES EN LA VIDA COTIDIANA DE LAS PERSONAS MAYORES
ANA ISABEL ALVAREZ DEL SALVADOR Y COVADONGA CELESTINA CAMBLOR VALDES 4451

793 DESHIDRATACIÓN DEL ANCIANO
ANA PATRICIA COTA EIREA Y ANGELA MARTOS CANADAS 4455

794 **EL SÍNDROME DEL CUIDADOR QUEMADO.**
ANA ISABEL ALVAREZ DEL SALVADOR Y COVADONGA CELESTINA CAMBLOR VALDES **4461**

795 **ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR.**
ANA MARÍA PELÁEZ CANCIO, VERONICA VILLA CASTRESANA, SANDRA MORO ESPINEL Y MARIA EVA VAZQUEZ HUERTA **4465**

796 **LA ESTERILIZACIÓN EN SANIDAD: MATERIALES, MÉTODOS E IMPLICACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA.**
DELIA MIRANDA MESA, MONTSERRAT GONZÁLEZ IGLESIAS, NOEMI VILLARES MARTIN, MARÍA BELEN CODINA GONZÁLEZ Y ROSARIO MUÑIZ ESTRADA **4471**

797 **EL TCAE EN LA UCI PEDIÁTRICA**
MARÍA AFRICA NIÑO GARCÍA, DELFINA CASTRO RODRÍGUEZ, SUSANA TERRONES VEGA, MARILIA DE FÁTIMA MORAIS DE MELO Y ANA ISABEL GARCÍA FERNÁNDEZ **4477**

798 **UN RETO INMINENTE**
Mª DEL CARMEN ARDURA SANTIAGO, MARÍA COVADONGA ABARRIO NÚÑEZ, JULIA MARIA FERNÁNDEZ MARTÍN, MARÍA BELÉN LUENGO FERNÁNDEZ Y ZULIMA ENCARNACIÓN LUENGO FERNÁNDEZ **4483**

799 **EL ESTREÑIMIENTO E INCONTINENCIA FECAL EN EL ANCIANO.**
NOELIA PELÁEZ SANFIZ **4487**

800 **PLAN DE CUIDADO A PACIENTES CON ALZHEIMER POR EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA**
MARIA AURORA FERNANDEZ PEREZ, MIRIAM COTO BEGEGA, JUDITH GARCIA BENITO, SUSANA LÓPEZ CARRO Y MARIA AMOR QUETZAL GONZALEZ RODRIGUEZ **4493**

801 **EL PAPEL DEL CENTRO DE DÍA EN NUESTRA SOCIEDAD.**
ALBA MARTÍNEZ MENENDEZ **4497**

802 **CUIDADOS A UN PACIENTE CON MUGUET ORAL.**
MARIA TERESA FERNANDEZ MARTINEZ **4499**

803 CUIDADOS A PACIENTE CON CLAMIDIA.
MARIA TERESA FERNANDEZ MARTINEZ 4503

804 CÓMO PREVENIR EL CANCER DE CERVIX
ALBA MARTÍNEZ MENENDEZ 4507

805 CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER
MARÍA LOURDES ARGÜELLES ALVAREZ 4511

806 PREVENCIÓN Y CUIDADOS DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN.
ELIZABETH TUYA CABEZA 4517

807 AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE CON URGENCIA HIPERTENSIVA
ISABEL GARCÍA AGUDIN, MONTSERRAT MARTINEZ RODRIGUEZ, MARÍA SOL FERNÁNDEZ ARBESÚ Y SONIA HUERTA COTO 4523

808 EL CUIDADOR DE ALZHEIMER.
CLARA ISABEL COLERO FANJUL, MARIA DEL CARMEN SUAREZ SUAREZ, YOLANDA VIÑA RODRIGUEZ Y NOEMI SANZ ROCES 4533

809 ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN.
MARÍA ÁLVAREZ GONZALEZ 4535

810 PIE DIABETICO. CUIDADO Y EDUCACIÓN DIABETOLÓGICA
CARME DE CON GUTIÉRREZ, MARIA DEL CARMEN GANCEDO SANCHEZ, CRISTINA PRUNEDA SIERRA, MONICA GONZÁLEZ TAMARGO Y YOLANDA MERELO ALONSO 4539

811 LA IMPORTANCIA DE LA VACUNACIÓN EN EL PERSONAL SANITARIO.
NAHIR ALCARAZ CASARREAL 4543

812 TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN EN LA ADOLESCENCIA (ANOREXIA NERVIOSA).
LUCIA EGUREN VELÁZQUEZ 4547

813 FOMENTO DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO.
LUCIA EGUREN VELÁZQUEZ 4549

814 DERMATITIS ATÓPICA :CUIDADOS BÁSICOS.
LUCIA EGUREN VELÁZQUEZ 4551

815 PATOLOGÍAS DE LA MUJER POR SECTOR DE ACTIVIDAD.
RITA MARIA PEREZ PEREZ 4553

816 ALIMENTACIÓN POR SONDA NASOGÁSTRICA
ANA PATRICIA GUARDADO DÍAZ, YOLANDA ESCALANTE TORRES, MARÍA JIMÉNEZ ROSILLO, NOELIA FRAGOSO GARCÍA Y SANDRA PEREIRA GARCÍA 4555

817 FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA PLANTA DE TRAUMATOLOGÍA.
EMILIA MIRANDA MORA, NURIA MARÍA RUBIERA DÍAZ Y FRANCISCO ANTONIO BERDÚN RODRÍGUEZ 4559

818 ENFERMO TERMINAL. CUIDADOS PALIATIVOS.
PETRA GIL CARMONA 4565

819 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA CAMA HOSPITALARIA.
FRANCISCO ANTONIO BERDÚN RODRÍGUEZ, NURIA MARÍA RUBIERA DÍAZ Y EMILIA MIRANDA MORA 4567

820 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA PRÁCTICA DEL LAVADO DE MANOS COMO MEDIDA PREVENTIVA PRINCIPAL DENTRO DEL ÁMBITO HOSPITALARIO.
BELEN FERNANDEZ PINTADO, JAIME RIVERA SUAREZ, NOELIA GONZÁLEZ SÁNCHEZ, LAURA PRIERES MELERO Y PABLO RIVERA SUAREZ 4571

821 VAGINITIS.
PETRA GIL CARMONA 4575

822 LAS CAÍDAS EN EDADES AVANZADAS Y COMO EVITARLAS
MÓNICA LÓPEZ FERNÁNDEZ, CYNTHIA GEDDES CUETO, MÓNICA ÁLVAREZ TUÑÓN, CELIA MARTINO GONZALEZ Y MARÍA NELIDA GARCIA MARTINEZ 4577

823 INVESTIGACIÓN SOBRE EL CRIBADO DE CÁNCER COLORRECTAL EN ASTURIAS Y ESPAÑA.
BÁRBARA EGUIZÁBAL SANTOS 4581

824 LA DIABETES
ANDREA FERNANDEZ SUAREZ 4587

825 DROGAS Y ENFERMEDAD MENTAL, COMBINACIÓN PELIGROSA.
ALBA MARTÍNEZ MENENDEZ 4591

826 RELACIÓN E IMPORTANCIA DEL SONDAJE VESICAL DE LARGA DURACIÓN Y LAS INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO
BORJA SUAREZ CORRAL, IRENE VIVAS PAREDES Y VANESSA GARCIA PINTUELES 4595

827 BENEFICIOS DE LOS CAMBIOS POSTURALES PARA LA PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN EL PACIENTE ENCAMADO
BORJA SUAREZ CORRAL, IRENE VIVAS PAREDES Y VANESSA GARCIA PINTUELES 4601

828 APLICACION DE CALOR Y FRÍO, INDICACIONES, EFECTOS Y PRECAUCIONES .
ANDREA SAN MARTÍN GONZÁLEZ, ANA MARÍA GARCÍA SUÁREZ Y JULIA ROSA LÓPEZ ARANGO 4605

829 LA PICADURA DE LAS GARRAPATAS Y SUS SÍNTOMAS.
SOFIA PATALLO ALVAREZ Y ISABEL ROLDÁN FERNANDEZ 4611

830 CUIDADOS EN EL PACIENTE TERMINAL.
MARIA IRENE GONZALEZ ALVAREZ 4615

831 LA CARGA DEL CUIDADOR NO PROFESIONAL DE PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE.
AMALIA MARTINEZ ESPINOSA, ANA ROSA BARAGAÑO GARRIDO, ROSALIA FERNANDEZ BOBELA, MARIA DEL MAR PULGAR ALVAREZ Y MARÍA CONSUELO GARCÍA GONZÁLEZ 4625

832 ANOREXIA NERVIOSA EN LA UNIDAD DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA
MÓNICA BUSTELO FERNÁNDEZ Y MARIA ELENA ÁLVAREZ BLANCO 4637

833 CONOCIMIENTOS BÁSICOS SOBRE LA ENDOMETRIOSIS PARA LA TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA .
MÓNICA BUSTELO FERNÁNDEZ Y MARIA ELENA ÁLVAREZ BLANCO 4645

834 EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA
LORENA GONZÁLEZ GARCÍA 4657

835 CUIDADOS AL PACIENTE CON BOTULISMO
LORENA GUTIÉRREZ GÓMEZ, ANGELES REDONDO MORO Y LLESICA PEREZ MENENDEZ 4659

836 ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL.
ANA MARÍA SUÁREZ HORTAL Y ANA ISABEL MUÑÍZ DÍAZ 4663

837 PREVENCIÓN CÁNCER DEL CUELLO DE ÚTERO EN ASTURIAS
MARÍA TERESA VÁZQUEZ RODRIGUEZ 4667

838 MALTRATO EN EL ANCIANO.
RITA MARIA PEREZ PEREZ 4671

839 EL LAVADO DE MANOS EN EL MEDIO HOSPITALARIO.
AMANDA MENÉNDEZ LINDE Y SANDRA IGLESIAS HERRERO 4675

840 CUIDADOS A PACIENTE CON HIPERPLASIA ENDOMETRIAL
BEATRIZ PELAEZ GARCIA 4677

841 EL ALZHEIMER Y SUS CONSECUENCIAS.
ISABEL RAMOS PALEO Y SANDRA GONZALEZ RODRIGUEZ 4679

842 EL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL SANITARIO.
MARÍA ROSA FRADE LOPEZ Y MELISSA ALONSO FRADE 4681

843 EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN PARTOS.
ANDREA LOPEZ RICO 4687

844 PREVENCIÓN DE LA MUERTE SÚBITA DEL LACTANTE.
MARGARITA TEJÓN DEL CUADRO 4689

845 PIEL DE MARIPOSA.
NOEMI SANZ ROCES, CLARA ISABEL COLERO FANJUL, MARIA DEL CARMEN SUAREZ SUAREZ Y YOLANDA VIÑA RODRIGUEZ 4691

846 ENVEJECIMIENTO ACTIVO
SUSANA DEL VALLE FERNANDEZ, MARIA ÁNGELES SUÁREZ RODRÍGUEZ Y JOSEFINA HIDALGO SOBRADILLO 4693

847 LA RUBÉOLA
ALVARO ESTRADA MARTÍN-CONSUEGRA 4695

848 ATENCIÓN DE ENFERMERÍA. CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES EN EL MANEJO DEL ESTOMA.
CLARA ARCE ARROJO 4699

849 EL VIRUS DE LA RUBEOLA.
BEATRIZ ALVAREZ BRAVO 4705

850 LA ANOREXIA.
YOLANDA VIÑA RODRIGUEZ, NOEMI SANZ ROCES, CLARA ISABEL COLERO FANJUL Y MARIA DEL CARMEN SUAREZ SUAREZ 4707

851 GLAUCOMA
LOURDES GARCÍA GARCÍA 4709

852 PREVENCIÓN EN TRASTORNOS DE SALUD MENTAL .
BEGOÑA GARCIA VELARDE, MARÍA JOSÉ BELDA MARTÍNEZ Y EVA DONCEL PEDRAYES 4713

853 LA DIABETES Y SU COMPLICACIONES.
SANDRA GONZALEZ RODRIGUEZ Y ALMUDENA SANTIAGO FERNANDEZ 4715

854 ACTUACIÓN DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN.
ANDREA LOPEZ RICO 4719

855 TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA: MÉTODOS DE ESTERILIZACIÓN DEL MATERIAL.
ALEJANDRA DELGADO NIETO Y MANUEL CRESPO ALONSO 4723

856 CAMBIOS FÍSICOS Y EMOCIONALES EN LA PUBERTAD Y ADOLESCENCIA.
Mª ISOLINA ALONSO GARCÍA, SONIA MESA GONZÁLEZ Y NURIA BARRERA ARIAS 4727

857 LA HIPERTENSIÓN.
SANDRA GONZALEZ RODRIGUEZ Y ALMUDENA SANTIAGO FERNANDEZ 4733

858 ASEO EN EL PACIENTE ENCAMADO.
DELFINA CALDERÓN ÁLVAREZ, PABLO JESÚS BERNARDO MENÉNDEZ, FRANCISCA DOMÍNGUEZ BERNAL, MARÍA LUISA CORTÉS ESCOSA Y ESTHER ÁLVAREZ FERNÁNDEZ 4737

859 ALZHEIMER Y AVANCES EN LA INVESTIGACIÓN.
MARIA JOSE IGLESIAS LOZANO, MARÍA TERESA FERNÁNDEZ GONZÁLEZ, ANGELA GONZÁLEZ FUEYO, AIDA RODRIGUEZ RIOS Y CARMEN DOMINGUEZ NOMPARTE 4741

860 DEPRESIÓN.
ELSA DIAZ CASTILLO 4747

861 DIABETES.
ELSA DIAZ CASTILLO 4751

862 CUIDADOS DEL TCAE A PACIENTES CON DIÁLISIS PERITONEAL
VANESA MATA RAMOS, ALEJANDRA BARRERO RODRÍGUEZ, TATIANA GARCIA CABALLERO, MARIA LUISA LÓPEZ MENENDEZ Y SARA MARIA FERNANDEZ PEREZ 4755

863 LA ENFERMEDAD TIROIDEA. HIPOTIROIDISMO GESTACIONAL
MARÍA DE LAS MERCEDES GONZÁLEZ PEREIRA, LARA FERNÁNDEZ ANSOTEGUI Y MARIA ANGELES FERNANDEZ MARTINEZ 4761

864 PLAN DE CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA AL PACIENTE TERMINAL
MARÍA DE LAS MERCEDES GONZÁLEZ PEREIRA, LARA FERNÁNDEZ ANSOTEGUI Y MARIA ANGELES FERNANDEZ MARTINEZ 4765

865 CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON DISFAGIA
MARÍA DE LAS MERCEDES GONZÁLEZ PEREIRA, LARA FERNÁNDEZ ANSOTEGUI Y MARIA ANGELES FERNANDEZ MARTINEZ 4769

866 PLAN DE CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON ÚLCERAS
MARIA ANGELES FERNANDEZ MARTINEZ, MARÍA DE LAS MERCEDES GONZÁLEZ PEREIRA Y LARA FERNÁNDEZ ANSOTEGUI 4773

867 PLAN DE CUIDADOS EN ATENCIÓN PRIMARIA EN ODONTOLOGÍA
MARIA ANGELES FERNANDEZ MARTINEZ, MARÍA DE LAS MERCEDES GONZÁLEZ PEREIRA Y LARA FERNÁNDEZ ANSOTEGUI 4777

868 PLAN DE CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON PARKINSON
MARIA ANGELES FERNANDEZ MARTINEZ, MARÍA DE LAS MERCEDES GONZÁLEZ PEREIRA Y LARA FERNÁNDEZ ANSOTEGUI 4781

869 CUIDADOS DE LA NUTRICIÓN ENTERAL
ELVIRA LORENZO PRENDES, VERÓNICA RODRÍGUEZ DÍAZ Y CRISTINA PELAEZ BANIELA 4785

870 ENFERMEDAD CELÍACA EN PEDIATRIA
AMANDA MENÉNDEZ LINDE Y SANDRA IGLESIAS HERRERO 4789

871 BENEDICIOS DEL LAVADO DE MANOS EN LAS INSTITUCIONES SANITARIAS EN RELACIÓN A LAS INFECCIONES ASOCIADAS A LA ASISTENCIA SANITARIA
LILIANA ÁLVAREZ GONZÁLEZ 4791

872 MANIPULACIÓN MANUAL DE CARGAS EN EL TRABAJO Y RIESGOS PARA LA SALUD
LILIANA ÁLVAREZ GONZÁLEZ 4793

873 PRINCIPALES MEDIDAS DE INTERVENCIÓN PARA PREVENIR LAS CAÍDAS EN EL PACIENTE ANCIANO
LILIANA ÁLVAREZ GONZÁLEZ 4795

874 EL TCAE ANTE OXIUROS (LOMBRICES) EN NIÑOS.
MARÍA ÁLVAREZ GONZALEZ Y VANESA MATA RAMOS 4797

875 ÚLCERAS POR PRESION EN EL ANCIANO
ANGELA MARTOS CANADAS Y ANA PATRICIA COTA EIREA 4801

876 LA ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE UN CASO DE MALTRATO INFANTIL
JULIANA ROSA JIMENEZ, SELENE MATELLÁN ROSA Y ANA REY VARELA 4805

877 LAS FUNCIONES DEL TCAE EN GERIATRIA
GLADYS GUERRA CACHIMUEL Y MARÍA MAGDALENA GUERRA CACHIMUEL 4809

878 LOS CUIDADOS DE LA DIABETES.
MARÍA MAGDALENA GUERRA CACHIMUEL Y GLADYS GUERRA CACHIMUEL 4813

879 EL EMBARAZO Y LA ANSIEDAD
CARMEN ESTELA CAMPAL ORTIZ 4817

880 LA LACTANCIA MATERNA.
CARMEN ESTELA CAMPAL ORTIZ 4821

881 DONACION DE PROGENITORES HEMATOPOYETICOS
LUCIA MENENDEZ MARTINEZ, VANESA GONZÁLEZ GARCÍA, EVA MARIA LOBO GONZÁLEZ, CARMEN LOBO GONZÁLEZ Y FLORINDA ARGÜELLES BLANCO 4825

882 EL PERSONAL SANITARIO EN LA PROMOCIÓN DE LA DONACIÓN
VANESA GONZÁLEZ GARCÍA, LUCIA MENENDEZ MARTINEZ, EVA MARIA LOBO GONZÁLEZ, CARMEN LOBO GONZÁLEZ Y FLORINDA ARGÜELLES BLANCO 4829

883 AUTONOMÍA DE MOVIMIENTO EN LA VEJEZ
ANA BELÉN POCEIRO DE LA FUENTE, IRENE VEGA LLAMAZALES, NURIA RODRÍGUEZ GARCÍA, ESTEFANÍA RUIZ ESPINA Y MARÍA SOLEDAD FERNÁNDEZ IGLESIAS 4833

884 LOS CAMBIOS POSTURALES EN PERSONAS ENCAMADAS PARA EL TCAE
INES FERNANDEZ GUDEREIT 4835

885 FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN CONSULTAS DE GINECOLOGÍA
ANA REY VARELA, SELENE MATELLÁN ROSA Y JULIANA ROSA JIMENEZ 4837

886 FARMACOLOGIA: ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS
ANGELES MARIA MUÑIZ CORRALES 4841

887 EL LAVADO DE MANOS COMO MEDIDA PREVENTIVA
MARIA DEL ROCIO IGLESIAS GARCIA 4845

888 ¿EXISTE RELACIÓN ENTRE EL COLECHO Y EL SÍNDROME DE MUERTE SÚBITA DEL LACTANTE (S.M.S.L.)?
ANA FERNÁNDEZ IGLESIAS 4847

889 LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y PROTECCIÓN FRENTE A ENFERMEDADES E INFECCIONES
ANA FERNÁNDEZ IGLESIAS 4851

890 INMOVILIZACIÓN FÍSICA Y CONTENCIÓN RACIONAL DE PACIENTES
ALEJANDRO RODRÍGUEZ ROZA, ALICIA FERNÁNDEZ MARTÍNEZ, FRANCISCO JOSÉ MOROTE MORENO Y LUIS CAPARRÓS SÁNCHEZ 4855

891 SOPORTE NUTRICIONAL ARTIFICIAL PARA TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA
LUCÍA POMAR MARTINEZ, LUCÍA SANCHEZ TOYOS Y DIEGO GUTIÉRREZ ALONSO 4859

892 TIPOS DE CELIAQUÍA
MARIA DE LOS ANGELES FERNANDEZ RUBIO 4863

893 LA ALIMENTACIÓN EN EL PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA. GENERALIDADES.
MARIA REYES ROMAY SUAREZ, NATALIA FERNANDEZ COLMEIRO Y CARMEN MARIA VILLA GARCIA 4869

894 TRASTORNO DE ANSIEDAD.
ISABEL RAMOS PALEO Y SANDRA GONZALEZ RODRIGUEZ 4873

895 EL SÍNDROME DE BURNOUT VISTO POR EL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA
MARÍA JOSÉ CASES SANTÍN 4877

896 LA IMPORTANCIA EN LA ALIMENTACIÓN DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA
MERCEDES FERNANDEZ GOMES, LAURA GARAY NOVO, VANESSA GONZALEZ VELASCO Y Mª VICTORIA GARCÍA BARRANCO 4881

897 CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON TRAQUEOSTOMIA
ROCIO ALONSO FERNÁNDEZ, MARIA BEJAR PEREZ, RAQUEL GONZALEZ GARCIA, LAURA DIAZ MAYO Y SANDRA ALONSO FERNÁNDEZ 4885

898 FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN UN CENTRO DE SALUD.
ROGELIA SIMÓN GARCÍA, MARÍA TERESA ALONSO HERNANDO, MARÍA AURORA FERNÁNDEZ DÍAZ Y MARIÁN GARCÍA MENÉNDEZ 4891

899 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL EQUIPO DE SOPORTE DE ATENCIÓN DOMICILIARIA.
ROGELIA SIMÓN GARCÍA, MARÍA TERESA ALONSO HERNANDO, MARÍA AURORA FERNÁNDEZ DÍAZ Y MARIÁN GARCÍA MENÉNDEZ 4897

900 EL SÍNDROME DE DOWN.
NOEMI SANZ ROCES, YOLANDA VIÑA RODRIGUEZ, CLARA ISABEL COLERO FANJUL Y MARIA DEL CARMEN SUAREZ SUAREZ 4907

901 TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA CON HERIDAS CRONICAS EN PACIENTE.
EVA GONZÁLEZ GONZÁLEZ 4911

902 PROMOVER LA ACTIVIDAD FÍSICA EN EL ADULTO MAYOR.
TANIA GONZÁLEZ ORTIZ, ANA MARIA FERNÁNDEZ GASCÓN Y IGNACIO RUPERTO MARTINEZ ALVAREZ 4915

903 SEXUALIDAD ANTE LA ENFERMEDAD O LA EDAD.
EVA GONZÁLEZ GONZÁLEZ 4917

904 INTERVENCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN UNA COMUNIDAD TERAPEÚTICA DE SALUD MENTAL .
MARÍA JOSÉ LÓPEZ ARNE 4921

905 EL SINDROME DEL BURNOUT
BEATRIZ MARTINEZ ÁLVAREZ, BEGOÑA AMIROLA GOIKOETXEA, ADRIÁN LÓPEZ QUINTANILLA Y FRANCISCO JAVIER PEDRACES FRESNO 4925

906 ÚLCERAS POR PRESIÓN.
MARÍA DE LOS ÁNGELES SUÁREZ CONDE 4929

907 LA EUTANASIA.
BELEN ORDOÑEZ ALVAREZ 4933

908 LA LACTANCIA MATERNA.
ROCÍO GUTIÉRREZ ÁLVAREZ 4941

909 PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE COLON Y RECTO.
MARÍA JOSÉ LÓPEZ ARNE 4945

910 LA DIABETES EN EL ANCIANO.
LAURA ÁLVAREZ REY 4949

911 LA COLABORACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA RECOGIDA DE MUESTRAS DE ORINA EN ADULTOS.
ANA LUZ BAYÓN POLA, CARMEN MARIA PIÑEIRO SÁNCHEZ Y COVADONGA VEGA VAZQUEZ 4953

912 EL TABACO Y LA SALUD
MARIA MENDEZ ALONSO Y MARIA MERCEDES GAVADIAN SERANTES 4957

913 LA BRONQUIOLITIS.
ISABEL ROLDÁN FERNANDEZ 4959

914 MENOPAUSIA EN LAS MUJERES EN LA SOCIEDAD ACTUAL PARA TCAE
MARÍA JOSÉ BELDA MARTÍNEZ, EVA DONCEL PEDRAYES Y BEGOÑA GARCIA VELARDE 4965

915 ROL DEL TCAE CON EL CUIDADOR PRINCIPAL DE PERSONAS DEPENDIENTES
MARIA DEL CARMEN VAZQUEZ ANTUÑA, MARÍA DE LOS ÁNGELES RODRÍGUEZ HEVIA, MARIA JESUS MARTINEZ FERNANDEZ, MARTA ROSA PÉREZ GARCÍA Y ISABEL LAFUENTE GARCÍA 4967

916 PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES EN LA SOCIEDAD
VICENTA FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ 4973

917 LA SALUD COMUNITARIA: COBERTURA VACUNAL
RAQUEL FERNÁNDEZ ARIAS, DESIRÉ MARTÍNEZ GÓMEZ, SARA HAIDA SUAREZ SUAREZ, RICARDO GONZALEZ OVIES Y MIGUEL CASTRO PÉREZ **4975**

918 HIGIENE POSTURAL EN EL ÁMBITO LABORAL .
ALEJANDRO RODRÍGUEZ ROZA **4981**

919 SALUD BUCODENTAL EN LA EDUCAIÓN INFANTIL
FERNANDO MUÑIZ VARELA, SUSANA MARTÍNEZ HUERTA Y Mª JOSÉ GONZÁLEZ BRAÑA **4985**

920 LA IMPORTANCIA DE LA AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LA HOSPITALIZACIÓN DEL PACIENTE EN MEDICINA INTERNA.
ISABEL GARCÍA MENÉNDEZ Y ANA GONZÁLEZ FERNÁNDEZ **4989**

921 SALUD PÚBLICA
MARÍA VANESSA SUÁREZ RODRÍGUEZ Y MARÍA TERESA GUTIÉRREZ FERNÁNDEZ **4995**

922 CUIDADOS A PACIENTE CON TOXOPLASMOSIS.
JOSEFINA BALLESTEROS CASTILLA Y AZAHARA CASTELLANOS BALLESTEROS **4999**

923 EL TCAE EN LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS
YOLANDA DÍAZ MENENDEZ **5003**

924 INTOLERANCIA A LA LACTOSA.
SILVIA FERNÁNDEZ NÚÑEZ **5013**

925 VENTAJAS DEL EJERCICIO EN TIERRA VERSUS EJERCICIO EN AGUA PARA POBLACIÓN GERIÁTRICA. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PARA TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE).
FILOMENA FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, CARLA FERNÁNDEZ AÑEL, ANGELES AÑEL HUERTA, MARIA GEMMA RODRIGUEZ ALVAREZ Y DESIRE PEREZ SEREN **5015**

926 INTOLERANCIA AL GLUTEN
SILVIA FERNÁNDEZ NÚÑEZ **5021**

927 PARTO PREMATURO
ANA MARÍA PELÁEZ CANCIO, VERONICA VILLA CASTRESANA, SANDRA MORO ESPINEL Y MARIA EVA VAZQUEZ HUERTA 5023

928 PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ETS).
SILVIA FERNÁNDEZ NÚÑEZ 5031

929 RCP BÁSICA EN PEDIATRÍA
VERÓNICA RODRÍGUEZ DÍAZ, CRISTINA PELAEZ BANIELA Y ELVIRA LORENZO PRENDES 5035

930 ACTUACIÓN ANTE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN.
SARA SÁNCHEZ LOMBARDIA 5039

931 TCAE: RECEPCIÓN DE UN PACIENTE AL INGRESO EN LA UNIDAD
CARLOTA PATRICIA HOLGUERA ALONSO 5041

932 DISLEXIA: CUÁLES SON SUS SÍNTOMAS Y QUÉ TRATAMIENTO EXISTE.
MARÍA PAZ GARCÍA ARGUELLES, ALICIA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, ANA MARIA MATÉ GONZALEZ, MONTSERRAT CABALLERO SUÁREZ Y SUSANA ALONSO POSADA 5045

933 EL ASMA.
ANDREA FERNANDEZ SUAREZ 5049

934 TCAE: FINALIDADES DE LA HIGIENE Y EL ASEO DE UN PACIENTE
SARA VEGA ESTRADA 5053

935 FUNCIONES DEL TCAE ANTE EL PACIENTE QUEMADO HOSPITALIZADO
CARMEN MORENO GONZALEZ, MARIA JOSE BRAÑA ALONSO Y ISABEL GUTIERREZ SALAZAR 5055

936 ATENCIÓN Y CUIDADOS AL PACIENTE CON FIBROMIALGIA.
MARÍA ÁNGELES REPISO VAELLO, FERMINA PROENZA ALVAREZ Y NURIA HUERTA GONZÁLEZ 5059

937 CUIDADOS DEL ENFERMO TERMINAL .
SUSANA ESTRADA SUÁREZ Y MARÍA JOSÉ RODRIGUEZ ARIAS **5067**

938 COMUNICACIÓN ENTRE PACIENTE Y TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA
MARÍA ISABEL BERMÚDEZ ROBLES **5071**

939 CUIDADOS DE UN PACIENTE OSTOMIZADO
BÁRBARA MÉNDEZ IGLESIAS **5079**

940 AYUDA AL USO DE INHALADORES EN EL ADULTO MAYOR POR PARTE DE LOS TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA, Y LOS ENFERMEROS.
TANIA URQUIOLA CASTAÑEDA, LILIANA SUÁREZ FERNÁNDEZ Y BEGOÑA GARCÍA CASTRILLON **5081**

941 ATENCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LAS NECESIDADES DEL ANCIANO.
PAULA CASTRO PARIENTE Y VANESSA FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ **5085**

942 LA ENFERMEDAD DE PÁRKINSON, QUÉ ES, CUÁLES SON SUS SÍNTOMAS Y ESTUDIOS.
ANA MARIA MATÉ GONZALEZ, MONTSERRAT CABALLERO SUÁREZ, SUSANA ALONSO POSADA, MARÍA PAZ GARCÍA ARGUELLES Y ALICIA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ **5089**

943 SÍNDROME DE ABSTINENCIA NEONATAL (SAN).
VANESSA FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ Y PAULA CASTRO PARIENTE **5093**

944 UNIDAD DEL SUEÑO.
LETICIA LÓPEZ LAMAS Y NATALIA DOMINGUEZ MONFORTE **5097**

945 VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO. EFICACIA DE LA VACUNA PREVENTIVA
DESIRÉ MARTÍNEZ GÓMEZ, SARA HAIDA SUAREZ SUAREZ, RICARDO GONZALEZ OVIES, MIGUEL CASTRO PÉREZ Y RAQUEL FERNÁNDEZ ARIAS **5101**

946 CUIDADOS EN HIGIENE BUCAL.
RAQUEL MONTOYA NUÑEZ **5105**

947 ALZHEIMER, LA DEMENCIA MÁS COMÚN EN NUESTROS DÍAS.
MARGARITA ALVAREZ HERNANDEZ, TANIA BERNAL ALVAREZ Y ROSA LUZ LEAL FERNÁNDEZ 5109

948 ÚLCERAS POR PRESIÓN (UPP)
BÁRBARA MÉNDEZ IGLESIAS 5115

949 REVISIÓN SISTEMÁTICA: PRINCIPALES CAUSAS DE ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA
MARIA DEL CARMEN BEDIA PALMERO 5117

950 EFECTOS DE LA CARGA LABORAL SOBRE LA SALUD MENTAL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO.
PATRICIA OTERO ARGÜELLES, ROCÍO GARCÍA FERNÁNDEZ, ANA BELÉN CERRA IGLESIAS Y EVA FARPON FERNANDEZ 5119

951 LA ANSIEDAD Y SUS COMPLICACIONES.
SANDRA GONZALEZ RODRIGUEZ Y ALMUDENA SANTIAGO FERNANDEZ 5125

952 IMPORTANCIA DE UNOS HÁBITOS ALIMENTARIOS SALUDABLES EN LA POBLACIÓN INFANTIL .
MARÍA ÁNGELES REPISO VAELLO, FERMINA PROENZA ALVAREZ Y NURIA HUERTA GONZÁLEZ 5127

953 INFLUENCIA DEL ESTREÑIMIENTO EN LA CALIDAD DE VIDA DEL ANCIANO.
ANA MARÍA MÉNDEZ MÉNDEZ, MARÍA JESÚS MÉNDEZ MÉNDEZ, BEATRIZ CAMBLOR MENDEZ Y PATRICIA CAMPORRO CAMBLOR 5137

954 ATENCIÓN SANITARIA A LA MENOPAUSIA EN EL SIGLO XXI
MARÍA TERESA GUTIÉRREZ FERNÁNDEZ Y MARÍA VANESSA SUÁREZ RODRÍGUEZ 5143

955 ABORDAJE DEL LINFEDEMA SECUNDARIO AL CÁNCER DE MAMA.
SHEILA RODRIGUEZ FERNANDEZ 5147

956 NUTRICIÓN DEL NIÑO HASTA EL AÑO DE EDAD, Y SU RELACIÓN CON LA OBESIDAD Y EL SOBREPESO.
SHEILA RODRIGUEZ FERNANDEZ 5151

957 PROGRAMAS DE DETECCION PRECOZ DEL CANCER COLORRECTAL
MARIA FLOR ROMERO GARCÍA 5155

958 LOS AGENTES SANITARIOS EN LA SALUD COMUNITARIA
MARIA ANGELES GARCIA GOMEZ, MARIA ANTONIA CUETO GARCÍA Y GRETA LÓPEZ URÍA 5159

959 CUIDADOS A NIÑA CON UN FETUS IN FETU.
ANA ISABEL LONGORIA SIMON. 5163

960 VISIBILIDAD DE LA FUNCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADO AUXILIARES DE ENFERMERÍA.
MERCEDES FERNANDEZ MENENDEZ, ANGEL GARCIA ALVAREZ Y YOLANDA SANCHEZ HERNANDEZ 5165

961 LAS PERSONAS MAYORES Y EL EJERCICIO FÍSICO.
ANA ISABEL VICENTE CANELA 5169

962 LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL UN TABÚ QUE ELIMINAR.
ENCARNACIÓN MOROTE MORENO, LUIS CAPARRÓS SÁNCHEZ, ALEJANDRO RODRÍGUEZ ROZA Y ALICIA FERNÁNDEZ MARTÍNEZ 5171

963 CONSECUENCIAS DE LA FALTA DE HIGIENE EN LAS PERSONAS MAYORES.
ANA ISABEL VICENTE CANELA 5177

964 CONSECUENCIAS DE LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES.
MARÍA DE LOS ÁNGELES SUÁREZ CONDE 5179

965 SOSPECHA SAHS.
VERÓNICA LOUGEDO HERNÁNDEZ Y MARIA MONTSERRAT MARTINEZ GONZÁLEZ 5183

966 APROXIMACIÓN A LA NUTRICIÓN DEL ANCIANO.
NATALIA FERNANDEZ COLMEIRO, CARMEN MARIA VILLA GARCIA Y MARIA REYES ROMAY SUAREZ 5185

967 PREVENCION Y TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD INFANTIL
BEGOÑA GARCIA ORDIZ 5191

968 LA PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN.
SANDRA PIDAL MONTES, MARTA FERNÁNDEZ FERNANDEZ, ROCÍO FERNÁNDEZ GARCÍA, JUAN JOSE VELAZQUEZ ÁLVAREZ Y MARIA DE LA CRUZ PADILLA LOPEZ 5195

969 LA EFECTIVIDAD DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA SALUD ORAL DE LOS ANCIANOS CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN UNIDADES ASISTENCIALES
RAQUEL GONZÁLEZ DIAZ Y MARÍA ISABEL DÍAZ MENÉNDEZ 5199

970 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DEL PACIENTE CON TRASTORNO ALIMENTARIO Y SUS FAMILIARES
RAQUEL GONZÁLEZ DIAZ Y MARÍA ISABEL DÍAZ MENÉNDEZ 5203

971 CIRUGÍA ENDOSCÓPICA NASOSINUSAL BASE DE CRÁNEO.
VERÓNICA LOUGEDO HERNÁNDEZ Y MARIA MONTSERRAT MARTINEZ GONZÁLEZ 5209

972 LESIÓN MEDULAR AGUDA.
VERÓNICA LOUGEDO HERNÁNDEZ Y MARIA MONTSERRAT MARTINEZ GONZÁLEZ 5213

973 MUERTE SÚBITA DEL LACTANTE. FACTORES DE RIESGO Y PREVENCIÓN.
NURIA MENÉNDEZ LÓPEZ, MAYKA FERNÁNDEZ ÁLVAREZ, ELENA ÁLVAREZ ALONSO Y BALBINA FRANCOS GARCÍA 5217

974 ANÁLISIS DE ORINA: DETECCIÓN PRECOZ DE HEMATURIA
BEGOÑA GARCIA ORDIZ 5221

975 LAS QUEMADURAS Y SUS GRADOS.
LORENA SUAREZ GUTIERREZ Y PURIFICACION CORAL GUTIERREZ GARCIA 5223

976 ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA (ELA), CUIDADOS PALIATIVOS DEL PACIENTE
OLGA MURIAS GONZALEZ 5227

977 LACTANCIA EN NEONATOS CON SÍNDROME DE DOWN.
OLGA MURIAS GONZALEZ 5233

978 ESTENOSIS PILÓRICA EN EL BEBÉ.
ANA MARÍA MÉNDEZ MÉNDEZ, PATRICIA CAMPORRO CAMBLOR, MARÍA JESÚS MÉNDEZ MÉNDEZ Y BEATRIZ CAMBLOR MENDEZ 5239

979 LA IMPORTANCIA DE LA HIGIENE EN EL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO
ARACELI ESPAÑA CORTES Y CECILIA NEILA BLANCO 5243

980 PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES EN CENTROS RESIDENCIALES.
HENAR BLANCO FERNÁNDEZ Y MARIA ISABEL ÁLVAREZ DOS SANTOS 5247

981 EL ACOSO LABORAL AL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO
ARACELI ESPAÑA CORTES Y CECILIA NEILA BLANCO 5249

982 EDUCACIÓN DIABETOLÓGICA.
MARTA MUÑIZ 5251

983 EL BURNOUT.
DAVID GION RAMOS 5255

984 LA NECESIDAD DE FORMACIÓN PARA LA COMUNICACIÓN DEL PERSONAL SOCIOSANITARIO.
VICENTA FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ 5259

985 ADOLESCENTES, REDES SOCIALES, EDUCACIÓN PARA LA SALUD. EDUCAR PARA PROTEGER
VICENTA FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ 5261

986 EFLUVIO TELÓGENO AGUDO
ANA MARÍA MÉNDEZ MÉNDEZ, BEATRIZ CAMBLOR MENDEZ, PATRICIA CAMPORRO CAMBLOR Y MARÍA JESÚS MÉNDEZ MÉNDEZ **5263**

987 LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER.
MARIA ISABEL MENDEZ PEREZ Y ELSA BARCIA LEIVAS **5267**

988 HIGIENE PARA LA RECOGIDA DE URINOCULTIVOS.
MARIA ARACELI PEREZ GARCÍA, YOLANDA RAQUEL CASTAÑO PASTOR, MARÍA ASUNCIÓN ALVAREZ PANDO, MARÍA TERESA VAZQUEZ RUA Y NATALIA VAZQUEZ RUA **5273**

989 SÍNDROME DE MOEBIUS.
RAQUEL DE LA MAZA RIOPEDRE **5277**

990 LA REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR (RCP)
OLGA MURIAS GONZALEZ **5281**

991 POSICIONAMIENTO EN LA SILLA DE RUEDAS
DAVID GION RAMOS **5287**

992 DIFERENCIA EN EL MODO DE ENFERMAR DEL ANCIANO
ISABEL ARTIME RODRIGUEZ **5289**

993 PLAN DE CUIDADOS ADICIONALES PARA EL PACIENTE CON ALZHEIMER.
MARTA RENESES CARCEDO, JOSE MANUEL TEJERO FERNANDEZ Y SERGIO MUÑIZ DIAZ **5293**

994 REVISIÓN SISTEMÁTICA: ACTUALIZACIÓN EN OBESIDAD INFANTIL.
MARIA DEL CARMEN BEDIA PALMERO **5297**

995 LA HIGIENE DE MANOS EN EL MUNDO HOSPITALARIO.
CLARISA GARCIA AMOR, DAVID GONZÁLEZ MUÑOZ Y ANA CRISTINA LORENZO GARCIA **5301**

996 DIAGNOSTICO PRECOZ DEL CÁNCER GINECÓLOGICO.
CARMEN MUÑIZ ALVAREZ, LAURA GARCÍA FERNÁNDEZ Y ELENA RODRÍGUEZ GARCÍA 5305

997 CUIDADOS BÁSICOS DEL RECIÉN NACIDO.
MARÍA ASUNCIÓN MARTÍNEZ SÁNCHEZ, IGNACIO CRESPO MADIEDO, JACKELYN PEVIDA DÍAZ, MAGDALENA FIGUEIRAS LESTON Y JESSICA DIAZ ALVAREZ 5309

998 TIPOS DE ALIMENTOS QUE CONTRIBUYEN A CONCILIAR MEJOR EL SUEÑO EN BEBÉS
VIRGINIA RODRIGUEZ GONZALEZ 5315

999 LA NUTRICIÓN
CARMEN MUÑIZ ALVAREZ, LAURA GARCÍA FERNÁNDEZ Y ELENA RODRÍGUEZ GARCÍA 5319

1000 EL VÍNCULO ENTRE EL PACIENTE Y EL TÉCNICO EN CUIDADO AUXILIARES DE ENFERMERÍA.
MARIA DE LA CONCEPCION PRIETO MALLO, ELENA MUÑIZ ALVAREZ, ÁNGELES RODRÍGUEZ GARCÍA, NURIA DÍAZ ARIAS Y CRISTINA GONZÁLEZ BERNABÉ 5323

1001 LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL.
ANDREA FERNANDEZ SUAREZ 5327

1002 LA VIOLENCIA DE GÉNERO.
BELEN ORDOÑEZ ALVAREZ 5331

1003 DIAGNÓSTICO DE VAGINOSIS BACTERIANA MEDIANTE LA PRUEBA DE PAPANICOLAOU
VIRGINIA RODRIGUEZ GONZALEZ 5341

1004 CUIDADOS A PACIENTE CON HEMOFILIA
VANESSA CARBAJAL TEMPRANA 5345

1005 LOS CUIDADOS DE ENFERMOS TERMINALES, EL TRABAJO DEL TCAE
AMOR FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ, MARÍA COVADONGA RODRÍGUEZ ESPINA, BEATRIZ MONTES FERNÁNDEZ Y MILAGROS FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ 5347

1006 INFECCIONES NOSOSCOMIALES, QUÉ CUIDADOS NECESITAN.
MILAGROS FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ, AMOR FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ, BEATRIZ MONTES FERNÁNDEZ Y MARÍA COVADONGA RODRÍGUEZ ESPINA 5353

1007 COPIA EXTRA DEL CROMOSOMA 21
MARÍA COVADONGA RODRÍGUEZ ESPINA, BEATRIZ MONTES FERNÁNDEZ, AMOR FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ Y MILAGROS FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ 5359

1008 SALUD COMUNITARIA
EMMA GONZÁLEZ PÉREZ 5365

1009 A PROPÓSITO DE LOS CORONAVIRUS.
OLGA MURIAS GONZALEZ 5369

1010 PIE VALGO
CARLA ELIZABETH SORIA GONZÁLEZ 5375

1011 PLAGIOCEFALIA.
CARLA ELIZABETH SORIA GONZÁLEZ 5377

1012 ACTUACIONES ANTE LA VIOLENCIA DE GÉNERO.
JORGE GONZALEZ MENENDEZ, CRISTINA PEREZ ALONSO Y MARÍA MERCEDES QUESADA FERNANDEZ 5381

1013 EL PARTO PREMATURO, UN DESAFÍO ACTUAL
ROSA MARÍA CANCIO GARCÍA 5383

1014 EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN EL PARTO.
JESUS GARCÍA RODRIGUEZ Y ESTHER MENENDEZ BARREIRO 5389

1015 **EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DE LA ANSIEDAD DEL PACIENTE CON PARKINSON.**
RAQUEL GONZÁLEZ DIAZ Y MARÍA ISABEL DÍAZ MENÉNDEZ 5393

1016 **LABOR DOCENTE DEL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA RESPECTO AL CUIDADOR PRINCIPAL.**
MERCEDES FERNANDEZ MENENDEZ, ANGEL GARCIA ALVAREZ Y YOLANDA SANCHEZ HERNANDEZ 5399

1017 **TIPOS DE ASEO.**
MARÍA TERESA VAZQUEZ RUA, MARIA ARACELI PEREZ GARCÍA, YOLANDA RAQUEL CASTAÑO PASTOR, MARÍA ASUNCIÓN ALVAREZ PANDO Y AURORA VAZQUEZ RUA 5403

1018 **LAVADO HIGIÉNICO DE MANOS.**
MARTA PEREZ RODRIGUEZ, PEDRO MIGUEL BRAVO MAYORAL Y LAURA DÍAZ LÓPEZ 5407

1019 **SALUD BUCODENTAL INFANTIL.**
MARIA DEL CARMEN BEDIA PALMERO 5411

1020 **LA CELIAQUÍA.**
CLARA ISABEL COLERO FANJUL, NOEMI SANZ ROCES, MARIA DEL CARMEN SUAREZ SUAREZ Y YOLANDA VIÑA RODRIGUEZ 5415

1021 **PREVENIR LESIONES AL MOVILIZAR PACIENTES EN TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
ÁLVARO FERNÁNDEZ CANTALAPIEDRA 5419

1022 **MENOPAUSIA.**
MARIA DEL CARMEN SUAREZ SUAREZ, YOLANDA VIÑA RODRIGUEZ, NOEMI SANZ ROCES Y CLARA ISABEL COLERO FANJUL 5421

1023 **RECEPCIÓN Y RECOGIDA DE LAS MUESTRAS BIOLÓGICAS.**
BARBARA CASERO FERNANDEZ, MARÍA PILAR SAN JOSÉ TORAL, MARIA SIMON CRESPO, MARÍA LUISA GONZALEZ GARCÍA Y CARMEN DOMINGUEZ NOMPARTE 5425

1024 LA DIFICULTAD DEL CORRECTO DIAGNÓSTICO EN LAS CEFALEAS
ROSA MARÍA CANCIO GARCÍA 5429

1025 LA ATENCION A ENFERMOS TERMINALES
SARA MARÍA GONZÁLEZ GARCÍA, ANA SANCHEZ UGARTE, KIMBERLY YULAY SEVERINO MUÑOZ, JOSE LEONARDO MONTERO SANCHEZ Y ADRIANA MARIEL VARGAS CADIMA 5437

1026 LA VALORACION DE LOS CUIDADOS DE SALUD MENTAL
ADRIANA MARIEL VARGAS CADIMA, JOSE LEONARDO MONTERO SANCHEZ, KIMBERLY YULAY SEVERINO MUÑOZ, SARA MARÍA GONZÁLEZ GARCÍA Y ANA SANCHEZ UGARTE 5441

1027 RIESGOS DEL TRABAJO NOCTURNO
MARIA SIMON CRESPO, MARÍA LUISA GONZALEZ GARCÍA, BARBARA CASERO FERNANDEZ, MARÍA PILAR SAN JOSÉ TORAL Y VERONICA GARCIA MACIAS 5445

1028 FACTORES QUE AFECTAN A LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN.
PATRICIA MARIA APARICIO ROBLES 5447

1029 EL SÍNDROME ANGELMAN.
MARIA DEL CARMEN SUAREZ SUAREZ, CLARA ISABEL COLERO FANJUL, YOLANDA VIÑA RODRIGUEZ Y NOEMI SANZ ROCES 5451

1030 CASO CLÍNICO A PROPÓSITO DE UN CASO: TUMORACIÓN OVÁRICA.
LORENA PALACIOS MIGUEL 5453

1031 PLAN DE CUIDADOS DEL TCAE ANTE LAS ÚLCERAS POR PRESION.
PATRICIA MARIA APARICIO ROBLES 5455

1032 ALIMENTACIÓN EN ESCOLARES
ÁLVARO FERNÁNDEZ CANTALAPIEDRA 5459

1033 ESTUDIO DE LAS RELACIÓN BIDIRECCIONAL EXISTENTE ENTRE LA SALUD BUCO-DENTAL Y LA SALUD EN GENERAL.
CARMEN MARIA VILLA GARCIA, MARIA REYES ROMAY SUAREZ Y NATALIA FERNANDEZ COLMEIRO 5463

1034 LOS ASEOS HOSPITALARIOS
ROSA ANGELES GARCIA ESCOBEDO, CARMEN COSI MAMANI, MARIBEL ISABEL QUEIPO SUAREZ, NEREA NORIEGA SEBARES Y ANGELA CARNEADO CONDE 5469

1035 LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LA ESTRATEGIA NACIONAL DE PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES Y MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA.
LAURA MARÍA HERNÁNDEZ FERNÁNDEZ 5471

1036 EL EJERCICIO FÍSICO Y LA DIABETES.
PAULA DE RON RODRÍGUEZ 5473

1037 HIGIENE DEL PACIENTE PARA TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA
CAROLINA MESURO BAO 5477

1038 EL CÁNCER DE PIEL .
VERÓNICA GANSO FERNÁNDEZ, REBECA FERNÁNDEZ LÓPEZ Y MANUELA ÁLVAREZ VELÁZQUEZ 5481

1039 ENURESIS NOCTURNA EN NIÑOS.
LAURA MARÍA HERNÁNDEZ FERNÁNDEZ 5485

1040 OBESIDAD INFANTOJUVENIL EN ESPAÑA. PAPEL DE ENFERMERÍA. REVISION BIBLIGRÁFICA
SUSANA GRANDE GUTIÉRREZ, MARLENY MOLLEAPAZA CONDORI, ALMUDENA GÓMEZ PONS, MANUEL FRANCISCO MARTÍ MOLINS Y MARÍA TERESA RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ 5487

1041 PROTECCIÓN DE DATOS.
MARÍA LUISA GONZALEZ GARCÍA, BARBARA CASERO FERNANDEZ, MARÍA PILAR SAN JOSÉ TORAL, MARIA SIMON CRESPO Y AURORA VAZQUEZ RUA 5491

1042 EL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA PÚBLICA
JAVIER LOPEZ ALLER Y ÁNGELA GÓMEZ USERO 5493

1043 CAMBIOS POSTURALES
SARAY VALLINA MONTES, NATALIA CUE ZAPICO, YOLANDA RODRÍGUEZ DIAZ, ALBERTO ALVAREZ GONZÁLEZ Y FELICIDAD ALVAREZ QUINTANA 5497

1044 ABORDAJE DE LA LUMBALGIA, POR HIPERTONÍA DEL GLÚTEO MEDIO, MEDIANTE FISIOTERAPIA
DANIEL BUENO GONZALEZ, JOAQUINA COSTA IGLESIAS, ARGENTINA GARCIA GARCIA Y ANGEL FUEYO PRIETO 5499

1045 TRATAMIENTO CONSERVADOR EN FISIOTERAPIA DEL HOMBRO CON ARTROSIS ACROMIOCLAVICULAR Y SÍNDROME SUBACROMIAL
ARGENTINA GARCIA GARCIA, ANGEL FUEYO PRIETO, DANIEL BUENO GONZALEZ Y JOAQUINA COSTA IGLESIAS 5503

1046 OBESIDAD INFANTIL Y EJERCICIO: BENEFICIOS DE LA FISIOTERAPIA
ELISA GRANDA TABOADA 5507

1047 ABORDAJE DEL TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA EN EL TRATAMIENTO DE EPICONDILITIS EN ATENCIÓN PRIMARIA
LARA ALVAREZ CAMPAL, MARLEN DE LA FUENTE FERNANDEZ, PILAR DEL BOSQUE GONZÁLEZ Y CECILIA GONZALEZ ALVAREZ 5521

1048 TRATAMIENTO CONSERVADOR EN EL SÍNDROME DE TÚNEL CARPIANO. A PROPÓSITO DE UN CASO.
REMEDIOS CABAÑERO LUJÁN 5525

1049 FISIOTERAPIA RESPIRATORIA EN NIÑOS CON FIBROSIS QUÍSTICA
OLAYA GARCÍA ESCUDERO, VERÓNICA MARTÍNEZ LÓPEZ, MARÍA JESÚS SOUTO BLANCO, PALOMA GRANA ALONSO Y DANIEL GIJON NORIEGA 5529

1050 **HIGIENE POSTURAL EN LAS AULAS**
XANA CUELLO POSADA Y MÓNICA FERNÁNDEZ BARRERA 5535

1051 **TRABAJO DEL CORE EN LA PATOLOGÍA LUMBAR.**
ANGEL FUEYO PRIETO, DANIEL BUENO GONZALEZ, JOAQUINA COSTA IGLESIAS Y ARGENTINA GARCIA GARCIA 5539

1052 **DORSALGIA EN LA ADOLESCENCIA**
MARIA DOLORES LÓPEZ MARÍN, INMACULADA MÉNDEZ SÁNCHEZ Y MARIA LUISA GUTIÉRREZ GARRIDO 5543

1053 **FISIOTERAPIA EN LA EPICONDILITIS LATERAL**
INMACULADA MÉNDEZ SÁNCHEZ, MARIA DOLORES LÓPEZ MARÍN Y MARIA LUISA GUTIÉRREZ GARRIDO 5545

1054 **ABORDAJE DE LA DIÁSTASIS ABDOMINAL MEDIANTE FISIOTERAPIA**
CECILIA GONZALEZ ALVAREZ, PILAR DEL BOSQUE GONZÁLEZ, LARA ALVAREZ CAMPAL Y MARLEN DE LA FUENTE FERNANDEZ 5549

1055 **TRASTORNOS INTRÍNSECOS DE LA MÉDULA ESPINAL: EL INFARTO MEDULAR. IMPORTANCIA DE UNA REHABILITACIÓN FISIOTERAPÉUTICA DE CALIDAD.**
CAROLINA PÉREZ PÉREZ, ALDARA LEAL ALONSO Y MARIA PARRA GARCIA 5553

1056 **SUELO PÉLVICO**
XANA CUELLO POSADA Y MÓNICA FERNÁNDEZ BARRERA 5561

1057 **EPICONDILITIS: OPCIONES DE TRATAMIENTO CON ELECTROTERAPIA Y EFECTIVIDAD DE CADA UNA DE ELLAS**
MARIA PARRA GARCIA, CAROLINA PÉREZ PÉREZ Y ALDARA LEAL ALONSO 5565

1058 **LA PROPIOCEPCIÓN COMO FEEDBACK EN FISIOTERAPIA: PREVENCIÓN Y REHABILITACIÓN**
ALDARA LEAL ALONSO, MARIA PARRA GARCIA Y CAROLINA PÉREZ PÉREZ 5573

1059 **EFECTIVIDAD DE LA TÉCNICA EASY FLOSSING EN LA DISMINUCIÓN DEL DOLOR POST-PUNCIÓN EN PUNTOS GATILLOS LATENTES EN EL MÚSCULO VASTO MEDIAL.**
MIGUEL ÁNGEL SERRANO RODRÍGUEZ, YOLANDA GARCIA ALEGRE Y MARTA AGUADO GUERRA **5583**

1060 **FISIOTERAPIA EN LA TENDINITIS DEL SUPRAESPINOSO.**
MARIA LUISA GUTIÉRREZ GARRIDO, INMACULADA MÉNDEZ SÁNCHEZ Y MARIA DOLORES LÓPEZ MARÍN **5587**

1061 **MASAJE PERINEAL PARA DISMINUIR EL RIESGO DE DESGARRO Y DE EPISIOTOMÍA**
PAULA BLANCO DEL VALLE Y ISIDRO TORRES PAREJO **5591**

1062 **LA FASCITIS PLANTAR EN EL CORREDOR.**
MARIA DEL ROCIO FERNANDEZ MENENDEZ, SILVIA FERNANDEZ MENENDEZ, SANDRA VILLA SÁNCHEZ, SARA FREIJE ZAZO Y NOELIA FERNANDEZ GÓMEZ **5595**

1063 **TRATAMIENTO FISIOTERAPICO DE LA FIBROMIALGIA**
CELESTINO GARCIA CAPILLA **5601**

1064 **CASO CLÍNICO: EPICONDILITIS LATERAL O CODO DE TENISTA.**
SILVIA FERNANDEZ MENENDEZ, SANDRA VILLA SÁNCHEZ, MARIA DEL ROCIO FERNANDEZ MENENDEZ, NOELIA FERNANDEZ GÓMEZ Y SARA FREIJE ZAZO **5605**

1065 **MASAJE TRANSVERSO PROFUNDO COMO TÉCNICA PARA REDUCIR LA ESPASTICIDAD**
ISIDRO TORRES PAREJO Y PAULA BLANCO DEL VALLE **5617**

1066 **ADHERENCIA A LA REALIZACIÓN DE LA HIGIENE DE MANOS**
ELISA SAIZ GIRALDO, ÁLVARO FERNÁNDEZ SÁIZ, ANDREA FERNANDEZ SAIZ Y PABLO PEÑA IGLESIAS **5621**

1067 **LA SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES EN LA ATENCIÓN SANITARIA**
ELISA SAIZ GIRALDO, ÁLVARO FERNÁNDEZ SÁIZ, ANDREA FERNANDEZ SAIZ Y PABLO PEÑA IGLESIAS **5623**

1068 CASO CLÍNICO: TRATAMIENTO CONSERVADOR DEL SÍNDROME SUBACROMIAL MEDIANTE PROTOCOLO ESTANDARIZADO
SANDRA FERNÁNDEZ ÁLVAREZ, OLIVIA LORENCES FERNÁNDEZ, JAVIER FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ Y MARIA JOSÉ GONZÁLEZ GONZÁLEZ 5625

1069 EQUIPO MULTIDISCIPLINAR EN PACIENTE CON LINFEDEMA TRAS MASTECTOMIA
URSULA ORIVE ALONSO Y MONICA FLOREZ NIETO 5631

1070 COLICO DEL LACTANTE: ABORDAJE DESDE LA ENFERMERIA Y LA FISIOTERAPIA
URSULA ORIVE ALONSO Y MONICA FLOREZ NIETO 5635

1071 TRATAMIENTO CONSERVADOR DEL SÍNDROME DE DOLOR MIOFASCIAL.
ISIDRO TORRES PAREJO Y PAULA BLANCO DEL VALLE 5641

1072 FISIOTERAPIA Y FASCITIS PLANTAR: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO.
JAVIER GARCÍA URRUZOLA, MARTA BLANCO CARRANCIO Y ANA BELÉN MARTÍN GONZÁLEZ 5645

1073 EL EJERCICIO FISICO EN LA TERCERA EDAD COMO METODO PREVENTIVO EN LAS CAIDAS
NEREA VÁZQUEZ FERNÁNDEZ 5649

1074 FORTALECIMIENTO DEL CINTURÓN LUMBOPELVICO COMO HERRAMIENTA TERAPEUTICA DEL DOLOR LUMBAR
NEREA VÁZQUEZ FERNÁNDEZ 5653

1075 FISIOTERAPIA Y DOLOR CRÓNICO EN ARTROSIS DE RODILLA
MARTA BLANCO CARRANCIO, ANA BELÉN MARTÍN GONZÁLEZ Y JAVIER GARCÍA URRUZOLA 5659

1076 TENDINITIS DEL SUPRAESPINOSO.
LUJÁN BLANCO COUTO Y NOELIA MURIAS BLANCO 5665

1077 USO DE ESPIRÓMETRO EN FISIOTERAPIA
GUILLERMO JOSE PARCERO IGLESIAS 5669

1078 QUISTE DE BAKER O QUISTE POPLÍTEO.
NOELIA MURIAS BLANCO Y LUJÁN BLANCO COUTO 5673

1079 A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO. SOBRECARGA DEL MÚSCULO POPLÍTEO
CELESTINO GARCIA CAPILLA, ANA GAMUNDI OTERO Y CARLOS MORGADE FERNÁNDEZ 5677

1080 INCONTINENCIA URINARIA EN EL POSTPARTO. TRATAMIENTO DEL SUELO PÉLVICO Y PREVENCIÓN.
BEATRIZ LLANO MENÉNDEZ 5683

1081 EJERCICIO TERAPEÚTICO
MÓNICA FERNÁNDEZ BARRERA 5691

1082 ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR DE UNA LESIÓN MOTÓRICA.
MARIA QUIJORNA SOLIS, ALMA MARIA RODRIGUEZ MANJON Y MARÍA JESÚS LÓPEZ FERNÁNDEZ 5697

1083 ABORDAJE DE LA ENFERMERMEDAD DEL PARKINSON DESDE LA FISIOTERAPIA
ROBERTO MARTÍNEZ ÁLVAREZ 5703

1084 ELECTROTERAPIA EN EL TRATEMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN.
ROBERTO MARTÍNEZ ÁLVAREZ 5709

1085 GUÍA DE ACTUACIÓN FISIOTERAPÉUTICA EN LA PARÁLISIS BRAQUIAL OBSTÉTRICA
ROBERTO MARTÍNEZ ÁLVAREZ 5713

1086 REVISION BIBLIOGRÁFICA, LA FISIOTERAPIA EN LA DEMENCIA.
ROBERTO MARTÍNEZ ÁLVAREZ 5719

1087 CÓMO ABORDAR LA ENFERMEDAD PERIODONTAL: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO.
ELSA COTO GONZALEZ 5725

1088 HALITOSIS, MEJORAR EL BIENESTAR DE NUESTROS PACIENTES.
ELSA COTO GONZALEZ 5733

1089 MANIFESTACIONES ORALES DE LA SÍFILIS.
ELSA COTO GONZALEZ 5745

1090 CARIES DEL BIBERÓN, TEORÍA DE ENFERMEDADES PARA HIGIENISTA DENTAL.
NURIA MORENO FERNANDEZ DE LA BASTIDA Y NATIVIDAD CABEZÓN FERNÁNDEZ 5749

1091 ENDOCARDITIS BACTERIANA EN ODONTOLOGÍA.
FRANCISCO RODRIGUEZ HERRERA, MARIA GARCIA GUAZA Y LORENA POSADO CARRO 5755

1092 RELACIÓN ENTRE LOS HÁBITOS DE SUCCIÓN NUTRITIVOS Y NO NUTRITIVOS Y EL DESARROLLO DE MALOCLUSIONES
SONIA CASQUERO LUCENA, ALICIA DIAZ GONZALEZ, LETICIA CUELI ARENAS, PAULA CUELI ARENAS Y JUAN ANTONIO LEAL MEDIAVILLA 5759

1093 PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN IMPLANTOLOGÍA ORAL
FRANCISCO RODRIGUEZ HERRERA, MARIA GARCIA GUAZA Y LORENA POSADO CARRO 5775

1094 CARIES DE BIBERÓN.
CORAL REBOLLAR ÁLVAREZ 5779

1095 LA COMUNICACION ENTRE EL ODONTOLOGO Y EL PACIENTE.
CARLOS OSCAR GARCIA TUSSO 5783

1096 IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO EN LAS UNIDADES DE SALUD BUCODENTAL DE ATENCIÓN PRIMARIA, PARA EL DIAGNÓSTICO DE PACIENTES CON PATOLOGÍA DE LA ANSIEDAD FRENTE AL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO.
LEIRE SÁNCHEZ TEJEDOR 5791

1097 TRATAMIENTO DE LA CLASE III ESQUELÉTICA EN NIÑOS.
SONIA CASQUERO LUCENA 5805

1098 ENFERMEDAD PERIODONTAL EN POBLACIÓN TRABAJADORA ADULTA JOVEN DEL LEVANTE ESPAÑOL .
CRISTINA SAURA MORENO, ANA FERNANDEZ MESEGUER Y JUAN CARLOS LLODRA CALVO 5809

1099 LA IMPORTANCIA DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO
NAZARET SUÁREZ BOTO Y NATALIA LÓPEZ PÉREZ 5815

1100 RELEVANCIA Y DIAGNÓSTICO DE LA TOXOPLASMOSIS EN LAS GESTANTES
RAQUEL GARCÍA PANDIELLA Y MARIA LUISA CUELLO ANTUÑA 5819

1101 SALUD BUCAL. ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE ATENCIÓN DE PERSONAS CON DIABETES
BEATRIZ JIMÉNEZ NIETO 5823

1102 EFECTOS DE LOS MÉTODOS DE MOTIVACIÓN SOBRE LA HIGIENE BUCAL DE PACIENTES DE ORTODONCIA.
BEATRIZ JIMÉNEZ NIETO 5829

1103 ESTUDIOS RADIOGRÁFICOS MÁS COMUNES DE LA PELVIS
ISABEL REGO GONZÁLEZ 5835

1104 CRITERIOS DE CALIDAD Y ANATOMÍA RADIOLÓGICA DE LA PROYECCIÓN PA DE TÓRAX
MARIA LUISA TOCINO SANCHEZ 5837

1105 PREVENCIÓN DE LA CARIES CON DIETA SALUDABLE
MÓNICA FONT VILLÉN 5839

1106 RADIOGRAFÍA SIMPLE DE ABDOMEN
CARMEN NIÑO ANTOMIL 5841

1107 EL SERVICIO DE RADIOLOGÍA Y LAS CONSULTAS DE ALTA RESOLUCIÓN
MARIA JOSEFA FERNÁNDEZ ROSAL 5843

1108 VIRUS DE LA GRIPE A
INMACULADA PEREZ MONTIEL 5847

1109 TREPONEMA PALLIDUM. PATOLOGÍA Y DIAGNÓSTICO.
MARIA LUISA CUELLO ANTUÑA Y RAQUEL GARCÍA PANDIELLA 5851

1110 SCREENING DE MAMA; PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER DE MAMA
ANA ISABEL MENENDEZ MENENDEZ Y JORGE ALVAREZ RODRIGUEZ 5857

1111 EFECTIVIDAD DE LAS INTERVENCIONES DE TERAPIA OCUPACIONAL PARA APOYAR INDIRECTAMENTE LA INGESTA DE ALIMENTOS Y BEBIDAS EN PERSONAS CON DEMENCIA
BEATRIZ RAMOS LORENZO 5859

1112 BENEFICIOS PSICOSOCIALES DE LAS INTERVENCIONES CULINARIAS EN EL CAMPO DE LA TERAPIA OCUPACIONAL
BEATRIZ RAMOS LORENZO 5863

1113 HEMOGLOBINA GLICADA
ANA ISABEL MENENDEZ DE LA CERA 5869

1114 HISTEROSALPINGOGRAFIA
ANA ISABEL MENENDEZ MENENDEZ Y JORGE ALVAREZ RODRIGUEZ 5873

1115 CÁNCER DE MAMA. PROGRAMA DE DETENCIÓN PRECOZ: SCREENING.
LLARA LOBO BARRO Y MARIA DEL MAR BARRO RIVERA 5875

1116 ESTUDIO HCG EN LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS
ANA ISABEL MENENDEZ DE LA CERA 5879

1117 PREVENCIÓN: LA IMPORTANCIA DE LA VACUNACION ANTIGRIPAL.
LLARA LOBO BARRO Y MARIA DEL MAR BARRO RIVERA 5885

1118 TÉCNICAS DE AGLUTINACIÓN SECUNDARIAS
MACARENA RODRIGUEZ RICO 5889

1119 MAMOGRAFÍA. DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER DE MAMA.
COVADONGA DE LA HERA RAPOSO 5893

1120 EL ENEMIGO INSIDIOSO Y SILENTE: ESTRATEGIAS DE LABORATORIO EN EL CRIBADO Y DETERMINACIÓN DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2
CARMEN ROMANO LINDE Y MARÍA SAMPEDRO PUERMA 5897

1121 TEST RÁPIDO DE EMBARAZO EN ORINA
MARIA TERESA MARTÍNEZ SUÁREZ, MARIA DELIA ALONSO RODRÍGUEZ Y VIRGINIA LINARES FERNANDEZ 5909

1122 COLONOTAC
JORGE ALVAREZ RODRIGUEZ Y ANA ISABEL MENENDEZ MENENDEZ 5913

1123 TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA. EVOLUCIÓN Y TIPOS.
COVADONGA DE LA HERA RAPOSO 5915

1124 «LA SALUD BUCODENTAL EN LA ATENCIÓN PRIMARIA»
JENNIFER GARCÍA LÓPEZ 5919

1125 ESTUDIO DE LA ENFERMEDAD DE PARKINSON. CASO CLÍNICO
MARIA LUISA FERNANDEZ DEL CERRO, JESSICA SUÁREZ JIMÉNEZ, ZARA REGINA GONZÁLEZ LÓPEZ-FDEZ, ELSA ARGÜELLES IGLESIAS Y MARÍA NOEMI RODRÍGUEZ ESPINA 5925

1126 HIDATIDOSIS EN ESPAÑA
MARIA TERESA MARTÍNEZ SUÁREZ, MARIA DELIA ALONSO RODRÍGUEZ Y VIRGINIA LINARES FERNANDEZ 5933

1127 PREVENCIÓN DEL PIE DIABETICO
LAURA CAMAFREITA BEATO Y MARIA DEL CARMEN CUERVO ALVAREZ 5937

1128 TÉCNICAS BÁSICAS DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR.
DAMIÁN PASCUAL ÁLVAREZ, LAURA LEIROS GARCIA, JESSICA NUÑEZ BERMUDEZ, BIANCA GONZÁLEZ PINTADO Y CLAUDIA LEIRÓS DÍAZ 5939

1129 ESTRÉS, RIESGO PSICOSOCIAL EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO.
MARÍA BELÉN LUENGO FERNÁNDEZ, ZULIMA ENCARNACIÓN LUENGO FERNÁNDEZ, ENCARNACIÓN SÁNCHEZ TOLEDANO, ROCÍO GONZÁLEZ CASTRO Y LUCIA PIQUERO CASADO 5945

1130 EL "MOBBING "EN EL SECTOR SANITARIO
DOLORES GÓMEZ VELASCO Y MARIA JESUS COSTOYA BELLO 5953

1131 EL SARAMPIÓN
TAMARA FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ 5961

1132 CLÍNICA Y PARÁMETROS DE LABORATORIO DE LA CELIAQUÍA EN LOS ADULTOS: ENFERMEDAD CAMALEÓNICA CON CIFRAS EN AUMENTO
CARMEN ROMANO LINDE Y MARÍA SAMPEDRO PUERMA 5969

1133 PRINCIPALES MICROORGANISMOS CAUSANTES DE INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO EN 2019.
SARA MATILLA IGLESIAS Y SILVIA FERNÁNDEZ LÓPEZ 5979

1134 INFECCIÓN ALIMENTARIA POR SALMONELLA.
MARIA DELIA ALONSO RODRÍGUEZ, VIRGINIA LINARES FERNANDEZ Y MARIA TERESA MARTÍNEZ SUÁREZ 5985

1135 LA CISTOGRAFIA
JORGE ALVAREZ RODRIGUEZ Y ANA ISABEL MENENDEZ MENENDEZ 5993

1136 LA OBLIGACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD ÁMBITO SANITARIO.
MARIA DEL MAR BARRO RIVERA, BEATRIZ REQUENA PARADA, DIAMANTINA ESPAÑA ALONSO Y LLARA LOBO BARRO 5995

1137 LOS DAÑOS DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL (HTA) EN LOS RIÑONES
HENAR FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ 5999

1138 DIAGNÓSTICO DEL SÍNDROME DEL ATRAPAMIENTO DEL NERVIO PUDENDO (SANP): ASPECTOS CLÍNICOS Y ENFOQUE TERAPÉUTICO
SILVIA GAITERO NOVAL, BEGOÑA MILAGROS DEL VALLE MENENDEZ, MARÍA TERESA RODRÍGUEZ FAZA, CARMEN SARA SUAREZ JIMENEZ Y BEA PENA ARTIME 6003

1139 MAMOGRAFÍA CON TOMOSÍNTESIS: EL NUEVO AVANCE EN EL DIAGNÓSTICO DE PATOLOGÍAS MAMARIAS.
SILVIA GAITERO NOVAL, BEGOÑA MILAGROS DEL VALLE MENENDEZ, MARÍA TERESA RODRÍGUEZ FAZA, CARMEN SARA SUAREZ JIMENEZ Y BEA PENA ARTIME 6009

1140 EL PAPEL DE LAS TRANSAMINASAS EN EL HÍGADO SANO
VIRGINIA LOPEZ VILLABRILLE, MARGARITA MARÍA GÓMEZ SANZERI Y EVA FERNÁNDEZ MUÑIZ 6015

1141 LA TELEMEDICINA
NEREA DIAZ ALVAREZ, SARA MARTÍNEZ GARCÍA, ANDREA MARTÍNEZ ÁLVAREZ, ELENA FERNANDEZ RIVERA Y GRACIELA GARCIA SUAREZ 6017

1142 LOS NUEVOS AVANCES EN EL TRATAMIENTO DE RADIOTERAPIA PARA EL CÁNCER DE MAMA
ARIANA GONZALEZ OBESO, YOLANDA BALSERA FERNÁNDEZ Y KATRINA ESPINAR HERRANZ 6021

1143 LA ACONDROPLASIA.
NEREA DIAZ ALVAREZ, SARA MARTÍNEZ GARCÍA, ANDREA MARTÍNEZ ÁLVAREZ, ELENA FERNANDEZ RIVERA Y GRACIELA GARCIA SUAREZ 6025

1144 CRANEO BIFIDO O ENCEFALOCELE
ELENA FERNANDEZ RIVERA, GRACIELA GARCIA SUAREZ, NEREA DIAZ ALVAREZ, SARA MARTÍNEZ GARCÍA Y ANDREA MARTÍNEZ ÁLVAREZ 6029

1145 REVISIÓN DE LAS TÉCNICAS DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEN EN EL ESTUDIO DE LAS ENFERMEDADES DE LA MAMA EN LA ACTUALIDAD.
MARTA DÍAZ FERNÁNDEZ, CARLA FERNÁNDEZ SUÁREZ, BEATRIZ MATILLA MEDIAVILLA, NURIA GARCÍA RUBIO Y DIANA GONZÁLEZ GARCÍA 6033

1146 UNA ENFERMEDAD DESMIELINIZANTE: LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE .
SARA MARTÍNEZ GARCÍA, ANDREA MARTÍNEZ ÁLVAREZ, ELENA FERNANDEZ RIVERA, GRACIELA GARCIA SUAREZ Y NEREA DIAZ ALVAREZ 6043

1147 DENERVACIÓN FACETARIA LUMBAR PERCUTÁNEA POR RADIOFRECUENCIA
GRACIELA GARCIA SUAREZ, NEREA DIAZ ALVAREZ, SARA MARTÍNEZ GARCÍA, ANDREA MARTÍNEZ ÁLVAREZ Y ELENA FERNANDEZ RIVERA 6047

1148 RADIOGRAFÍA DE TÓRAX
ESTEFANIA BLANCO GARCÍA, PATRICIA MARTINEZ GARCÍA, MARTA MARIA MORENO FERNÁNDEZ, RAQUEL RUIZ TURRADO Y ELIZABET GARCIA GRANDA 6053

1149 ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC).
CARMEN SARA SUAREZ JIMENEZ, BEA PENA ARTIME, SILVIA GAITERO NOVAL, BEGOÑA MILAGROS DEL VALLE MENENDEZ Y MARÍA TERESA RODRÍGUEZ FAZA 6057

1150 PACIENTES CON VIH EN LA CONSULTA DENTAL.
NURIA ALVAREZ ALVAREZ Y LIDIA FERNANDEZ VILLABRILLE 6063

1151 LA URETROCISTOGRAFIA RETROGRADA
CARMEN SARA SUAREZ JIMENEZ, BEA PENA ARTIME, SILVIA GAITERO NOVAL, BEGOÑA MILAGROS DEL VALLE MENENDEZ Y MARÍA TERESA RODRÍGUEZ FAZA 6067

1152 CALIDAD ASISTENCIAL
SUSANA DIAZ REVUELTA Y LAURA DIEZ GONZALEZ 6073

1153 **LA LEUCEMIA MIELÓGENA**
PILAR FERNÁNDEZ NÚÑEZ, ELENA FERNANDEZ RIVERA, MARIA NUEVO SILVA, CLAUDIA SUÁREZ FERNÁNDEZ Y NOELIA GONZALEZ TANDA **6079**

1154 **COMPLICACIONES ORALES DE LA RADIOTERAPIA Y QUIMIOTERAPIA.**
PILAR FERNÁNDEZ NÚÑEZ **6083**

1155 **NEUROBLASTOMA INFANTIL**
ELENA FERNANDEZ RIVERA, NOELIA GONZALEZ TANDA, PILAR FERNÁNDEZ NÚÑEZ, MARIA NUEVO SILVA Y CLAUDIA SUÁREZ FERNÁNDEZ **6087**

1156 **CANCER DE TIROIDES**
ELENA FERNANDEZ RIVERA, NOELIA GONZALEZ TANDA, PILAR FERNÁNDEZ NÚÑEZ, MARIA NUEVO SILVA Y CLAUDIA SUÁREZ FERNÁNDEZ **6091**

1157 **CARCINOMA ESPINOCELULAR.**
CLAUDIA SUÁREZ FERNÁNDEZ, MARIA NUEVO SILVA, NOELIA GONZALEZ TANDA, PILAR FERNÁNDEZ NÚÑEZ Y ELENA FERNANDEZ RIVERA **6095**

1158 **PANCREATOBLASTOMA**
CLAUDIA SUÁREZ FERNÁNDEZ, MARIA NUEVO SILVA, NOELIA GONZALEZ TANDA, PILAR FERNÁNDEZ NÚÑEZ Y ELENA FERNANDEZ RIVERA **6099**

1159 **CITOLOGÍA E HISTOLOGÍA DE LAS LESIONES PRENEOPLÁSICAS ASOCIADAS AL VPH**
GIORDANA LÓPEZ VALLE **6103**

1160 **DIAGNÓSTICO DE LA SINUSITIS MEDIANTE IMAGEN RADIOGRÁFICA.**
JAVIER CABEZA ANTUÑA, VANESSA GARCIA PINTUELES Y IRENE VIVAS PAREDES **6109**

1161 **EL CARCINOMA BASOCELULAR**
PILAR FERNÁNDEZ NÚÑEZ, ELENA FERNANDEZ RIVERA, MARIA NUEVO SILVA, CLAUDIA SUÁREZ FERNÁNDEZ Y NOELIA GONZALEZ TANDA **6115**

1162 **LOS TÉCNICOS DE FARMACIA EN LA AUTOMEDICACIÓN Y SU REPERCUSIÓN EN LA SALUD**
ANA MEDIO PÉREZ **6119**

1163 **UNIDAD DE TRABAJO SOCIAL**
RAQUEL GONZALEZ GARCIA, LAURA DIAZ MAYO, SANDRA ALONSO FERNÁNDEZ, ROCIO ALONSO FERNÁNDEZ Y MARIA BEJAR PEREZ **6123**

1164 **PROMOCIÓN DELA SALUD**
ROSANA FERNANDEZ PEREZ, SARA MÉNDEZ GARCÍA, EVA GONZALEZ LOPEZ, MARCO ANTONIO LÓPEZ CHACÓN Y LUCÍA LÓPEZ SAMA **6127**

1165 **DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE PULMÓN**
SARA MARTÍNEZ GARCÍA, ANDREA MARTÍNEZ ÁLVAREZ, ELENA FERNANDEZ RIVERA, GRACIELA GARCIA SUAREZ Y NEREA DIAZ ALVAREZ **6131**

1166 **ANÁLISIS E HISTORIA DE LA REALIZACIÓN DE UNA MAMOGRAFÍA.**
ANDREA GONZALEZ ALVAREZ **6135**

1167 **EL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN RADIOLOGÍA EN EL TAC**
ROBERTO RECHE LÓPEZ Y JAVIER AGUADO SALAMANCA **6139**

1168 **DETECCION DE LA FRACTURA DE CADERA MEDIANTE RAYOS X**
VANESSA GARCIA PINTUELES, IRENE VIVAS PAREDES Y JAVIER CABEZA ANTUÑA **6141**

1169 **EL PAPEL DE LA RADIOLOGIA EN LESIONES DEPORTIVAS.**
JORGE ALVAREZ RODRIGUEZ Y ANA ISABEL MENENDEZ MENENDEZ **6145**

1170 LA CONVIVENCIA CON EL PACIENTE ONCOLÓGICO.
MARIA NUEVO SILVA, CLAUDIA SUÁREZ FERNÁNDEZ, ELENA FERNANDEZ RIVERA, NOELIA GONZALEZ TANDA Y PILAR FERNÁNDEZ NÚÑEZ 6147

1171 PROTECCION AL PACIENTE DURANTE UNA SESION DE IMAGEN PARA EL DIAGNOSTICO
SILVIA RODRÍGUEZ ALGORA 6151

1172 EL SÍNDROME DE JOUBERT.
BEGOÑA MILAGROS DEL VALLE MENENDEZ, MARÍA TERESA RODRÍGUEZ FAZA, CARMEN SARA SUAREZ JIMENEZ, BEA PENA ARTIME Y SILVIA GAITERO NOVAL 6155

1173 BIOPSIA DE MAMA (ESTEREOTAXIA) GUIADA POR EL MAMÓGRAFO
BEGOÑA MILAGROS DEL VALLE MENENDEZ, MARÍA TERESA RODRÍGUEZ FAZA, CARMEN SARA SUAREZ JIMENEZ, BEA PENA ARTIME Y SILVIA GAITERO NOVAL 6161

1174 BIOPSIA DE MAMA POR ESTEREOTAXIA GUIADA POR MAMÓGRAFO.
6165

1175 SÍNDROME DE BARLOW
MARÍA TERESA RODRÍGUEZ FAZA, CARMEN SARA SUAREZ JIMENEZ, BEA PENA ARTIME, SILVIA GAITERO NOVAL Y BEGOÑA MILAGROS DEL VALLE MENENDEZ 6169

1176 TEST DE WADA
MARÍA TERESA RODRÍGUEZ FAZA, CARMEN SARA SUAREZ JIMENEZ, BEA PENA ARTIME, SILVIA GAITERO NOVAL Y BEGOÑA MILAGROS DEL VALLE MENENDEZ 6175

1177 EDUCACIÓN BUCODENTAL
ANGELA MARTINEZ LOPEZ 6179

1178 COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA
GRACIELA GARCIA SUAREZ, NEREA DIAZ ALVAREZ, SARA MARTÍNEZ GARCÍA, ANDREA MARTÍNEZ ÁLVAREZ Y ELENA FERNANDEZ RIVERA 6183

1179 INFECCIONES INTRA-HOSPITALARIAS Y SU PREVENCIÓN.
MARIA NUEVO SILVA, CLAUDIA SUÁREZ FERNÁNDEZ, ELENA FERNANDEZ RIVERA, NOELIA GONZALEZ TANDA Y PILAR FERNÁNDEZ NÚÑEZ 6189

1180 GINGIVITIS ULCERATIVA NECROTIZANTE
ANGELA MARTINEZ LOPEZ 6193

1181 SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO
ANDREA MARTÍNEZ ÁLVAREZ, ELENA FERNANDEZ RIVERA, GRACIELA GARCIA SUAREZ, NEREA DIAZ ALVAREZ Y SARA MARTÍNEZ GARCÍA 6201

1182 ENUCLEACIÓN PROSTÁTICA: CIRUGÍA HOLEP.
ANDREA MARTÍNEZ ÁLVAREZ, ELENA FERNANDEZ RIVERA, GRACIELA GARCIA SUAREZ, NEREA DIAZ ALVAREZ Y SARA MARTÍNEZ GARCÍA 6205

1183 CONSECUENCIAS DEL BURNOUT EN LOS PROFESIONALES SANITARIOS.
ÁLVARO FERNÁNDEZ SÁIZ, ANDREA FERNANDEZ SAIZ, PABLO PEÑA IGLESIAS Y ELISA SAIZ GIRALDO 6209

1184 LA AGRESIVIDAD EN EL MEDIO HOSPITALARIO
ÁLVARO FERNÁNDEZ SÁIZ, ANDREA FERNANDEZ SAIZ, PABLO PEÑA IGLESIAS Y ELISA SAIZ GIRALDO 6213

1185 ECOBRONCOSCOPIA .
ROCÍO LÓPEZ GONZÁLEZ, SIRA MORO MELGAR, SANTIAGO ALONSO MARTÍNEZ Y BEATRIZ PAREDES 6217

1186 MEDIDAS PREVENTIVAS EN EL MANEJO DE PACIENTES EN AISLAMIENTO EN LOS SERVICIOS DE RADIOTERAPIA Y DE DIAGNÓSTICO CLÍNICO
SONIA SUAREZ RODRIGUEZ, DANIEL MARTINEZ MENENDEZ, MARCOS ALVAREZ BLANCO, MARIA TERESA MORAL GORGOJO Y MARIA CRISTINA SANTIRSO MENENDEZ 6219

1187 FACTORES DE RIESGO DE PADECER BURNOUT
ANDREA FERNANDEZ SAIZ, PABLO PEÑA IGLESIAS, ELISA SAIZ GIRALDO Y ÁLVARO FERNÁNDEZ SÁIZ 6223

1188 CONSECUENCIAS DE AUTOMEDICARSE.
ANDREA FERNANDEZ SAIZ, PABLO PEÑA IGLESIAS, ELISA SAIZ GIRALDO Y ÁLVARO FERNÁNDEZ SÁIZ 6227

1189 SELLADORES DE FOSAS Y FISURAS DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA HIGIENISTA BUCODENTAL
AROA TEJÓN GONZÁLEZ Y LAURA DACOSTA ALONSO 6229

1190 TÉCNICAS DE IMAGEN PARA LA DETECCIÓN DE LITIASIS RENAL .
JENNIFER RODRÍGUEZ APARICIO 6235

1191 EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA: SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA Y SU DIAGNÓSTICO ANALÍTICO.
CARMEN ROMANO LINDE Y MARÍA SAMPEDRO PUERMA 6241

1192 EVALUACIONES RADIOGRÁFICAS DE LA ESCOLIOSIS.
LAURA FERNANDEZ FERNANDEZ, TATIANA GARCÍA DÍAZ Y CARMEN MÉNDEZ GONZALEZ 6251

1193 LA ESTIMULACIÓN CEREBRAL PROFUNDA: UNA GRAN AYUDA AL PARKINSON.
LAURA FERNANDEZ FERNANDEZ, CARMEN MÉNDEZ GONZALEZ Y TATIANA GARCÍA DÍAZ 6255

1194 ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL .
SILVIA COSTALES PARRONDO 6259

1195 NECESIDAD DE LA PROTECCIÓN RADIOLÓGICA.
ELENA DÍAZ ALONSO Y MONICA VILELA GAFO 6271

1196 "MOBBING"EN INSTITUCIONES PÚBLICAS SANITARIAS.
PABLO PEÑA IGLESIAS, ELISA SAIZ GIRALDO, ÁLVARO FERNÁNDEZ SÁIZ Y ANDREA FERNANDEZ SAIZ 6275

1197 LA IMPORTANCIA DE LOS PROBLEMAS PERIODONTALES.
LAURA DACOSTA ALONSO Y AROA TEJÓN GONZÁLEZ 6277

1198 MOBBING:CONSECUENCIAS.
PABLO PEÑA IGLESIAS, ELISA SAIZ GIRALDO, ÁLVARO FERNÁNDEZ SÁIZ Y ANDREA FERNANDEZ SAIZ 6283

1199 HIGIENE DE MANOS EN EL MEDIO SANITARIO.
PABLO PEÑA IGLESIAS, ANDREA FERNANDEZ SAIZ, ÁLVARO FERNÁNDEZ SÁIZ Y ELISA SAIZ GIRALDO 6287

1200 PRUEBAS DIAGNOSTICAS EN EL PROTOCOLO DEL CÁNCER DE MAMA.
ELSA VARELA FUERTES, LILIANA FERNANDEZ RODRIGUEZ, Mª PAZ ALVAREZ FERNANDEZ Y PATRICIA FERNANDEZ FERNANDEZ 6289

1201 EXTRACCIONES DENTALES E INDICACIONES POST-EXTRACCIONES.
LIDIA FERNANDEZ VILLABRILLE Y NURIA ALVAREZ ALVAREZ 6293

1202 ACTUACIÓN DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL, COMO MIEMBRO DEL EQUIPO INTERDISCIPLINAR, EN LA DISFUNCIÓN OCUPACIONAL ASOCIADA A LA DEPRESIÓN.
ELIA GARCÍA GALAN 6299

1203 INTERVENCIÓN DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL EN LA ADQUISICIÓN DE NUEVOS ROLES ADAPTATIVOS
ELIA GARCÍA GALAN 6311

1204 SÍFILIS Y PRUEBAS DE DETECCIÓN.
PILAR YOLANDA TOLEDO GUERRA, KATIA LOPEZ CORTE Y SARA GONZÁLEZ RODRÍGUEZ 6317

1205 LESIONES MAMARIAS: IMAGEN DIAGNÓSTICA.
LILIANA FERNANDEZ RODRIGUEZ, Mª PAZ ALVAREZ FERNANDEZ, PATRICIA FERNANDEZ FERNANDEZ Y ELSA VARELA FUERTES 6319

1206 LA ENFERMEDAD DE CROHN SU DIAGNÓSTICO, RECURSOS Y TRATAMIENTOS
MARÍA ELENA CABERO FERNANDEZ, CRISTINA SUAREZ RODRIGUEZ, PATRICIA FERNÁNDEZ AMORES Y LUCIA GÓMEZ GONZALEZ 6323

1207 ECOGRAFÍA: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ABSCESO HEPÁTICO.
LILIANA FERNANDEZ RODRIGUEZ, Mª PAZ ALVAREZ FERNANDEZ, PATRICIA FERNANDEZ FERNANDEZ Y ELSA VARELA FUERTES 6327

1208 ESTUDIO DE LA ESCOLIOSIS EN RADIOLOGÍA
AURORA RAMOS BOBES 6331

1209 PRUEBAS DE LABORATORIO PARA EL DIAGNÓSTICO DE GONORREA.
SARA GONZÁLEZ RODRÍGUEZ, PILAR YOLANDA TOLEDO GUERRA Y KATIA LOPEZ CORTE 6335

1210 EL SIDA EN NUESTRA SOCIEDAD
MARÍA ELENA CABERO FERNANDEZ, CRISTINA SUAREZ RODRIGUEZ, PATRICIA FERNÁNDEZ AMORES Y LUCIA GÓMEZ GONZALEZ 6339

1211 COLONOSCOPIA VIRTUAL EN TCM
CARMEN MARIA LOPEZ MANCEBO Y MÓNICA LÓPEZ GONZÁLEZ 6343

1212 MARCADORES DE PREECLAMPSIA EN EL LABORATORIO
KATIA LOPEZ CORTE, SARA GONZÁLEZ RODRÍGUEZ Y PILAR YOLANDA TOLEDO GUERRA 6347

1213 LOS ASTROCITOMAS
NOELIA GONZALEZ TANDA, PILAR FERNÁNDEZ NÚÑEZ, CLAUDIA SUÁREZ FERNÁNDEZ, ELENA FERNANDEZ RIVERA Y MARIA NUEVO SILVA 6351

1214 URGENCIAS ONCOLÓGICAS EN RADIOTERAPIA
NOELIA GONZALEZ TANDA, PILAR FERNÁNDEZ NÚÑEZ, CLAUDIA SUÁREZ FERNÁNDEZ, ELENA FERNANDEZ RIVERA Y MARIA NUEVO SILVA 6355

1215 BIOPSIA DE AGUJA GRUESA DE MAMA GUIADA POR ECOGRAFIA.
MÓNICA LÓPEZ GONZÁLEZ Y CARMEN MARIA LOPEZ MANCEBO 6361

1216 CAUSAS DE ERROR EN RECUENTO DE GLÓBULOS ROJOS.
ANA ESMERALDA LÓPEZ TERRAZAS 6363

1217 ANÁLISIS PATOLÓGICO DE FETO ACARDIO
VERÓNICA PIEDRA FERNÁNDEZ 6365

1218 PROTOCOLO ANTE EL MALTRATO INFANTIL EN EL SERVICIO DE RADIOLOGÍA.
NURIA GARCÍA RUBIO Y ISABEL GARCÍA MENÉNDEZ 6369

1219 RETOS DE UNA POLÍTICA EFICAZ EN PREVENCIÓN DE RIESGOS DE TME
MARIA GARCIA GUAZA, LORENA POSADO CARRO Y FRANCISCO RODRIGUEZ HERRERA 6373

1220 REALIZAR UNA B.A.V (BIOPSIA ASISTIDA POR VACIO) MEDIANTE MAMÓGRAFO DIGITAL
PAULA DE LA BALLINA HERNANDEZ, SILVIA FIDALGO MARTINEZ, YOLANDA FERNANDEZ GUTIERREZ Y PATRICIA CUERVO VEGA 6377

1221 ESTUDIO TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTERIZADA DE HÍGADO MULTIFÁSICO.
SILVIA FIDALGO MARTINEZ, YOLANDA FERNANDEZ GUTIERREZ, PATRICIA CUERVO VEGA Y PAULA DE LA BALLINA HERNANDEZ 6381

1222 LA IMPORTANCIA DE LOS IMPLANTES DENTALES
LAURA DACOSTA ALONSO Y AROA TEJÓN GONZÁLEZ 6385

1223 BIOPSIA DE MAMA GUIADA POR ECOGRAFÍA.
ANA MARIA FERNANDEZ GARCIA, SUSANA MENDEZ REDONDO, ANDREA CASTRO APARICIO Y LAURA MAJO RODRIGUEZ 6391

1224 **DIAGNOSTICO RADIOLÓGICO ANTE EL MALTRATO INFANTIL .**
CARLOTA ÁLVAREZ CARBAJAL 6393

1225 **SINDROME DE RETT**
BEA PENA ARTIME, SILVIA GAITERO NOVAL, BEGOÑA MILAGROS DEL VALLE MENENDEZ, MARÍA TERESA RODRÍGUEZ FAZA Y CARMEN SARA SUAREZ JIMENEZ 6397

1226 **ENFERMEDAD DE HUNTINGTON.**
BEA PENA ARTIME, SILVIA GAITERO NOVAL, BEGOÑA MILAGROS DEL VALLE MENENDEZ, MARÍA TERESA RODRÍGUEZ FAZA Y CARMEN SARA SUAREZ JIMENEZ 6401

1227 **CONTRASTES EN RADIOLOGÍA.**
TATIANA GARCÍA DÍAZ, CARMEN MÉNDEZ GONZALEZ Y LAURA FERNANDEZ FERNANDEZ 6405

1228 **ESTRÉS LABORAL EN EL AMBITO SANITARIO Y METODOS DE RELAJACIÓN**
MARIA TERESA ALONSO SUAREZ 6409

1229 **CARCINOMA LOBULILLAR INVASIVO.**
Mª PAZ ALVAREZ FERNANDEZ, PATRICIA FERNANDEZ FERNANDEZ, ELSA VARELA FUERTES Y LILIANA FERNANDEZ RODRIGUEZ 6417

1230 **RETRACCIÓN MAMARIA POR CÁNCER DE MAMA.**
Mª PAZ ALVAREZ FERNANDEZ, PATRICIA FERNANDEZ FERNANDEZ, ELSA VARELA FUERTES Y LILIANA FERNANDEZ RODRIGUEZ 6421

1231 **AMEBIASIS: ENTAMOEBA HISTOLYTICA.**
DANIEL CORDERO CHOI 6425

1232 **LA MAMOGRAFÍA.**
ANDREA CASTRO APARICIO, LAURA MAJO RODRIGUEZ, ANA MARIA FERNANDEZ GARCIA Y SUSANA MENDEZ REDONDO 6427

1233 CONSEJOS PARA EL CUIDADO DE LAS PRÓTESIS DENTALES PARA T.S. EN HIGIENE BUCODENTAL
NATIVIDAD CABEZÓN FERNÁNDEZ Y NURIA MORENO FERNANDEZ DE LA BASTIDA 6431

1234 BRAQUITERAPIA PROSTÁTICA CON SEMILLAS DE I-125
BEATRIZ GARCÍA GARCÍA, CARMEN MAQUEDA VILLAREJO Y FELIPE MERINO IGLESIAS 6435

1235 PRINCIPIOS DE RADIOLOGÍA TORÁCICA.
TATIANA GARCÍA DÍAZ, LAURA FERNANDEZ FERNANDEZ Y CARMEN MÉNDEZ GONZALEZ 6439

1236 TIPOS DE CONTRASTES UTILIZADOS EN LA ESPECIALIDAD DE DIGESTIVO EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO Y MEDICINA NUCLEAR.
PABLO VALDÉS PALACIOS 6443

1237 PRUEBAS DE CALIDAD OSEA EN LOS GABINETES DE IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO Y MEDICINA NUCLEAR
PABLO VALDÉS PALACIOS 6447

1238 HIGIENE ORAL.
ALBA FERNANDEZ RODRIGUEZ Y NOELIA RODRIGUEZ ALVAREZ 6449

1239 BARRERAS DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA.
SILVIA CAMPA RODRIGUEZ 6453

1240 ANALIZAR Y CONOCER LA INFECCIÓN POR HELICOBACTER PYLORI.
SILVIA FERNÁNDEZ LÓPEZ Y SARA MATILLA IGLESIAS 6455

1241 LOS FACTORES AMBIENTALES EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO
LAURA VEGA PONTIGO 6461

1242 LA IMPORTANCIA DEL LAVADO DE MANOS EN LOS PROFESIONALES SANITARIOS.
LAURA VEGA PONTIGO 6463

1243 ACTUACIÓN SANITARIA FRENTE AL MALTRATO INFANTIL
MARIA ELOINA AVENDAÑO 6465

1244 INTRODUCCIÓN A LA PATOLOGÍA TIROIDEA.
DANIEL CORDERO CHOI 6469

1245 LABORATORIO DE MICROBIOLOGÍA
LUCÍA QUIRÓS VÁZQUEZ 6471

1246 LA ORTODONCIA EN LA POBLACIÓN.
MARIA BELEN VEGA MENENDEZ, LIDIA FERNANDEZ VILLABRILLE Y NURIA ALVAREZ ALVAREZ 6479

1247 ACTUACION DEL PERSONAL NO SANITARIO CONTRA LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN EL ENTORNO SANITARIO
CRISTINA GONZALEZ 6483

1248 TRASLADOS DE PACIENTES POR EL CELADOR
YOLANDA RODRÍGUEZ NAVA, NOELIA ALVAREZ FERNANDEZ, NATALIA NORIEGA LOREDO Y PATRICIA SANCHEZ LOZANO 6487

1249 COMUNICACIÓN ASERTIVA EN EL AMBITO SANITARIO POR PARTE DEL PERSONAL NO SANITARIO
CRISTINA GONZALEZ 6491

1250 CONSERVACIÓN Y ALMACENAMIENTO DE MATERIAS PRIMAS
CESAR CASAL CHICO 6495

1251 IMPORTANCIA DEL SEGUIMIENTO E IDENTIFICACIÓN DE LAS MATERIAS PRIMAS
CESAR CASAL CHICO 6497

1252 FUNCIÓN Y TIPOLOGÍA EN LAS DIETAS DE PACIENTES
CESAR CASAL CHICO 6499

1253 GESTIÓN DEL ASEGURAMIENTO SANITARIO EN ATENCIÓN PRIMARIA DE ASTURIAS
MARIA DE LA PAZ LARUELO RODRIGUEZ 6503

1254 FUNCIÓN DE TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA VIGILANCIA DEL PACIENTE PSIQUIÁTRICO CON CONTENCIÓN MECÁNICA
ANA MILLAN GARCIA 6507

1255 EL CELADOR FRENTE A LA MANIPULACION MANUAL DE CARGAS.
JESÚS BERMUDEZ GUTIERREZ 6509

1256 PROCESOS ADMINISTRATIVOS EN ATENCIÓN PRIMARIA
JAVIER SANTOVEÑA SUÁREZ 6511

1257 USO DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS PARA PERSONAL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DEL SISTEMA DE SALUD
MÓNICA SÁNCHEZ ANTUÑA 6519

1258 FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DENTRO DEL DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS DEL SERVICIO DE SALUD
RAÚL GUTIÉRREZ PRADO, RAQUEL CASADO DEL RÍO, MARTA MARTÍNEZ GALÁN Y PATRICIA SUÁREZ RODRÍGUEZ 6523

1259 COMPETENCIAS DE LOS CELADORES EN ATENCIÓN PRIMARIA.
ROSA ANA FERNÁNDEZ PIECHO, MARIA DEL CARMEN GUTIERREZ GONZÁLEZ Y SUSANA MENENDEZ BLANCO 6527

1260 LAVADO HIGIÉNICO DE MANOS PARA CELADORES
BRAULIO GARCIA SANCHEZ 6531

1261 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO COMO PARTE DEL EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS
RAÚL GUTIÉRREZ PRADO, RAQUEL CASADO DEL RÍO, MARTA MARTÍNEZ GALÁN Y PATRICIA SUÁREZ RODRÍGUEZ 6535

1262 COMUNICACIÓN HOSPITALARIA
SONIA ANTUÑA IGLESIAS 6539

1263 ACOSO LABORAL EN CENTRO SANITARIO
MARIA ROSARIO CASERO DÍAZ 6543

1264 PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES POR PARTE DEL CELADOR.
SARA JARDÓN PEDRERO 6547

1265 SINDROME DE BOURNOUT.
MARIA DEL PILAR DE LA COBA ACEÑA 6551

1266 IMPORTANCIA DE LA ALIMENTACIÓN EN EL EMBARAZO.
MARIA DEL PILAR DE LA COBA ACEÑA 6553

1267 LA HISTORIA CLÍNICA DIGITAL.
MARÍA PILAR RODRÍGUEZ GONZÁLEZ 6555

1268 SALVAR VIDAS ESTÁ EN TUS MANOS. RCP EN EL PERSONAL ADMINISTRATIVO
VANESA MARTINEZ MARTINEZ 6559

1269 ACTUACIÓN DEL CELADOR CON PACIENTES TERMINALES
RICARDO ALONSO SUAREZ 6563

1270 LA RELACION ENTRE EL PROFESIONAL Y EL PACIENTE
FUENCISLA VAQUERO IGLESIAS 6567

1271 FOMENTO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES ENTRE MUJERES Y HOMBRES
FUENCISLA VAQUERO IGLESIAS 6571

1272 ACOSO LABORAL EN EL TRABAJO
VANESA MARTINEZ MARTINEZ 6577

1273 EL CELADOR Y LA IMPORTANCIA DE LA HIGIENE DE MANOS
MARÍA JOSEFA MATO AMAYA Y CRISTINA ÁLVAREZ SUAREZ 6581

1274 EL CELADOR EN LAS CONSULTAS DE ATENCIÓN PRIMARIA. TRABAJO E INTERVENCIÓN
MARÍA JOSEFA MATO AMAYA Y CRISTINA ÁLVAREZ SUAREZ 6585

1275 EL TRABAJO DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
MARÍA JOSEFA MATO AMAYA Y CRISTINA ÁLVAREZ SUAREZ 6589

1276 **LA IMPORTANCIA EN EL TRABAJO DE CELADOR DE LA MANIPULACIÓN DE CARGA**
MARÍA JOSEFA MATO AMAYA Y CRISTINA ÁLVAREZ SUAREZ **6593**

1277 **ESTRÉS LABORAL Y SINDROME DE BURNOUT**
HÉCTOR FERNÁNDEZ REA, SONIA BARREIRO SUÁREZ Y MARIA BEGOÑA ÁLVAREZ MENÉNDEZ **6597**

1278 **EL PAPEL DEL CELADOR EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD**
ANA MARÍA BALLESTEROS PEREZ, ALFREDO JOSE ÁLVAREZ VEGA, GRANDELINA MIGUEL GARCIA, ADRIANA BUENO PRIETO Y CASTO BARRO FERNÁNDEZ **6603**

1279 **HABILIDADES, CUALIDADES Y APTITUDES QUE DEBE REUNIR UN CELADOR**
JOSE GUSTAVO CARBAJOSA FERNANDEZ **6607**

1280 **LA IMPORTANCIA DEL TRABAJO EN EQUIPO**
HÉCTOR FERNÁNDEZ REA, MARIA BEGOÑA ÁLVAREZ MENÉNDEZ Y SONIA BARREIRO SUÁREZ **6611**

1281 **EL CELADOR EN SU RELACIÓN CON LOS ENFERMOS MENTALES.**
ELENA SUÁREZ TALAVÁN, MARIA MAR TALAVÁN GARCÍA, GUILLERMO VAQUERO PIEDRA, CRISTINA MUÑIZ FERRERO Y MONTSERRAT BARRERO **6615**

1282 **USO DEL LENGUAJE NO SEXISTA EN EL ENTORNO DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO**
MARÍA DE LOS ANGELES GONZÁLEZ GARCIA, MARÍA EUGENIA DIAZ BERMEJO Y JESÚS BERMUDEZ GUTIERREZ **6619**

1283 **LA IMPORTANCIA DE LA FORMACION CONTINUADA PARA EL AUXILIAR ADMINSTRATIVO**
MARÍA DE LOS ANGELES GONZÁLEZ GARCIA, MARÍA EUGENIA DIAZ BERMEJO Y JESÚS BERMUDEZ GUTIERREZ **6623**

1284 **ACOSO LABORAL EN SANIDAD.**
ANDRÉS NIEVES VALLE Y MONICA CADENAS MARTINEZ **6627**

1285 GESTION DE AGENDA POR LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA
LUCIA ISABEL ALVAREZ FERNANDEZ, GRACIELA GONZALEZ GONZALEZ Y LORENA GONZALEZ GONZALEZ 6629

1286 NUEVAS TECNOLOGIAS APLICADAS A LOS AUXILIARES ADMINSITRATIVOS DE LA SANIDAD PÚBLICA.
LUCIA ISABEL ALVAREZ FERNANDEZ, GRACIELA GONZALEZ GONZALEZ Y LORENA GONZALEZ GONZALEZ 6633

1287 PERSPECTIVA DE GÉNERO EN SALUD.
ALINA LORENCES RIESGO 6637

1288 FUNCIONES ADMINISTRATIVAS EN UN CENTRO DE SALUD.
COVADONGA FERNANDEZ MARCOS, NURIA SUAREZ ALVAREZ, ANA BELÉN BRAVO MENÉNDEZ, CRISTINA GÓMEZ ITURBE Y CARLA GARCÍA SUÁREZ 6643

1289 ATENCIÓN AL USUARIO SANITARIO EN SITUACIONES ADVERSAS
NELIDA MARTÍNEZ PALOMARES Y SANDRA MARÍA ARGÜELLES PINIELLA 6647

1290 LA COMUNICACIÓN : HERRAMIENTA DE TRABAJO EN INSTITUCIONES SANITARIAS
NURIA DEL VALLE ZALDÍVAR 6651

1291 ACOSO LABORAL EN EL ÁMBITO SANITARIO: CAUSAS Y FACTORES
RUBÉN HUERTA FERNÁNDEZ, CECILIA HUERTA FERNÁNDEZ Y NURIA HUERTA GONZÁLEZ 6655

1292 EL ROL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN ATENCIÓN PRIMARIA
MÓNICA SÁNCHEZ ANTUÑA 6665

1293 PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DE INFECCIONES NOSOCOMIALES EN EL PERSONAL HOSPITALARIO: IMPORTANCIA DE LA HIGIENE DE MANOS
CECILIA HUERTA FERNÁNDEZ, RUBÉN HUERTA FERNÁNDEZ Y NURIA HUERTA GONZÁLEZ 6669

1294 **MANOS LIMPIAS: LA HIGIENE DE LAS MANOS EN EL ÁMBITO SANITARIO.**
ANTONIO BARBA GALLEGO **6679**

1295 **USO DE LA MASCARILLA POR EL PERSONAL NO SANITARIO Y TIPOS EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO.**
MARIA BEGOÑA ÁLVAREZ MENÉNDEZ, SONIA BARREIRO SUÁREZ Y HÉCTOR FERNÁNDEZ REA **6685**

1296 **VIOLENCIA DE GÉNERO EN LA SOCIEDAD ESPAÑOLA**
JORGE FERNÁNDEZ FIERRO, MEI YU PELAYO SAN JOSÉ Y CRISTINA SAINZ CORAO **6691**

1297 **APLICACIÓN DE LAS HABILIDADES SOCIALES EN EL CONTEXTO SANITARIO**
JORGE FERNÁNDEZ FIERRO, MEI YU PELAYO SAN JOSÉ Y CRISTINA SAINZ CORAO **6699**

1298 **LA IMPORTANCIA DE LOS ARCHIVOS Y SU TRATAMIENTO POR PARTE DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO**
MARÍA DE LOS ANGELES GONZÁLEZ GARCIA, MARÍA EUGENIA DIAZ BERMEJO Y JESÚS BERMUDEZ GUTIERREZ **6705**

1299 **EL ACOSO LABORAL O MOBBING**
ELENA ASUNCIÓN GINGEIRA MOUTINHO, NAHIR CASARREAL GONZALEZ, MAURO FERNANDO BATALLA GONZÁLEZ, MARI PAZ MARTINEZ DIAZ Y ANA MARÍA SÁNCHEZ JUÁREZ **6709**

1300 **PROTECCION DE DATOS EN EL AMBITO SANITARIO**
CRISTINA GONZALEZ **6715**

1301 **RIESGOS PSICOSOCIALES: SÍNDROME DE BURNOUT**
NURIA DEL VALLE ZALDÍVAR **6719**

1302 **LA ATENCIÓN PRIMARIA**
MARIA ELVIRA FERNÁNDEZ SUÁREZ, ANA MARÍA FERNÁNDEZ MENÉNDEZ, BÁRBARA MÓNICA LÓPEZ FERNÁNDEZ Y MAQUELINA FREITAS RUIZ **6723**

1303 **LA HUMANIZACIÓN EN LA ASISTENCIA AL USUARIO. UN RETO EN LA RELACIÓN ENTRE USUARIO Y ADMINISTRACIÓN.**
MARIA ANTONIA CAMPAL CASTAÑON Y ANASTASIA MONTSERRAT BENITO ROMO 6727

1304 **SALUD COMUNITARIA: DE LA INFORMACIÓN A LA ACCIÓN.**
Mª TATIANA PÉREZ AGUINACO Y PALOMA LOPEZ RODRIGUEZ 6731

1305 **EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA COMUNICACIÓN NO VERBAL. LA EMPATÍA CON EL PACIENTE.**
EVA SECADES RODRÍGUEZ 6739

1306 **ACOSO LABORAL EN EL ENTORNO LABORAL SANITARIO.**
NELIDA MARTÍNEZ PALOMARES Y SANDRA MARÍA ARGÜELLES PINIELLA 6745

1307 **EL ESTRÉS LABORAL EN EL PERSONAL SANITARIO.**
MEI YU PELAYO SAN JOSÉ, CRISTINA SAINZ CORAO Y JORGE FERNÁNDEZ FIERRO 6749

1308 **EL ACOSO LABORAL EN EL SECTOR SANITARIO Y SUS CONSECUENCIAS.**
MEI YU PELAYO SAN JOSÉ, CRISTINA SAINZ CORAO Y JORGE FERNÁNDEZ FIERRO 6751

1309 **PROTOCOLO A SEGUIR POR EL CELADOR EN LOS CAMBIOS POSTURALES AL PACIENTE CON ÚLCERA POR PRESIÓN**
YAIZA CANGA SÁNCHEZ, AITANA MARÍA ÁLVAREZ RODRÍGUEZ Y LORENA PALACIN CARRO 6753

1310 **CAUSAS DEL AGOTAMIENTO DEL CELADOR EN EL ÁREA DE PSIQUIATRÍA**
YAIZA CANGA SÁNCHEZ, AITANA MARÍA ÁLVAREZ RODRÍGUEZ Y LORENA PALACIN CARRO 6759

1311 **EL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR EN LAS TERAPIAS ALTERNATIVAS DESARROLLADAS CON LAS PERSONAS MAYORES O CON ALZHEIMER.**
MARÍA RODRÍGUEZ GUTIÉRREZ, DANIEL FERNÁNDEZ GONZÁLEZ, BEATRIZ CAO RODRIGUEZ Y LORENA PEREIRAS MENDEZ 6763

1312 NUEVAS TECNOLOGIAS Y SALUD.
ALINA LORENCES RIESGO 6771

1313 APROXIMACION A LAS TERAPIAS ALTERNATIVAS O TERAPIAS NO FARMACOLOGICAS CON PERSONAS MAYORES Y/O CON ALZHEIMER
MARÍA RODRÍGUEZ GUTIÉRREZ, DANIEL FERNÁNDEZ GONZÁLEZ, BEATRIZ CAO RODRIGUEZ Y LORENA PEREIRAS MENDEZ 6777

1314 COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE EN CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA PARA AUXILIARES ADMINISTRATIVOS Y CELADORES.
MARTA MARIA BESADA FERNÁNDEZ 6785

1315 GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL EN ATENCIÓN PRIMARIA: PERSONAL NO SANITARIO
MARTA FERNÁNDEZ LOBO 6789

1316 ACTUACIÓN DEL CELADOR EN EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA
JOSE IGNACIO GARCIA MARTÍN 6793

1317 IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN ENTRE EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y EL PACIENTE
JESSICA VEGA SUÁREZ 6797

1318 OMI ATENCIÓN PRIMARIA. GESTIÓN DE AGENDAS
SONIA ALVAREZ TURRADO 6801

1319 ASPECTOS LABORALES NEGATIVOS A LOS QUE SE EXPONE EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO QUE TRABAJA EN UN CENTRO SANITARIO
MIGUEL ANGEL ALVAREZ SAN JUAN, MARIO GARCÍA TRAPIELLO, ANGELICA GARCIA CORDERO Y SONIA GONZÁLEZ IGLESIAS 6805

1320 EL MÉTODO KAIZEN EN EL PUESTO DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN CENTROS SANITARIOS.
MARTA MARTÍNEZ GALÁN, PATRICIA SUÁREZ RODRÍGUEZ, RAÚL GUTIÉRREZ PRADO Y RAQUEL CASADO DEL RÍO 6811

1321 **LAS MEDIDAS HIGIÉNICAS A ADOPTAR POR EL PINCHE DE COCINA EN EL ÁMBITO LABORAL**
LORENA PALACIN CARRO, VANESA GARCÍA VALERO, BÁRBARA NIEMBRO INTRIAGO Y AGUSTINA GONZÁLEZ FREIJOO 6815

1322 **EVOLUCIÓN DEL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO EN NAVIA.**
LORENA PEREIRAS MENDEZ, BEATRIZ CAO RODRIGUEZ, MARÍA RODRÍGUEZ GUTIÉRREZ Y DANIEL FERNÁNDEZ GONZÁLEZ 6819

1323 **EL SISTEMA DE TRIAJE EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO.**
ANA INÉS GAVADIAN SERANTES, JESSICA PÉREZ FERNÁNDEZ, CARMEN IGLESIAS GARCÍA, CARMEN CANO DIAZ Y IRENE ÁLVAREZ GARCÍA 6827

1324 **LA DESINFORMACIÓN SOBRE LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN LOS JÓVENES.**
JESSICA PÉREZ FERNÁNDEZ, CARMEN IGLESIAS GARCÍA, CARMEN CANO DIAZ, MARÍA CARMEN IGLESIAS RICO Y ANA INÉS GAVADIAN SERANTES 6831

1325 **FUNCIONES DEL CELADOR EN UN QUIRÓFANO.**
JAVIER OROZA CORDIDO 6835

1326 **MEDIDAS PREVENTIVAS PARA EVITAR LAS CONSECUENCIAS DERIVADAS DE LOS TURNOS NOCTURNOS SOBRE EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO**
JAVIER FERNÁNDEZ URÍA Y YAIZA CANGA SÁNCHEZ 6839

1327 **EL SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO Y SU SU RELACIÓN DIRECTA CON EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO**
JAVIER FERNÁNDEZ URÍA Y YAIZA CANGA SÁNCHEZ 6843

1328 **GESTIÓN DE PROCESOS Y GESTIÓN POR COMPETENCIAS EN EL PERSONAL NO SANITARIO (AUXILIAR ADMINISTRATIVO) DE LAS INSTITUCIONES SANITARIAS.**
MARIA SONIA IGLESIAS ÁLVAREZ, VANESA GARCÍA VALERO, NOELIA MENÉNDEZ PÉREZ, CRISTINA FERNANDEZ BOUSOÑO Y MARIA BELEN BERMUDEZ BERMUDEZ 6847

1329 AGRESIONES CENTROS SANITARIOS
MARÍA CARMEN IGLESIAS RICO, IRENE ÁLVAREZ GARCÍA, ANA INÉS GAVADIAN SERANTES, JESSICA PÉREZ FERNÁNDEZ Y CARMEN CANO DIAZ 6853

1330 IMPORTANCIA DE LA HIGIENE DE MANOS EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO
ISABEL GONZÁLEZ HERNÁNDEZ 6855

1331 CONCILIACIÓN FAMILIAR EN EL ÁMBITO LABORAL SANITARIO
ISABEL GONZÁLEZ HERNÁNDEZ 6859

1332 ESTRATEGIAS PARA REDUCIR EL ABSENTISMO LABORAL EN LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS.
JAVIER FERNÁNDEZ URÍA Y YAIZA CANGA SÁNCHEZ 6863

1333 FUNCIONES DEL CELADOR EN EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD
ALBERTO FERNANDEZ FERNANDEZ, MARIA ANGELES BARCENA MEDIO, MARIA NOELIA CALDERÓN DÍAZ, ALBA SÁNCHEZ GARCÍA Y JUANA MARIA TESTÓN RUIZ 6867

1334 COMUNICACIÓN USUARIO/PACIENTE-ADMINISTRATIVO EN UN CENTRO SANITARIO.
ISABEL COTO GALÁN, JOSE MANUEL GONZALEZ MORAN Y Mª ISABEL GONZALEZ MORAN 6873

1335 ATAQUE AL CELADOR. PLANEAR EL AFRONTAMIENTO
MARTA MESA GARCÍA, MARÍA MÓNICA ARGÜELLES GARCIA, AMPARO GONZALEZ SERRANO Y AVELINO MANUEL PEREZ PEREZ 6879

1336 EL PINCHE DE COCINA Y SU RELACIÓN DIRECTA CON EL MOBBING O ACOSO LABORAL EN EL MEDIO HOSPITALARIO. MEDIDAS PREVENTIVAS Y DE CONTROL
LORENA PALACIN CARRO, VANESA GARCÍA VALERO, BÁRBARA NIEMBRO INTRIAGO Y AGUSTINA GONZÁLEZ FREIJOO 6881

1337 EL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CELADORES
MARÍA EUGENIA CONCHA DÍAZ 6887

1338 TRASLADO EN CAMILLA DEL PACIENTE
MARÍA EUGENIA CONCHA DÍAZ 6889

1339 LA LEY GENERAL DE SANIDAD PARA CELADORES
MARÍA EUGENIA CONCHA DÍAZ 6893

1340 EL CAPITAL INTELECTUAL EN EL ÁMBITO SANITARIO, DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA CATEGORÍA DE AUXILIAR ADMINISTRATIVO.
SANDRA MUÑOZ MENÉNDEZ, AROA MUÑOZ MENENDEZ Y SANDRA RODRIGUEZ GOMEZ 6895

1341 LA COORDINACIÓN SOCIO SANITARIA DESDE LA CATEGORÍA DE AUXILIAR ADMINISTRATIVO
SANDRA MUÑOZ MENÉNDEZ, SANDRA RODRIGUEZ GOMEZ Y AROA MUÑOZ MENENDEZ 6903

1342 EL SEDENTARISMO Y SUS CONSECUENCIAS EN AUXILIARES ADMINISTRATIVOS
REBECA FERNÁNDEZ ALONSO, SILVIA VALVERDE ÁLVAREZ Y MARIA CARMEN PRIETO SÁNCHEZ DEL PULGAR 6907

1343 EL PROYECTO DE HISTORIA CLÍNICA DIGITAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. EVOLUCIÓN, SITUACIÓN ACTUAL Y PERSPECTIVAS DE FUTURO: EL PAPEL DE LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS EN LOS CENTROS SANITARIOS DE ESPAÑA.
RUBEN CHARRO GARCIA 6913

1344 SÍNDROME DE BURNOUT EN RELACIÓN CON EL EQUIPO DE CELADORES.
IRIS MARIA CAO RODRIGUEZ 6923

1345 EL CELADOR EN RELACIÓN CON EL AISLAMIENTO DE CONTACTO.
IRIS MARIA CAO RODRIGUEZ 6925

1346 ESTUDIO DE UN PLAN SANITARIO HUMANO, SIN DOLOR NI ANSIEDAD.
MARTA MESA GARCÍA, MARÍA MÓNICA ARGÜELLES GARCIA, AMPARO GONZALEZ SERRANO Y AVELINO MANUEL PEREZ PEREZ 6929

1347 LISTAS DE ESPERA EN SANIDAD
NURIA DEL VALLE ZALDÍVAR 6931

1348 EQUIPOS MULTIDISCIPLINARES EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD.
ANDREA RIBAS ÁLVAREZ, EMILIO RIBAS GARCÍA Y MARTA MARIA ALVAREZ FERNANDEZ 6935

1349 CÓMO LOGRAR LA MEJORA EN LA CALIDAD ASISTENCIAL PRESTADA AL PACIENTE
ANDREA RIBAS ÁLVAREZ, MARTA MARIA ALVAREZ FERNANDEZ Y EMILIO RIBAS GARCÍA 6939

1350 ASEO DEL PACIENTE : FACTORES A VALORAR Y BENEFICIOS. ACTUACIÓN DEL CELADOR .
JULIO CÉSAR GARCÍA FERNÁNDEZ 6945

1351 LA COMUNICACIÓN EN EL ÁMBITO SANITARIO
LORENA MARTINEZ SUAREZ 6949

1352 EL SÍNDROME DE BURNOUT
LORENA MARTINEZ SUAREZ 6953

1353 ACTIVIDAD FÍSICA Y CALIDAD DE VIDA
M. DEL CARMEN CASTRO ALVAREZ 6957

1354 LA IGUALDAD DE GÉNERO EN EL ENTORNO SANITARIO
SARA BEJEGA LONGUEIRA 6961

1355 LA IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN DENTRO DEL ÁMBITO SANITARIO.
SARA BEJEGA LONGUEIRA 6965

1356 PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES. EVOLUCIÓN Y FOMENTO DE LA CULTURA PREVENTIVA EN EL SECTOR SANITARIO. (PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO)
MARÍA JESÚS GARCÍA RODRÍGUEZ 6971

1357 EL SÍNDROME DE BURNOUT EN LOS TRABAJADORES DE LA SALUD
MARIA CRISTINA ÁLVAREZ BLANCO, ESTEFANIA RODRIGUEZ VIÑA Y MARIA DEL ROSARIO PONTÓN 6977

1358 CELADORES Y TRAUMATOLOGÍA.
LIDIA GONZÀLEZ RODRÍGUEZ Y JOSÉ MIGUEL MILLÁN DURÁN 6981

1359 TÉCNICAS Y CUIDADOS A TENER EN CUENTA EN LA HIGIENE DE MANOS POR UN CELADOR
ROBERTO FERNÁNDEZ GONZÁLEZ, MARÍA SOLEDAD CARRETERO SEVILLA, MARÍA VICTORIA SAN JOSÉ CALDERÓN, MIGUEL JOSÉ BLANCO CAÑIZARES Y EDUARDO ROMERO GUTIERREZ 6987

1360 EL CELADOR ANTE EL PACIENTE GERIÁTRICO.
ANA ISABEL MATEOS ALVAREZ 6993

1361 BURNOUT EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO
ANA MARÍA GARCIA LÓPEZ 6999

1362 ASISTENCIA SANITARIA A EXTRANJEROS Y FACTURACIÓN
SONIA ALVAREZ TURRADO 7003

1363 MANEJO DE PACIENTES DEPENDIENTES POR PARTE DEL CELADOR DE ATENCIÓN PRIMARIA . TRES CASOS
ANA BEATRIZ FERNÁNDEZ ABAD 7007

1364 PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL
LLUIS IGLESIAS CARCEDO, MARÍA JOSEFA GARCÍA ALVAREZ, GEMMA RODRÍGUEZ LARXE, MARGARITA COSIO FERNANDEZ Y MARIA CARMEN VILLALUSTRE MARTÍNEZ 7011

1365 CALIDAD DEL SISTEMA SANITARIO ACTUAL
NELIDA MARTÍNEZ PALOMARES 7015

1366 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LOS RIESGOS LABORALES EN UN HOSPITAL
ROSA MARÍA FERNÁNDEZ GARCÍA, MARIA BELEN FERNANDEZ GARCIA Y MARTA FERNANDEZ COSMEA 7019

1367 SALVAGUARDA DEL SECRETO PROFESIONAL EN LA SANIDAD PÚBLICA: IMPACTO DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO
ESTHER ALVAREZ-SALA PRIETO, AIDA HERNÁNDEZ GONZÁLEZ Y AIDA BERTRAND GONZÁLEZ 7023

1368 AUXILIAR ADMINISTRATIVO: PREVENCIÓN DE RIESGOS ANTE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN
BEGOÑA ARIAS ÁLVAREZ, IRENE GARCÍA IBASETA, GRACIELA ORDIZ VILLAR Y RUBEN CHARRO GARCIA 7029

1369 SALUD POSTURAL.
MARIA JOSE VILLABRILLE MARTINEZ Y ANA BELEN RODRIGUEZ FERNANDEZ 7035

1370 LENGUAJE NO SEXISTA EN LA COMUNICACIÓN DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO/A CON PACIENTES O USUARIOS DE CENTROS SANITARIOS
IRENE GARCÍA IBASETA, BEGOÑA ARIAS ÁLVAREZ, GRACIELA ORDIZ VILLAR Y RUBEN CHARRO GARCIA 7039

1371 ESTRÉS LABORAL
ANA BELEN RODRIGUEZ FERNANDEZ Y MARIA JOSE VILLABRILLE MARTINEZ 7045

1372 RIESGOS PSICOSOCIALES DEL PERSONAL NO SANITARIO
MARIA ANGELES FERNÁNDEZ SEIZ, MARIA DEL MAR MARINA LÓPEZ, MARÍA LUZ GONZÁLEZ ÁLVAREZ, SANDRA ARCE RODRÍGUEZ Y PILAR MÁRQUEZ IGLESIAS 7047

1373 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA IMPORTANCIA DE CONOCER LOS DERECHOS DE LOS PACIENTES O USUARIOS DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO.
IRENE GARCÍA IBASETA Y BEGOÑA ARIAS ÁLVAREZ 7053

1374 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE ADMISIÓN HOSPITALARIA
IRENE CAMBLOR NOVAL Y SEILA MALDONADO GONZALEZ 7059

1375 **EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA COMUNICACIÓN CON EL USUARIO.LENGUAJE CORRECTO**
IRENE CAMBLOR NOVAL Y SEILA MALDONADO GONZALEZ **7063**

1376 **AGRESIONES A TRABAJADORES EN LOS CENTROS DE SALUD**
IRENE CAMBLOR NOVAL Y SEILA MALDONADO GONZALEZ **7067**

1377 **FUNCIONES DEL CELADOR EN ATENCIÓN PRIMARIA**
ADRIÁN SÁNCHEZ LÓPEZ Y ANA ISABEL GARCÍA CASTRO **7071**

1378 **MENS SANA IN CORPORE SANO O LA LABOR DEL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO DE PROMOCIONAR LA PRÁCTICA DEPORTIVA COMO FACTOR PREVENTIVO DE LA SALUD**
M.TERESA HERRERO COTERO, MARIA BELEN COALLA FERNANDEZ, GEMMA GARCIA PEREZ Y COVADONGA VEGA AGUIRRE **7073**

1379 **AGRESIONES EN EL ÁMBITO SANITARIO**
ADRIÁN SÁNCHEZ LÓPEZ Y ANA ISABEL GARCÍA CASTRO **7081**

1380 **COMO PREVENIR EL TÚNEL CARPIANO EN AUXILIARES ADMINISTRATIVOS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA.**
MARIA DEL MAR MARINA LÓPEZ, MARIA ANGELES FERNÁNDEZ SEIZ, MARÍA LUZ GONZÁLEZ ÁLVAREZ, SANDRA ARCE RODRÍGUEZ Y PILAR MÁRQUEZ IGLESIAS **7085**

1381 **EL DERECHO A LA INTIMIDAD DE LOS PACIENTES Y LA PROTECCIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA**
MARÍA JESÚS GARCÍA RODRÍGUEZ **7091**

1382 **RIESGOS PSICOSOCIALES QUE REPERCUTEN EN EL ESTRÉS LABORAL DEL AUXILAR ADMINISTRATIVO**
ANA ISABEL LORENZO BRA, BÁRBARA PÈREZ GARCÍA Y RAQUEL GOMEZ CRIBEIRO **7097**

1383 **LOS TRANSTORNOS OCULARES Y VISUALES QUE AFECTAN AL AUXILIAR ADMINISTRATIVO**
ANA ISABEL LORENZO BRA, RAQUEL GOMEZ CRIBEIRO Y BÁRBARA PÈREZ GARCÍA **7105**

1384 **EL ESTRÉS LABORAL**
BEATRIZ RODRÍGUEZ GARCÍA, CARMEN MARIA TORO CASTRO, CARMEN BUGUEIRO NEIRA, SARA BERNARDO ÁLVAREZ Y ANA MEDIO PÉREZ 7113

1385 **HABILIDADES SOCIALES: CÓMO LAS DEBE APLICAR EL PERSONAL NO SANITARIO**
MARÍA BEGOÑA GONZÁLEZ ROLDÁN Y MARÍA ROSALÍA SUÁREZ TRAPIELLO 7125

1386 **EL ABORDAJE DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN LOS SISTEMAS SANITARIOS**
REBECA FERNÁNDEZ ALONSO, SILVIA VALVERDE ÁLVAREZ Y MARIA CARMEN PRIETO SÁNCHEZ DEL PULGAR 7131

1387 **COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE**
IRENE COVIÁN DE LA CUEVA, ASUNCIÓN GARCÍA NÚÑEZ Y LARA MARÍA CEPA GONZÁLEZ 7137

1388 **SERVICIO DE ATENCIÓN AL USUARIO (SAU) SANITARIO**
GRACIELA ORDIZ VILLAR 7141

1389 **ORGANIZACION DEL TRABAJO EN EQUIPO Y SOLUCIÓN DE PROBLEMAS (PERSONAL NO SANITARIO)**
MARIA BELEN BERMUDEZ BERMUDEZ, CRISTINA FERNANDEZ BOUSOÑO, NOELIA MENÉNDEZ PÉREZ, VANESA GARCÍA VALERO Y MARIA SONIA IGLESIAS ÁLVAREZ 7145

1390 **PREVENCIÓN ANTE AGRESIONES AL PERSONAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD**
MARÍA DEL CARMEN GARCÍA ALONSO 7151

1391 **SERVICIO DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL PACIENTE**
ROCIO BARREIRO LOPEZ, CRISTINA RODRIGUEZ RIVERA, MARÍA LUISA FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ, LUZ ESTER PÉREZ FERNÁNDEZ Y ISABEL MARTOS VILLA 7155

1392 **SOLICITUD DE COPIA DE DOCUMENTACIÓN CLÍNICA DE PACIENTES MENORES DE 18 AÑOS**
MARÍA DEL CARMEN GARCÍA ALONSO 7159

1393 PRESENTACIÓN, RECEPCIÓN, ENTRADA Y SALIDA DE DOCUMENTOS SANITARIOS
ARTURO MUÑIZ BAIZAN 7161

1394 FACTORES DETERMINANTES DE LA SALUD: LA IMPORTANCIA DE LA PREVENCIÓN
PATRICIA REBOLLAR BLANCO 7163

1395 REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR POR PARTE DEL PERSONAL NO SANITARIO.
MARÍA ROSALÍA SUÁREZ TRAPIELLO Y MARÍA BEGOÑA GONZÁLEZ ROLDÁN 7165

1396 ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA. EN EL EQUIPO EL CELADOR TAMBIÉN ES IMPORTANTE.
RUBÉN FERNÁNDEZ VILLAR, MARGARITA RODRIGUEZ MENÉNDEZ, MARIA DE LAS MERCEDES GARCIA ALVAREZ, JESUS COTELO MENENDEZ Y BALTASAR MORENO ORDOÑEZ 7171

1397 PERSONAL NO SANITARIO, PAUTAS PARA LA ATENCION A PERSONAS EN SITUACIONES ESPECIALES
MARÍA BEGOÑA GONZÁLEZ ROLDÁN Y MARÍA ROSALÍA SUÁREZ TRAPIELLO 7177

1398 LA PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD INFANTIL DESDE UN ENFOQUE SOCIAL COMUNITARIO EN ASTURIAS
ANA BELEN RODRIGUEZ VALDÉS 7183

1399 LAS AGRESIONES DE LOS USUARIOS AL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO EN EL ÁMBITO SANITARIO.
FLORENTINA SUÁREZ GUTIÉRREZ 7187

1400 LA ESCUCHA ACTIVA COMO APTITUD FUNDAMENTAL EN EL AMBITO SANITARIO.
CARMEN MARIA TORO CASTRO, CARMEN BUGUEIRO NEIRA, SARA BERNARDO ÁLVAREZ, ANA MEDIO PÉREZ Y BEATRIZ RODRÍGUEZ GARCÍA 7197

1401 LA IMPORTANCIA DE CURSOS SOBRE DE LAS TÉCNICAS REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR.
PATRICIA REBOLLAR BLANCO 7201

1402 IGUALDAD DE GÉNERO PARA AUXILIARES ADMINISTRATIVOS
MARÍA ISABEL RIESGO BOUSOÑO 7203

1403 LOS NAVEGADORES WEB PARA AUXILIARES ADMINISTRATIVOS
MARÍA ISABEL RIESGO BOUSOÑO 7205

1404 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y EL PACIENTE ACTIVO EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD.
ALMA Mª DE ABAJO SANZ, ANGELES SÁNCHEZ CORO, M OFELIA PALACIOS VILLA, SONIA GUTIÉRREZ FUENTE Y ALBA VALVIDARES MAYOR 7207

1405 LA OBESIDAD EN EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DENTRO DEL AMBITO SANITARIO.
LUISA MARIA ABREU JARDÓN 7213

1406 RIESGOS BIOLÓGICOS. VACUNACIÓN DEL PERSONAL DE SALUD
JOSÉ ANTONIO GARCÍA VALDES Y MARGARITA MOREIRA DA CONCEICAO 7217

1407 LA SEGURIDAD E IDENTIFICACIÓN DE LOS PACIENTES EN NUESTROS HOSPITALES.
JOSÉ ANTONIO GARCÍA VALDES Y MARGARITA MOREIRA DA CONCEICAO 7223

1408 EL ACOSO LABORAL EN EL ENTORNO SANITARIO (AUXLIAR ADMINISTRATIVO)
ROCÍO GONZÁLEZ SOMOANO, SUSANA VALDES SUAREZ, NURIA GUTIÉRREZ ARREAL, SILVIA VARELA SANCHEZ Y JAVIER GARCIA SANCHEZ 7229

1409 TIPOLOGÍA DE LAS ANEMIAS PARA TCAE
MARÍA TERESA FERNÁNDEZ YUGUEROS 7233

1410 GESTIÓN, ACCESO, USO Y CUSTODIA DE LA HISTORIA CLÍNICA POR EL PERSONAL NO SANITARIO DEL SESPA
JESSICA VEGA SUÁREZ 7237

1411 EMPATÍA EN LOS ZAPATOS DEL PACIENTE
MARTA ELENA MENENDEZ ROLDAN 7243

1412 EL PAPEL DEL TRABAJADOR SOCIAL SANITARIO EN LA INTERVENCIÓN CON MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO DESDE UNA PERSPECTIVA GRUPAL .
ANA BELEN RODRIGUEZ VALDÉS 7247

1413 TRABAJADOR QUEMADO O SÍNDROME DE BURNOUT
LUZ DEL MAR CUELLO IGLESIAS 7253

1414 NOCIONES SOBRE TARJETA SANITARIA ESPAÑOLA PARA PERSONAL ADMINISTRATIVO: DESCRIPCIÓN, USOS, Y MARCO LEGAL
SUSANA ÁLVAREZ GONZALVO, VANESA SUAREZ MENDEZ, SILVIA BENAVIDES DIEZ Y RAUL MONTESERIN FERNANDEZ 7259

1415 FUNCIONES DE LOS CELADORES EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA.
RUBÉN FERNÁNDEZ BUENO 7267

1416 ACTUACIÓN DE LOS CELADORES EN LA UNIDAD DE MATERNIDAD DE LOS HOSPITALES.
RUBÉN FERNÁNDEZ BUENO 7271

1417 ACOSO MORAL EN EL AMBITO SANITARIO
CRISTINA FERNANDEZ-SANZ ALVAREZ 7275

1418 HABILIDADES SOCIALES Y COMUNICACIÓN ENTRE CELADOR Y PACIENTE.
BEATRIZ AZEVEDO CANADO 7279

1419 LA VIOLENCIA DE LOS TRABAJADORES EN EL ÁMBITO SANITARIO.
CRISTINA FERNANDEZ-SANZ ALVAREZ 7285

1420 EL PAPEL DEL CELADOR EN EL PROCESO DE HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA
ARÁNZAZU ANDRÉS GALLARDO Y MARIA PILAR ROCES ABRIL 7287

1421 ERGONOMÍA EN EL TRABAJO EN PERSONAL NO SANITARIO.
MARÍA INÉS LLAMAZARES GONZALO, MARÍA PILAR MENÉNDEZ GONZÁLEZ, ANA MARIA PEREZ GONZALEZ, RAIMUNDA ALVARINA MONTES DIAZ Y SONIA GUTIÉRREZ FUENTE 7295

1422 EL CELADOR :HIGIENE Y SALUD.
OLIVER GARCÍA IGLESIAS Y IYÁN PRESNO GRANDA 7299

1423 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO O ADMINISTRATIVO EN ATENCIÓN PRIMARIA.
GEMMA GARCIA PEREZ, MARIA BELEN COALLA FERNANDEZ, M.TERESA HERRERO COTERO Y COVADONGA VEGA AGUIRRE 7305

1424 LAS FUNCIONES DEL CELADOR EN LA MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE TERMINAL .
BEATRIZ RODRÍGUEZ FERNANDEZ 7313

1425 EL CELADOR EN LA ATENCIÓN PRIMARIA.
ADELINA ANTONIA FERNANDEZ PAREDES, PILAR MÁRQUEZ IGLESIAS, EVA BEGEGA SANCHEZ, ANTONIO CASADO MENENDEZ Y M. CONCEPCIÓN PUGA ALVAREZ 7319

1426 DOCUMENTACIÓN CLÍNICA Y NO CLÍNICA EN EL PUESTO DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA SANIDAD.
EVA MARIA CARDEÑOSO GARCIA 7327

1427 LA ATENCIÓN AL USUARIO, EL DERECHO A LA INFORMACIÓN Y A LA CONFIDENCIALIDAD.
ERICA CUESTA 7339

1428 HABILIDADES SOCIALES Y COMUNICACIÓN EN EL ENTORNO SANITARIO.
ERICA CUESTA 7347

1429 PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN SANITARIA APLICADAS AL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO.
ANA MARÍA SÁNCHEZ JUÁREZ, ELENA ASUNCIÓN GINGEIRA MOUTINHO, NAHIR CASARREAL GONZALEZ, MAURO FERNANDO BATALLA GONZÁLEZ Y MARI PAZ MARTINEZ DIAZ 7353

1430 EL BURNOUT O EL SÍNDROME DEL TRABAJADOR QUEMADO EN EL ÁMBITO SANITARIO.
SUSANA VALDES SUAREZ, NURIA GUTIÉRREZ ARREAL, SILVIA VARELA SANCHEZ, JAVIER GARCIA SANCHEZ Y ROCÍO GONZÁLEZ SOMOANO 7359

1431 EL SERVICIO DE FARMACIA EN CENTRO HOSPITALARIO; FIGURA DEL CELADOR COMO PIEZA CLAVE EN SU FUNCIONAMIENTO.
MARÍA DEL CARMEN VILLAR ÁLVAREZ Y MARIA ONELIA ALVAREZ ALVAREZ 7365

1432 LA PULSERA O BRAZALETE IDENTIFICATIVO.
MARÍA DEL CARMEN VILLAR ÁLVAREZ Y MARIA ONELIA ALVAREZ ALVAREZ 7369

1433 PROTECCIÓN DE DATOS EN EL SECTOR DE LA SANIDAD.
MARÍA DEL CARMEN VILLAR ÁLVAREZ Y MARIA ONELIA ALVAREZ ALVAREZ 7373

1434 EL ROL DEL CELADOR EN LOS CENTROS DE SALUD.
BLANCA FLOR CARRETERO PALOMO, AMOR CONDADO MENÉNDEZ Y GLORIA DANIELA MENÉNDEZ PÉREZ 7379

1435 LA CORRECTA ATENCIÓN TELEFÓNICA AL USUARIO DE LOS CENTROS SANITARIOS
MARÍA DEL CARMEN GARCÍA ALONSO 7383

1436 UNIDAD DE ATENCIÓN AL USUARIO POR VÍA ADMINISTRATIVA.
BEATRIZ ALVAREZ JIMENEZ, MARIA JOSE GONZALEZ GARCIA, LIDIA GARCIA, DAVID LAPRESA ARRANZ Y MARIA ISABEL RODRIGUEZ ESTRADA 7387

1437 **PROTECCIÓN DE DATOS EN EL SECTOR SANITARIO**
ROSALIA VILLABRILLE MARTÍNEZ Y MARIA JOSE VILLABRILLE MARTINEZ 7391

1438 **LA ACTUACIÓN DEL CELADOR EN LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA**
MARÍA DEL CARMEN PLASENCIA JIMÉNEZ, MARIA PILAR ALVAREZ MARTINEZ Y ALEJANDRA ARTIME GONZALEZ 7393

1439 **USO DE LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN EN EL ÁMBITO SANITARIO RURAL**
ROSALIA VILLABRILLE MARTÍNEZ Y MARIA JOSE VILLABRILLE MARTINEZ 7397

1440 **HISTORIA CLÍNICA**
ROSA ANA FERNANDEZ REBOIRO 7399

1441 **SÍNTOMAS DETECCION DE CODIGO ICTUS**
ROSA ANA FERNANDEZ REBOIRO 7403

1442 **CRITERIOS ASIGNACION DE CAMAS EN UN HOSPITAL**
ROSA ANA FERNANDEZ REBOIRO 7407

1443 **RELACIÓN DEL CELADOR CON LOS FAMILIARES DE LOS ENFERMOS.**
MARÍA DEL MAR ALONSO MENÉNDEZ 7411

1444 **LEGISLACIÓN SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS**
CRISTINA FERNANDEZ BOUSOÑO, MARIA BELEN BERMUDEZ BERMUDEZ, MARIA SONIA IGLESIAS ÁLVAREZ, NOELIA MENÉNDEZ PÉREZ Y VANESA GARCÍA VALERO 7413

1445 **GESTIÓN DE CALIDAD PARA PERSONAL ADMINISTRATIVO EN CENTROS SANITARIOS.**
DAVID LAPRESA ARRANZ, MARIA ISABEL RODRIGUEZ ESTRADA, BEATRIZ ALVAREZ JIMENEZ, MARIA JOSE GONZALEZ GARCIA Y LIDIA GARCIA 7419

1446 PREVENCIÓN DEL ACOSO PSICOLÓGICO LABORAL EN EL PERSONAL NO SANITARIO.
MARIANO VALLINA ANTUÑA 7425

1447 LA MUJER COMO CUIDADORA INFORMAL
M. DEL CARMEN CASTRO ALVAREZ 7429

1448 HABILIDADES SOCIALES. LA RELACIÓN PROFESIONAL ENTRE EL PACIENTE Y EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO SANITARIO.
LUCIA GARCÍA ALONSO Y ROSA ANA MENÉNDEZ REFOYO 7433

1449 LA PULSERA IDENTIFICATIVA.
ÁNGELES RODILES LANA Y ELISA LUCIA BUSTO BASCÓN 7439

1450 RIESGOS LABORALES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO SANITARIO.
NURIA GRANDA VILLA Y MARIA DELFINA AMPARO GUTIERREZ SUAREZ 7441

1451 LA MOVILIZACIÓN DE PACIENTES.
JOSE ANTONIO GONZALEZ SARAS, ROCÍO SAAVEDRA SUÁREZ, MIREN LÓPEZ REDONDO Y MARÍA AIDE VALENCIA CARABALI 7447

1452 EL PAPEL DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO EN LA SANIDAD
JENNIFER FERNANDEZ ZAPICO 7453

1453 FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIALES. EL BURNOUT EN EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO SANITARIO.
LUCIA GARCÍA ALONSO Y ROSA ANA MENÉNDEZ REFOYO 7457

1454 LA ATENCIÓN TELEFÓNICA DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL ENTORNO SANITARIO.
MARÍA DOLORES DEL REY UGIDOS, MARÍA LUZ LÓPEZ PONTÓN Y MARÍA PILAR ALONSO RODRÍGUEZ 7463

1455 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL ENTORNO SANITARIO Y SU FORMACIÓN EN LENGUAS EXTRANJERAS.
MARÍA LUZ LÓPEZ PONTÓN, MARÍA DOLORES DEL REY UGIDOS Y MARÍA PILAR ALONSO RODRÍGUEZ 7469

1456 MOBBING EN EL ENTORNO SANITARIO.
NURIA GRANDA VILLA Y MARIA DELFINA AMPARO GUTIERREZ SUAREZ 7475

1457 GESTIÓN DE RESIDUOS EN EL ÁMBITO SANITARIO
JAVIER GARCIA SANCHEZ, ROCÍO GONZÁLEZ SOMOANO, SUSANA VALDES SUAREZ, NURIA GUTIÉRREZ ARREAL Y SILVIA VARELA SANCHEZ 7479

1458 ACOSO LABORAL O MOBBING.
JOSE RAMON FERNANDEZ FERNANDEZ 7483

1459 EL SINDROME DEL TUNEL CARPIANO.
NURIA GRANDA VILLA Y MARIA DELFINA AMPARO GUTIERREZ SUAREZ 7489

1460 EDUCAR PARA LA SALUD. UNA INVERSIÓN DE FUTURO.
JAVIER GRANDA ALVAREZ 7493

1461 ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN DE CALIDAD CON GDR: EL FACTOR TIEMPO DE ATENCIÓN AL PACIENTE EN CENTRO DE SALUD.
FRANCISCO GUSTAVO RUIZ ARJONA 7497

1462 ANÁLISIS DE PELIGROS Y PUNTOS DE CONTROL CRÍTICO EN LAS COCINAS HOSPITALARIAS
JONATHAN GONZÁLEZ LÓPEZ 7499

1463 EL PLATO TESTIGO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO
JONATHAN GONZÁLEZ LÓPEZ 7505

1464 EL ADMINISTRATIVO Y LA SALUD. CONCEPTOS BÁSICOS
CARLOS JAVIER IBAIBARRIAGA HERMIDA 7511

1465 SÍNDROME DE FATIGA OCULAR EN PERSONAL ADMINISTRATIVO.
CLARA ARACELI GARCÍA SUÁREZ 7515

1466 TÉCNICAS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO A LOS USUARIOS DE LOS CENTROS SANITARIOS
MARGARITA FERNÁNDEZ SUÁREZ Y PABLO ASENSIO ÁLVAREZ 7519

1467 REDOMENDACIONES PARA EL TRABAJO ADMINISTRATIVO CON PANTALLAS DE VISUALIZACIÓN DE DATOS.
CLARA ARACELI GARCÍA SUÁREZ 7525

1468 ATENCIÓN AL PÚBLICO DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO.
CLARA ARACELI GARCÍA SUÁREZ 7529

1469 ATENCIÓN AL USUARIO, DERECHO A LA INFORMACIÓN Y A LA CONFIDENCIALIDAD EN EL ÁMBITO SANITARIO. VIII LECCIONES EN SALUD COMUNITARIA. JAVIER ALVAREZ JAVATO
JAVIER ALVAREZ JAVATO 7531

1470 PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES EN EL PROFESIONAL NO SANITARIO. VIII LECCIONES EN SALUD COMUNITARIA. JAVIER ALVAREZ JAVATO
JAVIER ALVAREZ JAVATO 7535

1471 LA IMPORTANCIA DE LA COMUNICACION DEL PERSONAL TRABAJADOR EN LOS CENTROS SANITARIOS CON LOS PACIENTES Y USUARIOS
ANA CRISTINA ESCOBAR MARTÍNEZ, ESTEFANIA MARTÍN ARAGONÉS Y CRISTINA GARCÍA ARGÜELLES 7539

1472 ESTRÉS LABORAL, BURNOUT O SÍNDROME DE ESTAR QUEMADO EN EL PUESTO DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO
EVA MARIA CARDEÑOSO GARCIA 7547

1473 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO: ¿CÓMO DEBE SER LA ATENCIÓN TELEFÓNICA?
MARIA RODRIGUEZ SUAREZ 7559

1474 LA PROTECCIÓN DE DATOS EN EL SECTOR SANITARIO
FERNANDO GONZALEZ SUAREZ 7563

1475 LA RECETA ELECTRÓNICA Y EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO.
ANA SUÁREZ COBO 7567

1476 TRASLADO DE PACIENTES POR EL CELADOR EN SILLA DE RUEDAS
RUFINA RODRIGUEZ DIAZ 7571

1477 EL CELADOR EN LA SALA DE AUTOPSIAS: DESCRIPCIÓN Y FUNCIONES
FRANCISCO JAVIER PEREZ CASTRO, MARTA JURADO PARAMAS Y JUAN CARLOS CORDERA GARCÍA 7575

1478 MARCO LEGISLATIVO EUROPEO SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS ENFOCADO EN EL PERSONAL AUXILIAR ADMINISTRATIVO
LORENA HEVIA ÁLVAREZ 7579

1479 CONCIENCIACIÓN DEL CELADOR SOBRE EL RIESGO QUE CONLLEVA EL DESPLAZAMIENTO DE ENFERMOS
URBANO SÁNCHEZ MARTÍN 7583

1480 INTERVENCIÓN DESDE EL TRABAJO SOCIAL SANITARIO DE ATENCIÓN PRIMARIA CON EL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO O PLURIPATOLÓGICO.
GEMMA MAGDALENA CUENCO 7587

1481 HISTORIA CLÍNICA: CARACTERÍSTICAS Y ACCESO
LORENA LESMES SUÁREZ Y EVA CORREIA ÁLVAREZ 7593

1482 NOCIONES GENERALES DE LA RECETA ELECTRÓNICA PARA EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DEL SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS
VANESA SUAREZ MENDEZ, SUSANA ÁLVAREZ GONZALVO, RAUL MONTESERIN FERNANDEZ Y SILVIA BENAVIDES DIEZ 7597

1483 LAVADO DE MANOS HIGIÉNICO HABITUAL EN EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO
COVADONGA VEGA AGUIRRE, M.TERESA HERRERO COTERO, MARIA BELEN COALLA FERNANDEZ Y GEMMA GARCIA PEREZ 7603

1484 CARGA MENTAL DE TRABAJO DEL PERSONAL NO SANITARIO: FACTORES, TÉCNICAS DE MEDIDA Y PREVENCIÓN
MARIANO VALLINA ANTUÑA 7605

1485 EFECTIVIDAD DEL LAVADO DE MANOS EN LOS PROFESIONALES ASISTENCIALES.
MARIA JESUS FERNANDEZ GARCIA 7611

1486 LAS FUNCIONES DEL CELADOR EN LOS CENTROS DE SALUD
MIGUEL FERNANDEZ UNZUA 7613

1487 LAS LESIONES DORSOLUMBARES, UNA AFECCIÓN FRECUENTE EN EL CELADOR.
JESUS COTELO MENENDEZ 7615

1488 EL PERSONAL ADMINISTRATIVO Y LA COMUNICACIÓN EN SITUACIONES CONFLICTIVAS EN EL ENTORNO SANITARIO
MARÍA PILAR ALONSO RODRÍGUEZ, MARÍA LUZ LÓPEZ PONTÓN Y MARÍA DOLORES DEL REY UGIDOS 7619

1489 ENFERMEDADES FRECUENTES DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO.
VANESA FERNANDEZ VILLAR 7627

1490 LENGUAJE NO SEXISTA PARA LA IGUALDAD
SILVIA FERNANDEZ GARCIA Y ROSA ANA FERNÁNDEZ GARCÍA 7631

1491 EL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL DERECHO A LA AUTONOMÍA DE DECISIÓN EN PACIENTES DE LA SANIDAD ASTURIANA
LUIS ORDAS MEDIO 7635

1492 ACCESO DE LA HISTORIA CLÍNICA POR PARTE DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS Y NO SANITARIOS
LUIS ORDAS MEDIO 7639

1493 LA SOLEDAD, EPIDEMIA DEL SIGLO XXI.
MANUELA BERNARDO FERNANDEZ, NURIA BERNARDO FERNÁNDEZ, JAVIER CUENDE MONTERO, JOSE IGNACIO RODRIGUEZ VICENTE Y MIRIAM MENÉNDEZ FERNÁNDEZ 7643

1494 **ENVEJECIMIENTO Y SALUD.**
JOSE LUIS SALMERON SUAREZ, ESTEFANIA SALMERON SUAREZ, MÒNICA DÍAZ SUÁREZ Y DIANA DÍAZ SUÁREZ 7645

1495 **VIOLENCIA DE GÉNERO**
ANA MARÍA ÁLVAREZ LUEJE 7651

1496 **LA COMUNICACIÓN ENTRE EL PACIENTE Y EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO**
MACARENA ARRESEIGOR MELENDEZ, PATRICIA GUTIERREZ PANDIELLO Y PATRICIA OTERO PITEIRO 7655

1497 **CONTROL DE LAS INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS: TIPOS DE AISLAMIENTOS Y PROTOCOLOS DE TRASLADO DEL PACIENTE AISLADO.**
SANTIAGO DIAZ CANOSA Y SERGIO BRAOJOS MENÉNDEZ 7661

1498 **CONCILIACIÓN LABORAL EN EL SECTOR SANITARIO.**
MACARENA ARRESEIGOR MELENDEZ, PATRICIA GUTIERREZ PANDIELLO Y PATRICIA OTERO PITEIRO 7667

1499 **EL CELADOR EN EL SERVICIO DE ATENCIÓN CONTINUADA. TRABAJO EN EQUIPO**
MARÍA DE LOS ÁNGELES MENÉNDEZ FERNÁNDEZ, YOLANDA MARIA FEITO FERNÁNDEZ, PABLO ALVAREZ MURCIANO, NURIA SANCHEZ LOBO Y MONTSERRAT IGLESIAS SUÁREZ 7673

1500 **EL LAVADO DE MANOS EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO.**
PABLO ALVAREZ MURCIANO, NURIA SANCHEZ LOBO, MARÍA DE LOS ÁNGELES MENÉNDEZ FERNÁNDEZ, MONTSERRAT IGLESIAS SUÁREZ Y YOLANDA MARIA FEITO FERNÁNDEZ 7677

1501 **EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN ATENCIÓN PRIMARIA**
PABLO ASENSIO ÁLVAREZ Y MARGARITA FERNÁNDEZ SUÁREZ 7681

1502 **TÉCNICAS DE COMUNICACIÓN CON EL USUARIO.**
ARAMI GARCÍA BORJAS, ROSA MARÍA VALDÉS DÍAZ, PATRICIA MONTES GAMEZ, JESUS HERNANDEZ RODRIGUEZ Y MARIA ANGELINA GARCÍA RUBIO 7685

1503 CONTROL DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN EL ANCIANO.
LOURDES POSADA BELERDA Y SARA MACIAS POSADA 7689

1504 EL PERSONAL ADMINISTRATIVO EN LA GESTIÓN DE UNA NUEVA CITA MÉDICA EN ATENCIÓN PRIMARIA EN EL SESPA
YOANA DÍAZ VILLA 7693

1505 FUNCIONES DEL ADMINISTRATIVO EN ATENCIÓN PRIMARIA
MARÍA ISABEL ALONSO RODRÍGUEZ Y MARÍA DEL ROSARIO CARBAJAL GONZALEZ 7695

1506 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LOS DOCUMENTOS ADMINISTRATIVOS
ANA SUÁREZ COBO 7697

1507 PREVENCION RIESGOS LABORALES: EL TRABAJO A TURNOS Y NOCTURNO
IYÁN PRESNO GRANDA Y OLIVER GARCÍA IGLESIAS 7703

1508 EL CELADOR Y EL CAMBIO DE ROPA DEL PACIENTE ENCAMADO
JOSÉ MANUEL FERNÁNDEZ DÍAZ 7709

1509 REGLAS BASICAS DE COMUNICACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA
EVA MARIA COLLAR FERNÁNDEZ 7715

1510 ACTUACIÓN DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN
MARCOS GONZÁLEZ MARTÍNEZ, JULIO JOSE RODRIGUEZ MUÑIZ Y YOLANDA IGLESIAS SANCHEZ 7719

1511 ACOSO PSICOLÓGICO LABORAL O ACOSO MORAL EN EL TRABAJO (MOBBING)
EVA MARÍA ALVAREZ MASA 7723

1512 CÓMO AFECTA LA NUEVA LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS EN EL ÁMBITO SANITARIO.
LAURA PRIETO REDONDO, BEATRIZ MENENDEZ SARIEGO Y GUADALUPE CUERVO BLANCO 7727

1513 CELADORES. LA VITAL IMPORTANCIA DEL LAVADO DE MANOS COMO TÉCNICA PREVENTIVA
MARTA JURADO PARAMAS, JUAN CARLOS CORDERA GARCÍA Y FRANCISCO JAVIER PEREZ CASTRO 7731

1514 AISLAMIENTOS SANITARIOS.
SILVIA CANO GARCÍA Y RUBEN DARIO VALLE PONS 7735

1515 PREVENCIÓN DE RIESGOS. CONDICIONES OPTIMAS EN EL PUESTO DE TRABAJO
JOSE MANUEL GONZALEZ MORAN 7737

1516 EL TRABAJO EN EQUIPO EN LA SANIDAD
SILVIA FERNANDEZ GARCIA Y ROSA ANA FERNÁNDEZ GARCÍA 7743

1517 LA HISTORIA CLÍNICA
LORENA ZAPICO GUTIERREZ 7747

1518 GESTION DE RESIDUOS SANITARIOS
FRANCISCO JAVIER GONZALEZ ALVAREZ 7753

1519 LA ATENCIÓN AL USUARIO EN SERVICIOS DE SALUD: PAPEL DEL CELADOR
MARCOS ESTEBAN DIAZ, ROCÍO MENÉNDEZ RODRIGUEZ Y BEATRIZ MARTIN CORA 7763

1520 PAPEL A DESEMPEÑAR POR EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LAS CONSULTAS EXTERNAS
ANA BELÉN CERRA IGLESIAS, EVA FARPON FERNANDEZ, PATRICIA OTERO ARGÜELLES Y ROCÍO GARCÍA FERNÁNDEZ 7767

1521 RIESGOS PARA LA SALUD SOBRE EL CONSUMO DE AZÚCAR.
LOURDES POSADA BELERDA Y SARA MACIAS POSADA 7773

1522 PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES EN ATENCIÓN PRIMARIA.
EVA MARIA COLLAR FERNÁNDEZ 7779

1523 LOS FACTORES DE RIESGO VISUALES Y FÍSICOS EN EL TRABAJO DIARIO DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO SANITARIO.
LUCIA GARCÍA ALONSO Y ROSA ANA MENÉNDEZ REFOYO 7783

1524 **FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN PRIMARIA.**
ROCIO FERNANDEZ MENENDEZ Y MARIA DEL CARMEN ALVAREZ ALVAREZ 7795

1525 **FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO FRENTE A LA ATENCIÓN DE UN PACIENTE CON NECESIDADES ESPECIALES.**
ROCIO FERNANDEZ MENENDEZ Y MARIA DEL CARMEN ALVAREZ ALVAREZ 7799

1526 **LA MUERTE**
MARÍA DE LOS ÁNGELES MENÉNDEZ FERNÁNDEZ 7803

1527 **LOS CELADORES EN EL QUIRÓFANO**
MARÍA SOLEDAD CARRETERO SEVILLA, MARÍA VICTORIA SAN JOSÉ CALDERÓN, EDUARDO ROMERO GUTIERREZ, MIGUEL JOSÉ BLANCO CAÑIZARES Y ROBERTO FERNÁNDEZ GONZÁLEZ 7809

1528 **SISTEMA DE INFORMACIÓN DE POBLACIÓN Y RECURSOS SANITARIOS (SIPRES): PROCEDIMIENTOS Y TRÁMITES ADMINISTRATIVOS**
RAUL MONTESERIN FERNANDEZ, SILVIA BENAVIDES DIEZ, VANESA SUAREZ MENDEZ Y SUSANA ÁLVAREZ GONZALVO 7813

1529 **TRANSMISIÓN DE INFECCIONES POR CONTACTO EN TAREAS ADMINISTRATIVAS**
ELISA PEREIRA RAMOS Y ANA MENDEZ MORALES 7817

1530 **PROCEDIMIENTO DE DEVOLUCIÓN COPAGO FARMACEUTICO**
MARIA DE LOS REYES FLÓREZ ARIAS 7821

1531 **FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN ATENCIÓN PRIMARIA**
LORENA SÁNCHEZ PÉREZ Y ROBERTO VALLINA FRESNO 7825

1532 **PINCHES DE COCINA Y AYUDANTES DE SERVICIOS : SU RESPONSABILIDAD EN LA CALIDAD ASISTENCIAL HOSPITALARIA.**
SERGIO MARTÍNEZ CUESTA, ANTONIO CÁNDANO JIMÉNEZ Y ANA BELÉN CUESTA RODRÍGUEZ 7829

1533 ATENCIÓN TELEFÓNICA EN CENTROS SANITARIOS
ABRAHAM MENÉNDEZ TABERNA 7833

1534 EL PINCHE O AYUDANTE DE SERVICIOS DESTINADO EN COCINA Y LAS DISTINTAS DIETAS HOSPITALARIAS
ANA BELÉN CUESTA RODRÍGUEZ, SERGIO MARTÍNEZ CUESTA, ANTONIO CÁNDANO JIMÉNEZ Y JUAN CARLOS CORDERA GARCÍA 7839

1535 CÓMO AFECTA EL ESTRÉS Y LA ANSIEDAD AL PERSONAL TRABAJADOR DE INSTITUCCIONES SANITARIAS.
JOSE VICENTE GARCIA ALVAREZ 7843

1536 RIESGOS LABORALES, PARTICULARIDADES.
ADAMINA DEL ROSARIO ALVAREZ ALVAREZ, MAR ROBLES DIEZ, MARIA ISABEL ALONSO FERNANDEZ, JULIA MARIA ALVAREZ ORDOÑEZ Y INMACULADA FERNANDEZ BARROSO 7851

1537 TRABAJO EN EQUIPO Y RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS EN EL ÁMBITO LABORAL DEL PERSONAL CELADOR.
OLGA FERNÁNDEZ GARCÍA, LUIS DANIEL LÓPEZ CANO, DELFINA SÁNCHEZ RODRÍGUEZ, ANTONIA PRIEGO TRAPERO Y FREDESVINDA ISABEL GONZÁLEZ IGLESIAS 7855

1538 ¿HAY QUE SER CIEGO Y SORDO? EL MOBBING
SUSANA SUAREZ GARCIA 7863

1539 PREVENCIÓN DE LAS AGRESIONES EN CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA A PERSONAL NO SANITARIO Y DE SERVICIOS.
SIRIA ALVAREZ DIAZ 7869

1540 COMUNICACIÓN Y CONFIDENCIALIDAD EN EL ENTORNO SANITARIO PARA EL PERSONAL NO SANITARIO Y DE SERVICIOS.
SIRIA ALVAREZ DIAZ 7873

1541 LA PROTECCIÓN INTEGRAL CONTRA LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO.
ROCIO PONTIGO ROZADA 7877

1542 ESTRESORES Y FUNCIÓN ADMINISTRATIVA.
SUSANA SUAREZ GARCIA 7881

1543 EL CELADOR Y LOS RIESGOS LABORALES.
JULIO JOSE RODRIGUEZ MUÑIZ, YOLANDA IGLESIAS SANCHEZ Y MARCOS GONZÁLEZ MARTÍNEZ 7887

1544 ESTRÉS LABORAL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL ÁMBITO SANITARIO.
PATRICIA GUTIERREZ PANDIELLO, MACARENA ARRESEIGOR MELENDEZ Y FLORENTINA ALVAREZ GUTIERREZ 7891

1545 LA SALUD COMUNITARIA EN ATENCIÓN PRIMARIA.
JUAN JOSE VELAZQUEZ ÁLVAREZ, ROCÍO FERNÁNDEZ GARCÍA, MARTA FERNÁNDEZ FERNANDEZ, SANDRA PIDAL MONTES Y REMEDIOS RODRÍGUEZ SIERRA 7897

1546 MANEJO DEL PACIENTE PROBLEMÁTICO.
FRANCISCO JAVIER GONZALEZ ALVAREZ 7901

1547 CONFIDENCIALIDAD E HISTORIA CLÍNICA.
FRANCISCO JAVIER GONZALEZ ALVAREZ 7907

1548 CELADOR Y PACIENTE
MARIA DOLORES GARCÍA GONZÁLEZ 7913

1549 PROTOCOLO DE IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES EN ATENCIÓN PRIMARIA
MARIA DE LOS REYES FLÓREZ ARIAS 7915

1550 PERSONAL Y COMUNICACIÓN EN CENTROS SANITARIOS.
ALEJANDRO ALONSO FERNÁNDEZ 7919

1551 LA IMPORTANCIA DE LA ANTENCION PRIMARIA EN SANIDAD
LUZ DEL MAR CUELLO IGLESIAS 7923

1552 USO DEL LENGUAJE NO SEXISTA EN EL PERSONAL ESTATUTARIO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.
JOSE VICENTE GARCIA ALVAREZ 7927

1553 CELADOR EN EL CENTRO DE SALUD.
MARTA ISABEL CADAVIECO MENENDEZ 7931

1554 TURNICIDAD Y ALTERACIONES EN LA SALUD DE LOS TRABAJADORES NO SANITARIOS: CELADORES Y AUXILIARES ADMINISTRATIVOS.
AIDA GARCÍA INGUANZO 7933

1555 TRASPASO DE HISTORIAS CLÍNICAS ANTE EL CIERRE DE UN CENTRO DE SALUD. MÉTODO PRÁCTICO RESPETANDO LA NORMATIVA EN PROTECCIÓN DE DATOS
AIDA GARCÍA INGUANZO 7941

1556 LA COMUNICACIÓN COMO PREVENCIÓN Y PROTOCOLO ANTE EPIDEMIAS SANITARIAS.
ROCIO ÁLVAREZ ÁLVAREZ, ALEJANDRA CASTRO TORRICO, NATIVIDAD PELLITERO FERNÁNDEZ Y MONTSERRAT PELLITERO FERNÁNDEZ 7951

1557 MOVIMIENTOS REPETITIVOS EN EL TRABAJO DIARIO DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y EL CELADOR. TRASTORNOS MUSCULOESQUELÉTICOS.
AIDA GARCÍA INGUANZO 7957

1558 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA CONFIDENCIALIDAD EN EL ÁMBITO SANITARIO.
MARTA MONTSERRAT FERNANDEZ IGLESIAS, INMACULADA FERNÁNDEZ CARAMAZANA Y MARIA PURIFICACION BAYON FERNANDEZ 7967

1559 BURNOUT O SINDROME DE GRAN QUEMADO
SARA MARÌA MORO VILLAR 7971

1560 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO ANTE LA VARICELA
VICTORIA CABO PÉREZ 7973

1561 OBSTRUCCIÓN DE VÍA AÉREA (OVACE) DURANTE LA CENA.
MARTA RENESES CARCEDO, JOSE MANUEL TEJERO FERNANDEZ Y SERGIO MUÑIZ DIAZ 7977

1562 AUXILIARES ADMINISTRATIVOS Y RIESGOS EN EL TRABAJO
ANA ISABEL GARCIA RODRIGUEZ 7981

1563 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LOS SERVICIOS DE INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA Y ATENCIÓN AL CIUDADANO.
ANA ISABEL GARCIA RODRIGUEZ 7985

1564 SÍNDROME DE BURNOUT.
CRISTINA COVADONGA FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, MIGUEL PALACIO SANCHEZ Y NURIA GARCÍA LAVIANA 7989

1565 DESA/DEA, INSTAURACIÓN EN ESPAÑA.
MARIA SONIA DE LAS VECILLAS SANTOS, MARÍA JOSE CASTRO HEVIA, SARA ÁLVAREZ MENÉNDEZ Y IGNACIO CRESPO MADIEDO 7993

1566 MEDIDAS DE SEGURIDAD EN INSTALACIONES ELÉCTRICAS HOSPITALARIAS
JOSE MARÍA GONZÁLEZ PEDROUZO 7999

1567 INTRODUCCIÓN DE LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y DE LAS COMUNICACIONES EN EL NUEVO MODELO DE LA ADMINISTRACIÓN ELECTRÓNICA.
MARIA SONIA DE LAS VECILLAS SANTOS, MARÍA JOSE CASTRO HEVIA, SARA ÁLVAREZ MENÉNDEZ Y IGNACIO CRESPO MADIEDO 8001

1568 DIMENSIONES DE LA CALIDAD ASISTENCIAL .
MONTSERRAT MIGUEL PICHEL Y SUSANA MIGUEL PICHEL 8007

1569 HIGIENE POSTURAL: ESPALDA SANA.
FLORENTINA ALVAREZ GUTIERREZ Y PATRICIA GUTIERREZ PANDIELLO 8013

1570 RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS.
SUSANA MIGUEL PICHEL Y MONTSERRAT MIGUEL PICHEL 8017

1571 EL CELADOR Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN DIFERENTES SERVICIOS
NURIA MARIA MONTOYA STEINLEN 8023

1572 SOPORTE VITAL BÁSICO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO.
CONRADO GARCÍA INFANZÓN 8025

1573 EL EMPLEO DE LAS HABILIDADES SOCIALES EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO.
CONRADO GARCÍA INFANZÓN 8027

1574 SALUD LABORAL DE AUXILIARES ADMINISTRATIVOS Y CELADORES DEL SECTOR SANITARIO.
EVA BEATRIZ BLANCO GUTIERREZ, MARIA DOLORES GARCIA GONZALEZ Y LIDIA FERNANDEZ BARRERO 8029

1575 LA IMPORTANCIA DEL CELADOR EN LA REHABILITACION DE LOS PACIENTES
VIRTUDES CASTRO RODRIGUEZ 8035

1576 COMPARACIÓN DE LAS POSTURAS ERGONÓMICAS DEL CELADOR Y DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO.
LIDIA FERNANDEZ BARRERO, MARIA DOLORES GARCIA GONZALEZ Y EVA BEATRIZ BLANCO GUTIERREZ 8039

1577 LA CALIDAD DE LA ASISTENCIA SANITARIA
SILVIA MARIA FUENTES MIGUEL 8045

1578 VIOLENCIA DE GÉNERO: DETECCIÓN DESDE ATENCIÓN PRIMARIA
MARÍA JOSEFA GARCÍA ALONSO Y REBECA RODRÍGUEZ GARCÍA 8049

1579 LA ATENCIÓN AL USUARIO
ANDREA RODRÍGUEZ DE LA RIVA 8055

1580 EL PERSONAL ADMINISTRATIVO Y LAS HISTORIAS CLÍNICAS INFORMATIZADAS
ANA ISABEL QUINTANAL GARCÍA 8059

1581 EL INMIGRANTE EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA
ARIANA GONZALEZ ALONSO, JESÚS ORMAZÁBAL ARIAS, NOELIA GONZALEZ CASTELLANOS, VANESA MONTILA CASTAÑÓN Y ELENA PELÁEZ ARDURA 8065

1582 EL SERVICIO DE ATENCIÓN AL CIUDADANO
MARIA PURIFICACION BAYON FERNANDEZ, INMACULADA FERNÁNDEZ CARAMAZANA Y MARTA MONTSERRAT FERNANDEZ IGLESIAS 8069

1583 IMPORTANCIA DE LAS VACUNAS EN EL PERSONAL DE LOS CENTROS SANITARIOS. SALUD COMUNITARIA.
ANGEL NOÉ GARCÍA RODRÍGUEZ Y ROGELIO ZAPICO GONZALEZ 8073

1584 COMUNICACIÓN EN SERVICIOS DE SALUD
NOELIA GONZÁLEZ GONZÁLEZ 8077

1585 MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE INFECCIÓN MAS EFICIENTES EN EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO: LAVADO DE MANOS
NOELIA GONZÁLEZ GONZÁLEZ 8081

1586 SALUD LABORAL: LA ERGONOMÍA
SANDRA ÁLVAREZ MUÑIZ 8085

1587 LA CALIDAD Y ORGANIZACIÓN HOSPITALARIA
Mª ARANCHA TERESA VÁZQUEZ 8089

1588 GESTIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN ATENCIÓN PRIMARIA
MARÍA BEGOÑA SUÁREZ DEL BARRIO 8095

1589 COMPETENCIAS EN CENTROS SANITARIOS DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO
NOELIA GONZÁLEZ GONZÁLEZ 8099

1590 ANÁLISIS DE LA LEY 41/2002 BÁSICA REGULADORA DE LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES EN MATERIA DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE
MARÍA VISITACIÓN DE LA TORRE CUERVO, MARÍA DEL ROSARIO DEL VALLE GÓMEZ, EVA MARÍA TORRES PÉREZ Y MARIA JOSE LOPEZ ALVAREZ 8103

1591 HERRAMIENTAS ÚTILES EN DOCUMENTACIÓN SANITARIA. AUXILIAR ADMINISTRATIVO
NOELIA GONZÁLEZ GONZÁLEZ 8107

1592 **ANÁLISIS DE LAS DIVERSAS TIPOLOGÍAS DE USUARIOS DE LAS DISTINTAS INSTITUCIONES SANITARIAS**
MARÍA VISITACIÓN DE LA TORRE CUERVO, MARIA JOSE LOPEZ ALVAREZ, EVA MARÍA TORRES PÉREZ Y MARÍA DEL ROSARIO DEL VALLE GÓMEZ 8111

1593 **EL IMPACTO DEL NUEVO REGLAMENTO GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS (RGPD) EN LOS SISTEMAS DE SALUD**
NURIA GARCÍA LAVIANA Y MIGUEL PALACIO SANCHEZ 8115

1594 **REPERCUSIÓN DE LA NOCTURNIDAD EN LOS TRABAJADORES DE LA SANIDAD**
JESÚS ORMAZÁBAL ARIAS, ELENA PELÁEZ ARDURA, VANESA MONTILA CASTAÑÓN, ARIANA GONZALEZ ALONSO Y NOELIA GONZALEZ CASTELLANOS 8119

1595 **EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA PROTECCIÓN DE DATOS EN EL ÁMBITO SANITARIO.**
LORENA SÁNCHEZ PÉREZ 8123

1596 **NUEVOS RETOS ANTE EL ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL Y LA E-SALUD**
MIGUEL PALACIO SANCHEZ Y NURIA GARCÍA LAVIANA 8127

1597 **PERSONAL DEL ÁMBITO SANITARIO Y SÍNDROME DE BURNOUT**
SANDRA ÁLVAREZ MUÑIZ 8131

1598 **LA HOSPITALIZACIÓN Y EL CELADOR EN LA UNIDAD**
MARIA DEL CARMEN ARIAS ROMERO, MARIA DEL ROCIO LOPEZ GUTIERREZ, ANGELES LOPEZ BERMEJO Y MARIA DEL CARMEN GARCIA FERNANDEZ 8137

1599 **LAS GUÍAS DE ACOGIDA EN LOS SERVICIOS DE SALUD: OBJETIVO, ESTRUCTURA Y CONTENIDO.**
LAURA VEDE ARBAS Y RAQUEL VEDE ARBAS 8143

1600 **FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO EN EL ÁMBITO SANITARIO.**
SILVIA MARIA FUENTES MIGUEL 8149

1601 LA NUEVA LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS: APUNTES PARA PERSONAL NO SANITARIO DE LOS SERVICIOS DE SALUD.
LAURA VEDE ARBAS Y RAQUEL VEDE ARBAS 8153

1602 PRINCIPALES FACTORES DE RIESGOS CARDIOVASCULARES EN EL PERSONAL NO SANITARIO Y SU PREVENCIÓN.
MARÍA DEL ROSARIO DEL VALLE GÓMEZ, EVA MARÍA TORRES PÉREZ, MARIA JOSE LOPEZ ALVAREZ Y MARÍA VISITACIÓN DE LA TORRE CUERVO 8157

1603 MOVILIZACIÓN DE ENFERMOS PARA CELADORES.
FÉLIX LLORENTE ÁLVAREZ 8167

1604 PREVENCIÓN DEL ESTRÉS LABORAL EN EL CELADOR.
FÉLIX LLORENTE ÁLVAREZ 8171

1605 PROTECCIÓN RADIOLÓGICA PARA EL CELADOR EN SERVICIOS DE RADIOLOGÍA. FAMILIARIZACIÓN CON TÉRMINOS COMUNES.
FÉLIX LLORENTE ÁLVAREZ 8175

1606 MOVILIZACIONES DE LOS PACIENTES
MARÍA DE LOS REMEDIOS FERNANDEZ FERNANDEZ, MANUEL ANGEL PEREZ JIMÉNEZ, MARÍA DEL CARMEN GONZÁLEZ GONZALEZ, DAVID PEREZ JIMÉNEZ Y ANA ISABEL CRESPO BLANCO 8179

1607 EL RECONOCIMIENTO MÉDICO
MARÍA DEL CARMEN GONZÁLEZ GONZALEZ, DAVID PEREZ JIMÉNEZ, MANUEL ANGEL PEREZ JIMÉNEZ, MARÍA DE LOS REMEDIOS FERNANDEZ FERNANDEZ Y ANA ISABEL CRESPO BLANCO 8181

1608 AISLAMIENTO CONTACTO
RAFAEL PEREZ CABERO, PILAR VÁZQUEZ ALVAREZ, MARÍA ELENA ALVAREZ GONZÁLEZ, JESUS GONZALEZ CASTAÑON Y ADRIAN PRENDES VÁZQUEZ 8183

1609 **PROTECCIÓN DE DATOS**
RAFAEL PEREZ CABERO, PILAR VÁZQUEZ ALVAREZ, MARÍA ELENA ALVAREZ GONZÁLEZ, JESUS GONZALEZ CASTAÑON Y NATALIA CUE ZAPICO 8185

1610 **PROTECCIÓN ANTE LA UNIDAD DE RAYOS**
NATALIA CUE ZAPICO, YOLANDA RODRÍGUEZ DIAZ, ALBERTO ALVAREZ GONZÁLEZ, SARAY VALLINA MONTES Y ADRIAN PRENDES VÁZQUEZ 8187

1611 **EL CELADOR EN LAS URGENCIAS**
ALBERTO ALVAREZ GONZÁLEZ, NATALIA CUE ZAPICO, ANA ROSA GARCÍA MENÉNDEZ, YOLANDA RODRÍGUEZ DIAZ Y SARAY VALLINA MONTES 8189

1612 **EL MANEJO DE SILLAS DE RUEDAS**
YOLANDA RODRÍGUEZ DIAZ, ALBERTO ALVAREZ GONZÁLEZ, NATALIA CUE ZAPICO, SARAY VALLINA MONTES Y ANA ROSA GARCÍA MENÉNDEZ 8191

1613 **EL SÍNDROME DEL QUEMADO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO**
SARAY VALLINA MONTES, NATALIA CUE ZAPICO, YOLANDA RODRÍGUEZ DIAZ, ALBERTO ALVAREZ GONZÁLEZ Y ANA ROSA GARCÍA MENÉNDEZ 8193

1614 **COMETIDOS ASISTENCIALES DEL CELADOR EN EL CENTRO DE SALUD.**
ADRIÁN GONZÁLEZ CEPEDAL 8195

1615 **MOBBING: ACOSO PSICOLÓGICO EN EL TRABAJO.**
ADRIÁN GONZÁLEZ CEPEDAL 8199

1616 **VACUNA ANTRIGRIPAL DURANTE EL EMBARAZO**
VIRGINIA RODRÍGUEZ MATÍAS 8203

1617 **REVISIÓN SISTEMÁTICA: HIGIENE POSTURAL EN LA ESCUELA**
MARÍA FERNÁNDEZ-GARCÍA ORTEGA Y ISABEL FERNÁNDEZ-GARCÍA ORTEGA 8207

1618 HIGIENE POSTURAL EN EL AMBITO SANITARIO
IGOR ARGÜELLO GARCIA Y ARACELI OLIVARES GARCIA 8211

1619 PREVENCION DE RIESGOS EN EL ÁMBITO SANITARIO
IGOR ARGÜELLO GARCIA Y ARACELI OLIVARES GARCIA 8213

1620 EL CELADOR EN LOS CENTROS SANITARIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA
ARACELI OLIVARES GARCIA Y IGOR ARGÜELLO GARCIA 8217

1621 TIPOS DE LAVADOS DE MANOS Y SU IMPORTANCIA
CONSUELO INMACULADA GARCÍA GARCÍA 8221

1622 ¿QUÉ ES LA VIOLENCIA DE GÉNERO?
TAMARA GARCÍA GÓMEZ 8225

1623 PROTOCOLO DE HIGIENE DE MANOS EN EL ÁMBITO SANITARIO.
ANA GARCÍA ROSARIO Y NOEMI LOBO ROSARIO 8229

1624 SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL SANITARIO.
ANA GARCÍA ROSARIO Y NOEMI LOBO ROSARIO 8233

1625 MOBBING EN EL ÁMBITO SANITARIO
PAULA VEGA BERROS, MARIA EUGENIA VEGA BERROS, ALEJANDRA GARCÍA GARCÍA Y ALEJANDRA TOMAS FERNANDEZ 8237

1626 LA COMUNICACIÓN DEL PERSONAL DEL HOSPITAL CON EL PACIENTE GERIÁTRICO
CONSUELO INMACULADA GARCÍA GARCÍA 8241

1627 DÉFICIT FORMATIVO EN LENGUA DE SIGNOS DEL PERSONAL DE CENTROS SANITARIOS.
SARA ARNIELLA FEITO, PABLO RIERA ALLER Y PAULA FERNANDEZ FEITO 8243

1628 ORGANIZACIÓN Y LIDERAZGO COMO GESTORES DEL ESTRÉS LABORAL EN CENTROS SANITARIOS.
PABLO RIERA ALLER, PABLO GARCÍA RODRÍGUEZ Y PAULA FERNANDEZ FEITO 8247

1629 **PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES ESPECÍFICOS EN EL EMBARAZO EN CENTROS SANITARIOS.**
PABLO GARCÍA RODRÍGUEZ, PABLO RIERA ALLER Y SARA ARNIELLA FEITO 8253

1630 **HABILIDADES DE COMUNICACIÓN.**
ANA GARCÍA ROSARIO Y NOEMI LOBO ROSARIO 8257

1631 **EL BURNOUT EN EL PERSONAL SANITARIO DE ATENCIÓN PRIMARIA**
ÁGUEDA GONZÁLEZ DÍAZ, NOELIA DÍAZ DÍAZ, COVADONGA ÁLVAREZ SEVILLANO, VANESA SÁNCHEZ GUTIÉRREZ Y CAROLINA DA SILVA MARTINEZ 8263

1632 **TRABAJO SOCIAL Y MALTRATO INFANTIL**
TAMARA GARCÍA GÓMEZ 8269

1633 **LA RADIOGRAFÍA DE TÓRAX EN LA UNIDAD DE UCI**
MARIA DIAZ PEREZ, HUGO MENENDEZ GARCÍA-CASTAÑON, ANA MARÍA GUERRERO VÁZQUEZ Y MARIA TERESA ALVAREZ FERNANDEZ 8273

1634 **EL TÉCNICO SUPERIOR DE IMAGEN PARA DIAGNOSTICO (TSID) EN LA PREPARACIÓN DEL PACIENTE PARA ECOGRAFÍAS**
HUGO MENENDEZ GARCÍA-CASTAÑON, ANA MARÍA GUERRERO VÁZQUEZ, MARIA TERESA ALVAREZ FERNANDEZ Y MARIA DIAZ PEREZ 8279

1635 **LA HIPERTENSIÓN E HIPOTENSIÓN ARTERIAL: ACTUALIZACIÓN DE CONOCIMIENTOS.**
NOELIA DÍAZ DÍAZ, COVADONGA ÁLVAREZ SEVILLANO, VANESA SÁNCHEZ GUTIÉRREZ, CAROLINA DA SILVA MARTINEZ Y ÁGUEDA GONZÁLEZ DÍAZ 8285

1636 **DESTREZAS BÁSICAS PARA MEJORA DE LA COMUNICACIÓN EN CONTEXTOS SANITARIOS**
ANASTASIA MONTSERRAT BENITO ROMO Y MARIA ANTONIA CAMPAL CASTAÑON 8295

1637 INCORPORACIÓN DE LAS TÉCNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN EN SANIDAD.
BEATRIZ FERNÁNDEZ MAESO 8299

1638 CARTERA DE SERVICIOS COMUNES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.
BEATRIZ FERNÁNDEZ MAESO 8305

1639 EL CELADOR Y LA ATENCIÓN AL USUARIO.
PABLO MURCIA IGLESIAS 8311

1640 ACOSO LABORAL EN EL ÁMBITO SANITARIO. TIPOS Y FORMAS.
INMACULADA VILLAVERDE MIRANDA, MARÍA JOSÉ ARBAS FERNÁNDEZ, SUSANA PINTO GARCÍA, MARIO FERNÁNDEZ SARIEGO Y CARMEN FERNÁNDEZ ÁLVAREZ 8315

1641 SÍNDROME DE BURNOUT EN EL ÁMBITO SANITARIO.
INMACULADA VILLAVERDE MIRANDA, MARÍA JOSÉ ARBAS FERNÁNDEZ, SUSANA PINTO GARCÍA, MARIO FERNÁNDEZ SARIEGO Y CARMEN FERNÁNDEZ ÁLVAREZ 8325

1642 RIESGOS PSICOSOCIALES EN EL ÁMBITO SANITARIO.
INMACULADA VILLAVERDE MIRANDA, MARÍA JOSÉ ARBAS FERNÁNDEZ, SUSANA PINTO GARCÍA, MARIO FERNÁNDEZ SARIEGO Y CARMEN FERNÁNDEZ ÁLVAREZ 8329

1643 ESTRÉS EN EL ÁMBITO SANITARIO Y SUS CONSECUENCIAS
INMACULADA VILLAVERDE MIRANDA, CARMEN FERNÁNDEZ ÁLVAREZ, MARÍA JOSÉ ARBAS FERNÁNDEZ, SUSANA PINTO GARCÍA Y MARIO FERNÁNDEZ SARIEGO 8333

1644 PROMOCIÓN A LA SALUD
CLARA ISABEL FIDALGO LOPEZ 8337

1645 EL ACOSO LABORAL
CLARA ISABEL FIDALGO LOPEZ 8339

1646 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LOS DERECHOS Y DEBERES DE LOS USUARIOS Y PACIENTES
CRISTINA MENÉNDEZ ÁLVAREZ Y MARIA SONIA IGLESIAS ÁLVAREZ 8343

1647 EL LAVADO DE MANOS HOSPITALARIO.
MARIA FRANCISCA GARCIA RODRIGUEZ 8353

1648 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA PROTECCIÓN DE DATOS
CRISTINA MENÉNDEZ ÁLVAREZ 8355

1649 EL CELADOR (EVENTUAL) Y EL SINDROME DE BURNOUT
ELISA LUCIA BUSTO BASCÓN Y ÁNGELES RODILES LANA 8363

1650 EL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL ADMINISTRATIVO DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS
BÁRBARA PÈREZ GARCÍA, RAQUEL GOMEZ CRIBEIRO Y ANA ISABEL LORENZO BRA 8367

1651 RECEPCIÓN DEL PACIENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA. HABILIDADES EN LA COMUNICACIÓN, LA EMPATÍA PROFESIONAL
MARIA BELEN FERNÁNDEZ GARCÍA, MARTA ALVAREZ ROZA Y CRISTINA ALONSO LLAMEDO 8375

1652 LAS ENFERMEDADES MÁS COMUNES EN PERSONAL ADMINISTRATIVO Y COMO COMBATIRLAS.
RAQUEL GOMEZ CRIBEIRO, BÁRBARA PÈREZ GARCÍA Y ANA ISABEL LORENZO BRA 8379

1653 LA IMPORTANCIA DE LA DIETA Y EL EJERCICIO FÍSICO TANTO PARA LOS TRABAJADORES ADMINISTRATIVOS COMO PARA LOS CENTROS SANITARIOS.
RAQUEL GOMEZ CRIBEIRO, ANA ISABEL LORENZO BRA Y BÁRBARA PÈREZ GARCÍA 8389

1654 LA ATENCIÓN AL USUARIO O PACIENTE POR EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO
CRISTINA MENÉNDEZ ÁLVAREZ 8399

1655 LAVADO DE MANOS
ÁGUEDA FERNÁNDEZ GONZÁLEZ 8407

1656 TRASTORNOS VISUALES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN ATENCIÓN PRIMARIA ANTE PANTALLAS DE VISUALIZACIÓN DE DATOS. (PVD)
PILAR MÁRQUEZ IGLESIAS, SANDRA ARCE RODRÍGUEZ, MARÍA LUZ GONZÁLEZ ÁLVAREZ, MARIA DEL MAR MARINA LÓPEZ Y MARIA ANGELES FERNÁNDEZ SEIZ 8411

1657 INFECCIONES NOSOCOMIALES
ÁGUEDA FERNÁNDEZ GONZÁLEZ 8419

1658 CASO CLÍNICO DESDE LA TERAPIA ACUÁTICA: PÁRKINSON
SILVIA FERNÁNDEZ LÓPEZ 8421

1659 TÉCNICAS DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO POR LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS
VERÓNICA RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ 8429

1660 LA FIGURA DEL CELADOR EN LOS CENTROS DE SALUD DE ATENCIÓN PRIMARIA
LOURDES FERNÁNDEZ LLOUSAS 8433

1661 LAVADO DE MANOS PARA LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES
ISABEL FERNANDEZ CARRILLO 8437

1662 FUNCIONES DEL CELADOR EN EL QUIRÓFANO.
ISABEL FERNANDEZ CARRILLO 8441

1663 RECLAMACIONES Y SUGERENCIAS DE LOS USUARIOS DE LA SANIDAD
MARÍA JOSÉ RODRÍGUEZ ESCOBIO, PABLO CARREIRA RODRÍGUEZ Y ROSANA ALONSO ORVIZ 8443

1664 PREVENCIÓN DE LAS AGRESIONES EN EL ÁMBITO SANITARIO
PATRICIA FERNANDEZ SANCHEZ, DAVID ALVAREZ TRINIDAD Y VÍCTOR MANUEL FRANCISCO FERNÁNDEZ 8447

1665 CALIDAD ASISTENCIAL EN EL ÁMBITO SANITARIO.
PATRICIA FERNANDEZ SANCHEZ, VÍCTOR MANUEL FRANCISCO FERNÁNDEZ Y DAVID ALVAREZ TRINIDAD 8451

1666 INTOXICACIONES AGUDAS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS
GLORIA MARIA RODRIGUEZ SUAREZ 8455

1667 MOVILIZACIÓN DE PACIENTES EN LOS CENTROS SANITARIOS
JESUS ALVAREZ CANO, FRANCISCO CARRIO CANCER Y PILAR CONDADO MENENDEZ 8459

1668 PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORABLES: ERGONOMÍA
ANGELA MARTINEZ LOPEZ 8461

1669 LA CALIDAD ASISTENCIAL Y SEGURIDAD AL PACIENTE POR TODOS LOS PROFESIONALES SANITARIOS Y NO SANITARIOS
ANGELA MARTINEZ LOPEZ 8467

1670 FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DENTRO DEL SERVICIO DE ADMISIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA.
MARLEN MARBAN VEGA 8473

1671 SEGURIDAD E HIGIENE EN EL TRABAJO.
MARLEN MARBAN VEGA Y RUBEN DIAZ DIAZ 8477

1672 LA IMPORTANCIA DEL TRABAJO DEL ADMINISTRATIVO EN EL CENTRO DE SALUD
MARLEN MARBAN VEGA 8479

1673 EL PERSONAL NO SANITARIO DEL CENTRO HOSPITALARIO
FRANCISCO CARRIO CANCER, PILAR CONDADO MENENDEZ Y JESUS ALVAREZ CANO 8481

1674 EL SUICIDIO DESDE EL TRABAJO SOCIAL, PREVENCIÓN Y PROVISIÓN DE APOYO PARA LAS PERSONAS SUICIDAS Y ALLEGADOS
MARINA ALVAREZ ALVAREZ, MÓNICA LÓPEZ GONZÁLEZ, LUCÍA MATEO PIÑEIRÚA Y INMACULADA FERNÁNDEZ CASTRILLÓN 8483

1675 ENFERMEDAD DE ALZHEIMER: CALIDAD DE VIDA.
SILVIA FERNÁNDEZ LÓPEZ 8491

1676 LOS PROBLEMAS LABORALES Y LOS ACOSOS
MARÍA ISABEL ROCES SIEBIERSKI 8503

1677 EL MOBBING HACIA LOS TRABAJADORES EN EL ÁMBITO SANITARIO
AVELINA INFANTES LOPEZ 8507

1678 DATOS DE CARÁCTER SENSIBLE: PROTECCIÓN DE PACIENTES Y USUARIOS DE LA SANIDAD
MARÍA JOSÉ RODRÍGUEZ ESCOBIO, ROSANA ALONSO ORVIZ Y PABLO CARREIRA RODRÍGUEZ 8511

1679 LA COMUNICACIÓN COMO HERRAMIENTA DE TRABAJO. ESTILOS DE COMUNICACIÓN, HABILIDADES SOCIALES Y COMUNICACIÓN.
MARIA FERNANDA MARTÍNEZ SÁNCHEZ 8515

1680 LA IMPORTANCIA DEL COACHING EN EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DENTRO DEL ENTORNO SANITARIO
SUSANA ALVAREZ ALONSO 8523

1681 EL TRABAJO SOCIAL COMUNITARIO COMO FACTOR DETERMINANTE PARA LA SALUD.
MARINA ALVAREZ ALVAREZ, MÓNICA LÓPEZ GONZÁLEZ, LUCÍA MATEO PIÑEIRÚA Y INMACULADA FERNÁNDEZ CASTRILLÓN 8527

1682 LA ATENCIÓN A LAS NECESIDADES PSICOSOCIALES DE LOS FAMILIARES DE ENFERMOS DE ALZHEIMER DESDE EL TRABAJO SOCIAL SANITARIO.
ANA BELEN RODRIGUEZ VALDÉS 8535

1683 TERAPIA ASISTIDA POR PERROS EN PERSONAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS.
SUSANA GONZÁLEZ MÁNTARAS 8541

1684 INTERVENCIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL EN SALUD MENTAL .
SUSANA GONZÁLEZ MÁNTARAS 8543

1685 MAMOGRAFÍA : LA TÉCNICA EKLUND.
ISABEL GARCÍA AGUDIN Y MARINA MARTÍN GARCÍA 8553

1686 TRATAMIENTO DE LOS DATOS DEL PACIENTE EN EL ENTORNO ADMINISTRATIVO.
SILVIA PÉREZ SUÁREZ 8557

1687 LA PULSERA IDENTIFICATIVA DEL PACIENTE.
CARMEN PILAR SANJULIAN MASTACHE, MARIA PILAR CARRIO CANCE Y RICARDO GUERRA GONZALEZ 8565

1688 EL PAPEL DEL TRABAJADOR SOCIAL DE SALUD CON PACIENTES DROGODEPENDIENTES
MÓNICA LÓPEZ GONZÁLEZ, MARINA ALVAREZ ALVAREZ, INMACULADA FERNÁNDEZ CASTRILLÓN Y LUCÍA MATEO PIÑEIRÚA 8569

1689 EL ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO QUIRURGICO DE UN HOSPITAL
ANA ISABEL PANIAGUA PEDRAZA Y YOLANDA SUAREZ GARCIA 8579

1690 EL ADMINISTRATIVO EN LAS CONSULTAS EXTERNAS ESPECIALIZADAS
ANA ISABEL PANIAGUA PEDRAZA Y YOLANDA SUAREZ GARCIA 8583

1691 UNIÓN ENTRE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS Y LOS ADMINISTRATIVOS
ANA ISABEL PANIAGUA PEDRAZA Y YOLANDA SUAREZ GARCIA 8587

1692 DERECHOS DEL PACIENTE .
ANGELA MARTINEZ LOPEZ 8591

1693 METODOLOGÍA PARA LA REALIZACIÓN DE LA HISTEROSALPINGOGRAFÍA
FRANCISCO JESUS FERNÁNDEZ GALLEGO 8597

1694 EL PAPEL DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO EN LA ATENCIÓN AL USUARIO.
SUSANA ALVAREZ ALONSO 8599

1695 LOS GUANTES NO ESTÉRILES
RICARDO GUERRA GONZALEZ, CARMEN PILAR SANJULIAN MASTACHE Y MARIA PILAR CARRIO CANCE 8607

1696 EL SECRETO PROFESIONAL Y SU ÉTICA EN EL ÁMBITO SANITARIO
LUZ MARINA MENENDEZ FREIJE, MARÍA MERCEDES FERNANDEZ LIRES Y SANTOS RODRIGUEZ ALVAREZ 8609

1697 EL BUEN TRATO AL PACIENTE.
RUBEN DIAZ DIAZ Y MARLEN MARBAN VEGA 8613

1698 EL CELADOR Y LAS POSICIONES ANATÓMICAS EN LA MOVILIDAD DE PACIENTES.
RUBEN DIAZ DIAZ 8615

1699 LA IMPORTANCIA DE SABER DETECTAR Y DIFERENCIAR EL MOBBING A TIEMPO.
MARTA ALVAREZ ROZA, CRISTINA ALONSO LLAMEDO Y MARIA BELEN FERNÁNDEZ GARCÍA 8617

1700 COMPORTAMIENTO DEL CELADOR ANTE UN PACIENTE TERMINAL .
RUBEN DIAZ DIAZ 8623

1701 LA IMPORTANCIA DE LA HISTORIA CLÍNICA.
PABLO CARREIRA RODRÍGUEZ, ROSANA ALONSO ORVIZ Y MARÍA JOSÉ RODRÍGUEZ ESCOBIO 8625

1702 ACCESO A LAS PRESTACIONES SANITARIAS. TARJETA INDIVIDUAL
MARÍA JOSÉ RODRÍGUEZ ESCOBIO, PABLO CARREIRA RODRÍGUEZ Y ROSANA ALONSO ORVIZ 8629

1703 **CAMBIOS DERMATOLÓGICOS EN EL POSTPARTO.**
REBECA FOLLEDO ACEBAL, ANTONIO JESUS NAVARRO GARCIA, JUDIT LÒPEZ GONZÁLEZ, CRISTINA VAZQUEZ VAZQUEZ Y ANDREA SUÁREZ BANCIELLA **8631**

1704 **MANIOBRA DE HEIMLICH EN ADULTOS.**
SANTOS RODRIGUEZ ALVAREZ, LUZ MARINA MENENDEZ FREIJE Y MARÍA MERCEDES FERNANDEZ LIRES **8637**

1705 **LA RELACIÓN DEL USUARIO CON LA ADMINISTRACIÓN A TRAVÉS DEL SERVICIO DE ATENCIÓN AL CIUDADANO**
ROSANA ALONSO ORVIZ, MARÍA JOSÉ RODRÍGUEZ ESCOBIO Y PABLO CARREIRA RODRÍGUEZ **8639**

1706 **LINFEDEMA Y TRATAMIENTO.**
GONZALO PRIETO CRISTOBAL, CRISTINA CRISTOBAL ALLER Y MARÍA PRADO FERNÁNDEZ **8643**

1707 **RADIOGRAFÍA DE TÓRAX EN PEDIATRÍA.**
PAULA LARA ANDRADE, ANA GONZÁLEZ FERNÁNDEZ Y MARTA DÍAZ FERNÁNDEZ **8645**

1708 **ESTUDIO DE LA ERGONOMÍA TEMPORAL.**
SILVIA PÉREZ SUÁREZ **8649**

1709 **EL SÍNDROME DEL BURNOUT EN EL PERSONAL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DEL ENTORNO SANITARIO**
SUSANA ALVAREZ ALONSO **8657**

1710 **EL MOBBING EN EL ÁMBITO LABORAL DEL PERSONAL NO SANITARIO**
LORENA VIGON ALVAREZ **8663**

1711 **ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL**
MARIA JESÚS LÓPEZ LIRANZO, SANDRA MARÍA ALVARÉ CAROU Y MARTA LUCÍA GARCÍA VALDÉS **8667**

1712 **RIESGOS BIOLÓGICOS EN SANIDAD**
CRISTINA LAGO MENÉNDEZ Y MARÍA JESÚS FERREIRO JIMÉNEZ **8671**

1713 EL ACOSO LABORAL EN EL TRABAJO (MOBBING)
SANDRA CASTRO GONZÁLEZ 8675

1714 REVISIÓN DE LAS TÉCNICAS RADIOGRÁFICAS ESPECIALES DE LA VÍA BILIAR.
CARLA FERNÁNDEZ SUÁREZ Y PAULA LARA ANDRADE 8679

1715 SÍNDROME DEL TRABAJADOR QUEMADO (BURNOUT)
SANDRA CASTRO GONZÁLEZ 8687

1716 IDENTIFICACIÓN Y PREVENCIÓN DE VIOLENCIA DE GENERO EN PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO
PABLO VALDÉS PALACIOS, ARACELI ESPAÑA CORTES Y CECILIA NEILA BLANCO 8691

1717 LA DISCRIMINACIÓN LABORAL SIGUE TENIENDO NOMBRE DE MUJER
MARÍA JOSÉ RODRÍGUEZ ESCOBIO, ROSANA ALONSO ORVIZ Y PABLO CARREIRA RODRÍGUEZ 8695

1718 LEUCOPLASIA PILOSA BUCAL .
MARTA DÍAZ PÉREZ 8699

1719 LA IMPORTANCIA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA.
NURIA BERNARDO FERNÁNDEZ, MANUELA BERNARDO FERNANDEZ, MIRIAM MENÉNDEZ FERNÁNDEZ, JOSE IGNACIO RODRIGUEZ VICENTE Y JAVIER CUENDE MONTERO 8703

1720 UTILIDAD DE LA TERAPIA OCUPACIONAL EN PACIENTES CON DEMENCIA EN UN CENTRO DE ESTANCIA DIURNA
SUSANA GONZÁLEZ MÁNTARAS 8707

1721 SIGNOS BUCALES DE LA DIABETES MELLITUS.
MARTA DÍAZ PÉREZ 8711

1722 PREVENCIÓN CON EL LAVADO DE MANOS.
JOSE ALBERTO FERNANDEZ GARCIA 8715

1723 LA SALUD EN EL MEDIO AMBIENTE HOSPITALARIO
ADRIÁN LÓPEZ QUINTANILLA, BEGOÑA AMIROLA GOIKOETXEA, FRANCISCO JAVIER PEDRACES FRESNO Y BEATRIZ MARTINEZ ÁLVAREZ 8719

1724 ESTRÉS EN ENTORNO LABORAL
SANDRA CASTRO GONZÁLEZ 8723

1725 REVISIÓN DE LOS ESTUDIOS DE COLON MEDIANTE RADIOLOGÍA CONVENCIONAL
ANA GONZÁLEZ FERNÁNDEZ Y BEATRIZ MATILLA MEDIAVILLA 8727

1726 LOS RIESGOS LABORALES DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO
MARIA FLOR GARCIA MARTINEZ, MARIA AURORA PORTILLA ORDOÑEZ, MERCEDES PELÁEZ DUARTE, CRISTINA HEVIA LOBO Y ANA MARIA ALVAREZ GONZALEZ 8731

1727 MUSICOTERAPIA PARA MEJORAR AL PACIENTE PALIATIVO.
ALICIA FERNÁNDEZ MARTÍNEZ, ENCARNACIÓN MOROTE MORENO, LUIS CAPARRÓS SÁNCHEZ Y ALEJANDRO RODRÍGUEZ ROZA 8735

1728 ATENCIÓN SANITARIA A PERSONAS CON DEPENDENCIA
MARÍA JOSÉ RIERA PALACIO 8743

1729 CÓMO PUEDE AFECTAR LA RELACIÓN DEL EMPLEADO CON EL LÍDER
MARIA AURORA PORTILLA ORDOÑEZ, MARIA FLOR GARCIA MARTINEZ, ANA MARIA ALVAREZ GONZALEZ, MERCEDES PELÁEZ DUARTE Y CRISTINA HEVIA LOBO 8747

1730 INFLUENCIA DE LA FATIGA MENTAL EN EL PERSONAL NO SANITARIO.
NANSI LÓPEZ GARCÍA 8751

1731 ARCHIVOS HOSPITALARIOS.
MERCEDES PELÁEZ DUARTE, CRISTINA HEVIA LOBO, MARIA FLOR GARCIA MARTINEZ, MARIA AURORA PORTILLA ORDOÑEZ Y ANA MARIA ALVAREZ GONZALEZ 8753

1732 **RIESGOS LABORALES DURANTE EL EMBARAZO.**
SANDRA CASTRO GONZÁLEZ 8757

1733 **MOVILIZACIÓN Y TRASLADO DE PACIENTES EN EL HOSPITAL .**
MARTA LUCÍA GARCÍA VALDÉS, MARIA JESÚS LÓPEZ LIRANZO Y SANDRA MARÍA ALVARÉ CAROU 8761

1734 **ENGONOMÍA: HIGIENE POSTURAL EN EL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO.**
FLOR MARIA HERRERO LOSADA, ANA FERNÁNDEZ GONZÁLEZ, SONIA FERNÁNDEZ GONZÁLEZ, ANA BELÉN SÁNCHEZ PERICACHO Y MARIA VANESSA MARGOLLES GARRIDO 8765

1735 **IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN EN EL ENTORNO SANITARIO**
FELIX ALONSO FERNANDEZ Y ALEJANDRO ALONSO FERNÁNDEZ 8773

1736 **CÓMO PREVENIR LESIONES EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO**
FELIX ALONSO FERNANDEZ Y ALEJANDRO ALONSO FERNÁNDEZ 8777

1737 **LA VIGILANCIA ESPECÍFICA DE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES.**
MARIA DEL CARMEN FERNÁNDEZ GONZÁLEZ Y JAVIER FERNÁNDEZ CRISTÓBAL 8781

1738 **RIESGOS ERGONÓMICOS EN EL TRABAJO.**
SANDRA CASTRO GONZÁLEZ 8789

1739 **EL TRATAMIENTO DE LAS SUGERENCIAS, RECLAMACIONES Y QUEJAS EN LA SANIDAD ESPAÑOLA**
RAQUEL GARCÍA CAMOIRA 8793

1740 **DIFICULTADES QUE SE ENCUENTRAN LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS EN SUS PRIMEROS DÍAS DE TRABAJO.**
JAVIER CUENDE MONTERO, MIRIAM MENÉNDEZ FERNÁNDEZ, MANUELA BERNARDO FERNANDEZ, JOSE IGNACIO RODRIGUEZ VICENTE Y NURIA BERNARDO FERNÁNDEZ 8799

1741 CONOCIMIENTOS BÁSICOS SOBRE PRIMEROS AUXILIOS EN EL ÁMBITO DEL PERSONAL NO SANITARIO.
LORENA VIGON ALVAREZ 8805

1742 ARCHIVO: CONCEPTO Y TÉCNICAS
MARTA ÁLVAREZ VEGA 8809

1743 SALUD MENTAL PERINATAL .
MARTA GONZÁLEZ GONZÁLEZ Y JAIRO VOCES OVIEDO 8811

1744 TERAPIA OCUPACIONAL EN CASO DE TRISOMIA DEL CROMOSOMA 21.
CRISTINA GARCÍA ALAS 8817

1745 HIGIENE DE MANOS EN LA COCINA HOSPITALARIA.
IVÁN BERDIALES MENÉNDEZ 8829

1746 EL PAPEL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA HUMANIZACIÓN DE LA SANIDAD
CARMEN MARÍA RIONDA MARTINEZ 8833

1747 ATENCIÓN A LA MULTICULTURALIDAD
ANA MARIA ALVAREZ GONZALEZ 8839

1748 PRECIPITACIÓN DE UNA CUBIERTA CON ATENCIÓN DEL 112
MARTA RENESES CARCEDO, SERGIO MUÑIZ DIAZ Y JOSE MANUEL TEJERO FERNANDEZ 8843

1749 LA CULTURA ECONÓMICA Y FINANCIERA EN LA SOCIEDAD DEL SIGLO XXI
ANA MARIA ALVAREZ GONZALEZ 8847

1750 LA ADMINISTRACION LOCAL Y LA UNIÓN EUROPEA
ANA MARIA ALVAREZ GONZALEZ 8851

1751 FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN SANIDAD
MARTA ÁLVAREZ VEGA 8855

1752 SERVICIO DE ATENCIÓN AL PACIENTE Y USUARIO
COVADONGA GARCIA ALONSO 8859

1753 **RIESGOS PSICOSOCIALES - ESTRÉS LABORAL**
MARTA ÁLVAREZ VEGA **8861**

1754 **EL PAPEL DE LOS TRABAJADORES EN LA PROTECCIÓN DE DATOS.**
JORGE LUIS RODRIGUEZ ALONSO Y MARIA DEL ROSARIO MONTES ESCOBIO **8865**

1755 **EL SÍNDROME DE QUEMARSE POR EL TRABAJO "BURNOUT"**
JORGE LUIS RODRIGUEZ ALONSO Y MARIA DEL ROSARIO MONTES ESCOBIO **8869**

1756 **SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.**
JORGE LUIS RODRIGUEZ ALONSO Y MARIA DEL ROSARIO MONTES ESCOBIO **8873**

Capítulo 1

TESTÍCULO RETRÁCTIL. LA IMPORTANCIA DE LA EXPLORACIÓN FÍSICA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

ELENA BAZTARRICA ECHARTE

MARIA JOSE LUMBIER MARTÍNEZ DE MORENTIN

IRENE LOSADA ÁLVAREZ

MARIA BARBER ANSÓN

LAURA CALVO BARRENA

1 Introducción

La criptorquidia es la alteración congénita más frecuente del tracto urinario, pero existen otras alteraciones como el testículo retráctil que requiere vigilancia periódica por el posible desarrollo de complicaciones. De ahí radica la importancia de que la exploración física del paciente pediátrico incluya siempre la exploración testicular y el reflejo cremastérico.

2 Objetivos

Establecer la importancia de la exploración física en el paciente pediátrico, en concreto a propósito de este caso, la región testicular.

3 Caso clínico

Presentamos el caso de un varón de 7 años de edad sin antecedentes de interés y exámenes de salud normales, que acude con su madre a la consulta del centro de salud por presentar un bulto en región de pubis de unas horas de evolución. No presenta dolor ni fiebre ni ninguna otra sintomatología asociada. En la exploración física el paciente no muestra postración y el triángulo de evaluación pediátrica (apariencia, respiración y circulación) es normal. Presenta una auscultación cardiopulmonar normal y un abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación, sin masas ni megalias. En región pubiana se aprecia a la palpación la presencia de una masa de contornos bien definidos, blanda, no dolorosa a la palpación. La exploración escrotal muestra ambas bolsas escrotales vacías, sin testes en su interior.

4 Discusión-Conclusión

El testículo retráctil consiste en un testículo que puede desplazarse a una posición supraescrotal, a lo largo del canal inguinal, generalmente tras la estimulación del reflejo cremastérico, que es un reflejo normal de protección y termorregulación. En la exploración física la bolsa escrotal estará vacía y en ocasiones puede palparse el testículo a lo largo del canal inguinal. Un examen cuidadoso y con el paciente relajado permitirá descender el testículo hasta el escroto. La maniobra consiste en deslizar el teste desde un punto inmediatamente medial a la espina ilíaca anterosuperior ipsilateral, hacia distal y medial, en sentido paralelo al canal inguinal, y recibirlo permitiendo que se aloje y permanezca en la bolsa escrotal.

Es importante establecer diferencia entre el testículo retráctil (en ascensor) o el testículo no descendido (criptorquidia), que es aquel que no se encuentra en el escroto ni puede ser descendido con maniobras. La importancia radica en que la criptorquidia no tratada predispone a infertilidad, hernia inguinal, torsión testicular, traumatismos abdominales por compresión contra pubis y cáncer testicular, entre otros. En este caso el tratamiento quirúrgico debe no demorarse y debe programarse una orquidopexia lo antes posible (localizar el testículo, descenderlo y fijarlo a bolsa escrotal). En cambio, en el caso del testículo retráctil, la clínica suele desaparecer antes o durante la pubertad en la mayoría de los casos. No obstante es preciso hacer un seguimiento del paciente ya que en caso de que no se aprecie mejoría el paciente debe ser tratado también quirúrgicamente.

5 Bibliografía

1. Christopher S Cooper, MD, FACS, FAAP, Steven G Docimo, MD.Undescended testes (cryptorchidism) in children: Management. UpToDate. https://www.uptodate.com
2. Christopher S Cooper, MD, FACS, FAAP, Steven G Docimo, MD.Undescended testes (cryptorchidism) in children: Clinical features and evaluation.UpToDate. https://www.uptodate.com
3. Rostion CG. Testículo no descendido. Rev. chil. pediatr. 2000; 71.

Capítulo 2

DOS CASOS DE ERITEMA AB IGNE

IRENE MADERUELO RIESCO

CARLOS TARRAZO TARRAZO

DESIRÉE PÉREZ MARTÍNEZ

1 Introducción

El eritema ab igne es una lesión cutánea secundaria a la exposición a una fuente de calor local.

2 Objetivos

Presentar dos casos clínicos de eritema ab igne exponiendo su manejo clínico más aceptado.

3 Caso clínico

El primero trata de un varón de 84 años ingresado para estudio de anemia. Presenta una hiperpigmentación cutánea de distribución reticular en región lumbar de años de evolución, donde refiere aplicar con frecuencia una manta eléctrica para tratamiento de dolor lumbar crónico, compatible clínicamente con eritema ab igne (Figura 1).

El segundo caso es una mujer de 32 años ingresada para estudio de dolor abdominal. Presenta zonas de hiperpigmentación cutánea reticular en cara interna de

ambos miembros inferiores, compatibles con eritema ab igne (Figura 2). Refiere presentarlas desde hace años y lo relaciona con la aplicación de calor local por estufa eléctrica.

4 Discusión-Conclusión

El diagnóstico es fundamentalmente clínico 3, 4 y los hallazgos histopatológicos son inespecíficos, debiendo realizarse diagnóstico diferencial principalmente con la livedo reticularis y con otras entidades como cutis marmorata o dermopatía diabética 2.

Suelen resolverse espontáneamente tras la interrupción de la fuente de calor y tienen buen pronóstico, aunque si se mantiene la exposición las lesiones pueden ser irreversibles, habiéndose relacionado con el desarrollo de neoplasias malignas cutáneas, principalmente carcinoma epidermoide 1, 2.

Aparte de la suspensión de la fuente de calor se han ensayado otros tratamientos tópicos como corticoides o retinoides con respuesta variable 2.

5 Bibliografía

1. Cabrera A, Beâ S, Medina S, Trasobares L. Eritema ab igne. Reumatol Clin. 2016 Jul-Aug;12(4):233-4.
2. Vázquez-Osorio I, Blanco-Quirós C, Rodríguez-Díaz E. Eritema ab igne: algo más que una dermatosis autolimitada. Piel.
3. Civit M. C, Pubill N, Porcel J. M. Eritema ab igne. FMC. 2012; 19 (4): 246
4. Thomas Smith, Vinod E. Nambudiri. Erythema ab igne. Cleve Clin J Med. 2018 Feb;85(2):96-97

Capítulo 3

HIPERURICEMIA Y GOTA

ELSA GONZÁLEZ REDONDO

NURIA FERNÁNDEZ GUTIÉRREZ

LAURA LLORIAN GONZALEZ

ALBERTO GONZALEZ VAZQUEZ

NOELIA GARCÍA GONZÁLEZ

1 Introducción

1. Fisiología de la hiperuricemia:
- Aumento de la síntesis de ácido úrico:
Nefrolitiasis.
Defectos encimáticos(HX).
Aumento del catabolismo de las purinas (alcohol).
- Disminución de la excreción de ácido úrico : el 90%.
Aumento de reabsorción renal: Diuréticos.
Disminución de secreción renal, por aumento de ácidos que compiten con el úrico por el transporte tubula.
- Disminución de la filtración glomerular : Insuficiencia renal.

2. Gota:
- Inflamación articular por depósito de urato monosódico.
- Artritis inflamatoria más común.

Ataque agudo:

- Artritis muy dolorosa monoarticular: extemidades inferiores (50% primera MTF).
- Poliarticular y fiebre.

Puede haber síntomas sistémicos (pueden sugerir artritis séptica):
- Fiebre.
- Leucocitosis.
- Aumento del VSG.

Desencadenantes:
- Ingesta purinas (carne y marisco). Vísceras, embutidos.
- Consumo de alcohol: CERVEZA.
- Cambios bruscos de uricemia. Importancia tomar tto.
- Enfermedades hematológicas: linfo-mieloproliferativas, quimio, MM, policitemia, anemia.
- IRC.
- Psoriasis.
- FÁRMACOS: tiazidas, etambutol, AAS a dosis baja, pirazinamida, ciclosporina, levodopa.
- Cirugía, traumas deshidratación… estrés.
- Otros: acidosis láctica, Down, hiperparatiroidismo, sarcoidosis. Prostaglandinas.
El 90% de los pacientes con atropatía gotosa tienen disfunción Renal:
- Aguda por ácido úrico:
IRA por obstrucción bilateral, aporte masivo de úrico.
Profilaxis previa a citotóxicos: aloprurinol, alcalinizar la orina para evitar depósito, uso de uricolíticos como pegloticasa.
- Nefrolitiasis:
Si uricosuria > 1100mg/d: 50% piedras.
Uricemia > 13: 50% piedras.
Mayor incidencia de litiasis cálcicas.
- Nefropatía gotosa (SÍNTOMA TARDÍO): obstrucción además de infiltración y fibrosis medular. Desarrollo de HTA.

3. Diagnóstico:
- Sospecha clínica: Cuadro clínico compatible + hiperuricemia (>7mg/dl hombres y >6mg/dL mujeres).
La uricemia puede ser normal o baja durante el ataque agudo confirmar a las 3 semanas.

- Definitivo : Artrocentesis. Cristales en el 25-30% de hiperucemias asintomáticas, preceden al primer episodio.

Criterios a favor del diagnóstico en la práctica diaria:
Varón, ataques repetidos, inflamación máxima a las 24h,, unilateral de 1ª MTF, tofos, hiperuricemia, quistes sin erosiones en Rx, cultivo negativo, inicio nocturno, buena respuesta a colchicina en 48h:
- Rx: no útil. Al principio aumento de partes blandas. A la larga destrucción sin tratamiento adecuado.
- ECO: depósitos de cristales:
- Hiperecogénicos: líneas paralelas a la cortical ósea: SIGNO DEL DOBLE CONTORNO.
- Agregados en áreas articulares, periarticulares o tendinosas rodeados de un halo hipoecogénico: TOFOS.
- DECT.

Diagnóstico diferencial: artritis por cristales de pirofosfato cálcico (pseudogota, tratamiento de gota no efectivo), artritis séptica, reactiva o psoriásica. En gota poliarticular valorar artritis reumatoide y espondiloartritis.

2 Objetivos

- Actualización tras revisión bibliográfica , de pautas clínicas y tratamiento.
- Definición de caso, diagnóstico y conveniencia de profilaxis y tratamiento.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Consideraciones en el tratamiento:

¿Cuándo tratar una hiperuricemia asintomática?
- Con uricemia> 12-13 y uricosuria > 1 g / día
- QT/ Litiasis / antecedentes familiares

Objetivo:
- Uricemia < 6 en general.
- < 5 en poliarticular, destrucción articular o tofos.

Tratar procesos asociados: HTA (losartán y amlodipino, evitar diureticos y BB), dislipemia (atorvastatina o fenofibrato), enfermedad vascular y psoriasis.

Indicaciones de tratamiento crónico:
- Uricemia > 13
- Tofos.
- Ataques repetidos de gota.
- Fallo renal.
- Profilaxis en pacientes que reciben cistostáticos / QT / discrasias sanguíneas.
- IXAO: De elección Alopurinol : 50-100 mg/dia , máx 800. Ajustar rn IR y subir progresivamente. Modificación d eeficacia con la dieta. Hipersensibilidad e interacciones medicamentosas. Aumenta INR. Elevación de transaminasas.
- Como segunda linea Febuxostat: caso de no tolerar alopurinol. 40 mg inicilaes , max 120. NO requiere ajuste IR y EH leves. No se modicifa con dieta, aines o ACos.
- Contraindicado en cardiopatía, o usado con teofilina , azatioprina o mercaptopurina por toxicidad medular. Más caro. Efectos secundarios potencialmente más graves.(Anafilaxis, Steven – Johnson).

Uricosúricos:
- Benzbromarona o probenecid.
- Menos utilizados. (URAT1).
- Benzbromarona: 40 mg inicial, mantenimiento a 100. Hepatotóxica. Prescripción atención especializada. Indicada en fallo de tratamiento o gota grave.

Indicaciones: no litiasis, < 60 años , FR conservada, no antecedentes de cálculos , ingesta hídrica correcta, uricosuria <600, trasplantados renales.

Refractariedad: + LESINURAD (reabs) / PEGLOTICASA (destrucción grave).

Prevención de crisis:
- Asociar al hipouricemiante.
- Solo Colchicina 0,5- 1 mg / d si función renal preservada.
- Alternativas: AINEs a dosis bajas o corticoides 5 mg / d / 6m.

Ningún AINE ha demostrado ser más eficaz que el resto encrisis aguda.

La eficacia de la ACTH IM se considera equivalente a los corticoides (solo en intolerancia).

Eficacia de los corticoides = AINEs (y menos efectos secundarios).: prednisolona 30-40 mg/d; metilprednisolona 0.5-2 mg/kg i.v o i.m en monodosis:
- AINEs = iCOX 2, estos presentan menos efectos secundarios (GI).
- ACTH IM se ha demostrado mucho más eficaz que los AINEs. Poco práctico y experiencia.

5 Discusión-Conclusión

- Mantener el alopurinol si estaba siendo usado en el momento de la crisis.
- Paracetamol, metamizol y tramadol como RESCATE.
- Evitar AAS y tiazidas en gotosos.
- Remarcar la importancia de tomar bien el alopurinol: durante años, tras las comidas porque interacciona con los alimentos, no hasta un mes después de la crisis de gota y NO DEJAR DE TOMAR porque desencadena crisis.
- Importante asociar al tratamiento hipouricemiante profilaxis de ataques agudos (variación niveles de úrico > desencadenamiento de crisis > disminución de la confianza del paciente y su cumplimentación del tto).
- No automedicarse.
- Duración tratamiento: información insuficiente. Autores defienden 5 años si no hay nuevas crisis / otros defienden que toda la vida.
- Validez de corticoides como tratamiento de primera elección.

6 Bibliografía

- Abhishek, A., Roddy, E. and Doherty, M. (2017). Gout – a guide for the general and acute physicians. Clinical Medicine, 17(1), pp.54-59.
- Fisterra.com. (2019). Guía clínica de Artritis gotosa e hiperuricemia. [online] Available at: https://www.fisterra.com/guias-clinicas/artritis-gotosa-hiperuricemia/

[Accessed 2 Dec. 2019].
- Alberto García Guerrero (2019). Manual Curso Intensivo MIR Asturias. Reumatología. pp.123-127.
- SEMFYC (2019). Guía práctica de la salud: Unidad 11: enfermedades del metabolismo. 11.13: ácido úrico y gota. Hiperuricemia.
- Perez-Ruiz F, e. (2019). Treat to target in gout. - PubMed - NCBI. [online] Ncbi.nlm.nih.gov. Available at: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29272512 [Accessed 3 Dec. 2019].
- Qaseem A, e. (2019). Management of Acute and Recurrent Gout: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. - PubMed - NCBI. [online] Ncbi.nlm.nih.gov. Available at: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27802508
[Accessed 3 Dec. 2019].

Capítulo 4

ENDOCARDITIS BACTERIANA ASOCIADA A PROBLEMAS ORALES Y / O DENTALES.

HENAR FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

La endocarditis bacteriana (EB) es una patología inflamatoria que ocurre en el revestimiento interno del corazón (endocardio) y en las válvulas secundaria a fenómenos infecciosos, la cual puede tener consecuencias graves para el individuo. Se requiere tratamiento médico prolongado y, en algunos casos, quirúrgico; aunque su prevalencia es más baja en niños que en adultos, su incidencia en pacientes pediátricos podría aumentar por la mayor sobrevida de los infantes con malformaciones cardiovasculares.

Las infecciones odontológicas son aquellas originadas a partir de los dientes o de los tejidos que los rodean íntimamente, progresando a través del periodonto hasta el ápice, afectando al tejido óseo periapical y diseminándose posteriormente a través del hueso y periostio hacia estructuras próximas o distantes. Su importancia radica en que pueden ser un foco de transmisión de la infección a distancia y producir complicaciones graves con manifestaciones sistémicas que pueden, en último término, poner en peligro la vida del paciente.

2 Objetivos

El objetivo que se pretende alcanzar con este trabajo es informar sobre la repercusión que puede tener los problemas orales y/o dentales, los cuales muchas veces se les hace caso omiso, sin saber que pueden desencadenar una patología bastante más seria. Esto ocurre porque las bacterias viajan por el torrente sanguíneo y se depositan tanto en las válvulas como en el endocardio provocando esta patología.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Bibliografía

1- Taib R, Penny DJ. Infective Endocarditis. En: Anderson RH, Baker EJ, Redington A, Rigby ML,
Penny DJ, Wernovsky G. Paediatric Cardiology. 3ra ed. Londres: Churchill Livingstone; 2010. p. 1135-46.
2- Bascones Martínez A, Muñoz Corcuera M, Bascones Ilundain J. Infecciones orales y endocarditis infecciosa. Med Clin (Barc) [Internet]. 2012 [citado Mar 2016].
3- Habib G, Lancellotti P, Antunes MJ, Bongiorni MG, Casalta JP, Del Zotti F, et al. Guidelines for the management of infective endocarditis. Eur Heart J [Internet]. 2015 [citado Feb
2015]

Capítulo 5

MANEJO DEL DOLOR LUMBAR EN ATENCIÓN PRIMARIA.

LAURA LLORIAN GONZALEZ

ALBERTO GONZALEZ VAZQUEZ

NOELIA GARCÍA GONZÁLEZ

ELSA GONZÁLEZ REDONDO

NURIA FERNÁNDEZ GUTIÉRREZ

1 Introducción

Se define como el dolor localizado en la región lumbar vertebral o paravertebral entre las últimas costillas y el pliegue glúteo:
- Se trata de una patología con elevada prevalencia en adultos, siendo más frecuente en mujeres.
- Se considera el segundo motivo de consulta en AP.
- Se trata de la primera causa mundial de discapacidad.
- Es más frecuente en mujeres.
- Evoluciona frecuentemente hacia la cronicidad.

Tipos de dolor lumbar:

A) Según el patrón clínico:
1. Dolor mecánico:

- Inicio súbito
- Empeora con el ejercicio
- Predominio diurno
- No rigidez matinal
- Limita la movilidad

2. Dolor inflamatorio:
- Progresivo
- Mejora con el ejercicio
- Predominio nocturno
- Rigidez matinal

B) Según la causa:
-Dolor tumoral o infeccioso: es constante.
-Enfermedades reumáticas: Espondilitis anquilosante, artritis reactiva (síndrome de Reiter), artritis psoriásica, artritis por enfermedad inflamatoria intestinal
-Dolor por fractura: tras traumatismo ; mejora en reposo
-Dolor referido: origen visceral o vascular :No se modifica con el reposo.
-Dolor neurológico: distribución por dermatomas , asocia cambios sensitivos o atrofia muscular.
-Dolor psicógeno: conducta superreactiva en la verbalización y exploración del dolor

Anamnesis:
- Tener en cuenta factores como la edad, sexo, actividad laboral y física, antecedentes traumáticos, médicos y quirúrgicos.
- Preguntas a relizar: ¿dónde le duele?, ¿desde cuándo? , ¿lo relaciona con algo? ¿ desaparece en reposo?, ¿cómo mejora?; ¿qué limitaciones le produce?.

Exploración física:

1. Inspeccion :
Estudio de la estática vertebral:
-Simetría escapular y de los hombros
-Pliegues del talle.
-Báscula pélvica.
-Hiperlordosis, hipercifosis.
-Dismetrías de miembros inferiores.

2. Palpación/percusión:
- Apófisis espinosa, facetas porteiores, crestas iliacas, sacroiliacas , trocánteres.
- Tiene baja fialbilidad .

3. Estudio de la marcha:
- En la afectación de L5 no puede andar de talones
- En la afectación de S1 no puede anadra de puntillas.

4. Estudio de la dinámica lumbar:
- Inducir a la flexión y rotación activa de la columna lumbar.
- Estas pruebas tiene baja fiabilidad

5. Exploración Neurológica:
-Exploración sensitiva.
-Exploración motora:

• Signo de Lasegue:
- Irritación de raíz L5ó S1.
- Elevación de la pierna con la rodilla extendida.
- No existe Lasegue por encima de 60º
- Comparar siempre con miembro contralateral.
• Signo de Bragard: Elevacion con rodilla extendida forzando pasivamente hiperextensión del tobillo.Indica irritación nerviosa.
• Maniobra de Lasegue contralateral: Se considera + si aparece dolor en el territorio del ciático de la pierna afecta.
• Maniobra de Lasegue sentado: implica irritación nerviosa.
• Signo de Lasegue invertido: Indica irritación nerviosa L3-L4. En decúbito prono elevar miembro con rodilla flexionada.
• Prueba de Goldthwait: En decúbito supino el explorador eleva pasivamente la pierna del paciente; si se produce dolro sin irradiación, se considera que no hay radiculopatía.
• Prueba de Patrick: Flexión+abduccion+rotación externa. Si hay dolor posterior, afectación sacroliliaca; si hay dolor inguinal, afectación coxofemoral; si hay dolor lateral, afectación trocantérea y si hay dolor interno, afectación de aductores.
-Reflejos cutáneos y osteotendinosos: Sospechar afectación de si hay allteracion del reflejo rotuliano y, de S1 si se altera el reflejo aquíleo

Pruebas complementarias:
- La realización de pruebas complementarias debe basarse en la sospecha clínica.

- Sí están indicadas en caso de síntomas de compresión medular , déficit neurológico, sospecha de infección vertebra, antecedentes de cáncer o sospecha de fractura.
- No están indicadas en la valoración inicial de lumbalgia aguda o dolor radicular sin signos de alarma.

La tres pruebas de imagen principales son:
-Radiografía simple: fractura vertebral, espondilitis anquilosante, cáncer, o infección.
-RM: para evaluar patología del disco intervertebral.
-TC: para el estudio de estructuras óseas en estenosis de canal , fractura o patología facetaria.

Las pruebas de laboratorio tienen poco interés , salvo sospecha de cáncer, infección o enfermedad reumática.

La electromiografía estaría indicada en caso de déficit neurológico severo/progresivo y ante dudas previas a cirugía de radiculopatías.

La gammagrafía ósea puede ser útil ante sospecha de neoplasias o fracturas con radiografía simple normal

Tratamiento:
1. Tratamiento no farmacológico :
- Reposo /actividad: Las guías de práctica clínica recomiendan mantener la actividad si es posible y la pronta recuperación de la actividad laboral.
- Ejercicio: No existe evidencia significativa de su eectividad en el tratamiento, aunque sí ayuda a prevenir las recidivas.
- Técnicas de relajación, yoga, pilates, tai-chi: existe baja evidencia sobre su efectividad. Son más útiles en caso de dolor lumbar crónico.
- Terapias con calor, masajes: pueden mejorar el dolor agudo a corto plazo, aunque la evidencia es baja.
- Acupuntura: algunos estudios muestran mejoría, aunque con evidencia baja.
- Psicoterapia: Evidencia moderada en el dolor crónico inespecífico.

2. Tratamiento farmacológico:
- AINES: de primera elección en lumbalgia aguda, ciática y ciclos cortos en lumbalgia crónica. Siempre individualizar el tratamiento en función del paciente.
- Paracetamol: no hay evidencia de efectividad en dolor lumbar agudo . La guía

NICE recomienda utilizarlo con opioides débiles si los AINES están contraindicados o son ineficaces.
- Metamizol. Puede producir aplasia medular. No hay evidencia científica.
- Relajantes musculares: se recomiendan los no benzodiacepínicos. Son útiles en lumbalgia aguda asociados o no a AINES. No recomendados en lumbalgia crónica.
-Opiáceos débiles (codeína, tramadol): el tramadol se recomienda como segunda opción en dolor lumbar agudo, dolor neuropático y dolor lumbar crónico. Se recomiendan tratamientos cortos.
-Opiáceos mayores : se indican en dolor moderado severo en el que han fracasado otros tratamientos. Utilizar la dosis mínima eficaz.
-Antidepresivos y antiepilépticos: No se recomiendan antidepresivos en el dolor lumbar agudo. La duloxetina sí está indicada en la lumbalgia crónica. La amitriptilina es útil en el dolor neuropático.
La pregabalina y la gabapentina se utilizan en el dolor lumbar crónico y en el neuropático.
-Corticoides: aunque su efectividad no está demostrada, sí se utilizan en la práctica clínica diaria.

3. Terapias intervencionistas: Las inyecciones epidurales de anestésicos y esteroides o la denervación por radiofrecuencia son técnicas utilizadas en las unidades del dolor, con resultados variados.

4. Cirugía: Se utiliza como última alternativa en el dolor lumbar crónico inespecífico que no ha respondido a los tratamientos conservadores , siendo la técnica más usada la fusión vertebral. La discectomía está indicada en la radiculopatía por hernia discal con dolor e e incapacidad severa y/ o progresiva. La laminectomía descompresiva se utiliza en casos graves y progresivos de síndrome de cola de caballo o de estenosis de canal.

2 Objetivos

Conocer los tipos de dolor lumbar más prevalentes en Atención Primaria, así como los métodos diagnósticos y tratamientos más efectivos y que han sido respaldados por la evidencia científica.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La importancia del manejo del dolor lumbar radica en hacer un buen diagnóstico del mismo, siendo el apartado de la exploración física el más importante al respecto.

Las espectativas de mejoría están relacionadas con la etiología del mismo, así como con su evolución. Así, en el dolor crónico inespecífico existe poca evidencia científica en el resultado de los tratamientos, tanto farmacológicos, como no farmacológicos.

5 Discusión-Conclusión

El dolor lumbar es una de las patologías más prevaleces y que originan un gran porcentaje de consultas en Atención Primaria. Más del 80% de la población sufre dolor lumbar alguna vez en su vida. genera un coste económico enorme tanto directo como indirecto.

Las guías clínicas actuales describen los diferentes tipos de dolor, su diagnóstico y tratamiento en cada caso, con resultados controvertidos en cuanto la evidencia científica de los mismos.

6 Bibliografía

-BardinLD.King P.Mager.Diagnostictriage for lowback pain: a practical approach for primary care.Med JAust.217;206:266-73.Pubmed PMID: 28359011.
-Chaparro LE, Furlan AD.Deshpande A. Mailis-Cagnon A,Atlas S, Turk DC.Opiods compared to placebo other treatments for chronic low-back pain. Crochane Database Syst Rev 2013;(8)CD004969.Pubmed PMID 23983011.

-Humbria Mendiola A. Carmona L. Peña Sagredo JL.Ortiz AM; Grupo de estudio EPISER. Impacto poblacional del dolor lumbar en España: resulados del estudio EPISER . Rev Eso. Reumatol.2002.29(10); 471-8.
-Perez torres F;Perez Caballero P; Nuñez-Cornejo Palomares C; Ibáñez Julia MJ;Lopez Buades TL;Juliá Mollá C, et al. Lumbalgia En: Belmomte MA; CastellanoJA, RomanJA, Rosa JC, editores. Enfermedades reumáticas. Actualización SVRII. Valencia SVR; 2013;p.741-68. Disponible en : http://www.svreumatologia.com/enfermedades-reumaticas-2.
-Torres LM. Jimenez AJ, Cabezon A, Rodriguez MJ y el grupo de estudio Columbus. Prevalencia del dolor irruptivo asociado al dolor crónico por lumbalgia en Andalucía (estudio COLUMBUS) Rev Soc Esp del dolor 2017;24(3):116-24.
-WilliamsCM, HenschekeN,Maher CG,Van Tulder MW,Koes BW, Macalkill p, et al.Red flags to screen for vertebral fracturing patients presenting with low-back pain. Cochrane Database syst Rev 2013(1) CD008643.Pubmed PMID: 23440631.

Capítulo 6

GUÍA DE USO CORRECTO DE DISPOSITIVOS PARA INHALACIÓN.

ALEJANDRO ARCE RODRIGUEZ

JULIETA ALONSO SOTO

ZAIDA GARCÍA BURON

ROSA MARIA GALLARDO EXPOSITO

RICARDO ELORRIAGA CLARACO

1 Introducción

La administración de fármacos por vía inhalatoria constituye la base del tratamiento de los pacientes con Enfermedad pulmonar Obstructiva crónica (EPOC) y Asma. Dada la elevada prevalencia de estas enfermedades, la prescripción de estos fármacos constituye una parte significativa del gasto sanitario. Todos los sistemas de administración de fármacos inhalados requieren un período de aprendizaje por parte del paciente y es frecuente el mal uso, por lo que es muy importante la enseñanza en el manejo por parte de los sanitarios.

La incorrecta utilización de estos dispositivos está asociada al mal control del asma ,a la mala evolución del EPOC y al aumento del consumo de recursos.

El entrenamiento de pacientes es esencial para conseguir que el fármaco usado se deposite en el pulmón, por lo que es importante que el sanitario conozca su uso correcto para detectar y evitar los errores en la administración.

Error en el uso de inhaladores:
- No realizar la espiración previa a la utilización del inhalador
- No realizar la apnea después de la inhalación
- No realizar bien la coordinación entre inhalación y la pulsación del dispositivo por mala técnica o por no tener capacidad inspiratoria suficientez
- No quitar la tapa
- Pulsar directamente en la boca y luego inspirar
- No agitar los dispositivos antes de su uso, por lo que no se consigue una adecuada dispersión del propelente y del medicamento
- No sellar bien la boquilla con los labios
- No mantener el inhalador en posición vertical
- Hacer la inspiración con la nariz en vez de con la boca
- Errores al cargar (la cápsula, giro, cierre, apertura completa de la tapa)

La utilización de cámaras espaciadoras, aunque evita la necesidad de coordinación y disminuye el depósito orifaríngeo del fármaco, no está exenta de errores en su uso, pues sobre todo los ancianos, tienen dificultad para el correcto ensamblaje del inhalador con la cámara.

2 Objetivos

-Educar al paciente en el uso correcto de inhaladores.
-Adquirir información y habilidades en el autocuidado.
-Conseguir una técnica eficaz.
-Conseguir efectividad en el tratamiento

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se ha recurrido a una revisión bibliográfica de varios artículos científicos, de revistas especializadas, varias recomendaciones clínicas, así como revisión de documentación en diversas bases de datos como PubMed, Cochrane, fisterra, google académico. Se analizaron un total de 10 artículos . Los descriptores utilizados fueron uso de inhaladores, errores de administración, EPOC y asma

4 Resultados

Métodos de utilización :

1. Aerosoles en cartuchos presurizados:
-Destapar el cartucho y ponerlo vertical en forma de L
-Sujetar el cartucho entre los dedos índice y pulgar y agitar enérgicamente
-Realizar una inspiración lenta y profunda
-Colocar la boquilla del cartucho íntegramente en la boca, cerrándola alrededor
-Inspirar lentamente por la boca. La lengua en el suelo de la boca, no debe tapar la salida del medicamento
-Al iniciar inspiración, presionar cartucho y seguir inspirando lento y profundo
-Retirar de la boca y aguantar 10sg la respiración
-Si es preciso administrar más dosis esperar 30 sg
-Cerrar y guardar

2. Inhaladores de polvo seco unidosis. Los más usados son : Accuhaler y Turbuhaler:

Accuhaler:
- Abrir el dispositivo hasta donde haga tope
-Deslizar la palanca hasta oir un clic
-Espirar profundamente con el dispositivo alejado de la boca
-Colocar en la boca la boquilla e inspirar progresiva e intensamente
-Retirar y aguantar aire 10sg
-espirar lentamente por la nariz
- si se precisa otra dosis esperar 30 sg

Turbuhaler:
-Agitar fuertemente y colocarlo en forma de L vertical
-Quitar la tapa
-Girar la base, primero hacia la derecha y luego hacia la izquierda, tras esto se oirá un click
-Vaciar todo el aire de los pulmones a través de una expiración lenta y profunda
-Colocar la boquilla en la boca, sujetando con los dientes y cerrando alrededor con los labios
-Inspirar lenta y sostenidamente, el dispositivo se dispara automáticamente una vez iniciada la inspiración
-Retirar de la boca, y aguantar respiración 10 sg
-Esperar 30sg si fuera necesario repetir
- Tapar y guardar

3. Cámaras de inhalación:
-Paciente incorporado

-Destapar el cartucho, ponerlo en posición vertical y agitarlo
-Acoplar el cartucho en el orificio de la cámara
-Hacer una espiración lenta y profunda
-Hacer una pulsación del cartucho
-Inspirar a través de la cámara o si nio es posible cinco o seis veces para asegurar el vaciado de la cámara
-Esperar 30sg si hay que repetir

Además de enseñar al paciente el manejo de los inhaladores y su mantenimiento, debe instruirle también en los siguientes aspectos:
- Después de cada inhalación de medicamento, enjuagar la boca y hacer gárgaras con agua, especialmente con los corticoides para prevenir candidiasis orofaríngea.
- Si se está tomando simultáneamente un corticoide y un broncodilatador, usar primero el broncodilatador y 10-20 minutos después el corticoide.

5 Discusión-Conclusión

Debemos destacar que aunque en los últimos años se han producido notables mejoras técnicas que facilitan el uso de dispositivos, aún existen muchos errores que son fácilmente corregibles .Es importante que el personal sanitario posea un grado de conocimientos adecuado para poder instruir correctamente al paciente, ya que de ello depende en gran medida la eficacia del tratamiento.

Es muy importante una adecuada educación sanitaria para el adiestramiento en el manejo de los inhaladores y en la detección de errores en el uso .También es conveniente revisar periódicamente las técnicas de inhalación.

6 Bibliografía

1. Area de asma de SEPAR, área de enfermería de SEPAR, Departamento de asma de ALAT. Consenso SEPAR-ALAT sobre terapia inhalada. Arch Bronconeumol. 2013; 49(supl 1): 2-14.
2.GEMA. Guía española para el manejo del asma. arch Bronconeu- mol. 2015;51 (Supl 1):2-54.
3.Systematic re- view of Errors in inhaler Use. has Patient technique improved over time chest. 2016 aug;150(2):394-406. doi: 10.1016/j. chest.2016.03.041. Epub 2016 apr 7.

4.Naberán KX, Calvo E, García L, Hernández MF et al. Factores de riesgo. Manejo del asma en atención Primaria. Recomendaciones SemFYC. Edide, Barcelona 1996;13-18
5. Caffarelli C, Cavagni G, Giordano S, Terzi V, Perrone F. Reduced pulmonary function in multiple food-induced, exercise-related episodies of anaphylaxis. J Allergy Clin Immunol 1996; 98: 762-765.
6. Muñoz Cernada A. Inhaladores de polvo seco para el tratamiento de las enfermedades respiratorias: Parte I. Rev Cubana Farm [Internet]. Agosto de 2006 [citado el 31 de Enero de 2017]; 40 (2).
7. De las Salas Martínez Roxana P ., Mendoza Ballesteros SP ., Montenegro Hernández N., Hernández Cantillo MM., Saavedra Jiménez Andrea K., Díaz Agudelo D. Uso de inhaladores de dosis medida en pacientes adultos: Necesidad de educación dirigida por enfermería. Salud, Barranquilla [Internet]. Mayo de 2014
8. Sobradillo V, Miravitlles M, Jiménez CA, Gabriel R, Viejo JL, Masa F, et al. Estudio IBERCOP en España: prevalencia de síntomas respiratorios habituales y de limitación crónica al flujo aéreo. Arch Bronconeumol 1999; 35: 159-66

Capítulo 7

MANEJO DEL OJO ROJO EN ATENCIÓN PRIMARIA

ALBERTO GONZALEZ VAZQUEZ

NOELIA GARCÍA GONZÁLEZ

ELSA GONZÁLEZ REDONDO

NURIA FERNÁNDEZ GUTIÉRREZ

LAURA LLORIAN GONZALEZ

1 Introducción

El ojo rojo implica el enrojecimiento del polo anterior del ojo de forma localizada o difusa , debido a la dilatación de vasos sanguíneos. Es una de las principales causas de consulta en Atención Primaria.
Su diagnóstico diferencial es clave ya que engloba patologías benignas tratables por el médico de familia, patologías oculares que requieren la valoración de un oftalmólogo y enfermedades sistémicas complejas. En función de la etiología y la gravedad del cuadro clínico el seguimiento puede ir, desde tratamiento y control por el Médico de Familia; derivación rutinaria o preferente a oftalmología, o derivación urgente a nivel hospitalario.

El globo ocular engloba tres partes anatómicas de fuera a dentro:
-Polo anterior: córnea, conjuntiva y esclerótica.
-Iris, cuerpo ciliar, cristalino y coroides.

-Retina.

Diagnóstico.
Anamnesis:
- Antecedentes familiares y personales.
- Descripción de síntomas: dolor, fotofobia, sensación de cuerpo extraño, alteración en la agudeza visual, cefalea, vómitos, secreción, blefarospasmo, erupción cutánea.
- Afectación uni o bilateral.
- Antecedente traumático.
- Enfermedades sistémicas (colagenosis).
- Episodios previos similares.
- Utilización de colirios o exposición a irritantes.

Exploración física:
- Evaluación general incluyendo toma de constantes vitales (importante en caso de hiposfagma secundario a hipertensión arterial o en el glaucoma agudo) Descartar adenopatías.
- Inspección ocular externa, incluyendo párpados y órbita.
- Evaluación de cámara anterior incluyendo tinción con fluoresceína .
- Exploración de la motilidad ocular.
- Estudio de anomalías pupilares estáticas y reflejos pupilares.
- Evaluación de fondo de ojo.
- Toma de tensión intraocular.
- Agudeza visual.
- Campimetría.

Pruebas complementarias:
- Pruebas de laboratorio en caso de sospecha de enfermedad sistémica.
- Toma de exudado para cultivo en conjuntivitis rebeldes al tratamiento.

Cuadros clínicos y sus tratamientos:
1. Conjuntivitis (bacteriana, vírica, alérgica):
- Inyección conjuntival (hiperemia más intensa en fondos de saco que va disminuyendo hacia la córnea y se mueve con la conjuntiva) Desaparece momentáneamente al instilar colirio vasoconstrictor.
- Sensación de cuerpo extraño sin dolor.
- Agudeza visual conservada.
- Secreción (purulenta en la bacteriana, mucosa en la vírica y acuosa en la alérgica).

- Afectación unilateral en la bacteriana y bilateral en la vírica y en la alérgica.

Tratamiento: a. Bacteriana:
- Colirio antibiótico.
- Limpieza de la secreciones. b. Vírica:
- Colirio Antiinflamatorio.
- Antiinflamatorio sistémico.
- Extremar las medidas anticontagio. c. Alérgica:
- Colirio antihistamínico y/o esteroideo.
- Antihistamínico sistémico.

2. Hiposfagma:
Hemorragia subconjuntival que se produce por rotura de los vasos sanguíneos superficiales.
- Es unilateral.
- Indolora salvo si hay antecedente traumático.
Tratamiento:
- Control de TA.
- Si es traumática, valorar gravedad del traumatismo.

3. Queratitis:
- Inyección ciliar o periquerática: Hiperemia de los vasos epiesclerales de color rojo violácea formando un anillo alrededor de la córnea. No se modifica al aplicar vasoconstrictor tópico.
- Fotofobia y lagrimeo.
- Dolor.
- Alteración de la agudeza visual.
- Secreción acuosa/purulenta.
- Pupila normal.
- Córnea opaca (puede estar ulcerada)
Tipos:
- Ulcerosa (tinción con fluoresceína): bacteriana, vírica, micótica
- Intersticial: vírica o alérgica.
Tratamiento:
- Midriáticos
- Pomada antibiótica o antivírica según etiología
- Oclusión ocular.

4. Iridociclitis (Uveítis anterior):
- Inyección periquerática.

- Fotofobia y lagrimeo.
- Dolor moderado retro y periorbitario.
- Agudeza visual moderadamente disminuida.
- Pupila miótica arreactiva.
- Córnea traslúcida.
- No secreción.

Tratamiento:
- Colirio midriático.
- Corticoides.
- Derivación a oftalmología.

5. Epiescleritis:
- Inyección ciliar.
- Dolor moderado-severo.
- Agudeza visual normal.
- Pupila normal.
- Córnea normal.
- No secreción.

Tratamiento:
- Derivación a oftalmología.
- Puede implicar enfermedad sistémica.

6. Glaucoma Agudo:
- Inyección mixta (afectación de plexos vasculares superficiales y profundos)
- Dolor severo.
- Agudeza visual disminuida.
- Pupila midriática arreactiva.
- Córnea con opacidad difusa.
- No secreción.
- Tono ocular aumentado.
- Importante afectación general (agitación, vómitos).

Tratamiento:
- Derivación urgente.

7. Blefaritis, orzuelos:
Patología de párpados que puede causar irritación del globo ocular.

Tratamiento:

- Pomada antibiótica.
- Drenaje.

8. Abrasiones corneales:
- Por traumatismos superficiales por rascado, uñas, olas…Pueden causar queratitis ulcerativa.

Tratamiento:
- Oclusión ocular.
- Colirio ciclopléjico.
- Pomada antibiótica.

9. Causticaciones oculares:
Pueden ser por ácidos o por álcalis, siendo éstas más graves por su mayor penetración.

Tratamiento:
- Lavado abundante e inmediato.
- Anestésico.
- Derivación urgente.

10. Traumatismos oculares:
-Abiertos: siempre es grave.
-Cerrados: grave si, pérdida de agudeza visual o hipema.
Tratamiento:
- Oclusión ocular.
- Derivación urgente.
- No aumentar el daño (no aplicar nada).

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Conocer los distintos tipos de patologías que producen Ojo Rojo en Atención Primaria.

- Objetivos secundarios:
-Realización de un buen diagnóstico diferencial es clave para decidir la actitud a tomar.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, Google Académico seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

En Atención Primaria se consideran claves los siguientes aspectos para el manejo de esta patología:
- Conocimiento de la anatomía del globo ocular.
- Hacer una buena anamnesis.
- Saber diferenciarlos distintos tipos de hiperemia ocular (hiposfagma, inyección conjuntival, inyección ciliar, inyección mixta).
- Conocer los diferentes síntomas típicos de cada patología.
- Identificar los distintos signos en la exploración física (estado de la pupila, secreción…)

5 Discusión-Conclusión

El Ojo Rojo incluye un amplio abanico de patologías de evolución y gravedad variada.
Su alta prevalencia hace que el profesional de Atención Primaria deba estar entrenado en su manejo, ya que, de su actitud inicial dependerá la aplicación de un tratamiento correcto por el especialista adecuado.

6 Bibliografía

- Alfonso SA, Fawley J. D.,Alexa Lu X.Conjuntivitis.Prim Care.2015; 42 (3): 325-45.
- Jacobs DS.Evaluation of the red eye,Uptodate. Feb 2016.
- Mahmood A R, Nrang A.T. Review diagnosis and management of the acute red eye.Emerg Med Clin North Am.2008. 26 (1) ; 35-55.
- Roy H.The red eye. Compr There.2006; 32 (1) 43-6.

.

Capítulo 8

TERATOMA QUÍSTICO MADURO EN PACIENTE JOVEN: CLAVES PARA EL DIAGNÓSTICO POR IMÁGEN.

ANA MILENA MUÑOZ

1 Introducción

El teratoma quístico maduro es la neoplasia ovárica más común de los tumores de células germinales, siendo hasta en un 95% de caracter benigno. Dichos tumores representan entorno a un 10-20% de todas las neoplasias ováricas y se presentan en mujeres jóvenes en edad fértil.
Se originan a partir de células embrionarias pluripotenciales de al menos dos de las tres capas de células germinales; ectodermo, mesodermo y endodermo.
La mayoría son asintomáticos de descubrimiento incidental, siendo la forma sintomática más frecuente de presentación el dolor abdominal.
La ecografía constituye el modelo diagnóstico inicial de elección, siendo la resonancia magnética nuclear (RMN)de gran utilidad en casos de diagnóstico complejo pues es altamente altamente sensible para detectar el componente graso.

2 Objetivos

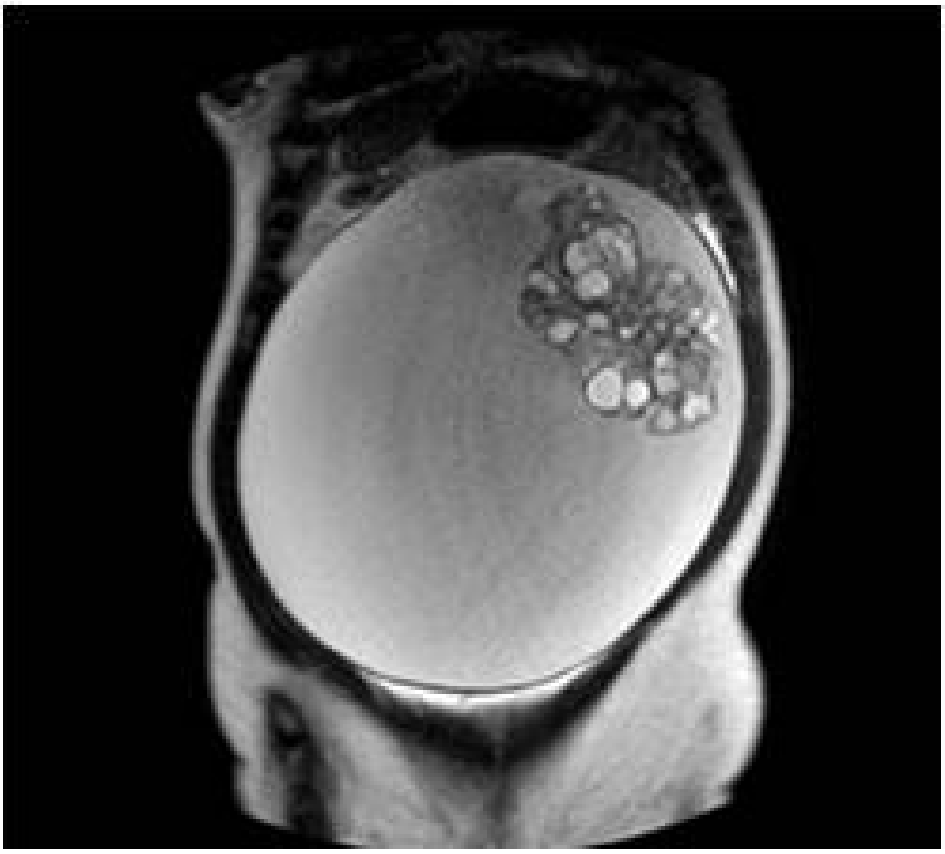
El objetivo principal es dar a conocer esta patología en mujeres jóvenes en edad fértil y la importancia actual que tiene la resonancia magnética nuclear en su diagnóstico definitivo.

3 Caso clínico

Paciente mujer de 15 años, que acude al servicio de Urgencias por presentar abdomen muy distendido que asocia dolor abdominal intenso. A la palpación sensación de masa mejor delimitada en mesogastrio proyectándose hacia hipogastrio y ambas fosas ilíacas.
A la anamnesis, la paciente no presentó antecedentes patológicos ni familiares de importancia. Test de embarazo negativo.

Ante estos hallazgos se solicitó analítica con marcadores tumorales y como pruebas de imagen se realizó una ecografía urgente que se completó posteriormente con resonancia magnética.
Ecográficamente se identificó una tumoración quística de hasta 26 centímetros de diámetro mayor, con dificultad de establecer su organodependencia si bien sugirió origen ovárico.
Cifras de marcadores tumorales con CA125=64.2, CA19.9=60.3, Proteína HE-4=104. El resto de marcadores tumorales fueron negativos, incluida la alfa-fetoproteina Y CEA.

Bajo la sospecha clínica de una neoplasia ovárica, se realizó RMN para una mayor caracterización que informó de voluminosa masa abdominopélvica de origen anexial izquierdo, con componente mayoritario quístico y que se encontraba bien delimitada por una fina cápsula periférica, las dimensiones globales de la masa fueron de 13x23x26.5 cm (diámetros anteroposterior por transverso por craneocaudal). En el interior de la masa se visualizaron varios loculos identificando componente cálcico y graso (figura 1), muy sugestiva de teratoma quístico maduro de ovario.
No se observaron adenopatías intraabdominales ni pélvicas de tamaño significativo, ni otros signos sospechosos de malignidad.



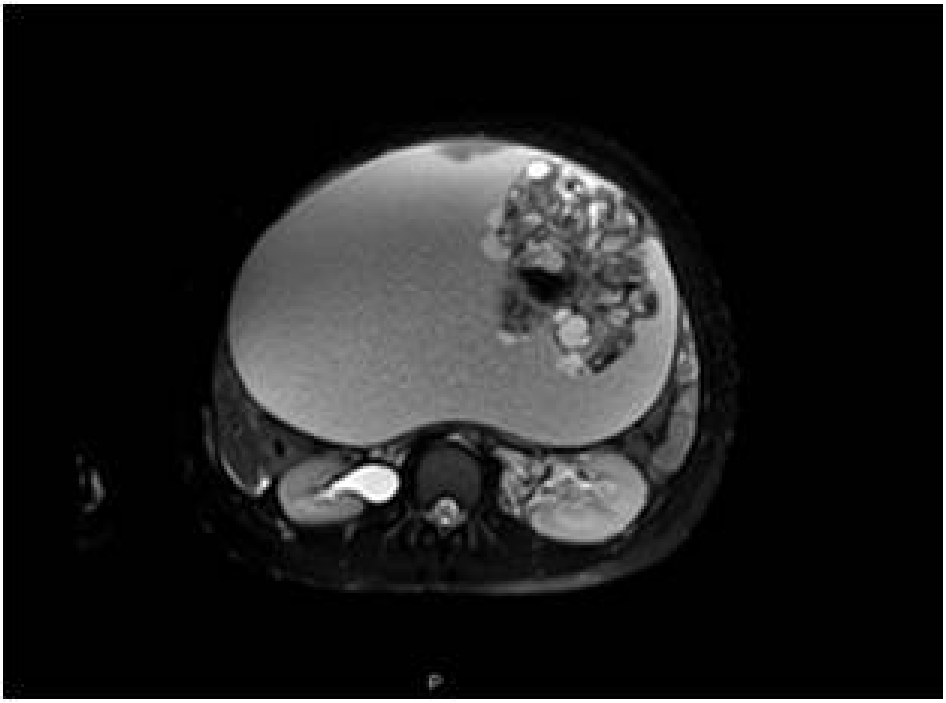
4 Discusión-Conclusión

Los teratomas quísticos maduros representan entorno a un 10-20% de todas las neoplasias ováricas , teniendo predilección por mujeres jóvenes.
En la mayoría de casos es un descubrimiento incidental, pero también puede presentarse como una urgencia ginecológica con dolor pélvico agudo por torsión del mismo.

Los teratomas quísticos maduros son tumores encapsulados compuestos de derivaciones bien diferenciadas de al menos dos de las tres capas de células germinales; ectodermo del que derivan piel y tejido nervioso, mesodermo que da lugar a músculo y grasa y endodermo del que se desarrollará epitelio mucinoso o ciliado. Pueden contener piel, pelos, bolas de sebo, sangre, grasa, dientes, uñas, etc.

Las pruebas de imagen son muy útiles para su identificación siendo la prueba inicial de elección la ecografía pélvica donde visualizaremos una masa ovárica quística con algún componente de alta ecogenicidad debido al material sebáceo y al componente cálcico.

La evaluación mediante RMN se realizará en casos complejos y para una mayor caracterización diagnóstica prequirúrgica. Es altamente sensible para detectar el componente graso con secuencias de saturación grasa (figura 2), los posibles polos sólidos y sus características indicativas de malignidad.
Los teratomas quísticos maduros de gran tamaño, generalmente que sobrepasan los 7 centímetros, son candidatos a extirpación quirúrgica.



5 Bibliografía

- Eric K. Outwater, Evan S. Siegelman, Jennifer L. Hunt. Ovarian Teratomas: Tumor Types and Imaging Characteristics. RadioGraphics 2001; 21:475–490.
- Sung Bin Park ZB, Kim JK, Kim KR, Cho KS. Imaging findings of complica-

tions and unusual manifestations of ovarian teratomas. RadioGraphics 2008 Jul-Aug;28(4):969-83.

Capítulo 9

BLOQUEO SUBDURAL TRAS ANALGESIA EPIDURAL EN PACIENTES OBSTÉTRICAS.

NEREA GARCÍA GONZÁLEZ

NOELIA GARCÍA GONZÁLEZ

JOSE ANTONIO GONZALEZ MOLEJON

COVADONGA GUTIÉRREZ GONZÁLEZ

BELÉN TOBERA NOVAL

1 Introducción

La analgesia epidural es un procedimiento habitual en la práctica clínica del anestesiólogo. Las complicaciones derivadas suelen ser poco frecuentes y de carácter leve, entre ellas, podemos encontrar el bloqueo espinal total y el bloqueo subdural, que presentan una sintomatología similar aunque instaurada en distintos períodos de tiempo; en ambos casos, son precisos un diagnóstico y un tratamiento precoces y adecuados para evitar un mal pronóstico del paciente.

2 Objetivos

Revisión de un caso de una paciente que requirió analgesia epidural para trabajo de parto, con aparición de bloqueo subdural secundario.

3 Caso clínico

Presentamos el caso de una paciente que requirió analgesia epidural para trabajo de parto, con aparición de bloqueo subdural secundario.

Nuestra paciente es una mujer de 34 años, 61 kg de peso y 165 cm de altura (IMC 22,41kg/m2), sin antecedentes personales de interés.

Ingresa a las 41+3 semanas de gestación con dinámica de parto. Cuando en la exploración del cuello uterino existe una dilatación de 4 cm, se avisa al Servicio de Anestesiología para solicitar analgesia epidural. Tras la entrevista con la paciente, informándole acerca de la técnica y sus posibles complicaciones y una vez revisados su historial clínico y analítica (hemograma y coagulación en rango de normalidad), se inicia el procedimiento. Con una aguja Tuhoy nº18 se punciona a nivel de L3-L4, con técnica de pérdida de resistencia con suero para la localización del espacio. La actuación se lleva a cabo de manera aséptica, siendo necesaria una única punción. Se encuentra el espacio epidural a 4,5 cm, dejando el catéter a una distancia de piel de 8 cm; aspiración y dosis test con bupivacaína 0,25% con adrenalina 1:200000 resultan negativas. Una vez descartada la mala colocación del catéter, se inicia perfusión de ropivacaína 0,2% junto con 150 mcg de fentanilo a una velocidad de 10 mL/hora, previo bolo de 8 mL de la misma mezcla. La paciente permanece hemodinámicamente estable en todo momento, sin bloqueo motor de miembros inferiores y con buen control analgésico.

Tras cinco horas con dilatación cervical de 5 cm, sin más evolución, se decide cesárea urgente por parto estacionado. Para ello, se administra un bolo de ropivacaína 0,75% de 9 mg por catéter epidural, consiguiendo un bloqueo efectivo (nivel T10-T11). Tras 20-25 minutos de intervención, la paciente comienza con parestesias en miembro superior izquierdo y a nivel cervical, con imposibilidad para su movimiento. En todo momento se mantiene hemodinámica y respiratoriamente estable, aunque refiere dificultad progresiva para coger aire. Ante este cuadro clínico, y la ansiedad creciente de la paciente, se decide reconvertir a anestesia general para mejor control. Una vez finalizada la cirugía, pasa a la Unidad de Reanimación sedoanalgesia y conectada a ventilación mecánica. Después de dos horas, y tras una prueba de ventilación en CPAP con Presión Soporte de 8 cm H20 durante 30 minutos, bien tolerada, se decide extubación. En la exploración física, no presenta déficits motores ni sensitivos a ningún nivel, con buena movilidad de las cuatro extremidades; el útero está contraído, infraumbilical a la palpación. Tras ocho horas en la Unidad, y dada su evolución favorable, se decide alta a

planta de hospitalización para continuar vigilancia; no otros hallazgos patológicos de interés hasta la salida de la paciente del hospital.

4 Discusión-Conclusión

En relación con el bloqueo espinal total y el bloqueo subdural, los síntomas pueden llegar a ser verdaderamente graves, precisando en ocasiones incluso maniobras de reanimación cardiopulmonar.

Una de las medidas más importantes para intentar disminuir la incidencia de estas complicaciones es la prevención, inyectando los fármacos en el espacio epidural de manera lenta y fraccionada, previa dosis de prueba, y titulando adecuadamente las dosis de los fármacos.

5 Bibliografía

1. Bloqueo subdural accidental en paciente obstétrica: presentación de un caso. Revista Argentina de Anestesiología. Vol 75. Núm.S1. pág 44-45. Dic 2017.
2. Collier, C., Gatt, S., Lockley, S. Continuous subdural block. Br. J. Anaesth. 1993; 70:462-465.
3. Analgesia epidural obstétrica: fallos y complicaciones neurológicos de la técnica. Revista de la Sociedad Española del Dolor. Vol 18. N 5. Madrid. Sep-Oct 2011.

Capítulo 10

SÍNDROME DE HORNER TRAS ANALGESIA EPIDURAL EN PACIENTES OBSTÉTRICAS.

NEREA GARCÍA GONZÁLEZ

NOELIA GARCÍA GONZÁLEZ

JOSE ANTONIO GONZALEZ MOLEJON

BELÉN TOBERA NOVAL

COVADONGA GUTIÉRREZ GONZÁLEZ

1 Introducción

El Síndrome de Horner se produce por lesión de la inervación simpática del ojo y de la región cutánea hemifacial, provocando en el lado afecto miosis, ptosis y enoftalmos, y anhidrosis si el síndrome es completo.
Entre sus causas, podemos encontramos numerosas entidades, desde enfermedades desmielinizantes, tumores e incluso una disección carotídea. Ocasionalmente, puede aparecer como complicación de técnicas anestésicas epidurales, sobre todo si nos referimos a pacientes obstétricas, cuyas características anatomofisiológicas favorecen una mayor extensión del anestésico local, aunque los mecanismos que relacionan dicha técnica con este síndrome son meras hipótesis aún en discusión.

2 Objetivos

Revisión del caso de una paciente que requirió analgesia epidural para trabajo de parto, apareciendo un Síndrome de Horner secundario.

3 Caso clínico

Nuestra paciente es una mujer de 36 años, 78 kg de peso y 162 cm de altura (IMC 26,2 kg/m2), sin antecedentes personales de interés. Ingresa a las 39+6 semanas de gestación con dinámica de parto.
Cuando en la exploración del cuello uterino existe una dilatación de 4 cm, se avisa al Servicio de Anestesiología para solicitar analgesia epidural. Tras la entrevista con la paciente, informando acerca de la técnica y sus posibles complicaciones y una vez revisada la analítica (hemograma y coagulación en rango de normalidad), se inicia el procedimiento. Con una aguja Tuohy nº18 se punciona a nivel de L3-L4, con técnica de pérdida de resistencia con suero para la localización del espacio. La actuación se lleva a cabo de manera atraumática y aséptica, siendo necesaria una única punción. Se encuentra el espacio epidural a 4,5 cm, dejando el catéter a una distancia de piel de 7,5 cm; aspiración y dosis test con Bupivacaína 0,25% con Adrenalina 1:200000 resultan negativas. Una vez descartada la mala colocación del catéter, se inicia perfusión de Ropivacaína 0,2% junto con 150 mcg de Fentanilo a una velocidad de 8 mL/hora, previo bolo de 9 mL de la misma mezcla. La paciente permanece hemodinámicamente estable en todo momento, sin bloqueo motor de miembros inferiores y con buen control analgésico.
A las dos horas después del inicio de la perfusión analgésica, la paciente presenta un cuadro de ptosis palpebral izquierda junto con miosis ipsilateral, sin otra clínica acompañante. Se descarta presencia de bloqueo motor, inestabilidad hemodinámica u otros déficits neurológicos aparentes y se suspende perfusión farmacológica. Tras 40 minutos desde la retirada de la misma, comienza a desaparecer el cuadro, resolviéndose completamente a los 70 minutos, sin secuelas evidentes. El parto transcurre sin incidencias a las 4 horas post-punción epidural. No otros hallazgos patológicos de interés hasta el alta de la paciente del hospital.

4 Discusión-Conclusión

La analgesia epidural para el trabajo de parto es un procedimiento habitual en la práctica clínica del anestesiólogo. Las complicaciones derivadas son poco frecuentes y de carácter leve.

Entre ellas, ocasionalmente, podemos encontrar el Síndrome de Horner, cuyo mecanismo fisiopatológico aún no está del todo claro. Se caracteriza por ptosis, miosis y enoftalmos, normalmente unilateral y de curso benigno y transitorio; en muchos casos, puede llegar incluso a pasar desapercibido.

5 Bibliografía

1. Síndrome de Horner después de analgesia epidural para el trabajo de parto. Clínica e investigación en ginecología y obstetricia. Vol. 36. Núm. 6. Páginas 223-225 (Noviembre - Diciembre 2009).
2. Síndrome de Horner tras analgesia epidural para el parto. Informe de 3 casos. Revista Colombiana de Anestesiología. Revista Colombiana de Anestesiología. Volume 44, Issue 2, April–June 2016, Pages 170-173.

Capítulo 11

LA ENFERMEDAD CELÍACA.

CONCEPCIÓN RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ

MARTA MENÉNDEZ FERNÁNDEZ

ALICIA MARTÍNEZ FERNANDEZ

1 Introducción

La enfermedad celíaca (EC) es una alteración sistémica de carácter autoinmune desencadenada por el consumo de gluten y prolaminas en individuos con predisposición genética, que se caracteriza por una inflamación crónica de la mucosa del intestino delgado, que resulta en atrofia vellositaria, malabsorción y síntomas clínicos digestivos y extradigestivos de muy diversa intensidad, pudiendo ser mono, oligo o incluso asintomática.

El conocimiento sobre esta enfermedad ha ido creciendo y sorprendiendo a quienes la investigan. Con el paso del tiempo ha pasado de ser considerada una patología digestiva del niño poco frecuente, a ser reconocida a día de hoy como una de las condiciones autoinmunes con mayor prevalencia, que afecta tanto a niños como adultos.

Históricamente la enfermedad se identificó por primera vez como entidad clínica en el siglo I d.C. por Aretaeus de Capadocia.

En 1950, se hizo evidente que sus manifestaciones clínicas eran tan variables que no era conveniente definirla ni basar los criterios diagnósticos en la clínica de la enfermedad. Posteriormente, en 1969 se logró el consenso internacional y se

estableció que la enfermedad sería definida y manejada por los criterios que estableciera la Sociedad Europea de Gastroenterología.
Pediátrica y Nutrición (ESPGHAN), siendo la definición propuesta en la última actualización (2012) la siguiente:

La enfermedad celíaca es un desorden sistémico mediado inmunológicamente, gatillado por el gluten y prolaminas relacionadas, en individuos genéticamente susceptibles, y caracterizada por la presencia de una combinación variable de:
- Manifestaciones clínicas gluten-dependientes.
- Anticuerpos específicos de EC [anti-tTG2 (tTG) y anti-endomisio (EMA).
- Perfil genético de riesgo (haplotipos HLA DQ2 y DQ8).
- Enteropatía (diferentes grados de infiltrado linfoplasmocitario y aplanamiento vellositario en la biopsia duodenal-yeyunal).

Esta patología puede presentarse con una gran variedad de manifestaciones clínicas y puede variar en cuanto a la intensidad en la que se presente, desde forma silente hasta la plenamente florida, a veces grave. El proceso diagnóstico debe ser muy riguroso y requiere que los profesionales sanitarios manejen un alto índice de sospecha.

Esta enfermedad es más frecuente en el sexo femenino tanto en pacientes pediátricos como en adultos, con una relación de 2:1.
Se puede presentar a cualquier edad. El pico de máxima incidencia es entre los nueve meses y tres años en la infancia; y en la etapa adulta durante la tercera y cuarta década.

A nivel geográfico, se observa una mayor distribución en países no tropicales, afectando con mayor frecuencia a poblaciones europeas celtas, como las del oeste y norte de Irlanda.

Los pacientes con predisposición familiar presentan una mayor prevalencia.

Muchos pacientes son asintomáticos y no se realiza el diagnóstico, por lo que la verdadera prevalencia se desconoce, este fenómeno es denominado ”iceberg celíaco”.

2 Objetivos

- Describir los factores predisponentes y desencadenantes de la enfermedad celiaca.

- Conocer, de forma general, las complicaciones y el pronóstico de la enfermedad celiaca.
- Describir las principales manifestaciones clínicas y el tratamiento de la enfermedad celiaca.
- Conocer en qué consiste la dieta sin gluten, sus inconvenientes y las recomendaciones.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en diversas fuentes de datos tanto primarias como secundarias. Para realizar dicha búsqueda se han utilizado una serie de palabras clave como: ”enfermedad celiaca”, ”clínica”, ”tratamiento” y ”gluten”. Primero, se ha realizado una búsqueda libre en Google para comprobar el estado actual del tema y establecer unos objetivos. Posteriormente, se ha realizado una búsqueda más específica y rigurosa seleccionando aquellos documentos que cumplían los criterios de inclusión. Los criterios de inclusión establecidos han sido:
- Antigüedad máxima de los documentos de 5 años (excepto aquellos documentos de interés).
- Idioma: español, inglés o portugués.
- Documentos de carácter interdisciplinar.

4 Resultados

1. Factores predisponentes y desencadenantes de la enfermedad:
- El gluten es la principal causa desencadenante de la enfermedad celíaca en individuos predispuestos, por una intolerancia permanente a sus proteínas.
- Algunos fármacos desempeñan un papel en el desencadenamiento de la enfermedad celíaca como el tratamiento prolongado con interferón-α.
- Las infecciones intestinales también pueden originar un aumento transitorio en la permeabilidad intestinal que aumenta la inmunogenicidad del gluten. Por otra parte, una elevada frecuencia de infecciones asociadas por rotavirus también podría desencadenar la EC en niños genéticamente predispuestos.

2. Complicaciones y pronóstico:
Los pacientes celiacos tienen un índice de mortalidad de 1.9 a 3.8 veces mayor que la población general. La dieta libre de gluten reduce notablemente la aparición

de complicaciones en las que destacan procesos malignos como adenocarcinoma de intestino delgado, linfomas y carcinoma escamoso de boca y faringe.

3. Clínica:
Las manifestaciones clínicas de la enfermedad celiaca tienen un espectro bastante amplio, que va desde el síndrome de malabsorción con esteatorrea, desnutrición calórico-proteica, edema y letargia en los casos más extremos hasta la enfermedad asintomática.

Los síntomas de la enfermedad celíaca se pueden dividir en dos grupos:
- Síntomas menores: Pacientes con molestias transitorias, inespecíficas o aparentemente no relacionadas, como: dispepsia, distensión abdominal, anemia de causa no precisada, fatiga aislada, alteraciones leves del tránsito intestinal, infertilidad, osteoporosis, alteraciones neurológicas, etc.
- Síntomas mayores: Pacientes con evidentes síntomas de malabsorción como diarrea, baja de peso y esteatorrea.

4. Diagnóstico:
Para realizar el diagnóstico de la enfermedad celiaca es fundamental recoger la historia clínica del paciente. Los principales criterios diagnósticos de la enfermedad celiaca se basan en la sintomatología, los datos genéticos, las determinaciones serológicas y los hallazgos de las biopsias duodenales, que, junto con la respuesta a la dieta sin gluten, constituyen la base fundamental para su confirmación; en la gran mayoría de los casos.

Ante casos de duda puede ser de gran utilidad los resultados del estudio genético, así como antecedentes familiares con enfermedad celiaca; ya que la predisposición genética es un aspecto importante en esta enfermedad.

5. Tratamiento:
El tratamiento de la enfermedad celiaca consiste en el seguimiento de una dieta estricta sin gluten, es decir, la supresión de todos los productos que tengan gluten, durante toda la vida del paciente de manera continuada. Estos alimentos serían todos aquellos que contengan harina de trigo, cebada, centeno y avena. Tras la exclusión del gluten en la dieta, la recuperación histológica no se produce de manera inmediata, tardando incluso más de dos años en adultos, mientras que en los niños no se produce la recuperación completa hasta después de pasado un año del tratamiento dietético. A veces, puede ser necesario excluir temporalmente la

lactosa hasta la recuperación de las enzimas intestinales. También se recomienda una dieta hipoalergénica, hipercalórica o pobre en fibra dependiendo del nivel de malabsorción y malnutrición del paciente.

Por otro lado, el seguimiento de la enfermedad por parte del especialista suele hacerse inicialmente cada 3-6 meses mediante estudios analíticos (anticuerpos) hasta ser controlados los síntomas (recuperación del peso, desaparición de la diarrea) o la negativización de los anticuerpos.

En algún momento de la evolución de la enfermedad el médico especialista puede solicitar una nueva biopsia intestinal, bien para comprobar la recuperación del intestino o bien porque considera que su recuperación no está siendo todo óptima.

6. La dieta sin gluten:
- ¿Qué se puede comer?: Esta dieta se basa, fundamentalmente, en un consumo de alimentos naturales y frescos que no contienen esta proteína, tales como: carnes y embutidos, huevos en sus diversas formas de consumo, leches y derivados, pescados y mariscos, legumbres, todo tipo de frutas, verduras, legumbre y de cereales que no contienen gluten como el maíz, arroz, mijo y sorgo, combinándolos entre sí de forma variada y equilibrada.
- Granos y harinas permitidas: Arroz, maíz, soya, patatas, tapioca, frijoles, garfava, sorgo, quinoa, mijo, trigo sarraceno, arrurruz, amaranto, teff, harina de nueces.

7. Recomendaciones:
- Precaución con los alimentos importados, ya que se puede emplear distintos ingredientes para un producto con la misma marca comercial.
- Extremar la precaución en la manipulación de alimentos en bares, restaurantes, y comedores.
- En las casas que hay un celíaco, se recomienda utilizar harinas y/o pan rallado sin gluten, copos de puré de patata para rebozar, empanar o espesar salsas para ser consumidos por todos.
- Es recomendable consumir productos naturales ya que los productos manufacturados tienen un mayor riesgo de estar contaminados o contener trazas.
- No se recomienda consumir productos a granel o elaborados artesanalmente ya que ha podido producirse algún tipo de contaminación cruzada.
- Actualmente existen en el mercado productos elaborados con almidón modificado de trigo que contienen menos de 10 ppm de gluten y son aptos para personas

celiacas.
- Precaución con las harinas que no están certificadas por FACE ya que pueden estar contaminadas al haberse procesado en molinos dónde se fabrican harinas de otros cereales
- Al adquirir productos elaborados y envasados es recomendable comprobar la relación de ingredientes que figuran en el etiquetado, o buscarlos en la lista de alimentos.
- Finalmente y como norma general, si se sospecha que un producto puede contener gluten, no debe consumirse.

8. Consecuencias del no cumplimiento de la dieta:
Tanto el retraso en el diagnóstico de la enfermedad como el no cumplimiento de la dieta tiene como consecuencia una elevada morbilidad que, especialmente en la edad adulta, puede manifestarse en forma de osteopenia, osteoporosis, abortos de repetición, retrasos de crecimiento fetal intrauterino, infertilidad masculina y un elevado riesgo de neoplasias en el tracto digestivo, principalmente. Todas estas complicaciones tienen un elevado impacto individual, así como un elevado coste socio-sanitario, siendo, sin embargo, la mayoría reversibles en sus fases precoces, al diagnosticar la enfermedad de base e instaurar una dieta exenta de gluten.

Recientemente se ha demostrado un alto porcentaje de aberraciones cromosómicas en adultos y niños con la EC activa (no tratada) o que realizaban transgresiones dietéticas en comparación con la población control. Tras un año de dieta sin gluten, este porcentaje se equiparaba al grupo control, lo que concluye que la presencia de aberraciones en el individuo celíaco no es un fenómeno constitucional, sino un fenómeno inducido y reversible, probablemente secundario a una situación de inflamación intestinal crónica.

9. Inconvenientes de una dieta sin gluten:
El principal efecto secundario descrito asociado a una dieta exenta de gluten es la aparición de estreñimiento, tanto en la población infantil como en la adulta, y generalmente se adscribe a una menor ingesta de fibra procedente de cereales. Este efecto puede, sin embargo, ser fácilmente subsanable con un mayor consumo de frutas, hortalizas y legumbres, es decir, potenciado la Dieta Mediterránea.

Además, una dieta libre de gluten puede no ser saludable para su corazón ya que algunos productos libres de gluten son altos en grasas, azúcar, sal y calorías. Está bien consumir este tipo de alimentos de vez en cuando, pero una dependencia

excesiva puede contribuir a un aumento de peso, alto colesterol y a la presión alta, pudiendo llevar a una enfermedad del corazón.

10. Alternativas del tratamiento:
Las dificultades para realizar estrictamente una dieta sin gluten son los condicionamientos de la vida social, el elevado coste de los productos dietéticos especiales y los problemas técnicos para medir con fiabilidad el gluten en alimentos complejos por lo que se ha considerado la posibilidad de alternativas de tratamiento, aunque actualmente ninguna de ellas es una realidad en la práctica diaria. La que mayor difusión ha tenido en los últimos años en los medios de comunicación es la llamada píldora para la enfermedad celiaca.

5 Discusión-Conclusión

Teniendo en cuenta toda la información, es muy importante la educación para la salud en cuanto al paciente, proporcionarle toda la información necesaria sobre el nuevo tipo de alimentación, facilitándole marcas comerciales de diversos productos que pueden o no pueden ser consumidos en base a su contenido en gluten.

Los pacientes solicitan un aumento de información debido al deficiente etiquetado de los productos y para evitar la contaminación cruzada. Muchos de ellos salen a la calle con comida en sus bolsos y mochilas por miedo a la contaminación, no encontrar productos disponibles, o encontrarlos a precios mucho mayores que el resto de productos. Es una enfermedad cara, por lo que muchos pacientes afirman que tienen necesidad de ayudas y de recursos.

6 Bibliografía

- Rodriguez Sáez L. Enfermedad celiaca. Servicio de Aparato Digestivo (HUCA). Oviedo. Madrid Inf Ter Sist Nac Salud 2010, 34: 49-59.
- Araya M., Bascuñán K. Enfermedad celíaca. Una mirada actual. Rev. chil. pediatr. 2014 dic; 85 (6): 658-665.
- Díaz S., Dib Jr J. Enfermedad celíaca. Gen. 2008 Sep; 62 (3): 233-235.
- Guiraldes E. Enfermedad celíaca: un campo fértil para los errores diagnósticos Medwave 2014; 14 (3).
- Ferre Rovira M., Latorre Fernádez I. Abriendo puertas: conociendo a un celiaco. Index Enferm. 2010 dic; 19 (4): 264-268.

- Almagro J., Bacigalupe G., Ruiz M., González J., Martínez A. Aspectos psicosociales de la enfermedad celíaca en España: una vida libre de gluten. Rev. Nutr. 2016 dic; 29 (6): 755-764.
- Felipe Moscoso J, Rodrigo Quera P. Enfermedad Celiaca: Revisión. Revista Médica Clínica las Condes 2015. 26(5).
- Federación de Asociaciones de Celíacos de España.
- García Novo MD, Serrano Velan JI, Esteban Luna B. Asociación de Celíacos y Sensibles al Gluten de la Comunidad Madrid 2006. 1(1): 2-5.
- Polanco, I., & Ribes, C. (1995). Enfermedad celíaca. Pediatria Integral, 1(2), 124.
- Péreza, M. V., Bernabéb, J. M., Roiza, C. G., & Ruiza, J. M. (2004). Avances en la patogenia y en el diagnóstico inmunológico de la enfermedad celíaca. Protocolos diagnósticos en atención primaria. Revista pediatría de atención primaria, 6(23).
- Rodríguez Sáez, L. (2010). Enfermedad celiaca. Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud, 34(2): 49-59.
- Olivencia Palomar M.P. Enfermedad celiaca. Rev. esp. enferm. dig. 2005 Sep; 97(9): 672.
- Allué, I. P. (2011). Estado actual del diagnóstico de la enfermedad celíaca en el niño y adolescente. Evidencias en pediatría, 7(3), 2.
- Celiacos.org, España: FACE (Federación de asociaciones de celíacos).
- Gluten.org, Auburn: Gluten IntoleranceGroup.
- Fundación convivir.cl, España: Fundación Intolerancia al Gluten.

Capítulo 12

PRINCIPALES MÉTODOS DIAGNÓSTICOS EN ”ENFERMEDAD CELIACA”

CESAR OLIVER SOTELO GARCIA

1 Introducción

La enfermedad celíaca es un trastorno inmunológico, cuyo desencadenante es el contacto de la mucosa intestinal con determinados péptidos presentes en el trigo, la cebada y el centeno, caracterizada por la presencia de una combinación variable de manifestaciones clínicas dependientes del gluten, que van desde la completa ausencia de síntomas hasta una malabsorción muy evidente, anticuerpos específicos de la enfermedad celiaca, haplotipos HLA DQ2 o DQ8 y enteropatía.

La prevalecía real se situá entre el 1-2% de la población mundial y es mucha más frecuente en mujeres que en hombres (relación 2:1). Se determina que el 75% de pacientes se encuentra aun sin diagnosticar, probablemente debido a que durante años la enfermedad sólo se ha relacionado con su forma clásica.

El conocimiento de nuevas formas atípicas, oligo y asintomáticas, combinados con el mayor y mejor uso de las pruebas diagnósticas actualmente disponibles, ha revelado la existencia de diferentes tipos de Enfermedad Celiaca, desde el punto de vista clínico se pueden dividir en:

- Enfermedad Celiaca sintomática: Los síntomas son muy diversos pero todos los pacientes mostrarán una serología, histología y test genéticos compatibles con la enfermedad celiaca.

- Enfermedad Celiaca subclínica: En este caso no existirán síntomas ni signos, aunque sí serán positivas el resto de las pruebas diagnósticas (entero lógicas, serológicas, genéticas)
- Enfermedad Celiaca potencial: Estas personas nunca han presentado una biopsia compatible con la enfermedad celiaca pero poseen una predisposición genética determinada por la positividad del HLA-DQ2/DQ8. Aunque la serología puede ser negativa, presentan un aumento en el número de linfocitos intraepiteliales.
- Enfermedad Celiaca latente: Pacientes que en un momento determinado, consumiendo gluten, no tienen síntomas y la mucosa intestinal es normal. Podemos diferenciar dos variantes:

-Tipo A: Fueron diagnosticados de EC en la infancia y se recuperaron por completo tras el inicio de la dieta sin gluten, permaneciendo en estado subclínico con dieta normal (Enteropatía negativa).

-Tipo B: La mucosa intestinal era normal, pero posteriormente desarrollarán la enfermedad con el consumo de gluten (Enteropatía positiva).

1. A partir de la sintomatología:
• La celiaquía clásica es la más sencilla de diagnosticar puesto que provoca síntomas más conocidos y tradicionalmente relacionados con la enfermedad, como son las diarreas, los vómitos, las digestiones pesadas, la hinchazón, y en caso de niños baja talla y bajo peso, entre otros. En adultos los síntomas de la celiaquía suelen ser diferentes y son muy habituales los síntomas extra digestivos, desde cefaleas, problemas de fertilidad a otro tipo de enfermedades cutáneas (Dermatitis Herpetiforme), neurológicas o de tiroides.
• El primer paso para diagnosticar la celiaquía es presentar una clínica sugestiva de celiaquía (ya sea con síntomas digestivos o extra digestivos).

2. A partir de anticuerpos:
Con la sospecha de celiaquía, se solicitara una serología para analizar los anticuerpos relacionados con la celiaquía:
- Anticuerpos antigliadina (AA): Suelen ser positivos habitualmente en individuos que no pueden digerir correctamente el gluten, pero carecen de valor diagnóstico ya que están dirigidos frente a la gliadina que es un componente del gluten, pero no detectan la enfermedad.
- Anticuerpos frente a péptidos desaminados de gliadino (APDG): Es un buen marcador en menores de tres años, pero en adultos pueden ser resultar negativo aunque estemos frente a un paciente celiaco.

- Anticuerpos anti-transglutaminasa IgA (tTg-IgA) y antritrasglutaminasa IgG (tTg-IGG): Es el más empleado en clínica. Tienen un gran valor diagnóstico, siendo a día de hoy son los más valorados
- Anticuerpos antiendomisio IgA (EMA)
- Determinación de los niveles de IgA totales, ya que en pacientes celiacos se observa una falta de IgA característica

3. A partir de pruebas genéticas:
Los marcadores genéticos son otra de las pruebas de diagnóstico de la celiaquía fundamentales ya que se requiere de una cierta predisposición para llegar a desarrollarse. Actualmente son dos genes del sistema HLA los que señalan una relación directa con la celiaquía. Éstos son el DQ2 (presente en casi el 90% de los celiacos) y el DQ8 (aparece casi en un 5 % de los celiacos).
Los últimos estudios del genoma humano señalan que podría haber muchos más genes implicados en el desarrollo de la celiaquía. La prueba genética de celiaquía, nos ayudará a confirmar el diagnóstico de la enfermedad en caso de que haya más pruebas positivas, pero por sí sola no puede diagnosticar ya que simplemente significa que existe riesgo y probabilidad de desarrollar celiaquía.
Este trabajo tiene una finalidad docente. La Facultad de Farmacia no se hace responsable de la información contenida en el mismo.

4. A partir de una biopsia
Si existe una sintomatología susceptible de celiaquía, una serología positiva y una genética compatible, el siguiente paso es realizar la biopsia intestinal. Sin embargo, si la serología es negativa pero hay alta sospecha de experimentar la enfermedad, sobre todo si también hay familiares celiacos, es recomendable la biopsia intestinal.

5. A partir de una dieta sin gluten
• Por último, hay que comprobar que exista una respuesta ante la Dieta Sin Gluten (DSG). La dieta tiene que ser seguida estrictamente durante un tiempo mínimo de 6 meses. Durante estos seis meses de dieta sin gluten estricta, se produciría una clara mejoría clínica, aunque la inflamación intestinal es más lenta y tardaría más en desaparecer por completo, pudiendo pasar hasta dos años en recuperarse de las lesiones, De estas cinco pruebas, al menos cuatro tienen que ser positivas para poder confirmar el diagnóstico de celiaquía.

2 Objetivos

- Objetivo general:
- Identificar las estrategias terapéuticas de la enfermedad celiaca
- Objetivo específico:
- Reconocer la importancia de la dieta sin gluten.
- Conocer los tratamientos de la enfermedad celiaca refractaria y los nuevos tratamientos como coadyuvantes a la dieta sin gluten.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica de la literatura en Google académico, PuMed, SciELO, Cochrane AEMPS y Cuiden. Además se consultaron diversas páginas web (Asociación Española de Gastroenterología, FADE-Federación de asociaciones de heliacos de España-, SEEC - Sociedad Española de Enfermedad Celiaca-) En esta revisión se han usado las siguientes palabras clave:"Enfermedad celiaca, Gluten, Tratamiento farmacológico enfermedad celiaca,". Se han usado los siguientes operadores boleados "AND" y "OR".

En cuanto a los limitadores marcados, se han usado los siguientes: limitador temporal (documentos publicados en los últimos 10 años); limitador idiomático (documentos en castellano o inglés) y la disponibilidad de obtener los textos completos de manera gratuita. Quedan excluidas publicaciones en lenguaje diferente al castellano y/o inglés, artículos sin acceso al texto completo o con información incompleta, fecha de publicación anterior a 2009. Quedan incluidos artículos catalogados como revisiones bibliográficas, estudios de investigación, obtención de texto completo publicados en los últimos 10 años (2009-2019).

4 Resultados

El tratamiento clásico para la enfermedad celiaca consiste en llevar una dieta estricta carente de gluten para toda la vida del paciente, es decir eliminar aquellos alimentos que contengan trigo, cebada o centeno. En la práctica, conviene eliminar también los productos con avena, porque muchas veces están contaminados con trigo. Hay que tener en cuenta que estas harinas son ampliamente utilizadas en la industria alimentaría lo que complica el seguimiento de la dieta sin gluten por parte del paciente.

En los casos en los que el gluten se excluye de la dieta la recuperación histológica del intestino no es inmediata, pudiendo tardar un año en niños y más de dos años en adultos, y en algunos casos, puede llegar a ser necesario excluir los productos lácteos de la dieta para facilitar la recuperación del intestino

Las dietas libres de gluten son pobres en vitamina B12, fibra, folato y niacina.

Cosas importantes ha tener en cuenta cuando se realiza una dieta exenta de gluten son:

El gluten se encuentra ampliamente utilizado en la industria alimentaria.
• Los alimentos libres en gluten son más caros que los que contienen gluten.
• Puede llegar a convertirse en una dieta poco variada.
• No hay un consenso internacional sobre los límites establecidos de gluten en alimentos libres de él.

Los pacientes que no se adhieren a una dieta sin gluten tienen más probabilidades de padecer alguna de las secuelas como es: baja estatura, deficiencias nutricionales, osteoporosis temprana, trastornos autoinmunes secundarios, neoplasias malignas e infertilidad.

Debido a los inconvenientes que supone una dieta libre de gluten como único tratamiento, en los últimos años han sugerido otros enfoques farmacológicos como coadyuvantes en la dieta en la enfermedad celiaca.

Además, un pequeño porcentaje de pacientes celíacos no responde a la dieta estricta sin gluten y persiste la atrofia vellositaria intestinal, dando lugar a la enfermedad celiaca refractaria (ECR). Para tratar esta patología es necesario distinguir dos tipos de ECR (Tipo 1 y Tipo2)

ERC Tipo 1.
Los linfocitos intraepiteliales presenta el fenotipo de marcadores de superficie similar a los pacientes con enfermedad celiaca activa, sin haber comenzado una dieta sin gluten.

ERC Tipo2
El fenotipo de los linfocitos intraepiteliales se encuentra alterado. En esta población linfocitaria se ha perdido los marcadores de superficie (CD3, CD8 y TCR), conservando el CD103 que la caracteriza como intraepitelial.

El tratamiento en la ECR tipo 1 consiste en una dieta a base de aminoácidos tanto

por vía parenteral como por vía oral entre los fármacos más empleados son los corticoides e inmunosupresores.

Dentro de los corticoides la prednisona es el fármaco más utilizado. El mecanismo de acción de este fármaco consiste en la activación de receptores citoplasmáticos que induce la trascripción y síntesis de lipocortinas que inhiben la fosfolipasa A2.

De los inmunosupresores el fármaco mas utilizado es la azatioprina con un alto índice de respuesta tanto clínica como histológica. El mecanismo de acción de este fármaco es desconocido aunque se sabe que actúa como un anti metabolito de las puritas.

Últimamente se ha estado evaluando la seguridad y la eficacia de la mesalazina para el tratamiento de la enfermedad celiaca refractaria tipo I14. No se conoce su mecanismo de acción pero se cree que al inhibir los efectos del ácido araquidónico de la mucosa intestinal tiene un efecto antiinflamatorio

El infliximab es un anticuerpo monoclonal dirigido contra el TNFa, se prescribe en el caso de no tolerar bien los corticoides y/o la azatioprina

El tratamiento de ERC Tipo 2. No hay un tratamiento establecido para la enfermedad celiaca refractaria tipo II. El tratamiento con corticoides e infliximab puede mejorar los síntomas pero no favorece sobre la proliferación clonal.
Los fármacos con los que se ha ensayado son antineoplásicos como la cladribrina.

En cuanto a los inmunosupresores están contraindicados pues favorecen la proliferación de linfomas, por lo que se debe de cuestionar este tratamiento.

El alemtuzumab, un anticuerpo monoclonal anti-CD52 utilizado en el tratamiento de leucemia linfocítica crónica, mostró mejoría clínica, histológica y en la población linfocitaria aberrante, manteniendo a los pacientes en remisión durante más de 18 meses.

NUEVAS LINEAS DE TRATAMIENTO.

Las nuevas líneas de farmacoterapia de la enfermedad celiaca se basan en formas generalmente de administración oral que actúan desde la entrada del gluten (AT-1001 y HEMA-co-SS), degradación del gluten (ALV003) y en la cadena inmunológica (Nexvax2(r))

- Peptidasas. El ALV003 es una mezcla de dos proteasas recombinantes especí-

fica para el gluten, una endoproteasa cisteína-glutamina específica derivada de la germinación de semillas de cebada (EP-B2) y una endoproteasa prolil de Sphingomonas capsulate (SC-PEP). Este fármaco desarrollado por Alvine Pharma está en fase IIb. Se está evaluando su eficacia como un complemento de la dieta libre de gluten.

- Fármacos dirigidos a moléculas endógenas que participan en la patogénesis de la enfermedad.

El larazotide (AT1001) desarrollado por Alba Pharmaceuticals es un inhibidor octapéptido cuya estructura se deriva de una toxina de Vibrio cholerae28. El AT-1001 tiene como objetivo impedir el paso paracelular del gluten a la lámina propia mediante la reordenación y el cierre de las uniones intercelulares al bloquear la proteína zonulina. Actualmente está en fase III.

- Polímeros con afinidad a las proteínas del gluten

El uso de polímeros con afinidad a las proteínas del gluten que evitan la absorción de estas proteínas. El P (HEMA-co-SS), hidroxietil metacrilato co-sulfonato de estireno, es un compuesto polimérico sintético que secuestra a-gliadina a un amplio intervalo de pH en el estómago y lúmen intestinal, evitando así el proceso patogénico de esta proteína

- Inmunológico

Nexvax2(r) es una vacuna que esta siendo desarrollada por ImmusanT Inc. Esta vacuna consiste en una formulación inyectable de tres péptidos con epítopos reconocidos por los linfocitos T CD4+ gluten-reactivos y así que estas células no respondan al gluten. Esta vacuna se ha diseñado para controlar la enfermedad celiaca en pacientes que posean el marcador genético HLA DQ2, el cual se encuentra en el 90% de los enfermos. Aquellos pacientes que carezcan de este marcador genético no responden a esta vacuna.

5 Discusión-Conclusión

1.- No se sabe con certeza cuál es el origen en el desarrollo de la enfermedad celiaca aunque están implicados factores genéticos así como ambientales, que al final el resultado es una reacción inmunológica anormal frente a las proteínas del gluten que desencadena esta patología que conlleva síntomas intestinales y extra intestinales.

2. La limitación de alimentos en la dieta pueden desencadenar déficit nutricional.
3. Cuando el gluten se excluye de la dieta la recuperación histológica del intestino no es inmediata, pudiendo tardar un año en niños y más de dos años en adultos.
4. Cuando los pacientes no se adhieren a una dieta sin gluten conlleva probabilidades de padecer alguna de las secuelas como es: baja estatura, deficiencias nutricionales, osteoporosis temprana, trastornos autoinmunes secundarios, neoplasias malignas e infertilidad.
5. La farmacoterapia de la ECR tipo I se centra en disminuir la respuesta inmune utilizando corticoides orales e inmunosupresores. El corticoide más utilizado es la prednisona.
6. La farmacoterapia de la ECR tipo 2 con corticoides e infliximab puede mejorar los síntomas pero no favorece sobre la proliferación clonal.
7. Las nuevas líneas de farmacoterapia de la enfermedad celiaca se basan en formas generalmente de administración oral que actúan desde la entrada del gluten (AT-1001 y HEMA-co-SS), degradación del gluten (ALV003) y en la cadena inmunológica (Nexvax2).

6 Bibliografía

1. Douglas Mogul, Yusuke Nakamura et al. Expert Review of Pharmacoeconomics and Outcomes Research Vol 17 2017, pp. 181-188.
2. F. Moscoso. Revista Médica Clínica Condes Vol 26 2015, pp. 613-627
3. 17Hernández.Tratado de Medicina farmacéutica, Ed.Panamericana, 2011, páginas 106-114
4. www.aemps.gob.es/cima/fichasTecnicas
(acceso el 17 abril 2017)
5. Luis Rodrigo, Amado Salvador Peña. Enfermedad celiaca y sensibilidad al gluten no celiaca. Asturias: OmniaSciencie; 2013.
6. Celiacos.org [internet]. Madrid: Federación de asociaciones de Celiacos de España; 2016 [Actualizado enero 2017; citado el 9 de Agosto de 2019].
7. Celicidad.net [Internet]. Madrid: Celicidad; 2017 [Actualizado enero 2017; Citado el 15 de Marzo de 2019]. Disponible en: https://celicidad.net/pruebas-de-diagnostico-de-la-celiaquia

Capítulo 13

CORONAVIRUS.

ISABEL MARÍA MOLINA LÓPEZ

1 Introducción

Orthocoronavirinae, comúnmente conocido como coronavirus, es una de las dos subfamilias de la familia Coronaviridae. Se subdivide en los géneros Alphacoronavirus, Betacoronavirus, Gammacoronavirus y Deltacoronavirus. Estos incluyen genogrupos filogenéticamente similares de virus ARN monocatenario positivos envueltos y con una nucleocápside de simetría helicoidal. El tamaño de sus genomas varía aproximadamente entre las 26 y 32 kilobases, siendo el genoma más grande para un virus ARN. El coronavirus es una familia de virus que se descubrió en la década de los 60 pero cuyo origen es todavía desconocido. Sus diversos tipos provocan diferentes enfermedades, desde un resfriado común hasta un síndrome respiratorio grave (una forma grave de neumonía). En general, los síntomas principales de las infecciones por coronavirus suelen ser:

- Bronquitis, bronquiolitis, neumonía, secreción y goteo nasal, tos, fatiga, dolor de garganta y de cabeza, fiebre, escalofríos y malestar general, y por último dificultad para respirar (disnea).
- Gran parte de los coronavirus no son peligrosos y se pueden tratar de forma eficaz. De hecho, la mayoría de las personas contraen en algún momento de su vida un coronavirus, generalmente durante su infancia. Aunque son más frecuentes en otoño o invierno, se pueden adquirir en cualquier época del año.
- El coronavirus debe su nombre al aspecto que presenta, ya que es muy parecido a una corona o un halo en la superficie del virus. Algunos coronavirus solo afectan a los animales, pero otros tipos también pueden afectar a los seres humanos.

De acuerdo a algunos estudios, el factor principal de la fuente del coronavirus era la sangre caliente, particularmente de los murciélagos - y pájaros.

Las proteínas que contribuyen a la estructura general de todos los coronavirus son; espículas, envoltura, la membrana y nucleocápside.

En el caso específico del coronavirus SARS, un dominio de unión para receptores definidos dirige la adherencia del virus a su receptor celular, la enzima convertidora de angiotensina 2 (ACE-2). Algunos coronavirus (específicamente los miembros de Betacoronavirus subgrupo A) también tienen un pico más corto como proteína llamada esterasa hemaglutinina.

La replicación de los coronavirus comienza con la entrada a la célula, momento en que pierde su envoltura y el genoma de ARN es depositado en el citoplasma. El genoma del coronavirus tiene una capucha metilada en el extremo 5', y una cola poliadenilada (poly A) en el extremo 3', dándole un gran parecido al ARN mensajero del hospedador. Esto permite que el ARN se adhiera a los ribosomas para su traducción. Los coronavirus tienen también una proteína conocida como replicasa codificada en su genoma permitiendo que el ARN viral sea traducido con la maquinaria del mismo hospedador.

La replicación del coronavirus comienza con la entrada en la célula, a la entrada en la célula, la partícula de virus es no recubierto y el genoma de ARN se deposita en el citoplasma. El genoma de ARN se replica y se forma una larga poliproteína, en donde todas las proteínas están unidas. Los coronavirus tienen una proteína no estructural (una proteasa) que es capaz de separar las proteínas de la cadena. Esta es una forma de economía genética para el virus, lo que le permite codificar el mayor número de genes en un pequeño número de nucleótidos.

2 Objetivos

Hacer una vacuna con un virus que sea capaz de replicarse y, por tanto, despierte la reacción del sistema inmune, pero luego pierda la capacidad de transmisión. Es un sistema suicida para el virus, por lo que es muy efectivo y seguro.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y

Scielo, Google Académico seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Para determinar si el malestar que sufre un paciente proviene de un simple resfriado o de un coronavirus el médico puede realizar un cultivo de nariz y garganta, o incluso un análisis de sangre.

Afortunadamente, la experiencia con SARS y MERS, los dos primos cercanos del nuevo coronavirus, ha puesto a estos científicos en una situación de ventaja. Y ya avanzan a buen ritmo en la creación de una versión atenuada del virus que permita producir una vacuna.
En casos de coronavirus SARS, se suele realizar una tomografía de tórax para determinar los síntomas de neumonía, así como otros análisis de coagulación de sangre, un análisis bioquímico y un conteo sanguíneo. También se realizan pruebas de anticuerpos y aislamiento del virus del SARS.

Para casos de coronavirus MERS se suele realizar una evaluación a aquellas personas que presentan los síntomas y que puedan ser proclives a contraer el virus.

También parece que, como en el caso del SARS, el nuevo coronavirus resulta especialmente agresivo en personas mayores, que ya tenían otro tipo de problemas médicos previos. Sin embargo, este nuevo virus parece tener una mayor habilidad para el contagio entre las personas y el resto de sus parientes.

El control de la temperatura (con cámaras térmicas y termómetros digitales) de las personas que llegan a un aeropuerto procedentes de zonas afectadas ha sido una de las primeras medidas que se han puesto en marcha para detectar posibles casos del coronavirus de Wuhan, tal y como se hizo con los brotes anteriores. También se realizan cuestionarios a los viajeros; en caso de sospecha, se les somete a evaluación y, en su caso, se les traslada a centros sanitarios.

Numerosos organismos, entre los que se incluyen los Institutos Nacionales de Salud de Estados Unidos (NIH), están tratando de desarrollar una vacuna para esta nueva cepa de coronavirus, conocida por la comunidad científica como 2019-nCoV, aunque es un proceso largo y costoso.

No existe una vacuna contra el coronavirus humano, se está trabajando en ello con la máxima rapidez posible ya que el virus avanza a un ritmo increíble de-

jando a decenas de muertos y miles de infectados. Por el contrario, los casos más leves pueden superarse siguiendo los mismos pasos que un catarro común. Esto no requiere intervención médica y simplemente con lavarse las manos de forma frecuente, guardar reposo y beber líquidos de forma abundante los síntomas desaparecerán a los pocos días. También se pueden tomar analgésicos como ibuprofeno o paracetamol para aliviar dolores de garganta o fiebre.

En casos de coronavirus SARS, MERS CoV y 2019-nCoV, suele ser conveniente el ingreso hospitalario. Se administran antivirales, dosis altas de esteroides para reducir la inflamación pulmonar y un soporte respiratorio con oxígeno; en ocasiones puede precisar antibióticos, pero solo en caso de que existan infecciones bacterianas sobrevenidas, es decir, sobreinfección.

En resumen, este tipo de infecciones respiratorias se tratan con antivirales y medidas de soporte. El tratamiento se suele adaptar en función de la gravedad del paciente, ya que hay casos en los que se producen neumonías graves, pero en otros las manifestaciones son leves.

5 Discusión-Conclusión

Hasta la fecha se han registrado treinta y nueve especies de coronavirus. Varias especies son de reciente investigación debido a que varias cepas particulares no habían sido identificadas previamente en humanos. Existe poca información sobre la transmisión, gravedad e impacto clínico y no existen tratamientos aprobados hasta la fecha, sin embargo, se pueden tratar varios de los síntomas, las opciones terapéuticas dependen del estado clínico de cada paciente.

Hasta la fecha no se dispone de vacuna alguna ni de tratamiento específico para combatir la infección por coronavirus.

Mantener una higiene básica es la forma más eficaz de evitar contraer este virus en los lugares en los que existe un mayor riesgo de transmisión, fundamentalmente las zonas del planeta en las que se han registrado casos. Es conveniente lavarse las manos con frecuencia y evitar el contacto con personas ya infectadas, protegiendo especialmente ojos, nariz y boca. A quienes puedan estar en contacto con posibles afectados se les aconseja el uso de mascarillas y usar pañuelos para cubrirse la nariz y la boca cuando se tose o se estornuda.

Cuando surgió el MERS CoV se informó de que los productos de origen animal debidamente procesados por cocción o pasteurización no suponen ningún riesgo

de infección, pero deben manipularse con cuidado para evitar que se contaminen por contacto con productos crudos. La carne y la leche de camello pueden seguir consumiéndose tras la pasteurización, cocción u otros tratamientos por calor; sin embargo, su consumo crudo debe descartarse.

Estas precauciones deben seguirlas especialmente aquellas personas que padezcan diabetes, insuficiencia renal, neumopatía crónica o inmunodepresión, ya que tienen más riesgo de padecer enfermedad grave en caso de infección por coronavirus.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 14

ENFERMEDADES GENÉTICAS MITOCONDRIALES.

MIGUEL FERNANDO GARCIA GIL

1 Introducción

Las mitocondriopatías son un grupo variado de enfermedades debidas a mutaciones del ADN mitocondrial o del ADN genómico que afectan a genes codificantes de proteínas mitocondriales en las que subyace una alteración funcional o estructural de las mitocondrias.

2 Objetivos

- Identificar en fuentes de información validadas de mutaciones causantes de diez mitocondriopatías bien definidas y su correspondiente cuadro clínico.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: pubmed, medline, y scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

1: Denominación: Deficiencia del complejo II mitocondrial o succinato coenzima Q reductasa. a) Mutación(es):
-Gen: SDHA (Localización citogenética: 5p15.33) Mutación homocigota, hay una transición 1684C-T.
-Gen: SDHAF1 (Localización citogenética: 19q13.12) Dos mutaciones homocigotas, transversión homocigota 169G-C y 164G-C. b) Cuadro clínico: Puede provocar el síndrome de Leigh. Encefalopatía y retraso en el desarrollo o crecimiento, hipotonía, letargo, insuficiencia respiratoria, ataxia, mioclonías y acidosis láctica.

2: Denominación: Deficiencia de piruvato carboxilasa. a) Mutación(es):
-Gen: PC (Ubicación citogenética:11q13.2) Se han identificado mutaciones de sentido anómalo (missense), mutaciones del marco de lectura (frameshift) y mutaciones sin sentido que introducen un codón de parada prematuro (nonsense), b) Cuadro clínico: Acidosis láctica, hipoglucemia, retraso severo, retraso en el desarrollo. Convulsiones y espasticidad.

3: Denominación: Deficiencia de acil-CoA deshidrogenasa de cadena corta (SCAD) a) Mutación(es):
- ACADS (Ubicación citogenética:12q24.31) Debido a mutaciones en el gen ACADS 136C-T y 319C-T b) Cuadro clínico: suele presentarse en las primeras semanas de vida con anomalías en el tono muscular, hipoglucemia y vómitos. Más frecuentemente se presenta de manera progresiva con hipotonía y retraso en el desarrollo.

4: Denominación: Oftalmoplejía externa progresiva crónica (CPEO) a) Mutación(es):
-Gen: POLG (Ubicación citogenética: 15q26.1) Es causada por deleciones de ADN mitocondrial puntuales y la mutaciones del DNA mitocondrial siendo la más común la A3243G. b) Cuadro clínico: debilidad progresiva de los músculos oculares y del músculo elevador del párpado superior. Miopatía visual, retinitis pigmentosa y disfunción del sistema nervioso central. Se asocian con otros síntomas, lo que nos puede dar un patrón multisistémico.

5: Denominación: Deficiencia de acil-CoA deshidrogenasa de cadena media (MCAD) a) Mutación(es):
-Gen: ACADM (Ubicación citogenética: 1p31.1) Se produce en la mayoría de los casos por una transición 985A - G b) Cuadro clínico: Afecta a bebés o niños de

corta edad con episodios de encefalopatía, degeneración grasa del hígado y bajos niveles de carnitina en sangre.

6: Denominación: Síndrome de encefalopatía mioneurogastrointestinal (MNGIE) a) Mutación(es):
-Gen: TYMP (Ubicación citogenética: 22q13.33) Se han reportado hasta 16 mutaciones del gen Tymp, mutaciones tanto homocigotas como heterocigotas. b) Cuadro clínico: oftalmoplejía externa progresiva, debilidad de las extremidades, neuropatía periférica, trastornos del tracto digestivo, leucodistrofia, acidosis láctica, fibras rojas rasgadas.

7: Denominación: Síndrome de neuropatía, ataxia y retinitis pigmentosa (NARP). a) Mutación(es):
-Gen MT-ATP6. Localizado en DNA mitocondrial. Mutaciones mitocondriales puntuales de ADN en genes asociados con Complejo V (T8993G) la más común, también se ha descrito la T8993C. b) Cuadro clínico: Puede producir un síndrome de Leigh, los síntomas dependen de cuales sean las áreas del sistema nervioso central que se encuentran afectadas.

8: Denominación: Deficiencia de 3-hidroxiacil-CoA deshidrogenasa de cadena corta (SCHAD) a) Mutación(es):
-Gen: HADH (Ubicación citogenética: 4q25) Casos más comunes revelaron homocigosis para 636 471 G-T. b) Cuadro clínico: Encefalopatía, enfermedad hepática o miocardiopatía. Puede dar una crisis metabólica con síntomas como somnolencia extrema, cambios en el comportamiento, irritabilidad y falta de apetito.

9: Denominación: Polidistrofia cerebral progresiva o síndrome de Alpers a) Mutación(es):
-Gen: POLG (Ubicación citogenética: 15q26.1) Mutaciones en el gen POLG: E873X y A467T. b) Cuadro clínico: convulsiones, demencia, espasticidad, ceguera, disfunción hepática y degeneración cerebral.

10: Denominación: Deficiencia de carnitina a) Mutación(es):
-Gen: SLC22A5 (Ubicación citogenética: 5q31.1) Son mutaciones recesivas en el gen SLC22A5 (OCTN2) que codifica el transportador de carnitina siendo mutaciones de diversos tipos como missense o sustituciones. b) Cuadro clínico: miocardiopatía, retraso del crecimiento y la alteración de la conciencia o coma. En ocasiones aparece hipotonía.

5 Discusión-Conclusión

Las mitocondriopatías se caracterizan por la afectación neuromuscular con la posible aparición de diversos síntomas y signos como mioclonias, miopatías, neuropatías, ataxia, convulsiones, demencia o accidentes cerebrovasculares. Sin embargo, aunque las manifestaciones clínicas son muy variadas y heterogéneas no siempre las presentan. Esto se debe a que el ADN mitocondrial esta mutado en un porcentaje de las copias del ADN mitocondrial.

La mayoría de las mitocondriopatías bien definidas están descrita en la web de la UMDF (United Mitochondrial Disease Foundation) http://www.umdf.org, siendo esta una interesante y fiable fuente de información siendo en nuestro trabajo la principal fuente de información.
También son numerosas las bases de datos que sirven de apoyo en el diagnóstico de las enfermedades genéticas, como GeneCards u OMIN, en las que podemos encontrar la mayoría de trastornos genéticos.

6 Bibliografía

1. Gorman GS, Chinnery PF, DiMauro S, Hirano M, Koga Y, McFarland R, Suomalainen A, Thorburn DR, Zeviani M, Turnbull DM. Mitochondrial diseases. Nat Rev Dis Primers. 2016 Oct 20;2:16080.
2. http://www.umdf.org/
http://omim.org/entry/551500
3. http://www.umdf.org/
http://omim.org/entry/252011
4. http://www.umdf.org/
http://omim.org/entry/266150
5. http://www.umdf.org/
http://omim.org/entry/201470
http://www.orpha.net/
6. http://www.umdf.org/
http://omim.org/entry/157640
7. http://www.umdf.org/
http://omim.org/entry/201450
8. http://www.umdf.org/
http://omim.org/entry/603041
9. http://www.umdf.org/

http://omim.org/entry/601609
10. http://www.umdf.org/
http://omim.org/entry/203700
11. http://www.umdf.org/
http://omim.org/entry/212140

Capítulo 15

PRINCIPALES FUNDAMENTOS FARMACOLÓGICOS PARA EL TRATAMIENTO DE ENFERMEDAD DE CROHN.

CESAR OLIVER SOTELO GARCIA

1 Introducción

La Enfermedad de Crohn (EC) se incluye dentro del término de enfermedad inflamatoria intestinal (EII) junto con la colitis ulcerosa (CU). En ambos trastornos la etiología aun se desconoce sin embrago, cursan alternando periodos agudos con brotes inflamatorios y periodos asintomáticos sin dejar de mencionar que es un proceso crónico. Existen diferencias muy significativas entre ellas, como pueden ser la zona del tracto digestivo afectada, la sintomatología, el diagnóstico y a su vez el tratamiento.

En la EC, la lesión puede afectar a cualquier parte del tubo digestivo, y es el resultado de una respuesta anormal del sistema inmune frente a la flora bacteriana intestinal, existiendo un marcado componente genético y una serie de factores ambientales que favorecen el desarrollo de la enfermedad, lo que hace difícil establecer un tratamiento adecuado a cada persona. No se puede determinar con certeza como predecir y anticiparse a la aparición de los síntomas.

La edad más frecuente para el comienzo de la EC está situada entre los 15 y 30 años, existiendo un segundo pico de aparición alrededor de los 60 años. Sin embargo , la enfermedad puede debutar a cualquier edad, no existiendo diferencias

significativas en cuanto al sexo, aparece con mayor frecuencia en la raza blanca y, dentro de esta, se ha demostrado que los de ascendencia judía tienen un riesgo de padecerla hasta 5 veces mayor que el resto de la población.

También se ha observado una mayor incidencia en las zonas del norte tanto de Europa como de Estados Unidos, así como en las zonas industrializadas respecto de las zonas rurales. Se trata de una enfermedad crónica para la que no existe tratamiento curativo, sin embargo, el avance de los conocimientos en la patogenia y el descubrimiento de nuevos fármacos supone una ayuda a la hora de entender y tratar la enfermedad

La prevalencia (casos totales) es aproximadamente 10-20 veces la incidencia (casos nuevos), las tasas de incidencia han aumentado considerablemente desde que se describió la enfermedad por primera vez. La teoría más común se basa en los cambios medioambientales relacionados con la industrialización. Puede comprometer a cualquier parte del tubo digestivo, desde la boca hasta el ano.

El intestino delgado y sobretodo el íleon terminal, resultan afectados en casi el 75% de los casos, y sólo alrededor del 15 al 25% comprenden únicamente el colon. Habitualmente se intercalan zonas del intestino afectadas con otras sanas, por lo cual los segmentos inflamados no lo están de manera continua, la inflamación afecta a todas las capas de la mucosa, con aparición de úlceras, abscesos y fistulas , al remitir este tipo de lesiones se produce fibrosis, cicatrización y engrosamiento de la submucosa, lo que produce estrechamiento con mayor o menor reducción de la luz intestinal. No todos los pacientes presentan todos los síntomas, y no todos los manifiestan en el mismo grado.

Los principales síntomas de la EC se pueden dividir en intra y extra instestinales:

1. Intestinales:
- Diarrea acuosa con o sin sangre que el síntoma más común. Si la EC afecta al colon suele aparecer sangre, moco o pus.
- Dolor abdominal tipo cólico que se localiza principalmente en la región derecha y/o zona inferior del abdomen.
- Fiebre la cual se debe principalmente a la inflamación intestinal si esta es alta puede indicar la presencia de una infección.
- Fatiga que puede ser consecuencia de una anemia .
- Inapetencia con la consecuencia de perdida de peso.
- Rectorragia o Hemorragia rectal, como consecuencia de la presencia de ulceraciones en la pared intestinal.

2. Extraintestinales:
- Eritema nodoso: lesiones dolorosas, inflamadas y enrojecidas, que aparecen sobre todo en las piernas
- Estomatitis aftosa: hinchazón y úlceras bucales
- Conjuntivitis, uveítis y epiescleritis: úlceras o inflamación de los ojos.
- Manifestaciones en las articulaciones: artropatía periférica, sacroileitis y espondilitis anquilosante
- Afectación hepática: colangitis esclerosante primaria: poco frecuente en la EC . Se caracteriza por la alteración de los conductos hepáticos.

Diagnóstico: Se basa en la combinación de signos y síntomas que presenta el paciente, y se complementa con pruebas bioquímicas y clínicas del aparato digestivo.
-Exploración física: revisión del estado general, toma de pulso, tensión arterial, temperatura, palpación del abdomen, inspección oral y perianal y tacto rectal.
- Análisis de clínicos (sangre y orina): para conocer la actividad y repercusión de la enfermedad. Medición de los marcadores de la inflamación (proteína C reactiva, velocidad de sedimentación, plaquetas, fribrinógeno)
- Colonoscopia y biopsia.
- Enema opaco.
- Enteroclisis, Gammagrafía con leucocitos marcados, Tránsito intestinal.
- Ecografía abdominal, Gastroscopia y biopsia, Radiografía simple de abdomen.
- Resonancia magnética nuclear, TAC de abdomen.

No es necesario realizar todas estas pruebas para diagnosticar la enfermedad, cada una aporta información para establecer el diagnóstico.

2 Objetivos

Objetivo General:
- Identificar las estrategias galénicas empleadas en el tratamiento de la Enfermedad de Crohn

Objetivos Específicos:
- Reconocer la importancia del diagnostico y tratamiento oportuno en la EC en el tratamiento de los brotes así como en el mantenimiento de la remisión de los síntomas.

- Conocer los nuevos tratamientos como coadyuvantes en la prevención de la misma y los que aun se encuentran en investigación.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica de la literatura en Google académico, PuMed, SciELO, Cochrane AEMPS y Cuiden. Además se consultaron diversas páginas web (Asociación Española de Gastroenterología, Confederación Crohn y colitis ulcerosa -ACUU)

En esta revisión se han usado las siguientes palabras clave:"Sindrome de mala absorción, Enfermedad, Síndrome, enfermedad de Crohn, inflamatorio, intestinal, disease, disorder ".

Se han usado los siguientes operadores boleados "AND" y "OR". En cuanto a los limitadores marcados, se han usado los siguientes: limitador temporal (documentos publicados en los últimos 10 años); limitador idiomático (documentos en castellano o inglés) y la disponibilidad de obtener los textos completos de manera gratuita.

Quedan excluidas publicaciones en lenguaje diferente al castellano y/o inglés, artículos sin acceso al texto completo o con información incompleta, fecha de publicación anterior a 2009. Quedan incluidos artículos catalogados como revisiones bibliográficas, estudios de investigación, obtención de texto completo publicados en los últimos 10 años (2009-2019).

4 Resultados

Actualmente, no se dispone de tratamientos curativos para esta patología; los objetivos son inducir y mantener la remisión, controlando la inflamación y evitando complicaciones.

El tratamiento debe ser individualizado, y depende de factores como pueden ser la clínica, zona afectada por la EC, gravedad, previa respuesta a otros tratamientos.

1. Aminosalicilatos (5-ASA):
Grupo de fármacos que liberan el PA, Mesalamina, en sitios previstos, consiguiendo así reducir la inflamación del intestino. Sulfasalazina y Melasalazina son los

aminosalicilatatos más usados, se emplean para tratamiento de brotes y recaídas de EII.

- Sulfasalazina fue el primer fármaco empleado para el tratamiento de la EII, comercializado como Salzopirina® comprimidos, está indicado para el tratamiento de la EC activa.
- Olsalazina, comercializado como Dipentum® comprimidos, está indicado para el mantenimiento y remisión de EC y CU en pacientes intolerantes a Sulfasalazina.
- Balsalazida, comercializado como Colazal® en EEUU y Colazide® en RU. Es un profármaco empleado para el tratamiento de la EC y CU de leve a moderadamente activa.

2. Corticoides:

Grupo farmacológico también conocido como glucocorticoides o corticosteroides. Son fármacos que actúan modulando la respuesta del sistema inmune y disminuyendo la producción de sustancias que conducen a inflamación intestinal; son tratamiento de primera línea para remisión de brotes.

- Beclometasona está comercializado en forma de enemas y comprimidos
- Dexametasona, comercializado como comprimidos y solución inyectable, es un glucocorticoide con actividad antiinflamatoria e inmunosupresora empleado para el tratamiento sistémico de periodos críticos de EC y CU
- Metilprednisolona, comercializado como Urbasón® comprimidos y Prednisona® comprimidos,son corticoides empleados para el tratamiento de EII, en brotes de moderados a graves. Su problema es el gran número de efectos adversos que provocan, entre los que se pueden destacar el riesgo de perforación intestinal con peritonitis.
- Deflazacort®, glucocorticoide antiinflamatorio e inmunosupresor derivado de la prednisolona. Se comercializa en forma de comprimidos y se empleada para tratamiento de EC.

3. Inmunosupresores:

También conocidos como inmunomoduladores, son fármacos que reducen la actividad del SI. Se emplean para el tratamiento de EII y son útiles para mantener la enfermedad en un estado inactivo, es decir, en remisión o sin brotes, y para tratar las situaciones de corticodependencia y corticorresistencia.

- Azatioprina, comercializado como Imurel® comprimidos, se emplea como agente inmunosupresor, solo o en combinación con corticosteroides, en procesos en los que sea preciso modificar la respuesta inmune, como en el tratamiento de la EII de moderada a grave.

- Metotrexato, comercializado como Metoject®, es un antimetabolito y análogo del ácido fólico cuyo mecanismo de acción se basa en la inhibición de la dihidrofolato-reductasa, inhibiendo de este modo la síntesis de nucleótidos de purina, timidilato y ADN, también inhibe las citoquinas que intervienen en el proceso inflamatorio de la EC.
- Tacrolimus es un potente inmunosupresor, inhibidor de calcineurina.Es empleado de forma experimental en el tratamiento de EC y CU, donde se ha demostrado la remisión de fístulas.

4. Terapia biológica:
Se basa en el uso de anticuerpos (Ac) monoclonales, resulta eficaz en pacientes con EC que no responden al tratamiento convencional, consiguiendo una remisión de la enfermedad en el 80% de los casos.
Infliximab, comercializado como Remicade®, empleado para el tratamiento de la EC activa, grave, en pacientes que no hayan respondido a una terapia de costicosteroide e inmunosupresor, o intolerantes a dicha terapia.
- Adalimumab, comercializado como Humira®, Está indicado para el tratamiento de la EC activa, grave, en pacientes que no hayan respondido a una terapia de costicosteroide e inmunosupresor, o que sean intolerantes a dicha terapia,además permite su uso en pediatría.
- Gorlimumab, comercializado como Simponi®,Constituye una nueva alternativa al tratamiento de EII de moderada a grave que no ha respondido a terapia convencional.
- Vedolizumab, comercializado como Entyvio®, es un Ac frente a la integrina $\alpha 4\beta 7$ aprobado para el tratamiento de EII. Proporciona una respuesta menos rápida pero más duradera.
- Certolizumab, comercializado como Cimcia®, es un AC monoclonal antiTNF-α que en EC ha demostrado mantener respuesta clínica durante un periodo de tiempo mayor (6 meses)
- Ustekinumab, comercializado como Stelara®, es el último Ac monoclonal antiTNF-α aprobado por la Comisión Europea para el tratamiento de la EC. Ha sido aprobado para su uso en pacientes adultos con EC activa de moderada a grave que hayan tenido una respuesta inadecuada, presenten pérdida de respuesta o sean intolerantes al tratamiento convencional de EC.

5 Discusión-Conclusión

Se desconoce la causa exacta de la enfermedad, aunque las teorías actuales apuntan al sistema inmune y bacterias como principales causas.

No es una enfermedad contagiosa. Existe una predisposición genética, aunque la probabilidad de desarrollar la enfermedad de un niño con algún progenitor enfermo, es muy poco mayor que la de la población en general.

La EC no es una enfermedad hereditaria, ni tampoco contagiosa, sino más bien el resultado de una interacción entre los factores ambientales y un trastorno de la inmunidad en personas genéticamente susceptibles

El tratamiento de la EC va encaminado a dos objetivos: tratar los brotes y mantener la remisión. También se utilizan antibióticos y analgésicos para tratar las infecciones y aliviar el dolor. La indicación del tratamiento se realiza en función de la localización de las lesiones, el grado de inflamación y la existencia o ausencia de complicaciones.

Los fármacos que se utilizan se dividen en 4 grupos:
1. Aminosalicilatos (5-ASA)
2. Corticoides
3. Inmunosupresores
4. Terapia biológica.

6 Bibliografía

1. Wehkamp J, Götz M, Herrlinger K, Steurer W, Stange EF. Inflammatory Bowel Disease: Crohn's disease and ulcerative colitis. Dtsch Arztebl Int. [Internet] 2016 [citado 25-febrero-2019]; 113(5): 72–82. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4782273/
2. GETECCU: Grupo Español de Trabajo en Enfermedad de Crohn y Colitis ulcerosa. Última actualización 01-06-2016. Disponible en: http://geteccu.org/pacientes/antecedentes-historicos/antecedentes-historicos-enfermedad-de-chron
3. SEGHNP-AEP: Asociación Española de Pediatría. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. Disponible en: http://www.aeped.es/documentos/protocolos-gastroenterologia-hepatologia-y-nutricion.

4. Vergara A T. et al. Prevalencia de marcadores serológicos ANCA y ASCA en una población con colitis ulcerosa. Rev. méd. Chile [Internet]. 2006 [citado 15 marzo 2019]; 134 (8): p. 960-964. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003498872006000800003&lng=es&nrm=iso
5. Pérez Tarrago C, Puebla Maestu A, Miján de la Torre A. Tratamiento nutricional en la enfermedad inflamatoria intestinal. Nutr Hosp. [Internet]. 2008 [Citado 7 abril 2019]; 23(5):417-427. Disponible scielo.isciii.es/pdf/nh/v23n5/revision.pdf
6. Pavón M., Baixauli A., Tamarit JJ.et al (2010). Reumatología y Osteoporosis. Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario. VALENCIA. Vol. 19. Núm. 1
7. Romero P. et al (2012). Medicine. Program. Form. Médica Continuada. Volum.11, Issue 4. Págs 197-205.
8. Chaparro M. and Gisbert JP. (2012). Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario de La Princesa. Volume 11, Issue 5. Pages 309–313.
9. American society of colon and rectal surgeons (ASCRS). Diseases and Conditions: Enfermedad de Crohn. <https://www.fascrs.org/patients/disease-condition/enfermedad-de-crohn>
[Consulta: 28 de octubre 2019]
10. Confederación de asociaciones de enfermos de Crohn y de colitis ulcerosa en España (ACCU España). Información sobre EII. <http://www.accuesp.com/es/EII/crohnycolitisulcerosa.html>
[Consulta: 8 de octubre 2019].

Capítulo 16

CRIBADO DE CÁNCER DE MAMA.

ANA HUERTA PONTON

JOANNA CARDÍN GARCÍA

SOLEDAD MARÍA CUEVAS GÓMEZ

MONICA RIESGO FERNANDEZ

1 Introducción

El cáncer de mama es el tumor maligno más frecuente en la mujer y el que mayor número de muertes produce en la mujer en nuestro país. El número de casos diagnosticados está en continuo aumento y sin embargo los fallecimientos por esta causa han permanecido estables durante los últimos años. El cáncer de mama a menudo compromete las células glandulares mamarias en los conductos y lóbulos. La mayoría de las pacientes son mujeres y presentan una tumoración asintomática descubierta durante el examen mamario o en una mamografía de cribado. El diagnóstico se confirma mediante biopsia. En general, el tratamiento incluye extirpación, a menudo con radioterapia, con o sin quimioterapia adyuvante u hormonoterapia.

En los EE.UU, el cáncer de mama es la segunda causa de muerte por cáncer en mujeres blancas, negras, después del cáncer pulmonar, pero la principal causa de muerte por cáncer entre las mujeres hispanas. El cáncer es el resultado de mutaciones, o cambios anómalos, en los genes que regulan el crecimiento de las células y las mantienen sanas. Los genes se encuentran en el núcleo de las células. Normalmente las células del cuerpo se renuevan mediante un proceso específico

llamado crecimiento celular, las células nuevas y sanas ocupan el lugar de las células viejas que mueren. Pero con el paso del tiempo, las mutaciones pueden activar ciertos genes y desactivar otros en una célula. La célula modificada adquiere la capacidad de dividirse sin ningún tipo de control u orden, por lo que produce más células iguales y genera un tumor.

Un tumor puede ser benigno o maligno. Los tumores benignos no son considerados cancerosos, sus células tienen una apariencia casi normal, crecen lentamente y no invaden tejidos próximos ni se propagan hacia otras partes del cuerpo. Los tumores malignos son cancerosos, de no ser controlados las células malignas pueden propagarse más allá del tumor original hacia otras partes del cuerpo.

El término "cáncer de mama" hace referencia a un tumor maligno que se ha desarrollado a partir de células mamarias. Generalmente, el cáncer de mama se origina en las células de los lobulillos, que son las glándulas productoras de leche, o en los conductos, que son las vías que transportan la leche desde los lobulillos hasta el pezón. Con menos frecuencia, el cáncer de mama puede originarse en los tejidos estromales, que incluyen a los tejidos conjuntivos grasos y fibrosos de mama.

Con el paso del tiempo, las células cancerígenas pueden invadir el tejido mamario sano circundante y llegar a los ganglios linfáticos de las axilas. Si las células cancerígenas llegan a los ganglios linfáticos, obtienen una puerta de acceso hacia otras partes del cuerpo. Los estadios del cáncer de mama hacen referencia a lo lejos que se han propagado las células cancerígenas más allá del tumor original.

El cáncer de mama siempre se origina por una anomalía genética. No obstante, solo un 5-10% de los casos son producto de una anomalía heredada de la madre o el padre. En cambio, el 85-90% de los casos de cáncer de mama tienen su origen en anomalías genéticas vinculadas al proceso de envejecimiento.

2 Objetivos

- Difunfir la importancia de las exploraciones y controles periódicos mamográficos, junto con una vida saludable y dieta equilibrada, ya que es la base fundamental para poder detectar a tiempo este tipo de patología.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: pubmed, medline, y scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La mayoría de los cánceres de mama son tumores epiteliales que se desarrollan a partir de las células que recubren los conductos o los lobulillos, menos comunes son los cánceres no epiteliales del estroma por ejemplo: angiosarcoma, sarcoma. Los cánceres se dividen en carinomas in situ y cánceres invasores. El carcinoma in situ es la proliferación de células cancerosas dentro de los conductos o los lobulillos sin invasión del estroma.

Existen 2 tipos:
- Carcinoma ductal in situ (CDIS): Cerca del 85% de los carcinomas in situ son de ese tipo. El CDIS se detecta solo por la mamografía. Puede afectar un área pequeña de la mama, si un área amplia se compromete, con el tiempo se pueden desarrollar focos de invasión microscópica.
- Carcinoma lobulillar in situ (CLIS): a menudo este tipo de carcinoma es multifocal y bilateral. Podemos clasificar 2 tipos, clásico y pleomorfos.

El CLIS clásico no es maligno, pero aumenta el riesgo de desarrollar carcinoma invasor en cualquiera de los senos. Esta lesión no es palpable, en general se suele detectar con biopsia, rara vez se ve en una mamografía. El CLIS pleomorfo se comporta más como CDIS.

El carcinoma invasor es principalmente un adenocarcinoma. Cerca del 80% es del tipo ductal infiltrante, la mayoría de los caso que restan son lobulillares infiltrantes. Los tipos raros incluyen medulares, los metaplásticos y los tubulares. El carcinoma mucionoso tiende a desarrollarse en las mujeres mayores y es de crecimiento lento. Las mujeres con este tipo de cáncer de mama tienen un pronóstico mucho mejor que las mujeres con otros tipos de cáncer de mama invasivo.

El cáncer de mama inflamatorio es un cáncer de rápido crecimiento, a menudo es mortal. Las células cancerosas bloquean los vasos linfáticos en la piel de la mama, haciendo que la misma tenga aspecto de estar inflamada, y la piel aparece engrosada, parecida a la cáscara de una naranja, por lo general, el cancer de mama inflamatorio se extiende a los ganglios linfáticos de la axila. Los ganglios linfáticos se sienten como nódulos duros, sin embargo, a menudo no se puede palpar una masa en la mama, ya que este tipo de cáncer se dispersa en todo el seno.

La enfermedad del pezón o de Paget es una forma de carcinoma ductal insitu, que se extiende dentro de la piel suprayacente al pezón y la areola, y se manifiesta con una lesión cutánea. En la epidermis aparecen células malignas características llamadas de Paget, de ahí su nombre, es un tipo de cáncer in situ o invasor.

Se suele manifestar con cambios en la piel que incluyen eritema, aparición de costras y secrección. Estos cambios en general parecen tan benignos que la paciente los ignora y el diagnóstico se posterga un año o más. Alrededor del 50% de las pacientes con enfermedad de Paget tienen una masa palpable en el momento de la consulta.

La mamografía se trata de una técnica diagnóstica utilizada como una herramienta de exploración para detectar de manera temprana el cáncer de mama. Puede emplearse en mujeres que no tiene nungún síntoma mamario, como medio de cribado del cáncer de mama o bien en mujeres que presentas síntomas como dolor, bultos, o secreción por el pezón para detectar y diagnosticar enfermedades mamarias. Se emplean rayos X de manera dimilar a las radiografías convencionales.

Estas observaciones han conducido a que las autoridades sanitarias pongan en marcha campañas de detección precoz del cáncer de mama basadas en la realización periódica de mamografías. El beneficio es claro, un diagnostico precoz tiene una alta probabilidad de curación y permite la utilización de tratamientos menos agresivos como la cirugia conservadora de la mama en la que se extirpa la zona tumoral rodeada de un margen de tejido sano, conservando el resto de la mama.

La mamografía de diagnóstico es la exploración de elección en el diagnóstico de tumores mamarios y de otras patologías de la mama. La momografía de diag-

nóstico se utiliza para evaluar a una paciente que presenta resultados clínicos anormales bien pro la detección de alguna anomalía por la propia mujer o durante el examen ginecológico. La única preparación que precida es la precaución de no utilizar desodorante, talco en polvo o lociones en las axilas o las mamas el día del examen ya que pueden alterar la imagen obtenida.

Se realiza en un aparato llamado mamógrafo. Con el torso descubierto, se colocará la mama en una superficie especial y esta será comprimida de manera gradual por una placa transparente. Esta presión puede resultar molesta especialmente en las mujeres con dolor en las mamas y en los días previos a la menstruacción. La compresión resulta necesaria para aplacar el grosor de la mama de manera que los tejidos puedan visualizarse adecuadamente y así, las lesiones pequeñas no sean ocultadas por el tejido mamario y pasen desapercibidas. Con ello además, se inmoviliza la mama mientras se obtienen las imagenes permitiendo una mayor nitidez de las mismas

Habitualmente, se toman dos imágenes. De arriba hacia abajo y lateral. El proceso se repetirá en la otra mama. La mamografía de diagnóstico puede requerir otras proyecciones o ampliaciones de zonas concretas de la mama. Resulta de gran utilidad aportar las mamografías previas que hayan sido realizadas para permitir al radiólogo la comparación de imágenes y mejorar el diagnóstico.

En la actualidad la mamografía es la mejor herramienta de exploración para cáncer de mama disponible y permite el diagnóstico de manera precoz, incluso antes de que la lesión pueda ser palpable. A pesar de ello, existe un pequeño número de casos que puede que no sean detectados como(falsos negativos) y por el contrario, una pequeña parte de los exámenes indica la presencia de imágenes patológicas cuando en realidad no hay alteraciones, (falsos positivos). El avance en la mejora de los equipos y la incorporación de nuevas tecnologías como la mamografía digital, ayudan a reducir estos diagnósticos.

Las imágenes iniciales mamográficas no siempre son suficientes para determinar con certeza la existencia de una enfermedad ya sea benigna o maligna y por ello el examen se deba completar con otros estudios complementarios como es la ecografía. Factores como son la edad o el uso de homonas, pueden modificar el aspecto de las imágenes de las mamas.

Las mujeres jóvenes tienen una mayor densidad del tejido mamario, lo que puede

dificultar la lectura. Esto ocurre también en mujeres tratadas con hormonas. Las prótesis mamarias colocadas delante del músculo pectoral, pueden interferir en la lectura de las imágenes, ya que no son transparentes a los rayos X y es fácil que puedan ocultar alguna lesión.

La mamografía de cribado no debe realizarse si existe la sospecha de embarazo. Ante una patología mamaria en una mujer embarazada, será el ginecólogo quién decida la necesidad de su realización basado en la sospecha clínica de la lesión. El gran beneficio es la delección de tumores pequeños, ante de que su presencia pueda ser detectada por otros métodos como la palpación. Ello permite mejorar las posibilidades de tratamiento y aumentar notablemente la probabilidad de curación.

El los diagnóstico de la patología mamaria. Básicamente asienta esta prueba. A todas la mujeres a las cuales se les haya detectado cáncer de mama después de la realización del cribado, se les ofrecerá tratamiento quirúrgico. Previamente se les puede administrar terapia neoadyuvante, para reducir el tamaño del tumor. En el caso de carcinoma ductal in situ (CDIS) y cánceres invasivos el estado ganglionar puede valorarse por linfadenectomía axilar o, recientemente, por el estudio del ganglio centinela

5 Discusión-Conclusión

Por lo tanto el beneficio del diagnóstico en este tipo de patologías, supera con creces el riesgo que puede suponer exponerse a las radiaciones producidas por los rayos X, emitidas durante la realización de las mamografías. La dosis de la radiación efectiva recibida al realizarse una mamografía es aproximadamente la misma que recibe una persona promedio por la radiación de fondo en tres meses.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 17

POLIRRADICULONEUROPATIA DESMIELINIZANTE INFLAMATORIA CRÓNICA A PROPÓSITO DE UN CASO.

LAURA PULIDO FONTES

MARTA LUCÍA PULIDO FONTES

MARTA RINCÓN FRANCÉS

MARTA GOMEZ ALONSO

1 Introducción

El termino “polirradiculoneuropatía crónica inflamatoria” descrito por primera vez por Dyck en 1975. En 1984 Dyck y Arnason describen la naturaleza desmielinizante de la enfermedad proponiendo el término de ”polirradiculoneuropatía desmielinizante inflamatoria crónica”.

Dentro de las polirradiculoneuropatias crónicas desmielinizantes:
- CIDP y variantes.
- MNM.
- Anti-MAG.
- GALOP.
- POEMS.

Epidemiología:
- Incidencia 1-7/100.000 (probablemente subestimada).

- Afecta con mayor frecuencia a hombres (2:1).
- Cualquier edad, mayoría de casos entre 30-50 años.

Clínica:
• Cuadro clásico: polineuropatía sensitivo-motora difusa, de predominio proximal, arreflexia y curso superior a 2 meses.
• Comienzo insidioso como debilidad muscular simétrica (puede ser asimétrica), parestesias, predominio proximal.
• Pueden afectarse PC, mas frecuentemente el VII.
• Alteraciones autonómicas (urinarios), dolor, ardor de EE.
• Diversas variantes clínicas descritas. Tratamiento similar.
• Por consenso duración de los síntomas hasta alcanzar el máximo de clínica es de 2 meses.
• Descritos casos de inicio agudo indistinguibles del síndrome de Guillain Barrè GBS.

Cursos clínicos descritos:
- Monofásico.
- Recurrente-remitente.
- Crónica progresiva.

Diagnóstico:
• Fundamentado principalmente por la clínica compatible, la ausencia de otras causas que lo expliquen y el resultado del estudio neurofisiológico.

Ayudan al diagnóstico:
- Disociación albumino-citológica.
- RM.
- Biopsia.
- Respuesta al tratamiento.

El estudio neurofisiológico es el pilar fundamental. Consta de varios criterios. Puntos básicos a destacar:
- Disminución de la VCN en al menos dos nervios motores.
- Latencia distal prolongada en al menos dos nervios.
- Bloqueo parcial de la conducción.
- Alteración de la onda F.
- VCN sensitiva <80% de la normalidad.
- Ausencia de reflejo H.

El tratamiento de la inducción depende de los síntomas que padezca. Si dichos síntomas son leves no incapacitan para la realización de la vida diaria, por tanto se debe realizar un seguimiento clínico y neurofisiológico. En cambio si la discapacidad es moderada o severa:
- IgIv 0.4g/kg/día 2-5 días.
- 60mg/día prednisolona 4 semanas con descenso en 12-24 semanas (No en forma motora pura que puede empeorar la clínica).
- Plasmaferesis.
- Otros inmunosupresores (azatioprina y metotrexate) Caso de fracaso con anteriores líneas terapéuticas, generalmente en combinación con las mismas.

El tratamiento de mantenimiento debe ser individualizado según el caso. Recomendaciones:
- Tras dosis máxima efectiva de corticoides reducir hasta mínima dosis efectiva.
- Respuesta inadecuada o efectos adversos con dosis de mantenimiento cambiar de línea terapéutica o asociar inmunosupresores.
- Medidas generales: manejo del dolor, fatiga, información al paciente.

2 Objetivos

Conocer la enfermedad de polirradiculoneuropatia desmielinizante inflamatoria crónica y su plan de actuación.

3 Caso clínico

Antecedentes personales:
- Varón de 72 años de edad.
- Diagnósticos previos: nefrectomía izquierda por litiasis renal;HBP.
- No hábitos tóxicos.
- Tratamiento habitual: tamsulosina 0.4mg un comprimido en cena.

Historia actual:
- Desde 4 días previos a la consulta, refiere dificultad para bipedestación y deambulación por debilidad en extremidades inferiores (EEII). Inicio del cuadro de debilidad hace 6 meses, con debilidad en extremidades superiores (EESS) (dificultad para abrir botellas) y en EEII, sin asociar alteraciones sensitivas. Relativa recuperación de dicho cuadro con ejercicio físico sin consultar con especialista médico.

- Sin llegar a recuperara del todo este último mes de forma progresiva empeoramiento acompañándose de disestesias en manos.
- No otra clínica, no infecciones previas.

Exploración física:
- Hipotrofia muscular en brazos y ambos muslos. Balance motor EESS 3/5 a nivel de deltoides, bíceps y tríceps braquial izquierdo (izdo), 4-/5 en derecho (dcho), 4+/5 en ambos trapecios, 4/5 en interóseos, extensores y flexores de ambas manos. En EEII: 3/5 en cuadriceps izdo, 4-/5 en dcho y 4/5 psoas-iliaco bilateral. A nivel distal 4/5.
- Sensibilidad normal.
- Arreflexia global excepto estilo-radial bilateral.

Plan inicial:
- Diagnóstico sindrómico: polirradiculoneuropatia mixta de predominio motor y proximal que afecta a las cuatro extremidades de curso crónico.
- Pruebas a solicitar: analítica sanguínea, estudio neurofisiológico y electromiograma.

Pruebas complementarias iniciales:
- Analítica sanguínea general: dentro de parámetros de la normalidad.
•Estudio neurofisológico: umbrales de estimulación elevados. Aumento de latencia en todos los puntos de estimulo, con disminución de la conducción y respuesta disgregada. No hay bloqueos. Ausencia de ondas F en EESS y retrasadas y con baja persistencia en EEII.
•Electromiograma: Patrón neurógeno crónico con déficit de reclutamiento.

Plan posterior:
- Ante los hallazgos del estudio neurofisiológico se completa estudio con análisis del liquido cefalorraquideo, realizándose punción lumbar.

Pruebas complementarias posteriores:
- Punción lumbar: 0 leucocitos, 60 glucosa y 100 Proteínas.

Conclusión: disociación albumino-citológica.

Juicio clínico:
- Polirradiculoneuropatia desmielinizante inflamatoria crónica (CIDP).

Evolución clínica:

- Tratamiento: se programan sesiones de infusión inmunoglobulinas endovenosas (IgIv) a dosis 0.4g/kg/día durante 5 días.
- Previo al inicio tratamiento con IgIv, dos dosis de 10mg metilprednisolona endovenosa.

Evolución:
-Clara mejoría subjetiva y objetiva tras el tratamiento. Capaz de deambulación autónoma, no problemas para la incorporación. Exploración motora 4+/5.
-Valorado por rehabilitación indica ejercicios para realizar en domicilio.

4 Discusión-Conclusión

Dado que disponemos de fármacos modificadores del curso de la enfermedad es importante tenerla en cuenta y poner en práctica todos los criterios diagnósticos para llegar lo antes posible a su diagnóstico y tratamiento.

5 Bibliografía

• Ryan M, Ryan SJ. Chronic inflammatory demyelinating polyneuropathy: considerations for diagnosis, management, and population health. Am J Manag Care. 2018 Sep;24(17 Suppl):S371-S379.
• Lewis RA. Chronic inflammatory demyelinating polyneuropathy. Curr Opin Neurol. 2017 Oct;30(5):508-512.
• Allen JA, Gorson KC, Gelinas D.Challenges in the diagnosis of chronic inflammatory demyelinating polyneuropathy. Brain Behav. 2018 Feb 7;8(3):e00932.
• Köller H, Kieseier BC, Jander S, Hartung HP. Chronic inflammatory demyelinating polyneuropathy. N Engl J Med. 2005 Mar 31;352(13):1343-56.

Capítulo 18

DIARREA AGUDA EN LACTANTE POR COINFECCIÓN. A PROPÓSITO DE UN CASO

LETICIA ALCANTARA CANABAL

1 Introducción

Se define la diarrea aguda como la disminución de la consistencia de las heces y/o el aumento del número de deposiciones (mayor o igual a 3 en un periodo de 24 horas) que se puede acompañar de síntomas o signos como la fiebre, dolor abdominal, náuseas o vómitos y con una duración inferior a 14 días. En su etiopatogenia están implicados los virus, las bacterias y en menor frecuencia los parásitos. Son infecciones adquiridas por vía fecal u oral y los enteropatógenos pueden ser trasmitidos de persona a persona.

En la edad pediátrica, el principal agente vírico causante de diarrea aguda es el rotavirus y le siguen en frecuencia los norovirus, adenovirus, calicivirus y astrovirus. La mayoría de infecciones sintomáticas por astrovirus ocurren en los dos primeros años de vida. Esto sugiere que se desarrolla inmunidad protectora tras la primoinfección. Estos virus son responsables del 4 al 16% de las gastroenteritis agudas nosocomiales, y entre un 25-50% son de origen intrahospitalario. Es frecuente su presencia en coinfección con otros enteropatógenos. Dado que su clínica es leve y su evolución autolimitada, no está indicado realizar pruebas diagnósticos de forma rutinaria en estos niños. Las diarreas víricas no precisan ningún tratamiento específico, siendo lo más importante en su manejo las medidas de hidratación y reintroducción de forma precoz de la alimentación habitual

del niño. Además, gracias al papel modificador en la composición de la microbiota y su efecto frente a enteropatógenos, los probióticos son una alternativa de tratamiento.

Campylobacter es la causa más frecuente de diarrea bacteriana en todo el mundo. La clínica puede presentarse con deposiciones sanguinolentas de una semana de duración, lo que puede orientar el diagnóstico. El tratamiento antibiótico no está indicado de forma rutinaria, dado que la mayor parte de las infecciones se resuelven espontáneamente. Por otro lado, su uso parece disminuir los síntomas si se instaura de forma precoz. El empleo de antibiótico estaría justificado en caso de pacientes inmunodeprimidos o con mala evolución, menores de 3 meses o sospecha de enfermedad enteroinvasiva. El tratamiento de elección son los macrólidos.

2 Objetivos

- Describir un caso clínico de diarrea aguda en un lactante en cuya etiología participan varias patógenos.

3 Caso clínico

Niña de 18 meses de edad previamente sana. Embarazo normal. Parto a término y eutócico. Periodo neonatal sin incidencias. Adecuadamente vacunada según la edad, incluidas la inmunización para rotavirus y meningococo B. Desarrollo psicomotor y ponderoestatural normal. No se conocen alergias alimentarias o medicamentosas. No toma medicamentos de forma habitual. Acude a guardería donde hay un brote activo de gastroenteritis aguda.

Acude a consulta de atención primaria para valoración tras ser diagnosticada hace una semana de diarrea aguda bacteriana. Consultó en el servicio de urgencias de pediatría por cuadro clínico de 48 horas de evolución consistente en fiebre de hasta 39ºC de temperatura máxima y deposiciones líquidas con restos de sangre (hasta 3 deposiciones por día). Asociaba dolor abdominal intermitente y disminución de la ingesta sin vómitos. Ante la afectación del estado general se realiza analítica, donde se constata elevación de los reactantes de fase aguda y deshidratación leve, se decide dejar ingresada para observación y se solicita estudio de heces (bacterias y virus) para establecer un diagnóstico etiológico.

Desde microbiología informan de que en el coprocultivo crece Campylobacter jejuni sensible a macrólidos, por lo que ante la persistencia de la fiebre y la

sospecha de una posible complicación por enfermedad enteroinvasiva se decide pautar tratamiento oral con azitromicina a 10mg/kg/día durante 3 días. A las 24 horas de iniciado el tratamiento, la fiebre y los restos de sangre en heces desaparecen, presenta un control analítico normal y la paciente es dada de alta a su domicilio con la recomendación de ser revisada en su centro de salud

4 Discusión-Conclusión

En nuestro caso, nos hallamos ante un cuadro de diarrea aguda por co-infección por Campylobacter jejuni y astrovirus. La coinfección es poco frecuente pero existe descrita en la literatura. El hecho de que la paciente no evolucione como cabe esperar con el tratamiento puede hacernos sospechar de la presencia de más de un enteropatógeno. En nuestro caso, llegar al diagnóstico fue relativamente sencillo, gracias a la recogida de heces durante su ingreso.

El uso de antibiótico para el tratamiento de la diarrea aguda bacteriana de nuestra paciente, podría justificarse ante la sospecha de enfermedad enteroinvasiva. Por otro lado, en relación a los probióticos, actualmente hay evidencias que muestran que a dosis apropiadas y usados de forma precoz, junto con la rehidratación oral pueden mejorar la sintomatología y acortar la duración de la misma, siendo especialmente útiles en la diarrea aguda causada por virus. Es importante destacar que los efectos descritos en la literatura solo pueden ser atribuidos a la cepa o cepas analizadas y no se pueden generalizar a otros probiótico.

5 Bibliografía

1.- Guarino A, Ashkenazi S, Gendrel D, Lo Vecchio A, Shamir R,Szajewska H. European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition/European Society for Pediatric Infectious Diseases Evidence-Based Guidelines for the Management of Acute Gastroenteritis in Children in Europe: Update 2014. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2014; 59: 132–152.
2.- Gavilán Martín C, García Avilés Mb, González montero R. Gastroenteritis aguda. Protocolos de Infectología de la Asociación Española de Pediatría (AEP)2008. Disponible en: http://www.aepep.es/sites/default/files/documentos/gea.pdf.
3.- Wilhelmi de Cal I, Mohedano del Pozo RB, Sánchez-Fauquier A. Rotavirus and other viruses causing acute childhood gastroenteritis. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2008;26 Suppl 13:61-5

4.- García Ver C, García Ventura M, del Castillo Aguas G, Domínguez Aurrecoechea B, Esparza Alcina MJ, Martínez Rubio A, et al. Gastroenteritis aguda bacteriana: 729 casos reclutados por una red nacional de atención primaria. An Pediatr (Barc). 2017; 87(3):128-134.

Capítulo 19

UNA CAUSA POCO COMÚN DE SENSACIÓN PUNZANTE EN LA PLANTA DEL PIE

SILVIA ÁLVAREZ ÁLVAREZ

JAVIER GARCÍA URRUZOLA

1 Introducción

Encontrar cabellos clavados en pies o manos es relativamente frecuente en peluqueros profesionales. En muchas ocasiones el único síntoma es una molestia tipo punzante en la zona donde este se aloja, y si lleva mucho tiempo de evolución se forma un granuloma que puede infectarse y requerir antibioterapia y drenaje. A esta enfermedad profesional se le llama enfermedad de los barberos o sinus pilonidal interdigital. En niños no es un motivo de consulta común, sin embargo podemos encontrarlo principalmente en niños pequeños que caminan descalzos por casa en el caso de los pies y en manos en lactantes que se desplazan gateando.

2 Objetivos

Analizar un caso visto en una consulta de atención primaria de pediatría de sinus pilonidal interdigital.

3 Caso clínico

Niña de 3 años que acude a su pediatra de atención primaria por sensación intermitente tipo pinchazo en el pie derecho al caminar de varios días de evolución, sin fiebre ni otra sintomatología asociada salvo el hallazgo por parte de su madre de una estructura fina y alargada de 1-2 cm de largo visible a través de la piel de la planta de dicho pie. Como antecedente comentan que acostumbra a caminar descalza por su casa. A la exploración no se apreciaba nada en la planta del pie derecho, pero si una estructura de aproximadamente 1-2 cm de largo muy fina y de color negro que remedaba un cabello alojada en la región subepidérmica del primer espacio interdigital, sin eritema ni signos de infección ni inflamación, que provocaba a la niña sensación punzante a la palpación.

Se aplicó lidocaína y prilocaína en crema en la zona y tras dejarlo actuar se extrajo el cuerpo extraño con ayuda de una aguja fina y unas pinzas de disección un fragmento de cabello. Posteriormente se limpió la zona con solución de clorhexidina. Dado que llevaba poco tiempo no se había formado granuloma, por lo que no precisó antibioterapia.

4 Discusión-Conclusión

Aunque esta entidad es más frecuente en peluqueros y es un motivo de consulta poco frecuente en pediatría, hay que tenerlo en cuenta cuando el niño se queja de molestias punzantes de forma intermitentes en el pie sin otra clínica asociada, sobre todo si suele caminar descalzo por casa o utiliza calzado abierto. Es importante extraer el cuerpo extraño precozmente para evitar complicaciones.

5 Bibliografía

- E. Del Río, M. Navajo, M. Toribio. Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.
- "Granulomas pilosos en las plantas de los pies de las peluqueras (Hair shaft granulomas on the soles of female hairdressers)". Actas dermo-sifilográficas Vol. 92. Num. 10. Páginas 441-443 (Octubre 2001). Academia Española de Dermatología y Venereología.
- Maria Queralt Lorente-Márquez y Mireia Hernández-Ribera. "Sinus pilonidal interdigital: una enfermedad profesional". Atención primaria práctica. Enero 2019; 1 (1): 17-18. DOI: 10.1016/j.appr.2018.11.002

- Jordi Melé Olivé, Fernando Herrerías González, Cristina Gas Ruiz, Ángel Pelayo Salas, Antonio Fermiñán Rodríguez. “Sinus pilonidal interdigital adquirido (enfermedad del barbero) en el pie”. Formación médica continuada en Atención Primaria. Abril 2010. Vol. 17. Núm. 4. Páginas 246-247.

Capítulo 20

HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

LUIS MARÍA BRAVO GONZÁLEZ-BLAS

SARA BUSTO SUAREZ

1 Introducción

La enfermedad cardiovascular (ECV) es la primera causa de muerte a nivel global y supone un 31% del total de fallecimientos anuales. Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la ECV supuso un total de 17.8 millones de fallecimientos a nivel global. De los factores de riesgo cardiovascular, la hipertensión arterial (HTA) es uno de los más prevalentes y que mayor carga de riesgo global presenta.

2 Objetivos

Conocer el impacto de la enfermedad cardiovascular y de la hipertensión arterial , atendiendo a las diferentes formas de presentación de la misma

3 Metodología

Para la realización de este capítulo, se han revisado las últimas actualizaciones de las guías europeas (ESC/ESH) y americanas (ACC/AHA) de hipertensión arterial.

También se ha revisado la literatura reciente sobre la hipertensión de bata blanca, hipertensión enmascarada y la relación entre el ritmo circadiano y la hipertensión arterial.

4 Resultados

Existen una serie de factores de riesgo cardiovascular (FRCV), entre los cuales podemos diferenciar: a) Modificables: Son aquellos sobre los que se puede actuar mediante medidas higiénico-dietéticas o farmacológicas. Suponen un 90% del riesgo total de sufrir un evento cardiovascular. En este grupo de incluye la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, la dislipemia, la obesidad, el sedentarismo y el tabaquismo entre otros b) No modificables: Son aquellos sobre los que no podemos actuar. La edad superior a 65 años, la raza negra, los pacientes con antecedentes familiares y los varones tienen riesgo cardiovascular aumentado

1. Hipertensión arterial
La hipertensión arterial se define como una presión arterial (PA) elevada por encima de los valores de referencia y de forma mantenida. Según la guías de la European Society of Cardiology y la European Society of Hipertensión, ese límite es una PA > 140/90 mmHg medida en la consulta médica. Las guías del American College of Cardiology y la American Heart Association consideran, sin embargo, que un paciente con HTA es aquel que presenta cifras superiores a 130/80 mmHg.

2. Epidemiología
*Según estudios observacionales recientes, la prevalencia de HTA en España se sitúa en torno al 42,6% (estudio Di@bet.es) y un 47% (estudio BERCAN).
*En torno a un 37,4 % de pacientes que padecen HTA no están diagnosticados.
*La HTA es la causa primaria de enfermedad renal crónica en un 26,7 % de los casos.
*Alrededor de un 75% de los pacientes con enfermedad renal desarrollará HTA a lo largo del curso de la enfermedad.

3. HTA primaria o secundaria:
• HTA primaria o esencial: Supone un 90-95% de los casos de HTA. Es aquella que surge fruto de una combinación de factores genéticos y ambientales. Está vinculada al envejecimiento.
• HTA secundaria: Supone un 5-10 % de los casos. En estos pacientes la HTA es un síntoma de una enfermedad subyacente, como puede ser:

a) Trastornos endocrinológicos: Hipotiroidismo, hipertiroidismo, feocromocitoma… b) Trastornos nefrológicos: Enfermedad renal parenquimatosa, estenosis de arteria renal, enfermedad renovascular c) Otros: Síndrome de Apneas-Hipopneas del sueño (SAHS), Coartación aórtica, etc.

Debemos sospechar la presencia de HTA secundaria en:
* Pacientes menores de 30 años o mayores de 60 años que previamente no padecían HTA
* Pacientes con HTA resistente, es decir, aquellos que a pesar de tratarse con 3 fármacos a dosis plenas, siendo uno de ellos un diurético, no consiguen llegar al objetivo de PA.
* Pacientes sin antecedentes familiares de hipertensión arterial

En estos pacientes, el tratamiento de la enfermedad de base puede reducir el número de fármacos necesarios para un control tensional adecuado o, en algunos casos, suspenderlos todos.

4. HTA según la relación de la PA en consulta y ambulatoria.
•HTA sostenida: Son aquellos pacientes que presentan cifras de PA superiores a 140/90 mmHg en la consulta y superiores a 135/85 mmHg en domicilio.
•HTA de bata blanca: Pacientes que presentan en la consulta cifras de PA > 140/90 mmHg pero que en domicilio presentan cifras inferiores a 135/85 mmHg. Es más frecuente en mujeres, jóvenes y ancianos. La HTA de bata blanca no es una entidad benigna, ya que se asocia a mayor riesgo de padecer diabetes mellitus y desarrollar HTA sostenida. Se asocia además a daño cardiovascular silente. Aunque todos estos pacientes deberían llevar a cabo medidas higiénico-dietéticas, no está claro si deberían ser tratados con fármacos antihipertensivos. Tiene una prevalencia del 20-30%.
•HTA enmascarada: Pacientes que presentan en la consulta cifras de PA < 140/90 mmHg pero que en domicilio presentan cifras superiores a 135/85 mmHg. Es más frecuente en jóvenes, varones y fumadores. Es el tipo de HTA con peor pronóstico a nivel cardiovascular. Estos pacientes precisan tratamiento farmacológico. Tiene una prevalencia del 7-8%.

5. HTA en función del ritmo circadiano
Durante el descanso nocturno, en el periodo del sueño, se produce una disminución fisiológica de la PA de entre un 10 y un 20%. Es lo que se conoce como patrón dipper. Sin embargo, existen determinadas situaciones en las que esta variabilidad se ve alterada e implican situaciones de riesgo.

•Patrón no dipper: Son aquellos pacientes que experimentan una disminución de la PA menor a un 10% durante el descanso nocturno. Este tipo de HTA es el más frecuente en pacientes con enfermedad renal crónica y se asocia a un riesgo elevado de sufrir un evento cardiovascular.

•Patrón dipper extremo: Son aquellos en los que se produce una disminución de más de un 20% en el descanso nocturno. No está clara su implicación sobre los eventos cardiovasculares, pero sí que parece asociarse a mayor riesgo de hipoperfusión cerebral. Estos pacientes deberían tomar su tratamiento antihipertensivo a primera hora de la mañana.

•Patrón riser: Son pacientes en los que la PA se eleva durante el sueño, de manera que presentan cifras superiores a las del periodo de vigilia. Este patrón es el de mayor riesgo cardiovascular y es frecuente en patologías como el Síndrome de Apneas-Hipopneas del Sueño. En estos pacientes, debería priorizarse la toma de medicación nocturna.

5 Discusión-Conclusión

La enfermedad cardiovascular continúa siendo la primera causa de mortalidad a nivel global. Dentro de los factores de riesgo cardiovascular, la hipertensión es uno de los más relevantes por ser uno de los factores que asocian mayor riesgo acumulado y es, además, potencialmente modificable.

La hipertensión arterial enmascarada y de patrón riser se asocian a un mayor riesgo cardiovascular que otras formas descritas de hipertensión

6 Bibliografía

- 2018 ESC/ESH Guidelines for the managementof arterial hypertension
- 2017 ACC/AHA Guideline for High Blood Pressure in Adults
- Spanish Society of Hypertension position statement on the 2017 ACC/AHA hypertension guidelines]Hipertens Riesgo Vasc. 2018 Apr 24. pii: S1889-1837(18)30033-3.
- Documento de la Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH-LELHA) sobre monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA) 2019

Capítulo 21

ONFALITIS DE REPETICIÓN EN UN LACTANTE DE CAUSA EMBRIOLÓGICA

SILVIA ÁLVAREZ ÁLVAREZ

1 Introducción

El conducto onfalomesentérico o vitelino es un conducto largo y estrecho que se forma entre la tercera y la octava semana del desarrollo embrionario como consecuencia del plegamiento cefalocaudal y lateral del embrión y que comunica el intestino medio del embrión con el saco vitelino. A lo largo del desarrollo fetal este conducto queda englobado en el cordón umbilical y suele cerrarse de forma fisiológica en el tercer trimestre de gestación. Sin embargo, en algunas ocasiones este cierre no se produce de forma completa pudiendo dar una clínica larvada como en nuestro caso, o en ocasiones más llamativa como granuloma en región umbilical, expulsión de heces por el ombligo o incluso obstrucción intestinal.

2 Objetivos

- Analizar un caso de clínica recurrente de en región umbilical de un lactante con diagnóstico final de persistencia de conducto onfalomesentérico.

3 Caso clínico

Lactante varón de 1 año de edad que desde los primeros meses de vida consulta por episodios de repetición de eritema umbilical. La exploración de la zona era

normal e inicialmente se pensó en dermatitis de contacto con el elástico del pañal y se recomendó observación.

A lo largo de las semanas la clínica seguía repitiéndose y refería la madre que en ocasiones le había notado en zona umbilical trasudado de color transparente que limpiaba y secaba con una gasa y no volvía a aparecer hasta pasados unos días, sin salida de líquido franco ni otra sustancia por la zona umbilical. La exploración seguía siendo normal salvo eritema ya referido no apreciándose mal olor en la zona. Se recomendó extremar higiene y secado y observación, pero aún así presentó durante este tiempo varias onfalitis leves que respondieron bien a tratamiento tópico con mupirocina.

Ante el cuadro referido y las onfalitis de repetición se solicitó una ecografía abdominal donde se identificó una disposición de la pared posterior del ombligo ligeramente retraída hacia el abdomen sin identificar hernia asociada y que podría corresponder con un remanente del conducto onfalomesentérico, siendo el resto de las estructuras abdominales normales.

Tras recibir este resultado se deriva al paciente a cirugía infantil para considerar cierre del conducto en quirófano.

4 Discusión-Conclusión

Ante una clínica de onfalitis de repetición o aparición clínica larvada del líquido en región umbilical o eritema sin causa conocida, se debe pensar en persistencia de conducto onfalomesentérico o del uraco. En muchas ocasiones la clínica larvada retrasa el diagnóstico y el tratamiento.

5 Bibliografía

- T.W. Sadler.Langman. Embriología Médica con orientación clínica 8º Edición (2001). Ed. Panamericana. (pags. 95-98 y 143)
- López Pacios, Fidalgo Álvarez, C, Piñeiro Fernández. Persistencia del conducto onfalomesentérico: Presentación de un caso. Bol Pediatr 1992; 32: 317-320

Capítulo 22

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA ESTANDARIZADO EN PACIENTE CON BROTE AGUDO DE ESQUIZOFRENIA

SARA RUIZ FERNANDEZ

1 Introducción

La esquizofrenia tiene una prevalencia mundial del 1%, y la mayoría de los pacientes así diagnosticados no recibe un correcto abordaje. Su manejo es especialmente difícil en situaciones de fase aguda.

2 Objetivos

Establecer un plan de cuidados estandarizado para el manejo del paciente con brote agudo de esquizofrenia, basándonos en una clasificación por dominios.

3 Caso clínico

La esquizofrenia es un Trastorno Mental Grave que según estimaciones de la OMS afecta a más de 21 millones de personas a nivel mundial y según sus datos más del 50% de los esquizofrénicos no están recibiendo la atención adecuada. Se caracteriza por una distorsión del pensamiento, las percepciones, las emociones, el lenguaje, la conciencia de sí mismo y la conducta. Algunas de las experiencias más comunes son:

- Alucinaciones.

- Delirios.
- Conducta extravagante.
- Discurso desorganizado.
- Alteraciones de las emociones.

La prevalencia de la esquizofrenia en todo el mundo es del 1%, con cifras comparables entre hombres y mujeres, que se mantiene relativamente constante en distintos entornos culturales. La vida urbana, la pobreza, el traumatismo durante la infancia, el abandono y las infecciones prenatales son factores de riesgo y existe una predisposición genética. La condición comienza en la adolescencia tardía y dura toda la vida, por lo general con una función psicosocial deficiente a partir de entonces.

La edad promedio de su inicio es a principios o mediados de la tercera década en las mujeres y un poco antes en los hombres; alrededor del 40% de los hombres tiene su primer episodio antes de los 20 años. Es raro que comience en la infancia; puede producirse al comienzo de la adolescencia o en la ancianidad (cuando se conoce, a veces, como parafrenia).

En cuanto a sus síntomas se engloba dentro de los trastornos psicóticos, aquellos en los que los pacientes pierden el contacto con la realidad. Suelen presentar delirios, alucinaciones, alteraciones en el pensamiento que a veces se les desorganiza, en la afectividad, en la conducta, y en la cognición.

El tratamiento de la esquizofrenia considera los múltiples factores que pueden estar implicados en su desarrollo, por este motivo, se trata de un enfoque terapéutico multidimensional. Este abarca tres componentes: tratamiento con psicofármacos, psicoterapia y socioterapia.

El tratamiento de la esquizofrenia es especialmente difícil en las fases agudas, ya que los pacientes no comprenden que necesitan ser tratados. El objetivo durante la crisis o fase aguda de la esquizofrenia es reducir los síntomas agudos y mejorar la función psicosocial: prevenir posibles daños, control de los trastornos de conducta, control de los síntomas, establecimiento de una alianza terapéutica con el paciente y su familia y la vigilancia de los medicamentos antipsicóticos. Para ello es de suma importancia el papel de enfermeria.

Se define actividad enfermera como: “El conjunto de actos físicos, verbalesy/o mentales, planificados por la enfermera y ejecutados por uno o varios miembros del personal cuidador en respuesta a una necesidad específica de salud”. Para lle-

var a cabo esta actividad enfermera es indispensable realizar el plan de cuidados.

El plan de cuidados de enfermería "es un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente/cliente, los resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación de todo ello". Para su elaboración existen las taxonomías NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) NIC Nursing Interventions Classification) y NOC (Nursing Outcomes Classification), que facilitan a los profesionales de enfermería la planificación de los cuidados al utilizar un lenguaje estandarizado, esto facilita la inclusión de datos que se repiten en las mismas situaciones, y permite no omitir aquellas decisiones y acciones que debieran formar parte de un buen plan de cuidados.

Para planificar, ejecutar y evaluar las intervenciones de enfermería es importante establecer una relación de confianza. La confianza es la pieza fundamental para mantener una relación terapéutica consistente, de manera que se puedan planificar en común (paciente- personal terapéutico) las futuras intervenciones.

Acciones de Enfermería:
- Presentarse al paciente.
- Explicarle el papel de cada uno de los miembros del equipo terapéutico.
- Mostrar el espacio físico y los distintos lugares donde se realizaran las diferentes intervenciones.
- Obtener la percepción que el paciente tiene de su problemática y los objetivos que pretende de su hospitalización o del tratamiento ambulatorio, facilitando una libre expresión de sentimientos.
- Determinar las necesidades y conductas problemáticas del paciente.
- Exponer objetivamente y de forma sincera todo lo relativo al motivo de consulta o de ingreso, y todo lo referente a los problemas de complicación legal.
VAceptar al paciente como persona, aunque no se apruebe su conducta patológica.
- Fijar limites en aquellas conductas inaceptables.
- Reforzar positivamente las conductas sanas.
- Evitar convertirse en el "único confidente" y no permitir que el paciente "regatee" para obtener favores especiales.

Dentro del proceso de atención de enfermería, como referente metodológico de los cuidados, el diagnóstico enfermero tiene una importancia fundamental, por representar la identificación del problema enfermero y la base para el plan de cuidados, por ello estableceremos un plan de cuidados estandarizado para el

manejo del paciente con brote agudo de esquizofrenia, basándonos en una clasificación por dominios.

PROMOCIÓN DE LA SALUD:
- Conciencia de enfermedad: repercute en el abandono o inadecuado manejo del tratamiento, y en todo el proceso de la relación terapéutica.
- Sedentarismo/inactividad: en relación con los síntomas negativos. Repercute en la satisfacción de las necesidades básicas (autocuidado).

NUTRICIÓN:
- Alimentación: desorganizada, irregular. El paciente engulle los alimentos de forma rápida y sin masticar. No le produce placer la comida. Los efectos secundarios del tratamiento pueden producir nauseas, vómitos, y preferencias muy marcadas por determinados alimentos.
- Ingesta de líquidos: muy reducida en periodos de crisis.
- Autonomía y conducta social: dependencia para proveerse y preparar los alimentos. Conducta desorganizada en la mesa.

ELIMINACIÓN:
- Alteración del patrón de eliminación.
- Estreñimiento: asociado a los efectos secundarios del tratamiento, la dieta y el sedentarismo y, a veces, también diarrea.
- Incontinencias: sobre todo en la fase catatónica, aunque también se presenta en pacientes sobremedicados (enuresis).
- Sudoración: Relacionado con el tratamiento.

ACTIVIDAD/REPOSO:
- Inactividad: Es el síntoma negativo más evidente, y se produce asociado a los otros: abulia, apatía, etc.
- Psicomotricidad: Alterada según las formas, desde la inhibición (catatónico) a la agitación de la crisis psicótica. Conviene valorar específicamente en este patrón la sicopatología de la psicomotricidad: tics, manierismos, acatisia, discinesia, etc., junto a otros signos relacionados con los efectos secundarios de los neurolépticos: parkinsonismo, rigidez muscular, etc.
- El insomnio es el primer síntomas indicador de recaída, y la falta de sueño el primer factor de riesgo. Suelen dormir pocas horas, a destiempo, y acompañadas de actos a veces ritualistas, imprescindibles para iniciar el periodo de descanso nocturno.
- Sedación y somnolencia por el efecto de los psicofármacos.

- La mala calidad de sueño a veces es solo una percepción subjetiva, pero se suelen quejar de tener sueños inquietantes, terroríficos, que hacen que no deseen dormir, hacerlo solos o a oscuras.
- El estado onírico en estado de vigilia: comportarse como un durmiente, es propio de los estados hebefrénicos.

PERCEPCIÓN/COGNICIÓN
- Ideas extrañas: según el tipo e intensidad de la afectación
- Perdida de la capacidad asociativa, bloqueo del pensamiento.
- Percepciones absurdas.
- Alucinaciones (fundamentalmente auditivas).
- Contenido y curso del pensamiento: delirios, ideas auto referenciales, difusión del pensamiento, robo o inserción del pensamiento.
- Alteraciones del lenguaje: ecolalia, pobreza, neologismos, etc.

AUTOPERCEPCIÓN:
- Despersonalización.
- Baja autoestima.
- Ausencia de proyectos.
- Desinterés.
- Los problemas de la identidad en sus distintas esferas es una afectación que implica a todo el sujeto.
- La percepción que se tiene de que el esquizofrénico es dos personas distintas: una cuando esta en crisis, y otra cuando esta compensado (de donde viene el termino esquizofrenia: mente dividida), resulta revelador de la importancia de este patrón en el ámbito global.

Adquirir algún grado de conciencia de enfermedad, implica en muchas ocasiones asumir una imagen de sí mismos limitada de por vida, que no se tolera bien.

ROL/RELACIONES:
La interpretación del entorno, en relación con los factores asociados a la percepción de sí mismo matizan significativamente este patrón.
- Desrealización
- Extrañeza del mundo: el mundo se percibe como desconocido, extraño y a veces amenazante.

Percepciones amenazantes o confusas del entorno producen actitudes/conductas defensivas que le aíslan de familiares y amigos. La pobreza afectiva le impide

rehacer redes sociales propias, y a lo más que llegan es a establecer vínculos frágiles con sectores marginados o con otros pacientes.
Abandonan las responsabilidades familiares y los roles de relevancia.

SEXUALIDAD/REPRODUCCIÓN:
La identidad sexual puede estar alterada. En estados hebefrénicos, hay pacientes que no identifican su propia orientación sexual, dando lugar a situaciones de exclusión social.

La dificultad para conservar conductas socialmente aceptables, en relación con la necesidad de satisfacer necesidades sexuales llega a producir conductas inaceptables que aíslan y marginan aún mas al sujeto. El deterioro del área afectiva como, por ejemplo, la anhedonia -incapacidad para sentir placer-, y la afectividad aplanada producen limitaciones. Los problemas de autoestima, en el otro extremo, pueden llevar al paciente a temer el encuentro sexual, y huir de el. Los tratamientos farmacológicos pueden producir alteraciones de la función sexual (impotencia, inapetencia, etc.).

AFRONTAMIENTO/TOLERANCIA AL ESTRÉS:
- Baja o nula capacidad para enfrentarse a tareas o responsabilidades.
- Incapacidad para demorar las necesidades o deseos que experimenta.
- No aceptación del rol de persona enferma.
- Altos niveles de ansiedad ante mínimos cambios.
- Riesgo de crisis por sobreestimulacion (positiva o negativa).
- Modos de afrontamiento dirigidos a la emoción (negación, temor, ansiedad…).

PRINCIPIOS VITALES:
El sufrimiento espiritual es característico en esta enfermedad.

SEGURIDAD/PROTECCIÓN:
- Conductas de riesgo: conductas auto y heteroagresivas (alto riesgo de suicidio y episodios de violencia). Consumo de tóxicos.

CONFORT:
- Sensación de disconfort relacionada con la problemática derivada.

CRECIMIENTO/DESARROLLO:
Los pacientes ven mermada su capacidad para desarrollarse en todos los ámbitos de su vida cotidiana.

Diagnóstico 1: Trastorno de la percepción sensorial: auditiva
Resultado(NOC): (0902) Comunicación
Intervenciones (NIC): Escucha activa(4920)

Actividades:
- Establecer el propósito de la interacción.
- Mostrar interés en el paciente.
- Hacer preguntas o utilizar frases que animen a expresar pensamientos, sentimientos y preocupaciones.
- Mostrar conciencia y sensibilidad a las emociones.
- Utilizar la comunicación no verbal para facilitar la comunicación.
- Aclarar el mensaje mediante el uso de preguntas y retroalimentación.
- Evitar barreras a la escucha activa.
- Utilizar el silencio/ escucha para animar a expresar sentimientos, pensamientos y preocupaciones.

Intervenciones (NIC): Manejo de ideas ilusorias (6450).

Actividades:
- Establecer una relación interpersonal de confianza con el paciente
- Dar al paciente oportunidades de discutir las ilusiones con el cuidador
- Evitar discutir sobre las creencias falsas; establecer dudas concretas.
- Evitar reforzar las ideas ilusorias.
- Establecer actividades recreativas y de diversión que requieran atención o habilidad.
- Comprobar la capacidad de cuidados de sí mismo.
- Ayudarle, si procede
- Vigilar el estado psíquico del paciente.
- Realizar el seguimiento de las ilusiones por si hubiera presencia de contenidos que resulten dañinos o violentos para el paciente mismo.
- Proteger al paciente y a los demás de las conductas basadas en la ilusión que puedan resultar dañinas.
- Proporcionar un nivel adecuado de vigilancia/supervisión para controlar al paciente.
- Tranquilizar al paciente.
- Disponer la comodidad y seguridad del paciente y los demás cuando el paciente sea incapaz de controlar su conducta (ambiente limitado, restricciones de área, sujeción física)
- Disminuir los estímulos ambientales excesivos si es necesario.

- Ayudar al paciente a evitar o eliminar los factores estresantes que precipiten las ilusiones.
- Administrar medicamentos antisicóticos y ansiolíticos, si es necesario.
- Informar sobre los medicamentos al paciente.
- Observar al paciente por si se producen efectos secundarios y los efectos terapéuticos deseados derivados del medicamento.

Diagnóstico 2: Trastorno de los procesos del pensamiento.

Resultados(NOC): (0901) Orientación cognitiva.
Intervenciones (NIC): Orientación de la realidad (4820)

Actividades:
- Informar al paciente a cerca de personas, lugares y tiempo, si es necesario.
- Evitar la frustración del paciente con preguntas de orientación que no puedan ser respondidas.
- Vestir al paciente con prendas personales.
- Preparar al paciente para los cambios que se avecinen en la rutina y ambiente habitual antes de que se produzcan.
- Establecer un ambiente de baja estimulación para el paciente en el que la desorientación aumente debido a la sobreestimulación.
- Disponer siestas adecuadas de descanso/sueño durante el día.

Resultados (NOC): (1403) Control del pensamiento distorsionado.

Intervenciones (NIC): Disminución de la ansiedad (5820).

Actividades:
- Utilizar un enfoque sereno que de seguridad.
- Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante.
- Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.
- Crear un ambiente que facilite la confianza.
- Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.
- Identificar los cambios en el nivel de ansiedad.
- Establecer actividades recreativas, encaminadas a la reducción de tensiones.
- Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad.
- Controlar los estímulos, si procede, de las necesidades del paciente.
- Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados.
- Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad, si están prescritos.
- Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad.

Intervenciones (NIC):Manejo de las alucinaciones (6510).

Actividades:
- Establecer una relación interpersonal de confianza con el paciente
- Vigilar y regular el nivel de actividad y estimulación en el ambiente.
- Mantener un ambiente de seguridad.
- Proporcionar un nivel adecuado de vigilancia/supervisión para controlar al paciente.
- Fomentar una comunicación clara y abierta.
- Proporcionar al paciente la oportunidad de comentar las alucinaciones
- Registrar las conductas del paciente que indiquen alucinaciones.
- Prestar atención a las alucinaciones para ver si su contenido es violento o dañino para el paciente.
- Señalar, si se pregunta, que uno no está experimentado los mismos estímulos.
- Evitar discutir con el paciente sobre la validez de las alucinaciones.
- Administrar medicamentos antipsicóticos y ansiolíticos, si precisa.
- Observar si se producen efectos secundarios y los efectos terapéuticos deseados por la medicación.
- Proporcionar seguridad y comodidad al paciente y a los demás cuando el paciente no sea capaz de controlar su conducta.
- Ayudas en los autocuidados
- Implicar al paciente en actividades basadas en la realidad que puedan distraerle de las alucinaciones.

Intervenciones (NIC): Manejo del delirio (6440).

Actividades:
- Evitar exigencias de pensamiento abstracto si el paciente sólo puede pensar en términos concretos.
- Administrar medicamentos antipsicóticos y ansiolíticos, si precisa.
- Fomentar las visitas de seres queridos si procede.
- Reconocer y aceptar las percepciones o interpretaciones de la realidad por parte del paciente.
- Declarar la propia percepción de forma calmada, que dé seguridad y sin discusiones.
- Responder al tono del tema/ sentimiento, en lugar de al contenido de la alucinación o ilusión.
- Retirar los estímulos, cuando sea posible, que crean una percepción equivocada en un paciente particular.

- Mantener un ambiente bien iluminado que reduzca los contrastes y las sombras.
- Ayudar en las necesidades relacionadas con la nutrición, eliminación, hidratación e higiene personal.
- Mantener un ambiente libre de peligros.
- Disponer un nivel adecuado de supervisión /vigilancia para controlar al paciente y permitir la implementación de acciones terapéuticas, si es necesario.
- Disponer limitación física, si es necesario.
- Evitar frustrar al paciente, con preguntas de orientación que no puede responder.
- Informar al paciente sobre personas, tiempo y lugar, si es necesario.

Diagnóstico 3: Ansiedad.
Resultados (NOC): (1402) Autocontrol de la ansiedad
Intervenciones (NIC):Intervención en caso de crisis (6160)

Actividades:
- Determinar si el paciente presenta riesgo de seguridad para sí mismo o para otros.
- Tener las precauciones necesarias para salvaguardar al paciente otras personas con riesgo de lesiones físicas.
- Ayudar en la identificación de factores desencadenantes y dinámica de la crisis

Intervenciones (NIC): Aislamiento (6630).

Actividades:
- Obtener la orden médica, si así lo requieren las normas institucionales, para practicar la intervención físicamente restrictiva.
- Designar a la enfermera de referencia
- Retirar todos los objetos de la zona de aislamiento que puedan ser utilizados por el paciente para hacerse daño el mismo o al personal.
- Proporcionar un nivel adecuado de supervisión/ vigilancia para controlar al paciente y para permitir las acciones terapéuticas, según sea necesario.
- Administrar medicamentos , si precisa, para ansiedad o agitación
- Evaluar, regularmente, la necesidad de continuar con la intervención restrictiva en el paciente.
- Determinar la necesidad del paciente, de continuar con el aislamiento.
- Registrar las razones de la intervención restrictiva, la respuesta del paciente a la intervención, el estado físico del paciente, los cuidados enfermeros - proporcionados durante la intervención y el fundamento para suspender dicha intervención.

- Disponer el nivel siguiente correspondiente de intervención restrictiva (sujeción física o restricción de área), si es necesario.

Resultado (NOC): (1401) Autocontrol de la agresión
Intervenciones (NIC): Manejo de la conducta (4350)

Actividades:
- Hacer que el paciente se sienta responsable de su comportamiento.
- Comunicar la esperanza de que el paciente mantendrá el control.
- Consultar al ingreso con la familia la base cognitiva del paciente.
- Establecer límites con el paciente.
- Abstenerse de discutir o regatear límites establecidos con el paciente.
- Establecer una coherencia de turnos en el ambiente y la rutina de cuidados.
- Repetir de forma coherente las rutinas sanitarias como medio para establecerlas
- Hablar en voz baja y con un tono suave.
- Redirigir la atención alejándola de las fuentes de agitación
- Evitar proyectar una imagen amenazadora.
- Retirada de atención ante la reiterada conducta provocadora por parte del paciente.
- Reconocimiento de los esfuerzos de autocontrol.

Intervenciones (NIC): Establecer límites (4380).

Actividades:
- Discutir las preocupaciones con el paciente acerca de su conducta.
- Identificar la conducta indeseable del paciente (cuando corresponda)
- Discutir con el paciente, cuando proceda, cuál es la conducta deseable en cada situación.
- Establecer expectativas razonables de la conducta del paciente en función de su situación.
- Establecer las consecuencias de aparición/ausencia de conductas deseadas.
- Comunicar las expectativas y consecuencias conductuales establecidas para el paciente en un lenguaje comprensible y no punitivo.
- Abstenerse de discutir o regatear acerca de las expectativas y consecuencias conductuales con el paciente.
- Ayudar al paciente, cuando sea necesario y adecuado, a mostrar conductas adecuadas.
- Observar si se producen o no las conductas deseadas del paciente.
- Modificar las expectativas y consecuencias conductuales, si es necesario, para acomodar los cambios razonables de la situación del paciente.

- Poner en marcha las consecuencias establecidas para la aparición/ausencia de las conductas deseadas.
- Disminuir el establecimiento de límites, a medida que el paciente se aproxima a las conductas deseadas.

Intervenciones (NIC): Sujeción física (6580).

Actividades:
- Obtener orden médica para disponer una intervención de sujeción física.
- Proporcionar un ambiente privado aunque adecuadamente supervisado, en situaciones en las que el sentido de dignidad del paciente pueda verse disminuido por el uso de sujeción física.
- Asignar el personal suficiente para ayudar en la aplicación segura de los dispositivos de sujeción mecánicos o manuales.
- Designar a un miembro de personal de cuidados para que dirija al personal y se comunique con el paciente durante la aplicación de la sujeción física.
- Vigilar la respuesta del paciente al procedimiento.
- Proporcionar un nivel adecuado de vigilancia/supervisión para controlar al paciente y permitir las acciones terapéuticas, si es necesario.
- Administrar medicamentos si precisa para la ansiedad o agitación
- Comprobar el estado de la piel en el sitio de sujeción
- Vigilar color, temperatura y sensibilidad frecuentemente, de las extremidades sujetadas.
- Permitir movimiento y ejercicio, de acuerdo con el nivel de autocontrol, estado y capacidad del paciente.
- Colocar al paciente en una posición que facilite la comodidad y evite la aspiración y erosión de la piel.
- Ayudar con los cambios periódicos de posición corporal.
- Ayudar en las necesidades relacionadas con la nutrición, eliminación, hidratación e higiene personal.
- Evaluar periódicamente la necesidad del paciente de continuar con la intervención restrictiva.
- Implicar al paciente, cuando corresponda, en la toma de decisiones para pasar a una forma menos restrictiva de intervención.
- Retirar gradualmente las sujecciones a medida que aumente el autocontrol.
VVigilar la respuesta del paciente a la retirada de la sujeción.
- Evaluar con el paciente y el personal, al cese de la intervención restrictiva, las circunstancias que condujeron a la aplicación de la misma, así como cualquier inquietud del paciente a cerca de la intervención.

- Registrar el fundamento de la aplicación de la intervención de sujeción, la respuesta del paciente a la intervención, el estado físico del paciente, los cuidados proporcionados por la enfermera durante la intervención y las razones de su cese.

Resultado (NOC): (1405) Autocontrol de los impulsos.

Intervenciones (NIC): Manejo ambiental: prevención de la violencia (6487).

Actividades:
- Eliminar las armas potenciales del ambiente.
- Controlar de forma rutinaria el ambiente para mantenerlo libre de peligros.
- Registrar al paciente durante el procedimiento de ingreso y sus pertenencias por si tuviera armas o armas potenciales, si procede.
- Limitar al paciente el uso de armas potenciales.
- Vigilar al paciente durante el uso de armas potenciales.
- Utilizar material desechable para las comidas.
- Utilizar habitación con cámara para vigilancia continuada del paciente, manteniendo la seguridad del mismo e intervenir terapéuticamente, si es necesario.
- Retirar a las demás personas próximas al paciente violento o potencialmente violento.

Intervenciones (NIC): Precauciones contra fugas (6470).

Actividades:
- Observar al paciente por si hubiera indicios de fuga potencial (indicios verbales, merodear cerca de las salidas, ropas superpuestas, desorientación, ansiedad de separación…).
- Clarificar el estado legal del paciente.
- Comunicar el riesgo al resto del equipo de enfermería y otros cuidadores.
- Familiarizar al paciente con el ambiente y la rutina para disminuir la ansiedad.
- Limitar al paciente a un ambiente físicamente seguro (puertas cerradas o con alarma en las salidas y ventanas selladas), si es preciso.
- Disponer medidas de seguridad, para limitar la movilidad, si es necesario (contención mecánica).
- Disponer una adecuada /vigilancia y control del paciente.
- Disponer dispositivos de adaptación para controlar la localización del paciente (videocámaras).
- Animar al paciente a que busque la ayuda del personal de enfermería cuando experimente sentimientos conflictivos (ansiedad, ira y miedo) que puedan ocasionar la fuga.

- Proporcionar seguridad y comodidad.
- Discutir con el paciente la razón de que desee abandonar el sitio del tratamiento.
- Identificar con el paciente, cuando sea posible, las consecuencias positivas y negativas del abandono del tratamiento.

Resultado (NOC): (1406)Control de la automutilación.

Intervenciones (NIC): Manejo ambiental: seguridad (6486).

Actividades:
- Identificar las necesidades de seguridad, según la función física y cognoscitiva y el historial de conducta el paciente.
- Identificar los riesgos respecto de la seguridad en el ambiente (físicos, biológicos, químicos).
- Eliminar los factores de peligro del ambiente, cuando sea posible.
- Modificar el ambiente para minimizar los peligros y riesgos.
- Utilizar dispositivos de protección para limitar físicamente la movilidad o acceder a situaciones peligrosas.

Diagnóstico 4: Incumplimiento del tratamiento (psicofarmacológico).

Resultados (NOC) : (1601)Conducta de cumplimiento.

Intervenciones (NIC):Acuerdo con el paciente (4420).

Actividades:
- Determinar con el paciente los objetivos de los cuidados
- Animar al paciente a que identifique sus propios objetivos, no los que cree que espera el cuidador.
- Ayudar al paciente a establecer objetivos realistas.
- Ayudar al paciente a establecer los objetivos a corto y largo plazo.
- Establecer objetivos como conductas fácilmente distinguibles.
- Establecer objetivos en términos positivos.
- Ayudar al paciente a establecer límites de tiempo realistas.
- Identificar con el paciente las consecuencias o sanciones por el incumplimiento del acuerdo, si se desea.
- Animar al paciente a que identifique recompensas adecuadas que tengan sentido.

Diagnóstico 5: Trastorno de la identidad personal.

Resultados (NOC): (1202) Identidad.

Intervenciones (NIC): Potenciación de la autoestima (5400).

Actividades:
- Observar las frases del paciente sobre su propia valía.
- Determinar la confianza del paciente en sus propios juicios.
- Fomentar el contacto visual al comunicarse con otras personas.
- Ayudar al paciente a identificar las respuestas positivas de los demás.
- Ayudar a conseguir objetivos realistas.
- Fomentar el aumento de responsabilidad de sí mismo, si procede.
- Animar al paciente a que acepte nuevos desafíos.
- Realizar afirmaciones positivas sobre el paciente.

Diagnóstico 6: Riesgo de violencia autodirigida.
Resultado (NOC): (1211) Nivel de ansiedad.

Intervenciones (NIC): Disminución de la ansiedad (5820).

Actividades:
- Utilizar un enfoque sereno que de seguridad.
- Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante.
- Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.
- Escuchar con atención.
- Crear un ambiente que facilite la confianza.
- Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.
- Identificar los cambios en el nivel de ansiedad.
- Establecer actividades recreativas, encaminadas a la reducción de tensiones.
- Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad.
- Controlar los estímulos, si procede, de las necesidades del paciente.
- Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados.
- Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad, si están prescritos.
- Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad.

Resultado (NOC): (1206) Deseo de vivir.

Intervenciones (NIC): Prevención del suicidio (6340).

Actividades:
- Determinar la existencia y el grado de riesgo de suicidio.

- Tratar y controlar el cuadro psicótico o sus síntomas que puedan poner al paciente en riesgo de suicidio.
- Administrar la medicación , si procede, para disminuir la ansiedad, agitación o psicosis y para estabilizar el humor.
- Controlar los efectos secundarios y los resultados deseados de la medicación.
- Realizar acciones para prevenir que el individuo se lesione.
- Utilizar una forma de hablar directa y sin emitir juicios para comentar el suicidio. Iniciar precauciones para el suicidio (observación y vigilancia continua del paciente, proveerse de un entorno protector) para el paciente que tiene un alto riesgo de suicidio.
- Utilizar habitación con cámara para vigilancia continuada del paciente, manteniendo la seguridad del mismo e intervenir terapeuticamente , si es necesario.
- Comunicar el riesgo y los aspectos relevantes de seguridad a los otros enfermeros.
- Observar, registrar e informar de cualquier cambio de humor o de conducta que pueda aumentar significativamente el riesgo de suicidio y documentar los resultados de los controles de vigilancia regulares.

4 Discusión-Conclusión

El plan de cuidados es un instrumento que permite a los profesionales emplear un lenguaje común y hace que no se omitan acciones.

5 Bibliografía

- Esquizofrenia. C.Tamminga. MD, UT Southwestern Medical Dallas. Última revisión completa octubre 2018 por Carol Tamminga, MD.
- CIE-10.
- Plan de cuidados de enfermeria en paciente con esquizofrenia paranoide. A proposito de un caso. J. Aramburu Gonzalo , A. Aguas Torres, A. Urralburu Inchusta, Á. Garcia Andrés, I. Garcia Andrés, D. López Arístregui.
- Plan de cuidados de enfermería a una paciente con esquizofrenia y baja autoestima crónica. Á. María Medina Rodríguez, R. Pedro Mendoza Jiménez, C. Hernández Santana, F. J. Acosta Artiles.
- El paciente que padece un trastorno psicótico en el trabajo: diagnóstico y tratamiento.J. Carlos Mingote Adán, P. del Pino Cuadrado, Á. Huidobro, D. Gutiérrez García, I. de Miguel Peciña, M. Gálvez Herrer.
- Paciente con esquizofrenia: proceso de enfermeria. F. Aragón Moyano.

Capítulo 23

ALERGIAS EN LOS LACTANTES. CAUSAS Y PREVENCIÓN. UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

AYLEN HERNÁNDEZ GARCÍA

1 Introducción

En la actualidad, una gran proporción de lactantes presenta clínica de alergia a alimentos que es más manifiesta en los países industrializados. Hasta una tercera parte de los niños con alergia a alimentos presentan reacciones adversas con más de un alimento. El huevo es el alimento que con más frecuencia se ve implicado en las reacciones alérgicas de tipo alimentarias pero, en la primera infancia, se encuentran niños con sensibilización al huevo sin haberlo ingerido nunca y muchos de ellos toleran huevo en su primera ingesta. Ante un lactante que presenta una dermatitis atópica de intensidad moderada o grave se debe pensar en la posibilidad de alergia a algún alimento como causa de la dermatitis, por lo que se debe efectuar un estudio alergológico. Las causas alérgicas más frecuentes de la dermatitis atópica a esta edad son la alergia al huevo o a las proteínas de leche de vaca, por lo que se deben investigar estos alimentos en primer lugar (1).

En el lactante, incluso en el que recibe lactancia materna exclusiva, pueden aparecer reacciones adversas que son atribuidas a los alimentos y son interpretados como alergia. No obstante, no toda la sintomatología adversa relacionada con la ingestión de alimentos es considerada alergia alimentaria. La leche de vaca, el huevo, los cacahuetes, el trigo y el chocolate pueden sensibilizar al lactante durante el embarazo y a través de la lactancia materna (2).

En las alergias mediadas por IgE, los prick test cutáneos y niveles séricos de IgE específicas demuestran sensibilización, pero no necesariamente la presencia de una reacción alérgica que se manifieste clínicamente relevante. En sentido general, cuanto mayor es el nivel de IgE específica o tamaños de la pápula del prick test cutáneo, es más probable que el antígeno sea clínicamente relevante. En el lactante también se pueden dar alergias respiratorias, uno los causantes determinantes de este tipo de alergias en niños menores de un año, se debe a la contaminación ambiental debido a la exposición de polvos y químicos, además de la contaminación de interiores. Los factores hereditarios que inciden en las alergias respiratorias en pacientes de esta franja de edad, provienen en su mayoría de la madre. La patología de mayor prevalencia de alergias respiratorias en pacientes presenta un índice elevado de rinitis alérgica seguido del asma (3, 4).

El riesgo de desarrollar síntomas alérgicos, como el eccema, se ha visto que es menor en los niños con lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de vida, en comparación con lactantes que no son amamantados de manera exclusiva. El factor de protección contra las alergias se explica por el hecho de que la leche materna es rica en factores de la inmunidad humoral y moléculas biológicamente activas que ayudan en el desarrollo y la madurez del sistema del bebé (5).

La lactancia materna, se ha visto que protege de forma activa y pasiva al lactante, gracias a su riqueza en inmunoglobulinas, lactoferrina, lisozima, citoquinas y otros muchos factores inmunológicos como los leucocitos maternos, que proporcionan inmunidad activa y promueven el desarrollo de la inmunocompetencia del bebe. En algunos estudios se asocian la lactancia materna a la prevención de la alergia y el asma (6).

Es evidente, según la bibliografía, la asociación de alergia alimentaria, asma y rinitis alérgica. Se ha demostrado que pacientes con alergia alimentaria persistente, tienen más riesgo de ser asmáticos. Es importante en la evaluación de los lactantes que presentan alergia alimentaria, la presencia o no de síntomas respiratorios al ingerir alimentos, esto especialmente cuando se inicia la reintroducción de ellos a la dieta, para evaluar tolerancia puesto que lo habitual es que solo se valore la aparición de síntomas gastrointestinales y cutáneos.

Además en pacientes asmáticos que han presentado alergia alimentaria, debe ser considerada especialmente en aquellos niños que a pesar cumplir bien con su tratamiento no logren control del asma o presenten crisis severas y que factor desencadenante no esté claro (7).

En los bebés existen formas de presentación de alergia que pueden confundirse con trastornos digestivos funcionales del lactante. Se ha detectado la presencia de Colitis Eosinofílica en pacientes con alergia a la proteína de leche de vaca, que a pesar de tener un carácter benigno, constituye una entidad con alta prevalencia durante el primer año de vida, incluso en bebés que son amantados de manera exclusiva. Aunque con poca frecuencia, también hay ciertos casos en los que su presentación puede ser grave, y se han reportado vólvulos, obstrucción intestinal y perforación. Este hecho hace que su detección tardía pueda provocar gran morbilidad y consumo de recursos de salud, por lo cual es imperiosa la necesidad de generar estrategias para el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno de estos pacientes, con la finalidad de mejorar su calidad de vida (8,9).

Se ha determinado que la ingesta de cacahuete (oleaginosa al igual que la soya) es factor predisponente al desarrollo de alergias, aunque la frecuencia del consumo de este alimento en el primer año de vida es prácticamente nula, pero en algunos estudios se ha visto que lactantes que han estado en contacto con cacahuetes han desarrollo dermatopatía. Se ha asociado, también su consumo a la aparición de asma, por lo que se recomienda tener contacto con este alimento después de los 2 años (10).

Se ha asociado la introducción de alimentación complementaria antes de las 16 semanas de edad a una mayor frecuencia de aparición de alergia alimentaria. Queda bastante claro de que la que la lactancia materna podría ser un factor de protección para la alergia a la proteína de la leche de vaca, cuando ésta es introducida mientras el niño aún consume leche materna. Algún estudio revela que el contacto temprano con la proteína de la vaca, favorece el desarrollo de tolerancia. Cobra fuerza la idea que la edad, la forma y la cantidad del alimento al momento de la introducción de ciertos alimentos en la dieta sí influyen en el desarrollo posterior de alergia (11).

Las fórmulas parcialmente hidrolizadas y las leches o fórmulas procedentes de otros mamíferos como oveja, cabra, búfala tienen un alto potencial de no ser toleradas por niños con alergia a las proteínas de la vaca. Las bebidas de origen vegetal a partir de soja, arroz, avena, quinoa, chufa o almendra, tienen un escaso valor nutricional y un contenido proteico y energético bajos, a diferencia de las fórmulas vegetales diseñadas específicamente para lactantes. Nunca deben ser tomadas como un sustituto de la leche de vaca aunque pueden ser consumidas, dentro de una alimentación variada, por niños mayores de dos años (12).

Los principales alérgenos implicados en la alergia a las proteínas de la leche de

vaca son la caseína y las proteínas del suero: alfalactoalbúmina y betalactoglobulina. Esta última es una de las proteínas implicada con mayor frecuencia en las reacciones alérgicas a la leche de vaca. La betalactoglobulina es un alérgeno que no se encuentra en la leche materna, a pesar de ello, se puede excretar en pequeñas cantidades si la madre ha consumido productos lácteos. Según algunos estudios el mayor desencadenante de anafilaxia y el alimento que con más frecuencia tiene relación, es la leche de vaca.En los lactantes la reacción inmediata en una alergia es la urticaria y/o el angioedema, habitualmente durante la primera hora y puede presentarse como única manifestación de la reacción alérgica, pero puede formar parte de una reacción anafiláctica. Las causas que pueden producir un cuadro de urticaria y/o angioedema son innumerables, es esencial conocer las causas que con más frecuencia desencadena un episodio de alergia en el niño, pues son la base para realizar un diagnóstico etiológico y, por tanto, un tratamiento preventivo (13, 14).

En lactantes alimentados con lactancia materna exclusiva, la madre debe seguir una dieta de eliminación de productos lácteos y en los lactantes que se alimenten con fórmula, se debe indicar una fórmula terapéutica para alergia a las proteínas de la leche de vaca, que son las fórmulas exten¬samente hidrolizadas y en su defecto, fórmulas aminoacídicas. Por tanto fórmulas parcialmente hidrolizadas, jugos industriales o caseros de vegetales y las leches de otros mamíferos no se deben ser consumidas por los bebés, no son recomendados nutricional¬mente hablando, además del el riesgo de reacciones cruzadas que puede acarrear (15).

Se ha demostrado en muchos estudios que la mejoría de los síntomas además del buen control del estado nutricional de los pacientes, se puede lograr con la introducción de una formula extensamente hidrolizadas a base de suero. En muchos pacientes se ha constatado la desaparición de los síntomas tras el inicio del tratamiento con esta fórmula. Las fórmulas a base de aminoácidos libres, se convierten en el siguiente escalón de tratamiento si se presenta persistencia de los síntomas (16).

A pesar de que la prematuridad no se considera un factor de riesgo de padecer alergia a las proteínas de la leche de vaca, sí existe evidencia clara de que esta alergia disminuye con la edad, por lo que se piensa que la inmadurez puede jugar un papel en su patogenia, de igual manera, el comienzo precoz de la lactancia materna complementada es decisiva en el comienzo de esta entidad.Está claro que el pilar fundamental en el manejo de la alergia a las proteínas de la leche de vaca, es la lactancia materna exclusiva siempre que sea posible, puesto que se ha

demostrado que es en un excelente factor protector. Como opción alternativa de manejo se tienen las fórmulas extensamente hidrolizadas de caseína o proteína de suero y también se puede adicionar Probiótico Lactobacillusr Humnosus a la formula extensamente hidrolizada de caseína, con ellos se ha logrado acelerar la adquisición de tolerancia a la proteína de la leche de vaca. A pesar de que la alergia a las proteínas de la leche de vaca es una patología prevalente en España y que los gastroenterólogos llevan décadas tratando, se encuentra una enorme variabilidad en su manejo (17- 19).

Por otra parte la sensibilización al huevo es frecuente durante los primeros años de vida y se encuentra en relación con la dermatitis atópica. La sensibilización puede producirse por diferentes vías como la oral, a través de la lactancia materna, de forma inhalatoria y cutánea. Uno de los principios de orientación para la alimentación complementaria es que la madre continúe brindando la lactancia materna de manera frecuente y a libre demanda hasta los 2 años de edad mientras inicia la alimentación complementaria a partir de los 6 meses. Las prácticas óptimas de alimentación del recién nacido no están únicamente relacionadas con la exclusividad y duración de la lactancia materna, sino también con el inicio temprano de la misma, inmediatamente después del nacimiento. Algún estudio sugiere que la vitamina D y el omega 3 podrían ser múltiples, por lo que el uso de ambos en el embarazo, al mismo tiempo, podría significar una mejora no solo sobre la salud materna sino también sobre el feto y lactante, además de que podría ser beneficioso en la prevención de alergias. La enfermería adquiere un papel primordial en educación para la salud a los padres de los lactante con alergia. Dado que la dieta restrictiva es la primera medida a llevar a cabo, se deberá informar de aquéllos alimentos que se deben eliminar de la dieta (20-23).

2 Objetivos

- Conocer las principales alergias que afectan a los lactantes.
- Conocer las causas y la prevención de las alergias en los lactantes.

3 Metodología

El estudio que se ha llevado a cabo ha sido de tipo descriptivo mediante la revisión de artículos publicados en diferentes fuentes bibliográficas. Este recurso metodológico permite y facilita la evaluación crítica y la aplicabilidad de los estudios científicos, en la práctica de la atención al paciente. Se realizó la búsqueda de

la literatura y posteriormente se realizó la recopilación de datos, la lectura crítica del material, la evaluación, la categorización de los contenidos y, finalmente, el análisis y la comprensión de los estudios seleccionados.
Se estableció como requisito para la búsqueda el periodo de tiempo desde 2015 hasta el momento actual, para de este modo adquirir los artículos más actualizados. De esta forma, para este estudio se han utilizado artículos procedentes de diferentes bases de datos, entre ellas y sobre todo, Google Académico. Los artículos revisados debían centrarse en las principales alergias que se dan en la etapa lactante, así como en las causas que las originan y en su prevención.

Para el registro sistemático de los artículos y para la elaboración del trabajo, se utilizó el programa informático Word 2010. Para la búsqueda de incluyeron diferentes combinaciones de las siguientes palabras clave, tanto en inglés como en castellano: ”alergias” y ”lactantes” además de utilizar los operadores boleanos “and” y “or”. Para determinar la muestra de estudio se utilizaron los siguientes criterios de inclusión: estudios de naturaleza empírica y artículos publicados en español o inglés. Se excluyeron, comunicaciones a congresos o artículos con sólo resúmenes publicados. El primer filtro para la selección de los artículos se realizó a través de la lectura del título y resumen y el segundo tras la lectura integra de los artículos. Se valoró la calidad de los trabajos seleccionados mediante la lectura crítica según el tipo de estudio. Se tuvieron en cuenta normas éticas relacionadas con los derechos de autor y normas de citación de fuentes bibliográficas.

4 Resultados

Las enfermedades alérgicas constituyen las patologías crónicas más frecuentes en la edad pediátrica. Muchos niños padecen alguna patología de origen alérgico y en los últimos años se está observando una tendencia creciente en su prevalencia. Existen diferentes tipos de alergias que afectan directamente a los lactantes. En los procesos alérgicos influyen factores genéticos y ambientales. Los niños que presentan más factores de riesgo, por presentar características genéticas que los hacen más vulnerables, tienen probabilidades más altas de presentar manifestaciones clínicas de alergias a lo largo de su vida (4).

La alergia es la reacción de hipersensibilidad que presenta una persona sensible frente a una sustancia extraña llamada alérgeno, este es inocuo para la población en general. En personas susceptibles, el contacto de manera reiterada con el alérgeno estimula el sistema inmune para inducir la producción de inmunoglobulina E (IgE). Cuando las moléculas de IgE en la superficie del mastocito se com-

binan con el antígeno se produce un proceso que causa de granulación, con la consiguiente liberación de mediadores de inflamación, que son los responsables de desencadenar los síntomas alérgicos (4).

El término alergia abarca solo aquellas reacciones adversas en las que se comprueba o se tiene una alta sospecha de la implicación de uno o varios mecanismos inmunológicos y se deben diferenciar de aquellas debidas a mecanismos enzimáticos, tóxicos o farmacológicos. Las reacciones mediadas por IgE, desde el punto de vista clínico, se caracterizan por la aparición inmediata de una sintomatología predominantemente cutánea o respiratoria que se asocia a la presencia de anticuerpos IgE específicos. Las formas no mediadas por IgE, se deben por los general a reacciones de inmunidad celular aunque, en la mayoría de los casos no se pueda demostrar la implicación de un mecanismo inmunológico (12).

Las reacciones mediadas por IgE o manifestaciones inmediatas, ocurren entre minutos a 2 horas luego de la ingesta. Las manifestaciones gastrointestinales incluyen el síndrome de alergia oral y alergia gastrointestinal mediada con vómitos recurrentes. Las manifestaciones respiratorias tienen un inicio brusco de obstrucción bronquial o rinitis secundaria a la ingesta del alérgeno. Las dermatológicas incluyen urticaria, eritema, angioedema y prúrito. La forma más severa corresponde a la anafilaxia. Las reacciones no mediadas por IgE o manifestaciones tardías, se producen desde 48 h a una semana desde la ingesta. Las más frecuentes son gastrointestinales como vómitos, diarrea, rectorragia, constipación con o sin eritema perioral, cólicos e irritabilidad persistente. Las formas severas incluyen mal incremento pondoestatural, rechazo alimentario, anemia ferropénica con o sin rectorragia asociada, enteropatía alérgica perdedora de proteínas con hipoalbuminemia y enterocolitis alérgica severa. Si una o más manifestaciones ocurren y no son explicadas por otra causa, se debe considerar alergia como alternativa diagnóstica (15).

Se considera que la atopia es el factor de riesgo más importante para para el desarrollo de la alergia. Atopia es la predisposición genética a desarrollar enfermedad alérgica con producción excesiva de IgE después de la exposición a alérgenos específicos, esto hace que el riesgo de desarrollar alergia en individuos atópicos sea 10 a 20 veces mayor que en sujetos no atópicos, aunque no todos los individuos atópicos desarrollan alergia. Con mucha frecuencia se culpa a las alergias de los problemas respiratorios sobre todo en la etapa infantil, especialmente debido al polen durante la época de primavera. Sin embargo, hay alérgenos que están presentes todo el año, como el moho, los ácaros del polvo o los animales peludos

(4).

Las alergias respiratorias son el resultado de un mal funcionamiento del sistema inmunitario que provoca que el organismo reaccione de manera anormal frente al contacto con los alérgenos que son sustancias inofensivas transportadas por el aire, es una reacción normal o exagerada del cuerpo ante la presencia de determinados agentes externos que resultan inofensivas, considerándose alérgeno todo organismo que genere alergia en el sistema inmune del cuerpo humano, los principales alérgenos respiratorios son los ácaros del polvo doméstico, el polen, el pelo de animales y el moho. Actualmente existe un alto índice de contaminación ambiental, esto es una verdadera problemática para la población puesto que es uno de los principales factores desencadenantes de las alergias respiratoria, es por ello que se hace énfasis en los cuidados que deben tener los padres o cuidadores para evitar estas afecciones y más en los grupos vulnerables como lo son los lactantes, ya que estos están más expuestos a adquirirlas. También se hace necesario dar a conocer todos los factores que acarrean y ayudan a que la contaminación ambiental sea el de mayor prevalencia (4).
Son los gametos masculinos de las flores los responsables del 20% de las alergias y se clasifican en:
-Pólenes de menor peso.
-Pólenes de mayor peso.

Los primeros son los más importantes, porque al tener muy poco peso se mantienen en el aire y son transportados con facilidad a grandes distancias por el viento, pasando al aparato respiratorio, a diferencia de los pólenes de mayor peso, procedentes muchos de ellos de plantas decorativas, solo suelen ocasionar sensibilización cuando existe un contacto muy directo con ellos. Los aeroalérgenos del polen están formados por glucoproteínas que tienen un peso molecular superior a los 10.000 Da. Muchos de ellos son resistentes a los cambios de pH y a temperaturas superiores a los 100℃ (4).

Los ácaros son considerados insectos microscópicos, pertenecientes a la clase Arácnida. Poseen ocho patas, cuerpo no segmentado y su tamaño oscila entre 100 -300 μm. El alimento fundamental de estos son las escamas dérmicas, para su supervivencia requieren una temperatura entre 21 y 30ºC y una humedad relativa mayor del 50%. Los ácaros habitan en las sábanas, almohadas, peluches, cortinas, alfombras, muebles blandos y sobre todo en los colchones que son un excelente microhábitat puesto que, dada la profundidad de su relleno guarda mucha humedad, proporcionando los factores que necesitan para su óptimo desarrollo

como son el calor procedente de la transpiración del que duerme y comida (escamas de piel humana). La humedad es el principal factor limitante para su desarrollo; los niveles óptimos se alcanzan fácilmente en los colchones mientras están ocupados, un promedio de ocho horas al día (4).

El humo del tabaco contiene partículas, gases irritantes como el monóxido y dióxido de carbono, dióxido de nitrógeno, aldehídos y otras muchas sustancias químicas, que son respirables. Estos componentes producen lesiones en el epitelio de las vías respiratorias, que disminuye el aclaramiento muco ciliar, provocan hipersecreción de mucus, disminución del surfactante y de la actividad del macrófago alveolar y tienen propiedades oxidantes. La aspiración pasiva de humo se asocia a la disminución de la función pulmonar, haciéndola más susceptible a las infecciones respiratorias altas. De este modo el hábito de fumar de algún miembro del hogar convierte al niño en fumador pasivo y lo predispone a la presencia de infecciones respiratorias altas y alergias respiratorias, por las alteraciones que se producen en la superficie de la mucosa pulmonar.

La alergia a hongos se da por las esporas que producen y son esparcidas por el aire, facilitando así el ingreso al sistema respiratorio de los individuos sensibles y provocando diversos síntomas. La sensibilización a hongos provoca diferentes reacciones alérgicas, son consideradas un factor etiológico de gran importancia en la rinitis alérgica y en el asma. Se sabe que los causantes de enfermedades alérgicas, son todos los hongos que forman micelio. Los hongos que principalmente son capaces de producir enfermedades alérgicas son aquellos pertenecientes a los géneros: Alternaria, Aspergillus, Cladosporium, Penicillium, Helminthospotium, Epicoccutn, Fusarium, Rhizopus y Mucor, siendo los cuatro primeros los que tienen verdadera importancia clínica. Alternaria y Cladosporium son considerados como hongos que habitan fundamentalmente en el exterior, mientras que Penicillium y Aspergillus, son más abundantes en el interior de las viviendas (4).

El género Alternaria se considera el más importante desde el punto de vista alergológico, puesto que sensibiliza entre el 82 y el 92% de los pacientes alérgicos a hongos. El género Cladosporium es cosmopolita y muy abundante, de modo que los agregados de sus esporas superan cifras superiores a 50.000/m3 al resto de partículas biológicas, la especie más importante desde el punto de vista las alergias es Cladosporium herbarum. El género Penicillium, del cual se conocen más de 250 especies, es uno de los más comunes y más ampliamente distribuido. Aspergillus es uno de los hongos que más abunda en el entorno humano, Aspergillus fumigatus es la especie más importante desde el punto de

vista alergénico, crece como saprofito con distribución universal; tolera un amplio rango de temperaturas en su crecimiento (12-52ºC), y la temperatura óptima es de alrededor de los 40ºC (4).

Existen dos tipos de alergias respiratorias que son muy importantes, estas evolucionan de forma diferente a lo largo de la vida si no se realiza una intervención médica para que continúe su curso, las manifestaciones de alergias respiratorias más frecuentes en niños son el asma y la rinitis.vEl asma se da en las vías respiratorias bajas. El asma es una de las causas más comunes de hospitalización y visitas a los proveedores de salud durante la etapa infantil. Los niños con asma tienen vías respiratorias sensibles y que se irritan con facilidad. Cuando están expuestos a ciertos componentes como virus, alérgenos, humo de tabaco, irritantes químicos, frío o polución ambiental. Las vías respiratorias se inflaman produciendo exceso de moco, inflamación en las mucosas y constricción en los músculos del aparato respiratorio. El resultado es la obstrucción del aire, tos, problemas para respirar y sibilancia (4).

La rinitis alérgica es una enfermedad inflamatoria crónica de la mucosa nasal mediada por anticuerpos específicos con participación diferentes células, citosinas y mediadores inmunológicos. La sintomatología principal comprende: rinorrea, obstrucción nasal, estornudos en salvas, prurito nasal y pérdida del olfato entre otros. La incidencia de la rinitis es mayor teniendo como factores predisponentes: antecedentes familiares, ácaros, polvo, epitelio de animales y el tabaquismo. En cuanto a las alergias a los alimentos produce una variedad de signos y síntomas, que típicamente incluyen tres grandes órganos del cuerpo:
- Piel: irritación o eczema.
- Tracto gastrointestinal: naúseas, malestar estomacal, diarrea.
- Tracto respiratorio: estornudos, rinitis, problemas para respirar.

Algunas alergias incluidas las picaduras de insecto, látex, medicinas y alimentos pueden causar una reacción con riesgo vital llamada anafilaxis, que puede provocar la muerte en cuestión de minutos si no es tratada a tiempo. Los síntomas de la misma son los siguientes:
- Boca: picazón, hinchazón de los labios y/o la lengua.
- Garganta: picazón, contracción, dificultad para tragar.
- Piel: picazón, sarpullidos, enrojecimiento e hinchazón de la cara.
- Estómago: vómito, diarrea, espasmos.
- Pulmones: problemas para respirar, tos, sibilancia.
- Corazón: pulso débil, mareo, pérdida de conciencia (4).

En algunas alergias puede aparecer urticaria que es una enfermedad benigna, autolimitada y muy frecuente, se puede acompañarse o no de angioedema, siendo en ocasiones la primera manifestación de cuadros más graves como anafilaxia, que vimos anteriormente. La urticaria está clínicamente caracterizada por la aparición en la dermis superficial de habones, de tamaño variable, de color rosado y, en ocasiones con eritema circundante que se acompañan de prurito. Los habones suelen durar menos de 24 horas en la misma localización, se pueden presentar nuevas lesiones en otros lugares, que no dejan lesión residual (14).

El angioedema se caracteriza clínicamente por una inflamación de las capas profundas y subcutáneas de la dermis y con frecuencia se acompaña de afectación de las mucosas. Las zonas afectadas pueden mostrarse tanto eritematosas y pruriginosas, como pálidas y dolorosas. El cuadro generalmente dura alrededor de unas 72 horas. La urticaria es una causa frecuente de atención en urgencias, siendo su origen muy diverso. Las urticarias agudas de origen alérgico, son reacciones mediadas por IgE como por ejemplo la que se da en la alergia al látex y las picaduras de himenópteros, entre otros, estas requieren atención inmediata por riesgo de anafilaxia, pero la mayoría son de origen reactivo y los principales desencadenantes son los fármacos, los alimentos y las infecciones (14).

Las etiologías involucradas en la génesis de una urticaria aguda son múltiples y en muchas ocasiones difíciles de determinar. Los alimentos tanto por liberación directa de mediadores de los mastocitos o de aminas vasoactivas y medicamentos como los antibióticos, antiinflamatorios, relajantes musculares, etcétera, mediado por IgE o a través del metabolismo del ácido araquidónico deben ser siempre contemplado (24).

La urticaria aguda inducida por alimentos se desencadena por ingestión, contacto o inhalación de algún alimento. Además de los diversos tipos de exposición a los alimentos la respuesta a las reacciones podrá ser inmunológica, o no inmunológica. La urticaria aguda inmunológica, puede cursar tanto con manifestaciones clínicas localizadas como generalizadas que pueden progresar hacia un edema angioneurótico sistémico y acompañarse de rinitis, dificultad respiratoria y desencadenar un shock anafiláctico. Por lo general, se trata de episodios agudos con relación clara entre la clínica y la exposición con el alimento. Habitualmente los alimentos que más se ven implicados son: mariscos, pescados, huevos, carnes, lácteos y frutos secos, principalmente nueces, avellanas y cacahuetes (14).

La urticaria aguda no inmunológica, es la más frecuente y raramente se manifiesta con síntomas sistémicos, está inducida, generalmente, por el contacto con

alimentos que contienen o liberan histamina. Los alimentos implicados más habitualmente son:
- Frutas y verduras: entre los que se encuentran los cítricos, frutas tropicales, fresas, cerezas, uvas, albaricoques, ciruelas, tomates, soja, espinacas, berenjena y calabaza.
- Alimentos envasados en vinagre o en salmuera como los aceitunas y vegetales fermentados.
- Condimentos y aditivos alimentarios: levadura, productos de pastelería y panadería que contengan ácido cinámico o aldehído cinámico, gomas de mascar que contengan ácido abiótico y ácido sórbico, bebidas gaseosas con ácido benzoico y benzoato de sodio.
- Proteínas: quesos curados, arenques y pescados encurtidos.
- Bebidas: té, café, chocolate y refrescos de cola (14).

Por otro lado, la alergia alimentaria en la primera infancia, particularmente al huevo tiene una fuerte asociación con el desarrollo de enfermedades alérgicas de tipo respiratorio como son el asma y la rinitis alérgica, que se manifiestan durante la primera o segunda década de la vida (1).

Existen dos conceptos claves que debemos tener claros: alergia a alimentos y sensibilización a alimentos. La sensibilización se da cuando se demuestra la presencia de IgE frente a un alimento tanto por métodos in vitro (determinación de IgE específica) como métodos in vivo (prick test frecuentemente), sin necesidad de que ello conlleve trastornos clínicos; pero, cuando se habla de alergia se hace referencia a situaciones clínicas compatibles con cuadro alérgico en las que se puede demostrar una implicación inmunológica o bien prueba de provocación en la que se relaciona claramente al alimento o alimentos implicados con la clínica que presenta.

Los alimentos implicados en las reacciones alérgicas varían según la edad; así en los 2 primeros años de vida la leche de vaca es el alimento más frecuente como causa que desencadena un proceso alérgico, seguido por el huevo; durante la primera infancia ya aparecen otros alimentos, como el trigo, la soja, los cacahuetes y frutos secos, el pescado y el marisco (1).

En los lactantes que presentan dermatitis atópica de moderada a grave, se debe efectuar un estudio de posible implicación de un alimento, aun cuando son alimentados con lactancia materna exclusiva. Los niños que presentan esofagitis eosinofílica, enterocolitis o proctocolitis alérgica también son candidatos al estudio de alergia a alimentos. Las reacciones alérgicas debido a alimentos se clasi-

fican en inmediatas y retardadas, las primeras ocurren entre minutos y pocas horas (no más de 2, por lo general) tras la ingesta y son típicas de alergia mediada por IgE, las retardadas ocurren entre varias horas y pocos días tras la ingesta y la reacción inmunológica suele implicar mecanismos celulares (1).

La sintomatología que aparece de manera tardía es predominantemente digestiva, incluyendo tres síndromes: la proctocolitis, la enteropatía y la enterocolitis inducida por proteínas de la leche de vaca. Según estudios revisados, la mayoría de las alergias mejoran con el paso del tiempo, excepto la alergia a frutos secos, mariscos y pescados, que tienden a persistir. Para evaluar su resolución se debe realizarse de manera periódica test de provocación oral con el alérgeno en concreto. En general en lactantes se recomienda prueba anual con leche, soya, huevo y trigo, y en niños mayores cada 2-3 años con cacahuetes, nueces, mariscos y pescado (3,12)

Se recomienda para el diagnóstico, realizar dieta de eliminación que será durante 2 y hasta 4 semanas, seguida por test de provocación oral doble ciego contra placebo. Dado que este tipo de test de provocación oral es difícil de implementar en la práctica, se acepta como adecuado para establecer el diagnóstico, el test de provocación abierto. Se considera como prueba positiva una mejoría clínica significativa durante la etapa de dieta de exclusión y recaída del cuadro al hacer el test de provocación. En casos de alergia mediada por IgE puede ser peligroso realizar el test de provocación por lo que se recomienda hacerlo hospitalizando al niño para ello, y en los casos de anafilaxia, está totalmente contraindicada esta evaluación y debería recurrirse a test inmunológicos para determinación de IgE específicas (3).

No hay que olvidar que las madres y lactantes con dieta de eliminación de proteínas de leche de vaca constituyen un grupo de riesgo de ingesta deficitaria de vitamina D y calcio. Se recomienda que las madres reciban suplementos de ambos. En lactantes se administrará vitamina D y se deberá valorar la suplementación con calcio en casos de ingesta insuficiente. No se recomiendan restricciones en la dieta materna durante el embarazo y la lactancia puesto que no modifican el riesgo de desarrollo de alergia a las proteínas de la leche de vaca no IgE (12).

La leche materna tiene capacidad para proporcionar factores de protección al bebé, por su presencia de células T reguladoras, que participan en el mantenimiento del equilibrio de la microbiota intestinal y citoquinas y factores de crecimiento, que contribuyen a promover la maduración de la mucosa intestinal, dificultando así la penetración de organismos patógenos, este hecho se explica por

la presencia de ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga, que actúan en la producción de células de defensa en el cuerpo del lactante (5).

Queda claro que la lactancia materna exclusiva debe mantenerse hasta los 6 meses de vida. A continuación se deben introducir otros alimentos de manera gradual, complementando la lactancia materna y la dieta de los lactantes. Se ha constatado a lo largo de la revisión, que la lactancia materna reduce el riesgo de asma y alergias atópicas. La mayoría de los estudios avalan la asociación de la lactancia materna en la prevención de alergias. Se ha identificado que aquellos niños que nunca fueron amamantados, suelen tener mayor riesgo de sibilancia, tos seca y catarro persistente durante los primeros 4 años, comparándolos con los niños que fueron amamantados durante los 6 meses (6).

Se ha identificado efecto protector de la lactancia materna frente a la lactancia artificial sobre el desarrollo de la dermatitis atópica frente a procesos de alergia al polen o rinitis alérgica. Varios estudios concluyen que la lactancia materna mejora la calidad de vida en los niños además de proteger frente a la aparición de la dermatitis, eccema y alergia al polen o rinitis alérgica. Muchos autores defienden que la lactancia materna exclusiva o no exclusiva tiene algunos efectos protectores contra las enfermedades alérgicas a largo plazo. Se ha visto que a lo largo de la revisión que la lactancia materna se asocia con un menor riesgo de sensibilización o alergia a los alimentos. La introducción precoz de alimentos distintos de la leche materna, en la alimentación del lactante, antes de la etapa de maduración del organismo se ha demostrado que trae consecuencias nocivas para su salud, en detrimento de una reducción de la ingesta de los factores protectores, presentes en la leche materna (5,6).

Las prácticas alimentarias erróneas, según diferentes estudios, aumentan el riesgo de desarrollo de enfermedades agudas y crónicas, entre las que se encuentran las alergias alimentarias. Se ha visto que el destete precoz en muchos lactantes tomados como muestra de varios estudios, han desarrollado alguna patología crónica, a expensas del error alimentario. Los daños, parece que se intensifican de acuerdo con la edad y el tipo de alimento introducido.

Cuando se introduce de manera precoz leche u otro tipo de alimentos diferentes del humano, puede resultar en riesgo inmunológico y nutricional para la salud del bebé. Cuando esta leche se deriva de la leche de vaca, una alergia que comúnmente se presenta es la Alergia a las Proteínas de la Leche de Vaca. La introducción de estas proteínas de forma prematura, en la alimentación de los bebés, puede producir reacciones de hipersensibilidad y alergias (5).

Ante la sospecha de hipersensibilidad a la leche, es importante conocer la historia de atopia y en familiares de primer grado, las alergias alimentarias, en vista de la predisposición genética a esta condición, además es se debe detallar la edad de aparición de los síntomas, el tiempo transcurrido entre la ingestión y la manifestación de reacciones, la cantidad de alimentos consumidos, el tipo de manifestaciones físicas y la duración de los síntomas.

Se ha observado que hay factores perinatales asociados con la alergia a la proteína de leche de vaca, como son el uso de agentes antimicrobianos y tiene una relación con la prematuridad, el tipo de parto, la baja prevalencia de lactancia materna y el desarrollo de la alergia a las proteínas de la leche de vaca. Se han identificado algunas asociaciones que han determinado el incremento de riesgo para la alergia a las proteínas de la leche de vaca, como son el hecho de que la madre haya recibido terapia antibiótica en el último trimestre del embarazo, aumentando el riesgo de que los niños desarrollen este tipo de alergia. Este riesgo existe debido a la ocurrencia de cambios en la microbiota intestinal de la madre-bebé, el cambio de la respuesta inmune, reduciendo los niveles de citocinas que promueven la tolerancia a esos alérgenos intestinal (5).

El desarrollo de las alergias alimentarias también puede atribuirse a factores como antecedentes de atopia, niveles de IgE en cordón umbilical al momento del nacimiento, eosinofilia en sangre periférica, proteína catiónica de los eosinófilos, determinación de IgE específica a proteínas, inicio de alimentación sólida antes del cuarto mes de vida e introducción de alimentos potencialmente antigénicos a la dieta del lactante. La sensibilización depende básicamente de factores genéticos, dosis y naturaleza del antígeno (solubilidad, partícula, reproducción), frecuencia de administración del mismo, edad de exposición, estado inmunológico (gastroenteropatía), manipulación dietética, con la subsecuente transmisión de potenciales antígenos a través de la lactancia materna. Por ello, si un lactante consume leche de vaca sin modificar, tiene mayor probabilidad de desarrollar alergia alimentaria a las proteínas de la leche de vaca debido a que está expuesto a mayor cantidad de proteínas alergénicas como son la caseína, alfalactoalbúmina y betalactoglobulina e inmunoglobulinas (25).

Algunos estudios reportan que niños alérgicos a las proteínas de la leche de vaca pueden volverse tolerantes, especialmente cuando leche es sometida a algún tratamiento térmico y sufre procesos de desnaturalización, como la pasteurización, que favorece la desnaturalización de las proteínas y su digestibilidad por las enzimas digestivas propias del lactante. El proceso digestivo y de absorción

de las proteínas en el recién nacido a término y sano comienza en el estómago y en la primera porción del duodeno, este hecho es gracias a las enzimas pancreáticas, pero a menudo no es eficiente debido a la inmadurez fisiológica o al exceso de proteína que llegan en la alimentación, por lo que parte de las proteínas puede quedar subdivida en grandes partículas que atraviesan la permeable mucosa intestinal del lactante, todo ello permite el paso de células inmunológicas de la leche de vaca que pueden favorecer la aparición de alergias alimentarias, desencadenando la respuesta inmune de hipersensibilidad (25).

Se debe considerar condiciones que pueden coexistir en el mismo paciente, como el reflujo gastroesofágico y los cólicos además de tener en cuenta que mecanismos no inmunológicos pueden simular una alergia a las proteínas de la leche de vaca como pueden ser intolerancia a la lactosa, reacciones a medicamentos o ingesta de tóxicos. Dentro de los diagnósticos diferenciales se incluyen alteraciones anatómicas del tracto gastrointestinal, errores innatos del metabolismo, enfermedad celíaca, otras enteropatías, insuficiencia pancreática como por ejemplo la fibrosis quística, reacciones adversas no inmunológicas, intolerancia a la lactosa, intolerancia a la fructosa, reacciones alérgicas a otros alimentos, etc. (15).

En pacientes menores de 6 meses que sólo estén recibiendo fórmula láctea, esta debe ser reemplazada por una fórmula hipoalergénica. En los mayores de esta edad, lo ideal es evitar todo otro alimento distinto a la fórmula hipoalergénica. De no ser posible se debe indicar una dieta con un número limitado de alimentos e introducirlos uno a la vez, con consejería nutricional. La fórmula inicial debe ser una extensamente hidrolizada y evaluar si hay mejoría de los síntomas. En el caso de mantener los síntomas o que sean severos, tener presente que ciertos lactantes pueden re¬accionar a residuos alérgenos de las fórmulas extensamente hidrolizadas, pudiendo ser una razón de su falla. En estos casos se permite indicar una fórmula aminoacídica. Si no existe mejoría con esta fórmula, se debe evaluar adherencia a la dieta o dudar del diagnóstico. En todos los lactantes se debe realizar una contraprueba de provocación oral (15).

En todos los consensos internacionales, la soja está indicada solamente en niños mayores de seis meses, con IgE elevada y en ausencia de sintomatología digestiva. La soja pertenece a la familia de las leguminosas, sus proteínas no tienen reactividad cruzada con las proteínas de leche de vaca. Se ha comprobado que desde el punto de vista nutritivo son adecuadas para niños y adultos, pero no para recién nacidos, en los que necesitan suplementos con aminoácidos azufrados como la metionina. La proteína aislada de soja contiene 1,5 % de ácido fítico,

que son termoestables y difíciles de eliminar, los fitatos formados pueden unirse al zinc y hacerlo inutilizable, por otra parte impiden la absorción de hierro (17).

Con respecto a la alergia a las proteínas de la leche de vaca, en la mayoría de los casos el pronóstico es bueno, con desarrollo de tolerancia en un 50% de los casos luego del primer año de vida (15).

Se ha visto que la tolerancia al pescado y huevo se suele presentar antes del año de edad en la mayoría de pacientes y a la proteína de la leche de vaca antes de los 18 meses en más de la mitad de los casos. La alergia alimentaria también se asocia a síntomas de vía aérea alta, especialmente: congestión nasal, rinorrea y estornudos. Se ha visto una mejora significativa en la reactividad a alérgenos alimentarios por pruebas cutáneas y provocación oral en pacientes con rinosinusitis crónica y alergia alimentaria después de realizarles cirugía sinusal (7,16).

La presencia de síntomas respiratorios asociados a la ingestión de alimentos se ha descrito a diferentes edades, en relación a reacción anafiláctica o por si sola. Al ser las manifestaciones gastrointestinales y cutáneas mucho más conocidas y frecuentes su aparición es poco evaluada en la práctica clínica con excepción de aquellos síntomas que se presentan con mayor severidad. Se describen síntomas por compromiso de la mucosa nasal y bronquial, pero además del oído medio, debido a producción local de IgE y liberación de mediadores de los mastocitos, sumado a la oclusión de la trompa de Eustaquio por edema nasofaríngeo.

En relación a la progresión de las patologías con contenido alérgico durante la infancia, algunos estudios muestran que la sensibilización al huevo en la etapa lactante es un factor de riesgo para la sensibilización a aeroalérgenos y asma en edades posteriores, lo que no necesariamente está asociado a la persistencia de alergia provocada por alimentos. La alergia alimentaria es más frecuente en niños pequeños pudiendo preceder la aparición de asma. El asma y la alergia alimentaria están asociadas, aunque, no se puede afirmar que coexistan en niños con predisposición a enfermedades atópicas o si pudiera existir una relación causal entre ellas. Sí está claro que la alergia alimentaria es un factor de riesgo de asma severa, mal control de la enfermedad y mayor frecuencia de hospitalización, además estudios indican que pacientes con asma tienen 5 veces más riesgo de presentar alergias alimentarias que la población general (7).

En la evolución natural de la alergia alimentaria, existe un período de sensibilización clínica, que va seguido de otro de sensibilización asintomática, hasta alcanzar la tolerancia total que suele ir acompañada de la desaparición de los an-

ticuerpos IgE específicos. Esta buena evolución no ocurre en todos los pacientes, ni es igual en el tiempo para todos los alimentos ni para todos los pacientes. Los anticuerpos IgE específicos se pueden encontrar en individuos que están clínicamente sanos, con tolerancia a los alimentos e incluso sin antecedentes de reacción clínica (20).

Se hace necesario también hablar de la colitis o proctocolitis eosinofílica alérgica se caracteriza por una reacción inflamatoria de origen inmunitario, que se desencadena después de la ingestión de proteínas exógenas presentes en la dieta. Se ha asociado a diversos alimentos, pero es la leche de vaca, sin lugar a dudas, la más común. La colitis eosinofílica se manifiesta por lo general con una presentación tardía de alergia a la proteína de leche de vaca, y es una de las principales causas de alergia alimentaria por mecanismos inmunológicos mixtos y su resolución generalmente se da durante la infancia (9).

La β-lactoglobulina1 y la α-s1 caseina bovina, son dos de los principales alérgenos de la leche de vaca y se secretan en la leche humana, y pueden causar la sensibilización, esto explica que algunos de los pacientes afectados reciban lactancia materna exclusiva. La β-lactoglobulina provoca degranulación mastocítica y quimiotaxis eosinofílica en la pared del tubo digestivo, con la posterior liberación de gránulos citoplasmáticos de los eosinófilos, lo cual derivan en citotoxicidad tisular e inflamación, responsables finales de la sintomatología.

La colitis eosinofílica se caracteriza por la aparición de forma rápida de deposiciones diarreicas mucosanguinolentas que se presenta tras la ingestión del alérgeno, sin que se altere el estado general del lactante ni reduzca su ganancia de peso. Un alto porcentaje de las hemorragias gastrointestinales en la infancia se deben a colitis alérgica, por lo que se hace necesario descartar esta colitis en todo caso. Muchos de los lactantes presentan historia familiar de alergia o atopia. Afortunadamente, la colitis eosinofílica por alergia a la proteína de la leche de vaca se suele resolver después de la retirada de este alimento de la dieta del lactante y de su madre, la cual se sustituye por fórmulas de hidrolizados o elementales (9).

Varios autores demuestran que el factor de temporalidad de la lactancia materna representa un factor de riesgo para la aparición de alergias en los lactantes. La introducción de la leche de vaca es un factor de mucha importancia para el desarrollo de alergias, entre las que predomina la rinitis y la dermatitis atópica (10).

Otros factores predisponentes en la aparición de alergias son los patrones de la alimentación complementaria o alimentación en el primer año de vida. Se ha en-

contrado una relación entre la ingesta de gluten antes de los 6 meses de edad y la aparición de alergias, así mismo concuerdan con la ingesta de alimentos altamente alérgenos antes del primer año de vida, como lo son el huevo, las oleaginosas y el pescado (10).

No existe consenso acerca de la edad en la que resulta óptima la introducción de los alimentos sólidos a la dieta de los lactantes, sí se recomienda evitar el inicio de la alimentación con sólidos antes de las 17 semanas de vida y tampoco después de las 26. Si bien parece haber consenso a nivel global en establecer que el inicio de la alimentación sólida sea entre los 4 y 6 meses de edad, no hay evidencias claras que muestren el momento óptimo de la introducción de determinados alimentos, habiendo infinidad de variaciones en diferentes países (11).

La leche materna es capaz de cubrir las necesidades energéticas y nutricionales del lactante hasta los 6 meses de edad; a partir de ese momento se hace insuficiente y es necesario complementar la alimentación para asegurar un buen crecimiento y desarrollo del bebé. Mantener la lactancia exclusiva después de los 6 meses de vida puede acarrear el déficit de macronutrientes como son las proteínas, de algunos micronutrientes principalmente hierro y zinc y algunas vitaminas sobre todo la A y la D. Tan importante como evitar las deficiencias es el evitar los aportes excesivos.

Las enfermedades alérgicas aumentando su prevalencia a nivel mundial, tanto en los países desarrollados como en vías de desarrollo. Varios autores plantean que para prevenir la alergia el principal factor es mantener la lactancia materna exclusiva hasta los 4-6 meses de edad e iniciar la alimentación complementaria a partir de ese momento, sin retrasar la introducción de aquellos alimentos habitualmente considerados potencialmente alergénicos (11).

La introducción de un nuevo alimento, se debe intentar que sea con repetida frecuencia y en pequeñas cantidades, para favorecer la tolerancia oral. Una de las ideas que recoge progresivamente más adeptos, es que al introducir la alimentación complementaria se debe incluir la mayor variedad de alimentos posibles. Varios estudios sugieren que en el primer año de vida esta práctica se asociada a menor frecuencia posterior de asma, alergia alimentaria o sensibilización a alimentos (11).

La alimentación complementaria del lactante con alergia a las proteínas de la leche de vaca debe seguir las mismas pautas que se aplican a cualquier lactante sano en sus mismas circunstancias, salvo en lo referente a evitar las proteínas de

la leche de vaca en la dieta (12).

Se deben seguir las siguientes recomendaciones:
- Evitar leche y derivados: yogurt, cuajada, queso, "petit-suisse", requesón, mantequilla, crema, crema agria, algunas margarinas, repostería, numerosas galletas, chocolate con leche, papillas de bebé lacteadas, potitos que contengan leche, algunos cereales, algunos embutidos, zumos, batidos, horchatas, cubitos de caldo, sopas de sobre, fabadas, cocidos, caldos deshidratados y salsas. Evitar alimentos fritos y rebozados con pasta para rebozar.
- Evitar freír en el mismo aceite los alimentos del lactante si se ha utilizado previamente para freír un alimento lácteo.
- Evitar la contaminación cruzada (cuchillos para untar margarina y se usan posteriormente para la dieta del lactante con APLV).
-Se recomiendan las preparaciones "caseras". Leer atentamente el etiquetado de los alimentos. No dejar al alcance alimentos prohibidos.
- Si guardería, explicar a todos los profesionales la importancia de evitar los alimentos prohibidos.
- Evitar Leche de cabra y oveja: derivados de las mismas, además de grasas animales y proteínas animales, en general.
- Evitar alimentos que contengan: albúminas, lactoalbúminas, globulina, lactoglobulina, caseína, caseinato, grasa de manteca, solidificante, saborizante artificial, de caramelo o natural, colorante de caramelo, suero, suero en polvo, suero sin lactosa, proteínas de suero (H4511, H4512, H4513) y todos los aditivos que empiezan por la raíz lact- (E325, E326, E327, E472, E480, E481, E482, E575, E585, E966), recaldent, proteinsuccinilato y Lactosa (23).

Algunos autores afirman que la alergia a la carne de vaca sí implica la alergia a la leche a su leche en la mayor parte de los casos, pero no al contrario. Sin embargo, es frecuente la sensibilización cruzada a la leche de otros rumiantes, como cabra y oveja, por ello se deben evitar. Por otra parte, la lactosa pura en teoría si debería ser tolerada, pero si no está totalmente purificada puede contener restos de proteínas, por ello conviene evitar su ingesta (23).

Existen nuevas líneas terapéuticas, como la inmunoterapia oral, que es un tratamiento basado en la administración diaria de leche, comenzando por cantidades muy bajas y que se van aumentando de manera progresiva hasta conseguir la tolerancia a dosis habituales. Estudios realizados con niños con alergia a las proteínas de la leche de vaca transitoria has respondido mejor a esta terapia que aquéllos que padecen la alergia de forma persistente, puesto que necesitan

mayor tiempo de tratamiento, muchos no consiguen la desensibilización y las reacciones adversas son más graves (23).

Según diversas publicaciones sobre la inmunoterapia oral, se trata de una terapéutica en fase experimental que debe efectuarse en centros especializados que cuenten con medidas de reanimación. Además, no existen criterios comunes en cuanto a las pautas que deben utilizarse.

Con el fin de reducir la influencia y prevalencia de las alergias respiratorias, es necesario identificar los factores asociados a ella con el fin de poder planificar programas preventivos y acciones específicas en salud pública. Un número reducido de factores de riesgo contribuye de manera sustancial con la morbimortalidad de las enfermedades no trasnmisibles. Contar con un sistema de información válido y confiable sobre la prevalencia y tendencias de factores de riesgo es vital para el diseño y monitoreo de políticas de promoción de la salud y prevención orientadas a su control (4).

Los objetivos del tratamiento de la alergia respiratoria incluyen minimizar los síntomas y su impacto en la calidad de vida, mantener una función respiratoria normal y evitar la progresión de la enfermedad a formas más graves. Cuanto menos se exponga el niño al alérgeno, menos intensa será la respuesta inflamatoria que genere su sistema inmunitario. Las recomendaciones para evitar el alérgeno dependen de cuál se trate. Así, para los ácaros se hace necesario implantar una serie de medidas de limpieza dentro de casa. Para los pólenes, se deben conocer las épocas de alta concentración del polen implicado con el objetivo de, reducir en todo lo posible el tiempo al aire libre en dicha época, garantizar la apertura de ventanas de casa que preferiblemente se debe realizar por la tarde-noche además de abrir las puertas y ventanas del coche.

Igualmente, se deben evitar al máximo sustancias ambientales irritantes como el tabaco o la polución. No se debe fumar en la casa o el coche de niños con alergia respiratoria, ni siquiera cuando no estén presentes. La polución ambiental, además de modificar la composición de algunos pólenes y contribuir a que sean más agresivos o alergénicos, puede lesionar la vía aérea y acentuar el daño provocado por la inflamación alérgica (4).

Los aspectos que más preocupan en cuanto al personal sanitario son: la educación de los padres del lactante, la adherencia al tratamiento en caso de que haya y la receptividad de los padres. Por todo ello, la clave para una fase de eliminación exitosa constará de una evaluación conjunta, con todas las partes involucradas,

de las competencias que requiere el tratamiento (23).

La enfermera debe prevenir y solventar todas las complicaciones que surjan, realizando una buena valoración focalizada en los lactantes con alergia. Se hace especial hincapié en la administración precoz de adrenalina en los casos de shock anafiláctico. Si el niño recibe lactancia materna, se le explicará a la madre la restricción de productos lácteos que debe llevar a cabo en su dieta, informando de los suplementos de calcio que debe tomar (23).

Si por el lactante toma leche artificial, se le dará información a los padres sobre las diferentes fórmulas de sustitución y la más apropiada para el bebé. Las fórmulas extensamente hidrolizadas son las más recomendadas y serían las de primera elección, puesto que las fórmulas de soja no se pueden administrar a recién nacidos porque carecen de componentes importantes para su desarrollo, como la metionina. Las fórmulas esenciales se reservan para casos de pacientes muy sensibilizados. Lo fundamental del tratamiento de las alergias alimentarias, es la dieta de eliminación de los antígenos involucrados, manteniendo una ingesta nutricional balanceada. Los padres de los lactantes deben ser entrenados en la lectura de las etiquetas de los alimentos para así evitar trazas de alérgenos y la contaminación cruzada (3).

A la fecha, se desconoce la edad óptima para introducir los alimentos potencialmente alergénicos, la forma y cantidad más adecuada de administrarlos, tanto en población general como en lactantes de riesgo. Parece ser lo más adecuado el mantenimiento de la lactancia materna de manera exclusiva, siempre que sea posible, hasta los 6meses de vida, por todos los beneficios que conlleva, e iniciar la introducción de sólidos entre los 4-6 meses de edad, por los aspectos nutricionales y de desarrollo antes descritos. Es importante estimular a la lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes de vida, en recién nacidos prematuros y también en los nacidos a término. Sus propiedades de protección a la salud y prevención de enfermedades están firmemente basadas y ratificadas, por ello es preciso hacer una mayor inversión en políticas para la promoción de la lactancia materna (5,11).

5 Discusión-Conclusión

Una de las principales alergias que afectan a los lactantes son las alergias alimentarias, por lo general ocasionadas por las proteínas de la leche de vaca, el huevo y el cacahuete. Muchas veces están detrás de la rinitis alérgica y el asma. La lac-

tancia materna es un factor de protección frente a las alergias alimentarias. La eliminación estricta del alérgeno es la única medida preventiva para el desarrollo de la alergia alimentaria.

6 Bibliografía

- 1. Plaza-Martin AM. Alergia alimentaria en la edad pediátrica, conceptos actuales. An Pediatr (Barc). 2016; 85(1): 50.e1—50.e5.
- 2. Martin Laurrabaquio A, Rodríguez Santos O, Olea Zapata R, Celio Murillo R, Rojas Galarza RA, Gonzales Saravia CA. Alergia alimentaria en lactante alimentado con seno materno exclusivo. archivos de alergia e inmunología clínica 2016;47(3):121-125.
- 3. Lucero A Y, Miquel E I, Arancibia S ME. Alergia alimentaria en pediatría. Contacto científico pediatría del siglo XXI: mirando al futuro: 2016:112-116.
- 4. Amaiquema Diaz EM, Narvaez Burgos AK. Factores de riesgo y su influencia en alergias respiratorias en niños de 0 a 5 años, centro de salud Enrique Ponce Luque, Babahoyo, Los Rios. Octubre 2018 - Abril 2019. BABAHOYO: UTB, 2019; [informe final del proyecto de investigación]
- 5. Luz e Silva AM, Sobral da Silva Monteiro GR, da Silva Tavares AN, Ribeiro da Silva Pedrosa ZV. La introducción alimentaria precoz y el riesgo de alergias: Revisión de la literatura. Enfermería global. 2019; 54: 470-484.
- 6. Chura Huallpa, A L, Vilca Mamani, M. Efectividad de la lactancia materna en la prevención de las alergias en menores de 14 años. 2017.[Trabajo académico de especialista en enfermería]
- 7. García S M. Síntomas respiratorios asociados a alergia alimentaria. Neumol Pediatr 2018; 13 (2): 61-64.
- 8. Errázuriza G, Lucerob Y, Ceresaa S, Gonzaleza M, Rossela M, Vivesa A. Características clínicas y manejo de lactantes menores de 1 año con sospecha de alergia a proteína de leche de vaca. Rev Chil Pediatr. 2016;87(6):449-454.
- 9. Lopera Valle JS, Rojas Jiménez S, Ortiz Úsuga MC,Valencia Palacio EF, Díazgranados Cuenca LR. Colitis eosinofílica en niños causada por alergia a la proteína de leche de vaca. Revista Cubana de Pediatría. 2015;87(4):507-514.
- 10. Rodríguez-Hernández A I, de León-Elizondo M, Álvarez-Cardona A. Patrones de alimentación en el primer año de vida y su relación con aparición de alergias en pacientes de 1 a 4 años de edad. J. Selva Andina Res. Soc.[revista en Internet] 2019; 10 (1).
- 11. Navarro E, Araya M. Inicio de alimentación complementaria y riesgo de enfermedad celíaca y alergia alimentaria. ¿De qué evidencia disponemos? Rev. chil.

nutr.[revista en Internet] 2016; 43 (3).
- 12. Espín Jaimea B, Díaz Martínb JJ, Blesa Bavierac LC, Claver Monzónd A, Hernández Hernándeze A, García Burrielf JI. et al. Alergia a las proteínas de leche de vaca no mediada por IgE. An Pediatr (Barc). 2019;90(3):193.e1-193.e11.
- 13. Calle A, Chinchilla C, Cardona R. Anafilaxia en lactante alérgica a la proteína de la leche de vaca. Rev Alerg Méx. 2019;66(1):123-127.
- 14. Sierra Talamantes C, Zaragoza Ninet V, Alamar Martínez R. Aproximación a la clínica, diagnóstico y manejo de la urticaria. Enferm Dermatol. 2017; 11(32): 10-23.
- 15. Cordero R C. Prado S F, Bravo J P. Actualización en manejo de Alergia a la proteína de leche de vaca: fórmulas lácteas disponibles y otros brebajes. Rev Chil Pediatr. 2018;89(3):310-317.
- 16. Zuluaga V LC, Ramírez R N, Mejía P LK, Vera Chamorro J F. Desenlaces del tratamiento con una fórmula extensamente hidrolizada a base de suero en lactantes con alergia a la proteína de leche de vaca. Revista Colombiana de Gastroenterologia, 33(2) Abril-Junio, 2018;111-116.
- 17. Trujillo Pedroza PM, Ortega Sánchez JR. Alergia a las proteínas de la leche de vaca. Revista Cubana de Pediatría. 2017;89(3): 395-401.
- 18. González Hernández N, Rodríguez González S, Prado López LM, López G. Manejo de la Alergia a la Proteína de Leche de Vaca. Acta Pediátrica Hondureña. Octubre 2016 a Marzo 2017; 7(2).670-680.
- 19. Pascual Pérez AI, Méndez Sánchez A, Segarra Cantón O, Espin Jaime B, Jiménez Treviño S, Bousoño García C, et al. Manejo de la alergia a proteína de leche de vaca por los gastroenterólogos españoles. An Pediatr (Barc). 2018;89(4):222-229.
- 20. Alvaro M, García-Paba M, Giner M, Piquer M, Domínguez O, Lozano J, et al. Tolerancia a las proteínas del huevo en niños Lactantes sensibilizados al huevo sin consumo Previo. Allergy 2015; 69: 1350–1356.
- 21. Estado de las prácticas de alimentación del Lactante y del niño pequeño descritas según los Estándares del fondo de naciones unidas para la Infancia. Revista Cubana de Alimentación y Nutrición. Enero – Junio del 2017; 27(1): 126-133.
- 22. Vargas Gómez D, Rodríguez González D. Efectividad en la suplementación con omega 3 (Pescado) y vitamina D durante el periodo gestacional para la prevención de diversas alergias en el lactante de 0-1 año de edad. Revenf.[revista en Internet] Enero 2018 - Junio 2018; Edición semestral (34)
- 23. Villa Pérez A. Cuidar al lactante con Alergia a la Proteína de la Leche de Vaca. [Trabajo fin de grado] 2016.
- 24. Notejane M, Defaz V, Cantirán V, Dall'Orso P, Prego J. Urticaria y anafilaxia

en un Departamento de Emergencia Pediátrica de referencia en Uruguay: estudio clínico y epidemiológico. Arch. Pediatr. Urug.2018. 89 (5):312-319
- 25. López-Marín BE, Rojano B, Carvajal-de-Pabón LM. Determinación de la capacidad alergénica de una nueva fórmula infantil a base de leche de vaca en 7 lactantes. Rev. alerg. Méx.2017; 64 (3):250-259.

Capítulo 24

HELICOBACTER PYLORI. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO.

ANA FERRER BLANCO

1 Introducción

Es la causa fundamental de la gastritis crónica, la úlcera péptica y el cáncer gástrico. El Helicobacter Pylory e s una bacteria gram negativa, tiene actividad catalasa y oxidasa positivas. Elevada actividad ureasa. Helicobacter pylori debe ser considerada una enfermedad infecciosa con un impacto elevado en la salud de nuestros pacientes. Los profesionales encuentran grandes barreras en su práctica clínica: ausencia de evidencia actualizada; baja oferta de cursos de formación; limitaciones administrativas; largas listas de espera.

Prevalencia. Es la enfermedad crónica más prevalente en el mundo. Infecta, aproximadamente, al 50% de la población mundial. La mayoría ocurren en la infancia. Puede cursar de manera asíntomática. Se relaciona con factores socioeconómicos durante la infancia. En España, la prevalencia es desconocida.

Vías de transmisión. Las vías fundamentales de transmisión aún se desconocen. El contagio persona a persona a través de vías fecal-oral y oral-oral parece la opción más probable el agua contaminada puede ser una fuente de contagio; el contagio oral por flora de la boca no se ha demostrado; las secreciones gástricas pueden ser una fuente de contagio; la reinfección es probable. La infección induce procesos inflamatorios que conllevan el desarrollo de gastritis crónica. Consecuencias clínicas: gastritis cónica (>80%); atrofia y metaplasia intestinal (15-20%); úlcera péptica (15-20%); cáncer gástrico (<1%).

2 Objetivos

- Describir la estrategia ”test and treat” en la erradicación del Helicobacter Pylori.
- Analizar el tratamiento de la erradicación de este.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Indicaciones para el diagnóstico del Helicobacter Pylori.
- Se diagnostica con idea de tratar.
- Beneficio frente a no tratar, otras alternativas.
- Coste-efectividad.

Estrategia “test and treat”: diagnóstico no invasivo de la infección por H. pylori y tratamiento erradicador en los individuos infectados.
- T&T frente a endoscopia: pequeño y estadísticamente significativo menor efecto en mejoría de síntomas con relevancia clínica dudosa; más coste-efectiva (ahorro en endoscopias); pequeño y estadísticamente significativo menor efecto en mejoría de síntomas con relevancia clínica dudosa.
- T&T frente a tratamiento antisecretor empírico: sin diferencias en mejoría de síntomas; posible efecto estable; más coste-efectiva si prevalencia de H. pylori > 10-20 %.

Ventajas de la estrategia “test and treat”. Evita el coste y disconfort de la endoscopia. Cura la mayoría de los casos en los que subyace una enfermedad ulcerosa péptica. Una parte de los pacientes infectados con dispepsia funcional obtendrá beneficio sintomático. Previene la aparición de potenciales lesiones malignas o premalignas gástricas.

Estrategia ”Test and Treat” en la dispepsia.
- Úlcera péptica.

- Dispepsia no investigada < 55 años y sin síntomas/signos de alarma (estrategia test and treat).
- Dispepsia funcional.
- Antecedentes de úlcera que van a requerir tratamiento con AINE o AAS de manera continuada.
- Linfoma MALT de bajo grado.
- Resección endoscópica o quirúrgica de un cáncer gástrico.
- Familiares de primer grado de un cáncer gástrico.
- Atrofia de mucosa gástrica o metaplasia intestinal.
- Anemia ferropénica de causa no aclarada.
- Púrpura trombocitopénica idiopática.
- Déficit de vitamina B12 no explicable por otras causas.
- A todo paciente diagnosticado de infección por H. pylori se recomienda ofrecer tratamiento erradicador.

Dispepsia no investigada: presencia de hemiabdomen superior o retroesternal con dolor, molestia, ardor, náuseas, vómito o síntoma que se considere originado en tracto gastrointestinal superior. Punto de corte de edad: podría verse modificado en función del riesgo de cáncer gástrico de cada área geográfica. Síntomas y signos de alarma: pérdida de peso significativa no intencionada; vómitos intensos y recurrentes; disfagia; odinofagia; signos de sangrado digestivo (anemia, hematemesis, melenas); masa abdominal palpable; ictericia; linfadenopatías.

Tratamiento de la infección por Helicobacter Pylori.
Se recomienda ofrecer tratamiento erradicador a todo paciente diagnosticado de infección por Helicobacter pylori. Se recomienda comprobar la curación de la infección tras el tratamiento en todos los casos. Confirmación, al menos, 4 semanas después de finalizar el tratamiento con PAUC13 o antígeno en heces. Actualmente solo se deben recomendar tratamientos que superen localmente tasas de erradicación iguales o superiores al 90 % en la práctica clínica. La indicación de inhibidores de la bomba de protones (IBP) y antibióticos debe ser optimizada en duración, dosis e intervalo de administración.

Terapia triple estándar: IBP + claritromicina + amoxicilina/metronidazol. La eficacia media de la terapia triple en nuestro país fue del 80 % y del 70 %, respectivamente, en dos revisiones sistemáticas publicadas en 2011 y 2013. La eficacia en estudios posteriores siempre ha sido inferior al 75 % en España. Hay que abandonar la triple terapia en España como tratamiento de primera línea porque existen alternativas terapéuticas (pautas cuádruples) con tasas de curación significativa-

mente mejores. Un 56 % de médicos de familia en España utilizan la triple terapia (OCA). Un 5 %, otras triples terapias. Un 28 %, pauta cuádruple sin bismuto (IBP, C + A + M). Un 7 %, pauta cuádruple con bismuto (Pylera®).

Tratamiento cuádruple sin bismuto "concomitante". IBP cada 12 horas + Amoxicilina 1 g cada 12 horas + Claritromicina 500 mg cada 12 horas + Metronidazol 500 mg cada 12 horas. Durante 14 días.

Tratamiento cuádruple con bismuto. Tratamiento Pylera® de 10 días: cada cápsula contiene bismuto, metronidazol y tetraciclina.
Omeprazol 20 mg/12 horas + cápsula única: 140 mg de subcitrato de bismuto + 125 mg de clorhidrato de tetraciclina + 125 mg de metronidazol
- Como tratamientos de primera línea de la infección por H. pylori se recomiendan al mismo nivel la pauta cuádruple concomitante sin bismuto durante 14 días (IBP, claritromicina, amoxicilina y metronidazol) y la terapia cuádruple con bismuto durante 10 días (IBP más cápsula única de bismuto, tetraciclina y metronidazol).

Tratamiento de 2.ª línea tras fracaso de la cuádruple sin bismuto (claritromicina). Terapia cuádruple con levofloxacino: IBP cada 12 horas + Levofloxacino 500 mg/24 horas + Amoxicilina 1 g/12 horas Bismuto 240 mg/12 horas.
- Durante 14 días.

Tratamiento del H. pylori en alérgicos a penicilina.
- 1ª Línea: cuádruple con bismuto en cápsula única.
- 2ª Línea: triple con levofloxacino y claritromicina (IBP cada 12 horas + levofloxacino 500 mg/24 horas + claritromicina 500 mg/12 horas durante 14 días).
- No se recomienda asociar probióticos de forma generalizada al tratamiento erradicador.
- Tras una 2.ª o 3.ª línea de tratamiento fallida o en situaciones especiales, valorar derivar a gastroenterología.
- El cumplimiento terapéutico es el factor fundamental del éxito del tratamiento erradicador.
- La diferencia de todos los tratamientos entre cumplidores y no cumplidores es del 10-30 %.
- Es necesario facilitar un esquema de tratamiento y advertir sobre los efectos secundarios.

5 Discusión-Conclusión

El Helicobacter Pylori supone una entidad con una presentación no despreciable en nuestro entorno. Un adecuado conocimiento de la patología permitiría realizar un diagnóstico y tratamiento más precoz.

6 Bibliografía

- Gisbert JP, Calvet X. Helicobacter Pylori "Test-and-Treat" Strategy for Management of Dyspepsia: A Comprehensive Review. Clin Transl Gastroenterol. 2013;4(3):e32.
- Gisbert JP, Molina-Infante J, Amador J, Bermejo F, Bujanda L, Calvet X, et al. IV Conferencia Española de Consenso sobre el tratamiento de la infección por Helicobacter pylori. Gastroenterol Hepatol. 2016;39(10):697-721.
- Malfertheiner P, Megraud F, O'Morain CA, Gisbert JP, Kuipers EJ, Axon A, et al. European Helicobacter and Microbiota Study Group and Consensus panel. Management of Helicobacter pylori infection-the Maastricht V/Florence Consensus Report. Gut. 2017;66(1):6-30.
- Ford AC. Erradicating Helicobacter pylori in functional dyspepsia. Gastroenterology. 2012;142(7):1613-4.
- Gisbert JP, Molina-Infante J, Amador J, Bermejo F, Bujanda L, Calvet X, et al. IV Conferencia Espa ñola de Consenso sobre el tratamiento de la infección por Helicobacter pylori. Gastroenterol Hepatol. 2016;39:647-726

Capítulo 25

AUTOMEDICACIÓN EN ALUMNOS DE PRÁCTICAS TUTELADAS DE FARMACIA

MARÍA PÉREZ RODRÍGUEZ

ADRIANA SUÁREZ MESA

1 Introducción

En la sociedad actual, nos encontramos con la posibilidad de adquirir especialidades farmacéuticas ya dispuestas para su consumo, y con unas instrucciones más o menos inteligibles para su utilización. Además, la población posee acceso a la información, con hábitos de consumo que incluyen al medicamento, la automedicación es, en este contexto, una opción cercana y fácil.

Automedicación se ha definido de forma clásica como "el consumo de medicamentos para el tratamiento de los síntomas y signos de una enfermedad sin intervención de un profesional sanitario". Hoy en día, la automedicación debería ser entendida como: "la voluntad y la capacidad de las personas-pacientes para participar de manera inteligente y autónoma, es decir, informada, en las decisiones y en la gestión de actividades preventivas, diagnósticas y terapéuticas que les atañen". Entre ambas definiciones existe una marcada diferencia entre un uso irracional y, en muchas ocasiones desconocido de los medicamentos, hasta una automedicación responsable, en la que el paciente está realmente capacitado y actúa de manera racional para adoptar las decisiones adecuadas respecto a la utilización de medicamentos (1).

En este sentido, la automedicación practicada correctamente, podría ser beneficiosa socialmente (evitar tiempos de espera y desplazamientos innecesarios, pérdidas de jornadas laborales, disminuir los costes sociales de la enfermedad, etc.) y sanitariamente (disminuir la dependencia de la población del sistema sanitario, descongestionarlo y dedicar tiempo y recursos a aquellos casos que de verdad precisan una intervención médica, disminuyendo así los costes asistenciales).

Se puede decir que la automedicación es, a su vez, una cuestión que forma parte de un marco conceptual mucho más amplio y complejo, que es el uso racional del medicamento, definido por la OMS como: "Los pacientes reciben la medicación adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis correspondientes a sus requisitos individuales, durante un período de tiempo adecuado y al menor coste posible para ellos y para la comunidad" (OMS, 1985). Por tanto, es fácil inferir que una automedicación inadecuada puede ser considerada como una forma de uso irracional del medicamento del mismo modo que la automedicación responsable debería ser una forma de uso racional de medicamentos (2).

Medicamentos utilizados en automedicación. Los medicamentos disponibles legalmente para automedicación en nuestro país son aquellos medicamentos no sujetos a prescripción médica, medicamentos publicitarios (EFP). Constituyen un pequeño porcentaje de los medicamentos consumidos con este fin, ya que la automedicación con fármacos que precisan receta médica es una práctica habitual, sea por reutilización tras una prescripción previa o adquirida directamente en la oficina de farmacia (3,4).

El Real Decreto 1345/2007, en su Artículo 25 hace referencia a los medicamentos publicitarios: "Podrán ser objeto de publicidad destinada al público los medicamentos que cumplan todos los requisitos que se relacionan a continuación:
- Que no se financien con fondos públicos.
- Que por su composición y objetivo estén destinados y concebidos para su utilización sin la intervención de un médico que realice el diagnóstico, la prescripción o el seguimiento del tratamiento.
- Que no contengan en su composición sustancias psicotrópicas ni estupefacientes" (3).

Las EFP son medicamentos que no se diferencian desde un punto de vista farmacéutico o farmacológico de cualquier otro, por ello han de ser consideradas igual que los fármacos de prescripción en cuanto a la necesidad del conocimiento de su farmacología, efectos adversos, contraindicaciones, precauciones de uso, interacciones potenciales y consideraciones especiales en cuanto a su dosificación y ad-

ministración. Además, la seguridad de cualquier fármaco depende de su uso correcto, lo que es especialmente importante en el caso de las EFP, ya que el usuario podría utilizarlas sin recibir instrucciones de un profesional . El elemento clave es que, en este caso, la decisión terapéutica la asume el paciente (o su cuidador directo) (5).

Los dos grupos de medicamentos más utilizados en automedicación son:

- Analgésicos. Las cifras disponibles sobre el consumo de estos medicamentos nos indican una exposición masiva de la sociedad a los analgésicos en todos los grupos de edad y para una amplia muestra de situaciones patológicas. Desde el año 1994, la venta de analgésicos ha subido un 23%. Además, a ésto hay que añadir el consumo de medicamentos asociados en combinación fija analgésica, los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) y otras especialidades farmacéuticas que mezclan varios productos con analgésicos. Su uso es muy frecuente, ya que los estudios de consumo indican que la elevada cifra de envases dispensados a cargo de la Seguridad Social, se ve duplicada al tener en cuenta lo consumido en automedicación. Se debe tener presente que este tipo de fármacos no son completamente inocuos y que pueden dar lugar a reacciones adversas tan graves como hemorragia digestiva alta, nefritis intersticial y cefaleas diarias crónicas debidas al abuso de analgésicos (1).
- Antibióticos. Diversos estudios han abordado el consumo de antibióticos en automedicación en España. Alrededor del 25% de los 80 millones de envases anuales de antibióticos son consumidos de esta forma. A pesar de que los antibióticos constituyen los medicamentos más consumidos después de los analgésicos y de existir una conciencia generalizada de que la automedicación antibiótica es un fenómeno común, los estudios realizados hasta el momento son escasos y, en muchas ocasiones, se han limitado a pequeñas áreas geográficas. (1,6)

Automedicación en estudiantes universitarios. El estudio de la práctica de la automedicación en el colectivo de estudiantes universitarios, en el que existe una creciente tendencia, resulta de gran interés por dos motivos fundamentales: en primer lugar, porque los estudiantes serán profesionales cualificados en el futuro y, posiblemente ejerzan cierta influencia profesional, social o cultural en los distintos niveles de su entorno; y porque el ambiente universitario ofrece múltiples posibilidades para plantear y llevar a cabo acciones formativas, educativas e informativas sobre la automedicación (7).

La evaluación de los conocimientos, actitudes y práctica de la automedicación en estudiantes universitarios son aspectos de interés, en los que se parte de que

la práctica de la automedicación es una decisión personal cuyo origen son los conocimientos y las actitudes previas que condicionarán este comportamiento. En uno de los estudios recogido en la bibliografía, se abordan estos aspectos, desde el análisis de lo que supone una automedicación adecuada, los riesgos y beneficios de la misma, las ventajas y las situaciones en que se practica, cuáles son los medicamentos más usados y otras muchas cuestiones con sus matices, que perfilan y definen la práctica de la automedicación en estudiantes universitarios. Éstos deben ser una población destinataria prioritaria de los programas públicos de educación para la salud dirigidos a mejorar la calidad de la conducta de automedicación (8, 9).

2 Objetivos

Objetivo general.
- Determinar la prevalencia de automedicación en alumnos de 5º curso de Prácticas Tuteladas de la Facultad de Farmacia de Salamanca.

Objetivos específicos.
- Identificar los grupos terapéuticos más utilizados en automedicación en este grupo de población.
- Conocer el motivo más habitual por el que solicitan un medicamento sin receta.
- Establecer las principales fuentes de consulta de información sobre medicamentos.

3 Metodología

Tipo de estudio. Para conseguir los objetivos propuestos, se diseñó y realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal dentro de la población universitaria.

Población y muestra. La población de estudio fueron alumnos de ambos géneros matriculados en el curso 2017/2018 en la asignatura obligatoria de Prácticas Tuteladas de 5º curso del Grado en Farmacia de la Universidad de Salamanca.

Criterios de inclusión.
Estudiantes matriculados en el curso académico 2017/2018 en la asignatura obligatoria de Prácticas Tuteladas, que el día elegido para realizar el cuestionario acudieron a la reunión convocada para el seguimiento de dichas asignatura y voluntariamente accedieron a cumplimentarlo.

Criterios de exclusión. Aquellos estudiantes que no quisieron entrar en el estudio. Aquellos cuestionarios que no estaban correctamente cumplimentados.

Período de estudio. El estudio comprendió el período de Marzo - Abril de 2018. El día elegido para la realización del cuestionario fue el 19 de Abril de 2018, coincidente con la reunión de seguimiento de Prácticas Tuteladas.

Selección de la muestra. Se realizó en alumnos de la Facultad de Farmacia de la Universidad de Salamanca matriculados en la asignatura obligatoria de Prácticas Tuteladas, por ser la población objeto de estudio.

Tamaño muestral. Dado que el estudio se llevó a cabo en los alumnos matriculados en la asignatura detallada anteriormente, y que todos ellos debían acudir a la reunión obligatoria convocada, no se calculó tamaño de muestra por ser una población finita y porque de esta manera se abarca al 100% de la población objeto de estudio, teniendo en cuenta los criterios de exclusión.

Variables de la automedicación.

Dependientes: automedicción, variable cualitativa nominal: Sí/ No. En el estudio se determinó si hubo o no automedicación en el mes anterior a la fecha en la que se realizó el cuestionario. Considerando la presencia de ésta cuando se haya utilizado algún medicamento sin prescripción médica.

Independientes:
- Edad: Variable cuantitativa continua.
- Género: Variable cualitativa nominal dicotómica. Hombre/ Mujer
- Padre/madre profesional sanitario: variable cualitativa nominal: Sí (Farmacéutico, Médico, Otros)/ No
- Tipo de medicamento más utilizado: variable cualitativa nominal. Analgésicos/ Ansiolíticos/ Antibióticos/ Anticonceptivos/ Antidepresivos/ Antiinflamatorios/ Dermatológicos/ Hipnóticos y sedantes/ Laxantes y antidiarréicos/ Sistema respiratorio/ Vitaminas y suplementos minerales/ Otros
- Motivo más habitual de solicitud de medicamentos sin receta: variable cualitativa nominal. Ahorro de tiempo/ consejo familiar y/o amigo/ padecimientos frecuentes/ problema de salud leve/ conocimiento suficiente.
- Fuente de información de medicamentos: Variable cualitativa nominal. Prospecto/ Publicidad/ Webs Oficiales/ Otras webs

Técnicas y procedimiento.

- Estudio piloto. Antes de elaborar el cuestionario definitivo, se realizó un estudio piloto. Este proceso consistió en un cuestionario que se puso a prueba en farmacéuticos alumnos de Máster y Doctorado (de primer año) de la Facultad de Farmacia de la Universidad de Salamanca. Fueron elegidos por ser, desde el punto de vista formativo, los más similares a la población objeto de estudio en cuanto a conocimientos. En primer lugar, se informó de las cuestiones imprescindibles para su cumplimentación y, a continuación, se pidió que lo leyeran detenidamente y comunicaran si alguna de las cuestiones les planteaba alguna duda, podía dar lugar a una mala interpretación o, si de lo contrario, consideraban que las preguntas eran claras y directas. Las observaciones obtenidas del estudio piloto, fueron aplicadas para la elaboración del cuestionario definitivo con el fin de que éste fuera lo más claro, directo y sencillo posible. Una vez elaborado el cuestionario definitivo 19,20, se volvió a pilotar en los mismos alumnos, no sugiriendo ya, ninguna modificación al respecto.
- Instrumento de medida: cuestionario. El cuestionario definitivo consta de dos partes:

1. En la primera parte del cuestionario se pretende recoger los datos sociodemográficos como son género, edad, padre y/o madre profesional sanitario, así como si el/la alumno/a ha cursado la asignatura optativa de Atención Farmacéutica.
2. En la segunda parte del cuestionario se recogen los datos relacionados con el objetivo de estudio, la automedicación: la prevalencia de automedicación, los medicamentos más utilizados, motivo más habitual de solicitud de medicamentos sin receta y la fuente de información de medicamentos.

- Procedimiento. Para la realización del estudio, se acudió a la reunión convocada para realizar el seguimiento de Prácticas Tuteladas en la Facultad de Farmacia de Salamanca. Se esperó a que todos los alumnos convocados que acudieron estuvieran en el aula. Se informó a los alumnos en qué consistía el estudio y se solicitó su participación. Se repartieron los cuestionarios y, una vez que todos los voluntarios tenían el cuestionario, se informó de algunos aspectos importantes para su cumplimentación. En todo momento, mientras cada estudiante cumplimentaba el cuestionario, estuvo siempre bajo la supervisión del investigador principal. Una vez realizado el cuestionario, se llevó a cabo el análisis estadístico de los datos.

4 Resultados

En la reunión convocada en la Facultad de Farmacia de Salamanca para llevar a cabo el seguimiento de Prácticas Tuteladas, se informó a los alumnos de la

posibilidad de ser incluidos en el estudio y la totalidad de los presentes en el aula quisieron participar. Todos ellos respondieron a la parte del cuestionario correspondiente a la automedicación.

- Datos demográficos de la población. Del total de alumnos encuestados, las mujeres representan algo más de las dos terceras partes 69,4%, mientras que los hombres representan el 30,6%. La edad de los alumnos se concentra en aproximadamente el 95% de los casos, entre los 22 y los 25 años, siendo la moda 22 años y la media 22,96 ± 1,63. La profesión del padre y/o madre, respecto a que alguno de ellos o ambos fueran profesionales sanitarios, en su mayor parte, un 60,4% refirió que ninguno de ellos lo eran. Del resto, un 12,6% eran hijos de farmacéuticos/as, 12,6% refirió ser hijo/a de "otros profesionales sanitarios" entre los que se citaron enfermeros/as, veterinarios, psicólogos y ayudantes técnicos sanitarios; un 10,8% eran hijos de médicos/as, un 2,7% de la combinación de farmacéutico/a y médico/a y un 0,9% de la combinación de médico/a y "otros". Un 66,7% de los alumnos se encontraba realizando Prácticas Tuteladas en Farmacia comunitaria, mientras que un 33,3% las estaba realizando en hospital.

- Datos relacionados con el objetivo de estudio: automedicación. Respecto a la utilización de medicamentos en el último mes, un 91, 9% declaró que sí frente a un 8,1% que declaró que no. Los grupos terapéuticos más utilizados en automedicación, por parte de los alumnos, son los analgésicos con un 34,4% y los antiinflamatorios con un 27,9% de uso. Aproximadamente un 66% de los alumnos consideró la automedicación como una toma de medicamentos sin la intervención de un profesional sanitario, un 23% como el uso de medicamentos sin prescripción en el que el farmacéutico tiene un papel imprescindible y un 11% lo consideró un problema de salud.

Según los encuestados, el motivo más habitual por el que solicitan un medicamento sin receta es, en un 40,0% debido a síntomas o padecimientos frecuentes y/o conocimiento previo del medicamento. Respecto a la fuente más comúnmente utilizada para obtener información en relación con los medicamentos, un 56,8% eligió el prospecto. En relación al medicamento utilizado, el 100% de los encuestados afirmó que éste solucionó su problema de salud.

5 Discusión-Conclusión

La carrera de Farmacia está orientada a la formación de profesionales sanitarios y expertos del medicamento, ésto puede influir en el conocimiento, actitud y

comportamiento ante el hábito y práctica de la automedicación. Aunque existen estudios realizados en España en población universitaria, no se han centrado exclusivamente en estudiantes de Farmacia. De ahí la idea de realizar un estudio de la práctica de automedicación en estudiantes de 5º curso de la carrera de Farmacia, que se encontraban realizando Prácticas Tuteladas. Estos estudiantes son un grupo con características diferentes a los de los demás cursos, ya que además de poseer mayores conocimientos, se encuentran en un período en contacto con la práctica profesional.

- Datos demográficos de la población. De los alumnos pertenecientes a esta titulación universitaria, se seleccionó como población objeto de estudio a los matriculados en el curso 2017/2018 en la asignatura de Prácticas Tuteladas de la Facultad de Farmacia de la Universidad de Salamanca y, en concreto, a aquellos que acudieron a la reunión convocada el día elegido para la realización del cuestionario. Todos los alumnos presentes en el aula quisieron participar, respondiendo todos ellos a la parte del cuestionario relacionada con la automedicación.

En cuanto al género de los encuestados, 77 eran mujeres y 34 hombres. Esto puede venir condicionado por una mayor presencia de mujeres en la comunidad universitaria, sobre todo en determinados estudios y/o carreras como es el Grado en Farmacia, como se puede contrastar con la estadística realizada en 2016 en la Universidad de Salamanca, en la que se manifiesta que terminaron los estudios de Farmacia 97 mujeres frente a 20 hombres (21).

- Datos relacionados con el objetivo de estudio: automedicación. Con los resultados obtenidos sobre la prevalencia de automedicación en el estudio, durante el período elegido para analizarlo, se determinó que casi un 92% de los alumnos encuestados se automedicó en el último mes. En este estudio, se encontraron diferencias en los resultados respecto a los estudios que han servido de guía. Esto puede deberse a varios motivos como: el período del año considerado para el estudio, el tamaño de muestra, la población universitaria elegida, el lugar de estudio, etc., donde tuvo lugar la realización de los estudios (10,18).

La mayoría de los estudios recopilados refieren prevalencias de automedicación inferiores a la obtenida en el estudio, sólo un estudio de los encontrados, refirió una prevalencia de automedicación mayor. La prevalencia de automedicación encontrada se asemeja a uno de los estudios realizado en la misma ciudad (95%), con la diferencia de incluir población de diferentes estudios universitarios. Otro de los estudios que manifestaba una prevalencia similar (91%), fue realizado en otra ciudad española distinta e incluía también universitarios de diferentes carreras.15

Ambos estudios presentan la característica común de ser, de los realizados en España que se recogen en la bibliografía, los más recientes; lo que podría indicar que la automedicación ha ido en aumento entre los jóvenes universitarios en los últimos años (10,12,13,16-18).

Según la mayoría de los estudios consultados, los medicamentos de prescripción más demandados en automedicación pertenecen a los siguientes grupos terapéuticos: analgésicos, antiinflamatorios, antibióticos, antipiréticos, antirreumáticos, antigripales y del Sistema Respiratorio. En uno de los estudios, los analgésicos fueron los fármacos más utilizados (81,3%), en otro fueron los antibióticos (31,09%) seguidos de los analgésicos (23,21%) y en el resto, los mayoritarios eran analgésicos y antiinflamatorios (1,8,10-18).

En el presente estudio, en la mayoría de los casos optan por elegir más de un grupo terapéutico, siendo los más utilizados analgésicos (34,4%) y antiinflamatorios (27,9%), seguidos de: anticonceptivos, "otros", vitaminas y suplementos, antibióticos, dermatológicos, laxantes y antidiarréicos, hipnóticos y sedantes y los relacionados con el sistema respiratorio y ansiolíticos y antidepresivos. El resultado obtenido verifica, junto con la mayor parte de estudios encontrados, que los grupos más consumidos son analgésicos y antiinflamatorios en este grupo de población. Esta coincidencia parece razonable en relación con la frecuencia de afecciones asociadas a gente joven como cefaleas, dolor y procesos inflamatorios. Es coincidente también, con los estudios realizados recientemente en España, lo que parece indicar que la creciente automedicación se centra, principalmente, en el consumo de medicamentos de estos grupos terapéuticos (15,17,18).

Destaca, a su vez, la diferencia en el consumo de anticonceptivos, siendo éste superior al consumo de antibióticos o de medicamentos para el Sistema Respiratorio, pudiendo ser debido a la presencia del número de mujeres en la muestra; así como el consumo de vitaminas y suplementos y otros, que presentan un consumo más elevado que el resto de grupos recogidos en la bibliografía.

En cuanto a la definición de automedicación, la mayor parte de los alumnos la consideraron como la toma de medicamentos sin la intervención de un profesional sanitario, sin destacar la importancia del farmacéutico en ella. Cabe destacar que la opción elegida por un mayor número de alumnos, obvia la necesidad de tener unos conocimientos adecuados para ejercerla con responsabilidad, la importante labor del farmacéutico y los beneficios que conlleva una buena práctica en el consumo de los medicamentos. Todo ello, junto con la opción que algunos manifestaron al considerarla como un "problema de salud", contrasta con

el hecho de que estén adquiriendo conocimientos y competencias para llegar a ser profesionales sanitarios expertos en esta área. En relación a ello, Center for the Advancement of Pharmaceutical Education (CAPE) ha publicado unas Guías dirigidas a la promoción educativa en materia de autocuidado y automedicación, para contribuir a la formación de farmacéuticos durante el periodo de pregrado (22).

El motivo por el que los alumnos de la población de estudio decidieron solicitar un medicamento sin receta y no acudir al médico previamente fue principalmente por tratarse de síntomas o padecimientos frecuentes y/o la existencia de un conocimiento previo del medicamento, por haber sido prescrito anteriormente para un proceso similar. El principal motivo expresado no coincide con los manifestados en los estudios recopilados en primer lugar, donde fue debido a la consideración de levedad del problema y, en segundo lugar, por conocimiento previo del fármaco o por sensación de dominio de la patología. Así, por tratarse de afecciones frecuentes y/o el conocimiento previo del medicamento, los alumnos optaron por elegir ellos mismos el medicamento a utilizar. La intervención de un profesional sanitario sólo será posible cuando acudan a solicitar el medicamento a la farmacia, en el momento de la dispensación (11,16,17).

Las fuentes más populares de información en automedicación, antes de la consulta con un profesional sanitario, son los miembros de la familia o amigos, y la publicidad de medicamentos. En el estudio, entre las fuentes más comúnmente utilizadas para obtener información en relación con los medicamentos, más de la mitad eligió el prospecto. En este sentido, uno de los estudios encontrados recogía que el 72% de la población estudiada manifestó haber leído el prospecto. Otro de los estudios dejaba en un segundo plano el prospecto como fuente de obtención de información elegida (15,6%), a diferencia del presente estudio (16,17,23).

Es preciso destacar el papel del prospecto como fuente de información, teniendo en cuenta que éste supone el primer acercamiento a la información sobre el medicamento, su uso e indicación y efectos adversos, a la que el paciente tiene acceso directo e inmediato y, que muchas veces, como sucede en el caso de la automedicación, puede ser la única. Por tanto, podemos deducir que el prospecto constituye una importante fuente de información para los alumnos a la hora de utilizar un medicamento. Otra de las fuentes más utilizadas fueron las Webs Oficiales de las que, los alumnos, también declararon obtener información. Respecto al medicamento utilizado, la totalidad de la población eligió una única opción y declaró que el medicamento solucionó su problema de salud.

- Limitaciones del estudio.
A la hora de llevar a cabo el estudio se encontró una limitación, que el cuestionario que se realizó a los participantes, no estaba validado. El cuestionario fue elaborado para el estudio (cuestionario ad hoc.), ante la imposibilidad de conseguir uno que estuviese validado para los objetivos que se pretendían alcanzar en el estudio. Entre los inconvenientes de la utilización del cuestionario, se encuentran: la imposibilidad de realizar el control y verificación de la información proporcionada, y que aunque se dieron instrucciones generales a todos los participantes antes de cumplimentar el cuestionario, no hubo una entrevista personal para despejar posibles dudas individuales.

En relación al objetivo de la automedicación, el tipo de estudios relacionados con ciencias de la salud, como es el caso de la población de estudio, también puede condicionar los resultados obtenidos, porque influye en el grado de conocimiento de los encuestados sobre ello.

Según los resultados obtenidos tras la recogida de datos del estudio, se llega a las siguientes conclusiones:
- Nueve de cada diez alumnos de 5º curso de Prácticas Tuteladas de la Facultad de Farmacia de Salamanca, se automedican.
- Los grupos terapéuticos más utilizados en automedicación por los alumnos de Prácticas Tuteladas son los analgésicos, seguido de los antiinflamatorios, siendo el motivo más habitual padecer síntomas similares a otros diagnósticos previos y las principales fuentes de información el prospecto y las Webs oficiales.

6 Bibliografía

1. Baos Vicente V. Estrategias para reducir los riesgos de la automedicación. Inf. Ter. Sist. Nac. Salud, 2000; 24 (6):147-152.
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Promoción del uso racional de medicamentos: componentes centrales. Perspectivas políticas sobre medicamentos de la OMS. OMS: Ginebra, 2002.
3. Real Decreto 1345/2007, de 11 de octubre, por el que se regula el procedimiento de autorización, registro y condiciones de dispensación de los medicamentos de uso humano fabricados industrialmente. Ministerio de Sanidad y Consumo. BOE núm. 267 (7 noviembre 2007); 45652-45698.
4. Tejedor, N., Zafra, E., Sánchez del Viso, Y., López Muñoz, A., Vidal, C., López Castro, F. Trastornos comunes de Salud: autocuidado y automedicación. Aten. Primaria, 1995; 18: 13-18.

5. Especialidades Farmacéuticas Publicitarias (Módulo I). Plan Nacional de Formación Continuada. Ed. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, 2001.
6. Hernández, B., Eiros, J.M. Automedicación con antibióticos: una realidad vigente. Centro de Salud, 2001; 9 (6): 357-364.
7. Stasio, M.J.; Curry, K.; Sutton-Skinner, K.M.; Glassman, D.M. Over-thecounter medication and herbal or dietary supplement use in college: dose frequency and relationship to self-reported distress. J. Am. Coll. Health, 2008; 56 (5): 535-548.
8. James, H., Handu, S.S., Al Khaja, K.A.J., Otoom, S., Sequeira, R.P. Evaluation of the knowledge, attitude and practice of self-medication among first-year medical students. Med. Princ. Pract., 2006; 15 (4):270-275.
9. Figueiras, A.; Caamaño, F.; Gestal-Otero, J.J. Sociodemographic factors related to self-medication in Spain. Eur. J. Epidemiol., 2000; 16 (1): 19-26.
10. Auta, A.; Banwat, S.; Sariem, C.; Shalkur, D.; Nasara, B.; Atuluku, M. Medicines in Pharmacy Student´s Residence and Self-medication Practices. J. Young Pharm., 2012; 4 (2): 119-123.
11. Banerjee, I.; Bhadury, T. Self-medication practice among undergraduate medical students in a tertiary care medical college, West Bengal. J. Postgrad. Med., 2012; 58 (2): 127-131.
12. Sawalha, A.F. A descriptive study of self-medication practices among Palestinian medical and nonmedical university students. Res. Social Adm. Pharm., 2008; 4 (2): 164-172.
13. Almeida M. F. Prevalencia y Prácticas de Automedicación en los estudiantes de Primero a Quinto año de la Facultad de Medicina de la Universidad San Francisco de Quito en Octubre del 2009. Tesis de Grado, Universidad San Francisco de Quito, 2009.
14. Aguado, M.I.; Núñez, M.B.; Dos Santos Antola, L.; Bregni, C. Automedicación en Estudiantes de Farmacia de la Universidad Nacional del Nordeste, Argentina. Acta Farm. Bonaerense, 2005; 24 (2):271-276.
15. Guillem P.; Francès F.; Gimenez F.; Sáiz C. Estudio sobre Automedicación en Población Universitaria Española. Rev. Clín. Med. Fam., 2010; 3 (2): 99-103.
16. Bastante T.; De la Morena F.; Automedicación en población universitaria. XV Congreso de Estudiantes de Medicina Preventiva y Salud Pública: Hábitos saludables en el siglo XXI. Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad Autónoma de Madrid, 2002. Disponible en: http://www.uam.es/departamentos/medicina/preventiva/especifica/congresoXV-20.html
Fecha de acceso: 01.04.18
17. Álvarez, J. Prevalencia de automedicación en estudiantes de Farmacia y

Medicina de la Universidad de Granada. Proyecto Fin de Máster, Universidad de Granada, 2009.
18. Carabias F. Automedicación en universitarios. Tesis Doctoral, Universidad de Salamanca, 2011.
19. Andrés, J.C.; Fornos, J.A.; Andrés, N.F. Introducción a la investigación en Farmacia comunitaria. Vigo: Aula Cofano, 2010.
20. Acuña, A.; González, D.; Castillo, A.; Fornos, J.A.; Andrés, J.C.; Andrés, N.F. Methodology for assessing the attitudes and skills of community pharmacists in pharmacovigilance. Implementation in the province of Pontevedra. Pharm. Care Esp., 2012; 14 (3): 110-121.
21. Alumnado que terminó los estudios durante 2010 por Universidad, sexo y Estudio Instituto Nacional de Estadística. Disponible en: http://www.ine.es
Fecha de acceso: 16.03.18
22. Zierler-Brown, S.L.; VanAmburgh, J.A.; Casper, K.A.;Krypel, L.L.; Salcido, A.L. Nonprescription medications and self-care. Status and Recommendations for Self-Care Instruction in US Colleges and Schools of Pharmacy, 2006. Am. J. Pharm. Educ., 2006; 70 (6) Article 139.
23. Coons, S.J.; Mc Ghan, W.F.; Bootman, J.L. Self-care practices of college students. J.Am. Coll. Health., 1989; 37 (4): 170-173.

Capítulo 26

CUIDADOS A LA MUJER Y RECIEN NACIDO EN ATENCIÓN PRIMARIA

ANDREA SOLAR SUAREZ

DANIEL FERNANDEZ DOMINGUEZ

1 Introducción

La conferencia de la Organización Mundial de la Salud (OMS)-Unicef de Alma-Ata (1978) estableció la siguiente definición de la APS (Atención Primaria de Salud):eEs una asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación, y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria es parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representan el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

En esta definición está incluida la conceptualización de la APS como el primer nivel de contacto del sistema sanitario, pero además contempla otros elementos esenciales, como su carácter accesible y próximo, su necesaria adaptación a las posibilidades y necesidades de cada entorno o país y el enfoque a las familias y

a la comunidad. También se señala que la APS puede y debe actuar como puente y enlace entre el sistema sanitario y otros componentes del desarrollo social y económico de la comunidad, abriendo así la puerta a la imprescindible colaboración intersectorial en el abordaje de muchas necesidades y problemas de salud.

Enfermería comunitaria.
La denominación de Enfermería Comunitaria comienza a ser utilizada en 1974 por la OMS al convocarse el primer seminario llamado CommunityNursing, que fue llevado a cabo para esbozar un enfoque comunitario de los cuidados de enfermería. Hoy en día, la enfermera Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria ha de contar con conocimientos profundos sobre la complejidad, tanto de las personas, familias y grupos como de las interacciones que se producen entre ellos. Así mismo, ha de conocer la comunidad en la que ofrece los servicios, recursos disponibles y las diferentes maneras de interactuar entre sus miembros, estando así preparada para intervenir en órganos de salud pública, pues puede identificar elementos en el barrio o en la comunidad que influencian de manera positiva o negativa en la salud de la familia y personas que la componen, por lo que deberá ser una activa participante de la comunidad en lo que se refiere a programas de salud, incluyendo colegios locales, organizaciones no gubernamentales, grupos culturales, sociales etc.

La sociedad actual presenta unas demandas en salud derivadas de circunstancias concretas: Factores demográficos y económicos, patologías prevalentes, tecnologías de la información, movimientos poblacionales, hábitos de salud, derechos del ciudadano, etc. La especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria, a través de cuidados de calidad asegurará un ejercicio profesional basado en los valores profesionales que la legitiman ante la sociedad, dando respuesta a las demandas de salud que se deriven de los factores antes citados. La acción de la Enfermera Familiar y Comunitaria está orientada por principios y fundamentos científicos, humanísticos y éticos de respeto a la vida y a la dignidad humana. Su práctica requiere de un pensamiento interdisciplinario, de una actuación multiprofesional y en equipo, y de una participación activa de las personas a las que atiende, con una visión holística del ser humano en su relación con el contexto familiar, social y ambiental.

La Enfermera Familiar y Comunitaria como profesional que trabaja en el primer nivel de atención debe facilitar el acceso al sistema sanitario, eliminando cualquier barrera física, estructural u organizativa que lo dificulte. Asimismo facilitará y potenciará la participación ciudadana activa y responsable en la

búsqueda de respuestas a sus problemas de salud y en la planificación de los servicios sanitarios. La Enfermera Familiar y Comunitaria adquiere un especial compromiso con los sectores sociales más desfavorecidos por razones de clase social, género, etnia, edad, discapacidad, enfermedad, con el objetivo de mantener un principio de equidad en el acceso a sus cuidados. Para ello planifica, dirige e implementa en su actividad cotidiana programas de salud específicos dirigidos a cubrir las necesidades de estos y otros grupos en riesgo. La Enfermera Familiar y Comunitaria toma sus decisiones basándose en las evidencias científicas actualizadas y para ello mantiene al día sus conocimientos, habilidades y actitudes profesionales, al tiempo que hace partícipes a las personas en la toma de decisiones que afecten a su salud. Es exigente consigo misma, con la propia administración sanitaria y con el resto de los actores que intervienen en ella, para el cumplimiento de su misión. Colaborará y participará en proyectos que impulsen y evalúen prácticas seguras.

Programas de salud.
Los Programas de Salud, siguen siendo, el instrumento por antonomasia con el que cuentan las enfermeras para realizar su trabajo de una forma responsable en la toma de decisiones. Se fomenta con este modelo conceptual, la participación activa de las personas en el cuidado de su salud (Participación Individual y Comunitaria), asumiendo las responsabilidades específicas de los cuidados de salud y haciéndole responsable de las decisiones a adoptar. Un elemento fundamental que tiene muy en cuenta es la Promoción y la Educación para la Salud.

Programa materno infantil.
La finalidad es el nacimiento de un niño sano en el seno de una familia capaz de criarlo adecuadamente (entorno familiar saludable), es decir, promover un embarazo, parto y puerperio sin problemas (bienestar materno), asegurar el bienestar del recién nacido hasta la adolescencia y adicionalmente el bienestar familiar (concepto integral; madre, niño y familia), el apoyo a las madres primerizas en el cuidado de su bebé durante los primeros día de vida. Escenas de unos padres angustiados porque el niño se queja, tiene hipo constante, llora sin cesar, o no se quiere dormir, junto con miles de preguntas que se vienen en ese momento a la mente, sobre qué hacer y cómo hacerlo, aparecen en la cabeza de muchos padres primerizos en los primeros días de su nueva vida.

Simultáneamente aparecía la figura de una enfermera experimentada y oportuna, para tranquilizar el ambiente. ¿Qué es enfermería materno infantil? es el seguro que toda madre y padre están dispuestos a tomar para que les solucione sus

necesidades y vacíos en esos primeros días y meses que transcurren después del nacimiento de su bebé.

2 Objetivos

El objetivo general.
- Valorar y proporcionar directrices a los profesionales que realizan atención en salud materno infantil en el área de la promoción de la salud.
- Analizar la prevención de procesos patológicos, a través de la detección de los factores de riesgo que puedan permitir la realización de actuaciones sanitarias.

Objetivos específicos.
- Describir los programas de salud actuales en: (maternidad, recién nacido, puerperio)
- Incorporar propuestas de mejora para los programas de salud.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Csic, Sopus, Cochrane Plus, Cinahl, Lilas, Proquest enfermería y salud y aliada, Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Un programa de salud es un conjunto de acciones implementadas por un gobierno con el objetivo de mejorar las condiciones sanitarias de la población. De esta forma, las autoridades promueven campañas de prevención y garantizan el acceso democrático y masivo a los centros de atención.

En principio, se plantea una introducción, con los antecedentes y la misión que cumplirá el programa. Después se realiza un diagnóstico de la situación actual, que puede incluir una síntesis de evaluación de planes similares que se hayan

desarrollado con anterioridad. Tras el diagnóstico, se presenta el plan (con la programación de actividades) y, en ocasiones, también se detallan las conclusiones respecto a los resultados que se esperan conseguir. Por lo tanto, el programa de salud es un instrumento para operacionalizar las políticas de salud a través de la planeación, ejecución y evaluación de acciones de promoción, prevención, tratamiento y recuperación de la salud. Entre los objetivos fundamentales del lanzamiento de un programa de salud se encuentran la prevención de todo tipo de enfermedades y el eficaz desempeño de los profesionales en las respectivas áreas de salud.

Embarazo y atención puerperal.
Definición. Proceso por el que, tras el deseo expreso de gestación por parte de la mujer o el diagnóstico de embarazo, se programan las actividades para su seguimiento de forma integrada entre los profesionales de Atención Primaria y Especializada, fomentando la participación de la mujer en el desarrollo del mismo. Dichas actividades irán dirigidas a la captación precoz y la realización de las visitas establecidas en los tres trimestres de la gestación, la educación maternal, la asistencia al parto y al puerperio, así como la conexión con los Programas de Salud Infantil y la atención a la planificación familiar.

Población diana: mujeres con diagnóstico de embarazo.
- El proceso finaliza cuando se ha garantizado la conexión adecuada con los Programas de Salud Infantil y se le oferta a la mujer la atención a la planificación familiar.
- Se saldría del Proceso en el momento del diagnóstico de: aborto espontáneo, Interrupción voluntaria del embarazo, malformaciones congénitas, embarazo ectópico, enfermedad trofoblástica.

Profesional de Enfermería. Consulta preconcepcional. Promoción de estilos de vida saludables mujer/pareja.
- Captación precoz, antes de la 9 semana de gestación.
- 1ª consulta, con cita previa antes de la 12 semana de gestación.
- Captación activa en gestantes de riesgo.
- Información específica sobre calendario de seguimiento, ubicación de servicios, horarios, nombres de profesionales y teléfonos.
- Quimioprofilaxis con ácido fólico para prevención de los defectos de tubo neural.
- Información sobre diagnóstico prenatal (solicitud de marcadores bioquímicos).
- Evaluación del riesgo obstétrico en todas las visitas.
- Aconsejar Preparación al nacimiento (actividad grupal del primer trimestre).

- Preguntar sobre el hábito tabáquico a la mujer y su pareja, informar sobre los efectos en el embarazo y la lactancia. Ofrecerá apoyo si lo demandan.
- Serología de rubéola, toxoplasma, lúes, VHB y VIH según cronograma.
- Analítica general en cada etapa de gestación con valoración en tiempo.
- Cribado de diabetes gestacional.
- Valorar vacunación antitetánica.
- Cribado de incompatibilidad D.
- Cribado del estreptococo del Grupo B en la semana 36 asegurando que los resultados estén disponibles en el momento del parto.
- Asistencia mínima a 3 sesiones de educación maternal a partir de la semana 28 de gestación.
- Realización de pruebas para evaluar bienestar fetal a partir de la 39-40 semanas en las gestantes de bajo riesgo.
- Información sobre el proceso del parto, puerperio y cuidados del recién nacido, y sobre derechos (Decreto 101/95).
- Fomento de la lactancia materna.
- Registro de datos en la Historia Clínica y cumplimentación del Documento de Salud de la Embarazada (DSE) en cada visita de seguimiento..

Atención al recién nacido sano. Atención enfermera al recién nacido y promoción de la salud:
El periodo neonatal es de gran importancia para favorecer la adaptación y el posterior crecimiento y desarrollo del recién nacido. La familia es el principal entorno de socialización del neonato por lo tanto responderemos a las inquietudes más habituales en los padres.
Es importante mantener una actitud de escucha para captar todas las sensaciones y emociones experimentadas por los padres.
Comentaremos que la compenetración de la pareja, el sentido común y la confianza en sí mismos, hará que cada uno tome el rol adecuado para la adaptación a esta nueva situación, para ello nuestro asesoramiento se centrara principalmente en los siguientes aspectos:
- Demostrando empatía y teniendo una actitud de escucha activa.
- Reforzando la confianza y dando apoyo.
- Asesorando sobre la continuidad de cuidados tras la vuelta a casa.
- Favoreciendo vínculos afectivos entre todos los integrantes de la unidad familiar.
- Visita Domiciliaria (VD).
- Distinguir los tipos de RN según la edad gestacional y el peso al nacimiento.
- Modificar las técnicas erróneas de cura del ombligo.

- Aplicar las medidas preventivas del recién nacido: ocular, hemorragias, metabolopatías, hipoacusia. Distinguir las alteraciones más corrientes de la piel, cabeza y genitales del neonato.

Como objetivo general intentaremos minimizar el grado de estrés que puede surgir en la pareja ante la llegada de un nuevo miembro a la familia valorando el nivel de conocimientos de los padres en el cuidado de su hijo a la vez que daremos respuesta a las dudas surgidas desde el alta hospitalaria.

5 Discusión-Conclusión

La inseguridad general que sufre una mujer en el proceso de embarazo puerperio y el recién nacido no queda suplementada en su totalidad por los programas de salud actuales, donde se deben evaluar distintos aspectos de coordinación entre atención especializada y atención primaria para cubrirlos en su totalidad, junto con una comprobación de la puesta en marcha de los planes de cuidados en su totalidad. Además de mejorar la correcta comunicación entre enfermera-madre y su núcleo familiar.

En general, los padres al llegar a casa se sienten inseguros ante las reacciones del RN, por tanto desde la consulta de Atención Primaria incidiremos en aquellas dudas que más preocupen a cada familia. Suelen ser motivos frecuentes de consulta el llanto, el ritmo de sueño, el hipo, los estornudos, la lactancia, las deposiciones, el cuidado del cordón, la coloración de la piel, la higiene, el control de la temperatura corporal. Debemos incluir información a los padres sobre el comportamiento neonatal. Desde el momento en que el recién nacido es dado de alta del hospital hasta que es atendido por primera vez en el centro de salud, pasa un período de tiempo crucial y a veces excesivamente prolongado. Se da la paradoja de que, si bien abundan los controles al niño sano en nuestros programas de salud materno infantil, el niño en su primera semana de vida no recibe la atención adecuada. En atención primaria se hace las pruebas en la que se busca, a veces entre otros, la detección de fenilcetonuria, se realiza preferentemente entre el tercer a quinto día, pero con frecuencia se lleva a cabo más tarde; los casos de deshidratación hipernatrémica, ictericia patológica, problemas de alimentación al seno materno y rehospitalizacion estarían indicando un fallo en el tránsito de cuidados desde el alta de la maternidad hasta el primer contacto con la atención primaria de salud.

España tiene un sistema público de sanidad universal y gratuito, donde la coordi-

nación de los cuidados desde el hospital al equipo de atención primaria (AP) no está adecuadamente establecido y se ve excesivamente burocratizado. El acceso a los centros de atención primaria depende de la acreditación del recién nacido mediante su Tarjeta Sanitaria Individual (TSI), de la asignación a un pediatra de su zona básica de salud, estos dos trámites no suelen realizarse de manera inmediata al alta de la maternidad. Pero además depende de la solicitud de cita previa en el equipo de pediatría de atención primaria, en el que habitualmente no existen normas o procedimientos de urgencia para habilitar un encuentro entre la familia y el pediatra o enfermera con la premura que se precisa.

El plan de cuidados materno infantil llevado a cabo en la mayoría de centros de salud, se centra en el seguimiento del embarazo, parto y puerperio, incluido el diagnóstico Prenatal en aquellos embarazos que presentan riesgo de malformaciones. En el área de la salud del niño son prioritarios los programas de seguimiento del niño sano, incluidos los que se refieren al ambiente escolar, nutrición, etc. Siendo fundamental en este programa la detección precoz de minusvalías, bien debidas a malformaciones congénitas o debidas a accidentes infantiles cuya prevención es otro de los aspectos importantes del programa de salud materno-infantil.

En conclusión podemos decir que en los últimos casi 50 años transcurridos, muchos serían los factores que han contribuido a reducir la mortalidad infantil. Los más importantes pueden resumirse en los siguientes:
- Decisión política de priorizar el sector salud y particularmente la salud materno infantil.
- Creación de un Sistema Nacional de Salud.
- Distribución equitativa de la educación, de las acciones de salud, y dar prioridad a los menores de 7 años y a la mujer embarazada.
- Incremento en la formación de recursos humanos, profesionales y técnicos.
- Desarrollo de la atención primaria de salud con una amplia cobertura con los médicos de la familia distribuidos en todo el territorio nacional.
- Establecimiento de los programas nacionales de inmunización.
- Establecimiento del Programa de Reducción de la Mortalidad Infantil.
- Creación del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica.
- Mejoría de las condiciones higiénicas sanitarias.

6 Bibliografía

- Peñalver O, Gisbert J, Casero J, Bernal A, OltraM,Tomás M. Deshidratación hipernatrémica asociada a lactancia materna. AnPediatr (Barc) 2004; 61:340-343.
- Agapita García-Cubillo M, José Cabrera-Castillo M, Martínez-Tapias J, Luis Morales-Torres J, José Bermejo-Pérez M, de lT, et al. Procesos asistenciales integrados: modelo de evaluación y algunos resultados Revista de Calidad Asistencial 2006;21(2):87-87.
- Ministerio de Salud.. Intervenciones Basadas en la Evidencia en el ámbito de la Prevención de la Salud Mental en Familias con Niños de 0 a 6 años, Revisión Sistemática de la Literatura. Madrid: Ministerio de Salud.
- Buitrago F, Lozano L. Reflections about programming and health programs. Atencion Primaria 1992;9(3):130-132.
- García Calvente MM, Mateo I, Gutierrez Cuadra P. Cuidados y cuidadores en el sistema Informal de salud. Granada:
- ESTRATEGIA MUNDIAL DE SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000. Revista Internacional de Sociología 1982;40(42):251-265.
- Martín Zurro A, Ledesma Castelltort A, Sans Miret A. El modelo de atención primaria de salud. Balance y perspectivas. Atención Primaria.200,01(25): 48-58.
- Da S Gandra D. The concept of community and its relation to health programs. Educ Med Salud 1977;11(3):205-236.
- Buitrago F, Lozano L. Reflections about programming and health programs. Atencion Primaria 1992;9(3):130-132.
- BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO. PROGRAMA OFICIAL DE LA ESPECIALIDAD DE ENFERMERIA FAMILIAR Y COMUNITARIA. ORDEN SAS/ 1729/2010 17 Junio. Programa formativo de la enfermería comunitaria BOE, Nº157.

Sánchez Pina C, Palomino Urda N, de Frutos Gallego E, Valdivia Jiménez C, Rodríguez Fernández-Oliva CR, Miranda Berrioategortua I, et al. Weak points of child and adolescent Primary Health Care in Spain (first part). Pediatria de Atencion Primaria 2011;13(49):15-31.

Iyer N, Srinivasan R, Evans K, Ward L, Cheung W,Matthes J. Impact of an early weighing policy on neonatal hypernatraemicdehydtration and breast feeding ArchDisChild. 2008;93: 297-299.

Capítulo 27

CALIDAD DE VIDA DE LOS NIÑOS CON LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA

CINTIA LORENTE GARCÍA

1 Introducción

La leucemia linfoblástica aguda (LLA) es un tipo de neoplasia maligna que se caracteriza por una alteración citogenética que ocasiona la proliferación anormal de células precursoras de la serie linfoide en la médula ósea. Es el cáncer más frecuente en los niños, suponiendo un 35% de todos los tumores malignos en menores de 15 años y el 77% de todos los casos de leucemia. Actualmente, en nuestro país se diagnostican alrededor de 40 nuevos casos por millón de habitantes niños y año. La máxima incidencia se produce entre los 2 y 5 años y en el sexo masculino. Debido a los avances en el tratamiento, actualmente, más del 80% de los diagnosticados de LLA logran superar la enfermedad tras ser sometidos a quimioterapia. Una de las principales dificultades para medir la calidad de vida (CV) en niños se debe a la falta de una definición universal de la misma.

En muchas ocasiones las escalas y cuestionarios que se emplean son rígidos y difíciles de llevar a cabo, especialmente cuando el paciente es un niño pequeño y la comunicación debe estar dirigida a los padres. Por ello, los instrumentos de medición de la calidad de vida en niños preferiblemente deben estar adaptados a la etapa de desarrollo en la que se encuentren e incluir la información obtenida de los padres y de los propios pacientes cuando disponen de la madurez suficiente. A medida que se conoce mejor cómo afecta la enfermedad oncológica a la vida

del niño y cuáles son los efectos secundarios del tratamiento, la enfermería debe tomar conciencia de la esfera bio-psico-social y del cuidado integral que estos pacientes requieren dirigiendo los cuidados no sólo a la cura, si no a lograr una mejora en la calidad de vida del niño enfermo. Se han llevado a cabo numerosos estudios acerca de cómo es la CV de niños que ya han superado la LLA, pero existe una menor cantidad de información acerca de cómo es durante el desarrollo de la misma.

2 Objetivos

- Conocer cómo la leucemia linfoblástica aguda y su tratamiento afectan a la calidad de vida de los pacientes pediátricos.
- Identificar los elementos que debe trabajar el profesional de enfermería para mejorar la calidad de vida de los niños que padecen esta enfermedad.

3 Metodología

Se realizó una revisión sistemática actualiza, mediante una búsqueda bibliográfica exhaustiva en las distintas bases de datos relacionadas con las ciencias de la salud y otros recursos de información, como son: Pubmed, Dialnet, Scopus, CiNAHL y Google académico. Para ello se utilizaron los siguientes Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS): leucemia linfoblástica aguda (Acute lymphoblastic leukemia), leucemia (leukemia), niño (child), vivencia (experience), supervivencia (survival), familia (family), enfermería (nurse). Las fórmulas de búsqueda fueron "Acute lymphoblastic leukemia AND child", "Acute lymphoblastic leukemia AND child AND family", "Leukemia AND child experience", "Leukemia AND child survival" y "Leukemia AND child AND nuser".

Se incluyeron aquellos artículos que contaran con algunas de las palabras claves en su título, teniendo en cuenta solo aquellos que fueran publicados a partir del año 2008. Tras la búsqueda en las diferentes bases de datos y teniendo en cuenta los diferentes criterios de inclusión y exclusión, se encontraron un total de 17 artículos pertinentes.

4 Resultados

Todos los estudios revisados muestran una disminución de la CV en niños con LLA en comparación con niños sanos. Algunos estudios sugieren que, durante el

tratamiento, las áreas más afectadas son la psicológica, la social y la escolar.

El género femenino y los niños mayores muestran una peor calidad de vida; éstos últimos tienen una peor tolerancia al estrés de la enfermedad. Otros factores que influyen negativamente en la CV son la ansiedad y la depresión, así como la disminución de la CV de los padres, que afecta negativamente a sus hijos.

5 Discusión-Conclusión

Tras el análisis de los resultados se puede concluir que los niños presentan un importante deterioro de la CV durante el tratamiento por la LLA, tanto por la enfermedad como por el tratamiento en sí. La fatiga, el miedo, las náuseas, la falta de sueño y apetito, el absentismo escolar, etc. son sólo algunos de los múltiples factores que afectan a la CV y que deben ser tenidos en cuenta en el cuidado de estos niños.

En un gran número de artículos son exclusivamente los padres los que llevan a cabo los cuestionarios. A pesar de jugar un papel muy importante para la medición de la calidad de vida y ser fundamentales en niños menores de 5 años debido a las dificultades en la comunicación, los resultados muestran que en algunos casos la percepción de los padres difiere de la de los niños, pudiendo llegar a infravalorarla o sobreestimarla; por eso es fundamental incluir ambos testimonios y compararlos.

Otro aspecto que llama la atención es el hecho de que ningún estudio emplea una escala que permita evaluar la CV en niños menores de dos años, lo cual sería muy importante tener en cuenta en futuras investigaciones. En el ámbito asistencial existe una tendencia de los profesionales, incluyendo a las enfermeras, a centrarse en los efectos adversos del tratamiento quimioterápico a nivel físico, pudiendo olvidar aquellos aspectos psicológicos y sociales que también afectan ampliamente a la CV. Integrar las tres esferas (física, psicológica y social) en el proceso de atención enfermera es fundamental para avanzar hacia un mejor control de todos aquellos factores que disminuyen la calidad de vida en niños que padecen leucemia linfoblástica aguda.

6 Bibliografía

- Zareifar S, Farahmandfar MR, Cohan N, Modarresnia F, & Haghpanah S. Evaluation of health related quality of life in 6–18 years old patients with acute leukemia

during chemotherapy. The Indian Journal of Pediatrics, 2012 [citado 2019 Sep 01] 79(2), 177-182. Disponible en: http://link.springer.com/article/10.1007/s12098-011-0483-0
- Furlong W, Rae C, Feeny D, Gelber R, Laverdiere C, Michon B, et al. Healthrelated quality of life among children with acute lymphoblastic leukemia. Pediatr Blood Cancer. 2012[citado 2019 Sep 29].;59(4):717-24 DOI: 10.1002/pbc.24096. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4123756/
- Fundación Josep Carreras contra la leucemia [internet]. Barcelona: Fundación Josep Carreras; actualizado 2016 Mar 27. [citado 2019 Oct 27] Disponible en: http://www.fcarreras.org/es/leucemialinfoblastica-agudainfantil_363423
- Montoya Blandón MM, Villota Erazo MJ, Rodríguez Guarín S. Experiencias de niños con leucemia, pertenecientes a la fundación 'Niño Leucémico' de la ciudad de Popayán. Mov. Científico. 2013. [citado 2019 Sep 02]. 7(1): 48.61. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4781970
- American Cancer Society [internet]. USA: American Cancer Society; actualizado 2016 Feb 18. [citado 2019 Nov 01]. Disponible en: http://www.cancer.org/cancer/leukemia-acutelymphocyticallinadults
- Sung L, Yanofsky R, Klaassen R J, Dix D, Pritchard S, Winick N, Alexander S and Klassen A. Quality of life during active treatment for pediatric acute lymphoblastic leukemia. Int. J. Cancer, 2011. [citado 2019 Oct 02] 128: 1213– 1220. doi: 10.1002/ijc.25433. Disponible en: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ijc.25433/full
- Klassen AF, Anthony SJ, Khan A, Sung L, Klaassen R. Identifying determinants of quality of life of children with cancer and childhood cancer survivors: a systematic review. Support Care Cancer. 2011 [citado 2019 Sep 29].19(9):1275-87. doi: 10.1007/s00520011-1193-x. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21611865
- Tremolada M, Bonichini S, Altoè G, Pillon M, Carli M, Weisner TS. Parental perceptions of health-related quality of life in children with leukemia in the second week after the diagnosis: a quantitative model. Support Care Cancer. 2011 [citado 2019 Oct 25]. 19(5):591-8. doi: 10.1007/s00520-010-0854-5. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20229144
- Savage E, Riordan AO, Hughes M. Quality of life in children with acute lymphoblastic leukaemia: a systematic review. Eur J Oncol Nurs. 2009 Feb [citado 2019 Oct 02] ;13(1):36-48. doi: 10.1016/j.ejon.2008.09.001. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19019732
- Quiceno Japcy M, Vinaccia Alpi S. Calidad de vida relacionada con la salud infantil: una aproximación conceptual. Psicología y Salud, 2009 [citado 2019

Sep 27]. 18(1). Disponible en: http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/673/1184
- Van Litsenburg R R, Huisman J, Hoogerbrugge PM, Egeler RM, Kaspers GJ, & Gemke R J. Impaired sleep affects quality of life in children during maintenance treatment for acute lymphoblastic leukemia: an exploratory study. Health and quality of life outcomes, 2014. [citado 2019 Oct 20] 9(1), 1. Disponible en: http://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/1477-7525-9-25
- Van Litsenburg RR, Huisman J, Pieters R, Verhaak C, Kaspers G J, & Gemke RJ. Determinants of quality of life during induction therapy in pediatric acute lymphoblastic leukemia. Supportive Care in Cancer, 2014. [citado 2019 Sep 20] 22(12), 3235-3242. Disponible en: http://link.springer.com/article/10.1007/s00520-014-2349-2
- Adams M, Robling M, Grainger J, Tomlins J, Johnson A, Morris S & Jenney M. Quality of life Evaluation in patients receiving Steroids (the QuESt tool): initial development in children and young people with acute lymphoblastic leukaemia. Archives of disease in childhood, archdischild, 2015. [citado 2019 Sep 20] 101: 241-246. Disponible en: http://adc.bmj.com/content/early/2015/12/23/archdischild-2015309139.abstract
- Hamidah A, Wong CY, Tamil AM, et al. Health-related quality of life (HRQOL) among pediatric leukemia patients in Malaysia. Ped Blood Can,. 2011 [citado 2019 Oct 06]; 57:105–109. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21465639

Capítulo 28

PROCESO DE ADAPTACIÓN CONSTRUIDO POR LOS FAMILIARES DEL ENFERMO DE ESQUIZOFRENIA

CINTIA LORENTE GARCÍA

1 Introducción

La esquizofrenia es una de las enfermedades mentales más temidas. Afecta a 24 millones de personas a nivel mundial y en cuanto a años de vida perdidos en función de la discapacidad se colocó en el cuarto lugar dentro de los grupos diagnósticos más frecuentes. En las últimas décadas se ha desarrollado un creciente interés hacia el papel que desempeñan las relaciones familiares en los trastornos del espectro esquizofrénico. Posiblemente, el proceso de desinstitucionalización de los hospitales psiquiátricos, la reducción en el tiempo de ingresos, o el considerar que el individuo es un producto de sus pautas de interacción hayan propiciado esta focalización de la atención en las familias, abordadas inicialmente de manera indirecta.

La bibliografía refleja que las intervenciones familiares han demostrado su eficacia en la disminución de recaídas psicóticas, en mejorar el clima familiar y el funcionamiento social. No obstante, las intervenciones familiares siguen sin tener una implantación suficiente en la atención habitual. El surgimiento de una enfermedad mental en uno de los miembros de la familia generará un impacto y desequilibrio en el sistema familiar, apareciendo como un evento que marca la evolución de la familia y activa la búsqueda de herramientas para enfrentar tal situación y lograr nuevamente el equilibrio. Por ello, tras el diagnóstico, inician un proceso de adaptación, para mantener la integridad del grupo.

Hay evidencias bibliográficas sobre familiares que afirmaron que el personal de enfermería no les expresó preocupación por el estado de salud de su familiar; no les ayudó a expresar sus temores, tampoco ofreció manifestaciones de apoyo a través del contacto físico, ni demostró preocupación o interés a sus problemas familiares. Por ello, y dado que la familia supone un foco potencial de la intervención, se considera que este estudio es pertinente ya que el conocer las experiencias vividas por estas familias y compararlas con las fases del duelo puede servirnos para identificar en qué fase del proceso se sitúa cada familia y desarrollar un plan de cuidados específico de acuerdo a las características y necesidades de cada etapa y con ello conseguir un ambiente propicio para el paciente y su familia.

2 Objetivos

- Conocer el proceso de afrontamiento y de adaptación de los miembros de la unidad familiar una vez conocido el diagnóstico de esquizofrenia de uno de sus componentes.
- Descubrir los aspectos derivados de la vivencia que actúen como elementos fortalecedores del rol de la familia.
- Identificar los elementos que debe trabajar el profesional de enfermería para conseguir un afrontamiento y desempeño eficaz del rol familiar.

3 Metodología

Se trata de estudio cualitativo, ya que explora las experiencias de los participantes en su vida cotidiana, sin que el investigador intente manipular el escenario de la investigación al controlar las influencias externas o al diseñar los experimentos; esta investigación no se basa en datos numéricos, sino que se fundamenta en los conceptos tanto a nivel de la recogida de datos, como del análisis y la presentación de los mismo. La metodología elegida para la realización de dicho estudio han sido las Historias de vida, también conocidas como estudio biográfico o diseño narrativo. Esta metodología tiene como objetivo escuchar y preguntar por suposiciones pasadas para conocer cómo los individuos dan sentido a su vida en un instante determinado de la misma. El investigador, a través de los relatos personales obtenidos, trata de reconstruir la historia de la persona de manera cronológica, para a continuación, narrar dichas historias bajo su punto de vista, describiendo desde la evidencia e identificando categorías o temas que emergen del discurso del sujeto y que antes no estaban claros.

La justificación de la utilización de esta metodología se basa en el hecho de que nuestra intención es captar la totalidad de la experiencia biográfica de los familiares del enfermo de Esquizofrenia, desde el diagnóstico de la misma hasta la actualidad. Este enfoque metodológico nos permitirá descubrir las diferentes etapas que se han ido sucediendo desde el diagnóstico de la misma hasta nuestros días, así como los cambios que han surgido en la familia y en los integrantes de la misma. Busca conocer los miedos, dudas, contradicciones. Nuestro propósito es captar un relato subjetivo que refleje fielmente cómo el sujeto los ha vivido personalmente.

Ámbito de investigación: nuestra investigación se llevará a cabo en la región del Principado de Asturias. Población de estudio: familiares de los enfermos de esquizofrenia pertenecientes a las consultas externas de psiquiatría del Hospital Universitario Central de Asturias, Hospital Universitario de Cabueñes y Hospital Universitario de San Agustín. Muestra: el muestreo por el que se rige este estudio es no probabilístico, intencional y teórico y razonado.

Instrumentos de recogida de datos: los datos de nuestro estudio serán recogidos a través de entrevistas narrativas que serán grabadas en audio y de una guía tópica en la que se irá anotando la información relevante que vaya surgiendo. Estrategia de entrada al campo: el contacto con los participantes se realizará a través de la enfermera que se encuentra en las consultas de psiquiatría. Ésta informará brevemente a los familiares a cerca del estudio y les facilitará una hoja que contenga información sobre nuestro proyecto.

Análisis: Según Morse y Field (1995) consta de cuatro procesos intelectuales a través de los cuales se realiza el análisis de los datos obtenidos. En primer lugar, se pretende la comprensión, encontrar sentido a los datos tras la "inmersión" del investigador. A continuación, se sintetizan los datos, el investigador tiene una impresión, unos enunciados iniciales de lo que es típico del fenómeno de estudio y cómo son las variaciones. Al finalizar esta fase el investigador puede empezar a hacer algunas afirmaciones generales sobre el fenómeno y sobre los participantes. Tras esto, el investigador desarrolla diversas explicaciones del fenómeno de estudio y contrasta estas explicaciones con los datos. Por último, se produce una recontextualización, se refiere a la aplicabilidad de la teoría o resultados obtenidos a otros contextos. Se realiza un análisis de contenido, de tipo descriptivo, y un análisis de estructura, observando como la historia es construida y contada. Con este tipo de análisis gana importancia la inducción, se establecen códigos, se elabora un esquema con esos códigos y finalmente se crean categorías. Se describe

el mensaje que subyace bajo los datos que obtenemos de las familias y nuestras conclusiones se centran en el contenido de nuestro estudio.

Rigor y credibilidad: Guba y Lincoln (1981) consideran que, por su naturaleza, la investigación cualitativa no puede ser juzgada a la luz de los criterios positivistas. Por ello, proponen los criterios de credibilidad, transferibilidad, consistencia y confirmabilidad para los que estos autores denominan investigación naturalista.

Limitaciones del estudio: la limitación o problema más importante que nos podríamos encontrar a la hora de llevar a cabo nuestro trabajo de investigación es que los familiares con los que contamos para realizar las entrevistas no quisieran participar.

4 Bibliografía

- Sifuentes Contreras A, Sosa Gil E, Manzanillo Y, Jaimez T. Rol educativo del profesional de enfermería hacia los familiares de pacientes esquizofrénicos. Enfermería global: Revista electrónica semestral de enfermería. 2011; 24: 94- 102.
- Alves de Souza D, Barreto Dantas AL, Caminha Veloso L, Menezes Neiva Eulálio Amorim AM. Atender a los pacientes con trastornos mentales desde la perspectiva de la enfermera de atención primaria. Cultura de los cuidados: Revista de enfermería y humanidades. 2013; 37: 72-83.
- CDC - Burden of Mental Illness - Mental Illness - Mental Health Basics - Mental Health [Internet]. Clifton Rd. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; [actualizado 18 junio 2014; consulta 12 enero 2020]. Disponible en: http://www.cdc.gov/mentalhealth/basics/burden.htm
- García Ramos PR, Moreno Pérez A, Freund N, Lahera Forteza G. Factores asociados a la Emoción Expresada familiar en la Esquizofrenia: implicaciones terapéuticas. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2012; 31 (116): 739-56.
- Aznar E. Berlanga A. Guía práctica para el manejo de la esquizofrenia: manual para la familia y el cuidador. Madrid (España): Pirámide; 2004
- Millier A, Schmidt U, Angermeyer MC, Chauhan D, Murthy V, Toumi M, et al. Humanistic burden in schizophrenia: a literature review. J Psychiatr Res. 2014; 54:85-93.
- Molefi S, Swartz L. Caring for a Relative with Schizophrenia: Understandings, Challenges and the Interface with Mental Health Professionals. Journal of Psychology in Africa. 2011;21(2):239-44.

- Navarro Gómez N. Esquizofrenia e intervención familiar en España: Una revisión de las intervenciones psicológicas de los últimos diez años. Psychology, Society & Education. 2013; 5(2): 139-50.
- Giacon BC, Galera SA. [Family adjustment after the onset of schizophrenia]. Rev Bras Enferm. 2013; 66(3):321-6.
- García Laborda A, Rodríguez Rodríguez JC. Afrontamiento familiar ante la enfermedad mental. Cultura de los cuidados: Revista de enfermería y humanidades. 2005; 18: 45-51.
- Ley General de Sanidad. Ley 14/1986, de 25 abril. Boletín Oficial del Estado, nº102, (29-04-1986).
- Evans AALR. Lived experiences of caring for a family member with schizophrenia. ProQuest Dissertations and Theses. 2009:135.
- Caqueo-Urizar A, Rus-Calafell M, Urzua A, Escudero J, Gutierrez-Maldonado J. The role of family therapy in the management of schizophrenia: challenges and solutions. Neuropsychiatric Disease and Treatment. 2015;11:145-51.
- NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación: 2012-2014. Barcelona: Elsevier, 2013.
- Kohn-Wood LP, Wilson MN. The context of caretaking in rural areas: Family factors influencing the level of functioning of seriously mentally ill patients living at home. American Journal of Community Psychology. 2005;36(1-2):1-13.
- Goffman E. Estigma: La identidad deteriorada. Buenos Aires (Argentina): Amorrortu editores: 2006.
- Wai-chi Chan S. Global Perspective of Burden of Family Caregivers for Persons With Schizophrenia. Archives of Psychiatric Nursing.2011; 25 (2):339–349.
- Rössler W, Joachim Salize H, Van Os J, Riecher-Rösslen A. Size of burden of schizophrenia and psychotic disorders. European Neuropsychopharmacology. 2005; 15 (4): 399–409.
- Bachrach LL. The young adult chronic psychiatric patient in an era of deinstitutionalization. American Journal of Public Health. 1984;74(4):382-4.

Capítulo 29

PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN EL ANCIANO

ELENA VIÑA MUÑIZ

MARIA GRACIELA ARTIME GUTIÉRREZ

SARA PORRES FERNÁNDEZ

LOURDES CABELLO GUTIÉRREZ

1 Introducción

Las caídas en el anciano es una de las principales causas de lesiones, incapacidad e incluso la muerte; además de uno de los grandes problemas de la patología geriátrica. La Organización Mundial de la Salud define la caída como la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al paciente al suelo en contra de su voluntad. Esta precipitación suele ser repentina e involuntaria. Puede ser referida por el paciente o por un testigo.

Las caídas son un importante problema mundial de salud pública. Las mayores tasas de mortalidad por esta causa corresponden en todas las regiones del mundo a los mayores de 60 años. Las estrategias de prevención de las caídas deben ser integrales y explorar los factores de riesgo y utilizar estrategias preventivas eficaces; crear entornos más seguros y reducir los factores de riesgo e impulsar la formación de los profesionales sanitarios en materia de prevención basadas en datos científicos, y promover la educación individual y comunitaria para aumentar la concienciación.

2 Objetivos

- Describir la escala Downton realizada para valorar el riesgo de caídas.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Esta escala tiene en cuenta si ha habido o no caídas previas, las causas que la han producido o los factores de riesgo que presenta en este sentido cada paciente y la edad, asignando a cada punto un valor de 0 o 1. Cuando el resultado de la escala es de tres o más puntos se considera que el paciente tiene un alto riesgo de sufrir una caída. Entre los factores que se analizan figuran los siguientes:

- Caídas previas: Sí /1; No /0.
- Medicación: ninguna/0; tranquilizantes o sedantes/1; diuréticos/1; hipotensores no diuréticos/1; antiparkinsonianos /1; antidepresivos /1; otros medicamentos/1.
- Déficit sensoriales: ninguno/0; alteraciones de la vista/1; alteraciones auditivas /1; alteraciones de las extremidades causadas por un ictus, una enfermedad neurológica../1.
- Estado mental: orientado/0; confuso/1.
- Deambulación: normal/0; segura con ayuda/1; insegura con o sin ayuda/1; imposible/1.

Un factor importante para la prevención de caídas en el anciano tanto en el ámbito hospitalario como a nivel comunitario es contar con personal cualificado en la valoración previa del anciano con factores de riesgo identificando de forma precoz aquellos factores tanto intrínsecos como extrínsecos que favorecen que se produzca la caída. Así como es de relevancia importante individualizar las medidas a cada paciente, registrarlas adecuadamente y llevarlas a cabo de forma continuada. Se ha demostrado que una correcta valoración, registro y aplicación de las adecuadas medidas de prevención disminuye la incidencia de que se produzca una caída. Por último destacar el fomento de la actividad, ya que el mantenerse inactivo produce mayor riesgo de caídas.

5 Discusión-Conclusión

Se ha llegado a la conclusión que una vez realizada la evaluación del riesgo de caídas mediante la escala de Downton existen protocolos de actuación que contemplan la asignación del paciente ingresado a un grupo de bajo o alto riesgo y la adopción de medidas preventivas básicas en el primer caso y de otras específicas en el segundo, en función de los factores de riesgo que presente. Además, de realizar una educación del paciente, de sus familiares o de la persona cuidadora para que asegure el cumplimiento de estas medidas. La implantación de este tipo de escalas facilitaría el reconocimiento de los principales factores de riesgo así como crear un programa de intervención de caídas lo que nos ayudaría a reducir el número de pacientes afectados, disminuir su frecuencia así como la gravedad de las mismas.

6 Bibliografía

- Organización Mundial de la Salud https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/falls
- Downton JH.Falls in the Elderly.London,UK: Edward Arnold; 1993.
- Portal de salud del Principado de Asturias https://www.astursalud.es/en/noticias/-/noticias/prevencion-de-caidas-de-pacientes-ingresados
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. IMSERSO.

Capítulo 30

COMPONENTES PATOLÓGICOS, TÉCNICAS DIAGNÓSTICAS Y LESIONES MAYORES DEL PIE DIABÉTICO

MANUEL CUENCA SAURA

CORAL FUEGO CARTÓN

1 Introducción

La importancia sanitaria del pie diabético es grande. Es motivo frecuente de hospitalización de pacientes diabéticos que origina ingresos muy prolongados, discapacidad en los pacientes y un gran gasto sanitario. Se estima que entorno al 15 % de los diabéticos desarrollan úlceras en los pies graves, pudiendo llegar a comprometer la extremidad e incluso su vida. Aproximadamente el 50 % de las amputaciones de miembros inferiores no traumáticas corresponden a pacientes diabéticos, y, a su vez, el 50 % de los amputados desarrollan una lesión grave y tiene alto riesgo de perder el otro miembro dentro de los dos o tres años siguientes. Según la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular el pie diabético se define como una alteración clínica de base etiopatogénica neuropática e inducida por la hiperglucemia mantenida, en la que con o sin coexistencia de isquemia, y previo desencadenante traumático, produce lesión y/o ulceración del pie.

Según su etiopatogenia podemos observar dos tipos:

- Pie neuropático: se manifiesta con una disminución de la sensibilidad motora, sensitiva a nivel del sistema nervioso autónomo. Los signos tienen una distribución en calcetín.
- Pie isquémico: aparece hipersensibilidad, frialdad, piel frágil y pálida, ausencia de vello, atrofia de los tejidos blandos y uñas, y disminución o ausencia de pulsos.

Los factores de riesgo en la aparición del pie diabético son:
- Antecedentes de úlcera o amputación de miembros previa.
- Tabaquismo, alcoholismo.
- Sedentarismo.
- Obesidad.
- Dislipemia.
- Mayores de 70 años.
- Abandono personal.
- Falta de control periódico de su enfermedad.
- Inadecuado control metabólico.
- Diabetes de más de 10 años de evolución.

Tres son los principales componentes patogénicos del pie diabético: la enfermedad vascular periférica, la neuropatía periférica o diabética y la infección, y en la mayoría de los casos existirá participación de más de uno de ellos. La enfermedad vascular se presenta en el paciente diabético bajo dos formas distintas: macroangiopatía diabética: se refiere a arteriopatías tronculares y ateromatosas que afectan a vasos de mediano y gran calibre; microangiopatía diabética: de afectación a arteriolas y pequeños vasos.

La neuropatía diabética es una de las complicaciones más frecuentes de la diabetes, tanto de tipo I como tipo II. Se caracteriza por la alteración del sistema sensitivo-motriz, produciendo una reducción o pérdida de sensibilidad táctil, térmica y dolorosa, y, por lo tanto, una ausencia de la alarma dolor-calor. Su incidencia aumenta de forma paralela a la duración y severidad de la enfermedad, es más frecuente en adultos que en jóvenes. Es raro que ocurra en diabéticos de menos de cinco años de evolución pero, prácticamente todos los diabéticos de más de 10-15 años de evolución tienen alguna evidencia de neuropatía.

Las causas por las que los diabéticos son tan susceptibles a la infección no están del todo aclaradas. Lo cierto es que en el paciente diabético debido a la existencia de la insuficiencia vascular y la neuropatía tienen más riesgo de sufrir lesiones en los pies, y estas lesiones una vez que se han infectado presentan mayor gravedad y refractariedad al tratamiento. La extremidad isquémica no responde a la infec-

ción con un aumento de la perfusión local, ni tampoco los antibióticos llegan al sitio de la infección con una adecuada concentración. Las infecciones son de origen bacteriano o micótico generalmente y suelen producirse por una falta de higiene. Las diversas técnicas y medios diagnósticos que nos van a ayudar al correcto diagnóstico y posteriormente a un tratamiento adecuado son:

- Técnicas no invasivas: índice tobillo/brazo; índice tobillo/brazo o índice YAO: mide las diferencias entre la presión sistólica a nivel del brazo y del tobillo. Pletismografía. Ecodoppler. Presiones segmentarias.
- Técnicas invasivas: angiografía. TAC con contraste.

Por otro lado, las lesiones mayores se denominan así porque afectan a un gran número de tejidos, incluyendo músculos y huesos, pudiendo poner en riesgo la extremidad del paciente que en numerosas ocasiones acaba en amputación. Este tipo de lesiones es el responsable de un gran número de ingresos que en su mayoría se prolongan en el tiempo, ocasionando con esto un aumento en el gasto sanitario. Entre las lesiones mayores se encuentran, las úlceras isquémicas, las úlceras neuropáticas o la úlcera plantar y la gangrena, entre otros.

2 Objetivos

- Conocer los componentes patogénicos, las técnicas diagnósticas y las lesiones mayores del pie diabético.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica sistemática utilizando una serie de buscadores específicos de Ciencias de la Salud como son Dialnet, Scielo, Cinhal, Lilacs, Google Académico y Pubmed español. También hemos obtenido gran información en libros de texto de distintos profesionales del ámbito sanitario. Se encontraron algunas tesis doctorales referentes a este tema, todos en un periodo establecido desde 2009 hasta 2019. Se encontraron 203 estudios y de ellos fueron seleccionados 7 artículos. Se utilizaron algoritmos booleanos como “and” y “or” para llevar a cabo dicha búsqueda. Los descriptores utilizados fueron: “pié diabético”, “lesiones”, “técnicas”, “diagnóstico”, “componentes”, “patologías”.

4 Resultados

El pie diabético se define como una alteración clínica de base etiopatogénica neuropática e inducida por la hiperglucemia mantenida, con o sin coexistencia de isquemia y previo desencadenante traumático. Entre los factores de riesgos en la aparición del pie diabético encontramos la obesidad, el tabaquismo y diabetes de más de 10 años de evolución. Tres son los principales componentes patológicos del pie diabético: la enfermedad vascular periférica, la neuropatía periférica o diabética y la infección. Podemos usar diversas técnicas y medios diagnósticos que nos van a ayudar al correcto diagnóstico y posteriormente a un tratamiento adecuado. Técnicas no invasivas: índice tobillo/brazo, plestimografía, ecodoppler y presiones segmentarías. Técnicas invasivas: angiografía y TAC con contraste.

Entre las lesiones mayores se encuentran: las úlceras isquémicas, las úlceras neuropáticas o la úlcera plantar y la gangrena. El personal de enfermería lo primero que ha de hacer es realizar una valoración clara y minuciosa que comience por la anamnesis y posteriormente el examen físico.

Si el paciente diabético nos ingresa en una planta de hospitalización es responsabilidad de la enfermera, la vigilancia de la dieta adecuada, que consiga el correcto aporte nutricional, el control correcto de las cifras de glucemia, vigilar la adecuada ingesta hídrica y procurar que por la noche tenga reposo nocturno. Debido a la etiología multifactorial de la producción de úlceras en los pies no podemos prevenir la aparición de éstas al 100 %, por tanto, la atención de enfermería ha debido a la etiología multifactorial de la producción de úlceras en los pies no podemos prevenir la aparición de éstas al 100 %, por tanto, la atención de enfermería ha de ir dirigida al autocuidado.

5 Discusión-Conclusión

Debido a la etiología multifactorial de la producción de las úlceras en los pies, nosotros no podemos prevenir la aparición de éstas, por tanto, la atención de enfermería ha de ir dirigida al autocuidado. Debemos instruir a las personas diabéticas y a las que presentan problemas vasculares en el autocuidado de sus pies y en aprender a evitar lesiones o a detectarlas precozmente. La educación del paciente diabético debe comenzar en la consulta de enfermería en atención primaria, con el examen de los pies, y allí le daremos por escrito instrucciones acerca del cuidado de los mismos.

Los pacientes deberán asimilar y dominar estas recomendaciones para:
- Examinar los pies: revisar los pies diariamente con observación minuciosa de todas las zonas (dedos, espacios interdigitales, planta, etc.) en busca de pequeñas heridas, rozaduras, grietas, ampollas, zonas rojas, etc.
- Higiene de los pies: lavar los pies diariamente con jabón neutro y agua tibia a menos de 37º (asegurarse de que esa es la temperatura antes de meter el pie), durante no más de 5 minutos. Usar una manopla de baño suave y evitar dejar los pies en remojo, la piel se reblandece y facilita la infección. Secarlos exhaustivamente con toallas suaves al tacto.
- Las uñas: recortar las uñas de forma recta no excesivamente cortas, con unas tijeras de punta roma, limando suavemente los bordes con limas de cartón.
- Usar siempre calcetines.

Los principales consejos generales en pacientes con pie diabético serán:
- Caminar diariamente entre 30 minutos y 1 hora.
- Dejar de fumar, si lo hace.
- Procurar tener controlados los niveles de azúcar.
- Acudir a su centro de salud ante la más mínima sospecha de cualquier alteración relacionada con los pies.

6 Bibliografía

- American Diabetes Association (ADA). Standards of medical care in diabetes-2015. Diabetes Care. 2015;38 suppl:1-93.
- Bortoletto MS, Andrade SM, Matsuo T, Haddad MC, González AD, Silva AM. Risk factors for foot ulcers - a cross sectional survey from a primary care setting in Brazil. Prim Care Diabetes. 2014;8(1):76-6.
- Bulechek, G. Butcher, H. McCloskey, J. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). Sexta edición. Elsevier-Mosby. Madrid 2014.
- Gimeno JA. Complicaciones macrovasculares de la diabetes. Evaluación del riesgo cardiovascular y objetivos terapéuticos. Estrategias de prevención y tratamiento. Volume 12, Issue 17, September 2016, Pages 947-957
- Pérez-Pevida B, Llavero M, Gargallo J. et al. Complicaciones microvasculares de la diabetes. Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado. Volume 12, Issue 17, September 2016, Pages 958-970
- Suárez Álvarez Paola, Llanos González Indira, Montoya Ojeda Rina, Puello Hoyos Martha, Young Castro Gregorio, Reyes Ramos Niradiz. Colonización por

Candida spp. en sujetos diabéticos y no diabéticos. Rev Cubana Endocrinol [Internet]. 2016 Abr ; 27(1).
- Vázquez F, Mauricio D, Viadé J. Neuropatía diabética y pie diabético. Medicine
- Programa de Formación Médica Continuada Acreditado. Volume 12, Issue 17, September 2016, Pages 971-981

Capítulo 31

PREVENCIÓN DE LA INSUFICIENCIA VENOSA CRÓNICA Y DE SUS FORMAS CLÍNICAS

CORAL FUEGO CARTÓN

MANUEL CUENCA SAURA

1 Introducción

La insuficiencia venosa crónica o como comúnmente se les denomina varices, son una dilatación permanente de las venas del sistema venoso superficial con alteraciones de la pared del vaso. A menudo aparecen en las extremidades inferiores, pero pueden hacerlo en cualquier parte del cuerpo, por ejemplo, varices esofágicas. El drenaje venoso de las extremidades inferiores se realiza a través de dos sistemas, el superficial y el profundo que están conectados entre sí por venas perforantes. El sistema superficial está compuesto por la vena safena interna y la vena safena externa fundamentalmente; las venas del sistema venoso profundo acompañan a las grandes arterias de la extremidad.

Existen numerosas venas que, perforando la fascia profunda, conectan ambos sistemas venosos. Las perforantes más constantes y con mayor significación clínica son las localizadas por detrás y por encima del maleolo interno. Las venas disponen de válvulas bicúspides que permiten que el flujo sanguíneo se dirija hacia el corazón. Estas válvulas son más numerosas en el tercio distal de la pierna, tanto en el sistema superficial como en el profundo. En las perforantes, las venas dirigen el flujo desde el sistema superficial al profundo. Ahora bien puede

producir deficiencia de estas válvulas la presencia de enfermedad, o la distensión a largo plazo debida a presión retrógrada sobre las venas, como la permanencia prolongada de pie o la obesidad. Las venas afectadas con más frecuencia en la extremidad inferior son la safena interna y la externa.

Por tanto, podríamos resumir que las varices se producen por las siguientes situaciones patológicas:
- Incompetencia valvular, por degeneración estructural de la pared venosa con apertura de los velos, situación que también se puede producir en estados de hiperpresiones abdominales o síndromes postflebíticos con destrucción valvular.
- Apertura del sistema perforante con sobrecarga del sistema venoso superficial en alteraciones de este sistema venoso de los miembros inferiores.
- Sobrecarga del sistema venoso superficial por obstrucción del profundo en la trombosis venosa profunda del miembro inferior.

Sus principales factores de riesgo son:
- Edad: a partir de la tercera década de la vida se observa un aumento proporcional a la edad.
- Sexo: existe predominio del sexo femenino sobre el masculino.
Obesidad.
- Actividad: la presencia de varices es mayor en aquellas profesiones que requieren una prolongada permanencia de pie.
- Factores hereditarios y factores hormonales: relacionados con el embarazo, métodos hormonales anticonceptivos, tratamientos hormonales de otro tipo, etc.
- Procedencia: en los países industrializados la prevalencia es mayor.
- Embarazo.
- Determinadas actividades deportivas.
- Hábitos que obstruyen el drenaje venoso, como son la utilización de ligas o prendas de vestir compresivas.

Sus manifestaciones clínicas dependiendo de los diagnósticos de enfermería que aparecen con las varices son:
- Dolor.
- Alteración de la imagen corporal relacionado con la aparición de edemas y venas tortuosas.
- Alteración de la integridad cutáneas relacionado con la aparición de úlceras venosas.
- Deterioro de la movilidad relacionado con calambres, pesadez, dolor, etc.
- Perfusión tisular inefectiva relacionada con los edemas, úlceras y varicorragias.

Según sus formas clínicas se clasifican en :
- Arañas vasculares: son dilataciones de muy escaso calibre que se desarrollan debajo de la epidermis y/o en la dermis. Muestran un aspecto rojizo o morado con un origen en un punto circular donde suelen emerger las ramas. Son de clara influencia hormonal y no suelen originar complicaciones.
- Varículas: están formadas por venas de pequeño calibre dilatadas de color azulado que forman protusión por debajo de la piel. Son más frecuentes en la región de la rodilla y en cara posterior de la pierna.
- Varices tronculares: se forman en los trayectos de las venas safenas debido a la insuficiencia de sus cayados. Pueden mostrarse como cordones tortuosos y muy dilatados que pueden conllevar la presentación de graves complicaciones como la trombosis o la inflamación.
- Varices reticulares: se muestran como redes en toda la extremidad inferior; a veces se muestran como una distribución anárquica y dispersa.

La exploración de las extremidades inferiores se llevará a cabo en dos fases: la primera con el paciente de pie, y la segunda tumbado en una camilla de exploración. Debemos observar la indumentaria (prendas ajustadas, calzado, colocación de medias, etc.).
De pie, y con los miembros inferiores descubiertos, el sistema venoso superficial está turgente, y así podremos evaluar:
- Tipo, gravedad y extensión de las varices: tronculares, reticulares, etc.
- Edema maleolar.
- Alteraciones tróficas de la piel.
- Presencia de varices suprapúbicas (muy sugestiva de trombosis ilíaca).
- Presencia de malformaciones asociativas (angiomas).
- Tendencia a las complicaciones varicosas.
- En decúbito la exploración permite detectar signos de insuficiencia venosa crónica, alteraciones linfáticas, vascularización arterial.

La terapia compresiva es el tratamiento de primera elección en las patologías venosas. Es probablemente, el tratamiento más antiguo y efectivo. Está indicado en la insuficiencia venosa crónica sintomática, en los tratamientos esclerosantes, en los tratamientos posquirúrgicos de las varices, profilaxis y tratamiento de las varices en el embarazo.Las medias elásticas que quizás sea el vendaje compresivo más utilizado. Deben tener una serie de características y hay que tener en cuenta diferentes situaciones.
El vendaje compresivo, al igual que las medias elásticas, debe resultar cómodo para el paciente, desde un punto de vista tanto físico como psíquico. La terapia

de compresión intermitente que consiste en realizar una fuerte compresión mediante un manguito neumático que cubre la pierna. El manguito está dividido en cámaras independientes que progresivamente se van inflando y desinflando mediante un proceso mecánico, mejorando el drenaje de la pierna.

Como tratamiento farmacológico se usan los flebofármacos o tónicos venosos son de efecto limitado, y sobre todo van dirigidos a disminuir el edema. Se suelen utilizar en períodos limitados como tratamiento paliativo o como forma complementaria a la cirugía, escleroterapia o al tratamiento higiénico-dietético. Como tratamiento quirúrgico sería: escleroterapia que consiste en la inyección de una sustancia química irritante en la luz de la variz para provocar una trombosis y obliterar su interior. El fármaco más usado es el tetradecilsulfato de sodio al 3 %.

Otras técnicas quirúrgicas:
Las ligaduras del cayado: se liga la vena safena interna o externa en su unión con la femoral, para tener la seguridad de que se han ligado todas las tributarias y evitar que actúen como desencadenantes de futuras varicosidades y para eliminar un fondo de saco, del cual pudiera desprenderse un trombo y pasar a la vena femoral.
La técnica del Stripping: consiste en la eliminación de la vena por arrancamiento, generalmente de una de las safenas. La técnica consiste en introducir por una pequeña incisión maleolar en el interior de la safena interna o externa una guía que se pasa a través de la vena y se extrae a nivel inguinal. Posteriormente se coloca una bola terminal que unida a la vena por una ligadura permite extraer la vena por arrancamiento.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Favorecer la educación sanitaria al paciente para la prevención de insuficiencia venosa crónica o varices desde una edad temprana.

Objetivos secundarios:
- Crear planes de cuidados adaptados a cada paciente y dependiente de su nivel económico y socio-cultural.
- Fomentar las medidas preventivas que retrasen la aparición de esta patología e incluso, favorenciendo determinados cuidados y tendencias de salud.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica sistemática utilizando una serie de buscadores específicos de Ciencias de la Salud como son Dialnet, Scielo, Cinhal, Lilacs, Google Académico y Pubmed español. También hemos obtenido gran información en libros de texto de distintos profesionales del ámbito sanitario. Se encontraron algunas tesis doctorales referentes a este tema, todos en un periodo establecido desde 2009 hasta 2019. Se encontraron 177 estudios y de ellos fueron seleccionados 5 artículos. Se utilizaron algoritmos booleanos como "and" y "or" para llevar a cabo dicha búsqueda.
Los descriptores utilizados fueron: "insuficiencia", "venosa", "crónica", "varices", "clínica".

4 Resultados

El núcleo fundamental de la intervención sanitaria en personas con trastornos venosos como las varices recae en la educación sanitaria al paciente, porque nos sirve para prevenir y mejorar la situación. Debemos insistir en medidas que aumenten la perfusión sanguínea y que eviten la estasis venosa.

Entre las medidas higiénico-posturales incluiremos las siguientes:
- Educación sanitaria (ES) sobre alimentación y obesidad: se fomentará una dieta equilibrada, será necesario luchar contra la obesidad y la celulitis, es fundamental mantener la piel hidratada y es aconsejable el ejercicio físico. Durante el embarazo o toma de anticonceptivos hormonales.
- El calzado debe ser adecuado y el vestido no debe ser muy ajustado.
- Medidas posturales: evitar estar mucho tiempo de pie o sentado, sobre todo con las piernas cruzadas, elevar las piernas si el paciente siente cansancio entre 10 y 20 minutos varias veces al día y evitar la inmovilización en la medida de lo posible con deambulación precoz, ejercicios activos o pasivos.
- Vigilancia de la piel: especial precaución con los golpes en los miembros inferiores y evitar los excesos de calor en las piernas como saunas, tomar el sol, depilación con cera caliente, baños demasiado calientes, estufas, etc.
- Medidas complementarias: masajes por fricción en las piernas: en posición sentada, rodeamos el tobillo con las dos manos y las deslizamos, presionando ligeramente, sobre la pantorrilla, la rodilla y el muslo hasta la ingle.
- Conveniente realizar hidroterapia:

Alternar baños calientes durante 2-3 minutos (temperatura máxima 38º C) y duchas frías de 20-30 segundos en sentido ascendente de pie a rodilla.
Duchas frías: especialmente por la mañana. Se comienza por los dedos del pie, deslizando el chorro de agua por el pie y la pantorrilla hasta la curva, y después se baja seguidamente el chorro hasta el talón. A continuación se realiza con la otra pierna. Duración aproximada de 30-60 segundos.

5 Discusión-Conclusión

En cuanto a los pacientes que requieran intervención quirúrgica serán dados de alta en función de su estado, actualmente se tiende a una estancia hospitalaria mínima, y después se lleva a cabo una recuperación postoperatoria domiciliaria para posteriormente acudir a la consulta de cirugía general o vascular para su seguimiento. En este momento, el alta hospitalaria de enfermería debe llegar a la enfermera del equipo de atención primaria para, como hemos comentado, un buen control. La mayor parte de los pacientes serán atendidos de forma ambulatoria en consultas espaciadas en el tiempo según sea su evolución, sin necesidad de intervenciones quirúrgicas.

Es aquí donde juega un papel muy importante la enfermería en la prevención y, por tanto, se hace imprescindible la educación sanitaria y las consecutivas evaluaciones del manejo del régimen terapéutico. Durante estas visitas se debe evaluar el conocimiento por parte del paciente de la modificación de los factores de riesgo y del seguimiento de las medidas higiénico dietéticas. Se resaltará la necesidad de nuevas visitas de seguimiento y se evaluarán los conocimientos del paciente. Además, en estas visitas sucesivas evaluaremos y valoraremos el estado de las heridas y de los miembros inferiores en busca de alguna anomalía, brindando nuestro apoyo para solucionar las dudas que el paciente pudiera presentar.

6 Bibliografía

- 1. Bulechek, G. Butcher, H. McCloskey, J. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). Sexta edición. Elsevier-Mosby. Madrid 2014.
- 2. Félix-Redondo FJ, Fernández-Bergés D, Grau M, Baena-Diez JM, Mostaza JM, Vila J. Prevalencia y características clínicas de la enfermedad arterial periférica en la población general del estudio HERMEX. Rev Esp Cardiol. 2012;65:726-33.
- 3. Mostaza JM, Puras E, Blasco M, Lahoz C, Samaniego ML. Utilización de tratamientos cardiovasculares preventivos y consecución de objetivos terapéu-

ticos en pacientes con enfermedad arterial periférica. Rev Esp Cardiol (Engl Ed). 2012;65:713-8.
- 4. Mostaza JM, Puras E, Álvarez J, Cairols M, García-Rospide V, Miralles M, et al. Características clínicas y evolución intrahospitalaria de los pacientes con isquemia crítica de miembros inferiores: Estudio ICEBERG. Med Clin (Barc). 2011;136:91-6.
- 5. Vaquero F. El impacto de la enfermedad arterial periférica: propuesta de una nueva clasificación. Cirugía Española (English Edition), Volume 94, Issue 5, May 2016, Pages 266-273.

Capítulo 32

GLUCOGENOSIS TIPO II

MARTA VALDÉS GARCÍA

1 Introducción

La glucogenosis tipo II, también llamada Enfermedad de Pompe, es una enfermedad rara, hereditaria y multisistémica causada por la acumulación de glucógeno en múltiples tejidos, principalmente en el músculo. Esta acumulación es debida a la deficiencia de la enzima lisosomal alfa-glucosidasa ácida (GAA).
La forma infantil o clásica se manifiesta antes de los 12 meses de vida, entre los 2-4 meses de media. La incidencia estimada es de 1/137.000. Pese a su baja incidencia, es importante conocer el manejo terapéutico y de cuidados de esta patología, siendo objeto de estudio en este capítulo.

2 Objetivos

- Conocer la fisiopatología y manifestaciones clínicas de la glucogenosis tipo II.
- Conocer los cuidados de enfermería necesarios en el manejo de la glucogenosis tipo II.

3 Metodología

Revisión bibliográfica en bases de datos Scholar Google, ClinicalKey, Scielo, Biblioteca virtual GCSalud del Principado de Asturias utilizando como palabras clave: Glucogenosis tipo II, Pompe infantil, enfermería, pediatría. Criterios inclusión: Publicaciones en inglés o castellano en los últimos 10 años. Limitaciones: existe aún escasa bibliografía sobre la enfermedad de Pompe en la población pediátrica.

4 Resultados

La enfermedad de Pompe es una enfermedad hereditaria autosómica recesiva causada por la mutación del gen GAA, que se encuentra en el brazo largo del cromosoma 17. La alfa-glucosidasa ácida (GAA) es una enzima que hidroliza el glucógeno produciendo glucosa dentro de lisosoma celular. La ausencia de esta enzima produce una acumulación continua de glucógeno que provoca que los lisosomas se hinchen y se rompan causando daño celular. Los lactantes con enfermedad de Pompe presentan generalmente menos de un 1% de la actividad normal de la GAA.
Puede producir las siguientes manifestaciones clínicas:
- Neuromusculares: debilidad de la musculatura de la cara, tronco y extremidades, hipotonía, hipo- o arreflexia.
- Respiratorias: insuficiencia respiratoria, infecciones respiratorias frecuentes, incapacidad para alimentarse.
- Cardiacas: cardiomegalia y cardiopatía progresiva.
- Gastrointestinales: hepatomegalia, esplenomegalia, macroglosia y debilidad oral con facies miopática.

Es importante un diagnóstico precoz, en general mediante una evaluación clínica, ya que el cribado neonatal se realiza sólo en algunos países. Ante la sospecha clínica, el test más rápido y accesible es la determinación en gota de sangre seca aunque su resultado debe confirmarse con la determinación de la actividad enzimática en linfocitos, leucocitos, músculos y fibroblastos.

Desde 2006 existe un tratamiento de sustitución enzimática (Myozyme) que puede cambiar el curso de la enfermedad. Ha resultado eficaz incluso en niños con enfermedad de evolución rápida.
Los tratamientos de soporte son importantes en el manejo de esta enfermedad. Entre ellos se incluyen:
- Fisioterapia respiratoria y motora, para minimizar el deterioro musculoesquelético. Puede ser necesaria la cirugía y el uso de órtesis.
- Ventilación mecánica no invasiva.
- Manejo de las secreciones.
- Mantenimiento de la estimulación oral y de succión.
- Alimentación mediante sonda nasogástrica o gastroyeyunostomía.
- Correcta vacunación según el calendario vacunal, incorporando la vacuna antigripal (>6 meses), y palivizumab (<2 años).
- Tratamiento precoz de infecciones respiratorias.

- Tratamiento nutricional: aumentar el aporte de proteínas, reducir el aporte de hidratos de carbono y añadir suplementos de vitaminas y minerales.

5 Discusión-Conclusión

La enfermera pediátrica tendrá un papel fundamental en el reconocimiento de la enfermedad y será responsable de proporcionar los cuidados específicos y de brindar apoyo y orientación a los padres para el cuidado de los niños con esta condición. Por tanto, el trabajo de enfermeía es fundamental dentro del equipo multidisciplinar para el cuidado integral del enfermo a tratar, siendo importante su formación profesional para ofrecer cuidados sanitarios de calidad.

6 Bibliografía

- SI Pascual Pascual, A Nascimento, CM Fernández Llamazares, C Medrano López, E Villalobos Pinto, M Martínez Moreno, M Ley, S Manrique Rodríguez, J Blasco Alonso, «Guía clínica de la enfermedad de Pompe infantil», Revista de Neurología 63-6 (2016): 269-279.
- Guía informativa para la glucogenosis tipo II (Enfermedad de Pompe). 8ªEdición. Asociación Española de Enfermos de Glucogenosis. Disponible en: http://www.glucogenosis.org/glucogenosis/tipo-ii/
- Enfermedad de Pompe o Glucogénesis tipo II. Hospital Sant Joan De Déu. [internet]. 2014. Disponible en: http://www.guiametabolica.org/

Capítulo 33

CASO CLÍNICO: GESTANTE 16 AÑOS.

MARÍA FERNÁNDEZ SUÁREZ

1 Introducción

El embarazo es una parte del proceso de la reproducción humana que comienza con la fecundación del óvulo por el espermatozoide y termina con el parto. El embarazo también es conocido como gestación o estado de gravidez, una secuencia de eventos que ocurren normalmente durante la gestación de la mujer. El embarazo es un tema vital principalmente para las mujeres y para todas las personas en general ya que de alguna manera se encuentran en algún momento relacionados con esta de manera directa e indirecta.

El embarazo adolescente o precoz es aquel que se produce en una mujer adolescente, entre la adolescencia inicial o pubertad y el final de la misma. La OMS establece la adolescencia entre los 10 y 19 años. La mayoría de los embarazos en adolescentes son embarazos no deseados y pueden llegar a término produciéndose el nacimiento, o interrumpirse por aborto, ya sea este espontáneo o inducido. Las madres adolescentes deben darle a su bebé apoyo material y espiritual. El apoyo espiritual es aceptar que va a tener un bebe, que va a ser mujer y que quiere todo el cariño de sus padres, no quiero recriminaciones; hay que darles mucho afecto, consideración y estima por el nuevo miembro de la familia.

Durante el embarazo el organismo de la adolescente va a experimentar diferentes cambios anatómicos, fisiológicos y psicológicos, que la convertirán en mujer, por eso es muy importante y necesario que la adolescente mujer acepte y sepa llevar lo mejor posible estas transformaciones, porque de ello depende que este periodo vital se convierta en una experiencia irrepetible, cuyo fruto es la creación de

una nueva vida. Uno de los datos importantes que tenemos que considerar es la duración del embarazo, esta dura aproximadamente 40 semanas a partir de la última menstruación o 38 semanas a partir del día de la fecundación, lo que equivale a unos 9 meses.

2 Objetivos

- Estudiar cada una de las patologías que pudiera presentar la paciente para llevar a cabo una historia clínica completa, para administrar cuidados de enfermería.
- Establecer medidas de cuidados de enfermería durante la gestación y puerperio.

3 Caso clínico

Mujer de 16 años que acude por amenorrea de 2 meses, FUR_ 5-1-2013. Sospecha posible embarazo. Refiere que vomita todo lo que ingiere incluido los líquidos.
Antecedentes familiares: madre hipertensa, padre diabético tipo II. No existen enfermedades reproductivas relevantes en familiares de primer y segundo grado.
Antecedentes personales: enfermedades propias de la infancia.
Antecedentes obstétricos: no gestaciones anteriores.
Antecedentes ginecológicos: menarquía a los 11 años.
Fórmula menstrual: 5/28-35. Método anticonceptivo: preservativo.
Hábitos nocivos: fumadora de un paquete de tabaco al día, alcohol ocasionalmente.
Profesión: estudiante.
Vive en domicilio familiar.

4 Discusión-Conclusión

- Tabaco:

Fumar durante el embarazo expone al feto a más de 7.000 sustancias tóxicas y dañinas que pueden afectar a su desarrollo y crecimiento. Cuando hay humo de tabaco en el ambiente, el feto recibe menos oxigeno, aumentan los latidos de su corazón y se altera el crecimiento de sus pulmones. También disminuye la circulación de sangre por la placenta, por lo que el feto recibe menos nutrientes. Las mujeres fumadoras o las no fumadoras expuestas al humo tienen más riesgo de tener bebés de bajo peso al nacer o bebés prematuros.Se recomendará la restricción completa del consumo de tabaco, lo más seguro es no fumar ningún

cigarrillo. En casos en los que se crea una ansiedad excesiva de la gestante, se propondrá fumar más o menos 5 cigarrillos al día pero dando solo un par de caladas, con esto se consigue paliar la ansiedad, ya que esta puede ser más perjudicial incluso que el propio tabaco.

- Alcohol:

Se ha demostrado que tomar alcohol estando embarazada causa daño al bebé dentro del útero y puede llevar a problemas médicos prolongados en el niño después del nacimiento. Cuando una mujer embarazada bebe alcohol, éste viaja por vía sanguínea y llega a la sangre, los tejidos y los órganos del bebé. Eso significa que cuando una madre embarazada se toma un vaso de vino, su bebé también se toma un vaso de vino. Tomar alcohol puede perjudicar el desarrollo del bebé. El alcohol se descompone mucho más lentamente en el cuerpo del bebé que en un adulto; eso significa que el nivel de alcohol en la sangre del bebé permanece elevado por más tiempo que en la madre. Esto es muy peligroso y algunas veces puede llevar a que se produzca un daño de por vida. El consumo de alcohol parece ser más dañino durante los primeros tres meses del embarazo; sin embargo, tomar alcohol en cualquier momento del embarazo puede ser perjudicial. No hay un mínimo de alcohol que cause problemas fetales. La cantidad segura de ingesta de alcohol es 0.

- Recomendaciones dietéticas:

Se ha demostrado que la alimentación durante el embarazo afecta al curso de este y a su desenlace final. El estado nutricional anterior al embarazo es también un factor de gran importancia que afecta tanto la madre como al hijo. La mejor dieta para el embarazo es la que empieza antes de la concepción.

- Es recomendable:

Que los alimentos, como la carne o el pescado, sean cocinados a la plancha, hervidos, vapor, etc. Evitar las frituras.

Aumentar de forma moderada el consumo de frutas, verduras, pan (integral), arroz, pasta y legumbres.

Tomar entre medio y un litro de leche y derivados al día.

Reducir el consumo de alimentos con excesiva cantidad de grasa de origen animal, como tocino, mantequilla, embutidos, etc.

Reducir el consumo de alimentos con mucho azúcar como pasteles, dulces, chocolate, etc.

- Cuidados durante la gestación:

Los cuidados durante este periodo tienen como finalidad cuidar el estado de salud de la madre y de su hijo. Para ello, se llevarán a cabo acciones informativas y promotoras de la salud durante el embarazo en los siguientes ámbitos:

Alimentación: debe ser completa y variada para conservar la salud de la gestante y su hijo. A lo largo del embarazo el peso aumentará entre 9 y 13 kilos.
Alcohol, tabaco y drogas: evitar bebidas alcohólicas, tabaco y drogas por ser perjudiciales para el paciente y sobre todo para el bebé.
Medicamentos y radiaciones: evitar salvo que haya sido aconsejado por su médico.
Higiene, vestido y calzado: cuidar higiene personal y limpieza de la boca, utilizar vestidos y calzados confortables y evitar fajas, calcetines y medias que causen compresión.
Trabajo: es aconsejable salvo que cause fatiga física o psíquica excesiva.
Deporte: realizar ejercicio moderado.
Viajes: no es aconsejable realizar viajes a lugares con escasos servicios sanitarios.
Relaciones sexuales: evitar relaciones sexuales cuando existe hemorragia genital, amenaza de parto prematuro o rotura de la bolsa de las aguas.
Prevención de las enfermedades infecciosas de transmisión al feto: utilizar medidas para evitar los mecanismos posibles de contagio.
- Cuidados durante el puerperio domiciliario:
Durante este periodo la gestante será controlada por el ginecólogo o matrona para comprobar sus condiciones físicas, psíquicas y sociales debido a la nueva situación. Se emplearán diferentes técnicas y se aconsejará sobre diversos cuidados para este periodo:
Realizar técnicas de higiene perineal y cuidados de las mamas.
Evitar los baños aunque no las duchas por contaminación bacteriana.
Evitar las relaciones sexuales durante todo el periodo de sangrado, cuando aún no estén cicatrizados los desgarros o la episiotomía si los hubiese.
Ejercicio suave y progresivo.
Evitar ejercicios que conlleven incrementos importantes de la presión intraabdominal.
Suplementación vitamínica-mineral según las indicaciones de la matrona o ginecólogo.

5 Bibliografía

- González, M., García, A. y Perandones, C. Programa de atención a la mujer (1ª ed). Palencia: Graficolor.
- Soriano, F. (2019). Manuel de actividades preventivas en la infancia y en la adolescencia. (1ªed). España: PAPPS. 2019

- Torrens, R. y Martínez, C. (2019). Enfermería en la mujer (1ª ed). España: DAE. 2019
- Valera, J. (2019). El embarazo en la adolescencia (1ª ed). Perú: Indecopi. 2019

Capítulo 34

CICATRIZACIÓN DE LAS HERIDAS, MÉTODOS MÁS UTILIZADOS.

ELENA ÁLVAREZ RODRÍGUEZ

MARÍA ISABEL FERNÁNDEZ MARTÍNEZ

LORETO GIL DIEZ

PAULA GUTIERREZ RODRIGUEZ

1 Introducción

En el tratamiento de una herida, los objetivos que queremos conseguir es detener el sangrado, evitar las infecciones y disminuir los daños estéticos. Entre los métodos más utilizadas en el cierre de heridas en una atención urgente son las grapas, la sutura, el pegamento tisular y las cintas adhesivas. Todos estos métodos son utilizados para conseguir una aproximación de los bordes de la herida y así ayudar en el proceso de curación. Mediante esta revisión bibliográfica, se identifican las ventajas y desventajas de cada uno de estos métodos.

2 Objetivos

- Identificar ventajas y desventajas del cierre de las heridas mediante sutura, grapas, pegamento tisulares y cintas adhesivas.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda sistemática de artículos científicos en las bases de datos de Medline, Pubmed, revistas científicas de ámbito nacional. Han sido revisados 19 artículos de 2010 a 2019, y de ellos se han seleccionado 8 para aportar datos recientes. Las palabras clave utilizadas son: grapas, sutura, pegamento, cinta adhesiva, herida piel, closure techniques, wound.

4 Resultados

Mediante un estudio biomecánico con animales, se demostró la necesidad del aislamiento de la herida para mejorar la cicatrización y que utilizando el método de las grapas se consigue una mejor sujección ya que tienen mayor resistencia con respecto a la sutura. La principal ventaja de las grapas es la técnica sencilla junto con la rapidez de colocación, además de un tiempo de curación y una tasa de infección similar a la sutura, con buen resultado estético.

Entre las desventajas de las grapas están, la necesidad de utilizar una herramienta específica (quitagrapas) para la retirada y que es poco eficaz en heridas profundas, se necesita de una sutura absorbible en las capas profundas. El uso combinado de sutura absorbible con no absorbible y puntadas interrumpidas, disminuye la tensión y aproxima mejor los bordes de las heridas, haciendo mayor resistencia a la tracción y menor riesgo de dañar la circulación cutánea y así se disminuye el riesgo de dehiscencia, mejorando los resultados de manera estética. Cuando es necesario control rápido de hemorragia o en heridas largas con tensión mínima, lo mejor es el uso de la sutura continua por la rapidez de aplicación y el reparto de la tensión a lo largo de la herida.

En cuanto a los adhesivos tisulares y cintas adhesivas, se utilizan en casos de heridas poco profundas y en zonas de baja tensión, su aplicación es sencilla, rápida e indolora con una tasa menor de infección a la de las heridas suturadas por ser un procedimiento poco invasivo. El uso de pegamentos y/o cintas adhesivas en conjunto y/o complementando a grapas y suturas, ayudan a reducir la tensión de la herida y esto favorece una buena cicatrización.

5 Discusión-Conclusión

En heridas superficiales y en zonas de baja tensión, el método de primera elección por ser más ventajosa es el pegamento tisular, la grapa. En heridas profundas la

sutura es el método con mejores resultados. La elección del mejor método para la sutura de heridas en función de la zona en la que esta se presente, mejorará la cicatrización de la herida.

6 Bibliografía

- Medline
- PubMed
- www. elsevier.es
- www. scielo.org

Capítulo 35

HIGIENE Y CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO

SHEILA ALVAREZ GONZALEZ

1 Introducción

La higiene del neonato es necesaria, porque es una forma de sentirse más relajado, forma parte de su rutina y, además también es importante para una buena salud. Cada parte del cuerpo necesita unos cuidados específicos. Los padres al principio, tienen muchos miedos y dudas con la llegada del recién nacido. Uno de los primeros temores cuando este llega a casa, es la hora del baño y la higiene del recién nacido, por esto es importante detallar a continuación las recomendaciones básicas en la higiene.

2 Objetivos

- Conocer las pautas de actuación en la higiene y cuidado del recién nacido.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica de artículos científicos sobre la higiene en el recién nacido, en distintas bases de datos como Scielo, Pubmed y Medline, usando como palabras clave: recién nacido, higiene, baño, cuidados, cordón umbilical.

4 Resultados

El baño del bebé:
El bebé no se debe sumergir completamente en el agua hasta unas 48 horas después de la caída del cordón umbilical. Durante estos días en que no se puede bañar al bebé, su higiene se debe realizar con una esponja mojada en agua tibia, limpiando el cuerpo excepto la zona del cordón umbilical. Cuando cae el cordón las principales indicaciones para este primer baño son:
- El jabón: su uso no es imprescindible pero es recomendable. Se debe usar un jabón específico neutro. No hay que dejarlo mucho tiempo en el agua, sobre todo al principio, con 5 minutos es suficiente.
- El agua: debe estar a temperatura corporal de unos 34-37 ºC. Se puede comprobar con un termómetro.
- Cómo secar al bebé: se saca al bebé envuelto en una toalla suave tipo capa con gorro, se le apoya en el cambiador y secar con cuidado, a toques, dejando bien secos los pliegues, la zona genital y entre los dedos. Los recién nacidos nacen cubiertos de una capa grasa que los protege (la vérnix caseosa). No hay que quitar los restos, ya irán desapareciendo y absorbiéndose por la piel en unos días.
- El baño es una rutina: se recomienda el baño diario en su bañera, como una rutina más del bebé.

Higiene específica, cada parte del cuerpo necesita unos cuidados e higiene distintos:
- El cordón umbilical: simplemente hay que vigilar que huela bien para saber qué está correcto y se cura un par de veces al día con una gasa y alcohol de 70º. No hay que tener miedo de lastimar al niño ya que el cordón no tiene sensibilidad. En cada cambio de pañal se debe mirar el cordón, observando que no se depositen orina o heces en esa zona. Aproximadamente a los 10 días se caerá solo.
- El cabello: la higiene del cabello forma parte del baño. Se deben utilizar champús específicos para bebés, se debe peinar el cabello con cepillos de cerdas blandas. No se recomienda poner colonia, si se puede echar en la ropa y el efecto será el mismo. Si el bebé tiene costra láctea (descamaciones en el cuero cabelludo), aplicar aceite de almendras u otro producto específico.
- La piel: después del baño se debe hidratar la piel. Se deben usar aceites vegetales o cremas hidratantes específicas, hipoalergénicas y sin parabenos ni perfumes. Puede aprovecharse el momento de la hidratación para realizar un buen masaje al bebé. El masaje infantil sirve también para estrechar los vínculos entre padres

e hijos, relaja al recién nacido y alivian los gases.
- Los genitales de los bebés deben tratarse con mucho cuidado y atención. Se debe minimizar el uso de toallitas y usar siempre que sea posible una esponja con agua tibia o una leche limpiadora. Las toallitas húmedas pueden irritar pero son un buen recurso cuando se está fuera de casa. En los niños: se deben limpiar todos los pliegues y secarle bien sin frotar. En las niñas: limpiar siempre de delante hacia atrás, para no pasar residuos de las heces hacia la vagina y limpiar bien la zona entre los labios mayores y menores. También secar sin frotar.
- La nariz: si el bebé tiene mucosidad conviene hacer un lavado nasal con suero fisiológico. Se acuesta al niño boca arriba y se gira la cabeza hacia un lado; el suero se aplica en el orificio nasal superior y se repite la operación en el otro orificio, girándole la cabeza hacia el otro lado. Después se incorpora al niño para que termine de expulsar las secreciones.
- Las orejas: se deben mantener limpias y secas por fuera, no por dentro, ya que la cera que produce es una protección natural.
- Las uñas: se deben cortar cuando estén largas, con una tijera de uñas de punta redonda especiales para bebé o bien limarlas con una lima suave. Tener cuidado en cortar las uñas rectas.

5 Discusión-Conclusión

Hay que tener en cuenta que el bebé no se debe sumergir completamente en el agua de la bañera hasta unas 48 horas después de la caída del cordón umbilical. Una vez caído este, se puede realizar el primer baño del bebé poniendo especial atención en la temperatura del agua, el jabón que se usa y un secado delicado.

Como hemos podido ver, la higiene de los bebés debe realizarse con cuidados específicos en cada parte del cuerpo: cabello, orejas, nariz. El uso de las toallitas húmedas puede aumentar la probabilidad del bebé para desarrollar posibles alergias infantiles, porque aumenta la capacidad de absorción de las sustancias alérgicas. Son muy prácticas cuando se está fuera de casa, así que se recomienda su uso cuando no se tiene acceso a agua y jabón para limpiar al bebé o utilizar unas que sean naturales y no contengan sustancias químicas como alcohol y parabenos.

Es importante que los profesionales de enfermería conozcan las medidas a llevar a cabo en la higiene del recién nacido. Además es importante que esta información se la transmitan a los padres o los responsables del cuidado del recién nacido aprovechando las primeras horas de vida que este se encuentra ingresado en el hospital.

6 Bibliografía

- https://www.salud.mapfre.es/salud-familiar
- https://www.hogarmania.com/salud/maternidad
- https://mejorconsalud.com
- https://www.serpadres.es

Capítulo 36

CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO PREMATURO

ANA MILLAN GARCIA

1 Introducción

De acuerdo con la OMS son prematuros aquellos recién nacidos que nacen antes de completar las 37 semanas de gestación.La OMS considera que la prematuridad es la principal causa de mortalidad entre los RN y la segunda causa de muerte en niños menores de 5 años.Se observa en los niños muy inmaduros una frecuencia elevada de la morbilidad,pudiendo causar graves discapacidades.Aunque la supervivencia de los niños prematuros hoy en día es mejor gracias a los avances tecnológicos.El niño prematuro pasa de estar en un entorno intrauterino,a un entorno con estímulos inesperados,luz,ruido…Es muy importante que la familia este implicada en su cuidado de una forma muy activa.Son niños que necesitan mucho tiempo y dedicación por parte de sus padres,dado que van a ser sus principales cuidadores afectando así muchas veces a sus horarios de trabajo.

2 Objetivos

Conocer las intervenciones de la filosofía de los cuidados centrados en el desarrollo del recién nacido prematuro.Favorecer las actuaciones orientadas a la familia con el fin de favorecer la estabilidad y la conducta del recién nacido prematuro y así poder ver la eficacia de su aplicación.

3 Metodología

Se lleva a cabo una búsqueda bibliográfica (a partir de una serie de criterios de inclusión y exclusión específicos)durante el periodo 2010 a 2015)en las siguientes bases de datos;Pueble,Google Académico,se recurrió también a determinadas paginas web oficiales.

4 Resultados

Los padres hablan de sus experiencias en la unidad neonatal,lo cual permite aprender algunos significados:La unidad neonatal la ven como un espacio de sufrimiento y espera donde su hijo permanecerá en un lugar inaccesible y no podrán establecer contacto con el.

5 Discusión-Conclusión

Todos los profesionales que se encuentran alrededor de los neo natos,enfermeras,auxiliares,especialistas…deben ofrecer una continuidad entre la atención al niño y a la familia antes del nacimiento,y después del nacimiento.Poder estar cerca de quien nos quiere cuando estamos mal,que una madre o un padre pueda acompañar a su hijo,cuidándolo y anudándole a superar los problemas que lo liga al hospital…Se busca proporcionar bienestar a toda la familia,ademas de potenciar que los profesionales se sientan mas satisfechos trabajando.

6 Bibliografía

- Asociación de padres de niños prematuros AMPRE(2011).Albedriar Asorda,M del C características del vinculo:Estudio comparativo de niños prematuros y niños nacidos a termino.
- Asociación el parto es nuestro(2012).Informe sobre la accesibilidad de madres y padres a las Unidades neonatales y el cumplimiento de los derechos de los bebes ingresados,Madrid,El Parto es Nuestro.

Capítulo 37

MANEJO DEL DOLOR ONCOLÓGICO

BEATRIZ PEREZ ISTILLARTY

ELISA ISABEL MENÉNDEZ RODRÍGUEZ

CRISTINA DEVA CERVERO HEVIA

1 Introducción

Definición de cáncer:
Según la OMS, el cáncer es un proceso de crecimiento y diseminación incontrolados de células. Puede aparecer prácticamente en cualquier lugar del cuerpo. El tumor suele invadir el tejido circundante y puede provocar metástasis en puntos distantes del organismo.

Definición de dolor:
La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor definió el dolor como una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a un daño tisular, real o potencial, o descrita en términos de dicho daño.

Prevalencia del dolor oncológico. No todas las personas con cáncer tienen dolor oncológico, pero sí es un síntoma muy frecuente en estos pacientes, se estima que el 30-40% de los pacientes con cáncer sometidos a tratamiento refieren dolor. Su prevalencia se estima aproximadamente en un 30% al diagnóstico de la enfermedad tumoral y hasta un 90% en estadios avanzados. Se trata del síntoma más temido e incapacitante para el paciente canceroso. Con frecuencia la prevalencia del dolor oncológico está asociada con la progresión tumoral, con el aumento de la incidencia anual y con la afectación de la calidad de vida del paciente. Debido

al incremento de la incidencia de tumores malignos, junto al envejecimiento de la población y la mayor supervivencia de los pacientes, el dolor oncológico seguirá teniendo un papel protagonista, y muchos estudios señalan que el tratamiento del dolor debería estar enfocado como un problema en los sistemas de salud, ya que, a pesar de que existen muchos tratamientos eficaces, en más de la mitad de pacientes con dolor oncológico, éste, es un síntoma que no está controlado. Este tipo de dolor adopta diversas formas, y la intensidad del dolor depende de varios factores, como el tipo de cáncer que se padece, cuán avanzado está, dónde se ubica y cuál es el nivel de tolerancia del dolor.

Tipos de dolor. La clasificación del dolor la podemos hacer atendiendo a:

- Según su duración: agudo, es aquel que no suele durar más de lo que tarda en resolverse la lesión causante y en todo caso, menos de un período, arbitrariamente establecido, de entre 3 y 6 meses. Tiene un escaso componente psicológico, algunos ejemplos de este tipo de dolor es el postoperatorio o postquirúrgico, el dolor en politraumatizados, el dolor en grandes quemados o el dolor agudo sintomático; crónico, es aquel dolor ilimitado en su duración, es decir, se mantiene a pesar de que la causa que lo produjo haya desaparecido. Dura más de 6 meses. Éste sí se acompaña de componente psicológico. Es el dolor típico del paciente con cáncer.
- Según su patogenia: neuropático, es el que surge como consecuencia directa de una lesión o enfermedad que afecta el sistema somatosensorial, es decir, puede surgir de una lesión que afecta tanto el sistema nervioso central como el periférico. Clínicamente se describe como una sensación de quemazón, punzante, acompañado de parestesias y disestesias, hiperalgesia (respuesta exagerada) hiperestesia y alodinia (percepción de un estímulo cualquiera como doloroso); nocioceptivo, es el más frecuente, y se divide en somático y visceral que lo describiremos a continuación; psicógeno, es un dolor no orgánico, que surge como consecuencia de padecimientos de origen psíquico. Aunque el daño puede o pudo existir, el problema es la amplificación y distorsión de los impulsos periféricos por el estado psicológico.
- Según su localización: somático, es un dolor originado en la piel, músculos, articulaciones, ligamentos o huesos. Se trata de un dolor localizado, punzante, y que se irradia siguiendo trayectos nerviosos. El más frecuente es el dolor óseo producido por metástasis óseas; visceral: es el dolor originado en los órganos internos (aunque no todas las vísceras son sensibles al dolor). Se trata de un dolor mal localizado, continuo y profundo, y que se puede irradiar a zonas alejadas al lugar donde se originó. Algunos ejemplos de este tipo de dolor son los dolores tipo cólico, metástasis hepáticas y cáncer pancreático.

- Según el curso: continuo, persiste a lo largo del día y no desaparece; irruptivo: es el que aparece de forma brusca, intensa y transitoria sobre un dolor crónico persistente y estable.
- Según la intensidad: leve, puede realizar actividades habituales; moderado: interfiere con las actividades habituales; severo: interfiere con el descanso.
- Según la farmacología: responde bien a los opiáceos, dolores viscerales y somáticos; parcialmente sensible a los opiáceos: dolor óseo y el dolor por compresión de nervios periféricos; escasamente sensible a opiáceos: dolor por espasmo de la musculatura estriada y el dolor por infiltración-destrucción de nervios periféricos; causas del dolor oncológico.

Son muy variadas, pero las principales son:
- La progresión de la enfermedad o del tumor (70%): los tumores al ir creciendo invaden estructuras óseas, elementos vasculares o nerviosos, produce obstrucciones intestinales o la infiltración de vísceras huecas.
- Procedimientos diagnósticos y terapéuticos (20%): entre ellos cabe destacar las intervenciones quirúrgicas, o los efectos secundarios propios de la quimioterapia (mucositis gastrointestinal y bucofaríngea, neurotoxicidad) y/o de la radioterapia (enteritis rádica, cistitis rádica, osteonecrosis rádica).
- Síndromes paraneoplásicos.
- Otras patologías como artrosis, osteoporosis, cardiopatía isquémica, infarto de miocardio, etc.

2 Objetivos

Conocer mejor las causas y los factores que giran en torno al dolor oncológico, así como los tratamientos disponibles.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo realizamos una revisión bibliográfica buscando en las principales guías y manuales para el manejo del dolor oncológico, buscamos también en diferentes páginas web sobre este tema, y prestamos especial atención en las guías de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP).

4 Resultados

Es imprescindible realizar una correcta valoración, con la realización de la historia clínica y exploración física completas, así como aquellas exploraciones complementarias que puedan aportar resultados de utilidad clínica práctica. La evaluación del paciente y su dolor es imprescindible antes de emprender ningún tratamiento. Los pacientes con dolor oncológico han de ser evaluados de modo continuo y sus quejas se han de tener en cuenta siempre, abarcando aspectos físicos, psicológicos y sociales. La estrategia terapéutica se basa en unos principios:
- Tratamiento de la posible causa del dolor.
- Prontitud en el tratamiento para evitar sufrimiento.
- Evaluar las diferentes posibilidades terapéuticas existentes (farmacológica, radioterapia..) para conseguir el control más adecuado del dolor.

Según varios estudios, los tumores malignos son la primera causa de muerte en España. Alrededor de 90000 personas fallecen cada año en nuestro país por este motivo. Esto supone que una de cada cuatro muertes se atribuyen al cáncer. Diversos estudios han demostrado que la mitad de los pacientes con cáncer que sufren dolor reciben tratamiento analgésico inadecuado, por ello, como decíamos anteriormente, el principal problema a la hora de tratar el dolor oncológico es el de realizar una correcta valoración, ya que, según varios estudios realizados demuestran una insuficiente valoración del paciente en la mayoría de los casos, con una reducida utilización de escalas de medición de la intensidad del dolor. Estos mismos estudios demuestran que los pacientes mejor evaluados son también los mejor tratados.

Por ello es necesario valorar de forma exhaustiva una serie de aspectos relacionados con la percepción del dolor por parte del dolor oncológico:
- Intensidad del dolor: tiene un carácter muy subjetivo, y para su valoración existen distintas escalas de evaluación, que veremos más adelante.
- Tipo de dolor: hay que diferenciar entre el dolor somático, visceral, neuropático o mixto, puesto que dependiendo del tipo de dolor se puede requerir un tratamiento u otro. Por ejemplo, el dolor neuropático es mucho más resistente a los opioides clásicos como la codeína, morfina o el fentanilo, y aparentemente responde mejor a la oxicodona, buprenorfina y sobre todo a la metadona. Además los fármacos coadyuvantes como la gabapentina, venlafaxina, amitriptilina, carbamacepina o pregabalina son útiles en el tratamiento del dolor neuropático.
- Patrón del dolor: se refiere al momento de comienzo del dolor, su duración o persistencia.

- Factores desencadenantes: es necesario identificar los factores que provocan el cuadro del dolor para poder evitarlos.
- Factores de alivio: existen circunstancias que puede atenuar el dolor oncológico, como puede ser el descanso, la aplicación de calor o frío y la medicación analgésica.
- Síntomas que acompañan al dolor oncológico: por ejemplo náuseas, vómitos, diarrea o mareo.
- Efectos del dolor sobre las actividades de la vida diaria: el dolor oncológico puede limitar las actividades de la vida diaria, como la imposibilidad para realizar el aseo personal, afectación de las relaciones sociales y familiares, o la dificultad para deambular, lo que puede influir en el estado de ánimo, y esto, a su vez causar un mayor dolor.
- Examen físico del paciente oncológico: se pueden analizar las respuestas fisiológicas del paciente ante el dolor. Como decíamos anteriormente, para medir la intensidad del dolor antes y durante la terapia para evaluar la eficacia del tratamiento instaurada, se utilizan distintas escalas de valoración del dolor, las cuales se han creado para medir la intensidad del dolor para que la valoración de éste sea lo más individualizada y correcta posible y con su empleo se puede llegar a cuantificar la percepción del dolor por parte del paciente y así ajustar de una forma más exacta el uso de los fármacos analgésicos.

Estas escalas se clasifican en:
ESCALAS SUBJETIVAS DEL DOLOR. Se caracterizan por el hecho de ser el paciente quien nos informe acerca de su dolor. Se basan en la valoración de la intensidad del dolor. Pueden ser:
Unidimensionales:
- Escala de valoración verbal (EVV). Escala verbal simple: dolor ausente, moderado, intenso, tolerable. Consiste en interrogar al paciente acerca de su dolor diciéndole que si 0 es "no dolor" y 10 "es el máximo dolor imaginable" nos dé un número con el que se relacione su dolor.
- Escala de categoría numérica (ECN): existen múltiples escalas dentro de este grupo que alcanzan diferentes puntos máximos, siendo más sensibles cuanto más alto sean estos. Sus ventajas son semejantes a los de la escala verbal simple y su principal inconveniente es también la medida sólo de la intensidad. Un ejemplo es la escala de 0 a 10; el paciente debe optar por un número entre 0 y 10 que refleje la intensidad del dolor; todos los números aparecen encasillados de manera que lo que deberá hacer es marcar con una X la casilla que contiene el número elegido.
- Escala visual analógica (EVA): es una de las escalas más utilizadas para medir el dolor en la clínica. Consiste en una línea horizontal o vertical de 10 cm de longitud

dispuesta entre 2 puntos donde figuran las expresiones "no dolor" y "máximo dolor imaginable", que corresponden a las puntuaciones de 0 y 10 respectivamente; el paciente marcará aquel punto de la línea que mejor refleje el dolor que padece.

Escalas visuales para niños: Formada por 6 expresiones faciales, la primera muy sonriente y la última muy triste y llorosa, representando los distintos grados del dolor que puede experimentar el niño.

ESCALAS OBJETIVAS DEL DOLOR. Son las escalas de dolor en las que el propio observador infiere un valor a la intensidad del dolor que sufre el paciente. No se consideran como parte de la anamnesis. En cuanto al tratamiento del dolor oncológico, hay que destacar la escala analgésica del dolor diseñada por la OMS como un sencillo esquema de tratamiento progresivo del dolor oncológico. Varios estudios confirmaron que más del 80% de los pacientes pueden ser controlados utilizando la escalera analgésica.

- Analgésicos no opioides.

Constituyen el primer escalón de la escalera analgésica del dolor. Estos medicamentos son el paracetamol y los antiinflamatorios no esteroideos (AINES) Son un grupo amplio de medicamentos químicamente heterogéneos, con diversos grados de actividad analgésica, antiinflamatoria y anitipirética. Están indicados para el dolor de intensidad leve o moderada con afectación ósea o músculo-tendinosa y en la compresión mecánica de pleura o peritoneo, en pacientes con cáncer su uso está indicado sólo en casos de dolor oncológico leve o moderado. Tienen techo terapéutico, es decir, una dosis máxima diaria por encima de la cual no se consigue un mayor efecto analgésico. La dosis inicial del paracetamol sería de 650-1000 mg cada 4-6 horas por vía oral o rectal, pudiendo llegar a una dosis máxima de 1000mg/4horas. Efectos secundarios: gastrointestinales: dispepsia, pirosis, úlcera gastroduodenal, hemorragia y perforación; renales: insuficiencia renal, nefritis intersticial, síndrome nefrótico, necrosis papilar; pulmonares: broncoespasmo; hematológicos: discrasias sanguíneas; reacciones de hipersensibilidad: shock anafiláctico, urticaria.

- Analgésicos opioides débiles.

Constituyen el segundo escalón, entre ellos cabe destacar el tramadol, la hidrocodeína y la codeína. El tramadol es el fármaco de elección en este escalón, ya que el efecto analgésico de la codeína es débil y no se recomienda su uso como tal, ya que además de su escasa eficacia analgésica es muy frecuente el estreñimiento que deriva de su uso. El tramadol puede usarse a dosis de 75-400 mg/día repartidas en 3 o 4 tomas por vía oral.

- Analgésicos opioides potentes.

Constituyen el tercer escalón, y son la "estrella" en el manejo habitual del dolor oncológico. Su empleo está indicado tras el fracaso escalonado de la analgesia o bien de inicio ante dolores de intensidad severa (EVA igual o superior a 7). El opioide potente de referencia en el dolor oncológico es la morfina, del que existen formas de liberación rápida y sostenida (sulfato de morfina) por vía oral e incluso a través de la sonda nasogástrica. Se debe iniciar el tratamiento con dosis bajas de 5 a 10 mg de morfina de liberación inmediata cada 4 horas, aumentando o disminuyendo de manera progresiva según las necesidades de cada enfermo. Pasadas 24 horas, si el paciente sigue con dolor se aumenta un 50% la dosis inicial mientras que si la sedación es excesiva se reduce un 50%. Importante destacar que la dosis de morfina subcutánea se reduce a la mitad o un tercio de la oral. La vía subcutánea se utiliza cuando no es posible usar la vía oral y en las agudizaciones del dolor oncológico, y se administra mediante una "palomilla" que se coloca en el tejido subcutáneo del paciente. Efectos secundarios de la morfina: depresión respiratoria: el riesgo en pacientes con dolor oncológico es mínimo. Se trata con naloxona; estreñimiento: muy frecuente, es necesario realizar profilaxis con laxantes; náuseas y vómitos: se tratan con antieméticos (metoclopramida) o haloperidol; sedación: suele desaparecer espontáneamente, si no es así se debe hidratar adecuadamente al paciente y administrar psicoestimulantes; confusión y/o agitación: se trata con hidratación y administrando neurolépticos; vértigo: se trata con cinarizina; retención urinaria, que puede precisar sondaje; prurito, que puede ceder con antihistamínicos o paroxetina; sudoración, que puede responder a corticoides o anticolinérgicos; mioclonías, más frecuentes si existe insuficiencia renal. Se puede revertir con clonazepán e hidratación adecuada.

Existen también otros opioides potentes alternativos como el fentanilo por vía transdérmica o mediante parches. Tras ser aplicado un parche, las concentraciones séricas de fentanilo aumentan gradualmente a lo largo de un período de 12-24 horas, a partir de este momento permanecen relativamente constantes durante el resto de las 72 horas de su aplicación. Con las aplicaciones siguientes (cada 72 horas) utilizando parches del mismo tamaño, se mantienen concentraciones séricas de equilibrio. Otros opioides mayores empleados son la metadona por vía oral, que posee una potencia analgésica similar a la de la morfina, con una vida media más prolongada, y más recientemente la oxicodona por vía oral. Es importante destacar que los fármacos de tercer escalón no tienen un techo analgésico, y la dosis limitante viene determinada por los efectos secundarios graves que aparezcan como la depresión respiratoria, la sedación excesiva o el síndrome de neurotoxicidad inducida por opioides.

Además de todos estos fármacos, hay que tener en cuenta el uso concomitante de los fármacos coadyuvantes que en ocasiones resultan esenciales en el manejo del dolor oncológico, como ocurre en el caso del dolor neuropático o de las metástasis óseas. Estos fármacos son los corticoides sistémicos, antidepresivos y anticonvulsivantes.

5 Discusión-Conclusión

Tras realizar esta revisión bibliográfica, hemos llegado a la conclusión de que el dolor oncológico produce un gran impacto en la vida de los pacientes con cáncer, que se manifiesta por la disminución de su capacidad funcional y la aparición de síntomas físicos, afectivos y emocionales que alteran sustancialmente la calidad de vida del paciente. Por ello, para tratar el dolor es necesario hacer una correcta valoración del paciente, porque la medicina ofrece un abanico de tratamientos capaces de aliviar el dolor y el sufrimiento para un correcto tratamiento del dolor, y esto solo será posible si se realiza previamente una evaluación multidisciplinar del paciente que consiste en: anamnesis, exploración física y y valoración sistemática de las características del dolor. Asimismo es importante también tener en cuenta los factores psicosociales con el fin de abarcar todos los aspectos que puedan influir en su respuesta.

Varios estudios evidencian que los problemas psicológicos son uno de los principales factores que agravan la percepción del dolor en el paciente. Este aumento de malestar emocional está relacionado con la enfermedad en sí (su progresión, pronóstico, incapacidad funcional y aumento de dependencia); con el propio paciente y sus miedos al dolor y a morir; los problemas que genera en el ámbito familiar; la relación con el equipo médico y con el propio tratamiento, por ello muchas guías recogen la necesidad de educar no solo a profesionales sanitarios, sino también a pacientes y familiares, además de instar a mejorar la comunicación médico-paciente, ya que el dolor está asociado a otras manifestaciones como ansiedad, depresión, síndrome de desmoralización e incluso mayor riesgo de suicidio, por lo que el dolor conlleva un tratamiento físico pero también psicológico y psiquiátrico.

6 Bibliografía

- Anales de Medicina Interna,versión impresa ISSN 0212-7199. An. Med. Interna (Madrid) vol.24 no.11 nov. 2007Disponible en: http://scielo.isciii.es

- Oncología (Barcelona) versión impresa ISSN 0378-4835/Oncología (Barc.) vol.28 no.3 mar. 2005Disponible en: http://scielo.isciii.es
- Dr. Jorge Dagnino Sepulveda. (1994). Definiciones y clasificaciones del dolor. Boletín Esc. Medicina, P. Universidad Católica de Chile. 23: 148-151
- WHO Cancer Pain Relief, with a Guide to Opioid Availability. Geneva: World Health Organization, 1996.
- Guía clínica fisterraDisponible en: http://www.fisterra.com
- Manejo del dolor oncológico, Parham Khosravi Shahi, Alejandro del Castillo Rueda, Gumersindo Pérez ManDisponible en: http://dialnet.unirioja.es
- Dolor TDEL. Tratamiento del dolor. (2).

Capítulo 38

EL PACIENTE CON ENFERMEDAD DE RAYNAUD

BEATRIZ ALBA GONZÁLEZ

VIONAISY DEL CARMEN ALONSO DEL RIVERO HERNÁNDEZ

MARÍA NOELIA FERNÁNDEZ DÍAZ

VANESSA LÓPEZ TELLO

MARÍA SOLEDAD LÓPEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

La enfermedad de Raynaud (ER) o también denominada Fenómeno de Raynaud (FR) recibió esta denominación por el médico francés Maurice Raynaud que definió el primer caso en 1862 cuando era aún estudiante de medicina. El FR es una afectación de la circulación sanguínea en partes acras, fundamentalmente manos y pies que se manifiesta habitualmente como una sensación dolorosa junto a cambios de coloración de la zona afectada. Generalmente la mayor afectación se produce en las zonas distales de manos y pies pero también puede aparecer en otras zonas como los labios, la nariz, lóbulos de las orejas, la lengua o el mentón. La aparición de este fenómeno es más frecuente en el sexo femenino entre la segunda y la tercera década de la vida. La etiología es desconocida aunque se relaciona con determinados factores como el consumo de tabaco o de alcohol así como con los cambios de temperatura, generalmente la exposición al frío y los

cambios emocionales. El FR puede ser primario o aparentemente sin causa conocida mientas que la presencia de alguna enfermedad asociada, sobre todo alguna afectación del tejido conectivo, constituye el FR secundario. (1,2)

La clínica que se presenta en esta enfermedad se caracteriza por cambios secuenciales de la coloración de la piel, aparece una palidez marcada debida a la isquemia, un tono azulado por el estasis sanguíneo y finalmente la aparición de una fase hiperémica y dolorosa por la restitución del flujo de sangre a los tejidos. Estos cambios de coloración pueden acompañarse de edema o inflamación así como de parestesias. (1)

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Describir la evidencia actual en referencia a la enfermedad de Raynaud.

Objetivos secundarios:
- Describir la epidemiología, diagnóstico, clínica y tratamiento de la Enfermedad de Raynaud.

3 Metodología

Para el desarrollo del presente estudio se ha realizado una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos:
- Google académico: introduciendo los descriptores: "Enfermedad de Raynaud", "Fenómeno de Raynaud" y "vasculopatía", limitando la búsqueda a artículos completos desde 2009 hasta 2019.
- SciELO: introduciendo los descriptores: "Enfermedad de Raynaud", "Fenómeno de Raynaud" y "vasculopatía", limitando la búsqueda a artículos completos desde 2009 hasta 2019.
- Biblioteca Cochrane: introduciendo los descriptores: "Enfermedad de Raynaud", "Fenómeno de Raynaud" y "vasculopatía", limitando la búsqueda a artículos completos desde 2009 hasta 2019.

Palabras clave: enfermedad de Raynaud, fenómeno de Raynaud, vasculopatía. Diseño: se trata de una revisión bibliográfica para determinar la evidencia más actual en cuanto a la afectación de la población por enfermedad de Raynaud así como las tendencias actuales de tratamiento de acuerdo a la bibliografía publicada los últimos 10 años.

Criterios de Inclusión:
- Artículos que traten el tema a estudio.
- Artículos en español

Criterios de exclusión:
- Artículos no encontrados a texto completo.
- Artículos anteriores a 2009.

4 Resultados

La enfermedad de Raynaud es una alteración vascular funcional que consiste en un vasoespasmo de arterias y arteriolas periféricas de aparición episódica que se presenta fundamentalmente en la zona distal de las extremidades, en los dedos de manos y pies así como en otras zonas como la nariz y las orejas. Los episodios iniciales generalmente cursan con afectación de unos pocos segmentos digitales hasta que progresivamente con el tiempo la afectación se extiende a la mayor parte de los dedos. (2)

En conjunto tiene una prevalencia en la población general de un 3-5% predominantemente en mujeres entre los 20-30 años siendo más habitual en zonas climáticas frías. Francia registra la mayor prevalencia y la población afroamericana la menor mientras que España se sitúa en un 3.7% la mayor parte de ella correspondiente a FR primario. Esta alteración es un motivo de consulta frecuente tanto en la consulta de medicina general como en la de reumatología. (3,4)

La prevalencia en edad infantil no se conoce, sin embargo, se cree que es una afección rara y que comparte con los adultos la mayor afectación del sexo femenino. (5)

En la bibliografía se documentan dos tipos de enfermedad de Raynaud, la primaria que constituye del 50-90% de los casos y la secundaria. El primer caso denominado Fenómeno de Raynaud primario, idiopático o enfermedad de Raynaud tiene tendencia a presentarse de forma más habitual en el sexo femenino en la mayoría de los casos de inicio antes de la tercera década de la vida y con sintomatología leve. En el segundo caso denominado Síndrome de Raynaud o Fenómeno de Raynaud secundario se asocia a otras enfermedades, la sintomatología suele ser más intensa y la edad de inicio se sitúa a partir de los 30 años. Además suele presentar anticuerpos antinuclerares positvos en las analíticas de sangre. (2)

El FR secundario puede estar asociado a múltiples patologías, entre ellas: (5, 6)
- Reumatológicas: lupus eritematoso sistémico; esclerodermia; artritis reumatoide; enfermedad mixta del tejido conectivo; polidermatomiositis; síndrome de Sjogren primario; arteritis de Takayasu; arteritis de células gigantes; enfermedad de Buerguer; cirrosis biliar primaria
- Costilla cervical: síndrome del escaleno; síndrome del túnel carpiano.
- Trastornos vasoespásticos: angina de Prinztmetal; migraña.
- Alteraciones hematológicas: crioglobulinemia; aglutininas frías; paraproteinemia; policitemia.
- Distrofia simpático refleja.
- Neoplasias: gammapatías monoclonales; feocromocitoma; carcinoma de ovario; linfoma.
- Infecciones: parvovirus B19; helicobacter pylori.
- Trastornos endocrinos: síndrome carcinoide; hipotiroidismo.
- Drogas: ergotamina; bloqueantes betaadrenérgicos; vinblastina; vleomicina; metisergida; interferón ; tegafur.
- Enfermedades profesionales: trabajadores con martillo neumático; trabajadores con Vinilcloride.
- Enfermedades vasculares: tromboangeítis obliterante; tromboembolismo; ateroesclerosis.

En todos los casos del fenómeno de Raynaud la clínica típica pasa por tres fases:
- Fase isquémica o de palidez en la que aparece una isquemia digital con una duración de minutos que se asocia a alteraciones de la sensibilidad como las parestesias, disestesias. Esta fase es debida al vasoespasmo que provoca vasoconstricción y frialdad de la zona.
- Fase de cianosis consecuencia de la sangre con baja concentración de oxígeno debido al vasoespasmo que tiene una duración variable y desaparece al aplicar calor local.
- Fase de hiperemia reactiva debida a la restauración del flujo de sangre de forma rápida. En esta fase la piel se encuentra enrojecida y existe una sensación de calor.

A parte de estas alteraciones vasomotoras se pueden presentar manifestaciones sensoriales como tumefacción, rigidez, parestesias o dolor constante. (3) En casos más prolongados en el tiempo es posible la afectación de los tejidos con crecimiento ungueal lento y uñas frágiles y deformadas, afectación de la piel con atrofia del tejido cutáneo y piel delgada denominada esclerodactilia. A partir de aquí pueden darse infecciones ungueales, focos de necrosis tisular y úlceras y

por último gangrena en casos muy raros. (3)
Los estudios de la fisiopatología hasta entonces concluyen que las causas de este fenómeno se deben a varios factores, entre ellos, alteraciones vasculares tanto a nivel estructural como funcional y alteraciones nerviosas. La afectación vascular estructural se basa en el engrosamiento de la íntima por daño del endotelio vascular que causa una oclusión vascular. En cambio las alteraciones funcionales se deben a la presencia de sustancias vasoactivas vasodilatadoras como el óxido nítrico y la prostaciclina así como vasoconstrictoras como la endotelina-1 y el inhibidor del plasminógeno tisular. La afectación nerviosa se plantea como un aumento en la sensibilidad de los receptores del sistema nervioso simpático que provocan una vasoconstricción como respuesta a determinados factores como las temperaturas bajas o el estrés. (7)

El diagnóstico es clínico mediante un examen físico y además se pueden realizar otras exploraciones complementarias que valoran su asociación con enfermedades autoinmunes. En esta fase de diagnóstico es imprescindible realizar una buena anamnesis recogiendo datos relativos a las características de presentación del cuadro así como determinar los factores de riesgo presentes. La exploración física deberá incluir una valoración general, medida de aspectos como la tensión arterial, palpación de pulsos y búsqueda de lesiones así como de signos que sugieran algún tipo de afectación del tejido conectivo o de enfermedad vascular periférica. Entre las pruebas complementarias a realizar en un paciente con sospecha de FR se encuentra la realización de analítica con hemograma y bioquímica completa, proteinograma, sistemático y sedimento de orina, función renal y hepática, radiografía de tórax y extremidades, capilaroscopia y determinación de anticuerpos antinucleares.

A este respecto las pruebas de detección de anticuerpos presentan un gran valor en el momento de descartar una enfermedad reumatológica asociada a este fenómeno permitiendo diagnosticar la enfermedad de base y clasificarlo como síndrome de Raynaud o Fenómeno de Raynaud secundario. También se puede realizar una prueba de estimulación con frío en la que se someten las manos del paciente a agua fría durante unos minutos y se observan los cambios que se producen en los tejidos. (5, 7)

En cuanto a las pruebas de imagen específicas que se pueden realizar para llegar a un diagnóstico adecuado se encuentran la capilaroscopia, la termografía, radiografías convencionales, la resonancia magnética, la angiografía y el doppler. La capilaroscopia es un método fácil de realizar que consiste en la aplicación

de aceite mineral en los pliegues ungueales de los dedos afectados y la determinación por medio de una lupa o microscopio la morfología de los capilares ungueales. Este examen es un método de imagen no invasivo, fácilmente reproducible que permite valorar la microcirculación en vivo. (7)

La capilaroscopia se realiza en todos los dedos con la mano colocada a la altura del corazón y se valorará la presencia de capilares dilatados, hemorragias, vasos tortuosos, pérdida de capilares o neoangiogénesis. Este examen se considerará anormal cuando se observen cambios en al menos dos dedos. Este método diagnóstico será de utilidad también en el hallazgo de características propias de un FR secundario determinando en ese caso su asociación con alguna patología. (4)

La termografía nos va a permitir medir la temperatura de la superficie así como el flujo sanguíneo en los vasos de diferentes calibres. Sin embargo es una técnica más costosa que la capilaroscopia y requiere de determinados controles por lo que es menos utilizada. La radiografía simple puede ayudar fundamentalmente en la determinación de cambios a nivel osteoarticular tales como la resorción ósea, calcinosis, osteomielitis o compromiso intraarticular.

El ultrasonido doppler es una prueba diagnóstica muy útil en la valoración de los pulsos periféricos, que podrá completarse con una angiografía si se precisa de un mayor estudio. La angiografía radiográfica permite visualizar la luz de los vasos y es de utilidad en la valoración de las estenosis, las oclusiones, aneurismas y otras alteraciones vasculares. Por último la resonancia magnética permite una mejor visualización con menor dosis de medio de contraste. (4)

En cuanto al diagnóstico final se debe tener el cuenta que en el FR primario los anticuerpos antinucleares son negativos con capilaroscopia y VSG normal mientras que en el el FR secundario estos parámetros estarían afectados. Para determinar si nos encontramos ante un FR primario o secundario existen unos criterios diagnósticos realizados por Le Roy y Medsger en 1992 que se presentan a continuación (2, 3):

FR Primario:
- Edad de comienzo < de 30 años.
- Crisis vasoespáticas provocadas por el frío o las emociones.
- Ataques simétricos en ambas manos.
- Pulsos arteriales normales.
- Ausencia de edema, ulceración o necrosis.
- Ausencia de clínica compatible con causa secundaria.

- Capilaroscopia normal.
- Anticuerpos antinucleares (FAN) no reactivo.
-Eritrosedimentación < 20mm/1º hora.

FR secundario:
- Edad de comienzo > de 30 años.
- Ataques intensos, dolorosos, asimétricos.
- Asociado a lesiones isquémicas cutáneas .
- Cuadro clínico sugestivo de enfermedad del tejido conectivo.
- Capilaroscopia anormal.
- Autoanticuerpos presentes.

Además se debe realizar un diagnóstico diferencial de otras patologías como son: (1, 3)
- Acrocianosis que es una alteración de las manos y los pies, que se presenta de forma simétrica y no dolorosa sin cambios en los tejidos y cianosis mantenida. Es una afección que empeora con el frío.
- Eritema pernio o del frío, afección que consiste en sensación álgica, prurito y cianosis en una determinada zona especialmente en cara dorsal de las manos y que cede espontáneamente en unos días.
- Eritomelalgia, que consiste en un eritema con aumento de temperatura y sensación álgica que sucede de forma paroxística y se agrava con el calor. Tiende a mejorar con los antiinflamatorios no esteroideos.
- Livedo reticularis, caracterizado por una coloración azulada en forma de red, mantenida en el tiempo, en extremidades, tronco y abdomen.
- Vasculitis cutánea, cuya lesión típica es la púrpura, es una alteración urticariforme que deja hiperpigmentación tras la curación.
El objetivo que ha de fijarse a la hora de realizar un tratamiento de un paciente con FR será reducir la vasoconstricción favoreciendo la vasodilatación. Con ello se conseguirá mejorar la sintomatología así como prevenir las complicaciones de tipo isquémico que se pueden producir. (8)

El tratamiento del FR se basa en medidas higienico-dietéticas fundamentadas en un cambio en el estilo de vida. Si estas medidas no fuesen eficaces se tendría que recurrir a un tratamiento farmacológico. Las medidas que se deben instaurar en un principio para intentar paliar la sintomatología del FR serían cambios en el estilo de vida como evitar el tabaco o abandono del hábito, evitar la exposición a temperaturas frías, empleo de prendas protectoras como guantes y medias gruesas, evitar el contacto con objetos fríos, evitar el uso de sustancias que producen

vasoconstricción como la cafeína, cocaína, anfetaminas, ergotamina, efedrina y fenilefrina así como evitar en lo posible factores estresantes y los traumatismos repetidos o la vibración en el caso de fenómeno de Raynaud provocado por vibración. (4)

Además de lo anterior, existen otras terapias basadas en el comportamiento que incluyen el biofeedback, el condicionamiento clásico y el entrenamiento autogénico. Están basadas en el autocontrol de los síntomas facilitando su tolerancia y paliando el estrés. A este respecto, muchos autores determinan que estas terapias estarían recomendadas en combinación con otras tales como las medidas farmacológicas. (4)

Dentro del tratamiento farmacológico, diversos fármacos han demostrado mejorar la sintomatología. Entre ellos: (4,9,10)

- Antagonistas del calcio: son los más utilizados y es el tratamiento de primera línea, entre ellos el nifedipino (30 a 90 mg/día) es útil en la disminución de las crisis en pacientes con FR primario. Este fármaco es empleado en ocasiones junto a ácido acetilsalicílico y anestésicos como la lidocaína o bupivacaína en ataques agudos para aliviar el vasoespasmo y el dolor. Esta terapia puede disminuir la frecuencia e intensidad de los ataques en un 30% en el caso del fenómeno de Raynaud primario mientras que en el secundario pueden disminuir la intensidad en un 35% de los casos. Una revisión Cochrane del año 2017 determina que los bloqueantes de los canales del calcio pueden ser útiles para reducir la frecuencia, duración y gravedad de los ataques, así como el dolor y la discapacidad asociados con el fenómeno de Raynaud. Las dosis mayores pueden ser más efectivas que las dosis menores y que son más efectivos en el fenómeno de Raynaud primario con el problema de que se producen más perdidas de pacientes debido a los efectos adversos en los grupos de tratamiento aunque no se produjeron eventos adversos graves. (11)
- Prostaglandinas: el empleo de estos fármacos y sus análogos como el iloprost, puede ser útil en pacientes con esclerosis sistémica y en ataques agudos aunque su efectividad está en entredicho.
- IECAs como el captopril o el enalapril con una dosis diaria de 37,5mg pueden ser efectivos debido a que previenen la degradación de la bradicinina lo que provoca una vasodilatación debido a la producción de óxido nítrico y prostaciclinas.
- Bloqueantes de los receptores alfa-adrenérgicos como el Prazosín (3-9mg/día).
- Inhibidores del receptor de la angiotensina II (ARAII) como el Losartán (25-50mg/día)
- Inhibidores de la serotonina como la Ketanserina (20-40mg/día) o la Fluoxetina

(20mg/día) también son empleados debido a que la serotonina es un vasoconstrictor potente liberado por las plaquetas.
- Inhibidores de la fosfodiesterasa como el cilostazol, sildenafil o Tadalafil han mostrado mejoría en algunos pacientes por lo que se ha ido aumentado su uso especialmente en aquellos pacientes que no responden adecuadamente al tratamiento inicial o en pacientes con fenómenos vasculares graves.
- Inhibidores de los receptores de endotelina como el Bosentan (125mg/día durante un mes y aumentando al doble de dosis como mantenimiento). Este tratamiento ha demostrado disminuir la formación de nuevas ulceraciones digitales sin interferir en la cicatrización de las existentes.
- Otros fármacos como la pentoxifilina (400mg/día) pueden ser de utilidad. Este fármaco se utiliza solo o en combinación con otros vasodilatadores y logra mejorar la flexibilidad del glóbulo rojo inhibiendo la fosfodiesterasa del mismo, reducir la viscosidad de la sangre disminuyendo la concentración de fibrinógeno y favoreciendo la oxigenación tisular.
- Heparina: en casos de isquemia severa o sospecha de enfermedad oclusiva durante 48 o 72 horas aunque según la bibliografía consultada, sería necesario más estudios con mejor evidencia.
- El tratamiento antiagregante no tiene utilidad en pacientes que sufren fenómeno de Raynaud primario, ya que según la fisiopatología, no existe alteración plaquetaria. Sin embargo, en caso del fenómeno de Raynaud secundario, puede ser útil debido a la activación endotelial secundaria, aún cuando la bibliografía no es concluyente a este respecto.
- El empleo de estatinas puede ser de utilidad en el fenómeno secundario debido a la posibilidad de reducción de la intensidad de los ataques y de la disminución del número de úlceras digitales.
- La nitroglicerina vía oral o tópica favorece la vasodilatación y puede ser de utilidad aunque con efectos secundarios como cefaleas, erupciones cutáneas, prurito, hipotensión ortostática, taquicardia, náuseas y vómitos.
- Los suplementos del óxido nítrico se pueden emplear para favorecer la vasodilatación en forma de parches transcutáneos, la administración oral de su precursor, la L-arginina o mediante la administración vía parenteral de nitroprusiato de sodio.
- La toxina botulínica A ya que elimina la inhibición colinérgica ejercida sobre la relajación neurogénica, si bien es cierto que es una terapia incipiente y que son necesarios más estudios para determinar su beneficio en el fenómeno de Raynaud. (9)
- Inhibidores de la Rho-quinasa, proteína transmembrana que se relaciona con el

vasoespasmo inducido por el frío. (6)

Además de todo esto en algunos casos puede ser útil el bloqueo del ganglio estrellado que se emplea en múltiples síndromes dolorosos crónicos. En este caso se produce vasodilatación por bloqueo simpático, sin embargo, esta técnica se reserva a casos de isquemia severa que no responden a tratamiento farmacológico. Otras opciones serían las simpatectomía química que favorece la reducción del vasoespasmo y del dolor pero con un efecto temporal, la simpatectomía cervical, torácica o lumbar o la reconstrucción vascular que mejora la perfusión vascular y los síntomas. En caso de necrosis se podría emplear un desbridamiento quirúrgico y la amputación en gangrena o úlceras digitales intratables. (3, 8)

5 Discusión-Conclusión

El fenómeno de Raynaud viene definido por la presentación de episodios paroxísticos vasoespásticos de las arterias y arteriolas fundamentalmente de las manos y los pies aunque puede darse en otras localizaciones. Existen dos tipo de fenómeno de Raynaud, primario o idiopático o secundario a otras enfermedades siendo en todos los casos más frecuente en el sexo femenino. El diagnóstico se basa en la clínica con cambios de coloración y sensitivos y las pruebas complementarias fundamentalmente la capilaroscopia, prueba inocua y económica. El tratamiento estará basado en medidas higiénico-dietéticas evitando el estímulo del frío y estrés que desencadena la clínica así como medidas farmacológicas. En este sentido los fármacos más empleados son los antagonistas del calcio como el nifedipino. Como última opción de tratamiento estarían los bloqueos nerviosos o la cirugía en caso de ulceraciones o gangrenas.

6 Bibliografía

- 1. Franquelo Morales P, Panadero Sánchez A, González Martínez F, Losada Ruiz S. Fenómeno de Raynaud. Rev Clín Med Fam. 2009;2(6):309-311.
- 2. Choque Condon TG. Fenómeno de Raynaud: clínica, diagnótico y tratamiento. S Científica.2011;9(1):50-53.
- 3. Delgado Robledillo PE. Síndrome de Raynaud y su afectación en el pie. Reduca. Serie Sesiones clínicas Podológicas.2011;3(1):89-101.
- 4. Alonso Rodríguez-Criollo J, Jaramillo-Arroyave D. Fenónemo de Raynaud. Rev Fac Med.2014;62(3):455-464.

- 5. Álvarez Hidalgo RJ, Escalante Padrón O. Valor de las pruebas inmunológicas en el diagnóstico de pacientes con fenómeno de Raynaud. Revista española de investigaciones quirúrgicas. 2009;12(2):87-89.
- 6. Jiménez Jiménez IJ et al. Actualización en el manejo terapéutico del fenómeno de Raynaud. Revista española de investigaciones quirúrgicas. 2011;14(3):161-167.
- 7. Arig IA. El fenómeno de Raynaud. Revista médica de Costa Rica y Centroamérica. 2010;67:497-501.
- 8. Vásquez Peralta MH et al. Síndrome de Raynaud. Tratamiento médico y quirúrgico. Revista Cubana de Reumatología. 2016;18(3):262-267.
- 9. Zapata K, García L. Fenómeno de Raynaud. Rev Asoc Colomb Dermatol. 2011;19:280-292.
- 10. Guerrero García A. Fenómeno de Raynaud. Biociencias. 2017;12(1):93-99.
- 11. Rirash F, Tingey PC, Harding SE, Maxwell LJ, Tanjong Ghogomu E, Wells GA, Tugwell P, Pope J. Calcium channel blockers for primary and secondary Raynaud's phenomenon (Bloqueadores de los canales de calcio para el fenómeno de Raynaud primario y secundario). Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 12. Art. No.: CD000467. DOI: 10.1002/14651858.CD000467.pub2

Capítulo 39

SÍNDROME METABÓLICO: PREVALENCIA Y VALIDACIÓN DE NUEVAS FÓRMULAS DE RIESGO CARDIOVASCULAR BASADAS EN SUS CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

CRISTINA LEMA GONZÁLEZ

AZUCENA MONJARDÍN PASARÍN

LAURA LAVANDEIRA CORCHO

LAURA CAMPOS RIOPEDRE

PATRICIA CAMPO GONZALEZ

1 Introducción

1.1. SÍNDROME METABÓLICO.
El Panel III de Tratamiento de Adultos (ATP III) del Programa Nacional para la Educación sobre el Colesterol identifica al síndrome metabólico como un factor de riesgo múltiple de enfermedad cardiovascular. De acuerdo con los criterios del ATP III una persona tiene síndrome metabólico si presenta tres o más de la siguiente constelación de criterios: perímetro abdominal mayor a 102 cm en hombres o a 80 cm en mujeres, triglicéridos mayor o igual a 150 mg/dl, colesterol

HDL menor a 40 mg/dl en hombres o menor a 50 mg/dl mujeres, presión arterial mayor o igual a 130/85 mmHg y glucosa mayor o igual a 110 mg/dl (1-3). También se han descrito otros criterios diagnósticos para definir este síndrome por parte de la Organización Mundial de las Salud (OMS) o la Federación Internacional de Diabetes (IDF), si bien existe mayor consenso en seguir los criterios del ATP III. Tal como indica la OMS la resistencia a la insulina es un componente necesario para padecer síndrome metabólico, y ésta se relaciona con la diabetes tipo 2, con glucemias basales alteradas (mayor o igual a 110 mg/dl) o intolerancia a la glucosa (4).

La prevalencia del síndrome metabólico en España es de un 30% a 40% de la población, variando en función del estudio considerado, la metodología de selección de los participantes y los grupos de población estudiados. Este síndrome tiende a aumentar con la edad y con el aumento de la prevalencia de obesidad (5-9). A pesar de la atención prestada en los últimos años al estudio del síndrome metabólico, su inclusión como factor de riesgo cardiovascular es controvertida, existiendo mayor consenso en su interés académico.

1.2. ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR Y FACTORES DE RIESGO.

Las enfermedades cardiovasculares son un gran problema en la actualidad. Causa alrededor de 4 millones de muertes en Europa, el 47 % del total de muertes es debido a ellas, 52% en mujeres y 42% en hombres. Generan un coste estimado en la UE de casi 196 mil millones de euros al año (9). Tanto en España como en Asturias son la primera causa de muerte. Hay más de 125000 muertes y más de 5 millones de estancias hospitalarias a causa de enfermedades cardiovasculares al año en nuestro país (1, 10, 11). Esto es debido a la alta prevalencia en los factores de riesgo, muchos de ellos característicos del síndrome metabólico (12).

El número de factores de riesgo cardiovascular incrementa a partir de los 55 años, tanto en mujeres como en hombres (7,9). La historia familiar también es importante a la hora de calcular este riesgo, debido a que muchos de los factores son hereditarios (diabetes, hipertensión, hipercolesterolemia…), y además haber sufrido una enfermedad cardiovascular anterior y/o tener algún familiar que haya tenido una de estas aumenta el riesgo (13).No sólo los eventos cardiovasculares influyen en el riesgo sino también sufrir otras enfermedades como: las producidas por virus influenza; apnea del sueño; disfunción eréctil; enfermedad renal moderada a severa crónica; patologías autoinmunes como psoriasis, lupus eritematoso o artritis reumatoide; periodontitis; enfermedades vasculares tras una radiación o un trasplante (8, 13).

En cuanto a los parámetros analíticos, los niveles altos de fibrinógeno, apolipoproteína B y lipoproteína A especialmente en combinación con un aumento de la proteína C-reactiva ultrasensible, se han mostrado a través de varios estudios como un factor de riesgo que subyacen al desarrollo de placas ateroscleróticas (13). Otros riesgos, que además se pueden modificar, forman parte del estilo de vida como son: fumar, llevar una vida sedentaria, beber alcohol o no alimentarse con una dieta equilibrada. Los factores psicosociales como pueden ser: vivir en un nivel socioeconómico bajo, sufrir estrés laboral o familiar, depresión, ansiedad, hostilidad o ser un individuo con personalidad tipo D, la cual combina un estado afectivo negativo con la inhibición social; también aumentan la probabilidad de sufrir una de estas enfermedades (13,14).

1.3. MEDIDA DEL RIESGO CARDIOVASCULAR.

Es necesario saber calcular correctamente el riesgo de sufrir una enfermedad cardiovascular que tiene cada persona.

Actualmente se utilizan estas escalas de riesgo, con diferentes variables:

• Framingham: Para averiguar los factores de riesgo cardiovascular se inició una investigación en 1948, el Framingham Heart Study bajo la dirección del National Heart Institute, y acompañado del National Heart, Lung and Blood Institute y Boston University. Esta investigación consiste en realizar unos exámenes cada dos años para tener una historia clínica detallada realizando entrevistas de estilo de vida, un examen físico y unos exámenes de laboratorio a 5209 hombres y mujeres entre las edades de 30 y 62 de la ciudad de Framingham, Massachusetts (15, 16). En 1971, el estudio se hizo a una nueva generación, a los hijos adultos de los participantes originales y a sus cónyuges para participar en exámenes similares. En 1994, fue necesario establecer un nuevo estudio que reflejase una comunidad más diversa. En abril de 2002 se inscribió una tercera generación de los participantes, los nietos de la cohorte original. Finalmente este estudio ha llevado a la identificación de los principales factores de riesgo, diabetes, tabaquismo, colesterol total alto, presión arterial alta, obesidad e inactividad física (15).

• SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation): El proyecto SCORE ha sido financiado por la Unión Europea como un proyecto Europeo de Acción Concertada de tres años en el programa BIOMED-2 entre 1998 y 2001. Este modelo estima el riesgo de muerte cardiovascular a 10 años basado en 12 estudios de cohortes europeas con 205178 individuos (88080 mujeres y 117098 hombres) de 24 a 75 años estudiando las variables edad, sexo, presión arterial sistólica, colesterol HDL, colesterol total y tabaquismo. Es recomendado por La Tercera conjunta de prevención cardiovascular. No sólo evalúa la enfermedad coronaria, como la escala Framingham, sino que también estima el riesgo mortal de todas las mani-

festaciones aterotrombóticas cardiovasculares, incluidos el ictus, la insuficiencia cardiaca, la insuficiencia arterial periférica o ciertos aneurismas (1, 17). Dada la variabilidad geográfica del riesgo cardiovascular en Europa, en 2003 se desarrollaron dos modelos SCORE, para países de alto o bajo riesgo, España pertenece a este último grupo (18). En 2007, para conseguir una predicción más segura y adaptada a las tendencias temporales en la mortalidad y la distribución de los factores de riesgo de cada país, las guías de la Cuarta Fuerza de Tarea de Sociedades Europeas recomiendan el desarrollo de tablas nacionales y la recalibración de las escalas, por tanto ese año se presentó la tabla SCORE calibrada para España, la cual no incluye el colesterol HDL (1, 17, 18). Una de las limitaciones de este proyecto es que no incluye en sus tablas a los pacientes diabéticos, mientras que el CEIPC (Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular) clasifica a todos los diabéticos como de riesgo alto (19).

• REGICOR (Registre Gironi del Cor): En estos estudios se sustituyó la incidencia de la ecuación de Framingham por la incidencia en la población de Girona a través del registro poblacional de REGICOR de enfermedad cardiaca, y la prevalencia de gente sin enfermedad cardiovascular recogidos en un estudio de cohorte de 1995 (20, 21). Se han llevado a cabo varios estudios en esta población entre 25 y 74 años en los que se analizó, además de los factores de riesgo cardiovascular clásicos (diabetes, hipertensión, dislipemia y consumo de tabaco), otros como, actividad física, dieta, biomarcadores bioquímicos de perfil lipídico, resistencia a la insulina, oxidación, inflamación, y genéticos, función endotelial, cardíaca, hemodinámica y estado hemostático (13, 20). A partir de estos datos se generaron las tablas de riesgo. Estos datos fueron validados por el estudio VERIFICA para toda la población española, para ello se recogió información de gente de todo el país con diferentes factores de riesgo (21). Estos estudios a nivel poblacional se han hecho a fin de obtener un conocimiento más preciso.

Comparando estas escalas, el resultado es que tienen discrepancias en poblaciones de riesgo alto y en las indicaciones terapéuticas (SCORE favorece la intervención en mujeres hipertensas y Framingham en varones dislipémicos), además el riesgo varía según el lugar dónde se ejecute el estudio (13,16, 20, 22). Un estudio de cohortes retrospectivo en población española durante 10 años concluyó que SCORE presentaba mayor validez que REGICOR en la valoración del riesgo real de episodios coronarios y muerte cardiovascular (19), aunque ninguna escala se ajustaba a la realidad: REGICOR subestimaba el riesgo y la Framingham y SCORE lo sobrestimaba (19,21, 22). Tras esta información se llega a la conclusión de que el riesgo varía según sea calculado con una escala o con otra. Por tanto, con una

nueva escala se podría identificar a pacientes que son calificados de riesgo no alto y en realidad podrían tener un riesgo cardiovascular mayor, o personas que son tratadas cómo posibles candidatos a sufrir una enfermedad cardiovascular cuando en realidad no hay tal riesgo en estas, además podrían evitarse costes para tratamientos crónicos (1, 13,19, 21).

2 Objetivos

1. Diagnosticar el síndrome metabólico de acuerdo con los criterios del ATP III (perímetro abdominal, presión arterial, glucemia, colesterol HDL y triglicéridos) en una población de adultos de 35 a 75 años, de ambos sexos.
2. Estimar el riesgo cardiovascular de los sujetos del estudio, sin enfermedad cardiovascular, con y sin síndrome metabólico, con las tablas existentes y validadas para población adulta: Framingham, SCORE en España, SCORE en países de riesgo bajo y REGICOR.
3. Correlacionar el valor predictor de la formula obtenida mediante los modelos multivariantes adaptativos de regresión por medio de splines con las tablas de riesgo cardiovascular del apartado anterior.

3 Metodología

3.1. TIPO DE ESTUDIO.
Se trata de un estudio descriptivo transversal en el que la población diana son participantes de ambos sexos. Este estudio se ha llevado a cabo en los meses enero, febrero y marzo de 2019 en el centro de salud Mieres- Norte, del Área Sanitaria VII de Asturias.

3.2. TAMAÑO Y MÉTODO DE SELECCIÓN DE MUESTRA.
Para calcular el tamaño muestral, se ha tenido en cuenta: la población total, 682 sujetos adscritos a la consulta en la que se realizó el estudio y se encuentran en las edades estudiadas, una prevalencia del síndrome metabólico del 20%, un nivel de confianza del 95% y un margen de error de 5%. Con estos datos el resultado es de 181 personas, como muestra representativa para llevar a cabo el estudio. Se ha escogido la muestra de forma casual, por conveniencia. Los pacientes que han ido a la consulta en esas fechas por cualquier causa, a los cuales se les ha explicado en qué consiste el estudio y se les ha entregado un consentimiento para que firmen si deseaban participar.

3.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.
Criterios de inclusión: Pacientes adscritos al centro de salud Mieres-Norte, entre 35 y 75 años de edad, de ambos sexos que tengan analítica reciente, considerando reciente 6 meses de antigüedad.
Criterios de exclusión: Pacientes que cumpliendo los criterios anteriores hayan sufrido una enfermedad cardiovascular y aquellos que no hayan firmado el consentimiento informado.
3.4. VARIABLES ESTUDIADAS.
Las variables independientes estudiadas son: edad, sexo, peso, talla, IMC, presión arterial (medida en mm de Hg con un esfigmomanómetro digital validado, Omron M6 COMFORT al paciente sentado), perímetro abdominal en cm (medidos en la zona más prominente del abdomen que coincide con el ombligo, con una cinta métrica anatómica con medición de Índice de Masa Corporal, al paciente de pie), número de paquetes de tabaco que consume al año y gramos de alcohol ingeridos en una semana. Otras variables cuantitativas obtenidas de una analítica reciente fueron: colesterol HDL, colesterol total, colesterol LDL, triglicéridos, glucemia, hemoglobina glicosilada, ácido úrico, creatinina, microalbuminuria.

Los análisis de sangre fueron determinados por el laboratorio del Hospital Álvarez Buylla de Mieres (Asturias). El diagnostico de hipertensión y/o diabetes y el tratamiento farmacológico que sigue el paciente de forma crónica, son cualitativas. Se ha determinado a cada sujeto el riesgo cardiovascular, mediante diferentes escalas: Framingham, REGICOR, SCORE para países de bajo riesgo y SCORE para España.

3.5. DEFINICIÓN OPERATIVA.
Se realizaron medidas exploratorias tales como talla, peso, índice de masa corporal, presión arterial y perímetro abdominal. Además se han obtenido diferentes parámetros de una analítica reciente: colesterol total, HDL, LDL, triglicéridos, glucosa en ayunas, HbA1C, ácido úrico, creatinina, y microalbuminuria. También se han obtenido datos sobre enfermedades crónicas (diabetes e hipertensión) y tratamiento que sigue en casa. Consultando la historia clínica de cada paciente se obtuvo el dato de enfermedad cardiovascular anterior. Considerando enfermedad vascular a la cardiopatía isquémica (angina o infarto), aneurisma coronario, aneurisma aórtico, accidente cerebrovascular, ictus transitorios, infarto cerebral, miocardiopatía hipertensiva, enfermedad cardiorrenal hipertensiva, nefroangioesclerosis, insuficiencia renal secundaria a hipertensión, el TEPA, la isquemia crónica de miembros inferiores (claudicación intermitente), la retinopatía hipertensiva y la trombosis de la arteria central de la retina.

Se puede definir al síndrome metabólico como una condición patológica asociada a resistencia a la insulina e hiperinsulinemia esto se asocia significativamente a factores de riesgo cardiovascular como la diabetes, la hipertensión arterial, la dislipidemia aterogénica y otros factores relacionados a la disfunción endotelial (26).

El Panel III de Tratamiento de Adultos del Programa Nacional para la Educación sobre el Colesterol (ATP III) identifica al síndrome metabólico como un factor de riesgo múltiple de una enfermedad cardiovascular. Considerando síndrome metabólico padecer 3 o más de los siguientes factores (27).
• Perímetro abdominal: en hombres mayor a 120 cm y en mujeres mayor a 88 cm.
• Triglicéridos mayor o igual a 150 mg/dl o tratamiento farmacológico.
• Colesterol HDL: Menor a 40 mg/dl en hombres y menor a 50 en mujeres, o estar a tratamiento farmacológico.
• Presión Arterial sistólica mayor o igual a 130 mmHg o presión arterial diastólica igual o superior a 85mmHg, o tratamiento antihipertensivo en el presente.
• Glucemia basal mayor o igual a 110 mg/dl, o tratamiento para la hiperglucemia o diagnóstico previo de diabetes.

Todos los datos obtenidos están reflejados en OMI (historias clínicas electrónica utilizada en atención Primaria en nuestra comunidad Autónoma) de los pacientes para su posterior seguimiento. La recogida de datos incluye un periodo de 2 meses de duración, para poder abordar un número mayor de pacientes y evitar así sesgos en el análisis de los datos relacionados con escasa muestra. Tras la recogida de datos durante el periodo de tiempo establecido, se realizó un análisis mediante distintas tablas de riesgo (SCORE para países de bajo riesgo, SCORE para España, Regicor, Framingham) para la obtención del riesgo cardiovascular (anexos 8.1-8.4).

3.6. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.
Los resultados obtenidos se expresan como el valor de la media ± el error típico de la media (ETM). La significación estadística se realizará mediante el Test de la t de Student para datos no apareados, para la comparación de las variables cuantitativas, y la prueba X^2 para las variables cualitativas. Se considerarán significativos los valores de $P \leq 0.05$. Se analizará el valor de la Odds ratio, a fin de conocer el grado de asociación entre variables, calculando la significación mediante el intervalo de confianza.
Se realizaron análisis multivariantes para establecer la influencia de variables dependientes en relación con una serie de variables predictoras, relacionadas con

el diagnóstico del síndrome metabólico. A su vez, se realizaron modelos multivariantes adaptativos de regresión por medio de splines (MARS), para una adecuada aproximación de funciones con gran número de variables. Estos modelos multivariantes adaptativos de regresión por medio de splines, son capaces de modelizar relaciones complejas entre variables, mucho más allá de los modelos lineales de regresión multivariantes (24). Los modelos MARS han demostrado su capacidad para realizar modelizaciones en las que intervienen no solo variables continuas, sino también categóricas, propiedad que resulta de gran utilidad en el análisis de bases de datos como la de este trabajo (25).

Los cálculos se llevarán a cabo con los programas informáticos, EXCEL (MICROSOFT), SPSS 20.0 (SPSS Inc, Chicago, IL, EEUU) y en el entorno de R (The R Project for Statistical Computing, Version 3.1.0).

3.6. CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS.

La identidad de los pacientes permanecerá anónima en todo momento sin violar en ningún momento su confidencialidad. El comité de ética y la dirección del área VII han dado permiso para realizar este estudio.

4 Resultados

4.1. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA.

Inicialmente se han estudiado un total de 207 sujetos, se han excluido 25 a causa de la edad, estudiando finalmente 182 personas de entre 35 y 75 años y con mayor número de hombres participantes. El análisis por sexo, muestra que no hay diferencias significativas en la media de la edad, siendo 57,44 años en hombres y 57,27 años en las mujeres. En cuanto a los parámetros analíticos se encuentran diferencias significativas entre hombres y mujeres en la presión arterial sistólica, el perímetro abdominal, el colesterol HDL, los triglicéridos, la glucemia, el ácido úrico y la creatinina.

El 58,9% de la muestra consume alcohol, el 95% de los hombres y el 14,8% de las mujeres, la media de los consumidores fue de 220,39 gramos de alcohol consumidos por semana en hombres y 10,12 en mujeres, existiendo una diferencia significativa. En cuanto al tabaco el 29,3% de la muestra fuma, 30,3% de los hombres y 28% de las mujeres, la media de paquetes de tabaco al año fue de 73,44 en hombres y 75,66 en mujeres. También existen diferencias estadísticamente significativas en el tratamiento para la diabetes mellitus.

4.2. PREVALENCIA DEL SÍNDROME METABÓLICO Y DE SUS CRITERIOS DI-

AGNÓSTICOS.
Siguiendo los criterios diagnósticos del ATP III se considera síndrome metabólico cuando hay 3 o más parámetros alterados, el análisis de la totalidad de la muestra pone de manifiesto que el 50,55% (IC: 43-58%) de los sujetos estudiados cumple estos criterios, el 47% de los hombres y el 54,9% de las mujeres.

4.2.1. Prevalencia del síndrome metabólico según la edad.
El análisis de frecuencias muestra el mayor número de casos de síndrome metabólico, en valores absolutos, se produce a partir de 61 años, con un pico en los 71 años.

4.2.2. Prevalencia del los diferentes criterios diagnósticos del síndrome metabólico, según el ATP III.
Aproximadamente el 30% de la muestra presenta dos criterios dignosticos del sindrome metabólico. El 8,24 % no presenta ningún criterio y el 6,04% presenta los cinco. Al analizar por sexo, se aprecia que existen diferencias en cuanto al porcentaje de criterios que concurren en la muestra, el porcentaje más elevado de los hombres tiene dos criterios diagnósticos, sin embargo las mujeres tienen un mayor número, cuatro.

4.2.3. Prevalencia de los diferentes parámetros del síndrome metabólico.
De la muestra completa existen diferencias estadísticamente significativas entre personas con y sin síndrome metabólico en todos los parámetros excepto en el colesterol total, la hemoglobina glicosilada, la creatinina y la microalbumina. En el caso del colesterol HDL y el perímetro abdominal se ha diferenciado entre hombres y mujeres debido a que el criterio diagnóstico es diferente para cada uno. En cuanto a los parámetros de hábitos tóxicos no existen diferencias significativas. En el tratamiento hay diferencias en el tratamiento, tanto para la hipertensión como la diabetes mellitus.

4.2.4. Criterios diagnósticos en función del SM.
En el caso de las personas sin síndrome metabólico el 25,6% tiene un perímetro abdominal alto (44% de los hombres y de las 61% mujeres), el 24,4% tiene un colesterol HDL disminuido, tan solo el 8,9 % tiene los triglicéridos por encima de 150 mg/dl. El 37,7% de ellos son diabéticos y el 46,7% tiene la presión arterial elevada. Dentro de los sujetos con síndrome metabólico los factores más prevalentes son: la hipertensión (89,1%), diabetes (87%) y el perímetro abdominal alto (77,2%). Un 66,3% además de ser diagnosticado de síndrome metabólico, tiene un colesterol HDL bajo. En cuanto a los triglicéridos altos, el 46,7 % de estas personas lo padecen. Respecto al total de la muestra, la hipertensión es el factor más frecuente en

hombres (77%), seguido de la glucemia, perímetro abdominal elevado, descenso de las HDL y finalmente, los triglicéridos elevados. En mujeres tras el perímetro abdominal elevado (61%) los criterios más prevalente son hipertensión y descenso de HDL (ambas con un 57,3%), seguido de la glucemia y por último, como en los hombres, los triglicéridos altos.

4.3. PREVALENCIA EN FUNCIÓN DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL.

4.3.1. Prevalencia del Síndrome metabólico según el sexo en hipertensos y no hipertensos.
EL 53,7% de los sujetos con síndrome metabólico e hipertensión son hombres. Del grupo hipertensos sin síndrome metabólico el 78,6% son hombres. El 70% de los no hipertensos con síndrome metabólico son mujeres. Las mujeres también representan el 58,3 % de los sujetos no hipertensos y sin síndrome metabólico. El análisis de la Odds Ratio de asociación del síndrome metabólico en hombres frente a mujeres. Muestra que es superior en hombres con una Odds Ratio de 3,17 (1,35-7,45. P=0.007) en hipertensos; esta diferencia no se mantiene en no hipertensos con una Odds Ratio de 1,66 (0,38-7,24. P=0,49.)

El factor más prevalente en toda la muestra es la hipertensión arterial (el 68,13% de la población lo padece), también existen diferencias entre los sujetos con y sin síndrome metabólico. El análisis de distribución de frecuencias muestra que la hipertensión arterial aumenta con la edad, siendo la media de 59,56 años, frente a 52,66 años en la muestra de no hipertensos.

4.3.2. Prevalencia de los diferentes parámetros del síndrome metabólico en sujetos hipertensos y no hipertensos.
El 74,2% de los sujetos hipertensos tienen la glucemia elevada, siendo este el criterio más frecuente. Aproximadamente la mitad de hipertensos presenta un perímetro abdominal alto y colesterol HDL bajo. EL 82,8 % de la muestra de no hipertensos no tiene síndrome metabólico. Perímetro abdominal elevado, descenso de HDL y glucemia alta son los siguientes factores más prevalentes dentro de este grupo, todos ellos aparecen en menos de la mitad de estos sujetos. Tan solo el 20,7% de los no hipertensos tiene unos triglicéridos elevados.

4.3.3. Prevalencia de tratamiento farmacológico.
El 49,2% de los hipertensos no toman tratamiento farmacológico para ello, el 59% de estos tiene síndrome metabólico. Con respecto a los hipertensos tratados farmacológicamente, el 73% está dentro del grupo de personas con síndrome metabólico.

El 18,9% de las personas sin síndrome metabólico toma tratamiento para la hipertensión, mientras que la mitad de sujetos que padecen síndrome metabólico sigue un tratamiento crónico para ella.

4.4. RIESGO CARDIOVASCULAR DE LOS SUJETOS DE LA MUESTRA.
Para calcular el riesgo cardiovascular se han usado las escalas de Framingham, SCORE para países de bajo riesgo, SCORE para España y REGICOR.

4.4.1. Prevalencia de riesgo cardiovascular y su relación con el síndrome metabólico.
Tras analizar el síndrome metabólico y el riesgo de padecer una enfermedad cardiovascular, se ven diferencias significativas en todas las escalas estudiadas.

4.4.3. Prevalencia de riesgo cardiovascular y su relación con el síndrome metabólico y la hipertensión arterial.
El 66,1% de los sujetos hipertensos padece síndrome metabólico, por ello es importante relacionar hipertensión, síndrome metabólico y enfermedad cardiovascular. Las diferencias significativas, tras analizar con las cuatro escalas estudiadas pacientes hipertensos con o sin síndrome metabólico, son en la Framingham y REGICOR. Sin embargo, si analizamos los sujetos con síndrome metabólico, hipertensos o no, todas las escalas presentan diferencias estadísticamente significativas, siendo la Framingham la más importante. Nuevamente existen distinciones significativas en todas las escalas en la muestra de sujetos sin síndrome metabólico con o sin hipertensión.

4.5. RIESGO CARDIOVASCULAR ESTIMADO CON LA FORMULA A VALIDAR EN LOS SUJETOS DE LA MUESTRA Y SU CORRELACION CON LAS DIFERENTES TABLAS DE RIESGO.
Con el fin de conocer la importancia de las variables que forman parte de un modelo MARS, el algoritmo muestra los resultados correspondientes al criterio denominado RSS. El mencionado criterio, calcula el valor de la ecuación RSS (25) para cada uno de los subconjuntos de variables que el modelo maneja para su construcción. Así, las variables cuya eliminación contribuyen de manera más significativa a la reducción del RSS son consideradas como las más importantes para el modelo final. Se calcularon las fórmulas para la población total, y sujetos no hipertensos o hipertensos.

Posteriormente, se validó el resultado de las fórmulas de estimación de riesgo frente los valores de las tablas de riesgo cardiovascular conocidas, para cada su-

jeto. El subconjunto de variables para el cálculo de todas las tablas fue: perímetro abdominal, presión arterial sistólica, presión arterial diastólica, glucemia, colesterol HDL, triglicéridos, edad, sexo, hipertensos si o no y síndrome metabólico sí o no.

El modelo de la tabla de Framingham para la población total eliminó los criterios de: perímetro abdominal, presión arterial diastólica y síndrome metabólico si o no; siendo importantes en la ecuación: presión arterial sistólica, sexo, edad, glucosa, grupo hipertensos o no, HDL y triglicéridos. La presión arterial sistólica, edad, sexo, glucosa, triglicéridos y perímetro abdominal fueron las variables utilizadas en esta ecuación, ordenadas por importancia. Con respecto al grupo de hipertensos las variables que considera útiles fueron: sexo, presión arterial sistólica, glucosa, presión arterial diastólica, colesterol HDL, edad y triglicéridos.

La correlación del riesgo estimado frente al calculado fue positiva y significativa en las tres tablas: para toda la muestra (R: 0,735, P< 0,001), en no hipertensos (R=0,835, P<0,001) en hipertensos (R=0,588, P<0,000). Con respecto a la tabla REGICOR para toda la muestra los criterios utilizados por orden de importancia fueron presión arterial sistólica, edad, triglicéridos, glucosa, colesterol HDL, grupo hipertensos o no. Para los no hipertensos; perímetro abdominal, edad, presión arterial sistólica, glucosa, triglicéridos, presión arterial diastólica, sexo y HDL son las variables con las que trabaja la fórmula. En el grupo de hipertensos las utilizadas son: presión arterial sistólica, edad, triglicéridos, glucosa, HDL y grupo hipertensos o no.

La correlación del riesgo estimado frente al calculado fue positiva y significativa en las tres tablas: para toda la muestra (R: 0,673, P<0,001), en no hipertensos (R=0,318, P<0,001), en hipertensos (R=0,398, P=0,002). Para la tabla SCORE de toda la población a estudio, presión arterial sistólica, sexo, edad, glucosa, HDL, perímetro abdominal, triglicéridos y presión arterial diastólica son por orden de relevancia los criterios utilizados. En la muestra de no hipertensos el orden y las variables son: presión arterial sistólica, edad, sexo, triglicéridos, HDL y glucosa. Por último en los hipertensos: sexo, presión arterial sistólica, edad, colesterol HDL, triglicéridos y presión arterial diastólica. Como en las tablas anteriores la correlación del riesgo estimado frente al calculado fue positiva y significativa en las tres tablas: para toda la muestra (R: 0,618, P<0,001), en no hipertensos (R=0,726, P<0,001), en hipertensos (R=0,430, P<0,001)

5 Discusión-Conclusión

En general, este estudio sugiere que padecer el síndrome metabólico es un factor de riesgo añadido de enfermedad cardiovascular.

El estudio se llevó a cabo en un total de 207 sujetos, se han excluido 25 a causa de la edad, estudiando finalmente 182 personas de entre 35 y 75 años, ya que las escalas que se utilizan para valorar el riesgo cardiovascular sólo permite calcularse entre ese rango de edad.

El primer resultado obtenido fue que existen diferencias entre sexos con respecto a algunos de los parámetros estudiados, teniendo los hombres los parámetros más alterados, sin embargo la media de las mujeres en cuanto a número de criterios diagnósticos de síndrome metabólico es mayor (cuatro, frente a dos de los hombres). Varios estudios comentan estas diferencias entre sexos (9, 28).

Centrándose en el síndrome metabólico, el resultado fue que aproximadamente la mitad de la muestra lo padece, y casi la tercera parte de los sujetos estudiados tiene dos criterios, es decir, está en el límite. Esto indica que el síndrome es muy prevalente. Otros estudios hablan de que su prevalencia mundial varía de menos del 10% hasta un 84%, dependiendo de la región, el medio ambiente, vivir en un sitio urbano o rural, sexo, edad, raza y origen étnico de la población estudiada, y la definición del síndrome utilizado. En general, se calcula que una cuarta parte de la población adulta del mundo lo posee y un tercio en España (5, 6, 7, 8, 13, 14). Por tanto, la prevalencia de nuestro estudio fue alta, pero hay que tener en cuenta que puede haber sesgo en la recogida de la muestra, ya que no se obtiene al azar entre la población general.

La edad media de los sujetos con síndrome metabólico estudiados es de 60,38 años, este dato es similar al de otros estudios (7, 8). El resto de parámetros estudiados difieren en los sujetos con o sin síndrome metabólico, estando más alterados en las personas que lo padecen. Los criterios más prevalentes en ambas muestras son: hipertensión, glucemia elevada y perímetro abdominal alto. Seguido de colesterol HDL bajo y triglicéridos elevados. En 2012 se estudia a 213 españoles cuyos factores de riesgo más prevalentes fueron los mismos que los obtenidos en esta muestra, la única diferencia es que en ese estudio el número de sujetos con triglicéridos altos era mayor que aquellos con colesterol HDL bajo (6). Sin embargo, este orden no es el mismo que en un estudio realizado en Estados Unidos en 2010, en el que el factor más prevalente fue el perímetro abdominal elevado seguido de colesterol HDL bajo, triglicéridos altos, hipertensión y por último

glucemia elevada. En ese estudio el síndrome metabólico era de un 22,90 % (28). Esta variación puede ser debida a las diferencias de razas/etnias, alimentación o tratamiento farmacológico recibido.

Los componentes del síndrome metabólico varían con el sexo, así el criterio más importante en varones es la presión arterial elevada seguida de la glucemia alta, perímetro abdominal elevado y descenso de las HDL, en contraste con las mujeres, el perímetro abdominal elevado es el componente con mayor prevalencia, seguido por la hipertensión y descenso de HDL. Los factores más prevalentes coinciden con los datos obtenidos en un estudio a población española entre 2008 y 2010 (7).
La hipertensión es el factor más prevalente en el total de la muestra (68,13%), como ya ocurre en un trabajo previo, presentado en 2008 como Seminario de Investigación (Marisol Horta Valvidares, Programa de Doctorado Avances en Medicina, Dpto. Medicina, Universidad de Oviedo), en el que se planteó como objetivo estudiar la prevalencia del síndrome metabólico en pacientes hipertensos y su asociación con enfermedad vascular además, se está ultimando una fórmula predictora usando las variables diagnósticas del síndrome metabólico, la cual se pretende validar en este estudio.

El análisis de distribución de frecuencias muestra que a medida que aumenta la edad, hay más personas hipertensas, esto también está demostrado en otros estudios en los que afirman que en la población adulta de España, como en otros países desarrollados, la prevalencia es del 35%, aumentando al 40% en edades medias y superando el 60% en los mayores de 60 años (10, 29).
El 74,2% de los sujetos hipertensos tienen la glucemia elevada, seguido del perímetro abdominal alto y el colesterol HDL en descenso (23). Estos resultados difieren a un estudio hecho en 2007 a la población española hipertensa en los que los triglicéridos elevados, seguidos del perímetro abdominal alto y la glucemia alterada eran los factores más comunes.

El 73% de los hipertensos tratados farmacológicamente padece síndrome metabólico, frente al 59% de personas hipertensas sin tratamiento con síndrome metabólico; esto es debido a que las personas con síndrome metabólico toman significativamente más antihipertensivo que aquellos sin él. Esto también está demostrado en otros estudios (23).

En general se considera que la escala de Framingham sobreestima el riesgo en la población mediterránea. En todo caso las cifras son más altas al medir eventos coronarios y cerebrovasculares, fatales o no, mientras la de REGICOR úni-

camente eventos coronarios, fatales o no, y la de SCORE mortalidad por causas coronarias o cerebrovasculares (19, 21, 22).

La media del riesgo, por tanto, es diferente según la escala utilizada. Calculando en sujetos con síndrome metabólico con la escala Framingham es de 20,28% de probabilidad de tener un evento cardiovascular, es decir, riesgo alto de tener un evento vascular (22, 30), en cuanto a la REGICOR y SCORE calibrada para España, la media en estas personas es inferior (17,18, 19 22, 31). Si bien, miden objetivos diferentes. Es interesante que la escala europea de SCORE para países de bajo riesgo cardiovascular da valores más bajos que la SCORE validada par población española, esto encaja con las discrepancias planteadas porque las viejas tablas de SCORE, que incluye la validada para España, no incluía las HDL, y esta variable reduce el riesgo (17-19).
En todas las escalas aparecen diferencias estadísticamente significativas entre los sujetos con y sin síndrome metabólico, lo que indica que todos los pacientes con síndrome metabólico tienen riesgo cardiovascular más alto, como ya se ha discutido en otros estudios (3, 6, 7, 8).
Independientemente de si los sujetos tienen síndrome metabólico o no, existen diferencias en el riesgo calculado con las cuatro escalas en personas hipertensas o no. La hipertensión arterial es uno de los criterios definitorios del síndrome, la media del riesgo cardiovascular con síndrome metabólico es superior a la media de riesgo que padecen las personas que padecen hipertensión pero no síndrome metabólico (9,27). Si además de padecer hipertensión, son sujetos con síndrome metabólico, la media del riesgo aumenta en todas las escalas, la Framingham y SCORE calibrada para España (17, 18, 19, 22, 30, 31). Esto indica la importancia de la hipertensión como factor a tener en cuenta no sólo debido a la mayor prevalencia de daño en órganos diana, sino también por el aumento de las complicaciones observadas en esta población (23). Por ello, debemos fomentar su buen control, con dieta, ejercicio y tratamiento si es preciso.

No solo se debe controlar la hipertensión por ser el criterio de síndrome metabólico más prevalente en esta muestra, sino que todos los parámetros a estudio son importantes. Con respecto a la fórmula de validación estudiada, en todas ellas hay una buena correlación con las tablas de riesgo cardiovascular conocidas. Lo que indica que al introducir los criterios diagnósticos del síndrome como variables continuas discrimina en cuanto al valor del riesgo en función de la magnitud de la variables predictoras. Por otra parte, no todas los criterios diagnósticos del síndrome metabólico tienen el mismo peso en la ecuación. Ni el mismo en función de que los pacientes presenten hipertensión arterial o no. A diferencia de

las tablas más estandarizadas, el presente modelo incluye el perímetro abdominal y los triglicéridos.

Para la población general con la tabla Framingham las variables que utiliza por orden de importancia son: presión arterial sistólica, sexo, edad, glucosa, grupo hipertensos o no, HDL y triglicéridos. En el grupo de no hipertensos: la presión arterial sistólica, edad, sexo, glucosa, triglicéridos y perímetro abdominal fueron las variables utilizadas. Con respecto al grupo de hipertensos las variables que considera útiles fueron: sexo, presión arterial sistólica, glucosa, presión arterial diastólica, colesterol HDL, edad y triglicéridos.

En la tabla REGICOR para toda la muestra los criterios utilizados por orden de importancia fueron presión arterial sistólica, edad, triglicéridos, glucosa, colesterol HDL, grupo hipertensos o no. Para los no hipertensos; perímetro abdominal, edad, presión arterial sistólica, glucosa, triglicéridos, presión arterial diastólica, sexo y HDL son las variables con las que trabaja la fórmula. En el grupo de hipertensos las utilizadas son: presión arterial sistólica, edad, triglicéridos, glucosa, HDL y grupo hipertensos o no.

Por último, la tabla SCORE de toda la población a estudio utiliza por orden de importancia: presión arterial sistólica, sexo, edad, glucosa, HDL, perímetro abdominal, triglicéridos y presión arterial diastólica. En la muestra de no hipertensos el orden y las variables son: presión arterial sistólica, edad, sexo, triglicéridos, HDL y glucosa. En cuanto a los hipertensos: sexo, presión arterial sistólica, edad, colesterol HDL, triglicéridos y presión arterial diastólica son las variables ordenadas.

Consideramos que estos modelos propuestos pueden ser utilizados para valor este riesgo de manera fiable, llegando a alcanzar casi un 70% de correlación con la tabla de Framingham para no hipertensos. La tabla de REGICOR para no hipertensos es las menos predictora, aproximadamente un 10%. De modo que es posible que puedan predecir mejor los eventos vasculares en general, fatales y o fatales, y pero para los eventos coronarios.

En todo caso, la bondad del ajuste nos lo dirá el tiempo, en relación con los eventos acaecidos en los pacientes en los próximos 10 años, de no modificarse los factores de riesgo estudiados. Así que sería interesante hacer un seguimiento de la muestra y determinar con más exactitud el valor del síndrome metabólico, ya teniendo en cuenta la magnitud de las variables en su posible papel como marcador de riesgo cardiovascular, y no únicamente en su consideración categórica. En Atención Primaria no supone mucho esfuerzo la medición del perímetro ab-

dominal y toma de tensión cuando un sujeto va a la consulta, y hacer análisis periódicos para controlar estos factores (colesterol HDL, triglicéridos, glucemia basal). De esta forma sabrá si la persona padece o no síndrome metabólico y por tanto un riesgo de enfermedad cardiovascular, así se podrá entender mejor el impacto a largo plazo, e intentar reducir el número y la gravedad de factores de riesgo promocionando la salud en la consulta, animando al paciente a hacer ejercicio diario, una dieta equilibrada, disminución de hábitos tóxicos y así llevar un vida más saludable y con ello disminuir el riesgo de sufrir un evento cardiovascular.

CONLUSIONES

1. Con las limitaciones de elección de la muestra, un alto porcentaje de los sujetos presenta síndrome metabólico ya que se aprecia en la mitad de ellos, siendo la hipertensión el criterio más prevalente.
2. El síndrome metabólico parece suponer un riesgo cardiovascular añadido, dado que la determinación en las diferentes escalas muestra que es superior en los sujetos con síndrome metabólico, sean hipertensos o no.
3. Teniendo en cuenta las variables diagnósticas del síndrome metabólico, los modelos hallados en base a la fórmula obtenida, mediante los modelos multivariantes adaptativos de regresión por medio de spline, parecen predecir en alto porcentaje el riesgo cardiovascular de la muestra, ya que se correlacionan positiva y significativamente con las tablas de riesgo ya validadas.

6 Bibliografía

1. Solla MJ, Lago FI, Blázquez ML, Díaz Ó, Alonso I. Prevención de la enfermedad cardiovascular en atención primaria: comparación de la función SCORE para países europeos de bajo riesgo con la tabla calibrada para España. SEMERGEN. 2011; 37(9): 455- 61.
2. Grundy SM, Brewer HB, Cleeman JI, Smith SC, Lenfant C. Definition of Metabolic Syndrome Report of the National Heart, Lung, and Blood Institute/American Heart Association Conference on Scientific Issues Related to Definition. Circulation. 2004; 109(3): 433-8.
3. Okada R, Yasuda Y, Tsushita K, Wakai K, Hamajima N, Matsuo S. The number of metabolic syndrome components is a good risk indicator for both early and late stage kidney damage. NMCD. 2014; 24(3): 277-85.
4. Grundy SM. Pre-Diabetes, Metabolic Syndrome, and Cardiovascular Risk. JACC. 2012;50(7): 635-43.

5. Fernández-Berges D, Cabrera de León A, Sanz H, Elosua R, Guembe MJ, Alzamora M et al.Metabolic Syndrome in Spain: Prevalence and Coronary Risk Associated With Harmonized Definition and WHO Proposal. DARIOS Study. Rev Esp Cardiol. 2012; 65(3): 241-8.
6. Sánchez de Enciso M, Vázquez E, Rodríguez C, López MC. Prevalence of the metabolic syndrome in the elderly. EUGMS.2013; 4(1): 29.
7. Guallar-Castillón P, Pérez RF, López E, León-Muñoz LM, Aguilera MT, Graciani A et al. Magnitude and Management of Metabolic Syndrome in Spain in 2008-2010: The ENRICA Study. Rev Esp Cardiol. 2014.
8. Kaur J. A Comprehensive Review on Metabolic Syndrome. Cardiol Res Pract. 2014: 1-21.
9. European Society of Cardiology, the European Heart Network and the British Heart Foundation Health Promotion Research Group. 2012 European Cardiovascular Disease Statistics.Escardio.2012.
10. Banegas J, Villar F, Graciani A, Rodríguez-Artalejo F. Epidemiología de las enfermedades cardiovasculares en España. Rev Esp Cardiol. 2006; 6: 3-12.
11. Grupo de Trabajo de INFORSAN. Mortalidad 2010:Enfermedades Cardiovasculares. Observatorio de Salud en Asturias. 2012.
12. Grundy SM, Cleeman JI, Daniels SR, Donato KA, Eckel RH, Franklin BA et al. Diagnosis and Management of the Metabolic Syndrome An American Heart Association/National Heart, Lung, and Blood Institute Scientific Statement. Circulation. 2005; 112(17): 2735-52.
13. Departament of Health and Human Services. European Guidelines on CVD Prevention in Clinical Practice. EurHeartJ. 2012; 33: 1635–1701.
14. Smitha PJ, Blumenthala JA. Aspectos psiquiátricos y conductuales de la enfermedad cardiovascular: epidemiología, mecanismos y tratamiento.Rev Esp Cardiol. 2011; 64(10): 924-33.
15. History of the Framingham Heart Study [Internet]. [citado 23 de noviembre de 2013]. Disponible en: http://www.framinghamheartstudy.org/about-fhs/history.php
16. D'Agostino RB, Grundy S, Sullivan LM, Wilson PW. Validation of the Framingham Coronary Heart Disea-se Prediction Scores: Results of a Multiple Ethnic Groups Investigation. JAMA. 2001; 286: 180-7.
17. Conory RM. Estimation of ten-year risk of fatal cardiovascular disease in Europe: the SCORE project. EurHeartJ.2003; 24(11): 987-1003.
18. Sans S, Fitzgerald AP, Royo D, Conroy R, Graham I. Calibración de la tabla SCORE de riesgo cardiovascular para España. Rev Esp Cardiol. 2007; 60(5): 476-85.

19. Gil Guillén V, Orozco Beltrán D, Maiques Galán A, Aznar Vicente J, Navarro J, Cea Calvo L et al. Concordancia de las escalas REGICOR y SCORE para la identificación del riesgo cardiovascular alto en la población española. Rev Esp Cardiol. 2007; 60(10): 1042-50.
20. Estudio transversal de factores de riesgo cardiovascular en Girona 1999-2001 [Internet]. [citado 16 de noviembre de 2013]. Disponible en: http://www.regicor.org/media/upload//arxius/Protocols_estudis/Factores_riesgo_clasicos/Protocolo_transversal_2000.pdf.
21. Bardají A. REGICOR: 35 años de excelencia en investigación cardiovascular. Rev Esp Cardiol. 2013.
22. Baena Díez JM, Del Val García JL, Salas Gaetgens LH, Sánchez Pérez R, Altes Vaques E, Deixens Martínez B et al. Comparación de los modelos SCORE y REGICOR para el cálculo del riesgo cardiovascular en sujetos sin enfermedad cardiovascular atendidos en un centro de salud de Barcelona. Rev Esp Salud Pública. 2005; 79(4).
23. Barrios V, Escobar C, Calderón A, Llisterri JL, Alegría E, Muñiz J et al. Prevalence of the Metabolic Syndrome in Patients With Hypertension Treated in General Practice in Spain: An Assessment of Blood Pressure and Low-Density Lipoprotein Cholesterol Control and Accuracy of Diagnosis. J Cardiometab Syndr. 2007; 2(1): 9-15.
24. Friedman JH. Multivariate Adaptive Regression Splines (with discussion). Annals of Statistics; 1991; 19: 1-141.
25. Chou SM, Lee TS, Shao YE, Chen IE. Mining the breast cancer pattern using artificial neural networks and multivariate adaptive regression splines. Expert Systems with Applications. 2004; 27 (1): 133-142.
26. Maiz A. El síndrome metabólico y riesgo cardiovascular. Boletín de la Escuela de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile. 2005; 30(1).
27. National Institutes of Health. Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. Executive summary of the third report of the National Cholesterol Education Program (NCEP). JAMA. 2001; 285: 2486-97.
28. Beltrán-Sánchez H, Harhay MO, Harhay MM, McElligott S. Prevalence and Trends of Metabolic Syndrome in the Adult U.S. Population, 1999–2010. J Am Coll Cardiol. 2013; 62(8): 697-703.
29. Banegas JR, Rodríguez-Artalejo F, Ruilope LM, Graciani A, Luque M, de la Cruz-Troca JJ et al. Hypertension magnitude and management in the elderly population of Spain. J Hypertens. 2002; 20(11): 2157-64.
30. Marrugat J, Solanas P, D'Agostino R, Sullivan L, Ordovas J, Cordón F et al. Estimación del riesgo coronario en España mediante la ecuación de Framingham

calibrada. Rev Esp Cardiol. 2003; 56(3): 253-61.
31. Marrugat J, Vila J, Baena-Díez JM, Grau M, Sala J, Ramos R, Subirana I et al. Validez relativa de la estimación del riesgo cardiovascular a 10 años en una cohorte poblacional del estudio REGICOR. Rev Esp Cardiol. 2011; 64(5): 385-94.
32. González-Diego P, Moreno-Iribas C, Guembe MJ, Viñes JJ, Vila J. Adaptación de la función de riesgo coronario de Framingham-Wilson para la población de Navarra (RICORNA). Rev Esp Cardiol. 2009; 62(08): 875-85.

Capítulo 40

ENFERMERÍA EN EL DENGUE

FRANCISCO LÓPEZ CAMACHO

1 Introducción

El Dengue es una enfermedad ocasionada por el virus del Dengue perteneciente al género Flavivirus. Existen tres formas clínicas en las que este se puede manifestar:

1.- Fiebre del Dengue: La más frecuente y menos grave. Comienza repentinamente, con fiebre alta que dura entre 3 y 5 días, acompañada de una cefalea, mialgias intensas, artralgias, dolor retrorbitario y erupción maculopapular cuando empieza la defervescencia. Puede asociar fenómenos hemorrágicos de poca intensidad (petequias, epistaxis, gingivorragia). La recuperación puede venir acompañada de fatiga y depresión que duren meses.

2.- Síndrome del choque del Dengue: Es una complicación de las formas anteriores, suponiendo la forma más grave de Dengue hemorrágico. Asocia las manifestaciones de anteriores con un cuadro de shock con hipotensión intensa.
Sin un tratamiento adecuado presenta una letalidad superior al 20%.

3.- Fiebre hemorrágica. Comienza con fiebre y malestar intenso, seguida de trombocitopenia y aumento de permeabilidad vascular, con las consecuentes manifestaciones hemorrágicas a diversas escalas.

El diagnóstico puede realizarse basándose en la clínica y la epidemiología, se puede confirmar mediante técnicas de laboratorio, por ejemplo aislando el virus en suero y tejido, mostrando el aumento en anticuerpos específicos o también empleando inmunofluorescencia o PCR.

La transmisión se produce por la picadura de mosquito hembra de género Aedes, normalmente A.aegypti pero también hay otras especies de mosquito implicadas. Todas ellas se caracterizan por ser mosquitos hematófagos diurnos en los que son infectantes durante todo su ciclo vital hasta su muerte.

Debido a su inespecífica sintomatología existe un infradiagnóstico, en diversos estudios se considera una de las causas de hospitalización más frecuente de pacientes venidos de zonas tropicales, junto con la malaria que es la primera.

Factores de riesgo importantes en los viajeros en zonas de Dengue son la duración a la exposición, la temporada del año o la intensidad de transmisión que presenta el Dengue.

Es una enfermedad que presenta un periodo de incubación que puede variar entre 3 días y dos semanas, normalmente pasa una semana hasta la aparición inicial de los primeros síntomas. No se puede transmitir mediante persona a persona pero si a través del mosquito el cual se vuelve infectante de por vida tras pasar 8-12 días de su ingesta de sangre virémica humana

2 Objetivos

- Analizar la situación epidemiológica del virus del Dengue tanto a nivel mundial como europeo en la última década.
Identificar las causas, síntomas y tratamientos del Dengue, Diferenciando entre el Dengue clásico y el Dengue hemorrágico y analizando sus particularidades y diferencias de tratamiento.
- Mejorar la calidad de la atención y eficiencia del trato con el paciente con fiebre por Dengue mediante el uso de este documento como herramienta metodológica

3 Metodología

Empleado una metodología basada en la revisión bibliográfica de bases de datos como Pumbed y Scielo. Así como la revisión de publicaciones de asociaciones como la OMS o AMSE. Descartando todas las publicaciones bibliográficas referentes al Dengue que no estuvieran basadas en ningún dato o estudio científico.

De todas las referencias analizadas solo hemos optado por las más útiles y contrastadas para el cumplimiento de los objetivos citadas en la bibliografía posterior.

Hemos usado palabras clave para la búsqueda como Dengue, Dengue hemorrágico, Dengue prevención, Aedes aegypti.

4 Resultados

La enfermedad del Dengue ha aumentado mucho su incidencia en las últimas décadas. Tiene presencia en 128 países del mundo en zonas tropicales y subtropicales, convirtiendo a casi 4000 millones de habitantes en objetivos en riesgo de contraer esta enfermedad.

Anualmente se estima una incidencia de unos 390 millones de infecciones suponiendo medio millón de hospitalizaciones por Dengue hemorrágico o choque del Dengue. La mayoría de los dolientes son niños. La tasa de mortalidad está alrededor del 2,5%.

El Dengue es endémico en la mayoría de los países situados en África subsahariana, Centroamérica, el Sureste Asiático, Asia Suroriental y Sudamérica Tropical.

El número de casos está en aumento y además se está extendiendo a nuevas áreas, donde da lugar a epidemias de tipo explosivo. Antes de 1970, solo 9 países habían sufrido epidemias de Dengue grave. Sin embargo, ahora la enfermedad es endémica en más de 100 países y en las últimas 5 décadas su incidencia ha aumentado en 30 veces.

En los últimos años se han registrado epidemias de Dengue y/o Dengue hemorrágico en Latinoamérica, región en la que está aumentando particularmente la incidencia. Según datos de la OMS los casos de Dengue se multiplicaron en las Américas entre 2003 y 2013.

En África. Entre 1960 y 2010, un total de 22 países de África notificaron casos esporádicos, es poco reconocido y subestimado, debido a la escasa concienciación por, a la alta prevalencia de otras enfermedades febriles y a la falta de pruebas diagnósticas.

Aunque el primer brote de Dengue en India se registró en 1982, es a partir del año 1960 cuando el Dengue comenzó a aumentar su incidencia en Asia. Actualmente se calcula que el 75% de los casos de Dengue se producen en esta región (Asia-Pacífico).

EL DENGUE EN EUROPA

Los casos de Dengue importados en Europa aumentan anualmente, pasando, según datos del ECDC, de los 530 notificados en 2008 a los 1.207 en 2012. Destacar que, en estudios se ha identificado el Dengue como la causa de la fiebre en un 2%-16,5% de los viajeros febriles a su vuelta.

En Europa el virus del Dengue continúa siendo en líneas generales una enfermedad de importación. Aún así se han dado casos en los últimos años, en algunas regiones del continente se ha establecido el A.albopictus que durante 2010 produjeron casos autóctonos de Dengue en Francia y Croacia.

Unos años más tarde se notificó un brote en el archipiélago de Madeira, perteneciente a Portugal, se pudieron contabilizar hasta 2100 casos hasta su control total. Entre los viajeros regresados de países de ingresos bajos y medianos, el Dengue constituye la segunda causa de fiebre diagnosticada tras el paludismo o malar

EPIDEMIOLOGÍA EN ESPAÑA

Los casos detectados en España han sido hasta 2018 exclusivamente importados de las zonas endémicas. Las Comunidades con mayor notificación de Dengue han sido Cataluña, Madrid, Andalucía y la Comunidad Valenciana, de viajeros procedentes sobre todo de América latina, Asia y Pacífico. El mayor número de casos notificados fue en 2015 y 2016, observándose un claro descenso en 2017 y sobre todo en 2018.

En el mes de octubre de 2018, se confirmaron los tres primeros casos de Dengue autóctono en España. Ninguno de ellos tenía antecedente de viaje a un país endémico o con transmisión conocida de Dengue. A finales del mes de octubre se confirmaron dos nuevos casos de Dengue autóctono, posiblemente asociados a los primeros y en el mes de noviembre se notificó otro caso adicional sin relación aparente con los anteriores.

Estas personas habían estado en localidades de Andalucía, Murcia y Cataluña, en alguna de las cuales Ae. albopictus está establecido, en una época del año en la que la actividad del vector es importante. Tanto en Andalucía como en Cataluña se habían notificado casos importados de Dengue. Aunque se tomaron las medidas de control pertinentes, no se pudo demostrar la presencia del virus en los vectores locales.

Los estudios microbiológicos de las cepas virales junto con los datos epidemiológicos, sugirieron que la transmisión ocurrió a partir de dos casos índices im-

portados de zonas con transmisión activa.

PAPEL ENFERMERO ANTE EL DENGUE

Tratamiento del dengue clásico. Manejo ambulatorio en el caso de que el paciente no muestre signos alarmantes y plaquetas por encima de 100,000/mm³. Es recomendable mantener una hidratación adecuada aunque no presente sintomatología de deshidratación. En cuanto a la alimentación, si el paciente tolera la vía oral es recomendable mantener la alimentación siempre ofreciendo alimentos con fácil capacidad de digestión. Otro factor importante es el control de temperatura, para ello podemos apoyarnos en el uso de Acetaminofén 500mg en adultos cada seis horas, por vía oral. Es fundamental evitar el uso de cualquier antiinflamatorio, como la aspirina o ibuprofeno incluidos los Aines debido a la posibilidad de que puedan producir sangrado. Es necesario el reposo en cama del paciente y manteniendo siempre una adecuada higiene corporal para prevenir otro tipo de complicaciones al paciente. El procedimiento de laboratorio inicial sería la realización de un hemograma completo, identificando valores basales de plaquetas, hemoglobina y glóbulos blancos. Es necesario un control diario hasta los tres días posteriores a la desaparición de sintomatología febril.

Ingreso dengue clásico.Fundamental el control y registro de los signos vitales cada 6 horas. TA, FR, FC, temperatura. Monitorización de indicadores de riesgo como dolor abdominal, descenso de temperatura, somnolencia, vómitos… Evaluación y tratamiento de la posible deshidratación, mediante vía parenteral u oral.

Manejo del dengue hemorrágico sin choque. Además de los anteriores aspectos comunes con el Dengue clásico, al presentar un Dengue hemorrágico será necesario. Hemograma completo, conteo plaquetas, leucocitos, Hb y Ht. Total de proteínas haciendo fijación en la albúmina, transaminasas y realizar un examen de orina.Ecografía abdominal es el método más efectivo para mostrar la evidencia de extravasación temprana de líquidos ante sospecha de un caso de Dengue hemorrágico. Un aspecto importante también es la realización de una Radiografía de tórax P.A., útil para identificar la aparición de posible fluido pleural.

Manejo del dengue hemorrágico con choque. Tras la hospitalización del paciente se realiza un monitoreo continuo de signos vitales, si dispone de monitor o cada 15 minutos en caso de no disponibilidad del mismo: PAS (calcular PAM y presión diferencial), FR, FC, Temperatura, hasta revertir estado de choque. Restablecer volumen circulatorio para mejorar perfusión tisular: - 300-400 ml/m2 SC o 20-40 ml/kg pasar en una hora. Utilizar solución de lactado de ringer o solución salina al

0,9 %, hasta mejorar la perfusión tisular. Llevar registro de líquidos cada 6 horas y proceder de acuerdo a los resultados. Mantener el aporte hídrico por lo menos hasta 48 horas después de haberse controlado el estado de choque, ante un caso de sangrado profuso que ponga en riesgo la vida del paciente, se puede transfundir plaquetas*. Una Unidad de plaqueta por cada 10kg de peso. Monitorear plaquetas, hemoglobina y hematocrito (hemograma completo) cada 24 horas. Si se ha restablecido la vía oral, iniciar oferta de líquidos y valorar la utilización de alimentos estimando los riesgos. Administración de medicamentos de acuerdo de prescripción médica, excepto heparina, corticoides, antivirales e inmunoglobulinas Realizar balance hídrico. Control de diuresis horaria. Es importante observar y controlar los sangrados y el uso de elementos sanguíneos de acuerdo a indicaciones médicas.

5 Discusión-Conclusión

Tanto a nivel mundial como europeo, el Dengue es una enfermedad que ha aumentado mucho su presencia en el panorama en las últimas décadas. Ha llegado a ser considerada como segunda causa de hospitalización en pacientes tras la estancia en entornos tropicales.

Esta enfermedad podría ser controlada de una manera mucho más eficiente, aun existiendo vacunas se debería hacer énfasis en la educación de la población y eliminar los centros de criaderos del vector para reducir así la propagación. Es imprescindible evitar el silencio epidemiológico para dar mayor connotación a la percepción del riesgo que debe tener la población mundial ante esta enfermedad en aumento de riesgo.

Es necesario tener conocimientos para un trato enfermero, siendo crucial en casos graves de Dengue con presencia de hemorragia, además de un protocolo adecuado de control médico para reducir tanto las complicaciones como la mortalidad.

6 Bibliografía

1. Dengue y Dengue hemorrágico. Organización Mundial de la Salud.OMS.
2. Panorama epidemiológico de fiebre por Dengue y fiebre hemorrágica por Dengue. Sinave

3. Norma Oficial Emergencia Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de enfermedades transmitidas por vector. AMSE
4. Cuadro Clínico De La fiebre Hemorragica Del Dengue. Díaz AG, Kouri MG, Guzmán. Febrero 2016
5. Schmidt-Chanasit J, Emmerich P, Tappe D, Günther S, Schmidt S, Wolff D, et al. Autochthonous Dengue virus infection in Japan imported into Germany, September 2013.
6. Orellano PW, Pedroni E. Análisis costo-beneficio del control de vectores en la transmisión potencial de Dengue. Rev Panam Salud Publica Jul

Capítulo 41

ACTUACIÓN ENFERMERA ANTE DETECCIÓN DE UN DETERIORO COGNITIVO

ANA BELLA VAQUERO ABOLI

CAROLINA RUBIO GONZÁLEZ

MARCOS GONZÁLEZ LÓPEZ

1 Introducción

Nos referimos a actuación enfermera en un deterioro cognitivo a grupo de intervenciones para la calidad de vida del paciente. Para ello nos centramos en las capacidades y necesidades de la persona.

La definición de deterioro cognitivo nos explica que la persona que sufre esta patología sufre un declive de funciones cognitivas ya sea debido a las alteraciones atribuibles al proceso fisiológico del envejecimiento o debido a otros factores. La pérdida de memoria y habilidades es lo que caracteriza los procesos de demencia.

Una de las actuaciones de enfermería son terapias no farmacológicas en este deterioro cognitivo.

Dentro de las actuaciones de enfermería:
- Propósito rehabilitador
- Programa individual para necesidades de la persona

Con este programa no se pretende curar si no que la persona no pierda autonomía, y mejorar calidad de vida de el paciente y ralentizar el deterioro.

Para todo lo citado anteriormente, existen terapias y escalas para poder realizar este tipo de actuación individual.

La escala de reisberg tiene en cuenta la evolución de la cognición y la relación de las funciones cotidianas de una persona, desde un momento donde no hay ningún tipo de deterioro hasta las últimas consecuencias de alguna demencia. Dicha evolución se divide en siete etapas.

Para poder realizar esta actuación de enfermería es muy importante la conservación de los procesos mentales aun presentes:
1- La memoria. Remiscencia
2- La orientación tanto la temporal, espacial y personal.TOR
3- Las capacidades del paciente: atención, reconocimiento de caras, objetos.
4- Lenguaje oral y escrito.
5- Habilidades motoras

La Remiscencia Consiste en rememorar recuerdos de la historia personal del sujeto, estimular el proceso de la memoria, con la reactivación del pasado personal y el mantenimiento de su propia identidad y orientación autopsíquica. La variante más formal puede desarrollarse por medio de talleres grupales, al estimular el intercambio entre sus miembros sobre eventos pasados. Posibilita, además, la activación de la atención y el aumento del paso de tiempo de concentración de esta en pacientes con demencia. La enfermera puede apoyarse de instrumentos como fotografías, videos, objetos y diarios personales, música, entre otros. Permite la estimulación no solo cognitiva, sino además funcional y social.

La terapia TOR 24 horas se realiza durante todo el día con el auxilio de toda persona que tenga contacto con el paciente y el uso de ayudas externas como son las señalizaciones, calendarios, relojes grandes, pegatinas con el nombre y utilidad del objeto y la realización de actividades rutinarias.

Otro de las actuaciones importantes en este enlentecimiento de este deterioro también puede incluir las actividades de vida diaria para ello encontramos la escala Lawton y Brody Es la escala más utilizada en la población anciana, institucionalizada o no, con objeto de evaluar la autonomía física y las actividades instrumentales de la vida diaria, la escala valora 8 ítems, capacidad para utilizar el teléfono, hacer compras, preparación de la comida, cuidado de la casa, lavado

de la ropa.

2 Objetivos

- Analizar que tipo de actuaciones debe llevar la enfermería para enlentecer el deterioro cognitivo.
- Determinar que tipo de intervenciones se podrían realizar con cada paciente.

3 Metodología

Realizamos una búsqueda bibliográfica sobre publicaciones en internet, la cual nos llevó a bases de datos en las que aparecían textos que valoraban el beneficios de actuar precozmente en deterioros cognitivos. Conocimiento de deterioro cognitivo y patologías del deterioro. Las bases de datos consultadas han sido Medline, Scielo y Cochrane Library.

Las palabras utilizadas en DECS fueron “Deterioro cognitivo” “Formación” ”Depresión”, ”Anciano”
Las palabras utilizadas en MESH fueron “Cognitive deterioration”, “old man”.

Se seleccionaron artículos que correspondían a la última década, incluyendo sólo los párrafos disponibles a texto completo y en diferentes idiomas. Normas de aceptar textos:
- Sin discriminar idioma.
- Artículos aparezca el 100% todo el documento.
- Bases de datos
- Revistas, libros

Criterios de Exclusión:
- Artículos sin autor
- Artículos sin titulo
- Textos sin validez científica.

4 Resultados

Según Ojeda 2011, la intervención ante un deterioro cognitivo es muy importante ante la evaluación del dolor uno de los aspectos que en esta patología es muy difícil de objetivar.

Es muy importante en tema de Remiscencia memoria la realización de sudokus, incluso fotografías de deportes que en su vida anterior hayan realizado.

La realización de apoyo ante actividades de vida diaria les hace sentirse independientes por lo que de esta forma también realizamos actuación en no decaer en una depresión.

El ejercicio físico, la alimentación otro de las actuaciones que se debe realizar en deterioro cognitivo ya que aquí se fomenta la utilización de motricidad física gruesa y fina.

5 Discusión-Conclusión

La enfermera es una pieza clave en este tipo de pacientes en los que el deterioro cognitivo si no se activa va a pasos agigantados y el paciente pierde toda autonomía de su vida personal, social etc.

En caso de que el paciente ya este en un deterioro cognitivo grave se debería de dar educación sanitaria al cuidador familiar más próximo. Se le citaría en su consulta de atención primaria e incluso se les podría hacer una tabla semanal para que todos los días pudieran trabajar algún aspecto de los que hemos nombrado en este trabajo.

Seria muy importante y beneficioso el detectar en nuestra consulta de enfermería en etapas primarias de este deterioro cognitivo.

6 Bibliografía

1. Ballesteros, S. (2000). Psicología General. Un enfoque cognitivo para el siglo XXI. Madrid, España: Editorial Universitas.
2. Robles A. Propuesta de criterios para el diagnóstico clínico del deterioro cognitivo ligero, la demencia y la enfermedad de Alzheimer. Neurología 2002; 17(1):17-32.
3. Carrasco García MR. Rehabilitación integral al demente senil. Experiencia de la unidad de demencia. HDCQ Dr. Salvador Allende. Bibliografía Básica. En: Maestría longevidad satisfactoria. La Habana: MINSAP, 2004
4. Martínez Rodríguez T. Estimulación cognitiva: Guía y material para la intervención. Oviedo: Consejería de Asuntos Sociales, 2002.

5. 12. Llach Forcada M. Programa de prevención del Deterioro Cognitivo y Detección Precoz. Lisboa: Institut de Sociología i Psicología Aplicades ISPA, 2006.
6. Wahlund LO, et al. Mild cognitive impairmentbeyond controversies, toward a consensus: a report of the International Working Group on Mild Cognitive Impairment. J Intern Med 2004; 256: 2406.2.
7. Olivera J, Pelegrín C. Diagnóstico y tratamiento del deterioro cognitivo leve. Barcelona: P. Permanyer; 2013.3.
8. Brayne C, Ince PG, Keage HAD, McKeith IG, Matthews FE, Polvikoski T, et al; EclipSE Collaborative Members. Education, the brain and dementia: neuroprotection or compensation? Brain 2010; 133: 22106.4.
9. Martin M, Clare L, Altgassen AM, Cameron MH, Zehnder F. Cognitionbased interventions for healthy older people and people with mild cognitive impairment. Cochrane Database Syst Rev 2011; 1: CD006220.

Capítulo 42

CONOCIMIENTOS Y PENSAMIENTOS DISTORSIONADOS SOBRE VIOLENCIA DE GÉNERO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE ASTURIAS

LAURA FEITO PRIETO

1 Introducción

1. VIOLENCIA DE GÉNERO

1.1 Consideraciones generales
La violencia de género (VG) se perfila como un grave problema de salud pública con importantes consecuencias para las víctimas y su entorno, además de generar un elevado coste económico y social1. En el año 2005, la Organización Mundial de la Salud (OMS) realizó un estudio para medir la prevalencia de la violencia contra la mujer en 10 países diferentes y se encontró que entre un 15% y un 71% (15% en Japón – 71% en Etiopía y Perú) de las mujeres encuestadas habían sufrido algún tipo de violencia de género a lo largo de su vida1, 2.

En Estados Unidos (EEUU) la violencia de género es la actividad criminal más frecuente, registrándose una cifra de entre el 2 y el 6% de mujeres maltratadas en el último año3,4. En el caso de España, Ruiz Pérez et al (2006) señalan, en su estudio sobre variabilidad geográfica de la VG, que un 24,8% de las mujeres participantes habían sufrido malos tratos alguna vez en su vida. Las comunidades con mayor

prevalencia de casos de violencia de género fueron Ceuta, Melilla e Islas Baleares y las de menor prevalencia Castilla--La Mancha, Cantabria y Aragón5.

Todas estas cifras reflejan que la violencia de género es un fenómeno universal que persiste en todos los países del mundo y que repercute de manera muy negativa en las mujeres que lo sufren, siendo la primera causa de pérdida de años de vida en las mujeres de entre 15 y 44 años, por encima de guerras, accidentes de tráfico y los diferentes tipos de cáncer2, 3. Aunque la VG es un problema que ha existido desde siempre, es hoy en día cuando se ha tomado más conciencia de la gravedad del problema y de sus implicaciones. Esto ha contribuido al desarrollo de políticas que protegen y defienden los derechos de la mujer7.

Durante los últimos años, se ha producido un avance en la legislación de la violencia de género con la promulgación de varias leyes a nivel nacional y autonómico en las que se regulan los derechos de las víctimas7, 8. De ellas se destacan:
- LEY ORGÁNICA 1/2004, de 28 de Diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, cuyo objetivo es actuar contra la VG y establecer una serie de medidas de protección para prevenir la violencia y proporcionar asistencia a las víctimas8.
- LEY del Principado de Asturias 2/2011, de 11 de Marzo, para igualdad de mujeres y hombres y la erradicación de la violencia de género, que tiene los mismos objetivos que la anterior ley aplicados en la Comunidad Autónoma del Principado de Asturias9.

1.2 Delimitación conceptual del término y tipos de violencia de género
Según la resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas de 1993, se define como violencia de genero a todo acto de violencia sobre el sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, incluyéndose también las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada10. La VG puede presentarse de distintas formas:
- Violencia física: comprende cualquier acción que implique el uso de la fuerza y cuya intención es causar daño físico: golpes, empujones, palizas, quemaduras, heridas, zarandeos, tirones de pelo, intentos de estrangulamiento, etc3, 10, 11.
- Violencia psicológica: se define como una conducta intencionada y mantenida en el tiempo que atenta contra la integridad psíquica y emocional de la mujer y contra su dignidad como persona (chantaje, coacción, humillaciones, insultos, amenazas, etc.). Varios estudios realizados en distintos países (4, 5, 12) señalan que este tipo de violencia es el más frecuente, siendo además el más difícil de

detectar pues la mayoría de sus víctimas no son conscientes de que lo sufren3, 10, 11, 13.

- Violencia sexual: se refiere a situaciones en las que se obliga a la mujer a mantener cualquier tipo de contacto sexual (posturas, gestos, formas de vestir, actos, etc.) en contra de su voluntad3, 10, 11, 13. En este sentido se diferencian tres conceptos10: Agresión sexual: aquellos actos sexuales en los que se usa violencia o intimidación. Abuso sexual: se produce cuando el agresor se aprovecha de una situación de superioridad manifiesta respecto a la víctima que le impide actuar con libertad. No hay violencia ni intimidación. Acoso sexual: se refiere a la proposición de actos sexuales en el ámbito laboral provocando en la víctima una situación intimidatoria y humillante.
- Violencia social: se describe como aquellos comportamientos que tienen como fin provocar el aislamiento social de la víctima (familia y amigos)11.
- Violencia económica: consiste en el control absoluto por parte del hombre de los recursos económicos del hogar11, 13.

La "violencia de pareja" o "violencia doméstica" se refiere a la manifestación de cualquiera de los tipos de violencia descritos anteriormente en el marco de una relación íntima de pareja, siendo la mujer mayor de 14 años1, 10. En la mayoría de los actos de maltrato, la figura del agresor es asumida por la pareja sentimental de la víctima3, 14.

1.3 Proceso del maltrato

Existen diferentes modelos que explican el proceso de la VG; el más utilizado para describir las etapas de la relación violenta es el denominado "Ciclo de la Violencia" propuesto por Leonor Walker en 1979, en el que se establecen 3 fases que se detallan a continuación10, 13:

1. Acumulación de la tensión. Aumento gradual de la tensión y la hostilidad del hombre. Las reacciones agresivas aparecen de manera impredecible. Se intensifica la violencia verbal y pueden aparecer los primeros indicios de violencia física. La mujer se cree capaz de controlar estas situaciones y confía en su desaparición.
2. Explosión o agresión. Se producen las agresiones físicas, psicológicas y sexuales. La mujer suele denunciar o pedir ayuda durante esta fase.
3. Calma o reconciliación o luna de miel. El agresor se arrepiente y pide perdón utilizando estrategias de manipulación afectiva (regalos, caricias, promesas y disculpas). La mujer suele mostrarse esperanzada y confía en que la situación cambiará. A medida que los comportamientos violentos se afianzan esta fase tiende a desaparecer, provocando la aproximación temporal de los episodios violentos.

Este ciclo de violencia aparece en las relaciones de pareja donde se da maltrato físico de forma repetida; por el contrario, en aquellos casos en los que la agresión física aparece de forma esporádica pero existe una situación continua de frustración y amenaza, no se observan las 3 fases descritas anteriormente, hablándose entonces de "forma moderada de violencia". Este tipo de violencia resulta mucho más difícil de detectar13.

Existen algunos factores que se pueden asociar al hombre violento: poseer valores tradicionales y estereotipos machistas, manifestar dificultad para expresar sentimientos y haber experimentado casos de maltrato en su familia de origen1, 3. Algunas investigaciones señalan que la situación de dependencia en que se encuentra la mujer maltratada es generada por las actitudes de poder, control y dominio que adopta el agresor sobre su víctima, lo que acaba generando una situación de dependencia15. El maltratador utiliza diferentes estrategias como la intimidación, la amenaza y la degradación, que provocan en la víctima sentimientos de inferioridad y culpa que contribuyen a perpetuar el control y el poder sobre la mujer, sintiéndose ésta incapaz de resolver la situación7.

Según la OMS el dominio del hombre sobre la mujer incluye las siguientes acciones: impedirle ver a su familia y amigos, saber dónde esta y con quién en todo momento, ignorarla y tratarla con indiferencia, controlar su acceso a los Servicios de Salud, acusarla de infidelidad constantemente y enfadarse si habla con otros hombres2.

Generalmente, las mujeres maltratadas son reacias a expresar su problema y a pedir ayuda, ya sea a su entorno o a los servicios oficiales2; solamente cuando la violencia se vuelve insoportable solicitan asistencia de algún tipo2, 16. Como cifra, se puede afirmar que en torno al 80% de las mujeres asesinadas cada año por violencia de género no habían denunciado ni puesto en conocimiento de ninguna institución su situación13. Las principales razones por las que la mujer no busca ayuda son: el temor a que la situación empeore, la consideración de la violencia como algo normal y merecido y, por último, el miedo al rechazo y a la incomprensión por parte de su entorno2, 15, 16, 17.

Además del temor a la denuncia, existen otras condiciones que hacen que la víctima no pueda abandonar la relación violenta, como pueden ser la incapacidad de mantenerse económicamente, la necesidad de proteger a sus hijos o simplemente porque siguen sintiendo amor por su agresor a pesar del maltrato y espera que la situación cambie en el futuro13, 15, 17.

No debemos olvidar que el aislamiento, la baja autoestima y la anulación son emociones que experimentan habitualmente las víctimas y que también dificultan que pongan fin al problema utilizando los recursos disponibles para ello7.

1.4 Indicadores, consecuencias en la mujer y factores de riesgo
Aunque en los últimos años se ha observado un aumentado de las denuncias por maltrato, aun existe un gran número de mujeres que no denuncian su problema. Por ello resulta importante que la sociedad en general y particularmente los profesionales de la salud conozcan las señales o indicios que pueden sugerir situaciones de violencia de género para facilitar su detección y actuar en su contra7. Los principales indicadores de sospecha que deben conocer los profesionales de salud son los siguientes7, 10, 11, 13:
A)Indicadores físicos: cefalea, dolor crónico general, magulladuras, quemaduras, mordeduras, mareos, molestias gastrointestinales y problemas ginecológicos recurrentes (molestias pélvicas, abortos repetidos, embarazos no deseados, lesiones genitales, etc.).
B) Indicadores psicológicos: agresividad e irritabilidad, ansiedad, baja autoestima, dependendia emocional, depresión, estrés, insomnio, intentos de suicidio, temor, y trastornos alimenticios.
C) Indicadores de utilización de los recursos sanitarios: acudir siempre acompañada de su pareja, consultar de forma repetida sin justificación, dar explicaciones incoherentes, hiperfrecuentación de los Servicios de Urgencias, incumplimiento de citas, ingesta crónica de tranquilizantes y retraso en la solicitud de asistencia prenatal.
D)Indicadores laborales: absentismo crónico, baja productividad, cambios frecuentes de empleo y retrasos habituales.

En cuanto a los factores de riesgo de la violencia de género, cabe destacar que todas las mujeres independientemente de su edad, clase social o raza, tienen riesgo de sufrir algún tipo de agresión a lo largo de su vida, es decir, no existe un perfil definido de mujer maltratada11. Sin embargo, algunos estudios señalan que existen determinados factores que se relacionan con una mayor ocurrencia de casos de VG, entre los que se encuentran: edad menor de 35 años, desempleo, abuso de alcohol y drogas, divorcio previo, bajos ingresos y bajo nivel educativo1, 3, 4, 14, 18.

Aunque no se ha demostrado que la violencia de género cause un problema de salud concreto, numerosos estudios señalan que existe una relación entre la violencia y los signos y síntomas de mala salud2.. Las mujeres víctimas de violen-

cia tienen más probabilidades de experimentar síntomas somáticos (migrañas, dolor abdominal, problemas respiratorios, etc.) y trastornos psicológicos (alcoholismo, abuso antidepresivos, falta de energía, hipersomnia, etc.) que las no maltratadas12, lo que justifica que visiten los Servicios de Salud hasta 2 veces más que las mujeres que no han sufrido maltrato16. Por tanto, podemos afirma que la violencia de género repercute en el estado de salud de la víctima, tanto a corto como a largo plazo, pudiendo provocar trastornos físicos, psíquicos y sexuales que generan un elevado coste económico y social1, 16. Además, se cree que estos daños continúan incluso cuando la situación de maltrato se ha resuelto16.

2. ACTUACIÓN SOCIO--SANITARIA ANTE LA VIOLENCIA DE GÉNERO.

2.1 Protocolos y planes de actuación sanitaria

Como se ha comentado, la violencia de género es un problema muy prevalente en todo el mundo y con unas consecuencias devastadoras para la salud de la víctima. Por todo ello, resulta de vital importancia que se disponga de unos recursos tanto sanitarios como sociales adecuados para la atención a estas mujeres, encaminados a la detección precoz del problema y a su tratamiento. Por esta razón, se han desarrollado diferentes planes de actuación y protocolos en los que se recogen medidas de prevención y sensibilización, así como pautas para la asistencia y la atención a las víctimas de maltrato, facilitando la coordinación de los distintos profesionales implicados en la detección y tratamiento de los casos de violencia de género7, 19.

Los planes de atención sanitaria protocolizan de manera detallada las actuaciones que deben llevar a cabo los profesionales sanitarios una vez que se haya identificado la situación de maltrato. El "Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género"10, editado por el Ministerio de Sanidad y Consumo en el año 2007, es el documento base que especifica las líneas generales de actuación ante este problema a nivel de todo el territorio español. Su finalidad es orientar al personal sanitario a la hora de realizar una atención integral a las mujeres víctimas de maltrato y para ello, establece como principal objetivo proporcionar una serie de pautas de acción homogéneas y normalizadas para todo el Sistema Nacional de Salud ante casos de violencia de género. Como objetivos secundarios plantea los siguientes: sensibilizar tanto al personal sanitario como a la población general sobre el problema y promover la capacitación de las mujeres que sufren maltrato tanto para el reconocimiento de su situación como para la búsqueda de soluciones10.

En este plan se especifican tres líneas de actuación para la atención a la mujer

maltratada que pueden ser aplicadas en los distintos servicios asistenciales: Atención Primaria, Atención Especializada y Servicios de Urgencias; dichas líneas, las cuales se encuentran detalladas en el Anexo 1, varían en función de la situación particular de cada mujer, siendo las siguientes10:

- Plan de atención a la mujer que presenta indicadores de sospecha pero no reconoce sufrir malos tratos.
- Plan de atención a la mujer que reconoce sufrir malos tratos pero no se encuentra en peligro extremo.
- Plan de atención a la mujer que reconoce sufrir malos tratos y se encuentra en peligro extremo.

A partir de este protocolo nacional se han desarrollado distintos protocolos autonómicos (11, 20, 21) así como diferentes guías de actuación específicas para los distintos servicios sanitarios dentro de cada comunidad (7, 13, 22).

2.2. Recursos asistenciales para víctimas de violencia de género

Como aparece recogido en la Ley Orgánica de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, las mujeres maltratadas poseen una serie de derechos asistenciales que deben ser atendidos8:

- Derecho a la información, a la asistencia social integral y a la asistencia jurídica gratuita.
- Derechos laborales y prestaciones de la Seguridad Social.
- Derechos económicos.

Para poder cubrir estos derechos legítimos y llevar a cabo las actuaciones indicadas en las guías y protocolos, se hace necesario disponer de una serie de recursos que cubran las múltiples necesidades de las mujeres maltratadas y cuyo objetivo final es que la víctima consiga vivir de forma autónoma e independiente21. Como el problema de la VG requiere una atención multidisciplinar, deberá derivarse a la víctima al dispositivo que corresponda según su estado y situación7. A nivel general, los recursos para víctimas de maltrato se dividen en:

A)Recursos de información y asesoramiento. Son servicios destinados a proporcionar información y asesoramiento sobre los recursos disponibles para las víctimas y cómo pueden acceder a ellos. Unos de los más utilizados son las líneas telefónicas por su facilidad de acceso y discreción. Entre ellas destacan el teléfono del Instituto de la Mujer (900 191 010) y el teléfono de atención a los malos tratos (016) donde se proporciona información general sobre violencia de género (recursos, derechos, programas y proyectos). Existen, además, otras líneas a las que se puede recurrir en situaciones de grave peligro (teléfono emergencias: 112,

Policía Nacional: 091, Guardia Civil: 062)7, 10. Otros recursos de información, asesoramiento y apoyo son las asociaciones de mujeres. En Asturias existen 3: Asociación "Simone de Beavoir", Asociación de mujeres separadas y divorciadas de Asturias y Asociación--Centro de asistencia a víctimas de agresiones sexuales y malos tratos (CAVASYM) 7. Respecto al ámbito jurídico y administrativo las mujeres tienen a su disposición los Centros Asesores de la Mujer, que actúan como responsables del caso ante la Administración y se encargan de la coordinación con otros recursos, así como los Colegios de Abogados de cada Comunidad Autónoma, que proporcionan asistencia jurídica de manera gratuita7. En nuestra Asturias disponemos de 15 Centros Asesores de la Mujer distribuidos por toda la provincia y de los Colegios de Abogados de Oviedo y Gijón para garantizar la asistencia judicial de las mujeres que lo necesiten7, 21.

B) Casas de acogida y Servicios de Atención Psicosocial. Los Servicios Sociales son los que asumen la atención integral a la mujer y la coordinación con los diferentes recursos del sistema. Algunos ejemplos de estos recursos son las casas de acogida, que proporcionan atención de emergencia, alojamiento temporal y programas multidisciplinares que contribuyen a la recuperación de las víctimas, y los Servicios de Atención Psicosocial que ofrecen apoyo psicológico para prevenir y tratar las consecuencias de la violencia de género21. En Asturias existe una red de casas de acogida y viviendas tuteladas en las ciudades de Oviedo, Gijón y Avilés, así como un Servicio de Atención Psicosocial situado en el Centro de Salud de La Ería (Oviedo)7.

C) Recursos de protección. Son aquellos destinados a asegurar la seguridad personal de la mujer. Existen unidades, tanto de la Policía Nacional (Servicio de Atención a la Familia) como de la Guardia Civil (Equipo de Mujer y Menor), especializadas en la atención a víctimas de malos tratos. Además se dispone de un servicio de teleasistencia móvil permanente que permite la movilización precoz de los Cuerpos de Seguridad si así se necesitara7, 10.

D) Recursos económicos y laborales. Se componen de una serie de medidas destinadas a facilitar la incorporación al mercado laboral de las mujeres maltratadas y a proporcionar apoyo económico a aquellas que no dispongan de recursos suficientes para hacer frente a los gastos de la vida diaria: ayudas para la vivienda y el alquiler, programas de incorporación preferente a cursos de Formación Profesional, salario social básico, retribuciones económicas de emergencia, etc7.

La mayoría de las veces, por ser los primeros en detectar el problema, es responsabilidad de los profesionales sanitarios la derivación o activación de uno u otro recurso. Por ello, es importante que estos profesionales conozcan su existencia y funcionamiento.

3. EL PAPEL DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS EN LA DETECCIÓN Y ORIENTACIÓN DE LA VIOLENCIA DE GENERO

3.1 Actuación general de los profesionales sanitarios ante la violencia de género

Las Instituciones Sanitarias, según el barómetro del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS), son las mejor valoradas en cuanto a la confianza que puede depositar en ellas la mujer maltratada[22]. Los Centros de Atención Primaria (AP) y los Servicios de Urgencias suelen ser los primeros recursos asistenciales a los que acuden las víctimas de violencia. Según la OMS de un 30 a un 60% de las mujeres que solicitan atención en estos servicios sufren malos tratos, constituyendo un ámbito ideal para la detección precoz de casos violencia de género[23, 24]. Por todo ello, los profesionales de la Salud de esas áreas tienen una gran responsabilidad a la hora de detectar, sospechar y notificar las agresiones por maltrato[25].

El objetivo general del personal sanitario en la atención a las víctimas de maltrato debe estar encaminado inicialmente a la detección precoz del problema y, una vez se haya confirmado, a la atención, información y derivación a otros profesionales[7]. El proceso de atención básico en los servicios de Atención Primaria y Urgencias, debe iniciarse con una anamnesis minuciosa que permita identificar problemas existentes o potenciales y realizar una valoración adecuada del estado de la víctima para poder activar los recursos necesarios para su atención[21].

Los servicios de Atención Primaria se encargan generalmente de la asistencia a víctimas leves y del seguimiento posterior de los casos. El personal sanitario debe proporcionar información a la mujer sobre los recursos de apoyo disponibles, además de contactar con la Unidad de Trabajo Social del centro y activar el protocolo policial si lo considera necesario para asegurar la seguridad de la mujer. En los casos de maltrato grave, agresión sexual y cuando no se disponga de los recursos adecuados para la atención urgente, las víctimas serán remitidas al hospital de referencia de la zona[20, 21].

En lo que se refiere al ámbito de las Urgencias hospitalarias se presta atención a todo tipo de víctimas. En los casos de maltrato grave y de agresión sexual el personal sanitario procederá a la activación del protocolo judicial, comunicando inmediatamente el caso al médico forense del juzgado para proceder a un reconocimiento conjunto del estado de la mujer. En todos los casos de maltrato se proporcionará información a la mujer y se derivará a la Unidad de Trabajo Social del hospital[20, 21].

No debemos olvidar que la violencia de género es un delito tipificado en el Código

Penal y que el personal sanitario está obligado legalmente a cumplimentar y remitir un parte/informe de lesiones al Juzgado en caso de sospecha de maltrato, incluso si la víctima no va a denunciar el hecho a las autoridades. Para realizar la denuncia, resulta básico que se cumplimente de forma correcta el parte de lesiones. En este documento se recogen con exactitud los datos personales de la mujer, la historia de la agresión (antecedentes, exposición de los hechos, estado emocional, riesgos y diagnósticos) y las medidas que se llevaron a cabo para su asistencia[20].

Si la mujer es atendida en los servicios de Atención Primaria y trasladada posteriormente al hospital se cumplimentarán dos partes/informes, uno en cada nivel de asistencia. Si es atendida únicamente en el ámbito hospitalario, aunque sea por diferentes profesionales, se cumplimentará un único parte/informe en el que cada profesional registrará los datos que le correspondan. De las cuatro copias que se realizan, una se entregará a la mujer si no supone un riesgo para su seguridad, otra se remitirá al Juzgado, la tercera se enviará al Registro Sanitario de Casos de Violencia contra las Mujeres del Servicio de Salud y la última copia se archivará en la historia clínica. En el Anexo 2 se adjunta el modelo de parte de lesiones utilizado en la red de hospitales y centros de salud del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA)[20, 21].

Durante todo el proceso de atención deberá mantenerse informada a la mujer sobre todos los procedimientos y exploraciones que se le realizarán así como su finalidad, obteniendo previamente su consentimiento para llevarlos a cabo[21].

Cabe destacar que, de los distintos profesionales sanitarios, los enfermeros y las enfermeras, por las características de su formación, son tal vez los que establecen en el ámbito asistencial una relación más cercana con los pacientes y en consecuencia ejercen un papel fundamental en la prevención de la violencia de género; por esta razón resulta básico que estos profesionales estén sensibilizados con el problema y adecuadamente formados en este campo[23, 24].

3.2 La enfermería y la violencia de género en Atención Primaria

La consulta de enfermería de Atención Primaria es uno de los lugares ideales para la detección precoz y asistencia de mujeres maltratadas ya que éstas acuden con frecuencia a este tipo de servicios sanitarios[22]. Los Centros de Salud, por la accesibilidad y continuidad en la atención que proporcionan, favorecen que se establezcan relaciones de confianza y cercanía entre enfermera y paciente, facilitando la expresión de los problemas y la demanda de asistencia por parte de la víctima[3, 24]. Por ello, el personal de AP es el que más posibilidades tiene de

detectar casos de VG11.

En muchas ocasiones, los/as enfermeros/as de Atención Primaria son los primeros profesionales en establecer contacto con la víctima y constituyen uno de los principales puntos de apoyo para la mujer3, 24. Habitualmente, las mujeres maltratadas acuden a los servicios de AP durante años por síntomas somáticos provocados por el maltrato antes de consultar por los malos tratos propiamente13, 26. Si se detecta algún indicio de violencia, el profesional enfermero puede aprovechar el ambiente de confianza y privacidad que proporciona la consulta para realizar una pequeña investigación que ayude a confirmar el problema. Las preguntas se formularán sin estereotipos ni prejuicios, e inicialmente serán de carácter general. Un ejemplo de estas cuestiones podría ser: ¿Cómo van las cosas en casa?, ¿Cómo es la relación con las personas con las que convive? o ¿Tiene oportunidad de decidir sobre cuestiones cotidianas?. Resulta importante observar tanto la respuesta verbal como la no verbal. Si la mujer se muestra receptiva se podrán realizar preguntas más concretas sobre maltrato, que aportarán información básica para la valoración de la mujer y para decidir qué intervención resulta más adecuada para cada caso22. Las cuestiones realizadas deberán ser claras, abiertas y directas, siendo enunciadas en todo momento con respeto y comprensión13.

Durante la entrevista se debe crear un clima de confianza e intimidad que facilite la expresión de sentimientos y emociones, ya que las mujeres maltratadas, como se ha mencionado anteriormente, suelen tener un estado de ánimo disminuido, baja autoestima y muy poca seguridad en sí mismas. La mujer siempre será recibida sola y el profesional mostrará comprensión, aceptación, confianza y apoyo20. Además se deberá mantener una actitud de escucha activa, sin interrumpir ni juzgar, permitiendo a la persona explicar sus problemas y preocupaciones7, 20, 22. Reconocerse víctima de maltrato puede resultar costoso y doloroso, por ello se reforzarán los logros y capacidades de la mujer, además de orientar y apoyar sus decisiones, lo que contribuirá a aumentar su confianza en si misma7. El objetivo final de la entrevista, además de detectar los posibles casos ocultos de violencia, es informar y ayudar a clarificar ideas y pensamientos para tomar decisiones sobre el problema13.

Una vez confirmada el maltrato deberá seguirse un plan de actuación adecuado a la situación de la mujer y a sus necesidades11, 22. Dado que la violencia de género es un problema complejo que afecta a de diversas maneras a la víctima (daños físicos, psicológicos y sociales), se deberá trabajar en coordinación con

otros profesionales e instituciones especializadas en los distintos aspectos del mismo3.

Para llevar a cabo este proceso asistencial, que va desde la detección precoz del caso hasta la derivación a distintos recursos, resulta de vital importancia que los profesionales de la salud, y particularmente los/as enfermeros/as, posean un conocimiento adecuado en materia de violencia de género que incluya la identificación y manejo de signos y síntomas de sospecha de maltrato, los distintos recursos disponibles para la atención, los protocolos de derivación requeridos para dichos recursos y las herramientas generales para el abordaje del caso13, 20, 26. A pesar de esta necesidad evidente de formación, estudios realizados sobre el tema señalan que los profesionales de la salud poseen un nivel insuficiente de conocimientos generales sobre violencia de género, observándose especialmente desconocimiento sobre la frecuencia e importancia del problema, los recursos disponibles y los protocolos y procedimientos de actuación23, 24, 25, 26, 27, 28.

Además del grado de formación, se ha comprobado que el personal sanitario mantiene estereotipos y percepciones erróneas respecto a víctima y maltratador que influyen de manera negativa en la detección y asistencia de los casos26, 27, 29. Algunos comportamientos derivados de estas creencias pueden incluir dar respuestas rápidas y precipitadas por sentirse incapaz de atender el problema, paternalismo excesivo, criticar la actitud de la mujer y banalizar o racionalizar el comportamiento del agresor7. Para evitar estos comportamientos deberán desarrollarse habilidades sociales y de afrontamiento que ayuden a hacer frente a la situación y a tomar conciencia de los propios prejuicios y vivencias que influyen en la forma de actuar de cada uno para reaccionar de la forma más objetiva y adecuada posible22.

Como conclusión, debe destacarse que la Atención Primaria es uno de los servicios a los que más acuden las mujeres maltratadas y constituye una de las puertas de entrada a los recursos asistenciales específicos para víctimas de violencia. A pesar de que entre el 32 y el 66% de mujeres que acuden a las consultas de Atención Primaria han sufrido maltrato alguna vez en su vida, se estima que solo un 1% del total de los casos son identificados y mayoritariamente en fases tardías, con las graves repercusiones que esto supone para la salud de la mujer26, 27. Una razón que puede dar explicación a este porcentaje es que la baja detección de casos de maltrato se encuentra estrechamente relacionada con el gran desconocimiento del personal sanitario sobre el tema y las percepciones erróneas y prejuicios que adoptan estos profesionales hacia el problema23, 24, 28.

Al realizar la revisión bibliográfica sobre el tema se han encontrado diversos estudios que demuestran el nivel insuficiente de conocimientos sobre violencia de género de los profesionales sanitarios (médicos, enfermeros, auxiliares de enfermería y celadores) (23, 25, 26, 27, 29, 30) y únicamente uno realizado en el ámbito de la enfermería exclusivamente realizado en México (24). Además, se han estudiado las creencias personales sobre el problema encontrándose un alto grado de distorsiones cognitivas tanto en estudiantes de carreras sanitarias (28, 31) como en el propio personal sanitario (26, 27, 30).

A pesar de lo alarmante de los datos expuestos, casi no existen estudios sobre tema. Dado el importante papel que juegan las enfermeras de Atención Primaria en la detección de violencia de género y las bajas tasas de identificación de casos, parece relevante realizar un estudio sobre los conocimientos y las distorsiones cognitivas de estos profesionales en nuestra Comunidad Autónoma, pudiendo constituir un punto de partida para mejorar la asistencia a las víctimas.

2 Objetivos

Objetivo general:
- Valorar el nivel de conocimientos sobre violencia de género y la existencia de pensamientos distorsionados en los profesionales de enfermería de Atención Primaria.

Objetivos secundarios:
- Evaluar la influencia de las variables sociodemográficas (edad, sexo y estado civil) y laborales (categoría laboral y experiencia) en el nivel de conocimientos sobre violencia de género de los enfermeros/as.
- Analizar la influencia de las variables sociodemográficas (edad, sexo y estado civil) y laborales (categoría laboral y experiencia) en la presencia de pensamientos distorsionados relacionados con la violencia de género en los enfermeros/as.
- Establecer una relación entre nivel de conocimientos y el grado de pensamientos distorsionados.

3 Metodología

1 Tipo de estudio
Estudio transversal, descriptivo y observacional.

2 Contexto

El estudio planteado se realizará en el Área Sanitaria IV del Principado de Asturias que constituye el área de salud con mayor territorio y población, unos 342.336 habitantes, de las 8 áreas de Salud en las que encuentra dividida la provincia. Situada en la zona central de la comunidad, este área da cobertura a los concejos de: Belmonte de Miranda, Bimenes, Cabranes, Candamo, Grado, Las Regueras, Llanera, Salas, Morcín, Nava, Noreña, Oviedo, Quirós, Ribera de Arriba, Santo Adriano, Sariego, Siero, Somiedo, Teverga, Riosa y Yermes y Tameza.32

A su vez, el Área IV se encuentra dividida en 19 Zonas Básicas de Salud y en 4 Zonas Especiales de Salud que delimitan geográficamente el marco de actuación de cada equipo de Atención Primaria32.

La dotación total de Centros de Atención Primaria del área se compone de 19 Centros de Salud, 30 Consultorios Periféricos y 10 Consultorios Locales. Existen además 23 Puntos de Atención Continuada (PAC) y 2 Servicios de Urgencias de Atención Primaria (SUAP)32.

En las zonas urbanas, los PAC proporcionan atención de forma continuada permaneciendo abiertos de 8:00 a 20:00 horas todos los días y en el horario nocturno (de 20:00 a 8:00 horas) los SUAP se encargan de la atención a las urgencias. Por el contrario, en el ámbito rural no existen SUAP y es en los PAC donde se presta asistencia durante las 24 horas del día todo el año32.

En estos centros, los profesionales de enfermería desempeñan diferentes actividades asistenciales, pudiéndose hablar de: a) Enfermeros/as de Equipo de Atención Primaria (EAP): proporcionan atención en la consulta o en el domicilio del paciente en horario de mañana (8:00 – 15:00) o tarde (13:00 – 20:00). Normalmente se trata de un asistencia programada, aunque también puede ser a demanda o derivada por otros profesionales. Estos profesionales se encargan del seguimiento de los pacientes crónicos, de la aplicación de cuidados y tratamientos, de labores preventivas e informativas, etc. Durante el horario de mañana también se ocupan de la asistencia a las urgencias que puedan surgir. En los Puntos de Atención Continuada realizan guardias de 15:00 a 20:00 horas en días laborables o de 8:00 a 20:00 horas en días festivos y fines de semana, salvo que estén exentos de realizarlas por edad (mayores de 55 años) o enfermedad justificada. b) Enfermeros/as de pediatría: se ocupan del seguimiento y de los cuidados de los niños menores de 14 años (curas, vacunaciones, revisiones según edad, etc). c) Enfermeros/as del Servicio de Atención Continuada (SAC): prestan atención programada (domiciliaria y en consulta) en aquellos casos en los que se requiere una continuidad del tratamiento pautado y se encargan además de la atención a

las urgencias, todo ello en el horario en el que no hay servicio de consulta ordinario: tardes (15:00 – 20:00), fines de semana y días festivos (8:00– 20:00). En las zonas rurales también se ocupan de las urgencias nocturnas. Estos profesionales trabajan en los Puntos de Atención Continuada. d) Enfermeros/as del Servicio de Urgencias de Atención Primaria (SUAP): prestan asistencia en los Servicios de Urgencias de Atención Primaria. e) Matronas: se encargan del cuidado de la salud de las mujeres durante el embarazo, de la asistencia al parto y del seguimiento del postparto, además de asesorar en planificación familiar y en la atención durante la menopausia.

3 Sujetos

La población diana del estudio es el personal de enfermería de Atención Primaria del Área IV de Salud. Esta población se compone de un total de 255 sujetos, de los cuales 225 son mujeres y 30 son hombres, con unas edades comprendidas entre los 27 y los 65 años.

La población elegible del estudio se determinará en función de los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión:

• Enfermeros y enfermeras de Atención Primaria que trabajen en el Área IV de salud en alguno de los siguientes puestos: consulta de enfermería de adulto, consulta de enfermería pediátrica, matrona, SAC y SUAP.
• Enfermeros/as que tengan una experiencia laboral en el puesto actual superior a 1 año.

Criterios de exclusión:

• Enfermeros Interno Residentes.
• Enfermeros/as de aquellos centros y consultorios que no tienen PAC y que cubran una población inferior a 1500 personas, siendo los siguientes: Arlós, Bimenes, Cabranes, Ceceda, Cornellana, Las Caldas, La Espina, La Manjoya, Las Regueras, Mayeza, Olloniego, Quirós, Tudela--Veguín y Villabona.
• Se desecharán las encuestas en las que se haya contestado un porcentaje inferior al 80% del total de las preguntas.

4 Material

Los cuestionarios y encuestas utilizados en el estudio serán autoadministrados y contestados de forma individual por cada enfermero y son los siguientes: a) Cuestionario sociodemográfico: Consta de 5 ítems referidos a edad, sexo, estado civil, categoría profesional y años de experiencia en el puesto. b) Encuesta sobre vio-

lencia doméstica y profesionales sanitarios (Siendones Castillo R., et al., 2002): Esta encuesta consta de 24 preguntas mediante las que se evalúan tres dominios: grado de formación sobre violencia de género (preguntas 1 a 14), barreras de actitud y propuestas de mejora (preguntas 15 a22) y barreras organizativas (preguntas 23 y 24). En este trabajo solo se utilizará la parte de la encuesta correspondiente al dominio "Grado de Formación" por entender que es la más útil para el cumplimiento de los objetivos propuestos en el mismo. Este dominio comprende un total de 14 preguntas: de la 1 a la 4 preguntas introductorias y de la 10 a la 14 preguntas en las que se valoran conceptos generales, importancia del problema, factores relacionados con el maltrato y aspectos legales. Los autores establecen el nivel de conocimientos en una serie de grados según el porcentaje de respuestas correctas obtenidas en las preguntas 10 a 14. Esta escala ha sido utilizada diversas investigaciones (23, 25, 26, 29, 30). c) Inventario de Pensamientos Distorsionados sobre la Mujer (Echeburúa y Fernández--Montalvo, 1998): Consta de 13 ítems de respuestas binarias relativos a pensamientos distorsionados sobre las mujeres. El encuestado debe señalar el grado de correspondencia entre las ideas señaladas y su forma habitual de pensar en función a la escala El cuestionario consta de una escala tipo Likert de 4 puntos propuesta (desde 1: muy en desacuerdo hasta 4: muy de acuerdo). El rango del inventario oscila de 13 a 52 puntos y se establecen 3 niveles de pensamientos distorsionados en función a la suma total de los puntos obtenidos en cada ítem: bajo (de 13 a 26 puntos), medio (de 27 a 39 puntos) y alto (más de 39 puntos). El cuestionario ha sido empleado en varios estudios con anterioridad (28, 31). d) Otros recursos: folios, bolígrafos, carpetas archivadoras, sobres, impresora, ordenador en el cual deberá estar instalado el programa SPSS y vehículo de transporte. Todo el gasto que pueda derivarse del uso de estos materiales será asumido por el investigador principal, ya que no se va a solicitar ningún tipo de subvención o ayuda a otro organismo. También deberá contarse con la colaboración de la Gerencia de Atención Primaria, de los coordinadores de Enfermería de los centros y de todos los profesionales de Enfermería que participarán de forma voluntaria en el proyecto.

5 Método

5.1 Procedimiento

Previamente a la realización del estudio, se solicitarán los permisos pertinentes a la Gerencia de Atención Primaria del Área IV de Salud y se concertará una cita con la Subdirectora de Enfermería de Atención Primaria de dicho Área con el propósito de exponerle los objetivos del estudio, su relevancia y cómo va a llevarse a cabo. Se adjunta en Anexo 4 la autorización para realizar este trabajo. Una vez obtenidos los permisos, se comenzará la parte experimental del estudio.

Desde la propia Gerencia se informará mediante correo interno a todos los profesionales de enfermería sobre la relevancia de participar en el proyecto y los objetivos del mismo.

Anteriormente a la entrega de las encuestas se prepararán paneles informativos que serán colocados en las zonas comunes de los centros y en las consultas donde se realizan las guardias para informar al mayor número de enfermeros posibles de la existencia del estudio.

Se concertarán citas con los coordinadores de enfermería de los Centros de Salud de cada Zona Básica y de los Consultorios Locales de cada Zona Especial. El objetivo de estas reuniones es proporcionar información sobre el estudio y hacerles entrega de las encuestas, ya que serán ellos los encargados de repartirlas posteriormente entre los profesionales de enfermería de su Centro. El personal que tenga su puesto de trabajo en un Consultorio Periférico recogerá las encuestas en el Centro de Salud del que dependa dicho consultorio. En el caso del personal del Servicio de Atención Continuada y del Servicio de Urgencias de Atención Primaria los cuestionarios se dejarán para su cumplimentación en las consultas donde se realizan las guardias en una carpeta rotulada con el texto "ENCUESTAS PARA ESTUDIO SOBRE VIOLENCIA DE GÉNERO Y ENFERMERÍA" que será colocada en un lugar visible.

Las 3 encuestas utilizadas en el estudio irán introducidas en un sobre junto a una carta de presentación e instrucciones y el consentimiento informado, todo ello unido mediante una grapa. En dicho sobre se depositarán las encuestas una vez estén respondidas y el consentimiento firmado y cumplimentado. Este sobre será cerrado por el encuestado y únicamente se abrirá a la hora de analizar los datos. Se adjunta carta de presentación y cuestionario en Anexo 5.

En la zona administrativa de cada Centro se colocará una caja señalada como "ESTUDIO SOBRE VIOLENCIA DE GÉNERO Y ENFERMERÍA" donde los/as enfermeros/as podrán ir depositando los sobres cerrados. El personal de Consultorios Periféricos podrá depositar las encuestas en la caja situada en el Centro de Salud del que dependan. Para resolver cualquier duda o pregunta que se plantee se proporcionará un teléfono de contacto con el investigador.

Se dejará un plazo de 15 días a partir de la reunión con cada coordinador para la cumplimentación de las encuestas. Las encuestas serán recogidas por las mañanas una vez haya pasado ese intervalo de tiempo. Durante todo el proceso se establecerá contacto telefónico semanalmente con los coordinadores de enfer-

mería de cada centro para verificar el número de encuestas respondidas hasta el momento y solucionar los posibles problemas que puedan surgir.

5.2 Variables del estudio

Las variables a medir se han agrupado de la siguiente forma: a) Variables sociodemográficas y laborales

- Edad: tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de recogida de los datos. Naturaleza: Cuantitativa, discreta. Escala de medición: De razón. Años completos.
- Sexo: características fenotípicas de la persona. Naturaleza: Cualitativa. Escala de medición: Nominal, dicotómica. Categorías: Hombre -- Mujer
- Estado Civil: condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles, sobre todo en lo que hace relación a su condición de soltería, matrimonio, viudez, etc. Naturaleza: Cualitativa. Escala de medición: Nominal, politómica. Categorías: Soltero/a -- Casado/a -- Divorciado/a -- Convive con pareja -- Viudo/a
- Categoría laboral: tipo de puesto laboral para el que está contratado. Naturaleza: Cualitativa. Escala de medición: Nominal, dicotómica. Categorías: Enfermero de Zona Básica de Salud (Enfermero de Equipo de AP y pediatría) – Enfermero de Área de Salud (Matrona, SAC y SUAP)
- Años de experiencia en el puesto actual. Naturaleza: Cuantitativa, discreta. Escala de medición: De razón. Años completos. b) Variables sobre conocimientos y pensamientos distorsionados
- Nivel de conocimientos: grado de conocimientos generales sobre VG de los profesionales de enfermería. Naturaleza: Cualitativa. Escala de medición: Ordinal, politómica. Categorías: Bajo (≤33%) -- Medio (34 – 66%) -- Alto (≥67%)
- Nivel de pensamientos distorsionados: grado de percepciones erróneas y distorsiones cognitivas sobre VG de los profesionales de enfermería. Naturaleza: Cualitativa. Escala de medición: Ordinal, politómica. Categorías: Bajo (13 a 26 puntos) -- Medio (de 27 a 39 puntos) -- Alto (+ de 39)
- Conocimiento de casos de violencia en el entorno. Naturaleza: Cualitativa. Escala de medición: Nominal, dicotómica. Categorías: Si -- No
- Casos de violencia vistos en los últimos 3 meses. Naturaleza: Cuantitativa, discreta. Escala de medición: De razón. Número de casos.
- Conocimiento de actividades sobre detección, ayuda y seguimiento en la Comunidad. Naturaleza: Cualitativa. Escala de medición: Nominal, dicotómica. Categorías: Si -- No
- Conocimiento del protocolo interno del servicio. Naturaleza: Cualitativa. Escala de medición: Nominal, dicotómica. Categorías: Si -- No

5.3 Tratamiento estadístico de los datos

Los datos obtenidos se introducirán en una base de datos que se desarrollará para el estudio y se analizarán a través de la última versión del programa SPSS. Se realizará un estudio descriptivo de los datos obtenidos. Para las variables cuantitativas se utilizará la media aritmética, la desviación típica y el rango. Como test estadísticos, partiendo del supuesto de una distribución normal que permita usar test paramétricos, se utilizará la prueba de t de Student para muestras independientes, el ANOVA (en el caso de variables politómicas) y el coeficiente de correlación de Pearson.

Para las variables cualitativas de considerarán frecuencias, porcentajes, tablas de contingencia y como test estadístico la prueba Chi Cuadrado. En todo caso se considerarán significativos los valores de $p<0,05$.

6 Consideraciones éticas

Este trabajo se adapta a los principios éticos de la investigación clínica recogidos en la declaración de Helsinki de 1964. Para garantizar el respeto por el individuo y su derecho a la autodeterminación la participación en este estudio será voluntaria y libre, pudiendo abandonar la investigación en cualquier momento sin que esto suponga ningún perjuicio. Se ha elaborado un consentimiento informado donde se recogen los objetivos del trabajo y el tratamiento que se dará a los datos obtenidos y cuya cumplimentación será imprescindible para formar parte del proyecto. Además, cumpliendo con la Ley de Protección de Datos, se respetará la confidencialidad de todos los datos obtenidos de los encuestados.

En esta investigación no se realiza ningún tipo de prueba o experimento que pueda afectar de forma negativa a sus participantes.

El trabajo de campo se iniciará una vez que se haya obtenido la autorización de la Gerencia de Atención Primaria del Área IV del SESPA.

7 Limitaciones

Existen algunas limitaciones tenidas en cuenta por el investigador y que podrían alterar los resultados del estudio. Debido a la amplia extensión geográfica del ámbito de estudio se corre el riesgo de que algunos profesionales no sean informados del mismo y no participen, especialmente los que tengan su puesto de trabajo en Consultorios Periféricos.

Por otro lado, existe la posibilidad de que las encuestas no se respondan con toda la sinceridad que cabría debido a la delicadeza del tema y al gran impacto social

que produce.

4 Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud [sede web]. Ginebra: OMS; Noviembre de 2012 [acceso enero de 2019]. Centro de prensa: Violencia contra la mujer [aproximadamente 5 páginas]. Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/index.html
2. Organización Mundial de la Salud. Estudio multipaís de la OMS sobre la salud de la mujer y violencia doméstica [Internet]. Ginebra: OMS; 2005 [acceso enero de 2019].
3. Liquete Briffel TM, Moyano Mora P, Martínez Laguna I, Fajardo Trujillo M, Domínguez Martínez A. Violencia doméstica, abordaje enfermero. Metas enferm. 2005; 8 (7): 10--16.
4. Selic P, Pesjak K, Kersnik J. The prevalence of exposure to domestic violence and the factors associated with co--occurrence of psychological and physical violence exposure: a sample from primary care patients. BMC Public Health. 2011; 11: 621.
5. Ruiz Pérez I, Plazaola Castaño J, Vives Cases C, Montero Piñar MI, Escribá Agüir V, Jiménez Gutiérrrez E et al. Variabilidad geográfica de la violencia contra las mujeres en España. Gac Sanit. 2010; 24 (2): 128--135.
6. Instituto Asturiano de Estadística, Instituto Asturiano de la Mujer. Mujeres y hombres en Asturias [Internet]. Asturias: Instituto Asturiano de Estadística; 2012 [acceso febrero de 2019]. Disponible en: http://www.asturestad.es/es/portal.do?IDM=33&NM=2
7. Instituto Asturiano de la Mujer. Guía para profesionales. Recursos contra la violencia de género [Internet]. Asturias: Instituto Asturiano de la Mujer; 2008 [acceso febrero de 2019]. Disponible en: http://institutoasturianodelamujer.com/iam/wp* content/uploads/2010/04/Guia_profesionales_recursos_violencia.pdf
8. Ley de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. Ley Orgánica 1/2004 de 28 de diciembre. Boletín Oficial del Estado, nº 313, (29 –12–2004).
9. Ley del Principado de Asturias para la igualdad de mujeres y hombres y la erradicación de la violencia de género. Ley 2/2011 de 11 de marzo. Boletín Oficial del Principado de Asturias, nº 64, (18 – 3 --2011).
10. Ministerio de Sanidad y Consumo. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Con-

sumo; 2007 [acceso enero de 2019]. Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/protocoloComun.pdf
11. Junta de comunidades de Castilla--La Mancha. Guía de intervención integral contra la violencia de género [Internet]. Castilla--La Mancha: Instituto de la mujer; 2008 [acceso enero de 2019]. Disponible en: http://www.institutomujer.ccm.es/fileadmin/user_upload/PUBLICACIONES/Guia_profesionales_violencia_2009/guia_violencia_2009.pdf
12. Ulla Díez S, Velázquez Escutia C, Notario Pacheco B, Solera Martínez M, Valero Caracena N, Olivares Contreras A. Prevalence of intimate partner violence and its relationship to physical and psychological health indicators. Int J Clin Health Psychol. 2009; 9 (3): 411--27.
13. Muslera Canclini E, González Sánchez M. Guía didáctica de Diagnóstico e Intervención Sanitaria en Violencia de Género en atención primaria [Internet]. Asturias: Servicio de Salud del Principado de Asturias; s. f. [acceso febrero de 2019].
14. Kopčavar Guček N, Švab I, Selič P. The prevalence of domestic violence in primary care patients in Slovenia in a five--year period (2005--2009). Croat Med J. 2011; 52 (6): 728--34.
15. Hawley DA, Hawley Barker AC. Survivors of intimate partnet violence: implications for nursing care. Crit Care Nurs Clin North Am. 2012; 24 (1): 27--39.
16. Tower M, Rowe J, Wallis M. Reconceptualising health and health care for women affected by domestic violence. Contemp Nurse. 2012; 42 (2): 216--25.
17. Loke AY, Wan ML, Hayter M. The lived experience of women victims of intimate partner violence. J Clin Nurs. 2012; 21 (15--16): 2336--46.
18. Gin NE, Rucker L, Frayne S, Cygan R, Hubbell FA. Prevalence of domestic violence among patients in three ambulatory care internal medicine clinics. J Gen Intern Med. 1991; 6 (4): 317--22.
19. Instituto Asturiano de la Mujer. Plan del Principado de Asturias para avanzar en la erradicación de la violencia contra las mujeres [Internet]. Asturias: Gobierno del Principado de Asturias; 2002 [acceso febrero de 2019]. Disponible en: http://tematico.asturias.es/imujer/upload/documentos/violencia.pdf
20. Servicio de Salud del Principado de Asturias. Protocolo de Atención Sanitaria ante la Violencia contra las Mujeres [Internet]. Asturias: Servicio de Salud del Principado de Asturias; 2003 [acceso enero de 2013]. Disponible en: http://igualdade.xunta.es/sites/default/files/files/documentos/Protocolo_Atencion_Sanitaria_p_asturias%5B1%5D.pdf
21. Gobierno del Principado de Asturias. Protocolo Interdepartamental para mejorar la atención a las mujeres víctimas de la violencia de género en Principado de

Asturias [Internet]. Asturias: Consejería de Presidencia, Justicia e Igualdad; 2007 [acceso febrero de 2019].
22. Rodríguez Gimena M, Pérez Alonso E, Moratilla Monzó L, Pires Alcaide M, Escortell Mayor E, Lasheras Lozano L, et al. Guía de apoyo en atención primaria para abordar la violencia de pareja hacia las mujeres [Internet]. Madrid: Dirección General de Salud Pública, Consejería de Sanidad; 2008 [acceso febrero de 2019].
23. Ruiz Navarro MG. ¿Somos los profesionales sanitarios una barrera para la detección de la violencia de género?. Enferm integr. 2011;(93): 8--14.
25. Mendoza Flores ME, de Jesús Corona Y, García Urbina M, Martínez Hernández G, Sánchez Vera R, Reyes Zapata H. Conocimientos y actitudes del personal de enfermería sobre la violencia de género. Perinatol Reprod Hum. 2006; 20 (4): 69--79.
26. Siendones Castillo R, Perea--Milla López E, Arjona Huertas JL, Agüera Urbano C, Rubio Gallo A, Molina Molina M. Violencia doméstica y profesionales sanitarios: conocimientos, opiniones y barreras para la infradetección. Emergencias. 2002; 14: 224--32.
27. Arredondo Provecho AB, Broco Barredo M, Alcalá Ponce de León T, Rivera Álvarez A, Jiménez Trujillo I, Gallardo Pino C. Profesionales de Atención Primaria de Madrid y violencia de pareja hacia la mujer en el año 2010. Rev Esp Salud Pública. 2012; 86 (1): 85--99.
28. Coll Vinent B, Echeverría T, Farràs U, Rodríguez D, Millá J, Santiñà M, et al. El personal sanitario no percibe la violencia doméstica como un problema de salud. Gac Sanit. 2008; 22 (1): 7--10.
29. Ferrer Pérez VA, Bosch Fiol E, Ramis Palmer MC, Torres Espinosa G, Navarro Guzmán C. La violencia contra las mujeres en la pareja: creencias y actitudes en estudiantes universitarios/as. Psicothema. 2006; 18 (3): 359--66.
30. Arredondo Provecho AB, del Puego Pilo G, Nadal Rubio M, Roy Rodríguez R. Conocimientos y opiniones de los profesionales de la salud de atención especializada acerca de violencia de género. Enferm Clin. 2008; 18 (4): 175--82.
31. Larrauri Barandela MA, Rodríguez Alonso E, Castro Feijoo TM, Pérez Zorelle A, Ojea Montes B, Blanco Gómez MA. Conocimiento y actitudes de los profesionales de urgencias sobre la violencia de género. Revista Páginasenferurg [revista en Internet] 2010
31. Ferrer Pérez V, Bosch Fiol E, Ramis Plamer MC. La formación de los/as profesionales de la salud para afrontar la violencia contra las mujeres en la pareja. Clínica y Salud. 2008; 19 (1): 59--81.
32. Servicio de Salud del Principado de Asturias. Memoria 2011 del Servicio de

Salud del Principado de Asturias [Internet]. Asturias: Servicio de Salud del Principado de Asturias; 2011 [acceso marzo de 2019].

Capítulo 43

LISTERIA Y EMBARAZO.

PAULA SARCIADA BENITEZ

1 Introducción

Listeria monocytogenes es un bacilo Gram positivo, móvil, anaerobio facultativo. Debido a su ubicuidad existe gran dificultad en su prevención. Se trata de un microorganismo intracelular, por lo que en situaciones de déficit de inmunidad mediada por células como la gestación, existe una mayor susceptibilidad para la infección, sobretodo en el tercer trimestre.

La infección se adquiere principalmente por ingesta de alimentos contaminados (resistencia del bacilo a bajas temperaturas):
- Fagocitosis por células gastrointestinales.
- Proliferación intracelular.
- Transmisión intracelular.
- Transplacentaria.

Listeria monocytogenes tiene un especial tropismo por la placenta. Los alimentos más frecuentemente contaminados son productos cárnicos precocinados, leche y productos lácteos no pasteurizados, y marisco (ver normas adjuntas de información alimentaria para la gestante). La incidencia de la infección ha aumentado significativamente en los últimos años, pasando en nuestro medio de un 0.2 a un 0.8 por cada 1000 partos a partir del año 2002.

Presenta cierta estacionalidad con una mayor incidencia en verano. La infección puede aparecer en forma de caso aislado o de pequeño brote epidémico. Incubación variable de 1-90 días. La infección en la gestante cursa habitualmente con fiebre y un cuadro pseudogripal inespecífico. Hasta en 20% de los casos

pueden aparecer síntomas digestivos/dolor abdominal que en general preceden al episodio febril. Puede cursar sin síntomas hasta en 29% de los casos. La listeriosis en la gestante inmunocompetente suele ser un cuadro leve y autolimitado pero puede tener graves repercusiones fetales. La listeriosis es una infección infradiagnosticada.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Ampliar conocimientos sobre la listeria en mujeres gestantes.

Objetivos secundarios:
- Conocer los tipos de tratamientos para la enfermedad.
- Describir el manejo de la gestación en mujeres afectadas.
- Delimitar el cribado poblacional.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Infección congénita por Listeria:
Globalmente, presenta un 40-50% de mortalidad fetal o neonatal. Si la infección se produce en primer o segundo trimestre (20%de los casos) produce abortos sépticos y muerte fetal intrauterina. Si se produce en el tercer trimestre (80% de los casos) produce en 2/3 de los casos corioamnionitis y parto prematuro con un 20% de mortalidad perinatal. En 1/3 casos puede cursar de forma asintomática en el feto/neonato. Existen dos formas de sepsis neonatal por listeria:
- Precoz (adquisición intraútero por vía hematógena o a partir de la deglución del líquido amniótico infectado): Es la forma más frecuente y la que diagnosticaremos en la madre. Aparece en el primer-segundo día de vida (< 7 días.) Se trata

generalmente de partos prematuros con fiebre materna y líquido amniótico meconial. Clínica neonatal más frecuente: distrés respiratorio, neumonía. Pronóstico fatal en 20-30% de casos.
- Tardía (adquisición canal del parto/postnatal): Aparición a partir de los 7 días de vida. En general son recién nacidos a término hijos de madre portadora asintomática. Clínica más frecuente: meningitis. No existe relación entre listeriosis y abortos de repetición.

Diagnóstico:
La infección materna puede ser difícil de diagnosticar debido a las manifestaciones sistémicas inespecíficas.
- En el primer y segundo trimestre el síntoma principal es la fiebre termometrada ≥ 38oC sin focalidad aparente. La sintomatología gastrointestinal es poco frecuente (20%) y suele preceder al cuadro febril.
- En el tercer trimestre la infección suele aparecer como un cuadro de corioamnionits clínica (fiebre materna > 37.8o, taquicardia materna (>100 latidos/minuto), taquicardia fetal (>160 latidos/minuto), irritabilidad uterina (dolor a la palpación abdominal y/o dinámica uterina).

La confirmación diagnóstica únicamente es posible mediante cultivos de fluidos o tejidos estériles (sangre, LCR neonatal, líquido amniótico o placenta). La infección materna sintomática va acompañada de parámetros analíticos que orientan a un cuadro de origen bacteriano (leucocitosis con neutrofilia (81%), desviación de la fórmula leucocitaria con presencia de formas jóvenes (50%). La proteína C reactiva (PCR) es el parámetro más sensible y se encuentra elevada prácticamente en todos los casos.

El estudio de la gestante con fiebre ≥ 38ºC (descartando otras posibles causas o focos de infección) debe incluir una analítica sanguínea que incluya hemograma y PCR. Un incremento de la PCR en general acompañado de leucocitosis en ausencia de otra focalidad, debe orientar hacia una listeriosis y está indicada la realización de un hemocultivo coincidiendo con el pico febril. En los casos de sospecha clínica de corioamnionitis y si técnicamente es factible, se realizará una amniocentesis para estudio microbiológico (Gram y cultivo) y bioquímico (ver protocolo "Corioamnionitis clínica"). Cabe destacar que la tasa de detección del germen mediante la tinción de Gram es únicamente del 33%, al tratarse de un germen intracelular, y que con facilidad puede confundirse con diplococos, agentes difteroides y Haemophillus.

El coprocultivo y los cultivos urogenitales tienen poca relevancia clínica, ya que el aislamiento del microorganismo en el tracto genital es una excepción y el aislamiento en material fecal no traduce necesariamente una infección clínica (entre un 1 y un 15% de portadoras sanas).

Tratamiento:
Independientemente de la edad gestacional en el momento de la infección, el tratamiento tiene por objetivo mejorar la evolución fetal/neonatal. Una terapia apropiada y precoz mejora la evolución y pueden revertir el cuadro. A diferencia de otras causas de corioamnionitis, en las cuales la inducción del parto es el abordaje estándar, la listeriosis puede ser tratada para que el parto se produzca a término y sin complicaciones.

Para que el tratamiento sea efectivo el antibiótico debe actuar a nivel intracelular y atravesar la barrera placentaria y para ello deberá administrarse a dosis elevadas y por un periodo de tiempo prolongado. Ampicilina es el tratamiento de elección pero amoxicilina y penicilina también han mostrado ser efectivas. La asociación a gentamicina presenta un efecto sinérgico. Listeria monocytogenes es resistente a las cefalosporinas y a la clindamicina. En casos de alergia a la penicilina el antibiótico de elección durante la gestación es trimetoprim-sulfametoxazol

Tratamiento hospitalario:
Dada la escasa detección de la tinción de Gram y la demora habitual de los cultivos, en una gestante con fiebre sin otra focalidad y elevación de la PCR (se consideran significativos valores ≥ 5 mg/dl) está indicado iniciar tratamiento antibiótico ev de forma empírica hasta obtener el resultado del hemocultivo y/o cultivo de líquido amniótico:
- Ampicilina 2g/6h ev + gentamicina 80mg/8h ev (efecto sinérgico con ampicilina y cobertura de otros posibles gérmenes).
- En caso de alergia a la penicilina, la mejor alternativa es trimetoprim-sulfametoxazol 160 /800mg/8 horas ev (Soltrim®). La solución debe ser diluida apropiadamente según ficha técnica y administrada en perfusión ev en un periodo de 60-90 mn.
- Ante la confirmación diagnóstica (cultivo positivo), el tratamiento debe prolongarse por lo menos durante 7 días por vía ev y en caso de supervivencia fetal, un mínimo de 14 días. A partir de los 7 días de tratamiento y si la paciente permanece asintomática, se puede cambiar la vía ev por la vía oral (Amoxicilina 1g/8h y en

caso de alergia a la penicilina, trimetoprim-sulfametoxazol 160 /800mg/ 8 horas (Septrin Forte®). En casos de éxitus fetal o de producirse el parto, el tratamiento materno también se debe prolongar hasta completar 14 días. En este caso, puede pasarse el tratamiento a vo una vez completadas 48h afebril. Si el cultivo no es positivo a las 48 h de la desaparición de la fiebre (baja probabilidad de infección por listeria), se puede pasar a la administración del antibiótico por vo (Amoxicilina 1g/8h; si alergia a la penicilina: trimetoprim-sulfametoxazol 160- 800mg/ 8 horas) hasta obtener el resultado definitivo.

Tratamiento ambulatorio:
Ante la sospecha de una infección por listeria (fiebre sin otra focalidad con PCR >5mg/dl) es prudente ingresar a la paciente para iniciar lo antes posible el tratamiento antibiótico ev hasta la obtención del resultado de los cultivos, o hasta 48 h después de la desaparición de la fiebre si los cultivos aún no están disponibles. No obstante, en casos seleccionados (BEG materno, gestación < 24 semanas, pico febril único, ausencia de clínica de corioamnionitis), se puede valorar remitir a la paciente a su domicilio bajo tratamiento con amoxicilina (1g/8h vo) o trimetoprim- sulfametoxazol (160-800mg /8 horas vo) en caso de alergia a penicilina hasta el resultado del hemocultivo (citar a los 2-3 dias en OBSPUR o si cerrado en Consulta Infecciones). Si el resultado es positivo se mantendrá el tratamiento un mínimo de 14 días valorando la necesidad de ingreso para tratamiento en función de la clínica. En caso de no poder constatar la fiebre en urgencias (sin otra focalidad con PCR >5mg/dl) y no poder cursar hemocultivo, puede mantenerse la paciente en observación o bien remitir a la paciente a su domicilio bajo tratamiento oral y con instrucciones para reacudir en caso de nuevo pico febril y con visita de control clínico en 48-72 horas.

5 Discusión-Conclusión

La listeria en una bacteria que, para ser patógena, es decir, para producir efectos nocivos en un ser vivo, es intracelular, y entra en las células del organismo. Por eso, en situaciones de inmunidad más baja de lo normal, como es el embarazo, se es más susceptible a la infección.

La listeriosis es una enfermedad poco prevalente en nuestro medio, al igual que en otros países occidentales, y su importancia deriva de las graves consecuencias que un diagnóstico tardío puede tener en la evolución de la gestación, tal y como se pone de manifiesto en los casos descritos anteriormente, por lo que es impor-

tante tener presente este cuadro ante cualquier proceso febril sin foco aparente durante la gestación.

El contagio del ser humano es fundamentalmente por alimentos contaminados y aunque tradicionalmente se asociaba con el consumo de derivados lácteos, todas las categorías de alimentos pueden estar contaminadas por la listeria, siendo difícil en la mayoría de los casos identificar el alimento causante, como ocurrió en nuestros tres casos.

De lo anteriormente descrito se deduce que la profilaxis debe tener en cuenta todos los eslabones de la cadena de contaminación, siendo la medida preventiva más importante la información a las gestantes sobre el riesgo infeccioso relacionado con la alimentación y las medidas higiénicas recomendadas.

6 Bibliografía

- Pasteur, Y. Darbois.Listeriosie au tours de la grossesse. Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris, France), Gynécologie / Obstétrique, 509 (1996), pp. 4.
- Eguluz, A. Barber Miguel, F. Cabrera.Infección perinatal por listeria monocytógenes durante embarazo y parto. Prog Obstet Ginecol, 50 (2003), pp. 45-66.
- H.M. Silver.Listeriosis during pregnancy.Obstet Gynecol Surv, 53 (1998), pp. 737-740. Medline.
- M.M. Suarez, R.M. Bautista, M. Almela.Bacteriemia por Listeria monocytógenes: Análisis de 110 casos. Medicina Clínica, 129 (2007), pp. 218-221. Medline.
- Payán, M. Astudillo.Listeriosis neonatal: ¿Enfermedad poco frecuente ó no diagnosticada? Enfoque microbiológico. Colombia Médica, 25 (1994), pp. 69-72.

Capítulo 44

LA DESHABITUACIÓN TABÁQUICA: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

CRISTINA GARCÍA SUÁREZ

1 Introducción

Definición e historia del tabaco:
El tabaco es una droga estimulante del sistema nervioso central que genera adicción, tolerancia y dependencia. Deriva de una planta de la familia de las Solanáceas, del género Nicotiniana. Tiene grandes hojas. Es la única en la naturaleza que sintetiza y luego conserva en sus hojas secas un potente alcaloide, llamado nicotina. Existen hasta sesenta variedades del género Nicotiniana. Pero las de mayor interés comercial y consumo son la Nicotiniana Tabacum y la Nicotiniana Rústica. (1)
El tabaco es un producto originario de América. Era consumido por las culturas precolombinas en rituales y ceremonias mágicoreligiosas. Tenía un marcado carácter medicinal. (1)

En el siglo XVI proliferan los estudios que destacan sus propiedades curativas. Valga como curiosidad que Jean Nicot (al que se debe el nombre de Nicotiniana), emperador francés en Portugal, introdujo su consumo en Francia al enviarle a la reina Catalina de Médicis polvo de hojas de tabaco para sus fuerte jaquecas. (1)

Desde su descubrimiento en el siglo XV destacan distintas formas de fumar: tabaco en polvo español, cigarro puro, cigarrillo, pipa, tabaco de mascar y tabaco sin humo. (1)

Con la aparición del cigarrillo fabricado industrialmente, a finales del siglo XIX, se incrementa el consumo, sobre todo a partir de la 1ª Guerra Mundial (1914- 1918).

A partir de la 2ª Guerra Mundial (1939-1945) y de las transformaciones sociales que siguieron, se produce la incorporación de las mujeres al consumo del tabaco, hasta llegar a nuestros días, en donde en España entre la población adolescente, hay más fumadores y de estos la mayoría son chicas. (1)

Pese a que desde el siglo XV ha habido detractores y partidarios del tabaco, es a partir de los años 50 del siglo XX cuando se observa que el cáncer de pulmón poco frecuente anteriormente había aumentado de forma considerable. Algunas organizaciones iniciaron estudios comparando las muertes de fumadores con las de no fumadores durante un periodo de varios años. (1)

Es en los Estados Unidos de América cuando a partir de 1964 se empieza a incluir en las cajetillas de tabaco una advertencia, la cual se reforzó en 1969 hasta quedar así: "las Autoridades Sanitarias advierten que el tabaco perjudica seriamente la salud". También en EEUU en 1971 se prohibió todo tipo de publicidad de cigarros en radio y televisión. En las décadas de 1970 y 1980 varias ciudades y EEUU, aprobaron leyes que exigían espacios reservados para no fumadores en los lugares públicos y de trabajo. En febrero de 1990 una ley federal prohibió fumar en todos los vuelos nacionales cuya duración fuera inferior a seis horas. En Europa la situación ha sido similar incluyendo en las cajetillas la advertencia de que fumar es perjudicial para la salud y prohibiendo fumar en los lugares públicos. Estas medidas van encaminadas a erradicar este hábito tan perjudicial. (1)

El principal productor mundial de tabaco, es China, seguido por EEUU alcanzando entre los dos el 40% de la producción mundial; seguidos de India y Brasil. En España, la producción de tabaco se da fundamentalmente en Extremadura, Andalucía y Canarias ocupando una posición intermedia a nivel mundial. (1)

Componentes del tabaco y efectos (1):
Nicotina:
Es una sustancia muy toxica. Actúa principalmente sobre el sistema circulatorio, provocando taquicardias, vasoconstricción periférica, aumento de la presión arterial y agregación plaquetaria. Una simple gota de nicotina colocada en la lengua de un pájaro le ocasiona la muerte. Por fortuna el fumador solo inhala el 15% de la concentración presente en el cigarrillo.
La nicotina traspasa la mucosa respiratoria y conducida por la sangre alcanza muy rápidamente el cerebro (unos 7 segundos), donde se acumula. Luego se metaboliza en el hígado y sus restos se excretan por riñón y vejiga. De ahí que la presencia de restos de nicotina en la orina se utilice para medir la exposición al

humo tanto de fumadores como de no fumadores. Es también la responsable de la tinción de los dedos del fumador (de por vida).
La nicotina es la responsable de generar adicción, tolerancia y dependencia física y psíquica, de tal suerte que a las 2 horas disminuye su concentración en sangre (vida media) y el organismo demanda un nuevo cigarrillo (adicción), rebajándose paulatinamente ese tiempo a medida que se obtiene cada vez más hábito de consumo, necesitándose más dosis en menos tiempo para obtener el mismo resultado (tolerancia).

Monóxido de carbono:
Es un gas incoloro, muy tóxico. Se produce de la combustión del tabaco y del papel. Es el mismo gas resultante de la combustión de la gasolina en los coches. Es el responsable de que no llegue el oxígeno a los órganos vitales del cuerpo. Actúa sobre el feto y es el responsable del bajo peso del bebé al nacer y de las lesiones en hijos de madres fumadoras. Es el factor de mayor responsabilidad en producir los infartos, muerte súbita, arteriosclerosis y enfermedades respiratorias crónicas. Es también el responsable del envejecimiento prematuro de la piel. Afecta al sistema nervioso central haciendo más lenta la actividad mental.

Alquitranes:
Es el principal componente de la brea que se emplea en la construcción de carreteras y compone la parte sólida del humo. Cada calada hace que se deposite una pequeña película de alquitrán en las zonas con las que está en contacto el humo: boca, garganta y pulmones, donde se acumula provocando irritación y alteraciones en las células. El alquitrán y los componentes que forman parte de él (hidrocarburos aromáticos) son sustancias con potente capacidad para producir cáncer en los órganos sobre los que se deposite de forma repetida y durante tiempo. El alquitrán es también el causante de las manchas en la piel de los dedos y dientes, cuando se modifica por efecto de una combustión parcial y se deposita como residuo en ellos. Una persona que fuma una cajetilla diaria, inhala alrededor de 840 centímetros cúbicos de alquitrán de tabaco por año, lo que significa que rocía sus vías respiratorias superiores y los pulmones con algo más de tres cuartos de litro de alquitrán, que además contiene, benzopireno que es una sustancia que lesiona el material genético de las células produciendo cáncer en los órganos con los que se pone en contacto como los pulmones, la boca, garganta y estómago.

Es importante tener en cuenta que fumar tabaco, independientemente de los niveles de alquitrán que contenga, perjudica seriamente la salud. Un trabajo llevado a

cabo por investigadores estadounidenses ha demostrado que con independencia de los niveles de alquitrán, todos los fumadores tienen un riesgo mayor de desarrollar cáncer que las personas que nunca habían fumado o que las que habían dejado el hábito tabáquico. Un dato más, las personas que fumaban cigarros sin filtro, con niveles de alquitrán de 22 mg o más, tenían un riesgo mayor de padecer la enfermedad.

Ácido cianhídrico y otras sustancias irritantes:
Las sustancias irritantes tienen diferente composición química, pero una característica en común: son las responsables de las patologías respiratorias (no cancerosas) relacionadas con el consumo de tabaco, dando lugar a una serie de enfermedades respiratorias típicas de los fumadores, que son la bronquitis crónica y el enfisema pulmonar.
Cuando se fuma, el humo llega al aparato respiratorio donde las sustancias irritantes actúan directamente sobre las células mucosas (productoras de moco) y las células ciliadas (movilizan y expulsan el moco de las vías respiratorias); provocando un aumento de la secreción de mucosidad además de paralizar las células ciliadas.

Destacan la acetona, los fenoles y el ácido cianhídrico, son irritantes que provocan lesiones en las paredes de los bronquios y de la nariz e irritación a nivel de los ojos. Cabe destacar que el ácido cianhídrico es uno de los productos más tóxicos encontrados en el humo del tabaco, utilizado antiguamente en las cámaras de gas. El amoníaco es empleado por la industria tabaquera para que la nicotina pase con mayor rapidez a través de los pulmones a la sangre.

Fenoles: es muy utilizado en la industria como un potente fungicida, bactericida, antiséptico y desinfectante, de ser ingerido en altas concentraciones, puede causar envenenamiento, vómitos, decoloración de la piel e irritación respiratoria. Era la sustancia utilizada en los campos de concentración nazis para disponer de las llamadas ”inyecciones letales” que consistía en una inyección de fenol de 10 cm3.

Amoniaco: es usado para fabricar fertilizantes, productos de limpieza domésticos, refrigerantes y otros productos. La inhalación de gas amonio provoca inflamación pulmonar, daño de vías respiratorias y ojos, a concentración superior a 100 ppm, el gas provoca irritación de la garganta. En contacto con la piel, el amoníaco gaseoso puede producir irritación de la piel, sobre todo si la piel se encuentra húmeda, puede llegar a producir quemaduras y ampollas en la piel. La ingestión de amoniaco, puede causar destrucción de la mucosa gástrica, provocando sev-

eras patologías digestivas; pudiendo causar inclusive la muerte. Es empleado por la industria tabaquera para que la nicotina pase con mayor rapidez a través de los pulmones a la sangre.

Componentes radioactivos:
Polonio 210 y Plomo 210 que se encuentran en las hojas y en el humo. El Polonio 210 viene de los fertilizantes fosfatados que se utilizan en las plantaciones de tabaco y que es absorbido por las raíces y acumulado en las hojas, persiste en el proceso de secado e industrialización y al fumar queda atrapado en la mucosa bronquial. Un fumador de paquete y medio de cigarrillos por día recibe en los bronquios 400 rads de radiaciones alfa por año, lo que equivale a 300 radiografías de tórax, es decir, casi una por día.

Epidemiología:
Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el tabaco es la primera causa evitable de enfermedad, invalidez y muerte prematura en el mundo. El tabaco llega a matar a la mitad de los fumadores. Sin embargo, se consume habitualmente en todo el mundo debido a que se vende a bajo precio (es una droga lícita), se comercializa de forma agresiva, no se toma conciencia sobre los peligros que entraña y las políticas públicas contra su consumo sonincoherentes o vacilantes. (1)

En el mundo, más de 5 millones de personas al año mueren a causa del tabaco, lo cual representa uno de cada diez adultos; cifra superior a las defunciones ocurridas por VIH o SIDA, tuberculosis y paludismo juntas. El grueso de esas defunciones se producen en los países de ingresos bajos y medios. En total, la epidemia de tabaquismo mata cada año a casi 6 millones de personas. (1)

El consumo crónico de tabaco, especialmente por vía intrapulmonar (fumada, inhalada), es altamente tóxico.
De mantenerse las tendencias actuales, el tabaco provocará en el mundo en 25 años (entre 2005 y 2030) más de 175 millones de defunciones (8 millones de defunciones al año), de las cuales un 80% corresponderán a muertes prematuras registradas en países de ingresos bajos y medios. Para finales de este siglo, el tabaquismo podría cobrarse la vida de 1000 millones de personas, o incluso más, si no se adoptan medidas urgentes. (1)

Enfermedades asociadas con el consumo de tabaco: (1,3)
- Se ha establecido firmemente una asociación causal directa y en las cuales fumar es el principal factor responsable del exceso de mortalidad:

- Cáncer de pulmón
- E.P.O.C. (incluido enfisema)
- Enfermedad vascular periférica
- Cáncer de laringe
- Cáncer de la cavidad oral
- Cáncer de esófago
- Se ha establecido firmemente una asociación causal directa y en las cuales fumar es uno de los factores responsables del exceso de mortalidad:
- Enfermedad coronaria
- Accidente cerebro-vascular
- Aneurisma aórtico
- Cáncer de vejiga
- Cáncer de riñón
- Cáncer de páncreas
- Cáncer de cuello uterino
- Mortalidad perinatal
- Epidemiológicamente se observa un mayor riesgo, pero la naturaleza exacta de la asociación no está establecida:
- Cáncer de estómago
- Cáncer de hígado
- Úlcera gástrica y duodenal
- Depresión y trastorno bipolar
- Otros trastornos adictivos
- Síndrome de muerte súbita del lactante

Efectos del tabaco a medio y largo plazo:
- Cánceres: de pulmón, de boca, de laringe, estómago, vejiga, riñón, páncreas, leucemia mieloide aguda.
- Enfermedades cardiovasculares: enfermedades coronarias, infartos agudos de miocardio, ictus cerebrales, aneurisma aórtico abdominal y enfermedad vascular periférica en piernas pies y manos.
- Enfermedades respiratorias: infecciones de vías respiratorias altas, infecciones del tracto respiratorio inferior como las neumonías y bronquitis, fatiga, tos, enfermedades crónicas pulmonares como enfisema pulmonar y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Fumar o respirar el humo del tabaco está relacionado con asma en niños y adolescentes.
- Disminución de la memoria y del rendimiento intelectual.
- Problemas sexuales y de reproducción.

- Arrugas prematuras en la zona del labio superior, alrededor de los ojos (patas de gallo), barbilla y mejillas, y coloración grisácea de la piel que constituye el llamado "rostro del fumador"
- Enfermedades dentales y de encías: periodontitis en adultos y pérdida de dientes, estomatitis del fumador, candidiasis oral.
- Osteoporosis en mujeres.

El tabaquismo afecta negativamente durante el embarazo. Se ha demostrado que reduce el peso del bebé al nacimiento en cerca de 200 gramos; el grado de afectación del recién nacido tiene relación directa con el número de cigarrillos consumido por la madre. Si una mujer embarazada que fuma deja el hábito en el tercer trimestre, puede evitarse en gran parte la reducción señalada. El tabaquismo aumenta también los índices de abortos espontáneos, placenta previa y mortalidad perinatal; y se considera como una causa del síndrome de muerte súbita del bebé. Existe evidencia más limitada que sugiere que el tabaquismo de mujeres embarazadas quizá aumente la incidencia en su descendencia del cáncer infantil y de defectos congénitos.

Entre las mujeres fumadoras, las consecuencias menos conocidas son el cáncer cervical, la insuficiencia ovárica prematura, la disminución de la fertilidad, menstruaciones dolorosas y además la menopausia se adelanta una media de entre 2 y 3 años con respecto a las mujeres que nunca han fumado y aumenta el riesgo de sufrir osteoporosis.

Entre los hombres, se ha comprobado en numerosos estudios que fumar un paquete o más de cigarrillos al día aumenta en un 40 % el riesgo de padecer eyaculación precoz y la disfunción eréctil (la movilidad de los espermatozoides se ve disminuida hasta en un 70%, lo cual puede reducir su capacidad reproductiva además de deformación espermática).

Efectos en el rendimiento deportivo:
- Mientras que el deporte siempre se ha relacionado con una buena salud física y mental de los participantes, ya no queda ninguna duda de que el tabaquismo disminuye las aptitudes y los beneficios del entrenamiento. También puede empeorar algunas de las habilidades perceptivas y motoras necesarias para muchos deportes y ocupaciones.
- Muchos son los fumadores que en el intento de contrarrestar los daños del cigarrillo sobre la salud, se aferran a la actividad física. Sin embargo, no sólo se ha comprobado que el ejercicio físico no reduce los daños del tabaco, sino que el hábito de fumar arruina los beneficios que el ejercicio puede brindarnos.

- Enfermedades cardiovasculares:
- Las enfermedades cardiovasculares que provoca el tabaquismo incluyen la enfermedad de las arterias coronarias, aterosclerosis y embolia. La enfermedad coronaria da lugar al infarto de miocardio (ataque al corazón), angina de pecho (dolor de pecho atribuible a la insuficiente oxigenación del músculo cardiaco) y muerte cardiaca repentina, condiciones que tienen en común el estrechamiento de las arterias coronarias (los vasos sanguíneos que transportan la sangre al corazón).
- La mayor parte de los casos de infarto de miocardio se producen por el bloqueo de las arterias coronarias, estrechadas por efecto de un trombo o coágulo de sangre. El tabaquismo no es sólo causa de la aterosclerosis que tiende a estrechar las arterias coronarias, sino que también aumenta la tendencia de coagulación de la sangre.
- La embolia y el accidente cerebrovascular son términos generales que se refieren a las consecuencias clínicas de hemorragias dentro del cerebro o a la muerte del tejido cerebral que se produce por la oxigenación insuficiente. La embolia sucede si un coágulo, que se genera localmente o se mueve desde un sitio distante, obstruye un vaso sanguíneo, o por el sangrado dentro del cerebro. Los mecanismos por los cuales el tabaquismo ocasiona la embolia son similares a los que causan el infarto de miocardio.

La evidencia epidemiológica de la relación entre el tabaquismo y las enfermedades cardiovasculares es importante. El riesgo de las enfermedades cardiovasculares aumenta con el número de cigarros fumados diarios y con la duración del hábito. Dejar de fumar reduce el riesgo de las enfermedades cardiovasculares. En el caso de las enfermedades coronarias, el riesgo tiende a disminuir con rapidez inmediatamente después de dejar de fumar. Después de un año de abstinencia, el riesgo para el ex fumador se ha reducido a casi la mitad del correspondiente al fumador habitual. Dejar de fumar reduce también el riesgo de embolia. En el caso de enfermedades cardiovasculares, no se ha confirmado que el fumar cigarros con menos alquitrán y nicotina modifique el riesgo.

Las enfermedades cardiovasculares presentan otras causas aparte del tabaquismo: la hipertensión y el colesterol elevado, entre otras. La probabilidad de padecer un infarto se multiplica por 10 en las mujeres que fuman y utilizan anticonceptivos orales.

Enfermedades respiratorias:
- Enfermedad obstructiva crónica (EPOC): La EPOC es una enfermedad prevenible y tratable, con repercusión sistémica, de evolución progresiva, que se

caracteriza por la presencia de obstrucción crónica, poco reversible, al flujo aéreo y asociada a una reacción inflamatoria anómala de la vía aérea frente a partículas nocivas o gases. Constituye una clasificación diagnóstica clínica y que se refiere a la pérdida permanente de la función pulmonar que padecen los fumadores de cigarrillos; origina la reducción de la respiración, el deterioro de la capacidad de ejercicio y, con frecuencia, la necesidad de terapia de oxígeno. La EPOC se caracteriza por el vaciado lento del pulmón, reflejando un estrechamiento implícito de las vías respiratorias del mismo y una pérdida de elasticidad.

El término engloba la bronquitis crónica y el enfisema pulmonar.

- La bronquitis crónica se define por criterios clínicos: tos y expectoración durante más de tres meses al año y durante más de dos años consecutivos, siempre que se hayan descartado otras causas. Éste es un problema común entre los fumadores. No hay cura para la bronquitis crónica, pero dejar de fumar puede ayudar a mantener lo síntomas bajo control. Dejar de fumar también ayuda a evitar que el daño ocasionado por la enfermedad empeore. El enfisema se define por criterios anatomopatológicos: agrandamiento permanente de los espacios aéreos distales a los bronquiolos terminales, con destrucción de la pared alveolar y sin fibrosis manifiesta. En relación con su morbimortalidad ocupa el cuarto lugar en los países desarrollados y se cree que su frecuencia y mortalidad aumentarán significativamente en los próximos años, debido a la presencia del hábito tabáquico en los varones, a su incremento en la mujer y a factores demográficos como el aumento de la esperanza de vida. Supone un grave problema de salud pública debido a su elevada prevalencia, morbimortalidad y al importante consumo de recursos sanitarios que genera.
- Asma: El asma es una enfermedad inflamatoria crónica de las vías respiratorias. Se produce por una inflamación y obstrucción de las vías respiratorias, los bronquios, que conectan la tráquea con las zonas del pulmón donde se realiza el intercambio de los gases necesarios para el organismo (se inspira oxígeno y se espira dióxido de carbono). Ante determinados estímulos, unas veces conocidos y otras no, hay una respuesta bronquial exagerada y las vías respiratorias se estrechan, por lo que el aire entra con dificultad, siendo más difícil aún su salida. Afortunadamente este estrechamiento es reversible si administramos sustancias broncodilatadores. El asma es una enfermedad grave que afecta a todo tipo de personas y que se manifiesta de formas muy diferentes. Se calcula que esta enfermedad afecta a más de 100 millones de personas en todo el mundo. Alrededor de un 5% de la población general padece asma, estas cifras aumentan en la infancia, donde superan el 10%. El número de nuevos casos de asma está en aumento y es aún causa de muerte, con grandes diferencias entre países. Puede influir notable-

mente en la calidad de vida de una persona y puede ocasionar absentismo laboral y escolar, además de visitas no programadas al médico o al hospital.

Aunque el asma no es una enfermedad directamente producida por el tabaco, la exposición al aire contaminado con humo de tabaco, tanto de forma activa como pasiva, es un factor de riesgo para empeorar el asma; puede desencadenar agudizaciones, aumentar la gravedad, aumentar el número de atenciones urgentes y hospitalizaciones, así como dar lugar a una peor respuesta al tratamiento habitual. Este riesgo es especialmente elevado cuando se produce exposición en los primeros años de vida y, sobre todo, en el feto debido al hábito de fumar de la madre.

El aire contaminado con humo de tabaco es un factor de riesgo prevenible, que debe ser evitado en lugares públicos, en el trabajo y en el hogar. La elevada prevalencia de asma bronquial en la población general y la influencia del aire contaminado con humo de tabaco en la enfermedad, obligan a respetar los derechos de esta población, que en muchas ocasiones tenían que evitar sus actividades en espacios públicos por ese motivo, hasta la reforma de la Ley Antitabaco de 2010. Resaltar la importantísima necesidad de evitar la exposición al aire contaminado por humo de tabaco en mujeres embarazadas y en niños, por su importante efecto nocivo en esta población.

Tabaquismo pasivo: (2,4)
En el caso del tabaquismo pasivo su importancia para la salud pública radica en su toxicidad, que cada vez es más manifiesta (se le atribuyen un 10% de la mortalidad total del tabaco), en su gran extensión (mayor incluso que la del consumo activo) y en su evitabilidad.

Se denomina tabaquismo pasivo a la exposición involuntaria al aire contaminado por el humo de tabaco, al hecho de que una persona se vea involuntariamente expuesta al humo ambiental de tabaco o humo de segunda mano. En ocasiones se le denomina también tabaquismo involuntario, aunque hay quien evita este término, porque puede dar a entender que el consumo activo es voluntario, lo cual sólo es cierto de manera parcial.

La evidencia científica sobre las consecuencias sobre la salud de la exposición involuntaria el humo ambiental de tabaco muestra inequívocamente que:
- Causa muerte prematura y enfermedad tanto en niños como en adultos.
- En niños aumenta el riesgo de muerte súbita del lactante, infecciones respiratorias agudas, problemas del oído medio, agravamiento de asma, además de oca-

sionar síntomas respiratorios y enlentecer el desarrollo pulmonar.
- En adultos ocasiona efectos cardiovasculares inmediatos, originando enfermedad coronaria; así mismo, es causa de cáncer de pulmón.

Debido a las menores temperaturas en el cono ardiente del cigarrillo cuando se produce la corriente lateral (principal componente del humo ambiental de tabaco), ésta contiene más productos derivados de pirólisis parcial y, por ello, presenta mayores concentraciones de algunas sustancias tóxicas y carcinogénicas que la corriente principal, que es la que inhala fundamentalmente la persona fumadora. Aunque la dilución en el aire ambiental reduce las concentraciones inhaladas por los fumadores pasivos, en las personas involuntariamente expuestas al humo ambiental de tabaco –sobre todo, tras exposiciones en ambientes cerrados- se detectan aumentos en los niveles de partículas respirables, nicotina, hidrocarburos aromáticos policíclicos, monóxido de carbono (CO), acroleína, dióxido de nitrógeno (NO2) y otras sustancias; así mismo, en su orina se han detectado la presencia de carcinógenos específicos del tabaco.

El desarrollo de las patologías asociadas a la exposición involuntaria del humo ambiental de tabaco no presenta un nivel de exposición que pueda considerarse libre de riesgo. Esto es especialmente relevante en el caso de los parámetros cardiovasculares que se ven alterados rápidamente incluso tras exposiciones breves.

Los estudios realizados muestran de manera uniforme que, mientras la eliminación del consumo en los lugares cerrados protege a la población del riesgo de exposición involuntaria, este riesgo persiste con otras medidas como creación de espacios para fumadores, limpieza del aire y mayor ventilación de los edificios. Por este motivo, todos los informes técnicos concluyen que la restricción total del consumo en los espacios cerrados es, en la práctica, la única manera realmente eficaz de proteger a la población de la exposición involuntaria al humo ambiental de tabaco.

En estos hechos se basan todas las medidas que los diversos países están tomando al respecto para proteger a su población. Dado el nivel de conocimiento actual sobre el tema y las escalas de valores vigentes en nuestras sociedades, en la actualidad carece de sentido que no se regule de manera restrictiva la exposición de la población al humo ambiental de tabaco en todo tipo de espacios públicos, especialmente los cerrados.

Deshabituación tabáquica:
La deshabituación tabáquica supone un cambio de conductas en la persona fu-

madora, que comienza en el momento en el que el fumador se propone dejar de fumar y termina cuando consigue una abstinencia mantenida en el tiempo. Los condicionantes que motivan dejar el tabaco son variados: la aparición de alguna enfermedad, la concepción de un hijo, etc. Lo cierto es que la abstinencia del tabaco a cualquier edad, va a tener efectos beneficiosos sobre la salud de las personas fumadoras, y de las que están a su alrededor. Hay estudios que determinan que aproximadamente ¾ partes de los fumadores han realizado algún intento por dejar de fumar, sin embargo una gran parte de éstos recae nuevamente antes de lograr una abstinencia mantenida en el tiempo, antes de los 6 meses de abstinencia. (5)

Con el objetivo de maximizar la eficacia de los tratamientos, sería conveniente integrar las intervenciones en una estrategia general que tenga en cuenta al menos los siguientes puntos:
- Valorar el estadio de cambio en que se encuentra el sujeto.
- Considerar los distintos niveles de intervención.
- Realizar una valoración previa del fumador.

¿Cómo valoraremos en qué estadio de cambio se encuentra el sujeto?
Prochaska y DiClemente en el modelo transteórico determinan el momento en que el sujeto está preparado para cambiar (etapas de cambio) conociendo el nivel de predisposición del individuo y mostrando las actividades que lleva a cabo para cambiar su hábito adictivo y afianzar sus logros (procesos de cambio).
Este modelo además de ser utilizado en problemas adictivos, es también de utilidad en otros problemas no adictivos, como los problemas de conducta. En el campo de la deshabituación tabáquica, el esquema de etapas de cambio de Prochaska y Diclemente, es el más aceptado y usado. (6). Este modelo consta de 5 etapas: (7)
- Precontemplación (PC): No hay consciencia de la presencia de algún problema. El sujeto no está informado o no quiere saber nada.
- Contemplación (C): Se percibe un problema y la necesidad de realizar un cambio. Balance decisional que evalúa los pros y los contras de hacer un cambio.
- Preparación (PR): Elaboración de estrategias y metas para el cambio dentro de un periodo próximo de tiempo.
- Acción (A): Ejecución de las estrategias planeadas.
- Mantenimiento (M): Cambio objetivo y patente a conductas deseables.
- Recaída (R): Ceder ante la tentación cayendo en patrones no deseables.

¿Qué utilizaremos para hacer una valoración general del paciente fumador? (5)

Para realizar una buena valoración previa del paciente fumador, además de preguntar acerca de los antecedentes tabáquicos del paciente y realizar buenos registros en la historia clínica, pueden utilizarse los siguientes métodos de valoración:
- El test de Fagerström: Valora la dependencia de las personas a la nicotina.
- El cuestionario de Russell: Valora la motivación del paciente para dejar de fumar.
- El test de Richmond: Se trata de un test que valora la motivación para dejar de fumar.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Realizar una revisión bibliográfica con objeto de reflejar que tratamiento sería el más adecuado y eficaz para conseguir una deshabituación tabáquica eficaz en fumadores activos.

Objetivos específicos:
- Conocer la incidencia del tabaquismo en nuestro medio y sus graves consecuencias.
- Identificar cómo valorar a un paciente fumador activo, conocer en qué fase se encuentra.
- Especificar qué estrategias se pueden emplear desde las competencias de los profesionales de sanidad, así como las opciones de tratamiento que existen, tanto a nivel farmacológico como psicológico.

3 Metodología

Se trata de una revisión bibliográfica de los últimos 11 años, durante los meses de septiembre, octubre, noviembre y finalizada en diciembre de 2019, en la que se recoge información de interés obtenida de diversas bases de datos, además de consultar diferentes libros y monografías. Las bases de datos empleadas fueron: Medline, Cochrane, Scielo, Cuiden, Cinhall, Pubmed, Dialnet. También se han consultado diferentes libros relacionados con el tema de educación para la salud. Criterios de inclusión: Artículos que sean revisiones. Artículos publicados entre 2009 y 2019. Palabras clave: “tabaco”, “tabaquismo”, “deshabituación”, “cese del tabaquismo”, “tratamiento”, “farmacológico”.

4 Resultados

El abordaje para instruir a un paciente en la deshabituación tabáquica, debe hacerse en base a su motivación personal para dejar de fumar, y también en relación a la etapa de cambio en que se encuentre, ya que debemos tener en cuenta que fumar supone una adicción tanto física como psicológica. Para ello es bastante frecuente utilizar la regla nemotécnica de las "5 Aes", que se trata de una intervención valorada muy positivamente por expertos y con una gran evidencia científica demostrada y consiste en: (10, 11)
1. Averiguar (Ask): en todos los pacientes información sobre su hábito tabáquico y registrarlo en la historia clínica.
2. Aconsejar (Advice): a todos los pacientes fumadores que dejen el tabaco. Asimismo, a aquellas personas que no fumen, se les podría aportar un breve consejo para prevenir la introducción en el hábito tabáquico, especialmente en jóvenes y adolescentes.
3. Apreciar (Assess): la disposición del fumador para tratar de cambiar su conducta y dejar de fumar.
4. Ayudar (Assist): a todos aquellos pacientes que deseen o estén interesados en dejar de fumar.
5. Acordar (Arrange): el seguimiento en el camino de la deshabituación.

En cuanto al tratamiento frente al tabaquismo, se han encontrado dos tipos de tratamiento eficaces, el psicológico y el farmacológico, los que se desarrollarán a continuación.

Tratamiento psicológico.
Al igual que con el tratamiento de cualquier adicción, el tratamiento psicológico de un fumador consta principalmente de cuatro fases que son:
- La preparación para el cambio.
- El preabandono del tabaco.
- La deshabituación psicológica, (en donde la persona tiene que dejar de fumar).
- El mantenimiento en la abstención del consumo de tabaco y la prevención de recaídas.

Las primeras terapias que se utilizaron para el tabaquismo fueron las terapias conductuales, comenzando por las de tipo aversivo, como por ejemplo fumar rápido. Continuadas y complementadas por otras como la relajación, el control de estímulos, la reducción paulatina de nicotina, etc. (12)

Entre las técnicas psicológicas cognitivo – conductuales más utilizadas se encuen-

tran: (11, 13)

- Los autoregistros: El fumador, que ya tiene en mente la idea de dejar de fumar, en los días previos a la cesación realizará un registro de su consumo de tabaco en el que anotará el número y hora de los cigarrillos que fuma así como la situación en que lo hace y las ganas de fumar que tiene en ese momento (valorándolo de 0 a 10). El conocimiento de los antecedentes y consecuencias de cada cigarrillo van a ayudar posteriormente a la hora de planificar el abandono.
- La reducción gradual de la ingesta de nicotina y alquitrán: Esta técnica consiste en ir reduciendo paulatinamente la ingesta de nicotina y alquitrán hasta conseguir dejarlo completamente. Se ha demostrado que dejar de fumar de forma brusca produce el síndrome de abstinencia a la nicotina, mientras que la reducción progresiva hace que el proceso de abandono sea menos costoso para el fumador a la vez que le permite adquirir un mayor control sobre su conducta.
- Los contratos conductuales: La firma de un contrato hace que se establezca un gran compromiso entre la persona y el tratamiento. Los contratos conductuales suponen un acuerdo que se pacta entre los profesionales y el fumador, para lograr en éste un cambio en su conducta.
- La modificación de pensamientos exagerados: Los pacientes fumadores pueden sufrir momentos en los que por su cabeza pasen infinidad de pensamientos que se tienden a exagerar y dramatizar como por ejemplo: "no puedo aguantar más, voy a explotar, necesito un cigarrillo, me estoy poniendo muy nervioso". Para estos momentos, es importante que se instruya a los pacientes a reconocer las situaciones y que vean que ni la situación es exagerada o insoportable ni que realmente necesitan el cigarrillo, a la vez que lo contrarrestan con pensamientos realistas y prácticos como por ejemplo: "es normal que tenga ganas, pero cambiaré de actividad para distraerme". También puede ayudar a controlar la situación tener algo a mano para entretenerse, mascar un chicle, salir a dar un paseo, etc. Esto ayudará a que el estado de ánimo sea diferente y las probabilidades de mantenerse abstinente sean mayores.
- El refuerzo positivo: Es importante felicitar al paciente en cada logro o meta que consigue, por mantenerse sin fumar… para que de esta manera consiga mantener sus esfuerzos.
- Las técnicas de relajación y respiración: pueden ayudar a los pacientes a que se sientan mejor, ya que son técnicas que funcionan muy bien y están al alcance de todos.
- Las técnicas de evitación y exposición: Suelen estar recomendadas al inicio del tratamiento y están destinadas a que el paciente evite determinadas situaciones que puedan hacerle recaer al consumo del tabaco: salir a cenar, ir a celebraciones,

etc.

Dentro del tratamiento psicológico del tabaquismo se encuentran también las intervenciones motivacionales entre las que se encuentran: (5, 11)
- Estrategias motivacionales: En ocasiones, los fumadores no deciden por sí solos dejar de fumar, sino que son los profesionales los que de alguna manera tienen que motivar ese cambio y lograr que el paciente se someta al proceso de dejar de fumar. Dejar de fumar es un proceso lento y complejo, que requiere de cambios de conducta, del estilo de vida… en ocasiones la impaciencia de los profesionales para que los pacientes dejen de fumar puede hacer que éstos reciban recomendaciones y estrategias en demasía sin que ni siquiera hayan establecido el compromiso para el cambio, por lo que los pacientes no se esforzarán lo suficiente y lo más probable es que surjan resistencias y fracasos al imponérseles un ritmo superior al que pueden asumir.

Por tanto el compromiso de cambio solo lo puede establecer el paciente, pero los profesionales pueden recurrir a ciertas estrategias para abreviar el proceso:
- Ofrecer consejo.
- Eliminar obstáculos.
- Ofrecer alternativas.
- Practicar la empatía.
- Ofrecer retroalimentación (feedback).
- Ofrecer ayuda activa.

La entrevista motivacional: Existen ciertas ocasiones, en las que el mero consejo de los profesionales sanitarios no es suficiente para promover en los pacientes una conducta de cambio. De ahí que el objetivo de la entrevista motivacional sea aumentar la motivación intrínseca de los pacientes, para que sean éstos los que decidan cambiar y no sea algo que se les impone. Llevar a cabo una intervención motivacional breve puede durar entre 30 segundos y 15 minutos y mejora notablemente los resultados. La entrevista motivacional se sostiene en tres principios básicos:
- Expresar empatía: Poniéndose en el lugar del paciente, transmitiendo aceptación y confianza mientras se fomenta una escucha activa y reflexiva, todo ello sin juzgar, ni criticar, ni culpabilizar al paciente.
- Promover la autoeficacia: Algunos pacientes, no se considerarán capaces de dejar de fumar y en consecuencia no realizarán un intento firme por abandonar el tabaco, para estos casos, existen una serie de habilidades que pueden impulsar la autoeficacia de los pacientes: Trabajar sobre los éxitos. Ensalzar los logros del pa-

ciente. Poner de ejemplo a alguien de condiciones similares al paciente que haya logrado dejar de fumar. Describir el síndrome de abstinencia y proporcionarle tácticas para hacer frente a los síntomas. Enunciar los beneficios personales de dejar de fumar. Mostrar confianza. Mitigar los posibles fracasos anteriores.
- Generar una discrepancia: Entre la conducta actual (fumar) y un objetivo personal más importante que pueda tener el paciente. Esto puede no funcionar con todos los pacientes, pero si resulta beneficioso que cada persona reflexione sobre las razones que pueda tener para cambiar y encuentre su discrepancia individual.

Tratamiento farmacológico:
El tratamiento farmacológico del tabaquismo tiene por objetivo fundamental combatir la dependencia física que el fumador presenta de la nicotina. Los tratamientos farmacológicos de primera línea son: los sustitutivos de nicotina (TSN) en todas sus formas, el hidrocloruro de bupropión y la vareniclina. (14)
- Terapia sustitutiva con nicotina (TSN) (14):
La nicotina es la sustancia del cigarrillo que provoca la adicción del tabaco. Cuando un fumador inhala el humo de su cigarrillo, en tan solo 8 s la nicotina hace su efecto en los receptores nicotínicos del cerebro. La nicotina que se libera del cigarrillo y que pasa a la corriente sanguínea, tiene la particularidad de producir concentraciones plasmáticas de 25 a 30 ng/ml. El grupo de Hughes et al. demostró que los fumadores mantienen unas concentraciones de nicotina en plasma de 20 a 40 ng/ml, y que son necesarios unos niveles de 10 a 15 ng/ml, para que el fumador no desarrolle los síntomas del síndrome de abstinencia.

Pues bien, había que buscar un tratamiento para mitigar el síndrome de abstinencia que se produce cuando un fumador deja de administrarse la nicotina, y es cuando surge la TSN. Se define la TSN como la administración de nicotina por una vía diferente a la del consumo del cigarrillo, y en una cantidad suficiente para disminuir los síntomas del síndrome de abstinencia, pero insuficiente para crear dependencia.

La administración se hace por vía oral, si se trata de chicles de nicotina, inhalador bucal, caramelos de nicotina, tabletas sublinguales, por vía transdérmica si se utilizan los parches de nicotina, y por vía nasal si se utiliza el inhalador nasal. En cualquiera de las formas de TSN, la concentración plasmática de nicotina nunca alcanza los niveles que se obtienen cuando se fuma un cigarrillo. Con la TSN se obtienen valores que superan los 10 ng/ml.

El tratamiento del tabaquismo con TSN debe durar entre 2 y 3 meses. Es muy importante que se indique al fumador la necesidad de que cumpla el tratamiento

en su totalidad, pues muchas recaídas se producen por el incumplimiento o por la mala aplicación y dosificación del mismo.

Los parches de nicotina producen una liberación transdérmica media de 0,9 mg de nicotina/hora en un periodo de 16 h. En los parches con dosis más bajas dicha liberación desciende a 0,5 mg/h. Se pueden utilizar hasta 16 piezas de chicle de nicotina de 4 mg en un periodo de 24 h. El inhalador nasal de nicotina libera 0,5 mg de nicotina por nebulización. Se recomienda una nebulización en cada fosa nasal, que corresponde a 1 mg de nicotina en total. Se recomienda 2 o un máximo de 3 dosis por hora.

Es muy importante la correcta utilización de la TSN por el paciente fumador. En este sentido el parche de nicotina se aplicará en la piel sin pelo, fundamentalmente en brazos, hombro y espalda, cambiando cada día el lugar de aplicación. Hay que airear el parche antes de su colocación, una vez retirado el protector. Es necesario indicar al fumador que no debe fumar mientras utilice la TSN.

En cuanto al chicle de nicotina, hay que indicar al fumador que tenga paciencia para percibir sus efectos, pues no es tan rápido como la nicotina del cigarrillo. Debe masticar despacio el chicle de nicotina hasta que note su sabor o picor, en este momento dejará de masticar, y lo guardará entre su mejilla y la encía hasta que desaparezca el sabor, y cuando esto ocurra volverá a masticar el chicle. La utilización del comprimido de nicotina es similar a la del chicle, en lugar de masticar la pieza de chicle, chupará lentamente el comprimido.

Por último el inhalador de nicotina, que es el que produce mayor concentración plasmática de nicotina de todas las formas de TSN, debe aplicarse una instilación en cada fosa nasal, y no es necesario hacer una inspiración al tiempo que se instila.
Las contraindicaciones comunes de la TSN son: infarto agudo de miocardio reciente, arritmias cardíacas, ictus reciente y angina inestable.

Las contraindicaciones relativas son: hipertensión grave, insuficiencia cardíaca grave, enfermedad vascular cerebral, hipertiroidismo, diabetes insulinodependiente, úlcera gastroduodenal y deterioro renal o hepático grave. No se han detectado interacciones clínicamente significativas.

Los efectos secundarios comunes en la aplicación de la TSN son: cefalea, mareos, náuseas, vómitos, palpitaciones y fibrilación auricular.

Bupropión (14):

El bupropión de liberación retardada (sustained-release bupropion, SR) es un polvo blanco y amargo que se expende en forma de comprimidos de liberación sostenida que contienen 150 mg de sustancia activa. No se conoce con exactitud el mecanismo de acción de este fármaco, aunque se sabe que actúa en el núcleo accumbens inhibiendo la recaptación neuronal de dopamina; este efecto explicaría la reducción del craving (deseo o ansia por el consumo de droga, en este caso tabaco) que experimentan los fumadores cuando lo utilizan.

También inhibe la recaptación neuronal de noradrenalina en el locus caeruleus, consiguiendo con ello una reducción significativa de la intensidad de los síntomas del síndrome de abstinencia de nicotina (ansiedad, irritabilidad, nerviosismo, trastornos del sueño, etc. El bupropión es un inhibidor funcional no competitivo de los receptores nicotínicos de acetilcolina. Esta actividad antinicotínica puede contribuir a su eficacia en el tratamiento de la dependencia nicotínica. Se ha determinado que la eficacia de esta medicación está relacionada con la dosis, con su concentración plasmática media y con la concentración sanguínea de sus metabolitos.

El bupropión debe ser utilizado durante un periodo de 7 a 9 semanas en dosis de 300 mg/día en 2 tomas de 150 mg.
El tratamiento se iniciará de 7 a 15 días antes de abandonar definitivamente el consumo del tabaco. No existe contraindicación para prolongar más el tratamiento si se considerase necesario. El bupropión está contraindicado en aquellos fumadores con: convulsiones, historia previa de bulimia o anorexia nerviosa, cirrosis hepática grave, historia de trastorno bipolar.

También está contraindicado el uso concomitante de bupropión e inhibidores de la monoaminooxidasa. Respecto a sus interacciones, bupropión es metabolizado primariamente a hidroxibupropión por la isoenzima CYP2B6, por lo tanto el uso concurrente con fármacos que afecten a su metabolismo, como orfenadrina y ciclofosfamida, puede aumentar sus efectos farmacológicos. Las combinaciones conteniendo cualquiera de las siguientes medicaciones (alcohol, inductores e inhibidores de enzimas hepáticas, ritonavir, levodopa), dependiendo de la cantidad presente, también pueden interactuar con esta medicación. Los efectos secundarios más comúnmente hallados son náuseas, cefalea, rinitis, boca seca e insomnio.

Vareniclina (14):
Es un agonista parcial de los receptores alfa 1 y beta 2 de la nicotina que está siendo utilizado como tratamiento farmacológico del tabaquismo. Las principales novedades de vareniclina hacen referencia a su descubrimiento y a sus especiales

características bioquímicas y de biodisponibilidad. Se buscó un medicamento que estimulase de forma selectiva los receptores nicotínicos de las neuronas del área tegmental ventral del meséncefalo. Vareniclina se desarrolló como un agonista parcial de estos receptores. Al ser agonista parcial cumpliría características comunes a los agonistas y a los antagonistas.

Por ser un agonista tiene la capacidad de estimular el receptor nicotínico y por ello es capaz de controlar el craving y el síndrome de abstinencia de la nicotina que los fumadores presentan cuando están dejando de serlo. Pero, por ser un antagonista, es capaz de bloquear los efectos que la nicotina produce sobre el receptor, por ello, la utilización de vareniclina en un fumador que está dejando de fumar facilita que las recaídas no se acompañen de sensación placentera y recompensa, y con esto, vareniclina está impidiendo que una recaída se convierta en fracaso.

Otra de las características definitorias de este fármaco es su biodisponibilidad. Vareniclina es un fármaco que se elimina casi en su totalidad a través de la orina sin metabolización hepática. Es esta característica la que hace que vareniclina no tenga problemas de interacción con otros medicamentos.

Ha quedado establecido que vareniclina en dosis de 1 mg dos veces al día durante 12 semanas es eficaz y seguro como tratamiento de la dependencia del tabaco. Durante la primera semana los sujetos podrán fumar y deberán utilizar el fármaco en dosis de 0,5 mg una vez al día durante los 3 primeros días y después a dosis de 0,5 mg dos veces al día hasta completar la primera semana. Pasado este tiempo, el sujeto deberá abandonar el consumo de tabaco y comenzar a utilizar el fármaco en dosis de 1 mg dos veces al día, a partir del día 8 de tratamiento con vareniclina.

El estudio de mantenimiento de la abstinencia mostró que la prolongación de tratamiento con vareniclina hasta completar 24 semanas producía un incremento significativo de los índices de abstinencia completa. Estos resultados abogarían por una prolongación del tratamiento con este fármaco en algunos pacientes. El incremento del tiempo de tratamiento no aumentó los efectos adversos.

Sus contraindicaciones son hipersensibilidad al principio activo o a cualquiera de los excipientes. Respecto a sus interacciones, basándose en las características de vareniclina y en la experiencia clínica hasta la fecha, no tiene ninguna interacción con otros medicamentos que sea clínicamente significativa. Sus efectos secundarios son: náuseas, dolor de cabeza, insomnio y sueños anormales.

Prevención de recaídas:
Las recaídas suponen retomar el consumo de tabaco tras la deshabituación. Las recaídas son una parte más del proceso de dejar de fumar y no deben ser vistas como un fracaso, sino todo lo contrario. Las recaídas son una experiencia de aprendizaje, a partir de la cual, los pacientes pueden obtener conocimientos sobre las situaciones de riesgo y los estímulos que motivan el consumo de tabaco, a la vez que desarrollan estrategias de afrontamiento para evitarlas. (11, 13) Realizar la prevención de recaídas es una parte importante dentro del proceso de dejar de fumar y resulta muy útil hacerlo desde el primer día de tratamiento, ya que la mayoría de los fumadores que dejan de fumar, recaen en los primeros tres meses. A pesar de todo, es posible que el paciente sufra una recaída, por la cual no se le debe juzgar, ni criticar, ni culpabilizar, sino animarle a reemprender el abandono del tabaco, ofreciéndole apoyo y planificación en el nuevo intento. En el caso de que el paciente no quiera reanudar el abandono, habrá que respetar su opinión, dejando la puerta abierta, para cuando el paciente estime conveniente retomar el intento, realizando también intervenciones oportunistas cuando acuda a la consulta por otros motivos. (11)

5 Discusión-Conclusión

En el momento de decidir si se inicia o no tratamiento farmacológico es fundamental valorar el grado de motivación para dejar de fumar y el grado de dependencia de la nicotina (test de Fagerström). (14)
Como directrices generales (14):
- Si la puntuación del test de Fagerström es superior a 7 puntos la adicción al tabaco es muy elevada y sería conveniente utilizar algún tratamiento farmacológico para abandonar el hábito tabáquico.
- Si la puntuación es de 6 a 7 puntos la adicción es moderada y el tratamiento indicado no debería ir más allá de la TSN.
- Si la puntuación es de 0 a 5 puntos la dependencia es baja y no sería necesario en principio el empleo de tratamiento farmacológico.

Si se decide emplear tratamiento farmacológico la elección del fármaco de primera línea debe hacerse en función de factores como la experiencia del profesional en su manejo, las contraindicaciones del fármaco, las preferencias del paciente, su experiencia previa y ciertas características del paciente (antecedentes depresivos, preocupación por el peso, posibilidades económicas, etc.). (14)

Realmente no existe un fármaco que como norma general se pueda considerar de

primera elección. Como normas generales si el paciente tiene una mala tolerancia previa a los antidepresivos o fármacos psicoactivos debemos utilizar la TSN. En caso contrario podemos valorar el uso de bupropión o vareniclina. (14)

El tratamiento psicológico del tabaquismo ha tenido gran relevancia desde la aparición de las técnicas de modificación de conducta hasta nuestros días, donde el tratamiento psicológico es de primera elección para muchos fumadores, como por ejemplo los adolescentes y las embarazadas. (12) Actualmente, son más utilizadas las técnicas cognitivo conductuales, bien de forma aislada o bien conjuntamente. Éstas técnicas logran unos altos índices de abandono del tabaco llegando a cifras de hasta un 40- 50% de abstinencia al año del abandono.

Conclusiones:
- El tabaquismo es una de las principales causas de muerte prevenible y el responsable de múltiples enfermedades evitables en nuestro medio.
- Los factores de mantenimiento del tabaco más destacados son la adicción que crea la nicotina, la sensación del placer, el entorno social, el tener menor nivel educacional y tener una pareja fumadora.
- El coste – efectividad de la deshabituación tabáquica es muy beneficioso, ya que el impacto que supone en términos de salud es importante y conlleva un gran ahorro en el gasto sanitario.
- Es importante realizar intervenciones sobre el tabaquismo en los fumadores aprovechando cualquier tipo de contacto que el individuo tenga con los profesionales sanitarios.
- Es de vital importancia informar a los fumadores de los beneficios que aporta dejar de fumar, y de las consecuencias si continúa haciéndolo.
- No existe un tratamiento de elección en la deshabituación tabáquica, depende de en qué circunstancias se encuentre cada paciente.

6 Bibliografía

1. Consecuencias para la salud del hábito de fumar. Programa de promoción de la salud para evitar el inicio al tabaquismo entre los jóvenes.
2. Ayesta F.J, Galán M.D, Márquez F.L. El consumo de tabaco como problema de salud pública.
3. Rodríguez M, Ayesta F.J, Azabal M, Rodriguez F. Ayudando a dejar de fumar – Guía para profesionales de la Odontología, Consejo de Colegios Oficiales de Dentistas de España: Madrid, 2010.

4. IARC. Evaluating the effectiveness of smokefree policies. IARC HAndboooks of Cancer Prevention, vol.13, Lyon, 2009.
5. Méndez Fernández JM. La deshabituación tabáquica individual, un enfoque desde atención primaria de salud. Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA). 2015 Noviembre 3(4):26-36
6. Morales Dominguez ZE. Evaluación de los sesgos atencionales en fumadores a través de las etapas del modelo transteórico del cambio. [Tesis doctoral]. Huelva; 2009
7. Luna, A., García y Barragán, L. (2014). El Modelo Transteórico y adherencia terapéutica en adolescentes con Diabetes Mellitus Tipo I. Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología, 7(1), 49-58.
8. Torrecilla García M, Recomendaciones en el abordaje diagnóstico y terapéutico del fumador. Documento de consenso.
9. Gómez Udias N. Abordaje del tabaquismo en Atención Primaria.
10. Camarelles F. Individualización del tratamiento farmacológico del tabaquismo. FMC. 2013; 20 (8): 473-478.
11. Gobierno de Cantabria. Manual de abordaje del tabaquismo en Atención Primaria. Cantabria: Dirección general de salud pública, Consejería de sanidad; 2010.
12. Becoña E, Fernández del río E, López A, Martínez U, Martínez C, Rodríguez RA. El tratamiento psicológico de la dependencia del tabaco. Eficacia, barreras y retos para el futuro. Papeles del Psicólogo, 2014; 35(3): 161-168.
13. Alonso F, Bernardo A, Secades R. Guía para dejar de fumar. Asturias: Consejería de salud y servicios sanitarios; 2010.
14. García-Galbis Marín J, Leal Hernández M, Hernández Menarguez F, Abellán Alemán J. Tratamiento farmacológico en la deshabituación tabáquica. Ventajas e inconvenientes de los tratamientos actuales. SEMERGEN. 2012; 38(8):505-510.

Capítulo 45

EFECTOS DEL CONSUMO DE BEBIDAS ENERGÉTICAS. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

IRENE LÓPEZ GONZÁLEZ

JULIA IBÁÑEZ LÓPEZ

1 Introducción

Hoy en día en nuestra sociedad es muy común el consumo de bebidas energéticas, principalmente, en estudiantes y deportistas, ya que consideran que estas bebidas les pueden aportar la energía y el rendimiento necesarios para realizar las distintas actividades diarias evitando el cansancio.

Se trata de bebidas libres de alcohol que poseen propiedades estimulantes. Hace más de diez años que llevan en el mercado ofreciendo al consumidor supuestas virtudes como son: incremento de la resistencia física, capacidad para reaccionar más rápidamente, mayor concentración, aumento del estado de alerta mental y evitar el sueño. Están compuestas principalmente por cafeína, glucosa, taurina y glucuronolactona.

Son consideradas como alimento funcional, de modo que su consumo no pretende reemplazar ningún alimento, sino aportar algún beneficio adicional buscado por el consumidor. Además, se encuentran dentro de las legislaciones alimentarias de cada país y no dentro de las normas que regulan los medicamentos.

Los principales componentes de las bebidas energéticas son:

- Cafeína: es una sustancia perteneciente a la familia de las metilaxantinas, se metaboliza en el hígado dando lugar a las dimetilxantinas. Se produce naturalmente en algunas plantas, también se puede sintetizar y se usa como aditivo en algunos alimentos. Es farmacológicamente activa, su vida media es de 4 o 5 horas, aunque aumenta en pacientes con problemas hepáticos o con una ingesta elevada.

La cafeína puede provocar el aumento de las sinapsis corticales ya que bloquea los receptores A1 y A2 de la adenosina disminuyendo su acción y mantiene el equilibrio del calcio intracelular. Debido a esto se puede decir que es un gran estimulante de los músculos respiratorios, del sistema nervioso central, del músculo esquelético en general y también estimula el corazón y facilita la diuresis (lo que favorece la excreción de la cafeína). Además estimula la secreción de jugos gástricos y saliva lo que favorece la digestión.

En un documento del EUFIC (European Food Information Council) se ha demostrado que no hay relación entre la cafeína y ciertas enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer y osteoporosis ni que tampoco genere adicción. En dicho documento también queda demostrado que durante el embarazo una dosis normal de cafeína (300mg/día) no ofrece riesgos. La dosis letal de cafeína es de 5000 mg consumidos en un periodo de tiempo muy corto.

Algunos efectos adversos que puede producir, debido a la reacción idiosincrásica o a una dosis excesiva son: nerviosismo, irritabilidad, ansiedad, insomnio, taquicardia, vómitos, palpitaciones, dolor abdominal, incremento de la presión intracraneal y edema cerebral, entre otros.

- Glucuronolactona: Es un carbohidrato inodoro e hidrosoluble y forma parte de la estructura de la mayoría de los tejidos conectivos. Se puede encontrar en el vino y en la resina de las plantas pero en combinaciones con otros carbohidratos lo que no lo hace realmente biodisponible. Su metabolismo y absorción son rápidos, generando metabolitos no tóxicos como la xilulosa. El organismo humano es capaz de utilizarla como precursor en la síntesis del ácido ascórbico, cuyo enantiómero L forma la vitamina C.

En bebidas estimulantes las concentraciones de este carbohidrato se encuentra entre 250-2500 Mg/L. El consumo de dos de estas bebidas energéticas excede la cantidad recomendada de glucuronolactona en 500 veces. Además de este carbohidrato, otros usados frecuentemente en las bebidas energéticas son la glucosa, la sacarosa y la fructosa de forma individual o combinados.

- Taurina: es un aminoácido existente en el cuerpo humano y en los alimentos (especialmente carnes rojas y pescado). No se considera un aminoácido esencial ya que se puede obtener en el cuerpo a partir de cisteína y es el único aminoácido libre. Abunda en el músculo, las plaquetas y el sistema nervioso en desarrollo. Durante el ejercicio físico intenso disminuyen sus reservas en el organismo.

La taurina forma parte de varios procesos fisiológicos como la síntesis de ácidos biliares lo que facilita la digestión de las grasas, osmorregulación, estabilización de membranas celulares, modulación del flujo celular del calcio y modulación de la excitabilidad neuronal, además disminuye la presión arterial y mejora la contractilidad cardiaca. No se han encontrado evidencias de que su ingesta haya provocado daños. Actualmente, no se ha demostrado que genere ningún efecto adverso.

- Naranja amarga: surgió como sustituto de la efedra (efedrina) para los suplementos de pérdidas de peso y bebidas energéticas, aunque tiene los mismos efectos adversos que la efedra. Sus principios activos son la synephrine y octopamine, estructuralmente similares a la epinefrina, es decir adrenalina y norepinefrina respectivamente. Ambos componentes se utilizan para tratar la congestión nasal, el síndrome de fatiga crónica y estimular el corazón y la circulación.

La cantidad de extracto de naranja amarga utilizada en las bebidas energéticas es de aproximadamente de 200 miligramos. No obstante, la naranja amarga combinada con otros estimulantes como la cafeína y el guaraná pueden producir adicción.

La naranja amarga puede incrementar la presión diastólica y sistólica y el gasto cardiaco durante 5 horas después de una dosis de 900 miligramos en jóvenes y adultos sanos, aunque para que esto ocurra se deben consumir más de 5 unidades de bebidas energéticas.

Algunos efectos adversos que puede producir la naranja amarga en relación con su idiosincrasia o una dosis excesiva son: infarto de miocardio, ataques, hipertensión, foto sensibilidad, arritmias, migrañas, apoplejías y jaquecas.

En las bebidas energéticas también se incluyen algunos minerales en pequeñas cantidades (magnesio y potasio) además podemos encontrar ciertas vitaminas especialmente del grupo B y vitamina C. Como aditivos acidulantes se utilizan el ácido cítrico y los citratos de sodio. En ocasiones también incluyen algunas hierbas como extractos de yerba mate y guaraná en las cuales podemos encontrar la

teofilina y la teobromina, sustancias pertenecientes a la familia de las metilxantinas al igual que la cafeína, por lo que es un buen estimulante.

Otro extracto usado, aunque en menor escala, es el ginseng, formado por sustancias del grupo de las saponinas (30 ginsenósidos o saponinas), proporciona un incremento del rendimiento físico y terapéuticamente se utiliza para mejorar la memoria y estimular el sistema inmune según se afirma en el artículo Heald Effects of Energy Driks on Children, Adolescents and Young Adults. Algunos efectos adversos producidos por una alta ingesta de ginseng son: diarrea, sangrado vaginal, jaquecas, vértigo, manía, hipertensión, insomnio, irritabilidad y agranulocitosis.

2 Objetivos

- Conocer las ventajas e inconvenientes del consumo de estas bebidas, así como los efectos que producen en nuestro organismo.

3 Metodología

Para ello, hemos revisado datos bibliográficos, artículos, documentos y manejo de internet accediendo a enlaces de Google académico y Teseo entre otros, hemos utilizado palabras clave tales como “bebida”, “energética”, ”efectos”, “beneficios”, “cafeína” o ”estimulante”.

4 Resultados

En las bebidas energéticas podemos encontrar componentes pertenecientes a la familia de las metilxantinas; estos tienen importantes efectos sobre el organismo. Por orden de potencia de sus efectos encontramos la teofilina, la cafeína y la teobromina; se ha demostrado que la cafeína y la taurina al ser los componentes más abundantes, causan efectos nocivos para la salud más destacables que los causados por el resto de componentes que se encuentran en cantidades más bajas.

En general, los consumidores habituales de bebidas energéticas experimentan cambios en su organismo, principalmente tras la ingesta sucesiva de estas con el estómago vacío; en determinadas personas dependiendo de la dosis se pueden observar alteraciones de patrones del sueño.

Se realizó un estudio en el que se comprobó que la combinación de estas con grandes cantidades de alcohol produce efectos peligrosos en la función cardiaca, disminuyen la coordinación motora y el tiempo de reacción visual. Además los consumidores pueden mal interpretar su nivel de embriaguez y exponerse a actividades potencialmente peligrosas.

Se refieren también efectos psiquiátricos, produciendo episodios maniacos incluso en personas sin ningún trastorno mental. Un estudio realizado en personas sin ninguna enfermedad, experimentaron un episodio maniaco después de dos meses de un consumo continuado de "Panax ginseng" (planta pequeña herbácea de la familia Araliaceae). También se ha demostrado que su consumo con dosis bajas de barbitúricos y benzodiacepinas disminuye sus efectos sedantes.

Algunos estudios indican que puede haber relación entre la cantidad de consumo de bebidas energéticas y dichas enfermedades psiquiátricas mal controladas o no diagnosticadas. Las bebidas energéticas Producen un aumento de la lipogénesis por su alto contenido en glucosa, esto se considera un factor de riesgo en el aumento del peso que conlleva junto con un estilo de vida y una dieta poco saludables a la obesidad.

Además, dichas bebidas tienen una composición acida, por lo que, solo con un abuso excesivo de estas produce la reducción de un 16 % la dureza del esmalte de los dientes. La página Web de Red Bull recomienda su consumo antes del ejercicio físico, ya que, por su gran componente en cafeína es capaz de mejorar el rendimiento físico y producir vasodilatación muscular. En el punto de vista contrario se encuentra una nutricionista de deportes de la universidad de California en Davis, alegando que no es buena idea su consumo ya que favorece la deshidratación mientras el ejercicio y existe la posibilidad que esta deshidratación sea la causante de las muertes ocurridas en deportistas franceses tras la ingesta de bebidas energéticas antes del entrenamiento.

Referente al aparato digestivo, existen resultados que relaciona el efecto que produce la cafeína sobre la sensibilidad a la insulina. La cafeína estimula las contracciones de la vesícula biliar relajando la musculatura, disminuyendo los niveles de colesterol y estimulando la secreción ácida gástrica. Al principio esta presenta un efecto diurético que con el paso del tiempo nuestro cuerpo acaba tolerando.

5 Discusión-Conclusión

En relación con la información citada anteriormente, creemos que este tipo de bebidas puede llegar a producir una dependencia tanto física como psicológica a la hora de realizar labores rutinarias como son el estudio o el ejercicio físico, y también pueden producir cuadros de insomnio por un consumo reiterado.

Otro punto a tener en cuenta es su consumo mezclado con grandes cantidades de alcohol, ya que pueden llegar a desencadenar problemas cardíacos, motores y visuales. De todos modos, bien es cierto, que su consumo moderado sin sobrepasar el abuso puede ofrecer ciertos beneficios en momentos puntuales. Aunque consideramos que ofrecen más desventajas que beneficios por lo que, además de un consumo moderado, también debería haber una publicidad moderada e información acerca de los problemas que puede conllevar su consumo excesivo.

6 Bibliografía

- González Ramírez AM (2012) ¿De qué se componen las bebidas energéticas? ¿Son realmente negativas para el organismo?. MoleOla, Revista de química de la universidad de Pablo Olavide Nº 7: 55-58.
- Kevin A, Clauson, Kelly M, Shields, Cydney E, McQueen, Nikki Persod (2008). Safety issues associated with commercially available energy drinks. American Pharmacists Association.
- Leslie Bonci (2009). Bebidas energéticas: ¿Estimulan, ayudan o dañan?. Spagatta Magazine, patinaje sin frontera.
- Pardo Lozano R, Álvarez García Y, Barral Tafalla D, Farré Albaladejo M (2007). Cafeína: un nutriente, un fármaco, o una droga de abuso. Revista Adicciones vol. 19 nº 3.
- Raúl A. Castellanos, Rossana M. R, Gladys G. Frazer (2006). Efectos fisiológicos de las bebidas energizantes. Revista Facultad Ciencias Médicas. Universidad Nacional Autónoma de Honduras.
- Sara M. Seifert et al, Health Effects of Energy Drinks on Children, Adolescents and Young Adults (2011). Pediatrics: 514

Capítulo 46

ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y PREVENCIÓN.

JULIA IBÁÑEZ LÓPEZ

IRENE LÓPEZ GONZÁLEZ

1 Introducción

Las enfermedades de transmisión sexual, son un importante problema de salud pública. Los factores que influyen en el control de las ITS son complejos, por ello, debemos concienciar a la población sobre lo importante que son las medidas de prevención y la educación para la salud respecto a estas enfermedades.

Son causadas por más de 30 bacterias, virus y parásitos diferentes, y se propagan predominantemente por contacto sexual, incluidos el sexo vaginal, anal, oral, incluso algunas se pueden propagar por contacto sexual cutáneo.

2 Objetivos

- Introducir brevemente las enfermedades de transmisión sexual así como la etiopatogenia, transmisión y síntomas de las ETS más frecuentes.
- Abordar la prevención primaria y secundaria de las ETS, así como mostrar la importancia de la educación sexual.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Se han utilizado como palabras clave para la búsqueda: ”transmisión sexual”, ”ITS”, ”prevención” y ”embarazo”.

4 Resultados

Las enfermedades de transmisión sexual más frecuentes son la Gonorrea, Clamidia, VIH, Hepatitis B, sífilis, VPH y Herpes genital.

Hay dos formas principales de transmisión. Transmisión por secreciones infectadas en contacto con superficies mucosas(VIH, la gonorrea, la clamidia y la tricomoniasis) o cuando existen ulceras genitales y se produce contacto entre éstas y la piel infectada (herpes genital, sífilis y VPH).

La prevención de las ETS ha de basarse en estrategias de prevención primaria (educación, métodos de barrera y vacunación) y secundaria (cribajes, control de pacientes y control de contactos). Las recomendaciones tienen que ir dirigidas tanto a la población general como a las personas con comportamiento de riesgo para adquirir estas enfermedades.

5 Discusión-Conclusión

Las ITS tienen grandes repercusiones, tanto en la dimensión física como en la psicológica, pudiendo adquirir enfermedades no solo incurables sino además altamente infecciosas como el VIH o la Hepatitis B entre otras. Si bien otras no tan impactantes en la salud pueden tener tratamiento terapéutico, cabe destacar su relación con la esterilidad.

Respecto a las mujeres embarazadas, es de gran transcendencia detectar este tipo de enfermedades durante la gestación con el fin de evitar graves problemas en

el neonato, insistiendo en la importancia de la prevención primaria tanto en educación para la salud y educación sexual como en el uso del preservativo.

6 Bibliografía

1. Glasier A, Gülmezoglu AM, Schmid G, Garcia Moreno C, Van Look PFA. Sexual and reproductive health: a matter of life and death [La salud sexual y reproductiva: una cuestión de vida o muerte]. Lancet 2006; publicado online el 1 de noviembre.
2. Gülmezoglu AM. Intervenciones para la tricomoniasis durante el embarazo. Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas 2007, Número 4, artículo n.º: CD000220. DOI: 10.1002/14651858.CD000220.
3.Brocklehurst P, Rooney G. Intervenciones para el tratamiento de la infección genital por Chlamydia trachomatis en el embarazo. Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas 2007, Número 4, artículo n.º: CD000054. DOI: 10.1002/14651858.CD000054.
4. OMS.BSR La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS.[base de datos en internet] Geneva 27 Switzerland. 2014.[acceso el 27 de septiembre del 2014]. Disponible en: http://apps.who.int/rhl/es/
5. Sigalés R.M, Martínez C. Enfermedades de Transmisión Sexual. En: Mompart M.P, director/ Difusión Avances de Enfermería (DAE, S.L), editor. Enfermería para la mujer. 2ª ed. Madrid: Grupo Paradigma: 2003.p. 468-498.
6. Equipo Editorial de Fisterra, médicos especialistas en Medicina de Familia y en Medicina Preventiva y Salud Pública. Información para pacientes sobre la Gonorrea. Elsevier: Arturo Louro González; Diciembre 2000, [24.03.2010; 27.09.2014]. Disponible en: http://www.fisterra.com/Salud/1infoConse/gonorrea.asp
7. PubMed.Infecciones por Clamidia. Bethesda: National Library of Medicine.U.S Department os Health and Human Services; 1.11.2012, [3.09.2014; 27.09.2014]. Disponible en: http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/chlamydiainfections.html

Capítulo 47

INCONTINENCIA URINARIA: ETIOLOGÍA Y TIPOS

FABIOLA MENÉNDEZ SERVIDE

1 Introducción

La incontinencia urinaria es una fuga involuntaria de orina. La orina se almacena en la vejiga y se vacía a través de un tubo llamado uretra. Durante la micción, los músculos de la pared de la vejiga se contraen, forzando la orina desde la vejiga hacia la uretra. Los músculos del esfínter que rodean la uretra se relajan permitiendo la salida de la orina. La incontinencia ocurre si los músculos se relajan o contraen sin previo aviso o si los músculos del esfínter no son lo suficientemente fuertes como para retener la orina.

La incontinencia urinaria no es un resultado normal del envejecimiento, aunque es una patología común entre las personas mayores.

La incontinencia urinaria tiene consecuencias físicas como alteraciones del balance hidroelectrolítico, úlceras, infecciones del tracto urinario, un mayor riesgo de caídas, inmovilidad o pérdida de autonomía; psicológicas como aislamiento, depresión, disminución de autoestima; económicas como dificultades laborales; y de ámbito social como estrés para la familia y cuidador, tendencia a la institucionalización o deterioro de las relaciones sociales.

2 Objetivos

Describir los distintos tipos de incontinencia urinaria identificando sus posibles causas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Etiología y tipos:
Se pueden diferencias dos grandes grupos de incontinencia: incontinencias transitorias, de carácter agudo que son reversibles e incontinencias persistentes que sometidas a tratamiento se alargan en el tiempo. Existen cinco tipos de incontinencias persistentes: incontinencia de esfuerzo, incontinencia de urgencia, incontinencia mixta, incontinencia de desbordamiento o rebalse e incontinencia total e incontinencia funcional.

Incontinencia de esfuerzo:
Es la pérdida de orina durante los movimientos físicos como toser, reír o estornudar que aumentan de forma pasajera la presión intrabdominal. Los factores que influyen en la incontinencia de esfuerzo son el embarazo por la presión del feto; el parto puesto que se pueden dañar los elementos que sostienen la vejiga, haciendo que se mueva hacia abajo impidiendo que los músculos del esfínter se contraigan como deberían; la menopausia debido a la disminución de los niveles de estrógeno que hacen que disminuya la presión del esfínter; atrofia vaginal; histerectomía y otros procedimientos quirúrgicos; obesidad; terapias urológicas que hayan afectado el esfínter.
Incontinencia de urgencia:
La incontinencia de urgencia es una fuga inesperada de orina y puede ocurrir después de sentir repentinamente la necesidad de orinar debido a que el detrusor se contrae aleatoriamente Entre las causas de incontinencia de urgencia encontramos de tipo genitourinario como las inflamaciones del tracto urinario, litiasis vesical, tumores o infecciones urinarias; de tipo neurológico como demencia, accidente cerebrovascular y enfermedad de Parkinson o daño medular; y de tipo idiopático.

Incontinencia mixta:

Es una combinación de más de un tipo de incontinencia, generalmente de la incontinencia de esfuerzo y la incontinencia de urgencia. Muy común en pacientes ancianos.

Incontinencia de desbordamiento o rebalse:
La incontinencia por rebosamiento ocurre cuando la vejiga no se vacía correctamente produciéndose una fuga inesperada de pequeñas cantidades de orina. Es raro en mujeres. Esto sucede debido a una acontractilidad del detrusor causada por diabetes mellitus, accidentes cerebrovasculares, daños espinales o fármacos como los antagonistas del calcio y los anticolinérgicos; a una obstrucción anatómica secundaria a neoplasia pelviana que presiona la vejiga, estenosis uretral, cistocele, estreñimiento o próstata agrandada; o a una disinergia entre el detrusor y el esfínter por motivos neurológicos.

Incontinencia funcional:
La incontinencia funcional debe a factores que no están directamente relacionados con el tracto urinario inferior o la micción, es decir, que no hay patología en el tracto urinario o el mecanismo de micción. La persona no es capaz de orinar en el lugar adecuado debido a obstáculos ambientales como iluminación inapropiada, ropa de difícil manejo, ausencia de un urinario cerca; problemas mentales, físicos o la combinación de ambos como la desorientación, confusión o pérdida de coordinación.

5 Discusión-Conclusión

La incontinencia urinaria puede clasificarse en cinco tipos diferentes de etiología muy variada, pero sobre todo relacionada con patologías médicas crónicas y mal estado de salud.

6 Bibliografía

- Chang, H. J. (2010). Urinary Incontinence in Older Women. JAMA, 303(21). https://doi.org/10.1001/jama.303.21.2208
- Emmons, K. R., & Robinson, J. P. (2014). Managing urinary incontinence in older people. BMJ, Recuperado de https://www.aginglifecarejournal.org/the-impact-of-urinary-incontinence-on-older-adults-and-their-caregivers/
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (1999). Incontinencia urinaria. Recuperado de https://www.mscbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/docs/incontinencia.pdf

- National Institute on Aging (s.f.). Urinary Incontinence in Older Adults. Recuperado 21 enero, 2020, de https://www.nia.nih.gov/health/urinary-incontinence-older-adults
- Organización médica colegial de España, & Ministerio de Sanidad y Consumo. (s.f.). Guía de buena práctica clínica en Incontinencia urinaria.
- Thirugnanasothy, S. (2010). Managing urinary incontinence in older people. BMJ, 341(aug09 2). https://doi.org/10.1136/bmj.c3835

Capítulo 48

PROCESO DE IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE REGISTRO DE ENFERMERÍA INFORMATIZADO EN ATENCIÓN PRIMARIA DE ADULTOS EN EL MUNICIPIO DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

LORENA NÚÑEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

La actuación de enfermería fue descrita por primera vez como un proceso, en 1955 por Lidya Hall. Posteriormente, Yura y Walsh, en la década de los 60 lo estructuran en: valoración, planificación, ejecución y evaluación. Entrado en la década de los 70, la Asociación Norteamericana de Enfermeras (ANA), reconoce oficialmente los diagnósticos de enfermería que pasan a formar parte del Proceso de Atención de Enfermería (PAE). Se definen, a partir de entonces, cinco fases:

Valoración: el modelo conceptual que se sigue en las unidades de hospitalización es el estipulado por Virginia Henderson.

Diagnósticos: en función de los datos obtenidos en la valoración se formularán los problemas de salud siguiendo los cánones establecidos por la Taxonomía NANDA.

Planificación de cuidados: en esta fase es en la que se traduce todo el Proceso de Atención de enfermería formulándose los cuidados de enfermería para actuar a los tres niveles de prevención: primaria, secundaria y terciaria.

Ejecución: esta fase sería en la que aplicaríamos la taxonomía NIC (Nursing Interventions Clasification).

Evaluación: la finalidad de este eslabón del PAE es conocer si el estado de salud del paciente se corresponde y cumple los resultados previamente planteados.

Diferentes enfermeras han descrito el PAE (Griffin, Alfaro, Carpenito, etc.) pero todas concluyen en que es un modo estandarizado y sistematizado de administración de los cuidados y recursos de enfermería en relación al paciente, familia o comunidad.

En pleno siglo XXI, la era de la informática y las tecnologías convivimos con un sin fin de programas y sistemas informáticos diseñados principalmente para facilitar tareas a sus usuarios así como limitar el tiempo dedicado a dichas tareas. Estas tecnologías son actualmente utilizadas en sanidad para mantener la historia clínica de cada paciente guardada y almacenada electrónicamente, para registrar las distintas fases evolutivas y tratamientos de una enfermedad, para realizar planes de cuidados adaptados a las necesidades de cada paciente en todo momento, entre otras muchas.

En el momento actual, en España existen diferentes sistemas informáticos sanitarios con los que realizar estos y muchos más registros sanitarios. A nivel de enfermería podemos hablar de programas como GACELA, AZAHAR, SELENE etc. Estos programas aportan numerosos beneficios en la calidad de la asistencia sanitaria:
- Aportan una continuidad en el proceso de asistencia al paciente
- Favorecen la gestión de la información sanitaria.
- Permiten explorar y visualizar toda la información rápidamente.
- Favorecen la reducción de errores y repeticiones en los cuidados.
- Mejoran la calidad de registros de los cuidados.

En Galicia desde el año 1998 se utiliza el aplicativo GACELA (Gestión Asistencial Cuidados Enfermería Línea Abierta), programa de la empresa Oesía, en toda la red de hospitales SERGAS. Este aplicativo se encuentra vinculado con el programa IANUS, utilizado en el campo de la medicina. GACELA tiene la ventaja de aportar los datos que el facultativo desea a su programa IANUS. Así como

extraer datos anuales o mensuales de determinadas áreas o plantas de un mismo hospital, al ser guardados todos los datos introducidos en dicho programa. Así pues tenemos en Galicia informatizada gran parte de la atención especializada gracias a estos dos sistemas informáticos

No ocurre lo mismo en la Comunidad Gallega con la Atención Primaria (AP). Actualmente las enfermeras que ejercen en los centros de salud de esta comunidad trabajan aun con papel e incluyen datos básicos (peso, altura, TA) en el programa IANUS, siendo este desarrollado únicamente para facultativos. Al encontrarnos con esta situación, surge la necesidad de crear un programa informático o modificar el ya existente en algunas áreas de Atención Especializada en Galicia, GACELA, para mejorar la asistencia en dichos centros así como favorecer y facilitar el trabajo al personal de enfermería.

Lo que se pretende en este proyecto es instalar en un futuro en todos los centros de AP del área de Santiago un programa informático para enfermería específico de Atención Primaria.
Este programa constaría de planes de cuidados estandarizados apropiados para las valoraciones enfermeras en AP y adecuados a las necesidades que se presentan habitualmente en dichos centros, reduciendo el número de planes de cuidados en gran medida y centrándolos en las necesidades habituales de estos centros de AP, con respecto a todos los que encontramos en el propio aplicativo GACELA.

Esto aportaría una serie de beneficios:
- Es un programa informático que asegura la continuidad en el proceso de atención e impide errores de transcripción y repetición.
- Aumenta la calidad de los servicios asistenciales y reduce costes.
- Utilizando el mismo programa informático, GACELA, facilitaríamos su uso al personal de enfermería que proceda de la Atención Especializada ya que ya estarían habituados a trabajar con dicho programa en esta misma comunidad autónoma, Galicia.
- Sería más fácil de usar por el personal ya que abarcaría un número menor de planes de cuidados y por tanto una facilidad en su utilización.
- Continuaríamos en esta comunidad con dos aplicativos informáticos (IANUS y GACELA) pero abarcando toda el área sanitaria sin añadir otro sistema totalmente nuevo para todos sus usuarios.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Instaurar el aplicativo GACELA específico para Atención Primaria.

Objetivos secundarios:
- Facilitar el desarrollo profesional enfermero en Atención Primaria de adultos.
- Establecer el aplicativo GACELA específico para AP.
- Definir las fases evolutivas del proceso de implantación.
- Reciclar a la enfermería de AP en el conocimiento de Taxonomías internacionales.
- Identificar y solucionar los problemas que puedan surgir en el proceso.
- Conocer la opinión del personal de enfermería sobre el uso del aplicativo.

3 Metodología

DISEÑO DEL PROYECTO
1ª Fase. Trabajo en equipo:
- Elaboración del marco conceptual del trabajo
- Establecimiento de objetivos
- Diseño metodológico.

2ª Fase. Trabajo individual:
- Ejecución de tareas por objetivos.
- Recogida y análisis de datos por objetivos.

3ª Fase. Trabajo en equipo:
- Resultados esperados
- Preparación del documento final y exposición

Estudio con diseño de campo controlado, aleatorizado por ”Clauset” o conglomerados.

Universo de estudio:
Nuestro universo de estudio lo integran los 52 centros de AP integrados dentro del área de salud de Santiago de Compostela y por las 52 enfermeras de adultos que se agrupan en:
Centro de Salud de Conxo.
Centro de salud de Fontiñas.
Centro de Salud Concepción Arenal.

Centro de Salud de Vite.

Muestra de estudio:

Criterios de inclusión.
Se incluirán dentro del estudio:
- Centros de AP comprendidos en el municipio de Santiago de Compostela.
- Enfermeras de consultas de Adultos.

Criterios de exclusión.
Se excluirán del estudio de intervención:
- Centros de salud privados.
- Enfermeras que estén ausentes del centro en el momento por bajas temporales o períodos vacacionales.

Muestra:
De los cuatro centros que componen nuestra muestra, de manera aleatoria se seleccionará uno de ellos y se procederá a la implantación del aplicativo GACELA. Los otros tres centros compondrán nuestro grupo control. Antes de iniciar el proyecto, se pasará una encuesta que permitirá evaluar, desde el punto de vista de la enfermería, cómo funcionan los registros y si estos son adecuados.

Al tener nuestro proyecto una duración de 3 años se realizará un seguimiento de los centros cada 6 meses, pasando la encuesta en este período en todos los centros, incluso los que serán excluidos del estudio por ser un estudio aleatorio en su selección.

Al finalizar la implantación del aplicativo en el centro de AP seleccionado, se pasará de nuevo la encuesta a todos los enfermeras/os de los centros del ayuntamiento de Santiago.

	Centros seleccionados	Nº de consultas de enfermería de adultos.	Nº de enfermeras
	Ambulatorio de Concepción Arenal	*	*
	Centro de salud de Conxo	*	*
	Centro de salud Fontiñas	5	7
	Centro de salud de Vite	*	5
Totales	4 centros de AP	***	***

4 Resultados

Los registros que se poseen hasta la actualidad de las consultas de AP en el área de Santiago se encuentran registradas en papel o en el programa médico IANUS. Para conseguir cambiar esto e implantar un sistema informático adaptado a las necesidades de los pacientes y personal de enfermería necesitamos ejecutar el cronograma de tareas para obtener resultados en un tiempo determinado.

Se prevé en este proyecto que en el año 2015 todas las enfermeras que trabajen en el Centro de Salud que se tome como muestra de estudio reciban una formación semejante a la recibida por las enfermeras de psiquiatría en este mismo complejo en el año 2010 tras la implantación del programa informático GACELA en esta unidad:

- Curso de ofimática Básica. Este curso tendría una duración de 16 horas y se impartiría en las salas adaptadas para estos fines del Hospital Clínico de Santiago de Compostela. estaría previsto que todo el personal realice este curso en marzo de 2015.
- Curso en la planificación de cuidados básicos enfermeros. Su duración sería de 16 horas. Se tendrá previsto su finalización en abril de 2015.
- Clases prácticas sobre la formación e introducción de los conocimientos a través de operadores informáticos.

Esta formación tendría una duración de 15 horas y su formación estaría completa en junio de 2015.
El número total de enfermeras que asistan a dichos cursos dependerá de que centro se tome como muestra de estudio, ya que el curso se implantará solo a las enfermeras/os de dicho centro. Este número se encontrará entre 4 y 10 enfermeras/os.

Se formarán turnos de 4 horas durante los sábados y domingos y las tardes de los jueves por expertos de la informática y la enfermería electrónica y del desarrollo. Hasta que un porcentaje superior al 70% de las enfermeras no hayan realizado con éxito el total de horas cursadas en el curso de ofimática básica no comenzará a ejercerse el siguiente.

Considerando la finalización de la formación en junio de 2015 se prevé la implantación del Programa informático en este mismo mes en el centro tomado como muestra de estudio. Fijando, así un período de adaptación de 8 meses, para poder realizar modificaciones y cambios que puedan surgir tras el manejo del aplicativo.

Se espera que en período de formación el control del manejo del sistema sea entorno al 15%. Tras la implantación y durante el período de adaptación supere el 78%. Tras este período se espera que la adaptación sea de 100%.
Se prevé que, si los resultados son favorables, que toda la AP en el área de Santiago de Compostela ya este cubierta por este nuevo sistema. Que la informática y las nuevas tecnologías sean favorables en el desarrollo de la evolución de la asistencia sanitaria en todos los ámbitos.

Otro de los resultados previstos pero en un período de tiempo mucho mayor es, si esta concluye como positiva y favorable, llevarla a cabo en todos los centros de AP de la comunidad gallega para unificar, de este modo, toda la Comunidad autónoma en lo referido a asistencia sanitaria.

5 Discusión-Conclusión

Precediendo a la puesta en marcha del proyecto, el equipo de enfermería de los centros de salud, debe ser informado de: la naturaleza; los medios de los que se dispone para la consecución de los objetivos; de la finalidad del proyecto; de su duración y de los métodos que utilizar.

El proyecto lo impone la dirección de enfermería del SERGAS, por tanto, conlleva obligatoriedad en su participación. Además, toda la información que se intercambie y se maneje será confidencial.

En cuanto a la protección de datos de los pacientes, todo se realizará en conformidad a la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, "básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica" y según el Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el "conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud".

En cuanto al cuestionario: se entrega documento informativo que detalle la finalidad del mismo, consentimiento informado y el cuestionario en sí. En todo momento se asegurará y se mantendrá la confidencialidad de los datos en conformidad con la Ley de Protección de Datos.

Difusión de resultados:

Revistas:
Atención Primaria (ISSN: 0212-6567):

Publicación de trabajos de investigación de la atención primaria de salud y es el órgano de Expresión oficial de la Sociedad Española de Medicina de Familia y comunitaria. Es una revista Open Access en la que los autores realizan una aportación económica para publicar sus artículos una vez han sido aceptados por el Comité Editorial.
FML, "Revista de Medicina de Familia y Atención Primaria" (ISSN: 1989-6832): Es una revista biomédica digital y de acceso libre y carácter mensual. Dirigida a médicos de familia y profesionales que desarrollen su actividad en la Atención Primaria de Salud. Se compone de artículos originales, revisados por pares por el comité de expertos, actualizaciones de los temas más interesantes y también brinda un espacio para la formación y para el ocio.

Congresos. SEIS (Sociedad Española de Informática en Salud):
Sociedad científica, no lucrativa, destinada a mejorar y promover el uso de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones en el entorno sanitario. Entre las actividades que esta Sociedad ha venido desarrollando durante los últimos años, destaca para la difusión de nuestro trabajo el Congreso Nacional de Informática de la Salud, INFORSALUD, de carácter anual, y los Congresos Nacionales de las áreas profesionales específicas como INFORENF (Congreso Nacional de Informática y Enfermería).

AENTDE (Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y
Diagnósticos de Enfermería): Asociación científica, sin ánimo de lucro, de carácter profesional, que agrupa a más de 400 enfermeras, que trabajan con el diagnóstico de enfermería independientemente del sistema de clasificación que utilicen. Organiza periódicamente jornadas, congresos y simposiums para fomentar una terminología enfermera que cualifique las aportaciones que las enfermeras realizan a la salud de la población.

6 Bibliografía

1. TH, Herdman. (2012 - 2014). NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificación. Ed. Barcelona: Elseiver; 2012.
2. O, Buergo. García. (Jul-Agos de 2013). Análisis de la implantación de planes de cuidados a través de GACELA, en las unidades médicas del Hospital Santa Barbara de Soria. NURE Inv (65), 18p. [consultado 14 abr 2014]. Disponible en: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/NURE66_original_gacela.pdf.

3.R, González. Gutiérrez-Solana. (dic de 1999). Planes de cuidados de enfermería con ayuda de un programa informático (internet). El Correo AENTDE, Vol 3(Nº2), 5-8.
4. A., Montesinos Alonso. (Jun.2001). Los profesionales sanitarios de Atención Primaria ante las nuevas tecnologías. Aten. Primaria.11: 353-6.
5. Fernández Trinidad M, Fraile. Maceín C, González Pascual JL, Fernández Valcarce P. (2013). Acercando la teroria a la práctica: integración del software Gacela care en el desarrollo cometencial en metodología enfermera (internet). X jornadas internacionales de Innovación: Villaviciosa de Odón. [consultado 19 Abr 2014]. [aprox 7p].
6. Asociación Española de Nomenclatura, taxonomia y diágnosticos de enfermería, editores. (2014). Lenguaje Enfermero: identidad, utilidad y calidad. (Internet) [Sevilla]: X Simposium AENTDE. [consultado 27 Abr 2014]; [aprox 827p.].
7. Martínez Fernández A, Rubio Sevilla. JC, Arribas Espada JL, Rubio Gómez I, Sánchez González P. (Abril- Junio 2002). proyecto de planificación informatizada de cuidados enfermeros (PICE), su desarrollo en el Complejo Hospitalario de Toledo. Gestión y evaluación de costes sanitarios. 45-56: vol 3 (nº2). [consultado 27 Abr 2014]. Disponible en: http://www.fundacionsigno.com/archivos/publicaciones/06.pdf
8. Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía. y diagnósticos de enfermería, editores. (2012). IX Simposium Internacional de Diagnósticos de Enfermería AENTDE: Lenguajes y personas[Internet]. Gijón. [consultado 28 Abr 2014]; [aprox. 384p].
9. Igea Moreno M, Lozano. García Y, González Gascón R. (May 2005). Implantación de la metodología enfermera en los sistemas informáticos de Atención Primaria. Enf Global [Internet](Vol. Vol 4) (nº1) [consultado 25 Abr 2014].6p.
10. Andrade Olivié MA, Faria. Rodríguez A, Oujo Izcue E, Esteban Domínguez P. (Abr 2010). Revisión: Portal de información Clínica para los Profesionales del SERGAS. IANUS- Modelo Unificado de Historia Clínica Electrónica[Internet]. Sevilla.[consultado 28 Abr 2014]; [aprox 3p].
11. Andrés I, Divinis. J, Linares J, Quílez FJ, Ruiz A. (s.f.). Gacela Care: visión de la enfermeria.
12. González Sánchez JA, Cosgaya García O, simón García MJ, Blesa Malpica AL. (2004). Registros de enfermería: convencional frente a informatizado. Unidad de cuidados críticos. Enferm Intensiva (Vol. 15) nº2:53-62.
13. Dirección de Enfermería, Unidad de planes de Cuidados. (Ene 2011). Guía de validación de planes de cuidados estandarizados(Internet). Hospital General Universitario de Alicante. [consultado 10 Abr 2014].49 (1):71-3.

14. González Gutiérrez-Solana R. (2004). Las dificultades de la implantación de un programa informático de ayuda para la realización de cuidados de enfermería [Internet](Vol. 49)nº1:71-3. [consultado 10 Abr 2014].
15. Moorhead S, Johnson. M, Maas ML, Swanson E. (2014). Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Medición de Resultados en Salud (5ª ed.). Barcelona: Elsevier.
16. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM. (2014). Clasificación de intervenciones de Enfermería (NIC) (6ª ed.). Barcelona: Elsevier.
17. Pita Fernández S. (1995). Unidad de epidemiología clínica, departamento de medicina y psiquiatría. Tratado de epidemiogía clínica. (Internet). Madrid, Universidad de Alicante: DuPont Pharma S.A. [actualizado 28 Feb 2001; consultado 28 Abr 2014]. (45-57p.).
18.García Salinero J. (Junio de 2004). Estudios descriptivos. NURE INV.(7), (aprox3p). 19.http://www.santiagodecompostela.org/facendo_cidade/.

Capítulo 49

RESUMEN DE LAS REVISIONES SOBRE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS.

EVA SANCHEZ FERNANDEZ

BEATRIZ ALBA GONZÁLEZ

VIONAISY DEL CARMEN ALONSO DEL RIVERO HERNÁNDEZ

MARÍA NOELIA FERNÁNDEZ DÍAZ

VANESSA LÓPEZ TELLO

1 Introducción

La falta de adhesión a los tratamientos es un problema prioritario para la Organización Mundial de la Salud, por su elevada prevalencia y su relación con un peor control de la enfermedad y a su vez un incremento del riesgo de morbimortalidad 1, una reducción de la calidad de vida de los pacientes y el incremento del gasto sanitario 2. Las tasas de adherencia son muy variables entre los diferentes estudios 3. Se observa que la adherencia suele ser máxima en tratamientos de corta

duración y al inicio de los tratamientos crónicos, existiendo peor cumplimiento cuanto más prolongado es el tratamiento 4.

Diversos estudios describen la eficacia de intervenciones para mejorar la adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedades crónicas aisladas, y algunos han demostrado una asociación entre la adherencia a los tratamientos prescritos y resultados en salud 5–7, sin embargo, la aplicabilidad de estas estrategias a pacientes pluripatológicos (PP) 8,9 es incierta, dada la heterogeneidad de los pacientes incluidos en los estudios y la variabilidad de las propias intervenciones. Esta incertidumbre se ve incrementada por la diversidad de la terminología empleada en la identificación de aquellos pacientes crónicos asociados con un mayor consumo de recursos sanitarios y, con mayor tendencia a la discapacidad y muerte 10. Por ello, es necesaria la búsqueda y síntesis de la evidencia existente en relación con aquellas intervenciones adecuadamente descritas que hayan demostrado mejorar la adherencia y/o obtener resultados en aquellas poblaciones de pacientes más vulnerables; como son los PP, los pacientes crónicos complejos o aquellos con patologías asociadas a una mayor morbilidad.

2 Objetivos

- Observar la evidencia que existe hasta el momento en relación a la eficacia de intervenciones utilizadas para mejorar la adhesión al tratamiento en pacientes pluripatológicos.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión sistemática de fuentes secundarias, sobre los principios de la Declaración PRISMA11 y mediante las pautas de la Cochrane12. Estrategia de búsqueda. Las bases de datos consultadas fueron: Pubmed, EMBASE, la Cochrane Library, las bases de datos del Centre of Reviews and Dissemination y la Web of Science. La búsqueda bibliográfica abarcó hasta septiembre de 2013. La estrategia de búsqueda incluyó términos descriptores de adherencia (patient compliance, medication adherence, patient dropouts), relativos a la población en estudio (polypharmacy, chronic disease, multimorbidity) y, al diseño de los estudios (meta-analysis, systematic review). De forma complementaria se realizó una búsqueda manual entre las referencias de las publicaciones seleccionadas.

Selección de estudios. Se establecieron los siguientes criterios de inclusión:

Población: pacientes pluripatológicos, con edad ≥18 años. Se definió el concepto de paciente con patología definitoria de pluripatología (PPDP), caracterizado por la presencia de patologías incluidas en cualquiera de las ocho categorías de pluripatología del Proceso Asistencial Integrado de Atención al Paciente Pluripatológico 9. Entre ellas, se encuentran la insuficiencia cardiaca, la cardiopatía isquémica o la diabetes mellitus además de otras patologías caracterizadas por tener un alto impacto en la morbimortalidad. La búsqueda controlada consideró también aquellos pacientes con un alto grado de polimedicación.

Intervención: cualquier intervención destinada a la mejora del cumplimiento del tratamiento autoadministrado prescrito.

Comparador: práctica habitual, otras intervenciones.
Resultados (outcomes): tasa de adherencia.
Diseño de los estudios. Revisiones sistemáticas o meta-análisis de ensayos clínicos. Se excluyeron aquellos estudios publicados en un idioma diferente al inglés o español.

Tras la eliminación de los duplicados, se examinaron los títulos y resúmenes de las referencias identificadas en la búsqueda bibliográfica, se recuperó el texto completo tanto de los estudios que cumplían los criterios de inclusión como de aquellos en los que la información disponible resultaba insuficiente.

Evaluación del riesgo de sesgo. Se empleó la escala AMSTAR 13, específicamente diseñada para la evaluación de revisiones sistemáticas. Esta escala consta de 11 ítems con cuatro posibilidades de respuesta.
Extracción de datos. Se empleó formularios prediseñados en los que registró la información relativa a las características de las revisiones sistemáticas incluidas (año de publicación, número y diseño de los estudios incluidos, características de los pacientes incluidos); y las intervenciones estudiadas (tipo de intervenciones según la clasificación de Peterson et al.14 y según el tipo de componente ensayado, métodos de medida de la adherencia empleados en los distintos estudios).

Medidas de resumen y tratamiento estadístico. Para cada revisión sistemática se estimó el porcentaje de ensayos clínicos en los que la intervención ensayada mostró mejoras en términos de adherencia. Posteriormente, se evaluó la eficacia de las distintas intervenciones agrupándolas según su naturaleza (clasificación de Peterson et al.) 14 y tipo de componente (simplificación posológica, dispositivo recordatorio de toma de dosis, etc.). Dada la heterogeneidad de las intervenciones ensayadas, los métodos empleados en la medida y expresión de los

resultados y la posible duplicidad de ensayos clínicos incluidos en más de una revisión sistemática no se consideró adecuada la combinación estadística y análisis inferencial de las tasas de eficacia calculadas para cada revisión.

Por ello, la eficacia de las intervenciones recogidas en las revisiones sistemáticas incluidas en este trabajo se resumió con medianas y rangos. Secundariamente, este análisis fue restringido a aquellas revisiones de mayor calidad, mayor número de ensayos clínicos incluidos así como en función de la naturaleza de las poblaciones considera
Esquema general del estudio: Revisión sistemática para evaluar intervenciones eficaces en la mejora de la adherencia al tratamiento en pacientes pluripatológicos.

4 Resultados

Como resultado de la búsqueda bibliográfica en las bases de datos electrónicas se localizaron un total de 566 referencias, 47 de las cuales fueron excluidas por encontrarse duplicadas. Tras la eliminación de los duplicados, el número final de referencias cribadas fue de 519. Una primera lectura por título y resumen permitió descartar 492 referencias que no cumplían los criterios de inclusión establecidos para la revisión sistemática. Tras el cribado inicial, se identificaron 27 documentos potencialmente elegibles, que fueron revisados posteriormente a texto completo. Finalmente, se seleccionaron 9 de estos 27 documentos15–23.

Por otra parte, la evidencia disponible respecto a la naturaleza de las intervenciones ensayadas fue desigual. Las intervenciones combinadas, que incluyen componentes de naturaleza educativa y conductual, representaron el único modelo de intervención descrito (de forma exclusiva 17–19 o de forma predominante) 15,16,20–23 en el total de las revisiones sistemáticas incluidas mientras que la eficacia de las intervenciones conductuales y educativas fueron recogidas en seis 15,16,20–23 y cuatro 15,16,20,21 revisiones, respectivamente.

Eficacia de las intervenciones para la mejora de la adherencia. La eficacia global de las intervenciones en términos del porcentaje de ensayos clínicos en los que se observó una mejora en la adherencia fue modesta, oscilando entre el 47% del trabajo de Haynes et al.16 y el 75% de Williams et al. 17 con una mediana del 53%. Asimismo, los resultados son consistentes cuando se consideran únicamente aquellas revisiones con un menor riesgo de sesgo y un mayor número de ensayos clínicos incluidos (47% en Haynes et al.16 y 53% en Viswanathan et al.) 20. No se

observaron diferencias de eficacia relevantes entre las intervenciones de distinta naturaleza (clasificación de Peterson et al.14) siendo la mediana de eficacia del 50% (rango 44-75) para las intervenciones combinadas y del 53% para las intervenciones tanto conductuales (rango 0-100) como educativas (rango 0-100).
Estas dos últimas tuvieron una gran dispersión de sus datos dada la escasa representatividad de las mismas en varias de las revisiones incluidas. De igual modo que en el análisis de la eficacia global, el análisis de las revisiones con menor riesgo de sesgo y mayor número de ensayos clínicos proporcionó resultados próximos a los descritos anteriormente: combinadas (44% en Haynes et al.16 y 57% en Viswanathan et al.)20, conductuales (53% en Haynes et al.16 y 33% en Viswanathan et al.20) y educativas (55% en Haynes et al.16 y 100% en Viswanathan et al.20). Este último dato hay que contextualizarlo en la pequeña muestra de ensayos clínicos que ensayaban intervenciones de naturaleza educativa recogidos en la revisión de Viswanathan et al.20 (tres de un total de 62).

Se realizó un análisis secundario considerando solamente revisiones sistemáticas en las que la totalidad de los pacientes incluidos en los ensayos clínicos fueran pacientes con PPDP21–23, polimedicados17,18 o con tres o más patologías crónicas17. La eficacia global observada fue similar a la obtenida para el total de revisiones sistemáticas (56% [50-75] vs. 53% [47-75]). Igualmente, la eficacia de las intervenciones combinadas se mantuvo constante (50% [50-75]) no siendo valorable adecuadamente para las intervenciones conductuales y educativas, por el escaso número de revisiones en las que estas eran incluidas.

En cuanto a los distintos componentes integrados en las intervenciones conductuales, educativas y/o combinadas destacaron por orden decreciente de eficacia los siguientes: intervenciones basadas en el asesoramiento al paciente acerca de su enfermedad principal, relevancia del tratamiento y de la adherencia al mismo (100% [47-100])16–18, 20, 21, las estrategias de simplificación posológica orientadas a disminuir la complejidad de la farmacoterapia (100% [75-100])15,16,18, los sistemas personalizados de dosificación (83% [66–100])17,18, las estrategias fundamentadas en la potenciación de la comunicación presencial y/o telefónica entre el profesional sanitario y el paciente (75% [50-100])15, 17, 20, 22, 23 y el empleo de dispositivos recordatorios de toma de dosis (55% [50-100])18–20, 23.

5 Discusión-Conclusión

No se han encontrado revisiones específicamente orientadas a PP. La reciente caracterización de los mismos9, al igual que su marcada dispersión en el sistema

sanitario, podrían explicar dicho resultado. Este hecho dificulta la identificación y extrapolación al PP de aquellas intervenciones más eficaces en la mejora de la adherencia a los tratamientos prescritos. Las intervenciones para la mejora de la adherencia en pacientes que comparten características similares con los PP muestran una eficacia modesta, resultado consistente con el observado en aquellas revisiones de mayor calidad metodológica y mayor número de ensayos clínicos incluidos. Del mismo modo no se observan diferencias apreciables de eficacia cuando son considerados únicamente aquellos trabajos centrados en pacientes con un perfil más próximo al del paciente pluripatológico.

La ausencia de diferencias de eficacia entre las intervenciones de distinta naturaleza debe tomarse con cautela dada la desigual representación de las mismas en la bibliografía seleccionada, con un claro predominio de las intervenciones combinadas. Por el contrario, algunos componentes de las intervenciones muestran una elevada eficacia como son las intervenciones basadas en el asesoramiento al paciente acerca de su enfermedad principal, relevancia del tratamiento y de la adherencia al mismo y las estrategias de simplificación posológica, de naturaleza combinada y conductual respectivamente. Estos resultados deben contextualizarse por su menor respaldo bibliográfico y la frecuente coexistencia de dos o más componentes en una misma intervención.

La diversidad de métodos empleados en la medida de la adherencia en pacientes con patologías crónicas evidencia la ausencia de un consenso al respecto así como induce un posible sesgo en la comparación de la eficacia de distintas intervenciones cuya eficacia es expresada en términos de adherencia terapéutica. En cualquier caso, son los métodos indirectos como el recuento de comprimidos y el empleo de autocuestionarios los habitualmente empleados. Nuestro grupo realizó un primer intento de sistematización de herramientas de medida más adaptadas al paciente pluripatológico, por el que se seleccionó el cuestionario ARMS como el mejor cuestionario para valorar la adherencia24. Este cuestionario está siendo actualmente validado.

La reciente publicación de las revisiones incluidas confirma el creciente atractivo de las estrategias de mejora de la adherencia en el paciente crónico. En todo caso, la calidad de este trabajo presenta limitaciones, como la expresión cualitativa de los resultados y la ausencia de meta-análisis. La inclusión de revisiones19,20,22 que incorporan registros de ensayos clínicos en sus estrategias de búsqueda atenuaría el riesgo de un sesgo de publicación.

La ausencia de publicaciones similares impide evaluar la coherencia de nuestros

resultados con los de otros autores. Posiblemente, la principal fortaleza del presente trabajo resida en su propia metodología, dado que no consta la existencia de publicaciones de naturaleza similar. Por el contrario, entre las limitaciones destaca la ausencia de datos específicos de PP, perteneciendo dichos resultados a poblaciones con un grado de similitud variable, pero no idéntico.

Esta situación, sumada a la marcada variabilidad de las poblaciones estudiadas, de los métodos de medida de la adherencia y de la naturaleza de las propias intervenciones, dificulta la identificación inequívoca de las intervenciones más eficaces en el PP.

No obstante, la elevada eficacia observada en ciertos componentes de intervenciones representa un aliciente para su aplicación a la práctica clínica habitual. La elección entre las distintas estrategias deberá ser una decisión adaptada al contexto local. En todo caso, la especial complejidad y vulnerabilidad del paciente PP exige el diseño futuro de intervenciones estandarizadas específicamente adaptadas para esta población. Es necesario, a su vez, identificar las herramientas más apropiadas para la medida de la adherencia así como las variables para la medida de resultados en salud que mejor se correlacionen con esta.

La falta de adherencia al tratamiento en pacientes crónicos se relaciona con un peor control de la enfermedad, con un incremento del riesgo de morbimortalidad, con una reducción de la calidad de vida y con un incremento del gasto sanitario.

La mayor parte de los estudios que evalúan la eficacia de intervenciones para la mejora de la adherencia se centran en pacientes con patologías crónicas aisladas. La eficacia global de las intervenciones para la mejora de la adherencia en estos estudios fue modesta, independientemente de su naturaleza conductual, educativa o combinada. Algunos componentes de estas intervenciones como el asesoramiento al paciente, las estrategias de simplificación posológica o la potenciación de la comunicación entre el profesional sanitario y el paciente parecen ser herramientas eficaces en la mejora de la adherencia.

6 Bibliografía

- World Health Organization. Adherence to long-term therapies. Evidence for action. Geneva: WHO; 2003.
- P.M. Ho, C.L. Bryson, J.S. RumsfeldMedication Adherence Its importance in cardiovascular outcomes

Circulation., 119 (2009), pp. 3028-3035.
- M.R. DiMatteoVariations in patients' adherence to medical recommendations A quantitative review of 50 years of research. Med Care., 42 (2004), pp. 200-209.
- J.A. Cramer, A. Benedict, N. Muszbek, A. Keskinaslan, Z.M. KhanThe significance of compliance and persistence in the treatment of diabetes, hypertension and dyslipidaemia: a review Int J Clin Pract., 62 (2008), pp. 76-87.
- J.R. Wu, D.K. Moser, M.L. Chung, T.A. LennieObjectively measured, but not self-reported, medication adherence independently predicts event-free survival in patients with heart failure J Card Fail., 14 (2008), pp. 203-210.
- M.D. Murray, J. Young, S. Hoke, W. Tu, M. Weiner, D. Morrow, et al.Pharmacist intervention to improve medication adherence in heart failure A randomized trial Ann Intern Med., 146 (2007), pp. 714-725.
- C. López Cabezas, C. Falces Salvador, D. Cubí Quadrada, A. Arnau Bartés, M. Ylla Bore, N. Muro Perea, et al.Ensayo clínico aleatorizado de un programa de atención farmacéutica al alta frente a seguimiento habitual en pacientes con insuficiencia cardiaca Farm Hosp., 30 (2006), pp. 328-342.
- Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de Pacientes Pluripatológicos. Estándares y Recomendaciones. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social. 2009. [consultado 22 May 2015].
- Ollero Baturone M (coordinador), Álvarez Tello M, Bosco Barón F, Bernabéu Wittel M, Codina Lanaspa A, Fernández Moyano A, et al. Proceso Asistencial Integrado. Atención al Paciente Pluripatológico. 2. a ed. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 2007. [consultado 22 May 2015].
- B. Santos Ramos, M.J. Otero López, M. Galván-Banqueri, E.R. Alfaro-Lara, M.D. Vega-Coca, M.D. Nieto-Martín, et al.Modelos de atención al paciente pluripatológico y el papel de la farmacia hospitalaria Farm Hosp., 36 (2012), pp. 506-517.
- Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, Mulrow C, Gotzsche PC, Loannidis JPA, et al. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. PLoS Med. 2009;6:e1000100.
- Higgins JPT, Green S. (editors). Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.1.0 [actualizado Mar 2011; consultado 7 Ago 2013]. The Cochrane Collaboration, 2011.
- B.J. Shea, J.M. Grimshaw, G.A. Wells, M. Boers, N. Andersson, C. Hamel, et al.Development of AMSTAR: a measurement tools to assess the methodological quality of systematic review BMC Med Res Methodol., 7 (2007), p. 10.
- A.M. Peterson, L. Takiya, R. FinleyMeta-analysis of interventions to improve drug adherence in patients with hyperlipidemia

Pharmacotherapy., 23 (2003), pp. 80-87.
- S. Kripalani, X. Yao, R.B. HaynesInterventions to enhance medication adherence in chronic medical conditions: a systematic review Med., 167 (2007), pp. 540-550.
- Haynes RB, Ackloo E, Sahota N, McDonald HP, Yao X. Interventions for enhancing medication adherence. Cochrane Database Syst Rev. 2008;CD000011.
- A. Williams, E. Manias, R. WalkerInterventions to improve medication adherence in people with multiple chronic conditions: a systematic review J Adv Nurs., 63 (2008), pp. 132-143.
- J. George, R.A. Elliott, D. StewartA systematic review of interventions to improve medication taking in elderly patients prescribed multiple medications.
- M. Vervloet, A.J. Linn, J.C.M. van Weert, D.H. de Bakker, M.L. Bouvy, L. van DijkThe effectiveness of interventions using electronic reminders to improve adherence to chronic medication: a systematic review of the literature J Am Med Inform Assoc., 19 (2012), pp. 696-704.
- M. Viswanathan, C. Golin, C. Jones, M. Ashok, S. Blalock, R. Wines, et al. lnterventions to improve adherence to self-administered medications for chronic diseases in the United States: a systematic review Ann Intern Med., 157 (2012), pp. 785-795.
- G. Moullec, G. Gour-Provencal, S.L. Bacon, T.S. Campbell, K.L. LavoieEfficacy of interventions to improve adherence to inhaled corticosteroids in adult asthmatics: Impact of using components of the chronic care model Respir Med., 106 (2012), pp. 1211-1225.
- G.J. Molloy, R.E. ÓCarroll, M.D. Witham, M.E.T. McMurdoInterventions to enhance adherence to medications in patients with heart failure: a systematic.
- D. Omran, L.M. Guirguis, S.H. SimpsonSystematic review of pharmacist interventions to improve adherence to oral antidiabetic medications in people with type 2 diabetes Can J Diabetes., 36 (2012), pp. 292-299.
- E.R. Alfaro Lara, M.D. Vega Coca, M. Galván Banqueri, N. Marin Gil, M.D. Nieto Martín, C. Pérez Guerrero, et al.Selection of tools for reconciliation, compliance and appropriateness of treatment in patients with multiple chronic conditions.

Capítulo 50

VACUNAS Y EMBARAZO

BEATRIZ CARREÑO GONZALEZ

PAULA SARCIADA BENITEZ

1 Introducción

La vacunación durante la gestación presenta algunas características específicas. En primer lugar, hay determinadas vacunas (fundamentalmente vacunas vivas) que se deberían evitar. Al mismo tiempo, debido al riesgo que suponen determinadas enfermedades para la gestante y al beneficio que aporta el paso de anticuerpos maternos para la protección del lactante durante los primeros meses de vida, ciertas vacunas deberían administrarse a todas las gestantes. Finalmente, para la prevención de embriofetopatías, hay que conseguir que todas las mujeres lleguen a la gestación con el calendario de vacunaciones actualizado.

2 Objetivos

- Ampliar conocimientos sobre las vacunas en mujeres gestantes.
- Conocer los tipos de vacunas que existen y su compatibilidad con el embarazo.
- Describir el manejo de situaciones especiales.
- Delimitar el cribado poblacional.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica

existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.
Palabras clave: vacunas, gestación, embarazo, vaccination, pregnancy.

4 Resultados

SEGURIDAD
Las vacunas con microorganismos atenuados están contraindicadas durante la gestación por el riesgo teórico de daño para el embrión y el feto. Estas vacunas son las siguientes:
- Triple vírica (sarampión, rubeola y parotiditis)
- Varicela
- BCG
- Tifoidea oral
- Fiebre amarilla (en caso de viaje a zona endémica, valorar individualmente riesgo- beneficio)
- Antigripal intranasal atenuada (pendiente de comercialización en nuestro país)

Después de su administración, se recomienda esperar un mínimo de un mes para quedar embarazada. La administración accidental de estas vacunas, no obstante, no justifica la interrupción de la gestación.

La lactancia materna no contraindica la administración de estas vacunas, excepto la vacunación de la fiebre amarilla, que requiere una evaluación individualizada de cada caso.

Aplicar vacunas atenuadas a hijos o convivientes de una mujer embarazada no requiere ningún tipo de precaución especial. Las vacunas inactivadas, en general, no suponen riesgo cuando se administran durante la gestación. En caso de que se administren a la mujer en edad fértil, no hace falta esperar ningún periodo de tiempo para el embarazo.

Principios generales: La utilización de vacunas durante la gestación, excepto las que están indicadas de forma universal (gripe y dTpa), requiere una evaluación individual del caso, teniendo en cuenta los potenciales riesgos de la enfermedad versus el riesgo de la vacunación.

Otras contraindicaciones generales: Hipersensibilidad de tipo anafiláctico a algún componente de la vacuna. Es el caso de las personas alérgicas a proteínas del huevo, en que están contraindicadas la vacuna de la fiebre amarilla, la mayoría de las antigripales y ciertos tipos de vacuna de la hepatitis A (actualmente no disponibles).

Siempre que se administre una vacuna, es importante anotarlo en la HC (fecha, edad gestacional y tipo de vacuna). Se deberá también anotar en el apartado correspondiente del Carné de la Embarazada o en su defecto en el Carné de Vacunación de la paciente.

¿CUÁNDO SE DEBE VACUNAR a las pacientes en nuestro medio? Circuitos de vacunación

VACUNAS INDICADAS DURANTE LA GESTACIÓN: dTpa vacuna combinada antitetánica-antidiftérica-antipertúsica. Contiene toxoide diftérico-tetánico y pertusis acelular. Protege a la paciente y también al neonato del tétanos y de la tos ferina.

En los últimos años se ha producido un incremento de casos de tos ferina grave en lactantes menores de 6 meses. Para proteger al neonato contra el pertusis (suprimiendo fuentes de infección y conseguir además, paso de anticuerpos maternos durante la gestación) está indicado administrar una única dosis de dTpa a todas las gestantes. Debido a que el paso transplacentario de anticuerpos es máximo en las últimas semanas de la gestación, para conseguir la mayor concentración de anticuerpos posible en la madre y en el feto en el momento del parto, la vacuna se debe administrar entre las semanas 27 y 36, y de preferencia entre la semana 27 y 32. No obstante, la vacuna ya es útil a partir de las 16 semanas y en gestantes que inicien el control de forma tardía, también estaría indicado administrar la vacuna a partir de la semana 36, ya que aunque se produjera el parto antes de la formación de anticuerpos maternos, la vacuna serviría como estrategia "de nido", suprimiendo la fuente de infección materna. La indicación de la vacuna dTpa durante la gestación, es independiente del tiempo transcurrido desde la administración de la última dosis de toxoide tetánico, y se recomienda administrar una nueva dosis en cada gestación.

Calendario de vacunación antitetánica Td/dTpa:
- Gestantes nunca vacunadas: 1a dosis, 2a dosis al menos 4 semanas después de la 1a, y 3a dosis al menos 6 meses después de la 2a. Una de las dosis, de preferencia

entre las semanas 27 y 32, debe incluir la dTpa.
- Gestantes con primovacunación incompleta: En ningún caso debe reiniciarse la pauta entera, solamente completar la pauta hasta las 3 dosis con inclusión de una dosis de dTpa, de preferencia entre las semanas 27 y 32. Se consideran válidas las dosis administradas que cumplan los intervalos mínimos (> 4 semanas desde 1a dosis). No hay intérvalos máximos entre dosis para considerarlos válidos ("DOSIS ADMINISTRADA, DOSIS CONTADA").
- Gestantes que han recibido la pauta de vacunación completa según el calendario infantil vigente en nuestro medio desde mediados de los años 1960 (≥ 5 dosis). No es necesaria ninguna dosis de recuerdo hasta los 40 años, pero se administrará una dosis de dTpa de preferencia entre las semanas 27 y 32, para proteger al neonato de la tos ferina.

Profilaxis antitetánica de heridas en gestantes que no han recibido la dTpa durante la gestación:
- En el caso de herida limpia y vacunación ≥ 3 dosis con última dosis < 10 años: No hace falta profilaxis.
- En el caso de herida limpia y vacunación incompleta (< 3 dosis) o > 10 años desde la última dosis: administrar una dosis de dTpa, independientemente de la edad gestacional. Si antecedente de vacunación incompleta con necesidad de ≥ 1 dosis, administrar de preferencia la dosis de dTpa entre las semanas 27 y 32.
- En el caso de herida contaminada y vacunación ≥ 3 dosis con última dosis < 5 años: No hace falta profilaxis.
- En el caso de herida contaminada y vacunación incompleta (< 3 dosis) o > 5 años desde la última dosis: administrar una dosis de dTpa independientemente de la edad gestacional Si vacunación desconocida o incompleta (< 3 dosis) administrar conjuntamente, pero en diferente lugar de punción, una dosis de inmunoglobulina antitetánica específica IM. Si antecedente de vacunación incompleta con necesidad de ≥ 1 dosis, administrar de preferencia la dosis de dTpa entre las 27 y las 32 semanas.

La recomendación general en el tratamiento de las heridas de la gestante es que, siempre que se plantee la necesidad de administrar toxoide tetánico, se administre dTpa, independientemente del trimestre gestacional. Si por el antecedente de vacunación incompleta (< 3 dosis) existe la necesidad de administrar ≥ 1 dosis de vacuna, la dosis de dTpa se administrará de preferencia entre las 27 y las 32 semanas, para asegurar una mayor protección de la tos ferina en el neonato.

Vacuna antigripal: Todas las vacunas antigripales actualmente disponibles en

nuestro país son vacunas inactivadas. Todas ellas contienen proteínas de la cubierta de los 3 tipos de virus (AH3N2, AH1N1 y B) que cada temporada recomienda la OMS. Las gestantes representan población de riesgo, ya que la gripe puede ser una enfermedad grave, especialmente durante el segundo y el tercer trimestre. La administración de la vacuna también protege al neonato durante los primeros meses de vida. Es muy recomendable la administración de la vacuna en cualquier trimestre de la gestación, siempre que haya disposición de la misma.

Vacuna de la Hepatitis B en población de riesgo incluidas gestantes con infección por VIH, previa comprobación de ausencia de inmunidad (AntiHBc y AntiHBs negativo). Se administrará de preferencia a partir del 2o trimestre. La pauta de vacunación para conseguir una protección rápida durante la gestación es la de 3 dosis: 0, 1, 2 meses, con una dosis de recuerdo a los 6 meses. La pauta de vacunación habitual es de 3 dosis: 0, 1, 6 meses. La pauta de vacunación de las gestantes con infección VIH es: 0, 1, 2, 6 /12meses (4 dosis) y la dosificación de la vacuna es mayor.

VACUNAS INDICADAS EN EL PERÍODO PREGESTACIONAL: Para la administración de estas vacunas debe remitirse a la paciente, preferiblemente, al centro de vacunación de referencia.

Vacuna triple vírica (sarampión, rubeola y parotiditis). Indicada para proteger especialmente contra la rubeola, pero se recomienda vacunar a todas las personas susceptibles a una o más de las tres enfermedades. Se recomienda solicitar una IgG de rubeola a las pacientes sin antecedente fiable de vacunación, y vacunar a las seronegativas (IgG < 10 UI/ml). Deben administrarse dos dosis en un intervalo de 1-2 meses. Esta vacuna está contraindicada en las pacientes inmunodeprimidas o con infección VIH y CD4 < 200 células/ml (ver apartado específico de la guía). Después de su administración, se recomienda esperar un mínimo de un mes para quedar embarazada.

Vacuna de la varicela: Indicada en pacientes que no se han vacunado nunca o que no han pasado la enfermedad (comprobar con IgG en pacientes que ignoren o nieguen haber pasado la enfermedad). Deben administrarse dos dosis en un intervalo de 1-2 meses. Esta vacuna está contraindicada en las pacientes inmunodeprimidas o con infección VIH y CD4 < 200 células/ml. Después de su administración, se recomienda esperar un mínimo de un mes para quedar embarazada.

Vacuna de la Hepatitis B (o Hepatitis A+B). En pacientes de riesgo (definida en

la tabla adjunta), previa comprobación de seronegatividad (AntiHBc y AntiHBs negativo). La pauta de vacunación completa es de 3 dosis: 0-1-6 meses y 4 dosis si infección VIH (0-1-2- 6/12 meses) (ver apartado específico de la guía). No es necesario esperar ningún periodo de tiempo para quedar embarazada.

VACUNAS INDICADAS EN EL PERÍODO POSTGESTACIONAL
Vacuna triple vírica (sarampión, rubeola y parotiditis) (2 dosis). Administrar a todas las pacientes con serología de rubeola negativa (IgG < 10 UI/ml) durante la gestación (excepto pacientes inmunodeprimidas o con infección VIH y CD4 < 200 células/ml, ver apartado específico de la guía) antes del alta hospitalaria para asegurar la vacunación. La 2a dosis debe administrarse al cabo de 1-2 meses.

En pacientes que ya se administró una dosis de vacuna y en la siguiente gestación se constata que persiste una serología de rubeola negativa (IgG < 10 UI/ml), es recomendable completar la pauta y administrar una nueva dosis en el puerperio, antes del alta (sin necesidad de 2a dosis: "DOSIS ADMINISTRADA, DOSIS CONTADA")

Administración previa de inmunoglobulinas (Ig) o hemoderivados:
La administración de una inmunoglobulina en los 3 meses previos (excepto Ig-antiD), así como la administración de sangre o hemoderivados en el momento del parto o en los 3-6 meses previos, puede disminuir el efecto de las vacunas con virus atenuados (como triple vírica) lo que obliga a retrasar su administración (ver intervalo de tiempo en el punto 4.2). En las puérperas no inmunes y con alguno de estos antecedentes, deberá programarse antes del alta la vacunación triple vírica en el CVAC, en el momento adecuado.

Respecto a Ig anti-D, la baja dosis de anticuerpos que contiene no ha demostrado reducir la respuesta a la vacuna y se pueden administrar al mismo tiempo (en lugares distintos) en cualquier momento.

Sería óptimo también:
- Vacuna de la varicela: Administrar a todas las pacientes con serología de varicela negativa (IgG negativa) (excepto pacientes inmunodeprimidas o con infección VIH y CD4 <200 células/ml, ver apartado específico de la guía), de elección, antes del alta hospitalaria, (si se dispone de examen serológico). Deben administrarse dos dosis en un intervalo de 1-2 meses.

Administración previa de inmunoglobulinas (Ig) o hemoderivados (idénticas recomendaciones que para la vacuna triple vírica).

La lactancia materna no contraindica la vacunación triple vírica ni la de la varicela.
Vacuna de la Hepatitis B en población de riesgo previa comprobación de seronegatividad (AntiHBc y AntiHBs negativo) para completar las dosis o si no se ha iniciado la vacunación durante la gestación. La pauta de vacunación completa es de 3 dosis: 0, 1 y 6 meses y 4 dosis si infección VIH (0, 1, 2 y 6-12 meses). Esta vacuna debe ser administrada en el centro de vacunación de referencia.

INTERVALO DE TIEMPO RECOMENDADO ENTRE LA ADMINISTRACIÓN DE VACUNAS Y ENTRE LA ADMINISTRACIÓN DE VACUNAS E INMUNOGLOBULINAS (excepto Ig-anti D) O HEMODERIVADOS.

Intervalo de tiempo recomendado entre la administración de vacunas:
- La administración de dos vacunas inactivadas o de una vacuna inactivada y una vacuna atenuada se puede realizar sin considerar el intervalo de tiempo. Se pueden, también, administrar simultáneamente, siempre que se apliquen en lugares anatómicos diferentes.
- La administración de dos vacunas atenuadas (por ej. triple vírica y varicela) sólo se puede realizar de forma simultánea, en el mismo momento (en diferente lugar de punción) o bien, con un intervalo mínimo de 4 semanas.

Intervalo de tiempo recomendado entre la administración de vacunas, inmunoglobulinas (Ig) y hemoderivados:
- Las vacunas inactivadas y las Ig o los hemoderivados pueden ser administrados sin considerar el intervalo de tiempo. Se pueden administrar, también, simultáneamente, siempre que se apliquen en lugares anatómicos diferentes.
- La administración de una vacuna atenuada (por ej. triple vírica o varicela) e inmunoglobulinas (excepto Ig-anti D) o hemoderivados puede hacer disminuir el efecto de la vacuna. Si por razones de necesidad debe aplicarse una inmunoglobulina (excepto Ig- anti D) o algún hemoderivado después de una vacuna atenuada (antes de las 2 semanas), deberá repetirse la vacunación, considerando el intervalo de tiempo definido en la tabla 1, y, de la misma manera, la aplicación de una inmunoglobulina (excepto Ig-anti D) durante la gestación o la administración de hemoderivados obliga a retrasar la administración de las vacunas atenuadas. Respecto a Ig anti-D, la baja dosis de anticuerpos que contiene no ha demostrado reducir la respuesta a la vacuna y se pueden administrar al mismo tiempo (en lugares distintos) en cualquier momento.

SITUACIONES ESPECIALES: La paciente gestante con infección VIH. Son válidas las mismas recomendaciones que en mujeres sin VIH y, además:

• Vacunación antineumocócica 23-valente en pacientes que no hayan recibido nunca la vacunación. De elección a partir de las 14 semanas.
• Vacunación hepatitis B en pacientes no vacunadas y previa comprobación de ausencia de inmunidad (AntiHBc y AntiHBs negativo). De elección a partir de las 14 semanas. La pauta recomendada en estas pacientes incluye una mayor dosis (HBvaxpro® 40 mcg en vez de HBvaxpro® 10 mcg, o bien dos dosis de Engerix B® 20 mcg, disponibles en la Farmacia de la Seu Maternitat) y 4 dosis en vez de 3 (pauta 0, 1, 2 y 6-12 meses). Una vez finalizado el embarazo, las últimas dosis de la vacuna se administrarán de preferencia.
Para evitar incrementos pasajeros de la carga viral ("blips") atribuibles a fenómenos inmunológicos y que se han descrito después de la administración de cualquier vacuna, es importante recordar que entre la administración de la vacuna y la determinación de la carga viral debe de transcurrir un mínimo de 4 semanas.
Pacientes VIH con CD4 / 200 células/ml
• En pacientes inmunodeprimidas no deben administrarse vacunas atenuadas (ni antes, ni durante, ni después de la gestación)

OTRAS VACUNACIONES
La decisión de administrar otras vacunas debe basarse en una evaluación individualizada de los riesgos-beneficios a partir de la enfermedad versus la vacunación.

Vacunas contra el virus del papiloma humano (VPH). Estas vacunas se han autorizado para niñas de más de 9-10 años de edad y mujeres, y actualmente se administran de forma rutinaria en las escuelas, en 6o de primaria (12 años). Son vacunas elaboradas con partículas recombinantes similares a los virus, sin capacidad infectiva. Los datos sobre su administración durante el embarazo no han mostrado problemas de seguridad, pero son insuficientes para poder recomendar su administración durante la gestación. La vacunación, por lo tanto, debe posponerse hasta después del parto. Retrasar la administración de alguna de las dosis (0, 1-2 y 6 meses) no disminuye su efecto. Su administración no está contraindicada durante la lactancia materna.

5 Discusión-Conclusión

Las vacunaciones durante la gestación es fuente de dudas y preocupación entre las mujeres y sus familias y los profesionales sanitarios, que hace que se desaprovechen oportunidades para mejorar la protección de las gestantes y los recién nacidos.

El enfoque del tema debe contemplar a la vez distintas perspectivas:
- La seguridad de las vacunaciones en la gestación, para la propia gestante y para el resultado de la misma, el feto en desarrollo, elemento clave de cualquier intervención en este periodo de tiempo.
- La propia gestación conlleva una mayor vulnerabilidad de la mujer ante ciertas infecciones, como es el caso de la gripe.
- La vacunación de la gestante tiene la capacidad de proteger también al recién nacido en sus primeros meses de vida.

6 Bibliografía

1. Blanchard-Rohner G et al. Vaccine 2011;29:7542-50
2. Gall S A and Poland G A. A maternal immunization program (MIP): Developing a schedule and platform for routine immunization during pregnancy. Vaccine 29 (2011) 9411-13.
3. Legge A et al. CMAJ 2014;186:E157-E164
4. Chaves S et al. Pediatr Infect Dis J 2014;33:912-919
5. http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/gripe/gripe.
htm
6. http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-enfermedades/Informe_GRIPE_Temporada_2013-2014_v12092014.pd

Capítulo 51

EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES POLIMEDICADOS.

JUDIT CACHERO RODRIGUEZ

AINARA MARTINEZ ROMERO

1 Introducción

Actualmente el envejecimiento de la población y el aumento de la esperanza de vida, así como la mejora en las técnicas y los tratamientos, son indicadores de una cronicidad de las enfermedades que implican la toma de varios fármacos a lo largo de mucho tiempo, por lo que es imprescindible llevar a cabo una buena adherencia terapéutica que cumpla con las prescripciones médicas. Se entiende como paciente polimedicado a aquella persona que, según la OMS, toma 3 o más fármacos simultáneamente, pero esta definición varía según distintos autores. Lo que sí se ha demostrado es que la ingesta de varios medicamentos, independientemente de la causa que los justifiquen, hace que se disminuya la toma de alguno de manera exponencial, es decir, a mayor número de fármacos, mayor probabilidad de no tomar alguno de ellos (1). Esto puede ser también debido a que cuando se incrementa el número de fármacos, hay una mayor probabilidad de que aparezcan efectos secundarios, que es otra de las razones para abandonar el tratamiento.

En el programa desarrollado por la OMS sobre "la adherencia a los tratamientos a largo plazo", se describe que sólo el 50% de los pacientes que tienen enfermedades crónicas presentan una adherencia estricta al tratamiento en los países desarrollados, entendiendo como tal "el grado en el que la conducta de un paciente, en

relación con la toma de medicación, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario" (2). Esto influye negativamente en el estado de salud de las personas (por un aumento de las agudizaciones de la enfermedad) y se traduce en una repercusión para la sociedad (por un incremento de los costes sanitarios al acudir más frecuentemente a hospitales y/o centros de salud).

Hay diferentes estudios que nos pueden ayudar a la hora de informarnos sobre la toma de medicamentos, pero nos hemos centrado en uno concretamente: una herramienta que nos puede medir de manera indirecta la correcta ingesta de los fármacos además de darnos información sobre las causas del incumplimiento. Este método es el Test de Morisky-Green-Levine (3), que fue desarrollado en un principio para valorar la adherencia en pacientes que presentaban hipertensión arterial pero que actualmente está validado para usarlo en diferentes enfermedades crónicas. El test consiste en realizar cuatro preguntas, con respuestas dicotómicas (SI / NO) que nos aportan información de la adhesión farmacológica por parte del paciente. Son varios los estudios que lo han utilizado para sus investigaciones (4) (5) por lo que está demostrado la eficacia que tiene para su utilización en este tipo de estudios y que nos aporta mucha información a la hora de determinar la prevalencia de la toma de medicación en un momento concreto y en una población concreta.

2 Objetivos

Determinar el cumplimiento del tratamiento farmacológico domiciliario en pacientes polimedicados.

3 Metodología

Se llevó a cabo un estudio descriptivo de tipo transversal, que nos permite conocer en un momento dado la prevalencia de la población que realiza el cumplimiento del tratamiento farmacológico domiciliario. Este tipo de estudios es de gran utilidad en el ámbito de la Salud Pública pues nos va a permitir no sólo describir el fenómeno de salud que estamos estudiando (la adherencia terapéutica) y la frecuencia del mismo, sino que además al no haber un seguimiento en el tiempo de los pacientes, suele llevar poco tiempo el desarrollarlo y no suele ser muy costoso económicamente.

La población diana de nuestro estudio fueron aquellos pacientes pertenecientes al centro de salud de "El Cristo" en Oviedo (Principado de Asturias) que tuvieran menos de 75 años, que tomaran 4 o más medicamentos diferentes (pueden incluirse tratamiento agudo en el momento de la captación), que tuvieran la capacidad mental para llevar a cabo el cuestionario y que firmasen y cumplimentasen el consentimiento informado. Se reclutó a los pacientes en el periodo de tiempo comprendido entre el 1 de Enero hasta el 31 de Junio de 2019, de manera que a lo largo de 6 meses se obtuvo una muestra suficiente de 275 pacientes para que el estudio tuviera validez. Una vez aceptaran participar y firmaran el consentimiento informado se les pasaba el test de Morisky-Green-Levine y un cuestionario sobre variables sociodemográficas.

4 Resultados

Se entrevistaron a 275 pacientes, con una edad media de 69,8 años, siendo mujeres el 58%. La mayoría de los pacientes tomaban 6 o más medicamentos (85%).

La adherencia terapéutica se sitúa en torno al 52,3 %, no apreciándose diferencias estadísticamente significativas con respecto al sexo o la edad. El porcentaje de incumplimiento terapéutico roza, por tanto, casi la mitad con un 47,7% (dato concordante con lo descrito previamente por la OMS (2)) y dentro de las causas de este incumplimiento en la toma de mediación se encuentra que el 45,1% olvida alguna toma, el 12,6% no cumplen las recomendaciones, un 55,6% ha cometido algún error de dosis, un 31,8% un error en la frecuencia, un 4,2 % ha duplicado alguna toma y un 10,4% refiere alguna intolerancia. También se ha observado que la prescripción del medicamento por principio activo si incrementa la no adherencia al tratamiento. De igual manera se observó que, cuanto más acuden a urgencias, existe una tendencia estadísticamente significativa a un peor cumplimiento, normalmente debida a cambios en su tratamiento habitual o prescripción por principio activo.

A raíz de la recogida de datos sociodemográficos, se conoce que el perfil del incumplidor se corresponde con un paciente con una mala situación sociofamiliar que normalmente vive solo, que presenta la tensión arterial elevada, que toma un número mayor o igual a 6 medicamentos y con un nivel educativo bajo (datos que coinciden con otros estudios previos (6)). De hecho se comprobó que la adherencia al tratamiento era mayor cuanto mayor era el conocimiento de la enfermedad y se le prescribían menor número de pastillas.

5 Discusión-Conclusión

Las enfermedades crónicas precisan de un seguimiento no solo por parte de los profesionales sanitarios sino de una buena adherencia terapéutica por parte de los pacientes. Que ellos sean responsables y, sobre todo, tomen conciencia de la importancia que tiene seguir el cumplimiento farmacológico recomendado por el facultativo correspondiente pues, la efectividad de un medicamento en el control de una enfermedad, depende no sólo de la eficacia del fármaco prescrito sino también de forma muy importante, del cumplimiento del tratamiento por parte del paciente. Es importante saber también la prevalencia del incumplimiento puesto que, entre otras cosas, el olvido supone la causa más frecuente de incumplimiento y a mayor número de fármacos y de tomas diarias más se favorece la pobre adherencia terapéutica.

Llevar a cabo un seguimiento estricto en aquellos pacientes con patologías crónicas supone una mejora en la adhesión al tratamiento y una manera de llevar a cabo intervenciones educativas en las que se les enseñe acerca de su enfermedad.

6 Bibliografía

1. Claxton AJ, Cramer J PC. A systematic review of the associations between dose regimens and medication compliance. Clinical Therapeutics. 2001; 23(8): 1296-310

2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Adherencia a los tratamientos a largo plazo pruebas para la acción.

3. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. Med Care. 1986; 24 (1): 67-74.

4. Ben AJ, Neumann CR, Mengue SS. The Brief Medication Questionnaire and Morisky-Green test to evaluate medication adherence. Rev Saude Publica.

5. Orgaz Gallego MP, Tárraga López PJ, Bermejo López P, Tricio Armero MA. Resultados del test de Morisky-Green en menopáusicas con síndrome metabólicoDe P. Med Gen Fam. 2017; 6(3): 105-110.

6. R. Tuesca-Molina, P. Guallar-Castillón, J.R. Benegas-Benegas, A. Graciani-Pérez Regadera. Determinantes del cumplimiento terapéutico en personas mayores de 60 años en España. Gaceta Sanitaria, 20 (2006), pp. 220-227.

Capítulo 52

VENTAJAS DE LA LACTANCIA MATERNA EN PRIMÍPARAS.

JUDIT CACHERO RODRIGUEZ

AINARA MARTINEZ ROMERO

1 Introducción

La lactancia materna es un tema muy investigado y consultado pero toda esta información pocas veces llegar en su totalidad a las mujeres que son madres por primera vez y no conocen todas las ventajas que ofrece.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1) la lactancia materna es "la forma ideal de aportar a los niños pequeños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludables". De hecho, se considera que es la mejor manera de alimentar al lactante durante los primeros meses de vida: la OMS recomienda mantenerla durante un periodo mínimo de seis meses y continuarla hasta los dos años (ya como complemento a la alimentación). A pesar de estas recomendaciones la tasa de abandono de la lactancia materna es elevada pues supone 2 de cada 10 niños durante el primer mes de vida. Y, aunque parece que en los últimos años existe una mayor sensibilización, los porcentajes están lejos de las indicaciones de la OMS.

Es sabido que prácticamente todas las mujeres tienen la capacidad para amamantar, siempre y cuando dispongan de la información adecuada y de un buen apoyo no solo familiar sino también del sistema sanitario. Ésta es la clave para que la lactancia materna se instaure (2) que la mujer conozca las numerosas ventajas que supone. Aquellos bebes que se alimentan de pecho de manera exclusiva durante

los primeros seis meses de vida van a tener una menor probabilidad de sufrir diferentes afecciones como náuseas y diarreas, gripes, gastroenteritis, infecciones de oído o candidiasis. Además les aporta todos los nutrientes necesarios y la energía que necesitan en estos primeros meses de vida. La lactancia materna a su vez también va a fomentar el desarrollo cognitivo y sensorial del bebe así como reducir la mortalidad y permite al niño recuperarse mejor de las enfermedades (1) (3).

Pero estos beneficios no sólo afectan al niño sino también a la madre pues con la lactancia se reduce el riesgo de padecer diabetes tipo 2 y enfermedades cardiacas a lo largo de la vida (4) (5), disminuye la ansiedad y depresión (y, por tanto, depresión postparto) gracias a la hormona de la oxitocina (6), disminuye el riesgo de anemia, hipertensión y, a largo plazo, osteoporosis y canceres de mama, ovario y útero (7) (8).

Por todo lo anterior descrito parece necesario que se lleven a cabo estrategias de intervención que vayan encaminadas a promover y prolongar la lactancia materna (9) para que el tiempo de amamantamiento sea lo más parecido al recomendado por la OMS, así como transmitir una información adecuada y de calidad a todas aquellas mujeres que van a ser madres por primera vez.

2 Objetivos

Describir las ventajas de la lactancia materna y la importancia de su conocimiento a las mujeres primíparas.

3 Metodología

Para la realización de este estudio se llevó a cabo una búsqueda sistemática en las diferentes bases de datos y plataformas digitales como son PubMed, Google Académico, Elsevier, Scielo y Dialnet. Hemos utilizado una serie de palabras clave tanto en inglés como en español citadas a continuación: lactancia materna, lactancia artificial, ventajas, beneficios.
Hemos establecido una serie de criterios de inclusión para realizar una revisión más exhaustiva, seleccionando sólo aquellos que estuvieran escritos en inglés o español, que fueran publicados a partir del año 2010 y que tuvieran el acceso abierto. Descartamos aquellos que estuvieran repetidos o que no se ajustaran a los criterios anteriormente descritos. Siempre teniendo presente en nuestra búsqueda las recomendaciones de la OMS y de UNICEF.

4 Resultados

Hemos observado una serie de recomendaciones (10) que son no solo fundamentales sino que coinciden y está demostrado por numerosos artículos para tener en cuenta y poder transmitir a las mujeres primíparas como son:
- Mantener una lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida.
- Instaurar esta lactancia durante la primera hora de vida, siendo exclusiva totalmente sin añadir otro tipo de alimento o bebida (siempre y cuando no exista una indicación médica).
- Que la lactancia materna sea a demanda y fomentarlo.
- No utilizar ningún tipo de tetina y/o chupetes pues pueden confundir al lactante y rechazar la toma del pecho.
- Informar a todas las embarazadas sobre los numerosos beneficios de la lactancia y su manejo. Para ello es necesario que el personal sanitario sea instruido en este campo y tenga un conocimiento amplio de la materia para transmitirla de la manera más óptima.
- Es importante que se formen grupos de apoyo para la lactancia materna, son muy útiles para que las mujeres cuenten sus experiencias, pregunten dudas y reciban información de calidad y de las vivencias de otras mujeres.

5 Discusión-Conclusión

La información que reciben actualmente las madres acerca de la lactancia materna es de mucha calidad pero no accesible a la totalidad de las primíparas. Muchas madres primerizas no han sido informadas y tampoco saben dónde acudir para recibir una información de calidad y que se les fomente a dar el pecho. Debido a esto la mayoría de ellas abandona la lactancia antes del tiempo recomendado por la OMS, a pesar de que los beneficios que aporta están demostrados.

Es fundamental que el personal sanitario sea formado en esta materia para poder alentar a las mujeres a iniciar y mantener la lactancia materna. Dar el pecho de manera exclusiva va a crear un vínculo importante entre madre e hijo, además ayuda a la mujer a perder peso más rápido que si no lo diera gracias a la liberación de oxitocina. Es una manera también de ahorrar dinero, puesto que es el alimento único y necesario para el bebé sin invertir en leches de fórmulas y demás complementos. Esta razón supone un alimento práctico puesto que se puede amamantar en cualquier sitio y a cualquier hora sin necesidad de preparar

el biberón y/o calentarlo. Y, por último, permite tener una calidad de sueño mejor ya que aunque todos los bebes pueden despertar de noche con hambre (tomen lactancia materna o artificial) pero puedes dar el pecho echada en la cama sin necesidad de levantarse.

En resumen, son múltiples y muy numerosas las evidencias que existen acerca de los beneficios de la lactancia materna, no solamente por la Organización Mundial de la Salud sino por los diferentes estudios llevados a cabo en los que se recogen las experiencias de las mujeres que las practican. Es por ello necesario que esta información llegue a oídos de todas las mujeres independientemente del nivel de estudios o edad, para que todas ellas puedan participar de esta experiencia respaldadas por un equipo sanitario que les fomente y acompañe en el proceso.

6 Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). «Lactancia materna».
2. Puig, M. D. and Sancho, D. Percepciones de la mujer sobre la lactancia materna en las comarcas de la Huerta Oeste, La Ribera Alta y valencia. Biblioteca Lascasas (2012) 8(2).
3. Organización Mundial de la Salud (OMS). Estrategia mundial para la alimentación del lactante y el niño pequeño. Ginebra (2002).
4. Peters SAE et al. Breastfeeding and the risk of maternal cardiovascular disease: a prospective study of 300 000 Chinese women. J Am Heart Assoc. 2017; 6 (6)
5. Victora CG et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. Lancet. 2016; 387 (10017): 475-490.
6. Stuebe AM et al. Association between maternal mood and oxytocin response to breastfeeding. J Womens Health (Larchmt). 2013; 22 (4):3 52-361.
7. Li DP et al. Breastfeeding and ovarian cancer risk: a systematic review and meta-analysis of 40 epidemiological studies. Asian Pac J Cancer Prev. 2014; 15 (12): 4829-4837.
8. Jordan SJ et al. Breastfeeding and endometrial cancer risk: an analysis from the Epidemiology of Endometrial Cancer Consortium. Obstet Gynecol. 2017; 129 (6): 1059-1067.
9. Rius, J. M., Ortuño, J., Rivas, C., Maravall, M., Calzado, M. A., López, A., Aguar, M., y Vento, M. Factores asociados al abandono precoz de la lactancia materna en una región al este de España. Anales de Pediatría (2014). 80 (1): 6-15.
10. Organización Mundial de la Salud /UNICEF. Lactancia Materna. La Iniciativa Hospital Amigo del Niño. Washington, D.C.: Organización Mundial de la Salud;

2008.

Capítulo 53

CATÉTER PICC.

PATRICIA AMIGO MENÉNDEZ

1 Introducción

La canalización de un acceso venoso periférico o central es uno de los procedimientos más habituales realizado por enfermería en su labor asistencial. Según el EPINE de 2019 el 73% de los pacientes son portadores de un acceso venoso periférico y un 10% un catéter venoso central.

Los dispositivos de acceso venoso central son de 2 tipos : catéter venoso central y los PICC.

El catéter venoso central se canaliza a través de una vena central como la vena subclavia, yugular o femoral cuyo extremo distal se inserta en la vena cava superior o inferior. Se pueden dividir en:
- Tunelizados : inserción en quirófano, a través de un trayecto subcutáneo que se encuentra a unos centímetros de la vena puncionada. Mediante un manguito dacron permite su fijación formando un tejido fibroso subcutáneo que le sirve de barrera frente a los microorganismos del exterior consiguiendo disminuir el riesgo de infección. Es un catéter de larga duración (>1mes).
- No tunelizados: Inserción por vía percutánea y su duración es corta (< 30 días).
El catéter PICC (Peripherally Inserted Central Cateter) es un acceso venoso central de inserción periférica, no tunelizado de inserción percutánea.

2 Objetivos

- Identificar las complicaciones tanto infecciosas como no infecciosas del catéter venoso central de inserción periféricas canalizado a ciegas o mediante punción

guiada por ecógrafo en las unidades asistenciales.
- Conocer por parte de enfermería, los cuidados del catéter PICC para evitar las complicaciones asociadas a la mala praxis.

3 Metodología

Para realizar esta revisión bibliográfica se hace una búsqueda de la evidencia científica en español en distintas bases de datos como Pubmed, Scielo, medlineplus, Elsevier y Google académico. Guía de cuidados de enfermería del Hospital Universitario Donostia. Las palabras claves fueron: catéter PICC, cuidados catéter PICC, complicaciones catéter PICC y acceso venoso central periférico.

4 Resultados

La canalización del PICC se tiene que realizar por enfermeros altamente cualificados. La inserción puede realizarse a ciegas ó guiada por ecografía mediante la técnica microseldinger, siendo esta última más segura al permitir la punción de venas más profundas y de mayor calibre del miembro superior disminuyendo las complicaciones.

El catéter PICC se canaliza en las venas basílica, braquial, cefálica o mediana antecubital, siendo la más utilizada, la vena basílica por su gran tamaño y profundidad, lo cual evita la flebitis mecánica y trombosis asociada a las venas más superficiales como la vena cefálica. Normalmente se insertan en las venas del brazo evitando la fosa antecubital. El extremo distal queda localizado en el tercio medio distal de la vena cava superior, vena cava inferior o extremo proximal de la aurícula derecha.

Tras la colocación del PICC se debe hacer una comprobación mediante una radiografía o transductores de onda P de la correcta posición de la punta del catéter, que debe quedar localizada en el tercio medio distal de la vena cava superior , vena cava inferior o extremo proximal de la aurícula derecha.

Los cuidados del catéter PICC son los siguientes:
- La primera cura se realizará a las 24 horas con técnica estéril
- Si tiene apósito de gasa las siguientes curas se realizaran cada 72 horas y si el apósito es trasparente se realizará cada 7 días. Siempre que el apósito este mojado, sucio o despegado hay que realizar la cura.
- La heparinización se realiza con 3 cc de solución de heparina a 20 U.I/ ml.

Si el catéter no se está usando se hace 1 vez a la semana. Siempre se ha de comprobar que refluye sangre sin problema, tras esta comprobación se hace limpieza y arrastre con 20 cc suero fisiológico con la técnica push-stop-push y finalmente sellado con heparina con presión positiva.
Si el catéter está en uso en perfusión continua no precisa heparinización. Si la perfusión es intermitente heparinizar tras cada administración.
Las complicaciones que pueden aparecer pueden ser infecciosas y no infecciosas. Las no infecciosas son: hematomas por los intentos fallidos de venopunción, flebitis mecánica, edema, trombosis, embolismo aéreo, oclusión, y retirada accidental del catéter.
Las complicaciones infecciosas son: bacteriemia y sepsis.

5 Discusión-Conclusión

El uso del catéter PICC está en aumento debido a su seguridad, facilidad de canalización, baja tasa de infecciones, coste económico más bajo e inserción a pie de cama. Por ello puede ser la elección para tratamientos largos, medicación especial como la nutrición parenteral y pacientes con accesos venosos muy deteriorados.

Es muy importante que tanto la inserción como el cuidado del catéter se realice por enfermeros cualificados para evitar las complicaciones asociadas al catéter PICC y alargar la vida del mismo, que puede ser de un año, con unos cuidados adecuados.

6 Bibliografía

1. Palleja Gutiérrez E. López Carranza M. Jiménez VilcheS P.L. Catéteres venosos de inserción periférica (PICC): un avance en las terapias intravenosas de larga permanencia. NUTRICIÓN CLÍNICA EN MEDICINA. 2017 ; 11 (2) : 114-127.
2. Guerrero muñoz L.A. Repositorio. Universidad San Martin Porres.
3. Gasparotto Baiocco, G. Braga da Silva, JL. La utilización del catéter central de inserción periférica (CCIP) en el ambiente hospitalario. Revista Latinoamericana de Enfermagem. 2010 ; 18 (6).
4. Sociedad española de medicina preventiva, salud pública e higiene. EPINE.
5. Moraza Dulanto MI, Garate Echenique L, Miranda Serrano E, Armenteros Yeguas V, Tomás López MA, Benítez Delgado B. Inserción eco-guiada de catéteres centrales de inserción periférica (PICC) en pacientes oncológicos y hematológi-

cos: éxito en la inserción, supervivencia y complicaciones. En: et al. (eds.) Enfermería clínica: Elsevier ; 2012. p. 135-143.
6. Macías Gálvez MN, Zorrilla Delgado ME, Martín Fontalba MA. Hospital Universitario Virgen de la Victoria.

Capítulo 54

CONOCIMIENTOS BÁSICOS DE LA PIEL Y LAS ÚLCERAS.

LORENA NÚÑEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

El órgano más grande de nuestro cuerpo es la piel. Su extensión es de 2 m y su peso de 5kg aproximadamente. Su grosor oscila entre los 0.5 y 4 mm dependiendo de la localización.

Es la barrera entre lo interno y lo externo. También forma parte del proceso sensitivo. Su color depende del propio color de la queratina, de la abundancia de melanina, de la cantidad de carotenos y del contenido de hemoglobina.

Una capacidad extraordinaria del ser humano es la facultad de resolver las lesiones cutáneas. Por tanto, consideraremos la cicatrización como un proceso natural que nuestro cuerpo pone en marcha cuando existen lesiones en la piel. El proceso de cicatrización es un mecanismo reparador que suele llevar a la formación de una cicatriz. Esta se identifica como un proceso fibroso que sustituye a la dermis y que está formada principalmente por colágeno.

La persona con heridas debe de obtener un abordaje completo de sus cuidados (bio-psico-social). Existe un tipo de heridas crónicas denominadas Úlceras cutáneas. Se caracterizan por una pérdida de sustancia, la cual afecta a la epidermis y a la dermis, generalmente. También puede afectar a planos más profundos. Cuando una úlcera tiene un proceso más largo de las 6 semanas estamos ante una úlcera crónica.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Conocer la anatomía de la piel.

Objetivos secundarios:
- Comprender el proceso de cicatrización.
- Identificar los distintos tipos de cicatrización de la piel.
- Conocimiento de las úlceras.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

ANATOMIA DE LA PIEL:
Estructuralmente la piel está constituida por 3 capas:
-Epidermis: Es la capa más superficial. Surgen las glándulas sudoríparas y los folículos pilososcarece de vasos sanguíneos y solos presentan espacios intersticiales. Su estructura celular es muy variable según los estratos. En ella encontramos células diversas como los queratinocitos (componente básico) y los melanocitos, también conocidos como células claras, los cuales derivan de la cresta neural y forman melanina; y finalmente las células dendríticas de Langerhans, las cuales pueden fagocitar melanina. La epidermis está formada a su vez por diferentes capas o estratos, estos son: o Capa basal o germinativa: Formada por una serie de células vivas que desarrollan una gran actividad y que regeneran la epidermis constantemente. Entre esas células encontramos los melanocitos cuyos brazos o prolongaciones se llaman dendritas y son los encargados de crear la melanina. La melanina es un pigmento que contribuye al color de la piel como ya mencionamos anteriormente y nos protege del sol. También se encuentran en este estrato células del sistema inmunológico (células Langerhans) que son las

encargadas de presentar los antígenos a los linfocitos y así iniciar la respuesta inmune. o Capa espinosa: Situada por encima de la capa basal, formadas por unas células mas evolucionadas que las células basales. o Capa granulosa: Formada por células aplanadas que contienen gránulos de queratohilialina, la cual es una sustancia córnea característica de esta capa. Dichas células no tienen capacidad de reproducirse, su función es la síntesis de queratina. o Capa Córnea: Formada por capas de células muertas denominadas corneocitos que constituyen el último paso en la evolución de los queratinocitos desde su origen en la capa basal.

- Dermis. Es una capa formada por tejido conjuntivo compuesto por fibras de colágeno, elásticas y de retuculina las cuales se encuentra la sustancia fundamental. Las fibras de colágeno son el principal componente de la dermis, tienen un aspecto blando y ondulado; las fibras elásticas son las responsables de la elasticidad de la piel; y por último las fibras de reticulina, las cuales son muy escasas y están alrededor de los anejos y los vasos sanguíneos. Dividida en tres zonas: dermis papilar, dermis reticular y dermis profunda. En la dermis se encuentran también los anejos cutáneos, los cuales son de dos tipos: córneos (pelos y uñas) y glandulares (glándulas sebáceas y sudoríparas). También encontramos los vasos sanguíneos encargados de irrigar la piel y las terminaciones nerviosas.

Las células que componen la dermis principalmente se llaman fibroblastos. Estos se encargan se producir las fibras que hemos mencionado con anterioridad (colágeno, elásticas y reticulina).
La sustancia fundamental homogénea y amorfa de la dermis (sustancia intercelular o intersticial) es un complejo de diferentes componentes, de los cuales son más importantes los mucopolisacaridos ácidos (glicosaminoglicans) o proteinoglicans (si están conjugados a proteínas).

- Tejido subcutáneo. También llamado hipodermis, está unido al corion que se encuentra encima mediante septos de tejido conjuntivo. Es la capa más profunda de la piel. Está formado por un depósito de grasa muy vascularizado que se llama panículo adiposo. La célula principal de este tejido es el adipocito.

PROCESOS DE CICATRIZACIÓN.
La herida, definida como la pérdida de la continuidad de la piel, está provocada por un agente exterior, generalmente un traumatismo, que cursa con una lesión, que cursa con una lesión de las diferentes capas de la piel y en ocasiones de los tejidos subyacentes. La extensión y profundidad de la lesión serán dos elementos que condicionaran el esfuerzo que tengan que realizar nuestro organismo para

conseguir el cierre de la misma.

El conjunto de mecanismos fisiológicos, ordenados y cronológicos, que nuestro organismo pone en marcha con fin de paliar los daños sufridos y restaurar los tejidos deteriorados se conoce como el proceso de cicatrización. El proceso de cicatrización coordina y encadena la actuación de un gran número de células, sustancias químicas y respuestas fisiológicas, alguna de ellas comunes a otros procesos y otras específicas para ese fin.

Con fines didácticos podemos dividir el proceso de cicatrización en cuatro grandes etapas, que abordaremos separadamente pero en realidad se imbrican entre si, al igual que sucede con cada uno de los periodos que configuran las distintas fases: hemostasia, proliferativa y maduración.

DISTINTOS TIPOS DE CICATRIZACION DE LA PIEL.
Existen dos tipos de cicatrización, son los siguientes:
- Primaria: También llamada por primera intención, es el tipo de cicatrización que se produce normalmente en un corto período de tiempo, habitualmente días, y su resultado tanto estético como funcional suele ser bastante bueno debido a que la cicatriz se nivela y la piel recupera la mayor parte de la resistencia que tenía antes de que se produjese la herida. Este tipo de cicatrización se suele dar en heridas con poca perdida tisular, de bordes limpios, sin tejido necrótico y de poco tiempo de evolución.
- Secundaria: También llamada por segunda intención, este tipo de cicatrización se da en heridas en las que se produce una mayor pérdida tisular, contaminación, la cicatrización es mucho mas tórpida, y la curación, en aquellos casos en los que se produce, se produce tras un proceso largo y complejo que forma una cicatriz de mayor tamaño con recubrimiento epitelial tardío, frágil y sensible. Tanto las úlceras por presión como las vasculares siguen este patrón en la mayoría de los casos.

CONOCIEMIENTO DE LAS ÚLCERAS.
Las ulceras cutáneas crónicas son un problema de salud serio, el cual tiene repercusiones socioeconómicas y laborales muy importantes debido a que son procesos de larga duración. Además son patología muy poco valoradas por el estamento médico.
Su incidencia es:
- Ulceras venosas: 2% de la población.

- Ulceras por presión: 5-10% de los pacientes hospitalizados y encamados.
- Pies diabéticos: 7,5%.

Todo paciente portador de úlceras por presión es un paciente con riesgo para el desarrollo de nuevas lesiones.
Debemos de utilizar una escala de coloración de riesgos (Escala Braden) al ingreso, periódicamente y siempre que existan alteraciones del estado general del paciente. Será importante registrar la puntuación, las actividades que se pauten y los resultados obtenidos. Además, debemos de valorar cualquier proceso que pueda cursar con un aumento de la humedad en la piel de la persona y valorar el aspecto y estado de la piel en espacial en las zonas de riesgo.

Tipos de úlcera:
- Ulcera por presión: Es una lesión localizada en una zona determinada y producida por fuerzas de presión, fricción y cizallamiento, bien por separado o en combinación.
- Ulcera vascular arterial: Son producidas por falta de riego sanguíneo debido a una isquemia o a una obstrucción de las arterias.
- Ulceras vasculares venosas: Son ulceras producidas por una hipertensión venosa la cual es causada por una insuficiencia venosa.
- Ulceras neuropaticas: Es una ulcera que se produce como consecuencia de la pérdida de sensibilidad debida a una lesión neurológica del sistema nervioso central o periférico. Lo más común es que se den en pacientes diabéticos con neuropatía periférica, son lo conocidos como pies diabéticos.
- Ulceras mixtas: Su origen es multifactorial.
- Ulceras iatrogénicas: Normalmente son producidas por mecanismos de roce y de presión debidos al uso de materiales utilizados para el tratamiento de otro proceso.

En la valoración de una úlcera es importante tener en cuenta la localización de la herida, ya que influye en su tratamiento donde se encuentre situada.
- El estadio de la lesión.
- El tiempo de cronicidad de la úlcera.
- Tipo de tejido en el lecho de la herida.
- Tamaño y dimensiones de la ulcera.
- Estado de la piel perilesional.
- Signos de infección.
- Curso evolutivo.

Tras conocer todos estos datos sobre la herida debemos actuar en el tratamiento

de las heridas. Para ello existen en el mercado multitud de tratamientos terapéuticos para resolver el problema de salud del paciente.

Lo primero que debemos hacer es realizar el lavado de la herida o úlcera, generalmente con suero fisiológico por irrigación. Esto nos permite eliminar el tejido desvitalizado que se encuentra en la superficie de la herida.

El siguiente paso sería el desbridamiento, si es necesario. Este consiste en preparar el lecho de la herida para que en las siguientes fases el tratamiento haga efecto. Lo realizaremos ante úlceras de tejido necrótico, con esfacelos o con cuerpos extraños. Podría ser enzimático, quirúrgico o manual y autolítico.

Tras esto realizaremos la cura: para ello existen numerosos tipos de apósitos y tratamientos tópicos adaptados a las características de la herida. Por último protegeremos la herida de agentes externos que pueden afectar negativamente al proceso de cicatrización.

5 Discusión-Conclusión

Es importante antes comenzar a realizar una cura de una herida/úlcera conocer el estado del problemas y como debemos actuar. Evitar todo estimulo innecesario sobre la herida como puedan ser corrientes de aire o el hecho de pinchar al herida o darle un golpe. Manipular las heridas durante la cura con suavidad, siendo conscientes de que cualquier mínimo contacto puede producir dolor. Realizar las tareas asépticas ya que se puede generar in proceso infeccioso por contacto.

6 Bibliografía

1. Martinez F, Soldevilla JJ, Novillo LM, Segovia T. Prevención de las úlceras por presión. En: SoldevillaLL, Torra JE (eds). Atención Integral de las Heridas crónicas, 1ª Ed. Madrid. SPA 2004.
2. Koliou MG, Kakourou T, Richter J, Christodoulou C, Soteriades ES. Mycoplasma pneumoniae as a cause of vulvar ulcers in a non-sexually active girl: a case report. J Med Case Rep 2017.
3. Marston W, Tang J, Kirsner RS, Ennis W. Wound Healing Society 2015 update on guidelines for venous ulcers, Wound Repair Regen 2016.
4. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Ulceras por presión y Heridas Crónicas. Clasificación- Estadiaje de als úlceras por presión. Logroño. 2003

Capítulo 55

CASO CLÍNICO: INTEGRACIÓN PACIENTE CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL Y TMG EN COMUNIDAD

MARIA REMEI JIMENEZ JIMENEZ

JORDI CONTRERAS PRADES

1 Introducción

Hasta no hace demasiado tiempo, los pacientes con trastorno mental eran excluidos del contexto socio-familiar en el que vivían. Eran no solo estigmatizados sino víctimas de un fuerte desprestigio social y familiar. El usuario era ingresado en un hospital psiquiátrico, focalizándose todo en el tratamiento médico, excluyendo a la familia y en base a procedimientos del tipo TEC (terapia electroconvulsiva), fármacos sedantes o lobotomías [1].

Pero todo esto es historia, pues la Ley General de Sanidad de 1986 incluyó los principios de la que iba a ser la reforma psiquiátrica en España: en su artículo 20 puso de manifiesto los ejes del cambio respecto a estos pacientes de salud mental [2].

Se pretendía conseguir un modelo vinculado a la comunidad y desinstitucionalizador, siguiendo así la trayectoria que regía en Europa de cambio en la asistencia psiquiátrica iniciado tras la II Guerra Mundial en países como Dinamarca, Inglaterra, Francia, Canadá y EE. UU. [1 y 3].

Estas reformas surgieron en un clima de gran sensibilidad de posguerra y teniendo presente la creación del estado del bienestar. Se buscó romper con la marginación de la atención al enfermo de salud mental, agrupándola como atención especializada e integrada en el sistema sanitario general vinculándolo a la atención primaria, que es la puerta de entrada del sistema [1]. Los servicios de psiquiatría pasaron a llamarse servicios de salud mental, lo que significó algo más que un cambio de nombre; priorizaron las hospitalizaciones parciales y la atención domiciliaria y ambulatoria frente a la larga estancia en manicomios [1 y 3].

El rol del profesional de enfermería se ha ido posicionando en paralelo al cambio derivado de los modelos de atención. Estos se han manifestado en una atención persona a persona, atendiendo al individuo, la familia y el entorno. Es relevante, como futuros profesionales de enfermería, ser conscientes del rol que desempeñamos dentro del área de salud mental, pues la forma de atender a los enfermos más necesitados y frágiles define el sistema sanitario de un país [3].

Dentro del colectivo de pacientes necesitados y frágiles están los enfermos de salud mental, que incluyen a discapacitados intelectuales. Si a este último grupo le añadimos trastornos de conducta, patología mental asociada y agresividad podemos hacer alusión a un colectivo minoritario, de difícil ubicación en la sociedad o la familia y que precisa de cuidados especializados [4]. En Cataluña contamos con las UEHDI (Unidad Especial de Hospitalización para Discapacitados Intelectuales), que asisten a estos perfiles de gran dificultad [4].

La idea de centrar el trabajo de fin de grado en esta unidad especializada parte de mi interés por aquellos usuarios de la sanidad más "entorpecidos" o rechazados que sufren junto a sus familias el estigma. Además, algo ha tenido que ver el equipo con el que he desarrollado el prácticum, junto al cual he participado y he aprendido a huir del trato "paternalista", y que ha contribuido a eliminar factores reforzadores del prejuicio que tenía y que quizás aún tenga.

Entendiendo asimismo que precisa de un abordaje completo de la familia y las instituciones, este documento busca la manera de hacer un completo recorrido partiendo de la unidad en la que se encuentra y proyectándole en una salida sin improvisaciones que englobe al usuario, que proteja a la familia y que implique a las instituciones

2 Objetivos

Objetivo general:
- Conocer los medios y los sistemas para incorporar al usuario a los recursos asistenciales y familiares.

Objetivos específicos:
- Identificar las estrategias para contribuir a la adherencia al tratamiento.
- Examinar la red de salud mental disponible.
- Sugerir diferentes recursos de asesoramiento a la familia.

3 Caso clínico

Álvaro tiene 30 años y su hermano 32. Álvaro es paciente de mi caso clínico; es discapacitado, no tiene pareja ni hijos. El hermano de Álvaro tiene 32 años y está casado pero sin hijos. El padre de Álvaro tiene 47 años y la madre 45 años. Los abuelos paternos de Álvaro están vivos y viven solos. Los abuelos maternos de Álvaro también viven ambos y no tienen NINGUNA relación con Álvaro y su hermano. Por parte de la madre (con la cual no tienen ninguna relación ni Álvaro ni su hermano) no hay tías ni tíos. Por parte del padre, hay un tío dos años mayor que el padre de Álvaro, quien está casado pero no tiene hijos. Álvaro tiene una fuerte relación afectiva con la abuela paterna, así como el hermano y el tío paternos.

Para la descripción del caso de Álvaro se han de valorar varios ítems o parámetros de aquellos que circunscriben su biografía en relación a habilidades y características físicas, información relacionada con la organización de la unidad de vida y la historia familiar, tipo de actividades preferidas, estado de salud, tratamiento farmacológico e historia del tratamiento, que es la que subyace en todo el desarrollo [5].

Álvaro es un varón de 30 años reconocido desde noviembre de 2003 como una persona con discapacidad intelectual con un porcentaje de disminución intelectual del 66 % [6], acompañado de un diagnóstico de alteración de la conducta (trastorno de la personalidad) e inteligencia límite con necesidades de apoyo generalizadas [7].

Por otra parte, tiene grandes habilidades comunicativas, se muestra expresivo ante las entrevistas y con el personal sanitario. Sin embargo, estas mismas habilidades y la riqueza de vocabulario que posee le hacen tender a la manipulación

y a optar por un discurso para su propio beneficio; un discurso hedonista, poco centrado y sujeto a impulsos. Además, muestra tendencia a la fantasía, la idealización de sus propias capacidades, las ideas fijas y las obsesiones. A su favor podemos decir que en determinados momentos es capaz de verbalizar que tiene problemas para controlar sus impulsos.

Tiene dificultades respecto a su higiene personal, lo que desde el principio y en casi toda su biografía ha motivado disputas e incluso ha provocado que se le echara de viviendas compartidas en pisos tutelados, por lo que necesita de una continua supervisión a pesar de que es autónomo en la ejecución de esas necesidades [5].

No tiene ningún amigo, no constan, únicamente se muestra colaborador o protector con respecto a los usuarios de la unidad UEHDI en la que se encuentra actualmente ingresado. Muestra interés por el fútbol y lo practica con asiduidad, pero en cuanto al resto de habilidades (ocupacionales, laborales, académicas o sociales) las tiene muy limitadas.
En relación a su propia salud y seguridad, la nula conciencia de su enfermedad (insight) le ha hecho abandonar en múltiples ocasiones el tratamiento farmacológico prescrito. Se ha expuesto a conductas de riesgo, ha dormido en la calle y ha participado activamente en peleas, hurtos e incluso en la conducción de vehículos sin disponer de carné de conducir [3].

A nivel académico, consta que abandonó los estudios en 6.º EGB (Educación General Básica); sin embargo, se evidencia una riqueza en vocabulario y expresiones.

Organización de la unidad de vida e historia.
Álvaro es el menor de dos hermanos y ambos viven con los abuelos maternos desde que tiene cinco meses de edad debido al abandono de ambos progenitores; desde ese momento no mantienen relación con ninguno de los padres.
El hermano mayor verbaliza que la madre se los llevó del domicilio de los abuelos cuando tenían 3 y 4 años y medio. Durante ese episodio sufrieron malos tratos, abandono y desnutrición severa. La hipótesis planteada en el recorrido de su historia clínica es que la severa desnutrición temprana pudo provocar una discapacidad intelectual por desorden metabólico [7].

A la edad de 8 años, Álvaro y su hermano sufren de nuevo un grave episodio y en este caso por parte del padre, del que no se tenía constancia de ningún tipo. Apareció en la vida de los menores reclamándolos y llevándoselos a vivir con él. Ambos huyeron del domicilio de su padre por malos tratos, siendo finalmente

tutelados por la DGAI (Dirección General de Atención a la Infancia).

Desde los 16 años que constan en el SESM-DI (Servicio Especializado en Salud Mental para Discapacitados Intelectuales) [8], la biografía del usuario refleja un continuo abandono del hogar familiar, los abuelos, con los que convive. Constan conflictos, peleas en el domicilio, faltas de respeto constantes, falta de control de impulsos, descuido de la higiene, contestaciones a destiempo, gritos y desobediencia. Se trata, por tanto, de un cúmulo de dificultades para asumir su problemática de discapacidad intelectual al no tener conciencia de su enfermedad, ya que siempre sitúa el conflicto en los demás.

Desde 2004, según indican los datos del SESM-DI hasta su ingreso en la UHEDI (abril de 2011), ha huido del domicilio familiar en más de siete ocasiones.

Por otra parte, durante este trayecto ha estado vinculado a las siguientes asociaciones o entidades para usuarios discapacitados: Aprodico (Associació Pro Disminuits de Cornellà), CET de Fundosa (Centro Especial de Trabajo Fundosa de transcripciones en braille y sonoras), CERMA (ONG para personas con alto riesgo de exclusión social), Fundación FEREDE (Federación de Entidades Religiosas Evangélicas), Grupo EUROCONSULT (que favorece el empleo a personas con discapacidad y que pertenece a la ONCE), Fundació Arc de Sant Martí (programa de suport a l'autonomia de la propia llar), Fundació Privada Tutelar ACIDH (Associació Catalana d'Integració i Desenvolupament Humà) hasta la tutelación definitiva por parte de la Fundació Vellaterra (servicio de tutelas) [4].

Los trastornos de Álvaro han dificultado la adaptación tanto en recursos normalizados como en recursos especializados, además de que estos han generado alarma, ya que se ha fugado del domicilio sin recursos necesarios para poder enfrentarse a la situación de fuga. Las fugas se han repetido a lo largo del tiempo desde que ha estado en seguimiento con el SESM-DI.

En 2010 ingresa en la Unidad de Subagudos del Parc Sanitari [8] para trabajar la adherencia al tratamiento y la organización de las AVD (actividades de la vida diaria) [9]. Pero durante este ingreso ha tenido dificultades en cuanto a la aceptación de los límites, conflictos con compañeros, conflictos con el personal, hurtos, fugas…, motivos que imposibilitan su ingreso en el servicio externo del tipo residencia.

Dado el perfil de discapacidad intelectual y el grave trastorno de conducta, por parte del equipo terapéutico se opta por una unidad de tránsito y tratamiento

de tipo hospitalización: la UEHDI. Durante los primeros meses en la unidad, el período de adaptación viene representado por más fugas. Se trata de fugas de pocos días, con retorno voluntario y siempre con un arrepentimiento verbalizado.

Otro de los puntos en conflicto de esta etapa y que se ha alargado durante los primeros años de ingreso han sido los variados y continuos conflictos con compañeros, siempre por "rivalidades" mal entendidas que contrastan a su vez con una manifiesta protección a los considerados más débiles (según su criterio).

Emplazamiento actual y relación familiar.
Álvaro ha permanecido en la UHEDI desde el 24 de abril de 2011, donde participa en actividades varias como informática, fútbol y las salidas a la comunidad. Tras cuatro años de ingreso, múltiples reconducciones verbales y mecánicas, readaptaciones y adecuaciones del PIR (Programa Individualizado de Rehabilitación), se ha llegado a un nivel en el que el equipo se plantea la idoneidad de la salida.

Cuatro años de institucionalización acompañados de mejoras en las AVD y en la aceptación de límites son considerados por parte del equipo terapéutico como suficientes para enfocar y proyectar al paciente en la salida. Asimismo, las conversaciones con la familia hacen que se pueda reconsiderar la incorporación a la unidad familiar en algún momento; e incluso el hermano hace la propuesta de tutelar a Álvaro.

Actualmente, pasa fines de semana alternos con la abuela paterna, el tío paterno o el hermano. Estos han llegado a verbalizar que un día completo con Álvaro se hace poco llevadero, por lo que ellos mismos han encontrado recursos para estar con él y poder no acabar claudicando el fin de semana. Suelen combinar horas durante la mañana con uno, por la tarde con otro; y esta rotación y el permanente contacto entre ellos favorecen también la reconducción conductual y el asentarse como una familia. De hecho, en algunas de sus fugas, Álvaro acaba recurriendo a su tío, hermano de su padre, al que le tiene un gran respeto, al igual que su hermano.

4 Discusión-Conclusión

En este proyecto se puede deducir que, muy a pesar de movimientos integradores, asociaciones, o movimientos sociales, nuestra sociedad no está en condiciones de responder de manera eficaz y con tratamientos lo menos intrusivos posibles a los usuarios con discapacidad intelectual y graves problemas de conducta, que es el

caso del que se ocupa este trabajo de fin de grado.

Álvaro tiene las mismas necesidades de tipo residencial, comunitarias o laborales que cualquier otra persona, pero por norma se opta por su reclusión en instituciones cerradas en la etapa adulta.

Parece obvio que las conclusiones ante semejantes desajustes conductuales fueran la reclusión, pero probablemente debamos plantearnos que no es la discapacidad intelectual la que dificulta la integración en comunidad, sino los graves problemas de conducta. Y estas conductas son lo que les lleva a ser excluidos de la comunidad, a menudo abandonados, y en muchos casos víctimas de abusos de todo tipo.

Se olvida que las descompensaciones de conducta son periódicas o transitorias, y que nadie puede darnos garantías de que una mejor desinstitucionalización no las haría más espaciadas, por lo que este proceso de "salida" no acaba de estar preparado para atenderles.

Esto les lleva a convertirse en pacientes con la etiqueta de "paciente crónico residencial", descartando desde ese momento la posibilidad o la oportunidad de elegir en su vida. Durante el proceso de aprendizaje ha habido dificultades en la localización de información viable y contrastada con respecto a la adherencia o al cumplimiento del tratamiento en pacientes con el perfil de Álvaro. La mayoría hacía referencia a la adherencia al tratamiento farmacológico; intuyendo —creo— que siempre estarán mucho mejor en base a la cantidad terapéutica de dosis de fármaco, obviando —bajo mi punto de vista— que la escucha activa del propio paciente puede ser fuente de información.

Existe una tendencia dominante a que la salud mental incluye esencialmente enfermedades del cerebro y del cuerpo, dando una consistencia reduccionista que favorece que los psicofármacos sean la base del tratamiento psiquiátrico. Este cierto inmovilismo provoca desobediencia en el paciente, pero quizás una medicación mucho más ajustada no lo haría. Por ello, sería interesante redefinir la relación entre paciente y médico, valorando de una manera más realista los potenciales riesgos y las aportaciones de estos fármacos.

5 Bibliografía

1. Desviat M. La reforma psiquiátrica 25 años después de la Ley de Sanidad. Rev Esp Salud Publica. 2011;5:427–36.

2. Boletín Oficial del Estado. Ley 14/1986 General de Sanidad. 1986.
3. Torres-González F. La reforma psiquiátrica española en perspectiva: logros y pendientes a la hora de la crisis. Congreso Nacional de Tratamiento Asertivo Comunitario. Avilés: Medwave; 2012.
4. Departament de Salut: Generalitat de Catalunya. Pla Director de Salut Mental i Adiccions. 2006.
5. Escribano L, Gómez M, Márquez C, Tamarit J. Proyecto ARCADE: apoyo y respuestas ante conductas altamente desafiantes [Internet]. 2002 p. 10–4.
6. Read J, Mosher L, Bentall RP. Models of madness. Hove: Brunner-Routledge; 2004.
7. Belmont Molina A. La evolución de la enfermería psiquiátrica. Enfermería Neurológica. 2011;10 (1):53–5.
8. Vázquez C, Nieto M, López-Luengo B. Epistemología de la rehabilitación. Rehabilitación en salud mental: situación y perspectivas. Salamanca: Amarú Ediciones; 2002. p. 107–28.
9. Esquerre de Cárdenas I. Rol del profesional de enfermería en salud mental y psiquiatría. Av en Enfermería. 1991;IX (1).
10. Bonafont i Pujol X, Costa i Pagés J. Adherencia al tratamiento farmacológico. Butlletí d´Informació Ter Hosp Univ Ger Trías i Pujol. 2004;16 (3).
11. Hernández Fleta JL. Adherencia terapeútica. Cuad Psiquiatr Comunitaria. 2009;9 (1).
12. García Ibáñez J, Feliu T, Usón M, Ródenas A, Aguilera F, Ramo R. Trastornos invisibles: las personas con discapacidad intelectual y trastornos mentales o de conducta. Siglo Cero. 2009;40 (2):38–60.
13. Fernández Blanco J. El Plan Individualizado de Rehabilitación (PIR), su evaluación y reformulación. Evaluación en Rehabil Psicosoc. 2010;39–49.
14. Blanco A, Pastor A. Las personas con enfermedades mentales crónicas: delimitación, problemática y necesidades. Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos. Madrid: Editorial Pirámide; 1997. p. 33–5.
15. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo: situación actual y recomendaciones. Cuaderno Técnico. 2002;6.
16. FEAPS. Guía de orientación familiar sobre las personas con discapacidad intelectual. Valencia: Colección FEAPS; 2005.
17. Verdugo MA. Familias y discapacidad intelectual. Madrid: Colección FEAPS; 2000.
18. Generalitat de Catalunya D de BS i F. Servei especialitzat en salut mental per a persones amb discapacitat intel•lectual. Butlletí d'Inf@ncia. 2007;(11).

19. Munhall P. Ethical considerations in qualitative research. Nursing research: a qualitative perspective. Nueva York: National League for Nursing; 1993. p. 395–408.
20. Icart MT, Pulpón AM, Garrido E, Delgado-Hito P. Cómo elaborar y presentar un proyecto de investigación, una tesina y una tesis. Barcelona: Publicacions UB; 2012.
21. Júdez J, Nicolás P, Delgado MT, Hernando P, Zarco J, Granollers S. La confidencialidad en la práctica clínica: historia clínica y gestión de la información. Med Clin (Barc). 2002;118 (1):18–37.
22. Boletín Oficial del Estado. Ley Orgánica 15/99, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. 1999.
23. Consejería de Sanidad de la Región de Murcia. Atención sanitaria basada en la evidencia: su aplicación a la práctica clínica [Internet]. 2007.
24. Lakeman R, Fitzgerald M. Ethical suicide research: a survey of researchers. Int J Ment Health Nurs. 2009;18 (1):7–10.
25. Berenguer M. Fernando Colina, psiquiatra: " ¿Luchar contra el estigma? El mayor estigma lo provoca la psiquiatría haciendo diagnósticos" [Internet]. La Casa de la Paraula. 2014.
26. Bariffi FJ. El régimen jurídico internacional de la capacidad jurídica de las personas con discapacidad. 2014.
27. Domenech M, Tirado FJ, Traveset S, Vitores A. La desinstitucionalización y la crisis de las instituciones. Educ Soc. 12:20–32.
28. Murphy E. Community Psychiatry: The Principles. Edimburgo: Churchill Livingstone; 2004.

Capítulo 56

DIÁLISIS PERITONEAL: TIPOS, INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES

FABIOLA MENÉNDEZ SERVIDE

1 Introducción

La diálisis peritoneal es un tratamiento para pacientes con insuficiencia renal crónica grave, o dicho de otro modo, personas cuyos riñones ya no funcionan de manera efectiva, utilizando un órgano propio, el peritoneo, como dializador.

La membrana peritoneal posee unas características únicas que permiten su uso como membrana de diálisis endógena. El tejido conectivo que conforma la membrana tiene una vasta red de capilares cubierto por una capa de células mesoteliales que hace de ésta una membrana semipermeable, permitiendo la transferencia de solutos y agua entre el espacio intravascular y el líquido de dializado presente en la cavidad peritoneal. El proceso tiene lugar mediante los mecanismos de osmosis y difusión siguiendo los gradientes de concentración electroquímica.

El líquido dializador es un líquido estéril que se introduce en el abdomen a través de un tubo permanente que se coloca en la cavidad peritoneal. Una vez dentro de la cavidad peritoneal, se produce un intercambio de fluidos y sustancias disueltas en sangre como electrolitos, urea, glucosa, albúmina y otras moléculas pequeñas. De esta forma, las sustancias urémicas pasan del plasma al peritoneo y son eliminadas. Este líquido ha de permanecer un número de horas determinado para que este proceso tenga lugar y después es desechado.

La Diálisis Peritoneal es una técnica que, por una parte, da a los pacientes más autonomía ya que se puede realizar en casa, en el trabajo o incluso de viaje, sin embargo, por otro lado, debido al extenso seguimiento y meticuloso entrenamiento que tienen que seguir estos pacientes para garantizar el éxito de esta técnica, la relación con el equipo asistencial es continua. A mayor adherencia al tratamiento, mejores resultados se obtendrán de la terapia y esto se verá reflejado en una mejor calidad de vida para el paciente.

2 Objetivos

Descripción de los distintos tipos de diálisis peritoneal, así como enumerar las indicaciones y contraindicaciones que existen.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Existen dos tipos de diálisis: la Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA) y la Diálisis Peritoneal Automatizada (DPA). Ambas modalidades siguen los mismos principios básicos de la diálisis, pero difieren en el número de tratamientos diarios, en la forma en que estos se llevan a cabo y en el horario. Ambas técnicas de diálisis peritoneal podrían combinarse entre sí.

- Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA): en esta diálisis los intercambios se realizan manualmente. En la cavidad abdominal hay continuamente una solución de diálisis que se intercambia, entendiendo por intercambio el proceso de infusión, permanencia y drenaje, entre tres y cinco veces al día y que dura entre treinta y cuarenta minutos cada uno de ellos. Los intercambios suelen ser de dos litros, intercambiándose diariamente entre seis y diez litros.
La Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria es una técnica relativamente sencilla, cuyo coste es bajo y proporciona cierta libertad al paciente, sin embargo, y

debido al alto numero de conexiones en las que se manipula el catéter, el riesgo de infección es elevado.

- Diálisis Peritoneal Automatizada (DPA): esta vez es una máquina la que realiza los intercambios. Generalmente el paciente se conecta por la noche y, mientras el paciente duerme, la máquina, llamada cicladora, llena y vacía el abdomen de tres a cinco veces.
Con la diálisis peritoneal automatizada, una máquina llamada cicladora llena y vacía el abdomen de tres a cinco veces durante la noche.
Dentro de esta técnica existen varias modalidades: Diálisis Peritoneal Continua Cíclica (DPCC) en la que se realizan varios ciclos nocturnos y un ciclo diurno; Diálisis Peritoneal Nocturna (DPN) en la que se realizan varios ciclos nocturnos y día seco (no hay líquido en la cavidad peritoneal); Diálisis Peritoneal Tidal (DP Tidal) en la que se realiza una infusión inicial de alto volumen que cíclicamente se va drenando y renovando parcialmente; y Diálisis Peritoneal Plus o Amplificada que resulta de la combinación de la Diálisis Peritoneal Continua Cíclica y Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria.

- Indicaciones y contraindicaciones.
Dependiendo de las características del paciente la diálisis peritoneal podrá ser la opción más ventajosa o puede ser una opción absoluta o relativamente desaconsejable.

- Indicaciones: es una técnica indicada en pacientes que, habiendo sido previamente informados, deciden que es la mejor opción para ellos, que tienen largas distancias al centro de diálisis, con dificultad para la obtención de un acceso vascular o que tengan fobia a las punciones, que estén aún en activo o que tengan poca edad, pacientes cuya patología médica previa, como cardiopatías, cirrosis hepática, portación de virus de transmisión sanguínea hagan de la diálisis peritoneal una mejor opción.

- Contraindicaciones: la diálisis peritoneal está contraindicada en pacientes que presenten patología abdominal severa, esclerosis peritoneal, adherencias quirúrgicas múltiples, malformaciones anatómicas que no se puedan reparar, hernias o fugas de repetición o enfermedad mental grave. Así mismo también existen otro tipo de contraindicaciones relativas que se tienen en cuenta como la obesidad e hipertrigliceridemia severa, enfermedad inflamatoria intestinal activa, portación de ostomía, limitación severa de la capacidad respiratoria, falta de apoyo ante imposibilidad de realizar la técnica de forma autónoma y otras limitaciones so-

ciales.

5 Discusión-Conclusión

La diálisis peritoneal es una técnica que, si el paciente o su entorno tiene la capacidad de llevarla a cabo, es una opción que da mucha libertad y que interfiere relativamente poco en el día a día. El hecho de que existan varias modalidades diferentes hace que se pueda encontrar, en la mayoría de los casos, de no existir contraindicaciones absolutas, un tratamiento que satisfaga las necesidades del paciente.

6 Bibliografía

- Bargman, J., & François, K. (2014). Evaluating the benefits of home-based peritoneal dialysis. International Journal of Nephrology and Renovascular Disease, 447. https://doi.org/10.2147/ijnrd.s50527
- Burkart, J. M. (2018). Patient education: Peritoneal dialysis (Beyond the Basics). Up to date, . Recuperado de https://www.uptodate.com/contents/peritoneal-dialysis-beyond-the-basics
- Mejías Nava P, Prats Valencia M, Borrás Sans M. Indicaciones y modalidades de diálisis peritoneal. En: Lorenzo V, López Gómez JM (Eds) Nefrología al Día. https://www.nefrologiaaldia.org/es-articulo-indicaciones-modalidades-dialisis-peritoneal-229
- Nationa Kidney Foundation. (s.f.). Peritoneal Dialysis: What You Need to Know. Recuperado de https://www.kidney.org/atoz/content/peritoneal
- The National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. (s.f.). Peritoneal Dialysis. Recuperado de https://www.niddk.nih.gov/health-information/kidney-disease/kidney-failure/peritoneal-dialysis
- The National Kidney Foundation. (s.f.). What is Peritoneal Dialysis? Recuperado de https://www.nkfs.org/treatment/peritoneal-dialysis/about-peritoneal-dialysis/

Capítulo 57

MANEJO DE LA DISFAGIA. UN PROBLEMA AL QUE NO SE DÁ SUFICIENTE IMPORTANCIA.

ANA MARÍA ALVAREZ FUEYO

YOLANDA GONZALEZ FERNANDEZ

1 Introducción

La disfagia se refiere a una dificultad para tragar: se necesita más esfuerzo de lo normal para mover los alimentos de la boca al estómago.

Generalmente está causada por problemas nerviosos o musculares, la disfagia puede ser dolorosa y es más común en personas mayores y bebés.

Aunque el término médico ”disfagia” a menudo se considera como un síntoma o signo, a veces se usa para describir una condición por derecho propio. Hay una amplia gama de posibles causas de disfagia; Si solo ocurre una o dos veces, es probable que no haya un problema subyacente grave, pero, si ocurre regularmente, debe ser revisado de forma inmediata.

Debido a que hay muchas razones por las cuales puede ocurrir disfagia, el tratamiento depende de la causa subyacente.

¿Qué es la disfagia? Una deglución típica involucra varios músculos y nervios diferentes; Es un proceso sorprendentemente complejo . Se necesita el cerebro, varios nervios y músculos, dos válvulas musculares y un esófago abierto y sin restricciones , o un tubo para tragar que funcione correctamente.

El acto de tragar normalmente ocurre en tres fases. En la primera fase, la comida y el líquido están contenidos en la boca por la lengua y el paladar (cavidad oral). Esta fase es la única que podemos controlar.
La segunda fase comienza cuando el cerebro toma la decisión de tragar. En este punto, comienza una compleja serie de reflejos. La comida es empujada desde la cavidad oral hacia la garganta (faringe). Al mismo tiempo, suceden otras dos cosas: se abre una válvula muscular en la parte inferior de la faringe, permitiendo que los alimentos ingresen al esófago, y otros músculos cierran las vías respiratorias (tráquea) para evitar que los alimentos ingresen a las vías respiratorias. Esta segunda fase lleva menos de medio segundo.

La tercera fase comienza cuando los alimentos ingresan al esófago. El esófago, es un tubo muscular que produce ondas de contracciones coordinadas (peristaltismo). A medida que el esófago se contrae, se abre una válvula muscular al final del esófago y se impulsa la comida hacia el estómago. La tercera fase de la deglución tarda entre seis y ocho segundos en completarse. La disfagia puede ser causada por una dificultad en cualquier parte del proceso de deglución.

Hay tres tipos generales de disfagia:
- Disfagia oral (disfagia alta): el problema está en la boca, a veces causado por debilidad de la lengua después de un derrame cerebral , dificultad para masticar alimentos o problemas para transportar alimentos desde la boca.
- Disfagia faríngea : el problema está en la garganta. Los problemas en la garganta a menudo son causados por un problema neurológico que afecta los nervios (como la enfermedad de Parkinson , derrame cerebral o esclerosis lateral amiotrófica).
- Disfagia esofágica (disfagia baja) : el problema está en el esófago. Esto generalmente se debe a un bloqueo o irritación. A menudo, se requiere un procedimiento quirúrgico.

Vale la pena señalar que el dolor al tragar (odinofagia) es diferente de la disfagia, pero es posible tener ambos al mismo tiempo. Y, el globo es la sensación de algo atrapado en la garganta.

Causas de disfagia.
Las posibles causas de disfagia incluyen:
- Esclerosis lateral amiotrófica : una forma incurable de neurodegeneración progresiva; Con el tiempo, los nervios de la columna vertebral y el cerebro pierden progresivamente su función.
- Acalasia : el músculo esofágico inferior no se relaja lo suficiente como para

permitir que los alimentos ingresen al estómago.
- Espasmo difuso : los músculos del esófago se contraen de manera descoordinada.
- Accidente cerebrovascular : las células cerebrales mueren debido a la falta de oxígeno porque se reduce el flujo sanguíneo. Si las células del cerebro que controlan la deglución se ven afectadas, puede causar disfagia.
- Anillo esofágico : una pequeña porción del esófago se estrecha, evitando que a veces pasen alimentos sólidos.
- Esofagitis eosinofílica : niveles muy elevados de eosinófilos (un tipo de glóbulo blanco) en el esófago. Estos eosinófilos crecen de forma descontrolada y atacan el sistema gastrointestinal, lo que provoca vómitos y dificultad para tragar los alimentos.
- Esclerosis múltiple : el sistema inmunitario ataca el sistema nervioso central y destruye la mielina, que normalmente protege los nervios.
- Miastenia gravis (enfermedad de Goldflam) : los músculos bajo control voluntario se cansan y debilitan fácilmente porque hay un problema con la forma en que los nervios estimulan la contracción de los músculos. Este es un trastorno autoinmune.
- Enfermedad de Parkinson y síndromes de parkinsonismo: la enfermedad de Parkinson es un trastorno neurológico degenerativo progresivamente gradual que deteriora las habilidades motoras del paciente.
- Radiación : algunos pacientes que recibieron radioterapia (radioterapia) en el área del cuello y la cabeza pueden tener dificultades para tragar.
- Labio leporino y paladar hendido : tipos de desarrollos anormales de la cara debido a la fusión incompleta de huesos en la cabeza, lo que resulta en huecos (hendiduras) en el paladar y el área del labio a la nariz.
- Esclerodermia : un grupo de enfermedades autoinmunes raras en las que la piel y los tejidos conectivos se tensan y endurecen.
- Cáncer de esófago : un tipo de cáncer en el esófago, generalmente relacionado con el alcohol y el tabaquismo, o la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE).
- Estenosis esofágica : un estrechamiento del esófago que a menudo está relacionado con la ERGE.
- Xerostomía (boca seca) : no hay suficiente saliva para mantener la boca húmeda.

Los síntomas de disfagia

Algunos pacientes tienen disfagia y no lo saben; en estos casos, puede no diagnosticarse y no tratarse, lo que aumenta el riesgo de neumonía por aspiración (una infección pulmonar que puede desarrollarse después de inhalar accidentalmente saliva o partículas de alimentos).

La disfagia no diagnosticada también puede provocar deshidratación y desnutrición .
Los síntomas relacionados con la disfagia incluyen:
- Asfixia al comer.
- Tos o arcadas al tragar.
- Babeando.
- Alimentos o ácido estomacal retrocediendo hacia la garganta.
- Acidez estomacal recurrente .
- Ronquera.
- Sensación de comida atorada en la garganta o el pecho, o detrás del esternón.
- Pérdida de peso inexplicable.
- Traer comida de nuevo (regurgitación).
- Dificultad para controlar la comida en la boca.
- Dificultad para comenzar el proceso de deglución.
- Neumonía recurrente.
- Incapacidad para controlar la saliva en la boca.
- Los pacientes pueden sentir que "la comida se ha atascado".

Factores de riesgo para disfagia. Los factores de riesgo de disfagia incluyen:
- Envejecimiento : los adultos mayores tienen más riesgo. Esto se debe al desgaste general del cuerpo con el tiempo. Además, ciertas enfermedades de la vejez pueden causar disfagia, como la enfermedad de Parkinson.
- Condiciones neurológicas : ciertos trastornos del sistema nervioso hacen que la disfagia sea más probable.

Complicaciones de disfagia.
- Neumonía e infecciones de las vías respiratorias superiores: específicamente neumonía por aspiración, que puede ocurrir si algo se ingiere por el "camino equivocado" y entra a los pulmones.
- Desnutrición : este es especialmente el caso de las personas que no son conscientes de su disfagia y no están siendo tratadas por ella. Es posible que simplemente no obtengan suficientes nutrientes vitales para una buena salud.
- Deshidratación: si un individuo no puede beber adecuadamente, su ingesta de líquidos puede no ser suficiente, lo que lleva a la deshidratación (escasez de agua en el cuerpo).

Tratamiento para disfagia
El tratamiento depende del tipo de disfagia:

Tratamiento para la disfagia orofaríngea (disfagia alta). Debido a que la disfagia orofaríngea es a menudo un problema neurológico, proporcionar un tratamiento efectivo es un desafío. Los pacientes con enfermedad de Parkinson pueden responder bien a los medicamentos para la enfermedad de Parkinson.

Terapia de deglución: esto se realizará con un terapeuta del habla y el lenguaje. El individuo aprenderá nuevas formas de tragar adecuadamente. Los ejercicios ayudarán a mejorar los músculos y cómo responden.

Dieta : algunos alimentos y líquidos, o combinaciones de ellos, son más fáciles de tragar. Mientras come los alimentos más fáciles de tragar, también es importante que el paciente tenga una dieta bien balanceada.

Alimentación a través de una sonda : si el paciente está en riesgo de neumonía, desnutrición o deshidratación, es posible que deba alimentarse a través de una sonda nasal (sonda nasogástrica) o PEG (gastrostomía endoscópica percutánea). Los tubos de PEG se implantan quirúrgicamente directamente en el estómago y pasan a través de una pequeña incisión en el abdomen.

Tratamiento para la disfagia esofágica (disfagia baja). La intervención quirúrgica generalmente es el único tratamiento para la disfagia esofágica.

2 Objetivos

Identificar la disfagia orofaríngea y aplicar las técnicas necesarias para suprimir o minimizar sus complicaciones.

3 Metodología

Búsqueda bibliográfica en las bases de datos Cinahl, Medline, Science Direct, PubMed.

Las palabras clave utilizadas fueron : aspiración, deshidratación, disfagia, geriatría, desnutrición, edad avanzada y los operadores boleanos “And” y “Or”.

4 Resultados

La disfagia orofaríngea (OD) es una patología importante que afecta en especial medida a pacientes con enfermedades neurológicas y a personas de edad avan-

zada, sin embargo en ocasiones, se diagnostica de forma insuficiente. Se hace necesario por tanto, contar con un instrumento que permita un diagnóstico precoz y seguro que pueda ser manejado por los profesionales de la salud de forma rápida y no invasiva.

Entre los diferentes métodos descritos en distintos estudios, destaca Método de Exploración Clínica Volumen-Viscosidad (MECVV) como "método de cabecera" para detectar disfagia en el ámbito Hospitalario y Sociosanitario. Utilizaremos bolos de diferentes consistencias: Líquida, néctar y puding. La prueba consiste en la administración de volúmenes crecientes de 5,10 y 20ml de líquidos comenzando por la consistencia néctar y el volumen menor ,aumentando al siguiente si no se aprecia dificultad en su ingesta. Si ésta aparece, se interrumpe la serie y se pasa a la consistencia superior, la puding. Si la textura néctar es bien tolerada, pasaríamos a la líquida y si no hay dificultad con esta textura, la prueba de disfagia sería negativa.

En caso de detectar que alguno de los signos de seguridad y/o eficacia se ve alterado en algún volumen de las series (cambio de voz, tos, diminución de la saturación de oxígeno si la prueba se acompaña del uso de pulsioxímetro, aclaramiento de la garganta. La prueba sería positiva para ese volumen y esa serie.
Los pacientes geriátricos y la disfagia.

La disfagia orofaríngea (DO) es una patología en crecimiento en la población de mayor edad, Aunque la DO puede causar complicaciones muy graves, a menudo no se detecta, explora ni trata. En muchas ocasiones, los pacientes mayores no son conscientes de su disfunción de deglución y como consecuencia, las complicaciones asociadas: la aspiración, la deshidratación y la desnutrición, no se atribuyen a la disfagia. Aunque el envejecimiento normal conlleva atrofia cerebral, deterioro de la función nerviosa y una disminución de la masa muscular encargada de la realización del proceso de deglución que puede afectar adversamente a pacientes sanos, la disfagia no se puede atribuir únicamente al proceso del envejecimiento y la presencia de la misma debe ser investigada para detectar las causas y los posibles tratamientos.

Numerosos estudios han demostrado que la capacitación del personal sanitario responsable de la atención de estos pacientes, para actuar en la detección temprana de la DO en los pacientes geriátricos, disminuyen sensiblemente las complicaciones de salud futuras. Método de Exploración Clínica Volumen-Viscosidad descrito con anterioridad es el mejor instrumento para ello.

Una vez que la DO se ha detectado, existen algunos consejos que el personal sanitario puede ofrecer a los pacientes para que comer y beber sea más fácil y seguro para ellos, estos consejos incluyen:

Posicionamiento:
- Sentarse derecho en un ángulo de 90 grados.
- Inclinar la cabeza ligeramente hacia adelante.
- Permanecer sentado o de pie durante 15 a 20 minutos después de comer.

Ambiente de comedor
- Minimizar las distracciones en el área donde come.
- Mantenerse enfocado en las tareas de comer y beber.
- No hablar con comida en la boca .

Cantidad y ritmo:
- Comer lentamente.
- Cortar la comida en trozos pequeños y masticarla bien.
- No intentar comer más de 1/2 cucharadita de comida a la vez.

Tragar:
- Es posible que deba tragar dos o tres veces por bocado o sorbo.
- Si se quedan alimentos o líquidos en la garganta, toser suavemente o aclarar la garganta, y volver a tragar antes de respirar. Repetir si es necesario.
- Concentrarse en tragar con frecuencia.

Manejo de saliva:
- Beber mucho líquido.
- Periódicamente chupar caramelos, trozos de hielo o hielo de limón, o beber agua con sabor a limón para aumentar la producción de saliva, lo que aumentará la frecuencia de deglución.

Consistencia alimentaria:
- Minimizar o eliminar los alimentos que son difíciles de masticar y comer más alimentos blandos.
- Hacer puré la comida en una licuadora.
- Si líquidos delgados le provocan tos , espesar con un espesante el líquido

Tomar medicamentos:
- Triturar las pastillas y mezclarlas con puré de manzana o puding.
- Asesorar a los pacientes sobre qué píldoras no deben triturarse y qué medicamentos se pueden comprar en forma líquida.

5 Discusión-Conclusión

Tras la revisión bibliográfica se puede concluir que la capacitación del personal sanitario , como profesionales con contacto directo y continuo con los pacientes, es un instrumento fundamental para la detección precoz de las disfunciones en la deglución y ésta debe realizarse a través de herramientas bien desarrolladas que permitan a los profesionales un uso sistemático y seguro.

Así mismo se debe proporcionar a los pacientes herramientas que permitan el manejo seguro de la disfagia para evitar complicaciones que pueden poner en riesgo su vida.

6 Bibliografía

- P. Clavé, A. Verdaguer y V. Arreola, "Disfagia faríngea oral en ancianos", Medicina Clinica , vol. 124.
- O. Ekberg, S. Hamdy, V. Woisard, A. Wuttge-Hannig y P. Ortega, "Carga social y psicológica de la disfagia: su impacto en el diagnóstico y el tratamiento" , Disfagia , vol. 17.
- J. Robbins, S. Langmore, JA Hind y M. Erlichman, "Investigación sobre la disfagia en el siglo XXI y más allá: actas de la reunión de expertos en disfagia, 21 de agosto de 2001", Journal of Rehabilitation Research and Development , vol. 39.
- PJ Kahrilas, S. Lin, J. Chen y JA Logemann, "Acomodación orofaríngea para tragar volumen" , Gastroenterology , vol. 111.
- R. Turley y S. Cohen, "Impacto de la voz y problemas de deglución en los ancianos", Otorrinolaringología-Cirugía de cabeza y cuello , vol. 140.
- A. Westergren, "Detección de dificultades alimentarias después del accidente cerebrovascular: una revisión sistemática", International Nursing Review , vol. 53.
- A. Leibovitz, Y. Baumoehl, E. Lubart, A. Yaina, N. Platinovitz y R. Segal, "Deshidratación entre pacientes ancianos de atención a largo plazo con disfagia orofaríngea" , Gerontology , vol. 53.
- MB Loeb, M. Becker, A. Eady y C. Walker-Dilks, "Intervenciones para prevenir la neumonía por aspiración en adultos mayores: una revisión sistemática", Journal of the American Geriatrics Society , vol. 51.

Capítulo 58

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

ANA MARÍA ALVAREZ FUEYO

YOLANDA GONZALEZ FERNANDEZ

1 Introducción

Las úlceras por presión son una de las principales causas de mortalidad, morbilidad y sufrimiento del paciente, además de que suponen un elevado coste para los sistemas de atención médica en todo el mundo. El manejo de las úlceras por presión es un desafío para los profesionales de la salud en todas las disciplinas. Las personas que adquieren úlceras por presión a menudo requieren intervenciones a largo plazo, lo que representa una gran carga económica para los Sistemas de Salud.

El uso de apósitos para heridas podría ser una estrategia importante y rentable para prevenir las úlceras por presión. Los principales tipos de apósitos que se examinan en este capítulo son espuma, hidrocoloides y películas. Algunos estudios pequeños han demostrado un papel preventivo para los apósitos sacros aunque suscitan preocupación por la sobrehidratación de la piel.

Otras investigaciones demuestran que la aplicación de películas de barrera sobre prominencias óseas pueden tener un efecto profiláctico; sin embargo, los apósitos adhesivos también pueden contribuir a las fuerzas de corte en la piel. Existe una gran cantidad de investigaciones que examinan el uso de apósitos para prevenir las úlceras por presión; sin embargo, existe evidencia limitada de alto nivel.

2 Objetivos

Una revisión Cochrane de 2013 indicó que hay poca evidencia de alto nivel para apoyar el uso profiláctico de apósitos para prevenir las úlceras por presión.

Este artículo examinará la literatura emergente y considerará su relevancia para los protocolos de prevención de úlceras por presión así como los tratamientos más indicados en cada caso.

3 Metodología

Búsqueda bibliográfica en las bases de datos Cinahl, Medline, Science Direct, PubMed.

Las palabras clave utilizadas fueron : calidad de vida, apósito hidrocoloide, agente tópico, úlcera por presión.Y los operadores boleanos “And” y “Or”.

4 Resultados

Las úlceras por presión son un tipo de lesión que descompone la piel y el tejido subyacente cuando un área de la piel se coloca bajo presión constante durante cierto período causando isquemia tisular, interrupción de la nutrición y suministro de oxígeno a los tejidos y, finalmente, necrosis tisular. La presión constante que produce ’distorsión o daño por deformación’ es probablemente la descripción más precisa de una úlcera por presión. Existe un daño isquémico agudo localizado en cualquier tejido causado por la aplicación de fuerza externa ya sea corte (cizallamiento), compresión o una combinación de los dos.

Hay muchos factores que pueden contribuir al desarrollo de úlceras por presión, pero la vía común final para la ulceración es la isquemia tisular. Los tejidos son capaces de mantener una presión arterial de alrededor de 30-32 mm hg durante solo una pequeña duración de tiempo. Pero cuando la presión aumenta incluso ligeramente por encima de esta presión de llenado capilar, causa oclusión microcirculatoria y esto a su vez inicia una espiral descendente hacia la isquemia, la muerte del tejido y la ulceración.

Las úlceras por presión pueden desarrollarse cuando se aplica una gran cantidad de presión en un área de la piel durante un período corto. También pueden ocurrir cuando se aplica menos presión durante un período más largo.

La distorsión del tejido se produce porque los tejidos blandos están comprimidos y / o cortados entre el esqueleto y un soporte, como una cama o una silla cuando la persona está sentada o acostada, o porque algo está presionando el cuerpo, como un zapato, una prótesis, un aparato quirúrgico o ropa elástica.

Los vasos sanguíneos dentro del tejido distorsionado están comprimidos, angulados o estirados de su forma habitual y la sangre no puede pasar a través de ellos. Los tejidos irrigados por estos vasos sanguíneos se vuelven isquémicos. Además de obstruir el flujo sanguíneo, la distorsión del tejido también obstruye el flujo linfático, lo que a su vez conduce a la acumulación de productos de desecho metabólico, proteínas y enzimas en el tejido afectado. Esto también puede agravar el daño tisular.

La mayoría de las personas afectadas con úlceras por presión son aquellas que tienen problemas de salud (mentales o físicos) que fomentan la inmovilidad, especialmente aquellas que están confinadas en la cama o la silla durante períodos prolongados de tiempo. También hay otras condiciones de salud que influyen en el suministro de sangre y la perfusión capilar, como la diabetes tipo 2, que pueden hacer que una persona sea más vulnerable a las úlceras por presión.

La edad también es un factor, la mayoría (aproximadamente dos tercios) de las úlceras por presión ocurren en personas de edad avanzada (60-80 años).Para decirlo de manera más simple, cualquier persona, con o sin una afección médica, que es incapaz de evitar períodos prolongados de una compresión ininterrumpida, está en riesgo de úlceras por presión. La mayoría de los pacientes afectados con úlceras por presión con frecuencia lo desarrollan sobre una prominencia ósea.

Según los informes, la mayoría de los casos se ven afectados en el área donde la piel cubre huesos como las úlceras de presión sacra, isquiática y trocantérea .En las extremidades inferiores, las ubicaciones más habituales son: maleolar, del talón, rotuliana y pretibial y representan aproximadamente el 25% de todas las úlceras por presión.

Grados de las UPP:

Grado 1
Una úlcera por presión de grado uno es el tipo más superficial de úlcera. El área afectada de la piel aparece descolorida y es roja en las personas blancas, y púrpura o azul en las personas con piel de color más oscuro. Una cosa importante para recordar es que las úlceras por presión de Grado 1 no se vuelven blancas cuando

se ejerce presión sobre ellas. La piel permanece intacta, pero puede doler o picar.
Grado 2
En las úlceras por presión de grado 2, se daña parte de la superficie externa de la piel (la epidermis) o la capa más profunda de la piel (la dermis), lo que conduce a la pérdida de la piel. La úlcera parece una herida abierta o una ampolla.
Grado 3
En las úlceras por presión de grado 3, la pérdida de piel ocurre en todo el grosor de la piel. El tejido subyacente también está dañado, pero el músculo y el hueso subyacentes no están dañados. La úlcera aparece como una cavidad profunda.
Grado 4
Una úlcera por presión de grado 4 es el tipo más grave de úlcera por presión. La piel está severamente dañada y el tejido circundante comienza a morir (necrosis tisular). Los músculos, huesos o articulaciones subyacentes también pueden dañarse, a veces muy severamente. Las personas con úlceras por presión de grado cuatro tienen un alto riesgo de desarrollar una infección potencialmente mortal.

Papel preventivo de los apósitos:
Se ha estudiado una amplia gama de apósitos para la prevención de úlceras por presión. Los tres apósitos que se revisan principalmente en la literatura son:

- Apósitos de película.
- Apósitos hidrocoloides.
- Apósitos de espuma.

En la piel intacta de la categoría / etapa I, de las úlceras por presión, los hidrocoloides y las películas se indican en varias pautas. Se han utilizado emolientes y barreras formadoras de película para proteger la piel de la fricción, el cizallamiento y el daño asociado con la humedad. Más recientemente, se han utilizado espumas y apósitos absorbentes en ensayos clínicos.

El apósito de espuma Aquacel ® se ha utilizado en una evaluación prospectiva de 42 pacientes (puntuación media de Braden: 13.8) con una disminución en la incidencia de úlceras por presión en poblaciones en riesgo de 4.3% a 1.8%. En este estudio, todos los pacientes habían alterado la integridad de la piel; sin embargo, el uso de agentes tópicos impidió que las lesiones progresaran a un espesor total.

Veamos las conclusiones de otros estudios:
Una revisión Cochrane de 2013 concluyó que no había pruebas suficientes de ensayos aleatorios de control para apoyar o refutar el uso de apósitos, cremas o lociones para prevenir las úlceras por presión. Se incluyeron cinco ensayos

clínicos (940 pacientes) con sesgo potencial, que comparaban agentes tópicos con un placebo. Una relación de riesgo de 0,78 (intervalo de confianza del 95% 0,47–1,31; valor P 0,35) indica que no hay un efecto beneficioso de los agentes tópicos en general.

El mismo estudio revisó cuatro ensayos (561 pacientes) sobre el uso de apósitos sobre prominencias óseas y mostró una incidencia reducida de úlceras por presión con una razón de riesgo de 0.21 (intervalo de confianza del 95% 0.09-0.51; valor P 0.0006).

Se descubrió que las películas de barrera tienen un papel protector y de tratamiento para prevenir la degradación de la piel en una población de estudio muy pequeña. Al aplicar una película o crema de barrera adecuada, el producto imita la función natural de la piel de proteger e hidratar la piel debajo. Este estudio de 95 pacientes no incluyó una puntuación de Braden para evaluar el riesgo de úlceras por presión para su inclusión en el estudio, sin embargo, la mayoría de los participantes tuvieron una mejora notable en el riesgo clínico de desarrollar úlceras por presión, como la maceración de la piel.

En un estudio realizado por Schafer , se planteó la preocupación por la sobrehidratación de la piel por apósitos profilácticos, por lo que se recomendaron apósitos con una estructura absorbente.

Apósitos de silicona para prevenir las úlceras por presión.
Hay una creciente cantidad de evidencia clínica con respecto al papel de los apósitos para prevenir las úlceras por presión. En 2009, Torra I Bou informaron una reducción significativa en las úlceras por presión en el talón en personas en centros de atención a largo plazo y agencias de atención domiciliaria cuando se utilizó vendaje de espuma en lugar de una venda protectora para el talón (algodón y gasa).

En este estudio, los participantes que recibieron el vendaje de gasa tenían un 44% de riesgo de desarrollar una úlcera por presión en comparación con el 3,3% representado por el apósito de espuma. Bindle et al llevaron a cabo algunos de los primeros estudios con pacientes críticos.En uno de estos estudios observacionales, ninguno de los 41 pacientes de alto riesgo que tenían un apósito de silicona aplicado profilácticamente a su sacro desarrolló una úlcera por presión.

En un estudio de seguimiento no aleatorizado de 100 pacientes consecutivos en la unidad de cuidados intensivos quirúrgicos cardíacos, Brindle y Wegelin infor-

maron que cuatro de los pacientes en el grupo de atención estandarizada desarrollaron úlceras por presión en comparación con uno de cada 50 pacientes en el grupo de intervención que tenía un apósito de espuma profilácticamente aplicado al sacro.

Un estudio de 2013 realizado por Cubit demostró que la aplicación de un apósito sacro protector con respaldo de bajo cizallamiento es una estrategia preventiva simple para reducir el riesgo de úlceras por presión. Los resultados que compararon los 51 pacientes en el grupo de intervención con pacientes con datos demográficos similares demostraron que el grupo de control tenía 5.4 veces más probabilidades de desarrollar úlceras por presión.

Con esta creciente cantidad de evidencia, el NPUAP / EPUAP / PPPIA incluyó una recomendación en su Guía de úlceras por presión de 2014. Establece "Considere aplicar un apósito de espuma de poliuretano a las prominencias óseas (p. Ej., Talones, sacro) para la prevención de úlceras por presión en áreas anatómicas frecuentemente sujetas a fricción y corte (fuerza de la evidencia B)".

Tratamientos de una UPP instaurada.
El manejo de las úlceras por presión es interdisciplinario, e incluye todos los profesionales que proporcionan cuidados de salud. Los componentes básicos del tratamiento de la úlcera por presión son reducir o aliviar la presión sobre la piel, desbridar el tejido necrótico, limpiar la herida, controlar la carga bacteriana y la colonización, y seleccionar un apósito para heridas.

El tejido necrótico promueve el crecimiento bacteriano y dificulta la cicatrización de la herida y debe desbridarse hasta que se elimine la escara y haya tejido de granulación. Sin embargo, el desbridamiento no se recomienda para las úlceras del talón que tienen escara seca estable sin edema, eritema, fluctuación o drenaje. Los métodos de desbridamiento incluyen mecánico, enzimático y autolítico.

Las heridas deben limpiarse inicialmente y con cada cambio de apósito. El uso de una jeringa de 35 ml y un angiocatéter de calibre 19 proporciona un grado de fuerza que es efectivo pero seguro; Se prefiere el uso de solución salina normal. Se debe evitar la limpieza de heridas con agentes antisépticos (p. Ej., Povidona yodada (Betadine), peróxido de hidrógeno, ácido acético) porque destruyen el tejido de granulación.

Los apósitos que mantienen un ambiente húmedo de la herida facilitan la curación y pueden usarse para el desbridamiento autolítico. Los apósitos sintéticos,

reducen el tiempo del cuidador, causan menos molestias y potencialmente proporcionan una humedad más constante. Estos apósitos incluyen películas transparentes, hidrogeles, alginatos, espumas e hidrocoloides. Las películas transparentes retienen efectivamente la humedad y pueden usarse solas para úlceras de espesor parcial o combinadas con hidrogeles o hidrocoloides para heridas de espesor completo.

Los hidrogeles se pueden usar para heridas profundas con exudado ligero. Los alginatos y las espumas son altamente absorbentes y son útiles para heridas con exudado de moderado a pesado. Los hidrocoloides retienen la humedad y son útiles para promover el desbridamiento autolítico. La selección del apósito está dictada por el juicio clínico y las características de la herida.

Las úlceras son difíciles de resolver. Aunque más del 70 por ciento de las úlceras en estadio II sanan después de seis meses de tratamiento apropiado, solo el 50 por ciento de las úlceras en estadio III y el 30 por ciento de las úlceras en estadio IV sanan dentro de este período. Se debe obtener una consulta quirúrgica para pacientes con úlceras limpias en estadio III o IV que no responden a la atención óptima del paciente o cuando la calidad de vida mejoraría con el cierre rápido de la herida. Los enfoques quirúrgicos incluyen cierre directo; injertos de piel; y colgajos cutáneos, musculocutáneos y libres. Sin embargo, faltan ensayos controlados aleatorios de reparación quirúrgica y las tasas de recurrencia son altas.

Los factores de crecimiento (p. Ej., Factor de crecimiento derivado de plaquetas becaplermina) y el cierre asistido por vacío para las úlceras recalcitrantes en estadio III y IV son opciones de tratamiento emergentes. El papel de la terapia electromagnética, ultrasonido y la terapia de oxígeno hiperbárico no está claro.

5 Discusión-Conclusión

Las úlceras por presión crónica plantean algunos desafíos complejos para los pacientes que incluyen drenaje excesivo, olor, dolor, disminución de la participación en las actividades de la vida diaria y una mayor necesidad de cuidadores y asistencia médica. Es indiscutible que el uso apropiado de apósitos para tratar las úlceras por presión es una dimensión importante para mejorar la calidad de vida del paciente.

El mejor tratamiento de las úlceras por presión es la prevención a través de una variedad de medios, que incluyen soporte nutricional, superficies de soporte ade-

cuadas, movimientos frecuentes o giros, así como el uso apropiado de apósitos como hemos visto. Sin embargo, sigue habiendo una brecha en la literatura que rodea el uso de apósitos y agentes tópicos para prevenir el desarrollo de úlceras por presión. Si bien se ha generado una buena cantidad de literatura desde la revisión Cochrane sobre este tema, los tamaños de los estudios son pequeños en su mayoría de diseño no aleatorio.

Se necesitan ensayos de control aleatorio más fuertes y series de casos para apoyar las pautas en esta área. Si bien los apósitos ciertamente juegan un papel importante en el tratamiento de las úlceras por presión como parte de un plan de tratamiento multifactorial, se necesita evidencia más sólida para apoyar un tipo particular de apósito.

6 Bibliografía

- Spilsbury K, Nelson A, Cullum N, Iglesias C, Nixon J, Mason S. Úlceras por presión y su tratamiento y efectos sobre la calidad de vida: perspectivas de hospitalización. J Adv Nurs . 2007; 57: 494–504.
- Moore ZE, Webster J. Apósitos y agentes tópicos para prevenir las úlceras por presión. Cochrane Database Syst Rev . 2013.
- Kallman U, Lindgren M. Validez predictiva de 4 escalas de evaluación de riesgos para la predicción del desarrollo de úlceras por presión en un entorno hospitalario. Adv Cuidado de heridas de la piel . 2014
- Black J, Alves P, Brindle CT, et al. Uso de apósitos para heridas para mejorar la prevención de úlceras por presión causadas por dispositivos médicos. Int J de la herida . Epub 1 de julio de 2013.
- Cubit K, McNally B, Lopez V. Reducción de la presión en el departamento de emergencias: evaluación de la aplicación profiláctica de un apósito sacro de silicio suave de bajo cizallamiento en pacientes médicos de alto riesgo. Int J de la herida 2013.
- Park KH. El efecto de un apósito de espuma con borde de silicona para la prevención de úlceras por presión y dermatitis asociada a la incontinencia en pacientes de la unidad de cuidados intensivos. J Herida Ostomía Continencia Enfermera 2014.
- Stephen-Haynes J. El papel de la protección de barrera en la prevención de úlceras por presión. Br J Nurs 2013.

Capítulo 59

FACTORES DE RIESGO PARA SUFRIR CAIDAS EN EL ANCIANO.

YOLANDA GONZALEZ FERNANDEZ

ANA MARÍA ALVAREZ FUEYO

1 Introducción

El envejecimiento se determina por cambios y transformaciones producidos por la interrelación entre factores intrínsecos (genéticos) y extrínsecos (ambientales), protectores o agresores (factores de riesgo) a lo largo de la vida.

Esto conlleva al anciano a situaciones de incapacidad, como inmovilidad, inestabilidad y deterioro intelectual.

La OMS define las caídas como la "consecuencia de cualquier acontecimiento que precipite a una persona al suelo en contra de su voluntad", y las caídas en personas mayores constituyen uno de los síndromes geriátricos, siendo un problema de salud común y grave con consecuencias devastadoras.

2 Objetivos

- Identificar de los factores de riesgo y una evaluación completa y cribado.

3 Metodología

Revisión bibliográfica y de la literatura científica existente para la identificación de los principales factores de riesgo asociados a las caídas. Se realizo una

búsqueda bibliográfica sistemática, que incluyen estudios descriptivos y transversales de publicaciones académicas revisadas: Dialnet, Scielo, NCBI, Cinahl, Medline, Science Direct, PubMed. Las palabras clave utilizadas fueron: anciano, caída ,riesgo y los operadores boleanos “ON “y “OR”.

4 Resultados

Las caídas son una causa principal de morbilidad y discapacidad en los ancianos. Una caída es un fenómeno multifactorial complejo.

A medida que una persona envejece, aumenta la probabilidad de acumular problemas médicos y sus medicamentos asociados, y también lo hace el riesgo de caerse. Se producen muchos cambios en la marcha con el envejecimiento, como una disminución en la velocidad de la marcha y la longitud del paso, una base más ancha y una disminución en la fuerza de las extremidades inferiores. Estos cambios son más pronunciados cuando las personas mayores caminan sobre superficies irregulares.

Es una paradoja, pero la caída es un factor de riesgo para sufrir nuevas caídas y suele suceder que ésta se asume como una consecuencia natural del proceso del envejecimiento. Muchas caídas en los ancianos son probablemente multifactoriales, como resultado de la convergencia de varios factores intrínsecos, farmacológicos, ambientales, conductuales y relacionados con la actividad.

Las medidas basadas en el rendimiento de la marcha, el equilibrio y la función neuromuscular reflejan el efecto combinado de las deficiencias sensoriales, neurológicas y musculoesqueléticas en la estabilidad postural .

Las caídas son un marcador reconocido de fragilidad y discapacidad de movilidad en los ancianos. La marcha normal y la estabilidad postural dependen del buen funcionamiento de los sistemas sensorial, neuromuscular y musculoesquelético.

La visión deteriorada, el deterioro sensorial de las extremidades inferiores, la fuerza reducida de las extremidades inferiores y la fuerza de agarre reducida están asociadas con el riesgo de caídas La artritis en extremidades inferiores y los trastornos del pie contribuyen a problemas de marcha y equilibrio y también se asocian con caídas.

Se sospecha que los medicamentos psicotrópicos, diuréticos, antihipertensivos y antiparkinsonianos, especialmente cuando se dosifican de manera inapropi-

ada, pueden contribuir a las caídas en los ancianos , al igual que los hipnótico-ansiolíticos, en particular las benzodiacepinas.
La demencia de tipo Alzheimer, derrame cerebral, cataratas e incontinencia urinaria, así como afecciones poco comunes como la enfermedad de Parkinson, están asociadas con caídas.

5 Discusión-Conclusión

Se debe prestar especial atención a las circunstancias de las caídas y la evaluación de los factores de riesgo. Una revisión cuidadosa de los medicamentos es de gran importancia, al igual que las evaluaciones funcionales y ambientales.

El examen físico debe incluir la evaluación de la marcha, la evaluación sensorial (incluida la audición y la visión), la medición de los signos vitales ortostáticos y la evaluación neurológica y musculoesquelética, así como la detección de depresión y deterioro cognitivo. El examen también debe incluir una revisión del calzado y la idoneidad de la ayuda para caminar. La evaluación o las investigaciones adicionales se guían por los hallazgos de la historia y el examen físico.

La educación pública dirigida tanto a la población de mayor edad como a la sociedad en general debe proporcionar información sobre los factores de riesgo de caídas y lesiones.

6 Bibliografía

- Tinetti ME, Kumar C. El paciente que se cae: "Siempre es una compensación" . JAMA. 2010; 303 (3): 258–66.
- Tinetti ME, Speechley M, Ginter SF. Factores de riesgo de caídas en personas mayores que viven en la comunidad. N - Engl J Med. 1988; Czerwinski E, Białoszewski D, Borowy P, Kumorek A, Białoszewski A. Epidemiología, importancia clínica, costos y prevención de caídas en personas mayores. Ortop Traumatol Rehabil. 2008.
- Tinetti ME. Práctica clinica. Prevención de caídas en personas mayores. N Engl J Med. 2003.
- Deandrea S, Lucenteforte E, Bravi F, Foschi R, La Vecchia C, Negri E. Factores de riesgo de caídas en personas mayores que viven en la comunidad: una revisión sistemática y un metanálisis. Epidemiología. 2010.

- Davenport RD, Vaidean GD, Jones CB, Chandler AM, Kessler LA, Mion LC, et al. Caídas después del alta después de una caída en el hospital. BMC Geriatr. 2009.
- Kuehn BM. La evaluación e intervención de atención primaria ayuda a prevenir las caídas entre los ancianos. JAMA 2010.
- Sattin RW . Caídas entre personas mayores: una perspectiva de salud pública. Ann Rev Public Health 1992.
- Tinetti ME, Doucette J, Claus E, et al. Factores de riesgo de lesiones graves durante caídas por personas mayores en la comunidad. J Am Geriatr Soc 1995.

Capítulo 60

EL PACIENTE TERMINAL Y FAMILIA EN LA FASE DE DUELO

MARIA DEL CARMEN MARTINEZ SANCHEZ

1 Introducción

En la actualidad los cuidados paliativos hacia el paciente al final de su vida deben tener en cuenta no solo al paciente sino tambien a su familia. Enfermeria como personal sanitario tiene un papel primordial para ayudar a abordar de forma correcta esta dura situación.

2 Objetivos

Analizar los cuidados a la familia del paciente terminal por parte de enfermería asi como las vivencias de los familiares en relacion a la situación de pérdida de un ser querido.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La gran mayoria de los articulos hacen especial énfasis en que la comunicacion, síntomas y medidas de confort que representan la clave para un correcto abordaje del paciente terminal, asi como para el duelo de las familias.
La mayoria de los pacientes y familiares valoran como prioritarios los siguientes aspectos:
- Buen control de síntomas somáticos.
- Posibilidad de autonomia y control por parte del enfermo.
- Proporcionar un buen apoyo afectivo.
- Ayudar a la persona que está muriendo a encontrar sentido a su existencia

5 Discusión-Conclusión

Existe una gran necesidad de elaborar nuevas estrategias y guías tanto para el personal sanitario como para los estudiantes del ámbito sanitario con el objetivo de poder ayudar más a los pacientes terminales y sus familias, tanto en sus necesidades físicas como psicológicas y espirituales.

6 Bibliografía

- Allegue Gallego. J. M. et alts . Protocolo para el desarrollo e implementacion del plan integral de cuidados paliativos en el servicio murciano de salud. Ed. consejeria de sanidad y consumo de la region de Murcia 2017.
- Figueredo Villa Katiuska. Cuidados paliativos: Evolucion y desarrollo en cuba. Revista enfermeria global 21 enero 2011.
- Hockeley J The evolution of the hospital apparach. En clark P, Hoxcckley J, Ahmedzai (eds) New the mes in Palliative Care. Buckinghan: open university press; 1997, 84-100

Capítulo 61

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC).

CRISTINA PELAYO RUEDA

ROBERTO DORREGO GONZALEZ

1 Introducción

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) se caracteriza esencialmente por una limitación crónica al flujo aéreo poco reversible y asociada principalmente al humo de tabaco.

Constituye la quinta causa de muerte en los países de nuestro entorno y se prevé que su prevalencia siga aumentando. Se trata de una enfermedad infradiagnosticada y con una elevada morbimortalidad y supone un problema de salud pública de gran magnitud.

La espirometría forzada posbroncodilatación es la prueba que permite el diagnóstico y la evaluación de la EPOC, porque es la manera más reproducible, normalizada y objetiva de medir la limitación del flujo de aire, cuando el cociente que resulta de dividir el volumen espiratorio forzado en 1 segundo (FEV1) entre la capacidad vital forzada (FVC) posbroncodilatación es menor de 0,7. El valor del FEV1 es el mejor indicador de la gravedad de la obstrucción y se utiliza como primer parámetro para clasificar la enfermedad.

La clasificación más difundida es la propuesta por Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD), que también es la utilizada por American Thoracic Society (ATS), la European Respiratory Society (ERS) y también por la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR). En esta clasificación se definen cuatro estadios de gravedad (leve, moderada, grave y muy grave) en función del valor del FEV1.

Los síntomas suelen iniciarse a partir de los 40 - 50 años. Los síntomas más frecuentes son:

- Disnea. Constituye el síntoma principal de la EPOC aunque puede ser percibida de forma desigual por pacientes con el mismo grado de limitación al flujo aéreo y especialmente en los pacientes de mayor edad. Aparece en las fases más avanzadas de la enfermedad y se desarrolla de forma progresiva hasta limitar las actividades de la vida diaria. El instrumento de medida más recomendado y más utilizado es la escala del Medical Research Council.
- Tos y expectoración. Es productiva y de predominio matutino. No guarda relación con el déficit funcional. Las características del esputo pueden ser de utilidad clínica si aumenta de volumen o aparece purulencia porque puede indicar exacerbación infecciosa de la EPOC.
- Intolerancia al ejercicio. es la consecuencia más incapacitante que presentan las personas con EPOC.
- Anorexia y pérdida de peso. que suelen aparecer en fases avanzadas de la enfermedad.

El principal factor de riesgo de la EPOC es el consumo de tabaco. Representa un 80-90% del riesgo de desarrollar esta enfermedad. El tabaquismo es considerado como una enfermedad adictiva. De acuerdo con los resultados de la Encuesta Nacional de Salud de 2006, el 29,50% de la población general española de 16 años y más años de edad, es consumidora habitual de tabaco. Por grupos de edad el porcentaje de población fumadora más alto se observa en el grupo de 25 a 34 años (40,06%), seguido por el grupo de 35 a 44 años (37,59%).

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica para el desarrollo de este trabajo. Inicialmente, se buscaron los descriptores de la salud en la Biblioteca Virtual de la Salud (BVS). Utilizando las palabras EPOC, tabaquismos y educación.

La información ha sido obtenida de dos directorios como son la Biblioteca Cochrane y la US National Library of Medicine (PubMed). En la búsqueda inicial se usan los directorios “pulmonary disease chronic obstructive and smoking” dando como resultado de 7466 artículos. Tras la aplicación de filtros de la

información (caso clínico, humanos y últimos 5 años) se obtienen un total de 267 artículos.

Los artículos encontrados en los que se relacionan el abandono del hábito tabáquico en el paciente con EPOC, evidencia que la combinación de intervenciones psicosociales y farmacológicas es realmente más efectiva que ninguna intervención psicosocial sola. Y que el abandono del hábito tabáquico reduce de manera significativa las exacerbaciones.

Uno de los artículos encontrados sobre el efecto de la educación profesional sobre los resultados de EPOC en la atención primaria, concluyeron que no lograron los cambios esperados en la calidad de vida medida por cuestionario respiratorio de St. George (SGRQ). Sin embargo, este estudio observó una mejora en el estilo de vida de los pacientes.

Se encuentra un estudio que tiene como objetivo evaluar la asociación entre la presencia del cuidador y la adherencia al tratamiento. Dicho estudio, concluyó que mejora la adherencia en los pacientes con EPOC.

La realización de un caso clínico de una enfermedad crónica desde la atención primaria de salud hace que las intervenciones se puedan realizar con mayor comodidad. Debido a las características de una enfermedad crónica intentaremos informarle de los signos y síntomas, para mantener la enfermedad en sus estadios más iniciales y evitar las exacerbaciones mediante una educación sanitaria.

La elaboración de este trabajo se justifica porque según los datos obtenidos es un importante problema de salud con graves y múltiples consecuencias en: pacientes, familias, profesionales y sistema sanitario.

2 Objetivos

Objetivo general:
- Realizar un plan de cuidados individualizado con un paciente diagnosticado de EPOC.

Objetivos específicos:
- Intentar disminuir o abandonar el habito tabáquico.
- Proporcionar educación para la salud en el paciente con EPOC.
- Involucrar a la familia tanto en el conocimiento de la enfermedad como en la adherencia al tratamiento.

3 Metodología

La selección del paciente para la realización del proceso de atención de enfermería se realizó desde la consulta de enfermería de atención primaria.

Los criterios de selección del paciente fueron los siguientes:
- Paciente de edad igual o mayor de 70 años.
- Paciente con EPOC en un estadio moderado.
- Paciente fumador de larga evolución.
- Paciente que vive en el domicilio y lleva a cabo las actividades básicas de la vida diaria dentro de sus posibilidades.
- Paciente informado y cumplimentado el consentimiento informado.

La recogida de datos del paciente se hace mediante una entrevista directa, en la cual se le hace una exploración física y toma de constantes.

Se trata de un paciente varón de 78 años de edad que acude a la consulta de enfermería a una revisión anual. En la actualidad, vive en la zona rural junto con su mujer y su hija, las cuales le acompañan a la consulta y supervisan la medicación del paciente. Presenta un peso de 102 kilos y una talla 177 cm. Su tensión arterial sistólica es de 130 mm/Hg y la diastólica es de 65 mm/Hg. La saturación es de 92%.

Se le diagnóstica como enfermo pulmonar crónico desde los 60 años a causa de neumonía de repetición por el servicio de neumología. El paciente comenzó a fumar a los 15 años hasta los episodios de neumonías. En la actualidad, confirma en la consulta de enfermería que su consumo de tabaco ha ido aumentando progresivamente en los últimos 5 años y por tanto, también las complicaciones de la enfermedad. Se encuentra en tratamiento con inhaladores beta-colinérgicos de larga duración como Oslif de 150 mg y anti-colinérgicos como Spiriva 18mg por la mañana. La medicación habitual es Bromacepam 1´5 mg por la mañana y Fluoxetina 60 mg por la mañana.

Este plan incluye:
- Valoración de enfermería según patrones funcionales de Marjory Gordon.
- Exposición de los principales problemas de enfermería, recogidos en etiquetas diagnosticas siguiendo la taxonomia II de la NANDA.
- Selección de los resultados esperados según la taxonomia NOC.
- Intervenciones enfermeras necesarias para dar solución a estos problemas utilizando la clasificación NIC.

- Desarrollo de la evaluación para cada uno de los diagnósticos enfermeros.

Se han usado los siguientes cuestionarios y escalas:
- Modelo Transteórico para el cambio de Prochaska y Di Clemente.
- Escala para evaluar los estadios de cambio en personas fumadoras.
- Test de Richmond. Medición de la motivación para dejar de fumar.
- Test de Fagerström de dependencia de la nicotina.
- Test de Glover Nilsson de dependencia psico-conductual.
- Cuestionario Respiratorio de Saint George.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

Los diagnósticos de enfermería han sido priorizados en función de la importancia para la salud del paciente. Se han llevado a cabo por los profesionales sanitarios en colaboración con el paciente.

00032 PATRÓN RESPIRATORIO INEFICAZ r/c el proceso de la enfermedad

NOC
0415 ESTADO RESPIRATORIO
Dominio: Salud fisiológico (II)
Clase: Cardiopulmonar (E)
041509 Pruebas de función pulmonar manteniéndose en el nivel 3 (desviación moderada del rango normal) en un periodo de dos meses.

NIC
3390 AYUDA A LA VENTILACIÓN
Campo 1: Fisiológico básico
Clase: Facilitación de los autocuidados (F)

3140 MANEJO DE LAS VÍAS AÉREAS
Campo 1: Fisiológico básico
Clase: Facilitación de los autocuidados (F)

0069 AFRONTAMIENTO INEFICAZ r/c consumo de sustancias

NOC
1305 MODIFICACIÓN PSICOSOCIAL: CAMBIO DE VIDA

Dominio: Salud fisiológico (II)
Clase: Cardiopulmonar (E)
130501 Establecimiento de objetivos realistas pasado del nivel 2 (raramente demostrado) al nivel 3 (a veces demostrado) en un periodo de dos meses.
NIC
5230 AUMENTAR EL AFRONTAMIENTO
Campo 3: Conductual
Clase: Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles(R)

00198 TRASTORNO DEL PATRÓN DELSUEÑO r/c la dificultad respiratoria

NOC
0004 SUEÑO
Dominio: Salud funcional (I)
Clase: Mantenimiento de la energía(A)
000403 Patrón del sueño pasará de un nivel 3(moderadamente comprometido) a nivel 4(levemente comprometido) en un periodo de una semana.

NIC
1850 MEJORAR EL SUEÑO
Campo 1: Fisiológico básico
Clase: Facilitación de los autocuidados (F)

00003 RIESGO DE DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL POR EXCESO r/c ingesta abundante e inactividad física

NOC
1841 CONOCIMIENTO: MANEJO DEL PESO
Dominio: conocimiento y conducta de salud (IV)
Clase: Conocimientos sobre salud (S)
184105 Relación entre dieta, ejercicio y peso pasando de un nivel 2 (escaso conocimiento) a un nivel 3 (conocimiento moderado) en un periodo de dos meses.

NIC
5246 ASESORAMIENTO NUTRICIONAL
Campo 1: Fisiológico básico
Clase: Apoyo nutricional (D)

00097 DÉFICIT DE ACTIVIDADES RECREATIVAS r/c su proceso de la enfermedad
NOC

1604 PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES DE OCIO
Dominio: conocimiento y conducta de salud (IV)
Clase: conducta de salud (Q)
160403 Uso de habilidades sociales y de interacción apropiadas pasando de un nivel 2 (raramente demostrado) al nivel 3 (a veces demostrado) en un periodo de dos meses.

NIC
5100 POTENCIACIÓN DE LA SOCIALIZACIÓN
Campo 3: Conductual
Clase: Potenciación de la comunicación (Q)
5360 TERAPIA DE ENTRETENIMIENTO
Campo 3: Conductual
Clase: Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles(R)

PROBLEMAS DE COLABORACIÓN

COMPLICACIÓN POTENCIAL del proceso de la enfermedad secundario al habito tabáquico

NOC
1603.-CONDUCTA DE BÚSQUEDA DE LA SALUD
Dominio: conocimiento y conducta de salud (IV)
Clase: conducta de salud (Q)
160306. Describe estrategias para eliminar la conducta insana pasando del nivel 2 (raramente demostrable) al nivel 3 (a veces demostrado) en un periodo de dos meses.

NIC
5250.-APOYO EN LA TOMA DE DECISIONES
Campo 3: Conductual
Clase: Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles(R)

5440.-AUMENTAR LOS SISTEMAS DE APOYO
Campo 3: Conductual
Clase: Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles(R)

6610.-IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS
Campo 4: Seguridad
Clase: Control de riesgos (V)

4490.-AYUDA PARA DEJAR DE FUMAR
Campo 3: Conductual
Clase: Terapia conductual(O)

COMPLICACIÓN POTENCIAL de la mucosa oral secundario a la medicación

NOC
1100 HIGIENE BUCAL
Dominio: Salud fisiológico (II)
Clase: Integridad tisular (L)
110022 Lesiones de la mucosa oral pasando de un nivel 3 (moderado) a un nivel 5 (ninguno) en un periodo de dos meses.

NIC
1720 FOMENTAR LA SALUD BUCAL
Campo1: Fisiológico básicos
Clase: Facilitación de los autocuidados (F)

Los cuidados en relación con la valoración realizada y acuerdo a su patología han sido elaborados y llevados a cabo en torno a tres principios fundamentales: conocimiento de la enfermedad, manejo de los síntomas y deshabituación tabáquica.

Plan de actuación
Las intervenciones de enfermería han sido llevadas a cabo durante dos meses (Marzo y Abril), durante los cuales se concertaba una cita con el paciente una vez por semana siendo un total 9 sesiones con una duración de 45 minutos cada sesión.
Los temas trabajados han versado sobre su enfermedad y sobre la deshabituación tabáquica. Los demás patrones alterados del paciente fueron tratados de manera independiente en la consulta. El paciente efectúa unos test facilitados por el personal de enfermería para saber su disposición y actitud en relación con el habito tabáquico.

4 Resultados

La valoración por los Patrones Funcionales de Marjory Gordon, fue muy útil para la elaboración de los diagnósticos de enfermería, la planificación de intervenciones y la evaluación de resultados, mostrándose alterados, los siguientes

patrones:

En cuanto a los diagnósticos de enfermería, el "patrón respiratorio ineficaz" ha obtenido un resultado favorable, ya que a través de las intervenciones de enfermería tales como mantener las vías permeables, técnicas de respiración, el uso del espirómetro de incentivo y control periódico del estado de la respiración, el paciente mantiene el objetivo de no desviarse del rango normal moderado, manteniéndose en el nivel 3.

El diagnóstico de enfermería "afrontamiento ineficaz" ha sido alcanzado a través de la realización de las intervenciones de enfermería en el periodo establecido. Las intervenciones realizadas para aumentar el afrontamiento son: comprender el proceso de la enfermedad, valorar una respuesta alternativa a la situación, evaluar la capacidad para la toma de decisiones, explorar los éxitos anteriores y animarle a identificar los puntos fuertes y sus capacidades.

Durante la sesiones de enfermería este objetivo ha sido el más difícil de modificar, ya que el paciente parte de un estado precontemplativo en el Modelo Transteórico para el cambio de Prochaska y Di Clemente. En la ultima sesión, el paciente consigue un estado contemplativo, admitiendo querer dejar de fumar en un periodo inferior de 6 meses.

El diagnóstico de "trastorno del patrón del sueño" mediante las intervenciones de enfermería ha conseguido el objetivo, pasando del moderadamente comprometido a levemente comprometido. Una correcta educación sobre los hábitos del sueño ha hecho que nuestro paciente tenga unos buenos resultados. No sufrir exacerbaciones tales como tos y disnea durante el periodo de estudio ha sido de gran ayuda.

En cuanto el "riesgo de desequilibrio nutricional por exceso" el paciente afirma que siempre ha tenido sobrepeso. Las intervenciones de enfermería de asesoramiento nutricional con actividades tales como determinar la ingesta, disminuir las necesidades nutricionales y conocer los hábitos alimentarios, han conseguido un aumento de conocimientos en el paciente pero no se ha reducido el peso e índice de masa corporal. Por tanto, el objetivo solo se ha cumplido en parte.

Los resultados obtenidos en la realización de actividades recreativas han sido favorables en el diagnóstico "déficit de actividades recreativas", ya que al ser un paciente muy sociable se ha integrado correctamente. Animar al paciente a pertenecer a un grupo de la comunidad ha conseguido que aumente el autoestima

y aprecie la vida de una forma distinta. Consiguiendo el objetivo en un tiempo inferior al estipulado.

Los problemas de colaboración han sido realizados con la participación del médico de atención primaria. Las intervenciones de enfermería en el "tabaquismo" han sido: apoyo en la toma de decisiones, aumentar los sistemas de apoyo, identificación de riesgos y ayuda para dejar de fumar. Estas intervenciones han hecho que se consiga el objetivo planteado siendo el paciente consciente de las conductas insanas en el tiempo establecido. El paciente comprende que el consumo de sustancias perjudica gravemente su salud, sobretodo su estado respiratorio. Mediante una intervención breve se identifica el tipo de fumador, el consumo diario y el nivel de dependencia. Se realizan una serie de sesiones personalizadas para la deshabituación tabáquica. Obteniendo como resultado que el paciente sea consciente de su enfermedad y un cambio de motivación.

Las "lesiones de la mucosa oral" se producen como efecto secundario de los inhaladores prescritos por su médico. Una correcta formación en higiene bucal haría que el paciente obtuviera un resultado favorable.
A pesar de la formación, el paciente no consigue solucionar sus problemas con la mucosa oral y malos hábitos de higiene bucal.

5 Discusión-Conclusión

La valoración general de la atención de enfermería ha sido satisfactoria, dado que la mayoría de los diagnósticos/problemas han tenido un resultado favorable. El motivo de no haber resuelto la totalidad de los diagnósticos ha sido por falta de tiempo.

Inicialmente, se ha utilizado la revisión sistemática para la búsqueda de evidencia en el campo de la deshabituación tabáquica, la educación y la implicación de la familia, como paso previo a la realización de este trabajo.

Partiendo de esta información, hemos podido comprobar que el paciente necesitaba concienciarse de la necesidad de dejar de fumar, pero en la mayoría de los casos es necesario un tratamiento farmacológico. Una intervención conjunta (psicosocial y farmacológica) aumenta el éxito de la intervenciones.9 Posiblemente, si el paciente hubiera incorporado un tratamiento sustitutivo de nicotina junto con la disminución del número de cigarrillos hubiera conseguido establecer un día "D" para dejar de fumar. Uno de los objetivos específicos del trabajo era inten-

tar el cese o disminución del consumo de cigarrillos. El paciente ha conseguido reducir su consumo de cigarrillos, pero no ha conseguido dejar de fumar.

El hecho de trabajar con un paciente que tenía una dependencia media a la nicotina y una baja motivación, hace que un pequeño cambio en su mentalidad, sea un gran paso para en el futuro dejar de fumar.

La búsqueda de evidencia sobre la educación en el paciente con EPOC muestra una mejora en el estilo de vida de los pacientes, a pesar de que esto no resultó en un cambio significativo en la evolución clínica.10 El paciente realizó el "Cuestionario Respiratorio de Saint George" sobre la calidad de vida pero al ser un periodo reducido (Abril y Marzo) no se pudo valorar, ya que los resultados fueron muy parecidos.

Otro de los objetivos específicos del trabajo era el aumento de conocimientos de la enfermedad. Mediante las sesiones de enfermería, se han conocido todos los aspectos de la enfermedad (definición, etiología, síntomas, factores de riesgo) y se han resulto las dudas más frecuentes de este tipo de pacientes, así como el manejo de los inhaladores.

Quizás este aumento de conocimientos haga que el paciente sea más consciente de la necesidad de cuidarse y facilite un cambio de mentalidad. Un plan de mejora pudiera ser el uso de charlas grupales, haciendo que el paciente comparta experiencias con el resto de pacientes y encuentre una motivación extra.

El último de los objetivos específicos fue la implicación de la familia tanto en el conocimiento de la enfermedad como en el tratamiento.11 La realización de algunas de las sesiones con el cuidador principal, hizo que la propia familia participara en la deshabituación tabáquica. La asistencia de la familia fue de forma voluntaria e hizo que el paciente se sintiera más arropado en la toma de decisiones. La asistencia a las sesiones solo era en la parte inicial de la entrevista durante los primeros 15 minutos de un total de 45 minutos.

La utilización de la familia en la sesiones de enfermería puede tener una parte positiva en el paciente (sintiéndose querido y apoyado por su familia) o una parte negativa (provocando en el paciente un rechazo y sintiendo invadida la intimidad), por tanto es el paciente el que tiene que decidir si admite la presencia de la familia.

Posiblemente, la realización de un caso clínico de deshabituación tabáquica tenga que ser tratado de una forma multidisciplinar por el equipo de atención primaria

(médico y psicóloga), ya que la intervención de enfermería se queda incompleta.

6 Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad y Política Social. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Estrategia en EPOC del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009. Disponible en http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EstrategiaEPOCSNS.pdf.
2009.
2. Bousquet J, Kiley J, Bateman ED, Viegi G, Cruz AA, Khaltaev N, et al. Prioritised research agenda for prevention and control of chronic respiratory diseases. Eur Respir. 2010 Nov;36(5):995-1001.
3. Peña VS, Miravitlles M, Gabriel R, Jimenez-Ruiz CA, Villasante C, Masa JF, et al. Geographic variations in prevalence and underdiagnosis of COPD: results of the IBERPOC multicentre epidemiological study. Chest 2000 Oct;118(4):981-9.
4. Miravitlles M, Soriano JB, Garcia-Rio F, Munoz L, Duran-Tauleria E, Sanchez G, et al. Prevalence of COPD in Spain: impact of undiagnosed COPD on qua-lity of life and daily life activities. Thorax 2009 Oct;64(10):863-8.
5. Soriano JB, Ancochea J, Miravitlles M, Garcia-Rio F, Duran-Tauleria E, Munoz L, et al. Recent trends in COPD prevalence in Spain: a repeated cross-sectional survey 1997-2007. Eur Respir J 2010 Oct;36(4):758-65.
6. Pauwels RA, Buist AS, Calverley PM, Jenkins CR, Hurd SS. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. NHLBI/WHO Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) Workshop summary. Am J Respir Crit Care Med 2001 Apr;163(5):1256-76.
7. Calle Rubio M, Lobo Álvarez MA, Marzo Castillejo M, Mascaros Balaguer E, Mascort Roca J, Sala Llinas E, Pere Simonet A, Soler Cataluña JJ, Trillo Fernández C, editores. Manual de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica. 2ª ed. Barcelona: SEPAR; 2010.
8. Agüero Balbín R, Gisbert García JA, Hierro Cámara M, López Cano M, Pellico López A, Valle Madrazo T, editores. Manual de actualización en el abordaje del EPOC. Santander: Servicio Cántabro de Salud; 2011.
9. Van der Meer RM, Wagena EJ, Ostelo RWJG, Jacobs JE, van Schayck CP Abandono del hábito de fumar para la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd.

10. Monteagudo M , Rodríguez-Blanco T, Llagostera M, Valero C, Bayona X, Granollers S, Ferro JJ, Acedo M, Almeda J, Rodríguez-Latre L, Muñoz L, Miravitlles M, et al. Efecto de la educación profesional de la salud sobre los resultados de la crónica obstructiva enfermedad pulmonar en la atención primaria: un no-aleatorizado ensayo clínico. Resp 2013 May; 18 (4):718-27.
11. Trivedi RB , Bryson CL, Udris E. La influencia de los cuidadores informales en la adherencia en pacientes con EPOC. Ann compor Med. 2012 Aug; 44:66-72.
12. NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2012-2014. Barcelona: Elsevier; 2012.
13. Alfaro-LeFevre, R. Aplicación del Proceso Enfermero. Guía paso a paso. 5ª ed. Barcelona. Masson. 2003.
14. Jonson, M, Bulechek, G.Butcher H, Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. Barcelona Elsevier-Mosby, 2007.
15. Moorhead S, Jonson M, Maas M, Swanson E. Clasificación de resultados de Enfermería (NOC). 5ª ed Barcelona. Elsevier-España, 2013.
16. Bulechek G, Butcher H K, Butcher H, Dochterman J. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 6ª ed Barcelona. Elsevier-España, 2013.

Capítulo 62

HIPNOSIS CLÍNICA: BUSCANDO NUEVAS HERRAMIENTAS PARA EL CONTROL DEL DOLOR EN PACIENTES CON NECESIDADES PALIATIVAS.

MARÍA JOSÉ DÍAZ COUSO

JONATHAN ELENA VARELA

MARÍA ARANZAZU SECADES GARCÍA

1 Introducción

Los/as enfermeros/as convivimos diariamente con el dolor y la muerte, pero son innumerables las ocasiones en las que nuestros cuidados no consiguen calmar, como mucho aliviar, el inmenso sufrimiento de pacientes y familiares. Se estima que hasta un 70-80% (1) de los pacientes oncológicos susceptibles de cuidados paliativos sufren dolor.

Cuidados conformes a "lex artis", dispensados según la mejor evidencia científica disponible, resultan insuficientes ante tanto dolor, y nos llevan a buscar nuevas herramientas de actuación para atajarlo. Nuestra falta de competencia se hace aún más patente en presencia del "dolor total" del paciente paliativo, descrito por Cicely Saunders, y que requiere un abordaje integral y multidisciplinar.

En la experiencia dolorosa además de los factores físicos influyen otros emocionales, sociales, económicos, espirituales, … Que no responden al tratamiento

con opioides, pero se benefician de la todavía escasa presencia de psicólogos en los equipos de cuidados paliativos. Éstos suelen destacar entre el resto de los profesionales por sus capacidades de comunicación y resolución de problemas, aunque su trabajo, discreto, suele pasar desapercibido. De entre las técnicas que utilizan en su práctica asistencial hemos elegido la hipnosis para este estudio por su relación riesgo-beneficio y su bajo coste.

2 Objetivos

Objetivo general:
- Describir en qué consiste la hipnosis clínica, su grado de evidencia científica en el control del dolor y sus posibles aplicaciones en el terreno de los cuidados paliativos.
- Mejorar la calidad de vida del paciente paliativo y sus familias.

Objetivos secundarios:
- Describir en qué consiste la hipnosis clínica.
- Conocer la evidencia científica de ésta en el tratamiento del dolor.
- Detectar sus posibles aplicaciones en el entorno de los cuidados paliativos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se realiza una búsqueda libre, utilizando como buscadores "Google académico". Asistencia a la V Jornada sobre intervención del duelo con hipnosis clínica organizada por el Colegio Oficial de Psicólogos de Asturias. Entrevista con miembros del grupo de hipnosis del Colegio Oficial de Psicólogos de Asturias. Participación, como sujeto, en una sesión de hipnosis clínica. Palabras clave: hipnosis clínica, cuidados paliativos, dolor.

4 Resultados

La hipnosis clínica es un conjunto de procedimientos en los que una terapeuta profesional (hipnotizador) sugiere a otra (paciente) que experimente diversos cambios en una sensación (por ejemplo alivio del dolor), percepción, cognición, o en el control sobre una conducta motora. No es una terapia en sí misma, si

no una herramienta terapéutica; no suele utilizarse como técnica aislada, si no dentro de una terapia más amplia.

Consta de 3 fases: aceptación o permiso, inducción y sugestiones. Durante la inducción el terapeuta, hablando en un tono amable y tranquilo, describe imágenes que crean una sensación de relajación, seguridad y bienestar. El sujeto se concentra en lo que el terapeuta le va diciendo, focalizando la atención consciente; reduciendo la percepción de la información periférica y distrayéndose de estímulos negativos.

Luego el terapeuta puede emplear sugestiones visuales, sensoriales o cognitivas dirigidas ya a los fines terapéuticos, por ejemplo:
- Dar forma y color al dolor y sugerir que vaya ocupando menos espacio o volviéndose transparente.
- Visualizar el dolor de un color y el resto del cuerpo de otro que se va extendiendo lentamente hasta eliminar el color del dolor.
- Imaginar que el dolor es una radio con un interruptor para bajar el volumen.
- Sugerir que el dolor es un clavo para ir retirándolo.
- Conseguir mediante sugestión el entumecimiento de la mano, que luego irá anestesiando las zonas que toque (guante de anestesia).
- Sustituir el dolor por otras sensaciones menos negativas: presión, calor, vibración, etc.
- Realizar tareas mentales para distraer el dolor (sumas, recitar…).
- Entrenar estrategias de afrontamiento.
- Sugerirle que se experimente a sí mismo en otra sitación, tiempo o lugar.

La variabilidad de los beneficios depende de la sugestionabilidad de los pacientes, pero ésta es entrenable No tiene efectos secundarios ni riesgos de reacciones adversas. Algunos autores describen un estado de "trance" o alteración de la conciencia inducido, mientras que otros denominados escépticos o teóricos del no-estado, se muestran contrarios a esta idea. En todo caso, no existe pérdida de control ni aumento de la vulnerabilidad. El sujeto no está inconsciente, está relajado; si pierde la consciencia es simplemente porque se ha dormido. Participa activamente en la sesión y pude finalizarla cuando quiera. Suele recordar lo que pasa durante la hipnosis; nada que ver con la imagen del misterioso hipnotizador de feria transmitida desde el mundo del espectáculo.

El desarrollo de las técnicas de imagen (SPECT, PET, MRI) y neurofisiología (EEG, EMG, PEC) ha respaldado una nueva etapa en la historia de la hipnosis, pero aún no existe consenso científico en cuanto al origen de su efectividad. Se producen:

activación del sistema nervioso parasimpático, cambios en la actividad dopaminérgica, en la actividad cerebral (inhibición frontal y límbica, lateralización) en la composición de las ondas cerebrales, en los reflejos optocinéticos, …

El terapeuta es un profesional entrenado, psicólogo, psiquiatra o médico. La hipnosis se estudia en la universidad (EEUU, Canadá, Australia, Alemania, Gran Bretaña, España…) y países como Bélgica y Francia la utilizan en sanidad pública como coadyuvente de la anestesia. Existe amplia evidencia científica de su utilidad en el manejo del dolor (agudo o crónico), ansiedad (incluidas fobias), adicciones, recuerdos traumáticos y trastornos psicofisiológicos. Su utilidad ha sido reconocida públicamente por relevantes agrupaciones internacionales: American Medical Association, British Medical Association, American Psycological Association…

Se conservan pruebas de la práctica de hipnosis y sugestión en el Antiguo Egipto, Grecia y la India; pero se considera al Dr. Mesmer (médico alemán del siglo XVIII), el padre de la hipnosis. El término hipnosis no fue propuesto hasta 1.842 por el cirujano escocés James Braid. Liebault y Bernheim formaron la primera escuela de hipnotismo. Y muchas otras figuras conocidas practicaron la hipnosis o la sugestión: Charcot, Ramón y Cajal, Freud, Breuer, Pavlov, Hull, Bandura…

En círculos científicos no se duda de su efectividad. Ha demostrado su eficacia en el tratamiento de: ansiedad, depresión, deshabituación tabáquica, asma, trastornos dermatológicos, síndrome del colon irritable, nauseas y vómitos en la quimioterapia, sometimiento a procedimientos médicos estresantes, estrés postraumático, dismenorrea, dolor crónico, quemaduras….

Efectos sobre la ansiedad:
- Schoenberg, Kirsch, Gearan, Montgomery y Pastynark 1997 (al hablar en público).
- Baker, Ainsworth, Togerson (2) 2009 (exámenes).
- Pelissolo 2016 depresión.
- Alladin y Alibhai (3).
- Shih, Yang y Koo 2009.

Estrés postraumático:
- O´Toole, Solomon y Bergdahl (4) 2016.
- Rotaru y Rusu (5) 2016.
- Brom, Kleber y Defare 1989.
- Cardeña, Maldonado, Van de Hart y Spiegel 2008.

Estrés agudo:
- Bryant et al 2016.

Adicciones:
- Green y Lynn (6) 2000 (tabaquismo).
- Hasan et al 2014 (tabaquismo).
- Ayala-corredor (7) 2010 (tabaquismo).
Control del peso:
- Bolocofsky, spinler y Coulthard- Morris (8) 1985.
- Gelo et al 2014.

Intervenciones quirúrgicas. Alivio de la ansiedad prequirúrgica, afrontamiento de la cirugía, control del dolor (coadyuvante), facilitación del postoperatorio, reducción del tratamiento farmacológico, del sangrado y del tiempo de hospitalización.
- Pinnell y Covino (9) 2000.
- Montgomery, David, Winkel, Silverstein y Bovbjerg (10) 2002.
- Montgomery et al (11) 2007 (cirugía de mama).
- Tefikow et al (12) 2013.
- Lang (241 pacientes, publicado en The Lancet).

Dolor:
- Montgomery et al 2006 (18 estudios 75% mejoría dolor).
- Montgomery, Duhamel y red 2006.
- Jensen et al 2006.
- Jensen y Patterson (13) 2014.
- Adachi, Fujino, Mashimo y Sasaki (14) 2014.
- Del Casale et al 2015 (neuroimagen funcional).
- Quirós Ramirez (15) 2013 (fibromialgia).
- Bernardy, Füber, Klose, Häuser (16) 2011 (fibromialgia).
- Álvarez Berzunza, Alcocer Martínez (17) 2007 (fibromialgia).
- Castel, Perez, Sala, Padrol y Rull 2007 (55 pacientes con fibromialgia).
- Pinto y Montoya (18) 2010 (quemaduras)
- Tan et al 2015 (lumbalgia crónica).

Gastroenterología. Mejoría en los síntomas intestinales, bienestar psicológico y calidad de vida:
- Gonsalkorale y whorwell (19) 2005 (intestino irritable).
- Gonsalkorale, Houghton y whorwell 2002 (intestino irritable).
- Whitehead 2006.

- Whorwell (20) 2006 (colon irritable).
- Gonsalkorale (21) 2006.
- Palsson 2006.
- Ballou y Keefer (22) 2017 (enfermedad inflamatoria intestinal).
- Fernández Méndez y Pérez Vidal 2000 (enfermedad de Crohn).

Trastornos respiratorios. Disminución de la obstrucción de las vías respiratorias y mejoría en la estabilización:
- Brown 2007 (asma).

Trastornos cardiovasculares:
- Lynn et al 2000 (hipertensión).

Obstetricia. Facilita el parto, reduce su duración, el dolor, el uso de medicación, la probabilidad de partos prematuros, mejora la eficacia de la fertilización artificial.
- Cyna, McAuliffe y Andrew (23) 2004 (parto).
- Jenkins y Prtichard 1993 (parto).
- Brown y Hammond (24) 2007 (parto).
- Levitas et al 2006 (25) (fertilización artificial).

Dermatología:
- Ewin 1992.
- Zachariae, Oster, Bjerring y Kargballe (26) 1996 (psoriasis).
- Lynn y Kirsch 2006.

Oncología. Manejo del dolor y la ansiedad, disminución de la emesis:
- Dupuis, Roscoe, Olver, Aapro y Molassiotis 2017 (nauseas y vómitos anticipatorios quimioterapia).
- Montgomery et al 2009.
- Montgomery et al 2014 (fatiga relacionada con el cáncer).
- Mendoza et al 2017 (dolor, fatiga y problemas del sueño relacionados con el cáncer).

Pediatría. Tratamiento de la enuresis nocturna, disminución del dolor en procedimientos como aspiración de médula y punciones lumbares:
- Adinolfi y Gava 2013.
- Miro et al 2016 (dolor en niños).
- Kohen y Kaiser (27) 2014.

Odontología:
- Molina-del-Peral, Mendoza, Díez González et al 2016.

5 Discusión-Conclusión

Existe abundante evidencia científica disponible (casos-control y meta-análisis) sobre los beneficios de la hipnosis en tratamientos de diferentes tipos dolor (cefalea, fibromialgia, dolor de parto, oncológico, quirúrgico, por quemaduras….), aunque ninguno específico en el paciente terminal.

No obstante, se cita la hipnosis como terapia no farmacológica eficaz en infinidad de artículos que hacen referencia a estos pacientes.
Los pacientes susceptibles de cuidados paliativos podrían beneficiarse de la hipnosis no sólo para el control del dolor, sino también para otros síntomas como ansiedad, depresión, insomnio, nauseas, vómitos, astenia y disnea.

No existen efectos secundarios, ni contraindicaciones para su tratamiento, y puede aportar un importante ahorro en el gasto sanitario.
Además, un menor consumo farmacológico contribuiría a disminuir efectos adversos, como somnolencia o estreñimiento, e interacciones medicamentosas. Mejoraría, por tanto, la calidad de vida de estos pacientes.

Aunque los estudios en estas poblaciones presentan ciertas dificultades para su seguimiento, se recomienda su realización por lo múltiples beneficios que pueden aportar.

También se puede concluir, que a pesar de la proliferación de estudios y literatura y del reconocimiento de organizaciones internacionales, la hipnosis es una gran desconocida, tanto entre los profesionales sanitarios como entre el público en general. El desconocimiento de sus utilidades y beneficios limita su demanda, ajustando su oferta en el mercado.

La escasa representación de los psicólogos en nuestro sistema sanitario (incluso en los equipos de oncología y cuidados paliativos), y el tipo de revistas (altamente especializadas) en las que se difunden, puede ser las causas subyacentes. Requiere, por tanto, de los profesionales implicados, colegios y organizaciones, un mayor esfuerzo y presencia en medios de comunicación social.

6 Bibliografía

1- Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Manejo del dolor relacionado con el cáncer. Guía de consulta rápida. Barelona: 2006.

2- Ainsworth, H.R.; Torgerson, D.J.; Torgerson, C.J.; Bene, J.; Grant, C.; et al. The effect of hypnotherapy on exan anxiety and exam performance: a pilot randomised controlled trial, 2010. Effective education, 2 (2); 143-154.
3- Alladin, A.; Alibhai, A. La hipnoterapia cognitiva para la depresión: una investigación empírica. International Journal of clinical and experimental hipnosis, 2: 145-166.
4- O´Toole, S.K.; Solomon, S.L.; Bergdahl, S.A. A meta-analysis of Hypnotherapeutic Techinques in the treatment of PTSD symptoms. 2016. J. Trauma Stress; 29(1): 97-100.
5- Rotaru, R.S.; Rusu, A. A meta-analysis for the efficacy of hypnotherapy in alleviating PTSD symptoms, 2016. Journal of clinical and experimental hipnosis, 64(1): 116-136.
6- Green, J.P.; Lynn, S.J. Hypnosis and suggestion-based approaches to smoking cessation: an examination of evidence, 2000. J.Clinc. Exp. Hypn, 48(2): 195-224
7- Ayala Corredor, C. La hipnosis como intervención para la cesación del consumo de tabaco, 2010. Rev. Colomb psiquiat., 39: 224-234.
8- Bolocofsky, D.N.; Spinler, D. Coulthard-Morris, L. Effectiveness of hipnosis as and adjunct to behavioral weight management, 1985. J.Clin.Psychol, 41(1): 35-41.
9- Pinell, C.M., Covino, N.A. Empirical findings on the use of hipnosis in medicine: a critical review, 2000. J.clin Exp Hypn, 48(2): 170-194.
10- Montgomery, G.H.; David, D.; Winkel, G.; Silverstein, J.H.; bovbjerg, D.H. the effectiveness of adjunctive hipnosis with surgical patients: a meta-analysis, 2002. Anesth analg, 94(6): 1639-1945.
11- Montgomery, G.H.; Bovbjerg, D.H.; Schnur, J.B.; Goldfarb, A.; Weltz, C.R.; et al. A randomized clinical trial of a brief hipnosis intervention to control side effects in breast surgery patiens, 2007. J. natl cancer inst, 99(17): 1304-1312.
12- Tefikow, S.; Barth, J.; Maichrowitz, S.; Beelmann, A.; Strauss, B.; et al. Efficay of hypnossis in adults undergoing surgery of medical procedures: a meta-analysis of randomized controlled trials, 2013. Clin. Psychol. Rev, 33(5): 623-636.
13- Jensen, M.P.; Patterson, D.R. Hypnotic approaches for chronic pain management, 2014. Am Psychol, 69(2): 167-177.
14- Adachi, T.; Fujino, H.; Nakae, A.; Mashimo, T.; Sasaki; J. A meta-analysis of hipnosis for chronic pain problems: a comparison betwenn hypnosis, standard care, and other psychological interventions, 2014. J.Clin. Exp Hypn, 62(1): 1-28.
15- Quirós Ramírez, M. Hipnosis como tratamiento del dolor en pacientes con fibromialgia, 2013. Revista costarricense de psicología, 32(1)
16- Bernardy, K.; Füber, N.; Klose, P.; Häuser, W .Efficacy of hypnosis/guided imagery in fibromyalgia síndrome- a systematic review and meta-analysis of con-

trolled trials, 2011. BMC Musculoskelet disord, 12.
17- Álvarez Berzunza, J; Alcocer Martínez, L.M. Eficacia de la hipnois ericksoniana en el síndrome de fibromialgia en mujeres. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2007; 45(4).
18- Pinto, B.; Montoya, T. Hipnosis para el control del dolor en pacientes con quemaduras, 2010. Ajayu, 8(2): 122-156.
19- Gonsalkorale, W.M.; Houghton, L.A.; Whorwell, P.J. Hypnotherapy in irritable bowel síndrome: a large-scale audito of a clinical service with examination of factors influencing responsiveness, 2002. Am, . Gastroenterol, 97(4): 954-961.
20- Whorwell, P. Manejo eficaz del síndrome de colon irritable: El modelo de Manchester, 2004. International Journal of clinical and experimental hypnosis, 54: 21-26.
21- Gonsalkorale, W.M. Gut-directed hypnotherapy: the Manchester approach for treatment of irritable bowel síndrome, 2006. Int J.Clin Exp Hypn, 54(1): 27-50.
22- Ballou, S.; Keefer, L. Psychological interventions for irritable bowel síndrome and inflammatory bowel diseases, 2017. Clin. Transl. Gastroenterol, 8 (1).
23- Cyna, A.M.; McAuliffe, G.L.; Andrew, M.I. Hypnosis for pain relief in lbour and childbirth: a systematic review, 2004. Br J anaesth, 93: 505-511.
24- Brown, D.C.; Hammond, D.C. Evidence-based clinical hypnosis for obstetrics, labor and delivery, and preterm labor, 2007. Int J Clin Exp Hypn, 55 (3): 355-371.
25- Levitas, E.; Parmet, A.; Lunenfeld, E.; Bentov, Y.; Burstein, E., et al. Impact of hypnosis during embryo transfer on the outcome of in vitro fertilization-embryo transfer: a case-control study, 2006. Fertil Steril, 85(5): 1404-1048.
26- Zachariae, R.; Oster, H.; Bjerring, P.: Kragballe, K. Effects of psychologic intervention on psoriasis: a preliminary report; 1996. J.Am.Acad.Dermatol., 34(6):1008-1015
27- Kohen, D.P.; Kaiser, P. Clinical hypnosis with children and adolescents- Why? How?. Origins, applications and efficacy, 2014. Children, 1 (2): 74-98.
Cangas Díaz, A., & Pérez Álvarez, M. (1997). Transfmación de las instrucciones en sugestiones mediante procedimientos operantes. Psicotema , 1 (9), 167-174.

Capítulo 63

EMBARAZO Y ADOLESCENCIA.

AZUCENA MONJARDÍN PASARÍN

LAURA LAVANDEIRA CORCHO

LAURA CAMPOS RIOPEDRE

PATRICIA CAMPO GONZALEZ

CRISTINA LEMA GONZÁLEZ

1 Introducción

El embarazo adolescente es aquella condición de gestación que ocurre en la edad de la adolescencia, que comprende mujeres de hasta 19 años de edad, independiente de la edad ginecológica. Si bien en los países desarrollados se reconoce la adolescencia como grupo de población bien definido, en los países en vías de desarrollo es relativamente reciente ese reconocimiento. No obstante parece claro que la adolescencia se trata de una etapa de la vida situada entre la infancia y la madurez en la que se dan importantes cambios biológicos, psicológicos y sociales. Por ello, el adolescente necesita una atención diferenciada.

Se estima que en los países en desarrollo aproximadamente del 20% al 60% de los embarazos son no deseados, y que los adolescentes generalmente tienen escasa información sobre el correcto uso de medidas anticonceptivas y sobre la fertilidad (1).

Esta situación se ha convertido en un problema de salud pública importante, debido a que básicamente son las condiciones socioculturales las que han deter-

minado un aumento considerable en su prevalencia, aconteciendo con mayor frecuencia en sectores socioeconómicos más disminuidos, aunque se presenta en todos los estratos económicos de la sociedad (1).

Es importante conocer las características de las etapas de la adolescencia, por las que todas las mujeres pasan con sus variaciones individuales y culturales, para interpretar actitudes y comprenderlas especialmente durante un embarazo sabiendo que: "una adolescente que se queda embarazada se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada; son adolescentes, embarazadas y no embarazadas, muy jóvenes".
Diferenciamos tres etapas (2):
A) Adolescencia temprana (10 a 13 años).
Es el periodo peripuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarquia (primera menstruación). Además, el adolescente comienza a perder interés por los padres. También aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías, perdiendo el control de sus impulsos, planteándose metas vocacionales irreales y preocupándose mucho más por sus cambios corporales.
B) Adolescencia media (14 a 16 años).
Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático. Es el período de máxima relación con sus padres, siendo la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual, sintiéndose invulnerables y asumiendo conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo. En esta etapa siguen sintiéndose preocupados por la apariencia física, pretendiendo poseer un cuerpo más atractivo y manifestándose fascinados con la moda. c) Adolescencia tardía (17 a 19 años).
En esta etapa casi no presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de padres va perdiendo jerarquía; desarrollando su propio sistema de valores con metas vocacionales reales.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Definir el perfil de la adolescente embarazada.

Objetivos secundarios:
- Comparar el embarazo de una adolescente y el de una mujer adulta.

- Describir los riesgos para el feto y para la madre.
- Describir los cuidados aplicados a la mujer adolescente embarazada.

3 Metodología

Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica durante todo el mes de octubre. Usando las palabras clave “teen pregnancy”, “embarazo en la adolescencia” y, como criterios de inclusión “riesgos”, “complicaciones”, “prevención”, “cuidados de enfermería”. Se ha limitado la búsqueda de los últimos 10 años. Las fuentes utilizadas fueron bases de datos como la Biblioteca de la Universidad de Oviedo (BUO); libros como “Atención al Adolescente” editado por la Universidad de Cantabria; revistas científicas sobre ginecología y obstetricia.

4 Resultados

EMBARAZO ADOLESCENTE.
1. Actitud de la adolescente ante el embarazo.
La actitud de una adolescente embarazada frente a la maternidad y el cuidado de su hijo, estará muy influenciado por la etapa de su vida por la que transita y, si es realmente una adolescente aún, necesitará mucha ayuda del equipo de salud, abordando el tema desde un ángulo interdisciplinario durante todo el proceso, incluso el seguimiento y educación de su hijo durante sus primeros años de vida.

En la adolescencia temprana, con menos de 14 años, el impacto del embarazo se suma al del desarrollo que tiene lugar durante la pubertad. Se exacerban los temores por los dolores del parto; se preocupan más por sus necesidades personales que no piensan en el embarazo como un hecho que las transformará en madres. Si, como muchas veces ocurre, es un embarazo por abuso sexual, la situación se complica mucho más. Se vuelven muy dependientes de su propia madre, sin lugar para una pareja aunque esta exista realmente. No identifican a su hijo como un ser independiente de ellas y no asumen su cuidado, que queda a cargo de los abuelos.

En la adolescencia media, entre los 14 y 16 años, como ya tiene establecida la identidad del género, el embarazo se relaciona con la expresión del erotismo, manifestado en la vestimenta que suelen usar, exhibiendo su abdomen gestante en el límite del exhibicionismo. Es muy común que ”dramaticen” la experiencia corporal y emocional, haciéndola sentirse posesiva del feto, utilizado como ”poderoso

instrumento" que le afirme su independencia de los padres. Frecuentemente oscilan entre la euforia y la depresión. Temen los dolores del parto pero también temen por la salud del hijo, adoptando actitudes de autocuidado hacia su salud y la de su hijo. Con buen apoyo familiar y del equipo de salud podrán desempeñar un rol maternal, siendo muy importante para ellas la presencia de un compañero. Si el padre del bebé la abandona, es frecuente que inmediatamente constituya otra pareja aún durante el embarazo.

En la adolescencia tardía, después de los 18 años, es frecuente que el embarazo sea el elemento que faltaba para consolidar su identidad y formalizar una pareja jugando, muchas de ellas, el papel de madre joven. El cuidado y atención que le presentarán al hijo, por lo general, no tienen muchos inconvenientes (3).

Perfil de la adolescente embarazada y su entorno:
El embarazo en la adolescencia se considera desde el punto de vista médico y social como una situación de riesgo. Muchos problemas se suscitan dado que la adolescente tiene rechazo del entorno (sobre todo en estratos sociales medios o de alto poder adquisitivo) e inmadurez biopsicosocial, constituyendo un grave problema en salud pública en todo el mundo (4).

La maternidad es un rol de la edad adulta. Cuando ocurre en el periodo en que la mujer no puede desempeñar adecuadamente ese rol, el proceso se perturba en diferente grado. Las madres adolescentes pertenecen a sectores sociales más desprotegidos y, en las circunstancias en que ellas crecen, su adolescencia tiene características particulares (2). Es habitual que asuman responsabilidades impropias de esta etapa de su vida, reemplazando a sus madres y privadas de actividades propias de su edad, confundiendo su rol dentro del grupo, comportándose como "hija-madre", cuando deberían asumir su propia identidad superando la confusión en que crecieron (3).

Rasgos de las madres adolescentes:
Las mujeres que fueron madres en la adolescencia, suelen proceder de hogares con media de hijos más elevada, en el momento de la concepción estaban solteras, vivían con sus padres y no convivían con su pareja. Si se las observa en el momento del nacimiento de su hijo la situación cambia totalmente. Esto se debe a que es el embarazo el que desencadena el proceso de emancipación y emparejamiento (5). Lo que conlleva un mayor riesgo de separación, divorcio y abandono. Con las consiguientes repercusiones sociales, económicas, personales y sobre la salud de los hijos (3).

El padre adolescente:
En la mayoría de los casos, también es un adolescente o un joven, que tampoco está preparado para ser padre. Se enfrenta, en el momento de la noticia de su paternidad, a todos sus mandatos personales (familiares), sociales y también a sus carencias. En un adolescente esto se exacerba, tanto por la estructuración axiológica propia de esa edad (altruismo, lealtad, etc.) como por su dependencia económica y afectiva.
Además pueden aparecer en él sentimientos de aislamiento, agravados por juicios emitidos por su propia familia o los amigos: "seguro que no es tuyo", "¿con qué lo vas a mantener?". Aquellos padres que son ambivalentes frente a su paternidad pueden terminar aislándose, si son objeto de estas actitudes.

Para intentar mantener a su propia familia, busca trabajo y muchas veces debe abandonar sus estudios por este motivo; lo que lo lleva a postergar los proyectos a largo plazo. En tanto, la adolescente embarazada requiere y demanda atención su pareja, quien a su vez está urgido por la necesidad de procurarla.

Las carencias a las que se enfrenta – por su baja capacitación a esa edad y una escolaridad muchas veces insuficiente para acceder a trabajos de buena calidad o bien remunerados- lo obligan a ser "adoptado" como un miembro más (hijo) de su familia política o reubicarse como hijo-padre dentro de la propia (3, 6).

Los padres de los adolescentes:
La gran mayoría de los padres de adolescentes no esperan que sus hijos vayan a ser padres en esta etapa de la vida. Esto, sin embargo, no va acompañado por una educación e información que les permita a sus hijos evitar un embarazo (2). Por lo que suelen aparecer reproches hacia los hijos y entre ellos mismos. En la medida en que estos padres acepten o no el embarazo, ejercerán mayor o menor presión para que aborten o acompañarán a sus hijos en esta circunstancia, con una actitud más de resignación que de real aceptación. Los rencores que se generaron cuando fueron informados del embarazo suelen disolverse a la llegada del nieto o nieta.

Para aquellos padres que esperaban que sus hijos terminaran sus estudios antes de tener sus propios descendientes, suele ser una enorme frustración, que no siempre terminan de asumir. Cuando el hecho ocurre en poblaciones en las que el embarazo en la adolescencia y la formación de una pareja a edades tempranas es lo esperable, simplemente se amplía la familia, recibiendo al nuevo miembro como a uno más, que incluso puede aportar al sustento del grupo (3).

2. Factores predisponentes y determinantes.
Existen una serie de factores que favorecen el embarazo en la adolescencia. Son los siguientes factores predisponentes.
Factores socioculturales:
- Inicio precoz de la práctica sexual: Lo cual no debería ocurrir hasta que no existe madurez emocional para poder prevenir en caso de riesgo. (7)
- Falta de información acerca de la sexualidad: Generalmente entre adolescentes circulan "mitos". Entre ellos que "sólo se puede quedar embarazada si tiene orgasmo, cuando se es mayor, si no hay penetración completa o que no existe riesgo cuando lo hace durante la menstruación". Desconocimiento acerca de enfermedades venéreas de transmisión sexual, hecho que hará al adolescente prescindir de métodos anticonceptivos aún con más frecuencia. (2)

Los jóvenes, para informarse sobre métodos anticonceptivos , suelen recurrir a sus amigos (78,4%), medios de comunicación (80,8%) y a libros y revistas (41,6%) para obtener información sobre este tema, teniendo muy distintos grados de exactitud y fiabilidad. Es más, sólo el 4,8% se informó a través de planificación familiar y el 4% a partir de charlas: (8)
- Influencia de los medios de comunicación. (7-9)
- Mayor tolerancia de la sociedad a la maternidad adolescente o en soledad en los últimos tiempos. (2)
- Cambio de costumbres al aparecer la libertad sexual. (2, 9)
- Nivel educativo bajo: Muestras de desinterés general por parte de la adolescente. Indiferencia hacia tópicos sexuales. Se sabe a ciencia cierta que, cuando existen proyectos de vida (estudios que ayudan a alcanzar un nivel educativo alto) que posponen la idea del embarazo a edades más tardías, la adolescente, aun teniendo relaciones sexuales, adoptará medidas preventivas mucho más efectivas. (2)

Factores familiares:
- Pertenencia a una familia disfuncional: Entre estas figuran las familias uniparentales o con conductas promiscuas o desaconsejables, que ponen de manifiesto la necesidad de protección de una familia continente, o aquellas donde la autoridad moral es débil o mal definida. Así bien, los antecedentes de embarazo adolescente en la familia llevan a la joven a imitar esa conducta, creyendo que es correcta, y que será posible salir adelante sin grandes esfuerzos. Mientras que las familias "bien constituidas" con ambos padres presentes, ofrecerían un ámbito protector. (2, 7, 10)
- Incorrecto diálogo entre padre e hijo. Esto da lugar a carencias de tipo afectivo. El adolescente recurrirá a relaciones sexuales en busca de ese afecto. (9)

- Controversia entre sus valores y los valores parentales: Cuando se censura, o juzga en excesivo la práctica sexual, los adolescentes tienden a rebelarse contra sus padres, llevando a cabo relaciones sexuales incluso sin protección. (2)
- Migraciones recientes en la familia: conllevan una pérdida del vínculo familiar.(2)

Factores biológicos:
- Aparición de la primera menstruación a edad temprana: Dependerá de factores genéticos y ambientales, pero se presentará por lo general entre los 13-16 años. Este hecho otorga madurez reproductiva a la mujer cuando aún no es capaz de manejar las situaciones de riesgo. (2)

Factores psicológicos:
- Baja autoestima y dependencia total de sus padres. En el ámbito escolar se asocian las relaciones sexuales al éxito. (10)
- Ideas equivocadas propias de esta etapa de la vida: Pensar que no quedarán embarazadas porque no lo desean; o creer que son estériles al mantener relaciones sexuales sin protección y, por casualidad, no haberse producido la fecundación. (2, 10)

Factores socioeconómicos:
- Parece ser que la pobreza, el hacinamiento, la delincuencia juvenil, la iniciación en las drogas, y el alcohol aumentan la incidencia de embarazos adolescentes. (10)
- En comunidades pobres y reprimidas, el hecho de tener un hijo se ve como una forma de aumentar su propio valor y poseer algo. (7)

Factores determinantes:
Generalmente el embarazo se produce debido a la práctica sexual sin uso de anticonceptivos y sin prevención alguna de otro tipo, y no por ser éste embarazo buscado de manera voluntaria (7). Otras causas de embarazo, dentro de las cuales no figura la decisión de la adolescente, son aquellas como el abuso sexual o la violación (2). Un estudio del 2005 determinó una mayor influencia de los factores biológicos y psicológicos sobre los familiares y los sociales con un 71.6%, un 20.3% y un 11.6% respectivamente. (2)

3. Riesgos/complicaciones en el embarazo de una adolescente.
En los últimos años se ha visto disminuida la edad de maduración biológica hasta los 11 años con la aparición de la menarquia mientras que en cuanto a lo psicoso-

cial, la madurez tiende a retrasarse cada vez más (11). En varios estudios (11,12) Ruoti plantea que pese a que la gestación supone un importante evento psicosocial a cualquier edad, en la adolescencia confluyen una serie de situaciones que pueden desembocar en un riesgo tanto para la salud de la madre como para la del hijo. Y no solo durante el embarazo, sino a posteriori (11).

Tanto para la madre como para hijo, la gestación en edades extremas de la vida reproductiva de la mujer, presenta mayores riesgos asociados (11-14). Sin embargo, en las adolescentes, ese mayor riesgo no parece atender a unas especiales características fisiológicas (más allá de la falta de madurez reproductiva total) , sino, más bien, a unas condiciones socioculturales especiales y a una atención sanitaria prenatal insuficiente, tardía y, a veces, nula. Frecuentemente el embarazo en la edad adolescente es un evento no deseado por la futura madre y que no es bien recibido por el entorno de la adolescente. Eso puede llegar a producir rechazo u ocultamiento, de ahí esa atención médica no adecuada (11).

Complicaciones somáticas:
En edades adolescentes la morbimortalidad materna se eleva (ejemplo: en países en vías de desarrollo el grupo 15-19 la mortalidad materna es el doble que en el grupo 20-34 (10)) debido al riesgo de padecer ciertas patologías más frecuentes en esas edades durante el embarazo Estos eventos patológicos son la preeclampsia y la eclampsia (hipertensión arterial materna), el parto prematuro, el desprendimiento prematuro de placenta y el CIR (crecimiento intrauterino retardado). (11) Se ha descrito un mecanismo común a estos eventos patológicos conocido como "Síndrome de Mala Adaptación Circulatoria" (11,12), relacionado con la adaptación circulatoria al embarazo. Las manifestaciones de dicho síndrome pueden presentarse por separado o asociadas entre sí a nivel materno y fetal.

La morbilidad puede clasificarse según etapas de la siguiente forma (11):
- Primera mitad del embarazo: aborto, anemia, infecciones urinarias y bacteriuria asintomática.
- Segunda mitad del embarazo: HTA materna, hemorragias asociadas a patologías placentarias, malnutrición materna asociada a escasa ganancia de peso durante embarazo, déficit de Fe, contractilidad anormal y rotura prematura de membranas ovulares.

Sobre la mortalidad fetal, el aumento es de 2 a 3 veces respecto al grupo de edad 20-29 años. La incidencia de nacimiento de un recién nacido de bajo peso (RNBP) es frecuente (ya sea por nacimiento prematuro o por bajo peso materno durante la gestación (11) – relacionado con malnutrición materna que contribuye al dé-

ficit de Fe, según algunas publicaciones) (11,12). Cuando la madre es menor de 15 años hay una mayor incidencia de malformaciones entre las que destacan las relacionadas con el tubo neural. Se ha confirmado que cuando entre la menarquia y el parto transcurren menos de 5 años el riesgo de que se presenten resultados perinatales desfavorables es mayor (11, 12).

Durante el parto lo más frecuente son las alteraciones en la posición del feto, relacionadas con el incompleto desarrollo de la pelvis. Como el canal del parto no está preparado se producen distocias que hacen que sean frecuentes los partos instrumentales, ya que el polo cefálico no puede transitar el canal. Un incompleto desarrollo genital también hace que el riesgo de desgarros, hemorragias e infecciones sea alto. En definitiva, la no madurez de los canales óseo y blando está vinculada a un mayor riesgo de parto traumático (11).
A continuación, se presenta una tabla comparativa de las patologías maternas y complicaciones fetales entre el embarazo adolescente y el embarazo adulto.

Embarazos adolescentes / Embarazos adultos:
Anemia 49.36% / 43.67%.
Infeccion tracto urinario 13.29 - 23.2% / 6.96%.
Crecimiento intrauterino retardado (CIR) 12.02% / 5.69%.
Recién Nacido Pretermino 8.3 – 8.86% / 2.8 – 4.43%.
Recién nacido de bajo peso 6.32 – 6.95% / 3.16 – 10.1%.
Complicaciones durante el parto 10.75 – 15.7% / 5.69 – 5.7%.
Parto instrumental 4.9 – 8.22% / 2.1 – 10.12%.
Tabla 1: Comparacion de riesgos entre embarazos de adolescentes y adultos (12).

Complicaciones psicosociales:
Podemos destacar, que uno de los problemas más significativos tanto a nivel social como personal, para las madres adolescentes, es el abandono de la formación educativa. Lo cual reduce sus futuras oportunidades de lograr buenos empleos y sus posibilidades de realización personal al no cursar carreras de su elección. Suelen incorporarse tardíamente al mercado laboral y tienen menor tasa de actividad. También registran un menor número de empleos estables. Una de las razones, y quizás la más importante, para que estas adolescentes decidan excluirse del sistema educativo, es la posible aparición de determinadas complicaciones médicas en el embarazo, como pueden ser el síndrome hipertensivo o el parto prematuro. También debemos destacar los factores psicológicos que afectan la madre ante el embarazo.
Entre ellos, la depresión adquiere una gran importancia a la hora de centrarnos en

estas complicaciones, definiéndola como: “enfermedad que afecta al organismo, estado de ánimo y manera de pensar que altera la alimentación y autoestima entre otras”.

Algunos de los factores causantes de la depresión durante el embarazo, son los cambios hormonales, antecedentes personales o familiares de depresión, problemas de pareja, complicaciones del embarazo o situaciones estresantes. La maternidad adolescente, suele generar tensión en la madre, ya que sus capacidades psicológicas y biológicas se ven gravemente afectadas, sobretodo si es rechazada tanto por su familia como por su pareja. Estas circunstancias suelen llevar a un cuadro depresivo, donde la madre necesita especial apoyo y comprensión, debido a que se encuentra sensible, insegura y vulnerable. La autoestima suele verse disminuida debido a la inseguridad de la adolescente y el miedo a no poder salir adelante. La manera de solucionar esta baja autoestima es mantener informada a la madre en todo momento, así como ofrecer apoyo, seguridad y establecer una buena comunicación entre la madre y la familia, pareja, amigos y personal sanitario.

También debemos prestar especial atención a las situaciones de ansiedad, ya que el embarazo conlleva la necesidad de adaptarse a una situación nueva, en la que puede surgir desde alegría y satisfacción hasta temor, duda, inestabilidad e incluso cuadros de ansiedad, que debemos vigilar y aportar todas las facilidades a la adolescente.(15)

Por último, debemos tener en cuenta que el embarazo preocupa especialmente a la adolescente debido a las transformaciones de su cuerpo llevándola a asumir una nueva imagen corporal. A esto se le suma el miedo a las molestias del parto, a la actitud del padre, a abandonar su grupo de amigos debido a la atención que debe prestar a su bebé, entre otros aspectos, lo que puede provocar estrés, desinterés, cansancio e incluso trastornos de personalidad. (16)

4. Cuidados específicos (17,18):
Existen una serie de cuidados que debemos tener en cuenta en el embarazo adolescente:
- Comunicación e interacción con la adolescente embarazada. La primera y más importante recomendación, es que no trate de interrumpir el embarazo. El aborto provocado tiene consecuencias que pueden ser mortales, no solamente para el bebé sino también para la madre. Tenemos que ofrecerle información sobre el aborto inducido y sus riesgos. En caso de no querer tener al hijo o hija, debemos

hacerle pensar en la opción de adoptar. Por lo tanto, debemos ofrecerle información sobre la adopción, y sus consecuencias.
- Prestar apoyo psicológico si es preciso.
- Dar educación sobre la maternidad, y los cuidados de un recién nacido.
- Debemos recomendar que no consuma medicamentos no recomendados por su médico ni consumir drogas, alcohol o tabaco, ya que esto trae consecuencias severas tanto para la ella como para el feto.
- Recomendar ejercicio físico todos los días (ejercicios recomendados por su médico).
- Tiene que descansar, relajarse y buscar formas de diversión para canalizar el estrés y seguir en la medida de lo posible con una vida normal.
- Ante cualquier señal como sangrado, dolor, cólicos, desmayos, vómitos excesivos, dolores de cabeza u otras enfermedades, debe acudir de inmediato su médico y seguir bien sus instrucciones.
- Valorar sus signos vitales.
- Informar sobre la lactancia materna, y sus ventajas. Además de enseñarle posiciones para el amamantamiento, y explicarle las técnicas necesarias para éste.
- Acudirá a su médico o matrona correspondiente según el protocolo de cada centro de salud, hospital o comunidad autónoma.
- Explicar los cambios que se producen durante el embarazo, preparar a la mujer para el momento del parto.
- A las necesidades nutritivas de la adolescente embarazada se le suman las propias de la edad, ya que las demandas de energía y de nutrientes son mayores que en otras etapas de la vida, por lo tanto, hay que realizar educación nutricional de la futura madre adolescente (alimentos ricos en hierro, ácido fólico, proteínas y calcio). Debe alimentarse adecuada y suficientemente durante todo el embarazo y después de éste (en la lactancia).
- Dar información sobre los cuidados generales del recién nacido (RN), y acudir al pediatra de referencia para las revisiones programadas

5. Prevención del embarazo adolescente no deseado (6).

Evitar que se produzca un embarazo en la adolescencia no es tarea fácil, depende tanto del propio adolescente como de su entorno.

Se debería poner mayor énfasis en la promoción de la utilización de métodos anticonceptivos para la prevención del embarazo no deseado, como así las enfermedades de transmisión sexual, entidades muy relacionadas entre sí. Una vez producido el embarazo es importante realizar un control precoz y adecuado a fin de evitar las complicaciones que trae aparejado tanto para la madre como para

el hijo.

Prevención primaria:
- Medidas destinadas a evitar el embarazo en la adolescencia. Información sobre fisiología reproductiva, gradual y continuada en todos los ámbitos y no solo destinada al ámbito escolar.
- Utilización adecuada de los medios de comunicación.
- Estimulación de los jóvenes a la reflexión grupal, sobre los problemas relacionados con cada etapa de la adolescencia.
- Fomento de la comunicación entre padres o adultos responsables y los jóvenes en lugares comunes que sirvan de foro de discusión.
- Entrenamiento de las personas que tienen contacto prolongado con adolescentes para la atención de aquellos adolescentes en situación de alto riesgo.
- Captación, por personal entrenado, de los jóvenes que no asisten a establecimientos educacionales ni trabajan, para su reinserción social y educación.

Prevención secundaria:
- Medidas a tomar cuando la joven ya está embarazada.
- Asistencia del embarazo, parto y recién nacido en programas de atención de adolescentes, por personal motivado y capacitado en éste tipo de atención.
- Asistencia al padre de la criatura, favoreciendo su participación y ayudándolo a asumir su rol.
- Información y apoyo psicológico a la joven, si decide entregar al hijo en adopción.

Prevención terciaria:
- Vigilancia del vínculo madre – hijo, padre – hijo.
- Ayuda para favorecer la reinserción laboral de la madre, y el padre si corresponde.
- Seguimiento médico integral del joven padre, sea cual fuere la situación en la que se haya ubicado frente a su compañera y su hijo.
- Asesoramiento adecuado a ambos para que puedan evitar la reiteración compulsiva de los embarazos con intervalo intergenésico corto.
- Creación de pequeños hogares maternales para las jóvenes sin apoyo familiar, que además de alojarlas las capaciten para enfrentar la situación de madre soltera y la prevención de un nuevo embarazo no deseado.

5 Discusión-Conclusión

El perfil de la adolescente embarazada se caracteriza por el inicio precoz de la práctica sexual, desconocimiento sobre métodos anticonceptivos, bajo nivel socioeconómico y la pertenencia a una familia desestructurada. No existen diferencias fisiológicas entre el embarazo de una mujer adulta y el de una adolescente, sin embargo, los riesgos que conlleva quedarse embarazada en un intervalo menor de cinco años entre la menarquia y la gestación son considerablemente mayores a los que se presentarían si ocurriera en la edad adulta. El embarazo es una situación estresante pero en la adolescente lo es aún más, pudiendo presentar cuadros de ansiedad o depresión.

Las madres adolescentes tienen mayor riesgo de padecer enfermedades durante el embarazo, que los partos sean distócicos y que sus recién nacidos además de poder ser prematuros puedan tener alguna otra complicación. La actuación del personal sanitario se centrará en prevenir los embarazos en la adolescencia así como llevar a cabo unos cuidados específicos en caso de darse el embarazo, los cuales son básicamente los mismos que los de una mujer adulta. Se prestara especial atención en analizar la situación psicosocial de la joven y ser un pilar de apoyo para ella y para los que le rodean, ya que se suele producir un rechazo en su entorno.

6 Bibliografía

1. Díaz A, Sanhueza RP, Yaksic Brevista. Riesgos obstétricos en el embarazo adolescente: estudio comparativo de resultados obstétricos y perinatales con pacientes embarazadas adultas. Rev chil obstet ginecol.
2. Issler JR. Embarazo en la adolescencia. Rev. posgrado VIa. Cátedra Med.
3. Coll A. Embarazo en la adolescencia, ¿cuál es el problema? En: Asociación Editorial LUR. Adolescencia y juventud en América latina.
4. Ulanowicz MG, Parra KE, Wendler GE, Tisiana Monzón L. Riesgos en el embarazo adolescente. Rev. posgrado VIa. Cátedra Med.
5. Delgado M, Barrios L, Cámara N, Zamora López F. Maternidad adolescente en España. CSIC-UCM y Fundación Española de Contracepción.
6. Cruz Márquez MC. Embarazo en adolescentes y comunicación familiar. Revista Margen.
7. Montalvo González NG. Factores que predisponen al embarazo [tesis] Unidad docente multidisciplinaria de ciencias de la salud y trabajo social: Facultad de

Enfermería (Minatitlán); 2007.
8. Minchón Cano M, Oliva Díaz MA, Domínguez Pérez S, Intervención enfermera ante los embarazos no deseados. Enferm Global -Esp- [Internet] 2008 [Revisado: el 10 de octubre de 2012] (12) p 1-9.
9. Baeza BW, Poo AM, Vázquez OP, Muñoz S, Vallejos CV. Identificación de factores de riesgo y factores protectores del embarazo en adolescentes de la novena región. Rev chil obstet ginecol. Universidad de la Frontera.
10. Redondo Figuero CG, Galdó Muñoz G, García Fuentes M. Embarazo en la adolescencia. En:consejo editorial de PubliCan Atención al adolescente. Primera edición. Santander: Universidad de Cantabria; 2008. p 345-346.
11. Peláez Mendoza J. Adolescente embarazada: características y riesgos. Rev Cubana Obstet Ginecol.
12. León P, Minassian M, Borgoña R, Bustamante F. Embarazo adolescente. Rev Ped Elec. [Internet] 2008.
13. Valdés Dacal S, Essien J, Bardales Mitac J, Saavedra Moredo D, Bardales Mitac E, Embarazo en la adolescencia. Incidencia, riesgos y complicaciones. Rev Cubana Obstet Ginecol.
14. González Hernández A, María Alonso Uría R, Gutiérrez Rojas AR, Campo González A. Estudio de gestantes adolescentes y su repercusión en el recién nacido en un área de salud. Rev Cubana Pediatr.
15. Rozas Latorre M, Soto Cortez Y, Vera Bejar Y, Vera Huranca M. Niveles de Ansiedad y Factores asociados en Gestantes Adolescentes y Adultas que acuden a los Hospitales del Ministerio de Salud de la Ciudad del Cusco.
16. Salazar Cutiño B, Álvarez Franco E, Maestre Salazar L, León Duharte D y Pérez Garí O. Aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales del embarazo precoz y su influencia en la vida de la adolescente MEDISAN.
17. Torres Orestes Y, Lora Vargas S. Embarazo Adolescente. Universidad Católica de Santo Toribio de Mogrovejo Escuela Profesional de Enfermería; 2009.
18. Delgado Quintana, M. "Proceso de Atención de Enfermería aplicado a un caso clínico sobre embarazo en adolescentes basado en la teoría de Callista Roy".

Capítulo 64

LINFEDEMA SECUNDARIO A CÁNCER DE MAMA

MARÍA NOELIA FERNÁNDEZ DÍAZ

VANESSA LÓPEZ TELLO

MARÍA SOLEDAD LÓPEZ FERNÁNDEZ

EVA SANCHEZ FERNANDEZ

BEATRIZ ALBA GONZÁLEZ

1 Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud el cáncer de mama es la neoplasia más común entre las mujeres en todo el mundo, tanto en países desarrollados como en los países en desarrollo. Representa el 16% de todos los cánceres femeninos y se estima que son detectados en el mundo 1.7 millones de casos al año, representando el 25% de todos los casos nuevos de cáncer, el 51.9% de los casos se registran en países en desarrollo, asimismo, refiere que para el 2025 se prevé 2.5 millones de nuevos casos anuales por cáncer de mama. La incidencia de cáncer de mama está aumentando especialmente en los países en desarrollo, donde la mayoría de los casos se diagnostican en fases avanzadas, debido a la mayor esperanza de vida, el aumento de la urbanización y la adopción de modos de vida occidentales.

Su incidencia varía en las diferentes regiones geográficas, con altas tasas en Norteamérica y Europa Occidental, valores intermedios en Sur América y Eu-

ropa Oriental y las tasas más bajas reportadas en Asia. En España el cáncer de mama se sitúa en 2º lugar en incidencia con 32.825 casos nuevos en 2018(1,2,3). En general esta enfermedad, afecta mayoritariamente a las mujeres, pero no hay que olvidar que los hombres también pueden padecerla y que en la actualidad, su incidencia va en aumento siendo el 1% de la población afectada(4).
Esta neoplasia constituye un problema de salud. El impacto sanitario, social y económico es realmente importante, teniendo en cuenta que afecta fundamentalmente a mujeres en edades tempranas y que en un tercio de los casos se convierte en una enfermedad crónica(3).

La detección precoz y el avance en pruebas diagnósticas ha hecho que el número de sobrevivientes de cáncer haya aumentado y por lo tanto ha obligado a un mayor enfoque en los efectos secundarios, siendo el linfedema de miembro superior tras mastectomía una afección frecuente entre los pacientes que han sido sometidos a esta intervención.

El linfedema es un edema por un aumento de acúmulo de linfa en el tejido subcutáneo, secundario a la incapacidad del sistema linfático para depurar la linfa. Este líquido linfático es alto en proteínas y esto ocasiona: edema, inflamación crónica y fibrosis. El linfedema que se presenta en la mujer con cáncer de mama es ocasionado por la acumulación de linfa en el miembro superior, producto de disección axilar nodal y de la terapia radiante o incluso de ambas, es decir, posee una etiología multifactorial y es una de las secuelas más temidas del tratamiento de cáncer de mama(5).

La incidencia de linfedema secundario a cáncer de mama oscila entre el 30 y el 60%(6). El 80% de pacientes presentan linfedema en un plazo de tres años después de la cirugía(7) o radioterapia, aunque hay casos notificados desde los pocos días hasta los 30 años(8). El linfedema se presenta por la disección de los ganglios linfáticos axilares o incluso de la biopsia de ganglio linfático centinela. En las ultimas dos décadas, la biopsia del ganglio linfático centinela se ha vuelto popular como una forma de minimizar la morbilidad asociada con la disección axilar sin comprometer la tasa de curación para pacientes con cáncer de mama. Sin embargo, incluso con la biopsia del ganglio centinela, la incidencia postoperatoria de linfedema de miembros superiores en pacientes con cáncer de mama se mantiene entre el 4-13%(9).

El linfedema es una enfermedad crónica y progresiva no exenta de graves complicaciones. El objetivo del tratamiento debe ser minimizar la progresión y prevenir las complicaciones(8). El linfedema progresivo sin manejo adecuado puede con-

ducir a deterioro funcional, deformidad y compromiso de la calidad de vida(9).

En este estudio nos centraremos en el linfedema secundario ya que es el que se produce a raíz de la intervención quirúrgica de cáncer de mama.

2 Objetivos

- Visibilizar el linfedema y actualizar conocimientos en linfedema secundario a cáncer de mama.
- Conocer las últimas recomendaciones en programas de prevención y tratamiento del linfedema secundario a cáncer de mama.
- Conocer los beneficios que conlleva la intervención temprana, con el fin de orientar la toma de decisiones para la cobertura de cuidados por personal sanitario y la población afectada de linfedema secundario a cáncer de mama.

3 Metodología

La pregunta planteada fue: ¿Sabemos cuáles son las recomendaciones más actuales en cuanto a cuidados, tratamiento y medidas de prevención del linfedema secundario a cáncer de mama?.

Se realiza búsqueda y revisión bibliográfica sistemática en bases de datos de ámbito sanitario, en busca de la mejor evidencia científica disponible que nos permita conocer las últimas novedades en el tratamiento, prevención y cuidados de pacientes con linfedema secundario a cáncer de mama.

Los descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) en español empleados para la búsqueda de información fueron: linfedema, cáncer de mama, tratamiento, cuidados y el operador booleano que se utilizó fue "AND". La búsqueda se llevo a cabo desde Agosto hasta Noviembre de 2019.

- Fuentes documentales consultadas:
  - Pubmed, Scielo, LILACS, Dialnet, Medline, Elsevier
  - Revistas científicas
  - Guías de Práctica Clínica
  - Asociación Española contra el Cáncer
  - Asociación Española de Linfedema
  - Sociedad Internacional de Linfología

- Criterios de inclusión:
• Artículos en español o inglés
• Artículos recuperados a texto completo
• Artículos relacionados con el tema a estudio
• Artículos publicados en los 10 últimos años

- Criterios de exclusión:
• Artículos no relacionados con el tema a estudio
• Artículos no recuperados a texto completo
• Artículos que no siguen metodología científica

4 Resultados

SISTEMA LINFÁTICO:

El sistema linfático es una gran red distribuida por todo el cuerpo que trabaja de forma complementaria con el sistema circulatorio. Se divide en dos estructuras, los vasos linfáticos, que son vasos finos y valvulares cuya función es trasportar la linfa y los ganglios linfáticos, siendo su función la de recoger, filtrar la linfa y función inmunitaria, ya que en su interior posee antígenos que unidos a los glóbulos blancos nos protegen de los patógenos. Estos últimos se sitúan de forma agrupada en diferentes partes del cuerpo como el cuello, en la axila, en el tórax, en las ingles etc… La linfa es el resultado de la filtración a los vasos linfáticos del líquido intersticial situado en todo el organismo. Este viaja por todo el sistema pasando por los ganglios hasta terminar en la vena subclavia derecha o izquierda, y es ahí donde se reincorporará al sistema sanguíneo(10).
LINFEDEMA:

El linfedema puede definirse como una acumulación anormal, crónica y progresiva de líquido rico en proteínas en el espacio intersticial de los tejidos blandos, como consecuencia de una disfunción del sistema linfático(11). El origen es diferente según se trate de un linfedema primario o secundario.

CLASIFICACIÓN:

Según el origen:

- Linfedema primario: se da cuando una persona nace con pocos vasos linfáticos o pocos ganglios y su sistema linfático no funciona correctamente, es decir, está

relacionado con la malformación congénita de los canales linfáticos. Puede manifestarse en la infancia o estar latente y aparecer en cualquier momento de la vida. Es habitual que se desarrolle coincidiendo con los cambios hormonales. La prevalencia estimada de linfedema primario es de 1,15 en 100.000 personas menores de 20 años(9,10).

- Linfedema secundario: se da cuando la disfunción en el sistema linfático aparece como consecuencia de otras causas: una cirugía, radioterapia, una infección parasitaria, un traumatismo… y ello provoca una obstrucción, lesión o exceso de trabajo para el sistema linfático. De esta manera se produce un linfedema secundario en una zona del cuerpo próxima al problema que lo desencadenó. El grado de linfedema se correlaciona con el número de ganglios linfáticos que se han eliminado y la extensión del tratamiento de radiación a la región axilar. El linfedema de las extremidades superiores se asocia comúnmente con el tratamiento del cáncer de mama(9,10).

Y según muestran los estudios y cuestionarios estandarizados como SF-36, el linfedema secundario a cáncer de mama se asocia a una reducción de la calidad de vida relacionada con la salud(12).

Según el estadio o etapa(13,14):

El sistema de clasificación más común es el desarrollado por la Sociedad Internacional de Linfología, y aunque la mayoría de sus miembros confían en una escala de tres etapas para la clasificación de una extremidad linfedematosa, un número creciente reconoce la "Etapa 0".

- Etapa 0:

Características: Condición subclínica o latente. No hay edema evidente, pero el transporte linfático está alterado. Pueden pasar meses o años antes de que se haga evidente el edema.

- Etapa I:

Características: Acumulación precoz de fluido con contenido de proteínas relativamente alto. Reversible con elevación de la extremidad o terapia compresiva. Puede ocurrir edema con fóvea.

- Etapa II:

• Temprana: La elevación/compresión por sí sola ya no resuelve el edema y existe fóvea.

• Tardía: Edema con o sin fóvea, existe desarrollo de grasa y fibrosis en los tejidos.

- Etapa III:

Características: Elefantiasis linfostática. El tejido es firme (fibrótico) y hay ausencia de fóvea. Se desarrollan acantosis, depósitos de grasa, crecimiento verrugoso

y otros cambios tróficos de la piel.

Estas etapas solo se refieren a la condición física de las extremidades.

Según la severidad(11):

- Grado I = leve:
• Diferencia de entre 2-3 cm en las medidas centimétricas de las extremidades.
• Volumétricamente existe una diferencia de 150-400 ml (10-25% de diferencia de volumen).
• Sin cambios en los tejidos.
• Mínimo edema.
- Grado II = moderado:
• Diferencia de las medidas centimétricas de 4-6 cm.
• Volumétricamente diferencia de 400-700 ml (26-50%).
• Cambios en los tejidos, endurecimiento de la piel. Ocasionalmente erisipelas.
• Edema moderado.
- Grado IIIa = severo:
• Diferencia en las medidas centimetricas mayor a 6 cm.
• Volumétricamente diferencia total de volumen mayor de 750 ml (50-100%).
• Cambios en la piel (queratosis, fístulas, episodios repetidos de erisipelas).
• Edema severo.
- Grado IIIb = severo:
• Similar al IIIa pero con dos o más extremidades afectadas.
• Edema masivo.
- Grado IV = muy grave:
• Elefantiasis. Pudiendo afectar a varias extremidades, cabeza y cara.
• Más del 200% de diferencia.
• Edema gigante.

FACTORES DE RIESGO(9,11):

- Relacionados con el cáncer de mama:
• Un mayor tamaño del tumor y ubicación en el cuadrante superior externo.
• Etapas avanzadas del tumor y la infiltración de ganglios linfáticos por el propio cáncer.
• A mayor número de ganglios linfáticos eliminados, mayor es el riesgo y la gravedad del linfedema.
• La radiación de ganglios linfáticos axilares.

• La combinación de resección ganglionar y radiación tiene mayor incidencia de desarrollo de linfedema que cualquiera de los dos por separado.
• Y la quimioterapia.

- Relacionados con el paciente:
• Índice de masa corporal (IMC), con un IMC >30 durante el tratamiento tienen 3,6 veces más probabilidades de desarrollar linfedema.
• La edad, en mayores de 60 años la incidencia de linfedema es del 25% y en menores de 60 años del 7%.
• Y el estilo de vida sedentario.

SÍNTOMAS (8):

• Tirantez y pesadez.
• Hormigueo en los miembros afectados.
• Dolor como si se reventara el miembro.
• Dolor punzante atravesando el miembro.
• Dolor detrás de los hombros (linfedema en brazo).
• Sensación de tensión y flojedad en el codo.
• Dolor en las articulaciones (codo) parecido a la artrosis y frecuentemente diagnosticada como tal.

DIAGNÓSTICO:

Un diagnóstico preciso de linfedema es esencial para una terapia adecuada. Técnicas diagnósticas:

- Historia clínica y Examen físico:
En la mayoría de los pacientes, el diagnóstico de linfedema se puede determinar fácilmente a partir de la historia clínica y el examen físico. En otros pacientes, las condiciones de confusión como la obesidad mórbida, la lipohiperdistrofia, la disfunción endocrina, la insuficiencia venosa, el trauma no reconocido y la infección repetida pueden complicar el cuadro clínico. Es necesario considerar los tumores de órganos (primarios y/o metastásicos), los linfomas y los sarcomas de tejidos blandos que pueden obstruir o invadir los linfáticos más proximales. Por estas razones, una evaluación médica exhaustiva es indispensable antes de embarcarse en el tratamiento del linfedema(14).

En el examen físico, la medición volumétrica de la extremidad es lo principal para el diagnóstico y el seguimiento de la progresión. Si bien, existen numerosas formas disponibles para medir el linfedema (desplazamiento de agua, mediciones cir-

cunferenciales, perímetro y espectrometría de bioimpedancia), no hay un método universalmente aceptado(13). El método más utilizado para realizar el diagnóstico de linfedema es la medida perimetral en varios puntos de la circunferencia del brazo con una cinta métrica (cintometría)(15).

Para poder medir de forma válida a todos los sujetos por igual se utilizan puntos de referencia anatómicos. Estos puntos son la articulación radiocarpiana, el pliegue axilar y la flexura del codo, a partir de esta última, obtenemos dos puntos más de referencia que son 10 cm hacia craneal para medir el perímetro del brazo y 10 cm hacia caudal para medir el perímetro del antebrazo contabilizando un total de 5 puntos de referencia.

Esta misma medición se realiza en el miembro contralateral, y los valores obtenidos de la medición de cada punto de referencia se restan, y la diferencia es el valor del grado de linfedema, que ha de ser de al menos de 2 cm para que se determine como tal(16,17,18,19). En el número y lugar de los puntos de medida hay diferencia entre autores, pero en el seguimiento de cada paciente los puntos de medida deben ser siempre los mismos. Las medidas deben tomarse siempre en los dos brazos(8).

Cabe destacar el Signo de Kaposi-Stemmer o de Stemmer que esta presente en el 87% de los casos. Consiste en pellizcar la piel del dorso del segundo dedo de la mano. Es imposible en el linfedema, y sin embargo en el paciente sin linfedema se pellizca el pliegue con facilidad(8).

Una vez hecho el diagnóstico clínico, se deben realizar estudios para determinar la extensión de la enfermedad y el status funcional del sistema linfático(13).

- Imágenes:
Si el diagnóstico de linfedema no está claro o si necesita una mejor definición para las consideraciones de pronóstico o terapéuticas, se recomienda consultar con un linfólogo clínico o derivar a un centro linfológico si es accesible.
La linfografía isotópica ha resultado extremadamente útil como herramienta diagnóstica para representar la anormalidad linfática específica(14). Otras técnicas que se utilizan también incluyen la Tomografía computerizada, la Resonancia magnética, y la imagen por infrarrojos después de la cirugía(9).

- Genética:
Las pruebas genéticas se han vuelto prácticas y están disponibles comercialmente para detectar una serie de síndromes hereditarios específicos con mutaciones

genéticas discretas.

- Biopsia / examen de ganglios linfáticos:
El uso de la biopsia del ganglio centinela en la axila, para estadificar tumores malignos como el de mama, parece haber disminuido sustancialmente la incidencia de linfedema periférico al desalentar la extracción de los ganglios linfáticos normales, sin embargo, un mayor número de ganglios centinelas tomados puede reducir este efecto protector (14).

TRATAMIENTO:

Con la comprensión del proceso de la enfermedad, las manifestaciones clínicas, las modalidades de diagnóstico y la estatificación del linfedema, se puede comenzar a comprender cómo tratar esta enfermedad(9).
Una vez establecido el linfedema, no existe un tratamiento curativo y los objetivos van encaminados a disminuir el volumen, reducir los síntomas y evitar la progresión y las complicaciones(7).

El tratamiento que se ha seguido para el cuidado del linfedema ha ido variando mucho a lo largo de los años, existiendo diferentes escuelas. La escuela Vodder, creada en 1932, fue la primera en crear el drenaje linfático manual (DLM). En 1983 se crea en Bélgica, el método Leduc, del que nacen las maniobras de DLM. El creador Jean Claude Ferrandez, apoyándose en el método Leduc, realizó cambios en el protocolo de vendaje.

La escuela alemana de Földi Clinic fue la encargada de recoger algunos de los conceptos de los creadores anteriormente nombrados para crear la terapia descongestiva compleja (TDC). La TDC junta las maniobras creadas por Vodder y otros autores, con vendajes, cuidados e higiene de la piel y ejercicios.

Actualmente, gracias a Ángela Río y a Paloma Domingo, fisioterapeutas especializadas en tratamiento del linfedema, se ha dado a conocer en España otra escuela de drenaje de origen brasileño, el "Método Godoy", el cual promueve la reducción máxima del linfedema y acaba con la elefantiasis. Todas las escuelas funcionan y todas consiguen mejorar el linfedema. Básicamente se diferencian en la concepción del tratamiento y la forma de realizar las maniobras(10).

Según el 6º Consenso Latinoamericano para el tratamiento del Linfedema, realizado en 2017 en Argentina, se han planteado los siguientes objetivos: reducción del volumen, reducción de la fibrosis asociada, cuidado de piel y faneras, tratamiento precoz y/o prevención de factores agravantes, rehabilitación fun-

cional, control del dolor y de otras alteraciones neurológicas, reinserción social del paciente y mejoría de la calidad de vida. Las alternativas terapéuticas propuestas son complementarias entre sí e incluyen:

- TDC.
- Tratamiento quirúrgico.
- Tratamiento farmacológico.
- Tratamiento psicológico.
- Tratamiento del dolor.
- Tratamiento nutricional(20).

TERAPIA DESCONGESTIVA COMPLEJA (TDC):

Para el tratamiento del linfedema existe consenso a nivel internacional respecto a la implementación de la TDC en dos fases(21). La TDC es el tratamiento de fisioterapia convencional más habitual ya que emplea las diferentes técnicas y las adapta en el momento para cada tipo de paciente. Se divide en dos fases:

I- Fase intensiva: el objetivo es la máxima reducción posible del linfedema del miembro por lo que las sesiones serán más seguidas y se consigue con un tratamiento personalizado para cada sujeto en función del estado de su afectación. Las sesiones de tratamiento varían de entre 30 a 120 minutos de duración, una vez o dos por día y de dos a siete veces por semana, pudiéndose alargar el tratamiento hasta las doce semanas, aunque lo más habitual es un tratamiento intensivo de 5 días a la semana durante 4 semanas. En la fase intensiva con la TDC se utiliza una fusión de todos los métodos anteriormente nombrados, el DLM, vendaje compresivo multicapa (VCM), cuidado e higiene de la piel y ejercicios que favorezcan y mantengan el trabajo ya realizado(6,22).

II- Fase de mantenimiento: cuyo objetivo es conservar los resultados obtenidos en la anterior fase, los pacientes continúan con el autocuidado, educación terapéutica y ejercicios, añadiendo el uso de una prenda de compresión realizada a medida durante el día. En esta fase no se incluye el uso de compresión nocturna(6,11).

La TDC es el tratamiento recomendado para los linfedemas de grados II y III. Para los linfedemas de grado 0 y grado I el tratamiento de elección actual se basa en autocuidados, ejercicios y prenda de compresión a medida para actividades de sobrecarga, ejercicios y viajes en avión(11).

DRENAJE LINFÁTICO MANUAL (DLM):

La pauta recomendable del DLM es efectuarlo 5 días seguidos a la semana de 2 a 6 semanas, con una duración de 40-60 minutos. En los primeros 7-10 días es cuándo tendrá lugar la mayor reducción. Este ciclo se puede repetir a los 6 meses(8).
La técnica de drenaje se ha colocado en un lugar destacado por Leduc. Según este autor, el DLM se realiza mediante tres maniobras:
- Maniobras ganglionares.
- Maniobra de evacuación o llamada.
- Maniobra de captación o de reabsorción(7).

La indicación o no del DLM es controvertida en pacientes con cáncer. Es una especie de masaje mediante maniobras manuales que se realizan de manera muy suave, 40 mmHg, como un roce o caricia sobre la piel, con el fin de influir en el sistema linfático que está justo por debajo de la piel, y por encima de los músculos. De esta forma, se ayuda a mover el líquido y otras sustancias que se han quedado estancadas en los tejidos como consecuencia del tratamiento del cáncer. La evidencia disponible concluye que el DLM es una técnica segura y eficaz si la realizan los profesionales adecuados (fisioterapeutas especializados). No produce metástasis y mejora la calidad de vida de los pacientes. Forma parte de la TDC, mejora el linfedema combinándolo con vendajes, ejercicio, educación y cuidados de la piel(10).

Las contraindicaciones del drenaje son las siguientes:
• Heridas o úlceras en la piel.
• Flebitis o trombosis.
• Insuficiencia cardiaca.
• Infecciones agudas.
• Síndrome del seno carotídeo.
• Hipertiroidismo (evitar manipulaciones sobre el tiroides).
• Asma activo o menos de 2 meses tras la última agudización.
• Hipertensión no controlada.
• Neuropatía periférica, déficit sensitivo(8).

TERAPIA COMPRESIVA:

• Vendaje multicapas: Los vendajes multicapa se basan en la colocación por capas de vendas de baja elasticidad y de vendas no elásticas. Los vendajes multicapa son complejos y requiere habilidad por parte del fisioterapeuta, deben ser quitados y colocados a diario durante aproximadamente 2 semanas(8). Son esenciales después del tratamiento de DLM o al finalizar la presoterapia para mantener la reducción conseguida del linfedema. por lo que será necesario educar a la paciente

en el uso obligatorio de un vendaje de contención-compresión durante las 2-3 primeras semanas de tratamiento. Posteriormente, a partir de la tercera semana y tras conseguir una reducción óptima del volumen, el vendaje se sustituirá por un una media o manguito de contención(7).

• Prendas de compresión: Se deben empezar a utilizar cuanto antes. Y aunque con ellas se consiguen reducciones de hasta un 60%, la función no es mejorar, sino mantener el volumen. En cuanto al tiempo de uso de estas prendas hay diferentes opiniones, unos lo recomiendan diurno, otros las 24 horas, e incluso otros lo recomiendan únicamente durante la actividad física o los ejercicios(8). Proporcionan presiones de 20 a 60 mm Hg y la duración estimada de las prendas de compresión para su reemplazo por otras nuevas está entre los 4 y los 6 meses, o bien cuando empiecen a perder elasticidad. Estas mangas presentan inconvenientes, entre ellos, que son poco elegantes, producen las molestias propias de una compresión, son relativamente difíciles de ponérselas, y por último, son caras. Pero también presentan ventajas ya que previenen de daños como quemaduras, heridas y picaduras de insectos(15).

• Taping: resulta una terapia atractiva para los pacientes. Suele ser bien tolerada Los diferentes autores no se ponen de acuerdo en cuanto su eficacia en el linfedema. Pero, en lo que parecen estar todos de acuerdo es en que mejora la funcionalidad del miembro(8).

• Presoterapia neumática secuencial: Consiste en introducir el miembro que se desea tratar en un manguito hinchable. La indicación de la presoterapia secuencial es el linfedema de Grado I y el de Grado II que no esté fibrosado. Los que mejor responden son los de que llevan un tiempo corto de evolución. Los que están fibrosados no responden en absoluto. Las sesiones duran 20-30 minutos(8). La presión ejercida debe ser adaptada al individuo, no superando los 30-40 mmHg(15).

EJERCICIO:

En cuanto al ejercicio, también hay discrepancias entre autores respecto al resultado sobre la disminución del volumen del linfedema. En lo que sí parecen coincidir todos es, en que el ejercicio produce mejoras relevantes en la función del miembro y la calidad de vida. Como norma general conviene realizar los ejercicios 2 ó 3 veces a lo largo del día durante unos 30 minutos aproximadamente, y no deben ser vigorosos(8). La movilización en varias etapas (pasiva, asistida y activa) será muy útil para facilitar la circulación hemolinfática(7).

Se debe resaltar la trascendencia de un programa de ejercicios que ayude a aumentar la circulación linfática colateral, basándose en ejercicios limitados, centrados en la mano y antebrazo, que comiencen desde la primera fecha del postquirúrgico(14).

El gran debate en relación con los programas de ejercicios en el postoperatorio de la cirugía de mama, se ha centrado en cuál es el mejor momento de iniciarlos. Se ha sugerido que permitir movimientos del brazo de amplio recorrido, sin ningún tipo de restricciones en el postoperatorio inmediato (los primeros 7 días) tiene tres peligros potenciales:

- Favorecer la formación de seroma
- Incrementar la duración y el volumen del drenaje postquirúrgico
- Alterar el proceso de cicatrización a nivel de los vasos linfáticos con un posible aumento del riesgo de linfedema.

Un programa de ejercicios con algunas restricciones al movimiento del brazo intervenido durante la primera semana, evita estos riegos y no compromete la recuperación de la movilidad del hombro a mediano-largo plazo. El hecho de que la mujer, una vez instruida, pueda realizar los ejercicios de forma independiente en su domicilio, sin tener que desplazarse a un centro sanitario, presenta muchas ventajas.

Un programa en dos fases, evitando elevar el brazo más allá de los 90º durante los primeros 7-10 días del postoperatorio (1ª fase) parece la alternativa más segura y eficaz. A largo plazo, la aplicación de un programa estructurado de Actividad Física (AF) se asoció con una mejor función de la extremidad intervenida, sin incrementar el riesgo de linfedema. Estos estudios también sugieren que las mujeres que alcanzan el equivalente de AF mínima sugerida (es decir, 150 minutos de AF de moderada a vigorosa intensidad por semana) tienen una regresión en el riesgo de recaída del 40 % cuando son comparadas con sus homónimas sedentarias (pacientes que ejecutan menos de una hora de AF a la semana)(3).

MÉTODO GODOY:

Creado por un matrimonio brasileño en 1999, esta pareja cambia algún concepto de la TDC convencional y añade otros con nuevos puntos de vista. Este novedoso método tiene una forma intensiva de trabajo que consiste en sesiones de 6-8 horas de tratamiento al día durante cinco días consecutivos, en este tiempo se utilizan las técnicas de terapia linfática cervical durante 15 minutos, más 40 minutos de terapia linfático manual de zonas próximas a la afectada, más terapia

linfática mecánica y terapia de compresión y contención, continuando con ejercicio terapéutico y cuidado de la piel, todas ellas combinadas de la mejor forma para cada sujeto, convirtiéndose en un tratamiento único e individualizado para cada uno de ellos(23).

Con esta terapia bien utilizada se puede normalizar cualquier tipo de linfedema, alcanzando casi el aspecto del miembro sano contralateral. Un logro que se mantiene en el tiempo siempre que el paciente se comprometa a seguir las pautas de su fisioterapeuta o rehabilitador respecto al uso de las prendas de contención, el tratamiento de mantenimiento, el ejercicio y la dieta (10).

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO:

En estadios avanzados surge la necesidad de complementar las medidas conservadoras con un tratamiento quirúrgico que disminuya la gravedad de la afección(8). Las técnicas quirúrgicas utilizadas son:
Técnicas ablativas: orientadas a reducir el volumen de la zona afectada:
- Liposucción.
Técnicas funcionales o fisiológicas: su misión es crear o restaurar las vías de drenaje linfáticas afectadas:
- Bypass linfático-linfático.
- Transferencia de ganglios linfáticos vascularizados.
- Bypass linfaticovenoso(9).

TRATAMIENTO FARMACÓLOGICO:

• Benzopironas: No hay suficientes pruebas que demuestren que son beneficiosas o sirvan para reducir el volumen del miembro, el dolor o el malestar en los miembros linfedematosos(8). No se recomienda su uso prolongado(15).
• Diuréticos: Pueden movilizar el agua temporalmente(15), pero su uso continuado empeora el linfedema al concentrar proteínas en los tejidos aumentando su endurecimiento(8).
• Analgésicos: El dolor y malestar asociados al linfedema son frecuentes y se deben controlar previamente al manejo del linfedema. Existe una relación directa entre linfedema doloroso y menor capacidad funcional, más síntomas psíquicos, más pensamientos intrusivos y evitativos, mayor distorsión de la imagen corporal y disminución de la libido, que en mujeres con linfedema no doloroso. El dolor refractario se puede controlar con analgésicos opiáceos o no opiáceos y medicamentos adyuvantes (antidepresivos tricíclicos, corticoides, anticonvulsionantes…)(8).

El linfedema es una patología crónica, no se cura, pero tiene solución y no es quirúrgica, gracias a la Fisioterapia especializada. Hoy, gracias a la evolución de la ciencia y el conocimiento, podemos proponer distintos tratamientos, obteniendo en el 95% de los casos la resolución del linfedema, con la terapia linfática Método Godoy(10).
Pero, aunque eficaces, estas terapias presentan inconvenientes como ser un tratamiento indefinido y una carga económica y personal que a menudo disminuye la calidad de vida del paciente(9).

COMPLICACIONES:

• La limitación de amplitud de movimiento del hombro es considerada una de las principales complicaciones postoperatorias del tratamiento del cáncer de mama y viene acompañada de disminución de la función del miembro superior(3).
• Otra complicación frecuente del linfedema es la infección del mismo, llamada linfangitis. Los síntomas de esta afección son enrojecimiento de la piel, dolor intenso, incremento del edema y fiebre(15). Y la celulitis, cuyos síntomas son piel tensa, brillante, "estirada", enrojecida y caliente. Las celulitis y linfangitis sobre un linfedema crecen rápidamente en las primeras 24 horas(8).
• La complicación más grave del linfedema de larga evolución es la degeneración hacia un linfangiosarcoma (síndrome de Steward-Treves). Puede tardar más de una década en desarrollarse y la media de supervivencia es de 19 meses(15).

PREVENCIÓN:

Desafortunadamente, ninguna estrategia empleada para prevenir el inicio del linfedema ha demostrado ser fructífera hasta la fecha(9).

Hoy en día la prevención y diagnóstico precoz del linfedema es uno de los objetivos primordiales de los equipos multidisciplinares que trabajan en esta enfermedad, y es por ello por lo que distintos estudios ya se plantean el tratamiento en fases precoces y no esperar a estadios moderados-severos(11).

La prevención esta está orientada a establecer una serie de recomendaciones específicas sobre cuidados de piel, identificar signos de presencia de estancamiento linfático, el conocimiento de ejercicios específicos y auto drenaje linfático. Específicamente para evitar la instauración del linfedema en los pacientes con predisposición a padecerlo(3).

EDUCACIÓN PARA LA SALUD (EpS): base de la prevención.

Enfermería debe de potenciar la educación a las mujeres con cáncer de mama antes de someterse a cirugía o radioterapia y continuar esta labor a lo largo de las visitas de seguimiento. Se debe enseñar a los pacientes a reconocer los síntomas tempranos de edema porque los resultados del tratamiento pueden mejorar de manera significativa si el problema se detecta de forma temprana.

La información que reciben las mujeres mastectomizadas sobre el riesgo de desarrollar linfedema y su prevención a lo largo del proceso de tratamiento es escasa y el contenido de la misma es pobre e inespecífico (según muestran estudios previos)(15). Pero las mujeres instruidas en el cuidado de la piel y que han realizado los ejercicios recomendados tras la mastectomía muestran una incidencia más baja de linfedema secundario(7). El autocuidado constituye un enfoque particular para la práctica clínica, porque pone énfasis en la capacidad de las personas para promover, mantener y recuperar la salud desde una perspectiva global del individuo(15).

SIGNOS Y SÍNTOMAS:

• El linfedema no suele desarrollarse de forma brusca.
• Los primeros síntomas pueden ser sensación de pesadez en brazo, endurecimiento de algunas zonas del mismo (especialmente aquellas que soportan presión como la cara anterior del brazo y la región del codo) y pérdida de sensibilidad. Piel engrosada, que se asemeja a la piel de una naranja.
• Posteriormente, se aprecia aumento del diámetro del brazo y, en ocasiones, dolor y dificultad en la movilización.
• Pueden formarse surcos y grietas, apareciendo linforrea (derrame profuso de linfa por rotura o sección de un vaso linfático) que actúa como puerta de entrada de infecciones(15).

CUIDADOS DEL LINFEDEMA: RECOMENDACIONES A PACIENTES
• Ante cualquier herida en la piel del brazo u hombro, es importante lavarla con agua y jabón y emplear un antiséptico.
• Higiene con jabones neutros y con suavidad. Es importante secar la piel minuciosamente, sin olvidar los pliegues y la zona entre los dedos.
• Utilizar crema hidratante para mantener la piel bien hidratada y nutrida.
• Para cortarse las uñas evitar el uso de las tijeras y usar cortaúñas. No cortar las cutículas, empujarlas.
• No morderse las uñas, ni arrancarse los padrastros.
• En la depilación es preferible la máquina eléctrica a las cuchillas y ceras calientes.

• El sujetador debe ser con tirantes anchos y acolchados para evitar comprimir la zona del hombro.
• Evitar llevar ropa muy ceñida y el calor excesivo.
• Evitar la sauna, los baños calientes y los baños de sol.
• Evita llevar reloj, anillos o pulseras que puedan presionarte el antebrazo y/o muñeca del brazo afecto.
• No llevar el bolso en el hombro de ese lado. No llevar mochilas. No cargar peso en ese brazo.
• En caso de diabetes, no hacer las determinaciones de glucemia capilar mediante el pinchazo del pulpejo de los dedos de la mano afecta.
• La tensión arterial debe tomarse en el brazo sano.
• Las inyecciones para analíticas y vacunas deben hacerse en el brazo sano.
• Dormir con el brazo ligeramente elevado, por ejemplo, apoyado sobre una almohada sólo es útil en el grado 1.
• La dieta debe ser normal, bien equilibrada. Los pacientes, a veces piensan que como el exceso de proteínas en los tejidos es la causa del linfedema, una dieta baja en proteínas debería ayudarles. Esto no es así, y no reduce las proteínas en los tejidos(8).

EJERCICIOS ESPECÍFICOS:

El fisioterapeuta sabrá elegir los ejercicios básicos para favorecer el flujo linfático en función de las características del paciente y de su situación clínica. Como norma general conviene realizar los ejercicios 2-3 veces a lo largo del día durante unos 30 minutos aproximadamente, y no deben ser vigorosos. El ejercicio vigoroso incrementa la producción de linfa. Además deben realizarse con la prenda de compresión puesta, si es que la tiene prescrita(8).

5 Discusión-Conclusión

El linfedema secundario es una de las consecuencias crónicas de las que menos se habla, menos se conoce y, en consecuencia, menos se previene. Como se trata de una complicación no letal recibe poca atención y se investiga menos que otras complicaciones del tratamiento del cáncer de mama. Pero es una secuela que disminuye la calidad de vida de los pacientes y les afecta a nivel emocional, psicológico, físico, económico y social, por lo que debería ser más tenida en cuenta a todos los niveles.

El camino no es sencillo, pero con el tratamiento adecuado, las prendas de com-

presión, ejercicio, dieta, etc…, llegar a la meta es posible. Juntos, profesionales y pacientes, podemos conseguir que el linfedema pase a un segundo plano en la vida del que lo padece.

Conclusiones:
• El linfedema secundario al cáncer de mama es la consecuencia invisible del tratamiento del cáncer, estando por ello más infravalorado e infratratado, pero la visión del linfedema ha cambiado en los últimos tiempos.
• No existe ninguna manera infalible de prevenir todos los casos de linfedema, pero si existen formas de disminuir el riesgo de presentar la afección. Se ha demostrado que la biopsia de ganglio linfático centinela ayuda a reducir el riesgo de linfedema.
• Representa un problema de difícil manejo incluso con las modalidades de tratamiento modernas.
• Las medidas preventivas para evitar la aparición del linfedema son fundamentales, ya que una vez instaurado no existe un tratamiento curativo eficaz.
• La base de la recuperación se fundamenta en dos pilares: detección precoz y educación sanitaria adecuada.
• Se debe potenciar la educación a mujeres/hombres con cáncer de mama antes de someterse a cirugía o radioterapia y continuar esta labor a lo largo del tratamiento y recuperación.
• Se debe enfatizar en el autocuidado del paciente y en la capacidad de las personas para promover, mantener y recuperar la salud desde una perspectiva global.
• La clave para un buen tratamiento es elaborar un buen diagnóstico diferencial (linfedema primario y secundario, lipedema, lipolinfedema, fleboedema o edema de origen venoso y el flebolinfedema).
• Las opciones no quirúrgicas han sido tradicionalmente el pilar y siguen siendo la forma inicial de tratamiento para todas las etapas del linfedema.
• Una intervención precoz en cuanto a medidas de prevención, tratamiento y cuidados del linfedema reporta beneficios como disminución de la incidencia, del coste médico-sanitario, un mejor uso de los recursos sanitarios y mejorar la calidad de vida de los pacientes afectados.
• Sin la implicación y colaboración del paciente no se obtendrán unos buenos resultados. Y en este proceso el apoyo de la familia también es fundamental.
• Hacen falta profesionales cualificados para tratarlo.
• Este trabajo contribuye a la actualización de conocimientos sobre el abordaje preventivo y terapéutico del linfedema secundario a cáncer de mama.

6 Bibliografía

- OMS | Cáncer de mama: prevención y control (Internet). WHO. (Citado 21 de octubre de 2019). Disponible en: http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/index1.html
- Base de datos GLOBOCAN 2018. Disponible en: https://www.uicc.org/news/new-global-cancer-data-globocan-2018
- Valdés Lara G, García Espinosa A, Pedroso Morales I. La rehabilitación del cáncer de mama en Cuba. Invest. Medicoquir 2019 (marzo-abril); 11 (Supl. 1)
- Aecc. Asociación española contra el cáncer. Disponible en: https://www.aecc.es/es.
- Alda Somalo, A. Influencia de un programa de prevención del linfedema en pacientes intervenidas de cáncer de mama. FisioGlía 2013; 0(0): 5-10.
- Navarro-Brazález B, Sánchez-Sánchez B. El vendaje en el tratamiento fisioterapéutico del linfedema secundario a cáncer de mama: una serie de casos. Fisioterapia. 2014;36(1):49-53
- López Jiménez RM, Muriel López C, López Jiménez S. Tratamiento Fisioterápico del Linfedema en las pacientes tratadas de Cáncer de Mama . Rev. Enfermería Docente 2015; enero-junio (103): 55-59
- San José JC, San José M. Supervivientes del cáncer: seguimiento del linfedema. Bol Soc Esp Hidrol Med, 2017; 32(1): 63-74.
- Uclés Villalobos V, Muñoz Piedra Y. Manejo quirúrgico del linfedema secundario al cáncer de mama. Rev Clin Esc Med 2019; 9 (1):37-47
- AEL. Asociación Española de Linfedema. Disponible en: https://aelinfedema.org/.
- Rodríguez Manso M, Canosa Hermida E, Martín Mourelle R, Otero Villaverde S, Mora Boga R y Balboa Barreiro V. Terapia descongestiva compleja en grados iniciales de linfedema secundario a cáncer de mama. Fisioterapia 2019; 41(1):21-27.
- Hoffner M, Bagheri S, Hansson E, Manjer J, Troëng T, Brorson H. SF-36 Shows Increased Quality of Life Following Complete Reduction of Postmastectomy Lymphedema with Liposuction. Lymphat Res Biol. 2017 03;15(1):87-98.
- Pereira C. Nicolás, Koshima Isao. Linfedema: actualización en el diagnóstico y tratamiento quirúrgico. Rev Chil Cir . 2018 Dic; 70(6): 589-597.
- The diagnosis and treatment of peripheral lymphedema: 2016 Consensus Document of the International Society of Lymphology. Lymphology 2016 Dec; 49(4):170-184.
- Argüelles Otero L, Fernández Prieto T. Atención de Enfermería a Pacientes con Cáncer de Mama y en riesgo de desarrollar Linfedema. RqR Enfermería Comuni-

taria (Revista SEAPA). 2014 Nov; 2(4):50-69
- Melam GR, Buragadda S, Alhusaini AA, Arora N. Effect of complete decongestive therapy and home program on health- related quality of life in post mastectomy lymphedema patients. BMC women's health. 2016 May 4,;16(1):23.
- Zou L, Liu F, Shen P, Hu Y, Liu X, Xu Y, et al. The incidence and risk factors of related lymphedema for breast cancer survivors post-operation: a 2-year follow-up prospective cohort study. Breast Cancer. 2018 May;25(3):309-314.
- O'Toole JA, Ferguson CM, Swaroop MN, Horick N, Skolny MN, Brunelle CL, et al. The impact of breast cancer-related lymphedema on the ability to perform upper extremity activities of daily living. Breast Cancer Res Treat. 2015 Apr;150(2):381-388.
- Choi YH, Seo KS. Correlation among bioimpedance analysis, sonographic and circumferential measurement in assessment of breast cancer-related arm lymphedema. Lymphology. 2014 Sep;47(3):123-133.
- Ciucci JL, et al. 6° Consenso Latinoamericano para el Tratamiento del Linfedema: Guía de tratamiento. Coordinación general: Peralta EA. Buenos Aires: Nayarit, 2017
- Jeffs E, Ream E, Taylor C, Bick D. Clinical effectiveness of decongestive treatments on excess arm volume and patient-centered outcomes in women with early breast cancer-related arm lymphedema: a systematic review.JBI Database System Rev Implement Rep. 2018;16(2):453-506.
- Luz RPC, Simao Haddad CA, Rizzi SKLA, Elias S, Nazario ACP, Facina G. Complex Therapy Physical alone or Associated with Strengthening Exercises in Patients with Lymphedema after Breast Cancer Treatment: a Controlled Clinical Trial. Asian Pac J Cancer Prev. 2018 May 26;19(5):1405-1410.
- Fortuny Pacheco EI, Guerreiro Godoy MF, Pereira de Godoy JM. ¿Es reversible el Linfedema?. Rev. Chilena Dermatol. 2014; 30 (4) : 375 - 378 .

Capítulo 65

PREVENCIÓN DE RIESGOS ASOCIADOS A FÁRMACOS ANTICOLINÉRGICOS POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA.

CAROLINA CALVO ÁLVAREZ

1 Introducción

La prescripción inapropiada (PI) en pacientes mayores se considera una cuestión de salud pública. Entendemos que una prescripción es inapropiada cuando el riesgo de sufrir efectos adversos (EA) es mayor que el beneficio clínico esperado, especialmente si existe evidencia de alternativas terapéuticas más seguras y/o eficaces. La PI de medicamentos se relaciona con el aumento de la mortalidad, morbilidad, el uso de recursos sanitarios y la aparición de reacciones adversas a medicamentos (RAM)1,2.

Se hace referencia a EA cuando se produce un evento inesperado que se identifica en el momento de la consulta, causa complicaciones y/o incapacidad en el paciente y es consecuencia de la asistencia sanitaria que recibe.

En el estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud (APEAS)3, realizado por la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, que analizó la frecuencia y tipo de EA en 96.047 pacientes detectó una prevalencia del 10,11% y un 6,7% tuvo más de uno. De los EA analizados el 47,8% estaba relacionado con medicación.

Para medir la inadecuada prescripción en pacientes mayores a nivel europeo, surgen los criterios STOPP/START (Screening Tool of Older Person's Prescriptions/ Screening Tool to Alert doctors to Right)2. Estos criterios se organizan por sistemas fisiológicos, y detectan no sólo la prescripción inadecuada por determinados fármacos, sino también la falta de prescripción de medicamentos en pacientes mayores de 65 años. Por otro lado, los Criterios Beers, actualizados por la American Geriatrics Society (AGS) en 2015, también presentan una lista de los medicamentos potencialmente inapropiados que deben evitarse en pacientes de edad avanzada y con determinadas patologías. Ambas son herramientas que sobresalen por su difusión mundial.

Cualquier herramienta que reduzca un 10-20% la PI será costo-efectiva, ya que reducirá las visitas a los profesionales sanitarios, se reducirán los fármacos para tratar los síntomas producidos por RAM y ayudarán a la optimización terapéutica2.

La polimedicación se incluye dentro de los síndromes geriátricos, ya que aumenta el riesgo de sufrir RAM e interacciones farmacológicas; aumenta con la edad como consecuencia de los cambios propios del envejecimiento, la influencia de las enfermedades, las complicaciones funcionales y los aspectos sociales, unido a la atención por múltiples especialistas en diferentes niveles asistenciales.

Los fármacos anticolinérgicos son muy utilizados en pacientes de edad avanzada, en los que puede presentarse una actividad anticolinérgica asociada, debido al alto número de comorbilidades y polimedicación que presenta este grupo de pacientes.

Los fármacos anticolinérgicos inhiben la acción de la acetilcolina en el sistema nervioso central y periférico. Es frecuente su uso en la práctica clínica, en el tratamiento de diversas patologías como depresión, psicosis, parkinson, espasmos musculares, alergia, hipersecreción ácida, náuseas, vómitos, alteraciones de la motilidad intestinal, vejiga hiperactiva, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, etc. Las secuelas adversas que provocan a nivel periférico son: disminución de secreciones, enlentecimiento de la motilidad intestinal, visión borrosa, aumento de la frecuencia cardiaca, boca seca, estreñimiento, impactación fecal, retención urinaria, entre otros. A nivel central provocan: agitación, confusión, delirio, caídas, alucinaciones y alteraciones cognitivas.

Se define carga anticolinérgica al efecto acumulativo de tomar uno o más fármacos capaces de desarrollar efectos adversos anticolinérgicos, cuya gravedad

depende de la carga anticolinérgica que se acumula en estos medicamentos, de la función cognitiva de base de cada paciente y de la variabilidad intraindividual farmacocinética y farmacodinámica. La administración de estos fármacos de forma persistente en el tiempo, especialmente en personas mayores, los hace más vulnerables a los efectos adversos anteriormente comentados, debido a la disminución del metabolismo renal y hepático, y al aumento de la permeabilidad de la barrera hematoencefálica como consecuencia de la edad.

Para conocer la carga anticolinérgica en el tratamiento de un paciente, existen diferentes escalas que miden la actividad anticolinérgica, y ayudan a determinar la relación entre la exposición a fármacos anticolinérgicos y la aparición de efectos adversos6.

La adherencia al tratamiento y la seguridad del paciente son competencias del personal enfermero, por tanto, la comprobación y cálculo de la carga anticolinérgica en pacientes de edad avanzada, en colaboración con los médicos, es una actividad a desarrollar con el fin de optimizar los resultados en salud de los pacientes mayores.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo fue conocer y analizar la carga anticolinérgica de los pacientes de un cupo médico, para identificar aquellos con un riesgo anticolinérgico potencialmente alto y establecer actuaciones a desarrollar por los profesionales de enfermería, con el fin de mejorar la seguridad del tratamiento de estos pacientes, evitando que se produzcan efectos no deseados y proporcionando una adecuada calidad de vida a estos pacientes.

3 Metodología

Estudio descriptivo transversal, que incluyó a los pacientes mayores de 75 años de un cupo médico de Atención Primaria en un Centro de Salud urbano de la provincia de Zamora, a los que se les dispensó medicación durante los meses de octubre y noviembre de 2016.

Los datos fueron facilitados por el farmacéutico de Área de Atención Primaria y extraídos del programa Concylia, sistema de información de farmacia de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León, que contiene información sobre

especialidades farmacéuticas dispensadas con receta del Sistema Nacional de la Salud por las oficinas de farmacia de Castilla y León.

Se realizó una búsqueda en diferentes bases de datos MEDLINE, Biblioteca Virtual de Salud y Biblioteca Sanitaria Online de Castilla y León. Los términos utilizados para la búsqueda fueron fármacos anticolinérgicos, carga anticolinérgica, antagonistas colinérgicos, escalas anticolinérgicas, riesgo anticolinérgico y cholinergic antagonist.

Para determinar el riesgo anticolinérgico de cada paciente se utilizó la herramienta Anticholinergic Burder Calculator8, la cual utiliza diez escalas diferentes, no todas validadas por lo que sólo se consideró el resultado obtenido por la escala DBI (Índice de carga de fármacos) que tiene en cuenta tanto la dosis prescrita como la dosis efectiva mínima del fármaco.

La escala DBI da una puntuación a cada fármaco con riesgo anticolinérgico, clasificándolos en tres grupos según la puntuación; 0: sin riesgo, 0.5 o mayor: riesgo medio, 1 o mayor: riesgo alto.

De cada paciente se analizó edad, sexo, tratamiento prescrito, número de fármacos prescritos, número de fármacos con riesgo anticolinérgico según la escala DBI, fármaco anticolinérgico dispensado a cada paciente, resultado del riesgo anticolinérgico según la escala DBI y clasificación del riesgo anticolinérgico.

Los cálculos de media, análisis de porcentajes, desviación estándar (DE) e intervalo de confianza (IC) se han realizado mediante la hoja de cálculo de Microsoft Excel.

4 Resultados

En el estudio se incluyeron los fármacos prescritos a 196 pacientes, con una media de edad de 83,7 (IC 95%: 82,9-84,5), el 65,8% eran mujeres.
El 46 % de los pacientes se encontraba en tratamiento con algún fármaco con propiedades anticolinérgicas, de los cuales el 29,6% tomaban un fármaco anticolinérgico, el 12,7% dos fármacos, el 2,5% tres y el 2% cuatro.
Se analizaron 1.183 fármacos, el 11,1% con riesgo anticolinérgico. La media de fármacos que tomaba cada paciente fue de 6 (IC 95%: 5,5-6,5) y la media de medicamentos anticolinérgicos fue de 0,7, siendo 4 el número máximo de fármacos con riesgo para un paciente.

Según la escala DBI, el 54% de los pacientes, no tenían riesgo anticolinérgico, el 31% riesgo medio y un 15% riesgo alto.
En cuanto a los grupos de fármacos con mayor riesgo anticolinérgico el 30,5% fueron benzodiacepinas, el 18,7% fármacos para la hiperplasia benigna de próstata (HBP), el 17,2% antidepresivos, el 13,3% opioides, el 7,8% antiepilépticos y el 4,8 % antipsicóticos.
Los fármacos más prescritos con riesgo anticolinérgico fueron el 14,8 % Lorazepam, el 11% Tamsulosina, el 10,9 %Tramadol, el 10,3% Alprazolam y el 3,9% Venlafaxina, todos ellos clasificados según la escala DBI con un nivel de riesgo anticolinérgico medio.

5 Discusión-Conclusión

El 46% de los pacientes analizados presentaron un riesgo anticolinérgico entre medio y alto, con una media de edad de 83,7 años. Sin embargo, los fármacos con propiedades anticolinérgicas se consideran inapropiados en pacientes de edad avanzada ya que pueden producir caídas, delirium y deterioro cognitivo. Los pacientes mayores son los más afectados por estos efectos, ya que según diferentes estudios epidemiológicos el 50% de estos pacientes tienen en sus tratamientos algún fármaco con propiedades anticolinérgicas9,12.

En un estudio alemán realizado durante 54 meses sobre el envejecimiento, cognición y demencia en pacientes de atención primaria (AgeCoDe)12, se analizó el riesgo de demencia por el uso de fármacos anticolinérgicos en 2.605 pacientes mayores de 75 años sin ningún incidente previo de demencia, concluyendo que el uso de fármacos anticolinérgicos está asociado a riesgo de demencia y que al aumentar la actividad anticolinérgica el riesgo aumenta. En nuestra muestra no se pudo acceder a la historia clínica de cada paciente y relacionar si hubo algún incidente de demencia anterior o posterior al comienzo del tratamiento con fármacos anticolinérgicos. Se debería realizar un seguimiento a los pacientes de riesgo para valorar si existe deterioro cognitivo, caídas u otros EA potencialmente asociados al consumo de fármacos anticolinérgicos.

Los grupos de fármacos con probable efecto anticolinérgico comprenden analgésicos, antiarrítmicos, antibióticos, antidepresivos, antiepilépticos, antisipcóticos, diuréticos, etc7. En el estudio alemán12, los fármacos anticolinérgicos incluidos en el tratamiento de los pacientes analizados principalmente fueron agentes cardiovasculares, analgésicos/antiinflamatorios, antidiabéticos y antidepresivos. En nuestro estudio, los grupos de fármacos con propiedades anticolinérgicas más

prescritos fueron benzodiacepinas, fármacos para la HBP, antidepresivos y opioides, fármacos muy utilizados en personas mayores.

En un estudio realizado en el año 2015 en atención primaria9, el 38% de los pacientes tomaban dos o más fármacos anticolinérgicos, mientras que en el presente trabajo fueron el 16,3%, por ello es importante revisar los tratamientos farmacológicos de los pacientes, determinando la carga anticolinérgica con el fin de prevenir posibles riesgos asociados.

Existe gran variedad de escalas para la medición del riesgo anticolinérgico, pero no son específicas ni van dirigidas a una población determinada. Son escalas basadas en revisiones de fármacos con actividad anticolinérgica, en escalas publicadas anteriormente, en la opinión de expertos, o en estudios experimentales de la actividad anticolinérgica sérica. No son escalas estandarizadas, por lo que los resultados difieren según la escala que se aplique, aunque se evalúe a un mismo paciente 9,10,12,13.

En este estudio, se ha empleado la escala DBI que tiene en cuenta tanto la dosis prescrita como la dosis efectiva mínima del fármaco, considerando que así el valor que se da a la carga anticolinérgica puede ser más correcto que en otras escalas que valoran de igual forma un fármaco sea cual sea la dosis que recibe el paciente. No ha sido posible comparar los resultados con otros estudios que hayan utilizado la misma escala de valoración.

Debido a que no existe un método estandarizado para medir la carga anticolinérgica de los pacientes que toman fármacos anticolinérgicos y dado que el documento de Estrategia de Seguridad del Paciente 2015-202014 recomienda el uso de medicamentos seguros con el fin de prevenir o mitigar el daño innecesario asociado a las atenciones sanitarias y a mejorar la seguridad del paciente. Consideramos necesario la creación de un método estandarizado para la medición del riesgo anticolinérgico, que esté integrado en los programas de prescripción de medicamentos y a disposición de todos los profesionales implicados en la atención del paciente12.
Los profesionales de enfermería participan en programas de mejora de la adherencia terapéutica y revisión sistemática de los tratamientos, especialmente en pacientes crónicos y polimedicados, pudiendo detectar así errores potenciales de medicación, prescripciones inapropiadas o de riesgo como la carga anticolinérgica de los tratamientos.

A los pacientes de alto riesgo anticolinérgico se les debería realizar una valo-

ración cognitiva mediante el Mini Mental State Examination de Folstein, con el fin de realizar una valoración del tratamiento y determinar, si es posible, la deprescripción de los fármacos de riesgo o sustituirlos por otros de menor riesgo.

En cuanto a las limitaciones del estudio se encuentra el número reducido de pacientes analizados, no encontrar otros estudios que utilicen la escala DBI para comparar resultados, y la imposibilidad de analizar la relación entre el riesgo anticolinérgico y la presencia de EA en los pacientes debido al escaso tiempo de duración del trabajo. Teniendo en cuenta estas limitaciones su validez externa es desconocida. Sin embargo, tiene validez interna, porque el estudio se ha realizado sobre todos los pacientes mayores de 75 años de un cupo médico, y se ha analizado todo su tratamiento, durante el periodo de estudio y con una escala validada.

Sería necesario que en futuras investigaciones se incluya un mayor número de pacientes y se correlacionen los riesgos con los resultados en salud, para conocer el alcance, la relevancia clínica de estos tratamientos en los pacientes y ayudar a la validación de escalas más completas.

Para concluir, la prescripción de fármacos anticolinérgicos es relevante (46%), considerando que además afecta a población muy vulnerable. Los resultados del estudio evidencian la necesidad de implantar escalas validadas cuyo uso por los profesionales sanitarios y en concreto, por los profesionales de enfermería pueden constituir una herramienta de ayuda para la valoración del riesgo, la prevención y la toma de decisiones clínicas, lo cual permitiría mejorar la seguridad y los resultados en salud de los pacientes.

6 Bibliografía

- Delgado Silveira E, Muñoz García MM, Montero Errasquin B, Sánchez Castellano C, Gallagher PF, Cruz-Jentof AJ. Prescripción inapropiada de medicamentos en los pacientes mayores: los criterios STOPP/START. Rev Esp Geriatr Gerontol [Internet]. 2009. [Consultado 2 febrero 2017]; 44 (5): 273-9. Disponible en: http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-prescripcion-inapropiada-medicamentos-los-pacientes-S0211139X09001310
- Delgado Silveira E, Montero Errasquín B, Muñoz García M, Vélez-Díaz-Pallarés M, Lozano Montoya I, Sánchez-Castellano C, Cruz-Jentoft AJ. Mejorando la prescripción de medicamentos en las personas mayores: una nueva edición de los

criterios STOPP-START. Rev Esp Geriatr Gerontol [Internet]. 2015. [Consultado 8 febrero 2017]; 50 (2): 89-96. Disponible en: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0211139X14002236
- Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008. [Consultado 1 abril 2017]. Disponible en: http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/LibroAPEAS.pdf
- Pastor Cano J, Aranda García A, Gascón Cánovas J.J, Rausell Rausell VJ y Tobaruela Soto M. Adaptación española de los criterios Beers. Anales Sis San Navarra. [Internet].2015. [Consultado 27 abril 2017]; 38 (3). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272015000300002
- The American Geriatric Society. AGS 2015 beers criteria update expert panel. JAGS. [Internet].2015. [Consultado 27 abril 2017]; 63 (11). Disponible en: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jgs.13702/epdf
- Sociedad española de farmacéuticos de Atención Primaria [Internet]. Anticolinérgicos en ancianos: sigue creciendo la evidencia que desaconseja su uso. 2015 [Consultado 2 febrero 2017]. Disponible en: https://farmaciadeatencionprimaria.com/2015/09/23/anticolinergicos-en-ancianos-sigue-creciendo-la-evidencia-que-desaconseja-su-uso/
- López-Álvarez J, Zea Sevilla MA, Agüera Ortiz L, Fernández Blázquez MA, Valentí Soler M, Martínez-Martín P. Efecto de los fármacos anticolinérgicos en el rendimiento cognitivo de las personas mayores. Rev Psiquiatr Salud Ment [Internet]. 2015. [Consultado 6 febrero 2017]; 8 (1): 35-43. Disponible en: http://www.elsevier.es/es-revista-revista-psiquiatria-salud-mental-286-articulo-efecto-los-farmacos-anticolinergicos-el-S1888989113001262
- Anticholinergic Burder Calculator.[Internet].[Consultado 2 febrero 2017]. Disponible en: http://www.anticholinergicscales.es/
- Hernández-Arroyo MJ, Díaz-Madero A. Valoración del riesgo/beneficio en el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer. A propósito de una interacción. Rev Esp Geriatr Gerontol [Internet]. 2015. [Consultado 2 febrero 2017]; 51 (4): 191-5. Disponible en: http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-pdf-S0211139X15002450-S300
- Villalba-Moreno AM, Alfaro-Lara ER, Pérez-Guerrero MC, Nieto-Martín MD, Santos-Ramos B. Systematic review on the use of anticholinergic scales in poly pathological patients. Archives of Gerontology and Geriatrics. [Internet]. 2016. [Consultado 8 febrero 2017]; 64; 178-80. Disponible en: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0167494315300662
- Portal del medicamento. Concylia. [Internet]. Castilla y León [Con-

sultado 11 marzo 2017]. Disponible en: http://www.saludcastillayleon.es/portalmedicamento/es/indicadores-informes/concylia
- Jessen F, Kaduszkiewicz H, Daerr M, Bickel H, Pentzek M, Riedel-Heller S, et al. Anticholinergic drug use and risk for dementia: Target for dementia prevention. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.2010;260 Suppl 2:S111-5.
- Chatterjee S, Mehta S, Sherer JT, Aparasu RR. Prevalence and predictors of anticholinergic medication use in elderly nursing home residents with dementia: Analysis of data from the 2004 National Nursing Home Survey. Drugs Aging. 2010;27: 987-97.
- Estrategia de seguridad del paciente del Sistema Nacional de Salud. Periodo 2015-2020. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2016 [Consultado 21 abril 2017]. Disponible en: https://www.seguridaddelpaciente.es/es/informacion/publicaciones/2015/estrategia-seguridad-del-paciente-2015-2020/

Capítulo 66

MALTRATO INFANTIL Y PSICOPATOLOGÍA.

IRENE DIAZ SOLDADO

1 Introducción

La definición de maltrato infantil se ha modificado y enriquecido con las aportaciones de los investigadores que se han abocado al tema, a partir de la primera emitida por Kempe, en 1962, quien originalmente lo define de la siguiente manera: "uso de la fuerza física no accidental, dirigida a herir o lesionar a un niño, por parte de sus padres o parientes". Posteriormente se incluyen la negligencia y los aspectos psicológicos como partes del maltrato infantil.

Para Wolfe es "la presencia de una lesión no accidental, resultado de actos de perpetración (agresión física) o de omisión (falta de atención por parte de quienes están a cargo del niño y que requiere de atención médica o intervención legal)".

La Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) propone la siguiente definición: "Todo acto u omisión encaminado a hacer daño aun sin esta intención pero que perjudique el desarrollo normal del menor".

Una de las definiciones más claras, de las hasta ahora publicadas, es la que considera el maltrato infantil como "toda acción, omisión o trato negligente, no accidental, que priva al niño de sus derechos y su bienestar, que amenaza o interfiere en su desarrollo físico, psíquico o social y cuyos autores son generalmente personas del ámbito familiar.".

El síndrome del niño golpeado fue descrito por primera vez en 1868 por Ambrosie Tardieu. Posteriormente, en 1946, Caffey describió la presencia de hematomas

subdurales asociados con alteraciones radiológicas de los huesos largos en los pequeños. Henry Kempe y Silverman en 1962, crearon la expresión síndrome del niño golpeado, concepto este que fue ampliado por Fontana al indicar que estos niños podían ser agredidos no solo en forma física, sino también emocionalmente o por negligencia, de modo que sustituyó el término golpeado por el de maltratado.

TIPOS DE MALTRATO

-Maltrato físico: toda acción voluntariamente realizada que provoque o pueda provocar lesiones.

-Negligencia: omisión de una acción necesaria para atender el desarrollo y el bienestar físico y psicológico de un menor. La negligencia intrafamiliar viene a identificarse con el abandono de las obligaciones que socialmente son encomendadas a los padres o tutores de un menor.

-Maltrato sexual: cualquier comportamiento en el que un menor es utilizado por un adulto u otro menor como medio para obtener estimulación o gratificación sexual. Se incluyen el voyeurismo, exhibicionismo, tocamientos y penetración. También la inducción de un menor a la prostitución por parte un familiar aunque la relación sexual se mantenga con terceros.

-Maltrato emocional: acción, actitud o incapacidad de proporcionar un ambiente emocional propicio para el desarrollo psicológico, físico que permita lograr independencia y seguridad. Pueden incluirse conductas de ignorar al menor, actitudes de distanciamiento, de desapego, o la privación de afectos y de seguridad (maltrato emocional pasivo). También conductas como gritar al menor, enfurecerse con él, regañarles violentamente, amenazarlos (maltrato emocional activo).

-Maltrato prenatal: conductas realizadas voluntariamente por la madre o personas del entorno familiar, o conductas negligentes que influyen negativamente en el embarazo y repercuten en el feto.

-Síndrome de Münchausen por poderes: los padres, frecuentemente la madre, provocan o inventan síntomas orgánicos o psicológicos en sus hijos que inducen a someterlos a exploraciones, tratamientos e ingresos hospitalarios innecesarios. En ocasiones pueden agravar enfermedades o síntomas preexistentes en el niño. El propósito de tales conductas es, entre otros, el de asumir el papel de paciente a través de otra persona. Se ha sugerido que uno de los incentivos de los padres al realizar este tipo de comportamientos es provocar atención y apoyo por parte del personal sanitario.

EPIDEMIOLOGÍA DEL MALTRATO

-Los estudios epidemiológicos realizados en nuestro país (López, 1994; De Paúl, Milner y Múgica, 1995; Pereda y Forns, 2007) muestran que el abuso sexual infantil es un problema más extendido de lo que previamente podría estimarse, que suele ir acompañado de un importante malestar psicológico en la gran mayoría de víctimas. Las consecuencias psicológicas que se han relacionado con la experiencia de abuso sexual infantil pueden perdurar a lo largo del ciclo evolutivo y configurar, en la edad adulta, los llamados efectos a largo plazo del abuso sexual (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000). También es posible que la víctima no desarrolle problemas aparentes durante la infancia y que éstos aparezcan como problemas nuevos en la adultez.

-Los casos declarados en España en el año 2005 fueron de 0,84 niños maltratados por 1000 niños menores de 18 años. La negligencia es el tipo de maltrato más frecuente, representa el 86,4% del total de los maltratos, seguido del abuso emocional y posteriormente el maltrato físico. Los casos de abuso sexual solo representan el 3,6 % de todos los casos informados de maltrato. El grupo de edad en el que la incidencia de maltrato es mayor es el grupo de 1 a 12 años.

-En todos los años que se han investigado, son más las niñas que los niños maltratados y, entre ellas, el incremento de maltrato también ha sido mayor.

2 Objetivos

- Describir los diferentes tipos de maltrato infantil.
- Evaluar la prevalencia actual de la situación de maltrato infantil.
- Indicar la epidemiología del maltrato actualmente.
- Revisar la relación entre maltrato infantil y antecedentes de trauma, con la patología psiquiátrica en el futuro.

3 Metodología

Para la obtención de datos de la revisión bibliográfica se realizó una búsqueda sistemática de documentos de sociedades científicas relacionados con el tema a estudio, en la literatura actual, para identificar los componentes esenciales del matrato infantil y su situación. Las fuentes de documentación fueron bibliotecas virtuales electrónicas como Scielo, Medline y Pubmed.

Las palabras clave para la búsqueda de artículos fueron: “maltrato”, “infantil”, “trauma”, “negligencia”, “niño”, “abuso sexual”, “maltrato infantil emocional”.
A partir de dicha información se realizó una revisión crítica de la literatura centrada en la viabilidad de incorporar dicha información a la presente revisión.

4 Resultados

De acuerdo con la información recabada para la presente revisión, se ha visto que, en efecto, la presencia de traumas o maltrato infantil, está estrechamente relacionado con un amplio espectro de problemas tanto adaptativos como funcionales, o emocionales en el niño, que podrán hacerse notables en su infancia tardía o por el contrario, durante su adultez. Entre ellos encontramos:

- Problemas de conducta y adaptación social: Se observan mayores niveles de hostilidad en víctimas de abuso sexual infantil que en grupos control, así como una mayor presencia de conductas antisociales y trastornos de conducta.
- Problemas funcionales: Uno de los problemas que afecta a las funciones físicas de estas víctimas de forma más frecuente son los dolores físicos sin razón médica que los justifique. También se observan algunas cefaleas, fibromialgias, trastornos gastrointestinales, frecuente presencia de trastornos de la conducta alimentaria en víctimas de abuso sexual infantil, especialmente de bulimia nerviosa.
- Problemas emocionales: Dentro de este apartado destacan, por su presencia en gran parte de las víctimas de abuso sexual infantil, los trastornos depresivos y bipolares; los síntomas y trastornos de ansiedad, destacando por su elevada frecuencia el trastorno por estrés postraumático; el trastorno límite de la personalidad; así como las conductas autodestructivas (negligencia en las obligaciones, conductas de riesgo, ausencia de autoprotección, entre otras); las conductas autolesivas; las ideas suicidas e intentos de suicidio; y la baja autoestima .
- Problemas de relación: Destaca la presencia de un mayor aislamiento y ansiedad social, menor cantidad de amigos y de interacciones sociales, así como bajos niveles de participación en actividades comunitarias. Se observa también un desajuste en las relaciones de pareja, con relaciones de pareja inestables y una evaluación negativa de las mismas, entre otras.
- Problemas sexuales: Browning y Lauman (2001) defienden que la sexualidad desadaptativa es la consecuencia más extendida del abuso sexual infantil. Otros estudios también han confirmado la frecuente presencia de problemas de tipo sexual en víctimas de abuso sexual infantil, como una sexualidad insatisfactoria y disfuncional, conductas de riesgo sexual.
- Revictimización: La revictimización es una de las consecuencias del abuso sexual

infantil relacionadas con el área de la sexualidad que supone una mayor gravedad, por ello se entiende la experiencia posterior de violencia física y/o sexual en víctimas de abuso sexual infantil por agresores distintos al causante del abuso en la infancia.

- Transmisión intergeneracional: La posible transmisión intergeneracional de las prácticas parentales, así como del maltrato y el abuso sexual infantil sigue siendo un tema de estudio controvertido y con resultados que pueden llegar a ser contradictorios. Las revisiones específicas sobre la hipótesis de la transmisión intergeneracional del maltrato, es decir, la hipótesis de la reproducción del maltrato de padres a hijos, confirman su posible existencia (Green, 1998), aunque los autores constatan la enorme variabilidad en los porcentajes entre diversos estudios.

5 Discusión-Conclusión

Se ha observado que existe una relación entre el maltrato y la patología psiquiátrica. La prevalencia de antecedentes de trauma en la psicobiografía de los pacientes psicóticos es alta, hasta el punto de que algunos autores defienden que hay un subgrupo de esquizofrenia, la esquizofrenia traumática inducida, que se caracterizaría por la preponderancia de los síntomas psicóticos positivos.

La alta prevalencia de trauma infantil en pacientes psicóticos hace pensar en que el abuso grave podría ser uno de los factores ambientales que influyen en el desarrollo de la esquizofrenia. Una de las consecuencias de este hecho es la necesidad de indagar de forma sistemática en las posibles experiencias traumáticas en la biografía de cualquier paciente que se nos presente con sintomatología psicótica.

Se ha estudiado la relación entre el maltrato infantil y el trastorno de estrés postraumático (TEPT). Se ha visto que no todas las personas expuestas al mismo trauma desarrollan TEPT, por lo que se ha investigado factores que aumenten la vulnerabilidad para desarrollar esta patología. Entre éstos destacan factores demográficos (sexo femenino, bajos niveles de educación e ingresos, ser divorciado o viudo), trastornos psiquiátricos y de personalidad (trastornos afectivos, ansiosos, abuso de sustancias, personalidades evitativas, antisociales o neuróticas), factores cognitivos (bajo nivel intelectual, signos neurológicos blandos), factores biológicos (hiperactivación noradrenérgica, hipofunción del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal), factores genéticos, y exposición previa a sucesos traumáticos, especialmente a edad temprana (maltrato infantil).

6 Bibliografía

- Santibáñez, R. Resultados de un programa de intervención educativa de autocontrol y desarrollo moral aplicado a menores de protección. Infancia y Aprendizaje [internet] 2000 [consultado enero 2020] vol 23:92, pag 85-107.
- Palacios J, Moreno MC, Jiménez J. El maltrato infantil: concepto, tipos, etiología. Journal for the study of education and development [internet] 2014 [consultado enero 2020] vol 18, pag 7-21.
- Foguet Boreu Q, Álvarez Alonso MJ, et al. Trauma infantil y esquizofrenia. Elsevier: Psiquiatría biológica [internet] 2009 [consultado enero 2020] vol 6, n.3, pag 137-139.
- Marty M, Carvajal A, et al. Childhood maltreatment as a risk factor for post-traumatic stress disorder in adulthood. Rev. chil. neuro-psiquiatr. [internet]. 2005, vol 43, n.3 [consultado enero 2020], pag 180-187.
- Pereda Beltran, N. Consecuencias psicológicas a largo plazo del abuso sexual infantil. Papales del psicólogo [internet] 2010 [consultado enero 2020] vol 31, n.2, pag 191-201.
- Soriano Faura, JF. Promoción del buen trato y prevención del maltrato en la infancia en el ámbito de la atención primaria de la salud. PrevInfad (AEPAP) [internet] 2015 [consultado enero 2020].
- Eguiarte B, Alvarez Antillon I, et al. Patrones de interacción familiar de madres y padres generadores de violencia y maltrato infantil. Act Colom Psicol [internet] 2005 [consultado enero 2020] vol 8, n.1, pag 35-46.
- Mesa Gresa P, Moya Albiol L. Neurobiología del matrato infantil: el ciclo de la violencia. Rev Neurol [internet] 2011. vol 52 (8), pag 489-503.

Capítulo 67

PULSIOXIMETRIA: ¿QUÉ ES Y QUÉ FACTORES INFLUYEN EN SU LECTURA?

IRENE LOPEZ DE LA RIVA

1 Introducción

La pulsioximetría es una técnica no invasiva que permite medir de forma indirecta el porcentaje de saturación arterial de oxigeno de la hemoglobina oxigenada en los vasos pulsátiles.

Los oxímetros son unos dispositivos ópticos que nos permiten conocer la saturación de oxígeno de la hemoglobina en la sangre de forma no invasiva. Hay una relación lineal entre la cantidad de luz absorbida por la sustancia y la concentración de forma que a mayores concentraciones implica mayor absorción de luz.

La presión parcial de oxígeno disuelto en la sangre arterial se denomina PaO2. El porcentaje de saturación de oxígeno unido a la hemoglobina en la sangre arterial se denomina SaO2 y cuando es medido por un pulsioxímetro se denomina SpO2.

Los primeros avances en el concepto de oximetría se realizaron durante la Primera Guerra Mundial cuando Krogh en Copenhague intentó medir la oxigenación de los pilotos. Años más tarde Millikan y Wood desarrollaron un oxímetro de pabellón auricular de dos longitudes de onda y en 1949 Wood y Geraci pudieron medir la saturación absoluta de oxígeno por determinación fotoeléctrica en el lóbulo de la oreja. El ingeniero Takuo Ayoagi basándose en que

las pulsaciones arteriales cambian el color de la sangre, pudiendo ser leídas usando el rayo de absorción de la luz roja e infrarroja desarrolló lo que conocemos como el primer pulsioxímetro.

Actualmente los pulsioxímetros se usan para determinar la saturación de hemoglobina arterial con oxígeno en sangre, el pulsioxímetro utiliza la espectrofotometría basada en que la oxihemoglobina y la desoxihemoglobina absorben y transmiten determinadas longitudes de onda del espectro luminoso, para luz roja 640-660 nm y para luz infrarroja 910-940 nm. La oxihemoglobina absorbe más luz infrarroja y permite el paso de la luz roja; al contrario la desoxihemoglobina absorbe más luz roja y permite el paso de la infrarroja.

Los pulsioxímetros tienen dos sensores con diodos emisores de luz (DEL), uno para la luz infrarroja y otro para luz roja, más un fotodiodo detector. Para medir la cantidad de oxígeno en sangre los DEL y el fotodiodo se tienen que poner en puntos opuestos dejando en medio el tejido translúcido. El mecanismo que permite la lectura de la oxigenación es que en la pulsación de la sangre se transmiten valores lumínicos, detectando también la frecuencia cardiaca.

Los sitios del cuerpo que generalmente se usan para medir la SpO2 son: los dedos de la mano, el dedo gordo del pie y el lóbulo de la oreja. En neonatos y lactantes menores, se usan las palmas de las manos y las plantas de los pies. Es importante saber que los oxímetros de pulso funcionan normalmente en pacientes anémicos, que tienen reducida la cantidad de glóbulos rojos.

Hemos realizado esta revisión para determinar cuáles son los factores que afectan a la medición de la saturación de oxígeno y para conocer más sobre los pulsioxímetros y su uso, ya que hemos observado en algunos artículos de los leídos que no solo se utiliza para el control de los signos vitales sino también para el diagnóstico precoz de enfermedades comunes como la Insuficiencia Respiratoria principalmente en pacientes EPOC.

La validez y confiabilidad de estos aparatos puede verse afectada por diversos factores:
- Movimiento: es común en niños y neonatos. Durante el movimiento, la longitud de la óptica se modifica y supera la señal real. Por lo cual podemos decir que es una limitación física para la oximetría del pulso, ya que la oximetría del pulso convencional mide los componentes pulsátiles, el movimiento que realiza la sangre venosa confunde al monitor y ofrece niveles de saturación bajos
- Baja perfusión: la perfusión del lecho vascular entre el diodo emisor de luz y el

sensor de la sonda del monitor determina la magnitud de la señal. Al disminuir la perfusión también lo hace la magnitud de la señal. Esta situación se puede dar en niños con grande volúmenes de transfusión y elevada presión venosa. Actualmente esta situación sería salvada por los oxímetros de última generación.
- Pigmentación de la piel y uñas: pigmentos de la piel como la henna y el esmalte de uñas pueden tener efecto en la saturación de oxígeno que muestra el pulsioxímetro. Esto nos puede llevar a un error de monitorización, incrementando la saturación significativamente.
- Interferencia electromagnética: la energía electromagnética externa como la que proviene de electrocauterios, tomógrafos, móviles u otros aparatos puede causar interferencia en la lectura y producir un calentamiento del lector que nos puede llevar a lecturas bajas de SpO2 y producir falsas alarmas.
- Interferencia de la luz ambiental: pueden interferir la luz intensa, blanca o roja que alteran la función de fotodetectores, se evita cubriendo el sensor con un material no transparente.
- Variante de hemoglobina: existen dos situaciones:
Por un lado la carboxihemoglobina, la mayor presencia de esta molécula en sangre incrementan los valores en un 1% de la SO2 por cada 1% de carboxihemoglobina circulante, este problema se presenta en pacientes fumadores.
Metahemoglobina, su presencia normalmente es menor de 1% pero en intoxicaciones por sulfonamidas, uso de anestésicos, óxido nítrico y hemoderivados artificiales puede elevarse causando alteración de la lectura porque absorbe la luz en forma similar a la HbO2
- Oximetría de pulso en la altura: la SpO2 media a nivel del mar es 97-99% con límites inferiores de 94% como la SpO2 está relacionada con la presión arterial de oxígeno se recomienda que nivel de mar se utilice oxígeno en pacientes con SpO2 menor a 90.

Hoy en día la SpO2 constituye junto a otros signos vitales un parámetro esencial en la evaluación clínica del paciente.

2 Objetivos

El objetivo de esta revisión es encontrar los distintos factores que pueden modificar los resultados de la medición de la saturación de oxígeno pudiendo llevar a error en la monitorización del paciente; para ello lo que se ha realizado es una búsqueda bibliográfica en base a estudios o ensayos clínicos realizados a distintos tipos de pacientes (mujeres sanas, no fumadores, en neonatos, cardiopatías

congénitas).

3 Metodología

Hemos realizado varias búsquedas referentes a la pulsioximetria y los factores que la alteran en diferentes bases de datos (páginas web) como medline, pubmed, google académico y scielo. Para realizar esta búsqueda hemos introducido diversas palabras clave hasta encontrar la información que necesitábamos, entre otras: "oxigen saturation", "pulsioximetre", "nail polish", "henna", "electromagnetic interference", "factores que afectan a la pulsioximetría", "pulsioximetria", etc. Además, en las bases de datos utilizadas se seleccionaron distintos filtros para poder encontrar los artículos más adecuados y desarrollar la presente revisión bibliográfica; la filtración fue realizada en base a los últimos años de publicación (últimos 10 años), los participantes hacia los que estaban dirigidos los ensayos clínicos (humanos) y respecto al idioma (español e inglés).

Se revisaron las referencias bibliográficas de 16 artículos localizados en las bases de datos electrónicas nombradas anteriormente. Tras haber analizado toda la información contenida en los distintos ensayos, se excluyeron 13 de ellos debido a su antigüedad; además, la información en la que se basaban no nos proporcionaba el contenido en el que se asienta la revisión trabajada. Los artículos restantes fueron seleccionados porque se trataba de ensayos clínicos que demostraban su información mediante estudios realizados en diferentes grupos de personas. Estos ensayos demostraban la influencia de diversos factores, como por ejemplo el esmalte de uñas, el color de la piel, la presencia henna…, sobre la medición de la SpO2 en sangre. Nuestra búsqueda tiene como base una revisión bibliográfica facilitada por el profesor de la asignatura.

Para poder realizar el meta análisis de los distintos ensayos clínicos seleccionados nos basamos en el contraste y en la comparación de la información contenida en dichos artículos; para ello, se realizó un resumen de cada uno de ellos obteniendo los datos necesarios y poder realizar la presente revisión sistemática.

Al estar buscando en páginas con base científica recomendadas por la universidad nos aseguramos que la información obtenida es fiable y que podemos realizar nuestra revisión en función de los artículos encontrados en las diferentes bases de datos anteriormente mencionadas.

4 Resultados

Al principio del trabajo reunimos un total de 16 artículos sobre el tema a tratar; la pulsioximetría. Al comenzar a seleccionar los artículos nos basamos en si fueron encontrados en páginas científicas como pubmed o medline; tras a ver analizado dónde fueron encontrados fueron 12 los que pasaron este filtro y continuaron para ser evaluados.

Al estar interesadas en ensayos clínicos para poder realizar nuestra revisión bibliográfica, otro de los criterios utilizados para el cribado fue comprobar cuántos de los 12 se basaban en un ensayo clínico; tras comprobarlo descartamos 4 y continuamos con 8 artículos para el seguimiento de nuestro estudio.

Para poder aplicar y amoldar nuestra revisión con el artículo base del que partimos en esta revisión era esencial que los ensayos clínicos fueran realizados en humanos y no en animales; fueron excluidos 3 artículos prosiguiendo con 5 artículos.

Para que la información y los datos tuvieran la mayor fiabilidad posible seleccionamos los artículos basados en los últimos 10 años acabando basando nuestra revisión bibliográfica en 3 artículos que pasaron este filtro.
En nuestro estudio podemos observar que existen diferencias significativas en la medición de la SpO2 debido a diversos factores:
- Esmalte de uñas o pigmentación de la piel.
- Movimiento
- Luz ambiental
- Baja perfusión
- Interferencia electromagnética
- Variantes de hemoglobina
- Oximetría de pulso en la altura.

Es necesario destacar que las diferencias que se producen siempre han sido inferiores al 2% por lo que podemos considerar que no tienen una gran relevancia clínica.

Actualmente los dispositivos utilizados en la medición de la SpO2 resultan fiables en valores superiores al 70% de oxigenación. Sin embargo, para valores inferiores al 70% la pulsioximetría no es la técnica más fiable, por lo que en estos casos es recomendable realizar una pruebe complementario como es la gasometría arterial.

1º AUTOR, AÑO, PAÍS. (TIPO DE ESTUDIO)	POBLACIÓN/ INSTRUMENTO	INTERVENCION/ COMPARACION	RESULTADOS	CONCLUSIONES
Agustín Martínez González 2006 España Ensayo clínico	Pacientes en situaciones de urgencia y pacientes EPOC.	64 estudios realizados en adultos estudia la relación entre la SaO_2 y la medida estándar de la PaO_2 obtenida en sangre arterial. Finalmente concluye que el grado de exactitud de un pulxiosimetro es de más menos 2% cuando la SaO_2 está entre 70 y 100, comparando las mediciones en diferentes lugares del cuerpo.	Se comprueba el grado de fiabilidad de los pulxiosimetros , además de las diferentes consideracion es que hay que tener al usar los pulxiosimetros y las ventajas y desventajas que tiene frente a la gasometría.	La hipoxemia es difícil de detectar con signos y síntomas, y cuando aparece los valores de SaO_2 suelen estar al 68%. La gasometría arterial ha sido durante mucho tiempo el único método para detectar la hipoxemia. En la actualidad, se prefiere la pulsioximetria ya que es un método menos invasivo. Pero se debe tener en cuenta factores que influyen en sus resultados.
Héctor Mejía Salas 2012 España Ensayo clínico	Pacientes de pediatría, especialmente neonatales.	Se valoran diferentes factores que alteran la medición de la oximetría, el movimiento, el pigmento de la piel o el esmalte de uñas, las interferencias de luz ambiental y las variantes de hemoglobinas	Se comprueban que esos factores alteran la pulsioximetría y podemos hacer algunas modificacione s para impedir que ocurran estos errores.	La revisión destaca que hay gran variedad de situaciones que afectan a la correcta lectura del aparato. Sin embargo, los avances en tecnología están eliminando la probabilidad de fallo.
Süçü çiçekh 2010 Irán Ensayo clínico	Mujeres sanas de entre 20 y 40 años.	Les aplicaron henna y esmalte de uñas de distintos colores en diferentes dedos de la mano, uno de ellos ere aun dedo control, y les midieron la saturación de oxigeno en una sala donde la temperatura era igual.	La henna ($p=002$) el esmalte de uñas rojo ($p<0.001$) y esmalte de uñas blanco ($p=0.02$) han incrementado significativame nte la medida de saturacion de oxigeno absorbida por el pulxiometro.	La henna y el esmalte de uñas pueden tener efecto en el porcentaje de saturación de oxigeno mostrado por el pulxiometro y esto puede llevar a error en la monitorización del paciente. Como resultado, es recomendables usar otras áreas de la mano para poner el sensor del pulxiometro si hay henna o esmalte de uñas.

5 Discusión-Conclusión

Tras analizar todos los resultados de los estudios seleccionados para nuestra revisión bibliográfica se puede concluir que existen varios factores que afectan en la medición de la saturación de oxígeno.

Respecto a la henna y el esmalte de uñas encontramos otros artículos que negaban su influencia sobre el porcentaje de saturación de oxígeno o mostraban condiciones que eran necesarias para que modificasen este porcentaje.

Uno de estos artículos encontrados fue la investigación hecha por Samman et al (2006) que muestra que la henna no afecta a la media de saturación de oxigeno; aunque en pacientes hipoxémicos puede incrementar la saturación de oxígeno absorbida.
Similarmente los resultados de los estudios hechos por Al-Maged y Harakati (1994) sugiere que la henna roja no es una barrera en contra de la medida de la saturación de oxígeno mostrada por el pulsioxímetro; sin embargo, la henna negra puede reducir la tasa de saturación de oxígeno por el pulsioxímetro.

A pesar de ello, este estudio muestra que si hay diferencia con los dedos impregnados de henna frente al dedo control. El color de henna creado puede diferir en el efecto de la saturación de oxígeno medida.

Un estudio hecho por Cote et al, decía que el esmalte de uñas azul, verde, negro y marrón intervenían en los resultados del pulsioxímetro; estos colores podían reducir la tasa de saturación en más de un 6%. Algunos esmaltes de uñas reducen la tasa pero la mayoría de ellos la aumenta, debido a múltiples componentes de estos; lo que requiere de otro tipo de investigación.

Como conclusión final de los resultados obtenidos de todos los artículos seleccionados se puede decir que hay que tener en cuenta los distintos factores que pueden llevarnos a error en la medida de la saturación de oxígeno; algunos de estos criterios a tener en cuenta son modificables mientras que otros no se pueden evitar.

Si nos encontramos frente a un paciente que presenta henna o esmalte de uñas habría que evaluar otras áreas de nuestro cuerpo para colocar el sensor del pulsioxímetro y poder realizar una correcta monitorización del paciente.

A partir de esta revisión destacamos que la pulsioximetria es una forma no invasiva que permite obtener de manera inmediata y continua la saturación de

oxígeno. Es importante para la detección de algunas enfermedades como la hipoxemia. Sin embargo, la pulsioximetria tiene limitaciones que deben tenerse en cuenta, estas limitaciones vienen marcadas por distintos aparatos y situaciones que afectan a su correcta lectura.

Gracias a los avances tecnológicos se están eliminando estos factores limitantes, pero es posible que no siempre se cuente con tecnología de última generación por lo que será importante considerar lo descrito en esta revisión.

6 Bibliografía

- Ballesteros-Peña S, Fernández-Aedo I, Picón A, Lorrio-Palomino S. Influencia del esmalte de uñas en los valores de saturación de oxígeno en pacientes sometidos a pulsioximetría: una revisión sistemática. Emergencias 2015; (27): 325-331.
- Megía. H, Megía. M. Oximetría de pulso educación médica continua. 2012; 51 (2): 149-155.
- Moradi Majd. P, Zolfaghari. M, Behesht Aeen. F, Reza Mohseni. A, Azimi. K, Haghani. H. The comparison between the impacts of henna and nail polish on pulse oximetry among healthy women.Nurs Pract Today 2014; (3): 120-125.
- Martin González. A, Irizar Aranburu. I. La pulsioximetría en Atención Primaria. AMF 2006; 2 (1): 46-50.

Capítulo 68

LA ENFERMERÍA: UNA PROFESIÓN A CONOCER

IRENE LOPEZ DE LA RIVA

1 Introducción

La imagen social de la enfermería está basada en estereotipos asentados a lo largo del tiempo. El objetivo del trabajo es estudiar los estereotipos enfermeros para ver si la enfermería tiene una imagen cercana de lo que es o pretende ser, y la visión que tiene la sociedad.

Este planteamiento deriva de las implicaciones relevantes que puede tener en la profesión un concepto tanto negativo como positivo, en el tipo y la calidad de los cuidados prestados y percibidos por los usuarios, como en las personas que optan a esta profesión. Cada uno de nosotros tiene una imagen creada y fundamentada en aquellas percepciones que han ido surgiendo a lo largo del tiempo, existiendo una incertidumbre sobre lo que hoy en día es la enfermería y la proyección que tiene para el futuro.

A pesar del aumento del número de mujeres en las profesiones sanitarias, en concreto en enfermería, todavía se asocia al género femenino lo asistencial, siendo los hombres los que adquieran el rol del poder y los altos cargos. Los medios de comunicación han sido una de las mayores influencias en la asociación de la enfermería como una profesión predominantemente femenina, siendo las mujeres más valoradas por sus virtudes que por sus conocimientos, adquiriendo un papel sexista y sexual. Respecto al género masculino que se dedica a esta profesión, se le asocia un papel homosexual debido al poco número de hombres enfermeros.

Basándonos en la literatura, la enfermería es una profesión que tiene un prestigio o estatus social disminuido, situándose en el tercer lugar de la valoración de varias profesiones sanitarias situándose por detrás de la medicina. Uno de los estereotipos más marcados a lo largo de los años, es la subordinación del papel de la enfermera respecto al médico. Por ello, las enfermeras deben trabajar más para comunicar su profesionalidad a los usuarios, utilizando como herramienta las redes sociales y YouTube, de esta manera potenciarán su imagen pública y podrán alcanzar una posición más fuerte al aumentar su visibilidad.
A pesar de las connotaciones negativas también existen cualidades, que son reconocidas positivamente por la sociedad mejorando la percepción de esta profesión. En concreto, las enfermeras son vistas como profesionales amables, pacientes o eficientes.

En todos los artículos en los que hemos fundamentado nuestro trabajo, hay una incógnita común a la hora de cómo las enfermeras potencian y venden su profesión; con el fin de que exista un cambio cultural en la sociedad. Derivado de este agujero, la frase sobre la que vamos a basar nuestro eje fundamental del trabajo es: "Enfermería: una imagen a descubrir"
Después de lo nombrado anteriormente la pregunta que nos surge es: ¿cómo podemos construir una imagen real de la profesión creando impacto en los usuarios? .

Para poder responder a esta pregunta y según el método I + D (investigación y desarrollo) lo primero es saber cuáles son las estrategias más eficaces para vender un producto, extrapolando esa información al producto enfermero.
La base de un marketing eficaz debe residir en la focalización de objetivos para rentabilizar el producto basándose en la dispersión de los medios que tengamos a nuestro alcance y en una buena planificación estratégica.

Dado que se ha constatado el poder de las redes digitales, en concreto el poder influencer del twitter, ya que en estos momentos podría ser una herramienta difusora para crear impacto en el consumidor. La mejor forma de hacer "marketing enfermero" es por medio del enfoque virtual, ya que a día de hoy es la mejor forma de llegar a toda la población, sobre todo a los colectivos más jóvenes, y más concretamente por medio de las redes sociales debido a su gran repercusión en la forma de pensar de los usuarios. Consiguiéndose así, aumentar la confianza para mejorar la cooperación.

En este sentido, tendríamos la clave para construir una red positiva de confianza y fortalecer el concepto real de la profesión enfermera. Con esto, se lograría po-

tenciar el rol de la enfermera virtual, humanizando las redes digitales.
Una imagen real de la enfermería ayudaría a eliminar todos los mitos y estereotipos que hemos ido nombrando. Llegar a la población, ayudaría a fomentar la autonomía de la profesión y aumentar su reconocimiento generando una mayor confianza de los usuarios. La importancia de crear impacto y llegar a la población lograría un mejor rendimiento laboral, igualdad, mayor profesionalización creando un perfil competencial y una mejoría en la calidad de los cuidados prestados.

2 Objetivos

El objetivo principal es proponer como crear una imagen que sea real de la profesión, fomentando la autonomía y la profesionalización; eliminando los estereotipos e intentando llegar a los usuarios. La propuesta que ofrece nuestro trabajo sería atraer a la gente mediante diseños, difundidos a través de las redes sociales dando a conocer la realidad de la profesión.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en la que hemos buscado artículos que se han publicado en un periodo de 10 años.
Las bases de datos utilizadas en nuestra búsqueda han sido: PubMed, WOS, SCielo, SCOPUS,…
Para la elaboración de nuestra revisión bibliográfica hemos establecido una serie de key words, que son las siguientes: trending, marketing, management, nurse, stereotypes, public image, social image. Con estas hemos podido centrar más la búsqueda logrando encontrar artículos más específicos de nuestra temática.

Antes de empezar a elaborar un tema en concreto centrado en nuestra temática, se realizó una primera búsqueda con su correspondiente puesta en común de artículos en la que encontramos unos 32, pero fueron descartados más de la mitad por no tener un índice de impacto alto, es decir, por no aparecer las revistas, en las que habían sido publicadas en el JCR.
En cuanto a uno de los criterios de inclusión en el primero que nos hemos basado es en el índice de impacto alto que poseen las revistas (Anales Sistema Sanitario de Navarra, Gaceta Sanitaria, Journal of the Academy of marketing Science, Journal of nursing management, Public health nursing, Dynamis). Otro de estos criterios era que estuvieran publicadas en el periodo comprendido en estos últimos 10

años y que, además, su contenido estuviera dentro de lo relacionado con nuestro tema a tratar.
Como consecuencia de lo anteriormente citado, los criterios de exclusión usados descartan todos aquellos artículos que no cumplían los criterios de inclusión.

Una vez elegidos los artículos que íbamos a usar en el trabajo, el grupo comenzó a leerlos y a extraer de ellos las líneas de investigación junto con el argumento principal en el que se basa cada uno. Tras la puesta en común, decidimos la idea general que desarrollaríamos posteriormente, basándonos en diferentes propuestas para llegar a una solución al problema que presenta el tema y describiendo propuestas futuras.

4 Resultados

En esta revisión contamos con 17 artículos los cuales tratan del tema que se desarrolla posteriormente en este trabajo, que son los siguientes: estereotipos de enfermería, marketing, roles en la enfermería.

El propósito de nuestra revisión se basa en la imagen existente de la enfermería y los diferentes estereotipos en nuestra sociedad, impulsando la profesión enfermera con un punto de vista real y apoyándonos en las redes digitales.
Los resultados obtenidos nos dan la visión consolidada que posee la sociedad y la leve modificación que ha sufrido a lo largo de las décadas hasta ahora. Es por ello que la visión pública de la profesión es equivoca y errónea, por lo que se ve en la necesidad de vender una imagen real que alce nuestras cualidades y funciones.

También es importante que tanto las enfermeras como los enfermeros se planteen una serie de cuestiones sobre cómo realizar esos cambios, para poder llevar a cabo sus propuestas, que deben llevar asociadas unas formas de marketing que favorezcan el acercamiento al público. En este aspecto tenemos que pensar en un debate existente en el que se plantea la cuestión de si somos los enfermeros los que elegimos nuestra imagen o es la sociedad la que elige ésta por nosotros. En este último caso, se daría una falta de liderazgo por parte de nuestra profesión.

Hasta hoy en día no se ha iniciado, ni llevado a cabo ninguna propuesta que reivindique qué somos y qué hacemos. Es por ello, que la creación de una imagen real de nuestra profesión, eliminando aquellos mitos y estereotipos implantados, sería la clave para fomentar la autonomía y profesionalización de la enfermería.

Existen dos vertientes mediante las cuales podrías eliminar las falsas percep-

ciones creando una imagen que llegue a la sociedad. La construcción de una "enfermera virtual" a través de las redes digitales, sería uno de los métodos más eficaces para llegar a la población, en concreto a los jóvenes. Por otro lado, la otra propuesta para lograr nuestro objetivo sería el "face to face". Con esta herramienta no solo llegaríamos a la población joven, sino que, mediante charlas, seminarios o conferencias llevadas a cabo en diferentes entidades, lograríamos entrar en contacto con los diferentes grupos poblacionales y profesionales.

Respecto a la última herramienta nombrada, el "face to face" podría llevarse a cabo en centros de educación secundaria y bachillerato, mediante charlas o conferencias de educación para la salud. Además, esta vertiente implantada en el día a día de la profesión, permite crear una relación de confianza proporcionando así apoyo a los usuarios y estableciendo un vínculo de interdependencia. Una de las cuestiones que surge al plantear esta herramienta es: ¿cómo podríamos llevarlo a cabo en el día a día?; una sonrisa, una explicación sobre qué es lo que vas a hacer y el simple hecho de presentarte a tu paciente como su enfermera, ayudaría a crear ese vínculo de confianza fomentando que el usuario te escuche y preste atención a la información que le aportas. Por ello, el centrarse en los pequeños detalles y hacerse ver por el usuario como una persona cercana, fomentaría a lograr el cambio que tanto se espera respecto a nuestra profesión.

La imagen que tiene la sociedad es en una gran parte proporcionada por los diferentes medios de comunicación, ya que proporcionan una imagen distorsionada de la realidad. Como la dimensión es tan grande y la estrategia es tan amplia, nos vamos a centrar en hacer visible el rol enfermero a través del mundo virtual. De esta forma, se pretende sensibilizar a la población joven, generalmente entre 15 y 18 años, a través de las redes digitales más usadas (YouTube, Instagram, Twitter).

Centrándonos en nuestra propuesta, pretendemos potenciar la enfermera virtual, sin perder de vista el punto humano y cercano, ya que este último es una de las cualidades que caracteriza dicha profesión. Teniendo en cuenta que nuestro objetivo es crear impacto fundamentalmente en usuarios jóvenes, la idea que nos surge es crear una imagen virtual que se difunda a través de las redes digitales, centrándonos principalmente en la creación de un canal de YouTube y sirviéndonos como herramientas de apoyo Twitter e Instagram.

Una de las estrategias para lograr difundir esta imagen, sería apoyarse en influencers que ayuden a dar más difusión al canal que se construya. Crear tendencia con una imagen impactante no es solo competencia de la enfermería, para lograr dicho objetivo es necesario lleva a cabo una cooperación multidisciplinar.

La participación en este proyecto de profesionales que abarquen las ciencias de la salud, es tan importante como la necesidad de otras disciplinas que dominen los medios de comunicación; también, es necesario la colaboración de una persona cualificada en el campo de las bellas artes, así se podría crear el impacto deseado mediante una imagen actual y realista.

Por todo ello, potenciar los conocimientos y las habilidades del profesional de enfermería, así como la actitud del mismo, es clave para crear una imagen real. Siendo fundamental que se construya una nueva competencia que ayude a dar visibilidad a nuestra profesión, y concienciando a los futuros profesionales de la importancia que tiene saber vender lo que hacemos.

5 Discusión-Conclusión

Para poder eliminar los estereotipos que tiene la población sobre la enfermería y la imagen social que existe de esta, lo principal que se necesita es tener un referente de liderazgo sólido, consolidado y que consiga su propósito y así poder llegar a conseguir el gran cambio que necesita nuestra profesión enfermera.

El eje fundamental para conseguir este objetivo debe basarse en un cambio cultural de la población y de su visión hacia la enfermería, así pudiendo eliminar los estereotipos que se tienen sobre ella. La posibilidad de conseguir esta propuesta de futuro se ve facilitada gracias a los grandes avances en materia de redes, facilitando así el acceso a los eternos olvidados que son la población más joven ya que así pueden llegar a conocer el verdadero trabajo que realiza una enfermera y a su vez podamos eliminar los pensamientos tradicionales sobre esta profesión.

La enfermería ha avanzado mucho a lo largo del tiempo, por lo cual es necesario que siga evolucionando y potenciando su profesionalidad.

6 Bibliografía

- Errasti-Ibarrondo B., Arantzamendi-Solabarrieta M., Canga-Armayor N.. The public image of nursing: a profession to learn about. Anales Sistema sanitario de Navarra 2012; 35(2): .
- Ortiz- Gomez T, Birriel-Salcedo J, Ortega del Olmo R. Género, profesiones sanitarias y salud publica. Gaceta sanitaria 2004; 18(1): 189-194.
- Girvin J, Jackson D, Hutchison M. Contemporary public perceptions of nursing: a systematic review and narrative synthesis of the international research

evidence. Journal of nursing management 2016; 24(): 994-1006.
- Ten Hoeve Y., Jansen G. & Roodbol P.. The nursing profession: public image, self-concept and professional indetity. . Journal of advanced nursing 2014; 70(2).
- Hsu Y. Design innovation and marketing strategy in successful product competition. Journal of business & industrial marketing 2011; 26(4):223-236.
- Leischnig A, Kasper- Brauer K. How to sell in diverse markets? A two-level approach to industry factors and selling factors for explaining firm profitability. Journal of Business Research 2016; 69: 1307–1313.
- Krush MT., Sohi RS., Saini A. Dispersion of marketing capabilities: impact on marketing ' s influence and business unit outcomes. Academy of marketing science 2014; 43 (): 32-51.
- Smith PM., Shi W. Effects of international trade show marketing strategies on trade show performance: Does experience matter ? Wood and Fiber Science 47(1): 1-13
- Zubiaga, A., Spina, D., Martinez, R., Fresno, V. . Real-Time Classification of Twitter Trends. Journal of the Association for Information Science and Technology 2015; 66(3):
- Wang LX. Modeling Stock Price Dynamics With Fuzzy Opinion Networks. IEEE Transactions on fuzzy systems 2017; 25(2):
- Felzensztein C, Stringer C, Benson-Rea M, Freeman S. International marketing strategies in industrial clusters: Insights from the Southern Hemisphere. Journal of Business Research 2014; 67: 837-846.
- Blazquez OI. La identidad del paciente a través de la prensa profesional. Dynamis 2016; 36(2): 443-466.
- Berkery E., Siobhan Tiernan BA., Morley M.. The relationship between gender role stereotypes and requisite managerial characteristics: the case of nursing and midwifery professionals: a response to Lalor.. Journal of nursing management 2016; 24(): .
- Llop-Girónes A, Tarafaa G, Benacha J. Personal de enfermería, condiciones de trabajo y su impacto en la salud. Gaceta Sanitaria 2015; 29(2):152–157.
- Casado-Mejía R, Botello-Hermosa A. Representatividad de las mujeres en las sociedades científicas españolas del ámbito de la salud 2014. Gaceta sanitaria 2015; 29(3):209-2012.
- García Juárez M.R, López Alonso S.R, Orozco Cózar M.J, Caro Quesada R, Ramos Osquet G, Márquez Borrego M.J, Cano Antelo M.D. Serrano Pedrero C. Personalización enfermera y calidad percibida del cuidado en el ámbito hospitalario. Gaceta sanitaria 2011; 25(6):474-482.
- Baldwin K. A, Lyons R.L, Issel L.M. Creating a Brand Image for Public Health

Nursing. Public Health Nursing 2010; 28(1): 57–67

Capítulo 69

INCORPORACIÓN DE LA ENFERMERA ESCOLAR EN CENTROS DE EDUCACIÓN PRIMARIA.

SARA CONTRERAS RAMOS

BORJA RUIZ TAMAYO

ANDREA NATAL FUERTES

1 Introducción

La enfermera escolar es el profesional a través del cual se proporciona una asistencia sanitaria integral en el propio centro educativo durante toda la jornada escolar y cuyo fin es contribuir al pleno desarrollo y máximo bienestar físico, mental y social de la comunidad educativa.

2 Objetivos

- Evidenciar la importancia y necesidad de introducir la figura de la enfermera escolar para mejorar la salud infantil.

- Conocer la labor enfermera en centros educativos e identificar los problemas y situaciones de salud más prevalentes en el entorno escolar susceptibles de intervención enfermera.

3 Metodología

Revisión bibliográfica a través de diversas bases de datos científicas y revistas de enfermería, realizando una lectura crítica de las publicaciones encontradas a través del cuestionario CASPe, con el objetivo de que los artículos utilizados sean de calidad, seleccionando un total de 21 artículos.

4 Resultados

La atención de enfermería en el centro educativo permite conocer el entorno del niño y su familia, observando sus necesidades y mejorando su calidad de vida. Aunque la Educación para la Salud es fundamental para la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, actualmente es abordada de manera esporádica por los equipos de Atención Primaria.

5 Discusión-Conclusión

La enfermera escolar es el profesional idóneo para educar en salud a la población infantil y prestar una asistencia sanitaria inmediata durante la jornada escolar, reduciendo de esta forma la sobrecarga de los equipos de Atención Primaria.

6 Bibliografía

- Organización Mundial de la Salud [sede Web]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 [citado 20 de febrero de 2019]. Desarrollo del niño [1 pantalla]. Disponible en: https://www.who.int/topics/child_development/es/

- Casado A E. Enfermería escolar, la situación hoy en día. Rev. Enferm. CyL. [Revista en Internet] 2015 [citado 18 de enero de 2019]; 7(1): [56-61]. Disponible en: http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/vie
w/144/116

- Expósito A, López F J. Sostenibilidad y calidad de vida [Internet]. 1ª Ed. Almería: Editorial ACCI; 2016 [citado 15 de febrero de 2019]

- Schumacher C. Lina Rogers: A Pioneer in School Nursing. The Journal of School Nursing. [Revista en Internet]. 2002 [citado 16 de enero de 2018];

18(5): [247-249]. Disponible en: https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1059840502018005010l

- González N, López N. Antecedentes históricos y teóricos y perfil de la enfermera escolar. Rev. Metas de Enferm. [Revista en Internet]. 2012 [citado 18 de enero 2019]; 15(7): [50-54]. Disponible en: http://www.amece.es/images/1.antecedentes.pdf

Capítulo 70

RIESGOS Y BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA PROLONGADA

MIRIAN RUBÍN GONZÁLEZ

1 Introducción

Durante el embarazo, ocurren en el cuerpo de la mujer ciertos cambios hormonales entre los que se encuentran el crecimiento mamario y el aumento de los conductos galactóforos. Es el lactante quien estimula la producción y secreción de la leche.

La leche matera incluye todos los nutrientes que requiere el recién nacido hasta los seis meses de edad. La OMS recoge en su libro La alimentación del lactante y del niño pequeño los principales componentes de la leche materna, que son:
- Grasas: la grasa se concentra especialmente al final de la toma, por lo que la leche presenta una textura más cremosa que al inicio. Es importante para el desarrollo neurológico del niño.
- Carbohidratos: el principal es la lactosa, que sirve como fuente de energía.
- Proteínas: la leche materna contiene una menor concentración de proteínas que la leche normal, lo que la hace más adecuada para los lactantes. Las más importantes son la caseína y la alfa-lactoalbúmina. Además, la beta-lactoglobulina, una proteína presente en la leche de vaca que puede provocar intolerancia a la lactosa, no está presente en la leche materna.
- Vitaminas y minerales: la única vitamina que no está en la leche materna en la cantidad adecuada es la vitamina D, de ahí su administración exógena al nacer.

- Factores anti-infecciosos: como son las inmunoglobulinas, glóbulos blancos, proteínas del suero y oligosacáridos.
- Factores bioactivos: como la lipasa, que ayuda a la digestión de la grasa; o el factor epidérmico de crecimiento, que estimula la maduración de las células de la mucosa del intestino para mejorar la absorción y digestión de los nutrientes.

Además, es muy importante considerar el aspecto emocional, ya que la lactancia materna constituye un vínculo afectivo enorme entre la madre y el bebé desde el nacimiento.

2 Objetivos

- Conocer los beneficios que puede aportar al niño la toma de lactancia materna prolongada en el tiempo.
- Determinar los riesgos que se pueden derivar de la lactancia materna prolongada.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos, así como la revisión de las principales revistas y páginas web relacionadas con el tema a tratar.

PubMed:
- ”breastfeeding” AND ”benefits” AND ”age” AND ”periods” AND (”2015/01/29”[PDat] : ”2020/01/27”[PDat]). 26 resultados.
- ”prolonged breastfeeding”[All Fields] AND ”benefits” AND (”2015/01/29”[PDat] : ”2020/01/27”[PDat]). 8 resultados.
- ”prolonged breastfeeding” AND ”risks” AND (”2015/01/29”[PDat] : ”2020/01/27”[PDat]). 9 resultados.
- ”breastfeeding periods” AND (”2015/01/29”[PDat] : ”2020/01/27”[PDat]). 9 resultados.
- ”prolonged breastfeeding” AND ”risks” AND “benefits” AND ”infant”. 1 resultado.

Elsevier:
- “lactancia materna prolongada beneficios y riesgos para el bebé”. 58 resultados.

Revistas científicas:

- Evidencias en pediatría.
- Revista de Senología y Patología mamaria.

Páginas web:
- Asociación Española de Pediatría.

4 Resultados

De los resultados obtenidos, tras revisar por título, resumen, año de publicación y finalmente por texto completo, han sido seleccionados un total de 41 artículos por adaptarse al tema tratado.

La información de estos artículos ha sido complementada con los datos obtenidos en las revistas científicas mencionadas, así como en la web "Asociación Española de Pediatría".

1. Beneficios de la lactancia materna:

Para el bebé:
- Contiene todos los nutrientes que el recién nacido necesita durante los primeros seis meses de vida.
- Protege el sistema inmunitario gracias a los factores anti-infecciosos.
- Reduce el riesgo de aparición de asma, alergias, infecciones de orina, diarreas, etc.
- Es más fácil de digerir para su sistema digestivo que la leche artificial.
- Ocasiona menor tasa de obesidad infantil.

Para la madre:

- Acelera la recuperación de la mama.
- Origina menor riesgo de aparición de hipertensión y depresión postparto.
- Disminuye el riesgo de cáncer de ovario y mama.
- Ayuda a la mineralización de los huesos, retrasando e incluso evitando la osteoporosis.
- Ahorro económico.

2. Periodos de lactancia:

La Asociación Española de Pediatría (AEPED) establece dos periodos de lactancia teniendo en cuenta la edad del bebé. El primero, abarca del nacimiento a los

seis meses, tiempo en que la leche será el único alimento que el recién nacido necesita. El segundo, abarca desde los seis meses en adelante, normalmente hasta aproximadamente el año y medio de edad. En este periodo el niño necesitará más alimento que el proporcionado por su madre, aunque éste sigue siendo necesario.

3. Lactancia materna en niños mayores:

En otras culturas, es habitual encontrar lactantes por encima de los dos años de edad; sin embargo, en los países occidentales es un hecho poco frecuente.

Este es un tema controvertido, ya que hay muy diversas opiniones de los beneficios que puede aportar y de los riesgos a los que se exponen los niños al continuar con la leche materna como alimento complementario, ya que lo que sí que está demostrado es que no puede ser el alimento principal.

5 Discusión-Conclusión

Los niños mayores que continúan con lactancia materna se siguen beneficiando del aspecto inmunológico de la leche, con una menor incidencia de infecciones para su edad. Además, se ha constatado una menor incidencia de ciertos tipos de cáncer, como la leucemia infantil, y de enfermedades metabólicas en estos niños.

La lactancia materna en niños mayores de dos años también se relaciona con un mayor desarrollo intelectual y psicosocial.

La leche materna no pierde sus propiedades con el paso del tiempo. En los primeros meses de vida la cantidad de grasa que contiene es lo que alimenta al bebé, pero a partir de los dos años de vida aproximadamente, esta grasa presente en la leche puede producir obesidad en el lactante. Este hecho se relaciona con una mayor incidencia de diabetes mellitus con el paso del tiempo

Aunque es un tema controvertido, en la actualidad hay más beneficios que riesgos al prolongar la lactancia a partir de los dos años de edad. Lo que sí está demostrado es que aunque se continúe con la lactancia, es necesario complementarla con otros alimentos a partir de los 6 meses de edad.

6 Bibliografía

- Comité de Lactancia Materna de la AEP. Asociación Española de Pediatría [Internet]. Madrid; 2012 [citado 26 ene 2020]. Disponible en: https://www.aeped.es/comite-nutricion-y-lactancia-materna/lactancia-materna/documentos/recomendaciones-sobre-lactancia-materna
- Perales Martínez JI, Pina Marqués B. Aspectos socioculturales de la lactancia materna en niños mayores. Rev Pediatr Aten Primaria [Internet] 2017n[citado 25 ene 2020]; 19(76). Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/pap/v19n76/1139-7632-pap-21-76-00337.pdf
- Gutiérrez RHJ. Lactancia materna prolongada y alimentación artificial, su relación con la ganancia de talla durante el segundo semestre de vida. Arch Inv Mat Inf [Internet] 2012 [citado 27 ene 2020]; 4(3): 121-130. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/imi/imi-2012/imi123a.pdf
- Flores Huerta S, Toussaint G, Adell-Gras A et al. Alimentación complementaria en los niños mayores de seis meses de edad. Bases técnicas. Bol Med Hos Infant Mex [Internet] 2006 [citado 24 ene 2020]; 63(2). Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/bmhim/hi-2006/hi062h.pdf
- Patelarou E, Girvalaki C, Brokalaki H, Patelarou A, Androulaki Z, Vardavas C. Current evidence on the associations of breastfeeding, infant formula, and cow's milk introduction with type 1 diabetes mellitus: a systematic review. Nutr Rev [Internet] 2012 [citado 24 ene 2020]; 70:509-19. Disponible en: https://academic.oup.com/nutritionreviews/article/70/9/509/1835283
- Belfort MB, Rifas-Shiman SL, Kleinman KP, Guthrie LB, Bellinger DC, Taveras EM, et al. Infant feeding and childhood cognition at ages 3 and 7 years: effects of breastfeeding duration and exclusivity. JAMA Pediatr [Internet] 2013 [citado 27 ene 2020]; 167:836-44. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3998659/pdf/nihms571352.pdf

Capítulo 71

EL SÍNDROME DEL HOMBRE LOBO Y LA TOMA DE MEDICAMENTOS

MIRIAN RUBÍN GONZÁLEZ

1 Introducción

La hipertricosis, también conocida como "síndrome del hombre lobo" es una enfermedad rara caracterizada por la presencia de pelo de forma excesiva y anormal para la edad, raza o sexo, y que aparece en lugares de la cara o del cuerpo donde no debería estar presente.

La historia dice que el primer hombre en sufrir esta enfermedad fue Petrus Gonsalvus, en el siglo XVI, lo que lo transformó en un personaje icónico de cuento de hadas. Gonsalvus habría inspirado el cuento de "La Bella y La Bestia" escrito por la francesa Jeanne-Marie Leprince de Beaumont en 1757.

Puede ser una manifestación cutánea de una enfermedad sistémica; o adquirida, asociada a diferentes factores como el consumo de drogas, cáncer o desórdenes alimenticios. Esta enfermedad puede ser causada, además, por la toma de ciertos fármacos, lo que motiva a realizar este trabajo.

La hipertricosis puede ser generalizada o localizada en una zona determinada del cuerpo. La forma más común se conoce con el nombre de "síndrome de Ambras", caracterizado por la aparición de pelo abundante en la cara, orejas y hombros.

No existen datos epidemiológicos de las diferentes formas de hipertricosis. Además, es una enfermedad que no tiene predilección por ninguna raza o género.

Además de la cantidad excesiva de pelo en ciertas partes del cuerpo, esta enfermedad puede causar otros problemas o acompañarse de diferentes síntomas:
- Incremento de la sensación de calor y sudoración.
- Sordera neurosensorial.
- Retraso mental.
- Alteración psicosocial.

2 Objetivos

Conocer qué medicamentos pueden ser los causantes de la hipertricosis en la infancia.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo, se ha hecho una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos, además de consultar varias revistas científicas de interés.

PubMed:
- ”hypertrichosis” AND ”incidence” AND (”loattrfree full text”[sb] AND ”2015/01/14”[PDat] : ”2020/01/12”[PDat]). 3 resultados.
- ”hypertrichosis” AND ”drug” AND (”loattrfree full text”[sb] AND ”2015/01/14”[PDat] : ”2020/01/12”[PDat]). 28 resultados.
- ”hypertrichosis” AND ”drug” AND ”pediatric” AND (”loattrfree full text”[sb] AND ”2015/01/14”[PDat] : ”2020/01/12”[PDat]). 6 resultados.

Elsevier:
- “causas de hipertricosis en infancia”. 83 resultados.
-“hipertricosis en infancia y medicamentos”. 38 resultados.

Revistas científicas:
- Revista Española de Pediatría Clínica e Investigación.
- Evidencias en pediatría.
- Revista mexicana de pediatría.

4 Resultados

En PubMed fueron revisados 21 artículos y en Elsevier 43.

De los resultados obtenidos, tras revisar por título, año de publicación, resumen y finalmente por texto completo, fueron seleccionados un total de 23 artículos. Las revistas mencionadas han servido para complementar la información obtenida en dichos artículos científicos.

5 Discusión-Conclusión

La hipertricosis farmacológica, es decir, la provocada por la toma de fármacos, predomina en tronco, extremidades y rara vez afecta a la cara.

Los medicamentos causantes de esta enfermedad son los siguientes:
- Fenitoína: antiepiléptico o anticonvulsivo.
- Acetazolamida: diurético, antihipertensivo, antiepiléptico.
- Estreptomicina: bactericida.
- Latanoprost: tratamiento del glaucoma.
- Ciclosporina: inmunosupresor.
- Psoralenos: tratamiento de psoriasis, vitiligo, eccemas.
- Diazóxido: tratamiento de la hipoglucemia.
- Minoxidil: antihipertensivo.
- Tacrolimus: inmunosupresor.
- Interferón alfa: antiviral y tratamiento de tumores.

Cuando la hipertricosis es secundaria a algún factor, en este caso a un medicamento, basta con erradicar dicho factor para eliminar el exceso de vello.

Sería necesaria la sustitución de los fármacos mencionados por otros con los mismos beneficios, pero sin el efecto secundario de la provocación del "síndrome del hombre lobo".

6 Bibliografía

1. Pavone P, Practicò AD, Falsaperla R et al. Congenital generalized hypertrichosis: the skin as a clue to complex malformation syndromes. Ital J Pediatr. 2015 (5) ; 41-55.

2. Suchonwanit P, Thammarucha S, Leerunyakul K. Minoxidil and its use in hair disorders: a review. Drug Des Devel Ther ;2019 9(13): 2777-2786.

3. Asz Sigall D, Salas Alanís JC, Beirana A, Arenas R. Hipertricosis: sus causas, formas clínicas y manejo. DermatologíaCMQ 2011; 9(1): 33-42.

4. Shafi F, Madre SN. Skin grafo hypertrichosis associated with prostaglandin analog in the treatment of glaucoma. Ophthalmic Plast Recostr Surg. 2014; 30(1): 3-5.

Capítulo 72

DIFERENCIA ENTRE ÚLCERAS ARTERIALES Y VENOSAS

NURIA OSCARIZ PIEDRAFITA

MARÍA CARRILLO DE ALBORNOZ LEZAUN

MAITE RODRÍGUEZ ANTÚNEZ

NEREA OTEO GARCIA

1 Introducción

Úlcera es una lesión cutánea que conlleva pérdida de sustancia. Su profundidad oscila desde la epidermis a hipodermis.

La úlcera Arterial, también llamada isquémica, surge a consecuencia de un déficit de aporte sanguíneo periférico. Se deben a arteriopatías agudas o crónicas.

La úlcera venosa o varicosa es producida por un deficiente funcionamiento del sistema venoso.

2 Objetivos

- Diagnóstico diferencial del tipo de úlcera para aplicar el tratamiento adecuado.

- Descartar procesos acompañantes.

- Cuantificar y valorar la úlcera.

3 Metodología

Se realiza una revisión de protocolos de Atención Primaria y se consultan bases de datos utilizando las palabras clave “Úlcera”, “Arterial”, “Venosa”, “Arteriopatía”.

4 Resultados

Se presenta un comparativo entre las características de las Úlceras Arteriales y Venosas.

ARTERIALES

1. Localización:

- En las puntas de los dedos y planta de los pies.

- Cabeza de falanges y metatarsianos.

- Talón, maléolo y zona pretibial

2. Morfología:

- Son numerosas, de tamaño pequeño y con bordes bien definidos.

- Tienden a profundizar

- Tejido negruzco o necrótico

- No sangrantes

3. Dolor:

- Extremadamente dolorosas.

- Claudicación intermitente que se alivia con el reposo.

- En reposo, también hay dolor que se suele aliviar con el declive del miembro.

4. Pulso:

- Débiles o ausentes.

5. Cambios asociados:

- Piel delgada, brillante, seca y sin vello.

- Uñas engrosadas y deformes.

- Variaciones de temperatura a lo largo de la extremidad.

- Edema periulceroso.

- Palidez a la elevación.

VENOSAS

1. Localización:

- Tercio inferior de la pierna, por encima de maléolos.

2. Morfología:

- Pueden ser de gran tamaño con bordes irregulares.

- Son superficiales.

- Tejido de granulación rojizo.

- Sangrantes.

3. Dolor:

- Moderadamente dolorosas.

- El dolor se alivia con la elevación de la extremidad

4. Pulso:

- Normales

5. Cambios asociados:

- Dermatitis pigmentaria y purpúrica.

- Aumento de la temperatura.

- Edema en todo el tercio de la extremidad.

5 Discusión-Conclusión

Es importante conocer las características de los tipos de úlceras para poder hacer un diagnóstico correcto y así realizar el tratamiento adecuado.

La evolución de la ulcera es lenta, es una herida abierta con riesgo de complicaciones tal como la infección.

No podemos olvidarnos que es muy importante tratar de la patología de base.

6 Bibliografía

- [Internet]. Seapaonline.org. 2019 [cited 28 May 2019]. Available from: https://www.seapaonline.org/UserFiles/File/Ulceras/Guia-de-Practica-Clinica-web.pdf

- [Internet]. Guiasalud.es. 2019 [cited 28 May 2019]. Available from: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_454_UA.pdf
- Úlceras vasculares: Venosas | Úlceras.net [Internet]. Ulceras.net. 2019 [cited 28 May 2019]. Available from: https://www.ulceras.net/monografico/103/91/ulceras-vasculares-venosas.html

Capítulo 73

REPRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA

IRENE LOPEZ DE LA RIVA

1 Introducción

Actualmente existen las siguientes técnicas de reproducción humana asistida:

- Inseminación artificial:
Es una de las técnicas de reproducción asistida más sencillas, que consiste en el depósito de espermatozoides de modo no natural en el aparato reproductor de la mujer para conseguir que se produzca la fecundación. Para realizar esta técnica adecuadamente se estimula la ovulación mediante bajas dosis de hormonas implicadas en el ciclo menstrual desde el segundo o tercer día de menstruación. Es necesario realizar ecografías transvaginales periódicas para determinar el número de folículos en cada uno de los ovarios y medir el grosor del endometrio, para programar el mejor momento para realizar la inseminación.

La paciente debe inyectarse unas 36 horas antes de la inseminación gonadotrofina coriónica humana para promover la ovulación. Antes de comenzar con la inseminación es necesario recoger una muestra de semen, lo más limpia posible. En laboratorio se separan los espermatozoides de mayor calidad. La inseminación se realiza con una delgada cánula que se utiliza para depositar los espermatozoides anteriormente seleccionados en la cavidad uterina, y la paciente permanecerá unos minutos en decúbito. Es una técnica indolora.

- Fecundación in vitro:
Consiste en la extracción de óvulos de la mujer por punción de los folículos del ovario y su posterior fecundación en laboratorio. Los embriones se depositan pasados unos días en el útero.

Se produce un estimulación controlada del ciclo y la monitorización del mismo. Se procede a la punción ovárica cuando el tamaño folicular y el estradiol en sangre sea el adecuado unas 34-36 horas antes se inyecta a la mujer HCG. La punción se realiza con sedación o anestesia local, se introduce una fina aguja vía transvaginal para llegar a los folículos y extraer los óvulos. La intervención dura unos 15-40 minutos.

Tras 19 horas en laboratorio se observa si se ha producido la fecundación, se observan dos pronúcleos uno con la información genética del espermatozoide y otro con la del óvulo. Una vez que se ha producido la fecundación, se espera a que los embriones crezcan hasta que se puedan transferir al útero. La transferencia de los embriones al útero materno se puede realizar el tercer día de desarrollo o bien el quinto. Depende de los problemas que tenga la pareja, del número de ovocitos fecundados y de la evolución de los embriones en ciclos previos de fecundación in vitro, se determina el número de embriones a transferir y se seleccionan los de mayor calidad. La transferencia embrionaria es una técnica sencilla que dura unos minutos. Los embriones seleccionados se depositan en un catéter muy fino que se introduce vía vaginal hasta el útero. Esta técnica es indolora, la paciente tras la transferencia de embriones esperara unos 20 minutos de reposo en la camilla y podrá hacer vida normal.

Es necesario comentar que tras la realización de la punción ovárica se administra a la mujer progesterona para que mejore la receptividad del endometrio y la implantación del embrión. El resto de embriones que no se han transferido por ser de baja calidad, se mantienen en cultivo la mayoría de ellos no prosigue la división pero aquellos que continúan dividiéndose se congelan para ser implantados en otros ciclos.

- Microinyección intracitoplasmática de espermatozoides:
Esta técnica es una variante de la FIV, más compleja y de mayor coste económico. La extracción de los óvulos se realiza también por punción folicular. Se diferencia de la FIV que la fecundación de los óvulos no se deja al azar sino que con una microaguja se introduce los espermatozoides dentro del óvulo. Se usa esta técnica cuando los problemas de fertilidad son del hombre, y sus espermatozoides no son capaces de fecundar al óvulo por sí solos.

- Gestación subrogada:
En cuanto a este tema hay bastante controversia sobre si es una técnica o no de reproducción humana asistida, ya que no en todas las bases de datos consultadas tienen el mismo criterio.

Es una técnica de reproducción asistida por la que una mujer accede a gestar el hijo de otra persona. A la mujer que dona su capacidad de gestar se le llama gestante y a los padres se les llama padres comitentes o intencionales. Técnica no permitida en España por ley.

Generalmente, la única función de la gestante en este tratamiento es gestar y dar a luz al bebé. No obstante, existen casos (cada vez menores) en los que la gestante es también la donante del óvulo. Generalmente se evita que la donante de óvulos, en caso de que la madre no puede ceder sus óvulos, y la gestante sean la misma persona con el fin de reducir el vínculo entre la gestante y el futuro bebé. Se acuerda un contrato con la gestante en el que ésta renuncia a todo derecho de maternidad.

En función de la procedencia de los óvulos podemos clasificar la gestación subrogada en parcial o completa:

- Parcial, tradicional o subrogación lineal: en este caso la gestante es, además, madre biológica o genética del embrión. Se trata de una subrogación de "baja tecnología", ya que la gestante proporciona su propio óvulo, y por lo tanto no sería necesario realizar una fecundación in vitro sino que la técnica de reproducción asistida aplicada sería la inseminación artificial ya sea con semen de donante o semen del futuro padre.

- Completa, total o subrogación gestacional: significa que la gestante solo actúa como tal, sin aportar sus ovocitos. Ésta va a gestar y dar a luz al bebé que será biológicamente hijo de los padres intencionales (o de donantes en caso necesario). Se fecundará el óvulo mediante FIV o ICSI, y el embrión resultante será transferido al cuerpo de la gestante. En este caso hablaremos de "alta tecnología".

2 Objetivos

Conocer los diferentes tipos de reproducción humana asistida que existen actualmente, así como la legislación que las cubre.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en la que hemos buscado artículos que se han publicado en un periodo de 10 años.

Las bases de datos utilizadas en nuestra búsqueda han sido: PubMed, Google academico, SCielo…

Las palabras clave utilizadas fueron ”reproducción humana asistida”, ”in vitro” y ”legislación”.

4 Resultados

La ley vigente hoy en día 14/2006, sobre técnicas de reproducción humana asistida define, en primer lugar, con efectos exclusivamente circunscritos a su ámbito propio de aplicación el concepto de preembrión, entendiendo por tal al embrión in vitro formado por el grupo de células resultantes de la división progresiva del ovocito desde la fecundación hasta 14 días más tarde y como dispone la constitución europea prohíbe la clonación en seres humanos con fines reproductivos. La nueva ley sigue un criterio mucho más abierto al enumerar las técnicas que para el estado de la ciencia y la práctica clínica se podrán realizar hoy en día. Habilita la autoridad sanitaria para autorizar previo informe de la comisión nacional de reproducción humana asistida, la práctica provisional y tutelada como técnica experimental de una nueva técnica, una vez se haya constatado la evidencia científica y clínica el gobierno mediante un real decreto puede actualizar la lista de técnicas autorizadas. (Artículos 1,2,3 y 4).

Se produce una evolución notable en el uso y las técnicas de reproducción asistida, para solucionar problemas de fertilidad, extendiendo también su ámbito de actuación al desarrollo de otras complementarias para evitar la aparición de enfermedades en las personas nacidas que carecen de tratamiento curativo. El diagnóstico genético preimplantacional abre nuevas vías en la prevención de enfermedades genéticas que en la actualidad carecen de tratamiento y la posibilidad de seleccionar preembriones para que en determinados casos y bajo el debido control y autorización de administrativos sirvan de ayuda para salvar la vida del familiar enfermo. (Artículo 12)

La ley en la que la autorización de proyectos concretos corresponde a las comunidades autónomas, las cuales dota del necesario apoyo técnico mediante el reforzamiento del papel asesor de una única comisión, de la que forman parte representantes de las comunidades autónomas. Es precisamente por esto que la ley refuerza el papel asesor de la comisión nacional de reproducción humana asistida que debe emitir informes preceptivos sobre proyectos nuevos sea para el desarrollo de nuevas técnicas, investigación de carácter básico o aplicado, pero

al mismo tiempo mantiene la capacidad decisoria de las autoridades sanitarias correspondientes.

Por otro lado, la intervención de los poderes públicos en este campo debe ir dirigida también a compensar la simetría de información que existe entre quienes acuden a demandar la aplicación de estas técnicas y quienes las aplican. De manera que se garantice en lo posible el equilibrio de intereses entre unos y otros. Para contribuir en la equidad de esa relación se dispone de una información accesible a todos los usuarios de las técnicas que sean claras y precisas, sobre la actividad y resultados de los centros y servicios que los practican.

Esta necesidad se traduce en la ley en el reforzamiento de los registros y otros mecanismos de información que deben construirse, hasta el punto de considerar dicha información pública como un elemento esencial de práctica de las técnicas. Para ello, se utilizarán el registro de donantes de gametos y preembriones con fines de reproducción humana previsto en la ley 35/1988, en el que se consignarán los hijos nacidos de cada uno de los donantes, la identidad de las parejas o mujeres receptoras y la localización original de unos y otros en el momento de la donación y su utilización. Y se crea el registro de actividad de los centros de reproducción asistida, en el que se registrará los datos de tipología de técnicas y procedimientos, tasas de éxito y otras cuestiones que sirvan para informar a los ciudadanos sobre la calidad de cada uno de los centros, también se recogerá el número de preembriones que se conserven en cada centro o servicio de reproducción asistida y se elimina la obligación establecida en la ley anterior de enviar los preembriones sobrantes al centro nacional de trasplantes y medicina regenerativa. (Capítulo II. Artículos del 5 al 10) (Capítulo VII Articulo del 21 al 23).

La ley elimina las diferencias en la consideración de los preembriones que se encontrasen crioconservados con anterioridad a la ley 45/2003 y los que pudiesen generarse posteriormente, en cuanto sus destinos posibles supeditados a la voluntad de los progenitores y en el caso de la investigación a cargo de las autoridades sanitarias correspondientes, se han desarrollado instrumentos adecuados para desarrollar la demandada protección del preembrión, se eliminan los límites que se establecieron en la ley 45/2003 para la generación de ovocitos en cada ciclo reproductivo, límites que se deberán derivar exclusivamente de las indicaciones clínicas de cada caso. (Artículos 11, 14,15 y 16).

La ley finaliza con un régimen de infracciones y sanciones en el que se definen las conductas indebidas con las correspondientes sanciones. (Capítulo VIII, artículos

del 24 al 28). Por último, esta ley deroga la ley 35/1988 sobre técnicas de reproducción asistida.

Los artículos que hemos elegido son los que mejor definen los puntos tratados en nuestro trabajo, todos ellos mencionados y relatados en este resumen.

DIAGNÓSTICO PREIMPLANTACIONAL.

El diagnóstico genético preimplantacional (DGP) es un procedimiento que analiza el material genético de embriones formados por fertilización in vitro (FIV) para su selección y transferencia al útero, con el fin de obtener un embarazo con feto genéticamente sano.

Es importante remarcar que los pacientes candidatos a un DGP deben recibir un consejo genético apropiado a su caso. Así mismo, los pacientes que se someten a un ciclo de DGP deben disponer de información específica respecto al objetivo del DGP en su caso, procedimientos, riesgos, limitaciones, beneficios y alternativas al DGP.

- Procedimientos para DGP.
Los procedimientos y técnicas utilizados en el DGP han mejorado sensiblemente en los casi 20 años que han pasado desde su implantación en la clínica. Las mejoras se han producido principalmente en su sensibilidad y fiabilidad, y en las circunstancias en las que puede ser utilizado.
Para realizar un DGP las parejas candidatas deben someterse a una FIV para la obtención de embriones en los que se realizará el estudio, el resultado de el DGP dependerá del número y la "calidad" de los embriones obtenidos.

- Formas de realizar el DGP-
Actualmente existen tres formas de realizar el DGP de un embrión, según el tejido que se va a analizar:

1. La más ampliamente utilizada es el estudio de blastómeros, obtenidos el tercer día tras la FIV, cuando el embrión cuenta con aproximadamente 8 células. Se suelen obtener uno o dos blastómeros. Los embriones seleccionados (libres de tara genética) se transferirán posteriormente al útero uno o dos días después para continuar el embarazo.

2. Otro de los métodos es el estudio del primer y segundo corpúsculos polares. Sólo se utilizará cuando la anomalía genética procede de la rama materna, porque en este procedimiento no se estudia el material genético del padre. Es útil en

enfermedades de herencia autonómica recesiva, en las que se puede descartar que el alelo materno sea portador de la mutación.

3. El último método disponible es la biopsia de blastocisto, que se realiza al 5º o 6º día tras la inseminación. Con este método se pueden obtener varias células para estudio, mejorando la fiabilidad del DGP. Es de esperar que esta técnica acabe sustituyendo a las 2 anteriores, cuando se optimicen las técnicas de cultivo y criopreservación de las células del blastocito.

- Técnicas para el estudio genético del embrión.
Las técnicas genéticas actualmente más utilizadas para DGP son:
• La técnica de hibridación in situ con fluorescencia (FISH). Con esta técnica es posible diagnosticar aneuploidías y translocaciones cromosómicas así como determinar el sexo del feto en los casos de enfermedades ligadas al X.
• La técnica de reacción en cadena con polimerasa (PCR). Con esta técnica es posible detectar mutaciones o variaciones del genoma, como las llamadas "repeticiones en tándem cortas".

- Candidatos e indicaciones DGP
Al principio el DGP se planteó como una alternativa al dx prenatal y a la posterior interrupción del embarazo en casos afectos y se dirigió a portadores de enfermedades genéticas graves. Actualmente las indicaciones para el DGP son:
• Portadores de enfermedades monogénicas (autosómicas dominantes o recesivas y ligadas al X): El principal problema que presenta este grupo de patologías es la necesidad de identificar una mutación que en muchos casos es particular de cada familia. Entre estos grupos de enfermedades estudiadas con DGP se encuentran: la poliposis adenomatosa cólica, el cáncer de mama y ovario, la enfermedad de Alzheimer o la enfermedad de Huntington.

• Portadores de anomalías cromosómicas estructurales o numéricas (trisomías, translocaciones, etc.). El 5% de los varones infértiles presenta cromosomopatías numéricas y translocaciones Entre las mujeres, un 1% de las que padecen infertilidad secundaria y un 6% de las que han sufrido abortos múltiples son portadoras de una anomalía cromosómica.

• Parejas que han sufrido abortos de repetición inexplicados el DGP ha servido para reducir la tasa de pérdida de embarazos en parejas sometidas a FIV con historia de abortos de repetición, las cuales tienen un riesgo elevado de embriones con anomalías cromosómicas. Una vez descartada una translocación cromosómica como causa de abortos recurrentes en un miembro de la pareja, el DGP aplicado

a aneuploidias es un método diagnóstico útil en parejas con dicho problema.

• Parejas con fallos repetidos de implantación después de tratamientos de reproducción asistida.

• Mujeres con edad materna avanzada (prevención de anomalías cromosómicas –trisomías) se lleva a cabo un proceso de selección embrionaria a través de un estudio cromosómico con el objetivo de mejorar las tasas de implantación en este grupo y reducir su riesgo de transmisión de cromosomopatías a la descendencia.

•Tipado HLA. Cuando un niño necesita un trasplante y en la familia (padres) no hay donantes compatibles, el DGP puede emplearse para concebir un feto que sea HLA-compatible con su hermano enfermo; este método se utilizó por primera vez en 2004 en un caso de anemia de Fanconi.

Se considera que el DGP está indicado cuando el diagnóstico genético sea técnicamente posible, su fiabilidad sea elevada, las posibilidades de éxito sean aceptables y las técnicas de reproducción asistida sean factibles.

Actualmente se ha desechado la PCR como método de identificación del sexo fetal, empleándose en su lugar la técnica FISH que, además, permite detectar anomalías de los cromosomas sexuales y evitar así la transferencia de dichos embriones.

EMPLEO DE LOS EMBRIONES SOBRANTES EN INVESTIGACIONES.

La ley española de reproducción asistida 14/2006 permite la transferencias de un máximo de 3 embriones. La pareja o mujer soltera que se somete al tratamiento reproductivo es la que decide, junto con las recomendaciones médicas de los especialistas, el número de embriones que desea transferir.

En este aspecto es importante que los profesionales en reproducción informen de las ventajas, riesgos y efectos de transferir uno, dos o tres embriones en función de las características de la mujer y de la situación médica concreta.

Tras la transferencia se los embriones se puede decidir qué hacer con los embriones sobrantes, los pacientes pueden elegir entre cuatro destinos para estos embriones:

1. Uso propio: los "embriones sobrantes" serán criopreservados y podrán ser utilizados por la pareja para tener otro hijo o, en el caso de que la transferencia de embriones frescos no haya dado lugar a una gestación evolutiva, se realizará un

nuevo intento de gestación con la ventaja de no volver a someterse a procesos de estimulación ovárica controlada. En este punto hay que hacer especial mención a la edad de la paciente, ya que puede ser uno de los factores más limitantes.

2. Donación con fines reproductivos: los "embriones sobrantes" serán criopreservados y podrán ser donados, de forma anónima, a otras parejas para que intenten conseguir una gestación evolutiva. Se requiere la actualización de la serología, y que la mujer donante tenga menos de 35 años en el momento de la obtención de los ovocitos que han dado lugar a los embriones que van a ser donados. En este supuesto, una vez realizada tal donación la mujer/pareja donante pierde cualquier derecho sobre los embriones, y las receptoras y los hijos nacidos, tendrán derecho a la información general, sin revelar en ninguna circunstancia su identidad.

3. Donación con fines de investigación: los "embriones sobrantes" serán criopreservados y podrán ser utilizados en proyectos de investigación autorizados por las comisiones científicas nacionales. La pareja será informada del proyecto concreto para el que serán utilizados sus embriones.

4. Cese de su conservación: los "embriones sobrantes" serán criopreservados, almacenados y sólo se destruirán cuando la paciente haya alcanzado el fin de su etapa reproductiva. Además, tal y como estipula la ley, esto deberá ser corroborado por dos médicos especialistas ajenos al centro en el que se conservan los embriones.

5 Discusión-Conclusión

Entre los diferentes tipos de reproducción humana asistida la que más controversia produce tanto moralmente como legislativamente es la gestación subrogada. Actualmente en nuestro país no está permitida, es decir, es ilegal.

6 Bibliografía

1. J.M. Bajo Arenas, D.Coroleu Jetget. Fundamentos de reprodiucción, 1ª ed. Madrid: ; 2009.
2. F.J. Ramos Fuentes, M.P. Ribate Molina. Diagnóstico preimplantacional. Revista española de pediatría clínica e investigación 2007; 63(Nº 6): 43-49.
3. Ferrando Gilabert N. las técnicas de reproducción asistida.
4. Salgado S. Técnicas de reproducción asistida: tipos, precio y seguridad social.
5. Rodrigo A. ¿Qué es la gestación subrogada?

6. Clínica tambre. ¿Qué hacemos con los embriones sobrantes de técnicas de reproducción asistida?
7. Rodrigo A. Embriones sobrantes de fecundación in vitro.
8. Instituto Bernau. ¿Qué posibilidades existen para los embriones sobrantes tras técnicas de reproducción asistida (TRAs)?
9. Jefatura del estado. BOE: Ley 14/2006 sobre, técnicas de reproducción asistida humana.

Capítulo 74

PROTOCOLO DE ATENCION ANTE SOSPECHA DE PAROTIDITIS

ALICIA RODRÍGUEZ BAZO

GIOVANA ROMERO

TANIA CAMPAL CORDON

PATRICIA AMIGO MENÉNDEZ

1 Introducción

La Parotiditis es una enfermedad contagiosa causada por un virus y de declaración obligatoria (EDO) individualizada, vigilada mediante sistema de notificación nominal de casos.

Cursa con fiebre e inflamación dolorosa de una o más glándulas salivales, generalmente la parótida, y a veces, las glándulas sublinguales ó submaxilares. Puede ser unilateral o bilateral.

Durante este siglo se han producido tres brotes epidémicos de ”Paperas” , en 2002, 2007 y 2012-2013.

La inmunización de las Paperas, incluida en el calendario vacunal infantil desde 1982, forma parte de la llamada Triple Vírica (Sarampión, Parotiditis y Rubéola). Se administra a los 12 meses con un recuerdo a los tres años de edad. Esta profilaxis ha conseguido reducir en un 86% la incidencia de esta enfermedad.

2 Objetivos

Objetivo general:
- Realizar un protocolo para mejorar la atención del paciente, y evitar la propagación del virus en la población.

Objetivos específicos:
- Un objetivo general de la vigilancia de esta enfermedad es detectar, investigar y controlar los casos y brotes de Parotiditis así como conocer y detectar cambios en el patrón epidemiológico de la enfermedad e identificar grupos de riesgo.
- Otro aspecto importante de la vigilancia es que permite evaluar el impacto del programa de vacunación en la epidemiología de la enfermedad, y ayuda en la toma de decisiones sobre el programa de vacunación frente a la Parotiditis.

3 Metodología

Para la elaboración se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica existente.

Se ha realizado una búsqueda sistemática de informes y protocolos de Salud Pública de Asturias, así como en la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica.

4 Resultados

El protocolo de actuación ante un caso de Parotiditis, es el siguiente:

1. Activación de sospecha: cuando una persona presente fiebre y, al menos, una de las dos manifestaciones siguientes:
- Aparición súbita de tumefacción dolorosa al tacto, de las parótidas u otras glándulas salivales.
- Orquitis.

En algunos casos la fiebre puede ser moderada ó incluso no estar presente en el cuadro clínico de Parotiditis.

2. Aislamiento Respiratorio.

Los enfermos deben permanecer excluidos de centros educativos y centros de trabajo hasta pasados 5 días desde el inicio de los síntomas.

Los enfermos que ingresen en un hospital, deben someterse a aislamiento respiratorio hasta 5 días después del inicio de los síntomas, consistente en la estancia en habitación separada y uso de mascarilla por el personal que los atienda. Los objetos que pudieran contaminarse con secreciones de nariz y boca deben desinfectarse o ser destruidos (¡¡ usar pañuelos desechables ‼).

3. Los casos deben ser confirmados por laboratorio, al menos uno de los tres siguientes:
- Detección de PCR en saliva, orina ó LCR.
- Aislamiento del virus de la parotiditis en una muestra clínica (saliva, orina ó LCR).
- Respuesta de anticuerpos específicos del virus de la Parotiditis (IgM ó seroconversión de IgG) en el suero ó la saliva.
Estos resultados deben ser interpretados en función de los antecedentes de vacunación.

4. Notificación de los casos al Servicio de Vigilancia Epidemiológica, mediante la Encuesta Epidemiológica de Parotiditis.

5. Control de los contactos:
- Localización y seguimiento de los contactos; deben ser investigados sus antecedentes de vacunación.
- Inmunización de contactos susceptibles.

Se consideran contactos susceptibles a las personas que: han nacido después de 1970 y no tiene antecedentes de haber padecido parotiditis y no tiene documentado haber recibido dos dosis de vacuna frente a la parotiditis.

A la vez que se lleva a cabo el protocolo se instruye a cada uno de los pacientes y su entorno.

5 Discusión-Conclusión

La vacunación es la medida más eficaz para la prevención de la Parotiditis y para su eliminación.

Se aconseja revisar el estado vacunal y la vacunación de los susceptibles.

El personal sanitario debe actuar ante la primera sospecha clínica de Parotiditis,

importante no olvidar su declaración y la recomendación de aislamiento respiratorio.

6 Bibliografía

- Dirección General de Salud Pública. Consejería de Salud del Gobierno del Principado de Asturias. Servicio de Vigilancia Epidemiológica. Parotiditis en Asturias. Brote 2012 - 2013. Informe de situación a 29 de Enero de 2013.
- Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Vol. 14, Num. 3 (2006); Semanas 5-6.
- Dirección General de Salud Pública. Protocolos de Salud Pública: Parotiditis. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Oviedo, 2002.
- Amela C, coord. Epidemiología de las enfermedades incluídas en un programa de vacunación. Sociedad Española de Epidemiología. Madrid, 2004.
- Situación de la parotiditis en España. Actualización 2008.Centro Nacional de Epidemiología 2005-2011. Disponible en : http://www.iscii.es/ISCII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-enfermedades/situacion-de-la-parotiditis-en-españa-2005-2011.pdf.
- Servicio Extremeño de Salud (ES).Protocolo de Vigilancia Epidemiológica de parotiditis.[internet]. Madrid:SES; 2016. Disponible en : http://bit.ly/2Lr9LVj.
-Salleras L, Soldevila N, Dominguez A. Estado inmunitario de la población española frente a las enfermedades inmunoprevenibles mediante vacunaciones sistemáticas. Vacunas. 2015; 16(1): 18-33. DOI: 10.1016/j.vacun.2014.10.001.

Capítulo 75

EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD INFANTIL EN EL COLEGIO. NECESIDAD DE INTERVENCIÓN ENFERMERA.

DAVID QUIRÓS NIETO

ELENA NIETO VIYELLA

1 Introducción

Fue Hipócrates quien asoció la dieta a la salud, desde tiempos remotos. Sin embargo, no sería hasta el siglo XXI, o segunda mitad del XX, cuando la experimentación demostraría la relación totalmente directa entre alimentación y salud. Un claro ejemplo es la asociación entre diabetes tipo II y obesidad. Esto no quiere decir que todas las personas con diabetes tengan que estar obesos, pero la obesidad es un factor de riesgo para la diabetes.

Grande Covián (1988), considerado el padre de la dietética, siendo el primer presidente de la Sociedad Española de Nutrición, considera la dieta como parte del entorno que influye a los individuos.

En una alimentación influyen la calidad de los alimentos, la cantidad de los mismos así como los hábitos alimentarios, para obtener una nutrición equilibrada. La elección de un alimento u otro, al igual que cualquier otro comportamiento humano, está influido por factores relacionados entre sí, como son: las propiedades

organolépticas de un alimento, factores cognitivos, emocionales, sociales, personales, habilidades, creencias, factores económicos, culturales o religiosos también restringen nuestra elección.

Los hábitos alimentarios de los países occidentales hoy en día se caracterizan fundamentalmente por un consumo de alimentos muy superior a la cantidad diaria recomendada para la población, su dieta es muy rica en grasas de origen animal y de proteínas. España, pertenece a este grupo de países occidentales, su dieta es también excesiva en la ingesta de grasas y proteínas.

España, comparada con el resto de países de Europa, se sitúa en una posición intermedia en el porcentaje de adultos obesos. Sin embargo, en lo que se refiere a la población infantil, nuestro país junto con el resto de países mediterráneos presenta una de las cifras más altas de obesidad. Así, en los niños españoles de 10 años la prevalencia de obesidad es sólo superada en Europa por los niños de Italia, Malta y Grecia. El número de niños obesos en nuestro país ha experimentado un aumento preocupante en la última década, provocado por los hábitos alimentarios y sedentarios (este dato resulta llamativo teniendo en cuenta la dieta del país (dieta mediterránea) por su situación geográfica).

Actualmente, existe la ingesta calórica excesiva a través de alimentos pre–cocinados, elaborados comercialmente y que sacian el hambre de inmediato. Bajo estas características encontramos la comida rápida o fast food. Consumir esta clase de alimentos ocasionalmente no presenta inconveniente alguno para el conjunto en sí de una buena alimentación, el problema lo encontramos cuando el consumo se produce diariamente.

Unos correctos hábitos alimentarios previenen algunas enfermedades y promueven la salud de las personas. Una alimentación variada es importante, ya que no existe un alimento que contenga todos los nutrientes esenciales para nuestro organismo. Así, cada alimento contribuye a la nutrición de una manera especial y cada nutriente tiene funciones específicas en el cuerpo. Para gozar de buena salud, nuestro organismo necesita de todos ellos en cantidad adecuada.

La obesidad en la población infantil y juvenil (2-24 años), situada ya en el 13,9%, y el sobrepeso, en cifras del 12,4%.

La población infantil y juvenil realiza la comida en sus hogares o bien en los comedores escolares. Un 23% del alumnado realiza dicha comida en los colegios (21% colegios públicos y 39% colegios privados). Dichos comedores escolares les

podemos dividir en comedores con cocina propia 64% y 36% con comida de catering.

Por las razones expuestas se hace necesario el seguimiento de la alimentación en los escolares bien sea la elaborada en la cocina del propio centro o la servida desde empresas externas a través de catering. A través de ella se alimenta el 25% de los escolares.

El profesional mejor formado en competencias sobre cuidados de alimentación es el profesional de Enfermería, justificando de este modo la intervención en el seguimiento de los temas alimentarios en los centros escolares.

La Enfermería Comunitaria tiene responsabilidad en la prevención de obesidad infantil. Pero también la Escuela y dentro de ella, la enfermera/o escolar, debería ser la persona indicada para luchar contra este nuevo estilo de vida, al ser una institución fundamental y básica en la promoción de hábitos de vida saludables. Es conocido por la Comunidad Educativa que educar en salud no consiste únicamente en transmitir información, sino que hay que estimular el desarrollo de actitudes críticas y reflexivas que permitan al colectivo escolar analizar los problemas, tomar decisiones y asumir responsabilidades.

El término de Enfermería Escolar fue propuesto en 1999 por la National Association of School Nurses (NANN), primera Asociación de Enfermería escolar en América, para definir una práctica especializada de la profesión enfermera orientada al bienestar, el éxito académico y la promoción de la salud de los estudiantes2. Aún más, el medio escolar representa un entorno favorable para el desarrollo de programas de EpS con los que se puede promover el aprendizaje desde edades tempranas.

En consonancia, el Ministerio de Educación, Cultura y Deporte sabedor de la necesidad de fomentar hábitos de vida saludables a la comunidad escolar ha otorgado el distintivo de calidad "Sello de Vida Saludable" a los centros escolares que fomentan el aprendizaje de la salud en el ámbito educativo, así como la asunción de prácticas de vida saludable y una educación física que permita el adecuado desarrollo personal y social a lo largo de la escolarización de los alumnos. Esta medida, incluida en el Plan de Hábitos Saludables, pone de manifiesto la necesidad de educar a los niños y niñas desde etapas tempranas, en la adquisición de hábitos saludables para mejorar su calidad de vida cuando alcancen la edad adulta.
La total conformidad con la presencia de enfermeros/as en la Escuela y la alta prevalencia de obesidad infantil, nos lleva a dirigir este proyecto de investigación

hacia el papel que desarrolla la enfermera/o escolar en la promoción de un estilo de vida saludable orientado a prevenir la obesidad infantil.

2 Objetivos

General:

-Analizar las actividades de educación para la salud llevadas a cabo por parte de la enfermería escolar del Principado de Asturias para identificar las que están orientadas a la prevención de la obesidad infantil.

Específicos:

- Relacionar las actividades llevadas a cabo con el perfil socio-demográfico de los profesionales.
- Describir las intervenciones dirigidas a fomentar una alimentación saludable.
- Señalar las intervenciones orientadas a promover la práctica regular de actividad física.
- Determinar los contenidos y metodología de las sesiones.

Hipótesis

La educación desde el entorno escolar a través de la enfermera escolar en un estilo de vida saludable contribuye a prevenir la obesidad infantil.

3 Metodología

Diseño: Estudio descriptivo observacional acerca de las intervenciones de enfermeras escolares del Principado de Asturias para la prevención de la obesidad infantil.

Ámbito de estudio: Se han elegido para el estudio todos los centros escolares públicos del Principado de Asturias que oferten educación infantil y primaria, y que cuenten con una enfermera escolar.

Población diana: Enfermeras que desarrollan su actividad profesional en centros escolares públicos de infantil y primaria del Principado de Asturias.

Criterios de inclusión y exclusión

Para la selección de la muestra de estudio se tendrán en cuenta los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión:

Enfermera escolar con ≥ 3 años de experiencia profesional.
Centro Público del Principado de Asturias que oferte Educación infantil y primaria.
Enfermera a tiempo completo.
Disponibilidad de seguimiento.

Criterios de exlusión

Auxiliares de enfermería o pediatras.
Centros públicos del Principado de Asturias que oferten Educación secundaria o bachillerato.
Denegación del consentimiento informado.

Métodos de recogida de la información

Captación de la muestra:

Las enfermeras participantes serán reclutadas a través del correo institucional del colegio mediante una carta de presentación, explicando los motivos del estudio y garantizando el anonimato. Se utilizará un muestreo probabilístico, en el que todos los individuos de la muestra seleccionada, tendrán las mismas probabilidades de ser elegidos.

Tamaño muestral:

Para el cálculo del tamaño muestral se ha utilizado la fórmula de comparación de proporciones, con una potencia estadística del 95%, una precisión del 3%, y considerando un porcentaje de pérdidas del 15%.

De todos los centros escolares públicos de Infantil y Primaria del Principado de Asturias, necesitaríamos, al menos, la participación de 136 enfermeras/os.

Variables del estudio:

Variable dependiente: intervenciones enfermeras para prevenir la obesidad. Esta variable se desglosa en dos aspectos concretos:

Recomendaciones orientadas a la educación nutricional.

Indicaciones dirigidas al fomento de la práctica regular de actividad física.

Variables independientes:

Perfil socio-demográfico de la población: edad, sexo.
Perfil profesional: formación en cuidados nutricionales, experiencia laboral.

Herramientas y técnicas de estudio:

Se trata de una investigación cuantitativa de diseño descriptivo, a partir de un cuestionario como herramienta fundamental de recogida de datos.

Para determinar el grado de comprensión de los ítems incluidos en el cuestionario, se validará mediante una prueba piloto con las respuestas de las primeras 50 enfermeras.

Trabajo de campo:

Se ha diseñado un cuestionario on line y autocumplimentable a partir de la bibliografía consultada que se les hará llegar por el correo institucional. Consta de 30 preguntas, acerca de las posibles intervenciones que pueden llevar a cabo las enfermeras en el ámbito escolar, dificultades que encuentran y evaluación de resultados.

Análisis de la información:

Se realizará una base de datos que permita efectuar un análisis descriptivo y bivariante relacionado con las variables del estudio.

El procesamiento y análisis estadístico de los datos se llevará a cabo con el paquete estadístico SPSS vs.15, utilizando índices de estadística descriptiva.

Consideraciones éticas:

Se contará con el permiso de la dirección del centro escolar y con el consentimiento de las enfermeras, a las que se informará individualmente sobre el propósito del estudio y su desarrollo, garantizando la confidencialidad según el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos), con entrada en vigor el 25 de mayo de 2018, en sustitución conforme a la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter

Personal junto con el Real Decreto 994/1999 de 11 de junio, por el que se aprueba el Reglamento de medidas de seguridad de los ficheros automatizados que contengan datos de carácter personal.

4 Resultados

Los ámbitos de aplicación de este proyecto contemplan múltiples campos, ya que, tiene por finalidad visibilizar la labor que desempeña la enfermera escolar, así como destacar la necesidad de su ubicación en todos los centros escolares, puesto que, la instauración de hábitos alimentarios se inicia en el entorno familiar y se modula a lo largo de la vida, siendo la escuela uno de los centros básicos de actuación. Sin embargo, de un total de 635 colegios públicos de educación infantil y primaria en el Principado de Asturias, ni siquiera el 50% cuenta con un profesional de enfermería. Esta apreciación se hace extensiva a los institutos de educación secundaria, que podrían ser el punto de partida para futuras investigaciones cuya finalidad sea implementar un protocolo de actuación, que englobe las intervenciones más efectivas en niños y adolescentes para prevenir y abordar la obesidad infantojuvenil.

5 Discusión-Conclusión

Una de las conclusiones que se pueden extraer tras el planteamiento de este proyecto de investigación, es que, a pesar de las medidas y estrategias implementadas por el Gobierno, las cifras de obesidad infantil no dejan de aumentar. Tomando el entorno escolar como principal ámbito de actuación, se evidencia que esta tendencia no cesa debido, probablemente, a las dificultades de aplicación de protocolos que establezcan las intervenciones más eficaces a llevar a cabo, en este caso, por parte de la enfermería escolar. Cabe destacar la casi inexistente visibilidad de estos profesionales como agentes de prevención de la obesidad infantil, pese a las múltiples estrategias puestas en marcha tanto a nivel municipal como de la comunidad.

Por otro lado, es necesario enfatizar en que la obesidad infantil es una patología de etiología multifactorial, fuertemente influida por el entorno, la publicidad y el marketing, que realizan educación alimentaria de la población con poco rigor científico, y repercutiendo negativamente, sobre todo a edades tempranas. En este sentido, cobra especial relevancia tanto en el ámbito escolar, como en el familiar, la puesta en marcha de intervenciones educativas en estilos de vida salud-

ables, por parte de los profesionales de la salud, adaptadas a las necesidades y a las características de la población a la que se dirige. En consonancia, la enfermero/a escolar, además de transmitir a los niños/as una información nutricional actual y rigurosa, debe conseguir que dicha información se convierta en conducta. Es decir, la EpS es algo más que la transmisión de conocimiento, en la que hay que considerar un ambiente propicio y favorable, la capacidad de comunicación del profesional y su experiencia en el desarrollo de acciones formativas para conseguir modificar hábitos erróneos.

Algunas de las limitaciones encontradas contemplan la casi inexistente bibliografía en relación a las intervenciones llevadas a cabo por los profesionales de enfermería en el entorno escolar. Esto constituye un factor determinante en el planteamiento de este proyecto, así como de futuras líneas de investigación. No obstante, la muestra puede no ser representativa dada la inexistencia de enfermeros/as en los colegios públicos de Asturias, que, en caso de haberlos, con toda seguridad, modificarían los resultados.

Por otra parte, hacer uso de una herramienta no validada para la recolección de datos, repercute directamente sobre la validez del estudio. En otra instancia, al tratarse de un cuestionario autocumplimentable pueden aparecer sesgos por diferentes perspectivas de los hechos. Finalmente, otra de las limitaciones a destacar es la dificultad de acceso que pueda aparecer a la hora de reclutar a nuestra población diana.

6 Bibliografía

1- Campo M. Hábitos alimentarios de la población adolescente autóctona e inmigrante en España. Repositorio abierto de la Universidad de Cantabria. Diciembre 2011.
2- Ministerio de sanidad y consumo. Encuesta nacional de salud. Sociedad española de nutrición. Madrid. 2006.
3- SENC. Guía de la alimentación saludable. Madrid; SENC: 1-105. 2004.
4- Ministerio de medio ambiente y medio rural y marino. Análisis del consumo de frutas y hortalizas en comedores escolares. Diciembre 2009.
5- Obesidad y sobrepeso. Nota descriptiva [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2017 [cited 22 February 2018]. Available from: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/.
6- Aranceta, J., Pérez, C., Rubio, M.A. Malnutrición por exceso: Sobrepeso y Obesidad. En: Fundación Española de la Nutrición (FEN), editor. Libro blanco de la nu-

trición en España. Madrid: Fundación Española de la Nutrición/Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN, MSSSI); 2013. p. 297-307.
7- Sobrepeso y obesidad infantiles [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2018 [cited 29 March 2018]. Available from: http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/es/.
8- Muniz, F. La obesidad un grave problema de Salud Pública [Internet]. Analesranf.com. 2018 [cited 23 April 2018]. Available from: http://www.analesranf.com/index.php/aranf/article/view/1765/1732.
9- Fuente IOTF. Comisión de las Comunidades Europeas. Libro verde, 2005.
10- OMS. Obesidad y sobrepeso [Internet]. 2017. Available from: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/.
11- Organización para la Cooperación y el Desarrollo OCDE (2017), Health at a Glance 2017: OECD Indicators, OECD Publishing, París, http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en.
12- Evaluación y seguimiento de la estrategia NAOS: conjunto mínimo de indicadores. [Internet]. 12th ed. Madrid: Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición AECOSAN; [cited 14 March 2018]. Available from: https://bit.ly/1OfiB1V.
13- Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la situación actual de las enfermedades no transmisibles 2010. Resumen de orientación. [online]. Disponible en: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_summary_es.pdf?ua=1.
14- Encuesta Europea de Salud en España 2014 EESE-2014 [Internet]. Ine.es. 2015 [cited 28 April 2018]. Available from: http://www.ine.es/metodologia/t15/t153042014.pdf.
15- Ortega, R., Aparicio, A., González, L., Navia, B., Perea, J.M., Pérez, N., Dal Re Saavedra, M.A., Villar, C., Santos, S., Labrado, E. Estudio ALADINO. Estudio de Vigilancia del Crecimiento, Alimentación, Actividad Física, Desarrollo Infantil y Obesidad en España. 2015 [Internet]. © Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición, 2016. Available from: https://bit.ly/2qY3tm6.
16- Margolles, M., Donate, I., Martín, A. I Encuesta de Nutrición Infantil del Principado de Asturias. Asturias: Consejería de Sanidad del Principado de Asturias; 2009.
17- Meneses Olza, J., Gil Hernández, A. La obesidad [Internet]. Publicacionescajamar.es. 2016 [cited 24 April 2018]. Available from: https://bit.ly/2HUVGxt.
18- Popkin, B.M., Gordon-Larsen, P. The nutrition transition: worldwide obesity dynamics and their determinants. Int J Obes Relat Metab Disord J Int Assoc Study Obes 2004;28(3): S2-9.

19- Tojo, R., Leis, R. Situaciones fisiológicas y etapas de la vida. Edad infantil. En: Fundación española de la nutrición (FEN), editor. Libro blanco de la nutrición en España. Madrid: Fundación Española de la Nutrición/Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN, MSSSI); 2013.p. 55-64.
20- Bronfenbrenner, U. The Ecology of Human Development: history and perspectives. Psychologia, 1976; 19(5), 537-549.
21- Moreno Villares, J.M., Galiano Segovia, M.J. La importancia de la comida en familia. Acta Pediatr Esp. 2008; 66(2): 93-94.
22- Martín Salinas C., Hernández de Diego, E. ¿Cómo instaurar y mantener en el tiempo unos hábitos alimentarios orientados a la salud? Nutr. clín. diet. Hosp. 2013; 33(3):9-17.
23- Calleja, A., Muñoz, C., Ballesteros, Mª.D., Vidal, A., López, J.J., Cano, I., García, Mª.T., García, Mª.C. Modificación de los hábitos alimentarios del almuerzo en una población escolar. Nutr Hosp. 2011; 26(3):560-565.
24- Consenso SEEDO 2016 Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Obesidad. Posicionamiento Seedo 2016. [Internet]. Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad. 2016 [cited 29 April 2018]. Available from: https://www.seedo.es/images/site/ConsensoSEEDO2016.pdf.
25- Muñoz, F. Obesidad infantil: un nuevo enfoque para su estudio. Revista Científica Salud Uninorte, Norteamérica [Internet]. 2017 sept [citado 2018 Enero 29]; 33. Disponible en: http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/view/10366/10916.
26- Rodríguez Caro, A., González López-Valcárcel, B. The economic implications of interventions to prevent obesity. Rev. Esp. Salud Publica [Internet]. 2009 Feb [citado 2017 Nov 29]; 83(1): 25-41. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272009000100003&lng=es.
27- Chueca, M., Azcona, C., Oyarzabal, M. Obesidad Infantil. Suplemento 1. Anales. http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol25/sup1/suple13a.
28- Hassink, S. Obesidad infantil. Prevención, intervenciones y tratamiento en atención primaria. 1a ed. Ed. Panamericana Octubre 2009.
29- http://www.naos.aesan.msps.es.
30- Programa PERSEO [Internet]. Aecosan.msssi.gob.es. 2008 [cited 29 April 2018]. Available from: http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/educanaos/profesores_escuela_activa.pdf.
31- Rodriguez Pérez, A. Estrategias para prevenir la obesidad y el sobrepeso en escolares [Graduado en educación primaria]. Universidad de Valladolid; 2016.
32- Programa Thao-Salud Infantil [Internet]. AECOSAN.MSSSI.gob.es. 2008 [cited 29 April 2018]. Available from: http://www.aecosan.msssi.gob.es/

AECOSAN/docs/documentos/nutricion/premios/2014/2_programa_THAO.pdf.
33- Portal de la Consejería de Salud [Internet]. Proyecto de Ley para la Promoción de una Vida Saludable y una Alimentación Equilibrada. Juntadeandalucia.es. 2016 [cited 29 April 2018]. Available from: http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/contenidos/Informacion_General/c_4_c_15_ley_promocion_vida_saludable_alimentacion_equilibrada/promocion_vida_saludable_alimentacion_equilibrada?perfil=ciud.
34- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Plan de colaboración para la mejora de la composición de los alimentos y bebidas y otras medidas 2017-2020. AECOSAN. [Internet]. 2018 [cited 23 April 2018]. Available from: https://www.fundadeps.org/recursos/documentos/845/PLAN_COLABORACION_2017-2020.pdf.
35- Margolles, M., Donate, I., Martín, A. II Encuesta de Nutrición Infantil del Principado de Asturias. Asturias: Consejería de Sanidad del Principado de Asturias; 2009.
36- Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. Boletín Oficial del Estado nº 222. Madrid: BOE; 2006.
37- Lalonde M. Nouvelle Perspective de la Santé des canadiens; un document de travail. [en línea] Ottawa. Government du Canada; 1974. [fecha de acceso: 19 Abr 2018]; Disponible en: http://www.phac-aspc.gc.ca/.
38- Alma-Ata, 1978 [Internet]. Alma-ata.es. 1978 [cited 29 April 2018]. Available from: http://www.alma-ata.es/declaraciondealmaata/declaraciondealmaata.html.
39- Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. Canadá; 1986. Disponible en: https://goo.gl/AUxM3V.
40- Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI [Internet]. Who.int. 1997 [cited 29 April 2018]. Available from: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_sp.pdf.
41- González Jiménez, E. La enfermera en el ámbito escolar: importancia en la prevención y promoción de la salud. Enfermería Comunitaria. 2012; 8 (1). Disponible en: https://goo.gl/BTEpy5.
42- González García, N., López Langa, N. Antecedentes históricos y perfil de la enfermera escolar. Metas de Enfermería. 2012; 15(7): 50-54. Disponible en: https://goo.gl/18Y5j1.
43- González Prieto, N.I., García Dueñas, P., Rodríguez Soriano, S.C. Educación

para la salud en centros educativos. Metas de Enfermería. 2013; 16(5): 68-72. Disponible en: https://goo.gl/VVnQBY.
44- Distintivo de calidad de centros docentes "Sello Vida Saludable" - Ministerio de Educación, Cultura y Deporte [Internet]. Mecd.gob.es. 2018 [cited 29 April 2018]. Available from: https://www.mecd.gob.es/mecd/servicios-al-ciudadano-mecd/catalogo/general/educacion/202960/ficha.html.
45- Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 [Internet]. Agpd.es. 2016 [cited 14 May 2018]. Available from: https://bit.ly/2sp7pjn.
46- Protección de Datos de Carácter Personal. Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre. Boletín Oficial del Estado, nº 298, (14-12-1999); 43088- 43099. Disponible en: https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1999-23750.
47- González Jiménez, E. La enfermera en el ámbito escolar: importancia en la prevención y promoción de la salud. Enfermería Comunitaria. 2012; 8 (1). Disponible en: https://goo.gl/BTEpy5.
48- González García, N., López Langa, N. Antecedentes históricos y perfil de la enfermera escolar. Metas de Enfermería. 2012; 15(7): 50-54. Disponible en: https://goo.gl/18Y5j1.
49- González Prieto, N.I., García Dueñas, P., Rodríguez Soriano, S.C. Educación para la salud en centros educativos. Metas de Enfermería. 2013; 16(5): 68-72. Disponible en: https://goo.gl/VVnQBY.
50- Distintivo de calidad de centros docentes "Sello Vida Saludable" - Ministerio de Educación, Cultura y Deporte [Internet]. Mecd.gob.es. 2018 [cited 29 April 2018]. Available from: https://www.mecd.gob.es/mecd/servicios-al-ciudadano-mecd/catalogo/general/educacion/202960/ficha.html.
51- Villa Andrada, J.Mª., Ruiz Muñoz, E., Ferrer Aguareles, J.L. Antecedentes y Concepto de Educación para la Salud Documento de apoyo a las actividades de Educación para la Salud. 2006: Mérida. Disponible en: https://saludpublica1.files.wordpress.com/2015/01/antecedentes-y-conceptos-de-eps.pdf.
52- Belmonte-Cortés, S. Role of the Health Administration in food comunication and education. REVISTA ESPAÑOLA DE COMUNICACIÓN EN SALUD [Internet]. 2016 [cited 24 abril 2018];7(Sup1):65-67. Available from: https://e-revistas.uc3m.es/index.php/RECS/article/view/3211/1890.
53- Cubero, J., Canada, F., Costillo, E., Franco, L., Calderón, A., Santos, A.L., Padez, C., Ruiz, C. La alimentación preescolar, educación para la salud de los 2 a los 6 años. Enfermería Global. 2012 [Internet] [Consultado el 24-02-2014]. 11 (3) Disponible en: http://revistas.um.es/eglobal/article/view/eglobal.11.3.139041.
54- Jiménez Rodriguez, D., Galindo Muñoz, J.G., Gómez Díaz, M., Rodríguez

González Moro, M.T., Escudero Campillo, V., Hernández Morante, J.J. Efectividad de un programa de prevención psicoeducativa en trastornos de la conducta alimentaria dirigido a adolescentes. 2013 [Internet] [Consultado 24-02-2014]. 19. Disponible en: https://vpnuc.unican.es/para/n19/pdf/,DanaInfo=www.index-f.com+308d.pdf.
55- Andrés, V., Carinanos, A., Díaz Merino, L., Martín, R., Victoria Martos, M., José Vázquez, M., Villanueva, B. Programa de prevención y detección precoz de los Trastornos de la Alimentación. 1a ed. Madrid: Editorial EOS; 2002.
56- Ganar salud en la escuela. Gobierno de España, Ministerio de Educación y Ministerio de Sanidad y Política Social.
57- Costa, M., López, E. Educación para la salud: una estrategia para cambiar los estilos de vida. Madrid: Ediciones Pirámide (Grupo Anaya S.A.) 1996,1998, 2000.
58- Gómez del Barrio, J.A., Gaite Pindado, L., Gómez, E., Carral Fernández, L., Herrero Castanedo, S., Vazquez-Barquero, J.L. Guía de prevención de los trastornos de la conducta alimentaria y el sobrepeso del gobierno de Cantabria. 2012.
59- Guía de trastornos de la conducta alimentaria: anorexia, bulimia y obesidad. Fundación Mapfre. 2008.
60- De la Luz, S.M. Teoría general del déficit de autocuidado. Guía básica ilustrada. 2001; Centro de Estudios Adams. Ediciones Valbuena S.A., Madrid. ISBN 84-8303-225-2.
61- Fernández Candela, F., Rebolledo Malpica, D.M., Velandia Mora, A.N. Salud escolar, ¿por qué el profesional de Enfermería en las escuelas españolas? Hacia la Promoción de la Salud. Enero - Diciembre 2006; 11:21–28.
62- Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias de 21 de noviembre 2003. Boletín Oficial del Estado (22 Noviembre 2003).
63- Bulechek, G.M., Butcher, H.K., MsCloskey Dochterman, J., Editores. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5a Edición. Barcelona: Elservier; 2009.
64- Moorhead, S., Johnson, M., Maas M. L, Swanson, E., Editores. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4a Edición. Barcelona: Elsevier; 2009.
65- Johnson, M., Bulechek, G., Butcher, H., McCloskey Dochterman, J., Maas, M., Moorhead, S., Swanson, E. Interrelaciones Nanda, NOC y NIC: Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. 2a Edición. Madrid: Elsevier; 2007.

Capítulo 76

INTERVENCIÓN SANITARIA SOBRE EL HÁBITO TABÁQUICO

DAVID QUIRÓS NIETO

ELENA NIETO VIYELLA

1 Introducción

El consumo de tabaco se relaciona con 27 enfermedades, es responsable del 30% de todos los cánceres (pulmón, cavidad oral, laringe, faringe, esófago, vejiga y riñón), y es un factor de riesgo para las enfermedades respiratorias y cardiovasculares.

Según Encuestas Nacionales de Salud (ENS/2003/06), la prevalencia de tabaquismo entre la población española de 16 años y más, se sitúa en el 34´2% hombres y 22´4% mujeres en ENS/03, que evoluciona al 31´6% hombres y 21´5% mujeres en ENS/06 de los fumadores actuales. Por tanto, más del 30% de los pacientes que acuden a las consultas serán fumadores.

El abordaje terapéutico del paciente fumador se puede realizar con tratamiento farmacológico o no farmacológico. Este último se fundamenta en el consejo sanitario y apoyo psicológico-conductual.

Los tratamientos farmacológicos de primera línea disponibles en nuestro país para el abordaje del tabaquismo se pueden diferenciar en dos grupos:
1. Terapia sustitutiva con nicotina (TSN): chicles, parches transdérmicos, inhalador bucal, nebulizador nasal o tableta sublingual.

2. Terapias no nicotinitas: el Bupropión, la recientemente comercializada Vareniciclina fármaco para el tratamiento de la deshabituación tabáquica con un mecanismo de acción distinto al de la TSN y al Bupropión, entre otros (Nortriptilina, Clonidina). Otras alternativas son las distintas técnicas aversivas, farmacológicas o psicológicas, la aplicación de acupuntura, laserterapia; aunque no hay pruebas de que la efectividad de la acupuntura, la acupresión, el tratamiento con láser o la electroestimulación para el abandono del hábito de fumar sea diferente a un placebo.

Las intervenciones clínicas diseñadas para su aplicación en Atención Primaria se fundamentan en averiguar si un sujeto es fumador, aconsejarle dejar el tabaco en el caso de que lo sea, valorar su disposición para dejarlo, ayudarlo de forma profesional y acordar un seguimiento de su proceso de deshabituación.

Abordaje del paciente fumador
Dejar de fumar no es un hecho puntual y se puede conseguir de múltiples formas. Me atrevo a decir que casi tantas como fumadores, porque cada uno tendrá su forma particular de conseguirlo. Para realizar un correcto abordaje terapéutico del fumador, se debe hacer un diagnóstico centrado en la fase de abandono del tabaco en la que se encuentre el fumador (definidas por Prochaska y Di-Clemente, como precontemplación, contemplación, preparación, acción, mantenimiento y finalización), el grado de dependencia física (test de Fagerström) que produce la nicotina y el grado de motivación para dejar de fumar (test de Richmond o escalas de puntuación tipo Likert), como pilares para orientar el tratamiento más idóneo.

La falta de aporte de nicotina produce una serie de manifestaciones clínicas derivadas, principalmente de la falta de estimulación de los circuitos cerebrales de recompensa, responsables de la adicción. La aparición del síndrome de abstinencia es una de las principales causas de recaída durante el proceso de abandono del tabaco, por lo que conocer sus síntomas y la forma de abordarlos puede ayudar al profesional sanitario a conseguir el objetivo final. Los síntomas del síndrome de abstinencia aparecen entre las 2 y las 12 horas de interrumpir la administración de nicotina, con una duración media de entre 3 y 4 semanas. No todos los fumadores padecen de la misma forma el síndrome de abstinencia nicotínica, sino que hay una cierta variabilidad en la intensidad y duración de los síntomas.

Tratamiento no farmacológico del tabaquismo. Consejo sanitario sistematizado
El abordaje terapéutico del tabaquismo debe comenzar con una intervención no farmacológica, que consiste en el ofrecimiento de un consejo sanitario para dejar de fumar. Este consejo se engloba en lo que hasta ahora se conocía como "in-

tervención mínima": preguntar sobre el hábito tabáquico, registro en la historia clínica, ofrecimiento de consejo sanitario, ayuda y apoyo psicológico, entrega de material por escrito con información y guías para el abandono del tabaco en función de la fase en que se encuentre, y seguimiento del proceso de abandono del tabaco.

El concepto de intervención mínima sistematizada era equiparable a una intervención no farmacológica, conductual-psicológica, con un seguimiento del fumador en el tiempo. Adoptando una terminología más adecuada y con el fin de unificar criterios, se emplea el concepto de intervención breve o intensiva, en función del tiempo de duración de ésta. Se habla de intervención breve cuando se dedica menos de 10 minutos por sesión, menos de 4 sesiones, y menos de 30 minutos en total, y por intervención intensiva se entiende la de más de 10 minutos de duración, 4 ó más sesiones y más de 30 minutos en total, independientemente del tratamiento instaurado, farmacológico o no farmacológico o ambos.

La existencia de fármacos eficaces y seguros para el tratamiento del tabaquismo, junto con el apoyo psicológico conductual que el profesional sanitario puede ofrecer, permite al fumador disponer de una ayuda para dejar de fumar.

Estado actual del tema

El Consejo Antitabaco transmitido a través de los profesionales de la Salud se ha revelado como una de las herramientas más eficaces y rentables en la lucha contra el tabaco. Si en intervenciones breves en el marco de revisiones rutinarias se han obtenido índices de abandono entre el 5 y 10%, en intervenciones largas e individualizadas se puede establecer en un 20% y, en algunos casos, hasta un 40% de éxitos. En este contexto, la Atención Primaria de Salud constituye un ámbito privilegiado para el desarrollo del Consejo Antitabáquico.

En el caso de la Atención Primaria de Salud (APS) su elevada capacidad de captación (se calcula que el 70% de los fumadores visita al médico/enfermera una vez al año) proporciona múltiples oportunidades de intervención tanto para aconsejar a quienes no han pensado en dejar de fumar como para ayudar a los que intentan dejarlo.

En este sentido, el Centro de Salud de Tapia de Casariego, en el Área Sanitaria I del Principado de Asturias, viene realizando intervenciones de consejo antitabaco individual y de apoyo a aquellos pacientes que se han planteado dejar de fumar.

2 Objetivos

Conocer tanto el número de pacientes de la Zona Básica de Salud sobre los que se ha intervenido desde la fecha de inicio de la intervención así como los datos demográficos relativos a edad y sexo (además si fuese posible por las bases de datos disponibles cuantificar la proporción de fumadores sobre los que se ha realizado este tipo de intervención).

Hipótesis
Como hipótesis se plantea que la intervención larga individualizada realizada en el Centro de Salud de Tapia tiene una eficacia igual o superior a lo esperable en este tipo de intervenciones de Educación para la Salud (EpS).

3 Metodología

Para la primera hipótesis se diseñará un estudio de cohortes retrospectivo con objetivo descriptivo:

Observacional: no se interviene sobre los sucesos.
Retrospectivo: en el momento en que se realiza el estudio y se recoge la información ya se ha producido la intervención y su efecto.
Descriptivo fundamentalmente: aunque el objetivo de un estudio de cohortes es fundamentalmente analítico, también se puede diseñar con un objetivo meramente descriptivo para conocer, en este caso, la "frecuencia" de éxito de la intervención de educación para la salud.

Diseño
En este estudio, no se precisa la recogida de una muestra representativa. Los individuos que forman parte del estudio conforman toda la población, de fumadores, sobre la que se ha intervenido. A ésta población se la seguirá en periodos de un año, con el fin de determinar la incidencia de fumadores que permanecen sin fumar al año de la intervención.

El criterio utilizado para medir el evento es Fumador/No fumador medido al año de la intervención. Se entiende por Fumador aquel que fuma, al menos, 1 cigarrillo al día (OMS); por No fumador se entiende aquel que persiste sin fumar. El seguimiento se realiza en dos momentos: Cuando se incluye en la intervención y un año después de ésta.

Hipótesis operativa

Se parte de la hipótesis de que la intervención larga individualizada realizada en el Centro de Salud de Tapia (Asturias) obtiene una proporción de éxito medido al año igual o mayor del 20%.

Recogida y análisis de los datos
Para la recogida de datos se utilizará el Programa OMI-AP y el archivo del personal de enfermería que lleva a cabo esta parte del Programa de Deshabituación Tabáquica.

Participantes
En un censo de población de 4.325 habitantes (1 de enero de 2004) a 4.121 (1 de enero de 2010), se realizaron intervenciones clínicas breves sobre la población que acudía a consulta e intervenciones clínicas sistematizadas sobre la población fumadora, de la que entraron en el programa de deshabituación tabáquica un total de 122 fumadores, de los que 69 son hombres (57%) y 53 mujeres (43%). Los participantes en el programa se siguen por periodos de un año desde la intervención con el fin de determinar la incidencia de fumadores que siguen sin fumar al año de la intervención. Llama la atención el número de participantes que en los primeros dos años es mayor, disminuyendo y oscilando hasta el final del seguimiento.

4 Resultados

Si analizamos los resultados de estos 122 pacientes sin tener en cuenta la edad y el sexo, el éxito del programa de deshabituación tabáquica con intervenciones largas e individualizadas, es mayor del esperado, ya que se ha obtenido un índice global, en los años de seguimiento, de abandono del hábito tabáquico del 34%, pero la proporción de éxito medido al año, oscila entre el 17% el año 2006, del 26%, 38%, 42%, 46%, 50% y el 57% en el año 2007.

5 Discusión-Conclusión

Estos resultados nos vienen a confirmar que intervenciones de consejo antitabaco individual y de apoyo a aquellos pacientes que se han planteado dejar de fumar, así como el abordaje terapéutico del paciente fumador, en Atención Primaria de Salud (APS) tiene una eficacia igual o superior a lo esperado y que se puede establecer en un porcentaje mayor del 17% y en algunos casos hasta un 57% de éxitos. El porcentaje de pacientes que abandona el programa es también desigual, oscilando entre el 0 y el 50%, con una media global en los 7 años de seguimiento

del 18%, destacando los resultados obtenidos en el año 2008, donde los abandonos del programa se equiparan a los éxitos de pacientes que han dejado de fumar.

Podríamos razonar que estos datos estadísticos nos informan que el abandono del hábito tabáquico está estrechamente relacionado con el grado de motivación del fumador para dejar de fumar, tanto personal al inicio del programa, como inducida por el sanitario que realiza el consejo sistematizado de captación como por la intervención conductual y psicológica y seguimiento del proceso de abandono del tabaco.

Concluir también que los resultados obtenidos deben motivar, e implicar al profesional sanitario que trabaja en APS a intentar disminuir la prevalencia del tabaquismo, una de las enfermedades por las que más se puede hacer sin mucho esfuerzo.

Participantes en el Programa de Deshabituación Tabáquica

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	TOTALES
HOMBRES	20	23	6	4	3	7	6	69
MUJERES	9	23	6	3	1	4	7	53
TOTALES	29	46	12	7	4	11	13	122

Éxito del Programa de Deshabituación Tabáquica 2004-2010

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	TOTALES
SI	12	12	2	4	2	5	5	42
NO	14	27	5	3	0	5	4	58
ABANDONO	3	7	5	0	2	1	4	22
TOTALES	29	46	12	7	4	11	13	122

6 Bibliografía

1. American Cancer Society. UICC. The Tobacco Atlas. 2nd ed. Brighton: Myriad Editions 2006.

2. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud de España 2003. 2006. www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/home.htm
3. The Agency for Health Care Policy and Research Smoking Cesation Clinical Practice Guideline. JAMA 1996; 275:1270-80
4. Barrueco M. Tratamiento del tabaquismo: situación actual y perspectiva de futuro. Med Clin (Barc). 2000; 115:341-2
5. Obach RS, Reed-Hagen AE, Kryeger SS, ObachBJ, O´Connell TN, Zandi KS, et al. Metabolism and disposition of varenicicline, a selective alph-4-beta-2 acetylcholine receptor parcial agonista, in vivo and in Vitro. Drug Metab Dispos. 2006; 34: 121-30
6. White AR. Rampes H. Campbell, JL. Acupuntura e intervenciones relacionadas para el abandono del hábito de fumar (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus 2007 Nº 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en : http://www.update-software.com
7. Directrices clínicas prácticas para el tratamiento del consumo y la dependencia del tabaco. Informe del Públic Health Service de los Estados Unidos. JAMA. 2000; 2083:3244-54
8. Fagerström KO, Schneider NG. Meauring nicotine dependence: a review of the Fagerstöm Tolerance Nicotine Quiestionnaire. J Behav Med. 1989;12:159-82
9. World Health Organization. Advancing knowledge on regulating tobacco products. Ginebra: WHO; 2001
10. Jiménez CA, Solano S, González JM, Ruiz MG, Flórez S, Ramos A, et al. Normativa para el tratamiento del tabaquismo Arch Bronconeumol. 1999; 35:499-506
11. Torrecilla García M, Domínguez Grandal F, Torres Lana A, Cabezas Peña C, Jiménez Ruiz CA, Barrueco Ferrero M, et al. Recomendaciones en el abordaje diagnóstico y terapéutico del fumador. Documento de consenso. Aten. Primaria 2002;30:310-7
12. Ayesta J. Farmacología de la nicotina. En: Jiménez CA, editor. Aproximación al tabaquismo en España. Un estudio multifactorial. España: Pharmacia & Upjohn SA.; 1997. p. 51-65.
13. Benowitz NL. Pharmacologic aspects of cigarrette smoking and nicotine addiction. N Engl J Med 1998; 319: 1318-30.
14. Hughes JR, Higgins ST, Bickel WK. Nicotine withdrawal versus other drug withdraval syndromes: similarities and dissimilarities. Adicction. 1994; 89: 1461-70.
15. American Psyquiatric association. Diagnostic and Statistic Manual of Mental D, Disorder. 4th ed. Wasshington DC: APA; 1994.
16. Torrecilla García M, Plaza Martín M. D, Avón Gómez C. Intervención no far-

macológica. Consejo sanitario sistematizado. En: Barrueco M, Hernández MA, Torrecilla M, editores. Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo. 3ª ed.; 2003; p. 115-39.
17. Olano Espinosa E, Matilla Pado B, Sánchez Sanz E, Alarcón Aramburu E. ¿Intervención mínima em tabaquismo? El protocolo de atención AL paciente fumador en atención primaria. Atn Primaria. 2005; 36: 515-23.
18. Instituto Nacional de Estadística (INE). Disponible en www.ine.es

Capítulo 77

BREVES RECOMENDACIONES ALIMENTICIAS PARA PACIENTES TRATADOS CON ACENOCUMAROL(SINTROM)

MARIA MERCEDES GARCÍA PEREZ

1 Introducción

Nuestro cuerpo tiene mecanismos para defendernos de las hemorragias, uno de ellos es la coagulación. Este mecanismo puede dispararse de forma innecesaria y producir coágulos dentro de las venas o de las arterias taponándolas y provocando trombosis o embolias.

El acenocumarol(sintrom) se emplea en pacientes donde sospechamos que pueda producirse una trombosis o una embolia ya que su función es prevenir la enfermedad tromboembólica. El efecto del sintrom deriva de su acción antagónica a la vitamina k, sustancia que favorece la coagulación.

Una de las dudas más habituales e importantes que asaltan a nuestros pacientes y que a su vez tienen una mayor repercusión en el correcto control de los niveles de acenocumarol (sintrom) es la dieta y es por ello la razón de este capítulo .El acenocumarol(sintrom) puede tomar en ayunas o con las comidas pero siempre de la misma forma.
Con el acenocumarol(sintrom) puede tomarse todo tipo de comidas pero es importante saber que debe tomar la misma cantidad diaria de un determinado tipo

de alimentos : aquellos que son ricos en vitamina k y que por tanto tiene efectos sobre el acenocumarol. Si a nuestro paciente le gusta comer verdura rica en vitamina k debería tomar más dosis, pero si de repente deja de tomarlas puede ser que tengamos q disminuir la dosis. Por ellos recomendaremos a los pacientes consumir siempre una determinada cantidad diaria de verdura de hoja verde sin hacer cambios muy bruscos en la cantidad.

2 Objetivos

Reforzar la importancia del correcto control de los niveles de acenocumarol (sintrom) es la dieta

3 Metodología

Interacciones con alimentos

Como ya hemos visto el contenido de la vitamina K puede interferir en la eficacia del tratamiento:

- Verduras y hortalizas :coma 2 raciones de ellas al día y preferiblemente una de ellas cruda recordando la importancia de mantener este aporte de forma continuada, evitando alternar periodos de gran consumo con otros de escaso o nulo ya que esto provoca grandes fluctuaciones en el aporte de vitamina K.

- No consumir grandes cantidades de perejil:es muy rico en vit k: 2 cucharas aportaría un 150% de las necesidades diarias.

- Ajo; aumenta el INR potenciando el sangrado:cuando se toma en grandes cantidades o en pastillas o en perlas de ajo podría aumentar el INR y potenciar el sangrado.

- Consumir aceite de oliva, pero asegúrese de que es aceite de :oliva virgen.Es importante que no varíe de tipo de aceite pues su contenido en vitamina k es muy distinto.Desestime el aceite de maíz o girasol ya que aportan muy poca vitamina k y los ácidos grasos que contienen son menos saludables.Entre 3 a 6 cucharadas de aceite de oliva virgen le aportaran la vitamina k que necesitamos.Evite el consumo de alimentos elaborados con aceites vegetales trans: evite las margarinas sobre todo las endurecidas ,la bollería industrial, comida rápida ,comida basura y alimentos precocinados ya que además de elevar el colesterol ldl contienen una

forma de vitamina k que dificulta la coagulación.

- Comer tres piezas de fruta al día, variadas y repartidas a lo largo del día. Puede tomar toda clase de frutas ya que su aporte de vitamina K es insignificante excepto el del kiwi que posee unos 40 microgramos por cada 100 g de kiwi. Se deben evitar cambios importantes en cuanto a la cantidad ingerida.
- Tomar unos 20-30 gr de frutos secos 1 o 2 veces por semana. Si los toma todos los días , hágalo regularmente y sin sobrepasar esa cantidad.

- Incorporar cereales preferiblemente integrales .Los cereales verdes pueden contener elevadas dosis de vitamina k pero solo si los incluyen en su alimentación personas que sigan regímenes veganos.

- Comer legumbres de 2 a 4 veces a la semana.No contienen cantidades importantes de soja excepto algunas clases de soja fermentada habitual en la dieta asiática.

-Los alimentos de origen animal no suelen contener cantidades apreciables de vitamina K por lo que pueden tomarse sin preocupación.La principal excepción es el hígado: este no está prohibido pero si es recomendable no tomarlo en grandes cantidades o de forma repetida.

- Se recomienda tomar al menos 2 raciones de lácteos desnatados ya que su aporte es inexistente.
- Evite el alcohol ya que el consumo elevado puede aumentar el efecto de los anticoagulantes además de tener efectos negativos para la salud.

- Tenga en cuenta que la medicación anticoagulante debe tomarse a la misma hora y preferentemente media hora antes de la ingesta de alimentos. Recuerde que los anticoagulantes no deben tomarse con antiácidos.

- Interacciones con suplementos dietéticos: una fuente muy importante de vitamina K pueden ser la toma de vitaminas, de productos naturales o de herboristería: por ello no olvide comentarle a su médico todo lo que toma ya que sino puede ser causa de un control inadecuado.

-Reducen INR (menor anti coagulación): Vitamina K, El aguacate, pues reduce la absorción e induce el metabolismo del fármaco, por lo que reduce el efecto anticoagulante. Vitamina C, coenzima Q10 ,Ginseng (Panax ginseng), Té verde (Camellia sinensis), leche de soja.

-Aumentan INR (mayor anticoagulación): Se han detectado casos de aumento de INR en personas que consumían zumo de arándanos (muy recomendado en cistitis), por lo que es mejor evitar su consumo. Bayas de Goji, Dong Quai (Angellica sinensis, el ginseng femenino), Danshen (Salvia miltiorrhiza), Harpagofito o Garra del diablo (Harpagophytum procumbens), Aceite y hojas de corteza de abedul, Palma enana americana (Serenoa repens), Extracto de papaya (Carica papaya), Plantas que contienen cumarínicos y que potencian el efecto de los anticoagulantes: Alfalfa (Medicago sativa), Angélica (Angelica archangelica),Anís (Pimpinella anisum), Árnica (Arnica montana), Apio (Apium graveolens)

4 Resultados

Los fármacos con actividad anti vitamina K son el tratamiento más cómodo para el paciente, al administrarse por vía oral. El más conocido es el Sintrom®, que necesita ajustes de las dosis mediante análisis de sangre periódicos, cada dos-cinco semanas.

Esta adecuación se debe a que la absorción de los fármacos con actividad anti vitamina K varía mucho según lo que se ha comido aquel día y según qué otros medicamentos está tomando el paciente, por ello no hay una dosis fija para cada paciente.

Examinando el tiempo de protrombina de la analítica, el médico sabe si la sangre está en el punto de anticoagulación que el paciente precisa.

5 Discusión-Conclusión

Una correcta dieta variada y equilibrada, es fundamental para todos nuestros pacientes. El tratamiento con acenocumarol no debe suponer una merma en la calidad y la variedad de la dieta de nuestros pacientes, por lo que unos sencillos hábitos dietéticos bastarán para controlar los aspectos en los que la dieta influye en el INR de nuestros pacientes.

6 Bibliografía

- Sociedad española de cardiología y fundación española del corazón.
- Fundación del corazon.com: recomendaciones nutricionales para pacientes con anticoagulantes orales.

- Portal de salud del Sacyl.
- www.sergas.es
- Protocolos sociedad española de endocrinología y nutrición

Capítulo 78

PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN LOS TRASTORNOS DE SÍNTOMAS SOMÁTICOS

MARIA DEL PILAR FERNÁNDEZ FIGUEIRAS

1 Introducción

El trastorno de síntomas somáticos está caracterizado por la característica común de presentar síntomas físicos sin existencia de un problema médico que lo justifique, asociados con malestar y deterioro significativo. De este modo, el cuidado de este tipo de pacientes supone un desafío para el personal de enfermería.

2 Objetivos

Analizar el rol de enfermería en los diferentes ámbitos de dicho trastorno (Revisión bibliográfica).

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos de ciencias de la salud (PubMed y Cuiden). Los criterios establecidos fueron:
1) Estudios que tratan el trastorno de síntomas somáticos como tema central y el abordaje de enfermería en todos sus ámbitos.
2) acceso al texto completo.
3) publicaciones en inglés y español.
4) antigüedad no superior a 10 años.

4 Resultados

Atendiendo a los resultados obtenidos, no existe suficiente evidencia sobre una función de enfermería en la detección precoz del trastorno de síntomas somáticos. Se ha demostrado la eficacia del empleo de la filosofía dialéctica, base de la terapia dialéctica comportamental, en el tratamiento, obteniendo una mejora de la relación enfermero-paciente. Por último, la revisión de artículos reveló el impacto que el trastorno genera en las familias.

5 Discusión-Conclusión

En cuanto a la función de enfermería en el diagnóstico y detección precoz de dicho trastorno, el análisis de la bibliografía no refleja intervenciones específicas. Sin embargo, reconoce a estos profesionales sanitarios figuras clave en la detección precoz y el apoyo a las familias.

6 Bibliografía

- Perspectiva holística del cuidado en pacientes con Trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados. Enferm Comunitaria (Gran) | 2016 | 12(2).
- Trastornos psicosomáticos y ansiedad entre la población. Abordaje desde Enfermería. Rev Paraninfo digital | 2015 | Año IX(22).
- Contribución de Enfermería al Abordaje de los Trastornos Psicosomáticos de la Mujer Trabajadora. Enferm Global -Esp- | 2013 | 12(3):254-264
- Velasco S, et al. Rev Esp Salud Pública 2006. Attention models to somatic symptoms without organic cause: from physiopathologic disorders to malaise of women.

Capítulo 79

ACTUACIÓN EN CASO DE HIPOGLUCEMIA.

TANIA CAMPAL CORDON

PATRICIA AMIGO MENÉNDEZ

ALICIA RODRÍGUEZ BAZO

GIOVANA ROMERO

1 Introducción

Dentro de la diabetes mellitus, la hipoglucemia es considerada la complicación aguda mas frecuente que nos podemos encontrar.

La hipoglucemia es definida como un nivel bajo de glucosa en sangre.Si nos basamos en la ASA (Asociación Americana de Diabetes) esta cifra debe ser inferior a 70 mg/dl, pero según la Sociedad Española de Diabetes debe ser inferior a 60 mg/dl.

A parte de las cifras de glucosa en sangre, otro criterio diagnostico de la hipoglucemia es la triada de Whipple, caracterizada por signos y síntomas sugestivos de hipoglucemia, concentraciones de glucosa plasmática baja y resolución de los síntomas o signos tras la corrección de la glucosa plasmática.

Entre las causas mas frecuentes que pueden desencadenar unas hipoglucemia son:

- Relacionadas con la medicación, como puede ser un exceso en la dosis de insulina.
- Ingesta insuficiente de hidratos de carbono
- Retrasar o saltar una ingesta
- Ejercicio físico intenso
- Ingesta de alcohol.

2 Objetivos

- Identificación precoz de la hipoglucemia
- Instaurar medidas a tomar por parte del personal sanitario precozmente.

3 Metodología

Para realizar este capitulo, se han consultado bases de datos con Pubmed, Scielo, Elsevier, Medlineplus, Intramed.

Se revisaron artículos tanto en español como en ingles y varias paginas web relacionadas con la Diabetes Mellitus y sus complicaciones.

Las palabras claves utilizadas fueron Diabetes Mellitus, Hipoglucemia adultos, síntomas hipoglucemia y tratamiento hipoglucemia.

4 Resultados

Es de suma importancia identificar precozmente los signos y síntomas que nos podemos encontrar en una hipoglucemia, estos pueden ser:
- Signos adrenérgicos: sudoración fría, temblor, debilidad, hambre, nauseas, ansiedad, palidez, palpitaciones.
- Síntomas neuroglucopénicos: cefaleas, dificultad de concentración, irritabilidad, agresividad, alteración del lenguaje, somnolencia, convulsiones, perdida de conciencia incluso muerte.

A su vez podemos encontrar distintos de hipoglucemias:
-Hipoglucemia leve : es abordada por el propio paciente recuperando cifras dentro de la normalidad.
-Hipoglucemia moderada : tratada por el paciente, apareciendo síntomas neuroglucopénicos que interfieren en su vida.

-Hipoglucemia grave: precisa del personal sanitario para su solución.

Para iniciar el tratamiento lo primero a tener en cuenta es el nivel de conciencia y la capacidad de poder ingerir o no , por vía oral.

Paciente consciente y capaz de ingerir por vía oral:
- Como 1º elección se daran hidratos de carbono de absorción rápida (15 gr glucosa vía oral, vaso de zumo de frutas, gel o pastillas de glucosa)
- A los 15 min repetiremos glucemia, si es menor de 70 mg/dl repetiremos lo anterior, si por el contrario es mayor de 70 mg/dl, daremos hidratos de carbono de absorción lenta (20 gr pan, 2-3 galletas maría, vaso de leche entera o 2 yogures)

Pacientes inconscientes
- Glucagon SC/IM y repetir glucemia a los 15 min.
- Si recupera conciencia le daríamos hidratos de carbono por vía oral, sino volveríamos a repetir el paso anterior.
- Si disponemos de acceso venoso : 30 ml de glucosa al 33% o 20 ml de glucosa al 50%

5 Discusión-Conclusión

Basándonos en todo lo anterior, se llega a la conclusión de la vital importancia que tiene la identificación precoz de la hipoglucemia, así como del conocimiento de sus signos y síntomas para poder abordarlo inmediatamente, ya que de lo contrario, las consecuencias pueden ser leves pero podrían llegar a ser letales para el paciente.

Es importante hacer una buena educación sanitaria a los pacientes, familiares y cuidadores mas cercanos del paciente diabético (reconocimiento de signo y síntomas, soporte nutricional adecuado, evitar olvidos y demoras de comidas, identificar factores desencadenantes, y medidas a tomar) para que en caso de ser necesario se pueda abordar esta complicación de la diabetes que es tan frecuente, pero que a su vez necesita unas bases de conocimiento, de manera que su solución pueda evitar la necesidad de ingreso hospitalario e incluso evitar llegar a situaciones de salud que puedan poner en peligro la vida del paciente.

6 Bibliografía

1. American Diabetes Association. Standars of medical Care in Diabetes 2019. Diabetes Care Enero 2019; 42(1):4-6.
2. Cuixart,G.Protocolo de detección y prevención de hipoglucemia en el paciente con diabetes.Elsevier.Octubre 2016; 12(18):1050-1053.
3. Milton, R.Hipoglucemia en pacientes diabéticos.Revista Uruguaya de Medicina Interna(Online)Diciembre 2017;2(3)
4.Mederico,M.Revista venezolana de endocrinología y metabolismo.Junio2011;9(2)
5.Sharon,A.Control de la hipoglucemia en el hospital y en el domicilio.Nursing(Ed. Española). Noviembre 2003;21(9):15-18
6.Caravilla,A.Atención al paciente con diabetes:algo mas que insulinas.Revista pediatría Atención Primaria.Octubre 2009;11(16)

Capítulo 80

MALTRATO AL ANCIANO

CLAUDIA LEIRÓS DÍAZ

BIANCA GONZÁLEZ PINTADO

LAURA LEIROS GARCIA

DAMIÁN PASCUAL ÁLVAREZ

JESSICA NUÑEZ BERMUDEZ

1 Introducción

El maltrato a la tercera edad es un acto único o repetido que causa daño, sufrimiento o la falta de medidas apropiadas para evitarlo, producido en una relación basada en la confianza.
Por lo tanto, puede ser un acto o una omisión de una acción, sin importar si es intencionado o no, y que tiene como resultado el daño psicológico o físico en la persona mayor, o la vulneración de sus derechos fundamentales como persona. Este maltrato puede realizarlo un familiar, la comunidad o las instituciones.

De los grupos sociales definidos por edad y género que sufren diferentes formas de maltrato y violencia, es el de las personas mayores el que ha recibido menor atención hasta la fecha. En muchas partes del mundo éste pasa casi inadvertido, subestimado y desatendido por sociedades de todo el mundo. En cambio, se habla ya de que es un importante problema de salud pública y de la sociedad.

Desde los puntos de vista sanitario y social, si los sectores de atención primaria de salud y servicios sociales no están bien dotados para detectar y resolver el

problema, el maltrato de los ancianos seguirá estando semioculto. A pesar de todo, es posible que este grupo tenga mayor prevalencia de las diferentes formas de maltrato.

Por todo esto, junto a la expectativa que estas situaciones pueden aumentar (envejecimiento de la población y de su dependencia, disminución de los cuidados formales e informales…), se han tenido que aumentar los esfuerzos locales e internacionales para su detección y prevención, así como para darles una respuesta adecuada.

2 Objetivos

- Examinar la epidemiología del maltrato.
- Exponer la legislación que regula este acto.
- Describir las causas y consecuencias.
- Identificar los indicios de maltrato.
- Orientar sobre el papel de la enfermera.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica de base científica con el objetivo de obtener información acerca del estado actual del maltrato al anciano. Para ello se han utilizado los buscadores PubMed y Scopus utilizando DeCS; y libros, guías y revistas científicas. Para la selección de los artículos, se añadieron los siguientes criterios de inclusión en los buscadores: artículos publicados en los últimos 5 años y en español e inglés. Las palabras clave usadas fueron: "Elder Abuse", "epidemiology", "legislation & jurisprudence" y "Social Indicators" "Geriatric Nursing".

4 Resultados

Como hemos reseñado anteriormente, se trata de un tema tabú que hace que conocer los datos verídicos de este maltrato resulte muy difícil. De hecho, las cifras apuntan que solo es notificado 1 de cada 24 casos.

Se habla que cerca de 1 de cada 10 personas mayores ha sufrido malos tratos en el último mes. Los tipos de maltrato se dan con diferente incidencia:
- Abuso económico. 1,0 - 9,2 %.
- Maltrato psicológico. 0,7 - 6,3 %.

- Desatención. 0,2 - 5,5%.
- Maltrato físico. 0,2 – 4,9 %.
- Abuso sexual. 0,04 - 0,82 %.

Se cree que las tasas de maltrato pueden ser mayores entre los ancianos residentes en instituciones que en los que están en la comunidad. Un 36% del personal ha presenciado al menos un incidente de maltrato físico contra un paciente de edad avanzada en el año precedente. Sin embargo, sólo admiten un 10% haber cometido al menos un acto de maltrato físico contra un paciente de edad avanzada y un 40 % el maltrato psicológico.

La ley describe el maltrato de un anciano o adulto dependiente como el maltrato físico, negligencia, abuso económico, abandono, aislamiento, secuestro (sacarlo del estado en contra de su voluntad) u otro tipo de conducta que causa daño físico, dolor o sufrimiento mental. Artículo 2. Definiciones [15610 - 15610.70] (Artículo 2 derogado y añadido por Stats, 1994, capítulo 594, sección 3.) Entra en vigor el 1 de julio de 2016.

El abuso de un anciano o un adulto dependiente significa cualquiera de los siguientes:
- Abuso físico, abandono, aislamiento, secuestro u otro tratamiento con daño físico o dolor o sufrimiento mental resultante.
- La privación por un cuidador de los bienes o servicios que son necesarios para evitar el daño físico o el sufrimiento mental.
- Abuso financiero, según se define en la Sección 15610.30.

Según el Código Penal español, el maltrato de personas mayores no está tipificado como delito específico, sino que forma parte de un tipo penal referido a la violencia habitual entre algunos familiares: pero es en 2003 cuando éste se reforma y el delito de violencia familiar regulado, anteriormente en el artículo 153, se modifica y queda regulado actualmente en el artículo 173, párrafo segundo. En él se establece lo siguiente: "El que habitualmente ejerza violencia física o psíquica sobre quien sea o haya sido su cónyuge o sobre persona que esté o haya estado ligada a él por análoga relación de afectividad aunque sin convivencia o sobre los descendientes, ascendientes o sobre persona amparada en cualquier otra relación por la que se encuentre integrada en el núcleo de su convivencia familiar; así como sobre las personas que por su especial vulnerabilidad se encuentran sometidas a custodia o guarda en centros públicos o privados, será castigado con la pena de prisión de seis meses a 3 años."

La Ley Orgánica 1/2004 de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, establece en el artículo 28, titulado de acceso a la vivienda y residencias públicas para mayores, lo siguiente: "Las mujeres víctimas de violencia de género serán consideradas colectivos prioritarios en el acceso a viviendas protegidas y residencias públicas para mayores, en los términos que determine la legislación aplicable".

La Ley de Dependencia, Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, en vigor desde el 1 de enero de 2007, ha sentado las bases para financiar los servicios que necesitan las personas dependientes para realizar las actividades diarias de la vida (ADV). Se inspira en los siguientes principios:
- El carácter universal y público de las prestaciones.
- El acceso a las prestaciones en condiciones de igualdad.

La situación de dependencia se clasifica en los siguientes grados:
- Grado I: Dependencia moderada. Cuando la persona necesita ayuda para realizar ADV básicas, al menos una vez al día.
- Grado II. Dependencia severa. Cuando la persona necesita ayuda para realizar ADV básicas de dos a tres veces al día, pero no requiere el apoyo permanente de un cuidador.
- Grado III: Gran dependencia. Cuando la persona necesita ayuda para realizar ADV básicas varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía mental o física, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona.

Como hemos citado al principio, el maltrato puede darse por acción o por omisión. Por una acción física, por una acción psicológica, por una acción de abuso económico, por una acción de abuso sexual y por omisión por la desatención.

Los tipos de maltrato se definen como:
- El maltrato físico es el uso de la fuerza para hacer daño, o bien la amenaza de hacerlo. Acoge tanto todo tipo de golpes, como las prohibiciones y la alimentación forzada. Suele ser mayor en su intensidad cuanto menor sea la autonomía del anciano.
- La acción emocional o psicológica es aquella que se ejerce por medio de acciones, actitudes, amenazas que provocan en el anciano miedo a sufrir una agresión física o a quedarse solo.
- El abuso económico o financiero puede llegar a ser considerado robo. Es la apropiación ilícita por parte de familiares o cuidadores de dinero del anciano sin

su permiso. Los adultos mayores también pueden ser explotados financieramente por organizaciones o estafadores.
- El abuso sexual es el contacto sexual sin consentimiento, la amenaza de tal contacto o el contacto por la fuerza. Sin embargo, el abuso sexual no siempre comporta lesiones físicas.
- La desatención o abandono es cuando no se brinda el cuidado adecuado o se abandona a un adulto mayor.

Teniendo estos conceptos claros, podemos abordar estas conductas primero desde la acción y luego desde la omisión.

1. Maltrato por acción.
De los tipos mencionados anteriormente los correspondientes al maltrato por acción suelen ser el físico, el psicológico y el económico y se pueden dar en el ámbito familiar, en la institución y en el sistema sanitario.

En la familia, hay que partir de la base de la existencia del vínculo afectivo que genera una expectativa de confianza hacia la persona que lo maltrata. Es esta una condición imprescindible para establecer una conducta violenta hacia un anciano. Es decir, empujar a un anciano en la calle será entendido como maltrato si existe un vínculo de confianza entre aquel y quien le empuja. Sin embargo, si el empujón lo realiza un viandante cualquier será una conducta violenta, pero no maltrato. Además, hay que valorar el daño o riesgo significativo del maltrato para él.
Por su parte, el ingreso en la institución, frecuentemente se hace de manera forzada lo que ya les induce un sentimiento de abandono. Nadie suele pedirles su opinión ni preguntarles lo que realmente quieren, violando así directamente sus derechos.

Entre las formas más frecuentes de maltrato destacamos la agresión verbal, seguida de la falta de unos niveles básicos de intimidad a sus usuarios. Las denuncias más frecuentes van por:
- Infantilización. Tratar al paciente como si fuera un niño irresponsable en el que no se puede confiar.
- Despersonalización. Proporcionar servicios de acuerdo con unos criterios generales que desatienden las necesidades particulares.
- Deshumanización. Ignorar al anciano, despojarlo de su intimidad y de su capacidad para asumir responsabilidades en su propia vida.
- Victimización. Ataques a la integridad física y moral.

El sistema sanitario debe velar ante todo por la salud de su paciente y debe a los pacientes todos los recursos de su ciencia y toda su lealtad.
A pesar de esto, es común que ocurra un deterioro en la relación médico-paciente en el grupo de los ancianos. Puede deberse al ageísmo, viejismo o rechazo al anciano por parte del personal de salud. Se definió este viejismo como el prejuicio de la gente joven hacia la gente vieja. Quizás la empatía no se alcanza por la falta de capacidad de ponerse en el lugar del otro, especialmente en una sociedad donde cada vez los ancianos conviven menos con la familia y llegan a ser personas desconocidas.

2. Maltrato por omisión.
El hecho de llegar a una edad donde nos consideramos ser parte del grupo de ancianos, para muchos es sinónimo de soledad, desprecio y de olvido de parte de sus familiares. El maltrato por negligencia o abandono es la deficiencia, por parte del cuidador para proporcionar los alimentos o servicios que son necesarios, en orden a evitar un daño físico, angustia o daño mental.

Consiste en dejar a la persona mayor sola, sin hacer planes para que alguien la cuide. Dentro de este abandono se puede dar:
- Abandono activo: existe intencionalidad.
- Abandono pasivo: existe una incapacidad por parte del cuidador para proporcionar los cuidados.

Dentro de la negligencia se puede distinguir:
- Negligencia física: es la incapacidad de los cuidadores para proporcionar los bienes y servicios que son necesarios para un óptimo funcionamiento o para evitar el daño que se produce a la gente mayor. Algunos ejemplos serían: no aplicación de cuidados sanitarios, administración incorrecta de medicación, no administración de comidas e hidratación necesaria, falta de higiene, etc.
- Negligencia psicológica: no proporcionar estímulos sociales a un anciano dependiente. Ejemplos de este tipo de negligencia son: dejar solo al anciano durante períodos largos de tiempo, ignorar al anciano y no proporcionarle información y utilización de silencios ofensivos.
- Negligencia económica: no utilizar los recursos disponibles para mantener o restaurar la salud o bienestar de un anciano. Ejemplos de este tipo de negligencia serían: el anciano recibe cuidados subóptimos en el domicilio, a pesar de tener recursos económicos suficientes o asignación de la peor habitación de la casa.

Una de las causas para que suceda el maltrato es que la persona adulta mayor ya

no posea una vida laboral útil y comience a generar gastos en la familia, situación que causa tensión y transforma el trato de sus hijos e hijas, amistades y parientes cercanos.

Otra causa frecuente es el carácter dominante del agresor, los celos, la actitud controladora, falta de comunicación entre los ancianos y sus agresores, la falta de paciencia, la falta de conciencia de lo que es una persona mayor y dependiente, la sobrecarga física o emocional de su cuidador, el uso desmedido del alcohol, la incapacidad emocional por parte del cuidador que lo hace volverse agresor, etc.

Las consecuencias del maltrato al anciano bien sean por acción o por omisión son las siguientes:
- Lesiones físicas: lesiones por traumatismos, desnutrición, deshidratación, fracturas por caídas, úlceras por decúbito, heridas por ataduras, abrasiones, quemaduras o intoxicaciones entre otros.
- Consecuencias psicológicas: depresión que afecta física y mentalmente en su forma de sentir y de pensar. La depresión les puede provocar llanto continuo, momentos de desesperación y deseos de morir con el objetivo de no estar solo o en un lugar que no le gusta. Otra consecuencia de este tipo puede ser el desánimo por sentirse una persona inútil y pensar que esa es la causa de su abandono. Esto lo hace perder el interés por la vida por realizar las cosas que él hacía.

También el abandono de un adulto mayor puede tener como consecuencia ansiedad, ideación suicida, inhibición, somatizaciones y pseudodemencias.

Se estima que los malos tratos tienen una importante repercusión en la utilización de servicios sanitarios. El aumento de la frecuentación y de las hospitalizaciones condicionada por la morbilidad asociada a síntomas de la negligencia, el abandono o la violencia física.

Hay ciertos indicadores que pueden advertir de maltrato. Entre ellos encontramos:
- Indicadores físicos: coloración pálida de piel y mucosas, signos indicativos de anemia; deshidratación; bajo peso y atrofia muscular; úlceras por presión en estadios avanzados o infectadas por falta de cuidados; quemaduras que suelen ser intencionales y no producidas por descuido; las erosiones, abrasiones y hematomas en diferentes estadios evolutivos y en distintas zonas; arañazos. También podemos encontrar áreas de alopecia por arrancamiento, marcas de contención forzada e inapropiada, marcas en la boca que sugieren alimentación forzada o muy caliente, fracturas, escasa higiene, sobremedicación con efectos se-

cundarios, ausencia de medicación o incumplimiento terapéutico, relatos que no concuerdan al hacer la anamnesis sobre el mecanismo de producirse las heridas o la enfermedad por la que consultan.
- Indicadores psíquicos: desconfianza, negativa a la exploración, actitud de miedo; pasividad, retraimiento, resignación, "dejarse hacer"; ansiedad, agitación, depresión; mirar al cuidador antes de contestar, en actitud de pedir permiso, miedo a expresarse; evitar el contacto visual.
- Indicadores sexuales: infecciones genitales correspondientes con enfermedades de trasmisión sexual, hematomas en la zona interna de los muslos o metrorragia sin causa tras estudio.
- Indicadores económicos: pérdida de la noción de lo que gana y cómo lo administra o de las propiedades que tiene y su valor, con excesiva preocupación por tener más conocimiento de todo esto; falta de efectos personales, objetos de valor del domicilio, joyas; movimientos de dinero en sus cuentas que no haya podido realizar; cambios en el testamento favoreciendo a personas con afectos establecidos recientemente.
- Indicadores de abandono: falta de medicación con descompensación de enfermedades crónicas o signos de sobremedicación, mala higiene, vestimenta no apropiada, deshidratación, boca séptica, úlceras en mal estado, pérdida de peso sin otra causa orgánica.

Dentro de las intervenciones a realizar, destacan:
- Revalorar el aporte de los adultos mayores en la familia y en la sociedad.
- Crear ambientes seguros donde los ancianos se sientan útiles y productivos.
- Crear ambientes donde reine el afecto y respeto hacia ellos.
- Identificar factores de riesgo y señales de alerta mediante una actitud de escucha activa.
- Recoger la información en la historia clínica y transmitirla a atención primaria.
- Valorar la capacidad de cuidados de la familia.

5 Discusión-Conclusión

1. Aunque se cree que las cifras no son reales podría considerarse que los datos de maltrato al anciano son alarmantes teniendo en cuenta que la población española tiende al envejecimiento.
2. El maltrato viene dado desde el ámbito familiar (basándose en la relación de confianza con el anciano), el sanitario (cuando la relación profesional sanitario-paciente se deteriora) y el institucional (en las residencias, el más común) pro-

duciendo una serie de secuelas en la persona mayor no solo físicas si no también psicológicas que son aún más difíciles de borrar y de superar.
3. Capacitar a los profesionales mediante una formación específica debe tomarse como objetivo prioritario para identificar y estar alerta de los factores de riesgo o las situaciones de maltrato.
4. La sociedad también debe estar sensibilizada para humanizar y promover el buen trato en la atención a las personas mayores como medida de prevención.

6 Bibliografía

- https://www.nia.nih.gov/espanol/publicaciones/abuso-personas-mayores
- http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864012702778
- Wieland D. Abuse of older persons: an overview. Holist Nurs Pract. 2000;14(4):40–50. doi:10.1097/00004650-200007000-00007.
- Dong XQ. Elder Abuse: Systematic Review and Implications for Practice. J Am Geriatr Soc. 2015;63(6):1214–1238. doi:10.1111/jgs.13454
- Rosen T, Stern ME, Elman A, Mulcare MR. Identifying and Initiating Intervention for Elder Abuse and Neglect in the Emergency Department. Clin Geriatr Med. 2018;34(3):435–451. doi:10.1016/j.cger.2018.04.007
- Mion LC, Momeyer MA. Elder abuse. Geriatr Nurs. 2019;40(6):640–644. doi:10.1016/j.gerinurse.2019.11.003
- Young LM. Elder physical abuse. Clin Geriatr Med. 2014;30(4):761–768. doi:10.1016/j.cger.2014.08.005
- Wang XM, Brisbin S, Loo T, Straus S. Elder abuse: an approach to identification, assessment and intervention. CMAJ. 2015;187(8):575–581. doi:10.1503/cmaj.141329
- Burnett J, Achenbaum WA, Murphy KP. Prevention and early identification of elder abuse. Clin Geriatr Med. 2014;30(4):743–759. doi:10.1016/j.cger.2014.08.013
- http://eprints.sim.ucm.es/25249/1/T35334.pdf

Capítulo 81

QUEMADURAS 1º Y 2º GRADO TRAS EXPLOSIÓN DE GAS

LAURA SÁNCHEZ LASTRA

ELENA ÁLVAREZ RODRÍGUEZ

REMEDIOS LASO AREA

LORETO GIL DIEZ

MARÍA ISABEL FERNÁNDEZ MARTÍNEZ

1 Introducción

Las quemaduras son lesiones cutáneas causadas por agentes térmicos, químicos, radioactivos o eléctricos, que, en función del tiempo de exposición al agente causal, transmiten el calor a los distintos tejidos. Las quemaduras tratadas en Atención Primaria son heridas con bajo riesgo de infección. Dependiendo de la zona corporal afectada nos indicará el potencial de gravedad de la lesión.

Presentamos el caso clínico de una mujer de 68 años, que presentó quemaduras en miembros inferiores afectando zonas dérmicas y sub-dérmicas.

2 Objetivos

- Tratamiento integral de las quemaduras y prevención de complicaciones.

- Prevención de cicatrices patológicas.

- Recuperación funcional de los miembros afectados.

3 Caso clínico

Mujer de 68 años, hipertensa y con obesidad central, que sufre accidente doméstico por explosión de gas procedente de bombona. Presenta eritema en cara posterior de de ambas piernas y huecos poplíteos, con ampolla abierta en zona aquílea derecha y grandes ampollas en zona gemelar y tobillo izq. (cara posterior y lateral). Eritema en cara anterior del tercio inferior en miembro inferior derecho. ID Diagnostico: quemaduras dérmicas de 1º y 2º grado superficial con un 18% de SCG.

4 Discusión-Conclusión

El tratamiento de las quemaduras debe ser integral, coherente con la evolución de la lesión y prolongado en el tiempo. La prevención de las cicatrices patológicas y la recuperación funcional de las extremidades afectadas debe considerarse la parte más importante del tratamiento. La implicación y colaboración del paciente es fundamental para la buena evolución de las quemaduras y la prevención de complicaciones.

5 Bibliografía

1. Baltà-Domínguez L, Valls Colomé MM. Quemaduras. AMF. 2011;7(10):584-90.

2. Petit-Jornet JM, Protocolo de tratamiento de las quemaduras en atención primaria. FMC. 201];17:7-8.

Capítulo 82

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN SITUACIONES DE PARADA CARDIORESPIRATORIA.

IRENE LOPEZ DE LA RIVA

1 Introducción

Generalidades de la PCR

La enfermedad coronaria es la primera causa de muerte a nivel mundial, siendo la parada cardiorrespiratoria (PCR) la manifestación más severa ya que representa más del 60% de las muertes. Se considera un evento trágico que actualmente representa un gran problema de salud pública por esa elevada mortalidad. (González-Melchor, Villarreal-Molina, Iturralde-Torres, Medeiros-Domingo, 2014) (Rojas, Aizman, Arab, Utili, Andersen, 2012) (Servicio Madrileño de Salud, 2014)

La PCR proviene de un paro cardiaco. El paro cardiaco es un evento electrolítico en el cual el ritmo normal del corazón se ve acelerado e irregular, por lo que no bombea la sangre efectivamente, impidiendo que la sangre rica en O2 llegue al cerebro y resto de órganos. Esto produce un colapso y el corazón deja de latir súbitamente. Al perderse la función cardiaca, se pierde también la función respiratoria y la conciencia y es lo que desencadena la PCR. La PCR es un escenario de máxima exigencia en la intervención médica, si no es tratada en los primeros 5 minutos puede producirse la muerte. Su forma más común es la fibrilación ventricular (FV). (REF 4 y 5).

(Cano Morales, 2018) (Ubago-Jiménez, Castro-Sánchez, Castañeda-Vázquez., 2017)

La PCR se define como: interrupción de la actividad mecánica cardiaca caracterizada por inconsciencia, apnea y ausencia de pulso central palpable. (Matiz, Ariza, Santander, 2014)

Posibles causas de la PCR

Cuando un paciente ha estado ingresado en urgencias o en la unidad de cuidados intensivos (UCI) y sufre algún cambio en su estado clínico se considera que tiene riesgo de sufrir una PCR.

Existen una serie de factores, que pueden ser desencadenantes o de riesgo, a la hora de desarrollar una PCR. (Cano Morales, 2018) (Medline, 2017)

Los factores desencadenantes son:

- Fibrilación ventricular (FV)
- Bloqueo cardíaco
- Enfermedad cardíaca coronaria
- Problemas cardíacos. P.ej. enfermedad cardíaca congénita, problemas de las válvulas cardíacas, etc.
- Niveles anormales de potasio o magnesio, tanto altos como bajos.
- Esfuerzo físico extremo
- Sobredosis de drogas
- Medicamentos
- Sangrado excesivo
- Infección en el torrente sanguíneo (sepsis)
- Lesiones y accidentes
- Ahogamiento
- Accidente cerebrovascular.(Medline, 2017)

Y los de riesgo:

- Edad: son más susceptibles las personas de entre 30 y 50 años.
- Sexo: los varones son susceptibles a sufrir una PCR que las mujeres.
- Tabaquismo
- Alcohol
- Diabetes mellitus (DM) (Cano Morales, 2018)

Epidemiologia

La enfermedad coronaria isquémica, cuya manifestación más severa es la PCR, es la principal causa de muerte en el mundo occidental. La PCR afecta entre 30-55 personas por cada 100.000 habitantes al año, en el mundo industrializado, y su supervivencia no llega al 8%. (Cano Morales, 2018) (Medina, Sánchez, Gómez,

Cabrales, Echevarría, 2010) (Moya-Mitjans, Lidón, 2017) (Ridruejo, Zalba, Martín, Cárcamo, 2007) (Servicio Madrileño de Salud, 2014)
Aproximadamente en el 80% de las muertes, el desencadenante de la parada es la enfermedad arterial coronaria. (González-Melchor et al., 2014)
Se estima que en EEUU se producen 450,000 casos/año, en Europa 350,000 casos/año, en Francia 70,000 casos/año, en Alemania 90,000 casos/año, en Italia 80,000 casos/año, en España 60,000 casos/año y en Reino Unido 75,000 casos/año.
La mayoría de las PCR, aproximadamente el 80%, se producen en el ámbito doméstico y se les denomina PCR extra-hospitalarias. A nivel europeo, éstas tienen una elevada mortalidad, de entre el 65-95%. Las PCR intrahospitalarias, tienen un mejor pronóstico. Su incidencia es de 1-5 casos por cada 1.000 ingresos, aproximadamente el 41% recupera la circulación espontanea (RCE) y tienen una sobrevida del 17% al alta, su tasa de mortalidad a nivel europeo es de entre el 40-50%. (Cano Morales M. J., 2018) (Medina L.A. et al., 2010) (Moya-Mitjans, Lidón, 2017) (Ridruejo et al. 2007) (Servicio Madrileño de Salud, 2014)
De los pacientes que permanecen en coma a las 6 horas de la reanimación, el 27% recupera la conciencia a los 28 días. En cambio, de los que permanecieron en coma más de 6 horas solo el 9% recupera la conciencia y de éstos el 65% muere. (Cano Morales M. J., 2018) (Medina L.A. et al., 2010) (Moya-Mitjans, Lidón, 2017) (Ridruejo et al. 2007) (Servicio Madrileño de Salud, 2014)
En la mayoría de los casos el ritmo desencadenante de la PCR es una Fibrilación Ventricular (FV), 23-64% de los casos, o una Taquicardia Ventricular Sin Pulso (TVSP). Éstos ritmos tienen una supervivencia al alta hospitalaria del 37%, mientras que la Actividad Eléctrica Sin Pulso (AESP) o la asistolia tienen una supervivencia del 11,5%. (Cano Morales M. J., 2018) (Medina L.A. et al., 2010) (Moya-Mitjans, Lidón, 2017) (Ridruejo et al. 2007) (Servicio Madrileño de Salud, 2014)
En España, se estima que la cifra de muertes por PCR hospitalarias y subsidiarias a RCP es de más de 19.000 muertes al año. (Cano Morales M. J., 2018) (Medina L.A. et al., 2010) (Moya-Mitjans, Lidón, 2017) (Ridruejo et al. 2007) (Servicio Madrileño de Salud, 2014)

Reanimación cardiopulmonar (RCP)
El conjunto de medidas utilizadas para tratar la PCR se ha denominado "Resucitación cardiopulmonar (RCP)", que se define como: conjunto de maniobras encaminadas a revertir la PCR, sustituyendo primero, para intentar restaurar después, la respiración y circulación espontáneas con el fin de evitar la muerte por lesión irreversible de órganos vitales, especialmente del cerebro. (Nodal Leyva, López Héctor, de la Llera Domínguez, 2006) (Vera Carrasco O., 2016)

Cadena de supervivencia
En España el protocolo de RCP es el propuesto por el Plan Nacional de RCP de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC), basado en las recomendaciones establecidas por el ERC, la AHA y el ILCOR. En él se propone una estrategia basada en la optimización de la "Cadena de Supervivencia", la cual está construida por 4 fases: (Moya-Mitjans, Lidón, 2017) (Servicio Madrileño de Salud, 2014)
1. Sistema de alerta inmediata.
2. Inicio precoz de la RCP básica, menos de 1 min.
3. Desfibrilación temprana, antes de los 4 minutos.
4. Soporte vital avanzado (SVA), menos de 8 minutos.
La precocidad y realización correcta de esta "cadena" son los mejores predictores de una mayor supervivencia y un buen estado neurológico post-PCR. (Moya-Mitjans, Lidón, 2017) (Servicio Madrileño de Salud, 2014)

2 Objetivos

• OBJETIVO GENERAL
Conocer el estado actual de las técnicas y acciones utilizadas en el SVB y SVA.
• OBJETIVOS ESPECÍFICOS
- Enumerar las acciones que se deben de seguir en el SVB y SVA para intentar revertir la situación de paro.
- Mencionar la ética de actuación que engloba a estas situaciones de PCR.
- Explicar la importancia de la formación en RCP de personal no sanitario y la necesidad de incluir en el currículo escolar los primeros auxilios.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se ha realizado una revisión bibliográfica.
Las palabras clave utilizadas han sido: reanimación cardiopulmonar (RCP), RCP extra-hospitalaria, enfermería en RCP, ética RCP y formación RCP.

Las bases de datos consultadas han sido Medline, Scielo y Google Académico. Otra fuente bibliográfica han sido los protocolos de RCP de diferentes CCAA, como por ejemplo el "Protocolo de actuación de enfermería ante la parada cardio-respiratoria en adultos en el ámbito hospitalario" de la Comunidad de Madrid.
El periodo de búsqueda abarca el periodo de tiempo desde marzo de 2019 hasta mayo de 2019. Para realizar la búsqueda se utilizaron los descriptores/palabras

clave junto al operador boleano "AND". No se limitó la búsqueda por idioma ni tipo de publicación, pero sí se limitó para obtener artículos de texto completo y de máximo hace 15 años (artículo más antiguo utilizado, año 2006). Es decir, los criterios de exclusión fueron: artículos anteriores a 2004, que no tuvieran acceso a texto completo, que no trataran de RCP o PCR.

4 Resultados

Soporte vital básico (SVB)
El soporte vital básico (SVB) es el conjunto de medidas que se realizan inmediatamente tras sufrir una PCR. Lo ideal es que el tiempo entre la PCR y el inicio del SVB sea menos de 1 minuto. Es una de las intervenciones que mejor contribuye a la buena supervivencia post-PCR.
Lo primero que se debe hacer cuando se presencia una parada, ya sea intrahospitalaria o extrahospitalaria, es pedir ayuda. A continuación, se debe comprobar la vía aérea para confirmar si realmente estamos ante una PCR. Si lo es, inmediatamente se deben de comenzar las maniobras de RCP. Si no lo es, se colocará a la persona en posición lateral de seguridad (PLS) para que vaya recuperándose. El último paso del SVB es la desfibrilación automática (DEA). (Pérez Vela, López Messa, Martín Hernández, Herrero Ansola, 2011) (Servicio Madrileño de Salud, 2014)

Maniobras RCP
Las maniobras de RCP consisten en una combinación de masaje cardiaco/compresiones cardiacas y respiración boca a boca. El masaje, mantiene la sangre oxigenada de la persona circulando; y la respiración boca a boca, administra el oxígeno a los pulmones de la persona afectada. (Nodal Leyva et al. 2006). (Medline, 2017)
Para realizar el masaje cardiaco, el reanimador debe arrodillarse junto a la víctima, que debe de estar sobre una superficie rígida. Deberá entrelazar las manos, apoyando solamente el talón de la mano 2 dedos por debajo del apéndice xifoides. A continuación, se colocará totalmente perpendicular a la víctima y sin doblar sus codos ejercerá presión sobre el pecho de la víctima usando todo su cuerpo. (Nodal Leyva et al. 2006) (Medline, 2017)
Para realizar las insuflaciones boca a boca, la barbilla de la víctima ha de estar levantada y la cabeza inclinada. El reanimador debe de cubrir con su boca, la boca de la víctima y taparle la nariz con los dedos. Una vez hecho esto, dará 2 insuflaciones boca a boca. Cada insuflación debe durar aproximadamente 1 segundo y,

lo que es más importante, que el pecho se hinche ya que eso significa que el aire está entrando en los pulmones. (Nodal Leyva et al. 2006) (Medline, 2017)

Para llevar a cabo una RCP de calidad, hay que hacer hincapié en:
- Las compresiones. Para que sean de alta calidad, deben tener la profundidad adecuada (5 cm aprox.) y permitir la completa expansión de la caja torácica. No se deben interrumpir durante toda la RCP, solamente para realizar intervenciones concretas, como la intubación o la desfibrilación. La frecuencia de compresiones debe ser de 100lat/min.
- La ventilación. Se debe evitar una hiperventilación.
(Pérez Vela et al. 2011).
La relación de compresiones: insuflaciones, según la edad, debe de ser la siguiente:
- Adulto (>9 años) 30:2
- NIÑO (1 a 8 años) 15:2
(Medline, 2017) (Nodal Leyva et al. 2006).

Desfibrilador externo automático (DEA/DESA)
Como el último paso de este SVB sería la utilización de un DEA/DESA, vamos a explicar en qué consiste. (Gazmuri, Álvarez-Fernández, 2009).
Los DESA, son desfibriladores externos automáticos, que reconocen cuando el paciente está sufriendo una arritmia e indican a los reanimadores el momento en el que deben de realizar la descarga. En el momento que conectamos el DESA al paciente, que siempre debe de ser post-RCP, éste analizará su ritmo y nos indicará si debemos continuar con RCP o dar una descarga. Después de este primer análisis, reevaluará el ritmo cada 2 min y nos volverá a indicar lo que debemos hacer. (Gazmuri, Álvarez-Fernández, 2009).

Soporte vital avanzado (SVA)
El soporte vital avanzado (SVA) es el último eslabón de la "cadena de supervivencia", se considera que éste comienza en el momento que se empiezan a utilizar dispositivos adicionales diferentes a las usadas en el SVB.
La dinámica de RCP-desfibrilación-RCP-evaluación ritmo continúa igual que en el SVB. (Nodal Leyva et al. 2006)
Dentro del SVA hay una serie de pasos como se puede apreciar en la Figura 2. En este trabajo vamos a hacer énfasis en alguno de ellos, en los que creemos que necesitan una explicación más amplia. (Nodal Leyva et al. 2006).

- Desfibrilación y ritmos

La desfibrilación precoz, junto con la RCP, es uno de los pasos dentro de la cadena de supervivencia que proporciona un mejor pronóstico tras sufrir PCR. Esta desfibrilación se debe ejecutar cuando nos encontramos ante un ritmo desfibrilable, como puede ser una Taquicardia ventricular (TV) o una Fibrilación Ventricular (FV).

Para detectar estos ritmos hay dos opciones, utilizar un DEA/DESA o utilizar un desfibrilador manual.

Cuando nos encontramos ante un ritmo no desfibrilable como pueden ser la Asistolia o la Actividad eléctrica sin pulso (AESP), iniciar RCP y reevaluar ritmo e intentar palpar pulso cada 2 min. (Nodal Leyva et al. 2006)

- Medicación durante la RCP y vías de administración.

Unida a la desfibrilación va la administración de los diferentes medicamentos. A continuación, vamos a detallar los fármacos más utilizados durante la PCR.

- ADRENALINA. Se mantiene como único fármaco vasopresor en el tratamiento de la PC. Se debe administrar 1mg de adrenalina después de la 3ª descarga y una vez iniciada la RCP post-descarga, luego continuar administrando adrenalina cada 3-5 min. No se debe interrumpir la RCP para su administración.
- AMIODARONA. No hay evidencia de que el uso de antiarrítmicos mejore la supervivencia. Aun así, se sigue considerando la administración de amiodarona tras la adrenalina, después de la 3ª descarga. las dosis recomendadas son las siguientes:

1ª dosis: bolo de 300mg

2ª dosis: 150mg, en caso de que persista la FV/TVSP

Si continua, perfusión de 900mg/24h.

- ATROPINA. Ya no se recomienda su uso, solamente se usaría en el contexto de bradiarritmias.

Lo primordial para poder llevar a cabo la administración de estos medicamentos es obtener una vía de administración. (Pérez Vela et al. 2011).

- Vía aérea y ventilación durante la RCP.

En cuanto a la ventilación, se reduce el énfasis por la intubación traqueal precoz y se opta más por dispositivos como las mascarillas de bolsillo, dispositivos supraglóticos o balón autoinflable, debido a que es más fácil su colocación durante la RCP. La intubación solamente debe realizarse por reanimadores con experiencia en la técnica. (Pérez Vela et al. 2011)

En el caso de llevarse a cabo la intubación, ésta debe ser llevada a cabo con la mínima interrupción de las compresiones torácicas. Solamente se permite hacer una

interrupción, de máximo 10 segundos, para pasar el tubo a través de las cuerdas vocales. (Pérez Vela et al. 2011)

Causas reversibles
- LAS 4 H. (Elguea Echavarría et al., 2017).
• HIPOXIA.
• HIPOVOLEMIA.
• HIPO/HIPERKALEMIA.
• HIPOTERMIA.
- LAS 4 T. (Elguea Echavarría et al., 2017)
• TROMBOSIS CORONARIA/PULMONAR.
• NEUMOTÓRAX A TENSIÓN.
• TAPONAMIENTO CARDIACO.
• TOXICOS.

- Ética
La bioética médica es definida como la aplicación de los principios éticos a la toma de decisiones asistenciales, con el objetivo de mejorar la calidad de dicha asistencia. (Rosell Ortiz F et al. 2018) (Servicio Madrileño de Salud, 2014) (Vera Carrasco O., 2016)
Todas las reanimaciones deben tener en cuenta, siempre, los principios de bioética que recogen la ERC y la AHA. Estos son: principio de autonomía, principio de futilidad (ineficacia) o de maleficencia, principio de beneficencia, principio de justicia, principio de justicia y honestidad. Las Guías de la AHA en 2010, hacen hincapié principalmente en dos de estos principios, en el principio de autonomía y en el de futilidad, refiriéndose a la capacidad del paciente de decidir sobre lo que desea o no respecto a sus cuidados.
Una vez se instaura la PCR, hay que identificar y valorar rápidamente los pacientes que deben recibir la RCP y los que, por cuestiones médicas o éticas, no. En cualquier caso, si existieran dudas, se debe iniciar la RCP hasta obtener datos objetivos. Esto se debe a que el principio del beneficio de la duda debe de favorecer siempre a la víctima. (Rosell Ortiz F et al. 2018) (Servicio Madrileño de Salud, 2014) (Vera Carrasco O., 2016)
La decisión de inicio o suspensión de las maniobras de RCP plantea una serie de problemas éticos y clínicos, tanto al médico, como a el equipo sanitario, familia e incluso al paciente. Debido a esto, es necesario tener en cuenta para la toma de dichas decisiones datos clínicos como son los siguientes: pronóstico neurológico si la RCP fuera exitosa, factores clínicos indicadores de PCR irreversible,

etc. (Rosell Ortiz F et al. 2018) (Servicio Madrileño de Salud, 2014) (Vera Carrasco O., 2016)
Cuando no hay posibilidades reales de recuperación, se deben suspender los intentos de reanimación, ya que continuar con ellos, en estos casos, contribuye a retrasar la muerte en vez de a prolongar la vida. Por lo cual, esto, atentaría directamente contra los principios de no-maleficencia y beneficencia, siendo una verdadera crueldad.

Por otro lado, se estaría quebrantando también el principio de justicia, ya que los recursos utilizados en estos pacientes podrían haber sido útiles para otros. (Rosell Ortiz F et al. 2018) (Servicio Madrileño de Salud, 2014) (Vera Carrasco O., 2016)
- Cuando iniciar la RCP
Las maniobras de RCP deben iniciarse en todos los pacientes en los que haya posibilidades de recuperación. Lo ideal sería iniciarlas solamente en pacientes con posibilidad de ser reanimados sin secuelas, pero esto es impredecible cuando inicia.
Se debe iniciar RCP en las siguientes situaciones:
- PCR en individuos sanos o con enfermedad sin pronostico inmediato fatal, si no han transcurrido más de 10 min desde el paro y no existe oposición expresa de la práctica.
- En PCR que han pasado más de 10 min, pero la parada es consecuencia de una intoxicación por barbitúricos, de una situación de hipotermia o de un ahogamiento, especialmente si son niños.
- En PCR en las que no se puede determinar el momento de inicio, pero existen posibilidades de que haya pasado poco tiempo.
(Vera Carrasco O., 2016).

- Cuando NO iniciar la RCP:
Cuando la PCR es la consecuencia de una enfermedad terminal e irreversible.
Cuando aparecen signos inequívocos de muerte irreversible. P.ej. rigidez, lividece…
Lesiones traumáticas incompatibles con la vida. P.ej. perdida masa encefálica…
Cuando la RCP expone a riesgos al personal que la va a llevar a cabo.
Cuando en catástrofes, la RCP supone demora de atención a otros pacientes con mayores posibilidades de vivir.
Expresa petición del paciente de no recibir RCP, a través de un testamento vital.
(Servicio Madrileño de Salud, 2014) (Vera Carrasco O., 2016).

- Cuando finalizar la RCP

Las maniobras de RCP se deben suspender en los siguientes casos:

- Recuperación de la circulación y respiración espontanea.
- Cuando, durante la RCP, se confirma la no indicación de la misma.
- Cuando han transcurrido más de 15 min de RCP y persiste la asistolia.
- Cuando el reanimador se encuentra en estado de fatiga extrema y no hay previsión de que reciba ayuda o colaboración inmediata.
- Intervalo de tiempo entre SVB y SVA es >30min.
- En RCP avanzada de más de 20min sin éxito.

(Servicio Madrileño de Salud, 2014) (Vera Carrasco O., 2016).

- Orden de NO- RCP

Como ya hemos dicho anteriormente existe una Orden de No Iniciar Reanimación (ONIR), en la cual el médico decide que, en ese caso, iniciar una reanimación no va a suponer una recuperación.

El médico tiene una doble obligación, por un lado, de no aplicar medidas que no seas útiles y, por otro, utilizar esas medidas de forma eficiente en otros casos que sí lo sean.

En la decisión de NO-RCP participan tanto el médico, principalmente, como el enfermo. Esta decisión médica se asienta en dos factores, el técnico, que es la proposición medica de acuerdo a lex artis, y la aceptación por parte del enfermo. Cuando la orden de NO-RCP es tomada únicamente por el médico, se denomina orden de NO-RCP unilateral.

Lo ideal sería llegara una opción en conjunto con el paciente y su familia. Para esto se deben de deliberar una serie de cosas y así llegar a esa opción conjunta, por lo que se ha sugerido:

- Evitar una excesiva positividad para no dar falsas esperanzas.
- Dar opciones de tratamiento para poder discutir cual es la que mejor le conviene al enfermo.
- Explicar los tratamientos que serán mantenidos y los que no, para que no se piense que se va a dejar abandonado al paciente.
- Enfocarse en lo que el paciente hubiera deseado, si él no puede tomar la decisión.
- Establecer un plan para comunicar las decisiones tomadas a otros miembros de la familia.
- Documentación expresa en la historia del paciente de lo que se ha decidido.
- La clave para llegar a una decisión conjunta es una comunicación franca, veras y empática.

(Vera Carrasco O., 2016).

FORMACIÓN EN RCP

Las maniobras de RCP son consideradas una de las medidas más eficaces para reducir el número de fallecidos por PCR, la recuperación con su uso en el primer minuto es del 90%. Debido a esta eficacia, es muy importante que se imparta formación y adiestramiento sobre las técnicas de RCP a la población, ya que en menos del 25% de las PCR se inician maniobras de RCP. (Cano Morales, 2018) (Ubago-Jiménez et al. 2017)

La formación en RCP, se debe realizar a través cursos teórico-prácticos. Estos cursos deben ir dirigidos a un pequeño grupo de alumnos, para así poder explicarles mejor las técnicas, y con maniquís para simular casos reales y poder practicar las maniobras de RCP. La habilidad en estas maniobras se consigue con la práctica secuencial y repetida, de esta forma se consigue una realización de las maniobras casi automática. (Ubago-Jiménez et al. 2017)

Esta formación resulta fundamental para los profesionales sanitarios de los servicios de urgencias. Según la AHA y la ERC, éstos profesionales deben formarse y renovar los conocimientos sobre RCP cada dos años. Se ha estudiado que cuando se trabaja en servicios de riesgo de sufrir una situación de PCR, los profesionales están más motivados a la hora de recibir formación sobre este tema. De todas formas, los sanitarios están muy concienciados con este tema, incluso reclaman una enseñanza periódica obligatoria. (Sánchez García et al. 2015).

Dentro del ámbito escolar, cuando ocurre algún tipo de percance, normalmente, no existe ningún tipo de profesional en el centro y los servicios de emergencias tardan aproximadamente 5 min o más en llegar. Debido a esto y a que el factor tiempo es fundamental a la hora de proporcionar una asistencia básica adecuada, se hace necesario que tanto los alumnos como los profesores se instruyan y estén capacitados para proporcionar primeros auxilios. (Cano Morales, 2018)

En Europa, solamente el 19% de los países incluyen esta formación en el currículo de primaria o secundaria, como son Inglaterra, Noruega, Dinamarca, Francia o España. (Gaintza, Velasco, 2017) (Ubago-Jiménez et al. 2017)

En España, la formación en PA es considerada como obligatoria por la Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la mejora de la calidad educativa (LOMCE) y se hace explícita con el Real Decreto 126/2014, de 28 de febrero, que establece el currículo básico de Educación Primaria Obligatoria.
(Gaintza, Velasco, 2017).

5 Discusión-Conclusión

Las maniobras de RCP son una de las técnicas más efectivas a la hora de revertir una PCR. Si se actúa en el primer minuto de la parada, el 90% de ellas se resolverían. Se debe enfocar como algo esencial en la educación de las personas, debido a su elevada eficacia.

A pesar de esta eficacia, hay casos en los que es inútil realizar estas maniobras, ya sea porque tienen otras lesiones incompatibles con la vida, o porque tienen una enfermedad terminal en la que la parada es su fin. Esto entra dentro de los principios de la ética, los cuales determinan cuando se debe y cuando no se debe iniciar la RCP.

Estas maniobras deben ser incluidas en el currículo escolar desde edades tempranas, para que así la mayoría de gente pueda ayudar si se encuentra a otra persona en situación de PCR. Los profesionales sanitarios, deberán renovar sus conocimientos en cuanto a estas maniobras, mínimo cada 2 años.

6 Bibliografía

• Cano Morales M. J., Eficacia de la RCP manual en la supervivencia para salvar vidas en pacientes con paro cardíaco súbito. (Trabajo académico para optar el título de especialidad). Universidad Privada Norbert Wiener, Facultad de Ciencias de la Salud. Lima, Perú.

• Elguea Echavarría P. A., García Cuellar A., Navarro Barriga C., Martínez Monter J., Ruiz Esparza M.E., Esponda Prado J.G. (2017). Reanimación cardiopulmonar: manejo de las H y las T. Medicina critica, 31(2): 93-100

• Gaintza Z., Velasco Z., (2017). Análisis del Grado de Formación en Primeros Auxilios del Profesorado en Activo de Educación Infantil y Primaria. Formación universitaria, 10 (2): 67-78.

• Gazmuri R.J., Álvarez-Fernández J.A. (2009). Tendencias en resucitación cardiopulmonar. Medicina intensiva, 33(1): 31-39

• González-Melchor L, Villarreal-Molina T, Iturralde-Torres P, Medeiros-Domingo A (2014). Muerte súbita cardiaca en el corazón estructuralmente normal: una actualización. Arch Cardiol Mex., 84(4): 293-304

• Matiz S, Ariza C, Santander D. (2014) Reanimación cardiopulmonar básica pediátrica: implementación practica de guías 2010. Revista Colombiana de Cardiología, 21(6): 419-427

• Medina L.A., Sánchez R., Gómez M.T., Cabrales J.R., Echevarría D., (2010). Reanimación cerebrocardiopulmonar prolongada exitosa. Reporte de un caso. Revista

Colombiana de Cardiología, 17(1): 28- 32
• Medline (2017). Recuperado de: https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000013.htm
• Moya-Mitjans A., Lidón R.M., (2017). Desfibrilador externo automático en la muerte súbita extra-hospitalaria: en busca del tratamiento eficaz. Revista Española de Cardiología, 71(2): 64-66
• Nodal Leyva P.E., López Héctor J.G., de la Llera Domínguez G., (2006). Paro cardiorrespiratorio (PCR). Etiología. Diagnóstico. Tratamiento. Revista Cubana Cir. 45(3-4)
• Pérez Vela J.L., López Messa J.B., Martín Hernández H., Herrero Ansola P. (2011). Novedades en soporte vital avanzado. Medicina intensiva, 35(6): 373-387
• Ridruejo R, Zalba B, Martín L, Cárcamo A, Montoiro R. (2007). Pronóstico de los pacientes recuperados tras un episodio de muerte súbita. An Med. Interna, 24: 217-220.
• Rojas L, Aizman A, Arab J.P., Utili F, Andersen M (2012). Reanimación cardiopulmonar básica: conocimiento teórico, desempeño práctico y efectividad de las maniobras en médicos generales. Revista médica Chile,140, 73-77
• Rosell Ortiz F., García del Aguila J., Fernández del Valle P., Mellado-Vergel F.J., Vergara-Pérez S., Ruiz-Montero M.R., Martínez-Lara M., Gómez-Jiménez F.J., González-Lobato I., García-Escudero G., Ruiz-Bailén M., Caballero-García A., Vivar-Díaz I, Olavarría-Govantes L. (2018). Supervivencia y factores asociados a la práctica de reanimación cardiopulmonar en curso entre los pacientes con parada cardiaca extra-hospitalaria. Emergencias, 30: 156- 162.
• Sánchez García A. B., Fernández Alemán J.L., Alonso Pérez N., Hernández Hernández I., Navarro Valverde R., Rosillo Castro D., (2015). Valoración del nivel de conocimientos y su adecuación en materia de RCP en el personal sanitario de los servicios de urgencias hospitalarios de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. Enfermería global, 39: 230- 245
• Servicio Madrileño de Salud (2014), Protocolo de actuación de enfermería ante la parada cardio-respiratoria en adultos en el ámbito hospitalario. [PROT-AE- 006]
• Ubago-Jiménez J. L., Castro-Sánchez M., Castañeda-Vázquez C. (2017). Enseñanza de las técnicas de RCP en edades tempranas. ESHPA-Education, Sport, Health and Phylical Activity, 1(1): 25-31
• Vera Carrasco O., (2016). Conducta ética en el paro cardiorrespiratorio. Revista Médica La Paz, 22(1).

Capítulo 83

ENURESIS NOCTURNA: TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO.

JESSICA GARCÍA FONSECA

1 Introducción

La enuresis nocturna es la incontinencia urinaria que afecta al niño durante la noche. La micción es no intencional e inconsciente.

La mayoría de los niños consiguen controlar la micción nocturna entre los 3 y los 8 años, pero otros tardan más.

En la mayoría de los casos, la enuresis nocturna disminuye a medida que el cuerpo del niño madura.

En el caso clínico que vamos a describir a continuación, el niño tiene un problema emocional debido a esta situación, ya que sus padres se plantean que vaya aun campamento, pero él rechaza esta opción debido al problema de enuresis, por lo que se decide acudir al médico encargado de este tema.

2 Objetivos

- Solución de la enuresis nocturna.
- Bienestar biopsicosocial del niño.

3 Caso clínico

Niño de 8 años que acude con sus padres a consultas externas para valoración por enuresis nocturna monosintomática.

Patrón miccional por el día dentro de la normalidad. Antecedentes familiares de enuresis nocturna de madre y abuelo materno. No alergias medicamentosas conocidas.

Exploración física y entrevista clínica al niño. Análisis de orina.

Se decide tratamiento farmacológico con Minurin Flas 0-0-2 media hora antes de acostarse(análogo de la hormona antidiurética).

Plan de cuidados:
- No ingerir líquidos ni una hora antes ni 8 horas después.
- Calendario miccional: el niño anota las noches secas y las noches húmedas.
- Valorar y premiar los éxitos y progresos obtenidos por el niño.
- Comentarle a los padres que los mejores resultados se obtienen en los niños que adoptan un papel activo y positivo en el tratamiento miccional.

4 Discusión-Conclusión

Tras el tratamiento farmacológico de la enuresis nocturna hemos conseguido que el paciente deje de orinarse durante la noche y que el problema emocional que presentaba, también se haya solucionado.

5 Bibliografía

- Luis Miguel Rodriguez Fernández, Salvador Gracia Manzano. Diagnóstico y tratamiento de la enuresis nocturna. León 2008.

Capítulo 84

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA Y ABORDAJE TERAPÉUTICO EN EL DOLOR NEUROPÁTICO CRÓNICO

VERONICA FERNANDEZ ABREU

1 Introducción

El presente Trabajo Fin de Grado versa sobre la valoración del paciente con dolor neuropático crónico por parte del personal de enfermería, y las opciones de tratamiento en este tipo de dolor. El dolor está reconocido como el quinto signo vital y es uno de los síntomas más frecuentes por los que los pacientes acuden a consulta médica. También es el problema de salud que más preocupa a la mayoría de la población y que más descontento produce respecto a la efectividad de su tratamiento. Este tipo de dolor es difícil de tratar por su fisiopatología. El tratamiento analgésico convencional no es efectivo y, pese a los avances médico-farmacológicos, sigue siendo difícil encontrar un protocolo de actuación eficaz para este tipo de pacientes.

Muchas de las enfermedades o síndromes causantes de dolor neuropático crónico, la fibromialgia, por ejemplo, no han sido reconocidas como tal hasta hace pocos años. Estas enfermedades son difíciles de diagnosticar y hoy en día todavía no se sabe qué es lo que las causa. Se ha facilitado su diagnóstico gracias al desarrollo de herramientas de valoración específicas para este tipo de dolor. Aun así, al ser algo relativamente nuevo y subjetivo, los profesionales de salud debemos mejorar nuestro conocimiento en cuanto a las características de este tipo de dolor, qué herramientas tenemos a nuestra disposición para determinar qué tipo de dolor

sufre el paciente y en qué intensidad, y a cómo utilizarlas de manera correcta teniendo en cuenta todos los aspectos de la persona, no únicamente el físico.

La escalera analgésica de la Organización Mundial de la Salud (OMS) es la referencia que se tiene a la hora del abordaje del dolor. En los casos del dolor neuropático crónico la mayoría de las veces este tipo de abordaje medicamentoso no es eficaz. Disponemos de medicamentos coadyuvantes como son los antidepresivos y antiepilépticos que se usan en el tratamiento del dolor neuropático crónico desde hace años, pero pese a los avances médico-farmacológicos, sigue siendo difícil encontrar un protocolo de actuación eficaz para este tipo de pacientes.

Justificación y relevancia.
Las encuestas indican que los pacientes temen el dolor por encima de cualquier otro síntoma, es una de las principales causas de consulta médica, está presente aproximadamente en un 53% [1], y la mayoría de los pacientes están descontentos con su tratamiento. De los enfermos con cáncer avanzado, el 60-80% tienen dolor de moderado a severo. La prevalencia del dolor aumenta a medida que progresa la enfermedad y éste va a ser uno de los factores que más afecte a la calidad de vida del paciente. El dolor es un problema grave de salud, e impone una gran carga para la vida de los pacientes y sus familias. El dolor puede estar asociado con retraso en el tratamiento, la negación por parte del paciente al tratamiento o fracaso de un tratamiento. Si el dolor no se trata adecuadamente, puede afectar a la calidad de vida. [5] El dolor supone a los españoles un gasto económico elevado. Lo que nos lleva a la conclusión de que hay necesidad de una mejor gestión del dolor para mejorar la calidad de vida del paciente y, a su vez, reducir gastos en sanidad. El tratamiento del dolor es un Derecho Humano Fundamental reconocido por la Comisión Permanente de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas y por la Organización Mundial de la Salud. Por ello, debería recibir la importancia y relevancia que legítimamente merece y ser una obligación de la sociedad el garantizarlo. [1]
El dolor neuropático es conocido por ser difícil de tratar con efectividad, con sólo una minoría de individuos que experimentan beneficio clínicamente relevante con un único tipo intervención. Se recomienda un abordaje multidisciplinar, con intervenciones farmacológicas combinadas con intervenciones físicas y/o psicológicas. Los analgésicos convencionales no suelen ser efectivos para este tipo de dolor.[3] Los pacientes con estos tipos de dolor, comparado con otros dolores crónicos, presentan promedios mayores de dolor, menor calidad de vida relacionada con la salud, precisan más medicación y refieren menos alivio con el tratamiento. A pesar de los avances científicos sobre el conocimiento de

los mecanismos del dolor, ello no se ha traducido en una mayor eficacia de los tratamientos. Con esta laguna terapéutica es importante disponer de directrices de tratamiento basadas en la evidencia. [44]
La prevalencia del dolor aumenta a medida que progresa la enfermedad y éste va a ser uno de los factores que más afecte a la calidad de vida del paciente. Desde el punto de vista epidemiológico, de acuerdo con la IASP y la EFIC el dolor crónico es un problema extenso que afecta a 1 de cada 5 individuos. La prevalencia en Europa se sitúa en el 19%, cerca de 75 millones de personas y en
España la cifra alcanza los 9 millones. Un dato muy relevante, el 64% de los pacientes valora el tratamiento analgésico como inadecuado. [5] El problema del dolor crónico es muy grave porque tiene repercusiones a todos los niveles. Se trata de un serio problema sanitario con importantes consecuencias de sufrimiento y deterioro de calidad de vida de los pacientes; afectando a su entorno familiar, laboral y social. [1] Según la IASP y la EFIC, 1 de cada 3 individuos con dolor crónico son incapaces o tienen muchas limitaciones para llevar una vida independiente. En el 25% de los casos los pacientes consideran que el dolor crónico supone el distanciamiento o la destrucción de las relaciones con familia y amigos. Algunos expertos consideran el dolor crónico como ”la epidemia silenciosa”. Según el Ministerio de Sanidad Español, a pesar de la magnitud del problema y del interés médico, científico y social que supone la atención y el tratamiento de las personas con dolor crónico, éste es un problema infravalorado o tratado inadecuadamente. Estamos ante un problema de una prevalencia muy elevada, insuficientemente controlado y con importantes repercusiones sanitarias y socioeconómicas.

2 Objetivos

- Determinar cuáles son las técnicas de evaluación más actuales en el dolor neuropático crónico por el personal de enfermería.
- Determinar la evidencia más actualizada sobre el tratamiento del dolor neuropático crónico ya sea farmacológico como no farmacológico, invasivo o no invasivo.

3 Metodología

Para dar respuesta a los objetivos planteados en este trabajo se realizó una revisión sistemática de la literatura, siguiendo este plan de desarrollo:

- Búsqueda bibliográfica en bases de datos especializadas en revisiones sistemáticas: Cochrane Library y Joanna Briggs Institute.
- Búsqueda bibliográfica en bases de datos de artículos originales: Dialnet, Pubmed y Embase.
- Búsqueda bibliográfica en páginas web de asociaciones internacionales sobre el dolor y su tratamiento: SECPAL, EAPC, IASP y EFIC

Para la revisión sistemática he utilizado las palabras clave:

Términos en español: Dolor neuropático, dolor crónico, fibromialgia, enfermería, tratamiento, analgésicos.
Término en inglés: Neurophatic pain, chronic pain,fibromialgy, nursing, treatment, analgesics.

Son criterios de inclusión:
- Publicaciones entre los años 2010 y 2014
- Idioma español (castellano) o inglés
- Sobre revisión bibliográfica referente a la valoración del dolor por el personal de enfermería.
- Sobre revisión bibliográfica, casos y ensayos clínicos sobre:
1. Cualquier fármaco, independientemente de la vía de administración, o técnica invasiva para el tratamiento del dolor neuropático crónico.
2. Técnica no farmacológica alternativa utilizada en el tratamiento del dolor neuropático crónico.
- Los individuos deben sufrir una o más condiciones de dolor neuropático crónico tal como:
1. Neuropatía diabética dolorosa.
2. Neuralgia postherpética.
3. Neuralgia del trigémino.
4. Dolor del miembro fantasma.
5. Dolor neuropático posoperatorio o postraumático.
6. Neuropatía relacionada con el cáncer.
7. Neuropatía debida a VIH.
8. Lesión de la médula espinal.
9. Fibromialgia.
10. síndrome de dolor regional complejo.

Son criterios de exclusión:
- Publicaciones anteriores al 2010.

- Dolor agudo.
- Pacientes pediátricos.

Procedimiento:

1. Con el objetivo de determinar cuáles son las técnicas de evaluación más actuales en el dolor neuropático crónico por el personal de enfermería.

- Buscando en la base de datos de la BIBLIOTECA COCHRANE, acceso a través de www.bibliotecacochrane.com
y utilizando como palabras clave "nursing and assessment or measurement and pain" se encontraron 129 artículos. Se excluyeron: 88 artículos: por no tratarse sobre la valoración del dolor, 22 artículos: por referirse a pacientes pediátricos y 14 artículos: por no tener acceso al texto completo.
Se incluyeron 5 artículos para la revisión bibliográfica que cumplían con los criterios de inclusión.

- Buscando en la base de datos del Instituto Joanna Briggs, acceso a través del centro colaborador español www.evidenciaencuidados.es
y utilizando como palabras clave "nurs* and assess* and neuropathic and pain" se encontraron 6 artículos. Se excluyeron 3 artículos: por no tratarse sobre la valoración del dolor, 3 artículos: por no tratarse del dolor neuropático crónico y 1 artículo por fecha de publicación anterior a 2010.
Se incluye un artículo para la revisión bibliográfica que cumplía con los criterios de inclusión.

- Buscando en el portal bibliográfico DIALNET, acceso a través de http://dialnet.unirioja.es/
y usando como palabras clave "valoración dolor enfermería" se encontraron 49 artículos. Se excluyeron 30 artículos: por fecha de publicación anterior al 2010, 11 artículos: por no tratarse de dolor neuropático crónico, 3 artículos: por no tener acceso al texto completo y 1 artículo: por referirse a pacientes pediátricos.
Se incluyeron 4 artículos para la revisión bibliográfica que cumplían con los criterios de inclusión.

- Buscando en PubMed, la plataforma de consulta de bases de datos de MedLine, acceso a través de http:/www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed
y utilizando las palabras clave "nursing and assessment or measurement and pain" se encontraron 136 artículos. Se excluyeron 89 artículos: por no tratarse de dolor neuropático crónico, 33 artículos: por no referirse a la evaluación del dolor y 7 artículos: por referirse a pacientes pediátricos.

Se incluyeron 7 artículos para la revisión bibliográfica que cumplían con los criterios de inclusión.
2. Con el objetivo de determinar la evidencia más actualizada sobre el tratamiento del dolor neuropático crónico ya sea farmacológico como no farmacológico, invasivo o no invasivo.

- Buscando en la base de datos de la BIBLIOTECA COCHRANE, acceso a través de www.bibliotecacochrane.com
y usando como palabras clave "tratamiento dolor neuropático crónico" se encontraron 22 artículos. Se excluyeron 3 artículos: por no tratarse del dolor neuropático crónico y 1 artículo por fecha de publicación anterior al 2010.
Se incluyeron 18 artículos para la revisión bibliográfica que cumplían con los criterios de inclusión.

- Buscando en la base de datos del Instituto Joanna Briggs, acceso a través del centro colaborador español www.evidenciaencuidados.es
y usando como palabras clave "nurs*; interven*; cancer; patient". Se encontraron 40 artículos. Se excluyeron 25 artículos por no tratarse del dolor neuropático crónico, 13 artículos por fecha de publicación anterior al 2010 y 1 artículo por coincidir con el encontrado anteriormente en la revisión bibliográfica para el objetivo previo.
Se incluyó un artículo para la revisión bibliográfica que cumplía con los criterios de inclusión.

- Buscando en el portal bibliográfico DIALNET, acceso a través de http://dialnet.unirioja.es/
y usando como palabras clave "tratamiento dolor neuropático crónico" se encontraron 16 artículos. Se excluyeron 9 artículos por fecha de publicación anterior al 2010, 3 artículos: por no tratarse del dolor neuropático crónico.
Se incluyeron 4 artículos para la revisión bibliográfica que cumplían con los criterios de inclusión.

- Buscando en PubMed, la plataforma de consulta de bases de datos de MedLine, acceso a través de http:/www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed
y usando como palabras clave "chronic neuropathic pain treatment" se encontraron 136 artículos. Se excluyeron 40 artículos por no tratarse del dolor neuropático crónico, 33 artículos: por no tratarse del tratamiento del dolor, 15 artículos por fecha de publicación anterior al 2010.
Se incluyeron 48 artículos para la revisión bibliográfica que cumplían con los criterios de inclusión.

4 Resultados

1. Técnicas más actuales en la valoración del dolor.

Para el primer objetivo de determinar cuáles son las técnicas de evaluación más actuales en el dolor neuropático crónico por el personal de enfermería se seleccionó un total de 17 artículos para su revisión. Después de proceder a la lectura de cada artículo se obtiene como resultado artículos basados en estudios clínicos en los que se utilizan diferentes instrumentos de medida del dolor en enfermería como son:
1. McGill Pain Questionnaire
2. Visual Analogue Scale (EVA)
3. Multidimensional Pain Inventory
4. Brief Pain Inventory
5. Verbal Rating Scale
6. Sickness Impact Profile
7. Chronic Pain Acceptance
8. PainDETECT
9. Beck Depression Inventory

Recomendaciones generales para la valoración del dolor.
Las recomendaciones generales para la valoración del paciente con dolor neuropático crónico son:
- Identificar el tipo de dolor como neuropático por definición rechazando cualquier otra causa somática posible. Para ello disponemos de herramientas de valoración específicas como el cuestionario DN4 y PD-Q.
- Proceder al examen clínico para valorar la intensidad del dolor utilizando herramientas del tipo Escala Visual Analógica (EVA) o Escala Numérica (EN), aún cuando se trate de una estimación del dolor subjetiva, estas escalas nos proporcionan una información real sobre la evolución del dolor en el tiempo y sobre el efecto del tratamiento.
La evaluación clínica debe incluir también una valoración del sueño, estado de ánimo y calidad de vida, para ello disponemos de los cuestionarios FACT-G, Brief Pain Inventory, Multidimensional Pain Evaluation Scale, Beck Depression Inventory. [100]
- Hay que considerar otros factores que afectan la percepción y reacción ante el dolor, como son los asuntos étnicos y culturales, la etapa del desarrollo en la que se encuentran, su entorno, las personas que les sirven de apoyo, las experiencias previas y el significado otorgado son importantes durante la valoración.[14]

A la hora de realizar la valoración del dolor por medio de estas herramientas, tenemos que educar a paciente a usarlas con sesiones prácticas para reforzar la validez y fiabilidad de su respuesta.
Tenemos que asegurarnos de que el paciente sea capaz de leer el cuestionario (aumentar el tamaño de la letra en caso de problemas de visión), lenguaje adecuado (tener en cuenta la nacionalidad del paciente y su nivel cultural). Pedir al paciente que cuantifique y evalúe todos los puntos de dolor, utilizando las herramientas de valoración consistentemente antes y después del tratamiento para verificar si éste ha sido efectivo.

Herramientas para la valoración del dolor.
- Cuestionario DN4 para la identificación del dolor como neuropático.
El cuestionario inquiere sobre las siguientes preguntas:
1. Qué características tiene el dolor.
2. Si presentan en la zona dolorosa síntomas de hormigueo, pinchazos, entumecimiento o escozor.
3. Si en la exploración del paciente se objetiva o no, en la zona dolorida, hipostesia al tacto o al pinchazo.
4. Si el dolor se intensifica por el roce.
Cada afirmación se considera un punto y cada negación 0 puntos. El rango oscila entre 0–
10 puntos. Si el resultado es igual o superior a 4 puntos se considera un test positivo para el dolor neuropático. Según sus autores el test tiene una sensibilidad del 82,9% y una especificidad del 89,9%.[101]
- Escala Visual Analógica (EVA): permite medir la intensidad del dolor que describe el paciente con la máxima reproducibilidad entre los observadores. Consiste en una línea horizontal de 10 cm, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma. En el izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad y en el derecho la mayor intensidad. Se pide al paciente que marque en la línea el punto que indique la intensidad.
- Escala Numérica (EN): es un conjunto de números de cero a diez, donde cero es la ausencia del síntoma a evaluar y diez su mayor intensidad. Se pide al paciente que seleccione el número que mejor indique la intensidad del síntoma que se está evaluando. Es el método más sencillo de interpretar y el más utilizado.
- El cuestionario painDETECT (PD-Q): es una manera rápida y sencilla de determinar el porcentaje de dolor neuropático en "dolor total" y está diseñado para detectar componentes de dolor neuropático en el dolor de espalda. [18]
- En el Brief Pain Inventory: se le pide al paciente que localice su dolor y le dé un valor de intensidad durante las últimas 24 horas utilizando escalas graduadas del

0 al 10, se le pregunta por la eficacia de la medicación que recibe para el dolor y se le pide que valore numéricamente el impacto que tiene su dolor en áreas tales como el estado de ánimo, la movilidad y el sueño.
- En el Multidimensional Pain Inventory: se le pide al paciente que localice su dolor y le dé un valor de intensidad del 0 al 10 y que selecciones los descriptores que mejor se ajustan a su tipo de dolor. Este formulario nos ayuda a determinar si el tipo de dolor experimentado por el paciente es agudo o crónico.
- El cuestionario FACT-G: se utiliza para medir la calidad de vida en el paciente con cáncer. Se pide al paciente que seleccione entre una variedad de afirmaciones a cerca del dolor, que más se ajusten a su realidad. Estas afirmaciones se clasifican dentro del bienestar físico, social/familiar, emocional y funcional.
- En el McGill Pain Questionaire: se le pide al paciente que localice y valore su dolor mediante una lista de descriptores en términos de intensidad.
- Una estrategia para evaluar la afectación psicológica del paciente debido al dolor es la utilización del instrumento Chronic Pain Acceptance Questionaire.[14] (CPAQ). Es un cuestionario auto-administrable con 20 ítems. Cada ítem se puntúa de 0 (nunca es verdad) a 6 (siempre es así). La máxima puntuación total posible es de 120. Cuanto mayor sea la puntuación, indica mayor aceptación.
- El Inventario de depresión de Beck: es un cuestionario auto administrado que consta de 21 preguntas de respuesta múltiple. Es uno de los instrumentos más comúnmente utilizados para medir la severidad de una depresión. Las versiones más actuales de este cuestionario pueden ser utilizadas en personas de a partir de 13 años. Está compuesto por ítems relacionados con síntomas depresivos, como la desesperanza e irritabilidad, cogniciones como culpa o sentimientos como estar siendo castigado, así como síntomas físicos relacionados con la depresión (por ejemplo, fatiga, pérdida de peso y de apetito sexual).

Practicas actuales en la valoración del dolor.
Estudiando un informe sobre las prácticas actuales de evaluación del paciente con dolor basadas en la evidencia se revelaron una serie de deficiencias de la práctica, incluyendo: evaluación exhaustiva del dolor completada dentro de las 48 horas de la admisión, revisión del plan de tratamiento del dolor en cada nueva valoración, reevaluación del dolor moderado o grave, vigilancia de los efectos secundarios inducidos por los analgésicos, iniciación de un régimen intestinal en pacientes con una orden de opiáceos y documentación de los planes de manejo del dolor. Los datos sugieren que el dolor no se está documentando consistentemente, reevaluando o tratando de manera consistente de acuerdo con las recomendaciones actuales. [8]

Barreras en la valoración del dolor.

- Prejuicios y mitos por parte del personal sanitario:

Cuando se está tratando a un paciente con historia previa de abuso de sustancias estupefacientes, nos encontramos con barreras del tipo de estigmatización e ideas falsas.

La Sociedad Americana para el Manejo del Dolor por el personal de Enfermería (ASPMN) ha actualizado posición sobre el manejo del dolor en pacientes con trastornos por uso de sustancias. Esta declaración incluye recomendaciones de práctica clínica basadas en la evidencia actual. La ASPMN afirma que todos los pacientes con dolor, incluyendo aquellos con trastornos por consumo de sustancias, tiene derecho a ser tratado con dignidad y respeto, y a la valoración y manejo de calidad de su dolor. La falta de identificación y tratamiento de las condiciones concurrentes de los trastornos por consumo de sustancias pondrá en peligro la capacidad de tratar cualquier condición de manera efectiva. [19]

- Características demográficas del paciente:

Las disparidades en la evaluación y tratamiento del dolor según el sexo, raza y edad del paciente se han reportado en la literatura. Sin embargo, se sabe poco acerca de cómo estas características demográficas influyen en el personal de enfermería a la hora de evaluar las experiencias emocionales de los pacientes que sufren dolor. Los resultados de un estudio revisado sugieren que las características demográficas de los pacientes y las expresiones faciales pueden influir en cómo el personal sanitario evalúa el estado emocional del paciente en el contexto clínico del dolor. Estos hallazgos pueden conducir a una mayor conciencia por el personal de enfermería acerca de la influencia de las características demográficas de los pacientes en la toma de decisiones clínicas. Se necesita más investigación para comprender mejor estas relaciones, con el objetivo final de mejorar la atención al paciente. [20]

Acciones de enfermería para la valoración del dolor.

El diagnóstico de enfermería implica tanto el análisis de la información recogida durante la fase de valoración, como la identificación de la causa de los problemas y la determinación de si éstos son reales o potenciales. Actualmente, los instrumentos con los que contamos para llevar a cabo una adecuada praxis enfermera son la taxonomía NANDA, NIC y NOC. Tras consultar la NANDA y realizar el proceso de valoración de diagnósticos enfermeros, podemos encontrar los siguientes diagnósticos reales en el enfermo con dolor neuropático crónico:

1. Dolor crónico.
2. Deterioro del patrón de sueño.
3. Intolerancia a la actividad.

4. Alteración del bienestar.
Diagnóstico NANDA 0013: Dolor crónico r/c incapacidad física o psicosocial crónica. [96]
NIC 1400: Manejo del dolor. [97]
Actividades:
- Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad.
- Determinar el impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida (sueño, apetito, actividad, función cognitiva, humor, relaciones, trabajo y responsabilidad).
- Proporcionar información acerca del dolor, tiempo que durará y las incomodidades que se esperan debido a los procedimientos.
- Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas (relajación, distracción, terapia de juegos, aplicación de calor/frío).
- Evaluar la eficacia de las medidas de alivio del dolor a través de una valoración continua de la experiencia dolorosa. [16]

Técnicas más habituales en el tratamiento del dolor.

Para el segundo objetivo de determinar la evidencia más actualizada sobre el tratamiento del dolor neuropático crónico ya sea farmacológico como no farmacológico, invasivo o no invasivo, se seleccionó un total de 69 artículos para su revisión. Después de proceder a la lectura de cada artículo se obtiene como resultado evidencias actuales en:
- Tratamiento farmacológico del dolor crónico neuropático con antiepilépticos (lamotrigina, topiramato, lacosamida, fenitoína, clonazepam, pregabalina, gabapentina, carbamazepina, ácido valproico y valproato de sodio, levetiracetam), antidepresivos (amitriptilina, venlafaxina, duloxetina y milnaciprán), opiáceos (metadona, hidromorfona, tapentadol de liberación retardada, oxicodona/naloxona, buprenorfina transdérmica, dronabinol, parches transdérmicos de fentanilo, cannabis fumado), anestésicos (ketamina subcutánea, ketamina en infusión lenta, parches de lidocaína 5%), magnesio oral, vitamina D y Normast.
- Técnicas invasivas en el tratamiento del dolor crónico neuropático: gabapentina, baclofeno, midazolam, metilprednisolona y esteroides por vía intratecal, estimulación de la médula espinal, estimulación magnética transcraneal del cortex motor (rTMS), estimulación anodal transcraneal directa (tDCS) del cortex motor, estimulación epidural del cortex con un nuevo plomo octopolar, neurectomía,

estimulación muscular externa de tono alto, estimulación de la ruta ganglionar dorsal, bloqueo del ganglio estrellado, estimulación combinada de la médula espinal y nervios periféricos, electroacupuntura, estimulación nerviosa eléctrica percutánea, terapia Scrambler (estimulación nerviosa electromagnética), estimulación craneal electrográfica, dispositivo implantable periférico de estimulación nerviosa, crioanalgesia nerviosa, neurectomía.

- Técnicas no invasivas en el tratamiento del dolor crónico neuropático: tratamiento con estimulación nerviosa electromagnética, ejercicio físico, higiene postural, terapia cognitivo-conductual, meditación, hipnosis, musicoterapia, educación del paciente.

Actuaciones de enfermería para el tratamiento del dolor.

El cuidado de enfermería tiene carácter paliativo y educativo. Es importante que se validen las preocupaciones y quejas de los pacientes para que entiendan que sus síntomas no están sólo en su cabeza, con lo cual se disminuirá la ansiedad, se aumentará su confianza y se logrará mayor participación en las intervenciones que en el corto y largo plazo le permitirán controlar los síntomas y mejorar su bienestar físico y mental. Se ha demostrado que el principal beneficio de las intervenciones no farmacológicas se basa en un cambio de actitud hacia la enfermedad, la mejoría de la autoeficacia y del automanejo, por lo que es necesario que se informe muy bien a los pacientes y sus familias acerca de cómo el padecimiento y sus síntomas van a causar consecuencias en su vida cotidiana. En este orden de ideas, el equipo de enfermería constituye un eslabón fundamental en la atención y cuidados, puesto que interviene en el proceso de satisfacción de necesidades interferidas y promueve la adaptación y afrontamiento. Hemos de actuar sobre el paciente con dolor cónico neuropático de forma individual, con una valoración personalizada, y de manera colectiva, con la realización de talleres de relajación, actividad física, autoestima, higiene postural e intervención psicológica. La eficacia del tratamiento se encuentra en un abordaje multidisciplinar. El refuerzo psicológico se basa en la combinación de terapia cognitivo-conductual acompañada de diversas técnicas de relajación. El profesional sanitario debe conocer a fondo este problema de salud para mejorar la calidad de vida de estos pacientes, disminuyendo la carga asistencial, así como sus costes económicos. Las enfermeras, además de nuestros conocimientos y" buen hacer", disponemos de una serie de intervenciones para el manejo del dolor. Entre ellas, las que se ha comprobado que tienen una evidencia fuerte de eficacia son:

- El ejercicio cardiovascular: eficacia que desaparece al cesar la práctica del ejercicio.

- Los masajes, aplicación de calor/frío.
- La terapia cognitivo-conductual: mejoría que se mantiene durante meses. Esta terapia se basa en rechazar los pensamientos distorsionados del paciente acerca de sí mismo, de sus experiencias y su futuro y reemplazarlos por pensamientos más exactos y alegres.
- La educación del paciente: mediante conferencias a grupos, utilizando material escrito, demostraciones. La mejoría se mantiene durante 3-12 meses (5).
- Las intervenciones basadas en programas de psicoeducación y musicoterapia redujeron el dolor osteoarticular y la depresión, mejorando la movilidad y reduciendo la discapacidad.
- La estimulación sensorial y la visualización/meditación guiada (guided imagery) son intervenciones que pueden aliviar el dolor de cabeza crónico y mejorar la calidad de vida.
- La higiene postural necesita una mayor investigación para determinar la eficacia en el tratamiento de la fibromialgia. [48]

Las actividades educativas deben orientar sobre los problemas prioritarios como el dolor, la ansiedad y los cambios en el estado de ánimo y la forma de controlarlos debido a la gran cantidad de medicación analgésica requerida. La participación familiar como apoyo en el cuidado es vital para el control de los síntomas, con lo cual es posible lograr cambios actitudinales y que se fomente la participación activa en el tratamiento, hecho que ineludiblemente podría mejorar los resultados esperados de las intervenciones.

5 Discusión-Conclusión

Discusión.

Al presentarse el dolor neuropático crónico en muchos tipos de enfermedades y síndromes diferentes, no hay estándar en la valoración del dolor ni en el tratamiento. Se dispone de varias herramientas para la valoración del dolor, y cada artículo revisado utilizaba cuestionarios diferentes sin poder llegar a la conclusión de un protocolo de valoración común a todos los casos. La evidencia actual indica que no hay tratamiento ideal único para el dolor neuropático crónico. Las opciones de tratamiento de primera elección siguen siendo discutibles, especialmente en relación con la importancia de la medicina complementaria y alternativa. Directrices interdisciplinarias basadas en la evidencia reciente coinciden en la importancia de un tratamiento adaptado a cada paciente en particular y aún más hincapié en la necesidad de estrategias de autocuidado (ejercicio, y las técnicas psicológicas). Revisando los artículos sobre el tratamiento del dolor neu-

ropático crónico he echado en falta más evidencia sobre el tratamiento a nivel psicológico, y acciones específicas enfermeras. Lo que sí he encontrado ha sido numerosa evidencia sobre tratamiento farmacológico y terapia electromagnética, pero en la mayoría de los artículos se recomienda continuar investigando con dosis diferentes de los fármacos y en más variedad de enfermedades y síndromes que causan este tipo de dolor.
Conocer el dolor neuropático crónico, su diagnóstico y su tratamiento, es un deber de todo profesional sanitario implicado en la labor asistencial. Si el tratamiento farmacológico ayuda a mejorar el dolor, los cuidados de enfermería ayudan a aceptar y manejar esta enfermedad, mejorando la calidad de vida de estos pacientes. El disponer de un Plan de Cuidados Estandarizados para pacientes con dolor y ponerlo en práctica puede ayudar a reducir la variabilidad en la práctica clínica y mejorar la calidad asistencial, brindando a los profesionales la oportunidad de evaluar sus propias acciones. Entiendo que cada caso es diferente y necesita una valoración y tratamiento específico e individual, pero creo que se necesita un protocolo de atención de enfermería no solo para el dolor en general sino para el dolor neuropático crónico en especial insistiendo en la importancia de la educación al paciente. Han sido escasos los artículos en los que he encontrado un PAE para el paciente con dolor, y ninguno para el dolor neuropático crónico.

Conclusiones.
Concluyo este trabajo fin de grado destacando la importancia de la formación del personal de enfermería a nivel de la gestión del dolor. Debemos concienciarnos sobre la importancia que tiene el impacto del dolor en nuestra sociedad y en el sistema sanitario y económico. Disponemos de una diversidad de herramientas para la valoración del dolor, pero lo más importante es saber cómo utilizarlas y educar al paciente, ya que son herramientas de autoevaluación. No debemos olvidarnos nunca de la importancia de la documentación, un trabajo sin documentar es como si no se hubiera realizado. La documentación es un proceso dinámico que no termina con el proceso de admisión del paciente; el personal de enfermería debe documentar la valoración del dolor al ingreso, su evolución y la respuesta al tratamiento.
Según los datos recogidos mediante esta revisión bibliográfica puedo afirmar que el dolor afecta al paciente en sus actividades cotidianas y le impide llevar a cabo una vida normal. Quiero destacar la importancia de la participación activa por parte del paciente en su proceso de cuidados y que el apoyo de su entorno (familiares y/o amigos) es fundamental para la continuidad del tratamiento. El personal de enfermería debe estar al día sobre el tratamiento del dolor neuropático crónico

e informar apropiadamente al paciente sobre el mismo para evitar el fracaso en el tratamiento debido al abandono. Dado que no hay un abordaje terapéutico definido como único para este tipo de dolor, los pacientes se ven sometidos a varios intentos de tratamientos y a un gran número de efectos secundarios sin alivio del dolor. El personal de enfermería tiene que trabajar codo con codo con el paciente para educarle sobre esta característica de su dolor. Finalmente, deduzco que es necesario desarrollar investigaciones que generen evidencias científicas para mejorar el cuidado, ampliar el cuerpo de conocimientos necesario para fortalecer los procesos de gestión y promover el desarrollo profesional y disciplinar en el ámbito de dolor.

6 Bibliografía

1. SIP, P. (2013). "Resultado del debate del Grupo de discusión 2 del SIP en el Parlamento Europeo, Bruselas (Belgica) 15 de mayo de 2013."from www.sip-platform.eu."
2. C. Alegre de Miquel, J. García Campayo, M. Tomás Flórez, J. M. Gómez Arguelles, E. Blanco Tarrio, M. Gobbo Montoya, Á. Pérez Martin, A. Martínez Salio, J. Vidal Fuentes, E. Altarriba Alberch, A. Gómez de la Cámara (2010). Interdisciplinary Consensus Document for the treatment of fibromyalgia. Actas Esp Psiquiatr 38 (2): pp. 108-120
3. Onieva-Zafra,MD., Castro-Sánchez,AM., Matarán-Peñarrocha,GA., Moreno-Lorenzo,C. Effect of music as nursing intervention for people diagnosed with fibromyalgia. (2013) Jun;14(2):e39-46. Doi: 10.1016/j.pmn.2010.09.004. Epub.
4. Jones,KD., Clark,SR., Bennett,RM. Prescribing exercise for people with fibromyalgia. (2002) AACN Clin Issues. 2002 May;13(2):277-93.
5. Esin,E., Yalcin,S. Neuropathic cancer pain: What we are dealing with? How to manage it? 2014 Apr 17;7:599-618. eCollection
6. Carter,GT., Duong,V., Ho,S., Ngo,KC., Greer,CL., Weeks,DL. Side Effects of Commonly Prescribed analgesic Medications 2014 May;25(2):457-470. Doi: 10:10.1016/j.pmr.2014.01.007.
7. Buchanan, RJ., Darrow, D., Monsivais,D., Nadasdy,Z., Gjini,K. Motor cortex stimulation for neuropathic pain syndromes: a case series experience. Neuroreport 2014 Apr 28.

Grupo A.
8. Herr K, Titler M, Fine P, Sanders S, Cavanaugh J, Swegle J, Forcucci C, Tang X. Assessing and treating pain in hospices: current state of

evidence-based practices. J Pain Symptom Manage. 2010 May;39(5):803-19. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2009.09.025. PubMed PMID: 20471542; PubMed Central PMCID: PMC2884963.
9. Li XM, Yan H, Zhou KN, Dang SN, Wang DL, Zhang YP. Effects of music therapy on pain among female breast cancer patients after radical mastectomy: results from a randomized controlled trial. Breast Cancer Res Treat. 2011 Jul;128(2):411-9. doi: 10.1007/s10549-011 1533-z. Epub 2011 May 3. PubMed PMID: 21537935.
10. Castro-Sánchez AM, Matarán-Peñarrocha GA, Sánchez-Labraca N, Quesada-Rubio JM, Granero-Molina J, Moreno-Lorenzo C. A randomized controlled trial investigating the effects of craniosacral therapy on pain and heart rate variability in fibromyalgia patients. Clin Rehabil. 2011 Jan;25(1):25-35. doi: 10.1177/0269215510375909. Epub 2010 Aug 11. PubMed PMID: 20702514.
11. Chen YL, Francis AJ. Relaxation and imagery for chronic, nonmalignant pain: effects on pain symptoms, quality of life, and mental health. Pain Manag Nurs. 2010 Sep;11(3):159-68. doi: 10.1016/j.pmn.2009.05.005. Epub 2009 Sep 8. PubMed PMID: 20728065.
12. Jungquist CR, O'Brien C, Matteson-Rusby S, Smith MT, Pigeon WR, Xia Y, Lu N, Perlis ML. The efficacy of cognitive-behavioral therapy for insomnia in patients with chronic pain. Sleep Med. 2010 Mar;11(3):302-9. doi: 10.1016/j.sleep.2009.05.018. Epub 2010 Feb 4. PubMed PMID: 20133188; PubMed Central PMCID: PMC2830371.

Grupo B.
13. Castillo-Bueno, M., Moreno-Pina, J., Martínez-Puente, M., Artiles-Suárez, M., Company- Sancho, M., García-Andrés, M., Sánchez-Villar, I., & Hernández-Pérez, R. (2010). Effectiveness of nursing intervention for adult patients experiencing chronic pain: a systematic review. JBI Library of Systematic Reviews , 8(28), 1112-1168.

Grupo C.
14. Restrepo-Medrano JC, Rojas JG. Fibromialgia. ¿Qué deben saber y evaluar los profesionales de Enfermería? Invest Educ Enferm. 2011;29(2): 305 314.
15. De Pablo Casañ S. Aplicación de la metodología enfermera en el control del dolor. Enfermería integral: Revista científica del Colegio Oficial de A.T.S. de Valencia, ISSN 0214-0128, N 89.2010, págs. 6-7
16. Rodríguez Muñiz RM, Orta González MA, Amasha Nieto L. Cuidados de enfermería a los pacientes con fibromialgia. Enfermería global: Revista electrónica semestral de enfermería, ISSN-e 1695-6141, N.19.2010, 16 págs.

17. Jiménez García S, Tineo Drove T, De Torre Esteban M, Martín Almazán C. Valoración y cuidados frente al dolor: papel de la enfermería. Nursing, ISSN 0212-5382. Vol. 30. N. 8. 2012. Págs. 58-61.

Grupo D.

18. Rados I, Sakic Zdravcevic K, Hrgovic Z. painDETECT questionnaire and lumbar epidural steroid injection for chronic radiculopathy. Eur Neurol. 2013;69(1):27-32. doi: 10.1159/000338265. Epub 2012 Nov 1. PubMed PMID: 23128915.
19. Oliver J, Coggins C, Compton P, Hagan S, Matteliano D, Stanton M, St Marie B, Strobbe S, Turner HN. American Society for Pain Management nursing position statement: pain management in patients with substance use disorders. Pain Manag Nurs. 2012 Sep;13(3):169-83. doi: 10.1016/j.pmn.2012.07.001. PubMed PMID: 22929604; PubMed Central PMCID: PMC3741053.
20. Hirsh AT, Callander SB, Robinson ME. Patient demographic characteristics and facial expressions influence nurses' assessment of mood in the context of pain: a virtual human and lens model investigation. Int J Nurs Stud. 2011 Nov;48(11):1330-8. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2011.05.002. Epub 2011 May 19. PubMed PMID: 21596378; PubMed Central PMCID: PMC3170511.
21. Wells N, McDowell MR, Hendricks P, Dietrich MS, Murphy B. Cancer pain management in ambulatory care: can we link assessment and action to outcomes? Support Care Cancer. 2011 Nov;19(11):1865-71. doi: 10.1007/s00520-010-1030-7. Epub 2010 Oct 30. PubMed PMID: 21052733; PubMed Central PMCID: PMC3103757.
22. Borglin G, Gustafsson M, Krona H. A theory-based educational intervention targeting nurses' attitudes and knowledge concerning cancer-related pain management: a study protocol of a quasi-experimental design. BMC Health Serv Res. 2011 Sep 23;11:233. doi: 10.1186/1472-6963-11-233. PubMed PMID: 21942991; PubMed Central PMCID: PMC3189876.
23. Borneman T, Koczywas M, Sun V, Piper BF, Smith-Idell C, Laroya B, Uman G, Ferrell B. Effectiveness of a clinical intervention to eliminate barriers to pain and fatigue management in oncology. J Palliat Med. 2011 Feb;14(2):197-205. doi: 10.1089/jpm.2010.0268. Epub 2011 Jan 27. PubMed PMID: 21271872; PubMed Central PMCID: PMC3037802.
24. Tofthagen CS, McMillan SC. Pain, neuropathic symptoms, and physical and mental wellbeing in persons with cancer. Cancer Nurs. 2010 Nov-Dec;33(6):436-44. doi: 10.1097/NCC.0b013e3181e212b4. PubMed PMID: 21479139; PubMed Central PMCID: PMC3070947.

Grupo E.

25. Hearn L, Wiffen PJ, Moore RA, Derry S. Imipramine for neuropathic pain and fibromyalgia in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 10. Art. No.:CD010769. DOI: 10.1002/14651858.CD010769.
26. Wiffen P, Derry S, Moore R, Aldington D, Cole P, Rice A, Lunn M, Hamunen K, Haanpaa M, Kalso E. Fármacos antiepilépticos para el dolor neuropático y la fibromialgia: un resumen de revisiones Cochrane. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013 Issue 12. Art. No.: CD010567. DOI: 10.1002/14651858.CD010567
27. Saarto T, Wiffen P. Antidepresivos para el dolor neuropático. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014 Issue 1. Art. No.: CD005454. DOI: 10.1002/14651858.CD005454
28. Lunn M, Hughes R, Wiffen P. Duloxetina para el tratamiento de la neuropatía dolorosa, el dolor crónico o la fibromialgia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014 Issue 2. Art. No.:CD007115. DOI: 10.1002/14651858.CD007115
29. Wiffen P, Derry S, Moore R. Lamotrigina para el dolor neuropático crónico y la fibromialgia en adultos. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013 Issue12. Art. No.: CD006044. DOI: 10.1002/14651858.CD006044
30. McNicol E, Midbari A, Eisenberg E. Opiáceos para el dolor neuropático. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013 Issue 9. Art. No.: CD006146. DOI: 10.1002/14651858.CD006146
31. Zhou M, Chen N, He L, Yang M, Zhu C, Wu F. Oxcarbazepina para el dolor neuropático. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013 Issue 11. Art. No.: CD007963. DOI: 10.1002/14651858.CD007963
32. Wiffen P, Derry S, Lunn M, Moore R. Topiramato para el dolor neuropático y la fibromialgia en adultos. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013 Issue 8. Art. No.:CD008314. DOI: 10.1002/14651858.CD008314
33. Hearn L, Derry S, Moore R. Lacosamida para el dolor neuropático y la fibromialgia en adultos. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012 Issue 2. Art. No.: CD009318. DOI: 10.1002/14651858.CD009318
34. Birse F, Derry S, Moore R. Fenitoína para el dolor neuropático y la fibromialgia en adultos. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012 Issue 5. Art. No.: CD009485. DOI: 10.1002/14651858.CD009485
35. Corrigan R, Derry S, Wiffen P, Moore R. Clonazepam para el dolor neuropático y la fibromialgia en adultos. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012 Issue 5. Art. No.: CD009486. DOI: 10.1002/14651858.CD009486
36. Chaparro L, Wiffen P, Moore R, Gilron I. Farmacoterapia combinada para el tratamiento del dolor neuropático en adultos. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012 Issue 7. Art. No.: CD008943. DOI: 10.1002/14651858.CD008943
37. Moore R, Derry S, Aldington D, Cole P, Wiffen P. Amitriptilina para el do-

lor neuropático y la fibromialgia en adultos. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012 Issue 12. Art. No.: CD008242. DOI: 10.1002/14651858.CD008242
38. Haroutiunian S, McNicol E, Lipman A. Metadona para el dolor crónico por causas diferentes al cáncer en adultos. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012 Issue 11. Art. No.:CD008025. DOI: 10.1002/14651858.CD008025
39. Derry S, Gill D, Phillips T, Moore R. Milnaciprán para el dolor neuropático y la fibromialgia en adultos. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012 Issue 3. Art. No.: CD008244. DOI: 10.1002/14651858.CD008244
40. Gill D, Derry S, Wiffen P, Moore R. Ácido valproico y valproato de sodio para el dolor neuropático y la fibromialgia en adultos. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011 Issue 10. Art. No.: CD009183. DOI: 10.1002/14651858.CD009183
41. Straube S, Derry S, Moore R, McQuay H. Simpatectomía cervicotorácica o lumbar para el dolor neuropático y el síndrome de dolor regional complejo. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010 Issue 7. Art. No.: CD002918. DOI: 10.1002/14651858.CD002918
42. Moore R, Wiffen P, Derry S, McQuay H. Gabapentina para el dolor neuropático crónico y la fibromialgia en adultos. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011 Issue 3. Art. No.: CD007938. DOI: 10.1002/14651858.CD007938

GRUPO F
43. Apóstolo, J., Mendes, A., Bath-Hextall, F., Rodrigues, R., Santos, J., & Cardoso, D. (2013). The use of non-pharmacological nursing interventions on the comfort of cancer patients: A comprehensive systematic review protocol. The JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports , 11(2), 372 - 388.

GRUPO G
44. Faura Giner,CC., Del Pozo Gavilán, E. Evidencias actuales en la terapéutica farmacológica del dolor neuropático. 2011. Actualidad en farmacología y terapéutica, ISSN 1698-4277, vol.9.N.2.2011, págs.122-127
45. Gelabert-González M, Arcos-Algaba A, Serramito-García R, Prieto-González A, Santín-Amo JM, Relova-Quinteiro L. Estimulación cerebral en el tratamiento del dolor neuropático. Revista española de investigaciones quirúrgicas. Vol XIV n:1(33-38) 2011. Dialnet.
46. García-Bach M. Indicaciones y técnicas aplicadas al tratamiento del dolor crónico y dolor neuropático. Dolor. 2011; 26: 149-54. Dialnet.
47. Guida G, Cantieri L, Petrosino S. Reducción del consumo de antiinflamatorios y analgésicos en el tratamiento del dolor neuropático crónico en pacientes afectados por lumbociatalgia de tipo compresivo y en tratamiento con Normast 300 mg. Dolor 2010; 25 (4):227-234. Dialnet.

Grupo H
48. Muto, L., Mango, P.,Sauer, J., Yuan, S., Sousa, A., Marques, A. Postural control and balance self efficacy in women with fibromyalgia. Are there differences? (2014) Eur J Phys Reabilit Med. PMID:24755776. Pubmed as supplied by publisher.
49. Martín, J., Torre, F., Aguirre, U., González, N., Padierna, A., Matellanes, B., Quintana, JM., Evaluation of the Interdisciplinary PSYMEPHY Treatment on Patients with Fibromyalgia; A Randomized Control Trial. (2014) Pain Med; Epub15(4);682-91. doi; 10.1111/pme.12375.PubMed.
50. Wepner,F., Scheurer,R., Schuetz-Wieser,B., Machacek,P., Pieler-Bruha,E., Cross,HS., Hahne, J., Friedrich,M. Effects of vitamin D on patients with fibromyalgia syndrome; a randomized placebo-controlled trial. (2014) Feb;155(2):261-8.doi: 10.1016/j.pain.2013.10.002. PubMed.
51. Ablin,J., Fitzcharles, MA., Buskila,E., Shir,Y., Sommer,C., Häuser,W. Treatment of Fibromyalgia Syndrome: Recommendations of Recente Evidence-Based Interdisciplinary Guidelines With Special Emphasis on Complementary and Alternative Therapies. (2013) 2013;485272. Epub. PubMed.
52. Rauck R, Coffey RJ, Schultz DM, Wallace MS, Webster LR, McCarville SE, Grigsby EJ, Page LM. Intrathecal gabapentin to treat chronic intractable noncancer pain. Anesthesiology. 2013 Sep;119(3):675-86. doi: 10.1097/ALN.0b013e3182a10fbf. PubMed PMID: 23835590.
53. Perruchoud C, Eldabe S, Batterham AM, Madzinga G, Brookes M, Durrer A, Rosato M, Bovet N, West S, Bovy M, Rutschmann B, Gulve A, Garner F, Buchser E. Analgesic efficacy of high-frequency spinal cord stimulation: a randomized double-blind placebo-controlled study. Neuromodulation. 2013 Jul-Aug;16(4):363-9; discussion 369. doi: 10.1111/ner.12027. Epub 2013 Feb 20. PubMed PMID: 23425338.
54. Pérez C, Navarro A, Saldaña MT, Figueras-Balsells M, Muñoz-Tudurí M, Rejas J. Cost savings associated with early initiation of pregabalin in the management of peripheral neuropathic pain. Clin J Pain. 2013 Jun;29(6):471-7. doi: 10.1097/AJP.0b013e3182652c2b. PubMed PMID: 23328322.
55. Lu Q, Han Y, Cao W, Lei J, Wan Y, Zhao F, Huang L, Li X. Comparison of non-divided intercostal muscle flap and intercostal nerve cryoanalgesia treatments for post-oesophagectomy neuropathic pain control. Eur J Cardiothorac Surg. 2013 Mar;43(3):e64-70. doi: 10.1093/ejcts/ezs645. Epub 2012 Dec 17. PubMed PMID: 23248207.
56. Gálvez R, Schäfer M, Hans G, Falke D, Steigerwald I. Tapentadol prolonged release versus strong opioids for severe, chronic low back pain: results of an open-label, phase 3b study. Adv Ther. 2013 Mar;30(3):229-59. doi: 10.1007/s12325-

013-0015-6. Epub 2013 Mar 7. PubMed PMID: 23475406.
57. Yousef AA, Al-deeb AE. A double-blinded randomised controlled study of the value of sequential intravenous and oral magnesium therapy in patients with chronic low back pain with a neuropathic component. Anaesthesia. 2013 Mar;68(3):260-6. doi: 10.1111/anae.12107. Epub 2012 Dec 17. PubMed PMID: 23384256.
58. Cardenas DD, Nieshoff EC, Suda K, Goto S, Sanin L, Kaneko T, Sporn J, Parsons B, Soulsby M, Yang R, Whalen E, Scavone JM, Suzuki MM, Knapp LE. A randomized trial of pregabalin in patients with neuropathic pain due to spinal cord injury. Neurology. 2013 Feb 5;80(6):533-9. doi: 10.1212/WNL.0b013e318281546b. Epub 2013 Jan 23. PubMed PMID: 23345639; PubMed Central PMCID: PMC3589291.
59. Jungehulsing GJ, Israel H, Safar N, Taskin B, Nolte CH, Brunecker P, Wernecke KD, Villringer A. Levetiracetam in patients with central neuropathic post-stroke pain–a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. Eur J Neurol. 2013 Feb;20(2):331-7. doi: 10.1111/j.1468- 1331.2012.03857.x. Epub 2012 Aug 27. PubMed PMID: 22925226.
60. Deer TR, Grigsby E, Weiner RL, Wilcosky B, Dramer JM. A prospective study of dorsal root ganglion stimulation for the relief of chronic pain. Neuromodulation. 2013 Jan-Feb;16(1):67-
71; discussion 71-2. doi:10.1111/ner.12013.Epub 2012 Dec 14. PubMed PMID: 23223108.
61. Van der Plas AA, van Rijn MA, Marinus J, Putter H, van Hilten JJ. Efficacy of intrathecal baclofen on different pain qualities in complex regional pain syndrome. Anesth Analg. 2013 Jan;116(1):211-5. doi: 10.1213/ANE.0b013e31826f0a2e. Epub 2012 Dec 7. PubMed PMID: 23223108.
62. Lepski G, Vahedi P, Tatagiba MS, Morgalla M. Combined spinal cord and peripheral nerve field stimulation for persistent post-herniorrhaphy pain. Neuromodulation. 2013 Jan-Feb;16(1):84-8; discussion 88-9. doi: 10.1111/j.1525-1403.2012.00463.x. Epub 2012 Jun 1. PubMed PMID: 22672211.
63. Nalamachu S, Ruck D, Nalamasu R, Fasbinder S, Bansal R. Open-label study to evaluate the efficacy and safety of extended-release hydromorphone in patients with chronic neuropathic pain. J Opioid Manag. 2013 Jan-Feb;9(1):43-9. doi: 10.5055/jom.2013.0146. PubMed PMID: 23709303.
64. Boyle J, Eriksson ME, Gribble L, Gouni R, Johnsen S, Coppini DV, Kerr D. Randomized, placebo-controlled comparison of amitriptyline, duloxetine, and pregabalin in patients with chronic diabetic peripheral neuropathic pain: impact on pain, polysomnographic sleep, daytime functioning, and quality of life. Diabetes

Care. 2012 Dec;35(12):2451-8. doi: 10.2337/dc12-0656. Epub 2012 Sep 18. PubMed PMID: 22991449; PubMed Central PMCID: PMC3507552.
65. MY, Amr YM, El-Bayoumy Y. Effect of early stellate ganglion blockade for facial pain from acute herpes zoster and incidence of postherpetic neuralgia. Pain Physician. 2012 Nov-Dec;15(6):467-74. PubMed PMID: 23159962.
66. Hardy J, Quinn S, Fazekas B, Plummer J, Eckermann S, Agar M, Spruyt O, Rowett D, Currow DC. Randomized, double-blind, placebo-controlled study to assess the efficacy and toxicity of subcutaneous ketamine in the management of cancer pain. J Clin Oncol. 2012 Oct 10;30(29):3611-7. doi: 10.1200/JCO.2012.42.1081. Epub 2012 Sep 10. PubMed PMID: 22965960.
67. Saldaña MT, Pérez C, Navarro A, Masramón X, Rejas J. Pain alleviation and patient reported health outcomes following switching to pregabalin in individuals with gabapentin refractory neuropathic pain in routine medical practice. Clin Drug Investig. 2012 Jun 1;32(6):401-12. doi: 10.2165/11599400-000000000-00000. PubMed PMID: 22480279.
68. Steigerwald I, Müller M, Davies A, Samper D, Sabatowski R, Baron R, Rozenberg S, Szczepanska-Szerej A, Gatti A, Kress HG. Effectiveness and safety of tapentadol prolonged release for severe, chronic low back pain with or without a neuropathic pain component: results of an open-label, phase 3b study. Curr Med Res Opin. 2012 Jun;28(6):911-36. doi: 10.1185/03007995.2012.679254. Epub 2012 May 9. PubMed PMID: 22443293.
69. Hashmi JA, Baliki MN, Huang L, Parks EL, Chanda ML, Schnitzer T, Apkarian AV. Lidocaine patch (5%) is no more potent than placebo in treating chronic back pain when tested in a randomised double blind placebo controlled brain imaging study. Mol Pain. 2012 Apr 24;8:29. doi: 10.1186/1744-8069-8-29. PubMed PMID: 22531485; PubMed Central PMCID: PMC3475108.
70. Hui F, Boyle E, Vayda E, Glazier RH. A randomized controlled trial of a multifaceted integrated complementary-alternative therapy for chronic herpes zoster-related pain. Altern Med Rev. 2012 Mar;17(1):57-68. PubMed PMID: 22502623.
71. Hermanns K, Junker U, Nolte T. Prolonged-release oxycodone/naloxone in the treatment of neuropathic pain - results from a large observational study. Expert Opin Pharmacother. 2012 Feb;13(3):299-311. doi: 10.1517/14656566.2012.648615. Epub 2012 Jan 6. PubMed PMID: 22224497.
72. Marineo G, Iorno V, Gandini C, Moschini V, Smith TJ. Scrambler therapy may relieve chronic neuropathic pain more effectively than guideline-based drug management: results of a pilot, randomized, controlled trial. J Pain Symptom Manage. 2012 Jan;43(1):87-95. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2011.03.015. Epub 2011 Jul 16. PubMed PMID: 21763099.

73. Penza P, Bricchi M, Scola A, Campanella A, Lauria G. Electroacupuncture is not effective in chronic painful neuropathies. Pain Med. 2011 Dec;12(12):1819-23. doi: 10.1111/j.1526-4637.2011.01230.x. Epub 2011 Sep 14. PubMed PMID: 21917117.
74. Ahmed MA, Mohamed SA, Sayed D. Long-term antalgic effects of repetitive transcranial magnetic stimulation of motor cortex and serum beta-endorphin in patients with phantom pain. Neurol Res. 2011 Nov;33(9):953-8. doi: 10.1179/1743132811Y.0000000045. PubMed PMID:
22080997.
75. Niesters M, Hoitsma E, Sarton E, Aarts L, Dahan A. Offset analgesia in neuropathic pain patients and effect of treatment with morphine and ketamine. Anesthesiology. 2011 Nov;115(5):1063-71. doi: 10.1097/ALN.0b013e31822fd03a. PubMed PMID: 21878810.
76. Raphael JH, Raheem TA, Southall JL, Bennett A, Ashford RL, Williams S. Randomized double-blind sham-controlled crossover study of short-term effect of percutaneous electrical nerve stimulation in neuropathic pain. Pain Med. 2011 Oct;12(10):1515-22. doi: 10.1111/j.1526-4637.2011.01215.x. Epub 2011 Aug 23. PubMed PMID: 21883874.
77. Pickering G, Morel V, Simen E, Cardot JM, Moustafa F, Delage N, Picard P, Eschalier S, Boulliau S, Dubray C. Oral magnesium treatment in patients with neuropathic pain: a randomized clinical trial. Magnes Res. 2011 Jun;24(2):28-35. doi: 10.1684/mrh.2011.0282. PubMed PMID: 21659058.
78. Przeklasa-Muszynska A, Dobrogowski J. Transdermal buprenorphine for the treatment of moderate to severe chronic pain: results from a large multicenter, non-interventional postmarketing study in Poland. Curr Med Res Opin. 2011 Jun;27(6):1109-17. doi: 10.1185/03007995.2011.569017. Epub 2011 Apr 1. PubMed PMID: 21456888.
79. Sampson SM, Kung S, McAlpine DE, Sandroni P. The use of slow-frequency prefrontal repetitive transcranial magnetic stimulation in refractory neuropathic pain. J ECT. 2011 Mar;27(1):33-7. doi: 10.1097/YCT.0b013e31820c6270. PubMed PMID: 21336050.
80. Lefaucheur JP, Keravel Y, Nguyen JP. Treatment of poststroke pain by epidural motor cortex stimulation with a new octopolar lead. Neurosurgery. 2011 Mar;68(1 Suppl Operative):180-7; discussion 187. doi: 10.1227/NEU.0b013e318207f896. PubMed PMID: 21206307.
81. Tan G, Rintala DH, Jensen MP, Richards JS, Holmes SA, Parachuri R, Lashgari-Saegh S, Price LR. Efficacy of cranial electrotherapy stimulation for neuropathic pain following spinal cord injury: a multi-site randomized controlled trial with a secondary 6-month open-label phase. J Spinal Cord Med. 2011;34(3):285-96. doi:

10.1179/2045772311Y.0000000008. PubMed PMID: 21756567; PubMed Central PMCID: PMC3127367.
82. Park JH, Kim JH, Yun SC, Roh SW, Rhim SC, Kim CJ, Jeon SR. Evaluation of efficacy and safety of fentanyl transdermal patch (Durogesic D-TRANS) in chronic pain. Acta Neurochir (Wien). 2011 Jan;153(1):181-90. doi: 10.1007/s00701-010-0785-4. Epub 2010 Sep 7. PubMed
PMID: 20821238.
83. Loos MJ, Verhagen T, Scheltinga MR, Roumen RM. A randomised controlled trial of injection therapy versus neurectomy for post-herniorrhaphy inguinal neuralgia: rationale and study design. Hernia. 2010 Dec;14(6):593-7. doi: 10.1007/s10029-010-0697-5. Epub 2010 Jul 17. PubMed PMID: 20640584.
84. Yakovlev AE, Resch BE, Karasev SA. Treatment of cancer-related chest wall pain using spinal cord stimulation. Am J Hosp Palliat Care. 2010 Dec;27(8):552-6. doi: 10.1177/1049909110373240. Epub 2010 Jun 16. PubMed PMID: 20555037.
85. Ware MA, Wang T, Shapiro S, Robinson A, Ducruet T, Huynh T, Gamsa A, Bennett GJ, Collet JP. Smoked cannabis for chronic neuropathic pain: a randomized controlled trial. CMAJ. 2010 Oct 5;182(14):E694-701. doi: 10.1503/cmaj.091414. Epub 2010 Aug 30. PubMed PMID:
20805210; PubMed Central PMCID: PMC2950205.
86. Rintala DH, Fiess RN, Tan G, Holmes SA, Bruel BM. Effect of dronabinol on central neuropathic pain after spinal cord injury: a pilot study. Am J Phys Med Rehabil. 2010
Oct;89(10):840-8. doi: 10.1097/PHM.0b013e3181f1c4ec. PubMed PMID: 20855984.
87. Lampl C, Schweiger C, Haider B, Lechner A. Pregabalin as mono- or add-on therapy for patients with refractory chronic neuropathic pain: a post-marketing prescription-event monitoring study. J Neurol. 2010 Aug;257(8):1265-73. doi: 10.1007/s00415-010-5504-9. Epub 2010 Mar 11. PubMed PMID: 20221770.
88. Skljarevski V, Desaiah D, Liu-Seifert H, Zhang Q, Chappell AS, Detke MJ, Iyengar S,
Atkinson JH, Backonja M. Efficacy and safety of duloxetine in patients with chronic low back pain. Spine (Phila Pa 1976). 2010 Jun 1;35(13):E578-85. doi: 10.1097/BRS.0b013e3181d3cef6. PubMed PMID: 20461028.
89. Amr YM. Multi-day low dose ketamine infusion as adjuvant to oral gabapentin in spinal cord injury related chronic pain: a prospective, randomized, double blind trial. Pain Physician.
2010 May-Jun;13(3):245-9. PubMed PMID: 20495588.
90. Dureja GP, Usmani H, Khan M, Tahseen M, Jamal A. Efficacy of intrathecal midazolam with or without epidural methylprednisolone for management of

post-herpetic neuralgia involving lumbosacral dermatomes. Pain Physician. 2010 May-Jun;13(3):213-21. PubMed PMID: 20495585.
91. Antal A, Terney D, Kühnl S, Paulus W. Anodal transcranial direct current stimulation of the motor cortex ameliorates chronic pain and reduces short intracortical inhibition. J Pain Symptom Manage. 2010 May;39(5):890-903. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2009.09.023. PubMed PMID: 20471549.
92. Mori F, Codecà C, Kusayanagi H, Monteleone F, Buttari F, Fiore S, Bernardi G, Koch G,
Centonze D. Effects of anodal transcranial direct current stimulation on chronic neuropathic pain in patients with multiple sclerosis. J Pain. 2010 May;11(5):436-42. doi: 10.1016/j.jpain.2009.08.011. Epub 2009 Dec 16. PubMed PMID: 20018567.
93. Munts AG, van der Plas AA, Ferrari MD, Teepe-Twiss IM, Marinus J, van Hilten JJ. Efficacy and safety of a single intrathecal methylprednisolone bolus in chronic complex regional pain syndrome. Eur J Pain. 2010 May;14(5):523-8. doi: 10.1016/j.ejpain.2009.11.004.
Epub 2009 Dec 16. PubMed PMID: 20018535.
94. Teepker M, Hötzel J, Timmesfeld N, Reis J, Mylius V, Haag A, Oertel WH, Rosenow F, Schepelmann K. Low-frequency rTMS of the vertex in the prophylactic treatment of migraine. Cephalalgia. 2010 Feb;30(2):137-44. doi: 10.1111/j.1468-2982.2009.01911.x. PubMed PMID: 19515124.

Capítulo 85

EL ESTRÉS EN EL PERSONAL SANITARIO

MARIO FERNÁNDEZ SARIEGO

CARMEN FERNÁNDEZ ÁLVAREZ

INMACULADA VILLAVERDE MIRANDA

MARÍA JOSÉ ARBAS FERNÁNDEZ

SUSANA PINTO GARCÍA

1 Introducción

El estrés es uno de los principales riesgos psicosociales en la seguridad laboral y se ha convertido en uno de los principales problemas para la salud del personal sanitario.
La mayor parte de los autores coinciden en que los niveles de estrés a los que está sometido el personal sanitario son elevados y muy perjudiciales para la salud.
El nivel de estrés en el personal sanitario varía mucho según el área y las especialidades sanitarias.

2 Objetivos

- Conocer la situación actual del estrés, en el personal sanitario y detectar los principales estresores laborales.

- Identificar y determinar las principales causas de este fenómeno, para poder tener una actuación preventiva segura y eficaz.

3 Metodología

Se realiza una búsqueda bibliográfica exploratoria utilizando las bases de datos Medline PubMed, Lilacs y etc., así como en expositores como Dialnet.
El período acotado para esta búsqueda fue el comprendido entre el año 2003 y 2018.
Las palabras claves utilizadas: estrés, estrés psicológico, personal sanitario.

4 Resultados

La OMS define el estrés laboral como un patrón de reacciones psicológicas cognitivas y conductuales, que se dan cuando los trabajadores se enfrentan a exigencias ocupacionales que no se corresponde con su nivel de conocimiento, destreza u aptitud y habilidades.
Los resultados obtenidos de nuestra búsqueda son que el estrés es uno de los riesgos psicosociales cada vez más relevantes en el mundo laboral, y en particular en el entorno sanitario. Se ha convertido en un problema para la salud y la seguridad laboral. Los principales estresores laborales identificados son: el ambiente físico, las relaciones interpersonales y la estructura de la organización del trabajo.

5 Discusión-Conclusión

El estrés es uno de los riesgos laborales más relevantes a nivel psicosocial, debido a las condiciones laborales del personal sanitario. Este es considerado la 2ª enfermedad más frecuente en este ámbito. El estrés provoca enfermedades físicas y mentales y la repercusión en la pérdida de la productividad es importante. El estrés contribuye en el deterioro de la calidad de vida y otros aspectos sociales.

6 Bibliografía

- El estrés en el personal sanitario hospitalario: estado actual. José Ignacio Aguado Martín, Ainhoa Bátiz Cano, Salomé Quintana Pérez. 2013 Met Segur Trab; 2013 (59) 231. 259-275.

- Claves para reconocer y superar el acoso psicológico en el trabajo. Iñaki Piñuel. Manual de autoayuda. Editorial Aguilar. Buenos Aires. 2013-2003.

Capítulo 86

EL ACOSO LABORAL EN EL ÁMBITO SANITARIO: PRINCIPALES CAUSAS.

MARIO FERNÁNDEZ SARIEGO

CARMEN FERNÁNDEZ ÁLVAREZ

INMACULADA VILLAVERDE MIRANDA

MARÍA JOSÉ ARBAS FERNÁNDEZ

SUSANA PINTO GARCÍA

1 Introducción

El acoso laboral, o su palabra inglesa mobbing, es una epidemia silenciosa que afecta tanto a la productividad y motivación de los trabajadores, como aspectos de su salud psicosocial, siendo la depresión una de sus principales consecuencias.

2 Objetivos

Objetivo principal:
-Identificar las posibles causas responsables de este acoso laboral en el ámbito hospitalario, para en consecuencia poder tomar unas medidas adecuadas, y poder realizar una prevención más acertada.

Objetivo secundario:
-Realizar un perfil básico del tipo de acosador y de sus métodos principales de actuación, para que de forma preventiva se pueda actuar con determinación.

3 Metodología

La metodología utilizada para la realización de nuestro trabajo se ajusta a una búsqueda documental en páginas especializadas como Pubmed, Medline, etc., y bibliográfica en revistas especializadas del formato de Science, Medicina y Seguridad del Trabajo, etc.
Para ello hemos utilizado las palabras claves: acoso laboral, ámbito sanitario, depresión.

4 Resultados

Con esta búsqueda bibliográfica hemos localizado 3 referencias que cumplieron los criterios de inclusión propuestos en nuestra revisión bibliográfica. Se han localizado e identificado las siguientes causas como los principales motivos del acoso laboral en el mundo sanitario: la envidia, los celos, la competitividad, el ansia de ascenso, visión de la víctima como competidora, etc.
Cada una de estas causas tendrá su forma particular de hostigamiento según el motivo, el entorno, y el acosador.
El perfil del acosador es; de sexo masculino, generalmente de categoría superior a la víctima, siendo el abuso verbal, el hostigamiento y el aumento de carga de trabajo las formas principales de acoso.

5 Discusión-Conclusión

El mobbing es un problema particularmente creciente, más aún en momentos en que la crisis global repercute en las condiciones de trabajo, y con unas consecuencias personales muy negativas para el acusado. Las causas de acoso laboral en un ámbito sanitario, son variables según el motivo de ejecución de este, pudiendo ir desde la envidia hasta el ansia de ascenso.

6 Bibliografía

- Claves para reconocer y superar el acoso psicológico en el trabajo. Iñaki Piñuel. Editorial Aguilar. Buenos Aires. 2003.
- El acoso laboral como factor determinante en la productividad. De Miguel barrado, Vanessa Prieto, Ballester Jorge Manuel. Perspectivas; número 38 noviembre 2016. 25-44.

Capítulo 87

ACOSO LABORAL EN EL SECTOR SANITARIO: CONSECUENCIAS.

MARIO FERNÁNDEZ SARIEGO

CARMEN FERNÁNDEZ ÁLVAREZ

INMACULADA VILLAVERDE MIRANDA

MARÍA JOSÉ ARBAS FERNÁNDEZ

SUSANA PINTO GARCÍA

1 Introducción

El acoso laboral es una lacra del mundo laboral. que se expande silenciosamente. En el ámbito sanitario tiene especial importancia por la diversidad de intereses existentes, desde un acoso horizontal entre compañeros, hasta el acoso vertical, ya sea ascendente o descendente. Las consecuencias de esta epidemia son cada vez más lesivas, tanto a nivel laboral, familiar con un psicosocial.

2 Objetivos

-Localizar e identificar cuáles son las principales consecuencias de acoso laboral en el ámbito sanitario.

3 Metodología

La metodología utilizada en nuestro trabajo es una búsqueda documental exploratoria utilizando las bases de datos en páginas especializadas como Medline, Lilacs, PubMed etc., y revisión bibliográfica en revistas especializadas de corte científico como Science, Medicina del trabajo y etc.
Las palabras claves utilizadas son: acoso laboral, personal sanitario, depresión, burnout, estrés.

4 Resultados

En nuestra búsqueda hemos localizado 8 referencias de las cuáles son los 3 cumplían los criterios de inclusión.
Las principales consecuencias del acoso laboral en el ámbito sanitario varían mucho según el tipo de acoso, es decir si es vertical, ascendente o descendente, u horizontal. Podemos resumirlas con unos determinantes generales comunes, como son que tienen una repercusión general, tanto para la acosado como para la familia o la organización. A nivel personal las consecuencias pueden ser físicas (trastornos funcionales, dolores, etc.), psíquicas (frustración, baja autoestima, ansiedad), sociales y relacionales (desconfianza, retraimiento, agresividad, etc.). El efecto psicológico de la violencia laboral es una de las más importantes consecuencias.

5 Discusión-Conclusión

Las consecuencias del acoso laboral en el sector sanitario son importantes y diversas. Esta epidemia silenciosa deja unas secuelas negativas muy profundas y duraderas en los profesionales que los padecen.
Dependiendo del tipo de acoso, entorno e intensidad, podemos encontrar en la persona hostigada secuelas a nivel social, familiar, profesional, psicológico, etc.
Una correcta prevención por departamentos sería el mejor tratamiento.

6 Bibliografía

- El estrés en el personal sanitario hospitalario: estado actual. José Ignacio Aguado Martín, Ainhoa Vaticano, Salomé Quintana Pérez. Medicina y seguridad del Trabajo. 2013. 59. 231. 259-275.

- Evidencia científica de la relación entre acoso laboral y depresión. Víctor Adrián Harasemiuc, Jesús Raúl Díaz Bernal. Medicina y Seguridad del Trabajo. 2013. 59. 232. 361-371.
- Metodología de desarrollo de un procedimiento para la resolución de conflictos y acoso psicológico laboral. Antonia Bernat Jiménez, Covadonga Caso Pita. Medicina y Seguridad del Trabajo. 2010. 56. 219. 124-131.

Capítulo 88

RELACIÓN ENTRE ACOSO LABORAL Y DEPRESIÓN EN EL ÁMBITO SANITARIO.

CARMEN FERNÁNDEZ ÁLVAREZ

INMACULADA VILLAVERDE MIRANDA

MARÍA JOSÉ ARBAS FERNÁNDEZ

SUSANA PINTO GARCÍA

MARIO FERNÁNDEZ SARIEGO

1 Introducción

El mobbing, o acoso laboral, es un fenómeno creciente en el entorno laboral en general, y aún más en el entorno sanitario, donde la competitividad y el ansia de poder forman un favorable caldo de cultivo y donde diariamente se producen situaciones desagradables de acoso laboral a todos los niveles jerárquicos. Este acoso, epidémico y emergente, afecta además de la productividad qué personal sanitario, también a su motivación.

Dentro de las diferentes y negativas consecuencias que esta lacra produce en el personal sanitario que la sufre, están los deterioros en las relaciones psicosociales y dentro de éstas, están los daños psicológicos. Uno de estos daños más importante y con repercusiones muy lesivas es la depresión, por parte del personal sanitario sufridor de acoso.

2 Objetivos

Determinar la relación existente entre acoso laboral y depresión y localizar cuál es el grupo de profesionales que más lo padece.

3 Metodología

Nuestro trabajo de investigación se fundamenta en una revisión y búsqueda de artículos y documentos científicos relacionados con la depresión y el acoso laboral sanitario, en bases de datos de páginas especializadas y revistas de corte científico. Las palabras claves utilizadas son: depresión, acoso laboral, riesgo psicosocial.

4 Resultados

Se han encontrado 13 referencias bibliográficas relacionadas con el tema de las cuales solo 3 cumplían los requisitos de inclusión.
Las consecuencias del acoso laboral el personal sanitario, son unas importantes repercusiones negativas para los profesionales que lo padece, dentro de las cuales el efecto psicológico de la violencia laboral, es una de las consecuencias más habituales siendo este, una causa creciente depresión del personal sanitario. De esta estrecha relación entre depresión y acoso laboral es necesario establecer una causalidad, un diagnóstico y un tratamiento adecuado para paliar el rápido crecimiento de esta epidemia silenciosa.
El personal sanitario más propenso a padecer las consecuencias depresivas relacionadas con el acoso es el personal de enfermería.

5 Discusión-Conclusión

Los informes y estudios internacionales nos describen el importante crecimiento del fenómeno lacra que es el acoso laboral, en todos los sectores de la sociedad. En el ámbito sanitario los datos son cada vez más negativos y relaciona cada vez más este fenómeno, con las secuelas depresivas de los profesionales que lo sufren, pudiendo incluso llegar en casos más extremos, al suicidio.
Ante esta epidemia del siglo XXI, el mejor tratamiento pasa por un correcto diagnóstico y una adecuada detección y proyección a nivel de riesgos.

6 Bibliografía

- Evidencia científica de la relación entre acoso laboral y depresión. Victor Adrián Harasemiuc, Jesús Raúl Díaz Bernal. Medicina y Seguridad del Trabajo. 2013; (59), 232, 361-371.
- El estrés en las personas en el personal sanitario hospitalario. José Ignacio Aguado Martín, Ainhoa Bátiz Cano, Salomé Quintana Pérez. Medicina y seguridad del trabajo 2013; (59) 231, 259 y 275.
- Acoso psicológico en el trabajo: revisión y nuevas líneas de investigación. Alfredo Rodríguez Muñoz. Medicina segura el trabajo. 2011; (57) suplemento 1.

Capítulo 89

ACOSO LABORAL EN EL PERSONAL SANITARIO: CONDUCTAS MÁS HABITUALES.

CARMEN FERNÁNDEZ ÁLVAREZ

INMACULADA VILLAVERDE MIRANDA

MARÍA JOSÉ ARBAS FERNÁNDEZ

SUSANA PINTO GARCÍA

MARIO FERNÁNDEZ SARIEGO

1 Introducción

El acoso laboral, o mobbing, es definido por Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, como una situación en la que una persona ejerce una violencia psicológica extrema sobre otra persona, en el lugar de trabajo, con finalidad de influir negativamente sobre ella. En las últimas décadas este tipo de acoso ha pasado a ser una epidemia silenciosa.

El acoso laboral es un fenómeno emergente y creciente. La crisis económica global ha endurecido las relaciones laborales e interprofesionales, situaciones donde la competitividad y el ansia de poder genera muchas situaciones de hostigamiento entre los profesionales del sector sanitario. Estas actuaciones de acoso, tanto físico como emocional, suelen tener unas raíces comunes.

2 Objetivos

Determinar cuáles son las conductas más habituales del acoso laboral en el personal sanitario, identificando las formas más habituales y frecuentes de actitudes hostigadoras del acosador hacia la víctima.

3 Metodología

El método utilizado para la realización de este trabajo es la búsqueda documental sistemática a través de páginas especializadas y de revistas científicas.
Los indicadores o palabras claves utilizadas son: acoso laboral, personal sanitario, depresión, riesgo psicosocial.
Hemos localizado 10 referencias bibliográficas sobre el acoso en el personal sanitario, de los cuales sólo dos cumplían los requisitos de nuestro trabajo.

4 Resultados

En nuestra búsqueda hemos identificado una serie de conductas más habituales en el acoso del personal sanitario, discriminación laboral del trabajador, aislamiento laboral, selección de tareas asignadas dando funciones de inferior categoría, sobrecargar de trabajo, rebaja de funciones al trabajador acosado, infravalorar, culpabilizar, falta de respeto, insultos, etc., son algunas de las conductas negativas hacia el trabajador hostigado. También puede existir los comentarios o las insinuaciones sobre el trabajo profesional o vida profesional dentro y fuera del trabajo.

5 Discusión-Conclusión

En esta búsqueda documental hemos localizados las principales conductas más habituales de acoso laboral empleadas en el ámbito hospitalario, por y para el personal sanitario. Según el objetivo a lograr, se emplea por parte del acosador una u otra de las formas o conductas localizadas e identificadas en nuestra búsqueda.

6 Bibliografía

- Estrés en el personal sanitario hospitalario: estado actual. José Ignacio Aguado Martín, Ainhoa Vaticano, Salomé Quintana Pérez. Med Segur Trab. 2013; (59); 231.

259-275.
- Evidencia científica de la relación entre acoso laboral y depresión. Victor Adrián Harasemiuc, Jesús Raúl Bernal. Med Segur Trab. 2013; (59); 232.361-371.
- Acoso laboral como factor determinante en la productividad. De Miguel Barrado Vanessa; Prieto Ballester, Jorge Manuel. Perspectivas, núm.38, noviembre 2016, pp 25-44.

Capítulo 90

RIESGOS PSICOSOCIALES EN EL PERSONAL SANITARIO.

CARMEN FERNÁNDEZ ÁLVAREZ

INMACULADA VILLAVERDE MIRANDA

MARÍA JOSÉ ARBAS FERNÁNDEZ

SUSANA PINTO GARCÍA

MARIO FERNÁNDEZ SARIEGO

1 Introducción

Tradicionalmente se identificaban los riesgos laborales con los aspectos físicos, químicos y biológicos del medio ambiente. Después de una reunión entre la OIT y la OMS se comenzó a considerar los factores psicosociales inherentes al entorno laboral, como aspectos importantes de los factores de riesgos qué pueden influir en el bienestar físico y mental del trabajador.

2 Objetivos

Nuestro trabajo está dirigido a la identificación de los riesgos psicosociales más reconocidos en el entorno laboral del personal sanitario, a través de una búsqueda documental científica.

3 Metodología

Se realiza una búsqueda documental exploratoria en páginas especializadas y bibliográfica en revistas científicas.

El periodo de localización de la documentación fue el comprendido entre el año 2010 y 2018.

Se encontraron 18 referencias, de las cual s solo 4 cumplían los requisitos de inclusión.

4 Resultados

Como resultado de esta estrategia de búsqueda se obtuvo una información en la que podemos determinar cómo los riesgos psicosociales más ampliamente reconocidos son los siguientes: riesgos el estrés, la violencia en el trabajo, mobbing o acoso laboral, acoso sexual, burnout, inseguridad en el trabajo, desgaste profesional. Pero también, otros aspectos como la intensidad laboral, envejecimiento de la población, conflicto trabajo-familia, etc., son relevantes para la salud laboral del personal sanitario.

Del mismo modo, a través de nuestro trabajo, hemos identificado algunos de los principales estresores laborales: estructura de la organización, el ambiente físico, relaciones interpersonales, conflicto de rol de roles, factores en torno al trabajo, etc.

5 Discusión-Conclusión

Los riesgos psicosociales son una parte cada vez más importante de los riesgos laborales, y deben ser una prioridad a tener en cuenta por los servicios de prevención de riesgos laborales.

El personal sanitario, por la pecularidad de su trabajo, es muy propenso a sufrir factores de riesgos como el estrés, el acoso laboral, el burnout, etc.

Todo ello hace que la prevención y detección sea el mejor tratamiento.

6 Bibliografía

- Acoso psicológico en el trabajo revisión de la literatura y nuevas líneas de investigación. Alfredo Rodríguez Muñoz. Med Segur Trab. 2011 .57 suplemento uno. 262

- Acoso laboral en trabajadores de atención a la salud. Julián Manuel Domínguez Fernández, Inés Padilla segura, Javier Domínguez Fernández, María Luisa Martínez Bagur, Gloria Ortega Martín, Miguel García Espejo. Med Segur Trab. 2012. 58. 227. 117-127

Capítulo 91

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: ALERGIA ALIMENTARIA EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO

PAULA FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ

SUSANA FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ

MONICA PÉREZ GARCÍA

1 Introducción

En las últimas décadas las enfermedades alérgicas han aumentado de forma exponencial y aunque parece que la prevalencia del asma se está estabilizando, la de la alergia alimentaria y la anafilaxia está en claro incremento (1) (2) (3). Se estima que la alergia a los alimentos puede afectar a un 2-4% de la población en general, siendo más frecuente en niños, especialmente en los 3 primeros años de vida, donde pudiera llegar al 8%. Si se extrapolan los datos a la población española, el número de pacientes alérgicos sería de un millón (4).

En la edad pediátrica se está registrando un aumento de los ingresos hospitalarios por anafilaxia, principalmente en niños menores de 3-4 años (5) (6); debido a su forma de presentación: súbita y que en ocasiones puede resolver espontáneamente, a su compleja definición que dificulta la realización de estudios epidemiológicos y a la clasificación CIE- 10 que se centra en el shock anafiláctico (que no cubre todas las causas de anafilaxia) se cree que está infradiagnosticada.

En los países occidentales se calcula que se produce cada 3 minutos una visita a los Servicios de urgencias por alergia a alimentos y cada 6 minutos se desencadena una anafilaxia de causa alimentaria (7) (3).

Es importante diferenciar entre alergia a uno o varios alimentos y la sensibilización a alimentos. Se habla de sensibilización cuando se demuestra la presencia de IgE frente a una alimento tanto por métodos "in vitro" (determinación de IgE específica) como métodos "in vivo" (prick test), sin que ello conlleve trastornos clínicos; sin embargo cuando hablamos de alergia nos referimos a situaciones clínicas compatibles con cuadro alérgico en las que se puede demostrar una implicación inmunológica o bien prueba de provocación en la que se relaciona claramente al alimento o alimentos implicados con la clínica que presenta.

Los síntomas que podemos encontrar en las reacciones alérgicas inducidas por alimentos son variadas y pueden afectar a diferentes órganos: piel (eritema, prurito, urticaria, angioedema), oculares (prurito, eritema conjuntival, lagrimeo, edema periorbital), aparato respiratorio superior (congestión nasal, rinorrea, estornudos, edema laríngeo..), aparato respiratorio inferior (tos, opresión torácica, disnea, sibilancias..), aparato gastrointestinal (angioedema labial, lingual o palatino, prurito oral, náuseas, dolor abdominal cólico), aparato cardiovascular (taquicardia, ocasionalmente bradicardia en la anafilaxia, hipotensión) y otros (contracciones uterinas). En lactantes los síntomas serían más complejos de identificar: dermatitis atópica de moderada a grave. También puede expresarse en niños como: una esofagitis eosinofílica, enterocolitis o proctocolitis alérgica (7).

Los alimentos implicados en la reacciones alérgicas varían según la edad: en los 2 primeros años de vida la leche de vaca es el alimento más frecuente como causa de reacción alérgica, seguido por el huevo; durante la primera infancia ya aparecen otros alimentos como: trigo, soja, los cacahuetes y frutos secos, el pescado y el marisco; a partir de finales de la primera década de la vida o en la segunda década los alimentos vegetales adquieren gran importancia como causantes de reacción alérgica. En España, debido a la gran aceptación de la dieta mediterránea, las leguminosas son un grupo de alimentos con gran implicación en la alergia alimentaria, a diferencia de otros países por ejemplo en América la alergia al cacahuete supone un gran problema de salud pública (7).

Los estudios más recientes abogan por la realización de diagnósticos basados en componentes. Una fuente alergénica contiene un número indefinido de proteínas distintas y la IgE específica de los pacientes alérgicos reconoce una o varias de estas proteínas. Cuando se realiza la determinación de IgE específica a partir de

la fuente alergénica completa (prick, CAP) en realidad estamos midiendo la suma de una serie de anticuerpos IgE dirigidos a diferentes proteínas, p. ej.: proteínas del huevo (suma de ovoalbúmina, ovomucoide, lisozima, conalbúmina) y habrá pacientes alérgicos a unas proteínas y otros alérgicos a otras, pero en todos vamos a obtener el mismo resultado; se detecta IgE a la clara sin poder identificar que proteínas concretas contiene.

El diagnóstico por componentes es importante pues nos permite identificar las distintas proteínas de un alimento a las que se es alérgico, proporcionando información sobre: el tipo de dieta de evitación que hay que realizar, la gravedad posible de la reacción en caso de trasgresiones con el alimento responsable y explicar los fenómenos de reactividad cruzada entre diferentes alimentos. El desarrollo de la biología molecular y la nanotecnología han llevado a la aparición de nuevas tecnologías que facilitan el estudio de los pacientes alérgicos, sobre todo de los polisensibilizados.

Son los denominados microarrays, que han cambiado la forma de diagnosticar y la forma de tratar a estos pacientes (3).

2 Objetivos

Objetivo general:
- Conocer la dimensión del problema de la alergia alimentaria en pediatría en la actualidad.

Objetivos especificos:
- Valorar las estrategias preventivas que se estudian para reducir o minimizar la alergia alimentaria en los niños.
- Identificar las nuevas líneas de tratamiento y valorar su efectividad a la luz de la evidencia científica.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda de información entre las sociedades científicas más representativas en alergología pediátrica, seleccionando las publicaciones más recientes. Se escogieron los artículos sobre la temática atendiendo a su rigor científico e innovación en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, Google Académico.

4 Resultados

El desarrollo de la alergia alimentaria está determinado por la interacción de varios factores (3):

Genéticos: Sin antecedentes familiares de enfermedad alérgica el riesgo de padecerla es del 5-15%. Si un hermano es alérgico el riesgo aumenta al 25-35%, si el padre o la madre son alérgicos, el riesgo es del 20-40%, siendo del 40 al 60% si ambos padres son alérgicos y del 50-80% si el padre y la madre tienen la misma enfermedad alérgica. Estos no podrían ser modificados.

Ambientales: Tabaco, tipo de dieta, vitamina D, tipo de parto, la polución, alérgenos introducidos en la dieta de la madre o del lactante, el periodo de introducción de los alimentos (timing) y su interacción con un sistema inmune que se encuentra en periodo de maduración, la dosis de alérgenos suministrada, así como la vía por la que accede. Un adecuado desarrollo del sistema inmune requiere la presencia de una determinada microbiota en las fases iniciales de la vida para conseguir la tolerancia, los inmunorreguladores, fundamentalmente los probióticos pueden desempeñar un papel primordial. Estos factores pueden ser modificables y por tanto es posible actuar sobre ellos.

Las distintas estrategias preventivas irían dirigidas a (3):

- Prevención primaria: trataría de evitar la sensibilización inmunológica (antes del a aparición de IgE específica), dirigida a:

1. Madre embarazada y lactante: parten de la idea de que el niño puede sensibilizarse a través de los alimentos que consume la madre gestante o que esté dando lactancia materna. Las principales sociedades científicas.

(EAACI: Academia Europea de Alergia e Inmunología clínica; ESPHAN: Sociedad Europea de Grastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica, ACAAI: Sociedad Americana de Alergia, Asma e Inmunología; AAP: Academia Americana de Pediatría; AEP: Asociación Española de Pediatría; SEICAP: Sociedad Española de Inmunología clínica y Alergología Pediátrica) presentan unanimidad a este respecto: no consideran necesario que la madre restringa su dieta. Recomiendan una dieta balanceada rica en frutas, vegetales y fibra, sin excluir ningún alimento, incluso los altamente alergénicos. A pesar de esto, varios estudios indican que la restricción materna de potenciales alérgenos alimentarios (leche, huevo y pescado) durante la lactancia puede reducir el riesgo de eczema atópico durante el primer año de vida (9).

El uso de probióticos: al postularse que diferencias en la flora microbiana en el intestino del recién nacido podían vincularse el desarrollo de alergia, se investigó en un estudio de intervención prospectivo y controlado, utilizando un probiótico, el lactobacilo GC, en forma prenatal en las madres de familias atópicas y en forma posnatal en infantes hasta los seis meses de edad. La prevalencia de eczema atópico fue significativamente menor en el grupo activo comparado con el placebo. Sin embargo el estudio no demostró diferencias en la sensibilización alérgica en las pruebas cutáneas o anticuerpos IgE y es prematuro apreciar si hubo algún efecto en la rinitis y el asma, aunque pareciera que no. Otros probióticos utilizados con fines preventivos son: el lactobacilo reuteri, el lactobacilo fermentum y la bifidobacteria lactis, entre otros (9).

Basándonos en un estudio observacional durante el embarazo podría haber un rol para la inmunoterapia en la prevención primaria. Dicho estudio ha mostrado que la inmunoterapia administrada a la embarazada induce en ésta un aumento de anticuerpos IgG, y que esta circunstancia está asociada con menos atopía en el producto de esa gestación (10) (9).
2. Niños:

- Lactancia materna (LM) /Suplemento de LM con leche : en niños de riesgo no hay evidencia suficiente sobre prevención de la LM de alergias alimentarias y en el caso de niños sin riesgo algunos estudios indican protección, otros que aumenta el riesgo de desarrollo de enfermedades alérgicas y otros son neutros.

La mayor parte de sociedades científicas (EAACI, ESPHGAN, ACAAI, AEP y SEICAP) están de acuerdo en recomendar LM exclusiva durante los 4-6 meses. El uso de fórmulas hidrolizadas en el niño con riesgo menor de 4 meses que precisa suplementación según un metanálisis realizado en los últimos años demuestra la no eficacia de utilizar estar fórmulas hidrolizadas para la prevención de la alergia alimentaria (9) . En general la recomendación es LM durante al menos 6 meses, si se precisa suplementar o sustituir utilizar fórmulas adaptadas convencionales. No hay evidencias de que las fórmulas hipoalergénicas (parciales o extensas) ni las fórmulas de soja sean eficaces en la prevención de alergias a alimentos.

- Introducción de sólidos: No se ha demostrado eficacia de los moduladores del sistema inmune como probióticos y prebióticos; tampoco del retraso en la introducción de la alimentación en mayores de 4 meses e incluso la introducción de alimentos por debajo de los 4 meses en varios estudios de cohortes muestran eficacia evidenciada con la leche de vaca y el huevo (10) (11) (12). Diferentes estudios epidemiológicos indican que la introducción precoz de los alimentos alergénicos

no solo no aumenta la incidencia de alergia alimentaria, sino que parece tener un efecto protector (Estudio Learning Early About Peanut Allergy y LEAP-on (introducción precoz del cacahuete) (13): demuestra que el consumo precoz del cacahuete reduce la prevalencia de alergia a cacahuete a los 5 años en un 80%; Estudio Prevention of Egg Allergy in Infants with Atopic Dermatitis (PETIT): introducción precoz de la clara del huevo (14).
Surge el nuevo concepto de la posible existencia de un periodo ventana durante el que la exposición a alimentos potencialmente alergénicos facilita el desarrollo de tolerancia oral persistente (15)(16).

Por contraposición, hay otros estudios en los que se evidencia lo contrario: en un ensayo clínico aleatorizado realizado en el reino Unido se crearon 2 grupos: uno de control con lactantes con LM exclusiva hasta los 6 meses en los que se introdujo a criterio de los padres la alimentación complementaria y otro grupo experimental en el que se realizó un prick test a sus integrantes y luego se introdujeron los siguientes alimentos: yogurt, cacahuete, huevo, sésamo, pescado blanco y trigo; se concluyó que en el análisis por intención de tratar no existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos; sin embargo, en el análisis por cumplimiento del protocolo la prevalencia de alergia alimentaria es menor en el experimental que en el control (16).

- Hidratación adecuada de la piel del neonato con el fin de prevenir la aparición de dermatitis atópica (16) (17), utilización de suplementos vitamínicos A y D (18), ácidos grasos omega-3 (19). La hipótesis denominada “exposición alergénica dual” propone que la sensibilización ocurre con bajas dosis de los alérgenos alimentarios presentes en el ambiente, a través de la piel dañada como sucede en el caso de padecer una dermatitis atópica, por lo que medidas encaminadas a prevenir la dermatitis atópica pueden ayudar a prevenir el desarrollo de la alergia alimentaria (20).

3. Evitar el consumo de tabaco durante la gestación y el nacimiento por cesárea. (21)

4. Medidas de control ambiental: Se denomina control ambiental a las medidas dirigidas a evitar o disminuir la cantidad de alérgenos y el contacto con estos. Se lo ha considerado una estrategia de prevención primaria: reducir la exposición de alérgenos inhalantes en niños pequeños de alto riesgo (ácaros del polvo, cucarachas y mascotas cubiertas de piel) (9).

-Prevención secundaria: trata de evitar el desarrollo de la enfermedad alérgica

después de la sensibilización (9):

1. Control ambiental: Reducción de ácaros del polvo doméstico (OMS) (22).

2. Inmunoterapia con alérgenos: Consiste en la administración, tradicionalmente por vía subcutánea y últimamente por vía sublingual, de dosis progresivas de material alergénico al que un sujeto es sensible. Como resultado se busca inducir un estado de hiposensibilidad, con una respuesta clínica disminuida a la reexposición natural al alérgeno (9).

3. La farmacoterapia (la utilización de antihistamínicos) (9).

-Prevención terciaria: trataría de evitar la aparición de síntomas en pacientes que ya han desarrollado la enfermedad. La evitación del alérgeno o alérgenos responsables, el uso de medicación preventiva, y el uso de inmunoterapia o vacunas de la alergia. El uso de uno, de dos, o de los tres componentes dependerá de factores individuales, y será recomendado por el especialista.

Tratamiento de la alergía a alimentos.

Anafilaxia (6): El diagnóstico de la anafilaxia es fundamentalmente clínico, aunque en algunos casos pueden ser de utilidad determinaciones de laboratorio (niveles de triptasa sérica, no de urgencia) (24).

Criterios de anafilaxia:

Criterio 1. Inicio agudo (minutos o horas) de un síndrome que afecta a la piel y/o mucosas (urticaria generalizada, prurito o "flushing" (sofoco), edema de labios, úvula o lengua) y al menos uno de los siguientes:
- Compromiso respiratorio (disnea, sibilancias, estridor, disminución del PEF-Pico flujo espiratorio, hipoxemia)
-Disminución de la TA (Tensión arterial) o síntomas asociados de disfunción orgánica (síncope, hipotonía, incontinencia…)

Criterio 2. Dos o más de los siguientes signos que aparecen rápidamente (minutos o algunas horas) tras la exposición a un alérgeno potencial para el niño:
- Afectación de piel y/o mucosas
- Compromiso respiratorio
- Disminución de la TA o síntomas asociados de disfunción orgánica
- Síntomas gastrointestinales persistentes

Criterio 3. Disminución de la TA tras la exposición a un alérgeno conocido para

ese niño (minutos o algunas horas):
- Lactantes: TAS < 70 mmHg
- Niños 1-10 años: TAS < 70 mmHg + (edad años x 2)
- Niños >10 años: TAS < 90 mmHg o descenso del 30% sobre la basa

La causa más frecuente en Pediatría son los alimentos: leche, huevos, frutos secos, pescado, marisco y legumbres. Si se asocia con asma alérgico las reacciones pueden ser de mayor gravedad.

Aunque los síntomas cutáneos suelen ser los primeros en aparecer y son los más frecuentes, hasta en un 20% de los casos pueden no presentarse. Un 20% de los casos pueden presentar reacciones bifásicas que aparecen entre las 4-12 horas del inicio de los primeros síntomas. En los niños los síntomas respiratorios y digestivos son los más frecuentes.

Ante la sospecha de anafilaxia debemos administrar adrenalina intramuscular en parte lateral del muslo (24) de modo precoz. La dosis de adrenalina intramuscular es de 0,01 mg/kg de peso. En la Guía rápida del manual de anafilaxia pediátrica se dice que la dosis máxima de adrenalina puede llegar a 0,5 mgr, solución de 1:1000 y se puede repetir su administración cada 5-15 min (24).

Tras su administración se valoraría la respuesta (24):

Si hay mejoría:
- Observación durante 4-8 horas.
- Medidas de evitación provisionales según el alérgeno sospechado.
- Prescripción de adrenalina autoinyectable, Se recomienda prescribir 2 autoinyectores de adrenalina. El niño o su familia lo llevarán siempre consigo.
- Derivar a CCEE de Alergia Infantil. ALTA Prescripción de antihistamínicos y corticoides orales.

Recomendaciones al alta:
1. Informar sobre cómo reconocer la anafilaxia.
2. Aconsejar acudir de nuevo a urgencias si se reinician los síntomas.
3. Adiestrar en el manejo del AIA al niño, familiares y cuidadores.
4. Dar normas de evitación del agente desencadenante o sospechoso por escrito.
5. Plan de acción individual por escrito.
6. Llevar siempre identificación de riesgo de anafilaxia y desencadenantes posibles.

Si no hay mejoría:

Hipotensión, hipoxemia, mala perfusión periférica, alteración de la conciencia, Obstrucción respiratoria grave:
- ABCDE (valoración Vía Aérea, Respiración, Circulación, Estado Neurológico, Exposición).
- Oxígeno.
- Suero salino fisiológico 0.9%: 20 ml/kg a pasar en 10 minutos (repetir bolus si no responde hasta la normalización de constantes o signos de hipoperfusión o aparición de signos de sobrecarga volumétrica).
- Salbutamol nebulizado 0.15 mg/kg (máx 5 mg) o inhalado con cámara (4-8 puff).
- Hidrocortisona iv 10-15 mg/kg (máx 500 mg) o Metilprednisolona iv 1-2 mg/kg (máx 60 mg).
- Dexclorfeniramina iv 0.15 mg/kg (máx. 5 mg).

Continua sin mejoría:
Se trasladaría a UCIP Perfusión continua adrenalina intravenosa: 0.1 a 1 mcg/kg/min, Reposición de líquidos, Si tratamiento con B-bloqueantes: glucagón 20-30 mcg/kg. Otros fármacos vasopresores.

Confirmada la alergia a alimentos, siempre por un médico especialista en alergia (alergólogo), que valorará el resultado de los métodos diagnósticos, el tratamiento consiste en evitar el alimento causante además de todos aquellos alimentos o productos manufacturados, derivados del mismo (25).

Los alimentos implicados en la alergia a alimentos pueden pertenecer a cualquiera de los grupos alimentarios.
Según este esquema, se pueden intercambiar entre sí (25):
- Legumbres.
- Carnes y derivados cárnicos, vísceras, huevos y pescados.
- Pastas, arroz y cereales.
- Verduras y hortalizas.
- Frutas entre sí.
- Productos lácteos, leche, yogures, batidos, helado, por fórmulas especiales y preparados de sustitución.
- Con respecto a la patata, puede reemplazar a los alimentos ricos en carbohidratos, tales como arroz y pastas.
- Los frutos secos los podemos utilizar como complemento, fuente energética y con alto contenido en ácidos grasos esenciales.

En principio, el tratamiento de exclusión puede parecer sencillo pero en la práctica es más complicado, ya que, no es suficiente eliminar el alimento como tal, y

éste puede ir de forma enmascarada en la composición de otros muchos y, a veces, pequeñas cantidades de uno pueden contaminar a otro de forma inadvertida. Es más seguro que el niño no tome alimentos envasados, pero, a veces, esto resulta imposible, con lo que se hace necesario aprender a leer e interpretar correctamente el etiquetado de los productos, evitando los alimentos cuya composición no quede claramente reflejada o aquellos en cuya composición consten: proteínas, espesantes, emulgentes, etc., de procedencia dudosa.

Alimentación del recién nacido y primera infancia (25):
Quizás el alimento más difícil de sustituir sea la leche, por nuestra cultura alimentaria. La alergia a proteínas de leche de vaca suele ser la primera sensibilización que se presenta y la aparición de los síntomas coincide generalmente con la toma de los primeros biberones de fórmula adaptada. En estos casos, se recomienda la lactancia materna en lactantes hasta seis meses, y puesto que sí se ha demostrado la presencia de proteínas de origen vacuno en la leche materna, es recomendable que la madre realice una dieta exenta de leche de vaca o al menos sin sobrecarga de este alimento, con suplemento de minerales.

Si la lactancia materna no es posible, o tiene que ser complementada, resulta imprescindible la sustitución de la leche por fórmulas especiales que proporcionen los mismos principios nutritivos. Para ello, se utilizan fórmulas que se preparan a partir de hidrolizados de proteínas de leche de vaca, soja y colágeno, fórmulas de soja y las llamadas dietas elementales (cuyo cuerpo proteico es aminoácidos libres). No es adecuada la leche de otros mamíferos (cabra y oveja) por su similitud proteica a la leche de vaca (25).

Sería importante reseñar también la problemática social a la que las personas alérgicas se enfrentan: el primer contacto con el hospital lo hacen normalmente en una situación de urgencia: anafilaxia, en otras ocasiones por presentar unos síntomas menos claros, el diagnóstico es complejo y puede retrasarse tras la realización de una espiral de pruebas, visita a múltiples especialistas… incrementándose la confusión y ansiedad en los padres y el niño.

En aquellos casos en los que sí se llega al diagnóstico de alergia alimentaria, los padres se enfrentan a la búsqueda de alimentos capaces de sustituir a aquellos frente a los que tiene reacción su hijo y se plantean entonces importantes dudas acerca de su nutrición (25).

5 Discusión-Conclusión

La alergia alimentaria supone un gran problema de salud en la actualidad, tanto por el número de población pediátrica afectada como por la merma en la calidad de vida que supone para los niños que la padecen y sus familias.

En 2005 se aprobó el Real Decreto 2220/2004 en el que se obligaba a que en las etiquetas de alimentos se informase de la presencia de 12 alérgenos (26). En 2006 se añadieron 2 alérgenos más. Además, el actual reglamento europeo, en vigor desde el 13 de diciembre de 2014, obliga que se informe de la presencia de alérgenos en bares, hospitales, restaurantes, colegios y los vendidos a granel y a distancia y a que la información sobre alérgenos cumpla unos estándares de legibilidad y a que se especifique origen de los aceites vegetales presentes en los alimentos. El "Reglamento 2018/775", publicado en el DOUE núm. 131, de 29 de mayo de 2018, DOUE-L-2018-80864 pretende aumentar la transparencia en el etiquetado de los productos en aquellos supuestos en los que exista una diferencia entre el lugar de origen de un alimento y el lugar de donde provenga su ingrediente primario (27).

No existe la suficiente comprensión social ante las limitaciones que conlleva la alergia alimentaria incluso entre los miembros de la misma familia (abuelos, tíos). Un dato sobreañadido es que muchos de los productos tanto de alimentación, como de higiene, son mucho más caros y no los cubre la Seguridad Social. Otro handicap es la dificultad para encontrar escuelas que cubran las numerosas necesidades de los niños alérgicos. Se procura informar a los profesores y otros miembros del colegio, lo cual no evita que en ocasiones condicione la asistencia al comedor o aparte al niño de las actividades que realizan los demás que impliquen comer fuera (25). Existen documentos como el PLAN DE ACTUACIÓN ANTE UNA ANAFILAXIA EN CENTROS EDUCATIVOS (28) que pueden ayudar en estos aspectos.

En la actualidad se ha pasado de poner el foco en la dieta de evitación a la realización de medidas que favorezcan la tolerancia. Así la ITO supone un futuro halagüeño para los niños con alergias alimentarias y sus familias, siendo necesarios más estudios que respalden un nivel de evidencia científica alto. Algunos pacientes consiguen la tolerancia o areactividad mantenida, es decir, pueden tomar libremente el alimento sin necesidad de un consumo regular. Por el contrario, otros necesitan de la toma regular del alimento para no presentar reacción, son los pacientes desensibilizados.

En diversos estudios se ha demostrado su efectividad al conseguir la desensibilización en la mayoría de pacientes (más del 70-80% de ellos, según edad y alimento). Referente a la eficacia en cuanto a tolerancia existen pocas publicaciones, los resultados son inferiores que en desensibilización, pero faltan estudios a largo plazo.

La ITO sólo está indicada en niños afectos de alergia IgE mediada (con síntomas inmediatos y pruebas positivas para la detección de IgE frente al alimento (prick test) y/o IgE específica en sangre). La gravedad de la reacción alérgica, en principio, no contraindica el tratamiento. En la actualidad solo se recomienda en el ámbito de la investigación. Sin embargo, en el caso de la leche de vaca y el huevo, ya se ha introducido en la práctica clínica.
La indicación del tratamiento y el momento adecuado para iniciarse deben individualizarse y acordar se con el especialista. Es importante que pacientes y familiares consulten todas sus dudas antes de decidir iniciar un protocolo de ITO (29).

Las GPC se muestran cautelosas y no recomiendan actualmente este enfoque terapéutico en base principalmente a la deficiente calidad de los estudios realizados hasta el momento y su potencial riesgo de reacciones adversas graves (30). En un sumario de evidencia de Uptodate sobre tratamientos experimentales para la alergia a alimentos (31), se incluye la inmunoterapia oral (ITO) o desensibilización oral entre los tratamientos basados en el alérgeno alimenticio específico. El sumario comenta que se han descrito protocolos de ITO para la alergia a la leche de vaca, clara de huevo, pescado, manzana, naranja, apio, y cacahuete. El sumario informa que las tasas de desensibilización que muestran ensayos clínicos no controlados oscilan entre el 75 y el 86% de los pacientes con alergia a alimentos (en concreto sobre la ITO con leche los estudios revelan tasas de éxito que varían desde el 62 hasta el 79%). En cuanto a los potenciales efectos secundarios, se comenta que, en los estudios realizados con ITO con leche de vaca han ocurrido reacciones alérgicas en aproximadamente el 50% de los pacientes, de las cuáles entre un 15 y un 20% de los pacientes fueron retirados del estudio debido a efectos secundarios significativos con un caso de anafilaxia potencialmente mortal en una paciente en la fase de escalada de dosis.

Como enfoque alternativo se postula la combinación de ITO con la administración de anticuerpos anti-IgE (se necesitan ensayos controlados para evaluar este enfoque y determinar si la adición de los anticuerpos influye en los resultados del tratamiento).

La GPC parecen coincidir en que los beneficios no compensan las frecuentes y graves reacciones adversas y que se precisan más investigaciones al respecto (32) (33) (34) (35).

Los resultados de un meta-análisis (36) de ensayos clínicos controlados y aleatorizados (ECAs), realizado con objetivo de determinar si la técnica de inducción de tolerancia oral específica era más efectiva que la evitación del alérgeno alimentario en el desarrollo de tolerancia oral. Este meta-análisis incluyó tres estudios (en uno se exponía al paciente a leche de vaca o huevo, en los otros dos a leche de vaca; en total 127 niños) y no encontró diferencias entre los niños que recibieron el protocolo de ITO y aquellos en los que la actitud terapéutica fue la evitación del alimento en cuestión.

Al ser producida por múltiples causas, algunas no identificadas fehacientemente, la prevención resulta dificultosa pero necesaria. Se debería recomendar evitar el consumo de tabaco durante la gestación y evitar el nacimiento por cesárea. En cuanto a la dieta de la madre durante la gestación: no se recomienda ninguna restricción ni de los alimentos más alergénicos. Y en cuanto a la toma de probióticos no hay suficiente evidencia científica sobre cuáles tomar o dosis efectiva. Sí está claro el beneficio de la LM hasta los 6 meses y si se precisa suspender o suplementar utilizar formulas adaptadas convencionales (no hipoalergénicas, ni de soja).

Se recomienda también introducir los alimentos sólidos entre los 4 y 6 meses, no retrasando los más alergénicos, en lo que no hay unanimidad es en el "timing" de la incorporación a la dieta de cada uno.

6 Bibliografía

1. Jackson KD, Howie LD, Akinbami LJ. Trends in allergic conditions among children: United States, 1997- 2011. NCHS Data Brief. 2013;121:1-8.
2. Burks AW, Tang M, Sicherer S, Muraro A, Eigenmann PA, Ebisawa M, et al. ICON: food allergy. J Allergy Clin Immunol. 2012;129:906-20
3. Echeverría Zudaire LA. Novedades en diagnóstico y prevención de la alergia alimentaria. En: AEPap (ed.). Curso de Actualización Pediatría 2018. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2018. p. 145-157.
4. SEAIC. Recomendaciones y algoritmos de práctica clínica de la sociedad Española de alergología e inmunología clínica. Alergia a alimentos.. 9788496989504th ed. luzan5.es w, editor. Madrid: Equalmas 5, SL. Pasaje de la

Virgen del agua, 14 28027 Madrid; 2010.
5. Lieberman P, Camargi CA, Bohlke K, Jick H, Miller RL, Sheikh A, et al. Epidemiology of anaphylaxis: findings of the American College of Allergy, Asthma and Immunology. Epidemiology of Anaphylaxis Working Group. Ann Allergy Asthma Immunol. 2006;97:596-602.
6. Juliá Benito J.C,Guerra Pérez M.T, Praena Crespo M. Anafilaxia en la infancia. Formación activa en pediatría en Atención primaria. 2016; 9(2).
7. Clark S, Espinola J, Rudders SA, Banerji A, Camargo CA. Frequency of US emergency department visits for food-related acute allergic reactions. J Allergy Clin Immunol. 2011;127:682-3.
8. Plaza Marín A.M. Alergia alimentaria en la edad pediátrica, conceptos actuales. Anales de pediatría. Asociación española de pediatría. 2016;(DOI: 10.1016/J.anpedi.2016.01.017). https://www.analesdepediatria.org/es-alergia-alimentaria-edad-pediatrica-conceptos-articulo-S1695403316000278
9. Bacigaluppi, J.F. Algunos aspectos de la prevención primaria y secundaria en la alergia y asma. Revista de la Asociación Médica Argentina. 2008; 121(4).
10. Glovsky MM, Ghekiere L, Rejzek E. Effect of maternal immunotherapy on immediate skin test reactivity, specific rye IgG and IgE antibody and total IgE of the children. Ann Allergy 1991;67:21-24.
11. Boyle RJ, Ierodiakonou D, Khan T, Chivinge J, Robinson Z, Geoghegan N, et al. Hydrolysed formula and risk of allergic or autoimmune disease: systematic review and meta-analysis. BMJ. 2016;352:i974.
12. Katz Y, Rajuan N, Goldberg MR, Eisenberg E, Heyman E, Cohen A, et al. Early exposure to cow's milk protein is protective against IgE-mediated cow's milk protein allergy. J Allergy Clin Immunol. 2010;126:77-82
13. . Koplin JJ, Osborne NJ, Wake M, Martin PE, Gurrin LC, Robinson MN, et al. Can early introduction of egg prevent egg allergy in infants? A population-based study. J Allergy Clin Immunol. 2010;126:807-13.
14. Grimshaw KE, Maskell J, Oliver EM, Morris RC, Foote KD, Mills EN, et al. Diet and food allergy development during infancy: birth cohort study findings using prospective food diary data. J Allergy Clin Immunol. 2014;133:511-9.
15. Du Toit G, Roberts G, Sayre PH, Bahnson HT, Radulovic S, Santos AF, et al. Randomized trial of peanut consumption in infants at risk for peanut allergy. N Engl J Med. 2015;372:803-13.
16. Natsume O, Kabashima S, Nakazato J, YamamotoHanada K, Narita M, Kondo M, et al. Two-step egg introduction for prevention of egg allergy in high-risk infants with eczema (PETIT): a randomised, doubleblind, placebo-controlled trial. Lancet. 2017;389: 276-86

17. Nevot Falcó, S, Gómez Galán C. Prevención de las enfermedades alérgicas. Pediatría integral. 2013 Octubre; XVII(8). https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2018-03/prevencion-de-las-enfermedades-alergicas-2/
18. Horimukai K, Morita K, Narita M, Kondo M, Kabashima S, Inoue E, et al. Transepidermal water loss measurement during infancy can predict the subsequent development of atopic dermatitis regardless of filaggrin mutations. Allergol Int. 2016;65:103-8
19. . Simpson EL, Chalmers JR, Hanifin JM, Thomas KS, Cork MJ, McLean WH, et al. Emollient enhancement of the skin barrier from birth offers effective atopic dermatitis prevention. J Allergy Clin Immunol. 2014;134:818-23
20. Allen KJ, Koplin JJ, Ponsonby AL, Gurrin LC, Wake M, Vuillermin P, et al. Vitamin D insufficiency is associated with challenge-proven food allergy in infants. J Allergy Clin Immunol. 2013;131:1109-16
21. Gunaratne A W, Makrides M, Collins CT. Maternal prenatal and/or postnatal n-3 long chain polyunsaturated fatty acids (LCPUFA) supplementation for preventing allergies in early childhood. Cochrane Database Syst Rev. 2015;7:CD010085.
22. Kelleher MM, Dunn-Galvin A, Gray C, Murray DM, Kiely M, Kenny L, et al. Skin barrier impairment at birth predicts food allergy at 2 years of age. J Allergy Clin Immunol. 2016;137:1111-6.
23. Johansson SGO, Haahtela T. World Allergy Organization Guidelines for Prevention of Allergy and Allergic Asthma. Allergy Clin Immunol Int2004;16:176185
24. SEICAP Coordinador: Juliá Benito, J.C. Guía Rápida del manual de anafilaxia pediátrica. ISBN 978-84-617-9604-5 Depósito legal CA 211-2017: http://pacientes.seicap.es/es/map-manual-de-anafilaxia-pedi%C3%A1trica_44766;
mayo 2017.
25. Pinto Fontanillo, J.A- Coordinador. Alimentación Nutrición y Salud. La alergia a los alimentos. 196902005th ed. Pinto Fontanillo J, editor.
26. Hermida Á. Los alérgenos en el etiquetado. El confidencial. Alimente. 2018 Febrero: p.
27. Botella J. Etiquetado de origen de los alimentos: una nueva vuelta de tuerca (el Reglamento (UE) 2018/775). Revista alimentaria. 2018 Octubre; https://www.revistaalimentaria.es/
28. http://www.seicap.es/documentos/archivos/Protocolo_Anafilaxia_castellano_ALK1.pdf.
In.
29. Grupo de trabajo de Alergia Alimentaria SEICAP.Coordinador: Martorell A. Guia ITO. Allergologia et Immunopathologia y Journal o fInvestigational Aller-

gology and Clinical Immunology, órganos oficiales de SEICAP y. 2017 mayo; Publiseh by Elservier.
30. Salud. Biblioteca Virtual Murcia salud. Efectividad de la desensibilización oral en la alergia a la leche de vaca y huevo en niños.. Banco de Preguntas Preevid. Efectividad de la desensibilización oral en la alergia a la leche de vaca y huevo en niños. Murciasalud, 2011. Disponible en http://www.murciasalud.es/preevid.php?op=mostrar_pregunta&id=18829&idsec=453.
2011 Diciembre.
31. Nowak-Węgrzyn A. Future therapies for food allergy. In: UpToDate, Basow, DS (Ed), UpToDate, Waltham, MA, 2011.
32. Cox L, Nelson H, Lockey R, Calabria C, Chacko T, Finegold I, Nelson M, Weber R, Bernstein DI, Blessing-Moore J, Khan DA, Lang DM, Nicklas RA, Oppenheimer J, Portnoy JM, Randolph C, Schuller DE, Spector SL, Tilles S, Wallace D. Allergen immunotherapy: a practice parameter third update. J Allergy Clin Immunol. 2011 Jan;127(1 Suppl):S1-55.
33. Boyce JA, Assa'ad A, Burks AW, Jones SM, Sampson HA, Wood RA, Plaut M, Cooper SF, Fenton MJ, NIAID-Sponsored Expert Panel, Arshad SH, Beck LA, Byrd-Bredbenner C, Camargo CA Jr, Eichenfield L, Furuta GT, Hanifin JM, Jones C, Kraft M, Levy BD, Lieberman P, Luccioli S, McCall KM, Schneider LC, Simon RA, Simons FE, Teach SJ, Yawn BP, Schwaninger JM. Guidelines for the diagnosis and management of food allergy in the United States: report of the NIAID-sponsored expert panel. J Allergy Clin Immunol 2010 Dec;126(6 Suppl):s1-58.
34. Fiocchi A, Brozek J, Schünemann H, Bahna SL, von Berg A, Beyer K, Bozzola M, Bradsher J, Compalati E, Ebisawa M, Guzmán MA, Li H, Heine RG, Keith P, Lack G, Landi M, Martelli A, Rancé F, Sampson H, Stein A, Terracciano L, Vieths S; World Allergy Organization (WAO) Special Committee on Food Allergy. World Allergy Organization (WAO) Diagnosis and Rationale for Action against Cow's Milk Allergy (DRACMA) Guidelines. Pediatr Allergy Immunol. 2010 Jul;21 Suppl 21:1-125..
35. Clark AT, Skypala I, Leech SC, Ewan PW, Dugué P, Brathwaite N, Huber PA, Nasser SM; British society for Allergy and Clinical Immunology. British Society for Allergy and Clinical Immunology guidelines for the management of egg allergy. Clin Exp Allergy. 2010 Aug;40(8):1116-29..
36. Isher HR, du Toit G, Lack G. Specific oral tolerance induction in food allergic children: is oral desensitisation more effective than allergen avoidance?: a meta-analysis of published RCTs. Arch Dis Child. 2011 Mar;96(3):259-64.
37. Fernádez Rodríguez M MCBM. La introducción precoz de alimentos en lactantes con lactancia materna aparentemente no previene la alergia alimentaria.

Evid pediatría. 2010; 12(49).

Capítulo 92

ÚLCERAS POR PRESIÓN. NOCIONES BÁSICAS

CAROLINA DA SILVA MARTINEZ

ÁGUEDA GONZÁLEZ DÍAZ

NOELIA DÍAZ DÍAZ

COVADONGA ÁLVAREZ SEVILLANO

VANESA SÁNCHEZ GUTIÉRREZ

1 Introducción

Las úlceras por presión (UPP), así como las heridas crónicas, son un problema para la sociedad actual, teniendo en cuenta factores como el progresivo envejecimiento de nuestra población, que contribuyen a su aparición.
Es una labor de enfermería estar en continua formación y actualización sobre los distintos abordajes, cuidados y tratamientos posibles sobre las mismas, ya que suponen un alto coste, tanto a nivel social, sanitario y económico. En este trabajo se pretende hacer una recolección de la información básica que cualquier profesional de enfermería debe conocer sobre este tipo de heridas, desde su etiopatogenia hasta su forma de abordaje. Es de vital importancia clasificar y realizar un estadiaje correcto de las mismas, para que su tratamiento sea lo más exhaustivo posible.

Cabe destacar también, la importancia de una correcta formación e información tanto a pacientes y cuidadores. Esta labor de educación sanitaria recae, de

forma más notoria, sobre la figura de la enfermera de cupo, por lo que es importante adquirir la capacidad de difundir nuestros conocimientos de una forma entendible para los muy distintos usuarios que se nos pueden presentar durante el desarrollo de nuestra actividad.

Las UPP constituyen uno de los problemas más importantes de nuestro sistema sanitario. Por este motivo se hace necesaria la investigación y la elaboración de guías y estudios, dirigidos tanto a pacientes como personal sanitario o cuidadores informales, encaminados a disminuir la magnitud del problema. En relación con los cuidados de enfermería, el índice de UPP es el indicador de calidad más representativo, un menor índice de UPP puede estar relacionado con un alto nivel de atención y viceversa.

Una estimación realizada por GNEAUPP ("Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento de Úlceras por Presión y Heridas Crónicas") en el 2005 establece que entre 57.000 y 100.000 pacientes con UPP son atendidos diariamente en España y el 84,7 % son mayores de 65 años. La localización más frecuente fue el sacro y los talones. El 70% de UPP tiene lugar en personas mayores de 70 años, debido a que es frecuente la concurrencia de diversos procesos patológicos que complican el problema inicial.

Desde el punto de vista social, las UPP suponen un alto coste de recursos, a lo cual debemos añadir que nos encontramos ante un problema potencialmente evitable por lo que se da a lugar a cuestiones de aspecto ético y legal.

2 Objetivos

Objetivos principales:
- Dar a conocer los aspectos básicos sobre úlceras por presión y heridas crónicas.
- Realizar un resumen sobre el abordaje básico y clasificación de estas.

Objetivos secundarios:
- Clasificar de forma correcta el estadiaje de las úlceras por presión.
- Adquirir conocimientos sobre etiopatogenia y tratamiento, así como concienciar sobre la importancia de una correcta y actualizada formación de las mismas.

3 Metodología

El presente trabajo se basa en un estudio descriptivo no experimental acerca de las úlceras por presión, así como las heridas crónicas y el conocimiento básico

que se ha de tener en el ámbito sanitario sobre las mismas y la implicación de los profesionales de enfermería en su abordaje.

Para su desarrollo y como fuentes de información hemos tenido acceso a distintas páginas webs y guías que tratan sobre el tema, como: GNEAUPP y picuida. Además se ha realizado un acceso a páginas sanitarias de distintas comunidades autónomas como la del servicio gallego de salud (SERGAS), servicio del principado de Asturias (SESPA) y del servicio de salud de La Rioja, entre otros.

Para realizar dicho seguimiento, hemos acotado las fechas de los documentos desde el año 2015 hasta la actualidad, quedando excluidos todos los documentos y guías publicados con anterioridad.

Para completar la información obtenida, hemos revisado distintos artículos publicados, a los cuales tuvimos acceso mediante los enlaces facilitados en algunas de estas guías o por redes sociales. Además, se han utilizado diferentes buscadores para contrastar y perfilar datos, principalmente: Google, Google Académico y Yahoo, junto con el uso de diferentes bases de datos como Medline, SciELO y Dialnet. Para dicha búsqueda, empleamos la combinación de términos como "úlceras por presión", "heridas crónicas", "tratamiento", "estadiaje", "escalas", "educación" y "cuidados".

4 Resultados

Una lesión por presión es una lesión de origen isquémico, localizada en la piel y tejidos subyacentes con pérdida de sustancia cutánea y producida por una presión prolongada, fricción entre dos planos duros o pinzamiento vascular. La presión directa es el principal factor para su desarrollo, pero existen otros como son el exceso de humedad, la incontinencia y deshidratación en la piel.

Entre los mecanismos que alteran la integridad de la piel y que, por lo tanto, contribuyen en la aparición de las UPP destacan:

- La presión: fuerza que actúa de manera perpendicular que provoca el aplastamiento tisular entre dos planos, uno relativo al paciente y otro externo a él. La presión capilar normal oscila entre 16-32 mmHg. Sin embargo, la formación de una úlcera depende tanto de la presión que se ejerce sobre una zona de la piel como del tiempo que se mantiene esta presión. Una presión mantenida sobre un área concreta, durante un tiempo prolongado ocluirá el flujo sanguíneo capilar en los tejidos blandos, provocando una hipoxia y si no se alivia, una necrosis de

los mismos.
- Fricción: Una fuerza que actúa paralelamente a la piel produciendo roces por movimiento o arrastre. Este roce frecuente causa una descamación de las células epidérmicas y disminuye la resistencia del tejido.
- Cizallamiento: combina los efectos de la presión y fricción como ocurre en la posición Fowler. En esta situación, los tejidos externos permanecen fijos mientras que los tejidos profundos se deslizan quedando los vasos sanguíneos comprimidos, produciéndose una privación de oxígenos y nutrientes lo que conlleva una isquemia de avance rápido.
- Humedad: la incontinencia mixta, sudoración profusa, mal secado de la piel y el exudado de heridas producen un deterioro de la piel y edema, disminuyendo su resistencia y haciéndola más predispuesta a la erosión y ulceración.

Existen otros factores de riesgo que contribuyen a la producción de UPP:
- Fisiopatológicos: lesiones cutáneas, trastorno en el transporte de oxígeno, nutricionales y metabólicos por exceso o defecto, inmunológicos, neurológicos, alteración del estado de consciencia y de la eliminación.
- Derivados del tratamiento: inmovilidad, tratamientos o fármacos inmunosupresores y sondajes.
- Situacionales: Resultado de modificaciones de condiciones personales, ambientales, hábitos, etc.
- Del desarrollo: niños y ancianos.
- Del entorno: falta de educación sanitaria a los pacientes, de criterios unificados en la planificación de las curas por parte del equipo asistencial, la no adecuada utilización del material de prevención, falta de formación y/o información específica, así como sobrecarga del trabajo profesional.

Las UPP normalmente se producen en los puntos de apoyo del cuerpo que coinciden con las prominencias óseas, influyendo en su aparición la posición del usuario y su estado general.
- En la posición de decúbito supino la localización más frecuente de las úlceras es en talones, sacro, codos, omóplatos y zona occipital.
- En la posición de decúbito lateral: orejas, acromión, codos, costillas, caderas, trocánter, cóndilos y maléolos.
- En la posición de decúbito prono: dedos de los pies, rodillas, espinas ilíacas, órganos genitales en hombres, mamas en mujeres, costillas, mejillas y orejas.
- En la posición Fowler los puntos más susceptibles son: los omóplatos, codos, coxis, subglúteos, huecos poplíteos, gemelos y talones.

También existen las de origen iatrogénico por exposición prolongada de la mascarilla de oxígeno,por tiempo prolongado de sonda vesical, por exposición prolongada de sondaje nasogástrico, por la sujeción mecánica.

En general, podemos indicar que existe riesgo de aparición de úlceras en cualquier lugar donde ocurra una presión excesiva sobre alguna parte del cuerpo, independientemente de la posición del paciente.

Clasificación de las UPP:
- Estadío I. La epidermis se encuentra íntegra. Se puede observar un color rojizo provocado por una hiperemia reactiva mayor a 24 horas.
- Estadío II. Afectación de la epidermis y la dermis. Se observan flictenas o vesículas. Aparecen descamación y grietas (pérdida parcial del grosor de la piel).
- Estadío III. Afecta al tejido celular subcutáneo. Se pueden observar los bordes definidos con proceso necrótico. Puede haber exudado seroso-sanguinolento y tunelizaciones.
- Estadío IV. La afectación llega al músculo, pudiendo aparecer afectación ósea. Se observa tejido necrótico y exudado abundante.

Se puede definir una escala de valoración del riesgo de desarrollar ulceras por presión (EVRUPP), como un instrumento que establece una puntuación o probabilidad de riesgo de desarrollar UPP en un paciente, en función de una serie de parámetros considerados como factores de riesgo. De entre ellos la literatura científica destaca como más importantes la incontinencia (humedad), el estado neurológico y el estado nutricional de nuestros pacientes. Siendo éstos los más importantes, no son los únicos factores predisponentes, y por eso no hay que olvidar factores que sin estar incluidos en las EVRUPP, también colaboran en la aparición de las UPP como pueden ser: la diabetes, la edad avanzada (> 70 años), obesidad o caquexia y el tratamiento con corticoides, citostáticos o anticoagulantes.

Los objetivos de la aplicación de una escala de valoración del riesgo de UPP serían:
- Identificar de forma precoz los pacientes que pueden presentar UPP, en base a la presencia de factores de riesgo.
- Proporcionar un criterio objetivo para la aplicación de medidas preventivas en función del nivel de riesgo.
- Clasificar a los pacientes en función del grado de riesgo, con fines de estudios epidemiológicos.

La primera escala de valoración del riesgo de desarrollar una UPP descrita en la literatura fue desarrollada en 1962 por Doreen Norton. De la escala de Norton se han derivado múltiples escalas (Gosnell, Nova, EMINA, etc.). Los requisitos que debe reunir la escala ideal y por tanto los mínimos necesarios a evaluar y para validar una escala son:
- Alta sensibilidad: capacidad para identificar correctamente a los pacientes que tienen la enfermedad.
- Alta especificidad: habilidad para identificar correctamente a los pacientes que no tienen la enfermedad.
- Buen valor predictivo: tanto positivo como negativo.
- Ser fácil de usar.
- Que presente criterios claros y definidos que eviten al máximo la variabilidad interobservadores.
- Aplicable en los diferentes contextos asistenciales.

Las escalas más conocidas y utilizadas son las siguientes:
- Escala Braden: creada en 1987 en Estados Unidos. Está validad y tiene una alta fiabilidad. Valora la percepción sensorial, la exposición a la humedad, la actividad, movilidad, nutrición y roce. Su rango de puntuación oscila entre 6 y 23 puntos, pudiendo obtener como resultados: ≤16 riesgo bajo, ≤14 riesgo moderado, ≤12 riesgo alto.
- Escala Norton: creada en 1962 en Reino Unido. También validad y con una alta fiabilidad. Valora el estado físico y mental, la actividad, movilidad e incontinencia. Los posibles resultados serán: ≤16 riesgo moderado de UPP y ≤12 riesgo alto.

La mayoría de las úlceras por presión son evitables, por lo que es importante disponer de estrategias de prevención y educación.

En lo que a los cuidados de la piel se refiere, se debe examinar una vez al día teniendo especialmente en cuenta: prominencias óseas, zonas expuestas a la humedad, la presencia de sequedad y eritemas, así como mantener la piel limpia y seca. No utilizar alcoholes y aplicar crema hidratante procurando su absorción. Se debe utilizar lencería de tejidos naturales. No realizar masajes directamente sobre prominencias óseas y prestar especial atención a zonas donde se han producido úlceras por presión previamente.

En cuanto al exceso de humedad debemos valorar los potenciales factores de riesgo como la incontinencia o transpiración, así como utilizar productos de barrera que protejan la piel.

Para manejar la presión existen distintas técnicas como la movilización, cambios posturales programados cada 2-3 horas a pacientes encamados y siguiendo una programación individualizada. En pacientes sentados los cambios han de realizarse cada hora.

Si existe un riesgo medio o alto se utilizarán superficies dinámicas tales como colchones que cambian los puntos de presión.

Dentro de los cuidados generales debemos tratar de corregir o prestar mayor atención en los procesos que puedan incidir en el desarrollo de las UPP tales como, alteraciones respiratorias, circulatorias o metabólicas, así como identificar y corregir déficits nutricionales, proporcionando una dieta hiperproteica e hipercalórica, individualizando cada caso. Es de vital importancia también un estado de hidratación adecuado.

Como profesionales sanitarios, debemos realizar un correcto registro, evaluación y monitorización. El hecho de registrar los riesgos es una gran medida de protección legal de los profesionales responsables de la prevención. La evaluación mejora la eficacia de los cuidados.

Los resultados de la prevención pueden medirse como:
- Prevalencia= número de pacientes con UPP/ total pacientes estudio.
- Incidencia= número de pacientes con UPP en un periodo/ total pacientes estudio.

Es importante llevar a cabo una correcta valoración de la lesión y un registro de al menos una vez a la semana y siempre que existan cambios.
Existen diversos parámetros para ello:
1. Localización.
2. Clasificación-estadiaje (I, II, III, IV).
3. Dimensiones.
5. Tipos de tejido en la lesión: necrótico, esfacelado o granulación.
6. Estado de la piel perilesional.
7. Tipo y cantidad de secreción.
8. Dolor.
9. Aparición de signos de infección local.

En pacientes, que presentan o han presentado algún tipo de lesión relacionadas con las úlceras, se reconoce un mayor riesgo de desarrollarlas de nuevo. La nutrición juega un papel relevante en el cuidado de la cicatrización de las heridas. En

los pacientes con UPP, se unen otros problemas que pueden dificultar una adecuada nutrición, como la edad avanzada, anorexia, ausencia o problemas con la dentición y la disminución del nivel de consciencia. Un buen soporte nutricional no sólo favorece la cicatrización de las úlceras por presión, sino que también puede evitar la aparición de éstas, al igual que complicaciones locales.

Hoy en día, existen evidencias de que hay algunos nutrientes específicos como la arginina, que es básica para el proceso de cicatrización y cuyas cantidades necesarias son prácticamente imposibles de obtener de los nutrientes disponibles en una dieta normal. La dieta del paciente con UPP, deberá garantizar el aporte como mínimo de:

- Proteínas: (1.25 - 1.5 gr./Kg. Peso/día), pudiendo ser necesario el aumento hasta un máximo de 2 gr./Kg. de peso/día.
- Calorías: 30-35 Kcal x Kg. de peso/día.
- Minerales: Zinc y Hierro entre otros.
- Arginina.
- Aporte hídrico: (1cc Agua x Kcal. día) (30cc agua/día por Kg. Peso).
- Vitaminas: C, A y del complejo B.

En caso de que la dieta habitual del paciente no cubra estas necesidades, debemos recurrir a suplementos nutricionales formulados especialmente para pacientes con heridas crónicas. También debemos tratar las alteraciones respiratorias, circulatorias o metabólicas. Mantener un correcto estado de hidratación y desarrollar un programa de educación para prevenir UPP que sea: organizado, estructurado y fácilmente comprensible.

Conocemos diferentes estadios que pueden presentar las ulceras por presión. Dependiendo de en cual se encuentren, realizaremos diferentes técnicas y cuidados.

De tal modo que si se trata de una úlcera de estadio I el cuidado se basará en aliviar la presión en la zona afectada, utilizando apósitos que sean efectivos en el manejo de la presión, reduzcan la fricción y permitan la visualización de la zona al menos una vez al día, sin dañar la piel sana y compatibles con la utilización de productos tópicos. Utilizaremos ácidos grasos hiperoxigenados ya que mejoran la resistencia de la piel y minimizar el efecto de la anoxia tisular.

En el caso de una úlcera de estadio II, III y IV el plan básico de cuidados locales debe recoger: desbridamiento del tejido necrótico, limpieza de la herida, prevención y abordaje de la infección bacteriana y elección de un producto que

mantenga continuamente el lecho de la úlcera húmedo y a temperatura corporal.

La técnica de desbridamiento consiste en la eliminación del tejido desvitalizado presente en el lecho de la herida. La presencia de tejido necrótico en el lecho de la herida de carácter seco o húmedo se caracteriza por ser un medio idóneo para la proliferación de bacterias, impidiendo el proceso de curación. En cualquier caso, la situación global del paciente, así como las características del tejido a desbridar, condicionará el tipo de desbridamiento a realizar, no siendo incompatibles entre sí, pero si es aconsejable combinarlos para obtener mejores resultados.
Desbridamiento quirúrgico. Es un procedimiento cruento que requiere de conocimientos, destreza y de una técnica y material estéril. Es la forma más rápida de eliminar áreas de escaras secas adheridas a planos más profundos o de tejido necrótico húmedo. Se debe realizar siempre por planos y en diferentes sesiones, comenzando por el área central. Una complicación frecuente con la que nos podemos encontrar son las hemorragias, pudiendo controlarlas mediante compresión directa o apósitos hemostásicos. Una vez controlada la hemorragia sería recomendable utilizar durante un periodo de 8 a 24 horas un apósito seco, cambiándolo posteriormente por un apósito húmedo.

Respecto al desbridamiento enzimático, se utiliza cuando el paciente no tolera el desbridamiento quirúrgico. Existen diversos productos químicos que se utilizan como agentes de detención química de los tejidos necróticos. Cuando se utilice esta técnica, es recomendable proteger la piel periulceral, al igual, que aumentar el nivel de humedad en la herida para potenciar su acción.

El desbridamiento autolítico trata de una técnica más selectiva y atraumática, no requiere de habilidades específicas y en general es bien aceptada por el paciente. Presenta una acción más lenta.

En cuanto al desbridamiento mecánico actualmente no emplea debido a la existencia de nuevas técnicas renovadas con mejores resultados.

La limpieza de la herida es uno de los principales cuidados que debemos llevar a cabo. Para ello se utiliza como norma suero salino fisiológico utilizando la mínima fuerza mecánica y una presión de lavado efectivo para facilitar el arrastre de los detritus y bacterias pero sin producir traumatismos en el tejido sano. La presión de lavado más eficaz es la proporcionada por la gravedad. Como norma, no limpiaremos la herida con antisépticos locales o limpiadores cutáneos. Todos son productos químicos citotóxicos para el nuevo tejido y en algunos casos su uso continuado puede provocar problemas sistémicos por su absorción en el or-

ganismo.

Es de gran importancia la elección de un apósito ideal que será biocompatible, protegerá la herida de agresiones externas físicas, químicas y bacterianas, mantendrá el lecho de la úlcera continuamente húmedo y la piel circundante seca. Además deberá eliminar y controlar exudados y tejido necrótico mediante su absorción, dejar la mínima cantidad de residuos en la lesión, será adaptable a localizaciones difíciles, respetar la piel perilesional y ser de fácil aplicación y retirada. Debemos seleccionar los apósitos adecuados en función de las siguientes variables: localización de la lesión, estado y severidad de la úlcera, cantidad de exudado, presencia de tunelizaciones, estado de la piel perilesional, signos de infección, estado general del paciente, nivel asistencial y disponibilidad de recursos, coste-efectividad y facilidad de aplicación en contextos de autocuidado.

Para evitar que se formen abscesos o se un cierre en falso de la lesión será necesario rellenar parcialmente (entre la mitad y las tres cuartas partes) las cavidades y tunelizaciones, con productos basados en el principio de la cura húmeda. La frecuencia de cambio de cada apósito vendrá determinada por las características específicas del producto seleccionado.

Algunos apósitos de cura en ambiente húmedo pueden combinarse entre sí, al igual que con otros productos. Para proteger la piel perilesional del exudado y otras agresiones, se aconseja la utilización de películas barrera no irritante.

5 Discusión-Conclusión

Podemos concluir tras la realización del presente trabajo, que el mundo de las heridas crónicas y úlceras por presión se está actualizando de forma constante. Cada vez son más los estudios que se realizan en relación con este tema, por lo que la enfermería se ve obligada a estar en una actualización constante. Es un problema social, sanitario y económico que va en aumento, debido a la sociedad en la que vivimos, cada vez más envejecida. Por ello debemos seguir estudiando métodos de prevención y curación de las mismas siendo esto, prácticas que han de estar incluidas dentro de la práctica asistencial diaria de todos los profesionales sanitarios.

También debemos hacer hincapié en la importancia que ha de darse a la educación sanitaria, tanto a los pacientes como a cuidadores habituales. Es una de las labores diarias de los profesionales de atención primaria, básica en cualquier

patología o problema de salud, pero más aún si cabe en este tipo de asistencia, ya que las UPP son evitables en un alto porcentaje, lo que disminuiría un gran coste social y económico.

6 Bibliografía

1. http://www.gneaupp.es/app/documentos-guias/
2. http://ulceras.net/publicaciones/GUIAuppHCULozanoBlesaZaragoza09.pdf
3. http://www.sergas.es/Docs/xap_pontevedra/formacion_e_docencia/Manual_ulceras.pdf
4. http://www.gneaupp.es-app-adm-documentos-guias-archivos-40_pdf.pdf.url
5. http://ulceras.net/publicaciones/GUIAuppHCULozanoBlesaZaragoza09.pdf
6. http://www.ulceras.net/publicaciones/Upp%20ciudad%20real.pdf
7. http://www.gneaupp.es/app/adm/documentos-guias/archivos/4_pdf.pdf
8. http://www.gneaupp.es/app/adm/documentos-guias/archivos/46_pdf.pdf
9. http://www.gneaupp.es/app/adm/documentos-guias/archivos/19_pdf.pdf
10. Grupo Nacional para el estudio y asesoramiento en las UPP y heridas crónicas (Gneaupp). Directrices generales sobre la prevención de UPP. (Logroño 2003).
11. http://www.systagenix.es/news/tejido-necrtico-245
12. http://www.iztacala.unam.mx/rrivas/NOTAS/Notas7Patpulpar/infcrotejido.html
13. (Documento I-GNEAUPP: Directrices Generales de Prevención sobre las Ulceras por Presión).
14. http://www.gneaupp.es/app/adm/documentos-guias/archivos/5_pdf.pdf
15. http://www.gneaupp.es/app/adm/documentos-guias/archivos/3_pdf.pdf
16. http://enfermeriaua0811.wetpaint.com/page/Cuidados+de+las+%C3%BAlceras+por+presi%C3%B3n+(UPP).
17. http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion1/capitulo20/capitulo20.htm
18. http://www.ulceras.net/monograficos/ulcPresion03.htm

Capítulo 93

RECOMENDACIONES ANTE TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO LEVE

MARIA DEL PILAR FERNÁNDEZ FIGUEIRAS

1 Introducción

El traumatismo craneoencefálico (TCE) puede ser clasificado como leve, moderado o grave, con la ayuda de la Escala de Coma de Glasgow (ECGl). La aplicación de esa escala debe formar parte de la primera evaluación realizada al paciente víctima de TCE. También, la atención primaria es de fundamental importancia para el bueno pronóstico de la víctima de TCE, en que el médico, junto con un equipo multiprofesional a través del examen clínico y neurológico, identifica la gravedad del trauma e inicia precozmente los cuidados necesarios para estabilizar al paciente.
Cada año se producen en España entre 80.000 Y 100.000 nuevos casos de TCE. Cerca del 80% tienen una intensidad leve y con una serie de recomendaciones sencillas, el paciente puede no requerir observación hospitalaria y poder irse a su casa de alta.

2 Objetivos

Determinar las recomendaciones que deben saber los pacientes y los signos de alarma por los que tendrían que acudir nuevamente a consultar a un centro médico.

3 Metodología

Revisión bibliográfica en las bases de datos de Medline, Scielo y Cuiden. Consulta de hojas informativas del Gobierno del Principado de Asturias y recomendaciones oficiales del Ministerio de Sanidad.

4 Resultados

Recomendaciones en el domicilio: vigilancia durante 24-48 horas, especialmente las 12 primeras hroas, controles de nivel de consciencia cada 4 horas en los que se tendrá que despertar al paciente y realizarle una serie de preguntas sencillas (preguntar cómo se llama, si recuerda lo que pasó…), analgesia habitual (paracetamol o ibuprofeno), dieta blanda y una correcta hidratación.

Podemos considerar como signos de alarma: vómitos, cefalea intensa o progresiva, estados de confusión o irritabilidad, dificultad en el lenguaje, pérdida de fuerza en alguna extremidad, movimientos anormales, desigualad en el tamaño de las pupilas, alteraciones en la visión (visión doble o borrosa), sangrado por algún orificio (boca, nariz, ojos,…). Ante posibles signos de alarma debe de acudir de nuevo al servicio de urgencias en la mayor brevedad posible.

5 Discusión-Conclusión

Con una serie de sencillas precauciones que se deberán explicar cuidadosamente al paciente y acompañantes, es totalmente seguro dar el alta a pacientes que han sufrido un TCE leve.

6 Bibliografía

- Considerations in traumatic brain injury in the emergency department Ruibal-Suarez JC, et al. Neurocirugia (Astur) 2019. PMID 30545604.
- Enferm. glob. vol.18 no.54 Murcia abr. 2019 Epub 14-Oct-2019.
- Guía de práctica clínica. Intervenciones de enfermería en la atención del adulto con traumatismo craneoencefálico grave. Rev Enferm IMSS -Méx- | 2015 | 23(1):43-49.

Capítulo 94

BENEFICIOS DE LA ACTIVIDAD FÍSICA EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

SONIA MARTÍNEZ AMAGO

LUCÍA MARIA MON PEYRACHE

AIDA RODRÍGUEZ RUBIO

1 Introducción

La Diabetes Mellitus Tipo 2 es un trastorno metabólico que se caracteriza por hiperglucemia (nivel elevado de azúcar en sangre) debido a la resistencia a la insulina y falta relativa de esta. Las complicaciones a largo plazo pueden incluir enfermedades del corazón, derrames cerebrales, retinopatía diabética (afecta a la vista),insuficiencia renal que puede requerir diálisis y mala circulación en las extremidades que conduce a amputaciones.

Considerada una enfermedad grave y actualmente muy extendida, cuyos factores de riesgo más importantes son modificables, puesto que están asociados al estilo de vida.

Los profesionales de enfermería, en su función docente desempeñan un papel muy importante en la educación para la salud y por ello, es imprescindible conocer cuáles son los beneficios directos de la práctica de ejercicio físico en las personas afectadas por dicho problema para conseguir el máximo estado de bienestar posible.

Teniendo en cuenta el tipo de ejercicio más adecuado para las características de cada paciente:
- Ejercicio de intensidad suave: caminar.
- Ejercicio de intensidad moderada: natación, montar en bicicleta, golf, baile, etc.
- Ejercicio de alta intensidad: correr, tenis, montañismo, etc.

Una alimentación equilibrada y la práctica regular de ejercicio físico pueden ser suficientes, al menos en un principio para controlar la Diabetes Mellitus Tipo 2. Algunos de los beneficios son:
-Mejora de la sensibilidad a la insulina, lo que disminuye la insulinemia basal y posprandial.
-Aumento de la utilización de glucosa por el musculo,esto contribuye a evitar la hiperglucemia.
-Reducción de las necesidades diarias de la insulina o de la dosis de hipoglucemiantes o normoglucemiantes orales.

2 Objetivos

Conocer los efectos beneficiosos derivados de la práctica de actividad física en aquellas personas que padecen Diabetes Mellitus Tipo 2.

3 Metodología

Se llevó a cabo una revisión sistemática empleando para ello la base de datos nacional Cuiden y las internacionales PuBmed, MEDLINE y Cochrame Plus. Los conceptos utilizados en la búsqueda han sido ”actividad física”, ”diabetes mellitus tipo 2”, ”ejercicio” y ”glucemia”, y los mismos en terminología inglesa. Los artículos elegidos han sido un total de 15 tras haber aplicado los criterios de inclusión, siendo estos, artículos cuyo acceso sea completo publicados con anterioridad máxima de diez años y en lengua española.

4 Resultados

La totalidad de los estudios seleccionados señalan que la combinación de actividad y ejercicio físico aeróbico y anaeróbico realizado al menos, de tres a cinco veces por semana, durante sesiones de 60 minutos, muestra una mejora directa en los niveles glucémicos y en el parámetro de hemoglobina glicosilada. Además se relaciona con beneficios adicionales a nivel psicológico y no sólo fisiológico.

5 Discusión-Conclusión

La actividad física produce resultados beneficiosos en cuanto a calidad de vida se refiere,especialmente si es practicada con regularidad. Los profesionales de enfermería tienen la obligación de conocer los efectos de la misma en los parámetros glucémicos y ayudar a fortalecer este hábito en sus pacientes.
El ejercicio físico es un pilar fundamental en el tratamiento de la Diabetes Mellitus,incluso en su prevención.

6 Bibliografía

1. Rowland TW. Actividad física y diabetes mellitus Publice Standard.20/11/2006.Pid:733.
2. American Diabetes Association.Standards of Medical care in Diabetes 2007.
3. ALAD.Guias ALAD. Guias ALAD de diagnóstico, control y tratamiento de la diabetes Mellitus Tipo 2.2007.
4. Gonzalez E,Pascual I Laclaustra M, Casanovas JA, Síndrome metabólico y diabetes Mellitus.Rev. Esp carciol 2006.

Capítulo 95

SEXUALIDAD Y ADOLESCENCIA: UNA VISIÓN ACTUAL SOBRE EL TEMA.

LUCIA PIQUERO CASADO

ROCÍO GONZÁLEZ CASTRO

MARÍA BELÉN LUENGO FERNÁNDEZ

ZULIMA ENCARNACIÓN LUENGO FERNÁNDEZ

1 Introducción

En la actualidad se sabe, que si bien el adolescente goza de una buena salud física, no goza tanto de la psíquica y social, presentando en muchas ocasiones alteraciones en el estado de ánimo y las emociones y adoptando actitudes inadecuadas en el terreno afectivo y sexual.

Desgraciadamente y según los datos encontrados, cada vez se reduce más el inicio de las relaciones sexuales y muchos jóvenes tienen escasa o nula información sobre métodos anticonceptivos adecuados y desconocen el significado de muchas de las enfermedades de transmisión sexual. (Royuela, 2014)

Este capítulo pretende estimular el pensamiento y motivar a los lectores a observar a un grupo de edad importante que supone el futuro de la sociedad.

Cuando se habla de adolescencia, muchas veces de forma inconsciente, tendemos a tildar a dicho grupo poblacional con apelativos negativos, relacionándolos con conflictos y crisis conductuales y, si además lo unimos a la palabra sexualidad,

todo empeora aún más. Con una correcta educación sexual, con unos buenos servicios sobre salud sexual y reproductiva, que sean accesibles, disponibles y de gran cobertura, podríamos eliminar los tabúes que envuelven estos conceptos, evitando problemas a corto, medio y largo plazo. (Monroy, 2002)

La adolescencia es un periodo de cambio transcendental en la vida. La OMS lo define como un proceso de crecimiento y desarrollo acontecido entre los 10 y los 19 años en el que se producen importantes cambios. Es una etapa de vital importancia, donde se producen muchos cambios en todas las esferas de la vida del ser humano, es decir, se producen cambios físicos, psicológicos y sociales.

El inicio de la pubertad, es la puerta de entrada al mundo adulto. Muchos de los cambios que se producen durante la adolescencia son universales, pero aquellos que se refieren a la duración y a las características del mismo no lo son, pudiendo variar en función del género, religión, cultura y características socioeconómicas. (Iglesias, 2013)

1. Aspectos físicos de la adolescencia.

Se producen cambios corporales, desarrollo de órganos sexuales y tiene lugar un rápido crecimiento hasta que finalmente se obtiene una plena madurez física.

2. Aspectos psicosociales de la adolescencia.

La adolescencia es un periodo de cambios físicos, psicológicos, de maduración cognoscitiva, de desarrollo psicosocial. El adolescente debe lograr establecer de forma adecuada su identidad y su independencia de forma sana y saludable, debe de adquirir las aptitudes necesarias para establecer relaciones y asumir funciones de adulto y la capacidad de razonamiento abstracto.

Esta etapa supone la exposición a riesgos considerables, siendo el contexto social en el que se encuentra crucial y determinante. (Iglesias, 2013)

Muchos autores consideran que el equilibrio en la personalidad adolescente, no se logrará sin pasar determinadas conductas patológicas, las cuales deben ser consideradas inherentes a la evolución normal, pues un equilibrio constante en este periodo, sería considerado anormal. (Bernard, Medina, 2018)

3. Desarrollo psicosexual del adolescente.

Se tiene la falsa idea de que la sexualidad solo se manifiesta en la pubertad, pero fué Freud y la corriente psicoanalista, la que planteó la existencia de la sexualidad en todas las etapas de la vida, pasando la misma por diferentes partes corporales proporcionando gratificaciones especiales. (Bernard, Medina, 2018)

Es importante diferenciar la sexualidad infantil, en la que entran en juego diferentes zonas erógenas sin primacía en ninguna de ellas a la sexualidad adolescente y adulta en la que los genitales toman especial relevancia. (Bernard, Medina, 2018)

Todo ser humano pasa por las diferentes fases de desarrollo de la sexualidad, quedando en la edad adulta algún vestigio de alguna de ellas. (Bernard, Medina, 2018)

Así pues, la maduración sexual es el periodo más delicado en la paso de la niñez a la adolescencia. Los adolescentes no saben muchas veces como manejar la nueva sexualidad y los adultos no saben cómo comportarse ante esos cambios.

Frecuentemente se habla sobre la adolescencia y la sexualidad desde un enfoque negativo, embarazo, ETS… no prestando atención a la importancia del desarrollo psicosocial y sexual del adolescente que le son gratificantes y positivos para su desarrollo integral. (Monroy, 2002)

Además los adultos tienen un miedo inconsciente hacia los comportamientos sexuales de los adolescentes, les creen promiscuos, alocados e irresponsables, miedo que les hace reaccionar de forma desproporcionada ante los problemas asociados con la actividad sexual. (Monroy, 2002)

El estudio del desarrollo psicosexual en su aspecto psicosocial es muy deficiente, pues los métodos de investigación que se pueden utilizar como la observación directa, las preguntas verbales o la manipulación experimental no son bien aceptados y los análisis retrospectivos de las pasadas conductas sexuales de los adultos, pueden estar sesgadas por el mero paso del tiempo. (Monroy, 2002)

Otro aspecto importante en este desarrollo psicosocial, es la adquisición de la autonomía personal y de la independencia social, influida positiva o negativamente, en gran medida por el núcleo familiar.

A medida que este proceso se desarrolla, el adolescente irá estableciendo una nueva forma de relación con su familia, desplazando a esta por el grupo de iguales. La adolescencia es la edad de los grupos de amigos que lo comparten absolutamente todo, desempeñando éste grupo un papel importante en el aprendizaje

de comportamientos definidos como adultos, en la regulación de las ansiedades propias del momento..., en definitiva, adquirirá el papel que anteriormente ejercía la familia. A pesar de ello, y aunque parezca imposible, los últimos estudios demuestran que la familia también tiene un gran peso específico en este periodo tan conflictivo del desarrollo humano.

El adolescente adopta comportamientos, modas y estilos de sus compañeros, pero en cuanto a las decisiones importantes y proyectos de futuro, la influencia familiar puede ser tan fuerte o más que la de los amigos íntimos. (Monroy, 2002)

Pero, si bien la influencia familiar es importante y necesaria , el adolescente necesita espacio, tiempo e intimidad para aprender a ser el mismo, a establecer vínculos con otros miembros de la sociedad. El grupo de iguales pasará a ser un pilar básico y fundamental para el adolescente. En el aprenderá, mediante la observación y el análisis de los comportamientos de los demás, a establecer y definir su propio yo.

El final de la adolescencia supone el establecimiento de valores, actitudes y perspectivas de futuro individuales.

2 Objetivos

- Analizar la visión social de la adolescencia y como esta misma percepción cambia cuando se une a la sexualidad.
- Resaltar la importancia de la información sobre la sexualidad en base a la información más reciente acerca de las conductas de los adolescentes en función del sexo, raza, religión, factores económicos...
- Presentar, de forma cronológica, el desarrollo psicoxesual del adolescente, en base a diversas teorías y su aceptación por parte de la sociedad actual.
- Dejar patente el gran factor de impacto que tienen las estrategias educativas e informativas, teóricas y prácticas sobre la sexualidad en esa etapa de la vida, y la importancia de establecer en el adolescente unos buenos cimientos en cuanto a la autoestima se refiere, permitir que se desarrolle de forma sana para que sepa establecer pales de vida adecuados, para que tome decisiones correctas. En resumen, reforzar la personalidad de los muchachos, pues el periodo adolescente es vulnerable, en el se toman decisiones importantes, sobre todo en lo referente a la sexualidad.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica sistemática en las siguientes bases de datos: Pudmed, Cuiden, Scielo, Cochrane y Google Academico. Los descriptores utilizados fueron: sexualidad, adolescencia, desarrollo psicoxesual, conducta sexual de riesgo, enfermedades de transmisión sexual y anticoncepción. Se revisaron un total de 20 estudios entre 1997 y 2019. Como criterios de inclusión se cogieron artículos y libros que trataban sobre adolescencia y sexualidad, aplicándose un filtro de idioma, trabajos publicados en castellano y en inglés.

4 Resultados

Muchas son las personas que pueden estar tentadas a pensar que los adolescentes tienen ahora más información que las generaciones anteriores, sin embargo, esta percepción tan desvirtuada no es más que un ejemplo del desconocimiento social que se tiene de este periodo tan transcendental de la vida que es la adolescencia, tendiendo en ocasiones a idealizarla y negando a menudo problemas inherentes al propio proceso de desarrollo.

Aunque por otra parte es importante resaltar la tarea realizada desde algunos medios de comunicación que han empezado a tratar la sexualidad de forma más abierta, tocando temas sobre fecundación y embarazo, publicando artículos en revistas de divulgación general que explican el funcionamiento de métodos anticonceptivos, o encuestas sobre el comportamiento sexual tanto de adultos como de adolescentes.

No obstante, a pesar de que lo dicho anteriormente nos podría hacer pensar que la información sexual está al alcance de los adolescentes y que estos pueden obtener de manera más o menos sencilla información científica sobre la misma, la realidad es que en la actualidad ni la escuela, ni los padres están convenientemente preparados para realizar esta tarea informativa. Bien porque no tienen los conocimientos adecuados o bien porque todavía a día de hoy se encuentran rodeados por la aureola de silencio y misterio en que ellos mismos lo aprendieron.(Ballester, Gil, 1997)

Si hacemos una revisión de estudios podremos comprobar como la mayor parte de la información que reciben los adolescentes sobre sexualidad, está proporcionada por su grupo de iguales o por material gráfico procedente de diversas fuentes (entre ellas internet) o a través de la propia experiencia. (García, Menén-

dez, Fernández y Cuesta 2012)

Esto hace que la información que les llega, esté sesgada y no sea adecuada, lo que suele generar confusión, falsos mitos y conductas inadecuadas que pueden ser perjudiciales para la salud y el bienestar de nuestros adolescentes.(Lameira, Rodriguez, Calado y Gonzalez 2012)

No olvidemos que en esa transición a la edad adulta, la búsqueda de experiencias, la inestabilidad emocional y el deseo de independencia, convierten a estos adolescentes en un grupo vulnerable y de riesgo en cuanto a su salud en general y comportamientos sexuales en particular.(Lameira y Failde, 1997)

Hay un dicho que dice: "La información es poder ", y efectivamente así es, a través de una correcta formación a las personas indicadas y a través de una adecuada educación sexual, el número de embarazos no deseados se reduciría, al igual que el número de enfermedades de transmisión sexual.

5 Discusión-Conclusión

Ante todas estas premisas deberíamos de hacernos la siguiente pregunta; ¿Cómo podríamos ayudar a nuestros jóvenes a adquirir información adecuada sobre sexualidad?, sabemos que una correcta educación sexual es directamente proporcional a una disminución de las ETS y de embarazos indeseados, por lo tanto, es de vital importancia llevar a cavo una serie de actividades que nos permitan cumplir estos objetivos.

Los padres, profesores y sanitarios son pilares fundamentales, no podremos realizar una correcta educación sexual en adolescentes si estos miembros de la sociedad no están formados de forma adecuada. No debemos empezar la casa por el tejado, antes se han de establecer unos adecuados cimientos. El Estado o las Comunidades Autónomas deberían de establecer programas educativos dirigidos a este sector de la sociedad, de este modo la comunicación con el adolescente sería más sencilla, eliminando los tabús y el silencio patológico que envuelve el término sexualidad y adolescencia.

Los adolescentes se sienten más cómodos y seguros en grupo, por lo tanto, las actividades educativas que se planteen deberían realizarse mediante técnicas grupales, permitiendo la participación espontánea de los mismos. Por otra parte, el adolescente cree más a un igual que a un adulto, por ello es importante que aquellos jóvenes que tengan liderazgo sean capacitados para ayudar o dar información

a otros adolescentes sobre sexualidad.

Los medios de comunicación deben ser sensibilizados y orientados sobre el impacto que causan en estos grupos de edad. La información que proyectan sobre la sexualidad esta desvirtuada por imágenes irreales sobre la perfección física tanto masculina como femenina, la idealización de determinados comportamientos sexuales que podrían confundir a un adolescente ya de por si confundido y el establecimiento de roles erróneos que categorizan a ambos sexos, haciendo del hombre un macho heroico y de la mujer una sexy sirvienta sexual.

Por último, los servicios de salud sexual y reproductiva deben de estar adaptados a este tipo de población y el acceso a los mismos debe ser fácil, de bajo o nulo costo, deben ser confidenciales y respetuosos, tendrían que tener personal capacitado no solo en sexualidad si no en las características y el manejo de los adolescentes en función de edad y sexo.

6 Bibliografía

- Monroy, A.(2002). Salud y Sexualidad en la adolescencia y la juventud.Pax México.México.
- Mitjans Lafont,L.(2005).Sexualidad y adolescencia.Revista pediatríca de atención primaria, 89-95.
- García-Vega, E. Menéndez Robledo, E. Fernández García, P y Cuesta Izquierdo, M.(2012) Sexualidad, anticoncepción y conducta Sexual de riesgo en adolescentes. 5(1), 79-87
- Avery, L y Lazdane,G. (2008). What do we know about sexual and reproductive health of adolescents in Europe?. The European Journal of contraception & Reproductive health Care. 13(1), 58-70.
- Ballester, R y Gil, M.D. (1997). Salud sexual II: estudio de actitudes sexuales en nuestro contexto. Análisis y modificación de conducta, 23(68), 181-209.
- Lameiras, M. Rodriguez, Y, Calado,M y González, M. (2004). Determinantes del inicio de las relaciones sexuales en adolescentes españoles. Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace. 71/72, 67-75.
- Lameiras, M y Failde, J.M. (1997). Sexualidad y salud en jóvenes universitarios/as: actitudes, actividad sexual y percepción de riesgo de la transmisión heterosexual del VIH. Análisis y modificación de conducta, 23(93), 27-63.
- Navarro-Pertusa, E., Reig-Ferrer, A., Barberá, E. y Ferrer, E. (2006). Grupo de iguales e iniciación sexual adolescente: diferencias de género. Int J. Clin Health Psychol, 6(1), 79-96.

- García Imia, I., Ávila Gálvez, E., Lorenzo Gonzalez, A y Lara Carmona, M. (2002). Conocimiento de los adolescentes sobre aspectos de la sexualidad. Revista Cubana de pediatría.74(4).
- Royuela Ruiz,P. Comportamientos sexuales de los adolescentes de Castilla y León. Datos para valorar la edad de vacunación del virus del papiloma humano.2014.
- Iglesias Diez, J.L. Desarrollo del adolescente: aspectos físicos, psicológicos y sociales. Pediatría integral. 2013; 27 (2):88-93
- Bernard,D.,Medina,O. La adolescencia con Freud y Flaubert. Revista Colombiana de psiquiatría. 2018;47(3):187-192.
- Zapata Boluda, RM., Gutierrez Izquierdo, MI. Salud sexual y reproductiva. Ed: Universidad de Almería. 2016.

Capítulo 96

IMPORTANCIA DEL SCREENING DEL CÁNCER DE COLON

CRISTINA LOPEZ FERNANDEZ

1 Introducción

El cáncer colorrectal es un tumor maligno de mayor incidencia en la población, con unas tasas de supervivencia en España altas, comparadas con la media de los países europeos.

Para conseguir una mayor supervivencia es muy importante que el diagnóstico se haga en las fases tempranas de la enfermedad, por lo que la prevención es el arma más potente para luchar contra esta enfermedad.

Actualmente existen tres pruebas de cribado o screening para detectar lesiones pre malignas o cáncer colorrectal que aún no se ha manifestado:
- la detección de sangre oculta en heces,
- la sigmoidoscopia
-la colonoscopia.

Estas pruebas de cribado se realizan en gente sana que no presenta síntomas y a partir de los 50 años siempre que no existen antecedentes familiares.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Prevenir la aparición del cáncer de colon llevando un dieta saludable como es baja en grasa, poca carne roja, evitar tabaco, alcohol y la obesidad y sin embargo dieta muy ricas en fibras, frutas, legumbres, verduras, hacer ejercicio.

Objetivo secundario:
- Diagnóstico precoz mediante las pruebas de screening.

3 Caso clínico

Varón de 67 años que acude al centro de salud por cuadro de incontinencia fecal, sensación de pujo y plenitud abdominal con expulsión de moco, no rectorragia, de un mes de evolución. Previamente hábito intestinal normal. No pérdida de peso, ni ninguna otra sintomatología. AP: Ex-fumador de más de 30 años, cardiopatía tipo angor. IQ: hernioplastia inguinal derecha. AF: Primo diagnosticado de cáncer de colon.

4 Discusión-Conclusión

Los pólipos son crecimientos anormales del tejido que surgen de la capa interior o mucosa del intestino y son uno de los problemas más comunes en la actualidad aunque la mayoría en un principio son benignos su detección tardía podría ser el inicio de un carcinoma de colon, de ahí la importancia del screening a partir de los 50 años e incluso antes si hubiese antecedentes familiares.

Cuando hay antecedentes familiares los cribados se hacen en función del número de familiares afectados, el grado de parentesco, y la edad en el momento de diagnóstico.

5 Bibliografía

- www.saludigestivo.es
- www.elsevier.es

Capítulo 97

TRANSMISIÓN VERTICAL DEL VIH. PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO.

JOANA GARCIA SOLARES

GRACIELA ALVAREZ PARDEIRO

PILAR FERNANDEZ FERNANDEZ

ROCIO ALVAREZ MENÉNDEZ

1 Introducción

La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es una pandemia que se inició en África subsahariana, describiéndose los primeros casos en el año 1981. Debido a su mecanismo de transmisión, la infección afecta predominantemente a los adultos. La mayoría de los niños infectados la adquieren por transmisión vertical (TV), es decir, por transmisión de la mujer al hijo durante el embarazo, el parto o la lactancia.

A diferencia de otros colectivos jóvenes con infección por VIH, los individuos que adquirieron la infección por vía vertical han estado expuestos al virus durante todo su desarrollo vital, lo que puede suponer un mayor riesgo de aparición de alteraciones neurocognitivas, teniendo en cuenta el periodo crítico que supone la primera infancia y la adolescencia para el correcto desarrollo neuroevolutivo.

La correcta identificación de la mujer infectada puede evitar la transmisión materno-fetal, para ello, es necesario promover un control prenatal precoz, de forma que la gestante pueda ser incorporada lo antes posible a la profilaxis antirretroviral y así recibir una evaluación integral y seguimiento periódico para evaluar su estado clínico, inmunológico y virológico, además de la vigilancia de los efectos colaterales de los antirretrovirales.

Actualmente, disponemos de conocimientos suficientes sobre los mecanismos que influyen en la transmisión vertical y disponemos de datos sobre la eficacia de diferentes estrategias dirigidas a evitarla. Así, si identificamos precozmente la infección en la embarazada, podemos prevenir casi en su totalidad la transmisión de la madre al feto, siempre que aseguremos la información adecuada y el acceso al control obstétrico y al tratamiento.

Acorde a las recomendaciones de la OMS, se requiere una adecuada vigilancia y seguimiento del niño tras el parto, ya que, un diagnóstico y tratamiento precoces son cruciales para garantizar la supervivencia de los niños infectados.

2 Objetivos

Analizar la incidencia de transmisión materno-infantil de VIH, determinando la importancia de los distintos factores de riesgo y de la puesta en marcha de medidas que contribuyan a disminuir la tasa de transmisión vertical.

3 Metodología

1. Vias de transmisión:
- Transmisión intraútero o transplacentaria: Se produce por el paso del virus a través de la placenta desde la circulación materna. Fué el primero en conocerse desde el inicio de la difusión de la enfermedad y puede producirse de tres formas: por transferencia del virus libre en casos con antigenemia materna positiva, por el paso de linfocitos o macrófagos portadores del provirus en su material genético de la madre al feto y a través de una infección primaria de la placenta con posterior transmisión fetal, estando involucradas las llamadas células de Hofbauer (macrófagos placentarios).
- Transmisión intraparto: Este tipo de transmisión puede ocurrir por vía directa, contacto del niño con sangre materna infectada o secreciones vaginales al pasar por el canal del parto, vía ascendente desde la vagina o el cérvix hacia las mem-

branas fetales o el líquido amniótico, o por exposición directa de la mucosa gastrointestinal del recién nacido a la sangre materna.
- Transmisión a través de la lactancia materna: presente en el calostro humano. Hijos amamantados de mujeres que habían sido infectadas en el periodo postnatal mediante transfusiones de sangre o por exposición heterosexual.

2. Factores de Riesgo de la transmisión vertical.

A. Maternos:
- Carga viral: Se ha demostrado una disminución de la carga viral genital, gracias al tratamiento con antirretrovirales.
- Estadio clínico materno: Aquellas pacientes afectadas por alguna enfermedad como SIDA, Sífilis, Vaginosis Bacteriana y Malaria tienen un mayor riesgo de transmisión perinatal, al igual que aquellas en las que la primoinfección se produce durante el embarazo, ya que es en este momento de la infección donde la viremia es más alta, aumentando el riesgo de transmisión vertical.
- Déficit Vitamina A: podría ser debido a una alteración de la inmunidad de las mucosas que provocaría alteraciones tanto en el ámbito genital como en la superficie placentaria.

B. Obstétricos:
- Ruptura de membranas: se demuestra las 4 horas como cifra a partir de la cual, el riesgo de transmisión aumenta considerablemente.
- Tipo de parto: debe ser consensuado con la madre y un equipo multidisciplinar, para comentar los riesgos y ventajas de un parto natural o por cesárea. Ante una gestante con carga viral indetectable, sabiendo que las posibilidades de que exista una transmisión a sus hijos son muy bajas, habría que informarle de la cesárea como otro instrumento para disminuirlo aún más.
- Maniobras invasivas: la amniocentesis, cordocentesis, la monitorización de la frecuencia cardiaca fetal con electrodos internos y la realización de PH de calota fetal durante el parto aumentan el riesgo de transmisión de la infección. Desde la introducción de las terapias antirretrovirales a las gestantes se ha disminuido dicha transmisión.

C. Pediátricos:
- Prematuridad: en niños con edad gestacional inferior a 37 semanas, es más alta que en los de a término.
- Factores fetales: los fetos y recién nacidos con respuesta C-citotóxica frente al VIH presentan un menor riesgo de infectarse.

- Lactancia materna: Varios factores contribuyen a aumentar el riesgo de infección por VIH por esta vía, el tiempo de exposición (la prolongación de la lactancia más a allá de los tres meses y, en especial, durante más de seis meses supone un riesgo elevado de infección postnatal), la infectividad de la leche (dependiente de la carga viral de la madre), la susceptibilidad del niño (existencia de heridas en la cavidad oral), la cantidad del inoculo y la existencia de mastitis. Durante la lactancia materna, pueden administrarse antirretrovíricos a las madres o a sus hijos, por lo que actualmente se puede amamantar a los lactantes con escaso riesgo de transmisión del VIH, a la vez que se los protege de otras importantes causas de mortalidad en la niñez.

3. Diagnóstico de la Infección por VIH en la Gestación.

Es imprescindible que tanto las mujeres embarazadas como aquellas que planifiquen un embarazo conozcan su posible condición de infectadas por el VIH. Por ello es obligatorio ofrecer a toda embarazada la información adecuada y la realización de la serología frente al VIH.

Si la situación serológica con respecto al VIH es desconocida en el momento del parto o en el postparto inmediato, se debe indicar, con carácter urgente, la realización de pruebas serológicas rápidas.
Se recomienda repetir la prueba en el tercer trimestre de gestación puesto que la no asociación de la gestante con alguno de los factores de riesgo clásicos puede conducir a la detección de la infección tras el parto y a la transmisión vertical de la misma al neonato.

En mujeres con prácticas de riesgo durante la gestación, especialmente si su pareja está infectada o tiene riesgo de estarlo, es importante educar a las pacientes en la adopción de medidas preventivas que disminuyan dicho riesgo. Además, se debe repetir la prueba al menos una vez cada trimestre. Si no es posible hacer este seguimiento, se indicará una prueba rápida antes del parto o un test viral para evitar un falso negativo de los test de anticuerpos si la paciente se encontrara en periodo ventana.

4. Tratamiento Antirretroviral durante el embarazo.

El objetivo principal del Tratamiento Antirretroviral Altamente Efectivo (TARGA) en la gestante infectada por el VIH, es prevenir la transmisión vertical, preservando la salud de la madre y el hijo, y evitando la aparición de resistencias que limiten futuras opciones terapéuticas. Mantendrá la carga viral indetectable

durante la gestación.

Está indicado en todas las gestantes independientemente del número de linfocitos CD4 y de la CVP (carga viral plasmática), especialmente en el último trimestre del embarazo y periparto.
El AZT (Zidovudina) debe incluirse siempre que sea posible.

El tratamiento de elección es el compuesto por dos análogos de nucleósido más un inhibidor de la proteasa potenciado.

Los cambios en el TARGA durante la gestación se basarán en la seguridad, efectos adversos y eficacia.

4 Resultados

En cuanto a la transmisión vertical y su relación con los diferentes factores incluidos en ésta revisión bibliográfica, no se ha constatado una mayor transmisión relacionada con la conducta de riesgo de VIH o el estado clinicoinmunológico de la madre. Sí es significativa la relación entre el uso de AZT en el embarazo, el parto y período neonatal y la disminución de la transmisión vertical, así como el uso de AZT en combinación con otros antirretrovirales.

En cuanto a los factores obstétricos, un número de horas de bolsa rota menor de cuatro y la cesárea programada hacen descender la transmisión vertical de forma significativa. Sin embargo, al compararse el parto vaginal con la cesárea numerosas fuentes bibliográficas afirman que los resultados no son significativos.

La prevalencia de infección por el VIH en mujeres en edad fértil ha aumentado de manera considerable, este hecho muestra, por un lado, un mayor cribado serológico de la infección por el VIH durante el embarazo y, por otro, la mejora de la calidad de vida de estas pacientes. Aun así, el cribado universal todavía no se lleva a cabo de manera completa.

La edad de las madres infectadas por el VIH ha aumentado discretamente en estos años y las razones pueden ser sociales.

El conocimiento de estas medidas por parte del pediatra parece necesario, pues una actuación inadecuada o un retraso en la aplicación de las medidas oportunas puede ser determinante en la transmisión vertical del virus.

5 Discusión-Conclusión

El VIH no debe ser solamente afrontado por los profesionales de la salud, es un tema emergente en nuestra sociedad, el cual debe ser abordado con una gran sensibilidad y responsabilidad.

En los países desarrollados la detección precoz de la infección, la utilización de cesárea electiva, los avances en la terapia antirretroviral y la supresión de la lactancia materna han reducido los niveles de la transmisión vertical de la Inmunodeficiencia Humana.

La mujer infectada con VIH y su hijo necesitan un continuo seguimiento que pueda garantizar el mantenimiento de la salud.

Una adecuada comprensión y difusión de los factores de riesgo nos permiten prevenir la enfermedad pediátrica adquirida por esta vía.

En la actualidad el TARGA sigue planteando dificultades, que requieren de un abordaje multidisciplinario, con la colaboración del paciente, sus cuidadores/tutores y los distintos profesionales sanitarios (pediatras, enfermeras, trabajadores sociales, psicólogos, farmacólogos, etc) con el fin de evitar el fracaso terapéutico.

La prevención de la transmisión vertical debe estar enfocada a que las mujeres en edad reproductiva no adquieran la enfermedad y a aquellas que ya la padecen y que desean embarazarse, sean informadas sobre todos los riesgos de transmitir la infección a su hijo.

6 Bibliografía

1. Badell M, Kachikis A, Haddad L, Nguyen M, Lindsay M. Comparison of pregnancies between perinatally and sexually HIV-infected women: An observational study at an urban hospital. Infect Dis Obstet Gynecol. 2013; 1-6.
2. CDC. Unexplained Immunodeficiency and Opportunistic Infections in Infants. MMWR. 1982; 31(49): 665-667.
3. Bernardes M.J.C, Sousa Vilela M, De Azevedo Filho FM. Estrategias para la reducción de la transmisión vertical del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y su relación con Enfermería. Enfermería Global. 2012; 28.
4. Jao J, Agwu A, Mhango G, Kim A, Park A, Posada R, et al. Growth patterns in the first year of life differ in infants born to perinatally vs nonperinatally HIV-

infected women. 2015; 1: 111-6.
5. Connor E.M, Sperling R.S, Gelber R, Kiselev P, Scott G, Sullivan MJ, et al .The Pediatric AIDS Clinical Trials Group Protocol 076 Study Group. Reduction of Maternal-Infant Transmission of Human Immunodeficiency Virus Type 1 with Zidovudine Treatment. The New England Journal of Medicine. 1992; 331:1173-1180.
6. Díaz Vega A, González Santes M, Domínguez Alfonso A, Arias Contreras A. Factores de riesgo asociados a la transmisión madre-hijo del VIH en los pacientes del CAPACITS de Veracruz. Mediagraphic: Literatura Biomédica. 2013; 27(4): 229-234.
7. Organización Mundial de la Salud. Alimentación del lactante en el contexto del VIH. Ginebra: OMS: 2011.
8. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Grupo de expertos de la Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA (SPNS), Grupo de Estudio de Sida (GESIDA),Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) y Sociedad Española de Infectología Pediátrica (SEIP). Documento de consenso para el seguimiento de la infección por el VIH con relación a la reproducción, el embarazo y la prevención de la transmisión vertical. MSSI: 2013.
9. Organización Mundial de la Salud. Uso de antirretrovirales para tratar a las embarazadas y prevenir la infección por el VIH en los lactantes. Ginebra; OMS: 2012.
10. Organización Mundial de la Salud. La lactancia en la prevención de la transmisión materno infantil del VIH. Ginebra; OMS: 2016.

Capítulo 98

EL DESBRIDAMIENTO LARVAL

MARIA PILAR MIGUEL GALÁN

NEREA ROZA BARJOLLO

1 Introducción

Las úlceras por presión son una complicación frecuente en la práctica clínica asistencial de todo el mundo. Además del impacto negativo directo sobre la salud de los pacientes que la presentan, trae consigo un sobrecoste económico importante en la sanidad de todos los sistemas de salud. Por otra parte, las úlceras por presión alargan la hospitalización y el seguimiento asistencial en el domicilio del paciente.

La elección de un tratamiento u otro en el desbridamiento de la herida es algo que en el día a día puede resultarnos complicado. Las enfermedades concomitantes del paciente, del estado general de salud del mismo o la presencia o no de dolor son algunas de las directrices que debemos de tomar para decidir qué tipo de desbridamiento. Tenemos disponibles diferentes tipos de desbridamientos, que debemos escoger en función del tipo de lesión frente a la que nos encontramos, así como la situación del paciente que padece la úlcera. Es importante saber seleccionar el tipo de desbridamiento, o combinación de desbridamientos, más correctos para llevar a cabo la reparación de la úlcera.

Se seleccionará un método de desbridamiento en base a criterios clínicos. Actualmente, no existen evidencias que demuestren una mayor eficacia de un sistema de desbridamiento frente a otro y serán los profesionales sanitarios los responsables de la elección de un método u otro de desbridamiento. Los métodos de des-

bridamiento son compatibles entre sí, recomendándose la combinación de varios de ellos para hacer más eficaz y rápido el proceso de curación de la herida.

2 Objetivos

Dar a conocer el desbridamiento larval, una técnica en auge en muchos países y en la que en España no está aceptado su uso.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en las siguientes bases de datos: Scielo, Cochrane, registro especializado del Grupo Cochrane de Heridas (Cochrane Wounds Specialised Register), Medline y Cinahl. También se ha consultado el buscador Google académico.

Para la búsqueda se utilizaron las palabras clave ”pressure ulcer”, ”debridement”, ”myiasis”. Se acotó la búsqueda a los últimos 5 años y se seleccionaron artículos en los idiomas inglés y español.
La búsqueda se llevo a cabo durante los meses de agosto y septiembre del año 2019 y se combinaron los diferentes descriptores utilizando el operador booleano ”and”.

Se consultaron y tuvieron en cuenta todos aquellos artículos procedentes de todo tipo de estudios de investigación y publicaciones con un nivel de evidencia aceptable según las recomendaciones.

4 Resultados

La terapia larval o ”larvoterapia” es una alternativa eficaz para desbridar úlceras y heridas con tejido desvitalizado. Es importante remarcar que esta técnica actualmente no está aceptada en España, simplemente se realizan estudios de investigación y de uso compasivo. En cambio países como Alemania o Suiza sí incluyen ésta técnica en el desbridamiento de heridas. Este desbridamiento está basado en el uso de una cepa segura de larvas de mosca (generalmente la Lucilia sericata). Estos organismos provienen de huevos de mosca esterilizados. Para ello se utiliza comúnmente hipoclorito de sodio de 0,5% y formalina al 10%. Las larvas utilizadas miden aproximadamente 1mm y se depositan entre 5 y 10 larvas por cm2 de lesión.

Las larvas de Lucilia Sericata segregan una enzima proteolítica que ”rompe” las proteínas, facilitando de esta manera que las larvas ingieran el tejido muerto presente en la herida, realizándose así una limpieza fisiológica de la herida. Además segregan una enzima antibacteriana que impide la infección. Entre las sustancias aisladas que participarán en la destrucción de las bacterias se encuentra además una proteína ácida secretada por Proteus mirabilis, comensal del intestino de la larva, sustancias antibióticas. Otras sustancias que se han conseguido aislar incluyen alantoína y urea, con propiedades cicatrizantes. Las larvas activan a los macrófagos que inducirán la cicatrización y secreción de factores de crecimiento.

En el ensayo llevado a cabo por Figueroa et al en 5 lesiones ulcerosas se protegió la piel sana circundante con un apósito adhesivo semipermeable. Cubrieron la úlcera con malla de nylon estéril y sellaron los bordes con otro anillo de apósito adhesivo, evitando de esta manera el escape de las larvas de la úlcera. Las larvas se retiraron entre las 48 y 72 horas, utilizando como criterio el tamaño de las larvas: habían crecido hasta 15mm. Concluyeron que las úlceras se limpiaron totalmente entre 1 y 6 aplicaciones de larvas y el olor desapareció tras el primer período larval en las 5 lesiones a estudio.

Mumcouglu describe en su estudio tres resultados tras el uso de esas larvas sobre las heridas:
- Desbridamiento del tejido necrótico.
- Estimulación en el crecimiento del tejido sano en la piel perilesional.
- Desinfección de la herida como consecuencia de la muerte de bacterias presentes en la herida.

Bian H. et al en 2017 evaluaron los mecanismos de acción moleculares subyacentes a lesiones por quemaduras de segundo grado en ratas. Para ello congelaron moscas de L. sericata en nitrógeno líquido. Posteriormente homogeneizaron el producto y lo purificaron. Observaron un aumento de la actividad de curación de las quemaduras en las ratas tratadas con el extracto de moscas relacionado con el aumento en la síntesis de colágeno a nivel de la quemadura. Además destacan la acción bacteriostática sobre el crecimiento bacteriano Gram negativo, pudiéndose reducir la cantidad de patógenos que crecen en la piel, promoviendo de esta manera la cicatrización de heridas.

La Lucilia sericata actúa desbridando las úlceras con necrosis húmedas y esfacelos, disminuyendo de esta manera la carga bacteriana de la úlcera e inhibiendo el biofilm bacteriano, estimulando al mismo tiempo el tejido de granulación. Nos encontramos ante un tipo de desbridamiento específico y selectivo ya que la

mosca únicamente se alimentará de tejido muerto y respetará el tejido sano. De esta manera nos aseguramos que la piel perilesional esté íntegra, sin tener que disponer de cremas barrera para su protección.

El ciclo vital típico de las especies de moscas carroñeras-necrófagas ayuda a aclarar la biología de las mismas. Las larvas en su primer estadio se arrastran sobre el tejido muerto o restos celulares, exudados de heridas o cadáveres gracias a sus piezas bucales en forma de gancho. Las larvas se alimentan del sustrato, realizando una digestión extracorpórea y secretando enzimas proteolíticas. De esta manera aumentan su tamaño y mudan dos veces. Al madurar, los gusanos dejan de alimentarse y dejan el sustrato, buscando áreas más secas. La vida útil completa varía según la especia y está relacionada con la temperatura ambiental, siendo óptimas temperaturas templadas y con alta humedad, como es el caso de las heridas.

El uso de gusanos se ha vuelto cada vez más importante para el tratamiento de heridas, particularmente aquellas que se encuentran infectadas con el patógeno resistente a múltiples fármacos, Staphylococcus aureus resistente a meticilina (MRSA). De hecho, se ha demostrado que las excreciones y secreciones de la mosca Lucilia sericata presentan una actividad antibacteriana potente, térmicamente estable y resistente a la proteasa contra el MRSA in vitro.

5 Discusión-Conclusión

El desbridamiento larval o larvaterapia es una técnica que actualmente no está indicada en España pero está en auge en muchos países de todo el mundo. Nos encontramos ante un método de desbridamiento selectivo y no doloroso. Estudios en todo el mundo afirman que se trata de un tipo desbridamiento muy eficaz en la reducción de la carga bacteriana de las úlceras por presión, así como del biofilm de las mismas.

Nos encontramos por tanto ante un tipo de desbridamiento en el que nos encontramos con muy pocas contraindicaciones y sería una técnica de la que podrían beneficiarse mucho tipo de pacientes que presentan por ejemplo alteraciones en la coagulación o tienen algún tipo de contraindicación con otros sistemas de desbridamiento.

Además de estos beneficios esta terapia reduciría el tiempo de de desbridamiento y podría utilizarse de forma ambulatoria en el tratamiento de la herida.

6 Bibliografía

- Serra N, Ballester L, Martinez E, Palomar F. Terapia larval aplicada a un caso clínico de úlcera necrosada en pierna. Larval therapy applied to a clinical case of necrotic leg ulcer. Enferm Dermatol.2016; 10(29)
- Figueroa et al. Experiencia de terapia larval en pacientes con úlceras crónicas: Parasitol Latinoam 61: 160-164; 2006.
- García Fernández F, Montalvo Cabrerizo M, García Guerrero A, Pancorbo Hidalgo P, García Pavon F, Gonzlez Jimenez F, et al. Guía de práctica clínica para la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2007 2008.
- Gentil I, Smirova P. Larvaterapia. Revisión sistemática de evidencia científica. Revista Internacional de Ciencias Podológicas. 2009; vol.3 (1): 45-52.
- MUMCUOGLU K Y. Clinical applications for maggots in wound care. Am J Clin Dermatol 2001; 2: 219-27.
- Bian H, Yang Q, Ma T, Li W, Duan J, Wei G et al. Beneficial effects of extracs from Lucilia sericata maggots on burn wounds in rats. Mol Med Rep. 2017 Nov;16(5):7213-7220
- Raposio E, Bortolini S, Maistrello L, Grasso DA. Larval Therapy for Chronic Cutaneous Ulcers: Historical Review and Future Perspectives. Wounds. 2017 Dec;29(12):367-373.
- Bexfield A, Nigam Y, Thomas S, Ratcliffe NA. Detección y caracterización parcial de dos factores antibacterianos de las excreciones / secreciones del gusano medicinal Lucilia sericata y su actividad contra Staphylococcus aureus resistente a meticilina (MRSA). Microb Infect . 2004; 6 (14): 1297-1304.

Capítulo 99

LA MIEL COMO DESBRIDANTE OSMÓTICO

MARIA PILAR MIGUEL GALÁN

1 Introducción

El desbridamiento osmótico se consigue gracias al intercambio de fluidos de distinta densidad, mediante la aplicación de soluciones hiperosmolares o de apósitos de poliacrilato activados con soluciones hiperosmolares. Algunas de las soluciones hiperosmolares utilizadas por los apósitos que benefician un desbridamiento osmótico son Ringer o una solución de cloruro sódico al 20%.

Estos apósitos proporcionan un entorno húmedo intercambiando la solución hipertónica con el exudado de la herida.
Los poliacrilatos son estructuras que, en contacto con la humedad se saturan y liberan humedad en forma progresiva al lecho de la herida y permiten la degradación del tejido desvitalizado.

2 Objetivos

- Dar a conocer el tipo de desbridamiento osmótico.
- Conocer las propiedades de la miel: un producto al alcance de nuestra mano.
- Conocer y reconocer qué tipo de lesiones pueden beneficiarse de la miel como desbridamiento osmótico.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de diferentes bases de datos entre las que se encuentran Scielo, Cochrane y el registro especializado del Grupo Cochrane de Heridas (Cochrane Wounds Specialised Register). También se ha consultado el buscador Google académico y la base de datos Medline.

Se acotó la búsqueda a los últimos 5 años, seleccionándose artículos únicamente con texto disponible en español e inglés y con texto completo gratuito.

Se tuvieron en cuenta todos los artículos procedentes de todo tipo de estudios de investigación y publicaciones con un nivel de evidencia aceptable según las recomendaciones.

También se llevó a cabo una consulta al portal web del Grupo Nacional para el estudio y asesoramiento en úlceras por presión y heridas crónicas (GNEAUPP), donde en su página web disponen de varios documentos técnicos detallados.

Para consulta de fichas técnicas de productos específicos se han consultado las páginas web de las casas comerciales y a la Agencia Española de Medicamento y Productos Sanitarios en su sitio web.

4 Resultados

Cualquier herida que aparezca en la piel y especialmente si nos encontramos ante una lesión crónica verá retrasada su cicatrización si en ella están presentes tejido necrótico o esfacelos. Cuando hablamos de desbridamiento de una herida hacemos referencia a la retirada de este tejido muerto con el objetivo de liberar al lecho de la herida de este tejido inviable.
En el lecho de una herida podemos encontrar tejido no viable de diferentes particularidades, siendo el color la característica que nos será más útil en la valoración de la misma. De esta manera si nos encontramos ante una herida con aspecto negro estaremos hablando de tejido muerto o desvitalizado. Si la herida presenta un color verdoso deberemos de sospechar que la lesión esté colonizada por Pseudonomas Aureginosas. Un color amarillento nos indica la presencia de esfacelos y un color rojo una sobregranulación de la herida. La presencia en el lecho de la herida de cualquier tejido no viable actuará como medio ideal en la proliferación bacteriana y será un impedimento en la curación de la herida.

La preparación del lecho de la herida en un ambiente húmedo ofrece un enfoque

global para la eliminación de obstáculos en la cicatrización y para la estimulación del proceso de cicatrización . Dicha preparación engloba otros procesos como serían el tratamiento de la infección, el abordaje del tejido necrótico, el exudado del a herida y el tratamiento de los bordes de la herida. Falanga acuña el término ”Preparación del lecho de las heridas”, proponiendo un enfoque dinámico y global en el tratamiento de las heridas crónicas. Por otro lado la Wound Bed Preparation Advisory Board desarrolla un esquema de trabajo denominado TIME que tiene como finalidad optimizar las condiciones de la herida para una rápida curación. El acrónimo TIME tiene como objetivo crear una guía sistemática para el tratamiento de las heridas crónicas, para ello se deben controlar cuatro componentes que juntos forman el acrónimo en inglés:
-T: control del Tejido no viable.
- I: control de la Inflamación/Infección.
- M: control del exudado (moisture).
- E: Estimulación de los bordes epiteliales.

Nos centraremos en este estudio en el control de tejido no viable en el desbridamiento osmótico, que se trata de un método de desbridamiento selectivo en el que nos encontramos como principal inconveniente que requiere cambios de apósitos cada 12-24 horas. La evidencia sobre su efecto está basada en estudios descriptivos y opinión de expertos.
Actualmente se está empezando a utilizar otro producto de actuación osmótica: la miel. La miel es un producto que presenta un largo historial en el tratamiento de heridas, donde sus propiedades biomoleculares terapéuticas incluyen la inhibición de una amplia gama de agentes patológicos infecciosos, así como la capacidad de promover una aceleración significativa en los procesos de curación y cicatrización de las heridas.

Ramos Gallardo et al. describen en su estudio diferentes estudios clínicos donde la miel ayudó a mejorar las heridas para poder realizar un procedimiento reconstructivo posteriormente. Aseguran que el mecanismo por el cual la miel reduce la inflamación está relacionado con el contenido significativo de antioxidantes en la misma. Las prostaglandinas y el óxido nítrico son las sustancias principales en los procesos inflamatorios. Se conoce que la miel disminuye los niveles de prostaglandinas. Esta disminución de la inflamación produce una vasoconstricción de los vasos, disminuyendo de esta manera el edema y el exudado de la herida. Comprobaron también que la miel de manuka tiene un mayor poder antiinflamatorio que otro tipos de mieles. Esto es debido al metilglioxal que reacciona con las proteínas de la miel.

La miel tiene una potente actividad tanto bacteriostática como bactericida, y es efectiva para prevenir y limpiar las heridas infectadas. Contiene sustancias naturales que contribuyen a su actividad antimicrobiana, incluyendo un efecto osmótico, pH bajo y la producción de peróxido de hidrógeno. En cuanto a su alta osmolaridad, esto se debe a su fuerte contenido en azúcar que produce una acción osmótica que extrae agua de los microorganismos y los deshidrata. Además la piel proporciona un ambiente húmedo en la herida, lo que acelera su curación en un 50% de tiempo según el citado artículo.

La miel es un producto hiperosmolar que contiene menos de un 20% de agua en su composición, creando un ambiente desfavorable para el crecimiento y supervivencia de microorganismos, pudiendo inhibir el crecimiento bacteriano porque las moléculas de agua se adhieren químicamente a las moléculas de azúcar, creando un ambiente incompatible con la supervivencia de los microorganismos.

Además, se ha encontrado que la miel es eficaz contra el biofilm, presentando un poder de acción contra esta agrupación de bacterias gracias al metilglioxal. Éste actúa en la regulación del fibrinógeno, impidiendo que se formen las estructuras del biofilm en el lecho de la herida.

Georgina Gethin , en una revisión sistemática publicada en el año 2015, expone un ensayo en el que se evaluaron métodos de desbridamiento autolíticos en heridas cicatrizadas a las 12 semanas. Dicho ensayo, compuesto por 108 participantes, informó que el 44% de las úlceras tratadas con miel se curaron en contra de un 33% de úlceras tratadas con hidrogel.
El uso médico de la miel se realiza de forma estéril mediante radiaciones gamma, esterilizando y manteniendo la acción antimicrobiana.

La miel es un producto natural al alcance de nuestra mano que tiene una gran historia de curación de heridas. Autores como Molan apoyan el uso de este producto en heridas infectadas o un uso profiláctico de la misma en pacientes susceptibles de paceder úlceras con MRSA u otras bacterias resistentes a antibióticos. Se trata por tanto un producto que crea un ambiente húmero en las curas y que además impide la proliferación bacteriana en las heridas.

Molan , en el año 2002, publica un artículo con recomendaciones en el uso de la miel aplicada a heridas entre las que se encuentran:
- En primer lugar, no duda del uso de apósitos de miel como primera elección en el tratamiento de úlceras por presión: no debe reservarse este tratamiento para úlceras difíciles en las que se ha probado con diferentes productos. Afirma

que la miel es un tratamiento efectivo en las úlceras por presión desde el primer momento.
- Por otra parte es importante utilizar miel que garantice unas medidas óptimas de conservación, procesamiento y esterilización. La conservación se hará en un lugar fresco y protegido de la luz.
- La forma de presentación de la miel resulta viscosa, por lo que en la mayoría de las ocasiones es difícil su aplicación en las heridas. El uso de apósitos con la miel en su composición es una buena alternativa para la aplicación de este producto en las úlceras. Además, es fundamental que la miel se encuentre en íntimo contacto con el lecho de la herida y que cubra también la piel perilesional, favoreciendo de esta manera la inflamación.
- Uno de los inconvenientes que nos encontramos es que, en heridas muy exudativas, la periocidad de la cura debe de ser mayor, ya que la miel es soluble en agua.

Nos encontramos por tanto ante un mecanismo más de desbridamiento osmótico a tener en cuenta en lesiones crónicas especialmente. Cada vez son más las casas comerciales que ponen a nuestro alcance apósitos y geles que nos facilitan el trabajo en la administración de miel en las heridas.

5 Discusión-Conclusión

El desbridamiento osmótico es el tipo de desbridamiento más fisiológico del que disponemos en la práctica clínica actual. Este tipo de desbridamiento requerirá de curas periódicas, siendo dolorosas en ocasiones, por lo que un buen control de dolor será fundamental en el tratamiento de este tipo de úlceras cuando escojamos este tipo de desbridamiento.

La miel es un producto que encontramos al alcance de nuestra mano, es barato y cada vez son más los apósitos que las casas farmacéuticas incluyen en su composición.

6 Bibliografía

- Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP). Desbridamiento de úlceras por presión y otras heridas crónicas: Documento técnico número 9 del GNEAUPP. Julio 2005.

- Centros Multidisciplinares de Úlceras Crónicas [sede Web]. Betanzos: CMUC; 2018 [acceso el 11 de septiembre de 2019]. Disponible en: https://www.centroulcerascronicas.com/blog/desbridamiento
- Ramos Gallardo G, Sánchez Chávez A, Gallaguer Hernández S, Rodríguez Pérez M.A, Morales Zamarrón E, Chan Ramírez S. Wounds treated with honey. Clinical Cases. Dermatología CMQ 2017;15(4):265-271
- Gethin G, Cowman S, Kolbach DN. Debridement for venous leg ulcers. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 9. Art. No.: CD008599. DOI: 10.1002/14651858.CD008599.pub2.
- Molan, P. Why honey is effective as a medicine. 1. Its use in modern medicine. Bee World, 1999; 80(2): 80-92
- Molan P. Re-introducing honey in the management of wounds and ulcers theory and practice. Ostomy/Wound Management. 2002; 48: 28-40

Capítulo 100

EL PAPEL DE LA ENFERMERA EN LAS ESCUELAS.

MARÍA SOLEDAD LÓPEZ FERNÁNDEZ

EVA SANCHEZ FERNANDEZ

BEATRIZ ALBA GONZÁLEZ

VIONAISY DEL CARMEN ALONSO DEL RIVERO HERNÁNDEZ

MARÍA NOELIA FERNÁNDEZ DÍAZ

1 Introducción

En la actualidad en España no se encuentra implantada la figura de la enfermera escolar en la mayoría de las comunidades autónomas, siendo esta función desempeñada por la enfermeras de comunitaria y los programas de salud escolar, quienes ya asumen una elevada carga de trabajo en los centros de salud. De ahí la importancia de incluir a las enfermeras escolares en los centros educativos y atender de manera continuada, programada y guiada a la comunidad escolar.

Tanto la Organización Mundial de la Salud (OMS), como el Consejo de Europa han definido en diferentes textos y documentos, la necesidad de fomentar en el ámbito escolar la adquisición de conocimientos que potencien estilos de vida saludable. Por ello es la escuela, el lugar idóneo para realizar actividades de prevención, promoción y educación para la salud (EpS). Está suficientemente de-

mostrada la importancia de implantar programas de EpS a edades tempranas antes de que aparezcan conductas de riesgo.
La incorporación de una enfermera escolar en los centros educativos genera sentimientos de tranquilidad, confianza y seguridad en los padres y profesores pues ésta, está preparada para actuar ante problemas de salud inmediatos, problemas de salud crónicos e impartir educación sanitaria.

La figura de la enfermera escolar es una gran desconocida en nuestro país, pero sin embargo, lleva años funcionando en otros países. Está consolidada en países como EEUU, Londres, Francia, Escocia y Suecia mientras que en España la figura de la enfermera escolar no es obligatoria en los colegios públicos, y si está consolidada desde hace años en los colegios privados y los colegios públicos de educación especial. Algunas Comunidades Autónomas como Madrid, Castilla-León y Castilla-La Mancha si cuenta con la figura de la enfermera escolar en colegios públicos donde integran niños con diferentes problemas de salud.

2 Objetivos

- Objetivos principal; dar a conocer el papel y las funciones de la enfermera escolar en España.
- Objetivo secundario; determinar la importancia y necesidad de incorporar la enfermera en las escuelas de nuestro país.

3 Metodología

Para llevar a cabo esta revisión bibliográfica se ha realizado una búsqueda en diversas bases de datos tanto a nivel nacional como internacional y han sido utilizadas las siguientes; Pubmed, Scielo, Google académico. Además se han consultado las revistas de enfermería de Castilla y León de ámbito nacional y la revista Hacia la Promoción de la Salud de ámbito internacional.
Se han incluido artículos publicados en los últimos cinco años en inglés y español y se han excluido los artículos publicados hace más de cinco años o que no se han recuperado a texto completo

4 Resultados

Existe una proporción importante de niños con enfermedades crónicas, que pueden necesitar de actuación sanitaria u orientación sobre cuidados en deter-

minadas situaciones.
Dentro de éstas, las más prevalentes en menores de 16 años son la alergia crónica seguida del asma y los trastornos de la conducta. Otros problemas de salud frecuentes en la infancia son la obesidad, el sobrepeso, la diabetes mellitus tipo I con sus respectivos problemas asociados y sus posibles complicaciones y las enfermedades psiquiátricas.

Las funciones de la enfermera serán; realizar un diagnóstico de salud del centro, adaptar el programa de EpS a las necesidades de éste, impartir sesiones de formación para fomentar y asegurar hábitos de vida saludables, crear una consulta de enfermería a la que puedan acudir padres, profesores y alumnos, asistir ante cualquier accidente o circunstancia que lo precise y colaborar con Atención primaria en las funciones de prevención y promoción de la salud.
La enfermera escolar es el agente mediador entre la familia, la escuela y la salud y debe fortalecer los estilos de vida saludables desde la más temprana infancia a través de la familia y la escuela.

Los últimos estudios en materia de salud realizados en España se extraen datos preocupantes, apreciándose el mayor índice de colesterol infantil de Europa, menos de la mitad de los escolares no toman un desayuno completo, se han triplicado los trastornos de la conducta alimentaria, han aumentado las jóvenes fumadoras, ha disminuido la edad de inicio en el consumo de alcohol (de los 16 años a los 12), se ha duplicado el consumo de cocaína, éxtasis y cannabis entre los 14-18 años y también ha aumentado el número de embarazos no deseados en adolescentes.

Nos encontramos con unos datos en los que resulta crucial la labor de una enfermera escolar capaz de incrementar los conocimientos de los alumnos para poder defenderse de los riesgos con los que se van a enfrentar en el futuro.
Normativas sanitarias y educativas, tanto en el ámbito nacional como autonómico, destacan la importancia de adquirir hábitos Saludables y realizar Educación para la salud en las aulas.

Establecer una enfermera en las escuelas es apostar por la Calidad en la Salud y por la cultura de salud en los escolares. La enfermería escolar es una profesión a disposición de la comunidad, que hay que aprovechar y expandir a la comunidad. Según la Sociedad Científica Española de Enfermería Escolar (SCE) se define a la enfermera escolar como el profesional de enfermería que lleva a cabo su trabajo en el centro escolar durante la jornada escolar, proporcionando cuidados de prevención, educación y promoción de la salud. Su meta es conseguir el bienestar

de la salud de los escolares tanto a nivel físico como mental y social.
Para poder ejercer como enfermera escolar se debe contar con una formación específica en enfermería Escolar.

5 Discusión-Conclusión

En la actualidad en España no se encuentra implantada la figura de la enfermera escolar en la mayoría de las comunidades autónomas. Tanto la Organización Mundial de la Salud (OMS), como el Consejo de Europa han definido en diferentes textos y documentos, la necesidad de fomentar en el ámbito escolar la adquisición de conocimientos que potencien estilos de vida saludable. Por ello es la escuela, el lugar idóneo para realizar actividades de prevención, promoción y educación para la salud (EpS). La incorporación de una enfermera escolar en los centros educativos genera sentimientos de tranquilidad, confianza y seguridad en los padres y profesores pues ésta, está preparada para actuar ante problemas de salud inmediatos, problemas de salud crónicos e impartir educación sanitaria.

6 Bibliografía

1. Encinar Casado A .Enfermería Escolar. La situación hoy en día. Rev. enferm. CyL. 2015; 7(1):56-61.
2. Fernández Candela F et al. ¿Por qué un profesional de enfermería en las escuelas españolas. Hacia la promoción de la salud.2006;11:21-28.
3. Zapata Rus R M. Necesidad de enfermera escolar y educación para la salud en el ámbito escolar. Repositorio de la Universidad de Jaén. 2015:1-48.
4. San José Machi C.Enfermería escolar. Repositorio de la Universidad de Valladolid.2014:1-34.

Capítulo 101

RIESGOS DEL EMBARAZO EN MUJERES MAYORES DE 40 AÑOS EN ESPAÑA.

AIDA FANJUL ARGÜELLES

JOSE IVAN LOPEZ MARTINEZ

HELENA DIAZ LOSAS

NATALIA RODRIGUEZ ALVAREZ

TSIU YEN CHAN DIEZ

1 Introducción

Actualmente, debido a múltiples factores de carácter social, fisiológico y psicológico, el retraso de la maternidad es una realidad presente en la sociedad española.

Diversos estudios determinan como causa principal de este acontecimiento los cambios socioculturales y económicos que conllevan al retraso del deseo genésico.

El pico de fertilidad en la mujer se encuentra en torno a los 25 años, a partir de entonces se produce un descenso que se acentúa a los 35 años. Según los datos recogidos por el Instituto Nacional de Estadística, la edad maternal ha ido en

aumento, siendo la edad de mayor parto en el 2010 los 32 años y en el 2019 los 35 años.

2 Objetivos

Identificar los riesgos de la maternidad a partir de los 40 años.

3 Metodología

Se llevará a cabo una revisión bibliográfica sobre el tema en las bases de datos PUBMED, SciELO y Dialnet durante enero 2020.

Los descriptores utilizados son: embarazo, embarazo de alto riesgo, índice del embarazo, edad materna avanzada.

Los criterios de inclusión aplicados fueron:
- Estudios gratuitos cuyo acceso sea completo.
- Estudios publicados en español e inglés
- Estudios publicados entre el año 2010 y el 2020.
- Estudios relacionados con el tema tratado.

4 Resultados

Múltiples estudios determinan una estrecha relación entre la edad materna avanzada y distintos trastornos hipertensivos (eclampsia, preclampsia…).

En relación a la edad materna avanzada y una mayor incidencia de diabetes, existe una disparidad entre estudios. Algunos de ellos afirman que las mujeres de edad avanzada presentan mayor riesgo de padecer diabetes en el embarazo, en cambio otros niegan la relación.

Las mujeres de edad avanzada presentan una mayor incidencia de hemorragias maternas durante el parto.

Además, existe mayor riesgo de presentar defectos congénitos y mayor mortalidad perinatal.

La mayoría de los estudios coinciden en que las mujeres de edad avanzada finalizan en un parto distócico, con una tasa de cesárea del 71% frente al 10-5% que recomienda la Organización Mundial de la Salud (OMS).

5 Discusión-Conclusión

Cada vez se tiende más al retraso del embarazo, siendo actualmente la edad materna media los 35 años. Esta decisión conlleva un alto riesgo tanto para la madre como para el recién nacido. Por ello, es fundamental educar a la población al respecto e informar de los riesgos que se asumen al tomar la decisión de retrasar la maternidad.

6 Bibliografía

- Alberdi A. El retraso de la procreación y el mantenimiento de la juventud. Metamorfosis. 2016. 9-25.
- Instituto Nacional de Estadística. Movimiento natural de la población. www.ine.es
(último acceso 31 de enero de 2020).
- Ooki S. Maternal age and birth defects after the use of assisted reproductive technology in Japan. Internat J. Women´s Health. 2013; 5:65-77.
- Biro M., Davey M., Carolan M., Kealy M. Advanced maternal age and obstetric morbidity for women giving birth in Victoria, Australia: A population-based study. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 2012; 52(3):229-34.
- Carolan M., Frankowsa D. Advanced maternal age and adverse perinatal outcome: a review of the evidence. Midwifery. 2011; 27(6):793-801.
- Figueredo D., Lamy F., Lamy Z., Silva M. Maternal age adn adverse perinatal outcomes ina birth cohot (BRISA) from a Northeastern Brazilian city. Rev Bras Ginecol Obstet. 2014; 6(12): 562-8.

Capítulo 102

ENFERMEDADES PEDIÁTRICAS: VARICELA, RUBÉOLA, BOCA-MANO-PIE, HERPANGINA Y ESCARLATINA.

JOSE ANTONIO GONZALEZ MOLEJON

JULIA ROSA MENÉNDEZ MENÉNDEZ

MARÍA VALDES ALVAREZ

SANDRA IGLESIAS RUISANCHEZ

INMACULADA CONCEPCION VILLA FERNÁNDEZ

1 Introducción

La varicela, la rubéola, el síndrome del boca –mano-pie, herpangina, escarlatina, enfermedad de Kawasaki y pitiriasis rosada son cinco de las enfermedades pediátricas más habituales en nuestros centros de salud así como hospitales y constituyen uno de los motivos de consulta para los niños que acuden a su pediatra. Es de gran importancia conocer y saber distinguir estas enfermedades para poder y saber abordarlas de la mejor forma posible.

En la actualidad la enfermería pediátrica se ocupa de la atención integral y seguimiento continuo de lactantes, niños y adolescentes, y como parte de esta evalúa su desarrollo psicomotor, factores sociales y ambientales que influyen en la salud y bienestar de los infantes en su familia.

2 Objetivos

Objetivo general:
- Dotar a los profesionales sanitarios de los conocimientos necesarios sobre cinco de las enfermedades pediátricas más comunes para su pronto diagnóstico, evaluación y tratamiento.

Objetivos específicos:
- Prevenir posibles complicaciones secundarias a una incorrecta forma de abordar la enfermedad debido a dificultades con el diagnóstico de la misma y su abordaje.

3 Metodología

Se realiza una búsqueda activa de información tras comprobación de los DECS (descriptores en ciencias de la salud) disponibles.
Se utilizan las siguientes palabras clave: exantema, varicela, rubéola, boca –mano –pie, escarlatina, herpangina y además se consultan las bases de datos de PUBMED y DIALNET.

4 Resultados

Las enfermedades pediátricas adquieren gran importancia en nuestra sociedad y son motivo de atención en nuestros centros de salud primaria así como hospitalaria. Las enfermedades infantiles más comunes son las infecciones, que se caracterizan por su rápida transmisión de un niño a otro por vía oral y que están producidas por virus o bacterias siendo las infecciones respiratorias y las enfermedades diarreicas que afectan al estómago las más comunes.
Cada una de las enfermedades suele manifestarte con un síntoma concreto, siendo una señal de alteración del organismo del propio niño. Sin embargo, existirán muchas otras enfermedades que no se caracterizan porque el niño presente un síntoma y son difíciles de detectar. Constituyen una situación extraña para el niño que los padres deben de percibir y notificar a su pediatra.
Es de vital importancia no solo el diagnóstico de las enfermedades del niño sino de su prevención a través de las vacunas presentes en el calendario vacunal del cual deben de ser conocedores los padres. La aplicación de vacunas constituye la medida de prevención más efectiva contra algunas enfermedades graves de la infancia como la poliomielitis, tuberculosis, difteria, tos, tos ferina, tétanos y sarampión reforzando las defensas del niño.

Pretendo enumerar y en este caso describir 4 de las enfermedades que pueden padecer los niños en edad pediátrica que pueden resultar en ocasiones debido a sus manifestaciones muy comunes:

-Varicela:
Causada por el virus varicela Zoster (VVZ). Es frecuente en niños con edad inferior a 15 años, aunque puedo presentarse también en adultos. Se transmite a través de pequeñas gotas de líquido vesicular o secreciones del tracto respiratorio que son transportadas por el aire, especialmente cuando el enfermo tose o estornuda. Los primeros síntomas suelen aparecer 14-16 días después de producirse el contagio, pero también puede haber casos en los que la enfermedad aparece antes, a unos diez días del contagio, o después, a los 21 días .Síntomas: El signo más característico de la varicela es una erupción en la piel que aparece en forma de pequeños granos que en poco tiempo se convierten en vesículas (ampollas llenas de líquido). Las vesículas suelen aparecer primero por el tronco, la cara, el cuero cabelludo, extendiéndose después por todo el cuerpo. También puede afectar a la boca, a la vulva y al interior de los canales auditivos. Uno o dos días después las vesículas se transforman en costras. Durante los primeros días aparecen varias oleadas de vesículas, por lo que pueden verse a la vez lesiones en varias fases evolutivas, lo que se conoce como patrón «en cielo estrellado». Tratamiento sintomático: antitérmicos, analgésicos e hidratación; aciclovir si complicaciones.

-Rubéola:
Enfermedad que es también conocida como sarampión alemán, es una infección en la cual se presenta una erupción en la piel. La rubéola es una enfermedad causada por un virus que se propaga a través del aire o por contacto cercano. La persona que está enferma con rubéola puede transmitirle la enfermedad a otras desde una semana antes de que hayan aparecido erupciones hasta 1 a 2 semanas después de que esta desaparece. Síntomas: Junto a las manchas rojizas, los síntomas de la rubéola son bastante similares a los de un síndrome gripal, con malestar general, fiebre poco intensa, enrojecimiento de los ojos, dolor de garganta (faringitis) e inflamación dolorosa de los ganglios, del cuello sobre todo, alrededor de la nuca y en la región posterior de las orejas. Tratamiento: No existe un tratamiento específico para la rubéola. La actuación de los especialistas durante la enfermedad suele centrarse en el control de los síntomas y va dirigida a mitigar la fiebre y el malestar general, como si se tratara de un proceso gripal. Prevención: La vacuna triple vírica, que protege frente a la rubéola, el sarampión y las paperas, es eficaz en casi la totalidad de las personas a las que se les administra.

-Enfermedad de Kawasaki:
La enfermedad de Kawasaki es una vasculitis que a veces compromete las arterias coronarias y tiende a afectar a lactantes y niños de 1 a 8 años de edad. Se caracteriza por fiebre prolongada, exantema, conjuntivitis, inflamación de las mucosas y linfadenopatías. Pueden formarse aneurismas en las arterias coronarias, y romperse o causar infarto de miocardio. El diagnóstico se basa en criterios clínicos; una vez diagnosticada la enfermedad, se realiza un ecocardiograma. El tratamiento consiste en aspirina e inmunoglobulina IV. La trombosis coronaria puede requerir fibrinólisis o intervenciones percutáneas.
-Pitiriasis rosada:
Es una erupción cutánea relativamente común que provoca una erupción cutánea caracterizada por manchas de color rojizo o rosado, que causan picazón intensa. Sus causas no están todavía completamente aclaradas, pero se cree que la enfermedad tiene un origen viral. La pitiriasis rosada es una enfermedad benigna y autolimitada. Su mayor problema es el hecho de picar mucho y tardar varias semanas para desaparecer.

-Síndrome Boca-mano-pie:
Causado por el virus Coxsackie A16. Frecuente en niños y ocasionalmente en adultos. Característico de verano y principio otoñal. Tiempo de contagio 3-7 días, por secreciones de la nariz y garganta, líquido de las ampollas y heces. Síntomas: fiebre, odinofagia, astenia, llagas dolorosas en boca y puntitos planos rojos que pueden convertirse en ampollas en palmas y plantas (también rodillas, codos, nalgas o zona genital). Tratamiento: sintomático con antitérmicos, analgésicos e hidratación.

-Herpangina:
Virus Coxsackie A. Común en niños 3-10 años. Contagio 3-6 días por: secreciones nasales y garganta, heces y fómites. Clínica: fiebre, cefalea, inapetencia, odinofagia. Síntoma característico: úlceras y llagas en garganta y techo de boca. Ocasionalmente en pies, manos y glúteos con base blancuzco-grisácea y borde rojo. Tratamiento sintomático; puede utilizarse anestésico tópico en llagas bucales.

-Escarlatina:
Enfermedad bacteriana por estreptococo grupo A. Más común en niños 5-12 años. Contagio 2- 5 días, por gotitas de la tos, llagas de la piel o estornudos de una persona infectada. Clínica: garganta enrojecida; fiebre; piel rojo intenso en axilas, codos e ingles; adenopatías. Síntomas característicos: sarpullido rojo en todo el cuerpo con textura papel de lija y lengua aframbuesada. Diagnóstico: ambulato-

riamente se puede confirmar mediante un test streptocócico (muestra faríngea). Tratamiento: antibioterapia con penicilina.

5 Discusión-Conclusión

Parece de vital importancia un correcto diagnóstico de las enfermedades pediátricas que describimos: varicela, rubéola, boca – mano –pie, herpangina y escarlatina. Éstas 5 enfermedades que presentan exantemas pueden resultar muy similares y sus tratamientos son distintos, por ello cobra interés una correcta exploración como conocimiento de las mismas y de sus diferencias.
Dichas enfermedades suelen presentarse en los niños pero también pueden presentarse en los adultos por lo cual parece conveniente su conocimiento por el sanitario no pediátrico.
En la mayoría de los casos, el tratamiento es sintomático y forma parte de un proceso de inmunización que va a pasar el niño. En el caso de la varicela es imprescindible una correcta vacunación para un buen abordaje de la enfermedad.

6 Bibliografía

- Domingo Pérez,T. Enfermería Pediátrica, cuidados de enfermería en Neonatología. Consejo General de Enfermería. Año 2015.
- Centers for Disease Control and Prevention website. Vaccine information statement. Chickenpox vaccine. Accessed September 14, 2017.
- Asociación Española de Pediatría (AEPED). En familia. "Varicela".2014; Pp. 103-128.
- Ayuso D, Fernández P, González M. Enfermería Pediátrica, gestión clínica en enfermería pediátrica. Consejo General de Enfermería. Año 2015.
- García Aguado J. Varicela y herpes zóster. Guía-ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico. (v.3.1/2014)

Capítulo 103

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: ANSIEDAD.

ALBINA IGLESIAS NAREDO

1 Introducción

La ansiedad es una parte de la existencia humana, todas las personas sienten un grado moderado de la misma, siendo ésta una respuesta adaptativa. La ansiedad sigue siendo un tema de gran importancia para la Psicología siendo ésta una emoción complicada y displacentera que se manifiesta mediante una tensión emocional acompañada de un correlato somático (Ayuso, 1988; Bulbena, 1986). En general, el término ansiedad alude a la combinación de distintas manifestaciones físicas y mentales que no son atribuibles a peligros reales, sino que se manifiestan ya sea en forma de crisis o bien como un estado persistente y difuso, pudiendo llegar al pánico; no obstante, pueden estar presentes otras características neuróticas tales como síntomas obsesivos o histéricos que no dominan el cuadro clínico. Si bien la ansiedad se destaca por su cercanía al miedo, se diferencia de éste en que, mientras el miedo es una perturbación cuya presencia se manifiesta ante estímulos presentes, la ansiedad se relaciona con la anticipación de peligros futuros, indefinibles e imprevisibles (Marks, 1986). Tanto la ansiedad como el miedo tienen manifestaciones parecidas, en ambos casos se aprecian pensamientos de peligro, sensaciones de aprensión, reacciones fisiológicas y respuestas motoras. La característica más llamativa de la ansiedad es su carácter anticipatorio.

Si la ansiedad supera la normalidad en cuanto a los parámetros de intensidad, frecuencia o duración, o bien se relaciona con estímulos no amenazantes para el organismo, provoca manifestaciones patológicas en el individuo, tanto a nivel emo-

cional como funcional. Se tiende hacia una interpretación situacional-estimular caracterizada por el peligro o la amenaza, respondiendo ante la misma con ansiedad. En general, esta tendencia va acompañada de una personalidad neurótica de base similar a la timidez, apareciendo durante largos periodos de tiempo en todo tipo de situaciones. Existe una gran variabilidad interindividual en cuanto al rasgo de ansiedad, debido a la influencia tanto de factores biológicos como aprendidos; así pues, algunos sujetos tienden a percibir un gran número de situaciones como amenazantes, reaccionando con ansiedad, mientras que otros no le conceden mayor importancia. Por otra parte, la ansiedad entendida como estado se asimila a una fase emocional transitoria y variable en cuanto a intensidad y duración; ésta es vivenciada por el individuo como patológica en un momento particular, caracterizándose por una activación autonómica y somática y por una percepción consciente de la tensión subjetiva. Cuando las circunstancias son percibidas como amenazantes por el sujeto, la intensidad de la emoción aumenta independientemente del peligro real, mientras que cuando las mismas son valoradas como no amenazantes, la intensidad de la emoción será baja, aunque exista dicho peligro real.

La relación entre ambos puntos de vista es muy estrecha, pues un individuo con alto rasgo de ansiedad reaccionará con mayor frecuencia de forma ansiosa. La ansiedad rasgo y estado se solapan en varios aspectos, al igual que le ocurre a la ansiedad crónica y la de tipo agudo; cuando ésta es intensa origina un sentimiento desagradable de terror e irritabilidad, acompañado de fuertes deseos de correr, ocultarse y gritar, presentando sensaciones de debilidad, desfallecimiento y desesperación para el individuo; también, puede haber un sentimiento de irrealidad o de "estar separado" del suceso o la situación. Todo esto, indica que la ansiedad se entiende como una respuesta normal y necesaria o como una respuesta desadaptativa (ansiedad patológica); la solución para diferenciar ambas respuestas puede residir en que la ansiedad patológica se manifiesta con mayor frecuencia, intensidad y persistencia que la ansiedad normal, es decir, presenta diferencias cuantitativas respecto a aquella. El sistema categorial dominante en la psicopatología actual promueve diferencias cualitativas tanto entre los sujetos clínicos y los normales como entre las categorías clínicas; la diferenciación entre ambos tipos de ansiedad se concreta en la demanda de tratamiento por el sujeto, siendo ésta de carácter multicausal.

Por lo que la ansiedad alude a un estado de agitación e inquietud desagradable caracterizado por la anticipación del peligro, el predominio de síntomas psíquicos

y la sensación de catástrofe o de peligro inminente, es decir, la combinación entre síntomas cognitivos y fisiológicos, manifestando una reacción de sobresalto, donde el individuo trata de buscar una solución al peligro, por lo que el fenómeno es percibido con total nitidez.

La teoría psicoanalítica sostiene que la ansiedad con la que el psiconeurótico lucha es producto del conflicto entre un impulso inaceptable y una contrafuerza aplicada por el ego. Freud concibió la ansiedad como un estado afectivo desagradable en el que aparecen fenómenos como la aprensión, sentimientos desagradables, pensamientos molestos y cambios fisiológicos que se asocian a la activación autonómica. Se pueden identificar elementos fenomenológicos subjetivos y fisiológicos, siendo los primeros más relevantes bajo su punto de vista, añadiendo que es el componente subjetivo el que implica, en sí mismo, el malestar propio de la ansiedad. Por otra parte, carácter adaptativo, actuando como una señal ante el peligro real e incrementando la activación del organismo como preparación para afrontar la amenaza.

El conductismo parte de una concepción ambientalista, donde la ansiedad es entendida como un impulso que provoca la conducta del organismo. Desde esta perspectiva se conceptualiza la ansiedad como un impulso motivacional responsable de la capacidad del individuo para responder ante una estimulación determinada.

La ansiedad se concibe como un estímulo discriminativo, considerando que la ansiedad conductual está mantenida a partir de una relación funcional con un refuerzo obtenido en el pasado. Todo ello indica que se puede entender el escenario en el que se aprende la conducta de ansiedad a través del aprendizaje por observación y el proceso de modelado.

La ansiedad de carácter clínico se caracteriza por presentar una serie de factores entre los que se cuenta que la emoción sea recurrente y persistente, que la respuesta emocional emitida sea desproporcionada en relación a la situación, que sea evocada en ausencia de algún peligro ostensible; además, el individuo puede quedar paralizado por un sentimiento de desamparo o se muestra incapaz de realizar conductas adaptativas a la situación con objeto de eliminar dicha ansiedad.

Resumiendo, se entiende por síntoma de ansiedad la expresión, por parte del paciente, de términos como: nerviosismo, tensión psíquica, desasosiego, intranquilidad, preocupación, miedos o inquietud. Los síntomas ansiosos pueden estar

presentes en la mayoría de síndromes mentales. Ante todo paciente con síntomas ansiosos se discernirá claramente entre:
• Ansiedad adaptativa o normal: expresión transitoria y breve ante desafíos y exigencias del medio familiar, laboral, social, o de enfermedades físicas.
• Ansiedad patológica: la que por su intensidad y/o duración comporta una merma funcional del individuo en los distintos ámbitos de su vida (familiar, laboral, social).

2 Objetivos

- Detectar la presencia de co-morbilidad psiquiátrica asociada a los trastornos de ansiedad.
- Tratar adecuadamente a los pacientes con trastornos de ansiedad en función del tipo de trastorno.
- Reducir la cronificación de los trastornos de ansiedad.
- Ayudar a comprender los trastornos de ansiedad y ofrecer soporte a los familiares y cuidadores de pacientes con dichos trastornos.
- Detectar precozmente a los pacientes afectados por trastornos de ansiedad.
- Ayudar a los profesionales sanitarios y sociales implicados en el cuidado de los pacientes con trastornos de ansiedad, sus familiares y cuidadores en cualquier nivel de atención del sistema sanitario en que se encuentren.

3 Metodología

• Revisión bibliográfica de diferentes artículos relacionados con la ansiedad.
• Recopilación bibliográfica de recomendaciones clínicas.
• Revisión de guías clínicas.
• Se realizó el proceso de búsqueda y evaluación de guías de práctica clínica, selección y cribaje de las guías mejor evaluadas.

4 Resultados

En la asistencia al paciente con ansiedad se utilizará el estilo de entrevista centrada en el paciente, y una vez finalizado el proceso diagnóstico, se comenzará siempre con el proceso psicoeducativo acerca de la naturaleza de los trastornos de ansiedad, independientemente de otras medidas terapéuticas que pudieran establecerse (farmacológicas, biblioterapia…).

El grado de implicación y responsabilidad en el proceso psicoeducativo de los trastornos de ansiedad variará en función de la formación y capacitación de los distintos profesionales (médicos, enfermeros, psicólogos, psiquiatras), pero siempre serán capaces de iniciar los primeros pasos del citado proceso de forma congruente con la posterior atención y seguimiento por profesionales clínicos más capacitados.

El proceso psicoeducativo de los pacientes con trastornos de ansiedad se iniciará en aquel nivel de atención sanitaria en el que demande por primera vez asistencia por tal motivo, sea cuál sea la Unidad Clínica (Urgencias de Atención Primaria u Hospitalaria, Atención Primaria, Centros de Salud Mental, Unidades de Salud Mental Hospitalarias). En el proceso psicoeducativo de los trastornos de ansiedad se seguirán los principios de la Terapia Cognitivo Conductual.

Estilo de entrevista ha de ser centrada en el paciente, caracterizado por toma de decisiones compartida entre el paciente y el profesional de salud durante todo el proceso de la atención.

El proceso diagnóstico debe revelar la información necesaria acerca de la historia personal, la auto-medicación, y otras características individuales, familiares y culturales relevantes que puedan tener importancia en la atención terapéutica subsiguiente.

La oferta de atención en los servicios de Atención Primaria (debidamente capacitados para ello) presenta ciertas ventajas, en particular menor número de pérdidas en el seguimiento y con frecuencia la preferencia por los pacientes.

Los pacientes, y cuando sea apropiado los familiares, deben ser informados de la naturaleza, la evolución y el tratamiento de los trastornos de ansiedad, una vez finalizado el proceso diagnóstico, incluyendo información sobre el uso y el perfil de las reacciones adversas de la medicación prescrita.

Los pacientes, las familias y los cuidadores deberán ser informados de los grupos de apoyo y grupos de auto-ayuda y ser alentados a participar en ellos cuando sea apropiado.

Todos aquellos pacientes a quienes se prescriban antidepresivos deberán ser informados que, aunque estos medicamentos no se asocian al desarrollo de tolerancia y "ansias", puede ocurrir la presentación de síntomas de abstinencia. Estos se

presentan particularmente al reducir bruscamente dosis considerables respecto a la dosis previa o sobre todo cuando se suspenden abruptamente.

El tratamiento psicológico y/o farmacológico deberá ser rápidamente accesible al paciente. Este tratamiento se ofertará por:
• Los Servicios de Atención Primaria. Intervención inicial: La atención por profesionales de Atención Primaria con las habilidades y entrenamiento adecuado para este tipo de problemas deberán considerar, teniendo en cuenta las preferencias del paciente, los siguientes tipos de intervención con evidencia de efectividad más duradera, siendo en orden decreciente
• Terapia Cognitivo-Conductual (T.C.C) (según se indica más adelante para cada trastorno de ansiedad)
• Farmacoterapia (según se indica más adelante para cada trastorno de ansiedad).
• Auto-ayuda: Biblioterapia (el uso de material escrito para ayudar a los pacientes a comprender sus problemas psicológicos y aprender los modos de superarlos mediante el cambio de conducta).

La intervención inicial debería ser evaluada en un periodo de 2 a 4 semanas. Si bien es la intervención óptima, en caso de no ser efectiva, el paciente deberá ser reevaluado y considerar otro tipo de intervención. Si el paciente ha sido tratado con 2 intervenciones de las consideradas (cualquier combinación de intervención psicológica, medicación, o biblioterapia) y todavía presenta sintomatología importante, se le debe ofrecer la derivación a los Servicios de Salud Mental.

Los especialistas se encargarán de realizar una evaluación minuciosa, holística del paciente, de su entorno y de sus circunstancias sociales. Los profesionales de salud, sean del nivel de atención que sea, considerarán desde las fases iniciales de la atención la pertinencia de derivación del paciente a los trabajadores sociales de los equipos de salud, según los criterios de derivación.

Tratamientos:

1. Tratamientos psicológicos:
La TCC (terapia cognitivo-conductual) es un ámbito de intervención en salud que trabaja con respuestas físicas, emocionales, cognitivas y conductuales desadaptadas, de carácter aprendido. Sin embargo, los individuos no siempre conocen el carácter aprendido de sus hábitos y consideran que tienen poco o ningún control sobre ellos. La TCC considera que el individuo tiene responsabilidad en los procesos que le afectan y puede ejercer control sobre ellos. Al tratarse de un ámbito

de mejora de la salud, la TCC cuenta con técnicas y programas específicos para diferentes problemas y trastornos, cuya aplicación cuenta con un tiempo limitado en comparación con otras psicoterapias a largo plazo. Tiene una naturaleza educativa que puede ser más o menos explícita. La mayor parte de los procedimientos cuentan con módulos educativos, además de la conceptualización inicial del terapeuta sobre el problema y la lógica del tratamiento. Posee en esencia un carácter auto-evaluador a lo largo de todo el proceso con continua referencia a la metodología experimental y énfasis en la validación empírica de los tratamientos. Estas características son herederas de la adopción del conductismo metodológico como principal eje vertebrador de la TCC, y probablemente la seña de identidad más genuina de la TCC actual.

El estudio de los efectos de la terapia cognitivo-conductual en la actividad neural está en sus inicios, por lo que es lógico que existan pocos estudios y menos conclusiones definitivas. Sin embargo, las investigaciones indican que existen ciertos correlatos neuronales asociados a la sintomatología de los trastornos mentales muy relacionados con la ansiedad (TOC, fobias simples, fobia social, trastorno de estrés pos traumático, ataques de pánico y depresión). Asimismo, al igual que el tratamiento farmacológico, la terapia cognitivo-conductual ha aportado evidencia empírica de que se puede incidir en la disminución de la actividad cerebral en ciertas áreas asociadas a la sintomatología de los trastornos.

Respecto a otros trastornos de ansiedad, como las fobias específicas, existe una relación muy estrecha con la ínsula, el área orbitofrontal [] y la amígdala izquierda. La amígdala tiene una relación muy estrecha con la ansiedad y, por lo tanto, con los trastornos de ansiedad, como las fobias específicas, la fobia social y el estrés postraumático. Del mismo modo, la terapia cognitivo-conductual produce cambios en diversas áreas, tanto en las fobias específicas como en la ansiedad social y el estrés postraumático.

2. Debe utilizarse la Terapia Cognitivo Conductual.
La T.C.C debe realizarse por profesionales adecuadamente entrenados y supervisados que se adhieran a los protocolos de tratamiento fundamentados empíricamente.

Para la mayor parte de los pacientes, la T.C.C. se realizará en sesiones semanales de 1 a 2 horas y deberá completarse en un plazo máximo de 4 meses desde el inicio.

La T.C.C. más breve deberá suplementarse con apropiada información y tareas focalizadas.

3. Prescripción farmacológica:
En toda prescripción de medicamentos en los trastornos de ansiedad se considerarán los siguientes aspectos:
• Edad del paciente.
• La respuesta a tratamientos previos.
• Perfil de seguridad más favorable.
• Preferencias del paciente.
• Eficiencia del medicamento (coste para efectividad equivalente).

Todos los pacientes a quienes se prescriban antidepresivos deben ser informados, al inicio de su tratamiento, de los potenciales efectos adversos (incluyendo un incremento de ansiedad, transitorio al inicio) y el riesgo de síntomas de abstinencia si el tratamiento se suspende bruscamente, o incluso al reducir dosis u olvidarse de tomar el medicamento. Los pacientes que inician el tratamiento con antidepresivos deben ser informados del retraso en el inicio del efecto, del tiempo estimado de tratamiento y de la necesidad de tomar la medicación como se prescribe y los posibles síntomas de abstinencia. Debe administrársele información escrita apropiada a las necesidades del paciente.

Cuando se prescriba un antidepresivo de primera elección, el profesional sanitario deberá considerar lo siguiente:
• Los efectos adversos al inicio del tratamiento pueden minimizarse comenzando por una dosis baja e incrementándola lentamente hasta la respuesta terapéutica satisfactoria.
• En algunos casos, deberán utilizarse dosis en el rango máximo, si es necesario.
• El tratamiento a largo plazo es necesario para algunos pacientes.
• Si el paciente mejora con el tratamiento antidepresivo,la medicación debe continuarse durante al menos 6 meses después de haber alcanzado la dosis óptima, al cabo de los cuales la dosis puede comenzarse a reducir.
• Si no hay mejoría después de 12 semanas de tratamiento, se puede ofrecer un antidepresivo de otra clase alternativa (si sigue estando indicada la medicación) u otra forma de terapia.
• Debe advertirse a los pacientes que tomen la medicación según lo prescrito. Esto puede ser particularmente importante con la medicación de vida media corta, con el objeto de evitar la aparición de síntomas de abstinencia.

• La supresión brusca de los antidepresivos puede causar síntomas de abstinencia. Para minimizar el riesgo de aparición de estos síntomas cuando se necesite suprimir los antidepresivos, la dosis debe reducirse gradualmente a lo largo de un periodo prolongado.
• Los profesionales sanitarios deberán informar a los pacientes que los síntomas más comunes que se experimentan con la supresión brusca de los antidepresivos son: mareos, entumecimiento y hormigueos, náuseas y vómitos, cefalea, sudoración, trastornos del sueño y ansiedad.
• Los profesionales sanitarios informarán a los pacientes que deben consultar a su médico si experimentan síntomas de deprivación.
• Si los síntomas de deprivación son leves, el médico tranquilizará al paciente y vigilará los síntomas. Si los síntomas son severos el médico considerará la reintroducción del antidepresivo (o la prescripción de otro de la misma clase que tenga una vida media más larga) y reducir gradualmente la dosis mientras monitoriza los síntomas.

Otra parte importante del tratamiento sería la autoayuda, en la que se ofrecerá a los pacientes Biblioterapia basada en los principios de la T.C.C. Debe ofrecerse información acerca de grupos de apoyo, cuando estén disponibles. Los grupos de apoyo pueden proporcionar encuentros cara a cara, apoyo vía telefónica (los cuales deben basarse en los principios de la T.C.C.), o información adicional sobre todos los aspectos de los trastornos de ansiedad, además de otras fuentes de ayuda.
Los beneficios del ejercicio físico como parte de una buena salud general deben discutirse con todos los pacientes como indicación apropiada.

Los tratamientos psicológicos se pueden realizar en diferentes áreas de atención, en atención primaria se pueden realizar las siguientes técnicas de la T.C.C.:
• Psicoeducación basada en la Terapia Cognitivo-Conductual (T.C.C).
• Técnicas de relajación: o Entrenamiento en control de la respiración. o Entrenamiento en la relajación muscular progresiva de Jacobson. o Ejercicio físico en el contexto de la T.C.C. o Bibliografía basada en la T.C.C.
• Grupos de autoayuda (Counselling): Las técnicas terapéuticas del Counselling representan una de las alternativas adecuadas para su utilización en Atención Primaria. En los pacientes que presentan un trastorno obsesivo-compulsivo o un trastorno por estrés post-traumático se debe evitar aplicar las técnicas del Counselling en Atención Primaria y proceder a su derivación a Salud Mental.

En los servicios de salud mental Terapia Cognitivo-Conductual se realizan

tratamientos específicos para cada tipo de trastorno:

1. Ansiedad generalizada (TAG):
Si fuera necesario un tratamiento urgente del TAG, deben considerarse alguno o todos de los siguientes:
- Información y apoyo.
- Resolución de Problemas.
- Benzodiazepinas.
- Antihistamínicos sedantes.
- Auto-ayuda.

Las Benzodiazepinas habitualmente no deben usarse más de 2 a 4 semanas.

En el tratamiento a largo plazo de los individuos con TAG, debe ofertarse alguno/s de los siguientes tipos de tratamiento, teniendo en cuenta la preferencia del paciente. Los tratamientos que tienen evidencia de efectividad más duradera, en orden decreciente, son:
• Terapia psicológica.
• Terapia farmacológica.
• Auto-ayuda

El tratamiento elegido debe estar disponible rápidamente. Debe utilizarse la Terapia Cognitivo Conductual (T.C.C.). La TCC debe realizarse solamente por profesionales adecuadamente entrenados y supervisados que pueden demostrar que se adhieren a los protocolos de tratamiento fundamentados empíricamente.

Debe ofrecerse el rango de duración óptimo de la TCC (16 a 20 horas, en total).

Para la mayor parte de pacientes, la TCC deberá realizarse en sesiones semanales de 1 a 2 horas y completarse la terapia en un máximo de 4 meses desde el inicio.

La TCC más breve debe suplementarse con información y tareas focalizadas adecuadas. Cuando se utilice la TCC más breve, deberá ser de unas 8 a 10 horas y estar diseñada para integrar en ella materiales de auto-ayuda estructurados.

5 Discusión-Conclusión

En todo paciente bajo T.C.C. habrá un proceso de evaluación del progreso que debe ser determinado de forma individualizada para cada caso.

Cuando se inicie un nuevo tratamiento farmacológico, la eficacia y los efectos adversos deben ser revisados a las 2 primeras semanas de iniciado el tratamiento y de nuevo a las 4, 6 y 12 semanas. Habrá que tener en cuenta cualquier característica o exigencia de vigilancia exigidas por las características de cada medicamento concreto. Al cabo de 12 semanas de tratamiento con un medicamento se debe evaluar la efectividad y tomar la decisión de continuar con él o considerar una intervención alternativa. Si la medicación se continuase más de 12 semanas, el paciente deberá ser revisado cada 8 a 12 semanas, dependiendo de las circunstancias individuales y de la evolución clínica.

Los pacientes que reciben intervenciones de auto-ayuda se les debe ofrecer contacto con los profesionales de Atención Primaria, con el fin de seguir la evolución clínica y considerar intervenciones alternativas. La frecuencia de dichas consultas deberá determinarse de forma personalizad.

Cuando sea posible deben utilizarse cuestionarios auto-cumplimentados, cortos (como el de la subescala de pánico del inventario de movilidad del agorafóbico para los pacientes con trastornos de pánico) para monitorizar los resultados.
El objetivo básico es valorar el nivel de capacidad de los procesos existentes.

Se explica la forma de detectar la presencia de co-morbilidad psiquiátrica asociada a los trastornos de ansiedad, indicando los mejores tratamientos para los pacientes con trastornos de ansiedad en función del tipo de trastorno y edad, ya que es importante detectar precozmente a los pacientes afectados por trastornos de ansiedad y realizar un diagnóstico correcto y tratamiento y así evitar su cronicidad.

Es importante ayudar a comprender los trastornos de ansiedad y ofrecer soporte a los familiares y cuidadores de pacientes con dichos trastornos.

Se intenta ayudar a los profesionales sanitarios y sociales implicados en el cuidado de los pacientes con trastornos de ansiedad, sus familiares y cuidadores en cualquier nivel de atención del sistema sanitario en que se encuentren para así intentar evitar la yatrogenia farmacológica y psicológica en la atención a los pacientes con trastornos de ansiedad.
Y se intenta lograr mejorar la calidad de vida de los pacientes, y sus familiares, con trastornos de ansiedad, ayudando a reducir el grado de incapacidad laboral y funcional para la actividad cotidiana que suponen los trastornos de ansiedad.

6 Bibliografía

• CIE-10.Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico.O.M.S. Meditor 1992.
•Anxiety. Management of anxiety (Panic disorder, with or without agoraphobia, and generalised anxiety disorder) in adults in primary, secondary and community care. Clinical Guideline 22..N.I.C.E. December 2004.
• Guidelines for Assessing and Treating Anxiety Disorders. National Health Committee. New Zealand. November 1998.
• Post-Traumatic stress disorder (PTSD). Clinical Guideline 26. National Institute for Clinical Excellence. March 2005.
• Paquette V, Levesque J, Mensour B, Leroux JM, Beaudoin G, Bourgouin P, et al. 'Change the mind and you change the brain': effects of cognitive-behavioral therapy on the neural correlates of spider phobia. Neuroimage 2003; 18: 401-9.
• Shapira NA, Liu Y, He AG, Bradley MM, Lessig MC, James GA, et al. Brain activation by disgust-inducing pictures in obsessive-compulsive disorder. Biol Psychiatry 2003; 54: 751-6.
• Rauch SL, Savage CR, Alpert NM, Miguel EC, Baer L, Breiter HC, et al. A positron emission tomographic study of simple phobic symptom provocation. Arch Gen Psychiatry 1995; 52: 20-8.
• Straube T, Glauer M, Dilger S, Mentzel HJ, Miltner WHR. Effects of cognitive-behavioral therapy on brain activation in specific phobia. Neuroimage 2006; 29: 125-35.
• Ochsner KN, Gross JG. The cognitive control of emotion. Trends Cogn Sci 2005; 9: 242-9.
• Belloch, A., & Baños, R. (1986). Clasificación y categorización en psicopatología. In A. Belloch & P. Barreto (Dirs.), Psicología clínica: Trastornos biopsicosociales (pp. 1-48). Valencia, España: Promolibro.
• Fernández-Montalvo, J. & Piñol, E. (2000). Horario laboral y salud: Consecuencias psicológicas de los turnos de trabajo. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 5, 207-222.
• Santed, M. A., Sandín, B., Chorot, P. & Olmedo, M. (2000). Predicción de la sintomatología somática a partir del estrés diario: Un estudio prospectivo controlando el efecto del neuroticismo. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 5, 165-178. Santed, M. A., Sandín, B., Chorot, P. & Olmedo, M. (2001). Predicción de la sintomatología somática a partir del estrés diario y de los síntomas previos: Un estudio prospectivo. Ansiedad y Estrés, 6, 317-329.

Capítulo 104

FRECUENCIA DE CAMBIO DEL CATÉTER SUBCUTÁNEO EN LA HIPODERMOCLISIS

RAQUEL RODRÍGUEZ CARBAJAL

TAMARA GARCIA RODRIGUEZ

1 Introducción

La vía subcutánea es la segunda vía de elección, después de la vía oral, en pacientes geriátricos y/o con tratamientos domiciliarios, especialmente en los cuidados paliativos, en donde el avance de la enfermedad, que cursa con pérdida del nivel de conciencia, y los efectos secundarios de algunos tratamientos a los que se ven sometidos para paliar su enfermedad, que les provocan náuseas o vómitos hacen que la vía oral no sea posible. Es una vía mucho más fácil de manejar en el domicilio que la vía venosa, pudiendo adiestrarse a sus familiares o incluso al propio paciente en el uso de ésta y ser ellos mismos quien administren la medicación en función de las necesidades del paciente, siendo el dolor el protagonista principal de dichas situaciones.

No obstante, esta terapia requiere un manejo y una supervisión por parte de los profesionales sanitarios, y en concreto respecto al catéter subcutáneo por el personal de enfermería. En base a eso se busca un consenso en cuanto a la frecuencia del cambio del catéter, de vital importancia a la hora de programar las visitas domiciliarias.

2 Objetivos

Analizar diversas fuentes bibliográficas para llegar a una conclusión sobre cuál debe la frecuencia de recambio del catéter subcutáneo en la hipodermoclisis, especialmente en el ámbito domiciliario.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, Google Académico,Cuiden y Biblioteca Las Casas seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Palabras clave: Vía subcutánea, hipodermoclisis.

4 Resultados

Según la Guía Clínica Uso y recomendaciones de la Vía Subcutánea en Cuidados Paliativos elaborada por el Sistema Extremeño de Salud recomiendan inspeccionar frecuentemente el lugar de punción, para detectar signos de infección, irritación local, fugas, desconexiones o salidas accidentales, en algunas guías aconsejan comprobarlo al menos cada 72h. Respecto a los cambios de catéter recomiendan cambiar de lugar cuando se sospeche una reducción de la absorción o cualquier reacción local. Si se usa exclusivamente para la infusión de dexametasona, cambiar la palomilla cada siete días. En el resto de los casos la vía puede permanecer durante más tiempo.

Continuando con la revisión de bibliografía encontramos en relación al tiempo estimado para el cambio de la vía subcutánea que hay autores que afirman que la vía subcutánea puede mantenerse hasta 7 días siempre y cuando no aparezcan complicaciones (Bartz et al., 2014; Cabañero-Martínez et al., 2016; Guevara Cordova, 2010). Sin embargo, Lybarger (2009) refleja en su estudio que deben de cambiarse cada 72 horas, o como se recoge también en otro estudio con una frecuencia media de 4,7 –5,4 días (Vidal, Hui, Williams, & Bruera, 2016).

5 Discusión-Conclusión

En las diferentes bibliografías que hemos consultado existe mucha variabilidad en cuanto al tiempo establecido para el recambio de catéter subcutáneo. No encontramos fundamentación para seguir uno u otro criterio, lo que parece coincidir en ellos es:

• Revisar la zona de punción cada 24/48h.

• Realizar el cambio de vía cuando aparezcan signos de complicaciones (infección, mal absorción, irritación).

No encontramos motivado el recambio de vía subcutánea de manera sistemática estableciendo periodos prefijados, sino que lo más recomendable parece ser individualizar cada recambio de catéter en base a la situación de cada paciente.

6 Bibliografía

1. Lybarger, E. H. C. R. N. I. (2009). Hypodermoclysis in the home and long-term care settings. Journal of Infusion Nursing, 32(1), 40-44.

2. Bartz, L., Klein, C., Seifert, A., Herget, I., Ostgathe, C., & Stiel, S. (2014). Subcutaneous administration of drugs in palliative care: Result of a systematic observational study. Journal of Pain and Symptom Management, 48(4), 540-547.

3. Cabañero-Martínez, M. J., Velasco-Álvarez, M. L., Ramos-Pichardo, J., Ruiz Miralles, M. L., Priego Valladares, M., & Cabrero-García, J. (2016). Perceptions of health professionals on subcutaneous hydration in palliative care: A qualitative study.Palliative Medicine, 30(6), 549-557.

4. Guevara Cordova, L. A. (2010). Nivel de conocimientos de las enfermeras sobre el manejo del catéter subcutáneo con reservorio en el paciente oncológico de la clínica Ricardo Palma 2009.Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina para obtenção do grau de Especialista., Lima. (737412)

5. Manzanas Gutiérrez, A., Novo Robledo, I., & González Alonso, M. I. (2011). Estrategia de mejora en la administración de medicamentos por vía subcutánea en el domicilio. Fundación De Enfermería De Cantabria, 1(3), 26-31.

6. Vidal, M., Hui, D., Williams, J., & Bruera, E. (2016). A prospective study of hypodermoclysis performed by caregivers in the home setting. Journal of Pain and Symptom Management, 52(4), 570-574.

Capítulo 105

EL DUELO EN ATENCIÓN PRIMARIA

MARÍA VICTORIA DEL RÍO SANCHEZ

AITOR MENDEZ ALVAREZ

1 Introducción

Aunque puede hablarse de duelo ante pérdidas de partes anatómicas del individuo (parálisis, amputaciones, ablaciones de mama o genitales) o circunstancias personales (trabajo, estatus, relaciones interpersonales), nos referiremos al duelo en el sentido más estricto, es decir, el sentimiento ante la pérdida de seres queridos.
Es un acontecimiento vital estresante de primera magnitud; de hecho, la muerte de un hijo o hija, o del cónyuge, son consideradas las situaciones más estresantes por las que puede pasar una persona (escala de Holmes y Rahe).

La duración y la forma de expresar un duelo normal, puede variar dependiendo de la cultura: El modelo Kübler-Ross, comúnmente conocido como las cinco etapas del duelo, fue presentado por primera vez por la psiquiatra suizo-estadounidense Elisabeth Kübler-Ross (1926-2004) en su libro "Sobre la muerte y los moribundos", en 1969.
1. Negación y aislamiento.
2. Ira.
3. Negociación.
4. Depresión.
5. Aceptación.

Kübler-Ross afirmó que estas etapas no necesariamente suceden en el orden descrito arriba, ni todas estas son experimentadas por todos los pacientes, aunque

afirmó que una persona al menos sufrirá dos de estas etapas. A menudo, las personas atravesarán varias de estas etapas en un efecto «montaña rusa», pasando entre dos o más etapas, y volviendo a hacerlo una o varias veces antes de finalizar.

Factores de riesgo de duelo complicado:
La valoración del riesgo implica cuatro categorías de información:

1. Características de la enfermedad, de los cuidados terminales y de la naturaleza de la muerte: Muerte repentina o inesperada, especialmente si:
· Se ha producido en circunstancias traumáticas.
· Supone un estigma (suicidio, homicidio, SIDA).
· El doliente no ha tenido ocasión de prepararse,o anticiparlo; enfermedad excesivamente corta (doliente con sensación de no estar preparado). Enfermedad prolongada y doliente en edad media (una larga enfermedad puede sobrepasar los mecanismos de adaptación de los familiares).

2. Características del doliente:
- Fase del ciclo vital (especialmente si el doliente es adolescente, persona que enviuda joven o anciana, o madre viuda o separada).
- Historia de pérdidas previas (especialmente no resueltas: infidelidad, divorcio o abortos) o Factores estresantes concurrentes.
- Enfermedad física o mental: especialmente, problemas de salud mental que han requerido tratamiento psiquiátrico o psicológico, historia familiar de trastornos psiquiátricos, intenso sufrimiento durante la enfermedad, antes de la muerte.
- Mala adaptación inicial a la pérdida, expresada como sufrimiento emocional intenso o depresión severa.
- Incapacidad o limitación en el uso de las estrategias de afrontamiento: cuidado físico, identificación de aspectos importantes del proceso de duelo, modulación del sufrimiento del duelo, diferenciación entre dejar ir y olvidar, o acceder a las ayudas disponibles.
- Personas solitarias o distantes.
- Poco control interno sobre las creencias; por ejemplo, sentir que no controla su propia vida.

3. Relaciones interpersonales:
- La disponibilidad de apoyo social, el doliente no tiene una persona de confianza con quien compartir sus sentimientos, dudas, preocupaciones…
- La experiencia del duelo altera la red de apoyo social; por ej: no encontrarse con sus viejos amigos con la misma frecuencia que antes del fallecimiento.
- El doliente no está satisfecho con la ayuda disponible durante la enfermedad.

- El apoyo de familiares y amigos antes del fallecimiento fue bueno, pero después disminuyó.
- Matrimonios con una relación especialmente buena, duradera y exclusivista.
- Familias con bajos niveles de cohesión, comunicación y capacidad para resolver conflictos.
- Relación ambivalente o dependiente con el fallecido

4. Características del fallecido:
- Niño o adolescente.
- Muerte de un hijo por un problema hereditario.
- Muerte de un hijo de forma repentina o violenta.
- Progenitores o adultos jóvenes; especialmente, si el padre o la madre que sobrevive tiene pocas capacidades de afrontamiento.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Identificar los factores de riesgo de duelo complicado.

Objetivos secundarios:
- Señalar las claves para el diagnóstico diferencial entre delo normal y duelo patológico.
- Destacar los aspectos más importantes durante la valoración del proceso de atención de enfermería. Identificar los posibles diagnósticos de enfermería así como los NOC y los NIC sugeridos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, Google Académico seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Bibliografía

1. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA Nº 2006/08
2. Antonia Jiménez González, Montserrat Montés Germán, Javier Jiménez Pietropaolo. El duelo, estrategias terapéuticas con niños y personas con síndrome de down. Intervención en duelo por suicidio. FOCAD decimosexta edición Enero-Marzo 2012.
3. Roberto Pereira Tercero. Evolución y diagnóstico del duelo normal y patológico. Fmc. 2010;17(10): 656-663
4. Robert A. Neimeyer. Aprender de la pérdida. Una guía para afrontar el duelo.
5. Javier García-Campayo. Manejo del duelo en atención primaria. S.E.M.P.P. Vol. 2 (2012) n.° 2
6. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2018-2020. 11ª edición. Madrid: Elsevier 2019.
7. Moorhead S., Johnson M., Maas ML., Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC): Medición de Resultados en Salud. 6ª edición. Barcelona: Elsevier; 2018.
8. Bulecheck GM., Butcher HK., Wagner CM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC): 7ª edición. Barcelona: Elsevier; 2018.

Capítulo 106

PROGRAMA DE INTERCONSULTA DE ENFERMERAS DE SALUD MENTAL QUE DESARROLLAN SU LABOR PROFESIONAL EN LAS UNIDADES DE SALUD MENTAL CON ENFERMERAS DE ATENCIÓN PRIMARIA

MARÍA VICTORIA DEL RÍO SANCHEZ

AITOR MENDEZ ALVAREZ

1 Introducción

La coordinación entre Atención Primaria y Atención Especializada se puede definir como conjunto de acciones encaminadas a optimizar los recursos de ambos sistemas y lograr la mejor comunicación entre ellos con vista a la intervención conjunta y toma de decisiones sobre la utilización de recursos.

El Informe de la OMS sobre la Salud Mental (2001) expresa que la integración de la atención de salud mental en los servicios de salud generales, particularmente en el nivel de atención primaria tienen numerosas ventajas, entre otras, el mejor cribado y tratamiento, sobre todo mejores tasas de detección para los pacientes que acuden con trastornos somáticos vagos relacionados con trastornos mentales y del comportamiento, así como la posibilidad de tratar mejor los problemas orgánicos de las personas que padecen enfermedades mentales y viceversa,

y mejor tratamiento de los aspectos mentales asociados a los problemas "orgánicos".

La atención a la Salud Mental se realiza en dispositivos de Atención Especializada, con dependencia funcional, administrativa y de gestión de las Gerencias de los Hospitales de su zona de cobertura. Parte de esta atención se presta en las Unidades de Salud Mental Comunitarias (USMC) por parte de equipos multiprofesionales. Los pacientes son derivados a través de los Equipos de Atención Primaria de los Centros de Salud o a través de médicos especialistas.

La Ley General de Sanidad expone que los servicios de salud mental y de atención psiquiátrica del sistema sanitario general cubrirán, asimismo, en coordinación con los servicios sociales, los aspectos de prevención primaria y la atención a los problemas psicosociales que acompañan a la pérdida de salud en general. Y refiere además, que son características fundamentales del Sistema Nacional de Salud, la organización adecuada para prestar una atención integral de la salud, comprensiva tanto de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, como de la curación y rehabilitación.

Enfermería forma parte de todo el proceso de acompañamiento durante la salud y la enfermedad de la población, de tal manera, que según la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS) se estima como función de los Diplomados Universitarios en Enfermería, la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de Enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades.

El ámbito de actuación de las enfermeras especialistas en salud mental abarca tanto la atención hospitalaria, en régimen de hospitalización como la atención a la comunidad a través de los centros de salud mental especializados, centros de atención primaria, domicilios, instituciones sociales y/o centros destinados a realizar actividades rehabilitadoras relacionadas con la salud mental.

Entre las competencias asistenciales del enfermero especialista en salud mental se encuentran: coordinar y favorecer la continuidad entre los diferentes niveles asistenciales; coordinar los cuidados de enfermería que se ofertan cualquiera que sea el dispositivo y nivel de atención a la salud mental en el que se encuentre, supervisando las intervenciones de otros profesionales y el ajuste de las mismas a la planificación de cuidados especializados de salud mental establecidos para cada paciente y/o situación; y asesorar, en calidad de experta, a profesionales de enfermería, otros profesionales de la salud, así como a personas y/o grupos.

Entre las competencias docentes estaría colaborar en la formación en materia de salud mental de otros profesionales de enfermería.

Para la integración de ambos sistemas de atención (primaria y especializada), en el Informe de Salud Mental de la OMS (2001), se exponen ciertos aspectos que deben ser considerados, como que el personal sanitario general debe tener los conocimientos técnicos y prácticos y la motivación necesarios para tratar a los pacientes que padecen trastornos mentales y ocuparse de ellos, que se necesitan especialistas en salud mental para prestar apoyo y supervisar al personal de salud general. Además, incluye entre las recomendaciones generales, el dispensar tratamiento en la Atención Primaria, ya que permitiría facilitar y agilizar el acceso a los servicios para el mayor número de personas, siendo necesario para ello que el personal de salud general reciba formación en las competencias esenciales de la atención de salud mental.

En la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, plantea dentro de su línea estratégica 2, concretamente en el objetivo general 4, mejorar la calidad, la equidad y la continuidad de la atención a los problemas de salud mental, con los siguientes objetivos específicos:

- Desarrollar e implantar de forma efectiva por las CC.AA., en el marco de sus competencias, las prestaciones que se incluyen en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud, tanto en el ámbito de la Atención Primaria como en el de la atención especializada.

- Las CC.AA. establecerán procedimientos de apoyo desde la atención especializada en salud mental a la atención primaria para la detección y tratamiento precoz de trastornos mentales.

Y en la 3 Línea Estratégica, explica que la coordinación de todas las actuaciones persigue promover prestaciones integradas, maximizando la eficiencia y garantizando la continuidad de cuidados. El objetivo general, propone promover la cooperación y la corresponsabilidad de todos los departamentos y agencias involucradas en la mejora de la salud mental, implantando por las CCAA mecanismos eficaces de coordinación y cooperación a nivel institucional e interinstitucional, que garanticen la atención integral de las personas.

En la Cartera de Servicios Comunes de Atención Primaria, publicada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, se propone la atención a la salud mental en coordinación con los servicios de atención especializada, que incluye

los siguientes puntos a trabajar:

1. Actividades de prevención y promoción, consejo y apoyo para el mantenimiento de la salud mental en las distintas etapas del ciclo vital.
2. Detección, diagnóstico y tratamiento de trastornos adaptativos, por ansiedad y depresivos, con derivación a los servicios de salud mental en caso de quedar superada la capacidad de resolución del nivel de atención primaria.
3. Detección de conductas adictivas, de trastornos del comportamiento y de otros trastornos mentales y de reagudizaciones en trastornos ya conocidos, y en su caso, su derivación a los servicios de salud mental.
4. Detección de psicopatologías de la infancia/adolescencia, incluidos los trastornos de conducta en general y alimentaria en particular, y derivación en su caso al servicio especializado correspondiente.
5. Seguimiento de forma coordinada con los servicios de salud mental y servicios sociales de las personas con trastorno mental grave y prolongado.

Basándonos en la necesidad detectada en las anteriores leyes y estrategias de salud, de una atención a la salud mental coordinada entre los servicios de Atención Primaria y Atención Especializada, proponemos un Programa de Interconsulta entre enfermeras de salud mental, que desarrollan su labor profesional en las USM con enfermeras de Atención Primaria.

2 Objetivos

Objetivos generales:
1. Mantener la coordinación entre el personal de enfermería de AP y de las USM´s.
2. Dotar a las enfermeras de los conocimientos y habilidades necesarias para el abordaje de los enfermos mentales graves en Atención Primaria.

Objetivos específicos:
1. Mantener reuniones bimensuales.
2. Establecer contacto telefónico/email/ a demanda de los profesionales.
3. Realizar sesiones formativas al equipo de enfermería de AP trimestralmente.

3 Metodología

Procedimiento de la propuesta:

Este programa de Interconsulta entre enfermeras de AP y de enfermeras de las USM se basa principalmente en dos tipos de encuentros entre ambos colectivos. Por un lado, las reuniones de coordinación que se establecerán bimensualmente y por otro, las sesiones formativas, con la finalidad de dar respuesta a los dos objetivos generales.

Participantes:

Enfermeras de las Unidades de Salud Mental y Enfermeras de Atención Primaria.

A cada reunión asistirá el mayor número posible de enfermeros de la USM, de manera que siempre quede una enfermera en el dispositivo para poder cubrir las necesidades del mismo. Cada enfermera de la USM será la referente de uno de los Centro de Salud a los que da cobertura dicha unidad, cuya función será principalmente la de enlace entre AP y el resto del equipo de salud mental de la USM.

Lugar de encuentro:

El lugar dónde se celebrarán las reuniones será cada uno de los centros de salud. Se les pedirá a las enfermeras de AP que realicen los trámites necesarios para tener disponible la sala de reuniones en las fechas pactadas.

Primer encuentro:

En una primera instancia se celebrará una reunión entre ambos equipos de enfermería para dar a conocer los objetivos y procedimiento del programa además de explorar temas de interés y fijar el calendario de las sesiones.

Cronograma:

En el primer encuentro y posteriormente a principio de año se consensuarán las fechas de las reuniones con cada CS. Se organizará de tal forma que no coincida más de una reunión perteneciente a este programa por semana, eso dependerá, entre otras cosas, del número de CS a los que da cobertura cada USM. La flexibilidad será una de las características de este programa, por lo que a pesar de existir un calendario establecido, éste podrá ser modificado si fuese necesario.

La duración estimada de las reuniones será de 90 minutos. Se intentará que el horario fijado sea aquel que menos afecte al funcionamiento de ambos servicios y que permita al mayor número de enfermeras asistir.

Reuniones de coordinación bimensuales:

· Se aclararán dudas acerca de la evolución, abordaje y plan de cuidados de pacientes en común.

· Se asesorará a las enfermeras acerca del abordaje y camino a seguir con aquellos casos solicitados por las enfermeras de AP, que aún siendo desconocidos por los profesionales de salud mental, podrían beneficiarse de este tipo de intervenciones.

Sesiones formativas trimestrales:

· Se elaborará un listado en el que se especifique qué enfermera de salud mental será la responsable de cada sesión formativa o clínica, tanto de la elaboración como de la presentación. El resto de las enfermeras participarán apoyando el día de la sesión.

· El tema a tratar será solicitado por las enfermeras de AP de una sesión para otra.

· Estructura de cada sesión:

1. Aclaración de las dudas que puedan haber surgido de la sesión anterior.

2. Exposición de los contenidos del tema pactado.

3. Parte práctica con resolución de casos.

4. Resumen y dudas de la sesión.

5. Evaluación de los conocimientos y habilidades adquiridas.

EVALUACION

Tanto el primero objetivo general como los objetivos específicos se evaluarán a través del cumplimiento del cronograma que se establecerá.

Para la evaluación del segundo objetivo general, se elaborarán unos cuestionarios que valorarán los conocimientos y habilidades adquiridas en cada sesión, cuyos contenidos estarán relacionados con la materia impartida y contarán con una parte de casos prácticos. Se administrarán al final de las mismas.

4 Bibliografía

1. OMS. Informe Mundial de la Salud Mental (2001).
2. Gobierno de España. Jefatura del Estado. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
3. Gobierno de España. Salud Mental: Organización y Dispositivos.
4. Gobierno de España. Ley 44/2003, de 21 de noviembre de Ordenación de las profesiones sanitarias.
5. Gobierno de España. Ministerio de Igualdad, Política Social e Igualdad. Orden SPI/1356/2011, de 11 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería de Salud Mental.
6. OMS. Declaración Europea de Salud Mental.
7. Gobierno de España. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (2009-2013).
8. Gobierno de España. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Cartera de Servicios Comunes de Atención Primaria.

Capítulo 107

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL ICTUS.

NAZARET SUÁREZ BOTO

NATALIA LÓPEZ PÉREZ

1 Introducción

El Ictus es una enfermedad cerebrovascular que afecta a los vasos sanguíneos que suministran sangre al cerebro, alterando la función de una determinada región del cerebro de forma transitoria o permanente. También se le conoce como accidente cerebrovascular, embolia, derrame cerebral, apoplejía o trombosis.

El cerebro es un órgano extremadamente complejo, esto condiciona que los síntomas a través de los cuales se manifiesta esta enfermedad sean extremadamente variados dependiendo de la zona del cerebro que se vea afectada así tendremos dificultades para mover o sentir una parte del cuerpo, percibir un campo visual, hablar o entender el lenguaje…

Los Ictus pueden ser de dos tipos:
- Ictus isquémicos: Son los más frecuentes. En este caso se produce obstrucción de una arteria ocasionada por un trombo o un coágulo disminuyendo el flujo sanguíneo.
- Ictus hemorrágico: Se originan por la rotura de una arteria cerebral que hace que la sangre irrumpa una zona del cerebro anulando su función.

Los cuidados de enfermería son:

Movilidad:

- Parálisis: es la manifestación más conocida del Ictus, tras producirse el Ictus debemos guardar reposo en cama hasta que se estabilice el estado neurológico, en cuanto sea posible se iniciará la movilización para evitar la atrofia muscular. Para evitar las caídas se recomienda hacer ejercicio para fortalecer la musculatura y entrenar el equilibrio, retirar alfombras y obstáculos del suelo, poner barandillas en las escaleras, poner asientos o sillas en los baños, poner los accesorios de cocina al alcance, iluminar todas las estancias de la casa, vestir ropa y calzado adecuado, tener mucho cuidado con las mascotas, no corre ante llamadas telefónicas, tener especial cuidado si se toma medicación para dormir.

Alimentación e Hidratación.
- Disfagia: dificultad más o menos grave para tragar, por lo que no debemos darle agua ni ningún líquido, utilizaremos espesantes, no le daremos palmadas en la espalda ya que el alimento podría desplazarse más hacia dentro, inclinaremos a la persona hacia delante y la invitaremos a toser con fuerza.

Aseo.
- Es importante realizar un aseo diario, éste puede ser:
- En la cama: se realiza con agua templada y jabón neutro secando muy bien los pliegues y revisando los puntos de apoyo.
- En el baño: se aconseja que al principio sea acompañado siempre dejando una silla cerca, es preferible la ducha a la bañera evitando barreras.

Vestido.
- Es preferible dejarle vestirse sólo, para ello empezará por la extremidad afectada y para quitarla al contrario. Mantendremos la ropa ordenada y en lugar accesible para ponérsela sentado y sin prisa. Utilizará ropa cómoda y holgada, se recomienda el uso de ropa deportiva con elástico en la cintura. Los zapatos serán cómodos y cerrados.

Eliminación.
- Suelen producirse dos problemas frecuentemente, la retención y la incontinencia urinaria, para solucionar la retención colocaremos una sonda vesical y para la incontinencia debemos reeducar la vejiga estableciendo horarios, vaciar la vejiga antes de acostarse, si no puede comunicarse bien usar algún gesto sencillo que indique la necesidad de orinar, mantener la máxima intimidad posible.
- El estreñimiento es muy frecuente en las personas que sufren un Ictus para ello debemos recomendar alimentos ricos en fibra y abundantes líquidos, establecer horarios, realizar actividad física, estar relajado, evitar esfuerzos importantes, evitar automedicarse.

- A veces se produce diarrea, en este caso producido por ingerir alimentos inadecuados, por determinadas medicaciones…esto se corrige tratando la causa desencadenante.

2 Objetivos

- Conocer qué es un Ictus.
- Conocer los cuidados de enfermería en los pacientes aquejados de un Ictus.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, Google Académico seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Bibliografía

-Diagnóstico e intervención nutricional en la disfagia orofaríngea. Aspectos prácticos. Editorial Glosa SL, 2011.
-Código Ictus. Programa clave de atención Interdisciplinar. Gobierno del Principado de Asturias 2017.
-Neurología 2013. Elsevier.

Capítulo 108

CISTOSTOMÍA SUPRAPÚBICA . DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA Y CUIDADOS EN EL DOMICILIO PARA EL PACIENTE.

ZAIDA GARCÍA BURON

ROSA MARIA GALLARDO EXPOSITO

RICARDO ELORRIAGA CLARACO

ALEJANDRO ARCE RODRIGUEZ

JULIETA ALONSO SOTO

1 Introducción

La retención urinaria se define como un cuadro clínico que resulta de la imposibilidad de vaciar adecuadamente y de forma voluntaria el contenido vesical a pesar del deseo y los esfuerzos que realiza el paciente para hacerlo. La retención urinaria constituye una urgencia urológica que da lugar a dolor suprapúbico intenso y una dificultad para el comienzo de la micción.

La cistostomía suprapúbica es un procedimiento urológico común y ampliamente utilizado con baja morbilidad que consiste en derivar la orina por una vía suprapúbica. Se realiza de dos maneras: a través de una punción suprapúbica,

que coloca un catéter en la vejiga y drena su contenido, o mediante una incisión quirúrgica suprapúbica y la sutura de la pared vesical a la piel.

Indicaciones:
1. Retención urinaria aguda en los casos en que haya resultado imposible el sondaje de la vejiga y la introducción de sondas filiformes.
2. Incontinencia persistente.
3. Reflujo vesicoureteral.
4. Lesión uretral de forma temporal, o permanente en lesiones irreversibles.
5. Como derivación urinaria en pacientes con lesiones neurológicas centrales graves e incapacitantes como esclerosis múltiple, retardo mental, secuelas de trauma craneoencefálico grave, con lesión axonal difusa.
6. Pacientes con lesiones vesicales traumáticas y trauma uretral que ameriten la derivación urinaria de forma temporal o permanente.
7. En pacientes con procesos infecciosos, como la prostatitis aguda ,o en gangrenas de Fournier.

Contraindicaciones:
Vejiga no palpable, especialmente en caso de anuria de origen renal.
Infección de vejiga.
Presencia de cicatrices medias infraumbilicales.

La cistostomía suprapúbica es un procedimiento que se realiza desde la antigüedad, es efectiva, bien tolerada por los pacientes, con diversas indicaciones para situaciones urgentes o a largo plazo. Es ampliamente aceptada, y tiene mínimas complicaciones.
El urólogo debe conocer las diferentes técnicas para realizarlas; El personal sanitario debe conocer el manejo del catéter y ambos saber resolver sus complicaciones .

Es muy importante el adiestramiento del paciente en el manejo del catéter y el cambio de bolsas, para que una vez de alta en el domicilio sepa el manejo y el mantenimiento del catéter, así como la identificación de las posibles complicaciones.

2 Objetivos

Conocer en qué consiste la técnica y adquirir habilidades en el cuidado tanto por parte del personal sanitario como del paciente, para su posterior aplicación en su

domicilio.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha recurrido a la revisión bibliográfica de múltiples artículos científicos de revistas especializadas, revisiones previas, protocolos de hospitales, en diversas bases de datos como Pubmed, Cochrane, Fisterra, google académico, Dynamed Plus, Scielo.

Se han usado como términos de búsqueda : Retención urinaria, cistostomía suprapúbica, cuidados enfermería, cuidados domicilio.

4 Bibliografía

1. Pérez Rodríguez D. Actualización en medicina de urgencias. 2001-2002.
2. Protocolos clínico terapéuticos en urgencias extrahospitalarias. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. 2013.
3. Medina López R.A. Retención aguda de orina: tratamiento de urgencias. 2016.
4. Fried FA. Cistostomía y vesicostomía . En Glenn JF. Cirugía Urológica. Salvat 1990; 54: 557-564
5. Rodríguez Esqueda M, Ricardez Espinoza A, Pama- nes Ochoa A, Torres Salazar J. Derivación Urinaria con el procedimiento UROMIKE. Revista Mexicana de Urología 2000;60(1):25-31.
6. Mond DJ, Lee WJ. Fluoroscopically guided suprapu- bic cystostomy in complex urologic cases. J Vasc Interv Radiol 1994;5 (6): 911-4.
7. Revista medica Medware 2001, sep 1 (69):1863
8. Gea Velásquez de Castro MT, Aranaz Andrés J. Et al. Vigilancia de las infecciones asociadas a la asistencia extrahospitalaria. Agencia Valenciana de Salud.
9. Guidelines for Indwelling Suprapubic Catheterisation (Adult Care).
10. Jennifer K. Mannheim. Cuidado de la sonda suprapúbica.

Capítulo 109

CASO CLINICO CARCINOMA PAPILAR DE TIROIDES

MARIA DE LA SIERRA ZURRON AREVALO

MONICA QUIROS MARTINEZ

EVELYN FERNÁNDEZ SUÁREZ

LORENA FERNÁNDEZ AGUILERA

LIDIA MARTINEZ DIAZ

1 Introducción

La tiroides es una glándula situada en el cuello, delante de la faringe , cuya función es la producción de hormonas que intervienen en el metabolismo.

La causa del cáncer de tiroides no se conoce pero se puede asociar a algunos factores de riesgo como la exposición a radiaciones inonizantes, especialmente durante la infancia. Una dieta baja en yodo o la edad y el sexo.

El cáncer de tiroides es un tumor raro ya q constituye en torno al 1% de las neoplasias malignas, aunque es el tumor endocrino más frecuente y la principal causa de muerte de todos los tumores endocrinos.

De los diferentes tipos de cáncer de tiroides el más frecuente es el carcinoma papilar que constituye entre el 80 al 90 %.

Es tres veces más frecuente en mujeres siendo el pico de incidencia entre 30 y 50 años.

Presenta un crecimiento lento y pese a que puede tender a propagarse mantiene un pronóstico excelente.

La incidencia de este tipo de carcinomas se ha duplicado en los últimos años en todo el mundo.

2 Objetivos

- Exponer un caso clínico sobre carcinoma papilar de tiroides.

3 Caso clínico

Mujer de 32 años que es remitida por su médico de atención primaria al servicio de endocrinología por incidentaloma tiroideo derecho de 1 cm, para realizar estudios diagnósticos.

4 Discusión-Conclusión

El cáncer de tiroides no se encuentra relacionado con una causa en concreto, pero se está observando que en los últimos años la incidencia de este tipo de carcinomas va en aumento incluso las cifras se están duplicando en todo el mundo.

Los investigadores creen que parte del motivo de este aumento ha sido que las pruebas de diagnósticas nuevas y altamente sensibles llevaron a una mayor detección de cánceres más pequeños.

5 Bibliografía

- www.aecat.net.
- www.efesalud.com.
- www.cancer.net.

Capítulo 110

IMPORTANCIA DE LA FORMACIÓN EN VIOLENCIA DE GÉNERO ENTRE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

ESTEFANIA SALMERON SUAREZ

MÒNICA DÍAZ SUÁREZ

DIANA DÍAZ SUÁREZ

JOSE LUIS SALMERON SUAREZ

1 Introducción

Hoy en día es fácil encontrar múltiples y variadas definiciones sobre la violencia de género. La Organización Mundial de la Salud define violencia de género como "todo acto de violencia que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se produce en la vida pública como en la privada".

La ONU en 1995 plantea una definición de violencia de género que ha sido muy aceptada a nivel mundial, de esta manera, define violencia de género como "Todo acto de violencia sexista que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psíquico, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la privada".

La sociedad en la que vivimos plantea una tendencia hacia la multiculturalidad, tendencia que va en evolución, produciendo cambios cada vez más profundos que exigen por tanto innovaciones en todos los ámbitos, y en el ámbito sanitario de manera fundamental (Diaz-Aguado, 2003).

Los estudios que se han revisado sobre violencia de género y también en cuanto a la violencia en general, reflejan una relación clara y evidente, entre la violencia en la infancia y el riesgo de ejercerla durante la vida adulta. De esta manera, se ven personas que han vivido en ambientes violentos, sido víctimas de violencia en la infancia o presenciado situaciones de violencia de género en sus propias casas, que justifican y minimizan situaciones de violencia en la vida adulta.
Se pudo probar también, que en estas situaciones, se incrementa considerablemente el riesgo de ejercer violencia sobre otros o de padecerla sobre uno mismo. Así, se ha observado que los niños/as y adolescentes que sufrieron violencia física y/o psicológica, tienen más riesgo de ejercer ellos mismos violencia de género que otra persona que no ha sufrido estas situaciones (Strauss y Yodanis, 1996). De esta manera podemos afirmar que la violencia muestra la tendencia de transmitirse de generación en generación. (Kauffman y Zigler, 1987; O´Keefe, 1998).

Encontramos cierto consenso al tiempo de destacar como una causa relevante e importante de la violencia de género, las diferencias que aún hoy siguen existiendo entre mujeres y hombres, sobre todo las dirigidas al estatus y el poder (Gerber, 1995). Encontramos el sexismo como una forma de justificar y legitimar estas diferencias.

En la sociedad actual, podemos observar de manera fácil y en el día a día, un elevado número de muertes por violencia de género y denuncias al respecto, estos sucesos, nos hacen plantearnos qué ocurre, por qué si cada vez somos una sociedad más informada, tenemos más denuncias al respecto y más casos de violencia machista. Tras consultar diferente bibliografía al respecto, se llega a la conclusión de que las causas son multifactoriales, consideramos adecuado recordar, que a menudo, la violencia de género se incrementa cuando el poder de la mujer aumenta, de esta manera, podemos afirmar que al aumentar el poder y la autodeterminación de la mujer, aumenta la sensación de inferioridad del varón, incrementándose así su necesidad de control sobre su pareja sentimental, llevando a menudo, a un aumento de la violencia. De esta forma se perpetúa la desigualdad entre ambos sexos, orientándose hacia un control absoluto. De todo esto resultan diferentes formas de maltrato. (Martín Serrano y Martín Serrano, 1999).

Resulta evidente, como en los últimos tiempos, la sociedad ha tomado poco a poco conciencia social sobre el problema y sobre la gravedad que ello supone. Estamos abriendo los ojos hacia un problema social muy importante, que supone un gran obstáculo para la buena convivencia entre hombres y mujeres, una lacra social que mata a muchas mujeres en nuestro país. Sin embargo, el problema dista mucho de resolverse. (Díaz-Aguado, Andrés, 2012)

Resulta increíble pensar que aproximadamente el 20% de las mujeres que consultan en los servicios sanitarios padecen situación de violencia de género en sus domicilios. (Plazaola-Castaño, Ruiz, 2004). Generalmente el motivo de consulta no tiene necesariamente relación con la agresión, lo más común es que se trate de una manifestación encubierta de la violencia ejercida contra ellas, a menudo, estas consultas no son otra cosa que un grito de ayuda, una manera involuntaria de pedir ayuda. Los servicios sanitarios, son un punto clave para el abordaje de la violencia de género.

La atención primaria es el punto de entrada a la sanidad pública, y la atención especializada y las urgencias, reciben a menudo consultas relacionadas con el tema de manera indirecta. A pesar de ello, muy raramente los profesionales sanitarios sospechamos de la existencia de una situación de violencia entre nuestros pacientes. Se estima, que sólo un 1% de los casos se identifican. (Sugg, Tompson, Maiuro, 1999).

En este contexto se plantea el presente trabajo, donde tratamos de contextualizar y poner en relevancia, la importancia de la formación en violencia de género que tienen que recibir todos los profesionales sanitarios sin importar su puesto de trabajo, con el fin de que se pueda facilitar la identificación y que se llegue a saber que acciones llevar a cabo, cuando nos encontramos con un caso de violencia machista.

Los servicios de urgencias atienden a muchas mujeres en situación de maltrato, los profesionales sanitarios tienen un papel de gran relevancia en la detección de estos casos. La gestión médica y social de estos casos se convierte en un punto clave que va a determinar un punto de importancia en la vida de la persona maltratada. Para que esto se pueda llevar a cabo de manera correcta y efectiva, necesitamos que los profesionales sanitarios estén sensibilizados con el tema. Resulta apremiante formar a los profesionales sanitarios que trabajen en el ámbito una formación adecuada, pertinente y periódica. Merece la pena destacar que la coordinación entre servicios ha de ser eficiente y adecuada. (Coll-Vinent, 2014).

2 Objetivos

- Facilitar que todos los profesionales sanitarios, sin importar su campo de trabajo, sean capaces de identificar un caso de violencia sexual
- Resaltar la importancia de que todo profesional sanitario esté formado en violencia de género.
- Poner en relevancia la violencia de género en el contexto actual.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica entre toda la producción científica relacionada con la violencia de género y sanidad.

Tras un primer contacto con la bibliografía existente al respecto de la violencia de género en el contexto actual, se amplió la información y se dirigió hacia su identificación por parte del ámbito sanitario y la relevancia de la importancia de la formación de todo el personal sanitario.

La búsqueda de estudios publicados se llevó a cabo en las siguientes bases las datos bibliográficas: Index, Cochrane, Pubmed, Scielo, Web of science. También se utilizó el buscador del Google Académico. La búsqueda se realizó sin límite de fecha, es decir, desde el comienzo de indexación de cada base, hasta la fecha de realización del trabajo.

También se realizó una búsqueda inversa, con recuperación secundaria, analizando la bibliografía de los artículos que mas interés suscitaron entre nosotros y de otras revisiones que se consideraron de interés.

4 Resultados

A pesar de la evolución que la sociedad lleva a cabo, tenemos que afirmar que la violencia de género continúa siendo un grave problema social y sanitario. Como profesionales sanitarios, nos cruzamos en el día a día de nuestra profesión, con muchos casos de violencia de género, pero por desgracia, son muy pocos los que conseguimos detectar de manera precoz.

Matud et al. Realizó un estudio en 2009 para ver la percepción que tenía el personal sanitario sobre la violencia de género, en el mencionado estudio, se

analizaron las actitudes y el nivel de formación que tenían los profesionales sanitarios de un centro de las Islas Canarias, sobre violencia de género. Para realizar este trabajo, se realizó una entrevista semi-estructurada a 190 profesionales sanitarios de diferentes ámbitos. Se observó que existía mucha diversidad entre las opiniones entre las personas que participaron en el estudio. De esta manera, pudieron observar que la mayoría de personas consideraba que la violencia de género era consecuencia de la sociedad en la que vivimos, patriarcal y machista, pero una parte considerable de los encuestados, afirmaban que la violencia de género eran problemas de pareja, en los que a menudo la mujer era culpable, con lo cual se justificaba que se ejerciera una relación de abuso sobre ella.

Este es un estudio que vuelca unos resultados muy interesantes, en él se pudieron observar la existencia de mitos como que la violencia es consecuencia de una enfermedad en el agresor, o en su defecto, el resultado de un consumo desmesurado de drogas o alcohol, restando así culpabilidad a la persona agresora. Gracias a este estudio se pone de manifiesto, que ni siquiera la mitad de los profesionales que participaron en el mencionado estudio, habían recibido ningún tipo de formación en violencia de género. (Matad, Delgado et al. 2009).

En 2014, Lozano et al realizaron un estudio en la Región de Murcia, donde trataron de identificar la formación en violencia de género, que tenían los profesionales sanitarios del hospital de referencia de su zona, y el conocimiento que tenían estos profesionales sobre el protocolo de actuación en el caso de detectar un caso de violencia machista. Resulta alarmante y preocupante, el ver que casi el 83% de los encuestados, no conocían que en su unidad existía un protocolo especifico sobre violencia de género. Un porcentaje muy bajo, había detectado alguna vez, durante su práctica profesional, algún caso de violencia machista, y en más de la mitad de estos casos, se decidió derivar a otro profesional sanitario. Aquí se refleja la tremenda desconfianza que tenemos en la propia capacidad para gestionar de manera adecuada un tema de esta índole. (Lozano, Pina, Tordecilla et al. 2014).

En cuanto a la formación específica, Lozano et al. Obtuvieron porcentajes que no dejan indiferente a nadie, ya que el 92.4% de los profesionales que participaron en el estudio, declaró que nunca había recibido formación específica al respecto. Tan solo el 7.6% manifestó tener conocimientos adecuados para tratar el tema. Esto choca bastante, ya que los profesionales sanitarios deberían de tener suficientes herramientas para poder responder de manera efectiva y eficaz ante una sospecha de maltrato, ya que son estos profesionales con los que contacta de una

manera u otra la persona maltratada.

Resulta altamente preocupante la baja formación y en general el desinterés que tras leer múltiples estudios sobre el tema, podemos afirmar que muestran muchos de los profesionales de nuestro ámbito. La actitud pasiva sobre el tema no hace más que contribuir de alguna forma a la perpetuación del modelo patriarcal donde tienen cabida muestras de violencia sobre la mujer por el hecho de serlo.

Por todo lo anteriormente expuesto, la formación sanitaria de calidad, ofertada de manera periódica a todos los profesionales sanitarios, resulta un eje fundamental en nuestra práctica diaria. Gracias a esta formación, podremos llegar a alcanzar el nivel de sensibilización y la manejabilidad que un caso de violencia de género requiere, de esta manera podremos abordar de manera correcta el problema.

5 Discusión-Conclusión

Gracias a la múltiple literatura consultada, se pudo observar que la mayoría de sanitarios nos encontramos con pocas herramientas para llevar a cabo una detección adecuada, es más, cuando conseguimos detectar los casos de violencia de género, no contamos con los conocimientos suficiente sobre cómo llevar a cabo el protocolo de actuación, en muchos casos incluso, se desconoce dicho protocolo.

Podemos afirmar que presumiblemente, una mayor formación al respecto, aumentará nuestro manejo, nuestros conocimientos sobre qué debemos y qué no debemos hacer, aumentando así nuestra capacidad de afrontar el problema y dar respuesta a una situación vital para una persona. Es importante por tanto, que los profesionales sanitarios, independientemente de su categoría profesional, reciban formación específica en violencia de género y tengan conocimientos suficientes para llevar a cabo el protocolo de actuación en tales casos.

Llevando a cabo estas medidas, se entiende que se conseguirá un aumento de la detección de casos de violencia machista, y se ofrecerá una atención sanitaria de mayor calidad. Gracias a la formación, podremos lograr una mayor concienciación por parte de los profesionales sanitarios.

Se deben adoptar por tanto, actitudes más motivadoras en lo que respecta al tema que nos ocupa, por parte de las administraciones deberían de surgir diferentes medidas tratando de paliar y solucionar este importante problema, ya que esto repercutiría de manera efectiva a mejorar el estado de salud de la población.

6 Bibliografía

- Coll-Vinent Puig, B. (2014) Violencia y maltrato de género (II). Una aproximación desde urgencias. Emergencias 2008; 20: 269-275.
- Coll-Vinent, B., Echeverría, T., Farras, U., Rodríguez JM., Santiña, M., (2008) El personal sanitario no percibe la violencia domestica como un problema de salud. Gaceta Sanitaria Vol. 22 nº1 Barcelona
- Diaz-Aguado M.J., Andrés T. (2005) Educación intercultural y aprendizaje cooperativo en contextos heterogéneos.
- Diaz-Aguado M.J. (2003) Educación intercultural y aprendizaje cooperativo. Madrid: Pirámide.
- Gerber, G. (1995) Gender stereotypes and the problem of marital violence. En: Adler, L.; Denmark, F. (Eds.) Violence and the prevention of violence. New York: Praeger.
- Kauffman, J.; Zigler, E. (1987) Do abused children become abusive parents. American Journal of Orthopsy-chiatry, 57, 186-192.
- Matud, María Pilar and Matud, María Teresa and Delgado, Rebeca and Fortes, Demelza and Arteaga, Rosa (2009) El personal sanitario ante la violencia de género. Revista Clepsydra: revista de estudios de género y teoría feminista, 8 . pp. 139-155. ISSN 15797902
- Martin Serrano, E., Martín Serrano, M. (1999) Las violencias cotidianas cuando las víctimas son las mujeres. Madrid: Instituto de la Mujer.
- Lozano Alcaraz C., Pina Roche F., Torrecilla Hernández M., Ballesteros Meseguer C., Pastor Rodríguez J,D., Ortuño Esparza A., (2014). Formación y detección de la violencia de género en la profesión sanitaria. Enferm UFSM 2014 Jan/Mar;4(1):217-226.
- J. Plazaola-Castaño, I. RuizViolencia contra la mujer en la pareja y consecuencias en la salud física y psíquica Med Clin (Barc), 122 (2004), pp. 461-467.
- N.K. Sugg, R.S. Thompson, D.C. Thompson, R. Maiuro, F.P. Rivara Domestic violence and primary care: attitudes, practices and beliefs Arch Fam Med, 8 (1999), pp. 301-306.
- Strauss, M.; Yodanis, C. (1997) Corporal punishment inadolescence and physical assaults on spouses in laterlife: Journal of marriage and the family, 58(4), 825-841.

Capítulo 111

ACTUACION ENFERMERA EN LA DETENCION DEL TRASTORNO POR DEFICIF DE ATENCION/HIPERACTIVIDAD (TDAH)

ESPERANZA MARIA PEREZ SÁEZ

AROA VILLASEÑOR

1 Introducción

El Trastorno por Déficit de Atención/ Hiperactividad (TDAH) es una de las enfermedades que mayor crecimiento ha tenido dentro de la población joven que nos rodea. En este trabajo profundizo en dicha enfermedad para conocer qué es, a qué se debe, cómo diagnosticarla, su tratamiento y cómo trabajar en equipo para tratarla de la mejor manera posible.

Es muy importante que conozcamos los síntomas de este trastorno para poder diagnosticar a tiempo a aquellos jóvenes que se vean afectados. De este modo, se empezará a trabajar con ellos cuanto antes para poder tener controlado su desarrollo en mayor medida de lo posible.

El TDAH, afecta no solo a la vida familiar del niño, sino en cierta medida, a todo el entorno social que le rodea. Es importante que todos los que están a su alrededor tomen consciencia de lo que supone esta enfermedad y de las dificultades que presenta para poder tratarlo de la mejor manera posible.

Tras haber definido detalladamente las características del TDAH, propongo una propuesta de adaptación curricular, basada en adaptaciones no significativas. Dichas adaptaciones son principalmente metodológicas y para uso del docente.

Para finalizar, trato los beneficios que puede generar la práctica de ejercicio físico y una vida activa, en niños con TDAH. Podemos comprobar que son muchas las cosas positivas que aporta la actividad física a estos niños, y por qué no, proponerla como un "instrumento terapéutico" más, de los ya utilizados por los expertos.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Contemplar las principales características del Trastorno por Déficit de Atención/ Hiperactividad.

Objetivos secundarios:
- Identificar cuáles son los síntomas más frecuentes de las personas que sufren este trastorno.
- Conocer medio e instrumentos de evaluación del mismo.
- Ver diferentes formas de tratamiento desde diversos ámbitos: terapéutico, farmacológico, etc.
- Recoger pautas concretas de actuación para todos aquellos que formen el entorno en el que el niño con TDAH se desenvuelve.

3 Metodología

Para la preparación de este trabajo se ha realizado una búsqueda y revisión bibliográfica sobre que es TDAH. Para ello se han utilizado diferentes fuentes de información:
- Libros en papel y en formato electrónico.
- Revistas electrónicas: Revista Médica Electrónica Portales Medicos, Revista Reduca …
- Bases de datos, páginas dedicadas específicamente al TDAH, bibliotecas virtuales: Cuiden, Guiasalud, Pubmed, Google académico…

Para la búsqueda de información en las bases de datos en soporte informático las palabras claves utilizadas han sido:
- TDAH, pautas de actuación, síntomas, diagnóstico.

4 Resultados

Si procedemos al diagnóstico del TDAH, será porque hemos observado síntomas graves de conducta. Además, podemos intuir que dichas conductas podrían ser debidas al desarrollo del TDAH en el niño.

A la hora de diagnosticar el TDAH, se necesitan todas las aportaciones posibles, ya no solo del entorno familiar, sino además de todo su entorno social, incluida la escuela. Partiendo desde toda esta información, un psicólogo experto tendrá que observar y valorar el comportamiento del niño. A partir de aquí, podrá determinar si sufre alteraciones psicológicas, cuáles son y en qué medida se presentan. (Severa 2002).

Según este mismo autor, se deben considerar los siguientes ítems para la evaluación de este trastorno:
• Factores biológicos.
• Nivel intelectual y rendimiento académico.
• Estado clínico del niño.
• Influencia del marco escolar.
• Condiciones sociales y familiares.

Para llevar a cabo el procedimiento de evaluación del joven, será necesario utilizar algunas técnicas e instrumentos. Los más utilizados según Guerrero (2006) son:

- Entrevistas:
Suele ser el inicio del estudio psicológico ya que normalmente se comienza entrevistando a sus familiares. Durante esta entrevista, el experto recibirá información sobre el desarrollo del niño a lo largo de toda su vida, problemas de conducta actuales, antecedentes médicos, rendimiento académico a lo largo de su vida, etc. Generalmente en estas entrevistas se pretende conocer todo aquello referente al desarrollo evolutivo e historia del problema.

- Escalas de observación:
Se utilizan con bastante frecuencia ya que permiten llevar a cabo una evaluación de la conducta del joven. Los familiares y el entorno escolar pueden colaborar en este proceso de observación.
El inconveniente de las escalas de observación es que a veces no coinciden datos o se obtiene información muy distinta. Esto se debe a que dichas pruebas están sujetas en cierta medida a la subjetividad de cada uno. Por eso es muy importante

definir bien qué es lo que se pretende observar y con qué medida.

- Instrumentos aplicados al joven:
Son instrumentos basados en pruebas que detectan problemas de percepción y cognitivos, nivel intelectual y coordinación vasomotora.

- Observaciones conductuales:
Este método se basa principalmente en asignar conductas observadas en categorías conductuales previamente definidas. Es uno de los más importantes. La experiencia y profesionalidad del psicólogo juega un papel primordial.

- Técnicas mecánicas:
Se utilizan normalmente para medir el nivel de actividad del niño. Se puede utilizar un método u otro en función de la información que queramos obtener. Se debe de utilizar en el entorno natural del niño, para que no se vea modificada su conducta habitual.

5 Discusión-Conclusión

A lo largo de esta investigación, ha quedado bien reflejada la importancia de la forma de actuar de las personas que forman el entorno del niño. Es de vital importancia que entendamos su comportamiento, no como una mala conducta, sino como un comportamiento normal acuerdo al trastorno que posee. Por ello, la paciencia a la hora de interactuar con ellos es un requisito indispensable en los que los rodean.

El entorno social debe mostrar una actitud empática con él, para hacerle sentir en un clima agradable, sin alteraciones. Dentro de este entorno, la familia juega un papel determinante en el desarrollo del niño. Mantener una vida cotidiana bastante estructurada lo ayudará bastante. Para ello, lo ideal es mantener unos horarios que marquen el ritmo del día a día, fundamentalmente para la alimentación y el sueño.

Debemos propiciar situaciones en las que el niño centre su atención gracias a la motivación que podamos despertar en él. Para ello habrá que conocer sus gustos y utilizar esta forma para conseguir beneficios en el mantenimiento de la atención.

Lo más importante de todo, es hacer sentir que él se siente bien, que es un niño muy válido, para que de este modo su autoestima mejore y con ello disminuyan las conductas negativas. Por eso es muy importante aplicar la técnica del refuerzo

positivo, para que aumente la probabilidad de que las conductas apropiadas se vuelvan a reproducir.

Siguiendo estas pautas generales, conseguiremos que los efectos de este trastorno disminuyan y de este modo mejoremos el estado del niño.

6 Bibliografía

- American Psychiatric Association (2001). DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson. o Barkley, R.A. y Russell A. (1990). Niños Hiperactivos, cómo comprender y atender sus necesidades especiales. Barcelona: Paidós.
- Barkley, R.A. (1999). Niños hiperactivos: cómo comprender y atender sus necesidades especiales. México: Paidós.
- Barkley, R.A. (2009). Niños hiperactivos: cómo comprender y atender sus necesidades especiales. México: Paidós.
- Brown, T. (2003). Trastornos por Déficit de Atención y comorbilidades en niños, adolescentes y adultos. Barcelona: Masson.
- Douglas, VL (1983). Attention and cognitive problems. In Rutter M. ed. Developmental neuropsychiatry. New York: Guilford
- Orjales, I (2005). Déficit de atención con hiperactividad. Manual para padres y educadores. Editoral CEPE. Madrid.
- Severa Barceló, M (2002). Intervención en los trastornos del comportamiento infantil. Una perspectiva conductual de sistemas. Madrid: Pirámide.
- Hallowell, Edward M.; Ratey, John J. "TDAH: controlando la hiperactividad". Ed. Paidós. 2001.
- Hallowell, Edward M.; Ratey John J. "TDAH: controlando la hiperactividad". Ediciones Paidós Iberica, 2002.
- Faber; Adelle Mazlish, Elaine. "Cómo hablar para que sus hijos le escuchen y cómo escuchar para que sus hijos le hablen". Ed. Médici - 1997.
- Lefa S. "Todo sobre el niño hiperactivo y cómo manejarlo". Hedí Editorial CIMS 97 - 2002.
- Orjales, I. "Déficit de Atención con Hiperactividad. Manual para padres y educadores". Ed. Cepe. Madrid 1998.
- Parker, Harvey C. "Cuaderno de trabajo para padres, maestros y niños sobre el trastorno de bajo nivel de atención o hiperactividad." Ed. Specialty Press, Incorporated, 1996.

- Rief, Sandra R. "Cómo tratar y enseñar al niño con TDA/TDAH". The Center for Applied Research in Education, N.Y., U.S.A. - 2000.
- Rief, Sandra R. "Cómo tratar y enseñar al niño con TDAH. Técnicas, estrategias e intervenciones prácticas para ayudar a los niños con problemas de atención o de hiperactividad". Ed. Center for Applied Research in Education, marzo 2001.
- Soutullo Esperón, César. "Convivir con Niños y Adolescentes con Trastorno por Déficit de atención e Hiperactividad (TDAH)". Editorial Médica Panamericana, Madrid, 2004.
- Vallet, Robert E. Niños hiperactivos."Guía para la familia y la escuela". Editorial Cincel, Madrid, 1980.

Capítulo 112

SARCOPENIA EN EL ANCIANO

ANA BELÉN MENÉNDEZ ÁLVAREZ

BARBARA MONTES DIAZ

REBECA CORTINA MARTINEZ

1 Introducción

En el European Working Group on Sarcopenia in Older People (EWGSOP) en 2010 consensuaron la definición de sarcopenia como síndrome caracterizado por una pérdida progresiva y generalizada de la masa y fuerza del músculo esquelético con riesgo de sufrir consecuencias adversas como discapacidad física, mala calidad de vida y muerte.

Criterios para el diagnóstico de sarcopenia:
- Pérdida de masa muscular así como de disminución de la fuerza muscular y/o menor rendimiento físico.

2 Objetivos

Objetivo específico:
-Identificar las causas predisponentes (alteración proteica, inflamación subclínica, alteración hormonal, disfunción mitocondrial).

Objetivos generales:
-Reconocer los factores de riesgo asociados a los cambios biológicos y mecanismos del envejecimiento (sedentarismo, cambios hormonales, como descenso GH, malnutrición, tratamientos farmacológicos, comorbilidad).

-Minimizar las consecuencias de los mismos.
-Disminuir o retrasar la fragilidad en el anciano.

3 Metodología

Tras revisión sistemática elegimos como medida de cribado la medición de la velocidad de la marcha:
- Si menos de 0,8m/seg, se procede a la medición de la masa muscular total (si normal, ausencia de sarcopenia, si baja, se confirma diagnóstico)
- Si mayor a 0,8m/seg, se procede a la medición de la fuerza de prensión (si normal, ausencia de sarcopenia, si baja, confirmar con medición de la masa muscular total baja para confirmar diagnóstico.
De este algoritmo resultan 3 estadios según el EWGSOP:
• Presarcopenia (disminución masa muscular)
• Sarcopenia (disminución masa y fuerza o rendimiento)
• Sarcopenia grave (disminución de masa, fuerza y rendimiento)

4 Resultados

- La sarcopenia predispone a caídas, deterioro funcional, aumento de la discapacidad (entre dos y cinco veces más que un individuo sin sarcopenia), peor calidad de vida y muerte, afectando principalmente a mayores de 70 años y aumentando su prevalencia si están institucionalizados.
- Se identifica como principal grupo de riesgo a las mujeres de edad avanzada (menopausia, menor masa muscular, mayor esperanza de vida).
- Se objetivan mejoría en pacientes tratados con un enfoque multidisciplinar mediante:
• Intervención nutricional (aporte aminoácidos esenciales).
• Ejercicio físico (de resistencia progresiva, ejercicios aeróbicos, de equilibrio y de elasticidad).
• Intervención farmacológica (administración de VIT D).

5 Discusión-Conclusión

Este síndrome geriátrico resulta relevante en el campo geriátrico y gerontológico.

El aumento de investigaciones y estudios actualmente en auge revelan la relación directa entre la prevención de la sarcopenia y una reducción de costes personales, sociales y económicos.

6 Bibliografía

- Observatorio de la sarcopenia de la SEGG.
- Sarcopenia: Consenso europeo sobre definición y dco: Informe del grupo de trabajo europeo sobre sarcopenia en personas mayores. Cruz-Jentoft AJ y col. Envejecimiento 2010.
- AGE AND AGEING. Sarcopenia: consenso europeo sobre su definición y diagnóstico. Julio 2010 Volumen 39 Número 4
- Seminarios de la Fundación Española de Reumatología 2010. Revisión ¿qué es la sarcopenia?
Ferrán Masanés Torán, Marga Navarro López, Emilio Sacanella Meseguery Alfonso López Soto.
- Beneficios del entrenamiento de fuerza para la prevención y tratamiento de la sarcopenia. Hosp.vol 29 no.5 Madrid may 14. Carlos J Padilla Colón, Pilar Sanchez Colladoy MªJosé Cuevas.

Capítulo 113

PREVENCIÓN PIE DIABÉTICO

ANA BELÉN MENÉNDEZ ÁLVAREZ

BARBARA MONTES DIAZ

REBECA CORTINA MARTINEZ

1 Introducción

Según la OMS, el pie diabético es una infección, ulceración y/o destrucción de los tejidos profundos relacionada con alteraciones neuropáticas y distintos grados de arteriopatía en las extremidades inferiores.

Según la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular es una entidad clínica de base neuropática inducida por la hiperglucemia mantenida, en la que con o sin coexistencia de isquemia y con desencadenante traumático se produce lesión o ulceración del pie.

Más del 25% de pacientes diabéticos desarrollan ulceraciones en los pies, con elevado riesgo de infección, ingreso y amputación, así como complicaciones derivadas y riesgo posterior de sufrir una amputación mayor.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Educación basada en el cuidado del pie.

Objetivos secundarios:

- Conocimiento y prevención de factores de riesgo mediante escalas y criterios diagnósticos.
- Seguimiento del paciente (cribado y nivel de riesgo de desarrollo).
- Control de las cifras glucémicas.
- Realización de dieta adecuada a su situación.
- Fomentar hábitos saludables.

3 Metodología

Mediante revisión bibliográfica usando las palabras clave: pie diabético, neuropatía, diabetes y prevención, hemos revisado numerosos artículos científicos donde se evidencian los resultados y conclusiones que exponemos.

4 Resultados

El autocuidado es básico para la prevención de esta patología, debiendo desarrollar el paciente y/o cuidador ciertas habilidades para evitar y/o minimizar la aparición de lesiones mediante:

-Inspección diaria y notificación de cambios al profesional de referencia.

-Control de la temperatura del agua y del entorno (fuentes de calor, objetos susceptibles de provocar lesiones)

-Secado minucioso (sin fricción).

-Hidratación (no entre los dedos).

-Cortado de uñas de forma recta y limado (acudir al podólogo siempre que sea posible).

-Uso de zapatos bien ajustados (no apretados) pero suficientemente anchos y profundos (usados con plantillas adecuadas). Revisar el interior. Nunca andar descalzo.

-Seguimiento en consulta enfermería e interconsultas donde se valorará riego y evolución con herramientas como:

• Índice tobillo-brazo para valorar el riesgo cardiovascular.
• Uso de monofilamento (valoración puntos insensibles).
• Escala de Wagner para valoración del grado de lesión.

5 Discusión-Conclusión

Mediante la educación para la salud y la prevención es posible disminuir de forma considerable el riesgo de esta complicación.

Con un buen control glucémico, eliminación hábito tabáquico y alcohólico y las medidas de prevención individual ya conocidas y aquí expuestas se podría disminuir alrededor del 80% de las amputaciones según numerosos estudios.

6 Bibliografía

- Diabetes. Nota descriptiva Nº312 OMS Septiembre de 2012.
- Documento de consenso de la SEACV sobre pie diabético. Angiología 1997;5 193-230 Marinello J, Blanes JL, Escudero JR; Ibáñez V Rodríguez Olay J.
- Pie diabético. Benedito Pérez de Inestrosa, Fernández Marín, Torres Andrés. Medicina general y de familia. Edición digital. Diciembre 2014 (vol 3, num 10).
- Guía práctica clínica en el pie diabético. Rosa Ana del Castillo Tirado, Juan Antonio Fernández López, Francisco Javier del Castillo Tirado. iMedPub Journals. Archivos de Medicina Vol. 10 No 2:1.
- Pie diabético y sus cuidados. Esther Armans Moreno, Pablo Ibañez (Asociación española de enfermería vascular y heridas).
- Guía de actuación pie diabético en Canarias (Gobierno de Canarias).
- International Diabetes Federation.

Capítulo 114

CAÍDAS EN EL ANCIANO

ANA BELÉN MENÉNDEZ ÁLVAREZ

BARBARA MONTES DIAZ

REBECA CORTINA MARTINEZ

1 Introducción

Según la OMS, una caída es la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipite al paciente al suelo en contra de su voluntad.

Este síndrome geriátrico tiene causas multifactoriales y por tanto consecuencias multidimensionales afectando a esferas clínica, funcional, mental y social, así como una gran repercusión económica.

El síndrome post-caída es el miedo a padecer otra caída nuevamente provocando pérdida de confianza y consecuente disminución de la actividad (debido al dolor, la sobreprotección, depresión…).

Para evitarlo, es necesario un buen control analgésico, aprendizaje de técnicas de movilización y desplazamientos, actividad dentro de lo posible, ayuda (no sustitución) en las tareas.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Identificar grupos de riesgo.

Objetivos secundarios:
- Modificar factores de riesgo.
- Fomentar seguridad, adecuación de espacios.
- Promover envejecimiento saludable previniendo las situaciones de dependencia.
- Corrección de causas para disminuir riesgo de recaída.
- Dotar de información y concienciación al paciente, cuidadores y profesionales.

3 Metodología

-Realizaremos una valoración integral coordinada en un equipo multidisciplinar pudiendo usar diferentes escalas (Tinetti (marcha y equilibrio), Dawnton, test levántate y anda, Cuestionario de la OMS para el estudio de caídas en el anciano…) así como valoraciones sistemáticas ante cualquier alteración de la situación basal o si se producen cambios en los factores de riesgo.

-Contaremos con un registro de caídas protocolarizado.

4 Resultados

Identificamos factores de riesgo extrínsecos tales como peligros ambientales y del entorno (falta de iluminación, barreras arquitectónicas, mobiliario no adaptado, ausencia o mal uso de medidas de protección individual,) así como factores de riesgo intrínsecos, destacando el sexo femenino, mayores de 65 años (con mayor incidencia a partir de 80), historia anterior de caídas, enfermedades (crónicas y agudas), déficits sensoriales (disminución de la vista, oído..), alteraciones de la nutrición (por exceso y por defecto), alteraciones cognitivas, inestabilidad del individuo (marcha y equilibrio), los derivados del régimen terapéutico (polimedicación, efectos adversos, medicación depresora del S.N.C.

5 Discusión-Conclusión

Una vez reconocidos y abordados los factores de riego se consigue una disminución del riesgo de caídas mediante:
- Prevención primaria: educación para la salud y seguridad en el entorno para evitar la aparición de caídas.
- Prevención secundaria: identificación de los factores de riesgo e implantación de medidas correctoras.

- Prevención terciaria: medidas rehabilitadoras, enseñar a levantarse, tratamiento del síndrome post-caída (rehabilitación de marcha, equilibrio y motivación).

6 Bibliografía

- Organización Mundial de la Salud (www.who.int).
- Prevención de caídas y disminución de lesiones derivadas de las caídas. Septiembre 2017 RNAO. Guía de buenas prácticas clínicas.
- Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG) www.segg.es.
- Seguridad del paciente. Protocolo de prevención de caídas. CHRU carlos Haya. Málaga 2011. MªCarmen Cobo Montes.
- Proceso de atención de enfermería en los síndromes geriátricos. Módulo 2. Víctor Manuel Balbás Liaño, Agustín Felipe Gómez Laso.
- Prevalencia y factores asociados a caídas en adultos mayores que viven en la comunidad. Ana Lavedán Santamaría, María Viladrosa Montoy. Atención primaria. Volume 47, issue 6, june july 2015.

Capítulo 115

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA INCONTINENCIA URINARIA Y DISFUNCIÓN ERÉCTIL EN PACIENTES PROSTATECTOMIZADOS EN CONSULTA

ANDREA NATAL FUERTES

SARA CONTRERAS RAMOS

BORJA RUIZ TAMAYO

1 Introducción

La prostatectomía radical, es la cirugía utilizada para la extirpación total de la glándula prostática en casos de hipertrofia prostática (hiperplasia de próstata benigna o cáncer de próstata). Tras la cirugía, las complicaciones más frecuentes son la disfunción eréctil y la incontinencia urinaria.

La disfunción eréctil es una circunstancia en la cual el hombre no es capaz de alcanzar o mantener una erección lo bastante firme como para mantener relaciones sexuales satisfactorias.(1) Es una de las complicaciones más frecuentes tras una prostatectomía, como consecuencia de una lesión neurológica, vascular o psicológica.
Por otra parte, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la incontinencia urinaria se define como ”la pérdida involuntaria de orina que condiciona un

problema higiénico y/o social y que puede demostrarse objetivamente" (2).

2 Objetivos

General
- Detectar las complicaciones más prevalentes en la prostatectomía radical.

Específicos
- Saber orientar al paciente con incontinencia urinaria o disfunción eréctil en la consulta.

3 Metodología

Para la realización de esta revisión bibliográfica se ha realizado una búsqueda en las siguientes bases de datos científicas, SciELO, ScienceDirect, Google académico, Dialnet, así como la revista científica Elsevier.

4 Resultados

Tras la prostatectomía pueden desarrollarse dos complicaciones, la incontinencia urinaria y la disfunción eréctil. Ambas complicaciones se resuelven con el paso del tiempo, pero existen terapias que acortan el tiempo de recuperación.
Sobre la incontinencia urinaria Maria Teresa Filocamo y col. en un ensayo controlado aleatorizado estudiaron la efectividad del tratamiento de rehabilitación precoz del suelo pélvico para la incontinencia posterior a la prostatectomía. Con una muestra de 300 sujetos de los cuales 150 fueron instruidos y los otros 150 no fueron instruidos. Un 93.3% del total recuperó la continencia, aunque sí se observó que aquellos sujetos que habían sido instruidos tuvieron una recuperación más temprana. (3)

A. Geanini- Yagüez y col. en un estudio prospectivo, estudiaron el EMG-biofeedback en el tratamiento de la incontinencia urinaria y calidad de vida. De una muestra de372 pacientes de los cuales 53 varones estaban prostatectomizados, se compararon las medianas previa y posteriormente al tratamiento observándose significación estadística de mejoría. (4)
Magali Rezende De Carvalho y col. en una revisión bibliográfica sobre las terapias alternativas para la recuperación temprana de la continencia urinaria posterior

a la prostatectomía. En ella combinan los ejercicios de Kegel, biofeedback y la electroestimulación. (5)

Respecto a la disfunción eréctil, Gerald Brock y col. en un estudio prospectivo, aleatorizado, doble ciego, controlado con placebo, dosis fijas y en grupos paralelos sobre seguridad y eficacia del vardenafil para el tratamiento de hombres con disfunción eréctil después de la prostatectomía retropúbica radical. De un conjunto de 440 pacientes a los cuales se les administró placebo, vardenafilo 10 mg y vardenafilo 20 mg, concluyendo una mayor recuperación en aquellos pacientes incluidos en el grupo del vardenafilo 20mg. (6)

Por otro lado, Marijke Van Kampen y col. en un estudio descriptivo sobre Tratamiento de la disfunción eréctil mediante ejercicio perineal, biorretroalimentación electromiográfica y estimulación eléctrica. Concluyendo que un 47% de los sujetos mejoraron y 12% no mejoró pidiendo una segunda línea terapéutica. (7)
Y por último, Julia García Calvo y col. en una revisión sistemática elaboraron una guía de enfermería sobre la disfunción eréctil tras prostatectomía radical. Sobre 27 artículos dividieron las terapias en siete categorías. Concluyendo que no solo la terapia farmacológica es efectiva para tratar la disfunción eréctil y que aunque la disfunción eréctil se resuelve, con el tratamiento adecuado se acorta el tiempo de recuperación. (8)

5 Discusión-Conclusión

Actualmente, los profesionales sanitarios tenemos diferentes medios para abarcar de manera holística los pacientes que vayamos a tratar. La formación continuada del profesional sanitario permite conocer los avances en investigación para usarlos adecuadamente.
Es importante reseñar que ambas complicaciones se suelen resolver con el tiempo por sí mismas, pero producen alteraciones en la vida cotidiana del paciente, por ello es importante que la enfermera sepa los diversos tratamientos que existen, para que el tiempo de recuperación se acorte en el tiempo.

6 Bibliografía

1. Disfunción eréctil: MedlinePlus en español [Internet]. Medlineplus.gov. [acceso 7 de Abril 2019]. Disponible en: https://medlineplus.gov/spanish/erectiledysfunction.html
2. Vázquez Alba D. Incontinencia urinaria [Internet]. Madrid.org. [acceso 10 de Febrero 2019]. Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2F
pdf&blobheadername1=Contentdisposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=fi
+ANIVERSARIO+HUPH.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3D
HospitalPuertaHierroMaja&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=135
2847637746&ssbinary=true
3. Filocamo M, Marzi V, Del Popolo G, Cecconi F, Marzocco M, Tosto A et al. Efectividad del tratamiento de rehabilitación precoz del suelo pélvico para la incontinencia posterior a la prostatectomía [Internet]. Urología Europea; 2005 [acceso 18 de Marzo de 2019]. Disponible en: https://www.europeanurology.com/article/S0302-2838(05)00368-4/fulltext
4. Geanini-Yagüez A, Fernández-Cuadros M, Nieto-Blasco J, Ciprián-Nieto D, Oliveros-Escuderos B, Lorenzo-Gómez M. EMG-biofeedback en el tratamiento de la incontinencia urinaria y calidad de vida [Internet]. Salamanca: Elsevier; 2013 [acceso 22 de Abril 2019]. Disponible en: https://www.elsevier.es/esrevista-rehabilitacion-120-articulo-emg-biofeedback-el-tratamientoincontinencia-urinaria-S0048712013001096
5. Carvalho Magali Rezende de, Silva Francine Amaral Machado Nascimento da, Silveira Isabelle Andrade. Terapias alternativas para la recuperación temprana de la continencia urinaria posterior a la prostatectomía: una revisión sistemática. Enferm. glob. [Internet]. 2018 [acceso 2019 Mayo 21]; 17(50): 542584. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1695614120180002005 42
6. Brock G, Nehra A, Lipshultz L, Karlin G, Gleave M, Seger M et al. Seguridad y eficacia de vardenafil para el tratamiento de hombres con disfunción eréctil después de la prostatectomía retropúbica radical. ScienceDirect. Estados Unidos y Canadá; 2003 [acceso 20 de Marzo de 2019]. Disponible en: https://www.auajournals.org/doi/pdf/10.1097/01.ju.0000086947.00547.49
7. Van Kampen M, De Weerdt W, Claes H, Feys H, De Maeyer M, Van Poppel H. Tratamiento de la disfunción eréctil mediante ejercicio perineal,biorretroalimentación electromimográfica y estimulación eléctrica [Internet]. Bélgica: Oxford Academic; 2003 [acceso 27 de Abril de 2019]. Disponible en:

https://academic.oup.com/ptj/article/83/6/536/2805269
8. García Calvo J, del Prado Martín Tercero M, Aguayo Osuna M, Astillero Buitrago J, Cañizares Carballo G, Galiana Brage A. Disfunción eréctil tras prostatectomía radical. Guía de información de enfermería [Internet]. Asociación Española de Enfermería en urología; 2010 [acceso 11 de Marzo de 2019]. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3367925.pdf

Capítulo 116

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON NEFROSTOMÍA PERCUTÁNEA.

ANDREA NATAL FUERTES

SARA CONTRERAS RAMOS

BORJA RUIZ TAMAYO

1 Introducción

La nefrostomía percutánea es la técnica quirúrgica mínimamente invasiva que permite la colocación transitoria o permanente de un catéter en el interior del riñón, con fines diagnósticos o terapéuticos.

Esta técnica se realiza para drenar orina directamente del riñón en aquellas personas que no pueden excretar la orina de manera normal, ya sea por infección, tumor o por cálculo. (1)

2 Objetivos

- Conocer los cuidados de una nefrostomía.
- Poder realizar el cuidado de la nefrostomía en consulta evitando complicaciones.

3 Metodología

Para la realización de esta revisión bibliográfica se ha realizado una búsqueda en diferentes bases de datos científicas entre las que se encuentran Google Académico y las páginas oficiales de los hospitales.

4 Resultados

Existen diversos protocolos para el cuidado del catéter de nefrostomía según el hospital que lo haya realizado. El protocolo del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA).

El catéter siempre estará protegido por un apósito. Evite baños por inmersión. Para ducharse utilice un apósito impermeable o cura inmediata. Preparar el material necesario para el cuidado del catéter: guantes estériles y no estériles, gasas estériles, paño estéril, esparadrapo, solución antiséptica, alargadera con llave de tres vías, conector universal y bolsa colectora de orina con sistema cerrado. Colocar en decúbito lateral (de lado). Lavar las manos y ponerse guantes no estériles. Retirar el apósito evitando tirones. Quitar los guantes no estériles y colocarse los estériles, siguiendo la técnica recomendada en la unidad. Preparar campo quirúrgico. Limpiar la zona de inserción con gasas estériles y suero salino; posteriormente secar. Desinfectar la zona con solución antiséptica. Colocar una gasa estéril abierta a la mitad entre la piel y el catéter.
Colocar el catéter con una curva amplia para evitar acodamientos y cubrirlo completamente con otra gasa estéril.
No colocar ningún apósito con pegamento en contacto directo con el catéter. Colocar el esparadrapo tapando las gasas estériles y dando un trayecto amplio a la alargadera para que amortigüe los efectos de un posible tirón accidental del catéter. Dar otra lazada a la alargadera y sujetarla con esparadrapo.
La alargadera debe orientarse de tal manera que forme una línea recta con el tubo de la bolsa de orina para evitar acodamientos. Conectar la alargadera al conector universal y mantener la bolsa colectora por debajo del nivel del catéter para prevenir infecciones.

Curar cada 3 días o antes si se precisa por humedad o suciedad del vendaje). Cambiar la alargadera y el conector universal cada 8-10 días. Estas serán suministradas en la Unidad de Radiología Vascular Intervencionista cuando venga a realizar el cambio de catéter.

Si necesita lavar el catéter:
Cargar la jeringuilla con 4-5 cc de suero fisiológico estéril. Quitar el tapón de la llave de tres pasos e inyectar lentamente el suero para proceder a la limpieza interna del catéter. Aspirar lentamente el suero introducido. Colocar el tapón de la llave de tres pasos. (2)

Por otro lado, en el Complejo Hospitalario Universitario de Albacete (CHUA) tienen un protocolo propio para los cuidados de la nefrostomía percutánea.

La cura se realizará cada 7 días, revisando el apósito diariamente, comprobando que esté seco y en buen estado de fijación. Se anotará sobre el apósito la fecha de la cura para referenciar la siguiente, y se anotará en la hoja de registros.
A continuación, se debe explicar al paciente el procedimiento que se le va a realizar. Se prepara el material que se va a utilizar. Lavado de manos. Se debe colocar al paciente en decúbito lateral. Retirar la ropa, dejando la zona despejada. Ponerse los guantes no estériles y retirar el apósito con suavidad, sin tirones, para evitar la salida del catéter. Quitarse los guantes y lavarse de nuevo las manos.

La técnica se realiza de manera estéril por lo que debemos colocarnos los guantes estériles y un paño estéril creando una zona estéril. Se debe limpiar suavemente la zona con gasa estéril y suero, retirando restos del apósito anterior. Hay que revisar el punto de inserción, comprobando que no hay signos de infección, observar el estado del disco de sujeción, el estado del catéter y revisar el estado de la piel. Se debe desinfectar el punto de inserción con una solución antiséptica.

Es importante medir la longitud del catéter en la 1ª cura, haciendo una marca en la salida del catéter con un rotulador permanente; no tiene que ser estéril pues no está en contacto con el punto de punción porque es la parte externa del catéter tras el disco de fijación. Se revisará la longitud en cada cambio de apósito y se deberá poner las gasas almohadillando y fijando con apósitos hipoalergénicos.

En este punto hay que asegurarse de que el catéter queda correctamente fijado sin acodamientos. La NPC debe estar tapada y protegida para evitar infecciones. Fijar la parte del catéter que queda fuera del apósito sobre la piel con esparadrapo hipoalergénico, variando en cada cura la zona de fijación .Es importante que la NPC quede bien sujeta para evitar la salida del catéter.

Como alternativa se puede enrollar el catéter en un bucle de seguridad para prevenir la salida del mismo en caso de tirones accidentales. Conectar a bolsa de diuresis de sistema cerrado sujetándola mediante el soporte adecuado. Compro-

bar que la amplitud de movimiento de la extremidad no tensa la sonda, evitando la salida accidental.

La bolsa debe estar situada por debajo del nivel renal para evitar el reflujo de orina. La bolsa colectora debe vaciarse cada vez que esté llena en dos tercios de su capacidad y cambiarse semanalmente. Lavarse las manos antes y después de manipular la bolsa colectora. Al mismo tiempo que se realiza la cura se puede comprobar la permeabilidad de la nefrostomía. (3)

5 Discusión-Conclusión

Cada hospital elabora protocolos propios respecto a los cuidados de la nefrostomía percutánea y de cómo realizar los lavados del catéter. Cada uno de ellos tienen su peculiaridades y pequeñas diferencias, pero ambos tienen en común ciertos aspectos que son vitales en la realización general de la técnica y que son ajenos completamente al centro hospitalario donde se realice.

6 Bibliografía

1. Rodríguez Pastoriza R, Agüero Gómez JL. Uso de la nefrostomía percutánea en pacientes con insuficiencia renal obstructiva.. Revista Cubana de Urología [revista en Internet]. 2019 [citado 2020 Ene 28];8(1):[aprox. 7 p.]. Disponible en: http://www.revurologia.sld.cu/index.php/rcu/article/view/479.
2. Recomendaciones de cuidado postcolocación catéter de nefrostomía [Internet]. Oviedo; 2014 [fecha de acceso 2 de Febrero 2020]. Disponible en: http://www.hca.es/huca/web/enfermeria/html/f_archivos/POST%20CATETER%20NEFROSTOMIA.pdf.
3. Castillo García M, Denia Cortés Á, Flores Bautista A, Montealegre Galera L, Villada Munera A. Cuidados hospitalarios del paciente portador de nefrostomía percutánea. Protocolo de enfermería. [Internet]. Albacete; 2013 [fecha de acceso 2 Febrero 2020]. Disponible en: http://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/a273f8170cc54478360c1463d125913d.pdf.

Capítulo 117

CONSEJOS DIETÉTICOS PARA EL PACIENTE A TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES ORALES

ELIA ESTRADA FERNÁNDEZ

1 Introducción

Los anticoagulantes orales son un tipo de medicamentos que previenen la formación de coágulos en la sangre y además evitan que los ya existentes crezcan. Su uso está muy extendido ya que las enfermedades cardiovasculares suponen una de las principales causas de muerte en el mundo occidental.

Estos medicamentos actúan como antagonistas de la vitamina K por lo que es muy importante realizar una buena educación sanitaria ya que la alimentación de estos pacientes repercute en la variabilidad del INR.

Es importante que estos pacientes conozcan las pautas que deben de seguir en su dieta así como conocer que alimentos son ricos en vitamina K para moderar su consumo.

2 Objetivos

- Conocer qué alimentos interfieren en el tratamiento con anticoagulantes orales y qué dieta deben de seguir estos pacientes.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica de diversas publicaciones relacionadas con el tema en las siguientes bases de datos: Scielo, Pubmed, Cuiden y Google académico.

4 Resultados

Si se consumen alimentos ricos en vitamina K pueden provocar un menor efecto del medicamento (favorece el riesgo de trombos) sin embargo una disminución de este tipo de alimentos puede provocar el efecto contrario (aumenta el riesgo de hemorragias). Por ello es importante llevar una dieta saludable evitando realizar modificaciones drásticas o dietas de adelgazamiento.

-La mayor parte de la vitamina K de la dieta proviene de los alimentos de origen vegetal, especialmente aquellos de hoja verde oscura como son el brócoli, coles, endivias, espinacas, lechuga romana, perejil, repollo, remolacha, espárragos; hortalizas de color amarillo oscuro.
-Los alimentos de origen animal no suelen contener grandes cantidades de vitamina K salvo el hígado por lo que pueden tomarse sin preocupación.
- Se aconseja usar el aceite de oliva.
- Evitar el consumo de alimentos ricos en grasas, sobre todo los elaborados con grasas vegetales hidrogenadas
- La mayoría de las frutas no son fuente importante de vitamina K a excepción del Kiwi, el aguacate, higos, ciruelas o uvas pasas.
- Los frutos secos como piñones, anacardos y pistachos contienen cantidades importantes de vitamina K.
- Una fuente importante de aporte de vitamina K a nuestro organismo son los suplementos vitaminados o los productos de herboristería por lo que se recomienda no tomarlos.
- Un consumo elevado de alcohol puede aumentar el efecto de los anticoagulantes.

5 Discusión-Conclusión

Es importante una buena educación sanitaria en los pacientes a tratamiento con anticoagulantes orales para evitar efectos no deseados y la variabilidad del INR.

Se deben de seguir unas pautas de alimentación saludable sin prohibiciones pero manteniendo una alimentación variada sin abusar de cierto tipo de alimentos

ricos en vitamina K.

Cualquier cambio en los hábitos alimentarios así como la existencia de problemas digestivos es importante comunicarlo al hematólogo para reajustar la dosis del anticoagulante.

6 Bibliografía

1. www.humv.es/estatico/ua/endocrino/Recomendaciones_Nutricionales_Anticoagulantes_Orales.pdf.
2. Espallargas Moya, C. Enfermería y los tratamientos antitombóticos, Ed. universidad de Cádiz, 2002.
3. P.Jorge Araujo. Conocimientos acerca del tratamiento anticoagulante oral en un grupo de pacientes: estudio transversal. Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria: RIdEC, ISSN 1988-5474, vol.11, Nº1, 2018.
4. L. Rejas Morras. Importancia el grado de información, el cumplimiento terapéutico, la dieta y el uso de complementos alimenticios en pacientes en tratamiento con Sintrom. Universitat Oberta de Catalunya (UOC). Feb-2019.

Capítulo 118

CASO CLÍNICO; DIABETES GESTACIONAL.

LAURA MALLADA LLANO

DIANA GONZÁLEZ ARANGO

LORENA VALLEDOR CASTAÑO

NAGORE SOLADANA GÓMEZ

1 Introducción

La diabetes gestacional es la presencia de glucemia alta durante el embarazo en mujeres que antes de la gestación no tenían diabetes, en la mayoría de los casos después del parto vuelve a sus límites normales. Esto es debido a que las hormonas presentes durante el embarazo pueden dificultar el trabajo que realiza la insulina apareciendo una alteración en el metabolismo de los hidratos de carbono y por ello la glucosa se eleva produciendo hiperglucemias.

La diabetes gestacional es un trastorno leve para la madre, pero puede ocasionar complicaciones en el curso del embarazo. Es más frecuente que se produzcan contracciones antes de tiempo (o amenaza de parto prematuro), subidas de tensión arterial (lo que llamamos preeclampsia), aumento de líquido amniótico (es decir, un polihidramnios) o infecciones urinarias y vaginales.

Los riesgos para el feto cuando no se controla la diabetes gestacional son:
• Macrosomías o aumento del peso en el momento del nacimiento (superior a 4 kg).

• Obesidad
• Retraso en la maduración
• Hipoglucemia neonatal (niveles bajos de azúcar)
• Ictericia neonatal (bilirrubina elevada)
• Sufrimiento fetal
• Traumatismos.

La diabetes gestacional afecta al 5-10% de las mujeres durante el embarazo, pero es más frecuente en mujeres con los siguientes factores de riesgo:
• Edad superior a 35 años
• Obesidad (índice masa corporal >30 kg/m2)
• Antecedentes de diabetes tipo 2 en familiares de primer grado
• Antecedentes de abortos de repetición.
• Antecedentes en embarazos anteriores de: diabetes gestacional, mortalidad o malformación fetal o partos macrosómicos (peso superior a 4 kg).

El objetivo principal es conseguir mantener controladas las glucemias de la gestante, por lo que es necesaria la práctica de autocontroles de la glucemia capilar, tanto preprandiales como postprandiales, intentando conseguir los siguientes resultados:
- Glucemia basal < 95 mg/dl.
- Postprandial, tras 1 hora, <140 mg/dl , tras 2 horas <120 mg/dl.

Con estas cifras se conseguirá también que la hemoglobina glicosilada no sobrepase el 6%.

Muy importante también es evitar hipoglucemias e identificar síntomas en caso de producirse y saber cómo tratarlas.

2 Objetivos

Revisión de un caso de diabetes gestacional.

3 Caso clínico

Mujer de 31 años de edad, sin antecedentes familiares ni personales de interés. Sin alergias medicamentosas conocidas. Acude a consulta tras 7 semanas de amenorrea. Se realiza prueba de embarazo siendo positiva. Es su segundo embarazo.

Fué diagnosticada en el primer embarazo de diabetes gestacional, precisando tratamiento con insulina desde la semana 32 de embarazo:
- Tratamiento actual: ácido fólico desde hace 4 meses.
- TA 125/65. FC 65, Tª 36,2. Peso 75, Altura 1,70
- Ex fumadora desde hace 10 años.
- Se le incluye en el programa asistencial integrado de embarazo.

4 Discusión-Conclusión

Esta paciente con una dieta saludable y la realización de ejercicio moderado ajustado a su estado de embarazo, consiguió mantener unas cifras de glucemia basales menores de 95, y postprandiales tras una hora, menores a 140 mg/dl y tras dos horas, menores a 120 mg/dl, hasta la semana 32 de embarazo. A partir de dicha semana sus cifras de glucemia fueron altas, por lo que fue necesario derivarla al servicio de endocrinología, donde le pautaron insulina.

La mayoría de las diabetes gestacionales (95%) desaparecen después del parto. Sin embargo, en un pequeño porcentaje de casos la alteración continúa. Por eso a los 2 meses tras el parto, o tras finalizar la lactancia, se debe practicar una nueva curva de glucemia para comprobar si el trastorno de la glucosa se ha corregido.

Aunque se haya normalizado, se recomienda realizar analítica cada 3 años porque las mujeres que han tenido una diabetes gestacional tienen mayores posibilidades de tener con los años una diabetes tipo 2 (la característica de los adultos). La probabilidad de que aparezca esta diabetes se relaciona con factores familiares y también con el sobrepeso.

5 Bibliografía

1. Grupo español de diabetes y embarazo(GEDE)
2. https://medlineplus.gov/spanish/diabetesandpregnancy.html
3. https://www.sediabetes.org
4. https://www.elsevier.es/es-revista-avances-diabetologia

Capítulo 119

CONOCEMOS LA ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA Y LAS POSIBLES COMPLICACIONES DE LA EPISTAXIS

ZAIRA FERNÁNDEZ GONZÁLEZ

1 Introducción

La epistaxis es una hemorragia de origen nasal, se considera un problema muy común y una de las principales consultas urgentes en el servicio de otorrinolaringología. Una gran parte de la población sufre a lo largo de su vida algún episodio de epistaxis y algunos de éstos necesitan atención sanitaria.

Se trata de un proceso que no se alarga en el tiempo, con lo que podría ser tratado desde la atención primaria de salud, pero en ocasiones pueden aparecer complicaciones y pasar a ser un proceso en el cual se requiere atención desde los servicios especializados. La actuación de la enfermera, desde la atención primaria a la especializada, es importante.

Podemos hacer una clara diferenciación dentro de las epistaxis, las anteriores y las posteriores, en las primeras la sangre fluye hacia el exterior por los orificios nasales y las segundas la sangre fluye por las coanas hacia la faringe, éstas últimas más difíciles de controlar.

2 Objetivos

- Conocer cómo debe actuar el personal de enfermería ante una epistaxis y sus complicaciones.

3 Metodología

Se ha procedido a realizar una revisión bibliográfica. Para es fin, se han consultado fuentes como revistas y libros especializados en ciencias de la salud, páginas web relacionadas con el tema y también se ha recurrido a las principales bases de datos como Cinahl, Pubmed, etc. Así como también se han consultado diferentes guías clínicas de actuación.

4 Resultados

En la hemorragia de origen nasal, los principales cuidados de enfermería a realizar serían:
• En primer lugar, tranquilizar al paciente.
• Colocar al paciente sentado
• Realizar o ayudar a colocar el taponamiento nasal, dispondremos del material necesario, rinoscopio, pinzas bayoneta, toalla, batea, anestesia tópica, barritas de nitrato de plata, algodón, gasas, tiras de gasa, pomada antibiótica o vaselina, material sintético absorbible, taponamiento intranasal expansible, sonda de neumotaponamiento.
• Control de constantes vitales.
• Evitar realizar esfuerzos físicos (reposo).
• Dieta blanda y fría con líquidos fríos.
• El taponamiento suele mantenerse 48 horas, el paciente respirará por la cavidad oral por lo que se procurará unos cuidados adecuados de ésta.
• Si fuese necesario, canalizar una vía venosa.

Pueden existir diferentes complicaciones potenciales, como son la hemorragia propiamente dicha si no cesa, dolor agudo e incluso melenas.

Dentro de la hemorragia, hay que vigilar su persistencia, uno de los cuidados de enfermería consiste en colocar una gasa sobre el labio superior para recoger y valorar la cantidad de sangre y moco a través del taponamiento y se cambiará siempre que sea preciso, es normal que por la fosa nasal haya salida de sangre y moco, siempre y cuando no sea un sangrado activo y persistente. Se dará más importancia al sangrado posterior con salida de sangre por la cavidad oral.

Otro de los cuidados de enfermería que podemos realizar, es la aplicación de hielo local en la región occipital, frontal y raíz nasal, además de realizar enjuagues bucales con agua muy fría. Si no cede en 10 minutos, se avisará al médico.

Ante el dolor agudo se observarán las características de este y se vigilará la efectividad de la analgesia pautada.
Y las melenas es una complicación que puede aparecer a causa de la sangre deglutida y digerida por el paciente durante la hemorragia nasal.

5 Discusión-Conclusión

En general, ante una epistaxis, uno de los principales cuidados de enfermería, es siempre transmitir tranquilidad al paciente y a la vez también transmitir seguridad ante los cuidados que vamos a realizar.

Siempre el personal de enfermería debe de estar expectante en la posible aparición de complicaciones, ya que de esto depende una buena actuación temprana.

6 Bibliografía

- Hakim, Navid; Mummadi, Sangha Mitra; Jolly, Karan; Dawson, Julian; Darr, Adnan. Nurse-led epistaxis management within the emergency department. British Journal of Nursing, 2018; 27(1): 41-46. ISSN: 0966-0461 AN: 128083656.
- Madoz Arbea, A. M. Manejo de enfermería de la epistaxis anterior: algoritmo de actuación. 2018.
- Silvestre, A., Torres, J., & Benítez, R. Actividades de enfermería en el servicio de ORL. Medicina Infantil, 25(2). 2018.
- Pérez F, Rada G. ¿Es necesaria la profilaxis antibiótica para el taponamiento nasal en epistaxis anterior? Medwave. 2016;16 Suppl 1:e6357.

Capítulo 120

APPS SALUDABLES.

ANA FERRER BLANCO

1 Introducción

El uso que le damos a los dispositivos móviles es cada vez mayor. Utilizamos estos dispositivos para todo tipo de cosas, por ejemplo, chatear, realizar compras, ropa, cosméticos, alimentación, entradas de cine…, trabajar, información meteorológica o de cualquier tipo, controlar niveles de estrés o ansiedad, dejar de fumar, hacer fotografías… ¿por qué no utilizarlas para mejorar nuestra salud, nuestro modo de trabajo o animar a nuestros pacientes a utilizarlas?

2 Objetivos

- Mejoría de hábitos saludables.
- Mejor adherencia a tratamientos.
- Control de cifras de constantes vitales desde domicilio de pacientes por su médico de atención primaria.
- Mejorar el conocimiento sobre algunas patologías.
- Mejorar la motivación en nuestras metas.

3 Metodología

Se realiza un estudio descriptivo observacional de corte transversal, en el que analizamos tanto a profesionales y pacientes del Área Sanitaria III de Asturias, a los que se propone utilizar una serie de aplicaciones. El ranking iSYS de APP está basado en un método de evaluación de las aplicaciones móviles de la salud a

partir de variables objetivas para dar a los usuarios orientación sobre: popularidad, confianza, utilidad. Con esta clasificación los usuarios disponen de criterios de evaluación suficientes para seleccionar las aplicaciones móviles de salud más adecuadas a sus necesidades.
Se consigue que participen 100 pacientes y 120 profesionales.

4 Resultados

De entre las aplicaciones móviles ofrecidas, la mas descargada por popularidad y utilidad segun los pacientes fue la de dejar de fumar, junto con la de controlar los niveles de ansiedad.

Los profesionales por su parte, las que mas han utilizado se relacionan con fármacos, indicaciones, manejo de dolor, y consultas virtuales.

5 Discusión-Conclusión

Los resultados evidencian que con una buena educación sanitaria sobre las nuevas tecnologías y utilizando las aplicaciones mejor puntuadas se pueden lograr los objetivos marcados respecto a nuestros hábitos desde el punto de vista de los pacientes así como mejorando la calidad de nuestra atención desde el punto de vista profesional.

6 Bibliografía

- www.fundacionisys.org/es
- www.saludconectada.com

Capítulo 121

HIDRATACION EN DISFAGIA. ¿GELATINA O AGUA GELIFICADA?

REBECA CORTINA MARTINEZ

ANA BELÉN MENÉNDEZ ÁLVAREZ

BARBARA MONTES DIAZ

1 Introducción

El agua ocupa entre el 55-60% del peso corporal y es un elemento esencial para mantener las funciones del organismo, por ello es tan importante mantener una correcta hidratación. En pacientes con disfagia ,que es dificultad para tragar o deglutir los elementos líquidos y/o sólidos por afectación de una o más fases de la deglución , hay que modificar la textura de los alimentos para que pueden ingerirlos de manera segura.

Tanto las gelatinas como las aguas gelificadas son adaptaciones usados para este fin, aumentando el uso de aguas gelificadas respecto a las gelatinas en los últimos años.

2 Objetivos

- Conocer las diferencias entre agua gelificada y gelatina.
- Revisar si existe evidencia científica sobre las ventajas de uso entre una y otra, para poder elegir la forma de hidratación mas segura y atractiva para los pacientes con disfagia y los cuidadores de estos pacientes

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Revisión bibliográfica sobre disfagia para determinar qué texturas son más adecuadas. Comprobar características, conocer procesos de elaboración y conservación tanto de las gelatinas como de las aguas gelificadas.

4 Resultados

El agua gelificada, pertenece al grupo de espesantes de segunda gama, está realizada a base de gomas, lo que le confiere estabilidad en temperaturas altas, esto se traduce en que al introducirla en la cavidad oral no va modificar su textura ni por temperatura ni por reacción con la amilasa salival , y se puede utilizar en líquidos mas calientes.

No ocurre lo mismo con la gelatina , la cual a temperatura superior 20ª y en contacto con la amilasa salival modifica su estado de solido a liquido, esto también limita a ofrecer la hidratación a temperaturas bajas.

La conservación de la de la gelatina ha de ser en nevera, y su preparación necesita una planificación de horas antes, el agua gelificada se prepara en el momento de consumo y puede estar a temperatura ambiente sin sufrir modificación

5 Discusión-Conclusión

El uso de gomas, como es el agua gelificada, no solo es mas seguro ya que no sufre variaciones en su textura al introducirse en la cavidad bucal, si no que ademas por su inmediatez en la preparación, su facilidad en la conservación y su adaptabilidad a líquidos a diferentes temperaturas hace que sea mas atractivo y fácil el uso por los cuidadores o pacientes de disfagia, pudiéndonos adaptar a los gustos del paciente y favoreciendo satisfacer la apetencia hídrica por no tener que planificar su preparación

6 Bibliografía

- Concepción Jiménez Rojas, Ana Isabel Corregidor Sánchez, Carmen Gutiérrez Bezón.Disfagia. En: Tratatado de geriatria. Disponible en: https://www.segg.es/download.asp?file=/tratadogeriatria/PDF/S35-05%2053_III.pdf
- Alicia Calleja Fernández, Begoña Pintor de la Maza, Alfonso Vidal Casariego, Rocío Villar Taibo, Ana Urioste Fondo, Isidoro Cano Rodríguez y María D. Ballesteros Pomar. Características técnicas de los productos alimentarios específicos para el paciente con disfagia. Nutr. Hosp. 2015; 32(4):1404-1407.
- Unidad Funcional de Disfagia Orofaríngea del Hospital Universitario Príncipe de Asturias ,Disfagia orofaringea: soluciones multidisciplinares,2018. Disponible en: https://senpe.com/libros/01_DISFAGIA_INTERACTIVO.pdf
- www.senpe.com.
- www.alzheimeruniversal.es.

Capítulo 122

NECESIDAD DE LA ENFERMERÍA ESCOLAR EN LA ACTUALIDAD

PAULA BANGO VEGA

1 Introducción

La enfermera/o escolar es la persona encargada de atender las necesidades sanitarias del alumnado en el ámbito escolar, ejerciendo tanto prevención como promoción de la salud. Su actividad debe ser conjunta a la del resto del equipo escolar y tratar a la comunidad educativa de forma integral; desarrollando funciones asistenciales, docentes, investigadoras y de gestión.

La presencia de la enfermera escolar, aunque poco consolidada en nuestro país, se hace necesaria tanto en centros educativos de educación especial, integración u ordinarios para el desarrollo de los objetivos educativos de los alumnos, no solo como personal imprescindible para aportar la asistencia y asesoramiento al alumnado con necesidades sanitarias específicas, sino también para detectar de forma precoz problemas de salud y para dirigir programas de Educación para la Salud.

Desarrollando estos proyectos desde la infancia, contribuirán a una mejor salud y calidad de vida en la edad adulta de los escolares.

Historia de la enfermería escolar:
La primera enfermera escolar conocida surge en 1902 en Nueva York. Su nombre era Lina Rogers y, junto a su ayudante, su labor consistió en la atención a 10000 escolares de cuatro escuelas distintas contando con mínimos recursos para ello y consiguiendo, sin embargo, un gran éxito en su trabajo. Este proyecto se llevo

a cabo durante un mes y en él, Rogers, examinó a niños con problemas de audición y aprendizaje y visitó a sus familias para educarles sobre la higiene y la prevención.

Durante este tiempo, el nivel de absentismo disminuyó llegando al 90% a los 6 meses, cuando se incorporaron más enfermeras en los centros.

Esto marcó un precedente en la enfermería además del inicio de una especialidad, llegando a datarse hasta 400 enfermeras en los colegios de Nueva York en 1914.

En Europa, sólo se encuentran referentes históricos sobre la enfermería escolar en Inglaterra. En España, estos son escasos en la actualidad, ya que es una incorporación bastante reciente. La única referencia es el Decreto del 23 de abril de 1915, por el que se creó el Cuerpo de Auxiliares Sanitarias Femeninas de Medicina e Higiene Escolar, que contemplaba dentro de sus funciones un reglamento de la inspección médica escolar.

Siguiendo el perfil definido por la Asociación Madrileña de Enfermería en Centros Educativos (AMECE), la primera enfermera escolar en nuestro país, surge en un Colegio Público de Educación Especial (CPEE) hace más de 30 años y todo este tipo de colegios van siguiendo su ejemplo. Sin embargo, no será hasta la Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de Minusválidos, cuando se integra a alumnos con necesidades educativas especiales (ACNEE) en Colegios Públicos de Infantil, Primaria y Secundaria y, en 2001, cuando aparece por primera vez la enfermera en uno de estos centros en Madrid.

Es en 2009 cuando la AMECE define a la enfermera escolar como: "el profesional que, dentro del ámbito del centro y de acuerdo con el Proyecto Educativo del Centro (PEC), le incumbe la responsabilidad de proporcionar de forma individualizada, o en su caso, de forma coordinada dentro del equipo escolar, los cuidados propios de su competencia al alumno/a de modo directo, integral o individualizado.

En el ámbito educativo, además, han de prestar un servicio que permita aumentar la capacidad del individuo y de la colectividad escolar, para prevenir, detectar y solucionar sus problemas de salud".

Legislación y actualidad:

En cuanto a la legislación de la figura de la enfermera en los centros escolares encontramos la LOE (Ley Orgánica de Educación), de 3 de mayo de 2006, en el

artículo 71, lo siguiente:

• Las Administraciones educativas dispondrán los medios necesarios para que todo el alumnado alcance el máximo desarrollo personal, intelectual, social y emocional, así como los objetivos establecidos con carácter general en la presente Ley.
• Corresponde a las Administraciones educativas asegurar los recursos necesarios para los alumnos y alumnas que requieran una atención educativa diferente a la ordinaria, por presentar necesidades educativas especiales, dificultades específicas de aprendizaje, etc.
• Corresponde a las Administraciones educativas garantizar la escolarización, regular y asegurar la participación de los padres o tutores en las decisiones que afecten a la escolarización y a los procesos educativos de este alumnado. Igualmente les corresponde adoptar las medidas oportunas para que los padres de estos estudiantes reciban el adecuado asesoramiento individualizado, así como la información necesaria que les ayude en la educación de sus hijos. Se entiende por alumnado que presenta necesidades educativas especiales, aquel que requiera, por un período de su escolarización o a lo largo de toda ella, determinados apoyos y atenciones educativas específicas derivadas de discapacidad o trastornos graves de conducta.

La enfermería escolar española es un campo en continuo desarrollo y en el que se está aún buscando su implantación cada vez más global y en todo tipo de centros.

En la actualidad, en otros países, la profesional de enfermería en los colegios se encuentra mucho más consolidada. Ejemplo de ello son EEUU, Londres, Francia, Escocia o Suecia; donde es una especialidad reconocida y necesaria en cada colegio.

En España, existe un debate importante sobre la necesidad de la enfermería escolar existiendo la enfermería comunitaria, pero este tema se tratará más detalladamente en el apartado de discusión.

2 Objetivos

Objetivo general:
- Dar a conocer la figura de la enfermera escolar y su necesidad en la actualidad.

Objetivos secundarios:

- Describir los objetivos principales a desarrollar por la enfermería escolar y el método para desempeñarlos.
- Detallar algunas de las intervenciones que lleva a cabo.
- Conocer las diferentes posiciones sobre la necesidad de esta figura en la actualidad española.

3 Metodología

Se ha realiza una exhaustiva búsqueda bibliográfica en las bases de datos de Pubmed, Scielo y Cochrane, así como en el buscador científico de Google Académico con los descriptores tanto es inglés como en español de "enfermería escolar", "colegio", "actualidad", "ventajas" y "enfermería comunitaria". Además, se ha buscado información sobre la legislación actual del tema.

4 Resultados

Nuestro objetivo principal como enfermeras escolares, es mejorar la calidad de vida de nuestro alumnado, atendiendo sus necesidades y problemas de salud, prevención de enfermedades y accidentes y promoviendo la salud.

Como en todo trabajo de enfermería es fundamental apoyarse en un registro en el que se refleje, según la AMECE:
- La historia clínica del alumno, con sus patologías, hábitos de salud, estado de vacunación, informes médicos, etc.
- Registro de incidencias: asistencias al alumno y los resultados de las actuaciones enfermeras.
- Listado de estudiantes con patologías crónicas (diabetes, epilepsia, asma…)
- Autorizaciones de la familia para la administración de medicamentos prescritos.
- Fichas por patologías con su protocolo de actuación.
- Otros registros referentes a la alimentación en alumnado con problemas de deglución o fobias, para seguimiento de cambios de medicación…
- Programación y memoria anual del servicio de Enfermería, donde se desarrollarán los objetivos y actividades a cumplir durante el curso escolar y la evaluación y consecución de dichos objetivos, así como las propuestas de mejora.

Todos estos registros deben cumplir la Ley de Protección de Datos y la Ley del Menor, estando solamente a disposición del profesional de enfermería y del centro. Además, deben de tener acceso si fuese necesario todo los servicios sanitarios

externos: la consulta de primaria, centros hospitalarios y de atención especializada, centros de salud mental.

Apoyando esto, Lopez Gutierrez I, llevó a cabo un estudio en 2012 en el que se diseñó un modelo consensuado para el registro de las intervenciones enfermeras (NIC) realizadas a los estudiantes de los centros, clasificadas en 19 procesos asistenciales. En los resultados se este estudio se registraron 25.248 intervenciones enfermeras, lo que supuso una media global de 2,2 intervenciones por alumno.

Por enumerar alguna de estas múltiples intervenciones podemos destacar:
- Realizar un diagnóstico de salud para conocer los problemas y necesidades de los alumnos y adaptar un Programa de Educación para la Salud específico a las necesidades encontradas.
- Encargarse de los cuidados de los niños con enfermedades crónicas, así como educarles tanto a ellos como a sus padres sobre la enfermedad y fomentar el autocuidado.
- Impartir sesiones de educación para la salud para todo el equipo escolar. Crear un lugar de encuentro para padres, profesores y alumnos con el fin de resolver cuestiones de salud escolar.
- Actuar ante las emergencias que puedan ocurrir durante la jornada escolar.

Entre los motivos de consulta y urgencias más frecuentes que se pueden encontrar están las heridas y traumatismos por caídas, crisis asmáticas y epilépticas, hemorragias, quemaduras, hipoglucemias o hiperglucemias, intoxicaciones, obstrucciones de la vía aérea…

Es, sobre todo, ante este tipo de intervenciones que requieren una actuación rápida, cuando los padres valoran más la presencia de un/a enfermero/a en el centro.

Pero las funciones de la enfermera no se limitan a eso, una parte fundamental es la promoción y prevención. Según la OMS (1986), la promoción de la salud pretende capacitar a las personas, para incrementar el control sobre su salud y mejorarla.

La promoción de la salud se debe iniciar en el entorno familiar, fortaleciéndose en las escuelas. Las acciones de salud en las instituciones de enseñanza deben dirigirse básicamente a:
1. El desarrollo de habilidades personales.
2. La creación de entornos favorables a la salud.
3. La participación de la acción comunitaria.

A continuación, se detallan acciones que deben ser tenidas en cuenta para desarrollar un programa educativo de prevención y promoción de la salud:
- Valoración del crecimiento y desarrollo: control de peso y talla en los exámenes de salud básicos y periódicos. También se vigila la salud oral, visual y auditiva.
- Vacunación
- Educación sexual y reproductiva: es una temática controvertida pero muy necesaria en adolescentes.
- Servicios de alimentación o complementación alimentaria.
- Colaboración y participación activa en servicios para estudiantes con discapacidades.
- Creación de ambientes sanos y saludables: iluminación, aire, acústica, servicios sanitarios y otros servicios públicos, zonas de trabajo, descanso, recreación y alimentación.
- Identificación precoz de problemas de salud en el escolar y adecuada remisión para su solución.
- Prevención de tabaquismo, cáncer, alcoholismo, uso de sustancias psicoactivas y desórdenes alimentarios.
- Prevención de desastres y accidentes…

Un estudio realizado en Alcalá de Henares (Fernández, T. D., Martínez, F. C., Del Rey, C. F., & Carrasco, J. Á. G) muestra cómo los padres valoran positivamente el servicio de la enfermería escolar en los centros, situándose en segundo lugar entre las preferencias de potenciales escolares, y en primer lugar si los que responden son los padres de niños con enfermedades crónicas.

5 Discusión-Conclusión

Como se ha mencionado anteriormente, existe un debate en España sobre la necesidad de la enfermería escolar coexistiendo con la enfermería comunitaria.

Entre las opiniones contrarias, los argumentos son que la figura de la enfermera escolar, como profesional independiente, aislado de otros centros de salud, no tienen razón de ser, dado que existe una red de atención perfectamente estructurada y accesible con enfermeras comunitarias que tienen las competencias y formación necesarias para dar cobertura a las necesidades de salud en los colegios, desde una perspectiva holística.

En contraposición y a favor de su existencia, se encuentra liderando la AMECE. Consideran que la incorporación de una enfermera a un colegio, da tranquilidad

y seguridad tanto a padres como docentes, ya que va a saber actuar y guiar ante problemas de salud inmediatos, crónicos, y en la educación sanitaria de toda la comunidad escolar. En el caso de niños con problemas crónicos, y como demostraba el estudio citado anteriormente, la presencia de la enfermera se hace aún más importante para ellos.

Tenemos el ejemplo de otros países, donde la enfermera escolar está integrada en la escuela y es beneficioso para toda la comunidad porque, además, su actuación se desarrolla de forma coordinada con la enfermera comunitaria.

En este momento, la propia administración pública reconoce la labor de la enfermera escolar. Desde la experiencia de la AMECE, creen que sería muy difícil que la enfermera de atención primaria pueda tratar toda la problemática de varios centros sin encontrarse allí y solo realizando visitas puntuales; todo esto sumado a la carga asistencial que ya tendrá en su puesto de trabajo.

Hemos visto la evolución de la enfermera escolar desde su aparición en España en los años 80 en los centros de educación especial hasta la actualidad, siendo conscientes que aún queda mucho para que la consideración y reconocimiento de la misma sea igual a la de otros países como Francia, Inglaterra o Estados Unidos.

Realizando un trabajo sistemático y ordenado, deben desarrollar unas funciones propias de gestión, asistencia, promoción y prevención integrando tanto al equipo multidisciplinar del centro como a la familia en todo el proceso. Además, dado que en algún momento el desempeño de sus funciones va a solaparse con el de la enfermera/o comunitaria/o es importante que exista una comunicación para que se refuerce el trabajo de ambas, siempre buscando el beneficio del escolar.

6 Bibliografía

1. Casado, A. E. (2015). Enfermería escolar, la situación hoy en día. RevistaEnfermeríaCyL, 7(1), 56-61.
2. García, N. G., & Langa, N. L. (2012). Antecedentes históricos y perfil de la enfermera escolar. Metas de enfermería [Internet], 15(7), 50-54.
3. Ley 13/1982, de 7 de abril, de integración social de los minusválidos. (Boletín Oficial del Estado, núm. 103, de 30 de abril de 1982).
4. Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación. (Boletín Oficial del Estado, núm. 106, de 4 de mayo de 2006).

5. Asociación Madrileña de Enfermería en Centros Educativos (AMECE). Perfil de Enfermería Escolar. Madrid: AMECE; 2009. [En línea] [fecha de acceso: 18 de julio de 2019]. URL disponible en: http://www.amece.es/images/perfil.pdf
6. Hanink E. Lina Rogers, the first School Nurse. Spearheading an intervention to keep kids in school. California: WorkingNurse.com; 2011. [En línea] [fecha de acceso: 18 de julio de 2019]. URL disponible en: http://www.workingnurse.com/articles/LinaRogers-the-First-SchoolNurse.
7. Bartueña Borque O. La sanidad escolar a través de la historia. Con especial referencia a las helmintiasis y el rendimiento escolar. Barcelona: Jarpyo Editores; 1989.
8. Alcántara García P. Tratado de higiene escolar: guía teórico-práctica. Madrid: Editorial del Cardo; 1980.
9. López Langa N. Análisis de la Enfermería en el ámbito educativo en la Comunidad de Madrid. Metas Enferm 2010; 13(4); 51- 61.
10. Candela, F. F., Malpica, D. M. R., & Mora, A. L. V. (2006). Salud escolar, ¿por qué el profesional de enfermería en las escuelas españolas? Revista Hacia la promoción de la salud, 11, 21-28.
11. Alcalá, C. R., Marina, M. C. G., & García, N. G. (2012). Gestión de un servicio de Enfermería Escolar. Metas de enfermería, 15(8), 50-55.
12. López Gutiérrez, I. (2014). Registro de intervenciones asistenciales de la enfermera escolar. Metas de enfermería, 17(8), 55-59.
13. Dueñas, P. G., del Amo, M. C., García, N. G., & Langa, N. L. (2012). Examen de salud básico en un servicio de Enfermería Escolar. Metas de enfermería, 15(9), 50-56.
14. Cuesta del Amo, M., García Dueñas, P., & Martín Muñoz, V. (2012). Urgencias y motivos de consulta más frecuentes en Enfermería Escolar. Metas de enfermería, 15(10), 73-77.
15. Gallego de Pardo, G. P. (2003). Una estrategia de enfermería escolar en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Aquichan, 3(1), 42-47.
16. Fernández, T. D., Martínez, F. C., Del Rey, C. F., & Carrasco, J. Á. G. (2001). ¿ En qué medida es la enfermería escolar una necesidad sentida por los padres de los niños escolarizados en enseñanza primaria?. Enfermería Clínica, 11(2), 72-79.
17. Martínez Riera, J. R. (2011). Intervención comunitaria en la escuela. Estado de la cuestión. Revista Rol de Enfermería, 34(1), 42-49.
18. Martínez Riera, J. R. (2009). Enfermera comunitaria versus enfermera escolar. Revista Rol de Enfermería, 32(7-8), 526-529.
19. Carnicero, C. A. (2010). Enfermera escolar «dextra» enfermera comunitaria. Revista ROL de enfermería, 33(1), 28-29.

20. Nasser Laaoula, O. (2011). La enfermería escolar: una necesidad sentida.

Capítulo 123

DIETA MEDITERRANEA, LA MEJOR DIETA EN DIABETES TIPO 2

REBECA CORTINA MARTINEZ

ANA BELÉN MENÉNDEZ ÁLVAREZ

BARBARA MONTES DIAZ

1 Introducción

La diabetes tipo 2 es una enfermedad endocrinologica en la que se ve afectada la sensibilidad de los tejidos a la insulina y a la vez se disminuye la producción de la misma por parte del páncreas, haciendo que el organismo soporte cifras de glucemia superiores a las normales. Esta situación de hiperglucemia mantenida en el tiempo produce daños a nivel renal, cardiovascular, retinopatías, y pie diabético entre las complicaciones mas habituales.

A nivel mundial esta enfermedad afecta a 387 millones de personas, según la ADA (American diabetes associaton) en EEUU la prevalencia es del 9,3% , y en España el estudio di@bet.es se calcula que la prevalencia es del 13,8%. Todas estas cifras tienden a irse incrementando con el paso del tiempo, estimándose que en 2035 afectará a 387 millones de personas a nivel mundial.

Existe evidencia consensuada que el ejercicio y la dieta son los principales pilares para conseguir cifras glucémicas adecuadas en la diabetes tipo 2, y también para su prevención.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Identificar las pautas de alimentación que mejoran el perfil glucémico, y los riesgos asociados a la diabetes como la patología cardiovascular.

Objetivos secundarios:
- Valorar las eficacia de adaptar y pactar las recomendaciones de alimentación con el enfermo de diabetes para mejorar la adherencia a la dieta.
- Conocer la evidencia disponible sobre la recomendación de la dieta mediterránea como dieta más adecuada en patología diabética.
- Evidenciar la existencia de otras dietas también adecuadas si las hubiese, y discriminar las ventajas de cada una.

3 Metodología

Revisión bibliográfica sistemática de artículos científicos a través de Google Scholar, se analizaron también la bibliografía de dichos artículos para recavar información relevante.
También se consultaron las recomendación de organismos oficiales como sociedad española de endocrinología y nutrición (SEEN), American Diabetes Association(ADA), Fundación Redgdps, International diabetes Federation. Se limitó la búsqueda al año 2013 en adelante.

4 Resultados

A través del tratamiento dietológico se puede mantener un perfil glucémico normal, y rebajar las cifras de hemoglobina glucosilada entre 1-2%, también tener beneficios sobre el perfil lipídico y cardiovascular.

No existe evidencia sobre la distribución ni proporción adecuada de los macronutrientes en este tipo de dietas, pero si que se conocen ciertos nutrientes y tipos de dieta que son efectivos en diabetes tipo 2.

En un metanálisis de 2013 de 20 ensayos se analizaron la dieta baja en hidratos de carbono, la dieta de bajo indice glucémico y la dieta mediterránea, quedando demostrado que todas ellas ofrecían una mejora del perfil glucémico del 0,12-0,15% ,y del perfil lipídico frente a otras dietas. Además la dieta mediterránea generaba más perdida de peso .

El estudio Predimed, en el que el 50% de los pacientes era diabéticos demostró una reducción variable combinada de eventos cardiovasculares, disminución de la glucemia basal, HbAc1, IMC, peso, triglicéridos, presión arterial y un aumento de lipoproteinas de al ta densidad con dieta mediterránea.

Las dietas con bajo contenido en hidratos de carbono llevan tiempo siendo cuestionadas por su riesgo beneficio, ni si quiera hay consenso sobre la cantidad de hidratos de carbono ya que depende del indice glucémico del alimento, y del acompañamiento de dicho alimento; si que se han demostrado un ligero descenso del perfil glucémico.

La ADA hace incapié en que el patrón dietético debe adaptarse a la tradición, cultura, creencias y gustos del enfermo de diabetes, y menciona como dietas probablemente adecuadas a la dieta mediterránea, dieta vegetariana y vegana,la baja en grasa y dieta DASH.

Las dietas altas en proteínas y bajas en calorías se ven adecuadas para obesidad asociada a diabetes 2, por el momento no se ha demostrado empeoramiento de la función renal pero no hay estudios a largo plazo que valoren el riesgo beneficio. Tampoco existe una evidencia sobre el beneficio de la restricción a proteínas, por ello la ADA aconseja que ocupen entre 10-25% del aporte calórico adaptándose al paciente.

En general las recomendaciones unificadas y con evidencia científica son: hidratos de carbono provenientes de frutas y verduras, cereales integrales, y legumbres; con alto contenido en fibra y bajo indice glucémico. Lácteos bajos en grasa. Dar preferencia al pescado azul. Limitar grasa saturada y ácidos grasos trans.

5 Discusión-Conclusión

La dieta mediterránea cumple los criterios dietéticos aceptados por los organismos científicos especializados en diabetes, ha demostrado mediante estudios que no solo aporta beneficios sobre el perfil glucémico si no que ayuda a disminuir los riesgos asociados como los cardiovasculares y ayuda a controlar el peso.

Es la dieta mas aceptada y conocida en España, por lo que cumple los principios de adaptabilidad y respeto cultural del paciente haciendo que mejore la adherencia al tratamiento dietético.

6 Bibliografía

- ADA. Diabetes.org/nutrition (consultado 11/12/2019).Disponible: https://www.diabetes.org/nutrition
- IDF atlas ninth edition 2019(internet).
- Korsmo-Haugen HK, Brurberg KG, Mann J, Aas AM. Carbohydrate quantity in the dietary management of type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. Diabetes, Obes Metab. 2019; 21(1): 15-27.
- Noemí Boqué Terré.Presentación de todas las pruebas científicas en la efectividad del tratamiento dietético de la diabetes: revisión de revisiones sistemáticas.Congreso iberoamericano de dietica.Rev Esp Nutr Hum Diet. 2019; 23(Supl. 1): 138 - 139 .
- Javier Díez Espino, Lourdes Carrillo Fernández. En: Dr. Patxi Ezkurra Loiola .España: Euromedeci vivactis..2016.p. 41-43.
- Javier Aranceta Bartrina Guadalupe Blay Cortes . Lourdes Carrillo Fernández. José Manuel Fernández García. Marta Garaulet Aza . Angel Gil Hernández. Emilio Martínez de Victoria. Rosa María Ortega Anta . Carmen Pérez Rodrigo. Joan Quiles Izquierdo. Gemma Salvador Castel. Susana Santiago Neri. Lluis Serra Majem. Gregorio Varela Moreiras .Guia de la alimentacion saludable para atencion primaria y colectivos ciudadanos.2018. Disponible en: http://www.fesnad.org/resources/files/guiaSENC.pdf.
- Neuenschwander, M., Hoffmann, G., Schwingshackl, L. et al. Impact of different dietary approaches on blood lipid control in patients with type 2 diabetes mellitus: a systematic review and network meta-analysis. Eur J Epidemiol 34, 837–852 (2019). https://doi.org/10.1007/s10654-019-00534-1.

Capítulo 124

CLAVES PARA EVITAR EL ABANDONO DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

REBECA CORTINA MARTINEZ

ANA BELÉN MENÉNDEZ ÁLVAREZ

BARBARA MONTES DIAZ

1 Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adherencia al tratamiento como "el grado en el que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario", también estima que el 50% pacientes crónicos no cumple el tratamiento. El no correcto seguimiento de las pautas farmacológicas aumenta la morbimortalidad, los ingresos hospitalarios y disminuye la calidad de vida y no solo afecta al ámbito clínico si no que también al económico y social.

2 Objetivos

- Identificar las causas que hacen que un paciente no asuma las recomendaciones farmacológicas o higienico-dieteicas, para lograr abordarlas e implementar medidas que favorezcan una correcta adhesión al tratamiento.

- Reconocer que profesionales sanitarios están implicados en el éxito de en la adherecia al tratamiento, y que forma es la más adecuada en su intervención. De todo esto se deriva una mejora en la calidad de vida del paciente y una disminución de la morbimortalidad del mismo como objetivo global.

3 Metodología

Revisión bibliográfica de artículos y guías. Consulta de estudios y programas de diferentes comunidades autónomas y organismos especializados sobre factores que intervienen en el cumplimiento terapéutico.

4 Resultados

Los factores relacionados con el paciente se han revelado como las principales causas de incumplimiento terapéutico: desconocimiento de la enfermedad y del tratamiento, no acudir a las citas, no asumir responsabilidad sobre su enfermedad, ignorancia sobre los efectos a largo plazo de no controlar la enfermedad, negativas a la medicación por miedo a los efectos secundarios, olvidos en las tomas… Otros factores a tener en cuenta son la complejidad terapéutica, larga duración del tratamiento, falta de comunicación y seguimiento inadecuado por parte del personal sanitario.

Mejorar la relación con el paciente para mejorar la adherencia pasa por llegar acuerdos sobre el tratamiento, explicar y aclarar dudas sobre la enfermedad para que sea responsable del tratamiento de su enfermedad, hacer sugerencias en vez de prescripciones.

Los sistemas dosificadores que los profesionales en farmacia preparan también se han evidenciado como efectivos, ya que evitan olvidos y equivocaciones con los fármacos. La atención domiciliaria ,el seguimiento por parte de enfermería, y la relación de confianza que los pacientes establecen con su enfermera para solventar dudas y hablar de sus preocupaciones respecto a la enfermedad o el tratamiento, también ayudan a la adherencia.

5 Discusión-Conclusión

Los factores que intervienen en la adhesión en el tratamiento son principalmente relacionados con el propio paciente, pero una intervención multidisciplinar de los

sanitarios puede modificarlos.

Establecer una buena comunicación para consensuar el tratamiento, explicar todos los aspectos de la enfermedad y solventar todas las dudas ayudará a empoderar al paciente y hacerse responsable de su enfermedad.

Usar mecanismos que simplifiquen las recomendaciones y eviten olvidos en la medicación ayudará también a mejorar la adherencia al tratamiento

6 Bibliografía

- Olatz Ibarra Barrueta ,Ramón Morillo Verdugo.2017.Lo que debes saber sobre la adherencia al tratamiento.Badalona.
- Andrés Castro. Juan Ignacio Barrero . Francisco J. García Pascual . Encarnación Cruz . Javier Soto . Juan Álvarez. Ana Pastor. María Die Trill. Manuela García. Juan Siso. III Foro dialogoso pziffer-paciente sobre adherencia al tratamiento la adherencia al tratamiento: cumplimiento y constancia para mejorar la calidad de vida. 2009. En: https://www.adherencia-cronicidad-pacientes.com/seccion/adherencia.
- https://www.who.int/es/
- https://www.sefac.org/sites/default/files/sefac2010.
- http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/pfizer-adherencia-01.pdf.

Capítulo 125

APOSITO QUIRURGICO TRANSPARENTE FRENTE A APOSITO CONVENCIONAL EN HERIDAS QUIRURGICAS

TAMARA GARCIA RODRIGUEZ

RAQUEL RODRÍGUEZ CARBAJAL

1 Introducción

Se define herida quirúrgica como corte o incisión en la piel llevada a cabo en ambiente de asepsia, con objetivos terapéuticos y/o reparadores, realizada por personal sanitario, en actos urgentes o programados.

A lo largo de los años se han realizado numerosos estudios con el fin de mejorar las técnicas de cuidados y curación en heridas quirúrgicas con el fin de favorecer la cicatrización y prevenir complicaciones como las infecciones. Las infecciones adquiridas en un hospital por personas que previamente no la tenían en el momento de ser ingresada ,reciben el nombre de infecciones nosocomiales. Este tipo de infecciones suponen una importante fuente de morbilidad y mortalidad, y se han convertido en un problema de salud pública con gran impacto económico y humano.

Los tipos más frecuentes de infecciones nosocomiales son las infecciones urinarias y respiratorias, seguidas de las infecciones de heridas quirúrgicas.

2 Objetivos

- Comparar la técnica de curación con apósito quirúrgico transparente de cura en ambiente húmedo frente al apósito convencional de gasa y esparadrapo en pacientes quirúrgicos tras cirugía ortopédica y traumatología.
- Valorar el coste económico directo relacionado con el material utilizado así como el tiempo empleado en cada cura realizada.

3 Metodología

Se realiza un estudio de cohortes prospectivo, realizado en el HVAB (ASTURIAS). Se realiza un estudio durante el primer trimestre del año 2019 con 20 pacientes, todos mayores de 18 años, intervenidos mediante cirugía programada de prótesis total de cadera Diez de los pacientes son curados con el apósito convencional de gasa y esparadrapo y los otros diez con apósito transparente.

El material utilizado fueron apositos hidrocoloides transparentes y apósitos convencionales elaborados con gasas estériles y esparadrapo tipo ROLL FIX.

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Del estudio realizado se obtuvo que en aquellos pacientes que fueron tratados con el apósito transparente, se presentaron menos casos de infección de la herida quirúrgica (7,4% frente a 43,6%). Por otro lado, el apósito transparente tiene una duración de al menos 7 días sobre la herida sin despegarse, frente al apósito convencional que precisa cambios diarios lo que supone una diferencia en costes importante en materiales y menos tiempo de trabajo de enfermería por paciente.

Además supone una mejor valoración por parte de los pacientes en cuanto a la facilidad de retirada del apósito, ya que no produce eritemas, en cuanto a la posibilidad de a ducha, sin mojar el apósito y visibilidad de la herida a nivel estético

5 Discusión-Conclusión

Según los resultados obtenidos, podemos concluir que:

En cuanto a la infección, encontramos menos casos con el apósito transparente. Además otra de las reacciones adversas que se registro durante el estudio fue el eritema relacionado con el esparadrapo en un 7.9% del grupo de apósito convencional frente a ningún caso en el grupo de apósito transparente.

Por otra parte, con el apósito transparente, el resto de los días de la semana que no se realiza la cura se puede visualizar la herida y valorar cualquier cambio relacionado con ella como la coloración de la piel o presencia de exudado , sin que sea necesario cambiar el apósito, por lo que el tiempo empleado durante las curas se reduce en una semana frente al tiempo que se emplea a diario para la cura con el caso del apósito convencional

6 Bibliografía

1. Ducel G, Fabry J, Nicolle L, eds. Prevención de las infecciones nosocomiales. Guía práctica. 2.a ed. Organización Mundial de la Salud. Geneva (Internet), 2002 (acceso 1 de diciembre de 2012).
2. Jester R, Russell L, Fell S , Prest C. A one hospital study of the effect of wound dressings and other related factors on skin blistering following total hip and knee arthroplasty. J Orthop Nurs 2000; 4: 71-7.
3. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (UK). Surgical Site Infection: Prevention and Treatment of Surgical Site Infection. NICE Clinical Guidelines, No. 74 (Internet). London: RCOG Press; 2008 (citado el 9 de enero de 2014).

Capítulo 126

ACTIVIDAD FÍSICA EN EL CLIMATERIO

PILAR HERRERO MENENDEZ

1 Introducción

El climaterio va unido al ciclo biológico de la mujer, un cambio en su organismo que provoca modificaciones y a veces produce desasosiego ya que se asocia al envejecimiento, pérdida de fertilidad, cambios a nivel bio-psicosocial que influyen en el estilo de vida. El climaterio es importante porque la población femenina tiene una expectativa de vida alta y por ello se deben promover hábitos de vida saludables.

Este cambio vital normalmente se intenta controlar con medicación sin tener en cuenta que la actividad física es un arma importante contra el climaterio. Actividad va unida al control de grasas, segregar endocrinas, producción de colágeno, prevenir ostioporosis.

La O.M.S. ha implantado campañas para fomentar la actividad física y que las mujeres mayores vean los beneficios que ofrecen.

2 Objetivos

- Ofrecer información a la mujer orientada hacia la mejora desde la actividad física.
- Describir los beneficios de la actividad física.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El climaterio implica que confluyan factores bio-psiquo-sociales que pueden ser leves, moderados o graves dependiendo de la intensidad y afectación de la calidad de vida de la mujer.

Los programas de educacion de actividad física van enfocados a mejorar las funciones del sistema esquelético, cardiovascular y pulmonar.

Estos programas influyen en la disminución de las cifras tensionales, a nivel psicológico (disminución de ansiedad, aumento de la auto-confianza), evitan el sedentarismo y fomentan las ganas de vivir, todo junto conlleva un resultado beneficioso para la salud de la mujer adulta.

5 Discusión-Conclusión

La actividad física se debe orientar a las características y patologías de cada mujer en el climaterio.

El ejercicio en esta época de la vida aumenta la autoestima, la capacidad física, tonifica los músculos, relaja y alivia diferentes partes de, cuerpo.

6 Bibliografía

- https://www.efdeportes.com/efd191/el-ejercicio-fisico-climaterio-menopausia.htm.
- https://cuidateplus.marca.com/sexualidad/femenina/2018/10/18/-realizar-ejercicio-menopausia.

Capítulo 127

IMPORTANCIA DE LOS MECANISMOS DE RESISTENCIA Y MULTIRESISTENCIA EN S. AUREUS, ACINETOBACTER BAUMANII Y KLEBSIELLA Y SU REPERCUSIÓN EN LA ASISTENCIA HOSPITALARIA.

MARIA DEL PILAR CUERVO ÁLVAREZ

ANA YESICA FERNÁNDEZ MENÉNDEZ

INMACULADA GARCIA FERNANDEZ

MARLENE DEL VALLE FERNANDEZ

1 Introducción

La infección nosocomial constituye uno de los mayores problemas de la asistencia médica hospitalaria debido a su morbimortalidad, al elevado consumo de recursos materiales y humanos y al incremento de costes económicos que generan. Este ha sido el motivo por el que, desde mediados de los años 70, se vienen adoptando métodos específicos en su prevención y la puesta en marcha de programas de vigilancia y control . El beneficio de estos programas se apoya en datos ofrecidos por estudios epidemiológicos rigurosos que han demostrado evidencia científica.

Diversos microorganismos multirresistentes, tales como Staphylococcus aureus resistente a meticilina, enterococo resistente a vancomicina y algunos bacilos Gram negativos, tienen gran importancia al estar implicados en la infección hospitalaria y ser, por ello, objeto de vigilancia. Aunque la transmisión de microorganismos multirresistentes se documenta más frecuentemente en hospitales, todos los establecimientos sanitarios pueden verse afectados por la aparición y transmisión de estos agentes y el enfoque para su prevención y control se adaptarán a las necesidades específicas de cada población y cada institución. La prevención y el control de estos gérmenes deberá ser una prioridad para los centros y su éxito requiere un compromiso de recursos humanos y deberá contar con expertos clínicos, un laboratorio de apoyo, y personal que se ocupe del análisis de datos.

Entre las diversas aspectos que pueden ser considerados en la contención de la infección hospitalaria, el conocimiento de la situación respecto a las tasas de los diversos patógenos multirresistentes que infectan o colonizan a los pacientes es un aspecto crítico. Para poder ofrecer esta información a aquellas unidades que deban, posteriormente, plantear soluciones a los problemas detectados, caben varias vías, fundamentalmente el análisis de los resultados de los cultivos solicitados por los médicos clínicos al Laboratorio de Microbiología o mediante la realización de estudios de vigilancia microbiológica para la búsqueda de portadores no detectados en los cultivos que se remiten por los clínicos para estudios microbiológicos.

El análisis de los resultados del Laboratorio de Microbiología tiene como principal inconveniente el no permitir distinguir entre infección y colonización, aunque diversos estudios han demostrado su utilidad en la práctica; tampoco permiten discriminar eficazmente al paciente que ingresa colonizado o infectado por dichos agentes bacterianos del que adquiere la infección en el hospital. En el presente estudio, hemos utilizado como criterio de clasificación de una infección/colonización extrahospitalaria versus nosocomial utilizando el criterio de infección/colonización nosocomial cuando el cultivo se obtenía a partir de las 72 horas del ingreso.

Hemos planteado un estudio epidemiológico observacional, consecutivo, retrospectivo y descriptivo, que incluye un periodo de tiempo de 3 meses, para conocer el número de casos (infectados y colonizados), las características generales y su

distribución geográfica en el hospital, para aquellos patógenos que, de acuerdo con las normas entre los diversos aspectos que pueden ser considerados en la contención de la infección hospitalaria, el conocimiento de la situación respecto a las tasas de los diversos patógenos multirresistentes que infectan o colonizan a los pacientes es un aspecto crítico. Para poder ofrecer esta información a aquellas unidades que deban, posteriormente, plantear soluciones a los problemas detectados, caben varias vías, fundamentalmente el análisis de los resultados de los cultivos solicitados por los médicos clínicos al Laboratorio de Microbiología o mediante la realización de estudios de vigilancia microbiológica para la búsqueda de portadores no detectados en los cultivos que se remiten por los clínicos para estudios microbiológicos.

Dicho estudio nos permitirá hacer un "mapa" de la situación del HUCA, y disponer de información que será de gran utilidad para la Comisión de Infección Hospitalaria, el Servicio de Medicina Preventiva y la Unidad de Enfermedades Infecciosas. Además permitirá comparar los datos actuales con los futuros, en el caso de que este estudio se repita posteriormente, y así evaluar la efectividad de las posibles actividades de contención de la infección por microorganismos multirresistentes que se puedan poner en marcha.

2 Objetivos

Se ha planeado un trabajo que mediante una revisión de datos microbiológicos y administrativos de archivo, y a un subgrupo de pacientes mediante la revisión de la historia clínica, permita obtener información acerca de: a) la situación del HUCA respecto a los pacientes colonizados o infectados por aquellos microorganismos multirresistentes que son objeto de la aplicación de nomas de aislamiento, b) descripción de las características generales (edad, sexo) de los sujetos, c) describir los servicios en los que están ingresados, d) establecer el porcentaje de infecciones/colonizaciones de origen extrahospitalario y nosocomial, y e) en un subgrupo de pacientes, revisar las historias clínicas para cuantificar el porcentaje de pacientes a los que se les han aplicado, los días de aislamiento y la calidad de la información que consta en la historia clínica.

Para ello: a) se consideraron únicamente los cultivos positivos de pacientes ingresados en el HUCA, b) se consideró únicamente un cultivo por paciente, c) se asignó la planta de hospitalización, servicio y bloque a aquel que correspondía al momento de recogida del primer cultivo positivo, d) se consideró como colo-

nización/infección de probable origen nosocomial cuando la fecha de obtención del primer cultivo positivo fuese a partir de las 72 horas de la fecha de ingreso en el hospital. e) Los patógenos a estudiar fueron:
- Staphylococcus aureus meticilín resistente.
- Acinetobacter baumannii multirresistente.
- Klebsiella productora de betalactamasas de espectro extendido.
- Klebsiella productora de carbapenemasa.
- Enterococo resistente a vancomicina.

3 Metodología

Trabajo Fin de Máster en el cual realice un estudio observacional, retrospectivo y consecutivo que incluye todos aquellos pacientes con cultivos positivos para los microorganismos multirresistentes incluidos en la Tabla 1 ingresados en el Hospital Universitario Central de Asturias entre el 1 de octubre y el 31 de diciembre de 2018 y mediante la aplicación de una base de datos básicos que incluyen edad, sexo ,los patógenos (tabla1),servicio donde se encontraba el paciente ingresado.

Microorganismos multirresistentes incluidos en el estudio:
• Staphylococcus aureus resistente a meticilina
• Acinetobacter baumannii multirresistente
• Klebsiella productora de betalactamasas de espectro extendido
• Klebsiella pan-resistente productora de carbapenemasa
• Enterococo resistente a vancomicina

4 Resultados

En el periodo de estudio (1 de octubre de 2018 a 31 de diciembre de 1018) se identificaron 199 pacientes hospitalizados en el HUCA que habían estado colonizados o infectados por alguno de los microorganismos multirresistentes objeto del estudio. Como se comentó en el apartado “Material y Método” solo se consideró el primer cultivo positivo para cada paciente. De ellos, 60 correspondieron a MRSA, 69 a Acinetobacte baumanii multirresistente, 62 a K-BLEE, 8 a K-pR, y no se identificó ningún caso de VRE.

Acinetobacter baumanii multirresistente:
El total de pacientes infectados o colonizados por Acinetobacter baumannii multirresistente fue de 69 (41% respecto al total). La distribución según sexos fue de

35% mujeres respecto a un 65% de hombres. Más de la mitad de los pacientes eran mayores de 60 años. Acinetobacter estuvo implicado en la colonización o en infección preferentemente a pacientes ingresados en el edificio del Hospital Covadonga.

Al analizar la incidencia de casos por servicio , se observó que la mayoría se localizaban en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Covadonga (UCI-1), siendo en los demás servicios poco significativa.

El 12% de los cultivos positivos se obtuvieron de muestras de orina, el 4% de sangre, y el 83%, de un origen denominado "otros", que incluye líquido cefalorraquídeo, exudados, muestras respiratorias, cultivos de control y otros.

Klebsiella productora de betalactamasas de espectro extendido:
El total de pacientes infectados o colonizados por K-BLEE fue de 62 (30% respecto al total). La distribución según sexos fue de 37% mujeres respecto a un 63% de hombres. Más de la mitad de los pacientes eran mayores de 60 años.

La distribución de Klebsiella dentro del hospital .a diferencia de Acinetobacter, K-BLEE se presentó distribuida en pacientes ingresados en todos los centros, aunque persistió un predominio de infecciones / colonizaciones en sujetos ingresados en el Hospital Covadonga.

Al analizar la incidencia de casos por servicio, destaca que la mayoría se localizaban, al igual que en el caso de Acinetobacter, en las UCIs, siguiéndole los servicios de Rehabilitación y de Medicina Interna.

Klebsiella pan-resistente:
El total de pacientes infectados o colonizados por K-pR fue de 8 casos (4% respecto al total). La distribución según sexos fue de 38% mujeres respecto a un 62% de hombres, todos ellos con edades co La proporción de casos por centro se distribuyó homogéneamente entre los centros del Hospital Covadonga (38%), Rehabilitación (37%) y el Instituto Nacional de Silicosis (25%). Durante el periodo de estudio no se detectó ningún caso en el Hospital General de Asturias. comprendidas entre los 40 y 80 años.

La distribución por servicios de sujetos infectados o colonizados por K-pR fue dispersa en múltiples servicios, aunque destacaron los casos habidos en el Servicio de Hematología y en la UVI.

Staphylococcus aureus meticilín resistente:
El total de pacientes infectados por MRSA fue de 60 (25% respecto al total). La distribución según sexos fue de 32% mujeres respecto a un 68% de hombres.

El pico de infectados según la edad se sitúa entre los 60 y 79 años.

En cuanto a la distribución de MRSA por servicios, la mayor incidencia se dio en la UCI y en Cir. Vascular, seguidos por Rehabilitación. También fueron numerosos los casos en cirugía plástica, medicina interna y neurología.

5 Discusión-Conclusión

En la Introducción se comentó la importancia que tiene la infección nosocomial, en particular aquella en la que están implicados diversos microorganismos multirresistentes, y las diferentes medidas que pueden ser utilizadas para el control de la infección en los diversas estructuras sanitarias, en particular en los hospitales, como forma de lucha contra la infección por bacterias multirresistentes.

En cuanto a la distribución de MRSA por servicios, la mayor incidencia se dio en la UCI y en Cir. Vascular, seguidos por Rehabilitación. También fueron numerosos los casos en cirugía plástica, medicina interna y neurología También se comentó en la introducción las diferentes posibilidades que pueden ser utilizadas para la vigilancia de la infección por microorganismos multirresistentes. En la mayoría de los hospitales, como ocurre en el HUCA, la lucha contra la infección hospitalaria estará limitada (entre otros muchos motivos) por la disponibilidad de las técnicas microbiológicas y de personal de que se dispongan en el laboratorio de microbiología para llevar a cabo una vigilancia microbiológica eficaz.

Los microorganismos que se estudian en el presente trabajo son aquellos que, por su importancia como generadores de epidemias o de situaciones de endemia en los hospitales, cuando se detectan colonizando o provocando una infección se deberá aplicar al paciente los protocolos de aislamiento de contacto que estén establecidos. Aunque el número de agentes problemáticos, bien por estar implicados en situaciones epidémicas o por presentar resistencias a múltiples agentes antibacterianos son múltiples , los preocupantes son Staphylococcus aureus resistente a meticilina (MRSA), Acinetobacter baumannii multirresistente, Klebsiella productora de betalactamasa de espectro extendido (K-BLEE), Klebsiella pan-resistente productora de carbapenemasas (K-pR) y enterococo resistente a

vancomicina (VRE).

Estos microorganismos multirresistentes tienen gran importancia dado que están implicados en epidemias en el ambiente hospitalario y son, por ello, objeto de dicha vigilancia. Es necesaria la mejora en el conocimiento de dichos microorganismos, de su capacidad patogénica, de sus vías de trasmisión y de su incidencia para lograr medidas preventivas eficaces y, una vez aplicadas, poder evaluar su efectividad.
El éxito de la prevención y el control de la infección y colonización por microorganismos multirresistentes requiere del compromiso del Laboratorio de Microbiología, al ser quien aporta los datos acerca de la situación del hospital respecto a las tasas de colonización e infección por dichos agentes.Esta información deberá ser posteriormente utilizada por diferentes estamentos, en particular el Servicio de Medicina Preventiva, la Comisión de Infección Hospitalaria y la Unidad de Enfermedades Infecciosas.

La prevención de la resistencia a los antimicrobianos implica no solo la aplicación de las normas de aislamiento, sino también la puesta en marcha de diversas prácticas que deben ser incorporadas al cuidado rutinario del paciente. Estas incluirán el manejo óptimo de los catéteres vasculares, urinarios y otros, la prevención de la infección de las vías respiratorias inferiores en los pacientes intubados, una juiciosa selección en la utilización de los antimicrobianos y métodos microbiológicos eficaces y rápidos.

Las guías para la prevención y el uso adecuado de estas prácticas preventivas para reducir la resistencia a los antimicrobianos en el ámbito de la atención médica se suelen basar en cuatro estrategias: a) la prevención de la infección (mejorar las actividades destinadas a disminuir la infección durante la aplicación de técnicas diagnósticas o terapéuticas), b) mejorar la rapidez en el diagnóstico microbiológico (mayor rapidez del diagnóstico microbiológico y de la trasmisión de la información microbiológica al médico clínico), c) el uso prudente de los antimicrobianos (mejorar la educación en las indicaciones terapéuticas, la elección de los antibióticos, sus tiempos y dosis) y d) la prevención de la transmisión (mejorar las normas de higiene hospitalaria y medidas de aislamiento).

CONCLUSIONES:
1.- La dificultad para poder separar los cultivos clínicos de los de vigilancia activa en un número significativo causó dificultades para la extracción de datos

del sistema informático del laboratorio de microbiología. Se sugiere, por tanto, a los servicios solicitantes la necesidad de identificar las muestras de cultivos de vigilancia activa, así como al Laboratorio de Microbiología la identificación específica de dicho tipo de cultivos en el sistema informático del laboratorio.

2.- Aunque no es posible comparar los datos del presente estudio con los de otros autores para otros hospitales, la situación del HUCA es preocupante respecto al número y porcentaje de pacientes colonizados o infectados por aquellos microorganismos multirresistentes que son objeto de la aplicación de nomas de aislamiento, dado que éstos se han presentado en el 2.12 % de los pacientes ingresados en el periodo de estudio.

3.- Los microorganismos multirresistentes estudiados no se han distribuido de una forma homogénea por el hospital.
• Acinetobacter baumanii multirresistente se presentó con elevada frecuencia (80%) entre los pacientes ingresados en el Hospital Covadonga, y específicamente en la UCI-1, siendo infrecuente en el resto de Servicios y centros.
• Por lo contrario, para MRSA solo el 42 % de los casos se presentaron en pacientes ingresados en el H. Covadonga.
• Sucede igual para K-BLEE, dado que el 58% se localizaron el Hospital Covadonga, un 24% en Rehabilitación y un 18% en el General, no localizándose ningún caso en el Instituto nacional de Silicosis.
• Los casos de K-pR se localizaron de forma casi similar en el Hospital Covadonga (38%), rehabilitación (37%) y en el Instituto Nacional de Silicosis (25%).

4.- Es de reseñar las diferencias habidas entre el tipo de muestras a partir de las que se aislaron los diferentes agentes bacterianos estudiados:
• Acinetobacter baumanii multirresistente se identificó infrecuentemente en muestras de sangre y orina, y la mayoría de los aislamientos (83%) fueron en "otras muestras", que incluyen fundamentalmente cultivos de vigilancia epidemiológica y muestras respiratorias.
• Igualmente, el 92% de los aislamientos de MRSA fueron en "otras muestras", siendo infrecuente encontrarlo en orina (1%) y sangre (7%).
• La localización más representativa de K-BLEE se registró en "otras muestras" (56%), aunque cabe mencionar que se halló en gran proporción (42%) en orina, ya que Klebsiella es un patógeno habitual causante de infecciones del tracto urinario.
• El porcentaje de aislamientos de K-pR a partir de muestras de orina (37%) y sangre (25%) fue elevado.

5.- En el periodo de estudio no se identificó ningún cultivo positivo para enterococo resistente a vancomicina.

6.- En un elevado número de casos (87%) no se encontró en la historia, tanto en las hojas de órdenes médicas ni en la del curso de enfermería, notas ni órdenes acerca de la aplicación de normas de aislamiento de contacto, tanto para su inicio como para su retirada en los casos en que ese hecho pudiera ser realizado.

6 Bibliografía

1. Alvarez-Lerma F, Gasulla Guillermo M, Abad Peruga V, et al. Efectividad del aislamiento de contacto en el control de bacterias multirresistentes en un servicio de medicina intensiva. Enferm Infecc Microbiol Clin 2002; 20:57-63.
2. Boyce JM, Havill NL, Maria B. Frequency and possible infection control implications of gastrointestinal colonization with methicillin-resistant Staphylococcus aureus. J Clin Microbiol 2005; 43:5992-5995.
3. Coello R, Glynn JR, Gaspar C, Picazo JJ, Fereres J. Risk factors for developing clinical infection with methicillin-resistant Staphylococcus aureus (MRSA) among hospital patients initially only colonized with MRSA. J Hosp Infect 1997; 37:39-46
4. Corbella X, Montero A, Pujol M, et al. Emergence and rapid spread of carbapenem resistance during a large and sustained hospital outbreak of multiresistant Acinetobacterbaumannii. J Clin Microbiol 2000; 38:4086-4095.
5. Cosgrove SE. The relationship between antimicrobial resistance and patient outcomes: mortality, length of hospital stay, and health care costs. Clin Infect Dis 2006; 42 (Suppl 2):S82-89).
6. D'Agata EM, Gautam S, Green WK, Tang YW. High rate of false-negative results of the rectal swab culture method in detection of gastrointestinal colonization with vancomycin-resistant enterococci. Clin Infect Dis 2002; 34:167-172.
7. DiazGranados CA, Zimmer SM, Klein M, Jernigan JA. Comparison of mortality associated with vancomycin-resistant and vancomycin-susceptible enterococcal bloodstream infections: a meta-analysis. Clin Infect Dis 2005; 41:327-333),
8. Dierssen-Sotos T, Brugos-Llamazares V, Robles-García M, et al. Evaluating the impact of a hand hygiene campaign on improving adherence. Am J Infect Control 2010; 38:240-243
9. Eggimann P, Hugonnet S, Sax H, et al. Long-term reduction of vascular access-associated bloodstream infection. Ann Intern Med 2005; 142:875-876.).

10. Fierobe L, Lucet JC, Decré D, et al. An outbreak of imipenem-resistant Acinetobacter baumannii in critically ill surgical patients. Infect Control Hosp Epidemiol 2001; 22:35-40
11. Flayhart D, Hindler JF, Bruckner DA, et al. Multicenter evaluation of BBL CHROMagar MRSA medium for direct detection of methicillin-resistant Staphylococcus aureus from surveillance cultures of the anterior nares. J Clin Microbiol 2005; 43:5536-554
12. Fridkin SK, Edwards JR, Courval JM et al. The effect of vancomycin and third-generation cephalosporins on prevalence of vancomycin-resistant enterococci in 126 U.S. adult intensive care units. Ann Intern Med 2001; 135:175-183
13. García-Hernández AM, García-Vázquez E, Hernández-Torres A, et al. Bacteriemias por Escherichia coli productor de betalactamasas de espectro extendido (BLEE): significación clínica y perspectivas actuales. Rev Esp Quimioter 2011; 24: 57-66.
14. Haley RW, Cushion NB, Tenover FC et al. Eradication of endemic methicillin-resistant Staphylococcus aureus infections from a neonatal intensive care unit. J Infect Dis 1995; 171:614-624.
15. Harbarth S, Masuet-Aumatell C, Schrenzel J, et al. Evaluation of rapid screening and pre-emptive contact isolation for detecting and controlling methicillin-resistant Staphylococcus aureus in critical care: an interventional cohort study. Crit Care 2006; 10:R25.
16. Hernández JR, Pascual A, Cantón R, et al. Escherichia coli y Klebsiella pneumoniae productores de betalactamasas de espectro extendido en hospitales españoles (Proyecto GEIH-BLEE 2000). Enferm Infecc Microbiol Clin 2003; 21:77-82.
17. Hershberge E, Donabedian S, Konstantinou K, Zervos MJ. Quinupristin-dalfopristin resistance in gram-positive bacteria: mechanism of resistance and epidemiology. Clin Infect Dis 2004; 38: 92-98.

Capítulo 128

FORMACIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS POR PARTE DE ENFERMERÍA A LOS FAMILIARES DEL PACIENTE

IRENE MERA PRIETO

BEATRIZ FERNANDEZ MARIÑAS

CRISTINA CUE BERNARDO

MARTA TÉLLEZ GONZÁLEZ

1 Introducción

El paciente terminal es aquel que padece una enfermedad que no puede ser curada o tratada de manera adecuada y el resultado esperado es la muerte en un corto periodo de tiempo, su esperanza de vida es de seis meses o inferior.

Esto conduce a que el facultativo se relacione con pacientes que enfrentan dolencias incurables. La familia es una parte esencial, por lo cual tiene que recibir la atención e instrucción necesarias.
La Organización Mundial de la Salud, define los cuidados paliativos como: el cuidado activo y total de las enfermedades que no tienen respuesta al tratamiento.

En el tratamiento debe tenerse en cuenta, el mantenimiento en lo posible del apoyo social del enfermo: interrelación con familiares y amigos y todos deben

convertirse en verdaderas fuerzas para que él, pueda vivir con calidad de vida en todo momento. El sufrimiento que envuelve al paciente oncológico desde el momento mismo en que se enfrenta al diagnóstico de la enfermedad y el número de personas que padecen este problema de salud, lleva a considerar que cualquier acción que se realice, resulta muy importante y va a ser acogida por el paciente como algo de gran valor, es por eso que surge la idea de abordarlo en la comunidad, en su propio ambiente y lo más próximo posible al momento en que su vida da un gran cambio, sintiéndose amenazado y diferente porque está padeciendo una enfermedad.

El cuidador principal, necesita que le informen que todo lo que él hace por su ser querido, lo está haciendo correctamente, pero también necesita que le pregunten cómo se encuentra él mismo. Solicita que el profesional se siente y escuche sus miedos, sus dudas y así se sienta reconfortado.

El cuidado paliativo, está orientado a mejorar la calidad de vida del paciente y también de la familia, para que dicho cuidado sea de manera integral, se necesita una serie de conocimientos que los familiares deben ir adquiriendo con ayuda de los profesionales de la salud.

2 Objetivos

- Determinar el conocimiento de los familiares en las visitas domiciliarias mediante la consulta médica y enfermera.

3 Metodología

Búsqueda en bases de datos: google académico, Scielo. . Sin restricción de tiempo y en castellano, utilizando los descriptotes: “cuidados paliativos”, “enfermería” y “familia” y búsqueda también en guías de tratamientos eficaces.

4 Resultados

Las necesidades manifestadas por los familiares son: de información y formación, de apoyo, de comunicación, de servicios en la comunidad y económicas.

El estadío final de la enfermedad, es la etapa en que la familia necesita más apoyo por parte del personal sanitario, ya que pasan por muchas de las etapas que el

paciente tiene que experimentar, tratando de negar en varias ocasiones un desenlace inminente, es aquí, donde se debe ofrecer intimidad, disponibilidad con el paciente y sus allegados, mostrarle amabilidad y proporcionarle consuelo.

El dolor es uno de los síntomas más frecuentes en el paciente oncológico y uno de los que más sufrimiento causa según varios estudios, sólo la mitad de los pacientes terminales con dolor, reciben el tratamiento adecuado, lo que ocasiona que muchos de ellos, fallecen con dolor, muchas veces por desconocimiento por parte de familiares y profesionales del manejo de los analgésicos.

En ocasiones la enfermera es la encargada de anunciar el fallecimiento y debe anticiparse a las mejores condiciones para enfrentarse a ello , de esta forma los pacientes y familiares se sentirán más tranquilos y cuidados.

En varios estudios se muestra que la mayoría de las familias, están satisfechas con el servicio y trato recibido por parte de los profesionales.

La interrelación del equipo básico de salud con la familia, logra una gran armonía y un equilibrio en el paciente.

Hay estudios que evidencian la necesidad de hacer una valoración de la familia, orientada hacia la exploración de la capacidad y los conocimientos para el cuidado del paciente.

La SECPAL propone a los profesionales, invitar a los familiares a participar en los cuidados, explicar los beneficios para ambos, aprender distintas técnicas enfermeras y reconocer sus progresos .

5 Discusión-Conclusión

A pesar de que la mayoría de las familias están satisfechas con la atención que reciben del equipo básico de salud, no poseen el nivel de conocimientos necesarios para brindar los cuidados paliativos, fundamentalmente los psíquicos y los espirituales. Lo anterior puede estar dado porque no se considera a la familia como un participante activo en el apoyo, en el tratamiento y en los cuidados.

La medicina paliativa, debe centrar su atención en la familia, puesto que se impone la necesidad de adoptar medidas para garantizar el manejo integral de estos pacientes en la comunidad y crear una cultura en la población acerca de los cuidados del paciente oncológico en fase terminal.

El equipo profesional, ha de ayudar transmitiendo apoyo educativo y sensación de acompañamiento , siempre acorde con las capacidades y posibilidades que cada familia tenga para asimilarla.

6 Bibliografía

1. Real Academia Nacional de Medicina (2012). Diccionario de Términos Médicos. Madrid: Ed Panamericana.Reina, M. (2011). Análisis de la valoración familiar en el ámbito hospitalario: cuidados paliativos. Paraninfo Digital. Disponible en: http://para/n11-12/205d.php>.
2. Gálvez, M. (2011). Cuando la familia lo vive, las palabras sobran. El modelo de cuidados compartidos en la fase terminal del paciente crítico. Paraninfo Digital. Disponible en http://para/n11-12/192p.php.
3. Navarro Ferrer PM, Pérez Labrada BR, Parada López N. Buenas prácticas de enfermería en pacientes tributarios de cuidados paliativos en la atención primaria de salud. Rev Cubana Enfermer 2009;25(1-2). <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192009000100005&lng=es&nrm=iso>
[consulta: 22 enero 2008].
4. Rodríguez Rodríguez NY, Ruiz Valdés Y, Carvajal Herrera A. Conocimientos sobre cuidados paliativos de familiares de pacientes oncológicos. Rev Cubana Enfermer 2007;23(4). <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192007000400006&lng=es&nrm=iso>
[consulta: 26 enero 2008].
5. Robaina Delgado MC, ArricivitaVerdasco AM. Cuidados paliativos en la comunidad. En: Enfermería comunitaria: métodos y técnicas. Madrid: Difusión Avances de Enfermería, 2000:577-88.
6. Hidalgo C, Carrasco E. Salud familiar: Un modelo de atención integral en la atención primaria. Santiago de Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile, 2005:23-43.
7. Peña Granger M, Antón Onrubia M. Cuidados paliativos. Madrid: Colegio Oficial de Diplomados en Enfermería, 2006:24-8.
8. Twycross R. Medicina paliativa: filosofía y consideraciones éticas. Acta bioeth 2000;6(1). <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2000000100003&lng=es&nrm=iso>
[consulta: 22 enero 2008].
9. Barreto Martín P, Díaz Cordobés JL, Pérez Marín M, Saavedra Muñoz G. Cuidando al cuidador: familiares de pacientes al final de la vida. Rev Psicología

de la Salud [Internet]. 2013 [citado 1 abril 2015];1(1):1-22. Disponible en: dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4611558&orden=1&info=link.
10. Benítez Lambert Y, Rondón Cabrera JJ, Álvarez Hechavarría E, Sánchez Sánchez VG. Estrategia educativa para cuidadoras de familiares con enfermedad terminal. Medisan [Internet]. 2011 [citado 31 marzo 2015];15(10):1408-1414. Disponible en: http://scielo.sld.cu/pdf/san/v15n10/san101011.pdf.
11. Tejeda Dilou Y. La familia como agente terapéutico en los cuidados paliativos. Medisan [Internet]. 2011 [citado 1 abril 2015];15(2):197-203. Disponible en: http://scielo.sld.cu/pdf/san/v15n2/san08211.pdf.
12. Novellas Aguirre de Cárcer A, PajueloValsera MM. Guía Médica. Cuidados Paliativos – La familia de la persona enferma [Internet]. Madrid: Sociedad Española de Cuidados Paliativos; 2014 [citado 1 abril 2015]. Disponible en: http://www.secpal.com/CUIDADOS-PALIATIVOS-LA-FAMILIA-DE-LA-PERSONAENFERMA.

Capítulo 129

EL BURNOUT Y SUS CONSECUENCIAS EN EL PERSONAL SANITARIO.

MARIO FERNÁNDEZ SARIEGO

CARMEN FERNÁNDEZ ÁLVAREZ

SUSANA PINTO GARCÍA

MARÍA JOSÉ ARBAS FERNÁNDEZ

INMACULADA VILLAVERDE MIRANDA

1 Introducción

El estrés relacionado con la carga laboral produce en el personal sanitario unas consecuencias físicas y emocionales cada vez más preocupantes. El burnout, termino que traducido al castellano significa "estar o sentirse quemado por el trabajo, agotado, sobrecargado, exhausto", es una de las más importantes, por su expansión y por sus consecuencias a nivel físico, mental, emocional, personal y social.

2 Objetivos

- Determinar y evaluar las consecuencias resultantes de esta epidemia silenciosa, como es el burnout, en el personal sanitario.

3 Metodología

La metodología realizada ha sido una búsqueda documental y bibliográfica, a través de artículos seleccionados en páginas especializadas y revistas científicas. Nuestro estudio se realizó a través de la revisión de 12 artículos, que cumplieron los criterios de inclusión, algunos de ellos de revisión teórica, y otros de estudios de campo que trataron sobre situaciones de profesionales de la salud.

Para realizar nuestra búsqueda se utilizaron los determinantes y palabras claves: burnout, estrés, personal sanitario, depresión.

El periodo de relación de búsqueda documental se acotó entre 2015 y 2019.

4 Resultados

Las consecuencias son muy complejas, y varían mucho entre el personal sanitario, pero en resumen podemos asegurar y catalogar en las siguientes: unas consecuencias de deterioro de la salud física, como el deterioro de los sistemas del organismo, pudiendo ir desde molestias osteomusculares, trastornos gastrointestinales, cefaleas hasta en los casos más profundos de taquicardias.

También se producen repercusiones a nivel laboral, que pueden citarse como un bajo rendimiento laboral inmediato en el que va disminuyendo paulatinamente su capacidad laboral con menores índices de rendimiento y menos logros en el trabajo, absentismo laboral, deterioro de las relaciones interpersonales e interprofesionales, pudiendo llegar incluso en los casos más severos al abandono del puesto de trabajo.

Por último, podemos identificar unas consecuencias a nivel personal y social, que van desde un deterioro de las relaciones familiares hasta un desajuste en las relaciones con el entorno social.

5 Discusión-Conclusión

El estrés laboral produce en los profesionales de la salud una situación de quemazón o burnout, que genera a su vez unos síntomas y unas consecuencias negativas cada vez más importantes. Estas van desde uno deterioro físico, que produce a su vez enfermedades crónicas, hasta problemas relaciones con el entorno social,

pasando por un deterioro de las condiciones laborales pudiendo llegar incluso en las situaciones más extremas, al abandono del puesto de trabajo.

6 Bibliografía

- Factores asociados al síndrome de burnout en trabajadores de la salud. Paula Andrea Cote García, Omaira Manrique Vargas, Ana Milena Urrea, Yolima Mojica Sepúlveda, Diana Yelitza Ortega, Denys Mayerling Murillo Jaramillo. Rev Esp Salud Pública 2015;78: 505-516.
- Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome del Burnout en el personal sanitario. Armand Grau, Daniel Flichtentrei, Rosa Suñer, María Prats, Florencia Braga. Rev Esp Salud Pública 2009; 83: 215-230.
- Síndrome de Burnout en el personal de Enfermería de un Hospital.
Romana Albadalejo, Rosa Villanueva, Paloma Ortega, P. Astasio, M.E. Calle y V. Domínguez
Rev Esp Salud Pública 2004; 78: 505-516.
- Etiología y prevención del síndrome del Burnout en los trabajadores de la salud. María Noelia Vanessa Thomé, Elio Adrián Ayala, Marina Soledad Sphan, Mercedes Alejandra Stortti. Revista de posgrado de la VI Cátedra de Medicina-Nº153.-Enero 2006.

Capítulo 130

BURNOUT EN EL ÁMBITO SANITARIO.

CARMEN FERNÁNDEZ ÁLVAREZ

MARIO FERNÁNDEZ SARIEGO

MARÍA JOSÉ ARBAS FERNÁNDEZ

SUSANA PINTO GARCÍA

INMACULADA VILLAVERDE MIRANDA

1 Introducción

El síndrome de Burnout, entendido como síndrome de desgaste profesional, es una respuesta al stress laboral crónico, que se caracteriza por la presencia de altos niveles de agotamiento emocional, una reducida realización personal y una despersonalización.

Los síntomas generados en el profesional sanitario van desde el agotamiento físico, emocional y mental hasta producir unas relaciones interpersonales e interprofesionales conflictivas.
En el ámbito sanitario afecta sobre todo a aquel personal que tiene como actividad ayudar o apoyar a otras personas.

2 Objetivos

- Conocer la situación del Burnout entre el personal sanitario.

3 Metodología

La metodología utilizada para realizar nuestro trabajo se fundamenta en una búsqueda documental y bibliográfica en paginas especializadas como PubMed, MedLine, Cochrane, etc. y en revistas especializadas de corte científico como Science, Nature, etc.

La búsqueda documental se realizo durante un periodo de estudio que va desde el año 2004 hasta el año 2019.

Las palabras claves utilizadas para esta búsqueda han sido: agotamiento profesional, personal sanitario, burnout, stress, satisfacción en el trabajo, salud laboral.

4 Resultados

Se localizaron 15 artículos relacionados con nuestro tema, pero solo 5 de ellos cumplieron los criterios de inclusión.

En todos los estudios seleccionados para nuestra investigación se ha utilizado el método valorativo de burnout entre el personal sanitario con el cuestionario de medida Maslach Burnout Inventory (MBI).
La prevalencia del Burnout entre los profesionales sanitarios en España fue de aproximadamente un 15%.
Si lo determinamos por categorías profesionales encontramos que medicina es el grupo profesional que más sufre este fenómeno, seguido de enfermería y odontología.

Dentro del grupo médico, predomina el burnout entre los médicos de urgencias y los internistas.
Si relacionados nuestro estudio con las distintas escalas de MBI obtenemos que aproximadamente el 20% se relaciona con el agotamiento físico, el 9% esta en la escala de despersonalización, el 22% con la realización personal y hasta el 49% en la escala de burnout, aunque estas cifras varían mucho de un estudio a otro, y por ello nosotros aportamos la media obtenida.

Por otro lado, otro dato importante para nuestro estudio es identificar unas variables que pueden ayudar a nivel individual ser protectoras contra el síndrome del burnout. Hemos identificado aspectos individuales como la mayor edad, tener

hijos, optimismo, la percepción de sentirse valorado, la satisfacción profesional, como factores protectores hacia el Burnout.

5 Discusión-Conclusión

El síndrome del Burnout entre el personal sanitario esta, en un nivel medio. Las especialidades más afectadas son las que se relacionan con la ayuda hacia otras personas como el profesional médico o de enfermería.
La edad, el optimismo, sentirse valorado, etc., son variables que sirven de protección al profesional sanitario hacia el síndrome de burnout.

6 Bibliografía

- Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome del Burnout en el personal sanitario.
Armand Grau, Daniel Flichtentrei, Rosa Suñer, María Prats, Florencia Braga. Rev Esp Salud Pública 2009; 83: 215-230.
- Síndrome de Burnout en el personal de Enfermería de un Hospital.
Romana Albadalejo, Rosa Villanueva, Paloma Ortega, P. Astasio, ME Calle y V Dominguez
Rev Esp Salud Pública 2004; 78: 505-516.
- Etiología y prevención del síndrome del Burnout en los trabajadores de la salud.
María Noelia Vanessa Thomaé, Elio Adrián Ayála, Marina Soledad Sphan, Mercedes Alejandra Stortti. Revista de posgrado de la VI Cátedra de Medicina-Nº153.-Enero 2006.

Capítulo 131

PRIMERA CAUSA DE CEGUERA A NIVEL MUNDIAL : CATARATAS

BARBARA MONTES DIAZ

REBECA CORTINA MARTINEZ

ANA BELÉN MENÉNDEZ ÁLVAREZ

1 Introducción

Una catarata es una opacidad en el cristalino que provoca una mala visión nocturna. Habitualmente, la pérdida de transparencia de las cataratas ocurre de manera lenta y progresiva. La catarata constituye una de las causas de ceguera reversibles mas frecuente. Una de sus principales causas es el envejecimiento.

2 Objetivos

- Identificar las causas que la producen .
- Conocer los tipos de las mismas .
- Saber cuáles son los signos y síntomas de las mismas.
- Reconocer los factores de riesgo .
- Conocer su tratamiento y el cuidado que requiere el mismo .

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica

existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La mayoría de los casos de cataratas se manifiestan con la edad avanzada o cuando una lesión cambia el tejido que forma el lente del ojo . La progresión de las cataratas está relacionada con la edad, aunque estas también pueden ser secundarias a diabetes , hipotiroidismo, enfermedades congénitas, medicamentos o traumatismos.

Las cataratas pueden ser clasificadas según la distribución de la opacidad o según la localización de las mismas.
Entre los signos y síntomas que ayudan a identificar las cataratas encontramos:

- Visión opaca, borrosa o tenue.
- Mayor dificultad para ver de noche.
- Sensibilidad a la luz y el resplandor.
- Necesidad de luz más brillante para leer y realizar otras actividades.
- Visión de «halos» alrededor de las luces.
- Cambios frecuentes en la prescripción de sus anteojos o lentes de contacto.
- Pérdida de colores o color amarillento.
- Visión doble en un solo ojo.

Entre los factores que aumentan el riesgo de padecer cataratas se incluyen los siguientes:

- Envejecimiento.
- Diabetes.
- Exposición excesiva a la luz del sol.
- Fumar.
- Obesidad.
- Presión arterial alta.
- Lesión o inflamación anterior del ojo.
- Cirugía anterior de ojos.
- Enfermedades congénitas.
- Uso prolongado de medicamentos corticoesteroides.

- Beber alcohol en exceso.

El único tratamiento para las cataratas es el quirúrgico , que se basa en la extirpación del cristalino afectado y se coloca una lente intraocular. Las recomendaciones tras la cirugía son las siguientes:

- No levantar objetos pesados.
- Evitar agacharse (de hacerlo, con la espalda recta).
- Evitar frotar los ojos.
- En las primeras semanas no acudir a piscina , al mar o a ríos.
- Aplicar correctamente los colirios pautados(antiinflamatorios y antibióticos).

Dentro de las complicaciones tras la cirugía podemos encontrar con infecciones, edemas corneales o aumento de la presión intraocular. No podemos evitar su aparición, pero sí evitar su progresión con unos hábitos de vida saludables entre los que destacan:

- Proteger los ojos del sol con lentes.
- Revisión oftalmológica.
- Evitar fumar y beber alcohol.
- Comer vegetales de color verde oscuro.
- Consumir vitamina C, E.
- Control de la diabetes.
- Hacer ejercicio físico.

5 Discusión-Conclusión

La catarata es la primera causa de ceguera en el mundo. Está íntimamente relacionada con el envejecimiento y no se puede prevenir su aparición, aunque unos buenos hábitos de vida pueden ayudar a retrasarla.

Los cuidados post-quirúrgicos son básicos para que la operación sea un éxito y así evitar posibles complicaciones .
Tras la cirugía el paciente obtiene una mejora en la calidad de vida.

6 Bibliografía

- NG Martínez, NG Martinez - Enfermería Investiga Investigación - revistas.uta.edu.ec, 2019. W Masson, M Lobo, M Huerín, G Molinero-Archivos de la

Sociedad – Elsevier-2019.
- ASS Vásquez Tuesta, P Durand, R Aurora - repositorio.unsm.edu.pe-2019.
- JJG Parra, DVQ Villegas, AV Corte - Revista CIES - escolme.edu.co-2019.
- S Berthe, D Duperet Carvajal, H Belett, A Margari - MediSan, scielo.sld.cu-2019.

Capítulo 132

CUIDADOS DE ENFERMERIA ANTE UNA DIARREA

BARBARA MONTES DIAZ

REBECA CORTINA MARTINEZ

ANA BELÉN MENÉNDEZ ÁLVAREZ

1 Introducción

Según la OMS, se define como la deposición de tres o más veces al día (o con una frecuencia mayor que la normal para la persona) de heces sueltas o líquidas.

Puede ser diarrea aguda (producida en el mayor de los casos por virus) o crónica (derivado de enfermedades intestinales, mala absorción de medicamentos o alimentos). Los mayores y los niños son los más propensos a sufrirlos .

2 Objetivos

- Identificar a los grupos de riesgo.
- Determinar de que tipo de diarrea se trata para poder conocer su causa y poner el tratamiento mas adecuado .
- Conocer las causas predisponentes si las hubiese.
- Reconocer los factores de riesgo para tratar de disminuir la aparición del cuadro clínico.
- El objetivo principal del tratamiento para las diarreas va enfocado a resolver el cuadro y a evitar las complicaciones y, si las hubiese, minimizar su impacto.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Para poder identificar los pacientes con esta patología se tiene en cuenta la clínica del paciente . En la mayor parte de los casos no require de ingresos hospitalarios, pero si la clínica no cesa o aparece fiebre u otros síntomas digestivos, como por ejemplo vómitos, se trasladará a un centro hospitalario donde se realizará una serie de pruebas complementarias como son un coprocultivo, una radiografía simple de abdomen y una analítica básica entre otros.

Entre los factores de riesgo se encuentran ingerir alimentos contaminados, enfermedades crónicas, estrés emocional, infecciones por parásitos, efectos secundarios de medicamentos y uso excesivo de laxantes y fibra, entre otros.

Las medidas higiénicas adecuadas evitan la aparición del cuadro y entre ellas destacan: lavarse bien las manos, beber agua potable y efectuar una cocción correcta de los alimentos, entre otras.

Entre las medidas generales a adoptar ante una diarrea aguda encontramos:

- La hidratación oral. Con esta medida aseguramos una correcta ingesta de líquidos y sales y evitamos la deshidratación, una de las principales complicaciones de la misma.
- Dieta astringente o antidiarreica.
- Si fuese preciso, fármacos.

Si la diarrea persiste o es crónica hay que buscar la causa que la produce para que el tratamiento sea efectivo .

5 Discusión-Conclusión

La diarrea es un síndrome prevalente en los ancianos y niños. Las medidas de prevención como son higiénico-sanitarias, un buen control de laxantes, así como la vigilancia de los efectos secundarios en la toma de medicamentos ayudan a disminuir su incidencia.

Un correcto tratamiento disminuye las complicaciones, entre los que destaca evitar la deshidratación y reducir los ingresos hospitalarios.

6 Bibliografía

- JSV Toral, JDRE Rendón, VVV Terán, JC Michilena - reciamuc.com- RECIAMUC, 2019. DA Martínez - repository.udca.edu.co-2019.
- LE De la Ese Acosta - repositorio.ug.edu.ec-2019.
- GR Marcos, MN Mena, CH Gutiérrez - Medicine-Programa de Formación – Elsevier- 2019. RTS del Arco, JMM Lázaro, PC Díaz - Medicine-Programa de Formación – Elsevier- 2019.

Capítulo 133

ATENCION INTEGRAL DE ENFERMERIA: PACIENTE OSTOMIZADO

BARBARA MONTES DIAZ

REBECA CORTINA MARTINEZ

ANA BELÉN MENÉNDEZ ÁLVAREZ

1 Introducción

La ostomía es una intervención quirúrgica que se produce en la pared del abdomen realizada con el objetivo de poder evacuar las heces , la orina o secreciones y que según el órgano que se exteriorice se denomina " colostomia ", "ileostomia " o "urostomia ".

Los estomas pueden ser temporales o permanentes.

El papel de enfermería es clave, ya que estos pacientes sufren un cambio significativo en sus vidas , tanto a nivel físico como a nivel psíquico.

Los cuidados de enfermería son integrales ya que tienen que deben ir encaminados a englobar aspectos fisiológicos , psicológicos y sociales.

2 Objetivos

Las personas ostomizadas requieren unos cuidados integrales , individualizados y especializados que fomenten la independencia y mejoren su calidad de vida, por lo tanto los cuidados de enfermería tienen que estar enfocados en las distintas fases del proceso.

Es fundamental proporcionar al paciente una adecuada educación sanitaria.

Fomentar la adaptación a la nueva situación en la que se enfrenta el paciente.

Uno de los objetivos básicos es evitar las complicaciones que se pueden dar en los estomas y enseñar al paciente a identificarlos a la mínima señal.

3 Metodología

Para alcanzar los objetivos establecidos , la metodología empleada se ha realizado a través de una revisión bibliográfica de artículos, bases de datos y guías clínicas.

4 Resultados

Los cuidados enfermeros se dan durante todo el proceso desde el diagnóstico hasta los cuidados después de la intervención y van enfocados tanto a los problemas de estoma como a la adaptación y aceptación de la nueva situación a la que se tiene que enfrentar la persona.

La educación sanitaria debe de ir enfocada a orientar sobre hábitos nutricionales para tener unos hábitos intestinales adecuados , mantener una correcta higiene tanto corporal como para el cuidado del estoma aspecto fundamental para evitar las infecciones. Así como orientación para reanudar su actividad social , laboral, sexual etc.

El apoyo psicológico es fundamental ya que el paciente tras la cirugía se siente deprimido y le puede ocasionar problemas de rechazo con su entorno familiar .

5 Discusión-Conclusión

La atención integral de enfermería es fundamental para el paciente ostomizado. Ya que entender los cambios que va a sufrir la persona ostomizada es necesario

para poder dar cuidados individualizados y saber que la aplicación de dicho plan mejorará significativamente la calidad de vida de estos pacientes.

Además esto hace que el paciente se adapte y le ayude a afrontar y aceptar el cambio de la nueva situación de vida que se le plantea.

Así mismo ayuda a disminuir significativamente las posibles complicaciones que puedan derivarse del estoma.

6 Bibliografía

- REDUCA (Enfermería, Fisioterapia y Podología), revistareduca.es SA Muñoz – 2019. biblioteca.unirioja.es EO Beivide, GS Corona, IG Muñoz - Nuberos Científica, 2011.
- CG Martínez, BG Cueto - RqR Enfermería Comunitaria, dialnet.unirioja.es,2017.
- Arrontes, G., de Frutos, R., González, V., Ramírez, M., Zabala, I., Hernando,Necesidades de cuidados y calidad de vida de los pacientes ostomizados. A. (2008). Educare21, 50(6).
- Brito Richards J, Jiménez K, Tolorza G, Siqués P, Rojas F, Barrios L. Impacto de la ostomía en el paciente y su entorno. Rev chilena de cirugía. 2004;56(1):31-34.
- OMH Trujillo, G Aleman, D Daza. Cuidado Enfermeria, 2019 .

Capítulo 134

PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

ANA ISABEL GONZÁLEZ ÁLVAREZ

LAURA GARCIA FERNANDEZ

LAURA TRABADA MARTÍN

ANDREA CASADO TRAPIELLA

1 Introducción

Hoy día, tanto las madres como la sociedad en general son cada vez más conscientes de la importancia de la lactancia, "dar el pecho" a sus hijos, en este aspecto adquiere una gran relevancia el papel de los profesionales de enfermería que cuidan integralmente de su salud en todas las etapas de su desarrollo vital.

La lactancia materna (LM) es, por naturaleza, la mejor forma de alimentación del lactante y niño pequeño. Alimentar a los bebés con leche materna exclusiva hasta los 6 meses de vida y después complementarla con otros alimentos oportunos, adecuados y correctamente preparados, es la vía para conseguir un desarrollo, salud y crecimiento óptimos en el niño, asegurar la salud futura de la madre y ahorrar costes innecesarios a las familias y la sociedad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la lactancia materna exclusiva (LME) como la ingesta de lo que excluye el consumo de cualquier otro alimento que no sea el que se deriva del pecho materno. Recomienda que los niños sean alimentados así hasta el sexto mes de vida.

La influencia de la LM en el primer año de vida es importante para evaluar el crecimiento infantil. Los estudios realizados en diversos países muestran diferencias de crecimiento, tanto en peso como en estatura, según el tipo de lactancia.La LM parece conferir protección inmunológica frente a las infecciones y los procesos alérgicos, y puede reducir la incidencia de enfermedades infecciosas en la infancia. Además, se asocia con tasas más bajas de hospitalización.

Las bajas tasas de amamantamiento y su interrupción precoz por causas innecesarias o por falta de apoyo exponen a madre e hijo a riesgos innecesarios para su salud presente y futura y acarrean perjuicios evitables a la sociedad y al medio ambiente. La mayoría de los países europeos tienen tasas de amamantamiento bajas y su duración media está muy por debajo de lo recomendable, habiéndose identificado como principales barreras para el inicio y la continuación del amamantamiento: la educación prenatal inadecuada, las políticas y prácticas subóptimas en hospitales y maternidades, la falta de seguimiento y de apoyo competente por parte de los profesionales sanitarios, la falta de apoyo social y familiar, la representación de la alimentación con fórmula como la norma en los medios de comunicación y la vuelta temprana al trabajo de la madre lactante.
En la última encuesta de salud realizada a nivel nacional por el INE y en los diversos estudios realizados por investigadores a nivel local, se observa que los índices de LM son bajos y que el abandono precoz es la norma. A los 6 meses, tan solo entre un 7-28% de madres alimentan a sus hijos al pecho, cifras que están lejos de las recomendaciones de la OMS.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Fomentar la lactancia materna a través de la educación para la salud de la futura madre.

Objetivos secundarios:
- Conocer la situación actual de la lactancia materna en nuestro país y en el Principado.
- Determinar las causas de abandono de la LM.
- Conocer el grado de educación de las madres e incidir en el mismo.
- Establecer comunicación entre la enfermera de servicios de pediatría y la enfermera obstétrica para potenciar el conocimiento y reforzar lazos interprofesionales para su consecución.

3 Metodología

Este trabajo ha sido realizado a partir de una revisión bibliográfica del material publicado utilizando para ello los buscadores recomendados. También he dispuesto de la experiencia y conocimiento de profesionales de la salud que han colaborado conmigo mediante charlas sobre el tema.

Se han realizado búsquedas en los distintos exploradores, utilizando las palabras clave anteriormente descritas así como la combinación entre ellas mediante operadores booleanos. Se encontraron en Pubmed (limitando a aquellos artículos con descarga libre) 6 resultados de los cuales se utilizaron para esta revisión 4, descartando el resto con criterios basados en la lectura del "abstract".

En el buscador Scielo se encontraron 14 artículos relacionados de los cuales 7 fueron de utilidad para la realización del trabajo fin de grado por su mayor relevancia para el tema de estudio. En Cochrane fueron hallados 33 resultados, de los que fueron de interés 3 revisiones sistemáticas y 2 artículos publicados en revistas científicas. También se han consultado libros en la biblioteca de la EUE del propio centro.

El trabajo ha consistido en la lectura crítica de toda la literatura, su comprensión y análisis y la elaboración de un texto a modo de memoria de todo lo encontrado.

4 Resultados

Partiendo de la existencia de los tipos de lactancia que conocemos, los relacionaremos con las ventajas e inconvenientes con los que habitualmente se encuentran las madres lactantes.
Así nos encontramos con:
- Lactancia materna exclusiva (únicamente leche de la madre, sin aportes de agua ni otras leches).
- Lactancia artificial exclusiva (fórmulas).
- Lactancia mixta: las dos anteriores, independientemente de la proporción que suponga cada una de ellas.

Las principales ventajas que ofrece la LME (lactancia materna exclusiva) ante el resto de tipos de alimentación infantil son su gratuitidad, que siempre está a punto puesto que no hay errores en la dosificación y la temperatura es la adecuada.

Para el bebé ofrece una gran cantidad de ventajas como son:
- Tiene la composición ideal para el bebé y se adapta, variando la proporción de nutrientes, a medida que el niño crece; también cambia la proporción de nutrientes durante el día y es distinta al principio y al final de la toma.
- Es rica en hierro que se absorbe mejor que el de la leche artificial, y su proporción de calcio/fósforo es más adecuada.
- El bebé la digiere muy bien, prácticamente sin problemas.
- Los bebés que toman el pecho sufren menos estreñimiento.
- Protege al niño de infecciones (bronquitis, gastroenteritis, otitis, meningitis) porque la leche materna es rica en inmunoglobulinas.
- Protege de la muerte súbita del lactante.
- Protege de enfermedades futuras: asma, alergias, obesidad, diabetes, colitis ulcerosa, Crohn, arteriosclerosis e infarto de miocardio.
- Favorece el desarrollo intelectual y de la visión ya que la leche materna es rica en ácidos grasos de cadena larga llamados LC-PUFA que es un componente muy importante de la membrana que recubre las neuronas de la retina.
- Los bebés alimentados al pecho tienen menos caries y deformaciones dentales.

Para la madre, los beneficios consisten en:
- Como beneficio conjunto y muy importante mencionamos que favorece en vínculo madre-hijo.
- Es un momento muy placentero, física y emocionalmente, y gratificante para la madre y el bebé.
- Las madres pierden el peso ganado durante el embarazo más rápidamente.
- Favorece la involución uterina tras el parto.
- Menor riesgo de anemia, depresión postparto e hipertensión.
- Menor incidencia de cáncer de mama y de ovario.
- Protege contra la osteoporosis.

Además de todas estas, también la lactancia materna ofrece una serie de beneficios socioeconómicos para la población general ya que hay un menor gasto sanitario ya que los niños alimentados con leche materna tienen una incidencia menor de hospitalización, menor absentismo laboral de los padres a causa de menos enfermedades de los hijos, ayuda a la economía familiar reduciendo el gasto en alimentación y es ecológica (no necesita fabricarse, transportarse, almacenarse…).

Sin embargo, y pese a que ya casi nadie duda de las ventajas de la lactancia materna, las cifras siguen indicando tasas bajas de lactancia materna exclusiva.

Se han estudiado los motivos por los que las madres deciden comenzar la lactancia materna exclusiva, que son principalmente: beneficios para el recién nacido (45%), beneficios para la madre (6%), beneficios para ambos (25%), beneficios económicos (9%), comodidad (4%), presión de terceras personas (1'5%), otras (9'5%).

Por otra parte, los motivos de abandono de la LME son: el bajo suplido de leche (26%), rechazo de la lactancia por parte del bebé (17'5%), enfermedad del niño (12%), "se quedaba con hambre" (9%), crecimiento inadecuado (6%) y otras (29'5%).

En cuanto al análisis de los factores asociados al abandono de la lactancia materna:
- Edad: guarda relación estadísticamente significativa con el abandono de la lactancia materna exclusiva.
- Factor psicológico: en su indicador grado emocional guarda relación con el abandono de la lactancia materna.
- Creencias: guardan relación con el abandono de la lactancia materna.
- Tipo de parto: las mujeres con parto inducido y cesárea tienen una tasa de abandono mayor que las que tuvieron un parto natural.
- No se encuentra relación estadística en cuanto a raza/etnia, nacionalidad, profesión, residencia legal en España, estado civil o nivel de ingresos.
- Relacionadas con el recién nacido: no se asocia significativamente con las variables sexo del RN, apgar al minuto y a los cinco minutos, peso al nacer y estado de salud el recién nacido.

Cabe hacer mención a las políticas y prácticas hospitalarias que pueden afectar a la lactancia:

Los hospitales deben fomentar la LM ofreciendo información sobre la lactancia materna, estableciendo contacto piel con piel madre e hijo, inicio precoz de la lactancia materna, no dar biberones en los hospitales. En algunos casos, los hospitales, tienen una política estricta donde se apoya un buen parto y lactancia, pero sin embargo es muy notable que el personal muchas veces no entienda ni las metas ni las prácticas de estas políticas.

Una de las medidas para lograr el éxito de la LM podría ser el fomento del alojamiento conjunto entre madre y bebé, sin embargo, son muy pocos los hospitales que realmente practican un alojamiento conjunto real. Normalmente existe la rutina de llevarse a los bebés por horas para bañarlo y hacerles los diferentes

exámenes de rutina al RN. Quizás se debería considerar hacer estos procedimientos en la habitación con sus padres presentes en lugar de la sala de recién nacidos.

Otros centros, practican el alojamiento en conjunto de manera parcial, donde el infante pasa el día en la habitación con la madre, pero la noche la pasa en la sala del recién nacido/nido. Esto es una barrera inmensa hacia la lactancia, ya que durante los primeros meses el bebé debe lactar tanto de día como por la noche.

Es importante que los hospitales revisen sus políticas acerca de la lactancia materna y que la pongan en conocimiento de sus profesionales.

Datos sobre lactancia: haciendo un análisis de las publicaciones en las que se estudia estadísticamente los índices de lactancia se ha encontrado que en nuestro medio inician LME un 63'5%. A los 6 meses permanecen únicamente un 22'6%. Además, del total de madres que abandonaron en los primeros seis meses la lactancia, el 43'4% lo hicieron antes de los 3 meses y el 64'4% entre los 3 y los 6 meses.

La lactancia materna en esta población se aparta de las recomendaciones de la OMS. Los resultados apuntan a que la LME conlleva una evolución del peso del niño más adecuada y una menor morbilidad al menos en el primer año de vida (los niños alimentados con LME acuden a la consulta de pediatría 4'5 veces en el primer año, mientras los alimentados con lactancia artificial lo hacen 6'5 veces).

En nuestra provincia el porcentaje de inicio de LME es del 51%19, inferior al de otras comunidades como el 78% publicado por Hostalot et al en el sur de Cataluña, por ejemplo.

Estos datos indican que la prevalencia y duración de la lactancia materna son inferiores a las observadas en países del norte y centro de Europa (en torno al 90% al inicio y del 50% a los tres meses del nacimiento).

Promoción de la lactancia: está claro que es necesario revisar el apoyo que reciben las madres cuando amamantan para determinar qué medidas serían efectivas para ayudarlas a que continúen la lactancia.

El efecto de cualquier apoyo sobre las madres con lactancia exclusiva es mayor que en las mujeres que brindan cualquier otra forma de lactancia. Las mujeres que reciben cualquier forma de apoyo tienen una probabilidad menor de abandonar la lactancia materna exclusiva antes de los cinco meses.

Con el fin de mejorar la calidad y la duración de los programas de lactancia materna, la investigación pediátrica y la capacitación sobre la lactancia materna debe fomentarse la práctica, para reducir las cesáreas innecesarias, promover el abandono de tabaco, concentrar los recursos humanos y económicos para las mujeres con menos educación, etc.

El análisis de estudios que evaluaron el efecto de la educación sanitaria más una intervención de apoyo postnatal muestra un efecto estadísticamente significativo a favor del incremento de las tasas de inicio (definidas como la lactancia materna en el hospital). Los autores también informaron un aumento significativo de la duración mediana de lactancia materna como resultado de la intervención. Esta intervención consistió en dos a cuatro sesiones de educación sobre la lactancia materna, de entre 10 y 15 minutos de duración cada una, durante el periodo prenatal. El contenido de las sesiones se basó en las necesidades y los intereses de las participantes. Después del parto, el seguimiento de las madres consistió en rondas diarias por parte del asesor de lactancia durante la hospitalización, una llamada telefónica después del alta, una visita al consultorio de lactancia después de una semana y la presencia del asesor de lactancia en cada consulta de control sanitario hasta el destete o cuando el niño cumplió un año de vida. También proporcionó educación profesional al personal de enfermería y al personal médico encargado de interactuar con las parejas madre-hijo.

En la Atención Primaria, los principales retos son la dispersión y la escasez de recursos (sobre todo humanos) y las dificultades para la coordinación y homogeneización de las acciones entre niveles. Por otra parte, la cercanía a las madres y sus familias, la colaboración entre estamentos como forma habitual de trabajo en equipo y el hábito de trabajo en la comunidad son fortalezas que ayudarán a conseguir los objetivos.

Para alcanzar las recomendaciones de la OMS de seis meses de lactancia materna exclusiva, las mujeres necesitan un contexto propicio (en el hogar y en el trabajo) que proteja y promueva la lactancia materna. A las mujeres en plantilla les resulta difícil combinar la lactancia materna y el trabajo remunerado. Indudablemente, los lugares de trabajo son ámbitos excelentes para que las intervenciones que promueven y colaboran con el inicio y la continuación de la lactancia materna exclusiva. Sin embargo, las mujeres enfrentan diversos obstáculos en el lugar de trabajo, y el tipo de apoyo e información necesarios para estimularlas a que continúen con la lactancia materna todavía no fueron plenamente identificados y abordados por todas las partes involucradas. En este sentido, se justificaría la

toma de medidas tanto a nivel gubernamental como de los empleadores.

Se encuentran disponibles diversos tipos de estrategias en el lugar de trabajo para apoyar la promoción de la lactancia materna. Incluido el otorgamiento de licencias por maternidad; actividades de trabajo flexibles; recesos para la lactancia, así como habitaciones privadas y acceso a refrigeradores. Hasta la fecha son pocas tanto las intervenciones en el lugar de trabajo realizadas, como los correspondientes hallazgos informados en la bibliografía.

5 Discusión-Conclusión

- Las cifras de LME en Asturias están por debajo de las recomendaciones de la OMS. Además nuestro país está entre los últimos Europa (junto con otros países como Reino Unido o Grecia) en cuanto a cifras de lactancia materna.
- Las causas más frecuentes de abandono de la LME están relacionadas con problemas como bajo suplido y rechazo de la lactancia, las cuales pueden ser solucionadas con una buena educación y apoyo por parte de los profesionales sanitarios desde un enfoque multidisciplinar.
- Las mayores tasas de abandono se dan en madres jóvenes, con un nivel de estudios bajo y además se correlaciona con factores religiosos y de creencias.

Discusión:

- Tanto las prácticas hospitalarias como las que se llevan a cabo en los trabajos de las madres por parte de los empresarios han de dar un giro para promocionar y colaborar con el inicio y continuidad de la lactancia materna.

6 Bibliografía

1. OMS. Global strategy on infant and young child feeding. Executive Board. 55th World Health Assembly. 16 de abril de 2002. A55/15. Ginebra
2. Velillas Lasarte JJ, Aguilar Hernández MT. Lactancia materna, preguntas más frecuentes. Rev Pediatr Aten Primaria [revista en internet] 2009 [acceso 15 de marzo de 2011]; 11(17).
3. Organización mundial de la Salud. Reunión Conjunta OMS/UNICEFF sobre la alimentación del lactante y del niño pequeño. Ginebra, 1979.
4. Dewey KG, Peerson JM, Bronwn KH, Krebs NF, Michaekseb KF, Persson LA y cols. Growth of breast-fed infants derivates from current reference data: a pooled analysis of US, Canadian, and European data sets. Pediatrics 1995; 96:495-503.

5. Spyrides MHC, Struchiner CJ, Barbosa Serrano MT, Kac G. Breastfeeding practices and infant growth: a longitudinal study in Rio de Janeiro, Brazil, 1999/2001. Cad Saúde Pública 2005; 21 (3): 756-766.
6. Leventhal JM, Shapiro ED, Aten CB, Berg AT, Egerter SA. ¿Protege la lactancia materna a los niños de tres meses de edad frente a las infecciones? Pediatrics (Ed esp). 1986; 22: 337-43.
7. Oddy WH. The impact of breastmilk on infant and child health. Breastfeed Rev 2002; 10: 5-18.

Capítulo 135

ENFERMEDAD DE BOCA-MANO-PIE: A PROPÓSITO DE UN CASO.

SARA MAALI CENTENO

CELESTE CENOZ IMAZ

MARIA ANDUEZA IRIARTE

1 Introducción

La enfermedad Boca Mano Pie fue señalada por primera vez en 1958 y es causada por el enterovirus Coxsackie A16, aunque en ocasiones, también se han aislado los serotipos A5, A9, A10, B2 y B5 y el enterovirus 71.

Es una enfermedad benigna y autolimitada que afecta principalmente a niños pequeños entre los 6 meses y los 5 años, pero pueden contraerla las personas de cualquier edad. Ocurre con más frecuencia a finales del verano y en otoño.
Tiene un periodo de incubación corto, entre tres y siete días y remite de forma espontánea en una o dos semanas.

Las vías de transmisión de la enfermedad son la aérea (tos, estornudos), a través del contacto directo con una persona que posea el virus (besos, abrazos), a través de las heces y por contacto con objetos (compartir vasos y cubiertos) y superficies contaminadas.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS:

• Lesiones vesiculo-ulcerativas de 2 a 6 mm de diámetro en la boca que se localizan en el paladar duro, lengua y mucosa bucal.

• Aparición de lesiones cutáneas maculopapulares, exantematosas y vesiculares de 2 a 8 mm en manos, pies y, a veces, en otras regiones donde se coloca el pañal, como los genitales y los glúteos. Las lesiones de la piel pasan de un estado vesicular a una etapa de úlcera para que posteriormente se desarrollen las costras.
• Fiebre (37,5ºC – 39ºC)
• Perdida de apetito
• Odinofagia.
• Malestar general.

El diagnóstico generalmente es clínico. Diagnóstico diferencial con gingivoestomatitis herpética primaria, herpangina, eritema multiforme, varicela y ulcera aftosa recurrente.

No existe un tratamiento específico antiviral, lo indicado es el alivio sintomático para este tipo de infección. Si bien, se pueden administrar fármacos para aliviar el dolor y la fiebre.

Se recomienda al enfermo dieta blanda y líquida, disminución de alimentos condimentados, individualización de platos, vasos y cubiertos y una correcta higiene de las manos.

Se pueden emplear enjuagues para aliviar el malestar bucal y tratamiento tópico para la piel, aplicando crema hidratante.

No hay ninguna vacuna, lo más efectivo es mantener un buen hábito de higiene, lavarse las manos con frecuencia, especialmente después de usar el cuarto de baño, de cambiar pañales o de ayudar a un niño en el cuarto de baño, y antes de comer o preparar alimentos.

2 Objetivos

- Conocer las características de esta enfermedad vírica y su tratamiento, así como su forma de transmisión a través de la exposición de un caso clínico.

3 Caso clínico

Niño de 2 años y 3 meses sin antecedentes patológicos de interés y con el calendario vacunal completo para su edad, acude a consulta por odinofagia, fiebre y lesiones dermatológicas. Buen aspecto general. Buena hidratación de piel y

mucosas. Lleva 2 días con tos y fiebre de 38,5ºC con buena respuesta a los antitérmicos.

A la exploración intrabucal se aprecian múltiples lesiones de tipo ulcerativo en la mucosa del fondo del vestíbulo del maxilar inferior y en la mucosa interna del labio inferior. También presenta simultáneamente lesiones múltiples de tipo vesiculares de 2-3 mm de diámetro en la piel de las palmas y dedos de las manos y en las zonas de plantas y dedos de los pies. En el área del pañal también concurrían las mismas lesiones.

El resto de la exploración fue normal, no evidenciándose afectación respiratoria, intestinal ni neurológica.



4 Discusión-Conclusión

El diagnóstico de la enfermedad de boca mano pie es fácil y la importancia de un diagnóstico precoz radica en la necesidad de evitar focos epidémicos en la

población infantil. Por lo tanto es imprescindible que tanto pacientes como sus familiares conozcan el mecanismo de transmisión de la enfermedad.

Es sumamente importante seguir procedimientos estrictos de lavado de manos e higiene personal y evitar compartir objetos o utensilios. La persona con enfermedad de boca mano pie es potencialmente contagiosa durante los síntomas iniciales y hasta que las lesiones vesículo-ampollosas de la piel desaparezcan. El virus se sigue eliminando por las heces durante varias semanas.

5 Bibliografía

-Meyer A. Pediatric infectius disease. In: Flin PW, Haughey BH, Lund V, et al.,eds. Cummings Otolaryngology: Head y Neckk Surgery. 6th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Mosby; 2015.
- Romero JR, Modlin JF. Coxsackieviruses, echoviruses, and numbered enteroviruses. In: Bennette JE, Dolin R, Blaser MJ, eds. Mandell, Douglas, and Bennett´s Principles and Practice of Infectious Diseases. 8th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2015.
- K.I Mehta, V.K. Mahajan. Hand foot and mouth disease. Indian Pediatrics, 47 (2010).
- Regezic, J.A; Sciubba, J.S.: Patología bucal. MCGraw-Hill Interamericana, 3ª Edición; 2000.
- Martinez, E.V; Laureano, L.M.: La enfermedad Manos-Pie-Boca. Presentación de un caso y revisión de la literatura. Rev. Cent. Dermatol. Pascua, 1999.
- Losi-Sasaki JM, Moore AY. Enfermedades virales de la piel. En: Rakel P, Bope ET, eds. Conn´s Current Therapy 2008. 60 th ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier; 2008.

Capítulo 136

CONSIDERACIONES EN EL NIÑO Y ADOLESCENTE ESCOLARIZADO CON DIABETES MELLITUS TIPO 1.

JUDITH ALMUDENA GUERRERO BENITO

MARÍA ISABEL PINTO MORALES

1 Introducción

La diabetes es una de las enfermedades crónicas más frecuentes en la edad pediátrica por lo que hay muchas posibilidades de que un profesor tenga en su clase, a lo largo de su vida profesional, algún niño o adolescente con diabetes.

Hay aspectos de la enfermedad que deben ser conocidos por los profesores y educadores para facilitar la integración escolar y social del niño con diabetes en un ambiente de seguridad.

A través de los padres, y del propio niño (según la edad), el equipo docente puede aprender las pautas a seguir en cada caso. Eventualmente los profesionales del equipo sanitario pueden ofrecer información y apoyo.

El niño con diabetes es un alumno más, que debe seguir las mismas actividades escolares que sus compañeros, tanto intelectuales, como deportivas o lúdicas; su enfermedad no lo impide, sólo es preciso prever y planificar las actividades que se programan desde la escuela.

Para ello es muy importante que el profesorado tenga los conocimientos mínimos necesarios sobre la diabetes.

Tras el diagnóstico de DM, el ritmo de vida, tanto del niño o joven, como del resto de la familia, debe "normalizarse" lo antes posible. Inmediatamente posterior al diagnóstico, la vuelta al centro educativo de los niños puede representar un problema, a veces importante, no sólo por la preocupación generada en los padres, sino también por la incertidumbre del profesorado. La respuesta a este problema, desde el entorno educativo, debe iniciarse cuanto antes de forma efectiva. Hay que considerar que estudios realizados muestran una vinculación muy importante entre el control de glucosa en sangre y el posterior desarrollo de complicaciones tanto a medio y largo plazo (problemas visuales, nefrológicos, neurológicos, cardiovasculares, ...), como a corto plazo (hipoglucemias, hiperglucemias, etc.).

La comunicación de los padres o tutores con el centro educativo debe ser fluida e iniciarse lo antes posible tras el diagnóstico, puesto que esto facilita una adaptación, por parte de todos, mucho más fácil y rápida. Al ser el medio escolar un entorno en el que los niños y adolescentes pasan la mayor parte del día, resulta indispensable lograr un control óptimo de la glucemia en el mismo, para evitar la aparición de esas complicaciones.

2 Objetivos

- Establecer y promover medidas de atención específica al niño y adolescente con diabetes mellitus dentro del ámbito educativo.
- Velar por el control, la seguridad y la igualdad de oportunidades del niño y adolescente con diabetes en el ámbito educativo.
- Capacitar a las personas del entorno educativo para que puedan atender óptimamente a los estudiantes con DM, favoreciendo su integración.
- Dar todas las ayudas necesarias para evitar que el niño o adolescente diagnosticado de diabetes vea afectado lo menos posible su progreso evolutivo por su enfermedad.
- Conseguir la mayor integración posible del niño en los diferentes contextos en los que se desenvuelve: individual, familiar, social y escolar, adaptándose a las necesidades de tratamiento médico y educativo.
- Trabajar coordinadamente para intentar evitar complicaciones agudas, a medio y largo plazo, de la DM, en el medio escolar.

3 Metodología

Revisión bibliográfica de las bases de datos sanitarias (Medline, Cuiden, Pubmed, Dialnet) utilizando los descriptores relacionados adecuados.

4 Resultados

Se define diabetes mellitus como el aumento de los niveles de glucosa en sangre (glucemia) por un defecto en la producción de insulina. Las células beta del páncreas son las encargadas de producir la insulina; el fallo en la producción de esta hormona generalmente es secundario a una alteración autoinmune.

Cuando falta insulina en el cuerpo se suceden de forma encadenada una serie de alteraciones que se pueden resumir de la siguiente manera:
• Se produce una alteración en el metabolismo de la glucosa que hace que ésta se acumule en la sangre (hiperglucemia).
• La falta de insulina hace que la glucosa que circula por la sangre no encuentre la manera de entrar en el interior de las células.
• La falta de entrada de la glucosa en las células hace que éstas estén ”hambrientas” ya que les falta su fuente principal de energía.
• El exceso de glucosa en sangre hace que ésta se pierda por la orina (glucosuria) junto con agua y sales. La abundancia de orina se llama poliuria.
• Al eliminar por la orina gran cantidad de agua, más glucosa, más sales, el cuerpo, para compensar esta pérdida, reacciona en un primer momento con una sensación continua de sed (polidipsia).

Todo ello explica los síntomas que tiene el niño con diabetes antes de su diagnóstico y tratamiento, o en los momentos de mal control de su enfermedad. Estos síntomas son: poliuria, polidipsia, polifagia, pérdida de peso y cansancio.

Todas estas alteraciones son reversibles con la administración de insulina.

En nuestro ámbito, es una de las enfermedades crónicas más frecuentes en la infancia y la adolescencia.

La DM no afecta en absoluto ni a las capacidades intelectuales, ni de aprendizaje, ni de adquisición de habilidades, de forma que la condición de persona con DM no impide al niño o adolescente seguir sus estudios con plena normalidad

El diagnóstico de DM siempre supondrá un fuerte impacto psicológico para el niño/adolescente y, también, para su familia, implicando cambios en la vida de todos ellos: se ha de seguir cierta disciplina en los horarios de alimentación, planificación previa y cuidados a la hora de practicar ejercicio físico, realizarse controles, administrarse la insulina, etc.

Se distinguen fundamentalmente dos tipos de DM:
- Diabetes Mellitus tipo 1. Es consecuencia de la destrucción de las células que producen insulina en el páncreas; se da sobre todo en niños y jóvenes. La destrucción se provoca por el ataque del sistema de defensa a las células ß del páncreas, encargadas de producir insulina. El resultado es un déficit absoluto de la secreción de insulina, por lo que su tratamiento requiere insulina, alimentación adecuada y ejercicio. En la actualidad no tiene cura. Es una enfermedad crónica. Hay que compaginar de la mejor manera posible todos los aspectos de la vida diaria que intervienen en el tratamiento e influyen en la efectividad del mismo. Este postulado es tan fácil de decir, como difícil de llevar a cabo.
- Diabetes Mellitus tipo 2. También se denomina DM no insulinodependiente (DMNID) o DM del adulto.
Es la más frecuente y habitualmente se da en ancianos y adultos, aunque cada vez es más frecuente a menor edad. En este tipo de DM existe un déficit parcial de insulina (insuficiente secreción) o mala calidad de ésta, junto a una resistencia del cuerpo a la misma.
Se trata mediante una alimentación adecuada, ejercicio, medicación oral y en algunos casos puede requerir administración de insulina.

Niveles de glucosa en sangre (Glucemia):

Se entiende por normoglucemia (nivel de glucosa normal en sangre) que es de 70-130 mg/dl.

Las complicaciones más comunes que pueden surgir durante el horario escolar son:
1. Hipoglucemia: Disminución de los niveles de glucosa por debajo de 70 mg/ dl.
- Complicación aguda, requiere actuación inmediata. Adoptar las medidas oportunas para evitar que la situación se convierta en una emergencia.
- El niño con diabetes escolarizado siempre llevará consigo un bolso en el que tendrá un medidor de glucosa en sangre, pastillas de glucosa de 4 gr y un vial de glucagón. La familia del niño con diabetes habrá entregado al inicio del curso al colegio: un medidor de glucosa en sangre, pastillas de glucosa y un vial de

glucagón que deberá mantenerse guardado en la nevera.
- En situación de hipoglucemia, el alumnado debe permanecer siempre acompañado por una persona adulta.
- Ante la sospecha de hipoglucemia, realice la medición de la glucosa capilar. Si por el motivo que sea, no es posible realizar dicho control, y el niño presenta síntomas de hipoglucemia, siempre actuar como si tuviera una hipoglucemia y administrarle glucosa.
Causas:
• Demasiada insulina
• Poca comida con hidratos de carbono o retraso en la hora de comer
• Demasiado ejercicio no programado
Síntomas:
• Comportamiento errático, irritabilidad
• Palidez, sudor frío
• Temblor
• Mucho apetito
• Somnolencia
• Pérdida de conciencia (menos frecuente)
Tratamiento:
- Si la persona está consciente:
Glucemia es:
- inferior a 60 mg/dl, deberá tomar 1 pastilla de glucosa de 4 gr y repetir glucemia en diez minutos.
- entre 60-70 mg/dl, deberá tomar media pastilla de glucosa de 4 gr, y repetir glucemia en diez minutos.
- superior a 70 mg/dl, situación solucionada.
- Si la persona NO está consciente:
- NO puede tomar nada vía oral.
- Se deberá administrar glucagón. Para la administración del glucagón se inyecta el líquido de la jeringa en el vial, sin sacar la aguja se agita, se extrae la mezcla resultante y se pincha en el brazo, glúteo o barriga del niño.
- Menores de 7 años: ½ vial
- Mayores de 7 años: 1 vial
- Es importante que al menos, sean 2 personas las formadas para poner la inyección de glucagón. Las familias aportarán una Autorizaón escrita para su administración eximiendo de responsabilidad al profesorado que se haga cargo.
- Avisar al 112.

2. Hiperglucemia: Aumento de los niveles de glucosa por encima de 250 mg/dl.

Complicaciones tardías: retinopatía, nefropatía, vasculopatía, macroangiopatía.

Causas:
• Menos insulina de la necesaria
• Ingesta excesiva de Hidratos de Carbono
• Enfermedad infecciosa
• Estrés
Síntomas:
• Cansancio
• Cefalea
• Sed intensa
• Necesidad de orinar
Recomendaciones:

La hiperglucemia no requiere un tratamiento de urgencia en el ámbito escolar. En caso de tener cifras elevadas serán las familias las que, en casa y junto al equipo de diabetes, revisen las pautas. Se debe permitir al alumnado salir de clase para ir al servicio a orinar. Si aparecen vómitos o dolor abdominal intenso debe avisarse a las familias, como se haría con cualquier niña o niño en esta situación.

Medición de la glucemia:

La secuencia para la medición correcta de la glucemia capilar sería:
- Higiene de manos.
- Se realiza una pequeña punción en la zona lateral de un dedo con un lápiz o lanceta.
- Se deposita una gota de sangre en la tira reactiva que previamente se ha insertado en el medidor de glucosa.
- Después de unos segundos (los segundos varían en función del tipo de medidor) se obtiene el resultado.

Es muy aconsejable que el niño con diabetes disponga de un sistema de monitorización continua de glucosa (MCG). Consiste en un sensor que el niño lleva insertado. Este sensor monitoriza permanentemente la glucosa en tiempo real, la variación de ésta y lo transmite a los dispositivos asociados (padres/tutores) proporcionando alarmas en caso de valores anormales.

Aunque da información muy valiosa que permite adelantarse a posibles complicaciones, requiere confirmación de glucemia capilar en caso de medidas comprometidas y requiere calibraciones periódicas con datos de medición capilar.

- Derechos del niño y el adolescente escolarizado:

Como se ha citado, el niño y adolescente con DM, al igual que cualquier niño o adolescente escolarizado, debe disponer de un contexto que le haga tener igualdad de oportunidades en sus estudios. Por ello, debe tratar de conseguirse un ambiente escolar seguro, además de las condiciones necesarias que propicien esa equidad.

Según la Federación Internacional de Diabetes y la Asociación Americana de Diabetes se deberá:
- Velar por la no discriminación en ningún momento por su condición de persona con DM.
- Disponer de un lugar adecuado para conservar medicamentos necesarios (glucagón) y el aparataje para controlar los niveles de glucosa en sangre.
- Permitir la monitorización de los niveles de glucosa en sangre.
- Disponer de asistencia sanitaria si fuera preciso.
- Facilitar el cumplimiento de una alimentación adecuada, siendo preciso que, especialmente, el personal del centro educativo conozca las necesidades de alimentación.
- Disponer de un acceso fácil a agua y alimentos, incluso en clase.
- Favorecer la plena integración del niño en todas aquellas actividades, incluidas las que requieran ejercicio físico.
- Dispensar al niño con DM de la actividad física, en clase de Educación Física, cuando por motivo de su enfermedad así se requiera (situación de hipoglucemia).
- Tomar las medidas necesarias para que todas las actividades del centro educativo, incluidas las extraescolares, se lleven a cabo con seguridad y con el objetivo de garantizar un adecuado control de la DM
- Facilitar una nueva oportunidad para realizar exámenes académicos, u otras pruebas académicas, si en el momento de realizarlos existe una situación documentada de hiperglucemia o hipoglucemia que le impidan llevarlos a cabo, o una ausencia justificada por asistencia a consulta sanitaria.
- Asegurar la confidencialidad e intimidad del niño
- Por otra parte, resulta necesario hacer una especial referencia al inicio de la pubertad, que causa cierta resistencia a la insulina, unido a los cambios psicológicos propios de esta etapa de la vida (necesidad de aceptación por sus compañeros/as, sentimientos de ambivalencia, la impulsividad, etc.), pueden desembocar en un control inadecuado de la DM, por ello, será necesario realizar un esfuerzo para conseguir un control óptimo.
- Se deberá estar muy pendiente también de la aparición de posibles trastornos

psicológicos. La puesta en marcha de éstas y otras acciones requerirá el esfuerzo de todas las personas del centro educativo, de su entorno sanitario y del entorno familiar.

5 Discusión-Conclusión

El alumnado con diabetes está sometido a repetidos controles de glucosa en sangre, a varias inyecciones de insulina diarias, a una dieta regular con horarios a veces poco flexibles y a una práctica de ejercicio controlado para mantener el nivel de glucosa en sangre. Todo esto sin olvidar el riesgo de tener de vez en cuando hipoglucemias.

Todo ello puede repercutir en su estado anímico. Una falta de apoyo por parte de las personas con las que se relaciona (familia, colegio, amistades…) le puede provocar una mala adaptación a su enfermedad y la aparición de conflictos (irritabilidad, menor rendimiento escolar, pasividad, retraimiento…..) Es labor de todos colaborar en la correcta adaptación de la persona en todos sus ámbitos.

Como ya se ha expuesto, la calidad de vida de los niños y adolescentes con DM depende de un adecuado control de la enfermedad durante las 24 horas del día. Aunque es importantísimo considerar y tratarlos igual que al resto de compañeros, será preciso llevar a cabo una adaptación de las normas del centro educativo en relación con el niño/adolescente que padece DM y sensibilización de la comunidad educativa.

Es necesario reiterar que se ha objetivado una vinculación importante entre los niveles de glucemia en el niño/adolescente con DM y el posible desarrollo de complicaciones. Estas personas, con un buen control, gozarán de una buena calidad de vida. Por tanto es necesario garantizar un control y un tratamiento adecuados en todo momento, al mismo tiempo que es importante facilitar el soporte para que desarrolle plenamente su personalidad y consiga una buena aceptación de la enfermedad.

6 Bibliografía

- Generalitat de Catalunya. Departament de Salut; Associació de Diabètics de Catalunya (ADC). Protocol d´actuació per a la diabetes a l´escola. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2005.

- Barrio R. La diabetes en la escuela [monografía de Internet]. 2004 [citado 17 ener 2009]. Disponible en: http://www.ascensia.es/user/ediarticulos29.htm
- Carramiñana F, Igual D, Parra J, Pérez ME, Rodríguez MA. Diabetes Mellitus. En: Ferrer JL, Villa JM, Cantero AB, Ruiz E. CD-ROM de Materiales de Educación para la Salud. Volumen 3 [CD-ROM]. Mérida: Consejería de Sanidad y Dependencia. Junta de Extremadura; 2008. (7) Buesa E. El niño diabético en el colegio [monografía de Internet]. Castellón: Hospital General; 2004 [citado 6 febr 2009]. Disponible en: http://buesa.org/DM-ESCUELA.pdf
- Associació de persones amb diabetes de les Illes Balears (ADIBA). Projecte l´infant I l´adolescent amb diabetis a l´escola. Palma de Mallorca: ADIBA; 2006.
- González E, Hinojosa MC, Inglada L. Diabetes mellitus tipo 1 y 2: etiopatogenia, formas de comienzo, manifestaciones clínicas, historia natural. Medicine 2008;10(17):1091-1101. – 61 – Protocolo de Atención al Niño/a y al Adolescente con Diabetes en la Escuela
- Ruiz E, Iglesias ME, Ferrer JL. Prevención de la obesidad y de la diabetes mellitus tipo 2. Documento de apoyo a las actividades de Educación para la Salud. Documento 1. Mérida: Consejería de Sanidad y Consumo. Junta de Extremadura; 2005.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Estrategia en Diabetes del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
- Herrera JL, Sánchez-Vilar O. Diabetes mellitus tipo 2. Manifestaciones clínicas y seguimiento. Referencia a la medicina especializada. Medicine 2004;9(16):981-989.
- Villa JM, Ruiz E, Ferrer JL. Antecedentes y Concepto de Educación para la Salud. Documento de apoyo a las actividades de Educación para la Salud. Documento 4. Mérida: Consejería de Sanidad y Consumo. Junta de Extremadura; 2006.
- Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Dependencia. Plan Integral de Diabetes 2007-2012. Mérida: Consejería de Sanidad y Dependencia. Junta de Extremadura; 2007.
- Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Dependencia. Plan de Salud de Extremadura 2009-2012. Mérida: Consejería de Sanidad y Dependencia. Junta de Extremadura; 2008.
- Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Dependencia. Plan Marco de Educación para la Salud de Extremadura 2007-2012. Mérida: Consejería de Sanidad y Dependencia. Junta de Extremadura; 2007.
- Ruiz E. Consejería de Sanidad y Dependencia. Junta de Extremadura. Necesidades de Atención al Niño Diabético en la Escuela, según las conclusiones de la

Jornada de Encuentro Padres, Educadores y Sanitarios. Informe final. Mérida. Jun 2008. Informe Nº.: – 62 – Protocolo de Atención al Niño/a y al Adolescente con Diabetes en la Escuela 2/2008/SvCPSS/2/124.
- Oriell J. El niño con diabetes en la Escuela: problema socio-legal [monografía de Internet]. Girona; 2002 [citado 19 ener 2009]. Disponible en: http://www.fundaciondiabetes.org/diabetes/cont05m.htm?pup
- Consejería de Educación y Ciencia. Junta de Andalucía. Protocolo de actuación a seguir en los centros educativos para la administración de medicamentos a los alumnos/as [monografía de Internet]. Sevilla [citado 10 febr 2009]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/averroes/iestorredelosherberos/planes/medicamentos.pdf
- Barrio R, Gussinyé M, Hermoso F, Igea JM, López MJ, López JP, et al. (Comisión de Diabetes de la Sociedad de Endocrinología Pediátrica de la Asociación Española de Pediatría). Lo que debes saber sobre la diabetes infantil. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2000.
- Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Información para profesores/cuidadores de un niño con diabetes [monografía de Internet]. Sevilla [citado 7 febr 2009]. Disponible en: www.juntadeandalucia.es/salud/contenidos/webdiabetes/diabetes_colegio_i.pdf
(26) Barbé J. Urgencias endocrinológicas. En: Cerdá M, Klamburg J. Urgencias extrahospitalarias Vol 2. Barcelona: Centro de Estudios Colegiales. Colegio Oficial de Médicos de Barcelona; 2003. (27) Miramontes JP, Martín JÁ, Puerto E, Cubino N. Protocolo terapéutico de la hipoglucemia. Medicine 2008;10(18):1217-1218.
- Novo Nordisk A/S. GlucaGen Hypokit 1 mg polvo y disolvente para solución inyectable en una jeringa precargada. Ficha técnica. Madrid: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.
- García MJ, Antolí AC, González C, García A. Complicaciones hiperglucémicas agudas de la diabetes mellitus: cetoacidosis diabética y estado hiperosmolar hiperglucémico. Medicine 2008;10(18):1177-1183. – 63 – Protocolo de Atención al Niño/a y al Adolescente con Diabetes en la Escuela
- Real Academia Española [página de Internet]. Madrid: Diccionario de la Lengua Española. 22 ed. [citado 4 febr 2009]. Disponible en: http://www.rae.es
Se han consultado numerosas fuentes bibliográficas complementarias a las anteriores, entre ellas:
- Barrio R, Méndez P, Rodergas J. ABC de la diabetes. El niño con diabetes: la familia y la escuela. Madrid. Fundación para la Diabetes. 2004. - Barrio R, Méndez P, Rodergas J. La diabetes en niños y adolescentes. La diabetes en la escuela. Problemas imprevistos [monografía de Internet] 2007 [citado 17 marzo 2009].

Fundación para la Diabetes. Disponible en: http://www.fundaciondiabetes.org/diabetesinfantil/diabetes_escuela/problemas_imprevistos.htm
- Sáenz de la Fuente J, Granja V, Valero MA, Ferrari JM, Herreros A. Insulinoterapia en el medio hospitalario. Nutrición hospitalaria. Nutr Hosp [serie en Internet]. 2008 mar-abr [citado 6 febr 2009]; 23(2). Disponible en: http://scielo.isciii.es

Capítulo 137

HIPERTENSIÓN ARTERIAL NO COMPLICADA EN PACIENTE JOVEN

GRACIELA CAMPUZANO RODRÍGUEZ

GEMA LÓPEZ FERNANDEZ

SUSANA SANTAMARINA ALVAREZ

SUSANA SUAREZ PEREZ

NATALIA MÉNDEZ DÍAZ-VILLABELLA

1 Introducción

La distribución de la presión arterial (PA) en la población y su relación con el riesgo cardiovascular (CV) parecen ser continuos, pero la práctica asistencial y la toma individualizada de decisiones requieren una definición operativa. Por ello, la definición de hipertensión arterial (HTA) es convencional, es decir, establecida por acuerdo entre expertos (De la Sierra A, 2008; ESH-ESC, 2013).

Diagnosticamos la HTA cuando las cifras promedio de la presión arterial sistólica (PAS) y/o las de la presión arterial diastólica (PAD), medidas en la consulta, son de forma mantenida iguales o mayores a 140/90 mmHg, respectivamente, en adultos mayores de 18 años (NICE, 2011; CHEP, 2013; ESH-ESC, 2013; JNC-8, 2014) o iguales o mayores a las correspondientes al percentil 95 de los niños de su edad en los menores de 18 años (ESH, 2010).

El diagnóstico de HTA se basa en una media de dos o más determinaciones de la PA obtenidas de manera adecuada [ver técnica Toma de la presión arterial e instrumentos de medida] en cada una de al menos dos visitas efectuadas en la consulta, separadas varias semanas (ESH-ESC, 2007; De la Sierra, 2008; CHEP, 2013). Si en las visitas iniciales la PAD ≥130 mmHg (CHEP, 2013) o la PA ≥180/120 mmHg, dentro del cuadro de una emergencia hipertensiva (ESH-ESC, 2013), se diagnostica HTA y se procede a su tratamiento inmediato.

Para ayudar a establecer el diagnóstico podrían emplearse técnicas complementarias a la toma de la presión en la consulta (PAC), como son la automedida de la presión arterial (AMPA) [ver guía Automedida de la presión arterial (AMPA)], efectuada en el domicilio por el paciente o sus allegados, o la monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA), en la que un dispositivoautomático toma la PA al paciente de forma programada durante sus actividades habituales (tabla 1, figura 1) [ver guía Monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA)]. La técnica más precisa es la MAPA, pero tanto ésta como la AMPA son más representativas de los valores de PA, más reproducibles y presentan una mejor correlación con la afectación de los órganos diana y la mortalidad cardiovascular que la PA medida en la consulta (NICE, 2011; ESH-ESC, 2013).

Para confirmar el diagnóstico de HTA se recomienda ofrecer la realización de MAPA (o AMPA cuando la MAPA se rechace o no se tolere) a todos los pacientes con PA en la consulta ≥140/90 mmHg (NICE, 2011; CHEP, 2013).

CLASIFICACIÓN:
La HTA puede clasificarse desde varios puntos de vista: por su etiología, son las cifras de presión arterial, por su impacto en el riesgo global y de acuerdo con el daño orgánico provocado.

- Clasificación etiológica:
En la mayorÌa de los casos no existe causa identificable y cuando es así, se denomina hipertensión arterial esencial o primaria, aun cuando se conozcan algunos aspectos de su fisiopatología. Los mecanismos mejor conocidos son las alteraciones en el sistema renina angiotensina-aldosterona, el sistema nervioso simpático; el volumen sanguíneo, el gasto cardíaco, el estado de las resistencias arteriolares periféricas, la sensibilidad a la sal y la resistencia a la insulina.

En esta forma de HTA, los factores genéticos explican el 30% de la enfermedad y los ambientales el
50%.8. Merece especial mención la HTA sistólica aislada (sistólica > 140 y di-

astÛlica < 90 mmHg), que puede ser secundaria a aterosclerosis, calcinosis, insuficiencia aórtica o a estados hipercinéticos, como la anemia, el hipertiroidismo y la fístula arteriovenosa.

Entre las causas secundarias se describen principalmente las renales, vasculares, endocrinas, las inducidas por medicamentos y tóxicos, los problemas ambientales y el efecto de la gestación.

2 Objetivos

- Realizar un estudio sobre la HTA no complicada basándose en el análisis y estudios complementarios para un adecuado tratamiento en una paciente joven.

3 Caso clínico

Mujer de 35 años que acude a su centro de salud de referencia por síndrome general, astenia intensa y mareos relacionado con cifras elevadas de Tensión Arterial (TA).

Antecedentes personales:
-NAMC.
-No intervenciones quirúrgicas anteriores.
-No enfermedades importantes ni tratamientos habituales.
-Fumadora de 20 cigarrillos/día.
-No bebedora.
-Soltera, no hijos.
Antecedentes familiares:
-HTA por ambas ramas, ICTUS por rama paterna (abuelo y padre a los 70 y 62 años), no IAM.
-No Diabetes Mellitus (DM).
-No enfermedades renales.

Historia actual:
Paciente hipertensa sin tratamiento, que refiere cifras elevadas de TA desde hace años; ha dejado de fumar hace 5 semanas con mejoría de las cifras (PAD nunca por debajo de 80 mmHg).

Exploración física:
PA en consulta: 159/96, 162/91, 145/89, 55 lpm.

Resto de exploración normal.

4 Discusión-Conclusión

-No hay suficiente evidencia para recomendar unos objetivos de control distintos de 140 y 90 mmHg en la mayoría de los casos. Así, en la población general, incluyendo aquellos pacientes con diabetes y enfermedad renal sin proteinuria, o la presencia de cardiopatía isquémica o insuficiencia cardíaca, el objetivo será reducir la PA sistólica por debajo de 140 mmHg.

-Las modificaciones del estilo de vida siguen siendo uno de los pilares del tratamiento de la HTA, y es importante tenerlos en cuenta incluso aunque sea necesario el tratamiento farmacológico. Una revisión sistemática pone de relieve su efecto en términos de reducción de las cifras de PA, siendo quizás la más efectiva el ejercicio físico, con reducciones de hasta 10 mmHg de PA sistólica10. No hay cambios en las medidas que se deben recomendar: reducción del consumo de sal (más estricto en el caso de la CHEP), ejercicio físico, reducción de peso en caso de obesidad o sobrepeso, seguir una dieta rica en fruta, verdura, fibra y pobre en grasas saturadas (la conocida como dieta DASH), así como la moderación/reducción del consumo de alcohol y el abandono del hábito tabáquico si existe.

-El inicio de tratamiento farmacológico junto con los objetivos de control, el inicio del tratamiento farmacológico es el punto en el que quizás más cambios ha habido, con tendencia a la estrategia de ”wait and see”, en el sentido de que en estadios leves de HTA y con un RCV bajo-moderado no sería necesario plantear un tratamiento farmacológico de entrada. Desaparece, por lo tanto, la recomendación de tratamiento farmacológico en PA normales-altas. No hay demasiado consenso en cuál sería el fármaco de primera elección.

-Intervenciones estructuradas: La atención médica basada en el trabajo en equipo es recomendable para el abordaje del hipertenso. Dicho equipo incluye al médico de familia, enfermería, especialistas, farmacéuticos, dietistas y a trabajadores sociales y de salud comunitaria. Las intervenciones que implican a enfermería y a farmacéuticos han demostrado una mejora en el control de la HTA.

-Gasto Económico: La Hipertensión Arterial supone una enorme carga económica y social a nivel mundial, debido a las comorbilidades asociadas y a las complicaciones crónicas que afectan a la calidad de vida de los pacientes.

Los gastos globales del tratamiento antihipertensivo son alrededor de unos 60 millones de euros anuales.
De los cuales más del 90% se gastan en países de altos ingresos, mundo occidental.

Mientras que los países de bajos ingresos, a pesar de tener una carga de la enfermedad cinco veces más alta que los de altos ingresos, solo suponen un 10% de los gastos globales del tratamiento antihipertensivo.

Teniendo en cuenta todos estos datos, es importante hacer hincapié en realizar un correcto manejo de la Hipertensión Arterial para disminuir el gasto económico, además de mejorar la calidad de vida y aumentar la vida de los pacientes.

5 Bibliografía

- https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=2246.
- https://www.fisterra.com/guias-clinicas/hipertension-arterial.
- https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000468.htm.
- https://www.cochrane.org/es/CD010316/HTN.
- https://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=1308.
- https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1889183718300333
https://enfermera.io/hipertension-arterial/.

Capítulo 138

PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO DE ÚTERO (CCU)

LORENA BOBES FERNÁNDEZ

VANESA LLANOS GARCIA

ANA MARÍA FERNÁNDEZ RIESGO

PAULA GONZÁLEZ RODRÍGUEZ

ROCIO RODRIGUEZ FERNANDEZ

1 Introducción

El cáncer de cuello de útero es uno de los que aparece con mayor prevalencia entre la población femenina, concretamente el tercer lugar, después del cáncer de mama y colorrectal.

Fundamentalmente existen dos tipos de CCU; el adenocarcinoma y el carcinoma de células escamosas (que representa el 80-90% de los casos). Este tipo de neoplasias evolucionan lentamente y no presentan síntomas (sangrados vaginales, flujo vaginal anormal, pérdida de peso, dolor pélvico…) hasta fases avanzadas de la enfermedad. El pronóstico suele ser favorable si se realiza un diagnóstico temprano. En los últimos años la ciencia ha conseguido demostrar la relación entre la presencia del virus del papiloma humano (VPH) y este tipo de neoplasias.

El VPH constituye la ETS más frecuente, llegando a estar presente entre el 70-80% de la población en edad sexualmente activa. Existen muchos tipos de VPH

conocidos. Se clasifican en cuatro tipos dependiendo de su patogenia oncológica: alto riesgo, probable alto riesgo, bajo riesgo y riesgo indeterminado.

Dentro de los virus del papiloma humano de alto riesgo se encuentran los tipos 16 y 18, presentes en el 70% de los CCU a nivel mundial; dentro de los VPH de bajo riesgo se encuentran el 6 y 11 que producen verrugas y condilomas.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Conocer las estrategias para la prevención del CCU.

Objetivos secundarios:
- Averiguar métodos de prevención primaria y secundaria del CCU.
- Conocer la situación de la vacuna frente al VPH en Asturias.
- Conocer la situación del cribado de CCU en Asturias.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica en Google Académico con las palabras clave: cáncer de cuello de útero, virus del papiloma humano y cáncer de cérvix. Se han seleccionado los documentos a partir del año 2005 y las publicaciones en español.

4 Resultados

El cáncer de cuello de útero es una neoplasia prevenible; no obstante si no se diagnostica a tiempo supone unas cifras de mortalidad importantes, sobre todo en los países en vías de desarrollo debido a la escasez de recursos económicos y a la escasez de servicios sanitarios en lo que a prevención y tratamiento se refiere. La OMS impulsa programas para la prevención y control de la enfermedad.

El riesgo de desarrollar este tipo de cáncer se puede evitar mediante estrategias de prevención primaria y secundaria:
Las principales estrategias de prevención primaria son la vacunación frente a los tipos oncogénicos de VPH y la educación para la salud. La prevención secundaria se basa en el cribado (citología cervical) y el tratamiento de las lesiones precancerosas. Por último, la prevención terciaria se basaría en el tratamiento del cáncer

ya establecido para evitar metástasis y evitar las recidivas. En España, las competencias sanitarias son responsabilidad de cada Comunidad Autónoma teniendo cada una de ellas unas estrategias de salud pública diferentes.

1. Prevención primaria:
- La educación para la salud es fundamental para evitar la enfermedad y promover los estilos de vida saludables, en lo que al cáncer de cuello se refiere es importante informar la población de las formas de contagio y de la historia natural de la enfermedad.
- Promover la participación de la mujer en los programas de cribado poblacional, así como garantizar el tratamiento en aquellas con resultados positivos.
- Promover el uso del preservativo y concienciar de la importancia de evitar el tabaquismo.
- La vacunación frente al VPH no tiene función terapéutica. En España esta vacuna se recoge en los calendarios de vacunación infantil de todas las Comunidades Autónomas. Son vacunas obtenidas por recombinación genética compuestas por un núcleo similar al del VPH pero sin ADN que estimulan la producción de anticuerpos frente a él.

Existen cuatro presentaciones: Gardasil R (tetravalente, protege frente a los tipos 6, 11,16 y 18), Cervarix R (bivalente, protege frente a los tipos 16 y 18), la monovalente y Gardasil9 R (nonavalente, frente a los tipos 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 y 58).

- La vacuna tetravalente se recomienda también a la población masculina por su protección contra las verrugas genitales.
- En Asturias: el nuevo Calendario de Vacunación Infantil, aprobado por Resolución de 23 de abril de 2019, de la Consejería de Sanidad adelanta la edad de vacunación sistemática de las niñas frente al VPH a los 10 años de edad y establece la recomendación general de vacunación, en mujeres, hasta los 26 años de edad. Se administran dos dosis de Cervarix R separadas entre sí un mínimo de cinco meses. A las mujeres mayores de 15 años tres dosis a los 0-2-6 meses.

2. Prevención secundaria:
El cribado de cáncer de cuello uterino consiste en la realización de una prueba (citología cervical) que permite la detección precoz de alteraciones en las células del cuello uterino en población asintomática y así iniciar un tratamiento precoz. La citología de cérvix consiste en una triple toma para analizar morfológicamente las células obtenidas por rascado o cepillado del fondo de saco vaginal posterior, endocérvix y exocérvix; se detectan cambios inflamatorios, infecciosos,

morfológicos así como la presencia de células tumorales.

En Asturias:
- Se recomienda que realicen pruebas de detección precoz todas las mujeres residentes en Asturias con edades comprendidas entre 25 y 65 años que son, o han sido, sexualmente activas y que tienen cuello uterino.
- Las mujeres menores de 25 años que mantienen relaciones sexuales desde hace más de tres años y las mujeres mayores de 65 años que nunca han realizado una citología cervical, también se incluyen en la población diana.
- No se recomienda la realización de pruebas de detección precoz de cáncer de cuello de útero a mujeres que no tienen relaciones sexuales ni a aquellas que se han sometido a una histerectomía total por patología benigna.

La prueba del VPH es un complemento a la citología que aumenta notablemente su sensibilidad; permite confirmar la presencia de ADN o ARN del virus sin especificar de cual se trata.

Como alternativa a la citología en los países en vías de desarrollo tenemos la inspección visual con ácido acético, consiste en la observación visual del cérvix tras aplicar una solución de dicho ácido; las células cancerosas se tornan blanquecinas en su presencia.

La colposcopia consiste en la visualización del tracto genital mediante una luz y un microscopio de baja potencia. Permite ver anormalidades y obtener biopsias, generalmente se reserva para pacientes que han tenido resultados positivos ante una citología previa.

5 Discusión-Conclusión

El cáncer de cuello de útero es una enfermedad neoplásica prevenible y evitable gracias que se ha descubierto su relación con el principal factor de riesgo etiológico: el virus del papiloma humano. La prevención primaria basada en la educación para la salud dirigida a los adolescentes tiene como objetivo evitar las conductas de riesgo.

La vacunación frente al VPH está recomendada por las principales organizaciones sanitarias. El cribado de cáncer de cérvix permite diagnosticar lesiones premalignas y así evitar la progresión de la enfermedad, de ahí que se establezcan guías para llevar a cabo estas pruebas diagnósticas.

6 Bibliografía

1. Callejas Monsalve DE. Caracterización de la respuesta inmunitaria-inflamatoria en el cuello uterino en pacientes con displasias de cérvix [tesis]. Madrid: Departamento de medicina, Universidad de Alcalá; 2011.
2. Sánchez Sánchez EM. Infección del virus papiloma humano y cáncer de cuello uterino: Distribución de genotipos en mujeres conizadas por lesión escamosa intraepitelial de alto grado (cin 2-3) y análisis de los cofactores de cáncer de cérvix en Málaga [tesis]. Málaga: Departamento de Cirugía, Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Universidad de Málaga; 2012.
3. Carreras Collado R, Xercavins Montosa J, Checa Vizcaíno, M. Virus del papiloma humano y cáncer de cuello de útero. 1ª ed. Buenos Aires, Madrid: Médica Panamericana; 2007.
4. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; Marzo de 2015 Papiloma virus humanos (PVH) y cáncer cervicouterino Disponible en: http://www.who.int
5. Murray M. Grupo PATH. Avances en la prevención del cáncer de cuello uterino: evidencia actualizada sobre la vacunación y la detección. Outlook. 2010; 27(2): 1-12.
6. Ochoa Carrilloa FJ, Guarneros de Regil DB, Velasco Jiménez MT. Infección por virus del papiloma humano en mujeres y su prevención. GAMO. 2015; 14(3):157-163.
7. Guglielmo Cróquer Z, Rodríguez Bermúdez A, Ávila Hernández M, Veitía Monsalve D, Fernandes Beltrán A, Correnti de Plata M. Virus de papiloma humano y factores de riesgo. Rev Venez Oncol. 2010; 22(1): 32-38.
8. Portal de salud del Principado de Asturias (Internet). Revisado en Diciembre de 2013 (Acceso 3 de Febrero de 2020). Cáncer de cuello de útero. Recomendaciones para la detección precoz. Disponible en: https://www.astursalud.es
9. Portal de salud del Principado de Asturias (Internet). Revisado en Junio de 2019 (Acceso 3 de Febrero de 2020). Circular 01/2019 de la Dirección General de Salud Pública. Actualización en vacunación no sistemática frente al VPH en Asturias 2019. Disponible en: https://www.astursalud.es

Capítulo 139

USO TERAPÉUTICO DE LA MIEL

LUZ GÓMEZ ALMANSA

INMACULADA GONZÁLEZ MARCOS

1 Introducción

La miel se ha usado desde la Antigüedad como remedio en el tratamiento de las heridas. La evidencia en los estudios con animales y algunos ensayos sugieren que la miel puede acelerar el proceso de curación de las heridas. La miel posee poder antibacteriano, capacidad de desbridamiento autolítico, propiedades antinflamatorias y antioxidantes, estimulación del crecimiento de los tejidos, etc.

2 Objetivos

- Determinar los beneficios de la miel terapéutica como uso alternativo o complementario en el tratamiento de las heridas, úlceras y quemaduras.

3 Metodología

Revisión sistemática de las publicaciones científicas sobre el uso de la miel en el tratamiento de las heridas, úlceras y quemaduras. Se consultaron las diferentes bases de datos (Google, Cochrane, Pubmed). Se limitó la búsqueda al intervalo 2000-2017. Se utilizadon los descriptotes en español (“miel”, “heridas”, “úlceras”, “silvederma”) y en inglés (“honey”, “wounds”, “ulcers”).

Los criterios establecidos fueron:

- Estudios que analicen el uso de la miel como tratamiento de las heridas, úlceras y quemaduras frente a otros tratamientos.
- Estudios en inglés y español posteriores al año 2000.
- Con acceso al texto completo. De un total de 8 publicaciones, fueron seleccionadas 4.

4 Resultados

En un estudio realizado en Nueva Zelanda en el 2015, se muestra una gran evidencia de curas más rápidas en quemaduras de 1º grado frente a las curas convencionales (gasas de parafina, lino estéril, gasas antimicrobianas y película de poliuretano). Además, varios estudios han demostrado una mejora en la cicatrización de las heridas disminuyendo la aparición de las mismas.

Uno de los puntos de mayor interés de la miel se debe a su efectividad en heridas infectadas por el Staphylococcus Aureus multirresistente (SARM). En otros estudios en los que se utilizó la miel en heridas de ambiente húmedo, se observó una disminución de la proliferación de microorganismos.

Por otro lado, se ha demostrado su eficacia en úlceras diabéticas y en úlceras por presión, ya que actúa en las diferentes fases de curación y además reduce el mal olor.

Algunos estudios compararon el uso de la miel en la curación de las heridas con otros tratamientos convencionales, llegando a observarse una eficacia similar al hidrogel en el tratamiento de las úlceras venosas y una eficacia muy superior a la sulfadiazina argéntica en el tratamiento de las quemaduras.

Sin embargo, uno de los efectos adversos más importantes de este tratamiento el riesgo de la aparición de botulismo.

5 Discusión-Conclusión

El uso de la miel tópica en el tratamiento de las heridas y quemaduras puede ser una alternativa a los métodos tradicionales pero son necesarios más estudios para determinar la evidencia científica.

6 Bibliografía

- Jull AB, Cullum N, Dumville JC, Westby MJ, Deshpande S, Walker N. Honey as a topical treatment for wounds. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 3. Art. No.: CD005083. DOI: 10.1002/14651858.CD005083.pub4.

- Lund A. Honey and healing. 1ª ed.Cardiff: International Bee Research Association; 2001. Vijaya KK, Nishteswar K. Wound healing activity of honey: A pilot study. Ayu[online] 2012 Julio[citado 2014 Mayo 3];33(3):[sobre 4 p]. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3665090/.
- González Gascón R., Del Dedo Torre P.. Actualización sobre el uso de miel en el tratamiento de úlceras y heridas. Caso clínico. Enfermería global [Internet] 2004 [citado 20 de agosto 2017]; Nº4. Disponible en: http://revistas.um.es/eglobal/article/view/577/599.
- Martínez Girao R. La miel en el tratamiento de las heridas. Universidad de Cantabria
[Internet] 2014 [citado 20 de agosto 2017]. Disponible en: https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/5243/MartinezGiraoRA.pdf?sequence.

Capítulo 140

ENFERMERÍA Y VACUNAS.

VANESA LLANOS GARCIA

ANA MARÍA FERNÁNDEZ RIESGO

PAULA GONZÁLEZ RODRÍGUEZ

ROCIO RODRIGUEZ FERNANDEZ

LORENA BOBES FERNÁNDEZ

1 Introducción

Dentro de la promoción de la salud, uno de los ejes fundamentales es la prevención, siendo la inmunización una de las mejores formas de prevenir las enfermedades infecciosas.

La primera vacuna contra una enfermedad infecciosa fue creada por Edward Jenner en 1796 (Inglaterra) e intentó combatir la viruela. Será a finales del siglo XIX cuando Pasteur establezca una relación entre los gérmenes y las enfermedades, más tarde, será Frank Burnet quién revise el mecanismo inmunitario de la vacunación con la teoría de la selección clonar y con el descubrimiento de los linfocitos en el siglo XX.

Dentro de las vacunas se pueden distinguir diferentes tipos de clasificaciones: en función del microorganismo que contienen(virus o bacterias); en función del tipo de síntesis a la que se somete(purificación de antígenos, recombinantes o por vacunología inversa); y en función de su interés sanitario(sistemática o de interés comunitario y no sistemáticas o de interés individual).

En la actualidad se usa una clasificación que combina los distintos tipos:

-Vacunas vivas atenuadas: el germen usado aún esta vivo, derivan del virus o bacteria que causan una determinada enfermedad, que es modificado en laboratorio para que pierdan la patogenicidad. Son las que mejor simulan una infección natural. La administración de una única dosis suele ser suficiente y duradera para inmunizar de por vida al individuo. Una característica importante es que los agentes inmunizantes pueden replicarse en el organismo sin causar enfermedad. Señalar que este tipo de vacunas no pueden administrarse a inmunodeprimidos con problemas de salud crónicos o trasplantados. Además precisan frío estricto para su trasporte y almacenamiento. A día de hoy podemos señalar como vacunas vivas atenuadas las que protegen frente al sarampión, parotiditis, rubeola, rotavirus, varicela, viruela, fiebre tifoidea, fiebre amarilla, herpes zoster y tuberculosis.

-Vacunas inactivas: el germen se inactiva por distintos métodos. Pueden contener virus o bacterias enteras o fraccionadas. En general, inducen una inmunidad menos intensa y duradera que las anteriores, siendo necesario la administración de 2 o más dosis separadas en el tiempo para conseguir una inmunidad permanente. Señalar que la ventaja de estas vacunas es su seguridad, ya que no pueden replicarse en el organismo y, por tanto, cursar enfermedad, ni siquiera en personas inmunocomprometidas. Además no requieren refrigeración estricta para su trasporte y almacenamiento. Serían vacunas atenuadas las que nos protegen frente a hepatitis A, influenza, poliomelitis, rabia, encefalitis centroeuropea, encefalitis japonesa y cólera.

-Vacunas de subunidades: contienen el germen incompleto incluyendo de manera específica los fragmentos antígenos que estimulan al sistema inmune. Son altamente efectivas, requieren la administración de diferentes dosis de refuerzo separadas en el tiempo. No tienen contraindicaciones por enfermedades ni apenas efectos secundarios. Permiten combinar varios antígenos de un mismo patógeno pero de diferentes serogrupos, serotipos o genotipos(vacunas polivalente). Además se desarrollan vacunas combinadas que contienen varios antígenos de uno o varios microorganismos. Están en este grupo las vacunas frente al Haemophilus influenza tipo b, hepatis B, virus del papiloma humano, tosferina, enfermedad neumocócica, enfermedad meningocócica y gripe.

-Vacunas de toxoide: usan las toxinas inactivas o detoxificadas, precisan la administración de varias dosis deparadas en el tiempo para lograr una inmunidad adecuada. Está en este grupo la vacuna frente a la difteria y tétanos.

La vacunación representa en salud pública una de las principales medidas de salud y son usadas como herramienta para obtener beneficios individuales y gru-

pales. La OMS publica anualmente las vacunas sistemáticas o de rutina recomendadas para todos los grupos de edad con sus correspondientes especificaciones de administración y poblaciones diana aconsejadas. Posteriormente, cada país las adapta a sus propias necesidades(Calendario Vacunal Español).

A la par de la creación de las vacunas surgían ya los primeros movimientos antivacunas, nutriéndose en muchas ocasiones de falsas noticias y artículos pseudocientíficos. La enfermera de AP es la responsable sanitaria de la aplicación de los calendarios vacunales. Son las encargadas de la recepción de las vacunas, del almacenamiento según las recomendaciones, de su gestión y su administración, y de la evaluación de los riesgos de cada una.

La enfermera de AP ha de captar a la población diana (infantil y adulta) y ha de actuar de manera profesional ante los paciente reticentes para evitar que las tasas de vacunación disminuyan pudiendo generar brotes de enfermedades infecciosas ya erradicas.

2 Objetivos

General:
- Conocer todos los aspectos de la vacunación desde la enfermería mediante una revisión bibliográfica basada en la evidencia científica.

Específicos:
-Conocer los tipos de vacunas, la población a la que van dirigidas, sus beneficios y sus contraindicaciones.
-Describir el estado actual de la de cobertura vacunal.
-Analizar la actuación enfermera como agente de salud.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica de la literatura en Google académico, PuMed, SciELO, Cochrane y Cuiden. Además se consultaron diversas páginas web (como la de la Organización Mundial de la Salud; la del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y la del portal de salud del Principado de Asturias).

También se ha consultado un libro sobre vacunación “Vacunas algo más que el calendario vacunal. Cuestiones y respuestas”.

En esta revisión se han usado las siguientes palabras clave:"inmunidad", "vacunas", "enfermería" y "calendario vacunal". Se han usado los siguientes operadores boleados "AND" y "OR".

En cuanto a los limitadores marcados, se han usado los siguientes: limitador temporal(documentos publicados en los últimos 10 años); limitador idiomático(documentos en castellano o inglés) y la disponibilidad de obtener los textos completos de manera gratuita.

Quedan excluidas publicaciones en lenguaje diferente al castellano y/o inglés, artículos sin acceso al texto completo o con información incompleta, fecha de publicación anterior a 2009.

Quedan incluidos artículos catalogados como revisiones bibliográficas, estudios de investigación, obtención de texto completo publicados en los últimos 10 años(2009-2019).

4 Resultados

El artículo 5 de la Ley 33/2011, 4 de octubre, General de Salud Pública determina el derecho de participación de los ciudadanos:
1. Los ciudadanos, directamente o a través de las organizaciones en que se agrupen o que los representen, tiene derecho a la participación efectiva en las actuaciones de salud pública. Las Administraciones públicas competentes establecerán los cauces concretos que permitan hacer efectivo ese derecho.
2. Sin perjuicio del deber de colaboración, la participación en las actuaciones de salud pública será voluntaria, salvo lo previsto en la Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de Medidas especiales en materia de salud pública".
Por tanto, en nuestro país, los ciudadanos adultos son libres de decidir si se vacunan o no, y los progenitores de los niños españoles tienen el derecho legal de tomar esa decisión respecto a sus hijos. No obstante, ante un riesgo sanitario la legislación española autoriza, de forma excepcional, que los poderes públicos competentes impongan la vacunación forzosa. Los artículos 1,2 y 3 de la Ley Orgánica 3/1986, de 14 de Abril, de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública especifican la vacunación forzosa en caso de epidemias, crisis sanitarias y riesgo efectivo para la salud pública. El artículo 9.2 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica especifica el acto de vacunar a un individuo concreto"cuando existe riesgo inmediato grave para la

integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él, sin que resulte de aplicación a estos supuestos de riesgo individual la Ley Orgánica 3/1986".

España ha sido uno de los 193 países que se adhirieron al compromiso del plan de acción mundial sobre vacunas 2011-2020 de la OMS(GVAP), así el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) propone unas recomendaciones dirigidas a los profesionales sanitarios sobre los programas de vacunación para todo el territorio nacional:

- Programa de vacunación en edad pediátrica: Las vacunaciones en la población infantil se realizan de forma sistemática. A partir del año 2012, el Gobierno central revisa anualmente el calendario de vacunación infantil y publica en su página web el calendario común recomendado para el año en curso. Pero, son luego las diferentes Comunidades Autónomas (CCAA) las que lo adaptan y lo establecen en su territorio atendiendo a la situación epidemiológica de cada Comunidad y a la aparición de nuevas vacunas o variaciones técnicas de las ya existentes en el calendario. El último calendario aprobado en el Principado de Asturias corresponde al del 2019 (cambios en relación al anterior calendario y vacunación en circunstancias especiales) , y en él se establece la nueva pauta de vacunación de las 9 vacunas incluidas en él. Este calendario de Vacunación infantil fue aprobado por resolución de 23 de Abril de 2019, y entró en vigor el 1 de junio de 2019.

Tanto los pediatras como enfermería han de estar muy atentos a estos cambios anuales ya que puede verse afectada la edad de vacunación y losesquemas de vacunación. - Programa de vacunación en edad adulta: Es fundamental que las personas adultas mantengan durante toda la vida los niveles de inmunidad adquiridos durante la infancia gracias a los programas de vacunación. Pero como durante el siglo XX las vacunas se fueron desarrollando en diferentes momentos, en la actualidad existen adultos que no se pudieron beneficiar de algunas de las vacunas recientes. Si no se inmunizaron de forma natural, hoy en día son susceptibles de padecer y de contagiar algunas enfermedades infecciosas como infección por rotavirus, por VPH, hepatitis A, hepatitis B, infección por HIB, varicela y rubeola, entre otras.

Por ello, es muy importante una completa anamnesis del paciente adulto, que compruebe su situación vacunal en relación con el calendario vigente y detectar la necesidad de vacunas o dosis adicionales. Existen adultos que por pertenecer a un determinado grupo de riesgo por edad, por antecedentes de enfermedad,

por riesgo profesional o por hábitos de vida (drogodependencia, viajes, hábitos sexuales) deberían vacunarse contra ciertos patógenos infecciosos si no quieren padecer una enfermedad determinada y ser foco de infección para los que le rodean. Como ejemplo podemos comentar que todos los trabajadores sanitarios deberían estar vacunados frente al sarampión/rubeola/parotiditis (vacuna SPR o triple bacteriana), tétanos, difteria, VHB, varicela y gripe (anual). Las vacunas frente a la poliomielitis, meningitis (Neisseria meningitidis), tosferina, VHA y fiebre tifoidea están recomendadas en grupos de sanitarios susceptibles al contagio por su lugar de trabajo.

De esta manera, no solo consiguen una medida de autoprotección sino que además muestra profesionalismo y dan ejemplo al resto de la sociedad, considerándose un servicio esencial para la comunidad.

El personal de enfermería ha de conocer las contraindicaciones de las vacunas para poder asesorar a los pacientes:

- Contraindicaciones permanentes: cuándo el paciente es alérgico a alguno de los componentes de una o varias vacunas o si ha sufrido algún tipo de encefalopatía de etiología desconocida.
- Contraindicaciones temporales: la imposibilidad de vacunarse solo se refiere a un periodo determinado de la vida del paciente y para vacunas víricas o vacunas bacterianas atenuadas. Es el caso de las mujeres embarazadas, pacientes inmunodeprimidos o con enfermedades transitorias como crisis asmáticas, diarrea aguda y cardiopatías descompensadas, entre otras.

El personal de enfermería debe conocer también las falsas contraindicaciones:

- Antecedentes familiares de efectos adversos.
- Antecedentes de convulsiones febriles, epilepsia estable, asma, eccema, entre otras.
- Alergias al huevo.
- Niños prematuros u hospitalizados.
- Estar en tratamiento con antibióticos o con corticoides tópicos o inhalados.
- Haber padecido ya la enfermedad infecciosa o estar en contacto con personas que la padecen.
- Ser madre lactante (excepto para la vacuna contra la fiebre amarilla).

La prevención de algunas enfermedades infecciosas mediante el uso de las vacunas desarrolladas contra ellas es uno de los grandes avances de la humanidad en materia de salud. En Europa, las tasas de cobertura vacunal son relativamente altas pero la reticencia a las vacunas es un fenómeno al alza que en los últimos

años está socavando la protección que confieren, tanto a nivel individual como comunitario .El personal de enfermería se puede encontrar con seis tipos de progenitores:
1) Los que no ponen ningún inconveniente a la vacunación, siempre y cuando sean informados con anterioridad sobre las indicaciones, efectividad y seguridad de la o las vacunas que va a recibir su hijo.
2) Aquellos que necesitan que Enfermería les aclare sus dudas porque han leído o escuchado alguna noticia que cuestiona las vacunas.
3) Personas que disponen tanto de información a favor como en contra, y no saben discernir cual es la correcta.
4) Pacientes cuyas ideas preconcebidas hacen que rechacen las vacunas y, aunque no imponen sus convicciones, no quieren cambiar de idea.
5) Otros alegan que su religión o su cultura rechazan las vacunas.
6) Personas que pertenecen a movimientos antivacunas e intentan imponer sus ideas.

En 2012, la Oficina Regional de la OMS para Europa publicó un guía de actuación para enfermeros y pediatras, en la que se detalla una serie de estrategias de actuación en consulta frente a progenitores englobados en cualquiera de los 6 casos anteriores.Para ello es necesario que la conversación sea bidireccional, abierta y honesta. Los profesionales de pediatría han de saber escuchar manteniendo en todo momento el contacto visual, que los progenitores sientan que se les presta toda la atención que merecen y que se respeta su autoridad como padres. Si son reacios a hablar, la enfermera ha de iniciar la conversación haciéndoles saber que sus preocupaciones merecen ser aclaradas. Si llegan a consulta con múltiples artículos e informes contradictorios, es necesario dedicar tiempo para evaluarlos y sugerirles que visiten un listado de páginas web de reconocido prestigio que el profesional sanitario ha de conocer bien.

Otro aspecto importante es que no hay que mentir nunca ni decir medias verdades sobre los riesgos que conllevan las vacunas y las reacciones adversas que pueden producir.

Aunque en España la cobertura vacunal sea bastante alta y el porcentaje de la población reticente a vacunarse sea muy bajo, aún queda mucho por hacer ya que si nos acomodamos en la buena situación actual corremos el riesgo de que proliferen exponencialmente los mensajes antivacunas por Internet y el porcentaje de población escéptico o reticente aumente . El mundo científico y el personal sanitario son conscientes de ello, han analizado la situación y están empezando

a generar actuaciones para frenar las falsas creencias.

En las consultas de enfermería pediátrica españolas cada vez son más los progenitores que se interesan por el calendario vacunal. Algunos solo quieren estar informados sobre la seguridad de las vacunas que se van a administrar a sus hijos. Otros están preocupados por el alto número de pinchazos que van a recibir los niños. En algunos casos desconfían del calendario ya que hay diferencias en las diferentes CCAA y no entienden el porqué. A veces, la aparición de una noticia en prensa, TV o radio que sugiere que una vacuna determinada ha provocado daños neurológicos o muerte súbita en un niño hace que los progenitores desconfíen de esa vacuna en particular.

Por ello, el personal de enfermería ha de estar muy bien informado en todos los aspectos que conlleva la práctica de la vacunación. Pero es fundamental que sepa transmitir todos esos conocimientos de una manera serena, convincente y profesional. Si la enfermera parece dubitativa en el lenguaje verbal y/o en el no verbal, el paciente va a sentir desconfianza y es muy posible que retrase la vacunación o incluso que se niegue con las consecuencias que esto genere

5 Discusión-Conclusión

- La vacunación es la herramienta que ha conseguido salvar más vidas humanas desde sus inicios hasta la actualidad. Gracias a las vacunas las tasas de mortalidad y morbilidad derivadas de enfermedades infecciosas se han reducido de manera importante.
- Los profesionales de Enfermería de Atención Primaria deben tener un dominio importante sobre todos los aspectos que se relacion con el acto de vacunación para poder ofrecer una atención basada en la calidad. Es importante que conozcan las habilidades y herramientas que se deben usar durante la consulta de enfermería con los pacientes que se muestren reticentes a la vacunación.
- La prevención y la Educación Para La Salud que se ofrece desde Enfermería es el principio para conseguir una buena aceptación de la vacunación y, con ello, conseguir una cobertura vacunal alta.

6 Bibliografía

- Portal de las vacunas de la Asociación Española de Pediatría [Internet]. Madrid: Comité Asesor de Vacunas; 2018 (consultado el 2 de febrero de 2020).

- Manual de Vacunas en línea de la AEP. Disponible en: http://vacunasaep.org/documentos/manual/manual-de-vacunas.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [Internet]. Madrid; 2016 (consultado el 29 de enero de 2018). Beneficios de la Vacunación Disponible en: https://www.msssi.gob.es/campannas/campanas16/vacunacionBeneficios.htm.
- Hidalgo Vicario M.I, Montón Álvarez J.L. Vacunas: algo más que el calendario vacunal. Cuestiones y respuestas. 2a ed. GSK 2014.
Tuells J. Controversias sobre vacunas en España, una oportunidad para la vacunología social. Gac Sanit. 2016; 30(1): 1-3. DOI: 10.1016/j.gaceta.2015.10.006.
- Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra: OMS; 2013 (consultado el 2 de febrero de 2020). Plan de acción mundial sobre vacunas 2011-2020. Disponible en: http://www.who.int/immunization/global_vaccine_action_plan/DoV_GVAP_2012_2020/es/
- Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra: OMS; 2018 (consultado el de febrero de 2018). Recomendaciones de la OMS para la inmunización rutinaria - tablas resumen. Disponible en: http://www.who.int/immunization/policy/immunization_tables/es/.
- López Santamaría MA. Los movimientos antivacunacion y su presencia en Internet. ENE, Revista de Enfermería [Internet]. 2015 (consultado el 27 de febrero de 2018). 9(3). Disponible en: http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/580/vacunas_internet.
- Portal de salud del Principado de Asturias (Internet). Revisado en Junio de 2019 (Acceso 2 de Febrero de 2020). Circular 01/2019 de la Dirección General de Salud Pública. Actualización en vacunación no sistemática frente al VPH en Asturias 2019. Disponible en: https://www.astursalud.es/noticias/-/noticias/circular-01-2019-de-la-direccion-general-de-salud-publica-actualizacion-en-vacunacion-no-sistematica-frente-al-vph-en-asturias-2019.
- Ley 33/2011, 4 de octubre, General de Salud Pública. Boletín Oficial del Estado, no 240, (06/10/2011).
- Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública. Boletín Oficial del Estado, no 102, (19/05/1986).
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Boletín Oficial del Estado, no 274, (16/05/2003).
- Documentos técnicos. Programas de vacunación [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2017 (consultado el 3 de febrero de 2020). Disponible en: http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/recoVacunas

Espana.htm. castilla-leon-2018.
- PiñeiroPérez R,HernándezMartínD,CarroRodríguezM,delaParteCanchoM,CasadoVerrierE, Galán Arévalo S et al. Consulta de asesoramiento en vacunas: el encuentro es posible. An Pediatr (Barc). 2017; 86(6): 314-20. doi: 10.1016/j.anpedi.2016.06.004.

Capítulo 141

CASO CLÍNICO ENFERMEDAD DE SJÖGREN

TAMARA GIL BLANCO

CLARA CASAS PATIÑO

SERGIO SÁNCHEZ-MATEOS RAMOS

1 Introducción

La enfermedad de Sjögren es una enfermedad autoinmune sistémica que se caracteriza por afectar principalmente a las glándulas exocrinas, afectación que conduce a la aparición de síntomas de sequedad.

Estas glándulas están encargadas de producir líquidos como: saliva, lágrimas, secreciones vaginales y secreciones de mucosas de la laringe y de la tráquea. Son líquidos que hidratan, lubrican y suavizan las partes del organismo que están en contacto con el exterior (mucosas, y son los tejidos que recubren la boca, la nariz, los ojos, etc.).

Aparece en todas las edades y en ambos sexos, pero es más frecuente en mujeres mayores de 40 años. Aproximadamente el 30% de los pacientes con artritis reumatoide y lupus, también padecen el Síndrome de Sjögren.

También se considera una enfermedad sistémica, ya que además de los síntomas de sequedad, la enfermedad puede afectar a cualquier órgano del cuerpo y producir una gran variedad de síntomas.

Como los diversos síntomas y manifestaciones no siempre aparecen en todos los pacientes, el Síndrome de Sjögren puede ser una enfermedad difícil de diagnosticar. Estas manifestaciones deben ser valoradas de forma individual por distintos especialistas.

El aspecto más grave del Síndrome de Sjögren es el elevado riesgo para desarrollar linfomas no-Hodkings de células B, que ocurre aproximadamente unas 44 veces más que en el resto de la población general.

Aunque las causas exactas por las que se inicia este proceso continúan sin conocerse, se cree que su origen puede ser multifactorial:
- Factores constitucionales (internos): genéticos, hormonales.
- Factores ambientales (externos): virus, bacterias, tóxicos, etc.

Se reconocen dos formas distintas de la enfermedad de Sjögren:
- Síndrome de Sjögren Primario. Aparece sin la presencia de otra enfermedad autoinmune asociada.
- Síndrome de Sjögren asociado a otras enfermedades. Además del Sjögren, el paciente presenta otras enfermedades autoinmunes o reumatológicas. Las más frecuentes son la artritis reumatoide, el lupus eritematoso sistémico, esclerodermia, dermato-polimiositis, tiroiditis o cirrosis biliar primaria.

De forma esquemática, los síntomas que presenta la enfermedad pueden dividirse en tres grandes grupos:
1. Afectación glandular (causada por la lesión de las glándulas exocrinas). Incluye los síntomas de sequedad de las glándulas que dejan de funcionar (boca seca, ojo seco, vagina, piel, nariz, faringe, etc.). También incluye la inflamación de las principales glándulas que fabrican la saliva (las parótidas y las submaxilares).
2. Afectación extraglandular (causada por la lesión de otros órganos). Es la más grave. La afectación puede ocurrir en cualquier órgano, siendo las más frecuentes la artritis, la vasculitis y el fenómeno de Raynaud; y las más graves, la afectación del riñón, de los pulmones, del páncreas o del sistema nervioso.
3. Síntomas de afectación del estado general del paciente. Los síntomas generales suelen ser los más complejos porque incluyen cansancio, dolor generalizado en todo el cuerpo, articulaciones y músculos, fiebre, depresión, fibromialgia, alteración del sueño, y afección digestiva.

2 Objetivos

Conocer, estudiar y averiguar cada una de las patologías que pueda presentar nuestra paciente para así llevar una historia clínica y poder tener un adecuado seguimiento y tratamiento.

3 Caso clínico

El día 3 de febrero de 2019 acude a consulta de enfermería del centro de salud I de Ciudad Real, una mujer de 45 años de edad, llamada L.P.G.

Observamos primeramente su historia clínica, que indica que no tiene alergia conocida, no tiene prótesis, no bebe alcohol y fuma un paquete de tabaco al día. Seguimos leyendo y no posee alteraciones cardiovasculares ni DM.

L.P.G. presenta sequedad ocular, sequedad bucal con agrietamiento de lengua y dolor a la masticación y deglución, por lo tanto, cada vez come menos.

También refiere cansancio cuando realiza cualquier actividad y tiene dificultad para conciliar el sueño.

4 Discusión-Conclusión

Para hacer un diagnóstico, se puede utilizar la historia clínica, un examen físico, algunas pruebas para los ojos y la boca, análisis de sangre y biopsias.

El tratamiento se centra en aliviar los síntomas. Puede ser diferente para cada persona dependiendo de la parte del cuerpo afectada. Los medicamentos pueden ayudar con síntomas severos.

Se puede decir que el Síndrome de Sjögren es más benigno que otras enfermedades autoinmunes porque no suele estar asociado a un rápido deterioro de los síntomas o con cambios dramáticos en su desarrollo a lo largo de los años. Está más considerada como una enfermedad molesta que mortal.

Sin embargo, el impacto que tiene en la calidad de vida del paciente cobra gran importancia por la cantidad de funciones que pueden verse afectadas, principalmente por la sequedad en ojos y en boca. Afecta en el día a día a los enfermos, en el plano físico, laboral, psicológico, económico y en su relación con la familia y los amigos.

5 Bibliografía

1. Asociación española de Síndrome de Sjögren http://aesjogren.org
2. Interrelaciones NANDA, NOC Y NIC. Elsevier Mosby. Segunda edición.
3. Fundamentos de enfermería. Conceptos, proceso y práctica. 7ª edición. McGraw- Hill. Interamericana.
4. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Cuarta edición. Elsevier.
5. http://www.es-emoticon.com/enfermeria-actual/index.htm
6. http://www.iqb.es/monografia/sindromes/s012_01.htm

Capítulo 142

COLITIS ULCEROSA: A PROPOSITO DE UN CASO.

GEMA LÓPEZ FERNANDEZ

GRACIELA CAMPUZANO RODRÍGUEZ

SONIA SOUTO RIVAS

SUSANA SANTAMARINA ALVAREZ

Mª COVADONGA BLANCO RIOPEDRE

1 Introducción

La colitis ulcerosa (CU) es una enfermedad crónica que cursa con brotes recurrentes de inflamación difusa de la mucosa del colon. Pertenece al grupo de enfermedades inflamatorias intestinales junto a la enfermedad de Crohn.

Su etología es desconocida y se ha relacionado con factores genéticos, inmunológicos y ambientales. Puede estar relacionado con dietas ricas en grasas, alimentos procesados o azucarados.

Los síntomas principales se inician de forma progresiva e insidiosa. Los más importantes son la diarrea sanguinolenta, urgencia, tenesmo rectal y dolor que se alivia con la deposición.

Actualmente no existe una prueba definitiva para el diagnóstico de la CU. Se realizaría mediante una combinación de anamnesis, exploración física y pruebas complementarias, como la colonoscopia, la más recomendada.

Su tratamiento farmacológico incluye corticoides, aminosalicilatos e inmunosupresores. En la mayoría de los casos lo más recomendable seria la utilización de tratamientos tópico.

El tratamiento no farmacológico incluye recomendaciones como evitar estrés, dieta adecuada en los brotes (diarrea y estreñimiento) y ayuda psicoterapéutica, en algunos casos.

2 Objetivos

-Presentar un caso clínico de colitis ulcerosa.
-Determinar los diagnósticos de enfermería en un enfermo de colitis ulcerosa.

3 Caso clínico

Motivo de consulta: Varón de 73 años que acude a su médico de atención primaria con síntomas digestivos: 4-5 deposiciones al día, tenesmo, incontinencia fecal ocasional, sangrado escaso rectal.

Anamnesis:
-Antecedentes personales: No alergias medicamentosas conocidas. No DM. HTA. Dislipemia. No hábitos tóxicos. No intervenciones quirúrgicas. Tratamiento: Ramipril. Atorvastatina. Alopurinol.
-Enfermedad actual: Acude a su médico de referencia con deposiciones frecuentes y sanguinolentas, incontinencia fecal ocasional y tenesmo.
- Exploración física: No síndrome general. Adecuada hidratación y coloración de piel y mucosas. Abdomen blando.
- Pruebas de laboratorio: SOH positiva.

Se deriva a su hospital de referencia para consulta con un médico especialista, el cual determina la realización de una colonoscopia.

Colonoscopia: Se introduce colonoscopio hasta ciego donde se identifica:-Lesión ulcerada en recto de aspecto infiltrativo desde el margen anal hasta los 8 cm (biopsiada). Pólipo en colon resecado. Diverticulosis de colon derecho.

Anatomía patológica: Fragmentos mucosa tipo colonico con ulceración, tejido de granulación e inflamación aguda y crónica con rasgos sugestivos de EEII de tipo colitis ulcerosa en fase activa.

Diagnostico medico: Colitis ulcerosa.

Tratamiento: Budesonida 2 mg topico (diario el primer mes tras el diagnostico, actualmente cada 72 horas).

Actualmente el paciente se encuentra realizando revisiones periódicas con buen control de su enfermedad.

Además se realiza una valoración enfermera según NANDA-I 2018-2020 encontrándose los siguientes diagnósticos durante todo el proceso:
-Diarrea (00013)
-Incontinencia fecal (00014)
-Afrontamiento ineficaz (0069)
-Gestión ineficaz de la salud (00078)
-Ansiedad (00146)
-Riesgo de baja autoestima situacional (00153)
-Disconfort (00214)

4 Discusión-Conclusión

La colitis ulcerosa es una enfermedad crónica que influye en la calidad de vida de las personas. Requiere un cambio en el día a día, tanto de las personas que la padecen, como de su entorno. Es necesario una adecuada información y apoyo desde el momento del diagnóstico. Para ello es preciso el trabajo de un equipo multidisciplinar, tanto en atención primaria como especializada.

En papel de enfermería seria educar, según la evidencia científica actual y dar apoyo físico, psíquico y social, tanto para el paciente como su familia.

5 Bibliografía

-https://www-fisterra-com.bvgcsalud.a17.csinet.es/guias-clinicas/colitis-ulcerosa/
-Ginard d,et al. Recomendaciones del Grupo Español de Trabajo en Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa (GETECCU) sobre el tratamiento tópico en la colitis ulcerosa. Gastroenterol Hepatol. 2019
-Limketkai BN,Iheozor-Ejiofor Z, Gjuladin-Hellon TParain A,Matarese LE,Bracewell k, MacDonald JK, Gordon M,Mullin GE.Dietary interventions for

induction and maintenance of remission in inflammatory bowl disease.Cochrane Database of Systematic Reviewx 2019.
-Timmer A, Preiss JC, Motschall E, Rücker G, Jantschek G, Moser G. Psychological interventions for treatment of inflammatory bowel disease. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011
-NANDA diagnosticos enfermeros:definiciones y clasificacion 2018-2020.2019.

Capítulo 143

CAÍDA EN VARÓN CON AFECTACIÓN DE HOMBRO IZQUIERDO

ADRIANA SUÁREZ MESA

MARÍA PÉREZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

El hombro es una articulación fascinante con una compleja anatomía y compuesta por diferentes estructuras. Posee el mayor rango de movimiento de todas las articulaciones del cuerpo, lo que la convierte a su vez en una articulación susceptible de muchas patologías. Entender cómo se construye y se conectan las diferentes capas del hombro puede ayudarnos a comprender su funcionamiento, así como su propensión a ciertos tipos de enfermedades. El hombro se divide en:
1. Huesos y Articulaciones
2. Ligamentos y Cápsula articular
3. Músculos y Tendones
4. Vasos sanguíneos y nervios
5. Bursas

Estructuras que conforman el hombro.

A continuación estudiaremos las estructuras que conforman las tres capas del hombro mencionadas anteriormente:

1. Huesos y articulaciones.
Los huesos que conforman el hombro son:
• Húmero (Hueso del Brazo).

• Escápula (Omoplato).
• Clavícula.

La parte del húmero más cercana al hombro se denomina cabeza humeral y forma la parte lateral del hombro. El techo del hombro por su parte, está formado por el acromion, una prominencia del hueso de la escápula.

La principal articulación del hombro es la compuesta por la glenoides (que hace parte del hueso de la escápula) y por la cabeza del húmero.

Las demás articulaciones que se encuentran en el hombro son:
• Acromio – Clavicular: unión de la clavícula con la escápula (en su porción del acromion).
• Esterno – Clavicular: unión de la clavícula con el esternón.

La llamada articulación Escapulo – Torácica, ubicada entre la escápula y la reja costal, es una falsa articulación ya que el cuerpo de la escápula se desliza sobre la reja costal durante los movimientos del hombro.

2. Ligamentos y cápsula articular.
Los ligamentos son las estructuras que unen un hueso con otro. La cápsula articular por su parte, es un saco hermético que envuelve una articulación. En el hombro, la cápsula está formada por un grupo de ligamentos que conectan el húmero con el glenoides. Estos ligamentos de movimientos que posee, sin que se produzca una luxación.

La clavícula está unida:
- Al acromion, por medio de cuatro ligamentos acromio–claviculares: Uno superior, uno inferior, uno posterior y uno anterior.
- A la coracoides (parte de la escápula), por medio de dos ligamentos: o Ligamentos conoide o Ligamento trapezoide.

Además, encontramos al labrum, un fibrocartílago que rodea la cavidad glenoidea para aumentar su profundidad y mejorar la estabilidad del hombro.

3. Músculos y tendones.
Músculos:
El manguito rotador constituye el grupo muscular más profundo en el hombro. El término "manguito" significa "envoltura", y es apropiado para describir a los tendones que lo conforman pues estos envuelven la cabeza humeral para estabilizarla y darle movimiento. El grupo de músculos del manguito rotador son:

1. Músculo Supra – espinoso (Función: elevar el brazo).
2. Músculo Infra – espinoso (Función: rotar el brazo hacia afuera).
3. Músculo Redondo Menor (Función: rotar el brazo hacia afuera).
4. Músculo Sub – Escapular (Función: rotar el brazo hacia adentro).

Encontramos además el músculo Deltoides, el más grande, fuerte y superficial (le da forma redondeada) del hombro. Es considerado el motor del hombro gracias a su fuerza y su función de levantar el brazo.

Tendones:
Los tendones son los encargados de conectar los músculos con los huesos. El tendón del bíceps se extiende desde el músculo bíceps, a través de la parte delantera del hombro, hasta insertarse en la parte superior de la glenoides uniéndose aquí con el labrum.

Los tendones del manguito rotador son la siguiente capa que encontramos en la articulación del hombro. Estos constituyen en total cuatro tendones que conectan la capa más profunda de los músculos con el húmero.

4. Vasos sanguíneos y nervios.
Nervios: Son estructuras que conectan el cerebro con nuestros músculos, con el fin de transmitir las órdenes que se emiten entre sí. Todos los nervios que van hacia el brazo y mano pasan por el hombro y entran al brazo a través de la parte anterior e inferior de la axila. Los principales nervios que van al brazo son:
• Nervio cubital
• Nervio mediano
• Nervio radial
• Nervio musculocutáneo
• Nervio axilar

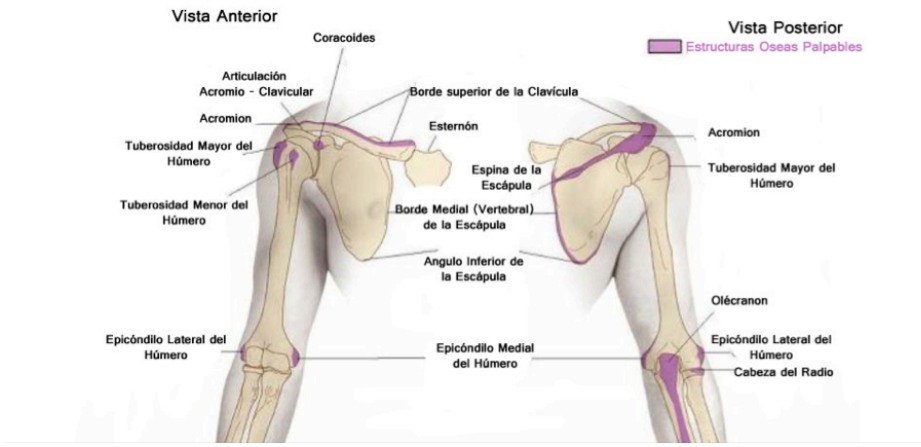
Vasos sanguíneos: Además de importantes nervios, por el hombro también pasan las arterias y venas que irrigan el brazo, antebrazo y la mano. La arteria axilar viaja por debajo de la axila, llegando a sus ramificaciones hacia la cabeza humeral y demás estructuras alrededor del hombro.

5. Bursas.
Las bursas son estructuras que están en todas las articulaciones del cuerpo. Su función es disminuir la fricción o roce entre las estructuras que conforman una articulación. En el hombro particularmente, se encuentran ubicados:
• Sobre los tendones y músculos del manguito rotador y el acromion

• Entre el manguito rotador y el músculo deltoides.

El hombro es la articulación con mayor movilidad del cuerpo humano, ya que es capaz de realizar hasta seis movimientos distintos:
1. Abducción: Separación del tronco elevándolo en el plano frontal, pudiendo llegar a obtener una amplitud de 180º
2. Aducción: Movimiento contrario al anterior, siempre que partamos de una posición de abducción.
3. Flexión: Partiendo de la posición de reposo, desplazamos el brazo hacia delante consiguiendo una amplitud de 180º
4. Extensión: Movimiento del brazo hacia atrás. Su amplitud máxima es de 50 grados.
5. Rotaciones interna y externa: En la rotación interna, la cabeza humeral se desliza hacia atrás. En la rotación externa, este movimiento se realiza en sentido contrario.
6. Circunducción: Es el movimiento circular.

Dado que es la articulación con mayor amplitud, como hemos dicho antes, es también la que mayor número de lesiones puede llegar a tener, teniendo en cuenta la cantidad de elementos implicados en su movimiento, aunque paradójicamente, no es la articulación más lesionada habitualmente.



2 Objetivos

- Dar a conocer la frecuencia presentada en las caídas.
- Riesgos y complicaciones sufridos en las caídas.
- Prevención de caídas.

3 Caso clínico

Varón de 63 años que acude al Servicio de Urgencias Hospitalarias tras sufrir ayer por la tarde caída casual en la calle con golpe en región glútea izquierda y el brazo izquierdo (no llegó a golpearse la cabeza). Refiere haber resbalado con una alcantarilla porque estaba empezando a llover. Niega mareos y pérdida de conocimiento. No caídas en los últimos 12 meses.

Desde entonces, dolor creciente en la cadera y el brazo izquierdo con dificultad para elevar el mismo. Se automedicó con ibuprofeno vía oral y voltarén en pomada con leve mejoría.

No refiere alergias ni antecedentes médicos de interés. COC. Constantes en rangos normales con tendencia a la hipertensión. No medicación domiciliaria.

A la exploración del aparato locomotor sufre dolor a la palpación en tuberosidades del hombro (troquiter y troquín). Dolor a la movilización activa del hombro en elevación lateral referido a zona del deltoides. Dificultad para elevar el hombro si tiene en flexión a la vez el codo. No crepitación ni deformidades. Fuerza conservada en MMSS pero con asimetría a la elevación lateral del brazo (menor en izquierda).

Discreto edema en trocánter mayor izquierdo con leve dolor a la palpación. Movilidad de articulación de la cadera conservada.

Fuerza en MM.II simétrica.

Le realizan una radiografía de hombro izquierdo donde no se observa fractura aparente, si cambios artrósicos incipientes.

Es dado de alta con el diagnóstico de omalgia izquierda tras traumatismo, sin aparente lesión ósea y probable afectación tendinosa.

Se recomienda reposo relativo. Aplicar frío local suave, mínimo 3 veces al día, durante 10-15 minutos cada vez. Control y vigilancia por su médico de atención

primaria.

Como fármacos se receta Seractil 400mg oral C/8h durante 7 días.

Tras pasar 12 días y apenas notar mejoría y seguir con dolor, acude a su médico de atención primaria el cual le solicita una ecografía de hombro izquierdo y le receta analgesia para el dolor.

Los hallazgos obtenidos en la ecografía de hombro izquierdo son los siguientes:
- Rotura completa de los tendones supra e infraespinoso en un contexto de pinzamiento del espacio subacromial con líquido la bursa subacromiosubdeltoidea.
- Importantes signos de tenosinovitis del tendón de la porción larga del bíceps, correctamente situado la corredera que no se luxa con movilización.
- Entesopatía del tendón del músculo subescapular observándose roturas parciales del tercio superior del tendón con edema locorregional asociado.
- Engrosamiento de la bursa subcoracoidea.
- Cambios degenerativos en articulación acromioclavicular, con proliferación sinovial sin signos de sinovitis.
- No se identifique líquido articular.

Tras este resultado, es derivado por su MAP de manera preferente al especialista (traumatólogo).

Cuando acude a la consulta de traumatología, es valorado por el traumatólogo, tras las pruebas aportadas, solicita una resonancia del hombro izquierdo para completar estudios.

La resonancia de hombro izquierdo muestra rotura completa de tendones supra e infraespinoso con migración craneal de de la cabeza humeral e impactación subacromial.

Integridad con marcada tendinosis del tendón subescapular.

Integridad del tendón redondo menor.

Artropatía degenerativa acromio-clavicular con hipertrofia capsular y osteofitosis que provoca disminución de espacio subacromial.

Rodete glenideo sin alteraciones. Afectación degenerativa gleno-humeral con moderado derrame articular.

No se aprecian lesiones ni bursitis.

Tras ser visto, nuevamente en consulta de traumatología le informan que las conclusiones obtenidas es la rotura completa de tendones supra e infraespinoso. Artrosis glenohumeral y acromioclavicular con disminución del espacio subacromial.

4 Discusión-Conclusión

• Las caídas son la segunda causa mundial de muerte por lesiones accidentales o no intencionales.
• Se calcula que anualmente mueren en todo el mundo unas 646 000 personas debido a caídas, y más de un 80% de esas muertes se registran en países de bajos y medianos ingresos.
• Los mayores de 65 años son quienes sufren más caídas mortales.
• Cada año se producen 37,3 millones de caídas cuya gravedad requiere atención médica.
• Las estrategias preventivas deben hacer hincapié en la educación, la capacitación, la creación de entornos más seguros, la priorización de la investigación relacionada con las caídas y el establecimiento de políticas eficaces para reducir los riesgos.

Las caídas se definen como acontecimientos involuntarios que hacen perder el equilibrio y dar con el cuerpo en tierra u otra superficie firme que lo detenga. Las lesiones relacionadas con las caídas pueden ser mortales, aunque la mayoría de ellas no lo son.

El problema:
Las caídas son un importante problema mundial de salud pública. Se calcula que anualmente se producen 646 000 caídas mortales, lo que convierte a las caídas en la segunda causa mundial de muerte por lesiones no intencionales, por detrás de los traumatismos causados por el tránsito.

Más del 80% de las muertes relacionadas con caídas se registran en países de bajos y medianos ingresos, y un 60% de esas muertes se producen en las Regiones del Pacífico Occidental y Asia Sudoriental. Las mayores tasas de mortalidad por esta causa corresponden en todas las regiones del mundo a los mayores de 60 años.
Cada año se producen 37,3 millones de caídas que, aunque no sean mortales, requieren atención médica y suponen la pérdida de más de 17 millones de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) . La mayor morbilidad corresponde a los mayores de 65 años, a los jóvenes de 15 a 29 años y a los menores

de 15 años.

Grupos de riesgo:
Aunque las caídas conllevan un riesgo de lesión en todas las personas, su edad, sexo y estado de salud pueden influir en el tipo de lesión y su gravedad.

• Edad: La edad es uno de los principales factores de riesgo de las caídas. Los ancianos son quienes corren mayor riesgo de muerte o lesión grave por caídas, y el riesgo aumenta con la edad. Por ejemplo, en los Estados Unidos de América un 20 a 30% de las personas mayores que se caen sufren lesiones moderadas o graves, tales como hematomas, fracturas de cadera o traumatismos craneoencefálicos. La magnitud del riesgo puede deberse, al menos en parte, a los trastornos físicos, sensoriales y cognitivos relacionados con el envejecimiento, así como a la falta de adaptación del entorno a las necesidades de la población de edad avanzada.

Otro grupo de riesgo es el formado por los niños, cuyas caídas se deben en gran parte a su estado de desarrollo, a su curiosidad innata y al aumento de su nivel de independencia, que les lleva a adoptar conductas de más riesgo. Aunque la supervisión insuficiente de los adultos es un factor citado frecuentemente, las circunstancias suelen ser complejas y hay interacciones con la pobreza, la monoparentalidad y los entornos particularmente peligrosos.

• Sexo: Ambos sexos corren el riesgo de sufrir caídas en todos los grupos de edad y todas las regiones. Sin embargo, en algunos países se ha observado que los hombres tienen mayor probabilidad de sufrir caídas mortales, mientras que las mujeres sufren más caídas no mortales. Las ancianas y los niños pequeños son especialmente propensos a las caídas y a una mayor gravedad de las lesiones consiguiente.

Otros factores de riesgo son:
• actividad laboral en las alturas y otras condiciones de trabajo peligrosas;
• consumo de alcohol y drogas;
• factores socioeconómicos tales como pobreza, hacinamiento en el hogar, monoparentalidad, y corta edad de la madre;
• trastornos médicos subyacentes, tales como trastornos neurológicos, cardíacos u otras afecciones discapacitantes;
• efectos colaterales de los medicamentos, inactividad física y pérdida de equilibrio, sobre todo en las personas mayores;
• problemas cognitivos, visuales y de movilidad, especialmente entre quienes viven en instituciones tales como las residencias de ancianos o los centros de

atención a pacientes crónicos;
• falta de seguridad del entorno, especialmente en el caso de las personas con problemas de equilibrio o de visión.

Prevención:
Las estrategias de prevención de las caídas deben ser integrales y polifacéticas; dar prioridad a la investigación y a las iniciativas de salud pública para definir mejor la carga, explorar los factores de riesgo y utilizar estrategias preventivas eficaces; apoyar políticas que creen entornos más seguros y reduzcan los factores de riesgo; fomentar medidas técnicas que eliminen los factores que posibilitan las caídas; impulsar la formación de los profesionales sanitarios en materia de estrategias preventivas basadas en datos científicos, y promover la educación individual y comunitaria para aumentar la concienciación.

Los programas eficaces de prevención de las caídas tienen como objetivo reducir el número de personas que las sufren, disminuir su frecuencia y reducir la gravedad de las lesiones que producen. Los programas de prevención de las caídas en los ancianos pueden incluir varios componentes para identificar y modificar los riesgos, tales como:
• Examen del entorno donde vive la persona para detectar riesgos;
• Intervenciones clínicas para identificar factores de riesgo, tales como el examen y modificación de la medicación, el tratamiento de la hipotensión, la administración de suplementos de calcio y vitamina D o el tratamiento de los trastornos visuales corregibles;
• Evaluación del domicilio y modificación del entorno en casos con factores de riesgo conocidos o antecedentes de caídas;
• Prescripción de dispositivos asistenciales apropiados para paliar los problemas físicos y sensoriales;
• Fortalecimiento muscular y ejercicios de equilibrio prescritos por profesionales sanitarios con formación adecuada;
• Programas grupales comunitarios que pueden incorporar componentes como la educación para prevenir las caídas y ejercicios del tipo del tai-chi o de equilibrio dinámico y fortalecimiento muscular;
• Uso de protectores de la cadera en personas con riesgo de fractura de la cadera en caso de caída.

En los niños, las intervenciones eficaces incluyen programas comunitarios polifacéticos; modificaciones técnicas del mobiliario, de los equipos de las zonas de recreo y de otros productos; y leyes sobre la instalación de protecciones en las

ventanas. Otras estrategias preventivas prometedoras son el uso de raíles o barreras de protección, los programas de visitas a domicilio, las campañas educativas públicas masivas y la formación de las personas y las comunidades en materia de atención médica pediátrica aguda en caso de caída.

5 Bibliografía

- https://guidofierro.com/diagnostico-y-tratamiento/hombro/anatomia-del-hombro/
- https://www.hoy.es/sociedad/salud/ingresos-caidas-casuales-20190205130659-ntrc.html.
- www.astursalud.es.
- http://www.ortoweb.com/blogortopedia/lesiones-de-hombro-supraespinoso-y-lesion-de-slap.
- https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/falls.

Capítulo 144

EDUCACIÓN SANITARIA A PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA

LIDIA GUTIÉRREZ CASAR

VERÓNICA OMAR MARTÍNEZ

ALEJANDRO ÁLVAREZ ÁLVAREZ

AITOR GARCÍA CASASOLA

NEREA ROZA BARJOLLO

1 Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1) las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la principal causa de muerte en el mundo. Se estima que desde la actualidad hasta el 2030 fallecerán aproximadamente 23,6 millones de personas a causa de una alguna enfermedad cardiovascular.

En cuanto a la población española, las ECV representan la primera causa de muerte. Durante los últimos 40 años, la mortalidad ha disminuido con relación a la edad en ECV, aunque se ha triplicado durante el mismo periodo de tiempo las tasas de morbilidad hospitalaria por ECV. El cambio en la mortalidad se debe a la disminución de ciertos factores de riesgo como la reducción de valores de colesterol en sangre y el control de la presión arterial. Sin embargo, el aumento de

otros factores de riesgo, como la obesidad, favorece al aumento de la morbilidad (2).

La insuficiencia cardiaca (IC) la padecen el 7% de las personas mayores de 45 años en España, y un 16% a partir de los 75 años. La IC es, a su vez, una de las principales causas de ingreso hospitalario y mortalidad (3).

El papel de la enfermera/o es fundamental debido a que es un profesional activo que está presente tanto en el medio intrahospitalario como atención primaria cumpliendo diversas funciones. Entre éstas se encuentra: favorecer a la adherencia de los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos, así como también una intervención educativa que tiene como fin garantizar el autocuidado del paciente basándose en las últimas recomendaciones (4).

2 Objetivos

Objetivo General:
- Conocer el papel de la enfermera en la educación sanitaria a pacientes con Insuficiencia Cardiaca.

Objetivos específicos:
- Describir el concepto de Insuficiencia Cardiaca y cuáles son las principales consecuencias.
- Enumerar los factores de riesgo para el desarrollo de la Insuficiencia Cardiaca.
- Citar las medidas de prevención y los cambios en el estilo de vida de los pacientes.

3 Metodología

Las búsquedas han tenido lugar en fuentes primarias y secundarias. Respecto a las primarias: en la Revista Científica Gaceta Sanitaria se ha seleccionado un documento a través de la palabra clave Insuficiencia Cardiaca y utilizando como filtro el tiempo de publicación (Últimos cinco años). Además, se ha añadido información de la página web oficial de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología y la página web de la Organización Mundial de la Salud. En cuanto a las fuentes secundarias, han sido utilizadas las siguientes bases de datos: Lilacs, Science Direct, Scielo y Dialnet.

Las palabras clave en las búsquedas han sido: Insuficiencia Cardiaca, Enfermedad

Cardiovascular, Enfermería, Dieta y Prevención. Seleccionando filtros relacionados con: Educación en Enfermería, Enfermería y Atención de enfermería. En total se han incluido nueve documentos que han cumplido los criterios de búsqueda en relación con los objetivos planteados.

4 Resultados

1. La Insuficiencia Cardiaca y las principales consecuencias.
La insuficiencia cardiaca (IC) tiene lugar cuando el corazón se debilita y es incapaz de bombear la sangre de forma adecuada al resto del organismo, lo cual dificulta cubrir las necesidades metabólicas y tisulares. Se estima que es la primera causa de ingreso hospitalario en pacientes mayores de 65 años y la tercera causa de muerte por ECV. Esta causada por trastornos estructurales o funcionales, de carácter grave y progresivo. La IC está considerada un problema de salud pública que ocasiona entre otros, altos costes socioeconómicos (3,5).

Por otra parte, es conocido que a medida que progresa la patología, los síntomas son de mayor intensidad lo cual supone que los pacientes acudan con más frecuencia a servicios de urgencias por descompensación clínica (5).

Los pacientes afectados de dicha patología sufren un empeoramiento de la calidad de vida. Los síntomas afectan a la realización de las actividades de la vida diaria, algunos de ellos son: disnea, insomnio, pérdida de apetito y disminución de relaciones sociales. La alteración que se produce facilita el acumulo de líquido en el organismo, dando lugar a edemas. Éstos pueden localizarse en los pulmones, miembros inferiores y abdomen, y es la principal causa de hospitalización. Además, dan lugar a la sensación de fatiga y cansancio que dificultan la realización de actividad física (3,5).

Respecto a la disnea es el síntoma más común en la IC al igual que la ortopnea; y, se relaciona directamente con las limitaciones para mantener un estilo de vida con un nivel deseable de autonomía e independencia (5).

La IC es una patología en la cual se dan exacerbaciones periódicas que en ocasiones requiere de un ingreso hospitalario relacionado con comorbilidades no cardiovasculares. Por ejemplo, la hipertensión pulmonar es una complicación frecuente en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Facilita el desarrollo de IC en las cámaras derechas del corazón, provocando un peor pronóstico (6).

Aunque también, la hipertensión pulmonar puede estar relacionada directamente con causas cardiovasculares en pacientes que no presenten EPOC. Consiste en un aumento de las presiones en el lecho vascular pulmonar relacionado con un aumento en la presión intraventriculauricular. Esto ocasiona una peor tolerancia al ejercicio y el aumento de la disnea, disminuyendo a su vez la supervivencia del paciente con IC (6).

Por otra parte, la valvulopatía esclerótica provoca una calcificación y fibrosis al igual que la aterosclerosis que desemboca en una hipertrofia compensatoria del ventrículo izquierdo y ello conduce hacia la disfunción y la IC (6).

Por último, el 30% de los pacientes con IC tienen fibrilación auricular (FA) aumentando así la mortalidad tanto en personas que tienen reducida o conservada la función sistólica. Esto sucede por presentar una mayor probabilidad de desarrollar un tromboembolismo y eventos isquémicos cerebrales (6).

2. Los factores de riesgo para el desarrollo de la insuficiencia cardiaca.
Existen diferentes factores de riesgo, algunos no modificables como los antecedentes familiares y la edad; y otros sí modificables, correspondientes a exposiciones y hábitos. Dentro de estos últimos se encuentran: el tabaquismo, exposición permanente al humo de leña durante un tiempo superior a dos años, consumo de dieta hipercalórica, dieta rica en grasa, consumo de alcohol y otras drogas como la cocaína; sedentarismo, estrés, diabetes, anticonceptivos orales, obesidad y sobrepeso (6,7).

Además, de otros factores correspondientes a condiciones clínicas como (6):
- Hipertensión arterial no controlada en pacientes con hipertensión crónica .
- Hipertensión arterial con un diagnóstico reciente (Con una presión arterial establecida mayor o igual a 150/90 mmHg en mayores de 60 años, y mayor o igual a 140/90 mmHg en menores de 60 años).
- Historia clínica de Infarto Agudo de miocardio.
- Cardiopatía isquémica crónica.
- Arteriopatía periférica.

Respecto a factores relacionados con hábitos nocivos, por ejemplo, el tabaquismo, no solamente aumenta el riesgo de desarrollar EPOC si no también, juega un papel importante en la resistencia de las paredes vasculares y predisposición a la aterosclerosis (6).

Por otra parte, el 40% de los pacientes con IC presentan Diabetes Mellitus (DM)

tipo II, aumentando la probabilidad de sufrir obesidad, HTA, enfermedad coronaria, insuficiencia renal, anemia y valvulopatías. Al igual que la DM II, el sobrepeso u obesidad y la dislipemia son factores importantes en el origen de la enfermedad isquémica coronaria.

El consumo habitual de ácidos grasos saturados incrementa el LDL-colesterol y los hidratos de carbono de absorción rápida aumentan el VLDL y los triglicéridos, contribuyendo así negativamente a las cifras de HDL-Colesterol. Por esta razón, una alimentación hipercalórica o rica en grasas favorece a padecer sobrepeso u obesidad y dislipemia, incrementando el riesgo de aterosclerosis y enfermedad coronaria (6).

Por último, en lo que respecta a la obesidad, en el estudio Framingham, el 66% de los pacientes con obesidad presentaban una disminución de la fracción de eyección ventricular izquierda (FEVI) en un ecocardiograma realizado en 30 días posteriores tras el diagnóstico de IC. En cambio, no se evidenciaron datos de cuántos pacientes que desarrollaban IC tenían ECV. Este último dato es importante debido a que la obesidad predispone a padecer IC por ser un FR para la aterosclerosis y no, una causa directa de IC. Además, el estudio de Framingham evidenció que por cada 10% de aumento de peso la PA aumenta 6,5 mmHg, el colesterol plasmático, 12 mg/dl y la glucemia incrementa 2 mg/dl (8).

3. Las medidas de prevención y los cambios en el estilo de vida de los pacientes.
La prevención de la ECV consiste en un conjunto de acciones que están dirigidas hacia la población o a un individuo, que tienen como objetivo eliminar o reducir las consecuencias de la ECV. Es importante mantener un estilo de vida saludable de por vida para controlar el riesgo cardiovascular (RCV). Dicho estilo de vida consiste en reducir los factores de riesgo en pacientes con ECV y motivar a la población sana a seguir hábitos de vida saludables (2).

La educación es un factor fundamental para la adquisición de competencias por parte de los profesionales de enfermería. Teniendo en cuenta que la educación es el medio que permite y facilita el cambio de conductas y comportamientos de los individuos. La intervención educativa tiene como fin mantener la estabilidad clínica del paciente con IC; incluyendo en los programas educativos: control de peso, restricciones al consumo de sodio y líquidos, actividad física, adherencia al tratamiento farmacológico y conocimiento de síntomas de descompensación de la enfermedad para poder acudir precozmente a los servicios sanitarios.

Los profesionales de enfermería, desde el rol educativo, han demostrado que con-

tribuyen favorablemente a mejorar la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en la población diana, así se ha evidenciado comparando personas que estaban incluidas en programas educativos y grupos de control (9). Respecto a los hábitos en la alimentación, el consumo diario de frutas, verduras y frutos secos reduce hasta un 30% el RCV; y la ingesta de pescado al menos una vez a la semana disminuye un 16% el RCV. El riesgo de ECV y su mortalidad presentan cifras más bajas cuanto más es la adherencia a la dieta mediterránea. Ésta se caracteriza por un abundante consumo de productos de origen vegetal, frutas, cereales, legumbres y frutos secos; en cambio, hay una escasez en ingesta de carnes rojas y productos azucarados. La fuente principal de grasas es el aceite de oliva, se recomienda lácteos, pollo y pescado de forma moderada (2).

En cuanto a las bebidas azucaradas, éstas incrementan el riesgo de obesidad y ECV, así como también, la ingesta abundante de alcohol se relaciona con un RCV alto, de modo que, ambas bebidas se desaconsejan tanto en pacientes con IC como en población sana (2).

La práctica de actividad física de forma regular está relacionada con un menor riesgo de complicaciones y mortalidad CV. Esto, se debe a la influencia positiva del ejercicio sobre varios FR como la HTA, lipoproteínas aterógenas, peso y DM. Además, está demostrado que mejora, no solamente la capacidad física, sino también beneficia a la salud mental (2).

Por último, el abandono del tabaco y evitar la exposición al humo de éste es la medida más eficiente para prevenir la ECV. De modo que, se aconseja identificar a los pacientes fumadores y fomentar el abandono de este hábito, ofrecer ayuda, incluyendo seguimiento (2).

5 Discusión-Conclusión

La obesidad se considera un factor de riesgo para el desarrollo de la IC, aunque existen documentos que no la consideran FR directamente sobre dicha patología. Esto se debe a que la obesidad actúa como elemento que influye sobre la HTA, la DM y las dislipemias. De modo que, no está claramente establecido si es un factor de riesgo independiente sobre la cardiopatía coronaria ateroesclerótica o si, es un elemento influyente sobre otros FR de la IC (6,8).

Las principales conclusiones son:
- La IC está causada por trastornos estructurales o funcionales, de carácter grave

y progresivo que impide que el corazón pueda bombear la sangre de forma adecuada al resto del organismo.
- Los pacientes afectados de IC sufren un empeoramiento de la calidad de vida, no solamente por los síntomas habituales, sino también por las exacerbaciones periódicas que precisan de un ingreso hospitalario.
- Existen factores de riesgo no modificables y otros sí modificables, sobre los que debemos actuar, relacionados con hábitos de vida y exposiciones.
- La educación es un factor fundamental que permite el cambio de conductas y comportamientos de los individuos.
- La intervención educativa de los profesionales de enfermería contribuye a mantener la estabilidad clínica del paciente.

6 Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). [Acceso 15/01/2020]. Enfermedades cardiovasculares. Disponible en: https://www.who.int/cardiovascular_diseases/about_cvd/es/.
2. Royo-Bordonada MA, Armario P, Lobos Bejarano JM, Botet JP, Villar Álvarez F, Elosua R et al. Adaptación española de las guías europeas de 2016 sobre prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica. Gac Sanit [Revista en internet] 2017 [Acceso 15/01/2020], 31 (3) [255-68]. Disponible en: http://www.gacetasanitaria.org/es-adaptacion-espanola-guias-europeas-2016-articulo-S0213911117300365?referer=buscador.
3. Educación para la salud cardiovascular. Insuficiencia cardiaca. Asociación Española de Enfermería en Cardiología. [Acceso 15/01/2020]. Disponible en: https://www.enfermeriaencardiologia.com/category/educacion-para-la-salud-cardiovascular/
4. Molano DY, Hernández C. The role of the nurse in heart failure units and education on heart failure. [Science Direct] Colombia: 12 de enero de 2016 [Acceso el 15/01/2020]. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0120563316000139.
5. Marques de Sousa M, Dos Santos Oliveira J, Guimarães Oliveira Soares MJ, Muniz da Silva Bezerra M, Dos Santos Oliverisa SH. Efeitos físicos e psicossociais da insuficiencia cardíaca na percepção da qualidade de vida. Cotigare Enferm. [Revista en Internet] 2017 [Acceso 15/01/2020], 22 (2). Disponible en: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/biblio-868420?lang=en.
6. Mascote JE, Salcedo DM, Mascote MR. Prevalencia de factores de riesgo para insuficiencia cardíaca y discusión de sus posibles interacciones fisiopatológicas.

Rev Med Vozandes [Revista en internet] 2018 [Acceso 16/01/2020], 29 (2): [55-65]. Disponible en: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/biblio-997050.
7. Cedeño Zambrano JE, Vásquez Jaramillo PA, Roca Lino VE. Riesgo vascular relacionado con el consumo de alcohol. Dom Cien [Dialnet] 2016 [Acceso 16/01/2020], 2 (4): [17-27]. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5761632.
8. García Milian AJ, Creus García ED. La obesidad como factor de riesgo, sus determinantes y tratamiento. Rev Cubana Med Gen Integr [Scielo] 2016 [Acceso 20/01/2020], 32 (3): [1-13]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252016000300011.
9. Olmos Salamanca J, Madrid Murcia V, Mejía Liñan GA, Narváez Martínez MA. Roles of the nursing profesional in the patient with heart failure. [Science Direct] Colombia: 2016 [Acceso 20/01/2020]. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S012173721600011X.

Capítulo 145

LA LACTANCIA MATERNA Y RECOMENDACIONES

LIDIA GUTIÉRREZ CASAR

MARIA PILAR MIGUEL GALÁN

1 Introducción

Una alimentación óptima es clave para la salud y el correcto crecimiento de los niños, y más en la etapa crítica entre el nacimiento y los dos años de vida. La lactancia materna (LM) es probablemente la intervención sanitaria que, con el mínimo coste económico, proporciona múltiples beneficios. Por esta razón, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) establecieron en el 2002, la Estrategia Mundial para la alimentación óptima del lactante y el niño pequeño. En esta Estrategia determinaron que la mejor recomendación es iniciar la alimentación al pecho en la primera hora de vida y mantener la LM exclusiva en los primeros seis meses. A partir de ahí, complementar la LM con otros alimentos hasta los dos años de vida o más (1,2).

A nivel mundial, aunque en la mayoría de los países el inicio de la LM presenta altos porcentajes, a lo largo de los primeros meses hay un descenso progresivo. UNICEF ha publicado en el año 2016 que solo un 43% de los niños (2 de cada 5) continúan con LM exclusiva a los seis meses.

En España, las cifras que se conocen son extraídas de las Encuestas Nacionales de Salud (ENS) que indican que la tasa de LM a las seis semanas de vida alcanza cifras del 71%. Además, se ha observado que en los últimos 15 años ha habido

un aumento progresivo de cifras de LM a los 3 y 6 meses de vida. Sin embargo, en el año 2012 a los seis meses el porcentaje de LM exclusiva era aproximadamente 28,5%, una cifra similar a la posición global europea, pero difiere de las recomendaciones de la OMS-UNICEF (1).

Es importante tener en cuenta que fomentar y facilitar la LM es un intervención en salud pública. Aunque hay una amplia aceptación pública y profesional de que la lactancia artificial es cada vez más equivalente a la lactancia materna, sin embargo, existen estudios que demuestran lo contrario (3). Por esta razón, es importante conocer adecuadamente en qué consiste la lactancia materna y cómo los profesionales pueden colaborar en fomentarla.

2 Objetivos

Objetivo general:
- Conocer la importancia y los efectos de la lactancia materna.

Objetivos específicos:
- Explicar en qué consiste la lactancia materna y sus beneficios.
- Citar las posibles complicaciones y dificultades de la lactancia materna.
- Enumerar las recomendaciones de los profesionales de la salud.

3 Metodología

Las búsquedas para llevar a cabo esta revisión bibliográfica han tenido lugar en fuentes primarias y secundarias. Las fuentes primarias han sido: páginas web de organismos oficiales como la Organización de la Salud, Asociación Española de Pediatría, en la cual se han extraído dos documentos.

Además, tres guías: Guía de embarazo, parto y lactancia, Guía para las madres que amamantan y Los consejos de tu matrona.

Respecto a las fuentes secundarias, dos bases de datos:
Cuiden: mediante la combinación de las palabras clave: Lactancia materna, Beneficios y Enfermería a través del booleano AND. Se seleccionaron dos documentos, no incluidos en la revisión.
Cochrane: a través de la búsqueda: Lactancia Materna, se ha seleccionado un documento incluido en la revisión.

4 Resultados

1. La lactancia materna y sus beneficios:
Según la Sociedad Europea de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica (ESPGAN) se define como "Lactante" al niño menor de 12 meses de vida. En este período, la leche es el alimento fundamental en la dieta. Hay tres tipos de lactancias: materna, mixta y artificial. La primera también puede denominarse biológica y se basa exclusivamente en leche humana, normalmente de la madre. La segunda, combina la lactancia de la leche humana y tomas complementarias de leche artificial. Y, la última puede tener su origen animal (principalmente de vaca) o vegetal (almendras y soja) (4).

Se deben tener en cuenta los procesos fisiológicos de la LM, ya que el conocimiento es fundamental para el éxito de este tipo de alimentación. Es importante saber que no tiene importancia la forma y el tamaño del pecho.

Tanto las mamas de menor o mayor tamaño producen la leche suficiente para el lactante. En cuanto a la secreción de la leche, en la producción y en el mantenimiento hay dos fenómenos clave: el reflejo de succión del bebé y el vaciamiento de las glándulas mamarias. La "subida de la leche" puede tardar entre 48-92 horas, aunque durante ese tiempo se segregue el calostro. Éste, se produce durante los primeros días, tiene un aspecto espeso y amarillento; es rico en proteínas, anticuerpos, beta-carotenos y calorías, aunque pobre en grasas y lactosa.

La succión frecuente del recién nacido favorece a una mayor producción láctea. Hasta aproximadamente una semana tras el parto no aparece la leche "madura"; sin embargo, se debe tener en cuenta que el calostro es suficiente para el bebé y no se debe caer en el error de considerar que es una cantidad escasa (4).

La LM tiene múltiples beneficios, en primer lugar, para el lactante (4,5):
- La leche materna es el único alimento que cubre todas las necesidades nutricionales durante los seis primeros meses.
- Es el alimento con más facilidad de digerir y absorber, por esta razón, tienen menos riesgo de sufrir cólicos, estreñimiento y diarreas.
- Uno de los principales beneficios es el contenido en defensas naturales, protegiendo así al lactante de infecciones, sobre todo respiratorias y digestivas.
- Contribuye a disminuir el riesgo de algunas patologías tanto en la edad adulta como en la infancia: diabetes, obesidad, linfomas, enfermedad inflamatoria intestinal, otitis, infección urinaria, entre otras.
- Favorece el desarrollo intelectual y afectivo.

- Tiene un factor protector sobre la muerte súbita.
- Si el recién nacido es prematuro, la leche materna es el alimento que mejor va a tolerar y más le va a favorecer al desarrollo.

En segundo lugar, presenta beneficios para la madre (4,5):
- Amamantar suele ser una experiencia placentera, que potencia la autoestima y la seguridad en sí misma.
- Previene y disminuye la depresión postparto.
- Disminuye el riesgo de: anemia en el postparto, de cáncer mama y de ovario en la premenopausia, osteoporosis y artritis reumatoide.
- Favorece a la recuperación del útero y a la pérdida de peso debido a la movilización de grasas acumuladas como forma de reserva durante el embarazo.
- Contribuye a la relajación de la madre en relación con las hormonas segregadas al amamantar.

En último lugar, también hay que tener en cuenta que, en el caso de la lactancia materna, la leche siempre está preparada y con la temperatura adecuada. Además, es un alimento ecológico y gratuito (5).

2. Las posibles complicaciones y dificultades de la lactancia materna.
Dar de mamar no es un proceso sencillo al principio, sino más bien necesita un período de adaptación que requiere de mucha paciencia y aprendizaje. Existen una serie de complicaciones frecuentes en las que es preciso identificar la causa y solucionarla. Para ello, es necesario la colaboración de profesionales de la salud y/o apoyo entre grupos de madres que sirven de gran utilidad (6). Algunas de las dificultades que se pueden presentar en la lactancia son (5,6):

• Dificultades en el agarre: Si el niño tiene un buen agarre no debe doler dar de mamar. En cambio, si se presentan algunos signos o síntomas como el dolor es indicativo que el niño, aunque pueda estar bien colocado, no está manteniendo un buen agarre. Los signos son: tomas muy largas, el niño gana poco peso, se agarra con dificultad, se suelta mucho o hace ruidos tipo "chasquidos" al mamar, ingurgitación e inflamación de los pechos, dolor continuo cuando amamanta y pezones agrietados. En este caso, debe interrumpir la succión introduciendo un dedo en la boca del niño por un lado de su boca y separarlo, para volver a colocarlo de nuevo modificando la postura con el fin de que coja buena parte de la areola, no solamente el pezón. Se deben tener en cuenta, además, cómo son las características del buen agarre: boca bien abierta, labio inferior evertido hacia fuera, barbilla junto al pecho y cuerpo alineado.

• Ingurgitación mamaria: No se produce por el acúmulo de leche, sino por la congestión de la glándula mamaria. Esto está relacionado con la dilatación vascular en la glándula que se está preparando para la lactancia. Los pechos están tensos, inflamados y calientes. El bebé tiene dificultad para agarrarse correctamente y la madre siente que no puede vaciar el pecho. Se aconseja: aumentar la frecuencia de las tomas, aplicar calor antes de cada toma o darse una ducha caliente, de esta manera se facilita la salida de la leche. Entre cada toma, se puede aplicar frío para aliviar las molestias e incluso tomar un antiinflamatorio. Además, puede ser necesario y de gran utilidad realizar la técnica de la presión inversa suavizante. Ésta, consiste en realizar un masaje linfático con los propios dedos colocados alrededor del pezón y presionar hacia la espalda durante 3 minutos. Esto debe realizarse antes de cada toma y siempre que sienta la areola tan dura que no pueda hundir el dedo en ella.

• Dolor: es normal durante los primeros días sentir ligeras molestias en el pezón debido a la sensibilidad que aumenta durante el embarazo. En cambio, si este dolor no cesa, debido a un mal agarre o incluso, no coincide con las tomas sino entre ellas también puede deberse a una infección u otro tipo de complicación que deba ser consultado con un profesional.

• Grietas en el pezón: son traumatismos en el pezón a consecuencia de un mal agarre. En ocasiones, la causa del mal agarre puede estar relacionado con que el niño tenga frenillo que mediante una frenotomía puede eliminarse. Hasta que cicatricen estas heridas se pueden utilizar pezoneras y consultar con un profesional para corregir los posibles errores tras la observación de una toma.

• Mastitis: los signos que se presentan ante esta infección son: grietas, dolor tipo pinchazo durante la toma, el bebé está irritado durante las tomas, enrojecimiento, tumefacción e induración de una o de las dos mamas, fiebre, malestar general y escalofríos y/o ganglios axilares engrosados. Mediante un cultivo de la leche se puede confirmar la infección y comenzar el tratamiento. Se recomienda reposo en cama en posición decúbito supino, consumir abundantes líquidos y usar un sujetador de algodón. Respecto a la extracción de la leche, se debe comenzar por la mama afectada; se puede vaciar un poco previamente a la toma de forma manual; calor antes de amamantar y frío tras las tomas. En cuanto a la medicación, el facultativo valorará si es preciso o no, en el caso de ser necesario puede ser completamente compatible con la lactancia.

3. Las recomendaciones de los profesionales de la salud.
Según la Guía de Embarazo, Parto y Lactancia (5) los principales consejos para

favorecer al éxito de la LM son:

- La primera toma debe iniciarse cuanto primero se pueda, mientras se realiza el contacto piel con piel tras el nacimiento. El recién nacido buscará el pecho de forma espontánea y tendrá lugar la primera toma. Además, el contacto piel con piel favorece a la adaptación entre la madre y el recién nacido y contribuye a la producción de leche.
- En las primeras tomas se segrega el calostro y aunque es poca cantidad, tiene todas las propiedades nutricionales que necesita el recién nacido en los primeros días de vida. Por lo tanto, no se debe caer en el error de considerar que es insuficiente porque no necesita más que el calostro.
- Es normal que los primeros días el recién nacido necesite mamar con mucha frecuencia, ello no significa que tenga hambre, sino que es su forma natural de alimentarse y estimular más producción de leche. Se debe tener paciencia y, tener en cuenta que requiere de un proceso de aprendizaje entre la madre y el hijo.
- En cuanto a las tomas frecuentes, se debe ofrecer el pecho siempre que el niño tenga signos de querer mamar a demanda, por ejemplo: movimientos con la boca de búsqueda del pecho, chupetea y saca la lengua. No se recomienda esperar a que llore, ya que ante la irritabilidad es más difícil el agarre. Si esto ocurre, primero hay que calmar al niño antes de colocarlo al pecho.
- Cada niño tras pasar aproximadamente una semana; poco a poco regularizará las tomas en función de su propio horario; pero hasta el momento, suelen ser entre 8-10 tomas diarias, pero sin reglas fijas.
- La producción láctea durante las tomas nocturnas aumenta debido al aumento de la hormona estimulante, la prolactina. Estas tomas son importantes para favorecer al establecimiento de la lactancia y evitando la ingurgitación de las mamas.
- Para ofrecerle el pecho, se debe sujetar la mama en forma de "C" con el pulgar por encima de la areola y los otros dedos por debajo. Primero se aconseja estimular al bebé rozándole el pezón por el labio superior para que sea él quien busque el pecho y abra adecuadamente la boca. Cuando esto ocurra, se debe aproximar el niño al pecho con la mano que se encuentra sujetándole por la espalda. En el caso de que la mama sea voluminosa y flácida, al bebé le resultará más cómodo si succiona con el pecho desde arriba. Puede coger el pecho con forma de "U", el pulgar y el índice detrás de la areola.

Existen varias las posturas en las que se pueda dar de mamar, por ejemplo: Postura de crianza o biológica, sentada, acostada, invertida o caballito. Lo importante es que tanto la madre como el hijo estén cómodos, el agarre sea adecuado y el cuerpo del niño esté alineado y pegado al cuerpo de la madre (7).

En cuanto a la alimentación, la mujer que está con LM necesita una dieta saludable y variada, evitando aditivos y contaminantes. En algunos casos, es preciso tomar suplementos alimentarios pautados por un facultativo. Por ejemplo, se aconseja un suplemento de 200-300 mcg/día de yodo durante la gestación y la lactancia, además de cocinar con sal yodada y consumir pescado. No se ha demostrado que ningún alimento contribuya a aumentar la producción láctea, solamente el estímulo que realiza el bebé mediante la succión (7).

Además, el ejercicio físico moderado, como caminar una hora diaria favorece a mejorar la salud de la madre y facilita la recuperación de peso previo a la gestación (7).

5 Discusión-Conclusión

En España, el permiso retribuido por maternidad consiste en 16 semanas desde el día del parto. En cambio, según la OMS se aconseja mantener la LM exclusiva durante 6 meses. La incorporación de la mujer al trabajo es un factor importante que afecta en el mantenimiento de la lactancia durante el plazo recomendado (2,5).

Por ello, sería positivo que se fomentara la lactancia no solamente desde los profesionales de la salud y la educación sino también, reduciendo factores que intervienen o dificultan el mantenimiento de la lactancia. Por ejemplo, a través de la amplitud de dicho permiso.

Las conclusiones de esta revisión son:
-La lactancia materna (LM) o biológica consiste en la alimentación a través de la leche humana que presenta múltiples beneficios para el niño y la madre.
-La leche humana es el único alimento que cubre todas las necesidades nutricionales durante los primeros 6 meses de vida.
-La LM requiere de un proceso de adaptación y aprendizaje para que tenga lugar con éxito.
-Existen varias complicaciones que pueden evitarse a través del conocimiento que proporciona la ayuda de profesionales sanitarios o grupos de apoyo.
-Es importante seguir las recomendaciones basadas en la evidencia, como por ejemplo iniciar la primera toma durante el contacto piel con piel tras el parto.
-La mujer que está amamantando debe seguir una dieta variada y saludable, al igual que practicar ejercicio físico para facilitar a la recuperación.

6 Bibliografía

1. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Lactancia Materna en cifras: tasas de inicio y duración de la lactancia en España y en otros países. 2016. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/201602-lactancia-materna-cifras.pdf.
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). [Acceso 24/01/2020]. Lactancia Materna. Disponible en: https://www.who.int/topics/breastfeeding/es/.
3. Biblioteca Cochrane. Promover la Lactancia Materna para el bienestar de madres e hijos. Disponible en: https://es.cochrane.org/es/colespecial-lactancia-materna.
4. Asociación Española de Matronas. Los consejos de tu matrona. Madrid; 2017.
5. Grupos de trabajo de Guía de Embarazo y Parto, Guía de Salud Oral y Guía de Lactancia Materna. Consejería de Sanidad, Dirección General de Salud Pública y Servicio de Salud del Principado de Asturias. 2ª ed. 2017.
6. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. Guía para las madres que amamantan. 1ª ed. 2017.
7. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Recomendaciones sobre Lactancia Materna. 2012. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/201202-recomendaciones-lactancia-materna.pdf.

Capítulo 146

EL ABORDAJE DE LA DIABETES GESTACIONAL

LIDIA GUTIÉRREZ CASAR

1 Introducción

La diabetes es una enfermedad crónica que se produce cuando el páncreas no es capaz de segregar la insulina necesaria o cuando el organismo no la utiliza eficazmente. A través de la insulina se regula y controla el nivel de glucosa en sangre. La principal consecuencia de la diabetes no controlada es la hiperglucemia (aumento de la glucosa en la sangre), y esto provoca efectos perjudiciales sobre órganos y sistemas; fundamentalmente sobre los nervios y los vasos sanguíneos (1).

La prevalencia a nivel mundial en adultos ha ascendido del 4,7% en 1980 al 8,5% en 2014. La OMS estima que la diabetes será la séptima causa de mortalidad en 2030. Actualmente, aproximadamente la mitad de las muertes relacionadas con la hiperglucemia tienen lugar antes de los 70 años (1).

Pueden diferenciarse tres tipos de diabetes: diabetes mellitus tipo 1, tipo 2 y gestacional. Aunque no todas las diabetes son iguales, tienen un aspecto común fundamental, la glucosa no entra en las células y se alcanzan unos niveles de glucemia más elevados de lo normal (1,2).

La prevalencia de la Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) varía entre el 7% y el 14% en función de la población de referencia. Estas mujeres, además, tienen más riesgo de desarrollar a lo largo de su vida DM tipo 2. Es importante conocer las consecuencias de la DMG y cómo contribuir en la prevención ya que el abordaje

de esta patología implica la intervención de múltiples profesionales de la salud (3).

2 Objetivos

Objetivo general:
- Conocer el abordaje de la diabetes gestacional.

Objetivos específicos:
- Describir qué es la diabetes gestacional y su diagnóstico.
- Enumerar los factores de riesgo asociados y las consecuencias.
- Citar las medidas de tratamiento y control de la diabetes gestacional.

3 Metodología

La búsqueda bibliográfica se ha realizado en diferentes fuentes de información. En primer lugar, en bases de datos como: Dialnet, donde se han seleccionado tres documentos, de los cuales están incluidos dos en la revisión; Lilacs, a través de las palabras "Diabetes Gestacional" y utilizando como filtros: publicaciones en los últimos cinco años y asunto principal "Embarazo", se han seleccionado dos documentos no incluidos.

Además, se han realizado búsquedas en páginas web de organismos oficiales como fuentes primarias: Fundación para la Diabetes y Organización Mundial de la Salud. Por otra parte, se ha incluido un documento de la Consejería de Sanidad y una guía de práctica clínica de la Editorial Elsevier.

Palabras clave: Diabetes Gestacional, Embarazo, Diagnóstico, Consecuencias, Dieta.

4 Resultados

1. La diabetes gestacional y su diagnóstico.
La DMG es la hiperglucemia que se detecta por primera vez en el embarazo. Si los valores de glucemia son ligeramente elevados se conoce como diabetes gestacional, en cambio, si los niveles de glucosa en sangre son bastante elevados en comparación con las cifras normales, se denomina diabetes mellitus en el embarazo. La DMG suele aparecer a partir de la semana 24 de gestación. Al principio

del embarazo, las mujeres de alto riesgo deben realizar un test de tolerancia a la glucosa, y, entre la semana 24 y 28 de gestación todas las mujeres embarazadas (4).

El origen de la DMG se encuentra en que, debido a las hormonas presentes en el embarazo, se produce una disminución de la sensibilidad de la insulina, que progresivamente se hace más evidente en el segundo trimestre del embarazo. En las mujeres en las que no es posible compensar el aumento de la resistencia a la insulina aparece la Diabetes Mellitus Gestacional (5).

Se recomienda que en la primera consulta se identifique a la mujer como población de riesgo o no; y, si lo fuera se realizaría el Test de O´Sullivan en el primer trimestre. Si, por el contrario, no es población de riesgo, dicho cribado tendrá lugar entre la semana 24-28 (segundo trimestre) de gestación (3).

Para llevar a cabo el diagnóstico hay dos tipos de procedimientos (2):
- El test de O´Sullivan: la mujer toma 50 gramos de glucosa y se mide la glucemia a la hora, si el valor es superior a 139 mg/dl, se realiza una curva de 3 horas. Se dan 100 gr y se mide la glucemia antes, a la hora y a las tres horas tras la toma. Si se obtienen cifras igual o superiores a 95, 180, 155 y 140 mg/dl respectivamente se diagnostica la DMG.
- La mujer toma 75 gr de glucosa y se mide la glucemia antes, a la hora y a las dos horas. Si uno de los valores es igual o superior a 92, 180 y 153 mg/dl respectivamente se diagnostica DMG.

Respecto a los síntomas típicos de la hiperglucemia, destacan: polidipsia y sequedad de boca, poliuria, cansancio, polifagia, pérdida de peso y visión borrosa. En cambio, durante el embarazo son difíciles de diferenciarlos de los síntomas normales de embarazo, pero puede destacar la polidipsia y la poliuria en comparación con la sed y la frecuencia de orinar habitual. Es por esto, la importancia de realizar el test de tolerancia oral a la glucosa, ya que los síntomas no suelen ser referencia en el embarazo, a diferenciar de una mujer que no esté embarazada (4).

2. Los factores de riesgo asociados y las consecuencias de la DMG.
El riesgo de ser diagnosticada de DMG aumenta con los mismos factores que la diabetes tipo 2, por ejemplo: obesidad, edad avanzada, sedentarismo y estilo de vida poco saludable; pero además se deben tener en cuenta otros aspectos como (2,3,6):
- Recién nacido previo con macrosomía.

- Antecedentes de DMG en embarazos anteriores.
- Abortos de repetición
- Antecedentes relacionados con la resistencia a la insulina:
• Hipertensión
• Hiperlipidemia
• Ovarios Polimicroquísticos
• Acantosis Nigricans
- Antecedentes familiares de DM en primer grado.
- Minorías étnicas con alta prevalencia de DM: población de Sudeste asiático, caribeños de raza negra, oriente medio y de origen latinoamericana.

Las mujeres que son diagnosticadas de hiperglucemia durante la gestación tienen mayor riesgo de efectos perjudiciales en el embarazo. Por ejemplo: tienen más riesgo de sufrir hipertensión (Preeclampsia) y macrosomía fetal. Éste último, puede complicar y arriesgar un parto por vía vaginal4.

Respecto a la preeclampsia, está relacionado con la resistencia a la insulina. Además, también es más frecuente que las mujeres embarazadas con diabetes tengan polihidramnios, aunque esto no parezca estar asociado con un incremento en la mortalidad o morbilidad. La DMG aumenta la probabilidad de muerte fetal intrauterina, y esto se debe sobre todo a un mal control glucémico. En cuanto a los recién nacidos de madres con diabetes gestacional tienen más riesgo de morbilidad, hipoglucemias, hiperbilirrubinemia, hipocalcemia, hipomagnesemia, policitemia, dificultad respiratoria y/o cardiomiopatía. Además, es más fácil que desarrollen diabetes tipo 2 en la adolescencia y juventud (4,7).

Normalmente, la DMG desaparece tras el parto. En cambio, las mujeres que han tenido dicho diagnóstico tienen más riesgo de desarrollar DMG en siguientes embarazos, así como también tienen más riesgo de padecer DM tipo 2 a lo largo de su vida (4).

3. Medidas de tratamiento y control de la diabetes gestacional

El objetivo fundamental del tratamiento de la DMG es el control de la glucemia materna, ya que esto favorece a disminuir la morbilidad y mortalidad materno-fetal a valores próximos a gestaciones sin DMG. Es importante evitar un tratamiento que pueda provocar hipoglucemias, consecuencia que ocurre en el 60% de las pacientes; en la mayoría de los casos es asintomático para la madre, pero perjudica al feto. La clave del tratamiento está en el control de los hidratos de carbono (HC) en la dieta; ejercicio físico adaptado a la madre y tiempo de gestación; y, en algunos casos es necesario la administración de insulina (5).

Para tener un adecuado control de la glucemia se debe conseguir que (3):
- En ayunas cifras de glucemia igual o menor a 95 mg/dl.
- 1 hora postprandial glucemia igual o menos a 140 mg/dl.
- 2 horas postprandial glucemia igual o menor a 120 ml/dl.

En cuanto a la alimentación, se recomiendan hábitos de vida saludables que deben mantenerse incluso después del embarazo para evitar el desarrollo de diabetes tipo 2, obesidad y enfermedades cardiovasculares (3).

El peso pregestacional y la ganancia ponderal durante el embarazo son factores que afectan directamente en la evolución y el parto. Las medidas en la dieta deben plantearse como objetivo (3):
- Mujeres con Índice de Masa Corporal (IMC) normal (18,5-24,9 kg/m2): ganancia de peso en torno a 9-13 kg
- Mujeres con IMC de sobrepeso (25-29,9 kg/m2): ganancia de peso entre 6,8-11,4 kg
- Mujeres con IMC de obesidad (igual o superior 30 kg/m2): No debe superar 6,8

El aporte calórico depende del peso pregestacional y se calculará en función del IMC (3):
- Mujeres de bajo peso deben seguir una dieta de 35-40 kcal/kg de peso.
- Mujeres de normopeso: 30-45 kcal/kg de peso.
- Sobrepeso: 25-30 kcal/kg de peso.
- Obesidad:23-25 kcal/kg de peso.

Es importante tener en cuenta que el reparto de los hidratos de carbono es entre cinco comidas al día. Se recomienda a todos los casos de diabetes gestacional que entre el desayuno y la comida se ingiera a media mañana hidratos de carbono también, al igual que durante la tarde (2).

Si con el cambio en la alimentación no es suficiente para controlar la hiperglucemia, es preciso recurrir a antidiabéticos. Generalmente, se administra insulina con dosis poco agresivas y que permiten el adecuado control de la glucemia (2).

Por último, en cuanto al ejercicio físico, se aconseja realizar ejercicio tipo aeróbico durante 30 minutos entre cinco y siete días por semana. Todas las sesiones deben comenzar por calentamiento y estiramiento entre 5-10 minutos, y terminando del mismo modo. Las embarazadas que no hacen ejercicio habitualmente deben comenzar por sesiones de menos tiempo de duración e ir amplián-

dolo progresivamente (3).

5 Discusión-Conclusión

No se ha encontrado información relevante que aporte datos contradictorios a otra fuente. De modo que, las conclusiones de esta revisión bibliográfica son:
• La Diabetes Mellitus Gestacional es la hiperglucemia que se detecta por primera vez en el embarazo, generalmente a partir de la semana 24 de gestación.
• Los síntomas no son referentes en la DMG ya que son difíciles de diferenciar en el embarazo, por ello, es importante realizar el Test de Tolerancia Oral a la glucosa.
• Los factores de riesgo son similares a la diabetes tipo 2: obesidad, sedentarismo, estilo de vida poco saludable, entre otros aspectos.
• La DMG no controlada ocasiona consecuencias perjudiciales tanto para el niño como la madre, por ejemplo: mayor riesgo de preeclampsia y macrosomía fetal.
• El objetivo del tratamiento se basa en controlar la glucemia a través de cambios en la dieta y en el estilo de vida.
• El tratamiento farmacológico es la última opción si no se puede controlar mediante la dieta y el ejercicio.

6 Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). [Acceso 31/01/2020]. Diabetes. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes.
2. Fundación para la Diabetes. [Acceso 31/01/2020]. La diabetes. Disponible en: https://www.fundaciondiabetes.org/general/441/diabetes-gestacional.
3. Forcada Falcón M, Aceituno Velasco L, Acosta Delgado D, Arribas Mir L, Aznarte Padial P, Candela Gómez C et al. Documento de Apoyo Diabetes Mellitus Gestacional. Junta de Andalucía. Consejería de Salud. 2017. Disponible en: http://red.pidma.es/file.php/1/Doc_Apoyo_Diabetes_Gestacionalv7.pdf.
4. International Diabetes Federation. Atlas de la Diabetes de la FID. 7º ed. 2015. Disponible en: https://www.fundaciondiabetes.org/upload/publicaciones_ficheros/95/IDF_Atlas_2015_SP_WEB_oct2016.pdf.
5. Perulelo Niño G, Orozco González CN, Zúñiga Torres MG. Intervenciones nutricionales para el tratamiento de la diabetes mellitus gestacional. Rev Cienc Salud. 2019 [Acceso 01/02/2020];17 (1): 108-19. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6844572.

6. Espinoza Artavia A, Fernández Vaglio RE. Lo nuevo en diagnóstico y tratamiento de diabetes mellitus gestacional. Rev Med Sinergia. 2019 [Acceso 01/02/2020]; 4 (4): 41-54. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7070457.
7. López-Álvarez Muiño XL, Modroño Freire MJ, Gestoso Lamazares T, García Soidán FJ, Plana Pintos R, Malo García F et al. Diabetes Gestacional. Fisterra/Elsevier; 2015. Disponible en: https://www.fisterra.com/guias-clinicas/diabetes-gestacional/.

Capítulo 147

EL PAPEL DE LA ENFERMERA EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE CON UNA OSTOMÍA DIGESTIVA DE DESCARGA

PAULA BEGEGA SUÁREZ

JENIFER FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ

ROCÍO BAIZÁN FERNÁNDEZ

PATRICIA FIDALGO ARDURA

CARLA DÍAZ GONZÁLEZ

1 Introducción

Las lesiones traumáticas del intestino, con salida de heces de su interior y las consecuentes infecciones que acababan con la muerte del individuo han sido referenciadas desde épocas muy antiguas a lo largo de la historia. Sin embargo, no existen documentos científicos sobre la cirugía de los estomas hasta el siglo XVIII, en el que el historiador Fontanelle deja descrita en el año 1710 la confección de un estoma de descarga por primera vez. En 1793 se realiza la primera colostomía y en 1879 la primera ileostomía. De manera progresiva la ciencia quirúrgica iba encontrando en la realización de un estoma solución a diversos problemas que hasta entonces no la tenían.

La figura de los enfermeros en este ámbito hace su aparición en 1952 cuando Lucy Neary, enfermera y asistenta social en el Mount Sinai Hospital en Nueva York

y el cirujano Albert Lyons, crearon la génesis de la actual Interntional Ostomy Association. Dos años más tarde, Elise Sorensen también enfermera, sugirió la utilización de una bolsa autoadhesiva desechable. En esa época, los ostomizados dependían de dispositivos voluminosos, antihigiénicos y costosos con falta de protección fiable contra los olores y las fugas, que obligaban a muchas de estas personas a rehuir del trato social normal. Así esta nueva bolsa fue perfeccionándose hasta llegar a los actuales dispositivos colectores.

En 1961 Rupert Turnbull inició en la clínica Cleveland un programa de formación específica de estomaterapeutas para las enfermeras. En este programa se adquirían competencias específicas para el cuidado de los estomas lo que marcaría un antes y un después en la atención a los pacientes ostomizados.

En España, a partir de 1979 los enfermeros se vieron motivados a familiarizarse con esta atención y fue la Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad Complutense de Madrid en el año 1987 la que organizó los primeros cursos de formación en estomaterapia, dando el reconocimiento académico. En 1995 la Universidad Pública de Navarra pasó a hacerse cargo de esta formación en enfermero experto en estomaterapia, la cual se ha ido extendiendo por nuestro país hasta la actualidad.

Los datos recogidos el 1 de julio del 2017 registran que existen aproximadamente en España unas 70000 personas ostomizadas y cada año se suman a este numero 16000 nuevos casos. De esta cantidad, el 60% hace referencia a las ostomías de carácter temporal mientras que el 40% restante correspondería a las ostomías permanentes. En Asturias se estima que 1.549 personas son portadoras de una ostomía. Teniendo en cuenta estas cifras, no es de extrañar que cada vez sean más los organismos del gobierno en materia de sanidad, los que se preocupan por esta situación y de que existan un total de treintaitrés Asociaciones de Pacientes Ostomizados en nuestro país, las cuales luchan cada día por dignificar la situación de las personas que padecen esta condición.

La consulta preoperatoria es crucial para todas aquellas personas que vayan a someterse a la realización de un estoma. El asesoramiento técnico así como el apoyo emocional para el paciente tienen como fin lograr la adaptación. Está corroborado que "la educación preoperatoria dentro de un programa de recuperación contribuye a reducir el retraso del alta hospitalaria hasta que el paciente pueda ser independiente en el cuidado de su estoma". Esta primera información previa que se le facilita al paciente ha de ser clara, sincera y apropiada, de manera que pueda ser comprendida y asimilada correctamente. En Francia el cáncer

colorrectal o pélvico en las mujeres es la causa principal de la realización de una ostomía. El organismo de comunicación del diagnóstico del cáncer en este país, incluye un tiempo de acompañamiento con realización de un programa especializado de cuidados que es llevado a cabo por el personal de enfermería estomaterapeuta.

El seguimiento por parte de la enfermera en cuanto al periodo postoperatorio y rehabilitación tras la creación del estoma forman parte del proceso. Existen diversos factores como la familia, la comunidad, el trabajo y la autopercepción de la enfermedad entre otros, que juegan un papel fundamental a la hora de sobrellevar la situación. El autocuidado es esencial para la rehabilitación y a su vez es la principal meta en la asistencia de salud al paciente ostomizado.

La existencia de un gran número de personas con esta condición hace que sea importante incluir en los Sistemas Sanitarios programas especializados en la atención a los pacientes ostomizados, de ahí la necesidad de fomentar el que exista personal enfermero experto en estomaterapia para poder llevar a cabo una atención de calidad.

Los profesionales expertos en estomaterapia y cuidados al paciente ostomizados no suelen ser valorados lo suficiente debido al desconocimiento de la verdadera complejidad en esta atención. Las complicaciones físicas y psíquicas podrían ser evitadas así como el mal uso de los recursos sanitarios y el coste-efectividad negativo si existiera más personal entrenado en este ámbito.

Hay que entender al paciente en todas sus esferas, no solo en lo que concierne a la parte más intrínseca de la enfermedad, sino como la ostomía repercute en la vida de las personas tanto a nivel físico, psicológico, relaciones sociales e incluso la visión de su imagen corporal modificada.

El fin de toda esta atención es sin lugar a dudas lograr el autocuidado por parte del paciente y el que éste no se vea como una persona enferma. Esta atención también incluye educar a la familia, puesto que desempeña un papel fundamental y que determinaran en gran parte la evolución en la rehabilitación. Los enfermeros deben transmitir de una manera clara que existen múltiples alternativas para poder llevar a cabo una vida normal, donde la ostomía no suponga un problema.

2 Objetivos

Objetivo general

- Conocer el papel que desempeña la enfermera en la atención al paciente portador de una ostomía digestiva de descarga.

Objetivos específicos
- Definir el concepto de ostomía y clasificación de los estomas digestivos.
- Reseñar los distintos sistemas colectores y continentes así como su utilización en función de las cualidades específicas del paciente.
- Conocer el impacto psicosocial del paciente con ostomía digestiva.
- Exponer las estrategias e intervenciones destinadas a la Educación para la Salud del paciente con ostomía digestiva.

3 Metodología

Este trabajo se ha realizado tras una búsqueda bibliográfica entre los meses de diciembre de 2018 y abril del 2019. La búsqueda se comenzó de manera libre y desorganizada con el fin de encontrar información suficiente para desarrollar el concepto de las ostomías digestivas y su repercusión en el ámbito de la enfermería y así poder centrar el tema y fijar los objetivos específicos que guiarán el desarrollo del trabajo.

Una vez se definieron los objetivos del trabajo se realizó una búsqueda bibliográfica utilizando términos Medical Subject Headings (MeSH), Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS) y lenguaje libre lo que permitió adquirir nuevos conocimientos que ayudaron a profundizar en las ultimas evidencias sobre la atención enfermera en el cuidado de los pacientes con ostomías digestivas de evacuación.

Cabe destacar que las búsquedas han sido restringidas con la utilización de los boleanos “AND” y “OR” junto con la limitación temporal de cinco años, con ciertas excepciones, y de idioma, utilizando publicaciones en inglés, portugués y español referidos principalmente a España.

Las bases de datos consultadas que proporcionaron información adecuada y de interés para la redacción fueron Cuiden, Dialnet, Science Direct, Lilacs, Scielo, Elsevier y PubMed mientras que otras bases de datos como Cinhal o Cochrane no han aportado información útil y necesaria en esté trabajo. También he recurrido a diferentes revistas y bibliotecas digitales como: Biblioteca Digital CECOVA, Mediagrapich (Literatura Médica), Diccionario Médico de la Universidad Clínica de Navarra y Ediciones DAE de Grupo Paradigma.

La búsqueda se ha completado mediante la consulta de diversas páginas web de organismos oficiales como el Colegio Oficial de Enfermería de A Coruña, el Boletín Oncológico del Área Sanitaria de Teruel, el Consejo General de Enfermería, www.gestosalud y el portal guíasalud.

Aunque la búsqueda bibliográfica se limitó a los últimos 5 años (2013-2019), de manera extraordinaria se incluyeron ciertas publicaciones de carácter relevante y que a día de hoy permanecen inalteradas como ocurre con los aspectos relacionados con definiciones o historia.
Así pues los criterios de inclusión y exclusión tenidos en cuenta en la revisión bibliográfica han sido:

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:
• Título y resumen relacionados con el tema del trabajo.
• Límite de cinco años desde su publicación.
• Idioma inglés, español y portugués.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:
• Publicaciones centradas en países en vías de desarrollo, cuya información no se adecua a la situación actual de España.
• Publicaciones de foros y blogs

Una vez realizada la búsqueda para llevar a cabo la selección inicial de los documentos se leyeron los títulos y resúmenes de los artículos recuperados, seleccionando aquellos que cumpliesen los criterios de inclusión.

Una vez seleccionados los libros, artículos y documentos, se realiza la lectura y análisis de los mismos, con el fin de obtener de cada publicación los datos más representativos y actualizados del tema dada la gran cantidad de información encontrada.

Este trabajo se considera un trabajo teórico conceptual porque en el desarrollo se incluye la teoría y conceptos que sostienen el tema elegido y que derivan de la bibliografía consultada.

El trabajo consta de: introducción, en la que se hace referencia al avance histórico de las ostomías; justificación breve donde reflejo el porqué de este trabajo; el desarrollo dónde se abordan las generalidades de las ostomías, los sistemas colectores y continentes y su uso adecuado, el impacto psicosocial del paciente con ostomía digestiva y la educación para la salud; discusión en la que se interpreta y da sentido al contenido recogido en el desarrollo teniendo en cuenta los puntos

de vista de diferentes autores y mis propias reflexiones y propuestas de mejora en relación a la enfermería; también se incluyen unas conclusiones, donde se recogen los aspectos más importantes del trabajo.

4 Resultados

1. GENERALIDADES DE LAS OSTOMÍAS: CONCEPTO, CLASIFICACIÓN Y MARCAJE DEL ESTOMA.

Se define como ostomía "la abertura quirúrgica (estoma) que pone en comunicación de manera artificial un órgano interno con el medio externo a través de la piel", siendo el estoma "la comunicación realizada quirúrgicamente, por la que se sutura a la piel la mucosa de la tráquea, los uréteres o algún tramo del tubo digestivo". Aun siendo términos diferentes, en gran parte de la literatura se siguen usando como sinónimos.

Se entiende por estoma digestivo al estoma por el que se aboca una parte del tubo digestivo al exterior. Los estomas digestivos a su vez reciben distintas denominaciones según el tramo que se exterioriza.

Las principales ostomías digestivas bajas son la ileostomía y la colostomía dependiendo si se exterioriza el íleon o el colon respectivamente. La realización de una u otra dependerá de varias premisas y de si la ileostomía y la colostomía van a ser temporales o definitivas.

Marcaje del estoma:
La elección preoperatoria de la localización del estoma es un procedimiento que ha de llevarse a cabo en todas las ostomías ya que es el punto del que parten el resto de intervenciones y que determinará el futuro de la persona ostomizada. Los objetivos principales del marcaje del estoma son garantizar la correcta adaptación de los distintos dispositivos de ostomía, optimizar la calidad de vida del paciente ostomizado y evitar las complicaciones postoperatorias como fugas, irritación de la piel y dolor.

En las recomendaciones nº 2 y 3 de las guías de buenas prácticas en estomaterapia6 se hace referencia a la necesidad de realizar una evaluación previa del paciente teniendo en cuenta aspectos como las características físicas individuales, edad, patologías previas, limitaciones motoras e incluso la ocupación laboral.

Existen una serie de criterios ampliamente extendidos a la hora de situar el es-

toma. Dependiendo del segmento intestinal a intervenir sería ideal que:
• El estoma se ubicara en una superficie plana, atravesando el músculo recto del abdomen en el cuadrante inferior circunscrito entre el pubis, la cresta ilíaca anterosuperior y el ombligo.
• Se esquiven cicatrices abdominales y deformaciones parietales.
• Se eviten pliegues cutáneos identificados con el paciente de pie, sentado y tumbado.
• El estoma sea visible para el paciente (no en la zona declive del abdomen en el caso de una persona obesa).

Una mala ubicación del estoma dificulta el autocuidado e interfiere la adherencia de las bolsas, provocando fugas de heces que irritan la piel y dificulta la adherencia de las bolsas. Se crea así un círculo vicioso fufa-irritación que agrava el cuadro y supone un incremento económico por el uso de múltiples dispositivos de manera inadecuada.

2. SISTEMAS COLECTORES Y CONTINENTES: UTILIZACIÓN SEGÚN LAS CARACTERíSTICAS DEL PACIENTE:

Tras la intervención y consiguiente creación del estoma y en función del estado postquirúrgico del paciente se debe elegir el dispositivo más adecuado que ha de responder al tipo de estoma y sus características, la consistencia de las heces y el estado de la piel periostomal.
La recomendación número 5 de las guías de buenas prácticas en estomaterapia dice que "la persona ostomizada debe recibir un equipamiento adecuado y/o una técnica de cuidados necesarios para su estado". En relación con este punto la enfermera es quien debe asegurarse de que el equipamiento sea fiable, hermético a los olores, discreto, fácil de manipular, no alergizante, cómodo y con una forma y color estéticos. En los últimos años los diferentes fabricantes de productos destinados a la ostomía garantizan estos criterios siempre y cuando el sistema se elija de forma sensata y adecuada, tanto para la ostomía como para el paciente.

El fin de todo el proceso de selección de un dispositivo para la ostomía es promover la aceptación del estoma y favorecer el autocuidado por parte del paciente de manera que su reincorporación a la vida cotidiana sea lo menos traumática posible, por ello el dispositivo que finalmente sea seleccionado debe solventar de manera eficaz la nueva situación. Lo más frecuente es que el dispositivo que use el paciente en el postoperatorio inmediato sea diferente al que utilizará conforme pase el tiempo y el paciente vaya ganando destreza en el cuidado de la ostomía. Se comienza utilizando los sistemas más sencillos en cuanto a su manejo y se

evoluciona a otros según las necesidades del paciente.

Los recursos materiales de los que se dispone en la actualidad son numerosos y variados, pudiendo dividirse en dos grandes grupos según su función, los sistemas colectores y los sistemas continentes.

Irrigación cólica:

El método más eficaz que se ofrece en la actualidad es la técnica de irrigación cólica que tiene como objetivo conseguir el control de las deposiciones y la disminución de los gases para conseguir una mejora en la vida de los pacientes. La irrigación cólica consiste en la introducción de un enema de entre 500-800 mililitros de agua tibia a través de la colostomía, lo que provoca una dilatación del colon, que posteriormente se contrae expulsando agua y heces. La primera irrigación se suele hacer a partir del octavo día de postoperatorio, pero suele comenzarse durante el período de convalecencia o después de los tratamientos adyuvantes. El aprendizaje de esta técnica suele requerir 2-3 sesiones con una enfermera entrenada en la irrigación cólica.

En la actualidad optan a beneficiarse de esta técnica todas aquellas personas que cuenten con una colostomía terminal sigmoidea y descendente. Sin embargo la irrigación cólica debe establecerse con precaución si existe una diverticulosis, o antecedentes de radioterapia del colon o de colopatía espasmódica. Se desaconseja en personas con antecedentes de angina de pecho o de infarto de miocardio o en caso de insuficiencia renal o de restricción hídrica. Esta técnica también corre el riesgo de ser menos eficaz en personas con mal estado general donde se vea alterada la capacidad visual y manual.

La educación para el paciente por parte de la enfermera es imprescindible para lograr el correcto manejo de los dispositivos y así fomentar el autocuidado. Hay que enseñar al paciente no solo a usar los diferentes dispositivos sino también a que adquiera una serie de hábitos relacionados con éstos que facilitaran su día a día como por ejemplo que el paciente lleve siempre consigo un dispositivo y el material necesario para realizar la higiene por si tuviera que cambiarse fuera del domicilio.

3. IMPACTO PSICOSOCIAL DEL PACIENTE CON OSTOMÍA DIGESTIVA.

Los problemas psicosociales derivados de la creación de un estoma suponen para las enfermeras un reto a superar ya que conocer en profundidad cuales son las

barreras que impiden que una persona recupere su autonomía son esenciales para dar unos cuidados enfermeros de calidad.

Dependiendo de factores como la edad, enfermedades previas, ciclo vital en el que se encuentre el individuo o el apoyo familiar, el paciente se enfrentara a la situación de maneras totalmente diferentes pues las preocupaciones que genera la ostomía también lo serán.

Cuando el paciente recibe la noticia de su enfermedad y de que va a someterse a una intervención quirúrgica por la que se le creara una ostomía genera sentimientos de shock, bloqueo, incertidumbre y sensación de pérdida de control por lo que tiende en un primer momento a la negación de la enfermedad. Esta negación de la enfermedad se manifiesta normalmente con reacciones de ira y la búsqueda continua del porqué de la situación.

En relación con la incertidumbre que genera la noticia está el miedo tanto al sufrimiento como incluso a la muerte. Este miedo suele aparecer en el momento que se revela el diagnostico, cuando la noticia aún es muy reciente. Para el paciente, imaginarse con un estoma y ser portador de un dispositivo de ostomía desencadena miedo a la incapacidad y a la necesidad de asumir nuevos roles sociales, familiares y laborales.

La pérdida de la imagen corporal es consecuencia de que el paciente vea su cuerpo diferente a los cánones de salud y belleza impuestos por la sociedad donde la ostomía no está incluida. Las personas ostomizadas por ello se sienten estigmatizadas al ver que su condición no encaja en un mundo donde no se da visibilidad ni normalidad a las ostomías.

Ostomía digestiva en el paciente pediátrico:
Los niños con ostomías pasan por un largo periodo de adaptación, cuyo impacto en su crecimiento y desarrollo infantil afecta no solo a la dimensión biológica sino también a otras como las relaciones interpersonales, actividades y ocio. A un/a niño/a que se le practique la ostomía en el primer año de vida la aceptará como parte de su cuerpo ya que ha crecido con ella, mientras que un/a niño/a en edad escolar tendrá que hacer frente a una situación completamente nueva. También se ha de tener en cuenta el origen del porqué de esa ostomía ya que si es debida a un cáncer es más difícil normalizar la situación debido a los miedos y sentimientos negativos asociados.
Los padres del niño ostomizado han de estar siempre involucrados en el proceso fomentando su participación e inclusión de los cuidados técnicos en las activi-

dades de la familia. Cuando los padres reciben la noticia de que su hijo va ser portador de una ostomía se produce un impacto inesperado ya que se ven alteradas las expectativas personales, sociales y culturales que los padres tienen para su hijo.

La sexualidad en el paciente con una ostomía digestiva:
La sexualidad es tan inherente al ser humano que la condición de tener una ostomía inevitablemente supone una alteración en el funcionamiento sexual. Tras la práctica de una ostomía las personas sienten rechazo hacia el estoma y sufren una pérdida de su imagen corporal. Hombres y mujeres sienten que ya no son atractivos para sus parejas lo que supone una falta de apetito sexual que a su vez provoca una disfunción eréctil o vaginitis.

El asesoramiento por parte de enfermería juega un papel fundamental a la hora de ayudar a las personas con problemas sexuales y el contar con la pareja del paciente en todo el proceso puede marcar la diferencia en la intervención. Gran parte de los pacientes ostomizados con problemas sexuales podrían resolverlos si tuvieran la posibilidad de sentirse cómodos y expresar sus sentimientos sin tabúes ni prejuicios para poder recibir la información adecuada para afrontarlos. En relación con el asesoramiento, el modelo PLISSIT (Permission, Limited Information, Specific Suggestion, Intensive Therapy) tiene como objetivo ayudar a los profesionales sanitarios en el abordaje de temas relacionados con la sexualidad para así dar unos cuidados de calidad.

La ostomía digestiva en mujeres:
Se ha de asegurar que todas las mujeres en edad fértil con un estoma sean conscientes de que pueden disfrutar de su salud sexual y reproductiva y por ello las enfermeras tienen la responsabilidad de crear estrategias para asesorarlas. Cuando un procedimiento en materia de educación para la salud es validado, como puede ser una cartilla o material audiovisual que asesore a las mujeres ostomizadas, este material constituye un recurso adecuado, confiable y de fácil compresión para adquirir los conocimientos sobre el autocuidado. Sin embargo el uso de estas herramientas que facilitan la enseñanza-aprendizaje están justificadas siempre que se acompañen de instrucciones verbales por parte de un/a enfermero/a.

La ostomía digestiva en el anciano:
A pesar de que la creación de una ostomía evita la muerte en muchos casos supone un mayor desgaste en los procesos de adaptación. La exteriorización de una porción del intestino implica cierta pérdida de la función anatómica, lo

cual tiene consecuencias no solo en el plano físico sino también en el emocional. En este sentido, resulta necesaria la atención de la enfermera sobre el nivel de adaptación de la autoimagen y los mecanismos de defensa de los adultos mayores ostomizados para así incrementar la posibilidad de desarrollarse adecuadamente en el plano biopsicosocial.

4. EDUCACIÓN PARA LA SALUD DEL PACIENTE OSTOMIZADO: ESTRATEGIAS E INTERVENCIONES:

La educación para la salud y los cuidados destinados al paciente con una ostomía digestiva deben ser dados por enfermeros/as formados en el tema, sensibilizados con sus necesidades, y que realicen su trabajo desde la empatía y la profesionalidad. Cuando la atención se centra únicamente en aspectos técnicos se pierde el enfoque más humano de la enfermería el cual debería regir gran parte de las actuaciones sanitarias.

La figura de los enfermeros estomaterapeutas:

Las personas ostomizadas reclaman cambios en los sistemas sanitarios orientados a mejorar su experiencia y bienestar en relación a los diferentes aspectos asistenciales, emocionales y prácticos. Por ello se hace cada vez más necesaria la figura de la enfermera estomaterapeuta como profesional que englobe todos los cuidados que requiere este colectivo de pacientes. Los cuidados integrales, individualizados y especializados que necesitan las personas ostomizadas requieren de enfermeros especializados que aporten conocimiento, pericia clínica y apoyo a los pacientes y sus familias a lo largo de toda su vida de manera que se garantice una continuidad asistencial. Dado que un estoma intestinal es parte integrante de muchas intervenciones quirúrgicas se ha demostrado que tanto en el preoperatorio como en el postoperatorio la enfermera estomaterapeuta, con sus cuidados especializados, desempeña un papel fundamental en la evolución y bienestar del paciente. Los profesionales en estomaterapia además de sus competencias asistenciales en el cuidado también realizan funciones docentes, investigadoras y de gestión.

Las personas ostomizadas tratadas por enfermeros especialistas reconocen la labor de los estomaterapeutas de manera que están dispuestas a trabajar estrechamente con ellos para lograr un mejor acceso a la consulta de ostomía y a las mejoras que puedan contribuir a solventar su problemas de salud.

Estrategias destinadas a la mejora del campo de la ostomía en España:

El desarrollo de diferentes propuestas que traten de implantar especialidades en-

fermeras en el campo de la ostomía así como programas con la finalidad de garantizar unos cuidados de calidad, son los principales enfoques que se plantean actualmente en España. El país pretende evolucionar en materia de ostomías puesto que el número creciente de pacientes y las demandas de éste colectivo son cada vez mayores y hay que buscar estrategias encaminadas a solventarlas.

Actualmente en España no existe la especialidad de enfermero estomaterapeuta reglada como tal sino que para acceder a esta acreditación se necesita la formación a través de cursos, másteres o bien experiencia de trabajo en este ámbito por varios años. Debido a ésto gran parte del personal sanitario sin dicha acreditación presta la atención a los pacientes en calidad de enfermeros generalistas. El colectivo estomaterapeuta considera que pueden ser ellos los que lideren y desarrollen la actividad formativa, para fomentar las buenas prácticas entre todos los profesionales sanitarios que forman parte del equipo que atiende a la persona ostomizada. La implantación de un programa o ruta formativa dirigida al personal de los diferentes niveles asistenciales contribuiría al desarrollo de la especialidad en nuestro país.

5 Discusión-Conclusión

El campo de la ostomía es tan amplio y a su vez distinto a otras patologías que requiere de enfermeros/as con conocimientos sobre los cuidados del estoma y la persona ostomizada para así dar calidad y profesionalidad a la atención sanitaria, garantizando el bienestar y recuperación de la autonomía de los pacientes.

De acuerdo con autores como De Miguel Velasco y Montadon coincido en la importancia del marcaje del estoma como intervención preoperatoria que determina la evolución de la enfermedad. Una mala ubicación supone un gran número de problemas físicos y psíquicos asociados. En el momento que los profesionales de enfermería tenemos conocimiento de la realización de una ostomía debemos concertar una consulta con el paciente para determinar cuál va ser el lugar más idóneo para ubicar el estoma.

Las ostomías digestivas de evacuación requieren dispositivos que no solo se ajusten a los aspectos más extrínsecos del estoma sino también a las características personales de cada paciente. Las grandes empresas encargadas de la distribución de este tipo de materiales son las que promueven la creación de nuevos dispositivos. Por ello estas empresas deberían de tener en cuenta a los/as enfermeros/as que trabajan día a día en el ámbito de la ostomía y que conocen cuales

son las complicaciones más frecuentes y demandas más habituales para innovar y adaptar los dispositivos de ostomía con el fin de dar soluciones óptimas.

La manera en que las personas afrontan la realidad de su nueva condición como ostomizados se ve influida por diferentes factores tanto propios del individuo como de su entorno. La pérdida de la imagen corporal es consecuencia de no encajar en los cánones de la sociedad y ser foco del estigma social tal y como lo refleja Burch24 en su artículo sobre la intimidad de los pacientes ostomizados. Considero que la labor y el deber de un/a enfermero/a es dar visibilidad a todos los aspectos que puedan ser motivo de conflicto para las personas ostomizadas sin importar que esos motivos puedan ser un tabú u objeto de prejuicios. En una profesión como es la enfermería no podría dudarse/cuestionarse la inclusión en los planes de cuidados de temas inherentes del ser humano, como la sexualidad. Hay que hacer uso de todas las estrategias disponibles que ayuden al paciente a sentirse en un ambiente cómodo y distendido para así facilitar una comunicación terapéutica basada en la veracidad de la información remitida al ostomizado. En el caso de no encontrar estrategias satisfactorias el colectivo enfermero puede emprender labores investigadoras en este ámbito para dar con soluciones más óptimas.

Siendo a pesar de todo, consciente de que el tema de la sexualidad es un tabú, respaldo la opinión de Burch que apuesta por utilizar el modelo PLISSIT como herramienta para el personal de enfermería a la hora de indagar sobre la sexualidad del paciente. Incluir una formación para los/as enfermeros/as que aborde la sexualidad del paciente ostomizado es sinónimo de garantizar un mejor asesoramiento.

La falta de información, comunicación y educación son las causas fundamentales por las que el paciente no interviene en su autocuidado. Autocuidarse significa tomar conciencia de la importancia de participar de forma activa en el cuidado de la salud, del bienestar y de la mejora de la calidad de vida para que la recuperación que sigue a la creación de una ostomía sea lo más adecuada. También esta práctica según Montandon , tiene beneficios para el sistema sanitario, ya que permite hacer un buen uso de los recursos desde el momento en el que se es consciente de lo que necesita realmente el paciente.

Según Palomero Rubio refleja, a través del modelo de afrontamiento de Lazarus se debe fomentar la capacidad del autocuidado del individuo pero sin olvidar el aspecto emocional del cuidado. La gestión del cuidado, relacionada con aspectos como la reinserción laboral y social del paciente ostomizado, debe ser objeto del

plan de cuidados de enfermería junto con un plan de seguimiento del paciente ostomizado que garantiza mejoras evidentes en la percepción del proceso y la adaptación.

Los pacientes y sus familiares necesitan ser escuchados y apoyados por el equipo multidisciplinar sanitario desde el momento que entran a su primera consulta tal y como lo explica Kyhn. Por ello pienso que a través de un modelo biopsicosocial en el que se tenga presente que tanto los factores biológicos como los psicológicos y sociales desempeñan un papel significativo en el contexto de enfermedad o discapacidad del ser humano los cuidados de enfermería deberían enfocarse también en esos tres ámbitos.

Coincidiendo con el Documento de Consenso de la situación actual de la estomaterapia en España y las propuestas de mejora, veo la figura de los/as enfermeros/as estomaterapeutas como parte fundamental del equipo multidisciplinar que se encarga de la atención de este tipo de pacientes. Poseer conocimientos específicos y tener formación en materia de ostomía contribuye a dar cuidados de calidad y así lo reflejan las personas que son atendidas por éstos profesionales. Así pues, pacientes y profesionales pueden retroalimentarse de conocimientos y experiencias para emprender mejoras en la práctica clínica y trabajar conjuntamente en propuestas que solventen los problemas más recurrentes de la patología.

Conclusiones:
• Una ostomía es la abertura quirúrgica que pone en comunicación de manera artificial un órgano interno con el medio externo a través de la piel.
• El marcaje del estoma es una intervención enfermera que consiste en la localización previa del lugar más indicado en el abdomen para realizar la ostomía con el fin de evitar problemas futuros.
• Los sistemas colectores y continentes son dispositivos con características específicas destinados a solventar las demandas de las personas ostomizadas.
• La elección del dispositivo más adecuado es fundamental para promover la aceptación del estoma por parte del paciente.
• El modo en el que la que las personas aceptan su nueva condición de ostomizados está influida por la edad, sexo, ciclo vital, enfermedades previas y apoyo familiar.
• La principal meta en la asistencia de salud al paciente ostomizado es la rehabilitación y para poder lograrla es fundamental el autocuidado.
• La educación a los cuidadores y el favorecer el apoyo familiar son estrategias llevadas a cabo por las enfermeras estomaterapeutas fundamentales para la cor-

recta evolución del ostomizado.
• La demanda de los pacientes ostomizados sostiene la necesidad de impulsar la figura de las enfermeras estomaterapeutas como profesionales que engloben todos los cuidados que requiere este colectivo de pacientes.

6 Bibliografía

1. Corella Calatayud J.M, Vázquez Prado A, Tarragón Sayas M.A, Mas Vila T, Corella Mas J.M, Corella Mas L. Estomas Manual para Enfermería. [Internet]. Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana. Alicante. 2005 [consultado 4 ene 2019]. Disponible en: http://www.bibliotecadigitalcecova.com/contenido/revistas/cat6/pdf/libro_47.pdf
2. Charua GL. Aspectos anecdóticos e históricos de las ileostomías y colostomías. Rev. Médica del Hospital General de México [Internet].2006 [consultado 25 ene 2019]; 69(2):113-18. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/h-gral/hg-2006/hg062j.pdf
3. Juárez Ruiz L, López Galiano M.C, Rojas Aguilar Y. Evolución histórica de las ostomías y cuidados enfermeros en cirugía. Paraninfo Digital [Internet].2011 [consultado 2 feb 2019]; (13). Disponible en: http://www.index-f.com/para/n13/pdf/p052.pdf
4. Libro Blanco Ostomía en España. Colegio Oficial de Enfermería A Coruña [Internet]. 2018 [consultado 16 ene 2019]. Disponible en: http://www.colegioenfermeriacoruna.org/?q=node/2804
5. De Miguel Velasco M, Jiménez Escovar F, Parajó Calvo A. Estado actual de la prevención y tratamiento de las complicaciones de los estomas. Cir Esp [Internet]. 2014 [consultado 15 ene 2019]; 92(3): 149-56. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2013.09.011
6. Montandon S, Guyot-Phomatios M, Chaumier D, Langlois G. Equipamiento de las derivaciones digestivas. Cuidado y atención de las personas portadoras de colostomía o ileostomía definitiva o temporal. EMC-Técnicas Quirúrgicas [Internet]. 2016 [consultado 4 ene 2019]; 32(1): 1-8. Disponible en: https://doi.org/10.1016/S1282-9129(16)76054-5
7. Módolo Martins L, Megumi Sonobe H, De Siqueira Vieira F, Silva De Oliveira M, De Felício Bortucan Lenza N, Da Silva Teles A.A. Rehabilitation of individuals with intestinal ostomy. British Journal of Nursing [Internet]. 2015 [consultado 25 ene 2019]; 24(22): 1-5. Disponible en: https://www.magonlinelibrary.com/doi/abs/10.12968/bjon.2015.24.Sup22.S4?rfr_dat=cr_pub%3Dpubmed&url_ver=Z39.882003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&journalCode=bjon

8. Domínguez Santamaría JM. Ostomías. Manual práctico de enfermería comunitaria. [Internet]. Elsevier. 2014 [consultado 4 ene 2019]; 489-98. Disponible en: https://doi.org/10.1016/B978-84-9022-433-5.00079-0
9. Estoma [Internet]. Navarra: Diccionario Médico de la Clínica Universidad de Navarra; 2019 [consultado 14 feb 2019]. Disponible en: : https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/estoma
10. Carvalho Carina M.G, Cubas Marcia R, Lima da Nóbrega M. Terms of the specialized nursing language for the care of ostomates. Rev. Bras. Enferm. [Internet]. 2017 [consultado 2 ene 2019]; 70(3): 461-67. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000300461
11. Vázquez García M.C, Poca Prats T. Manual de cuidados en ostomía. [Internet].Difusión Avances de Enfermería. Madrid. 2009 [consultado 18 feb2019]. Disponible en: http://www.enfermeriaaps.com/portal/manual-de-cuidados-en-ostomias
12. López Cano M, Pereira J.A, Villanueva B, Vallribera F, Espin E, Armengol Carrasco M, Arbós Vía M.A, Feliu X, Morales Conde S. Abdominal Wall Closure After a Stomal Reversal Procedure. Cir Esp (English Edition) [Internet]. 2014[consultado 19 feb 2019]; 92(6): 387-92. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0009739X14000529
13. Molly A. Wasserman, MD, Michael F. McGee, FACS, FASCRS. Preoperative Considerations for the Ostomate. Clin Colon Rectal Surg [Internet]. 2017 [consultado 6 mar 2019]; 30(3): 157–61. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5498163/pdf/10-1055-s-0037-1598155.pdf
14. Salvadalena G, Hendren S, McKenna L, Muldoon R, Netsch D, Paquette I, Pittman J, Ramundo J, Steinberg G. WOCN Society and AUA Position Statement on Preoperative Stoma Site Marking for Patients Undergoing Urostomy Surgery. J Wound Ostomy Continence Nurs [Internet]. 2015 [consultado 6 mar 2019]; 42(3):253-6. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25695928
15. Martínez Morales M. Enfermería oncológica: cuidados del paciente ostomizado. [Internet]. Boletín Oncológico del Área sanitaria de Teruel. [consultado 7 ene 2019]; (7). Disponible en: http://www.boloncol.com/boletin-7/enfermeria-oncologica-cuidados-del-paciente-ostomizado.html
16. Jo Hoeflok MA, BSN, RN(EC), CETN(C), CGN(C), Paris Purnell RN, STN. Comprender el papel de las barreras cutáneas convexas en el tratamiento de estomas. Nursing (Ed. española) [Internet]. 2018 [consultado el 4 ene 2019]; 35(3): 25-30. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.nursi.2018.05.009
17. Burch J. Stoma appliances and accessories: getting it right for the patient. British Journal of Nursing (Stoma Supplement) [Internet]. 2014 [consultado 28

mar 2019]; 23(17): 1-5. Disponible en: https://doi.org/10.12968/bjon.2014.23.Sup17.S4
18. Bauer C, Arnold-Long M, Kent DJ. Colostomy irrigation to maintain continence: An old method revived. Nursing [Internet] 2016 [consultado 28 mar 2019]; 46(8): 59-62. Disponible en: https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000484963.00982.b5
19. Bueno Cruz B. Evaluación clínica de los nuevos dispositivos de tres piezas para ostomías Alterna® Confort. Metas Enferm may 2016 [consultado 28 mar 2019]; 19(4): 49-53.
20. Sanz Ros MT, Jiménez Funcia A, Martínez Ortuño FJ, Medina Muñoz M, Sanz Caparrós R, Lancharro Bermúdez M. Evaluación de las mejoras en dispositivos para ostomías de dos piezas con acoplamiento adhesivo. Metas Enferm jun 2016 [consultado 28 mar 2019]; 19(5): 27-31.
21. Palomero Rubio R, Pedraz Marcos A, Palmar Santos AM. Aproximación a la vivencia de las personas en el proceso de una colostomía. Enfermería Clínica [Internet]. 2018 [consultado 2 abr 2019]; 28(2): 81-8. Disponible en : https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2017.12.004
22. Guerrero Gamboa N.S, Tobos de Álvarez L.S. Cuidado de un hijo ostomizado: cambios en la familia. Av. Enferm [Internet]. 2013 [consultado 27 dic 2018]; 31(1): 59-71. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002013000100007
23. Costa Melo M, Kamada I, Alfonso Dutra L.M, Fernandes Lindo Simões J.F, Oliveira Pinheiro de Melo E.M. Vivência do professor no cotidiano da criança com estomia: abordagem da Fenomenologia Social. Rev. eletrônica enferm [Internet]. 2017 [consultado 27 dic 2018]; 19: 1-9. Disponible en : http://dx.doi.org/10.5216/ree.v19.43116
24. Burch J. Intimacy for patients with a stoma. Br J Nurs [Internet]. 2016 [consultado 19 dic 2018]; 25(17). Disponible en: https://doi.org/10.12968/bjon.2016.25.17.S26
25. Schuler M.S. "No one said this would be an issue…" Intimacy after ostomy surgery. Nursing [Internet]. 2013 [consultado 19 dic 2018]; 43(9): 1-4. Disponible en: doi:10.1097/01.NURSE.0000432916.59376.1c
26. Albuquerque Andressa Ferreira Leite Ladislau, Pinheiro Ana Karina Bezerra, Linhares Francisca Márcia Pereira, Guedes Tatiane Gomes. Tecnologia para o autocuidado da saúde sexual e reprodutiva de mulheres estomizadas. Rev. Bras. Enferm. [Internet]. 2016 [consultado 27 dic 2018]; 69(6): 1164-71. Disponible en : http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003471672016000601164&script=sci_abstract&tlng=es

27. Whiteley I, Gullick J. The embodied experience of pregnancy with an ileostomy. J Clin Nurs [Internet]. 2018 [consultado 12 abr 2019]; 27(21-22): 3931-44. Disponible en: doi:10.1111/jocn.14601
28. Ortiz Rivasa N.M.K, Pérez Héctor E.M, Vega Macía D, Jiménez-González M.J, Navarro Elíasb M.G. Nivel de adaptación de la autoimagen y mecanismos de defensa en ancianos con estoma complicado. Enfermería Clínica [Internet]. 2014 [consultado 4 ene 2019]; 24(6): 339-44. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2014.07.006
29. Kirkland-Kyhn H, Martin S, Zaratkiewicz S, Whitmore M, Young H.M. Ostomy Care at Home. Am J Nurs [Internet]. 2018 [consultado 19 dic 2018]; 118(4): 63-8. Disponible en: doi:10.1097/01.NAJ.0000532079.49501.ce
30. Documento de Consenso. Situación actual de la estomaterapia en España y propuestas de mejora del colectivo de los profesionales estomaterapeutas. Consejo General de Enfermería [Internet]. 2016 [consultado el 20 ene 2019]. Disponible en: http://www.consejogeneralenfermeria.org/docs_revista/DocumentoConsensoEstomaterapeutaHollister.pdf
31. Gestosalud.es: Enfermeros Expertos en Estomaterapia [Internet]. España; 2016 [consultado el 20 ene 2019]. Disponible en: http://gestosalud.es/
32. Grupo de trabajo. Vía Clínica de Recuperación Intensificada en Cirugía Abdominal (RICA). Ministerio de Sanidad, Servicio Sociales e Igualdad. Guía Salud [Internet]. 2014 [consultado 3 mar 2019]. Disponible en: http://portal.guiasalud.es/contenidos/iframes/documentos/opbe/2015-07/ViaClinica-RICA.pdf

Capítulo 148

LA SALUD EN LA ADOLESCENCIA: ABORDAJE Y PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN LOS PROBLEMAS EMERGENTES.

JENIFER FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ

ROCÍO BAIZÁN FERNÁNDEZ

PATRICIA FIDALGO ARDURA

CARLA DÍAZ GONZÁLEZ

PAULA BEGEGA SUÁREZ

1 Introducción

La adolescencia, es una etapa que engloba un momento de la vida entre la niñez y la edad adulta, la cual está marcada por cambios tanto corporales como psíquicos y sociales.

La OMS define adolescencia como el periodo de desarrollo y crecimiento que se produce entre los 10 y 19 años, distingue dos fases: un periodo pre, que corresponde con el inicio de la pubertad y que es a lo que se denomina adolescencia temprana, de 10 a 14 años y un post, que será la adolescencia tardía, de los 15 a los 19 años, pudiendo alargarse con lo que se conoce como el termino juventud hasta los 21-23 años.

U. Beck ,entiende por adolescencia una etapa que abarca desde el final de la infancia hasta la futura adultez, y que engloba todas las incertidumbres connotativas del crecimiento emocional y social del ser humano. Es la etapa donde comienzan las dudas, el afianzamiento, la redefinición de uno mismo, donde se cuestiona la propia identidad.

No se deben confundir los términos adolescencia y pubertad, si bien, se encuentran relacionados y se han de entender en conjunto. La pubertad está relacionada con el fin del proceso biológico del disformismo sexual el cual adopta su forma madura y ambos sexos aparecen diferenciados en su aspecto físico.

La adolescencia viene marcada por cambios físicos, psicológicos y sociales. Los primeros en aparecer son los cambios físicos, tanto hormonales, debido a la activación del eje hipotálamo –hipofisario -gonadal; como corporales, entre los que se encuentran la aparición de caracteres sexuales secundarios, menarquia, desarrollo de la estatura.

La edad en la que se empiezan a producir estos cambios es variable de una persona a otra y se van ocasionando con el paso de unos años, influidos por factores genéticos y ambientales. Los cambios corporales no se dan de manera aislada, si no, que empiezan a surgir con ellos cambios psíquicos y sociales, con ellos comienza la toma de decisiones y el poder de autonomía de los adolescentes, los cuales empiezan a responsabilizarse de sus propias decisiones, así como del poder de identificar sus límites y necesidades que les ayudaran a desarrollar estrategias para afrontar esta nueva etapa de exigencias y responsabilidades definiendo con ello su personalidad.

Por lo tanto, es importante además de tener en cuenta los cambios físicos, el conocimiento adecuado de los factores psicológicos y sociales característicos de este periodo, ya que pueden condicionar la aparición de cuadros psicopatológicos en un futuro. Entre estos nos encontramos con algunos de las más frecuentes en esta etapa:

- Sensación de invulnerabilidad
- Demostrarse a uno mismo/a y a los/las demás la capacidad de desafío.
- Vivir el presente.
- Impulsividad.
- Timidez, sensibilidad
- Preocupación por los cambios corporales, por él aún desconocimiento de la anatomía y la fisiología.

Buscando una imagen positiva de aceptación de sí mismos y de su cuerpo, forjando así su autoestima.

Estos rasgos determinan la aparición de problemas de salud en los adolescentes, como el consumo de drogas, las prácticas sexuales de riesgo, trastornos mentales, accidentes y muertes, entre otros, siendo así problemas de gran interés y actualidad.

Los adolescentes son considerados como un grupo de población con mejor nivel de salud, mostrando unos indicadores de morbilidad y mortalidad bajos si los comparamos con otros grupos de edad.Además, la mayoría de los adolescentes, valoran su estado de salud de una forma positiva donde el 84% lo considera como muy bueno o bueno, frente a un 16 % que lo considera regular o malo.A pesar de que los indicadores nos hablen de cifras reducidas de mortalidad en este grupo de población, no debemos olvidar que la importancia de los problemas no solo parte del número sino de la dimensión de las consecuencias, existiendo en esta etapa grandes riesgos de sufrir enfermedades o trastornos que lleven hasta la muerte prematura.

En España, según el Instituto Nacional de Estadística (INE), las principales causas de mortalidad en jóvenes entre 15 – 39 años son las causas externas. El suicidio aparece como la primera causa de muerte externa, seguido por las caídas accidentales, ahogamiento y sumersión, y por los accidentes de tráfico, siendo estos las primeras causas de defunciones en adolescentes entre 10-29 años.

Además, habría que añadir otras patologías características de esta etapa, como son los trastornos de la conducta alimentaria, embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual, conflictos y violencia hacia figuras autoritarias y cada vez más entre iguales, ya que en esta etapa es donde más se incrementa la probabilidad de experimentar acoso escolar o bullying.

Estos datos nos muestran que los adolescentes no solo pueden sufrir patologías físicas, si no que el alto nivel de vulnerabilidad y los pocos recursos psicológicos que presentan, hace más difícil el afrontamiento de situaciones traumáticas debido a la falta de autoestima. Todo ello es un reflejo de lo complicado de este periodo y de la forma en la que participan elementos tanto fisiológicos, psicológicos, familiares y sociales.

La irrupción de las nuevas tecnologías y el auge de las redes sociales, ofrecen de una manera fácil y rápida una válvula de escape en su búsqueda de un refuerzo

positivo. Esta nueva forma de escape es un espacio donde los adolescentes no toman consciencia de la importancia de difusión que tienen a largo alcance, por lo que acaban quedando expuestos a agresiones, criticas o acoso, debido a lo que dicen o suben a ellas, generándoles como consecuencia múltiples daños psicológicos con secuelas en la vida real.

Nos encontramos ante un problema emergente de gran repercusión actual, relacionado con lo que se conoce como adicciones sin sustancia psicoactiva, una nueva etiqueta diagnóstica recogida en el DMS-V. El cual, siempre ha sido tradicionalmente reacio a reconocer las adicciones sin sustancia como un trastorno mental en la última revisión esta tendencia ha cambiado, debido al impacto que estas están adquiriendo, sobre todo en la población joven.

Se justifica, de este modo, la necesidad de diseñar estrategias multisectoriales y multidisciplinares para intervenir sobre los principales problemas de salud que presentan los adolescentes. Dentro de los programas de intervención es preciso definir cuál es el papel del sector sanitario, y particularmente de la enfermera, y su capacidad de llegar a un grupo de población que ni frecuenta los servicios de salud, ni, en muchas ocasiones, confía en los profesionales sanitarios.

Este trabajo pretende conocer cuáles son los principales problemas de salud que presentan los adolescentes, especialmente aquellos problemas emergentes (como las adiciones sin sustancias), así como las estrategias e intervenciones eficaces para su abordaje.

2 Objetivos

Objetivo general:
- Conocer los problemas de salud que presentan los adolescentes y el papel de la enfermera en el abordaje de los mismos.

Objetivos específicos:
- Conocer los problemas emergentes que presenta la adolescencia y sus consecuencias.
- Describir el papel de la enfermera en el abordaje de los problemas de los adolescentes.
- Identificar los elementos que puedan mejorar el acceso a los adolescentes y la efectividad de las intervenciones.

3 Metodología

Para la realización de este Trabajo Fin de Grado se ha realizado una amplia recopilación de referencias bibliográficas sobre el tema a estudio, siendo el principal objetivo encontrar documentos con calidad y evidencia científica.

La búsqueda bibliográfica se llevó a cabo durante los meses de mayo y junio del 2018 consultando diversas fuentes a través del portal de Astursalud entre las que se incluyen bases de datos científicas como: ScienceDirect (Elsevier), Scielo España, MedlinePlus, LILACS, PubMed, CINAHL, C17; Repositorios como: Dialnet, Dspace, TDR; Recursos basados en evidencias científicas como: Clinicalkey ; y otras fuentes de información como: Google académico, Google, prensa, páginas web como la de Organización Mundial de la salud (OMS) o el Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e igualdad, The National institute of Mental Health , Us Preventive Services Task Force , semFYC. También se utilizaron revistas científicas relacionadas en cuanto Psicología, Sociología, Sexología y Enfermería como: Atención Primaria, Metas de enfermería, Gaceta sanitaria, Anales del Sistema Sanitario de Navarra, RACO, etc.

En estas bases de datos, se utilizó un lenguaje controlado (tesauro), que usa los términos que las propias bases de datos destinan para describir los artículos, como los Descriptores en Ciencias de la salud (DeCS) y los Medical subject headings (MesH), además del uso del lenguaje libre para incrementar la precisión de búsqueda, que utiliza términos del lenguaje cotidiano. También se han usado Booleanos (AND, OR, NOT) para reducir los resultados obtenidos en las búsquedas. Se incluye en las tablas 1, tabla 2 y tabla 3 de los anexos algunas de las principales búsquedas bibliográficas llevadas a cabo en este trabajo.

Para la realización de este trabajo se han seleccionado 60 artículos, de los cuales, veintinueve son artículos de revistas científicas, cuatro son programas institucionales, cuatro informes estadísticos, diecisiete tratan sobre estudios o estrategias y cinco son páginas web.

Los criterios de inclusión fueron:
- Relevancia para el tema objeto del estudio.
- Idioma: inglés o castellano.
- Antigüedad no superior a cinco años con la excepción de aquellos documentos que por su importancia respecto al tema no hayan podido ser excluidos.
- Abordaje desde una perspectiva enfermera junto con la integración de especialidades como psicología, sexología o sociología.

Los criterios de exclusión atendían a las siguientes características: o Aquellos artículos que no trataran sobre adolescentes, salvo excepciones de aquellos que sean relevantes en cuanto a información que aportan. o Artículos que no fueran relacionados con el tema a tratar. o Artículos que a pesar de estar escrito en castellano procedan de contextos culturales diferentes al nuestro, ya que las características de la población adolescente no son las mismas y la forma de trabajo en sanidad difiere con la de España.

Tras el establecimiento de los criterios tanto de inclusión como de exclusión, se comenzó la búsqueda bibliográfica de la información. En primer lugar, se realizó un cribado leyendo los títulos de los artículos, descartando aquellos que no fueran de interés. Tras esto se reunieron los que podrían ser útiles y se realizó una primera lectura del resumen de estos para volver a realizar otra selección. Finalmente, aquellos artículos que quedaron seleccionados se leyeron en profundidad, se resumieron y se procedió a la extracción de la información relevante, referenciándola de manera adecuada.

4 Resultados

En los últimos años, con el avance de las TIC y la masiva utilización de las redes sociales, están apareciendo nuevos problemas entre los adolescentes, asociados a esos cambios tecnológicos y en la forma de relacionarse en este grupo de población. El surgimiento de nuevas adicciones, las formas de ciberacoso o las nuevas prácticas sexuales, emergen como fenómenos sociales y problemas comportamentales que transcienden al ámbito sanitario por su influencia sobre la salud de los adolescentes.

El Manual Diagnóstico y Terapéutico de las Enfermedades Mentales, en su última revisión (DMS-V), ha incluido una nueva categoría para formar parte del capítulo de adicciones, denominada Trastornos adictivos no relacionados a sustancias, etiqueta con la cual se designa a las llamadas adicciones conductuales. Dentro ella se incluye como única patología aprobada al juego patológico o ludopatía con un nuevo rótulo: "Trastorno por juego de apuestas". Por tanto, la Adicción a Internet no fue incluida en el nuevo capítulo, pese a su enorme y creciente importancia mundial, especialmente entre los adolescentes.

PRINCIPALES PROBLEMAS EMERGENTES:
Tanto internet como el resto de nuevas adicciones (videojuegos) tienen características similares a las adiciones con sustancia, según Griffiths, debido a la

presencia de elementos básicos como: saliencia, comorbilidad, tolerancia y abstinencia, modificación del humor, conflictos consecuentes, recaída, respuestas al tratamiento. Del mismo modo, biológicamente, actúan a través de receptores neuronales y sistemas de neurotransmisión muy similares a los que generan la adicción a las drogas.

Estas adicciones, Además, acarrean efectos físicos y consecuencias fisiológicas como fatiga ocular, migrañas, obesidad, insomnio, síndrome del túnel carpiano, epilepsia y cuadros convulsivos, dolores de espalda y problemas musculares relacionados con el cansancio, el agotamiento mental y las alteraciones del sistema inmune que se dan de los malos hábitos diarios.

El ciberacoso aparece relacionado con tres importantes problemas de salud: la adicción a internet, el consumo de sustancias y la sintomatología depresiva; ser víctima de acoso aumenta la angustia, la tristeza, la frustración, la ira, el enfado, la somatización, el estrés, el aislamiento, el temor y las ideas e intentos de suicido. Otro tipo de acoso relevante en estos tiempos y que afecta principalmente a la población adolescente es lo que se conoce como "grooming online": es el acoso sexual por parte de un adulto a menores, valiéndose de las nuevas tecnologías. Su objetivo, es establecer una relación psicológica sobre un menor con la finalidad de obtener vídeos, fotos o favores sexuales de dicho menor.

El "sexting" es otro termino que se está teniendo gran relevancia en la actualidad, aparece como consecuencia de tres revoluciones que han tenido lugar en los últimos años: « la revolución sexual, la revolución tecnológica y la revolución adolescente». Se trata de la difusión o intercambio voluntario de fotografías, mensajes o vídeos a terceros con contenido erótico o sexual a través de la telefonía móvil e internet. No constituye una forma de acoso, pero puede representar un factor de riesgo para sufrir grooming, el ciberbullying y la sextorsión, debido a la perdida de privacidad y la degradación personal, cuya consecuencia más grave que acarreará será el suicidio.

En España, el acceso a la pornografía fue durante décadas privilegio de unos pocos, con la llegada de internet supone un acceso libre ocupando el 6 puesto a nivel europeo, y dejando al alcance materiales sexualmente explícitos con los que están "educándose sexualmente" muchos de nuestros adolescentes. Así nacen los ahora conocidos como «pornonativos» término que se está empezando a utilizar coloquialmente para describir a la primera generación de jóvenes que llega al porno antes que a su sexualidad. Los adolescentes que consumen pornografía pueden desarrollar actitudes sexuales más permisivas, un adelanto en el inicio

de las relaciones sexuales.

Estamos ante una situación emergente entre la población adolescente por el impacto que tienen estas nuevas adicciones y prácticas que emergen de ellas. No solo por la posibilidad de contraer una ITS, sino por el riesgo de embarazo, la adicción, el consumo de drogas y los trastornos mentales que aumentaran el riesgo de patología dual por la interacción de variables tanto genéticas como ambientales.

ESTRATEGIAS, RECOMENDACIONES E INTERVENCIONES: EL PAPEL DE LA ENFERMERIA:
Como ocurría con los problemas de salud tradicionales asociados a determinados patrones conductuales, cualquier estrategia de prevención eficaz debe elaborarse con una perspectiva amplia, multisectorial, multidisciplinar, que incluya programas de promoción de la salud basada en ámbitos, detección precoz de situaciones de riesgo, cambios ambientales, abordaje individual en consulta, etc. Dentro de estas estrategias y programas es necesario conocer qué papel puede desempeñar la enfermera, siendo conscientes de las limitaciones que al respecto tiene el sector sanitario.

Las intervenciones preventivas se pueden actuar en diferentes ámbitos, tales como las escuelas, el entorno familiar, el lugar de trabajo, los medios de comunicación, el sistema sanitario (principalmente AP), los contextos de ocio y la comunidad.

Debido a las características de los adolescentes, trabajar con ellos exige un entrenamiento de los profesionales sanitarios. La enfermera comunitaria tiene un papel importante en las actividades de difusión-captación de los jóvenes por los obstáculos que presenta para estos el acercamiento a los sistemas de salud. Es importante para esto, que la enfermera entienda la actitud de los adolescentes hoy en día, que conozca en profundidad los problemas emergentes, y que trate de disminuir las barreras de acceso a los centros de salud.

Hay que tener en cuenta que los adolescentes constituyen un grupo de población a los que es difícil acceder. Los jóvenes acuden con poca frecuencia a los centros de salud y casi nunca para demandar consejo o información; si a esto, se le suma la negación a hablar de otro tema que se salga del motivo de consulta y la poca confianza que depositan en los profesionales sanitarios por miedo a la falta de confidencialidad, la captación oportunista en las consultas se vuelve el único momento donde se puede y se plantea dar información para la prevención de

conductas, ya que es difícil captarlos. Además, los adolescentes son sensibles a cualquier cambio que se produzca en los servicios siendo de gran dificultad volver a recuperarles como usuarios si no perciben una continuidad en el programa o una sensación de atención por parte de los profesionales. Por tanto, las mismas estrategias que sirven con otros grupos de población pueden no ser eficaces con los adolescentes.

RESPUESTAS ANTE LAS NUEVAS ADICIONES:
Debido la aparición de estas nuevas adicciones, es necesario orientar a los servicios sanitarios a prestar un nuevo enfoque en la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de estos problemas (internet, redes sociales) y las consecuencias que acarrean, como el ciberbullying, situación emergente hoy en día y que podría llevar nuestros adolescentes a situaciones muy graves como el suicidio.

Según la estrategia nacional sobre adicciones, ENA (2017-2024), ya introduce la adicción a internet dentro de las adiciones a prevenir y tratar, obligando a revisar programas y actividades que estaban en práctica y a diseñar otros nuevos que incluyan actuaciones encaminadas a la reducción de riesgos y daños producidos por este tipo de conducta adictiva.

Las enfermeras han de ser capaces como profesionales de integrar herramientas de la psicología a su propia disciplina para la resolución de problemas que planteen los pacientes con adicción. Además, será necesario emitir diagnósticos enfermeros (NANDA) que servirán como base de actuación y de establecimiento de objetivos (NOC) para emprender las intervenciones (NIC) más adecuadas para el manejo del paciente con problemas de adicción.

En el ámbito sanitario, la atención primaria ocupa una posición privilegiada para llevar a cabo las actividades de prevención. En ese sentido, el Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria ,teniendo como referente el US Preventive Servives Task Force recomienda que las estrategias más útiles para las intervenciones del cambio de conducta (ICC) en las consultas de AP son las cognitivo-conductuales (consejo breve, entrevista motivacional, Educación para la salud), mientras que los profesionales que aconsejan estas conductas deben garantizar a los pacientes información clara sobre las ICC (los servicios que hay disponibles, su uso y acceso), asegurar que las ICC cubren las necesidades y son aceptables para el usuario.

ABORDAJE DEL ACOSO Y EL CIBERACOSO:
En relación con el acoso escolar y el ciberacoso, la intervención de los profesionales sanitarios, tanto en AP, escuelas o la salud mental se han de centrar en dos aspectos: ayudar a la víctima a poner fin a estas situaciones; y tratar la sintomatología y los problemas asociados al acoso y ciberacoso.

El PAPPS ya establece recomendaciones al respecto del acoso, mientras que en España algunos de los programas que podemos encontrar orientados a prevención son:

El Programa SUPRE (acrónimo de Suicide Prevención), una iniciativa a escala mundial para la prevención del suicidio. Desde el consejo de Europa se está demandando una mayor implicación tanto en la educación en escuelas como en centros de atención sanitaria. En España no existe un plan nacional preventivo, sino algunos programas autonómicos. En el caso de Galicia, por ejemplo, cuenta con un programa asistencial; mientras que en Asturias se ha implementado el programa europeo Monitoring Suicidal Behaviour in Europe y el proyecto Saving and Empowering Young Lives in Europe.

En los casos más graves, es conveniente denunciar el acoso, para ello se disponen de recursos on-line y teléfonos de ayuda como el de Protégeles, el Grupo de delitos telemáticos de la Guardia Civil, o acudir a la Policía

PROPUESTA PARA MEJORAR EL ACCESO A LOS ADOLESCENTES Y LA EFECTIVIDAD DE LOS PROGRAMAS.
Se ha comentado las dificultades de acceder, desde el ámbito sanitario, a este grupo de población. Además de las alternativas ya implantadas, como llevar a cabo programas comunitarios o la "consulta joven", se proponen una serie de medidas, estructurales y organizativas, que pueden mejorar la accesibilidad a los adolescentes:

- Enfermería escolar:
La enfermería en el colegio trata de conseguir y crear un ambiente donde los niños se sientan seguros. A pesar de que se ha demostrado que el papel de la enfermera escolar es de gran relevancia, hoy en día, la figura de la enfermera escolar no se encuentra implantada en la mayoría de los colegios e institutos españoles.

En el 2015, Procter & Ferguson ya referenciaban que la enfermera escolar desempeñaba un papel fundamental la implantación de actuaciones de prevención de

acoso escolar, utilizando herramientas que promoviesen la salud, evaluaran el grado de intimidación y poder llegar así a identificar precozmente a las víctimas y prevenir los daños físicos o emocionales resultantes de este fenómeno.

Tiger (2016) evidenció la importancia de la figura de enfermería en el ámbito escolar para la prevención de acoso en la educación, siendo ésta fundamental hoy en día, en el ámbito escolar para la detección y seguimiento en casos de Bullying y en la prevención de intentos suicidas causados por este fenómeno. Thompson (2016) mantenía que los profesionales sanitarios, la enfermería en particular, podían ser piezas clave para la detección de este tipo de conductas.

Los programas de prevención y educación en la escuela se clasifican en tres tipos:
- Programas basados en los currículos: información específica acerca del suicido, se da en clases o grupos.
- Programas de entrenamiento para el grupo de profesionales escolares.
- Programas de tamizaje: detección de adolescentes en riesgo de conducta suicida o detección de problemas emocionales en niños y adolescentes.(Puerta de entrada).

FORMACIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA:
Otro de los puntos a mejorar y que muchos estudios demuestran, es la escasa formación que los profesionales reciben sobre temas como pueden ser el acoso, el ciberbullying y el suicidio. sumado a que las principales estrategias y recomendaciones que se dan para el suicidio no están enfocados a los adolescentes, sino a la población en general, acaba dejándolos aún más expuestos y vulnerables.

Autores como Andrade, De Oliveira, Dantas & Neves, ya referían en el 2013, que la formación que recibían las enfermeras en este tipo de problemáticas era prácticamente inexistente.

Por otro lado, el Consejo Internacional de Enfermería, considera que los profesionales de enfermería están poco desarrollados y muchos recursos disponibles son gastados en intervenciones inefectivas. Además, considera que debería prestarse más atención a la problemática causada por las alteraciones de la salud mental y siendo para ello necesario: el conocimiento en salud mental, conocimiento de las alteraciones que presenta a grupos vulnerables, conseguir recursos financieros y mejorar la formación y preparación de los profesionales.

- Uso de las Tic:
La aparición de las TIC ha revolucionado todos los ámbitos incluidos el de la

salud, aportando novedosos elementos que mejoran la calidad tanto en la información de salud como en la investigación, promoción, diagnóstico y seguimiento de patologías con la utilización de los dispositivos móviles para el cuidado o lo que se conoce en salud como mHealt.

Internet supone un acceso rápido a la información y la población adolescente utiliza internet como una herramienta básica de su vida diaria. La preocupación creciente por los temas de salud hace que lo utilicen como herramienta para obtener información, debido a su facilidad de acceso, la confidencialidad y el anonimato, lo que les permite realizar consultas que para ellos muchas veces son comprometedoras o incomodas. Si a esto se le suma la falta de acercamiento de los adolescentes a los servicios de salud, observamos que sería necesario el desarrollo de aproximaciones alternativas, entre ellas, el uso de internet y las nuevas tecnologías para ofrecer información en cuanto a salud.

Existen muchos canales de información sobre salud en internet, pero no todos tienen un filtro de calidad por lo que los jóvenes pueden acceder a información de baja calidad científica, poco fiables y sólidos. Por lo que se está estudiando de manera científica el desarrollo y la implicación de páginas web o apps con acreditación y certificación para garantizar la seguridad de uso tanto a pacientes como a profesionales sanitarios.
En Cataluña el TicSalut (organismo perteneciente al Departament de Salut de la Generalitat de Cataluya) está trabajando en el portal AppSalut.

La SemFYC ha desarrollado una consulta médica para adolescentes que funciona 2 días a la semana en el mundo virtual llamada Second Life.

En Gijón se ha estudiado el grado de aceptación de la implantación de un correo electrónico para que los adolescentes puedan realizar consultas, donde un equipo multidisciplinario integrado por médicos, enfermeros, trabajadores sociales, psicólogos, etc. Pudiera atender las cuestiones planteadas por el público joven.
En el año 2008 el Ministerio de Sanidad y Consumo, proporciona la dirección de correo electrónico de un "médico robo" a la que los adolescentes pueden enviar cuestiones sobre sexualidad, ETS, consumo de alcohol o cualquier otro problema.

Iniciativas como Ins@fe y Protégeles, vinculadas o subvencionadas por la Unión Europea y también el programa de sensibilización ''Internet Segura'' de la Agencia de Calidad de Internet (IQUA) que desarrollan múltiples actividades, contra la bulimia y la anorexia o la pornografía infantil con el objetivo de mejorar la

seguridad infantil.

El proyecto "Asexora" en la Universidad de Oviedo pretende ofrecer a la comunidad universitaria un servicio de asesoramiento sexológico respecto a identidad sexual, orientación del deseo, salud genital y reproductiva, relaciones interpersonales, erótica y amatoria.

5 Discusión-Conclusión

Este trabajo tenía como objetivo conocer los problemas de salud en los adolescentes, especialmente los nuevos problemas vinculados a los patrones comportamentales actuales, y las estrategias de intervención eficaces para abordar los mismos.

Aunque se ha puesto de manifiesto que es un grupo de población con una morbimortalidad baja, el binomio salud- enfermedad respecto a los adolescentes nos evidencia que la salud de éstos sigue estando vinculada, además de a nuevos patrones de conductas, a problemas tradicionales como el consumo de drogas, los trastornos de conducta alimentaria, embarazos, ITS, que ya se vienen observando desde hace muchos años.

Estas situaciones nos generan la necesidad de realizar una prevención y detección precoz del problema, siendo esto una prioridad en el ámbito educativo y sanitario. Para ello es importante conocer cuáles son las necesidades de salud de los adolescentes, identificarlas, describirlas, evaluar los servicios disponibles y las medidas para atender esas necesidades, además, de modificar o introducir servicios adecuados para atender las necesidades no cubiertas en la actualidad, y por último evaluar la eficacia. Se debería, por lo tanto, hacer un esfuerzo de mejora en cuanto a la prevención, desde una perspectiva multisectorial y multidisciplinar, actuando sobre los factores determinantes de estas conductas y definir dentro de esto cual es el papel de la enfermera.

Esto último, el papel del sistema sanitario, en general, y de la enfermera en particular, ha sido objeto de debate habitual, sin haber alcanzado una respuesta definitiva. Se conocen las limitaciones para intervenir en el contexto sanitario sobre un grupo de población que no acude o acude poco a las consultas y que muestra un alto grado de desconfianza hacia los profesionales sanitarios. Aun así, se debería aprovechar cualquier contacto con el sistema para intervenir, detectando situaciones de riesgo y actuando sobre ellas. El mismo programa de la especial-

idad de Enfermería Familiar y Comunitaria recoge las competencias específicas relacionadas con la atención a este grupo de población. Por tanto, se debe actuar, utilizando las herramientas apropiadas (escalas y cuestionarios de valoración, la entrevista clínica, la entrevista motivacional, etc.).

Se debe actuar en los ámbitos familiar, escolar y comunitario, interviniendo en salud especialmente desde las escuelas y desde la Atención Primaria de manera coordinada, mediante una atención continuada e integral basada en la escucha, el apoyo y el asesoramiento. Los adolescentes son un grupo de población sensibles a cualquier cambio que se produzca en los servicios siendo de gran dificultad volver a recuperarles como usuarios si no perciben una continuidad en el programa o una sensación de atención por parte de los profesionales. Existen elementos eficaces como puede ser la entrevista motivacional, pero lo más eficaz probablemente sería intervenir en otros ámbitos e intentar alcanzar a los adolescentes en entornos en los que se desenvuelven como puede ser el escolar o el comunitario.

Como se ha visto, en la actualidad han surgido con gran fuerza nuevos problemas, como son el abuso de las TIC, el uso masivo de las redes sociales y otros fenómenos relevantes como la adicción a internet, ciberacoso o sexting. Estos fenómenos emergentes son problemas muy complejos a cuya solución, si bien es cierto que tiene que venir de otros ámbitos, el sector sanitario en general y la enfermera en particular, sí pueden contribuir.

Se ha visto como el PAPPS ya establece recomendaciones al respecto del acoso y la ENA 2017-2024 ya introduce la adicción a internet dentro de las adiciones a prevenir y tratar. A demás, se han presentado evidencias de otros países en los que la enfermera escolar ha contribuido a reducir los casos de acoso escolar y reducción de suicidios. Todo esto exige una formación para adquirir las competencias necesarias, tal y como algunos autores han puesto de manifiesto.

Aunque no ha sido objeto de este trabajo abordar estos temas desde una perspectiva de género, de la revisión realizada se desprenden algunos datos que si merecen alguna reflexión. Por ejemplo, con el abuso de las nuevas tecnologías se ha observado un aumento de la prescripción de hipnosedantes, siendo las mujeres las que mayor prevalencia de consumo se ha visto en los últimos años. Se ha visto, también, que las adolescentes son más vulnerables a los trastornos depresivos, son las que más reflejan sus sentimientos en las redes sociales y las que más las utilizan; además, están influenciadas por los cánones de belleza impuestos, o el aumento actual de la pornografía, la cual refleja a la mujer como mero objeto.

Todos estos condicionantes sociales y culturales conlleva a la posibilidad de sufrir mayor acoso, padecer muchos más problemas psicológicos y por lo tanto ser más proclives al consumo de hipnosedantes o incluso del suicidio.

Respecto a la conducta suicida del adolescente, ésta se enmarca una realidad muy compleja, y no solo puede explicarse a partir de factores biológicos, sino que se han de tener en cuenta tanto factores psicológicos, sociales y cultural siendo un fenómeno de origen multifactorial que habría de ser más trabajado.

A pesar de que las nuevas tecnologías acarrean problemas debido a su uso excesivo, también se ha evidenciado que aportan refuerzos positivos para el ámbito sanitario. Los jóvenes constituyen un gran público de difusión de información, por lo que si juntamos el termino sanidad con tecnología y juventud puede suponer un gran impacto para la promoción de la salud y la prevención de las conductas de riesgo, al utilizar los canales de comunicación que son habituales en los adolescentes y un lenguaje comprensibles para ellos.

El uso de las TIC es una alternativa a otras que tradicionalmente se han empleado para llegar a los adolescentes. Se deben explorar otros elementos estructurales y organizativos, como el desarrollo de la figura de la enfermera escolar o la formación de los profesionales, para mejorar la efectividad de las intervenciones que la enfermera lleva a cabo desde los distintos ámbitos.

6 Bibliografía

1. OMS | Desarrollo en la adolescencia [Internet]. WHO. [citado 28 de junio de 2018]. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/.
2. Pedreira Massa JL, Blanco Rubio V, Pérez-Chacón MM, Quirós S. Psicopatología en la adolescencia. Med - Programa Form Médica Contin Acreditado. 1 de septiembre de 2014;11(61):3612-21.
3. Carvajal M, Essien J, Rey P, Bardales J. El adolescente, la familia y su educación sexual. Clínica E Investig En Ginecol Obstet. 2007;34(6):214-9.
4. Tresgallo SE. La vivencia de la sexualidad en la adolescencia. Cuad Med Psicosomática Psiquiatr Enlace. 2016;(118):71-9.
5. Alonso Pérez F. Salud del adolescente.En: Sanchez Gomez M.B, Gomez Salgado J, Duarte Cllíments G. FUNDEN. Atención al individuo y la familia. 1ª Ed. Madrid: cuesta de santo domingo; 2009.P. 117-143

6. Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad. Juventud en cifras. Observatorio de la Juventud en España.Diciembre 2010.
7. Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la causa de muerte. Notas de prensa. 21 diciembre de 2017.
8. Calleja N. Bullying y Tabaco: ¿Se Encuentran Asociados? Acta Investig Psicológica. 1 de abril de 2016;6(1):2350-67.
9. Vázquez TD, Hurtado MJR, Baños RV. LA ADOLESCENCIA ANTE LA VIOLENCIA DE GÉNERO 2.0: CONCEPCIONES, CONDUCTAS Y EXPERIENCIAS. Educ XX1 [Internet]. 2018 [citado 28 de junio de 2018];21(1). Disponible en: http://revistas.uned.es/index.php/educacionXX1/article/view/20180
10. Agustina JR, Gómez-Durán EL. Factores de riesgo asociados al sexting como umbral de diversas formas de victimización. Estudio de factores correlacionados con el sexting en una muestra universitaria. IDP [Internet]. 1 de julio de 2016 [citado 1 de julio de 2018];0(22). Disponible en: https://doaj.org.
11. Gonzálvez MT, Espada Sánchez JP, Guillén Riquelme A, Orgilés Amorós M. ¿Consumen más drogas los adolescentes con déficit en habilidades sociales? Gonzálvez Maria T Espada Sánchez José Pedro Guillén Riquelme Alejandro Orgilés Amorós Mireia ¿Consumen Más Drog Los Adolesc Con Déficit En Habilidades Soc En Rev Esp Drogodepend 2014 Vol 39 No 4 14 [Internet]. 2014 [citado 1 de julio de 2018]; Disponible en: http://roderic.uv.es/handle/10550/47663.
12. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias en España. secretaria de Estado de Servicios sociales e igualdad. Madrid, 2018.
13. Santana JDM, Monroy MF, Sánchez IG. Valores y creencias de los jóvenes ante el policonsumo de sustancias adictivas. Rev Cienc Soc. 2015;21(4):494-508.
14. Sánchez JPE, Sabuco AM, Amorós MO. Relación entre la edad de debut sexual y el sexo bajo los efectos de las drogas en la adolescencia. Rev Esp Drogodepend. 2013;(1):25-35.
15. Navarro E, Heredia EB. La construcción de la sexualidad en la adolescencia. Rev Psicol Soc. 2000;15(1):63-75.
16. García IP, Campos EFP, Ernest EP. Métodos de anticoncepción en adolescentes: Píldora de emergencia: aspectos ético-legales. Rev Pediatría Aten Primaria. 2005;7(Extra 1 (supl.)):81-7.
17. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social - Profesionales - Interrupción voluntaria del embarazo - Datos Estadísticos - Tablas y Figuras [Internet]. [citado 30 de junio de 2018]. Disponible en: https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/tablas_figuras.htm
18. Deyanova Alyosheva N. Programa de intervención para prevenir nuevos abor-

tos en adolescentes entre 15-19 años con aborto previo. 15 de mayo de 2017 [citado 1 de julio de 2018]; Disponible en: https://repositori.udl.cat/handle/10459.1/59949.
19. Adolescent pregnancy [Internet]. World Health Organization. [citado 29 de junio de 2018]. Disponible en: http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy.
20. Ministerio de sanidad servicios sociales e igualdad.Vigilancia epidemiologica del VIH y sida en España 2016.Instituto de Salud Carlos III; 2017.
21. OMS | Virus del papiloma humano (VPH) [Internet]. WHO. [citado 1 de julio de 2018]. Disponible en: http://www.who.int/immunization/diseases/hpv/es/.
22. Estrategia educativa breve para mantenimiento del conocimiento sobre el virus del papiloma humano y prevención del cáncer en adolescentes- ClinicalKey [Internet]. [citado 1 de julio de 2018]. Disponible en: https://www-clinicalkey-es.bvgcsalud.a17.csinet.es/#!/content/journal/1-s2.0-S0210573X15000660
23. Cano-Caballero MG, García EG, Peña FG, Galvez MDC-C. Opiniones de los profesionales sanitarios de Atención Primaria de Andalucía acerca del Virus del Papiloma Humano y su vacuna. An Sist Sanit Navar. 30 de abril de 2018;41(1):27-34.
24. Asitimbay G, Estefanía A, Merino L, Fernando E. Soledad y aislamiento en adolescentes que usan redes sociales. Soledad Aisl Redes Soc Adicción Adolesc [Internet]. 2018 [citado 1 de julio de 2018]; Disponible en: http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/30184.
25. Reconocimiento de la depresión en los adolescentes: MedlinePlus enciclopedia médica [Internet]. [citado 28 de junio de 2018]. Disponible en: https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000648.htm
26. NIMH » Depresión [Internet]. [citado 28 de junio de 2018]. Disponible en: https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depresion/index.shtml
27. El suicidio en jóvenes en España: cifras y posibles causas. Análisis de los últimos datos disponibles - ScienceDirect [Internet]. [citado 1 de julio de 2018]. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130527416300573?via%3Dihub
28. Ideación suicida en una muestra representativa de adolescentes españoles- ClinicalKey [Internet]. [citado 1 de julio de 2018]. Disponible en: https://www-clinicalkey-es.bvgcsalud.a17.csinet.es/#!/content/journal/1-s2.0-S1888989117300988.
29. Cía AH. Las adicciones no relacionadas a sustancias (DSM-5, APA, 2013): un primer paso hacia la inclusión de las Adicciones Conductuales en las clasificaciones categoriales vigentes. Rev Neuropsiquiatr. 11 de febrero de 2014;76(4):210.
30. Rueda DRA, Chávez PC. Prevalencia de adicción a internet y su relación con

disfunción familiar en adolescentes. :8.
31. Protocolo de tratamiento de las adicciones sin sustancia psicoactiva- ClinicalKey [Internet]. [citado 3 de julio de 2018]. Disponible en: https://www-clinicalkey-es.bvgcsalud.a17.csinet.es/#!/content/journal/1-s2.0-S0304541215002346.
32. Castillo JAG del. Adicciones Tecnológicas: El Auge De Las Redes Sociales. Salud Drog. 2013;13(1):5-13.
33. González-Ortega E, Orgaz-Baz B. Minors' exposure to online pornography: Prevalence, motivations, contents and effects. An Psicol [Internet]. 2013 [citado 2 de julio de 2018];29(2). Disponible en: http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=16726244001.
34. Acceso y uso de nuevas tecnologías entre los jóvenes de educación secundaria, implicaciones en salud. Estudio JOITIC- ClinicalKey [Internet]. [citado 2 de julio de 2018]. Disponible en: https://www-clinicalkey-es.bvgcsalud.a17.csinet.es/#!/content/journal/1-s2.0-S021265671300187X
35. La utilización de Internet entre los adolescentes, riesgos y beneficios- ClinicalKey [Internet]. [citado 2 de julio de 2018]. Disponible en: https://www-clinicalkey-es.bvgcsalud.a17.csinet.es/#!/content/journal/1-s2.0-S0212656711000059.
36. Andrés MJB. Conductas de ciberacoso en niños y adolescentes. Hay una salida con la educación y la conciencia social. Educar. 2014;50(2):383-400.
37. Validación española de la Escala de Adicción a Videojuegos para Adolescentes (GASA)- ClinicalKey [Internet]. [citado 2 de julio de 2018]. Disponible en: https://www-clinicalkey-es.bvgcsalud.a17.csinet.es/#!/content/journal/1-s2.0-S0212656716303948.
38. E-impacto del uso de las tecnologías de la información y la comunicación en la salud mental- ClinicalKey [Internet]. [citado 3 de julio de 2018]. Disponible en: https://www-clinicalkey-es.bvgcsalud.a17.csinet.es/#!/content/journal/1-s2.0-S1134207214708199
39. Santisteban P de, Gámez-Guadix M, Santisteban P de, Gámez-Guadix M. Estrategias de persuasión en grooming online de menores: un análisis cualitativo con agresores en prisión. Psychosoc Interv. 2017;26(3):139-46.
40. Caldera MIF, Hernández MG, Cuenca ABR. Sexting: Nuevos Usos De La Tecnología Y La Sexualidad En Adolescentes. Int J Dev Educ Psychol. 2013;1(1):521-33.
41. Sexting en adolescentes: nuevos retos médico-legales- ClinicalKey [Internet]. [citado 3 de julio de 2018]. Disponible en: https://www-clinicalkey-es.bvgcsalud.a17.csinet.es/#!/content/journal/1-s2.0-S0377473216300487.
42. Asociación Estatal de Profesionales de la sexología. Pornografía Y Medios de

comunicación: la Educación sexual del siglo XXI. Boletín de información sexológica; 2005.Nº46
43. Sexo adolescente en la era del porno online [Internet]. 0News. [citado 3 de julio de 2018]. Disponible en: https://www.0news.net/2018/03/25/sexo-adolescente-en-la-era-del-porno-online/.
44. Chemsex, slamming, slamsex… el abuso de sustancias y las conductas de riesgo, de la mano con las nuevas tecnologías [Internet]. [citado 3 de julio de 2018]. Disponible en: https://psiquiatria.com/trastornos-infantiles-y-de-la-adolescencia/chemsex-slamming-slamsex-el-abuso-de-sustancias-y-las-conductas-de-riesgo-de-la-mano-con-las-nuevas-tecnologias/.
45. Las nuevas prácticas sexuales disparan sífilis y gonorrea [Internet]. [citado 3 de julio de 2018]. Disponible en: https://cronicaglobal.elespanol.com/vida/infecciones-transmision-sexual-sifilis_77434_102.html
46. Evidencia actual de la entrevista motivacional en el abordaje de los problemas de salud en atención primaria- ClinicalKey [Internet]. [citado 3 de julio de 2018]. Disponible en: https://www-clinicalkey-es.bvgcsalud.a17.csinet.es/#!/content/journal/1-s2.0-S0212656713000504.
47. Gutiérrez JM. REFLEXIONES A PROPÓSITO DE LA ATENCIÓN A ADOLESCENTES Y JÓVENES EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DESDE UN SERVICIO MUNICIPAL DE SALUD. :12.
48. Sociedad de Enfermería familiar y comunitaria de Asturias. Enfermeria comunitaria en el ámbito escolar propuestas.; 2017.
49. Recomendaciones sobre el estilo de vida. Actualización PAPPS 2018- Clinicalkey [Internet]. [citado 3 de julio de 2018]. Disponible en: https://www-clinicalkey-es.bvgcsalud.a17.csinet.es/#!/content/journal/1-s2.0-S0212656718303615.
50. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Consejo integral en estilo de vida en atención primaria, vinculado con recursos comunitarios en población adulta. Estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS. centro de publicaciones paseo del prado; 2015.
51. González EA. ESTRATEGIA NACIONAL SOBRE ADICCIONES. 2017;56.
52. La complejidad de la coordinación social y sanitaria en las adicciones y el papel de la enfermera- ClinicalKey [Internet]. [citado 11 de junio de 2018]. Disponible en: https://www-clinicalkey-es.bvgcsalud.a17.csinet.es/#!/content/journal/1-s2.0-S1130862115001497
53. Aguado VC. La enfermera escolar: comunicación eficaz para la prevención y detención del acoso escolar = The school nurse: effective communication for prevention and arrest of bullying. Rev Esp Comun EN SALUD RECS. 15 de diciembre

de 2017;8(2):247-53.
54. Prevención de los trastornos de la salud mental en atención primaria. Actualización PAPPS 2018- ClinicalKey [Internet]. [citado 11 de junio de 2018]. Disponible en: https://www-clinicalkey-es.bvgcsalud.a17.csinet.es/#!/content/journal/1-s2.0-S0212656718303640
55. Carrascal GC, Castillo CVC. Família e escola: cenários de prevenção da conduta suicida em adolescentes desde a disciplina da enfermagem. Av EN Enferm. 2012;16.
56. Salmeron PA, Christian BJ. Evaluation of an Educational Program to Improve School Nursing Staff Perceptions of Bullying In Pinellas County, Florida. Pediatr Nurs. diciembre de 2016;42(6):283-92.
57. Berlanga-Fernández S, Villa García L, Dolado Martín C, Rodríguez Blanco O, Fabrellas i Padrès N. Creando una aplicación móvil en salud. junio de 2017 [citado 27 de junio de 2018]; Disponible en: http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/120371.
58. Uso de Internet por parte de los adolescentes de Gijón (Asturias) como fuente de información sobre salud- ClinicalKey [Internet]. [citado 2 de julio de 2018]. Disponible en: https://www-clinicalkey-es.bvgcsalud.a17.csinet.es/#!/content/journal/1-s2.0-S0212656710001095.
59. Peskin MF, Shegog R, Markham CM, Thiel M, Baumler ER, Addy RC, et al. Efficacy of It's Your Game-Tech: A Computer-Based Sexual Health Education Program for Middle School Youth. J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med. mayo de 2015;56(5):515-21.
60. ASEXORA: LA EXPERIENCIA DE ASESORAMIENTO SEXOLÓGICO EN LA UNIVERSIDAD DE OVIEDO - PDF [Internet]. [citado 1 de julio de 2018]. Disponible en: https://docplayer.es/19212332-Asexora-la-experiencia-de-asesoramiento-sexologico-en.

Capítulo 149

TRATAMIENTO EN UN DIAGNOSTICO DE HIPERTENSION EN ATENCIÓN PRIMARIA

ANA MARÍA FERNÁNDEZ RIESGO

PAULA GONZÁLEZ RODRÍGUEZ

ROCIO RODRIGUEZ FERNANDEZ

LORENA BOBES FERNÁNDEZ

VANESA LLANOS GARCIA

1 Introducción

La hipertensión arterial (HTA) en el adulto mayor representa un problema creciente de salud pública, en primer lugar debido a que la expectativa de vida se incrementa en países desarrollados y la tendencia es similar en países en desarrollo, constituyendo el grupo poblacional con el mayor crecimiento proporcional.

Representa por sí misma una enfermedad, como también un factor de riesgo importante para otras enfermedades, fundamentalmente para la Cardiopatía Isquémica, Insuficiencia Cardíaca, Enfermedad Cerebro Vascular, Insuficiencia Renal.

ASPECTOS FISIOPATOLOGICOS:

La presión arterial muestra un incremento progresivo con la edad y el modelo de hipertensión cambia, se observa que la presión arterial sistólica muestra un incremento continuo mientras que la presión diastólica comienza a declinar a partir de los 50 años en ambos sexos, incrementado la presión de pulso que constituye un predictor muy fuerte para el desarrollo de eventos cardiovasculares.

El mecanismo por el cual la presión sistólica se incrementa está determinado por la rigidez de las arterias de conducción, principalmente la aorta. En cada latido el volumen eyectado por el ventrículo izquierdo genera una onda de pulso que viaja del corazón hacia la periferia la cual es a su vez reflejada hacia el corazón una vez que alcanza la periferia, cuando las arterias son distensibles la velocidad es más lenta y retorna al corazón durante la diástole, lo que produce incremento de la presión diastólica. Las alteraciones estructurales de las paredes vasculares por la pérdida de la elastina y aumento de fibras de colágeno rígidas, la calcificación y el desarreglo de las fibras produce rigidez de las paredes, produciendo un incremento de la velocidad de la onda de pulso, determinado que el retorno de la onda alcance el corazón durante la sístole incrementado la presión sistólica y reduciendo la presión diastólica.

DIAGNOSTICO Y ESTRATIFICACIÓN DE LA HTA EN EL ADULTO:
Se define la hipertensión arterial como presión arterial sistólica mayor o igual a 140 mmHg, presión arterial diastólica mayor o igual a 90 mmHg, y se establece la meta de mantener las cifras de tensión arterial por debajo de 130/85 mmHg. Esta definición es utilizada para la población general. En pacientes con Diabetes Mellitus, hipercolesterolemia, enfermedades con un alto riesgo cardiovascular asociado las cifras de presión arterial sistólica mayor a 130 mmHg y la presión arterial diastólica mayor a 80 mmHg al menos en dos tomas separadas una semana se considera Hipertensión Arterial y deben comenzar a tratarse.

2 Objetivos

- Diagnosticar en consulta de Atención Primaria HTA.
- Buscar el tratamiento correcto para la HTA diagnosticada.

3 Caso clínico

DESCRIPCIÓN DEL CASO:

Paciente de 72 años que acude a su Centro de Salud por epistaxis donde se objetiva una cifra de tensión arterial de: 170/85. Refiere cifras altas de TAS en domicilio desde hace un tiempo que no consultó. Tras colocación de taponamiento, se recomienda aportar AMPAS de domicilio en una semana.

Antecedentes personales: No AMC, no hábitos tóxicos, no refiere enfermedades de interés ni medicación previa.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:
1. AMPAS en domicilio: TAS entre 150-170 y TAD entre 80-95
2. Analítica completa:
• cLDL:119 mg/dl, cHDL:47 mg/dl, colesterol total:176 mg/dl, TG:54 mg/dl
• Glucemia basal:100 mg/dl
• CPK, urato, TSH normales
• Creatinina:0,84 mg/dl, Urea 48,9 mg/dl, Filtrado glomerular: mayor de 60 ml/min/1,73 m2, Cociente microalbúmina/creatinina 24,31mg/g
• Hemograma normal
3. ECG: Ritmo sinusal
4. TA en consulta: 165 /87 FC: 67
5. PESO: 95 Kg. TALLA: 1,68 con IMC: 33,66

JUICIO CLINICO:
Hipertensión arterial, Grado I.

4 Discusión-Conclusión

Para el tratamiento farmacológico seguimos las últimas recomendaciones de las nuevas guías europeas combinando un bloqueador del sistema renina-angiotensina más un diurético, por ello elegimos la combinación Olmesartan+hidroclorotiazida obteniendo unos buenos resultados.

Siguiendo las últimas recomendaciones de las nuevas guías europeas de hipertensión arterial. “Se recomienda el tratamiento combinado para la mayoría de los pacientes como tratamiento inicial. Las combinaciones preferidas deben incluir un bloqueador del sistema renina-angiotensina (IECA o ARA-II) más un BCC o un diurético” elegimos la combinación Olmesartan¬+hidoclorotiazida obteniendo unos buenos resultados.
Al tratamiento farmacológico sumamos el papel de Enfermería en Atención Primaria clave para una buena combinación entre una buena adherencia a medidas

higienico-dieteticas con la buena adherencia al tratamiento que hacen que las cifras de TA se encuentren dentro de la normalidad al mes del diagnóstico.

Las características de comunicación, el grado de compresión de la información que se le transmite al paciente sobre el tratamiento constituye un primer paso para la consecución de los tratamientos que consiguen un mejor control de la enfermedad y una mejor calidad de vida.

5 Bibliografía

1. Aronow WS. ACCF AHA 2011 Expert Consensus Document on Hypertension in the Elderly: A report of the American College of Cardiology Foundation Task Force on Clinical Expert Consensus Documents. Circulation. 2011; 123:2434-2506.
2. Espinosa AD. La hipertensión arterial: aunque no lo parezca, un problema complejo. Finlay [revista en Internet]. 2011 [citado 21 Nov 2017];1(1):[aprox. 7p].

Capítulo 150

CÁNCER DE MAMA Y SEXUALIDAD

ANDREA LOPEZ RODRIGUEZ

ÁNGELA FERNÁNDEZ SOL

1 Introducción

En el cáncer de mama se produce un crecimiento descontrolando de las células mamarias, que se origina generalmente en los lobulillos o en los conductos galactíferos, aunque existe la posibilidad de que el tumor maligno se origine en los tejidos estromales (tejidos conjuntivos grasos y fibrosos de la mama). El cáncer de mama es el más frecuente entre las mujeres en todo el mundo.

El diagnóstico de cáncer de mama supone para la mujer un importante impacto emocional, dónde se produce tanto una preocupación principal, la supervivencia, como preocupaciones secundarias, entre las que se encuentran, la desfiguración física, la pérdida de atractivo sexual o la alteración de las relaciones íntimas asociadas a los efectos de los tratamientos. En algunas ocasiones, las mujeres optan por no expresar abiertamente estas preocupaciones y no comunicar sus preferencias con respecto a los posibles tratamientos.

Las mujeres, en algunas ocasiones, desconocen qué tipo de intervención quirúrgica se les va a realizar (mastectomía o cirugía conservadora) por lo que pueden llegar a despertar de la anestesia y comprobar que han sufrido una amputación mamaria, esto explica que lo primero que hacen al despertar es llevar la mano al pecho. Una vez realizada la cirugía, será cuando estas mujeres reciban información médica sobre el pronóstico y la evaluación de la enfermedad lo que provoca una mayor afectación del área emocional, de la autoestima, de la imagen corporal y de las relaciones afectico-sexuales.

La incidencia de cáncer de mama está aumentando en los países desarrollados, debido a su mayor esperanza de vida, el aumento de la urbanización y la adopción de modos de vida occidentales, estimándose que el aumento de la incidencia es un 1-2% anual. En España, la incidencia de cáncer de mama representa un 26,6% (16.000) de los casos nuevos al año de todos los tumores diagnosticados en el género femenino.

Se estima que en 2004 murieron 519.000 mujeres por cáncer de mama y, aunque este cáncer está considerado como una enfermedad del mundo desarrollado, el 69% de las defunciones por esta causa se registran en los países en desarrollo. En España, el cáncer de mama produce una tasa del 16,7% del total de fallecimientos por cáncer femenino, y del 3,3% del total de muertes entre las mujeres.

En España, la supervivencia por cáncer de mama ha mejorado notablemente en los últimos 20 años, produciéndose actualmente un incremento de un 1,4% de la supervivencia anual, ya que, se han producido avances informativos en el diagnóstico precoz y los tratamientos del cáncer de mama. Este aumento de la supervivencia ha creado la necesidad de abordar otros aspectos como la salud sexual. En el año 2000, la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud y la Asociación Mundial de la Sexología definieron la salud sexual como ‘’la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad’’, estos organismos también relacionaron la contribución de las enfermedades y sus tratamientos a la presencia de alteraciones en la salud sexual.

La sexualidad es una parte fundamental en la vida de las personas. Las mujeres que padecen cáncer de mamá no dejan de tener sexualidad, por el mero hecho de padecer esta enfermedad, pero, existen varios factores que provocan que la mujer que sufre cáncer de mama tenga problemas en las relaciones sexuales o directamente disfunciones sexuales.

Entre las disfunciones sexuales más comunes podemos encontrar:
- Durante el tratamiento: un deseo sexual hipoactivo, una excitación subjetiva, problemas en la excitación genital, problemas de lubricación vaginal, perturbación del orgasmo, o dispareunia.
- Tras el tratamiento son el trastorno de aversión sexual y el vaginismo.

El impacto negativo sobre la vida sexual que es producido por la presencia de problemas o alteraciones sexuales afecta a un número importante de mujeres tratadas por cáncer de mama local o regional.

Los factores que tienen una mayor incidencia en la calidad de vida sexual en estas mujeres son: recibir quimioterapia, ser joven, tener un estadio avanzado de la enfermedad, presentar sintomatología depresiva y haber sido sometida a una mastectomía siendo este tipo de intervención la que más repercute en la imagen corporal. Esto se produce no solo por los cambios objetivos sino por el significado que supone para las mujeres. En nuestra cultura, el pecho de la mujer está muy asociado a la sexualidad y el atractivo físico (símbolo de identidad femenina e importancia de los órganos reproductivos externos a la belleza y feminidad).

Por ello, es necesario que los profesionales de la salud comprendan la sexualidad de la mujer con cáncer de mama, para ofrecer una mejor atención de la salud, ya que, estos profesionales son los encargados en acompañar a la mujer en el periodo de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

2 Objetivos

General:
- Conocer la importancia de abordar el ámbito de la sexualidad en las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama.

Específicos:
- Identificar la importancia de la figura de la pareja durante todo el proceso.
- Conocer los factores que influyen en la salud sexual de las mujeres, así como los cambios que se producen en función de las circunstancias que rodean a la mujer.
- Conocer la importancia del papel de la enfermera en el abordaje de la salud sexual en la mujer con cáncer de mama, incluso una vez finalizado el tratamiento.
- Conocer el impacto de la mastectomía en relación con la imagen corporal, la vivencia de la sexualidad y la autoestima.

3 Metodología

La metodología llevada a cabo en este trabajo consistió en una revisión de la bibliografía en diversas fuentes realizada entre los meses de diciembre de 2019 y enero de 2020.

Para elaborar el presente trabajo, primero se efectuó una búsqueda libre y desordenada en el motor de búsqueda de Google para comprobar el estado actual del tema, la disponibilidad de bibliografía, estructurar el trabajo y establecer los objetivos. Una vez establecidos los objetivos, se realizó una búsqueda bibliográfica

más rigurosa y específica tanto en fuentes de datos secundarias como en páginas webs. Para realizar la búsqueda se han utilizado una serie de palabras clave como "cáncer de mama", "sexualidad", "enfermera", "pareja" o "relaciones" y con el objetivo de acotar los resultados se han combinado estas palabras claves con el operador booleano "AND".

Una vez realizada la búsqueda se llevó a cabo un proceso de selección de los documentos utilizando una serie de criterios de inclusión y exclusión como, por ejemplo, antigüedad máxima de los documentos 5 años (excepto aquellos documentos de interés), idioma español, inglés o portugués y documentos de carácter interdisciplinar.

En la selección inicial, se leyó el título y el resumen de los documentos recuperados que cumplían los criterios de inclusión para discriminar los de interés. A continuación, se procedió a leer por completo y detenidamente los artículos elegidos anteriormente para realizar la selección final. Tras este proceso, para la elaboración de este trabajo se han incluido un total de 6 documentos.

4 Resultados

Cáncer de mama y salud sexual: La calidad de vida de las mujeres que padecen cáncer de mama se ve constantemente alterada, afectando entre otros aspectos, a la salud sexual. Las causas de estas alteraciones son de origen biológico, psicoemocional y de pareja (la enfermedad no condiciona únicamente a la mujer) y se producen desde el inicio de la enfermedad hasta la rehabilitación.

Se producen una serie de cambios negativos en la salud sexual de la mujer debido al impacto del diagnóstico y el tratamiento, el agotamiento provocado por los constantes cuidados, identificación de la persona como paciente olvidando su papel como pareja sexual, y, además, los cambios físicos y psicológicos derivados de la enfermedad.

La edad de la mujer, la cultura, los factores emocionales, sociales, interpersonales y físicos son factores que influyen en la actitud que van a tener las mujeres para afrontar su feminidad y sus relaciones sexuales durante esta nueva etapa. En mujeres menores de 45 años, la enfermedad genera una interrupción del curso normal de la vida debido a alteraciones en la imagen corporal y cambios en las actividades sexuales; en mujeres norteamericanas de entre 55 y 84 años se encontró que, aunque el cáncer de mama es difícil de sobrellevar, la función de la mama

y los cambios negativos pierden importancia en la relación íntima. Por otro lado, en las mujeres chinas con hijos, se produce una preocupación principal del rol familiar y no tanto del sexual, mientras que, en mujeres de la India se reporta mala adaptación, independientemente de estar soltera o casada.

Cáncer de mama y relaciones de pareja: Las relaciones de pareja son un aspecto fundamental en la vivencia sexual de la mujer con cáncer de mama, existen varios factores que se deberían tener en cuenta como la calidad de la relación y la comunicación antes del diagnóstico, los cambios en la imagen corporal y el reconocimiento y la aceptación del cuerpo por parte de ambos miembros de la pareja. Las vivencias de las mujeres serán mejores cuando sientan apoyo y comprensión por parte de su pareja, mientras que, por el contrario, serán peores cuando sufran exigencias y no sientan apoyo, ya que, provoca sentimientos de separación e insatisfacción sexual.

Afectación del deseo sexual: El deseo sexual de la mujer que padece cáncer de mama se va a ver afectado por la aparición de cambios relacionados con los factores físicos y psicológicos. Entre los cambios físicos destacan la amenorrea, la supresión de la menstruación, el cansancio físico y el dolor generalizado durante la práctica de relaciones. Por otro lado, entre los cambios psicológicos destacan la depresión, la ansiedad, el estrés, los sentimientos de pérdida de atractivo físico, el deterioro de la autoestima y de la imagen de sí misma.

La enfermedad va a provocar en las mujeres una disminución o una pérdida del deseo sexual, problemas en la excitación, dificultades para alcanzar el orgasmo y dolor o molestias durante la relación sexual. Estas dificultades o alteraciones suelen aparecer de manera transitoria, y pueden desaparecer tras finalizar el tratamiento.

La sexualidad de las mujeres sometidas al tratamiento de cáncer de mama: La actividad sexual de las mujeres puede disminuir durante el tratamiento y muchas de ellas sufrirán disfunciones sexuales que se irán acentuando con el transcurso de éste. La fase de deseo y lubricación va a sufrir una mayor disminución tras el tratamiento (principalmente en mujeres sexualmente no activas mayores de 55 años), mientras que la satisfacción es el factor menos afectado a lo largo del tiempo.

Las mujeres con cáncer de mama durante el tratamiento tienen una menor cantidad de fantasías sexuales, masturbación infrecuente, mayor estrés sexual, están

menos satisfechas en su vida sexual, tienen más sentimientos de culpa sobre sus comportamientos y una baja autoestima sexual.

Las principales disfunciones sexuales durante el tratamiento son el deseo sexual hipoactivo, excitación subjetiva, excitación genital, perturbación en el orgasmo, dispareunia, mientras que una vez completado serán el vaginismo y el trastorno de aversión sexual.

El tratamiento que más disfunciones produce, más aún que la quimioterapia y la radioterapia, es la terapia hormonal, con un riesgo seis veces mayor que los otros en problemas de lubricación y satisfacción sexual. Se debe tener en cuenta que algunos tratamientos como la hormonoterapia produce efectos secundarios similares a la menopausia como sofocos, sequedad y molestias vaginales, pequeñas pérdidas vaginales o aumento de peso.

Vivencia de la sexualidad en la rehabilitación: La percepción que tendrán de la sexualidad las mujeres durante la rehabilitación del cáncer de mama va a depender de los aspectos psicológicos de cada persona. Por ejemplo, en el caso de comparar el atractivo sexual y la imagen corporal, algunas mujeres aceptarían su imagen corporal pero no se sentirían sexualmente atractivas, mientras que otras no harían diferencia entre uno u otro.

Las alteraciones corporales tras el tratamiento provocan a las mujeres sentimientos de angustia, minusvalías y miedo como, por ejemplo, a la soledad, al abandono y miedo a que los cambios afecten a su relación de pareja llegando a creer que son las culpables de las disfunciones sexuales (dificultades de la erección y de la excitación) y de la disminución del deseo sexual de su pareja.

Salud sexual y mastectomía: La mastectomía consiste en la extirpación quirúrgica de la mama que provoca alteraciones en varias esferas (biológica, psicológica y social). Este tipo de cirugía afecta directamente a la expresión de la sexualidad. La actitud de las mujeres ante esta nueva situación es importante, ya que, algunas pueden desarrollar un sentimiento de rechazo hacia ellas mismas considerando que desempeñan su rol como mujer de manera no efectiva afectando a su autoestima lo que repercute directamente a la relación de pareja. Por otro lado, las mujeres pueden experimentar una alteración de su percepción corporal, identificando el cuerpo como una de las principales fuentes de tensión y malestar, generando sentimientos negativos ocasionados por la asimetría que supone la extirpación de la mama. Todo esto hace que las mujeres sometidas a esta cirugía

sufran sentimientos de vergüenza y rechazo ante la idea de la desnudez debido a que muchas mujeres identifican la mama como uno de los atributos de belleza femenina.

En relación con la sexualidad, las mujeres sometidas a una mastectomía, en su mayoría, siguen presentando la misma excitación y satisfacción durante las relaciones sexuales que previamente y con respecto al orgasmo se puede observar una disminución de su frecuencia tras el inicio de la enfermedad. En el momento de la relación sexual, las mujeres dan más importancia a otros aspectos relacionados con la enfermedad que al disfrute de su sexualidad.
Todo esto también conlleva que la frecuencia de las relaciones sexuales disminuya y que incluso pueda llegar un momento en el que cesen por completo. Por lo tanto, uno de los aspectos más relevantes de estas mujeres sería trabajar en la capacidad de relajarse, permitiéndose disfrutar del sexo, de tal manera que se obtenga la excitación necesaria y desaparezcan las dificultades para conseguir el orgasmo.

La reanudación de las relaciones sexuales tras la mastectomía se convierte en una de las mayores preocupaciones de la mujer por todo lo que aborda la enfermedad. Esta preocupación se fundamenta sobre todo en el miedo al rechazo y la disminución del interés sexual tras la vivencia del cáncer.
Estas alteraciones de la sexualidad y la imagen corporal suelen perdurar durante el primer año tras la mastectomía cuando no existe intervención psicológica o ayuda profesional que aborde estos temas. Aun así, en muchas mujeres se mantiene durante los primeros 5 años. Esto puede deberse a que las mujeres, incluso tras una reconstrucción mamaria, mantienen la alteración de su imagen corporal y del funcionamiento sexual al percibir su nuevo pecho como ajeno.

Papel de la enfermera y mastectomía: Es importante realizar intervenciones psicoterapéuticas, tanto individuales como grupales donde se aborde el aspecto psicosexual, comenzando con la adaptación psicológica a la nueva imagen corporal. Se deben combinar ambos tipos de estrategias porque habrá temas que la persona prefiera abordarlos de forma individual y mediante la grupal se apoyará en los testimonios de otras mujeres.

Las intervenciones psicológicas más inmediatas a la cirugía radical deben abordar también el ámbito de la sexualidad ya que es un error frecuente no tratar este tema desde el primer momento por el hecho de que las mujeres no lo expresen, en la mayoría de los casos, por vergüenza.

Los principales objetivos terapéuticos de estas intervenciones deben incluir: mejorar la percepción del atractivo físico y los sentimientos en relación con la desnudez, conseguir la adaptación de ambos miembros de la pareja al nuevo pecho y la cicatriz, recuperar el interés sexual y fomentar la comunicación entre los miembros de la pareja para afrontar la nueva forma de vivir su sexualidad.

Las intervenciones deben estar encaminadas a las nuevas sensaciones corporales de la zona del pecho, como es el tacto de la cicatriz, y a la adaptación de la nueva imagen, como es el mostrarse desnuda ante la pareja.

Otro aspecto importante es prevenir ciertas actitudes que pueden provocar malestar a la mujer relacionadas con las caricias en la zona del pecho por lo que es conveniente comenzar al poco tiempo de la intervención y de forma progresiva para la adaptación al nuevo tacto del pecho. Las enfermeras valoran que una de las intervenciones que puede ayudar a mejorar el tema de la sexualidad es la participación del marido en el aseo durante los primeros días tras la mastectomía, mostrando así su imagen desde el inicio.

Papel de la enfermera: Para llevar a cabo un mejor conocimiento de la sexualidad en las mujeres con cáncer de mama es importante realizar un análisis para detectar los problemas que vienen provocados directamente por la enfermedad oncológica y sus tratamientos, y separarlos de aquellos que dependen de la edad, de la relación de pareja o de la aparición de problemas familiares, laborales o económicos que podrían dar lugar a la aparición de problemas emocionales susceptibles de alterar la sexualidad de estas mujeres.

La mujer diagnosticada de cáncer de mama es sometida a una intervención quirúrgica y a tratamientos que provocan una serie de cambios físicos y emocionales que modifican las necesidades sexuales de manera específica. Por esto, es necesario que cualquier profesional sanitario, pero en especial la enfermera, tenga la capacidad de ofrecer una atención adecuada abordando también el tema de la sexualidad y teniendo en cuenta los aspectos específicos de cada mujer.

Se debe tener en cuenta que, hoy en día, para muchas mujeres resulta complicado abordar este tema con los profesionales sanitarios. En la mayoría de los casos, las mujeres no acuden a la consulta para buscar ayuda y una solución a sus miedos o problemas por lo que es importante que los profesionales aporten una información previa, muestren una disposición completa e indaguen en todos estos aspectos.

De forma general, las intervenciones de los profesionales de enfermería en las pacientes diagnosticadas de cáncer de mama se basan en:

- Lo primero de todo, es fundamental, establecer una relación terapéutica y de confianza con la paciente desde el primer momento, ofreciendo una completa disposición y una atención adecuada con el objetivo de facilitar la expresión de sentimientos e intimidades de la mujer y de la pareja.

Es importante que los profesionales de enfermería se involucren desde el momento del diagnóstico, realizando una escucha activa durante todo el proceso de la enfermedad y su repercusión en su vida cotidiana.

- En las primeras intervenciones, se debe realizar una valoración con el objetivo de identificar áreas de desconocimiento y conocer la posible reacción de la mujer en este tema. Este proceso inicial sirve para orientar a los profesionales sobre la forma de abordar este tema, aportar toda la información necesaria y adecuada sobre salud sexual durante todo el proceso y preparar a la paciente para los futuros cambios, para reducir o evitar posibles experiencias negativas. Por otro lado, es conveniente implicar a la familia en todos estos aspectos, facilitar el contacto de la paciente con otras personas que hayan sufrido cambios corporales similares y realizar talleres sobre autoestima para mejorar la percepción de su imagen corporal con el objetivo de prevenir trastornos como la depresión o la ansiedad.
- La enfermera debe tratar el aspecto físico y emocional, reforzando los aspectos positivos, buscando medios para disminuir el impacto físico y enseñar a la paciente técnicas para su autocuidado con el objetivo de aumentar su autoestima; siempre que esto no sea utilizado para no afrontar la realidad. Además, deben detectar los pensamientos, percepciones o miedos que pueden influir en el estado de salud de la paciente, valorar la situación y ayudar, en colaboración con otros profesionales, en el proceso de adaptación psicológica al diagnóstico de la enfermedad y los cambios corporales. Una adecuada adaptación del proceso influye en el bienestar de la mujer consigo misma y, por lo tanto, una mejora en la esfera de la sexualidad. Las enfermeras deben detectar de forma precoz los problemas y ayudar a resolverlos con el objetivo de que tenga menos repercusiones sobre la sexualidad.

Papel de la enfermera con las parejas: Se debe tener en cuenta que todo este proceso no afecta de forma exclusiva a la paciente, sino también a su entorno más cercano. La figura de la pareja se considera un apoyo importante para la mujer por la necesidad de cariño y acompañamiento durante todo el proceso, sobre todo en el momento del diagnóstico (mayor impacto). La enfermedad puede provocar una mayor unión o por el contrario un distanciamiento.

En muchas ocasiones, la percepción por parte de la pareja no es como la mujer se imagina. Es cierto que algunas parejas pueden experimentar sentimientos negativos, pero la mayoría, siente empatía con la situación que vive su mujer y da más importancia a la curación de la enfermedad que a la alteración de la imagen corporal.

Algunas de las manifestaciones que afecta a la relación sexual son una reducción del contacto y las caricias a los pechos de la mujer o reparo a la hora de tocar la cicatriz llegando, en algunos casos, a la evitación de los encuentros sexuales. En las relaciones de pareja de corta duración o con problemas previos, se producen más repercusiones en el ámbito sexual debido a la falta de complicidad y confianza. En los casos de mujeres sin pareja, se ha detectado una menor afectación en el ámbito sexual, pero pueden existir sentimientos negativos a la hora de conocer a las personas por la influencia en la sociedad de la "atracción física" entre hombres y mujeres.

En general, incluir a la pareja a la hora de abordar los cuidados en el ámbito de las relaciones sexuales, mejora la comprensión de la relación entre ambos miembros y facilita la expresión de sentimientos y dudas con respecto a las dificultades y problemas, aunque siempre hay que tener en consideración la opinión de la mujer ante esta propuesta.

5 Discusión-Conclusión

El cáncer de mama, por los efectos de la propia enfermedad y los derivados de los tratamientos, provoca una serie de alteraciones que modifica la imagen corporal y el funcionamiento sexual de la mujer durante y después del tratamiento. Esto conlleva, en muchas ocasiones, a una disminución de las relaciones sexuales, del deseo sexual y de la capacidad para alcanzar el orgasmo.

Cómo viven y cómo afecta el cáncer de mama a la sexualidad de las mujeres va a estar influenciado por diversos factores bio-psico-emocionales y por el tipo de tratamiento. Por lo que, se debería tener siempre en cuenta el momento idóneo y las circunstancias de cada pareja para afrontar el abordaje sobre la reanudación de las relaciones sexuales.

Es importante incluir a las parejas durante todo el proceso haciendo que sean participes ya que se ha demostrado que se consigue un mayor beneficio con respecto a técnicas individuales, promoviendo así la adaptación, el apoyo y la

comunicación entre los miembros de pareja.

A pesar de todos los beneficios que las intervenciones psicoterapéuticas suponen para la mujer, hoy en día, no se llevan a cabo ni se abordan estos temas. Estas deberían formar parte del protocolo terapéutico de las mujeres tratadas de cáncer de mama, no solo después de la intervención sino antes, como método de preparación ante el impacto de la enfermedad. De esta forma se podrá trabajar percepciones y sentimientos asociados a la imagen corporal y la identidad sexual, antes de que se produzcan los problemas y sin que lleguen a cronificarse como se produce en muchos casos. No abordar estos aspectos provoca que muchas mujeres no mantengan relaciones durante el proceso de la enfermedad y que, en el caso de la mastectomía, puede que no sean capaces de reanudarlas hasta la reconstrucción mamaria, e incluso, tras ésta.

Las enfermeras están en unas condiciones inmejorables para detectar, escuchar y resolver los problemas o miedos de las mujeres con cáncer de mama sobres los aspectos relacionados con la sexualidad, ya que son los profesionales con un mayor contacto y disponibilidad. Por lo tanto, es recomendable, que los profesionales de enfermería reciban una formación específica en este campo (tanto en la Universidad como en el ámbito laboral), con el objetivo de adquirir todos los conocimientos necesarios y fomentar la atención en estos aspectos. La falta de formación puede ocasionar que cada profesional tenga su propia percepción de la sexualidad (algunas enfermeras lo abordan como una necesidad básica, sin embargo, otras relacionan este aspecto con el coito y la juventud) afectando a la relación terapéutica que se establece con las pacientes y al cuidado de su sexualidad. Establecer una buena relación enfermera-paciente desde el momento del diagnóstico será de gran ayuda para que las enfermeras puedan preguntar con prudencia y que las pacientes encuentren en la enfermera un apoyo para abordar estos temas.

Igualmente, y de cara a conseguir los mejores resultados en la salud de la mujer o la pareja, sería recomendable reforzar el trabajo conjunto con otros profesionales especialistas en terapia sexual, como son los de la Psicología y Sexología.

Se debe tener en cuenta que la falta de profesionales dedicados específicamente a la sexología en el sistema público de salud, y el desconocimiento de otros recursos en el sector privado o social por parte de las pacientes hace necesario que la enfermera ofrezca información complementaria sobre la disponibilidad de estos recursos para obtener una respuesta más adecuada.

6 Bibliografía

1. Bueno-Robles LS, Soto-Lesmes VI. Desarrollo investigativo en salud sexual de mujeres con cáncer de mama: una revisión integrativa. Av.Enferm. [Internet]. 2016 [citado 5 Dic 2018]; 34(1): 79-87. Disponible en: http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v34n1/v34n1a09.pdf
2. Silveira Ortiz de Cmargo Lopes J, Lopes de Andrade Costa L, Valadares Guimaraess J, Vieira F. La sexualidad de las mujeres sometidas a tratameinto de cáncer de mama. Enfermería Global [Internet]. 2016 [citado 5 Dic]; 15(3).350-368. Disponible en: http://www.redalyc.org/html/3658/365846542014/
3. Vieira Elisabeth M, Santos Daniela B, Santos Manoel A, Giami A. Experience of sexuality after breast cancer: a qualitative study with women in rehabilitation. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2014 [Citado 5 Dic 2018]; 22(3): 408-414. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25029051
4. Arrese Laborde, A. Aspectos psicosociales en mujeres con cáncer de mama mastectomizadas: el rol de la enfermera en su cuidado [trabajo fin de grado]. País Vasco: 2015. Disponible en: https://addi.ehu.es/bitstream/handle/10810/15800/TFG%20FINAL.pdf?sequence=1
5. Ferro T, Prades J. Necesidades de información en el cáncer de mama y de atención en la supervivencia [monografía en Internet]. España: Federación Española de Cáncer de Mama [acceso 6 de diciembre de 2018]. Disponible en: http://fecma.vinagrero.es/documentos/libronec.pdf
6. Rozalén Ortiz, C. La vivencia de la sexualidad en la mujer mastectomizada [trabajo fin de grado]. Madrid: 2016. Disponible en: https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/675746/ortiz_rozalen_cristinatfg.pdf?sequence=1

Capítulo 151

HIPOTIROIDISMO EN EDAD PEDIÁTRICA

ÁNGELA FERNÁNDEZ SOL

ANDREA LOPEZ RODRIGUEZ

1 Introducción

El hipotiroidismo es una enfermedad producida por la acción deficitaria de las hormonas tiroideas (T3 y T4). En el 90% de los casos es de origen primario, en el cuál hay una alteración de la glándula tiroidea por carencia de yodo, patología predominante en la década de los 90 en el suroccidente asturiano.

Se ha escogido esta temática por ser llamativo que sea en el área sanitaria II de Asturias y no en otra, donde más auge de hipotiroidismo hubo en Asturias en los años 90, sobre todo en el concejo de Cangas del Narcea. Destaca el interés por conocer la etiología y la evolución de esta patología. Se han hecho numerosos estudios para comprobar que, en aquellas poblaciones deficitarias de yodo, ya esté erradicado. Una población se considera que tiene suficiente nutrición de yodo si presenta en sus escolares una prevalencia de bocio inferior al 5% y la mediana de yoduria sea superior a 100 µg/l.

2 Objetivos

- Conocer la estimación de niños diagnosticados de hipotiroidismo, centrándose en el suroccidente de Asturias.
- Destacar la influencia de la alimentación en esta enfermedad, y la actitud que debe seguir la enfermera de la consulta de pediatría con estos niños.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en fuentes de información primarias y secundarias. Centrando la información en las revistas científicas: "Anales de Pediatría" y "Endocrinología y Nutrición".

Para la búsqueda en las bases de datos se han combinado Decs y Mesh, siendo el booleano más utilizado "AND". Mientras que, en la búsqueda genérica se ha buscado mediante lenguaje libre.

Se ha seleccionado la información más adecuada teniendo en cuenta los criterios de inclusión: población pediátrica, hipotiroidismo, alimentación en la escuela, atención de enfermería.

4 Resultados

La situación actual en la que se encuentran los países de la Unión Europea, es que en 12 de los 32 países que la integran, presentan deficiencia de yodo (yoduria menor a 100 µg/l), según datos de la literatura científica disponible ("West and Central Europe Assesses its Iodine Nutrition", noviembre, 2002). Si nos seguimos adentrando, conseguimos plasmar datos de la situación en España, donde Galicia y León, destacan a finales del siglo XX con una endemia de grado III (bocio visible a distancia). Galicia, especialmente, con un porcentaje del 79 % de población con bocio entre los 4 y los 18 años.

Aunque en esa época los datos de Asturias no fueron tan destacables como los de Galicia y León, esta comunidad contaba con un 20 % de la población afectada entre 6 y 15 años con yoduria menor de 63 µg/l. Fue una de las comunidades junto a Cataluña, que comenzaron campañas de salud pública para luchar contra los trastornos deficitarios del yodo y potenciar el consumo de sal yodada. Para comprobar el resultado de la campaña de yodoprofilaxis realizada en Asturias, se hizo un nuevo estudio en el que se recogió el consumo de la sal yodada en todos los comedores escolares y en el 65 % de los hogares, gracias a ello la yoduria media ascendió a 140 µg/l, por lo que se precisó una franca mejoría, aunque se planteó como objetivo que se consumiera sal yodada en el 90% de hogares asturianos.

Desde el primer estudio realizado en Asturias (1982) hasta el cuarto estudio (2000), el área donde más han descendido los niveles de bocio fue en el occidente, desde un 63 % de la población que lo padecía hasta un 8,2 %. Son datos muy

satisfactorios después de 18 años de campaña de yodoprofilaxis con periódicas reevaluaciones y refuerzos.

Para conocer más sobre la enfermedad del hipotiroidismo y su evolución, he ha realizado una síntesis del artículo: "Yodurias y consumo de lácteos en preescolares del Área Suroccidental de Asturias", redactado por profesionales sanitarios del área sanitaria II. Fue extraído de una fuente primaria como es la revista "Anales de Pediatría", la cual consta de gran rigor científico ya que está compuesta por la Asociación Española de Pediatría. Escribiendo en el buscador de la página web anteriormente descrita, las palabras clave de la búsqueda "hipotiroidismo AND Asturias", he escogido este artículo, de los 32 existentes.

Se ha seleccionado éste, porque es de máxima relevancia que la población asturiana conozca una de las principales patologías que afectó a esta población, y que hoy en día, aunque en menor medida, siguen afectando. Es el hipotiroidismo, sobre todo afecta a la población infantil y a las mujeres embarazadas, las cuales necesitan mayor aporte de yodo, y así podremos educar en salud a la población y evitar esta enfermedad que provoca grandes daños. Según la OMS, la carencia de yodo es la principal causa prevenible en el mundo de lesión cerebral del feto y del lactante, retraso del desarrollo psicomotor en los niños pequeños, cretinismo, enanismo, sordomudez, abortos y malformaciones congénitas, retraso del crecimiento o deterioro intelectual. Durante la primera mitad del embarazo es cuando más afecta porque es el periodo crítico para la formación, desarrollo y maduración del cerebro del feto, que depende exclusivamente de las hormonas tiroideas maternas. Al vivir en carencia de yodo, la madre sufre una hipotiroxinemia materna, que va a repercutir negativamente en el desarrollo cerebral y sobre todo auditivo del feto.

En Asturias en el 2002 se realizó un estudio nutricional del consumo de yodo, en el cual se extrajo que el 69.5% de las gestantes para el estudio, consumían sal yodada. La yoduria de las que consumían sal yodada era significativamente más alta que la de aquéllas que no la usaban (144 µg/l vs 104 µg/l). Estos datos deben llevar a obligar a suplementar adecuadamente a las gestantes con aporte extra de yodo mediante suplementos farmacológicos, además de incentivar el uso de sal yodada en la alimentación diaria.

"Yodurias y consumo de lácteos en preescolares del Área Suroccidental de Asturias": El tema principal de este artículo es conocer el estado actual de yodo en la población infantil del suroccidente asturiano tras la realización de un estudio. Se llevó a cabo en esta zona porque se necesitaba conocer el consumo de yodo

actual, después de que fuera en el siglo pasado una de las comunidades con más porcentaje de bocio. Por ello, se pretendía con este estudio evitar los trastornos por déficit de yodo por completo.
Aunque la sal yodada ha sido la medida adoptada en la mayoría de los países del mundo para contrarrestar esta enfermedad por su relación coste-efectividad, en 1970 la Comunidad Económica Europea reguló la suplementación de la alimentación animal con yodo, lo que supuso un aumento del contenido de yodo en los alimentos de origen animal, como en la yema de los huevos y en la leche de las vacas. Por esta razón, este estudio fue dirigido a la población infantil, con el objetivo de conocer la influencia del consumo de lácteos.

Se llevó a cabo entre octubre del 2013 y febrero del 2014, en el área suroccidental de Asturias, considerada principalmente zona rural, que en 1986 presentaba la mayor prevalencia de bocio de la comunidad autónoma, con autorización del Comité Ético de Investigación Clínica de Asturias y de la Fiscalía de Menores.

La población estudiada fue casi 200 niños y niñas del Área Sanitaria II de entre dos y cinco años, comprendiendo los concejos de Cangas del Narcea, Pola de Allande, Ibias, Degaña y Tineo. Fueron criterios de exclusión, que los niños presentasen patología tiroidea autoinmune, utilizasen pañal o vivieran fuera de esta área sanitaria. También se recogió información en los colegios con comedor escolar de la zona.
El estudio constaba de una entrevista personal en la que se recogían datos como variables sociodemográficas, antecedentes familiares de enfermedad tiroidea, consumo habitual de lácteos, huevos, pescado y sal yodada. Además, se les recogió una muestra de orina para conocer el nivel de yoduria de estos niños.

Este articulo para exponer la conclusión final se apoyó en los resultados del estudio, siendo los más significativos que, el 80.7 % de los hogares utilizaban sal yodada y el 100% de los colegios también. Además, el 70 % de los niños consumían dos o más vasos de leche al día y casi el 90 % tomaba yogur o petit suisse diariamente. Bastante más de la mitad de los niños encuestados comían tres huevos a la semana y dos porciones de pescado. Después de éstos datos, se constató que los resultados de yoduria eran de una media de 184 µg/l, y destacablemente mayor de 200 µg/l en los niños entre dos y tres años.

A partir de los resultados obtenidos, los autores del estudio, estimaron que la leche era el alimento que mayor cantidad de yodo proporcionaba al organismo de los niños estudiados (89,9 µg/día), y que, además, la población de estudio presentaba una ingesta adecuada de yodo, aunque con un consumo superior al ob-

servado en el estudio del 2010 (184µg/l frente a 180µg/l). Debido a esto, los autores defienden que, se debe vigilar el consumo de lácteos para prevenir tanto excesos como déficits en la ingesta de yodo, porque para que el cuerpo tenga un funcionamiento fisiológico, debe tener unos valores normales en su organismo. Siendo para los niños entre 1 y 8 años la dosis recomendada de yodo diario, de 90 µg/día (en la población estudiada, solo con la leche se cubrirían las necesidades).

5 Discusión-Conclusión

Las autoras de los articulos, médicas y enfermeras del Hospital Carmen y Severo Ochoa (Asturias), destacan la necesidad de hacer más trabajo de educación sanitaria para la comunidad y así concienciar de los posibles riesgos frente a los que estamos expuestos si realizamos un consumo excesivo de yodo, como hipertiroidismo. Comenzando esta educación desde la base de la pirámide poblacional, desde las consultas de pediatría, las reuniones en los colegios, etc., por tanto, fomentando la incorporación de la enfermera a las clases, y otorgándole cada día más importancia a esta profesional en el ámbito escolar.

6 Bibliografía

- Díaz-Cadórniga FJ, Delgado-Álvarez E. Déficit de yodo en España: situación actual. Endocrinol Nutr [Internet]. 2004 [citado 2 Feb 2020]; 51 (1): 2-13. Disponible en: http://www.elsevier.es/es-revista-endocrinologia-nutricion-12-articulo-deficit-yodo-espana-situacion-actual-S157509220474574X
- Fernández Arbesú E, Serrano Peraza M, Hans Abdón A, Sotelo García CO, Saint Jean CH, Musa Martín NI. Yodurias y consumo de lácteos en preescolares del Área Suroccidental de Asturias. An Pediatr [Internet]. 2017 [citado 2 Feb 2020]; 87 (1): 18-25. Disponible en: http://www.analesdepediatria.org/en/yodurias-consumo-lacteos-preescolares-del/articulo/S1695403316301540/

Capítulo 152

CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL SONDAJE VESICAL

NOELIA GARCÍA ARNALDO

ADRIANA FERNÁNDEZ LORENCES

LARA MENENDEZ PEÑA

CARLA MENENDEZ PEÑA

CORINA CASTRO DEL CUETO

1 Introducción

Definimos sonda vesical como tubo flexible que se introduce a través del meato urinario, uretra, hasta la vejiga y que se fija con un globo, con el fin de establecer una vía de drenaje temporal, permanente o intermitente, desde ésta hasta el exterior con fines diagnósticos o terapéuticos . El sondaje vesical es una técnica invasiva , aséptica y habitual en el ámbito hospitalario, realizado por personal de enfermería instruido para ello previamente.

Aproximadamente el 10-15% de los pacientes hospitalizados precisan un sondaje vesical , dicha técnica tiene un alto riesgo de infección urinaria . Hasta un 75% de los casos de infección urinaria nosocomial están asociadas a la sonda vesical, entre un 10%-30% conllevan riesgo de bacteriuria . Influyendo de manera importante el período de tiempo que un paciente tenga que llevar la sonda. Por ello es

fundamental que el portador de la sonda o cuidador aprenda a realizar unos autocuidados de manera correcta, para evitar la aparición de complicaciones como infección del tracto urinario, obstrucción de la sonda, hematuria , etc...Así es el importante papel de enfermería en la prevención de las ITU ya que puede actuar sobre los posibles factores modificables en el proceso de inserción del catéter urinario.

El sondaje vesical estaría indicado en los siguientes casos:

- Evacuar la vejiga en caso de retención urinaria.
- Recoger una muestra estéril de orina.
- Control estricto de la diuresis, sobre todo en pacientes con patología renal.
- Cuantificar la orina residual después de una micción espontánea.
- De manera preventiva en determinadas intervenciones quirúrgicas.
- Irrigaciones vesicales continuas en caso de hematuria o administrar medicación.

Los sondajes se pueden realizar de manera temporal, intermitente (autosondaje) o permanente , aumentando así el riesgo de infección o complicaciones de portar un catéter urinario.

Se valorará qué sondaje hemos de realizar y qué sonda es la más adecuada para ello.
Existen catéteres de diferentes materiales, pueden ser de látex (mayor frecuencia de producir irritación de la mucosa uretral y se deben cambiar cada 3 semanas), de silicona(se toleran mejor y se pueden dejar hasta 3-4 meses).

Para sondajes intermitentes se utilizan sondas de una sola luz y rígidas, en los demás sondajes se suelen usar las sondas de dos luces (una luz es para inflar el balón y fijarla en la vejiga, se hace con agua estéril, aproximadamente entre 5-20cc, y lastra luz para vaciar la orina). En caso de necesitar hacer lavados vesicales se utilizan las de tres vías (la tercera luz sirve para irrigar la vejiga contínuamente).

La sonda más utilizada es la Foley, punta redonda o acodada, de doble luz para fijar en la vejiga con el balón por una de ellas y la otra conectar a la bolsa de drenaje para evacuar la orina.

2 Objetivos

- Protocolizar los cuidados de enfermería con el objetivo de evitar o reducir el riesgo potencial de una infección del tracto urinario.

- Conocer principales complicaciones del sondaje vesical.
- Instruir al paciente/ cuidador en los autocuidados de la sonda vesical una vez son dados de alta hospitalaria.

3 Metodología

- Protocolizar los cuidados de enfermería con el objetivo de evitar o reducir el riesgo potencial de una infección del tracto urinario.
- Conocer principales complicaciones del sondaje vesical.
- Instruir al paciente/ cuidador en los autocuidados de la sonda vesical una vez son dados de alta hospitalaria.

Palabras clave: "urinary catheter", "nursing technique", "infección urinaria", "protocolo sonda vesical"

4 Resultados

Cuidados de Enfermería:

- Detectar signos/síntomas de cistitis, pielonefritis y uretritis.,así como la presencia de fiebre superior a 38ºC , dolor, enrojecimiento o supuración del punto de inserción de la sonda , orina maloliente . Aproximadamente entre el 30 y 40% de todas las infecciones nosocomiales tienen su origen en un foco urinario, generalmente debido a una sonda vesical.

Los sistemas de drenaje abierto favorecen en mayor medida la aparición de bacteriuria y los sistemas de drenaje cerrado reducen su incidencia hasta casi el 50% en los pacientes portadores de sonda vesical. Los microorganismos que se detectan más frecuentemente son: Escherichia Coli (35%), Enterococos (16%), Candida (10%),Klebsiella (8%), Proteus (7%) y Pseudomona Aeuruginosa (6%).

- Establecer pautas de higiene. Lavado de la zona genital con jabón neutro, en el caso del hombre retirar el prepucio para limpiar el glande y recolocar de nuevo la piel para evitando que se produzca secundariamente una parafimosis; secar bien con una toalla limpia, y evitar contaminar la bolsa al manipular la válvula de vaciado . No se recomienda el uso habitual de antisépticos o antimicrobianos tópicos en el meato urinario.

- Vigilar que no se obstruya la sonda para que no se produzca distensión de la vejiga y se acumule la orina favoreciendo la formación de algún coágulo o in-

fección debido al acúmulo de sedimentos en la sonda o a algún acodamiento del catéter.

- Fijar la sonda y bolsa para evitar tirones y acodamientos de la misma, siempre por debajo del nivel de la vejiga. Se fijará con esparadrapo hipoalergénico al muslo . Vigilar el estado de fijación y las posibles lesiones que ésta pueda causar por la presión de la sonda en dicha zona.

- Evitar que la bolsa colectora esté en contacto directo con el suelo para evitar su contaminación. La bolsa se debe vaciar cada 3-6 horas aproximadamente , antes de rebasar los 2/3 de su capacidad total.

- Vigilar la aparición de hematuria o coágulos , pueden ser varias las causas de ello como un traumatismo vesical , una falsa vía, un tirón involuntario de la sonda o incluso la descompresión brusca de la vejiga. Si es necesario se realizarán lavados manuales de la sonda siguiendo una técnica totalmente estéril, y si persiste la obstrucción se harán lavados continuos, para lo cual se precisa cambiar la sonda vesical por una de tres vías.

- Valorar posibles lesiones del tracto urinario secundarias al sondaje vesical, que no le produzca alergia o sensibilidad el material de la sonda como el látex o silicona.

- Vigilar la aparición de tenesmo vesical, contracciones involuntarias de la vejiga como reacción de ésta a un cuerpo extraño como es la sonda. Puede producir incomodidad, angustia e incluso precisar medicación para reducir y aliviar esos espasmos.

- Vigilar posibles fugas en la sonda, que no exista micción por rebosamiento de la orina. Sería preciso realizar un cambio de sonda por otra de mayor calibre.

- Mantener una buena hidratación hídrica (aprox.1,5-3l), favorece la diuresis y dificulta la formación de incrustaciones en el catéter urinario.

- Cambiar rigurosamente el catéter urinario según el período establecido y según el tipo de material siguiendo las recomendaciones del fabricante y orden médica.

5 Discusión-Conclusión

En la actualidad la técnica de sondaje vesical es un procedimiento que se realiza de manera rutinaria, generalizada a nivel hospitalario o de atención primaria, ya

no es sólo ámbito del servicio de urología, sino de otros servicios como medicina interna o urgencias .

El cateterismo urinario pasa a formar parte de muchas indicaciones médicas tanto diagnósticas como terapéuticas ,de ahí lo importante que es que enfermería siga un protocolo en el momento de colocar una sonda, ya que es una puerta de entrada para las bacterias en el organismo que pueden terminar dando lugar a infecciones o sépsis generalizadas.

Por ello es importante tanto una buena formación como el entrenamiento de la técnica por parte del personal de enfermería para evitar las posibles complicaciones e infecciones por un mal cuidado del mismo.

El papel de la enfermera será fundamental en la educación del paciente y su familia, ayudándoles a resolver sus dudas y a afrontar la nueva situación. Intentar que la persona portadora del catéter restablezca su autonomía respecto a la eliminación urinaria minimizando las posibles riesgos que puedan afectar a su salud.

Algo fundamental para seguir mejorando, aprendiendo y reforzar nuestra formación como profesionales d e enfermería, es actualizar periódicamente los protocolos y guías de actuación existentes unificando criterios , así como la formación continuada, promoviendo el desarrollo e investigación en beneficio de todos, tanto profesionales como usuarios.

6 Bibliografía

- Pigrau, C. (2013). Infecciones del tracto urinario nosocomiales. Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica, 31(9), pp.614-624.
- Qutaishat, S., Muhle, K., Kallman, C. and Roehrs, V. (2007). Prevention of Catheter-Associated Urinary Tract Infections: Successful Development and Implementation of a Urinary Catheter Bundle. American Journal of Infection Control, 35(5), p.E63.
- Carballo Alvarez, M. (2007). Sondaje vesical. 1st ed. España: Ediciones Rol.
- Aparicio Hormigo J.,Jiménez Mayorga i., Díaz Rodríguez F.,Cuenca García J. Sondaje vesical intermitente. Asociación Española de Enfermería en urología.2007; 103: 32-34. Enfuro.
- Argüelles Martínez A.R., Martínez Bueno B. Cateterismo o sondaje vesical.Manual de procedimientos de enfermería. 2011. Hospital Universitario Central Asturias. Servicio de Salud del Principado de Asturias.

Capítulo 153

LA SEXUALIDAD DURANTE EL EMBARAZO.

ÁNGELA FERNÁNDEZ SOL

ANDREA LOPEZ RODRIGUEZ

1 Introducción

La sexualidad es un fenómeno rico y multidimensional. La historia de cada persona como ser sexuado se desarrolla y evoluciona a lo largo de la vida. Actualmente, las prácticas sexuales han dejado de ser simplemente una función de la reproducción, para convertirse en un aspecto complementario en el mantenimiento de la pareja.

El embarazo es una situación crítica para la mujer desde el punto de vista físico, psíquico y afectivo.

Durante este tiempo es posible que aumenten las ganas de tener relaciones sexuales, o todo lo contrario, no querer tenerlas en absoluto. Ambas situaciones son normales.

Generalmente, la ausencia de información suele inhibir las prácticas sexuales por miedo a provocar complicaciones, abortos o partos prematuros. Además, puede ser necesario que necesiten buscar nuevas formas de vivir la sexualidad durante esta etapa, así como probar nuevas posturas sexuales en las que la embarazada se sienta más cómoda.

Según un estudio observacional y descriptivo realizado entre 2009 y 2011, en nueve centros del (Vallès) Barcelona sobre la evolución y los cambios de la sex-

ualidad durante la gestación; el 21% de las embarazadas dice no haber recibido información sobre sexualidad durante el embarazo, sólo el 51% afirmaron recibir este tipo de información en las clases de preparación maternal; quedando el resto de las embarazadas desinformadas en un terreno tan amplio e importante para desarrollar una vida sexual plena y satisfactoria.

Con este trabajo se espera conocer cómo viven la sexualidad las gestantes de nuestro entorno y los cambios que se producen en las distintas dimensiones de la sexualidad en comparación con el estado previo al embarazo, así como poder ofrecer nuevas formas de vivirla en esta etapa.

2 Objetivos

Objetivo general:
- Conocer cómo viven su sexualidad las mujeres embarazadas.

Objetivos específicos:
- Identificar los cambios físicos y psicológicos que se producen en una mujer embarazada respecto a su sexualidad.
- Manejo de la sexualidad de la mujer embarazada (el deseo y la erótica).
- Nombrar las dudas que surgen en las mujeres embarazadas acerca de cómo llevar su sexualidad.
- Mostrar las posturas sexuales que pueden llevar a cabo durante la gestación.
- Identificar si existe un organismo que aborde la educación sexual en la mujer embarazada.
- Mostrar las recomendaciones de la enfermera.

3 Metodología

La búsqueda bibliográfica se ha llevado a cabo en diferentes bases de datos y buscadores específicos en ciencias de la salud, sedes web de organismos oficiales, sumarios de revistas, blogs de matronas y obstetras como Fetal Medicine Barcelona, con una selección posterior de documentos más relevantes para el abordaje del tema en cuestión "sexualidad durante el embarazo". También se han obtenido un número significativo de documentos a través de la revisión de la bibliografía expuesta en diferentes artículos y guías de práctica clínica técnica denominada "bola de nieve".

Se han incluido en la revisión tanto fuentes primarias como secundarias:

• Fuentes primarias: revistas de enfermería, prensa, guías clínicas.
• Fuentes secundarias: artículos y otros documentos procedentes de bases de datos como Pubmed, Scielo.

También se ha buscado información en páginas de asociaciones oficiales como la Federación de asociación de matronas en España (FAME) y otros como la Generalitat de Cataluña-departamento de salud pública.

Para desarrollar la búsqueda se ha empleado tanto el lenguaje libre como las palabras clave y descriptores de ciencias de la salud:
• Los términos DeCS utilizados han sido: sexo.
• Lenguaje libre: sexo en mujeres embarazadas, posturas sexuales en el embarazo.

Para acotar los resultados de búsqueda y acercarnos más a nuestros objetivos principales se ha utilizado el booleano "AND".

Posteriormente se ha realizado síntesis valorativa de la literatura disponible, limitando los resultados en función de la evidencia científica que aporta el cuerpo de soporte, en este caso no más de diez años, el idioma español, y la inclusión de palabras clave en el título o resúmenes de contenido acorde a nuestro trabajo.

4 Resultados

Cambios que se producen en la sexualidad durante la gestación:
- El embarazo provoca en la mujer cambios fisiológicos, hormonales y psíquicos que pueden durar hasta seis meses después del postparto.
- Esos cambios afectan a la sexualidad de muchas mujeres haciendo que pierdan el deseo sexual. En cambio, algunas parejas disfrutan más de la sexualidad durante el embarazo por no tener preocupación a una posible fecundación.

Cambios fisiológicos durante la gestación:
- En este periodo aumenta la sensibilidad y la lubricación en la vagina por tener mayor vascularización esa parte del cuerpo, presentando también el flujo un pH más ácido para prevenir posibles infecciones. Las mamas aumentan de tamaño, incluso a veces desde la falta de la primera menstruación, las areolas se agrandan y se oscurecen, mientras que los pezones se vuelven más sensibles que anterior a la gestación.
- Ese aumento de sensibilidad tanto en la zona genital como mamaria, a algunas mujeres les produce un aumento del deseo sexual mediante la estimulación y

el contacto, mientras que, a otras mujeres, esa sensibilidad se les manifiesta en forma de dolor.
- Es más, según el obstetra francés Michel Odent, la segregación de endorfinas y los vaivenes de las contracciones uterinas resultan placenteros para el bebé.

Cambios psicológicos durante la gestación:
- Algunas mujeres pierden su atractivo por el aumento de peso, lo que hace que se sientan menos deseadas por sus parejas. Por ello, también es importante cómo la pareja percibe estos cambios en la mujer. Otras, se sienten más atractivas durante este periodo debido al crecimiento de las mamas, a la ausencia de métodos anticonceptivos, y la mejor complicidad con la pareja.
- Cuando una pareja tiene preocupaciones, es preferible que no inicien la relación sexual porque probablemente no se consigan las expectativas marcadas. Esto se refleja muy bien en el embarazo, dependiendo de la situación social de la pareja, en el caso de que sea una mujer adolescente con un embarazo no deseado o una mujer adulta y multípara que no deseaba más descendencia, la sexualidad se va a abordar de manera negativa por no estar en una situación de tranquilidad, pero en el caso de una mujer adulta que espera con ansia a su primer hijo, la sexualidad se disfruta de manera más plena.

Estos cambios se reflejan en los tres trimestres de gestación de diferente forma:
- Cambios en el primer trimestre: los cambios hormonales que se instauran en la mujer hacen que estas demanden mayor atención y afecto por parte de su pareja. Además, este debe tener en cuenta que en muchas ocasiones la mujer está esforzándose por tener relaciones sexuales normales, aunque tenga náuseas, vómitos, cansancio, etc. Por eso, se refleja que el deseo disminuye y, por tanto, las relaciones sexuales de llevan a cabo un día menos a la semana que antes de estar la mujer embarazada.
- En este periodo puede que resulte molesto en vez de excitante ese aumento de la sensibilidad en las mamas y la vagina. La satisfacción que le produce a la mujer las relaciones sexuales va decreciendo desde este trimestre hasta el último, a la vez que la frecuencia de los orgasmos, teniendo en el primer trimestre orgasmos en el 78 % de las relaciones, mientras que en el tercero en el 64 %.

Cambios en el segundo trimestre: durante estos tres meses el deseo se ve ligeramente aumentado. Llevando a cabo las relaciones más días a la semana que en el trimestre anterior, debido a un mayor bienestar, por disminuir o desaparecer las molestias físicas, y porque, ambos miembros de la pareja se han aceptado a la situación resolviendo ya los temores iniciales. Como algo a destacar, algunas

mujeres, disfrutan de su primer orgasmo en la vida durante el segundo trimestre.

Cambios en el tercer trimestre: vuelve a disminuir el deseo sexual, como en el primer trimestre, y con ello las relaciones. En este trimestre, la causa de disminución del deseo es por dolor físico, por miedo a hacerle daño al feto, a desencadenar el parto… Por ello, muchas embarazadas optan por la masturbación.

A medida que la gestación avanza, el feto va aumentando de tamaño, lo que produce dolor en la zona de la vagina, vulva y clítoris, por eso, la excitación que se siente en las escasas relaciones sexuales disminuye notablemente a medida que avanza el embarazo, al igual que la intensidad del orgasmo. Pero, la mujer tiene otras necesidades afectivas aumentadas al sentirse inseguras, como caricias y cuidados.

¿Cómo se debe abordar la respuesta sexual de la mujer embarazada?:
Según los estudios realizados, los expertos nos dicen que es importante la participación de las parejas de las gestantes, para evitar obtener solo la percepción de la madre en este proceso, puesto que también hacen parte de la "convivencia" y vivencia, donde puede verse afecta por esta experiencia personal "única", que se olvida que es temporal (9 meses).

La percepción sexual de la mujer respecto a su cuerpo también cambia, se modifica según el trimestre en el que se encuentre progresando negativamente de menos a más, considerándose menos atractivas en el último trimestre, muy importante el papel de la pareja, o aumentar su autoestima con ayuda del profesional.

En cuanto a la respuesta sexual el deseo (erótico no coital) aumenta en el segundo trimestre en las mujeres, siendo en sus parejas igual en los tres trimestres e incluso mayor, los hombres encuentran muy estimulante el cuerpo de su mujer embarazada y muestran un aumento del deseo, lo que probablemente se deba al acercamiento emocional, a la intimidad, y a la felicidad que proporciona la gestación deseada, aparecen los afectos, aumenta la comunicación y el respeto en la pareja, con prácticas más creativas en sus encuentros, con caricias, juegos eróticos, masajes, fantasías, masturbación compartida.

En las relaciones coitales las gestantes disminuyen en el primer y tercer trimestre y se mantienen en el segundo, hay autores que comparten la disminución progresiva de encuentros coitales a lo largo de toda la gestación, con respecto a miedos en las relaciones con penetración como, por ejemplo, miedo al embarazo pretér-

mino, a infecciones, sangrados, rotura prematura de membranas.

Dudas que surgen a las embarazadas acerca de cómo llevar su sexualidad:
Se debe tener en cuenta que la sexualidad la vive de manera diferente cada persona, siendo subjetiva y diversa. En el caso de la mujer embarazada intervienen varios factores, como es la variación de la libido según el trimestre en que se encuentre. Para afrontarlo se debe saber que es importante el apoyo de tu pareja, respeto, afecto, actividades que puedan realizar juntos, satisfacción de la vida en pareja (convivencia en pareja), y que se pueden seguir manteniendo relaciones sexuales durante el embarazo.

Los cambios fisiológicos asociados al embarazo han generado algunos mitos en las relaciones coitales como, por ejemplo, el miedo a hacerle daño al bebé, infecciones, sangrados en los primeros meses de embarazo, sabiendo que podría interrumpirse la gestación con abortos prematuros, esto puede llevar a la pareja a ver la sexualidad como una práctica negativa. Sin embargo, en un embarazo normal, el bebé está protegido por las membranas, el líquido amniótico (cuya función es amortiguadora), la pared de la matriz y el cuello uterino, por lo que no hay problema en mantener relaciones sexuales con normalidad.

Los casos donde no se puede llevar a cabo la práctica de relación sexual son aquellos en donde el embarazo es complicado, con alto riesgo de parto prematuro. Por ejemplo, amenaza de parto prematuro, rotura de la bolsa amniótica, placenta previa, cuello uterino corto, polihidramnios, etc. Otro caso sería el orgasmo en el último trimestre de embarazo, que según el consejo de cada profesional es contraproducente pues puede provocar contracciones que podrían ser perjudiciales.

En estos casos se recomienda preguntar al médico o a la matrona, para que aconsejen a la pareja dependiendo de cada caso.

Se debe tener en cuenta, que el sexo en el embarazo supone beneficios para la mujer. Según estudios estadísticos no solo ayuda a nivel sexual, si no que fortalece los lazos amorosos en esta etapa pues es una vivencia nueva para los dos y se debe abordar con madurez, para vivir positivamente la experiencia. Es una actividad física, por lo que ayuda a estimular la circulación sanguínea, aliviar las tensiones del embarazo, liberar endorfinas que ayudan a eliminar el estrés y la depresión.

Se experimenta el sexo desde otra perspectiva, mayor libertad a cerca de temores de concebir un hijo (desaparece la responsabilidad de tomar los métodos anticonceptivos), aumentando el deseo sexual consiguiendo más fácilmente el orgasmo.

Otro aspecto que también cambia de manera positiva es el deseo sexual de los hombres, empieza a encontrar los cambios físicos en la mujer atractivos, por ejemplo, aumento de los senos en la mujer, se hace más turgente, receptivos a las caricias, las curvas de las caderas se marcan cada vez más haciendo a la mujer más femenina.

Posturas sexuales en el embarazo y sus ventajas/desventajas:
1. Postura del misionero:
Es la más clásica de todas, la mujer se tumba boca arriba, con las piernas separadas y el hombre se pone encima.
• Ventaja: durante los primeros meses de embarazo, se puede practicar sin dificultad, además resulta cómoda y natural para la pareja, que puede mirarse y besarse.
• Desventaja: A partir del quinto mes de embarazo, puede resultar algo molesta para ella, porque puede experimentar una sensación de aplastamiento, si el hombre no es bastante ágil como para no dejar caer todo el peso sobre la barriga.
En estos casos, es preferible suspenderla y optar por potras posturas más placenteras.

2. Postura lateral cara a cara o "cuchara":
La mujer se tumba de lado, con las piernas extendidas o ligeramente flexionada en ángulo, y la pareja se pone detrás de ella.
• Ventaja: es muy adecuada durante el embarazo puesto que permite descargar lateralmente todo el peso de la barriga. Además, es una postura muy suave y relajante, que favorece las caricias y la intimidad en la pareja, el hombre también puede estimular otras zonas erógenas de la mujer como el cuello, orejas.
• Desventaja: es una postura difícil de mantener durante mucho tiempo (el pene puede salirse fácilmente).

3. Postura Andrómaca:
La mujer está sentada sobre la pelvis del hombre que está tumbado en la cama.
• Ventaja: es la postura favorita de muchas mujeres, además de ser muy estimulante para ambos miembros de la pareja. Resulta muy adecuada durante el segundo trimestre de embarazo.
• Desventaja: si se realiza durante mucho tiempo, puede fatigar las piernas de la mujer, en este caso la pareja puede ayudarla a moverse en vertical, empujándole las caderas con las manos.

4. Postura "del perrito":

La mujer tiene flexionada sus cuatro extremidades, con las piernas separadas y el hombre detrás de ella, de rodillas.
• Ventaja: resulta ideal cuando a la mujer le empieza a molestar el peso de su pareja y de la barriga y quiere protegerla de movimientos enérgicos, con ayuda de una almohada.
• Desventaja: buena parte del peso de la pareja recae sobre los brazos de ella. Además, es que debe de estar controlado e indicado por el médico que puede mantener una vida sexual activa puesto que en esta como en otras posturas el pene forma una acumulación de aire en la vagina, lo que puede ocasionar un trauma en el fondo de esta y puede ocasionar una hemorragia, pudiendo traer complicaciones.

Recomendaciones de enfermería sobre la sexualidad en la gestación:
• Aumentar las caricias, el contacto, los masajes, la masturbación para ver la sexualidad como algo más allá del coito.
• Dejar de lado las preocupaciones, tener comunicación sexual positiva.
• Informar a la mujer de que el mantenimiento de las relaciones sexuales durante la gestación es beneficioso para ella porque mejora su autoestima y el vínculo con su pareja, y además mantiene la elasticidad de los músculos pélvicos que participan en el parto.
• Dar a conocer las diferentes posturas sexuales que favorecen las relaciones y que no presionan el abdomen de la mujer.

5 Discusión-Conclusión

En general, el embarazo es una situación que genera gran impacto en la vida de una mujer (y también en la de su pareja). Esto influencia de modo directo a la manera en cómo viven su sexualidad. Los cambios físicos y psicológicos que se producen en la gestante deben abordarse tanto profesionalmente, como con sus parejas. Debe existir entre ellos una comunicación fluida, donde se potencie la autoestima y se reduzcan los miedos que disminuyen las relaciones sexuales.

Las enfermeras, formadas en sexualidad, que vayan a realizar el seguimiento de la mujer embarazada deben informarle de los beneficios que supone el sexo, tanto para la pareja como para el bebé, de las posturas sexuales óptimas y de la necesidad de hablar, establecer contacto y comunicación sexual positiva en la pareja.

También después de realizar la búsqueda, llama la atención que, en Asturias en la consulta de la matrona de atención primaria, no existe ningún ítem en el pro-

grama informático (OMI) o soporte físico con fines educativos en materia de sexualidad en el embarazo. Ni folletos, trípticos o guías clínicas que aborden el apartado de educación sexual reproductiva en la gestación, a partir de los cuales se puedan resolver las dudas que surgen en esta etapa.

Por ello, sería adecuado potenciar la formación de las matronas en este ámbito, por ser uno de los profesionales de referencia de las mujeres a lo largo de su vida reproductiva.

Como conclusión, se puede destacar que las relaciones sexuales disminuyen en cantidad y en calidad durante el embarazo, disminuyendo el deseo y la aparición de orgasmos, por ciertas preocupaciones como el dolor propio o el posible dolor en el feto. Estos cambios aparecen desde que la mujer es consciente de su embarazo, mejorando en el segundo trimestre, y volviendo a disminuir en el tercero, aún más que en el primero.

Se debe destacar que, la mujer embarazada no es un ser asexuado como se pensaba antes. Por tanto, las enfermeras, deberían de comenzar a dar información válida a las parejas para que disfruten de las relaciones sexuales con normalidad durante la gestación, ya que la actividad sexual no es causa de complicaciones en el embarazo. Siempre respetando aquellas situaciones en las que estaría contraindicado llevar a cabo esas relaciones: antecedentes de abortos espontáneos, sangrado activo, contracciones antes de la normalidad, amenaza de parto prematuro, diabetes o preeclampsia mal controladas, etc. Estas enfermeras o matronas deben de tener una formación previa en sexología.

En cuanto a la satisfacción sexual ya sea de manera individual o en pareja se debe saber que en el segundo trimestre se puede explorar, experimentar y disfrutar de la sexualidad durante la gestación, porque es en el segundo trimestre donde las parejas o la madre tiene cierta madurez, habilidades, conocimientos teóricos, que la hacen más segura para afrontar su vida sexual desde otra perspectiva. Siempre contando con la ayuda de un profesional, dejando a un lado “mitos”, consejos de amistades, búsquedas en redes sociales que pueda distorsionar la información, aparecen prejuicios, modulando la conducta de manera negativa pudiendo afectar a la convivencia y vivencia emocional, influyendo en la autopercepción en la sexualidad de la gestante.

6 Bibliografía

- Rodríguez Rubio M, Coll Navarro E, Giménez Gómez N. Evolución y cambios de la sexualidad durante la gestación: visión de la mujer embarazada. Matronas Prof. 2017; 18 (3): 88-95.
- Rodríguez León M, Ramón Arbués E. Características y evolución del patrón sexual de la mujer embarazada. Enferm Global. 2013; (32): 362-370.
- Molero Rodríguez F. La sexualidad en el embarazo y puerperio. AEEM. 2013.
- García Mazón M. El deseo sexual de la mujer a lo largo de la gestación. Matronas Prof. 2016; 17(3): 90-97.
- Delbono González V. Abordaje de la sexualidad en el período grávido-puerperal. AnFaMed. 2018; 5(2): 141-145.
- Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Guía para embarazadas [monografía en Internet]. Prous Science, empresa del grupo Thomson Reuters. Cataluña: 2009
- Sfera Media Group. [citado 29 Ene 2020]. Mi bebé y yo.

Capítulo 154

LA OBESIDAD INFANTIL HA AUMENTADO EN EL ÚLTIMO TIEMPO Y CON ELLO LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL A EDADES TEMPRANAS, PERO, ¿A QUÉ SE DEBE ESTE GRAN AUMENTO?

ÁNGELA FERNÁNDEZ SOL

ANDREA LOPEZ RODRIGUEZ

1 Introducción

La hipertensión arterial es una patología crónica muy prevalente en España, afectando al 42,6 % de los mayores de 18 años, afecta más a los hombres que a las mujeres. Pero con el avance económico, social y cultural de nuestro país y de otros, la hipertensión afecta también al 2-3 % de la población infantil, por lo que con este trabajo me gustaría investigar sobre cómo influye el desarrollo de un país negativamente sobre la salud de sus integrantes, especialmente sobre los niños.

Existen dos tipos de HTA, la primaria que se origina a causa de malos hábitos de alimentación, y la secundaria, que era la más frecuente hasta el momento en la edad comprendida entre 1 mes y 6 años, a causa de patologías renales como glomerulonefritis, cicatrices renales, por estenosis de la arteria renal y coartación

de aorta. Pero con el paso del tiempo cada vez hay más casos de niños y adolescentes con HTA primaria o esencial, debido al sobrepeso y a la obesidad, proveniente de una mala alimentación y del sedentarismo. La hipertensión arterial (HTA) infantil en España está infra diagnosticada, por lo que las consultas de pediatría deberían asesorar e incidir más sobre la importancia de una alimentación saludable y la realización de ejercicio físico en la edad infantil y en la adolescencia, para disminuir así, la tasa de obesidad a edades tempranas.

2 Objetivos

- Conocer cómo se relaciona la obesidad infantil con la aparición de la hipertensión arterial.
- Destacar la influencia de los nuevos estilos de vida en los niños y sus consecuencias sobre su estado de salud, tras la globalización y la incorporación de las madres al mundo laboral.
- Buscar soluciones desde la consulta de enfermería que mejoren la alimentación de los niños y adolescentes para evitar enfermedades crónicas.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica, tanto en fuentes primarias como secundarias. Se destacan las revistas científicas de ciencias de salud relacionadas con pediatría, la "Revista Española de Cardiología", la "Revista de Nutrición Clínica Hospitalaria", etc.

Utilizando palabras clave como: obesidad infantil, hipertensión arterial, comida basura, sedentarismo, cuidados de enfermería. Siendo el booleano más utilizado: "AND". Se han seleccionado los artículos que cumpliesen los criterios de inclusión marcados.

4 Resultados

Según un estudio que se realizó en España en el 2012 a la población entre 8 y 17 años, el 26 % de los estudiados tenían sobrepeso y el 12,6 % obesidad, cabe destacar que entre la edad de 8 y 13 años, el 45 % de los niños tenían un exceso de peso, lo que acentúa la probabilidad de aparición de HTA antes de tiempo. Estas cifras disminuyen en los adolescentes, donde 1 de cada 20 tiene obesidad. En

ambos rangos de edad, prevalece la obesidad en la población masculina, siendo al contrario en la edad adulta, es decir, afecta más a la población femenina.

En el momento en el que se diagnostica HTA a un niño, se debe valorar la afectación que ha podido tener en sus órganos diana. Sobre el corazón puede producir una hipertrofia ventricular izquierda (común entre el 14-42 % de la población hipertensa infantil); en el riñón puede disminuir el filtrado glomerular y aumentar la excreción de albuminuria; puede producir aumento del grosor de la pared arterial, se debe destacar que en los niños el engrosamiento arterial está aumentando tanto en hipertensos como en normotensos que tienen obesidad, lo que genera mayor riesgo de padecer un infarto agudo de miocardio o un ictus. También entre un 30-50 % de los niños hipertensos padecen retinopatía hipertensiva que puede dañar la visión de manera grave.

Estos datos anteriores tan dispares, llevan a pensar que el sobrepeso y la obesidad son posiblemente los factores de riesgo más importantes para el desarrollo de la HTA, ya que más de la mitad de la población con un índice de masa corporal (IMC) aumentado tiene mayor riesgo de padecer HTA. Incluso algunos autores plantearon que los adolescentes con sobrepeso y obesidad tienen 4 veces más riesgo de desarrollar HTA, que un adolescente con una vida sana, además es una enfermedad crónica, por lo que va a continuar en la edad adulta. Tanto el sobrepeso como la obesidad son de origen multifactorial, donde afectan factores genéticos, ambientales y conductuales relacionados con los hábitos o estilos de vida inadecuados.

Un gran avance en minimizar la obesidad sería la pérdida de peso, que se relaciona con una mejoría de los valores de presión arterial (PA) en los niños y adolescentes hipertensos, pero también disminuye la incidencia de enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus tipo II y enfermedades renales. Para conseguir esa diminución del índice de masa corporal, se necesita tener una alimentación sana y equilibrada, con baja cantidad de grasas, azúcares y sales, demostrado con estudios hechos en poblaciones con dieta mediterránea y con la dieta DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension), con ambas se lograron notables descensos de la PA.

Los niños entre 1 y 9 años es recomendable que su consumo no sea superior a 1500 mg de sodio al día, lo que equivale a 4 gramos de sal, pero en muchos países, la dieta tiene más de 6 gramos diarios. Este exceso del consumo de sal se relaciona también con un aumento de los valores de PA, debido a que el sodio que contiene la sal produce constricción de los vasos sanguíneos y aumenta la

volemia, haciendo que aumente la PA.

La OMS en el 2006 ha hecho una intervención sobre la población y el consumo de sodio en la alimentación, para conseguir que los alimentos industriales se elaborasen sin sal o con la mínima cantidad, también para que los alimentos más sanos se pudiesen identificar a través de un etiquetado claro y verdadero, y conseguir promover una campaña educativa en relación a la alimentación saludable y de bajo contenido en sal.

Muchos estudios demuestran que los alimentos elaborados industrialmente y en restaurantes, aportan mayor cantidad de sodio que las comidas que se hacen en casa. En la etapa infantil y adolescente las meriendas y los desayunos muchas veces se hacen fuera de casa, y la selección de los alimentos es realizada por los propios adolescentes, de manera que, si no existe inculcación de buenos hábitos alimentarios desde niños, se incrementará el consumo de comidas de fácil acceso y con más palatabilidad que otros, como pizzas, panes, embutidos y refrescos.

Esta información se puede constatar en uno de los estudios realizados a adolescentes entre 10 y 17 años, sobre su alimentación, en este caso fue hecho en Cuba en el 2015 , donde se recogió que más del 50 % consumía alimentos fritos todos los días y que el 73 % consumía dulces y bebidas refrescantes a diario, y sólo el 25 % comía frutas y verduras, sumado a que sólo el 28 % de los adolescentes realizaba ejercicio físico, por ello es normal que existan esos datos tan dispares de obesidad en la población joven e infantil. Otra consecuencia negativa de que los adolescentes escojan qué comer, es que muchos de ellos hacen un desayuno deficiente o ausente, lo que puede interferir en el desarrollo intelectual y el aprendizaje escolar, debido a que los periodos de ayuno prolongados acompañan al exceso de peso, entre otras cosas, porque se sustituye el desayuno preparado en casa por alimentos de fácil acceso o comida basura, como la bollería industrial que se consume a media mañana, que con frecuencia contienen exceso de grasas y azúcares.

Está demostrado que, en una alta proporción, el crecimiento y el desarrollo de un niño depende de su alimentación. Una alimentación sana desarrolla un mayor cociente intelectual que una alimentación basada en comida basura. Pero para que los niños adquieran los buenos hábitos de alimentación, se necesita que los padres también hagan lo mismo, y esto en pocas ocasiones se ve. Por un lado requiere mucho tiempo por parte de los padres enseñar a sus hijos a “comer sano”, ya que los alimentos que más les gustan son aquellos que empeoran la salud como el chocolate, la bollería industrial, las pizzas, las hamburguesas, las

golosinas, los helados, las patatas fritas, etc., y por otro lado, los niños tienen una buena capacidad para copiar lo que hacen los adultos de referencia para ellos, como son sus padres, de este modo podrían observar que en las comidas hechas en casa sus padres comen verduras y frutas en abundancia, y entonces los hijos harían lo mismo, pero según un estudio hecho en Barcelona, la mayoría de las familias no hacen juntos las principales comidas del día.

Ahora vamos a conocer por qué los niños comen tantas frituras, tantos dulces, por qué no comen acompañados de sus padres en la mayoría de las familias, lo que repercute de manera muy negativa en ellos, adquiriendo mayor peso de lo normal, provocando obesidad que termina con una enfermedad crónica como es la hipertensión arterial que se puede mantener ya para toda la vida, y todo por no mejorar la calidad de vida.

Pues bien, en casi todos los países hubo grandes cambios respecto al siglo anterior, debido al desarrollo tecnológico tan importante que llevó a cambios socioculturales propios de la vida moderna, que hicieron que aumentase el sedentarismo por tener al alcance rápido todo lo que necesitamos. En España se han producido en los últimos 20 años cambios demográficos, sociales y económicos que han llevado a modificar los estilos de vida de la población, empeorando la alimentación, lo que lleva a la aparición de obesidad, diabetes, dislipemias, hipertensión y cáncer. Según un estudio realizado por la OMS, se concluye que se podrían evitar el 50 % de las muertes por una enfermedad cardiovascular y el 35 % de los casos de cáncer si se llevase una alimentación sana y variada.

Debido a la globalización y al sedentarismo, cada vez las personas comen menos en casa ya que la población se ha hecho más urbana que antiguamente. Por eso, invierte menos tiempo en cocinar en el hogar por cansancio, por desmotivación, porque no hay en la familia unos hábitos alimenticios establecidos y a cada miembro le gustan unos alimentos diferentes, entonces cada vez más, se escogen alternativas rápidas de comida. Estos cambios incluyen la incorporación de la mujer al mundo laboral al igual que el hombre, por tanto, en casa la familia come pocas veces a la semana juntos debido a los horarios de trabajo, a la larga distancia de casa al trabajo, a que unos llegan antes que otros a comer, entonces no se establece un menú correcto y elaborado para todos igual, sino que se consumen alimentos de rápida elaboración como frituras, platos precocinados o incluso menús de restaurantes para que sólo haya que calentarlo en casa o pedir comida a domicilio, estas comidas tienen un alto contenido de grasas y de sal.

Cuando las mujeres se dedicaban en exclusiva a trabajar en el hogar, tenían más

tiempo para cocinar comida casera y platos de más variedad, se preocupaban más de que los hijos desayunasen antes de ir al colegio, ahora lo importante es salir de casa pronto para evitar atascos de tráfico y llegar pronto al trabajo, sino la persona corre el riesgo de que se le despida.

Al mejorar la situación económica y trabajar ambos progenitores, mejoraron los ingresos en la familia, pero empeoró la calidad de la alimentación, debido a que el dinero se destina en mayor medida a la compra de televisores, electrodomésticos que hacen solos la comida o la limpieza, automóviles, lo que disminuye la realización de actividad física e incrementa de manera explosiva los niveles de obesidad. Siendo destinado poco dinero a la compra de alimentos, está demostrado que los alimentos de bajo coste económico son aquellos que más perjudiciales son para la salud, se observó que disminuye el IMC favorablemente conforme aumenta el costo de la comida.

Este ritmo de vida hace que las personas consuman más calorías de las que realmente gastan cada día. Además, los ingredientes presentes en la comida basura cambian el flujo hormonal logrando que las personas sigan comiendo, aun cuando ya están satisfechas, esto es debido a los altos niveles de azúcar y sal que se agregan a estos alimentos y bebidas gaseosas, lo cual inhibe la sensación de saciedad en el organismo.

Una realidad de lo expuesto anteriormente, es que, los padres para asegurarse de que sus hijos comen todos los días, aunque no sea en su presencia, les dan una cantidad de dinero para que compren la comida, cantidad no suficiente en muchas ocasiones para tomar un plato de comida sana y bien elaborada. Si unimos esto a que la adolescencia es una etapa difícil, donde el joven busca la independencia sobre sus decisiones y su propia manera de actuar para identificarse, le gusta experimentar y tener libertad en sus acciones, lo que conduce a que habitualmente el joven come lo que quiere, donde quiere y como quiere. Lo que lleva a una omisión del consumo de alimentos para disminuir la talla en muchas ocasiones provocando trastornos de la alimentación, o, por el contrario, abusando de la comida basura por tener buen sabor, bajo precio y tenerla al alcance de todos, ya que en muchas ciudades existen puestos callejeros de este tipo de comida, y se puede consumir rápidamente, lo que también favorece en muchas ocasiones cuando el horario de universidad o de trabajo impide que las personas puedan tener un tiempo fijo destinado a la comida.

Se llevó a cabo un estudio sobre estudiantes en el País Vasco donde destacó que el 55,9 % de ellos destinaban entre 10-20 minutos a realizar la comida principal, el 72 % compraba comida rápida gastando poco dinero y solamente el 40 % de ellos realizaba actividad física, siendo tan sólo una o dos veces a la semana. Con estos datos, la población adolescente está empeorando su salud por su propio comportamiento, quizás la actuación de enfermería debería incidir más sobre la población joven para prevenir, no solo en la anciana para curar, y en la importancia de la alimentación sana a esa edad para conseguir disminuir esos porcentajes tan altos de obesidad e hipertensión, arrastrándose hasta la edad adulta y empeorando con los años.

5 Discusión-Conclusión

Respecto a toda la información que se ha encontrado sobre edad infantil y adolescente ligada a la obesidad que conlleva a padecer hipertensión arterial de manera temprana, se destaca la importancia de actuar sobre los niños enseñándoles los hábitos de una vida saludable. Los padres y los profesores tienen un papel importante en la enseñanza de los niños, pero quizás no se adentran en temas de salud, por eso la enfermera escolar es la que principalmente debe educar en salud a esta población tan vulnerable. Se deben enseñar hábitos saludables respecto a la alimentación para que los niños sepan elegir los alimentos sanos y eviten los fritos, el exceso de dulces, la comida basura, aunque sí de vez en cuando lo puedan consumir. Enseñar hábitos también sobre la actividad física, para que realicen de manera regular ejercicio aérobico ya que se asocia a un mejor control de la PA en niños y adolescentes con HTA primaria o esencial, por ello la enfermera debe realizar junto a ellos estos ejercicios para fomentar las actividades en grupo y que sean más divertidas, y a ser posible al aire libre.

Además, se debe informar de que la realización de ejercicio físico a diario mejora el estado de salud tanto físico como mental, lo que mejoraría el rendimiento escolar en estos niños. Al conseguir que se diviertan haciendo ejercicio, es un gran adelanto ya que poco a poco se va a combatir el sedentarismo y disminuir el tiempo que emplean sentados viendo la televisión, jugando con el ordenador o con videojuegos. Eliminar esta actitud es importante ya que, según un estudio realizado en Estados Unidos, de media un niño está expuesto unas 10.000 horas aproximadamente al año de publicidad en la televisión, siendo la mayoría de los anuncios sobre comida rápida o bebidas azucaradas, lo que aumenta el deseo de su consumo.

Se debería concienciar más a los padres porque según mi parecer, muchos de ellos no tienen información respecto a la causa principal de la obesidad infantil y lo que ello conlleva, así se conseguiría que los padres supiesen lo importante que es tener una vida saludable para que sus hijos copien sus buenas acciones respecto alimentación y ejercicio, y así adquieran estas costumbres y se mantengan durante la adolescencia y la edad adulta, para que cuando esos niños crezcan y tengan sus descendientes, sepan educarlos en salud y cambiar así los hábitos de toda la población, consiguiendo un ciclo saludable de la vida en las siguientes generaciones y así aumentar la esperanza y la calidad de vida.

6 Bibliografía

- De la Cerda Ojeda F, Herrero Hernando C. Hipertensión arterial en niños y adolescentes. Protoc. Diagn. Ter. Pediatr [Internet]. 2014 [citado 27 Ene 2020]; 1:171-189. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/12_hta.pdf
- Saieh C, Lagomarsino E. Hipertensión arterial y consumo de sal en pediatría. Rev Chil Pediatr [Internet]. 2009 [citado 27 Ene 2020]; 80(1): 11-20. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0370-41062009000100002&script=sci_arttext
- González Jiménez E, Aguilar Cordero MJ, García García CJ, García López A, Álvarez Ferré J, Padilla López CA. Prevalencia de sobrepeso y obesidad nutricional e hipertensión arterial y su relación con indicadores antropométricos en una población de escolares de Granada y su provincia. Nutr Hosp [Internet]. 2011 [citado 31 Ene 2020]; 26 (5): 1004-1010. Disponible en:http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112011000500013
- González Sánchez R, Llapur Milián R, Díaz Cuesta M, Illa Cos MR, Yee López E, Pérez Bello D. Estilos de vida, hipertensión arterial y obesidad en adolescentes. Rev Cubana Pediatr [Internet]. 2015 [citado 27 Ene 2020]; 87 (3): 273-284. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312015000300003
- Berta EE, Fugas VA, Walz F, Martinelli MI. Estado nutricional de escolares y su relación con el hábito y calidad del desayuno. Rev Chil Nutr [Internet]. 2015 [citado 31 Ene 2020]; 42 (1): 45-52. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-75182015000100006&script=sci_arttext&tlng=en
- Carcamo Vargas GI, Mena Bastías CP. Alimentación saludable. Horiz Educ [Internet]. 2006 [citado 31 Ene 2020]; 1(11). Disponible en: http://www.redalyc.org/html/979/97917575010/

- Lorenzini R, Betancur Ancona DA, Chel Guerrero LA, Segura Campos MR, Castellanos Ruela AF. Estado nutricional en relación con el estilo de vida de estudiantes universitarios mexicanos. Nutr Hosp [Internet]. 2015 [citado 1 Feb 2020]; 32 (1): 94-100. Disponible en: http://www.redalyc.org/pdf/3092/309239661015.pdf
- Sánchez Cruz JJ, Jiménez Moleón JJ, Fernández Quesada F, Sanchéz MJ. Prevalencia de obesidad infantil y juvenil en España en 2012. Rev Esp Cardiol [Internet]. 2012 [citado 1 Feb 2020]; 66 (5): 371-376. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0300893212006409
- Martínez Álvarez JR, Villarino Marín A, García Alcón RM, Calle Purón ME, Marrodán Serrano MD. Obesidad infantil en España: hasta qué punto es un problema de salud pública o sobre la fiabilidad de las encuestas. Nutr Clín Hosp [Internet]. 2013 [citado 1 Feb 2020]; 33(2): 80-88. Disponible en: http://www.fundacionsaborysalud.com/web/portal/images/documentacion/OBESIDAD-INFANTIL.pdf
- Menéndez E, Delgado E, Fernández-Vega F, Prieto MA, Bordiú E, Calle A, et al. Prevalencia, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial en España. Rev Esp Cardiol [Internet]. 2016 [citado 1 Feb 2020]; 69 (6): 572-578. Disponible en: http://www.revespcardiol.org/es/prevalencia-diagnostico-tratamiento-control-hipertension/articulo/90453753/

Capítulo 155

¿PODRÍAN ADQUIRIR NUEVAS COMPETENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA LAS ENFERMERAS TRAS LA APARICIÓN DE LA ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA?

ANDREA LOPEZ RODRIGUEZ

ÁNGELA FERNÁNDEZ SOL

1 Introducción

El concepto de enfermería comunitaria es aquel que se aplica al tipo de enfermería dedicada al cuidado y a la prevención, no solo de la salud del individuo sino también de la familia y, especialmente, de la comunidad. La enfermería comunitaria es una importante rama de la ciencia.

La especialidad de Comunitaria, (este rol) es diferente al de la enfermería asistencial que casi exclusivamente ofrece atención directa y acciones dependientes o interdependientes. A diferencia de esto la enfermería comunitaria enfatiza sus acciones en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, comunidad como el lugar a donde se deben dirigir los esfuerzos y el trabajo interdisciplinario, con la finalidad de fortalecer las conductas saludables y mejorar la calidad de vida

de la población. Uno de los objetivos principales del enfermero comunitario, consiste en poder potenciar las capacidades de salud de las personas, transformando la dependencia en una autonomía mediante el auto cuidado. De esta manera el individuo participa directa y activamente en la prevención de la enfermedad; toma conciencia de su rol y aprende del personal de salud en este caso del personal de enfermería.

A lo largo de la historia han existido antecedentes que permiten estudiar el papel de la enfermería comunitaria, aunque lógicamente su equivalencia no se ajuste -sin un esfuerzo de interpretación histórica a la enfermería comunitaria actual: diaconisas, hermanas de la caridad, mendicantes, damas de las Juntas Provinciales de Caridad, se han ido turnando en el desempeño de labores comunitarias, hasta que se produjo el primer intento de erigir un sistema de asistencia pública domiciliaria con la Ley de Beneficencia de 1822. La necesidad de convertir la enfermería comunitaria en objeto de estudio histórico supone un reto nada fácil de afrontar.

El problema básico consiste en identificar en cada coyuntura histórica aquellos factores y elementos que, de una u otra forma, con significados distintos han constituido los antecedentes de lo que hoy se entiende como ”enfermería comunitaria”, sin embargo, no se puede hablar de enfermería comunitaria hasta la llegada de los sistemas democráticos, el Estado del Bienestar, y las políticas sociales y educativas que se derivan de la acción combinada de todos ellos. El sistema de salud es uno de los determinantes sociales de salud y aunque no es el más relevante, no debe desestimarse su potencial contribución a la reducción de las desigualdades sociales en la salud. Las características de la atención primaria de salud la hacen idónea para este objetivo.

En estos artículos se resumen los antecedentes y el marco de acción para reducir las desigualdades sociales en salud y se presenta una síntesis de propuestas de actuación en atención primaria para contribuir a este objetivo que se recogen en los documentos nacionales e internacionales más relevantes sobre políticas de salud pública. Se pretende suscitar el debate, estimular la generación del conocimiento ausente en nuestro ámbito e impulsar las acciones en la práctica.

2 Objetivos

Conocer las nuevas competencias que pueden adquirir los profesionales de enfermería con el desarrollo tras la aparición de la especialidad en enfermería familiar

y comunitaria.

3 Metodología

La metodología llevada a cabo en este trabajo consistió en una revisión de la bibliografía en diversas fuentes de datos realizada entre los meses de diciembre de 2019 y enero de 2020.

Primero se ha realizado una búsqueda libre en el motor de búsqueda Google para comprobar el estado actual del tema y establecer los objetivos. Posteriormente, se ha realizado una búsqueda más especifica tanto en fuentes de datos primarias y secundarias. Para la búsqueda en dichas fuentes de datos primarias y secundarias se han utilizado una serie de palabras clave como ”enfermería”, ”especialidad”, ”comunitaria” y ”competencias”.

Una vez realizada la búsqueda, se ha llevado a cabo un proceso de selección de los documentos teniendo en cuenta unos criterios de inclusión determinados como, por ejemplo, antigüedad máxima de los documentos de cinco años, documentos de carácter interdisciplinar, documentos de interés para la realización del trabajo y el idioma español, inglés o portugués.

4 Resultados

• Antecendentes de la enfermería comunitaria:
Aunque el concepto de Enfermería Comunitaria, tal y como la conocemos actualmente, es relativamente moderno, los antecedentes de esta se remontan al comienzo de la vida misma y al sentido de supervivencia del ser humano. Cada vez que una persona ha ayudado a otra a realizar actividades de la vida diaria como moverse, alimentarse o asearse, estaba realizando de alguna u otra manera cuidados de enfermería.

La mayoría de los autores consideran que el primer documento en hacer referencia a hechos relacionados con la enfermería comunitaria fue una carta de San Pablo a los corintios en el año 60, donde se hacía mención sobre las visitas a los enfermos en sus domicilios y la posterior aparición de la primera enfermera visitadora. Con el tiempo aparece un desarrollo más moderno de la mano de Florence Nigthingale, que elaboró unos horizontes más amplios basados, sobre todo, en una formación sistematizada. Fundó la Escuela de Enfermería en la cual su objetivo era formar profesionales que además de tener una experiencia hospitalaria

la tuvieran para ejercer enfermería en los domicilios de las personas necesitadas. Comenzó a tomar gran relevancia la prevención de enfermedades, la atención del estado mental del enfermo junto con su aspecto físico, las condiciones de higiene de las familias y de la comunidad, los cuidados del niño y la educación para la salud.

La forma más profesional y específica de ejercicio de la enfermería de salud pública, la encontramos por primera vez, en el marco del movimiento sanitario después del informe de Chadwich (1837) sobre las condiciones sanitarias de la población trabajadora. Aparecieron así en 1862 los primeros documentos escritos sobre enfermería de la salud pública y los cuales se fueron extendiendo desde Liverpool hasta Inglaterra, Europa y Estados Unidos, dando lugar todo ello a la creación de nuevas escuelas y la formación de enfermeras, cuyo objetivo principal era la protección de la salud, la educación sanitaria y la atención domiciliaria de la persona enferma. Previamente al desarrollo de la enfermería comunitaria como conocemos actualmente, debemos destacar tres fases distinguidas cronológicamente:

1. Fase precursora: comprende los orígenes de la actividad enfermera orientada a la comunidad, hasta la unificación de las profesiones de enfermera, practicante y matrona en una nueva titulación denominada ayudante técnico sanitario (1952). Dentro de este periodo en 1932 se crea la figura de la enfermera visitadora sanitaria.
2. Fase tecnológica: recoge desde la aparición del ayudante técnico sanitario hasta la creación de los centros de salud y la implantación de la atención primaria de salud en España (1984) la cual se caracteriza por el gran desarrollo tecnológico de los recursos asistenciales y por un sistema sanitario hospitalocéntrico. Durante esta fase la enfermera es una mera aplicadora de técnicas, que lleva a cabo su profesión de forma totalmente subordinada a la figura del médico con categoría de auxiliar de este, posee un papel de control del proceso, manipuladora externa respecto al estado de salud y necesidades de la comunidad.
3. Fase comunitaria: promulgación de las estructuras básicas de salud como primer paso para la transformación real de la atención sanitaria en España. Tiene lugar una disposición legal que dará paso a la actual Ley General de Sanidad, la creación de centros de salud y los equipos de atención primaria. Por último, la puesta en marcha de la Ley de Reforma Universitaria hace posible la creación de departamentos universitarios de enfermería con plazas para profesores titulares, entre las que encontramos a la enfermería comunitaria.

• Aparición de la especialidad en enfermería familiar y comunitaria

La entrada en vigor de la Ley 44/2003, determina la necesidad de proceder a una nuevaregulación reglamentaria de las especialidades, entrando en funcionamiento la formación de la Enfermera Interna Residente (EIR), la cual permanece en una Unidad Docente acreditada durante dos años y durante su práctica tutelada obtendrá los conocimientos, habilidades y aptitudes relacionados con su especialidad.

La OMS considera que la enfermera Especialista en Enfermería Familiar Comunitaria debe estar preparada para "intervenir en órganos de salud pública ya que ella puede identificar elementos en la comunidad que influencian de manera positiva o negativo en la salud de las personas que la componen, por lo que deberá ser una activa participante de la comunidad en lo que refiere a programas de salud, incluyendo colegios locales, organizaciones no gubernamentales, grupos de la comunidad […] elaborando una acción comunitaria como un elemento esencial de la Atención Primaria de Salud". Las competencias por adquirir en la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria se establecen en la Orden SAS/1729/2010. Se desarrollan en el ámbito familiar y comunitario y se centran en las necesidades de cuidados de los pacientes, las familias y la comunidad, cuya práctica clínica se base en la evidencia, el uso del método clínico y el uso de técnicas de intervención complejas, mediante un enfoque holístico de la salud.

Antes de aprobarse el Real Decreto 450/2005 de especialidades de Enfermería, se debatió extensamente sobre la necesidad de este y varios autores se pronunciaron públicamente a favor. Entre ellos Olga Ruiz Legido, secretaria nacional de la organización de consumidores FACUA: "la Enfermería ha ido ampliando su papel habitual y realizando funciones cada vez más importantes y complejas dentro del equipo de salud […] y que tienen como base una reorganización del trabajo que realizan las enfermeras y enfermeros, implican un incremento de competencias profesionales […]". Y Armando Martín Zurro, uno de los principales autores del diseño y desarrollo de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, el cual recalcó "La actual Atención Primaria debe enmarcarse en un nuevo contexto […] en el que las enfermeras tendrán un papel más autónomo y relevante que hasta ahora".

En dicho Real Decreto también se especifica, en relación con aquellas enfermeras que no acceden a especialidad, lo siguiente sobre razones legales "La existencia del título de Enfermero Especialista no afectará a las facultades profesionales que asisten a los Diplomados Universitarios de Enfermería como enfermeros responsables de cuidados generales […]". Esto deja las especialidades enfermeras como

un rediseño de la organización de los servicios colocando a cada uno en el lugar que les corresponde dentro de los servicios sanitarios. Para ello es imprescindible una convivencia cooperativa productiva entre enfermera generalista y especialista utilizando de manera constructiva las competencias que ahora se desarrollan en profundidad gracias a la creación de la Enfermera Interna Residente.

5 Discusión-Conclusión

El Real Decreto 450/2005, del 22 abril, sobre especialidades de enfermería ha posibilitado el desarrollo del programa de la especialidad de Enfermería Familia y Comunitaria. Esta especialidad, al igual que las demás, permite dar una respuesta óptima a las necesidades derivadas de los cambios sociales, económicos y demográficos que han generado un proceso de cambio de los problemas de salud que precisan planificación, gestión y prestación de eficaces y eficientes cuidados enfermeros dirigidos a individuos, familias y comunidad.

El desarrollo de las especialidades en el ámbito sanitario supone la oportunidad de insertar la enfermería de práctica avanzada, lo que implica la necesidad de formar nuevos profesionales, reciclar a otros, reorganizar servicios y gestionar los recursos enfermeros. El objetivo general de la especialidad es que al concluir el periodo formativo la enfermera residente haya adquirido las competencias profesionales, a través del desarrollo de las competencias específicas.

La especialidad permite a la enfermera adquirir una serie de competencias, ver las capacidades de la enfermería en la sociedad y tener una imagen diferente de estos profesionales ya que no se visualiza a la enfermera actuando única y exclusivamente en la consulta ante problemas de salud puntuales, sino que aborda al individuo y su entono como un conjunto con una visión integral de sus necesidades. La enfermera de atención primaria trabaja en el Centro de Salud, en el domicilio de los usuarios o en la comunidad, dependiendo de las necesidades específicas de cada persona y de su situación de salud.

Según el programa formativo de la especialidad publicado en el BOE, alguna de las competencias que han de adquirir al finalizar dicha especialidad son: competencias docentes, en salud pública y comunitaria, en investigación, en gestión de cuidados y servicios, y, por último, competencias clínicas avanzadas en el ámbito familiar y comunitario.Este programa se centra en el desarrollo de las competencias específicas que debe adquirir la especialista de Enfermería Familiar y Comunitaria.

El desarrollo de la especialidad y que los servicios sanitarios de Atención Primaria de Salud cuenten con especialistas de enfermería familiar y comunitaria debe contribuir a una mejora de la resolución de los problemas de salud, a una mejor aplicación de los programas dirigidos a la prevención y promoción de la salud, mejora en la educación a las personas con problemas de salud crónicos y encaminar las intervenciones hacia el autocuidado fomentando la autonomía, adaptación y responsabilizar al ciudadano de su propia salud.

La especialidad de enfermería familiar y comunitaria es una de las especialidades más amplias y complejas, puesto que abarca todas las edades del ciclo vital y en todos los aspectos del proceso salud – enfermedad y de salud comunitaria. Los profesionales enfermeros que trabajan en este ámbito deben tener conocimientos sobre la complejidad de las personas, familias y grupos, ser activos y participar en los programas de salud en cualquier ámbito, fomentar la prevención de la enfermedad y promoción de la salud elaborando una acción comunitaria como un elemento esencial de la Atención Primaria de Salud.

6 Bibliografía

1. Rentero S. S., Muñoz B. C., Teomiro C. D., Noria S. S., Cantarino G.S., Noria L.S. Relevancia de la Formación en Enfermería Especializada. Rev. Paraninfo Digital [Internet]. 2011 [Consultado en abril 2018]; 11. Disponible en: http://www.index-f.com/para/n11-12/032d.php
2. Gómez S. M. B., Clíments G. D., Jaime A. A., López A. S., Rodríguez A. A., Felipe J. M. Análisis cualitativo de las competencias para la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria. Construyendo el camino hacia la enfermería clínica avanzada. Rev de Enfermería [Internet] Agosto 2012 [Consultado en abril 2018]; 6 (2). Disponible en: http://www.enfermeriaaps.com/portal/wp-content/uploads/2012/09/An%23U00e1lisis-cualitativo-de-las-competencias-para-la-especialidad-de-Enfermer%23U00eda-Familiar-y-Comunitaria.-2012.pdf
3. Enrique Oltra Rodríguez. Especialidades enfermeras: el día después. RevAdmSanit [Internet]. Abril 2009 [Consultado en abril 2018]; 7 (2): 293 – 307. Disponible en: http://www.elsevier.es/es-revista-revista-administracion-sanitaria-siglo-xxi-261-articulo-especialidades-enfermeras-el-dia-despues-13139765
4. Ramírez Abundis M.L. Antecedentes de la Enfermería [Monografía en Internet] 2-5. 2014 [acceso 1 de abril de 2018]. Disponible en: https://issuu.com/anaberthaolmedosanchez/docs/antecedentes_de_la_enfermer__a_comu
6. Molas Puigvila M, Brugés Brugués A, García Gutiérrez C. Especialidad en En-

fermería Familiar y Comunitaria: una realidad. Elsevier [Internet]. 43(5): 220-221. Disponible en: http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-especialidad-enfermeria-familiar-comunitaria-una-S0212656711001314
7. López Morales M. La Enfermería Comunitaria y el Asociacionismo Científico en España. Enfermería Comunitaria [revista en Internet] 2005 [citado 30 de marzo de 2018]; 1(1). Disponible en: http://www.index-f.com/comunitaria/1revista/1_articulo_5-7.php
8. José Ramón Martínez Riera. ¿Qué papel desempeñan las enfermeras comunitarias en el marco de la Atención Primaria de salud? [monografía en Internet]. Enero; 2014 [citado 30 marzo de 2018]. Disponible en: https://www.elsevier.es/corp/conecta/atencion-familiar-y-comunitaria/que-papel-desempenan-las-enfermeras-comunitarias-en-el-marco-de-la-atencion-primaria-de-salud-2/
9. Errasti-Ibarrondo B., Arantzamendi-Solabarrieta M., Canga-Armayor N. La imagen social de la enfermería: una profesión a conocer. Anales Sis San Navarra [Internet]. 2012 Ago [citado 15 de abril de 2018] ; 35(2): 269-283. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v35n2/revision2.pdf
10. Pérez-Vico-Díaz de Rada I, Sánchez-Gómez MB, Duarte-Clíments G, Brito-Brito R, Rufino-Delgado T. Competencias enfermeras de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria: una revisión sistemática. ENE. Revista de Enfermería [revista en Internet] 2013 [acceso 30 de marzo de 2018]; 7 (2). Disponible en: http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/277/pdf_11
11. Consejería de igualdad, salud y políticas sociales. Manual de competencias profesionales [monografía en Internet]. España: Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía; 2015 [acceso 30 de marzo de 2018]. Disponible en: www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/archivo/ME-1-02-03-Manual-de-Competencias-Enfermero-Atención-Familiar-Comunitaria.pdf

Capítulo 156

INFORMACIÓN GENERAL SOBRE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2: UNA ENFERMEDAD IMPORTANTE EN LA ACTUALIDAD.

ANDREA LOPEZ RODRIGUEZ

ÁNGELA FERNÁNDEZ SOL

1 Introducción

La diabetes mellitus es un trastorno metabólico caracterizado por unos niveles de azúcar (glucosa) en sangre por encima de los límites normales y que se presenta con mucha frecuencia entre la población general.

La insulina es una hormona fabricada por el páncreas que regula el azúcar en la sangre y que es necesaria para transportar la glucosa a las células y que éstas la utilicen como fuente de energía. El aumento de los niveles de glucosa en la sangre se produce como resultado de defectos en la secreción de insulina, en su acción o ambas. El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia (aumento del azúcar en sangre) que, a largo plazo, puede provocar alteraciones en muchos órganos y sistemas, especialmente los nervios, vasos sanguíneos, el corazón y los ojos.

La diabetes se clasifica principalmente en:

- Diabetes tipo 1 (insulinodependiente o infanto-juvenil): se caracteriza por una producción deficiente de insulina y requiere la administración diaria de esta hormona. Se desconoce la causa y no se puede prevenir.
- Diabetes tipo 2 (no insulinodependiente o de inicio en la edad adulta): por resistencia a la insulina y/o defecto relativo a la misma. Es la presentación más común ya que supone el 90% del total de los casos y su incidencia está aumentando, por lo que es fundamental la prevención. Hasta hace poco solo se observaba en adultos, pero en la actualidad también se está manifestando en niños y adolescentes. La DM2, a diferencia de la DM1, está relacionada con el estilo de vida por eso se puede tratar con una modificación del estilo y pastillas, aunque muchos acaban precisando insulina.
- Intolerancia a la glucosa o glucemia basal alterada: estadios previos a la diabetes.
- Diabetes gestacional: se caracteriza por hiperglucemia (aumento del azúcar en la sangre) que aparece durante el embarazo y alcanza valores que, pese a ser superiores a los normales, son inferiores a los establecidos para diagnosticar una diabetes. Las mujeres con diabetes gestacional corren mayor riesgo de sufrir complicaciones durante el embarazo y el parto. Además, tanto ellas como sus hijos corren mayor riesgo de padecer diabetes de tipo 2 en el futuro. Suele diagnosticarse mediante las pruebas prenatales, más que porque el paciente refiera síntomas

Se establecen dos principales causas de la diabetes: el factor genético o hereditario (la DM2 tiene mayor riesgo hereditario, en casi todos los casos un familiar tiene la enfermedad) y el estilo de vida (la diabetes está muy relacionada con la obesidad, de hecho, el 85% de las personas con DM2 presentan exceso de peso).

La diabetes tipo 2 puede presentar los mismos síntomas que la diabetes tipo 1 pero frecuentemente menos intensos, o incluso, puede presentar niveles altos de glucosa sin tener síntomas por lo que la enfermedad puede diagnosticarse solo cuando ya tiene varios años de evolución y han aparecido complicaciones. El diagnóstico se puede establecer tempranamente con análisis de sangre o de orina que muchas veces se produce de manera casual.

Según la OMS y la ADA los criterios diagnósticos para la DM son:
- Glucemia en ayunas igual o mayor a 126 mg/dl.
- Glucemia a las 2 horas tras sobrecarga oral de glucosa superior o igual a 200 mg/dl.
- Hemoglobina glicosilada por encima de 6.5% (si los resultados se encuentran entre 5.7 y 6.4% serán señal de prediabetes)

- Presencia de síntomas y glucemia medida al azar superior o igual a 200 mg/dl.

Algunos de los síntomas de la DM2 son: infecciones frecuentes, hormigueo o entumecimiento en las manos o los pies, trastornos visuales como visión borrosa, cortes/moratones que tardan en sanar o cualquiera de los síntomas de la DM1 como poliuria, polidipsia, polifagia, pérdida peso o cansancio. Aunque no presente ninguno de estos síntomas es posible que aun así tenga diabetes, por eso es muy importante realizar actividades preventivas para averiguar el riesgo de padecer diabetes.

2 Objetivos

- Conocer la importancia de la enfermedad de diabetes mellitus tipo 2 en la actualidad.
- Describir los diferentes tipos de diabetes.
- Describir el tratamiento fundamental de la diabetes mellitus tipo 2.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en diversas fuentes de datos tanto primarias como secundarias. En primer lugar se ha realizado una búsqueda libre para comprobar el estado actual del tema y establecer unos objetivos. Posteriormente, se ha realizado una búsqueda más especifica utilizando una serie de palabras clave como ”diabetes”, ”tipo 2”, ”tratamiento” y ”cuidados”. Para la selección de los documentos obtenidos se han utilizado una serie de criterios de inclusión como documentos en español o inglés con una antigüedad máxima de 5 años.

4 Resultados

Existen diferentes factores de riesgo como las personas con hipertensión, hiperlipemia, obesidad, sedentarias, enfermedad cardiovascular, familiares de 1º grado con diabetes, mujeres con ovarios poliquísticos y mujeres que han tenido diabetes gestacional o que han dado a luz bebés de más de 4 kg al nacer.

Además de estas situaciones, existe otra denominada “prediabetes” que incluye a personas que sin llegar a alcanzar los criterios diagnósticos de diabetes presentan valores de glucosa por encima de lo ideal:

- Glucemia basal alterada: aquellas personas con valores de la glucosa en ayunas entre 100 y 125 mg/dl.
- Intolerancia a los hidratos de carbono: cuando a las 2 horas de tomar 75 gramos de glucosa la glucemia oscila entre 140 y 199 mg/dl. Hemoglobina glicosilada (HbA1c): valores entre 5.7 y 6.4%. Es un parámetro que refleja la glucemia media de los últimos meses.

Es muy importante realizar una prevención de la diabetes, actuando de manera preferente sobre aquellas personas con factores de riesgo para desarrollarla. Se ha demostrado que medidas simples relacionadas con el estilo de vida son eficaces para prevenir la DM2 o retrasar su aparición. Por eso se deben tener en cuenta los siguientes aspectos:
- Mantener un peso corporal saludable o perder más de un 5% si existe sobrepeso.
- Realizar actividad física de manera regular e intensidad moderada durante más de 30 minutos al día al menos 5 días a la semana con un total de 150 min/semana.
- Evitar el consumo de tabaco y de alcohol ya que aumenta el riesgo de sufrir diabetes y enfermedades cardiovasculares.
- Es importante realizar un chequeo preventivo al menos una vez al año.
- Farmacoterapia: Se han estudiado una serie de medicamentos que se podrían administrar a personas con factores de riesgo de presentar diabetes como los antidiabéticos orales que se administran a las personas con un diagnóstico establecido.
- Consumir una dieta saludable como la dieta mediterránea:

Evitar el azúcar y las grasas saturadas. Limitar el consumo de refrescos azucarados.

Incluir más de 15 gramos de fibra natural por cada mil calorías ingeridas al día.

Realizar un consumo de grasa inferior al 30% de las calorías diarias. Limitar su consumo y que provenga básicamente de la grasa monoinsaturada (Aceite oliva, frutos secos, aguacate)

Las principales fuentes de hidratos de carbono deben ser las verduras, hortalizas, legumbres, cereales integrales y derivados lácteos.

Una vez que el diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 está establecido, el tratamiento se basa en cinco pilares fundamentalmente:
1. Alimentación saludable y equilibrada con dos objetivos: mantener o reducir el peso y limitar la cantidad de hidratos de carbono simple para evitar las hiper-

glucemias. Para conocer las cantidades alimento adecuadas existen diversas técnicas como el método del plato.
2. Ejercicio físico adaptado a la edad, las costumbres y el estado general de cada persona siempre que sea posible. Realizar ejercicio de manera regular y moderada mejora la calidad de vida, aumenta el bienestar, ayuda a perder peso o mantenerlo, previene la enfermedad cardiovascular y reduce los niveles de glucosa en sangre. A la hora de realizar ejercicio físico se debe tener en cuenta que las personas con tratamiento insulínico deben inyectarse la insulina en las zonas con menos trabajo muscular y evitar la práctica de ejercicio durante las horas de mayor efecto. Se deben considerar una serie de precauciones como llevar suplementos de HC, beber líquidos durante el ejercicio, llevar un calzado adecuado, evitar el ejercicio en horas de máxima temperatura y realizar un autoanálisis antes y después.
3. Autocontrol analítico en su domicilio. Es una herramienta para sensibilizar, educar y motivar al paciente en el control de su diabetes. Se le debe administrar al paciente el material necesario para la auto-medición de la glucemia con la libreta de autocontrol para el registro de los resultados.
4. Educación en diabetes: es importante que los pacientes y familiares adquieran información sobre su enfermedad para conseguir un mejor control y una mayor calidad de vida. Por eso, todos los centros sanitarios deben realizar actividades educativas de manera individual o grupal y revisiones periódicas a los pacientes. En estas revisiones se debe realizar un control de peso, de la tensión arterial y una analítica para comprobar los niveles de glucosa, colesterol, triglicéridos y hemoglobina glicosilada. Además, de manera anual una revisión de la vista para la detención de retinopatías, de la función renal para detectar los signos tempranos de nefropatía y de los pies (en el caso de pacientes de alto riesgo se debe realizar cada 3 meses).
5. Tratamiento farmacológico: antidiabéticos (orales o inyectables) y/o insulina con el objetivo de conseguir un efecto metabólico similar a la secreción endógena de insulina. Las personas que no mejoran con la modificación del estilo de vida a pesar de realizarlo adecuadamente necesitaran del uso de antidiabéticos orales.

Los objetivos de control para los adultos son obtener una cifra de hemoglobina glicosilada <7%, una tensión arterial <130/80 mmHg, glucemia preprandial 70-130 mg/dl, glucemia postprandial <180 mg/dl y unas cifras de LDL <100 mg/dl, HDL >40 mg/dl y triglicéridos <150 mg/dl.

El principal objetivo del tratamiento es retrasar y reducir la aparición de complicaciones crónicas. Habitualmente si aparecen las complicaciones suelen ser circulatorias (macro o microvasculares) o nerviosas. o Complicaciones macrovas-

culares (de los grandes vasos): Las personas con diabetes tiene un mayor riesgo de sufrir alteraciones de la circulación en los grandes vasos que pueden provocar daños en el cerebro, corazón (angina de pecho e infarto de miocardio) y lesiones en las piernas. o Complicaciones microvasculares (de los pequeños vasos): se pueden producir alteraciones de la vista o del riñón (retinopatía diabética y nefropatía diabética).

La retinopatía diabética es una importante de ceguera y es la consecuencia del daño de los pequeños vasos de la retina que se va acumulando a lo largo del tiempo. Se debe realizar una revisión oftalmológica en el momento del diagnóstico y de manera anual. En el caso de la nefropatía diabética, en el momento del diagnóstico se debe realizar al paciente las pruebas apropiadas para detectar problemas renales (cociente albúmina/creatinina, microalbuminuria) y posteriormente una vez al año. o Complicaciones nerviosas: cuando las complicaciones afectan al sistema nerviosa se pueden producir problemas en los pies (entumecimiento, hormigueo o pérdida de sensibilidad), en el funcionamiento del intestino y vejiga, dolores tipo "ciática", disfunción eréctil en el hombre, etc.

Los pies son uno de los lugares que más problemas pueden originarle a la persona con diabetes por tanto se deben cuidar con especial esmero para evitar la aparición de erosiones, úlceras, infecciones y, en último término, gangrena, que en casos extremos puede conducir a la amputación de la extremidad.

Se deben tener en cuenta los siguientes aspectos para evitar estas complicaciones:
• Revisar los pies todos los días y comprobar que no haya durezas, enrojecimiento, hinchazón, callos, uñas encarnadas o cortes en la piel.
• Realizar una higiene adecuada todos los días con agua templada y secarlos bien, sin olvidar los espacios entre los dedos. Posteriormente, hidratar la piel si está seca.
• Llevar un calzado adecuado. Se recomienda comprar el calzado a última hora de la tarde (los pies están más dilatados) para evitar el calzado estrecho que puede producir heridas o deformidades en los dedos de los pies y revisar con la mano su interior antes de ponérselo.
• No caminar con los pies descalzados para evitar cortes en los pies ni utilizar calcetines ajustados ya que dificultan la circulación sanguínea.
• Acudir a las revisiones periódicas en las que el personal de enfermería realizara una inspección visual de los pies (color, deformidades, higiene, hidratación, callosidades y estado de las uñas), palpación de pulsos pedios y tibial posterior, y,

por último, el test de monofilamento para evaluar la sensibilidad a la presión y táctica.
• Además, es conveniente visitar al podólogo una o dos veces al año.

5 Discusión-Conclusión

La diabetes mellitus es una enfermedad importante en la actualidad cuya prevalencia ha aumentado con mayor rapidez en los países de ingresos medianos y bajos. La OMS estima que en 2015 la diabetes fue la causa directa de 1.6 millones de muerte y en el año 2030 será la séptima causa de mortalidad.

La DM2, relacionada con otras enfermedades como la obesidad, la HTA y la hiperlipidemia, se puede prevenir, tratar y evitar sus consecuencias con una dieta saludable, actividad física de manera regular, evitar el alcohol y tabaco, mantener un peso corporal normal y exámenes periódicos para detectar y tratar sus complicaciones. Si no se lleva a cabo un buen control se produce, a largo plazo, daño en el corazón, ojos, riñones, nervios y vasos sanguíneos.

6 Bibliografía

- Domingo Orozco-Beltrán, Manel Mata-Cases, Sara Artola, Pedro Conthe, Javier Mediavilla, Carlos Miranda. Abordaje de la adherencia en diabetes mellitus tipo 2: situación actual y propuesta de posibles soluciones. Atención Primaria [revista en Internet] 2016 junio-julio. [acceso 1 de abril de 2018]; 48 (6). Disponible en: http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-abordaje-adherencia-diabetes-mellitus-tipo2-S021265671500270X
- Asociación Americana de Diabetes. Información básica de la diabetes [monografía en Internet]. América: Asociación Americana de Diabetes [acceso 1 de abril de 2018]. Disponible en: http://www.diabetes.org/es/informacion-basica-de-la-diabetes/diabetes-tipo-2/
- Organización Mundial de la Salud. Diabetes [monografía en Internet]. España: Organización Mundial de la Salud; 2017 [acceso 30 de marzo de 2018]. Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/
- Fundación para la Diabetes. ¿Qué es la diabetes? [monografía en Internet]. España: Fundación para la Diabetes [acceso 30 de marzo de 2018]. Disponible en: http://www.fundaciondiabetes.org/prevencion/309/que-es-la-diabetes-2
- Gobierno del Principado de Asturias; Consejería de Sanidad. Guía de Recomendaciones Clínicas. Diabetes. Actualización [monografía en Internet]. Asturias:

Dirección General de Innovación Sanitaria; 2013 [acceso 30 de marzo de 2018]. Disponible en: https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Calidad%20y%20Sistemas/AS_Calidad/PCAIs/2011/Diabetes2013.pdf
- Fundación Red de Grupos de Estudio de la Diabetes en Atención Primaria de la Salud. Guía de actualización en Diabetes Mellitus tipo 2 [monografía en Internet]. País Vasco: Fundación redGDPS; 2016 [acceso 30 de marzo de 2018]. Disponible en: http://redgdps.org/gestor/upload/GUIA2016/Guia_Actualizacion_2016.pdf
- Díaz Cadórniga FJ, Menéndez Torre E, Moreiro Socias J, Franch Nadal J. Consejos para la diabetes tipo 2. España: Sanofi; 2017.
Federación de Diabéticos Españoles. Tengo diabetes tipo 2 ¿Qué puedo hacer? [monografía en Internet]. Segunda edición. España: Federación de Diabéticos Españoles; 2012 [acceso 29 de marzo de 2018]. Disponible en: http://docsafedownload.net/descargas/fedesp/2guia_tipo2.pdf
- José Luis Lázaro Martínez, Robert J. Snyder, José Ramón Calle. Úlceras de pie diabético. Prevención, cuidados y tratamiento [monografía en Internet]. España: Fundación Diabetes; 2015 [acceso 28 de marzo de 2018]. Disponible en: http://diabetesmadrid.org/wp-content/uploads/2015/07/Úlceras-del-Pie-Diabético-·-Fundación-Diabetes-·-Diabetes-Madrid.pdf
- Fundación Española del Corazón. Diabetes y riesgo cardiovascular [monografía en Internet]. España: Fundación Española del Corazón [acceso 4 abril de 2018]. Disponible en: www.fundaciondelcorazon.com/prevencion/riesgo-cardiovascular/diabetes.html

Capítulo 157

CORONAVIRUS: PASADO Y PRESENTE

JULIA ROSA MENÉNDEZ MENÉNDEZ

1 Introducción

Qué es el coronavirus:
Los Coronavirus (CoV) pertenecen al orden de Nidovirales, unos virus de ARN monocatenario de sentido positivo con un gran genoma. Estos virus mutan y se recombinan frecuentemente. Son un tipo de virus que vistos al microscopio electrónico tienen una forma semejante a una corona. Existen varios tipos, aunque unos presentan mayor virulencia en el ser humano capaces de ocasionar un cuadro clínico grave como ocurre con el síndrome respiratorio agudo grave [SRAG] y el síndrome respiratorio de Oriente Medio [SROM]), y que son capaces de llevar a la muerte del individuo.

Algunas formas de coronavirus, suelen causar infecciones agudas adquiridas en la comunidad de tipo leve en los seres humanos, pero cuadros más graves como el que se inició en China a finales del 2019 en la ciudad de Wuhan, provocan una alarma general por miedo a que se produzca una pandemia difícil de controlar. Los CoV también infectan a una amplia variedad de animales y varios CoV como los nombrados anteriormente [SRAG] y [SROM]) han cruzado la barrera entre especies y producen brotes de enfermedad respiratoria grave.

Historia:
En 1965, Tyrrell y Bynoe cultivaron un virus obtenido de la vía respiratoria de un niño con resfriado común mediante pases en cultivos de tráquea embrionaria humana. Los medios de estos cultivos producían de forma constante resfriado en voluntarios. No obstante, aunque el agente implicado era sensible al éter, no

estaba relacionado con ningún virus humano conocido. Años más tarde mediante la microscopia electrónica de los líquidos obtenidos de cultivos de órganos infectados, reveló la presencia de partículas similares al virus de la bronquitis infecciosa de los pollos.

El número de CoV animales aumentó rápidamente, con la identificación de virus que causaban enfermedades en ratas, pollos, otras especies de aves, terneros, varios rumiantes salvajes, ballenas beluga, perros, gatos, conejos y cerdos, con manifestaciones en el sistema respiratorio, el sistema digestivo, el sistema nervioso central (SNC), el hígado, el sistema reproductor y otros. Los síntomas más habituales en el ser humano son tos, dolor de garganta, fiebre y sensación de falta de aire. En los casos más graves, la infección puede causar neumonía, disnea, fallo renal e incluso la muerte. Los casos más graves, generalmente ocurren en personas ancianas o que padecen alguna otra enfermedad como, por ejemplo, del corazón, del pulmón o personas inmunodeprimidas.

Parece que la transmisión puede ser a través del contacto con animales infectados o por contacto estrecho con las secreciones respiratorias de una persona enferma. Estas secreciones infectarían a otra persona si entran en contacto con algunas mucosas como su nariz, sus ojos o su boca. Por analogía con otros coronavirus se estima que el periodo de incubación podría ser de hasta 14 días. Para su diagnóstico, la mejor prueba para realizar el diagnóstico es en el laboratorio, mediante la detección del ARN producto de una reacción en cadena de la polimerasa.

La prevención se basa en métodos epidemiológicos, la cuarentena y el uso de precauciones de barrera son ahora mismo la medida más eficaz cuando se inicia un brote. Todavía no existe ningún fármaco antiviral eficaz aceptado para los CoV pero algunos de estos antivirales han demostrado cierta eficacia en estudios recientes. Sí que existen muchos tratamientos para el control de sus síntomas, por lo que la asistencia sanitaria mejora el pronóstico.

Epidemiología:
El SRAG se identificó por primera vez en la provincia de Guangdong (China) en noviembre de 2002 y de ahí se propagó a Hong Kong y a continuación a todo el mundo. El brote de SRAG promovió una respuesta de salud pública rápida e intensa coordinada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), y en julio de 2003 se había detenido la transmisión de la enfermedad en todo el mundo. A pesar de este esfuerzo, se produjeron 8.096 casos probables en 29 pacientes, con 774 fallecimientos.

Hasta el 11 de mayo de 2014, se habían notificado 537 casos de SROM confirmados con pruebas de laboratorio a la OMS, con 145 fallecimientos. En España el día 31 de enero, se ha confirmado en La Gomera, un caso de coronavirus 2019 (n-CoV) en un ciudadano alemán, contacto estrecho de otro caso c Ya son 490 muertos y 24.324 infectados por el coronavirus en China.

2 Objetivos

Los principales objetivos de este estudio son los siguientes:
- Conocer la terminología, epidemiología y etiología del Coronavirus y de las principales causas relacionadas con esta enfermedad.
- Saber el manejo terapéutico (farmacológico y no farmacológico) de los pacientes afectados de Coronavirus.
- Estudiar las funciones de la enfermería en este campo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos:el gestor de datos Mendeley, y varias guías clínicas como Pudmed, Clínical key, Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Se utilizó como principal herramienta para la búsqueda bibliográfica.

4 Resultados

En el caso de las personas repatriadas desde Wuhan, la realización de un periodo de cuarentena ha sido acordada a nivel internacional y con las autoridades de China, de forma consistente con las medidas de carácter excepcional tomadas en la ciudad de Wuhan.

España no dispone de aeropuertos con vuelos con conexión directa a Wuhan, aunque recibe viajeros procedentes de esta ciudad. La restricción de vuelos desde la cuidad de Wuhan y otras trece ciudades cercanas, reduce la probabilidad de llegada de personas enfermas. Aun así, no se puede descartar que aparezca algún caso importado en España procedente de la zona de riesgo.

En caso de que esto ocurriera, nuestro país está preparado para realizar la detección precoz de los casos y la instauración temprana de medidas de prevención y control, lo que ayudaría en gran medida a controlar el riesgo de transmisión. En la situación actual, el riesgo global para la salud pública en España se considera moderado. En base a la información disponible, la OMS no recomienda la aplicación de restricciones a los viajes ni al comercio internacional con China.

5 Discusión-Conclusión

Debido a la falta de tratamientos efectivos para evitar el desarrollo y la progresión del Coronavirus y a la gran incidencia actual de la misma, es de vital importancia llevar a cabo investigaciones para lograr un mejor entendimiento de los procesos que están involucrados y poder, de este modo, abordar esta enfermedad de manera más efectiva.

Hoy en día, en base a los tratamientos existentes, la enfermería juega un papel muy importante tanto en la educación sanitaria para frenar el desarrollo y la progresión del Coronavirus, además es de vital importancia la figura de la enfermería como uno de los protagonistas formando parte en el equipo multidisciplinar que lleva a cabo la práctica asistencial de los pacientes afectados.

6 Bibliografía

1. Mclntosh, K; Perlman, S; Douglas; Bennett. Enfermedades Infecciosas. https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Valoracion_declaracion_emergencia_OMS_2019_nCoV.pdf WHO 2020.
2. European Centre for Disease Prevention and Control. Cluster of pneumonia cases caused by a. Statement on the meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV). 23 January novel coronavirus, Wuhan, China; – 17 January 2020. ECDC: Stockholm; 2020.
3. European Centre for Disease Prevention and Control. Criteria to initiate testing for 2019-nCoV. Laboratory testing of suspect cases of 2019 nCoV using RT-PCR.
4. WHO. Global Surveillance for human infection with novel coronavirus (2019-nCoV). Interim guidance 21 January 2020.
5. WHO. Clinical management of severe acute respiratory infection when novel coronavirus (nCoV) infection is suspected. Interim guidance 12 January 2020.

6. WHO. Laboratory testing for 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) in suspected human cases. Interim guidance. 14 January 2020.
7. WHO. Home care for patients with suspected novel coronavirus (nCoV) infection presenting with mild symptoms and management of contacts.

Capítulo 158

INTERVENCIONES EFECTIVAS EN EL CONTROL DE LA DIABETES MELLITUS TIPO I DE ADOLESCENTES.

DAMIÁN MARTÍNEZ CIFUENTES

1 Introducción

La Diabetes Mellitus (DM) es la tercera enfermedad más común en niños y adolescentes menores de 18 años 1. Esta, a su vez, se divide en dos subtipos que afectan a dicha población: Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1), caracterizada por la destrucción autoinmunitaria de las células beta del páncreas, con prevalencia en 1 de cada 400 jóvenes, y Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), secundaria a otros problemas de salud (obesidad, alcoholismo y sedentarismo), cuya prevalencia es inferior pero está aumentado considerablemente 2. La adolescencia es un periodo de desarrollo que implica multitud de cambios que intervienen en el control de la enfermedad y pueden desencadenar diversas complicaciones que afectan, tanto directamente como indirectamente, a la salud de los jóvenes como pueden ser: cambios físicos, desarrollo de la personalidad, influencias e interacciones de padres e hijos 3. Por ello, el manejo de la DM1 durante esta etapa supone un reto para los profesionales de la salud.

En la actualidad, diversos estudios transversales han manifestado una prevalencia de los factores de riesgo cardiovasculares (FRCV) elevada en aquellos adolescentes que presentan DM1, de los cuales el más estudiado es el metabolismo lipídico 4. También existen otros factores a tener en cuenta como la predisposición genética del joven a desarrollar la enfermedad o los agentes ambientes (dieta,

productos químicos o infecciones) 5. Así pues, es recomendable analizar todos los componentes que influyen en el desarrollo de la enfermedad con el fin de establecer intervenciones factibles, de modo que mejoren el control de esta o ayuden a mantener los niveles correctos de cumplimiento.

Para controlar los niveles de glucosa en sangre en la DM1 es necesario seguir un tratamiento de insulina combinado con ejercicio. Por tanto, las causas que originan un nivel de cumplimiento bajo deben ser corregidas para que el adolescente pueda desarrollar una vida normal, sin obstáculos 6. Recientemente, se ha demostrado que el nivel de control paterno está directamente relacionado con el grado de adherencia y, cómo dicho control disminuye según el joven va aumentando su edad 7. También influye la percepción que el joven tiene de sí mismo y de su enfermedad y, la capacidad comunicativa del profesional de la salud. A mayor aceptación de la enfermedad, mejora el manejo de esta y, a su vez, se reducen problemas asociados 8.

Las intervenciones, destinadas a mejorar el control glucémico en adolescentes con DM1, deben explorar todas las inquietudes de los adolescentes con el objetivo de romper las barreras que impiden un buen control de la enfermedad. La adherencia a la terapia en adolescentes con DM1 requiere un enfoque multidisciplinar 9. Investigaciones en curso, prestan atención al papel de los profesionales de la salud y su capacidad para influir en los obstáculos encontrados por el paciente 6. A medida que la tecnología se vuelve más avanzada, los sanitarios pueden jugar un papel aún más importante en la promoción de la adherencia. Proporcionar herramientas para evaluar e incidir en las barreras de sus pacientes, es una estrategia prometedora que puede ser utilizada universalmente para mejorar el control glucémico en los jóvenes con DM1 10.

Las actividades que mejoran la calidad de vida de los pacientes tienen en común la educación sanitaria, puesto que esta permite la implantación de conductas beneficiosas y la reducción de conductas perjudiciales. Algunos ejemplos, como los campamentos para jóvenes diabéticos o las charlas paternas, han demostrado mejoras en el manejo de la DM1, puesto que la implantación de dichas actividades disminuye los niveles de glucemia en sangre 11,12. Otras intervenciones útiles han sido el uso de la telemedicina y las citas compartidas. La primera permitió que el joven que vive en zonas alejadas de su centro de salud más cercano pudiera llevar un control adecuado de su glucemia. Además, evitó pérdidas de tiempo innecesarias a pacientes y profesionales 13. La segunda actividad, consistía en consultas en las que se atendía a varios diabéticos tipo 1, permitió a los

grupos adquirir mayor conocimiento sobre su enfermedad y, mejorar en las áreas de comunicación y adherencia 14.

Numerosas investigaciones han estudiado diferentes intervenciones y comprueban su efectividad en la población adolescente. Sin embargo, muchos se ven limitados por la muestra, por el tiempo de seguimiento o por el cumplimiento de la intervención 15. En la siguiente revisión sistemática se analizó la efectividad de las actividades destinadas a mejorar el manejo de la DM1 en adolescentes, con el fin de determinar cuál de ellas era la más efectiva y así, implantarla por los profesionales sanitarios en un futuro para ayudar a reducir y a controlar adecuadamente los niveles de glucosa en sangre de los adolescentes.

2 Objetivos

El objetivo del estudio fue estudiar la efectividad de las diferentes intervenciones en el control de la DM1 de jóvenes, para determinar cuál podría ser la intervención más efectiva que pueden emplear los profesionales sanitarios.

Paralelamente, se analizaron los facilitadores y las barreras que influyen en la adherencia al tratamiento de la enfermedad. También, se estudiaron otras actividades y exploraron herramientas que pudieran ayudar a los profesionales de salud para implantar conductas beneficiosas en el control de la DM1 en adolescentes.

Todo ello, podría permitir una mejora en la calidad asistencial, al igual que una disminución de complicaciones en los jóvenes y una reducción de los costes del sistema sanitario.

3 Metodología

1. Hipótesis del trabajo
Se realizó una revisión sistemática para evaluar el grado de efectividad de las intervenciones empleadas para controlar la DM1 en adolescentes. De forma paralela, los estudios permitieron conocer las barreras y facilitadores que influyen en la adherencia al tratamiento de la DM1. Esta revisión se ha llevado a cabo siguiendo las directrices del manual Cochrane 16. La pregunta de investigación en este trabajo (según la estrategia PICO) fue: ¿qué intervención es más efectiva en el tratamiento de la DM1 de los adolescentes?

2. Criterios de búsqueda

Se llevaron a cabo búsquedas sistemáticas en las siguientes bases de datos: PubMed, Web of Science (Medline) y EBSCOhost (CINAHL Complete). Para la búsqueda bibliográfica se utilizaron las siguientes palabras clave: diabetes mellitus; type 1; adolescents; family; control; camping; and parents. Se emplearon los operadores booleanos AND y OR para efectuar la búsqueda con los descriptores. No se delimitó la fecha de búsqueda de los estudios. Sin embargo, fueron seleccionados artículos comprendidos entre los años 2006 y 2017, debido a los avances tecnológicos que han aparecido en los últimos años (IBGstar, mensajes de texto o telemedicina, entre otros), estos han podido influir en el abordaje de la enfermedad.

Se tuvo en cuenta la disponibilidad del resumen y texto completo de cada uno de los documentos. Para la búsqueda en la base de datos PubMed, se siguió la siguiente estrategia: "diabetes mellitus" (All Fields) AND "type 1" (All Fields) AND "adolescents" (All Fields) AND "control" (All Fields) AND "family" (All Fields); en Web of Science (Medline): Título (TI)=Diabetes Mellitus Type 1 AND TI=Control AND TI=Adolescents AND TI=Camping. Y para EBSCOhost (CINAHL Complete): "diabetes mellitus" AND "type 1" AND "adolescents" AND "parents" AND "control". Se partió de una lectura de los resúmenes y, posteriormente, se accedió al texto completo. Así, se pudo realizar una lectura crítica de cada uno de los estudios.

3. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión: se eligieron estudios que incluían población adolescente, aunque no estudiaran exclusivamente a esta. Se seleccionaron estudios en los que la enfermedad principal fuera la DM1. Fueron escogidos, preferiblemente, ensayos clínicos, puesto que presentan mayor grado de evidencia. A pesar de ello, también se analizaron estudios transversales y de cohorte.

Criterios de exclusión: estudios cuyos objetivos no estaban relacionados con los objetivos y el tema sobre el que se basaba el estudio principal. Se eliminaron los textos en idiomas distintos al inglés o al español, al igual que los que trataban sobre enfermedades diferentes a la DM1 o se centraban exclusivamente en población adulta. Tampoco se analizaron estudios centrados únicamente en niños. No se tuvieron en cuenta estudios realizados con animales. El nivel de evidencia científica y el grado de recomendación se evaluó de acuerdo con las recomendaciones del Jovell et al 17.

4 Resultados

Se encontraron un total de 1.681 documentos, de los cuales 111 eran duplicados. Posteriormente, se revisaron los títulos y resúmenes de los 1.570 archivos restantes, de los cuales fueron eliminados 1.300, debido a la falta de relación con los objetivos establecidos. Así, se incluyeron 270 documentos para ser revisados según su texto. Finalmente, fueron elegidos 30 estudios, 15 fueron utilizados para aportar información en la introducción y 15 se utilizaron para realizar los resultados del estudio.

La muestra de los estudios fue de 10 a 683 individuos. Existió diversidad geográfica, pues los individuos pertenecían a diferentes países (EEUU, Australia, Irán, Italia, Reino Unido, Bélgica). La población estudiada estaba constituida por adolescentes con DM1 así como por sus padres.

Las características comunes de los adolescentes fueron: estar diagnosticados de DM1 (estos padecían la enfermedad desde 1 mes a varios años); mal control de su glucemia (HbA1c ≥ 6,5%); no presentar una enfermedad concurrente grave; no estar diagnosticado de una enfermedad psiquiátrica o trastorno mental; no estar involucrado en programas de capacitación diabética diferentes al del estudio.

Las características comunes de los padres fueron: tener hijos con DM1; no necesitar ayuda con la lectura; no presentar una enfermedad o trastorno mental; tener un nivel educativo medio-alto; y no participar en otros programas de educación para la diabetes. Los resultados analizados se dividieron en cuatro grupos principales: intervenciones relacionadas con las tecnologías, familia, educativas y, otras. Dentro de estos grupos, se estudiaron primero las intervenciones que mostraron efectos positivos y, posteriormente, los que mostraron efectos negativos o nulos.

En cuanto a los estudios que emplearon instrumentos tecnológicos para el control de la diabetes (nuevos medidores de glucosa, mensajes de texto o sensores) 18-20, se obtuvieron resultados positivos en aquellos que utilizaron Sweet Talk. Mediante SMS, el paciente recibía una alerta relacionada con su control glucémico. Este dispositivo facilitó el seguimiento de los niveles de glucosa en sangre tanto a pacientes como a profesionales de la salud, puesto que los sensores registraban la glucosa en sangre de los adolescentes sin necesidad de estar constantemente realizándose controles. Dichos controles quedaron registrados en una web a la que podían acceder profesionales, pacientes y cuidadores principales.

La población del grupo intervención desarrolló una autoeficacia más alta para el control de la diabetes que la población del grupo control. Ambos grupos estaban bajo tratamiento con insulina (CIT) (CIT solo 56,0 ± 13,7; CIT con Sweet Talk 77,1 ± 16,1; IC 95%) 18.

Otro instrumento estudiado fue IBGstar, un sensor de glucosa en sangre compatible con iPhone e iPod Touch. Dicho sensor se conectó al dispositivo (Smartphone o reproductor) y, mediante el análisis electroquímico de una pequeña muestra de sangre, dio valores precisos del nivel de glucosa en sangre. Además, contaba con una aplicación que permitía registrar las cifras de glucosa y añadir notas, así como la posibilidad de compartir los datos con los profesionales de la salud.

Sin embargo, en este estudio no se hallaron diferencias significativas en los niveles de HbA1c ni en la monitorización de la glucemia (SMBG), a pesar de que se redujeran en ambos grupos los niveles de HbA1c (-0,44 ± 0,13 IBGstar y -0,33 ± 0,13 grupo control, IC 95%) 19. Lo mismo sucedió en el estudio que realizó un seguimiento de sensores que monitorizaban continuamente los niveles de glucosa, aunque no especificaba en qué consistía el mecanismo, la adherencia siempre disminuía en la etapa de la adolescencia (72% (< 12 años), 69% (12-18 años) y 88% (≥ 18 años), IC 95%) 20.

Respecto a los estudios que emplearon intervenciones educativas, se obtuvieron diferentes resultados. Dichas intervenciones consistieron en instruir a los adolescentes y a sus familiares en el manejo de la DM1 mediante las siguientes vías: campamentos, sesiones educativas, libros u hojas de consejos 21-26. Se comprobó que los adolescentes y padres que visitaron campamentos para diabéticos mejoraron sus niveles de angustia emocional y, los jóvenes adquirieron mayor independencia en las habilidades de autocuidado 21.

En otro estudio, se analizaron los niveles de glucosa en sangre de los adolescentes que ya habían visitado el campamento el año anterior, siendo estos significativamente menores (9,2 (2010) frente a 10,0 mmol/l (2009)). De este modo, los porcentajes de glucosa en sangre dentro de rango en 2010 fueron superiores en comparación con los de 2009. Otro dato importante fue la correlación inversa entre la edad y la glucemia en sangre, es decir, los campistas más jóvenes tuvieron los niveles de glucemia más altos 22.

En ambos campamentos, a través de distintas actividades, enseñaron a los adolescentes pautas nuevas para el manejo de su enfermedad como rotar el lugar de punción de la insulina o contabilizar los carbohidratos de su dieta 21,22.

Un estudio de Irán, incluyó en las sesiones educativas actividades como debates grupales, juegos o lecturas. Lo cual tuvo resultados positivos sobre los adolescentes, puesto que los niveles de HbA1c iniciales fueron de 8,40 (DE = 1,12) y tres meses después de la intervención de 7,78 (DE = 1,16) (P<0,001). También hubo una mejora significativa en las actividades relacionadas con el manejo de la diabetes 23.

El programa de crianza positiva (triple P), basado en un libro de trabajo sobre la diabetes revisado durante 10 sesiones y una hoja de consejos de enfermedades crónicas, redujo el conflicto entre los padres y los adolescentes. Además aumentó la autoconfianza de los padres en sus habilidades de crianza (PSOC). No obstante, no se hallaron diferencias significativas en los niveles de estrés de ninguno de los grupos 24. Sí se redujeron los síntomas de depresión y ansiedad en el estudio que destinó un programa de 9 sesiones quincenales a la población adolescente. También, se consiguieron mejoras en la resolución de problemas sociales relacionados con la diabetes. En este, se abordaron temas como la descripción de la diabetes, el ejercicio que había que practicar, la dieta que debían de seguir, tipos y usos de insulinas 25.

Otro estudio se centró en la reestructuración cognitiva y en el entrenamiento de resolución de problema a través de llamadas telefónicas. No se obtuvieron mejoras considerables, las puntuaciones en el autocuidado (SCF) y en el cuestionario de estrés en la diabetes (DSQ) de los adolescentes eran similares a las que se obtuvieron antes de la intervención 26.

Con relación a las intervenciones dirigidas a la familia 27-30, los resultados mostraron que las terapias de comportamiento en el sistema familiar (BFST) son beneficiosas, dado que proporcionaron mejoras en el conflicto específico de la diabetes informado por madres y padres. En este tipo de terapias se trabajó: resolución de problemas, comunicación, reencuadre cognitivo y reestructuración familiar. Esto, a su vez, facilitó la aceptación de la enfermedad tanto en padres como en adolescentes. Sin embargo, los niveles de HbA1c y las medidas del conflicto familiar no fueron significativas 27,28.

Los estudios transversales examinados, permitieron contemplar que los niveles más altos de acuerdo entre padres e hijos se correlacionaron con niveles más bajos de HbA1c y, niveles más altos de adherencia 29. Otro punto a destacar es el tono y frecuencia en la comunicación padres-hijos. Se observó que a mayor desacuerdo entre padres y jóvenes sobre el tono y frecuencia en la comunicación, mayores eran los niveles de HbA1c y los conflictos familiares 30.

Dentro de otras intervenciones 31-32 para reducir los niveles de glucosa en sangre u obtener valores dentro de rango se encontrarían los incentivos económicos. El estudio que empleó dicha intervención consistió en obtener 60$ mensuales si se alcanzaba el rango objetivo de glucosa en sangre (70-180 mg/dl) y cada día que este se incumplía, se restaban 2$ de la cuenta virtual. Durante el periodo incentivo (1-3 meses), el 50% de los participantes del grupo intervención alcanzó los objetivos de glucosa, mientras que en el grupo control lo alcanzó el 18,9% (IC 95%). Meses más tarde, en el periodo de seguimiento (3-6 meses) los participantes del grupo intervención que alcanzaron los objetivos fue del 15,3% y, los participantes del grupo control fueron el 8,7% (IC 95%) 31. Otro dato relevante, fue el que aportó un estudio transversal que valoraba la identidad de la enfermedad, en el cuál la edad y duración de la enfermedad se correlacionó negativamente con la adherencia al tratamiento 32.

El grado de recomendación obtenido fue de B, pues se pueden expresar recomendaciones concluyentes del estudio. No obstante, no existen evidencias científicas que permitan formular recomendaciones conclusivas. La mayoría de los ensayos clínicos incluidos en este trabajo fueron aleatorizados y emplearon una muestra pequeña 17.

5 Discusión-Conclusión

Los resultados analizados muestran diferentes intervenciones efectivas en el abordaje de la DM1 de los adolescentes. Se puede concluir que las intervenciones que mejoran el manejo de la enfermedad tienen como pilar básico la educación y/o la familia del enfermo. A pesar de ello, es difícil determinar cuál es mejor, puesto que influyen diversos factores en la determinación del grado de efectividad y no existen programas de educación estructurados según las necesidades de cada uno de los pacientes o de su entorno. Por ejemplo: la involucración o no de los familiares que viven con el adolescente, el tiempo de evolución de la patología o aceptar el rol de enfermo. También se averiguaron aquellos factores y barreras que intervinieron en la adhesión al tratamiento y nuevas herramientas para mejorar el manejo de la enfermedad como son: reconocer la propia enfermedad, relación con el entorno, frecuencia y tono en la comunicación con sus padres o cuidadores principales.

El uso del sistema Sweet Talk mostró una mejora considerable en aquellos adolescentes que tenían un tratamiento basado en el uso de insulina convencional. Su fácil uso y comodidad facilita que aumente la satisfacción de los usuarios con

el servicio que ofrece esta tecnología lo que, probablemente, se traduce en una mayor adherencia de los pacientes al tratamiento 18.

El uso del sistema de IBGstar no parece obtener resultados en el control de la DM1 de adolescentes. El estudio que se realizó sobre dicho sistema mostró una mejora de los niveles de HbA1c en ambos grupos. A pesar de ello, no hubo diferencias significativas entre el grupo control y el grupo de la intervención. Un inconveniente sobre este instrumento es su precio, pues supone un coste de 80$ a cada paciente. Además, no es compatible con sistemas Android. Lo cual dificulta y limita el acceso a los adolescentes con DM1, no todos pueden afrontar el pago de IBGstar o tener dispositivos compatibles con este (sistema operativo iOS) 19.

Los sensores de monitorización continua de glucosa en sangre (CGM) determinaron que los adolescentes eran el grupo que menor adhesión tenía ante la intervención. Además, en el estudio se ha comprobado la relación entre la adherencia y el funcionamiento de los sensores, puesto que la inexactitud de estos hace que la adherencia disminuya. No obstante, no se tuvieron en cuenta los niveles de glucosa cuando se desactivaban los sensores. Además, hubo pacientes que expresaron molestia con las alarmas que llevaban incorporadas 20. Tal vez, halla que plantear el uso de dispositivos que puedan llevar los pacientes constantemente sin necesidad de que interfieran en su actividad diaria y, con alarmas menos molestas y de mayor precisión en sus mediciones para futuros estudios.

La mayor herramienta de la que disponen los profesionales de la salud es la educación sanitaria. Este hecho fue comprobado en los estudios que analizaron a los adolescentes de los campamentos diabéticos, dónde se integraron actividades para que los individuos mejoraran sus niveles de glucemia 21-22. Todo ello, favorecido por la diversión que suponía el simple hecho de estar en un campamento y la compañía de los padres. En un estudio se obtuvo una mejora significativa de los niveles de glucosa en sangre de un año a otro 22. Además, se ha averiguado que los adolescentes de mayor edad presentaban mejor control de la enfermedad que los de menor edad. Esto es debido principalmente a la adquisición de conocimientos y habilidades con el transcurso de los años y lo que, a su vez, da lugar a una disminución de las complicaciones.

Del mismo modo, otro estudio ha demostrado que los niveles de angustia en campistas y padres se redujeron después de su estancia en el campamento, esto supuso una mejora en los niveles de angustia emocional 21. Los campistas adquirieron mayor independencia al regresar a sus domicilios, lo cual permitió a los padres atenuar sus preocupaciones respecto el rol de cuidador. La disparidad

de los resultados de los estudios centrados en campamentos diabéticos muestra la necesidad de implantar cuidados estandarizados y establecer modelos de referencia para comparar y así, identificar cuáles son las mejores prácticas.

Otro tipo de sesiones educativas incluyendo terapias para promover habilidades de manejo de la salud entre adolescentes y familiares, parecen ser efectivas. Los resultados significativos en dos estudios en educación para la salud 23,25, ambos basados en sesiones didácticas sobre la DM1 y todo lo que esta enfermedad implicaba, apoyan estos hallazgos. En el primero se redujeron los niveles de HbA1c y la media de glucosa en sangre, promoviendo habilidades en adolescentes y familiares, lo cual facilitó el manejo de la glucosa y de la DM1 23. En el otro, se redujeron los síntomas de depresión y ansiedad asociados al diagnóstico y manejo de la enfermedad 25. Sin embargo, en este último la muestra no era un fiel reflejo de pacientes con DM1 y sus familiares, pues tenían interés en inscribirse en un ensayo clínico y no presentaban angustia emocional.

En cuanto a las intervenciones centradas en la familia del paciente, mostraron efectividad aquellas en las que se instruyó al entorno mediante terapias de comportamiento. Ofrecieron mejoras en el conflicto específico de la diabetes y en la relación entre padres e hijos. Además, algunas se llevaron a cabo mediante videoconferencia (comunicación audiovisual) lo que facilitó el seguimiento y la sincronización entre los pacientes, familiares y profesionales de la salud 27-30. A pesar de ello, no existen suficientes estudios que muestren la eficacia de la telesalud, en este caso útil para todos los miembros implicados.

Esta revisión sistemática permite determinar que la educación, empleada en los campamentos y sesiones interactivas, tanto en padres como hijos, fue un pilar básico en la mejora de la HbA1c y control de la glucosa en sangre. Las barreras de mayor influencia sobre los adolescentes y el manejo de la enfermedad fueron: reconocer la propia enfermedad, relación con el entorno, frecuencia y tono en la comunicación con sus padres o cuidadores principales. A cerca de los instrumentos analizados, mostró mejores resultados los mensajes SMS respecto al resto. Aunque es difícil determinar que diseño de intervención específicamente, es más eficaz, ya que esto requiere de un estudio individualizado del paciente y un ajuste de la intervención a sus características individuales.

Para futuros estudios se sugiere mayor diversidad en la población y aumentar el número de las muestras. De este modo se podrán unificar medidas para mejorar la calidad asistencial de los adolescentes con DM1 y de todo lo que a su enfermedad se refiere.

6 Bibliografía

1. Levesque C. Management of Diabetes in Children and Adolescents. Nurs Clin N Am. 2017; 1(1): 1-15.
2. De Rama R, Asenjo S, Muzzo S, Pérez MV, Ugarte F, Willshaw ME. Consenso en el diagnóstico y tratamiento de la diabetes tipo 1 del niño y del adolescente. Rev Chil Pediatr. 2007; 78(5): 534–541.
3. Duke DC, Harris MA. Executive Function, Adherence, and Glycemic Control in Adolescents with Type 1 Diabetes: a Literature Review. Curr Diab Rep. 2014; 532(14): 1-10.
4. Golmayo Gaztelu L, Ros Pérez P, Alonso Blanco M, Martín-Frías M, Barrio Castellanos R. Factores de riesgo cardiovascular en niños y adolescentes españoles con diabetes mellitus tipo 1: evolución a lo largo de 9 años. An Pediatría. 2014; 30(20): 1-7.
5. Krischer JP, Liu X, Lernmark Å, Hagopian WA, Rewers MJ, She JX, et al. The influence of type 1 diabetes genetic susceptibility regions, age, sex, and family history on the progression from multiple autoantibodies to type 1 diabetes: A teddy study report. Diabetes. 2017; 66(12): 3122–3129.
6. Datye KA, Moore DJ, Russell WE, Jaser SS. A Review of Adolescent Adherence in Type 1 Diabetes and the Untapped Potential of Diabetes Providers to Improve Outcomes. Curr Diab Rep. 2015; 51(15): 1-9.
7. Robinson EM, Weaver P, Chen R, Streisand R, Holmes CS. A model of parental distress and factors that mediate its link with parental monitoring of youth diabetes care, adherence, and glycemic control. Heal Psychol. 2016; 35(12): 1373–1382.
8. Real Pérez MC, López Alonso SR. Influencia de los factores psicosociales en adolescentes con Diabetes Mellitus tipo I. Cultura de los Cuidados. 2017; 48(21): 190-198.
9. Viana LV, Gomes MB, Zajdenverg L, Pavin EJ, Azevedo MJ. Interventions to improve patients' compliance with therapies aimed at lowering glycated hemoglobin (HbA1c) in type 1 diabetes: systematic review and meta-analyses of randomized controlled clinical trials of psychological, telecare, and educational interventions. Trials. 2016; 94(17): 1-12.
10. Salema NEM, Elliott RA, Glazebrook C. A systematic review of adherence-enhancing interventions in adolescents taking long-term medicines. Journal of Adolescent Health. 2011; 49(1): 455-466.
11. García-Pérez L, Perestelo-Pérez L, Serrano-Aguilar P, Trujillo-Martín M del M. Effectiveness of a Psychoeducative Intervention in a Summer Camp for Children

With Type 1 Diabetes Mellitus. Diabetes Educ. 2010; 36(2): 310–317.
12. Monaghan M, Clary L, Mehta P, Stern A, Sharkey C, Cogen FR, et al. Checking In: A Pilot of a Physician-Delivered Intervention to Increase Parent–Adolescent Communication About Blood Glucose Monitoring. Clin Pediatr (Phila). 2015; 54(14): 1346-1353.
13. Wood CL, Clements SA, McFann K, Slover R, Thomas JF, Wadwa RP. Use of Telemedicine to Improve Adherence to American Diabetes Association Standards in Pediatric Type 1 Diabetes. Diabetes Technol Ther. 2016; 17(12): 1-8.
14. Floyd BD, Block JM, Buckingham BB, Ly T, Foster N, Wright R, et al. Stabilization of glycemic control and improved quality of life using a shared medical appointment model in adolescents with type 1 diabetes in suboptimal control. Pediatr Diab. 2016; 1(1): 1-8.
15. Deacon AJ, Edirippulige S. Using mobile technology to motivate adolescents with type 1 diabetes mellitus: A systematic review of recent literature. J Telemed Telecare. 2015; 1(1): 1-8.
16. Higgins JPT, G.S. (editors). Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.1.0 [updated March 2011].
17.Jovell AJ, Navarro-Rubio MD. Evaluación de la evidencia científica. Med Clin (Barc). 1995; 105(19): 740-743.
18. Franklin VL, Waller A, Pagliari C, Greene SA. A randomized controlled trial of Sweet Talk, a text-messaging system to support young people with diabetes. Diabet Med. 2006; 23(12): 1332–1338.
19. Di Bartolo P, Nicolucci A, Cherubini V, Iafusco D, Scardapane M, Rossi MC. Young patients with type 1 diabetes poorly controlled and poorly compliant with self-monitoring of blood glucose: can technology help? Results of the i-NewTrend randomized clinical trial. Acta Diabetol. 2017; 54(4): 393–402.
20. De Bock M, Cooper M, Retterath A, Nicholas J, Ly T, Jones T, et al. Continuous Glucose Monitoring Adherence: Lessons from a Clinical Trial to Predict Outpatient Behavior. J Diabetes Sci Technol. 2016; 10(3): 627–632.
21. Weissberg-Benchell J, Rychlik K. Diabetes camp matters: Assessing families' views of their diabetes camp experience. Pediatr Diabetes. 2017; 18(8): 853–860.
22. Carlson KT, Carlson GW, Tolbert L, Demma LJ. Blood glucose levels in children with Type 1 diabetes attending a residential diabetes camp: A 2-year review. Diabet Med. 2013; 30(3): 123–127.
23. Cheraghi F, Shamsaei F, Mortazavi SZ, Moghimbeigi A. The Effect of Family-centered Care on Management of Blood Glucose Levels in Adolescents with Diabetes. Int J community based Nurs midwifery. 2015; 3(3): 177–186.
24. Doherty FM, Calam R, Sanders MR. Positive Parenting Program (Triple P)

for families of adolescents with type 1 diabetes: A randomized controlled trial of self-directed teen Triple P: Erratum. J Pediatr Psychol. 2013; 38(8): 846-858.
25. Weissberg-Benchell J, Rausch J, Iturralde E, Jedraszko A, Hood K. A randomized-clinical trial aimed at preventing poor psychosocial and glycemic outcomes in teens with type 1 diabetes (T1D). Contemp Clin Trials. 2016; 49(1): 78-84.
26. Salamon KS, Hains AA, Fleischman KM, Davies WH, Kichler J. Improving adherence in social situations for adolescents with type 1 diabetes mellitus (T1DM): A pilot study. Prim Care Diabetes. 2010; 1(1): 47-55.
27. Duke DC, Wagner D V., Ulrich J, Freeman KA, Harris MA. Videoconferencing for Teens with Diabetes: Family Matters. J Diabetes Sci Technol. 2016; 10(4): 816–823.
28. Harris MA, Freeman KA, Beers M. Family Therapy for Adolescents with Poorly Controlled Diabetes: Initial Test of Clinical Significance. J Pediatr Psychol. 2009; 34(10): 1097–1107.
29. Lancaster BM, Gadaire DM, Holman K, Leblanc LA. Association Between Diabetes Treatment Adherence and Parent–Child Agreement Regarding Treatment Responsibilities. J Am Psychoanal Assoc. 2015; 33(2): 120-125.
30. DeBoer MD, Valdez R, Chernavvsky DR, Grover M, Burt Solorzano C, Herbert K, et al. The Impact of Frequency and Tone of Parent–Youth Communication on Type 1 Diabetes Management. Diabetes Ther. 2017; 8(3): 625–636.
31. Wong CA, Miller VA, Murphy K, Small D, Ford CA, Willi SM, et al. Effect of Financial Incentives on Glucose Monitoring Adherence and Glycemic Control Among Adolescents and Young Adults With Type 1 Diabetes. JAMA Pediatr. 2017; 1(1): 1-8.
32. Oris L, Rassart J, Prikken S, Verschueren M, Goubert L, Moons P, et al. Illness identity in adolescents and emerging adults with type 1 diabetes: Introducing the illness identity questionnaire. Diabetes Care. 2016; 1(1): 1-7.

Capítulo 159

PAPEL DE LA ENFERMERA ESCOLAR EN LOS COLEGIOS

NEREA ROZA BARJOLLO

MARIA PILAR MIGUEL GALÁN

LIDIA GUTIÉRREZ CASAR

VERÓNICA OMAR MARTÍNEZ

ALEJANDRO ÁLVAREZ ÁLVAREZ

1 Introducción

Durante la infancia se establecen los principales hábitos de vida, que se continuarán durante la edad adulta. Por otro lado, la adolescencia es un periodo de dudas e inseguridades, así como de afrontar riesgos que pueden tener consecuencias perjudiciales a largo plazo. Por ello, es necesario la presencia de un referente en la salud que pueda, además de participar en la instauración de hábitos de vida saludables, ser un punto de referencia para los adolescentes, para acudir en caso de necesidad. Asimismo, dentro del ámbito escolar, se encuentran niños que tienen necesidades especiales, ya sea a lo largo de su vida, en el tratamiento de alguna enfermedad crónica, como la diabetes, o en un momento puntual, como puede ser un dolor agudo o una herida.

La enfermera, como personal sanitario presente desde el nacimiento hasta la senectud, ejerce un cuidado holístico de las personas. Es por ello por lo que las

enfermeras son, dentro de las profesiones sanitarias, las más adecuadas para llevar a cabo la inclusión del ámbito sanitario en el escolar. Además, como proveedora de cuidados de prevención de enfermedades y de promoción de la salud, puede ejercer un papel activo en la educación de los alumnos, no solo en forma de talleres, sino incluyendo el aprendizaje de la salud en el resto de las materias impartidas. Asimismo, la presencia de una enfermera en el ámbito escolar puede suponer la disminución de la ausencia en las clases pues, las actividades preventivas que se ejercen en el cetro de salud pueden ser realizadas en el propio centro escolar.

Es por ello por lo que la enfermera escolar genera beneficios tanto sanitarios, como educativos y económicos, siendo necesario su presencia como pilar fundamental dentro del ámbito educativo. El objetivo de este capítulo es conocer la importancia de incluir una enfermera escolar en todos los colegios públicos, para lo que se ha realizado una revisión sistemática en distintas bases de datos.

2 Objetivos

Conocer el papel de la enfermera escolar y la importancia de su implantación desde el inicio de la etapa escolar.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica en distintas bases de datos, como son Pubmed, Cinahl, Cuiden, Cochrane, utilizando términos MeSH y DeCS, así como lenguaje libre, combinado con el boleano AND.

Posteriormente se han utilizados los filtros propios de cada base de datos y se ha hecho una lectura de los títulos y resúmenes, excluyendo aquellos documentos que no se adaptaban a los criterios de exclusión establecidos.

Finalmente, se ha realizado una lectura crítica de los artículos seleccionados.

Filtros utilizados:
- Antigüedad igual o inferior a 5 años.
- Artículos en español o inglés.
- Revisiones sistemáticas.

Criterios de inclusión:

- Artículos que incluyan colegios del ámbito nacional.
- Artículos publicados en los últimos 5 años.
- Artículos que incluyan colegios de financiación pública.

Criterios de exclusión:
- Artículos referidos a talleres escolares donde interviene la enfermera.
- Artículos referidos a otros países.
- Artículos referidos a escuelas privadas.

4 Resultados

El desarrollo de pleno de una persona adulta incluye no solo el crecimiento, sino también el desarrollo a nivel biopsicosocial. Es por ello necesario el acceso a la salud, el bienestar, la educación, la justicia el empleo y la participación en la comunidad. La escuela es el lugar principal donde se produce el desarrollo del niño en todos los ámbitos por lo que, para lograr y mantener una salud óptima, es necesario la inclusión del sector sanitario dentro del sector educativo de una manera integral. Las escuelas permiten alcanzar a casi toda la población infantil del país, así como al personal escolar, a las familiar y al conjunto de la comunidad(1,2).

La profesión de enfermería, desde sus orígenes hasta la actualidad ha ido evolucionando y ocupando espacios no tradicionales, debido, por una parte, a las exigencias de la sociedad y por otra a los avances tecnológicos, que hacen que la profesión esté en constante cambio y evolución.

Durante la infancia se produce el desarrollo de las habilidades y se instauran los hábitos de vida que persistirán a lo largo de la vida.(1,3) Es un periodo fundamental, donde se deben inculcar mensajes de promoción de la salud, que deben reforzarse a lo largo de todo el periodo escolar, con el objetivo de que los niños desarrollen actitudes y aptitudes adecuadas y permanentes. La enfermera, como principal promotora de la prevención de enfermedades y promoción de la salud, es el profesional más adecuado para la realización de esta tarea, desde un ámbito, no solo de colaboración, sino de integración con la disciplina educativa, que permita un aprendizaje global, tanto de las materias escolares como de la salud(2).

Asimismo, durante el crecimiento, se producen cambios, no solo a nivel físico, sino también a nivel psíquico y emocional. Estos cambios pueden suponer un periodo de aislamiento e inadaptación a la comunidad, de sentimientos de incomprensión, de comportamientos reactivos y de conductas arriesgadas, que pueden

acarrear consecuencias negativas para salud de los adolescentes(4,5). Es por ello por lo que la enfermera debe ser participe del proceso, siendo una presencia constante en la vida de los adolescentes, donde puedan expresar sus dudas y se les pueda ofrecer un asesoramiento de calidad sin necesidad de ausentarse del centro o acudir a personas que no tengan los conocimientos necesarios para asesorarlos. Asimismo, la enfermera escolar se convertirá en una parte fundamental de la prevención secundaria, pues al encontrarse dentro del entorno escolar y participar activamente en la educación de los alumnos, podrá detectar precozmente las posibles alteraciones dentro del ámbito educativo, como es el acoso escolar, el acoso sexual, el ciberacoso, los casos de violaciones, el retraso psicomotor, las alteraciones sensitivas, las alteraciones del desarrollo, tanto físico como psicológico y emocional, las actitudes negativas hacia la salud. A través de esa detección podrá ejercer actividades para disminuir sus efectos y su incidencia o derivarlo al profesional correspondiente para su completa evaluación y en caso necesario, tratamiento y/o solución(5).

Además, la enfermera escolar facilita el establecimiento de un clima de seguridad en el centro, donde se puede acudir en caso de urgencia, como son las lesiones físicas, los casos de enfermedad aguda o crónica, el tratamiento de epidemias, como los piojos, la vacunación o la revisión anual(2,3). De esta manera, se realizará un seguimiento continuo de los alumnos del centro, pudiendo establecer una comparación entre los distintos centros nacionales, y orientando los recursos en función de las necesidades de cada comunidad e incluso de cada centro escolar.

Al mismo tiempo, la enfermera estará actuando a nivel comunitario, pues sus actividades incluirán tanto al colectivo educativo, como son profesores, conserjes, asociaciones de padres y madres, entrenadores… Así como a las familias de los alumnos. De esta manera, además de conseguir la implicación de toda la comunidad en el desarrollo de los alumnos, se conseguirá la instauración de hábitos saludables en las familias, actuando por tanto en la comunidad(3).

De este modo, el profesional de enfermería actuará no solo como educador en hábitos saludables y proveedor de cuidados, sino que ejercerá el papel investigador, creando planes de cuidados y programas de salud de acuerdo con las necesidades de cada alumno.

Desde el ámbito educativo esto no supondrá un retraso ni una disminución en el número de horas lectivas. La enfermera no participara como profesional de la salud exclusivamente, sino que pertenecerá al ámbito educativo, integrando las

practicas saludables y la educación de promoción de la salud y prevención de enfermedades en el resto de las materias educativas, de manera que los alumnos integren la salud como una parte más de las asignaturas, y no solo como talleres educativos o charlas(2,4). El objetivo de la enfermera escolar es que los alumnos lleguen a la edad adulta con unos hábitos de vida saludables que no tengan que ser separados del resto de conocimientos impartidos.

Desde el ámbito económico, la instauración de una enfermera en cada centro escolar supone una inversión pues, se ha demostrado, que la prevención de enfermedades y la promoción de la salud generan, a largo plazo, una disminución del gasto sanitario(4).

5 Discusión-Conclusión

La enfermera escolar debe convertirse en una parte más del sistema educativo pues, su presencia implica la instauración de un clima de seguridad en el centro escolar, pudiendo realizar tanto prevención primaria como secundaria, sin tener que interferir en la educación de los alumnos, así como actuar realizando actividades y técnicas de enfermería, ya sea en el tratamiento de enfermedades crónicas, la cura de heridas, el consejo sanitario… Su presencia implica la correcta distribución de los recursos educativos y sanitarios y permite conocer el estado actual de los jóvenes de todo el país e influir, no solo en su salud, sino también en la de padres y profesores, consiguiendo intervenir en la salud de una gran parte de la comunidad, con un coste-beneficio mucho más que aceptable.

6 Bibliografía

1. La enfermera escolar: rol, funciones y efectividad como promotora de salud [Internet]. [citado 31 de enero de 2020]. Disponible en: https://repositorio.unican.es/xmlui/handle/10902/8918
2. Candela FF, Malpica DMR, Mora ALV. SALUD ESCOLAR, ¿POR QUÉ EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN LAS ESCUELAS ESPAÑOLAS? :9.
3. Orozco CLR, Granoble GJM, Hernández CAS. La salud nutricional escolar y los cuidados de enfermería. RECIMUNDO Rev Científica Investig El Conoc [Internet]. 2018 [citado 31 de enero de 2020];2(3):422-38. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6732820
4. Estébanez Poyatos E. La enfermería en el ámbito escolar. 31 de mayo de 2018 [citado 31 de enero de 2020]; Disponible en: http://repositori.uji.es/xmlui/handle/

10234/175425
5. Kvarme LG, Misvær N, Valla L, Myhre MC, Holen S, Sagatun Å. Bullying in School: Importance of and Challenges Involved in Talking to the School Nurse. J Sch Nurs Off Publ Natl Assoc Sch Nurses. 5 de mayo de 2019;1059840519846649.

Capítulo 160

ESTADO PSICOSOCIAL EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CRÓNICA TERMINAL

LUIS CAMBRONERO LÓPEZ

LUCÍA DEL RAMO IBÁÑEZ

CARIDAD VALERA MARTINEZ

1 Introducción

La insuficiencia renal a diferencia de otras enfermedades puede convertirse en crónica, lo que conlleva una serie de alteraciones en los diferentes niveles sociales, familiares, económicos y físicos de las personas que la padecen, problemas para conciliar el sueño, cambios emocionales : ansiedad , nerviosismo, depresión, ideas suicidas, etc.

Esto provoca un cambio radical en la calidad de vida de nuestros pacientes limitando sus horarios, modificando su alimentación e ingesta hídrica, teniendo que adaptarse a un tratamiento vital para sus supervivencia. Afecta el estilo de vida de los enfermos y aún más si cabe en pacientes de corta edad.

2 Objetivos

El bienestar y el mantenimiento de una calidad de vida digna debe ser objetivo primordial a la hora de abordar la enfermedad, para ello es importante planificar

concienzudamente las metas de nuestros pacientes renales. La planificación a la hora de afrontar psicológicamente debe cumplir una serie de criterios claros y concisos.

- Afrontar de forma realista cada momento con el paciente
-Hacer participe a familia y entorno social sin sobrecargas
-Vivir el momento y pensar a largo plazo , realizar planes de futuro
-Compartir los aspectos positivos con el entorno social , evitando el aislamiento
-Enfrentar los problemas con ayuda, sin que esto refiera un signo de debilidad , si no de aprendizaje

El abordaje psicológico en el enfermo renal se marca como metas la mejora de la calidad de vida del paciente y su familia así como la adaptación progresiva a la nueva situación. La meta del profesional en psicológica debe ser la de aliviar y enseñar. Un adecuado manejo emocional es clave en la consecución de estos objetivos.

3 Metodología

El marco teórico del presente trabajo sobre el manejo y cuidados psicológicos en el paciente con insuficiencia renal se fundamenta en una revisión bibliográfica consultadas en bases de datos bibliográficas como: Pubmed, Google Académico y Scielo. El idioma utilizado en la búsqueda ha sido el castellano.

Los criterios de exclusión han sido aquellas que no tuvieran validez científica o fueran de fuentes poco fiables.
Las palabras claves empleadas en la búsqueda bibliográfica fueron las siguientes: Psicología , insuficiencia renal, nefrología , diálisis , conducta , depresión.

4 Resultados

El paciente es estadios primarios de la enfermedad afrontará un período marcado por los episodios de ansiedad ante el cambio radical que supone la enfermedad. Hay que tener en cuenta que los cambios a nivel laboral , social , sentimental provocan un estrés a nivel emocional muy importante. Con ello puede disminuir la aceptación por parte de los pacientes de la enfermedad.

- Económicamente: el cese o disminución de la actividad laboral repercutirá cuantiosamente en el poder adquisitivo.

- Tiempo: los desplazamientos desde el domicilio al centro de tratamiento y la duración de las sesiones
- Familiar: dependencia por parte de los familiares y pérdida de independencia con el consiguiente proceso de transformación y adaptación de la dinámica familiar

La pérdida y disminución del estado de salud repercute de diversa manera emocionalmente , en primer lugar aparece una respuesta de carácter fisiológico al entender este deterioro de salud como una grave amenaza. Los problemas psicológicos a los que se enfrentan nuestros pacientes con mayor frecuencia son los estados depresivos , estos pueden aparecer de forma puntual o cronificarse de forma permanente. La sensación de angustia y estrés continuo ante las nuevas situaciones como lo son el cambio de rutinas , dietas o el inicio en técnicas de diálisis. Para ello contamos con diversidad de tratamientos enfocados a paliar estos estados depresivos o ansiosos, este último puede tratarse mediante medicación, terapias conductuales y cognitivas facilitando así un cambio de idea enfocado hacia el afrontamiento de la enfermedad, en conclusión lograr un estado de positivismo mayor en nuestros pacientes.

El tratamiento farmacológico es un arma efectiva en el abordaje de la enfermedad , pra ello contamos con numerosos aliados:
- Antidepresivos: Inhibidores de la recaptación de serotonina tales como nefradona , venlafaxina , sertralina , fluoxetina tienen como ventaja el no provocar un efecto sedante , no tener repercusión anticolinérgica , ausencia de numerosos efectos secundarios y gran margen terapeútico.
- Litio: Su excreción por parte del riñón es completa , siendo dializable al 100%, psiconotrópico de gran acción.
- Fármacos Ansiolíticos: Familia de las benzodiazepinas de corta duración , ampliamente conocidos , lorazepam o alprazolam entre otros
- Otros tranquilizantes: Risperidona , haloperidol u olanzapina pueden ayudar de manera efectiva a controlar los estados ansioso-depresivos en nuestros pacientes

5 Discusión-Conclusión

Queda comprobado y contrastado de manera amplia la efectividad del tratamiento psicológico individual y personalizado en pacientes que sufren episodios de ansiedad o depresión. La escucha activa y la educación de manera sencilla y comprensible provocan una mejora sustancial en las vidas de los pacientes.

Los pacientes sometidos a tratamientos como la diálisis peritoneal o hemodiáli-

sis sienten mejoría en las fases iniciales del tratamiento, asi como un mayor positivismo. Posteriormente con el paso del tiempo y la repetición de sesiones es muy frecuente la frustración y el deterioro del estado de humor ya que asumen que la situación les acompañará el resto de sus vidas. Tras este período crítico y de gran importancia psicológica podrán alcanzar la adaptación a los nuevos cambios vitales o por el contrario el anclaje en estados depresivos que interferirán enormemente en el porvenir de la enfermedad.

6 Bibliografía

1. González Mestre A. Paciente experto: "Fomentando la autorresponsabilidad y el autocuidado en el paciente crónico". FMC - Formación Médica Continuada en Atención Primaria. 2013;20(1):1-3.
2. Vargas-Mendoza, JE (2009). Enfrentamiento de enfermedades y condiciones crónicas. México:asociación caxaqueña de psicología A.C
3. Ortega Cerrato A, Perez Martinez J, Simarro Rueda M. Hemodiálisis: Guía docente. En: Ortega Cerrato A, Pérez Martínez J, Simarro Rueda M, ed. Hemodiálisis: Guía docente. 1ª ed. Albacete: Agustín Ortega Cerrato; 2018; 131-136.
4. Herisson c.et al: evaluación de la qualite de vie.ed.masson.paris 1993.pag 271-279
5.Rudnicki, T. Sol de invierno. 1st ed. Colombia: Universidad Santo Tomás, vol. 2, núm. 2. 2006, pp. 279-288.
6.López Gomez J, Abad Estébanez S. Anemia en el enfermo renal [Internet]. Nefrologiaaldia.org. 2019 [cited 17 May 2019]. Available from: https://nefrologiaaldia.org/es-pdf-anemia-el-enfermo-renal-178.
7. Alarcón Prada A. Aspectos psicosociales del paciente renal. Bogotá: La Silueta; 2004.
8. Cristóvão A. Dificultades y estrategias en el manejo del régimen terapéutico en el paciente renal crónico en hemodiálisis. Enfermería Nefrológica. 2013;16(4):247-255.

Capítulo 161

CONOCIMIENTO ENFERMERO SOBRE MÉTODOS NO FARMACOLÓGICOS DE ALIVIO DEL DOLOR EN EL PARTO

NEREA ROZA BARJOLLO

AITOR GARCÍA CASASOLA

1 Introducción

Según la IASP el dolor se caracteriza por una experiencia sensitiva emocional desagradable asociada o relacionada con la lesión real o potencial de los tejidos. Sin embargo, se sabe que el dolor también está influenciado por factores psicosociales y culturales, siendo de carácter individual.

Durante el proceso del parto el dolor puede ser descrito en dos momentos, en la primera etapa, fase de dilatación, provocado por las contracciones uterinas y dilatación del cérvix. En el período expulsivo, junto a esos factores, está la presión que el feto ejerce en las estructuras pélvicas aumentando su intensidad.

Entre las medidas no farmacológicas son conocidas: terapia herbal, masajes, quiropráctica, acupuntura, aromaterapia, hidroterapia, homeopatía y aplicaciones bioeléctricas o magnéticas, deambulación, ejercicios respiratorios y musicoterapia. Estas terapias pueden reducir el uso de medidas alopáticas y promover sensación de bienestar para la mujer, lo que proporciona satisfacción y disminuye el estrés en el momento del parto.

Las medidas no farmacológicas son una alternativa a las medidas tradicionales de alivio del dolor, que permiten un mayor control del proceso de parto y una

vivencia individualizada, evitando las consecuencias negativas de los métodos farmacológicos.

2 Objetivos

- Describir los diferentes métodos no farmacológicos de alivio del dolor durante el proceso de parto.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica en distintas bases de datos: Pubmed, CINHAL, Cuiden, Cochrane y LILACS. Para la búsqueda se han utilizados términos MeSH y DeCS, así como lenguaje libre, combinado con los boleanos AND y OR.

Posteriormente se han utilizado los filtros propios de la base de datos, y se ha realizado una lectura de los títulos y resúmenes de los resultados obtenidos, seleccionando aquellos documentos que se adaptaban a los criterios de inclusión establecidos. Finalmente, se ha realizado una lectura crítica de los artículos seleccionados.

Filtros utilizados:
- Artículos publicados en los últimos 5 años.
- Artículos publicados en inglés o español.
- Revisiones sistemáticas.

Criterios de inclusión:
- Artículos referidos a métodos no farmacológicos aplicados en España.
- Artículos que incluyan países desarrollados.

Criterios de exclusión:
- Artículos que comparen medidas farmacológicas con no farmacológicas.
- Artículos que hablen de clases sociales bajas o minorías étnicas.

4 Resultados

Según la IASP el dolor se caracteriza por una experiencia sensitiva emocional desagradable asociada o relacionada con la lesión real o potencial de los tejidos. Sin embargo, se sabe que el dolor también está influenciado por factores psicosociales y culturales, siendo de carácter individual.

Durante el proceso del parto el dolor puede ser descrito en dos momentos, en la primera etapa, fase de dilatación, provocado por las contracciones uterinas y dilatación del cérvix. En el período expulsivo, junto a esos factores, está la presión que el feto ejerce en las estructuras pélvicas aumentando su intensidad(1). El dolor durante el parto es una experiencia única, cada mujer lo desarrolla de una manera diferente, incluso puede haber diferencias en cada parto en la misma mujer. El grado de dolor sufrido durante el parto, depende de factores como el nivel de tolerancia al mismo, la posición del bebé, la fuerza de las contracciones uterinas y las experiencias previas de otros partos. Para evaluar la intensidad y estimar el dolor percibido se ha utilizado lo referido por la parturienta a escala analógica visual (EAV) como instrumento de medida o evaluación del dolor por su fácil aplicabilidad y comprensión(2). Otras escalas, como las numéricas, de categorías de las expresiones verbales y de representación gráfica no numérica, también han ayudado a los profesionales de la salud en la evaluación del dolor.

Los avances científicos de la actualidad en el área obstétrica proporcionaron mejor comprensión de los mecanismos responsables del dolor durante el proceso del parto, y así, la percepción del estímulo doloroso puede ser reducida por medio de medidas farmacológicas y no farmacológicas(3).

De entre las medidas farmacológicas es rutinario el uso de la analgesia epidural o epidural combinada con raquidiana y entre las medidas no farmacológicas son conocidas: terapia herbal, masajes, quiropráctica, acupuntura, aromaterapia, hidroterapia, homeopatía y aplicaciones bioeléctricas o magnéticas, deambulación, ejercicios respiratorios y musicoterapia. Muchas mujeres desean evitar los métodos farmacológicos o invasivos durante el parto, de ahí que el uso de terapias analgésicas complementarias esté en aumento. Estas terapias pueden reducir el uso de medidas alopáticas y promover sensación de bienestar para la mujer, lo que proporciona satisfacción y disminuye el estrés en el momento del parto. Las principales medidas no farmacológicas de alivio de dolor en el parto son(1,2,4–6):

- Inyección de agua estéril: el método de la inyección de agua estéril fue utilizado como anestésico local en cirugía menor a finales del siglo XIX, empezándose a utilizar en obstetricia a finales de los años veinte. Esta forma de analgesia consiste en la administración de agua estéril mediante inyección intradérmica (0,1-0,5 mililitros) en cuatro sitios de la zona lumbosacra correspondiente al rombo de Michaelis. Mediante la administración de agua estéril, se forman unas pápulas que estimulan los receptores de presión. La transmisión de estos estímulos

hacia el cerebro interrumpe la transmisión de los estímulos dolorosos a través de los nervios espinales. El efecto comienza a los pocos segundos, es máximo a los 30-40 minutos y puede durar en torno a los 90 minutos.

- Masajes: el masaje de la región lumbar durante el parto se considera eficaz para la reducción del dolor en la primera etapa del parto, sin embargo, existe controversia sobre la eficacia para la reducción del dolor en la segunda parte del parto. Los principales beneficios de la aplicación de masoterapia son: o Ayuda a aliviar la presión en la espalda. o Ayuda a la relajación física y emocional. o Ayuda a eliminar líquidos y toxinas, por lo que combate la fatiga. o Ayuda a mantener la elasticidad y flexibilidad del cuerpo. La evidencia científica nos relata una mejor experiencia emocional del parto en las gestantes tratadas con masoterapia. El masaje perineal durante el embarazo es uno de los factores protectores del trauma perineal obstétrico ya que reduce la probabilidad de sufrir desgarros perineales de segundo o tercer grado, así como de practicar episiotomía y la intervención mediante partos instrumentales. También reduce de forma significativa el dolor perineal posparto, sin embargo, la aplicación de masaje perineal durante el parto no es efectivo para la reducción del dolor e incluso aumenta la incidencia de traumatismo perineal y desgarros de segundo y tercer grado.

- Acupuntura: la aplicación de acupuntura y acupresión es beneficiosa para la reducción del dolor del parto, generando una disminución del uso de analgésicos y una reducción del parto instrumental. Los puntos de acupuntura utilizados para reducir el dolor durante el parto se encuentran localizados en manos, pies y orejas.

- Hidroterapia: la inmersión o la aplicación de agua caliente han sido utilizadas con éxito en múltiples procesos dolorosos. A finales de los años 70 se utilizó la primera bañera o piscina para partos en la maternidad de un hospital francés. La bañera tiene que ser una opción disponible para las mujeres en todas las unidades de maternidad del país. Debemos favorecer un ambiente tranquilo, cálido y con luz tenue, animar a la gestante a beber para evitar la deshidratación. La temperatura del agua de la bañera no debe exceder la temperatura corporal materna, que no ha de ser superior a 37,5ºc, se aconseja que esté entre 34-37ºc. Es importante evitar que presente pirexia por lo que la matrona tomará la temperatura de la gestante y del agua cada hora. La gestante podrá sumergirse en agua incluso si se ha producido la rotura espontánea de las membranas, siempre y cuando el líquido sea claro y permanezca claro a lo largo de la dilatación. Ser portadora de estreptococo grupo B positivo no es una contraindicación para el uso de la

bañera(4,6).

- Termoterapia: ta termoterapia produce una dilatación de los vasos sanguíneos que conlleva un aumento del flujo sanguíneo, mejorando el drenaje venoso y linfático, aumenta la elasticidad tisular y reduce, por tanto, la inflamación y el edema. La inmersión en agua caliente de la gestante durante la primera etapa del parto produce una reducción del dolor y de la duración de las contracciones, sin efectos adversos en el recién nacido. El uso de compresas calientes en el periné durante el periodo expulsivo disminuye el riesgo de trauma perineal y reduce el dolor. Por otro lado, el tratamiento con crioterapia mediante la aplicación de almohadillas de gel en la zona perineal reduce el edema y el traumatismo perineal posterior a un parto instrumental. La aplicación de crioterapia en forma de cinturón en la zona lumbar reduce el dolor del expulsivo y mejora la tolerancia a las contracciones uterinas(3).

- Aplicaciones bioeléctricas o magnéticas: el uso de neuroestimulación eléctrica transcutánea (TENS) reduce la excitabilidad de las fibras del dolor delta A y C, reduciendo, por tanto, la cantidad de mensajes dolorosos que ascienden por la médula espinal. La activación de estas fibras estimula la liberación de los inhibidores naturales del dolor (endorfinas y encefalinas). La aplicación de los electrodos se sitúa en la zona paravertebral D10-D12 durante la etapa inicial del parto y en S2-S4 si existe dolor lumbar o se quiere proporcionar un alivio adicional del dolor durante la fase expulsiva, inhibiendo la transmisión de estímulos que surgen del útero, vagina y periné durante el parto. La estimulación eléctrica transcutánea también se puede utilizar sobre puntos de acupuntura durante la primera etapa del parto, con una frecuencia de estímulo menor a 10 Hz, produciendo una reducción significativa del dolor durante esta etapa. El uso de TENS debe estar contraindicado en mujeres cuya edad gestacional no supere las 37 semanas de gestación, mujeres portadoras de marcapasos y partos en agua. No se debe aplicar sobre el abdomen materno en ningún momento del embarazo o parto para evitar la estimulación cercana al corazón fetal(1).

- Deambulación y pelota de parto: se encuentra íntimamente ligado a la libertad de movimientos, al balanceo pélvico y a la posición vertical materna. Proporciona una movilidad multidireccional y sustento a la musculatura pélvica, al tiempo que permite relajar la musculatura abdominal en el período intercontráctil. Debemos buscar siempre un punto de apoyo y vigilar que el cuerpo esté relajado y correctamente alineado. Los pies apoyados en las plantas, si el calzado no es el adecuado, se recomienda a la mujer que se descalce. El balón debe tener un inflado óptimo

para que la pelvis no se hunda(1).
Otros métodos no farmacológicos que también se han utilizado, aunque con menor frecuencia son: aromaterapia, musicoterapia, quiropráctica, homeopatía y terapias herbales(5).

5 Discusión-Conclusión

A pesar de que los métodos farmacológicos siguen siendo una de las principales alternativas para aliviar el dolor durante el proceso de parto, existen numerosas alternativas no farmacológicas que pueden ser eficaces para disminuir la sensación dolorosa. El uso de una u otra medida dependerá en gran medida de las opciones disponibles en el hospital, así como de los intereses maternos.

El proceso de parto es un momento intimo que debe individualizarse y adaptarse a los intereses y gustos de cada mujer, adaptando los recursos disponibles a las necesidades de las futuras madres, con el objetivo de que la vivencia del parto sea única y permita a la madre participar de forma íntegra en su proceso.

6 Bibliografía

1. Los métodos no farmacológicos para aliviar el dolor durante el parto: una revisión sistemática [Internet]. [citado 31 de enero de 2020]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072010000400022&script=sci_arttext&tlng=es
2. Non-pharmacological interventions during childbirth for pain relief, anxiety, and neuroendocrine stress parameters: A randomized controlled trial. - PubMed - NCBI [Internet]. [citado 31 de enero de 2020]. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29512230
3. Prasertcharoensuk W, Thinkhamrop J. Non-pharmacologic labour pain relief. J Med Assoc Thail Chotmaihet Thangphaet. octubre de 2004;87 Suppl 3: S203-206.
4. Hydrotherapy in labor. - PubMed - NCBI [Internet]. [citado 31 de enero de 2020]. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12501738
5. Complementary and alternative therapies to relieve labor pain: A comparative study between music therapy and Hoku point ice massage. - PubMed - NCBI [Internet]. [citado 31 de enero de 2020]. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26573448
6. Shaw-Battista J. Systematic Review of Hydrotherapy Research: ¿Does a Warm Bath in Labor Promote Normal Physiologic Childbirth? J Perinat Neonatal Nurs.

diciembre de 2017;31(4):303-16.

Capítulo 162

VOLUNTADES ANTICIPADAS

ALICIA FERNÁNDEZ MARTÍN

ELENA ÁLVAREZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

La Voluntad Vital Anticipada es un documento escrito que contiene las preferencias sobre los cuidados y tratamientos sanitarios que deseas recibir para que se cumplan en el momento en que no tengas capacidad para expresarlas personalmente.

En la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente (LAP) queda recogido el derecho de las personas en la toma de decisiones a través del principio de autonomía del paciente y este documento se incluiría y desarrollaría oficialmente en las distintas leyes elaboradas por cada Comunidad Autónoma.

El Documento de Voluntades Anticipadas recoge, además de los aspectos relacionados sobre los cuidados de salud a recibir, el lugar de fallecimiento o el destino del cuerpo y los órganos de la persona fallecida, entre otros aspectos. Se trata de un documento libre que cualquiera puede elaborar sin un esquema oficial que seguir, aunque existen formularios previos que poder rellenar desarrollados por las distintas Comunidades Autónomas como orientación a la población.

Las personas que pueden hacer la Voluntad Vital Anticipada son:
- Las personas mayores de edad.
- Las personas menores de edad emancipadas.

• Las personas incapacitadas judicialmente, siempre y cuando la sentencia de incapacitación no se lo impida específicamente.

También permite escoger a una persona de tu confianza, un/a representante, para que decida por ti cuando estés en esa situación. Además, puedes escoger una segunda persona representante, un/a sustituto/a para que intervenga si la primera persona representante no pudiera hacerlo por algún motivo

El documento debe ser formalizado por escrito de uno de estos tres modos:
• Ante tres testigos (personas mayores de edad, con plena capacidad de obrar y no vinculadas con la persona que realiza las Voluntades Anticipadas por matrimonio, unión libre o pareja de hecho, parentesco –hasta segundo grado- o relación patrimonial alguna).
• Ante notario.
• Ante el personal al servicio de la Administración, según se determine en la normativa vigente en tu Comunidad Autónoma.

Se puede modificar, sustituir o anular de forma nominativa en cualquier momento por el mismo procedimiento que se realizó para formalizarlo por primera vez. Siempre se tendrá en cuenta el contenido del último documento otorgado.

Es aconsejable que se relea el documento cada cierto tiempo para verificar que se sigue estando de acuerdo con lo reflejado en él. En caso de que no sea así se debe modificar y notificarlo en el registro para el caso en el que éste estuviera registrado.

2 Objetivos

Exponer la importancia del adecuado conocimiento de las voluntades anticipadas. Implicación y proceder en la atención sanitaria.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

En España, en 2019, existían tan sólo 286.336 documentos registrados y activos, de los 46.722.980 de personas que residían en España en 2018, por lo que dichas cifras manifiestan por sí solas la escasa población que lo registra. Por lo tanto se debe dar a conocer y extender el uso del documento de Voluntades Anticipadas en la población. Existe un desconocimiento sobre el Documento de Voluntades Anticipadas en la población general.

1. La proporción de educación para la salud en relación a la propia autonomía de la persona es un elemento fundamental que deben desarrollar los profesionales sanitarios.
2. Debería aumentarse la información sobre este documento con el fin de propagarlo en la población y así permitir a las personas poder conocerlo y decidir libremente por sí mismas el elaborarlo o no.

Ante una visita rutinaria al domicilio de un paciente de 85 años durante la entrevista, estableciendo un ambiente de confianza y escucha activa, el paciente refiere su deseo de no sufrimiento ante la muerte, así como "cuando llegue la hora, estar en mi casa e irme tranquilo". Parece muy preocupado e incluso nervioso acerca de poder expresar su propia voluntad y el poder perderla en caso de ingreso hospitalario, "quiero tomar yo las decisiones sobre mí mismo y no sé si voy a poder hacerlo". Se comenta con él la existencia del Documento de Voluntades Anticipadas, la función de dicho documento y manifiesta un completo desconocimiento sobre el mismo.

Tras observar la necesidad de educación sanitaria respecto a éste ámbito, así como preocupación y nerviosismo acerca de la toma de decisiones al final de la vida, se decide iniciar una valoración de enfermería y abrir un episodio en la historia clínica del paciente con el fin de identificar, así como poder solucionar, los posibles problemas asociados a la necesidad que el paciente expresa durante la visita a domicilio.

Tras la realizar la valoración en el paciente, se observa los siguientes diagnósticos, relacionados principalmente con el déficit de conocimientos:
• 00125 – Impotencia r/c sentido de control insuficiente m/p expresión de preocupación sobre la toma de decisiones sobre su salud.
• 00126 – Conocimientos deficientes m/p conocimiento insuficiente de los recursos.
00146 – Ansiedad r/c proceso de salud m/p incertidumbre e indefensión.

PLANIFICACIóN
PRIMERA ENTREVISTA
Se lleva a cabo una primera entrevista en la cual se pone a disposición del paciente toda la información existente sobre el Documento de Voluntades Anticipadas , así como de los recursos de los que dispone para llevarlo a cabo. Se explica mediante el díptico y hoja informativa esta información y mediante un clima de empatía y comprensión se van tratando los diferentes temas que ello aborda,

00125 – IMPOTENCIA r/c sentido de control insuficiente m/p expresión de preocupación sobre la toma de decisiones sobre su salud.
NOC: [1702] – Creencias sobre la salud: percepción de control
Indicadores:
• [170201]: Responsabilidad percibida por decisiones sobre la salud.
• [170204] Creencia de que las propias decisiones controlan los resultados sobre la salud.
NIC: [5240]: Asesoramiento.
Actividades:
• Proporción de información objetiva sobre el Documento de Voluntades Anticipadas, su función, la información que recoge dónde registrarlo y cómo hacerlo.
• Identificación con el paciente sobre las preferencias de vida de la persona tras un establecimiento de un ambiente de confianza y respeto.
NIC: [7460]: Protección en los derechos del paciente.
Actividades:
• Proporcionar al paciente la carta de derechos del paciente y demás información elaborada por el Sistema Aragonés de Salud sobre el Documento de Voluntades Anticipadas.
• Indicar en la historia clínica la elaboración del Documento de Voluntades Anticipadas.

00126 – CONOCIMIENTOS DEFICIENTES m/p conocimiento insuficiente de los recursos.
NOC: [1702] – Creencias sobre la salud: percepción de control
Indicadores:
[1806]: Conocimiento: Recursos sanitarios.
[3012]: Satisfacción del paciente/usuario: enseñanza.
NIC: [7400]: Orientación en el sistema sanitario.
Actividades:
• Informar al paciente de los recursos sanitarios disponibles a su alcance.
• Informar al paciente de cómo acceder a estos recursos.

• Animar al paciente a expresar las posibles dudas sobre los recursos mencionados y solucionarlas.
NIC: [5520]: Facilitar el aprendizaje.
Actividades:
• Relacionar la información del Documento de Voluntades Anticipadas a los deseos y preferencias del paciente.
• Proporcionar la información adecuada en función de los deseos del paciente.
• Presentar la información de manera estimulante para facilitar el aprendizaje: proporción del díptico informativo y folletos elaborados por el Sistema Aragonés de Salud.

00146 – ANSIEDAD r/c proceso de salud m/p incertidumbre e indefensión.
NOC: [1211] – Nivel de ansiedad
Indicadores:
[121101]: Desasosiego
[121114]: Dificultades para resolver problemas
[121129]: Trastorno del sueño
NIC: [5820]: Disminución de la ansiedad.
Actividades:
• Utilizar un enfoque durante la entrevista que dé seguridad.
• Proporcionar información al paciente y objetos que simbolicen seguridad.
• Animar a la verbalización y manifestación de sentimientos y reflexiones relacionados con problema de salud e información obtenida.
NIC: [5230]: Mejorar el afrontamiento.
Actividades:
• Ayudar al paciente, a través de la información recibida, a la toma de decisiones.
• Proporcionar al paciente una información objetiva sobre las necesidades que expresa.
• Evaluar la capacidad del paciente en la toma de decisiones.
• Valorar en el paciente el impacto de la información recibida.
• Fomentar en el paciente un dominio gradual de la situación: evitar la toma de decisiones precipitadas, la reflexión de la información obtenida.
NOC: [1302]: Afrontamiento de problemas.
Indicadores:
[130203]: Verbaliza sensación de control.
[130216]: Refiere disminución de los síntomas físicos de estrés.
[130223]: Obtiene ayuda de un profesional sanitario.
NIC: [5510]: Educación para la salud.
Actividades:

• Se potencia el aumento de conocimiento del paciente en el aspecto de su propia autonomía y en la toma de decisiones.
• Se lleva a cabo un fomento del nivel de conocimientos mediante el establecimiento de actividades y estrategias.
NIC: [5480]: Clarificación de valores.
Actividades:
• Mediante unas determinadas preguntas tras el establecimiento de un clima de confianza, ayudar al paciente a reflexionar sobre su situación y deseos de salud.
• Ayudar al paciente a identificar los valores en función de sus preferencias y a tener en cuenta sobre las consecuencias derivadas de ello.
• Ayudar al paciente a identificar si esos valores se encuentran en conflicto/problema con los miembros de su familia o allegados y reflexionar sobre los mismos.

SEGUNDA ENTREVISTA
En esta segunda entrevista, el paciente acude con el Documento de Voluntades Anticipadas elaborado. Se realiza un hincapié en los siguientes eslabones que abordar, se realiza conjuntamente la toma de cita previa para tratarlo con el personal del Registro de Voluntades Anticipadas, se solucionan dudas preguntas que el paciente presenta y se imprime toda la información para que pueda tenerla a su disposición escrita.

5 Discusión-Conclusión

El documento de voluntad anticipada viene a ser un componente más del proceso de planificación anticipada de la atención sanitaria cuyo objetivo es garantizar que los deseos del paciente sean respetados en el momento en que éste no se encuentre capacitado para tomar sus propias decisiones. Se postula como un paso hacia la mejora del final de la vida, en el que profesionales sanitarios, y, especialmente la Enfermería, familiares y representantes deben participar de forma conjunta, identificando y acordando los objetivos a tratar en cada momento.

Es responsabilidad de la enfermera su formación para conocer la legislación de las VA, para que de esta forma conozca las implicaciones clínicas, éticas y jurídicas que se plantean en el tramo final de la vida. También se formará en técnicas y habilidades de comunicación, ya que el fomento del diálogo con el paciente y su cuidadora será fundamental para abordar los aspectos relacionados con la enfermedad y muerte.

El papel de la Enfermería es fundamental en la promoción de las voluntades anticipadas y en la toma de decisiones clínicas en el final de la vida. La enfermera frecuentemente es la persona que acompaña en el proceso de la muerte o en las fases previas de la misma, momentos donde la actitud de acogida, compañía y calor humano es más importante que en ningún otro. La comunicación con el enfermo ha de ser tal que permita que exprese sus sentimientos y sus miedos. Al mismo tiempo ha de encontrarse un punto de cercanía, aunque sin entrometerse en la intimidad del paciente en momentos tan delicados y que, al mismo tiempo, sea lo suficiente asequible como para que su presencia casi no deba ser requerida.

La enfermera debe asumir sus propias responsabilidades en las situaciones al final de la vida de los pacientes, evitando protegerse en la decisión que puedan tomar otros profesionales. Para lo cual, si el paciente realiza las oportunas VA, profesionalmente, la enfermera deberá acogerse a las directrices que marcan estos documentos, facilitando las últimas decisiones del individuo. No solo porque tengan un carácter imperativo por estar regulado legalmente, sino que en nuestro Código Deontológico viene recogido en su artículo 15, donde se refleja que "La enfermera/o garantizará un trato correcto y adecuado a todas las personas que lo necesiten…".

La enfermera está llamada a asumir un papel protagonista en relación con las instrucciones previas, ya que es el profesional sanitario que más contacto tiene con el paciente y, por lo tanto, en profundizar en los valores, sentimientos y emociones, deseos, capacidad de decisión, etc. Debe tomar parte activa en la promoción de las voluntades anticipadas.

6 Bibliografía

1 .-Salud informa [página web]. Servicio Aragonés de Salud. Gobierno de Aragón. Disponible en: https://www.saludinforma.es/portalsi/bioetica-salud/autonomia-paciente/voluntades-anticipadas.
2.-Lozano Luzón, M., Martínez Orihuela, C. Ávila Garrido R. (2014). Conocimientos de la población sobre las Voluntades Anticipadas Autores Matilde. Paraninfo digital, 2(20).
3.-Nebot, C, Ortega, B, Mira, J.J, Ortiz, L. (2010). Morir con dignidad: un estudio del Documento de Voluntades Anticipadas. Gaceta Sanitaria. 24(6), pp. 437-445. Recuperado el 5 de mayo de 2019.
4.-Tamayo Velázquez MI. Efectividad de una intervención comunitaria integral para facilitar la cumplimentación de las voluntades anticipadas. Ed Univ Granada

2010; pp. 9-10
5.-Martínez K. Los documentos de voluntades anticipadas: The living will. An Sist Sanit Navarra 2007; 30 (Supl. 3): 87-102.
6.-Ley 2/2010, de 8 de abril, de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte. BOJA núm. 88 Sevilla 2010; pp.8-13.
7.-De Lorenzo R. Testamento vital versus Instrucciones Previas o Voluntades Anticipadas. Revista Médica. 2002; 18: 22-3.
8.-Ley 5/2003 de la Junta de Andalucía, de Declaración de Voluntad Vital Anticipada. BOJA nº 210, de 31 de Octubre de 2003, pp. 22728-30.
9.-Simón Lorda P, Barrio Cantalejo IM, Tamayo Velázquez MI. Efectividad de una Actividad Comunitaria Integral para aumentar los conocimientos, actitudes y cumplimentación de las Voluntades Anticipadas. Revista Med Paliativa 2007; 14(3): 179-183.

Capítulo 163

CUIDADOS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA ANTE LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA ABORDADA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

LUCIA RODRIGUEZ FERNANDEZ

1 Introducción

La enfermedad renal es un problema de salud peligroso que impacta gravemente en las personas afectadas, familia, sociedad y los servicios de la salud de los que son demandantes.

La insuficiencia renal (o fallo renal) se produce cuando los riñones no son capaces de filtrar las toxinas y otras sustancias de desecho de la sangre. Se puede detallar como una disminución en el índice de filtrado glomerular, lo que se manifiesta con una presencia elevada de creatinina en sangre. Las causas más frecuentes (aunque no las únicas) de Enfermedad Renal Crónica son: la diabetes, la hipertensión, la enfermedad cardiovascular, las enfermedades obstructivas de las vías urinarias (cálculos, tumores, etc.) como del mismo modo se ha encontrado ligada a antecedentes familiares de enfermedad renal.

Generalmente no siempre produce síntomas visibles, las personas en riesgo deben hacerse pruebas para detectar dicha enfermedad como analíticas, recogida de orina etc. Los avances tecnológicos y la comprensión de la enfermedad renal, junto con el envejecimiento de la población, han generado que las personas

cada vez vivan más años y haya un aumento de enfermos con insuficiencia renal Crónica o en diálisis.

Muchos estudios epidemiológicos muestran una elevada prevalencia de enfermedad renal crónica (ERC) en España. Se trata de una enfermedad que aunque no sea comparable con otras patologías se consumen muchos recursos materiales, humanos y económicos.
Se podría describir a la consulta de enfermería como un ejercicio de encuentro entre el usuario y/o familia con la enfermera, realizada dentro del centro sanitario para ayudar al paciente al cumplimiento de los objetivos creados para la resolución de sus complicaciones de salud. Es muy importante la preparación psicológica del mismo, ya que va a influir en la forma de entender y aceptar dicha enfermedad renal hasta su posterior inicio en su primera sesión de hemodiálisis. La educación sanitaria junto con una atención integral del paciente son básicos para la prepararían del paciente y para el afrontamiento de cualquier enfermedad, así como para minimizar problemas o complicaciones que puedan surgir aumentando el nivel de independencia del enfermo.

Desde las consultas de enfermería de Atención Primaria se podría garantizar un seguimiento de los cuidados para estos pacientes, además de disminuir la angustia que presentan tanto el paciente como la familia ante la enfermedad renal. Hay una serie de medidas y pautas que guiaran a los pacientes con insuficiencia renal en su nuevo ciclo desde el nivel de Atención Primario (AP), así mismo se podrá valorar los parámetros que se realizarán desde las consultas de enfermería de Atención Primaria para poder además, contribuir a ralentizar la progresión de dicha enfermedad y ayudar a estos pacientes a tener una mejor calidad de vida y un mayor grado de conocimiento sobre su enfermedad.

2 Objetivos

- Promover la integración de los cuidados a los pacientes diagnosticados de insuficiencia renal en el primer nivel de atención.
- Ofrecer e informar desde Atención Primaria las claves necesarias para mejorar la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal.
- Disminuir mediante intervenciones apropiadas la progresión de la insuficiencia renal y sus complicaciones asociadas, retrasando la necesidad de tratamiento sustitutivo.
- Impulsar educación para la salud y hábitos de vida saludables, así como la progresión de cuidados a los pacientes con insuficiencia renal crónica en Atención

Primaria.

3 Metodología

Revisión bibliográfica documental sistemática de publicaciones científicas, así como de estudios relacionados con los objetivos de esta propuesta. Tras la lectura de múltiples artículos, investigaciones, publicaciones, se han asentado las bases de este trabajo. Los criterios de los autores consultados enriquecieron y sustentaron el propósito del mismo.

Las diferentes bases de datos utilizadas fueron (Medline, Dialnet, Pubmed, Cuiden) y en revistas electrónicas como Elsevier. Los descriptores utilizados como palabras claves fueron obtenidos de DeCS (Descriptores en ciencias de la salud), utilizando para obtener información las siguientes palabras: Insuficiencia Renal Crónica, Atención Primaria, Intervención Educativa, Cuidados.

Los operadores booleanos que se manejaron fueron “or” y “and”. En función de las características y ámbito de cobertura de las bases de datos (nacional o internacional), se utilizaron descriptores en español, acotados en la ultima década. Se obtuvieron 28 resultados de lo que seleccionamos 13 para su estudio en profundad.

4 Resultados

El paciente al cual le diagnostican una insuficiencia renal crónica desde la consulta médica nefrológica pasa por diferentes fases en las cuales debería estar en seguimiento por el personal de enfermería de Atención Primaria. Dicho seguimiento debe de consumarse con una serie de intervenciones de enfermería e indicaciones para disminuir la evolución de su enfermedad y atestiguar una atención total del paciente.

Las características de la enfermedad de los pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) como el tratamiento posterior (hemodiálisis) provocan unos cambios que afectan de manera importante a la vida del enfermo y a su entorno. Se trata de intentar frenar el avance y alejar el mayor tiempo posible su entrada en diálisis. Estos pacientes tienen una serie de dudas y intranquilidades a las que no obtienen respuesta, todo son suposiciones o miedos, aquí el personal de enfermería debe de ayudar y dar contestación así como buscarles una serie de

medidas dando las claves necesarias para que el paciente se pueda sentirse bien y orientado para poder seguir con su enfermedad de la mejor forma posible.

Normalmente la función renal se deteriora lentamente a lo largo de los años y presenta escasos síntomas, a pesar de estar relacionada con anemia y altos niveles de toxinas en sangre. La insuficiencia renal terminal es la última fase y en la que se llega a la diálisis o a un trasplante renal si se encuentra donante. Lo ideal es detectar la enfermedad en las fases tempranas para así reducir el daño y el progreso preparando mejor al paciente para cuando sea necesario su inicio, aquí es donde la enfermera de Atención Primaria debe de actuar identificando a la población en riesgo anteriormente descrita.

La enfermera, tiene como función independiente la aplicación del Proceso de Cuidado, de forma que tiene la responsabilidad de analizar e interpretar todo tipo de datos directos e indirectos, recogidos a través de la etapa de valoración para identificar diagnósticos de enfermería. En el caso de pacientes con Insuficiencia Renal su fin sería proporcionar cuidados eficaces y eficientes a los enfermos renales. Los principales factores de riesgo y aspectos a controlar que intervienen en la progresión de la enfermedad para así tratar de frenar su progresión desde la consulta de atención primaria se podrían resumir en los siguientes:

- Presión Arterial (PA)

Es el factor que más influye en la progresión de la insuficiencia renal al producirse una vasodilatación de la arteriola preglomerular. Como normas básicas para el tratamiento o control de la hipertensión arterial (HTA), serán restricción salina, bajar de peso si el paciente sobrepasa el ideal, no hábito tabáquico, uso moderado del Alcohol y ejercicio físico moderado. Estas medidas a veces son dificultosas de llevar a cabo, y por lo tanto van a exigir de la enfermera, un control constante en las intervenciones con el paciente que padezca HTA. Una de las funciones clave de la enfermera de atención primaria es la educación higiénico-dietética de los pacientes para que a través de sus cuidados puedan controlar su HTA sin necesidad de recurrir a fármacos hipotensores.

Se puede enseñar al paciente o a un familiar la toma de la PA, para que este pueda registrar las cifras de PA que mantiene en su domicilio entre consultas. Cuando las medidas higiénico-dietéticas han fracasado y la HTA se mantiene, el tratamiento será con medicamentos que serán pautados por el médico.

- Control del sobrepeso

La obesidad es causa reconocida de proteinuria y glomeruloesclerosis focal y segmentaria secundaria. El peso, el índice de masa corporal (IMC) y la medida del

perímetro abdominal a nivel de la cintura son parámetros fácilmente identificables desde nuestra consulta de enfermería de Atención Primaria y muy importantes para el control de la IRC. Intentaremos reducir el peso si existe sobrepeso y/o obesidad. El peso es una medida sistemática en la consulta, su elevación puede estar relacionada con la retención excesiva de líquidos, y así con la aparición de edemas. Hay una asociación significativa entre el peso y la PA cuando se reduce de peso, también lo hace la PA, y viceversa.

Hacer ejercicio físico es otro aspecto importante a tener en cuenta para el control del sobrepeso tanto como para la HTA. Recomendaremos, por ejemplo caminar 1 o 2 horas al día, sin fatigarse, con el objeto de aumentar el gasto energético y así conseguir una disminución de la TA y del peso.

- Control analítico

La analítica es una de las herramientas básica para el cuidado de los pacientes renales, entre las determinaciones más frecuente están: en Sangre: Hematocrito, Hemoglobina, Plaquetas, Formula y Recuento, Gasometría venosa, Urea, Creatinina, Potasio, Calcio, Fósforo, Sodio, Acido úrico, Glucosa Pruebas Hepáticas, Estudio de hierro sérico…

Las alteraciones detectadas, deben ser trasferidas al conocimiento de los Nefrólogos para su posible corrección con tratamiento farmacológico si se precisase.

-Proteinuria

Si los riñones están dañados, la proteína se filtra en orina. Se puede hacer una prueba para detectar la presencia de proteína en orina simplemente con una tira d orina, ya que es una prueba muy asequible en atención primaria. La presencia de proteinuria en orina periódica en la orina es una parámetro temprano de insuficiencia renal crónica. Muchos estudios han demostrado mayor tasa de progresión de la insuficiencia renal a mayor proteinuria tanto en diabéticos como en no diabéticos.

- Tabaco

Los efectos negativos del tabaco en la progresión de la nefropatía se ven sobretodo en diabéticos y vasculares. Desde nuestras consultas debemos aconsejar el abandono del hábito del tabaquismo ya sea remitiendo a centros especializados o ayudando con otras terapias y métodos.

Las características de la Atención Primaria benefician que tengamos un papel activo en este problema de salud. La intervención desde las consultas de AP tiene alta garantía y posee una de las mejores relaciones coste- efectividad entre todas las actividades preventivas.

- Información sobre la medicación

La medicación que tienen que tomar los pacientes renales puede ser de muy diversos tipos. La enfermera debe explicar y advertir al paciente la importancia que tiene cada uno de ellos y así concienciar al paciente de su toma en la dosificación, duración, horario y vía del tratamiento. Se deberá informar al paciente de no tomar ningún medicamento prescrito por ningún facultativo que no sea su nefrólogo, para evitar que los pacientes puedan ingerir medicamentos o sustancias nefrotóxicas, que pueden agravar la función renal del paciente.

- La dieta

El control de la dieta es un factor imprescindible al que debemos de contribuir asesorando y ya que una buena alimentación contribuye a la ralentización de la IRC. La dieta en estos pacientes requiere la restricción de algunos nutrientes y la elevación de otros. Además, hay que adecuar la dieta para evitar malnutrición de estos enfermos.La dieta debe ir orientada a mermar los efectos tóxicos del aumento de la Urea y de todas las anomalías metabólicas ligadas a la enfermedad. Las recomendaciones dietéticas deben ser sencillas, fáciles de comprender y memorizar, procurando que sea individualizada para cada paciente adaptándolas a sus gustos y preferencias para que así sea más fácil llevarla a cabo. Los alimentos contienen sustancias que el cuerpo necesita para vivir. Entre estas, las proteínas, el sodio, potasio, fósforo y el agua son las de mayor interés para los pacientes con ERC.

- Introducción fístula/catéter y técnicas de diálisis

Cuando la enfermedad progresa la inclusión en hemodiálisis se hará efectiva, los profesionales de enfermería desde la consulta de Atención Primaria deben de ofrecer información fundamental para que el paciente conozca como son las técnicas de diálisis (hemodiálisis, diálisis peritoneal, hemodiálisis domiciliaria, el trasplante renal llegado el momento), la duración de las sesiones y las frecuencias de sesiones así como el acceso que va a necesitar (fístula arterio venosa, catéter).

El paciente después de haberle trasmitido todos los datos necesarios en consenso con su médico y enfermera deberá decantarse por la técnica que mejor se adapte a su ritmo de vida.

- Apoyo psicológico y educación para la salud a pacientes y familiares

En los pacientes que padecen IRC y que se encuentran en fases ya diagnosticadas, la educación es necesaria para generar cambios en conductas que admitan lograr una buena calidad de vida. El tiempo durante el intervalo de la enfermedad y las diferentes ocasiones que los pacientes van a la consulta de enfermería de Atención Primaria es visto como una oportunidad para añadir la educación como estrategia y herramienta para orientar de todo el proceso renal.

La enfermería de AP debe estar dispuesta para afrontar todos los cambios que supone el cuidado del paciente renal, pues debido a la cronicidad de la enfermedad, suele encontrarse con personas de las que tiene que ser asesora. Cuando se presenta la enfermedad de una manera brusca sin previo aviso, el proceso adaptativo es tremendamente más difícil, en cambio, si la evolución hacia la cronicidad ha sido durante un periodo de tiempo largo, el enfermo va adquiriendo pesquisa y va asumiendo el nuevo escenario antes de entrar en el programa de diálisis. Algunos aceptan el hecho que tienen una enfermedad renal y necesitarán tratamiento para el resto de sus días, otros, pueden tener problemas para ajustarse a los combates que la enfermedad supone. Durante la enfermedad pueden emerger sentimientos de culpa, rabia, depresión, negación que son difícilmente comprendidos y aceptados por el paciente y su entorno.

5 Discusión-Conclusión

La presencia de Enfermería en el seguimiento de los pacientes con insuficiencia renal crónica desde Atención Primaria es un tema indiscutible a la vista de lo expuesto, al conseguir con nuestra figura llenar un vacío real a la atención del paciente renal. Funciones de nuestra profesión como son la asistencia o la docencia se hacen ineludibles poder tratarlas desde la Atención Primaria, y así intervenir en frenar el deterioro de la función renal. Aspectos tan importantes como la dieta, el control de la HTA, la promoción de la calidad de vida del paciente, la vigilancia de los medicamentos, la información sobre la hemodiálisis, el cuidados sobre las fístulas arteriovenosas, entre otras exigen nuestro desempeño a diario, apoyando a la familia y enseñando al paciente.

Se trata de educar y estimular sobre conductas beneficiosas para conseguir corregir las desviaciones que se presentan en la enfermedad, es un compromiso que tenemos aquellos profesionales que nos sentimos involucrados en prestar el mejor cuidado a nuestros enfermos renales y a sus familias. Desde las consultas de Atención Primaria se debe asumir esa oportunidad y no la hay que desaprovechar ofreciendo conocimientos, junto con una buena educación para la salud para que les permita a esos pacientes la modificación de sus conductas e incorporar nuevos conocimientos y comportamientos que se dan por parte de los profesionales de enfermería.

En la mayoría de las enfermedades crónicas y especialmente en la IRC, la educación no solo permite que los pacientes incrementen sus conocimientos e ideas acerca de la patología, sino que también aumenten su calidad de vida y la ad-

herencia al tratamiento. Por todo ello la coordinación entre los servicios de atención primaria y atención especializada deben de estar sistematizados de la mejor manera posible para dar una buena respuesta a esta necesidad asistencial.

6 Bibliografía

1. Catalán Beloqui L, Mena Mayayo M, Cerdán Urritia E. Protocolo de actuación para el paciente con enfermedad renal crónica en atención primaria. Rev. Soc. Esp. Enferm. Nefrol. vol.14 no. 4 Madrid Oct.-Cec 2011.
2. Lerma García D. Intervención enfermera en nefrología clínica. Madrid: Formación continuada Logoss. 2ª ed. Octubre 2010.
3. Martin Espejo J., La enfermería en la consulta de prediálisis. Valoración, información y educación del paciente. Sevilla. 1989.
4. Hernández León, María Eugenia. Tratamiento integral de la insuficiencia renal. Intervención de enfermería. Actual Enferm. 2001 dic. 4(4):23-27. Revisión, artículo.
5. Bañobre González A, Vázquez Rivera J, Outeiriño Novoa S, Rodríguez González S, Efectividad de la intervención educativa en cuidadores de pacientes dependientes en diálisis y valoración de la carga. Ourense. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1139-13752005000200006&script=sci_arttext&tlng=e
6. Consulta de enfermería nefrológica pre-hemodiálisis. Sociedad española de nefrológia. Disponible en : http://www.revistaseden.org/files/art63_1.doc
7. Andrés J., Fortuny C. Cuidados de Enfermería en la insuficiencia renal. Gallery/Health. Madrid. 1993.

Capítulo 164

EL SÍNDROME PREMENSTRUAL EN LA ADOLESCENCIA Y SU TRATAMIENTO

SONIA DE LA PUENTE BARCIA

IRENE PARDAVILA ÁLVAREZ

1 Introducción

Hasta el 85% de las mujeres en edad fértil presentan síntomas premenstruales, variando desde cuadros más leves a otros más graves con interferencias en la vida diaria. Algunos de estos síntomas cumplen criterios para ser clasificados como Síndrome Premenstrual (SPM), entre un 30-40%, y en torno al 7% como trastorno disfórico premenstrual (TDPM).

Cambios en el estilo de vida, nutrición y ejercicio físico son algunas de las recomendaciones para tratar este problema.

Los síntomas del SPM se inician en la adolescencia, en torno a los 20 años, sin embargo, pocas mujeres acuden a consulta en busca de respuesta y una vez atendidas muchas no son tratadas ni diagnosticadas de forma adecuada.

2 Objetivos

Conocer y describir el síndrome premenstrual en las mujeres, su tratamiento, y cómo afecta a su calidad de vida.

3 Metodología

El trabajo realizado se trata de una revisión bibliográfica basada en la evidencia científica existente sobre el tema planteado. Para obtener la suficiente información con datos actuales se acotó la búsqueda desde el año 2008 en adelante.

En un primer momento se buscó información general del tema mediante Google académico encontrando información de la biblioteca electrónica Scielo o de la base electrónica Cinhal. Posteriormente se decidió acotar la búsqueda para encontrar artículos e información más específica mediante palabras clave como "síndrome premenstrual" o "tratamiento" en distintos tesauros (MeSH y DeCS).

Posteriormente, para seleccionar los artículos más acordes, se aplicaron criterios de inclusión y exclusión con el objetivo de limitar la búsqueda a los objetivos planteados.

Criterios de inclusión:
• Artículos comprendidos entre el 2008-2019.
• Ensayos clínicos y revisiones narrativas.
• Publicaciones en español.

Criterios de exclusión:
• Aplicados en edades superiores a los 30 años.

4 Resultados

El SPM y el TDPM presentan síntomas físicos y psicológicos que se inician en la fase lútea y terminan en torno a los 4 días posteriores al inicio de la menstruación, con una duración de aproximadamente 8 días al mes. No se conoce su etiología por completo, pero se asocia a cambios hormonales y neuroendocrinos. Entre los síntomas que podemos observar están la fatiga, mastalgia, distensión abdominal, edemas, cefaleas, irritabilidad, ansiedad, tristeza, cambios en el estado de ánimo, labilidad emocional, aumento de peso… También suelen acompañarse de problemas sociales como el aislamiento.

El TDPM se caracteriza por severas alteraciones del estado de ánimo con irritabilidad, depresión, angustia y marcada labilidad emocional, que dificultan enormemente sus actividades de la vida diaria.

Cuando solo presenta síntomas físicos es suficiente con un tratamiento higiénico

dietético que consiste en una dieta pobre en sal, grasas, azúcares y rica en triptófano en la fase lútea y ejercicios aeróbicos moderados. También son adecuadas las terapias de relajación con ejercicios, yoga o meditación. La incorporación de vitamina D, minerales, vitamina E, piridoxina y magnesio se ha asociado de forma positiva a la reducción de los síntomas. Cuando no se corrigen de esta forma, se pasará al tratamiento farmacológico con inhibidores de la recaptación de serotonina de forma intermitente durante la fase lútea del ciclo, de 10 a 12 días, consiguiendo una mejora de los síntomas psicológicos. En trastornos asociados a cambios hormonales el tratamiento se basa en la terapia hormonal sustitutiva. En aquellos casos que presenten síntomas psicológicos se recomendará psicoterapia dirigida a manejar el estrés y conseguir un mejor afrontamiento de los síntomas.

En pacientes con distensión abdominal y edemas se tratan con diuréticos como la espironolactona, que pueden mejorar también otros síntomas como la mastalgia y el estado de ánimo. En reglas dolorosas, los AINES suelen ser efectivos.

5 Discusión-Conclusión

Es un problema relativamente frecuente en la vida de las mujeres y está muy infradiagnosticado. La calidad de vida de las mujeres con SPM se ve muy deteriorada tanto a nivel escolar, como laboral y social. De las mujeres que acuden a consulta pocas de ellas son diagnosticadas y tratadas adecuadamente.

El tratamiento del SPM incluye diuréticos, AINES, ansiolíticos, antidepresivos y anticonceptivos orales.

6 Bibliografía

- Besio C, Martinez V, Montero A. Síndrome premenstrual y trastorno disfórico premenstrual en la adolescencia. Rev Chil Psiquiatr Neurol Infact. 2012;23(3):163-170.
- Perarnau MP, Fasulo SV, García AA, Doña RD. Síndorme premenstrual y trastorno disfórico premenstrual en estudiantes universitarias adolescentes. Argentina. 2007;2:153-163.
- Chavarría J. Diagnóstico y tratamiento del síndrome premenstrual. Rev Med Costa Rica. 2013;608:709-715.

Capítulo 165

INGURGITACIÓN MAMARIA

COVADONGA CANDUELA GARCÍA

MARIA DEL MAR ESPIÑEIRA DIAZ

CECILIA GONZALEZ SECADES

M LUZ PENAS CABADO

ANA ISABEL VÁZQUEZ SILVA

1 Introducción

La subida de la leche se trata de un proceso fisiológico que se da en las 24-48 h posteriores al parto., pudiéndose complicar, dando lugar a una ingurgitación mamaria. Ésta es una acumulación patológica de líquidos en el pecho, provocando dolor, inflamación importante y edema.

Son más frecuentes tras partos largos (en los que se ha utilizado abundante sueroterapia endovenosa), en lactancias con inicios complicados (problemas de agarre y succión, lesiones en pezones,...) o tras largas separaciones de la díada madre-bebé (por complicaciones en el posparto, cesáreas,...).

La ingurgitación provoca mucho dolor en las madres y dificulta la lactancia, los bebés se muestran irritables pues no son capaces de realizar una succión efectiva de un pecho tan edematizado, esto unido al cansacio del puerperio, crea mucha ansiedad y preocupación.

2 Objetivos

Determinar las acciones y cuidados de enfermería a llevar a cabo para mejorar el cuadro y evitar complicaciones como el absceso mamario, las matitis o la interrupción de la lactancia materna

3 Metodología

Revisión sistemática de bibliografía en bases de datos como Medline, Cochrane, webs y Guía de Práctica Clínica sobre Lactancia Materna del Sistema Nacional de Salud.

4 Resultados

Una adecuada formación del personal sanitarioes especialmente útil en el manejo de esta patología. Actuaremos desde la prevención:
-Favoreciendo la lactancia materna frecuente y sin restricciones.
-Evitando interferencias como chupetes o biberones.
-Ayudando en la correcta postura y agarre del recién nacido al pecho.

Para mejorar el cuadro:
-Aplicando frio (bolsas de hielo).
-Administración de antiinflamatorios si precisa por dolor o fiebre.
-Extracción de leche en el caso de que el bebé no lo haga de manera eficaz, ya sea para alimentarle en diferido o lo justo para aliviar el dolor y la tensión mamaria (evitando la hiperestimulación)
-La presión inversa suavizante es la medida más eficaz para favorecer el agarre del recién nacido al pecho ingurgitado, consiste en colocar los dedos rodeando el pezón, y presionar hacia la espalda durante 3 minutos. Consiguiendo así, ablandar la areola para la correcta colocación de la boca del lactante.

5 Discusión-Conclusión

Es de vital importancia la resolución de la ingurgitación en unos días, para evitar dificultades durante la lactancia, pérdida de peso excesiva del recién nacido, así como el cese de la lactancia y la imposibilidad del recién nacido de alimentarse. Sumado a la ansiedad, dolor y dudas que provoca en la madre.

El correcto manejo, así como proporcionar una información adecua a la madre, enseñando la técnica de presión inversa suavizante a realizar antes de cada toma, ayudarán a mejorar el cuadro.

6 Bibliografía

- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Guía de práctica Clínica sobre lactancia materna.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e igualdad; Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del país vasco-OSTEBA, 2017. Guías de Práctica Clínica en el SNS.
- IHAN. Hospitales IHAN. Guía detallada para la aplicación paso a paso. disponible en:https://www.ihan.es/docs/documentacion-acreditacion/hospitales/generales/00.Guia_detallada_hospital.pdf
- Levine G, Tamuleviciene E, Kudzyte J, Petrauskiene A, Zaborskis A, Azeliene I, et al.Factors associated with breastfeeding duration. Medicina (Kaunas) . 2013;49:415-21.
- Mangesi L, Dowswell T. Treatments for breast engorgementduring lactantion. Cochrane DatabaseSyst Rev.2010; (9): CD006946.
- Protocolo de la ABM. Protocolo clínico de la ABN #20. Congestión mamaria. breastfeed med.2009 Jun;4(2):111-3
- Smith V. Treatments for breast engorgement during lactation. Practising Midwife.2014;17(9):42-4.

Capítulo 166

PLANTEAMIENTO DE PROYECTO DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN NIÑOS PRACTICANTES DEL BABY-LED WEANING.

JUAN MANUEL ARECHAGA RODRÍGUEZ

1 Introducción

El Baby-Led Weaning es un método de alimentación complementaria cada vez más conocido y practicado en nuestro país y en los países desarrollados en general. Tras la realización de mis prácticas clínicas durante la carrera de Enfermería en el Centro de Salud de Villaviciosa de Odón pude comprobar que en el pueblo hay varias familias practicantes del método Baby-Led Weaning con sus hijos y que la mayoría tienen múltiples dudas y temores ya que gran parte de los niños se mantienen en percentiles de peso más bajos que el 50. Por tanto, veo conveniente realizar EPS colectiva en este grupo de la población, incluyendo a toda familia/mujer que esté embarazada y quiera conocer este método y a toda familia/madre con hijos lactantes que esté interesada en el Baby-Led Weaning cuando llegue el momento de pasar a la alimentación complementaria. El centro de salud de Villaviciosa de Odón, bien comunicado mediante transporte público, cuenta con una sala con capacidad para 30 personas sentadas y proyector con ordenador en la que podría realizarse este proyecto de EPS, sería una localización segura y conocida para los usuarios.

2 Objetivos

Objetivo principal
Garantizar que todos los niños residentes en Villaviciosa de Odón alimentados mediante el método de alimentación complementaria Baby-Led Weaning presentarán un IMC en rango de normopeso interpretado mediante las medidas de somatometría de peso y talla utilizando los percentiles de patrones de crecimiento infantil de la OMS (2003) a los dos años de edad.

Objetivos secundarios
- Enseñar a todos los padres asistentes a interpretar los percentiles de crecimiento infantil de la OMS al finalizar el taller.
- Tratar que al menos el 90 % de las familias conozcan el valor nutricional de los alimentos más comunes al finalizar el taller.
- Conseguir que al menos el 90 % de las familias conozcan el orden adecuado de alimentos a la hora de su introducción mediante BLW al finalizar el taller.
- Lograr que al menos el 80% de los padres conozcan los principales beneficios de una alimentación saludable para su hijo al finalizar el taller.
- Alcanzar que el 80 % de los padres conozcan las principales consecuencias de una alimentación inadecuada para su hijo al finalizar el taller.
- Interpretar las etiquetas nutricionales de los alimentos al finalizar el taller por parte de total de padres asistentes.
- Demostrat habilidades de primeros auxilios frente al atragantamiento del bebé a la finalización del taller por parte de las familias participantes.
- Lograr que el 80% de las familias serán capaces de crear un entorno adecuado para alimentar al niño (espacio y tiempo) al finalizar el taller.
- Establecer que al menos el 80 % de los padres manifestarán verbalmente que se sienten completamente seguros para realizar el BLW con sus hijos al finalizar el taller.
- Conseguir que todos los padres manifiesten verbalmente que están muy motivados para emplear el BLW con sus hijos a la finalización del taller.

3 Metodología

Tras realizar un estudio de salud de la zona se plantea un taller de Educación para la Salud en el que participarán todas las familias practicantes o interesadas en conocer y practicar el BLW con sus bebés en una sala habilitada en el centro de salud de Villaviciosa de Odón. Se estructurará en tres sesiones:

1. Sesión 1: Recepción y contrato
- Acogida: recibimiento de los asistentes a la hora pactada en la sala del Centro de Salud de Villaviciosa de Odón y toma de asiento.
- Presentación: presentación de la enfermera ponente y directora del taller con un breve resumen de su trabajo y presentación del grupo de asistentes.
- Contrato: la enfermera explicará el funcionamiento del taller y de cada sesión brevemente, mencionando los temas y contenidos a desarrollar.
- Despedida.

- Crecimiento y desarrollo. Malnutrición y enfermedades:
Presentación 1. Una vez presentados los miembros tanto docentes como participantes y el contenido del taller, se procederá a la explicación de la Presentación 1 mediante un proyector y una pantalla en la que se abordan temas como los conceptos de crecimiento y desarrollo y la diferencia entre ambos y las consecuencias de una nutrición inadecuada y las enfermedades básicas de la misma. Se resolverán las posibles dudas durante y al final de la misma.

- Necesidades nutricionales. Interpretación de etiquetas:
Presentación 2. A continuación se desarrollará el contenido de la presentación 2 también mediante el proyector y la pantalla, en la que se explican las necesidades nutricionales básicas del lactante y se instruye en la lectura y en el entendimiento de las etiquetas actuales de los alimentos. Se resolverán las dudas que surjan durante y tras la exposición.

- Evaluación del resultado: al finalizar la exposición de la presentación 2 la enfermera procederá a evaluar los objetivos que se pretenden conseguir en la sesión a través de un test de conocimientos con preguntas de ambas presentaciones.

Evaluación del proceso y de la estructura: los padres asistentes rellenarán la encuesta de satisfacción correspondiente y la enfermera registrará sus datos en el cuaderno. En la despedida se pedirá a los participantes que lleven 3-4 envases vacíos o llenos de los alimentos que más consumen en sus hogares a la siguiente sesión.
2. Sesión 2:
- Tormenta de ideas: para romper el hielo y que los participantes adquieran mayor protagonismo se empezará la sesión con una tormenta de ideas en la que en orden aleatorio explicarán al resto qué entiende cada uno sobre el BLW y qué sabe sobre él. La enfermera que actúa como moderadora irá corrigiendo las ideas incorrectas y resolviendo cualquier duda que surja.

- El Baby-Led Weaning y cómo se introducen los alimentos:
Presentación 3. Tras la tormenta de ideas la enfermera expondrá una presentación sobre el BLW mediante el proyector y la pantalla para fijar conocimientos de una manera más visual.

- Rol playing: los asistentes diseñarán un menú modelo para un niño de 9 meses, a partir de los envases de los productos que hayan traído (se les dice en la sesión 1). Mediante este ejercicio se pretende desarrollar la habilidad para crear un ambiente adecuado para dar de comer al hijo/a y además sirve como repaso o resolución de dudas para los objetivos de conocimiento: - Que al menos el 90 % de las familias conozcan el valor nutricional de los alimentos más comunes al finalizar el taller.
- Que el 100 % de los padres asistentes sepan interpretar las etiquetas nutricionales de los alimentos al finalizar el taller.
- Que al menos el 90 % de las familias conozcan el orden adecuado de alimentos a la hora de su introducción mediante BLW al finalizar el taller.

Los asistentes deberán escoger los alimentos adecuados a partir las etiquetas nutricionales de sus envases en concordancia con la edad del niño propuesta. De esta manera se pretende aumentar el dinamismo y el protagonismo de los asistentes mediante ejercicios prácticos y disminuir la carga teórica que les pueda sobrecargar y bajar la motivación.

- Evaluación del resultado: al finalizar el rol playing la enfermera procederá a evaluar los objetivos relacionados con las habilidades adquiridas y los objetivos relacionados con las actitudes mediante el checklist evaluación sesión 2. Obj habilidades + Obj actitudes".

- Evaluación del proceso y de la estructura: los padres asistentes rellenarán la encuesta de satisfacción correspondiente y la enfermera registrará sus datos en el cuaderno.
3. Sesión 3:
- Obstrucción de Vía Aérea por Cuerpo Extraño (OVACE): primeros auxilios:
Presentación 4:la enfermera empezará la sesión explicando el protocolo de actuación ante un atragantamiento del niño a través de la presentación 4 mediante el proyector y la pantalla.

- Demostración + entrenamiento: la enfermera procederá a explicar de nuevo la teoría de la presentación 4 sobre un maniquí/simulador para que a continuación los asistentes practiquen las técnicas en el mismo (se pretenderá conseguir varios

simuladores).

- Evaluación del resultado: la enfermera evaluará las habilidades sobre atragantamiento adquiridas por los participantes cubriendo el checklist sesión 3. Checklist OVACE" mientras ellos actúan frente al caso propuesto en el simulador.

- Evaluación del proceso y de la estructura: los padres asistentes rellenarán la encuesta de satisfacción correspondiente y la enfermera registrará sus datos en el cuaderno.

- Despedida: la enfermera se despedirá del grupo asistente y entregará a cada familia un folleto resumen de todo el taller.

4 Bibliografía

- AEPap. (2009). Alimentación de 6 a 24 meses. Programa de Salud Infantil, 317–323.
-Agencia Española de Consumo Seguridad Alimentaria y Nutrición. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. (2016). Estudio ALADINO 2015: Estudio de Vigilancia del Crecimiento, Alimentación, Actividad Física, Desarrollo Infantil y Obesidad en España 2015. Madrid.
- Alba-Martín, R. (2016). Prevalencia de obesidad infantil y hábitos alimentarios en educación primaria. Enfermería Global, 15(2), 40. https://doi.org/10.6018/eglobal.15.2.212531
- Asociación Española de Pediatría. (2008). Manual de Lactancia Materna. De la teoría a la práctica. Editorial Panamericana.
- Ballesteros Acebo, E. (2018). Obesidad infantil: definición, epidemiología y factores de riesgo asociados. Nuberos Científica, 3(25), 80–93. Retrieved from http://ciberindex.com/c/nc/2580nc
- Brown, A. (2017). No difference in self-reported frequency of choking between infants introduced to solid foods using a baby-led weaning or traditional spoon-feeding approach. Journal Of Human Nutrition And Dietetics; The Official Journal Of The British Dietetic Association. https://doi.org/https://doiorg.ezproxy.universidadeuropea.es/10.1111/jhn.12528
- Caussignac Querol, Marta; Comas i Picañol, Araceli; López Méndez, M. I. (2006). Intervención en el estreñimiento en Atención Primaria de Salud. Metas de Enfermería, 9(7), 23–26.
- Department of Nutrition for Health and Development. WHO. (2000). Complementary feeding: family foods for breast-fed children.

- Dirección General de Planificación, Infraestructuras y Equipamientos Sanitarios. Consejería de Sanidad. (2AD).
- Espín Jaime, B., & Martínez Rubio, A. (2016). El paso de la teta a la mesa sin guión escrito. Baby led weaning, ¿ventajas?, ¿riesgos? AEPap (Ed) Curso de Actualización Pediatría., 59–66.
- European Network for Public Health Nutrition: Networking, Monitoring, I. and T. (n.d.). Infant and young child feeding: Standar recommendations for the European Union. Recuperado de https://www.burlo.trieste.it/sites/default/files/EUpolicy06.pdf
- Evisión, R., Hernández, A. L., Martha, M., Laredo, M., & Gandarilla, J. V. (2018). Intervenciones para reducir la desnutrición , sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes, (28), 1–3.
- Fewtrell, M., Bronsky, J., Campoy, C., Domellöf, M., Embleton, N., Mis, N. F., … Molgaard, C. (2017). -Complementary feeding: A position paper by the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN) committee on nutrition. Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition, 64(1), 119–132. https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000001454
- Formisano, A., Hunsberger, M., Bammann, K., Vanaelst, B., Molnar, D., Moreno, L. A., … Siani, A. (2013). -Family structure and childhood obesity: Results of the IDEFICS Project. Public Health Nutrition, 17(10), 2307–2315. https://doi.org/10.1017/S1368980013002474
- Gittner, L., Ludington-Hoe, S., & Haller, H. (2014). Infant Obesity and Severe Obesity Growth Patterns in the First Two Years of Life. Maternal & Child Health Journal., 18(3), 613–624.
- Hernandez Aguilar, M. T. (2006). Alimentación complementaria. En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2006. Gaceta Médica de México, 147 Suppl, 39–45.
- INE. (n.d.). Recuperado de www.ine.es
- Jiménez Alarcon, A., López Pérez, A. B., Subiela Osete, M. G., Pérez Abeyán, F., García Nicolás, A. B., & Guerra Sánchez, T. (2014). Método de destete guiado por el bebé o BLW. Complejo Hospitalario Universitario de Cartagena.: Poster XVIII Jornadas de Nutrición Práctica.
- Krammer, M. S., Chalmers, B., Donet, E. D., Sevkovskaya, Z., Dzikovich, I., & Saphiro, S. (2001). Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT); a randomized trial in the Republic of Belarus. JAMA, 285(4), 13–20.
- Lakshman, R., Clifton, E. A., & Ong, K. K. (2017). Baby-Led Weaning-Safe and Effective but Not Preventive of Obesity. JAMA Pediatrics, 171(9), 832–833. https://doi.org/https://doiorg.ezproxy.universidadeuropea.es/10.1001/

jamapediatrics.2017.1766
- Leis Trabazo, R. (2017). ¿Es el baby-led weaning un patrón recomendable? Evid Pediatr, 13–27.
Ministerio de Hacienda. (n.d.). Recuperado de http://www.hacienda.gob.es/es
- Morison, B. J., Taylor, R. W., Haszard, J. J., Schramm, C. J., Erickson, Williams, L7., & Fangupo, L. J. (2016). How different are baby-led weaning and conventional complementary feeding? A cross-sectional study of infants aged 6-8 months. BMJ Open, 6(5). https://doi.org/http://doi.org.ezproxy.universidadeuropea.es/10.1136/bmjopen2015-010665
- Navarra., G. de. (2006). Manual de Educación para la Salud.
- OMS. Patrones de crecimiento infantil. (2.003)
- Pearce, J., Taylor, M. A., & Langley-Evans, S. C. (2013). Timing of the introduction of complementary feeding and risk of childhood obesity: A systematic review. International Journal of Obesity, 37(10), 1295–1306. https://doi.org/10.1038/ijo.2013.99
- Perdomo Giraldi, M., & De Miguel Durán, F. (2015). Alimentación complementaria en el lactante. Pediatr Integral, XIX(4), 260–267.
- Rodríguez, V. Miranda, D. Bonilla, A. (2017). Obesidad infantil y lactancia materna. Trances, 9(3), 557–562.
-Salud Madrid. (n.d.). Recuperado de http://observatorioresultados.sanidadmadrid.org/EstadoPoblacion.aspx?ID=2
- SEPE. (n.d.). Recuperado de https://www.sepe.es/
- Slomski, A. (2017). Baby-Led Weaning Does Not Reduce Risk of Overweight. JAMA, 318(16), 1532. https://doi.org/https://doiorg.ezproxy.universidadeuropea.es/10.1001/jama.2017.15793
- Townsend, E., & Pitchford, N. J. (2012). Baby knows best? The impact of weaning style on food preferences and body mass index in early childhood in a casecontrolled sample. BMJ Open, 2(1). https://doi.org/http://doi.org.ezproxy.universidadeuropea.es/10.1136/bmjopen2011-000298
- Wikipedia. (n.d.). Recuperado de https://es.wikipedia.org/wiki/Villaviciosa_de_Odón

Capítulo 167

DIETA VEGETARIANA EN LA INFANCIA

SONIA DE LA PUENTE BARCIA

IRENE PARDAVILA ÁLVAREZ

1 Introducción

La dieta vegetariana es aquella que evita el consumo de productos de origen animal. Hablamos de vegano o vegetariano estricto cuando no incluyen en su alimentación derivados de animales como huevos, leche o miel, y de vegetariano cuando se permiten el consumo de estos alimentos. Existen además otras variantes como lactovegetarianos cuando incluyen productos que contienen leche y ovolacteovegetarianos, tanto leche como huevos.

Seguir dietas vegetarianas supone grandes beneficios para la salud, tanto de adulto como de niño. Estas dietas se relacionan con un envejecimiento con un menor índice de masa corporal, reducción de los niveles de colesterol, aumento del consumo de alimentos con poder antioxidante, etc.

Son muchas las razones por las que se siguen este tipo de dietas: motivos culturales, éticos, económicos, salud, necesidades especiales…
Aunque múltiples veces hemos escuchado que estas dietas no son completas o no aportan todos los nutrientes suficientes para ser saludable en todas las etapas de la vida (infancia, embarazo, lactancia, vejez…) esto no es cierto, pues llevando una alimentación variada no es difícil conseguir todos los elementos necesarios para un buen desarrollo. Estas dietas también son aptas en deportistas de cualquier categoría. La Asociación Americana de Dietética (AMA) establece que “las dietas

vegetarianas bien planificadas son apropiadas para todos los individuos en las distintas etapas del ciclo vital, incluidos el embarazo, la lactancia, la infancia, la niñez y la adolescencia, así como para los atletas".

La alimentación vegetariana o vegana está yendo en aumento en todos los países occidentales, tanto en adultos como en niños, bien por iniciativa propia o por decisión de sus familias. Aunque en España aún no existan estadísticas oficiales sobre la proporción de población vegetariana existente en nuestro país, se estima que alrededor del 8% de la población española es vegetariana.

2 Objetivos

El objetivo de esta revisión es conocer si es posible llevar a cabo una dieta vegetariana desde la infancia y conocer las ventajas y desventajas.

3 Metodología

El trabajo realizado se trata de una revisión bibliográfica basada en la evidencia científica existente actualmente sobre el tema planteado. Para obtener la suficiente información con datos actuales se acotó la búsqueda desde el año 2005 en adelante.
En un primer momento se buscó información general del tema mediante Google académico encontrando información de la biblioteca electrónica Scielo o de las bases electrónicas Pubmed y Cinhal. Posteriormente se decidió acotar la búsqueda para encontrar artículos e información más específica mediante palabras clave como "vegan diet", "vegetarianism", "children" y "baby" en distintos tesauros (MeSH y DeCS). La combinación de dichos términos con los operadores booleanos AND y OR permitió relacionar las palabras buscadas y encontrar información acorde a los intereses.

Posteriormente, para seleccionar los artículos más acordes, se aplicaron criterios de inclusión y exclusión con el objetivo de limitar la búsqueda a los objetivos planteados.

Criterios de inclusión:
- Artículos comprendidos entre el 2005-2019.
- Ensayos clínicos y revisiones narrativas.
- Publicaciones en inglés o español.

Criterios de exclusión:
- Aplicados a enfermedades concretas.
- Casos aislados.

4 Resultados

Seguir dietas vegetarianas y veganas es por lo general un estilo de vida más saludable que puede contribuir a prevenir enfermedades en la edad adulta. Este tipo de dietas se asemeja mucho a las recomendaciones reflejadas en las guías de nutrición. Desde niños se puede ver reflejado en una menor tasa de enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus, hipertensión, artritis reumatoide, divertículos y de varios tipos de tumores.

En bebés lactantes de madres vegetarianas y veganas también se les recomienda la lactancia materna (LM), pero será necesario controlar los niveles de vitamina B12 y yodo de la madre y en caso de déficit será necesario suplementar su dieta. En caso de madres veganas que no puedan o no deseen dar LM, tienen la posibilidad de dar fórmulas adaptadas a base de soja o arroz hidrolizado. En madres vegetarianas pueden dar las fórmulas a base de leche de vaca e incluso hay otra opción por la que optan muchas familias que siguen estas dietas que son fórmulas de leche de vaca o de cabra de ganaderías ecológicas que cumplen con las normas de la Unión Europea para las fórmulas infantiles.

A partir de los 6 meses las madres deben introducir en la dieta de sus bebés ciertos alimentos, con espacio entre ellos para vigilar posibles intolerancias, es lo llamado dieta complementaria o beikost. En el caso de madres veganas y vegetarianas pueden sustituir la carne y pescado por legumbres, que será uno de los primeros alimentos a introducir junto con hortalizas y verduras. La mejor legumbre para empezar es la lenteja roja pelada, seguido de tofu, garbanzos cocidos, guisantes tiernos y lentejas sin pelar. Pueden sustituir de vez en cuando las legumbres por el huevo cocido o el tahini (sésamo molido). También se puede añadir a partir de los 6 meses yogur de soja. Siempre es recomendable cualquier variedad enriquecida con calcio. Se aconseja consumir cereales integrales (pan, arroz, pasta, quinoa, mijo…) y a los 7-8 meses incluir frutos secos molidos en su alimentación.
Hasta el año se deben evitar la miel y los siropes, las acelgas, espinacas y remolachas por alto contenido en nitratos, las algas por alto contenido en yodo y las semillas de lino y chía por su efecto laxante. A partir de los dos años se va asemejando más a la dieta recomendada en un adulto, pero adaptada a las necesi-

dades asociadas a su edad, peso y estatura. Se deben consumir cada día entre 3 y 4 raciones de alimentos ricos en proteínas, ejemplos de estos serían los frutos secos y semillas, las legumbres, la soja y sus derivados… Los ovolactovegetarianos también pueden recibir un aporte de proteínas procedente de los huevos y la leche. Las mejores fuentes de proteínas en veganos serán las legumbres, los cereales, los frutos secos, soja, las semillas, el alga espirulina o la quinoa.

VENTAJAS E INCONVENIENTES.
Las dietas vegetarianas suponen por lo general un aumento en el aporte de verduras y frutas en la dieta y con ello un aumento de fibra, vitaminas y minerales. Al no consumir alimentos de origen animal se reduce el número de grasas saturas y colesterol. Este último, muy relacionado además con el aumento de los fitoesteroles presentes en alimentos vegetales, que compiten con el colesterol a nivel intestinal reduciendo sus niveles y favoreciendo su eliminación a través de las heces. La principal consecuencia positiva de reducir los niveles de colesterol es la prevención eventos cardiovasculares.
El aporte de calorías es menor en estas dietas y el resultado es un bajo índice de masa corporal, siendo aún menor en veganos que en vegetarianos.

El aumento de fibra se traduce en un mejor tránsito intestinal, prevención del cáncer de colon, diabetes, enfermedad diverticular, hemorroides, reducción del peso corporal… en el caso concreto de la fibra soluble provoca saciedad, disminución de colesterol y de la absorción de carbohidratos simples, disminuyendo la prevalencia de eventos cardiovasculares.
Las legumbres suponen un porcentaje importante de la alimentación vegana o vegetariana. Se trata de uno de los alimentos más nutritivos existentes por su riqueza en hierro, calcio, magnesio, zinc, fibra, proteínas, vitaminas del grupo B, además de bajo contenido en sodio y grasa, ausencia de colesterol y posesión de un bajo índice glucémico, evitando picos de glucemia postprandiales. Son muy recomendables por los profesionales sanitarios y nutricionistas para prevenir ciertas enfermedades como la obesidad, la diabetes o las enfermedades cardiacas.

Por otro lado, también puede existir déficit de vitamina D, niacina, B12, calcio y riboflavina, que puede causar alteraciones en la piel, osteoporosis o trastornos del crecimiento como osteomalacia o raquitismo, pelagra por el déficit de niacina, anemia macrocítica, conjuntivitis y dermatitis. La vitamina A, vitamina D, hierro y zinc, a pesar de consumirse en cantidades mayores son de menor calidad y tienen una menor biodisponibilidad que en las dietas habituales.

5 Discusión-Conclusión

Seguir dietas vegetarianas desde la infancia es una opción que muchas familias están siguiendo y está yendo en aumento en los últimos años. Es posible seguir estas dietas si se planifican bien las comidas y se incorporan todos los nutrientes necesarios de acuerdo al peso y edad del niño, así como las calorías suficientes para su desarrollo. Existen múltiples ventajas al seguir estas dietas como un menor índice de masa corporal, descenso de enfermedades crónicas como la diabetes mellitus o las enfermedades cardiovasculares.
La principal desventaja es que se necesita un mayor control de la dieta para que no haya deficiencias, siendo las más frecuentes de B12, calcio, niacina o la vitamina D, asociadas a anemia macrocítica, osteoporosis o problemas en el crecimiento.

6 Bibliografía

- Gonzalez MJ. Dietas vegetarianas. Implementación en la infancia y la adolescencia. Offarm. 2005; 24(5):82-90.
- Lantern. The Green Revolution entendiendo el auge del movimiento veggie. Madrid: 2017. Lantern Papers.
- Tanner EM, Finn-Stevenson M. Nutrition and brain development: social policy implications. Am J Orthopsychiatry. 2002;72(2):182-93.
- Rojas D, Figueras F, Durán S. Ventajas y desventajas nutricionales de ser vegano o vegetariano. Rev Chil Nutr. Chile. 2017; 44(3): 218-225.

Capítulo 168

AUTOEXPLORACIÓN MAMARIA, ¿ EN QUÉ CONSISTE?

MARÍA ÁNGELES PÉREZ GUERRA

MARTA GUILLÉN FERNÁNDEZ

MARTA NAVARRO CILLERO

MIRIAM MIRAMON PLANILLO

1 Introducción

La autoexploración mamaria es fundamental para detectar cualquier anomalía o cambio que se produzca en los pechos de la mujer. Es especialmente importante de cara a la detección precoz de un posible cáncer de mama, aunque no todos los bultos que se puedan detectar tienen por qué ser malignos, como es el caso de los fibromas.

De cualquier manera, cualquier alteración que se detecte de ser motivo para solicitar consulta con el ginecólogo. La mayoría de las mujeres tiene conocimientos de la autoexploración mamaria, pero no con la técnica correcta. La correcta instrucción de esta técnica es labor fundamental de los profesionales sanitarios, principalmente de enfermería.

2 Objetivos

- Enseñar las maniobras para la autoexploración mamaria para detectar lesiones de la glándula mamaria.
- Concienciar de la importancia del autoexamen en la prevención del cáncer de mama.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La autoexploración mamaria se debe realizar una vez al mes, después de haber concluido la regla. Las mujeres que ya han superado la menopausia pueden establecer un día concreto al mes para llevarla a cabo.

La primera autoexploración mamaria deberá realizarse detenidamente, ya que permite aprender a conocer el aspecto y consistencia normal de las mamas, lo que permitirá posteriormente identificar posibles anomalías.

Paso 1: párate frente a un espejo con los hombros rectos y los brazos junto a la cadera y mírate las mamas. Esto es lo que debes encontrar:
- mamas de tamaño, forma y color normales
- mamas bien formadas, que no presentan deformaciones ni inflamaciones visibles

Si notas alguna de las siguientes alteraciones, informa a tu médico:
- formación de hoyuelos, arrugas o bultos en la piel
- cambio de posición de un pezón o pezón invertido (está metido hacia adentro en lugar de sobresalir)
- enrojecimiento, dolor, sarpullido o inflamación

Paso 2: ahora, levanta los brazos y fíjate si ves las mismas alteraciones.

Paso 3: cuando estés frente al espejo, fíjate si te sale líquido de uno o ambos pezones (puede ser transparente, lechoso o amarillento, o sangre).

Paso 4: luego, acuéstate y pálpate las mamas con las manos invertidas, es decir, la mama izquierda con la mano derecha y viceversa. Procura utilizar un tacto firme y pausado con las yemas de los dedos, manteniendo los dedos rectos y juntos. El movimiento debe ser circular, del tamaño de una moneda aproximadamente. Controla la mama completa de arriba a abajo y de lado a lado: desde la clavícula hasta la parte superior del abdomen, y desde la axila hasta el escote.

Sigue algún tipo de patrón para asegurarte de cubrir la mama entera. Puedes empezar con el pezón y avanzar en círculos cada vez mayores hasta llegar al borde exterior de la mama. También puedes mover los dedos verticalmente, hacia arriba y hacia abajo. Asegúrate de palpar todo el tejido mamario, tanto en la parte delantera como en la parte trasera: para palpar la piel y el tejido superficiales, ejerce una leve presión; para llegar al tejido ubicado en la parte media de las mamas, una presión moderada, y para el tejido profundo, una presión firme. Al llegar al tejido profundo, tienes que poder sentir la caja torácica.

Paso 5: finalmente, pálpate las mamas estando de pie o sentada. Controla la mama completa con los mismos movimientos que se describen en el paso 4.

5 Discusión-Conclusión

Existe la necesidad de fortalecer los programas de salud dirigidos a la mujer en lo que se refiere al conocimiento de su cuerpo, principalmente en el autoexámen de mamas.

Para que los programas de detección del cáncer tengan el éxito deseado es indispensable que las mujeres conozcan la importancia del diagnóstico precoz del cáncer de mama y el impacto que este tiene en la curación y en la supervivencia a largo plazo.

6 Bibliografía

- Clínica Mayo. Acceso 4 febrero 2020. Disponible en: https://www.mayoclinic.org

- Breast Cancer. Acceso 4 febrero 2020. Disponible en: https://www.breastcancer.org/

Capítulo 169

ABORDAJE DE LA TENDINITIS DEL SUPRAESPINOSO DESDE LA ENFERMERIA DEL TRABAJO.

TANIA SUAREZ GONZALEZ

MARÍA EMILIA PIÑEIRO GUTIÉRREZ

VERONICA FERNANDEZ ALVAREZ

LAURA DEL COZ SANTOS

MARIA CARIDAD PINILLA DAPENA

1 Introducción

Cada vez son más los pacientes que acuden a la consulta de su médico de atención primaria por lesiones de partes blandas. Los trabajos desempeñados y la práctica de ejercicios físicos repetitivos o mal ejecutados, son factores que nos predisponen a padecer tarde o temprano dicha patología.

A esto hay que sumar las posturas incorrectas que adoptamos durante nuestro día a día, el uso continuado de ordenadores, tablets, móviles…

Nos encontramos ante un problema cada vez más habitual entre la población, no diferenciando entre sexos y edad.

2 Objetivos

- Medidas antiinflamatorias (hielo, tratamiento farmacológico)
- Reposo relativo.
- Ejercicios de fortalecimiento de la musculatura.
- Reeducación postural y aprendizaje de medidas ergonómicas, tanto para la vida diaria como para el desempeño de su puesto de trabajo.

3 Caso clínico

Paciente de 48 años, trabajador de una empresa multinacional como informático, que acude a la consulta de prevención de riesgos laborales con dolor severo en hombro derecho, en la parte lateral y superior del mismo con irradiación hacia cuello y en ocasiones también hacia brazo. Presenta dificultad y dolor al realizar la flexión y abducción del hombro por encima de los 90º, el rango articular más doloroso se presenta en la abducción por encima de los 65º, hasta los 110º.

Dicho dolor aumenta por la noche.

Se realiza la prueba de Jobe y da positiva.

El plan de tratamiento que pautamos para eliminar el dolor y permitir los quehaceres diarios relacionados al trabajo o al deporte y prevenir una ruptura del tendón que causa dolor, consiste en:

- Proporcionar tratamiento antiinflamatorio oral y la colocación de pomada antiinflamatoria en todo el hombro.
- Proporcionar al trabajador mobiliario ergonómico (silla y mesa de trabajo) para el confort y el desempeño laboral eficiente, adaptándose a diversas posturas, así como a la cinemática propia del cuerpo y a la antropometría de las personas.
-Sesiones de fisioterapia (tres por semana) realizando terapia manual para la musculatura de hombro y colindante. Tratamiento específico del tendón de supraespinoso con masaje transverso de puntos de gatillo del supraespinoso, ejercicios de fortalecimiento de todo el manguito rotador y terapia analgésica con corriente tipo TENS.
-Y un plan de ejercicio terapeutico a diario, con excepción del fin de semana.

4 Discusión-Conclusión

Establecemos por tanto, que había una relación causa – efecto, entre el trabajo desempeñado por el paciente y su sintomatología. Agravado por el día a día y los conflictos posturales de su desempeño laboral.

Una vez realizado el tratamiento, el paciente encuentra mejoría y su calidad de vida y su productividad laboral aumentan.

Llegamos a la conclusión que la aplicación de este plan de cuidados, ha sido efectivo para el tratamiento de la tendinitis del supraespinoso, al menos para este paciente

5 Bibliografía

- Enfermería del trabajo. Serie: Cuidados Avanzados. María Dolores Calvo Sánchez.
- Garza I, Schewdt TJ, Robertson CE, Smith JH. Headache and other craniofacial pain. In: Daroff RB, Jankovic J, Mazziotta JC, Pomeroy SL, eds. Bradleys Neurology in Clinical Practice. 7th ed. Philadelpia, PA: Elsevier; 2016: chap 103.
- Tendón. Valoración y tratamiento en fisioterapia. Antonio Jurado Bueno e Iván Medina Porqueres. Ed. Paidotribo. 2008.
- Vademécum de kinesioterapia y de reeducación funcional. 4º edición. Yves Xhardez. Ed. El Ateneo. 2002.
- Friden J, Seger J, Sjostrom M, Ekblom B. Adaptative response in human skeletal muscle subjected to prolonged eccentric training. Int J sports Med 1983: 4(3): 177-83.
- Fyfe I, Stanisch WD. The use of eccentric training and streching in the treatment and prevention of tendón injuries. Clin sports Med 1992: 11(3): 601-24

Capítulo 170

EL CUIDADOR INFORMAL

CARIDAD VALERA MARTINEZ

LUIS CAMBRONERO LÓPEZ

LUCÍA DEL RAMO IBÁÑEZ

1 Introducción

Los avances en la ciencia y la medicina han tenido un fuerte impacto en los patrones demográficos de la población mundial, lo cual se refleja en el descenso de la natalidad, la disminución de la mortalidad en edades avanzadas y la elevada esperanza de vida (1).

Con este cambio de perfil demográfico se pone de manifiesto el progresivo envejecimiento de la población y la mayor supervivencia de las personas con enfermedades crónicas e incapacitantes que generan un aumento significativo en la cantidad de personas que necesitan ser cuidadas (2).

Esta nueva situación supone una alteración en la calidad de vida del afectado debido a los cambios que se producen a nivel físico, social y psicológico (3), generando incertidumbre, desgaste físico y dependencia, por lo que necesitan ayuda para lograr adaptarse a su nueva situación (4).

El elevado número de estas personas en situación de dependencia trae consigo la necesidad, cada vez mayor, de requerir de cuidadores que satisfagan sus necesidades y les brinden la atención que precisan, puesto que su discapacidad afecta a su autonomía (5).

El cuidado existe desde el comienzo de la vida. Desde que nacemos nos acostumbramos a ser cuidados y a que se preocupen por nosotros y hasta nuestra muerte necesitamos que lo sigan haciendo, por tanto podemos decir que el acto de cuidar es imprescindible para la vida (6).

La principal fuente de cuidados en estos casos es la familia, la cual es una de las instituciones sociales más antiguas y más fuerte que existe, pero dentro de ésta siempre hay una persona que es la que realmente se ocupa de esta labor, el cuidador principal (5). En España estas relaciones familiares juegan un papel muy importante, ya que son los miembros de la familia los que asumen este rol al encontrarse una persona con cierto nivel de dependencia (5, 7).

Dentro de este rol existe una clara feminización, aunque ello no significa que sea realizado en exclusividad por mujeres pero todavía el cuidado informal se sigue asociando al perfil de una mujer sin empleo, de menos nivel educativo, responsable de las tareas domesticas, familiar directo y quien convive con la persona que cuida (6).

En el momento que ocurre esto dentro de la esfera familiar se genera una nueva situación que puede crear importantes cambios tanto en las conductas de sus integrantes como en los nuevos roles que desempeñará cada uno (5). Estos cambios pueden afectar la estabilidad de la familia pero sobre todo a la sobrecarga física y emocional del cuidador principal, en los cuales se han evidenciado elevados niveles tanto de depresión y ansiedad como de estrés (8).

De esta manera, la persona que asume el papel de cuidador principal puede presentar alteraciones en diferentes dimensiones como son: físicas, sociales, económicas, emocionales y espirituales. Esto puede llegar a desencadenar sentimientos de tristeza, agotamiento e impotencia, entre otros (9).

Es por esto, que nos encontramos ante un nuevo paciente, el cual es invisible para la sociedad ya que no se le presta atención porque su labor no está reconocida. Es muy importante tener en cuenta que el cuidador familiar no tiene por qué tener formación en salud por lo que los cuidados que está realizando están basados en sus experiencias de la vida diaria (5).

La personalidad y capacidad de adaptación de cada uno lleva a que no todos los cuidadores afronten de igual forma esta nueva situación, a la cual se suma la percepción de apoyo de fuentes cercanas a él (1). Es una dimensión de carácter subjetivo pero que tiene mucho peso sobre el cuidador y se ha evidenciado la

disminución de los niveles de estrés al recibir apoyo social (4).

Uno de los instrumentos más utilizados para valorar la sobrecarga del cuidador es el test de Zarit, una herramienta válida, fiable, fácil de utilizar y de amplio uso internacional. Nos ayuda a medir la sobrecarga subjetiva, que son las respuestas emocionales que brotan del cuidador ante la experiencia de cuidar (2).

Es aquí donde comienza nuestra labor como enfermeros, ya que los cuidadores también necesitan nuestro apoyo para reducir esos niveles de estrés, nuestra ayuda para aprender a cuidarse y una formación básica sobre todo lo que tienen que saber acerca de su nueva situación y la de la persona que cuida (5, 10).

2 Objetivos

Objetivos principales
- Identificar la figura del cuidador informal del enfermo dependiente y sus necesidades, analizando las principales áreas de sobrecarga del mismo.
- Destacar la importancia del papel de la Enfermería en la detección y control de los factores de riesgo de los cuidadores informales.

Objetivos secundarios
- Conocer la situación del cuidador y las alteraciones que aparecen en su estado de salud al llevar a cabo esta labor.
- Recopilar los signos y síntomas físicos, psicológicos y sociales asociados al síndrome del cuidador.
- Describir las causas que pueden influir en la calidad de vida del cuidador informal.
- Señalar la importancia del diagnostico Cansancio del rol del cuidador y su detección de manera temprana.
- Enumerar recomendaciones generales destinadas a cuidadores informales para disminuir el estrés que puede ocasionar esta tarea.

3 Metodología

Para este trabajo se ha efectuado una búsqueda bibliográfica de las últimas publicaciones relacionadas sobre el tema elegido, utilizándose artículos tanto en ingles como en castellano.

Dicha búsqueda se realizó en las bases de datos: Scielo, Dialnet, Google Scholar, Lilacs, Scopus, Cuiden, Psicodoc, El Sevier, PubmMed, utilizando como palabras clave y términos MeSH (Medical Subject Heading): cuidador informal, informal caregivers, autocuidado, self-care, estrés, stress, apoyo social, social support, sobrecarga, burden, personas dependientes, dependent people, calidad de vida, quality of life, Síndrome de Burnout y Burnout Syndrome.

Así mismo utilizamos el operador booleano "AND", realizando distintas combinaciones de palabras clave con el término cuidador informal (ejemplo.: cuidador informal AND apoyo social).

4 Resultados

Como ya hemos dicho, las enfermedades crónicas y el envejecimiento progresivo están generando una situación de dependencia en la población.

Con base en la Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD) se recoge que 3.847.854 personas en España presentan discapacidad o limitaciones, es decir, un 8,5% de la población. De ellas 2.148.548, es decir un 55,8% son dependientes, predominando con un 65'2% el sexo femenino, frente a un 34,8% del sexo masculino (11).

El Consejo de Europa define en 1998 la dependencia como:
"La necesidad de ayuda o asistencia importante para las actividades de la vida cotidiana" o, dicho de otra manera, como "un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo articular, los referentes al cuidado personal" (12).

Es por esto que las personas con dependencia total o parcial necesitan ser cuidadas. De aquí que surja la importancia del cuidado de carácter informal debido al escaso protagonismo del cuidado formal en la personas en situación de dependencia (13).

El cuidador informal se puede definir como aquella persona que proporciona la mayor parte de la asistencia y apoyo diario al enfermo, siendo por lo general una persona de su familia la que se ocupa de esta tarea, permitiéndole vivir en su entorno de manera confortable y segura. No cuenta con una formación y entrenamiento sobre cómo ejercer los cuidados que el paciente necesita para el

mantenimiento de su salud y no es remunerado económicamente por su labor (14).

Dentro de los cuidados informales que se prestan en una familia la carga no se reparte por igual entre todos y es aquí donde aparece el cuidador principal (15).

Este cuidador principal es considerado un enfermo silente al acumular altos niveles de estrés generados por la exigencia de los cuidados. Esta nueva tarea impuesta de manera permanente y sin el apoyo necesario le llevará a la aparición de problemas en las relaciones familiares, fuertes reacciones emocionales, problemas de salud (13, 15), disminución del tiempo libre y poco a poco se convertirá en una nueva persona llena de preocupaciones, cansancio, soledad, depresión, tristeza, ansiedad, sentimientos de irritabilidad, impotencia y frustración (15, 16).

Pero estos cuidados no solo se han convertido en un reto llevado a cabo por la familia, sino que también se trata de un asunto de género. La mujer a lo largo de la historia ha sido quien se ha ocupado de todo lo relacionado con el hogar y como consecuencia también se le ha impuesto el cuidado de la salud de su familia, asumiendo multiplicidad de roles (6).

Gracias a la incorporación de la mujer al mundo laboral y al gran abanico de oportunidades del que hoy en día disponemos esta visión está cambiando y cada vez son más hombres los que asumen este papel, existiendo todavía una gran feminización en el cuidado (17).

La OMS define la calidad de vida como:
"La percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistemas de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses integrando de una manera compleja la salud física de las personas y su propia percepción de su estado psicológico, su autonomía, sus relaciones sociales, sus creencias personales y su relación con los eventos del ambiente (10, 12).

Al principio éste solo llevaba implícito una connotación objetiva (indicadores sociales o epidemiológicos) pero conforme se fue desarrollando se comenzó a difundir un gran interés por el bienestar humano y los propios autores se dieron cuenta de que existía una variable subjetiva (percepción sobre la salud del propio individuo) que tenía mucho peso a la hora de encontrar una definición lo más ajustada posible (10, 12).

Así mismo dos personas que de manera objetiva tienen el mismo estado de salud

pueden tener diferente percepción personal sobre ella.

Adicionalmente a estas aportaciones, Ferrell et se refieren a la calidad de vida como un concepto multidimensional que abarca percepciones subjetivas tanto de aspectos positivos como negativos que caracterizan la vida. Proponen cuatro áreas: física, psicológica, social y espiritual (10).

Bienestar físico
Hace referencia a la salud física en general y los síntomas que se presentan. Como pueden ser la fatiga, las alteraciones del sueño, la habilidad funcional, las nauseas, el estreñimiento, las alteraciones en el apetito (12), deterioro de la función inmune, cefalea, dolores de espalda y articulares, entre otros (10).
Estos síntomas a la larga se asocian al síndrome de Burnout, del cual hablaremos más adelante (10).

Bienestar psicológico
Esta es una de las dimensiones más documentadas debido a la gran influencia que tiene sobre el bienestar de los cuidadores.
Esta área es muy subjetiva puesto que frente a esta situación cada uno ofrece respuestas individuales, ya que cada persona presenta una capacidad de afrontamiento diferente (10).

La carga laboral, los intereses personales del enfermo y las altas demandas de cuidados llevan al cuidador a padecer alteraciones como baja autoestima, depresión, ansiedad (10), tristeza desesperanza, insatisfacción, soledad y angustia (10, 14). La falta de concentración o el no recordar cosas también es muy común en estos cuidadores puesto que son muchas las tareas de las cuales tienen que estar pendiente a lo largo del día (10).

Bienestar social
Esta dimensión puede verse alterada por el hecho de que los cuidadores dedican muchas horas a cuidar de su familiar dependiente para brindar unos cuidados de calidad y por ello dejan de salir con amigos o de hacer todo aquello que les gusta, ya que esta tarea les ocupa casi todo su tiempo (1, 10).

Por otra parte, la familia representa mucha importancia para el cuidador pero por desgracia experimenta fuertes repercusiones en su dinámica interna (10). Se posponen planes de futuro, se generan discusiones, conflictos entre parejas y problemas de comunicación, entre otros (4, 10).

Bienestar espiritual
Para muchas personas el valor espiritual constituye el respaldo a situaciones difíciles pero no es fácil intervenir en esta dimensión del cuidador, puesto que no todos tienen las mismas creencias y valores (12).

Como vamos observando, el "trabajo" de cuidar a una persona en situación de dependencia supone una serie de transformaciones en la vida del cuidador: cambios a nivel personal, familiar, laboral y social, y lo más importante de todo, repercusiones negativas en su salud física y psicológica (14, 16).

El cuidado de estas personas requiere mucho tiempo y dedicación y es frecuente que el cuidador principal perciba que no tiene tiempo para su ocio, incluso muchas veces no dedica ese tiempo a si mismo porque le invaden sentimientos de culpa el pensar que está abandonando su responsabilidad de cuidar (16).

Poco a poco, todos estos factores van haciendo que el cuidador se sienta "desbordado", cansado y al límite de sus fuerzas, surgiendo así una sobrecarga en el cuidador que debe ser tratada en el menor tiempo posible (17, 18).

La continúa percepción de sentimientos y emociones negativas le llevan a sufrir un gran desgaste, el cual terminará por desembocar, por lo general, en lo que conocemos como Burnout o síndrome del cuidador (19).

A día de hoy la definición más aceptada de Burnout por la comunidad científica es la de Maslach y Jackson (1981), que lo describen como signos y síntomas de agotamiento y cinismo en personas que trabajan con seres humanos. Una de sus características es que aumenta los sentimientos de agotamiento emocional. Estos contemplaron este síndrome como una respuesta inadecuada al estrés crónico, caracterizado por tres dimensiones: cansancio o agotamiento emocional, despersonalización o deshumanización y la disminución de la realización personal (18, 19).

Existen estudios donde se reúnen una serie de factores desencadenantes del proceso de Burnout comunes a todos los familiares cuidadores de personas en situación de dependencia: percepción de las necesidades crecientes del enfermo; excesiva inversión de tiempo, atención y cuidados; desatención de la propia familia (18); falta de libertad; privaciones y sacrificios personales; sentimientos de culpa (14); conflictos familiares por la falta de apoyo y reparto de tareas; sentimientos negativos hacia el familiar enfermo; aislamiento; y falta de retribución económica y de apoyos sociales (19).

Es por esto que el cuidador principal debe ser también objeto de atención y cuidado y así es como lo revelan números estudios e investigaciones centrados en el análisis del impacto que genera el cuidado de personas dependientes (15).

La escala más utilizada para medir la sobrecarga del cuidador es la de Zarit (20), mostrando los efectos emocionales adversos que manifiesta el cuidador frente a la rutina diaria de cuidar a una persona (21).

La escala de Zarit consta de 22 preguntas, para las cuales el cuidador tiene que indicar la frecuencia con la que se siente así, con 5 opciones de respuesta posibles: nunca=0, rara vez=1, algunas veces=2, muchas veces=3, casi siempre=4 (2, 21). La puntuación < 46 es No sobrecarga, 46-47 a 55-56 Sobrecarga leve y >56 Sobrecarga intensa (2).

El test de Zarit, en numerosos estudios, ha demostrado ser un fiel indicador del diagnóstico "Cansancio del rol del cuidador" (3).

El hecho de cuidar de una persona, además de generar problemas físicos y sociales, también lleva asociados problemas emocionales (22).

Una exposición continua a altos niveles de estrés debido a las prestaciones de cuidado lleva a la aparición en los cuidadores informales de síntomas depresivos (23), ansiedad y falta de control de la ira (7), pudiendo provocar un efecto clínico en el desarrollo o evolución de una enfermedad (23). Estos síntomas pueden ser solo la punta del iceberg, por lo que es muy importante identificarlos (24).

Otro factor importante que contribuye a desarrollar este problema es la dependencia absoluta que puede darse por parte de la persona que recibe los cuidados hacia su cuidador, en la que necesita la presencia del mismo en todos los aspectos, no solo a nivel asistencial, sino también a nivel emocional y psicológico de una forma desproporcionada, llevándolo a sufrir mayores niveles de estrés y sobrecarga (20).

Las estrategias de afrontamiento adoptadas por el cuidador juegan un papel fundamental en las consecuencias para la salud (7) pero cada uno afronta la situación de cuidado de una manera, dependiendo de sus recursos y vulnerabilidades (25). La capacidad adaptativa de cada uno a situaciones estresantes determinará el surgimiento o no, tanto de trastornos psicológicos y hábitos no saludables como de enfermedades y aumento de la mortalidad (23).

El afrontamiento fallido o la evitación a estas situaciones de estrés generan emo-

ciones negativas en el cuidador informal (21), lo que da lugar, en muchos casos, a la aparición de síntomas de depresión y ansiedad, entre otros (25, 26).

Las emociones han sido un tema muy estudiado desde hace muchos años ya que causan mucho impacto sobre el bienestar psicológico de los individuos (23). Así, aquellos quienes presentan mayor capacidad para regular sus emociones, sostienen relaciones positivas, presentan menos conductas sociales desviadas y son menos propensos a desarrollar trastornos psicológicos. Por ello las emociones positivas y negativas cobran mucha importancia en el proceso salud-enfermedad (7, 23).

La depresión, como resultado de acumular emociones negativas, es clasificada como un trastorno del estado de ánimo caracterizado por: la pérdida del interés y disfrute de la vida, la falta de vitalidad y la expresión de un sentimiento de cansancio (23, 24).

Ante la evidencia del elevado número de cuidadores informales con depresión y los altos niveles que presentan son necesarias intervenciones que les ayuden a desenvolverse de manera adecuada en aquellas situaciones que les generan estrés (22), ya que la aparición de la depresión será más probable cuando el cuidador informal manifieste déficits en habilidades para resolver los problemas cotidianos (9).

Es por esto que se ha puesto en marcha un método que parece ser adecuado para reducir tanto la sintomatología depresiva y prevenir futuros episodios depresivos como para aumentar el bienestar emocional, este se conoce como técnica de resolución de problemas (TRP).

La TRP es un recurso que permite a los cuidadores aprender a identificar, aceptar y responder a los problemas que le surgen durante el cuidado de la persona dependiente, buscando así soluciones que sean efectivas. Muchas veces pueden ser problemas fáciles de resolver pero el bloqueo emocional de los cuidadores les lleva a hacer de un grano de arena, una montaña, y esto les impide resolver las adversidades que se encuentran en su día a día, acumulándose y dando lugar al estado depresivo del que hemos hablado. Nos encontramos ante una situación en la que el papel de la enfermería cobra mucha importancia, ya que la formación de estas personas en la resolución de problemas debe ser una competencia integrada en el trabajo diario de la enfermera de atención primaria (24).

Al igual que el afrontamiento, del que hablábamos anteriormente, existe otro

mediador entre la respuesta al estrés y la salud del cuidador, nos referimos al apoyo social (7).

El apoyo social es el elemento más importante para el cuidador. La percepción sobre la posibilidad de contar con ayuda, tanto para realizar actividades de la vida diaria, como para resolver situaciones de emergencia es esencial para su bienestar, esto supone una ayuda para que el cuidador afronte mejor la experiencia de cuidar a su familiar (4). Numerosos estudios apoyan la idea de que las personas que cuentan con buenas redes sociales se adaptan mejor a su situación (1, 4).

Es muy importante que los cuidadores sientan este apoyo, pero también es esencial para su salud que dispongan de tiempo libre y que realicen actividades con las cuales disfrutan, como hacer deporte, ir de compras o, simplemente, ver una película, disminuyendo así el estrés y la tensión acumulada (4).

Además del apoyo a cuidadores del que hemos hablado anteriormente se están realizando numerosos estudios sobre un nuevo soporte social que está teniendo muy buena acogida entre los cuidadores y favoreciendo positivamente su adaptación a su nuevo rol, se trata de las Tecnologías de Información y las Comunicaciones (TIC's) (27).

La gran ventaja de las TIC's es que se usan como alternativa a cualquier otro soporte social para eliminar la barrera de la presencialidad (5), es decir, recibir ayuda a través de cualquiera de los medios que hemos citado de una forma muy cómoda y eficaz (10, 26).

Las intervenciones telefónicas de soporte social entre los enfermeros y los cuidadores han evidenciado resultados positivos en el cuidador, potencializando su vitalidad, su salud mental y las habilidades en la resolución de problemas, y disminuyendo también el negativismo, la falta de autoestima y la depresión (26, 27), ya que en una simple llamada permite a los enfermeros dar información, educación y ayuda psicológica (27).

También a través de internet, la radio y la televisión estos cuidadores pueden ver programas, escuchar entrevistas y buscar grupos de ayuda, entre otras cosas (27). De esta forma tan sencilla logramos un mayor bienestar en el cuidador, que establezcan vínculos con otras personas, auto-aprendizaje para adquirir destrezas y utilizar nueva información (26, 27).

5 Discusión-Conclusión

El incremento de las personas en situación de dependencia por el aumento de enfermedades crónicas y de población anciana trae consigo la aparición de un elevado número de cuidadores informales (2). La gran mayoría de los cuidados a estas personas los desarrollan los propios familiares, quienes tienen escasa preparación y cuya motivación principal se centra en el afecto (28, 29). Con frecuencia son las mujeres quienes suministran los cuidados y están más implicadas en las tareas de acompañamiento, no obstante, también son numerosos hombres los que llevan a cabo esta labor (1).

El cuidado de una persona dependiente exige mucho tiempo por lo que los cuidadores pueden ver en riesgo tanto su salud física y mental como su bienestar psicológico. Como consecuencia de la alta exigencia que conlleva cuidar a una persona dependiente (3) puede ponerse en compromiso su calidad de vida (8).

Asumir este papel puede llevar al cuidador a verse sometido a una gran sobrecarga y con ello aparecer el síndrome de Burnout (19). Esto es debido a las grandes transformaciones a nivel personal, como la dificultad para mantener relaciones sociales, escasa intimidad, falta de apoyo por parte de familiares y amigos, y por supuesto, la excesiva inversión de tiempo en la persona dependiente, entre otras (17, 18).

Esta sobrecarga mantenida lleva a la aparición de estrés y depresión, por lo que es importante su diagnostico precoz antes de que el cuidador se encuentre ante una situación insostenible (7). El apoyo social y la capacidad de afrontamiento individual son considerados estilos adaptativos (27) y contribuyen a prevenir complicaciones y a disminuir la sobrecarga, estrés y depresión (30).

El papel que desempeña el profesional de enfermería sobre el cuidador familiar es muy importante. Se inicia con el diagnostico del Cansancio del Rol de Cuidador a partir del cual se marcarán una serie de objetivos e intervenciones para mejorar la calidad de vida del cuidador (12). La educación para la salud a través de información específica, enseñanza de técnicas y habilidades necesarias y la promoción del autocuidado resultan imprescindibles para la resolución de este problema (5, 28).

Es importante que los cuidadores, no solo aprendan a cuidar a las personas que tienen a su cargo, sino que, también aprendan a cuidarse ellos mismos.

6 Bibliografía

1. Vega OM. Percepción del apoyo social funcional en cuidadores familiares de enfermos crónicos. Aquichan. 2011; 11(3): 274-286.
2. Corbalán MG, Hernández O, Carré M et al. Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores de pacientes incluidos en el programa de atención domiciliaria. Gerokomos. 2013; 24(3): 120-123.
3. Martos A, Cardila F, Barragán AB et al. Instrumentos para la evaluación de la sobrecarga del cuidador familiar. EJIHPE. 2015; 5(2): 281-292.
4. Herrera A, Flórez IE, Romero E, Montalvo A. Soporte social a cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica en Cartagena. Aquichan. 2012; 12(3): 286-297.
5. Guerra MD, Zambrano EM. Relación entre los problemas de salud de los mayores dependientes y la formación de los cuidadores informales. Enfermería Global [revista en Internet] 2013 [acceso 26 de enero de 2016]; 12(4): [211-221]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412013000400012&script=sci_arttext
6. Vaquiro S, Stiepovich J. Cuidado informal, un reto asumido por la mujer. Ciencia y Enfermería [revista en Internet] 2010 [acceso 19 de enero de 2016]; 16(2): [9-16]. Disponible en: http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v16n2/art_02.pdf
7. Ruiz-Robledillo N, Moya-Albiol L. El cuidado informal: una visión actual. Revista de motivación y emoción [revista en Internet] 2012 [acceso 2 febrero de 2016]; 1: [22-30]. Disponible en: http://reme.uji.es/reme/3-albiol_pp_22-30.pdf
8. López MJ, Orueta R, Gómez S et al. El rol de cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su calidad de vida y su salud. Rev Clin Med Fam [revista en Internet] 2009 [acceso 22 de diciembre de 2015]; 2(7): [332-339]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1699-695X2009000200004&script=sci_arttext&tlng=en
9. Gómez Y, Villareal G, Baldovino KP, Marid IP, Ordoñez LI. Habilidad del cuidador familiar y su relación con el tiempo de cuidado al adulto mayor con enfermedad crónica, Sincelejo, Colombia. REVISALUD Unisucre [revista en Internet] 2013 [acceso 2 febrero de 2016]; 1(1): [11-21]. Disponible en: http://revistas.unisucre.edu.co/index.php/revisalud/article/viewFile/72/7
10. Vargas-Escobar LM. Aporte de enfermería a la calidad de vida del cuidador familiar del paciente con Alzheimer. Aquichan. 2012; 12(1): 62-76.
11. Esparza C. Discapacidad y dependencia en España. Con base en la Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD), 2008. Informes Portal Mayores [revista en Internet] 2011 [acceso 8 marzo

de 2016]; (108): [1-20]. Disponible en: http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/pm-discapacidad-01.pdf
12. Marcela D, Castaño HM, Gómez LA, Guevara NM. Calidad de vida de los cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas con parcial dependencia. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo [revista en Internet] 2011 [acceso 22 de diciembre de 2015]; 13(1): [27-46]. Disponible en: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=145221282007
13. Pinzón ML, Aponte LH, Galvis CR. Perfil de los cuidadores informales de personas con enfermedades crónicas y calidad de vida, Villavicencio, Meta, 2011. Orinoquia [revista en Internet] 2012 [acceso 3 de febrero de 2016]; 16(2): [107-117]. Disponible: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=89626049008
14. Velázquez Y, Espín AM. Repercusión psicosocial y carga en el cuidador informal de personas con insuficiencia renal crónica terminal. Revista Cubana de Salud Publica [revista en Internet] 2014 [acceso 26 de enero de 2016]; 40(1): [3-17]. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662014000100002&lng=pt
15. Martínez FE. Recuperación de la salud del cuidador principal, en proyecto sociocultural "Quisicuaba". Enfermería Global [revista en Internet] 2012 [acceso 28 de diciembre de 2015]; 11(1): [92-103]. Disponible en: http://revistas.um.es/eglobal/article/view/143101/128401
16. Rodríguez LM. Evolución de la incidencia y preferencia de recursos por parte de los usuarios Dependientes desde 2007 hasta 2013. Comunitaria: Revista internacional de trabajo social y ciencias sociales [revista en Internet] 2014 [acceso el 19 de febrero de 2015]; (7): [119-146]. Disponible en: http://www.comunitania.com/numeros/numero-7/numero-7-Comunitania-Revista-Internacional-Trabajo-Social-Ciencias-Sociales.pdf
17. Kim H, Chang M, Rose K, Kim S. Predictors of caregiver burden in caregivers of individuals with dementia. Journal of Advanced Nursing [revista en Internet] 2012 [acceso 24 de marzo de 2016]; 68(4): [846-855]. Disponible en: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2011.05787.x/abstract?userIsAuthenticated=false&deniedAccessCustomisedMessage=
18. Cerquera AM, Granados FJ, Buitrago AM. Sobrecarga en cuidadores de pacientes con demencia tipo Alzheimer. Psychol. Av. Discip. 2012; 6(1): 35-45.
19. De Valle MJ, Hernández IE, Zúñiga ML, Martínez P. Sobrecarga y Burnout en cuidadores informales del adulto mayor. Enfermería Universitaria [revista en Internet] 2015 [acceso 24 de enero de 2016]; 12(1): [19-27]. Disponible en: http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-universitaria-400-linkresolver-sobrecarga-burnout-cuidadores-informales-del-90397763

20. Flores E, Rivas E, Seguel F. Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. Ciencia y enfermería [revista en Internet] 2012 [acceso 22 de diciembre de 2015]; 18(1): [29-41]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532012000100004&script=sci_arttext
21. Fernández P, Martínez S, Ortiz N et al. Autopercepción del estado de salud en familiares cuidadores y su relación con el nivel de sobrecarga. Psicothema. 2011; 23(3): 388-393.
22. Moreno JA, Arango JC, Rogers H. Depresión y su relación con la calidad de vida en un grupo de cuidadores de personas con demencia. Rev. psicol. univ. Antioquia [revista en Internet] 2010 [acceso 6 de marzo de 2016]; 2(2): [33-45]. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S2145-48922010000200004&script=sci_arttext
23. Tartaglini MF, Stefani D. Trastornos psicofisiológicos en adultos mayores cuidadores familiares de enfermos crónicos. Boletín de psicología. 2012; (106): 65-79.
24. Vázquez FL, Otero P, López M, Blanco V, Torres A. Un programa breve basado en la solución de problemas para la prevención de la depresión en cuidadores informales de pacientes con demencia: un estudio piloto. Clínica y salud. 2010; 21(1): 59-76.
25. Lee H, Singh J. Appraisals, burnout and outcomes in informal caregiving. Asian Nursing Research [revista en Internet] 2010 [acceso 17 de marzo de 2016]; 4(1): [32-44]. Disponible en: http://www.asian-nursingresearch.com/article/S1976-1317(10)60004-7/abstract
26. Karsh BT, Weinger MB, Abbott PA, Wears RL. Health information technology: fallacies and sober realities. JAMIA [revista en Internet] 2010 [acceso 7 de marzo de 2016]; 17(6): [617-623]. Disponible en: https://jamia.oxfordjournals.org/content/17/6/617
27. Barrera L, Carrillo GM, Chaparro L, Afanador NP, Sánchez B. Soporte social con el uso de TIC's para cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica. Rev. salud pública. 2011; 13(3): 446-457.
28. Álvarez B, Quintano A, Rabadán P. Validación de las características definitorias del diagnostico cansancio en el desempeño del rol de cuidador en atención primaria. Nure investigation [revista en Internet] 2012 [acceso 26 de enero de 2016]; (56): [1-8]. Disponible en: http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/562/551
29. Sánchez RT, Molina EM, Gómez-Ortega OR. Intervenciones de enfermería para disminuir la sobrecarga en cuidadores: un estudio piloto. Revista

CUIDARTE. 2016; 7(1): 1171-1184.
30. Lopez-Hartmann M, Wens J, Verhoeven V, Remmen R. The effect of caregiver support interventions for informal caregivers of community-dwelling frail elderly: a systematic review. IJIC [revista en Internet] 2012 [acceso 19 enero de 2016]; 12(5): [1-16]. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3617780/

Capítulo 171

DIETAS SIN GLUTEN: FUNDAMENTOS Y CONTROVERSIA.

ALEJANDRO ÁLVAREZ ÁLVAREZ

VERÓNICA OMAR MARTÍNEZ

1 Introducción

La dieta sin gluten está indicada como tratamiento para los trastornos relacionados con la absorción de gluten, los cuales son:
- Enfermedad celíaca
- Alergia al trigo
- Sensibilidad no celíaca al gluten (non-celiac gluten sensitivity o NCGS).

En la sociedad actual existen varios problemas alrededor de las dietas sin gluten:
- Concepciones erróneas de la población, provocadas por información de baja calidad científica y fácilmente manipulable por las industrias alimenticias y las personas más influyentes, han resultado en un mal uso de las dietas sin gluten, vendidas bajo temáticas altamente tentativas (pero falsas) como la disminución del peso corporal.
- Es notoria la falta de adherencia a la dieta sin gluten por parte de muchos pacientes debido al elevado precio de la misma, además de la falta de educación sanitaria adecuada al respecto.

2 Objetivos

Objetivo general:

Conocer los problemas asociados a las dietas sin gluten en la sociedad actual.

Objetivos específicos:
- Explicar las indicaciones clínicas de una dieta sin gluten.
- Mostrar los problemas relacionados con las dietas sin gluten.

3 Metodología

El siguiente trabajo se trata de una revisión bibliográfica realizada entre enero y marzo de 2018 en las siguientes fuentes de datos secundarias: Pubmed, SciELO, Cochrane.

Los tesauros utilizados en la búsqueda fueron: "gluten-free diet", "celiac disease", "gluten sensitivity", "wheat allergy", "adherence", "knowledge".

Como criterios de exclusión de los artículos buscados se fijaron:
- Idioma inglés o español.
- Antigüedad no superior a 5 años.

4 Resultados

Indicaciones de una dieta sin gluten:

Una dieta sin gluten es aquella que excluye el gluten, una proteína localizada principalmente en el trigo, la cebada, el centeno y la avena.
La dieta sin gluten está indicada para el control de los signos y síntomas de las siguientes enfermedades:
1. Enfermedad celíaca:
- Concepto: trastorno digestivo de naturaleza autoinmune inducido por la ingesta de gluten (un conjunto de proteínas contenidas en la harina de diversos cereales, principalmente trigo), que afecta a individuos genéticamente predispuestos.
- Epidemiología: es una enfermedad frecuente, presente en el 2% de la población mundial, repartida de forma no homogénea (hay 6 millones de celíacos entre Europa y Estados Unidos).
- Diagnóstico: los hallazgos de una biopsia duodenal suponen el pilar del diagnóstico de la enfermedad celíaca.
- Sintomatología: consta de síntomas muy diversos, acompañados por diferentes procesos patológicos.

- Tratamiento: se basa en un dieta sin gluten de por vida. En la actualidad han surgido nuevos posibles tratamientos farmacológicos (degradación enzimática, bloqueante de TGt-2, inhibidores de TH-1, etc), pero aún se encuentra en fase experimental.

2. Alergia al trigo:

- Concepto: hiperreacción del sistema inmune ante el trigo o productos que lo contengan, generalmente producida en personas genéticamente predispuestas.
- Epidemiología: la prevalencia se establece en torno al 1% de la población mundial (varía del 0,4% al 4%).
- Diagnóstico: prick-test, determinación de IgE en sangre o prueba oral.
-Sintomatología: desde "rash" cutáneo, náuseas, vómitos, diarreas y/o rinitis hasta posible asma y, en casos muy graves, anafilaxia.
-Tratamiento: dieta sin trigo (lo que supondría a su vez una dieta libre de gluten) y epinefrina en casos de hiperreacción grave.

3. Sensibilidad no celíaca al gluten (NCGS):

- Concepto: enfermedad de aparición reciente y controvertida existencia, que se cree es de naturaleza autoinmune, en la cual se presenta la sintomatología propia de la enfermedad celíaca, pero no se trata de tal, ya que tanto la determinación de IgE en sangre como las endoscopias dan resultados negativos.
- Epidemiología: prevalencia del 0,6% al 6%. Además, parece presentarse en el 30% de los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal.
- Diagnóstico: no existe ninguna prueba que determine la presencia de esta enfermedad, por lo que hay gran controversia sobre su existencia.
- Sintomatología: similar a la enfermedad celiaca (dolor abdominal, gases, diarrea, letargia y fatiga)
- Tratamiento: la sintomatología desaparece al retirar el gluten de la dieta (5).

Beneficios de la dieta sin gluten en estos pacientes:

- Según el estudio de Casellas F et al (6) realizado en diferentes hospitales de España, la dieta sin gluten supone un aumento de la calidad de vida relacionada con la salud (HRQOL) de los pacientes celíacos, y los que refirieron cifras de HRQOL más bajas coincidían con los que no mostraban una buena adherencia a la dieta sin gluten. El nivel de calidad de vida de estos pacientes fue medido mediante la escala CD-QOL (Celiac Disease Quality Of Life).

Problemas asociados a las dietas sin gluten:

Supuestos beneficios de una dieta sin gluten en población sana.

Entre la población general existe una mitificación de la dieta sin gluten, a la cual

se le atribuyen supuestos beneficios para la salud como adelgazamiento y aumento de la energía. Varias figuras públicas se han adherido a esta creencia recientemente, lo cual ha producido un movimiento social a nivel mundial, tal y como describen Catassi C et al (7):

- En 2014, se realizó una encuesta en Estados Unidos en la que el 63% de los participantes expresaron que creían que evitar el pan y otros productos con gluten mejoraría su salud.
- En 2015, otra encuesta mostró que el 21% de los americanos afirmaron haber intentado incluir productos sin gluten en su dieta.
- A fecha de 2016, el 3,7% de la población de México se ha adherido de forma voluntaria a dietas sin gluten.

Conocedores de este movimiento, la industria alimenticia ha reforzado este desconocimiento con campañas publicitarias y actos promocionales como las "Gluten-Free Expo" explicadas por Cross C., donde se venden dietas sin gluten basándose en sus supuestos beneficios para la población sana, llegando a convencerla de que un mismo alimento es más sano si no contiene gluten que si lo contuviera.
En la actualidad no existen estudios clínicos que demuestren estos beneficios, ya que la mayoría de las líneas de investigación sobre la eficacia de las dietas sin gluten se centran en las personas con enfermedades indicativas de las mismas, no población sana.

A pesar de ello, el análisis de los alimentos frecuentes en estas dietas muestra que el consumo excesivo y sin indicación de estas puede desembocar en efectos no deseados. Los productos sin gluten suelen contener bajas cantidades de fibra y vitaminas del grupo B, por lo que las personas que se adhieran a estas dietas deben aportar suplementos dietéticos para evitar un déficit nutricional. A su vez, varios alimentos sin gluten como el arroz, la tapioca y la patata tienen índices glucémicos más altos que el trigo, además de más carbohidratos y calorías, por lo que su consumo requiere moderación.

Problemas de accesibilidad a las dietas sin gluten:
La diferencia de precios entre productos con gluten y productos con gluten es francamente notable, y esto supone un grave impedimento para la población con procesos indicativos de las mismas para llevar a cabo un cumplimiento estricto de la dieta sin gluten. Al igual que ni el número de personas afectadas, ni el nivel de desarrollo de los diferentes países está repartido de manera homogénea por el mundo, el manejo de esta situación cursa de forma distinta dependiendo del

país.

Según Pinto-Sánchez MI et al, en Canadá se lleva a cabo un sistema de devolución de dinero a aquellos compradores celíacos cuya enfermedad esté correctamente certificada. Aún así, el sistema no es eficaz, y varias asociaciones están promoviendo la búsqueda urgente de nuevas soluciones.

En Chile, según Cecilia Castillo L. et al, hay una diferencia destacable entre la compra del mes con gluten o sin gluten. En junio de 2007, un estudio reveló que el precio de tal compra resultaba ser de $30,251 y $57,250 respectivamente, lo cual supone que los pacientes chilenos celíacos sufren un aumento de gastos económicos mensuales del 89% en alimentación.

Baja adherencia a las dietas sin gluten en los casos indicados:
Debido a la deficitaria educación sanitaria de la población general, muchos pacientes refieren guiarse por el "sentido común" a la hora de diferenciar los productos que contienen gluten de los que no, lo cual inevitablemente suele llevar a errores que resultan dañinos para aquellas personas con intolerancia al gluten.

En 2017, Silvester J et al realizaron un estudio consistente en un cuestionario a 82 personas con enfermedad celíaca y una media de 6 años de cumplimiento de dieta sin gluten. El cuestionario consistía en identificar el contenido de gluten de 17 alimentos distintos. Los resultados fueron:
- Ningún participante identificó de forma correcta el contenido de gluten de los 17 alimentos.
- Sólo el 30% identificó 14 alimentos de forma correcta.
- La mayoría de los participantes (85-92%) se guiaban por libros de cocina, grupos de apoyo e información impresa de revistas habitualmente.

5 Discusión-Conclusión

• Las indicaciones de una dieta sin gluten son: enfermedad celíaca, alergia al trigo y sensibilidad no celíaca al gluten (NCGS).
• La dieta sin gluten se encuentra mitificada entre la población general, generando un uso injustificado de la misma.
• Existen barreras económicas a la hora de seguir una dieta sin gluten en los pacientes que la precisan.
• Es necesaria un educación sanitaria de calidad para aumentar la adherencia al tratamiento sin gluten en pacientes con indicación de ello.

• Es necesaria una mayor investigación sobre los efectos de las dietas sin gluten sobre la población sana.

6 Bibliografía

1. Rodríguez Sáez L. Enfermedad celiaca. Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud. 2010; 34 (2).
2. Parisi C. Enfermedad celíaca, sensibilidad al gluten y alergia al trigo, ¿cuál es la diferencia?. En: 38º Congreso Argentino de Pediatría. Córdoba (Argentina); Sociedad Argentina de Pediatría; 2017.
3. American College of Allergy, Asthma & Immunology. Wisconsin: American Academy of Allergy, Asthma & Immunology. 2014. Wheat allergy.
4. Cruchet S, Lucero Y, Cornejo V. Truths, Myths and Needs of Special Diets: Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, Autism, Non-Celiac Gluten Sensitivity, and Vegetarianism. Ann Nutr Metab. 2016; 68(1): 43-50.
5. American Academy of Asthma, Allergy & Immunology. Celiac disease, non-celiac gluten sensitivity, and food allergy: how are they different?. AAAAI. 2018.
6. Casellas F, Rodrigo L, Lucendo A, Fernández-Bañares F, Molina-Infante J, Vivas S et al. Benefit on health-related quality of life of adherence to gluten-free diet in adult patients with celiac disease. Rev Esp Enferm Dig. 2015; 107(4): 192-201.
7. Catassi C, Fasano A. Tempters and Gluten-Free Diet. Nutrients. 2016; 8(12): 786.
8. Cross C. Gluten-free industry is healthy, but is the food?. CMAJ. 2013; 185 (13).
9. Pinto-Sanchez MI, Verdú E, Gordillo M, Bai J, Birch S, Moayyedi P et al. Tax-deductible provisions for gluten-free diet in Canada compared with systems for gluten-free diet coverage available in various countries. Can J Gastroenterol Hepatol. 2015; 29(2): 104-110.
10. Cecilia Castillo L, Cecilia Rivas C. Costo de una canasta básica de alimentos para celíacos en Chile. Rev Méd Chile. 2008; 136: 613-619.
11. Silvester J, Weiten D, Graff L, Walker J, Duerkesen D. Is it gluten-free? Relationship between self-reported gluten-free diet adherence and knowledge of gluten content of foods. Nutrition. 2016; 32(7-8): 777-783.

Capítulo 172

CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO SOBRE LA VÍCTIMA Y SUS HIJOS.

ALEJANDRO ÁLVAREZ ÁLVAREZ

1 Introducción

La violencia contra la mujer o violencia de género (VG) es uno de los problemas de salud pública actuales más graves por ser una violación directa de los derechos humanos de las mujeres, y por su complejidad para ser abordado.

Según datos de la OMS, en 2017 aproximadamente 1 de cada 3 mujeres en el mundo sufrió violencia física y/o sexual en algún momento de su vida, y el 30% de las mujeres que han tenido una relación de pareja refirió haber sufrido violencia física o sexual por parte de ella.
Las consecuencias a las que se enfrentan las mujeres que sufren VG son múltiples. Abarcan desde la esfera física a la mental, incluyendo problemas de salud sexual. Estas consecuencias son diferentes en cada mujer debido a la diversidad de este tipo de situaciones, e incluso pueden afectar a otros miembros del núcleo familiar como los hijos.

Según un estudio publicado por la Fundación Casanova en el año 2015, la mujer víctima de VG hace un mayor uso de servicios, hospitalización y consumo de medicamentos y supone casi el doble de costos en atención sanitaria que aquellas que no son víctimas. Es por ello interesante para las enfermeras conocer los síntomas y signos que pueden indicar que están ante una situación de VG.

Por otro lado, estas mujeres sufren un 60% más de enfermedades de carácter físico. El sometimiento continuo a una violencia física y/o psicológica puede suponer la aparición no sólo de lesiones traumáticas como hematomas, desgarros, fracturas, abrasiones, etc., si no también problemas de salud crónicos, propiciados por el miedo y el estrés asociado a la situación de maltrato.

Las posibles repercusiones o consecuencias que tiene la VG sobre la mujer víctima de dicha violencia pueden agruparse en consecuencias sobre su salud física, salud mental, salud sexual, maternidad y salud de los hijos.

2 Objetivos

Mostrar las consecuencias de la violencia de género sobre la víctima y sus familiares.

3 Metodología

El siguiente trabajo consiste en una revisión bibliográfica realizada entre octubre y noviembre de 2018 en las fuentes de datos secundarias Pubmed, SciELO y Dialnet.

Las palabras clave utilizadas fueron: "enfermería", "nursing", "domestic violence", "violencia de género", "consecuencias", combinadas con el booleano "AND".

Los criterios de exclusión empleados fueron:
- Idioma diferente a inglés o español.
- Fecha de publicación anterior a 5 años desde la realización del trabajo.

4 Resultados

1. Consecuencias sobre la salud física de la víctima.

Entre los problemas físicos derivados de la VG más frecuentes encontramos:
• Problemas gastrointestinales: uno de los más frecuentemente asociados a la violencia es el síndrome de colon irritable o colon espástico, trastorno funcional que se ha relacionado con el estrés crónico y la morbilidad psíquica. También se asocia la VG a úlcera de estómago, reflujo gástrico, dispepsia, estreñimiento, diarrea, pérdida de apetito y dolor abdominal.

• Problemas de las vías urinarias: destacan las infecciones de vejiga y del tracto urinario.
•Problemas osteomusculares: fibromialgia, lesiones traumáticas, dolores reumáticos (lumbalgias crónicas, cervicalgias) y artritis.
• Problemas cardiovasculares: mayor probabilidad de infarto de miocardio y angina de pecho.
• Problemas neurológicos: síntomas neurológicos, dolores de cabeza, migrañas.

2. Consecuencias sobre la salud mental de la víctima.

La situación de VG también produce secuelas mentales sobre la víctima, de las cuales destacan:
- Un mayor consumo y abuso de medicamentos (tranquilizantes y antidepresivos).
- Trastorno persistente por estrés postraumático.
- Depresión y ansiedad.
- Intentos de suicidio, asociados a una baja autoestima, incapacidad para confiar en los demás (comportamiento antisocial): El 13% de las mujeres maltratadas ha tenido ideación suicida, y el 23,7% ha intentado suicidarse.
- Desapego emocional.
- Trastornos obsesivo-compulsivos.
- Alteraciones del sueño.

3. Consecuencias sobre la salud sexual de la víctima.

Otra de las esferas en las que influye la VG es en la salud sexual de la mujer. Esta situación se ha asociado a conductas sexuales de riesgo, que radican en:
- Embarazos no deseados y abortos.
- Mayor riesgo de padecer una Enfermedad de Transmisión Sexual (ETS) (llegando a presentar hasta el doble de riesgo que las mujeres no víctimas).
- Mayor probabilidad de padecer cáncer cervical: las mujeres que han sufrido VG tienen entre 4,28 y 1,47 más posibilidades de padecer cáncer y neoplasia cervical, que las mujeres no víctimas. Los abusos sexuales repetidos pueden provocar lesiones cervicales, que junto con la transmisión del virus del papiloma humano (VPH), pueden suponer el inicio de un proceso cancerígeno.

4. Consecuencias sobre la maternidad.

Este problema no afecta de igual manera a todas las mujeres, por lo que se debe prestar una atención especial a los problemas que supone la VG en la maternidad.

Afectará a la salud de la mujer tanto antes (mayor riesgo de rotura de membranas, partos prematuros, infecciones genitales…) como después del parto.

Si una mujer ha vivido una situación de violencia durante el embarazo, esta tenderá a desarrollar una visión distorsionada de la maternidad. Se deteriora la imagen que tiene la mujer sobre sí misma y como madre, lo que deteriora su capacidad maternal: se desvalorizan y desprestigian sus capacidades de ser madre tanto personal, como relacional y educativamente. Esto hace que estas mujeres estén doblemente juzgadas e invisibilizadas (serán "malas madres").

Todo esto provoca un gran daño en la relación materno-filial, provocando problemas sobre la proyección maternal, como la subjetividad como madre, la alteración emocional y la disociación.

5. Consecuencias sobre los hijos.

Tal y como se comentó anteriormente, la VG no solo afecta a la mujer, pueden verse influenciados los hijos. Según Patró Hernández R, el 85% de los niños cuyas madres han sido maltratadas han visto las agresiones, y el 66,6% de ellos han sido maltratados también, tanto de manera física como psicológica, siendo además estos casos en los que la agresión es a ambos miembros de la familia los más frecuentes.

Estas situaciones derivan en que el niño adquiera de las agresiones el significado de merecimiento o la creencia de ser querido o atendido. Esto supone un factor de vulnerabilidad para el ajuste psicológico del individuo, cuyas consecuencias más habituales son:
- Conductas agresivas y antisociales (conductas externalizantes).
- Conductas de inhibición y miedo (conductas internalizantes).
- Menor competencia social que el resto de niños.
- Menor rendimiento académico que los niños de familias no violentas.

Se estima que estos problemas aparecen entre el 25% y el 70% de los niños de familias en situación de VG.

5 Discusión-Conclusión

• La violencia de género (VG) es un problema de salud pública de alta prevalencia y complejidad.
• La víctima de VG sufre secuelas en las esferas física, mental, sexual y maternal.

• La VG produce graves consecuencias sobre los hijos, que a menudo son testigos de las agresiones.

6 Bibliografía

1. WHO [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la salud; septiembre de 2016. Centro de prensa: Violencia contra la mujer.
2. Fundación Casanova, Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. La Atención Primaria frente a la Violencia de Género. Necesidades y Propuestas. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015.
3. Plazaola-Castaño J, Ruiz Pérez I. Violencia contra la mujer en la pareja y consecuencias en la salud física y psíquica. Med Clin (Barc). 2004; 122(12): 461.7.
4. Águila Gutiérrez Y, Hernández Reyes VE, Hernández Castro VH. Las consecuencias de la violencia de género para la salud y formación de los adolescentes. Rev Méd Electrón. 2016; 38(5).
5. Plaza i Aleu M, Cantera Espinosa LM. El impacto de la violencia de género en la maternidad: entrevistas en profundidad para reflexionar sobre las consecuencias y la intervención. Journal of Feminist, Gender and Women Studies. 2015; 1: 85-96.
6. Patró Hernández R, Limiñana Gras RM. Víctimas de violencia familiar: consecuencias psicológicas en hijos de mujeres maltratadas. Anales de psicología. 2005; 21(1): 11-17.

Capítulo 173

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA BRONQUIOLITIS EN LA INFANCIA

IRENE PARDAVILA ÁLVAREZ

SONIA DE LA PUENTE BARCIA

1 Introducción

La Bronquiolitis aguda es una patología de gran importancia y muy común en la infancia, que afecta principalmente a niños menores de 2 años, siendo entre estos el principal motivo de ingreso hospitalario por infección respiratoria aguda.

Se trata de una enfermedad que afecta al tracto respiratorio inferior, pudiendo provocar síntomas respiratorios como dificultad respiratoria, sibilancias y tos principalmente. Es causada en la gran mayoría de los casos por el virus respiratorio sincitial (VRS), aunque no es el único, ya que existen numerosos patógenos capaces de provocar bronquiolitis1-4.
Esta enfermedad provoca una obstrucción de los bronquiolos parcial o totalmente, que puede llegar a producir otras complicaciones más graves como atelectasias, acidosis láctica, acidosis respiratoria, hipoxemia e incluso la muerte.

Las medidas adoptadas como tratamiento para esta enfermedad son principalmente la oxigenación y la hidratación, es muy importante mantener un adecuado estado de hidratación, vía oral o intravenosa, así como también es fundamental la monitorización del paciente, tanto la frecuencia respiratoria y la frecuencia cardíaca como la saturación de oxígeno. También hay que destacar la realización de lavados nasales, ya que pueden ayudar a mejorar los síntomas(1,3,4).

2 Objetivos

- Conocer cuáles son los principales factores de riesgo para desarrollar bronquiolitis en la infancia.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de artículos procedentes de las siguientes bases de datos: PubMed y Google Académico. Las palabras claves utilizadas han sido bronquiolitis y bronchiolitis.Para los criterios de inclusión se han establecido los siguientes: artículos en español o en inglés y artículos relacionados con la bronquiolitis en la infancia.

4 Resultados

La bronquiolitis es una enfermedad que se da principalmente en niños con edades inferiores a 2 años. El ingreso hospitalario de estos es más común en niños que en niñas, así como también es más frecuente en habitantes del medio urbano que de zonas rurales (1).

Entre los factores de riesgo para desarrollar bronquiolitis encontramos lactancia materna durante un periodo inferior a 2 meses, hermanos mayores, tabaquismo pasivo (sobre todo exposición al tabaco durante la gestación), asistencia a guarderías, bajo peso al nacimiento, sexo masculino, bajo nivel socio-económico, entre otros. Pero los que podrían hacerla más grave son prematuridad, displasia broncopulmonar, enfermedad pulmonar crónica, cardiopatías congénitas, edad inferior a 6 meses, inmunodeficiencia, problemas neurológicos y defectos en las vías respiratorias(1-4).

5 Discusión-Conclusión

Se puede concluir que la bronquiolitis aguda es la principal causa de ingreso hospitalario en niños menores de 2 años por infección respiratoria, siendo causado principalmente por el virus respiratorio sincitial. Tambien podemos concluir que existen ciertos factores que pueden desencadenar o empeorar la enfermedad, como son el tabaquismo pasivo (sobre todo es necesario saber que la exposición al

tabaco durante la gestación es un importante factor de riesgo), hermanos en edad escolar, prematuridad, lactancia materna inferior a 2 meses, las guarderías, bajo peso al nacer, sexo masculino, bajo peso al nacer y otras problemas como la displasia broncopulmonar, enfermedad pulmonar crónica, cardiopatías congénitas, edad inferior a 6 meses, inmunodeficiencia, problemas neurológicos y problemas en las vías respiratorias(1-4).

6 Bibliografía

1. Parra A., Jiménez C, Hernández S, García, JE, Cardona, AM. Bronquiolitis: artículo de revisión. Neumol Pediatr. 2013; 8(2), 95-101. Disponible en: https://www.neumologia-pediatrica.cl/wp-content/uploads/2017/06/bronquiolitis.pdf
2. Orejón de Luna G, Fernández Rodríguez M. Bronquiolitis aguda. Pediatría Atención Primaria. 2012; 14, 45-49. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322012000200006
3. Pérez Rodríguez MJ, Otheo de Tejada Barasoain E, Ros Pérez P. Bronquiolitis en pediatría: puesta al día. Información Terapeutica del Sistema Nacional de Salud. 2010; 34(1), 3-11. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/en/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/infMedic/docs/BoletinVol34n1_3a11.pdf
4. Smith DK, Seales S, Budzik C. Respiratory Syncytial Virus Bronchiolitis in Children. Am Fam Physician. 2017 Jan 15;95(2):94-99. Disponible en: https://www.aafp.org/afp/2017/0115/p94.pdf

Capítulo 174

CUIDADOS DE LA MUJER CON PROBLEMAS GINECÓLOGOS

ELIZABETH CASTRILLÓN CHAMADOIRA

CRISTINA MÉNDEZ-TRELLES FERNÁNDEZ

ELENA CORTINA LOPEZ-BERGES

PATRICIA PÉREZ GARCÍA

1 Introducción

El abordaje de los problemas ginecológicos que afectan a la mujer en cualquier etapa de su vida, resulta complicado, puesto que atiende a una variedad amplia de causas que deben ser tenidas en cuenta para valorar el pronóstico y tratamiento de cada patología.

De igual modo, la valoración se basa en un aspecto muy íntimo de la mujer, por lo que requerirá tacto, sensibilidad y respeto de su dignidad. Se plantearán preguntas relevantes y que atañen a su vida personal: frecuencia de relaciones sexuales, regularidad de la menstruación, cantidad de flujo, presencia o no de hemorragias, numero de embarazo, dolor durante el coito, etc.

La historia clínica ginecológica será la herramienta básica importante sobre la que se empezará con el proceso de diagnóstico y se continuará con la exploración ginecológica y otras pruebas complementarias que ayuden al diagnóstico.

2 Objetivos

El propósito de este trabajo es conocer las patologías ginecológicas más frecuentes en la mujer para entender qué manera es la más idónea para intervenir en consulta de enfermería.

3 Metodología

El método ha consistido en realizar una búsqueda bibliográfica de artículos en las bases de datos: Cuiden y Pubmed. De igual modo, se han analizado otros documentos, publicaciones y libros que hacen referencia a patología ginecóloga. Las palabras clase han sido: mujer, patología ginecóloga, cáncer, salud sexual.

4 Resultados

La endometriosis es una enfermedad caracterizada por el crecimiento de placas de tejido endometrial, que normalmente solo se encuentra en el revestimiento interno uterino (endometrio) fuera del útero. La prevalencia está entre un 3 y 10% de las mujeres en edad fértil. Los síntomas más frecuentes son el dolor pélvico, dispareunia y la esterilidad. El diagnóstico será más certero al realizar la exploración con la menstruación o si se palpan nódulos en ligamentos uterosacros.

La vulvovaginitis es una inflamación de la mucosa de la vagina. Esta inflamación puede acompañarse de leucorrea, prurito, escozor, disuria y dispareunia. Es muy frecuente y se diagnostica en la cuarta parte de mujeres que acuden a la consulta por un problema ginecológico. Más de la mitad de los casos son de origen infeccioso, en los que la transmisión sexual ocupa un papel importante.

La enfermedad inflamatoria pélvica se debe a la infección del tracto genital superior, por una infección ascendente desde el cérvix y que puede afectar de forma única o combinada a endometrio (endometritis), trompas de Falopio (salpingitis) u ovarios (ooforitis). Es más frecuente en mujeres de 15-24 años, con múltiples parejas sexuales, ITS previas, uso de DIU, abortos y cirugía cervical.

Una consideración importante merecen el cáncer genital y cáncer de mama. En España, el 16% de mujeres tiene cáncer genital, del cual, un 6.7% corresponde a cáncer de endometrio, un 4.7 % al cáncer de ovario y un 4.5% al cáncer de cérvix. Llama la atención el hecho de que el cáncer genital, especialmente el de endometrio y cérvix se pueden evitar con una correcta prevención basada en el

diagnóstico y tratamiento precoz.

El cáncer de cérvix es el más estudiado debido a la facilidad de acceso para acceder al órgano y la amplitud de estudios que esto permite. Aunque con los programas de diagnóstico precoz, la tasa de mortalidad ha disminuido, sigue siendo alarmante la cifra de 950 casos de muerte al año en España.

Según el artículo "La importancia del virus papiloma humano: situación actual"3, existen evidencias que relacionan al cáncer de cérvix con la actividad sexual, encontrándose como factores de riesgo el inicio precoz de las relaciones sexuales, número de parejas sexuales de la mujer y del hombre como componente de la pareja. Otro factor de riesgo muy estudiado y a la orden del día, es el virus del papiloma humano, que en mujeres que hayan padecido infección por éste, su probabilidad de sufrir cáncer de cérvix está en torno al 93% para los subtipos 16 y 18.

Un estudio de casos y controles llevado a cabo en 2010 en mujeres de países nórdicos, pone de manifiesto que "El consumo de tabaco multiplicó aproximadamente por dos el riesgo de contraer cáncer de cérvix, independientemente de la infección por tipos de alto riesgo del VPH".

Otro tipo de cáncer frecuente es el cáncer de endometrio. Actualmente, se encuentra muy controlado gracias a los programas de educación sanitaria y pruebas de detección precoz como la histeroscopia o biopsia endometrial en mujeres susceptibles.

Aparece por una situación de hiperestrogenismo sobre el endometrio, no compensada por la acción de la progesterona. Entre los factores de riesgo a considerar se encuentran: la menopausia tardía, tratamiento hormonal sustitutivo, obesidad y nuliparidad.

En muchas ocasiones, como consecuencia de cáncer endometrial, se llevará a cabo una histerectomía completa. Ésta intervención terapéutica trae consigo implicaciones psicológicas importantes que será preciso abordar con delicadeza. De esto modo, será conveniente indicar a la paciente que ha pasado por una histerectomía, que se producirá un cese de la menstruación e incapacidad para concebir y que se enfrenta a un proceso de recuperación progresiva, por lo que el sentimiento de debilidad irá mejorando y con ello la iniciativa para realizar poco a

poco ejercicios leves o moderados. Debemos indicarle la importancia de la dieta, incluyendo alimentos ricos en proteínas, vitamina C y hierro, que favorecen el proceso de cicatrización. Es frecuente que puedan aparecer síntomas de apatía y depresión, pero una pérdida de interés por actividades recreativas y baja autoestima debe ser indicativo de intervención inmediata.

La mujer se preguntará y manifestara preocupación por su vida sexual. La actitud de enfermería, tranquilizadora y alentadora, deberá indicarle que hay un periodo de descanso en el que no podrá tener relaciones sexuales, que suele oscilar entre las 6-8 semanas y que las primeras relaciones pueden ser dolorosas, con lo que la comunicación y confianza con la pareja será algo a trabajar.

Merece una consideración exclusiva el estudio del cáncer de mama, al ser el tumor más frecuente en las mujeres occidentales. "En España se diagnostican unos 16.000 casos al año y se produce la muerte de casi 6000 mujeres".

El cáncer de mama es el crecimiento de células malignas en el tejido mamario. Además de producir un daño en el propio órgano, es capaz de diseminarse por vía linfática a la sangre, provocando focos metastasicos. Es preciso tener en cuenta que no suele cursar con muchos síntomas; puede aparecer dolor a la palpación de bultos irregulares al tacto, o por el contrario, no sentir dolor.

En los estudios llevados a cabo, se evidencia que existen ciertos factores de riesgo que predisponen a desarrollar cáncer de mama, como son: antecedentes familiares, lesiones previas de mama, ser mujer o la edad avanzada.

Al igual que en el cáncer genital, la prevención y el diagnóstico precoz son los elementos más importantes en la lucha contra el cáncer. Actualmente, mediante los programas sanitarios basados en cribajes, como la mamografía se abarca una atención preventiva a la población de riesgo, que son las mujeres entre los 50 y 69 años. No obstante, durante los últimos años, se ha incidido mucho en la población con campañas sanitarias muy mediáticas que contribuyen a una mayor sensibilización.

Numerosos testimonios de mujeres que han pasado por una mastectomía, afirman que resulta de gran ayuda las terapias de grupo con otras mujeres en la misma situación para avanzar en su rehabilitación.

5 Discusión-Conclusión

La educación sanitaria resulta la intervención preventiva más eficaz para el abordaje de patologías ginecológicas con base infecciosa por transmisión sexual entre los adolescentes y población joven. Es responsabilidad del equipo de atención primaria y de las políticas sanitarias proporcionar información adecuada y práctica, adaptándose a la realidad actual de los jóvenes, para actuar con conocimientos en su vida cotidiana, evitando el riesgo en el contacto sexual y con ellos las consecuencias, en este caso, para la mujer de no desarrollar patologías infecciosas que provoquen otros problemas irreversibles, como esterilidad.

Por la proximidad con el personal de enfermería es frecuente responder a preguntas inquietantes para la mujer, como qué debe hacer ante la dispareunia o cómo debe afrontar una intervención quirúrgica. Es importante, bajo mi punto de vista, que la mujer comprenda que debe existir, si es posible, una comunicación clara entre el compañero sexual para favorecer la máxima comodidad en sus relaciones sexuales.

Me parece de importancia situar la atención en los cuidados que se deben llevar a cabo en la mujer tras el alta hospitalaria, para ser recomendados desde la unidad hospitalaria.

La mayoría de las veces la planificación del alta de enfermería resulta ser un proceso protocolizado al que no se le atribuye la importancia que tiene. Parece ser mucho más relevante la dosis de una medicación o el resumen del proceso terapéutico. Sin embargo, una vez que la mujer se encuentra en su domicilio, empiezan a surgir dudas relacionadas con la vida cotidiana: qué puede o no puede hacer, cómo va a afrontar este proceso o si podrá seguir con una vida normal.

Enfermería debe ser consciente de esta realidad y dar calidad en su atención planificando el alta y con ello, llevando a cabo sesiones educativas donde se promueva una relación de confianza y profesionalidad para dar consejos y pautas útiles en el día a día tras el alta.

Por otro lado, las intervenciones terapéuticas como la mastectomía pueden ocasionar un fuerte impacto para la mujer, con relación a su sexualidad. Puede ocurrir debido a la percepción de una mutilación con respecto a la cirugía y como consecuencia un temor al rechazo de su pareja. Existen muchas variables que pueden influir en este aspecto, pero que de cualquier modo, habrá que darle la importancia que eso conlleva para la vida de la mujer y plantear, desde Enfermería,

toda la información y apoyo para tranquilizar y ayudar a la mujer a superar esta etapa.

6 Bibliografía

1. Ellen Baily Raffensperger, Mary Lloyd Zusy, Lynn Claire Marchesseault, Jean D. Neeson. Manual de la enfermería. Edición primera. Barcelona: Editorial Oceano; 2001.
2. Rosa María Torrens Sigalés, Cristina Martínez Bueno. Enfermería de la mujer. Segunda edición. España: DAE - Grupo paradigma; 2009.
3. Fernández Tuñas MC, Pérez Muñuzuri ME, Pérez Muñuzuri A. La importancia del virus papiloma humano: situación actual. Metas de Enferm may 2009; 12(4):27-31
4. Evidence-Based Nursing 2009;12:122; doi:10.1136/ebn.12.4.122
5. Servicio de Salud del Principado de Asturias. Detección precoz del cáncer de mama, información para la población 2011. Asturias: Consejería de Sanidad; 2011

Capítulo 175

OBESIDAD INFANTIL. LA IMPORTANCIA DE LA PREVENCIÓN

LUCÍA CAO FERNÁNDEZ

1 Introducción

La obesidad infantil es un problema de salud de especial importancia en nuestros días. Problema que trae consigo asociadas patologías a corto, medio y largo plazo. El presente trabajo trata de hacer un recorrido por algunos conceptos clave para una alimentación saludable y hacer hincapié en la importancia de la prevención para evitar desviaciones de salud que dañen nuestro organismo.

La prevención es uno de los puntos clave para el abordaje del sobrepeso en la población infantil. Esta prevención se puede llevar a cabo con programas de salud que desde la atención primaria lleguen a la población general y en concreto a la población infantil. Para llegar a los niños estos programas no deben dirigirse únicamente a ellos, sino a quienes se encargan de su educación, la familia y la escuela. De esta manera se pretende conseguir un cambio hacía hábitos de vida saludables.

Los dos pilares fundamentales sobre los que sustentar estos cambios son una buena alimentación y una adecuada actividad física. En su contra están el sedentarismo y las dietas sobrenergéticas con un mal reparto de nutrientes que van a dirección opuesta a este objetivo.

Actualmente, la alimentación se caracteriza por ser desequilibrada y excesivamente calórica. En general, los niños toman más cantidad de alimentos de la que

precisan y su alimentación es rica en grasas, azúcares sencillos y en consecuencia en calorías, con un predominio de la carne, los precocinados, los dulces y un consumo insuficiente de verduras, legumbres, frutas y pescado. A esto, se suma el hecho generalizado de que muchos niños y adolescentes omiten el desayuno, una de las comidas más importantes del día, y que está directamente implicada en la regulación del peso. Por la importancia que tiene esta primera comida del día le dedicaremos un apartado más amplio a lo largo del trabajo.

Otro punto clave a tratar son las consecuencias que trae consigo el mantenimiento de un peso elevado desde edades tempranas, los adultos que han sido niños o adolescentes con sobrepeso u obesidad elevan su riesgo a padecer otras patologías de manera exponencial. Patologías, que además, ponen en riesgo su integridad física por tener una morbimortalidad elevada.

2 Objetivos

Objetivo general:
- Describir las pricniples medidas y estrategias destinadas a la prevención de la obesidad infantil

Objetivos específicos:
- Exponer las recomendaciones nutricionales y de actividad física en niños y adolescentes como mecanismo de la prevención primaria de la obesidad.
- Definir las actuaciones en los diferentes ámbitos de la sociedad para evitar la aparición de la obesidad infantil.
- Explicar las acciones de cribado de la obesidad en niños y adolescentes.
- Exponer las actuaciones encaminada a la prevención terciaria de esta enfermedad.
- Describir las intervenciones de enfermería en los difeentes niveles de prevención de la obesidad infantil.

3 Metodología

Con el objetivo de conseguir una información de calidad basada en la evidencia científica se ha llevado a cabo una búsqueda en las siguientes fuentes reconocidas:
- Revisiones bibliográficas en bases de datos acreditadas como dialnet y pubmed, entre otras.

- Consulta en distintas Guías de Práctica Clínica a nivel nacional dirigidas a profesionales sanitarios en todos los niveles asistenciales.
- Búsqueda de informacion nutricional para un correcto abordaje de esta patología.
- Revisiones de cuidados de enfermería en los diferentes ámbitos donde se trabaja con niños: pediatras de atención primaria, unidades de hospitalización pediatrica, escuelas, etc.
- Manuales de formación sanitaria actualizados con los últimos datos de evidencia científica para preparación de oposiciones.

4 Resultados

Una buena salud depende de muchos factores: alimentación, higiene, medio ambiente, etc. De todos ellos la alimentación desempeña una función decisiva para el bienestar general del cuerpo (vida, salud, crecimiento y obtener la energía para el juego y el trabajo).

El término alimentación engloba distintos componentes, para no confundir conceptos, es importante diferenciar los que se exponen a continuación:
• El alimento: Es la sustancia o producto, en general natural, que ingerido aporta materias asimilables que cumplen una función nutritiva en el organismo. Al conjunto de actos destinados a tal fin se le denomina alimentación.
• Los nutrientes son aquellas sustancias químicamente definidas que existen en el alimento natural y que son indispensables para la salud y la actividad del organismo.
• Nutrición: proceso mediante el cual el organismo utiliza el alimento. Es inconsciente e involuntaria y por lo tanto no susceptible de ser educable, sin embargo, un buen estado nutricional depende de una buena alimentación, y por consiguiente una buena educación referida a la alimentación influye en una correcta nutrición.

Actualmente, la alimentación se caracteriza por ser desequilibrada y excesivamente calórica. En general, los niños toman más cantidad de alimentos de la que precisan y su alimentación es rica en grasas, azúcares sencillos y en consecuencia en calorías, con un predominio de la carne, los precocinados, los dulces y un consumo insuficiente de verduras, legumbres, frutas y pescado. A esta circunstancia, se une el hecho generalizado de que muchos niños y adolescentes omiten el desayuno, una de las comidas más importantes del día, directamente implicada en la regulación del peso.

Los nutrientes que proporcionan los alimentos son esenciales para un normal desarrollo del niño. Una mala ingesta de nutrientes en términos cualitativos y cuantitativos puede acarrear enfermedades crónicas actuales, tales como la diabetes y la obesidad.

La obesidad se define como un trastorno generalizado que se manifiesta por exceso de tejido adiposo. Es la enfermedad metabólica más relevante del mundo occidental y constituye una de las causas fundamentales del incremento de la morbimortalidad en los países desarrollados, representando un problema importante de salud pública.

Existen diferentes tipos de obesidad según el tipo de células, la más característica en los niños es la hiperplásica. Esta obesidad es la que se da con mayor frecuencia en la población infantil y en la adolescencia. Tiene un mal pronóstico, debido a que se presenta con una exagerada cantidad de adipocitos de tamaño normal. El mal pronóstico se debe a la imposibilidad de reducir esa exagerada población de adipocitos y, que una vez establecida, se caracteriza por su avidez por la grasa y tendencia a llenarse de grasa. Estos individuos tienden a ser obesos desde niños y a tener una ganancia importante de peso durante la adolescencia. Después de esta edad el número de adipocitos se mantiene durante toda la vida. En esta forma de obesidad la distribución de la grasa es central y periférica, por ello, una vez instaurada, el tratamiento es considerablemente más difícil.

La obesidad infantil ha tenido dos malos colaboradores que han favorecido que esta aumente alarmantemente. Por un lado, los malos hábitos en alimentación, y por otro el descenso de la actividad física. Actualmente, como vimos en el apartado anterior, el consumo de grandes alimentos grasos, bollería, embutidos, abuso de proteínas, alimentos fritos, bebidas carbonatadas, azúcares simples, etc., así como la ingesta deficitaria de frutas, verduras y cereales se está convirtiendo en algo habitual y natural para la alimentación de nuestros jóvenes, lo que traerá consigo graves problemas para la salud y la calidad de vida de éstos. El Ministerio de Sanidad y Consumo (2005) afirma que un estilo de vida sedentario y el deterioro de nuestros hábitos dietéticos son las causas de la alta prevalencia de obesidad. AESAN (2010), corrobora lo anterior afirmando que ambos factores son las principales causas de las enfermedades crónicas más importantes.

En la década de 1970 se generaliza el término de comorbidades o estados comórbidos, para indicar una condición o condiciones médicas que coexisten con la enfermedad o trastorno primario, normalmente añadiendo complejidad al paciente de cualquier edad como es el caso de la obesidad. Es lógico pensar que conforme

aumenta la prevalencia de la obesidad se incremente la de las comorbidades, esto que claramente acontece en la obesidad del adulto, no es tan evidenciable en las edades pediátricas debido a la falta de estudios multicéntricos longitudinales.

Porqué aparecen éstos y el síndrome metabólico es un hecho no esclarecido, sin embargo existe una asociación entre los mismos con los hábitos dietéticos, el estilo de vida sedentario y determinados factores socio-ambientales, pero resulta evidente, que estos factores están relacionados también con la obesidad.

La Prevención de la Salud se define como cualquier medida que permita reducir la probabilidad de aparición de una afección o enfermedad o bien interrumpir o aminorar su progresión. Last, define la prevención como "Acciones orientadas a la erradicación, eliminación o minimización del impacto de la enfermedad y la discapacidad".

Prevención primaria: su objetivo es disminuir la probabilidad de aparición de la enfermedad, por lo que se quiere conseguir una reducción de la incidencia. Como acciones ejecutables a este nivel están la inmunización y la quimioprofilaxis tanto en niños como en adultos. En el tema del presente trabajo, en este nivel entraría el ejercicio físico como medida de soporte para evitar futuros problemas que traería consigo el sedentarismo. Cuando los niños incluyen en su rutina diaria una alimentación adecuada y actividades deportivas disminuye la incidencia de patologías como las cardiorespiratorias, dislipemias, Diabetes Mellitus, síndrome metabólico, hígado graso, etc.

Los profesionales que trabajan directamente con niños (pediatras, enfermeros y profesores) han de desarrollar campañas de prevención, desarrollando actividades de apoyo, refuerzo e identificación de grupos de riesgo para una rápida identificación de estos menores.

Prevención secundaria: su objetivo es la interrupción o enlentecimiento de la progresión de la enfermedad después de que esté presente. Las dos grandes acciones que se realizan son el diagnóstico y tratamiento precoces para conseguir una disminución de la prevalencia. Volviendo a nuestro enfoque, desde una perspectiva para disminuir la obesidad infantil, podemos incluir a este nivel tareas encaminadas a la detección de niños que presenten un elevado IMC (Índice de Masa Corporal) para tomar medidas y tratar de restablecer o de educar en una alimentación saludable y evitar el sedentarismo. Todo ello se ha de hacer desde los tres pilares básicos que son la familia, los centros de salud (pediatra y enfermería) y los colegios.

Prevención terciaria: su objetivo es retrasar el curso de la enfermedad y las discapacidades que pueda producir. Quizá este nivel vaya más encaminado a adultos que ya presentan patologías crónicas debido a su situación de sobrepeso u obesidad.

En el presenta trabajo nos vamos a centrar principalmente en la prevención primaria y secundaria para realizar un análisis de la importancia de una educación en estilos de vida saludables, tanto en alimentación como en cuestiones de actividad física.

5 Discusión-Conclusión

El tema de la obesidad infantil es un tema de especial importancia en nuestros días. Tras la realización de este trabajo he podido acercarme más a esta problemática y ver cuáles son algunas de las causas, consecuencias y soluciones de la misma.

Digo que este problema cobra especial importancia en la sociedad actual porque la falta de tiempo nos lleva a un consumo excesivo de alimentos precocinados y a recurrir con demasiada frecuencia a la tan conocida "comida rápida". A su vez, nuestra cultura, ha tenido en el último siglo importantes cambios que contribuyen, en muchas ocasiones, a empeorar el problema. El cambio que más afecta es el referente a los roles familiares, principalmente el nuevo rol que adopta la mujer como trabajadora fuera del hogar, a la vez que trae consigo beneficios también plantea ciertos inconvenientes. Y por estas, y otras circunstancias, los padres recurren a comidas poco saludables sin darse cuenta de la cantidad de calorías vacías que están aportando a sus hijos. Y estos alimentos no sólo son perjudiciales por ser hipercalóricos sino también porque los nutrientes que contienen son, en muchos casos, perjudiciales para la salud.

Una alimentación desequilibrada y el sedentarismo van a aumentar considerablemente el riesgo de que los niños padezcan ciertas enfermedades en la edad adulta. La hipertensión, la diabetes mellitus, las enfermedades cardiovasculares, el hígado graso no alcohólico son alguna de estas patologías. El desarrollo de una enfermedad crónica es de suficiente importancia como para que tomemos conciencia ya, y pongamos soluciones para evitar los factores de riesgo desencadenantes de las mismas, ya que muchos de ellos los podemos modificar mejorando nuestro estilo de vida.

La prevención es esencial para que las familias y los profesores tomen las riendas de la salud de los menores en temas de alimentación y de actividad física. Me parece fundamental que estas dos grandes instituciones implanten programas de prevención que minimicen el riesgo de padecer sobrepeso u obesidad, ya que, son los dos pilares fundamentales que sustenta la educación de los más pequeños.

Las comidas que realizamos a los largo del día obedecen a factores culturales, tradiciones, costumbres, conductas, que generan y desembocan en hábitos alimenticios, no coincidentes, en muchas ocasiones, con estilos de vida saludables. Lo mismo ocurre con el desayuno, principal comida del día. Me han sorprendido negativamente los resultados que se han obtenido sobre la falta de consistencia en el mismo. Me gustaría incidir en este punto, ya que, es fundamental realizar un buen aporte de energía para comenzar el día, no sólo porque nos pone en marcha, sino también como eslabón fundamental en la prevención del sobrepeso y la obesidad. Y no debemos olvidar que si los niños comienzan a adquirir hábitos en edades tempranas estos perdurarán a lo largo de la vida influyendo, por consiguiente, en la alimentación cuando sean adultos.

Para poder realizar todos estos cambios considero la atención primaria como la ventana desde la que poder hacerlo. Desde mi punto de vista creo que se debería invertir mucho más en temas de educación para la salud en las comunidades, educación que llegue a más cantidad de colectivos, porque con ello, se ganaría en salud pero no sólo en eso, las comunidades tendrían un mayor nivel de bienestar y económicamente repercutiría de manera positiva en la salud pública. Por eso, aunque en un primer momento supusiera un gasto a la larga se convertiría en beneficios.

La resistencia al cambio de los estilos de vida puede ser modificada por procesos de enseñanza-aprendizajes específicos, pertinentes y adecuados. Además podemos hacer atractivo el cambio, para ello sería eficaz si implantamos una propuesta de alimentación saludable a través de un juego, para que de una forma motivante nuestros jóvenes empiecen a cuidarse desde pequeños.

6 Bibliografía

- Moya-Benavent M, Viña-Ribes J. Prevención precoz, prevención más eficaz. Un axioma para los estados comórbidos de la obesidad. Real academia de medicina de la comunidad valenciana. Leídos el 30 de septiembre de 2014.
- García-Figueroa T. Importancia de la intervención escuela-familia para elim-

inar la obesidad infantil y tender hacia patrones de alimentación saludables. Educación Física y Deportes. Rev. dig educación física y deportes. 2011. nº159. http://www.efdeportes.com/efd159/patrones-de-alimentacion-saludables.htm
- Albornoz-López R, Pérez-Rodrigo I. Nutrición y síndrome metabólico. Nutrición clínica y dietética hospitalaria. 2012; 32(3):92-97
- Lorente-Lorente G. Mi cuerpo sano comiendo y jugando. Participación educativa. Revista del consejo escolar del estado. Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. 2013; 2:2
- Cubero J, Calderón M, Guerra S, et al. Análisis del desayuno en una población de escolares del 3º ciclo de Primaria; un recurso didáctico en Educación para la Salud. Campo abierto. 2013; 32(2):145-153
- Rodríguez-Martín A, Novalbos-Ruiz JP, Villagran-Pérez S. La percepción del sobrepeso y la obesidad infantil por parte de los progenitores. Revista española Salud Pública. 2012; 86:483-494
- Carrera Moreno D. Hacia una alimentación equilibrada en la escuela a partir del juego. un nuevo recurso educativo: "desaludyuna". EmásF, Rev. dig de Educación Física. 2014. nº26
- Nutrición y dietética. Manual de preparación EIR. 2015. Tema 8:12-15
- Nutrición y dietética. Manual de preparación EIR. 2015. Tema 8:5
- Enfermería médico-quirúrgica de endocrinología. Manual de preparación EIR. 2015. Tema 25:3-5
- Enfermería comunitaria. Manual de preparación EIR. 2015. Tema 32:37-38

Capítulo 176

HABILIDADES COMUNICATIVAS DEL PERSONAL SANITARIO CON PACIENTES DE LA TERCERA EDAD.

SANDRA FERNANDEZ GONZALEZ

PATRICIA ESTEBAN HERNANDEZ

1 Introducción

El estudio y los avances tecnológicos y médicos por conseguir una mejor calidad de vida son fundamentalmente los responsables de este incremento de la esperanza de vida, haciendo que los individuos de estas sociedades alcancen edades que en épocas anteriores no eran factibles. A día de hoy, en la sociedad española se detecta la existencia de una población mayor de 65 años aproximadamente del 17% en relación a la población total, lo que corresponde a una cifra de alrededor de 7 millones de personas, y dentro de esa cifra, su 25% corresponde a personas de más de 80 años lo que identificamos como un "sobreenvejecimiento" de la población.
Estas estimaciones apuntan a que en el año 2050, España se convertiría en el país más envejecido del mundo y casi la mitad de la población tendría una edad por encima de los 60 años, según los últimos estudios llevados a cabo por la Organización de Naciones Unidas (ONU).

Teniendo en cuenta todos los datos anteriores y estudios realizados por el Instituto Nacional de Estadística, cita que "En España, en menos de 30 años se ha duplicado el número de personas mayores de 65 años" en el año 2050 las personas mayores de 65 años estarán por encima del 30% de la población (con casi

13 millones) y los octogenarios llegarán a ser más de 4 millones, lo que supondría más del 30% del total de la población mayor (Caballo, 1993).

Hoy día, en nuestra sociedad, se está realizando una mejora en la atención de los cuidados al anciano dependiente y no dependiente, con leyes y decretos que guían la práctica de las funciones del personal sanitario hacia este tipo de clientes, que son el fututo inmediato, junto a una adaptación de las tecnologías de la Información y la Comunicación cuyo propósito es siempre el mismo, mejorar la calidad de la calidad percibida en este período de la vida de las personas.

Por lo que centrándonos en la etapa en sí del envejecimiento, es evidente los grandes cambios que comprende el período entre la edad adulta y la ancianidad, Los cambios inherentes al propio proceso de envejecimiento son internos (físicos y psíquicos/ anatomofuncionales) y externos (cambios sociales) (Sánchez, 2000).

Estas modificaciones repercuten en la expresión y en la satisfacción de las necesidades básicas del individuo, por lo que es posible encontrar sujetos ancianos independientes (capaces de adaptarse a estos cambios y satisfacer por completo las actividades de la vida diaria), a otros considerados ancianos dependientes (Ruíz, 2014).

En este estudio nos centramos en el anciano sano, que es aquél que es independiente en las actividades de la vida diaria y aunque presente cierto desequilibrio funcional debido a la edad, es capaz de adaptarse a su entorno y llevar una vida normal dentro de sus posibilidades. El envejecimiento es un proceso universal acompañado de cambios morfológicos, bioquímicos, fisiológicos, funcionales, psicológicos y sociales que aparecen en el individuo a lo largo de la vida. Proporcionar una adecuada relación terapéutica enfermero-paciente teniendo en cuenta estas características es óptimo para conseguir los objetivos de dicha interacción.

En la vejez existe cierta pérdida de la capacidad y de la espontaneidad necesaria para resolver problemas que antes seguramente poseía la persona debido al enlentecimiento fisiológico general que se produce en el organismo afectando a la capacidad de reacción y del pensamiento. A lo que se le puede sumar tanto la capacidad para expresarse (por no encontrar las palabras adecuadas) junto con una disminución de la capacidad de adaptación ante nuevas situaciones a las cuales se tiene que enfrentar el individuo tanto en un ámbito social, psicológico y biológico (Cencillo,1999). En considerables ocasiones los profesionales sanitarios observan en la práctica de atención a ancianos la vulnerabilidad y la incapacidad (emocional, física y psicológica) de expresar su voluntad, pues el profesional de

enfermería debe conocer las características inherentes al envejecimiento, identificar al anciano sano, al anciano enfermo, al anciano frágil o de alto riesgo y al anciano geriátrico para proporcionar unos cuidados de calidad de forma holística.

Este estudio tiene como objeto destacar los cambios bio-psico-sociales más relevantes del anciano a tener en cuenta en la comunicación, conocer las correctas técnicas y habilidades de comunicación, destacar los beneficios y consecuencias de una correcta relación terapéutica entre la enfermera y el anciano y conocer si realmente la comunicación requiere especiales modificaciones en este tipo de pacientes/clientes (Rubio-Hernández, Nieto-Alcaraz, y Arcos, 2015).

Es función del profesional de enfermería, en la relación paciente-profesional sanitario prestar atención a todo el contenido de lo que dice el paciente, de una manera u otra, ya sea de forma verbal o no verbal, para así indagar de cierta forma e identificar lo que realmente está demandando, descubrir sus dudas, sus miedos y conocer realmente lo que nos está diciendo (Almeida, 2013). Entonces, ahí es donde entra en juego nuestro papel, como buenos comunicadores y receptores de la comunicación e intercambio de información, en la relación terapéutica, el profesional debe aplicar todos sus conocimientos y habilidades entrenadas a favor del paciente y a su vez, éste último también contribuirá en la relación, siendo el resultado un intercambio, donde nos cercioráremos que se produce de una manera efectiva.

Una buena comunicación en la relación terapéutica está directamente relacionada con la satisfacción del paciente, condicionando una mayor adhesión al tratamiento , una mayor efectividad en la recuperación del paciente por lo que es muy importante fomentar la práctica de las habilidades de comunicación entre los profesional para ofertar unos cuidados más eficientes y sobretodo de mayor calidad (Serra, 2003).

2 Objetivos

- Describir las habilidades y las dificultades de la comunicación con el anciano.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión sistemática de las publicaciones científicas sobre la comunicación y el anciano o adulto mayor encontradas más recientes

hasta la fecha de hoy. Se consultaron las siguientes bases de datos: Scielo, Dialnet, Cochrane Plus, CINHAL, usando descriptores en español (anciano, envejecimiento, comunicación, lenguaje) y los operadores booleanos: AND, NOT, OR. Además se han seleccionado un total de 8 revisiones bibliográficas de un total de 25.

4 Resultados

Los estudios consultados coinciden en que los cambios degenerativos que se producen en el anciano hacen que en ocasiones resulte más complicada la comunicación a lo que se le añade la falta de entendimiento de los cambios fisiológicos que ocurren, junto a los estereotipos y la discriminación social. Los dos cambios fisiológicos más importantes según los estudios revisados que hemos encontrado que más influyen directamente en la comunicación: los cambios en la visión y en la audición (Cibanal, Arce y Carballal, 2010).

Cambios en la visión: la pérdida de la transparencia de las estructuras ópticas, el amarillamiento del cristalino y la pérdida de elasticidad de los músculos que lo circundan, lo mismo que el de los vasos que irrigan las diferentes capas del globo ocular, producen alteraciones en la visión del viejo.

Cambios en la audición: El ardo externo sufre una atrofia de las glándulas productoras de cerumen, hecho que se sucede simultáneamente con la hiperfuncionalidad de las mismas, dando como resultado un volumen normal de su producción. Es de pura lógica, entender cómo se puede distorsionar la información cuando una persona no puede ver muy bien o no puede oír muy bien, la mayoría de las señales sensoriales que transmiten interés (una mirada de alerta en sus ojos, el contacto visual, el cuerpo en atención), el respeto, el afecto, calidez, la preocupación, la confianza, etc., nunca se perciben.

Por otro lado presentan ciertas dificultades para la resolución de problemas y aprender cosas nuevas, les cuesta más tiempo asimilar estrategias nuevas y se toman más tiempo en la toma de decisiones generalmente, ya que existe deficiencia en la discriminación de información por lo que les cuesta más trabajo un cambio de hábitos.

Hay que destacar que según la coincidencia de todos los artículos revisados, las características físicas del entorno que le rodean, pues tienen una influencia directamente proporcional en la efectividad de la relación terapéutica. Y respecto a la

comunicación no verbal, los gestos, son los que mayor transcendencia tienen en la promoción de la comunicación asertiva, como por ejemplo la expresión facial, el gesto de apoyo, todo ello refuerza el uso de un lenguaje adecuado, de cierto modo aseguran mayor eficacia al entendimiento de la comunicación verbal, pues es algo más que un simple diálogo o una entrevista estructurada. Más de 50% de la comunicación es no verbal, siendo la mirada la más importante y los silencios muy productivos, dando resultados muy positivos.

Por último otro factor imprescindible donde nos hablan de él en todos los estudios, en cuanto a la utilización de las formas de comunicación es la asertividad, para crear un vínculo de confianza enfermera- paciente y así el anciano poder verbalizar todas sus preguntas, tomándose su tiempo necesario y razonable (algo un tanto subjetivo para cada persona) pues mientras más información tenga y más solventadas tengan sus dudas disminuirá su nivel de ansiedad aumentará su nivel de concentración y se habrá llevado a cabo una relación de comunicación todo lo mejor posible dentro de las posibilidades reales de cada situación y de cada paciente.
En definitiva el garantizar una comunicación de calidad entre el personal sanitario y el anciano es imprescindible para conseguir unos buenos resultados del proceso terapéutico. Así se ha demostrado en lo que respecta a la evolución clínica, la satisfacción del paciente, el uso apropiado de los recursos sanitarios, la sensación de bienestar y la adherencia al tratamiento entre otros.

5 Discusión-Conclusión

Respecto a la revisión bibliográfica revisada, destacamos que en su gran mayoría los ancianos, o en su totalidad dependiendo de la edad de cada uno, presentan diferentes grados de deterioro en la atención, concentración y percepción. No obstante, después de la lectura crítica de varios estudios hemos llegado a la indudable conclusión que la vejez de por sí no es limitante para que haya una correcta y efectiva comunicación, por lo que al anciano debemos dejar que se desarrolle y se exprese en lo máximo de lo posible según sus capacidades y no dar por hecho limitaciones que seguramente no tengan por el mero hecho de ser mayor.

El personal sanitario debe estar preparado y fomentar las habilidades y técnicas de comunicación necesarias y efectivas, de las cuáles no son necesariamente diferentes a las que se deben aplicar con otro tipo de pacientes ya que siempre se debe emplear una relación terapéutica única y personalizada según las capacidades y limitaciones de cada persona La comunicación es algo más que hacer

unas preguntas y que el anciano nos responda, hay que recordar que es algo más que un simple diálogo donde repercute gran parte de la calidad de los cuidados percibida por el cliente anciano. El lenguaje no verbal indiscutiblemente es imprescindible a tenerlo en cuenta, así como la expresión corporal junto a nuestras habilidades de comunicación como profesionales.

6 Bibliografía

- Caballo, V. (1993). Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales. Madrid: Siglo XXI.
- Almeida, R.T., e Itsuko, S.C. (2013). Comunicación entre el anciano y el equipo de Salud de la Familia: ¿existe integralidad. Rev. Latino-Am Enfermagem, 21(4), 884-90.
- Ruíz J- Revisión Técnica: Mª Dolores Cabañas Armesilla, Andreu Folch Soler, Celia Ramiro Corrales Manual Grupo CTO de Enfermería. 6ª Edición. CTO Editorial, S: L 2014. Tomo I 978-84-15865-01-8
- Rubio-Hernández, A., Nieto-Alcaraz, R., y Arcos García, C.M. (2015). La comunicación no verbal con el anciano y los profesionales sanitarios= Nonverbal communication with the elderly and health professionals. Revista Española de Comunicación en Salud, 197-203.
- Serra, J.A. (2003). Comunicación entre el paciente anciano y el médico. In Anales de Medicina Interna (Vol. 20, No. 2, pp. 7-8). Arán Ediciones, SL.
- Cibanal, L., Arce, M y Carballal, M.C. (2010). Técnicas de comunicación y relación de ayuda en ciencias de la salud. (2ªed).Barcelona: Elsevier. 35-53.
- Sánchez Martínez, M. (2000). Los programas universitarios para mayores en España: reflexiones para el futuro. Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 10, 99-112.
- Luis Cencillo. (1999) Abordaje terapéutico de ancianos. Ediciones Fundación. Segunda edición. Madrid,

Capítulo 177

EL BABY-LED WEANING: ARMA DE DOBLE FILO EN LA NUTRICIÓN INFANTIL.

JUAN MANUEL ARECHAGA RODRÍGUEZ

1 Introducción

El Baby-Led Weaning es un método de alimentación complementaria que se está popularizando exponencialmente en los últimos años. Se basa en el empleo de alimentos sólidos y dota al lactante de un mayor control sobre su ingesta y es considerado como una herramienta de prevención de la obesidad infantil pero también puede desembocar en un déficit nutricional si no se realiza correctamente.

En este trabajo se expone el caso clínico de un niño alimentado mediante Baby-Led Weaning que presenta carencias nutricionales y se extraen y abordan los consecuentes problemas de salud encontrados al aplicar el proceso enfermero.

2 Objetivos

Desarrollar el plan de cuidados individualizado para abordar los problemas de salud de C.D.A.

3 Caso clínico

C. D. A., hombre nacido en Madrid de 12 meses y 10 días de edad acude con su madre al Centro de Salud de Villaviciosa de Odón para realizarle la revisión de salud correspondiente a los 12 meses de edad. Se le realiza un seguimiento contínuo desde su nacimiento por parte del equipo de pediatría (médico y enfermera) de Atención Primaria. Está siendo alimentado mediante Baby-Led desde los 6 meses de edad.

En la consulta de enfermería, durante la anmnesis la madre nos cuenta que Carlos lleva unas semanas un poco apático y menos activo de lo normal. También que últimamente come menos de lo habitual y que sus deposiciones son escasas y duras. Se siente muy preocupada porque el niño no quiere ni carne ni pescado y solo ingiere y demanda determinadas frutas, cereales y patata. Consulta si la introducción de los garbanzos podría suplir el déficit de alimentos animales en la dieta de su hijo porque le ha dicho una amiga que son muy ricos en proteínas. Solicita ayuda, no sabe si está llevando a cabo el BabyLed Weaning correctamente, le preocupa la salud de su hijo.

Ante los signos y síntomas que presenta C pasa a consulta con el pediatra, quien determina hacerle una analítica sanguínea para descartar un episodio de anemia ferropénica aguda.

4 Discusión-Conclusión

El Baby-Led Weaning es un método de alimentación complementaria que busca fomentar la autonomía del bebé proporcionándole un papel más activo y otorgándole más control sobre su ingesta. No es un método nuevo, pero su uso se está extendiendo y popularizando con más fuerza en los últimos años.

El creciente empleo de este método conlleva una demanda de profesionales sanitarios conocedores y actualizados en él, situación que ahora mismo dista mucho de la necesaria. A su vez, las nuevas tecnologías y el rápido acceso a la información hacen que los padres consulten fuentes inexpertas en vez de profesionales, lo que desemboca en dudas y problemas nutricionales, ya que el método de alimentación complementaria ha de ajustarse al niño de manera individual bajo control sanitario.

Según la bibliografía consultada es un método seguro que podría ser eficaz como prevención de la obesidad infantil, aunque puede ser un arma de doble filo ya

que todo ese poder de prevención podría acabar en déficits nutricionales si no se practica correctamente. También hay que tener en cuenta que la práctica del método en su versión más radical puede que no sea posible en todos los lactantes por igual, por lo que se debe realizar mayor hincapié en que la alimentación complementaria, como cualquier otro condicionante de salud, ha de ser personalizada y controlada por profesionales.

Entre las principales limitaciones cabe destacar que se ha investigado muy poco sobre él, sobre todo a nivel español, donde existen muchos artículos de opinión pero apenas estudios científicos, porque también hay que tener en cuenta el estilo de vida y la dieta y disponibilidad de alimentos de la familia, de la zona y del país a la hora de realizarlo, y que las muestras de población empleadas en estos estudios son muy pequeñas.

5 Bibliografía

-Alba-Martín, R. (2016). Prevalencia de obesidad infantil y hábitos alimentarios en educación primaria.Enfermería Global, 15(2), 40. https://doi.org/10.6018/eglobal.15.2.212531
-Asociación Española de Pediatría. (2008). Manual de Lactancia Materna. De la teoría a la práctica. Editorial Panamericana.
-Ballesteros Acebo, E. (2018). Obesidad infantil: definición, epidemiología y factores de riesgo asociados. Nuberos Científica, 3(25), 80–93. Retrieved from http://ciberindex.com/c/nc/2580nc
-Brown, A. (2017). No difference in self-reported frequency of choking between infants introduced to solid foods using a baby-led weaning or traditional spoon-feeding approach. Journal Of Human Nutrition And Dietetics; The Official Journal Of The British Dietetic Association. https://doi.org/https://doiorg.ezproxy.universidadeuropea.es/10.1111/jhn.12528
-Caussignac Querol, Marta; Comas i Picañol, Araceli; López Méndez, M. I. (2006). Intervención en el estreñimiento en Atención Primaria de Salud. Metas de Enfermería, 9(7), 23–26.
-Department of Nutrition for Health and Development. WHO. (2000). Complementary feeding: family foods for breast-fed children.
-Espín Jaime, B., & Martínez Rubio, A. (2016). El paso de la teta a la mesa sin guión escrito. Baby led weaning, ¿ventajas?, ¿riesgos? AEPap (Ed) Curso de Actualización Pediatría., 59–66.
-European Network for Public Health Nutrition: Networking, Monitoring, I. and

T. (n.d.). Infant and young child feeding: Standar recommendations for the European Union. Recuperado de https://www.burlo.trieste.it/sites/default/files/EUpolicy06.pdf
-Evisión, R., Hernández, A. L., Martha, M., Laredo, M., & Gandarilla, J. V. (2018). Intervenciones para reducir la desnutrición , sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes, (28), 1–3.
Fewtrell
-Perdomo Giraldi, M., & De Miguel Durán, F. (2015). Alimentación complementaria en el lactante. Pediatr Integral, XIX(4), 260–267.
-Rodríguez, V. Miranda, D. Bonilla, A. (2017). Obesidad infantil y lactancia materna. Trances, 9(3), 557–562.

Capítulo 178

EDUCACION PARA LA SALUD EN ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL

LUCÍA LÓPEZ SAMA

ROSANA FERNANDEZ PEREZ

SARA MÉNDEZ GARCÍA

EVA GONZALEZ LOPEZ

MARCO ANTONIO LÓPEZ CHACÓN

1 Introducción

Las enfermedades de transmisión sexual son un problema de salud pública que afectan principalmente a la gente joven. Todos los años se registran cerca de 300 millones de nuevos casos curables, según la OMS, en edades comprendidas entre 15-45 años. Las mas frecuentes son clamidiasis, tricomoniasis, sífilis, gonorrea, VIH, herpes genital y virus papiloma humano.

2 Objetivos

- Prevenir conductas de riesgo como embarazos no deseados, ITS y VIH.
- Fomentar el uso correcto de preservativo.
- Reconocer los 1º síntomas de la enfermedad.

- Concienciar a la gente de pedir ayuda médica cuando aparezca algún síntoma.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica sistémica utilizando buscadores específicos en ciencias de la salud como: Dialnet, google académico, pubmed y Scielo. Utilizando, entre otras, las palabras clave: prevención y control, VIH, enfermedades sexualmente transmisibles.

4 Resultados

Las ITS son infecciones que se transmiten principalmente por relaciones sexuales (vaginales, orales o anales) repetidas con una persona infectada, aunque también puede ser transmitas en el embarazo, de madre a hijo, por agujas contaminadas o por transfusión. Los signos y síntomas son muy variables, pudiendo incluso pasar desapercibidos hasta muy avanzada la enfermedad, entre los más destacados: llagas, heridas o verrugas en la zona genital, sensación de quemazón o ardor al orinar, flujo vaginal inusual y maloliente, secreciones por el pene, fiebre, dolor en la zona baja del abdomen.

En los últimos años las ITS han aumentado considerablemente en gente joven a consecuencia de un comienzo temprano en las relaciones sexuales, la promiscuidad sexual, la falta de protección, la escasez de información, etc.
Como profesionales sanitaros tenemos un papel importante en la prevención y diagnostico precoz de estas enfermedades.
Es el ámbito de atención primaria el marco idóneo para realizar actividades preventivas en ITS, pudiendo llegar a mayor número de población y sobre todo gente joven.

5 Discusión-Conclusión

Los profesionales de enfermería tienen un papel muy importante en la educación sexual, teniendo en cuenta que el paciente ve a la enfermera como un profesional mas cercano. Por eso deberían estar formadas no solo en la prevención y educación sexual sino también en el diagnostico y tratamiento adecuado.

6 Bibliografía

- www.kidshealth.org
- ACOG (the American college of obstetricians and gynecologist). www.mscbs.gob.es
libro enfermería ed. Masson

Capítulo 179

PREVENCIÓN DE ÚLCERAS EN EL PIE DIABÉTICO

CRISTINA TORREALBA ROBLES

ESTEFANIA MARTINEZ LOPEZ

ADRIANA RODRÍGUEZ PAREDES

MARIA LEONOR TORREALBA ROBLES

CRISTINA ALONSO BELOSO

1 Introducción

La Diabetes Mellitus es la principal causa de pacientes crónicos en nuestro país. El mal control de ésta por parte del propio paciente y del personal sanitario va a tener una serie de consecuencias que se verán reflejadas en la aparición de complicaciones crónicas; una de las más frecuentes es la aparición de úlceras en los pies.

El papel de la enfermera, tanto en la prevención como en el tratamiento de estas úlceras, será muy relevante.
La finalidad de este trabajo es prevenir las úlceras del pie diabético; realizando un diagnóstico del riesgo de padecer pié diabético e identificar la implicación del paciente así como de la adquisición de conocimientos y habilidades para evitar la aparición de lesiones.

Según estimaciones de la Organización mundial de la salud (OMS) en 2025 el número de personas con diabetes mellitus se incrementaría hasta 300 millones, sin embargo estudios posteriores han demostrado que en 2008 el número de personas con diabetes mellitus en el mundo ya era de 347 millones. La prevalencia mundial de diabetes mellitus asciende rápidamente.

Una de las mayores complicaciones de esta enfermedad es el síndrome del pie diabético que al igual que la enfermedad, su incidencia asciende desmesuradamente año tras año. La organización Mundial de la Salud (OMS), define la diabetes mellitus como un "desorden metabólico de múltiples etiologías, que se caracteriza por hiperglucemia crónica con alteraciones de los hidratos de carbono, metabolismo de las grasas y proteínas, como resultado de defectos en la secreción de insulina, la acción de la insulina, o ambas cosas a la vez". Más del 80% de las muertes por diabetes se registran en países de bajos y medianos ingresos. Aun así la carga de la diabetes es mayor en los países desarrollados debido en gran parte al aumento del sobrepeso, la obesidad y la inactividad física.

• Tratamiento:
El tratamiento de la diabetes va a variar dependiendo del tipo que sea. La diabetes tipo I se trata a base de insulina. Se debe controlar el peso y hacer ejercicio con regularidad. En el tratamiento de la diabetes tipo II, las personas pueden tener un control de la glucosa con unas pautas de alimentación y con la realización de ejercicio físico regular. Con el tiempo, las personas pueden llegar a utilizar pastillas y/o insulina para el control de la glucosa.

• Complicaciones:
Las complicaciones de la diabetes son numerosas y se manifiestan a largo plazo.Representan la principal causa de morbimortalidad en las personas diabéticas. La diabetes es la séptima causa principal de muerte y puede provocar discapacidad permanente y mal estado de salud. Las personas con diabetes pueden sufrir numerosas complicaciones graves y mortales tales como enfermedades cardiacas, accidentes cerebrovasculares, enfermedades renales, amputaciones y la muerte.

La diabetes se asocia con complicaciones tanto macrovasculares (cardiovascular, cerebrovascular y enfermedad vascular periférica) como microvasculares (retinopatía, neuropatía y nefropatía). El pie diabético constituye uno de estos principales problemas de salud, debido al mal control que estos realizan de su diabetes. Este mal control puede desencadenar por una parte en una neuropatía, y por otra parte, en una vasculopatía, que por diversos mecanismos provocan

una úlcera en el pie del paciente diabético. La interacción de los factores sistémicos (angiopatía, neuropatía e infección) con factores ambientales (estilo de vida, higiene, tipo de calzado) favorece la aparición de lesiones en el pie.

El pie del paciente diabético es muy sensible a todas formas de traumatismos: el talón y las prominencias óseas resultan especialmente vulnerables. Los daños a los nervios periféricos de los pies provocan trastornos sensoriales, úlceras de la planta del pie, atrofia de la piel, etc. y debido a la oclusión de las arterias que llevan sangre a los pies se puede producir gangrena. Es frecuente en los pacientes diabéticos que las lesiones propias del denominado pie diabético trascurran sin dolor, debido a lo cual se suele agravar la lesión antes de que el paciente pida ayuda especializada.

En la actualidad, los diabéticos suelen estar muy concienciados de las complicaciones que su enfermedad les puede provocar, pero generalmente están poco sensibilizados en el cuidado y prevención de la salud de sus pies. Muchos de ellos asumen que la edad y la diabetes son casi sentencias que les conducen inevitablemente a la úlcera, gangrena o amputación y su demanda asistencial en este sentido es pobre. Por otro lado, la sociedad desconoce la transcedendencia del pie diabetico y sus complicaciones.

2 Objetivos

El objetivo principal será por un lado actualizar conocimientos sobre las técnicas e instrumentos de prevención, para así permitir una mayor facilidad al personal que se encarga de su prevención y cuidado. Unificar criterios, promover y asegurar una buena práctica. Identificación rápida de pacientes de riesgo y controlarlos.

También es importante encontrar y valorar el mejor protocolo de actuación y tratamiento enfermero para así evitar en la mayor parte de los casos posibles una intervención quirúrgica mayor. Podemos definir como objetivos específicos:
- Analizar los instrumentos utilizados para mejorar la valoración del pie diabético.
-Identificar la adquisición de conocimientos y habilidades del paciente.
-Determinar si con las actividades de prevención se produce una disminución de las úlceras.

3 Metodología

Para realizar esta revisión sistemática se han consultado distintas bases de datos bibliográficas con el fin de localizar estudios y conocer la evidencia científica existente acerca de la eficacia de las medidas preventivas y/o educacionales llevadas a cabo con los pacientes diabéticos para prevenir la aparición de lesiones, úlceras y amputacionesen el pie.

La búsqueda se realiza en bases de datos que contienen revisiones sistemáticas y artículos originales como son Cochrane Plus, PubMed/Medline, Dialnet.

4 Resultados

Las úlceras y las amputaciones de las extremidades inferiores son la principal causa de morbilidad, discapacidad y costes para los diabéticos. Se ha estimado que el 20% de las hospitalizaciones atribuidas a DM son el resultado de úlceras e infecciones en el pie.

También se ha calculado que el 20% de los pacientes que presentan un episodio de PD mueren antes de un año y que uno de cada cinco diabéticos presentará un cuadro de pie diabético en el transcurso de su vida. Cuando a un diabético se le amputa una pierna, la mitad de los afectados pierde la otra pierna en menos de cinco años.

5 Discusión-Conclusión

En la presente revisión sistemática, vamos comprobar si con la prevención podológica llevada a cabo por el profesional y los programas destinados al autocuidado en el día a día por el paciente o cuidadores, se consigue reducir la incidencia de lesiones, úlceras y amputaciones en los miembros inferiores de los pacientes diabéticos.

6 Bibliografía

1. Dirección de enfermería, Hospital Central Universitario de Asturias, Principado de Asturias; Protocolos de cuidados, Úlceras por presión 2015.
2. Guía para la prevención y manejo de las UPP y heridas crónicas. Sanidad 2015. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

3. Organización Mundial de la Salud. Temas de salud. Diabetes. ¿Qué es la diabetes? Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/
4. Cerezo BAM, Cuervo RD, Respuestas humanas de la persona con pie diabético. PARANINFO DIGITAL. MONOGRÁFICOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD ISSN: 1988-3439 - AÑO VII – N. 17 – 2013 Disponible en: http://www.indexf.com/para/n17/040.php
5. Pérez RMC, Godoy S, Mazzo A, Nogueira PC, Trevizan MA, Mendes IAC, Cuidado en los pies diabéticos antes y después de intervención educativa. ENFERMERIA GLOBAL. ISSN 1695-6141 AÑO 2013 N°29 Disponible es: www.um.es/eglobal/.
6. González de la TH; Mosquera FA; Quintana LML; Perdomo PE; Quintana MMP. Clasificaciones de lesiones en pie diabético. Un problema no resuelto. Gerokomos vol.23 no.2 Madrid jun. 2012
7. AbuBakr H. Widatalla, Seif ElDin I. Mahadi, Mohamed A. Shawer, Shadad M. Mahmoud, A.E. Abdelmageed, And Mohamed ElMakki Ahmed, MS, FRCSI, Diabetic foot infections with osteomyelitis: efficacy of combined surgical and medical treatment. 2012,3: 18809
8. Basavraj S Nagoba, Rajan C Gandhi, Bharat J Wadher, Arunkumar Rao, Amol R Hartalkar, Sohan P Selkar. A simple and effective approach for the treatment of diabetic foot ulcers with different Wagner grades. Int Wound J 2010; 7:153–158
9. Cigna E, Fino P, Onesti MG, Amorosi V, Scuderi N. Diabetic foot infection treatment and care. Int Wound J 2014; doi: 0.1111/iwj.12277
10.Lázaro-Martınez JL, Aragón-Sánchez J, García-Morales E. Antibiotics versus conservative surgery for treating diabetic foot osteomyelitis: a randomized comparative trial. Diabetes Care 2014;37:789–795

Capítulo 180

CUIDADOS AL PACIENTE CON HEPATITIS.

ALICIA PAREDES ANTONIO

VERÓNICA GRACIELA MORAN ECHEVERRIA

LAURA SUÁREZ ARBESÚ

MARTA SANCHEZ UGARTE

1 Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que cerca de 257 millones de personas están infectadas por el virus de la hepatitis B y más de 70 millones por el de la hepatitis C, y solo una parte de esta población es consciente de ello.
Según un estudio presentado el pasado mes de febrero durante el 43º congreso de la Asociación Española para el Estudio del Hígado (AEEH), se calcula que en España hay más de 200.000 personas afectadas solamente por la hepatitis C; asimismo, la cifra de personas que desconoce que ha contraído esta enfermedad se sitúa entre 70.000 y 80.000 en el país.
La hepatitis puede afectar a la absorción de nutrientes e influir sobre el apetito del enfermo, provocándole una pérdida de peso, reduciendo sus reservas de energía y dificultando la recuperación".

2 Objetivos

- Identificar el proceso de la hepatitis y saber explicar los pros y contras de esta enfermedad.
- Explicar al paciente y familiar las medidas que deben adoptar para evitar el contagio.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Medline, Scielo, Cochrane, Pubmed y Google Schoolar, se han utilizando criterios de búsqueda en revistas científicas y artículos encontrados de cuidados del paciente con hepatitis, se utilizaron descriptores con las palabras claves utilizadas en la búsqueda: plan de cuidados, paciente, prevención, síntomas, hepatitis.

4 Resultados

La hepatitis A es una infección aguda del hígado causada por el virus de la hepatitis A (VHA). Afecta principalmente a población infantil de los países en vías de desarrollo con déficit o ausencia de condiciones sanitarias e higiénicas adecuadas, ya que la principal vía de propagación del VHA es la fecal-oral. Con mucha frecuencia es asintomática, no hay tratamiento específico, y en un periodo de seis meses la recuperación suele ser espontánea y no evoluciona a hepatitis crónica, cirrosis ni hepatocarcinoma.

Es una infección autolimitada que deja inmunidad permanente. Por debajo del 1% de los pacientes desarrollan hepatitis fulminante (insuficiencia hepática aguda) más común en pacientes con afección comórbida en edad avanzada y con enfermedad hepática crónica (como la infección por el virus de la hepatitis C).
Cuando las células sanas se deterioran, aparecen síntomas como náuseas, vómitos, pérdida del apetito, diarrea, coloración oscura en la orina, dolor en el abdomen y tonalidad amarilla en los ojos y en la piel (ictericia). Mientras algunos virus son leves, otros son letales y pueden conducir a la cirrosis y al cáncer de hígado.

La hepatitis se suele asociar a una infección vírica. Pero los factores que la generan pueden ser otros, entre las que también destacan:
• Daño al hígado motivado por el alcoholismo u otros tóxicos.

• Causas derivadas del uso abusivo o sobredosis de medicamentos.
• Infecciones víricas (las hepatitis A, B, C, D y E de las que se hablará posteriormente).
• Patologías hereditarias, entre las que destacan la enfermedad de Wilson, la fibrosis quística o la hemocromatosis, una dolencia derivada de un exceso de hierro en el sistema.

Se pueden distinguir dos tipos de hepatitis:
• Aguda: con el debido tratamiento y las atenciones necesarias puede llegar a desaparecer.
• Crónica: su progreso puede propiciar, con el paso del tiempo, una insuficiencia hepática, cáncer de hígado o cirrosis (destrucción de las células del hígado).

Los síntomas de la hepatitis suelen ser : Las deposiciones claras, cuasiblanquinosas, son un síntoma que debe alertar, ya que es una señal común de enfermedad hepática. La respuesta a este síntoma radica en la bilirrubina, sustancia responsable de la coloración marrón de las heces.La orina es más oscura de lo normal, el efecto más sintomático y característico de la hepatitis: la conocida como ictericia en piel y ojos.

Existen medidas de eficacia comprobada para evitar la transmisión de los virus de la hepatitis. El VHA se previene mediante medidas higiénicas en la manipulación de alimentos y medidas de salud pública (desinfección del agua de consumo). Además, se dispone de una vacuna frente al mismo, cuya administración se aconseja a personas con alto riesgo (viajeros a países endémicos, militares, etc.).

La hepatitis de transmisión sérica (VHB y VHC) puede impedirse mediante las siguientes medidas: utilizar del preservativo en relaciones sexuales y evitar el uso compartido de útiles de aseo personal. En trabajadores expuestos (personal sanitario y otros colectivos) debe utilizarse material desechable para la manipulación de muestras biológicas, y han de atenerse a las precauciones universales, con especial atención a la manipulación de instrumentos punzantes o cortantes. la hepatitis B cuenta con una vacuna muy efectiva (en torno al 95% de vacunados alcanzan niveles de anticuerpos adecuados). La vacunación se realiza en tres dosis (a los 2, los 4 y los 12 meses) por vía intramuscular.

El tratamiento para la hepatitis requiere de una dieta, pues llevar una alimentación balanceada es la que aporta mejoría física y bienestar emocional al paciente, sólo así logra mejorar su calidad de vida. De hecho, una dieta equilibrada para quienes sufren de hepatitis es la opción ideal para controlar el malestar general, la fatiga y otros síntomas. Una de las causas de la enfermedad es llevar malos hábitos alimenticios y un estilo de vida desorganizado.

Al no consumir frutas y vegetales, la hepatitis incide negativamente en la absorción de los nutrientes y hace que quienes la padecen sufran una pérdida de peso, disminuyendo las fuentes de energía y haciendo que la recuperación sea mucho más lenta.
El alcohol es lo único que está totalmente restringido ya que está catalogado como un tóxico directo del hígado. "Debería evitarse incluso la cerveza sin alcohol, que sigue manteniendo cierta cantidad, ya que está demostrado que acelera la progresión de la enfermedad hepática y más aún en una persona que padezca una hepatitis".

5 Discusión-Conclusión

Se debe explicar a los familiares y al propio paciente según su edad la importancia del reposo físico y verificar constantemente su cumplimiento. Respecto a la dieta y aclarando de cierto modo errores que aún se cometen en la población, ésta debe ser normograsa, normoproteíca y normocalórica.

En caso de tratarse de virus que se trasmiten por vía fecal-oral (virus A y E) se recomienda:
Mantener los objetivos de uso personal aislados del resto de las personas sanas.
Realizar la desinfección concurrente con agua y jabón y terminar con alguna sustancia química de los servicios sanitarios. Hacer un lavado de manos minucioso después de manipular heces y orina de los pacientes.
Al regresar los pacientes, hacer labores de educación para la salud y promoción de la salud en el hogar.

6 Bibliografía

1. WHO. Hepatitis C. Fact sheet 164. July 2012. Available at: http:// www.who.int/mediacentre/factsheets/
fs164/en/index.html.

2. Hajarizadeh B, Grebely J, Dore GJ. Epidemiology and natural history of HCV infection. Nat Rev Gastroenterol Hepatol 2013;10:553-62.
3. Gower E et al. Global epidemiology and genotype distribution of the hepatitis C virus infection. J Hepatol (2014),http://dx.doi.org/10.1016/j.jhep.2014.07.027.
4. Resti M, Bortolotti F, Vajro P, Maggiore G; Committee of Hepatology of the Italian Society of Pediatric Gastroenterology and Hepatology. Guidelines for the screening and follow-up of infants born to anti-HCV positive mothers. Dig Liver Dis. 2003 Jul; 35(7): 453-7.
5. Sang L et al. Consumption of coffee associated with reduced risk of liver cancer: a meta-analysis. BMC Gastroenterology, doi: 10.1186/1471-1230X-13- 34, 2013.
6. Willett WC, Stampfer MJ, Colditz GA, Rosner BA, Hennekens CH, Speizer FE: Moderate alcohol consumption and the risk of breast cancer. N Engl J Med 1987, 316:1174-1180.

Capítulo 181

AUTOMEDICACIÓN EN EL ANCIANO

MARIA CARIDAD PINILLA DAPENA

TANIA SUAREZ GONZALEZ

LAURA DEL COZ SANTOS

MARÍA EMILIA PIÑEIRO GUTIÉRREZ

VERONICA FERNANDEZ ALVAREZ

1 Introducción

Cada vez son más las personas mayores con multimorbilidad. Muchos paises de Europa han desarrollado estrategias para que las personas mayores permanezcan en sus propios hogares el mayor tiempo posible, e incluso han reemplazado las instituciones de cuidado a largo plazo por hogares residenciales. Estos cambios han significado que las personas mayores vivan en el hogar con poca o ninguna ayuda por parte de cuidadores que les orienten en la administración de medicamentos.

Vivir con multimorbilidad es un desafio , ya que las afecciones crónicas requieren con frecuencia regímenes medicamentosos complejos y en ocasiones recetados por médicos diversos. Las personas con multimorbilidad sufren a menudo muchas hospitalizaciones causadas por errores médicos y efectos secundarios medicamentosos, por lo que además los gastos de estas hospitalizaciones se suman al alto coste de la atención.

Entre los ancianos, el uso de tratamientos potencialmente inapropiados y la polifarmacia , son factores de riesgo para la hospitalización además los ancianos tienen siete veces más probabilidades de ser hospitalizados debido a lesiones relacionadas con medicamentos. En una semana cualquiera, el 81% de los adultos toman al menos un medicamento , de los cuales el 27% de ellos consumen al menos cinco medicamentos diferentes.

Las personas de 75 años pasan más de la mitad de su vida restante tomando cinco o más fármacos . La polifarmacia se ha asociado con eventos como las caidas , hospitalización y muerte, además la media de medicamentos recetados que usan las personas mayores en los EEUU se duplicó de dos a cuatro entre 1988 y 2010.

En España se calcula que , en mayores de 65 años la proporción de pacientes que presentan un acontecimiento adverso por medicamentos a lo largo de un año oscila entre el 10% y el 35% . La OMS alerta que en los paises desarrollados la adherencia al tratamiento por parte de los pacientes con enfermedades crónicas es de sólo el 50%.

Cada vez que un anciano es dado de alta hospitalaria y su medicación se ha visto modificada, comienza un nuevo reto de adaptación, que no es nada sencillo.

Con estos datos, no cuesta imaginarse que los ancianos son muy vulnerables a sufrir accidentes relacionados con la toma de medicamentos, bien por confusión u olvido o por los propios efectos secundarios de cada uno de estos fármacos.

2 Objetivos

Objetivo general:
- Exponer las principales causas que desencadenan errores en la automedicación en el anciano.

Objetivos específicos:
- Especificar los factores que interfieren negativamente en la adherencia al tratamiento farmacológico.
- Determinar la importancia de los efectos adversos en el seguimiento del tratamiento farmacológico.
- Mostrar algunos de los medicamentos que más efectos secundarios produce en el anciano.

3 Metodología

Este trabajo es una revisión narrativa. Para la recopilación de información se acudió a Pubmed y Scielo.
Los criterio de inclusión han sido textos en inglés y español, publicados en el año 2007 incluído. Como criterios de exclusión, se desecharon los artículos de más de 10 años de antigüedad desde su publicación, al igual que los artículos sobre menores de 65 años.

Para la búsqueda en Pubmed se utilizan diferentes combinaciones: "medication errors AND older people AND home AND self medication". Se obtienen 14 resultados de los cuales se seleccionan 3 para trabajar con ellos. También se introducen los términos: " adverse side effect AND medication AND elderly patients AND primary care health center", obteniendo sólo 1 artículo, y por último: " therapeutic compliance AND elderly patients AND home AND medication errors", obteniendo 27 artículos y seleccionando 6 para trabajar con ellos.

Finalmente, se acude a Scielo, introduciendo los siguientes términos: " utilización de medicamentos en personas mayores", obteniendo 9 resultados y trabajando con un artículo.

En resumen se trabajan con 11artículos, de los cuales 4 están es español y 7 en inglés.

4 Resultados

La identificación y prevencion de problemas relacionados con la medicación son componentes esenciales de la salud general de los ancianos. El contexto ambiental de la administracción de medicamentos para las personas mayores que viven en la comunidad es polifacético . Variables complejas como la calidad de la comunicación entre los distintos profesionales de la salud, la educación sanitaria inadecuada del paciente y la polifarmacia aumentan la vulnerabilidad para que se produzcan problemas relacionados con los medicamentos y requieren enfoques innovadores para promover la seguridad del anciano. Se sugiere que aproximadamente el 95% de los efectos adversos de medicamentos son predecibles y el 28% al 50% de estos eventos adversos son prevenibles. La evaluación , la comunicación y las acciones que abordan los problemas de seguridad con respecto a los medicamentos en el hogar son esenciales para evitar complicaciones y hospitalizaciones costosas.

Según un estudio español basado en un seguimiento a pacientes de un Centro de Salud de Atención Primaria, supone que un 41% de los pacientes mayores de 75 años experimentaron uno o más efectos adversos producidos por lo medicamentos. Entre los más destacados se encuentran la tos con los inhibidores de la enzima de conversión de angiotensina (IECA), edemas maleolares en MMII con los antagonistas del Ca , la hemorragia digestiva alta con los antiinflamatorios no esteroideos (AINE), el estreñimiento con la codeina, las molestias gástricas con el sulfato ferroso y la diarrea con la asociación amoxicilina-acido clavulánico. Cabe destacar que se produjeron 12 episodios de hemorragia digestiva alta relacionada con el uso de algún AINE expresado de forma genérica, también se encuentra la digoxina como causa del 67% de las intoxicaciones graves.

A través de un proyecto basado en mejorar la seguridad de los medicamentos, se encontró que el 68% de los ancianos en seguimiento tenian algún tipo de problema relacionado con la medicación, a pesar de la evaluación e intervención individual intensiva de los profesionales de la salud, sólo el 8% obtuvo cambios en la toma de la medicación durante el periodo del proyecto. Esto demuestra la naturaleza compleja de la toma de medicamentos en el hogar y resalta la necesidad de una investigación continua para promover la seguridad de los ancianos en sus hogares. El riesgo de respuesta adversa al fármaco aumenta con la mala administración del medicamento y la falta de evaluación. El conomiento compartido entre el personal sanitario y el paciente sobre los medicamentos que se toman, junto con la revisión de rutina del uso de fármacos del paciente, puede mejorar la seguridad y disminuir el riesgo de resultados adversos.

Además de la polifarmarcia , también hay otros factores que contribuyen a la mala administración de medicamentos, como la forma de dosis, la frecuencia de dosificación y las intrucciones para el uso de medicamentos. La dosificación de medicamentos que involucra inhaladores , recipiente o envases a prueba de niños o la necesidad de dividir las pastillas, puede presentar un desafio para las personas mayores con destreza limitada. De forma similar, la dosificación diaria múltiple puede ser difícil para las personas mayores con deterioro cognitivo.

Según un estudio británico , las personas mayores describen una gran dificultad para tomar los medicamentos si son muchos, en el tiempo adecuado. También compartieron las dificultades que tenían para recordar qué pastilla hace qué, especialmente cuando se cargan en organizadores de pastillas y están fuera de su caja original. Otro problema para ellos fue la pérdida del prospecto y el uso consecutivo de medicamentos incompatibles.También revelaron que la carga de

medicamentos en una caja tipo ”Dossette” fue problemático ya que la mayoría de los medicamentos se ven similares en forma, tamaño y color. Debido a la deficiencia en la diferenciación de medicamentos entre si , tienden a tomar multiples medicamentos a la vez durante el tiempo de la comida, aunque algunos de ellos deban tomarse antes de estas.

Muchos paciente describen problemas de comunicación por falta de tiempo suficiente para hablar con el médico-enfermero sobre la medicación. Los pacientes refieren confundirse al recibir instrucciones incompletas y confusas por parte de dichos profesionales para la toma de medicamentos. A veces a los pacientes les resulta más sencillo cuando el personal de enfermería es el que explica los regimenes de ingesta medicamentosa en lugar de los médicos. Las instrucciones poco claras pueden ocasionar problemas cuando se administran medicamentos a largo plazo, es necesario un tiempo prolongado de consulta, así como un fácil acceso a un médico si se sospechan efectos adversos. Varios pacientes expresaron preocupaciones relacionadas con el riesgo potencial de que el personal sanitario cometieran errores al prescribir, dispensar y administrar medicamentos. Tales sentimientos de desconfianza fueron descritos de forma frecuente cuando los participantes ingresaban en el hospital. Las dudas y desconfianza disminuyeron significativamente cuando existia una buena relación con el personal médico y/o enfermero. La generosidad bien intencionada de los médicos con la prescipción de medicamentos, en realidad creó sospecha y desconfianza por parte de los pacientes.

Según otro estudio, al entrevistar a personas mayores que viven solas, todas ellas coincidieron en autorreferirse como capaces de manejar y administrar su medicación. Sin embargo, un 22% de las mujeres y un 25% de los varones admiten que fallan en la ingesta continua de sus medicamentos, bien por incumpliento del horario, por dejar de tomar la medicación si se sienten bien aún padeciendo enfermedades crónicas o por abandono del tratamiento al sentirse mal.

5 Discusión-Conclusión

Es muy importante realizar examenes periodicos en los hogares donde los ancianos viven solos y reconocer a los que son susceptibles de padecer problemas relacionados con la medicación, especialmente entre los paciente crónicos pluripatológicos.

Actualmente empiezan a surgir diferentes métodos para que las personas may-

ores puedan ser autónomos en la toma de su medicación de forma segura , lógicamente no hay ningún método universal que sirva de forma estandar, pero teniendo en cuenta las capacidades y los gustos de cada uno , se pueden aportar diferentes medidas. Un ejemplo sería la disposición de medicamentos liquidos con diversas texturas, para que cada uno seleccione la forma más cómoda de tomar la medicación y existe un método por colores útil para pacientes y cuidadores conocido como " sistema taquigráfico por colores de medicación" que consite en la utilización de etiquetas con simbolos médicos fácilmente reconocible junto con un color que se identifica con un grupo anatómico, por ejemplo el simbolo del corazón y el color rojo se usaron para medicación cardiovascular.
Otra ventajas de este método es para extranjeros que con esta simbologia pueden tomar la medicación de forma segura sin conocer el idioma.

En resumen, una vez que el médico de cabecera ha modificado la medicación o que el paciente ha sido dado de alta a nivel hospitalario deberían existir programas de seguimiento farmacológico al paciente o cuidadores durante la primera semana por parte del facultativo o enfermero de primaria. Una vez que se comprueba que las tomas son correctas durante la primera semana, debería existir un seguimiento mensual, cada vez más espaciado , hasta asegurarse de que existe una adherencia correcta al tratamiento.

6 Bibliografía

1. Summer Meranius M. Engstrom G. Experience of self-management of medication among older people with multimorbility. J Clin Nurs. 2015 Oct;24(19-20)2757-64.
2. LeBlanc RG, Choi J. Optimizing medication safety in the home. Home Health Now. 2015 Jun;33(6):313-9.
3. Alós Alimaña M. Bonet Deán M. Análisis retrospectivo de los acontecimientos adversos por medicamentos en pacientes ancianos en un centro de saludde atención primaria. Aten Primaria. 2008 Feb; 40(2): 75-80.
4. Wimmer BC, et al. Clinical Outcomes Associated with Medication Regimen Complexity in Older People: A systematic Review. J Am Geriatr Soc. 2017 Apr;65(4): 747-753.
5. Douglas A, Letts L. Richardson J. A. systematic review of accidental injury from fire, wandering and medication self-administration errors for older adults with and without dementia. Arch Gerontol Geriatr. 2011 Jan- Feb; 52(1): 1-10.
6. Vargas-Chaves C.Sáenz- Campos D. Análisis de utilización de medicamentos

en personas adultas mayores. Acta Médica Costarricense, Dez 2013, Volume 55 nº4 páginas-159-175.
7. Urbieta Sanz E, et al. Implantación de un procedimiento de conciliación terapéutica al ingreso hospitalario por el servicio de urgencias. Fam Hosp. 2014; 38(5): 430-437.
8. Orlu-Gul M. et al. Public engagement workshop how to improve medicines for older people. Int J Pham. 2014 Jan 1;459(1-2):65.
9. Caedarelli R, et al. Improving accuracy of medication indentification in an older population using a medication bottle color symbol label system. BMC Fam Pract. 2011 Dec. 29; 12-142.
10. Sánchez Ulayar A. Pharmaceutical intervention upon hospital discharge to strengthen understanding and adherence to pharmacological treatment. Farm Hosp. 2012 May-Jun;36(3):118-23.
11. Lam p1, Elliott RA, Geaotge J. Impact of self-administration of medication programme on elderly inpatients competence to manage medications; a pilot study. J Clin Pharm Ther.2011 Feb;36(1):80-6

Capítulo 182

ENFERMEDAD CELIACA: CAUSAS, SÍNTOMAS Y TRATAMIENTO.

MARIA PILAR LOBATO ÁLVAREZ

IRENE MARÍA VILLAVERDE FONSECA

DIANA TUÑÓN PASTOR

ISABEL BERTAULT BENEDICTO

1 Introducción

La enfermedad celíaca se define como una enfermedad gastrointestinal crónica de predisposición genética. Es un trastorno auto-inmune genético grave debido a la ingestión de gluten que provoca daños en el intestino delgado. En las personas con enfermedad celiaca, el gluten se recibe como un agresor extraño y es atacado por el sistema defensor del organismo. Estudios indican que la celiaquía es hereditaria ya que aproximadamente entre el 10% y el 15% de los familiares directos de la persona afectada tiene posibilidades de padecerla. Es más frecuente en mujeres:

Por cada varón que padece enfermedad celíaca, la sufren dos mujeres.

El gluten se encuentra por tanto en el trigo, centeno, cebada, avena y todas sus variedades e híbridos. No se encuentra en cereales como el maíz, arroz, mijo o sorgo. Este conjunto de proteínas que tiene el gluten otorgan la capacidad espesante y la elasticidad a las harinas que las contienen, y por estas propiedades también se ha utilizado el gluten en muchos productos manufacturados.

Las manifestaciones clínicas de la Enfermedad Clínicas se pueden dividir en manifestaciones digestivas y extradigestivas y pueden ser diferentes en el momento vital en el que te encuentres, los niños presentan más diarreas con heces grasas, anorexia, distensión abdominal, defectos en el esmalte dental, tristeza, malnutrición, retraso ponderoestatural y anemia ferropénica entre otros. En los adolescentes y adultos,las manifestaciones digestivas son frecuentemente asintomáticos, suelen presentar dolor abdominal crónico, hábitos intestinales irregulares, dolores oseos , irregularidades mestruales, anemia ferropenica, dermatitis atópica entre otras.

Para el diagnóstico contamos con los cuatro pilares básicos de la definición de enfermedad celíaca:
- Clínica.
- Determinación de anticuerpos específicos en suero (entre los que destacan los ATGt-2, EMA, DGP).
- Determinación de haplotipos característicos: genes de HLA tipo DQ2 y DQ8.
- Biopsia intestinal para estudiar la existencia de la enteropatía característica con atrofia de las vellosidades (clasificado según el grado por la clasificación de Marsh), aumento de los linfocitos intraepiteliales (LIE) gamma-delta.

En España la regulación del etiquetado alimentario está recogida en el RD 1334/1999 (modificado por RD 1245/2008) y establece que aquellos alimentos que se sabe que provocan con mayor frecuencia hipersensibilidad (entre ellos el gluten), siempre deben declararse, además, hay que considerar el riesgo de contaminación de alimentos sin gluten por gluten.

2 Objetivos

Detectar precózmente los síntomas de la enfermedad celíaca e informar de su tratamiento para gozar de una buena calidad de vida.

3 Metodología

Para la realización de esta revisión bibliográfica se utilizaron artículos en castellano desde 2016 hasta la actualidad. Bases de datos consultadas: Pubmed, el buscador de Google académico, scielo, Medlineplus utilizando los descriptores en castellano : Gluten, Celíaca, alergia, sensibilidad y trigo.

4 Resultados

La prevalencia de la enfermedad se sitúa en torno al 1% de la población mundial y se cree que se encuentra infradiagnosticada (se estima que existen 5-10 casos sin diagnosticar por cada caso diagnosticado) (5). Aunque puede presentarse a cualquier edad, hay una mayor incidencia de casos en la primera y cuarta décadas de la vida. Afecta más a mujeres que a hombres en una proporción 2-3:1 aproximadamente.

La dermatitis herpetiforme es la manifestración cutánea más frecuente en la enfermedad céliaca Aunque menos del 10% de los casos presentan también síntomas digestivos.

Según las últimas guías de la ESPGHAN (2), existen algunos casos en los que se podría obviar la realización de la biopsia intestinal para el diagnóstico. Estos casos serían aquellos niños y adolescentes que cumplan los siguientes criterios:
- Tener síntomas típicos de enfermedad celíaca.
- Tener valores de anticuerpos ATGt-2 10 veces por encima del valor normal.
- Tener valores positivos de EMA.
- Tener los genes HLA-DQ2 y/o DQ8 positivos.

El tratamiento, una vez establecido adecuadamente el diagnóstico, consistiría en una dieta sin gluten estricta y de por vida. Algunos estudios han tratado de determinar cuál es la cantidad de gluten tolerable para una persona con enfermedad celíaca, sin embargo no han podido establecer un límite claro, ya que existe una susceptibilidad individual, parece que el consumo de cantidades menores a 10 mg al día de gluten es muy poco probable que causen daño intestinal.

5 Discusión-Conclusión

Hoy día y gracias a los estudios de esta enfermedad, las personas celíacas han pasado a vivir con buena calidad de vida. El papel de enfermería junto con el del médico es muy importante en la detección de síntomas, diagnostico y tratamiento. El tratamiento a día de hoy consiste en realizar una educación sanitaria y por ello se debe aconsejar adecuadamente a un paciente con enfermedad celíaca de manera individual y según el paciente, adolescente, adultos, o padres de niños celíacos se les informa de la necesidad de abandonar el gluten en su vida y educar sobre nuevos hábitos de vida .

Una vez estos pacientes abandonan el gluten y tienen especial cuidado con evitar contaminación cruzada tanto en alimentos como en utensilios de cocina su mejoría va a ser grande y su calidad de vida también . Esto se puede realizar tanto desde atención primaria como desde atención hospitalaria.

6 Bibliografía

- Jiménez Ortega Ana Isabel, Martínez García Rosa María, Quiles Blanco María José, Majid Abu Naji Jamil Abdel, González Iglesias María José. Enfermedad celíaca y nuevas patologías relacionadas con el gluten. Nutr. Hosp. [Internet]. 2016 [citado 2020 Ene 30] ; 33(Suppl 4): 44-48. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112016001000011&lng=es. http://dx.doi.org/10.20960/nh.345.
- Moscoso J Felipe, Quera P Rodrigo. Enfermedad celíaca.Revisión. Rev. méd. Chile [Internet]. 2016 Feb [citado 2020 Feb 06] ; 144(2): 211-221. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872016000200010&lng=es. http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872016000200010.
- Medlineplus.gov. (2020). Celiaquía: MedlinePlus enciclopedia médica. [online] Available at: https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000233.htm [Accessed 28 Jan. 2020].
- CuidatePlus. (2020). Celiaquía: Qué es, Síntomas, Tratamientos e Información. [online] Available at: https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/digestivas/celiaquia.html [Accessed 28 Jan. 2020].

Capítulo 183

DESARROLLO PSICOMOTOR EN NIÑOS CON TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA.

LUCIA MARTÍNEZ PÉREZ

1 Introducción

El trastorno del aspecto autista (TEA) es una patología en auge, se está viendo un incremento en la prevalencia, presenta una etiología desconocida, es difícil determinar las causas de este incremento, expertos apuntan a una mayor sensibilidad en las herramientas diagnósticas que detectan casos que anteriormente podían pasar desapercibidos.

Cada día se ven más casos en nuestro trabajo diario y una adecuada detección e intervención temprana en estos niños favorecerá su desarrollo y facilitará su integración social.

El TEA se caracteriza por dificultades cualitativas de la interacción social, con falta de empatía y reciprocidad social, incapacidad para reconocer y responder a los gestos y las expresiones de los demás, dificultades en la comunicación, y falta de flexibilidad en el razonamiento y los comportamientos, con un repertorio estereotipado de actividades e intereses.

Características:

Para su diagnóstico, debe cumplir los criterios A, B, C y D según el DSM-V:

A-. Déficits persistentes en comunicación e interacción social no atribuibles a un retraso general del desarrollo, manifestando simultáneamente los tres déficits siguientes:
1. Reciprocidad social y emocional: acercamiento social anormal, incapacidad para mantener una conversación; reducción de intereses, emociones o afectos y ausencia total de iniciativa en la interacción social.
2. Conductas de comunicación no verbal que se usan en la comunicación social: comunicación poco integrada, anormalidades en el contacto visual y en lenguaje corporal, déficits en comprensión y falta total de gestos faciales.
3. Desarrollo y mantenimiento de relaciones adecuadas al nivel de desarrollo: dificultades para mantener un comportamiento apropiado, dificultades para compartir juegos imaginativos y/o ausencia de interés en las otras personas.

B.- Patrones de comportamiento, intereses o actividades restringidas y repetitivas que se manifiestan al menos en dos de los siguientes puntos:
1. Habla, movimientos o manipulación de objetos estereotipada o repetitiva (estereotipias motoras simples y ecolalia entre otros).
2. Excesiva fijación con las rutinas, los patrones ritualizados de conducta verbal y no verbal, o excesiva resistencia al cambio.
3. Intereses altamente restrictivos y fijos de intensidad desmesurada.
4. Hiper o hipo reactividad a los estímulos sensoriales o inusual interés en aspectos sensoriales del entorno (como aparente indiferencia al dolor/calor/frío, respuesta adversa a sonidos o texturas específicas, fascinación por las luces o los objetos que ruedan).

C.- Los síntomas deben estar presentes en la primera infancia (pero pueden no llegar a manifestarse plenamente hasta que las demandas sociales exceden las limitadas capacidades).

D.- La conjunción de síntomas limita el funcionamiento cotidiano.

2 Objetivos

- Conocer las necesidades del desarrollo de los niños con trastornos del espectro autista.
- Facilitar con información la aceptación de las dificultades que pueden presentar estos niños.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Las áreas principalmente afectadas en este trastorno son, en mayor o menor medida, el área motora y el lenguaje, por lo que el enfoque de la intervención debe ser desde el área de la psicomotricidad y la logopedia:
• Área de psicomotricidad: los objetivos que se trabajan en las sesiones son la interacción con el adulto y con el medio, la organización de la actividad motora con fines precisos y la estructuración de las tareas. Se insiste en el trabajo con actividades manipulativas y se emplea el dibujo para fomentar la motricidad fina. Se debe tener en cuenta, lo importante que resulta el asegurarse de que el niño entiende lo que pretendemos de él y se deben anticipar los posibles cambios ya que los bloqueos ante situaciones nuevas pueden estar presentes.
• Área de logopedia: tiene como fin favorecer el desarrollo de habilidades comunicativas y ejecutivas básicas. Se centra en el desarrollo de habilidades básicas de relación intencionada y atención conjunta y en la activación y modelado de patrones motores de imitación gestual; activación y modelado de patrones motores orales (masticar, soplar o deglutir) y en la organización del movimiento práxico intencional como base del lenguaje oral.

Posteriormente, se deben ir introduciendo las claves visuales y verbales de regulación con funciones de anticipación para una adecuada compresión contextual y del lenguaje oral. En la evolución, es importante valorar el desarrollo de patrones no verbales básicos de comunicación, como la instrumentalización del adulto, señalización, petición de ayuda, respuesta a la búsqueda de contacto visual del adulto en la interacción.

Tras la intervención los padres entienden mejor las dificultades que estos niños pueden presentar, se adaptan a las necesidades especiales que puedan tener y actuan de manera anticipatoria, lo cual disminuye la ansiedad de ambos.

5 Discusión-Conclusión

Es un trastorno con una sintomatología muy amplia que puede dificultar el diagnóstico precoz, muy importante para realizar una intervención temprana que permita al niño una buena adaptación social. Se debe implicar a los padres para seguir trabajando en casa y desde un contexto real las tareas que conlleve la intervención.

6 Bibliografía

- http://www.neurology.org/content/55/4/468.full.html
- http://pediatrics.aappublications.org/content/120/5/1162.full.
- html http://psychiatry.org/dsm5
-PM. Ruiz-Lázaro; M. Posada de la Paz; F. Hijano Bandera. TEA. Detección precoz, herramientas de cribado. Rev. Pediatr. Aten. Primaria 2009: 11 (Supl17): s381-s397.

Capítulo 184

VENDAJES E INMOVILIZACIONES EN ENFERMERÍA: ¿ESTAMOS PREPARADOS?

OSCAR ALVAREZ CARREÑO

1 Introducción

Los vendajes e inmovilizaciones han sido desde la antigüedad elemento fundamental en el tratamiento de diferentes problemas de salud. Su utilización es muy diversa, desde sostén de apósitos, a protección de prominencias óseas, eliminación de edemas, estabilización de fracturas, limitación de movimientos, etc.

Con el paso del tiempo, los avances médicos y tecnológicos han conseguido una evolución en estas técnicas. Los simples vendajes con tiras de tela, se han convertido en auténticas estructuras inteligentes capaces de limitar solamente aquellos movimientos que producen dolor, integrándose con nuestra piel permitiendo poder llevar a cabo nuestras actividades de la vida diaria.

Los profesionales de enfermería trabajamos con pacientes que precisan de estas técnicas en nuestro día a día, y es por ello que debemos estar bien formados para poder ofrecer unos cuidados de primera. Sin embargo esto no suele ser así; la falta de conocimiento nos impide desarrollar nuestras competencias con autonomía. La escasez de guías y manuales adaptados a enfermería puede resultar una importante barrera. Es por ello que en este trabajo se intenta dar solución introduciendo brevemente las bases del vendaje y de las inmovilizaciones, y a su vez encaminarlas hacia nuestra labor enfermera.

La segunda parte de este trabajo tiene como objetivo realizar un sondeo entre los profesionales enfermeros acerca de cuan preparados estamos para realizar vendajes e inmovilizaciones. También se intenta descubrir el grado de motivación que tiene la enfermería hacia la formación en este ámbito, y hacia el desarrollo de nuevas técnicas aplicables a nuestra labor.

2 Objetivos

- Realizar una pequeña guía unificada que recoja las bases teóricas de los vendajes e inmovilizaciones orientándolas hacia los cuidados enfermeros.
- Reunir los diagnósticos, objetivos e intervenciones más indicados en la creación de un plan de cuidados de enfermería en pacientes con vendajes o inmovilizaciones.
- Averiguar el nivel de conocimiento y de destreza autopercibido por los enfermeros respecto a vendajes e inmovilizaciones.
- Determinar el grado de motivación entre los enfermeros respecto a su formación en vendajes e inmovilizaciones.

3 Metodología

En la primera fase del trabajo, la recogida de las bases teóricas de los vendajes e inmovilizaciones, me he basado en una revisión bibliográfica, a través de: guías, manuales, libros artículos, revistas, así como webs y blogs. De estas se he seleccionado y adaptado aquellas que puedan ser útiles para enfermería. También ha se ha tenido en cuenta la información dada en los distintos cursos de vendajes e inmovilizaciones impartidos por J. Manuel Mayo Romero en el Hospital Universitario Lucus Augusti.

Para la segunda parte de este trabajo fin de grado, he realizado un sondeo entre una muestra representativa de enfermeros de distintos servicios del área de Lugo. Se ha utilizado la técnica de la entrevista estructurada cerrada, dirigida a conseguir una información subjetiva acerca del grado de formación y de motivación acerca los vendajes e inmovilizaciones.

4 Resultados

Los vendajes e inmovilizaciones son pieza fundamental en una parte de la medicina: la Traumatología y la Ortopedia. Estas especialidades se dedican al estudio de

las lesiones del aparato locomotor y a sus posibles tratamientos, ya sean quirúrgicos o conservadores, para corregir o evitar las deformidades o traumas del sistema musculoesquelético. Es dentro del tratamiento conservador donde se vale de estas técnicas, mediante la utilización de: vendajes, férulas, yesos, ortesis, etc.

Es por esto que su campo de acción no es exclusivo a la unidad de traumatología, sino que también son una herramienta importante en servicios como: atención primaria, urgencias, salud laboral, fisioterapia, entre otros.

• Vendajes

- Vendaje funcional: De la aplicación de los conocimientos en anatomía y biomecánica nace el vendaje funcional, el cual se basa en la limitación, contención o inhibición del movimiento que produce dolor, dejando libres el resto de movimientos.

• Elementos básicos

En los vendajes funcionales podemos encontrarnos una serie de estructuras clave: Anclajes, estribos y el encofrado (o cierre). (11) (10) (2)

- Anclajes: Son vendas adhesivas elásticas o inelásticas. Su función es servir de soporte de las tiras activas o estribos para evitar las molestias cutáneas de la tracción. Se suelen utilizar entre una y tres tiras, su forma será semicircular o circular, pero lo importante es que tengan una superposición de entre ½ o 1/3 del ancho de la tira. Deberán colocarse en la zona proximal o distal o en ambas si es necesario. Va colocado sobre la piel o en caso de usar prevendaje la mitad sobre este y la otra mitad sobre la piel. Es muy importante no obstaculizar la circulación venosa, para lo cual el anclaje nunca debe cerrarse. Cuanto más distal se coloque el anclaje más eficaz será por electo palanca.
- Estribos: Son vendas adhesivas elásticas o inelásticas. Su misión es descargar y limitar los movimientos de las estructuras correspondientes a los movimientos afectados en la zona lesionada, por lo tanto limita los movimientos anteroposteriores, laterales, y de rotación, también acorta y relaja las fibras musculares y ligamentosas.
- Encofrado: Da firmeza y consistencia al conjunto, aumentando la fijación y afinidad de los diferentes elementos del vendaje. Puede realizarse con vendas elásticas o inelásticas. Son tiras que cierran el vendaje, es decir, lo protegen. Se colocan encima del vendaje para asegurarse de que no se despegan las tiras de las zonas asignadas. Pueden cerrarse con tiras circulares completas o parciales, de distal a proximal.

• Tipos:
Teniendo en cuenta la función que vallan a desempeñar los vendajes funcionales encontraremos diferentes tipos, pudiendo clasificaros según la técnica de empleemos serán: De contención, de inmovilización o mixta. (10)
-Técnica de contención: También denominada técnica blanda, limita el movimiento doloroso mediante la utilización de vendas blandas, es decir, se sirve de vendas elásticas, ya sean puras, cohesivas o adhesivas. Es una técnica utilizada tanto en el ámbito terapéutico como en el deportivo.
-Técnica de inmovilización: Anula el moviendo doloroso utilizando fundamentalmente vendas rígidas, por ello también podemos llamarlo vendaje duro. El esparadrapo o tape es el material idóneo para la ejecución de este tipo de vendajes que suele estar destinado exclusivamente para la práctica deportiva.
-Técnica mixta: Se combinan las anteriores técnicas utilizando vendas elásticas adhesivas o cohesivas, las cuales serán reforzadas con tiras de esparadrapo. Se trata de una técnica eminentemente terapéutica y deportiva.

• Finalidad de los vendajes:
-Preventivos: Cuando aplicamos un vendaje a modo de protección, para evitar una futura lesión. Este tipo de vendajes se utilizan principalmente en el mundo deportivo.
-Terapéuticos: Se aplican para tratar lesiones osteomusculares ya instauradas disminuyendo la tensión de los tejidos implicados para poder permitir su recuperación.
-Continuación del tratamiento: Tras la utilización de una inmovilización rígida es necesario la utilización de un vendaje que aporte estabilidad, pues largos periodos de inmovilidad causan una gran atrofia muscular.

• Principios básicos:
Cuando tenemos que aplicar un vendaje es necesario seguir unos pasos clave para su realización:
1. Exploración: La exploración comienza desde el momento en que el paciente entra en la consulta y se puede valorar su forma de caminar o desenvolverse, su expresión facial o su facilidad o dificultad para desvestirse. Pero la exploración propiamente dicha incluirá la inspección, palpación de relieves óseos y la valoración de la integridad ligamentosa y músculo-tendinosa con las maniobras específicas que en cada caso puedan realizarse.
Es necesario conocer el mecanismo lesional, pues nos encaminara hacia la posible lesión. También es importante preguntar el tiempo de evolución y si ha aplicado

frio local o tomado algún antiinflamatorio para poder evaluar la mayor o menor presencia de edema. Para asegurarnos será necesario la realización de pruebas de imagen conseguir un correcto diagnóstico.

2. Diagnóstico medico: Es indispensable un correcto diagnóstico médico para poder realizar una técnica terapéutica adecuada.

3. Indicación y objetivo del tratamiento: Una vez tenemos un diagnostico ya podemos buscar una solución a la lesión, escogiendo el tipo de vendaje más adecuado que cumpla los objetivos que nos marquemos, como puede ser limitar un movimiento, anularlo o anularlo.

4. Materiales: Es necesario preparar el material que vamos a utilizar, para que este siempre listo y cerca de nosotros, así evitaremos tener que realizar interrupciones o incluso tener que cambiar el tratamiento por falta de algún material.

5. Tratamiento cutáneo: Nos encontramos aquí con un gran dilema, ¿Se puede colocar un vendaje directamente sobre la piel? Según la opinión de expertos en el tema, es mejor la realización de un prevendaje. Pero también podríamos rasurar y/o utilizar un spray adhesivo si queremos preparar la piel para un vendaje que va ser sometido a mayores tensiones, como puede ser en el caso de lesiones deportivas. También podemos aplicar protecciones en las prominencias óseas o en lesiones cutáneas leves.

6. Fijación de la posición articular: Por lo general vendaremos en posición anatómica, pero en ciertos casos será necesario adoptar posiciones forzadas, como puede ser el caso de la muñeca. Para que el vendaje cumpla su función tendremos que fijar correctamente la posición articular deseada y mantenerla hasta que acabemos el vendaje.

7. Colocación: La colocación de las vendas ha de ser rápida y exacta para lograr una buena eficacia del vendaje. Para ello es necesario una gran experiencia que solo la conseguiremos de una forma práctica.

8. Revisión: La revisión la realizáramos inicialmente justo al terminar el vendaje, para ello pediremos al paciente que utilice la articulación afectada, si fuese un tobillo le pediríamos andar; con esto descartamos una mala colocación del vendaje preguntándole si le molesta o si le está demasiado apretado. También debemos observar la coloración distal al vendaje para valorar si existe isquemia o parestesias. En caso de que encontremos algún problema retiraremos el vendaje y volveremos a colocarlo de nuevo. Días después volveremos a revisar el vendaje controlando

si mantiene su función, es decir si no ha perdido tensión. En caso de que se afloje reforzaremos este externamente, podemos utilizar tanto vendaje elástico como tape.

9. Informar: Explicaremos al paciente que vendaje le hemos realizado y que movimientos va ver limitados, para que si en un futuro notase cambios acuda de nuevo a nosotros para reforzarlo. También debemos ofértale disponibilidad para cualquier consulta que tenga e infórmale de los cuidados que necesita.

10. Control: Es muy importante realizar un seguimiento de la lesión. Siempre le ofreceremos al paciente nuestra disponibilidad ante cualquier molestia o complicación que perciba. Generalmente los tejidos tardan unas tres semanas en recuperarse, aunque este tiempo puede variar en función del grado de lesión y tejidos afectados. Deberemos citar a nuestro paciente semanalmente para cambiar o reforzar el vendaje.

11. Retirada: Retiraremos el vendaje con cuidado para evitar lesionar la piel. Para ello nos serviremos de tijeras con punta roma o un tapecuter, además de utilizar disolventes como puede ser el tape remover para eliminar la masa adhesiva de las vendas. A continuación revisaremos el estado de la piel y de la zona lesionada.
Indicaciones:
- Accidentes capsulo-ligamentosos:
- Contusiones
- Hiperlaxitudes crónicas
- Esguinces grado I y II
- Afectaciones tendinosas:
- Tendinitis
- Tenosinivitis
- Lesiones musculares:
- Roturas fibrilares
- Distenciones
- Síndromes de sobrecarga
- Fisuras de huesos largos: metatarsianos, costillas…

• Contraindicaciones:
- Roturas tendinosas
- Roturas ligamentosas
- Roturas musculares
- Fracturas

- Edemas importantes: Tras un traumatismo hay que pensar que aparecerá edema que puede llegar a causar un compromiso vascular, por lo que deberemos revisarlo a las 24 horas.
- Problemas de circulación de retorno (varices)
- Heridas de consideración
- Alergias a las masas adhesivas
- Afectaciones dermatológicas extensas:
- Psoriasis
- Enfermedades eritematosas
- Foliculitis

• Principales problemas:
A la hora de realizar el vendaje hay que prestar especial atención a una serie de detalles que pueden arruinar nuestro trabajo, teniendo que retirarlo todo y volver a empezar:
-No mantener la posición funcional: Podemos servirnos de algún elemento para ayudar al paciente a mantener la posición elegida.
-Arrugas: evitaremos la aparición de arrugas en las vendas, pues además de ser molestas para el paciente, pueden llegar a hacer lesiones cutáneas.
-Falta de tensión de los estribos: para que el vendaje cumpla su función es necesario que los estribos mantengan su efecto palanca desde el primer momento.
-Cierre con tensión: la función del cierre es principalmente protección de los estribos y aportar estabilidad, es por ello que no es necesario que ejerzamos tensión en su colocación.
-Sobrepasar los anclajes con los estribos: si superan los anclajes hace que la tensión la realice la piel.

• Complicaciones:
-Complicaciones mecánicas:
Son las más frecuentes. Si la tracción del vendaje no es uniforme aparecerán zonas puntuales de tensión que pueden dañar los tejidos blandos, produciendo irritaciones y heridas por fricción.
-Complicaciones irritativas:
Pueden deberse a múltiples factores que debemos saber diferenciar, para poder intentar solventar el problema. Los principales elementos irritativos son: la masa adhesiva, el material de la venda, pomadas o desinfectantes.
-Complicaciones vasculares:

Son debidas a la presión excesiva del vendaje. Se manifiestan como hormigueo y posterior edema distal. Si continúa la presión puede aparecer cianosis de los dedos, como manifestación de un problema vascular severo y llegar incluso a la Aparicio de un síndrome compartimental. Para evitar la aparición de este tipo de complicaciones se debe dejar la región distal del miembro libre para vigilar la coloración y temperatura. En caso de sospecha (parestesias, edema, alteraciones en el pulso o en la coloración), está indicado la retirada inmediata del vendaje.

- Complicaciones neurológicas:

Aparecen tras la presión continuada de un nervio periférico. Inician como sensación de parestesias, pero pueden llegar a desembocar en una anestesia de difícil resolución. La forma de evitarlo es mediante un buen almohadillado y una correcta educación del paciente sobre los síntomas de alarma. (2)

- Vendaje neuromuscular: El Kinesio taping o vendaje neuromuscular surge en Japón en la década de 1970, inventado por el doctor Kenzo Kase, Licenciado en quiropráctica y acupuntura. Desarrolló el vendaje Kinesio Tex, una cinta con una textura y elasticidad similar a la piel humana, que se adapta al contorno del músculo y permite la movilidad de forma natural; está diseñado para facilitar la recuperación natural del cuerpo brindando apoyo y estabilidad a músculos, tendones y ligamentos. El tape no contiene medicamentos ni sustancias químicas; permite que la piel respire, es resistente al agua, es elástico en su forma longitudinal, mas no en la transversal.

- Yesos y férulas: Cuando la lesión precisa de una inmovilización total para su recuperación podrá ser necesario la utilización de uno de estos elementos: Yesos o férulas. La férula es una ortesis temporal que sirve para enderezar o inmovilizar una articulación de una forma relativamente rígida (mayor que un vendaje, pero menor que un yeso). Los yesos son un tipo de vendaje rígido, sólido y no excesivamente pesado. (1)

• Colocación:

1. Colocaremos venda tubular para proteger la piel. Utilizaremos una longitud superior a la que tendrá el futuro yeso para poder mejorar la protección en los bordes.
2. Realizamos un vendaje circular de acolchado. Utilizaremos venda de algodón y realizaremos refuerzos en las prominencias Oseas y en los bordes.
3. Activamos la venda sumergiéndola en agua tibia.
4. Comenzamos a aplicar la venda utilizando la técnica circular aplicando la tensión adecuada y adaptándola a la superficie anatómica.
5. En función de la zona de lesión realizaremos más o menos trayectos, de prox-

imal a distal y viceversa, para conferirle una mayor dureza al yeso. Por ejemplo la bota de yeso necesita unas cinco vueltas de yeso.
6. Previo al último trayecto ascendente debemos evertir los excesos de venda tubular que habíamos dejado anteriormente. Con esto conseguiremos tanto en la zona distal como en la proximal un borde romo que no lesionara la piel del paciente.
7. El último trayecto de venda será ascendente y no entrara en contacto directo con la piel, gracias a la eversión de la venda tubular.
8. Una vez colocadas todos los trayectos comenzamos con el modelado, con el cual conseguiremos adaptar todas las capas del vendaje completo a la extremidad vendada.
9. Eliminar los restos de yeso de la piel del paciente. (14)

• Ortesis: Se trata de dispositivos mecánicos destinados a compensar o suplir una función deficitaria de uno o varios segmentos corporales con el fin de mejorar y corregir las agravaciones del aparato locomotor, secundarias a ese déficit. (15)

Diagnósticos de enfermería: A continuación se citan algunos de los diagnósticos enfermeros, objetivos e intervenciones, que pueden resultarnos utilices al realizar nuestros planes de cuidados con pacientes que precisen de vendajes o inmovilizaciones: (25) (26) (27) (28)
NANDA: Diagnósticos
00040: Riesgo de síndrome de desuso
00046: Deterioro de la integridad cutánea
00085: Deterioro de la movilidad física
00086: Riesgo de disfunción neurovascular periférica
00204: Perfusión tisular periférica ineficaz

NOC: Resultados u objetivos
0204: Consecuencias de la inmovilidad: Fisiológicas
0211: Función esquelética
0407: Perfusión tisular: Periférica.
0917: Estado neurológico: Periférico
1101: Integridad tisular: Piel y membranas mucosas
1104: Curación ósea
1913: Severidad de la lesión física

NIC: Intervenciones
0140: Fomentar los mecanismos corporales

0200: Fomento del ejercicio
0224: Terapia de ejercicios: movilidad articular
0762: Cuidados del paciente escayolado: mantenimiento
0940: Cuidados de tracción/inmovilización
2660: Manejo de la sensibilidad periférica alterada
3500: Manejo de presiones
3540: Prevención de ulceras por presión

5 Discusión-Conclusión

Teniendo en cuenta las respuestas obtenidas en las entrevistas realizadas , podemos deducir lo siguiente: los enfermeros, en general, realizamos habitualmente algún tipo de vendaje al desempeñar nuestro trabajo, aunque dependiendo del servicio varia su frecuencia.

La mayoría de los enfermeros reconocen haber realizado algún vendaje funcional, sobre todo para esguinces de tobillo. El vendaje de rodilla es mencionado en más de una ocasión como muy complicado. Cuando preguntamos acerca del grado de satisfacción respecto a sus conocimientos y destreza al vendar, dos terceras partes de los entrevistados reconocen que no están muy contentos. Comentar también que encontramos comentarios acerca del deseo de mejorar los conocimientos y aumentar su destreza tanto en los enfermeros satisfechos como en los insatisfechos, pues reconocen que su formación es escasa.

A la hora de hablar de los yesos, nos encontramos con una gran falta de conocimientos, sobre todo en la colocación. En cuanto a su retirada, aunque es cierto que si aumenta el número de enfermeros que la dominan, resulta alarmante que muchos desconozcan como retirarlos, pues ante cualquier complicación con un yeso debemos liberar el miembro para evitar el compromiso de la extremidad. El sling es un elemento que enfermería conoce bien; y en principio, los enfermeros entrevistados perciben tener un buen manejo del mismo.

En cuanto al vendaje neuromuscular pese a ser conocido por solo la mitad de los entrevistados, la mayoría están de acuerdo en que sus diversas aplicaciones pueden resultar muy útiles en el ámbito de la enfermería. Cuando se encuentran con alguna duda los enfermeros entrevistados reconocen que internet suele ser donde primero buscan respuesta, seguido de compañeros y especialistas. Esto puede deberse a la falta de una guía de referencia en la mayoría de los servicios. Respecto a la formación, más de la mitad de los entrevistados han realizado algún

curso de vendajes e inmovilizaciones, aunque muchos reconocen hace demasiado tiempo. Todos los enfermeros están interesados en aumentar su formación y actualizar sus conocimientos.

6 Bibliografía

1. Thompson SR. Manual de inmovilizaciones y vendajes en traumatologia Barcelona: Elsevier; 2013.
2. Granero DJ, Otero DR, Peidro DL. Manual de traumatologia Madrid: Medical & marketing communications; 2012.
3. Fernández FJT. [Online].; 2013 [cited 2013 Diciembre. Available from: http://franciscojaviertostado.com/2013/06/07/la-venda-en-la-historia/.
4. Ballesteros Massó R, Gómez Barrena E, Delgado Martínez A. Universidad de Jaen. [Online]. [cited 2013 Diciembre. Available from: http://www.ujaen.es/investiga/cts380/historia/grecia.htm.
5. ENFERMERÍA. PDRSDFCD. Universidad de Alicante. [Online].; 1999 [cited 2013 diciembre. Available from: http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5164/1/CC_05_06.pdf.
6. Goffres mdhmdVodlldh. Manual iconografico de vendajes, apositos y aparatos madrid : Libreria de Miguel Guijarro; 1864.
7. Madero DF. Compendio del arte de los vendajes y aparatos de curacion. Valencia: Imprenta de gimeno ; 1839.
8. Aguinaga DG. El Practicante, compendio de anatomia normal, vendajes, apositos y curas. Madrid: imprenta de M. Bugarse; 1886.
9. Enfermeria Ourense. [Online]. [cited 2014 Enero. Available from: http://www.enfermeriaourense.galeon.com/Vendajes.html.
10. Bové T. El vendaje funcional. 3rd ed. Madrid: Harcourt; 2000.
11. Cortina LAdM. [Vendajes Funcionales PRO].; 2013 [cited 2014 Febrero. Available from: https://play.google.com/store/apps/details?id=com.luismendiolagoitia.vendajesfuncionalespro.
12. Gómez EAR. Kinesio Taping - Vendaje neuromuscular.. Viref, revista de educacion fisica. 2012 Octubre-Diciembre; 1(1).
13. [Online]. [cited 2014 Mayo. Available from: http://www.webmini.cat/repositori/documents/ca/webmini110-STAfza.pdf.
14. Valencia CF. [Video].; 2013 [cited 2014 Mayo. Available from: https://www.youtube.com/watch?v=ZR_7iwIA_ds.
15. Mayo Romero JM. Ayudas Técnicas en ortopedia (Prótesis y Ortésis). 2012. Temario aportado en la asignatura de: Técnicas Fisioterapéuticas Básicas.

16. SL OM. infoelder. [Online]. [cited 2014 Mayo. Available from: http://productos.infoelder.com/ortopedia/otros-ortopedia/sling---cabestrillo-inmovilizador-de-hombro_av12c852.html.
17. F.Jimeno D, Anglada DJLG, Solé DCO. vedajes mas frecuentes utilizados en la sala de urgencias de traumatologia..
18. ADAMPI CyL Ada. [video].; 2011 [cited 2014 Abril. Available from: https://www.youtube.com/watch?v=x60XsJHtwQE.
19. EWMA. gneaupp. [Online]. [cited 2014 Mayo. Available from: http://www.gneaupp.es/app/adm/documentos-guias/archivos/23_pdf.pdf.
20. ICC. [Online]. [cited 2014 Mayo. Available from: http://www.icc-compressionclub.com/.
21. Karwacińska J, Kiebzak W, Stepanek-Findac B, Ireneusz M. Kowalskid HPF, Trybulskie R, Starczyńskaa M. Science Direct. [Online].; 2012 [cited 2014 Mayo. Available from: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1230801312000112.
22. UK AdVn®. [Online]. [cited 2014 Mayo. Available from: http://www.vendajeneuromuscular.info/linfedema-vendaje-neuromuscular.
23. I. Conejo Tirado FEeDLM(L, M. Suárez Arcos FEeDL. eFisioterapia. [Online].; 2013 [cited 2014 Mayo. Available from: http://www.efisioterapia.net/articulos/comparacion-entre-terapia-compresiva-y-vendaje-neuromuscular-tratamiento-linfedema.
24. Dueñas L BMEG. vendajeneuromuscular.info. [Online].; 2010 [cited 2014 Mayo. Available from: http://www.vendajeneuromuscular.info/drenaje-linfatico/item/91-dismenorrea-regla-dolorosa-vendaje-neuromuscular.
25. internacional N. Diagnosticos Enfermeros Barcelona : Elsevier ; 2012-2014.
26. Gloria M. Bulechek KBMD. Nursing Interventions Classification (NIC). 6th ed. Barcelona: Elsevier; 2013.
27. Sue Moorhead MJ. Clasificacion de Resultados de enfermeria (NOC). 5th ed. Barcelona : Elsevier; 2013.
28. Marion Johnson SMMBKBLM. Vinculos de NOC Y NIC a NANDA-1 y diagnosticos medicos. 3rd ed. Barcelona: Elsevier; 2013.
29. [Online]. Available from: http://mla-s2-p.mlstatic.com/vendaje-neuromuscular-13966-MLA20081937570_042014-F.jpg.

Capítulo 185

ANSIEDAD. IMPORTANCIA DE UN ABORDAJE PRECOZ

LUCÍA CAO FERNÁNDEZ

1 Introducción

Los trastornos de ansiedad, junto con la depresión y el consumo de sustancias, son una de las patológicas psiquiátricas con mayor prevalencia en nuestros días. La edad de inicio se sitúa entre los 20 y los 40 años, siendo más frecuente en mujeres. Los manuales diagnósticos clasifican la ansiedad en cinco tipos: fobias específicas, trastorno de pánico y agorafobia, ansiedad generalizada, trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno de estrés postraumático. En el presente trabajo se hace una revisión de la clínica, epidemiología, diagnóstico, según la taxonomía NANDA, y tratamiento actual.

Pero la ansiedad no sólo debe considerarse desde un punto de vista negativo, ya que, un grado leve aumenta nuestra capacidad de concentración. El estrés, pues, acompaña al hombre en el curso de su existencia. En términos generales, la angustia se explica cuantitativa y cualitativamente por el estímulo que la desencadena, considerándose patológica cuando se mantiene en el tiempo, perdiendo su función adaptativa y, por lo tanto, produciendo efectos negativos sobre la salud de la persona que la padece. En definitiva, si el organismo se activa repetidamente ante situaciones estresantes o no se desactiva una vez que dichas situaciones han cesado, es muy probable que el sujeto desarrolle algunas de las enfermedades asociadas al estrés.

Actualmente el abordaje terapéutico se realiza desde la farmacología y la psicoterapia. El tratamiento óptimo debe ser una combinación de ambos. Los fárma-

cos por si solos reducen el malestar de manera significativa pero no previenen la aparición de recaídas al ser suspendidos. Los más utilizados son las benzodiacepinas y los antidepresivos, del grupo de los inhibidores selectivos de la receptación de serotonina (ISRS). El abordaje no farmacológico, con mayor evidencia científica, son las técnicas de relajación, y la terapia cognitivo-conductual.

Por último, se hace un breve apunte hacia la patología dual que combina trastornos de ansiedad o depresión con un consumo prolongado de sustancias, incrementando la morbimortalidad de estos pacientes. Un problema que va en aumento en la sociedad actual.

2 Objetivos

- Definir los trastronos de ansiedad asi como sus características epistemológicas, etiológicas y sociodemográficas.
- Profundizar en el conocimiento de la mejor terapéutica para el abordaje de los mismos.
- Analizar los factores que favorecen y dificutan la adherencia terapéutica.
- Definir las intervenciones y cuidados enfermeros, de mayor evidencia científica, encaminados a mejorar la calidad de vida de quienes padecen este trastorno.

3 Metodología

Con el objetivo de conseguir una información de calidad basada en la evidencia científica se ha llevado a cabo una búsqueda en las siguientes fuentes reconocidas:
- Revisiones bibliográficas en bases de datos acreditadas como dialnet y pubmed, entre otras.
- Consulta en distintas Guías de Práctica Clínica a nivel nacional dirigidas a profesionales sanitarios en los dintistos niveles de atención (primaria, especializada, unidades de agudos, intervención comunitaria,etc.
- Búsqueda de protocolos de actuación para una intervención basad en la evidencia científica de este tipo de trastornos.
- Revisiones de cuidados de enfermería de diferentes hospitales para mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

4 Resultados

La ansiedad, de manera cotidiana, también es conocida bajo el término estrés. El Estrés fue introducido en el campo de la salud por el fisiólogo Walter Cannon (1932) pero su popularización se debió a Hans Selye (1956). Con este concepto, tomado de la ingeniería, se quieren conceptualizar los cambios psicofisiológicos que se producen en el organismo en respuesta a una situación de sobredemanda. Cuando el organismo se activa ante una situación estresante, entre los cambios que se observan destacan: una rápida movilización de la energía que permanece almacenada, de modo que la glucosa, las proteínas más simples y las grasas salen de las células y se dirigen a la musculatura; un incremento de la frecuencia cardiaca y respiratoria y la presión arterial, lo que facilita el transporte de oxígeno a las células; una paralización de la digestión; una disminución del impulso sexual; una inhibición del sistema inmunitario; además, si la situación estresante dura lo suficiente se produce una reacción analgésica al dolor, de tal forma que se embota la capacidad de percibir las estimulaciones nociceptivas y, finalmente, se observan ciertos cambios característicos en las capacidades sensoriales y cognitivas del organismo de tal manera que se activa y mejora el funcionamiento de la memoria y los sentidos se agudizan.

Todos estos cambios preparan al organismo para enfrentarse, ocasionalmente, a situaciones de emergencia en las cuales el medio demanda del sujeto que movilice todos sus recursos para afrontar, en las mejores condiciones posibles, la situación. La respuesta de estrés, por lo tanto, cumple una función muy adaptativa en la supervivencia del individuo.

No obstante, aunque la respuesta de estrés puede ser en determinados momentos altamente adaptativa, se ha constatado que si esta respuesta se mantiene durante largos periodos de tiempo el organismo acaba siendo dañado. Fue el propio Selye el que constató experimentalmente este hecho. Sobre la base de esta investigación experimental, Selye postuló el Síndrome General de Adaptación, que describe el curso de la reacción del organismo en tres fases cuando se enfrenta a una situación estresante.

1. Reacción de alarma: aglutina toda la serie de manifestaciones psicofisiológicas y comportamentales antes reseñadas, con el fin de satisfacer la demanda del medio.1 Si la situación continua, el organismo se adapta pasando a la segunda fase.
2. Fase de resistencia: se mantiene la sobrestimación necesaria para responder de manera óptima a la demanda.

3. Fase de agotamiento: en esta fase ya pueden aparecer distintas alteraciones de tipo psicosomático (p. e: acné, aftas, adicción a las drogas, alopecia, bulimia, dermatitis atípica, diarrea, dispepsia, dolor crónico, estreñimiento, eyaculación precoz, hipertensión, hipoglucemia, impotencia, infarto agudo de miocardio, insomnio, migrañas, pesadillas, temblores, vaginismo, vómitos, etc).
Por tanto, si el organismo se activa repetidamente ante situaciones estresantes o no se desactiva una vez que dichas situaciones han cesado, es muy probable que el sujeto desarrolle algunas de las enfermedades asociadas al estrés. Aunque dichas enfermedades, no son causadas de manera directa por el estrés, este, si aumenta el riesgo de padecerlas.

Otra razón indirecta, por la que el estrés puede facilitar la morbilidad y mortalidad en el ser humano, se refiere a su interacción con hábitos que conforman el estilo de vida. En general, se ha constatado que ante un estado de tensión emocional se incrementan comportamientos de riesgo para la salud, como el tabaco, el alcohol o el aumento de alimentos ricos en grasas y azucares. Pero al mismo tiempo, y debido al estado de fatiga que el estrés induce, se reduce la práctica de comportamientos saludables como el ejercicio físico.

De acuerdo con las más recientes clasificaciones de los trastornos de ansiedad se caracterizan por: miedo y/o ansiedad que produce cambios fisiológicos como sudoración, temblores, mareos y palpitaciones; el escape y/o la evitación de las situaciones que probablemente producirán miedo; y la interferencia de los comportamientos no deseados con la vida cotidiana de la persona. Se clasifican en varias categorías que incluyen fobias específicas, trastornos de pánico y agorafobia, trastornos de ansiedad generalizada, trastornos obsesivo-compulsivos y estrés postraumático.

Aunque el estrés tiene una connotación muy negativa, tanto desde nuestra propia observación de la vida cotidiana como del resultado de algunas investigaciones al respecto, ni todo el estrés es malo, ni necesariamente desagradable. En general, el estrés relativamente leve, breve y que permanece bajo control puede ser estimulante y placentero. Este hecho ya fue reconocido por el propio Selye, quien acuño, hace más de 50 años, el concepto de eustrés para designar a las formas beneficiosas de estrés.
Dentro de unos límites, nuestro rendimiento es mejor cuando estamos ligeramente estresados.

Incluso Dienstibier (1989) ha sostenido que una activación fisiológica ligera, moderada e intermitente, del tipo de la que tiene lugar cuando se activa el sistema

nervioso simpático a corto plazo, puede tener un efecto beneficioso equivalente al que tendría el ejercicio físico moderado sobre el organismo. Esta idea vendría avalada, además, por las pruebas que revelan que la activación biológica moderada y frecuente puede mejorar la capacidad del organismo para hacer frente a las situaciones de estrés, incrementar su rendimiento en tales circunstancias y proporcionar una mayor estabilidad emocional y una mejor salud.
Los eventos vitales estresantes son situaciones caracterizadas, precisamente, por su impredecibilidad e incontrolabilidad y que han sido puestos en relación con el desarrollo de la enfermedad física.

Holmes y Rahe (1967) fueron los primeros investigadores que, de modo empírico, corroboraron esa relación. Probaron esta hipótesis a través del Social Readjustment Rating Scale (SRSS), un cuestionario que proporciona un índice cuantitativo en unidades de cambio de vida (UCV). Se observó que la acumulación de una alta puntuación a lo largo de un periodo de tiempo determinado incrementa el riesgo de enfermedad física; sin embargo, también se constató que no era posible, a partir de este cuestionario, hacer predicciones específicas sobre el tipo de enfermedad asociada a un rango de puntuaciones en particular.

En cualquier caso, en la actualidad parece haberse aceptado que los eventos vitales tienen una relación efectiva con la salud, pero que explican entre el 10 y el 15 por 100 de la varianza total de la enfermedad, por lo que aunque se pueda asumir la significatividad de su efecto en términos estadísticos, ello no supone una significación clínica en cada caso particular. Así, mientras algunas personas que están expuestas a acontecimientos vitales estresantes enfermarán, otras muchas no lo harán.

En nuestro caso concreto, refiriéndonos a la posibilidad de padecer o no trastornos de ansiedad asociados a los eventos vitales estresantes, encontramos, que va a depender en gran medida de los modos de afrontamiento que cada persona, de manera particular, ponga en marcha ante dichos acontecimientos.
Las estrategias que las personas utilizan para hace frente al estrés básicamente se dividen en dos grandes categorías, las centradas en el problema y las centradas en la emoción. Las primeras tienen como elemento común el intento, por parte del individuo, de cambiar la situación y resolver el problema. Las estrategias centradas en la emoción tienen como elemento común los esfuerzos de la persona para controlar el distrés emocional que la situación provoca.

5 Discusión-Conclusión

El estrés, es un elemento inherente a la vida de cualquier persona, de hecho, cumple una función adaptativa fundamental, sin la cual, no podríamos sobrevivir. Ante situaciones estresantes el organismo se prepara para "el ataque" de manera que todos los órganos y sistemas se organizan para hacer frente a la situación.

Esto es necesario para un correcto funcionamiento, ya que esta activación fisiológica, aporta beneficios mejorando al organismo para hacer frente a situaciones futuras, incrementando su rendimiento en tales circunstancias y proporcionando una mayor estabilidad emocional y una mejor salud.
El problema aparece cuando la persona se activa con demasiada frecuencia o no es capaz de desactivarse una vez que la situación de sobredemanda ha pasado. Cuando esto es así, el sistema inmunitario se debilita, haciendo este organismo más vulnerable al desarrollo de ciertas enfermedades.

En la actualidad, los trastornos de ansiedad, junto con la depresión y el consumo de sustancias, son uno de los principales problemas de salud mental existentes. En cualquiera de sus subtipos, las interferencias que presentan en la vida diaria de las personas que los padecen, son suficientemente significativos como para que el abordaje se haga de manera prioritaria. A la luz de los datos aportados en este trabajo cabe señalar la importancia de un abordaje multidisciplinar para mejorar la calidad de vida de estos pacientes. El tratamiento farmacológico resulta eficaz en cuanto que reduce la sintomatología y permite a la persona tomar el control.

Sin embargo, a largo plazo, si este no es combinado con algún tipo de psicoterapia eficaz en este tipo de trastornos, la posibilidad de recaídas se multiplica exponencialmente. Las intervenciones no farmacológicas expuestas proporcionan a la persona recursos para enfrentar situaciones futuras de una manera más adaptativa, lo que le proporcionará confianza y disminuirá el miedo y la inseguridad sobre su valía en momentos de crisis.

Estos técnicas y procedimientos no sólo son eficaces en personas que están pasando por momentos de ansiedad, sino que, producen beneficio en cualquier persona. Sólo se necesita una correcta disposición para mejorar, constancia y se ganará en calidad de vida. Por ejemplo, un entrenamiento a largo plazo en relajación muscular progresiva de Jacobson permite que se pueda realizar en cualquier lugar y situación disminuyendo y/o evitando la aparición de los síntomas físicos de la ansiedad en momentos de sobredemanda. El mindfulness, por su parte, enseña a la persona a centrarse en el momento presente de un modo

activo, procurando evitar cualquier valoración de lo que se siente y percibe en cada momento.

Para concluir, se resalta nuevamente, la importancia de concienciar sobre la necesidad de un abordaje multidisciplinar y temprano de los trastornos de ansiedad para evitar la cronicidad de los mismos. Con el abordaje terapéutico desde los diferentes ámbitos expuestos se busca no solo la desaparición del trastorno sino también la continuidad a largo plazo de dicha mejora. Como se refleja en los diagnósticos de promoción de la salud, el objetivo, en este sentido es mejorar el bienestar de la persona, familia o comunidad mediante un aprovechamiento máximo del potencial y, la consecuente ganancia en calidad de vida.

6 Bibliografía

- Amigo Vázquez I. Estrés. En: Manual de Psicología de la Salud. Madrid: Ediciones Pirámide; 2012. p.111-139
- Martin G, Pear j. Áreas de aplicación clínica de la terapia de conducta. En: Modificación de conducta: qué es y cómo aplicarla. 8ª ed. Madrid: Pearson Educación; 2012. p.6-408.
- Enfermería psiquiátrica y de la salud mental. Manual de preparación EIR. 2016. Tema
11:21-23.
- Farmacología. Manual de preparación EIR. 2016. Tema 10:19-21.
Comeche Moreno MI, Vallejo Pareja MA. Manual de terapia de conducta en la infancia.
2ª ed. Madrid. Editorial Dykinson; 2012. P117-193.
- Santachita A, Vargas M. Mindfulness en perspectiva. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 2015.
35 (127), 541-553.
- Sáiz Martínez PA, Jiménez Treviño L, Díaz Mesa EM, García-Portilla González MP, Marina
González P, Al-Halabí S et al. Patología dual en los trastornos de ansiedad: recomendaciones en el tratamiento farmacológico. Adicciones. 2014; 26(3): 254-274.
- Montero Bancalero FJ. Consideraciones hacia los psicofármacos en profesionales y estudiantes de medicina en España, y en profesionales de la medicina en México y en
Colombia: un estudio comparativo (tesis doctoral). Huelva: Facultad de Ciencias de la

Educación; 2014.
- Enfermería Fundamental. Manual de preparación EIR. 2016. Tema 9:46.
- González rodríguez R. Actualización del modelo de cuidados de enfermería de Virginia
Henderson y su aplicación al estudio de las necesidades básicas de la población del
Campo de Gibraltar (tesis doctoral). Universidad de Cádiz; 2015.

Capítulo 186

ESTILO DE VIDA Y CÁNCER COLORRECTAL.

SERGIO SÁNCHEZ-MATEOS RAMOS

TAMARA GIL BLANCO

CLARA CASAS PATIÑO

1 Introducción

El cáncer de colon es una de las principales causas de muerte en países desarrollados, destacando entre ellos Estados Unidos, Canadá, Australia, Nueva Zelanda y Europa Occidental, los cuales presentan tasas diez veces más altas en comparación con las poblaciones rurales de África, Asia y algunas localizaciones de Sur América. Las diferencias de hábitos y estilos de vida entre las diferentes regiones podría explicar tal contraste en la prevalencia.

2 Objetivos

Identificar la prevalencia del cáncer colorrectal así como su asociación con ciertos estilos de vida.

3 Metodología

Revisión bibliográfica de artículos científicos contrastados en diferentes buscadores: Pebmed, Medline, Scielo y Cuiden.

Criterios de inclusión: Idioma castellano e inglés, siendo realizada la búsqueda en 2019-2020.

Descriptores utilizados: Cáncer, cáncer colorrectal, factores de riesgo, estilos de vida, dieta.

4 Resultados

Son muchos los estudios que sitúan al cáncer colorrectal como uno de los principales cánceres presentes en los países desarrollados. Interacciones entre diferentes carcinógenos (físicos, químicos, biológicos.) junto con la predisposición individual determinan la posibilidad del desarrollo de este tipo de cáncer. Las diferencias en la prevalencia de cáncer colorrectal entre diferentes localizaciones geográficas justifican la existencia de ciertos factores considerados de riesgo para su aparición, pero, por otro lado, también identifican la presencia de ciertos factores protectores.

Actuales estudios establecen vínculos de relación entre un estilo de vida activo regular con la prevención del cáncer colorrectal, justificando tal asociación en los beneficios que la práctica de ejercicio tiene sobre nuestro organismo, disminuyendo la adiposidad abdominal y su influencia en el metabolismo de la vitamina D.

Los hábitos de vida se sitúan como principales responsables de la aparición del cáncer colorrectal así como en su prevención, destacando por su importancia los hábitos dietéticos. Dietas hipercalóricas mantenidas en el tiempo, abuso de grasas saturadas o animales, así como carnes rojas y procesadas se relacionan con la presencia de cáncer colorrectal.

Por otro lado, dietas como la mediterránea se vinculan como factores protectores ante este tipo de patología, ya que en ella predominan los alimentos de origen vegetal sobre los de origen animal y el uso del aceite de oliva como principal fuente de grasa dietética. Además, la presencia adecuada en la dieta de fibra se relaciona beneficiosamente como agente protector.

Otros factores nocivos como obesidad, la inactividad física, así como el consumo de alcohol y tabaco se han relacionado con el riesgo de aparición de cáncer colorrectal.

5 Discusión-Conclusión

Una amplia evidencia nos muestra que el cáncer colorrectal tiene origen por la combinación de multitud de factores extrínsecos e intrínsecos. Sin embargo, los estilos de vida se han considerado como los principales responsables en su aparición, destacando por encima del resto los hábitos dietéticos. Por tanto, además de los avances en prevención secundaria con su cribado, es la promoción de la salud de un adecuado estilo de vida la principal herramienta que disponemos en la actualidad para hacer frente a esta patología, haciendo extensible el conocimiento científico a la población y disminuyendo su prevalencia mediante la modificación de hábitos insanos.

6 Bibliografía

1. Correa Lima, M. P. y Gomes Da Silva, M. H. G. Cáncer colorrectal: hábitos de vida y factores dietéticos. Nutr. Hosp. [online]. 2005, vol.20, n.4, pp.235-241. ISSN 1699-5198.
2. . Aleksandrova K, Jenab M, Leitzmann M, Bueno-de-Mesquita B, Kaaks R, Trichopoulou A, et al. Physical activity, mediating factors and risk of colon cancer: insights into adiposity and circulating biomarkers from the EPIC cohort. Int J Epidemiol. 2017;46:1823–35.
3. Moskal A, Freisling H, Byrnes G, Assi N, Fahey MT, Jenab M, Ferrari P, Tjønneland A, Petersen KE, Dahm CC, et al. Main nutrient patterns and colorectal cancer risk in the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition study. Br J Cancer. 2016;115:1430–1440.
4. Donovan MG, Selmin OI, Doetschman TC, Romagnolo DF. Mediterranean diet: prevention of colorectal cancer. Front Nutr. (2017) 4:59. 10.3389/fnut.2017.00059.

Capítulo 187

SEXUALIDAD EN LA MENOPAUSIA

SONIA DE LA PUENTE BARCIA

IRENE PARDAVILA ÁLVAREZ

1 Introducción

La menopausia es un fenómeno natural que se produce en el cuerpo de las mujeres. Se caracteriza por el cese de la actividad de los ovarios de manera progresiva y la disminución de los niveles hormonales de estrógenos y progesterona. Ese cese progresivo provoca la liberación de gonadotropinas (LH y FSH) que tratan de revertir dicha situación. Es un proceso fisiológico que siempre termina desencadenando la desaparición de la menstruación. Hablamos de menopausia cuando ha transcurrido un año sin ningún sangrado menstrual. Es un proceso lento y progresivo que afecta de manera diferente a cada mujer. Suele experimentarse entre los 44 y los 52 años. Cuando la menopausia se recibe antes de los 45 años hablamos de menopausia precoz, y por detrás de los 55 años de menopausia tardía.

Es necesario reconocer la importancia que tiene en la mujer la etapa del climaterio y la menopausia a nivel físico, biológico, endocrino, emocional y psicosocial, entre otros aspectos.

La menopausia provoca cambios en la mujer como consecuencia de las alteraciones hormonales. Los sofocos son los síntomas más frecuentes y se asocian al aumento de LH y FSH. Es común la experimentación de cambios físicos, la grasa tiende a acumularse por lo que la realización de ejercicio es una de las recomendaciones que se dan en esta etapa. La osteoporosis es consecuencia de la

reducción de estrógenos, para la cual se recomienda entre otras opciones aumentar los aportes de calcio en la dieta.

En cuanto al aparato reproductor también surgen importantes cambios que pueden afectar de forma negativa a la sexualidad de la mujer menopáusica, que, si no es asesorada de forma adecuada, no llevará a cabo medidas para contrarrestar estos cambios y conseguir disfrutar de su sexualidad.

2 Objetivos

Describir los cambios que se producen a nivel del aparato reproductor tras la menopausia y conocer tratamientos y remedios para disfrutar de la sexualidad.

3 Metodología

El trabajo que se presenta es una revisión bibliográfica basada en la evidencia científica existente actualmente sobre el tema planteado. Para llevar a cabo esta revisión, se utilizaron las siguientes bases de datos como fuente de información:
• Pubmed.
• Cinahl (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature).
• Cuidatge.
Las palabras clave usadas para acotar la búsqueda fueron “menopausia” y “sexualidad”.

Los criterios de inclusión fueron:
• Artículos en español o en inglés.
• Estudios de investigación con mujeres en la menopausia.
• Estudios del año 2002 en adelante.

4 Resultados

Al inicio del climaterio los niveles hormonales varían de manera irregular. Cuando llega la menopausia, la testosterona, los estrógenos y la progesterona se encuentran en sus valores más bajos. La falta de deseo de la mujer es consecuencia de la testosterona que es la principal responsable de la libido. Los sofocos, el cansancio o los cambios de humor propios de esta etapa pueden influir también en la reducción del apetito sexual.

La disminución de estrógenos provoca sequedad vaginal, que puede ocasionar dispareunia si no se toman medidas para aumentar la lubricación. La edad y los cambios hormonales causan atrofia de la musculatura vaginal, modificaciones en la elasticidad y humedad. Es frecuente la sensación de escozor, ardor o picor durante el sexo.

Otros cambios que se producen en el climaterio son la disminución del rubor e intensidad del orgasmo, disminución de la erección de los pezones y una excitación más lenta. Aún así, continúan teniendo deseo y pueden disfrutar del sexo.

Según estudios observados el número de mujeres que se encuentran sexualmente activas desciende de los 40 a los 60 años en prácticamente la mitad de los casos. Lo cual puede asociarse a los cambios producidos en la menopausia y también relacionado a la impotencia de la pareja sexual. Así mismo, se observó que las disfunciones sexuales en mujeres aumentaban conforme a la edad en la mayoría de los casos.

El desconocimiento de la sexualidad en esta etapa de la vida es frecuente, llegando a la evitación de las relaciones sexuales. Las alteraciones psicológicas y la dinámica familiar generan una baja autoestima.

Los cambios en el aparato reproductor, aunque suponen un factor importante, no son la única causa de la alteración en las relaciones sexuales. Los cambios sociales, jubilación, cambio de roles, creencias sobre la sexualidad… Según la forma en que se viva y se acepte la sexualidad, ésta será fuente de satisfacciones, o de angustias, conflictos y frustraciones. En muchos casos se trata de un tema tabú que la mujer reprime sus sentimientos y sensaciones por miedo a contarlo, no buscando solución al problema.

El tratamiento hormonal sustitutivo es una de las medidas que se llevan a cabo en estos casos, solo para las mujeres cuyos antecedentes y su historia clínica no contraindiquen su uso. Para la falta de deseo sexual también se han utilizado andrógenos asociados o no, a estrógenos. Otras de las recomendaciones que daremos a las mujeres con problemas en las relaciones sexuales asociados a los cambios de la menopausia será el uso de lubricantes.

Para combatir el problema desde la raíz será necesario informar a las mujeres sobre la menopausia y los cambios que se producen, bien sea desde las consultas de atención primaria o mediante campañas informativas. Algunos de los aspectos a tratar será recomendaciones para conseguir una sexualidad adecuada mediante

la sugerencia de remedios para los problemas que les puedan surgir.

5 Discusión-Conclusión

El climaterio y la menopausia forman parte de una etapa de la vida de la mujer en la que se producen cambios a nivel físico, biológico, endocrino, emocional y psicosocial, entre otros. A nivel del aparato reproductor los cambios producidos pueden llevar a la mujer a no mantener relaciones sexuales por la dificultad para disfrutar de ellas. Desde las consultas de atención primaria debemos de tratar y asesorar a las mujeres en esta etapa de la vida para que puedan disfrutar de su sexualidad.

Entre los tratamientos adecuados para mejorar el deseo y lo problemas asociados a la menopausia está la terapia hormonal sustitutiva, la terapia con andrógenos asociados o no a estrógenos y el uso de lubricantes.

6 Bibliografía

- Blümel JE, Hernán M, Riquelme R, Castro G, Sánchez F, Gramegna G. Prevalencia de los trastornos de la sexualidad en mujeres climatéricas. Influencia de la menopausia y de la terapia de reemplazo hormonal. Rev Med Chile. Chile. 2002;130(10):1131-1138.
- Lugones M. Climaterio, daño vascular y sexualidad. Rev Cubana Obstet Ginecol. Cuba. 2013;39(4):413-426.
- Jimenez MC, Enríquez B, Puentes EM. Comportamiento y tratamiento de los trastornos sexuales en el climaterio. Rev Cubana Obstet Ginecol. Cuba. 2010;36(2):160-172.

Capítulo 188

GUÍA PRÁCTICA PARA LOGRAR ABANDONAR EL TABACO.

BEATRIZ FERNANDEZ MARIÑAS

MARTA TÉLLEZ GONZÁLEZ

IRENE MERA PRIETO

CRISTINA CUE BERNARDO

1 Introducción

El tabaco es la primera causa de muerte evitable en los países desarrollados y es el principal factor de riesgo de diversos tipos de cáncer (especialmente, el de pulmón), enfermedades respiratorias (bronquitis crónica y enfisema) y enfermedades cardiovasculares (principal causa de mortalidad en nuestro país).

El consumo de tabaco tiene una alta tasa de letalidad, más del 50% de los fumadores de larga evolución morirá por una enfermedad causada por el tabaco.

2 Objetivos

- Conseguir la deshabituación del tabaco de forma gradual evitando el síndrome de abstinencia.
- Aprender recursos para mantenerse sin fumar; trabajando, no solo la esfera de la dependencia física a la nicotina sino también, la dependencia psicológica y social para evitar las recaídas en el futuro.

3 Metodología

Revisión bibliográfica de bases de datos como Asociación Española Contra el Cáncer (AECC), Astursalud, Ministerio de Sanidad, Medline Plus y Fisterra.

4 Resultados

Esta guía está pensada para dejar de fumar de manera progresiva trabajando las tres dependencias que mantienen el hábito del tabaco: dependencia física (adicción a la nicotina), psicológica y social. Es importante cumplir con todas las tareas que se proponen para conseguir el objetivo.

1. Preparación:

Es imprescindible tener la intención de dejar de fumar y para ello es importante hacer una lista de motivos. La motivación es el factor que te permitirá llevar a cabo las actividades que te ayudarán a dejar el hábito del tabaco. Recapacita sobre dichas razones y haz tu propio listado; ten en cuenta que si no tienes buenos motivos para dejarlo probablemente no hagas el esfuerzo suficiente para lograr conseguirlo. Ejemplos:
- Ahorrar dinero: haz un cálculo del dinero que ahorrarás cuando consigas dejar de fumar. Compra una hucha y piensa qué cosas te gustaría comprar o hacer con ese dinero.
- Liberarte de un hábito te hará sentir más libre.
- Estética. El tabaco provoca arrugas y envejecimiento prematuro de la piel, mal aliento, dientes amarillos, mal olor del pelo y la ropa, etc.
- Recupera el gusto y el olfato. ¡Saborea la comida!.
- Deja de contaminar con tus malos humos a la gente que te rodea.
- Aumento del rendimiento físico.
- ¡¡Mejora tu salud!!. Dejar de fumar es la mejor medida que una persona puede hacer por su propia salud.

2. Semana 1:

- Fija una fecha (a lápiz) dentro de 4 semanas y formaliza tu compromiso.
- Comunica a 3 familiares o amigos tu intención de dejar de fumar y pídeles que te ayuden no ofreciéndote tabaco y procurando no fumar en tu presencia.
- Conoce cómo es tu conducta de fumar. Antes de encender cada cigarrillo debes cubrir la tabla nº 1(*) de registro diario (hora del día, situación en la que estás, motivo y ganas de fumar ese cigarro). Este registro exhaustivo te servirá a ser

consciente de cuántos cigarros fumas al día, con qué intervalo de tiempo y cuáles son las situaciones asociadas a la conducta de fumar. Además, debes señalar las "ganas" que tienes de fumar cada cigarro (siendo 0 "pocas ganas o nada" y 10 "muchas ganas"). De esta manera, podrás identificar cigarros que fumas de manera automática (incluso, sin ganas) y comenzar a suprimirlos pues, serán los más sencillos de comenzar a retirar.
Al finalizar el día, registra el consumo total de cigarros (tabla nº 2* registro mensual). Con el tiempo irás viendo cómo disminuye tu consumo hasta llegar a cero.
- Di "no" al ofrecimiento de cigarros y no los pidas. El ofrecimiento de cigarros es uno de los principales motivos de recaída. Es conveniente que te acostumbres desde el principio a rechazar el tabaco que te ofrecen y así te costará poco seguir haciéndolo en un futuro. Así estamos trabajando la dependencia social.
- Practica ejercicios de respiración profunda y relajación. Aprender a relajarse es fundamental para controlar el impulso de fumar y la ansiedad, aprendiendo así a controlar el síndrome de abstinencia.
- Aumenta la cantidad de ejercicio físico diario.

3. Semana 2:

- Inicia la reducción de ingesta de nicotina. Cambia de marca de tabaco y haz reducciones semanales de 25-30% de nicotina siguiendo el siguiente ejemplo:

1 mg nicotina — 0.7 mg. o bien, 0,9 mg nicotina— 0,6 mg.
0,8 mg nicotina — 0,5 mg. o bien, 0,7 mg nicotina — 0,5 mg.
0,6 mg nicotina — 0,4 mg. o bien, 0,5 mg nicotina — 0,35 mg.
0,4 mg nicotina — 0,3 mg. o bien, 0,3 mg nicotina — 0,2 mg.
0,2 mg nicotina — 0,1 mg.

Al reducir la ingesta de nicotina se va trabajando la dependencia física al tiempo que permite ir adquiriendo estrategias para controlar tu propia conducta.

- Reduce el número de cigarros cada semana de manera progresiva.
- Evita la compensación de nicotina. Es posible que intentes compensar la reducción de ingesta de nicotina apurando más los cigarros. Para evitarlo, fuma ¾ del cigarro (¡apágalo antes!) y reduce la profundidad de las caladas.
- Realiza cambios en tu forma de fumar para reducir la satisfacción de aquellos cigarros que más placenteros te resultan. Por ejemplo:
A. Fuma con la mano contraria.
B. Posa el cigarro en el cenicero después de cada calada.

C. Cepíllate los dientes (usando pasta dental) después de fumar aquellos cigarros que más placenteros te resulten.
D. Retira los ceniceros en casa; deja solo uno.
- Selecciona tres situaciones en las que no fumarás. Habitualmente, se tiene tendencia a fumar en determinadas situaciones y has asociado el hecho de fumar a ciertas circunstancias. Debemos retirar esa asociación (trabajar la dependencia psicológica) y para ello vamos a retirar el tabaco de tres situaciones en tu vida cotidiana (ejemplo: no fumar en el coche); la próxima semana, se retirará en otras tres situaciones más.

4. Semana 3:

- Cambia de marca reduciendo la ingesta de nicotina y reduce el número de cigarros.
- Elige otras tres situaciones en las que no fumarás y recuerda seguir practicando ejercicios de respiración y relajación.
- Fuma la mitad de cada cigarro.
- Identifica las tentaciones y reconoce las situaciones que asocias a la conducta de fumar para poder anticiparte a ellas y poder afrontarlas de manera más efectiva cuando dejes de fumar del todo.
- Modifica pensamientos exagerados. El pensamiento ocurre de manera rápida y casi sin darte cuenta. En muchas ocasiones, los pensamientos pueden contribuir a aumentar o disminuir tus ganas de fumar. Además, tenemos la tendencia a exagerar y dramatizar las cosas que nos ocurren; por ello, es necesario darse cuenta de esos pensamientos para hacerlos más realistas y más prácticos.

5. Semana 4:

- Continúa avanzando con las tareas y programa el día del abandono definitivo.
- Ideas para pasar el primer día sin tabaco:
A. Empieza el día sin prisas. Si puedes, cambia tus rutinas.
B. Piensa en tu compromiso de "no fumar hoy" y no te agobies pensando que no vas a fumar más. Cada día que pase será más fácil de superar.
C. Bebe abundantes líquidos.
D. Evita el alcohol y las bebidas estimulantes (té, café, etc).
E. Planifica actividades y mantente ocupado.
F. Recuerda todo el trabajo realizado hasta ahora y los motivos por los que estás dejando de fumar.

6. Mantenerse sin fumar:

- Diferencia en caída y recaída. Fumar un día un solo cigarro es una caída, una situación puntual; volver a consumir como antes es una recaída. Ten claro que tu objetivo es consumo cero pero, en caso de una caída, no te tortures; analiza el motivo y piensa qué estrategias vas a hacer para resolverlo la próxima vez que te ocurra.
Recuerda que el tabaco es una adicción crónica y las caídas forman parte del proceso. ¡No te rindas y persigue tu objetivo!.
- Control de peso. Al dejar de fumar es posible incrementar peso en las primeras semanas (de promedio 3-4 kg), aunque no todas las personas lo experimentan. Para evitarlo, ten en cuenta:
A. Aumenta el consumo de frutas y verdura. No incrementes la cantidad de hidratos de carbono (arroz, pasta, pan…).
B. Reduce alimentos hipercalóricos (grasas de origen animal, azúcares refinados, frituras, aceites, etc).
C. Aumenta la ingesta de agua y evita el consumo de alcohol.
D. Procura comer despacio y mastica bien los alimentos.
E. Come en platos más pequeños.
F. Sigue horarios regulares y evita picar entre horas.
G. Cumple con una rutina de ejercicio físico.

5 Discusión-Conclusión

El tabaco es la primera causa de muerte prevenible en los países desarrollados y también la causa más importante de años de vida perdidos de forma prematura junto a años vividos con discapacidad en España. Dejar de fumar es la mejor medida que una persona puede hacer para mejorar su salud.

6 Bibliografía

- Hevia Fernández, J. R; Rubio Fernández Mª. D. Programa de prevención y control del tabaquismo (internet). Principado de Asturias: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios; 2009-2012 (consultado el 3 de enero 2020). Disponible en: https://www.astursalud.es/documents/31867/36150/Programa+de+prevenci%C3%B3n+y+control+del+tabaquismo.pdf/33ac7e01-ab86-22e6-6d87-ce88cf51763d
- Gallardo Doménech, M. A; Grasa Lambea, I; Beni Ruiz, D; Esteban Herrera, A. Intervención en tabaquismo desde Atención Primaria de Salud (internet). Principado de Asturias: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios (consultado el 3 de

enero 2020). Disponible en: http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Tabaco%20Intervencion%20Atencion%20Primaria%20(1).pdf
- Bernardo García, A; Alonso Pérez, F. ¡Esto va en serio!. Guía para dejar de fumar (internet). Gijón: Fundación Municipal de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Gijón y Gerencia de Atención Primaria del Área V del Servicio del Servicio de Salud del Principado de Asturias; mayo de 2011 (consultado el 15 de enero 2020). Disponible en: https://www.astursalud.es/documents/31867/882531/Guia+Para+dejar+de+Fumar++SESPA%2C+SS+Ayto+Gij%2B%C2%A6n%2C++%2815p%2C+2011%29.pdf/2bc284a6-2d2e-2373-a643-7a4239066c81
- Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo. T. Salvador Llivina, R. Córdoba García, M.A. Planchuelo Santos, M. Nebot Adell, E. Becoña Iglesias, M. Barrueco Ferrero, J.A. Riesco Miranda. Se puede dejar de fumar. Claves para conseguirlo (internet). Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005 (consultado el 15 enero de 2020). Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/adolescencia/docs/guiaTabaco.pdf
- Asociación Española Contra el Cáncer. Guía para dejar de fumar (internet). Madrid: AECC; 2014 (consultado el 23 de enero 2020). Disponible en: https://www.aecc.es/sites/default/files/migration/actualidad/publicaciones/documentos/guia-dejar-fumar.pdf

Capítulo 189

TRATAMIENTO DEL DOLOR EN NEURALGIA DEL VIH

ELENA CORTINA LOPEZ-BERGES

PATRICIA PÉREZ GARCÍA

ELIZABETH CASTRILLÓN CHAMADOIRA

CRISTINA MÉNDEZ-TRELLES FERNÁNDEZ

1 Introducción

La era del sida empezó oficialmente el 5 de junio de 1981, cuando los CDC (Centers for Disease Control and Prevention (Centros para el Control y Prevención de Enfermedades) de Estados Unidos convocaron una conferencia de prensa donde describieron cinco casos de neumonía por Pneumocystis carinii en Los Ángeles. Al mes siguiente se constataron varios casos de sarcoma de Kaposi, un tipo de cáncer de piel. Las primeras constataciones de estos casos fueron realizadas por el Dr. Michael Gottlieb de San Francisco.

Por la aparición de unas manchas de color rosáceo en el cuerpo del infectado, la prensa comenzó a llamar al sida, la peste rosa, causando una confusión, atribuyéndola a los homosexuales, aunque pronto se hizo notar que también la padecían los inmigrantes haitianos en Estados Unidos, los usuarios de drogas inyectables y los receptores de transfusiones sanguíneas, lo que llevó a hablar de un club de las cuatro haches que incluía a todos estos grupos considerados de riesgo para adquirir la enfermedad.me (AIDS), nombre que sustituyó a otros propuestos como Gay-related immune deficiency (GRID).

Hasta 1984 se sostuvieron distintas teorías sobre la posible causa del sida. La teoría con más apoyo planteaba que el sida era una enfermedad básicamente, epidemiológica. En 1983 un grupo de nueve hombres homosexuales con sida de Los Ángeles, que habían tenido parejas sexuales en común, incluyendo a otro hombre en Nueva York que mantuvo relaciones sexuales con tres de ellos, sirvieron como base para establecer un patrón de contagio típico de las enfermedades infecciosas.

La teoría más reconocida actualmente, sostiene que el VIH proviene de un virus llamado virus de inmunodeficiencia en simios (SIV, en inglés), el cual es idéntico al VIH y causa síntomas similares al sida en otros primates.

Los franceses, Françoise Barre Sinoussi y LucMontagnier del Instituto Pasteur, aislaron el virus de sida y lo purificaron. El Dr. Robert Gallo, estadounidense, pidió muestras al laboratorio francés, y adelantándose a los franceses lanzó la noticia de que había descubierto el virus y que había realizado la primera prueba de detección y los primeros anticuerpos para combatir a la enfermedad.

En 1986 el virus fue denominado VIH (virus de inmunodeficiencia humana).El descubrimiento del virus permitió el desarrollo de un anticuerpo, el cual se comenzó a utilizar para identificar dentro de los grupos de riesgo a los infectados. También permitió empezar investigaciones sobre posibles tratamientos y una vacuna. En esos tiempos las víctimas del sida eran aisladas por la comunidad, los amigos e incluso la familia. Los niños que tenían sida no eran aceptados por las escuelas.

La gente temía acercarse a los infectados ya que pensaban que el VIH podía contagiarse por un contacto casual como dar la mano, abrazar, besar, o compartir utensilios con un infectado. Aunque en un principio el sida se expandió más de prisa a través de las comunidades homosexuales, y que la mayoría de los que padecían la enfermedad en Occidente eran homosexuales, esto se debía, en parte, a que en esos tiempos no era común el uso del preservativo entre homosexuales, por considerarse que éste era sólo un método anticonceptivo.

El sida pudo expandirse rápidamente al concentrarse la atención sólo en los homosexuales, esto contribuyó a que la enfermedad se extendiera sin control entre heterosexuales, particularmente en África, el Caribe y luego en Asia. Gracias a la disponibilidad de tratamiento antirretrovirales, las personas con VIH pueden llevar una vida normal, la correspondiente a una enfermedad crónica.

El VIH es un retrovirus, lo que significa que necesita convertir su ARN en ADN

para reproducirse, para lo que utiliza células del sistema inmunitario del ser humano. Esta conversión de ARN en ADN se realiza a través de una enzima denominada transcriptasa inversa, o retrotranscriptasa, de donde toma su nombre la familia de virus. Al manipular las células, impide que sigan cumpliendo su función habitual y causa que además acaben muriendo prematuramente.

Durante un tiempo, que varía de unos meses a varios años según la persona, el sistema inmunitario es capaz de producir suficientes células de defensa para sustituir las infectadas y además intentar controlar la replicación del VIH. Pero llegado un momento, éste supera esta limitación hasta colonizar todo el organismo. En tal caso el sistema inmunitario se deteriora hasta el punto de que no es capaz de hacer frente a infecciones y enfermedades que habitualmente son inofensivas. Entonces aparece el sida.

El sida está provocado por la infección por VIH, y se relaciona con el deterioro del sistema inmunitario que causa este virus.
Dentro de la clasificación realizada por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de EE UU (CDC, en sus siglas en inglés), se establecen tres categorías clínicas de personas con VIH:
-Tipo A, si son personas que no presentan ningún tipo de sintomatología asociada a la infección.
-Tipo B, si son personas que padecen enfermedades derivadas de la infección pero no consideradas definidoras de sida.
-Tipo C, si se trata de personas con alguna de dichas enfermedades definidoras de sida (tales como candidiasis -traqueal, esofágica, bronquial o pulmonar-, cáncer de cérvix [cuello de útero], retinitis por citomegalovirus, sarcoma de Kaposi, neumonía por Pneumocystis jiroveci, tuberculosis y toxoplasmosis cerebral, entre otras).

Se considera que una persona (en cualquiera de las tres categorías clínicas) tiene SIDA si presenta unos recuentos de CD4 inferiores a 200 células/mm3. En el caso de las incluidas en el tipo C, se considera que tienen sida con independencia de su recuento de CD4.

2 Objetivos

- Determinarlos distintos tratamientos disponibles para tratar el dolor en la Neuralgia del VIH.

- Describir las distintas terapias disponibles para el control del dolor en la neuralgia del VIH.
-Analizar ventajas que ofrecen los tratamientos empíricos y no empíricos en el paciente enfermo de VIH.

3 Metodología

Se ha realizado un exhaustivo estudio bibliográfico, teniendo en cuenta la amplitud de información y evidencias científicas que existen sobre el tema , utilizándose fuentes de información primarias y secundarias así como artículos de investigación científica así como guías clínicas. La búsqueda se realizo en las bases de datos Dialnet, Lilacs, Cuiden ,Pubmed, y el buscador web Google Académico. de entre todos los trabajos obtenidos en la búsqueda bibliográfica, se descartan los que se encontraban fuera de los criterios de inclusión, es decir, que no incluyeran datos relevantes, relacionados con el tema tratados dolor neurálgico en el paciente con VIH.

4 Resultados

Con estos estudios se buscan distintos tipos de resultados, todos ellos basados en la mejora del paciente pluripatológico.
- La reducción de la morbilidad asociada al VIH y el aumento de la supervivencia.
- La restitución y preservación de la función inmunológica.
- La supresión prolongada de la carga viral plasmática.

El dolor neuropático del paciente con VIH, es la base de este estudio para este capítulo, en los pacientes con infección por VIH es un síntoma frecuente y de etiología múltiple que suele estar infradiagnosticado e infratratado.

Exige un abordaje multidisciplinario e individualizado. Debemos hacer un tratamiento combinado del dolor basado en aspectos psicosociales, dieta y el tratamiento farmacológico, ejercicio, también tratamiento etiológico siempre que sea posible y sintomático e incluso recurrir a técnicas intervencionistas.

El tratamiento farmacológico del dolor neuropático debe de ser individualizado y escalonado, teniendo en cuenta las posibles interacciones medicamentosas, sobre todo en los enfermos con VIH, que reciben habitualmente mucha medicación de forma simultánea.

Estos pacientes responden mal a los analgésicos convencionales como los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y los opioides, y son los antidepresivos tricíclicos y los anticomiciales los fármacos de elección: Antes de instaurar un tratamiento analgésico hay que descartar las posibles interacciones medicamentosas, fundamentalmente con los antirretrovirales.
Los fármacos antirretrovirales han conseguido controlar la infección ;fundamentalmente en los países desarrollados, hasta el punto de que muchos enfermos con VIH se transforman en enfermos crónicos con una larga expectativa de vida. En este contexto, surgen nuevos problemas en cuanto al tratamiento clínico de estos pacientes en los que el dolor constituye un síntoma frecuente y muy molesto ya que afecta de forma importante a la calidad de vida y siendo además muy difícil de tratar.

En un trabajo publicado en 1997, la prevalencia del dolor en los enfermos con VIH variaba entre el 30 y el 60% de los pacientes ambulatorios y hasta el 97% en los pacientes con enfermedad avanzada, aunque actualmente estas cifras han disminuido considerablemente, debemos decir que aun así, muchas veces es un síntoma infradiagnosticado e infratratado.

La mayoría de estos pacientes presentan más de un tipo de dolor diferente y en varias localizaciones, lo que dificulta un adecuado tratamiento, ya que el tratamiento del dolor depende de su etiología, características y localización. El dolor neuropático está presente en el 25-50% de los pacientes con infección por VIH que consultan por dolor y está considerado clásicamente como uno de los más difíciles de tratar. El dolor neuropático se produce como consecuencia de una lesión en el sistema nervioso central o periférico.

En el paciente infectado por el VIH, el dolor, puede ser causado por la propia enfermedad, por infecciones concomitantes, por efectos secundarios de los fármacos antirretrovirales o por procesos no relacionados con el VIH como el consumo de sustancias tóxicas y otras entidades nosológicas.

La combinación de un tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA), un incremento en la supervivencia de estos enfermos que son sometidos de manera continua a un gran número de fármacos y su exposición a diferentes agentes infecciosos ha originado un aumento en el riesgo de desarrollar neuropatía.

Aunque se han postulado varias teorías para explicar el origen del dolor neuropático, es posible que en su producción intervengan varios mecanismos como veremos ahora.

Las principales causas conocidas de dolor neuropático en los pacientes infectados por VIH son:

1. Neuropatía producida por el propio VIH: se han descrito al menos 6 patrones distintos de presentación: polineuropatía distal simétrica, polineuropatía inflamatoria desmielinizante, polirradiculopatía progresiva, mono neuropatía múltiple, neuropatía autonómica y síndrome linfocitario infiltrativo difuso. La afectación más frecuente es la polineuropatía axonal, distal y simétrica, de predominio sensitivo y aparece con mayor frecuencia en pacientes con inmunodepresión grave. La anatomía patológica muestra desmielinización y degeneración axonal, así como infiltración perivascular por linfocitos y macrófagos. La polirradiculopatía progresiva y la neuropatía autonómica se presentan también en pacientes con inmunodepresión severa, mientras que la polineuropatía inflamatoria desmielinizante y la mononeuropatía múltiple pueden presentarse en estadios más precoces de la enfermedad.

2. Fármacos antirretrovirales: los antirretrovirales que más se relacionan con el desarrollo de neuropatía periférica son la estavudina (D4T), la didanosina (ddI) y la zalcitabina (ddC) y, además, su administración simultánea potencia la toxicidad neurológica. Por este motivo se ha dejado de utilizar la ddC, y en las últimas guías de Estados Unidos de 2006 y de GESIDA de enero de 2007, tanto la D4T como la ddI han pasado a segunda línea de tratamiento por su toxicidad mitocondrial, que, entre otros efectos, engloba el desarrollo de neuropatía periférica. El patrón típico de afectación es la polineuropatía distal simétrica. El estudio histológico muestra alteraciones en las mitocondrias en las células de Schwann, tanto en el nervio periférico como en los ganglios de las raíces dorsales.

3. Infecciones oportunistas: la infección por citomegalovirus (CMV) es la que con más frecuencia produce afectación neuropática. Se observa en pacientes con inmunodepresión grave con cifras de linfocitos CD4 por debajo de 100/µl, en los que se produce una reactivación de la infección latente previamente adquirida. La presentación puede ser en forma de polineuropatía distal simétrica, polineuropatía inflamatoria desmielinizante, polirradiculopatía progresiva o mononeuropatía múltiple. La anatomía patológica muestra desmielinización y degenaración axonal, así como infiltración por polimorfonucleares. Con microscopio electrónico se pueden observar viriones en las células endoteliales y mononucleares.

La infección por el virus de la varicela-zóster que da lugar a la neuralgia postherpetica es otra de las causas de dolor neuropático en estos pacientes. Puede aparecer en cualquier estadio de la infección por VIH, pero es más frecuente en

pacientes inmunodeprimidos, en quienes, además, son frecuentes las formas diseminadas.

4. Otras causas de dolor neuropático: se trata de procesos que no son específicos de los enfermos con infección VIH pero se observan con frecuencia en la práctica clínica asociados a estos pacientes. Entre ellos destacan la polineuropatía por déficit vitamínico (vitamina B12) en estados de desnutrición y la polineuropatía por alcohol o el uso de otros fármacos con neurotoxicidad (vincristina, isoniacida, linezolid, hidroxiurea o talidomida). Un factor importante es el progresivo envejecimiento de la población infectada por el VIH, ya que se ha demostrado que la edad avanzada se asocia con un mayor grado de inmunodepresión y un aumento de las complicaciones neurológicas

Tratamiento
El tratamiento del dolor neuropático en el enfermo infectado por VIH constituye actualmente un auténtico reto por la dificultad que este supone, fundamentalmente por las posibles interacciones farmacológicas con los antirretrovirales.

Exige un abordaje multidisciplinario e individualizado que comienza por un análisis exhaustivo de las características del dolor, los posibles mecanismos fisiopatológicos implicados, las diferentes etiologías, la situación global del enfermo y los fármacos que consume habitualmente.

Debemos hacer un tratamiento combinado del dolor basado en aspectos psicosociales, dieta y ejercicio; etiológico siempre que sea posible; farmacológico sintomático; utilizar técnicas intervencionistas, e incluso recurrir a nuevos tratamientos, algunos todavía en fase experimental.

Estudios con mindfulness en el manejo del paciente con dolor crónico
El dolor crónico tiene una alta prevalencia y es una condición incapacitante en los individuos, sus familiares y sociedad en general; ya que impacta en el bienestar físico, psicológico, social y económico de las personas que lo presentan, es decir, de una forma negativa en la calidad de vida de los pacientes. Frecuentemente está relacionado con el aumento de insomnio, depresión, estrés, ansiedad y otros problemas emocionales.

El trastorno depresivo mayor es: el trastorno psiquiátrico, más frecuente en las personas con dolor crónico. Por lo que, los pacientes que sufren tanto dolor crónico, como depresión son particularmente difíciles de tratar. Incluso hay pacientes que llegan a referir que el dolor crónico es tan intenso que preferirían

morir.

El propósito de las intervenciones psicológicas, para amenorar el impacto del dolor crónico, se enfoca en reducir el malestar e incapacidad que produce este mismo para desarrollar en el paciente autonomía en estrategias de afrontamiento para su condición, recobrar su sentido de vida, su fortaleza y, por ende, mejorar su calidad de vida.

La terapia cognitivo conductual (TCC) es actualmente el principal tratamiento utilizado para el manejo del dolor crónico. El objetivo es ayudar a los pacientes a aprender como pensar y comportarse de formas más adaptativas.

En el contexto del dolor crónico, los componentes de la TCC incluyen frecuentemente reestructuración cognitiva, entrenamiento en estrategias de afrontamiento, entrenamiento en solución de problemas y psicoeducación sobre el dolor. Además incluye estrategias conductuales como entrenamiento en relajación, activación conductual, agenda de actividades y motivación física.
A pesar de que la TCC es el estándar de oro para el manejo de los pacientes con dolor crónico, existe una proporción considerable de pacientes que no responden positivamente a este tipo de abordaje o tiene el acceso limitado para recibir este tipo de tratamiento

Recientemente, el abordaje con mindfulness ha emergido y resultado ser prometedor. Fue desarrollado para manejar y tratar el dolor crónico y ha demostrado: una reducción de la severidad del dolor, así como en la reducción del malestar psicológico.

El mindfulness se centra en mejorar la conciencia y aceptación de las experiencias momento a momento, incluyendo el malestar físico y emocional, por lo que los ejercicios se centran en incrementar la conciencia de las sensaciones, emociones y pensamientos, para proporcionar estrategias de auto-regulación y promover respuestas saludables y adaptativas. Esta técnica implica poner atención a la experiencia presente en el momento, lo que incluye pensamientos, emociones y sensaciones corporales.

El entrenamiento en conciencia corporal es un componente de la mayoría de las intervenciones basadas en mindfulness, lo que incluye el “escáner corporal”, el cual consiste en que los individuos presten especial atención de todas las partes de su cuerpo; y yoga, que implica poner atención a los movimientos del cuerpo.

La definición de la conciencia corporal hace hincapié en el hecho de que se trata

de un constructo complejo multidimensional: La conciencia sensorial que se origina de los estados fisiológicos del cuerpo, de los procesos (incluido el dolor y la emoción), y de las acciones (incluido el movimiento), y las funciones como un proceso interactivo que incluye la valoración de la persona y tiene la forma de actitudes, creencias y experiencia en su contexto social y cultural.

La conciencia corporal ha sido propuesta como uno de los principales mecanismos de las intervenciones de mindfulness, ya que se ha demostrado que tanto el dolor crónico como la depresión están asociados con el decremento de los niveles de dicha conciencia corporal.

Respecto al uso del mindfulness en el tratamiento del dolor crónico es por medio del desarrollo de ecuanimidad en la presencia de experiencias displacenteras y en la habilidad de responder en lugar de reaccionar automáticamente. Ser responsivo en lugar de reactivo ante los estresores permite la adopción de estrategias de afrontamiento más adaptativo.

Además, esta práctica puede mejorar la aceptación del duelo de las pérdidas inevitables que acompañan la vida con el dolor crónico, lo cual está asociado con mejores resultados. Finalmente, la práctica del mindfulness también está asociada con cambios neuroendocrinos e inmunológicos que permiten mediar algunos de los beneficios cognitivos reportados por los pacientes. Estudios de neuroimagen indican cambios relacionados con el entrenamiento en mindfulness en la función y estructura del cerebro en las regiones que se cree que participan en la conciencia corporal.

Se ha postulado desde hace tiempo que la interocepción juega un papel importante en la experiencia de las emociones, y hay evidencia empírica de que el grado en que se puede percibir con precisión las funciones corporales tiene una relación positiva con la intensidad de las emociones.

Hay evidencia de que la práctica habitual de meditación modula mecanismos neuronales, especialmente aquellos relacionados al dolor así como beneficios en la respuesta inflamatoria.

Los estilos de atención hacia las sensaciones del dolor crónico son una llave importante para el manejo psicológico del dolor. Estudios recientes sugieren que la meditación con esta técnica facilita la reducción del dolor por medio del incremento del procesamiento sensorial, ya que puede favorecer la auto-regulación del dolor.

De Jong y colaboradores en el 2016 investigaron los efectos de una terapia con mindfulness en pacientes con dolor crónico y depresión activa. Encontraron un incremento en dimensiones de conciencia corporal como auto regulación y no distraerse. Los participantes incrementaron la conciencia emocional y disminuyeron la catastrofización del dolor.

Distraerse a sí mismo de una sensación corporal inconfortable o ignorarla es una estrategia de afrontamiento común en pacientes con dolor crónico. Mientras que el mindfulness enseña a poner una atención plena a todas las sensaciones del cuerpo, incluso síntomas de dolor y depresión, lo que ha demostrado tener una mejor reducción del dolor que la distracción.

En un estudio realizado por Cherkin y colaboradores en el 2016 para comparar la efectividad de una intervención con Mindfulness vs TCC en pacientes con dolor crónico, encontraron que, se dieron grandes mejorías en el dolor y limitaciones funcionales, pero no se evidenció diferencias en la efectividad.

La evidencia es escasa respecto a la efectividad del mindfulness en comparación con la TCC, lo que hace necesaria mayor investigación respecto a este abordaje en población.

Por lo tanto, el manejo del paciente con dolor crónico puede ser por medio de técnicas combinadas de TCC y mindfulness, lo que ha reportado una mejora significativa en el malestar o con el uso independiente de cualquiera de las dos técnicas ya que ambas han reportado ser significativas en la reducción del malestar, tomando en consideración las características y evolución del paciente.

5 Discusión-Conclusión

Se estima que solo en USA hay casi 1,3 millones de personas infectadas con el virus del VIH, con casi 49.000 infecciones nuevas anuales. El uso generalizado de la Terapia Antiretroviral de Gran Actividad (TARGA), ha hecho de VIH una enfermedad crónica y esto ha producido que las complicaciones neurológicas producidas por el virus se hayan vuelto más importantes. Siendo la complicación neurológica más común el Dolor neuropático causa principal de la morbilidad de los pacientes que viven con el citado virus y el SIDA.

Los pacientes con VIH positivo o SIDA que experimentan dolor son, significativamente más propensos a experimentar distintos trastornos como podrían ser:

enfermedades relacionadas con el sueño, fatiga crónica, nivel aumentado de ansiedad, depresión etc que otros que no lo padecen .

En conclusión diremos que la neuropatía por dolor causada por el virus del VIH provoca un gran impacto sobre el estado de la salud, la función física y la depresión que aumenta con signos de gravedad lo que resulta una carga clínica y económica sustancial. Este dato sugiere la necesidad de una comunicación más completa entre el paciente el médico encargado o mejor si pudiese hacerse con un equipo multidisciplinar.

6 Bibliografía

1. Hewitt EJ, McDonald M, Portenoy RK, Rosenfeld B, Passik S, Bretbart W. Pain syndromes and etiologies in ambulatory AIDS patients. Pain. 1997; 70:117-23.
2. Wulff EA, Wang AK, Simpson DM. HIV-associated peripheral neuropathy: epidemiology, pathophysiology and treatment. Drugs. 2000;59:1251-60.
3. Verma A. Epidemiology and clinical features of HIV-1 associated neuropathies. J Peripher Nerv Syst. 2001;6:8-13.
4. Luciano CA, Pardo CA, McArthur JC. Recent developments in the HIV neuropathies. Curr Opin Neurol. 2003;16:403-9.
5. Moore R, Wong WM, Keruly J, Mcarthur J. Incidence of neuropathy in HIV-infected patients on monotherapy versus those on combination therapy with didanosine, stavudine and hydroxyurea. AIDS. 2000;14:273-8.
6. Martin C, Solders G, Sonneborg A, Hansson P. Antiretroviral therapy may improve sensory function in HIV-infected patients: a pilot study. Neurology. 2000;54:2120-7.
7. Developed by the U.S. Department of Health and Human Services (DHHS) Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents – A Working Group of the Office of AIDS Research Advisory Council (OARAC). Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in HIV-Infected Adults and Adolescents. [Accedido el 10 de octubre de 2006.] Disponible en: http://www.aidsinfo. nih.gov/2006.
8. López AJ, Pulido F, Polo R. [Recommendations from the GESIDA/Spanish AIDS Plan regarding antiretroviral treatment in adults with human immunodeficiency virus infection (Update January 2007).]. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2007;25:32-53.
9. Fleischer R, Boxwell D, Sherman KE. Nucleoside analogues and mitochondrial toxicity. Clin Infect Dis. 2004;38:79-80.

10. Dalakas MC. Peripheral neuropathy and antiretroviral drugs. J Peripher Nerv Syst. 2001;6:14-20.
11. Kolson DL, Gonzalez-Scarano F. HIV-associated neuropathies: role of HIV-1, CMV, and other viruses. J Peripher Nerv Syst. 2001;6:2-7.
12. Glesby MJ, Moore RD, Chaisson RE. Clinical spectrum of herpes zoster in adults infected with human immunodeficiency virus. Clin Infect Dis.1995;2:370-5.
13. Goodkin K, Wilkie FL, Concha M, Hinkin CH, Symes S, Baldewicz TT, et al. Aging and neuro-AIDS conditions and the changing spectrum of HIV-1-associated morbidity and mortality. J Clin Epidemiol. 2001;54 Suppl 1:S35-43.
14. Verma S, Estanislao L, Mintz L, Simpson D. Controlling Neuropathic Pain in HIV. Curr Infect Dis Rep. 2004;6:237-42.
15. Verma S, Estanislao L, Simpson D. HIV-associated neuropathic pain: epidemiology, pathophysiology and management. CNS Drugs. 2005;19:325-34.
16. Wolfe GI, Barohn RJ. Painful Peripheral Neuropathy. Curr Treat Options Neurol. 2002;4:177-88.
17. Nicholson B, Verma S. Comorbidities in chronic neuropathic pain. Pain Med. 2004;5 Suppl 1:S9-27.
18. Fishbain DA. Aproaches to treatment decisions for psychiatric comorbidity in the management of the chronic pain patient. Med Clin North Am. 1999; 83:737-60.
19. Haythornthwaite JA, Benrud-Larson LM. Psychological assessment and treatment of patients with neuropathic pain. Curr Pain Headache Rep. 2001;5:124-9.
20. Haythornthwaite JA, Benrud-Larson LM. Psychological aspects of neuropathic pain.Clin J Pain. 2000;16 Suppl 2:S101-5.
21. Holzberg AD, Robinson ME, Geisser ME, Gremillion HA. The effects of depression and chronic pain on psychosocial and physical functioning. Clin J Pain. 1996;12:118-25.
22. Scadding JW. Treatment of neuropathic pain: historical aspects. Pain Med. 2004;5 Suppl 1:S3-8.
23. Chevlen E, Davis PS, Rhiner M. From mechanisms to management: translating the neuropathic pain consensus recommendations into clinical practice. J Am Acad Nurse Pract. 2005;17 Suppl:3-17.
24. Saarto T, Wiffen PJ. Antidepressants for neuropathic pain. Cochrane Database Syst Rev. 2005;3:CD005454.
25. McCleane G. Pharmacological strategies in relieving neuropathic pain. Expert Opin Pharmacother. 2004;5:1299-312.
26. Backonja MM, Serra J. Pharmacologic management part 1: better-studied neuropathic pain diseases. Pain Med. 2004;5 Suppl 1:S28-47.

27. Backonja MM, Serra J. Pharmacologic management part 2: lesser-studied neuropathic pain diseases. Pain Med. 2004;5 Suppl 1:S48-59.
28. Mattia C, Coluzzi F. Antidepressants in chronic neuropathic pain. Mini Rev Med Chem. 2003;3:773-84.
29. Wiffen P, Collins S, McQuay H, Carroll D, Jadad A, Moore A. Anticonvulsant drugs for acute and chronic pain. Cochrane Database Syst Rev. 2005;3: CD001133.
30. Tesfaye S, Selvarajah D. Morphine, gabapentin, or their combination for neuropathic pain. N Engl J Med. 2005;352:2650-1.
31. Dib JG. Focus on topiramate in neuropathic pain. Curr Med Res Opin. 2004;20:1857-61.
32. Backonja MM. Use of anticonvulsants for treatment of neuropathic pain.Neurology. 2002;59(Suppl 2):S14-7.
33.Lana R et al. Tratamiento del dolor neuropático en el enfermo con infección por el VIH ferm Infecc Microbiol Clin 2008;26(6):348-55
34.Cherkin, D., Sherman, K., Balderson, B., Cook, A. (2016). Effects of mindfulness- based stress reduction vs cognitive-behavioral therapy and usual care on back pain and functional limitations among adults with chronic low back pain: a randomized clinical trial. JAMA, 315(12), 1240-1249.
35.Cherkin, D., Sherman, K., Balderson, B., Turner, J., Cook, A., Stoelb, B., Herman, P., Deyo, R., y Hawkes, R. (2014). Comparison of complementary and alternative medicine with conventional mind-body therapies for chronic back pain: protocol for the mind-body approaches to pain (MAP) randomized controlled trial. Trials, 15(211), 1-15.
36..De Jong, M., Lazar, S., Hug, K., Mehling, W., Hölzel, B., Sack, A., Peeters, F., Ashih, H., Mischoulon, D., y Gard, T. (2016). Effects of Mindfulness-based cognitive therapy on body awareness in patients with chronic pain and comorbid depression. Frontiers in Psychology, 7(967), 1-13
37.Hatchard, T., Lepage, C., Hutton, B., Skidmore, B., y Poulin, P. (2014). Comparative evaluation of group-based mindfulness stress reduction and cognitive behavioral therapy for the treatment and management of chronic pain disorders: protocol for a systemic review and meta-analysis with indirect comparisons. Systematic Reviews, 3(134), 1-6.
38..Howarth, A., Perkins-Porras, L., Smith, J., Subramaniam, J., Copland, C., Hurley, M., Beith, I., Riaz, M., y Ussher, M. (2016). Pilot study evaluating a brief mindfulness intervention for those with chronic pain: study protocol for a randomized controlled trial. Trials, 17(273, 1-9)
39 Dorfman D, George MC, Schnur J, Simpson DM, Davidson G, Montgomery G. Hypnosis for treatment of HIV neuropathic pain: a preliminary report. Pain Med

2013;14:1048–56.
40 Ellis RJ, Rosario D, Clifford DB, McArthur JC, Simpson D, Alexander T, Gelman BB, Vaida F, Collier A, Marra CM, Ances B, Atkinson JH, Dworkin RH, Morgello S, Grant I. Continued high prevalence and adverse clinical impact of human immunodeficiency virus-associated sensory neuropathy in the era of combination antiretroviral therapy: the CHARTER Study. Arch Neurol 2010;67:552–8.
41.Kamerman PR, Moss PJ, Weber J, Wallace VCJ, Rice ASC, Huang W. Pathogenesis of HIV-associated sensory neuropathy: evidence from in vivo and in vitro experimental models. J Peripher Nerv Syst 2012;17:19–31.
42.Kamerman PR, Wadley AL, Cherry CL. HIV-associated sensory neuropathy: risk factors and genetics. Curr Pain Headache Rep 2012;16:226–36.
43. Phillips TJC, Brown M, Ramirez JD, Perkins J, Woldeamanuel YW, Williams ACDC, Orengo C, Bennett DLH, Bodi I, Cox S, Maier C, Krumova EK, Rice ASC. Sensory, psychological, and metabolic dysfunction in HIV-associated peripheral neuropathy: a cross-sectional deep profiling study. Pain 2014;155:1846–60.
44. Phillips TJC, Cherry CL, Cox S, Marshall SJ, Rice ASC. Pharmacological treatment of painful HIV-associated sensory neuropathy: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. PLoS One 2010;5:e14433.
45. http://www.sld.cu/sitios/rehabilitacion/temas.php?idv=823

Capítulo 190

ABORDAJE Y ATENCIÓN INTEGRAL DEL TABAQUISMO EN ATENCIÓN PRIMARIA

AITOR GARCÍA CASASOLA

NEREA ROZA BARJOLLO

MARIA PILAR MIGUEL GALÁN

LIDIA GUTIÉRREZ CASAR

VERÓNICA OMAR MARTÍNEZ

1 Introducción

La adicción al tabaco consiste en una afección adictiva, habitual y reiterada, que en la gran mayoría de los casos (80%) tiene su inicio al alcanzar la mayoría de edad y permanece como consecuencia de los efectos producidos por la nicotina. El tabaquismo es el motivo principal de muerte precoz y eludible en los países desarrollados.

La forma más habitual de emplear el tabaco es por medio del cigarrillo. Sin embargo, son varias las maneras de empleo, destacando las siguientes: los puros y sus derivados, los solubles (no empleados para fumar), los cigarrillos electrónicos, sustancias que no se utilizan de manera clásica para fumar tal como el tabaco de mascar y el rapé y, finalmente, la cachimba, entre otros ejemplos.

El consumo reiterado del tabaco da lugar a múltiples resultados negativos en aquellas personas que lo emplean y, en un segundo plano pero no menos importante, al entorno de la persona fumadora, que reciben el nombre de fumadores pasivos. Es importante comprender las consecuencias que pueden surgir como consecuencia de este consumo, siendo esenciales para la deshabituación tabáquica. El tabaquismo está estrechamente relacionado con problemas cardiovasculares destacando la arteriopatía coronaria, arteriopatía periférica o hipertensión arterial, entre otros. Sin embargo, existen más inconvenientes como consecuencia de este consumo, ya que de él derivan otros inconvenientes como el padecimiento de tumores, déficit en el proceso de cicatrización, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), etc.

Actualmente, el tabaco es uno de los principales riesgos a los que se ha tenido que enfrentar el mundo en cuanto a la salud pública. Los datos informan que el tabaco produce al año 7 millones de fallecimientos al año, siendo 6 millones las personas que consumen el tabaco de manera directa y en torno a 890mil son los conocidos como fumadores pasivos. Las personas adictas al consumo del tabaco que fallecen de manera precoz apartan a sus seres queridos de beneficios, incrementan los gastos de atención sanitaria e impiden el desarrollo óptimo de la economía. Es necesario una educación sanitaria adecuada con el fin de exponer los riesgos derivados de esta práctica para salud y para el entorno de la persona fumadora, ya que uno de los inconvenientes principales es el desconocimiento. Sin embargo, aunque se dispone de una amplia información sobre los inconvenientes y consecuencias del tabaquismo y las múltiples líneas de abordaje para su deshabituación, por medio de estímulos externos tales como la prensa, la televisión u otros métodos de información, se disminuye su significación y repercusión al ver a personajes famosos realizando esta práctica, que de manera directa o indirecta, contribuye al incremento del consumo.

Es esencial aplicar un proceso preventivo óptimo. Su uso de manera eficaz disminuirá el inicio de consumo en las personas jóvenes y su coste elevado está demostrado por el gran número de vidas salvadas y los recursos que no son gastados en atención sanitaria. De esta manera, se crean distintos modelos adecuados para su intervención, tales como el incremento de las tasas para la adquisición de este producto, creación de leyes y políticas en contra del tabaco, estrategias masivas en diferentes fuentes de información, entre otros.

Son muchas las organizaciones que participan de forma activa en la lucha contra el tabaco, destacando principalmente la Organización Mundial de la Salud

(OMS), gracias a las medidas de carácter práctico y costo-eficaces reconocidas como MPOWER, que llevó a cabo en el año 2008.

2 Objetivos

Objetivo general:
- Establecer un abordaje y atención integral del tabaquismo en Atención Primaria.

Objetivos específicos:
- Identificar la labor de enfermería en el proceso de intervención frente a la deshabituación tabáquica.
- Conocer las líneas de tratamiento, tanto farmacológico como no farmacológico, para la deshabituación tabáquica.

3 Metodología

Para desarrollar este trabajo se ha realizado inicialmente una búsqueda general en Google académico. Esta búsqueda inicial, se continuó con una revisión bibliográfica con la que se pretendía identificar las diferentes líneas de abordaje y atención integral del tabaquismo en Atención Primaria.

Se consultaron fuentes primarias y secundarias centrando la búsqueda en las siguientes bases de datos: Scielo, Cochrane y Medline. Se ha empleado como Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCs) "Enfermería", "Intervención" y "Tratamiento" y como estilo libre "Tabaquismo". Los criterios de inclusión utilizados fueron artículos escritos en español y en inglés, relacionados con el abordaje del tabaquismo y que hubiesen sido publicados en los últimos 10 años.

Los criterios de exclusión utilizados fueron aquellos artículos escritos en otros idiomas, que no guardaban relación con el tema y con una cobertura cronológica anterior a 2010. Con los artículos obtenidos y tras realizar una lectura crítica y exhaustiva, se han seleccionado un total de 10 artículos.

4 Resultados

Con toda la información recopilada, podemos llevar a cabo el siguiente algoritmo de intervención:

1. Averiguar y registrar en la historia. Para ello se plantea la siguiente cuestión: ¿Usted fuma? En caso de respuesta negativa, siendo una persona no fumadora hay que animar y trabajar la prevención, preguntando cada dos años hasta los 25, en caso de ser exfumador hay que felicitarle y preguntarle cada dos años.
2. En caso de respuesta positiva a la pregunta anterior, debemos aconsejar brevemente de manera clara, optimista y personalizada.
3. Apreciar, es decir, preguntar si la persona se está planteando dejar de fumar. La respuesta puede ser: negativa (precontemplación), sí en los próximos 6 meses (contemplación) o sí en los próximos 30 días (preparación). En caso de obtener una de las dos primeras respuestas, debemos realizar una entrevista motivacional, ofrecer nuestra ayuda y entregar material informativo, siendo fundamental la motivación y la autoeficacia (confianza).
4. Si se ha obtenido tercera de las respuestas a la pregunta anterior, debemos llevar a cabo una cita programada. En este punto se lleva a cabo un asesoramiento práctico con una intervención psicosocial en la que se lleva a cabo una serie de pasos que son: fijar una fecha en las cuatro semanas siguientes, recomendaciones para los días previos, recomendaciones para los primeros días y entregar material informativo. Además, también se puede llevar a cabo un tratamiento farmacológico que es conveniente recomendar en fumadores con dependencia alta y siempre bajo los criterios de la unidad especializada en tabaquismo.
5. Seguimiento. Se lleva a cabo en 5 visitas estructuradas de la siguiente manera: 1ª semana, 2ª semana, al mes, a los 2-3 meses y al año.

- Tratamiento

El tabaquismo da lugar a una adicción, la cual se puede combatir por medio de dos líneas de tratamiento que nos permitan llevar a cabo la deshabituación tabáquica: psicológico y farmacológico.

Dentro del tratamiento psicológico, el modelo más empleado y que ha demostrado un mayor éxito es la terapia cognitivo conductual (TCC). Se trata de un proceso que trata una situación adversa dándole diferentes enfoques relacionados entre sí: los pensamientos que acontecen (cognitivo), la acción que se realiza (conductual) y los sentimientos padecidos (emocional). Desde un punto de vista práctico, consiste en el empleo de medidas cuya finalidad es lograr que la persona adquiera unas aptitudes y actitudes para solucionar los inconvenientes que pueden surgir como consecuencia del cese del consumo. Para ello, se emplean de manera conjunta técnicas cognitivas y conductuales.

Dentro del tratamiento farmacológico, a día de hoy, son tres los fármacos que se

encuentran aprobados y han reportado datos de éxito. Estos son los siguientes: Terapia sustitutiva de nicotina, el bupropión y la vareniclina. Sin embargo, no son los únicos, ya que se encuentran disponibles otros fármacos de segundo línea, cuyo inconveniente principal es la disminución de su eficacia y un incrementos de sus efectos negativos.

No obstante, los fumadores que consideran llevar a cabo la deshabituación tabáquica, cuentan con una red amplia de apoyos. Se han creado múltiples plataformas de información cuya finalidad es la ayuda a estas personas y permiten reconocer los numerosos beneficios obtenidos del cese de esta práctica perjudicial para la salud. Los más destacados son los programas de ayuda establecidos por las propias comunidades autónomas y la Unión Europea, además de la "Guía se puede dejar de fumar. Claves para conseguirlo". Esta información está disponible para toda aquella persona que quiera informarse acerca de este proceso en el espacio web del ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad del gobierno español.

5 Discusión-Conclusión

La estructura disponible en Atención Primaria propicia que el equipo sanitario participe de manera activa y esencial en la lucha contra este inconveniente para la salud. El equipo sanitario de Atención Primaria es el más idóneo para el abordaje de este problema y para llevar a cabo una adecuada educación sanitaria ya que se estima que más de dos tercios de la población asiste a las consultas de Atención Primaria, con un promedio de entre 6 y 7 veces al año. Este hecho da lugar al establecimiento de un vínculo entre profesional y paciente, siendo este último más propenso a aceptar ayuda y consejos para su deshabituación tabáquica.

Los consejos realizados por el equipo de Atención Primaria con el fin de favorecer la deshabituación tabáquica de los pacientes está enfocado centralmente en garantizar una actuación cada vez que se acuda al centro de salud, teniendo en cuenta la fase de cambio en la que se encuentra el paciente. La finalidad de este proceso, es lograr que el paciente fumador progrese paulatinamente a través de las diferentes fases del proceso de deshabituación, logrando, al final del mismo, el cese de la actividad tabáquica.

Es esencial la realización por parte del equipo de Atención Primaria de intervenciones y educación sanitaria adecuada debido a sus elevadas tasas de efectividad y su adecuada relación coste-eficacia respecto a otras medidas preventivas.

6 Bibliografía

1. Who.int; Tabaco [Internet]. Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2017 [Consultado 2 abr 2018]. Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/es/
2. Fda.gov; Reconozca las muchas formas del tabaco [Internet]. New Hampshire: Fda.gov; 2016 [Actualizado 5 may 2016; consultado 2 abr 2018]. Disponible en: https://www.fda.gov/ForConsumers/ConsumerUpdates/ConsumerUpdatesEnEspanol/ucm394655.htm
3. Romero Palacios PJ; Deshabituación tabáquica [Internet]. Sevilla: Asociación de Neumología y Cirugía Torácica del Sur; fecha [Consultado 2 abr 2018]. Disponible en: https://www.neumosur.net/files/EB03-27%20tabaco.pdf
4. Bello S, Flores A, Bello M; Tratamiento farmacológico del tabaquismo; Rev. Chil. Enferm. Respir. [Internet]. 2008 [Consultado 2 abr 2018]; 24 (2): 127-137. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-73482008000200007
5. Msal.gob.ar; Prevalencia mundial [Internet]. Buenos Aires: Ministerio de Salud; 2009 [Consultado 3 abr 2018]. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/tabaco/index.php/informacion-para-profesionales/tabaquismo-en-el-mundo-generalidades/prevalencia-mundial
6. Ncbi.nlm.nih.gov; Intervenciones clínicas sobre el tabaquismo [Internet]. Rockville Pike: National Center for Biotechnology Information; 2010 [Consultado 3 abr 2018]. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK47495/
7. Buljubasich D, Lühning S; Apoyo psicológico durante la deshabituación tabáquica de los pacientes con EPOC; Monogr. Arch. Bronconeumol. [Internet]. 2016 [Consultado 3 abr 2018]; 3 (8): 228-232. Disponible en: http://separcontenidos.es/revista/index.php/revista/article/view/176/333
8. Minsa.gob.pe; Consecuencias del consumo de tabaco [Internet]. Perú: Ministerio de Salud; 2012 [Consultado 4 abr 2018]. Disponible en: https://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2012/libredetabaco/consecuencias.html
9. Medlineplus.gov; Riesgos del tabaco [Internet]. EEUU: Biblioteca nacional de Medicina de los EEUU; 2018 [Consultado 6 abr 2018]. Disponible en: https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002032.htm
10. Msssi.gob.es; Tabaco [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2018 [Consultado 6 abr 2018]. Disponible en: https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/tabaco/home.htm

Anexo

• Algoritmo de intervención, página 32.

Gallardo Doménech MA, Grasa Lambea I, Beni Ruiz D, Herrera AE; Intervención en tabaquismo desde Atención Primaria de Salud [Internet]. Asturias: Gobierno del Principado de Asturias; 2009 [Consultado 2 abr 2018]. Disponible en: https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Salud%20Publica/AS_Drogas/Tabaco/Programa/Guia%20Antitabaco%20protegido.pdf

Capítulo 191

LOS BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA EN LOS RECIÉN NACIDOS

AITOR GARCÍA CASASOLA

ALEJANDRO ÁLVAREZ ÁLVAREZ

1 Introducción

El alimento ideal para los recién nacidos es la leche materna debido a los numerosos beneficios que les aporta. En la actualidad, el momento decisivo para la implementación de este tipo de alimentación son las primeras 24 horas tras el parto y el momento ideal para iniciarla es la primera media hora de vida.

De esta manera, organizaciones tales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), aconsejan que la alimentación del recién nacido sea llevada a cabo durante los seis primeros meses de vida en exclusividad por medio de la lactancia materna (LM). Ésta debe prolongarse al menos hasta los dos años. No obstante, a partir del medio año de vida, la leche materna no puede satisfacer las necesidades nutricionales del recién nacido, por lo se implantará la alimentación complementaria de forma segura y progresiva.

Europa, a pesar de ser una potencia a nivel mundial, tiene uno de los porcentajes más bajos en LM. Se evidencia la necesidad de una adecuada intervención, informando y solucionando las dudas de las madres a lo largo del embarazo y, en el caso de estar dispuesta a realizar este tipo de alimentación, iniciarla inmediatamente en el paritorio ya que será fundamental para su realización de manera continuada en los primeros seis meses de vida.

2 Objetivos

Objetivo general:
- Conocer los beneficios de llevar a cabo una alimentación basada en la lactancia materna

Objetivos específicos:
- Establecer la relación entre la educación maternal recibida por las madres y la decisión de llevar a cabo una alimentación basada en la LM.
- Identificar las intervenciones que dan lugar a la elección de LM como alimentación principal para el recién nacido.

3 Metodología

Para desarrollar este trabajo se ha realizado inicialmente una búsqueda general en Google académico para identificar la influencia de la lactancia materna. Esta búsqueda inicial, se continuó con una revisión bibliográfica con la que se pretendía identificar los beneficios obtenidos por medio de una alimentación basada en la lactancia materna exclusiva.
Se consultaron fuentes secundarias centrando la búsqueda en las siguientes bases de datos: Scielo, Cuiden y Pubmed. Se ha empleado como Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCs) "Enfermería" y como estilo libre "Lactancia Materna" y "Beneficios".

Los criterios de inclusión utilizados fueron artículos escritos en español y en inglés, relacionados con la lactancia materna y que hubiesen sido publicados en los últimos 10 años.

Los criterios de exclusión utilizados fueron aquellos artículos escritos en otros idiomas, que no guardaban relación con el tema y con una cobertura cronológica anterior a 2010.

Con los artículos obtenidos y tras realizar una lectura crítica y exhaustiva, se han seleccionado un total de 4 artículos.

4 Resultados

La lactancia materna está relacionada con la obtención de mejores resultados en el progreso de carácter cognitivo y con una reducción significativa en la inciden-

cia y dureza de enfermedades respiratorias, gastroenteritis y otitis media, además de reducir las reacciones alérgicas en los primeros años de vida. La LM interviene en la disminución tanto en la niñez como en la juventud de la obesidad, así como un mejor control de la tensión arterial y la colesterolemia en la era madura.

Sin embargo, la LM no sólo da lugar a beneficios para el recién nacido, sino también para la madre que lleva a cabo este proceso, teniendo lugar una reducción de la probabilidad de sufrir tumores tanto de mama como de ovarios en etapas previas al climaterio y de la osteoporosis, en la etapa posterior al climaterio. Además, permite a las madres alcanzar en un tiempo más reducido las condiciones previas al embarazo, disminuyendo así los niveles de obesidad como consecuencia de la recuperación del metabolismo materno post-embarazo.

Las informaciones obtenidas en la actualidad evidencian los beneficios de la LM, tanto en un periodo de tiempo corto como en un periodo largo, respecto al sistema cardiovascular de la madre, ya que su actuación tiene lugar sobre posibles componentes de riesgo tales como el nivel de azúcar o la insulina, entre otros.

Llevar a cabo esta alimentación de manera continuada no es una tarea fácil. Esto es debido a la escasez de información y el apoyo recibido antes, durante y después del parto tanto a la madre como a su entorno, la formación inadecuada e insuficiente por parte de los profesionales sanitarios en cuanto a la LM, el uso de manera errónea de sustitutivos de leche materna en centros sanitarios y fuera de ellos, falsas creencias y el miedo a la privación de libertad de la madre que lleva a cabo la LM, entre otros factores que influyen de manera negativa en la realización del proceso.

Es obvio la existencia de una falta de continuidad en el impulso y en la ayuda para realizar la LM tanto en la atención primaria como en la atención especializada. En los centros de salud se realizan lecciones orientadas a la LM en el ámbito de la educación materno, hecho demostrado que actúa de forma positiva en todo el proceso. No obstante, en el ámbito de la atención especializada no se poseen tareas estructuradas y recogidas en un protocolo de ayuda y fomento a la LM y los intentos previos realizados con el fin de formar a los profesionales no han reportado los resultados esperados. De igual manera, se establece que la estancia hospitalaria da lugar a un descenso del éxito de la LM, es decir, cuanto mayor sea la duración del ingreso de la madre, menor es la probabilidad de llevar a cabo LM o del éxito de la misma.

Los planteamientos establecidos en salud son esenciales para la promoción de la

LM a lo largo del embarazo de la madre y tras el posparto en los primeros meses. Es necesario la creación y mantenimiento de ambiente sociosanitario apropiado que ayude a la madre que se decanta por la elección de este tipo de alimentación como base principal para el recién nacido.

Las actividades y apoyo a la LM llevados a cabo en Atención Primaria, dan lugar a unas consecuencias positivas y firmes, con reacciones negativas escasas y que hacen necesaria una serie de recursos que se encuentren disponibles:
• Se aconseja instaurar normas de ayuda para alargar la LM.
• Los diversos estudios que abordan la situación generada en la LM de intervenciones específicas establecidas en Atención Primaria son prácticamente inexistente, aun provocando un efecto positivo, por lo que se hace necesario una mayor investigación para lograr mayor información al respecto.
• Se recomienda instaurar en Atención Primaria los hábitos establecidos por la Academia Estadounidense de Pediatría (AAP) o la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la lactancia (IHAN).
• En Atención Primaria se hace necesario la formación de los doctores en cuanto a la LM, involucrar al personal de enfermería e incrementar la ayuda entre los equipos profesionales con el fin de alargar la LM.

5 Discusión-Conclusión

La lactancia materna da lugar a numerosos beneficios tanto a las madres que llevan a cabo este proceso como a los niños que se alimentan por medio de ella, disminuyendo así el riesgo de morbimortalidad.

En la actualidad, el porcentaje de madres que llevan a cabo la lactancia materna en nuestro país es relativamente bajo, por lo que es fundamental elaborar estrategias y realizar una adecuada educación para la salud. Esto nos permitirá informar y aclarar las dudas que puedan surgir respecto al proceso a las madres para que puedan elegir el tipo de alimentación que prefieran para sus hijos con la máxima información disponible.

Las matronas deben ser las profesionales encargadas de realizar desde la primera consulta prenatal de las madres la educación sanitaria adecuada en cuanto al momento ideal para el inicio de la LM y su mantenimiento, incluyendo la aclaración de dudas en cuanto a los múltiples beneficios que se producen, así como apoyarse en sencillos libros y guías sobre los que apoyarse para solucionar las dudas.

6 Bibliografía

- Pinzón Villate GY, Alzate Posada ML, Olaya Vega GA. La consejería en lactancia materna exclusiva: de la teoría a la práctica. Rev Fac Med [Internet]. 2016 abril-junio [Consultado 15 ene 2020]. 64 (2): 285-293. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-00112016000200014&lang=es
- Pallás Alonso CR, Soriano Faura J, Colomer Revuelta J, Cortés Rico O, Esparza Olcina MJ et Al. Apoyo a la lactancia materna en Atención Primaria. Rev Pediatr Aten Primaria [Internet]. 2019 junio [consultado 16 ene 2020]. 21 (82): 191-201. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322019000200020&lang=es
- Aguilar Cordero MJ, Madrid Baños N, Baena García L, Mur Villar N, Guisado Barrilao R et Al. Lactancia materna como método para prevenir alteraciones cardiovasculares en la madre y el niño. Nutri Hosp [Internet]. 2015 [consultado 16 ene 2020]. 31(5):1936-1946. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v31n5/06revision06.pdf
- Martínez Galán P, Martín Gallardo E, Macarro Ruiz D, Martínez Martínez E, Manrique Tejedor J. Educación prenatal e inicio de la lactancia materna: Revisión de la literatura. Enferm Univ [Internet]. 2017 enero-marzo [consultado 17 ene 2020]. 14(1): 54-66. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632017000100054&lang=es

Capítulo 192

CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS

PAULA BANGO VEGA

1 Introducción

El aumento de la esperanza de vida y la prolongación de la supervivencia con los avances médicos hacen que en una población, cada vez más envejecida, los cuidados paliativos sean un problema de salud de primera necesidad.
En nuestro país, fallecen 500 de cada 100.000 habitantes en un año a causa de enfermedades de evolución progresiva y que llevan a los pacientes a una situación terminal.

Para comprender esta situación terminal, existen una serie de características comunes que ayudan a definirla y establecer su tratamiento:
- Presencia de una enfermedad progresiva y avanzada, con escasa o nula respuesta al tratamiento.
- Múltiples problemas o síntomas intensos, multifactoriales y cambiantes asociados a la enfermedad.
- Impacto emocional para el paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con el miedo a la muerte.
- Pronóstico de vida inferior a 6 meses.

A pesar de que ha existido un cierto debate sobre en qué consiste y dónde se enmarcan los cuidados paliativos, en las últimas décadas se ha conseguido llegar a un consenso, estableciendo criterios comunes que nos permiten definirlos. Es así, la atención paliativa, un cuidado activo y holístico de pacientes con enfermedad progresiva y avanzada, mediante el tratamiento del dolor y de otros síntomas y

la provisión de apoyo psicológico, social y espiritual, siendo el principal objetivo brindar la mayor calidad de vida posible al paciente y su familia.

Los tratamientos curativos y paliativos no son excluyentes entre sí, se aplicará uno u otro en mayor medida según la fase de la enfermedad. Se aplicará gradualmente un mayor número de medidas paliativas cuando avanza la enfermedad y el paciente deja de responder al tratamiento. Una vez agotados los recursos "curativos" y en una situación de progresión de enfermedad, el objetivo se convertirá en la búsqueda del confort para el enfermo y su familia, dejando relegado el tratamiento específico sólo para aquellos casos donde pueda ser de ayuda; por ejemplo, la radioterapia en las metástasis óseas.

El inicio de los cuidados paliativos surge con los "hospices" en Francia y Gran Bretaña, eran instituciones que atendían caritativamente a pacientes incurables y terminales. El concepto actual de hospice ha variado desde sus inicios, entendiéndose ahora como una filosofía de trabajo más que un espacio físico donde se atiende a este tipo de pacientes.

Las bases del cuidado en pacientes terminales son:
- Una atención holística, en la que se tengan en cuenta los aspectos físicos, emocionales, espirituales y sociales.
- El trato al enfermo y a la unidad familiar. Este aspecto es especialmente importante en la atención domiciliaria, por lo que lo tratamos más profundamente a continuación.
- Involucrar al paciente en las decisiones terapéuticas, promoviendo su autonomía y dignidad y evitando actitudes autoritarias.
- Una actitud rehabilitadora y activa que nos lleve a superar el "no hay nada más que hacer" y preparando a la vez para el duelo.
- Importancia del "ambiente". Es fundamental crear un lugar confortable para el paciente, tanto por las actitudes de respeto, soporte y comunicación de las personas que le rodean, como circunstancias que muchas veces se olvidan en la medicina actual y pueden ayudar a la creación de este ambiente: flores, música, cuadros, libros…

Teniendo en cuenta estas bases y, cuando sea posible, va a presentar beneficios brindar estos cuidados en el domicilio del paciente.

2 Objetivos

- Comprender en qué consisten los cuidados paliativos.
- Describir los beneficios de los cuidados paliativos en el domicilio.
- Conocer el funcionamiento del equipo sanitario.
- Reflexionar sobre los aspectos éticos.

3 Metodología

Se ha realiza una exhaustiva búsqueda bibliográfica en las bases de datos de Pubmed, Scielo y Cochrane, así como en el buscador científico de Google Académico con los descriptores tanto en inglés como en español de "cuidados paliativos", "atención paliativa", "beneficios" y "ética paliativa". Además, se ha consultado la guía de cuidados paliativos de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECALP).

4 Resultados

Para la mayoría de personas con enfermedades avanzadas y terminales, así como para sus familiares y seres queridos, el propio domicilio es el mejor lugar para su atención en el progreso de la enfermedad, por encontrarse en su entorno social y afectivo. Así lo demuestra un estudio realizado en Reino Unido en 1993. Además, otros estudios muestran como de la población analizada, un 29% de los pacientes fallecidos lo hicieron en el hospital, deseando el 50% de ellos haberlo hecho en el domicilio si el sistema de salud lo hubiese permitido.

La promoción de la atención domiciliaria y comunitaria es una de las características que deben tener los Programas Públicos de cuidados paliativos y es una de las prioridades de la cartera de servicios de los Equipos de Atención Primaria.
Se calcula que en España un 60% de la población muere a causa de enfermedades crónicas evolutivas (cáncer, neurológicas, insuficiencias orgánicas…). De este porcentaje, llama la atención que de todas las posibles enfermedades terminales la mitad son cáncer.

Se hace necesario o aumenta la probabilidad de recibir asistencia domiciliaria el deseo expreso del paciente, el soporte y ambiente familiar propicios y los recursos en el hogar. El sistema sanitario deberá reconocer esa prestación para poner un equipo a su disposición. En algunas circunstancias, pueden darse situaciones

de crisis en la evolución o difíciles de manejar, necesitando de equipos con experiencia y capacitación para atender posibles urgencias.

Situación actual en España:

La SECPAL (Sociedad Española de Cuidados Paliativos) calcula que existen un total de 417 equipos de cuidados paliativos, siendo 168 los que dan soporte domiciliario (un 40,2%). Los estándares de necesidad poblaciones se cifran en 1 equipo de soporte domiciliario por cada 100.000 o 200.000 habitantes, dependiendo de los factores demográficos y disponibilidad de recursos.

Los cuidados paliativos domiciliarios suelen presentar ventajas para todos los involucrados:
- El paciente: puede seguir organizando sus hábitos, horarios, alimentación, sus aficiones con horarios flexibles y mantiene la intimidad que le da estar en su hogar.
- La familia y seres queridos: sienten que se respeta la voluntad del enfermo, se encuentran también más cómodos compartiendo los cuidados junto al equipo especializado en un ambiente conocido, pueden realizarlos con más tranquilidad.
- El sistema sanitario: se reducen largas estancias hospitalarias con el ahorro económico que supone. Se evitan tratamientos innecesarios que además de que también suponen un coste, no resultarían útiles para el paciente y se podrían considerar encarnizamiento terapéutico.

Funcionamiento de los equipos de asistencia domiciliaria:

En el momento que se acepta por parte del sistema de salud la petición de asistencia domiciliaria, un coordinador médico irá al domicilio a valorar las necesidades del paciente y programar las visitas y las intervenciones interprofesionales necesarias a primera vista. Se presentará a la familia y se les informa de su requerimiento e instrucción en próximas visitas para actuar conjuntamente en el cuidado.

Las visitas médicas y enfermeras suelen ser programadas, pero, como se mencionaba antes, puede haber urgencias que requieran de un equipo especializado en las mismas. Se informará a la familia de cuándo deben ponerse en contacto con este servicio o cuándo pueden llamar a los primeros para realizar visitas extras. Es fundamental, si se da esta situación, que los dos equipos se comuniquen entre ellos para informarse de la situación clínica del paciente y coordinar la actuación. Según la experiencia de los profesionales en cuidados paliativos, raras veces se

requiere la actuación de equipos de emergencias, ya que ellos mismos ya suelen anticiparse a los problemas potenciales.

Respecto al material, se puede dejar en el domicilio el necesario para que la familia colabore en el cuidado cuando el equipo no esté presente (cierta medicación, material para realización de curas si así precisase…).

En las visitas se llevará un maletín que contenga, un set básico de medicamentos de emergencia sumado a los fármacos necesarios para el paciente en cuestión. Todo se reflejará en la historia clínica: cada visita, cada actuación, controles realizados, nuevas indicaciones…

Si se requiere, la administración debe facilitar una cama ortopédica, un colchón anti-escaras, una toma de oxígeno, un palo de gotero…

Se pueden plantear diversos aspectos éticos que el profesional debe manejar y se irá formando para tomar una actitud resolutiva y empática. Algunos ejemplos habituales pueden ser:

- Información al paciente: hay veces que la familia o algún ser querido se puede interponer para que el paciente no sea informado sobre su enfermedad terminal. Por lo general, se considera que la comunicación y aceptación es parte de tratamiento, por lo tanto, nunca se impondrá un diagnóstico si el paciente no quiere ser conocedor del mismo pero trataremos de mantener un diálogo lo más sincero posible. Es decir, no se debe mentir pero si se puede dosificar la información dependiendo de que en qué fase se encuentre la persona y su familia para aceptarlo. La comunicación con ellos es un proceso, en el que es imprescindible una escucha activa.
- Aspectos religiosos, espirituales y culturales: se debe tener en cuenta las creencias del paciente en estos últimos momentos de su vida, respetándolas siempre. Aunque el servicio sanitario no le esté permitido revelar diagnósticos, por ejemplo, a un sacerdote, puede sugerir que contacte con un paciente o realice algún acto religioso que sea importante para él.
- Tratamientos a petición familiar: habitualmente los tratamientos están encaminados para confortar al paciente. En alguna circunstancia ocasional, y siempre que esto no suponga un daño para el mismo, se puede complacer a la familia con algo que piensa que va a ser beneficioso para él. Hay que conocer el límite, no es aceptable aumentar la dosis de analgesia de un paciente consciente que refiere encontrarse bien, porque la familia perciba mayor dolor del que él mismo manifieste. Se puede aplicar esto también al deseo de sedación, en ocasiones se

pueden adelantar las personas que le rodean por agotamiento o por sensación de ver sufrir a su ser querido.
- Mantenimiento de la vida sin calidad. Hay que prescindir de tratamientos que estén alargando la vida y la agonía del paciente sin aportar ninguna mejora en su calidad de vida. Aunque la familia quiera continuar con un tratamiento así (hidratación endovenosa, nutrición parenteral, ventilación asistida…), si vemos que el paciente está sufriendo, va en contra de los principios del cuidado paliativo. Por ello, se debe explicar bien a la familia que estas terapias no tienen justificación, y no se va a abandonar al enfermo, si no que se llevará a cabo un tratamiento adecuado a sus necesidades actuales.

5 Discusión-Conclusión

- Los cuidados paliativos son aquellos que se realizan a personas con una enfermedad progresiva y avanzada, con el fin último de mejorar su calidad de vida y la de sus seres queridos, mediante el tratamiento del dolor y de otros síntomas y la provisión de apoyo psicológico, social y espiritual.
- El realizar estos cuidados en el domicilio supone un beneficio para el paciente por encontrarse en su hogar con la libertad que conlleva ello, para la familia que puede participar activamente de su cuidado y para el sistema sanitario, que aun teniendo que invertir en equipos especializados, es más rentable que las largas estancias hospitalarias y tratamientos innecesarios.
- El equipo de cuidados paliativos domiciliarios realiza visitas, por lo general programadas, en las que se valora al paciente y su progresión y se pone en común los cuidados con la familia.
- De estos cuidados se van a plantear cuestiones éticas como la información que se da al paciente, las creencias, los tratamientos a petición familiar o el mantenimiento de la vida sin calidad. Todos estos aspectos son conocidos por los profesionales y están preparados para abordarlas de forma correcta y con la empatía necesaria.

6 Bibliografía

1. Vega, T., Arrieta, E., Lozano, J. E., Miralles, M., Anes, Y., Gomez, C.,… & Gil, M. (2011). Atención sanitaria paliativa y de soporte de los equipos de atención primaria en el domicilio. Gaceta Sanitaria, 25(3), 205-10.
2. SECPAL. Guía de Cuidados Paliativos, S. E. (2014).

3. B. McNamara, L.K. Rosenwax, C.D. Holman. A method for defining and estimating the palliative care population. J Pain Symptom Management., 32 (2006), pp. 5-12
4. Clark, D., & Seymour, J. (1999). Reflections on palliative care. The Open University Press.
5. McNamara, B. (2001). Fragile lives: death, dying and care. Allen & Unwin.
6. Watson, M. S., Lucas, C., Hoy, A., & Back, I. (2008). Manual Oxford de cuidados paliativos. Aula Médica.
7. Fornells, H. A. (2000). Cuidados paliativos en el domicilio. Acta bioethica, 6(1), 63-75.
8. Espinosa, J., Gómez-Batiste, X., Picaza, J. M., & Limón, E. (2010). Equipos de soporte domiciliario de cuidados paliativos en España. Medicina clínica, 135(10), 470-475.
9. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness:the Chronic Care Model, Part 2. JAMA. 2002; 288: 1909–14.
10. Gomes B, Higginson I. Factors influencing death at home in terminally ill patients with cancer: a systematic review. BMJ, doi:11.1136/bmj.38740.614954. 55 (published 8 February 2006).
11. Descripcio´ i consens dels criteris de complexitat asistencial i nivells d'intervencio´ en l'atencio´ al final de la vida. Societat Catalano-Balear de Cures Pal liatives. Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitaria (CAMFIC). Pla Director Sociosanitari. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. 2009
12. Townsend J, Frank AO, Fermont D, et al. Terminal cancer care and patients preference for place of death: a prospective study. British Medical Journal 1990; 301: 415-417.
13. Spiller J, Alexander D. Domiciliary care: a comparison of views of terminally ill patients and their family caregivers. Palliative Medicine 1993; 7: 109-115.
14. Gómez-Batiste X, Paz S, Porta-Sales J, Espinosa J, Trelis J and Esperalba J. Basic definitions, principles, and concepts on the organization of public health palliative care programmes and services. Disponible en: http://www.iconcolo gia.net/catala/qualy/centre_descripcio.htm.
15. Durán Sánchez, I. M., Muñoz Montaño, M. D. R., Dávila Quintana, S., Limón Ramos, C., Osa García, V. D. L., & Campo Varela, T. (2009). Cuidar en casa: la enfermera gestora de casos de pacientes paliativos hematológicos en el domicilio. Biblioteca Lascasas, 5(2).
16. García-Salido, A., Monleón-Luque, M., Barceló-Escario, M., del Rincón-Fernández, C., Catá-del Palacio, E., & Martino-Alba, R. (2014, March). Retirada de asistencia respiratoria en domicilio: toma de decisiones en cuidados paliativos

pediátricos. In Anales de Pediatría (Vol. 80, No. 3, pp. 181-183). Elsevier Doyma.

Capítulo 193

LA ALIMENTACIÓN COMO PILAR FUNDAMENTAL DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2

ADRIÁN CRUZ MARTÍNEZ

ANA GÓMEZ RODRÍGUEZ

ANA BLANCO PELAEZ

NIEVES OLGA RAMOS FERNANDEZ

VANESSA VILLAR FERNÁNDEZ

1 Introducción

La diabetes es una enfermedad metabólica crónica de elevada prevalencia, considerada uno de los mayores problemas de salud a nivel mundial. Se caracteriza por presentar niveles de glucosa altos en sangre, consecuencia de un déficit absoluto o relativo de insulina. La hiperglucemia mantenida da lugar a una serie de alteraciones endocrino- metabólicas en los distintos órganos y tejidos que a largo plazo se traduce en la aparición de las complicaciones agudas y crónicas de la diabetes Mellitus.

Existen diferentes tipos de diabetes:
1. Diabetes Tipo 1: también conocida como insulinodependiente, juvenil o de inicio en la infancia, consecuencia de una producción insuficiente de insulina, cuya causa es desconocida.

2. Diabetes Tipo 2: también conocida como no insulinodependiente o de inicio en la edad adulta debido a una utilización ineficaz de la insulina.

Además del tratamiento farmacológico, la modificación de los estilos de vida juega un papel muy importante en la Diabetes Mellitus. Especialmente la dieta y el ejercicio físico en los pacientes de Diabetes Mellitus tipo 2 cobra una especial importancia en el control de los niveles de glucemia en sangre, así como el sobrepeso y otros factores asociados a ésta enfermedad.

2 Objetivos

El objetivo de ésta investigación es llevar a cabo una descripción detallada de la Diabetes Mellitus, así como incidir en la importancia de la alimentación como pilar fundamental del tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2.

3 Metodología

El desarrollo de la investigación se ha sustentado en una revisión bibliográfica que nos permitió acceder y gestionar documentos en bases de datos como Pubmed, Medline y Google Académico. Los términos de exploración utilizados fueron: diabetes Mellitus, nutrición, hiperglucemia y tratamiento de la diabetes Mellitus. Se seleccionaron documentos entre los años 2000-2020, en español e inglés y posteriormente se realizó una lectura detallada de los referentes teóricos del estudio. También se obtuvo información de asociaciones como la American Diabetes Association (ADA) y se consultaron Guías Prácticas y Manuales del paciente Diabético.

4 Resultados

La Dietes Mellitus se define como una enfermedad endocrino-metabólica de carácter crónico y elevada prevalencia, que aparece cuando el páncreas no produce suficiente insulina o el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce, dando lugar a una alteración del metabolismo hidrocarbonado. La insulina permite la entrada de la glucosa de los alimentos en las células, pero cuando esto no funciona correctamente los niveles de glucosa en sangre se elevan dando lugar a la Diabetes Mellitus. El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia que con el paso del tiempo daña muchos órganos y sistemas, lo que conocemos como complicaciones de la Diabetes Mellitus.

Tipos de diabetes Mellitus:
1. Diabetes Mellitus tipo 1 o insulinodependiente: Representa un 10% de los casos, suele presentarse en la infancia o en la adolescencia de forma abrupta. Es consecuencia de una destrucción de las células beta pancreáticas encargadas de la secreción de insulina. Sus síntomas son poliuria, polidipsia, polifagia y pérdida de peso. El pilar fundamental de su tratamiento es la administración de insulina.
2. Diabetes Mellitus tipo 2 o diabetes del adulto: Representa el 80% de los casos. Debuta de forma más tardía y paulatina, y es consecuencia de la disminución de la eficacia de la insulina debido a una mayor resistencia basal a la misma, dando lugar a una hiperglucemia mantenida en la célula beta que desencadena finalmente en una producción insuficiente de insulina. El principal factor de riesgo es el sobrepeso / obesidad, de ahí que un pilar fundamental de su tratamiento sea la dieta, no sola para controlar la hiperglucemia, sino también el peso y otros factores de riesgo.

Factores de riesgo:
1. Factores de riesgo modificables: la obesidad y el tabaco.
2. Factores de riesgo no modificables: la edad, la raza, antecedentes de DM tipo 2, antecedentes de DM gestacional y síndrome de ovario poliquístico.

Diagnóstico:
Los criterios diagnósticos de la DM según la ADA son:
- HbA1c mayor o igual 6,5%.
- Glucosa plasmática en ayunas mayor o igual 126 mg/dl en dos determinaciones distintas.
- Glucosa plasmática mayor o igual de 200 mg/dl a las dos horas de una sobrecarga oral de glucosa siguiendo las recomendaciones de la OMS.
- Glucosa plasmática mayor de 200 mg/dl en cualquier momento del día junto con síntomas cardinales de DM.
En ausencia de síntomas de hipoglucemia la ADA recomienda confirmar con una segunda determinación en los 3 primeros puntos.

Complicaciones:

- Agudas:
1. Hipoglucemia: niveles de glucosa en sangre por debajo de 70 mg/dl.
2. Hiperglucemia: niveles de glucosa en sangre por encima de 180 mg/dl.
3. Cetoacidosis diabética niveles de glucosa en sangre por encima de 250 mg/dl junto con cuerpos cetónicos en orina.

4. Coma hiperosmolar: niveles de glucosa en sangre por encima de 600 mg/dl junto con deshidratación y disminución de la consciencia.

- Crónicas:

A. Macrovasculares:
1. Nefropatía diabética: es consecuencia del daño que el exceso de glucosa causa a las nefronas, dando lugar a la pérdida de proteínas en orina, en concreto la albúmina. Se encuentra entre las principales causas de insuficiencia renal.
2. Retinopatía diabética: es una de las principales causas de ceguera, ocurre cuando la diabetes daña los pequeños vasos de la retina.
3. Neuropatía diabética: se debe a la lesión de los nervios a consecuencia de la diabetes.
4. Pié diabético: es consecuencia de la combinación de neuropatía en el pié junto con reducción del flujo sanguíneo lo que ocasiona úlceras e incluso gangrena pudiendo llegar a la amputación.

B. Macrovasculares, son la principal causa de muerte en el paciente diabético.
1. Cardiopatía isquémica.
2. Insuficiencia cardiaca.
3. Enfermedad vascular periférica.
4. Enfermedad cerebrovascular.

La alimentación en la diabetes Mellitus tipo 2:L

En el tratamiento de la DM tipo 2 la alimentación ha adquirido una gran relevancia debido a la relación importante que existe entre ésta enfermedad y el sobrepeso/obesidad. Una buena pauta de alimentación junto con ejercicio físico es el pilar fundamental para conseguir unos niveles óptimos de glucosa contribuyendo a su prevención, a una mejoría de su curso clínico y a la prevención de las complicaciones asociadas a la misma.

En cuanto a la dieta en los pacientes de DM2 no existe una dieta única, ni una combinación perfecta de los alimentos, deberá de realizarse de forma individualizada atendiendo a las necesidades y características de cada paciente.

Los objetivos de la dieta en la diabetes son:
- Dieta equilibrada.
- Que nos permita normalizar los niveles de glucemia dentro de las concentraciones normales.

- Mantener un peso corporal deseable.
- Atenuar el riesgo cardiovascular
- Prevenir las complicaciones agudas y crónicas de la DM.

Recomendaciones dietéticas en la DM2:
1. Hidratos de carbono: son los nutrientes que más repercusión tiene sobre la glucemia, son fundamentalmente energéticos, aportan el 55-60% del VCT de la dieta. En el paciente diabético se recomienda la administración de hidratos de carbono de bajo IG (índice glucémico) o baja CG (carga glucémica), que elevan en menor grado la glucemia postpandrial y promueve el incremento de la sensibilidad a la insulina, esto se asocia con un mayor control metabólico, con pérdida de peso y reducción de la HbA1c.
2. Fibra: las recomendaciones de fibra son de 25/30 gr al día, en el caso de los pacientes diabéticos no difiere a las de un individuo sano. Las dietas ricas en fibra reducen la glucemia y la hiperinsulinemia en los pacientes diabéticos tipo 2, ya que retrasan el vaciamiento gástrico y se produce una menor absorción de hidratos de carbono.
3. Proteínas: es un alimento fundamentalmente energético, importantes en el crecimiento y renovación celular, aportan el 12-15% del VCT. En el paciente diabético la ingesta será similar al resto de la población, debido a la mínima influencia de éste grupo en la glucemia y la sensibilidad a la insulina. Se realizará un aporte entre 0.8-1g /kg peso al día de proteína de alto valor biológico; en el caso de nefropatía diabética la ingesta no excederá de 0.8g/kg peso al día.
4. Grasas: es un alimento fundamentalmente energético, que aportan el 30% del VCT; de éste valor un 10-15% deben provenir de ácidos grasos monoinsaturados, un 8-10% de ácidos grasos poliinsaturados, menos de un 7% de las grasas saturadas y trans y el colesterol menos de 200mg al día. Las grasas no modifican directamente la glucemia, pero el alto consumo de colesterol y grasa saturadas favorecen la obesidad, la hiperlipemia y las enfermedades cardiovasculares y algunos estudios sugieren que el consumo de grasas trans se asocia a un mayor riesgo de desarrollar DM2. No existe consenso en cuanto al aporte de grasas en éstos paciente, depende de los objetivos deseados en cuanto a glucemia, lipidemia y peso corporal. Se desaconsejan las grasas trans, se restringe el consumo de colesterol y grasas saturadas y se recomienda reemplazarlas por grasa monoinsaturadas.
5. Alcohol: se recomienda una ingesta de alcohol de 15g/día mujeres y menos de 30g/día en hombres. En el paciente diabético no difiere mucho, debido a que un consumo moderado de alcohol no interfiere en la glucemia ni en la insulinemia a no ser que su consumo se haga junto con hidratos de carbono lo que podría provocar hiperglucemia. Se aconseja su consumo en la comida para evitar hi-

poglucemias nocturnas.
6. Vitaminas y minerales: no existen evidencias para la suplementación de éstos paciente. Una alimentación equilibrada proporciona las dosis necesarias.

5 Discusión-Conclusión

La Diabetes Mellitus es hoy por hoy uno de los principales problemas sanitarios a escala mundial, es una enfermedad crónica, autoinmune, que aparece en individuos con predisposición genética. Es una de las mayores causas de morbilidad y mortalidad consecuencia de sus complicaciones crónicas.

Es una enfermedad muy prevalente que va en aumento debido al incremento de la obesidad y la falta de actividad física.

El tratamiento médico nutricional es decisivo para el paciente diabético, pudiendo convertirse en el único tratamiento en el caso de la DM2. Una adecuada estrategia nutricional es fundamental para mantener una glucemia óptima, contribuir a la prevención de la enfermedad, mejorar el curso de la misma y evitar la aparición de complicaciones crónicas que tanto elevan su mortalidad, por todo esto es un pilar fundamental en el tratamiento de la Diabetes Mellitus

6 Bibliografía

1.Valero Zanuy MA, León Sanz M. Nutrición en la diabetes Mellitus. En: Tratado de Nutrición Ángel Gil. Tomo IV. Planas M, Álvarez J, Culebras JM y col.(coords.). Panamericana. Madrid. 2010.
2. American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. Diabetes Care 2011; 34: S62-S69.
3. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes 2011. Diabetes Care. 2011; 34(suppl 1): S11-S61.
4. González Romero S, Olveira Fuster G, Soriguer FJ. Recomendaciones dietéticas en la Diabetes Mellitus. Gomis R, Rovira A, Feliu JE y col.(eds.). Panamericana. Madrid.2007.
5. Nutrition Recommendations and Interventions for diabetes: A position statement of de American Diabetes Association. Diabetes Care 2008; 31: S61- S78.
6. Gómez Candela C, viñas RJ. Tratamiento Nutricional de la Diabetes tipo 2 en Atención Primaria. Raíz Pub Eds. Madrid. 2011.
7. www. WHO.int/topics/diabetes_mellitus/es.

8.Botella J. Coordinador. Manual de diagnóstico y terapéutica en Endocrinología y Nutrición. Servicio de endocrinología Hospital Ramón y Cajal. Madrid. Novo Nordisk Pharma SA 2004:238-271.
9. International diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas, 6th edn. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation, 2013. http//www.idf.org/.
10. Aranceta J, Joy Ngo de la Cruz. Alimentación y diabetes. Actualización. Ed Medical Dosplus 2013: 3-22.
11. Franch Nadal JL, Protocolo de Diabetes Mellitus (en línea) GEDAPS: Barcelona, España; 2008. URL disponible en: htpp.//www.sediabetes.org/gestor/upload/file/00003582archivo.pdf.

Capítulo 194

LA ALIMENTACIÓN EN LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL PACIENTE HIPERTENSO

VANESSA VILLAR FERNÁNDEZ

NATIVIDAD RODRIGUEZ MARQUES

NIEVES OLGA RAMOS FERNANDEZ

ANA GÓMEZ RODRÍGUEZ

ADRIÁN CRUZ MARTÍNEZ

1 Introducción

La hipertensión arterial (HTA) es un problema de salud pública de gran índole, debido a la cantidad de personas afectadas, a las complicas derivadas de la misma y a su trascendencia socioeconómica, por ello es de interés social la investigación de esta enfermedad, para su prevención, su control, y el tratamiento de la misma.

Se define como el aumento de la presión arterial (presión que ejerce la sangre sobre las paredes de los vasos) por encima de los valores normales, esto es mayor o igual a 140 mm de Hg de sistólica y mayor o igual de 90 mm de Hg de diastólica. A pesar de las múltiples causas que se han relacionado con la HTA, en el 95% de las hipertensiones se desconoce su causa, es lo que se conoce como hipertensión esencial. En la regulación de la HTA interviene el sistema nervioso simpático, el riñón y diversos sistemas hormonales, así como la ingesta dietética.

Se trata de un problema de prevalencia creciente, pudiendo considerarse como una epidemia en la actualidad. Se incrementa paralelamente con el sobrepeso y la obesidad, y su frecuencia aumenta con la edad, calculándose que alrededor del 50% de los adultos de más de 60 años padecerán HTA.

Según la OMS la HTA es el primer factor de riesgo de muerte en la mujer y el segundo en el hombre en el mundo occidental. La HTA constituye el factor de riesgo más frecuente en las enfermedades cardiovasculares, responsables de un tercio de la mortalidad global.

Ante éste panorama de importantes dimensiones, los tratamientos farmacológicos suponen grandes costes para los sistemas de Salud Pública, por ello las medidas no farmacológicas son cada vez más importantes en el tratamiento integral de éstos paciente, incluyendo la reducción de peso, el ejercicio físico y la dieta.

2 Objetivos

El objetivo de ésta investigación es analizar datos sobre la implicación de la alimentación en la prevención y control de un problema sanitario frecuente y con importantes repercusiones sanitarias como es la hipertensión arterial.

3 Metodología

En el presente estudio se ha realizado una revisión bibliográfica estructurada de la literatura especializada sobre la hipertensión y la dieta en el paciente hipertenso. La búsqueda bibliográfica se realizó en las bases de datos de Pubmed, Dialnet, Elsevier, Cuiden y Google Académico. En la búsqueda se utilizaron los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) y sus análogos los Medical Subject Headings (MeSH), para obtener palabras clave, y se combinaron con los operadores boleanos de inclusión AND, y de unión OR. Las palabras clave utilizadas fueron: Hipertensión, hypertensión, Nutrición, nutrition, Dieta, diet Tensión Arterial, blood pressure. Se seleccionaron artículos en español y en ingles entre el 2000 y el 2020 y posteriormente se realizó una lectura detallada y un análisis final.

4 Resultados

La prevención y el tratamiento de la hipertensión arterial ha sido objeto de debate e investigación en múltiples ocasiones, pues supone un problema sanitario fre-

cuente, con importantes repercusiones sanitarias, que se asocia a enfermedades degenerativas, como la insuficiencia cardiaca congestiva, la insuficiencia renal crónica, entre otras y que es responsable de un gran número de muertes a nivel mundial.

Diversas observaciones epidemiológicas, han revelado que la Presión Arterial es modulado por los hábitos alimenticios, el estilo de vida y por el consumo de diversos nutrientes. Así las medidas no farmacológicas dirigidas a reducir la Tensión Arterial pueden ser indicadas en la prevención y tratamiento de ésta enfermedad.

El tratamiento interdisciplinar de la hipertensión arterial, incluye tanto medidas farmacológicas, como modificaciones del estilo de vida (dieta y ejercicio físico). En múltiples ocasiones el tratamiento de la HTA se limita al consumo de medicamentos, sin embargo, se sabe que la tensión arterial es afectada por diversos factores del estilo de vida, en especial la alimentación, por tanto la dieta parece ser esencial en la prevención y tratamiento de ésta enfermedad.

Existe una importante asociación entre dieta y Tensión arterial, siendo el sodio uno de los factores más estudiados, sin embargo en el abordaje de éste tema no podemos centrarnos en un único nutriente, pues la situación es mucho más compleja. A continuación vamos a describir los factores involucrados en la regulación de la Tensión Arterial:

1. Control del peso: La obesidad ocasiona elevación de la Presión Arterial por diversos mecanismos como el aumento de la insulina plasmática, el aumento de leptina y la activación del sistema nervioso simpático. Diversos estudios han demostrado que las personas con sobrepeso u obesidad presentan mayor riesgo de desarrollar HTA, se ha estimado que el 48% de la HTA en individuos blancos se puede eliminar con el control de la obesidad. Así mismo las intervenciones dirigidas a la pérdida de peso son beneficiosas para reducir la Presión Arterial. Actualmente contamos con tres grandes pilares para el control del peso: modificaciones del estilo de vida, tratamiento farmacológico y cirugía. Por todo esto la pérdida de peso supone un aspecto importante en el tratamiento de la HTA.

2. Ingesta de sodio: el sodio es el nutriente que más se relaciona con la hipertensión arterial, múltiples estudios ponen de manifiesto la existencia de una relación directa entre la ingesta de sodio y el aumento de la Tensión Arterial debido a una mayor retención de sodio y líquido en los vasos.

La OMS recomienda reducir la ingesta de sodio a menos de 2 gr/día en los adul-

tos para reducir la Tensión Arterial y el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Varios estudios han demostrado como la reducción de la ingesta de sodio se relaciona con la prevención y tratamiento de la HTA.

3. Ingesta de potasio: las dietas altas en potasio poseen un efecto protector contra el daño vascular inducido por el sodio; la recomendación diaria de potasio es de 4.7 gr/día. Varios estudios han puesto en evidencia que la suplementación con potasio reduce la Presión Arterial, debido a que el mayor aporte de potasio ejerce un efecto inhibidor dosis dependiente de la sensibilidad al sodio, es decir inhibe el aumento de la Presión Arterial en respuesta a una mayor ingesta de sodio

4. Dieta DASH: es una dieta baja en sal, y alta en frutas, verduras, granos integrales, lácteos bajos en grasas y proteínas magras, dando lugar a una dieta baja en grasas saturas y colesterol y rica en fibra, calcio, magnesio y potasio. Es considerada una de las soluciones farmacológicas más beneficiosas para disminuir la Tensión Arterial. El efecto beneficioso de ésta dieta se debe a diversos componentes que actúan de forma independiente como la acción diurética que facilita la excreción de sodio, el efecto antioxidante que actúan sobre la inflamación vascular y el estrés oxidativo, la relajación del lecho vascular y la reducción de los marcadores inflamatorios como la proteína C reactiva mediante fitoquímicos.

5. Actividad Física: el ejercicio físico dinámico y moderado, practicado de forma regular y adaptado a la capacidad y estado físico de cada persona contribuye al mejor control de la Presión Arterial. Este efecto parece ser producto de una disminución de la actividad adrenérgica y el aumento de sustancias vasodilatadoras Se recomiendan 180 minutos de actividad física aeróbica moderada-intensa por semana, que corresponde a unos 30 minutos la mayoría de los días de la semana logrando una reducción de 4 a 9mm de Hg de la Presión Arterial.

6. Consumo de alcohol: existe una implicación del consumo de alcohol en el control de la Presión Arterial, ésta implicación ha sido constatada en diversos estudios epidemiológicos, afectando por igual a ambos sexos. El efecto del alcohol en la Presión se produce al sobrepasar un cierto umbral de consumo crónico, alrededor de 20-30gr de alcohol/día, mientras que un consumo moderado, menor a 20gr/día parece no tener efectos en la Presión Arterial. Además un consumo moderado presenta efecto protector en la enfermedad cardiovascular, con un menor riesgo de mortalidad que los asténicos y los consumidores excesivos.

5 Discusión-Conclusión

La HTA es un problema grave, de prevalencia creciente, infradiagnósticado y con frecuencia mal controlado. Nos encontramos en un escenario en el que predomina un estilo de vida poco saludable y múltiples factores nutricionales que facilitan el desarrollo de la HTA, tales como la obesidad y el sobrepeso, la falta de actividad física, el consumo excesivo de sal, consumo de alcohol y la deficiente ingesta de frutas, verduras, pescado y potasio. Todo esto explica la epidemia de HTA y nos permite reflexionar sobre la utilidad de la terapia dietética para la prevención y tratamiento de la hipertensión arterial.

El tratamiento interdisciplinar de la HTA incluye tanto tratamiento farmacológico como modificación de los estilos de vida. Se ha demostrado científicamente que diversos factores relacionados con la nutrición y el estilo de vida juegan un importante papel en el control de ésta enfermedad. La mejora de la dieta, con la dieta DASH, brinda una serie de recomendaciones que promueven la reducción de la Presión arterial, esto conjuntamente con la actividad física, la restricción en la ingesta de sodio, un consumo moderado de alcohol y un adecuado control del peso corporal parecen tener un importante impacto en el control de la HTA, pudiendo ser de gran ayuda en la lucha contra éste problema de gran impacto sanitario.

6 Bibliografía

1. Lacruz ME, Kluttig A, Hartwig S, Löer M, Tiller D, Greiser KH, et al. Prevalence and Incidence of Hypertension in the General Adult Population: Results of the CARLA-Cohort Study. Medicine (Baltimore) 2015;94(22):e952.
2. Dotres C, P??rez R, C??rdovas L, Santin M, Landrove B, Mac??as I. et al. Programa Nacional de Prevenci??n, Diagn??stico, Evaluaci??n y Control de la Hipertensi??n Arterial. Rev. Cubana Med General Integral 1999; 15 (1): 50-53.
3. Organización Mundial de la Salud. Información general sobre la hipertensión en el mundo. Ginebra, Organización Mundial de la Salud; 2013.web de la OMS (www.who.int)
4. Serrano M . et al. The metabolic syndrome at the beginning of the XXI century. M Serrano et al. Editorial Elsevier. Madrid. 2005.
5. Diez J. Enfermedad vascular e Hipertensi??n. Harcourt Brace. Madrid 1997.
6. Pardell H, Armario P, Botey JM, Gasulla, Hern??ndez R, Mart??nez-Amenos A, A Roca-Cusachs A. Manualde hipertensi??n arterial. Ediciones Doyma, S.A. IS

BN: 84- 7592-206-6. 1968.
7. Appel L, Brands M, Daniels S, Karanja N, Elmer, P & Sacks, F. Dietary Approaches to Prevent and Treat Hypertension: A Scientific Statement From the American Heart Association. Hypertension 2006; 47:296-308.
8. Suter P, Sierro C, Vetter W. Nutritional factors in the control of blood pressure and hypertension. Nutrition in Clinical Care 2002; 5(1): 9-19.
9. Grynberg A. Hypertension prevention: from nutrients to (fortified) foods to dietary patterns. Focus on fatty acids. Journal of Human Hypertension 2005; 19:S25–S33.
10. Miura K, Nakagawa H. Can dietary changes reduce blood pressure in the long term? Current Opinion in Nephrology Hypertension 2005; 14:253–257.
11. Nowson C, Worsley N, Margerison C, Jorna M, Godfrey S, Booth A. Blood pressure change with weight loss is affected by diet type in men. American Journal of Clinical Nutrition 2005; 81:983–9.
12. Ones D., Miller M., Wofford M., Anderso. D., Cameron, M., Willouoghby, D., Adair, C., King, N. The effect of weight loss intervention on antihypertensive medication requirements in the Hypertension Optimal Treatment (HOT) study. American Journal of Hypertension 1999; 12:1175–1180.
13. Whelton P, Appel L, Espeland M, Applegate W, Ettinger W, Kostis J, et al. Sodium reduction and weigth loss in the treatment of hypertension in older persons. JAMA. 1998; 279(11):839-846
14. Appel L, Brands M, Daniels S, Karanja N, Elmer, P & Sacks, F. Dietary Approaches to Prevent and Treat Hypertension: A Scientific Statement From the American Heart Association. Hypertension 2006; 47:296-308.
15. Escott S. Nutrición, Diagnóstico y Tratamiento. Mc Graw Hill, Mexico 2005 faltan las páginas consultadas 30. Kido M, Katsuyuki A, Onozato M, Akihiro T, Masahiro Y, Ogita T, Fujita T. Protective Effect of Dietary Potassium Against Vascular Injury in Salt-Sensitive Hypertension. Hypertension 2008; 51:225-231.
16. Conlin P, Chow D, Miller E, Svetsky L, Lin P, Harsha D, Moore T, Sacks F, Appel L. The effect of dietary patterns on blood pressure control in hypertensive patients: results from the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) trial. Aspectos nutricionales en la prevención y tratamiento de la hipertensión arterial Rev Costarr Salud Pública 2009, Vol.
17. Moore T, Vollmer W, Appel L, Sacks F, Svetsky L, Vogt T, Conlin P, Simons-Morton D, Carter-Edwards L, Harsha D. Effect of dietary practices on ambulatory blood pressure: results from the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) Trial. DASH Collaborative Research Group. Hypertension. 1999; 34: 472–477.

18. Mellen P, Palla S, Goff d, Bonds D. Prevalence of Nutrition and Exercise Counseling for Patients with Hypertension United States, 1999 to 2000. J Gen Intern Med. 2004; 19:917–924.
19. COSTANZO S, DI CASTELNUOVO A, DONATI MB, IACOVIELLO L, DE GAETANO G. Wine, beer or spirit drinking in relation to fatal and non-fatal cardiovascular events:a meta-analysis. Eur J Epidemiol. 2011; 26: 833850.
20. WITTEMAN JC, WILLETT WC, STAMPFER MJ, COL-DITZ GA, KOK FJ, SACKS FM, et al. Relation of moderate alcohol consumption and risk of systemic hypertension in women. Am J Cardiol. 1990; 65: 633-637.

Capítulo 195

EL PARKINSON.

INMACULADA GARCIA FERNANDEZ

1 Introducción

La enfermedad de Parkinson es un proceso degenerativo altamente incapacitante, ocasionado por un déficit dopaminérgico que se asocia a la degeneración de la sustancia negra, que forma parte de los ganglios basales.
La etiología y los mecanismos patogénicos de la enfermedad son actualmente aún desconocidos, habiéndose sugerido un mecanismo multifactorial, en el que podrían intervenir:
- Susceptibilidad genética
- Disfunción mitocondrial
- Alteraciones de la glía y su función neuroprotectora
- Aumento del estrés oxidativo
- Acumulación de productos (hierro, productos glicosilados, tóxicos ambientales)

¿Qué es el parkinson? Cuando se degeneran las neuronas de la sustancia negra, disminuye la producción de dopamina y su acción sobre los ganglios basales. Como consecuencia, estos no suavizan los movimientos como lo hacen normalmente, lo que provoca una tríada característica de temblor, bradicinesia y rigidez
.

Síntomas:
Previamente se ha mencionado la tríada característica de esta enfermedad, de la que a continuación se hablará en detalle:
- Temblor: El primer síntoma en el 75% de los casos. Aparece en el reposo, empeorando en situaciones de estrés. Suele afectar a las manos y los pies, pero puede extenderse a otras regiones del cuerpo

● Bradicinesia: Lentitud y pérdida de movimiento espontáneo y automático,afectando sobre todo a la cara y el eje axial, siendo considerado el síntoma más incapacitante. Responsable de la dificultad de iniciar movimientos
● Rigidez: Aumento de tono muscular en flexores y extensores. Se manifiesta como el llamado "movimiento en rueda dentada".

Trastornos asociados a esta enfermedad:
● Festinación: La dificultad para la marcha afecta sobre todo al inicio de ésta. Se caracteriza por pasos cortos y arrastrando los pies, balanceando poco los brazos. Todo ello puede acompañarse de dificultades para girarse o pararse
● La rigidez y la disminución de la movilidad contribuyen a los dolores musculares y la fatiga. La rigidez muscular interfiere con muchos movimientos de la vida diaria, haciendo que se tarde más en realizar tareas diarias habituales, incluso en los estadios tempranos de la enfermedad
● Micrografía: La mayoría de las personas que sufren la enfermedad de Parkinson tienen una escritura poco firme y diminuta, ya que les resulta difícil iniciar y mantener cada trazo de escritura.
● Facies en máscara: Los músculos faciales que controlan la expresión no se mueven tanto como se deberían mover normalmente, volviendo la cara menos expresiva
● El semblante presenta la mirada perdida, la boca abierta (pudiendo acompañarse de babeo) y disminución del parpadeo…

Otros síntomas asociados incluyen:
- Trastornos del sueño (por empeoramiento nocturno de los síntomas)
- Problemas relacionados con la micción (dificultad para comenzar y mantener la micción, urgencia, incontinencia)
- Hipotensión ortostática
- Dermatitis seborreica (escamas)
- Anosmia
- Demencia (1/3 de los casos)
- Depresión
- Alucinaciones, delirios y paranoia (en relación con la demencia)

¿Cómo afecta la postura en la vida del paciente?

La gradación de la postura hace referencia a la evolución que sufre el paciente

yendo desde una postura normal, postura con cabeza protuyendo, cabeza protuyendo con acentuada cifosis en columna dorsal con ligera flexión de rodillas y codos y finalmente flexión pronunciada del tronco, codos, caderas y rodillas.

El equilibrio es otro punto fundamental se valora con pruebas como sentarse sin apoyo durante un minuto, permanecer de pie sin ayuda cinco segundos ó permanecer de pie sobre una pierna y luego sobre la otra sin ayuda por cinco segundos.

El desempeño funcional se evalúa con una escala de gradación que va desde el paciente que puede realizar las tareas con normalidad, paciente que puede completar una tarea con dificultad pero sin ayuda, paciente que puede completar una tarea con ayuda y paciente incapaz de completar una tarea. Las tareas que se usan para evaluar este campo son por ejemplo: darse vuelta en la cama, sentarse a partir de la posición de acostado o pararse a partir de la posición de sentado.

Tratamiento rehabilitador en el parkinson:

El tratamiento del Parkinson incluye un equipo multidisciplinar: médico rehabilitador,fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, terapia del habla y de los trastornos de la deglución y familia.

El terapeuta ocupacional se focaliza en tareas motoras finas y de destreza, en la mejora del estado funcional y en la mejora del deterioro cognitivo.

Los trastornos del habla y la deglución son manifestaciones tardías por lo que el tratamiento de la disartria (principalmente modular el volumen de la voz), disfagia o sialorrea será de segundo orden. Dentro de los trastornos del habla, el trabajo de los logopedas se basará en la relajación, postura, respiración, fonación y articulación. En la disfagia, el trabajo se resume en ejercicios para la rehabilitación del tono y la fuerza muscular y ejercicios para facilitar ó acelerar el proceso de deglución.

La labor fisioterapeuta constituye un aspecto importante en la rehabilitación del paciente con Parkinson. En el tratamiento rehabilitador se tratará de fomentar en lo máximo posible la autonomía del paciente. Dada la evolución que presentará su patología motora, la rehabilitación se adecuará a las necesidades del enfermo de Parkinson en cada momento.
Se incluirá un programa de ejercicios terapéuticos generales: actividades de calentamiento cardiovascular, ejercicios de estiramiento y de flexibilidad de extremi-

dades y tronco, ejercicios de potenciación muscular de las extremidades y tronco, entrenamiento de transferencias, etc

Además de los anteriores deben incluirse ejercicios terapéuticos específicos como:
● reeducación del equilibrio con potenciación de los miembros inferiores
● fortalecimiento de musculatura extensora del tronco con ejercicios con pelotas y bastones
● trabajo de la rigidez mediante técnicas de relajación e hidroterapia como agente físico
● trabajo de trastornos del equilibrio mediante ejercicios de Frenkel que permiten optimizar el control propioceptivo residual de las extremidades del paciente.

De especial relevancia son las estrategias de movimientos compensatorios, las cuales utilizan mecanismos corticales (conscientes) con el objetivo de puentear la afectación de los ganglios basales, implicados en los movimientos automáticos y repetitivos. Se empleará:
● Estímulos visuales como marcas en el suelo ó marcas de color a la altura de los ojos
● Estímulos auditivos como el uso del metrónomo o la música rítmica
● Estímulos propioceptivos como dar un paso atrás antes de empezar a caminar o balancearse para ayudar a vencer el bloqueo.
● Estímulos cutáneos como estímulos eléctricos en la mano
● Estímulos cognitivos como memorizar partes separadas de la secuencia de movimiento con su correspondiente ensayo mental.

2 Objetivos

-Conocer la enfermedad y sus síntomas.
-Describir las alteraciones que produce la enfermedad y los trastornos asociados.
-Detallar en qué consiste el tratamiento por un equipo multidisciplinar.
-Explicar el tratamiento rehabilitador y las ayudas técnicas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han

consultado artículos en las principales bases de datos: pubmed, medline, y scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

La selección de palabras claves y/o descriptores booleanos : Ancianos OR parkinson AND demecia. Año de acotamiento : 2014-2019. Idioma : Español.

4 Resultados

En su fase inicial debe orientarse como educación de pacientes y familiares y práctica de actividad aeróbica mientras que en estadios avanzados cobra más importancia el manejo de la inmovilidad y las ayudas técnicas.

Orientadas a fases más avanzadas, en las que se sigue fomentando la autonomía del paciente en la realización de las actividades de la vida diaria pero facilitando su realización mediante ayudas tales como:

- Uso de calzador
- Uso de abre tapas antideslizante
- Uso de platos con reborde
- Uso de cubiertos con mango ancho
- Uso de cubiertos con velcro
- Uso de abotonador
- Uso de andador
- Uso de partidor de pastillas
- Uso de pasa páginas
- Uso de disco giratorio para la realización de transferencias

Por su parte, en la fisioterapia, usada con el objetivo de mejorar la calidad de vida (mejorar movilidad, prevenir caídas, mejorar funcionalidad), no existe consenso sobre cuáles son las mejores técnicas ni cómo deben aplicarse, únicamente se recomienda aplicar en la dosis pico del tratamiento farmacológico. Se realizarán sesiones individuales suplementadas por trabajo en grupo y con repetición periódica.
Especial importancia tiene el registro del trabajo y progreso del paciente. Ello nos ayudará, entre otros, a detectar posibles situaciones en las que se precise ayuda psicológica en el enfermo de Parkinson.

5 Discusión-Conclusión

Un aspecto interesante que he encontrado ha sido el solapamiento del tratamiento rehabilitador y el tratamiento fisioterapéutico, si bien ambos confluyen como ejercicio terapéutico. La rehabilitación, orientada a recobrar la condición que el paciente ha perdido tiene por objetivo restablecer su movilidad, habilidad manual, comunicación ó cuidado personal.

En su fase inicial debe orientarse como educación de pacientes y familiares y práctica de actividad aeróbica mientras que en estadios avanzados cobra más importancia el manejo de la inmovilidad y las ayudas técnicas. Por su parte, en la fisioterapia, usada con el objetivo de mejorar la calidad de vida (mejorar movilidad, prevenir caídas, mejorar funcionalidad), no existe consenso sobre cuáles son las mejores técnicas ni cómo deben aplicarse, únicamente se recomienda aplicar en la dosis pico del tratamiento farmacológico.

6 Bibliografía

- Hernández Tápanes S, Ventura Velázquez RE, Bravo Acosta T, Martín Cordero J, Cabrera M. Rehabilitación en la enfermedad de Parkinson. Archivos de Medicina, volumen 2, número 1
- MSDmanuals.com[Internet] Merck Sharp & Dohme Corp, USA (citada el 28 de Noviembre 2019) Enfermedad de Parkinson (aprox 4 páginas) Disponible en: https://www.msdmanuals.com/es-es/hogar/enfermedades-cerebrales,-medulares-y-nerviosas/trastornos-del-movimiento/enfermedad-de-parkinson#::targetText=La%20enfermedad%20de%20Parkinson%20es, enc%C3%A9falo%20y%20la%20m%C3%A9dula%20espinal).&targetText=La%20enfermedad%20de%20Parkinson%20es%20consecuencia%20de%20un %20deterioro %20en,encargada%20de%20coordinar%20los%20movimientos.
- Ruiz M, Gómez M, Ruiz A, Ruiz J, Herráez V. Calidad de vida de los enfermes de Párkinson tras tratamiento quirúrgico. Complejo Universitario de Albacete. Revista Científica Soc. Esp. Enf. Neuro. 2011; 33(1) 10-15

Capítulo 196

MEDIDAS SANITARIAS DEL CÓLERA EN ESPAÑA EN EL S.XIX

INMACULADA GARCIA FERNANDEZ

1 Introducción

El cólera es una infección intestinal aguda causada por la ingestión de alimentos o agua contaminados por la bacteria Vibrio cholerae, ya sea de tipo O1 o de tipo O139. Tiene un periodo de incubación corto, entre menos de un día y cinco días, y la bacteria produce una enterotoxina que causa una diarrea copiosa, indolora y acuosa que puede conducir con rapidez a una deshidratación grave y a la muerte si no se trata prontamente. La mayor parte de los pacientes sufren también vómitos.

La mayoría de los infectados por V. cholerae no caen enfermos, pero la bacteria está presente en sus heces durante 7-14 días. Cuando la enfermedad se manifiesta, alrededor del 80%-90% de los episodios tienen carácter leve o moderado y son difíciles de distinguir clínicamente de otras formas de diarrea aguda. Menos del 20% de los enfermos desarrollan el cuadro típico de cólera con signos de deshidratación moderada o grave.

El cólera representa aún hoy en día una amenaza mundial y es un indicador del grado de desarrollo social. Si bien no supone una amenaza para los países que garantizan una mínima higiene, la enfermedad sigue siendo un reto para los países que no pueden asegurar el acceso a agua potable y un saneamiento adecuado. Casi todos los países en desarrollo tienen que hacer frente a brotes de cólera o a la amenaza de una epidemia de la enfermedad. Los investigadores calculan que cada año hay en el mundo entre 1,3 y 4 millones de casos de cólera, y

entre 21 000 y 143 000 defunciones por esta causa. A lo largo de 2015 se notificaron 172 454 casos en 42 países, de los que 1304 fueron mortales. Los lugares más comunes para el cólera incluyen: África, algunas partes de Asia, India, Bangladesh, México, América Central y del Sur.

El cólera, es una de las enfermedades más antiguas del hombre. Aunque no hay consenso respecto del origen del término, existen referencias de Hipócrates (400 AC) y en sánscrito en Sushruta Samhita (400-500 ac). La primera gran epidemia de cólera, en 1817 persistió durante 6 años y causó gran mortalidad, mayormente en la India.

La segunda, entre 1826 y 1851 comenzó en India y afectó Asia, Europa (incluida Inglaterra), África y en 1832, América del Norte, América central (Cuba, México, Guatemala, Nicaragua, Panamá, Jamaica) y América del Sur (Guyana, Brasil y Uruguay).

La tercera pandemia, de 1852 a 1859, afectó Asia, África y Europa (incluyendo Inglaterra) y América (Estados Unidos, Canadá, Colombia, Trinidad y Tobago, Saint Thomas, Venezuela, Guayana, Brasil, Uruguay, Costa Rica, El Salvador, Honduras, Nicaragua, Guatemala y Argentina).

La cuarta pandemia, entre 1863 y 1879 durante el periodo de 1865-1870, el cólera se presentó en forma epidémica en varias islas del Oeste; de Guadalupe ataca Santo Domingo, Santo Tomás, Cuba y posteriormente los Estados Unidos de Norteamérica. En 1868, una importación del cólera proveniente de Nueva Orleans atacó Nicaragua y Honduras Británicas.

La quinta pandemia entre 1881 y 1896 se extendió por Europa, Asia, África, y América (Estados Unidos, Argentina, Brasil, Chile y Uruguay). En 1833 Robert Koch había investigado el cólera en la India y Egipto e identificó una bacteria a la que denominó kommabazillen como agente causal de la enfermedad.

La sexta pandemia de 1899 a 1923 comenzó en el subcontinente Indio y se extendió por África, Asia Menor, y Europa. El Vibrion cholerae O1 El Tor fue descubierto por Gotschild en el contenido intestinal de muertos por cólera en el campo de cuarentena de El Tor (Sinaí, Egipto) en 1905.

La séptima pandemia (1961) se inició en las Islas Célebes de Indonesia, causada por V. cholerae O1 El Tor y afectó Asia, África, Europa y América Latina. En esta última localización la diseminación fue muy acelerada a partir de enero de 1991 cuando ocurrieron los primeros casos en Perú.

La octava pandemia en 1992 producida por el V. cholerae O139, se habría iniciado en Madrás y Bangladesh. Se extendió por el subcontinente indio y ocurrieron epidemias en China, Tailandia y Malasia.

2 Objetivos

- Conocer la enfermedad y sus causas.
- Describir la evolución de la epidemia a nivel mundial y el contexto histórico.
- Descubrir las medidas sanitarias tomadas en Asturias en el S.XIX.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda de revisiones sistemáticas de la literatura científica en la Biblioteca Cochrane Plus, sin límite de fecha. Se consultó la bases de datos Medline, mediante las siguientes ecuaciones de búsqueda: cólera AND pandemia, cólera AND Asturias. Se analizaron además las referencias bibliográficas de los artículos seleccionados y otros artículos fueron localizados a través de Pubmed y Scielo.

4 Resultados

Medidas sanitarias tomadas en las epidemias de cólera de 1834 y 1854 en Asturias.

Epidemia de 1854
En 1847 se abordan una serie de reformas sanitarias mediante Real Decreto, gracias a las cuales se consolida de manera homogénea en todo el estado la figura de la junta provincial de sanidad, con especial relevancia en provincias marítimas. Estas pasan a funcionar como subordinadas de una sanidad mucho más centralizada, y por tanto dependientes del recién creado Consejo de Sanidad del Reino. Con estas regulaciones las juntas pasan de tener un carácter profundamente administrativo a dejar más espacio al personal sanitario, aunque de forma insuficiente. Con el mismo procedimiento, en 1849 y por Real Orden se regulan las juntas municipales de sanidad. Este sistema va a mantenerse estable hasta la Ley General de Sanidad de 1855, nacida como reacción al azote de la epidemia de cólera del año 1854, en el que el estado va a ser testigo de una mayor centralización de la gestión sanitaria.

Epidemia de 1865

El aviso de haber llegado el cólera a Madrid y al puerto de Valencia puso en situación de alerta a las autoridades asturianas, las cuales tomaron las siguientes medidas:
1. Prohibieron el comercio de trapos por medio de los cuales se creía viajaba el cólera.
2. Ordenaron inspecciones en todas las casas.
3. Una mayor limpieza de las calles.
La epidemia de 1865-66, que duro desde el mes de septiembre hasta diciembre del mismo año, provocó 78 fallecidos ubicados en Oviedo.

Tras la epidemia de 1865 el gobernador civil exigió al alcalde ovetense más energía en el cumplimiento de las normas higiénicas, entre las que citaba:
- La edificación de un nuevo cementerio.
- Construcción de comunes y cocinas en todos los hogares.
- Ventilación y saneamiento adecuado de las habitaciones, con blanqueo de las casas cada seis meses.
- El cegado de charcas próximas a la población.
- Se prohibía expresamente el hacinamiento de personas en las moradas, los depósitos de estiércol, el derrame de aguas sucias a la calle.
- Con igual intención quedaban proscritas las deposiciones en cualquier punto de la vía pública o próximo a ella, como sucede en toda la línea del Jardín Botánico, detrás del teatro, calle de Campomanes y otros sitios, y plantear comunes públicos a fin de extirpar una costumbre tan impropia de un pueblo civilizado.

Epidemia de 1887
Dirección general de Beneficencia y Sanidad dispuso ampliar la declaración de puertos sucios, hecha por orden de este Centro de 18 de junio último, debido considerarse sucias las procedencias de todos los puertos comprendidos desde Pizzo hasta el Golfo de Gaeta inclusive, sea cual fuere la fecha de salida. Madrid 8 agosto 1887. La presencia de cólera-morbo y el peligro de las comunicaciones marítimas ofrecen para la Salud pública, exigen de parte de la Administración una vigilancia y un cuidado incesante y riguroso, a fin de defender nuestras costas de la importación de las epidemias a las que se refieren los artículos 34 y 35 de la ley de Sanidad. En Asturias tuvo lugar en los últimos meses del año y su duración fue escasísima. El cólera no volvería a aparecer en Asturias. La enfermedad epidémica pura, mató a 83 asturianos entre Ribadesella, Gijón, Lena, Riosa, Llanes, Rivadedeva, Peñamellera y Avilés.

Real Orden de Julio de 1887:

La aparición del cólera en las provincias de Catania y Reggio obliga al Gobierno a recordar las medidas de precaución en estos casos necesarios. Al recibir la presente circular se dirigirá a los alcaldes ordenándoles:
1. Atiendan diariamente con el mayor cuidado a la limpieza de calles y lugares públicos, tales como hospitales, hospicios, colegios, mataderos y todos aquellos espacios donde se aglomere gente; no consintiendo depósitos de estiércol, ni la existencia de animales de corral en viviendas.
2. Fomenten las cocinas económicas para que la sana alimentación sea una garantía de salud para la clase pobre.
3. Dispongan inmediatamente la limpieza de arroyos, lavaderos, estanques, aljibes y pozos, desecación de pantanos y aguas estancadas, desinfección constante de pozos negro, letrinas y alcantarillas; deben ser desinfectados enérgicamente lo edificios donde la epidemia hizo víctimas en los años anteriores.
4. Vigilen con escrupulosidad la venta de artículos de consumo, los cuales deberán reconocerse con mayor detención por los Subdelegados de Medicina, Farmacia y Veterinaria.
5. Hagan examinar con frecuencia las condiciones de las aguas destinadas al consumo público mediante el oportuno análisis químico y micrográfico.
6. Vigilen los cauces y cañerías de aguas potables, así como el estado de fuentes y pozos para evitar que por descuido o mal estado de las tuberías se filtren o pongan en contacto con gérmenes morbosos que puedan inficionarlas.
7. Ordenen a todos los médicos de la localidad que den cuenta, a los respectivos Subdelegados de Medicina del primero y sucesivos casos de enfermedad sospechosa de cólera, y cuantas observaciones al asunto crean pertinentes.
8. En el momento que aparezca la epidemia en la población, resolverán:
- Que se habiliten locales en las afueras para albergar los ganados de los vecinos que no dispongan de medios para ejecutarlo.
- Que sean quemados a larga distancia las poblaciones de animales muertos, separándolos en parajes bien condicionados para evitar el contagio.
- Constantemente se desinfecten todas las fábricas de curtidos, almidón y demás establecimientos peligrosos para la salud, y más los depósitos de trapos, que deberán sacarse de las poblaciones, después de una desinfección dirigida por Facultativos.
- Se prohíbe el establecimiento de cordones y lazos, que solo permite la Ley de Sanidad en casos excepcionalísimos, según los artículos 57, 58 y 59.
- Hasta 20 días después del último caso de cólera no cese la ejecución de toda clase de medidas higiénicas.

Si se presentasen casos de cólera tomará las disposiciones necesarias para habil-

itar hospitales de coléricos con todas las condiciones exigidas por la ciencia, alejados y con el conveniente aislamiento de la población. Serán llevados todos los atacados; y en caso de oponerse a ello se les asistirá en su domicilio, facilitándoles los elementos para su curación. El aislamiento local se permitirá únicamente en cuanto no dificulte la asistencia de enfermos.

5 Discusión-Conclusión

En la epidemia de 1864 se realizaron escasas medidas sanitarias durante la epidemia, pero fueron muy eficaces, como una mayor limpieza de las casas y calles. Sin embargo, las medidas preventivas para evitar una siguiente epidemia fueron más contundentes que en las anteriores epidemias. Así, se limpiaron los pozos y se aumentó la higiene (quedaron prohibidas las defecaciones como aguas sucias en la vía pública).

La epidemia de 1887 fue la última epidemia de cólera padecida en Asturias debido a las grandes normas higiénicas llevadas a cabo. Además, fue muy corta en el tiempo y tuvo poco impacto, en comparación con las anteriores. Se tomaron grandes medidas tanto en el control de la enfermedad, en la población, control de los casos padecidos y preservación de la higiene en el futuro. Así, aumentó considerablemente la higiene pública e higiene personal de la población al encomendar una limpieza exhaustiva y diaria de las calles, pozos, alcantarillado, casas, salubridad en los alimentos (inspecciones), análisis químico del agua de consumo, vigilancia de pozos, etc. En consecuencia, el cólera no volvió a aparecer en la provincia de Asturias.

Hubo una gran evolución en las medidas tomadas contra el cólera, basadas en la mejora de la higiene, lo que consiguió erradicar esta enfermedad completamente de Asturias.

6 Bibliografía

1. Viñes, J.J. (no date) La sanidad española en la segunda mitad del siglo XIX. Available at: http://www.navarra.es/nr/rdonlyres/b3ad83b1-1186-4c20-a1bf-f3d58be8986e/146741/03lasanidad.
(Accessed: 27 November 2016)
2. López Losada, Vicente (1835) Historia razonada del cólera-morbo de la india, observado en Oviedo en el año 1834. Oviedo, imprenta del principado.

Available at: https://bibliotecavirtual.asturias.es/i18n/consulta/resultados_busqueda_restringida.cmd?idOrigen=86564&tipoResultados=PAG&busq_periodo=1835&descrip_periodo=1835
(Accessed: 27 November 2016)
3. Who.int [Internet]. Organización mundial de la salud (citada 12 noviembre 2016). Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs107/es/
4. Laura Margarita González Valdés, María de la C. Casanova Moreno, Joaquín Pérez Labrador. Cólera: historia y actualidad. Rev Ciencias Médicas vol.15 no.4 Pinar del Río oct.-dic. 2011. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942011000400025
5. Medlineplus.gov [Internet] Bethesda: Biblioteca Nacional de Medicina [actualizada 1 noviembre 2016; citada 12 noviembre 2016]. Cólera. Disponible en: https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000303.htm

Capítulo 197

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA DEL TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

ALICIA DIAZ GONZALEZ

LAURA FERNANDEZ DE TROCONIZ GONZALEZ

CARLOTA PALACIO SUÁREZ

VANESA PÉREZ GONZÁLEZ

LAURA VALDÉS ALVAREZ

1 Introducción

Las úlceras por presión son un problema de salud pública muy importante. Afectan de forma mayoritaria a personas con movilidad limitada, disminuyendo gravemente su calidad de vida. Los principales responsables del cuidado de las úlceras por presión (UPP) son los profesionales de enfermería, encargados de orientar sus cuidados en la prevención, diagnóstico y tratamiento.

La úlcera por presión es una complicación habitual en los pacientes hospitalizados, que frecuentemente suele presentarse en enfermos graves y/o con estancias largas. El Ministerio de Sanidad (1) define a la UPP como "una lesión de origen isquémico de la piel causada como consecuencia de la compresión de la piel entre dos planos duros que reducirá el flujo de sangre y linfa". Una de las

definiciones más actuales es la propuesta por la National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) y la European Advisory Panel (EPUAP) (2), que definen la UPP como "una lesión localizada en la piel o el tejido subyacente, generalmente sobre una prominencia ósea, como resultado de la presión (incluyendo la presión combinada con la cizalla). También pueden aparecer sobre tejidos blandos, bajo la presión externa de materiales o dispositivos.

Clasificación de las UPP (3):
- Estadio I: alteración observable de la piel íntegra, que se manifiesta con eritema cutáneo que no palidece al presionar. En pieles oscuras, puede presentar tonos azulados, rojizos o morados.
- Estadio II: pérdida parcial del grosor de la piel que afecta a la epidermis, la dermis o ambas. Tiene aspecto de abrasión, ampolla o cráter superficial.
- Estadio III: pérdida total del grosor de la piel que implica lesión o necrosis del tejido subcutáneo.
- Estadio IV: pérdida total del grosor de la piel con destrucción extensa, necrosis del tejido o lesión en el músculo, el hueso o las estructuras de sostén (tendón, cápsula articular, etc.).

Epidemiología
Según el 4º Estudio Nacional de Prevalencia de las UPP (4) elaborado en 2013 (actualmente se está desarrollando el 5º estudio), el 65ª de las lesiones son de origen nosocomial, produciéndose durante ingresos hospitalarios.

Factores de riesgo (5). Los factores de riesgo que contribuyen a la producción de úlceras por presión pueden agruparse en dos grupos:

- Intrínsecos:
1. Edad avanzada.
2. Raza: más frecuente en caucásicos.
3. Inmovilidad: es el principal factor de riesgo.
4. Alteraciones sensitivas: pérdida de la percepción del dolor.
5. Enfermedades que provocan trastornos de la oxigenación tisular: alteraciones vasculares periféricas, anemias, enfermedades cardiopulmonares.
6. Alteraciones inmunológicas: cáncer e infecciones.
7. Deterioro cognitivo o alteración del estado de conciencia.
8. Alteraciones nutricionales: delgadez, obesidad, déficit de vitaminas, hipoproteinemia y déficit hídrico.

- Extrínsecos:

1. Humedad: la excesiva humedad provocará la maceración de los tejidos. También aumentará el riesgo de infección. La incontinencia mixta, el mal secado de la piel y el exudado de las heridas son ejemplos frecuentes.
2. Tratamientos farmacológicos: inmunosupresores, antineoplásicos, sedantes y vasoconstrictores.
3. Pliegues y objetos extraños en la ropa.
4. Superficies de apoyo no adecuadas.
5. Imposibilidad de cambio posturales.

Importancia de la prevención:
En vista de la cantidad de factores de riesgo existentes, algunos autores defienden que las UPP son prevenibles en un 95% de las ocasiones (6), por lo que la valoración del riesgo es un aspecto clave, así como la prevención:

- Cuidados de la piel:
1. Inspección diaria de la piel del paciente, con especial atención sobre las zonas de riesgo.
2. Extremar precauciones en las zonas expuestas a la humedad.
3. No masajear las prominencias óseas en las zonas enrojecidas.
4. Evitar cojines en forma de flotador y rodetes para aliviar la presión, ya que producen edemas y congestión venosa facilitando la aparición de UPP.
5. Prestar atención a las zonas corporales donde ya ha existido una UPP, pues es una zona de elevado riesgo a presentar nuevas lesiones.
6. Mantener la sábana inferior sin arrugas.
7. Mantener una buena higiene con jabón de pH neutro, evitando el empleo de sustancias irritantes.
8. Lavar la piel con agua tibia, aclarar bien y secar cuidadosamente sin fricción.
9. Aplicar cremas hidratantes de alto contenido graso, procurando que se absorban por completo.
10. En las zonas corporales de riesgos, utilizar aceites o cremas con ácidos grasos hiperoxigenados, siempre y cuando la piel esté intacta.
11. Los productos con alcohol están contraindicados.

- Manejo de la presión:
1. Los cambios posturales permiten evitar o aligerar la presión prolongada. Se han de realizar cada 2 - 3 horas en los pacientes encamados, haciendo un esquema de rotación. Se realizará cada 4 horas durante la noche y siempre cada 2 horas en todos aquellos pacientes sedados.
2. Se debe evitar el arrastre en las movilizaciones.

3. Evitar el contacto directo entre prominencias óseas y minimizar el apoyo directo sobre las lesiones.
4. Evitar mantener el cabecero de la cama elevado por encima de 30º durante un tiempo prolongado para evitar el riesgo de aparición de UPP por cizallamiento. En decúbito lateral no se debe sobrepasar los 30º.
5. Se desaconseja el vendaje preventivo de los talones, ya que dificulta su inspección.
6. En sedestación, si el paciente puede reposicionarse de forma autónoma, enseñarle que lo haga cada 15 minutos. En el resto de pacientes, realizar movilizaciones cada hora. Si no se pueden realizar estas movilizaciones, es preferible que el paciente está encamado.

En vista de la importancia del papel de la enfermería en el cuidado de las UPP, se decide hacer una revisión bibliográfica del tratamiento de las UPP.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Reconocer e identificar la relevancia del tratamiento de las UPP.

Objetivos secundarios:
- Describir los tratamientos para las úlceras por presión.
- Describir los cuidados de enfermería para las úlceras por presión.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha utilizado la metodología de búsqueda bibliográfica, utilizando como fuentes de datos: Cuiden, Medlin (Literatura Internacional de Ciencias de la Salud), Pubmed y Scielo (Scientific Electronic Library Online).

Para realizar esta revisión bibliográfica se ha tenido en cuenta unos criterios de inclusión, descartando documentos que carecían de evidencia científica, para de este modo realizar el trabajo con la mayor fiabilidad posible. El tipo de documentación sobre la que se ha realizado el trabajo son estudios prospectivos y retrospectivos, meta - análisis, de casos y controles y ensayos clínicos aleatorios. Estos estudios se han buscado en dos idiomas (inglés y español). La bibliografía buscada tenía el fin de encontrar en su contenido temas relacionados con:
- Úlceras por presión y heridas crónicas.

- Importancia de controlar factores etiológicos y coadyuvantes en la cura local.
- Influencia de apósitos en el tratamiento de las úlceras por presión.
- Tratamiento local y tratamiento general de las úlceras por presión.

4 Resultados

Valoración del riesgo de padecer UPP:

Según la bibliografía encontrada, en primer lugar, se debe hacer una valoración periódica del estado de la piel y estadío en el que se encuentra la UPP (7). Se realizará a todas las personas, ya que deben ser consideradas "en riesgo" hasta ser valoradas. Se aplicarán medidas preventivas en función de la puntuación obtenida. Normalmente la herramienta que se utiliza para la valoración es la escala de Norton, por ser la primera escala descrita en la literatura médica. Se volverá a evaluar a todo paciente, siempre que se produzcan cambios en el estado general. Al realizar la valoración se tendrá en cuenta (8):
- Dimensiones: longitud, anchura (diámetro mayor y menor) y volumen. El volumen se calcula a través del método de BERG:
1. Se coloca un apósito de poliuretano transparente sobre la herida.
2. Con una jeringa, perforando el apósito, se introduce suero fisiológico hasta enrasar la cavidad de la herida.
3. La cantidad de suero introducida corresponde con el volumen de la herida:
- Cavidades: tunelizaciones y fístulas.
- Tejido del lecho de la úlcera: necrótica, granulación, epitelización, esfacelado o eritema.
- Estado de la piel periulceral: íntegra, eritema, macerada, eczema, edema o lacerada.
- Borde de la herida: bien definido, irregular, reseco, calloso o macerado.
- Exudado de la herida: cantidad (alto, moderado, leve) y tipo (purulento, seroso, hemorrágico).
- Olor: orienta sobre una posible infección.
- Signos de infección local y sistémica.

Evolución de la úlcera:
Para monitorizar la evolución de una UPP podemos utilizar la escala Pressure Ulcer Scale for Healing o IMEUPP (instrumento para monitorizar la evolución de las úlceras por presión), que valorará los siguientes parámetros:
- Superficie en centímetros cuadrados: multiplicando la longitud por la amplitud mayor.

- Cantidad de exudado: no presencia, ligero, moderado.
- Tipo de tejido que presenta: sano o cerrado, epitelial, granulación, esfacelos o necrótico.

Tipos de curas (9):
1. Cura seca: trata de preservar la herida limpia y seca para intentar impedir que aparezcan infecciones. Este tipo de cura se usa poco en la actualidad ya que aumenta el tiempo de cicatrización, reduce la temperatura en el lecho de la herida, elimina la humedad y produce una costra que dificulta la aparición de nuevos tejidos.
2. Cura húmeda: intenta mantener la herida húmeda y caliente, lo cual estimula el proceso de cicatrización.

Curas en ambiente húmedo (10):
Para el tratamiento de las UPP es muy importante el término preparación del lecho de la herida, desarrollado por Vincent Falanga y Gary Sibbald. Se define como "una forma de tratamiento global de las heridas, que acelera la cicatrización endógena o facilita la eficacia de otras medidas terapéuticas". Este concepto está formado por cuatro componentes que son agrupados en el acrónimo TIME.
- T: Control del tejido no viable.
- I: Control de la inflamación y la infección.
- M: Control del exudado o humedad.
- E: Estimulación de los bordes epiteliales.

Los cuatro componentes de este esquema brindan unos patrones a los profesionales sanitarios, mediante los cuales pueden aplicar el conocimiento científico para elaborar estrategias que aumenten las condiciones de cicatrización de las UPP. Ofreciendo otras ventajas, como la reducción del coste económico de los servicios sanitarios. El objetivo de este esquema es reducir el edema, el exudado, la carga bacteriana y otros factores que aumenten el tiempo de cicatrización.

El lavado de las UPP es muy importante. Con una limpieza adecuada se pueden retirar microorganismos y tejido necrótico que se encuentren en el lecho de la lesión. Se recomienda limpiar las heridas con suero fisiológico o agua del grifo, aplicando una presión de lavado que asegure el arrastre de detritus de bacterias pero sin lesionar el tejido sano de cicatrización. Los antisépticos locales como la Clorhexidina y la Povidona yodada no deben utilizarse de forma sistemática, ya que lesionan los tejidos sanos y retrasan la cicatrización. De modo que los antisépticos solo se utilizarán cuando sea necesario realizar un desbridamiento cortante o haya evidencia de una carga alta de bacteriana. Hay que evitar además produc-

tos que puedan teñir o enmascarar aspectos de la lesión, tales como la Eosina. Para un correcto lavado de la herida se deben seguir las siguientes recomendaciones:
- Todas las curas se iniciarán siempre con una limpieza de la piel lesionada y la piel perilesional.
- Utilizar suero fisiológico o agua de grifo.
- Usar la menor fuerza mecánica posible y dejar un tiempo para que se pueda secar.
- Usar una presión de lavado entre 1-4 Kg/cm2 para que la limpieza sea efectiva.
- No utilizar antisépticos locales como son la Povidona yodada, y la Clorhexidina, ya que son productos agresivos con unos altos niveles de toxicidad contra los granulocitos, monocitos, fibroblastos y tejido de granulación.

Todas las UPP están contaminadas por bacterias, lo cual no quiere decir que se encuentren infectadas.

Cuando el exudado haya sido valorado, se pasará a la elección del producto de cura. En el caso de que vaya a realizarse una cura húmeda, los apósitos son la principal opción. Según la bibliografía revisada, la cura en ambiente húmedo tiene mayor efectividad clínica y rentabilidad que la cura seca. El apósito que se elija en el momento de realizar la cura deberá cumplir las siguientes condiciones:
- Ayudar a proteger la herida de las agresiones externas, tanto las físicas, químicas y bacterianas.
- Conservar la humedad de la lesión.
- Ayudar a controlar el exudado.
- Manejarlo de una manera fácil y cómoda, tanto para el paciente como para el sanitario.
- Ayudar a mantener la temperatura de la lesión.
- No dejar ningún resto difícil de eliminar, tras la retirada del apósito.
- El apósito no debe lesionar la piel perilesional.
- Precisará pocos cambios.
- Coste - efectividad adecuada.

Todas las UPP cicatrizarán por segunda intención. Es importante saber que el proceso de cicatrización puede durar periodos de tiempo prolongados por lo que hay que tener en cuenta los siguientes puntos:
- Evitar que se seque el lecho de la herida.
- Facilitar la migración de células regeneradoras de tejidos.
- Proporcionar nutrientes esenciales para el metabolismo celular.
- Facilitar la difusión de factores inmunitarios y de crecimiento.
- Facilitar la autolisis, que es la separación de tejido desvitalizado o lesionado.

A pesar de que el exudado tiene funciones que ayudan al proceso de cicatrización, se debe valorar el grado de humedad de la lesión, ya que un exceso puede provocar irritación química y hacer que la piel perilesional se vuelva más frágil, reduciendo su función protectora y aumentando el tiempo de cicatrización. Por ello, se debe hacer una valoración del tipo de exudado que se encuentra en la herida. Entre los principales apósitos para utilizar en curas húmedas, encontramos:

- Hidrocoloides:
Indicaciones:
1. UPP en estadío I, II, III.
2. Úlceras con exudado moderado.
3. Protección frente a la fricción. o Contraindicaciones:
4. Exposición de estructuras nobles (hueso, tendón, etc).
5. Úlceras infectadas.

- Film de poliuretano
Indicaciones:
1. Protección frente a la fricción.
2. Úlceras en estadío I.
3. Lesiones superficiales.
4. Apósito secundario de fijación.
Contraindicaciones:
1. Heridas infectadas.

- Alginato cálcico
Indicaciones:
1. UPP en estadío III, IV.
2. Úlceras vasculares con mucho exudado.
3. Úlceras infectadas.
4. Úlceras cavitadas.
5. Necrosis húmedas.
Contraindicaciones:
1. Necrosis secas.
2. Heridas no exudativas.

- Apósitos hidrocelulares, hidropoliméricos, espumas de poliuretano o polímeros sintéticos
Indicaciones:
1. Alivio de presiones.
2. Heridas moderadamente exudativas.

- Apósitos de plata
Indicaciones:
1. Heridas infectadas.
2. Heridas de evolución tórpida. o Contraindicaciones:
3. Heridas secas.

5 Discusión-Conclusión

La falta de una adecuada prevención tiene un papel importante en la aparición de las UPP, que podrían evitarse siguiendo unas pautas básicas. En caso de aparición, está demostrado científicamente que no todos los apósitos son iguales ni todos tienen la misma función. Los productos para el tratamiento de las UPP basados en la cura en ambiente húmedo tienen mayor eficacia clínica y son más rentables que el tratamiento tradicional.

Teniendo en cuenta los medios y la información con los que contamos en la actualidad, las UPP no deberían producirse y, si se producen, deberían ser tratados correctamente para minimizar el tiempo de curación, ya que disponemos de los medios suficientes. Eso sin contar con el perjuicio que supone tanto física como psicológicamente al paciente e incluso a sus cuidadores. En todo esto el papel de la enfermería es básico.

6 Bibliografía

1. Guía para la prevención y manejo de las UPP y heridas crónicas. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2015.
2. National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevención y tratamiento de las úlceras por presión: guía de consulta rápida. Emily Haesler (Ed.) Cambridge Media: Perth, Australia; 2014. Versión española.
3. García Fernández F. P., Soldevilla Agreda J. J., Pancorbo Hidalgo P. L., Verdú Soriano J., López Casanova P., Rodríguez Palma M. Clasificación-Categorización de las Lesiones Relacionadas con la Dependencia. Serie Documentos Técnicos GNEAUPP nº II. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. 2ª ed. Logroño: 2014 [acceso 14 de julio de 2016]. p. 10. Disponible en: http://gneaupp-1fb3.kxcdn.com/wp-content/uploads/2014/12/clasificacion-categorizacion-de-las-lesiones-relacionadas-con-la-dependencia-segunda-edicion.pdf

4. Pancorbo Hidalgo P. L., García Fernández F. P, Torra i Bou JE, Verdú Soriano J, Soldevilla Agreda J. J. Epidemiología de las úlceras por presión en España. 4º estudio nacional de de prevalencia. 2013.
5. A. Roca-Biosca, M.C. Velasco-Guillén, L. Rubio-Rico, N. García-Grau, L. Anguera-Saperas. Úlceras por presión en el enfermo crítico: detección de factores de riesgo. Enferm Intensiva 2012; 23:155-63 - DOI: 10.1016/j.enfi.2012.06.001
6. Prevención de las úlceras por presión en adultos. Servicio madrileño de salud. Dirección general de atención especializada. 2014.
7. Rodríguez Martínez MJ, Diéguez Poncela M, Saiz Sánchez A, Crespo Pérez M, Lumbera Torre A, Boda Manzanal N. Evolución de las úlceras por presión y su relación con las rotaciones laborales de los profesionales de Enfermería. Nuber-Científ. 2012;1(7):42-48.
8. Stegensek Mejía EM, Jiménez Mendoza A, Romero Gálvez LE, Aparicio Aguilar A. Úlceras por presión en diversos servicios de un hospital de segundo nivel de atención. Enfermería Universitaria. 2015;12(4):173-181.
9. Río Valle S, García J, Gázquez López I. Comparación entre diferentes procedimientos de actuación en las ulceras por presión. Enfermería Global. 2014;36:44-56
10. Tizón Bouza E, Pozas Platas S, Álvarez Díaz M, Marcos Espino M, Quíntela Valera M. Cura en ambiente húmedo en úlceras crónicas a través del Concepto TIME. Recomendaciones basadas en la evidencia. Enfermería dermatológica. 2013;20:31-42.

Capítulo 198

AL ABORDAJE DE LA PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN.

SONIA CAMPOLLO RODRIGUEZ

SANDRA CARBAJAL AMORIN

ELENA VALDES ALVAREZ

1 Introducción

Las ulceras por presión son consideradas en el anciano un síndrome geriátrico dada su incidencia y afectación en todos los planos, tanto en el paciente como en su familia. Una ulcera por presión es una lesión en la piel como resultado de la presión prolongada en el tiempo ; puede ser producida por cizalla-miento o fricción, perdiéndose por lo tanto la integridad cutánea.

La incidencia en el anciano es ya alta de por si a consecuencia de las modificaciones fisiológicas que se producen en la piel del anciano, la disminución en la toma de agua, proteínas escasas en la dieta y la falta de movilidad agrandan este problema.

2 Objetivos

-Detectar los pacientes de riesgo a través de la escala de Norton: valora cinco parámetros siendo considerado un paciente con riesgo una puntuación menor de 14.

- Conocer los puntos de presión más importantes de nuestra anatomía para así poder utilizar protecciones o ácidos grasos peri oxigenados.
-En caso de aparecer upp: diagnosticar en la fase en la que se encuentra para su correcto manejo terapéutico.
-En caso de upp: prevenir el dolor y la infección con la correcta cura y correcta utilización de cremas barrera.
-Una vez identificados los pacientes de riesgo, pautar cambios postulares en caso de pacientes inmovilizados, así como cojines y colchones de aire que favorezcan los cambios de presión.

3 Metodología

Se consulta para poder conseguir estos objetivos tanto plataformas digitales, como guías de prevención online así como la experiencia que nos compete este titulo. Consulta de la base de datos GNEAUPP.

4 Resultados

La nutrición en este caso es fundamental sobre todo en el plano de la hidratación y el consumo de proteínas. En el caso de déficit proteico se podrá suple-mentar la dieta con batidos hiperproteicos o con aportes de arginina.

Utilización de jabones neutros y secado correcto.

Hacer hincapié en las zonas más frecuentes donde aparecen estas lesiones como sacro, talones o codos. Establecer un plan de cuidados que englobe la higiene correcta, hidratación y cambios posturales.

Valorar pacientes con sondas vesicales, nasogastricas o yesos que también pueden producir ulceras por presión.

Realizar curas periódicas pautadas por el personal de enfermería, en caso de no responder al tratamiento o presentar signos de infección hablar con el facultativo para toma de cultivo y profilaxis antibiótica.

5 Discusión-Conclusión

La curación de heridas depende de la capacidad de la piel para regenerar el epitelio y reparar el tejido conjuntivo; es papel de los profesionales de enfermería una

correcta prevención de este gran problema, así como de la adecuada atención en caso de que se produzcan, eligiendo los tratamientos correctos dentro del equipo multidisciplinar.

Tendremos siempre en cuenta que la Prevención es siempre nuestro mejor aliado, por tanto utilizaremos todos los mecanismos que tengamos a nuestra mano para poder actuar tiempo con un correcto protocolo de actuación.

Las ulceras por presión están muy presentes en nuestro medio de trabajo sobre todo aquellos que trabajamos en la geriatría, debemos ademas de prevenirlas, utilizar aquellas escalas disponibles para poder detectar el riesgo inminente de las mismas.

6 Bibliografía

- Medline
- Martines Sancgo, E
- Abad Santos,F: prevención y tratamiento de las ulceras por presión.

Capítulo 199

EFICACIA DE UN PROGRAMA DE MINDFULNESS EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE TEPT A CAUSA DE UN ACCIDENTE DE TRÁFICO

LAURA FERNANDEZ DE TROCONIZ GONZALEZ

CARLOTA PALACIO SUÁREZ

VANESA PÉREZ GONZÁLEZ

LAURA VALDÉS ALVAREZ

ALICIA DIAZ GONZALEZ

1 Introducción

Durante el año 2017 se han producido 1.067 accidentes mortales en vías interurbanas, en los que han fallecido 1.200 personas y 4.837 han resultado heridas y hospitalizadas. Las personas víctimas de accidentes de tráfico, pueden sufrir varias consecuencias, la primera y más evidente son los daños físicos, pero también nos pueden afectar a nivel emocional hasta el punto de impedir retomar la vida cotidiana con normalidad. Y aquí es cuando existe riesgo de graves consecuencias para la salud mental.

La principal consecuencia es la posibilidad de desarrollar el llamado Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT). Trastorno que es importante detectar a tiempo para

que la recuperación del accidente sea más rápida y completa. Es un trastorno de ansiedad que puede surgir después de que una persona viva un evento traumático que le causó pavor, impotencia u horror extremo.

Aunque es común pasar por un breve estado de ansiedad o depresión después de dichos eventos, las personas que sufren de trastorno de estrés postraumático siguen ”volviendo a vivir” el trauma; evitan a las personas, los pensamientos o situaciones relacionadas con el evento y tienen síntomas de emociones excesivas, durante más de un mes y no pueden vivir como lo hacían antes del suceso traumático.

Los síntomas del trastorno de estrés postraumático, por lo general aparecen en un período de tres meses después de la situación traumática, sin embargo, a veces se presentan meses o hasta años después.

Las personas que tienen este padecimiento también tienen un riesgo más elevado de suicidio.

Se ha afirmado que el estrés postraumático puede representar ”una de las más severas e incapacitantes formas de estrés humano conocido”

Es importante intentar realizar la prevención de las reacciones de estrés postraumático después de incidentes traumáticos y la prevención y tratamiento de las complicaciones de los accidentes de trafico relacionados con el estrés postraumático.

El TEPT es un padecimiento altamente prevalente (entre 20 y 45% de quienes sufren lesiones experimentan posteriormente TEPT, además de que las prevalencias de por vida oscilan entre 3.6 y 7.8% en la población general de Estados Unidos y de entre 2.22 y 46% en otras partes del mundo) e incapacitante que genera pérdidas millonarias a las economías mundiales debido a los costes que implica su atención y el tiempo de vida saludable que pierden quienes lo sufren, además del desequilibrio socioemocional en las familias de los individuos afectados.

Queda constancia de la grave afectación que padecen las personas con TEPT en su salud, por lo que nos parece necesario impartir programas para reducir y evitar todo lo anteriormente dicho. Dichos programas constituyen una de las responsabilidades más básicas de la enfermera de salud mental. Los diagnósticos relacionados con el TEPT deben de ser valorados e incluidos en los planes de cuidados, dada la alta prevalencia de los mismos y las graves consecuencias que se derivan de ellos si son ignorados.

En nuestro caso nos centraremos en la práctica del MINDFULNESS. Dicha práctica ayudará a aliviar los síntomas del trastorno de estrés post-traumático y normalizará los niveles de la hormona del estrés.

Desde hace ya dos mil quinientos años o más, miles de personas vienen practicando diversas técnicas meditativas, transmitidas por religiones y tradiciones espirituales. La meditación se define como el proceso a través del cual, la persona observa y se hace consciente de lo que está sucediendo a cada instante en su cuerpo y en su mente, aceptando las experiencias que se van presentando tal y como éstas son. Esta práctica, enseñada por Buda, tiene como fin la eliminación del sufrimiento y demás emociones destructivas, ya que desde el punto de vista budista, tanto la felicidad como el sufrimiento no dependen fundamentalmente de las circunstancias externas, sino de la propia mente. Mindfulness es el denominador común que se encuentra en la base de diferentes corrientes de meditación derivadas de la tradición budista y que actualmente se han incorporado a diversos modelos de tratamiento en psicoterapia.

Mindfulness es la traducción al inglés del término pali ”sati”, que implica conciencia, atención y recuerdo. La traducción al castellano de mindfulness no tiene un estándar, ha sido traducido indistintamente como atención plena o conciencia plena, muchos autores optan por eso por el vocablo inglés mindfulness. Las publicaciones sobre mindfulness comenzaron a aparecer en la década del setenta y desde entonces su número no ha dejado de aumentar. El crecimiento se aceleró notablemente en los años noventa y en la actualidad nos encontramos con un crecimiento casi exponencial de dichas publicaciones. El interés del mindfulness no se limita solo al campo de la psicoterapia, también está despertando enorme interés en la investigación básica, especialmente en neurofisiología, y también en la educación.

Componentes del Mindfulness:
1. Atención al momento presente: Centrarse en el momento presente en lugar de estar pendiente del pasado (rumiaciones) o del futuro (expectativas, deseos y temores). Mientras se medita, se puede atender los propios procesos internos y, en la vida cotidiana, centrarse en la tarea que se está realizando.
2. Apertura a la experiencia: Capacidad de observar la experiencia sin interponer el filtro de las propias creencias. En otras palabras observar la experiencia como si fuera la primera vez, cualidad que en el Zen se denomina ”mente de principiante”. También implica apertura a la experiencia negativa y observar lo que ocurre con curiosidad.

3. Aceptación: Se puede definir aceptación como, experimentar los eventos plenamente y sin defensas, tal y como son. También como el no oponer resistencia al fluir de la vida. Las personas incurren en conductas desadaptativas en un intento de evitar experiencias displacenteras. En la medida en que puedan aceptar que esas experiencias son ocasionales y limitadas en el tiempo, no necesitaran recurrir a tales conductas.
4. Dejar pasar: Consiste en desprenderse, desapegarse de algo a lo que nos aferrábamos. Una de las características de nuestro yo es procurar atesorar cosas, relaciones, poder, dinero. Se cree erróneamente, que cuanto más posea, cuanto más se controle, cuanto más se consiga, más feliz se será. El afán de aferrarse choca con una característica básica de la realidad que es la temporalidad de las cosas. Nada en el mundo material es estable durante mucho tiempo, todo persiste un cierto tiempo y luego desaparece.
5. Intención: Es lo que cada persona persigue cuando practica mindfulness. Esto podría sonar contradictorio con una de las actitudes del mindfulness que es el no esforzarse por conseguir ningún propósito. Cuando se está meditando no se debe tratar de conseguir ningún propósito inmediato, simplemente hay que participar con conciencia plena de lo que se está haciendo. Sin embargo también hay que tener un propósito, un objetivo personal para movernos hacia ese propósito.

- HIPÓTESIS:
El programa mejora los síntomas de Estrés Postraumático en los pacientes que han sufrido un accidente de tráfico.

- LIMITACIONES DEL ESTUDIO:
• El estudio puede verse afectado porque en el transcurso del programa algún paciente abandone el programa.
• También puede afectarse por la incorporación de nuevo personal a la Unidad que no hayan recibido los cursos de preparación al inicio del programa.
• La muestra no es elegida al azar ya que es limitada.

- POSIBLES BENEFICIOS DEL ESTUDIO:
• Que el equipo de enfermería en Salud Mental pueda proporcionar un entrenamiento en Mindfulness para así poder prevenir dicha patología, los cuales solemos ignorar y causan graves consecuencias en nuestros pacientes.

2 Objetivos

- El objetivo de este estudio es valorar la eficacia de un programa de Mindfulness que se llevará a cabo por el equipo de enfermería de salud mental para reducir los síntomas producidos por el Trastorno de Estrés Postraumático consecuencia de un accidente de tráfico.
- Conocer cuál es la situación de los pacientes que llegan a nuestro centro de salud mental con síntomas de ansiedad relacionados con un accidente de tráfico que han sufrido.
- Comparar la presencia y la intensidad de los factores relacionados (estar irritable, no poder concentrarse, tener dificultad para conciliar o mantener el sueño, estar excesivamente alerta a los posibles peligros, mostrarse muy desconfiada con los demás y con una visión muy negativa del ser humano…) antes y después del programa.
- Valorar la influencia del programa de Mindfulness en los pacientes.

3 Metodología

El estudio que se llevará a cabo es de tipo longitudinal y prospectivo.

Se incluirán a pacientes que hayan sufrido un accidente de tráfico y tengan presentes síntomas de Estrés Postraumático.

Se llevaran a cabo los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Se incluyen en el estudio:
• Pacientes de entre 18 y 55 años víctimas de accidentes de tráfico.
• Pacientes a tratamiento en el Centro de Salud Mental de Pumarín..
• Pacientes que previamente hayan aceptado voluntariamente participar en el estudio, firmando el consentimiento informado, por sí mismo, o por sus tutores legales.

El programa se desarrollará en tres fases:
1. Pasaremos el inventario de cogniciones Postraumaticas
2. Nueve sesiones presenciales de practica con máximo de 6 pacientes.
3. Volveremos a pasar el inventario para ver comparar resultados respecto al inicio.
Como instrumentos de recogida de información se utilizarán:
• La historia clínica de los pacientes.
• Inventario de Cogniciones Postraumáticas (PTCI)

INVENTARIO (Anexo I):
Estamos interesados en la clase de pensamientos que puede haber tenido después de una experiencia traumática.
Debajo hay un número de afirmaciones que pueden o no ser representativas de su pensamiento. Por favor lea atentamente cada afirmación y díganos en qué medida está de ACUERDO o en DESACUERDO con cada afirmación.
La gente reacciona a los eventos traumáticos de maneras muy diferentes. No hay respuestas buenas o malas a estas afirmaciones.
1 = Totalmente en desacuerdo
5 = Ligeramente de acuerdo
2 = Muy en desacuerdo
6 = Muy de acuerdo
3 = Ligeramente en desacuerdo
7 = Totalmente de acuerdo
4 = Neutral (ni de acuerdo ni en desacuerdo).
1. El evento sucedió debido a la manera en que actué.
2. No confío en que vaya a hacer bien las cosas.
3. Soy una persona débil.
4. No voy a ser capaz de controlar mi cólera y haré algo terrible.
5. No puedo tratar aun con una ligera perturbación.
6. Yo solía ser una persona feliz pero ahora siempre soy desdichado.
7. No se puede confiar en la gente.
8. Tengo que estar en guardia todo el tiempo.
9. Me siento muerto por dentro.
10. Tú nunca puedes saber quién te daño.
11. Tengo que ser especialmente cuidadoso porque nunca sabes que puede suceder luego.
12. Soy inadecuado.
13. No voy a ser capaz de controlar mis emociones, y algo terrible sucederá.
14. Si pienso acerca del evento, no voy a ser capaz de manejarlo.
15. El evento me sucedió debido a la clase de persona que soy.
16. Mis reacciones a partir del evento significan que me estoy volviendo loco.
17. Nunca voy a ser capaz de sentir de nuevo emociones normales.
18. El mundo es un lugar peligroso.
19. Alguien pudo haber impedido el evento que me sucedió.
20. He cambiado permanentemente para lo peor.
21. Me siento como un objeto, no como una persona.
22. Ninguna otra persona podía haber estado en esta situación.

23. No puedo confiar en otra gente.
24. Me siento aislado y apartado de los otros.
25. No tengo futuro.
26. No puedo impedir que las cosas malas me sucedan a mí.
27. La gente no es lo que parece.
28. Mi vida ha sido destruida por el trauma.
29. Hay algo malo en mí como persona.
30. Mis reacciones a partir del evento muestran que soy un mal .
31. Hay algo en mí que hace que el evento suceda.
32. No voy a ser capaz de tolerar mis pensamientos sobre el evento.
33. Me siento como si no me conociera para nada.
34. Tú nunca sabes sucederá algo terrible.
35. No puedo confiar en mí mismo.
36. Nada bueno puede sucederme nunca más.

Al final realizaremos el sumatorio de las respuestas asignadas.

TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

Tememos siete variables de respuesta en relación a cada pregunta, con una puntuación otorgada a tal efecto:
1Totalmente en desacuerdo
5 Ligeramente de acuerdo
2 Muy en desacuerdo
6 Muy de acuerdo
3 Ligeramente en desacuerdo
7 Totalmente de acuerdo
4 Neutral.

Dichas variables serán vertidas en una base de datos Access para WindowsR creada al efecto, supervisadas y filtradas.

Los datos serán analizados con medidas de tendencia central (moda) y frecuencia y porcentajes para las variables cualitativas.

Se establece un nivel de confianza del 95%, con niveles de significación bilateral menores de 0.05.Se analizarán con los programas EpiDat 3.11 y SPSS 20.0 para WindowsR.

El plan de trabajo se realizara en las siguientes fases:

Primera fase: Etapa de Preparación
Esta etapa consta de dos fases:
-Presentación del proyecto: Se realizara una sesión clínica para todo el Centro, donde se planteará a todos los profesionales de la Salud Mental, la necesidad de impartir un programa de Mindfulness para reducir los síntomas de estrés y ansiedad producidos por pacientes que llegan a nuestras consultas y han sido víctimas de un accidente de tráfico.
-Formación a las Enfermeras de la Unidad: Se impartirán cursos de una hora a la semana durante un mes a las enfermeras de la unidad.
Esta fase durará cuatro semanas.

Segunda fase: Puesta en práctica del programa
En esta fase se procede a la selección de los pacientes, se accederá a las historias clínicas de los pacientes de la muestra, localizando la información necesaria para poder llevar a cabo el estudio y se procederá a realizar la valoración inicial mediante el sistema de recogida expuestos anteriormente, una vez realizado se harán una sesión de una hora cada semana durante nueve semanas. A continuación se detallan sus componentes:

3 módulos:
1. Atención al cuerpo: las primeras tres semanas se enfocan principalmente a las percepción de las tensiones de nuestro cuerpo y a la atención de los mensajes que nos llegan a trabes de él. Se establecerá la atención a la respiración como fundamento de toda la práctica de atención plena, que estará presente a lo largo de todo el programa.
2. Atención y consciencia de las emociones: el segundo bloque de tres semanas se enfoca en el reconocimiento, aceptación, integración y liberación de emociones conflictivas, especialmente el miedo.
3. Atención y concentración mental: el tercer modulo, la observación de nuestros contenidos mentales, de nuestras creencias, nuestro dialogo interno, con el fin de esclarecer nuestros patrones limitantes, caminar hacia la desidentificación y ampliar nuestro espacio mental.
9 sesiones presenciales:
En cada semana, hay una sesión de alrededor de 45 a 60 min, con el grupo (no más de seis pacientes). En esta sesión se lleva a cabo una técnica o meditación guiada por la enfermera responsable, con el fin de dar pautas a la persona para que lo realice en su domicilio durante la semana.

3 tipos de Practica de Atención Plena:

• Practica formal de meditación: a practicar a diario empezando por tiempos cortos y aumentando progresivamente para entrenaar la atención, la compasión, la concentración y el autoconocimiento.
• Practicas cotidianas: realizar tareas rutinarias en atención consciente. Orientadas a desarmar automatismos.
• Técnica guiada a repasar en casa por las noches.

SESION DE CIERRE Y EVALUACION
Volveremos a realizar el inventario y con el mapa mental elaborado en la semana 0 vamos repasando cada área y tarea de estrés, valorando cambios y avances. Establecemos un plan propio de seguimiento y continuidad.

4 Bibliografía

1. Stannard Baker J. Manual de investigación de accidentes de tráfico. Vigo: Editorial trymar; 2000.
2. Novoa AM, Pérez K, Santamariña-Rubio E, Marí-Dell'Olmo M, Ferrando J, Peiró R, et al. Impact of the penalty points system on road traffic injuries in Spain: a time-series study. Am J Public Health 2010; 100: 2220-2227.
3. Las principales cifras de la siniestralidad vial. España 2017. Ministerio del Interior. Dirección General de Tráfico. Madrid, 2017.
4. Black D. Hot Topics: A 40-years publishing history of mindfulness. Mindfulness Research Monthly. 2010;1(5): 1-2.
5. Pérez M, Botella L. Conciencia plena (mindfulness) y psicoterapia: Concepto, evaluación y aplicaciones clínicas. Revista de Psicoterapia. 2006; 17 (66-67):77-120.
6. Simon V. Aprender a practicar mindfulness. Décima edición. Barcelona: Sello Editorial; 2014. p. 27.
7. Shapiro S, Carlson L, Astin J, et al. Mechanism of mindfulness. J Clin Psychol. 2006; 62(3): 373-86.
8. Lietor V, Fortis M, Moraleda B. Mindfulness en medicina. Med Fam Andal. 2013; 14 (2):166-79.
9. Khoury B, Lecomte T, Fortin G, et al. Mindfulness-based therapy: A comprehensive meta-analysis. Clin Psychol Rev. 2013; 33: 763-71.
10. Khoury B, Sharma M, Rush S, et al. Mindfulness-based stress reduction for healthy individuals: A meta-analysis. J Psychosom Res. 2015; 78(6):519-28.
11. Miro M, Perestelo-Perez L, Pérez J, et al. Eficacia de los tratamientos basados en mindfulness para los trastornos de ansiedad y depresión: Una revisión sistemática. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica. 2011; 16 (1): 1-14

12. Evans S, Ferrando S, Findler M, et al. Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder. J Anxiety Disord. 2008; 22(4):716-21.
13. Kim S, Schneider S, Kravitz L, et al. Mind-body practices for posttraumatic stress disorder. J Investig Med. 2013; 61(5):827-34.
14. Shapiro S, Brown K, Bieggel G. Teaching self-care to caregivers: effects of mindfulness-based stress reduction on the mental health of therapists in training. Train Educ Prof Psychol. 2007;1(2): 105-115.

Capítulo 200

VALORACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL EN EL ANCIANO

SONIA CAMPOLLO RODRIGUEZ

SANDRA CARBAJAL AMORIN

ELENA VALDES ALVAREZ

1 Introducción

El envejecimiento en las personas de siempre es sabido que implica unos cambios tanto fisiológicos, económicos y sociales, que dan lugar a una modificación negativa en su estado nutricional. Esto puede llevarnos a un estado de sobrepeso y obesidad o de lo contrario un déficit que implique una malnutrición calórica o proteica. Un estado de malnutrición tanto por exceso como por defecto nos hacen mas propensos a padecer ciertas enfermedades, que se complican por la avanzada edad de estos pacientes.

2 Objetivos

- Identificar dentro de este amplio grupo de edad, aquellas personas que estén en riesgo o ya padezcan algún tipo de problema relacionado con la nutrición, bien sea por exceso o por defecto.

3 Metodología

La metodología utilizada para lograr nuestro objetivo incluye:

- Revisión bibliográfica de diferentes bases de datos, tanto en el medio digital como en el escrito.
- Observación de este tipo de pacientes de este grupo de edad en nuestro ámbito laboral.
- Revisión de escalas de posible aplicación.

4 Resultados

Para poder identificar los pacientes de riesgo aplicaremos:
- Parámetros antropométricos: índice de masa corporal siendo el resultado de desnutrición por debajo de 18.5 y considerando sobrepeso por encima de 25. MNA escala especifica en ancianos.
- Evaluación Global: Física y mentalmente.
- Evaluación dietética: Ingesta semanal y una analítica de control, incluyendo parámetros bioquímicas tipo albúmina.
- Valoración subjetiva: Enfocada en pacientes cognitivamente inestables para mejorar la especificidad.

Con todos estos datos de manera individualizada se realizara tendiendo en cuenta los gustos del paciente, una dieta en la que se modificaran texturas, gracias a espesantes alimenticios consiguiendo la que se necesite en cada momento y añadirán suplementos si precisa teniendo en cuenta si el paciente es diabético, si tiene patología renal, si es paciente oncológico etc.

5 Discusión-Conclusión

Un estado nutricional saludable contribuye a mejorar la situación tanto funcional como cognitiva del anciano acercándolo a una mejora en la calidad de vida que lo lleve a aumentar la supervivencia, no solo en cantidad sino en calidad.

La pérdida de peso involuntaria es el mejor preedictor de mortalidad. Es importante distinguir y hacer saber a la población que no es lo mismo alimentarse que nutrirse, y que cada grupo de edad va a tener unos requerimientos según el gasto energético.

Hay que tener en cuenta que los problemas en la nutrición afectan a otros planos, como al psicológico por trastornos en la imagen corporal y a la propia salud física derivando en problemas coronarios, diabéticos, hipertension y diversidad de patologías.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 201

REVISIÓN SOBRE LA EFICACIA Y SEGURIDAD DE LOS MEDICAMENTOS GENÉRICOS FRENTE A LOS DE MARCA COMERCIAL

MARIA ISABEL MANEIRO FERNÁNDEZ

1 Introducción

La prescripción de medicamentos genéricos induce a polémica y debates desde hace tiempo tanto entre pacientes como entre profesionales de la salud dando lugar a diversas dudas y preguntas: ¿Es realmente igual de eficaz un medicamento genérico que uno de marca comercial?; ¿Demostrar la bioequivalencia es suficiente para asegurar la calidad, eficacia y seguridad?; ¿No existe manipulación en los resultados de los ensayos y estudios realizados con estos medicamentos?; ¿Priman los intereses económicos sobre la seguridad del paciente?

La Organización Mundial de la Salud y todas las agencias reguladoras de medicamentos (ARM) están promoviendo la comercialización de medicamentos genéricos con un objetivo fundamental de contención del gasto farmacéutico.
Además, los medicamentos genéricos en los países más desfavorecidos pasan a ser necesarios puesto que no producen medicamentos innovadores. Los medicamentos genéricos son considerados sustitutos coste-eficientes de los medicamentos de marca, y en España suponen alrededor del veinte por ciento del total de prescripciones, cifras aún lejanas con respecto a su uso en Estados Unidos y la Unión Europea.

Entre los aspectos a tener en cuenta debemos señalar: que son sustancias que deben cumplir un mínimo de requisitos que garanticen su seguridad y eficiencia en el paciente desde el punto de vista farmacológico y clínico además del ya conocido interés económico.

Según la legislación vigente en Europa y España un medicamento genérico es "aquel con la misma composición cualitativa y cuantitativa en principios activos y la misma forma farmacéutica que otro medicamento considerado de referencia cuyo perfil de seguridad y eficacia esté suficientemente demostrado por su uso clínico continuado, y cuya bioequivalencia con el medicamento de referencia haya sido demostrada por estudios adecuados de biodisponibilidad". Debemos saber que las bases para la aprobación de un medicamento genérico son los estudios de biodisponibilidad y bioequivalencia.

2 Objetivos

-Intentar aclarar las dudas planteadas sobre los medicamentos genéricos, en la medida de lo posible, contrastando la información obtenida en distintas bases de datos para llegar a unas conclusiones ajustadas a la realidad.
-Aportar conclusiones asentadas en la investigación sobre la seguridad y eficacia del uso de los medicamentos genéricos.

3 Metodología

- Búsqueda de artículos de investigación originales que informaran sobre resultados de encuestas y/o entrevistas de grupos médicos y artículos de revisión sobre discusiones, perspectivas y toma de decisiones para el uso de biosimilares seleccionando los de información relevante en cuanto a: productos farmacéuticos, biosimilares o genéricos y prescripción médica.
- Búsqueda realizada en: Cochrane, PubMed, Clinical Key y Revista Rol de Enfermería desde 2014 hasta 2018.
- Palabras clave: medicamentos genéricos, biodisponibidad, estudios de bioequivalencia, gasto farmacéutico.

4 Resultados

Una vez aprobados por la agencia reguladora, el medicamento de marca y su genérico son intercambiables en efectos clínicos, aunque pueden diferir bastante

en apariencia y presentación.
Los consumidores de los medicamentos de marca reciben siempre el mismo producto con las mismas características. Pero los pacientes que toman fármacos genéricos deben asumir que los comprimidos o las capsulas puedan variar en el tamaño, color y la forma dependiendo del tipo de fabricante que suministra el producto.

Esto da lugar a numerosos debates en cuanto a genéricos, el que la eficacia y la seguridad de ambas presentaciones van a ser similares. Cuando un medicamento genérico llega al mercado está condicionado por dos periodos independientes que determinan su comercialización y el uso de los medicamentos innovadores o de referencia: el periodo de protección de la patente industrial que dura veinte años desde la solicitud y el de protección de datos, que durante diez años asientan las agencias de medicamentos desde que se autoriza el medicamento de referencia.

En la bioequivalencia participan a la vez muchos factores: los más importantes, son el diseño y características del estudio y otros son de carácter aleatorio que se detectan al comparar los medicamentos. Cuando los dos periodos independientes se terminan, el de protección de las patentes industriales y el de protección de datos de medicamentos, se pasa a la autorización para comercializar el genérico por las agencias reguladoras del mundo y demostrar su bioequivalencia con el medicamento innovador de referencia.

Así pues, el objetivo principal de un estudio de bioequivalencia es comparar la similitud en la biodisponibilidad de ambos (genérico e innovador) llevando a cabo un estudio farmacocinético que incluye la velocidad y fracción de absorción del principio activo. Por esto se analiza el curso temporal de las concentraciones plasmáticas del fármaco y, para medir la velocidad de absorción, mide la concentración máxima (Cmax) y el tiempo que tarda ésta en alcanzarse (Tmax).

De otro lado, como indicador de la cantidad de fármaco absorbido se utiliza el área bajo la curva concentración tiempo de niveles plasmáticos (AUC, del inglés área under the curve).
En general, la normativa de la Unión Europea es la más exigente de todas en lo referente a los rangos de aceptación para un medicamento genérico. Así la bioequivalencia garantizaría la intercambiabilidad absoluta entre el medicamento genérico y el medicamento innovador desde el punto de vista de la calidad, seguridad y eficacia, basada en el principio de las concentraciones plasmáticas iguales de una misma sustancia que se corresponden con procesos farmacodinámicos similares.

No hace mucho la EMA "Agencia Europea de Medicamentos "retiró un importante número de especialidades farmacéuticas genéricas del mercado español. La investigación de la EMA desveló la manipulación de los resultados de los estudios clínicos en medicamentos genéricos llevados a cabo por la empresa india GVK, durante un tiempo superior a cinco años.

La recomendación de la Agencia Europea de Medicamentos (EMA) fijaba la suspensión de los medicamentos afectados por estos estudios GVK BIO es una de las organizaciones líderes en investigación y desarrollo en Asia que realiza trabajos para diferentes compañías farmacéuticas en todo el mundo. Se encontraron pruebas del incumplimiento de las normas de Buenas Prácticas Clínicas en los ensayos de bioequivalencia realizados en esta empresa. Según un informe de la EMA y de la AEMPS (Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (3-4) podemos destacar algunos puntos respecto a lo anterior:

- «No hay pruebas de que alguno de los medicamentos relacionados con los estudios de GVK puedan causar daño o resultar ineficaz.»
- «Aquellos medicamentos que no dispongan de alternativas terapéuticas, seguirán comercializados hasta la aportación de nuevos datos.»

Resulta que los fármacos indicados no son para el tratamiento de enfermedades banales, la mayoría son usados en enfermedades crónicas como la enfermedad de Alzheimer, hipertensión arterial, entre otras, que tienen alta prevalencia a nivel mundial.

Además de los argumentos aportados por algunos autores sobre la dificultad que puede plantear la intercambiabilidad y sustitución del medicamento de marca por el genérico, estas noticias de la AEMPS han generado incertidumbre entre los profesionales sanitarios y los pacientes, ya que desconocemos si esto puede ser la punta del iceberg de un tipo de práctica en los estudios de bioequivalencia, más frecuente de lo que en principio se detecta.

Por lo tanto, cuando se juzga si un medicamento genérico tiene calidad, eficacia y seguridad suficientes como para autorizarse, se está realizando una extrapolación de los estudios clínicos que se han realizado con el medicamento innovador, y que no necesitan reproducirse para comercializar un medicamento genérico, lo que puede suponer un problema con medicamentos de bajo índice terapéutico, fármacos que experimentan una alta variabilidad individual en la respuesta, y en el tratamiento de enfermedades como la epilepsia, enfermedades infecciosas o pacientes oncológicos, entre otros.

A pesar de la complejidad del proceso, y a pesar de la demostración de la bioequivalencia farmacocinética algunos autores han encontrado medicamentos genéricos que no reproducen la equivalencia terapéutica (eficacia y seguridad) del fármaco innovador en los pacientes. La bioequivalencia se investiga preferentemente en voluntarios sanos (no en pacientes) para evitar cualquier cofactor de variabilidad farmacocinética.
Los estudios de bioequivalencia suelen comparar las medidas farmacocinéticas en voluntarios sanos, en ayunas o en los estados de alimentación, según corresponda, utilizando una sola dosis del fármaco o una sola exposición de la prueba genérica y productos de referencia de marca. Numerosos estudios han confirmado que los medicamentos genéricos certificados como bioequivalentes tienen efectos clínicos similares al producto original de marca.

La sustitución del medicamento de marca por el genérico es una decisión política (gubernamental o administrativa). La poca inclinación al consumo de los genéricos (y biosimilares) es debida principalmente a factores emocionales. Tanto los genéricos como los de marca, si en alguna de sus fases o acción terapéutica resultan inseguros deben ser retirados del mercado.

Por otro lado, los medicamentos genéricos pueden contener excipientes distintos a los que se han empleado en el medicamento de referencia y, en algunos estudios, los excipientes han sido responsables de la toxicidad ocasionada por los medicamentos genéricos. Sabemos que ciertos medicamentos cuyos estudios de investigación se desarrollaron en países emergentes como India fueron retirados por dar lugar a poca confianza en pacientes y profesionales.

No existe evidencia absoluta de que la calidad de los estudios hechos en países emergentes sea inferior a la de los desarrollados, pero sí de que se han detectado varios casos de mala dando lugar a preocupación en países de Asia, África y América Latina. Hace poco más de una década las empresas financiadoras de ensayos clínicos excluían rutinariamente a países tales como India y China para la realización de estos estudios. Sin embargo, desde 2005, se ha duplicado el número de ensayos clínicos que efectúan las grandes compañías farmacéuticas en alguno de estos países.

Cabe señalar que, en gran parte de los países en desarrollo, las agencias reguladoras de medicamentos son instituciones con escasa fuerza, y los Comités Éticos de Investigación Clínica no tienen experiencia y sus recursos económicos son insuficientes.En resumen, la utilización de medicamentos genéricos en el mundo está fuertemente supeditada a la optimización del gasto farmacéutico, con el único

requisito de que éstos hayan demostrado ser bioequivalentes respecto al medicamento de referencia.

La optimización del gasto farmacéutico es el motivo principal para el uso de medicamentos genéricos en el mundo y se basa en que estos hayan demostrado su bioequivalencia respecto al de marca.

5 Discusión-Conclusión

No cabe duda de que tanto la investigación, el desarrollo y la posterior comercialización de los medicamentos genéricos son procesos complejos condicionados por las fases del procedimiento. Hay claras diferencias en los requisitos que exigen las agencias reguladoras en los distintos países, a lo que hay que añadir las normas y limitaciones para copiar el medicamento de referencia (protegido por la patente en la mayoría de los casos).

El desarrollo y producción de medicamentos genéricos no se debe orientar al ahorro como principal objetivo, debería estar regido por una política que contemple un control riguroso y unánime a nivel mundial y que promueva la inspección de las actuaciones de los laboratorios de forma rigurosa. Tal vez si el aspecto de la presentación del genérico fuera similar al de marca se evitarían gran número de equivocaciones en las tomas del paciente. Algunos genéricos se presentan en forma de comprimidos de gran tamaño o tienen un sabor desagradable. La mejora de estos aspectos daría lugar a una mejor valoración y aceptación del medicamento.

Sin embargo, algunos médicos todavía se preguntan si la bioequivalencia implica equivalencia clínica. La controversia sobre la comparabilidad clínica de los medicamentos genéricos con los medicamentos de marca es particularmente alta entre los medicamentos de ”índice terapéutico estrecho” (NTI) en los que pequeñas diferencias en la dosis o la concentración sanguínea pueden conducir a fallos terapéuticos graves o reacciones adversas al medicamento.
Otros médicos han criticado el alcance de la supervisión de la FDA, señalando que la FDA no cuenta con recursos suficientes para confirmar la calidad de la fabricación de todos los medicamentos genéricos. A pesar de estas preocupaciones, los responsables de formular políticas con frecuencia instan a los médicos a recetar medicamentos genéricos sobre medicamentos de marca, cuando ambas opciones están disponibles. Sin embargo, sabemos muy poco acerca de las percepciones de los médicos sobre medicamentos genéricos y el proceso de aprobación de medica-

mentos genéricos. Algunos estudios previos han encontrado resultados mixtos, algunos citando actitudes positivas hacia los genéricos, y otros que afirman opiniones negativas.

Es evidente que esta controversia existe, aunque el porcentaje es más elevado a favor de médicos con actitud positiva hacia los medicamentos genéricos. Se ha demostrado en algunos medicamentos genéricos que la normativa y vigilancia ejercidas a la hora del desarrollo y comercialización de éstos no es suficiente, dando lugar a opiniones negativas respecto a ellos en cuanto a equivalencia terapéutica, eficacia y seguridad. Los pacientes que cambian al uso de medicamentos genéricos deben tener establecidas valoraciones periódicas para un adecuado control de efectos no previstos o indeseables.

La calidad de nuestro sistema sanitario tendría un nivel más elevado si no contemplase como objetivo principal el ahorro económico a la hora de comercializar medicamentos genéricos y daría lugar a una mejor aceptación por parte de los pacientes.

6 Bibliografía

1. Medicamentos genéricos ¿es suficiente la demostración de bioequivalencia para asegurar calidad, eficacia y seguridad? Rev. ROL Enferm|2015|38(5):362-365.
2. Medicamentos genéricos. Contener el gasto farmacéutico, pero con garantías de calidad. Rev. ROL Enferm |2014| 35(2): 10-19.
3. European Medicines Agency. GVK Biosciences: European Medicines Agency recommends suspending medicines over flawed studies [Internet]. Disponible en: http://www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/news_and_events/news/2015/01/news_detail_002256.) jspamid=WC0b01acos8004dsc1.
4. Shrank WH, Liberman JN, Fischer MA, Girdish C, Brennan TA, Choudhry NK (2011) Percepciones de los médicos sobre los medicamentos genéricos. Ann Pharmacother 45: 31-38. doi: 10.1345 / aph.1P389 [PubMed].
5. Jankovic SM, Ignjatovic Ristic D. Is bioavailability altered in generic versus brand anticonvulsants? Expert Opin Drug Metab Toxicol. 2014 Dic 2: 1-4.
6. Corrao G, Soranna D, Merlino L, Mancia G (2014) Similitud entre genéricos y medicamentos antihipertensivos de marca para la prevención primaria de la enfermedad cardiovascular: evidencia de un gran estudio basado en la población. Eur J Clin Invest 44: 933-939. doi: 10.1111 / eci.12326 [PubMed].
7. Centro de Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE. UU. Para la Oficina de Evaluación de Medicamentos e Investigación de

Medicamentos Genéricos. Prefacio del libro naranja. http://www.fda.gov/Drugs/DevelopmentApprovalProcess/ucm079068.htm
.
8. Garrido-Siles, M, Arenas-Villafranca JJ, Pérez Ruiz E, de Linares Fernandez MF, Tortajada B, Rivas-Ruiz F, et al. New cutaneous toxicities with generic docetaxel: ¿are the excipients guilty? Support Care Cancer. 2014 Dic 10.
9. Gothe H, Schall I, Saverno K, Mitrovic M, Luzak A, Brixner D, et al. (2015) El impacto de la sustitución genérica en la salud y los resultados económicos: una revisión sistemática. Appl Health Econ Health Policy 13 Suppl 1: S21-33. doi: 10.1007 / s40258-014-0147-0 [Artículo gratuito de PMC] [PubMed]
10. Yu LX, Jiang W, Zhang X, Lionberger R, Makhlouf F, Schuirmann DJ, et al. (2015) Nuevo enfoque de bioequivalencia para medicamentos de índice terapéutico estrecho. Clin Pharmacol Ther 97: 286-291. doi: 10.1002 / cpt.28
[PubMed]
11. Gothe H, Schall I, Saverno K, Mitrovic M, Luzak A, Brixner D, et al. (2015) El impacto de la sustitución genérica en la salud y los resultados económicos: una revisión sistemática. Appl Health Econ Health Policy 13 Suppl1: S21-33. doi: 10.1007 / s40258-014-0147-0 [Artículo gratuito de PMC] [PubMed]
12. Yu LX, Jiang W, Zhang X, Lionberger R, Makhlouf F, Schuirmann DJ, et al. (2015) Nuevo enfoque de bioequivalencia para medicamentos de índice terapéutico estrecho. Clin Pharmacol Ther 97: 286-291. doi: 10.1002 /cpt.28 [PubMed]
13. Bloom RD, Trofe-Clark J, Wiland A, Alloway RR (2013) Un estudio farmacocinético cruzado, aleatorizado, que compara el tacrolimus genérico versus la formulación de referencia en subpoblaciones de pacientes con trasplante de riñón . Clin Transplant 27: E685-693. doi: 10.1111 /ctr.12256 [PubMed]
14. Garattini L, Tediosi F (2000) Un análisis comparativo de los mercados de genéricos en cinco países europeos. Política de salud 51: 149-162. [PubMed]
15. Dunne SS, Shannon B, Cullen W, Dunne CP (2014) Creencias, percepciones y comportamientos de los médicos generales hacia los medicamentos genéricos. Fam Pract 31: 467-474. doi: 10.1093 / fampra / cmu024 [PubMed]
16. Dunne SS, Dunne CP (2015) ¿Qué piensan realmente las personas de los medicamentos genéricos? Una revisión sistemática y una evaluación crítica de la literatura sobre las percepciones de los interesados sobre los medicamentos genéricos. BMC Med 13: 173 doi: 10.1186 / s12916-015-0415-3 [Artículo gratuito de PMC] [PubMed]
17. Gagne JJ, Polinski JM, Jiang W, Dutcher SK, Xie J, Lii J, y col. (2016) Switchbacks asociados con medicamentos genéricos aprobados usando determinaciones de equivalencias terapéuticas específicas del producto. Pharmacoepidemiol Drug

Saf 25: 944-952. doi: 10.1002 /pds.4009 [PubMed]
18. McManus P, Birkett DJ, Dudley J, Stevens A (2001) Impacto de la política de fijación de precios mínimos e introducción de la sustitución de marca (genérica) en el Esquema de Beneficios Farmacéuticos en Australia. Pharmacoepidemiol Drug Saf 10: 295-300. doi: 10.1002 /pds.603 [PubMed]
19. Dunne SS, Shannon B, Cullen W, Dunne CP (2014) Creencias, percepciones y comportamientos de los médicos generales hacia los medicamentos genéricos. Fam Pract 31: 467-474. doi: 10.1093 / fampra /cmu024 [PubMed]
20. Dunne SS, Dunne CP (2015) ¿Qué piensan realmente las personas de los medicamentos genéricos? Una revisión sistemática y una evaluación crítica de la literatura sobre las percepciones de los interesados sobre los medicamentos genéricos. BMC Med 13: 173 doi: 10.1186 / s12916-015-0415-3 [Artículo gratuito de PMC] [PubMed]

Capítulo 202

LACTANCIA MATERNA: BENEFICIOS Y OBSTÁCULOS.

IRENE PARDAVILA ÁLVAREZ

SONIA DE LA PUENTE BARCIA

1 Introducción

La lactancia materna no solo es el sustento natural que brindan las mujeres a los recién nacidos, si no, que también aporta una gran cantidad de beneficios, como hormonas, propiedades inmunológicas, favorece la maduración y el desarrollo de órganos y fortalece la microbiota.

También favorece el reconocimiento emocional del bebé y el apego madre-hijo y actúa como factor protector de diversas enfermedades, como la obesidad, hipertensión, dislipidemia y diabetes mellitus entre muchas otras. Si es cierto, que la calidad de la lactancia es más importante que la duración, pues diversos factores van a influir en esta como son el alcohol, el tabaco, las drogas y el estrés, entre otros. (1,3)

2 Objetivos

El objetivo principal de este capítulo es conocer la importancia de la lactancia materna, al igual que los beneficios que aporta y los obstáculos que la impiden.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de artículos procedente de la base de datos "Google académico"

Las palabras claves utilizadas han sido "Lactancia" y "Materna"

Criterios de inclusión:
• Artículos en español o en inglés
• Artículos relacionados con los beneficios de la lactancia materna
• Artículos relacionados con los obstáculos de la lactancia materna
• Artículos publicados en los últimos 5 años

4 Resultados

La lactancia materna protege frente a distintas enfermedades infectocontagiosas, tópicas y cardiovasculares, así como frente a otras como la diabetes, la leucemia, enterocolitis necrotizante, enfermedad celíaca y enfermedades inflamatorias intestinales. También proporciona beneficios en el neurodesarrollo del niño, mejorando su capacidad intelectual y disminuyendo otros problemas como el déficit de atención, problemas en el desarrollo y otros relacionados con la conducta.(3)

La lactancia materna es un factor protector conocido en todo el mundo, disminuye el riesgo de mortalidad infantil al igual que la muerte súbita del lactante. Respecto al tema económico, garantiza un ahorro en el uso de sucedáneos, así como en costes asistenciales. Además, colabora positivamente con el medioambiente. El uso de la leche de fórmula tiene ciertos inconvenientes, como que aumentan el riesgo de problemas en la cavidad oral, así como también afecta negativamente a la microbiota intestinal, la oxigenación y a la termorregulación de los infantes. (3)

La lactancia materna cursa por diferentes etapas en las que destacan ciertas condiciones nutricionales: calostro, leche de transición y leche madura. En la etapa del calostro, la leche se caracteriza por ser rica en anticuerpos, tener un alto contenido en proteínas y bajo en grasa y por proporcionar al bebé las vitaminas que necesita. El calostro colabora con el asentamiento de la flora en el tracto digestivo

así como con la eliminación de meconio. En esta etapa también se suministra al bebé hormonas como la leptina, prolactina y la FGF-21, entre otras. Esta última, favorece la absorción de los nutrientes y regula la función intestinal.(1)

La leche de transición contiene una mayor cantidad de grasa, lactosa y vitaminas solubles en agua. Por lo que también aumenta el contenido energético, mientras que se reduce la cantidad de inmunoglobulinas y de proteínas. Esta etapa tiene que ver con el desarrollo neuronal y el crecimiento.(1)
En la leche madura, encontramos un aumento de carbohidratos, vitaminas solubles en agua y grasa. En esta etapa cobran importancia los componentes grasos, los cuales son fundamentales para la maduración de la vista y para la elaboración de las conexiones de las neuronas, para esto la madre debe ingerir alimentos ricos en estos componentes.(1)

Conociendo el método de alimentación natural que es la lactancia materna, en todo el mundo se encuentra una corta duración de este método, al igual que sigue siendo un bajo número de personas las que eligen esta forma de alimentación. Entre los obstáculos que pueden hacer que esto ocurra encontramos la publicidad que apoya la alimentación con sucedáneos, mitos sociales, cultura, separación madre-hijo y problemas en lactancias anteriores, entre otros. Respecto a la interrupción de la lactancia se puede deber a una escasa cultura de amamantamiento, la publicidad que fomenta el abandono de la lactancia materna, falta de apoyo a la madre trabajadora y lactante, desconocimiento de los inconvenientes de los sucedáneos y factores socioculturales que impiden amamantar en público. (2)

5 Discusión-Conclusión

La leche materna proporciona al recién nacido diversos beneficios, que con vistas al futuro le protegerán de enfermedades crónicas y otro tipo de estas. También a nivel emocional, la madre y el bebé sienten un mayor vínculo gracias a este método de alimentación, que le permite sentirse protegido y poder reconocer a través de los sentidos a su madre. La lactancia materna garantiza numerosas ventajas para el neonato a diferentes niveles, biológico, hormonal y psicológico, por ello, es fundamental reconocer su importancia. (1)

6 Bibliografía

1. Morales A, Frausto-González O, de Jesús Bautista R, Bautista CJ. Lactancia Materna: Una gota blanca de oportunidades. Revista de la Escuela de Medicina Dr. José Sierra Flores Universidad del Noreste. 2018; 32(2). Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Oswaldo_Frausto-Gonzalez/publication/335684237_Lactancia_materna_Una_gota_blanca_de_oportunidades/links/5d745d294585151ee4a63089/Lactancia-materna-Una-gota-blanca-de-oportunidades.pdf
2. Asociación Española de Pediatría. Manual de lactancia materna. Ed. Médica Panamericana. 2015. Disponible en: https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=Ulxyj72VZD0C&oi=fnd&pg=PR9&dq=Lactancia+materna&ots=jrkR2BlOtW&sig=749rhvJdxW4Gv_7uaZ0XMwtrfhI#v=onepage&q&f=false
3. Brahm P, Valdés V. Beneficios de la lactancia materna y riesgos de no amamantar. Revista chilena de pediatría. 2017; 88(1), 07-14. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/pdf/rcp/v88n1/art01.pdf

Capítulo 203

ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA.

ANDREA RUTH RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ

MARÍA RODRÍGUEZ LECHA

1 Introducción

El término anticoncepción de emergencia, o anticoncepción poscoital, se refiere a métodos anticonceptivos que se pueden utilizar para prevenir embarazos en los días inmediatamente posteriores a la relación sexual. Se estableció para situaciones de emergencia creadas por una relación sexual sin protección, la falla o el uso incorrecto de otros anticonceptivos (como la omisión de una píldora anticonceptiva o la rotura de un preservativo) y para casos de violación o relaciones sexuales forzadas.

La anticoncepción de emergencia solo es eficaz en los primeros días posteriores a la relación sexual, antes de la salida del óvulo del ovario y antes de que ocurra la fertilización por un espermatozoide. Las píldoras anticonceptivas de emergencia no pueden interrumpir un embarazo establecido ni dañar al embrión en desarrollo.

2 Objetivos

- Descubrir cómo son y cuál es la función de los actuales anticonceptivos de emergencia que hay en el mercado actualmente.
- Saber en que situaciones se pueden tomar los anticonceptivos de emergencia.
- Saber quién se puede beneficiar de este tipo de anticoncepción.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: pubmed, medline, y scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La anticoncepción de emergencia puede prevenir la mayoría de los embarazos cuando se usa después de una relación sexual. Se puede recurrir a la anticoncepción de emergencia después de una relación sexual sin protección; cuando falla la anticoncepción o el anticonceptivo se usa incorrectamente, y en caso de agresión sexual.
Existen dos métodos de anticoncepción de emergencia: las píldoras anticonceptivas de emergencia y los dispositivos intrauterinos de cobre.

Si se los coloca en los cinco días posteriores a la relación sexual sin protección, los dispositivos intrauterinos de cobre son el método más eficaz de anticoncepción de emergencia.
El régimen recomendado por la OMS para las píldoras anticonceptivas de emergencia es una dosis de 1,5 mg de levonorgestrel administrada en los cinco días (120 horas) posteriores a la relación sexual sin protección.

Dispositivos intrauterinos de cobre: La OMS recomienda que la colocación de un dispositivo intrauterino de cobre como anticonceptivo de emergencia se realice en los cinco días posteriores a la relación sexual sin protección. Este método anticonceptivo de emergencia puede ser ideal para las mujeres que desean usar un método anticonceptivo continuo y sumamente eficaz.

El dispositivo intrauterino de cobre impide la fertilización porque provoca un cambio químico que afecta al espermatozoide y al óvulo antes de que lleguen a unirse. Cuando se coloca en los cinco días posteriores a la relación sexual sin protección, la eficacia del dispositivo intrauterino de cobre para prevenir el embarazo es del 99%. Una vez colocado, la mujer puede continuar utilizándolo como método

anticonceptivo regular y decidir cambiarlo por otro método más adelante.

El dispositivo intrauterino de cobre es un método de anticoncepción de emergencia sumamente seguro. Los riesgos de infección, expulsión o perforación son bajos. La única situación en las que de ninguna manera se puede utilizar un dispositivo intrauterino de cobre como método anticonceptivo de emergencia es el embarazo. El uso del dispositivo intrauterino de cobre como método anticonceptivo regular tiene otras contraindicaciones, que también se deben tomar en cuenta antes de usarlo como método de emergencia.

Anticoncepción hormonal de urgencia:
"Dispensación sin receta de la píldora del día siguiente"
Desde septiembre de 2009, la conocida como píldora del día siguiente (NorLevo 1500 microgramos comprimido y Postinor 1500 microgramos comprimido) puede adquirirse sin receta médica en las farmacias españolas, una vez finalizados los trabajos para el cambio de estatus de este medicamento.

Esta medida, que se integra en la Estrategia de salud sexual y reproductiva del Sistema Nacional de Salud, anunciada por el Ministerio de Sanidad y Política Social, tiene como objetivo facilitar el acceso a la píldora a todas las mujeres que la necesiten, independientemente de su lugar de residencia y en el plazo necesario para garantizar su eficacia (hasta 72 horas después de una relación sexual). Con esta iniciativa, España se equipara a la mayoría de los países de su entorno (la anticoncepción hormonal de urgencia es de libre dispensación en 15 países europeos).

El uso de la píldora del día siguiente debe circunscribirse únicamente a aquellas situaciones de urgencia que lo requieran, principalmente cuando fallen otros métodos anticonceptivos o en relaciones sexuales no protegidas. A este respecto, el Ministerio de Sanidad y Política Social ha hecho hincapié en que la píldora no debe emplearse como un método anticonceptivo habitual.

Ella es una píldora anticonceptiva de emergencia que contiene 30 mg de acetato ulipristal, un modulador del receptor de progesterona. Es efectivo hasta 5 días después de la relación sexual no protegida. ella se vende sólo con prescripción médica, sin importar la edad. También puede solicitar ella a través de un servicio de prescripción en línea por $40, incluyendo el envío al día siguiente. Esta

vendido en Europa, con el nombre ellaOne.

La T de cobre es un dispositivo intrauterino (DIU) que algunas mujeres usan como método anticonceptivo regular; pero también puede como anticoncepción de emergencia. Para ello un médico o un profesional de la salud capacitado debe insertar el DIU hasta cinco días después de una relación sexual para prevenir un embarazo. Usado como anticonceptivo de emergencia, el DIU T de cobre es mucho más eficaz que cualquier tipo de píldora anticonceptiva de emergencia (o "píldora del día después"), ya que reduce en más de un 99% el riesgo de embarazo. Otra ventaja del DIU T de cobre es que puede dejarse insertado y prevenir el embarazo hasta por un período de diez años.

5 Discusión-Conclusión

Se realizó una revisión actualizada sobre la anticoncepción de emergencia. Esta se basa en la utilización de algunas variantes de métodos anticonceptivos conocidos utilizados después de un coito no protegido. Se hace énfasis en la importancia que tiene el conocimiento de este método como alternativa disponible para los adolescentes.

La anticoncepción de emergencia a veces es llamada «anticoncepción poscoito» y también «píldora del día siguiente». Estos términos pueden crear cierta confusión, fundamentalmente en las usuarias, ya que puede ser utilizada dentro de los primeros 3 días en cualquier momento, sin tener necesidad de esperar «el día siguiente» y, en el caso de los dispositivos intrauterinos, se pueden usar hasta dentro de los primeros 5 días. Por tanto, el concepto lo que trata de reflejar es que requiere un uso emergente, sin especificar el momento exacto en que debe ser utilizado.

6 Bibliografía

- http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312006000200009
- http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/SPOG-AOE-Mirada-Cientifica.pdf

Capítulo 204

ANTICONCEPCIÓN ORAL DE EMERGENCIA.

ANDREA RUTH RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ

MARÍA RODRÍGUEZ LECHA

1 Introducción

En la última década ningún método anticonceptivo ha sido de tantos y tan encendidos debates como la Anticoncepción Oral de Emergencia (AOE). Al mismo tiempo, ningún método anticonceptivo es de tanta importancia para la salud pública y para garantizar los derechos reproductivos de las mujeres, como la AOE.

De acuerdo con la OMS, la anticoncepción de emergencia se refiere a métodos que las mujeres pueden usar como alternativa y solo en caso de emergencia, dentro de los primeros días posteriores a una relación sexual sin protección, con el objetivo de prevenir un embarazo no deseado.

2 Objetivos

Proporcionar un conocimiento actualizado tanto de los beneficios como contraindicaciones de los AOE , dado que pueden evitar un alto porcentaje de los embarazos no deseados y por tanto disminuir el numero de mujeres que hacen uso de las interrupciones de embarazo.
Aunque si bien es cierto que en todo momento nos referiremos a este metodo como algo puntual y así queremos transmitir que unicamente lo utilizaremos en caso de emergencia como su propio nombre indica, siendo siempre prioritaria la educacion e información sobre los diversos métodos anticonceptivos que existen.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: pubmed, medline, y scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Toda la población debería tener conocimiento de estas alternativa anticonceptiva que se describen en este escrito, que es muy útil también en la adolescencia y que tienen pocas contraindicaciones en la mujer.

Creemos que el uso de estos medicamentos debe tener un facil acceso ya que están diseñados para ser empleado en situaciones de emergencia. En último punto es conveniente destacar que este método no protege contra las ETS.

1. Levonorgestrel

Concepto:
Levonorgestrel es un anticonceptivo de urgencia. Pertenece a un grupo de medicamentos llamados progestágenos postcoitales. Actualmente en España existen dos marcas comerciales, el Norlevo y Postinor.

Mecanismo de acción:

Mecanismo de acción tiene efectos sobre la ovulación y tiene que ver con el desempeño de esta hormona in vivo (evitando que los ovarios liberen el óvulo), sobre el transporte de gametos, sobre la función del cuerpo lúteo (evitando que el óvulo fecundado se adhiera a la pared del útero) y sobre el endometrio.

Farmacocinética:

La biodisponibilidad absoluta del levonorgestrel es casi del 100% de la dosis administrada y no sufre metabolismo del primer paso. En un estudio realizado en 16 mujeres sanas tras una dosis única de 0.75 mg, la concentración plasmática máxima (Cmáx.) fue de 14.1 ± 7.7 ng/ml (media ± DS) al cabo de 1.6 horas ± 0.7 horas (Tmáx.), existiendo importantes fluctuaciones interindividuales.

La distribución del levonorgestrel es a través de la unión a la albúmina sérica en un 50% y a la globulina fijadora de hormonas sexuales (SHBG) en un 47.5%. Sólo alrededor de 1.5-2.5% de los niveles séricos totales está presente en forma de esteroide libre. Alrededor de un 0.1% de la dosis puede ser secretada en la leche materna.

Una vez administrado por vía oral en dosis única sufre un ligero metabolismo hepático. También existen cantidades pequeñas de metabolitos sulfato y flucorónido en plasma. En orina se han identificado metabolitos hidroxilados.La vida media de eliminación de levonorgestrel es de 24.4 ± 5.3 horas. El levonorgestrel se excreta en forma de metabolitos en orina y en menor proporción en heces.

Posología del levonorgestrel:

El levonorgestrel es una progestina sintética biológicamente activa por ser estructuralmente semejante a la progesterona. Es más efectivo si lo toma tan pronto como sea posible. Levonorgestrel sólo puede prevenir el embarazo si lo toma dentro de las 72 horas siguientes tras haber mantenido relaciones sexuales sin protección o cuando el método anticonceptivo utilizado ha fallado. No es eficaz si ya está embarazada. Si mantiene relaciones sexuales sin protección después de tomar NorLevo, el medicamento no evitará que pueda quedarse embarazada.

2. Acetato de ulipristal

Concepto:

El ulipristal (en forma de acetato) es un modulador sintético de los receptores de la progesterona, que actúa uniéndose con gran afinidad. Como consecuencia se produce un retraso en la ovulación. El ulipristal se utiliza como anticonceptivo de urgencia: su administración en las 72 horas siguientes a las relaciones sexuales evita entre el 75 y 81% de los embarazos.

Mecanismo de acción:

Se cree que el mecanismo de acción principal del ulipristal es la inhibición o el retraso de la ovulación, pero las alteraciones que produce en el endometrio pueden contribuir también a la eficacia del medicamento. El ulipristal presenta una elevada afinidad hacia los receptores de los glucocorticoides y, se han observado efectos antiglucocorticoides en animales. Sin embargo, no se ha observado ese mismo efecto en el ser humano. Cuando se administra inmediatamente antes del

momento previsto de la ovulación, el ulipristal es capaz de posponer la ruptura folicular en algunas mujeres.
El ulipristal tiene una afinidad mínima por los receptores androgénicos y carece de afinidad por los receptores de estrógenos o mineralocorticoides.

Farmacocinética:

Después de una dosis oral, la absorción del ulipristal es rápida. Las concentraciones plasmáticas máximas, de 176 ng/m se alcanzan en una hora. En presencia de alimentos las concentraciones máximas se reducen en un 45% y se retrasa la Tmax.
El ulipristal se une extensamente a las proteínas del plasma (99%) en particular a la albúmina, glucoproteína ácida alfa-1 y lipoproteínas de alta densidad.
El acetato de ulipristal se excreta en la leche materna.

Posología del acetato de ulipristal:

Administración de un comprimido (30mg) por vía oral lo antes posible, pero como máximo 120 horas (5 días) después de haber mantenido relaciones sexuales sin protección o haberse producido un fallo del anticonceptivo utilizado. Puede tomarse con o sin alimentos. Si se producen vómitos en las tres horas siguientes a la administración, debe tomarse otro comprimido. Se puede tomar en cualquier momento del ciclo menstrual. Antes de administrar acetato de ulipristal, se debe descartar un posible embarazo.

Levonorgestrel: reacciones adversas y contraindicaciones

Contraindicaciones
Hipersensibilidad.
Embarazo: está clasificado como categoría X, por tanto no debe administrarse a mujeres embarazadas.
Advertencias y precauciones
Insuficiencia hepática grave (no recomendado).
Disminuye su eficacia en caso de síndromes graves de mala absorción (enfermedad de Crohn).
No evita las infecciones de transmisión sexual.
No recomendado en menores de 16 años.

Interacciones

Su eficacia disminuye con: anticonvulsivantes (fenobarbital, fenitoína, primidona, carbamazepina); rifabutina, rifampicina; griseofulvina; ritonavir; hypericumperforatum.
Aumenta la toxicidad de ciclosporina.

Lactancia
El levonorgestrel se excreta con la leche materna. La exposición potencial del lactante a levonorgestrel puede reducirse si la mujer toma los comprimidos inmediatamente después de una toma y evita la lactancia tras la administración.

Reacciones adversas
Sus principales reacciones adversas son: sangrado no relacionado con la menstruación, retraso en la menstruación de más de 7 días, hemorragia irregular y manchado, mareos, cefalea, dolor epigástrico, náuseas, diarrea, vómitos, fatiga, aumento de la sensibilidad mamaria, cansancio.

Acetato de ulipristral: reacciones adversas y contraindicaciones

Contraindicaciones
Hipersensibilidad y embarazo
Advertencias y precauciones
Insuficiencia renal, insuficiencia hepática, asma grave.
Si se produce embarazo después del tratamiento, se debe considerar un posible embarazo ectópico.
No se recomienda su uso más de una vez en el mismo ciclo menstrual, por tanto se debe utilizar otro método anticonceptivo (preservativo) después de recurrir a la contracepción de emergencia, hasta el inicio de menstruación.
No recomendado en menores de 18 años
Insuficiencia hepática
Precaución (falta de estudios). No se recomienda en insuficiencia hepática grave.
Insuficiencia renal
Precaución (falta de estudios).

Interacciones:
Su concentración plasmática se ve reducida por: inductores de la enzima CYP3A4 (rifampicina, fenitoína, fenobarbital, carbamazepina, efavirenz, fosfenitoína, nevirapina, oxcarbazepina, primidona, rifabutina, hipérico), medicamentos que incrementan el pH gástrico (inhibidores de la bomba de protones, antiácidos y antagonistas de los receptores H2), ritonavir (usado durante un largo período); y se ve aumentada por: inhibidores potentes de CYP3A4.

Reduce la acción anticonceptiva de los anticonceptivos hormonales convencionales; además se deben evitar otros anticonceptivos de emergencia que contengan levonorgestrel.

Embarazo:
Contraindicado durante el embarazo o si se sospecha un embarazo.
Lactancia
El acetato de ulipristal se excreta en la leche materna. No se ha estudiado el efecto sobre los lactantes, por lo que no puede descartarse un cierto riesgo. Se recomienda interrumpir la lactancia por lo menos durante una semana después de su administración.

Reacciones adversas
Sus principales reacciones adversas son: trastornos del estado de ánimo, cefalea, mareos, dolor abdominal superior, náuseas, vómitos, molestias abdominales, mialgia, dolor de espalda, dismenorrea, dolor pélvico, sensibilidad en los senos, cansancio.

5 Discusión-Conclusión

La anticoncepción de emergencia puede ser útil en diferentes situaciones, después de una relación sexual.
• Cuando no se usó ningún método anticonceptivo.
• Cuando ha ocurrido una falla en el método anticonceptivo utilizado o se lo ha utilizado incorrectamente, por ejemplo:
- Rotura, deslizamiento o uso incorrecto del preservativo;
- Omisión de tres o más píldoras anticonceptivas combinadas consecutivas;
- Tres horas de retraso en la toma de la píldora anticonceptiva que solo contiene progestágeno (minipíldora), o más de 12 horas de retraso en el caso de las píldoras de 0,75 mg de desogestrel;
- Más de dos semanas de retraso en la aplicación de la inyección de progestágeno solo de enantato de noresterona;
- Más de cuatro semanas de retraso en la aplicación de la inyección de progestágeno solo de acetato de medroxiprogesterona de depósito;
- La inyección mensual combinada de estrógenos y progestágeno se ha aplicado más de siete días tarde; - Desplazamiento, colocación tardía o extracción prematura del parche transdérmico o el anillo hormonal vaginal; Desplazamiento, rotura o desgarro del diafragma o capuchón cervical;
- Falla del coito interrumpido (eyaculación en la vagina o los genitales externos);

- La tableta o película espermicida no se ha disuelto antes de la relación sexual:
- Error de cálculo en el método de abstinencia periódica o relaciones sexuales en los días fértiles del ciclo en las que no se ha usado un método anticonceptivo de barrera;
- Expulsión del dispositivo intrauterino o el implante anticonceptivo hormonal;
• Agresión sexual a una mujer que no estaba protegida por un método anticonceptivo eficaz.

Métodos de anticoncepción de emergencia:

Existen dos métodos de anticoncepción de emergencia:
• las píldoras anticonceptivas de emergencia:
• los dispositivos intrauterinos de cobre.

1. Píldoras anticonceptivas de emergencia.

La OMS recomienda la píldora de levonorgestrel para la anticoncepción de emergencia. Lo ideal es que la mujer tome una sola dosis de esta píldora de progestágeno solo (1,5 mg) en los cinco días posteriores (120 horas) a la relación sexual sin protección. Otra posibilidad es que tome dos dosis de levonorgestrel (de 0,75 mg cada una, con un intervalo de 12 horas).

Mecanismo de acción:
- Las píldoras anticonceptivas de emergencia de levonorgestrel previenen el embarazo impidiendo o retrasando la ovulación. También pueden impedir la fertilización de un óvulo por su efecto sobre el moco cervical o la capacidad del espermatozoide de unirse al óvulo.
- Las píldoras anticonceptivas de emergencia de levonorgestrel no son eficaces una vez que ha comenzado el proceso de implantación, y no pueden provocar un aborto.

Eficacia:
De acuerdo con los resultados de nueve estudios en los que participaron 10.500 mujeres, la eficacia del régimen de levonorgestrel recomendado por la OMS para prevenir el embarazo tiene una eficacia del 52% al 94%. Es más eficaz cuanto antes se toma después de la relación sexual.

6 Bibliografía

1. Hatcher AR, Ward R, Blackburn R, Geller J. Lo esencial de la tecnología anticonceptiva. Manual para personal clínico. Programa de Información a la población Facultad de Salud Pública. Universidad de Johns Hopkins Editorial Ardent Media INC.; 1999: viii.
2. World Health Organization: Randomized trial of levonorgestrel versus Yuspe Regimen of combined oral contraception. The Lancet. 1998; 352:428.
3. González AC. Optar por la anticoncepción. Profamilia. 1998;16 (31):50.

Capítulo 205

A PROPÓSITO DE UN CASO: DETERIORO DE LA INTERACCIÓN SOCIAL.

CRISTINA MARTINEZ GUTIERREZ

SHEILA FERNÁNDEZ CÁRCABA

1 Introducción

El ser humano es un ser social, por eso le resulta imprescindible poseer capacidades que le permitan relacionarse con sus iguales. Sentir, desear o engañar son términos, entre otros muchos, que designan estados o actividades mentales que el niño reconoce muy pronto, incluso antes de saber la palabra que las designa. Sin esa comprensión de los estados mentales le será muy difícil conocer la actividad propia y de los demás y así poder coordinarla. En muchas ocasiones, el resultado es la vivencia estresante de las relaciones sociales, volviéndolas desajustadas o poco gratificantes.

2 Objetivos

- Diseñar un plan de cuidados personalizado a un paciente con dificultades para las relaciones sociales con sus iguales de forma que le permita alcanzar sus objetivos específicos de salud.

3 Caso clínico

Varón de 6 años, convive con su madre y hermano pequeño de 2 años. Padres separados, se mantienen las visitas con su padre legalmente establecidas de forma regular aunque el niño pasa gran parte del día con los abuelos maternos debido a la actividad laboral de los padres.

Cursa 3º de Educación Infantil Acude a salud mental infantil por primera vez en 2015 derivado por su pediatra. Un año después es diagnosticado de Síndrome de Asperger (CIE-10, F-84.5). Desde en primer contacto su lenguaje es muy rico y formalmente correcto empleando frecuentemente ecolalias. Se muestra literal y le cuesta entender bromas y dobles sentidos.

Presenta unos intereses restringidos e intensos. Verbaliza aversión hacia los ruidos y el color rojo, que asocia con lo malo o el castigo. Realiza un juego manipulativo, repetitivo y sin función. No realiza juego simbólico presentando cierta confusión entre fantasía y realidad.

Se muestra dependiente para las actividades de la vida diaria que se relaciona con retraso psicomotor tanto en la motricidad fina como gruesa. Sus padres refieren una gran tolerancia al dolor sin percepción de peligro ni ansiedad de separación, con escasa tolerancia a la frustración, la espera o los cambios inesperados.

4 Discusión-Conclusión

La aplicación de un lenguaje enfermero estandarizado nos permite unificar criterios para favorecer de este modo la continuidad de cuidados, que nos permita establecer objetivos comunes garantizando así la calidad de la asistencia.

5 Bibliografía

-Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Clasificación de Resultados en Enfermería (NOC). 6ª Edición . Barcelona: Elsevier; 2018.
-Bulecheck GM, Butcher HK, Wagner CM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 7ª Edición. Barcelona: Elsevier; 2018.
-North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2009-2011. Madrid: Harcourt; 2010
-Mardomingo Sanz M.J., Soutuyo Esperon C. Manual de psiquiatría del niño y del adolescente. Asociación española de psiquiatría del niño y del adolescente:

Panamericana; 2009

Capítulo 206

EL TEST DE APGAR.

AIDA SÁNCHEZ MÉNDEZ

1 Introducción

La puntuación del test de APGAR fue diseñada en 1952 por la doctora Virginia Apgar (7 de junio de 1909 - 7 de agosto de 1974) en el Columbia University´s Babies Hospital. Fue una médica estadounidense que se especializó en anestesia y pediatría y es conocida por haber creado el test de Apgar, método utilizado para evaluar la salud de los recién nacidos que ha reducido considerablemente la mortalidad infantil en todo el mundo. La doctora propuso este método simple y repetible, buscando averiguar rápidamente la situación de los recién nacidos, y valorar así los efectos que producían en ellos, la anestesia que recibían sus madres.

Se realiza mediante la observación directa del recién nacido, puntuándose en tres distintos momentos:
1. Al primer minuto tras el nacimiento
2. A los 5 minutos tras el nacimiento
3. A los 10 minutos tras el nacimiento (se suele realizar en recién nacidos a los que pasados los primeros cinco minutos de vida, siguen necesitando la realización de maniobras de reanimación y/o observación de su adaptación).

Y los parámetros que se valoran son:
1. Apariencia/color
2. Pulso/frecuencia cardiaca
3. Gestos/reflejos
4. Actividad/tono muscular

5. Respiración

Cada uno de estos parámetros será puntuado del 0 al 2 (siendo 0 la opción más desfavorable). La puntuación final del test, será la suma total del valor obtenido en cada uno de los parámetros, es decir, a mayor puntuación en el Test de Apgar, mejor estará siendo la adaptación a la vida extrauterina del recién nacido.

La puntuación valorada en el Test, tiene la finalidad de orientar sobre si se deben realizar maniobras de reanimación neonatal, siguiendo esta orientación:
• Apgar de 0 a 3: dificultades marcadas para adaptarse a la vida Extrauterina; recién nacido intensamente deprimido.
• Apgar de 4 a 6: dificultades moderadas, recién nacido moderadamente deprimido.
• Apgar de 7 a 10: ausencia de dificultades, estado satisfactorio.
En resumen, este test es una herramienta para una evaluación rápida del estado y la vitalidad del recién nacido tras el nacimiento pero NO PREDICE el estado de salud futuro que tendrá el recién nacido.

	0	1	2
Apariencia/color	Cianosis o palidez	Cuerpo rosado con extremidades azules	Completamente rosado
Pulso/FC	Ausente	Menos de 100 latidos por minuto	Más de 100 latidos por minuto
Gesto/reflejos (estimulación planta del pie)	Sin respuesta	Quejido, mueca	Llanto
Actividad/tono muscular	Flacidez	Extremidades algo flexionadas	Movimiento activo
Respiración	Ausente	Llanto débil, quejumbroso	Llanto vigoroso

2 Objetivos

- Exponer la importancia de saber realizar correctamente dicho test. En cuestión de segundos y sólo mediante observación directa podemos ser capaces de reconocer si un recién nacido necesita atención médica (test menor de 7). Cuanto más bajo sea el resultado del test, mayor ayuda necesitará el bebé para adaptarse fuera del vientre materno.

3 Caso clínico

Ingresa en planta de hospitalización secundigesta de 39+6 semanas de gestación por trabajo de parto. Gestación fisiológica, normal y única.
Cultivos negativos.
No antecedentes personales de interés.

Tras 10 horas de trabajo de parto no medicalizado nace hembra por parto eutócico, muy manchada de meconio. APGAR 6/8/10. Se lleva a la bebé hasta la incubadora de urgencia y se aspiran abundantes secreciones orofaríngeas de aspecto meconial y se aplica oxígeno con mascarilla a presión positiva durante tres minutos aproximadamente. Posteriormente llora de forma no muy intensa. Buena coloración en todo momento.

Una vez que se enseña a los padres se la trae a la unidad de pediatría para monitorizar saturación de oxígeno, frecuencia cardíaca y temperatura, todo ello dentro de parámetros normales. En ese momento, llanto fuerte, activa y sonrosada. Hizo primera micción con orina clara.
Una vez estable se le lleva a la madre para iniciar lactancia materna.

4 Discusión-Conclusión

Apgar en el primer minuto
- Apariencia: completamente rosado
- Pulso: mayor de 100 lat/min
- Gesto: mueca
- Actividad: extremidades algo flexionadas
- Respiración: ausente

Puntuación: 6

Apgar a los 5 minutos

- Apariencia: completamente rosado
- Pulso: mayor de 100 lat/min
- Gesto: llanto
- Actividad: extremidades algo flexionadas
- Respiración: llanto débil
Puntuación: 8

Como todavía sigue necesitando que se observe su adaptación ….

Apgar a los 10 minutos
- Apariencia: completamente rosado
- Pulso: mayor de 100 lat/min
- Gesto: llanto
- Actividad: movimiento activo
- Respiración: llanto vigoroso
Puntuación: 10 y este es el momento en el que debemos llevar a la bebé junto a su madre para fomentar el contacto piel con piel y comenzar la lactancia materna.

El saber realizar este test nos permite actuar con rapidez en caso de que la puntuación final sea menor de 7 y poder ayudar al niño a una rápida adaptación al medio.

5 Bibliografía

- www.medlineplus.gov
- www.aeped.es
- www.analesdepediatria.org

Capítulo 207

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE EL SÍNDROME DE LEMIERRE.

CRISTINA ORDIALES VEGA

SHEILA PEREZ RODRÍGUEZ

JENNYFER CORBEIRA PRESNO

DAVID RODRÍGUEZ ALONSO

LLARA LAVILLA SOLÍS

1 Introducción

Es una complicación séptica de la amigdalitis aguda causada generalmente por Fusobacterium necrophorum, también llamada sepsis postanginal. Esta es una bacteria gram negativo anaerobia que suele ser habitual en la flora oral.

Es una enfermedad rara en la actualidad debido a los tratamientos con penicilina. Es potencialmente letal ya que aunque su origen es una infección orofaríngea puede complicarse y extenderse al espacio carotídeo. Se asocia a tromboflebitis séptica de la vena yugular interna y embolias sépticas a distancia siendo el compromiso pulmonar el mas frecuente.

2 Objetivos

- Describir el Síndrome de Lemierre , conocer su epidemiología, diagnóstico y tratamiento

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: pubmed, medline, y scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Este síndrome fue descrito en 1900 por Courmont y Cade pero fue el microbiólogo francés André
Lemierre quien mejor caracterizó esta patología en 1936. Considerada una enfermedad relativamente común con una alta mortalidad en la era preantibiótica. Este síndrome se caracteriza por una tromboflebitis de la vena yugular interna y embolias sépticas a distancia después de una amigdalitis aguda.

Afecta más a adolescentes y adultos jóvenes aunque también se han descrito casos en niños.
Un factor predisponente es la alteración de las barreas de defensa cutáneo-mucosas debidas a la infección por fusobacterias que suceden en enfermedades microvasculares, trauma, cirugía e incluso faringitis producidas por el virus Epstein-Barr.

Se diferencias varias etapas de la enfermedad:
-Primera etapa: infección primaria
-Segunda etapa: invasión del espacio faríngeo
-Tercera etapa: infección metastásica (bacteriemia y extensión hematógena hacia otros lugares) El sitio más común de embolización séptica es el pulmón.

Aunque el diagnóstico es difícil se debe sospechar ante toda sepsis grave con antecedentes de una infección orofaríngea reciente y sintomatología pulmonar. Especialmente si existe tumefacción cervical dolorosa.
Para el diagnóstico la técnica de elección es el TAC con contraste. Es preciso utilizar medidas de aislamiento.
Para el tratamiento se recomiendan antibióticos intravenosos a dosis altas con

penicilina y metronidazol. En casos de alergia clindamicina. Este tratamiento deberá prolongarse de 3 a 6 semanas.

5 Discusión-Conclusión

Es clave el diagnóstico precoz y el empleo del tratamiento antibiótico correcto para mejorar el pronóstico.

6 Bibliografía

- Aggarwal S, Nath A, Singh R, Keshri A. Lemierre's Syndrome presenting with neurological and pulmonary symptoms: Case report and review of the literature. Ann Indian Acad Neurol 2013.
- Tapia-Viñé M, González-García B, Bustos A, Cabello J.Manifestaciones radiológicas del Síndrome de Lemierre:a propósito de un caso. Radiología 2001.
- Laguia M, Lahoz T, Martínez J, Valero J, Fraile J, Cámara J. Síndrome de Lemierre. Tromboflebitis séptica de la yugular interna secundaria a amigdalitis aguda. Acta Otorrinolaringol
- Montiel R, Quintero S, Hernández A, De Benito MT, García I, Tinoco I, Pantoja S. Síndrome de Lemierre. La enfermedad olvidad. Med Intensiva.
- Eilbert and Singla: Lemierre's síndrome. International Journal of Emergency Medicine 2013

Capítulo 208

IMPORTANCIA DE LOS PROBIÓTICOS EN PACIENTES A TRATAMIENTO CON ANTIBIÓTICOS.

MARÍA RODRÍGUEZ LECHA

ANDREA RUTH RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

Los alimentos probióticos son microorganismos vivos adicionados que permanecen activos en el intestino en cantidad suficiente como para alterar la microbiota intestinal del huésped, tanto por implantación como por colonización. Pueden tener efectos beneficiosos cuando son ingeridos en cantidades suficientes.

2 Objetivos

- Describir la importancia de los beneficios que aportan los probióticos en pacientes a tratamiento con antibióticos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han

consultado artículos en las principales bases de datos: pubmed, medline, y scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Se han utilizado las siguientes palabras claves:
– "probióticos"
– "flora bacteriana",
– "microflora"
– "antibióticos"

4 Resultados

La dieta que ingerimos tiene un papel clave en el equilibrio y mantenimiento de la flora bacteriana, por ello los probióticos ayudan a un correcto funcionamiento y desarrollo del organismo. Estos adquieren gran importancia en el manejo médico, preventivo y terapéutico.

5 Discusión-Conclusión

El empleo de probióticos está dirigido a aportar un efecto positivo en la salud, por ello, los profesionales sanitarios debemos informar sobre los beneficios de estos, dar a conocer su utilidad, y además, manejar bien que tipo de productos tienen estas características y donde podemos obtenerlos, para así lograr con más facilidad que el paciente los consuma en caso necesario. Tenemos en nuestras manos una forma sencilla de educar al paciente para que su salud mejore.

6 Bibliografía

-Rodríguez J, Sobrino O, Marcos A. ¿Existe una relación entre la microbiota intestinal, el consumo de probióticos y la modulación del peso corporal? NutrHosp . 2013;28.(Suplemento 1.):3–12.
-Castillo Gómez MC del. Pre y probióticos. Cambio 16, ISSN 0211-285X, No 1781 (ENE 23), 2006, págs 68-68.2006;(1781):68–68.
-Amores R, Calvo A, Maestre J. Probióticos. Junio Prous Sci SA-Sociedad Española Quimioter. 2004;17(2):131–9

Capítulo 209

ENFERMEDAD CELIACA: CARACTERÍSTICAS Y ABORDAJE NUTRICIONAL.

VERÓNICA OMAR MARTÍNEZ

1 Introducción

La celiaquía es una enfermedad digestiva que daña el intestino delgado y altera la absorción de las vitaminas, minerales y nutrientes de los alimentos. Se trata de una patología crónica de carácter autoinmune que provoca intolerancia al gluten en individuos genéticamente susceptibles. Esta proteína se encuentra en los cereales como el trigo, la avena, la cebada y el centeno. También puede encontrarse en vitaminas, suplementos, productos para el cabello y la piel, pasta de dientes y bálsamos labiales. Ante la ingesta de gluten el sistema inmunitario responde y se daña la mucosa del intestino delgado (1,2,3).

Casi tres de cada cuatro personas con celiaquía no saben que padecen este trastorno digestivo. Las personas afectadas sufren malnutrición y diversas enfermedades asociadas, pero no todas presentan síntomas de la enfermedad, pudiendo pasar inadvertida durante largo tiempo (4).

En la enfermedad celíaca se produce una reducción del tamaño de las vellosidades intestinales. Estas vellosidades son las encargadas de degradar la comida en partículas más pequeñas para que luego puedan ser absorbidas produciéndose así la digestión de los alimentos. Cuando la longitud de la vellosidad se reduce,

la absorción se acorta, lo que tiene como resultado una mala nutrición e intolerancia al gluten (5,6).

La celiaquía afecta a 1 de cada 200/300 nacidos, aunque se dice que menos de una cuarta parte de los celíacos saben que padecen la enfermedad. Puede afectar por igual a niños que a adultos aunque las manifestaciones clínicas sean diferentes. Se trata de una enfermedad con buen pronóstico y sin tratamiento curativo. La retirada del gluten hace desaparecer los síntomas pero no la sensibilidad a éste. Es muy importante establecer un diagnóstico precoz para evitar complicaciones a largo plazo (5,6).

2 Objetivos

Objetivo general:
- Conocer las características principales de la enfermedad celíaca, como tratarla y consejos dietéticos

Objetivos específicos:
• Identificar los principales síntomas y causas de la enfermedad celíaca
• Describir los principales métodos para diagnosticar a los pacientes celiacos
• Analizar las características principales de una dieta sin gluten

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en diferentes fuentes como el buscador científico MedlinePlus, que recoge información de la Biblioteca Nacional de Medicina y los Institutos Nacionales de la Salud de los Estados Unidos, y la biblioteca científica electrónica en línea Scielo.

La búsqueda de información se ha ampliado en revistas del ámbito nacional como "Webconsultas". Además, mediante una búsqueda libre en Google Académico se han consultado fuentes primarias como The National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases (NIH), la Asociación Española de Pediatría (AEP), la Sociedad de Pediatría de Andalucía Occidental y Extremadura y la Clínica Universidad de Navarra.

Toda la información consultada es de los últimos cinco años y adaptada a los objetivos del capítulo.

4 Resultados

Síntomas y causas de la enfermedad celíaca
Los síntomas de la enfermedad celíaca son variados y se manifiestan de manera diferente en cada persona. Estos pueden depender del tiempo de amamantamiento del bebé, la cantidad de gluten que consume, la edad de inicio de consumo de gluten, la cantidad de daño en el intestino delgado o la edad. Sin embargo, hay gente que no presenta síntomas ni siente malestar. En estos casos, la celiaquía puede ser causa de una elevación de las transaminasas sin motivo aparente con estudios hepáticos normales o de una osteoporosis presente en individuos jóvenes por déficit en la absorción de calcio.

Las personas con enfermedad celíaca que no tienen síntomas también pueden desarrollar las complicaciones de la enfermedad con el tiempo si no reciben tratamiento (4,7). La celiaquía en la infancia suele aparecer poco después de haber iniciado la alimentación con cereales desencadenando síndrome de malabsorción. Este síndrome se manifiesta con diarrea crónica y persistente, retraso en el crecimiento, abombamiento del vientre, inflamación de las piernas por déficit de proteínas, irritabilidad debida al dolor abdominal y, en ocasiones, aftas en la boca e inflamación de articulaciones. También suelen presentar anemia (4,6).

Otros síntomas digestivos que suelen aparecer en la infancia son: hinchazón, sensación de plenitud o inflamación en el abdomen, estreñimiento, gases, náuseas, heces grasosas y con mal olor y vómitos. Cabe destacar la incapacidad para absorber los nutrientes en un momento tan importante para el crecimiento y desarrollo ocasionando daños en el esmalte de los dientes, pubertad tardía, retraso en el desarrollo, cambios de humor, inquietud, baja estatura e importante pérdida de peso. Dependiendo de la edad en la que sea diagnosticada la enfermedad celíaca algunos síntomas como la baja estatura y los defectos de los dientes no mejorarán (4,6).

En adultos los síntomas más frecuentes incluyen fatiga, molestias abdominales y anemia. Entre las manifestaciones más características se encuentran: diarrea, pérdida de peso, dolor abdominal, hinchazón, gases, indigestión, vómitos, obstrucción intestinal, úlceras o llagas en el estómago o la mucosa intestinal y deposiciones frecuentes, blandas, grasientas, pálidas y pestilentes (2,7).

Sin embargo, los adultos son menos propensos a tener síntomas digestivos pudiendo presentar frecuentemente lengua roja y brillante, cefalea, problemas bucales como aftas o sequedad en la boca, hormigueo o entumecimiento de manos y pies, convulsiones, cansancio, calambres musculares, dolores óseos, menstruaciones irregulares, depresión, ansiedad, uñas frágiles, pérdida de cabello y dermatitis herpetiforme (4). La enfermedad celíaca también puede producir una reacción en la que el sistema inmunológico ataca a las células sanas del cuerpo extendiéndose desde el tracto intestinal a otras áreas como huesos, articulaciones, sistema nervioso, piel y bazo (4).

Hoy en día, se desconoce la causa exacta por la que algunas personas desarrollan celiaquía. Sin embargo, se cree que la causa fundamental es un trastorno inmunológico en las paredes del intestino (5).
Se sabe que los defectos en algunos genes de la persona afectada le hacen más susceptible a padecer la enfermedad. Estos genes son comunes y aproximadamente un tercio de la población los tiene. Para que el trastorno se manifieste la persona tiene que exponerse al gluten. También se establecen otras hipótesis como diversos factores ambientales (4).

La enfermedad celíaca puede darse en cualquier momento de la vida y es más común en las personas de raza blanca, origen europeo y sexo femenino. Además, esta patología puede estar desencadenada por una cirugía, el embarazo, el parto, una gastroenteritis bacteriana , una infección viral o el estrés mental grave.

Diagnóstico de la celiaquía

Son precisas varias pruebas diagnósticas para determinar la presencia de la enfermedad celíaca.
Una de ellas es el estudio histológico realizando una biopsia intestinal (extracción de una porción de tejido del intestino delgado para comprobar si se encuentra o no dañado). La biopsia duodeno-yeyunal es la principal prueba para el diagnóstico de la enfermedad celíaca. En esta prueba se observan lesiones propias de esta patología que justifican síntomas como la diarrea, el dolor abdominal o la malabsorción (7).

El informe anatomopatológico debe recoger: orientación y grado de atrofia vellositaria, profundidad de las criptas, relación vellosidad/cripta, número de linfocitos intraepiteliales observados y establecer el nivel de afectación por la clasifica-

ción de Marsh (normal, infiltrativa, hiperplásica, atrofia parcial, atrofia subtotal y atrofia total) (5).
Por otro lado, se realizará un estudio genético. La enfermedad celíaca está en relación con los genes de complejo mayor de histocompatibilidad (HLA tipo II) codificados en el cromosoma 6. La forma de conocer esta HLA es realizando una analítica.

La celiaquía es una enfermedad multigénica por lo tanto la expresión de estos genes es una condición necesaria pero no suficiente para desarrollar la enfermedad. Nos ayuda a confirmar el diagnóstico en caso de que haya más pruebas positivas (1,5). Por otro lado, la presencia elevada de ciertos marcadores serológicos (anticuerpos antigliadina, antiendomisio y/o transglutaminasa) durante la fase activa de la enfermedad y su desaparición tras retirar la ingesta de gluten, resulta un dato que apoya el diagnóstico de la enfermedad. Aún así, no es un criterio diagnóstico definitivo siendo obligatoria una biopsia intestinal previa a la retirada del gluten (5).

Tratamiento de la celiaquía

El tratamiento de la enfermedad celíaca consistirá en una dieta estricta sin gluten que se deberá mantener a lo largo de toda la vida. El fin de esta supresión de la ingesta de gluten es eliminar los síntomas y conseguir una normalización de la mucosa intestinal. Además, se evitarán las posibles complicaciones derivadas del consumo de gluten. Es importante que se indique a los pacientes que ingerir cantidades de gluten, aunque sean pequeñas podría producir daños en la mucosa. Se deberá excluir de la dieta cualquier producto que contenga trigo, avena, cebada o centeno. A todos los pacientes con celiaquía se les suele añadir a su tratamiento suplementos vitamínicos y de hierro para suplir cualquier deficiencia que pudiera haber (2,5,6).

Es preciso llevar a cabo un seguimiento estricto en el tratamiento de la enfermedad celiaca para poder asegurar el cumplimiento de la dieta, el correcto estado nutricional o la evolución favorable de los síntomas (6).
Un bajo porcentaje de pacientes celiacos no presentan mejoría tras la eliminación del gluten en sus ingestas y precisan otros tratamientos farmacológicos asociados. En estos casos la probabilidad de sufrir complicaciones derivadas de la enfermedad aumenta. La mayoría de ellas guardan relación con los desequilibrios nutricionales siendo algunos ejemplos la osteoporosis, el retraso del crecimiento,

las malformaciones congénitas, los mareos o las convulsiones (2).

Educación sanitaria y abordaje nutricional de la enfermedad celíaca
Desde hace unos años ha surgido la leyenda de que los alimentos que contienen gluten y lactosa son perjudiciales para la salud. Este mito a provocado que mucha gente los haya eliminado de su dieta aun no presentando ninguna reacción adversa a ellos y sin recomendación médica previa. Esta modificación en la dieta conlleva importantes desequilibrios nutricionales, por ello se debe contar con un diagnóstico médico de intolerancia antes de prescindir de cualquier alimento (8).

El gluten está presente en muchos productos manufacturados en forma de aditivos como en salsas, sopas, fiambres, rebozados, conservas, etc. Es recomendable asociar las dietas sin gluten a suplementos dietéticos de las vitaminas que fuesen necesarias para corregir los posibles déficits (2). Los suplementos de hierro y otros minerales no suelen ser necesarios, excepto en situaciones de deterioro nutricional importante (5).

Una de las principales dificultades encontradas por las personas celíacas es la falta de variedad de productos disponibles en el mercado que sean aptos para su dieta, y en el caso de los productos que pueden consumir, el elevado precio en relación con los alimentos que tienen gluten. Algunos alimentos que contienen gluten y que estás prohibidos en la dieta celiaca son (9):
• Pan y harina de trigo cebada, centeno y avena
• Bollos, galletas y pastelería
• Macarrones, pizza
• Sopa
• Leches malteadas y alimentos malteados
• Chocolate
• Bebidas como la cerveza

Los alimentos que sí estarían permitidos en una dieta celiaca serían (6,9):
• Leche y sus derivados
• Carne, pescado y mariscos
• Huevos, frutas y verduras
• Hortalizas y legumbres
• Soja
• Arroz, maíz, azúcar y miel
• Aceite

• Sal, pimienta y vinagre

La recuperación tras la instauración de una dieta sin gluten puede no ser inmediata. Las biopsias de duodeno pueden tardar hasta 2 años hasta ser completamente normales en los adultos y en niños no se produce antes del año de tratamiento dietético (2,5). Por este motivo, puede ser necesario excluir la lactosa de la dieta de manera temporal hasta la completa recuperación de la pared intestinal. Además, dependiendo del grado de malnutrición y malabsorción del paciente será necesaria una dieta hipoalergénica, hipercalórica o pobre en fibra (5).

Es recomendable que las familias elaboren una lista de los productos que no contengan gluten y a los que puedan recurrir sin transgresión de la dieta. Cabe destacar que la ingesta de pequeñas cantidades de gluten puede producir lesiones intestinales, aunque no exista repercusión clínica. Los niños y adolescentes con enfermedad celíaca poseen mayor grado de motivación para aprender nuevas habilidades y adquirir nuevos hábitos de conducta. Por ello deben ser apoyados por los adultos en todo momento, favoreciendo así la disminución de las manifestaciones clínicas. El apoyo constante a los pacientes celiacos de cualquier edad favorece un resultado exitoso del tratamiento, siendo los profesionales sanitarios una figura de referencia idónea en esta labor (6).

Por último, mencionar que los alimentos que lleven cereales que contengan gluten deben indicarlo en la lista de ingredientes de forma destacada ya sea con negrita, color de fondo distinto o de alguna manera para que el consumidor lo pueda ver fácilmente. De esta manera, a través de la simple lista de ingredientes que aparecen en el etiquetado, una persona celíaca puede saber si un producto contiene gluten y así evitarlo (10).

5 Discusión-Conclusión

• La enfermedad celíaca es una patología crónica de carácter autoinmune que provoca intolerancia al gluten en individuos genéticamente susceptibles (1,2,3).
• Los síntomas de la enfermedad celíaca son variados y se manifiestan de manera diferente en cada persona (4,7).
• La causa fundamental de la celiaquía es un trastorno inmunológico en las paredes del intestino (5).
• La biopsia duodeno-yeyunal es la principal prueba para el diagnóstico de la

enfermedad celíaca (5).
• El tratamiento de la enfermedad celíaca consistirá en la supresión de la ingesta de gluten con el fin de eliminar las manifestaciones clínicas y conseguir una normalización de la mucosa intestinal (2,5,6).
• La recuperación tras la instauración de una dieta sin gluten puede tardar hasta 2 años en los adultos y en niños no se produce antes del año de tratamiento dietético (2,5).
• A la hora de comprar alimentos la presencia de gluten ha de estar indicada en su etiqueta de manera visible y clara (10).

6 Bibliografía

(1) Núñez C, Garrote J.A. Recomendaciones para la elaboración e interpretación de informes genéticos en enfermedad celíaca. Rev. esp. enferm. dig. [Internet]. 2018 [citado 2020 Ene 20] ; 110(7): 458-461. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082018000700009&lng=es. http://dx.doi.org/10.17235/reed.2018.5269/2017.
(2) Clínica Universidad de Navarra. Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad celiaca en la clínica. Sede Pamplona [Internet]. 2019 [citado 2020 Ene 20]. Disponible en: https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/enfermedad-celiaca
(3) Medline Plus. Enfermedad celíaca. Biblioteca Nacional de Medicina de los EE.UU. [Internet]. 2018 [citado 2020 Ene 21]. Disponible en: https://medlineplus.gov/spanish/celiacdisease.html
(4) National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. Síntomas y causas de la enfermedad celiaca. U.S. Department of Health and Human Services. USA [Internet]. 2016 [citado 2020 Ene 21]. Disponible en: https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la salud/enfermedades-digestivas/enfermedad-celiaca/sintomas-causas
(5) Polanco I, Ribe C. Enfermedad celíaca. aeped.es[internet]. [citado 2020 Ene 23]. Disponible en : http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/5-celiaca.pdf
(6)Miranda Díaz M., Alonso Romero L., De Castro Ochoa M., Millán Jiménez A. Enfermedad celíaca : nuevos criterios diagnósticos . spaoyex.es [internet]. [citado 2020 Ene 24] .Disponible en : https://spaoyex.es/sites/default/files/voxpaed19.2pags28-33.pdf
(7) Nuevo González J.A; Celiaquía [Internet]. España: Webconsultas; 2020 [Actualizado 5 Feb 2020; citado 2020 Ene 26]. Disponible en:

https://www.webconsultas.com/salud-al-dia/celiaquia/sintomas-y-diagnostico-de-la-celiaquia
(8) Redacción de Webconsultas; Dejar de tomar gluten sin ser celíaco aumenta el riesgo de diabetes [Internet]. España: Webconsultas; 2017 [Actualizado 8 May 2017; citado 2020 Ene 26]. Disponible en: https://www.webconsultas.com/noticias/dieta-y-nutricion/dejar-de-tomar-gluten-sin-ser-celiaco-aumenta-el-riesgo-de-diabetes
(9) Nuevo González J.A; Celiaquía [Internet]. España: Webconsultas; 2020 [Actualizado 5 Feb 2020; citado 2020 Ene 27]. Disponible en: https://www.webconsultas.com/celiaquia/dieta-para-celiacos-alimentos-prohibidos-y-permitidos-2883
(10) Robles B; Etiquetado del gluten [Internet]. España: Webconsultas; 2019 [Actualizado 11 Abr 2019; citado 2020 Ene 27]. Disponible en: https://www.webconsultas.com/dieta-y-nutricion/higiene-alimentaria/etiquetado-de-los-alimentos-con-gluten

Capítulo 210

ABORDAJE Y PREVENCIÓN DEL ALCOHOLISMO EN ATENCIÓN PRIMARIA.

VERÓNICA OMAR MARTÍNEZ

ALEJANDRO ÁLVAREZ ÁLVAREZ

AITOR GARCÍA CASASOLA

NEREA ROZA BARJOLLO

MARIA PILAR MIGUEL GALÁN

1 Introducción

El alcoholismo es un trastorno crónico de la conducta en el que se crea una adicción física (craving) y psicológica al alcohol, debida a un consumo excesivo de la sustancia. Se inicia con el abuso de alcohol siguiendo con una transición progresiva hacia el alcoholismo, por lo que podría considerarse un paso previo. El abuso del alcohol suele asociarse con los episodios alcohólicos o ”binge drinking”, que consisten en emborracharse tomando gran cantidad de alcohol en el menor tiempo posible, provocando consecuencias negativas a cualquier nivel del organismo, aunque sean de manera transitoria.

Esto no implica que todas las personas que beben con regularidad sean alcohólicos. Múltiples factores influyen en el establecimiento de una adicción, como por

ejemplo la personalidad, disposición genética, problemas personales o el entorno social (1,2).

Cada año el consumo nocivo de alcohol causa 3,3 millones de muertes en el mundo, lo que representa un 5,9% de todas las defunciones. Además, es el factor causante de más de 200 enfermedades y trastornos, sobre todo mentales y comportamentales, y provoca discapacidad a una edad relativamente temprana. Entre los 20 y 39 años, un 25% de las defunciones son atribuibles al consumo excesivo de alcohol durante fiestas nocturnas. Recientemente también se ha establecido cierta relación causa efecto entre en consumo de esta sustancia y la incidencia de enfermedades infecciosas como la tuberculosis y el VIH (3).

Dejando a un lado las consecuencias sanitarias, el alcoholismo provoca pérdidas sociales y económicas, tanto para los propios bebedores como para la sociedad en su conjunto y su entorno familia (3). A nivel psíquico, el consumo excesivo de alcohol puede causar lagunas de memoria no reversibles, depresión, epilepsia, delirium tremens, psicosis, demencia, suicidio o celotipia. A nivel físico el consumo prolongado de alcohol aumenta las probabilidades de sufrir sangrado de estómago o esófago, inflamación y daños en el páncreas e hígado, desnutrición y cáncer de esófago, hígado, colon, cabeza, cuello y mama (4).

Por todo ello, el abordaje y prevención del alcoholismo desde atención primaria es crucial para evitar las consecuencias del abuso en el consumo, siendo los profesionales sanitarios la figura de referencia idónea para tratar el alcoholismo en cualquiera de sus fases (5).

2 Objetivos

Objetivo general:
- Conocer las consecuencias que supone el abuso en el consumo y la manera de abordar el alcoholismo.

Objetivos específicos:
• Describir la importancia de fomentar la prevención del consumo excesivo del alcohol.
• Identificar los principales métodos de tratamiento del alcoholismo incluyendo medicamentos y terapias conductuales.

• Analizar los métodos de abordaje del alcoholismo por parte de los profesionales sanitarios desde atención primaria.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en diferentes fuentes como el buscador científico MedlinePlus que recoge información de la Biblioteca Nacional de Medicina y los Institutos Nacionales de la Salud de los Estados Unidos.

Además, como fuentes primarias se han consultado asociaciones del ámbito internacional como la "American Psychological Association" o la Organización Mundial de la Salud (OMS). La búsqueda de información se ha ampliado en páginas web como "Onmeda.es" y revistas del ámbito nacional como "Adicciones" y "Webconsultas".

Para finalizar, se ha consultado una publicación de la editorial "Elsevier" la mayor editorial de libros de medicina y literatura científica del mundo. Toda la información consultada es de los últimos cinco años y adaptada a los objetivos del capítulo.

4 Resultados

1. Importancia de la prevención del alcoholismo
La prevención del alcoholismo debe iniciarse a una edad temprana, preferiblemente antes de la adolescencia. La recomendación es no beber nada de alcohol antes de la mayoría de edad. La actitud de la familia es muy importante ya que hay padres consumidores que quieren que sus hijos no lo hagan. Esta conducta hace que sus hijos consideren que el consumo de alcohol es algo normal y deseable en algunas ocasiones. Es preciso informar a los adolescentes sobre las consecuencias reales del alcohol. Cada vez somos más conscientes de los efectos del alcohol y las graves consecuencias que puede tener sobre la salud y la calidad de vida. Por eso, es importante fomentar la prevención para evitar la adicción, dotando a los adolescente de las estrategias necesarias para eliminar los factores de riesgo que le pueden inducir a consumir alcohol. En esta línea la FAD ha desarrollado un programa de prevención del alcoholismo desde el ámbito familiar. Entre sus objetivos se encuentra desarrollar una visión adecuada del uso y abuso del alcohol, y proporcionar estrategias de intervención que ayuden a los padres a prevenir su consumo (5).

2. Métodos de tratamiento del alcoholismo

Las personas con trastornos por consumo de alcohol pueden encontrar ayuda con alguna forma de tratamiento. Estos incluyen medicamentos, terapias conductuales o la combinación de ambas cosas. También les puede resultar beneficioso asistir a un grupo de apoyo como Alcohólicos Anónimos. Algunas personas pueden necesitar un tratamiento intensivo para el alcoholismo. Por ejemplo, pueden ser internados en un centro de tratamiento de rehabilitación residencial (5).

Medicamentos:
No son adictivos ni curativos. Similares a los medicamentos indicados para manejar una enfermedad crónica como el asma o la diabetes. Los principales son (6):
• Disulfiram: causa síntomas desagradables como náuseas y enrojecimiento de la piel cada vez que bebe alcohol. La asociación de estos efectos con el alcohol ayuda a mantenerlo alejado.
• Naltrexona: bloquea los receptores en el cerebro que le hacen sentir bien cuando bebe alcohol reduciendo así las ansias por beber.
• Acamprosato: influye en múltiples sistemas cerebrales ayudando a evitar el alcohol cuando se deja de beber.
Terapias conductuales:
Consisten en trabajar con los profesionales de la salud para identificar y ayudar a cambiar comportamientos que conducen a un consumo excesivo de alcohol. Algunos ejemplos son (6):
• La terapia cognitivo-conductual: identifica los sentimientos y situaciones que pueden conducir a un consumo excesivo de alcohol. Enseña habilidades para enfrentarlo como manejar el estrés y modificar esos pensamientos. Puede ser individual con un terapeuta o en grupos pequeños
• La terapia de mejora motivacional: ayuda a fortalecer la motivación para cambiar el hábito de beber. Incluye cuatro sesiones en un corto período de tiempo. Comienza con la identificación de los pros y los contras para asignar un tratamiento. Después, se crea un plan para cambiar el hábito. Las demás sesiones se centran en aumentar la confianza y desarrollar las habilidades necesarias para poder cumplir con el plan.
• La consejería matrimonial y familiar: incluye cónyuges y otros miembros de la familia. Puede ayudar a reparar y mejorar sus relaciones familiares. El apoyo familiar puede ayudar a que el paciente se mantenga lejos del alcohol.
• Las intervenciones breves: sesiones de consejería cortas, individuales o en grupos pequeños. Constan de una a cuatro sesiones. Se entrega información sobre su

patrón de consumo y riesgos potenciales estableciendo metas y facilitando ideas que puedan ayudarle al cambio.

3. Abordaje desde atención primaria
Se considera «consumo prudente» hasta alcanzar las 21 unidades de bebida estándar en el varón y las 14 en la mujer, distribuidas durante la semana e intercalando 2-3 días sin alcohol. La ingesta diaria no debería superar las 3 UBE en el varón o las 2 UBE en la mujer (7).

Desde atención primaria se lleva a cabo un interrogatorio básico sobre el consumo de alcohol como primera prueba diagnóstica, con prioridad en colectivos de riesgo. La periodicidad recomendada es de una vez cada 2 años. A continuación, se registra el consumo de alcohol cuantificado en UBE y se realiza una exploración física completa que puede poner de manifiesto signos relacionados con el consumo. Por último, las pruebas de laboratorio que sirven para dar indicaciones sobre el daño hepático y facilitan el seguimiento, aunque no sirvan de método de cribado.

Para la valoración del alcoholismo se aplican cuestionarios específicos. El cuestionario CAGE es breve y fácil de usar en atención primaria dentro de la anamnesis general del paciente. El cuestionario MALT valora el síndrome de dependencia alcohólica, aunque tiene el inconveniente del tiempo que requiere su aplicación. Por último, el AUDIT que informa sobre el consumo, los problemas relacionados con éste y la dependencia (7).

El médico especialista en medicina familiar y comunitaria es el encargado de motivar al paciente para que acepte el tratamiento de deshabituación al alcohol. Además, es el responsable de plantear las posibles derivaciones al especialista si fuera necesario. Desde atención primaria se debe diagnosticar la dependencia, los trastornos relacionados con el alcohol y asumir parte del tratamiento. Al principio del proceso el grado de motivación del paciente se considera el factor más importante de éxito terapéutico (7).

Modelo de la puerta giratoria de los estadios de cambio:
Modelo del proceso de cambio utilizado en atención primaria. Está descrito por Prochaska el cual afirma que cualquier modificación de la conducta conlleva un recorrido desde la negación al cambio hasta su consolidación. Para ello el paciente pasa por las siguientes fases (8):
• Precontemplación: no se ve el problema y no hay intención de cambio en los

próximos 6 meses.
• Contemplación: se empieza a contemplar el problema y se pospone la acción para un futuro cercano, no más de 6 meses.
• Preparación: el sujeto está preparado para la acción, ha decidido emprender alguna medida en el próximo mes.
• Acción: cambio de conducta acompañado por el terapeuta. El paciente trabaja duro en su recuperación y la recaída es fácil. Dura unos 6 meses.
• Mantenimiento: estabilización del cambio pasados los 6 primeros meses. Abarca un período de unos 5 años.
• Terminación: el paciente mantiene su cambio de por vida.
• Recaída: la reanudación puntual del consumo. Es frecuente y lo importante es corregirla rápidamente.

Entrevista motivacional:
Miller propone una entrevista motivacional breve para ser utilizada por profesionales sanitarios no especialistas con alcohólicos que no buscan ayuda. Se trata de un asesoramiento basado en el paciente, no coercitivo, persuasivo e informativo.

Desintoxicación ambulatoria:
La desintoxicación ambulatoria es la única posible en atención primaria. Para ello es necesaria una evaluación cuidadosa, la asistencia y supervisión en los 3 días posteriores, y un teléfono de contacto para consultas. Lo mejor praxis incluiría la visita diaria al paciente para ajustar la dosis, asegurarse de que no ha tomado alcohol, administrar la medicación, apoyarlo, y controlar la evolución valorando la posibilidad de ingreso. Permite al paciente seguir una vida normal y conlleva un menor gasto (8).

5 Discusión-Conclusión

• El alcoholismo resulta un importante problema de salud pública en nuestro país debido a la propia carga de la enfermedad y el sufrimiento que produce, además de los costes asociados a ella. Por este motivo la prevención desde atención primaria es fundamental.
• Existe la necesidad de sistematizar y unificar criterios a la hora de abordar el alcoholismo desde atención primaria y de reforzar la formación del personal sanitario.

• Algunos consejos que pueden ser de utilidad para los pacientes tratados incluyen evitar el estrés, hacer deporte u otras actividades, realizar comidas ligeras y regulares, y evitar el café, el té y otros estimulantes.
• Se deben tener en cuenta las posibles complicaciones como las recaídas, depresiones o abandonos del tratamiento.
• El objetivo es llegar a la fase final de la rehabilitación que corresponde con la recuperación integral del individuo y la normalización de su vida en todos los ámbitos.
• Resulta beneficiosa la ayuda de un trabajador social, la coordinación con servicios especializados y las actividades paralelas, como talleres, cursos, etc (9,10).

6 Bibliografía

(1) Rodelgo T; Alcoholismo (adicción al alcohol): Definición [Internet]. Madrid: Onmeda.es; 2016 [Actualizado 12 ago 2016; Consultado 25 ene 2020]. Disponible en: https://www.onmeda.es/adicciones/alcoholismo-definicion-10019-2.html
(2) Apa.org; Trastornos del consumo de alcohol y su tratamiento [Internet]. Washington: American Psychological Association; 2017 [Consultado 25 ene 2020]. Disponible en: http://www.apa.org/centrodeapoyo/alcohol.aspx
(3) who.int; Alcohol [Internet]. Suiza: Organización Mundial de la Salud (OMS); 2015 [Consultado 26 ene 2020]. Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/
(4) Medlineplus.gov; Riesgos del consumo de alcohol para la salud [Internet]. Rockville Pike: Biblioteca Nacional de Medicina de los EEUU; 2016 [Actualizado 2 jun 2016; Consultado 26 ene 2020]. Disponible en: https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000494.htm
(5) Fernández López V; Alcoholismo [Internet]. España: Webconsultas; 2015 [Actualizado 26 nov 2015; Consultado 28 ene 2020]. Disponible en: https://www.webconsultas.com/alcoholismo/prevencion-del-alcoholismo-3053
(6) Medlineplus.gov; Tratamiento para el trastorno por consumo de alcohol [Internet]. Rockville Pike: Biblioteca Nacional de Medicina de los EEUU; 2017 [Actualizado 26 sep 2017; Consultado 28 ene 2020]. Disponible en: https://medlineplus.gov/spanish/alcoholusedisorderaudtreatment.html
(7) WebConsultas Healthcare, S.A.; Test AUDIT sobre la dependencia al alcohol [Internet]. España: Webconsultas; [Actualizado 26 sep 2017; Consultado 30 de ene 2020]. Disponible en: https://www.webconsultas.com/mente-y-emociones/test-de-psicologia/test-audit-soy-alcoholico

(8) Pérez Poza A, Corbera M, Borruel MJ; Aten. Primaria [Internet]. Países Bajos: Elsevier; 2005 [Consultado 30 ene 2020]; 35 (8): 427-35. Disponible en: http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-deshabituacion-alcoholica-atencion-primaria-13074800
(9) Córdoba García R, Camarelles Guillema F, Lizarbe Alonso V, Jiménez Muñoz M; Abordaje del consumo de riesgo de alcohol desde atención primaria; Aten. Primaria [Internet]. Barcelona: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC); 2012 [Consultado 2 feb 2020]; 44 (11): 635-7. Disponible en: http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-abordaje-del-consumo-riesgo-alcohol-S0212656712004064
(10) Ceccanti M , Balducci G, Attilia M.L, Romeo M; Diagnóstico, aproximación terapéutica y rehabilitación del alcohólico [Internet]. Barcelona: Adicciones, revista online; 1999 [Consultado 3 de feb 2020]; 11 (4). Disponible en: http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/615

Capítulo 211

EL PAPEL DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON RIESGO CARDIOVASCULAR.

NURIA PALACIO MARTINEZ

MAXIMO MUÑIZ ALVAREZ

1 Introducción

El papel de enfermería es fundamental dentro de la prevención y promoción de la salud, ya que puede interactuar con el paciente para intentar modificar conductas no saludables por conductas promotoras de salud. Esta parte educacional de los profesionales de enfermería va orientada a conseguir:
-Disminuir la aparición y recidivas de la Enfermedad Coronaria
-Disminuir el número de ingresos hospitalarios en relación a dichas patologías
-Mejorar la calidad de vida del paciente
-Favorecer la reincorporación laboral

Los factores de riesgos aumentan la probabilidad de sufrir una enfermedad. Entre los más significativos se encuentran:
-Dieta poco saludable
-El sedentarismo
-El consumo de tabaco
-La ingesta excesiva de alcohol

Estos malos hábitos, están relacionados con la aparición de enfermedades cardiovasculares como :

-La hipertensión arterial
-La obesidad
-La hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia
-La diabetes mellitus tipo II

2 Objetivos

-Describir las principales funciones de enfermería en relación a los factores de riesgo cardiovascular.
- Detectar personas con antecedentes de ECV o con factores de riesgo cardiovascular.
- Ofrecer intervenciones preventivas y terapéuticas.
- Desarrollar actuaciones enfocadas a la comunidad con el fin de concienciar a la población de la importancia de la prevención.

3 Metodología

Se realizó una consulta preliminar en el buscador Google Académico para sondear la cantidad de artículos disponibles sobre el tema a estudio, introduciendo las palabras claves: "riesgo cardiovascular", "enfermedad coronaria" y "papel de enfermería riesgo cardiovascular".

Posteriormente, se hizo una revisión bibliográfica a través de diferentes bases de datos de Ciencias de la Salud.

4 Resultados

La consulta y el papel de enfermería en el manejo de programas de prevención secundaria es fundamental.
La eficacia de las consultas de enfermería para la prevención respecto a la atención convencional, en la reducción y mejora de determinados factores de riesgo cardiovascular como el la glucosa, el ejercicio físico , el sobrepeso, el tabaco, favorece la reducción de la aparición de eventos cardíacos o aparición de aterosclerosis coronaria.
Sin duda la fidelización y la confianza de los pacientes en su enfermera, favorecen la valoración inicial así como el seguimiento de estos pacientes, que guiados por su enfermera modifican sus hábitos con el fin de mejorar su salud. Dicha confianza, sin ninguna duda favorece los resultados educativos. Esto es un punto

de inflexión para los profesionales que tenemos directa relación con pacientes coronarios, para pararnos a pensar si ofrecemos a nuestros pacientes todo lo que podemos en términos de consejo cardiovascular y educación cardiosaludable. Así mismo es un reto para la administración en general, pudiendo desarrollar a nivel de comunidad sesiones personalizadas según riesgos, talleres educacionales.

5 Discusión-Conclusión

Conclusiones de diferentes bibliografías:
1) Demostrada la eficacia de la educación continuada a largo plazo realizada en consulta de enfermería especializada
2) Más de la mitad del total de pacientes (en un estudio) modificó total o parcialmente sus hábitos de vida identificados.
3) Los mejores resultados se obtuvieron en el abandono del tabaco.
4) En relación inversamente proporcional: la hiperglucemia (que aumentó ligeramente) y el sobrepeso (que disminuyó ligeramente).
5) La educación continuada para la prevención secundaria realizada en Consultas de Enfermería cardiológica se mostró como un recurso idóneo y significativamente eficaz, tratándose de un modelo a implantar en la prevención secundaria.
6) Otros estudios y autores mantienen que "no estamos siendo suficientemente eficaces en el control de factores de riesgo modificables",

Lo que viene a demostrar los diferentes estudios es que el papel de la enfermería en la prevención secundaria debe realizarse en diferentes ámbitos; la enfermería de atención primaria tras un adecuado entrenamiento formativo y unas estrategias marcadas y planificadas para su desarrollo y como alternativa y complementando la consulta de primaria, la enfermería especializada (cardiología) formada entrenada y dotada de los medios adecuados para colaborar y participar en esta sensibilización, educación y seguimiento.

6 Bibliografía

1.Cadena Estrada, Julio César; González Ortega, Yariela El cuidado de enfermería en pacientes con riesgo cardiovascular sustentado en la teoría de Nola J. Pender Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo, vol. 19, núm. 1, enero-junio, 2017
2.Modelos de estimación de riesgo cardiovascular y papel de enfermería en la prevención. Autores: Jose Manuel Martinez Linares, Rafael Guisado Barrilao, Fran-

cisco Ocaña Peinado. Localización: Enfermería en cardiología: revista científica e informativa de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología, ISSN-e 1575-4146, Nº. 63 (3.er cuatrimestre), 2014

3.Modelos de estimación de riesgo cardiovascular y papel de enfermería en la prevención. Presentado como comunicación póster en el XXXIV Congreso Nacional de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología, celebrado en Girona del 8 al 10 de mayo de 2013. Autores: José Manuel Martínez Linares1, Rafael Guisado Barrilao2, Francisco Ocaña Peinado3, Francisco Javier Salgado Parreño4.

4.Educación continuada en consulta de enfermería especializada: la herramienta para mantener los cambios en el estilo de vida del paciente coronario. Beca de Investigación de Enfermería en Cardiología de la Sociedad Española de Cardiología 2002. Año de realización del artículo: 2004. Autores: González López JL,* Capote Toledo ML

Capítulo 212

DROGAS DE DISEÑO.

ADRIANA FERNÁNDEZ LÓPEZ

1 Introducción

Con el término drogas de diseño, también llamadas drogas de síntesis, se designa a un conjunto de sustancias sintetizadas, en los últimos años, por químicos en ciertos laboratorios de forma clandestina, con el propósito de producir, mediante variaciones en la estructura química, efectos similares o más potentes que los de las drogas clásicas.

Generalmente se trata de compuestos anfetamínicos a los que se suele añadir algunos componentes de efectos alucinógenos. Las drogas de síntesis se suelen comercializar en forma de pastillas o comprimidos. Sobre la superficie de estas pastillas se suelen grabar diversos dibujos que sirven como elemento de identificación, esas imágenes suelen ser reproducciones manipuladas de marcas comerciales e iconos juveniles.

Aunque son varias las sustancias englobadas en el término drogas de síntesis, vamos a referirnos a la más usual, la conocida como éxtasis o MDMA. Junto con otras sustancias de la misma familia química (Eva, píldora del amor, etc.), el éxtasis contribuyó a popularizar la química psicoactiva, abriendo un camino por el que después se colaron otras sustancias: ketamina, GHB, etc.

2 Objetivos

- Definir el marco conceptual de las drogas de diseño.
- Conocer los principales efectos y riesgos del consumo de este tipo de sustancias, tanto a nivel orgánico/fisiológico como a nivel psicológico.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: pubmed, medline, y scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Se describen los principales tipos de drogas de diseño. Así como sus efectos y riesgos. También se describe cómo se debe actuar ante la intoxicación por drogas de diseño.

Principales tipos de drogas de diseño:
- MDMA (Metilendioximetanfetamina) o ÉXTASIS o ADAN o XTC:
A dosis pequeñas produce temblor, sequedad de boca, dolor de cabeza, taquicardia, hipertensión, sudoración e insomnio. Con dosis elevadas mayor taquicardia e hipertensión arterial maligna, convulsiones, alucinaciones visuales, insuficiencia renal, cardiaca y destrucción muscular. La muerte se puede producir por destrucción hepática, infarto al corazón o hemorragias cerebrales. El consumo regular se acompaña de alteraciones psiquiátricas como depresión, crisis de pánico, alteraciones del pensamiento, desorientación, alucinaciones y alteraciones de la percepción.

- MDA (Metilendioxianfetamina) o "Droga del amor":
Con dosis bajas se produce euforia, sensación de bienestar, facilitación del contacto interpersonal y espiritualidad. Estos efectos duran unas 8 horas, tras los cuales sobreviene gran agotamiento físico y mental. A dosis elevadas se pueden producir convulsiones, hipertensión, taquicardia, elevación maligna de la temperatura y muerte por colapso cardiocirculatorio.

- Alta-metil-fentanil o "China blanca":
Originan disminución del nivel de consciencia, llegando incluso al coma, y depresión respiratoria, con altísimo porcentaje de muerte.

- GHB o "Éxtasis líquido":
El consumidor suele encontrarse sedado, con ligera euforia, aunque lo que busca es el aumento de la sociabilidad y el deseo de comunicación. No obstante, lo

que puede aparecer paradójicamente es somnolencia, obnubilación, cefalea, confusión, etc. El GHB puede llegar a producir depresión respiratoria, así como delirio y alucinaciones.

- Fenciclidina o "Polvo de ángel" o PCP:
Se suele fumar mezclada con tabaco o marihuana, esnifada con cocaína, ingerida o inyectada. A dosis alta produce gran agresividad y agitación, junto con hipertensión, taquicardia o aceleración cardiaca y elevación de la temperatura. Se pueden producir convulsiones, coma y depresión respiratoria con muerte del paciente.

- MDMEA o EVA.

- Metanfetamina o SPEED:
Su forma cristalizada es la que se conoce con el nombre de ICE o HIELO. Esta forma de presentación suele fumarse en pipas especiales, siendo sus efectos tóxicos muy potentes.

- DOM o STP:
(Serenidad, Tranquilidad, Paz), sintetizada en 1964. De efectos similares a la mescalina. Su consumo desencadena episodios alucinatorios de hasta 72 horas de evolución. Tiene una variedad denominada DOB, cuya potencia es 100 veces superior.

-PMA:
Detectada como droga de abuso a principios de 1970, en Estados Unidos. La más peligrosa de todo el grupo.

Se pueden destacar una serie de efectos a nivel psicológico y a nivel fisiológico, que se enumeran a continuación:

Efectos psicológicos:
- Empatía
- Sociabilidad
- Euforia
- Aumento de la autoestima
- Desinhibición
- Deseo sexual aumentado
- Locuacidad
- Inquietud
- Confusión

- Agobio

Efectos fisiológicos:
- Taquicardia, arritmia e hipertensión
- Sequedad de boca
- Sudoración
- Contracción de la mandíbula
- Temblores
- Deshidratación
- Aumento de la temperatura corporal (hipertermia)

Evidentemente el consumo de estas sustancias supone una serie de riesgos para el organismo, así como a nivel psicológico.

Riesgos psicológicos:
- Crisis de ansiedad
- Trastornos depresivos
- Alteraciones psicóticas

Riesgos orgánicos:
- Aumento severo de la temperatura corporal (hipertermia maligna, conocida como golpe de calor)
- Arritmia
- Convulsiones
- Insuficiencia renal
- Rabdomiólisis
- Coagulopatía
- Hemorragias, trombosis e infartos cerebrales
- Insuficiencia hepática

¿Qué se debe hacer ante la intoxicación por drogas de diseño?
- En caso de agitación violenta:
Actitud firme y segura, hablando claramente al paciente, diciéndole que queremos ayudarle y en ningún caso discutir con él o llevarle la contraria. Se precisa normalmente contención mecánica entre cuatro o cinco personas, sujetando de las extremidades y la cabeza. Se solicitará ayuda a la policía y una UVI móvil. Es necesario que el médico administre fármacos para controlar la agitación, como la "clorpromazina", que mejora también la hipertensión y la fiebre, o el "haloperidol", que disminuye las alucinaciones. Puede ser útil dormir al paciente con sedantes como el "valium", para procurar descanso psíquico y mental.

- En caso de convulsiones:
Desabrochar la ropa ajustada, retirar los objetos cercanos que puedan ocasionar lesiones, y colocar un pañuelo, corbata o monedero en la boca, para evitar morderse la lengua. Solicitar ayuda sanitaria inmediata y administración de sustancias anticonvulsivantes, en caso de repetirse la crisis o durar más de 3 minutos.

- Si hay aceleración del ritmo cardiaco y dolor en el pecho:
Administrar una aspirina (siempre que no se sea alérgico) y trasladar a un centro sanitario para control, realización de electrocardiograma y tratamiento médico.

- Si fiebre elevada:
Administrar antitérmicos, como la aspirina, y colocar paños de agua fría en la cara y el pecho. Si no disminuye, se precisa el ingreso hospitalario para control y evitar las complicaciones (como las convulsiones).

En el hospital, además de tratar cada uno de los síntomas, se perfunden sueros para favorecer la eliminación del tóxica y se realizan análisis toxicológicos. En caso de serias complicaciones para la vida, medidas de soporte vital y reanimación.

Al igual que ocurrió en el año 2015, el porcentaje de personas que han consumido éxtasis alguna vez en su vida vuelve a ser inferior al 4,0%. Entre aquellos que consumen esta droga, la edad media de inicio de consumo se sitúa a los 21,1 años, dato algo superior al obtenido en 2015 (20,7 años), y similar al registrado en el año 2013.

En el marco temporal de los últimos 12 meses, desde el año 2009 la prevalencia de consumo de éxtasis se sitúa por debajo del 1,0%. El 4,2% de los españoles de 15 a 64 años declara haber probado pastillas al menos una vez.

Los datos muestran que el consumo habitual de éxtasis por jóvenes de 14 a 18 años cayó del 2,5% al 1,7% entre 2000 y 2002:
- Un 2% manifiesta haber consumido estas drogas en el último mes.
- Un 3% lo hizo en el último año.

Como media, este colectivo de estudiantes comienza a experimentar con éxtasis a los 15,4 años. Estas cifras aunque bajas, son claramente superiores si se las compara con las correspondientes a la población general (entre las personas mayores de 16 años, sólo un 0,2% consume actualmente, con alguna frecuencia, drogas de

diseño).

El consumo de drogas sintéticas tiene, en nuestro país, por lo general las siguientes características:
- Son consumidas principalmente por varones (67%) entre 19 y 25 años, la edad media es de 23, de todos los niveles educativos y económicos.
- El consumo suele producirse de forma periódica durante el fin de semana o bien esporádicamente en fiestas de música sintética. La frecuencia de consumo es, en líneas generales, baja.
- El consumo suele estar asociado a un nuevo estilo o movimiento cultural juvenil que combina los elementos musicales, con los ideológicos y una determinada forma de vestir. Pero esta asociación no tiene por qué ser una regla fija.
- La mayoría de los consumidores de drogas de síntesis consumen otras drogas, principalmente alcohol, tabaco, cannabis y cocaína.

5 Discusión-Conclusión

Cada droga tiene su mitología. En el caso de las drogas de síntesis, durante años se divulgó la idea de que sus consumidores se abstenían del consumo de otras drogas, limitándose a acompañar sus pastillas con cantidades generosas de agua. Esa conducta pudo ser cierta en los primeros momentos de uso elitista, pero cesó a medida que el consumo de pastillas se popularizó. Investigaciones españolas y europeas muestran cómo los consumidores de estas drogas las combinan con diversas sustancias: alcohol, tabaco, hachís y, en no pocas ocasiones, cocaína.

Recuerda que…
- No parecen drogas, pero lo son.
- Tienen un alto riesgo de abuso, se les ha llamado drogas de “uso recreativo”, relacionándolas directamente con la diversión, o drogas de comunicación.
- Sus efectos son, en definitiva, una distorsión de la realidad que puede favorecer la práctica de otras conductas de riesgo.
- La presión del entorno hacia el consumo de estas drogas, es muy superior al que existe en el caso de otras sustancias debido a los mensajes positivos que se han estado lanzando sobre ellas, lo que provoca curiosidad y orienta hacia su consumo.
- Existen drogas de diseño porque se dispone de tecnología para sintetizarlas, pero existen otros aspectos sociales (la inmediatez, el éxito y el triunfo se han constituido en valores sociales) que, indirectamente, están favoreciendo su existencia.

Ten muy claro que…

- Hablar de las drogas sintéticas, conocidas habitualmente como drogas de diseño es, ante todo, hablar de una cuestión de la que todavía no se tiene el mismo nivel de conocimiento que existe respecto a las características y efectos de otras drogas. Pero un cosa si es segura: no son algo tan maravilloso ni tan inofensivo como algunos se empeñan en hacernos creer.
- De entrada, la idea de "diseño" ya suena a nuevo, a lo último. Sin embargo estas sustancias son bastante antiguas; la más conocida de ellas, el éxtasis, fue sintetizada en 1912 como una sustancia que disminuía el apetito pero, posteriormente, cayó en el olvido y así ha permanecido más de setenta años.
- En la actualidad se consideran drogas de diseño a las sustancias sintetizadas químicamente de forma clandestina, que tienen una estructura y acción farmacológica similar a la de las sustancias controladas internacionalmente. Esta definición deja fuera a las nuevas formas de consumir drogas tradicionales, por ejemplo el crack, que es una adulteración de la cocaína, o a los productos que son mezcla de varias drogas, por ejemplo heroína y cocaína.

6 Bibliografía

- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. INFORME 2019. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Disponible en: Internet: http://www.pnsd.mscbs.gob.es/
- Roig A. Las Anfetaminas. Las drogas de diseño. Dependencias de medicamentos. Vol III Málaga (España): ACIPAIS, 1995:15-38.
- Drogodependencias. Manual Didáctico para Educadores. Generalitat Valenciana, España, 1991.
- Escohotado A. Las drogas. De los orígenes a la prohibición. Madrid: Alianza Editorial, S.A., 1994:53-
- Melero J, Flores R Éxtasis y otras drogas de síntesis. Bilbao (España): EDEX, 1996:6-14.

Capítulo 213

AUTOMONITORIZACIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL Y MONITORIZACIÓN AMBULATORIA DE LA PRESIÓN ARTERIAL .

SOFIA ANGULO HERNANDO

MONICA FERNANDEZ PORRAS

SANDRA CORRAL PUENTE

MARTA GÓMEZ RUIZ

1 Introducción

La Presión Arterial (PA) es la fuerza ejercida por la sangre circulante contra las paredes de los vasos arteriales que la contienen, para que las arterias conduzcan la sangre hacia los diferentes órganos del cuerpo humano. La presión máxima se obtiene con cada contracción del corazón y la presión mínima con cada relajación. Cuando esta presión se mantiene de manera continúa o sostenida, por encima de los límites considerados normales, da lugar a una enfermedad sistémica y crónica, denominada Hipertensión Arterial (HTA), donde el corazón se enfrenta a una mayor resistencia y, como consecuencia, aumenta su masa muscular (hipertrofia ventricular izquierda), pudiendo producir insuficiencia coronaria y angina de pecho. Además también favorece la arteriosclerosis (acúmulos de colesterol en las arterias) y fenómenos de trombosis, aumentando el riesgo de infarto de miocardio o cerebral.

La HTA ocasiona daños en la vascularidad sistémica, principalmente en tres órganos: corazón, cerebro y riñón(1,2).
Es el principal Factor de Riesgo Cardio-Vascular (FRRCV) responsable de las mayores tasas de morbimortalidad en el mundo. El riesgo de mortalidad se multiplica por dos con cada incremento de 20mmHg de presión sistólica y 10mmHg de presión diastólica, a partir de 115/75mmHg (1,2,3).

La HTA es más frecuente a partir de los 40 años y en personas con antecedentes familiares, aunque también se da en personas sin antecedentes y a cualquier edad. El principal desencadenante son los estilos de vida como la alimentación inadecuada, estrés, sedentarismo y sobrepeso (2,3).
Clasificar a los pacientes según niveles de PA puede ayudar a estratificar el riesgo y a tomar decisiones (3). Para ello, existen organizaciones internacionales referentes a nivel mundial, como La Sociedad Europea de Cardiología (ESC) y la Sociedad Europea de Hipertensión (ESH), sus últimas recomendaciones fueron publicadas en 2018; y la Sociedad Americana de Cardiología (ACC) y Asociación Americana de Hipertensión (AHA), que en 2017 presentaron su última actualización.

El valor de la Presión Arterial (PA) considerado normal, cada vez es menor. Su diagnóstico debe basarse en múltiples medidas, realizadas en diferentes ocasiones, separadas en el tiempo, ajustándose a unas condiciones y metodología adecuadas; ya que existe una variabilidad de PA por diversos factores(2,3).

Existen tres formas de medir la presión arterial de manera no invasiva, la presión clínica que es la que realizamos en las consultas; la Automedida de Presión Arterial, es la medida que realiza el paciente en su domicilio, y la Monitorización ambulatoria la que se realiza a través de un tensiómetro programable.
Para la correcta medición debemos de favorecer el ambiente tranquilo, permanecer en sedestación cinco minutos antes de la toma, evitar el ejercicio, la cafeína, el tabaco y el alcohol 30 minutos antes, e indicar que se vacie la vejiga previamente a la toma (2,3).

El manguito debe estar colocado a 2-3 cm de flexura del codo y adecuado a la circunferencia del brazo, el paciente debe tener la espalda apoyada en el respaldo de la silla y el brazo a la altura del corazón, sobre la mesa (1, 2,3).
Para realizar una medición de la PA clínica, en la primera visita debemos tomar la PA en ambos brazos para detectar posibles diferencias entre ellos, y escoger como referencia para próximas medidas el brazo con cifras tensiónales más altas.

Además, se debe realizar un despistaje de hipotensión ortostática, con especial interés en personas mayores y diabéticos.

Por ello, deberemos de valorar la PA después de 1 minuto, y 3 minutos tras haberse levantado (1, 2,3).
Se debe realizar tres tomas de PA con una separación de 1-2 minutos y, obtener como parámetro final, la media aritmética de las dos últimas mediciones. Las cifras objetivo en la consulta son PAS < 140mmHg y PAD < 90mmHg, aunque existen situaciones especiales donde las cifras objetivo varían, como en la Diabetes Mellitus <130/80 mmHg, Insuficiencia Renal <120/80 mmHg, Accidente Cerebro-Vascular (ACV) 130/80 mmHg e Insuficiencia Cardíaca <130/80 mmHg (1, 2,3).

Es importante realizar las mediciones de forma correcta, ya que el 70% de las personas no alcanzan la presión arterial objetivo en consulta, y los pacientes con HTA bien controlados no supera el 27-30%.Se estima que la diferencia entre la presión arterial clínica y en el domicilio es > 20mmHg PAS o >10mmHg PAD (1, 2,3).
Las dificultades en la medición de la PA pueden deberse a limitaciones en la precisión de la medida, limitaciones dependientes del material y al fenómeno de bata blanca (aumento de la PA por presencia del personal sanitario o por el simple hecho de tomarla) (1, 2,3).
Por estas limitaciones y dificultades, las mediciones fuera del ambiente sanitario ofrecen una importante información para el diagnóstico de Hipertensión Arterial y para valorar la respuesta del paciente al tratamiento.

CATEGORIA	SISTÓLICA (mmHg)		DIASTÓLICA (mmHg)
ÓPTIMA	<120	*Y*	<80
NORMAL	120-129	*Y/O*	80-84
NORMAL ELEVADA	130-139	*Y/O*	85-89
HTA GRADO 1	140-159	*Y/O*	90-99
HTA GRADO 2	160-179	*Y/O*	100-109
HTA GRADO 3	≥180	*Y/O*	≥110
HTA SISTÓLICA AISLADA	≥140	*Y*	<90

Clasificación Sociedad Europea de Cardiología (ESC) y Sociedad Europea de Hipertensión (ESH). 2018.

CATEGORIA	SISTÓLICA (mmHg)		DIASTÓLICA (mmHg)
NORMAL	<120	*Y*	<80 mmHg
ELEVADA	120-129	*Y*	<80 mmHg
HTA			
GRADO 1	140-159	*O*	80-89 mmHg
GRADO 2	160-179	*O*	≥90 mmHg

Sociedad Americana de Cardiología (ACC) y Asociación Americana de Hipertensión (AHA).2017.

2 Objetivos

OBJETIVO GENERAL:

- Actualizar los conocimientos en los profesionales sanitarios sobre la Automonitorización Presión Arterial y la Monitorización Ambulatoria de la Presión Arterial.

OBJETIVO ESPECÍFICO:

- Conocer el procedimiento correcto para la medición de la Presión Arterial.
- Explicar la valoración de la Automonitorización Presión Arterial.
- Capacitar a los profesionales sanitarios para realizar y valorar la Monitorización Ambulatoria de la Presión Arterial.

3 Metodología

Para la elaboración del presente documento se realizó una revisión bibliográfica en la biblioteca virtual de Salud de Castilla y León (SaCyL), a través del siguiente enlace:https://www.saludcastillayleon.es/institución/es/biblioteca.
Las Bases de Datos empleadas fueron: PubMed, Fisterra, Google Scholar, Cuiden y la Biblioteca Cochrane.

Criterios de inclusión: Guías, protocolos y artículos publicados entre 2014 y 2019 en inglés y español.
Descriptores de ciencias de la salud (DeCS):Hypertension, White CoatHypertension,prehipertension.
Criterios de exclusión: artículos de opinión.

Con los criterios explicados encontramos 29 documentos, tras la primera lectura se seleccionaron 16. A continuación realizamos una segunda lectura crítica obteniendo una selección final de 7 documentos (ver figura).

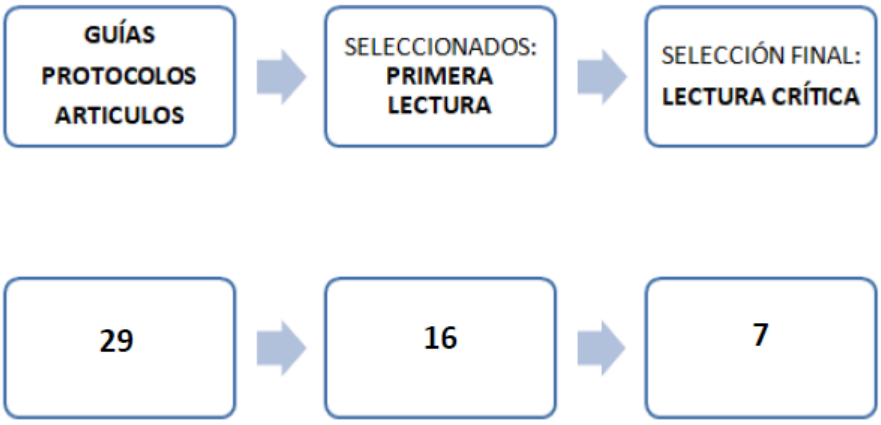


Figura . Diagrama de flujo. Selección de documentación

4 Resultados

4.1 Automonitorización de la presión arterial (AMPA):

La Automonitorización de la Presión Arterial o Automedidas domiciliarias de la Presión Arterial, son las medidas de la presión arterial que realiza el propio paciente o sus familiares en el domicilio. Pueden disminuir los valores de PA hasta un 30% frente a la toma en consulta (3, 4).

4.1.1 Indicaciones

Permite realizar el diagnóstico de HTA con mayor exactitud, identificar fenómenos de bata blanca, HTA enmascarada, HTA resistente al tratamiento y sospecha de hipotensión en pacientes con tratamiento farmacológico. La AMPA está indicada para realizar el seguimiento de los pacientes hipertensos y para el control de la efectividad del tratamiento (3, 4).

4.1.2 Ventajas

Mejora la adherencia al tratamiento terapéutico (farmacológico o no) y el control de las cifras de presión arterial, además es un refuerzo para el paciente, sobre todo, cuando se precisa un control estricto de las cifras de PA, ya que fomenta la implicación en el autocontrol (4, 5).

4.1.3 Inconvenientes

No se realizan tomas durante las horas de trabajo ni durante el sueño; se necesitan aparatos validados clínicamente;el coste elevado de los tensiómetros que sufraga el paciente;la necesidad de calibrar el aparato cada dos años;la posibilidad de que el paciente falsee los resultados de la toma de PA; puede inducir a los pacientes a tomar decisiones con respecto al tratamiento sin consulta al profesional sanitario (4, 5).

4.1.4 Requisitos del paciente para realizar ampa en domicilio

El paciente debe tener condiciones físicas y psíquicas adecuadas o, en su caso, un adecuado soporte familiar, formación por parte del profesional sanitario y ausencia de arritmias (4, 5).

4.1.5 Técnica ampa

- Requisitos del tensiómetro para realzar AMPA (4, 5) o Requisito de seguridad: Homologado por la Comunidad Europea. o Validez clínica: alto grado de fiabilidad. Existe una página web oficial donde consultar la homologación y validez de los diferentes dispositivos de toma de TA existentes en el mercado.

Esta página clasifica los dispositivos en Grado A,B,C, D y no recomendados (grado A-B: recomendado, grado C-D: no recomendado / cuestionable (según las recomendaciones Europeas), resto no están recomendados. Página disponible en:

http://www.dableducational.org/sphygmomanometers/recommended_cat.html)
También se pueden emplear los medidores de muñeca si están validados y existe una técnica de medición correcta: Colocar el dispositivo 1 cm por debajo de la muñeca fuera las cabezas del radio y cubito. El codo debe estar pegado al cuerpo y el brazo apoyado en la otra mano a la altura del corazón manteniendo el tercer dedo hacia el extremo de la clavícula (3, 4, 5). o Manguito del tamaño adecuado. o Servicio técnico accesible. o Fácil de usar.

- Medición de la pa y análisis de datos (4, 5)
Se deben realizar 2 medidas cada 12 horas: entre las 6-9h de la mañana y las 20-22h de la tarde. Durante un mínimo de 4 días, hasta 7 días. Tres veces seguidas, separadas al menos de 2 minutos(4, 5).
Para analizar los datos debemos despreciar los 2 primeros días en su totalidad y la primera toma de cada medición.Del resto, haremos la media aritmética (4, 5).
Se considera HTA, con datos recogidos por AMPA, los valores superiores de PAS ≥ 135mmHg/ PAD ≥ 85mmHg(4, 5).

4.2 Monitorización ambulatoria de la presión arterial:

La Monitorización Ambulatoria de la PA es una técnica de medida de PA no invasiva y automática, fuera del contexto hospitalario o de Atención Primaria (5,6).
Permite recoger múltiples medidas en 24h-48h, durante la vida diurna y nocturna, en el tiempo preestablecido ya que es un tensiómetro programable(5,6).
Es el Gold Standard de la evaluación no invasiva de la PA, ya que es el mejor predictor de mortalidad cardiovascular, debido a que la PA nocturna es el indicador independiente más potente que existe y esta es la única forma de medición ambulatoria posible (5,6).

4.2.1 Indicaciones
Está indicado para el diagnóstico del patrón de descenso nocturno, cuando sospechemos de la existencia de HTA nocturna, aislada, enmascarada, resistente al tratamiento o HTA de bata blanca. Para descartar episodios de hipotensión, para la medición de la HTA en el embarazo y valoración del efecto del tratamiento (5,6).

4.2.2 Contraindicaciones
Circunferencia del brazo > 42 cm, Arritmia cardíaca (Fibrilación auricular), Linfangitis y negativa del sujeto o cooperación insuficiente (5,6).

4.2.3 Inconvenientes
Puede interferir durante el trabajo o sueño, posible pérdida de datos por fallo del equipo o de cooperación, utilización del equipo y coste de la técnica(5,6).
Algunos efectos secundarios descritos son:intolerancia por molestias, erupciones cutáneas, alergias, isquemia (5,6).

4.2.4 Técnica mapa
En primer lugar debemos cumplimentar la anamnesis del paciente con especial interés en sus factores de riesgo CV (tabaco, dislipemia, DM, antecedentes familiares), y antecedentes personales (eventos cardiovasculares previos), e indicar ropa cómoda para el día que se le realizara el MAPA. Si la diferencia de PA entre los dos brazos es < a 10mm de Hg de PA, colocaremos el manguito en el brazo no dominante.
A continuación programamos el monitor: Se conecta al ordenador, se introduce el nombre y número de historia del paciente y se programa la frecuencia de lecturas generalmente c/20 minutos en vigilia y c/30 minutos durante el descanso. Durante el día, programar un aviso acústico previo a la toma de TA (permite que el paciente cese la actividad laboral o física que esté realizando). Es importante dejar sin mostrar en la pantalla los resultados de la lectura (5,6,7).

Debemos explicar al paciente cómo debe actuar mientras lleve MAPA(5,6,7):
- Debe realizar las tareas que habitualmente desarrolla en su vida diaria, salvo ejercicio moderado–intenso y no realizar siesta.
- Antes de comenzar la medición, el aparato emitirá un pitido, siempre que sea posible indicar(5,6,7): o Dejar lo que esté haciendo. o Relajar y extender el brazo. o Colocar el brazo a la altura del corazón. o Escribir la actividad que estaba realizando así como la hora.
- Después de una medida de error, el aparato automáticamente repetirá la toma aproximadamente a los 2 minutos (5, 6,7).
- No bañarse con el aparato(5, 6,7).
- No retirar el brazalete(5, 6,7).

Tendremos que facilitar un teléfono de contacto para resolver posibles dificultades(5, 6,7) e interesarnos por sus sensaciones durante la prueba, comprobar el adecuado cumplimiento del diario y corregir las deficiencias observadas.

Para analizar los datos debemos conectar el monitor al programa PC y vaciamos en él las lecturas, indicar el periodo de vigilia-sueño. Para poder determinar si la prueba ha sido valida tiene que haber como mínimo 2/3 de lecturas válidas (aprox. 70%), una toma válida en cada hora, una duración mínima 24h, mantenimiento

de actividades habituales y un periodo de descanso nocturno: ≥6 - ≤12h(5, 6,7).
Si realizamos MAPA de 48h es conveniente analizar si existe discordancia entre las primera y segundas 24h, que tengan explicación lógica (5, 6,7).

Se deben valorar las cargas tensiónales, es decir, el porcentaje de tomas que superan los valores de normalidad, y estas no deben superar el 30%. La variabilidad tensional, es la dispersión de medidas en relación a la media y el patrón nocturno que presenta cada paciente, de manera normal el Software es capaz de analizarlo (5, 6,7).

- Patrón dipper: presenta una disminución del 10% al 20% de los valores de PA durante el sueño(5, 6,7).
- Patrón non-dipper: presenta una disminución < de 10%(5, 6,7).
- Patrón dipper extremo: presenta una disminución > al 20%(5, 6,7).
- Patrón risser: valores superiores al periodo de actividad.

Los patrones No dipper y Risser se caracterizan por ser indicadores predictivos de lesión en órganos diana y evento Cardio-Vascular(5, 6,7).
El MAPA se debe repetir cada 3-4 meses si hemos tomado una decisión terapéutica en base a él(5, 6,7).

4.2.5 Diferencias entre ampa y mapa:
Ambas técnicas son igual de válidas pero tienen ciertas diferencias que se presentan en la siguiente tabla (ver tabla) (5, 6,7).

MAPA	AMPA
Medición automática (“modo ciego”)	Medición realizada por el paciente (reacción de alarma)
Patrón circadiano	Mediciones diurnas
Mediciones durante 24-48h	Mediciones a largo plazo
Aporta mayores datos 8PAM, PP, patrones...)	
Disponibilidad baja	Disponibilidad alta
Menor aceptación del paciente	Mayor aceptación del paciente
Mayor coste pero costo-efectivo	Menor corte
Mayor reproducibilidad	

Tabla . Diferencias entre AMPA Y MAPA. Elaboración propia.

5 Discusión-Conclusión

Pese a la alta prevalencia de HTA en la sociedad actual, esta enfermedad suele ser diagnosticada casualmente, al no presentar en la mayoría de casos síntomas. Pero no debemos restarle importancia ya que puede desencadenar trastornos cardiovasculares graves (1,2).

Es importante realizar cribados periódicamente teniendo en cuenta que la validez de las cifras de PA, depende de que ésta se haya hecho siguiendo las recomendaciones, tanto en lo referente a los aparatos como a las condiciones en las que la medida se ha llevado a cabo (2,3).
Por ello, es importante la formación de los profesionales sanitarios en las diferentes formas de medición de la PA no invasiva.

6 Bibliografía

1. 2018 ESC/ESH. Journal of Hypertension36(10):1953-2041, October 2018
2. Gijón Conde-T, et al. Documento de la Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la lucha contra la Hipertensión arterial (SEH-LELHA) sobre guías ACC/AHA 2017 de Hipertensión arterial. Hipertens. Riesgo Vasc. 2018.
3. BeiseguiAlejandre I. Medición tensión arterial. Manual de enfermería. Preven-

ción y Rehabilitación Cardíaca. Pág.: 380-2.
4. JanerLlobera JMJ. Monitorización ambulatoria de la presión arterial en atención primeria. Gerencia de Atención Primaria de Mallorca. 2018
5. Espino Montoro A. Diagnóstico de hipertensión arterial: MAPA y AMPA, utilidad clínica, indicaciones, técnica, interpretación de los resultados obtenido en MAPA, implicaciones terapéuticas. IX curso escuela de verano RCV, Sevilla; 2015.
6. Bravo Moreno E. Dispositivos para la monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA). Panorama Actual del Medicamento. 2015;39(389):1047-50
7. Monitorización ambulatoria de la Presión Arterial (MAPA) en Atención primaria. Grupo de hipertensión Arterial de la semFYC. 2016

Capítulo 214

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LAS HERIDAS.

SARA MÉNDEZ GARCÍA

EVA GONZALEZ LOPEZ

MARCO ANTONIO LÓPEZ CHACÓN

LUCÍA LÓPEZ SAMA

ROSANA FERNANDEZ PEREZ

1 Introducción

Conjunto de actividades y procedimientos de enfermería destinados a conseguir una buena y rápida cicatrización de la herida.

2 Objetivos

- Restaurar la integridad cutánea lo antes posible y prevenir la infección de la herida.

3 Metodología

Se realizó revisión bibliográfica sobre la materia. Las bases de datos consultadas fueron PUBMED, DIALNET y el buscador GOOGLE ACADEMICO. Se aplicó un

filtro de idioma (publicaciones en español) y un intervalo temporal entre 2000-2019.

4 Resultados

Enfermería debe valorar la herida y registrar su evolución así como todos los cambios que sucedan hasta su cicatrización en la historia clínica.

Se realizara un lavado y desinfección de la herida con el material adecuado y dentro de las mayores medidas de asepsia. Se colocaran los apósitos adecuados y se realizaran curas establecidas dependiendo de las necesidades de cada una.

5 Discusión-Conclusión

Mantener una continua y buena formación es fundamental para realizar cualquier tipo de cura de una herida.
Siempre deben de mantenerse unas medidas de asepsia adecuadas así como un registro de la evolución de la herida para que cicatrice en el menor tiempo posible y evitar así infecciones.

6 Bibliografía

- Nanda. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y Clasificación 2005-2006.
- Diagnósticos Enfermeros, resultados e intervenciones (interpelaciones NANDA, NOC, NIC).
- ”Manual de actuación en la prevención y tratamiento de las heridas” Gerencia de Atención Primaria Ciudad Real, Gerencia Única del Área Sanitaria de Puertollano. SESCAM

Capítulo 215

LAS CAÍDAS EN EL ANCIANO: UNO DE LOS CUATRO GRANDES SÍNDROMES GERIÁTRICOS.

SONIA CAMPOLLO RODRIGUEZ

SANDRA CARBAJAL AMORIN

ELENA VALDES ALVAREZ

1 Introducción

Consideramos caída, a toda precipitación involuntaria de una persona en el suelo. Las consecuencias de una caída pueden ser tanto físicas como psicológicas, tanto es así que la OMS considera este problema de vital importancia incluyéndolo en el grupo conocido como Grandes Síndromes Geriátricos, en el que también esta la incontinencia o el inmovilismo.

En este grupo de edad una mínima caída puede llevarle a tener secuelas gravísimas para su salud.Tanto es así que es un apartado a tratar dentro de los que denominamos Valoración geriátrica Integral. Se analiza a través de la detección de factores de riesgo y de numerosas escalas de valoración de la marcha o de la postura.

Tendremos que analizar los:
- Factores extrínsecos: Eliminar todas las barreras arquitectónicas que haya en el hogar o residencia, tendiendo en cuenta suelos, alfombras, barandillas así como

adecuar las alturas del mobiliario tales como camas, mesillas, luces o lavabos. Evitar calzados inadecuados sin sujeción al pie. Luz ambiental adecuada. Ofrecerle medidas técnicas de apoyo (bastón, andador…).
- Factores intrínsecos: evitar problemas oculares teniendo un buen control oftalmológico. Control de las alteración vestibulares (equilibrio durante el movimiento). Valoración ortoestatica a través de la escala de tinetti y presencia de patología osteoarticular. Valoración esfera psico-social. Entrenamiento del habito y fisioterapia para mejorar el estado físico del paciente.

2 Objetivos

- Determinar y detectar factores relacionados, tanto los extrínsecos o ambientales como los intrínsecos , es decir los del propio paciente.
- Intentar disminuirlos o erradicarlos.
- Fomentar la seguridad y auto confianza en el paciente evitando así la inmovilidad del mismo relacionada con el miedo a volver a precipitarse en el suelo.
- Rehabilitar las posibles secuelas que se hayan producido a consecuencia de la caída.
- Mantener la condición física previa a la caída en la medida de lo posible con ayudas técnicas, apoyo psicológico y fisioterapia.

3 Metodología

Para conseguir nuestros objetivos hemos revisado diferentes bibliográficas digitales, así como protocolos establecidos en nuestros centros de trabajo y libros de texto relacionados con este grave problema.
Se han estudiado y tenido en cuenta los guiones para la realización de una valoración geriátrica integral.
A traves de la plataforma digital se han manejado las diferentes escalas predictivas.

4 Bibliografía

- SEGG: Sociedad española de geriatría y gerontológico.
- FUDEN: líneas de especialización.

Capítulo 216

EL RELOJERO DEL TRANSITO.

SONIA CAMPOLLO RODRIGUEZ

SANDRA CARBAJAL AMORIN

ELENA VALDES ALVAREZ

1 Introducción

Consideramos que una persona padece estreñimiento cuando se produce una disminución en la frecuencia de las deposiciones debido a que estas son duras; además la defecación suele ser dolorosa. Es un síntoma muy común en el anciano debido al envejecimiento fisiológico, la ausencia de ejercicio, medicación y modificaciones en la dieta. Su incidencia es alta dentro de este periodo y produce una incomodad en el anciano que afecta a su vida diaria, así como múltiples consecuencias derivadas de su prevalencia , como fisuras, hemorroides e incluso infecciones de orina. Por la experiencia en estos casos el anciano con estreñimiento de varios días puede llevar a experimentar trastornos cognitivos, que lo pueden llevar a un síndrome confusional.

2 Objetivos

- Nuestro principal objetivo será conseguir un patrón de frecuencia adecuada a la persona, así mismo se conseguirá en ausencia de dolor e intentando que no se produzcan problemas derivados del mismo, como pueden ser fisuras, hemorroides o afectación al plano psicológico, para ello debemos de conocer la etología.
- Realizar una dieta adecuada tanto en fibra como en agua que favorezca el transito intestinal.", tener en cuenta que la fibra a de ser tanto soluble como insoluble.

- Evitar la presencia de impactacion fecal o las denominado" falsas diarreas" por la presencia de los mismos que puedan producir un deterioro en la imagen corporal del anciano.
- Evitar el inmovilismo.
- Dar tiempo al anciano para la realización de la deposición así como ofrecer intimidad.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: pubmed, medline, y scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Realización de una dieta acorde con el estado del paciente donde se favorezca el consumo de fibra soluble y no soluble. Incluir en esta dieta el consumo de líquidos a poder ser, agua para la hidratación de las heces. Coordinar con los demás profesionales la realización de ejercicio físico dentro de las posibilidades del paciente para aumentar la motilidad intestinal. Higiene postural. Favorecer tranquilidad y la intimidad a la hora de realizar la deposición, además de respetar los horarios de cada persona.

Revisar la medicación que toma el paciente por si algún fármaco como los opiáceos favoreciera el estreñimiento; en este caso valorar la utilización de un laxante regulador. En el caso de aparecer problemas derivados del mismo como fisuras o hemorroides tratarlas con lo que indique el especialista, en el caso de tener que poner un enema de limpieza recordar informar al paciente lo que vamos a realizarle , asegurarnos que no hay nada que nos lo contraindique y seguir la técnica protocolizada.

5 Discusión-Conclusión

En la población anciana el estreñimiento aparece con mucha frecuencia, el tratamiento tiene que ser integral e individualizado, para evitarlo nos fijaremos en dos pilares:
- No farmacológicas: hidratación, ejercicio, dieta y hábitos higiénico dietéticas.
- Farmacológicas: utilización de laxantes osmóticos, emolientes, estimulantes y purgantes; también hay que protegerlos en caso de tomar antibióticos con prebióticos .Se precisan mas estudios acerca de este gran problema ya que afecta al plano cognitivo de estos pacientes.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 217

AUTOMEDICACIÓN: UN GRAVE PROBLEMA DE SALUD.

SONIA CAMPOLLO RODRIGUEZ

SANDRA CARBAJAL AMORIN

ELENA VALDES ALVAREZ

1 Introducción

Se considera automedicación, la utilización de fármacos por iniciativa propia.Hay multitud de estudios que demuestran que la población en general, cada vez se automedica más y más frecuentemente. Esto implica una grave problemática social, ya que los diagnósticos se basan en familiares, amigos, y no en personal cualificado, por lo que dichos diagnósticos no se corresponden en multitud de ocasiones con la realidad, ya que muchas veces son sacados del boca a boca o incluso de búsquedas en la red, y esto a su vez implica que multitud de individuos presenten reacciones adversas no deseadas.

2 Objetivos

- Identificar aquellos individuos más propensos a la automedicación.
- Evaluar riesgo/beneficio de la automedicación, ya que se podría estar enmascarando una verdadera patología.
- Modificar aquellas conductas con respecto a la automedicación en aquellos ciudadanos que abusen de ello.

3 Metodología

Para conseguir nuestro objetivo utilizaremos lo siguiente:
Observación en el ámbito laboral y personal de diferentes individuos.
Revisión bibliográfica de diferentes bases de datos: Medline y Pubmed.

4 Resultados

Hay que localizar a la población más vulnerable de realizar esta práctica, ya que no está supervisada por personal facultativo y por lo tanto, no están evaluándose los riesgos que supone administrar una medicación, aunque sea a uno mismo, que no se han tenido en cuenta los múltiples efectos adversos que poseen los fármacos. Además hay que concienciarse de los riesgos que se expone al cuerpo, de la falta efectividad de los tratamientos, la dependencia que pudiesen generar, incluso adicción, pudiendo en los casos más graves encubrir una verdadera enfermedad y llevar a la muerte.

5 Discusión-Conclusión

Los fármacos correctamente pautados, con dosis, horarios establecidos, incluso teniendo en cuenta a la persona con sus especificaciones concretas y supervisados por personal cualificado, en multitud de ocasiones ya es conocido que pueden ocasionar al individuo bastantes efectos y reacciones medicamentosas no deseadas, por lo que si las personas no siguen estas recomendaciones se acentuará un problema grave para la salud del paciente.

Hay que tener en cuenta que los fármacos, no son utilizados unicamente par curar a las personas, también pueden ser utilizados con otros fines, pero abusar de anti-inflamatorios, analgésicos, incluso antibióticos, nos traerán a medio-largo plazo consecuencias muy graves, y está en la mano de los profesionales sanitarios concienciar a la población.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 218

LA ENFERMERÍA Y EL RECONOCIMIENTO Y DETECCIÓN DE PROBLEMAS DE SALUD OCULTOS.

ANA ROSA FLOREZ SIRGO

VANESA SÁNCHEZ ESCANDON

1 Introducción

El parkinson ocupa el segundo lugar entre las enfermedades neurodegenerativas más frecuentes .En los últimos años se ha demostrado que el parkinson es un proceso multisistémico caracterizado también por la presencia de síntomas no motores como la hiposmia, el estreñimiento, depresión y trastorno de la conducta del sueño.

2 Objetivos

- Identificar los signos y síntomas de la enfermedad del parkinson.
- Establecer recomendaciones para facilitar la vida diaria con la enfermedad.

3 Caso clínico

Paciente de 73 años que acude a la consulta de enfermería y refiere encontrarse en los últimos meses con cierta torpeza y lentitud al abrocharse los zapatos, también refiere alteración del patrón del sueño e hiposmia. No tiene antecedentes de interés ni intervenciones quirúrgicas.

-Exploración y pruebas complementarias:
Se observa una fascies hipomimica y disminución del parpadeo.
Disminución del brazo durante la marcha.
Tono de voz monótono y sin ritmo: Disprosodia.
Leve resistencia al desplazamiento pasivo de articulaciones.
Se deriva al médico de guardia para continuar con resto de pruebas.

Juicio clínico:
Posible trastorno hipocinético o parkinsoniano.

Diagnóstico diferencial:
El diagnóstico de la enfermedad es fundamentalmente clínico.Los criterios utilizados habitualmente para diagnosticar la enfermedad son los siguientes:

Datos clínicos característicos: Bradicinesia, rigidez y temblor en reposo. Presencia de temblor unilateral y asimetría persistente, respuesta favorable y mantenida a Levodopa y tomografía con emisón de positrones (PET).

4 Discusión-Conclusión

Por lo tanto, destacamos el papel de la enfermería en el reconocimiento y detección de los síntomas que acompañan e incluso preceden a la enfermedad.

5 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 219

PROCESO DE AUTODONACIÓN Y LA IMPLICACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO EN EL MISMO.

MARÍA FERNÁNDEZ IGLESIAS

IVÁN ÁLVAREZ DÍAZ

SOFIA ÁLVAREZ DÍAZ

BEATRIZ FIDALGO ARDURA

SUSANA ÁLVAREZ LÓPEZ

1 Introducción

La donación preoperatoria de sangre total consiste en la obtención, antes de una intervención quirúrgica programada, de una o más unidades de sangre total del paciente, que debe estar en buenas condiciones físicas y reúne los criterios para la donación.

Este proceso se aplicará a todas las actividades realizadas en el servicio transfusional desde la admisión y selección del donante hasta la transfusión o emisión del informe.
Se incluirá el servicio de cirugía ortopédica en este programa, en intervenciones: como coxartrosis, gonartrosis, artrodesis y reparación de fracturas.

Será el personal de enfermería del servicio transfusional quien llevará a término de forma rigurosa la extracción, el registro, análisis y ubicación de las diferentes unidades de sangre.

2 Objetivos

• Evitar los efectos adversos que se puedan dar en el paciente cuando no recibe su propia sangre.
• Ahorrar sangre alogénica de donantes altruistas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: pubmed, medline, y scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Para realizar una autotransfusión, hay que tener en cuenta una serie de criterios e indicaciones, necesarias para salvaguardar la seguridad del paciente. Estas son:

Indicaciones:
1. Pacientes que precisen transfusión y que tengan anticuerpos frente a antígenos eritrocitarios que hagan difícil la localización de sangre alogénica compatible.
2. Paciente de cirugía programada que se prevea que puedan precisar transfusión por pérdida de volumen sanguíneo.
3. Pacientes que por diferentes motivos (religiosos) rechacen la transfusión de sangre alogénica.

Criterios de inclusión y exclusión:
1. Edad: no existe límite de edad, cada caso se valorará individualmente (prioritariamente en edades comprendidas entre 18 y 65 años).
2. Peso: deberá ser superior a 50 kg.
3. Hemograma: la hemoglobina debe de ser superior a 11 g/dl.

4. Valoración clínica: cada paciente se valorará individualmente, se revisará su historia clínica en busca de antecedentes patológicos que puedan contraindicar la donación.
5. Se interrogará al donante sobre patología cardiaca o coronaria. Se interrogará sobre anomalías en la tensión arterial y/o el pulso.
6. Los antecedentes de convulsiones epilépticas y la diabetes insulinodependientes contraindican la donación. Si el paciente es portador de VIH, VHB y VHC se rechazará por imperativo legal.
7. En caso de enfermedades infecciosas se guardarán los mismos periodos de cuarentena que aplican a la donación alogénica. Pasado este tiempo dependerá del tipo de infección y se valorará cada caso individualmente.
8. Se realizará una valoración previa de las condiciones del acceso venoso. De tener mal acceso venoso sería contraindicada la donación.
9. En caso de fiebre y manipulación dentaria se seguirán los mismos tiempos de donación que se aplican en la donación alogénica.

Una vez aceptado al donante, y asegurándonos de que se le puede realizar la extracción sin problemas, iniciaremos la técnica, que consta de los siguientes pasos:

1. Compruebe que ha colocado la etiqueta de la identificación de la donación generada previamente en el programa informático Delphyn.
2. Inspeccione la bolsa y compruebe que está en correctas condiciones y correctamente identificada.
3. Coloque la bolsa en el balancín agitador, comprobando su correcto funcionamiento, y programe el volumen de extracción, generalmente 450cc.
4. Realice la punción, y compruebe que la sangre fluya con normalidad al interior de la bolsa. Fije la aguja a la piel con esparadrapo.
5. Mantenga al donante vigilado durante toda la extracción.
6. Clampe y retire la aguja del paciente, presionando con firmeza con una gasa o algodón en la zona de la punción.
7. Haga un segundo clampaje por debajo del anterior y corte entre ambos, para desechar la aguja.
8. Introduzca la sangre tubular en el interior de la bolsa utilizando la pinza rodillo para permitir así la mezcla con la solución anticoagulante.
9. Realice la segmentación del tubular mediante el sellador digital.
10. Ponga la etiqueta del número de registro de la autodonación en la bolsa recogida, indicando al paciente que firme en la etiqueta de la bolsa extraida.

Frecuencia y volumen máximo de la donación.

• Se realizará con intervalos de 5 a 7 días.
• Entre la última donación y la intervención deben pasar al menos 72 horas.
• El volumen extraído será de 400-450 ml, no debiendo superar el 13 % de la volemia del paciente.

5 Discusión-Conclusión

Todas la unidades donadas deben de estar disponibles desde el día de la intervención hasta el alta del paciente. Si hubiera riesgo de caducidad alguna hay que avisar al médico responsable del servicio transfusional para actuar en consecuencia.
En el caso de que el paciente no precise las donaciones realizadas, y aunque cumplan la legislación vigente, serán desechadas.
En el programa informático del servicio transfusional se registrarán los datos del paciente, el número de donación, los resultados de la analítica y las unidades transfundidas.

6 Bibliografía

1. Protocolos del servicio transfusional del Hospital Vital Álvarez Buylla.
2. Gutiérrez Gómez C. Autotransfusion. Cir Plast. 2004;14(1):40-3.
3. Autotransfusión intraoperatoria – AWGE [Internet]. [citado 27 de enero de 2020]. Disponible en: https://softwarecorp.es/awgeportal/index.php/autotransfusion-intraoperatoria/
4. Hernández Alfaro F, Rosario Regalado R del, Mair D. Autotransfusión sanguínea en cirugía ortognática: no necesario. Revista Española de Cirugía Oral y Maxilofacial. diciembre de 2006;28(6):333-8.
5. Autotransfusión y terapia de componentes sanguíneos autológos en cirugía cardíaca: consideraciones generales y experiencia en el Hospital México [Internet]. [citado 27 de enero de 2020]. Disponible en: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-41422003000100003

Capítulo 220

PREVENCIÓN PRIMARIA DEL SÍNDROME DE MUNCHAUSEN POR PODERES.

MARÍA RODRÍGUEZ LECHA

ANDREA RUTH RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

El Síndrome de Munchausen por poderes fue descrito por Medow, en el año de 1977. Se conoce como una forma de maltrato infantil en la que una persona, casi exclusivamente la madre, simula en su hijo la existencia de una enfermedad. Esto implica una combinación de abuso físico, simulación y maltrato psicológico por la que el paciente es llevado a la consulta en forma persistente, requiriendo múltiples procedimientos médicos, tanto diagnósticos como de tratamiento.

2 Objetivos

-Describir el Síndrome de Munchausen por poderes, y de esta forma alertar a los médicos de su existencia para así poder hacer un diagnóstico temprano.

3 Metodología

El desarrollo del presente trabajo consiste en una revisión bibliográfica con la intención de sintetizar resultados y conclusiones de varias publicaciones del

tema que se presenta. Se ha realizado una búsqueda bibliográfica consultando diferentes fuentes en las bases de datos de: Dialnet, PubMed, Scielo y Google académico entre otros. Para la selección de los documentos se ha utilizado las siguientes palabras claves: Munchausen; Síndrome de Munchausen por poderes; tipos de maltrato infantil.

4 Resultados

En la revisión de diferentes casos, en todos ellos la persona causal de esta patología es la madre, generalmente con un nivel bajo socioeconómico e importante desestructuración del núcleo familiar y hasta en el 50% de los casos con alteraciones en la personalidad. Estos datos pueden ser de gran ayuda para los profesionales del ámbito comunitario para su reconocimiento precoz.

5 Discusión-Conclusión

El Síndrome de Munchausen por poderes presenta una elevada probabilidad de tener secuelas a largo plazo, además de esto, la vida del niño puede encontrarse en peligro en múltiples ocasiones, por ello, es importante identificar ésta patología poco conocida y de difícil diagnóstico.

6 Bibliografía

- Luis: Síndrome de Munchausen en niños, informede 2 casos. Loredo Arturo, SierraJ, Julio/OldakDavid,Carvajal
-Gómez de Terreros I. Los profesionales de la salud ante el maltrato infantil, 2ª edición. Granada: Comares; 1997.
-Madow R. Munchausen: Syndrome by proxy the hinterland of child abuse. Lancet 1979; 2:343-345.

Capítulo 221

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA. APOYO PSICOLÓGICO AL PACIENTE PORTADOR DE OSTOMÍA.

CLARA ARCE ARROJO

1 Introducción

El término estoma significa boca o apertura. Consiste en realizar un abocamiento y exterioridad de un asa intestinal en la superficie cutánea, mediante una técnica quirúrgica. El ser portador de un estoma, es un gran impacto en el individuo, tanto a nivel personal como social. Hay que tener en cuenta, que según la causa desencadenante de este, el paciente estará más o menos receptivo a la hora de explicarle en qué consiste ser portador de un estoma.

Normalmente, es el médico el que comunica los motivos por los cuales se llevará a cabo una ostomia, quedando infinidad de dudas y miedos en el paciente sin resolver, es el enfermero quien debe de dar soporte en estos casos.
El enfermero, tendrá en cuenta el abordaje de la situación, según la casuística del paciente. No es lo mismo ostomizar a un individuo Joven, con Enfermedad de Crohn, que tras años de mal control de la enfermedad tiene que someterse a una ostomia, en este paciente la carga psicológica estará condicionada por las experiencias vividas durante su enfermedad, que un individuo al que le han diagnosticado recientemente un cáncer de colon. En este paciente, probablemente el miedo a la muerte sea su principal temor en primera instancia.

Enfermería sabe que hay que abordar desde un punto de vista biopsicosocial a

cada indivuduo, cada uno de nosotros, se adapta a las demandas de la vida de una forma distinta, en función del entrenamiento que tenga en las capacidades de adaptación. En este caso, habrá quien valore continuar viviendo con una ostomia y curarse de un cáncer, y habrá quien esté agotado por la enfermedad de tantos años de evolución, como en el caso del Crohn, y asuma la ostomia como un final nefasto de su enfermedad.

En ambos la negatividad estará presente en primera instancia, el profesional de enfermería, deberá de dar un margen de tiempo para que acepten su situación, y les hará saber, que cuando estén listos para hablar de ello, les daremos toda la información pertinente. Cuando el paciente este receptivo para entrevistarnos con él, le informaremos que el ser portador de una ostomia , no condicionará su actividad diaria, podrá seguir trabajando, y llevando la misma vida que llevaba. En este momento, del preoperatorio, antes de ser ostomizado, el personal de enfermería deberá de

El enfermero será capaz de mostrar una actitud de respeto, ante la reacción del individuo ante esta nueva situación. Lo acompañaremos durante todo el proceso, no saturándolo de información y estando a su disposición para lo que precise en cada momento.

No mantendremos una actitud de " desdramatizar " lo ocurrido, evitaremos frases como " no te lo tomes así" " no pasa nada" " no llores por eso". El paciente tiene derecho a manifestar sus sentimientos, sus dudas y temores, el no hacerlo sólo le podría acarrear consecuencias negativas , como el afrontamiento ineficaz de su enfermedad.

1. El enfermero, tendrá en cuenta, que la información a proporcionar a será distinta , en función de en qué etapa de su ciclo vital se encuentra el mismo. En el niño, y en el anciano dependiente, la información irá destinada al cuidador principal, probablemente la principal.
2. En el adolescente y adulto Joven, la información irá destinada principalmente al propio paciente, en un primer momento, su preocupación y temores probablemente estarán más relacionados con la calidad de vida, aspecto físico y sexualidad.
3. El enfermero será capaz de resolver las dudas que surjan en el aspecto de estoma y sexualidad a fin de disminuir la ansiedad del paciente, deberá de conocer a qué tipo de intervención quirúrgica será sometido el paciente, con el fin de

poder explicarle las dudas que le surjan al paciente durante el proceso. Le explicaremos que la práctica sexual, no comporta ningún riesgo ni disfunción para el estoma, solamente se deben adaptar las prácticas de higiene previas al acto sexual, descarga previa de heces , bolsa pequeña, tapón obturador, hay que proporcionarle recursos para que aumente su seguridad, si el paciente lo desea, se podría hacer participe en el momento de proporcionar la información a su pareja, si la tiene, con el fin de que ambos resuelvan sus dudas.
4. El profesional de enfermería, será conocedor de las alteraciones en la sexualidad que pueden ocurrir, con el fin de informar y tranquilizar al paciente, si estás suceden. Teniendo en cuenta la índole del tema a tratar, mantendremos una actitud abierta y sin prejuicios, siendo receptivos a toda clase de preguntas por parte del paciente. Informaremos que en las mujeres puede haber sequedad vaginal y dispaurenia, es normal en esta situación, y recomendaremos el uso de lubricantes. Dejaremos claro que esto no afecta a su capacidad para tener hijos.
5. En el caso del varón, le informaremos que como consecuencia de la intervención, puede haber eyaculación retrógrada. Este hecho no influye para nada en el acto sexual en si mismo, pero si desearan tener familia , deberán de acudir a un centro de inseminación artificial.
6. Comentaremos que en el caso de incontinencia urinaria, se recomienda orinar antes del acto, así como ingerir poca cantidad de agua unas horas antes.
7. Tendremos en cuenta, que debido a la sociedad en la que vivimos, con sus perjuicios, puede haber pacientes, que no nos manifiesten sus dudas en ningún momento sobre este tema, por miedo a expresarlas, a qué pensará el profesional de enfermería. “ me han diagnosticado un cáncer y me preocupa si podré tener vida sexual, que pensará el personal sanitario o mi pareja de mi”. Si nos encontramos ante este caso, podemos animar al paciente a que exprese sus dudas, proporcionándole la información gradualmente, para que no se sienta cohibido. Mensajes como “ cuando te sientas preparado para abarcar el tema de la sexualidad, estaré a tu disposición” .

2 Objetivos

- Repasar los aspectos que debe tener en cuenta en personal de enfermería en paciente con ostomía.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: pubmed, medline, y scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Bibliografía

- McGraw- Hill Interamericana
- American cáncer society

Capítulo 222

¿HA MEJORADO LA CALIDAD DE VIDA EN EL PACIENTE OSTOMIZADO?

GEORGINA AYALGA ARGÜELLES BOUSOÑO

LETICIA CUELI ARENAS

LAURA CUETO GARCÍA

SARAI ROBLEDO DE LA HUERGA

VANESA MARTÍNEZ VÁZQUEZ

1 Introducción

El cáncer sigue constituyendo una de las principales causas de morbilidad del mundo, con aproximadamente 14 millones de casos nuevos en el mundo en el año 2012 (últimos datos disponibles a nivel mundial estimados por los proyectos EUCAN y GLOBOCAN, de la OMS). Las estimaciones poblacionales indican que el número de casos nuevos probablemente aumente en un 70 % en las próximas décadas, alcanzando los 24 millones de casos aproximadamente en el año 2035.

También en España, el cáncer es una de las principales causas de morbilidad, con 215.535 casos estimados para el año 2012, 228.482 casos estimados para el año 2017 y una previsión de 315.413 casos para el año 2035. Se estima que los tumores más frecuentemente diagnosticados en varones en España en 2017 fueron los de

próstata, pulmón, colorrecto, vejiga, estómago, riñón, hígado, páncreas, linfoma no Hodgkin y leucemias. Por otra parte, se estima que en España, en el año 2017, los tumores más frecuentemente diagnosticados en mujeres fueron los de mama, colon, útero, pulmón, ovario, páncreas, estómago, LNH, melanoma cutáneo y cérvix1.

En España se diagnostican entre 28.500 y 33.800 nuevos casos cada año, aproximadamente 20.000 casos nuevos en hombres y 14.000 en mujeres. El cáncer de colon afectará a 1 de cada 20 hombres y a 1 de cada 30 mujeres antes de cumplir los 74 años. En España la supervivencia a los 5 años se sitúa en este momento por encima de la media de los países europeos, con un 64% (la media europea es de un 57%).

La gran mayoría de los tumores malignos colorrectales se desarrollan sobre lesiones ya existentes en la mucosa, como pueden ser pólipos o enfermedades inflamatorias. El cáncer colorrectal se produce cuando tumores se forman en el revestimiento del intestino grueso. Es común tanto en hombres como en mujeres. El riesgo de desarrollarlo aumenta después de los 50 años. Se tienen más probabilidades de desarrollarlo si tiene pólipos en el colon, antecedentes familiares de cáncer colorrectal, colitis ulcerativa o la enfermedad de Chron, comer una dieta alta en grasa o fumar. Los síntomas del cáncer colorrectal incluyen:
- Diarrea o estreñimiento.
- Sensación que su intestino no se vacía por completo.
- Sangre en las heces (ya sea muy roja y brillante o muy oscura).
- Heces más delgadas de lo normal.
- Dolores o calambres frecuentes por gases, o sensación de llenura o hinchazón.
- Pérdida de peso sin razón conocida.
- Fatiga.
- Náuseas o vómitos.

Factores de riesgo:
Existen diversos factores que predisponen a padecer un cáncer de colon como son:
- Edad. Los estudios demuestran un importante aumento de la tasa de cáncer de colon en mayores de 50 años.
- Antecedentes familiares. El riesgo de padecer este tipo de cáncer aumenta en personas con familiares como padres o hermanos afectados por ella.
- Antecedentes médicos personales como la presencia de pólipos de colon, enfermedad inflamatoria intestinal u otros tipos de cáncer.

- Estilo de vida. Está demostrado que el hábito tabáquico, el consumo de alcohol, la inactividad, la obesidad y una dieta de alto contenido en grasas/de bajo contenido en fibras hacen que tenga un mayor riesgo de desarrollar cáncer. Si bien el hábito tabáquico incrementa el riesgo de padecer cáncer de colon también aumenta significativamente la mortalidad en estos pacientes tras ser diagnosticados. S egún estudios realizados los pacientes superan la media de 14 días de ingreso hospitalario, siendo en España la media de edad de estos de 68 años. Todo parece indicar según estudios realizados en los países bajos que el hecho de ser varón incrementa significativamente el riesgo de padecer cáncer de colon, pero muy posiblemente no por el hecho de ser varones sino por el estilo de vida llevado.

Una ostomía es un procedimiento quirúrgico en la que se realiza una apertura (estoma) para un órgano hueco.
Se presentan varios casos:
- A nivel del sistema digestivo en la pared abdominal (duodenostomía, yeyunostomía, ileostomía, y colostomía) para dar salida al contenido intestinal.
- Directamente en el estómago (gastrostomía) como vía alterna a la boca y dar soporte alimentario.
- En el sistema urinario, los estomas se pueden encontrar en área lumbar (nefrostomías) o pelvicoabdominal (ureterostomias, vesicostomía) que permiten la salida de la orina.

Las ostomías pueden ser temporales o permanentes y presentar diferentes aspectos y localización, dependiendo de la zona anatómica donde haya sido realizada y de la propia enfermedad.
- Las ostomías temporales están indicadas en aquellas situaciones en las que se pretende liberar temporalmente a la zona de intestino afectada por la enfermedad del paso de los desechos intestinales, para favorecer de este modo su recuperación. Una vez recuperada la zona dañada, se procede al cierre de la abertura y a la unión del intestino (anastomosis); de modo que se restablece el tránsito intestinal normal.
- Las ostomías permanentes están indicadas en aquellas situaciones en las que el intestino y/o el recto están afectados por la enfermedad de manera irreversible, de modo que deberán ser extirpados y sin posibilidad de cierre de la ostomía y reconstrucción del tránsito intestinal normal.

El contenido intestinal que sale a través del estoma será recogido en una bolsa adherida a la pared que la rodea. Dicha bolsa debe estar continuamente conectada al estoma excepto en casos muy especiales.

Exiten diferentes tipos de ostomias:
- Colostomía ascendente.
- Colostomía transversa.
- Colostomía sigmoidea o descendente.

Tipos de dispositivos para ostomias
Se pueden clasificar en:
- De una pieza: una bolsa que se pega a la piel mediante un adhesivo. Es adecuado para heces sólidas e infrecuentes.
- De dos piezas: en este caso la bolsa no se pega sobre la piel, sino que se coloca sobre una placa que es la que va pegada al abdomen, por lo que se puede cambiar la bolsa cuantas veces se quiera sin dañar la piel. La placa puede mantenerse durante varios días sin cambiarla. Son adecuados para pieles sensibles y en caso de que se necesite reposo de la piel periestomal.
- De tres piezas: similar al anterior con anillo de plástico, pero con un clip de seguridad.

A su vez las bolsas pueden ser:
- Abiertas: disponen de un clip para abrirla y vaciarla sin despegarla de la piel o la placa. Más adecuadas para las ileostomías, que evacúan mucho y llenan la bolsa con frecuencia. Poder abrir y vaciar la bolsa evita tener que despegar la bolsa de la piel para cambiarla.
- Cerradas: no se pueden abrir de ninguna manera. Cuando se llenan no hay más remedio que cambiarlas. Más adecuadas para las colostomías que evacúan con menos frecuencia.

Plan de Cuidados de Enfermería para el paciente osteomizado.
A continuación se elabora un plan de cuidados para una persona postoperada en la cual se ven alteradas varias necesidades.
1. Diagnóstico NANDA:
Afrontamiento inefectivo (00069).
NOC:
Toma de decisiones. (906)
Elaboración de la información.(907)
Superación de problemas.(1302)
NIC:
Aumentar el afrontamiento.(5230)
Asesoramiento.(5240)
Apoyo en la toma de decisiones.(5250)

Presencia.(5340)
Aumentar los sistemas de apoyo.(5440)

2. Diagnóstico NANDA:
Aislamiento social. (0053)
NOC:
Imagen corporal. (1200)
NIC:
Apoyo emocional. (5270)
Grupo de apoyo. (5430)
Aumentar los sistemas de papoyo. (5440)
Diagnóstico NANDA:
Ansiedad. (146)
NOC:
Aceptación del estado de salud.(1300)
Superación de problemas. (1302)
Adaptación psicosocial: cambio de vida. (1305)
NIC:
Escucha activa. (4920)
Aumentar el afrontamiento. (5230)
Apoyo emocional. (5270)
Asesoramiento. (5240)

3. Diagnóstico NANDA:
Conocimientos deficientes. (00126)
NOC:
Conducta terapeútica: enfermedad o lesión.(1609)
Conocimiento: proceso de la enfermedad. (1803)
NIC:
Educación sanitaria. (5510)
Facilitar el aprendizaje. (5520)
Enseñanza: individual. (5606)

4. Diagnóstico NANDA:
Desequilibrio nutricional. (00002)
NOC:
Estado nutricional: ingestión de nutrientes. (1009)
Conociemiento: dieta. (1802)
NIC:

Manejo de la nutrición. (1100)
Asesoramiento nutricional. (5246)
Diagnóstico NANDA:
Riesgo de baja autoestima situacional. (00153)
NOC:
Toma de decisiones (906)
Autoestima.(1205)
Superación de problemas. (1302)
Adaptación psicosocial: cambio de vida. (1305)
NIC:
Reestructuración cognitiva. (4700)
Potenciación de la autoestima. (5400)

5. Diagnóstico NANDA:
Temor.
NOC:
Superación de problemas. (1302)
Control de la ansiedad. (1402)
Control del miedo. (1404)
NIC:
Aumentar el afrontamiento. (5230)
Apoyo emocional. (5270)
Potenciación de la seguridad. (5380)
Disminución de la ansiedad. (5820) .

Recomendaciones en la dieta de ostomizados: dietoterapia orientada.
La Dieta no es estricta, después de ser ostomizado debe introducir los alimentos poco a poco y en pequeñas cantidades. Por lo general, se inicia con una dieta baja en fibra y baja en residuos, hasta establecer una dieta normal. No introducir alimentos nuevos hasta comprobar cómo se toleran los anteriores.
- Explicarle que tiene que comer despacio y masticar bien, con la boca cerrada para evitar la formación de gases.
- Conocer de algunos alimentos como la cebolla, ajo, pescado y huevos pueden producir olores ofensivos.
- Facilitarle al paciente un listado de alimentos que influyan en el aumento del olor y los gases.
- Evita ayunar y saltar comidas. Omitir comidas aumenta la incidencia de evacuaciones acuosas y de gases.
- Si aparecen diarrea o estreñimiento utilizar dietas especiales.

- Es importante beber una cantidad suficiente de agua (2-3 litros/día), sobre todo entre las comidas.
- Disminuye la utilización de la cafeína. Puede incrementar el contenido ácido de tu estómago y aumentar el tiempo de tránsito intestinal.

2 Objetivos

- Conocer qué es un paciente ostomizado.
- Determinar si ha mejorado la calidad de vida en los pacientes ostomizados.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica utilizando bases de datos como Medlineplus, Scielo, y diferentes fuentes de información de divulgación científica no oficial.

4 Bibliografía

- Sociedad Española de Oncología Médica [internet]. Madrid: SEOM; 28 de enero de 2018 [citado el 2 de noviembre de 2018]. Disponible en: https://seom.org/ultimas-noticias/106525-las-cifras-del-cancer-en-espana-2018
- Medline [internet]. Bthesda (MD) Biblioteca Nacional de Medicina de los EE.UU; 2018 (actualizado el 30 de enero de 2018); [citado el de noviembre de] Disponible en: https://medlineplus.gov/spanish/ostomy.html
- Miguel García Hernando. Plan de cuidados de un paciente ostomizado. RE [internet]. 2013 [citado el 11 de noviembre de 2018]; 5 (3): 1-49. Disponible en: http://revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/view/1577/1599
- Educa inflamatoria [internet]. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol: Educainflamatoria. [actualizado a 5 de noviembre de 2018, citado a 8/11/2018] Disponible en: https://www.educainflamatoria.com/existen-distintos-tipos-de-estoma#
- Luís Charía, Guindic. Aspectos anécdóticos y históricos de las ileostomías y colostomías. Medigrafic. 2006 [10 de noviembre de 2018] 69 (2): 5, Disponible en: http://www.medigraphic.com/pdfs/h-gral/hg-2006/hg062j.pdf
- Sandra Vilches Cortés. Cuidados de un estoma desde la perspectiva de la enfermería. [monografía en internet] (acceso el 12 de noviembre

de 2018) Disponible en: https://crohncolitispuzol.wordpress.com/2015/02/07/cuidados-de-un-estoma-desde-la-perspectiva-de-la-enfermeria/
- Infomed [internet] La Habana: Infomed; [citado el 10 de noviembre de 2018] Recomendaciones nutricionales a pacientes ostomizados [20 paginas] Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/uvs/cirured/recomendaciones_nutricionales_a_pacientes_ostomizados.pdf
- Enfermería actual [internet] Enfermería actual; [citado el 11 de noviembre de 2018] Disponible en: https://enfermeriaactual.com/nanda-taxonomia-etiquetas/#imagen-corporal
- Mundo Enfermero [internet] Mundo Enfermero; [citado el 12 de noviembre de 2018] Disponible en: https://www.mundoenfermero.com/nandanocnic/hnanda_dominio.php

Capítulo 223

MENOPAUSIA Y CALIDAD DE VIDA

TERESA MARÍA IGLESIAS OLIVEROS

1 Introducción

El climaterio es el periodo biológico de cambio en la vida de la mujer, delimita el paso de la vida reproductiva a la senectud, se instaura de manera progresiva y tiene una duración variable. Esta etapa se caracteriza por la deficiencia de estrógenos, incluye el periodo cuando comienzan las manifestaciones endocrinológicas, biológicas y/o clínicas, iniciativas de que se acerca la menopausia y como mínimo hasta el primer año que sigue a la menopausia. Es un acontecimiento que afecta a todas las mujeres y que no se asocia a ninguna patología. La Organización Mundial de la Salud (OMS) la sitúa entre los 45 –64 años de edad. En España la edad media de la menopausia se presenta entre los 46,7 y 50,1 años estando la edad de aparición por factores genéticos, obesidad y tabaquismo. La experiencia de la menopausia es diferente en cada mujer y entre mujeres de diferente cultura o procedencia.

Actualmente el aumento de la esperanza de vida de nuestra sociedad hace que un número progresivamente mayor de mujeres viva durante más tiempo en el periodo posmenopáusico, esto le va a suponer a la mujer casi un tercio de su ciclo vital.

El periodo de posmenopausia se caracteriza por un déficit de estrógenos, producto del fallo ovárico, lo cual produce a corto plazo signos y síntomas a nivel vasomotor, neuropsiquiátrico, genitourinario, cardiovascular y osteomuscular. A largo plazo condiciona osteoporosis y enfermedades cardiovasculares. Todos ellos causan incremento de la morbimortalidad y esto en muchos casos lleva a un aumento en el costo familiar, social y de la salud pública.

A nivel epidemiológico la menopausia tiene un papel importante en las sociedades. Las mujeres mayores de 45 años que presentan o presentarán algún grado de déficit estrogénico en corto plazo comprende a un grupo de poblacional. Por este motivo, se deben comprender los caminos en esta etapa de la vida de la mujer para poder dar las mejores estrategias de prevención y tratamiento de todas las manifestaciones clínicas para este grupo de personas. Se estima, además, que la población mayor de 45 años aumentará sin duda en los últimos años. Las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que en pocos años se alcanzará la cifra mundial de 750 millones de mujeres posmenopáusicas, pudiendo constituir más del 33% de la vida de la población femenina. Por estos datos es importante que este grupo de población sea el centro de atención de ginecólogos, epidemiólogos, cardiólogos, reumatólogos, psiquiatras y geriatras entre otros.

La atención a la mujer menopaúsica se considera hoy en día como una prioridad sanitaria en nuestro país. Sin embargo, dentro del marco sanitario es causas de muchas controversias, hay grandes diferencias respecto al climaterio, que lo han convertido en uno de los aspectos de la salud pública que mayor debate genera, tanto en la población, entre los profesionales sanitarios y particularmente en las mujeres.

El papel de la atención primaria como primer y en muchos casos único contacto con la mujer menopaúsica, hace necesario poner a disposición de las mujeres métodos y medios necesarios para que este periodo sea un periodo de sin trastornos y en el que se adquieran una alta calidad de vida. El seguimiento de las manifestaciones climatéricas es necesario plantearlo desde una perspectiva biopsicocial como cualquier otra actividad de nuestra práctica habitual.

2 Objetivos

- Conocer cómo influye y repercute la menopausia en la calidad de vida de las mujeres.
- Determinar y evaluar los cambios físicos y psíquicos en la menopausia.
- Determinar las mejores pautas de ayuda a las mujeres menopaúsicas.

3 Metodología

Este trabajo se ha elaborado mediante una revisión bibliográfica de carácter sistemático. Se ha realizado una búsqueda de literatura científica, actual y relevante sobre el tema a tratar. También se ha recopilado información de diferentes portales de sanidad de las distintas comunidades autónomas. Para elaborarlo se realizó la pregunta clínica (PIR): ¿Cómo mejorar la calidad de vida de la mujer menopaúsica?

PACIENTE/POBLACIÓN: Mujeres menopaúsicas mayores de 45 años.

INTERVENCIÓN: Atención a la mujer menopaúsica de forma global.

RESULTADOS: Mejorar la calidad de vida de la mujer menopaúsica.

Esta revisión bibliográfica se centró en artículos de investigación sobre la calidad de vida y menopausia. LA búsqueda se realizó en bibliografías desde el año 1981 hasta el 2019.Como estrategia de búsqueda se seleccionaron descriptores de Ciencias de la Salu(DECs) y Medical Subjects Headings(MeSH) combinados con el operador booleano AND.

Como palabras claves se utilizaron: menopausia, climaterio, calidad de vida.

4 Resultados

En esta revisión unos de los primeros puntos a tener en cuenta es la aclaración sobre los términos menopausia y climaterio.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la menopausia natural o fisiológica como "el cese permanente de la menstruación, determinado de manera retrospectiva después de 12 meses consecutivos de amenorrea, sin causas patológicas".En la actualidad la edad de presentación es aproximadamente de los 45 a los 55 años.

Mientras climaterio proviene del griego climater, que significa peldaños o escalones, se entiende el periodo de transición desde la etapa reproductiva hasta la no reproductiva y abarca, aproximadamente, desde un año antes a un año después de la menopausia. El climaterio incluye como acontecimiento principal la

menopausia, pero empieza años antes que esta, sobre los 45 años y finaliza hacia los 65 años, edad que marca el principio de la senectud. Por tanto, la menopausia es un indicador del comienzo del envejecimiento en la mujer, pero es solo un signo más dentro del conjunto de fenómenos que caracterizan el período del climaterio.

La menopausia implica una serie de cambios tanto físicos como emocionales. La causa de la menopausia no se conoce exactamente, pero constituye una etapa en la vida de la mujer que se inicia con la declinación de la función ovárica, causada por el progresivo agotamiento folicular, provocando la desaparición de la ovulación y la falta de producción de estrógenos y progesterona.

Durante el climaterio se producen importantes cambios físico, psicológicos y socioculturales con importantes consecuencias positivas pero también con importantes riesgos para la salud, como la osteoporosis y/o enfermedades cardiovasculares. Los hábitos de salud van a tener en esta etapa una gran importancia, tanto para paliar síntomas como para prevenir ciertas enfermedades. El climaterio en la mujer está constituido por factores fisiológicos, sociales y psicológico. Hay que entenderlo como desde un punto de vista biopsicosocial.

Loa cambios que se inician en el climaterio son un proceso fisiológico, pero para la gran mayoría de las mujeres la falta ovárica provoca deterioro orgánico y repercutiendo sobre los órganos que poseen receptores de estrógenos como son los ovarios, el endometrio, tejido vaginal, hipotálamo, tracto urinario, esqueleto, piel y sistema cardiovascular.

SIGNOS Y SÍNTOMAS MÁS FRECUENTES DURANTE EL CLIMATERIO.

Entre los signos y síntomas más frecuentes durante el climaterio y/o menopausia, se pueden encontrar según los artículos revisados:

-Sofocos, bochornos u oleadas de calor. Es un incremento de la temperatura de la cara, cuello o tórax y suele ir acompañado de sudor, escalofríos, palpitaciones y enrojecimiento de la piel. La sensación de calor se produce por una vasodilatación periférica inapropiada con aumento de flujo sanguíneo vinculado a una fuerte disfunción del centro termorregulador en el hipotálamo. Se recomienda: tomar abundantes líquidos, no abrigarse demasiado, aprender a relajarse, no fumar, bajar la calefacción, tomar zumos naturales en lugar de café, té o bebidas de cola y utilizar ropa de algodón.

-Disminución del deseo sexual. La disminución de la lívido es un síntoma asoci-

ado a la menopausia, sin embargo, los resultados de ensayos clínicos concluyen que no existe relación. La disminución, por tanto, de la frecuencia de las relaciones sexuales está más relacionada con la dispareunia, sequedad vaginal, pérdida de pareja y disminución de deseo con la pareja.

-Osteoporosis. Se produce una pérdida acentuada de la masa ósea y una disminución en la fuerza de los huesos. Aumenta el riesgo de fracturas, siendo las más comunes las de columna vertebral, muñeca y cadera. Existen unos factores de riesgo para desarrollar este síndrome: raza blanca, falta de ejercicio, mala alimentación, tener más de 50 años, hábitos tóxicos, y/o factores genéticos. Para prevenir la osteoporosis los puntos fundamentales se basan en generar unos hábitos de alimentación correctos con ingesta de calcio; evitar el tabaco, alcohol y cafeína pues afectan negativamente a la mineralización del calcio y debe estimularse la realización de ejercicio físico.

-Alteraciones del aparato urogenital. Una reducción en la producción de estrógenos produce la atrofia del útero y sus paredes adelgazan al igual que la pared vaginal, la cual se hace más débil, frágil repercutiendo en las relaciones sexuales. Así mismo son frecuentes las incontinencias urinarias, las infecciones vaginales y de orina, una mayor frecuencia de micción. Se puede observar también atrofia mamaria y cutánea. En las mamas se produce un descenso de la elasticidad y en cuanto a la atrofia cutánea se observa piel seca, prurito y fragilidad capilar.

-Problemas urinarios. Debido a las alteraciones de la mucosa de la vejiga y la uretra se incrementa la frecuencia urinaria diurna y/o nocturna. Se suelen producir pequeñas pérdidas de orina con los esfuerzos diarios. Es muy importante realizar ejercicios de fortalecimiento de la musculatura pélvica. Estos ejercicios del suelo, pélvico ayudarán a fortalecer los músculos y ayudar a prevenir dichas incontinencias.

-Insomnio. Uno de los principales síntomas climatéricos es la dificultad para conciliar el sueño. Esto produce en una falta de descanso en la mujer produciendo falta de concentración, irritabilidad y alteraciones del humor.

-Pequeñas alteraciones de la memoria.

-Cambios de humor. El estado de ánimo de la mujer se ve afectado por la falta de hormonas femeninas. Se producen alteraciones en el ánimo, tristeza, angustia, miedos, irritabilidad, preocupación exagerada por las cosas, ansiedad e incluso depresión. Los factores socioculturales e individuales de cada mujer también influyen en estos síntomas, no solo el descenso de nivel de estrógenos. Dado que son frecuentes los estados de ánimo depresivos, es importante educar a las mujeres para que adquieran la seguridad que les permita una adaptación positiva y con recursos para solucionar los problemas que puedan surgir.

En este punto son recomendables una serie de medidas: tener una actitud positiva ante la vida, pedir a la pareja que disponga más tiempo para ella, practicar técnicas de relajación que ayuden a disminuir el estrés y la ansiedad, no caer en el aburrimiento y realizar actividades que activen el cerebro como leer, memorizar o escribir.

-Obesidad y enfermedades cardiovasculares. Se produce una redistribución de la grasa y un aumento de peso los cuales se consideran factores de riesgo en las enfermedades cardiovasculares. La alimentación influye de manera decisiva en el aparato circulatorio. El aumento de masa corporal tiende a la producción de hipertensión, pero lo más importante es su poder aterogénico. En la mujer posmenopáusica los valores de LDL se elevan progresivamente como consecuencia de la falta de estrógenos, por ello, una dieta adecuada puede reducir esos niveles de LDL, rebajar el colesterol y prevenir contra los depósitos de ateroma en las arterias y por tanto disminuir la incidencia de infarto de miocardio.

Las enfermedades más comunes por la alteración en el riego sanguíneo son la angina de pecho y el infarto de miocardio. Ambas tienen lugar como consecuencia de una obstrucción de las arterias(ateroesclerosis), lo que provoca carencia de sangre y oxígeno en los órganos del cuerpo. Los estrógenos tienen un efecto cardioprotector. Tras la menopausia se produce un aumento del riesgo cardiovascular por lo que en muchos casos se recomienda la prevención primaria y secundaria de enfermedades cardiovasculares con tratamiento estrogénico en mujeres posmenopáusicas.

CALIDAD DE VIDA EN LA MUJER MENOPAÚSICA.

Los términos menopausia y climaterio están asociados a estereotipos negativos: pérdida de la función primaria reproductiva, del atractivo físico y del rol de madres, melancolía, depresión, pérdida, envejecimiento y síndrome del nido vacío. Debido a este cambio de concepto, las mujeres comprendidas entre 50–60 años demandan más atención sanitaria, que las mujeres de 70–80 años, las cuales consideran la menopausia como un fenómeno natural. El aumento de interés sobre la menopausia de las mujeres contemporáneas también obedece a razones históricas. En el siglo XV la esperanza de vida estaba en torno a los 30–35 años, y en nuestros días se encuentra alrededor de los 80. Al mismo tiempo, la edad media de presentación de la menopausia ha sufrido pocas oscilaciones a lo largo de la historia. Desde el siglo XV hasta la actualidad se ha producido aproximadamente a los 50 años. Siendo poco frecuente encontrar mujeres postmenopáusicas durante ese período.

Es a partir de la segunda mitad del siglo XIX cuando la esperanza de vida empieza a superar los 50 años, aumenta el número de mujeres con menopausia. A partir de la década de los 50, el papel de la mujer en la sociedad inició un proceso de cambios. Las mujeres con 50 años se encontraban, a diferencia de sus madres, en una etapa vital de alta actividad, tanto psico-física, como social.3 Se incorporan así multitud de variables, inexistentes anteriormente, en la percepción de la menopausia. A través de diferentes estudios se ha demostrado la posible multicausalidad de los síntomas físicos y psicológicos en la menopausia.

En definitiva, la respuesta de cada mujer ante la menopausia es compleja, e incluye junto a la dimensión biológica, una dimensión social, histórica, cultural, política y económica, aportando dinamismo al concepto de menopausia y/o climaterio. El concepto de calidad de vida ha ido evolucionando en el tiempo. En 1994 la OMS la define como "la percepción que tiene el individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas e intereses".

En el ámbito del climaterio, las consecuencias del cese de la función ovárica deben contemplarse también desde todas las perspectivas. No basta, por tanto, con identificar la presencia de sofocos u otros síntomas, sino que interesa la apreciación subjetiva de la mujer, quien dirá si se ve afectado o no su bienestar por esa molestia. En estudios realizados, se observa que la pérdida de calidad de vida en determinadas mujeres no depende de la edad ni de variables sociodemográficas como el estado civil, el número de hijos, la educación o el trabajo, sino esencialmente de haber tenido o no el climaterio. En otros estudios, se observó que existe una clara influencia cultural y social en la percepción de las manifestaciones que aparecen con el cese de la actividad ovárica.

No existe un único factor asociado al bienestar psicológico por lo que se confirma su carácter multidimensional. La cultura y la influencia personal juega un papel importante en la estabilidad psicológica, el tipo de personalidad, en particular la adaptación de la persona a eventos negativos, sin olvidarnos de la influencia de otras variables demográficas, como el género y la situación laboral, que están más relacionadas con la etapa de la vida por la que atraviesa la mujer. Por tanto, no se llega a una conclusión firme ya que hay diferencias significativas entre los diferentes estudios observados. Mientras que hay mujeres que perciben la falta de menstruación como una pérdida de feminidad y acercamiento a la vejez, otras sin embargo viven esta etapa como una liberación proporcionándoles una mayor seguridad en sí mismas además de una mayor realización personal,

viéndolo como algo natural hacia la vejez.

Como se puede observar, todo ello depende de los antecedentes culturales de cada una y de las experiencias vividas por las mujeres, sus creencias y expectativas. Por esta razón, esta etapa en la vida de la mujer es idónea para su inclusión en un Programa de Educación para la Salud, ya que es en la actualidad un área importante a tratar, de carácter multidisciplinar, donde la enfermería la ha incluido dentro de su plan de actuación, con la finalidad de orientar y educar a la mujer en sus cuidados diarios satisfaciendo sus necesidades bio-psico-sociales, facilitándole el alivio de los signos y síntomas que aparecen en esta etapa, así como para prevenir o mejorar los problemas futuros. El objetivo primordial de enfermería es brindar una información detallada y exhaustiva de todos aquellos factores que intervienen en favorecer un estilo de vida saludable para la paciente, mejorando así su estado general, elaborando planes de actuación para lograr el más alto nivel de interacción social, demostrándole los aspectos positivos de ésta, animándola a realizar otro tipo de actividades, deportivas, culturales, que aumenten su nivel de salud a todos los niveles, ya sea físico, mental o social .

5 Discusión-Conclusión

-Es imprescindible conocer el significado de la menopausia, sus connotaciones y lo que esperan de ella las mujeres premenopáusicas para poder trabajar desde la prevención, dándoles herramientas para afrontar esta etapa.
-El papel de los profesionales de salud es primordial para ofrecer una asistencia integral a la mujer climatérica orientada a mejorar su calidad de vida.
-El conocimiento de la mujer de sí misma es la clave para vivir mejor este periodo. Se debe de realizar una valoración individualizada y educar para la salud, adoptando hábitos de vida saludables.
-La menopausia es una etapa más en la vida de la mujer. Se deben desterrar los significados negativos y trabajar el rol mujer desde todas las dimensiones.

6 Bibliografía

1. Lopera-Valle JS, Parada-Pérez AM, Martínez-Sánchez LM, et al. Calidad de vida en la menopausia, un reto en la práctica clínica. Rev Cuba Med Gen Integral 2016; 32: 0–0.
2. Torres Jimenez AP, Torres Rincón JM. Climaterio y menopausia, http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422018000200051

(accessed 9 February 2020).
3. Salvador J. Climaterio y menopausia: Epidemiología y fisiopatología. Rev Peru Ginecol Obstet 2008; 54: 71–78.

Capítulo 224

LA IMPORTANCIA DE FOMENTAR LA LACTANCIA MATERNA (LM) POR ARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

LETICIA CUELI ARENAS

LAURA CUETO GARCÍA

SARAI ROBLEDO DE LA HUERGA

VANESA MARTÍNEZ VÁZQUEZ

GEORGINA AYALGA ARGÜELLES BOUSOÑO

1 Introducción

Es sabido que la LM ha permitido la supervivencia de la especie desde la antigüedad, ya que es el alimento ideal para el desarrollo y el crecimiento de los niños, además de crear un vínculo especial entre madre e hijo muy beneficioso para ambos.

La leche materna es el alimento que se produce de forma natural para alimentar al recién nacido y la mejor forma de alimentarlo desde que nace hasta los dos años de vida o más.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Asociación española de pediatría (AEP) recomiendan: Alimentar al niño sólo con leche materna hasta que cumpla

los 6 meses. Continuar con la LM como mínimo hasta los 12 meses, introduciendo poco a poco los alimentos. Seguir dando el pecho hasta los dos años y más.
Como enfermera considero muy importante el papel que podemos ejercer para fomentar la Lactancia Materna, explicarles en qué consiste y cómo solucionar los problemas que puedan surgir en el camino.

ANATOMÍA DE LA MAMA. FISIOLOGÍA DE LA LM:

Las mamas son dos formaciones situadas equidistantes en relación con la línea media del cuerpo, en la cara anterior y superior del tórax. Representan una característica sexual secundaria del sexo femenino y tras el parto sirven para nutrir al recién nacido con su leche. El tamaño es variable, dependiendo de la etnia, edad y etapa de la vida, pero tienen una media 12-13 cm de diámetro, con un espesor en la zona central entre 6-8 cm y un volumen medio entre 250-300 ml.

La mama está compuesta por tejido glandular, tejido graso y tejido conectivo. Presenta una semiesfera terminada en vértice por un saliente llamado pezón, el cual está formado por músculo liso y fibras elásticas. El pezón está rodeado por la areola, de color oscuro debido a su pigmentación. En ésta se encuentran los folículos pilosos, las glándulas sudoríparas y sebáceas (los tubérculos de Montgomery, que producen una sustancia que protege y lubrica el pezón). Tanto el pezón como la areola están muy vascularizados, lo que contribuye a una erección del pezón y vaciamiento de los conductos galactóforos (conducto que transporta la leche hasta el pezón).

Bajo la piel de la areola y pezón hay abundante tejido muscular y conectivo, dispuesto en una malla de fibras radiales y circulares asegurando la contractilidad necesaria durante la succión, permitiendo adaptarse a la boca del lactante alongándose hasta drenar la leche en la base de la lengua. El sistema circular funciona como un sistema de cierre al paso de la leche cuando se succiona.

Existen diversos tipos de pezones: protuyentes, planos, retraídos y hendidos o invertidos. Esto no determina el éxito de la LM.

CARACTERÍSTICAS DE LA LECHE:

La leche materna se adapta a las necesidades del bebé y es el alimento adecuado para su correcto crecimiento y desarrollo. Mientras el bebé está siendo amamantado, protege al bebé de numerosas enfermedades, como son catarros,

bronquiolitis, neumonías, diarreas, otitis, meningitis, infecciones de orina, enterocolitis necrotizante o síndrome de muerte súbita del lactante. También protege de enfermedades futuras como el asma, alergia, obesidad, enfermedades inmunitarias como diabetes, enfermedad de Crohn o colitis ulcerosa, además de la arterioesclerosis o infarto de miocardio, favoreciendo el desarrollo intelectual.

El Calostro: es la leche que se produce en los primeros días tras el nacimiento del bebé. Alimento rico en proteínas, minerales y vitaminas, contiene leucocitos y anticuerpos que dotan al bebé de protección frente a infecciones y alergias. Tiene efecto laxante, ayudando a expulsar el meconio y a prevenir la ictericia. Favorece el crecimiento, acelera la maduración del intestino y previene la alergia e intolerancia a los alimentos. Posee el colesterol necesario para el adecuado desarrollo neurológico. Es rico en vitamina A, reduce la gravedad de algunas enfermedades como el sarampión, diarrea y previene problemas oculares.

La leche madura: a partir de los 6 días de vida, la leche materna va aumentando el contenido en hierro y grasa, según las necesidades de cada bebé. Durante los primeros 7 a 10 min del inicio de la succión, el pecho produce una leche baja en calorías, con proteínas, hidratos de carbono, vitaminas, minerales, anticuerpos, vitamina D3 y agua en cantidad suficiente. Si el bebé sigue mamando del mismo pecho se produce una leche muy grasa, con alto contenido calórico, rica en hierro y vitaminas A y B. Es esta leche la que logra que el desarrollo y el crecimiento del bebé sean satisfactorios. La leche del final de la toma deja al bebé satisfecho, evitando la sobrealimentación y la obesidad.

Hidratos de carbono: la lactosa es el más importante en la leche humana, que favorece la absorción del calcio y crea un medio ácido en el intestino del niño que impide el desarrollo de gérmenes nocivos para el bebé.

Minerales: la proporción de calcio y fósforo en la leche humana es la adecuada, así tiene una perfecta absorción intestinal. La cantidad de hierro y zinc es baja, pero la absorción es elevada, no siendo necesario darles suplementos al bebé.

Vitaminas: El calostro es muy rico en vitamina A. La leche humana también es rica en vitamina D3 que protege del raquitismo y vitamina E que favorece la absorción de las grasas.

COMIENZO PRECOZ DE LA LM:

Por lo general, el primer contacto entre madre e hijo suele ser en la sala de partos

y es en ese mismo lugar donde se debe de llevar a cabo la primera puesta al pecho.

Es importante que al recién nacido se le ofrezca el pecho de forma precoz, a ser posible en la primera media hora tras el parto; ya que es entonces cuando el reflejo de succión es más fuerte y se coge con más facilidad al pecho. Es en este momento donde la matrona tiene un papel fundamental en la lactancia materna, ya que debe de supervisar si el enganche es el correcto para así evitar futuras complicaciones y en consecuencia un posible fracaso de la LM.

Al poner al recién nacido sobre su madre se debe esperar a que muestre esos primeros signos de inquietud, como mover las manos y llevárselas a la boca. El solo se engancharía, pero es mejor ayudar en esta primera puesta para que lo haga satisfactoriamente.

Después de la primera hora, el recién nacido suele quedar adormecido unas horas. Durante este tiempo es recomendable que el bebé permanezca junto a su madre aunque no muestre interés por mamar y que se estimule el contacto piel con piel tan beneficioso para ambos. De esta manera se pueden observar los primeros movimientos de interés por mamar y no solamente cuando llore, pues el llanto es un signo tardío de hambre.

Si se deja pasar esa o esas dos primeras horas, el bebé puede perder el interés por succionar. Aunque si no se le ofrece nada (ni chupete ni biberón) y se le ofrece el pecho frecuentemente, se conseguirá que inicie la LM.

Según la OMS, la primera puesta al pecho de un recién nacido sano debe ser en el momento más temprano posible, si es posible antes de que la madre abandone la sala de partos.

En los partos mediante cesárea, la "subida de la leche" suele demorarse un poco más, por lo que es doblemente importante ofrecerle el pecho de forma precoz. El contacto "piel con piel" y permitir el agarre ante la muestra de signos de hambre es fundamental. No es necesario ofrecerle al niño suplementos alimenticios los primeros días ya que se puede perjudicar la normal instauración de la LM. S

Los conocimientos acerca de la LM no sólo pueden ser ofrecidas por personal sanitario (matronas y enfermeras); sino que suele ser beneficioso buscar ayuda en grupos de apoyo a la LM, en los que madres con experiencia pueden ayudar a otras a resolver dudas o dificultades y amamantar con éxito. También hay en el mercado guías para una LM exitosa.

TÉCNICA DE LA LM. POSICIÓN Y AGARRE:

La mayoría de los problemas con la LM se deben a una mala posición, un mal agarre o a ambos. Una técnica correcta evita la aparición de grietas en el pezón, siendo la clave para el éxito de la LM.

El pecho debe de estar blando para que el niño lo agarre bien. Si se encuentra duro, se aconseja darse una ducha de agua caliente para ayudar a liberar unas gotas de leche y así ablandar el pecho. En caso de cesárea, sirven unos paños calientes sobre los pechos. Al estar el pecho blando, el bebé podrá agarrar el pezón y parte de la areola para una correcta succión.

Madre e hijo deben de estar cómodos y muy juntos, preferiblemente con todo el cuerpo del niño en contacto con el de la madre "ombligo con ombligo".

El agarre se facilita colocando al bebé girado hacia la madre, con su cabeza y cuerpo en línea recta, sin tener el cuello torcido o excesivamente flexionado o extendido, con la cara mirando hacia el pecho y la nariz frente al pezón. En posición sentada, la madre con la espalda recta y las rodillas ligeramente elevadas, con la cabeza del niño apoyada en su antebrazo y las nalgas del niño también estén apoyadas.

Una vez el bebé esté bien colocado, la madre para que el bebé abra su boca, puede rozar su pezón contra los labios de éste y desplazarlo suavemente contra el pecho. Será más fácil si se le acerca desde abajo, dirigiendo el pezón hacia el tercio superior de la boca, inclinando su cabeza ligeramente hacia atrás. Lo que se pretende es que el bebé introduzca en su boca tanto pecho como sea posible y evitar grietas. No es conveniente presionar el pecho con los dedos haciendo "la pinza" , porque se estira el pezón y se impide que el niño se acerque lo suficiente para mantener el pecho dentro de la boca. Si la nariz está muy pegada al pecho puede que la cabeza esté excesivamente flexionada.

En un buen agarre se observa que la barbilla del bebé toca el pecho y sus labios están evertidos . Se observará más areola por encima del labio superior que por debajo del labio inferior. Cuando succiona se observa movimiento en la mandíbula que se extiende hacia las orejas y sus mejillas no se hunden, si no que se ven redondeadas.

Succionar un pecho es diferente a alimentarse con un biberón. En el caso de la LM, la leche de la madre pasa al bebé con una expulsión activa (reflejo de eyección "subida de leche") y una extracción activa del bebé (succión).El bebé necesita

crear una tetina, y lo consigue abarcando con su boca un tercio del pezón y dos tercios de tejido mamario. La lengua del bebé es fundamental, ya que tiene que realizar un movimiento en forma de ondas peristálticas (de adelante hacia atrás) haciendo como un "ordeño" de los senos galactóforos, que es donde se acumula la leche que se ha producido.

Si la madre tiene pezones planos, una buena succión es suficiente para crear una tetina con el tejido mamario.

Cuando los pechos sean grandes, es útil sujetarlos desde la base, pegado al tórax, sin interponer los dedos entre el pecho y el niño.

Es importante que el brazo del niño no se interponga entre él y su madre para no crear un espacio que dificulte el agarre.

Si se succiona de esta manera, la madre no notará dolor ni siquiera cuando ya tiene grieta.

Si al inicio de la succión la madre nota dolor, por lo que se supone que no hay un buen agarre, se debe de introducir el dedo índice en la comisura de los labios para así deshacer el vacío y conseguir que se suelte fácilmente.

Si se da el pecho acostada, la madre debe de apoyar la cabeza sobre una almohada y el brazo del lado del pecho que se va a ofrecer al niño, colocarlo sobre el colchón. Hay que colocar al bebé con su cuerpo paralelo al de su madre, abdomen contra abdomen, y su nariz a la altura del pezón, inclinando ligeramente la cabeza hacia atrás en el agarre.

Si se amamanta sentada, pueden ser útiles las almohadas de lactancia . Se colocan sobre el regazo (sobre las piernas y alrededor de la cintura si tiene forma de C), el bebé encima y así acercarlo al pecho manteniendo la madre la espalda recta y evitando dolores. Es bueno que las rodillas queden más elevadas que la cintura; esto se consigue apoyando los pies sobre una banqueta baja o unos libros superpuestos.

PRODUCCIÓN DE LA LECHE. INSTAURACIÓN DE LA LM:

El principal estímulo que induce la producción de la leche es la succión del bebé. Cuantas más veces se agarre el bebé al pecho de la madre y cuanto mejor se vacíe éste, más leche se producirá. La cantidad de leche que se produce se ajusta a lo que el niño demanda y a las veces que vacía el pecho al día. La calidad también

varía según las necesidades del bebé a lo largo del tiempo.

Es muy importante que la madre sepa que no existe leche materna de baja calidad, ni tampoco insuficiente (si se le pone al pecho a demanda); ésta siempre está adecuada al bebé y es todo cuanto necesita.

Es importante sobre todo durante el primer mes, que no se le ofrezcan al bebé chupetes ni biberones . Éstos se succionan de manera diferente a la mama, pudiendo llegar a confundir al bebé, agarrando así de manera ineficaz el pecho y produciendo grietas en los pezones, mastitis por un mal vaciamiento y a la larga la disminución de producción de leche y el fracaso de la LM.

2 Objetivos

El objetivo es conseguir instaurar una lactancia materna de calidad en el mayor número de recién nacidos ya que es beneficioso tanto para el bebé como para su madre. Debemos de hacer llegar a las futuras madres toda la información necesaria para conseguir una lactancia materna exitosa.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Una de las preguntas más frecuentes de las madres que se inician en el mundo de la LM es: ¿cuándo hay que dar el pecho? y ¿durante cuánto tiempo?.

Tras la primera toma, justo después del parto, el recién nacido hará un sueño largo, del cual no hay porqué despertar. Así la madre aprovecha para descansar también.

Durante las primeras semanas los recién nacidos deben de alimentarse entre 8 y 12 veces al día hasta saciarse.

El tiempo que cada bebé necesita para completar una toma es diferente para cada bebé, incluso una toma es diferente a la siguiente y también va variando según la edad del bebé. La mejor manera de llevar a cabo una buena LM es a demanda. Según la OMS, la LM a demanda es "poner al pecho al niño cada vez que este lo pida o cada vez que la madre lo desee".

Un niño puede desear mamar a los 15 minutos de haber terminado una toma o estar 4 horas sin demandar la siguiente. Tan sólo es importante controlar el número de tomas al día durante los 15-20 primeros días que deben de realizar de 8 a 12 tomas.

En ocasiones el bebé se saciará con un solo pecho, otras veces habrá que cambiarlo de pecho para que siga, y éste puede terminarlo o dejarlo a medias. Lo importante es que vacíe por completo un pecho antes de empezar con el otro, ya que la leche del final del pecho es rica en grasas. Cuando el bebé al cabo de un tiempo vuelva a necesitar mamar, se le debe de ofrecer en primer lugar el pecho que no ha terminado para que lo vacíe por completo. Así se evitan mastitis en los pechos de las madres, que se producen debido al acúmulo de leche.

Cuando la toma de un bebé de unos meses de edad se alarga más de 30 minutos en un solo pecho, de forma habitual, hay que verificar que esté enganchado correctamente.

A veces el niño chupa pero no mama, y esto es debido a que necesita más apego.

VENTAJAS, DIFICULTADES Y CONTRAINDICACIONES DE LA LM:

Ventajas para el bebé: Coma ya he mencionado en las características de la leche materna, ésta es la primera vacuna para el recién nacido, protegiéndolo de numerosas enfermedades y fortaleciendo sus defensas. Este efecto dura hasta mucho después de terminar la lactancia. A través de la leche se pasan anticuerpos y bacterias para una buena digestión de los alimentos y favorece la producción de vitamina K, que es un factor necesario para la coagulación de la sangre y muy importante para evitar hemorragias en el recién nacido. La leche materna contiene todos los elementos necesarios para el desarrollo correcto del cerebro y del sistema nervioso. Los niños prematuros y nacidos a término alimentados al pecho presentan mayor coeficiente intelectual que los que no han sido alimentados así.

El contacto piel con piel que se da al amamantar, refuerza el vínculo entre madre e hijo y es fuente de seguridad y consuelo.

La LM facilita el desarrollo de los huesos del paladar, mandíbulas y dientes, se relaciona con menor riesgo de muerte súbita del lactante y favorece la liberación de la hormona del crecimiento como ya he mencionado con anterioridad.

Ventajas para madre y bebé: A los pocos minutos de comenzar a mamar, el cerebro de la madre produce endorfinas, unas hormonas que pasan a la leche y relajan a ambos ayudándolos a dormir. Por lo que si durante la noche se hace colecho o se amamanta en la cama donde la madre duerme, la madre saldrá beneficiada, pues se desvelará menos, descansará más ayudando a recuperarse antes y al estar más descasada será más fácil de mantener la producción de leche y la lactancia que en ocasiones se ven mermadas por el cansancio y estrés de la madre.

Las mujeres que amamantan a sus bebés durante meses, pierden el peso ganado durante el embarazo rápidamente, pues para producir la grasa de la leche, van tirando de las reservas de grasa que se habían depositado en las caderas y otras partes del cuerpo. Tienen menos riesgo de hipertensión y osteoporosis, contribuye al funcionamiento normal de las mamas, disminuyendo el riesgo de padecer cáncer de mama y ovario.

Una lactancia precoz, entendiendo esta como la primera puesta al pecho lo antes posible tras el parto, facilita la recuperación de la madre, ya que al mamar se produce oxitocina, una hormona que hace que se contraiga el útero, favoreciendo un menor sangrado postparto, durante menos días y volviendo el útero antes a su estado normal, por lo que tienen menos riesgo de anemia postparto.

La LM dota a la madre de una mayor confianza en sí misma a la hora de criar a su bebé, alejando la tristeza y la depresión postparto. Es sistema inmunitario de las madres que amamantan a sus bebés se estimula y las necesidades de insulina en madres diabéticas se reducen.Se ahorra tiempo y energía, ya que no hay que salir a comprar leche ni agua, ni hay que preparar ni limpiar biberones.

Ventajas para la familia y la sociedad en general:
- Los paseos y viajes serán más cómodos. Se puede alimentar al bebé en cualquier sitio. La leche siempre estará preparada y a la temperatura óptima.
- Con la lactancia materna se ahorra dinero. Algunos estudios hablan de un ahorro de más de 600 euros el primer año, y otro tanto si se continúa con la lactancia desde el año hasta los 3 años.
- El bebé estará pocas veces enfermo, tendrá menos ingresos hospitalarios, lo que influirá en un menor absentismo laboral de los padres. Además de generar menos gasto sanitario y menos gasto en medicamento a sus padres.

- Al ser un producto natural, ecológico, no hay que fabricarlo, envasarlo ni transportarlo, por lo que no se contamina el medio ambiente.

Dificultades:
- Pensar que se tiene poca leche es muy habitual y suele angustiar bastante a una madre sobre todo si es primeriza.
- La salida del hospital y el comienzo de la nueva etapa como madre ya en casa, es un gran cambio que suele ser agotador. Es importante tener ayuda en casa, ya que la madre durante las primeras semanas tan sólo se debe de preocupar de amamantar a su bebé y dormir por lo menos 9 horas diarias, aprovechando cuando el bebé lo hace. En ocasiones la fatiga que producen todos estos cambios hacen que disminuya la producción de oxitocina, que es la hormona que facilita la salida de leche más grasa cuando ya se han vaciado los conductos .De modo que si esta disminuye, no se produce el reflejo de eyección, y por lo tanto aunque el pecho esté lleno la leche grasa no sale, por lo que el bebé sólo toma la leche del principio que sólo hidrata pero no sacia, lo que hará que el niño tenga hambre al poco tiempo.
- Hay momentos en los que el bebé pide más veces el pecho que de costumbre, posiblemente porque esté pegando un "estirón" y necesita que la madre produzca más leche. También la madre puede notar que se encuentra estresada, con exceso de trabajo, falta de sueño o porque no se esté alimentando correctamente. En ambos casos la madre debe de ofrecerle el pecho en cuanto el bebé lo demande y no engañarlo con biberones o chupetes, ya que así cuantas más veces mame más leche se produce y se irá regulando a las necesidades del bebé. También deberá de intentar descansar más y mejorar su dieta si así lo cree.
- Grietas en el pezón: se suelen producir por una mala postura al dar de mamar al niño, por lo que hay un mal agarre. Se aconseja no lavar los pezones antes ni después de dar de mamar, ya que en la areola hay unas glándulas que segregan una sustancia lubricante que evita las infecciones y que se resequen y agrieten. La mejor forma de curar las grietas además de una correcta postura y agarre es untar la zona agrietada con la propia leche al terminar cada toma y evitar que esté humedecido, por lo que no se aconsejan los discos protectores impermeables. Como ya he mencionado antes, quedan totalmente desaconsejados el uso de chupetes y biberones ya que favorecen la aparición de grietas por confundir al bebé en el momento del agarre al pecho.
- Dolor en el pecho: para evitarlo el bebé debe de vaciar bien el pecho antes de comenzar con el siguiente y si se sacia sin llegar a vaciarlo, empezar por ese mismo pecho en la próxima toma. Si se ponen los pechos muy duros, el bebé no se enganchará bien, como ya he comentado con anterioridad, el calor húmedo

sobre el pecho hará que comience a gotear leche y así el pecho se ablandará. También la madre se puede ayudar de un sacaleches hasta que se ablande y el bebé se pueda enganchar bien.
- Mastitis: Si el dolor no se resuelve, debido a la obstrucción de los conductos galactóforos se puede producir una mastitis. Si la leche queda almacenada más tiempo puede infectarse por los gérmenes habituales en la epidermis. Cuando aparece la mastitis, durante los cuatro primeros días hay que poner al bebé entre 8 y 12 veces a mamar. Si el niño no vacía el pecho hay que hacerlo con la ayuda de un sacaleches. Si no se resuelve, se debe de contactar con un médico.

Anomalías de la mama:
- Amastia: ausencia de la glándula mamaria incluyendo pezón y areola. Amazia: ausencia de glándula mamaria, pero si hay pezón y areola.
- Micromastia: mamas poco desarrolladas. Macromastia: mamas muy desarrolladas.
- Atelia: ausencia de pezón.
- Politelia: más de un pezón.
- Microtelia: pezón más pequeño de lo normal. Macrotelia: pezón de tamaño excesivo.
- Mama supernumeraria: aparición de una tercera mama. La localización más frecuente es en las axilas y debajo de las mamas, (línea mamaria).
- Mama ectópica o polimastia: mama a mayores, fuera de la línea mamaria. No tiene ni pezón ni areola (no son funcionantes).

Una de las dificultades con las que se encuentra la madre durante la lactancia es la vuelta al trabajo. No sólo por el hecho de separarse de su bebé, sino por toda la planificación y arduo trabajo por el que tiene que pasar antes de ese primer día. La madre debe de sacarse leche y almacenarla con unas semanas de anterioridad. Durante esas semanas previas, la madre después de dar de mamar a su hijo, debe de sacarse leche cuando note que aún tiene. Hay que recordar que el vaciado del pecho hace que aumente la producción de leche para la siguiente toma y así sucesivamente. Puede hacerlo con saca-leches o de manera manual (Técnica Marmet). La duración es de unos 20 minutos para una toma.

Recomendaciones para conservar la leche materna: Se debe de almacenar en un recipiente o bolsa plásticos de uso alimentario. A temperatura ambiente se conserva 10h, en frigorífico doméstico 48h, en congelador 6 meses. La leche debe de ser enfriada en el frigorífico antes de congelarla y una vez descongelada no puede volver a congelarse. Los contenedores de la leche deben de ser rotuladas

con la fecha de extracción. Para descongelar la leche se deja en el frigorífico de un día a otro y bien lo introduces en agua del tiempo y la vas cambiando hasta que se descongele. La leche materna se calienta al baño maría y previamente hay que agitarla para que se mezclen todos sus componentes.

Con la vuelta al trabajo, el bebé suele pedir más veces el pecho por la noche para ajustar la producción de leche a sus necesidades. En el trabajo si es posible, también se puede extraer una o dos tomas para el día siguiente.

Contraindicaciones de la LM:
- Madre con: VIH, HTL tipo I o II, herpes simple, tuberculosis activa no tratada, citomegalovirus, varicela, brucelosis, sarampión, infección bacteriana grave, miastenia grave, sífilis y que consuma anfetaminas.
- Bebé con: galactosemia (los casos leves pueden recibir lactancia materna parcial), deficiencia primeria congénita de lactasa.

ALIMENTACIÓN DE LA MADRE MIENTRAS DURE LA LM:

Una alimentación incorrecta de la madre puede afectar negativamente a la calidad y cantidad de la leche. Para que esto no ocurra hay que seguir una serie de pautas. No se deben de hacer dietas de adelgazamiento, sino que a la dieta habitual de la madre hay que añadir un consumo de 200 calorías al día. Comer variado, productos naturales, incluso los alimentos que dan sabor a la leche como son los espárragos, ya que luego el bebé no los rechazará cuando se introduzcan en su alimentación complementaria.

Es aconsejable beber dos litros de líquido al día (agua, leche, zumos).

Las grasas son una fuente de energía importante para el bebé, se recomienda diariamente un poco de aceite de oliva virgen y una cucharada de mantequilla, además de lácteos, huevos y frutos secos que también aportan grasas.

Los lácteos son necesarios durante la lactancia para cuidar de los huesos de la madre y los dientes de ambos, se aconseja un litro de leche diario o su equivalente en lácteos.

No hay que olvidarse de los minerales y vitaminas, se aconseja consumir sal yodada y así aportar el yodo necesario para el desarrollo del cerebro del bebé y como mínimo tres veces en semana pescado azul .Cuatro piezas de fruta variada al día, ensalada bien lavada y unos pocos frutos secos sin tostar ni freir.

Las proteínas son aportadas por 3 o 4 raciones semanales de carne y 4 o 5 raciones de pescado azul. Los mejillones aportan bastante hierro. Es bueno comer un huevo diario, preferentemente en tortilla.

Los hidratos de carbono son la fuente de energía más importante, esenciales para el funcionamiento del cerebro y facilitan el funcionamiento intestinal y la absorción del calcio. Pueden considerarse como ahorradores de proteínas, ya que su presencia en la dieta permite que el organismo utilice las proteínas como elementos plásticos para formar el cuerpo del bebé. Los cereales, las legumbres, las hortalizas y las frutas poseen hidratos de carbono de alto valor biológico. Tres o cuatro raciones de legumbres variadas semanales, aportan fibra, minerales y nutrientes necesarios para el crecimiento correcto del bebé y para el bienestar de la madre durante la lactancia. En las comidas que no contengan legumbres, patatas, arroz o pasta, la madre debe de comer 30 gr de pan.

Se debe de evitar en la alimentación: la bollería industrial, productos enlatados y precocinados, bebidas con gas, bebidas alcohólicas y bebidas estimulantes.

5 Discusión-Conclusión

La leche artificial también llamada de fórmula, es la leche de vaca modificada que intenta asemejarse lo más posible a la leche materna. Es decir, se intentan añadir todos los nutrientes presentes en la leche materna, que no están en la leche de vaca, para que el niño pueda obtener efectos parecidos a los del lactante amamantado.

La alimentación debe iniciarse poco a poco a lo largo de la primera semana de vida, empezando en unos 30 ml y hasta los 60 ml aproximadamente 6 veces al día, que aportan unas 120 kcal/kg al final se esa primera semana.

La leche de vaca está deficiente en lactosa y vitamina B1, C, E y A. El tipo de lactosa de la leche bovina (alfa-lactasa) no produce la flora Bacillus bifidus necesaria en el intestino de los bebés, mientras que en la leche materna (beta-lactosa) estimula su desarrollo.

El contenido proteico es mayor en leche de vaca y menos la proporción de glúcidos. La bobina tiene más caseína (difícil de digerir), casi no posee inmunoglobulinas, sus lactoglobulinas pueden causar alergias, es pobre en ácido linoleico y rica en esteárico y tiene la mitad de hierro que la materna.

La lactancia artificial también tiene sus ventajas:
- Es cómoda y flexible porque cualquier persona puede darle el biberón al recién nacido en cualquier momento.
- Las tomas se espacian más y la duración de la misma es inferior, puesto que la tetina del biberón no le supone ningún esfuerzo al succionar, y la leche artificial se digiere más despacio que la materna.
- La madre no tiene que controlar sus hábitos dietéticos ya que no va a amamantar.
- Elegir entre la LM o la artificial es una de las primeras decisiones que tienen que tomar los padres. En muchos casos la decisión se basa en criterios de comodidad, estilos de vida o criterios médicos, otras veces por ignorancia de los beneficiosos de la LM. Es ahí donde el personal sanitario debemos de motivar, asesorar y ofrecer amparo ante cualquier contratiempo o dificultad para una exitosa LM de la disfrutarán madre e hijo.

6 Bibliografía

- Aguilar Cordero MJ. Lactancia Materna. [Internet]. 17. 3ª Edición. España: Elsevier
- M. Latarjet. A. Ruiz. Anatomía humana. [Internet]. 2. 4ª Edición. China. Medica panamericana; [2009]
- J. Aguayo. A. Gómez. Manual de Lactancia Materna. [Internet]. Editorial Medica panamericana; [2009]
- La liga de la leche [internet]. España: Copyright, la Liga Internacional de la Leche ;Disponible en: http://www.laligadelaleche.es/
- Portal de salud de Castilla y León [internet]. http://www.saludcastillayleon.es/es
- PadróA.Lactanciamaterna.http://albalactanciamaterna.org/lactancia/tema-4-cuando-los-ninos-crecen/crisis-o-brotes-decrecimiento/
- Caib.es [Internet]. Islas Baleares: Consejería de Salud. Dirección General de Salud Pública y Consumo .http://www.caib.es/sacmicrofront/archivopub.do?ctrl=MCRST335ZI101920&id=101920.
- Carlos González.ACPAM.Barcelona,Manual práctico de lactancia materna y Bésame mucho

Capítulo 225

CANDIDIASIS OROFARÍNGEA

DIANA GONZÁLEZ ARANGO

LAURA MALLADA LLANO

NAGORE SOLADANA GÓMEZ

LORENA VALLEDOR CASTAÑO

1 Introducción

La candidiasis orofaríngea es una infección oportunista, que consiste en la inflamación de la mucosa orofaríngea debida a una infección ocasionada principalmente por Candida albicans, que es una levadura dimórfica gram positiva que forma parte de la microflora normal de los tractos gastrointestinal y reproductivo de individuos sanos, por lo que se consideran agentes infecciosos endógenos específicos. Son poco virulentos y no son transmisibles.

2 Objetivos

Revisión de un caso de candidiasis orofaríngea.

3 Caso clínico

Varón de 67 años que acude a consulta por presentar desde hace 3 días lesión eritematosa en el dorso de la lengua y paladar, la cual le da ardor bucal y dolor en la ingesta de alimentos lo que le lleva a una disminución del apetito.

Anamnesis: No alergias medicamentosas conocidas. EPOC, hiperuricemia. A tratamiento domiciliario con inhaladores Spiriva respimat y Ventolin cada 12 horas y Zyloric 100 cada 24 horas.

Exploración física: Al examen clínico bucal,el paciente presenta dentadura postiza que se retira en el momento de la exploración. Se observó placa eritematosa localizada en el dorso de lengua de aproximadamente 3 x 4 cm, de bordes difusos, con superficie despapilada con la lengua ligeramente engrosada.

Se le realizó toma de muestra de las lesiones para ser cultivadas y posteriormente se identificó la presencia de C. albicans, lo que confirmó el diagnóstico clínico de Candidiasis Eritematosa.

Se comenzó con terapia antimicótica (Nistatina) realizando enjuagues con ello cuatro veces al día.

Se le explica al paciente la necesidad de enjuagarse la boca tras el uso de los inhaladores, cepillarse los dientes o en este caso dentadura postiza a diario y quitársela por la noche,etc.

El control a las dos semanas reveló mejoría de la lesión y luego a las cuatro semanas se pudo evidenciar total remisión de la lesión así como de la sintomatología.

4 Discusión-Conclusión

Los profesionales de la salud deben reconocer las manifestaciones clínicas de la candidiasis orofaríngea y estar familiarizados con los métodos de diagnóstico con el propósito de otorgar tratamiento efectivo y oportuno para eliminar la infección y prevenir la diseminación sistémica. Es fundamental el control de los factores de riesgo, locales y sistémicos que incrementan el riesgo de infección, así como orientar y educar a la población sobre la importancia de introducir en sus hábitos diarios las recomendaciones generales para la prevención de la candidiasis.

5 Bibliografía

- https://www.actaodontologica.com/ediciones/2003/3/candidiasis_eritematosa_cavidad_bucal.asp
- http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/IMSS-794-16/ER.pdf

- http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072002000200007

Capítulo 226

GRUPOS DE APOYO A LA LACTANCIA MATERNA

REBECA FOLLEDO ACEBAL

ANTONIO JESUS NAVARRO GARCIA

JUDIT LÒPEZ GONZÁLEZ

CRISTINA VAZQUEZ VAZQUEZ

ANDREA SUÁREZ BANCIELLA

1 Introducción

La OMS promueve la lactancia materna como la mejor forma de alimentar, promocionar la salud y mejorar la supervivencia de los niños. A pesar de las iniciativas institucionales, el porcentaje de bebés amamantados los primeros seis meses de vida sigue siendo reducido. En España se estima una prevalencia de lactancia materna exclusiva a los 6 meses del 28.5% (1), lejos de los estándares de OMS-UNICEF, pero con una tendencia al alza (2).

Entre las dificultades expresadas por las madres y causas del abandono de la lactancia están la idealización de la lactancia, la falta de información previa, las complicaciones, la incertidumbre ante el éxito de amamantar y la modificación de su rol como mujer (3). Las claves para vencer las dificultades y tener una lactancia exitosa son, según la OMS, la información previa y el apoyo posterior.

Es importante tener en cuenta, como dificultad añadida, que en ocasiones la maternidad hoy en día se vive de forma aislada e incluso solitaria. Las madres carecen de una red de mujeres donde apoyarse en la crianza de sus hijos. Olza (2017) en su publicación sobre promover la lactancia materna sin presionar a las mujeres, pone de manifiesto la existencia de una pérdida de la cultura del amamantamiento. La incorporación de la mujer al mundo laboral y la aparición de las leches de fórmula, produjeron que la mayoría de las mujeres que hoy son madres no hayan sido amamantadas y que la experiencia de amamantar a su bebé sea su primer contacto con la lactancia materna.

Los grupos de apoyo a la lactancia (GALM) se presentan como alternativa a esa red con la que contaban nuestras abuelas, entendidos como iniciativas de participación y promoción de la salud en la comunidad para fomentar la lactancia materna (4).

2 Objetivos

- Definir grupo de apoyo a la lactancia.
- Identificar los tipos de grupos de apoyo a la lactancia existentes.
- Conocer la organización y funcionamiento de los grupos de apoyo a la lactancia.
- Definir la figura de la consultora de lactancia IBCLC

3 Metodología

Se realizó una búsqueda sistemática en las bases de datos Pubmed, Web of Sciencie, Scopus y Google Scholar a través de las palabras clave (MeSH): BREASTFEEDING, SELF-HELP GROUPS, SUPPORTS GROUPS. Finalmente se seleccionaron 7 artículos, una guía de práctica clínica y un manual de lactancia materna para la elaboración de este capítulo.

4 Resultados

Los grupos de apoyo a la lactancia materna (GALM) son constituidos fundamentalmente por madres que han amamantado a sus hijos.
Su objetivo principal es apoyar a toda mujer que desee amamantar (4). Proveen de formación y ayuda a las madres para iniciar y prolongar la lactancia materna el tiempo que deseen.

Existen dos tipos de grupos de apoyo a la lactancia:
- Grupos de apoyo para madres: coordinados por profesionales sanitarios, formados y entrenados en lactancia. Su rol en el grupo es el de experto.
- Grupos de apoyo "madre a madre": son las propias madres las que coordinan y dirigen el grupo, desde las bases de la reciprocidad y la horizontalidad.

Grupos de apoyo para madres coordinados por profesionales sanitarios.

Los grupos de lactancia prenatales y postparto en los centros de Atención Primaria tienen un papel fundamental en la instauración y el mantenimiento de la lactancia materna. En ellos se logra el equilibrio entre el empoderamiento y autonomía maternos y la asesoría de un profesional.

El primer grupo de lactancia de estas características en España fue creado en Vilamarxant y fueron las mismas madres participantes las que lo definieron como Taller de Lactancia: "El taller es fruto de la participación y actividad de madres lactantes que se reúnen de forma periódica en el centro de salud, tuteladas por el profesional sanitario, para disfrutar y vivir con gozo la experiencia de amamantar. Es un espacio para compartir dudas, problemas, soluciones y aprender técnicas y recursos. Buscan y logran, juntas, mantener la lactancia materna de forma satisfactoria todo el tiempo que desean" (5).

Los objetivos de estos programas que recoge el Manual de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría son:
1. Proporcionar los conocimientos teórico-prácticos para amamantar con éxito: fomentar el inicio precoz, practicar y manejar posturas idóneas, etc.
2. Reforzar la confianza de la madre en su habilidad natural para amamantar y tomar sus propias decisiones: resaltar tus logros, transmitir calma, etc.
3. Proporcionar apoyo emocional a las mujeres: es la pieza clave de estos grupos. Trabajar la empatía, el respeto y la escucha activa para crear un ambiente cálido y de confianza donde expresarse libremente.

La Guía de Lactancia Materna del Ministerio de Sanidad recomienda que todos los centros de salud implementen un programa de apoyo a la lactancia utilizando la iniciativa IHAN como mínimo estándar, ya que mejora las tasas de lactancia materna exclusiva a los seis meses. Este programa debe ser estructurado, multidisciplinar, con evaluación externa y dirigido por profesionales sanitarios con

experiencia y capacidad de liderazgo (6).

Grupos de apoyo “madre a madre”.

Los grupos de apoyo a la lactancia de “madre a madre” o “entre iguales” son considerados como los verdaderos grupos de apoyo a la lactancia.
Están formados por madres con experiencia personal como madres lactantes y también alguna formación en “consejería”. Este concepto hace referencia a una forma clave de trabajar la lactancia materna con las madres, poniéndonos en su lugar para entender como se sienten y ayudarlas a decidir qué hacer (5).

Los miembros de los GALM ofrecen esta ayuda de manera voluntaria. Antes se reunían exclusivamente en encuentros grupales, hoy en día brindan apoyo a través de teléfono, correo electrónico, incluso redes sociales.
En los grupos suele existir una figura de coordinadora, monitora o asesora, con suficiente experiencia y conocimientos necesarios para el apoyo a otras madres y liderar en cierta manera el grupo (7).

El primer GALM se crea en 1956 en EEUU. Siete mujeres se reunieron cerca de Chicago para hablar y compartir experiencias sobre cómo amamantar a sus bebés. Rápidamente atrajeron la atención de otras mujeres y se formó una organización llamada La Liga de La Leche.

Hoy en día, la Liga de la Leche es miembro del Consejo de Organizaciones No-Gubernamentales de UNICEF y mantiene relaciones de trabajo con la Organización Mundial de la Salud. Es, además, miembro fundador de la Alianza Mundial a favor de la Lactancia Materna (World Alliance for Breastfeeding Action, WABA).

En España, existen numerosos GALM repartidos por todas las provincias y cuentan con su propia Federación Española de Asociaciones Pro-Lactancia Materna (FEDALMA). Se puede consultar el directorio de grupos de apoyo en la página web de la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia aquí: http://www.ihan.es/grupos-apoyo
El “apoyo entre iguales” se asocia a una mayor probabilidad de iniciar la lactancia materna tras el parto, de continuar con lactancia materna a largo plazo, y de exclusividad en la lactancia (5,7,9).

Consultora de lactancia IBCLC

Habitualmente se confunden los conceptos de asesora de lactancia y consultora de lactancia. Como ya hemos recogido en este trabajo, la asesora de lactancia es una madre con experiencia en amamantar a sus hijos que apoya y acompaña a otras madres dentro de los grupos de lactancia.
Una consultora de lactancia (IBCLC) es una persona que tiene una base en ciencias de la salud y que se especializa en lactancia materna. El título de IBCLC (international board certified lactation consultant) es expedido por el IBLCE (international board lactation consultant examiners). El IBLCE establece los más altos estándares en lactancia materna a nivel mundial, y certifica a los individuos que presenten estos estándares (10).
Para conseguir el título de consultor es necesario aprobar un examen que se realiza mundialmente de forma simultánea dos veces al año. Además, para poder acceder a realizar este examen, es necesario cumplir varios requisitos:
1. Tener una educación superior en el ámbito de la salud
2. Acreditar experiencia clínica específica en lactancia materna
3. Acreditar educación específica en lactancia materna
La validez de este título es de 5 años, tras los cuales es necesario hacer una recertificación, que consiste en un examen y la acreditación de horas de formación específica en lactancia materna.

5 Discusión-Conclusión

Las mujeres necesitan formación en lactancia materna y apoyo emocional para lograr amamantar a sus bebés. El apoyo realizado madre a madre se presenta como una alternativa segura, eficaz y complementaria a la realizada por los profesionales de la salud.
Los profesionales sanitarios que atendemos a mujeres lactantes debemos estar familiarizados con los grupos de apoyo y consultoras IBCLC en nuestro entorno, y animar a las madres a contactar con estos grupos.

6 Bibliografía

1. Sánchez, M. J. M., & Saiz, M. B. R. (2019). PREVALENCIA DE LACTANCIA MATERNA EN ESPAÑA. RevistaEnfermeríaCyL,11(1), 12-15.
2. Olza, I., Ruiz-Berdún, D., & Villarmea, S. (2017). La culpa de las madres. Promover la lactancia materna sin presionar a las mujeres. Dilemata, (25), 217-225.

3. Belintxon-Martín, M., Zaragüeta, M. D. C., Adrián, M. C., & López-Dicastillo, O. (2011). El comienzo de la lactancia: experiencias de madres primerizas. In Anales del Sistema Sanitario de Navarra (Vol. 34, No. 3, pp. 409-418). Gobierno de Navarra. Departamento de Salud.
4. Vicente, M. D. P. S. (2017). Los grupos de apoyo a la lactancia materna como iniciativas de participación y promoción de la salud en la comunidad. Dilemata, (25), 227-238.
5. de Pediatría, A. E. (2015). Manual de lactancia materna. Ed. Médica Panamericana.
6. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2017). Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna., 21-29.
7. Gutiérrez, M. A. B., & Alberto, J. Claves para una Lactancia Materna Exitosa
8. La liga de la leche. https://www.llli.org/
9. Muñoz, C. B. (2017). Revisión bibliográfica de la efectividad del" apoyo entre iguales" en la promoción de la lactancia materna.Revista Ene de Enfermería, 11
10. Asociación Española de Consultoras Certificadas en Lactancia Materna (2020). https://ibclc.es/

Capítulo 227

EL ROL DE LA ENFERMERA EN LOS PRINCIPALES PROBLEMAS DEL ANCIANO

NURIA PALACIO MARTINEZ

MAXIMO MUÑIZ ALVAREZ

1 Introducción

El envejecimiento poblacional es uno de los grandes triunfos dela humanidad, pero es también uno de sus mayores retos. El aumento en la esperanza de vida, hace que prioricemos la atención y los cuidados de los mayores, quiénes requieren de atenciones cada vez más importantes. Atenciones muchas veces dificultadas por la falta de medios y recursos socio-sanitarios. Esta carencia pone en duda la calidad de vida de nuestras personas mayores. Para poder llegar a un buen envejecimiento, hay que intentar lograr: estilos de vida saludables, mantenerse activo en la medida de lo posible y siempre respetando y siendo cuidadoso con las limitaciones personales, prevenir enfermedades y una sociedad empática con este grupo de la sociedad, a quienes nos podemos referir como ”grupo frágil, débil o delicado”.

Los grandes síndromes geriátricos se refieren a un conjunto de cuadros originados por la unión de una serie de enfermedades que alcanzan una enorme importancia y numerosas en el anciano.
Los grandes síndromes geriátricos, que incluyen:
1.Inmovilidad

2.Inestabilidad-caídas
3.Incontinencia urinaria
4.Deterioro cognitivo

2 Objetivos

- Dar a conocer la importancia de las acciones preventivas en este tipo de patologías
- Establecer la importancia de las funciones que puede llegar a realizar enfermería en la prevención y el cuidado en estas patologías.
- Resaltar la prevalencia de estas patologías en las personas mayores

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda de información y revisión de documentación en relación al artículo publicado. Se ha recurrido a la revisión bibliográfica de múltiples artículos publicados, revisiones previas, artículos científicos, revistas especializadas en diversas bases de datos tales como Pubmed, Cochrane, Fisterra y Google Shoolar , usando como términos de búsqueda los siguientes: ”grandes síndromes geriátricos”, ”patologías del anciano”, ”cuidados de enfermería en las personas mayores”

4 Resultados

El envejecimiento es un proceso que comienza pronto en la persona, afecta a todos y requiere de una preparación, como la requieren todas las etapas de la vida. Es en este momento cuando juega un papel importante la enfermera. Interactuando con el paciente, valorando las carencias y dificultades del mismo para evitar la aparición precoz de complicaciones que aparecen con la edad. Una actuación y detección temprana por parte de enfermería disminuye o retrasa el comienzo de estas grandes patologías de la geriatría.

Científicos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) coinciden en que ”la vejez constituye la aceptación del ciclo vital, único y exclusivo de una persona y de todas aquellas que han llegado a este proceso, por lo que saber que todos envejecemos, prepararnos para hacerlo bien y sacarle mayor provecho posible a esos años, es un aspecto importante de la educación”.

La OMS define el ”envejecimiento activo como el proceso de optimización de oportunidades para luchar por la salud, por la participación activa en la vida, y por la seguridad de alcanzar calidad de vida cuando el ser humano envejece. Los adultos mayores tienen mucho por contribuir: tienen sabiduría y experiencia y, al mantenerlos saludables, funcionales e independientes, pueden continuar contribuyendo a sus comunidades y a sus familias, y serán más felices”.

5 Discusión-Conclusión

En el estudio realizado en México por Hyver,Carlos. Leónb Tereza.Martínez Lorenza “Prevalencia de síndromes geriátricos en ancianos hospitalizados (2010) nos dicen que como conclusión:

- “La prevalencia de los síndromes geriátricos en nuestra población está determinada por el nivel socioeconómico y por la edad (viejos-viejos). El conocimiento de los principales síndromes geriátricos reportados permite implementar acciones específicas que disminuyan su presentación, por medio de programas de educación e información dirigidos tanto a médicos y personal paramédico, como a familiares y los propios pacientes.”

En base a la conclusión del estudio antes mencionado, centramos el papel y el rol de la enfermería en actuar educando e informando a sus pacientes , con un único objetivo que es la prevención enfocada a tres grandes pilares las consecuencias funcionales, las consecuencias físicas, psicológicas y teniendo muy encuenta el factor económico de manera individual.

6 Bibliografía

1.IDENTIFICACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGOS QUE INFLUYEN EN LOS GRANDES SÍNDROMES
GERIÁTRICOS. “CENTRO DE ATENCIÓN DEL ADULTO MAYOR” SANTA ELENA. 2012- 2013
AUTORAS: BAILÓN PINCAY MIRYAM CRISTINA; PILLIGUA MERA JESSICA KARINA
2.Ancianos y salud (SCIELO - versión impresa ISSN 0864-2125versión On-line ISSN 1561-3038)
Autores: Antonio Julián Martínez FuentesI; Ivonne Elena Fernández DíazII
3.Grandes síndromes geriátricos Autora: ADELA-EMILIA GÓMEZ AYALA
Revista Farmacia profesional - Vol. 19, Núm. 6, junio 2005

4.Hacia una longevidad satisfactoria. Autor: Carlos Miguel García Marrero https://www.monografias.com/trabajos66/hacia-longevidad-satisfactoria/hacia-longevidad-satisfactoria.shtml

Capítulo 228

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE ANCIANO.

DULCE MARÍA DÍAZ BUSTELO

NOELIA SUÁREZ MÉNDEZ

AIDA COLLADO CAYADO

1 Introducción

Los pacientes ancianos son pacientes frágiles, con una serie de condiciones físicas, sociales y psicológicas especiales, lo que hace que deban evaluarse de manera integral. Es por este motivo que existe una valoración geriátrica integral, una herramienta adecuada que nos ayuda en la toma de decisiones, tanto como valor pronóstico como a la hora de planificar una atención y un seguimiento de estos pacientes ancianos que pueden tener un estado de salud bueno o presentar múltiples insuficiencias orgánicas y complicaciones debido a la polimedicación, a la presencia de patologías propias de la edad, etc.

La toma de decisiones sobre estos pacientes es a veces complicada. Es difícil en muchas ocasiones trazar, por ejemplo, la línea que separa los cuidados normales para esta población de los cuidados paliativos que, por patologías médicas o por el simple hecho de la edad, pueden necesitar. Enfermedades propias de esta etapa de la vida, como la demencia o el alzheimer, son hechos añadidos que dificultan su cuidado. Es por ello que la valoración geriátrica nos ayuda, evaluando el alcance de los problemas, detectando de forma temprana algunos trastornos y sus causas,

determinando su pronóstico de salud para realizar un tratamiento racional, identificando los apoyos del paciente y midiendo también el impacto de todo esto en las políticas de salud.

2 Objetivos

- Describir los pasos a seguir para realizar una valoración geriátrica completa.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: pubmed, medline, y scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La valoración geriátrica es una herramienta adecuada y necesaria para la toma de decisiones coherentes sobres el paciente anciano.
Consta de cuatro apartados:

1. Valoración Clínica: consiste en realizar la historia clínica completa del paciente. A veces, la anamnesis es más complicada por las patologías de éste y ha de contrastarse, si es posible, con un familiar o cuidador del paciente. Ha de contemplar aspectos tales como antecedentes personales, historia clínica por aparatos, enfermedades actuales, medicaciones.

2. Valoración Funcional: este apartado, según la OMS, es el que mejor mide la salud del anciano, teniendio en cuenta que prevenir su incapacidad y mantener lo más posible su independencia son los objetivos fundamentales.

Debemos evaluar tres clases jerárquicas de funciones físicas:
- Actividades Avanzadas de la Vida Diaria (AAVD), donde evaluamos el grado de integración del anciano y las relaciones sociales de éste en la comunidad donde reside. Si bien no son primordiales para la independencia, si son las primeras afectadas cuando comienza el deterioro del paciente.

- Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD), con ellas evaluamos las actividades funcionales necesarias para interactuar en el medio en el que reside nuestro paciente tales como puede ser escribir, manejar el dinero… La escala de Lawton es la más usada para evaluar este apartado.
- Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), que pueden considerarse casi las más importantes de todas a evaluar. En ellas se refleja como se defiende el paciente en actividades tan básicas como son comer, asearse o caminar. Las escalas de medida más utilizadas para evaluar este apartado don el Índice de Barthel y el de Katz.

3. Valoración Mental: en este apartado tenemos en cuenta la esfera cognitiva y la afectiva, no justificando por la vejez cualquier alteración que se pueda encontrar en ellas. Se valora la memoria, el estado de ánimo, el nivel de consciencia… con ayuda de diferentes test como el Mini Mental o el test de Pfeiffer.

4. Valoración Social: evaluamos la relación del anciano con el medio que lo rodea, fijándonos en sus actividades sociales, el apoyo con el que cuenta o los recursos sociales que lo amparan.

5 Discusión-Conclusión

En toda esta evaluación geriátrica, excepto en su aspecto clínico, seguimos los patrones funcionales de Marjory Gordon, una serie de comportamientos, por lo general bastante comunes a todas las personas, que reflejan su salud, su calidad de vida y ayudan a lograr todo su potencial posible. Además suelen aparecer de manera secuencial en la vida de las personas. Su uso nos permite obtener una serie de datos físicos, psíquicos y sociales el paciente de una manera ordenada, realizando una valoración enfermera completa y facilitando el análisis de los datos.

Esta completa evaluación nos permite conocer la situación del anciano y realizar un plan de cuidados completo y adaptado a él. Buscamos tanto la curación de las patologías que pueda presentar, de una forma racional por supuesto, como su máximo confort en todos las esferas de su vida.
Evaluar íntegramente al paciente nos da la llave del conocimiento, nos permite atender sus necesidades en todos los aspectos de su vida.

6 Bibliografía

- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Estrategia en cuidados paliativos del Sistema Nacional de Salud. Actualización 2010 - 2014 [Internet]. Madrid: Centro de Publicaciones del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.; 2011 [acceso 23 de enero de 2020]. Disponible en: https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Documents/434/Estrategia_Nacional_CPs_2010_14.pdf
- Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). Libro blanco sobre normas de calidad y estándares de cuidados paliativos de la Sociedad Europea de Cuidados Paliativos [Internet]. Madrid: Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL); 2012 [acceso 23 de enero de 2020]. Disponible en: http://www.secpal.com/Documentos/Blog/01_MONOGRAF_SECPAL.pdf
- Espinosa Brito AD, Romero Cabreira AJ. Evaluación geriátrica: metas, método e implementación. Rev. de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatría [revista en Internet] 2008 [acceso 23 de enero de 2020]; 22 (3): 37 - 45. Disponible en: www.https://www.academia.edu/1412370/ENFOQUE_PR%C3%81CTICO_DEL_ANCIANO_CON_DOLOR_LUMBAR

Capítulo 229

INFLUENCIA DE LA OBESIDAD INFANTIL EN EL DESARROLLO DE ENFERMEDADES CRÓNICAS DEL ADULTO.

MARIA ISABEL MANEIRO FERNÁNDEZ

1 Introducción

El aumento en las cifras de obesidad y sobrepeso en los últimos años en los países desarrollados, incluida España, ha pasado a ser un gran problema de salud que conlleva asociadas múltiples complicaciones. Se estima que alrededor de un tercio de los niños padecen exceso de peso. La prevalencia de obesidad infantil en España se encuentra entre las mayores de Europa.

Se ha convertido en una enfermedad crónica multifactorial, en la que influyen tanto factores ambientales como genéticos que viene determinada por un desequilibrio entre ingesta y gasto energético. Es posible prevenirla.
Las complicaciones asociadas a la obesidad principalmente se desarrollan en la edad adulta, aunque cada vez se están viendo más temprano en la edad pediátrica, como el síndrome metabólico, diabetes tipo II, dislipemia, hipertensión arterial, arteriosclerosis, ferropenia, persistencia de la obesidad de adultos, sobre todo en los casos en los que el rebote adiposo típico de la niñez se adelanta antes de los 5 años, maduración puberal precoz, apnea nocturna, problemas por sobrecarga osteoarticular, ciertos tipos de cáncer (de endometrio, mama y colon).

Cada año mueren a consecuencia del sobrepeso y la obesidad por lo menos 2,6 millones de personas.(1)
Actualmente se está tomando conciencia de la gravedad de este problema. Los programas específicos de control y ayuda de los centros de Atención Primaria en España y la multitud de clínicas dietéticas para control de peso, dirigidas por profesionales en este tema dan muestra de ello, así como las cada vez más frecuentes visitas a los especialistas en Endocrinología para pedir ayuda.

Los factores que condicionan los hábitos de ingesta actual son múltiples, destacando la excesiva oferta de productos elaborados hipercalóricos, un mayor poder adquisitivo, un marketing que induce al consumo, trastornos psicológicos reactivos donde el alimento pasa a ser un sustituto placentero y el desconocimiento, por parte de la población, que la obesidad es una enfermedad asociada a pequeños "desbalances" mantenidos en el tiempo. (2)

Un condicionante que favorece la aparición de la obesidad son los hábitos sedentarios de los niños, que, unidos a la escasez de zonas verdes en las ciudades para el juego y el deporte, a la escasa información aportada en la etapa escolar sobre los beneficios de una vida saludable y al aumento del tiempo dedicado a actividades como videojuegos, moviles, tablets, visión de tv, etc, dan lugar a una ocupación cada vez mayor del tiempo de ocio de niños y adolescentes. Favorecen que exista un gasto calórico diario insuficiente.

En niños y adolescentes, se ha descrito una correlación directa y significativa entre el índice de masa corporal (IMC) o la grasa corporal, con los niveles de colesterol LDL, triglicéridos, insulina plasmática y presión arterial, estableciéndose que un IMC sobre el percentil 95 o un porcentaje de grasa corporal mayor del 30% en las mujeres y del 25% en los varones, se asocia significativamente a un mayor riesgo de hipertensión arterial, dislipidemia y resistencia a la insulina. (3)

Debido al gran problema de salud pública que supone la obesidad, es muy importante poder hacer un diagnóstico precoz en la infancia con adecuado control y seguimiento para poder prevenirla y reducir el riesgo de complicaciones asociadas. Las intervenciones principalmente son educacionales respecto a cambios de estilos de vida y alimentación, promoviendo una dieta equilibrada y fomentando la práctica de ejercicio físico. Deben realizarse desde el ámbito familiar,

escolar y sanitario.

2 Objetivos

El objetivo principal de este trabajo de revisión bibliográfica es valorar cómo la obesidad infantil influye en la aparición de enfermedades crónicas en la vida adulta contrastando la información obtenida en distintas bases de datos con suficiente evidencia científica.

Objetivos específicos:
- Aportar conclusiones objetivas asentadas en la investigación sobre la obesidad infantil para llegar a concluir la relación de obesidad infantil y enfermedad crónica en la vida adulta.
- Promocionar estilos de vida sanos en la niñez.
- Difundir la importancia de este problema que va en aumento.

3 Metodología

Se buscaron artículos de investigación originales que informaran sobre la obesidad infantil y enfermedades crónicas y artículos de revisión que hablaran del origen, prevención, prevalencia, factores relacionados, diagnóstico y toma de decisiones para el tratamiento con una amplitud de inclusión de unos veinte años hacia atrás para permitir una mejor valoración de la evolución de la enfermedad. Búsqueda realizada en: Cochrane, Science Direct, Scielo, PubMed, Clinical Key y Revista Rol de Enfermería.

Palabras clave: Childhood obesity, chronic diseases, risk factors, child nutrition disorders.

4 Resultados

Un signo de alerta ante la obesidad infantil es el aumento de más de dos unidades de IMC anual. Supone un rápido incremento de la grasa corporal en niños y adolescentes y es indicativo de que se debe tener en cuenta y actuar.

Existen unas recomendaciones a seguir según la AAP (American Academy of Pediatrics):

-Lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad y a continuación mantenimiento de la lactancia materna hasta los 12 meses o más.
-Fomentar el desayuno y las comidas en familia a diario.
-Limitar las bebidas azucaradas, la comida rápida, los alimentos densos en energía, y fomentar el consumo de frutas y verduras.
-Disminuir el tiempo delante de una pantalla a 0 horas en los menores de 2 años y a un máximo de 2 horas para los mayores de 2 años.
-Sesenta minutos al día de un ejercicio moderado a enérgico.

Si no se consigue una mejoría al cabo de 3-6 meses, derivar a un programa de tratamiento del peso estructurado. En caso de necesitar intervenciones adicionales, el paso siguiente es una estrategia integral multidisciplinar más allá de la consulta de atención primaria. Finalmente, la última opción es la evaluación en un centro asistencial terciario para tratamiento farmacológico y cirugía bariátrica.

Los elementos de la evaluación nutricional son: (4)
-Mediciones antropométricas (peso, longitud/talla, perímetro craneal, índice de masa corporal [IMC], pliegues cutáneos): los datos se representan en las gráficas de crecimiento por edades y en comparación con una población de referencia.
-Fórmula IMC = peso en kilogramos / (altura en metros) ^{2}
-Evaluación clínica (aspecto general [como pelo, piel y mucosa bucal] y síntomas digestivos de deficiencias nutricionales).
-Evaluación de la dieta (historia alimentaria, ingesta actual).
-Actividad física y ejercicio.

Son destacables los trastornos psicosociales que acompañan a la obesidad infanto-juvenil (menor autoestima y rendimiento escolar, bajo rendimiento laboral y menor nivel socioeconómico a futuro), el mayor riesgo de seguir siendo obeso en la edad adulta y las complicaciones médicas. Dentro de estas últimas, la dislipidemia, el hiperinsulinismo y la elevación de la presión arterial, preceden a las enfermedades crónicas metabólicas y cardiovasculares isquémicas del adulto que constituyen la primera causa de muerte en la población mayor de 40 años. (5)

Numerosos estudios han demostrado que los niños con obesidad tienen mayor riesgo de ser obesos en la edad adulta. Estos estudios reflejan que la prevención de la obesidad desde la niñez disminuiría en forma significativa la morbimortalidad del adulto por estas causas.

La correlación entre obesidad del niño y del adolescente con obesidad en la vida adulta aumenta con la edad. (6)
En un estudio de 2012(7) según la Revista Española de Cardiología, en el grupo de edad de 8 a 17 años, la prevalencia de sobrepeso era del 26% y la de obesidad, del 12,6%; 4 de cada 10 jóvenes sufrían exceso de peso.
En el grupo comprendido entre los 8 y los 13 años, el exceso de peso superaba el 45%, mientras que, para el grupo de 14 a 17 años, el exceso de peso era del 25,5%.

Este factor de riesgo cardiovascular aparece asociado a las clases sociales más desfavorecidas y con menos estudios. Es evidente que en la población con menos recursos las tasas de obesidad son mas altas que en las clases sociales de más alto nivel.

La obesidad suele acompañar a varios síndromes o defectos genéticos individuales o estilos de vida pasivos: obesidad de los padres, diabetes gestacional maternal, tabaquismo materno durante el embarazo, factores de riesgo de la infancia, no haber lactado, rápido aumento de peso infantil ,breve duración del sueño, depresión, presencia de discapacidad, consumo excesivo de bebidas endulzadas con azúcar, saltarse el desayuno, bajo consumo de frutas y verduras, la inactividad física y ver televisión en exceso(8).

Algunas familias necesitan asesoramiento por ello se deben programar visitas al menos con periodicidad mensual.
Se obtienen mejores resultados en el descenso del IMC cuando se combinan dieta y ejercicio en adolescentes obesos.

La cirugía bariátrica se puede considerar en adolescentes que cumplan los siguientes criterios (según la Sociedad Americana de Cirugía Metabólica y Bariátrica): Criterios de IMC 30 o superior. Siempre debe ser realizada en centros bariátricos de excelencia y con experiencia en pacientes adolescentes. Los resultados suelen ser más favorables que en el adulto; sin embargo, existen datos limitados sobre la seguridad y eficacia a largo plazo en este grupo de edad. El riesgo de ser obeso a los 35 años es de 8 a 10 veces si se ha sido obeso a los 10 años y de 35 a 56 veces si lo ha sido a los 18 años (9).

Cambios pequeños pero mantenidos de la dieta base, con especial énfasis en la disminución de los productos hipercalóricos y en un aumento de la actividad física, favoreciendo el caminar y las actividades recreacionales permiten un mayor éxito

a mediano y largo plazo, especialmente si estos cambios incluyen al grupo familiar y comienzan en forma temprana (10). La prevalencia de sobrepeso y obesidad en los niños en todo el mundo varía según los países y las regiones del mundo; es más alta en los países occidentales e industrializados (11).

La Asociación Americana de Pediatría (AAP), dio recomendaciones para el diagnóstico, manejo y tratamiento del niño y adolescente obeso. Este comité recomienda utilizar el IMC, el perfil lipídico, la resistencia a la insulina y los antecedentes familiares de ECNT para determinar la necesidad de tratamiento o la vigilancia periódica del peso.
La OMS y la AAP han establecido el percentil de 95 de IMC como el punto de corte para el diagnóstico de la obesidad y el percentil 85 para señalar el riesgo de obesidad y la necesidad de una vigilancia nutricional, por el mayor riesgo de trastornos metabólicos y de obesidad en la adultez (10-12).

Con frecuencia al perder peso muchos valores que se hallaban aumentados bajan significativamente o se normalizan. Se ha evidenciado alteración de las pruebas tiroideas en pacientes obesos y la normalización de las actividades tiroideas después de la pérdida de peso, demostrando que la intervención educativa es efectiva para reducir el IMC y mejorar las pruebas tiroideas (12).

Siempre se debe medir la altura y el peso para calcular el IMC y determinar el percentil del índice de masa corporal usando una tabla de crecimiento adecuada. Se diagnostica la obesidad en niños de 2 años en adelante con un IMC igual o superior al percentil 95 para la edad y el sexo; aquellos con IMC igual o superior al percentil 85 y por debajo del percentil 95 para la edad y el sexo tienen sobrepeso. Los niños menores de 2 años se consideran con sobrepeso si el peso por longitud es mayor que el percentil 95 para la edad y el sexo.

El tratamiento consiste en una modificación intensiva del estilo de vida según la edad (es decir, dieta, actividad física, comportamiento) para el niño y la familia (13-14). Es necesaria la actuación multidisciplinar para una buena configuración de control de peso pediátrico.

A veces terapia farmacológica: Orlistat, aprobado para personas de 12 años y mayores, inhibidor de la lipasa gástrica y pancreática reversible, que limita la absorción de la grasa en la dieta, puede considerarse junto con el programa de

modificación del estilo de vida en adolescentes con obesidad grave o comorbilidades (15).
Siempre se debe considerar el aspecto psicológico en el tratamiento de la obesidad puesto que puede condicionar muchas de las conductas que el niño o adolescente tienen sobre la ingesta y actividad física. La baja autoestima, escaso rendimiento escolar, una pobre sociabilidad son factores que se asocian al aislamiento y a la ansiedad, dando lugar a una menor actividad física y una mayor ingesta.

El principal objetivo debe ser el conseguir hábitos de ingesta y estilos de vida saludables y la normalización de los trastornos asociados antes que la disminución del peso corporal. Por ello los programas de tratamiento deben contar con un equipo multidisciplinar que incluya médicos, nutricionistas, enfermeras, psicólogos y educadores físicos.

5 Discusión-Conclusión

Los cambios socioculturales como el aumento del sedentarismo y del consumo de alimentos ricos en grasas y azúcares, sumado a características genéticas, han desembocado en un aumento en las cifras de obesidad a nivel mundial. Una rápida actuación en los niños, estableciendo perfiles genéticos y la adecuada regulación metabólica de la alimentación, complementada con estudios y seguimiento de la conducta alimentaria, permitiría predecir el grado de predisposición que tienen niños y adolescentes en etapas adultas.

No cabe duda de que las revisiones de salud de los niños que se hacen en Atención Primaria, unidas a la Educación para la Salud en los colegios e institutos, son medios adecuados para la captación, prevención y seguimiento de este grave problema de salud. Pero la limitada disponibilidad de los recursos a la hora de llevar a cabo tratamientos multidisciplinares y la falta de protocolos de actuación uniformes, así como la escasez de centros que apliquen las recomendaciones de calidad para prevención y tratamiento de la obesidad infantil siguen siendo aún obstáculos para solucionar el problema.

Se debe aumentar la realización de estudios para saber cuáles son los mejores indicadores que seguir en la predicción del desarrollo de la obesidad adulta. El efecto más sostenible y beneficioso sobre la prevención de la obesidad involucra múltiples estrategias que se centran en comidas, actividades de clase, deportes y actividades lúdicas, e involucran el hogar, la escuela o el jardín de infancia con

la participación de la comunidad.

Sabemos que la combinación de diversas actuaciones como son la vigilancia del consumo calórico, realización de actividades como el deporte, información en guarderías, colegios e institutos o en medios publicitarios impulsadas por el buen hacer social contribuyen en gran medida a la obtención beneficios y la prevención de la obesidad.
El aumento de la prevalencia de la obesidad en muchos países desarrollados sigue aumentando, constituyendo un grave problema social y de salud para el futuro.

Podemos señalar que existe escasez de políticas sociales orientadas a la prevención de la obesidad infantil unido esto a las lentas respuestas sanitarias. Se hacen necesarias políticas para el crecimiento saludable con una mayor participación de los gobiernos para el logro de los objetivos.

En resumen, es obvia la necesidad de actuar sobre la obesidad infantil y existen numerosos estudios que lo avalan, así como la relación de ésta con la aparición de enfermedades crónicas en la edad adulta.
La evidencia de estos estudios concluye que todos los ámbitos de la infancia pueden contribuir a crear hábitos saludables, la dieta y la realización de actividad física, los estilos de vida, la familia, los medios de comunicación y la enseñanza en el colegio dan lugar a una vida saludable y previenen complicaciones futuras.

6 Bibliografía

1. Reilly JJ, Methven E, McDowell ZC, Hacking B, Alexander D, Stewart L et al. Health consequences of obesity. Arch Dis Child. 2003; 88:748-52.
2. Grupo colaborativo español para el estudio de los factores de riesgo cardiovascular en la infancia y adolescencia. Factores de riesgo cardiovascular en la infancia y adolescencia en España. Estudio Ricardin II: valores de referencia. An Pediatr (Bar). 1995; 43:11-7.
3. Styne DM et al: Obesidad pediátrica: evaluación, tratamiento y prevención: una guía de práctica clínica para la sociedad endocrina. J Clin Endocrinol Metab. 102 (3): 709-757, 2017.
4. La obesidad infantil y adolescente: parte de una imagen más grande Lancet, el. Lobstein, Tim, Dr; Jackson-Leach, Rachel, Publicado June 20, 2015. Volume 385, Issue 9986. Páginas 2510-2520.

5. Ley 17/2011, de 5 de julio, de seguridad alimentaria y nutrición. Boletín Oficial del Estado.
6. Bandini LG et al: Prevalencia de sobrepeso en niños con trastornos del desarrollo en la encuesta nacional continua de exámenes de salud y nutrición (NHANES) 1999-2002. J Pediatr. 146 (6): 738-43.
7. Krebs NF et al: evaluación del sobrepeso y la obesidad en niños y adolescentes. Pediatría. 120 Suppl 4: S193-228, 2007.
8. Spear BA et al: Recomendaciones para el tratamiento del sobrepeso y la obesidad en niños y adolescentes. Pediatría. 120 Suppl 4: S254-88, 2007.
9. Barlow SE et al: recomendaciones del comité de expertos con respecto a la prevención, evaluación y tratamiento del sobrepeso y la obesidad en niños y adolescentes: informe resumido. Pediatría. 120 Suppl 4: S164-92, 2007.
10. The health consequences of overweight and obesity in adults and children. En Obesity. Preventing and mananging the global epidemic. Report of a WHO consultation on obesity. Geneva 3-5 June 1997; 43-72.
11. Wang Y et al: La epidemia mundial de obesidad infantil y la asociación entre el estado socioeconómico y la obesidad infantil. Int Rev Psychiatry. 24 (3): 176-88, 2012.
12. DIETZ WH. Health consequences of obesity in youth: Childhood predictors of adult disease. Pediatrics 1998; 101: 518-25.
13. Prevalencia de obesidad infantil y juvenil en España en 2012Rev Esp Cardiol. 2013; 66:371-6 - Vol. 66 Núm.05 DOI: 10.1016/j.recesp.2012.10.016.
14. Matson KL et al: tratamiento de la obesidad en niños y adolescentes. J Pediatr Pharmacol Ther. 17 (1): 45-57, 2012.
15. Styne DM et al: Obesidad pediátrica: evaluación, tratamiento y prevención: una guía de práctica clínica para la sociedad endocrina. J Clin Endocrinol Metab. 102 (3): 709-757, 2017.

Capítulo 230

VACUNACIÓN ANTIGRIPAL Y GRADO DE EFECTIVIDAD EN LA POBLACIÓN.

MARIA ISABEL MANEIRO FERNÁNDEZ

1 Introducción

La gripe supone un importante problema de salud pública, produce gran impacto social, en cuanto a morbilidad y mortalidad y elevados costes sociales y económicos. Se da tanto en países desarrollados como en países emergentes y aproximadamente el 10% de la población se ve afectada anualmente. La enfermedad se presenta en forma de brotes epidémicos, habitualmente todos los años y durante los meses fríos. La transmisibilidad del virus es una de las más altas de todas las infecciones. Toda la población es susceptible al virus de la gripe.

Hace más de 70 años que se dispone de vacunas frente a la gripe y han ido evolucionando en su formulación, fabricación y administración. Las recomendaciones de vacunación se centran en las personas con mayor riesgo de enfermar (a veces con patologías de base). Clásicamente las vacunas eran inactivadas, pero crecen en importancia las vacunas vivas atenuadas.

Según la definición de la OMS" la gripe es una infección vírica que afecta principalmente a la nariz, la garganta, los bronquios y, ocasionalmente, los pulmones. La infección dura generalmente una semana y se caracteriza por la aparición súbita de fiebre alta, dolores musculares, cefalea y malestar general importante, tos seca, dolor de garganta y rinitis." Es un virus que se transmite fácilmente de una persona a otra a través de pequeñas gotas y partículas que se expulsan con la tos o los estornudos. La gripe suele propagarse en forma de epidemias estacionales.

Los afectados en su mayoría se recuperan en una o dos semanas sin necesidad de recibir tratamiento médico. Pero en niños pequeños, personas de edad y personas aquejadas de otras afecciones médicas graves, la infección puede conllevar graves complicaciones de la enfermedad subyacente, provocar neumonía o causar la muerte.

La definición de gripe empleada actualmente es la propuesta por la Unión Europea (UE): aparición súbita de los síntomas y al menos, uno de los cuatro síntomas generales siguientes: fiebre o febrícula, malestar general, cefalea, mialgia; y al menos, uno de estos tres síntomas respiratorios: tos, dolor de garganta, disnea; y ausencia de otra sospecha diagnóstica.

La efectividad vacunal globalmente es del 65%, pero varía en función de las características de la vacuna, del virus, de la población y del objetivo que se persigue prevenir, yendo desde menos del 10% hasta casi el 90%.

Esta variabilidad de porcentajes induce a preguntarse hasta qué punto es necesaria y sobre todo efectiva la vacunación en determinados casos.

2 Objetivos

- Analizar la eficacia de la vacunación antigripal a nivel general.
- Evaluar los riesgos y beneficios derivados de la vacuna.
- Aportar datos para futuros estudios.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica con búsqueda en distintas fuentes de información científica sobre indicaciones, porcentajes, riesgos y eficacia de la vacuna antigripal. Revisión de artículos de investigación con evidencia científica de los últimos años. Búsqueda realizada en: PubMed, Clinical Key y Google Académico.

4 Resultados

La gripe está producida por virus Influenza, perteneciente a la familia Orthomyxoviridae. Existen tres géneros de virus gripales siendo el A y el B los más importantes, mientras el C tiene escasa importancia patológica. Los virus que más

comúnmente son responsables de las epidemias estacionales de gripe son los virus tipo A y B, pudiendo prevalecer los dos en una misma temporada.

La vigilancia de la gripe en España cuenta con diversos sistemas y fuentes de información que nos dan una visión amplia del comportamiento de la enfermedad y de los virus gripales circulantes, a nivel de cada Comunidad Autónoma y del conjunto del Estado. Así pues, el SVGE (Sistema de Vigilancia de la Gripe en España) engloba diferentes fuentes y sistemas de información:
• Sistema Centinela de vigilancia de la gripe (ScVGE) en Atención Primaria
• Brotes de gripe
• Sistema de vigilancia de casos graves hospitalizados confirmados de gripe (CGHCG)
• Hospitalizaciones con gripe confirmada, independientemente de su gravedad
• Vigilancia de virus respiratorio sincitial (VRS).
• Exceso de mortalidad por todas las causas a partir del sistema de Monitorización de la Mortalidad diaria (MoMo) y EuroMOMO.
En las CCAA se investigan brotes que en un momento dado pueden requerir actuaciones especiales de Salud Pública, es el caso de residencias geriátricas que precisan altas coberturas de vacunación antigripal o ciertos brotes en instituciones sanitarias. Estos brotes son notificados al CNE (Centro Nacional de Epidemiologia) para ser incluidos en el informe semanal de vigilancia de gripe del SVGE(2). Durante el periodo de campaña vacunal que se realiza en los centros de salud anualmente la vacunación es gratuita y de fácil adquisición en farmacias con prescripción médica.

Las epidemias anuales causan de 3 a 5 millones de casos de enfermedad grave en el mundo y unos 250.000 a 500.000 fallecimientos (3). Todos los años se puede delimitar la existencia de un periodo de máxima incidencia, qué supone un gran aumento en la demanda de atención sanitaria, qué lleva a una ocupación máxima nuestros centros hospitalarios y da lugar a un mayor absentismo laboral.
En España, se infectan de gripe cada año entre 3 y 3,5 millones de individuos, lo cual significa unas 7.800-8.000 personas por cada 100.000 habitantes (4) En la temporada 2016-17 se notificaron 2.874 casos graves hospitalizados confirmados de gripe en 18 comunidades autónomas, de los que 619 (22%) fueron ingresados en UCI y 464 (17%) fallecieron. La mediana de edad fue de 76 años con un 74% mayores de 64 años (5).

La vacuna de la gripe está recomendada a los mayores de 65 años, las personas con alto riesgo de sufrir complicaciones en caso de padecer la gripe: enfermedad

crónica cardiovascular, pulmonar, renal, hepática o neuromuscular, diabéticos, inmunodeprimidos, embarazadas. También las personas en contacto con estos grupos de alto riesgo, ya que pueden transmitírsela: trabajadores de centros sanitarios o geriátricos, policías, bomberos, protección civil (6).

Las personas mayores de 65 años, muchas de las cuales tienen patologías crónicas asociadas sufren una tasa más elevada de mortalidad. Las tasas de mortalidad por gripe confirmada indican un mayor riesgo en adultos en comparación con la observada en los niños por gripe (7). La protección que ofrece la vacuna comienza a las dos semanas tras la administración y tiene una duración de hasta seis meses, por ello la vacunación ha de hacerse cada año.

Aunque la efectividad de la vacunación parece ser muy variable en función de la edad, el grado de inmunocompetencia y la coincidencia de los componentes de la vacuna con los virus de la temporada, todas las organizaciones e instituciones nacionales y supranacionales recomiendan su empleo. (8) A fecha de 28/12/2017, los datos del US National Vaccine Program Office contabilizan una tasa de vacunación del 42,5 % de la población general con un 45,6% en los mayores de 65 años y un 26,4% en los menores de 65 años (9).

Se recomienda la vacunación en personas inmunodeprimidas y ancianos cuyas defensas ante el ataque de virus son mas bajas que en el resto de población, aunque se sabe que la eficacia de la vacuna es menor en ellos.
Dado que la eficacia de la vacuna antigripal disminuye en ancianos y en personas inmunodeprimidas, vacunar al profesional sanitario representa un modo de proteger indirectamente a estos grupos de población (10). No cabe duda de que el personal sanitario es una fuente de ayuda, orientación e información, entre otras actuaciones, pero que también puede ser un vehículo transmisor precisamente por estar en contacto diariamente con multitud de personas que demandan sus servicios.

En la misma línea, algunos estudios señalan que los médicos que están vacunados contra el virus Influenza son más propensos a recomendar la vacuna a sus pacientes (11). Numerosos organismos internacionales de salud recomiendan la vacunación del personal sanitario. Esta indicación incluye al personal médico, de enfermería, otros trabajadores y estudiantes que desempeñen sus tareas en entornos con pacientes (12). La eficacia de la vacuna varía en función de la edad y estado inmunológico del individuo, así como de la similitud entre las cepas contenidas en la vacuna y las circulantes.

Si las cepas vacunales y las circulantes antigénicamente son similares, la vacunación es efectiva en aproximadamente el 70-90% de los individuos sanos vacunados menores de 65 años. Si se da el caso de que cepas vacunales y circulantes no concuerdan la efectividad de la vacuna disminuye a porcentajes del 30-60%.
Es cierto que la protección de la vacuna en ancianos, enfermos trasplantados, con procesos neoplásicos o en diálisis es menor y por ello en estos grupos de población es más eficaz para la prevención de la enfermedad grave y de las complicaciones neumónicas, reduciendo el riesgo de hospitalización y muerte (13).

Las reacciones alérgicas suelen ser de tipo urticaria, angioedema, asma o anafilaxia y son muy poco frecuentes. Se dan principalmente por hipersensibilidad a las proteínas del huevo. Se han descrito casos aislados del síndrome de Guillain-Barré en vacunas que contienen hemaglutinina porcina. Además de las contraindicaciones generales hay que añadir las de la anafilaxia a las proteínas del huevo, niños menores de 6 meses o personas que tengan antecedentes de aparición de síndrome de Guillain-Barré durante las seis semanas tras administrar la vacuna.
No está contraindicada la vacunación en el periodo de lactancia.

La OMS ha adaptado la metodología GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development, Evaluation) para clasificar la evidencia de forma transparente considerando el balance de los beneficios, los riesgos, los inconvenientes y los costes. Como resultado se obtiene una escala basada en la calidad de la evidencia y la fuerza de la recomendación, que orienta la necesidad o no de aplicar una vacuna en una población determinada (14).

5 Discusión-Conclusión

Se ha constatado que el linaje de la cepa de la vacuna y el de la cepa circulante son distintos con elevada frecuencia.

La variabilidad del efecto protector de la vacuna es también elevada con respecto al tipo o subtipo de virus estudiado.

La efectividad de la protección frente al virus según la temporada que se analice es también muy variable. Sería importante valorar en nuevos estudios la inclusión de las dos cepas de gripe tipo B en la misma vacuna dando lugar a una mayor protección y una menor morbilidad por gripe con el consiguiente ahorro sanitario. En los individuos mayores de 64 años incrementar el coste de la vacuna

adyuvada puede generar ahorro al evitar posteriores complicaciones.

Es resaltable que la cobertura vacunal para la gripe en el personal sanitario es menor que la esperada. Diversos estudios realizados a nivel europeo muestran resultados entre un 25 y 35%, porcentaje superado en Estados Unidos en torno al 40-50%. Los estudios comparativos entre vacunas inactivadas (sin presencia de virus gripales vivos) y vacunas vivas atenuadas (con presencia de virus gripales vivos debilitados) indican una eficacia similar entre ambas en contraposición con los recientes análisis de datos que indican tasas mas elevadas de gripe entre niños de 2 a 17 años vacunados con la fórmula viva atenuada.

Aunque es variable la protección recibida en personas mayores con la vacuna antigripal anual, ésta es actualmente la mejor protección disponible contra la influenza y evita en gran medida la hospitalización y el deterioro progresivo de su salud. La valoración de los beneficios de la vacunación contra la influenza es buena en cuanto a enfermedad y sus complicaciones cuando ésta coincide con el virus circulante y aun así estos beneficios variaran de un año a otro porque dependen de distintos factores: qué virus gripal circula esa temporada, las características del individuo a vacunar o el tipo de vacuna que se utiliza.

Una intervención de salud pública que realizan los investigadores cada temporada es determinar la efectividad de la vacuna antigripal. Sus resultados varían según distintos factores:la población de estudio, la temporada en que se usó la vacuna, él tipo de vacuna aplicada y el diseño utilizado para hacer el estudio, lo que dificulta la comparación entre distintos estudios.

Es difícil determinar la efectividad de la vacuna dada la variabilidad de los factores a tener en cuenta, pero se ha demostrado en recientes estudios que la vacuna contra la gripe supone un beneficio para la salud pública sobre todo si la cepa de vacunación y la circulante son coincidentes.

6 Bibliografía

1. Ortiz de Lejarazu R, Tamames S. Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica; 2015;33(7):480-490.
2. Informe semanal de Vigilancia de la Gripe en España Semana 01/2020 (30 de diciembre - 05 de enero de 2020) Nº 600. 9 de enero de 2020
3. Word Health Organization [Internet]. Influenza (personal) (updated 2016, Nov). [Acceso 9/12/2017]. Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/

fs211/en/
4. IM Farmacias [Internet]. Combatiendo la gripe. 2016. [Acceso 8/12/2017]. Disponible en: http://www.imfarmacias.es/uploads/vacunas_medicamentos_mejores_11215_15112130.pdf
5. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica [Internet]. Informe de Vigilancia de la Gripe en España. Temporada 2016-2017. [Acceso 9/12/2017]. Disponible en: http://vgripe.isciii.
6. Coleman BL, Fadel SA, Fitzpatrick T, Thomas S-M. Risk factors for serious outcomes associated with influenza illness in high-versus low-and middle-income countries: Systematic literature review and meta-analysis. Influenza Other Respi Viruses. 2017;12(1):22-29. doi:10.1111/irv.12504
7. Quandelacy TM et al. Age and sex-related Risk factors for Influenza associated Mortality in the United States between 1997- 2007. Am J Epidemiol 2014; 179: 156-67.
8. Centers for Disease Control and Prevention [Internet]. Key Facts About Seasonal Flu Vaccine. 2017. [Acceso 10/12/2017]. Disponible en: https:// www.cdc.gov/flu/protect/keyfacts.
htm
9. Marc Rondy, Nathalie El Omeiri, Mark G. Thompson, et al. Effectiveness of influenza vaccines in preventing severe influenza illness among adults: A systemic review and meta-analysis of test-negative design case-control studies. Journal of Infection. Sept 2017; 65: 381-394.
10. Pérez-Ciordia I, Guillén-Grima F, Aguinaga Ontoso I y cols. Cobertura vacunal y factores que motivan la actitud de vacunación antigripal en profesionales sanitarios. Vacunas. 2017; 18(1):3–10.
11. Satman I, Akalin S, Cakir B, et al. The effect of physicians' awareness on influenza and pneumococcal vaccination rates and correlates of vaccination in patients with diabetes in Turkey. An epidemiological Study "diaVAX". Hum Vaccin Immunother. 2013; 9(12): 2618-26.
12. Grohskopf L, Sokolow L, Broder K, et al. Prevention and Control of Seasonal Influenza with Vaccines: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices-United States, 2018-19 Influenza Season. Morbidity and mortality Weeckly Report. Centers for Desease Control and Prevention. Recommendations and Reports. 2018; 67(3);1-20
13. Fine P., Eames K., and Heymann D.L.: Herd immunity: a rough guide. Clin Infect Dis. 2011; 52: pp. 911-916
14 Duclos P., Durrheim D.N., Reingold A.L., et al: Developing evidence-based immunization recommendations and GRADE. Vaccine. 2012; 31: pp. 12-19

Capítulo 231

IMPLICACIÓN SANITARIA EN LA SEXUALIDAD TRAS EL POSPARTO

VERÓNICA OMAR MARTÍNEZ

LIDIA GUTIÉRREZ CASAR

1 Introducción

La sexualidad es el rasgo más íntimo del ser humano. Está influenciada por factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos. La sexualidad está presente a lo largo de toda nuestra vida, manifestándose de forma diferente en las distintas etapas y de manera única e irrepetible en cada individuo. Una de las etapas en la que la sexualidad puede sufrir modificaciones es en el periodo posparto, que conlleva una serie de cambios biopsicosociales que afectan a la mujer y que dificultan el reinicio de las relaciones sexuales (1).

Tras el posparto se debe considerar la sexualidad en profundidad, teniendo en cuenta que hasta el 64% de las mujeres sufren disfunciones sexuales pasados 6 meses posparto. En la mayoría de los estudios aparece la dispareunia como la afectación más frecuente, además de una variedad en el deseo, la satisfacción sexual y la frecuencia de las relaciones (2).

La falta de información es uno problemas que más destacan muchas mujeres, ya que en la 2º revisión posparto (pasadas 6 semanas) únicamente se les pregunta si han reanudado las relaciones sexuales, y si fuera así, el tema principal es la anticoncepción (3). Es importante la implicación de los profesionales sanitarios en la sexualidad en el periodo posparto. Numerosos estudios demuestran que

mantener una buena salud sexual en el embarazo y posparto genera mayor satisfacción, bienestar y adaptación a la paternidad (1).

La elección del tema se justifica en la importancia que suponen los cambios físicos y emocionales que afectan a la sexualidad de la pareja, incluyendo el nuevo rol de padres. La escasa información que se proporciona en las consultas favorece la creencia de mitos y al estrés emocional que puede provocar problemas en la pareja a largo plazo (4). A todo esto se debe añadir la lactancia materna que, aunque se favorece la formación sobre sus beneficios, también es importante valorar los cambios que supone y sus repercusiones en la sexualidad. Para disminuir las consecuencias que conlleva, es importante que los profesionales sanitarios estén preparados para informar y formar acerca de la sexualidad tras el posparto antes de que éste se produzca.

2 Objetivos

Objetivo general:
- Conocer las consecuencias que supone el posparto y la lactancia en la sexualidad, y cómo superarlas.

Objetivos específicos:
- Identificar los principales aspectos que influyen en la reanudación de las relaciones sexuales.
- Analizar la influencian de la lactancia materna en la sexualidad posparto.
- Describir los cuidados y la atención que deben recibir las parejas dentro de la esfera sexual antes del posparto.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha consultado información en los buscadores científicos Cuiden Plus y Cinahl. Las palabras clave empleadas en la realización de la búsqueda han sido posparto y sexualidad.

De esta manera se han obtenido varios artículos adaptados a los objetivos marcados. Además, mediante una búsqueda libre en Google sobre las dificultades en el reinicio de las relaciones sexuales después del parto, se ha accedido a un artículo de la Fundación Index y a una noticia publicada en el periódico ”El País” . Todas las búsquedas realizadas se han limitado a aquellos artículos publicados en los últimos 5 años con el fin de obtener información más reciente.

4 Resultados

1. Factores que influyen en la reanudación de las relaciones sexuales
El nacimiento de un hijo es un período de cambios en la pareja, la cual se encuentra en un proceso de aprendizaje y adaptación al nuevo rol de padres. A su vez, surgen nuevas prioridades que pueden interferir con el tiempo de calidad que disponen para ellos mismos.

Además, la mujer debe adaptarse al nuevo aspecto físico y funcionamiento de su cuerpo tras el embarazo y el parto. Hay que destacar los cambios físicos, emocionales, hormonales y psicosociales, acompañados de una falta de sueño y el estrés que supone el cuidado del recién nacido (5).

Existen varias complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto que provocan que la actividad sexual sea más difícil y/o menos deseable. Algunas de estas son: dolor perineal, prolapso vaginal o uterino y debilidad en los músculos del suelo pélvico. El primero es exclusivo de mujeres que hayan tenido un parto vía vaginal, pero las otras repercusiones se dan tanto en partos por cesárea como por vía vaginal. El dolor perineal está asociado al traumatismo perineal que se produce en el 85% de las mujeres. El riesgo de éste aumenta si se ha llevado a cabo una episiotomía o si el parto ha sido instrumentalizado (5).

El tipo de parto es uno de los factores destacados en la evolución de la sexualidad femenina posparto. Por ejemplo, si se trata de un parto vaginal con sutura supone un riesgo tres veces superior de disfunción sexual en comparación con una cesárea. Un estudio realizado en el 2010 que compara mujeres con el perineo intacto con otras que fueron intervenidas mediante una episiotomía o sufrieron desgarros, revela que las últimas presentaban niveles más bajos de líbido, orgasmos y satisfacción, además de dolor durante las relaciones sexuales (6). Cabe destacar, que cualquier afectación en la musculatura del suelo pélvico que repercuta en la fuerza, resistencia o flexibilidad puede ser causa de disfunción sexual (7).

Por otra parte, aun cuando la mujer está físicamente recuperada, en ocasiones no puede reanudar sus relaciones sexuales. Esto está relacionado con la autopercepción, pudiendo sentir vergüenza de su cuerpo, incomodidad o sentimientos de inseguridad frente a su pareja. El cambio de autoestima, en comparación con su situación previa al embarazo, está asociado al peso que se ha adquirido, el abdomen flácido, las estrías y el pecho ingurgitado. Se debe mencionar, que todas las circunstancias descritas se dan en una esfera social que presiona a la mujer a

seguir un canon de belleza imposible de cumplir en el período posparto (7).

2. Influencia de la lactancia materna en la sexualidad

Existe una falta de información sobre la influencia que ejerce la lactancia materna dentro de las relaciones sexuales. Esto contribuye a crear mitos y estrés emocional que pueden llegar a ocasionar conflictos en la pareja.

A nivel hormonal, se observan cambios importantes en los niveles de oxitocina. Esta hormona provoca la estimulación genital, las contracciones uterinas y la eyección de la leche materna
(1). Por otro lado, la bajada de los niveles de testosterona provoca una disminución en el deseo complicando así la reanudación de la actividad sexual. Esto se debe a que los niveles de prolactina, relacionados de manera directa con los de testosterona, se encuentran elevados generando un desajuste hormonal. Además, la producción de estrógenos está suprimida, lo que hace que los coitos sean más molestos por la falta de lubricación. Todo este clima hormonal desencadena una peor respuesta sexual en las mujeres que lleven a cabo la lactancia materna. Estudios afirman que las mujeres que no practican la lactancia materna están más predispuestas a reiniciar las relaciones sexuales. Está demostrado que las madres que lactan a las 8 semanas tienen tres veces menos interés sexual que las que no (4).

Además, las mujeres que dan el pecho se pueden encontrar más cansadas por el hecho de que nadie puede reemplazarlas en la práctica de la lactancia (1). Muchas de ellas, afirman que ser madre lactante no afecta tanto a la relación sexual si no, a la disminución del interés por el sexo y por el uso de los pechos para los dos propósitos (sexual y lactancia) (4). A esto se añade que las mamas pueden perder su significado erótico. La eyección láctea durante la relación es una de las principales preocupaciones y puede suponer cierta incomodidad (1). Por otro lado, la tensión, fatiga e incomodidad física también tienen gran influencia. Las mujeres que dan el pecho se encuentran más cansadas por el trabajo y constancia que supone, sin tener posibilidad de ser reemplazadas (4).

Desde el punto de vista cultural, en occidente se considera el pecho femenino como un objeto sexual. Algunas mujeres perciben como erótica la erección de los pezones y la sensación de placer con la succión del niño. Este sentimiento genera vergüenza y culpabilidad en las madres. En algunos estudios, ese placer se compara incluso con el de un orgasmo. Esto justificaría la disminución del deseo sexual con sus parejas. Por el contrario, la pareja lejos de ver a la mujer lactante como maternal, la ven más deseable. Muchos incluso afirman ser neutrales respecto al goteo de leche durante la excitación sexual (4).

3. Atención a las parejas en la esfera sexual antes del posparto
Recibir información previa al posparto por parte de los profesionales sanitarios es fundamental, ya que la falta de conocimientos favorece el miedo dificultando las relaciones sexuales futuras (7). En muchos casos las matronas se limitan a aconsejar que las parejas vuelvan a la normalidad, siendo esto un mensaje bastante vacío de contenido. Además, el interés, la excitación y la percepción de las relaciones de pareja es distinto en mujeres primíparas, lactantes y no lactantes. Hay que tener en cuenta la escasez de evidencias científicas que también, en muchas ocasiones, dificulta dar respuestas a las parejas que reanudan las relaciones sexuales (4).

El miedo más frecuente es a las relaciones con penetración pensando en el daño que se ha producido en los genitales. Esto llevará a que la mujer este con la musculatura tensa y se produzca el dolor. Es de suma importancia que el primer encuentro sexual después del parto sea placentero porque, si no fuera así, el sufrimiento iría en aumento. La mayoría de los miedos y problemas se solucionan con la información que debe proporcionar el personal sanitario. En este caso la matrona es el profesional más próximo a la mujer en esta etapa (7).

Por otro lado, la pareja debe ser consciente de los cambios que se producirán y de la necesidad de encontrar momentos en los que puedan expresar sus emociones, sentimientos y preocupaciones entre ellos. En cuanto a la reanudación del coito, se aconseja que ambos estén preparados y no cediendo a la presión de volver a tener relaciones sexuales, siendo recomendable que la mujer vaya dirigiendo la penetración, lo que le ayudará a estar relajada y disfrutar más (7). Además, es importante tener en cuenta que realmente la función sexual regular se recupera 6 meses después del parto, aunque se inicien antes (2).

5 Discusión-Conclusión

En función de los estudios publicados se muestran porcentajes diferentes en cuanto a la reanudación del coito. En uno de ellos se refleja que entre el 88-95% de las parejas comenzaban a tener relaciones sexuales de nuevo en el tercer mes posparto. En cambio, en otro estudio, se establece que el 78% de las parejas las reanudan en el tercer mes.

Por otra parte, en cuanto al deseo, se considera que de forma general pasado el primer año posparto las tasas más altas de líbido son bajas en comparación con los niveles previos al embarazo (8). Sin embargo, en un estudio prospec-

tivo se concluye que la función sexual a los 12 meses vuelve a los niveles pre-embarazo,independientemente del tipo de parto (2). En cambio, según una noticia publicada en el periódico "El País" en base a un estudio realizado en Australia que toma como muestra 1507 mujeres, el 51% de ellas no presentaba deseo sexual a los 12 meses posparto (9).

Sin embargo, en el "Estudio del interés sexual, la excitación y la percepción de las relaciones de pareja en mujeres primíparas lactantes en relación con las no lactantes", se muestra que la intensidad del deseo se normaliza a las 16 semanas posparto, recuperando la respuesta sexual y el deseo, aunque hay un cambio en la calidad de las relaciones (4).
En lo que se refiere a la disfunción orgásmica, en una investigación realizada a mujeres inglesas tras tener su primer hijo, los porcentajes oscilan entre el 61%, el 40% y el 39% en el período comprendido entre las semanas 6, 12 y 24, respectivamente. La función orgásmica volvió a la normalidad en la mayoría de las mujeres en 12 semanas posparto (6).
Concluyendo, hay una falta de datos sobre los factores psicosociales que afectan a los problemas de salud sexual y, en general, existe una escasez en la evidencia científica sobre los aspectos sexuales en el posparto (5). Además, se pueden observar diferencias en los porcentajes en función de los estudios realizados, cuyos grupos de evaluación son diferentes, y destacando que cada mujer vive su sexualidad de forma distinta tras el parto.
En conclusión:
- Es importante tener en cuenta los cambios físicos, hormonales y psicológicos que se producen de forma natural en el posparto y que afectan directamente a la sexualidad de la pareja (1).
- Las mujeres lactantes tienen peor respuesta sexual debido a las consecuencias hormonales y psicológicas que conlleva dar el pecho (4).
- Es relevante abordar en la consulta con las parejas los aspectos de su sexualidad que se verán afectados y deben conocer antes de que se produzcan (7).
- El nuevo rol de padres supone un cambio en todos los aspectos de la vida, por eso es importante fomentar la intimidad y la comunicación de la pareja. De esta manera, podrán descubrirse de nuevo dentro de su esfera sexual afrontando los cambios que se producen en esta etapa.
- Para mantener relaciones con penetración es recomendable esperar a la recuperación física, además de la psicológica, siendo aconsejable esperar entre 30-40 días si ha sido parto vaginal, y aproximadamente 20 si ha sido cesárea.
- Es importante que los profesionales sanitarios informen sobre prácticas sexuales más allá de la penetración que pueden darse en cualquier momento, siempre

que la pareja se sienta cómoda (9).
● Pretender que la sexualidad tras el parto continúe igual es un error. Es necesario un reaprendizaje general, conocer nuevas formas de disfrutar el placer y otras prácticas y métodos de excitación (9).

6 Bibliografía

1. Márquez Carrasco, Ángeles María. Dificultades en el reinicio de las relaciones sexuales de la pareja en el periodo puerperal. Biblioteca Lascasas, 2014 [Consultado 20 ene 2020]; 10(3). Disponible en http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0790.php
2. Kahramanoglu I, Baktiroglu M, Hamzaoglu K, Kahramanoglu O, Ferda Verit F, Yucel O. The impact of mode of delivery on the sexual function of primiparous women: a prospective study. Arch Gynecol Obstet. [Internet] 2017 [Consultado 20 ene 2020];
295: [907-16]. Disponible en: http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=6&sid=4e1336f4-1101-4b9b8e53-4ea40122c59f%40sessionmgr4007&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC
1saXZl#AN=121806593&db=ccm
3. Cappell J, Macdonald TK, Pukall CF. For new mothers, the relationship matters: Relationship characteristics and postpartum sexuality. The Canadian Journal of Human Sexuality. [Internet] 2016 [22/11/18]; 25 (2): [Consultado 21 ene 2020]. Disponible en: http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=8&sid=4e1336f4-1101-4b9b8e53-4ea40122c59f%40sessionmgr4007&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC
1saXZl#AN=117494149&db=ccm
4. Ortiz González M, García Mani S, Colldeforns Vidal M. Estudio de interés sexual, la excitación y la percepción de las relaciones de pareja en mujeres primíparas lactantes en relación con las no lactantes. Matronas Prof. [Internet] 2010 [Consultado 22 ene 2020]; 11 (2): [45-52]. Disponible en: http://www.index-f.com/new/cuiden/extendida.php?cdid=666054_1
5. Mcbride HL, Olson S, Klein C, Kwee J, Smith K. Women's Postpartum Sexual Health Program: A Collaborative and Integrated Approach Restoring Sexual Heatlh in the postpartum period. Journal of sex & marital therap. [Internet] 2017 [Consultado 22 ene 2020]; 43 (2): [147-58]. Disponible en: http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=7&sid=4e1336f4-1101-4b9b-8e53-4e
a40122c59f%40sessionmgr4007&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#AN=121261572&db=ccm

6. Bento de Lima Holanda J, De Sá Vieira Abuchaim E, Pereira Coca K, Freitas de Vihnea Abrão AC. Sexual dysfunction and associated factors reported in th post-partum period. Acta Paul Enferm. [Internet] 2014 [Consultado 24 ene 2020.]; 27 (6): [573-8]. Disponible en: http://www.index-f.com/new/cuiden/extendida.php?cdid=690511_
1
7. Márquez Carrasco AMª, Rico Neto M. Influencia de los cambios psicosociales en la sexualidad posparto. Revista Enfermería Docente. [Internet] 2016 [Consultado 24 ene 2020]; (107): [26-31]. Disponible en: http://www.index-f.com/new/cuiden/extendida.php?cdid=699152_1
8. Afshar Y, Mei J, Grisales T, Nguyen M-L. Sexual Health and function in pregnancy. Peer-reviewed. [Internet] 2017 [Consultado 25 ene 2020]; [24-30]. Disponible en: http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=4&sid=4e1336f4-1101-4b9b8e53-4ea40122c59f%40sessionmgr4007&bdata=
Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC
1saXZl#db=ccm&AN=124667384
9. Fernández Castro O. La cruda realidad del sexo después del parto. El País. 20 de mayo de 2016 [Consultado 25 ene 2020]; Salud. Disponible en: https://elpais.com/elpais/2016/05/03/buenavida/1462293030_109855.html

Capítulo 232

ACTIVIDAD FÍSICA COMO PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES CRÓNICAS.

MARIO JOSÉ DÍAZ ÁLVAREZ

ANA BELEN CALVO DIAZ

MÓNICA VIELLA FERNÁNDEZ

ALBERTO RUEDA RUIZ

TAMARA RUIZ GARCÍA

1 Introducción

En la actualidad se dispone de información suficiente que explica los beneficios de la práctica regular de actividad física para la salud de las personas. Estudios epidemiológicos han señalado que la actividad física produce una reducción en la tasa de mortalidad por todas las causas, independientemente de la presencia o no de otros factores de riesgo.

El organismo humano está diseñado para la práctica de actividad y/o ejercicio físico. Sin embargo, los cambios sociales y el progreso han relegado esta práctica a una mera opción cada vez más alejada de la vida cotidiana. El uso de los vehículos automatizados para los desplazamientos, el acceso a la información digital, así como la evolución de las formas de trabajo cada vez más sedentarias, unido

a actividades de ocio que en su inmensa mayoría se relacionan con el descanso y el confort, han convertido al hombre actual en un individuo físicamente inactivo. El acceso fácil a la comida y la falta de ejercicio condicionan unos tipos antropométricos cada vez más obesos que promueven cambios metabólicos perjudiciales para la salud. Este tipo de comportamiento se ha introducido extensivamente en los segmentos infanto-juveniles augurando un sombrío panorama de futuras complicaciones cardiovasculares para estas generaciones.

La práctica regular de actividad física se ha asociado a una menor incidencia de distintas enfermedades, tales como: hipertensión, diabetes mellitus tipo 2, obesidad, cardiopatía isquémica, cáncer y enfermedades mentales, digestivas y osteomusculares. Además, también se han demostrado sus efectos en la mejora de diversas variables de calidad de vida y en el control y seguimiento de distintas patologías.

Conseguir cambios a largo plazo en el estilo de vida de los individuos debe ser una parte importante de la labor asistencial de los profesionales sanitarios. Sin embargo, el proceso implica multitud de variables complejas que deben ser abordados globalmente, incluyendo los condicionantes personales, los factores sociales y los ambientales entre otros. La práctica de actividad física debe recogerse fielmente en toda historia clínica valorando si el paciente alcanza el mínimo de 150 minutos de AF/semana como factor protector de su situación cardiovascular, esto se ha llegado a considerar como el quinto signo vital.

Todos los profesionales sanitarios deberían ampliar su formación en las ciencias relacionadas con la actividad física, supliendo una tradicional carencia formativa. De esta forma, se podría mejorar el asesoramiento a los pacientes más allá del programa prescriptivo tradicional basado en la indicación de acumular actividad física de intensidad moderada sin ninguna otra consideración añadida. Si buscáramos prescribir actividad física tiene una importancia capital la motivación del paciente, elemento que hay que considerar y trabajar.

El Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) y ACSM en el año 1995, emitieron conjuntamente una recomendación con gran trascendencia sobre la salud pública, intentando proporcionar un mensaje claro y conciso que alentara el aumento de la actividad física de la población, que es cada vez más sedentaria: "Todos los adultos deben realizar 30 minutos o más de actividad física de intensidad moderada en la mayoría o preferentemente todos los días de la semana" (2).

Todo programa de ejercicio físico debe buscar la mejora de la aptitud física que se define como la capacidad para ejecutar niveles de actividad física de moderados a fuertes sin fatiga injustificada y la posibilidad de mantener esta capacidad a lo largo de la vida. La aptitud física estará relacionada con el desarrollo de la condición física orientada a la salud.

Desde un punto de vista de salud pública cobra especial interés el conocer algunos aspectos epidemiológicos sobre la práctica de actividad física y las tasas de sobrepeso-obesidad, por estar éstas íntimamente interrelacionadas. El conocer el comportamiento de estos parámetros en la población permite explorar no sólo el estado de salud sino también planificar actividades de intervención. En general, las personas que practican actividad física regularmente presentan hábitos dietéticos más saludables, y las personas obesas que logran mantenerse activas reducen el riesgo de sufrir enfermedades cardíacas y diabetes hasta cifras similares a los de las personas no obesas.

En Octubre de 2000 un Comité de Consenso Internacional examinó los efectos y la relación dosis-respuesta entre actividad física y salud. Los resultados mostraron una amplia evidencia de los beneficios que produce la actividad física regular, en más de una docena de resultados en la salud de todas las poblaciones estudiadas. El panel de expertos sugirió que en la valoración de la respuesta a la actividad física es necesario considerar no solo los grandes beneficios en la salud, sino también el riesgo potencial en una población determinada, ya que a mayor intensidad y volumen de ejercicio, se produce un mayor riesgo de lesión sobre los tejidos musculoesqueléticos y cardiovasculares en individuos con enfermedad previa.

La inactividad física sigue siendo un importantísimo problema de salud, comportándose como un factor de riesgo, de forma que los individuos inactivos tienen el doble de riesgo de sufrir enfermedad coronaria que aquellos que practican actividad física regular. La tecnología y los incentivos económicos tienden a desalentar la realización de actividad física, la primera al reducir la energía necesaria para el desempeño de la vida diaria, y la segunda al remunerarse más los trabajos sedentarios que el trabajo activo.

Sin duda alguna, esta inactividad va a derivar en muchos casos en una obesidad la cual representa uno de los mayores problemas de salud en la población a nivel mundial, llegando a convertirse en una enfermedad epidémica. Además, es la base de numerosas enfermedades crónicas, tales como: diabetes, dislipemia, coronariopatías, vasculopatías, apnea del sueño, problemas osteoarticulares, etcétera

(Cabrerizo, Rubio, Ballesteros y Moreno, 2008).

La inactividad física está considerada en la actualidad como el cuarto factor de riesgo de mortalidad por todas las causas, asociada hasta con 30 tipos diferentes de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT). De hecho, la inactividad física y el sedentarismo han ido aumentando de forma progresiva en las últimas décadas, pasando de aproximadamente 25 horas semanales de comportamientos sedentarios en el año 1960 a 45 horas en 2016.

Los profesionales de Atención Primaria juegan un papel clave para la promoción de la actividad física, pues sus intervenciones aportan mayores garantías de éxito y seguridad por las siguientes razones:
• El mayor contacto con las personas (anualmente el 80% de la población tiene contacto con los profesionales de atención primaria) ofrece mayor número de oportunidades para ayudar a sus pacientes en la adopción de hábitos y estilo de vida saludable.
• La mayor adherencia de la población a sus recomendaciones, que superan a las indicaciones facilitadas por otras fuentes, tales como la familia u órganos de comunicación social.

2 Objetivos

El objetivo de la revisión es conocer la eficiencia, la efectividad o los beneficios de la actividad física en lo que afecta a la salud humana y dar a conocer como a través de ésta podemos tener una vida sana y/o saludable que nos va a ayudar activamente tanto en la prevención como en el tratamiento de ciertas enfermedades crónicas, fundamentalmente cardiovasculares, contribuyendo positivamente al mantenimiento de un peso saludable, al desarrollo y mantenimiento de la densidad ósea, fuerza muscular y movilidad articular; promueve numerosos procesos. Este es fundamental para el mantenimiento de la salud y es además un poderoso medio de satisfacciones personales.

Por lo tanto, con esta revisión se busca igualmente dar a conocer a la población las recomendaciones consensuadas, y basadas en la evidencia científica disponible hasta el momento, de Actividad Física para la Salud, Reducción del Sedentarismo y Tiempo de pantalla con el fin de que la población sea más activa y, de este modo, promover su salud y prevenir y mejorar la evolución de las enfermedades crónicas más prevalentes. La importancia de los enormes beneficios que conlleva la práctica de ejercicio y el elevado nivel de sedentarismo de la población deberían

conducir a esfuerzos individuales y comunitarios para concienciar a la población a que realice cambios en su estilo de vida, teniendo en cuenta los efectos beneficiosos que reporta al corazón, los músculos, las articulaciones y la mente, es fácil ver por qué es inteligente hacer ejercicio.

3 Metodología

Con el fin de actualizar contenidos, se realizó una búsqueda de información de las últimas publicaciones relacionadas con la temática del trabajo.

Esta búsqueda se realizó, en primer lugar, en las bases de datos: Scopus, SporDiscus y Tripdatabase. En los motores de búsqueda de estas plataformas se introdujeron como palabras clave: "diabetes", "hypertension", "obesity", "physical activity", "exercise" y "training". Además se usaron distintas combinaciones entre estas palabras clave para formar frases de búsqueda más concretas (hypertension AND physical activity OR exercise) y se utilizó también la búsqueda por la raíz de la palabra (hyper*) y/o la búsqueda limitada solo a la aparición de la palabra clave en el título de la publicación (t: exercise).

Tras la selección y almacenamiento de los artículos encontrados en esta primera búsqueda, se procedió a realizar un segundo rastreo en bases de datos nacionales como: Dialnet, bases de datos de revistas especializadas, Teseo y repositorios digitales. Esta búsqueda nos proporciona información sobre la producción científica española en relación a la temática de interés.

Los artículos fueron seleccionados según criterios como tipo de publicación (revisiones sistemáticas, ensayos clínicos, estudios de cohortes, estudios de casos y publicaciones institucionales) excluyendo de la revisión: editoriales, revisiones narrativas, cartas al director y comunicaciones en congresos.

4 Resultados

• Enfermedades asociadas al sedentarismo como base de la obesidad. Sin duda alguna, el sedentarismo, además de provocar por sí mismo un importante daño a nuestro sistema cardiovascular, contribuye a acentuar los efectos de otros factores de riesgo como la obesidad, la hipertensión o el colesterol. Una persona sedentaria tiende a tener sobrepeso, suele fumar y es habitual que tenga una alimentación desequilibrada.

Las patologías más comunes asociadas a la obesidad son la diabetes mellitus tipo 2, el síndrome de apnea obstructiva del sueño, la hipertensión arterial, la enfermedad cardiovascular, la artropatía degenerativa de las articulaciones y algunos tipos de neoplasias (mama, hígado). Cabe destacar también, con una comorbilidad menor, la dislipemia, el reflujo gastroesofágico, el hígado graso, la infertilidad, la colelitiasis, el síndrome de ovarios poliquísticos, la nefrolitiasis, algunos tipos de cáncer, la fibrilación articular, ciertos tipos de demencia o la hipertensión endocraneal benigna (Cabrerizo, Rubio, Ballesteros y Moreno, 2008).

Complicaciones cardiovasculares.

El exceso de peso repercute negativamente sobre el corazón. El abundante tejido adiposo incrementa el metabolismo y las necesidades de oxigeno del organismo, aumentando así la exigencia de trabajo cardiaco. Para conseguir esto el corazón aumenta de tamaño y se dilata, siendo este un cambio anormal y pudiendo llegar un momento en el que el corazón no sea capaz de mantener su funcionalidad. En este momento nos encontramos con una insuficiencia cardiaca. Otra de las complicaciones cardiovasculares frecuentes en el obeso es la hipertensión. Los mecanismos a través de los cuales se produce están enfermedad no están aun claramente definidos pero, si está comprobado que la presión arterial aumenta en función del grado de obesidad del individuo. Como comprobaremos en el presente estudio, el descenso de peso corporal disminuye significativamente los valores de presión arterial de los sujetos.

Complicaciones metabólicas.
Principalmente la Diabetes Mellitus. En esta revisión se va a tratar la diabetes mellitus tipo 2, la cual, consiste en un grupo de alteraciones metabólicas producidas principalmente por la insulino-resistencia y el deterioro progresivo de la célula beta que provoca un déficit en la secreción de insulina. Esto conlleva a una hiperglucemia que, a su vez, conduce a complicaciones crónicas micro y macrovasculares. Esta enfermedad está altamente relacionada con la obesidad, siendo habitual en los pacientes obesos, por lo que su conocimiento será fundamental para el tratamiento terapéutico de estos pacientes a través del ejercicio.

El riesgo de desarrollo de diabetes en personas obesas oscila entre 2,9 y 10 veces más respecto a población no obesa (Alegría, Alegría y Castellano, 2008) 15 Son numerosos los estudios que avalan la prescripción de ejercicio físico para la prevención y el tratamiento de la DM2. La afirmación por parte de la American College of Sports Medicine (2009) de que el ejercicio físico regular tiene efectos positivos sobre el paciente diabético es una muestra más que fidedigna para creer

en ello.

Otras complicaciones metabólicas asociadas son las alteraciones lipídicas.
Las personas obesas sufren un descenso de las HDL y un aumento de la concentración de VLDL y LDL en plasma, provocando una alteración del metabolismo del colesterol y, en última instancia, favorece la formación de placas de ateroma. Estas placas pueden llegar a obstruir zonas importantes como el corazón o el cerebro, provocando infartos al no llegar a estos el oxígeno suficiente para su funcionamiento. Evidentemente el control y tratamiento del diabético implica otros métodos médicos y/o farmacológicos pero, no son de interés en nuestra revisión, por lo que el estudio se centrará en las recomendaciones sobre ejercicio físico en la DM2.

Síndrome metabólico.
Es un conjunto de factores de riesgo para diabetes mellitus tipo 2 y enfermedad cardiovascular, caracterizado por la presencia de resistencia a la insulina e hiperinsulinismo compensador asociados con trastornos del metabolismo de los carbohidratos y lípidos, cifras elevadas de presión arterial y obesidad (Grundy y col., 2005) Esta es una de las definiciones para el síndrome metabólico, encontrándose muchas más acepciones publicadas por parte de las distintas instituciones o en diversas publicaciones médicas.

Artrosis.
Se constituye como una enfermedad degenerativa que afecta a las articulaciones y que se caracteriza por el deterioro y posterior desgaste del cartílago articular con formación de hueso. Puede llegar la impotencia funcional y su relación con la obesidad es clara, explicada básicamente por el exceso de peso el cual crea una carga adicional sobre el cartílago articular favoreciendo su desgaste. Además otras enfermedades asociadas a la obesidad como la hiperlipidemia o el hiperestrogenismo afectan negativamente al hueso. La probabilidad de artrosis de rodilla es cuatro veces superior, y la de cadera dos veces en la población obesa respecto a la que no lo es (Nevitt, 2002). La Tabla 4. Parámetros del síndrome metabólico (Grundy y col. 2005). 18 disminución de dos unidades de masa corporal reduce en un 50% el riesgo de artrosis de rodilla (Godínez, 2001).

• Revisión de actividad física y enfermedades asociadas:

- Diabetes mellitus tipo II. La Asociación Americana de Diabetes (2013) advierten que las personas menores de 60 años con un IMC superior o igual a 35, tienen un

riesgo muy alto de padecer DM2. Con el fin de disminuir este riesgo recomienda la puesta en marcha de un programa de actividad física que promueva una pérdida de peso de entre el 5 y el 10%. Esta práctica de ejercicio deberá ocupar, al menos, 150 minutos semanales a una intensidad moderada (50-70% VO2max), distribuidos en 3 días a la semana como mínimo y tratando de no completar más de dos días seguidos sin activación física.

Uno de los trabajos más interesantes que pueden servir como referencia en el tratamiento de la diabetes a través del ejercicio, es la revisión hecha por Márquez, Ramón y Márquez (2011), en la que se reúnen y sintetizan las aportaciones más importantes de los últimos años en el campo a estudiar. En cuanto a la prevención de la DM2 a través del ejercicio, estos autores recomiendan, la selección de pacientes de alto riesgo para el diseño del programa de ejercicio y pérdida de peso encabezado siempre por un médico especialista en actividad física.

Se deben tomar en cuenta los niveles necesarios para lograr y mantener un peso saludable y diseñarse idealmente de acuerdo al riesgo. Una cita recurrente en su revisión es el trabajo de Gill y Cooper (2008) en el que se demuestra una relación entre el descenso del riesgo de diabetes mellitus 2 y el nivel de actividad física. Este mismo estudio concluye que la actividad física como medio de prevención para la DM2 abarca desde actividades ligeras a intensas y que, la influencia de estas es mayor en personas obesas.

En el estudio de Williams (2008) también se comprueba la eficacia de la actividad física para reducir la probabilidad de desarrollo de DM2, entre otras enfermedades. En este trabajo se buscó aumentar la capacidad cardiorrespiratoria de los pacientes a través de carreras de larga distancia. Otro estudio de interés sobre la prevención de la diabetes mellitus, es el llevado a cabo en la Universidad de Leicester por Yates, Davies, Gorely, Bull y Khunti (2009), en el cual aplican un programa educacional (PREPARE) en pacientes con sobrepeso y obesidad con riesgo evidente de padecer DM2.

Como hemos podido comprobar, son muy diversas las prescripciones de ejercicio físico realizadas para la prevención de la diabetes, obteniendo en la mayoría de los casos mejoras en el control metabólico, en mayor o menor medida. Esto concuerda con algunos estudios actuales que afirman que la actividad física, sea cual sea su intensidad, está directamente relacionada con la tolerancia a la glucosa y la sensibilidad a la insulina (Kriska, Hawkins y Richardson, 2008) (Gill y Cooper, 2008).).Incluso, las actividades físicas cotidianas como subir escaleras, ir en bici o hacer las tareas del hogar parecen tener efectos beneficiosos en la prevención

de la diabetes en sujetos de alto riesgo (Ansari, 2009).

Al igual que para la prevención de la DM2, la ADA (2013) recomienda la actividad física en pacientes diabéticos, a no ser que haya alguna contraindicación medica individual que lo impida. Propone llevar a cabo un entrenamiento de resistencia al menos dos días a la semana. Advierte, sin embargo, de la necesidad de aplicar este entrenamiento de manera progresiva, empezando con periodos cortos de trabajo a baja intensidad para ir aumentando paulatinamente tanto el tiempo como la intensidad en función de la evolución del paciente, teniendo en cuenta aspectos como la edad, el nivel de condición física previa o el historial clínico.

Se comprueba la influencia del ejercicio físico en la prevención y mejora de la DM2 lo que pone sobre la mesa la importancia de la prescripción de programas de ejercicio físico por parte de instructores cualificados con el fin de mejorar el control de la glucemia, los factores de riesgo cardiovasculares y la aptitud física (Umpierre y col., 2011) y (Balducci y col., 2010).

La actividad física en todas sus modalidades, desde las acciones más cotidianas como subir la escalera hasta el ejercicio de intensidad vigorosa pasando por los ejercicios de flexibilidad; ha demostrado que puede influir positivamente en el control metabólico.

- Hipertensión arterial. Son numerosos los estudios publicados en los últimos años en relación a la influencia del ejercicio físico en el tratamiento de la hipertensión. En ellos se comparan los efectos de distintos tipos de entrenamiento: aeróbicos, interválicos, de alta/moderada/baja intensidad, etc. en determinadas variables relacionadas con la hipertensión arterial.

Recientemente, Pitsavos y col. (2011), llevaron a cabo un estudio para comprobar los efectos del ejercicio físico moderado de carácter aeróbico en pacientes prehipertensos o con hipertensión leve. Se observan las variables de tolerancia al esfuerzo, presión arterial durante el ejercicio y efecto sobre la masa ventricular izquierda.

Como hemos venido reflejando, la actividad física es uno de los hábitos más saludables que puede realizar el ser humano, y son muchos los estudios que así lo confirman. Y es que la práctica de la actividad física aporta muchos beneficios para la salud general: mejora el estado de ánimo, reduce el estrés, mejora la calidad del sueño, etc… y, sin duda alguna, esta práctica ayuda a prevenir enfermedades.

Está sumamente comprobado y relatado que existen una serie de enfermedades que podemos prevenir o tratar con la práctica de una actividad física regular, siendo las más relevantes:

- Presión arterial alta. Son muchas las investigaciones que se han realizado para intentar averiguar cuáles son los beneficios del entrenamiento aeróbico. Correr, nadar o ir en bicicleta han demostrado ser muy efectivos para controlar la presión arterial. Además, si combinamos este tipo de ejercicio con una dieta saludable, nuestro cuerpo nos lo agradecerá.
- Enfermedades cardiacas. Otro de los beneficios que se suelen asociar al entrenamiento aeróbico es que este sistema de entrenamiento previene las enfermedades cardíacas (como el infarto de miocardio, las arritmias, etc.) y los problemas del corazón, además de la ya mencionada hipertensión. El entrenamiento aeróbico moderado es suficiente para mejorar nuestro estado de salud.
- Sobrepeso y obesidad. El sobrepeso y la obesidad se han convertido en los últimos años en un problema serio de salud pública. El estilo de vida sedentario y la mala alimentación de gran parte de la población de las sociedades industrializadas son algunos de los factores causantes.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el mundo hay 1.900 millones personas adultas que tienen sobrepeso, de las cuales, más de 600 millones sufren obesidad. El entrenamiento planificado puede ser clave para reducir esta enfermedad. Eso sí, siempre acompañado de una dieta saludable.

- Diabetes tipo II. La diabetes es una enfermedad con un alta prevalencia a nivel mundial, y se caracteriza por una serie de alteraciones metabólicas que aumentan el nivel de glucosa en sangre (hiperglucemia). Las investigaciones recientes muestran que el ejercicio físico reduce en 42% el riesgo de padecerla. Entre otros beneficios, el entrenamiento físico mejora la capacidad del cuerpo para usar la insulina.
- Osteoporosis. La osteoporosis es una enfermedad de los huesos que produce una disminución de la densidad de masa ósea. Y es que el ejercicio físico es clave para tener un esqueleto fuerte. El entrenamiento de fuerza mejora la densidad ósea y previene el deterioro de los huesos. No solo eso, sino que reduce las fracturas en un 17%.
- Estrés. El estrés, junto con la obesidad, también es una de las epidemias del último siglo, que muchas veces tiene su origen en el estilo de vida de las sociedades occidentales. Según la ciencia, el ejercicio físico puede ser efectivo no solo para prevenirlo sino también para reducirlo, pues disminuye los niveles de una de las hormonas relacionadas con esta condición: el cortisol.

- Colesterol alto. El colesterol alto está asociado a múltiples enfermedades. Los estudios muestran que tanto en el ejercicio cardiovascular como el entrenamiento de fuerza resultan beneficiosos para reducirlo. Tanto la dieta saludable como el ejercicio físico aminoran el colesterol malo y aumentan los niveles de colesterol bueno o HDL.
- Enfermedades oculares Las enfermedades oculares también pueden prevenirse con el entrenamiento físico. Según un estudio realizado por el Investigative Ophtalmology & Visual Science, correr de manera frecuente puede disminuir en un 19% el riesgo de degeneración macular.
- Artritis. El entrenamiento de resistencia moderado que se centra en una gama completa del movimiento es un efectivo para prevenir y reducir la artritis, pues ayuda a fortalecer los músculos que rodean las articulaciones.
- Alzheimer. Uno de los beneficios psicológicos de practicar ejercicio es que mejora la memoria y ayuda a prevenir el alzheimer. Practicar actividad física entre los 25 y los 45 años incrementa las sustancias químicas del cerebro que previenen la degeneración de las neuronas del hipocampo.
- Depresión. La depresión es una enfermedad mental que puede llegar a ser grave y puede necesitar tratamiento psicológico. Pero existen diferentes tipos de depresión, de ellos menos severos. El ejercicio físico puede ser efectivo para reducir las depresiones menos pronunciadas, pues ayuda a liberar sustancias químicas en el cerebro que se relacionan con el estado de ánimo (por ejemplo, serotonina o endorfinas). Además, mejora la autoestima.
- Fibromialgia. El ejercicio físico ayuda a prevenir el empeoramiento de la fibromialgia y funciona muy bien para el manejo del dolor. Especialmente aquellos entrenamientos de resistencia moderada como el Tai Chi o Pilates.
- Cáncer. El cáncer es una enfermedad grave que puede prevenirse si se siguen una serie de hábitos saludables, entre ellos la práctica de ejercicio físico. Según una investigación de la Medicine & Science in Sports & Exercise, las mujeres que practican ejercicio físico moderado durante dos horas y media a la semana tienen menos probabilidad de sufrir cáncer de mama.
- Ansiedad. La ansiedad es otro de los trastornos psicológicos que pueden prevenirse con el entrenamiento físico. También reduce los síntomas en los casos menos graves, porque los neurotransmisores liberados durante y después de practicar ejercicio pueden ayudar a la gente que sufre ansiedad a calmarse.
- Resfriados y la gripe. El ejercicio físico también se ha mostrado muy eficaz para fortalecer el sistema inmunológico, lo que ayuda a sufrir menos resfriados e incluso menos procesos gripales.

5 Discusión-Conclusión

Aunque el problema de las enfermedades crónicas ha logrado despertar a nivel mundial en investigadores y clínicos el interés por su estudio y su manejo, las estrategias para incrementar su realización son aún ineficaces. A pesar del conocimiento que se tiene sobre los beneficios de la actividad física, la prevalencia de esta actividad es muy baja en todo el mundo.

Visto lo anterior, no cabe duda resaltar ni enfatizar que la aplicación de una o varias actividades físicas y la evaluación de la salud individual es de gran importancia para el desarrollo efectivo del programa de ejercicios, principalmente en personas con enfermedades crónicas degenerativas, por lo que, para aplicar un test hay que tener en consideración ciertos aspectos, identificando el riesgo de la enfermedad y conocer el estado de salud individual, de esta forma la prescripción adecuada de un programa logrará aumentar la aptitud física, reducir los factores de riesgo, promover la salud, y mejorar la calidad de vida; en consecuencia, resulta importante buscar estrategias que garanticen que los sujetos puedan permanecer activos por el resto de la vida, considerando que los beneficios de los ejercicios sólo perdurarán con la continuidad de la práctica.

Por otro lado, la práctica de actividad física, también tiene riesgos que deberían ser considerados, el riesgo más común en el caso de los adultos, son los daños que puedan presentarse a nivel del músculo esquelético; de igual manera, un incremento de la actividad física intensa, puede llevar a un riesgo de aparición de muerte cardiaca e infarto al miocardio; en ese sentido, en adultos sedentarios debería incrementarse el nivel de actividad física de forma gradual durante el tiempo.

Queda de manifiesto los efectos antropométricos, neuromusculares, metabólicos y psicológicos que otorga el ejercicio físico. Es por esto que nos parece adecuado crear un plan de promoción de la actividad física dirigido a los adultos mayores de nuestras comunas, así como también incorporar a sus familias en este proceso, con el fin de que conozcan los beneficios de la actividad física y que generen el habito del ejercicio.

Tenemos en cuenta que implementar este plan es muy costoso del punto de vista humano, económico y de tiempo, es por eso que en una primera etapa se debería dar énfasis en la promoción, y a la creación de monitores en salud orientado a fomentar la participación como por ejemplo en las zonas rurales, donde existen postas de salud.

Lo anterior, se ve motivado debido a que gran parte de los adultos mayores se encuentran desinformados respecto a los beneficios de la actividad física, tienden a asociarlos con deportes de alto impacto agotadores, peligrosos y molestos, sin embargo es posible generar beneficios mediante a una planificación adecuada de la carga de ejercicio en conjunto con el adecuamiento de las actividades en relación al estado físico actual de adulto mayor y partir gradualmente en forma paulatina.

Es por esto que el ejercicio físico genera cambios importantes del punto de vista biopsicosocial, sin embargo un plan de actividad física se hace insuficiente sin el adecuado asesoramiento médico, kinesiológico, nutricional y psicológico, integrando los factores ambientales y culturales, por lo tanto nuestro nivel de intervención debería ser de carácter multidisciplinario, con un enfoque hacia la Salud Familiar y la participación intersectorial.

El gobierno debería crear nuevas políticas destinadas a la actividad física que sirvan de base para la implementación de otros programas, como la alimentación saludable. Esto incluiría al sector salud, educación, a la empresa privada, a los clubes deportivos, organizaciones comunales etc.

Por otro lado, queda patente que existe consenso en la bibliografía revisada sobre el déficit de formación de los profesionales sanitarios y de la actividad física en el ámbito de promoción, prevención y el tratamiento de las enfermedades crónicas a través del ejercicio físico. En Estados Unidos, se ha evidenciado que tan solo entre el 6% y el 13% del currículo de los médicos aborda contenidos relacionados con dicho aspecto. Similares resultados se constatan en Reino Unido y Venezuela . Los datos revisados por nosotros para España muestran una situación peor (3,62%).

Distintos autores han propuesto un trabajo interdisciplinar para los diversos profesionales que se dedican a promover la salud a través de la actividad física y el deporte, potenciando el resultado de la agrupación de sus conocimientos específicos ya que si los profesionales sanitarios no poseen los conocimientos necesarios para utilizar el ejercicio físico, el tratamiento difícilmente va a ser eficaz, incluso podría ser contraproducente a las necesidades individuales que presenta un paciente si se proponen ejercicios desaconsejados o con cargas inadecuadas. Por este motivo, se deben desarrollar protocolos de actuación para solucionar el problema a través de cursos de formación complementaria dirigidos a los profesionales del área sanitaria.

6 Bibliografía

1. American College of Sports Medicine. The recommended quantity and quality of exercise for developing and maintaining fitness in healthy adults. Med. Sci. Sports Exerc. 1978; 10:8–10.
2. Pate RR, Pratt M, Blair SN, Haskell WL, Macera CA, Bouchard C, Buchner D, Ettinger W, Heath GW, King AC, et al. Physical Activity and Public Health: A Recommendation From the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine JAMA. 1995; 273: 402-7.
3. U. S. Surgeon general. Physical Activity ad Health: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Dept. of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion;1996.
4. Bouchard C. Physical activity and health: introduction to the dose-response symposium. Med Sci Sports Exerc. 2001; 33: 347- 50.
5. Martin SB, Morrow JR Jr, Jackson AW, Dunn AL Variables related to meeting the CDC/ACSM physical activity guidelines. Med Sci Sports Exerc. 2000; 32(12):2087-92.
6. American College of Sports Medicine position stand. The recommended quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory and muscular itness in healthy adults. Med Sci Sports Exerc. 1990; 22:265-74.
7. Nelson ME, Rejeski WJ, Blair SN, Duncan PW, Judge JO, King AC, et al. Physical Activity and Public Health in Older Adults: Recommendation from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. Circulation. 2007; 116: 1094-105.
8. William L. et al. Physical Activity and Public Health. Updated Recommendation for Adults From the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. Circulation. 2007; 116: 1081-93.
9. Matute-Lorente A, Vicente-Rodríguez G, Casajús, JA. Bases generales de la prescripción de ejercicio físico como prescripción terapéutica. En: Casajús, JA, Vicente-Rodríguez G, editores. Ejercicio Físico y Salud en poblaciones especiales. Madrid: Consejo Superior de Deporte; 2011. p. 39-62.
10. Depress J, Lamarche B, Mauriege P, Cantin B, Dagenais GR, y Moorjani JR Hyperinsulinemia as independent risk factor for ischemic hearth disease. NEngland Jmed. 1996; 334: 952-7.
11. Alegría, E., Castellano, J.M. y Alegría, A. (2008). Obesidad, síndrome metabólico y diabetes: implicaciones cardiovasculares y actuación terapéutica. Rev Esp Cardiol. 61:752-764.

12. American College of Sports Medicine. (2009) American College of Sports Medicine position stand. Progression models in resistance training for healthy adults. Med Sci Sports Exerc; 41: 687–708.
13. American Diabetes Association. (2013). Standards of Medical Care in Diabetes. Diabetes Care; 36: Supplement 1: 24-25 American Gastroenterological Association Clinical Practice Committee (2002).
14. AGA technical review on obesity. Gastroenterology; 123: 882-932. Ansari, R. (2009). Effect of Physical Activity and Obesity on Type 2 Diabetes in a Middle-Aged Population. Journal of Environmental and Public Health; Volume 2009, Article ID 195285, 5 pages.
15. Ariza Copado, C., Gavara, V., Muñoz Ureña, A., Agüera, F., Soto Martínez, M. y Lorca, J.R. (2011). Mejora en el control de los diabéticos tipo 2 tras una intervención conjunta: educación diabetológica y ejercicio físico.
16. Atención Primaria.; 43(8): 398-406 Artero, E., Lee, D., Lavie, C., España-Romero, V., Sui, X., Church, T. y Blair, S. (2012). Effects of Muscular Strength on Cardiovascular Risk Factors and Prognosis. Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention; Vol. 32, Nº. 6. págs. 351-358
17. Balducci, S., Leonetti, F., Di Mario, U. y Fallucca, F. (2004) Is long-term aerobic plus resistance training program feasible for and effective on metabolic profiles in type 2 diabetic patients? Dia Care; 27: 841-842.
18. Balducci S, Zanuso S, and Nicolucci A, y col. (2010) .Effect of an intensive exercise intervention strategy on modifiable cardiovascular risk factors 56 in subjects with type 2 diabetes mellitus: a randomized controlled trial: the Italian Diabetes and Exercise Study (IDES). Arch Intern Med; 170:1794e803.
19. Balducci, S., Zanuso, S., Cardelli, P., Salerno., Falluca, S., Nicolucci, A. y Pugliese, G. (2012). Supervised Exercise Training Counterbalances the Adverse Effects of Insulin Therapy in Overweight/Obese Subjects with Type 2 Diabetes. Diabetes Care 35:39–41.
20. Barcellos, J., Della Méa, R., Stein, C., Rabello, K., Arena, R. y Dal Lago (2013) P. Inspiratory muscle training reduces blood pressure and sympathetic activity in hypertensive patients: A randomized controlled trial.
21. International Journal of Cardiology 166 :61–67 Brown, G.L., Lean, M.E. y Hankey, C.R. (2012). Reproducibility of 24-h post-exercise changes in energy intake in overweight and obese women using current methodology. Br J Nutr. Jul; 108(2):191-4.
22. Cabrerizo, L., Rubio, M.A., Ballesteros, M.D. y Moreno, C. (2008). Complicaciones asociadas a la obesidad. Rev Esp Nutr Comunitaria; 14(3):156- 162.

Capítulo 233

PAPEL DE ENFERMERÍA EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD ANTE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA

SILVIA MARÍA CUERVO CIFUENTES

1 Introducción

La insuficiencia cardíaca es una enfermedad crónica que aparece cuando el corazón no tiene la suficiente capacidad para bombear sangre a todo el cuerpo y por tanto, es incapaz de satisfacer las necesidades de oxígeno y nutrientes del organismo, acompañándose a menudo de una mala función del ventrículo izquierdo. Esta enfermedad pone de manifiesto el fracaso del corazón como bomba, apareciendo como consecuencia, manifestaciones clínicas en los órganos que irriga. Puede aparecer como consecuencia de una cardiopatía isquémica, de una miocardiopatía, de una valvulopatía o de una arritmia.

En España, la prevalencia de esta enfermedad se dobla con cada década a partir de los 50 años y supera el 8% en pacientes de más de 75 años. Por tanto, es un problema de salud de importante magnitud, y que a menudo incluso requiere asistencia hospitalaria, de ahí la importancia de una buena educación alimentaria y de unos correctos hábitos saludables que deben implantar los profesionales de enfermería.

2 Objetivos

- Conocer el papel de enfermería en educación para la salud ante la insuficiencia cardíaca.

Como objetivos específicos se ha planteado:
- Conocer los principales síntomas y signos de la insuficiencia cardíaca.
- Incidir sobre los principales factores de riesgo con la finalidad de evitar la progresión de la enfermedad.

3 Metodología

Este trabajo consiste en una revisión bibliográfica sobre el papel de enfermería en educación para la salud ante la insuficiencia cardíaca, cuya búsqueda bibliográfica comenzó a principios del mes de octubre de 2019. Para ello, se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos, fundamentalmente en Pubmed y Medline, utilizando como términos de búsqueda las siguientes palabras clave: insuficiencia cardíaca, disnea, edemas, tensión arterial, calidad de vida. También se consultaron artículos incluidos en bases de datos como Dialnet o Google Académico, así como páginas institucionales de sociedades científicas relevantes en este ámbito.

Se seleccionaron todos los artículos originales, revisiones y libros relacionados con el papel de enfermería en educación para la salud ante la insuficiencia cardíaca, así como aquellos que describían los signos, síntomas y factores de riesgo de esta enfermedad. Se incluyeron tanto artículos redactados en español como en inglés desde el año 2007 hasta el año actual, procedentes de revistas con una clara base científica. De todos los artículos encontrados, se hizo una revisión y se seleccionaron aquellos más apropiados por su pertinencia y adecuación al tema.

4 Resultados

Entre los principales signos y síntomas de la insuficiencia cardíaca se encuentra el cansancio ante actividades de la vida diaria, así como disnea ante esfuerzos y retención de líquidos en el organismo que produce edemas y aumento de peso. Estos síntomas se pueden agudizar apareciendo digestiones pesadas, disnea en reposo, ortopnea, oliguria o ganancia de peso rápida (1kg en un día o entre 2 ó 3 kg en una semana).

En cuanto a los factores de riesgo que desencadenan esta enfermedad se puede destacar una tensión arterial alta mantenida durante largos períodos de tiempo, enfermedad de las arterias coronarias, diabetes, defectos cardíacos congénitos,

valvulopatías, virus, consumo de alcohol o tabaco, obesidad, arritmias o determinados fármacos.

El tratamiento de esta enfermedad es doble, por un lado consiste en la administración de fármacos (siendo de elección los inhibidores de la enzima conversora de la angiotensina, los diuréticos y los bloqueantes β –adrenérgicos, y cuando la enfermedad se agudiza se aumentará el uso de diuréticos, pudiéndose llegar a utilizar fármacos inotrópicos y vasodilatores) y por otro lado, se basa en el cambio en el estilo de vida.

Precisamente en este punto es dónde el profesional de enfermería puede desarrollar su función promoviendo una abstención de alcohol y tabaco (puesto que el tabaco aumenta el riesgo de padecer un evento cardiovascular y el alcohol es un tóxico para el miocardio, de tal manera que al menos se debe limitar su consumo), así como una reducción de las bebidas con excitantes (como el café, té y bebidas de cola que al igual que la nicotina incrementan el trabajo del músculo cardíaco). De igual modo, el paciente con obesidad debe reducir peso puesto que la obesidad acentúa el trabajo del corazón y el paciente diabético debe esforzarse en conseguir un buen control glucémico.

Así mismo es recomendable disminuir la cantidad de grasa en la dieta y sobre todo la ingesta de sal a menos de 2 gramos diarios en pacientes con insuficiencia cardíaca grave, para así reducir o evitar la retención de líquidos (para detectarla se recomienda controlar el peso en ayunas diariamente) y además conseguir un mejor control de la tensión arterial junto con el tratamiento farmacológico, aspecto fundamental para evitar una progresión de la enfermedad.

También es aconsejable la vacunación frente al neumococo y la vacunación antigripal para evitar posibles descompensaciones de la enfermedad. Finalmente, se debe recordar al paciente que debe reducir el estrés y realizar ejercicio físico moderado diariamente, a excepción de cuando se encuentra en algún episodio agudo de la enfermedad, evitando los esfuerzos y las temperaturas extremas.

5 Discusión-Conclusión

El profesional de enfermería debe intentar mantener un control sobre los principales factores de riesgo para evitar un avance de la enfermedad y así prevenir los ingresos hospitalarios y reducir la morbimortalidad, mejorando el estado clínico, la capacidad funcional y la calidad de vida del paciente con insuficiencia cardíaca.

Por todo ello, es fundamental la concienciación y la educación para la salud, pues así el propio paciente será capaz de comprender la importancia de seguir las recomendaciones y cambiar su estilo de vida, y con ello logrará además de reducir los síntomas, mejorar el pronóstico de su enfermedad.

6 Bibliografía

-Fundación Española del Corazón [Internet]. Madrid: Fundación Española del Corazón; 2019. [citado el 10 de diciembre de 2019]. Insuficiencia Cardíaca. Disponible en: https://fundaciondelcorazon.com/informacion-para-pacientes/enfermedades-cardiovasculares/insuficiencia-cardiaca.html

- Sayago-Silva I, García-López F, Segovia-Cubero J. Epidemiología de la insuficiencia cardiaca en España en los últimos 20 años. Rev Esp Cardiol. 2013;66(8):649-56.

- Aguirre-Tejedo A, Miró Ò. Precipitating factors in acute heart failure: a review. Emergencias. 2017;29(3):185-93.

- Di Somma S, Magrini L. Tratamiento farmacológico en la insuficiencia cardíaca aguda. Rev Esp Cardiol. 2015;68(8):706-13.

-Fundación Española del Corazón [Internet]. Madrid: Fundación Española del Corazón; 2020. [citado el 30 de enero de 2020]. Dieta para la insuficiencia cardíaca. Disponible en:https://fundaciondelcorazon.com/nutricion/dieta/1179-dieta-insuficiencia-cardiaca.html

Capítulo 234

ENFERMERÍA ANTE LA PREVENCIÓN DE LA OSTEOPOROSIS

SILVIA MARÍA CUERVO CIFUENTES

1 Introducción

La osteoporosis es una patología metabólica ósea crónica y progresiva caracterizada por una pérdida de masa ósea y un incremento de la fragilidad de los huesos, que conlleva un mayor riesgo de que se produzca una fractura.

Se trata de una enfermedad silenciosa y asintomática, ligada al envejecimiento, que puede debutar con una fractura por fragilidad, siendo esta la complicación más grave y que además afecta a la calidad de vida del paciente e incrementa la morbilidad, la mortalidad y el impacto sociosanitario. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en España existen 3,5 millones de personas aproximadamente que padecen esta enfermedad, lo que evidencia que es un importante problema de salud pública al que debemos conocer e intentar implantar medidas para prevenir.

2 Objetivos

Por tanto, el objetivo general de este trabajo es:
- Conocer cómo enfermería puede intervenir ante la prevención de la osteoporosis.

Como objetivos específicos se ha planteado:
- Conocer los principales factores de riesgo que pueden producir osteoporosis.
- Exponer un adecuado tratamiento higiénico-dietético que pueda prevenir esta enfermedad.

3 Metodología

Este trabajo consiste en una revisión bibliográfica sobre cómo enfermería puede intervenir ante la prevención de la osteoporosis, cuya búsqueda bibliográfica comenzó a mediados del mes de octubre de 2019. Para ello, se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos, fundamentalmente en Pubmed y Medline, utilizando como términos de búsqueda las siguientes palabras clave: osteoporosis, masa ósea, fragilidad, fractura, calcio. También se consultaron artículos incluidos en bases de datos como Dialnet o Google Académico, así como páginas institucionales de sociedades científicas relevantes en este ámbito.

Se seleccionaron todos los artículos originales, revisiones y libros relacionados con cómo enfermería puede intervenir ante la prevención de la osteoporosis, así como aquellos que describían los principales factores de riesgo y el tratamiento higiénico-dietético de esta enfermedad. Se incluyeron tanto artículos redactados en español como en inglés desde el año 2007 hasta el año actual, procedentes de revistas con una clara base científica. De todos los artículos encontrados, se hizo una revisión y se seleccionaron aquellos más apropiados por su pertinencia y adecuación al tema.

4 Resultados

Entre los factores de riego que desencadenan esta enfermedad se pueden encontrar los antecedentes familiares, el sexo femenino (principalmente en raza caucásica o asiática), la edad, una complexión estrecha o con poca masa ósea, la menopausia (debido a la reducción de los niveles de estrógenos) y en los varones una reducción de los niveles de testosterona con la edad, el hipertiroidismo, un reducido consumo de calcio durante la vida, la deficiencia de vitamina D, determinados fármacos (especialmente los corticoides, aunque también los anticonvulsivos), ciertas enfermedades (celiaquía, enfermedad inflamatoria intestinal, cáncer, lupus o artritis reumatoide), una vida sedentaria, el tabaquismo o el alcoholismo.

En el tratamiento de esta enfermedad se incluyen medidas farmacológicas (como la terapia hormonal de sustitución, el raloxifeno, los bifosfonatos, la calcitonina y los complementos vitamínicos que incluyan calcio y vitamina D) y medidas no farmacológicas o higiénico-dietéticas, que promovidas por los profesionales de enfermería, pueden prevenir la enfermedad y mejorar su pronóstico.

En primer lugar, por tanto, cabe destacar que una adecuada nutrición, rica en calcio y vitamina D, y la práctica de ejercicio físico de intensidad moderada y de manera regular desde etapas iniciales de la vida es fundamental, pues cuánta más densidad ósea obtengas en la juventud, menor será la posibilidad de padecer osteoporosis en el envejecimiento. Mantener una adecuada actividad física a lo largo de la vida, utilizando también ejercicios de soporte de peso y equilibrio, contribuye a retrasar la pérdida de masa ósea. Respecto a la dieta, se debe insistir en la ingesta de abundantes productos lácteos (para lograr la obtención de 1200mg de calcio al día en adultos de más de 70 años) y en que ésta debe ser normoproteica, pues un exceso de proteínas disminuye la absorción de calcio, al igual que ocurre con el consumo excesivo de fitatos, presentes fundamentalmente en los cereales.

La vitamina D, activada mediante la luz solar es primordial para facilitar la absorción de calcio de los alimentos, por eso se debe recordar que aquellas personas que eviten el sol, deben incorporar este nutriente a través de los alimentos y suplementos dietéticos, pues una persona de más de 70 años debe lograr la obtención de 800 UI al día. Finalmente se debe recordar el beneficio de evitar el consumo de alcohol, que reduce el crecimiento de células osteoblásticas y la formación de hueso, así como el tabaco, que además reduce la absorción del calcio y los niveles de estrógenos del organismo.

5 Discusión-Conclusión

La osteoporosis es la enfermedad ósea más importante y devastadora de la calidad de vida que está en constante aumento en nuestra sociedad debido al envejecimiento poblacional, por ello la prevención de esta enfermedad debe ser uno de los retos sanitarios.

En consecuencia, el profesional de enfermería a través de un adecuado tratamiento higiénico-dietético puede actuar sobre aquellos factores de riesgo modificables y así retrasar la aparición de la enfermedad o cambiar su curso, evitando complicaciones tan graves como las fracturas vertebrales, pélvicas o de muñeca.

6 Bibliografía

- Coughlan T, Dockery F. Osteoporosis and fracture risk in older people. Clin Med (Lond). 2014;14(2):187-91.
- Muñoz-Torres M, Varsavsky M, Avilés-Pérez MD. Osteoporosis. Definición. Epidemiología. Rev Osteoporos Metab Miner. 2010;2 Suppl 3:S5-7.
- Sociedad Española de Geriatría y Gerontología [Internet]. Madrid: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología; 2017. [citado el 15 de noviembre de 2019]. En España la osteoporosis afecta a 3,5 millones de personas. Disponible en: https://www.segg.es/institucional/2017/02/23/en-espa%C3%B1a-la-osteoporosis-afecta-a-3-millones-y-medio-de-personas
- Padierna-Luna JL. Factores de riesgo y prevalencia de osteoporosis. Estudio por ultrasonometría del calcáneo. Med Int Mex. 2008;24(4):278-83.
- Vicente-Molinero A, Lou-Arnal S, Medina-Orgaz E, Muñoz-Jacobo S, Ibáñez-Estrella JA. Tratamiento de la osteoporosis con bifosfonatos: aproximaciones a nuestra realidad asistencial. Aten Primaria. 2011;43(2):95-9.
- Quesada-Gómez JM, Sosa-Henríquez M. Nutrición y osteoporosis. Calcio y vitamina D. Rev Osteoporos Metab Miner. 2011;3(4):165-82.

Capítulo 235

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON ALZHEIMER EN FASE MODERADA

SHEILA FERNÁNDEZ CÁRCABA

CRISTINA MARTINEZ GUTIERREZ

1 Introducción

El Alzheimer se trata de la enfermedad neurodegenerativa más común en el en el anciano. Es irreversible y progresiva, y su causa no es aún del todo conocida, aunque en ocasiones puede presentarse en personas de edad media, variando su evolución según edad, estado de salud y predisposición genética.

Se trata por tanto de un trastorno grave que en su evolución provoca una demencia, con afectación del lenguaje, memoria y pensamiento; generando una disfunción en el desempeño de las habilidades sociales y el cumplimiento de la necesidades básicas de la vida diaria.

En este caso analizaremos a una paciente diagnosticada hace 8 años de Alzheimer, que acude a la consulta de enfermería para valoración de estado general tras ingreso hospitalario por fractura de cadera tras caída accidental en su domicilio.

La realización de un correcto Plan de Cuidados (PAE) y su correspondiente valoración, nos permitirá identificar los principales problemas reales o potenciales del paciente, así como evitar las posibles complicaciones que pueden surgir de los mismos.

Igualmente importante será una correcta entrevista con el cuidador, facilitando la máxima información posible y favoreciendo de este modo la Promoción de la salud.

2 Objetivos

Realizar una correcta y exhaustiva Valoración de Enfermería durante el Plan de Cuidados, según las Necesidades Básicas de Virginia Henderson, que nos permita establecer el grado de dependencia del paciente. Así como la cobertura de dichas necesidades o sus carencias, y conocer el grado de formación por parte de familia y cuidador ante el proceso y evolución de esta enfermedad.
Todo ello nos permitirá un correcto y completo abordaje del caso por parte de los profesionales de enfermería.

3 Caso clínico

Mujer de 79 años, diagnosticada de Alzheimer hace 8 años, sin antecedentes de riesgo cardio-vascular u otras patologías, acude a consulta de enfermería para cura y valoración de una herida quirúrgica en miembro inferior derecho, tras ser intervenida hace dos semanas de una fractura de cadera por caída casual en el baño.

Acude acompañada por su hija, que es la responsable y cuidadora principal de la paciente. Vive con su marido e hijos y es ama de casa. No se aprecia riesgo de afrontamiento ni de apoyo social.

La realización de la escala de Barthel nos permite valorar el estado funcional y el grado de dependencia de la paciente, dando como resultado una dependencia severa con una puntuación de 45.

En la valoración cognitiva presenta un deterioro moderado, presentando dificultad para aprender y retener información, manejo de tareas complejas y orientación temporal.

Medicación actual: Ferrosanol comprimidos de 100mg y parches de Rivastigmina 4,6mg c/24h.

Según la Valoración de las Necesidades Básicas según Virginia Henderson observamos:

1. Necesidad de Respirar.
No presenta problemas respiratorios, eupneica en reposo. Nomocoloreada y normoperfundida. Es capaz de movilizar secreciones por sí misma.
2. Necesidad de comer y beber.
Por el momento no presenta problemas de deglución ni disfagia. Presenta prótesis dental que maneja sin incidencias. Normohidratada. Peso: 59, Talla: 158cm
3. Necesidad de eliminación.
Presenta incontinencia urinaria, aunque no fecal. Usa pañal y no necesita de ayuda farmacológica para evitar estreñimiento. Hábito intestinal normal.
4. Necesidad de Moverse.
Tras la caída presenta movilidad limitada, aunque es capaz de deambular con ayuda de andador y acompañada por alguien.
5. Necesidad de dormir.
Duerme toda la noche sin necesidad de ayuda farmacológica.
6. Necesidad de vestirse y desvestirse.
Acude a consulta limpia y aseada, la hija refiere que necesita ayuda para vestirse y desvestirse, especialmente tras la caída. Especialmente con el calzado.
7. Necesidad de mantener temperatura corporal adecuada.
No presenta fiebre.
8. Necesidad de higiene y protección de la piel. Su hija comenta que se ducha a diario con ayuda para entrar y salir. Presenta buen estado de higiene en cabello y uñas.
9. Necesidad de evitar peligros.
Presenta un claro riego de caídas, tras la última, se fracturó la cadera. Desorientada en tiempo pero no, en espacio. Correctamente vacunada.
10. Necesidad de comunicarse con los demás.
En ocasiones presenta dificultad para encontrar la palabra adecuada. Realiza frases cortas, aunque con sentido. Leve hipoacusia.
11. Necesidad de culto según creencias.
Católica no practicante.
12. Necesidad de Trabajar.
Ama de casa hasta que empezó a mostrar limitaciones por la enfermedad.
13. Necesidad de Ocio.
Se distrae viendo la televisión, hasta su caída salía con su hija frecuentemente a pasear al parque.
14. Necesidad de aprender.
No posee grandes conocimientos sobre su enfermedad ni la evolución de la misma. Dificultad para manejo y retención de la información.

4 Discusión-Conclusión

La utilización de un Método Científico que nos permita desarrollar un correcto Plan de Cuidados de Enfermería, facilita, protocoliza y unifica criterios permitiendo un abordaje completo de las principales necesidades de nuestros pacientes. Aportar la máxima información a sus cuidadores será igualmente de gran ayuda para el desarrollo de nuestra labor, y garantizará una mejora de la calidad de vida y el estado de bienestar ya sea con fin curativo o paliativo.

5 Bibliografía

-NANDA. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación. Elsevier. 2005-2006

- Pilar Díaz Aguilar. Manual CTO de Enfermería. 4ª edición. Mc Graw-Hill Interamericana. 2007. Vol.1. 161-178, 200.

-Mayo Clinic, Enfermedad de Alzheimer- Síntomas y Causas. 1998-2020 Mayo Foundation for Medical Education and Research. [actualizada el 15 de febrero de 2019, acceso el 9 de febrero de 2020]. Disponible en : http://www.mayoclinic.org

Capítulo 236

APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON ANSIEDAD.

NIEVES OLGA RAMOS FERNANDEZ

ANA BLANCO PELAEZ

VANESSA VILLAR FERNÁNDEZ

ADRIÁN CRUZ MARTÍNEZ

NATIVIDAD RODRIGUEZ MARQUES

1 Introducción

La ansiedad,es un hecho habitual, una experiencia universal en la vida. Es una emoción que aporta energía e incita a actuar ante situaciones de amenaza. Representa una respuesta o grupo de respuestas ante cualquier cambio al que la persona tenga que adaptarse. En términos generales se habla de ansiedad positiva y ansiedad negativa o destructiva. La ansiedad positiva estaría caracterizada por un aumento de la actividad corporal ante determinados estímulos, a veces corporales e implícitos en el propio funcionamiento orgánico.

La ansiedad negativa vendría determinada por una relación desbordante entre estímulos o demandas y recursos o capacidades para responder. Solo cuando la persona percibe una discrepancia entre las demandas y los recursos para afrontarlo

hablaríamos de ansiedad negativa o estrés. Toda experiencia considerada estresante suele llevar asociadas ideas y sentimientos negativos: por consiguiente puede desencadenar sentimientos de ineficacia o falta de realización, que si persisten mucho en el tiempo pueden tener consecuencias negativas para el organismo.

Los sentimientos negativos conducen mas rápidamente que los positivos a un desequilibrio bioquímico y a un fallo orgánico, comportamental y social. El trastorno de ansiedad generalizada es frecuente y afecta a alrededor del 3% de la población en un período de 1 año. Para efectuar el diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Generalizada, los especialistas se basan en los criterios diagnósticos del DSM-V o del CIE-10.

El manual DSM-V, define el Trastorno de ansiedad generalizada co-mo una ansiedad y preocupaciones excesivas (anticipación aprensi-va), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar).
A. Al individuo le es difícil controlar la preocupación.

B. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes duran-te los últimos seis meses (Nota: En los niños, solamente se re-quiere un ítem):

1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.
2. Fácilmente fatigado.
3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blan-co
4. Irritabilidad.
5. Tensión muscular.
6. Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para conti-nuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio).

C. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan males-tar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

D. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia

ni a otra afectación

E. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental.

2 Objetivos

- Establecer unos cuidados estandarizados sobre el diagnostico de enfermería "Ansiedad" en pacientes hospitalizados.
- Determinar qué actividades e intervenciones utilizadas por los enfermeros están más indicadas ante el diagnostico de ansiedad en pacientes hospitalizados.
- Aumentar la calidad de vida en el paciente con ansiedad a través de las intervenciones especificas de enfermería.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica de la literatura sobre la importancia de aplicar un proceso de atención de enfermería adecuado a las necesidades del paciente usando la NANDA, NIC,NOC aplicado en este caso a los pacientes con trastorno de ansiedad En la búsqueda bibliográfica se han utilizado las siguientes bases de datos: PubMed, SCielo, Medline y Google académico.

4 Resultados

En este sentido, la educación sanitaria a través de intervenciones enfermeras en un contexto tanto grupal como individual, se han mostrado efectivas para ayudar a los pacientes a controlar y/o disminuir los síntomas de ansiedad.

Se han propuesto planes de cuidados enfermeros para la persona con ansiedad que utilizan entre otras estrategias de afrontamiento: La respiración controlada, la tensión y relajación muscular, la reducción de estímulos ambientales y el rechazo de ideas irracionales. Diversos estudios evidencian que el uso de las intervenciones de enfermeria permiten abordar las respuestas de ansiedad de una manera mas adaptativa.

Para la elaboración de planes de cuidados de enfermería, usaremos las taxonomías NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), NIC Nurs-

ing Interventions Classification) y NOC (Nursing Outcomes Classification). En la valoración, utilizaremos los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon: Percepción/manejo de la salud, Nutricional/metabólico, Eliminación, Actividad/ejercicio, Sueño/descanso, Cognitivo/perceptivo, Autop-ercepción/autoconcepto, Rol/relaciones, Sexualidad/reproducción, Adaptación/tolerancia al estrés, y Valores/creencias.

A continuación enumeraremos los diagnósticos mas frecuentes con sus correspondien-tes planes de cuidados:

0146Ansiedad r/c necesidades no satisfechas, crisis de maduración o situaciones m/p temor, inquietud, preocupación ,insomnio.

NOC: 1402 Control de la ansiedad.
1302 Superación de problemas.
1305 Adaptación psicosocial: cambio de vida.

NIC 5820: Disminución de la ansiedad:
• Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad.
• Establecer claramente las expectativas del comportamiento del paciente
• Proporcionar información objetiva respecto del diagnostico, tratamiento y pronostico.
• Escuchar con atención.
• Animar a las manifestaciones de sentimientos, percepciones y miedos.
• Establecer actividades recreativas encaminadas a la reducción de tensiones
• Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación.

NIC 5230: Aumentar el afrontamiento:

• Facilitar las salidas constructivas a la ira y la hostilidad.
• Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes y sus capacidades.
• Ayudar al paciente a examinar fuentes disponibles para cumplir los objetivos.
• Ayudar al paciente a identificar sistemas de apoyo disponibles.
• Animar la implicación familiar.

NIC 4920: Escucha activa:
• Establecer el propósito de la interacción.
• Mostrar interés en el paciente.

• Favorecer la expresión de sentimientos.
• Estar atento a la propia actividad física en la comunicación de mensajes no verbales.
• Escuchar por si hay mensajes y sentimientos no expresados, así como contenido de la conversación.
• Estar atento al tono, tiempo, volumen, entonación o inflexión de la voz
• Identificar los temas predominantes.
• Calcular una respuesta, de forma que refleje la compresión del mensaje recibido.
• Aclarar el mensaje mediante el uso de preguntas y retroalimentación

NIC 5880 :Técnicas de relajación:
• Mantener contacto visual con el paciente.
• Facilitar "tiempos muertos" a la habitación si procede.
• Mantener la calma de manera deliberada.
• Sentarse y hablar con el paciente.
• Favorecer una respiración lenta y profunda intencionadamente.
• Facilitar la expresión de ira por parte del paciente de una manera constructiva.
• Identificar los seres queridos cuya presencia puede ayudar al paciente.
• Administrar medicamentos ansiolíticos, si fuera necesario.

NANDA00095 :Deterioro del patron del sueño r/c ansiedad, pensamientos repetitivos antes del sueño, m/p insomnio matinal, desvelo prolongado, despertar tres o mas veces por la noche.

NOC 1402: Control de ansiedad.
3 : Descanso.
4 : Sueño.

NIC 1850: Fomentar el sueño:
• Determinar el esquema de sueño/vigilia del paciente.
• Observar/registrar el esquema y numero de horas de sueño del paciente.
• Establecer una rutina a la hora de irse a la cama que facilite la transición del estado de vigilia al de sueño.
• Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama.
• Controlar la ingesta de alimentos y bebidas antes de irse a la cama para determinar productos que faciliten o entorpezcan el sueño.

• Disponer siestecillas durante el día, si se indica, para cumplir con las necesidades del sueño.
• Ajustar el programa de administración de medicamentos para apoyar el ciclo de sueño/vigilia del paciente.

NANDA 00003 : Riesgo de desequilibrio nutricional por exceso R/C comer en respuestas a claves internas distintas al hambre (ansiedad) .

NOC 1612: Control de peso.
1802: Conocimiento: dieta.

NIC 200 :Fomento del ejercicio:
• Informar al paciente cerca de los beneficios para la salud y los efectos psicológicos del ejercicio.
• Ayudar al paciente a desarrollar un programa de ejercicios adecuado a sus necesidades.
• Ayudar al paciente a integrar el programa de ejercicios en su rutina semanal.
• Instruir al paciente acerca del tipo de ejercicio adecuado para su nivel de salud, en colaboración con el medico/fisioterapeuta.

NIC 1260: Manejo del peso:
• Tratar con el paciente la relación que hay entre la ingesta de alimentos, ejercicio, la ganancia y la perdida de peso.
• Discutir con el paciente las condiciones medicas que pueden afectar al peso.
• Determinar la motivación del paciente para cambiar los hábitos de alimentación.
• Ayudar en el desarrollo de planes de comidas bien equilibradas, coherentes con el nivel de gasto energético.
NANDA 00002 Riesgo de desequilibrio Nutricional por defecto r/c incapacidad para digerir m/p informe o evidencia de falta de alimentos, peso corporal inf. 20% del ideal.

NOC 1004 : Estado nutricional.
1009: Estado nutricional: Ingestion de nutrientes.
1612 :Control de peso.

NIC 1100 : Manejo de la nutrición:

- Fomentar la ingesta de calorías adecuadas al tipo corporal y al estilo de vida.
- Ofrecer tentempiés (bebidas y fruta fresca) ,cuando sea preciso.
- Proporcionar al paciente alimentos nutritivos, ricos en calorías y proteínas y bebidas que puedan consumirse fácilmente.
- Pesar al paciente en intervalos adecuados.
- Proporcionar información adecuada acerca de las necesidades nutricionales y modo de satisfacerlas.
- Determinar la capacidad del paciente para satisfacer las necesidades nutricionales.

NIC 1240: Ayuda para ganar peso:
- Analizar las posibles causas del bajo peso corporal.
- Fomentar el aumento de ingesta de calorías.
- Ayudar o alimentar al paciente si procede.
- Crear un ambiente relajado a la hora de la comida.
- Enseñar al paciente y familia a planificar las comidas si procede.
- Fomentar la asistencia a grupos de apoyo.

NANDA 00069 Afrontamiento inefectivo r/c alto grado de amenaza m/p expresiones de incapacidad para afrontar situaciones o pedir ayuda.

NOC 1302: Superación de problemas.
906: Toma de decisiones.

NIC 5250: Apoyo en la toma de decisiones.

-Determinar si hay diferencias entre el punto de vista del paciente y el punto de vista de los cuidadores sanitarios sobre la condición del paciente.
- Informar al paciente sobre la existencia de puntos de vista alternativa a las soluciones.
-Ayudar al paciente a identificar las ventajas y desventajas de cada alternativa.
-Establecer comunicación con el paciente al principio de su ingreso
-Facilitar la toma de decisiones en colaboración.

NIC 5340 Presencia:
-Mostrar una actitud de aceptación.

-Comunicar oralmente simpatía o comprensión por la experiencia que esta pasando el paciente.
-Escuchar las preocupaciones del paciente.
-Permanecer en silencio si procede.
-Ayudar al paciente a darse cuenta de que se esta disponible, pero sin reforzar conductas dependientes.

5 Discusión-Conclusión

Las situaciones de ansiedad son constantes y variadas a lo largo de la vida y las estrategias para controlarlas están condicionadas por recursos variables. Los resultados de esta revisión bibliográfica exponen la variedad de intervenciones que enfermería puede llevar a cabo para poder aliviar la ansiedad que pueden sentir los pacientes hospitalizados.

Todo el trabajo éste trabajo deberá realizarse dentro de un ambiente de confianza con el paciente, transmitiendo empatía y seguridad puesto que se encuentra en un entorno desconocido.
El personal de enfermería, con la formación especifica y los recursos adecuados, esta capacitada para realizar un abordaje terapéutico eficaz en dichos pacientes.

6 Bibliografía

• Vallejo J, Bulbena A, Blanch J. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. 8a ed. Barcelona: Elsevier-Masson; 2015.
• Ortuño F, Martín R. Lecciones de psiquiatría. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2010.
• Serrano MD, Mendoza MB. Plan de cuidados al paciente con ansiedad generalizada y crisis de pánico.
En: Mejias F, Serrano, MD, editores.Enfermeria en psiquiatria y salud mental.Madrid: DAE (Grupo Paradigma),2000.
• Lazarus RS, Folkman S.Estres y procesos cognitivos.Barcelona: Martinez Roca 1986.
• Herdman TH, editor. NANDA International. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2015-2017. Madrid: Elsevier; 2015.
• Herramienta para la consulta de diagnósticos NANDA, formación y creación de planes de cuidados con NANDA, NOC y NIC . Disponible en: Actualización

en Enfermería. NANDA, NOC, NIC, Metodología Enfermera. FUNCIDEN.

Capítulo 237

PREVALENCIA DEL HÁBITO TABÁQUICO EN LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN UN HOSPITAL COMARCAL ASTURIANO.

SANDRA GARCÍA FERNÁNDEZ

RAÚL FERNÁNDEZ CASTRO

PAULA FERNÁNDEZ ÁLVAREZ

CARLOS CANGA GUTIÉRREZ

ANDREA AGUADO ARCONADA

1 Introducción

El consumo de tabaco está considerado como una enfermedad crónica adictiva y es la principal causa aislada de morbilidad y mortalidad prevenible en los países desarrollados, ya que es responsable de más de 5 millones de fallecimientos anuales, cifra que se estima ascenderá a 8 millones en 2030.

La entrada en vigor de la Ley 28/2005 y la 42/2010 han sido de gran ayuda en la reducción de estas cifras y fueron aplicadas para cumplir con las obligaciones contraídas en el Convenio Marco para el Control del Tabaco de la OMS, el cual fue llevado a cabo a través del paquete de medidas MPOWER.

Respecto al consumo en Asturias, la prevalencia de fumadores diarios se mantiene en torno al 28%, aunque solo un 3% de los asturianos refleja estar expuesto al humo de tabaco en sus lugares de trabajo.
El personal sanitario es uno de los grupos con más poder de influencia en la modificación del hábito tabáquico y lo consiguen mediante: a. El consejo sanitario, con intervenciones conductuales y/o farmacológicas. b. La participación activa en programas de abandono del tabaco. c. Y sobre todo como modelo social.

Los datos sobre el consumo de tabaco por parte de este colectivo en España se remontan a 1998, siendo fumadores entonces un 38'9% de ellos y solo un 11'7% en 2015.

Existen diversos proyectos cuyo objetivo es reducir el consumo entre los usuarios y el personal sanitario y un ejemplo de ellos es la Red Asturiana de Centros Sanitarios Libres de Tabaco, creada en 2012, la cual cuenta con los niveles de implantación Oro, Plata y Bronce, nivel que posee desde 2015 el Hospital Comarcal de Jarrio, con el que se han comprometido a informar sobre la necesidad de abandonar el tabaquismo.

2 Objetivos

- Objetivo principal: Conocer la prevalencia y el patrón de consumo de tabaco en los profesionales de enfermería y medicina en el Hospital Comarcal de Jarrio (Asturias) en 2018.
- Objetivo secundario: Conocer las actitudes y la predisposición de dicha población para la colaboración en la puesta en marcha de estrategias orientadas a la reducción del uso del tabaco.

3 Metodología

Se trata de un estudio transversal cuya población diana fueron 212 médicos y enfermeros/as del Hospital de Jarrio, ya que estos son los profesionales con más influencia sobre los hábitos de los pacientes.

La población elegible y accesible fueron aquellos que estaban activos en marzo de 2018, y se calculó la población muestral con el programa EPIDAT 4.2, obteniendo una muestra de 126 personas para el Hospital de Jarrio. Tras el proceso de selección y abstenciones, obtuvimos 69 participantes.

El factor de estudio fue el hábito tabáquico y concretamente, se tuvieron en cuenta estas variables: a. Variables sociodemográficas como la edad, sexo o colectivo profesional. b. Variables sobre consumo de tabaco como el hábito tabáquico, cantidad de consumo, edad de inicio del consumo, patrón de consumo y preocupación por efectos nocivos del tabaco. c. Abandono del hábito tabáquico como la edad de abandono, número de intentos, intención de abandono, actitud ante su abandono y ayuda por parte del hospital. d. Centro de trabajo como el tiempo rodeado de humo en el trabajo, si fuman en zonas del hospital u opinión sobre el proyecto Hospital Libre de Tabaco.

Los datos se recogieron mediante un cuestionario autoadministrado y anónimo, el cual consta de un total de 24 ítems con diferentes opciones de respuesta validado por la Encuesta Europea de Prevalencia de Consumo de Tabaco, con el apoyo de la Consejería de Sanidad.

La información recogida se introdujo en una base de datos del programa estadístico SPSS versión 24.0 con el que se estudiaron a nivel descriptivo las variables cualitativas utilizando frecuencias absolutas y relativas y las variables cuantitativas utilizando la media y su desviación estándar. Los análisis comparativos se llevaron a cabo utilizando la prueba Chi-cuadrado de Pearson para las variables cualitativas y la prueba t de Student para las cuantitativas, considerándose estadísticamente significativas las diferencias con un p-valor<0’05.

Esta investigación ha cumplido con los principios éticos que emanan de la Declaración de Helsinki y los datos fueron incluidos en una base de datos sometida a la Ley de Investigación Biomédica, que en ningún momento fueron de carácter personal ni sensible.

4 Resultados

- Variables sociodemográficas:
El porcentaje de participación total no cumplió nuestras expectativas, situándose en el 46%. Esto puede deberse a una posible saturación de múltiples encuestas realizadas por una muestra pequeña como es la de este centro.
Nos hemos encontrados con una muestra representada en su mayoría por mujeres, en cuanto al colectivo profesional por enfermería y a los tramos etarios por mayores de 45 años.

- Variables sobre consumo:

Se halló que un quinto fuma, mostrando una menor prevalencia que la población general asturiana y significativamente inferior a estudios anteriores en nuestra comunidad. A pesar de ello, las cifras son elevadas respecto a las obtenidas a nivel nacional, donde se refleja que fuman aproximadamente 1 de cada 10.

Separados por colectivo, se halló que hay mayor cantidad de fumadores entre los médicos que en enfermería, resultados contrarios a los hallados a nivel nacional. A su vez los médicos consumen 5 cigarrillos de media al día más que las enfermeras, aunque un buen dato es que de media fumaban 9'63 unidades frente a las 16 registradas en 2004.
La edad media de comienzo de hábito tabáquico fue 17'75 años y la mayoría no tienen una alta dependencia a la nicotina debido a que no necesitan llevar a cabo el primer consumo del día hasta pasados los 60 minutos tras levantarse. En cuanto a la preocupación por los efectos nocivos del tabaco los datos fueron similares al preguntar sobre su propia salud o la del resto. Estos datos se han equilibrado ya que en estudios anteriores se reflejaba mucha más indiferencia por la salud del resto.

- Variables sobre el abandono del hábito:
Al evaluar el abandono del hábito tabáquico se vio que más de la mitad de los profesionales piensa dejarlo. En el caso de los médicos todos tienen intención de dejar el hábito, al contrario que el colectivo de enfermería, dentro de los cuales un 25% no está pensando en hacerlo. A su vez, un 75%, estuvieran pensando seriamente en dejar de fumar o no, no estaban dispuestos a fijar una fecha para iniciar el proceso.

Otro hecho destacable es que entre los fumadores y ex fumadores, solo un 3'8% ha recibido ayuda en el hospital de Jarrio para dejar de fumar, hecho causado mayoritariamente por el desinterés de los mismos. Existe relación estadísticamente significativa entre ser mujer y recibir dicha ayuda, así como para el hecho de ser mujer y no estar interesada en recibirla. La edad media de abandono del hábito tabáquico se situó en torno a los 4 años con una mediad de 1'11 intentos, afirmando con toda seguridad solo un 11'6% que no fumarán dentro de 5 años.

- Variables sobre el centro de trabajo:
Menos de la mitad reflejaron no fumar en el hospital, y de los que sí lo hacen, la mayoría lo hace en el exterior del centro. A su vez, se obtuvieron múltiples comentarios que reflejaban el descontento con el hecho de que aún haya profesionales que fuman dentro del recinto sin obtener ninguna sanción; así como el hecho de que un tercio de los encuestados no creía que la prevención del consumo

mediante el proyecto 'Hospital Libre de Tabaco' sea lo suficientemente eficaz.

Tres cuartas partes no están nada de tiempo en ambientes con humo en su trabajo y los restantes lo hacen menos de una hora, dándonos solamente un 2'9% de profesionales que sí están expuestos a esa situación un tiempo considerable, hecho que se ajusta a los datos de la población general asturiana.

Por último, la mayoría manifiestan que su función como modelo es alta, al igual que el ejemplo de profesores, pero le dan aún mayor importancia al ejemplo de los padres. En cuanto al hecho de que todos tenemos derecho a respirar aire sin humo de tabaco prácticamente están todos de acuerdo, cifra que se reduce a menos de la mitad si se menciona la posibilidad de un aumento brusco en el precio del tabaco.

- Este estudio presentó una serie de limitaciones que conviene señalar. Puede estar afectado por un error de tipo aleatorio al ser posible que esta muestra no represente al conjunto de la población, y a errores de tipo sistemático como el sesgo del trabajador sano, sesgo de voluntariado y a una falacia ecológica.

5 Discusión-Conclusión

Los resultados sugieren que, a pesar del descenso evidente del porcentaje de fumadores, éste sigue siendo elevado respecto a los mostrados a nivel nacional.

A partir de aquí se deduce la necesidad de la implementación de nuevas estrategias con el fin de intentar disminuir la incidencia de este problema en el personal sanitario de este centro, y así alcanzar el objetivo final de espacios libres de humo.

6 Bibliografía

1. Lavi S, Prasad A, Yang EH, Mathew V, Simari RD, Rihal CS et al. Smoking is associated with epicardial coronary endothelial dysfunction and elevated white blood cell count in patients with chest pain and early coronary artery disease. Circulation. 2007; 115(20):2621-7.

2. Astursalud – Portal de salud del Principado de Asturias [sede Web]. Asturias: Astursalud; 2017 [acceso 20 de enero de 2018]. El tabaco provoca 2.250 fallecimientos anuales en Asturias [2]. Disponible en: https://www.astursalud.es/documents/31867/36315/2017_05_29+NP+D%C3%

ADa+Mundial+sin+Tabaco.pdf/4f84d682-92dd-7fc2-c139-75b241ec70e8
3. España. Ley 42/2010, de 30 de diciembre, de Régimen Jurídico del Sector Público. Boletín Oficial del Estado, 18 de noviembre de 2017, núm. 280, pp. 111191-5.
4. Organización Mundial de la Salud [Sede Web]. Delhi: Organización Mundial de la Salud; 2016 [acceso 20 de enero de 2018]. Conferencia de las Partes en el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco [4]. Disponible en: http://www.who.int/fctc/cop/cop7/FCTC_COP7(29)_ES.pdf
5. Organización Mundial de la Salud [Sede Web]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2008 [acceso 20 de enero de 2018]. Informe OMS sobre la 36 epidemia mundial de tabaquismo [340]. Disponible en: http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_spanish.pdf?ua=1
6. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [Sede Web]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC); 2017 [acceso 16 de marzo de 2018]. INFORME 2017 Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España [244]. Disponible en: http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2017OEDA-INFORME.pdf
7. Perera López L, Arranz Alonso S, Vaquero Lozano P, Álvarez López S, Batanero Rodríguez A, Enríquez Jiménez M et al. El papel de la enfermería en el control del tabaquismo. Rev Patol Respir. 2013; 16(4):138-143.
8. Martínez C, Martínez-Sánchez JM, Antón L, Riccobene A, Fu M, Quirós N et al. Prevalencia de consumo de tabaco en trabajadores hospitalarios: metaanálisis en 45 hospitales catalanes. Gac Sanit. 2016; 30(1):55-8.
9. Ranchal Sánchez A, Pérula de Torres LA, Santos Luna F, Ruiz-Moral R. Prevalence of tobacco consumption among young physicians at a regional university hospital in southern Spain: a cross-sectional study. BMJ Open. 2018; 8(2): e018728.
10. Rodríguez García E, Valderrey Barbero J, Secades Villa R, Vallejo Seco G, Fernández Hermida JR, Jiménez García JM et al. Consumo y actitudes sobre el tabaco entre el personal sanitario en el Principado de Asturias (España).Trastor adict. 2004; 6(4):234-9.
11. Red Europea de Hospitales Sin Humos. Hospital sin humos. Guía de implantación europea [Internet]. 2003. [acceso 26 de marzo de 2018]. Disponible en: https://www.astursalud.es/documents/31867/0/Gu%C3%ADa+Hospitales+sin+Humo.pdf/0804a1a4-5a95-5438-5625-90815b814b89
12. Consejería de Sanidad de Asturias. Red Asturiana de Centros Sanitarios Libres de Tabaco [Internet]. [acceso 20 de enero de 2018]. Disponible en: https://www.astursalud.es/en/noticias?p_p_id=es_astursalud_liferay_portlet_AstursaludArticlesPortlet&p_p_lifecycle=0&p_p_state=normal&p_p_-

mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_pos=3&p_p_col_count=5&_es_-astursalud_liferay_portlet_AstursaludArticlesPortlet_article_id=83396&_es_-astursalud_liferay_portlet_AstursaludArticlesPortlet_mvcRenderCommand-Name=%2Frender%2Farticle
13. Astursalud – Portal de salud del Principado de Asturias [Sede Web]. Asturias: Astursalud; 2018 [acceso 30 de mayo de 2018]. La Encuesta de Salud para Asturias refleja que el 28% de la población mayor de 15 años fuma diariamente y el 3,1%, de forma esporádica [2]. Disponible en: https://www.astursalud.es/en/noticias/-/noticias/la-encuesta-de-salud-para-asturias-refleja-que-el-28-de-la-poblacion-mayor-de-15-anos-fuma-diariamente-y-el-3-1-de-forma-esporadica
14. Jiménez-Ruiz CA, Riesco Miranda JA, Ramos Pinedo A, de Higes Martínez E, Lourdes Márquez F, Palomo Cobos L, et al. Prevalence od and Attitudes towards Smoking among Spanish Health Proffesionals. Respiration. 2015; 90:474-80.
15. Gil López E, Robledo de Dios T, Rubio Colavida JM, Bris Coello MR, Espiga López I, Sáiz Martínez-Acitores I. Prevalencia del consumo de tabaco en los profesionales sanitarios del Insalud 1998, España. Prev tab. 2000; 2(1):22-31.
16. Instituto Nacional de Estadística [Sede Web]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 2017 [acceso 20 de mayo de 2018]. Población por grupo de edad, sexo y comunidad autónoma. Disponible en: http://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=4925
17. Instituto Nacional de Estadística [Sede Web]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 2017 [acceso 20 de mayo de 2018]. Edad media de inicio del consumo de tabaco de los fumadores diarios según sexo y comunidad autónoma. Disponible en: http://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p419/a2011/p03/l0/&file=03034.px

Capítulo 238

PAPEL DE ENFERMERÍA EN LA INSTAURACIÓN Y ADHERENCIA A LA LACTANCIA MATERNA.

ROCÍO GARCÍA NOVAL

ALEJANDRA MÉNDEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

La lactancia materna es el proceso fisiológico mediante el cuál una madre alimenta a su hijo recién nacido a través de sus senos, que comienzan a segregar leche unas horas después del parto, debería ser el principal alimento del bebé al menos hasta los dos años.

La leche materna incluye todos los nutrientes que un recién nacido requiere hasta los seis meses de edad, por lo que será su único alimento. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recoge en su libro "La alimentación del lactante y del niño pequeño" los componentes principales de la leche materna, que son:

- Grasas: En cada 100 mililitros de leche hay 3,5 gramos de grasa, aunque la cantidad que recibe el lactante varía a lo largo de la toma. La grasa se concentra especialmente al final de la toma, por lo que la leche presenta una textura más cremosa que al inicio. Las grasas de la leche materna son importantes para el desarrollo neurológico del niño.
- Carbohidratos: El principal es la lactosa, cuya presencia es más alta que en otro tipo de leches y sirve como fuente de energía. Otros hidratos de carbono presentes en la leche materna son los oligosacáridos, importantes para combatir infecciones.

- Proteínas: La leche materna contiene una menor concentración de proteínas que la leche normal, lo cual la hace más adecuada para los lactantes. Algunas de estas proteínas son la caseína o la alfa-lactoalbúmina (presente en la leche de vaca y que puede provocar intolerancia a la lactosa, no está presente en la leche materna).
- Vitaminas y minerales: La leche materna ofrece la cantidad adecuada de la mayoría de las vitaminas, a excepción de la vitamina D. Para corregir esa carencia, se debe exponer al bebé a la luz del sol para que la genere de manera endógena, o si no, mediante suplementos vitamínicos.
- Factores anti-infecciosos: Entre ellos se encuentran las inmunoglobulinas, los glóbulos blancos, las proteínas del suero o los oligosacáridos.
- Factores bioactivos: Algunos de ellos son la lipasa, que ayuda a la digestión de la grasa en el intestino delgado; o el factor epidérmico de crecimiento, que estimula la maduración de las células de la mucosa del intestino para mejorar la absorción y digestión de los nutrientes.

2 Objetivos

- Dar a conocer los beneficios de la lactancia.
- Promover el inicio de la lactancia en madres primerizas.
- Comprender lo importante que es la leche materna para el desarrollo del bebé.
- Ayudar a las mujeres con el inicio de la lactancia.
- Promover las tomas a demanda, evitando las leches artificiales.

3 Metodología

Tras una búsqueda en diversas bases de datos como es: Google académico, PubMed, Scielo y Dialnet, utilizando los siguientes descriptores: ”lactancia materna”, ”lactancia natural”, ”adherencia”, hemos seleccionado varios artículos de interés. También hemos recogido información de diversas páginas web, y asociaciones como la OMS.

4 Resultados

Se llama calostro a la leche materna que se producen durante los dos o tres primeros días tras el parto. Esta leche contiene una mayor cantidad de proteínas y minerales. En adelante, la leche va reduciendo su porcentaje de proteínas y

aumenta el contenido en grasas y lactosa. En este periodo no hay que establecer un horario para amamantar, sino que el bebé tiene que ser alimentado cuando lo necesite. Generalmente se dan entre 10 y 12 tomas diarias que duran entre 10 y 20 minutos.

En algunas ocasiones aunque la madre esté decidida a amamantar, se presentan problemas decisivos como serían los problemas en las mamas, provocando así el rechazo del bebé. los problemas más comunes son:
- Pezón plano o invertido: No impide al bebe succionar la leche, pero lo dificulta. Se puede usar una pezonera o un sacaleches para conseguir la leche.
- Dolor o grietas en la mama: Surgen a causa de una mala postura al amamantar o porque el bebé presente problemas para succionar, como un frenillo lingual corto. Para aliviar el dolor, se recomienda aplicar la propia leche sobre la grieta, o tratar de amamantar con el pecho no dolorido primero.
- Ingurgitación: Es el dolor que se produce en las mamas por acumulación de leche. Para aliviar el dolor se debe extraer la leche, para lo que se puede recurrir a un sacaleches si el bebé no quiere tomarla. Para facilitar este proceso se puede aplicar calor sobre los senos, ya que se produce una vasodilatación que permite que la leche fluya mejor.
- Mastitis: Cuando se retiene leche durante mucho tiempo, los lóbulos de la mama pueden llegar a inflamarse, provocando lo que se conoce como una mastitis. Puede presentar síntomas parecidos a los de una gripe: fiebre, escalofríos, malestar general, cefaleas, etcétera. Es una infección que no puede trasmitirse al bebé, y la forma de tratarla es extrayendo la leche (de forma similar a la ingurgitación) y reposar. Se pueden tomar analgésicos como el ibuprofeno o el paracetamol para aliviar los síntomas. Continuar amamantando también puede ayudar a revertir los síntomas.

Algunos de los factores a tener en cuenta para conseguir un buen agarre son:
- Una correcta postura de amamantamiento.
- Un pezón cuya fisiología no sea plana ni demasiado grande.
- Que el bebé no tenga ninguna lesión facial.
- No evidencia de Mastitis
- Seguir una rutina horaria.
- Mantener el olor sin cambios de su progenitora
- Evitar ruidos fuertes

Es posible que el bebé se muestre más inquieto en ciertos días cuando transcurren cerca de tres meses de su nacimiento. Esta inquietud se traduce en una mayor

insistencia para mamar con repentinos agarres al seno, lloros o problemas a la hora de dormir.

Esto se debe a que el bebé está creciendo y, por lo tanto, su apetito crece al necesitar más alimento. En estos días, el número de tomas se verá aumentado, pero de forma natural las mamas producirán la leche necesaria para que el niño quede satisfecho. En ningún caso se debe recurrir a alimentar al bebé con leche artificial, ya que se puede producir una ingurgitación debido a la acumulación de leche.

5 Discusión-Conclusión

La lactancia materna es un proceso fisiológico que supone múltiples ventajas para la salud materna y del bebé. Actualmente la instauración de la lactancia materna se ha visto afectada por los cambios socioculturales y la incorporación de la mujer a la vida laboral equiparándose al hombre, abandonando el rol de ama de casa y la dedicación exclusiva a la familia e hijos.

En muchos casos, se rechaza el inicio de la lactancia materna por desconocimiento por parte de la mujer de las posibilidades de adaptación con su vida laboral y social, así como la falta de información acerca de las ventajas y beneficios que tiene tanto para ella (regulación hormonal, recuperación de su forma física, protección frente a determinados procesos oncológicos, etc.) como para su bebé (la protección inmunológica, el apego, etc.).

Por otro lado, el abandono de la lactancia materna antes de los seis meses de edad del bebé, se debe en la mayoría de los casos, a un fracaso en la técnica de agarre y succión. Algunas mujeres viven la experiencia de la lactancia de forma negativa debido a las lesiones que se producen por una mala técnica.

En todos los casos anteriores, tanto para la instauración de la lactancia materna como para su mantenimiento, el papel de enfermería es fundamental a través de una correcta enseñanza que aporte los conocimientos necesarios a la mujer y a su pareja, que resuelva las posibles dudas y garantice el seguimiento durante todo el proceso desde la gestación hasta el final de la lactancia.

6 Bibliografía

- https://cuidateplus.marca.com/familia/bebe/diccionario/lactancia-materna.html

- https://www.aeped.es/sites/default/files/8-guia_prof_la_rioja.pdf
- https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062017000100001
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6876027/
- https://www.who.int/topics/breastfeeding/es/

Capítulo 239

SONDAJE VESICAL INTERMITENTE EN ADULTOS CON VEJIGA NEURÓGENA.

ALEJANDRA MÉNDEZ FERNÁNDEZ

ROCÍO GARCÍA NOVAL

1 Introducción

La salud y la calidad de vida de los pacientes con lesión medular se ven gravemente afectadas, siendo necesaria una adaptación a nivel fisiológico, psicológico, social y laboral que requiere una intervención multidisciplinar coordinada y eficiente, que garantice la correcta evolución y disminuya las complicaciones derivadas de las consecuencias de la lesión medular. Una de estas complicaciones es la vejiga neurógena, que supone la pérdida de la capacidad de micción espontánea del paciente y puede tener consecuencias importantes.

La función de la vejiga es almacenar la orina producida en los riñones para su excreción a través de la uretra. Las lesiones medulares pueden ocasionar una disfunción neurógena de la vejiga y todo el tracto urinario inferior, alterando la dinámica funcional del aparato urinario. La sintomatología depende de la localización y extensión de la lesión, pero esta patología puede suponer un riesgo para la salud de la persona derivada de las posibles complicaciones, como las infecciones del tracto urinario repetidas, la insuficiencia renal, los cálculos urinarios e, incluso, el cáncer de vejiga. Por ello, es necesario llevar a cabo una monitorización y vigilancia clínica.

El tratamiento de la vejiga neurógena conlleva el uso de medidas farmacológicas y no farmacológicas, entre las que destaca el sondaje vesical intermitente limpio, donde el papel de enfermería es fundamental para el correcto aprendizaje y la adherencia al mismo. El sondaje intermitente consiste en el vaciamiento de la vejiga de forma autónoma un determinado número de veces al día, utilizando una sonda vesical prelubricada de baja fricción (hidrofilias).

Se ha comprobado la eficacia y seguridad de esta técnica en la prevención de las complicaciones mencionadas anteriormente (principalmente de las infecciones del tracto urinario y la producción de cálculos), además de aportar al paciente una mayor autonomía y calidad de vida.

En las unidades de enfermería y en los centros de atención primaria se debe fomentar el aprendizaje de esta técnica, basándose en la evidencia científica y en los protocolos de cada centro. La enfermera ha de ser un apoyo constante para el paciente y ha de mantener la continuidad de los cuidados para prevenir posibles complicaciones y evitar el abandono de la técnica por parte del paciente.

2 Objetivos

- Vaciar completamente la vejiga.
- Disminuir o evitar las infecciones de orina.
- Reducir la estenosis y falsas vías.
- Aumentar la autonomía del paciente.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica orientada a identificar, describir y desarrollar la técnica de sondaje intermitente limpio en pacientes adultos con vejiga neurógena.

Para realizar la investigación y cumplir con los objetivos, se realizaron los siguientes pasos:
1) Revisión de la bibliografía relacionada con el tema para la realización del marco teórico; bases de datos nacionales e internacionales, revisión de libros, abstracts, artículos completos y guías de prácticas clínicas sobre la actuación de enfermería, tanto en inglés como en español.

2) Elaboración de la presentación de los resultados.
La búsqueda bibliográfica se comenzó a revisar a mediados del mes de noviembre de 2019, con restricción de fecha desde el 2000 hasta el año actual. Se escogieron los documentos más apropiados por la relación y aproximación al tema.

Los motores de búsqueda empleados fueron PubMed, medes, Scopus, Dialnet, SciELO y bases de datos como Google Academy, y libros de protocolos y diagnósticos de enfermería.

Las palabras clave utilizadas fueron: "Vejiga neurogénica", "sondaje vesical intermitente", "lesionado medular", "enfermería basada en la evidencia"

4 Resultados

El personal de enfermería ha de poner en marcha un plan de enseñanza y adiestramiento individualizado sobre la técnica de autosondaje intermitente en aquellos pacientes con capacidad para llevarla a cabo.
En primer lugar, el paciente ha de conocer su anatomía y el material a utilizar, así como las posibles complicaciones y la forma de actuar en tal caso.

El paciente ha de planificar los autosondajes para garantizar el correcto vaciado de la vejiga y evitar lesiones asociadas a la plenitud vesical y el residuo urinario. El sondaje vesical puede realizarse en el medio extrahospitalario siempre que la se realice con técnica aséptica y siguiendo una serie de instrucciones que el profesional de enfermería ha de aportar y garantizar su correcto aprendizaje. El paciente dispondrá de todo el material necesario para realizar el sondaje intermitente: sondas prelubricadas del calibre adecuado, gasas, jabón, bolsas de orina con indicador de volumen.

La técnica de sondaje consiste en los siguientes pasos:
- Lavado de manos con agua y jabón, para evitar la transmisión de bacterias a la sonda y al tracto urinario.
- Preparación del material necesario.
- Lavado de la zona genital con agua y jabón, desde el meato hacia el pubis y perineo, secándolo posteriormente en el mismo orden.
- Lavado de manos con agua y jabón.
- Abrir la sonda, retirarla del envase y conectarla a la bolsa colectora.

- Localizar el meato urinario con la otra mano e introducir suavemente la sonda por la uretra hasta que llegue a vejiga (una vez que comienza a salir la orina). En caso de notar una pequeña resistencia al llegar al esfínter, se puede continuar introduciendo la sonda suavemente.
- Una vez vaciada por completo la vejiga se ha de retirar la sonda de forma lenta.
- Medir el volumen de orina acumulado en la bolsa y desechar.
- Lavarse las manos nuevamente con agua y jabón.

El paciente debe prestar atención a la aparición de una serie de signos y síntomas, ante los cuales ha de consultar con su médico o enfermero responsable, ya que puede indicar la presencia de infección urinaria. Estos son: fiebre, dolor, cambios en el olor o color de la orina, aumento de la incontinencia, aumento de la espasticidad, malestar general y otras alteraciones urinarias.

En caso de dificultad o imposibilidad para introducir la sonda, se le ha de explicar que no debe forzar la introducción y ha de ponerse en contacto con su enfermero o con los servicios sanitarios. Es importante que el paciente mantenga una adecuada hidratación, evitando el abuso de sustancias que aumenten la tensión en la vejiga como el café o el té. Así como seguir con las recomendaciones alimentarias y farmacológicas prescritas por su médico.

5 Discusión-Conclusión

El autosondaje ha demostrado ser una técnica efectiva que ofrece varias ventajas o beneficios.
En primer lugar, disminuye el número de infecciones del tracto urinario que suelen ir asociadas al sondaje permanente. El vaciado completo de la vejiga de forma periódica a través del sondaje intermitente, disminuye los riesgos de infección al no dejar orina residual y evita la sobredistensión vesical, evitando dañar el epitelio y el músculo detrusor. El vaciado completo de la vejiga evita el incremento de la presión intravesical, disminuyendo el riesgo de lesiones en el tracto urinario superior, la producción de cálculos renales o desencadenar en insuficiencia renal.

Además de las ventajas propiamente fisiológicas, el autosondaje intermitente es un método simple de aprender y de poner en práctica, que favorece la autonomía de la persona y mejora su autopercepción y calidad de vida. Se ha visto que es una técnica de fácil dominio tanto para hombres como para mujeres, incluso

desde una edad muy temprana (en algunos casos a los 5 años). Aunque en los primeros momentos las mujeres presentan mayor dificultad para encontrar el meato urinario que los hombres. Posteriormente y gracias a la menor longitud de la uretra de las mujeres, una vez aprendida la técnica del sondaje es más sencillo que en el varón.

Los profesionales de enfermería han de garantizar el correcto aprendizaje de la técnica y la adherencia al tratamiento, mediante la enseñanza, la resolución de dudas y, muy importante, siendo un apoyo durante todo el proceso de adaptación fisiológica, física, social y mental del paciente.

6 Bibliografía

- Adams J, Watts R, Yearwood M, Watts A, Hartshorn C, Simpson S, et al. Strategies to promote intermittent self-catheterisation in adults with neurogenic bladders. The Joanna Briggs Library of Systematic Reviews. 2011; 9(34):1393-1446.
- Lockwood C, Page T, Conroy-Hiller T, Florence Z. Management of short-term indwelling catheters to prevent urinay tract infections. JBI Reports. 2004; 2:271-291.
- Massa LM, Hoffman JM, Cardenas DD. Validity, accuracy, and predictive value of urinary tract infection signs and symptoms in individuals with spinal cord injury on intermittent catheterizartion. J Spinal Cord Med. 2009;32(5):568-573.
- Romero Cullerés G, Sugrañes JC, Planells Romero I, Gimenez Perez M. Características de las infecciones urinarias en pacientes con vejiga neurógena según el sistema de vaciado vesical utilizado en comparación con pacientes sin vejiga neurógena. Actas Urol Esp. 2010;34(3):251-257.
- Harris T. Variar la práctica para reducir la utilización de las sondas vesicales. Nursing (Barc). 2010;28(7):48-9.
- Sánchez-Raya J, Romero-Culleres G, González Viejo M.A, Ramírez Garcerán L, García Fernández L, Conejero Sugrañes J. Evaluación de la calidad de vida en pacientes con lesión medular comparando diferentes métodos de vaciado vesical. Actas Urol Esp.2010;34(6):537-42.
- Dumont Ch, Wakeman J. Prevención de las infecciones del tracto urinario relacionado con las sondas vesicales: resultados de un estudio. Nursing (Barc).2011; 29:30-6.
- Tailly T, Denstedt JD. Fundamentals of urinary tract drainage. In: Wein AJ, Kavoussi LR, Partin AW, Peters CA, eds. Campbell-Walsh Urology. 11th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2016:chap 6.

- Benito A. Soriano Guzmán. Autosondaje Intermitente Limpio. III Congreso Nacional de Enfermería Socio Sanitaria. Málaga. 2007.

Capítulo 240

PRINCIPALES PROBLEMAS RESPIRATORIOS EN PEDIATRÍA : TRATAMIENTO Y ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA.

CLARA CASAS PATIÑO

SERGIO SÁNCHEZ-MATEOS RAMOS

TAMARA GIL BLANCO

1 Introducción

Los trastornos respiratorios constituyen la mayor parte de las consultas médicas anuales de toda la población.
Los niños, debido a su escasa inmunidad, son los más vulnerables a estos procesos.

Entre los procesos más comunes se hallan:
• Los causados por virus como resfriados, faringitis y bronquiolitis, procesos que evolucionan sin necesidad de tratamiento etiológico
• Los procesos bacterianos como la epiglotitis y neumonía que requieren tratamientos más específicos.
Las infecciones por virus son más frecuentes en climas templados, durante los meses de invierno y primavera.

2 Objetivos

- Identificar y desarrollar los principales problemas respiratorios de vías altas y bajas durante la infancia.
- Describir las características y tratamiento de las principales enfermedades respiratorias en los niños.

3 Metodología

Para la búsqueda de información sobre este trabajo he usado las siguientes bases de datos científicas:
- PubMed.
- Google académico.
- Dialnet.
- Scielo.
- CUIDEN.

Los artículos científicos que he seleccionado en estas bases de datos para obtener información sobre el tema del trabajo tienen una antigüedad máxima de 10 años desde su publicación. Para esta búsqueda bibliográfica he utilizado el programa DeCS para obtener las palabras clave o descriptores que he empleado a la hora de buscar artículos.
Las palabras clave utilizadas han sido:
- Enfermedad respiratoria.
- Pediatría.
- Infantil.
- Tratamiento.
- Enfermería.

4 Resultados

Los problemas de vías respiratorias altas con más prevalencia en la población infantil son:
• Nasofaringitis.
• Amigdalitis.
• Laringitis.
• Otitis.
• Sinusitis.

Nasofaringitis

Resfriado común. Muy frecuente en la infancia que afecta a nariz y garganta, principalmente. La principal causa es un virus, aunque también puede estar causada por bacterias o por una reacción alérgica.

Manifestaciones clínicas

En recién nacidos y bebés hasta 3 meses: fiebre, irritabilidad y agitación en momentos previos a los estornudos y secreciones mucosas que causan obstrucción de la vía respiratoria.

En lactantes y niños mayores: fiebre, irritación de la mucosa de la nariz y la garganta, dolor, malestar y tos seca.

Tratamiento

El tratamiento de la nasofaringitis es sintomático:

1. Para la obstrucción: lavados nasales con suero fisiológico.
2. Para el malestar y la hipertermia: antitérmicos vía oral (paracetamol, ibuprofeno).

La nasofaringitis puede evitarse, prevenirse con una serie de medidas basadas en el:

- Lavado de manos: que reduce la transmisión y la autoinoculación.
- No hay vacunas para esta enfermedad: excepto para la gripe, que se podría considerar un cuadro similar.
- Proteger a los niños adecuadamente en temporadas de frío.
- Tomar todo tipo de alimentos como carne, verdura, fruta, leche, huevos…
- Evitar ambientes con humo de tabaco.

Complicaciones

• A corto plazo: extensión al oído medio, senos paranasales y las vías inferiores.
• A largo plazo: puede derivar en una otitis, amigdalitis y rinitis crónica (por el abuso de fármacos descongestionantes).

Atención de enfermería

- Disminuir el riesgo de propagación: reposo, lavado de manos antes y después, educar en limpieza de secreciones.
- Disminuir la obstrucción respiratoria: limpiar fosas nasales con suero, aspirar secreciones, humidificar el ambiente.
- Buen estado de nutrición y descanso: no forzar las comidas, alimentos fáciles de tragar, líquidos en pequeños sorbos, agrupar los cuidados.

Amigdalitis
Inflamación del tejido linfoide que protege al sistema respiratorio. No es frecuente en lactantes pero sí en niños más mayores.
Puede ser producida por: virus y baterías y se transmite por vías respiratorias y objetos contaminados.
Manifestaciones clínicas
- Viral: gradual; fiebre, anorexia, malestar, dolor de garganta, roquera, rinitis e inflamación de faringe. No más de 5 días.
- Estreptocócica: cefalea, dolor abdominal, vómitos, fiebre alta. Después, dolor, eritema faríngeo, palpación de ganglios. 2 semanas.
- Adenoiditis: respiración por boca, expresión de "boca de pez". Rinitis, voz nasal, ronquidos en el sueño y alteración del gusto y olfato.

Tratamiento
- Viral: sintomático. Antitérmicos y líquidos.
- Bacteriana: antibióticos.
- Adenoidectomía: si otitis recurrente, "boca de pez" o ronquidos que impiden descanso.
- Prevención: control de materiales contaminados y lavado de manos.

Complicaciones
A corto plazo: absceso faríngeo, sinusitis, otitis o infección del tracto respiratorio inferior.
A largo plazo: cronificación de las infecciones y valoración de la cirugía.

Atención de enfermería
- Ambiente húmedo: mejora respiración y evita irritación.
- Alimentos: blandos. No ácidos ni calientes.
- Evitar: ruidos que irriten al niño, intensidad de luz.
- Reposo.
- Antibióticos (según prescripción médica).

Laringitis
Es una obstrucción de la vía aérea superior, caracterizada por: la presencia de tos perruna, afonía, estridor y dificultad respiratoria. Suele afectar a niños entre 3 meses y 5 años
Este cuadro es denominado CRUP, esta patología se divide en dos:

- Laringitis vírica.
- Laringitis espasmódica.

• Laringitis vírica
Esta causada por el virus parainfluenzae.
Se suele presentar como antecedente de catarro de las vías altas de 2 a 3 días.
Posteriormente aparece de forma progresiva el crup con tos perruna, afonía, estridor de predominio inspiratorio que empeora por las noches y es posible que se acompañe de fiebre.

• Laringitis espasmódica
Es una hiperreactividad laríngea ante estímulos inespecíficos, es de etiología desconocida.
Es brusca y empeora por las noches, en las que el niño se despierta agitado con tos perruna, estridor inspiratorio y dificultad respiratoria.

Atención de enfermería
- Nebulizaciones, en procesos moderados-graves.
- Ambiente húmedo y frío. La humedad previene la desecación y la formación de costras.
- Valorar las características respiratorias: tipo de respiración, coloración fatiga.
- Toma de constantes vitales.
- Control de fluidos, ofreciendo pequeñas cantidades de líquido
- Administrar el tratamiento prescrito, valorando la respuesta.
- Reducir al mínimo procedimientos invasivos
- Vigilar la aparición de signos y síntomas de empeoramiento.
- Oxigenoterapia si presenta hipoxemia.

Tratamiento
Evitar irritantes.
Humedad Ambiental.
Nebulizaciones de: Budesonida y Adrenalina.
Corticoterapia Oral.

Estridor laringeo
Es una anomalía congénita de la laringe.
Es la causa más común del estridor en lactantes.
Provoca flacidez de tejidos como resultado el prolapso de las estructuras supra glóticas hacia la entrada laríngea de la INSPIRACIÓN.

¿Qué es el estridor ?
• Es la manifestación principal del estridor laríngeo.
• Es un sonido áspero producido por el flujo aéreo rápido y turbulento a través de una vía respiratoria con una obstrucción parcial.
Tratamiento
En la mayoría de los casos el proceso se resuelve espontáneamente y no precisa tratamiento específico.

Epiglotitis aguda
Es producida por S.Aureus.
Su incidencia se ha reducido debido al uso de la vacuna contra Haemophilus Influenzae tipo B (HIB).
La epiglotis se encuentra y observa roja, inflamada y tumefactada. Los tejidos circundantes inflamados obstruyen las vías respiratorias. Afecta a niños entre 2 y 6 años.

Manifestaciones clínicas
Comienza de forma súbita con fiebre alta, el niño presenta babeo, dificultad respiratoria y estridor inspiratorio.
Empeora con el llanto y en decúbito supino por lo que permanece en posición tripoide.
No suele aparecer tos, ni afonía y es posible que evolucione hacia un Shock por una rápida palidez, cianosis, alteración de la consciencia y muerte.

Atención de enfermería
- Valorar la frecuencia respiratoria.
- Colocar al lactante en posición semifowler. Lo que facilita la expansión pulmonar porque el diafragma desciende y las vísceras abdominales se alejan de los pulmones.
- Monitorización la SaO2.
- Valoración con el test de Bierman y Pierson.
- Realización de nebulizaciones.

La otitis
Infección del oído medio acompañada de secreción de líquido seroso o purulento. Es la más frecuente después de las infecciones respiratorias. Afecta mayoritariamente a niños de 6-36 meses

Los brotes suelen ser más comunes en verano y primavera y los varones son más propensos.

Etiología
Mal funcionamiento de la ventilación del oído a través de las trompas de Eustaquio, lo que produce una acumulación de secreciones y su contaminación por gérmenes que infecta la faringe.

Manifestaciones clínicas
Inquietud.
Llanto, se toca y rasca mucho el oído.
Difícil de consolar, desinterés por el alimento, problemas de audición.

• Visualización del tímpano:
Membrana íntegra roja brillante aumentada de tamaño y contenido líquido color ámbar.

Tratamiento
- Antiinflamatorios y analgésicos: Ácido acetilsalicílico, paracetamol e ibuprofeno.
- En las otitis medias agudas de repetición: Corticoides a dosis adecuadas, durante periodos muy cortos, sin repetición de pauta.
- Antibióticos: amoxicilina + ácido clavulánico, cefixima.

Atención de enfermería
Valoración:
Hipertermia, dolor, irritabilidad, llanto, falta de dormir y apetito, problemas de audición y visualización del tímpano.

Intervenciones independientes:
1.- Ofrecer alimentos con una cuchara.
2.- Decúbito lateral sobre oído afectado con calor seco para drenar.
3.-Limpiar oído con un bastoncillo con agua oxigenada y aplicar vaselina después.
4.-Administrar analgésicos y antipiréticos pautados.
5.- Explicar la situación a los padres: Tratamiento y hablarle más fuerte y de frente al niño para que los entienda.
Rinitis
Enfermedad alérgica respiratoria que afecta a la mucosa nasal. Es frecuente que preceda al asma. Prevalencia de 10-20%.

Etiología: ALÉRGENOS (polen, gramíneas, malezas y otras plantas, ácaros, esporas de hongos y animales domésticos).

Manifestaciones clínicas
Ataques inmediatos tras el contacto con el alérgeno.
Agotamiento del niño.
Prurito nasal, estornudos.
Rinorrea acuosa.
Dificultad para respirar, voz gangosa y dificultad para hablar y en ocasiones, falta de olfato.
Atención de enfermería
- Indicar al paciente que debe tomar reposo.
- Ingerir líquidos: Ayudar al sistema inmunitario, movilizar las secreciones y combatir la infección vírica.
- Administrar los antipiréticos, analgésicos, antihistamínicos y corticoides prescritos por el médico.

Problemas en vías respiratorias bajas
• Bronquiolitis
Bronquiolitis
Obstrucción de las ramas más finas de los bronquiolos debido al edema, el exudado y el espasmo de su pared.
La distribución de esta infección es universal.
La primera infección suele ocurrir en épocas tempranas de la infancia (desde niños de 1 mes hasta de 2 años) y el periodo de incubación es de 7 días.
La bronquiolitis es de origen viral. La causa más frecuente es el virus sincicial respiratorio (VSR).
Más de la mitad de los bebés están expuestos a este virus en su primer año de vida.
Otros virus que pueden causar la bronquiolitis pueden ser Adenovirus, Influenza, Parainfluenza.
La fuente de infección suele ser un adulto o niño mayor con infección respiratoria leve una semana antes que, en contacto con el niño, le transmite la infección.
En el lactante el cuadro suele ser complicado por la estrechez de las vías respiratorias y su tendencia al colapso.
Factores de riesgo:
- Estar expuesto al humo del cigarrillo
- Ser menor de seis meses
- Vivir en condiciones de hacinamiento

- No ser amamantado
- Nacer antes de las 37 semanas de gestación

Manifestaciones clínicas

Síntomas de catarro leve los días previos.

Comienza con secreción serosa, estornudos, fiebre de 38'5-39ºC y disminución del apetito. Sigue con signos de dificultad respiratoria, apneas, tos, sibilantes, irritabilidad.

La alimentación resulta imposible por falta de aire al respirar, marcado por taquipnea, aleteo nasal y retracción costal.

Tratamiento

- La enfermedad se trata de forma sintomática, haciendo respirar al niño aire húmedo para ayudar a aflojar el moco pegajoso, dieta absoluta, aporte de líquidos y reposo.
- A veces, pueden necesitar oxigenoterapia, fisioterapia respiratoria y líquidos a través de una vena.
- En algunas ocasiones pueden administrarse broncodilatadores, corticoides, antibióticos o antivirales.
- Es importante cuidar la transmisión, protegiéndose con las medidas especiales de aislamiento respiratorio y de contacto.

Complicaciones

•A corto plazo produce broncoespasmos, atelectasias, atrapamiento aéreo y neumotórax.

•A largo plazo puede producir secuelas en el niño como hiperreactividad bronquial.

Atención de enfermería

Valoración:

- Datos objetivos, temperatura por debajo de 38'5ºC, dificultad respiratoria, palidez, cianosis, taquicardia, irritable a las manipulaciones y crisis de tos con marcada cianosis.
- Datos subjetivos, falta de apetito, irritabilidad.

Pronóstico:

La respiración a menudo mejora al tercer día y los síntomas en su mayoría desaparecen al cabo de una semana.

Actividades

- Proporcionar un ambiente húmedo con cámara o mascarilla de oxígeno si hay hipoxemia.

- Administrar broncodilatadores según pauta médica a través de una cámara de nebulización.
- Realizar fisioterapia respiratoria cada 4 horas.
- Administrar analgésicos-antipiréticos según pauta si hay fiebre.
- Administración antivirales según pauta y aplicando las medidas de protección adecuadas para el personal que lo manipula.
- Disminuir el riesgo de propagación.
- Mantener una buena ventilación.
- Favorecer la nutrición y el descanso.

Otras patologías
• Asma
• Tos prolongada

El asma
Trastorno que provoca que las vías respiratorias se hinchen (se tensionan) y se estrechen. Inflamación del revestimiento de las vías respiratorias.
Manifestaciones clínicas
Tos (con o sin esputo).
Tiraje intercostal.
Dificultad para respirar.
Sibilancias.

Atención de enfermería
- Colocar al paciente en Fowler. Expansión pulmonar máxima.
- Administrar oxígeno antes de que haya cianosis.
- Humidificación (disminuye viscosidad, edema e inflamación de mucosa)
- Administrar broncodilatadores.
- Deshidratación . vigilarla.
- Administrar líquidos (parenterales).
- Ingesta de líquidos (no gaseosos).

Casos de urgencia médica si:
- Labios y cara cianóticos.
- Lucidez mental disminuida durante el ataque.
- Dificultad respiratoria extrema. Ansiedad.
- Taquicardia.
- Sudoración.

La tos prolongada
Mecanismo defensivo del organismo que provoca la salida del aire a gran velocidad y presión y arrastra partículas del árbol bronquial hasta el exterior.
Se presenta en el 25% de los RN, aunque al mes de vida el 90% de los niños ya tosen.
La tos persistente se define a partir del tiempo en que suele desaparecer la tos en una infección no complicada del tracto respiratorio.
- En niños: 1-3 semanas tras infección.
- Un pequeño % sigue tosiendo tras 25 días.
En menores de 14 años: tos persistente aquella que dura más de 4 semanas.

5 Discusión-Conclusión

Identificadas y desarrolladas estas principales enfermedades respiratorias durante la infancia, cabe destacar que estas enfermedades son el motivo de visita más frecuente por patología aguda de los padres y sus hijos a consulta médica o urgencias. Aunque son de escasa gravedad, llevan consigo síntomas que generan mucha ansiedad y angustia en los niños y en los padres.

6 Bibliografía

1. Manual CTO de medicina y cirugía. Pediatría. 9º Edición. Pag 40-50
2. Castaño Dios O, Merino Navarro D. El niño con problemas respiratorios. En: Blasco RM. Enfermería pediátrica. Barcelona: Masson; 2010. P 209- 227.
3. http://www.dmedicina.com/enfermedades/alergias/rinitis.html
4. Sánchez- Sánchez E, Tardío- Torio E. Desarrollo del aparato respiratorio. En: M. Cruz- Hernández M. Manual de pediatría para médicos de atención primaria. Barcelona: Ocean/ Ergon; 2013. P 1380-1395.
5. Parra Martínez MI, Zafra Anta MA. Tos prolongada. En: Muñoz Calvo MT, Hidalgo Vicario MI, Clemente Pollán J. Pediatría. Fundamentos clínicos para atención primaria. 4 ed. Barcelona: Mousa Prayma; 2010. P 273-280.
6. Parra Martínez MI, Zafra Anta MA. Asma. En: Muñoz Calvo MT, Hidalgo Vicario MI, Clemente Pollán J. Pediatría. Fundamentos clínicos para atención primaria. 4 ed. Barcelona: Mousa Prayma; 2010. P 285-298.

Capítulo 241

PROGRAMA DE SALUD DEL NIÑO SANO.

MIRIAM DELGADO LOPEZ DE MOTA

NATALIA CALLEJAS FIGUEROA

SOFÍA DOMÍNGUEZ GUTIÉRREZ

1 Introducción

La revisión del niño sano tiene que ver con todas aquellas actuaciones preventivas periódicas y de promoción de la salud que se realizan mientras se atiende a su desarrollo y crecimiento. Son acciones integradas con las que detectar aquellas anomalías susceptibles de ser solucionadas, junto con aquellas otras de prevención primaria, encaminadas a promover comportamientos saludables (educación) y evitar enfermedades (vacunaciones, caries dental, etc.).

Son, por tanto, actuaciones que, por un lado, incidirán en la prevención secundaria, es decir, de detección precoz de enfermedades, y por otro, en aquellas otras esferas, tanto educativas como de promoción de la salud, que permitan soslayar riesgos inmediatos (accidentes infantiles, enfermedades infecciosas), como futuros (toxicomanías, enfermedades).

Para llevar a cabo este tratamiento en A. Primaria Infantil se crean unos controles periódicos de la salud para promover un estado de salud y bienestar en el niño colaborando con su desarrollo y crecimiento. Estas actividades actúan en varios

ámbitos de la asistencia como es la rehabilitación o la promoción de la salud con actividades preventivas.

El Programa del Niño sano resulta esencial en la actividad de las consultas de Atención Primaria, su implantación permite disponer de un instrumento para lograr mejorar el nivel de salud de la población de 0 a 14 años, posibilitando al mismo tiempo conocer los patrones de morbi-mortalidad a esas edades y definir prioridades de actuación.

Esto evidencia la necesidad, tanto de mantener un buen sistema de vigilancia del desarrollo infantil, como de incidir en la adquisición de hábitos saludables, a través de la Educación Sanitaria de padres y madres, de docentes y de los propios niños y niñas.

2 Objetivos

Objetivos generales
- Contribuir al correcto crecimiento y desarrollo del niño, desde su nacimiento hasta los 14 años, mediante la promoción y prevención de su salud, para de esta manera garantizar un adecuado proceso de maduración a través de controles periódicos para detectar cualquier alteración física, psíquica o social precozmente.
Intentaremos que el niño mantenga una alimentación normal, evitaremos accidentes, se valorara el uso de distintas vacunas y se realizara una revisión periódica de este y del núcleo familiar.

Objetivos específicos
Dentro de los objetivos específicos podemos encontrar una contribución al desarrollo integral del niño, una mejora de su calidad de vida, detección de factores de riesgo psicológicos, sociales y ambientales. También el tratamiento de patologías y factores de riesgo que perjudiquen al desarrollo del niño y una larga serie que enumeramos a continuación:
•Coordinar la atención del niño con diferentes profesionales.
•Evaluar a la madre y la relación con el niño.
•Educar a los padres.
•Favorecer la rehabilitación de enfermedades.
•Controlar crecimiento

3 Metodología

He realizado una búsqueda sistemática en diferentes páginas web y libros especializados y en bases de datos: Sicielo, Dialnet, Medline y google académico.
Se emplearon como descriptores: niño sano, programa salud, comunitaria. Se emplearon como criterios de inclusión textos en castellano e inglés, y de exclusión aquellos que carecieran de acceso libre.

4 Resultados

Se deben de realizar las siguientes actividades:

Captación: La población infantil será captada mediante los siguientes procesos:
•A través del programa del embarazo
•En el Control 1 del recién nacido realizado al 5º día del nacimiento
•En las visitas puerperales.
•A través de las consultas a demanda
•En la declaración nominal de recién nacidos que la Consejería de Sanidad remite a los Equipos de Atención Primaria.
•A través de la Historia Clínica en la población superior a 6 años de edad.
•A través de las matrículas en centros docentes o por la tarjeta sanitaria individual.

Controles programados : Se realizarán 12 controles: el primer mes, a los 2 meses, a los 4 meses, a los 6 meses, a los 12 meses, a los 15 meses, a los 18 meses, a los 2 años, a los 4 años, a los 6 años, a los 11 años y a los 14 años.
Los niños irán acompañados de sus padres o un tutor, al que se le seguirá informando de las siguientes citas

Vacunación: La inmunización en los primeros años de la vida es una de las actividades preventivas más eficaces para la salud infantil. Con motivo de los controles de salud, se aprovecha para informar a la familia y para administrar las diferentes vacunas. Los padres deben conocer para qué son las vacunas y qué hacer si aparecen efectos secundarios. Un sistema utilizado en Atención Primaria es establecer un horario para las inmunizaciones.

La edad en que se inicia la vacunación se justifica por el momento en que se es capaz de tener una respuesta inmunológica a los antígenos administrados, o

bien, como en el caso del sarampión, la edad en que han desaparecido los anticuerpos maternos. El nº de dosis que se precisa para conseguir una inmunización correcta va a depender del tipo de vacuna. Una particularidad del calendario vacunal es que éste debe ser flexible para adaptare a las diferentes circunstancias epidemiológicas y a los nuevos productos de que se puede disponer.

5 Discusión-Conclusión

La evaluación del programa de salud del niño sano se realiza mediante indicadores tomando en consideración los objetivos generales y específicos a conseguir con el cumplimiento del programa y mediante la atención de la población diana a través de los controles programados.

Esta evaluación se realizará anualmente coordinada por la Gerencia de Atención Primaria.
•Indicador de captación: se divide el número de recién nacidos con control 2 realizado x 100, entre el número de recién nacidos en el año evaluado.
•Indicadores de cobertura de los controles programados a los 12 meses, 2 años, 4 años, 6 años, 11 años y 13 años de edad: se divide el número de niños de 12 meses, 2, 4, 6, 11 y 13 años con control programado realizado a su edad x 100, entre el número de niños de 12 meses, 2, 4, 6, 11 y 13 años.
•Indicador de captación de vacunación: se divide el número de niños que han recibido al menos una dosis de las vacunas incluidas en la serie básica (exceptuando hepatitis B en recién nacidos) x 100, entre el número de recién nacidos en año evaluado.
•Indicadores de actividad de los controles programados:
Los Equipos de Atención Primaria podrán obtener los indicadores de cobertura de las exploraciones correspondientes a cada control programado, además de conocer las anomalías detectadas en los mismos y el número de derivaciones efectuadas a los especialistas.

Cada año, el responsable del Programa en cada Área de Salud remitirá la hoja de evaluación con los indicadores de captación y cobertura a los servicios centrales. Los indicadores de evaluación son los propuestos en la Cartera de Servicios para el Programa de Atención al Niño y al Adolescente.

6 Bibliografía

•Rosa María Blasco. Enfermería Pediátrica. Barcelona: Masson; 2003.
•Manuel Crespo Hernández, Asociación Española de Pediatría. Manual del residente de Pediatría y sus áreas específicas: guía formativa. Vol.2.España: Ediciones Norma;1997
•Tratado de Enfermería Infantil: Cuidados Pediátricos. 1ª ed. Madrid: Elsevier Science; 2003.
•María Isabel Espín Ríos. Programa de atención al niño y al adolescente (PANA): Guía de apoyo al programa. Murcia. Consejería de Sanidad. Dirección General de Salud Pública; 1992.
•Consejo Interterritorial del Sistema Nacional De Salud. Calendario de Vacunación 2014.

Capítulo 242

SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO EN EL ADULTO.

JULIA ROSA MENÉNDEZ MENÉNDEZ

1 Introducción

Un paciente confuso es aquel que no es capaz de pensar y actuar de forma clara y coherente y que se asocia generalmente con una capacidad de atención reducida. Algunos expertos utilizan el "estado confusional" para trasmitir el significado adicional de menor estado de alerta y actividad psicomotora alterada.
Podemos definir los estados confusionales y el delirium como términos sinónimos que se suelen utilizar de forma habitual. Aunque el término más generalizado es la confusión.

El Síndrome confusional agudo (SCA) es un trastorno mental que se caracteriza por una disminución del nivel de conciencia, de la atención y de funciones cognitivas (memoria, orientación, pensamiento, lenguaje, percepción) que se instaura de forma aguda o subaguda (horas o días), presentando un curso fluctuante a lo largo del día y tiene su origen en una enfermedad orgánica o en los efectos de alguna sustancia o tóxico.

Podemos diferenciar el SCA hiperactivo, este se define por que el paciente presenta una mayor inquietud, agitación e incluso en ocasiones es agresivo; pero habitualmente el SCA se suele manifestar con una sintomatología totalmente contraria, como decaimiento, somnolencia, baja actividad, o también puede haber casos con características mixtas.

Esta situación se clasifica habitualmente en el contexto de un trastorno orgánico, aunque también puede aparecer en trastornos mentales como los psicóticos, o acompañando a emociones intensas en trastornos neuróticos.
Los pacientes mayores con alteración aguda del estado mental, incluida la agitación, deben ser considerados como afectados de un síndrome confusional agudo. La agitación es una emergencia conductual que solicita de los profesionales sanitarios una intervención rápida para lograr el control sintomático y reducir, o evitar, la posible presencia de lesiones en el paciente y en su entorno familiar.

La incidencia en la población general es del 1-2%. Se puede presentar en el 10-56% de pacientes hospitalizados y se eleva de forma considerable en pacientes mayores de 60 años y en los pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas o ingresados en unidades de cuidados paliativos. El SCA se presenta en un 85% de personas al final de su vida.

En el ámbito de la atención primaria, de forma habitual nos encontramos con un paciente en su domicilio o llevado de forma involuntaria al centro de salud por sus familiares o allegados; que consultan porque el individuo, en las últimas horas o días, su lenguaje es incoherente o presenta incapacidad para prestar atención.
Las causas más comunes del SCA pueden ser medicamentosas o por factores predisponentes o precipitantes.
• Causas Medicamentosas: Antidepresivos como la mirtazapina, anticonvulsivantes como el levetiracetam, analgésicos como los opioides, antiinfecciosos como las penicilinas, anticolinérgicos como la atropina, preparados de hierbas como la belladona, hipoglucemiantes como las insulinas, relajantes musculares como el baclofeno, los hipnóticos y sedantes como las benzodiazepinas, etc, aunque se podría considerar cualquier medicamento.
• Factores predisponentes. Demencia, enfermedad de Parkinson, alcoholismo crónico, ictus, deterioro de la función auditiva o visual.
• Factores precipitantes. Cambios bruscos ambientales, como cambio de domicilio, hospitalización, consumo de medicamentos, intoxicaciones, deshidratación, desnutrición, déficit moleculares, infecciones agudas, inmovilidad, dolor, retención urinaria, post-operatorios, exacerbación de patologías crónicas, hipotermia, hipertermia, problemas endocrinos o metabólicos, impactación fecal, traumatismos craneoencefálicos, epilepsia, tromboembolismo pulmonar.

Prevención.
Se han realizado varias investigaciones en las que se ha demostrado la eficacia de la prevención. Generalmente consiste en la identificación de los factores causantes o que contribuyen al delirio en aquellas personas de riesgo, y para ello adoptar estrategias preventivas. Entre ellas se encuentra el control medicamentoso, aunque en ocasiones es difícil de manejar por las familias de los pacientes. Para ello es imprescindible la colaboración de los familiares o cuidadores, por lo que es realmente importante la participación y asesoramiento de los sanitarios a las familias, para poder así hacer un seguimiento estrecho del paciente capaz de poder actuar prontamente cuando se presenten alguno de estos factores.

Para la alteración cognitiva /desorientación del paciente, se pueden realizar actividades de estimulación cognitiva, como realizar visitas regulares a la familia o amigos, disponer de protocolos de orientación como relojes, calendarios, buena iluminación de los espacios, disponer de una luz testigo por la noche, hablar con el paciente explicando quien es, donde está, etc. La inmovilidad es otro de los factores de riesgo y para ello es importante el inicio temprano y el mantenimiento de terapia física y ocupacional, además de minimizar restricciones físicas.

En cuanto a la alteración del ciclo del sueño/vigilia hay que fomentar el descanso, reduciendo el ruido nocturno y evitar despertares innecesarios, además de evitar dormir durante el día. Para el deterioro de la audición, es importante una buena limpieza de oídos, se pueden utilizar técnicas especiales de comunicación además del uso de audífonos. En cuanto a los problemas de visión, el uso de gafas y de dispositivos de tamaño aumentado, como la letra grande en los libros puede servir de gran ayuda.

En la deshidratación/desnutrición es importante fomentar la toma de líquidos y el control de la ingesta.
Control de los medicamentos a la hora de la prescripción médica y en la toma de estos. También es de vital importancia el control del dolor, evitando además el uso de opiáceos, ya que es menos probable que agraven el delirio.

Para el diagnóstico del SCA es importante la anamnesis del paciente basándose en una historia clínica cuidadosa manteniendo un alto nivel de sospecha cuando un paciente comienza, en el curso de horas o días, con alteraciones de la función cognitiva, de la función física o de la percepción entre otras. El diagnóstico

diferencial se debe realizar con la demencia, con algunos síndromes neurológicos deficitarios focales y con enfermedades psiquiátricas.

Tratamiento.
Para el tratamiento del SCA son importantes dos vertientes, el tratamiento sintomático y el tratamiento etiológico, lo cual en muchos casos resulta necesario el ingreso hospitalario del paciente para completar un diagnóstico y un tratamiento integral.

2 Objetivos

Los principales objetivos de este estudio son los siguientes:
• Conocer la terminología, epidemiologia y etiología del SCA y de las principales causas relacionadas con esta enfermedad.
• Conocer el manejo terapéutico (farmacológico y no farmacológico) de los pacientes afectados de SCA.
• Conocer las funciones de la enfermería en este campo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: pubmed, medline, y scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Debido a la falta de tratamientos efectivos para evitar el desarrollo del SCA y a la gran incidencia del mismo, principalmente en personas mayores, es de vital importancia llevar a cabo investigaciones para lograr un mejor entendimiento de los procesos que están involucrados y poder de este modo, abordar esta enfermedad de manera más efectiva.

5 Discusión-Conclusión

Hoy en día, en base a los tratamientos existentes, la enfermería junto con otros profesionales, juega un papel muy importante en la educación sanitaria para frenar el desarrollo y la progresión del SCA, pero también resulta imprescindible la colaboración de las familias o cuidadores de estos pacientes.

En cuanto al equipo multidisciplinar, debemos transmitir verbal y no verbalmente nuestra intención de protección frente a su enfermedad. También evitaremos mostrar miedo en condiciones de seguridad, además mostraremos confianza en lo que hacemos y control de la situación y firmeza.

6 Bibliografía

- Lira Fox, S. Fisiología humana, Séptima edición. Mcgraw Hill Interamericana, Madrid (2003).
- Cruz-Landeira, a; Quintela-Jorge, o; López-Rivadulla, M; sumisión química: Epidemilogía y claves para su diagnóstico servicio de toxicología forense. Instituto de medicina legal. Facultad de medicina.
- Universidad de Santiago de Compostela. Santiago de Compostela. La Coruña. España. Artículo 251.556.
- Álvarez-Mon González, m; Ortuño, f; departamento de psiquiatría y psicología médica. Clínica universidad de navarra. Pamplona. Navarra. España.
- Parra-Santiago, a; barragán-Martínez, d; Tejeiro-Martínez, j; protocolo diagnóstico y terapéutico del síndrome
Confusional agudo; unidad de ictus. Unidad de patología de la memoria. Unidad de epilepsia. Sección de neurología.
- Hospital universitario príncipe de Asturias. Alcalá de henares. Madrid. España. Universidad de Alcalá. Alcalá de henares. Madrid. España.
- Rodríguez-de arcos, b; Tuñón-Leiva, m; intoxicaciones sistémicas con afectación del sistema nervioso central. Servicio de urgencias. Hospital universitario príncipe de Asturias. Alcalá de henares. Madrid. España.
- Gómez j, González b. x curso de geriatría para médicos de atención primaria. Madrid: Segg; 2007.
- Sebastiá-Riu, s; Martínez-Adell, m; tratamiento de la agitación nocturna y el insomnio en el mayor. Médico de familia. - Llars Mundet. Oficina de gestió assistencial. gerència dels serveis residencials d'estades temporals i respir. Igualtat,

- Ciutadania i benestar social. Área d'atenció a les persones. Diputació de Barcelona. Barcelona. España.
- Médico de familia. Abs argentona. Consorci sanitari del maresme. Barcelona. España.

Capítulo 243

VIOLENCIA DE GÉNERO: LA LACRA DE UNA SOCIEDAD CIVILIZADA, CÓMO DETECTARLA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

RAQUEL COSTALES TUERO

BEGOÑA PANIAGUA GARCIA

ANA COSTALES TUERO

1 Introducción

La violencia de género se sigue considerando el mayor obstáculo para conseguir una igualdad total entre hombre y mujeres, debida a las relaciones de poder que siempre han existido y que relacionaba al hombre con la fuerza y el control y a la mujer como la cuidadora familiar y sumisa.

En lo que llevamos de este año 2020 han fallecido 10 mujeres a manos de sus parejas o exparejas, y desde 2003 han sido asesinadas 1043 mujeres. Desde 2013 ha fallecido entorno a 25 niños y niñas por culpa de la violencia de género.

Dadas estas cifras es preciso de hacer una recopilación bibliográfica para intentar actualizar conocimientos y conseguir que los equipos de atención primaria sepan intuir un posible caso de violencia de género, ya que son la puerta de entrada al sistema de salud y en ocasiones no se está suficientemente formado en este tipo de cuestiones.

Desde el Congreso de los diputados, se ha hecho un compromiso por parte de los grupos políticos para intentar acabar con esta situación y en 2017 se firma el Pacto de Estado contra la Violencia de Género.

2 Objetivos

- Actualizar conocimientos y determinar el papel del servicio de atención primaria en estas situaciones, reconociéndolas, atendiendo a la demanda y sabiendo gestionar la posible solución.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre de 2004, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, en sus artículos 17, 18, 19 y 20 reconoce el derecho de las mujeres víctimas de violencia de género, a la información y asesoramiento, a la asistencia jurídica gratuita y a la asistencia social integral, que recoge el derecho a los servicios sociales de emergencia, de apoyo y acogida y de recuperación integral.

Cabe empezar definiendo qué es violencia de género o violencia contra las mujeres: Todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada. Así fue definido, 20 de diciembre de 1993, por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas.

Con esta definición lo que se pretendía explicar que el único factor determinante para este tipo de violencia era el género, en este caso el femenino, con lo que

no entiende ni de nivel económico, ni social, ni educativo. Al igual que no va determinado por ninguna edad, ni por los años de relación que se tengan con esa pareja.

Hay que diferenciar lo conocido como violencia domestica de lo que es violencia de género, violencia domestica la OMS lo define como: es un tipo de abuso. Por lo general, implica un cónyuge o pareja, pero también puede ser un niño, pariente mayor u otro miembro de la familia. Existen diferentes tipos de violencia de género:

- Violencia física: es en la que se hace uso de la fuerza, como las agresiones corporales: empujones, golpes, heridas, fracturas, ataques con armas, mordeduras, quemaduras, estrangulamientos, mutilaciones, que puedan ocasionar daño en el cuerpo de la mujer. Es importante destacar que la violencia física conlleva siempre la violencia psicológica.
- Violencia psicológica: son todas aquellas actuaciones o conductas intencionadas y/o prolongadas en el tiempo que atenta contra la integridad psíquica y emocional contra la mujer y contra su dignidad como persona. Son amenazas, insultos, humillaciones o vejaciones, exigencia de obediencia, agresiones de tipo intelectual o moral, aislamiento social, desprecio, intimidación, insultos en público, etc.
- Violencia económica: desigualdad en el acceso a los recursos compartidos, negar el acceso al dinero, entregar cantidades insuficientes para el mantenimiento de las necesidades familiares, impedir el acceso a un puesto de trabajo, impedir el acceso a la educación, etc.
- Violencia contra la libertad de pensamiento, de acción, de prestigio: coaccionar a otra persona a aceptar un sistema de creencias cultural o religioso determinado, erosionar o destruir las creencias o la imagen a través del ridículo o del castigo.
- Violencia sexual: cualquier actividad sexual no consentida, desde las relaciones sexuales obligadas y la explotación sexual a los insultos y acusaciones durante las relaciones sexuales. O incluso puede que exista violencia sexual sin contacto físico como es el exhibicionismo, mensajes obscenos, obligar a ver pornografía o el acoso sexual.

Aunque no están dentro de la tipología de violencia de género hay que dar a conocer lo que se conoce como ”micromachismo o violencia suave”, que fue definido por Luis Bonino Méndez, psicólogo, como aquellas maniobras y estrategias realizadas por el hombre y mujeres en el ámbito cotidiano, sutiles e imperceptibles, que atentan en diversos grados contra la autonomía femenina y están enraizados en la sociedad de un modo natural.

Ejemplos de ellos, son frases como ¿te ayuda con las tareas de la casa?, distinguir entre señorita y señora, que estés en un bar y se pida un refresco y una copa de alcohol y la copa se le ponga al hombre y que al ir a pagar el ticket se lo den al hombre, que te llamen guapa o preciosa personas que no conoces, que al saludar a una mujer se le den dos besos y al hombre se le estreche la mano, entre otros.

Leonore Walker, define el ciclo de la violencia 3 fases, ocurriendo que a lo largo del tiempo las fases se van volviendo más cortas en duración de unas entre otras:
- Acumulación de la tensión, con violencia verbal y psicológica el maltratador se enfada por cualquier cosa y la culpa a ella de todo lo que sucede, generando en la mujer un estado de ansiedad y sumisión.
- Explosión: el maltratador pierde el control y "castiga" a la mujer, la insulta, golpea, rompe cosas y amenaza con matarla a ella o sus descendientes. Esto paraliza más aún a la mujer.
- Arrepentimiento 0 "luna de miel": el maltratador se muestra arrepentido, pide perdón y promete cambiar. La mujer puede creerle y aceptar seguir en la relación si la había abandonado.

Los efectos que provoca la violencia sobre las mujeres que la padecen pueden ser:
- Daños físicos como fracturas óseas, hematomas, magulladuras, o dolores o síntomas inespecíficos por diferentes zonas corporales.

Las mujeres que acuden a consulta dentro del Equipo de Atención Primaria (EAP) sobre todo por problemas de algias sin afectación muscular o ósea y que hacen visitas de repetición o piden cita y no acuden y que sufren violencia de género, aunque no son explicitas en sus palabras, si se sospecha por parte del personal de que estén sufriendo maltrato a la pregunta cómo, te noto muy cansada y dolorida, entre los hijos y el trabajo estas que no descansas, ¿compartís el cuidado del hogar y de la familia tu marido y tú? suelen decir frases como yo prefiero dejárselo todo hecho, trabaja mucho y llega con mucha tensión a casa entonces prefiero hacerlo yo para que no se enfade, o está muy estresado si le pido algo enseguida grita así que prefiero hacerlo yo.
- Daños dentro la salud reproductiva y sexual como infecciones de transmisión sexual debido a la negativa al uso de preservativo o embarazos no deseados.

Éstas mujeres cuando acuden a su matrona del centro de salud muestran nulo interés en el seguimiento del embarazo, no suelen acudir a preparación al parto ni a charlas relacionadas con el embarazo, suelen sufrir depresión postparto y en ocasiones suelen ser fumadoras o bebedoras. En otras ocasiones suelen acudir para

solicitar información sobre métodos anticonceptivos definitivos como la ligadura de trompas.

- Problemas de salud mental: son mujeres sin autoestima, miedosas, con depresión y ansiedad. Suelen acudir a consulta del centro de salud con problemáticas de insomnio, pequeñas pérdidas de memoria, labilidad emocional o irritabilidad. Suelen decir frases como ya me dice mi marido que tengo la cabeza a pájaros que si no me intereso por las cosas, que si no fuera porque está él no sabría ni llegar a casa, es en estas pequeñas frases donde el equipo de atención primaria debe estar alerta para saber descifrarlas.
- Problemas laborales y sociales: mujeres que tienen múltiples bajas laborales, o ausencias del trabajo, que apenas se relaciona con sus compañeros o que no tiene un círculo social. No suelen realizar actividades sociales, tales como ir al gimnasio, a talleres o a salir con amigos. Son mujeres que al acudir a consulta les preguntas sobre si realizan algún tipo de actividad y te dicen que no, que ellas si van a tomar café es con su marido, o que dicen que prefieren estar en casa para cuando llegue el marido que estar por fuera.

El profesional de atención primaria durante una consulta con estas mujeres debe intentar entrevistarla sola, ya que estando con su pareja puede verse condicionada la respuesta, debe escuchar de manera paciente y atenta, respetar su relato, y dar a conocer los posibles recursos que existen para ayudarla a salir de esa situación. Es decir, el profesional sanitario no debe sentirse frustrado ni enfadarse con la mujer si no está haciendo lo que se cree que es mejor para ella, ya que nunca debe imponer sus ideas a la de ella, es la mujer la que debe tomar sus propias decisiones y el profesional sanitario acompañaría en la toma de decisiones.

Es importante no caer en mitos, ni estereotipos dado que cada caso de violencia de género es único aunque todos ellos tengan una parte de común.

5 Discusión-Conclusión

Gran parte de los casos de violencia de género pasan desapercibidos para el entorno de la víctima y en ocasiones para la víctima dándoles normalidad a situaciones que no lo son como es el caso de los micromachismos.

Que desde el equipo de atención primaria sean capaces de reconocer éstas situaciones, estando en sincronización con la parte jurídica y policial al igual con los servicios sociales, organizaciones feministas o puntos de ayuda experimentados

ayudaría a intentar acabar con dicha lacra. Por los que estos EAP juegan un papel fundamental en el reconocimiento precoz de los signos de alarma de la violencia de género.

6 Bibliografía

- http://www.violenciagenero.igualdad.gob.es
- https://www.astursalud.es/documents/31867/36150/Guia-de-Recursos-VG-para-Profesionales.pdf/a7635f26-aac8-30aa-4807-21a857f01f8a
- Ley Orgánica 1/2004

Capítulo 244

CONTENCIONES MECANICAS: UNA PRACTICA EN DESUSO

SANDRA CARBAJAL AMORIN

ELENA VALDES ALVAREZ

SONIA CAMPOLLO RODRIGUEZ

1 Introducción

Entendemos por sujeción mecánica aquella que impide el libre movimiento de la persona, entendiendo así que cualquier objeto que impida el libre desplazamiento de la persona actuando como barrera puede ser considerada una contención. Suelen ser utilizadas en el ámbito hospitalario en caso de autolesiones que atenten contra la propia integridad del paciente y en casos de agitaciones que no son controladas por otros medios, es decir en momentos puntuales de la vida.

2 Objetivos

- Disminuir la utilización de estos dispositivos, ya que en muchos de los casos los pacientes cognitivamente no tienen capacidad para negarse a esta practica.
- Abolir el abuso de estas prácticas ya que éticamente las personas deberían ser libres para desplazarse y disfrutar de su autonomía.
- En caso de tener que utilizar estos dispositivos, seguir los protocolos marcados de revisión de los mismos para evitar lesiones y posibles efectos indeseados.
- Evaluar periódicamente la utilización de los mismos, no siempre han de ser necesarios, se podrán utilizar otro tipo de terapias o contenciones anteriormente.

- Asegurarnos de que el personal esta correctamente formado para utilizar este tipo de dispositivos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Ante un paciente agresivo, o que puede autolesionarse, antes de utilizar una contención mecánica debemos utilizar lo que se conoce como contención verbal, incluso cambiándolo de espacio para intentar que se calme, con un tono de voz suave que no suponga una amenaza para él. Utilizaremos órdenes sencillas y no movimientos bruscos que puedan suponer una amenaza para él o ella. Si con todo esto el estado de agitación continuara utilizaríamos la contención química a través del especialista tratando de ajustar la dosis que el paciente requiera y revisando dicha dosis periódicamente. Solo en caso de que estos métodos fallaran y como medida puntual se procedería a la sujeción temporal del paciente.
En todo caso se valoraría el impacto emocional que esto supondría para el paciente y para su familia, ya que en algunos casos como se suele decir coloquialmente es peor el remedio que la enfermedad. Es muy importante informar a la familia de estos procedimientos y en algunos protocolos insisten en tener recogida una autorización de la persona o en su defecto de su tutor legal.
Se cumplirán exhaustivamente con los protocolos de seguridad como colocación, revisión periódica, retirar contención cada pocas horas, invitar a la persona a moverse con supervisión. Es de vital importancia que las contenciones han de estar bien colocadas en su defecto pueden pasar sucesos desagradables que por supuesto son evitables casi en un cien por cien pero que pueden suceder por ello tato la persona como la familia tendrá que estar informada por escrito de los posibles efectos no deseados de este tipo de practicas.

5 Discusión-Conclusión

Existen nuevos métodos para poder disminuir el uso de contenciones tanto en silla de ruedas como en cama, por ejemplo camas especiales que casi están a la altura de suelo, antideslizantes evitando así caídas disminuyendo el uso de barandillas, sistemas de aviso anti caídas y por supuesto un buen protocolo de supervisión y vigilancia del anciano. Ya existen políticas para erradicar las sujeciones, ya que no es una problemática futura sino que ya esta muy presente.

6 Bibliografía

- Maria Wolff: Fundación.
- Google académico.

Capítulo 245

SALUD ORAL. LA GRAN OLVIDADA EN LOS ANCIANOS

SANDRA CARBAJAL AMORIN

ELENA VALDES ALVAREZ

SONIA CAMPOLLO RODRIGUEZ

1 Introducción

Se estima que el 95% de la población mundial, se ve afectada por caries. Los ancianos son una población muy vulnerable en general por sus características limitantes, tanto físicas y funcionales, todo ello sumado a una perdida de status socio-económico hacen de nuestros mayores una población a tener en cuenta en la higiene bucal.

2 Objetivos

- Informar a la población de la importancia de una buena y cuidada higiene bucal.
- Identificar aquellos factores de riesgo que hacen que los ancianos no tengan una correcta higiene.
- Evitar las caries en la medida de lo posible.
- Identificar procesos más favorecedores de formación de caries.
- Acercar a la población mayor a los diversos programas que están activos para la población, para que esto no les suponga un coste adicional.

3 Metodología

Para conseguir nuestro objetivo, utilizaremos lo siguiente:
Observación en nuestro ambito laboral, de distintos individuos, donde sacamos nuestras propias conclusiones.

Revisión bibliográfica de distinta documentación escrita, sacada de basases de datos del principado de Asturias, en referencia a la boblación asturiana y a la población en general. Revisión digital de diferente documentación digital sacada de Intramed, Astursalud, y programa de la boca sana.

4 Resultados

La caries es considerada la enfermedad con más frecuencia en la población. Está se produce por el metabolismo bacteriano, de un biofilm en concreto, que hace que descienda en PH , y con la acidificación producida por el acido láctico se produce la desmineralización del diente que trae como consecuencia la formación de la temida caries. Para evitar las caries se puede actuar en 3 esferas fundamentalmente:
- Sobre el diente: Eliminando la placa bacteriana con cepillado, utilizando sedas. Cambiar de cepillo cada 3 meses.
- No tener fisuras en el diente, como forma protectora, pudiendo realizar un sellado de las muelas, que consiste en rellenar los surcos dentales.
- Utilización de flúor que es un bacteriostático que s muy resistente al ataque del ácido. Siempre utilizando pastas fluoradas con 1450ppm de Fl.

- Sobre las bacterias: Utilizando antisépticos como la clorhexidina, que no se debe abusar por que tiñe los dientes.
Tener unas bacterias protectoras en la boca “streptococcus dentisani”, ayuda a tener la boca más protegida, ya que es una bacteria que basifica el medio, por lo que actúa contra la acidificación de las bacterias causantes de la caries.
Sobre el medio oral: aumentar el Ph del medio, es otra forma de favorecer, se puede realizar esto con chicles con contenido de Xylitol, que además ayuda a la producción de saliva, además de que cuando masticamos chicle estamos moviendo al mandibula , produciéndose un aumento de saliva.

- Otra forma de descender los periodos ácidos, es evitar “picar” entre horas.
Hay que tener en cuenta que los problemas bucales, hacen que se agraben los problemas cardiovasculares, que empeore otros trastornos como los metabólicos

del tipo diabetes, es decir tienen repercusión en nuestro organismo en general. Conocer programas como p.e Asturias el llamad “la conquista de la boca sana”, hacen que además de la población infantil, se hagan cargo de personas adultas vulnerables, como hemos dicho los ancianos, que cumplen estos requisitos, y atienden para realizar procedimientos agudos y cirugía menor, además de impulasar diferntes programas para la mejora de la salud oral en general.

5 Discusión-Conclusión

Una dieta rica en hidratos de carbono, junto con una mala o escasa limpieza bucal hacen que la formación de caries, sea inevitable.

Teniendo en cuenta los factores que benefician y que perjudican el estado de la boca podemos actuar de una forma consciente y más sana consiguiendo que nuestra boca mejore con los innumerables beneficios que esto acarrea par nuestra salud sistémica.Una limpieza correcta en tiempo y forma conseguirá que nuestros mayores se vean mejor a si mismos, y que su calidad de vida sea mucho mejor.

Lavarse los dientes tras las comidas, haciendo hincapié sobre todo en la limpieza justo al ir a dormir, usar sedas, cepillos adecuados si existiera prótesis, incluso para los edentulos, hacen que la boca tenga sensación de frescor, además de estar mucho más sana y saludable.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 246

CUIDADOS DE ENFERMERÍA Y TRATAMIENTO EN CÁNCER DE MAMA

AIDA RAMOS CORDERO

CHRISTIAN GARCIA ALVAREZ

GABRIEL FUEGO CAVEDA

SHEILA ARNIELLA PÉREZ

1 Introducción

El cáncer consiste en un crecimiento y expansión descontrolado de células que puede producirse en cualquier lugar de nuestro organismo.

En el cáncer de mama este crecimiento se produce a partir de las células mamarias.

Casi siempre se origina debido a una anomalía genética e incluso en algunos casos puede ser hereditario.

A diferencia de lo que la mayoría suelen pensar, puede producirse en tanto en hombres como en mujeres.Aunque es mucho más común en ellas.

Los principales factores de riesgo de un cáncer suelen ser externos tales como:
- El hábito tabáquico de la persona
- La dieta que lleva a cabo

- Estilo de vida
- Exposición a distintos virus o bacterias
- Exposición al sol

Los tumores de mama al principio puedes ser silenciosos y no causar ninguna molestia o incluso que no notemos el bulto que se forma en la mama a la palpación.Aunque en muchos casos este bulto es el primer signo de alarma ante un tumor de mama también pueden producirse otros como:
- Cambio de tamaño de alguna mama
- Dolor del pezón e incluso inversión del mismo
- Secreción de una sustancia a través de él
- Alteración de la piel de la mama (piel de fruta)

Si detectaras alguno de estos síntomas sería motivo suficiente para acudir a tu médico de centro de salud para que mediante las pruebas pertinentes te pueda realizar un diagnóstico ya que no debemos olvidar que esta sintomatología también nos puede indicar que la enfermedad puede ser benigna.

Una medida eficaz para la detección precoz son las mamografías de control que se realizan anualmente a mujeres por encima de los 50 años para poder detectar así alrededor de un 90% de los tumores de mama.

Los principales tipos del tumor mamario son: El principal es el adenocarcinoma que se produce en las glándulas mamarias.

Dependiendo del lugar podemos hablar de:
- Carcinoma ductal: se produce en los conductos que segregan la leche hacia el pezón. Puede ser:
1. In situ (asintomático)
2. Invasor (mas frecuente)
- Carcinoma lobular: se produce en los lobulillos. Hay 2 tipos:
1. In situ(benigno)
2. Invasor (menos frecuente)
- Cáncer inflamatorio de mama: muy agresivo y de rápida proliferación
- Cáncer de Paget: afecta a la piel de la zona de la areola y pezón.
- Tumor filoides: muy poco frecuente y normalmente benigno

En cuanto al tratamiento la principal característica es que para que sea eficaz necesita haber una combinación de varios tratamientos.Entre los que se incluyen:

- La cirugía: es el tratamiento de elección ante un cáncer de mama y puede ser de varios tipos:
1. Mastectomía
2. Lumpectomía
3. Biopsia de los ganglios linfáticos o vaciamiento
4. Reconstructiva

La quimioterapia se realiza mediante la administración de fármacos para evitar que estas células continúen con su crecimiento.Suele combinarse con la cirugía y administrarse antes o después de ésta.

Algunos de los fármacos usados en el tumor de mama son:
- Cisplatino
- Ciclofosfamida
- Carboplatino
- Metrotexato
- Fluourouracilo

El principal problema que nos trae la quimioterapia son sus efectos adversos que afectan de manera distinta a cada individúo y algunos pueden prevenirse con la administración temprana de algunos fármacos.

La radioterapia consiste en usar rayos x para acabar con las células cancerosas.El objetivo es hacerlo dañando lo menos posible los tejidos sanos. Suele ser un tratamiento localizado en una zona concreta.

Existen otros tipos de tratamientos menos usados que los anteriores que son:
- Terapia hormonal
- Terapia dirigida
- Inmunoterapia
- Tratamiento paliativo

2 Objetivos

El papel de la enfermería en el cáncer de mama se puede dividir en varios procesos. Primeramente hablaríamos de la educación sanitaria para así poder conseguir una detección temprana de la enfermedad y disminuir los factores de riesgo adecuando los estilos de vida a cada paciente.Aquí tiene mucha importancia el autocuidado de cada uno en los aspectos físicos,psicológicos y sociales.

En cuanto a la educación sanitaria no debemos de olvidarnos de la auto exploración mamaria. Como indica su nombre, se la realiza la mujer a ella misma. Es un método muy importante para poder detectar cualquier alteración en los pechos. Se deberá realizar una vez al mes normalmente después del ciclo menstrual. Para ello debemos seguir unos pequeños pasos:

- Paso 1 : ponerse frente a un espejo con los brazos junto a las caderas y observar posibles cambios en las morfología de las mamas(tamaño,forma,color,arrugas,bultos,dirección el pezón,secreción a través de él…)
- Paso 2: Levantada o acostada palpar las mamas con la mano contraria a la mama usando los dedos con movimientos circulares para recorrerla entera llegando siempre desde la clavícula a la axila.

El sitio recomendado suele ser hacerlo bajo la ducha para que la piel está más resbaladiza y sea más fácil la palpación.

Cuando finalmente se ha detectado al enfermedad debemos empezar a realizar un plan de cuidados individualizado para cada paciente dependiendo de éste y del tipo de cáncer diagnosticado.Aportando información de manera clara para que el paciente la entienda y podamos así intentar reducir su ansiedad y sus miedos.Explicándole por ejemplo el proceso evolutivo de la enfermedad.Siempre demostrando empatía hacia él.

Finalmente llegaremos a los cuidados de enfermería post quirúrgicos en los cuáles además del aspecto físico tiene gran importancia el estado psicológico de la paciente ya que sufre un importante cambio si imagen corporal independiente del tratamiento quirúrgico de elección.

Por último, tenemos un nuevo objetivo en cuanto a la acción enfermera se refiere que consistiría en realizar una educación sanitaria adecuada y aplicando los cuidados necesarios que necesitase este paciente ya en su domicilio.Irían dirigidos a la persona responsable del cuidado y recuperación del paciente que en enfermería conocemos como cuidador principal.

3 Caso clínico

Mujer de 55 años, fumadora, que acude a su médico de atención primaria porque tras hacerse una autoexploración mamaria palpa un bulto en al zona de la mama derecha y refiere una leve molestia en la misma con enrojecimiento del pezón.

Antecedentes familiares:Hermana mayor fallecida de tumor de mama a los 36 años.No otros datos de interés en la familia.Realizó una mamografía en los últimos 5 años cuyo resultado fue normal.
Desde el fallecimiento de su hermana vive obsesionada con esta enfermedad.

El médico finalmente decide solicitar una ecografía mamaria y una consulta preferente al servicio de ginecología. Finalmente acude al ginecólogo y ante la sospecha de un tumor mamario decide solicitarle una analítica con marcadores tumorales que junto con el resultado de la ecografía decide finalmente realizar una biopsia mamaria donde se diagnostica un carcinoma ductal in situ de la mama derecha.

Se le realiza una mastectomía simple de la mama derecha y unos meses más tarde la cirugía de reconstrucción de la misma.No precisó durante la duración del proceso la administración de quimioterapia ni radioterapia ni ningún tratamiento coadyuvante.

4 Discusión-Conclusión

El cáncer de mama es uno de los que más muertes provoca a nivel mundial.Incluso los últimos estudios epidemiológicos concluyen que afecta a un tanto por ciento de mujeres que se incrementa con el paso de los años.Aunque a su vez cada año también se produce un aumento de la esperanza de vida debido a los nuevos métodos y técnicas de diagnóstico actuales y que van mejorando sus resultados con el tiempo.

Se ha comprobado que una detección precoz del cáncer de mama con los métodos descritos anteriormente autoexploración mamaria y mamografía se consiguen diagnosticar tumores menores que aumentan las probabilidades de curación y supervivencia en pacientes. Las mamografías se realiza con el sistema de cribado en una población femenina comprendida entre los 50-69 años.

El papel enfermero tiene un papel cada vez más importante y necesario durante el proceso de la enfermedad centrado principalmente en la educación sanitaria hacia la paciente y su familia en la primera etapa de la enfermedad y con el autocuidado una vez finalizado el proceso para conseguir un nivel óptimo de calidad de vida. Sin olvidarse de reducir la ansiedad que se produce por el gran cambio de la imagen corporal de la mujer que afectan principalmente al campo psicológico de la paciente.

5 Bibliografía

- https://www.breastcancer.org/es
- Clasificación de intervenciones de Enfermería, Elsevier
- https://medlineplus.gov/spanish/mastectomy.html
- https://www.cirugiasdelamama.com/anatomia-de-la-mama
- https://enfermeriaactual.com

Capítulo 247

DESCANSO Y SUEÑO: ENVEJECIMIENTO FISIOLÓGICO

SANDRA CARBAJAL AMORIN

ELENA VALDES ALVAREZ

SONIA CAMPOLLO RODRIGUEZ

1 Introducción

El envejecimiento fisiológico implica una seria de modificaciones a nivel tanto anatómicas como estructurales en la totalidad del organismo. El sueño es una parte integral de la vida cotidiana, una necesidad biológica que permite restablecer las funciones físicas y psicológicas esenciales para un pleno rendimiento.

El sueño de manera fisiológica en el anciano se ve alterado, tanto en calidad como en cantidad, lo que implica una afectación negativa en la conducta del mismo. Un descanso adecuado y positivo conlleva a un envejecimiento potencialmente activo, de ahí la importancia de identificar aquellos factores que lo están modificando negativamente.

2 Objetivos

- Valorar la cantidad y calidad del sueño de la persona mayor.
- Identificar factores intrínsecos y extrínsecos que aumenten o perturben el descanso en el anciano.

- Modificar en la medida de lo posible estos factores e incluso intentar erradicarlos.
- Identificar si existiera algún tipo de dolor tanto agudo, como crónico o neurológico, mediante escalas tipo "Escala Visual Analógica". Se utilizara esta escala porque es de fácil comprensión para este grupo de edad, ya que se representa mediante dibujos

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Además de las modificaciones que el paso del tiempo produce en nuestra cantidad y calidad de descanso, os trastornos patológicos del sueño son frecuentes en nuestros mayores, la cantidad de sueño necesaria es la misma que en los adultos. Los problemas mas frecuentes pueden ser de carácter extrínseco, es decir medioambientales, tales como luces, ruidos, incomodad durante el sueño relacionado con la propia cama o incluso aspectos relacionados con compartir el lecho. También añadiremos los distintos hábitos que tenga la persona como comidas copiosas, abusar de las pantallas tanto de televisión como móviles o tabletas o realización de actividad física justo antes de irse para la cama.

A ello le sumamos los factores intrínsecos como la poli medicación, el trastorno de piernas inquietas, apneas del sueño y los propios problemas que vayan surgiendo de múltiples patologías, como por ejemplo la disnea o incontinencia.
La poli medicación en los ancianos es muy común, algunos fármacos como los diuréticos, estimulan la realización de micciones mas frecuentes por lo que tendrán que evitar tomar este tipo de fármacos por la noche. Así mismo se evitaran también tomar laxantes antes de ir a dormir.

Se deberá realizar un buen control de síntomas para que la persona puede disfrutar de un descanso adecuado.

5 Discusión-Conclusión

Los profesionales sanitarios deben actuar sobre los factores ambientales y del paciente para crear una estrategia que ayude a reducir los riesgos que provoquen una disminución de la calidad y cantidad del sueño.

En el caso que se detecten factores intrínsicos, es decir patológicos se deberá atajar acudiendo al especialista pertinente, ya que para poder disfrutar del día primero hay que disfrutar de una buena noche.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 248

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA. HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE RELACIONADOS CON LA PREVENCIÓN Y EL TRATAMIENTO DE LA OSTEOPOROSIS

CLARA ARCE ARROJO

1 Introducción

La osteoporosis es una patología causada por un desequilibrio entre los osteoblastos (células formadoras de matriz ósea) y los osteoclastos (células que estimulan la resorción ósea) que conlleva pérdida de masa ósea, con el consiguiente aumento de la fragilidad ósea. Afecta al hueso cortical y trabecular.

Es una enfermedad más frecuente en mujeres, principalmente postmenopáusicas que en hombres. La raza blanca y amarilla es más susceptible de sufrir osteoporosis. Supone un gran coste económico en la sanidad pública de nuestro país. La OMS ha incluido la osteoporosis en la lista de las diez enfermedades más importantes del mundo en nuestra época.

Factores de riesgo de la osteoporosis:
- Antecedentes familiares.
- Menopausia y andropausia.
- Déficit de vitamina D y /o calcio.

- Uso de determinados fármacos. Corticoesteroides, anticonvulsivantes (fenitoína) antiácidos, heparinas, diuréticos, antiinflamatorios no esteroideos.
- Menarquia tardía y menopausia precoz.
- Estilos de vida: tabaco, sedentarismo, alcohol, exceso de cafeína.

De estos factores de riesgo, gran parte son modificables, el profesional de enfermería deberá llevar a cabo una adecuada educación para la salud en la población, dando pautas higienico- dietéticas adecuadas a seguir, con el fin de prevenir la aparición de la misma.

La osteoporosis se clasifica atendiendo a su localización, en local o generalizada, y según su etiología, idiopática (primaria) o secundaria. La osteoporosis idiopática puede ser de tipo :

Posmenopáusica / presenil: 95% de los casos.
- Afecta a mujeres en el climaterio (50- 65 años) debido a la pérdida de estrógenos.
- Los estrógenos contrarrestan la acción de otras hormonas como la paratiroidea (PTH) que estimula la resorción ósea, convirtiendo al hueso en frágil y poroso. Actúa impidiendo la perdida de calcio del hueso.
- Afecta a hueso trabecular o esponjoso. Este está situado en los extremos o epífisis de los huesos largos y en el interior de otros huesos.
- Fracturas habituales: cuerpos vertebrales, colles, etc.

Senil:
- Afecta a mujeres y hombres a partir de los 70 años.
- Afecta a hueso trabecular y cortical (situado en la porción central o diáfisis de huesos largos y en región interna y externa de huesos planos) .
- Fracturas habituales: pelvis , fémur, húmero, etc.

La osteoporosis secundaria , está relacionada entre otras ,con las siguientes causas:
- Endocrinas: diabetes mellitus, hipogonadismo, déficit de GH, hipercortisolismo, hiperprolactinemia, hipertiroidismo, hiperparatiroidismo, osteomalacia y Síndrome de Cushing,
- Nutricionales: déficit de vitamina D, enfermedad celíaca, desnutrición, anorexia nerviosa, daño hepático crónico, trastornos digestivos, alcohol, cirugía gástrica/ bariatrica y nutrición parenteral.
- Hematológicas: mieloma, leucemia , linfoma o anemia perniciosa.
- Otros: problemas renales.

El diagnóstico de osteoporosis se realiza mediante una densitometría ósea. De los distintos datos aportados por la prueba, el T- score, es el parámetro fundamental para valorar los resultados , por aportar la información necesaria para establecer un diagnóstico desintometrico.

T- Score: número de desviaciones estándar de la densitometría ósea con respecto al valor medio de la población de 20 a 39 años del mismo sexo. Interpretación de resultados:
- Si T- Score superior a – 1 desviación estándar: normal.
- Si T- Score entre – 1 y -2,5 desviación estándar: osteopenia.
- Si T- Score es inferior a – 2,5 desviación estándar: osteoporosis.
- Si T- Score es inferior a – 2,5 desviación estándar+ fractura visible: osteoporosis grave.

Tratamiento farmacológico de la osteoporosis:
- Calcitonina, calcio y / o vitamina D.
- Bifosfonatos. Debe tomarlo en ayunas, con un vaso lleno de agua y esperar 30 minutos para comer o tomar otro medicamento.
- Moduladores selectivos del receptor estrógenico. No tienen tantos RAM como la terapia estrogenica, pero no sé aconseja por el riesgo de trombosis.
- Terapia hormonal de sustitución. No es un tratamiento de elección en la mayor parte de los casos debido a sus múltiples RAM y su relación con el cáncer de mama y endometrio.
- Tratamiento no farmacológico.

La mejor forma de atajar una enfermedad, es su prevención. El enfermero es responsable en gran parte de esta tarea. Daremos a la población , especialmente a las mujeres en edad fértil, una serie de recomendaciones higienico- dietéticas adecuadas, que incidan sobre los factores de riesgo modificables relacionados con la osteoporosis.

Se recomendará llevar a cabo una dieta variada y equilibrada, en la que haya alimentos que contengan calcio y/ o vitamina D, entre los que se encuentran:
- Lácteos: queso, yogur, mantequilla, etc.
- Verduras de hoja verde: brócoli, berza, , espinacas, acelgas, repollo.
- Pescados: sardinas, salmón, lenguado, besugo , atún y marisco.
- Legumbres: la soja, judías pintas, garbanzos y lentejas .
- Frutos secos: avellanas, pistachos, nueces y castañas.
- Frutas: kiwi, fresas, frambuesa e higos, ciruelas, limones, papaya o grosellas.

Evitar dietas hiperproteicas. Estas por un lado producen hipercalciuria y por otro elevan el fósforo, que hace que el calcio se quede en el intestino produciendo un aumento de la resorción ósea. Evitar un consumo excesivo de fitatos ya que estos interfieren en la absorción de ciertos minerales entre los que se encuentra el calcio.

-Eliminar de la dieta el alcohol, tabaco, cafeína.
- Actividad física: el paciente deberá de tener hábitos de vida saludables que incluyan la realización de actividad física para prevenir la osteoporosis, el inmovilismo es un factor de riesgo muy importante , fácilmente modificable. Daremos una serie de pautas a seguir. Realizar ejercicios de fortalecimiento muscular, en especial, para la parte superior de la espalda. Utilización de pesas, o tu propio peso corporal. Actividades aeróbicas que implican soportar peso. Caminar, bailar, hacer ejercicios aeróbicos de bajo impacto.
1. Ejercicios de flexibilidad. Estiramientos.
2. Ejercicios de estabilidad y equilibrio. Ayudan a prevenir las caídas.
3. Ejercicios a evitar si está establecida la osteoporosis:
4. Ejercicios de alto impacto: saltar, correr o trotar.
5. Agacharte y doblarte.

Ambos pueden provocar fracturas óseas ya sea debidas al impacto o por compresión ósea.En definitiva, con estas recomendaciones se puede prevenir la aparición de osteoporosis o disminuir su evolución una vez establecida.

2 Objetivos

- Conocer qué es la osteoporosis, los tipos y las medidas para minimizar sus consecuencias.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Plumbed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Bibliografía

- Mac.Graw- Hill Interamericana.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 249

EVIDENCIA CIENTÍFICA SOBRE LOS BENEFICIOS ASOCIADOS AL USO DE LOS APÓSITOS DE PLATA EN HERIDAS AGUDAS Y CRÓNICAS DE CUALQUIER ETIOLOGÍA

IRENE MARÍA VILLAVERDE FONSECA

MARIA PILAR LOBATO ÁLVAREZ

ISABEL BERTAULT BENEDICTO

DIANA TUÑÓN PASTOR

1 Introducción

La plata es un antimicrobiano tópico que se ha empleado tradicionalmente en la cicatrización de heridas. No obstante, algunos estudios y revisiones Cochrane concluyen que no hay datos suficientes para demostrar que los apósitos de plata mejoran las tasas de cicatrización.

En un primer momento, la plata se utilizó en su forma elemental sólida (hilo de plata), más tarde como solución de sales de plata (solución de nitrato de plata) y más recientemente en forma de pomada (sulfadiazina argéntica). De hecho,

ésta última ha sido y continúa siendo una parte importante en el tratamiento de quemaduras.

La última evolución de la plata es el desarrollo de un amplio arsenal de apósitos para las heridas que contienen plata elemental o un compuesto que libera plata. Estos apósitos ofrecen una serie de ventajas respecto a los primeros: facilidad de aplicación, disponibilidad continua de plata, menor número de cambios, capacidad para tratar el exudado excesivo, mantenimiento de un ambiente húmedo en la herida y facilitación de un desbridamiento autolítico.

Si nos centramos en los apósitos de plata, ésta se encuentra en los mismos de varias formas: como plata elemental (metal de plata, plata nanocristalina), como compuesto inorgánico (óxido de plata, fosfato de plata, cloruro de plata) o como un complejo orgánico (alginato de plata, carboximetilcelulosa argéntica). Además, el componente de plata de los apósitos puede estar presente bien como recubrimiento, bien en la propia estructura del apósito o en ambos.

Los iones de plata actúan a distintos niveles de la célula bacteriana. Pueden unirse a la membrana celular desestructurando la pared de la célula o pueden unirse a proteínas e interferir en la producción de energía, la función enzimática y la replicación celular, provocando finalmente su destrucción. Además de ser activos frente a bacterias, también lo son frente a hongos y virus y, también poseen actividad frente a algunas bacterias resistentes a antibióticos como el Staphylococcus aureus resistente a meticilina (SARM) y los enterococos resistentes a vancomicina (ERV).

Sólo una pequeña cantidad de la plata presente en un apósito pasa a la circulación sistémica eliminándose por vía biliar con las heces y por la orina. La plata no se absorbe a nivel del sistema nervioso central o periférico.
Las funciones de los apósitos de plata en el tratamiento de las heridas son, por un lado, la reducción de la carga microbiana y, por otro lado, actuar como barrera antimicrobiana.

Los apósitos de plata pueden utilizarse en heridas agudas (heridas traumáticas, heridas quirúrgicas) y en heridas crónicas, siempre que presenten una infección localizada (evidente u oculta), diseminada o sistémica. En las dos últimas, además, deberían acompañarse de antibioterapia sistémica. En casos excepcionales, se

pueden emplear los apósitos de plata como profilaxis en heridas con alto riesgo de infección o reinfección (quemaduras, algunas heridas quirúrgicas, úlceras por presión próximas al ano, aquellas heridas en las que haya exposición del hueso, heridas en pacientes inmunodeprimidos, con mala circulación, con mal control diabético o neoplasias.

También resultan útiles para impedir la entrada de bacterias en los puntos de entrada y salida de traqueostomías, clavos ortopédicos externos, drenajes postquirúrgicos, drenajes torácicos, nefrostomías, vías venosas centrales, catéteres de diálisis, catéteres epidurales, etc.

Por contra, no deben emplearse en las fases de contaminación y colonización de las heridas puesto que, la carga microbiana no provoca problemas clínicos. Tampoco en heridas quirúrgicas limpias con bajo riesgo de infección, en heridas crónicas que cicatrizan de la forma prevista, en heridas agudas pequeñas con bajo riesgo de infección, cuando exista sensibilidad a la plata, cuando se esté realizando un desbridamiento enzimático, durante el embarazo o la lactancia o por contraindicación expresa del fabricante.

2 Objetivos

- Revisar la evidencia científica disponible sobre los beneficios asociados al uso de los apósitos de plata en heridas agudas y crónicas de cualquier etiología.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica de la literatura existente entre los meses de diciembre de 2019 y enero y febrero de 2020 en las bases de datos Dialnet, Medes y Google Scholar. Como criterios de inclusión se establecieron artículos cuya antigüedad fuera igual o inferior a 10 años y, se excluyeron los artículos en otros idiomas diferentes al castellano.

4 Resultados

En un estudio prospectivo observacional, abierto y multicéntrico, llevado a cabo en atención primaria y en centros sociosanitarios, se utilizaron apósitos de plata

nanocristalina en 77 pacientes con heridas de diferente etiología (úlceras por presión de categorías II y III, úlceras de extremidad inferior y heridas traumáticas o quirúrgicas) con signos de infección local.

Permanecieron en el estudio una mediana de 42,5 días durante los que se realizó el cambio de apósito cada 2,5 días. Durante este tiempo en el 96,1% de la lesiones desaparecieron los signos de infección local de forma estadísticamente significativa (p = 0,001). Un 27,3% de las lesiones cicatrizaron y de las que no lo hicieron el 92,9% experimentó mejoría, siendo sus curvas de cicatrización estadísticamente significativas (p = 0,05).

En otro estudio prospectivo reciente (2017-2018) se reclutaron a un total de 233 con fractura de tobillo subsidiarias de cirugía. En este estudio los traumatólogos responsables del estudio sustituyeron la gasa estéril estándar para cubrir la herida quirúrgica tras su cierre por una hidrofibra de hidrocoloide con plata manteniendo el resto del protocolo pre- y postquirúrgico igual. Tras un periodo de tres meses se compararon las tasas de complicaciones en ambos grupos no obteniéndose diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos.

En otro estudio publicado recientemente se compararon tres modelos de estudios "in vitro" para determinar la eficacia antimicrobiana de siete apósitos de plata frente a cuatro bacterias frecuentes en la piel (Pseudomonas aeruginosa, Escherichia coli, Staphylo- coccus aureus y SARM) y una levadura (Candida albicans). El estudio concluyó que la efectividad bactericida de los apósitos de plata es evidente pero no concluyente puesto que, no existen estudios comparativos "in vivo".

Los microorganismos Gram negativos fueron más sensibles a la plata que los Gram positivos y las levaduras respondieron de forma irregular por lo que, tampoco resultó concluyente. Sí fue concluyente la inhibición de microorganismos entre las 48 y las 72 horas por lo que no estaría indicado dejar el apósito más tiempo. El comportamiento bactericida fue mayor en los apósitos de espuma de con sulfadiazina argéntica, los de microfibra con plata iónica al 1,2%, los apósitos de espuma con plata y capa siliconada y los de plata nanocristalina.

5 Discusión-Conclusión

Consideramos que los efectos beneficiosos de los apósitos de plata cuando éstos son utilizados correctamente son completamente incuestionables. No obstante,

debemos recordar que el objetivo principal que buscamos con la utilización de los apósitos de plata no es obtener directamente la cicatrización de una herida sino reducir su carga microbiana, tratar la infección local y prevenir su diseminación sistémica lo cual sí repercutirá indirectamente en la cicatrización de la misma.

6 Bibliografía

- Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento de las Úlceras Por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP) [sede web]. London: Wounds International; 2012. [acceso 9 de febrero de 2020]. Consenso Internacional. Uso adecuado de los apósitos de plata en las heridas. Consenso del grupo de trabajo de expertos. Disponible en: https://gneaupp.info/uso-adecuado-de-los-apositos-de-plata-en-las-heridas/
- Verdú Soriano J, Nolasco Bonmatí A. Estudio "ALEA" tratamiento de heridas crónicas infectadas mediante la aplicación de apósitos de plata nanocristalina combinados con apósitos hidrocelulares. Rev ROL Enferm. 2010; 33 (10): 6-14.
- Luque Valenzuela M, Sánchez Aguilera AJ, Martín Vivaldi Jiménez A, Jódar Graus R, Prados Olleta N. ¿Disminuyen las complicaciones cutáneas tras la cirugía de fracturas de tobillo con el uso de Aquacel Extra Ag R?. Rev Esp Cir Ortop Traumatol. 2019; 63 (5): 342-345.
- Sánchez-Gálvez J, Rumbo-Prieto JM. Hablando en plata de los apósitos liberadores que la contienen. Enferm Dermatol. 2018; 12(35):7-9. DOI: 10.5281/zenodo.2539731

Capítulo 250

CUIDADOS DE ENFERMERÍA TRAS LA COLOCACIÓN DE UNA PRÓTESIS DE INMOVILIZACIÓN.

1 Introducción

Las prótesis de inmovilización o férulas son dispositivos o elementos de tamaños y materiales diversos que pueden aplicarse a un segmento del cuerpo con diferentes finalidades como por ejemplo:
-Fijar una parte del cuerpo en una posición determinada para corregir o evitar deformaciones.
-Inmovilizar una extremidad permitiendo el acceso a los tejidos blandos.
-Inmovilizar una extremidad o más, de forma provisional a la espera de otro tratamiento.

2 Objetivos

- Actualización de los conocimientos sobre las férulas de inmovilización.
- Descripción de las observaciones y los cuidados que hay que tener tras la colocación de una férula en una parte del cuerpo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Las principales complicaciones tras la colocación de estos dispositivos son las relacionadas con el sistema vascular y con el sistema nervioso derivado de la comprensión de vasos y nervios. Para prevenirlo se debe:
1. Mantener la extremidad en posición antiedema.
2. Controlar el dolor de la extremidad inmovilizada.
3. Control de los pulsos distales.
4. Control de la temperatura, color, sensibilidad y movilidad de la parte distal.
5. Vigilar la aparición de erosiones o úlceras en la piel.

5 Discusión-Conclusión

El papel de la enfermería respecto a los cuidados que se deben realizar en el paciente, tras la colocación de una férula, es importante. La correcta actuación del personal sanitario consiste en, el minucioso registro de las observaciones e incidencias y la vigilancia de posibles complicaciones al igual que la prevención de éstas. Obtener los resultados minimiza el período de estancia del paciente en el hospital, evita que se retrase la curación de su dolencia y por consiguiente el inicio de una posible rehabilitación.

6 Bibliografía

- https://orthoinfo.aaos.org/es/recovery/cuidado-de-yesos-y-ferula-care-of-casts-and-splints/
- http://www.santetunisie.rns.tn/fr/prestations/prise-en-charge-des-malades
- http://www.medecine.ups

Capítulo 251

CUIDADOS DE LAS LESIONES EN EL PACIENTE CON PSORIASIS

DIANA TUÑÓN PASTOR

ISABEL BERTAULT BENEDICTO

IRENE MARÍA VILLAVERDE FONSECA

MARIA PILAR LOBATO ÁLVAREZ

1 Introducción

La psoriasis es un problema dermatológico importante. Es una dermatosis eritematoescamosa con lesiones delimitadas, pero de causa desconocida, aunque podemos decir que tiene una predisposición genética. Puede aparecer de forma crónica o recidivante y no es contagiosa.

Su origen puede ser debido a otros factores como son los traumatismos cutáneos, metabolismos y endocrino que en la pubertad pueden aumentar y en el embarazo mejorar y factores psicológico como por ejemplo el estrés emocional. También puede aparecer por factores infecciosos y climáticos como puede ser el frio que hace empeorar las lesiones y el sol, calor y humedad las mejora. La psoriasis puede llegar afectar a piel, uñas y mucosa.

La morfología de estas lesiones tiene forma de placa sobre elevada, rojo brillante y borde delimitado. Suele ser asintomático, pero a veces presenta prurito

2 Objetivos

- Establecer cuidados al paciente con psoriasis adecuados a las lesiones

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en bases de datos: Dialnet, scielo, pubmed y buscadores como google académico. Con descriptores en español: psoriasis, cuidados psoriasis, tratamiento psoriasis, síntomas y signos psoriasis. Se utilizaron criterios de inclusión: artículos 2014 hacia adelante y de exclusión artículos en inglés.

4 Resultados

Para poder realizar unos cuidados específicos al paciente con psoriasis debemos de realizar una anamnesis. Lo primero que debemos de conocer el tipo de psoriasis:

• La psoriasis en placas. Es la más frecuente. Podemos encontrarla pequeñas y grandes placas en codos, rodillas, cuero cabelludo. los síntomas son dolor, prurito. Suele permanecer años.

• Psoriasis guttata o en gotas. Es menos frecuente y en edad infantil. Se presenta en forma de pápulas eritematosas en tronco y extremidades. Suelen aparecer durante 2-3 meses y desaparecer.

• Psoriasis eritrodérmica. Es la menos común. Su clínica es enrojecimiento, prurito e hinchazón. Es una forma grave y se acompaña de fiebre.

• Psoriasis pustulosa. En esta aparecen pústulas blancas, que se extienden por todo el cuerpo. Ocasiona también fiebre, malestar. A los 2-3 días desaparece.

• Psoriasis invertida de pliegues. La podemos encontrar como una placa eritematosa bien delimitada, brillante y no aparece la descamación.se localiza en pliegues.

• Psoriasis ungueal. Es muy frecuente.

• Artritis psoriasica. Afecta a las articulaciones. Aparece dolor, hinchazón, calor y dificultad de movimientos. los tratamientos que se suelen administrar para disminuir los síntomas son tratamientos tópicos usado como tratamiento primario de elección: Aplicación de cremas, pomadas, geles en cantidades pequeñas y con suave masaje. Por otro lado, esta la fototerapia que consiste en aplicar una luz en la piel del paciente y el tratamiento sistémico que es la introducción de un fármaco.

Una vez visto los tipos y tratamientos, debemos de aconsejar al paciente acerca de la enfermedad y es necesario que lleve un buen seguimiento aportándole alguna recomendación como por ejemplo el agua del mar y la exposición al sol alivian los síntomas, se aconseja evitar geles y champús fuertes, la duchas deben ser con agua templada y de poca duración. Para el cuero cabelludo utilizar champús con PH ácido. Secar bien la piel y uso de hidratantes. En cuanto a la ropa usar fibra natural (algodón). Para el tratamiento de las uñas recortarlas bien evitando manicura y pedicura. Se aconseja realizar ejercicio físico, dieta equilibrada y dormir entre 7-8 horas. Para aliviar el prurito se aconsejan compresas de agua fría.

5 Discusión-Conclusión

Es importante conocer las causas y el tipo de psoriasis, para poder realizar los cuidados necesarios. El personal de enfermería deberá aconsejar al paciente para que tenga una buena calidad de vida aportando recomendaciones según las lesiones que tenga.

6 Bibliografía

• Palomar Llatas F. Enfermería dermatología. Psoriasis y sus cuidados.2020;6: 16-23. Disponible en: . https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4331389

• Del Barrio Lozano A. Trastornos en la calidad de vida y plan de cuidados estandarizado en un paciente con psoriasis. Cantabria.2019. p.4-36. Disponible en: https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/16484/DelBarrioLozanoAna.pdf?sequence=1&isAllowed=y

• Ribera Pibernat M. Convivir con la psoriasis [Internet]. Ed. medica panamerica;2014[Consultado el 3 de febrero]. Disponible en: https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=H7Pio0TxPz4C&oi=fnd&pg=PA28&dq=psoriasis+cuidados+espa%C3%B1a&ots=pjkZgsOslb&sig=zL9PY6E_0Pm8moOounNHCuShVfc#v=onepage&q&f=false

Capítulo 252

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LAS LESIONES DE LA MUCOSA ORAL

MARCOS GONZÁLEZ BLANCO

1 Introducción

Los diferentes tipos de úlcera se pueden clasificar en función de su etiología:
• Fracturas de piezas dentales o mal estado de ellas.
• Trastornos autoinmunitarios.
• Mala colocación de correctores dentales.
• Quemaduras solares.
• Sistema inmunitario deficitario (por gripe o resfriado)
• Variaciones del medio interno hormonal.
• Estrés.
• Morderse la mejilla, la lengua o los labios.
• Ingesta de alimentos calientes que producen quemaduras en boca y labios.
• Masticar o morder la planta del tabaco.
• Utilización de dispositivos eléctricos de manera continuada (cigarrillo electrónico).
• Herpes labial (virus del herpes simple)
• Tumores de boca.
• Sistema inmunitario deficitario (por gripe o resfriado)
• Déficit nutricional, carencia de algunos nutrientes u oligoelementos (minerales, vitaminas).

2 Objetivos

- Describir los cuidados a realizar en el paciente cuando padece úlceras a nivel de la mucosa oral.
- Reunir en un solo protocolo los cuidados de las heridas bucales.
- Actualizar los conocimientos sobre los cuidados a realizar en las heridas de la boca y de sus componentes.

3 Metodología

-Búsqueda y revisión bibliográfica en páginas web y revistas científicas.
-Puesta en común del equipo de investigación y revisión de protocolos.

4 Resultados

Entre los cuidados a tener en cuenta ante la presencia de heridas o lesiones en la mucosa oral, se encuentran:

• Hacer comidas blandas y frías.
• Mantener higiene oral escrupulosa. Debe lavar la boca, con un cepillo de cerdas suaves, después de cada comida, pasándolo también sobre la herida varias veces de forma suave.
• Hacer enjuagues orales varias veces al día con un colutorio antiséptico (Oraldine® o similar) o simplemente agua salada.
• Los puntos de dentro de la boca deben ser retirados en su Centro de Salud en 3 a 6 días (según se le indique).

5 Discusión-Conclusión

Tanto en el paciente hospitalizado como en el no hospitalizado las úlceras en la región bucal producen un disconfort importante, incluso pueden llegar a producir problemas en la ingesta de alimentos produciendo una desnutrición. Es tarea primordial de enfermería la cura de éstas e intentar garantizar la máxima comodidad así como el registro en una base de datos.

Otra función que se le puede incluir al personal sanitario, que aunque no se centre en la propia lesión, es igual de importante, es la que consiste en la prevención primaria y la prevención de estas heridas bucales.

6 Bibliografía

- https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003059.htm
- https://www.chu-tours.fr/pathologies-de-la-muqueuse-buccale.html

Capítulo 253

CASO CLÍNICO: ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE PSIQUIÁTRICO JOVEN EN URGENCIAS.

PAULA VELASCO MONTES

AROA DIAZ GARCIA

ANA BENGOECHEA FERNÀNDEZ- CASTAÑO

REBECA ROZA GONZÁLEZ

1 Introducción

Varón de 25 años con antecedentes de trastorno de la personalidad y dificultad para relacionarse con los demás, es remitido al servicio de urgencias del hospital de referencia por los servicios de emergencia UVI móvil, tras episodio de agresividad tanto con él mismo como con su entorno, agitación y autolesiones tras discusión con su padre y hermano mayor en el domicilio tras haber estado de fiesta todo el fin de semana y consumir cannabis y benzodiacepinas. Para realizar el traslado fue preciso administrar 15mgr IM de Midazolam.

2 Objetivos

- Realizar un plan de cuidados estandarizado a un paciente joven de 25 años, remitido al hospital tras un episodio de agitación, agresividad y autolesiones tras

discusión con familiares, previo consumo de cannabis y benzodiacepinas.
- Realizar una revisión bibliográfica con el propósito de encontrar información relacionada con la atención integral al paciente en situaciones de intoxicación por fármacos y episodios violentos.

3 Caso clínico

En el momento de su llegada a urgencias el paciente se encuentra consciente, orientado y poco colaborador. Responde a estímulos y a la llamada. Hemodinámicamente estable, con buenas saturaciones de O2 basales. Afebril. Buena hidratación. No edemas. Pupilas midriáticas.

En el momento de la exploración se pone muy agresivo, por lo que precisa contenciones en cinco puntos. Se deja en vigilancia y se administran 5mgr Diazepam IM y 1 ampolla de Haloperidol IM.
Se solicita interconsulta a psiquiatría cuando el paciente se encuentre más relajado y no esté bajo los efectos de la medicación administrada.

Se propone ingresar en el box de observación mientras cesa la intoxicación y poder realizar una evaluación de la situación adecuada, para así poder elegir el tratamiento a llevar a cabo. Tras informarle que por el momento, se quedará unas horas en observación, se pone muy agresivo y lucha para intentar quitarse las contenciones sin éxito. En varias ocasiones se le explica la situación y que lo que se está haciendo es por su bien y animamos a que colabore. Aún así, su actitud es cada vez más desafiante.

Mientras el paciente se encuentra en observación, aprovechamos para realizar una recogida de datos con sus familiares que presenciaron lo ocurrido. Su hermano nos cuenta que el consumo de cannabis en el último mes ha aumentado, tras romper con su novia. Intentaron proporcionarle ayuda a través de algún profesional, ya sea psicólogo o psiquiatra, pero rechaza cualquier tipo de ayuda. El padre afirma que cuando no fuma, está muy tranquilo y es muy cariñoso con ellos.

Se llevó a cabo un protocolo de trabajo que realizó:
• Definición de los criterios de inclusión y exclusión.
• Búsqueda de artículos relevantes que han sido publicados sobre la materia.
• Selección de los títulos y resúmenes que cumplen los criterios de selección.

• Revisión de los artículos que representan los estudios potencialmente seleccionados.
• Análisis y síntesis de los datos.
• Elaboración del plan de cuidados enfermero eligiendo los diagnósticos más apropiados para este caso en concreto.

Como criterios de inclusión y exclusión se establecieron el idioma utilizado, el español; y la antigüedad de publicación, que no superara los 8 años. Se seleccionaron artículos de las siguientes bases de datos: Science Direct, SCieloy Dialnet. Además, también se obtuvo información en Google Académico.

Se realizan pruebas complementarias: ECG normal, analítica de sangre urgente sin alteraciones y prueba de tóxicos en orina, siendo positiva en THC y BZD.

Se realiza la valoración en base a los patrones funcionales de Majory Gordon para luego formular los diagnósticos pertinentes según los patrones que se encuentren alterados. El uso de este sistema de valoración hace que obtengamos una importante cantidad de datos esenciales del paciente, lo que facilita, a su vez, el análisis de los mismos.

PATRÓN 1: PERCEPCIÓN-MANEJO DE LA SALUD. El paciente presenta alterada su percepción sobre su estado de salud, esto es debido a su edad. Todo esto pese a que tanto el personal de enfermería como sus padres y familiares intentan hacer que entienda su situación de enfermedad y lo que va a tener que hacer para superar este proceso. Teniendo esto en cuenta, su adherencia al tratamiento podría estar también alterada, de ahí la importancia de los profesionales de enfermería para garantizar su adecuado cumplimiento. Su higiene y aspecto general son adecuados.

PATRÓN 2: NUTRICIONAL-METABÓLICO. Disminución importante del apetito. Buena hidratación. Tiene conocimientos suficientes para llevar a cabo una dieta equilibrada pero no los aplica ya que dice no tener ganas. Presenta algunos arañazos y heridas superficiales provocadas por él mismo durante los episodios de autoagresión que ha presentado.

PATRÓN 3: ELIMINACIÓN. No hay alteración observada en el patrón de eliminación.

PATRÓN 4: ACTIVIDAD-EJERCICIO. Autónomo para las actividades de la vida diaria. Ocio: actualmente tiene ligera apatía y anhedonia pero le gusta salir a correr.

PATRÓN 5: SUEÑO-DESCANSO. Dificultad para conciliar el sueño. No descansa suficiente por las noches.

PATRÓN 6: COGNITIVO-PERCEPTUAL. Responde a estímulos y a la llamada. Orientado en tiempo y espacio. Aunque a su llegada, poco colaborador, con agitación e intranquilidad. Tras valoración pasadas 12h, se muestra más tranquilo y colaborador. Habla fluidamente, con prosodia adecuada. Discurso coherente y organizado, centrado en el episodio que ha motivado su estancia hospitalaria. Refiere gran dependencia a THC. No sentimientos autolíticos. No alteraciones del pensamiento.

PATRÓN 7: AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO. Conducta agresiva hacia él mismo, como hacia objetos, y también agresión hacia su familia y personal sanitario. Se encuentra nervioso durante todo el tiempo de ingreso, y en los ratos en los que se encuentra algo más tranquilo, mantiene una actitud apática. Muy negativo.

PATRÓN 8: ROL-RELACIONES. Está excesivamente preocupado porque su novia le ha dejado, pero reconoce tener un buen grupo de amigos.

PATRÓN 9: SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN. No hay alteración observada en el patrón sexualidad reproducción.

PATRÓN 10: ADAPTACIÓN-TOLERANCIA AL ESTRÉS. Incapacidad para afrontar la situación. Los mecanismos para afrontar la nueva situación es consumir tóxicos, pese a tener un buen apoyo familiar.

PATRÓN 11: VALORES-CREENCIAS. No se han recogido datos al respecto.

Después de realizar una valoración general y priorizar sobre los diagnósticos más importantes, se realiza un plan de cuidados estandarizado basado en el estado actual de la paciente, estableciendo como diagnósticos enfermeros (NANDA), intervenciones (NIC) y objetivos, resultados (NOC):

- Ansiedad R/C crisis situacional M/P agitación e insomnio.

Intervenciones:

4920. Escucha activa.

• Mostrar interés en el paciente.
• Mostrar conciencia y sensibilidad a las emociones.
• Aclarar el mensaje mediante el uso de preguntas y retroalimentación.
• Favorecer la expresión de sentimientos.

• Centrarse completamente en la interacción eliminando prejuicios, presunciones, preocupaciones personales y otras distracciones.
5820. Disminución de la ansiedad
• Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.
• Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad.
• Crear un ambiente que facilite la confianza.
• Identificar los cambios en el nivel de ansiedad.
• Determinar la capacidad de toma de decisiones del paciente.

Resultados:
1402. Autocontrol de la ansiedad.
1403. Refiere ausencia de manifestaciones físicas de ansiedad.
1404. Controla la respuesta de ansiedad.

- Insomnio R/C deterioro del patrón del sueño normal M/P dificultad para conciliar el sueño.
Intervenciones:
1850. Mejorar el sueño
• Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama.
• Determinar el esquema de sueño/vigilia del paciente.
• Establecer una rutina a la hora de irse a la cama que facilite la transición del estado de vigilia al del sueño.
• Fomentar el aumento de las horas de sueño.
• Observar / registrar el esquema y números de horas de sueño del paciente.
6040. Terapia de relajación simple
• Crear un ambiente tranquilo, sin interrupciones, con luces suaves y una temperatura agradable, cuando sea posible.
• Explicar el fundamento de la relajación y sus beneficios, límites y tipos de relajación disponibles (terapia musical, meditación y relajación muscular progresiva).
• Mostrar y practicar la técnica de relajación con el paciente.
• Reafirmar regularmente el uso de la relajación, alabar los esfuerzos y reconocer los resultados positivos conseguidos.
Resultados:
4. Sueño
5. Horas de sueño cumplidas.
6. Calidad del sueño.
7. Eficiencia del sueño.

- Déficit actividades recreativas R/C aislamiento social M/P apatía y negativismo.
Intervenciones:
4310. Terapia de actividad
• Determinar con el compromiso del paciente con el aumento de frecuencia y gana de actividades.
• Ayudar a elegir actividades coherentes con sus posibilidades físicas, psicológicas y sociales.
• Ayudar al paciente a identificar sus preferencias en cuanto a actividades.
• Ayudar a programar períodos específicos de actividad de diversión en la rutina diaria.
• Observar la respuesta emocional, física, social y espiritual a la actividad.
5100. Potenciación de la socialización
• Fomentar la implicación en relaciones potenciales y establecidas.
• Animar al paciente a desarrollar relaciones.
• Ayudar al paciente a que aumente la conciencia de sus virtudes y sus limitaciones en la comunicación con los demás.
• Responder de forma positiva cuando el paciente establezca el contacto con los demás.

Resultados:
1604. Participación en actividades de ocio
1605. Refiere relajación con las actividades de ocio.
1606. Identificación de opciones recreativas.

4 Discusión-Conclusión

Unos cuidados adecuados son la clave más importante del éxito terapéutico en la patología mental.
Gracias al proceso de atención de enfermería (PAE), se ha podido realizar una valoración y una continuidad de cuidados enfermeros de manera integral, pudiendo cubrir las necesidades del paciente de una manera eficaz y más humana, que centrándonos únicamente en el tratamiento de su enfermedad. Es una forma de brindar cuidados de calidad.

En la edad adolescente y en la que se observan importantes cambios, es importante saber que es todo lo que afecta e influye al paciente, para poder conocer las necesidades y brindar un cuidado individualizado de excelencia.

5 Bibliografía

- North American Nursing Diagnosis Association. NANDA. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificaciones 2018-2020. Elsevier. Madrid; junio 2019.
- Moorhead S, Johnson M, Mass M, Swanson E. Clasificación de resultados de enfermería NOC. 6ª edición. Elsevier. Madrid; 2018.
- Bulechek G, Butcher H, Dochterman J, Wagner, M.Clasificación de intervenciones de enfermería NIC. 7ª edición. Elsevier. Madrid; 2018.

Capítulo 254

CUIDADOS DE ENFERMERÍA TRAS LA COLOCACIÓN DE UNA FÉRULA DE INMOVILIZACIÓN

MARCOS GONZÁLEZ BLANCO

1 Introducción

Las prótesis de inmovilización o férulas son dispositivos o elementos de tamaños y materiales diversos que pueden aplicarse a un segmento del cuerpo con diferentes finalidades como por ejemplo:
-Fijar una parte del cuerpo en una posición determinada para corregir o evitar deformaciones.
-Inmovilizar una extremidad permitiendo el acceso a los tejidos blandos.
-Inmovilizar una extremidad o más, de forma provisional a la espera de otro tratamiento.

2 Objetivos

- Actualizar los conocimientos sobre las férulas de inmovilización.
- Describir de las observaciones y los cuidados que hay que tener tras la colocación de una férula en una parte del cuerpo.

3 Metodología

• Búsqueda y revisión bibliográfica de diferentes protocolos y guías.
• Puesta en común con el equipo de investigación.

4 Resultados

Las principales complicaciones tras la colocación de estos dispositivos son las relacionadas con el sistema vascular y con el sistema nervioso derivado de la comprensión de vasos y nervios. Para prevenirlo se debe:
1. Mantener la extremidad en posición antiedema.
2. Controlar el dolor de la extremidad inmovilizada.
3. Control de los pulsos distales.
4. Control de la temperatura, color, sensibilidad y movilidad de la parte distal.
5. Vigilar la aparición de erosiones o úlceras en la piel.

5 Discusión-Conclusión

El papel de la enfermería respecto a los cuidados que se deben realizar en el paciente, tras la colocación de una férula, es importante. La correcta actuación del personal sanitario consiste en, el minucioso registro de las observaciones e incidencias y la vigilancia de posibles complicaciones al igual que la prevención de éstas. Obtener los resultados minimiza el período de estancia del paciente en el hospital, evita que se retrase la curación de su dolencia y por consiguiente el inicio de una posible rehabilitación.

6 Bibliografía

- https://orthoinfo.aaos.org/es/recovery/cuidado-de-yesos-y-ferula-care-of-casts-and-splints/
- http://www.santetunisie.rns.tn/fr/prestations/prise-en-charge-des-malades
- http://www.medecine.ups

Capítulo 255

¿CÓMO VIVEN LA SEXUALIDAD LOS ADULTOS EN NUESTRO ENTORNO?

PATRICIA PÉREZ IGLESIAS

1 Introducción

La sexualidad continúa siendo uno de los principales temas tabú tanto en la sociedad como en la atención sanitaria.

El sexo y la sexualidad se vivencian de maneras diferentes según la edad, además nuestra sociedad sigue acogiendo mitos como que la sexualidad en la infancia es inexistente y que en la vejez desaparece, dejando el sexo disponible únicamente para la edad adolescente/adulta. Nada mas lejos de la realidad, el sexo no tiene una edad, sino que evolucionamos con él desde la infancia. Sin embargo, basándonos en esta esta etapa en la que parece que la sexualidad tiene su gran momento ¿Cómo la vivenciamos?.

Además de las vivencias, las relaciones sexuales pueden implicar problemas, tanto emocionales, como fisiológicos (por ejemplo infecciones o enfermedades de transmisión sexual), así como generar dudas dentro de las parejas.

Desde la consulta de enfermería debemos mostrar respeto y mostrarnos abiertos a tratar de resolver los problemas de nuestros pacientes, de manera que puedan disfrutar de relaciones sexuales satisfactorias y seguras.

2 Objetivos

- Conocer cuales son las vivencias en cuanto a sexualidad de los adultos.

- Describir los principales problemas que sufren los pacientes.

3 Metodología

Este trabajo ha sido elaborado a partir de una revisión bibliográfica de carácter sistemático. Se ha realizado una búsqueda de literatura científica, actual y relevante sobre el tema a tratar y con el propósito de dar respuesta a los objetivos planteados en el proyecto. Para elaborarlo se procedió a la pregunta clínica: ¿Cómo viven la sexualidad los adultos en nuestro entorno?, a partir de la secuencia tipo PIR.

Esta revisión se centró por lo tanto en reconocer el funcionamiento de los catéteres venosos centrales. Como estrategia de búsqueda se seleccionaron Descriptores de Ciencias de la Salud (DECs) y Medical Subjets Healings (MeSH) combinados con el operador booleano AND. La búsqueda de artículos se realizado en bases de datos como PubMed y CUIDEN.) Y en la página del ministerio de sanidad en búsqueda del protocolo de prevención de bacteriemias. Así como revistas científicas como Rol de enfermería.

Como palabras clave se utilizaron: sexualidad, adulto, enfermera.

4 Resultados

Según los expertos, a los 20 años tanto hombres como mujeres se encuentran en un momento de plenitud de su sexualidad sobre todo desde el punto de vista fisiológico: la respuesta sexual es más rápida, el deseo es alto… sin embargo no es vivenciado igual por cada una de las partes: algunos hombres siguen considerando importante el "cuantas veces", mientras que la chicas les preocupa mas el consolidar una relación; además hay un gran contraste social en ellas, algunas continúan con complejos y con ideales impuestos como que el sexo es algo "mal visto", sin embargo otras se han deshecho de estas imposiciones y expresan su sexualidad de una manera mucho mas libre que les permite disfrutar mas de ella.

Algo que podemos afirmar es que el paso del tiempo juega en contra de la sexualidad en lo fisiológico, se pierde velocidad de respuesta sexual, y las necesidades sexuales tanto de hombres y mujeres cambian, al igual que las viviencias sobre la sexualidad.

Los hombres se sienten "mas presionados" para poder "estar a la altura" mientras que según los expertos las mujeres están en la fase de mayor disfrute de su sex-

ualidad. Además, para algunas la menopausia significa la liberación total de las preocupaciones reproductivas, lo que les permite vivir y disfrutar su sexualidad al máximo.

En lo emocional a los 45-55 años se producen las mayores tastas de infidelidad.

Por último, durante la vejez, etapa llena de falsos mitos y creencias de que el sexo desaparece. Algunos cambios fisiológicos que el varón experimenta en la madurez: necesita mayor tiempo de estimulación para conseguir la erección, siendo además menor la duración de ésta y del orgasmo; se necesita igualmente más tiempo para recuperarse después de una erección; se retrasa la eyaculación y ésta es menos intensa. También aparece un aumento de la incidencia de disfunciones sexuales asociadas con la edad y debidas tanto a causas médicas y psicológicas como a la ingesta de fármacos. Muchas personas mayores, por no tener dicha información, pueden experimentar un aumento de su ansiedad ante los cambios que se van produciendo. A todo ello hay que añadir factores como:
• La falta de intimidad (muchos están viviendo en residencias).
• El estereotipo cultural negativo: asociar la sexualidad meramente con la reproducción o fertilidad
• La presión social o de su entorno
• La pérdida de la pareja por fallecimiento.

Principales problemas sexuales:

La sexualidad es un área en la que se entrecruzan factores biológicos, psicológicos y sociales y que afecta de forma directa a aspectos emocionales y relacionales del individuo. No es fácil encontrar un equilibrio en todos estos.
Los problemas más frecuentes son las llamadas ”disfunciones sexuales”, trastornos que afectan a las distintas fases de la respuesta sexual. Según nuestro modelo sexual actual, las disfunciones sexuales más habituales son las siguientes:
• Trastornos del deseo sexual, que pueden afectar tanto a hombres como a mujeres.
• Disfunciones en la erección y en la eyaculación, que puede ser demasiado rápida, demasiado lenta o imposible de alcanzar, en el caso de los hombres.
• Dificultades en la excitación, en alcanzar el orgasmo o problemas en la mecánica coital, bien por dolor (dispareunia) o por imposibilidad de llevar a cabo la penetración (vaginismo), en el caso de las mujeres.
• Otros problemas comunes que afectan a la sexualidad son la aversión al sexo y, en el polo opuesto, la adicción al sexo.

En diversas ocasiones los problemas que pueden plantearnos nuestros pacientes no son verdaderas disfunciones, es decir no siempre debemos buscar un problema fisiológico. En michos casos se tratará de problemas principalmente de comunicación entre los miembros de la pareja, muchas veces basados en la diferencia de deseos. Pero también pueden surgir problemas cuando hay diferencias en el tiempo o modo de excitación o en el tiempo en alcanzar el orgasmo. La fisiología sexual es muy distinta entre individuos y posee una característica esencial: no se puede controlar voluntariamente.

Además de estos problemas del deseo, podemos encontrar problemas que afecten a la salud de uno o los dos integrantes de la pareja, principalmente basados en conductas sexuales de riesgo. Este tipo de problemas en más frecuente en la población adulta joven o entre adolescentes y está principalmente basada en el desconocimiento de los riesgos y en la necesidad de aceptación en el grupo de iguales.

Como enfermeras debemos de estar preparados para tratar con este tipo de pacientes y ofrecerles alternativas y prácticas saludables de manera que el sexo no se convierta en un factor de riesgo para su salud. Debemos informarles sobre los diferentes métodos anticonceptivos disponibles, así como las principales enfermedades de transmisión sexuales que pueden contraerse y los problemas que pueden causarles si no realizan una práctica segura.

5 Discusión-Conclusión

- El sexo continúa siendo un tema tabú tanto en nuestra sociedad como dentro del sistema sanitario.
- Desde las consultas de enfermería los profesionales debemos mostrarnos abiertos a tratar las inquietudes y problemas de nuestros pacientes.
- Los profesionales no cuentan con la formación ni información suficiente a pesar de ser un tema que implica a una cantidad de población importante.
- Dependiendo principalmente de la edad y la etapa vital en la que se encuentre cada persona las vivencias y las expectativas de las relaciones sexuales variarán.
- Los principales problemas en los jóvenes serán las conductas sexuales de riesgo y en la edad adulta las relacionadas con el deseo.

6 Bibliografía

1. Piergiorguio M. La Vanguarida [sede web]. La vanguardia; 22/11/2013 [6 de diciembre 2013; acceso 19 noviembre 2018]. Disponible en: https://www.lavanguardia.com
2. Maria ponte. MAria Ponte psicóloga-sexologa(sede web) [acceso 20 noviembre 2018]. Disponible en: http://www.marianponte.com
3. Problemas relacionados con la sexualidad. Centro Médico Teknon, Disponible en: http://www.teknon.es

Capítulo 256

URGENCIAS EN EL CENTRO DE SALUD

YOLANDA ROCES FERNÁNDEZ

AIDA VALLINA RIESTRA

1 Introducción

Es importante valorar al paciente que llega a atención primaria, tanto psicológica como fisicamente.

2 Objetivos

Valorar constantes vitales para adelantarse a posibles urgencias que puedan aparecer.

3 Caso clínico

Estando de guardia en urgencias acude un hijo con su padre enfermo de alzheimer que manifiesta que se ha tragado una pila pensando que eran sus pastillas.

Se toman constantes y se valora la presencia de cuerpos extraños en vía aérea. El paciente respira con normalidad, sin presencia de trabajo respiratorio. Está muy angustiado por tener que causarle a su hijo las molestias de llevarlo. Se hace un volante para derivar al servicio de urgencias hospitalarias y que valoren respecto a placa de control donde se encuentra la pila. Se le dice que no puede comer ni beber nada hasta que no le atiendan en el hospital.

El paciente a los dos días volvió por el servicio de urgencias para agradecernos nuestros cuidados. Dijo que le habían hecho una placa y que la pila como se encontraba ya en los intestinos que tenia que observar sus heces para ver si la eliminaba. Si no era así tendría que volver. Nos comunicó que ya la había expulsado y que estaba muy agradecido.

4 Discusión-Conclusión

Saber diferencias entre urgencias/emergencias, así como valorar a un paciente y actuar acorde a su estado.

Es necesario tener una adecuada formación y saber evaluar su estado acorde con las circunstancias. Para ello es importante realizar una valoración meticulosa y detallada.

5 Bibliografía

1. C. Cuerpo extraño en el ojo: MedlinePlus enciclopedia médica [Internet]. Medlineplus.gov. 2020 [cited 10 February 2020]. Available from: https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002084.htm
2. Rodiles Martínez F. Ingestión de cuerpos extraños: un reto para el cirujano [Internet]. Scielo.sld.cu. 2020 [cited 10 February 2020]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552003000600004
3. Index-f.com. 2020 [cited 10 February 2020]. Available from: http://www.index-f.com/evidentia/n44/ev9208.php

Capítulo 257

DETECCIÓN DE LA ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

CARLOS CANGA GUTIÉRREZ

ANDREA AGUADO ARCONADA

SANDRA GARCÍA FERNÁNDEZ

RAÚL FERNÁNDEZ CASTRO

PAULA FERNÁNDEZ ÁLVAREZ

1 Introducción

La enfermedad arterial periférica (EAP) se puede definir como un ”conjunto de síndromes no coronarios causados por un deterioro progresivo del flujo arterial, debido a una alteración de la estructura y función de las arterias que irrigan el cerebro, los órganos viscerales o los miembros” (1).

Teniendo en cuenta su etiopatogenia el mecanismo fisiopatológico normalmente implicado en los procesos que llevan a la EAP es la aterosclerosis, precursora de la arteriosclerosis, considerándose esta como un proceso sistémico e inflamatorio que ocasiona el engrosamiento de las capas arteriales íntima y media con pérdida de la elasticidad, siendo la lesión básica la placa de ateroma (1). Existen otros procesos con menor influencia en la EAP como son las enfermedades degenerativas, arteritis, displasias, trombosis y tromboembolismo (1).

Esta revisión bibliográfica se centrará fundamentalmente en la EAP que afecta a los miembros inferiores. La claudicación intermitente de los miembros inferiores es la forma más frecuente de presentación clínica, caracterizada por fatiga, disconfort o dolor que se produce en los músculos de la pierna debido a la isquemia inducida por el ejercicio, con una evolución clínica de dolor de tipo intermitente y en los estadios más avanzados en situación de reposo. A pesar de ser el síntoma más prevalente solo está en el 15-35% de los casos (2). Se estima que solamente entre el 1 y el 3% de las personas que presentan claudicación intermitente sufrirán una amputación en los próximos 5 años (3).

La EAP en miembros inferiores presenta una particularidad con respecto al resto de afectaciones corporales puesto que aquí las placas de alto riesgo son muy estenóticas y fibrosas. Se considera que el riesgo de ruptura de la placa de ateroma en los miembros inferiores es bajo con relación al existente en las coronarias. Y también es destacable que el flujo no se ve en gran medida afectado incluso con grandes lesiones arterioescleróticas. Es por ello que muchas personas permanecen asintomáticas o únicamente con sintomatología de esfuerzo (claudicación intermitente) a pesar de la presencia de grandes placas de ateroma, considerándose rara la isquemia critica de miembros inferiores. Todo ello contribuye al importante infradiagnostico de la enfermedad (4).

Si bien es cierto que en la mayor parte de las personas la EAP sigue un curso gradual de instauración de forma crónica, en alguna otra ocasión la isquemia se puede instaurar rápidamente, amenazando la viabilidad del miembro, conociéndose este cuadro como isquemia arterial aguda(4,5).

La epidemiologia y las consecuencias clínicas de la EAP tienen una gran relación con los factores de riesgo cardiovascular clásicos. En grandes rasgos podríamos decir que la prevalencia es mayor en hombres que en mujeres, puesto que los casos de claudicación intermitente es hasta dos veces superior en el sexo masculino y los episodios de isquemia critica se presentan hasta tres veces más en este sexo.

La edad es otro factor fuertemente relacionado, pues se comporta que a mayor edad el riesgo de EAP aumenta (6). La diabetes incrementa el riesgo de EAP entre 3 y 4 veces y está presente en el 12-20% de las personas con EAP. Es destacable que el riesgo de amputación en los pacientes diabéticos con EAP supera hasta en 15 veces al de los no diabéticos con EAP. En relación al tabaco los estudios llevados a cabo estiman que el riesgo de EAP por su consumo es 3-4 veces mayor y el de claudicación intermitente, de unas 3 a 10 veces. Las cifras de colesterol total elevadas, el descenso del HDL-colesterol y el aumento del LDL-colesterol se

han asociado con la EAP, reflejando resultados de que cada incremento del colesterol total de 10mg/dl aumenta el riesgo de EAP en un 5-10%. Otros factores de riesgo relacionados son la hipertension, raza negra, niveles altos de proteína C-reactiva, Insuficiencia renal crónica, hiperhomocisteinemia y deficit de vitamina D (7-9,1).Como consecuencia del carácter sistémico de la aterosclerosis, el pronóstico de los pacientes con EAP se ve influenciado por un alto riesgo cardiovascular, particularmente en relación con eventos coronarios y cerebrovasculares (10-12).

Se calcula que los pacientes con EAP tienen un riesgo de mortalidad por infarto agudo de miocardio del 40 al 60% y de accidente cerebrovascular del 10 al 20%. A su vez, la severidad de la EAP también se ha relacionado con la supervivencia a los 10 años del 80%, 50% y 10% en los controles, pacientes con claudicación intermitente y pacientes con isquemia critica del miembro inferior, respectivamente (1).La calidad de vida en los pacientes con EAP se ve alterada, tal y como se refleja en un estudio donde los encuestados obtuvieron peores resultados en los dominios a evaluar. Quienes hayan sido amputados, la habilidad de volver a caminar con una prótesis tiene el mayor impacto en la calidad de vida, siendo la amputación transfemoral la que consigue peores resultados negativos por la dificultad que supone volver a retomar la deambulación (12). En la literatura se describen otros factores negativamente relacionados con la calidad de vida como son la edad avanzada, sexo masculino, largo tiempo de amputación, diabetes y un soporte social bajo (13).

Los métodos de diagnóstico empleados son variados y existe un debate abierto en relación a la efectividad y limitaciones de cada uno de ellos. Se pueden basar en test clínicos o instrumentales, invasivos o no, realizados en reposo o con ejercicio y con diferente rendimiento ya sean pruebas de tipo diagnostico o para descartar la enfermedad (14).

La prevalencia de la EAP está muy íntimamente ligada a la edad y la presencia de factores de riesgo cardiovascular en el grupo de población a estudio, situándose en población española cifras acumuladas a los 50,60 y 70 años del 6,2%, 9,1% y 13,1% (3). A raíz de lo anteriormente expuesto, sigue siendo necesario que se realice un esfuerzo importante para que los profesionales de la salud tomen conciencia y a la población general sobre la importancia de llevar a cabo estrategias de tratamiento y prevención más precoces y eficientes dirigidas a los 40 millones de personas con patología de EAP en el continente europeo (15,16).

2 Objetivos

- El objetivo principal del siguiente trabajo será describir los principales métodos diagnósticos que existen desde la consulta de Atención Primaria para el abordaje de la EAP y sus posibles limitaciones.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda durante el mes de Octubre de 2019 en las siguientes bases de datos: Biblioteca Virtual de la Salud (BVS), Pubmed, Science Direct, Dialnet y Teseo; sin utilización de filtro temporal pero sí que el contenido estuviese publicado en idioma castellano e inglés. También se amplió la búsqueda con Guías de Práctica Clínica.

Los términos claves empleados fueron según la terminología MeSH: ”primary health care” AND ”Peripheral Arterial Disease”. Teniendo en cuenta los descriptores según la terminologia DeCS ”Atencion Primaria de Salud” y ”Enfermedad Arterial Periferica”. Los artículos seleccionados debían cumplir los criterios de inclusión anteriormente mencionados en relación al idioma y los descriptores utilizados. Finalmente se trabajó con una media de 15 artículos.

4 Resultados

El abordaje diagnóstico de la EAP se basa en primer lugar en la realizacion de la historia clínica personal y familiar. Es importante registrar información relativa a los hábitos de vida, patrones dietéticos y grado de actividad física (17).

A continuación la exploración clínica continúa siendo un pilar fundamental y que se basará en tres acciones principales: inspeccion, palpación y auscultación. Con la inspeccion lograremos determinar si hay cambios en la coloración de la piel, con predominio de palidez y cianosis, sequedad cutánea, perdida de vello, alteraciones del lecho ungueal, elentecimiento del relleno capilar y colapso venoso.

En un estudio llevado a cabo en Dinamarca (18) la palpación de los pulsos pedio, tibial posterior, poplíteo y femoral tuvo un 71,1% de sensibilidad y 72,3% de especificidad para el diagnóstico de la EAP, de tal forma que el riesgo de sufrir la enfermedad al estar los 4 pulsos presentes era del 5%. Finalmente la auscultación serviría para descartar uno de los signos más clásicos de la EAP que son los soplos femorales (19). Existen a su vez dos cuestionarios ampliamente utilizados

como son el WHO-Rose y el de Edinburgh con sensibilidad entre el 60-95% y especificidad entre el 90 y 100%, sin embargo no son recomendables de aplicar en población diabética. Las técnicas descritas nos sirven para aproximarnos al diagnóstico de EAP pero son los métodos instrumentales y las pruebas de imagen y hemodinámicas las que nos confirmarán el diagnostico (1).

El índice tobillo-brazo es una herramienta útil para el diagnóstico y la supervisión de la EAP, considerándose actualmente como la prueba de referencia no invasiva. Existen varias modalidades. Los valores normales del ITB se situarán entre 1-1.4. Un resultado menor de 0.9 en reposo significa confirmar el diagnóstico de EAP y el riesgo por mortalidad cardiovascular incrementado en 3-5 veces. Además del riesgo Cardiovascular general , el ITB puede identificar el riesgo de la persona de desarrollar heridas en los pies y asesorar para una correcta prevención. Si la cifra es menor de 0.4 nos encontramos con una isquemia severa. La Guía de la AHA del 2011 (20) contemplo que el ITB debería ser medido en todos los pacientes con sospecha de EAP, en base a cumplir alguno de los siguientes criterios:
- Edad mayor de 65 años
- Edad mayor de 50 años pero con diagnóstico de diabetes o fumador
- Úlceras que no cicatrizan
- Presencia de Claudicación intermitente

Las guía europea (1) también incluye que es necesario medir el ITB en las personas con Enfermedad Renal Crónica, Insuficiencia Cardiaca, edad mayor de 50 años con antecedentes familiares de riesgo elevado, ausencia de pulso en las extremidades inferiores y soplo arterial, conjuntamente con las indicaciones mencionadas anteriormente. En el contexto español se ha validado la herramienta REASON (21) que indica en que pacientes debería realizarse el ITB en función de la edad, sexo, historia de tabaquismo y presión arterial sistolica y diastólica.

La realizacion correcta de la técnica implica que se siga el siguiente orden de medición: braquial derecha, tibial posterior derecha, dorsal pedia derecha, tibial posterior izquierda, dorsal pedia izquierda, braquial izquierda y nueva toma braquial derecha para amortiguar el efecto del estrés inicial. ”Cuando los valores entre las dos mediciones de las arterias braquiales derechas difieren en más de 10mmHg, solo se considera el segundo valor. Cuando los valores difieren en menos de 10 mmHg, se hace el promedio entre ambas mediciones”(22).

Es preciso señalar que la precisión diagnostica del ITB Doppler no es perfecta y varia ampliamente según la población de estudio, el punto de corte utilizado y la pericia con la técnica. Presenta como principal limitación la calcificación arte-

rial, que provoca que las arterias sean difícilmente comprimibles y que normalmente afecta a los pacientes diabéticos, con insuficiencia renal o edad avanzada. Otra limitación es que se necesitan aproximadamente unos 15-20 minutos para su realizacion, requiere cierta curva de aprendizaje, no está exento del sesgo de observación y no permite la medición simultanea de la presión arterial sistolica en los cuatro miembros (23,24).

Es por ello que surgió el ITB oscilométrico como herramienta diagnostica que facilita la medición de la presión arterial de forma automática en los cuatro miembros, caracterizándose por ser simple y rápido. Con este método el rango de sensibilidad y especificidad para detectar EAP fue del 29-93% y 96-98% respectivamente. Una de las limitaciones principales seria la capacidad del oscilómetro para medir presiones sistólicas por debajo de 50-80 mmHg. En una revisión sistemática (23) llevada a cabo para comparar la precisión diagnostica del ITB oscilometrico y del Doppler obtuvo que el primero de ellos podría considerarse como una herramienta útil en el diagnóstico de EAP, en particular cuando los miembros calcificados y los errores de medición oscilométricos son considerados como EAP equivalentes. Apunto también que valores en el límite en la población diabética deberían considerarse sospechosos de EAP. Sin embargo persiste controversia en relación a estos resultados, con la necesidad de que se aporta más evidencia con otros estudios (24,25).

Otra modalidad empleada en algunos escenarios como las unidades del pie diabético y también reproducibles en los Centros de Salud es el índice dedo brazo. Se fundamenta en realizar una comparación de las presiones sistólicas de las arterias colaterales del 1º dedo del pie con las presiones de las arterias braquiales del brazo. Según las guías del ACC/AHA esta técnica se debería usar para establecer el diagnóstico de la EAP cuando esta es sospechada por el ITB pero su resultado no es fiable debido a la presencia de arterias no comprimibles, es decir calcificación, debido a que las arterias colaterales del dedo se ven poco afectadas por la misma (20).

Existen una gran variedad de métodos diagnósticos complementarios y esenciales, algunos de ellos invasivos, que no se utilizan en el contexto de la Atención Primaria, entre los que cabe mencionar la claudicometría en tapiz rodante, medición de la presión de oxigeno transcutanea, test de la hiperemia reactiva, medición de presiones segmentaria, ultrasonografía dúplex, angiografía por sustracción digital, angiografía por tomografía computarizada y angiografía por resonancia magnética (1).

5 Discusión-Conclusión

La enfermedad arterial periférica (EAP) es una manifestación de aterosclerosis estrechamente relacionada con la edad que presenta una alta prevalencia en los países occidentales. Aunque la prevalencia en los menores de 50 años es baja, afecta aproximadamente al 20% de la población de 80 años. Además, la EAP ha demostrado ser un factor de riesgo para la arteriopatía coronaria y las enfermedades cerebrovasculares.

No obstante, esta enfermedad esta infradiagnosticada e infratratada con motivo de que un tercio de los pacientes afectados por EAP no presentan sintomatología. La prueba diagnóstica de referencia es la angiografía que es un método invasivo, es por ello que desde la consulta de Atención Primaria disponemos de otras pruebas que nos pueden acercar al diagnóstico y se consideran fiables y reproductibles: el Índice Tobillo Brazo.

6 Bibliografía

1. Aboyans V, Baptiste Rico J, Bartelink ML, Björck M, Brodmann M, Cohnert T et al. Guia ESC 2017 sobre el diagnostic y tratamiento de la enfermedad arteria periférica, desarrollada en colaboración con la European Society for Vascular Surgery (ESVS). Rev Esp Cardiol, 2018;71(2):111.
2. Serrano Hernando FJ, Martin Conejero A. Enfermedad arterial periférica: aspectos fisiopatológicos, clínicos y terapéuticos. Rev Esp Cardiol. 2007:60(99:969-82.
3. Felix-Redondo FJ, Fernandez Berges D, Grau M, Baena-Diez JM, Mostaza JM, Vila J. Prevalence and clinical characteristics of peripheral arterial disease in the study population Hermex. Rev Esp Cardio. 2012; 65 (8): 726-33.
4. Davies PF. Hemodynamic shear stress and the endothelium in cardiovascular pathophysiology. Nat Clin Pract Cardiovasc Med. 2009;6(1):16-26.
5. Poredos P, Jezovnik Mk. Structure of atherosclerotic plaques in different vascular territories: clinic relevance. Curr Vasc Pharmacol. 2017.
6. Norgren L, Hiatt WR, Dormandy JA, Nehler MR, Harris KA, Fowkes FGR. Inter-Society Consensus for the Management of Peripheral Arterial Disease (TASC II). Journal of Vascular Surgery. 2007;45(1): 5-67.
7. Meijer WT, Hoes AW, Rutgers D, Bots ML, Hofman A, Grobbee DE. Peripheral arterial disease in the elderly: The Rotterdam Study. Arterioscler Thromb Vasc Biol. 1998;18(2):185-92.

8. Smith GD, Shipley MJ, Rose G. Intermittent claudication, heart disease risk factors, and mortality. The Whitehall Study. Circulation. 1990;82(6):1925-31.
9. Selvin E, Marinopoulos S, Berkenblit G, Rami T, Brancati FL, Powe NR, et al. Meta-analysis: glycosylated hemoglobin and cardiovascular disease in diabetes mellitus. Ann Intern Med. 2004;141(6):421-31
10. Fowkes FG, Housley E, Cawood EH, Macintyre CC, Ruckley CV, Prescott RJ. Edinburgh Artery Study: prevalence of asymptomatic and symptomatic peripheral arterial disease in the general population. Int J Epidemiol. 1991;20(2):384-92.
11. Bhatt DL, Steg PG, Ohman EM, Hirsch AT, Ikeda Y, Mas JL, et al. International prevalence, recognition, and treatment of cardiovascular risk factors in outpatients with atherothrombosis. Jama. 2006;295(2):180-9.
12. Wu A, Coresh J, Selvin E, Tanaka H, Heiss G, Hirsch AT, et al. Lower Extremity Peripheral Artery Disease and Quality of Life Among Older Individuals in the Community. J Am Heart Assoc. 2017;6(1).
13. Davie-Smith F, Coulter E, Kennon B, Wyke S, Paul L. Factors influencing quality of life following lower limb amputation for peripheral arterial occlusive disease: A systematic review of the literature. Prosthet Orthot Int. 2017; 41(6): 537-47.
14. Fores Raurell R, Alzamora Sas MT, Baena Diez JM, Pera Blanco G, Toran Monserrat P, Ingla Mas J. [Underdiagnosis of peripheral arterial disease in the Spanish population. ARTPER study]. Med Clin (Barc). 2010;135(7):306-9.
15. De Weerd M, Greving JP, de Jong AW, Buskens E, Bots ML. Prevalence of asymptomatic carotid artery stenosis according to age and sex: systematic review and metaregression analysis. Stroke. 2009;40:1105-13.
16. Razzouk L, Rockman CB, Patel MR, Guo Y, Adelman MA, Riles TS et al. Coexistence of vascular disease in different arterial beds: peripheral artery disease and carotid artery stenosis-data from Life Line Screeening VR. Artherosclerosis. 2015;241:687-91.
17. Grondal N, Sogaard R, Lindholt JS. Baseline prevalence of abdominal aortic aneurysm, peripheral arterial disease and hypertension in men aged 65-74 years from a population screening study (VIVA trial). Br J Surg. 2015;102:902-906.
18. Londero LS, Lindholt JS, Thomsen MD, Hoegh A. Pulse palpation is an effective method for population-based screening to exclude peripheral arterial disease. J Vasc Surg. 2016; 63(5):1305-10.
19. Khan NA, Rahim SA, Anand SS, Simel DL, Panju A. Does the clinical examination predict lower extremity peripheral arterial disease? Jama. 2006;295(5):536-46.
20. Rooke TW, Hirsch AT, Misra S, Sidawy AN, Beckman JA, Findeiss LK, et al. 2011 ACCF/AHA focused update of the guideline for the management of pa-

tients with peripheral artery disease (updating the 2005 guideline). Vasc Med. 2011;16(6):452-76.
21. Ramos R, Baena-Diez JM, Quesada M, Solanas P, Subirana I, Sala J, et al. Derivation and validation of REASON: a risk score identifying candidates to screen for peripheral arterial disease using ankle brachial index. Atherosclerosis. 2011;214(2):474-9.
22. Aboyans V, Criqui MH, Abraham P, Allison MA, Creager MA, Diehm C, et al. Measurement and interpretation of the Ankle-Brachial Index: A scientific statement from the American Heart Association. Circulation. 2012;126(24):2890-909.
23. Herraiz Adillo A, Cavero Redondo I, Alvarez Bueno C, Martinez Vizcaino V, Pozuelo Carrascosa DP, Notario Pacheco B. The accuracy of an oscillometric ankl-brachial index in the diagnosis of lower limb peripheral arterial disease: a systematic review and meta-analysis. Int J Clin Pract. 2017;71(9).
24. Span M, Gersak G, Millasseau SC, Meza M, Kosir A. Detection of peripheral arterial disease with an improved automated device: comparison of a new oscillometric device and the standard Doppler method. Vasc Health Risk Manag. 2016;12:305-11.
25. Ma J, Liu M, Chen D, Wang C, Liu G, Ran X. The Validity and Reliability between Automated Oscillometric Measurement of Ankle-Brachial Index and Standard Measurement by Eco-Doppler in Diabetic Patients with or without Diabetic Foot. Int J Endocrinol. 2017;2017:2383651.

Capítulo 258

DISFAGIA, UN PROBLEMA EN EL ENVEJECIMIENTO

ELENA VALDES ALVAREZ

SONIA CAMPOLLO RODRIGUEZ

SANDRA CARBAJAL AMORIN

1 Introducción

La disfagia es un problema de salud muy frecuente en nuestra comunidad que afecta en la mayor parte a las personas mayores.
Este viene relacionado frecuentemente con graves complicaciones nutricionales y elevada prevalencia de neumonías aspirativas y broncoaspiraciones.
La disfagia se podría definir como una alteración asociada a molestias o problemas al tragar. Las personas que padecen esta enfermedad tienen dificultades para formar en la boca el bolo alimenticio (la porción de alimento que se debe tragar) o para que el bolo se desplace desde la boca hasta el estómago.

2 Objetivos

- Identificar que sufren este síndrome.
- Buscar las causas para ver si se pueden corregir.
- Buscar las alternativas para evitar la broncoaspiración y las neumonías aspirativas.
- Evitar problemas nutricionales como la desnutrición o la deshidratación.
- Mejorar el apetito del anciano.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se consultan varias plataformas digitales, así como libros de cursos de formación. También se incluyen valoraciones que observamos en el trabajo que realizamos en nuestros centros.

4 Resultados

- Se observa que hay un gran número de ancianos con este síndrome. Con los protocolos de detección utilizando instrumentos de cribado sencillos se evitan complicaciones mayores.
- Valorando el nivel de conciencia, evaluación de psicofármacos, limpieza de boca, cuidados en la postura en la ingesta se previene en gran medida la broncoaspiración.
- Para poder identificar las personas con esta patología se analizan distintas variables como son: clínicas, bioquímicas, enfermedades previas, tratamiento farmacológico, antecedentes de disfagia y broncoaspiración.
- Usamos también varias escalas como son: Barthel, Mini-MNA.
- Se reduce el riesgo de broncoaspiración controlando el volumen de líquidos y la textura de los alimentos, adecuado a cada persona la textura que más le conviene.
- Se reducen los problemas relacionados con la nutrición ya que la persona come más, mejor y con menos miedos.

5 Discusión-Conclusión

Buscando las causas que provocan esta patología encontramos que muchas veces son algunas enfermedades que provocan un mal funcionamiento de la lengua o de los músculos de la garganta y el esófago. Por ejemplo pueden ser accidentes cerebrovasculares, la presencia de tumores o masas en la garganta, la enfermedad de Alzheimer, la enfermedad de Parkinson, una traqueotomía, etc. En las personas mayores las causas de la disfagia pueden deberse a otros factores: fragilidad, producción escasa de saliva, lesiones en la lengua o en la encía.

Encontramos que esta patología puede ser peligrosa debido a que puede provocar problemas respiratorios y nutricionales. Para evitar dicho problema se realiza un plan de cuidados específico como tratamiento donde lo más importante es modificar la consistencia de los alimentos y realizar ejercicios para preparar mejor en la boca la comida que se va a tragar. Plan de cuidados específico:

1. Modificar la consistencia de los alimentos y bebidas; los líquidos espesados y los sólidos triturados para facilitar la formación del bolo alimenticio. Administrar los alimentos y los líquidos en pequeñas cantidades.
2. Nutrirse adecuadamente para mantener un buen estado de salud.
3. Cuidar la presentación de la comida.
4. Cuidar el entorno y la postura durante y después de las comidas.

6 Bibliografía

- http://www.disfagia_nutricion.es
- http://www.nestlehealthscience.es
- Revista Española de Geriatría y Gerontología Elsevier.

Capítulo 259

DESNUTRICIÓN EN EL ANCIANO

ELENA VALDES ALVAREZ

SONIA CAMPOLLO RODRIGUEZ

SANDRA CARBAJAL AMORIN

1 Introducción

Para un envejecimiento activo y saludable se debe de tener en cuenta el adecuado estado nutricional de las personas mayores. La malnutrición en el anciano es un problema de salud considerable.

Encontramos distintos tipos de desnutrición como son: calórica (como consecuencia de enfermedades crónicas que reducen la ingesta); proteica (el inicio y desarrollo son rápidos habiendo una disminución de los depósitos de proteína visceral. Suelen ser por estrés y son frecuentes los edemas); mixta (la presentan aquellos sujetos que previamente presentan desnutrición calórica y que de forma añadida sufren un proceso agudo que ocasiona desnutrición calórico-proteica).

La desnutrición se considera una situación aguda, subaguda o crónica; y se clasifica en desnutrición sin inflamación y en la desnutrición en el contexto de enfermedad inflamatoria. A pesar de su prevalencia, la desnutrición está infradiagnosticada e geriatría.

Factores de riesgo: > 80 años, vivir solo, viudo hace menos de un año, cambio reciente de domicilio, patologías “descompensables”, patologías “inductoras de dependencia funcional, deterioro cognitivo, polifarmacia, ingreso hospitalario en el

último año, mala situación económica, necesidad de atención sanitaria al menos una vez al mes.

2 Objetivos

- Determinar situaciones de riesgo para desarrollar desnutrición.
- Diagnosticar el estado de desnutrición evidente o de curso subclínico que puede pasar inadvertido.
- Identificar las causas del déficit nutricional.
- Diseñar el soporte nutricional adecuado.
- Evaluar la efectividad del soporte nutricional.
- Educar y aportar consejos nutricionales.
- Recomendar programas de ejercicio.

3 Metodología

- Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

- También se han añadido impresiones con las que nos encontramos tras varios años de trabajo en centros donde estos cuidados son necesarios frecuentemente.

4 Resultados

La desnutrición se ha relacionado con una mayor presencia de enfermedades, peor calidad de vida y más mortalidad.

En el anciano vemos que hay pérdida de hambre y de apetito por alteración del gusto y el olfato, alteración de distensibilidad del fundus, factores psicosociales. Para solucionar las posibles causas hay que revisar pautas de tratamiento por si pudiese influir en la pérdida de apetito.

Una vez detectada la causa hay que prescribir una dieta adecuada. Es importante

respetar gustos, costumbres y preferencias de la persona en la medida de lo posible. También hacer al anciano partícipe y motivar para una mayor efectividad.

Es importante el control y seguimiento vigilando el estado general, los parámetros que nos indican que hay desnutrición y seguir un protocolo. Entre los muchos métodos para el cribado nutricional nos encontramos en MNA-SF. Hay que hacer una valoración nutricional exhaustiva. Realizar una valoración antropométrica y valorarla junto a analítica completa.

5 Discusión-Conclusión

En el anciano la prevención y detección de esta patología constituye gran parte de los profesionales sanitarios. Además de la prevalencia, las consecuencias de la desnutrición son más visitas al médico de cabecera, menor actividad física y social, ingresos hospitalarios más largos y mayor probabilidad de institucionalización.

A nivel personal la desnutrición se relaciona con mayor riesgo de infecciones, retraso en la cicatrización de heridas, riesgo de úlceras por presión, disfunción muscular y mortalidad. Toda intervención nutricional tiene que ir enfocada a mantener la funcionabilidad de la persona para continuar lo más independiente posible.

Aunque no se detecte desnutrición, pero sí una disminución de la ingesta hay que dar las recomendaciones dietéticas, dieta enriquecida y hacer seguimiento y vigilancia. Si la desnutrición es severa se añade suplementación oral.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 260

CÓMO ABORDAR LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES EN EL AMBITO RESIDENCIAL

ELENA VALDES ALVAREZ

SONIA CAMPOLLO RODRIGUEZ

SANDRA CARBAJAL AMORIN

1 Introducción

Los centros residenciales son un lugar muy sensible a la propagación de infecciones. Ya que los ancianos tienen una mayor vulnerabilidad y que tienen enfermedades previas tienen un riesgo muy elevado.

Otro factor a tener en cuenta es la frecuente derivación desde el hospital a las Residencias. No son actualmente una importante causa de muerte ya que es posible su prevención y control. La mayoría puede controlarse, y en muchos casos, evitarse.

2 Objetivos

- Identificar los ancianos que tienen una enfermedad transmisible.
- Conocer los factores de riesgo de las enfermedades transmisibles.
- Realizar un plan de actuación con las medidas necesarias en cada caso.
- Interrumpir la cadena de transmisión de la enfermedad infecciosa.

- Proteger a todas las personas que estén en riesgo de infección
- Formal al personal para abordar la situación.
- Realizar las medidas de prevención necesarias.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se realiza una revisión bibliográfica en varias plataformas digitales.

También se consultó una guía de prevención realizada por un equipo interdisciplinar de las residencias donde trabajamos. Se añaden aportaciones de experiencias personales en el ámbito laboral.

4 Resultados

Como primer nivel se aplicarán las Precauciones Estándar a todos los residentes independientemente de su estado de salud para tener éxito en el control de las enfermedades transmisibles en este ámbito (lavado de manos, uso de guantes, mascarillas, protección ocular, batas, control de ambiente, prevención de accidentes cortopunzantes…).

Como segundo nivel tenemos los Aislamientos (de contacto, entérico, respiratorio, parenteral, protector o inverso, estricto) que se usaría en caso de que el residente cumpliera los requisitos.

5 Discusión-Conclusión

- Es fundamental la aplicación de las Precauciones Estandar para evitar en contagio de la enfermedad infecciosa al resto de residentes.
- El personal debe de estar lo suficientemente formado para saber como abordar cada caso y que EPIs utilizar.
- Tratar con normalidad y respeto al residente infectado.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 261

CUIDADOS PALIATIVOS, ¿CÓMO ACTUAR?

ELENA VALDES ALVAREZ

SONIA CAMPOLLO RODRIGUEZ

SANDRA CARBAJAL AMORIN

1 Introducción

Los cuidados paliativos se aplican para ayudar a las personas con una enfermedad grave a sentirse mejor.
Estos previenen o tratan los síntomas y efectos secundarios de la enfermedad y los tratamientos.

No sólo se trata la patología física sino que también se tratan problemas emocionales, sociales, prácticos y espirituales que la enfermedad plantea. Cuando la persona se siente mejor es estos aspectos se tiene una mejor calidad de vida.

No sólo surgen en la recta final de la vida, aunque si es cierto que es muchos casos es cuando más se necesitan, sino que se pueden brindar a la vez que los tratamientos que tratan dicha enfermedad. Se pueden dar cuando se diagnostica la enfermedad, durante el tratamiento, durante el seguimiento y al final de la vida.

2 Objetivos

- Identificar las personas que precisan de estos cuidados.

- Informar a la familia de la situación y del procedimiento a seguir.
- Apoyar al familiar o cuidador tanto física como psicológicamente.
- Aliviar el dolor de la persona y otros síntomas angustiantes.
- Mejorar la calidad de vida.
- Integrar al cuidado físico los aspectos psicológicos y espirituales del cuidado del paciente.
- El objetivo principal que engloba los cuidados paliativos es aliviar el dolor y otros síntomas, y mejorarle calidad de vida.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se han visitado varias plataformas virtuales. También se han consultado temarios de cursos de formación.

También se han añadido impresiones con las que nos encontramos tras varios años de trabajo en centros donde estos cuidados son necesarios frecuentemente.

4 Resultados

En varias enfermedades importantes que, sobre todo cuando llegan a su fase final (aunque también puede ser desde el principio) como son: cáncer, enfermedad cardíaca, enfermedad pulmonar, insuficiencia renal, demencia, VIH/SIDA, ELA son necesarios estos cuidados paliativos.

Dichos cuidados pueden ser dados por cualquier personal sanitario cualificado para ello. Hay estudios que confirman que la aplicación de cuidados paliativos desde el inicio del tratamiento de una enfermedad pueden mejorar su calidad de vida y estado de ánimo.

5 Discusión-Conclusión

Los cuidados paliativos son una parte fundamental del tratamiento de enfermedad grave o de alguna enfermedad que ponga en riesgo la vida de una persona.

Estos cuidados no hay que confundirlos con los cuidados terminales. Aunque ambos tengan el mismo objetivo de aportar bienestar los primeros se pueden empezar a proporcionar desde el diagnóstico de la enfermedad y durante el tratamiento y los últimos se proporcionan cuando ya se termina el tratamiento

para dicha enfermedad y cuando está claro que la persona no va a sobrevivir a ella. La atención a pacientes terminales se ofrece cuando se espera que la persona no sobreviva más de 6 meses.

No se puede olvidar de la familia, es un elemento imprescindible ya que se encuentran afectados por el sufrimiento del ser querido, la sobrecarga física y emocional del cuidador, la incertidumbre del futuro y los miedos hacia la muerte.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 262

INCONTINENCIA EN EL ANCIANO: TIPO FUNCIONAL

ELENA VALDES ALVAREZ

SONIA CAMPOLLO RODRIGUEZ

SANDRA CARBAJAL AMORIN

1 Introducción

Incontinencia urinaria es la pérdida involuntaria de orina que conlleva un problema higiénico y/o social. Podemos clasificarla en temporal o a largo plazo.

Los síntomas pueden variar desde una filtración de orina leve hasta la salida abundante e incontrolable de ésta. Aunque puede ocurrir a cualquiera, es más común con la edad. Hay varios tipos de incontinencia, la funcional es aquella que se produce cuando existe algún tipo de barrera que impide a la persona llegar a tiempo al baño.

2 Objetivos

- Identificar a las personas con este tipo de incontinencia.
- Determinar las causas que la producen.
- Intentar eliminar dicha incontinencia o evitar lo máximo que se pueda en su defecto.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Hay que mejorar el acceso al baño estudiando el entorno y eliminando el entorno y eliminando las barreras arquitectónicas que haya. Se evita la ingesta de líquidos y abundancia y todos los alimentos diuréticos para evitar que así se vaya tanto al baño.

Hay que tratar la enfermedad que origina este tipo de incontinencia para así corregir totalmente el problema. Es importante dar recipientes para orinar dentro si no se puede llegar al baño.

Reforzar utilizando absorbentes tipo anatómicos por dar seguridad al residente ante una pérdida. Realizar escalas funcionales, de movilidad y cognitivas al anciano. Ayudar a la persona mayor a solucionar el problema para una mejora también del autoestima.

5 Discusión-Conclusión

Este tipo de incontinencia tiene conservada por completo la capacidad de orinar, la problemática surge con la hora de llegar al baño. Por ello, lo primero que debemos de modificar son las barreras arquitectónicas con las que nos encontramos en el acceso al mismo.

Como alternativas tenemos otros recipientes como chatas, botellas… Hay que eliminar también ciertos fármacos o alimentos que influyan en un aumento de la diuresis.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/

- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 263

ESTRATEGIAS DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO

FÁTIMA RUBIO PÉREZ

ANDREA TAMARGO PACHECO

CLAUDIA MARTÍNEZ SUÁREZ

GLORIA FEITO FERNÁNDEZ

1 Introducción

La psicofarmacología es el estudio de las drogas que ejercen su función primordial sobre el sistema nervioso central, evidenciándose su acción, principalmente, en el área del comportamiento.
Aproximadamente una de cada cuatro personas cumple criterios diagnósticos de un trastorno mental, y al año alrededor de un 40% llega a presentar un trastorno en algún momento de su vida.

Aunque en la actualidad se dispone de tratamientos psicológicos de eficacia probada para la gestión de la mayoría de los trastornos psiquiátricos, la prescripción adecuada de fármacos psicoactivos constituye el elemento fundamental del abordaje terapéutico de los pacientes psiquiátricos, no solo para aliviar sus síntomas e intentar curar su enfermedad, sino también para prevenir las posibles recaídas en el futuro.

Sin embargo, existe una gran brecha entre la mejor asistencia terapéutica posible, definida como la utilización óptima de los tratamientos farmacológicos eficaces en los trastornos psiquiátricos, y la asistencia habitual: el nivel real de atención eficaz que se suministra a los pacientes psiquiátricos.

En particular, la falta de adherencia al tratamiento farmacológico de los trastornos psiquiátricos es un problema mundial de alarmante magnitud que contribuye a la citada brecha asistencial.

2 Objetivos

- Estudiar las diversas estrategias de adherencia al tratamiento psicofarmacologico en pacientes con enfermedades mentales.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica a través de las bases de datos PUbMed, Medline Plus y Scielo.
La búsqueda se realiza tanto en castellano como en inglés. No se realiza un límite de fecha, ya que son artículos moderadamente actuales y que aportan información importante a lo largo de toda la historia de la ciencia.

4 Resultados

Sarró S et al, en su trabajo titulado "Factores que influyen en el complimiento terapéutico", hace referencia a que para poder conocer y solucionar un problema hay que determinar primero su existencia y/o extensión, la conclusión del mismo es que intentar medir o comprobar el cumplimiento no es tarea fácil.

Insiste en un control directo sobre la toma de la medicación y la observación de la actitud del paciente a la hora de tomar los fármacos, que indica en cierta medida el grado de "aceptación" sobre el tratamiento, que se cree que influirá en su adherencia al tratamiento una vez el paciente sea dado de alta.
Arroyo, MA et al, en su estudio llamado "Modificación de la actitud hacia los psicofármacos mediante actividades grupales en sujetos esquizofrénicos", concluye que las personas diagnosticadas de esta enfermedad, si son conscientes e involucrados en el tratamiento, y mediante actividades grupales y participativas para

hablar sobre los sentimientos y pensamientos acerca de la medicación, puede constituir un camino útil hacia la adherencia al tratamiento, el cual sería el objetivo principal de estas sesiones realizadas en centros de día.

Arroyo MA et al, en su estudio llamado "Modificación de la actitud hacia los psicofármacos mediante actividades grupales en sujetos esquizofrénicos", concluye que las personas diagnosticadas de esta enfermedad, si son conscientes e involucrados en el tratamiento, y mediante actividades grupales y participativas para hablar sobre los sentimientos y pensamientos acerca de la medicación, puede constituir un camino útil hacia la adherencia al tratamiento, el cual sería el objetivo principal de estas sesiones realizadas en centros de día.

Haynes RB et al, en su estudio de investigación sobre las diferentes estrategias de adherencia al tratamiento concluye que los métodos actuales para mejorar la adherencia a la medicación para problemas de salud crónicos son en su mayoría complejos y poco efectivos, por lo que no se pueden obtener todos los beneficios del tratamiento. La investigación en este campo necesita avances, incluido un diseño mejorado de intervenciones factibles a largo plazo, medidas objetivas de cumplimiento y suficiente poder de estudio para detectar mejoras en los resultados clínicos importantes para el paciente.

Alarcón MP, habla de la importancia y gran necesidad de trabajar una relación enfermera-paciente. En su artículo de reflexión dice que la interacción y el grado de comunicación que mantiene la enfermera con el paciente mental e de especial valor. Esto, implica un ejercicio interpersonal fundamental en el tratamiento de la enfermedad y la adherencia al tratamiento. Cuando esta relación es óptima, los pacientes adoptan una actitud diferente ante los tratamientos terapéuticos, pues tienen una adherencia significativa dado el apoyo de enfermería. Así, el cumplimiento mejora, en relación con la confianza que se puede transmitir y con las capacidades y conocimientos que se posee. La enfermera debe mostrarse atenta, amigable, accesible y mostrarse interesada.

Franco A, señala que las prácticas clínicas deben estar dirigidas a evitar errores. Se pueden mencionar: el mejoramiento de las competencias del personal, la estandarización y vigilancia de los procedimientos, la doble verificación por parte de la enfermera de las órdenes médicas y de los cinco correctos a la hora de administrar los medicamentos, el trabajo en equipo, el dejar que el experto haga el procedimiento y la comunicación clara.Nogués Solán, indica que la medición de la adherencia a los tratamientos es necesaria, sin embargo aunque las herramientas con este propósito son diversas, la mayoría de ellas no cumplen su

cometido a la perfección. La adherencia engloba dos conceptos: cumplimiento de dosis y forma de administración, y persistencia en la duración del tratamiento prescrito. Uno de los instrumentos de la medición de la adherencia son las bases de datos de farmacia. Se ha demostrado utilizando esta herramienta de medición que la persistencia de los pacientes que reciben determinando tratamiento puede ser mucho menos que el realmente parece con otros métodos de medición. También hace referencia al cuestionario Morisky-Green, validado en su versión española (por Val Jimenez y cols). Este cuestionario consiste en cuatro sencillas y cortas preguntas. Recientemente se han introducido métodos electrónicos que perminten conocer cuándo y a quñe hora el paciente adquiere la medicación. La medición de la adherencia no es fácil, y es necesario utilizar varios m´todos a la vez para evitar la sobreestimación. En enfermedades que precisan un tratamiento largo, se ha de aumentar la adherencia.

5 Discusión-Conclusión

Tanto Arroyo MA como Haynes RB están de acuerdo en sus numerosas investigaciones con que es importante para una mejor adherencia al tratamiento del paciente que es importante hacerlo partícipe tanto de la enfermedad como del proceso terapéutico. Es imprescindible hacerlo consciente de la medicación que toma, hacerle preguntas acerca del tema, dejarlo expresar sus sentimientos acerca de la medicación, que muchas veces el fracaso del tratamiento es por miedo y desconocimiento, lo que da lugar a evitar las toma e incluso errores en la toma de medicación. Es buena idea incluirlos en grupos para hablar del tema en centros de día. Esto todo está enfocado a desarrollar los factores sociales y evitar errores directamente con la medicación.

Peterson AM, investigan sobre los diferentes tipos de estrategias para el cumplimiento y la adherencia del tratamiento, y tras investigar y realizar ensayos sobre cada una de ellas individualizadas, llegan a la conclusión de que ninguna es mejor que otra, y que utilizadas individualmente no consiguen su objetivo final, que no es más que ayudar a mantener una adherencia al tratamiento del paciente por sí mismo. Haynes RB13 llega más allá y reflexiona que se necesitan avances, más estudios y más información dada la actual complejidad de las estrategias ya existentes y la poca efectividad que dan.

Alarcón MP, realiza una reflexión muy importante y que constituye uno de los pilares de la educación del paciente en cuanto a su enfermedad, tratamiento y seguimiento. La relación enfermera-paciente es clave, ya que proporciona una

relación de confianza que ayuda al paciente a adquirir una actitud diferente ante los tratamientos terapéuticos, ya que tiene el apoyo de enfermería. Es importante incluir a la familia y el entorno del paciente.

Nogués Solán, defiende la importancia de evaluar las estrategias de adherencia a los tratamientos mediante diferentes herramientas, ya que una no es considerada suficiente por este autor. Una de las herramientas más útiles en su opinión, son las bases de datos de farmacias, para enfermedades a largo plazo. También defiende la eficacia del cuestionario Morisky-Green.

Hay estudios que afirman que recibir programas de atención psicoeducativa, independientemente de la patología, aumentaban las probabilidades de mantener el tratamiento frente aquellos que no la recibían, reforzando la idea general de que un adecuado soporte psicoeducativo ayuda a aumentar el cumplimiento.
Por todo ello la adherencia terapéutica requiere un enfoque mutidisciplinar que implique a los profesionales de salud, investigadores, administración sanitaria e industria farmacéutica en el abordaje del problema desde el punto de vista de prevención como de actuación, individualizando siempre cada caso. Es necesario personalizar las intervenciones dirigidas a mejorar la adherencia en función de los factores implicados y las características individuales del cumplidor.

6 Bibliografía

1. Haro, JM. Prevalencia y factores asociados de los trastornos metales en España: Resultados del estudio ESEMED-España. Medicina Clínica (Barcelona). 126, 442-451.
2. Sarró, S. Et al. Factores que influyen en el cumplimiento terapéutico. 2000. Barcelona. [Online].
Disponible en: http://psiquiatriaho.galeon.com/manual/a12n4.htm
3. Arroyo, MA. Et al. Modificación de la actitud hacia los psicofármacos mediante actividades grupales en sujetos esquizofrénicos. Farm Hosp. 1997, 21 (3); 143-150.1.
4. Peterson, MA. Meta-analysis of trials interventions to improve medication adherence. Am J Health Syst Pharm. 2003;60_657-65.
5. Haynes, RB. et al. Interventions to enhance medication adherence. Cochrane Database Syst Rev, 2005 (4): CD000011.
6. Alarcón, MP. Adhesión al tratamiento psicofarmacológico: consideraciones desde el cuidado de enfermería. Bogotá, Colombia. 2007. 9 (1): 37-50.
7. Franco A. La seguridad clínica de los pacientes: entendiendo el problema. Colomb Méd. 2005: 36(2) 130-133.

8. Nogués Solán X et al. Instrumentos de medida de adherencia al tratamiento. Ad Med Interna (Madrid). 2007; 24: 138-41.

Capítulo 264

ALTERACIONES DEL SUEÑO EN EL EMBARAZO. ACTUALIZACIONES EN EL TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO.

ANTONIO JESUS NAVARRO GARCIA

REBECA FOLLEDO ACEBAL

JUDIT LÒPEZ GONZÁLEZ

CRISTINA VAZQUEZ VAZQUEZ

ANDREA SUÁREZ BANCIELLA

1 Introducción

Las alteraciones del sueño son comunes en el embarazo. Aunque su incidencia y prevalecería varia a lo largo del embarazo, la frecuencia con que aparecen este tipo de alteraciones son superiores a las de la población no gestante (Dørheim, Bjorvatn, & Eberhard-Gran, 2012). Esta falta de sueño ha sido asociada a peores resultados obstétricos y de salud maternal (Chang, Pien, Duntley, & Macones, 2010). Y riesgo elevado de depresión postparto (Tomfohr, Buliga, Letourneau, Campbell, & Giesbrecht, 2015).

Existe una amplia variabilidad en el consejo perinatal con respecto a los métodos que pueden favorecer un patrón de sueño saludable para minimizar el impacto

que las alteraciones éste pueden tener en las gestantes. Este texto pretende realizar una revisión sistemática de la literatura disponible en relación a las medias existentes para mejorar este los patrones de descanso en embarazadas.

2 Objetivos

Intentaremos responder a la pregunta de qué medidas aplicadas a mujeres gestantes han demostrado ser eficaces para mejorar la cantidad y calidad del sueño.

3 Metodología

Estrategia de búsqueda.
Revisión sistemática de la literatura. Se realiza una búsqueda en Medline vía Pubmed. Se seleccionan los artículos relevantes de los últimos 5 años. Para esta artículo de investigación solo daremos por validos los ensayos clínicos encontrados, apartando estudios que no cumplan con esta característica de diseño. Posteriormente realizaremos una revisión de bibliografía inversa a partir de los artículos seleccionados y haremos una revisión en SCOPUS complementaria a nuestra revisión primaria para ampliarla y complementarla en caso de que se encuentren artículos relevantes.

Desglose de la búsqueda. Se decide la utilización de terminología libre Vs MeSH. Se buscan las palabras clave en cualquier campo del título o abstract de los artículos.

Pregnant women OR pregnancy OR antenatal OR perinatal OR prenatal (1040964 resultados) AND
Sleep* OR insomnia OR deprivation OR awake (311311 resultados)
Total de 9052 resultados

- Filtrados últimos 10 años 3957 artículos
- Filtrados últimos 5 años: 2335 artículos
- Filtrados solo ensayos clínicos: 97 artículos
- Tras lectura de títulos y abstracts: 6 artículos seleccionados

Marco teórico.
Partimos de la hipótesis de que el sueño durante el embarazo puede verse alterado y de que existen una serie de medidas que pueden contribuir a que la cantidad y calidad del suelo mejore.

Vamos a elaborar una pregunta de investigación con la metodología PICO
P: Mujeres embarazadas sanas
I: Intervenciones disponibles en la literatura orientadas a mejorar la cantidad y calidad del sueño
C: Grupo en los que no se han tomado medidas correctoras de alteraciones del sueño
O: Incremento en cantidad y calidad del sueño medida con escalas validadas

4 Resultados

Se encuentra un número significativo de estudios que abordan el uso de distintos métodos para minimizar el impacto de las alteraciones del sueño asociados al embarazo.

La primera intervención avalada por la evidencia es la administración de Sativa Lectum vía oral disponemos de un hace un estudio randomizado a doble ciego (Pour et al., 2018) con una muestra de 100 personas y administración de semilla de Sativa Lectum 1g antes de ir a dormir. Se observa una mejora clínicamente significativa en la calidad del sueño en el grupo control cuando se compara con el grupo placebo.

La segunda intervención analizada que demuestra ser eficiente para mejorar la calidad del sueño son ejercicios de relajación mediante una grabación de audio (Ozkan & Rathfisch, 2018). Los investigadores elaboraron un elabora un programa de ejercicios de relajación que se desarrolla a lo largo de 4 semanas. Dos grupos de 46 mujeres, uno sometido al programa y otro no fueron evaluadas antes y después del participar en los ejercicios. Existió una diferencia significativa entre las mujeres sometidas al programa y las no sometidas en las medidas de cantidad de sueño. El grupo al que se aplicó el tratamiento también obtuvo marcadores mejorados de calidad del sueño.

El uso de crema de lavanda y acuaterapia en las extremidades inferiores para mejorar la calidad del sueño también fue analizado (Effati-Daryani et al., 2018). Ciento cuarenta y una mujeres que reportaron alteraciones del sueño durante el embarazo fueron reclutadas en tres grupos a los que se aplicó crema de lavanda en las extremidades inferiores, crema de lavanda y acuaterapia y un placebo tras 1 mes y 2 meses de tratamiento se evaluó la calidad del sueño. El tratamiento con lavanda con aquaterapia demostró una mejoría significativa de la calidad del sueño. De la misma forma, la lavanda comparada con el placebo obtuvo puntua-

ciones mejoradas y estadísticamente significativas con respecto al grupo placebo. En conclusión, la lavanda parece mejorar la calidad del sueño.

También se encontró literatura al respecto de la efectividad de entrenamiento en higiene del sueño. Un estudio (Sonmez & Aksoy Derya, 2018) demostró mejora en la calidad del sueño, pero este articulo solo abordo gestantes con síndrome de piernas inquietas. No aportó datos sobre alteraciones del sueño en clientes que no sufren este síndrome, con lo que se hace complicado evaluar la efectividad de esta intervención en la población sana que es objeto de este estudio.

La actividad física (Rodriguez-Blanque, Sanchez-Garcia, Sanchez-Lopez, Mur-Villar, & Aguilar-Cordero, 2018) en el agua fue evaluada mediante un estudio en 140 mujeres, desde la semana 20 a la 37 a las que dividieron en un grupo control e intervención. Un número de campos mejoraron en el grupo intervención con respecto al control, en términos de duración y profundidad del sueño real y percibida por las gestantes.

Terapia cognitiva en embarazadas como instrumento para la mejora del sueño se evaluó en un estudio. Un programa con 5 sesiones semanales de terapia cognitiva que demostró mejora en las puntuaciones de sensación subjetiva de mejoría del sueño y signos de insomnio. También se observó menos tiempo en la cama, un sueño más reparador y percepción de mayor tiempo se sueño quedando las gestantes dormidas en intervalos menores desde que se acostaban.

Por último, se abordó la musicoterapia en un estudio, (Liu, Lee, Yu, & Chen, 2016). Escuchar música, nanas y música clásica principalmente a lo largo de 2 semanas, demostró estar relacionado con una mejoría de niveles de estrés y ansiedad a la vez que en el grupo intervención se reportó una mejoría en escalas validadas de valoración del sueño.

5 Discusión-Conclusión

Se encontró una cantidad significativa de evidencia con respecto a métodos para mejorar la calidad del sueño durante el embarazo. La abundancia y calidad de los estudios refleja la relevancia de este problema durante el embarazo.

A pesar de que gran número de técnicas evaluadas y con evidencia que los apoya incrementan la batería existente de recursos para el tratamiento no farmacológico de este problema, los estudios analizados implican en todos los casos

mejoras relativas en cantidad y calidad del sueño. Estas mejoras, distan de solucionar el problema aunque parecen eficaces para paliar su gravedad.

Por otra parte, los estudios analizados carecen en su mayoría, por sus características de diseño, de doble ciego, son unicéntricos, lo implica que su aleatorización presenta limitaciones y las poblaciones analizadas son de pocos individuos.

Si bien estos estudios apuntan en la dirección a seguir, más investigación a este respecto podría arrojar información más completa sobre la que a día de hoy es una de las alteraciones más habituales asociadas al embarazo y sus soluciones, particularmente si las terapias testadas se aplicaron de una forma óptima o una modificación en su frecuencia o dosajes puede repercutir de forma positiva o negativa en su eficacia. De la misma forma, el tamaño reducido de las muestras y dificulta la detección de efectos secundarios potenciales de cada terapia.

Las alteraciones del sueño en el embarazo continúan siendo un campo en el que se puede y se debe profundizar para mejorar la calidad de vida de las mujeres embarazadas.

6 Bibliografía

- Chang, J. J., Pien, G. W., Duntley, S. P., & Macones, G. A. (2010). Sleep deprivation during pregnancy and maternal and fetal outcomes: Is there a relationship? Sleep Medicine Reviews, 14(2), 107–114.
- Dørheim, S. K., Bjorvatn, B., & Eberhard-Gran, M. (2012). Insomnia and Depressive Symptoms in Late Pregnancy: A Population-Based Study. Behavioral Sleep Medicine, 10(3), 152–166.
- Effati-Daryani, F., Mohammad-Alizadeh-Charandabi, S., Mirghafourvand, M., Taghizadeh, M., Bekhradi, R., & Zarei, S. (2018). Effect of Lavender cream with or without footbath on sleep quality and fatigue in pregnancy and postpartum: a randomized controlled trial. Women & Health, 58(10), 1179–1191.
- Liu, Y.-H. H., Lee, C. S. C. S., Yu, C.-H. H., & Chen, C.-H. H. (2016). Effects of music listening on stress, anxiety, and sleep quality for sleep-disturbed pregnant women. Women & Health, 56(3), 296–311.
- Ozkan, S. A., & Rathfisch, G. (2018). The effect of relaxation exercises on sleep quality in pregnant women in the third trimester: A randomized controlled trial. Complementary Therapies in Clinical.
- Pour, Z. S., Hosseinkhani, A., Asadi, N., Shahraki, H. R., Vafaei, H., Kasraeian, M., … Faraji, A. (2018). Double-blind randomized placebo-controlled trial on efficacy

and safety of Lactuca sativa L. seeds on pregnancy-related insomnia. Journal of Ethnopharmacology, 227, 176–180.
- Rodriguez-Blanque, R., Sanchez-Garcia, J. C., Sanchez-Lopez, A. M., Mur-Villar, N., & Aguilar-Cordero, M. J. (2018). The influence of physical activity in water on sleep quality in pregnant women: A randomised trial. Women and Birth : Journal of the Australian College of Midwives, 31(1), e51–e58.
- Sonmez, A., & Aksoy Derya, Y. (2018). Effects of sleep hygiene training given to pregnant women with restless leg syndrome on their sleep quality. Sleep & Breathing = Schlaf & Atmung, 22(2), 527–535.
- Tomfohr, L. M., Buliga, E., Letourneau, N. L., Campbell, T. S., & Giesbrecht, G. F. (2015). Trajectories of Sleep Quality and Associations with Mood during the Perinatal Period. Sleep, 38(8), 1237–1245.

Capítulo 265

FACTORES RELACIONADOS CON EL ALCOHOLISMO.

LUCÍA SÁNCHEZ GONZÁLEZ

MARÍA DEL CARMEN GARCÍA FERNÁNDEZ

MARÍA JESUS LOPEZ BUSTELO

1 Introducción

Siempre ha existido un debate entre posiciones opuestas respecto al síndrome de dependencia alcohólica o SDA. Actualmente, son muchos los profesionales que le han dado un enfoque integrador debido al gran problema que suponen las adicciones.
Se ha llegado a entender el alcoholismo como una enfermedad crónica bio-psico-social. El modelo ecológico para abordar el síndrome de dependencia alcohólica nos ayuda a conceptuarla teniendo conocimientos sobre las variables biológicas, psicológicas, familiares, sociales, étnicas y políticas.

Es importante revisar los diferentes factores y su compleja interacción dependiendo de cada individuo y si las diferentes combinaciones de los factores en las etapas de la vida del individuo. En esta revisión bibliográfica hablaremos de los principales factores y todo lo que engloba cada uno de ellos.

Comenzaremos con los factores socio- ambientales. Dentro de ellos abordaremos temas tales como la permisividad versus restricidad, el estatus social y expectativas de cambio, la disponibilidad del alcohol a nivel económico, social y física,

hablaremos de las creencias sociales en torno al alcohol, de la familia como subsistema social, en este factor hablaremos de cómo influye el desempleo y el ambiente social, el sexo y edad de los individuos.

Respecto a los factores psicológicos hablaremos de las teorías sobre la personalidad, sobre la comorbilidad psiquiátrica, sobre las teorías psicodináminas, teorías transnacionales, teorías sistemáticas, teorías de aprendizaje (condicionamiento), y por último sobre teorías cognitivas y motivacionales.

En los factores biológicos abordaremos diferentes aspectos pero sobre todo desde la neurobiología del alcoholismo, así que los principales temas que se han decido incluir son los relacionados con el alcohol y el sistema de recompensa cerebral, el mecanismo de acción de la drogas de abuso, el cómo afectan los factores genéticos en el alcoholismo, los estudios familiares, estudios en individuos gemelos, estudios en individuos que han sido adoptados, así como el papel que juegan los genes en la dependencia alcohólica dónde hablaremos del sistema dopaminérgico, el sistema de metabolización del alcohol, el sistema gabaérgico, el sistema opioide, el sistema serotoninérgico y los canales de calcio.

2 Objetivos

-Conocer en profundidad los factores relacionados con el alcoholismo.
- Reconocer las diferentes personalidades de las personas alcohólicas.
- Poder realizar una prevención primaria en los grupos de riesgo, reconociendo éstos.
- Poder detectar el problema desde edades tempranas.
- Entender cómo los factores relacionados con el alcoholismo pueden convertirse en factores de riesgo directos.
- Conocer los diferentes tipos de trastornos psiquiátricos derivados del alcoholismo.
- Reconocer las conductas en alcohólicos.
- Conocer las motivaciones que inducen a individuos al consumo de alcohol.
- Conocer ampliamente la etiología del SDA (síndrome de dependencia alcohólica).
- Conocer cómo actúa el etanol en diferentes sistemas por el mecanismo del refuerzo cerebral afectando a diferentes vías de nuerotransmisión.
- Importancia de los genes del individuo en el alcoholismo.

3 Metodología

Para realizar la presente revisión bibliográfica hemos realizado búsquedas en diferentes plataformas online que serán citadas a continuación: PubMed/Medline, ScienceDirect, SciELO, Dialnet y Psicodoc. A través del buscador de las propias páginas y de Google Académico utilizando palabras en español relacionadas con los artículos en los que nos apoyamos y estudiamos con el fin de realizar una revisión de los artículos encontrados. Para la búsqueda precisa de los artículos que más nos interesaban y podían aportarnos una máxima información hemos usado las siguientes palabras: alcoholismo, alcohol, riesgo de alcoholismo, factores de riesgo alcoholismo, abstinencia, dependencia alcohólica, síndrome de dependencia alcohólica, sociedades alcoholófilas, adolescencia alcohol, desempleo alcohol y genética alcohol.

4 Resultados

La etiología del SDA se explicará desde una perspectiva en la que se esquematizarán las causas en tres grandes grupos: Factores socio-ambientales, factores psicológicos y factores biológicos.

Factores socio-ambientales:
Este abordaje nos explicará los diferentes perfiles de alcoholismo que varían por la influencia social y cultural. Unos aumentarán la disponibilidad del agente (alcohol) y otros aumentarán la vulnerabilidad del individuo.

- Permisividad Vs Restricidad: según algunos autores el alcoholismo aparece en culturas en las que no hay indulgencia con los niños, la competitividad, y la restricción de dependencia en los adultos. En culturas como la judía hay una baja incidencia de consumo de alcohol asociada a la educación que los niños reciben sobre el alcohol, sólo permitido en ceremonias religiosas y en situaciones familiares. En las sociedades en las que se rechaza y penaliza la embriaguez hay una protección aunque exime a aquellos que están predispuestos al mismo tiempo que de cierto modo enlentece el proceso de alcoholismo y la magnitud de sus consecuencias en estos últimos. Hay sociedades extremadamente permisivas cultura del botellón, en las cuales el abuso y dependencia hace que la enfermedad aparezca de forma más precoz y sus consecuencias más graves y duraderas. En España ha existido un cambio de patrones de consumo de alcohol, antes se usaba vino en comidas en casa, taberna y ahora el consumo es diario con el uso de destilados en grandes cantidades y rápidamente en fines de semana.

- Estatus social y expectativas del cambio: las pocas expectativas de movilidad social y el no poder aprovechar las oportunidades genera frustraciones que pueden acabar en alcoholismo. El factor socioeconómico mas estudiado es la clase social, en la que nos encontramos con que los individuos que pertenecen a clases sociales menos aventajadas son las que mayor incidencia de alcoholismo presentan.
- Disponibilidad del alcohol: es un factor determinante en del consumo. La disponibilidad puede ser de 3 tipos: Disponibilidad económica: que depende a su vez del precio, cuanto más dinero tengan los jóvenes más fácil será conseguir alcohol.
- Disponibilidad social: tiene especial importancia la publicidad de bebidas alcohólicas, vulnerando la psicología de los jóvenes y así modelar su conducta para asemejarse a los protagonistas y valores que se representan basados en sexo, rebeldía o libertad.
- Disponibilidad física: referido a los lugares de venta, edad mínima de consumo, días de la semana y horas. En España hay unos 160.000 puntos de venta en los que se ofrecen ofertas, y es fácilmente asequible.
- Creencias sociales en torno al alcohol: cada cultura tiene sus mitos y creencias, los rasgos de la sociedad alcoholófila son: alto prestigio de alcohol, valor del alcohol o alimento o medicamento, desconocimiento de que el alcohol es un psicótropo toxico, publicidad pro-alcohólica intensa, bebida alcohólica barata, consumo de alcohol en cualquier lugar, venta de alcohol sin limitaciones, alto consumo medio de alcohol, consumir alcohol buscando efectos psicoactivos, elevado índice de prevalencia de alcoholismo, actitud tolerante y permisiva frente a la embriaguez, cohesión intrafamiliar débil, solidaridad social débil, intercomunicación humana superficial, ideas de vida muy competitivas.
- La familia como subsistema social: las disfunciones familiares pueden jugar en la génesis y mantenimiento del alcoholismo, la familia es el elemento transmisor de pautas de comportamiento. La familia es un factor de gran importancia en los procesos de aprendizaje social como la imitación y el moldeado, los niños acaban haciendo lo que ven en su casa.
- Desempleo y ambiente social: en el caso de las mujeres hay mayor incidencia en las que trabajan que en las que no lo hacen, en los hombres suelen ser los parados que despuntan. Algunas de las características laborales que aumentan el abuso de alcohol son: la disponibilidad de alcohol en el lugar de trabajo, presión social para el consumo, separación del vínculo familiar por distancia en el trabajo, falta de supervisión y la convivencia con compañeros.
- Sexo y edad: la mujer suele comenzar a beber más tarde, pide tratamiento más tarde, suele beber sola, con sentimientos de culpabilidad, mayor vulnerabilidad fi-

siológica, mayor número de tentativas de suicidio y suicidios consumados, mayor incidencia de trastornos post-traumáticos. Respecto a la edad, los adolescentes son los más susceptibles en el desarrollo de alcoholismo. Los ancianos que beben suelen estar aislados socialmente, han padecido el abandono o muerte de familiares, mala salud, experiencias típicas de esta etapa de la vida.

Factores psicológicos:
Existen diferentes teorías psicológicas todas ellas igual de válidas y complementarias con mayor o menor influencia según el individuo en particular. Todas ellas explican la vulnerabilidad psicológica para el desarrollo y mantenimiento del alcoholismo.

- Teorías sobre la personalidad: basadas en la alteración de la personalidad del individuo. Los estudios más consistentes se han realizado en referencia al trastorno de personalidad antisocial, aunque no se puede saber si esta es causa o consecuencia. Otros estudios identifican rasgos de personalidad que podrían incrementar el riesgo del desarrollo del alcoholismo, como son: baja tolerancia a la tensión, frustración, impulsividad, búsqueda de sensaciones, ansiedad, hiperactividad, depresión, neuroticisimo, baja autoestima.
- Comorbolidad psiquiátrica: se entiende como la asociación del alcoholismo a una o más patologías psiquiátricas, la prevalencia nos indica que suele estar asociado a trastornos afectivos en mayor medida y menos en psicopatías y TOC.
- Depresión y alcoholismo: en este caso el cuadro depresivo actuaría como factor etiológico del alcoholismo. Entre un 30 y 45% de los alcohólicos han presentado depresión mayor en algún momento de su vida, siendo más frecuente en mujeres.
- Trastorno de ansiedad y alcoholismo: muchas personas consumen alcohol para aliviar la ansiedad, entre un 20 y 50% de os alcohólicos presentan trastorno de ansiedad. El alcohol mitiga la ansiedad, pero al mismo tiempo la ingesta del mismo acaba aumentando los niveles de ansiedad por lo que se reforzarán mutuamente. Dentro de los trastornos de ansiedad los más frecuentes son la fobia social y el trastorno de angustia.
- Trastorno de personalidad antisocial y alcoholismo: es muy frecuente en varones alcohólicos, no se sabe si como causa o como resultado del alcoholismo.
- Trastorno de la alimentación y alcoholismo: habituales en mujeres jóvenes, la elevada frecuencia de alcoholismo en la bulimia nerviosa puede deberse a la presencia de trastornos depresivos asociados a la bulimia nerviosa.
- Trastorno psicótico y alcoholismo: en individuos con esquizofrenia aproximadamente un 50% se les asocia trastorno de sustancias siendo el tabaco y el alcohol las más consumidas. Los pacientes con esquizofrenia y alcoholismo suelen tener peor pronóstico, más hospitalizaciones, peor adherencia a los tratamientos

y centros de tratamiento. Con mayor frecuencia son los esquizofrénicos varones jóvenes los que más hospitalizan, mas consultas ambulatorias tienen por síntomas psicóticos y menor nivel educativo.

Factores biológicos:
Los aspectos neurobiológicos del SDA más implicados en su etiología son:
- Alcohol y sistema de recompensa cerebral: muchos estudios nos permiten conocer las estructuras del SNC que forman parte de los sistemas de recompensa cerebral sobre los que actúan las drogas y dejan establecer una unión neuroanatómica de los efectos reforzantes de las mismas y de los que caracterizan el síndrome de dependencia a las drogas, incluido el alcohol. La adicción forma un trastorno recidivante y crónico del cerebro caracterizado por el deseo compulsivo de consumir alcohol o la incapacidad para abstenerse de consumirla y pérdida del control sobre el consumo. Los hallazgos experimentales creen que hay un papel importante en un neurotransmisor en este tipo de aprendizaje como base para la adicción a todas las drogas y es la dopamina. El sistema de recompensa cerebral está formado por un complejo de vías nerviosas de características dopaminérgicas: el sistema dopaminérgico meso-corto-límbico y el sistema de la amígdala extendida o ampliada, ambos sistemas actúan en interconexión y permiten explicar en parte el fenómeno adictivo.
- Factores genéticos y alcoholismo: los efectos del alcohol va a estar regulada por la acción de los genes. Los factores genéticos han demostrado tener una papel fundamental en el desarrollo del alcoholismo en animales, en el caso de los humanos la situación es más compleja por tratarse de una enfermedad biopsicosocial. Existen diferentes estudios en los que indican que existe riesgo familiar para desarrollar alcoholismo pero no discriminan hasta qué punto están implicados los factores genéticos y los factores de aprendizaje.
- Estudios gemelares: son estudios en gemelos, en los que hay un afectado y un no afectado. Los hay concordantes, que serían los dos alcohólicos y discordantes que serían uno sí y otro no. Se podría decir que por los estudios gemelares el papel de los factores genéticos en el alcoholismo es totalmente variable, dependiendo del sexo y de la severidad del trastorno.
- Estudios de adopción: en estos estudio se quería saber el factor genético entre padres biológicos alcohólicos e hijos frente a padres adoptivos e hijos adoptivos a edad temprana. Tras varios estudios se concluye la importancia del alcoholismo en el padre biológico como determinante genético de vulnerabilidad para el alcoholismo en el hijo adoptivo.

5 Discusión-Conclusión

El modelo ecológico para el abordaje del SDA considera en su conceptualización las variables biológicas, psicológicas, familiares, sociales, étnicas y políticas, tanto en su etiología como en su desarrollo y consecuencias a corto, medio y largo plazo.

La etiología del SDA se sintetiza en tres grandes grupos de factores relacionados que son: los socio-ambientales, los psicológicos y los factores biológicos.

Los factores socio-ambientales actúan por su capacidad de generar amento de la disponibilidad de alcohol como por el aumento de la vulnerabilidad del individuo.

La disponibilidad del alcohol en la sociedad puede ser económica, haciendo referencia a la economía del individuo y el precio del alcohol, la disponibilidad, la publicidad y la disponibilidad física, lo que es igual a los puntos de venta y consumo de alcohol.

La familia es otro factor que influye en la etiología del uso y abuso del alcohol y es considerado un elemento transmisor de pautas de comportamiento y de aprendizaje social en niños y adolescentes.

El desempleo, ambiente, social, sexo y edad son otros factores relacionados con el desarrollo del alcoholismo.

Los factores psicológicos relacionados con el alcoholismo se explican mediante diferentes teorías que tratan de explicar la vulnerabilidad psicológica para el desarrollo y mantenimiento de las conductas adictivas.

6 Bibliografía

- Fauci, Hauser, Longo, Jameson, Loscalzo. Harrison Principios de Medicina Interna. 19na ed. Vol. 1. En: Schuckit M A. Alcohol y alcoholismo. Sección 5. Trastornospsiquiátricos y adicciones. México: Mac Graw Hill Interamericana; 2016 p. 2723-2728.
- Centro Terapéutico Grupo Cuatro. Tratamiento, rehabilitación y desintoxicación del alcoholismo y otras adicciones desde 1990.Los ancianos alcohólicos: un problema silente. [Internet]. 2014 ene 14 Disponible en: http://www.ctgrupo4.com/reflexiones/37/ancianos-alcoholicos-problema-silente
- El artículo. El alcoholismo en la tercera edad, un problema escondido. Salud en

la vejez. [Internet]. 2014 abril 9 . Disponible en: http://saludenlavejez.blogspot.com/2014/04/el-alcoholismo-en-la-tercera-edad-un.html
- Pulido J, Indave-Ruiz BI, Colell-Ortega E, Ruiz-García M, Bartroli M, Barrio G. Estudios poblacionales en España sobre daños relacionados con el consumo de alcohol. Revista Española de Salud Pública [en línea]. 2014; 88(4): 493-513. Disponible en: https://www.scielosp.org/pdf/resp/2014.v88n4/493-513/es
- Cepeda Aura. Identidad en la adolescencia. [Online].;disponible en: " https://www.gestiopolis.com/identidad-adolescencia/"
- Muñoz Ana. Desarrollo fisico de los adolescentes. [Online].; Available from: "http://www.cepvi.com/index.php/psicologia-infantil/desarrollo/desarrollofisico-de-los-adolescentes
- De la Fuente R. Instituto Nacional de Psiquiatria. Consumo de alcohol en la adolescencia [Online].; 2010 disponible en: "https://www.saberdealcohol.mx/content/consumo-de-alcohol-en-laadolescencia."
- Albarracín Ordoñez Marcela. Consumo de alcohol y drogas en la adolescencia.[Online].; 2013 . disponible en: "http://portales.puj.edu.co/ccpvirtual/Catedra%20Colombiana/Sesion5_Oct%204/Consumo%20de%20alcohol%20en%20estudiantes%20universitarios.pdf"
- OMS. Organización Mundial de la Salud (OMS). Programación para la salud y el desarrollo de los adolescentes Ginebra: Rescatado en [2012, 29 de octubre].[Online].; 2012 . Disponible en: "http://www.who.Int/child.adolescente.heath7over
- PSIKIA UNED. Trastornos mentales causados por el alcohol. [Online].;disponible en: " http://core.psykia.com/2/1/11/webdata/13/5"
- Moran Sanchez Fatima. Factores socio-culturales que influyen en el consumo de alcohol en adolescentes de 15 a 18 años. [Online].; Disponible en: http://repositorio.upse.edu.ec/xmlui/bitstream/handle/46000/997/Tesis%20Borbor%20Betsy%20y%20C%C3%A1vez%20Janina.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Revilla Cervantes Aurora. Factores psicosociales en alcohólicos dependientes.[Online].; Disponible en: "http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192012000700019"
- Ferri M, Amato L, Davoli M. 2011 .Dependencia de alcohol . [Online].; Disponible en: " https://www.bupasalud.com/contenido/salud-bienestar/vidabupa/dependencia-del-alcohol

Capítulo 266

LA ENFERMERA ESCOLAR EN ESPAÑA

MARIA LUZ ALONSO GARCIA

1 Introducción

La enfermería escolar es un campo dentro de nuestra profesión que sigue en desarrollo, en el que se esta luchando por su implantación cada vez más plural en los diversos colegios que existen en nuestra sociedad actual.

El debate de la necesidad de la enfermera escolar, surge en Londres en 1891 en el " congreso de Higiene y Demografía" cuando se plantean los beneficios de las visitas regulares de enfermería a los colegios para revisar la salud de los alumnos.

Esto hace que en 1897 se crean en Londres puestos de enfermeras escolares en colegios ingleses de primaria.

En España, hay un gran debate entre enfermería escolar-enfermería comunitaria, ya que dicha figura en la enseñanza pública aún no se encuentra implantada y la ausencia, se cubre por las enfermeras comunitarias y los programas de salud escolar.

Las funciones de la enfermera escolar se pueden dividir en cuatro grupos: función asistencial, función docente, función investigadora y función de gestión.

Asociaciones que tratan de introducir la figura de la enfermera escolar : AMECE, CECOVA, ENSE Y SECE.

2 Objetivos

Conocer la figura de la enfermería escolar y su situación en España.

3 Metodología

Revisión bibliográfica. Se marcaron los objetivos y después se realizo una búsqueda y cribado adecuados a los criterios de inclusión y exclusión que respondan a los objetivos. Se tuvieron en cuenta documentos, artículos y guías clínicas publicadas a partir del años 2012. Las bases de datos donde se han recopilado información han sido: Google scholar, biblioteca Cochrane plus, Pubmed y SiCielo.

4 Resultados

La enfermería escolar se define como el profesional de enfermería que realiza su desempeño en el ámbito escolar, prestando atención y cuidados de salud a la comunidad educativa. El objetivo principal de la enfermería escolar es ”contribuir al pleno desarrollo y máximo bienestar físico, mental y social de dicha comunidad, debiendo estar integrada en la misma, y en consecuencia, presente en el centro educativo durante todo todo el horario escolar”.

La enfermera escolar es un profesional que cuenta con un título oficial universitario de Enfermería y con una formación adicional académica y/o profesional de postgrado sobre Enfermería Escolar.

5 Discusión-Conclusión

El papel de la enfermera escolar no está presente en España, aunque sí encontramos personal de enfermería en algunos centros escolares privados y concertados de nuestro país. Las funciones que realiza la enfermería escolar son amplias y no solo se centran en la realización de primeros auxilios en caso de accidente, sino que realiza seguimiento en caso de enfermedad crónica con sus correspondientes cuidados, planificación de dietas según necesidades nutricionales, formación sobre la salud, realizar la actividad asistencial en función de las necesidades de cuidados detectadas y actuar según protocolos validados científicamente, derivar al alumno/a al centro sanitario cuando se considere necesario con previo aviso a los padres o tutores del alumno/a, crear una historia individualizada de los escolares y un diario de consultas…

Actualmente la legislación española no incluye la presencia de esta figura en todos los centros escolares.

6 Bibliografía

1. Amanda Encinar Casado. Enfermería escolar. La situación hoy en día . Revista Enfermería Castilla y León;vol 7 Nº 1 [56-61]2015.
2. Hidalgo García AJ. Una necesidad actual: la Enfermera Escolar. En: Gonzálex Jiménez AJ, Márquez Hernández VV, López Rodríguez MM. Educación y salus en una sociedad globalizada. Almería: Universidad de Almería; 2015. 220-227.
3. Asociación Madrileña de Enfermería en centros educativos. [http://amanece.es/index.php?option=com-content&view=frontpage&ltemid=1]

Capítulo 267

AUTOMEDICACIÓN: RIESGOS Y BENEFICIOS.

TANIA ÁLVAREZ COSTA

ADRIANA MENÉNDEZ FERNÁNDEZ

PATRICIA PALACIOS CARRETERO

ANDREA PÉREZ DÍAZ

REBECA AVILA LUSQUIÑOS

1 Introducción

Para poder entender el concepto que engloba la Automedicación, primero analizaremos el origen de esta palabra: está compuesta por el prefijo "auto" (por uno mismo, de sí mismo), y el lexema "medicación" (medicinas, fármacos), es decir, es la medicación que tomamos por nosotros mismos.

La Automedicación es definida conjuntamente por la Federación Farmacéutica Internacional (FIP) y la Industria Mundial de la Automedicación Responsable (World Self-Medication Industry-WSMY) como "el uso de medicamentos, sin receta, por iniciativa propia de las personas".

La Real Academia Española (RAE) define la acción de automedicarse como "tomar un medicamento, o seguir un tratamiento, sin prescripción médica".

Los medicamentos sin receta, es decir, los de venta libre en las farmacias o botiquines, son los que hacen posible la automedicación de las personas. Según la

Organización Mundial de la Salud (OMS) estos medicamentos tienen características de menor riesgo que los que se compran con receta y deben de cumplir los siguientes requisitos: Ser eficaces, fiables, seguros, de fácil y cómodo empleo, de amplio margen terapéutico y siempre deben de ir acompañados de su prospecto.

La automedicación conlleva consecuencias para las personas, ya que altera la evolución natural de la enfermedad pudiendo retrasar la resolución de esta. Por otra parte, el paciente puede encontrarse asintomático, estando no resuelta su etiología. Si analizamos las consecuencias desde una perspectiva farmacológica, el abuso de la automedicación se asocia a problemas de interacción con otros medicamentos, posibilidad de retraso del diagnóstico de la enfermedad, puede generar reacciones adversas a los medicamentos (RAM) y en algunos casos intoxicaciones.

La OMS advierte que la automedicación es un factor importante para aumentar el riesgo de RAM, por lo tanto, considera la automedicación como un problema de salud pública.

Automedicarse suele ser una decisión del propio paciente, aunque también puede estar influenciada por amigos o familiares; además suele estar favorecida por algunos factores como el miedo a conocer la propia enfermedad, un difícil acceso al sistema sanitario, falta de tiempo para acudir a una consulta o evitar simplemente una relación con el médico.

Todo esto lo vemos reflejado en un creciente incremento del consumo de medicamentos en la sociedad actual y las repercusiones que conlleva en la salud de las personas. Por lo tanto, es uno de los puntos de interés y de estudio en muchas áreas de ciencias de la salud.

La Asociación Médica Mundial, analizando las consecuencias producidas, promueve la definición de "Automedicación responsable" como: "el uso de un medicamento registrado que está disponible legalmente sin la prescripción de un médico, ya sea por iniciativa propia de la persona o por consejo de un profesional de la salud." Sin embargo, excluye de la Automedicación responsable "la utilización de medicamentos con prescripción, sin receta médica".

La OMS plantea la Automedicación responsable como una alternativa beneficiosa para reforzar la salud de las personas, la cual la define como: "la voluntad y capacidad de las personas o pacientes para participar de manera inteligente y autónoma en las decisiones y en la gestión de las actividades preventivas, diagnósticas y ter-

apéuticas que les atañen".

El término prescripción es definido por la RAE como "acción y efecto de prescribir". La clasificación de los medicamentos de prescripción y no prescripción médica va a depender de la legislación de cada país. Por ejemplo, En España esta clasificación esta regulada por la Ley 29/2006, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, en su artículo 19.
Esta revisión bibliográfica tiene como finalidad analizar y describir los riesgos y beneficios de la automedicación, ya que como hemos dicho, la automedicación es un problema importante de salud pública.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Estudiar y analizar el concepto de Automedicación.

Objetivos secundarios:
- Describir los principales riesgos de la Automedicación.
- Describir beneficios asociados a la Automedicación.

3 Metodología

Para la elaboración de la metodología de esta revisión bibliográfica se ha llevado a cabo una revisión de diferentes artículos científicos en diversas bases de datos, que se detallarán más adelante.

He realizado diferentes búsquedas bibliográficas utilizando los booleanos: and, or y not para así conseguir los diferentes artículos, además he utilizado una filtración de artículos suprimiendo aquellos publicados con anterioridad al año 2000.
Los descriptores en Ciencias de la Salud (DECS) utilizados han sido: Automedicación (self medication), pacientes (patients), satisfacción del paciente (patient satisfaction) y conocimiento de la medicación por el paciente (patient medication knowledge).

En el buscador Dialnet con el descriptor Automedicación se han encontrado 243 documentos, acotando la búsqueda aquellos documentos a partir del año 2000 de publicación y que su texto este disponible, nos hemos encontrado con 14 documentos.

En el Buscador Medline, introduciendo el descriptor Automedicación, nos encontramos con 15 documentos, pero ninguno de ellos esta relacionado con el tema.

En el buscador Pubmed, he realizo una búsqueda acotando siempre que los textos estén disponibles, que sean artículos relacionados con la especie humana y la fecha publicación en rango fijada; aún así, introduciendo el descriptor "self medication" me he encontrado con 6688 documentos, por lo he optado por aquellos documentos en los que solo se encuentre el descriptor en el título y me ha reducido la búsqueda a 202 artículos totales. Para obtener unos artículos más relacionados con el tema he añadido a esta búsqueda otro descriptor "patients" en el título también de los artículos, con lo que el resultado final es de 12 artículos disponibles. Sin embargo, utilizando el descriptor "patient satisfaction" añadido a "self medication" el resultado es de 380 artículos, si acotamos solo aquellos en los que el descriptor aparezca en el título el resultado es de 0 artículos disponibles. Por otra parte, realizando la búsqueda con los descriptores "self medication" y "patient medication knowledge" nos encontramos con 7 artículos y si acotamos la búsqueda en la que los descriptores aparezca en el título el resultado es de 0 artículos.
Finalmente, he leído detalladamente cada título de las búsquedas realizadas en Pubmed para seleccionar aquellos artículos más acordes con el tema establecido.

En el buscador Lilacs realizando la búsqueda con el descriptor automedicación aparecen 364 artículos disponibles, suprimiendo ya aquellos publicados con anterioridad al año 2000; por lo tanto, he realizado otra búsqueda añadiendo el descriptor paciente y me encuentro con 233 artículos disponibles. Si realizo la búsqueda con los descriptores automedicación y satisfacción del paciente ya acoto mi resultado a 17 artículos disponibles.

También he realizado una búsqueda en Google académico, donde he seleccionado cinco artículos científicos importantes relacionados con la automedicación.

Como páginas web utilizadas en la realización de este proyecto he utilizado la perteneciente al Instituto Nacional de Estadística de España (https://www.ine.es/)
y la Revista Digital INESEM.

4 Resultados

Desde la antigüedad, los seres humanos han consumido siempre medicamentos, tanto farmacológicos como no farmacológicos. Estas medicinas se daban a conocer al núcleo social a través del conocimiento empírico y se preparaban para paliar o curar los males y las enfermedades que se conocían en ese momento histórico.

Esto también se ha reflejado en la automedicación, que nos muestra situaciones catastróficas como las causadas por el uso indiscriminado de medicamentos como penicilinas, sulfamidas y talidomida entre los soldados en la I y II Guerra Mundial. La automedicación está influenciada por las variables propias de la población, como la cultura, las creencias, las costumbres y la formación médica, que a su vez, están afectadas por la comercialización de las industrias farmacéuticas.

La mayoría de industrias farmacéuticas a través de la publicidad, incrementan el uso de fármacos como sinónimo de salud. Estos fármacos juegan un papel importante para mantener la salud de las personas, pero deben de ser todos ellos seguros, eficaces, eficientes, accesibles y deben usarse adecuadamente. La automedicación aumenta las posibilidades de reacciones adversas a medicamentos, entre ellas, una muy importante la resistencia bacteriana.

Los antibióticos han sido uno de los descubrimientos más importantes de la historia, ya que han contribuido a reducir las cifras de mortalidad a nivel mundial. Según la European Surveillance of Antimicrobial Consumption (ESAC) España es el quinto país más consumidor de penicilinas de amplio espectro, por detrás de Chipre, Francia, Italia y Bélgica. Por otro lado, es uno de los países con mayores tasas de resistencia bacteriana.

La falta de adherencia al tratamiento, la prescripción médica inadecuada, la dispensación sin receta por parte de los farmacéuticos, o la automedicación son los causantes de muchas resistencias bacterianas. Las infecciones o enfermedades causadas por estas bacterias resistentes, aumentan la morbilidad, la mortalidad, la demanda sanitaria y el coste del tratamiento. El consumo de antibióticos como automedicación en España ha sido motivo de muchos estudios. De los 80 millones de envases anuales de antibióticos comercializados en nuestro país, el 25% son consumidos como automedicación. Además, otra de los datos que nos muestra un mal uso de los antibióticos, es que solamente el 6.5% de los pacientes adultos y el 30.3% de los niños que se les han recetado un antibiótico, cumplen la Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud, posología y la duración

adecuada al tratamiento.

Según la OMS, la automedicación se ha convertido en una práctica muy extendida en todo el mundo, que puede tener graves consecuencias, tanto directas para el propio individuo como indirectas para el nivel de salud comunitario.

Otro ejemplo claro de efectos adversos producidos a consecuencia de la automedicación, nos lo encontramos con el consumo de antihistamínicos. La utilización excesiva o prolongada de estos descongestivos nasales vasoconstrictores puede causar una congestión de rebote, que como consecuencia puede llegar a producir una inflamación crónica de la mucosa y una obstrucción de las vías nasales.

Sin embargo, también podemos considerar la automedicación como una alternativa dentro del conjunto de posibilidades de elección de atención de los ciudadanos. Esta decisión no solo dependería de factores individuales (socioeconómicos, demográficos y culturales), si no, también de las características de los servicios médicos disponibles. Entre estos factores estaría el ingreso hospitalario de las personas, el precio de la atención recibida y el tiempo invertido en acceder al servicio médico; la percepción de las personas sobre la enfermedad, influenciada muchas veces por su nivel educativo; la resistencia natural al dolor, que va a depender de factores demográficos como la edad y el sexo; la percepción de la calidad de los servicios médicos disponibles en su zona, influenciada por experiencias previas o conocidas con anterioridad; y también la resistencia a recibir algún tipo de tratamiento debido a cuestiones culturales.

Cabe destacar que a nivel mundial existen comunidades o regiones que carecen de suficientes recursos económicos. En estos casos, la mayoría de las veces las enfermedades son tratadas mediante automedicación, ya que su nivel socioeconómico hace casi imposible la adquisición de medicamentos; e incluso existen zonas, especialmente las rurales, en las que la cobertura médica es casi nula, lo que además es un impedimento para el acceso al sistema sanitario. La consecuencia de todo esto es la automedicación de las personas que en estos casos no es solo con productos farmacéuticos, sino que también con el uso de productos herbarios y plantas medicinales.

En nuestro país, la cobertura farmacéutica ya sea por la vía Seguridad Social u otros seguros privados alcanza prácticamente al 100% de la población. Por lo que es difícil analizar en España en que medida la existencia o inexistencia del seguro interfiere en la acción de automedicarse. Pero, podríamos considerar que en función exista mayor diferencia de coste entre fármacos sin prescripción y

con prescripción, la tendencia de consumir estos últimos será mayor.

Encuesta nacional de salud:

- La automedicación ha sido objeto de varios estudios epidemiológicos en nuestro país, uno de los más importante es la Encuesta Nacional de Salud llevada a cabo por el Ministerio de Sanidad y Consumo de España, que se lleva realizando periódicamente desde 1987.
- En el año 2001 nos muestra que la automedicación representó el 15% del consumo en medicamentos del Sistema Nacional de Salud y un 8% del gasto público en medicamentos, además que solo la tercera parte de la población con enfermedades comunes acudió al médico.
- En el año 2003 revela que el 53.4% de los ciudadanos españoles consumió fármacos; el 23.4% de los hombres y el 31.6% de las mujeres habían acudido al médico en las dos semanas anteriores a la encuesta y el 40% de la automedicación se realizó con fármacos de prescripción.
- En el año 2006 nos muestra que el 70% de los entrevistados había consumido algún tipo de fármacos en las dos semanas anteriores a la encuesta. El 14% de estos, había consumido algún tipo de fármacos sin prescripción médica. También se estudió en esta Encuesta las diferencias entre la automedicación de personas nacidas en España y las nacidas entre otros países. Como resultado, las personas no nacidas en España mostraron un menor número de medicamentos prescritos consumidos (38%) frente a los nacidos en España (58%); Sin embargo, la tasa de automedicación es mayor en el grupo de no nacidos en España (19%) frente a un (13%) en los nacidos en este país.
- En las encuestas realizadas en los años 2011 y 2017 reflejan que los medicamentos más consumidos sin receta médica son aquellos utilizados para el catarro, gripe, garganta y bronquios. Sin embargo, si nos fijamos solo en los hombres los más consumidos sin receta son los Reconstituyentes (vitaminas, minerales y tónicos). Por otra parte, los medicamentos utilizados para la diabetes y para el corazón son los más consumidos por la población Española con receta médica.
- La última encuesta (2017) nos muestra que del total de personas que realizaron la encuesta el 46% toma medicamentos recetados, el 10% toma fármacos sin recetar, el 8% toma de las dos clases y solo un 3% no toma ningún fármaco. Si analizamos los resultados por sexos, las mujeres son las que toman más medicación, el 48% toma medicamentos recetados y un 10% sin receta médica, frente a los hombres, el 43% toma medicamentos recetados y solo el 9% toma medicamentos sin receta.

Por otro lado, un estudio llevado a cabo en estudiantes universitarios de entre 18 y 28 años de la Universidad de Valencia, nos confirma que:

- El 90.8% de los entrevistados en algún momento de su vida se automedicó.
- Los fármacos más consumidos por los estudiantes que se automedicaron fueron los analgésicos (73.8%), seguido de los antitusígenos, los antidepresivos y los antibióticos.
- El 86% de los estudiantes utiliza el prospecto como fuente fundamental de obtención de información.
- Y por último, destacan el consumo de vitaminas sin prescripción médica es mayor en los alumnos de estudios sanitarios (28%) frente a los de estudios no sanitarios (15%).

Riesgos de la automedicación:

Como hemos comentado anteriormente, la automedicación de las personas conlleva a un importante problema de salud pública, con consecuencias tanto individuales como colectivas.

Analizando los riesgos más comunes de la automedicación nos encontramos que uno de los más graves sería cuando esta llega a producir un cuadro de toxicidad en las personas, como consecuencia de los efectos secundarios producidos, las reacciones adversas e incluso intoxicaciones. También puede estar causada por una toma de dosis inadecuada o un tiempo de administración incorrecto, ambas situaciones son muy comunes en la gente que opta por automedicarse sin previo conocimiento.

No podemos olvidar que toda toma de medicamentos lleva consigo un riesgo de interaccionar con otros fármacos, esto ocurre sobre todo en personas polimedicadas, en las que deben de tener un buen control de las medicinas que ingieren. Como hemos comentado antes, la resistencia bacteriana es un grave problema de salud que está en aumento en la población, que utiliza incorrectamente los antibióticos como forma de automedicarse. Además, la automedicación también puede llegar a causar daños multisistémicos en diferentes órganos del cuerpo (como el hígado y los riñones). Por otra parte, el medicamento ingerido puede no tener efectividad en lo que el paciente quiere llegar a tratar, por no estar indicado correctamente en esa enfermedad o dolencia; e incluso podría llegar a enmascarar la enfermedad de base, alterando la evolución natural de la enfermedad con un consecuente retraso de diagnóstico médico adecuado. Por último, no debemos olvidar que la adicción o la dependencia farmacológica también están presentes en pacientes que se automedican.

Beneficios asociados a la automedicación:

Como ya analizamos antes, la automedicación está presente en un alto porcentaje de personas; pero también debemos reflejar el concepto de automedicación responsable: como aquella automedicación llevada a cabo para el tratamiento de síntomas menores, como dolor o acidez de estómago, y durante un tiempo limitado. En este caso, los medicamentos más utilizados son los analgésicos y antiinflamatorios no esteroideos (AINES), utilizados para aliviar multitud de molestias y pequeños problemas de salud que se manifiestan de forma habitual en las personas. Esto favorece la autonomía de las personas, pero sin olvidar que, deben de estar previamente bien informados en el uso seguro de los fármacos. Además, no solo favorece la autonomía de los pacientes, si no que también, se complementa y compatibiliza con la labor profesional de los médicos. Por lo que, se vería reflejado en una forma de desahogo para el sistema sanitario: menos pacientes por día en las consultas médicas de atención primaria, menos tiempo de espera de los pacientes en estas consultas y también en las de especializada, y por lo tanto, el médico podrá dedicar y aprovechar más el tiempo al estudio, tratamiento y prevención de aquellas enfermedades más graves que requieran una mayor intervención médica.

Por consiguiente, la automedicación que se realiza con fármacos de venta libre en las farmacias, es decir, sin receta médica, es considerada una automedicación adecuada en caso de conocer los síntomas, siempre que se realice de forma inteligente, sin exceder en la dosis y el tiempo recomendado de tratamiento; además, también es importante leer todo el prospecto antes de consumir cualquier fármaco, preguntando las dudas al farmacéutico o sanitario. Sin embargo, para síntomas desconocidos o fármacos en los que se necesita prescripción médica y receta, es indispensable acudir al médico y seguir la pauta médica establecida de forma adecuada.

Asimismo, si los servicios sanitarios tuvieran que atender todos aquellos problemas de salud que la población "soluciona" sin acudir a ellos, seguramente se colapsarían, además del gran aumento del gasto sanitario que esto implicaría.

Automedicación en otros países:

En el año 2017, un estudio llevado a cabo en estudiantes universitarios de Honduras, nos evidencia un alto porcentaje de automedicación, un 90% del total de encuestados. Destaca el sexo femenino con una mayor tasa de automedicación

(64%) frente al sexo masculino. Siendo la cefalea la principal causa de automedicación. Estos estudiantes refieren como razón principal para automedicarse que los síntomas no eran graves como para acudir a una consulta médica (80%). Por otro lado, solo 6 estudiantes (el 10%) afirmó haber padecido efectos adversos como consecuencia de la automedicación. Estos efectos adversos resultantes de la automedicación son mayoritariamente náuseas y cefalea (66%) y vómitos (50%).

En Arabia Saudí se estudió los comportamientos que influyen en la población para automedicarse. El 35% de los entrevistados reveló desarrollar conductas de automedicación en las últimas dos semanas. El mayor motivo causante de la automedicación (70%) resultó ser que las facilidades del sistema de salud no estuvieron disponibles ante la necesidad de los usuarios, y el 42% afirmó que el coste elevado de las consultas médicas le impedía asistir y por lo tanto le lleva a automedicarse.

Otro estudio en Perú en el año 2016, nos muestra que el 56% de los encuestados se automedica, siendo el grupo de edad con más tasa de automedicación aquellos entre los 18 y 24 años, y los de menor tasa de automedicación aquellos con más de 49 años. En referente al sexo, se automedican más los hombres. Los medicamentos más consumidos son los AINES (30%), seguidos de los antigripales, los gastrointestinales, analgésicos y antibióticos.

La Encuesta Colombiana sobre Automedicación y Autoprescripción, deja reflejados datos importantes de este país: el 39% de los colombianos entrevistados afirmó que cuando presenta un problema de salud opta por automedicarse y no acudir a la consulta médica, de estos solo el 14% se molesta en conocer los efectos secundarios de esta medicación. La automedicación esta presente en las diferentes ciudades colombianas con cifras altas como en la ciudad de Barranquilla (55%), en la localidad de Suba-Bogotá (28%) y en Cartagena (28%). En cuanto a las razones por las que los colombianos se automedican destacan: la falta de tiempo para acudir a una consulta médica (28%), los tiempos de espera en las consultas (22%) y la dificultad de acceso a los centros sanitarios por lejanía del lugar de residencia (21%); Por otro lado, afirman que la tendencia de automedicarse viene influenciada por: la familia (49%), los amigos (22%) y los farmacéuticos (16%).

En los Estados Unidos (EE.UU) en el año 2012, el Estudio Nacional de Salud y Uso de Drogas (NSDUH), 2.4 millones de estadounidenses de 12 años o más habían utilizado psicofármacos (hipnosedantes, opioides o estimulantes) durante el último año sin prescripción médica. Esto, nos recuerda que la mayor frecuencia de consumo de benzodiacepinas y ansiolíticos de uso no médico se inicia durante

la adolescencia y la adultez temprana. Por otro lado, cabe destacar que el 40% de las medicinas consumidas en este país, son de venta libre.

Un estudio en Chile (2014) nos muestra un amplio porcentaje de personas que se automedican, el 82.9% de los entrevistados. Los fármacos que más consumieron sin receta han sido los antiinflamatorios (ibuprofeno 11%), seguido de los gastrointestinales (calcio 9% y ranitidina 5%). Así mismo, los problemas que más le causo automedicación a los Chilenos ha sido el dolor (52%) y los trastornos digestivos (15%).

5 Discusión-Conclusión

La Automedicación esta presente en las personas desde hace muchos años y continúa hoy en día en la mayoría de los hogares; no solo ocurre en nuestro país, si no que también existe nivel mundial como ya hemos observado. Por lo tanto está presente tanto en países desarrollados, como en vías de desarrollo.

El consumo de medicamentos sin prescripción médica es difícil de cuantificar; sin embargo, en nuestro país gracias a la Encuesta Nacional de Salud podemos analizar e investigar la situación actual Española.

Los últimos datos registrados por esta encuesta (2017) nos muestran que el consumo de medicamentos sin receta continúa presente en la práctica diaria de las personas, siendo los medicamentos más consumidos los utilizados para la gripe, el catarro, la garganta y los bronquios.

Cabe destacar que la población adolescente mantiene un elevado porcentaje de automedicación, donde el 90% afirma automedicarse.

Las causas más frecuentes por las que la gente opta por la automedicación, sería la falta de tiempo para acudir a una consulta médica, la percepción de la calidad de los servicios médicos disponibles y las experiencias previas de dolencias o enfermedades que promueven la toma de fármacos sin acudir a los servicios sanitarios.

Todo acto de tomar medicamentos sin una prescripción médica supone un riesgo para la salud de las personas. Los riesgos más habituales que nos encontramos en pacientes que se automedican son: las reacciones adversas, las interacciones con otros fármacos, los cuadros de intoxicaciones y la dependencia farmacológica. Sin olvidarnos como ya hemos explicado, que puede llegar a encubrir la enfermedad

de base y retrasar un diagnóstico médico adecuado.

Por el contrario, también nos encontramos con beneficios, sin embargo estos son menores en número que los riesgos. Resaltar como principales beneficios la autonomía que proporciona a los pacientes, y la disminución de las listas de espera de las consultas médicas, evitando así un aumento significativo del gasto sanitario público.
Como conclusión final, la automedicación implica un gran problema de salud público, con consecuencias tanto individuales como colectivas. Como buenos profesionales sanitarios, desde las consultas tanto médicas, como de enfermería y sobre todo desde las farmacias, debemos de reeducar a la población, insistiendo en la toma segura de medicamentos, recalcando siempre la importancia de seguir la pauta establecida por su médico o por el farmacéutico; además, debemos de detectar cualquier cambio de la toma del medicamento por el paciente, y sensibilizar a la gente que la automedicación conlleva unos riesgos perjudiciales y prevenibles para su salud.

Por último, remarcar la importancia de la educación sanitaria y la adecuada información a los pacientes como modo de asegurar una automedicación responsable.

6 Bibliografía

1. Caamaño F, Figueiras A, Lado Lema E, Gestal-Otero JJ. La automedicación: concepto y perfil de sus usuarios. Gac Sanit. 2000; 14 (4): 294-9.
2. Kregar G, Filinger E. ¿Qué se entiende por automedicación?. Acta Farm Bonaerense. 2004; 24(1): 130-3.
3. Fuentes Galvez CA, Hernández Palacio GE, Moreno Hércules SG, Tse Ramos Y, Stuart Sánchez K, Azucena Andrade L. Conocimiento, factores condicionantes y características de automedicación en estudiantes de enfermería y medicina. Rev Cient Esc Univ Cienc Salud. 2018; 5(2): 5-15.
4. Mora Gómez EM, Pérez-Acosta AM. Revisión y análisis bibliométrico de la investigación sobre automedicación desde el año 2000. Persona. 2018: 21(1): 31-79.
5. Hermoza-Moquillaza R, Loza-Munarriz C, Rodríguez-Hurtado D, Arellano-Sacramento C, Hermoza-Moquillaza V. Automedicación en un distrito de Lima Metropolitana, Perú. Rev Med Hered. 2016; 27: 15-21.
6. Díaz-Caycedo N, Payán-Madriñán MA, Pérez-Acosta AM. Aproximación psicológica al comportamiento de automedicación. Revista Costarricense de Psicología. 2014; 33(1): 17-29.

7. Ruiz-Stemberg AM, Pérez-Acosta AM. Automedicación y términos relacionados: una reflexión conceptual. Rev Cienc Salud. 2011; 9(11): 83-97.
8. Mercedes De Pablo M. La automedicación en la cultura universitaria. Rev Invest. 2011; 35(73): 219-40.
9. Ávila Baeza A, Bardales Palma A, Mutul Cauich E, Sánchez Silva A, Sandoval Jurado L, Jiménez Báez MV et al. Automedicación en alumnos de licenciatura de enfermería. Rev Conamed. 2017; 22(3): 120-4.
10. Bernabé E, Flores M, Martínez F. Análisis de la dispensación de antibióticos en pacientes ambulatorios en una farmacia comunitaria en Murcia, España. Revista Vitae de la Facultad de Química Farmacéutica. 2013; 20(3): 203-14.
11. Rivera Espino MA, Cabrejos Paredes JE. Automedicación en zonas urbanas y urbano marginales de la provincia de Trujillo de acuerdo a los factores socioeconómicos. Scientia. 2016; 8(1): 49-56.
12. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud. [Sede Web]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 2018.
13. Guillem Sáiz P, Francesc Bozal F, Giménez Fernández F, Sáiz Sánchez C. Estudio sobre Automedicación en Población Universitaria Española. Rev Clín Med Fam. 2010; 3(2): 99-103.
14. Del Toro Rubio M, Díaz Pérez A, Barrios Puerta Z, Castillo Avila IY. Automedicación y creencias en torno a su práctica en Cartagena, Colombia. Rev Cuid. 2017; 8(1): 1509-18.
15. Vivancos Gómez V. Automedicación. Beneficios versus riesgos. INESEM.
16. González-Canalejo D. La automedicación e hipermedicación. Su prevención. En Serrano MI. La educación para la salud del siglo XXI. 2ªed. Madrid: Díaz de Santos; 2002. p: 444-46.
17. Berrouet Mejía MC, Lince Restrepo M, Restrepo Bernal D. Actitudes, conocimientos y prácticas frente a la automedicación con productos herbales y psicofármacos en estudiantes de medicina de Medellín-Colombia. Med U.P.D. 2018; 37(1): 17-24.
18. Waldo Vergara JA, Solís G, Campalans E, Moya Y. Automedicación en clubes de adulto mayor de la ciudad de Valparaíso. Rev Chil Salud Pública. 2014; 18(3): 274-85.

Capítulo 268

LA ENFERMEDAD VENOSA CRÓNICA: RECOMENDACIONES DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA.

VIONAISY DEL CARMEN ALONSO DEL RIVERO HERNÁNDEZ

MARÍA NOELIA FERNÁNDEZ DÍAZ

VANESSA LÓPEZ TELLO

MARÍA SOLEDAD LÓPEZ FERNÁNDEZ

EVA SANCHEZ FERNANDEZ

1 Introducción

La enfermedad venosa crónica (EVC) constituye una de las enfermedades más prevalentes en los humanos y es el principal motivo de consulta por patología vascular en atención primaria (AP). En el estado español las enfermedades vasculares representan un 3,4% de las consultas, de las cuales el 69% corresponden a EVC.

La literatura sobre insuficiencia venosa crónica (IVC) se remonta a la Grecia antigua cuando Hipócrates de Cos en los años 460-377 a.c., trataba las úlceras varicosas con vendajes y aconsejaba puncionar las várices con la intención de trombosarse, pero no fue sino hasta el año 1450 cuando Leonardo da Vinci de-

scribió su anatomía. Luego en 1600 Fabricio detallo las válvulas y William Harvey, su alumno, basado en la teoría de la circulación sanguínea ilustró las válvulas venosas.

La escuela romana de cirugía adquirió gran desarrollo, existiendo cirujanos que sólo realizarían operaciones vasculares como ligaduras de vasos, amputaciones, flebotomías y cirugía de las várices. Antilo de Pérgamo, el cirujano más famoso de la antigüedad tardía debe considerarse el auténtico padre de la cirugía vascular.En esta época los soldados romanos manejaban el edema de los pies y el disconfort, con las largas jornadas en bipedestación, envolviendose con trapos apretados sus tobillos.

En el 1676 Wiseman desarrollo el término de "ulcera varicosa".En 1850 Trendelenburg y Bodrio describieron el reflujo venoso profundo y superficial. Posteriormente en 1923 la utilización de medios de contraste para visualizar el sistema venoso marca un hito en la historia de la flebología por Beberich - Hirsh. En la Primera Guerra Mundial, la utilización del Salvarsan para el tratamiento de la sífilis producía esclerosis en las venas del brazo; Paúl Linser observando esto, emplea este producto como tratamiento esclerosante de las venas varicosas.

La enfermedad venosa aun siendo de buen pronóstico vital en principio, tiene una elevada morbilidad en estadios avanzados, por lo que su prevención es muy importante permitiendo por otra parte racionalizar los recursos necesarios para su control. En la AP uno de los objetivos fundamentales estriba en establecer medidas preventivas, efectuar el diagnóstico precoz, y seleccionar aquellos pacientes que deben ser derivados al especialista.

Generalidades y conceptos fundamentales:

La IVC es la incapacidad del sistema venoso para mantener la presión intraluminal capilar inferior a la presión coloidosmótica, lo que impide la adecuada función hemodinámica de reabsorción capilar. Se caracteriza por la hipertensión venosa (HTV) y sus consecuencias fisiopatológicas y es más frecuente en los miembros inferiores (MMII) ya que en ellos influye negativamente la presión hidrostática.

Antes de profundizar en la elaboración de este trabajo es interesante diferenciar algunos términos importantes y que han sido definidos mediante consenso internacional.

Trastornos venosos crónicos: recoge todo el espectro de anomalías morfológicas y funcionales del sistema venoso.

Enfermedad venosa crónica: utilizado cuando las alteraciones morfológicas o funcionales (incompetencia valvular) son de largo tiempo de evolución y se manifiestan con signos y síntomas que requieren ser estudiados y tratados. La incompetencia valvular se identifica con Eco-Doppler como un flujo venoso retrógrado de duración prolongada. Los síntomas incluyen dolor, ardor, picor, pesadez, fatiga, calambres musculares. Entre los signos se encuentran las venas dilatadas (telangiectasias, varices), edema, alteraciones cutáneas y ulceración. La gravedad de signos y síntomas no siempre se correlaciona con el grado de disfunción valvular subyacente.

Insuficiencia venosa crónica: empleado para pacientes con EVC que presentan signos clínicos de mayor afectación, como edema significativo, cambios en la piel o ulceración. La IVC define la alteración de la función venosa normal debida a la insuficiencia valvular y/o obstrucción al flujo y que puede ser de origen primario o secundario a un cuadro de trombosis previa, que produce un aumento de la presión venosa y que además puede originarse en cualquier segmento de la circulación venosa.

La problemática de la IVC engloba varios cuadros clínicos:
- Insuficiencia venosa superficial, donde se incluyen las varices esenciales, microvarices y telangiectasias.
- Insuficiencia venosa profunda, que afecta al sistema venoso profundo (SVP) e incluyen; primaria o congénita (avalvulación, hipoplasia o aplasia valvular) y las secundaria (secuela post trombótica con daño valvular definitivo).
- Insuficiencia venosa mixta, que afecta a ambos sistemas venosos superficial (SVS) y profundo.
- Cuadros clínicos con varices congénitas, como el Síndrome Klippel- Trenaunay (micro fístulas, manchas de tipo nevus angiomatoso, hipertrofia de la extremidad afecta y varices y que puede asociarse a anomalías en el SVP) y el Síndrome de Parkes-Weber (igual que el cuadro anterior, pero con la presencia de macro fístulas).

Aspectos socioeconómicos:

La EVC es una patología que consume una importante cantidad de recursos sanitarios constituyendo una de las causas de solicitud y tratamiento más frecuentes en AP. Su alta prevalencia y morbilidad debe de ser tenida en cuenta por los profesionales como objetivo primordial dentro del fomento de la salud y la prevención de la enfermedad.

Al impacto sobre el individuo se añade el impacto sobre los sistemas sanitarios, habiéndose estimado, por ejemplo, que el coste médico directo de la EVC en Estados Unidos es de 150-1.000 millones de dólares al año y que un 2% del presupuesto nacional de salud anual del Reino Unido se gasta en la atención a las úlceras de MMII.

El impacto socioeconómico es debido al elevado número de personas afectadas, el coste de las consultas y del tratamiento, así como el deterioro de la calidad de vida por situaciones incapacitantes que conducen a un gran número de bajas laborales (costes indirectos). En el estudio DETECT- IVC 2006, la baja laboral y la hospitalización se presentaron en un 2,5% y 2% de pacientes respectivamente. La mediana de la baja laboral era de 30 días y la de la hospitalización alcanzaba los 8 días. Esto está incrementado por el hecho de que la EVC es progresiva y que muchos de los problemas, como las úlceras, tienden a recurrir.

Las estimaciones del coste anual del tratamiento de la EVC en los países europeos occidentales se sitúan entre 600-900 millones de euros, lo que representa un 2% de gasto sanitario. Sin duda, la úlcera venosa es la situación que más recursos consume, aproximadamente costes anuales por úlcera de 9.000 euros, de los cuales un 90% corresponden a costes directos (recursos humanos y materiales) y un 10% a costes indirectos (ejemplo: bajas laborales).

Existen evidencias de que la educación sanitaria en esta patología, el seguimiento de las guías flebologicas publicadas y una puesta al día en el tratamiento de las úlceras venosas (utilización de terapia compresiva sistemática y seguimiento de protocolos de curas) es coste efectivo y reduce el tiempo de curación de las úlceras y mejora la calidad de vida de los pacientes. Es por todo ello considerado un síndrome con gran repercusión asistencial en AP.

2 Objetivos

- Realizar una revisión bibliográfica de carácter científico, que sea de utilidad para el profesional sanitario de AP, aumentando sus conocimientos en el abordaje del paciente con EVC.
- Conocer las recomendaciones que podrían llevarse a cabo por su utilidad con relación a la EVC en el ámbito de la AP de salud, para mejorar la calidad en la promoción de la salud y prestación de cuidados. Se trata de familiarizar a los profesionales sanitario en especial a la enfermería comunitaria, con el fin de desarrollar adecuadamente las terapias y técnicas en el abordaje de esta enfermedad.

- Conocer los datos de prevalencia publicados a nivel nacional e internacional sobre la EVC, así como los factores de riesgo asociados a dicha enfermedad.

3 Metodología

El estudio se ha realizado mediante técnicas de revisión sistemática de la literatura científica obtenida mediante consulta directa y acceso, vía internet, disponible en bases de datos como: Medlars Online International Literature (MEDLINE), vía PubMed, Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS), Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud (IBECS), Cochrane Library Plus, Current Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Cuiden y Google académico.
Se han utilizado como descriptores en ciencia de la salud (DeDS) en español e inglés: Enfermedad venosa crónica, insuficiencia venosa crónica, atención primaria, educación sanitaria. epidemiología, varices, cirugía vascular, prevalencia, úlcera venosa y síndrome posflebítico.

La revisión se llevó a cabo durante los meses de septiembre a diciembre del 2019. Tras la búsqueda y lectura crítica de títulos y resúmenes, se revisaron un total de 65 artículos, siendo seleccionados 43.

Los criterios de inclusión la publicación de menos de 10 años y que el contenido del estudio estuviera relacionado con la EVC. Se excluyeron aquellos artículos escritos en otros idiomas, que no sean español e inglés. Resúmenes publicados antes del año 2010. Manuscritos no obtenidos a texto completo y con resultados no concluyentes.

4 Resultados

La presentación clínica de la EVC varía desde los problemas cosméticos hasta la presencia de síntomas graves, entre ellos la aparición de úlceras. Con frecuencia, la presencia de varices es causa de molestias, dolor, absentismo laboral, discapacidad y un deterioro de la calidad de vida.

El volumen de visitas diarias que son atendidas por los profesionales desde la AP y la falta de una formación específica en patología vascular, contribuyen a un desfase inusual en el manejo de la enfermedad. Otro problema que se presenta a la hora de tratar a estos pacientes es la insuficiente importancia que concede la

Administración sanitaria que la relega a enfermedad menor por su baja mortalidad, por lo que apenas se contemplan medidas en sus planes sanitarios, además de excluir medidas terapéuticas de eficacia probada. Por otra parte, se ha observado variabilidad de conceptos, muestras pequeñas y una metodología imprecisa de los estudios publicados hasta la actualidad que dificulta el conocimiento de la enfermedad.

En nuestro país según la clasificación CEAP, la etapa evolutiva más tardía de la IVC es la úlcera venosa representando el 80-90% de las úlceras vasculares y el 69% de las úlceras de piernas. Concretando, la incidencia es mayor en mujeres que en hombres y tiene gran relación la raza, antecedentes familiares, número de partos, hábitos dietéticos (sobrepeso, aporte calórico), actividad física habitual.

Los estudios epidemiológicos que abordan este tema son escasos y su incidencia y factores de riesgo concomitantes no son bien conocidos.

Según datos epidemiológicos del Estudio Framingham, la incidencia de varices por año está en el 2,6% para las mujeres y en el 1,9% para los hombres y la prevalencia de los cambios de coloración en la piel es del 3 al 13%, en úlcera activa del 1% y en úlcera cicatrizada del 2,7%.

Existen datos españoles recogidos en el Estudio DETEC-IVC 2006, donde se verificó las elevadas cifras de prevalencia de IVC, obtenidos en la encuesta DETEC-IVC 2000. Se comprobó si se había modificado el patrón del tratamiento de la enfermedad desde la AP. Incluyo 16.186 pacientes que acudían a las consultas de AP por cualquier motivo.

Del estudio se obtuvieron algunos resultados como:
- 71% de los pacientes mayor de 16 años presentó algún síntoma o signo dependiente de la IVC (especialmente la pesadez de piernas y las varículas), de los que un 49% los califican como importante y/o grave.
- 62% presentó algún tipo de signo de IVC en el examen físico.
- 2% de los encuestados examinados presentaba úlceras cutáneas.
- 38% de los pacientes se encontraba dentro de los grupos del 2 al 6 de la clasificación CEAP.
- 88% de los pacientes salieron de la consulta con tratamiento.

Cuando hablamos de datos epidemiológicos relacionado con la EVC, no podemos dejar de hacer mención del Estudio Vein Consult Program considerado el mayor programa internacional de cribado de patología venosa, realizado en 20 países de

diferentes zonas geográficas y avalado por la Unión Internationale de Phlébologie (UIP), con una muestra de 80.000 pacientes. El objetivo de este estudio fue evaluar la prevalencia de la EVC, sus características clínicas y la conducta terapéutica ante estos pacientes en AP.

Datos del programa Vein Consult muestra que predominan las primeras etapas de la EVC.7 Las venas varicosas y el edema afectan a alrededor del 15 % de la población mundial. La enfermedad grave, caracterizada por úlceras venosas activas o curadas, afecta aproximadamente al 2 % de la población mundial, con una carga concomitante significativa sobre los sistemas sanitarios y los pacientes.

En España, se realizó el estudio Vein Consult Program con corte transversal. Incluyó a 19.800 pacientes con una edad media ± 20 años y con predominio de mujeres del 63%. La prevalencia de EVC (categorías CEAP C1 a C6) fue del 48,5% (IC del 95%, 47,8 a 49,2), significativamente superior en mujeres (58,5%; IC del 95%, 57,6 a 59,4) respecto de los hombres (32,1%; IC del 95%, 31,0 a 33,1). La EVC era más prevalente y avanzada según se incrementaba la edad de los pacientes. En el 59% de los pacientes se consideró necesario instaurar algún tratamiento, siendo más frecuente en mujeres que en hombres (72% vs. 39%, $p < 0,0001$). La recomendación de escleroterapia, ablación endotérmica o cirugía constituyó el 4% de todas las recomendaciones, y en un 7% se consideró necesaria la derivación al especialista de cirugía vascular.

La principal característica de la fisiopatología de la EVC es el reflujo, producido principalmente por incompetencia y obstrucción valvular. La obstrucción y el reflujo pueden darse de forma individual o combinados, y empeoran por la disfunción o la inactividad de la bomba muscular.

La patogénesis de la enfermedad es un proceso complejo y probablemente multifactorial. El retorno de la sangre venosa desde las EEII al corazón se realiza mediante dos circuitos en paralelo: el SVP, localizado dentro de la fascia profunda que envuelve a los músculos profundos de las EEII, y el SVS. Ambos se encuentran interconectados por un tercer sistema, el de las venas perforantes. A grandes rasgos, el SVS se inicia en las venas del pie para formar la vena safena mayor (interna) y la safena menor (externa), que desembocan en la vena femoral común a nivel del muslo y en la vena poplítea, respectivamente. En bipedestación, el retorno venoso se hace contra gravedad y se favorece por la presencia de válvulas venosas que impiden el flujo retrógrado, por la acción de bombeo que ejercen los músculos gemelares y del pie durante la marcha, por la diástole cardiaca y los movimientos respiratorios.

Es una enfermedad de etiología primaria en el 95% de casos y solo un 4-5% es secundaria, sobre todo por trombosis venosa profunda (TVP). El factor determinante de la aparición de la EVC primaria es la incompetencia de las válvulas venosas por una alteración de estas o por un defecto idiopático estructural de la pared venosa, o por ambos mecanismos. La incompetencia valvular genera un RV que provoca HTV, que conduce a la dilatación de las venas del SVS (varices), a alteraciones en la microcirculación y lesiones tróficas, responsables a su vez de las manifestaciones clínicas. Los cambios en la microcirculación conllevan a la aparición de las lesiones características de la IVC.

Es importante el conocimiento de los factores de riesgo que influyen en la aparición de la enfermedad venosa, para planear actuaciones e intervenciones sobre ellos que retrasen o impidan el comienzo de la enfermedad. Los más importantes son:
- Factores congénitos: angiodisplasias (Klippel-Trenaunay), fístulas arteriovenosas, agenesias valvulares, enfermedades del tejido conectivo…
- Factores primarios o Idiopáticos:

No modificables:
- Herencia.
- Edad.
- Sexo.
- Raza.

Modificables:
- Peso.
- Ocupación laboral.
- Exposición al calor.
- Gestación: la EVC es más frecuente en mujeres multíparas a partir del segundo parto.16
- Hábito intestinal.
- Compresiones locales o selectivas (prendas de vestir ajustadas, vendajes, cinturones, medias, zapatos…).
- Factores secundarios:
- TVP:17,18 es el factor de riesgo identificado con mayor frecuencia en la IVC.
- Tratamiento hormonal: La toma de anticonceptivos orales se ha relacionado con la aparición de la enfermedad.
- Compresión (tumoral, adenopatía, quiste de Baker, etc.). Traumatismo, yatrogenia…

La presentación clínica de la EVC es variada y cambiante. Los síntomas pueden acompañar a todas las etapas de la enfermedad. Su evolución va desde problemas estéticos hasta la presencia de signos graves, entre ellos la aparición de úlceras. Los síntomas, aunque son inespecíficos, nos pueden orientar hacia su presencia por lo que es necesario su conocimiento al igual que los trastornos dérmicos asociados:

- Dolor.
- Pesadez.
- Neuropatía venosa: (síntomas diversos consistentes en sensaciones de presión, opresión, quemazón, pinchazos, picadura, desgarro, palpitaciones o escalofríos).
- Calambres.
- Varices: (talangiectasias, reticulares, venas varicosas o tronculares, corona flebectásica)
- Edema.
- Alteraciones cutáneas (hiperpigmentación, eccema, úlcera venosa, lipodermatoesclerosis, úlcera cicatrizada, atrofia blanca).

Tras realizar la anamnesis con los factores de riesgo y evolución de la enfermedad, el diagnóstico clínico debe centrarse en los síntomas, signos y el examen físico, con el paciente en bipedestación en una habitación caliente, con buena luz, debe establecerse las características y distribución de las varices y otras alteraciones dermatológicas, mediante la inspección, palpación y auscultación. Igualmente se deben observar los posibles trastornos cutáneos.

Si bien en algunos casos la IVC es asintomática y podemos ver pacientes con varices desarrolladas de diversa extensión a los que no producen ninguna molestia que no sea la estética, en la mayoría de las ocasiones, el cuadro clínico viene definido por el conjunto de signos y síntomas mencionados anteriormente que pueden confluir al mismo tiempo o aparecer de forma progresiva a medida que se incrementa el grado de insuficiencia venosa. La inspección, palpación y auscultación son pasos obligados de realizar en una buena exploración física. Se han descrito una serie de maniobras o pruebas exploratorias específicas para valorar la topografía y el grado de insuficiencia venosa de una extremidad, aunque en AP no se utilicen mucho. Las más importantes son: Maniobra de Trendelemburg, Maniobra de Scharwtz, la Maniobra de Perthes, la Maniobra de Valsalva y el Índice tobillo-brazo (ITB).

En 1994 se creó mundialmente en el American Venous Forum una convención organizada por el Straub foundation en Maui, Hawai, USA, la clasificación CEAP23,

cuya siglas significan; Clinical Etiological Anatomical Pathophysiological, donde se elaboró un documento de consenso para la clasificación y gradación de la IVC de los MMII, basada en las manifestaciones clínicas, factores etiológicos, distribución anatómica y hallazgos fisiopatológicos. Permitió informar y dar seguimiento a los pacientes y fue promulgada en todo el mundo.

La valoración hemodinámica de la enfermedad se realiza con posterioridad al diagnóstico clínico para descartar o confirmar la patología sospechada. Por tanto, permite establecer la presencia o ausencia de la enfermedad y su repercusión hemodinámica. Los métodos no invasivos (ejemplos: Eco-Doppler, Pletismografía) deben realizarse con anterioridad a cualquier técnica invasiva. La sencillez, fiabilidad, seguridad y repetibilidad son algunas de sus características en relación con los métodos invasivos (ejemplos: angiorresonancia, flebografía y la venografía por punción).

Eco Doppler venoso: De entre las diferentes técnicas, el Eco-Doppler es el único procedimiento no invasivo que aporta información topográfica y hemodinámica y que debe realizarse en bipedestación. Es el más utilizado actualmente en la práctica clínica, es superior a la flebografía y se considera el "gold standard" para detectar el reflujo en cualquier segmento venoso.
La ecografía dúplex de las venas profunda y superficiales nos sirve para evaluar si hay algún tipo de obstrucción y su auscultación se utiliza para detectar RV Presenta una especificidad entre el 73 y 92% y una sensibilidad entre en 80 y 92%.20
El tratamiento médico o conservador de la EVC pasa por el abordaje de los factores de riesgo, modificación del estilo de vida, la terapia compresiva, el tratamiento farmacológico, la escleroterapia y la cirugía, según el estadio evolutivo de la enfermedad, ya sean solos o combinados.

Medidas higiénico-dietéticas:
- Ejercicio físico: Estimula la función de la bomba muscular y el retorno venoso, reduce peso.27,28 Se recomienda evitar deportes de contacto o estáticos, levantar pesos, se aconseja realizar deportes como natación o bicicleta fija, al igual que caminar al menos 30 minutos todos los días. También son recomendables los ejercicios antiestasis venoso.
- Obesidad: Intentar evitar o corregir el exceso de peso (dieta, ejercicio físico).
- Bipedestación prolongada: Se deben evitar situaciones que supongan períodos prolongados de bipedestación inmóvil.26,28
- Reposo con elevación de los MMII: sobre el nivel del corazón evitando la flexión

de la cadera, durante 15-30 minutos tres o cuatro veces al día.20,26

Cuidado de la piel, dieta y vestido:
- Evitar exposición solar prolongada, altas temperaturas, aplicación directa de calor en MMII de forma continuada.
- Aseo meticuloso, a diario, utilizando jabón de pH neutro y realizar un secado minucioso.
- Mantener la piel hidratada. Es imprescindible una ingesta de agua adecuada.
- Realizar masajes frecuentes en los MMII desde los pies en sentido ascendente hacia el muslo.
- Dieta baja en sal, evitar el sobrepeso, el estreñimiento, tabaco y alcohol.
- Evitar prendas excesivamente apretadas. Recomendar el uso de calzado ancho, cómodo y transpirable.

La terapia compresiva sigue siendo la piedra angular como primera línea del tratamiento conservador, indicada en todos los paciente por su fácil uso, naturaleza no invasiva y por su eficacia en el descenso de la HTV. Considerada también el "gold standard" en el tratamiento de las úlceras venosas. Esta medida reduce el estasis venoso, aumentando la proporción de curación de la úlcera.Entre los efectos demostrados se encuentran: reducción del edema, reflujo y volumen venoso; mejoría de la bomba venosa y de la presión transcutánea de oxígeno, aumenta la velocidad venosa, el flujo arterial y el drenaje linfático, mejora de la microcirculación y la función valvular. Asimismo, ha demostrado capacidad para reducir tanto la incidencia como la sintomatología y además retrasan la progresión de la EVC,lo que provoca un aumento de la calidad de vida del paciente.

Las medias de compresión gradual elástica es la medida conservadora que ha demostrado ser más eficaz en el tratamiento de la EVC.La compresión ha de ser decreciente ejerciendo una presión máxima en el tobillo que disminuye progresivamente hacia la parte proximal de la extremidad, la pérdida de presión debe ser del 60%, de forma que en el pie se realiza la máxima presión (100%), en la pantorrilla (70%), en la rodilla (50%) y en el muslo el 40%.

Deben ser prescritas solo si el paciente está dispuesto a llevarlas regularmente y deben ser colocadas desde primera hora de la mañana y renovadas cada 3–6 meses si se llevan diariamente.El tratamiento farmacológico incluye a los fármacos venoactivos (FVA) que conforman un grupo heterogéneo de sustancias tanto en el origen de sus moléculas, como en su mecanismo de acción o su composición, ya que la mayoría de los comercializados tienen más de un principio activo. Actúan sobre distintos pasos de la fisiopatología con la intención de mejorar los

síntomas y detener la evolución de la enfermedad. Muchas ocasiones tienen efectos múltiples e incluso actúan a distintos niveles:
- Hidroquinonas: Dobesilato de calcio. Doxium.
- Gammabenzopironas: Diosmina, Hesperidina, Diosminas no micronizadas o sintéticas (Hidrosmina), Troxerutina. Esberiben, Venoruton.
- Alfabenzopironas: Cumarina y esculina.
Sapominas: Castaño de Indias: Escina. Flebostasin.
Ruscus Aculeatus.

El tratamiento de elección de la insuficiencia venosa moderada y severa es el quirúrgico, Es opinión general que el mecanismo patológico principal de las varices consiste en el paso de la sangre del SVP al SVS, por lo que la interrupción de los puntos por donde se produce este paso conduciría a la detención de la progresión de las varices. La mayoría de las técnicas que mencionamos siguen este principio, ejemplo: fleboextracción, flebectomía ambulatoria, cura CHIVA y por último la escleroterapia.

La escleroterapia, es una técnica que en pocas semanas las varices tratadas deberían desaparecer. Consiste en la inyección de una sustancia esclerosante dentro de la variz. Este método hace que la vena se reseque, provoca una fibrosis y un endurecimiento de la vena, haciéndola desaparecer, ocasionando que el flujo sanguíneo continúe a través de otras venas no varicosas.

5 Discusión-Conclusión

La EVC es una enfermedad de curso crónico y progresivo que presenta un pronóstico vital benigno, pero que, por su frecuencia y elevada morbilidad, constituye una gran carga emocional y/o económica para quienes la padecen, para sus familias y para el sistema de salud ya que genera un enorme número de consultas tanto en AP como a nivel de la atención especializada. Dado que la mayoría de los pacientes son subsidiarios únicamente de tratamiento conservador, un porcentaje muy elevado puede ser atendido adecuadamente desde la AP, constituyendo un gran reto para médicos y profesionales de la enfermería de este ámbito.

Los objetivos fundamentales de la AP serán: establecer las medidas preventivas en los pacientes susceptibles; realizar diagnósticos precoces para establecer su tratamiento (farmacológico y compresivo) y seleccionar a los pacientes para la cirugía, no obstante, con frecuencia se plantea la duda de si existe indicación quirúrgica y cuál sería el mejor momento para realizarla. En este sentido, existe

un documento recientemente publicado por la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria y la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular, donde se recogen los criterios de derivación entre ambos niveles y su prioridad. También se define el perfil del paciente que debe ser atendido prioritariamente en cada nivel asistencial, con el objetivo de mejorar la calidad asistencial en base a disminuir los tiempos de demora y evitar la duplicidad de las actuaciones. Posteriormente una vez indicada y realizada la intervención quirúrgica, el seguimiento del paciente deberá ser asumido de nuevo por AP, teniendo en cuenta la posibilidad de nuevas valoraciones quirúrgicas futuras según la evolución de cada caso.

La EVC es muy prevalente en nuestro medio, aunque debido a la falta de estudios rigurosos no se conocen las cifras concretas de su existencia en las poblaciones. La etiología en la mayoría de los casos, entre el 95- 97%, es primaria o idiopática. Una buena anamnesis y la exploración física en bipedestación son imprescindibles en la valoración de la enfermedad. La clasificación más utilizada es la CEAP y el Eco Doppler es la prueba complementaria de elección. La sintomatología es muy variada e inespecífica, incluye: pesadez de piernas varículas, hinchazón, dolor, varices, calambres, parestesias y úlcera venosa. La clínica empeora con la bipedestación y en ambiente caluroso y mejora con el decúbito, el frio y el ejercicio físico. No existe correlación entre la afectación hemodinámica y la intensidad de los síntomas.

El objetivo principal y común de todos los tratamientos es la mejora de los signos clínicos, de los síntomas y de la calidad de vida del paciente. Los objetivos técnicos comunes, entre ellos la ablación del reflujo y la mejora de la función venosa, son ahora secundarios al alivio de los síntomas tanto para los pacientes como para los facultativos más actualizados. Técnicas invasivas y compresión actúan en torno al objetivo combinado de reducir los síntomas y resolver los mecanismos patológicos. El tratamiento debe ser multidisciplinario, es decir los cuidados de enfermería son muy importantes, ya que requiere curación avanzada y compresión elástica. El tratamiento quirúrgico es sólo el final del proceso.

La terapia compresiva es la medida fundamental para el tratamiento. También se deben recomendar medidas generales que faciliten el retorno venoso. Sin embargo, es necesaria la realización de estudios mejor diseñados para establecer unas claras recomendaciones respecto a las medidas generales y físico-posturales más eficaces.

Las intervenciones farmacológicas suponen una opción terapéutica complemen-

taria que actúa sobre los síntomas y los mecanismos. No hay estudios que demuestren la eficacia de los flebotónicos en la mejoría de los síntomas de IVC, salvo en el edema. En pacientes muy sintomáticos con varices evidentes y en aquellos con riesgo de complicaciones se recomienda tratamiento quirúrgico. No existe evidencia científica para recomendar un tipo de cirugía u otra, pero es mejor la tolerancia a las técnicas mínimamente invasivas.

Se concluye que la IVC es la patología mayormente tratada en las consultas de AP, dentro de las enfermedades vasculares, sin embargo, hay muy poco interés por la falta de estudios que demuestren el impacto en el sistema de salud, la alta prevalencia que existe en nuestros hospitales, la carencia de educación y cómo afecta a la calidad de vida de los pacientes, más todo el impacto económico que ésta representa para ambas partes. Los costos que genera en términos de deterioro de calidad de vida, la pérdida de capacidad laboral e insumo de recursos de profesionales sanitarios son muy altos.

La relación directa que existe entre el sedentarismo, la obesidad y el sobrepeso son los factores de riesgo implicados en la IVC, que son modificables. Las acciones preventivas podrían retrasar la aparición de la enfermedad, excluyendo a los que tienen un antecedente familiar mayormente materno, los cuales tuvieron mayor predisposición de padecer la enfermedad. Es determinante el estilo de vida en la evolución de la EVC y la información adecuada al paciente podría disminuir el riesgo de complicaciones en el transcurso de la enfermedad, acompañado del uso de técnicas poco invasivas. Los costos e incapacidades que generan las principales complicaciones, como son la úlcera de MMII y la TVP, son elevados y prolongados tanto para el paciente como para el sistema de salud que los atiende. Se hace necesario en la actualidad, un estudio epidemiológico poblacional para conocer la situación real en España, de la incidencia de la enfermedad venosa.

6 Bibliografía

1- García Herrera A, Moliner Cartaya M. Matanzas. Revista Médica Electrón 2010; 32 (7).
2- Poblete Silva R. Historia de la cirugía vascular. Revista Chilena de Cirugía 1997; 49(3): 322-333.
3- Pedrozo Passennheim. La flebolinfología en la Historia de la Medicina. Globedia 2009 jul 17.
4- S. Raju, P. Neglen. Clinical practice. Chronic venous insufficiency and varicose veins. N Engl J Med, 360 (2009), pp. 2319-2327

5- Balibrea JL, Sanz M, Torres AJ. Insuficiencia venosa. Varices. En:Balibrea Cantero JL, eds. Patología Quirúrgica. 1ª ed. Madrid: Marban; 2002: 590-598.
6- Hernández Rivero M, Llanes Barrios J, Quiñones Castro Mayda. Caracterización de la insuficiencia venosa crónica en consultas del Instituto de Angiología y Cirugía Vascular. Revista Cubana de Angiología y Cirugía Vascular 2010; 11(1): 1-9.
7- Rabe E et al.; VCP Coordinators. Epidemiology of chronic venous disorders in geographically diverse populations: results from the Vein Consult Program. Int Angiol. 2012;31(2):105-15.
8- Vein Consult Program.
9- P. Gloviczki, A.J. Comerota, M.C. Dalsing, B.G. Eklof, D.L. Gillespie, M.L. Gloviczki, et al. The care of patients with varicose veins and associated chronic venous diseases: Clinical practice guidelines of the Society for Vascular Surgery and the American Venous Forum. J Vasc Surg, 53 (2011), pp. 2S-48S http://dx.doi.org/10.1016/j.jvs.2011.01.079.
Medline
10- Onida S, Davies AH. Predicted burden of venous disease. Phlebology. 2016;31(1) Suppl:74-9
11- Lévy E, Lévy P. Management of venous leg ulcer by French physicians, diversity and related costs: a prospective medicoeconomic observational study. J Mal Vasc. 2001;26(1):39-44.
12- O'Donnell TF Jr, Passman MA, Marston WA, Ennis WJ, Dalsing M, Kistner RL, et al; Society for Vascular Surgery; American Venous Forum. Management of venous leg ulcers: clinical practice guidelines of the Society for Vascular Surgery ® and the American Venous Forum. J Vasc Surg. 2014;60(2) Suppl:3S-59S.
13- Nicolaides A, Kakkos S, Eklof B, Perrin M, Nelzen O, Neglen P, et al. Management of chronic venous disorders of the lower limbs – guidelines according to scientific evidence. Int Angiol. 2014;33(2): 87-208.
14- Miquel C, Rial R, Ballesteros MD, García Madrid C. Guía de práctica clínica en enfermedad venosa crónica del capítulo de flebología y linfología de la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular. Angiología. 2016; 68:55-62.
15- Sokolis DP. Experimental investigation and constitutive modeling of the 3D histomechanical properties of vein tissue. Biomechanics and Modeling in Mechanobiology. 2012 06 16;12(3):431-451
16- Nettel F, Rodríguez N, Nigro J, González M, Conde A, et al. Primer consenso latinoamericano de úlceras venosas. Resumen: Revista Mexicana de Angiología 2013; 41(3): 95-126
17- Mege Navarrete M. Bases de la medicina clínica vascular para estudiantes de

medicina. Insuficiencia venosa de extremidades inferiores, Red de Aprendizaje Digital, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile pdf p (2-4).
18- Carroll C, Hummel S, Leaviss J, Ren S, Stevens JW, Cantrell A, et al. Systematic review, network meta- análisis and exploratory cost-effectiveness modelo f randomized trials of minimally invasive techniques versus surgery for varicose veins. Br J Surg. 2014;101 (9): 1040-1052.
19- Mashiah A, Berman V, Thole HH, Rose SS, Pasik S, Schwarz H, Ben-Hur H. Estrogen and progesterone receptors in normal and varicose saphenous veins. Cardiovascular Surgery 1999; 7(3): 327–331.
20- S.C. Carr. Current management of varicose veins. Clin Obstet Gynecol., 49 (2006), pp. 414-426. Medline
21- Gloviczki P, Gloviczki ML, Guidelines for the management of varicose veins. Phlebology 2012; 27 Suppl 1: 2-9.
22- L. Herranz de la Morena. Índice tobillo brazo para la evaluación de la enfermedad arterial periférica. Av Diabetol. 21 (2005), pp. 224-226.
23- A.N. Nicolaides.Cardiovascular Disease Educational and Research Trust; European Society of Vascular Surgery; The International Angiology Scientific Activity Congress Organization; International Union of Angiology; Union Internationale de Phlebologie at the Abbaye des Vaux de Cernay. Investigation of chronic venous insufficiency. A consensus statement (France, March 5-9, 1997). Circulation., 102 (2000), pp. E126-E163. Medline
24- Pinto- Diaz G, Martínez- Pérez M, Ramos-Gato E, Lojo- Rocamonde I. Insuficiencia Venosa Crónica. Varices. En: Viver Manresa E. Ros Die E, eds. Patología vascular. 1ª ed. Barcelona: EDICA- MED, 1993:329-347.
25- Arcelus- Imaz I, Gonzalez- Hermoso F. Procedimientos diagnósticos en patología venosa. Insuficiencia venosa crónica: Varices. En: Duran Sacristan H,eds. Compedio de cirugía . 1ª ed. Madrid:MC Graw- Hill Interamericana, 2002:227-241.
26- E. Viver, L.I. Roig, O. Pastor, E. Roche, J. Cabrera, M. Matas, et al. Tratamientos I y II en la Insuficiencia Venosa Crónica. Indicaciones y resultados. An Cir Card Cir Vasc., 10 (2004), pp. 118-136.
27- F.T. Padberg Jr., M.V. Johnston, S.A. Sisto. Structured exercise improves calf muscle pump function in chronic venous insufficiency: a randomized trial. J Vasc Surg., 39 (2004), pp. 79-87.
28- Y.M. Kan, K.T. Delis. Hemodynamic effects of supervised calf muscle exercise in patients with venous leg ulceration: a prospective controlled study. Arch Surg., 136 (2001), pp. 1364-1369. Medline
29- O'Meara S, Al-Kurdi D, Ologun Y, Ovington LG, Martyn-St James M, Richardson R. Antibiotics and antiseptics for venous leg ulcers. The Cochrane database

of systematic reviews. 2014;1: Cd003557.
30- O'Meara S, Al-Kurdi D, Ologun Y, Ovington LG, Martyn-St James M, Richardson R. Antibiotics and antiseptics for venous leg ulcers. The Cochrane data base of systematic reviews. 2013;12: Cd003557.
31- Moffatt CJ, Franks PJ, Doherty DC, Martin R, Blewett R, Ross F. Prevalence of leg ulceration in a London population. QJM: monthly journal of the Association of Physicians. 2004;97(7):431-7.
32- Jull AB, Arroll B, Parag V, Waters J. Pentoxifylline for treating venous leg ulcers. The Cochrane database of systematic reviews. 2012;12: Cd001733.
33- O'Meara S, Cullum N, Nelson EA, Dumville JC. Compression for venous leg ulcers. The Cochrane database of systematic reviews. 2012;11: Cd000265.
34- O.La piedra. Clasificación CEAP. Criterios de selección/manejo de prioridades. Insuficiencia venosa crónica. Conceptos actuales. An Cir Card Cir Vasc, 10 (2004), pp. 102-105.
35- Nicolaides A et al. Management of chronic venous disorders of the lower limbs - guidelines according to scientific evidence. Int Angiol. 2014;33(2):87-208.
36- M.J. Martínez-Zapata, R.W. Vernooij, S.M. Uriona Tuma, A.T. Stein, R.M. Moreno, E. Vargas, et al. Phlebotonics for venous insufficiency. Cochrane Data base of Systematic Reviews., 4 (2016),
37- Scallon C, Bell-Syer SE, Aziz Z. Flavonoids for treating venous leg ulcers. The Cochrane database of systematic reviews. 2013;5: Cd006477.
38- Briggs M, Nelson EA, Martyn-St James M. Topical agents or dressings for pain in venous leg ulcers. The Cochrane database of systematic reviews. 2012;11: Cd001177.
39- Carrasco E, Díaz S, González A, Permanyer, J. Atención primaria de calidad. Guía de buena práctica clínica en Patología venosa. Servicio de publicaciones de Organización Médica Colegial de España. 2015
40- Wilmanns C, Cooper A, Wockner L, Katsandris S, Glaser N, Meyer A, et al. Morphology and Progression in Primary Varicose Vein Disorder Due to 677CNT and 1298ANC Variants of MTHFR. EBioMedicine 2015; 2: 158-164.
41- P.J. Galambosi, M. Gissler, R.J. Kaaja, U.M. Ulander. Incidence and risk factors of venous thromboembolism during postpartum period: a population-based cohort-study. Acta Obstet Gynecol Scand., 96 (2017), pp. 852-861 http://dx.doi.org/10.1111/aogs.13137
. Medline
42- R.M. Smyth, N. Aflaifel, A.A. Bamigboye. Interventions for varicose veins and leg oedema in pregnancy. Cochrane Database Syst Rev., 10 (2015), pp. CD001066
43- Álvarez L.J., Lozano F., Marinello J., Masegosa J.A. Encuesta epidemiológica

sobre la insuficiencia venosa en España: estudio DETECT-IVC 2006. Angiología 2008; 60: 27-36.
44- Benigni J.P., Bihari I., et al. Venous symptoms in C0 and C1 patients: UIP Consensus Document. Int Angiol 2013; 32: 261-5.
45- Carles Miquel Abad, Rodrigo Rial Horcajo, Mª Dolores Ballesteros Ortega, César García Madrid. Guías de Práctica Clínica en Enfermedad Venosa Crónica. ID Médica. Madrid, 2015.
46- Escudero J.R., Fernández F., Belmunt S. Prevalencia y características clínicas de la Enfermedad Venosa Crónica en pacientes atendidos en Atención Primaria en España: resultados del estudio internacional Vein Consult Program. Cir Esp. 2014;92(8):539–546.
47-Management of Chronic Venous Disease of the Lower Limbs. Guidelines According 36 Recomendaciones para el manejo de la Enfermedad Venosa Crónica en Atención Primaria to Scientific Evidence. Intern Angiol 2014; 33 (2):87-208.
48- Pannier F., Rabe E. Progrssion in venous pathology. Phlabology 2015; 30: 95-97.
49- Tsoukanov Y., Tsoukanov A.Y., Nicolaychuk A. Great saphenous vein transitory reflux in patients with symptoms related to chronic venous disorders, but without visible signs (C0s), and its correction with FFPM treatment. Phlebolymphology 2015; 22(1): 18-24.
50- Navarro Abad, R. D. (2016). Prevalencia y factores de riesgo en la aparición de várices en miembros inferiores en el personal de Enfermería de los hospitales de la ciudad de Loja, durante el periodo marzo-agosto 2015 (Bachelor's thesis).
51- Wittens C et al.; European Society for Vascular Surgery. Editor´s Choice – Management of Chronic Venous Disease; Clinical Practice Guidelines of the European Society for Vascular Surgery (ESVS). Eur, J Vasc. Endovasc Surg. 2015; 49(6): 678-737.
52- Rabe E et al.; Doxium EDX09/01 Study Group. A randomized, double-blind, placebo-controlled, clinical study on the efficacy and safety of calcium dobesilate in the treatment of chronic venous insufficiency. Phlebology. 2016;31(4):264-74.

Capítulo 269

TÉCNICA DE CURA EN AMBIENTE HÚMEDO

MARÍA DEL PILAR GONZÁLEZ FERNÁNDEZ

ANDREA FERNANDEZ BORREGO

EVA MARIA FERNÁNDEZ SERRANO

LLARA FERRERAS LOSILLA

1 Introducción

Se entiende por Técnica de Cura en Ambiente Húmedo (CAH) al procedimiento que llevamos a cabo en el cuidado de la herida intentando aportar el grado necesario de humedad para contribuir a la realización de los procesos necesarios para la cicatrización según dos mecanismos que son: el desbridamiento autolítico y la formación del nuevo tejido. El desbridamiento autolítico ocurre de forma natural en todas las heridas. Los distintos elementos de la sangre licúan y separan los tejidos necróticos; se ha observado que en este proceso tiene un papel propicio el ambiente húmedo, que se beneficia aún más si va acompañado del desbridamiento cortante y enzimático, guardando la ventaja respecto a estos de que es atraumático, no doloroso y en general tiene buena aceptación por parte del paciente y no requiere de habilidades clínicas especiales. Por otra parte la formación de nuevo tejido se ve favorecida por unos grados convenientes de humedad, ya que las condiciones de sequedad o humedad extrema le afectan de forma negativa.

Además de todas estas consideraciones debemos valorar previamente el nivel y tipo de exudado para conseguir un manejo óptimo y de esta manera solventar las incidencias relaccionadas con el mismo como podrían ser la alteración del lecho, bordes de herida y de la piel perilesional.

Para la cura en ambiente húmedo deberemos preparar por un lado tanto al paciente como a la familia informando del tipo de cura que vamos a realizar y solicitando su colaboración para ayudar al mantenimiento de la misma; en este aspecto cobra especial relevancia la educación sanitaria valorando la capacidad y actitud del cuidador. Por otra parte prepararemos el material para la cura teniendo en cuenta que se ha de seleccionar el producto adecuado a las características de la lesión.

Técnica:
-protección del lugar de trabajo: colocar entremetida absorbente si se precisa y paño estéril.
-preparación del material: suero salino, o polihexamida; bisturí; apósitos específicos para la fase de cicatrización en la que se encuentre (apósito de plata, apósito de poliuretano, apósito de alginato cálcico, apósito de fibra de hidrocoloide entre otros)
-retirada del apósito previo
-limpieza de la herida: cabe destacar que es preciso prestar atención a la temperatura del producto usado, ya que si descendemos la temperatura de la herida retrasaremos la cicatrización. Lavaremos la zona periulceral y el lecho de la herida con suero salino como primera elección. Las presiones de lavado de la úlcera efectivas y seguras oscilan de 1 a 4 kg/cm cuadrado (se puede conseguir con una jeringa de 20 ml acoplada a un catéter de 19 mm que proyecte el suero salino sobre la herida a una presión de 2/kg cm cuadrado)
-desbridamiento: puede ser quirúrgico para lo que utilizaremos un bisturí o bien una cureta: ante esta situación se debe valorar el uso de antisépticos y tomaremos las precauciones si el paciente se encuentra ante un tratamiento anticoagulante ; tambien podemos decantarnos por un desbridamiento enzimático o autolítico si la carga de esfalcelo o fibrina es menor.
-secar la zona periulceral y utilizar productos barrera si precisa (soluciones barrera, pomadas con base de óxido de zinc, vaselina entre otros)
-valorar el tratamiento a aplicar y colocar el apósito elegido según los requerimientos de la herida
- retirar el material según la normativa y programar la próxima cura con el paciente en función de la carga bacteriana, el nivel de saturación de los apósitos y

los productos empleados.

Observaciones: este tipo de cura está avalada desde 1962 por la primera publicación científica, demostrando una mayor efectividad y rentabilidad que la cura tradicional. Además se ha observado que en el tratamiento de heridas quirúrgicas que presentan cicatrización por segunda intención la cura húmeda disminuye el dolor, no así en el tratamiento de úlceras arteriales en las que no se observa mejora de la efectividad clínica. Salvo este caso es una cura óptima en el resto de lesiones crónicas independientemente de su localización o etiología.

2 Objetivos

Mejorar tanto en tiempo como en calidad la cura de úlceras en cualquier tipo de lesión crónica (salvo las de origen isquémico arterial)

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en distintas bases de datos. Se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica existente.

4 Resultados

Siguiendo las indicaciones conseguimos protocolizar la técnica de la cura húmeda para realizar la misma bajo condiciones de asepsia, minimizando la variabilidad entre las curas aunque siempre dejando libertad de decisión para el criterio del profesional que realiza la cura.

5 Discusión-Conclusión

Es incuestionable que la cura húmeda está indicada en todas las lesiones crónicas independientemente de su localización o etiología (exceptuando las de origen isquémico arterial)por lo que es un recurso muy útil para el profesional de enfermería.

Resulta adecuada la protocolización de los diferentes momentos de la cura húmeda para poder conseguir una progresión óptima de la cicatrización de la

herida.

6 Bibliografía

-Recomendaciones clínicas y procedimientos en hospitalización domiciliaria. Tomo II . P. Sanroma Mendizábal, I. Sampedro García, Carmen R. Glez Fdez, Mª Teresa Baños Canales.
-Exudado en las heridas y utilidad de los apósitos. Documenteo de consenso. Documento de posicionamiento. Documentos de la WUWHS.
- Fraile Caviedes C, Fernández Ramajo Mº A. En busca del mejor apósito, revisión sistemática. Evidentia. 2009

Capítulo 270

PACIENTE CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA. IMPORTANCIA DE LA ELABORACIÓN DE UN PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO

GABRIEL FUEGO CAVEDA

CHRISTIAN GARCIA ALVAREZ

AIDA RAMOS CORDERO

SHEILA ARNIELLA PÉREZ

1 Introducción

Las enfermedades cardiovasculares, en occidente, son la principal causa de muerte y la mayor parte se debe a causas que son conocidas y modificables. Uno de los factores de riesgo atribuible a dichas causas modificables es la hipertensión arterial, y es sabido que la reducción de las cifras tensionales puede disminuir su mortalidad asociada en un 50%. En España, la prevalencia de hipertensión arterial es en torno al 47%, del cual apenas un 19% tiene un buen control de las cifras de presión arterial.

2 Objetivos

Disponer al personal de enfermería de atención primaria de un plan de cuidados de enfermería estandarizado que se puede enfocar a pacientes con diagnóstico médico de hipertensión arterial que contribuya a la adherencia del tratamiento y lograr un mayor control de cifras tensionales.

3 Metodología

Búsqueda bibliográfica online, en las principales bases de datos con evidencia científica sanitaria.

4 Resultados

Para la realización de este plan de cuidados, utilizaremos como apoyo un escenario de atención primaria acorde a la temática de este trabajo y que será o bien un paciente que acude a consulta para control de sus cifras de tensión arterial o una visita domiciliaria a un paciente diagnosticado de hipertensión arterial cuyos cuidados de enfermería englobe el control de las cifras tensionales.

El plan de cuidados estandarizado enfocado al paciente con hipertensión arterial se realizará siguiendo los siguientes pasos:
1. Valoración enfermera del paciente. Una correcta valoración enfermera del paciente se realizará mediante la entrevista directa, la observación y/o la exploración física, incluyendo la medición de la tensión arterial.
2. Una vez realizada la valoración enfermera, obtendremos nuestros diagnósticos enfermeros, y escogeremos el más prioritario enfocado al paciente con hipertensión arterial.
3. Registraremos nuestra anamnesis enfermera y diagnóstico enfermero correctamente en la base de datos o programa informático oficial en nuestro ámbito de trabajo.
4. Obtendremos nuestros objetivos hacia el paciente en forma de resultado, para ello identificaremos los resultados NOC.
5. Seleccionaremos el indicador o indicadores por el cual o los cuales mediremos los resultados. Para cumplir con cada uno de los indicadores, consultaremos y realizaremos cada una de las intervenciones de enfermería (NIC) obtenidas y lo registraremos debidamente en nuestro registro de enfermería oficial.

6. Evaluaremos el impacto de nuestras intervenciones de enfermería tomando como referencia los siguientes aspectos: a. ¿Ha alcanzado el paciente el resultado esperado? b. ¿Está en proceso de alcanzar el resultado esperado? c. ¿No ha alcanzado el resultado esperado y no parece que lo vaya a alcanzar?
7. Según lo obtenido en el anterior apartado y acorde al impacto obtenido con nuestras intervenciones enfermeras en base el plan de cuidados, continuaremos o no con nuestro plan de cuidados, pudiendo hacer modificaciones del mismo lo cual incluye la obtención de nuevos indicadores, intervenciones de enfermería, etc.

5 Discusión-Conclusión

Como ya se ha comentado en la introducción de este trabajo, en nuestro país, España, la prevalencia de pacientes con buen control de sus cifras de tensión arterial es muy baja, y es conocido que un buen control y seguimiento puede reducir su mortalidad asociada en la mitad de los casos. El papel de la enfermería es muy importante en este aspecto ya que son los enfermeros los encargados en su mayor parte de un buen control de este grupo de pacientes, por lo que la aplicación de un buen plan de cuidados estandarizado que se puede individualizar y enfocar a la patología del paciente, ayudaría en gran medida a disminuir la mortalidad asociada.

6 Bibliografía

1. Bertomeu V, et al. La hipertensión en atención primaria: ¿conocemos la magnitud del problema y actuamos en consecuencia?. Rev Esp Cardiol. 2005;58(4):338-40
2. NANDA internacional Diagnósticos enfermeros Definiciones y Clasificaciones 2009-2011, Hather Herdman, PhD, RN, Elsevier.

Capítulo 271

PACIENTE CON OBESIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA. IMPORTANCIA DE LA ELABORACIÓN DE UN PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO.

GABRIEL FUEGO CAVEDA

CHRISTIAN GARCIA ALVAREZ

AIDA RAMOS CORDERO

SHEILA ARNIELLA PÉREZ

1 Introducción

En España, la obesidad está considerada como una enfermedad crónica, cuya adherencia al tratamiento y su seguimiento es muy baja. Se considera que alrededor de un 14% de la población española sufre esta enfermedad, cuya prevención y detección precoz es muy importante y los profesionales de atención primaria juegan un papel fundamental en estas acciones.

2 Objetivos

Disponer al personal de enfermería de atención primaria de un plan de cuidados de enfermería estandarizado que se puede enfocar a pacientes con diagnóstico médico de obesidad que contribuya a la adherencia del tratamiento y lograr un mayor control del índice de masa corporal y peso corporal total.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Para la realización de este plan de cuidados, utilizaremos como apoyo un escenario de atención primaria acorde a la temática de este trabajo y que será o bien un paciente que acude a consulta para control de su peso corporal y/o adherencia al tratamiento o una visita domiciliaria a un paciente diagnosticado de obesidad cuyos cuidados de enfermería englobe el control del índice de masa corporal o peso corporal.
El plan de cuidados estandarizado enfocado al paciente con obesidad se realizará siguiendo los siguientes pasos:
1. Valoración enfermera del paciente. Una correcta valoración enfermera del paciente se realizará mediante la entrevista directa, la observación y/o la exploración física, incluyendo la medición del índice de masa corporal y/o peso corporal total.
2. Una vez realizada la valoración enfermera, obtendremos nuestros diagnósticos enfermeros, y escogeremos el más prioritario enfocado al paciente con obesidad.
3. Registramos nuestra anamnesis enfermera y diagnóstico enfermero correctamente en la base de datos o programa informático oficial en nuestro ámbito de trabajo.
4. Obtendremos nuestros objetivos hacia el paciente en forma de resultado, para ello identificaremos los resultados NOC.
5. Seleccionaremos el indicador o indicadores por el cual o los cuales mediremos los resultados. Para cumplir con cada uno de los indicadores, consultaremos y realizaremos cada una de las intervenciones de enfermería (NIC) obtenidas y lo registraremos debidamente en nuestro registro de enfermería oficial.
6. Evaluaremos el impacto de nuestras intervenciones de enfermería tomando como referencia los siguientes aspectos: a. ¿Ha alcanzado el paciente el resultado esperado? b.¿Está en proceso de alcanzar el resultado esperado? c. ¿No ha alcanzado el resultado esperado y no parece que lo vaya a alcanzar?

7. Según lo obtenido en el anterior apartado y acorde al impacto obtenido con nuestras intervenciones enfermeras en base el plan de cuidados, continuaremos o no con nuestro plan de cuidados, pudiendo hacer modificaciones del mismo lo cual incluye la obtención de nuevos indicadores, intervenciones de enfermería, etc.

5 Discusión-Conclusión

Numerosos estudios concluyen que la obesidad, mencionada anteriormente como enfermedad crónica, se está empezando a tratar como un problema de salud pública mayor. Tener conciencia de la magnitud del problema es muy importante en los profesionales de atención primaria, considerándolo como factor de riesgo importante para enfermedades cardiovasculares y teniendo en cuenta su prevalencia que aumenta con la edad y siendo más elevada en el sexo masculino.
Su diagnóstico precoz, aunque no tan importante como la prevención, es fundamental, y la elaboración de un plan de cuidados estandarizado enfocado a los pacientes con obesidad y que puede ser individualizado, es una herramienta enfermera muy válida que ayuda al control de la enfermedad y consigue en los pacientes una mayor adherencia al tratamiento y un mayor éxito en los cambios de estilos de vida.

6 Bibliografía

- Maté del Tío M, et al. Manejo de la obesidad en atención primaria.
- NANDA internacional Diagnósticos enfermeros Definiciones y Clasificaciones 2009-2011, Hather Herdman, PhD, RN, Elsevier.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 272

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

SONIA MONTERO ROMERO

1 Introducción

Se denomina infección de transmisión sexual(ITS),patología de origen infeccioso derivado de una relación sexual,aunque puede transmitirse mediante otro mecanismo.

Las ITS tienen mucha relevancia en salud pública dada la magnitud que alcanzan y las complicaciones y secuelas que provocan.
En España la vigilancia de las ITS,se realiza a través del sistema de enfermedades de declaración obligatoria y del sistema de información Microbiológica.

La presentación de la clínica puede ser muy variada,nos podemos encontrar:Úlceras,prurito,verrugas,lesiones en al piel y mucosa,enfermedad pélvica inflamatorio en las mujeres.

Las principales ITS son:
-Herpes genital:Se trasmite durante las relaciones sexuales no protegidas incluyendo el sexo oral.Es frecuente la aparición de vesículas en la zona genial,aunque puede no tener síntomas.
-Infección por Tricomonas :Se trasmite durante la relaciones sexuales no protegidas,se puede prevenir siempre utilizando el preservativo.Con frecuencia no causa síntomas.
-Virus del Papiloma Humano:La infección por el VPH suele no presentar síntomas y en más del 80% de los casos es transitoria y el virus se elimina espontánea-

mente.En ocasiones puede originar la aparición de verrugas genitales, cáncer de cuello uterino o cáncer anogenital

-Clamidia: No suele presentar síntomas,pero cuando aparecen suelen ser:Cambios en el color, olor o cantidad de secreciones vaginales,sangrado después de las relaciones sexuales,dolor o molestias en la parte baja del abdomen,sensación de ardor al orinar,dolor testicular y secreción en el extremo del pene.

-Infección Gonococica: Debuta con los mismo síntomas que la Clamidia y sino se trata correctamente puede originar problemas en la salud a largo plazo,como embarazos ectópicos,infecciones en los testículos.

-Sífilis: Existen 4 etapas de la infección:

1. Aparición de una úlcera no dolorosa que suele localizarse en pene,vulva,vagina o ano.
2. Erupción cutánea,inflamación genital,glándulas inflamadas y manchas blancas en la boca.
3. Los síntomas desaparecen pero la enfermedad queda latente
4. Después de años al no ser tratada la gente desarrolla daños neurológicos,osteoarticulares o cardíacos.

- Linfogranuloma Venéreo:Suele no causar síntomas,pero cuando los produce,debuta con dolor en el recto,heces en la sangre o sangrado rectal.En Europa la mayoría de casos se dan en hombres que tiene relaciones con otros hombres.

2 Objetivos

Proporcionar información para una buena actuación sobre enfermedades de transmisión sexual.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

- El Virus del Papiloma Humano es la enfermedad de transmisión sexual más habitual en España.
- Las infecciones por Clamidia y Gonorrea han ido creciendo en España en los últimos 5 años.
- La forma más eficaz de prevenir y que todas comparte es mantener relaciones sexuales con protección,incluyendo el sexo oral.
- Realizar chequeos anuales para detección de enfermedades sexuales,sobre todo si se tiene muchas parejas sexuales,es muy importante y que actualmente la sociedad no esta muy concienciada con esta práctica.

5 Discusión-Conclusión

El diagnostico precoz de las las ITS,es muy importante.Es importante formar a la sociedad para que puedan ser ellos mismo los que detecten alguna anomalía y así ponerlo en conocimiento de los profesionales.

El diagnostico precoz evitará el contagio y las complicaciones derivadas de un tratamiento tardío.

Las sociedades actuales,sobre en determinadas culturas tiende a tener muchas parejas sexuales,motivo que incremento el propago de las ITS,si no son controladas.

6 Bibliografía

-Hojas informativas sobre enfermedades de Transmisión sexual recogidas en el Ministerio de Sanidad de España.
-Guía de buena práctica clínica en infección de trasmisión sexual.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 273

INFLUENCIA DE LA DIETA EN EL DESARROLLO DEL CÁNCER COLORRECTAL

LAURA FERNÁNDEZ CANO

FRANCISCO SOUSA GÓMEZ

LUCÍA FERNÁNDEZ LAUCIRICA

1 Introducción

El cáncer de colon y recto (CCR) es la neoplasia maligna más frecuente en España y en los países desarrollados. El número de tumores diagnosticados en nuestro país ha experimentado un crecimiento constante relacionado, no sólo con el aumento poblacional, sino también con la mayor esperanza de vida y los programas de detección precoz. El CCR fue responsable de 15.802 muertes en 2016 en España, el segundo mayor número de fallecimientos después del cáncer de pulmón (22.187 muertes).

El desarrollo de una neoplasia maligna colorrectal se relaciona tanto con factores genéticos como con factores relacionados con los estilos de vida. Con relación a estos últimos, la cuarta edición del Código Europeo contra el Cáncer (CECC) promueve una serie de medidas preventivas, algunas de las cuales podrían reducir la aparición de tumores malignos de colon y recto. Así, incorpora los siguientes consejos dietéticos: seguir una alimentación saludable, rica en cereales integrales, verduras, frutas y legumbres, limitando alimentos hipercalóricos, ricos en sal y la

carne roja, y evitando totalmente la carne procesada, las bebidas azucaradas y el consumo de alcohol. Además, recomienda mantener un peso saludable y realizar actividad física diaria.

2 Objetivos

Describir los hábitos dietéticos relacionados con el desarrollo del cáncer de colon y recto.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

1. Alimentos ricos en fibra.

La fibra se asocia de forma inversa con el riesgo de CCR. La WCRF señaló en 2017 que el consumo de 90g/día de cereales integrales reduce un 17% el riesgo de CCR. El cáncer de colon parece estar más asociado con un menor consumo de fibra que el de recto. Además, algunas publicaciones han afirmado que el consumo adicional de 10g/día de fibra se corresponde con una disminución del 10% del riesgo de CCR.

El consumo de alimentos ricos en fibra estimula la síntesis intestinal de ácidos grasos de cadena corta, acorta el tiempo de tránsito y previene la resistencia a la insulina. Además, son fuente de compuestos como vitamina E, selenio y zinc, de los que se han descrito propiedades antiproliferativas y antioxidantes.

Actualmente se piensa que el tipo de fibra que verdaderamente se vincula con un menor riesgo de desarrollar una neoplasia de colon es la que procede de frutas y verduras, posiblemente debido a la presencia de vitamina C que inhibe los indoles y las proteasas y tiene propiedades antioxidantes. El Informe de la WCRF

sobre el Cáncer Colorrectal 2017 recoge el papel protector de frutas y verduras sin almidón frente a tumores colorrectales. Consumos por encima de 500g/día mostraron una disminución del riesgo de desarrollar esta enfermedad, si bien esta asociación únicamente resultó significativa en el sexo masculino.

2. Carnes rojas y procesadas.

Se considera carne roja a toda la carne muscular procedente de mamíferos (bóvidos, cordero, cerdo, caballo y cabra), con excepción del conejo. Carne procesada es aquella que ha sido transformada mediante ciertos procedimientos con la finalidad de mejorar su sabor o de favorecer su conservación, entre los que se incluyen salazón, curado, fermentación y ahumado.

La IARC publicó en marzo de 2018 una monografía en la que clasificó la carne roja como probable carcinógeno (grupo 2A en su clasificación por niveles de carcinogenicidad), y la carne procesada como carcinógena para los humanos (grupo 1). Por cada porción diaria consumida de 50 gramos de carne procesada, el riesgo de CCR aumentaba en un 18%. Aunque la evidencia sobre la carcinogenicidad de la carne roja es limitada, su asociación con las neoplasias de colon y recto fue positiva. Los expertos concluyeron que el riesgo de CCR se incrementaba en un 17% por cada porción diaria consumida de 100 gramos de carne roja.

Un estudio realizado en nuestro país por De Batlle et al. acerca del consumo de carne, sus métodos de preparación y el riesgo de CRR, determinó que existe una relación entre el consumo de carne, el método de cocción y el riesgo de tumores colorrectales. La cocción a la parrilla o a la barbacoa se asoció con un mayor riesgo de CCR para todos los tipos de carne, mientras que el guisado, asado y estofado solo aumentaron el riesgo para la carne blanca pero no para la roja.

3. Alcohol.

El consumo de alcohol se corresponde con un mayor riesgo de CCR. Con respecto al consumo moderado (<30g/día), no existe una relación significativa.

Se había descrito esta asociación únicamente en el sexo masculino, que podía ser debida al mayor consumo o a las preferencias por ciertas bebidas entre los hombres e, incluso, a diferencias en el metabolismo del alcohol entre varones y mujeres. La WCRF, en la última edición del Informe sobre el Cáncer Colorrectal, no diferencia el consumo entre hombres y mujeres, pues las asociaciones fueron

positivas y estadísticamente significativas en ambos sexos para consumos por encima de 30 gramos al día.

El mecanismo por el que el alcohol aumenta el riesgo de desarrollar una neoplasia de colon o recto es aún incierto. El acetaldehído resultante de la oxidación del etanol y el aumento del estrés oxidativo son dos de los procesos carcinogénicos relacionados con el consumo de bebidas alcohólicas.

4. Otros factores dietéticos.

Además de los anteriores, este informe de la WCRF analiza otros factores de riesgo dietéticos que se han relacionado con CCR, pero que, dadas la escasez e inconsistencia de los estudios publicados, no permiten establecer evidencia suficiente, como la baja ingesta de vegetales no carbohidratos, los alimentos ricos en hierro hemo o el ajo.

5 Discusión-Conclusión

Las neoplasias de colon y recto suponen un importante problema de Salud Pública en los países desarrollados, por su mortalidad y elevada incidencia.

Por tanto, resulta fundamental desarrollar medidas de prevención primaria dirigidas a sus principales factores de riesgo. Entre ellos, la adherencia a un patrón de alimentación saludable ha demostrado reducir significativamente la incidencia de esta enfermedad. Una dieta rica en cereales integrales, verduras, frutas y legumbres, limitada en carnes rojas, alimentos hipercalóricos y ricos en sal y en la que se prescinda de carnes procesadas, bebidas azucaradas y alcohol he demostrado ser, junto con el mantenimiento de un peso saludable y la práctica de actividad física, la medida preventiva más importante de CCR.

6 Bibliografía

1. Forman D, Ferlay J, Stewart BW, Wild CP. The global and regional burden of cancer. En: International Agency for Research on Cancer. World Cancer Report 2014. 4ª ed. Lyon: IARC; 2014. p: 16-52.
2. Sociedad Española de Oncología Médica. Las cifras del cáncer en España 2018. Madrid: SEOM; 2018. Disponible en: https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/Las_Cifras_del_cancer_en_Espana2018.pdf

3. Schüz J, Espina C, Villain P, Herrero R, Leon ME, Minozzi S, et al.; Working Groups of Scientific Experts. European Code against Cancer 4th Edition: 12 ways to reduce your cancer risk. Cancer Epidemiology. 2015; 39S:S1–S10.
4. World Cancer Research Fund, American Institute for Cancer Research. Diet, nutrition, physical activity and colorectal cancer. London: WCRF; 2017. Disponible en: http://www.wcrf.org/sites/default/files/CUP%20Colorectal%20Report_2017_Digital.pdf
5. Song M, Garrett W, Chan A. Nutrients, Foods, and Colorectal Cancer Prevention. Gastroenterology. 2015; 148(6): 1244-60.
6. Tardón García A, García López EM, Delgado Rodríguez M, Martín Moreno JM. Epidemiología del cáncer. En: Fernández-Crehuet Navajas J, Gestal Otero JJ, Delgado Rodríguez M, Bolúmar Montrull F, Herruzo Cabrera R, Serra Majem L, et al., editores. Medicina preventiva y salud pública. Barcelona: Elsevier Masson; 2015. p: 798-825.
7. International Agency for Research on Cancer. Red meat and processed meat: IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans. Lyon: IARC; 2018. Disponible en: http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/vol114/mono114.pdf
8. De Batlle J, Gracia-Lavedan E, Romaquera D, Mendez M, Castaño-Vinyals G, Martín V, et al. Meat intake, cooking methods and doneness and risk of colorectal tumours in the Spanish multicase control study (MCC Spain). Eur J Nutr. 2018; 57(2): 643-53.

Capítulo 274

ACTUACIONES DE ENFERMERÍA ANTE LA ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO.

JESICA CUERVO BLANCO

MARÍA FIDALGO QUINTELA

1 Introducción

El reflujo gastroesofagico es el paso de contenido gástrico o duodenal hacia el esófago a través del cardias sin coincidir con el eructo o el vomito. Fisiológicamente suele ocurrir en el momento postprandial. Es cuando estos episodios de reflujo se hacen prolongados y persistentes en el tiempo pueden provocarla enfermedad por reflujo gastroesofagico dando lugar a lesiones en la mucosa esofagica, pirosis recurrente, etc.. disminuyendo la calidad de vida de los pacientes.

2 Objetivos

- Dar a conocer la enfermedad por reflujo gastroesofagico.
- Conocer la etiología y sus factores predisponentes así como sus consecuencias.
- Conocer las actuaciones que puede llevar a cabo enfermería para mejorar la calidad de vida de los enfermos.

3 Metodología

Se ha hecho una búsqueda bibliográfica, utilizando palabras clave como: reflujo esofagico, alimentación, enfermería; recopilando toda la información necesaria para la realización del capítulo, realizando un resumen exhaustivo d todos datos encontrados en varias bases de datos para artículos de ciencias de Salud globales.

4 Resultados

La etiología del reflujo gastroesofagico es compleja y tiene múltiples factores:
- Vaciamiento gástrico.
- Eficacia de los mecanismos antirreflujo.
- Resistencia de la mucosa gástrica, etc….

Hay que tener en cuenta que todo esto varía de un paciente a otro. Entre los factores externos que podríamos evitar para la aparición del reflujo estarían él tabaco y el alcohol.

Existen otras situaciones transitorias del reflujo como el embarazo, siendo producido por la acción conjunta del utero gravido, hipertensión abdominal y disminución del tono esfinteriano provocado por las hormonas producidas durante el embarazo. La causa más frecuente de del reflujo sería la hernia de hiato (75-90%) de los casos.

5 Discusión-Conclusión

Desde el punto de vista de enfermería podemos encontrar las siguientes actuaciones para mejorar la vida de los pacientes:
- Evitar el sobrepeso mediante una dieta adecuada pobre en grasas, distribuyendo las ingestas 5-6 tomas al día.
- Evitar el tabaco, alcohol, bebidas carbonatadas, etc…
- Procurar transcurrir al menos 2 horas desde la ultima ingesta hasta el momento de dormir, dejando la cabecera elevada en posición antitredelemburg.

Por lo tanto, el reflujo se trata de una patología donde la enfermería debe tener un papel importante a través de la educación para la salud para mejorar la calidad de vida de los pacientes.

6 Bibliografía

1 Parrilla P, Martinez de Haro LF, Ortiz A et al. Barret esophagus without esophageal stricture does not increpase the rate of failure of Nissen fundoplication Ann Surg, 2003; 237-4; 488-493.
2 Villavrasa Alloza, Marta; Valiente Castillo, Raquel; Sanz Rosa, Jesica; Torralba Elia, María; Torralba Sánchez, Sara. Cuidados de enfermería en el paciente con reflujo gastroesofagico.
3 Aponte, R; Guardia, M; de Jesús, Z; Renginfo, S; Núñez, O; Cardozo,A; et al. Factores promotores de reflujo gastroesofagico en pacientes con hernia hiatal. Revista Gen 2016;70(4):119-124

,

Capítulo 275

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA INCONTINENCIA URINARIA.

CLARA ARCE ARROJO

1 Introducción

Incontinencia urinaria: Es la emisión involuntaria de orina objetivamente demostrable, producida en un momento y lugar no adecuados, produciendo en la persona que la sufre un problema higiénico, social y psíquico.

La incontinencia no es una situación asociada a la edad . Puede presentarse un episodio de incontinencia de manera puntual, aunque determinados factores asociados al envejecimiento la favorecen:
• Modificaciones en el apartado genito- urinario:
- Incompetencia de la uretra. Con la edad se producen alteraciones anatómicas y funcionales.
- Disminuye el tejido fibroso, y pierde su capacidad de cierre durante el llenado de la vejiga.
- Incompetencia de la vejiga. Se producen alteraciones anatómicas y funcionales , disminución de su capacidad, aumento de contracciones involuntarias y del residuo posmiccional.
- Debilidad muscular del suelo pélvico, sobretodo en la mujer.
- Crecimiento prostático en el varón.
- Modificaciones en el apartado locomotor: Con la edad, la movilidad se ve reducida, lo que aumenta el tiempo que tarda la persona en llegar al baño, este hecho unido a los elementos del ambiente, tales como alfombras, distancia al baño, escaleras, hacen que se produzcan escapes de orina.

• Problemas neurológicos: Afectan a la capacidad de controlar la vejiga.
• Polifarmacia: El elevado número de fármacos que toman los ancianos, ocasionan variaciones en el patrón miccional. Los diuréticos por ejemplo, producen aumento de frecuencia y volumen de la orina, los anticolinérgicos producen retención de orina, los sedantes y los hipnóticos reducen la sensación de necesidad de orinar. Se calcula que el 50% de las personas que sufren incontinencia urinaria no consultan a su médico. El ONI (Observatorio Nacional de Incontinencia) estima que hay unos seis millones de españoles que la padecen.

Se calcula que un 24% de las mujeres padece incontinencia, aumentando al 30-40% en mujeres de mediana edad y al 50% en mujeres ancianas.

Se calcula que un 7% de hombres padecen incontinencia, aumentando al 14- 29% en mayores de 65 años.

La incontinencia ocasiona un elevado gasto al sistema público español, debido a las consecuencias que se derivan de ella. Absorbentes, úlceras por presión, inmovilismo, infecciones de orina, institucionalización, ayudas económicas a la dependencia.

Genera un gran impacto en la vida social y familiar del individuo, mermando la calidad de vida de este. Es causa importante de incapacidad y dependencia sobretodo en las personas de edad avanzada.

La incontinencia urinaria puede ser aguda o crónica. En el primer caso, esta será de inicio brusco, estará ocasionada por una enfermedad aguda, o el tratamiento de la misma y durará menos de cuatro semanas. Ejemplo infección de orina, inmovilización por cirugía.

En el segundo caso, está no estará relacionada con proceso agudo, no hay un factor desencadenante concreto y durará más de cuatro semanas.

Tipos de incontinencia:
- De esfuerzo o estrés: Se produce principalmente en mujeres , se debe a un debilitamiento de la musculatura del suelo pélvico. Se da en situaciones en las que aumenta la presión abdominal, como toser, reír, estornudar. Se puede dar también en varones tras someterse a cirugías prostática.
- Funcional: Se produce por limitación de la movilidad física, falta de destreza manual o deterioro de la cognición.
- Por Rebosamiento: Se debe a la incapacidad que sufre el individuo para vaciar totalmente la vejiga, debido a alguna obstrucción mecánica, como el aumento de la

glándula prostática o la estenosis de la uretra. El volumen residual de orina estará constantemente aumentado y habrá sobredistensión de la vejiga. Esta situación conlleva pequeñas pérdidas de orina, en forma de goteo, pero frecuentes. La suele sufrir principalmente el varón.
- De urgencia: Es debida a una hiperactividad del músculo detrusor de la vejiga, que se contrae de forma involuntaria. Se produce una necesidad imperiosa de orinar, no siendo posible llegar a tiempo al inodoro para evitar el escape de orina. Es la más común en los ancianos.
- Refleja: Se debe a una alteración neurológica (Ictus, espina bífida, esclerosis múltiple) . Los intervalos de escape son previsibles, ocurriendo estos cuando la vejiga alcanza un volumen determinado.
- Total: pérdida de orina continua e impredecible.
- Mixta: Cuando se dan las incontinencia de urgencia y de esfuerzo a la vez.

La labor del personal de enfermería en este ámbito, es muy extensa , centrándose inicialmente en la prevención de las complicaciones derivadas de esta situación.

La incontinencia puede llevar a cabo una serie de alteraciones en la vida diaria:
- El paciente ingiere escasos líquidos para evitar escapes de orina. Esta situación propicia la aparición de infecciones del tracto urinario.
- El paciente deja de realizar actividades cotidianas . Evita situaciones que pueden provocar un escape de orina en público. Caminar, bailar, saltar, reír , estornudar ir de compras. Esta situación puede llevar al paciente a un aislamiento.
- El paciente tiene alterado el patrón del reposo y sueño. En ocasiones el sentirse húmedo durante la noche, y el cambio de dispositivo absorbente, hace que el paciente no sea capaz de descansar.
Higiene. Algunos pacientes sienten angustia por el olor que creen que desprenden. Por otra parte , satisfacer las demandas de higiene de la zona perianal en estos pacientes exige gran esfuerzo.
- El enfermero contribuirá ,mediante una serie de cuidados, a prevenir complicaciones derivadas de la incontinencia, y así mejorar la calidad de vida del paciente incontinente.

Hábitos higienico-dietéticos:
- Reducir el consumo de sustancias excitantes, café, te, etc.
- Orinar justo antes de salir de casa.
- Ajustar la ingesta de alimentos en función de sus propiedades diuréticas y su aporte hídrico. La ingesta de, sopas, consomés, zumos, verduras y frutas , se hará preferiblemente por la mañana evitándola a partir de las seis de la tarde.

- Administración de los fármacos diuréticos por la mañana si es posible.
- Mantener una adecuada higiene de la zona perianal, utilizar jabones neutros y cremas de protección cutánea si precisa, así como el tipo de absorbente más adecuado en cada caso.
- Modificación ambiental.
- Facilitar el acceso al baño. La distancia no debe de ser mayor de doce metros.
- Facilitar ayudas para la deambulación. Uso de bastones, muletas, andador. Iluminación adecuada.
- Adaptación del retrete. La altura mínima será de cuatro cm , se colocarán elevadores si precisa.

Técnicas de modificación de conducta:
- Vaciamientos programados: se programa un vaciamiento cada dos cuatro horas, incluyendo la noche. Se puede utilizar en todos los tipos de incontinencia.
- Doble vaciamiento. Indicado en incontinencia con alto volumen residual. Tras la micción se esperará unos segundos y se pedirá al paciente que intente orinar de nuevo. De esta forma eliminaremos parte del volumen residual.
- Reentrenamiento vesical: Útil en la incontinencia funcional , refleja y de urgencia. Consiste en identificar inicialmente el patrón miccional del paciente (número de micciones diarias y tiempo transcurrido entre ellas). Una vez identificado este, se espaciaran las micciones progresivamente unos 15 – 30 min , con el objetivo de que la frecuencia miccional sea cada 3- 4 horas. Aconsejaremos que el paciente orine antes de acostarse y dos veces durante la noche.
- Ejercicios del suelo pélvico (Kegel). Indicados principalmente en mujeres. Tras vaciar la vejiga , el paciente se sienta o acuesta. Se contraen los músculos del suelo pélvico durante 3 a 5 segundos . Se relajan de 3 a 5 segundos. Se harán en series de 10 repeticiones tres veces al día . Mañana, tarde y noche.

2 Objetivos

Dar a conocer esta patología y sus cuidados mediante una revisión bibliográfica.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 276

ALIMENTACIÓN DURANTE LA LACTANCIA MATERNA.

MARÍA FIDALGO QUINTELA

JESICA CUERVO BLANCO

1 Introducción

La leche materna es el mejor alimento para el lactante durante sus primeros meses de vida. Las necesidades nutricionales están cubiertas para su crecimiento y desarrollo físico y desde el punto de vista emocional asegura el vínculo madre-hijo. Por todo ésto la lactancia materna es referencia para la alimentación del lactante y el niño pequeño.

En numerosos estudios científicos se señala la superioridad de la leche materna sobre la leche de fórmula artificial. Existe un mayor riesgo de problemas de salud en los niños no alimentados con leche materna, como mayor riesgo de muerte súbita del lactante y de muerte durante el primer año de vida, más riesgo de padecer infecciones gastrointestinales y de que sean más graves.

A largo plazo los niños no amamantados padecen con más frecuencia alergias, asma,piel atópica, alergia, asma, enfermedad celíaca, enfermedad inflamatoria intestinal, obesidad, Diabetes Mellitus, esclerosis múltiple y cáncer.
En las madres aumenta el riesgo de padecer hemorragia postparto, fractura de columna y de cadera en la edad postmenopáusica, cáncer, enfermedad cardiovascular.

La OMS recomienda la lactancia materna exclusiva durante seis meses, a partir de los 6 meses la introducción de alimentos apropiados para la edad y seguros , y el mantenimiento de la lactancia materna hasta los 2 años o más.
La leche materna aporta toda la energía y los nutrientes que el niño necesita en sus primeros meses de vida, y sigue cubriendo la mitad o más de las necesidades nutricionales del niño durante el segundo semestre de vida, y hasta un tercio durante el segundo año. La leche materna es un alimento natural, renovable. No necesita envasado, transporte o proceso de elaboración.

Las madres que dan el pecho necesitan unas 500 calorías más al día en comparación con las madres no lactantes.
Durante la lactancia la madre pierde un promedio de 1 a 2 kg al mes, de forma lenta y gradual, debido a la cantidad de energía que se utiliza para la producción de la leche materna proveniente de la grasa que se almacenó durante el embarazo. Se necesitan 800 calorías diarias para producir un litro de leche; 500 calorías las aporta la dieta y 300 se toman de los depósitos maternos que se formaron durante el embarazo.

2 Objetivos

- Dar a conocer a las madres lactantes la importancia de tener una buena alimentación durante la lactancia.
- Recomendaciones para reducir el nivel de contaminantes químicos en el organismo y en la leche materna.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: pubmed, medline, y scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La mujer durante la lactancia materna necesita un aporte mayor de energía y proteínas, alimentación que incluya todos los grupos de alimentos y evitando aditivos y contaminantes.

Se debe consumir:
-Como mínimo 5 porciones entre frutas y verduras frescas a diario.
-Proteína como pollo o pavo bien cocinado y huevos.
-Pescado 2 a 3 veces por semana, pescados con niveles bajos en mercurio como sardinas, trucha,dorada o pescadilla.
-Hidratos de carbono con preferencia de los integrales como el arroz, pasta, cereales,granos y pan.
-Lácteos 2-3 raciones diarias, para asegurar que la leche materna aporta las cantidades adecuadas de yodo al lactante. Si no toma diariamente estas raciones se aconseja a la madre que tome un suplemento de 200-300 mcg/día de yodo durante todo el embarazo y lactancia, además de cocinar sus alimentos con sal yodada.
-Agua.

No se ha demostrado que algún alimento ayude a producir más leche. El mejor estímulo para tener una producción adecuada de leche es que el bebé mame a demanda sin restricciones.
-Evitar el consumo en exceso de café, bebidas con cola, té y chocolate.
-Reducir el nivel de contaminantes en la leche materna: se debe priorizar vegetales frescos y proteína vegetal sobre proteína animal (muchas de las sustancias químicas tóxicas se encuentran en concentraciones elevadas en la grasa de origen animal (muchas de las sustancias químicas tóxicas se encuentran en concentraciones elevadas en la grasa de origen animal).

Lavar y enjuagar bien frutas y verduras para eliminar residuos de plaguicidas, o consumir productos ecológicos con sello garantizado. En las mujeres en edad fértil, embarazadas y niños menores de 5 años, se recomienda evitar el consumo de pez espada, tiburón, atún rojo y lucio.

Buscar alternativas al uso de plásticos con ftalatos y bisfenol A como envases de vidrio.
-Evitar el tabaco y el alcohol.

5 Discusión-Conclusión

La importancia de la alimentación y de una buena hidratación, así como disminuir los contaminantes químicos.

6 Bibliografía

- Asociación española de pediatría.
- Organización mundial de la Salud.

Capítulo 277

IMPORTANCIA DEL ÍNDICE TOBILLO BRAZO EN LA ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA. ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA

ALEJANDRA GARCÍA MÉNDEZ

SILVIA ZAPICO GUTIERREZ

1 Introducción

La enfermedad arterial periférica ocurre cuando hay un estrechamiento de los vasos sanguíneos fuera del corazón. Esto sucede cuando placa se acumula en las paredes de las arterias que abastecen de sangre a brazos y piernas. La placa es una sustancia compuesta por grasa y colesterol y hace que las arterias se estrechen o se obstruyan. Esto puede reducir o interrumpir el flujo de sangre, generalmente hacia las piernas. Si la obstrucción del flujo sanguíneo es lo suficientemente grave, puede causar la muerte de los tejidos y, a veces, la amputación del pie o la pierna.

La arteriopatía periférica se calcula que tiene una prevalencia del 4% en la población mayor de 40 años y es cuatro veces más frecuente en los varones. Su progresión es lenta y con un riesgo de amputación del 1% al año y una tasa de intervención por isquemia crítica entre el 6-10% por año (1). En la EAP, los depósitos grasos (aterosclerosis) y los coágulos sanguíneos causan estrechamiento

y bloqueo en las arterias. Este trastorno da lugar a un flujo sanguíneo deficiente a los músculos durante el ejercicio, lo cual causa el síntoma clásico del dolor muscular al caminar que desaparece después del descanso (claudicación intermitente).

En los casos graves de EAP, pueden presentarse síntomas de dolor al descansar, ulceración y gangrena que, si no se tratan, pueden resultar en la amputación del miembro inferior. Los pacientes con EAP también se encuentran en mayor peligro de enfermedades cardiovasculares y accidente cerebrovascular (2). Sufrir enfermedad arterial periférica de las extremidades inferiores (EAP), también aumenta considerablemente la morbimortalidad de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

Todas las enfermedades vasculares periféricas, en menor o mayor medida, repercuten de forma negativa sobre la calidad de vida de los que la padecen (3,12). El principal factor de riesgo de la enfermedad arterial periférica es el fumar. Otros incluyen el envejecimiento y afecciones como la diabetes, colesterol alto, presión arterial alta, enfermedad cardiaca y accidente cerebrovascular (4).

La sintomatología de los pacientes con insuficiencia arterial de las extremidades provocada por arteriopatía crónica se estratifica según la clasificación de Leriche-Fontaine. Esta clasificación agrupa a los pacientes que representan una insuficiencia arterial progresiva, en 4 estadios, y tiene valor pronóstico, por lo que es muy útil para la indicación de tratamiento.

Los métodos diagnósticos con los que contamos actualmente en Atención Primaria (AP) para el diagnóstico de la EAP son la palpación de pulsos pedios, la oscilometría y el Doppler. La realización del ITB en las consultas de prevención primaria permite identificar como de "alto riesgo" a un porcentaje relevante de pacientes clasificados de "riesgo intermedio".

En prevención secundaria un ITB patológico permite identificar a pacientes de "muy alto riesgo". En estos pacientes está justificado un tratamiento intensivo de los factores de riesgo, así como la búsqueda de lesiones vasculares graves sintomáticas. Además, tiene valor pronóstico para la extremidad afectada y para el desarrollo de IAM durante el seguimiento (3,5).

2 Objetivos

- Definir la enfermedad arterial periférica, factores de riesgo y sintomatología
- Describir la técnica de determinación del Índice Tobillo Brazo como método diagnóstico
- Estimar la importancia del papel de enfermería de Atención Primaria en su diagnóstico precoz.

3 Metodología

Se realizo una búsqueda bibliográfica tanto en fuentes primarias como secundarias: Pubmed, Medline, Cochrane, Dialnet. Se seleccionaron aquellos documentos publicados en los últimos 5 años preferentemente y posteriormente se realizó una lectura crítica de los mismos.

4 Resultados

La enfermedad arterial periférica (EAP) es una de las afecciones más prevalentes y es habitual la coexistencia con enfermedad vascular en otras localizaciones. El diagnóstico precoz es importante para poder mejorar la calidad de vida del paciente y reducir el riesgo de eventos secundarios mayores, como el infarto agudo de miocardio (IAM) o el ictus. El mejor test no invasivo para diagnosticar la presencia de EAP es el índice tobillo-brazo que, además, tiene valor pronóstico para la extremidad afectada y para el desarrollo de IAM durante el seguimiento. La claudicación intermitente de los miembros inferiores es la forma más frecuente de presentación clínica.

El ITB, también conocido como Índice de Yao, se basa en que en una circulación normal, la presión arterial sistólica (PAS) en los tobillos es igual o discretamente superior a la PAS de la arteria braquial, por lo que su división será igual o algo superior a 1. La prueba del índice tobillo-brazo se realiza para detectar enfermedad arterial periférica, es decir, el estrechamiento de las arterias que reduce el flujo sanguíneo, generalmente en las piernas (6,7). Su Utilización en las consultas de enfermería de Atención Primaria, permite el diagnóstico precoz, también en aquellos pacientes asintomáticos, comúnmente aquellos menores de 55 años.

Se considera por tanto, una prueba sencilla e indolora, de bajo coste, con una

gran reproductibilidad y sensibilidad. Permite diagnóstico y también pronóstico una vez diagnosticada la enfermedad arterial periférica, mediante el seguimiento del paciente.

Para llevar a cabo la técnica (6,7):
Se precisa de un esfigmomanómetro convencional, una sonda de Doppler continuo manual y una pequeña cantidad de gel conductor. Para su cálculo debe determinarse la presión sistólica en las arterias braquial, tibial posterior y dorsal del pie de las cuatro extremidades. El ITB de cada extremidad se obtiene de dividir la presión arterial sistólica máxima de esa extremidad inferior (la mayor de la arteria tibial posterior o dorsal del pie) por la mayor de las dos arterias braquiales. El denominador es común para el cálculo de los ITB de cada una de las dos extremidades.

El protocolo para medir el ITB indica que para la determinación del ITB, se deben seguir los siguientes pasos cuando se va a medir los índices del tobillo:
1. Palpar los pulsos pedios y tibiales posteriores. Para palpar el pedio izquierdo y el tibial posterior derecho es útil la colocación en el lado derecho del paciente, y para la palpación del pedio derecho y el tibial posterior izquierdo, en el lado izquierdo. Realizar la palpación con suavidad para evitar el colapso arterial. Puede ser útil marcar con rotulador el punto donde se detecta el pulso, sobre todo el pedio, por su mayor variabilidad anatómica.
2. Colocar el manguito del esfingomanómetro sobre el tobillo (con las gomas en posición proximal) justo por encima de los maléolos y con la cámara por encima del recorrido de la arteria tibial posterior.
3. Buscar con la sonda doppler el punto donde se escuche mejor el latido de la arteria pedia derecha. Inflar el manguito. Medir y apuntar la presión arterial sistólica (PAS).
4. Repetir el mismo procedimiento con la arteria tibial posterior derecha y apuntar. Si los valores obtenidos no son semejantes en ambos pulsos (< 10 mmHg), es recomendable dejar descansar al paciente y repetir de nuevo la operación.
5. Realizar los mismos pasos en la extremidad inferior izquierda.

TB = presión arterial sistólica máxima en el tobillo o el pie / presión arterial sistólica máxima en el brazo

La medición de las presiones debe realizarse después de que el paciente haya permanecido tumbado en reposo durante 5–10 min. En individuos sanos la presión

arterial sistólica del tobillo es 10–15 mmHg mayor que la presión sistólica braquial debido a la mayor resistencia vascular periférica en las arterias del tobillo. Los resultados del ITB se interpretan del siguiente modo:
ITB > 1,2: vaso no compresible (calcificado).
ITB 1,2–1,9: normal.
ITB ≤0,9: diagnóstico.
ITB 0,90-0,70: enfermedad arterial periférica ligera-moderada.
ITB 0–0,4: enfermedad arterial periférica grave.

En general, un vaso no compresible es el que se asocia a importante calcificación arterial que origina una presión arterial falsamente elevada en las arterias del tobillo, con lo que el ITB es ≥ 1,3. Esta situación la encontramos con mayor frecuencia en ancianos con diabetes mellitus, pacientes con hemodiálisis por insuficiencia renal terminal y, ocasionalmente, pacientes en tratamiento crónico con corticoides. Ésta es la mayor limitación del ITB, por lo que estos pacientes deben ser remitidos para otras pruebas diagnósticas más precisas.

Las recomendaciones según las guías clínicas basadas en la evidencia desarrolladas por el ACC/AHA, hablan de que los pacientes con alto riesgo de padecer arteriopatía periférica, y por tanto, tributarios de criba diagnostica son:
- Mayores de 70 años
- Pacientes entre 50-69 años con hábito tabáquico o diagnosticados de diabetes mellitus.
- Pacientes entre 40-49 años con DM y al menos otro factor de riesgo arterioesclerótico.
- Síntomas compatibles con claudicación de esfuerzo o dolor isquémico en reposo.
- Pulsos anormales en MMII.
- Enfermedad arterioesclerótica en otras partes corporales.
- Pacientes con un score de Framinghan entre 10-20%.

5 Discusión-Conclusión

La enfermedad arterial periférica es una enfermedad con una prevalencia nada desdeñable. La determinación del ITB resulta imprescindible para el diagnóstico

y tratamiento precoz de la misma. La alteración de este parámetro pone de manifiesto la existencia de un daño vascular real en el paciente. Hay un bajo porcentaje de pacientes diagnosticados de EAP, a pesar de su elevada prevalencia en pacientes con DM2 seguidos en Atención Primaria, especialmente aquellos de mayor edad y con retinopatía, por lo que hay que insistir en la recomendación de realizar sistemáticamente el ITB en esta población de riesgo.

Este hecho es una etapa más en el camino hacia un episodio vascular agudo grave que suponga un deterioro importante en la salud del paciente e incluso la muerte. Por ello, el ITB debería formar parte del conjunto de determinaciones que se realizan con fines de control preventivo, tales como la toma de tensión arterial y las determinaciones periódicas de glucosa o colesterol total en sangre, donde el personal de enfermería tiene un protagonismo importante, especialmente en el ámbito de la Atención Primaria (8,9).
El personal de enfermería debe estar correctamente formado para la determinación de este parámetro, y es en la consulta de Atención Primaria el lugar idóneo para el seguimiento del paciente.

6 Bibliografía

1. Vicente I, Lahoz C, Taboada M, García A, San Martín MA, Terol I, et al. Prevalencia de un índice tobillo/brazo patológico según el riesgo cardiovascular calculado mediante la función de Framingham. Med Clin (Barc) 2005; 124:641-4.
2. Crawford F, Welch K, Andras A, Chappell FM. Ankle brachial index for the diagnosis of lower limb peripheral arterial disease. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 9. Art. No.: CD010680. DOI: 10.1002/14651858. CD010680.pub2. Consultado el 10 de febrero en https://www.cochrane.org/es/CD010680/PVD_indice-tobillobrazo-para-el-diagnostico-de-la-enfermedad-arterial-periferica-del-miembro-inferior
3. De la Torre Puente César, Triana Mantilla María Eugenia, Rodríguez Villalonga Luís Enrique, Arpajón Peña Yunier, Almeida Hernández Loyda, MartínezGóngora Ileana. Enfermedades vasculares periféricas y niveles de calidad de vida en el municipio Diez de Octubre. Rev Cubana Angiol Cir Vasc [Internet]. 2017 Jun [citado 2020 Feb 11] ; 18(1): 55-70. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1682-00372017000100006&lng=es.
4. https://medlineplus.gov/spanish/peripheralarterialdisease.html
5. Enfermedad arterial periférica: aspectos fisiopatológicos,clínicos y terapéuticos Francisco J. Serrano Hernando y Antonio Martín Conejero. https://www.

revespcardiol.org/es-pdf-13109651
6. BUNDÓ VIDIELLA M. «Índice tobillo-brazo. Habilidades prácticas. Diabetes práctica. Actualización y habilidades en Atención Primaria». Disponible en http://www. diabetespractica.com/pdf/num2ha bilidades_practicas.pdf (consultado el 20/9/11).
7. https://www.mayoclinic.org/es-es/tests-procedures/ankle-brachial-index/about/pac-20392934.
8. Arévalo Manso Juan José, Juárez Martín Belén, Gala Chacón Encarnación, Rodríguez Martínez Carmen. El índice tobillo-brazo como predictor de mortalidad vascular. Gerokomos [Internet]. 2012 Jun [citado 2020 Feb 10] ; 23(2): 88-91. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2012000200007&lng=es.
http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2012000200007.
9. Arévalo Manso Juan José, Juárez Martín Belén, Gala Chacón Encarnación, Rodríguez Martínez Carmen. El índice tobillo-brazo como predictor de mortalidad vascular. Gerokomos [Internet]. 2012 Jun [citado 2020 Feb 10] ; 23(2): 88-91. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2012000200007&lng=es.
http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2012000200007.

Capítulo 278

VIOLENCIA DE GÉNERO, QUÉ ES Y ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA

MARÍA MONTERO ÁLVAREZ

PABLO MONTES HERREROS

1 Introducción

La ONU define la violencia de género como "todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada".

El último informe de violencia de género realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) destaca que es "un problema de salud global de proporciones epidémicas".

2 Objetivos

• Conocer los tipos de violencia de género y el ciclo de la violencia.
• Conocer la actuación de los profesionales de enfermería en la violencia de género.

3 Metodología

Revisión bibliográfica mediante la consulta de artículos de las bases de datos Dialnet, Pubmed y Google Académico. Además de informes y protocolos de la

OMS, el Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer, el Instituto Asturiano de la Mujer y la Junta de Andalucía.

4 Resultados

Existen tres tipos de violencia de género:
• Maltrato físico: en este maltrato está comprendida cualquier actuación que produzca un daño físico, como golpes y palizas.
• Maltrato psicológico: actuaciones que tienen como finalidad en la mujer la intimidación, desprecio, humillación, desvalorización y controlación. Para conseguir esto, es frecuente que los maltratadores recurran a provocar el aislamiento social y familiar, un control económico, del trabajo y estudios. Así como violencia ambiental, dónde se incluye la violencia contra objetos de valor de la mujer, amenazar con hacer daño a seres queridos suyos o animales domésticos.
• Maltrato sexual: donde se incluye cualquier acto sexual relacionado sin consentimiento o de manera forzada.

Leonor Walker describe el ciclo de la violencia, donde establece las diferentes etapas por las que pasa una mujer víctima de violencia de género:
• Acumulación de tensión: se produce un aumento de la tensión en el hombre debido a conflictos o incluso sin motivo aparente. La mujer intentará calmarle sucumbiendo a sus deseos ya que piensa que es algo temporal.
• Explosión o agresión: es la fase en la que se produce el maltrato físico, psíquico y/o sexual. Es aquí donde la mujer suele pedir ayuda o denunciar al agresor, aunque no es frecuente si se trata de las primeras agresiones.
• Calma, reconciliación o luna de miel: el maltratador muestra un arrepentimiento, complaciendo los deseos de la mujer, recurriendo a promesas y utilizando la manipulación afectiva, consiguiendo que la mujer no rompa la relación. Con el paso del tiempo esta fase termina y se reinicia el ciclo de nuevo, aunque hay mujeres que no pasan por esta fase, sufriendo maltrato constante.

Los profesionales de enfermería, así como de otras áreas de la salud pueden tener dificultades para identificar la violencia de género, las principales son las siguientes:
• Estar inmerso en el proceso del machismo.
• Tener escasa formación o desconocimiento de habilidades en comunicación con mujeres víctimas o en riesgo de violencia de género.
• Miedo a ofender o empeorar la situación de la mujer.
• Mitos o creencias sobre la violencia de género y su abordaje.

Actuación de enfermería ante la sospecha de violencia de género:

En España existe un protocolo de atención sanitaria a mujeres víctimas de violencia de género en cada comunidad autónoma, que hace especial hincapié en la atención primaria, hospitalaria, urgencias y salud mental.

Hemos de extremar la atención cuando tratamos con mujeres ya que enfermería es quien más víctimas de violencia de género identifica y podemos tener delante nuestro a alguien pidiéndonos ayuda.

En la consulta debemos recibir a la mujer sola, ya que en muchos casos acude acompañada de su agresor.

Durante la entrevista debemos expresar confianza y apoyo, dejando que expresen sus emociones, empleando la empatía y escucha activa.

Además, antes de realizar cualquier exploración, explicársela y tener su consentimiento para llevarla a cabo.

Ante la negativa del maltrato debemos explicar que es un problema de salud y se puede hablar de ello en la consulta.

Para la detección precoz del maltrato, cuando aún no está formalizado o verbalizado por parte de la víctima, podemos emplear el cuestionario WAST (Woman Abuse Screening Tool) para el que existe una versión corta validada en España, preguntando el grado de tensión en la relación de pareja y la presencia de episodios violentos (incluyendo físicos, sexuales y psicológicos).

Una vez establecemos el diagnóstico, es imprescinble realizar una valorar la seguridad de la mujer, estableciendo el riesgo vital inmediato para realizar o no la derivación al hospital o juzgado de guardia.

En la valoración del riesgo vital es importante incluir la valoración de los hijos si los hubiese, ya que también pueden ser víctimas del maltrato.

A continuación la informaremos de los recursos existentes y pasos legales en caso de formalizar la denuncia.

Tras establecer el diagnóstico, se establecerían intervenciones con las mujeres maltratadas de manera multidisciplinar. El ISA (Index of Spouse Abuse) es un cuestionario que nos permite evaluar el progreso en estas intervenciones y medir la severidad de la violencia sufrida por esas mujeres.

5 Discusión-Conclusión

Existen numerosos recursos que los profesionales sanitarios podemos utilizar para prevenir e identificar situaciones de violencia de género o riesgo de la misma. Además, las víctimas que acuden a los servicios de salud tienen diferentes necesidades que debemos atender y resolver aplicando las habilidades y protocolos necesarios para mejorar su situación, donde está implicado un equipo multidisciplinar.

6 Bibliografía

1. Ruiz I, Plazaola J, Escribá V, Jimenez J.M. Adaptación Española de un instrumento de diagnóstico y otro de cribado para detectar la violencia contra la mujer en la pareja desde el ámbito sanitario. Andalucía: Observatorio de Salud de la Mujer (Ministerio de Sanidad y Consumo); 2011.
2. Ruiz I, Blanco P, Vives C. Violencia contra la mujer en la pareja: determinantes y respuestas sociosanitarias. Gac Sanit. 2004; 18 (2): 4-12.
3. Heise L, Garcia Moreno C. Violence by intimate partners. In: Krug EG et al., eds. World report on violence and health. Geneva, World Health Organization, 2002:87–121.
4. United Nations General Assembly. In-depth study on all forms of violence against women. New York, United Nations, 2006.

Capítulo 279

MANEJO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

ALBA MUIÑA GÓMEZ

1 Introducción

La OMS define la hipertensión arterial como "un trastorno en el que los vasos sanguíneos tienen una tensión persistentemente alta, lo que puede dañarlos". La tensión arterial es la presión que ejerce la sangre contra las arterias al ser bombeada por el corazón. Cada vez que el corazón late, bombea sangre, dando lugar a lo que se conoce como presión sistólica, el periodo de reposo del corazón entre un latido y el siguiente se denomina presión diastólica, comprendiendo los valores normales de tensión arterial sistólica entre 120-129 mmHg y de diastólica entre 80-84 mmHg. Existen factores de riesgo modificables que contribuyen a la aparición de este trastorno, como son la diabetes, colesterol alto (colesterol total >200 mm/dl), tabaquismo, estrés, sedentarismo, dieta elevada en ácidos grasos, colesterol o sal, obesidad o sobrepeso, frecuencia cardiaca elevada, etnia (afroamericano) y consumo de alcohol u otras drogas, y otros no modificables, como son la edad, el sexo o genética. En ocasiones, la hipertensión causa dolor de cabeza, dificultad respiratoria, vértigos, dolor torácico, palpitaciones del corazón y hemorragias nasales, pero no siempre se manifiestan síntomas.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Definir relación entre hipertensión arterial y buenos hábitos de vida saludable.

Objetivos secundarios:
- Conocer la prevalencia de hipertensión arterial.
- Describir buenos hábitos que reduzcan la incidencia de la enfermedad.

3 Metodología

Revisión sistemática en inglés y español de las publicaciones científicas sobre la hipertensión arterial utilizando las bases de datos "Scielo", "Pubmed" y "Science direct". Se seleccionaron las referencias más acordes según los criterios de inclusión y evidencia científica, además de utilizar las palabras claves "Presión arterial", "Hipertensión arterial", "Vida saludable", "Arterial blood pressure", "High blood pressure", "Healthy lifestyles", como descriptores.

4 Resultados

La hipertensión arterial aumenta el esfuerzo que tiene que realizar el corazón para bombear la sangre en dirección a todos los órganos del cuerpo, pudiendo provocar de esta manera diversas patologías cardiacas, como un infarto de miocardio, un ensanchamiento del corazón y, con el paso del tiempo, una insuficiencia cardiaca. Se ha mostrado que el 42,6% de la población adulta española de edad ≥ 18 años es hipertensa, más los varones (49,9%) que las mujeres (37,1%), siendo también menor el control de la enfermedad por parte de los hombres (16%) que de las mujeres (24,9%). A pesar de que es un trastorno que puede llegar a ser difícil de diagnosticar en ciertos casos, existen buenos hábitos de vida que disminuyen la incidencia de la misma o mejoran la calidad de vida, así como en relación a la alimentación, el consumo semanal de pescados y mariscos, carnes magras, huevos, legumbres, frutos secos y agua; y de forma ocasional, los dulces, la bollería, las bebidas refrescantes, café, carnes rojas o embutidos. Siendo el desayuno la parte más importante del día con un 25%, comida con un 20% y cena con un 25% y entre comidas de un 10% cada una repartidas entre el desayuno y la comida, y entre la comida y la cena. En cuanto al ejercicio físico, se recomienda 30 minutos al día al menos tres días a la semana; siendo importante también el abandono del hábito tabáquico y el control frecuente ya que se trata de una enfermedad crónica.

5 Discusión-Conclusión

Podemos concluir que una dieta adecuada acompañada de ejercicio físico y abandono del tabaco, son factores modificables que favorecen la calidad de vida, pero un buen control de la tensión arterial es una de las actividades más importantes, ya que nos permite establecer una detección precoz o llevar un control exhaustivo en el caso del diagnóstico de hipertensión y así evitar la aparición de patologías asociadas a la enfermedad, especialmente en varones en los que mayoritariamente se manifiesta y menor control tienen sobre la misma.

6 Bibliografía

1. Hipertensión [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2018. Diponible en: http://www.who.int/topics/hypertension/es/
2. arterial H. Hipertensión arterial: MedlinePlus enciclopedia médica [Internet]. Medlineplus.gov. 2018. Disponible en: https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000468.htm
3. Hipertensión: tensión arterial alta [Internet]. Fundaciondelcorazon.com. 2018. Disponible en: http://www.fundaciondelcorazon.com/prevencion/riesgo-cardiovascular/hipertension-tension-alta.html
4. Torre D. Mapa de la HTA en España: El estudio Di@bet.es [Internet]. Secardiologia.es. 2018. Disponible en: https://secardiologia.es/multimedia/blog/rec/7607-mapa-de-la-hta-en-espana-el-estudio-di-bet-es-
5. Menéndez E, Delgado E, Fernández-Vega F, Prieto M, Bordiú E, Calle A et al. Prevalencia, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial en España. Resultados del estudio Di@bet.es [Internet]. Revista española de cardiología. 2018. Disponible en: http://www.revespcardiol.org/es/prevalencia-diagnostico-tratamiento-control-hipertension/articulo/90453753/

Capítulo 280

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES PORTADORES DE RESERVORIO VENOSO SUBCUTÁNEO.

YAIZA PEREZ GUTIERREZ

1 Introducción

Un reservorio de acceso venoso subcutáneo (RVS) consiste en un catéter unido a un puerto de plástico o de metal, que se inserta en una vena central y después se sutura en un bolsillo subcutáneo creado quirúrgicamente, normalmente en el tórax del paciente, siendo la vena de elección para su inserción la subclavia derecha siempre que sea posible. Tras la intervención, los reservorios deben ser sellados con 2 ml de heparina a una concentración de 500 UI/ml y su posición comprobada mediante técnicas radiológicas.

Está indicado para pacientes con necesidad de infusión de medicación como agentes citotóxicos, antibioterapia, analgesia continua y otras soluciones como nutrición parenteral o hemoderivados, y mayoritariamente se utiliza para el tratamiento de pacientes oncológicos. A su vez está contraindicado como cualquier técnica quirúrgica ante la existencia de fiebre de origen desconocido, neutropenia y trombosis profunda.

2 Objetivos

- Identificar los cuidados de enfermería en pacientes portadores de reservorio venoso subcutáneo.
- Desarrollar los principales usos del reservorio venoso subcutáneo.

3 Metodología

Se ha llevada a cabo una búsqueda de artículos científicos en castellano o con traducción disponible en las siguientes bases de datos: Medline, Pubmed y Cuiden, así como en varias páginas web, siendo seleccionados varios artículos.

4 Resultados

La técnica de implantación se realiza en el quirófano , pero la punción y mantenimiento del mismo se puede abordar desde Atención Primaria, donde los sanitarios están capacitados para este fin conociendo las principales complicaciones asociadas a la implantación y manejo de este tipo de catéter. Entre sus ventajas, destacan la eliminación de las complicaciones a través de accesos venosos periféricos transitorios como la irritación, la esclerosis del endotelio vascular o la flebitis, una menor necesidad de heparina para el lavado del catéter ya que el equipo queda instalado completamente de manera subcutánea.

Así mismo, tiene ciertas limitaciones con respecto a su utilización, siendo la más importante la necesidad de punción con una aguja especial (aguja tipo Gripper). Otras complicaciones son las derivadas de la propia técnica, y su proceso de implantación; también la mala utilización del dispositivo y/o complicaciones que aparecen por el hecho de permanecer con el dispositivo implantado durante largos períodos de tiempo, ya sea para su uso de manera continuada o para utilizarlo de forma intermitente durante ciclos de quimioterapia; éstas complicaciones pueden ser: rechazo, infección, arritmias, neumotórax obstrucción, migración, trombosis venosa local, etc.

Los cuidados de enfermería para este tipo de catéteres consisten en mantener la pinza siempre cerrada cuando se desconecta la jeringa, evitando tocar las conexiones, siendo recomendable utilizar válvulas de seguridad ya que así se minimiza el riesgo de desconexiones. Para evitar embolias, se debe evitar la manipulación y desconexión del dispositivo por encima del corazón.

La duración de la cura es de entre 5 a 7 días en el caso de realizarse con apósito hidro-permeable, mientras que, si se realiza con gasa la cura debe ser diaria y el sistema Gripper se debe cambiar una vez a la semana.
Todo tratamiento administrado debe ser prescrito, y debe constar en un registro cualquier complicación que requiera la retirada del sistema. Si el catéter está en

desuso la aguja no debe estar insertada y se debe aconsejar al paciente que no manipule la zona del reservorio.

Es necesaria una capacitación de las enfermeras en relación a los cuidados de estos dispositivos ya que existen evidencias de que cuando esto se ha realizado, se ha maximizado su uso y se han reducido las complicaciones asociadas. Educar al personal sanitario es sumamente relevante, ya que, para minimizar las complicaciones descritas, el material debe ser manejado por personal experto con las máximas normas de asepsia, teniendo en todo momento presente que el dispositivo puede beneficiar a estos pacientes en una simple extracción analítica si se sabe realizar el procedimiento correctamente.

Además de conocer la correcta técnica de punción y el material, es necesario que conozca también la técnica de sellado del mismo. Existen estudios que indican que se debe realizar con solución heparinizada (5ml de una dilución compuesta por 9 ml de suero fisiológico al 0,9% y 1 ml de heparina sódica al 5%) ya que con ella se evitarían obstrucciones del mismo y desplazamientos innecesarios al hospital, aunque en el mercado encontramos productos ya reconstituidos no siendo necesario realizar la dilución y que se aplican directamente a través del sistema infusor.

5 Discusión-Conclusión

Realizar una adecuada educación sanitaria ante signos de alarma, es fundamental por esto se debe indicar a los portadores de reservorio venoso subcutáneo la importancia del control de la temperatura periódicamente o ante cualquier síntoma, ya que la complicación más frecuente es la fiebre, pudiendo llegar a desencadenar un episodio de bacteriemia, por lo que se debe actuar de manera inmediata evitando en la medida de lo posible complicaciones asociadas, llegando incluso a la retirada del catéter.

Queda demostrado que estos dispositivos mejoran la calidad de vida de los pacientes, permitiendo una vía de acceso venoso permanente, estable y seguro, disminuyendo el sufrimiento del enfermo. Se debe capacitar al personal de enfermería en Atención Primaria con formación continuada para conseguir especialistas en esta materia, así como proporcionar una debida formación a los pacientes con respecto a los cuidados de este catéter de forma ambulatoria, favoreciendo

el empoderamiento del paciente.

6 Bibliografía

- García MV. Cuidados y recomendaciones para la prevención de la infección relacionada con los catéteres venosos centrales.
- Swearingen, P. Manual de enfermería médicoquirúrgica. Intervenciones enfermeras y tratamientos interdisciplinarios. 6ª ed. Elsevier Mosby.
- Rodríguez-Barbero MP, Tipo de canalización de acceso venoso central: el PORT-A-CATH. Rev ene de enfermería. Disponible en: http://eneenfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/viewFile/168/151
- Marco G. Criterios de enfermería en el proceso de implantación y seguimiento del reservorio subcutáneo.[presentacion power point]. Congreso enfermería; Disponible en: http://www.fabulacongress.es/congresoenfermeriacirugiaseecir2014/images/TrabajosCursoOnline/MR1-3.pdf

Capítulo 281

HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES EN ALUMNADO DE ESO Y BACHILLERATO DE UN ÁREA SUBURBANA

NAZISH AHMED

CRISTINA BALLESTEROS REGUERA

ANDREA VÁZQUEZ MARTÍNEZ

1 Introducción

1. Enfermedades no-comunicables.
Las enfermedades no-comunicables son la principal causa de muerte en los países de mayor renta per cápita 1. Son enfermedades cuya duración es larga y evolución es lenta. Las principales enfermedades no-comunicables son la diabetes, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la enfermedad renal, pero recientemente se incluyen algunas enfermedades neurológicas, mentales y genéticas 2,3.
La mortalidad por las enfermedades no-comunicables supone una pandemia en constante aumento que supera la mortalidad por desastres naturales y la pandemia de la influencia 1.

2. Factores de riesgo de las enfermedades no-comunicables.
Los principales factores de riesgo que causan la muerte en el adulto en países desarrollados de mayor a menor riesgo son: el tabaco, la presión arterial alta,

la obesidad, sedentarismo, hiperglucemia, hipercolesterolemia, bajo consumo de fruta y verdura y por último la contaminación ambiental 4. El Global Burden Disease establece que las enfermedades no-comunicables tienen 67 factores de riesgo originados a base de una interacción genética y ambiental 9.

El consumo de tabaco en adolescentes está a la orden del día; la presión de grupo y otros factores ambientales les llevan a un contacto cada vez más temprano tanto activa como pasivamente 10,11. Los estudios afirman que tanto su consumo como exposición producen un aumento de enfermedades no-comunicables, con mayores efectos perjudiciales si comienza desde la adolescencia, pero el problema reside en que el tabaco está presente en el lugar de trabajo, en las calles, lugares recreativos, internet, publicidad, etc. y es una continua influencia en el adolescente 5.

La obesidad es una enfermedad crónica por el desequilibrio en la ingesta de alimentos y el gasto energético debido al sedentarismo. Se caracteriza por la acumulación de grasas y se manifiesta en un exceso de peso y volumen 3. La influencia de otros determinantes como enfermedades y complicaciones respiratorias, inmunológicas, genéticas, gástricas, alteraciones de la conducta y la falta de la autoestima ha desembocado en un aumento gradual de la obesidad en estos últimos años. A través de una visión no solo individual sino poblacional se contribuiría al aumento de factores motivacionales en adolescentes para el consumo de frutas, como máquinas dispensadoras de fruta, actividades educacionales a padres, etc 12, 13. Publicidad no engañosa, ya que la comunicación audiovisual junto con demás marketing en televisión e internet se centra en productos ricos en grasas y bebidas azucaradas dirigidos a población infantil 6. La influencia de los padres es hasta tal punto importante que el nivel educacional de los mismos influye sobre el riesgo de adquirir obesidad y sobrepeso 14.

El alto nivel de colesterol provoca el aumento de Low Density Lipoprotein [LDL], que genera un incremento de riesgo cardiovascular provocando enfermedades no-comunicables 15. El consumo de colesterol máximo según el Institute of Medicine of Academies es de 250mg 16, pues no se debe olvidar que es necesario para la síntesis de hormonas esteroideas. Otros factores de riesgo modificables a tener en cuenta son el consumo de grasas saturadas e inactividad física que implica aumento del colesterol 15 y, por otra parte, el consumo de bebidas azucaradas que incrementa el LDL 17.

Podemos incluir la toxicidad ambiental 18 dentro de estos factores de riesgo debido a los cambios sociales, culturales y económicos tales como la globalización,

la urbanización y el envejecimiento de la población 1. En cuanto al ambiente físico, es un determinante que participa dentro de esa toxicidad; este ambiente lo constituye la vivienda, el transporte, la escuela y el ambiente social (espacio de recreación) que incluye las normas sociales y los valores culturales 18. También los cambios culturales son determinantes fundamentales, en este caso a través de la influencia que tienen los progenitores sobre el desarrollo del niño y hábitos adquiridos en el hogar. Esta influencia paterna puede ser muy importante ya que el niño/a reflejará ese comportamiento debido a los patrones relacionados con la salud y educación que recibe 1,9.

La tecnología es un factor de riesgo en constante aumento ante los avances informáticos. Las tabletas, portátiles y móviles de último diseño están a la orden del día en la vida de los adolescentes, lo que provoca que sustituyan el espacio de recreación por horas con estos aparatos 1. El aumento del nivel académico de los adolescentes implica un continuo contacto informático, tiene beneficios como el desarrollo académico y el establecimiento de nuevas relaciones interpersonales, pero también consecuencias negativas como el cyberbulling y la disminución de la actividad física 19.

2 Objetivos

- Conocer el grado de conocimiento sobre el estado de salud y hábitos de vida saludables como la alimentación, el ejercicio físico, el sedentarismo y los hábitos tóxicos.
- Analizar si el entorno y el medio familiar condiciona los hábitos de los sujetos.
- Examinar aquellos alumnos que consideran que siguen unos buenos hábitos y los que no, y determinar si su apreciación es adecuada en relación con sus hábitos alimentarios, actividad física, hábitos tóxicos.

3 Metodología

1. Tipo de estudio y población.
Para la realización de este trabajo se llevó a cabo un estudio descriptivo, observacional y transversal en alumnos del concejo de Aller que estudian en el I.E.S Valle de Aller. Estos alumnos tenían una edad comprendida entre 12 a 20 años, formando parte del estudio tanto hombre como mujeres. La muestra fue de un total de 208 participantes.

2. Criterios de exclusión e inclusión.
Como criterios de inclusión se consideró todo el alumnado presente en el instituto con habilidades suficientes de completar la encuesta escrita y en los criterios de exclusión aquellos con enfermedades incapacitantes tales como síndrome de Down u otras enfermedades que impidan su escritura. Excluyéndose un caso.

3. Instrumentos de medida.
Se empleó un cuestionario conjunto, es decir, de la Encuesta Nacional de Salud 7 del 2014 se escogió los bloques de estado de salud y hábitos de vida. Para evaluar el conocimiento de los alumnos se había formulado preguntas de acuerdo con el consumo de alimentos recomendados en los centros educativos de la Junta de Andalucía utilizando escalas de Likert.

4. Recogida de datos (marco de estudio).
La cumplimentación de las encuestas se realizó en el horario escolar con previa autorización y organización de la dirección del I.E.S. a través de una encuesta. Una vez aprobada por dirección se dio paso a la realización de encuestas.

I.E.S Valle de Aller procede de la suma de la Escuela de Formación Profesional en 1969, del IB. Príncipe de Asturias y comprendía la Sección de Cabañaquinta donde se impartían estudios de ESO, habiéndose incorporado en el curso 1996/97 el 1º Ciclo de la ESO y el 2º Ciclo en el curso 1998/99. En el 2000 se anunció la edificación de un instituto para evitar la dispersión de los anteriores centros. El día 15 de septiembre de 2003, con la asistencia del Presidente del Principado, del Consejero de Educación y del Alcalde de Aller, se inaugura el nuevo edificio.

5. Variables estudiadas.
Las variables escogidas fueron las relacionadas con los hábitos de vida saludables y lo referente a los estilos de cuidado, por estar ambos relacionados con los factores de riesgo de las enfermedades no-comunicables.

Las primeras variables relacionadas con las características generales de la muestra fueron la talla, el peso (dicotómicas) y a partir de allí extraemos el Índice de Masa Corporal (IMC) y se clasificó en base a los percentiles P85 y P97 de la Fundación de Orbezogo Izaguirre Bilbao para definir sobrepeso y obesidad, normopeso y bajo peso específico de la edad y sexo 37. Otras variables básicas de interés fueron el sexo y fecha de nacimiento.

Las variables intervinientes en este caso fueron las relacionadas con el hogar como el lugar de residencia, el tipo de vivienda, los familiares con los que reside,

el número de hermanos, el nivel de estudio, la profesión, quien cocina en el hogar. Son variables tipo ordinal.

Además, se contó con otras variables relacionadas con el conocimiento respecto a su salud, la buena alimentación, los hábitos tóxicos, la realización de talleres, etc. En cuanto a los hábitos alimenticios, se les preguntó por la frecuencia de consumo de alimentos (veces a la semana). Respecto a la actividad física se cuestionó tipo (leve, moderada, intensa) y frecuencia (mensual o veces a la semana). También sobre los hábitos tóxicos como la frecuencia del alcohol, el tabaco y otras drogas como marihuana (semanalmente, mensualmente, anualmente) a través de una tabla. Hasta el momento las variables mencionadas tienen que ver con la aplicación de esos hábitos, al final de la encuesta se les pregunta por el grado de conocimiento sobre alimentación, drogas y ejercicio físico. Para ello utilizamos las escalas de Likert la cual 1 es ”muy malo” y 5 ”muy bueno”.

6. Análisis de datos.
Los datos fueron transcritos a una base de datos del programa Excel y, posteriormente, fueron analizados con el programa SPSS, versión 22.0. Los resultados fueron expresados en frecuencias, porcentajes de ocurrencia, como valor de la media de las variables continuas y su error estándar de la media, se calculó también la Odds Ratio y su intervalo de confianza. Para los cálculos no se han tenido en cuenta subgrupos cuya participación constara de 3 o menos individuos. Para determinar la existencia de diferencias entre grupos de la muestra, se utilizó para las variables cualitativas la prueba Chi^2 y la t de Student para las cuantitativas, considerándose significativas si el valor de la $p \leq 0{,}005$.

7. Búsqueda bibliográfica.
Para realizar este estudio se hizo una búsqueda previa bibliográfica mediante las bases de datos como Pubmed y Google Académico, también páginas web como la del Ministerio de Salud, la de la OMS, la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO). Se consultaron bibliotecas científicas como Elsevier y Scielo.

4 Resultados

- El total de participantes fue de 207 de los cuales 46 % son hombres y 54 % son mujeres (tabla 4.1).
- Un 78% de los participantes vive en un entorno semiurbano y el 21% en un entorno rural (figura 4.1).

- El 64% de participantes viven en piso, el 29% en casa y un 5% en chalet u adosado (figura 4.2).
- El 80% de los participantes reside con una familia constituida por padre y madre, un 15% de participantes vive con la madre, un 4% vive con el padre, un 1% con otros tutores que no son el padre y la madre (figura. 4.3A). En la figura 4.3B se indica el número de hermanos con los que residen los participantes, el 55% vive con 1 hermano, el 36% es hijo único, 7% reside con dos hermanos y un 2% vive con 3 hermanos (figura 4.3B). Un 3% de los participantes vive con su abuela y un 2% vive con otros parientes no mencionados en la tabla (figura 4.4).
- En el nivel de escolarización máximo de los tutores y tutoras que prevalece es la secundaria con un 39% en ambos casos, seguido de módulo de FP con un 23% y 28%, en tutores y tutoras, respectivamente. Los niveles universitarios giran en torno a un 14% en ambos casos y en primaria, hay 10-14% de los participantes (figura 4.5A y figura. 4.5B).
- En cuanto a la profesión de los tutores y tutoras de los sujetos, el 39% de los tutores son asalariados, es decir, tienen un sueldo y trabajo fijo, engloba desde cargos públicos hasta mineros. Un 28% son pensionistas, un 3% vive a través de ayuda por cargo de invalidez, un 12% son empresarios (propietarios) y un 5 % son desempleados (figura 4.6A). En las tutoras un 41% son amas de casa frente a un 34% que son asalariadas, un 10% son empresarias y un 1% vive a través de la ayuda familiar (figura 4.6B)
- El análisis del IMC de los alumnos en los distintos niveles escolares indica un porcentaje elevado de bajo peso, tanto en hombres como en mujeres (figura 4.7).
- Para conocer la opinión del estado de salud los participantes fueron cuestionados a través de una escala de Likert del 1 al 5, la cual 1 es ”muy bueno” y 5 es ”muy malo”. Más de un 60% de todos los sujetos considera que tiene un buen estado de salud, añadiendo los que consideran que tienen un estado de salud muy bueno que supera un 20% de todos los participantes. Ninguno de los participantes considera que tiene un estado de salud muy malo. Los porcentajes del ítem ”regular” son inferiores respecto al ítem ”muy bueno”. Un 17% de los alumnos de 1º de ESO opina tener un estado de salud regular. En 2º de la ESO el ítem ” muy bueno” obtuvo un 39% (tabla 4.2).

5 Discusión-Conclusión

Los alumnos muestran un grado de conocimiento adecuado sobre unos buenos hábitos de vida, sobretodo en cuanto a hábitos tóxicos, y generalmente, son aplicados de manera correcta. Se observa que el entorno rural influye en un mejor

conocimiento de hábitos saludables y el bajo nivel educacional de los padres condiciona una menor implementación de sus hábitos de vida saludables. Encontramos dos grupos que precisarían intervención, uno en los que dicen seguir hábitos y no responden acertadamente en el apartado de conocimiento de hábitos de vida y otro en los que dicen no seguir hábitos de vida y que, además, no consumen alimentos sanos y no realizan actividad física.

6 Bibliografía

1. Narayan KM, Ali MK, Koplan JP. Global noncommunicable diseases–where worlds meet. N Engl J Med. 2010 Sep 23;363(13):1196-8.
2. Mendis S, Davis S, Norrving B. Organizational update: the world health organization global status report on non communicable diseases 2014; one more landmark step in the combat against stroke and vascular disease. Stroke. 2015 May;46(5):121-2.
3. Walt G. WHO's World Health Report 2003. BMJ. 2004 Jan 3;328(7430):6.
4. Mathers C, Stevens,G., Mascarenha, M. Global health risks: progress and challenges. Bull World Health Organ. 2009 Sep;87(9):646.
5. Degenhardt L, Stockings E, Patton G, Hall WD, Lynskey M. The increasing global health priority of substance use in young people. Lancet Psychiatry. 2016 Mar;3(3):251-64.
6. Agnoli C, Krogh V, Grioni S, Sieri S, Palli D, Masala G, et al. A priori-defined dietary patterns are associated with reduced risk of stroke in a large Italian cohort. J Nutr. 2011 Aug;141(8):1552-8.
7. Encuesta Nacional de Salud. 2011 [updated 2011; cited 23/02/2016]; Available from: http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/.
8. Aranceta-Bartrina J, Perez-Rodrigo C, Alberdi-Aresti G, Ramos-Carrera N, Lazaro-Masedo S. Prevalence of General Obesity and Abdominal Obesity in the Spanish Adult Population (Aged 25-64 Years) 2014-2015: The ENPE Study. Rev Esp Cardiol (Engl Ed). 2016 Jun;69(6):579-87.
9. Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, Shibuya K, Adair-Rohani H, et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet. 2012 Dec 15;380(9859):2224-60.
10. Panda R, Srivastava S, Persai D, Mendenhall E, Arora M, Mathur MR. System level approaches for mainstreaming tobacco control into existing health

programs in India: Perspectives from the field. J Family Med Prim Care. 2016 Oct-Dec;4(4):559-65.
11. Kelishadi R, Noori A, Qorbani M, Rahimzadeh S, Djalalinia S, Shafiee G, et al. Are active and passive smoking associated with cardiometabolic risk factors in adolescents? The CASPIAN-III Study. Paediatr Int Child Health. 2015 Jun 9:2046905515Y0000000039.
12. Rasmussen M, Krolner R, Klepp KI, Lytle L, Brug J, Bere E, et al. Determinants of fruit and vegetable consumption among children and adolescents: a review of the literature. Part I: Quantitative studies. Int J Behav Nutr Phys Act. 2006;3:22.
13. Blanchette L, Brug J. Determinants of fruit and vegetable consumption among 6-12-year-old children and effective interventions to increase consumption. J Hum Nutr Diet. 2005 Dec;18(6):431-43.
14. Gutierrez-Fisac JL, Guallar-Castillon P, Leon-Munoz LM, Graciani A, Banegas JR, Rodriguez-Artalejo F. Prevalence of general and abdominal obesity in the adult population of Spain, 2008-2010: the ENRICA study. Obes Rev. 2011 Apr;13(4):388-92.
15. Morgan AE, Mooney KM, Wilkinson SJ, Pickles NA, Mc Auley MT. Mathematically modelling the dynamics of cholesterol metabolism and ageing. Biosystems. 2016 May 6;145:19-32.
16. Trumbo P, Schlicker S, Yates AA, Poos M. Dietary reference intakes for energy, carbohydrate, fiber, fat, fatty acids, cholesterol, protein and amino acids. J Am Diet Assoc. 2012 Nov;102(11):1621-30.
17. Ramirez-Velez R, Gonzalez-Ruiz K, Correa-Bautista JE, Meneses-Echavez JF, Martinez-Torres J. Demographic and socioeconomic differences in consumption of sugar-sweetened beverages among Colombian children and adolescents. Nutr Hosp. 2015;31(6):2479-86.
18. Blazquez Abellan G, Lopez-Torres Hidalgo JD, Rabanales Sotos J, Lopez-Torres Lopez J, Val Jimenez CL. Healthy eating and self-perception of health. Aten Primaria. 2016 2016:8.
19. Madell DE, Muncer SJ. Control over social interactions: an important reason for young people's use of the Internet and mobile phones for communication. Cyberpsychol Behav. 2007 Feb;10(1):137-40.
20. Schulte SJ. Predictors of binge eating in male and female youths in the United Arab Emirates. Appetite. 2016 Jun 4;105:312-19.
21. Medina-Remon A, Casas R, Tressserra-Rimbau A, Ros E, Martinez-Gonzalez MA, Fito M, et al. Polyphenol intake from a Mediterranean diet decreases inflammatory biomarkers related to atherosclerosis: A sub-study of The PREDIMED trial. Br J Clin Pharmacol. 2016 Apr 21.

22. Margetts B. WHO global strategy on diet, physical activity and health. Public Health Nutr. 2004 May;7(3):361-3.
23. Ariza C, Ortega-Rodriguez E, Sanchez-Martinez F, Valmayor S, Juarez O, Pasarin MI. Childhood obesity prevention from a community view. Aten Primaria. 2015 Apr;47(4):246-55.
24. Moynihan P, Petersen PE. Diet, nutrition and the prevention of dental diseases. Public Health Nutr. 2004 Feb;7(1A):201-26.
25. Rees R, Kavanagh J, Harden A, Shepherd J, Brunton G, Oliver S, et al. Young people and physical activity: a systematic review matching their views to effective interventions. Health Educ Res. 2006 Dec;21(6):806-25.
26. Ministeriode Sanidad. Actividad Física para la Salud y Reducción del Sedentarismo. Recomendaciones para la población. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. Madrid; 2015 [updated 2015; cited 2016 03/03/016]; Available from: http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/Recomendaciones_ActivFisica.htm.
27. Yeung DC, Yuan X, Hui SS, Feresu SA. Determinants of moderate to vigorous physical activity and obesity in children: a structural equation modeling analysis. World J Pediatr. 2015 May;12(2):170-6.
28. Estruch R, Ros E, Salas-Salvado J, Covas MI, Corella D, Aros F, et al. Primary prevention of cardiovascular disease with a Mediterranean diet. N Engl J Med. 2013 Apr 4;368(14):1279-90.
29. Martinez-Gonzalez MA, Bes-Rastrollo M, Serra-Majem L, Lairon D, Estruch R, Trichopoulou A. Mediterranean food pattern and the primary prevention of chronic disease: recent developments. Nutr Rev. 2009 May;67 Suppl 1:S111-6.
30. NAOS. NAOS, estrategia de alimentación, actividad física y prevención de la obesidad. Ministerio de Educación, 2005.; 2005 [updated 2005; cited 2016 08/05/2016]; Available from: http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/web/subhomes/nutricion/aecosan_nutricion.shtml.
31. America's Move to Raise. 2009 [updated 2009; cited 08/05/2016]; Available from: http://www.letsmove.gov/.
32. Olsta J. Bringing breakfast to our students: a program to increase school breakfast participation. J Sch Nurs. 2013 Aug;29(4):263-70.
33. Murphy JM, Pagano ME, Nachmani J, Sperling P, Kane S, Kleinman RE. The relationship of school breakfast to psychosocial and academic functioning: cross-sectional and longitudinal observations in an inner-city school sample. Arch Pediatr Adolesc Med. 1998 Sep;152(9):899-907.
34. FAO. Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación. Crear y manejar un huerto escolar. . 2006 [updated 2006; cited 2016

05/04/2016]; Available from: ftp://ftp.fao.org/docrep/fao/009/a0218s/a0218s.pdf.
35. Mathers C, Stevens,G., Mascarenha, M. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks.; 2009 Contract No.: Document Number|.
36. Zeller MH, Reiter-Purtill J, Modi AC, Gutzwiller J, Vannatta K, Davies WH. Controlled study of critical parent and family factors in the obesigenic environment. Obesity (Silver Spring). 2007 Jan;15(1):126-36.
37. Sobradillo B, Aguirre A, Aresti U, Bilbao A, Fernández-Ramos C, Lizárraga A, et al. Curvas y tablas de crecimiento. Instituto sobre Crecimiento y desarollo. Fundación F. Orbegozo. 2004 1988.
38. Martinez-Vizcaino V, Solera-Martinez M, Cavero-Redondo I, Garcia-Prieto JC, Arias-Palencia N, Notario-Pacheco B, et al. Association between parental socioeconomic status with underweight and obesity in children from two Spanish birth cohorts: a changing relationship. BMC Public Health. 2015;15:1276.
39. Mech P, Hooley M, Skouteris H, Williams J. Parent-related mechanisms underlying the social gradient of childhood overweight and obesity: a systematic review. Child Care Health Dev. 2016 Jun 18.
40. Stenius F, Swartz J, Lilja G, Borres M, Bottai M, Pershagen G, et al. Lifestyle factors and sensitization in children - the ALADDIN birth cohort. Allergy. 2012 Oct;66(10):1330-8.
41. Sanchez-Cruz JJ, Jimenez-Moleon JJ, Fernandez-Quesada F, Sanchez MJ. Prevalence of child and youth obesity in Spain in 2012. Rev Esp Cardiol (Engl Ed). 2013 May;66(5):371-6.
42. Ferreira-Pego C, Babio N, Bes-Rastrollo M, Corella D, Estruch R, Ros E, et al. Frequent Consumption of Sugar- and Artificially Sweetened Beverages and Natural and Bottled Fruit Juices Is Associated with an Increased Risk of Metabolic Syndrome in a Mediterranean Population at High Cardiovascular Disease Risk. J Nutr. 2016 Jun 29.

Capítulo 282

ASPECTOS SOCIALES, AFRONTAMIENTO Y CONTROL SINTOMÁTICO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CELIACA.

AROA DIAZ GARCIA

RUBÉN DIAZ GARCÍA

MONTSERRAT GARCÍA DEL MORAL

1 Introducción

La Enfermedad Celíaca es una enfermedad inflamatoria crónica con gran repercusión en la calidad de vida del paciente y su dinámica social. El apoyo social, la respuesta sintomática y las habilidades de afrontamiento son variables que se correlacionan con la calidad de vida en el paciente celiaco.

El objetivo del estudio será describir las características sociodemográficas y conocer en los pacientes con Enfermedad Celiaca la calidad de vida autopercibida. Esta percepción será después contrastada con las variables establecidas en el estudio.

Para ello se seleccionarán los 469 socios de la Asociación de Celíacos del Principado de Asturias (ACEPA). Mediante entrevista autoadministrada se recogerán: calidad de vida (cuestionario CD-QOL), apoyo social (cuestionario MOS), afrontamiento (cuestionario COPE) y control sintomático del intestino

irritable (cuestionario BEST). La relación de estas variables se estudiará tambien por grupos de edad y género.

La enfermedad celíaca (EC) o esprúe celiaco fue descrita por primera vez en 1888, como una enfermedad diarréica relacionada con la dieta. En 1950 se relacionó con el gluten por primera vez (1). Se observó que, durante la escasez de granos en la Segunda Guerra Mundial, los niños con enfermedad celíaca milagrosamente mejoraban en peso y talla con una dieta única en patatas, para recaer cuando se volvió a dar el pan en la dieta, al finalizar la guerra (2).

Actualmente la EC se define como una enfermedad inflamatoria crónica del intestino delgado, mediada por células T, provocada por la ingesta de gluten en la dieta, caracterizada por malabsorción de nutrientes a través de la porción dañada de intestino y una rápida mejoría clínica e histológica al suprimir el gluten de la dieta (3).
La verdadera prevalencia de la EC es desconocida, ya que en muchos casos los pacientes son oligosintomáticos o asintomáticos, dando lugar a que un gran número permanezca sin diagnosticar.

En Estados Unidos la EC afecta a una de cada 133 personas, mientras que en países europeos afecta a una de cada 120 a 300 personas según la base de la detección mediante pruebas sensibles y específicas de anticuerpos de los donantes de sangre. Algunos estudios manifiestan un incremento de la incidencia de EC en los últimos 20 años. Las teorías propuestas para esta creciente prevalencia, incluyen un mayor conocimiento de la enfermedad y mayor diagnóstico en casos oligosintomáticos, el cultivo de granos de trigo con alto contenido de gluten, la infección por rotavirus, que puede aumentar la permeabilidad intestinal y el cambio en las prácticas de lactancia materna.

La enfermedad celíaca se diagnostica a cualquier edad, aunque con mayor frecuencia al año o a los dos años, al introducir el gluten por primera vez en la dieta (2, 3, 4).

En niños la EC suele iniciarse durante los tres primeros años, cuando se introduce el gluten en la dieta. Pero puede darse una latencia de meses a años, pudiendo empeorar la patología a desnutrición grave y/o ataxia si se retrasa demasiado el diagnóstico.

La presentación clínica de la enfermedad celíaca consiste en diarrea, malabsorción, gases y pérdida de peso, anemia por insuficiencia de hierro y pérdida de den-

sidad ósea. En adultos, la presencia de todos estos signos se denomina "Síndrome celiaco completo". Otras presentaciones incluyen fatiga, estreñimiento, dispepsia, hepatitis inexplicable, neuropatía, ataxia, hipoplasia dental e infertilidad (6).

La tetania, diarrea severa, deshidratación, acidosis y diátesis hemorrágica en niños de entre 1 y 2 años de edad se denomina "Crisis celiaca" (7), también puede darse en adultos que no siguen una dieta libre de gluten. Se trata de una emergencia gastrointestinal.

Las personas con EC suelen presentar quemaduras, picazón y sarpullido de la dermatitis herpetiforme. Ésta última merece especial atención; las erupciones vesiculosas y pruriginosas afectan normalmente a las superficies extensoras de las extremidades, tronco y cuero cabelludo. Es considerada como parte del espectro de la sensibilidad del gluten.

Los grupos de alto riesgo para el desarrollo de la enfermedad celíaca son los que tienen parientes afectados de primer grado con diabetes mellitus tipo 1 (con una prevalencia de 0,97 – 16,4%. El tratamiento con una dieta sin gluten mejora el control diabético (8) y disminuye la aparición de episodios de hipoglucemias), enfermedad tiroidea autoinmunitaria, síndrome de intestino irritable, cirrosis biliar primaria, y otras hepatopatías de base autoinmunitaria, esclerosis múltiple y los síndromes de Down (con una prevalencia de5-12%). Cuanto más prolongada sea la exposición a una dieta con gluten, mayor será la probabilidad de desarrollar una enfermedad autoinmunitaria (1).

Una de las complicaciones que se dan cuando la EC no responde o se desarrolla una EC resistente es la yeyunitis ulcerosa. Caracterizada por úlceras en yeyuno e íleon que provocan absorción deficiente grave, hemorragias, perforación, obstrucción y alta mortalidad. Otras complicaciones a tener en cuenta son los linfomas u otras neoplasias malignas, más comunes en EC resistentes o que no se les dio un diagnóstico anterior. Tienen alta prevalencia de mortalidad en menos de un año, riesgo que puede disminuir con sólo 5 años siguiendo una dieta libre de gluten.

La variedad de manifestaciones clínicas propone cinco variedades clínicas de la EC:
- EC típica: manifestaciones gastrointestinales típicas, con anticuerpos positivos y biopsia diagnóstica.
- EC atípica: manifestaciones atípicas o extraintestinales con lesiones de las mucosas características y serología positiva.

- EC silente: cambios histológicos característicos, anticuerpos positivos, pero sin manifestaciones clínicas
- EC potencial: anticuerpos positivos y sin cambios histológicos característicos
- EC latente: susceptibilidad genética, con anticuerpos positivos, pero sin manifestaicones clínicas o histológicas (9).

La mayoría de las personas con enfermedad celiaca asintomática son identificadas mediante el cribado de los familiares de primer grado (2, 3).

El único tratamiento actual para la enfermedad celíaca es una dieta estricta libre de gluten de por vida. Un diagnóstico seguro de la enfermedad celíaca se debe hacer antes de iniciar la dieta. Una dieta libre de gluten es compleja y costosa y puede empeorar la calidad de vida, particularmente en individuos asintomáticos (2, 3).

Hipótesis:
El apoyo social, la respuesta sintomática y las habilidades de afrontamiento, son variables que se correlacionan con la calidad de vida en el paciente celíaco.

Se trata de un estudio descriptivo transversal, ya que se observa el fenómeno de estudio en un momento concreto en el tiempo, cómo ocurre y se distribuye, y se formula una hipótesis.

Ámbito de estudio:
El estudio se realizará a personas miembros de la Asociación de Celiacos del Principado de Asturias (ACEPA).
Muestra:
En el estudio participarán de manera voluntaria, consentida e informada los 469 socios de la ACEPA, entre los que se presentarán los enfermos y tutores de menores de edad como representantes de los mismos.

Se trata, por tanto, de un muestreo no probabilístico de conveniencia, ya que se seleccionan los miembros de una población accesible (pertenecientes a la ACEPA) de los que se puede disponer con facilidad.

Criterios de inclusión:
Enfermos que habiendo alcanzando la mayoría de edad o tutores representantes de los menores, hayan sido diagnosticados y siguen una dieta sin gluten.
Personas recién diagnosticadas que han comenzado a realizar la dieta sin gluten, ya que son los que han comenzado los que mejor conocen los problemas que

plantea la dieta sin gluten, tanto de apoyo social económico, acceso o cumplimiento de la dieta por amplia presencia de gluten en los alimentos.

Criterios de exclusión:
Pacientes diagnosticados con imposibilidad para comprensión o lectura del cuestionario.
Pacientes que padecen enfermedades crónicas asociadas que puedan afectar a la investigación.
Socios de la ACEPA que no sigan una dieta libre de gluten.

Variables y medidas:
Se va a medir la relación entre tres variables que son determinantes de un resultado, variables independientes cualitativas directas (apoyo social, afrontamiento y control sintomático de intestino irritable) y una variable dependiente cualitativa directa de los factores antes mencionados: la calidad de vida. También se considera la variable sociodemográfica de los diferentes grupos de edad (cuantitativa) y género (cualitativa).

- Calidad de vida: término multidisciplinar de componentes subjetivos y objetivos, en los que el punto en común es el bienestar físico, social, desarrollo y actividad, material y emocional.
- Apoyo social: es la presencia o ausencia percibida de manifestaciones emocionales, instrumentales, informativas o evaluativas provenientes la ayuda de otras personas. Es "el grado en el que las necesidades sociales básicas se satisfacen a través de la interacción con los otros".
- Afrontamiento: "esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes, que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo".
- Control sintomático de la irritación intestinal: los síntomas son signos de una enfermedad o lesión y el paciente los nota. Controlar estos síntomas mejora la calidad de vida de los pacientes en cuanto al dolor o estrés y/o evitar que se produzcan daños en su organismo. En el caso de la EC las manifestaciones clínicas más comunes son producidas por alteraciones intestinales, por ello la irritación intestinal se ha elegido como la sintomatología característica de la EC (1).

La participación en el estudio será voluntaria, consentida e informada. Se informará a los enfermos y tutores sobre el propósito de la investigación, se agradecerá la atención y se asegurará un trato confidencial de los datos de acuerdo con la Ley 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal.

Los procedimientos utilizados para la realización de este estudio han cumplido los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos recogidos en la Declaración de Helsinki adoptada en la 18ª Asamblea de la Asociación Médica Mundial (AMM) (Helsinki, junio 1964), según la última versión revisada de esta (octubre 2013). Todos los sujetos serán informados del estudio y deberán dar su consentimiento por escrito. Por ello, se entregará un consentimiento informado que todo participante deberá firmar tras haber recibido y comprendido la información necesaria para poder decidir si participa o no.

Se analizarán los datos utilizando la metodología adecuada a la naturaleza de las variables.

2 Objetivos

- Evaluar la calidad de vida autopercibida por el paciente con EC.
- Evaluar la calidad de vida en relación con las variables; apoyo social, afrontamiento y control sintomático de intestino irritable.
- Conocer cómo el apoyo social, afrontamiento y control sintomático se relacionan con la calidad de vida según:

Diferentes grupos de edad; 5-13 años, 14-17 años, 18-35 años, 36-64 años y mayores de 65 años.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Bibliografía

1. Darlene G. Kelly, MD, PhD y Vandana Nehra, MD. Enfermedad Celiaca. En: Alan Buchman. Enfermedades gastrointestinales y nutrición clínica. 1ª Edición. México: McGraw – Hill Interamericana; 2008. 237-243.
2. Carol E.Semrad. Enfermedad celíaca . En: A Catherine Ross, Benjamin Caballero, Robert J. Cousins, Katherine L. Tucker y Thomas R. Ziegler. Nutrición en

la salud y la enfermedad. 11ª Edición. Barcelona (España): Kluwer Health; 2014. 1097-1102.
3. Reacciones adversas a los alimentos. En: Michael J. Gibney, Marinos Elia, Olle Ljungqvist y Julie Dowsett. Nutrición clínica. 1ª Edición. Zaragoza (España): Acribia, S.A.; 2007. 111-172.
4. Enfermedad celiaca (Esprue celiaco), enteropatía inducida por gluten, Esprue no tropical. Sylvia Escott – Stump. Nutrición, diagnóstico y tratamiento. 5ª Edición. México: McGraw – Hill Interameticano; 2005. 302-304.
5. Petersen J, Van Bergen J, Loh KL, Kooy-Wiinkelaar Y, Beringer DX, Thomson A et al. Determinants of Gliadin- Specific T Cell Selection in Celiac Disease. [Internet]. Bethesda (MD): National Library of Medicine (US); 2015 [actualizado 4 abril 2015; citado 23 abril 2015]. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25948817
6. P. Pavón. L. Monasterio, B. Guillán. Estado actual de la enfermedad celíaca. [Internet]. Galicia: Universidad de Santiago de Compostela, Unidad de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición. Departamento de Pediatría. Disponible en: http://www.sonudiga.org/pdf/enf-celiaca.pdf.
7. Dr. Jorge Álvarez L., Dra. Carmen Gutiérrez T., Dr. Ernesto Guiraldes C. Crisis celíaca: Una Grave Emergencia Pediátrica. SciELO [Internet]. 1985 [citado 23 abril 2015]; Vol. 56(6): 421-426. Disponible en: http://www.scielo.cl/pdf/rcp/v56n6/art04.pdf
.
8. Rohrer TR, Lobo J, Liptay S, Zimmer PK, Scheuing N, Marg W, et al. Microvascular Complications in Childhood-Onset Type 1 Diabetes and Celiac Disease: A Multicenter Longitudinal Analysis of 56,514 Patients Fromm the German-Austrian DPV Database. [Internet]. Bethesda (MD): National Libray of Medicine (US); 2015 [actualizado 17 feb 2015; citado 23 abril 2015]. Disponible en: http://www.scielo.cl/pdf/rcp/v56n6/art04.pdf
9. José María Remes – Troche. Enfermedad celíaca: ¿Quién está fuera? Elsevier.es 2008; Vol 73:52-53. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?.
10. Frulio G, Polimeno A, Palmieri D, Fumi M, Auricchio R, Piccolo E, Carandente-Giarrusso P. evaluating diagnostic accuracy of anti-tissue Transglutaminase IgA antibodies as first screening for Celiac Disease in very Young children. [Internet]. Bethesda (MD): National Libray of Medicine (US); 2012 [actualizado 2 may 2015; citado 23 abril 2015]. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25944768.
11. Mapa de establecimientos sin gluten [mapa político]. Galicia: Celiaco a los treinta. Disponible en: http://www.celiacoalostreinta.com/p/blog-page.html.

12. Fundació Alícia y Associació de Celíacs de Catalunya. Restauración sin gluten. [Internet]. Associació de Celíacs de Catalunya. Cataluña:2010. ISBN: 84-614-4960-6.
13. Federación de Asociaciones de Celíacos de España. Informe de precios sobre productos sin gluten 2013. FACE 2013;1-7. Disponible en: http://www.hoycomentamos.com/wp-content/uploads/informedeprecios2013.pdf
14. Noelia Panillo. Etiquetado Sin Gluten. Agustín Ariño. Aragón: Universidad de Zaragoza y Grupo de investigación Consolidado A01 de la DGA; 2013. [actualización febrero 2013; citado 23 abril 2015]. Disponible en: http://www.celiacosaragon.org/wp/pdf/ETIQUETADO%20SIN%20GLUTEN.pdf
15. Jesús Cruz Manzanero. Nueva legislación que modifica el etiquetado de los productos alimentarios. Eurocarne [Internet]. 2012 [29 abril 2015]: 37-40. Disponible en: http://www.eurocarne.com/daal?a1=boletin_imagenes&a2=20801.pdf.
16. Comisión de Codex Alimentarius [sede web]. Organización Mundial de la Salud; 1963 [actualizado 8 de abril 2015]. Disponible en: http://www.codexalimentarius.org/codex-home/es/
17. Medline Plus en español [Internet]. Bethesda (MD): Biblioteca Nacional de Medicina (EE.UU)[actualizado 12 ago. 2005]. Medicamentos para la osteoporosis; [actualizado 14 abril 2015; citado 3 mayo 2015].

Capítulo 283

USO DE LA MIEL EN EL TRATAMIENTO DE HERIDAS CRÓNICAS

LAURA SALCEDA GARCÍA

M DEL MAR GARCIA PRESA

1 Introducción

Las Úlceras por Presión (UPP) son lesiones en la piel y tejidos por falta de irrigación sanguínea debido a la presión, fricción, o a las fuerzas de cizalla sostenidas de una prominencia ósea sobre una superficie externa. El principal causante es ésta presión, pero además hay factores predisponentes para que aparezca (inmovilización, poca grasa cutánea, deshidratación, trastornos cardio-circulatorios). La prevención se debe considerar prioridad para evitar una situación grave en la que disminuya la calidad de vida del paciente.

La miel es una sustancia viscosa, compuesta por, en su gran mayoría, hidratos de carbono (Fructosa 38%, Glucosa 31%), proteínas, vitaminas y enzimas (siendo la principal la gluco-oxidasa) minerales, lípidos y flavonoides. Tiene un pH ácido de 3.9 y 20% de humedad. Estas características proporcionan unas acciones sobre los tejidos que ayudan a su reestructuración y curación.

La miel se ha utilizado a lo largo de la historia en el tratamiento de heridas de diversa etiología. Numerosos estudios le atribuyen propiedades antimicrobianas, antiinflamatorias, desodorantes y desbridantes. Existe un creciente interés por

parte de los promotores de cuidados respecto a la utilidad de la miel como agente cicatrizante.

2 Objetivos

Evaluar la evidencia científica actual sobre el uso y propiedades de la miel en la cicatrización de heridas crónicas.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica de artículos científicos de las siguientes fuentes de información:
-Bases de datos especializadas en ciencias de la salud: Pubmed, Medline, CINAHL.
-Portales de internet y buscadores Google académico, Fuden, Dialnet, National Institutes of Health, Ewma, Gneaupp.

Para su elección se tuvo en consideración la actualidad de los artículos. En los resultados encontrados en esta revisión, se han hallado varias evidencias con respecto a la demostración de la miel como fundamento terapéutico.

4 Resultados

Las úlceras por presión se curan más rápidamente con una cura húmeda ya que favorece el crecimiento de las células epiteliales. La miel tiene una cantidad libre de agua muy baja, sin embargo, crea un ambiente húmedo por el efecto osmótico.

Recomendaciones para su uso:
- No dudar en utilizar los apósitos de miel de primera elección para el tratamiento de úlceras por presión.
- Recurrir a productos de miel adecuados para su uso en las úlceras por presión: asegurarse que la miel comercializada está investigada, experimentada, procesada y esterilizada.
- Usar el adecuado apósito para cada úlcera para conseguir el efecto terapéutico deseado.
- La miel debe estar en pleno contacto con el lecho de la herida: esta total unión es fundamental para la función antibacteriana.
- Asegurarse que la miel no solo recubre el lecho sino también el tejido que rodea la úlcera.

- Cambiar con frecuencia la cura de la úlcera cuando sea muy exudativa.

5 Discusión-Conclusión

El uso de la miel y apósitos de miel pueden ser aplicados en la práctica para la curación de úlceras por presión en todas las categorías, ya que ayuda en todas las fases de recuperación de los tejidos.

La miel, por ser un producto natural, es de bajo coste en contraste al resto del género empleado en la curación. Valorando el coste-beneficio en cuanto al tratamiento de las úlceras por presión, la miel tiene un mayor rendimiento con respecto a los tratamientos habituales que se utilizan para la curación por suponer éstos un mayor gasto. Asimismo, la miel tiene evidencia de su eficacia pero muy pocas desventajas investigadas. Alguna de éstas es su fluidez que puede llegar a ser difícil su manejo, y se necesita que pase por un proceso de esterilidad para no desarrollar botulismo. no existe evidencia lo suficientemente significativa que apoye el uso de la miel sobre otros tratamientos en el manejo de heridas crónicas. Los estudios aportan datos poco significativos, y/o tienen importantes errores metodológicos, por lo que se hace necesario realizar más estudios que avalen las propiedades de la miel en la cicatrización de heridas crónicas. La miel puede resultar más eficaz en el tratamiento de quemaduras que la sulfadiazina argéntica.

6 Bibliografía

-Molan P. Re-introducing honey in the management of wounds and ulcers theory and practice. Ostomy/Wound Management. 2002; 48: 28-40
-Pancorbo-Hidalgo PL, Garcia Fernandez F, Torra i Bou JE, Verdú J, SoldevillaAgreda JJ. Epidemiologia de las úlceras por presión en España en 2013: 4º Estudio Nacional de Prevalencia. Gerokomos. 2014; 25(4), 162-170
-Pérez Sanchez JA. Caso clínico: Aplicación de miel para el tratamiento de úlceras basado en literatura científica. Hygia. 2013; 83(1): 48-55
-Rumbo JM, Arantón L. Evidencias clínicas e intervenciones NIC para el cuidado de úlceras por presión. Enferm Dermatol 2010; 3(9): 13- 19

Capítulo 284

CASO CLÍNICO: PLAN DIETÉTICO.

AROA DIAZ GARCIA

MONTSERRAT GARCÍA DEL MORAL

RUBÉN DIAZ GARCÍA

1 Introducción

Se realiza la valoración de enfermería según necesidades de Virginia Henderson para luego formular los diagnósticos pertinentes según aquellos que estén alterados.
Esta valoración nos permite sementar los problemas potenciales, facilitando el análisis y resolución de los mismos.

2 Objetivos

- Establecer un plan de cuidados estandarizado de una paciente que solicita ayuda de enfermería para mejorar su estado metabólico.
- Realizar una revisión bibliográfica contrastando y verificando la información recabada, que permita mantener la mejor calidad de vida posible de nuestra paciente.

3 Caso clínico

Mujer de 65 años, casada con hijos, que trabaja por las mañanas como profesora en un instituto y que acude a la consulta de enfermería a un asesoramiento dietético porque se “ha asustado” con los resultados de su último análisis, y que la

paciente refiere como “me ha salido azúcar y el acido úrico alto, me encuentro más cansada de lo normal y he ganado peso”.

Peso deseado= Altura (cm)-100-[(altura -150)/2]= 161-100- [(161-150)/2]= 61-[11/2]= 61-5,5= 55.5kg
Peso referido=110/55,5-100=1,9819·100= 198,19%
Se considera obesidad, ya que supera el 120% establecido para el peso ideal.
IMC= 110/(1,62)2= 110/2,59= 42,43
Según la OMS considera obesidad de grado III por ser superior al grado establecido de 40.
Peso ajustado= 65,5 + (110-55,5) ·0,25= 55,5 + 13,625= 69,125 kg
GMB= 10,5. 69,125 + 596= 725,81 + 596= 1321,81 Kcal/día.
Las necesidades energéticas teniendo en cuenta que su actividad es leve, son NE= GMB· FAC= 1321, 81 · 1,56= 2062,02 Kcal/ día
Se le administrará una dieta hipocalórica a la que de sus 2062,02 kcal necesarias, se le restarán 500kcal. Quedando:
2062-500= 1562 Kcal/día
Por lo tanto, si los porcentajes para una dieta equilibrada son 55% de carbohidratos, 30% de lípidos y 15% de proteínas, se establecerá:
Hidratos de carbono: (55·1562)/100=859,1 Kcal y 859,1/4=214,775g
Lípidos: (30·1562)/100=468,6 Kcal y 468,6/9=52,06g
Proteínas: (15·1562)/100= 234,3 Kcal y 234,3/4=58,575g

Diagnósticos de enfermería:
- Alimentación:
Presenta un desequilibrio nutricional por exceso manifestado por la obesidad, relacionado con un mal habito alimenticio.

- Movilización:
Deterioro de la deambulación relacionado con la falta de actividad, manifestado por dolor ocasional en rodillas al subir y bajar escaleras.

Intolerancia a la actividad relacionado con la obesidad, manifestado por cansancio al final de la jornada laboral.
Fatiga relacionado con la obesidad, manifestado por fatiga para caminar entre clase y clase.
Sedentarismo relacionado con la falta de actividad física, manifestado por la falta de actividades físicas como caminar, nadar o gimnasia. Relacionado con la manifestación verbal de la paciente.

- Seguridad:
Incumplimiento del tratamiento manifestado por la diabetes tipo II, relacionado con la falta de actividad y una nutrición saludable.
Ansiedad manifestada por la paciente relacionado con la menopausia.

- Comunicación/relación:
Riesgo de soledad manifestado por comer a deshora sola viendo la TV, manifestado por el hambre prematura por ansiedad.

- Aprendizaje:
Disposición para mejorar el manejo del régimen terapéutico manifestado por la obesidad, relacionado por la falta de ejercicio físico y una dieta saludable.

- Autorrealización:
Trastorno de la imagen corporal manifestado por la obesidad relacionado con la menopausia.

- Ocio:
Déficit de actividades recreativas manifestado por la disminución de estimulación de actividades recreativas relacionado con la fatiga ante la actividad física.

Planificación de objetivos:
Comerá con su familia.
No manifestará ansiedad en una semana.
Entenderá la importancia de realizar actividad física y una dieta saludable, realizara actividad diaria al día siguiente de la consulta de enfermería y llegará a casa sin cansancio ni se fatigará para caminar entre clase y clase en un mes.
Tendrá un buen hábito alimenticio en una semana.
La paciente podrá subir y bajar escaleras en un mes sin dolor en las rodillas.

Recomendaciones a la paciente:
La paciente deberá realizar ejercicio diario leve, caminar desde 1 hora a 2 horas todos los días.
Es necesaria una dieta adecuada a sus circunstancias personales, teniendo en cuenta la diabetes tipo II (DMID), menopausia y acido úrico alto.

En presencia de DMID se debe evitar la hiperglucemia y la hipoglucemia, administrando cantidades pequeñas de comida a intervalos regulares. Siendo aconsejable comer entre las comidas y antes de acostarse para prevenir episodios hi-

poglucémicos. Se deben reducir las grasas hasta un 20-35% de las Kcal totales. Se limita el consumo de azucares simples y alcohol por la tendencia a la hiperglicemia tras su consumo. Se deben tomar un 12-24% de proteínas y 35-60% de hidratos de carbono de la dieta total en forma de almidones y polisacáridos y solo un 5-15% de azucares y dextrina (derivados de la fruta, verduras y leche). Todas estas medidas de basan en evitar la cetoacidosis, la hipoglucemia y disminuir la hiperlipidemia.

Respecto a la menopausia, tiene síntomas físicos como hinchazón del abdomen por la retención de líquidos, dolores de cabeza, sensibilidad en el pecho y dolor de espalda. Y psicológicos como cambios de humor, depresión, falta de concentración, tensión e irritabilidad. Lo que puede llevar a un mal estar social con la familia y el ámbito laboral.

Para aminorar estos síntomas puede darse un tratamiento de vitamina B6, que disminuye el hinchazón abdominal, depresión e irritabilidad (en altas dosis pueden causar trastornos nerviosos). También pueden administrarse suplementos de aceite de prímula, con alta concentración de gamma-linoleico y ácido graso poliinsaturado. Aunque los efectos de ninguno de estos dos nutrientes se ha demostrado científicamente.

Para reducir los niveles de acido úrico se deben eliminar los alimentos ricos en purinas como las vísceras, pates, embutidos, pescado azul de pequeño tamaño y marisco (entre 800-150/100g), carnes rojas, habas, lentejas y pescado azul de gran tamaño (150-70mg/100g), carnes blancas, coliflor, espárragos, espinacas, el resto de legumbres no nombradas anteriormente y setas (70-50/100g) y lácteos, el resto de verduras no nombradas anteriormente, tubérculos, raíces, cereales refinados y fruta(50-0mg/100g).

No se debe abusar de la fruta, ya que el azúcar que contiene se transforma en purina al ser metabolizada. La cocción y preparación de alimentos reduce sus niveles de purinas, evitando tomar caldos de carne o pescado, por el paso de las purinas al agua en la cocción. Se debe tomar una ingesta de agua de 2-2,5l al día. Evitar los ayunos, con un mínimo de 3 comidas a lo largo del día, consumir algas y frutos secos, consumir como mínimo 1000mg de calcio al día. Moderar el consumo de sal y eliminar el alcohol de la dieta.

Ejemplo de menú de un día:
- Desayuno:
Un yogur desnatado con una pastilla de sacarina y 80g de cereales con base de arroz integral (rico en vitamina B6)
- Almuerzo:
15g de avellanas.
- Comida:
150 gramos de alitas de pollo sin piel
200g de ensalada vegetal con tomate, lechuga y espárragos.
25g de pan
- Merienda:
Infusión con 100g de laurel (extrae 1mg de acido úrico)
- Cena:
200g de acelgas cocidas
200g de carne cocida con 100g de patatas hervidas.
25g de pan
- Antes de acostarse: 200ml de leche desnatada caliente

4 Discusión-Conclusión

El plan de cuidados integral, así como su modificación a pie de cama según las necesidades del paciente, permite una continuidad y mejora de los cuidados de forma individualizada y permanente, eficaz y más humana.
Aportando cuidados rápidos y de calidad.

5 Bibliografía

1. Nutrición y medicina clínica. Robert E. Hodges. Editora importecnica S.A. Madrid. Primera edición Española, 1981.
2. “Healthy eating” Una alimentación sana. Wendy Doyle. Ediciones pirámide S.A. Madrid. 1994
3. La leche y la salud. La evolución de los habitos alimentarios. Editora Tactics Publicidad. Resolución del consejo de las comunidades europeas diciembre 1990.
4. Web: Los alimentos. Alimentos ricos en vitamina B6. Ultima visita el 13 de Abril del 2013. Disponible en: alimentos.org.es/alimentos-ricos-en-vitamina-b6
5. Mejor dietas. Dieta 1500 calorias. Ultima visita el 13 de abril del 2013. Disponible en: www.mejordietas.com/dieta-1500-calorias.html

6. Programa de enfermedades crónicas. Dieta para el diabético obeso. Edgar Fonseca. Ultima actualización el 27 de abril del 2010. Ultima visita 13 de abril del 2013. Disponible en: Programadeenfermedadescronicas. blogspot.com.es /2012/04/dieta-para-diabetico-obeso.html
7. Alimmenta. Acido úrico. Julia Farré. Ultima visita el 13 de abril del 2013. Disponible en: www.alimmenta.com/dietas/acido-urico/

Capítulo 285

MASTITIS Y LACTANCIA MATERNA

SANDRA CHICA RODRÍGUEZ

NATALIA VÁZQUEZ PAVÓN

1 Introducción

La leche materna es única desde el punto de vista biológico y nutricional. Su composición evoluciona constantemente para responder de la mejor forma a las necesidades del niño.

La OMS recomienda la lactancia materna exclusiva durante seis meses y la introducción de alimentos complementaria manteniendo la lactancia materna hasta los 2 años o más.

El puerperio es el periodo desde el final del parto hasta las primeras seis semanas. Las probables patologías acontecidas en este tiempo son la causa más frecuente de mortalidad materna.

A pesar de los diversos beneficios de la lactancia, muchas veces se ve interrumpida o dificultada por multitud de circunstancias, entre ellas la mastitis puerperal la cual supone un problema de salud importante. La incidencia de dicha patología varía del 2 al 3 %.

El 52% de los recién nacidos tienen dificultades para la lactancia y el 44% de las madres tienen dolores en las mamas.

2 Objetivos

- Definir qué es la mastitis.

- Clasificar los distintos tipos de dicha patología.
- Subrayar la principal causa de la mastitis.
- Identificar los factores desencadenantes.
- Explicar los pasos a seguir ante una mastitis.

3 Metodología

Para la obtención de datos de este documento se realizó una búsqueda bibliográfica de documentos como ensayos y guías clínicas, revistas, libros; de la base de datos de ClinicalKey (Elsevier), Scielo y de la Organización Oficial de la Salud.

El tesauro empleado para ello fue: "mastitis", "puerperio", "lactancia materna", "infección mama" "tratamiento mastitis", seleccionando de forma minuciosa documentos escritos en castellano que recopilasen información adecuada para llevar a cabo este capítulo.

4 Resultados

La mastitis se define como la inflamación de la glándula mamaria que puede acompañarse o no de infección.

Se puede clasificar de dos formas:
- Según ocurra o no en el puerperio:
- Mastitis puerperal: desde los pocos días o semanas tras el alumbramiento.
- Mastitis no puerperal: sin relación con la lactancia.
- Según el tipo:
- Mastitis no infecciosa.
- Mastitis infecciosa
- Mastitis subclínica: cuadro caracterizado por la sensación subjetiva de baja producción de leche relacionado con tomas largas sin manifestaciones clínicas de mastitis aguda.

La causa principal es la éstasis de la leche que ocasiona su estancamiento dentro de los conductos mamarios y el sobrecrecimiento bacteriano.

Algunos factores que pueden favorecer la mastitis son:
- Mal agarre del niño al pecho.
- Succión ineficaz
- No realización de lactancia en las primeras 24 horas de vida del bebé.

- Restricción de la frecuencia o duración de las tomas.
- Obstrucción de los conductos lácteos.
- Disminución de las defensas maternas en relación con el posparto y el estrés.
- Grietas en el pezón que favorecen la infección.
- Mastitis previa.
- Modificaciones anatómicas de la mama (pezón plano o pezón invertido).
- Lactancia artificial entre tomas de lactancia materna.
- Abuso de pomadas antifúngicas.

Entre algunas indicaciones para tratar la mastitis están:
- Uso de sujetadores sin aro y blandos que permitan la buena movilización de la mama.
- Aumentar la ingesta de líquidos.
- Vacío de mamas con mayor frecuencia posible ya sea amamantando o usando un sacaleches.
- Intentar realizar el vacío completo de la mama.
- Masajear las mamas durante la lactancia o extracción de leche.
- Aplicar calor húmedo en la zona afecta de la mama justo antes de amamantar o de extraer leche.
- Aplicar hielo en la zona afectada de la mama, inmediatamente después de amamantar o extraer leche.
- Mantener un cronograma de lactancia para no disminuir la extracción de leche
- Evitar la congestión de las mamas.

5 Discusión-Conclusión

La mastitis es una inflamación que se manifiesta la mayoría de las veces en madres en período de lactancia, pero puede ocurrirle a cualquier mujer y a algunos hombres.

Generalmente, la causa de esta afección es una infección bacteriana aunque en mujeres lactantes la principal causa es la éstasis de la leche en los conductos mamarios.

La lactancia materna activa es muy importante a la hora de solucionar de forma más rápida y eficaz la mastitis aunque también es de gran importancia acompañarlo de medidas que siguen siendo no medicamentosas como por ejemplo la colocación de compresas calientes justo antes de lactar y frías justo después.

La succión del lactante como forma más eficaz de extracción de leche en la solución de la mastitis frente a la extracción mediante sacaleches.

6 Bibliografía

- Consejos para la lactancia materna- ClinicalKey [Internet]. [citado 11 de febrero de 2020]. Disponible en: https://www-clinicalkey-es.bvgcsalud.a17.csinet.es/#!/content/emc/51-s2.0-S1245178915712023
- OMS | Lactancia materna [Internet]. WHO. [citado 11 de febrero de 2020]. Disponible en: http://www.who.int/topics/breastfeeding/es/
- Sepúlveda ÓAB. Mastitis puerperal. Med UPB. 17 de octubre de 2019;38(2):140-6.
- Mastitis puerperal- ClinicalKey [Internet]. [citado 11 de febrero de 2020]. Disponible en: https://www-clinicalkey-es.bvgcsalud.a17.csinet.es/#!/content/guides_techniques/52-s2.0-mt_fis_288
- Bonilla Sepúlveda, Óscar Alejandro. Mastitis puerperal. Medicina UPB. 2019;38(2):140-6.
- Bezares B, Sanz O, Jiménez I. Patología puerperal. 2009;32(1):69-175.

Capítulo 286

EJERCICIO FÍSICO ADAPTADO A LA CAPACIDAD FUNCIONAL DE NUESTROS MAYORES.

SANDRA CARBAJAL AMORIN

ELENA VALDES ALVAREZ

SONIA CAMPOLLO RODRIGUEZ

1 Introducción

Para todos es sabido que el ejercicio físico es una práctica muy saludable con múltiples beneficios para el organismo, además de ser una medida para prevención de múltiples patologías, llegando incluso a probarse que con una práctica habitual de ejercicio, un individuo puede prescindir de determinados fármacos.

2 Objetivos

- Mostrar al individuo los múltiples beneficios de realizar diariamente un ejercicio.
- Determinar individualmente, aquellos ejercicios más apropiados, teniendo en cuenta las capacidades y actitudes de dicho individuo.
- Concienciar a la población que una vida de sedentarismo e inactividad a la larga conlleva problemas muy graves para la salud, además de favorecer a la morbimortalidad.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: pubmed, medline, y scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La esencia de la vida es el movimiento, la inactividad física es el impacto que más muertes provoca, por lo que el descenso de la fuerza es un indicador negativo de riesgo para el individuo. La capacidad funcional engloba la capacidad locomotora de la persona más la fuerza. La sarcopenía es perder musculatura y lleva implícito perder fuerza.

La práctica de ejercicio estimula al músculo, a la grasa y al hueso, además que ayuda a la perdida de la grasa metabólicamente más activa que es la grasa visceral. Nuestros mayores en general tienen un descenso de la potencia funcional, con una buena práctica de ejercicios, eso se puede modificar y es indicativo de un buen patrón saludable.

El ejercicio físico es un excelente mecanismo para la prevención de enfermedades, ya que reduce la hipertensión, el colesterol elevado, también reduce el nivel de estrés y los síntomas de depresión y mantiene los huesos sanos y fuertes, además de mejorar el animos, mejora la circulación sistémica y no precisa de gasto para nuestros mayores, con unas simples zapatillas y ropa cómoda ya es suficiente

5 Discusión-Conclusión

El ejercicio físico previene el efecto del envejecimiento. Mentalizar al individuo de los múltiples beneficios de una vida saludable, una dieta rica y variada, ejercicio y un buen descanso además de una correcta hidratación contribuyen a mejorar la calidad de vida de nuestros mayores, siempre teniendo en cuenta a cada individuo de forma única diferente con sus particularidades, así se consigue una buena adherencia a el tratamiento para el mejor bienestar de la persona mayor.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 287

EL SÍNDROME DE BURNOUT EN ENFERMERAS DE RESIDENCIAS GERIÁTRICAS.

TANIA VIDAL GARCIA

MARÍA ESTHER FERNÁNDEZ MENÉNDEZ

SILVIA ÁLVAREZ MARTÍNEZ

MARTA ELENA PÉREZ VALLINA

JOSEFA GARCÍA SÁNCHEZ

1 Introducción

El Burnout es un síndrome caracterizado por una respuesta inapropiada al estrés laboral como consecuencia del desgaste profesional. Teniendo en cuenta que el cuidado de personas dependientes genera un gran desgaste en el cuidador, el personal de enfermería de las residencias geriátricas es un grupo de riesgo de padecerlo. Aunque hay ciertas variables que influyen en este síndrome, no existe un acuerdo unánime sobre esa influencia, sobre todo en enfermeros/as de residencias geriátricas.

2 Objetivos

- Analizar los factores de riesgo del síndrome de Burnout en el personal de enfermería de centros geriátricos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: pubmed, medline, y scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Dentro de estos factores precipitantes del síndrome del Bournout se encuentran:
- Sexo: al revisar la literatura médica al respecto, aparece división de opiniones en cuanto a la mayor prevalencia de este síndrome en uno u otro grupo. Algunos estudios afirman que las mujeres son más vulnerables en parte por la doble carga de trabajo que conlleva la práctica profesional y la tarea familiar, mientras que otros estudios defienden que las diferencias son muy pequeñas incluso inexistentes.
La única diferencia entre los sexos coherente aparece en el aspecto de la despersonalización del burnout, en la que los hombres tienden a obtener puntuaciones más altas que las mujeres, mientras que las mujeres presentan mayor cansancio emocional aunque también en este aspecto hay controversia.

- Edad: por sí sola, la edad no parece influir en la aparición del Síndrome aunque se considera que puede existir un periodo de sensibilización, siendo especialmente vulnerables al estrés los profesionales en formación, ya que es cuando se produce la transición de las expectativas idealistas hacia la práctica cotidiana, y aquellos que tienen más de 10 años de experiencia.

Otros artículos defienden que a medida que aumenta la edad disminuye la tensión laboral con lo que el grado de Burnout es menor, aunque sólo la escala de cansancio emocional se relaciona positivamente con la edad. Del mismo modo, a mayor antigüedad, mayor falta de realización personal.
- Antigüedad profesional, está muy relacionada con la edad, ya que a mayor edad, más años de ejercicio profesional.

- Estado civil: tampoco hay un acuerdo unánime respecto a esta variable. Algunos artículos mantienen que no hay una asociación estadística entre el estado civil y el Burnout. Sin embargo según otros artículos parece que los individuos solteros son más susceptibles de experimentar el síndrome, mientras que las personas separadas, divorciadas y viudas son las que presentan mayor falta de realización personal. Por el contrario, otros artículos mantienen que son las personas casadas las que poseen mayor probabilidad de padecer el síndrome.
Este aspecto no es fácilmente generalizable, ya que lo que puede contribuir a desencadenar o reducir el burnout no es en sí el estado civil, sino en realidad el apoyo que recibe el trabajador por parte de su pareja. Los sujetos que mantienen una relación en conflicto es posible que en vez de beneficiarse y reducir el estrés, manifiesten una mayor ansiedad.

- Hijos: al igual que ocurría con el resto de variables no hay un acuerdo unánime al respecto, en general los resultados apoyan la existencia de menores niveles de Burnout en las personas que tienen hijos frente a las que nos los tienen, debido a que suelen tener mayor edad y por lo tanto son más maduras psicológicamente. Sin embargo en algunos trabajos no se han encontrado diferencias significativas entre el hecho de tener o no hijos, pero se ha observado que los niveles de cansancio emocional disminuyen a medida que se incrementa el número de hijos.

- Turnicidad laboral: está demostrado que la rotación del turno laboral y el horario nocturno genera la desincronización de los ritmos biológicos circadianos, generando trastornos de sueño, trastornos grastrointestinales y cardiovasculares; sin embargo no se ha hallado conexión con las dimensiones específicas del burnout.
Algunos autores mantienen que no existe asociación entre la turnicidad y el burnout, mientras que otros defienden que lo favorece. Aunque no existe unanimidad en este criterio en las profesiones estudiadas, es en el personal de enfermería donde se estima que esta influencia puede ser mayor.

- Tipo de contrato: a esta variable apenas se le ha prestado atención, sin embargo García ha obtenido que los sujetos con plaza fija muestran mayores niveles de Burnout que los eventuales, esta relación es apoyada por otros artículos pero sólo en relación a la escala de cansancio emocional. Sin embargo otros autores no han encontrado diferencias en este sentido.

- Salario: es otro factor que afectaría al desarrollo del Síndrome aunque no está demostrado en la literatura médica. Según los estudios sobre motivación laboral, el salario no constituye un aspecto clave en la motivación una vez que alcanza

unos niveles aceptables.

- Horas de trabajo semanales: no parece existir una clara relación entre el número de horas de contacto con los pacientes y la aparición de Burnout, aunque autores como Arguye Garden refieren que a mayores demandas, mayor probabilidad de padecer el síndrome.
Sin embargo, según otros artículos son las personas que dedican entre 36 y 40 horas semanales, las que presentan mayores niveles de burnout, por encima de aquellas que trabajan menos de 36 horas o más de 40.

- Sobrecarga laboral: diversas investigaciones demuestran que las personas que poseen sobrecarga laboral son más vulnerables a padecer el síndrome debido a que existe un incremento en los niveles de agotamiento emocional, componente central en la aparición del Síndrome del Burnout. Del mismo modo, esta variable repercute negativamente en la calidad de las prestaciones ofrecidas por los trabajadores.

- Clima laboral y satisfacción laboral: cuanto más favorable es el clima y la satisfacción laboral menor es el estrés.
Resilencia o personalidad resistente: los conceptos de personalidad resistente y resiliencia están muy relacionados, ya que ambos implican una capacidad para hacer frente de forma adaptativa a las circunstancias adversas. Se asocian a un crecimiento positivo y a superación de los desafíos.

Otras variables que favorecen el Burnout desde el punto de vista organizacional son:
- El grado de ejecución y autonomía en el trabajo
- Ambigüedad en el rol
- Negativa dinámica de trabajo
- Bajas expectativas de refuerzo y altas expectativas de castigo
- Falta de comunicación entre el equipo de trabajo
- Excesivo control del personal por la dirección
- Burocratización excesiva
Inadecuación laboral
Falta de apoyo organizacional

5 Discusión-Conclusión

Gran parte de los estudios que han investigado el Síndrome de Burnout en el colectivo de enfermería, hacen referencia a las variables de tipo organizacional como causantes del estrés laboral crónico. Por otro lado, hay una serie de variables sociodemográficas que favorecen la aparición del Síndrome de Burnout, aunque no existe un acuerdo unánime entre los diferentes autores.

6 Bibliografía

1. Moreno Toledo Á. Burnout Asistencial: Identificación, Prevención y Mediación en Factores Precipitantes. Revista Electrónica de Psicología Iztacala. 2007 Marzo; 10(1).
2. Ortega Ruíz C, López Ríos F. El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. Int J Clin Health Psychol. 2004; 4(1): 137-160.
3. Apiquian Guitart A. El síndrome de burnout en las empresas. En Tercer Congreso de Escuelas de Psicología de las Universidades Red Anáhuac. Mérida; 2007; Yucatán.
4. Chiang MM, Sigoña M. burnout en trabajadores de hospitales comunitarios o de baja complejidad: una comparación de género y de nivel de escolaridad. Revista de Psicología de la Universidad de Chile. 2011 junio; 20(1): 33-52.
5. Atance Martínez JC. Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario. Rev Esp Salud Publica. 1997 mayo/junio; 71(3).
6. Maslach C, Jackson SE. The role of sex and family variables in burnout. Sex Roles. 1985; 12(7-8): 837-51.
7. Gil-Monte PR. Influencia del género sobre el proceso de desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería. Psicología em Estudo. 2002 junio/julio; 7(1).
8. Grau A, Flichtentrei D, Suñer R, Prats M, Braga F. Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout en personal sanitario hispanoamericano y español. Rev Esp Salud Pública. 2009 marzo/abril; 83(2): 215-30.
9. Caballero Martín MA, Bernejo Fernández F, Nieto Gómez R, Caballero Martínez F. Prevalencia y factores asociados al burnout en un área de salud. Atención Primaria. 2001 marzo; 27(5).
10. Van Servellen G, Leake B. Burn-out hospital nurses: a comparison of acquired immunodeficiency syndrome, oncology, general medical and intensive care unit

nurses samples. J Prof Nurs. 19993 mayo/junio; 9(3): 169-77.
11. Mohammadpoorasl A, Maleki A, Sahebihagh MH. Prevalencia de desgaste profesional y sus factores asociados, en las enfermeras de Tabriz en 2010. J Nursing Partería Res. 2012 noviembre-diciembre; 17(7): 524-9.
12. García M. Burnout en profesionales de enfermería de centros hospitalarios. Psicología del Trabajo y de las Organizaciones. 1991; 7: 3-12.
13. Arias F, Barboza N, Blanco J, Fajardo E, Rivera R, Rodriguez S, et al. Síndrome del desgaste profesional o de burnout en el personal de enfermería. Revista enfermería actual en Costa Rica. 2007/2008 octubre/marzo;(13).
14. Failde Garrido JM, Carballo Bouzas JA, Lameiras Fernández M, Rodríguez Castro Y. Personalidad resistente, calidad de vida y burnout en profesionales de la salud de centros gerontológicos. Salud(i)Ciencia. 2013; 19: 599-606.
15. Menezes de Lucena Carvalho VA, Fernández Calvo B, Hernández Martín L, Ramos Campos F, Contador Castillo I. Resiliencia y el modelo Burnout-Engagemen en cuidadores formales de ancianos. Psicothema. 2006; 18(4): 791-6.
16. Serrano Parrra MD, Garrido Abejar M, Notario Pacheco B, Bartolomé Gutierrez R, Solera Martínez M, Martínez Vizcaino V. Validez de la escala de Resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC) entre una población de mayores entre 60 y 75 años. Int J Psychol Res. 2012; 5(2): 49-57.
17. Mealer M, Bumham EL, Goode CJ, Rothbaum B, Musgo M. El trastorno de estrés y burnout síndrome traumático prevalencia y el impacto de tu mensaje en enfermeras. Presione ansiedad. 2009; 26(12): 1118-26.
18. Instituto Nacional de Estadística. [Online]. [fecha de acceso 26 de marzo de 2014]. Disponible en: http://www.ine.es/jaxiBD/menu.do?L=0&divi=IDB&his=0&type=db.
19. Moreno B, Garrosa E, González JL. El desgaste profesional de enfermería. Desarrollo y validación factorial de CDPE. Arch Prev Riesgos Labor. 2000; 3(1): 18-28.
20. Molina JM, Avalos F, Giménez I. Burnout en enfermería de atención hospitalaria. Enferm Clin. 2005; 15(5): 275-82.
21. B M, Oliver C, Aragoneses A. El burnout, una forma específica de estrés laboral. En Carballo VE, Buela Casal G, editors. Manual de Psicología Clínica Aplicada. Madrid: Siglo XXI. 1991; 171-84.
22. Gobierno del Principado de Asturias. [Online]. [fecha de acceso 24 de abril de 2014]. Disponible en: https://www.asturias.es/Asturias/descargas/PDF%20DE%20PARATI/
Discapacidad/centros_publicos.pdf.
23. Gobierno del Principado de Asturias. [Online]. [fecha de acceso 24 de abril de

2014]. Disponible en: https://www.asturias.es/Asturias/descargas/PDF%20DE%20PARATI/
Discapacidad / listado_centros_privados.pdf.
24. Guía de Residencias para mayores y Centros de Día. [Online].; 2014 [fecha de acceso 12 de mayo de 2014]. Disponible en: http://residenciasasturias.com/guia/index.php#/1/.

Capítulo 288

LA IMPORTANCIA DE LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA.

SANDRA CARBAJAL AMORIN

ELENA VALDES ALVAREZ

SONIA CAMPOLLO RODRIGUEZ

1 Introducción

El cáncer de mama es el tumor más frecuente en la población de sexo femenino , aunque hay que tener en cuenta que también puede ocurrir en hombres. Se considera que el cáncer de mama es una patología que consiste en que las células de la mama se multiplican sin control.

2 Objetivos

- Concienciar a la población femenina de la importancia de la prevención , mediante programas de detección precoz establecidos en cada comunidad.
- Reducir la mortalidad de cáncer de mama en la población y mejorar la calidad de vida en aquellas mujeres afectadas por la patología.

3 Metodología

Para realizar este proyecto hemos consultado distinta bibliografía de enfermería obstétrica y ginecológica, además de revistas y artículos especializados en el medio digital como GEISCAM que se dedica a la investigación del cáncer de mama, también en páginas como Cancer.net

4 Resultados

Hay una serie de factores predisponentes a desarrollar la enfermedad, como la edad, genética, densidad mamaria, obesidad Para una correcta prevención la mujer en su casa deberá realizar un auto-examen, súper fácil que no es más que una exploración de nuestra mama, que nos permite conocer nuestro cuerpo y localizar si hubiese cualquier anormalidad.

Dicho examen consiste en observar primero, luego con las manos detrás de la cabeza comprobar que no hubo cambios significativos, a continuación para explorar la mama derecha dejaremos el brazo derecho detrás de la cabeza y comenzaremos a palpar la mama con la mano izquierda realizamos movimientos circulares por todo el seno.

Repetiremos a la inversa en la mama izquierda, dejando el brazo izquierdo detrás de la cabeza y realizaremos el masaje con las yemas de los dedos de la mano derecha. El pezón se observará si existe algún cambio, y presionando ligeramente para observar que no exista ningún tipo de fluido, y por último comprobaremos cada axila, comprobando que no existiera ninguna masa anormal.

Lo primero que debe conocer toda mujer son los signos que la tienen que poner en alerta, un ejemplo de esto sería localizar en la mama un endurecimiento anormal, bultos, hoyuelo, secreción, masa, erosión cutánea, retracción de pezón e inmediatamente acudir a consulta con nuestra médico o ginecólogo de referencia. Los programas de detección precoz de cáncer de mama se realizan desde el año 2001 en cada comunidad autónoma. Consiste en la realización de una mamografía de carácter bienal.

El tiempo desde la sospecha diagnóstica de cáncer de mama hasta su confirmación no debe superar nunca 15 días, y 30 días para comenzar el tratamiento en

caso de precisarlo. Hay una serie datos que se tendrán en cuenta a la hora de tomar decisiones sobre el tipo de tratamiento: como el tamaño de tumor, su localización, si existe o no afectación ganglionar, etc.

Lo primero es valorar esta serie de datos de carácter individual, ya que la cirugía conservadora se suele realizar en tumores de estadio I y II, otras veces se incluirá la radioterapia y siempre se incluirá la terapia hormonal en caso de presencia de receptores hormonales en el tumor. Muy importante es hacer a cada mujer una anamnesis adecuada y conocer los antecedentes genéticos de la mujer, para realizarle un seguimiento específico que se realizara en la consulta de especialista.

5 Discusión-Conclusión

Es fundamental el seguimiento por toda mujer de los signos y síntomas que pueden derivar en cáncer de mama, realizar controles rutinarios frecuentes, además de tener una buena alimentación variada y un correcto estilo de vida, eliminando o minimizando la exposición a productos tóxicos como el tabaco o las bebidas alcohólicas y promover estilos de vida saludable como el ejercicio y reducción de factores estresantes.

6 Bibliografía

- Revista enfermería obstétrica-ginecológica. Elsevier.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 289

HERIDA INCISA EN MUJER DE 40 AÑOS

TAMARA MARIA NAVAS CRESPO

NAZARET NAVAS CRESPO

ANA ROSA BLANCO SANCHEZ

1 Introducción

Una herida incisa es aquella producida por un agente cortante y afilado. Presenta unos bordes limpios y lineales y habitualmente son muy sangrantes. Su superficie es mayor que su profundidad con excepción de las heridas quirúrgicas. Presentamos caso clínico de una mujer de 40 años que sufrió herida incisa en dedo de mano izquierda tras corte accidental.

2 Objetivos

- Proteger la herida de la contaminación bacteriana para promover la curación.
- Recuperar el deterioro de la integridad cutánea
- Promover el bienestar del paciente
- Valorar el proceso de curación y disminuir el tiempo de cicatrización.

3 Caso clínico

Mujer de 40 años de edad que acude a su Centro de Salud por herida incisa en 1 dedo de la mano izquierda tras corte con un cuchillo mientras preparaba la

comida.

La herida era superficial , de unos 3 cm de longitud,con bordes desvitalizados y sin signos de infección.

No alergias medicamentosas ni enfermedades de interés.

Correcta vacunación antitetánica.

4 Discusión-Conclusión

Se informó al paciente sobre la técnica a realizar, sutura de la herida y tras su consentimiento verbal y su colaboración se procede a realizar dicha técnica:
- En primer lugar se administra Lidocaína al 1% , realizando a continuación limpieza mecánica de la herida con suero fisiológico estéril.
- Se aplica povidona yodada como antiséptico sobre la piel perilesional
- Se concluye uniendo los bordes con 3 puntos de sutura de monofilamento 3/0
- Finalmente se ocluye con apósito estéril.

Las recomendaciones a la paciente a seguir en su domicilio fueron, todos los días después de la ducha:
- Secar sin frotar.
- Desinfectar con solución antiséptica (clorhexidina 2% o povidona yodada 10%).
- Esperar que seque el antiséptico.
- Cubrir con apósito estéril.
- Control riesgo de infección.
- Valoración en 48h por equipo de Atención Primaria y retirada de puntos de sutura en 7 días.

Acude a las 48h para seguimiento de la herida, y se observa buen estado de la misma, sin signos de infección. Continuará realizando los cuidados en su domicilio hasta próxima revisión en 5 días.

A la semana tras aplicación de puntos de sutura acude al centro para retirada de los mismos, observando buen estado de la cicatriz tras procedimiento.

Tras resolución de la lesión se le da de alta de la consulta de enfermería , recomendándole al paciente hidratación diaria de la zona y protección total ante el sol.

La sutura debe realizarse en las 6 primeras horas tras la producción de la lesión, mediante técnica aséptica y un acondicionamiento de los bordes de la herida que permita el afrontamiento aceptable de los mismos, reduciendo la tensión del cierre de la herida, ya que en caso de tensión se reduciría el aporte sanguíneo.

Si han transcurrido más de 6 horas desde la producción de la herida y existe suficiente tejido perilesional, se puede realizar la técnica Friedrich, que consiste en la eliminación de tejidos dañados y acondicionamiento de los bordes previa a la sutura.
Intentaremos utilizar una técnica lo más atraumática posible, manipulando cuidadosamente los tejidos, eliminando restos sucios o necróticos, que pudieran ser colonizados por gérmenes y utilizar material adecuado según las regiones que tratemos.
Las intervenciones de enfermería van encaminadas principalmente a evitar la infección y lograr una reparación adecuada y poco traumática, con un óptimo resultado estético, permitiendo una adecuada cicatrización sin secuelas importantes.

5 Bibliografía

1. García GF, Gago FM, Chumilla LS, Gaztelu VV. Abordaje de enfermería en heridas de urgencias. Gerokomos 2013; 24 (3): 132-138.
2. Brancato CJ; Stack AM. Minor wound preparation and irrigation. Jan, 2014.

Capítulo 290

QUEMADURA DE SEGUNDO GRADO EN EL DORSO DE LA MANO IZQUIERDA

TAMARA MARIA NAVAS CRESPO

NAZARET NAVAS CRESPO

ANA ROSA BLANCO SANCHEZ

1 Introducción

Las quemaduras se definen como lesiones tisulares producidas por el efecto de agentes térmicos, eléctricos, químicos o radiactivos que causan lesiones o muerte tisular irreversible.

En el caso clínico que vamos a exponer a continuación se va a hablar de una quemadura térmica, que son las más comunes, producida por aceite caliente derramada sobre el dorso de la mano de una mujer de 35 años al estar cocinando.

Vamos a centrarnos en una quemadura de segundo grado superficial cuyas características generales suelen ser: ampollas con fondo rosado, edema, y exudado que suelen curar entre los 15 y los 21 días tras lesión.

2 Objetivos

- Aliviar el dolor.

- Prevenir infecciones.
- Evitar complicaciones agudas y tardías.
- Favorecer con el cuidado la cicatrización de las heridas.
- Identificar las posibles complicaciones según el agente causal, grado y zona de lesión.
- Tratamiento integral de la quemadura.
- Recuperación funcional de los miembros afectados.

3 Caso clínico

Mujer de 35 años acude a su Centro de Salud de referencia con una quemadura de 2º grado superficial en el dorso de la mano izquierda tras caerle aceite al estar cocinando.

Presenta ligera inflamación de la zona, piel eritematosa y una flictena de pequeño tamaño abierta. La extensión de la quemadura es de 3x3 cm y es ligeramente exudativa.

No se aprecian signos de infección.

La paciente refiere correcta vacunación antitetánica y no presenta alergias medicamentosas ni enfermedades de interés:
- Refrigeración de la quemadura con abundante agua corriente y compresas húmedas.
- Aplicación de Sulfadiazina Argéntica 10mg/g y cobertura con tules cicatrizantes (en este caso utilizamos Linitul),ya que así se favorece el proceso de cicatrización y se impide que se adhieran las gasas al lecho de la lesión.
- Se cubre la zona con gasas estériles y se realiza vendaje elástico con venda de crepé.
- Se mantiene misma pauta de cura hasta que a los 15 días se consigue una total cicatrización, por lo que se le da el alta en la consulta de enfermería.
- Se recomienda como cuidados posteriores una hidratación diaria de la zona y protección total ante exposición solar.

4 Discusión-Conclusión

Todo paciente con una lesión por quemadura debe ser tratado desde una perspectiva individualizada. En primer lugar, identificar el mecanismo lesional y llevar a

cabo un correcto tratamiento agudo de la lesión, facilitará el abordaje posterior, y evitará retrasos en la evolución de los pacientes.

La implicación del paciente en el tratamiento y prevención de complicaciones, es fundamental para la buena evolución de las quemaduras

5 Bibliografía

1. Baltà-Domínguez L, Valls Colomé MM. Quemaduras. AMF. 2011;7(10):584-90.
2. Petit-Jornet JM, Protocolo de tratamiento de las quemaduras en atención primaria. FMC. 201]; 17:7-8.
3. Petit-Jornet JM, Teixidó-Vidal X. Quemaduras como herida crónica. En: García-Fernández FP, SoldevillaAgreda JJ, Torra-Bou JE, Edotores. Atención Integral de las Heridas Crónicas. 2ª ed. Logroño: GNEAUPPFSJJ; 2016. P. 413-32.

Capítulo 291

ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO.

JUAN CARLOS MATEO RODRÍGUEZ

ALBA PASCUAL MARTINEZ

1 Introducción

La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) es el conjunto de síntomas y/o lesiones esofágicas debidas al paso del contenido gástrico al esófago. El reflujo gastroesofágico es un fenómeno fisiológico que ocurre en cierta medida en todas las personas, sin que ello ocasione síntomas ni produzca lesiones. El espectro clínico de la ERGE es muy variado, ya que la presencia de síntomas, la existencia de lesiones y un reflujo gastroesofágico en cantidades patológicas no ocurren de modo uniforme.

Actualmente, la ERGE tiende a clasificarse en 3 grandes grupos:
ERGE erosiva (esofagitis péptica), definida por la presencia de lesiones en el esófago distal.
ERGE no erosiva, definida por la existencia de síntomas sin lesiones esofágicas.
Pirosis funcional, definida por la presencial de síntomas sin reflujo gastroesofágico excesivo.

Causas:
La aparición del ERGE depende de muchos factores. No obstante el más importante es el mal funcionamiento del esfínter esofágico inferior. Además, entre los factores que favorecen el reflujo gastroesofágico, se incluyen las alteraciones de:

- La motilidad esofágica.
- Esfínter esofágico superior.
- Mecanismos de aclaración esofágica y el contenido del estómago.
- En muchos casos se asocia la hernia de hiato con la enfermedad por reflujo gastroesofágico. Esto se debe a que la hernia de hiato favorece el reflujo.

Sintomatologia:
- Pirosis: es el síntoma característico. Se trata de la sensación de quemazón ascendente desde el epigastrio.
- Regurgitación ácida: es el segundo síntoma más frecuente. Consiste en el paso a la boca del contenido gástrico de forma espontánea. Esto puede verse favorecido por determinadas posturas o por aumento de la presión abdominal.
- Dolor centrotorácico: es de aparición aguda o brusca y se produce por espasmos esofágicos. Se puede sospechar de que el origen del dolor es la ERGE cuando se relaciona con la ingesta de alimentos y no con un esfuerzo.
- Disfagia: es el atragantamiento.
- Odinofagia: es la deglución dolorosa y no es un síntoma frecuente en la enfermedad por reflujo gastroesofágico. No obstante, si aparece puede indicar la presencia de esofagitis.

Generalmente esta enfermedad se diagnostica basándose en los síntomas y en la respuesta al tratamiento, por lo tanto, salvo en situaciones concretas, no se requiere de pruebas diagnósticas. Tan solo en aquellos casos sin claro diagnóstico, los resistentes al tratamiento o los que tengan síntomas severos deberán ser estudiados con las siguientes pruebas:
• Gastroscopia o panendoscopia oral: Permite evaluar el daño causado por el reflujo (erosiones y úlceras en el esófago conocido por esofagitis) y la presencia hernia de hiato o de complicaciones como el esófago de Barrett.
• pHmetría esofágica de 24h: Es el método de elección para diagnosticar la ERGE. Se introduce a través de la nariz hasta el esófago, un fino cable con electrodos que registra el pH ácido que asciende al esófago durante 24 horas. Esta técnica se suele reservar a los casos que no responden al tratamiento, aquellos casos sin diagnóstico claro o ante pacientes que vayan a ser sometidos a una cirugía antirreflujo (funduplicatura).
• Manometría esofágica: Se trata de un cable con múltiples registradores de presión que se introduce a través de la nariz hasta el estómago. Al paciente se le pide que trague para medir las contracciones del esófago y la presión, la relajación y la contracción del esfínter esofágico inferior.

2 Objetivos

- Estudiar cómo prevenir el ERGE .

3 Metodología

-Para la elaboración de este capítulo, se ha llevado a cabo una investigación y revisión bibliográfica sobre literatura científica relacionada con el ERGE .
-Consulta en paginas web de artículos relacionados con el tema de estudio .
- Se han seleccionado artículos científicos en las publicaciones anterirmente citadas
-Consulta bases de datos Pudmed, Medline.

4 Resultados

Como medidas higiénico dieteticas para la prevención del ERGE podemos destacar:
- Manténerse en un peso saludable. El sobrepeso aumenta la presión intra-abdominal y le perjudica.
- Dejar de fumar. El tabaco relaja el esfínter esofágico inferior.
- No utilizar ropa que le oprima el abdomen. Evite el cinturón apretado.
- A ser posible no levante objetos pesados y evite la flexión prolongada del tronco.
- Hacer comidas ligeras y frecuentes y evite las abundantes.
- Limitar el consumo de alimentos grasos, chocolates, menta, café, té, bebidas con gas (especialmente colas), y alcohol. Todos provocan relajación del esfínter esofágico inferior.
- Limitar el consumo de tomates, cítricos (frutas y zumos). Aportan ácidos que pueden irritar el esófago.
- Comer alimentos ricos en fibra, especialmente si tiene tendencia al estreñimiento.
- Cenar dos o tres horas antes de acostarse y evite tumbarse después de las comidas.
- Levantar la cabecera de su cama unos 15-20 cm mediante la colocación de tacos de madera debajo de las patas de la cabecera, para permitir que la gravedad mantenga el contenido del estómago en su interior.

El tratamiento farmacológico del reflujo esofágico, en este caso va dirigido a inhibir la secreción ácida del estómago para disminuir el factor agresivo respons-

able de los síntomas. En los pacientes de ERGE con síntomas y alteraciones leves está indicado el uso de antagonistas de los receptores H2 (cimetidina, ranitidina, famotidina).
En los pacientes con síntomas más intensos o con esofagitis demostrada por endoscopia está indicado el uso de inhibidores de la bomba de protones (IBP), como omeprazol, pantoprazol, lansoprazol y rabeprazol. Si no desaparecen los síntomas, se aumentarán las dosis de los IBP.

Cirugía para el ERGE
Actualmente menos del 5% de los casos requieren un tratamiento quirúrgico. Está indicada cuando hay sintomatología persistente a pesar del tratamiento médico correcto, cuando reaparecen los síntomas al suspender la medicación prolongada, y cuando aparecen complicaciones. La cirugía se basa en la restauración de la función antirreflujo de la unión del esófago con el estómago (mantenimiento de la función del cardias).

Existen diversas técnicas quirúrgicas que se pueden emplear:
- Funduplicaturas (operación de Nissen): es la más empleada y consiste en enrollar, total o parcialmente, el fundus gástrico alrededor del extremo inferior del esófago. Su efectividad en cuanto a la corrección de los síntomas de reflujo gastroesofágico suele ser superior al 80%.
- Técnica de Belsey-Mark: es útil, sobre todo, en pacientes que además tienen una hernia a ese nivel.
- Técnica de Collis: sobre todo cuando existe un esófago acorado.
- Técnica de Hill: fija el estómago para evitar su ascenso.

5 Discusión-Conclusión

En algunos estudios se ha demostrado que el tratamiento médico es superior al quirúrgico para la enfermedad por reflujo no complicada, y que la pérdida de peso y dejar de fumar son medidas extremadamente eficaces para el tratamiento del reflujo gastroesofágico. Se deduce que los IBP son fármacos muy eficaces para el tratamiento agudo, el control y la prevención de las enfermedades relacionas con la secreción ácida del estómago.

Nuevamente se pone de evidencia que independientemente de la gravedad de la enfermedad el diagnostico precoz y sobre todo la atención integral de pacientes con ERGE es la mejor forma de modificar la evolución natural de la enfermedad.

La cultura medica de la pobacion en general esta muy desviada en cuanto al cuidado de la salud en general .

6 Bibliografía

-https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-enfermedad-por-reflujo-gastroesofagico-clinica-13108592
-https://www.riojasalud.es/ciudadanos/catalogo-multimedia/digestivo/enfermedad-por-reflujo-gastroesofagico-erge
-https://www.monografias.com/trabajos92/enfermedad-reflujo-gastroesofagico/enfermedad-reflujo-gastroesofagico.shtml
-https://www.fisterra.com/Salud/1infoConse/erge.asp
-https://mejorconsalud.com/enfermedad-por-reflujo-gastroesofagico-sintomas-y-tratamiento/
-https://www.webconsultas.com/reflujo-gastroesofagico/tratamiento-del-reflujo-gastroesofagico-695

Capítulo 292

MEDIDAS PARA MINIMIZAR LA CONTAMINACIÓN RADIOCTIVA DE PACIENTE SOMETIDOS A TRATAMIENTOS CON YODO 131 TANTO EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN COMO AL ALTA.

MARÍA MARTÍNEZ VÁZQUEZ

1 Introducción

Las sustancias radiactivas han sido empleadas en medicina desde comienzos del siglo XX. Actualmente los usos médicos de las radiaciones constituyen la mayor fuente de exposición por radiaciones de origen artificial en la población y su uso sigue aumentando.La medicina nuclear se ha convertido en una especialidad con un uso creciente de procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

De todos los procedimientos terapéuticos usados en medicina nuclear, los tratamientos con radioyodo constituyen la mayor fuente de exposición para las personas que rodean al paciente y para el público en general.La terapia con yodo radiactivo es el tratamiento con radiofármacos más importante en cuanto a su frecuencia de uso y del que se tiene mayor experiencia.

El yodo 131 se utiliza fundamentalmente para el tratamiento de enfermedades de tiroides, así como en el tratamientos de otros tumores. Los procedimientos

terapéuticos en los que se utiliza yodo 131 pueden producir una exposición significativa de otras personas, sobre todo aquellos involucrados en el cuidado y apoyo de los pacientes.

El yodo 131 es el isótopo radiactivo utilizado principalmente en el tratamiento de pacientes con enfermedades de tiroides(benignas como el hipertiroidismo o malignas como el cáncer diferenciado de tiroides, CDT). La administración se realiza en forma de NaI por vía oral, en forma de cápsulas o forma líquida, o bien vía endovenosa. El yodo se absorbe en el tracto gastroinstetinal, pasa al torrente sanguíneo y es parcialmente atrapado y organificado en el tejido tiroideo funcional, eliminándose el resto con las excretas, sudor, saliva, etc., siendo la orina la vía fundamental de eliminación(entre el 70 y el 90% de la actividad administrada se elimina por orina en las primeras 48 horas en el caso del CDT).

Dada las diferencias en la cantidad suministrada de yodo 131 para el tratamiento de las distintas patologías, los tratamientos de hipertiroidismo se suelen realizar de forma ambulatoria ya que la dosis de yodo administrada no requiere hospitalización. Sin embargo en el caso del CDT, el paciente es normalmente ingresado en habitaciones especiales, blindadas frente a la radiación, hasta que la tasa de dosis de radiación que emita no suponga un riesgo significativo para las personas de su entorno.

Por orden de importancia se dan los siguientes tipos de exposición: por una parte el paciente es una fuente en sí mismo de exposición, por otra parte existe riesgo de contaminación radiactiva a través de las secreciones en orina, saliva, sudor, etc. También puede existir riesgo por la vía inhalatoria del yodo volatilizado en el aire, o un riesgo de exposición a través de los vertidos por vía medioambiental.

Para reducir la exposición a la radiación se pueden aplicar las conocidas reglas de distancia, tiempo y blindaje. Para evitar la contaminación radiactiva, hay que aplicar las mismas normas que para la contaminación biológica, evitando entrar en contacto directo con las sustancias radiactivas. Por ello, en la manipulación de pacientes, muestras biológicas, material de curas, excretas. etc, se utilizarán guantes, batas desechables. Tras cuyo uso se debe verificar la ausencia de contaminación radiactiva. La contaminación presente en el aire(de poca importancia) se controla instalando sistemas de ventilación adecuados.

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo es recomendar unas normas prácticas para minimizar al máximo en la medida de lo posible la contaminación radiactiva de las personas que pueden estar en contacto con el paciente sometido a tratamiento con yodo 131 tanto en la unidad de hospitalización como al alta.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: pubmed, medline, y scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Tres principios básicos a recordar:
1-TIEMPO: la cantidad de radiación que otra persona reciba dependerá de cuanto tiempo permanezcan juntos. Debe de tratar de reducir al mínimo el tiempo que pasa en contacto con otras personas.
2-DISTANCIA: mientras mayor distancia tenga de otras personas, menos radiaciones recibirán.
3-HIGIENE: una buena higiene reduce al mínimo las posibilidades de contaminar a otras personas con el yodo radiactivo eliminado de su cuerpo.La mayor parte sale de su cuerpo por la orina, de modo que la higiene del inodoro y el lavado de manos cuidadoso y meticuloso reducirá la posibilidad de contaminación.
Habitación plomada:
Son habitaciones normales de hospital en las que podrá contactar con Enfermería para solicitar lo que necesite. La única diferencia significativa es que permanecerá aislado, sin recibir visitas y tendrá una baño preparado para tratar de forma más segura sus desechos según las normas de radioprotección.

Consejos de radioprotección para el paciente:
-Beba abundante cantidad de líquidos, entre 2 y 3 litros por día.
-Vacie frecuentemente la vejiga. Durante el día cada 1-2 horas.

-Durante los primeros 2 días, pongo en su boca media cucharada de jugo de limón cada 1-2 horas y haga enjuagues bucales, o tome caramelos masticables ácidos, con el fin de provocar el vaciamiento de las glándulas salivales y minimizar su irritación. Recuerde que el radioyodo se elimina principalmente por orina y saliva y que una posible complicación del tratamiento con altas dosis de yodo 131 es la sequedad e irritación de la boca.

Consejos de radioprotección para los demás:
-Duerma solo los primeros siete días después del tratamiento.
-Evite dar besos y las relaciones sexuales durante este periodo.
-Trate de mantener una distancia mínima de 2 metros con las otras personas.
-Evite el contacto físico prolongado, nunca más de 2 horas.
-Evite la permanencia innecesaria de otras personas en su misma habitación. Debes mantener la máxima distancia posible.
-Puede salir a dar un paseo, por zonas poco concurridas y evite orinar en los aseos públicos.
-En general, evite las aglomeraciones y aquellas situaciones en las que tenga que estar cerca de alguna persona por un tiempo prolongado, como el trasporte público.
-El contacto con mujeres embarazadas y niños debe de reducirse al mínimo, evite estar a menos de 3 metros de distancia.
-Debido a que el radioyodo permanece en su cuerpo seis meses, es desaconsejable quedarse embarazada o engendrar niños durante este periodo y se aconseja esperar un año.
-En caso de amamantar a un niño, suspenda completamente la lactancia ya que el yodo 131 pasaría directamente al bebé a través de la leche materna.
-El radioyodo se elimina fundamentalmente por la orina. De tener posibilidad, es mejor que durante los primeros 3 días o más post-tratamiento utilice un baño personal.
-Cada vez que use el inodoro, apriete el botón de la cisterna 2-3 veces para que se lave el sifón(incluso utilizar lejía u otros productos desinfectantes).
-Si es hombre, no utilice urinarios. Debe orinar sentado en el inodoro.Esta posición minimizará el riesgo de contaminación.
-Tanto hombres como mujeres deben secarse los genitales con papel higiénico después de orinar. Deposite luego ese papel en el inodoro.
-Lávese cuidadosamente las manos con agua y jabón tras utilizar las instalaciones sanitarias.
-Limpie cuidadosamente el lavabo después de lavarse los dientes y evite, en la medida que pueda las salpicaduras.

-Si tiene expectoración abundante, durante los primeros 3 días escupa en el inodoro y tire de la cisterna.
-No orine mientras se esté bañando.
-Al terminar de bañarse deje correr abundante agua para lavar la bañera.
-Use toallas, ropa interior y ropa de cama individuales y lávela por separado. Después del lavado esta ropa puede volver a usarse.
-Use vajilla personal los primeros días/semanas después del tratamiento. Esa vajilla de lavará separada del resto.
-Si está resfriado o tiene abundantes secreciones nasales usa pañuelos de papel y tírelos al inodoro.
-Durante la primera semana evite hacer deportes que provoquen excesiva sudoración.

5 Discusión-Conclusión

Tanto los protocolos de acogida a las pacientes sometidos s terapia con yodo 131 como los soportes documentales y guías durante la estancia en el hospital y al alta aumentan la confianza y seguridad del paciente y su familia en este tratamiento, minimizando el riesgo de contaminación radiactiva tras el tratamiento con yodo 131.

6 Bibliografía

- AECAT(2004). Terapia de yodo radiactivo. Abril 2012, de AECAT. Sitio web:http://aecat.net
- American Cancer Society(2016). Radioterapia con yodo radiactivo para el cáncer de tiroides. Mayo 14, 2016, de American Cancer Society. Sitio web:https://www.cancer.org
- Cardinalhealth(2010). Guía para pacientes baja tratamiento con yodo radiactivo. 2010, de Cardinalhealth. Sitio web:https://www.cardinalhealth.com
- CNS/SERP/SEFM(2011). Criterios de alta de pacientes y medidas para la protecciónradiológica del público después del tratamiento metabólito con yodo 131. Octubre 2011, de CNS. Sitio web:https://www.csn.es

Capítulo 293

TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD: DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y ROL DE ENFERMERÍA.

REBECA ROZA GONZÁLEZ

PAULA VELASCO MONTES

1 Introducción

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDHA) es un trastorno del neurodesarrollo de carácter neurobiológico originado principalmente durante la infancia , siendo uno de los más prevalentes. Estos niños se caracterizan por presentar grandes problemas a la hora de controlar su nivel de actividad, mantener la atención e inhibir sus impulsos.

Se identificará como un trastorno cuando estos síntomas o los comportamientos que se deriven se observen con mucha mayor frecuencia e intensidad que en los niños/adolescentes de igual edad e interfieran en la vida cotidiana presentes en dos o más contextos: en casa, la escuela o su entorno en general. Se debe tener en cuenta que no todos los niños con este trastorno manifiestan los mismos síntomas y con la misma intensidad (pudiendo ser leve, moderado o grave).

El TDAH ha presentado una gran evolución en los últimos años. Su diagnóstico ha ido en aumento y con ello han crecido las polémicas acerca de su posible so-

brediagnóstico. Su prevalencia actualmente varía entre un 5 – 10 % en niños en edad escolar y aproximadamente un 3% en adultos. Este aumento en el diagnóstico se debe a que hace unos años el TDAH era desconocido para la gran mayoría de los profesionales. Cuando aparecían estos casos se decía que estábamos ante un niño era vago, malo o inquieto/ rebelde.

Ahora sabemos las dificultades que estos niños presentan en su vida cotidiana. Estos niños tienen dificultades para controlar su comportamiento y actuar conforme a lo esperado para su edad, esto les dificulta su adaptación en el entorno familiar, escolar y social. A medida que van creciendo, las exigencias que se les pone son mayores, se les pide más autocontrol y esto les supone un problema, no es porque no quieran, ya que también hay niños con problemas de conducta, sino por las dificultades que presentan.

La inatención, hiperactividad y la impulsividad son los síntomas generales que actualmente dan nombre al TDAH

• Hiperactividad: el síntoma más fácil de reconocer. La persona afectada mueve continuamente pies y/o manos, es incapaz de estar sentando en una silla,moviéndose continuamente, hablan y hacen ruidos en exceso, no son constantes.

• Inatención: los síntomas más complicados de percibir en la edad infantil. El niño parece no escuchar, están despistados. Son niños que evitan las actividades en las que se requiere prestar atención, tienen dificultad para planificar sus actividades. Cambian el foco de atención de manera continua.

• Impulsividad: Son niños impacientes. Interrumpen constantemente a los demás. No piensan , se precipitan en las respuestas sin valorar sus consecuencias.

Existen tres subtipos :

• Trastorno con Déficit de atención con hiperactividad tipo hiperactivo- impulsivo (TDAH—HI): 10-15% de los casos. Predomina la impulsividad y la hiperactividad.

• Trastorno con Déficit de atención con hiperactividad tipo Inatento (TDAH- C): Corresponde al 20-30% de los casos. Predomina la falta de atención y presentan un tempo cognitivo lento con una conducta normal.

• Trastorno con Déficit de atención con hiperactividad tipo Combinado (TDAH-C): es el más frecuente. En él aparecen criterios de inatención, hiperactividad e impulsividad.

Existen diferentes teorías sobre el mecanismo etiopatológico:

• Factores principalmente genéticos.
• Factores ambientales
• Herencia.
• Sociales

El TDAH no es prevenible por lo que su detección precoz es fundamental para iniciar lo antes posible un tratamiento adecuado y eficaz. Actualmente no existe ningún marcador biológico para el diagnostico clínico del TDAH. El diagnóstico se basa en la elaboración de una historia clínica detallada, compuesta principalmente por anamnesis y exploración física.
1. La anamnesis: entrevista clínica donde se consigue información necesaria para el diagnóstico.
2. Exploraciones físicas: peso, talla, revisión neurológica, visión…
3. Se realiza un Test de Coeficiente Intelectual al niño.
4. Comorbilidades hora de plantear el tratamiento. Entre los principales trastornos neuropsiquiátricos que se asocian o simulan al TDAH:
• Trastorno disocial .
• Trastorno negativista desafiante.
• Trastornos del aprendizaje y del lenguaje.
• Inteligencia límite y retraso mental leve.
• Trastorno de la comunicación.
• Trastorno obsesivo compulsivo.
• Autismo.
• Depresión.
• Trastorno de ansiedad por separación.
• Esquizofrenia.
• Trastorno de la Tourette.
• Trastorno bipolar.
• Trastorno de las habilidades motoras.
• Trastorno a consecuencia del consumo y/o abuso de sustancias tóxicas.

5. Evaluación psicopedagógica
El tratamiento debe ser individual y especialmente diseñado para cada paciente. Los expertos indican que el tratamiento más eficaz es el multimodal que requiere la combinación del tratamiento farmacológico, psicológico y psicopedagógico.
1. Tratamiento farmacológico: Los medicamentos para el TDAH son seguros y con efectos secundarios reducidos y no de gravedad.

Existen varios tipos de medicamentos disponibles en la actualidad, divididos en dos grupos:

• Fármacos psicoestimulantes: como el Metilfenidato, siendo este el fármaco de primera elección ya que ha demostrado mejor su efectividad y su seguridad. El Metilfenidato es un fármaco que mejora claramente la falta de atención y la hiperactividad en niños con TDAH. Con los fármacos psicoestimulantes se alcanza una mejoría de entre el 75-90% de los casos y el efecto es con diferencia superior al conseguido con terapia psicologica- conductual o terapia solamente ambiental.

• Fármacos no estimulantes: como la Atomoxetina ,medicamento no derivado anfetamínico de elección. No tiene potencial de abuso, mejora los tics y la ansiedad.

2. Tratamiento no farmacológico:

Tratamiento psicológico: Se debe llevar a cabo en el paciente y en su entorno familiar.

• Terapia conductual : Estudia la conducta del paciente e identifica los factores que hacen que ésta no sea la adecuada, se buscan las conductas que se quieran cambiar y se establecen unos objetivos. El tratamiento ha de estar basado en un análisis funcional que identifique los factores que provocan la conducta no deseada. Las técnicas empleadas serían: refuerzo positivo, economía de fichas,extinción tiempo fuera, sobrecorreción.

• Terapia cognitiva : pretende identificar si procesos como el aprendizaje, la atención, la memoria, la toma de decisioneestán creando problemas y ,de ser así, trabaja para cambiarlos por otros más adecuados. Entre las terapias empleadas destacan : autocontrol, autoinstrucción, técnicas de resolución de problemas…

• Entrenamiento en habilidades sociales: Se emplean terapias cognitivo- conductuales, generalmente en grupo, donde se trabajan aspectos como: autoestima, habilidades de competencia social, reglas de sociabilización…

• Entrenamiento para padres.

2.2: Tratamiento psicopedagógico: va encaminado a mejorar en el ámbito académico.

La enfermera debe desarrollar un papel fundamental en la detección precoz de niños con trastorno por TDAH ya que atienden a toda la población infantil de 0 a 14 años. Las revisiones clave para la detección del trastorno son la de los 6- 8 años de edad. Además ve a los niños en todas las visitas concertadas del programa de atención al niño sano.

2 Objetivos

- Conocer en que consiste el TDAH ,cual es su diagnóstico diferencial así como los diferentes tratamientos existentes, tanto farmacológicos como basados en terapias conductuales.
- Conocer las necesidades de los niños con Trastorno por déficit de atención con hiperactividad desde una visión interdisciplinar.
- Entender y comprender la importancia del papel de la enfermería ante estos pacientes. Rol de enfermería.

3 Metodología

Diseño: Las fuentes documentales consultadas para esta revisión teórica son fuentes primarias y secundarias. Son artículos de investigación y recopilatorios de otros artículos. Su forma de expresión son escritos de tipo hemerográfico. Los documentos son artículos de revista.

Para la búsqueda de estos artículos de revista se utilizaron diferentes fuentes documentales. Se ha realizado una revisión sistemática de documentos bibliográficos entre noviembre de 2019 y febrero de 2020 sobre el Trastorno por déficit de Atención con hiperactividad (TDAH)

Estrategia de búsqueda: Se realiza una búsqueda bibliográfica a través del buscador Google Académico, en las bases de datos: Pubmed, Cuiden, Cinahl, Scielo y en revistas específicas a través de Dialnet y Elsevier. En esa búsqueda se han encontrado diferentes protocolos, artículos, y guías acerca del Trastorno por déficit de Atención con hiperactividad (TDAH). Los descriptores utilizados para esta búsqueda han sido : TDAH o trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad, actuación enfermera, Atención Primaria, intervención, psicoeducación, adaptaciones educativas y apoyo familiar, diagnostico diferencial, tratamiento.

Criterios de inclusión y exclusión:
• Se incluyeron para el estudio los artículos con los siguientes requisitos:
- Los artículos cumplen una correcta identificación de los autores y sus fuentes son bibliográficas , libres de pago, escritos en castellano o inglés.
- Revisiones bibliográficas , estudios originales , artículos de investigación y guías profesionales.
• Se han excluido artículos que
- No contienen resumen, autores o de dudoso rango científico.

- Contienen información que no es relevante para la revisión teórica.

Extracción de datos: Se realizó una lectura crítica, detallada y objetiva de los artículos y de ellos se escogieron los que cumplieran con la información adecuada que se buscaba para la realización de esta revisión teórica. Se localizaron varios estudios, excluyendo alguno de ellos por falta de información relevante para este trabajo.

4 Resultados

El trastorno por déficit de Atención con hiperactividad es un trastorno con una alta prevalencia y con cada vez más diagnósticos. La prevención es complicada debido a su causa que es mayormente genética. Las medidas preventivas más eficaces (se pueden prevenir entre el 10-20% de los casos) se-pueden llevar a cabo durante el embarazo y desarrollando un ambiente familiar favorable para el desarrollo del niño.

Su diagnóstico debe ser cuanto más temprano mejor ya que así los síntomas se empezarán a tratar cuanto antes y así su repercusión en la edad adolescente y a adulta sera mejor. También en el entorno del niño la repercusión será de menos impacto. La principal cuestión será el diagnóstico. La sospecha de TDAH viene normalmente de la familia y del centro escolar. Tanto los padres como los profesores pasan muchas horas con estos niños, son los que conviven día a día con ellos y perciben los síntomas.

El especialista (pediatra, psiquiatra o neurólogo) será quién realice el diagnóstico, obteniendo la información del propio niño, de su familia/ cuidadores o de los profesores. La familia es la que está en contacto con los distintos ámbitos del niño. Para el correcto seguimiento del niño sería deseable la coordinación entre los distintos especialistas que mantienen contacto con el niño y así ver los avances desde los distintos ámbitos.

En lo referente al tratamiento, lo más importante es que el tratamiento sea farmacológico y no farmacológico es decir con un enfoque multimodal (farmacológico, psicoterapeútico y que incluya psicoeducación).
Las actitudes de estos niños son consideradas en muchas ocasiones como maleducados, desobedientes, holgazanes. Esto hace que los padres sientan que su hijo

es excluido en situaciones sociales . Para evitar esta imagen en la sociedad de los niños con TDAH sería importante y necesario además del trabajo con el propio niño, trabajar con los demás para que acepten su forma de ser.

Por último, según el síntoma que predomine, hay que destacar la influencia en la adaptación del niño. De ahí la importancia de reconocer las necesidades de cada niño, individualmente, y ofrecerle los servicios necesarios para conseguir una buena adaptación en los distintos ámbitos de su vida. En este punto el papel de enfermería debe de ser esencial, tanto en la colaboración en el diagnóstico, como posteriormente en el seguimiento del niño y su familia; realizando las intervenciones pertinentes para asegurar una atención integral al niño con TDAH.
Los niños con TDAH tienen alto riesgo de problemas sociales y personales, problemas de salud y altos costes en utilización de recursos de salud.

5 Discusión-Conclusión

• El TDAH es un trastorno cada vez más frecuente, con un prevalencia elevada y que afecta a los niños en gran parte de los ámbitos de su vida (escolar ,salud , familiar) y en su día a día . Esto repercute por consiguiente en su familia cercana y en toda la gente que le rodea.
• Es muy importante el diagnóstico precoz y un tratamiento eficaz para prevenir problemas en la adolescencia y en la edad adulta, así como tratar las posibles patologías que puedan estar asociadas.
• Es muy importante que los profesores sean conocedores de este trastorno ya que la escuela es uno de los ámbitos donde más influye éste, afectando directamente y dando problemas en el aprendizaje del mismo. Estos niños necesitarán ciertas adaptaciones para que su rendimiento escolar se vea lo menos afectado posible.
• La enfermería juega un papel muy relevante en este caso mediante el seguimiento y control de estos niños, realizando psicoeducación a la familia y resolviendo las preguntas y dudas que puedan tener los padres y/o cuidadores principales. Cabe destacar que es muy importante seguir un plan de cuidados en el tanto al niño como a la familia sean partícipes de él.

6 Bibliografía

1. NANDA internacional. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación, 2009-2011. Barcelona: E5.lsevier, 2010.

2. Lora A. Déficit de atención e hiperactividad en el niño y adolescente. Córdoba: Asociación de pediatras de atención primaria de Andalucía; 2004.
3. Rodriguez-Salinas E, Navas M, González P, et al. La escuela y el trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad (TDAH). Rev Pediatr Aten Primaria [Revista en Internet]. 2006 .; 8 Supl 4: 175-198. Disponible en: http://www.pap.es/FrontOffice/PAP/front/Articulos
/Articulo/_IXus5l_LjPoWQn7C5nLYZ2lFJudAv9_6
4. Teva M D. Estudio de los factores de riesgo asociados al trastorno por déficit de atención e hiperactividad [tesis doctoral]. Alicante: Universidad Miguel Hernández, Facultad de Medicina; 2009.
5. Perote Alejandre A, Serrano Agudo R. TDAH: origen y desarrollo. Madrid: Fundación Tomás Pascual; 2012.
6. Díaz Atienza J. Comorbilidad en el TDAH. Revista de Psiquiatría y Psicología del niño y del adolescente. 2006;6(1):44-55.
7. Ajuriaguerra, J. Manual de psiquiatría infantil. 4º Edición. Toray- Masson, S.A. Barcelona 1985.
8. Castells P. Paidopsiquiatría. En: M Cruz et al. (Eds). Manual de Pediatría. Madrid: Ergón 2003.
9. Servicio Madrileño de Salud. Consejería de Sanidad. Dirección General de Gestión Económica y de Compras de Productos Farmaceúticos y Sanitarios. Recomendaciones farmacoterapéuticas en Salud Mental. Trastorno por Déficit de Atención con Hipeactividad en niños y adolescentes. Madrid. Julio 2009. nº4.

Capítulo 294

EL DUELO EN UN NUEVO EMBARAZO

JUAN MANUEL ARECHAGA RODRÍGUEZ

1 Introducción

El sufrimiento de un aborto es una experiencia traumática que queda grabada en la mente de la mujer para toda la vida. Se trata una situación de duelo no autorizado donde no suele recibirse el apoyo adecuado ni necesario por incomprensión y aislamiento.

En este duelo se intensifican los sentimientos por los cambios hormonales y físicos tan rápidos, entre los más comunes son el de culpa materna, sentimientos de fracaso e inferioridad respecto a otras familias o madres e incluso sentimientos de envidia y rechazo a otras con partos exitosos.

En esta situación la carga emocional es tan fuerte que puede desembocar en una grave depresión y en otros muchos problemas de salud. El equipo sanitario adquiere un protagonismo importantísimo en estos casos.

2 Objetivos

- Aplicar el proceso de valoración de enfermería para agrupar los datos obtenidos.
- Diagnosticar los problemas de enfermería presentes y realizar un plan de cuidados que mejore la salud de la paciente.

3 Caso clínico

Luisa, de 35 años está embarazada de 9 semanas. Acude a consulta refiriendo que tiene poco apetito, suele vomitar una vez al día, sobre todo por las mañanas, al

levantarse. Por el día siente nauseas que le resultan muy molestas. Presenta buen estado general y en las tres últimas semanas ha aumentado de peso 300 gr. Peso actual: 79Kg. Talla: 1,69. TA: 100/55
No está manteniendo relaciones sexuales, tuvo un aborto espontaneo de 11 semanas hace 5 meses y tiene miedo a tener otro, "no me lo quito de la cabeza, yo hubiera esperado un poco más, pero mi marido tiene muchas ganas de tener un hijo; últimamente me pongo a llorar sin saber por qué, el me dice que tengo que estar contenta y tiene razón, pero no me entiende, me siento fatal".

Al preguntarle por hábitos alimenticios, Luisa refiere comer variado. Hidratos de carbono de forma diaria, es lo que mejor le sienta. Proteínas de origen animal: 1-2/ día. Pescado: 1/sem (a su marido no le gusta), carne blanca: 12/sem, carne roja: 3-4/sem). Verduras y ensaladas 3-4 /sem. No suele tomar legumbres "porque engordan". Toma 1 -2 piezas /día de fruta. Suele tomar un café con leche en el desayuno y a veces un yogurt después de la cena. Hace 3 - 4 comidas diarias, aunque últimamente está tomando algún dulce entre horas porque le sientan bien para las náuseas. Desde que se ha quedado embarazada no hace nada de ejercicio, antes salía a andar media hora, 3 días/sem con unas amigas.
Sus reglas son cada 28-32 días y le suelen durar 5. No tiene hijos. Ha utilizado pastillas anticonceptivas desde el aborto.
Actualmente fuma 3 -5 cigarros por día. Quiere dejar el hábito tabáquico, pero ha oído que se pueden fumar hasta 5 cigarros por día. Los fines de semana toma 2- 3 cervezas sin alcohol. Trabaja de administrativo con jornada intensiva de mañana. En su historia consta que se ha hecho una citología hace 7 meses y que está correctamente vacunada. No toma ninguna medicación. Le operaron de apendicitis a los 17 años.

Antecedentes familiares: Madre y dos tías maternas diabetes tipo 2, su padre hipertenso y su abuela materna murió de cáncer de mama a los 78 años.

1- Diagnóstico de Enfermería Real: temor relacionado con haber tenido un aborto previo manifestado por náuseas, vómitos, anorexia y sentimiento de temor.

-Objetivo General: Autocontrol del miedo: Luisa expresará no tener miedo a sufrir otro aborto en el plazo de 4 semanas.
-Objetivo Específico 1:Utiliza técnicas de relajación para reducir el miedo: Luisa utilizará técnicas de relajación para disminuir el miedo sin ayuda en el plazo de 2 semanas.
VALORACIÓN OE1:
En una escala 1-5 donde 1 es "nunca demostrado" y 5 "siempre demostrado", Luisa

se encuentra en un 1 y buscaremos conseguir por lo menos un 4 “frecuentemente demostrado” en el plazo de 2 semanas.
Valor actual - Puntuación diana / Tiempo (días): (1 - 4, 14)

Actividades de Enfermería para conseguir el OE nº1:
- Se utilizará un enfoque sereno y tranquilizador con Luisa siempre que acuda a consulta.
- Se confrontarán los sentimientos ambivalentes de Luisa (enfado o depresión) siempre que acuda a consulta.
- Se fomentará un dominio gradual de la situación siempre que Luisa acuda a consulta.
- Se facilitarán salidas constructivas a la ira y la hostilidad siempre que Luisa acuda a consulta.
-Se desalentará la toma de decisiones cuando María se encuentre bajo un fuerte estrés siempre que acuda a consulta.
- Se instruirá a Luisa en el uso de técnicas de relajación, si resulta necesario, siempre que acuda a consulta.
- Se aconsejará a Luisa el uso de fuentes espirituales si resulta adecuado siempre que acuda a consulta.

-Objetivo Específico 2: Elimina los factores precursores del miedo: Luisa eliminará los factores precursores del miedo totalmente en el plazo de 3 semanas.
Valoración OE 2:
En una escala 1-5 donde 1 es “siempre” y 5 “nunca”, Luisa se encuentra en una situación de 1, buscaremos conseguir por lo menos un 4 “casi nunca” en el plazo de 3 semanas.
Valor actual - Puntuación diana / Tiempo (días): (1 – 4 / 21)

Actividades de Enfermería para conseguir el OE nº2:
- Se ayudará a Luisa a afrontar el duelo y superar las pérdidas causadas por la enfermedad y/o discapacidad crónicas, si es el caso, siempre que acuda a consulta y siempre que lo solicite por vía telefónica.
- Se ayudará a Luisa a desarrollar una valoración objetiva del acontecimiento en la primera consulta.
- Se tratará de comprender la perspectiva de Luisa sobre una situación estresante siempre que acuda a consulta.
-Se estimulará la implicación familiar, según corresponda, siempre que acuda a consulta.

-Se animará a Luisa a desarrollar relaciones sociales, siempre que acuda a consulta.
- Se fomentarán las actividades sociales y comunitarias siempre que acuda a consulta.

2- Diagnóstico de enfermería real: Náuseas relacionado con embarazo manifestado por sensación de náuseas.
- Objetivo general: Luisa verbalizará no tener sensaciones de náuseas en el plazo de 2 semanas.
- Objetivo específico 1: Control de náuseas y vómitos: Luisa utilizará medidas preventivas que eviten las sensaciones de náuseas cuando esté despierta en el plazo de 2 días.

Valoración
En una escala 1-5 donde 1 es "nunca" y 5 "siempre", Luisa se encuentra en una situación de 1 y buscaremos conseguir por lo menos un 4 "casi siempre" en el plazo de 2 días.
Valor actual - Puntuación diana / Tiempo (días): (1 - 4 / 14)

Actividades de enfermería para conseguir OE nº1:
- Se enseñará a Luisa a reconocer y controlar los factores ambientales que puedan evocar náuseas (p. ej., malos olores, sonido y estimulación visual desagradable), en la primera consulta.
- Se demostrará la aceptación de las náuseas y se colaborará con Luisa a la hora de elegir la estrategia para controlarlas en la primera consulta.
- Se instruirá y determinará la rutina habitual de higiene dental del paciente, con identificación de aspectos que deben tratarse, si es necesario.
- Se reducirán o eliminarán los factores personales que desencadenan o aumentan las náuseas (ansiedad, miedo, fatiga y desconocimiento) durante varias consultas consecutivas.
-Objetivo específico 2: Luisa reconocerá el inicio de las náuseas siempre que las tenga en el plazo de 3 días.

Valoración
En una escala 1-5 donde 1 es "nunca" y 5 "siempre", Luisa se encuentra en una situación de 1 y buscaremos conseguir por lo menos un 4 "frecuentemente demostrado" en el plazo de 3 días.
Valor actual - Puntuación diana / Tiempo (días): (1- 4 / 3)

Actividades de enfermería para conseguir el OE nº2:

- Se evaluarán experiencias pasadas con las náuseas (p. ej., embarazo y marearse en el coche) en la primera consulta.
- Se animará a Luisa a controlar su propia experiencia con las náuseas siempre que acuda a consulta.
- Se animará a Luisa a aprender y a utilizar estrategias para controlar las náuseas siempre que las tenga.
- Se identificarán los factores (ej., medicación y procedimientos) que pueden causarle o contribuir a las náuseas.
-Objetivo específico (NOC) 3: Luisa informará de náuseas, esfuerzos para vomitar y vómitos controlados acudiendo a consulta cada 5 días.
Valoración
En una escala 1-5 donde 1 es "nunca" y 5 "siempre", Luisa parte de una situación de 2 y buscaremos conseguir un 5 en el plazo de 5 días.
Valor actual - Puntuación diana / Tiempo (días): (2 – 5 / 5)

Actividades de enfermería para conseguir el OE nº 3:
- Se realizará una valoración completa de las náuseas, incluyendo la frecuencia, la duración, la intensidad y los factores desencadenantes, utilizando herramientas como un diario de autocuidado, una escala visual analógica, la Escala Descriptiva de Duke y el Índice de Rhodes de Náuseas y Vómitos en la primera consulta.
- Se identificarán estrategias que hayan tenido éxito en el alivio de las náuseas en la primera consulta.
- Se informará a otros profesionales sanitarios y a los miembros de la familia de Luisa de cualquier estrategia no farmacológica que esté utilizando la persona con náuseas cuando sea necesario.
- Se proporcionará información a Luisa acerca de las náuseas, incluyendo sus causas y sus características en la primera consulta.
- Fomentaremos la solicitud de apoyo emocional siempre que Luisa lo necesite.
- Se monitorizarán los efectos del tratamiento de las náuseas en todo momento.

4 Discusión-Conclusión

La preparación psicológica previa a un embarazo cobra vital importancia para el desarrollo óptimo del mismo. En la consulta preconcepcional por parte de enfermería de atención primaria recibe toda la información al respecto aumentando su confianza y conocimientos al respecto.

Luisa no tenía la motivación suficiente para afrontar un nuevo embarazo al no haber superado todavía el duelo del aborto sufrido. Según la bibliografía consul-

tada la reacción ante un aborto está acompañada de una sensación de irrealidad por parte de la madre que suele ir acompañada de un periodo de shock inicial que puede ser de larga duración. Por otro lado, los padres que sufren la pérdida del bebé prematuro pasan por este duelo de manera distinta. El fomento de la comunicación entre la pareja tiene beneficios a medio plazo respecto a la superación del duelo (1). En el caso de Luisa todo apunta a que esa comunicación era escasa o inexistente ya que ella se siente presionada por los deseos de procrear de su pareja y pese a no estar preparada para afrontar un nuevo parto consintió relaciones sin protección. Por esto hay que fomentar la procreación deseada y buscada y que las parejas acudan al centro de salud para informarse adecuadamente sobre el proceso reproductor, promocionando a su vez el uso de métodos anticonceptivos para evitar embarazos no deseados por ambas o por una parte de la pareja.

El papel de los profesionales sanitarios a la hora de afrontar el proceso de duelo post aborto es fundamental, destacando entre sus labores la de proporcionar un apoyo emocional a través de reuniones periódicas buscando un ambiente de conversación sereno, cómodo y sincero. Los enfermeros son los profesionales adecuados para ello, dedicando un tiempo suficiente y proporcionando un consuelo individualizado a las familias afectadas, de manera que los padres sientan que reciben un cuidado de calidad.
También resulta muy importante que la matrona explique detalladamente a la mujer cuándo podrá volver a intentar quedarse embarazada, organizando las sucesivas consultas en las que le proporcionará toda la información y cuidados que necesite para poder manejar su nueva situación y para captar y satisfacer las necesidades que tenga o surjan en ella. Una vez producida la fecundación y embarazo, el papel de la matrona se centrará en conseguir la aceptación y la adaptación de la madre a esa nueva situación y rol personal, familiar y social. Para conseguir un buen estado de salud durante este proceso y una resolución exitosa del mismo es fundamental que el ajuste psicológico previo sea adecuado, evitando problemas neuróticos, ya que sin él el embarazo puede exacerbar el cuadro mediante reactivación de la vivencia conflictiva, incontinencia emocional, manifestaciones psicosomáticas, etc (2).

Por lo que podríamos concluir que a Luisa le faltó este ajuste psicológico anterior a la nueva concepción. Como profesionales de enfermería debemos tener este factor en cuenta a la hora de proporcionar los cuidados a una mujer que está pasando por esta fase de duelo, incorporando en su plan el objetivo de garantizar el equilibrio emocional con su posterior valoración para asegurarnos que se

enfrenta de manera adecuada y sana a una nueva situación de embarazo.

5 Bibliografía

1. Feria Clemente L. Duelo por la pérdida perinatal. Metas Enfermería. Abril 2017; 20(3): 29-32.
2. Poves Plumed AB, Nieto Corella P. El comienzo del recorrido vital. En: Plumed Moreno C. Psicología general. Colección Enfermería S21. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2012. p. 277-313.

Capítulo 295

ENFERMEDAD DE CROHN.

JUAN CARLOS MATEO RODRÍGUEZ

ALBA PASCUAL MARTINEZ

1 Introducción

La enfermedad de Crohn es una afectación inflamatoria de tipo crónico y autoinmune del tubo digestivo que evoluciona de modo recurrente con brotes. De causa desconocida, entre sus principales síntomas destacan el dolor abdominal, diarreas, fiebre, pérdida de peso, hemorragia rectal, etc. La enfermedad de Crohn puede afectar desde la boca hasta el ano. La localización más frecuente es el íleon terminal (porción más distal del intestino delgado).

Puede presentar manifestaciones fuera del aparato digestivo como en articulaciones, piel, hígado, ojos…
Suele presentarse en gente joven (2ª-3ª década de la vida) aunque puede manifestarse a cualquier edad.
Los síntomas de la enfermedad de Crohn son muy variables de una persona a otra, dependen de la parte del tubo digestivo que esté afectada. Varían desde síntomas leves a graves, y pueden aparecer o desaparecer con períodos de reagudizaciones.

Los expertos aún no han descubierto exactamente la causa de la enfermedad de Crohn. Sin embargo, se cree que los siguientes factores juegan un papel en el desarrollo de la enfermedad.

Reacción autoinmunitaria

Autoinmunidad es la reacción anormal del sistema inmune. Una causa de la enfermedad de Crohn puede ser una reacción autoinmunitaria, cuando su sistema inmunitario ataca al sistema gastrointestinal dañando las células sanas del cuerpo. Los expertos creen que las bacterias en el sistema digestivo pueden desencadenar de manera errónea una reacción del sistema inmunitario. Esta reacción puede causar inflamación dañando los órganos digestivos, causando los síntomas de la enfermedad de Crohn.

Genes
La enfermedad de Crohn a veces puede ser hereditaria. Las investigaciones han demostrado que, si alguno de los padres o hermanos tiene esta enfermedad, es más probable que la persona desarrolle la enfermedad.

Otros factores

Fumar
Medicamentos como aspirina o antibióticos, analgésicos como el ibuprofeno y píldoras anticonceptivas
Una alimentación alta en grasas

Los principales síntomas de la enfermedad de Crohn son:
- Cansancio.
- Dolor abdominal, que empeora tras las comidas y mejora con la deposición, localizado frecuentemente en la zona inferior derecha del abdomen.
- Fiebre no muy alta. Si es alta y se acompaña de escalofríos puede deberse a una infección o perforación del intestino.
- Malabsorción de nutrientes debido a la inflamación de las paredes del intestino delgado. Puede provocar déficit de vitaminas, calcio y otros minerales, lo que provoca alteraciones en todo el cuerpo (anemia, fracturas de huesos, alteraciones neurológicas…). En niños es causa de retraso en el crecimiento.
- Diarrea moderada con 4-8 deposiciones al día. No suele acompañarse de sangre, a no ser que el intestino grueso más cercano al ano esté afectado. Suele alternarse con períodos de estreñimiento si la inflamación obstruye el paso a través del intestino.
- Pérdida de peso involuntaria por la falta de apetito, diarrea y sitofobia (miedo a la comida).
- Un tercio de los enfermos tendrán afectación del último tramo del intestino grueso, el recto, y también del ano y sus proximidades, en algún momento de su

vida. Las lesiones más frecuentes son:
- Fisura anal: desgarros en el borde del ano. Las lesiones son más amplias, pero menos profundas y dolorosas, que las no relacionadas con la enfermedad de Crohn.
- Fístulas perianales: conductos anómalos entre el recto y el exterior, alrededor del ano. Son profundas, múltiples y con varios orificios de salida.
- Abceso perianal: infección localizada con pus acumulado, que se manifiesta con dolor perianal y fiebre.

Algunas complicaciones frecuentes de la afectación inflamatoria en el intestino pueden ser:
- Obstrucción intestinal: la inflamación continua de las paredes del intestino causa cicatrices fibrosas que disminuyen el calibre del tubo digestivo y dificultan el paso a través de él. Causa estreñimiento y, en ocasiones, náuseas y vómitos.
- Fístulas entre vísceras vecinas: son úlceras que perforan el intestino y conectan su luz con la de otros órganos cercanos a él como la vejiga, la vagina, o hacia el exterior a través de la piel. A través de estas fístulas se pueden expulsar las heces y gases del intestino.
- Megacolon tóxico: es una dilatación del intestino grueso debida a la pérdida de la fuerza de los músculos de las paredes intestinales por la constante inflamación que sufren. Aparece dolor abdominal, fiebre, aumento de la frecuencia cardíaca y distensión abdominal; el riesgo de perforación es alto. Es más frecuente en otro tipo de enfermedades inflamatorias intestinales como la colitis ulcerosa.

Pruebas diagnosticas en enfermedad de crohn:
- Análisis de sangre: tu doctor puede sugerir realizarte análisis de sangre para verificar si tienes anemia, la cual es un efecto secundario común de la enfermedad de Crohn (debido a la pérdida de sangre).
- Colonoscopia: esta prueba permite se vea todo tu colon usando un tubo delgado, flexible e iluminado con una cámara añadida. Con la cámara, el doctor podrá identificar cualquier inflamación, sangrado o úlceras en la pared del colon.
- Sigmoidoscopia flexible: en este procedimiento, se usa un tubo fino, flexible e iluminado para examinar el colon sigmoide, el cual es los últimos 60 cm (2 pies) de tu colon.
- Enema de bario: esta prueba de diagnóstico permite evaluar tu intestino grueso con una radiografía. Antes de la prueba, se coloca bario, un medio de contraste, en tu intestino a través de un enema.

- Radiografía del intestino delgado: esta prueba usa una radiografía para examinar la parte del intestino delgado que no se puede ver a través de la colonoscopia.
- Tomografía computarizada (TC): algunas veces puedes necesitar una TC, la cual es una técnica de rayos X especial que proporciona más detalles que una radiografía estándar. Esta prueba examina todo el intestino así como los tejidos fuera del mismo que no se pueden ver con otras pruebas.
- Endoscopía por cápsula: si tienes signos y síntomas que sugieren la enfermedad de Crohn pero las pruebas de diagnóstico usuales muestran resultados negativos, se puede realizar un rastreo con cápsula endoscopica.

2 Objetivos

- Analizar como podemos conocer , tratar y prevenir esta enfermedad.

3 Metodología

-Para la elaboración de este articulo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sobre artículos y literatura científica relacionada con el tema expuesto.
-Consulta de paginas web especializadas en salud
-Consulta de bases de datos :Pudmed y Scielo

4 Resultados

No existe un método de prevención eficaz ni detección precoz de la enfermedad. Podemos aconsejarle que:
Consulte a su médico si presenta molestias gastrointestinales frecuentes. No tome medicamentos ni productos naturistas que le aconsejen, es necesario que su médico haga un diagnóstico correcto y determine el tratamiento.
Si le han diagnosticado de enfermedad inflamatoria intestinal, siga el tratamiento indicado para prevenir complicaciones y evite consumir productos que aumenten los síntoma.

Evite las comidas abundantes, distribuya los alimentos diarios en 5 ó 6 tomas, procurando comer pequeñas cantidades. Si usted no encuentra relación entre un alimento y los síntomas digestivos, no es necesario eliminarlo de la dieta. La tolerancia a los alimentos puede ser distinta según se encuentre o no en ”fase de brote”.

La dieta deber ser individualizada según la tolerancia de cada paciente. Cuando introduzca un alimento nuevo hágalo con otros que ya sabe que le sientan bien. Así podrá ir viendo cuáles son los que tolera y cuáles son los que no tolera.

Cuando un alimento sienta mal las molestias suelen aparecer después de 6 horas. Si las molestias aparecen al día siguiente es poco probable que sean debidas a dicho alimento. Los síntomas producidos por un alimento dependen de la cantidad del mismo. Empiece con cantidades pequeñas. Debe de masticar bien, comer con calma y repose después de las comidas.

La dieta debe de ser amplia, equilibrada y muy variada. Cuando se encuentre bien procure no comer aquello que sabe que le sienta mal. Hasta el momento no existe ninguna cura para la enfermedad de Crohn ni tampoco un tratamiento que funcione para todos. El objetivo del tratamiento médico es reducir la inflamación que provoca los signos y síntomas. También mejorar el pronóstico a largo plazo limitando las complicaciones. En el mejor de los casos, eso no solo alivia los síntomas sino que puede dar lugar a la remisión a largo plazo.

Medicamentos antiinflamatorios
La administración de medicamentos antiinflamatorios suele ser la primera medida para el tratamiento de la enfermedad intestinal inflamatoria. Algunos de ellos son:
- Corticoesteroides. Los corticoesteroides, como la prednisona y la budesonida (Entocort EC), pueden ayudar a reducir la inflamación en el cuerpo, pero no funcionan para todas las personas con la enfermedad de Crohn. Por lo general, los médicos los utilizan únicamente si no respondes a otros tratamientos.
- Los corticoesteroides se pueden usar para mejorar los síntomas a corto plazo (de tres a cuatro meses) y para inducir la remisión. También pueden utilizarse en combinación con un inhibidor del sistema inmunitario.
- 5-aminosalicilatos por vía oral. Estos medicamentos comprenden la sulfasalazina (Azulfidina), que contiene sulfamidas, y la mesalazina (Asacol HD, Delzicol y otros). Los 5-aminosalicilatos por vía oral se utilizaron ampliamente en el pasado, pero en la actualidad, por lo general, se considera que ofrecen beneficios limitados.

Inhibidores del sistema inmunitario
Estos medicamentos también reducen la inflamación, pero atacan al sistema in-

munitario, que es el que produce las sustancias que provocan la inflamación. Para algunas personas, la combinación de estos medicamentos funciona mejor que un solo medicamento. Algunos medicamentos inmunodepresores son:

- Azatioprina (Azasan, Imuran) y mercaptopurina (Purinethol, Purixan). Son los inmunodepresores más utilizados para el tratamiento de la enfermedad intestinal inflamatoria. Para tomarlos, debes hacer un seguimiento minucioso con el médico y someterte a análisis periódicos de sangre en busca de efectos secundarios, como la reducción de la resistencia a la infección y la inflamación del hígado. También pueden provocar náuseas y vómitos.
- Infliximab (Remicade), adalimumab (Humira) y certolizumab pegol (Cimzia). Estos medicamentos, que se denominan «inhibidores del factor de necrosis tumoral» o «medicamentos biológicos», funcionan neutralizando una proteína del sistema inmunitario conocida como «factor de necrosis tumoral».
- Metotrexato (Trexall). En ocasiones, este medicamento se utiliza para personas con la enfermedad de Crohn que no responden bien a otros medicamentos. Deberás someterte a un seguimiento detallado para controlar los efectos secundarios.
- Natalizumab (Tysabri) y vedolizumab (Entyvio). Estos medicamentos funcionan evitando que ciertas moléculas celulares del sistema inmunitario, las integrinas, se adhieran a otras células del revestimiento intestinal. Debido a que el natalizumab está asociado con un riesgo poco frecuente, pero grave, de sufrir leucoencefalopatía multifocal progresiva (una enfermedad cerebral que por lo general provoca la muerte o una incapacidad grave), debes inscribirte en un programa especial de distribución restringida para utilizarlo.

Recientemente, el vedolizumab se aprobó para el tratamiento de la enfermedad de Crohn. Funciona como el natalizumab, pero parece no acarrear el riesgo de enfermedades cerebrales.

- Ustekinumab (Stelara). Este medicamento se utiliza para tratar la psoriasis. Algunos estudios demostraron que también es útil para el tratamiento de la enfermedad de Crohn y que puede utilizarse cuando fallan otros tratamientos médicos.

Antibióticos

Los antibióticos pueden reducir la supuración y a veces pueden curar las fístulas y los abscesos en personas que padecen la enfermedad de Crohn. Algunos investigadores también consideran que los antibióticos ayudan a reducir las bacterias intestinales perjudiciales que pueden influir en la activación del sistema inmunitario intestinal y provocar inflamación. Los antibióticos que se recetan con frecuencia comprenden la ciprofloxacina (Cipro) y el metronidazol (Flagyl).

Otros medicamentos
Además de controlar la inflamación, algunos medicamentos pueden ayudar a aliviar los signos y síntomas, pero siempre consulta con el médico antes de tomar cualquier medicamento de venta libre. Según la gravedad de la enfermedad de Crohn, el médico puede recomendarte uno o más de los siguientes medicamentos:

- Antidiarreicos. Un suplemento de fibra, como el polvo de plantago (Metamucil) o la metilcelulosa (Citrucel), puede ayudar a aliviar la diarrea leve a moderada al aumentar el volumen de las heces. Para la diarrea más intensa, la loperamida (Imodium A-D) puede ser eficaz.
- Analgésicos. Para el dolor leve, el médico puede recomendarte paracetamol (Tylenol y otros), pero no otros analgésicos frecuentes, como el ibuprofeno (Advil, Motrin IB y otros) o el naproxeno sódico (Aleve). Estos medicamentos probablemente empeoren los síntomas e, incluso, pueden hacer que empeore la enfermedad.
- Suplementos de hierro. Si tienes sangrado intestinal crónico, es posible que presentes anemia por deficiencia de hierro y necesites tomar suplementos de hierro.
- Inyecciones de vitamina B-12. La enfermedad de Crohn puede provocar insuficiencia de la vitamina B-12. La vitamina B-12 ayuda a prevenir la anemia, promueve el crecimiento y desarrollo normales, y es esencial para el correcto funcionamiento del sistema nervioso.
- Suplementos de calcio y vitamina D. La enfermedad de Crohn y el uso de esteroides para tratarla pueden aumentar el riesgo de presentar osteoporosis, por lo que posiblemente necesites tomar un suplemento de calcio con contenido adicional de vitamina D.

5 Discusión-Conclusión

La enfermedad de Crohn se la conoce como la enfermedad de la pérdida de oportunidades. El motivo es que suelen aparecer en pacientes de entre 20 y 39 años, "justo la etapa clave para que una persona se sitúe profesionalmente, emprenda una vida familiar o esté en pleno periodo de formación"
En muchos casos, implica ingresos hospitalarios y, en ocasiones, obliga a pasar por el quirófano para extirpar la parte del intestino afectado, lo que condiciona mucho la calidad de vida de los pacientes.

6 Bibliografía

-https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=85836
-https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/enfermedad-crohn
-https://www.webconsultas.com/enfermedad-de-crohn/sintomas-506
-https://www.healthandmedicine.net/es/que-es-la-enfermedad-de-crohn-causas-sintomas-y-tratamiento/
-https://www.fisterra.com/Salud/1infoConse/eii.asp
-https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/crohns-disease/diagnosis-treatment/drc-20353309
-https://es.wikihow.com/diagnosticar-y-tratar-la-enfermedad-de-Crohn

Capítulo 296

EXTRACCIÓN Y CONSERVACIÓN DE LA LECHE MATERNA.

SANDRA VEGA VIÑAS

JENIFER VEGA VIÑAS

1 Introducción

La lactancia materna (LM) es una forma de alimentación por el que el recién nacido se mantiene exclusivamente de la leche producida por su madre. Es un acto biológico, siendo necesarios unos conocimientos y actitudes que lo faciliten. Eran las madres, familiares y contactos próximos a las parturientas las que ejercían esta labor, pero a partir de los años 60 la lactancia materna se quedó relegada y actualmente las madres buscan los consejos profesionales de la salud. (1)

Antiguamente era la única manera de sobrevivir y de alimento de los recién nacidos. La lactancia materna es tan importante que cuando por distintas circunstancias no se podía llevar a cabo se buscaban otras alternativas como las nodrizas. Mujeres que durante su periodo de lactancia trabajaban amamantando a bebés ajenos. (2) La lactancia materna es una de las formas más eficaces de asegurar la salud y la supervivencia de los niños. La Organización Mundial de la Salud (OMS) aconseja amamantar a los bebés de forma exclusiva hasta los seis meses y de forma complementaria a partir de ese momento, manteniéndola hasta los 2 años o más. (3)

La lactancia materna en los últimos años ha aumentado en España, pero aún están muy lejos de las recomendadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS).La prevalencia estimada en España es de 71% a las 6 semanas, a los 3 meses 66.5%,

a los 6 meses 49.6% y 20% al año de vida. Existen diversos factores que pueden influir en el abandono de la lactancia materna como parto traumático, depresión postparto u otro problema psicológico, incorporación temprana al trabajo, problemas con la lactancia. (4)

La lactancia materna aporta numerosos beneficios inmunológicos, sociales y psicológicos tanto a la madre como al recién nacido. Para el recién nacido tenemos a corto plazo:
- Defensas activas frente a la infección
- Protección frente al Síndrome de Muerte Súbita del Lactante
- Menor enfermedades alérgicas:
1. Asma
2. Alergias alimentarias
- Mejor absorción de hierro y vitaminas

Y a largo plazo para el recién nacido encontramos los siguientes beneficios:
- Mejor desarrollo dental
- Potencia el desarrollo intelectual
- Disminuyendo el riesgo de:
1. Diabetes
2. Enfermedad celíaca
3. Enfermedad inflamatoria intestinal
4. Obesidad
5. Hipertensión
6. Cifras altas de colesterol

Además de todo lo dicho se establece un vinculo materno filial entre ambos. (5)

Los beneficios que aporta la Lactancia Materna sobre la madre son a corto plazo (post parto):(5)
- Previene las hemorragias post-parto por contracción uterina
- Favorece la recuperación del peso pre-embarazo
- Menor riesgo de padecer hipertensión
- Mejor riesgo de padecer depresión post-parto

Y a largo plazo encontramos:(5)
- Reduce el riesgo de cáncer de mama y de ovario
- Menor riesgo de osteoporosis y fractura de cadera
- Ahorro económico.
- Correcto desarrollo del cerebro y el sistema nervioso.

La leche materna contiene todo lo que el bebe pueda necesitar para su desarrollo y crecimiento. La composición de la leche no sólo varía en las diferentes etapas de la lactancia, sino también según las horas del día e incluso en una misma toma ya que al principio presenta más proteínas y azúcares y al final contiene más grasas y vitaminas.(6) Tipos:

- Precalostro : Tercer trimestre de la gestación.Compuesta por plasma, sodio, cloro, inmunoglobulinas, lactoferrina, seroalbúmina y algo de lactosa
- Calostro : Durante los cuatro dias siguientes al parto.Rica en proteínas, minerales y vitaminas liposolubles como la A, D, E y K. Función laxante, tonificante del sistema digestivo y de fuente de anticuerpos para los primeros días de vida del bebé.
- Leche de transición : Entre el 4 y 15 día post-parto. Contiene mayor cantidad de grasa, lactosa y vitaminas hidrosolubles.
- Leche madura : Apartir del décimo día.Contiene agua con proteínas grasas, hidratos de carbono, vitaminas y minerales. (6)

Promocionar la LM favorece mejores resultados de salud y fomenta el apego. Es necesario que la preparación para la LM no sea exclusiva para las madres, sino que la reciban sus familiares y miembros de la comunidad, para que todos apoyen este proceso y así poder llevarla a cabo de manera satisfactoria. Aunque debemos promocionarla hay que respetar el derecho a decidir lactar o no de la madre. Las actividades de promoción que buscan aumentar la tasa de inicio de la LM son:

- Informar a las gestantes y a sus familiares de los beneficios de la LM y cómo llevarla a la práctica.
- Facilitar el contacto directo con el recién nacido (RN) e ininterrumpido piel con piel, para iniciar la LM, después del nacimiento.
- Aconsejar el amamantamiento a demanda del RN.
- Enseñar la técnica de lactancia, por parte de los profesionales de salud, valorando si es una lactancia eficaz, asegurándose del vaciado correcto de las mamas y enseñar a los padres a detectar señales en el RN de hambre que indiquen que quiere mamar.
- Enseñar a las puérperas técnicas de extracción y conservación de la leche (en caso de ser necesario).
- Recomendar LM exclusiva hasta mínimo los 6 meses (según la OMS) y fomentar la prolongación de la lactancia hasta los 2 años, introduciendo la alimentación.
- Informar que no se deben administrar suplementos (agua, suero glucosado…) cuando se está instaurando la lactancia, ni después, si no es que están indicados por su médico. (7,8)

El profesional de enfermería debe tener conocimientos extensos sobre la fisiología, ventajas, técnicas y manejo clínico del niño lactante. Cuando se detecta alguna dificultad en la LM, hay que intervenir. Muchos de los fracasos de la lactancia, son consecuencia de una técnica incorrecta que deriva en la pérdida de confianza de la madre y desesperanza que la llevan al abandono de la LM. (9)

Resulta muy útil que las madres que amamantan estén familiarizadas con la técnica de extracción de leche, ya que se pueden dar ciertas circunstancias en las que el bebé no pueda ser puesto al pecho. Extraerse la leche, ya sea manual o con la ayuda de un sacaleches, necesita práctica y su efectividad tiende a aumentar con el tiempo. (10)

2 Objetivos

- Disponer de un procedimiento a seguir para la extracción y elección del método de extracción más adecuada.
- Informar sobre el material de almacenamiento idóneo para su posterior utilización.
- Conocer las recomendaciones del tiempo de conservación de la leche materna.
- Conocer los pasos a seguir para el manejo de la leche materna después de su conservación.

3 Metodología

Para alcanzar los objetivos planteados se opta por seguir un protocolo estandarizado de revisión bibliográfica de la literatura existente. Si bien es cierto, antes de proceder a la realización de dicha búsqueda, debemos detenernos en la primera fase de la Enfermería Basada en la Evidencia (EBE), la elaboración de una pregunta clínica contestable (a través del sistema PICO), con el objetivo de determinar los criterios de inclusión y exclusión de los estudios objeto de nuestra búsqueda así como el tipo de estudio más apropiado.

Después de la elaboración de la pregunta clínica contestable mediante el formato PICO, se utilizó la terminología en salud consultada en los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS/Bireme) y en Medical Subject Headings (MeSH/PubMed) con el objetivo de recuperar la información que nos interesa indexada en varias bases de datos.

Posteriormente se ha procedido a la búsqueda bibliográfica de artículos en diferentes portales de Internet y buscadores como: Pubmed, Google académico, Asociación Española de Bancos de leche materna y Organización Mundial de la Salud. También fueron consultadas guías: Guía de práctica clínica, Guía de Lactancia Materna para profesionales de la salud.

Los criterios de inclusión que cumplieron todos los estudios fueron:
- Artículos cuya fecha de publicación se encuentra entre los últimos 10 años.
- Idioma español e inglés.

Y los criterios de exclusión:
- Acceso restringido.
- Idioma.
- Año de publicación.

4 Resultados

La extracción de leche puede resultar útil en diversas circunstancias (subida de leche, separación temporal del bebé, inicio de la actividad laboral, ingurgitación mamaria…). La extracción es un procedimiento en el que es fundamental unas correctas medidas de asepsia: Lavarse las manos con agua y jabón, una higiene habitual del pecho sin administración de cremas, pelo recogido, limpieza estricta y esterilización periódica de los sistemas mecánicos de extracción.

No es aconsejable el uso de aceites o cremas en el pezón y areola a no ser que se trate de algún tratamiento necesario. Calentar los pechos aplicándose agua tibia (realizar la extracción después de una ducha ayuda). Estimular los pezones con masajes suaves. Y evitar tocar el interior de los botes y tapas donde se va a depositar la leche. (11,12) La extracción manual, también llamada técnica de Marmet, es cómoda, barata y sencilla. Consiste en colocar el pulgar y los 2 primeros de dos entre 2.5 y 4 cm por detrás del pezón, coger esta medida como guía y poner el pulgar por encima del pezón y los otros de dos por debajo del pezón formando una letra ”C” y sin sostener el pecho con la mano como si fuera una copa.

Presionar el pecho hacia la pared torácica sin separar los dedos. Si los pechos son muy grandes primero se levantan y después se presionan hacia la pared torácica. Rodar el pulgar hacia delante como cuando se toman huelas digitales. Al mismo tiempo trasladar la presión del dedo corazón al índice. (El movimiento de rollo simula la lengua del bebe y la presión de los otros dedos simula el paladar

del bebe y así los dos movimientos juntos simulan la succión). Repetir rítmicamente los movimientos para vaciar los depósitos de leche. Es importarte evitar los movimientos como: exprimir el pecho, tirar del pezón y de la mama y frotar el pecho. (13,14,17)
La extracción mecánica simula la succión del bebé, se realiza mediante un sacaleches. Hay muchos tipos de sacaleches, pueden ser bilaterales o unilaterales y pueden ser eléctricos, manuales, por lo que se recomienda utilizar el más adecuado para la madre. El sacaleches manual funciona colocando el embudo en la areola de manera que el pezón quede situado en el centro. Debe quedar sellado a la mama. Se recomiendan succiones suaves, cortas y rápidas hasta que se empieza a endurecer el pecho y a sentir un ligero cosquilleo. A partir de ese momento las succiones deberán ser más lentas y continuas. Es importante tener en cuenta que el uso del sacaleches no debe producir dolor, en el caso de sentirlo se bajara la intensidad y/o se recolocará el pezón en el embudo.

Si a pesar de todo le molesta, es posible que no se esté utilizando un tamaño correcto de embudo. (14,15) La extracción con sacaleches eléctrico se caracterizan por tener un motor. Puede ser de tipo simple o doble. En el caso de los sacaleches dobles, la extracción puede realizarse simultáneamente en los dos pechos, mientras que el simple con características similares al doble puede utilizarse para un seno. (16) Cuando la leche extraída no va a utilizarse a posteriori es importante saber la manera de cómo conservarla y guardarla. El material para la conservación, si se va a congelar la leche, tenemos envases de plástico duro o vidrio aptos para alimentos, ambos de boca ancha.

Y bolsas especialmente diseñadas para el almacenaje de leche materna. (10) Para garantizar la refrigeración se recomienda, refrigerar la leche inmediatamente después del etiquetado del envase. La leche se debe almacenar en la parte de atrás del frigorífico o del congelador y no en la puerta o cerca de ella ya que cada vez que se abre la puerta la leche se expondría a cambios de temperatura. La leche congelada aumenta de volumen por lo que siempre se debe dejar unos 2-3 cm de aire hasta la tapa del recipiente. La extracción cuidadosa, el mantenimiento de la cadena de frio en la conservación y el transporte y manipulación adecuada son esenciales para no alterar sus propiedades. (11)

Para descongelar la leche existen dos maneras. Una descongelación rápida y una descongelación lenta, ambas son correctas. La descongelación rápida se opta por hacerlo al baño maría o colocando el recipiente debajo del grifo con agua fría e ir poco a poco pasando a agua más caliente hasta conseguir que la leche tenga

una temperatura ambiente. La descongelación lenta se puede hacer en el frigorífico o a temperatura ambiente. (11) A veces, la leche congelada huele a rancia, y dicho olor es debido a un cambio en la estructura de los lípidos por los ciclos de congelación y descongelación en el congelador-refrigerador con eliminación de escarcha. Algunos bebés rechazan esta leche por el cambio de sabor, pero en general la aceptan bien y tampoco es perjudicial para ellos.

Congelar la leche rápidamente tras la extracción y calentarla inmediatamente después de sacarla del congelador puede que contribuya a que este problema se dé en menor grado. (18) Se recomienda usar la leche materna descongelada dentro de las 24 horas y no volver a congelar la leche materna que sobre, se debe desechar. Hay que etiquetar claramente los envases de leche con la fecha en la que se extrajo y usar la leche más antigua primero. Nunca hay que colocar la botella o bolsa de leche materna en el microondas, ya que el microondas crea puntos calientes que podrían quemar a su bebé y dañar la leche. (19)

5 Discusión-Conclusión

La lactancia materna es un acto natural, pero al mismo tiempo es un comportamiento aprendido. Es la mejor manera de proporcionar al bebe todos los nutrientes e inmunización. La leche materna es el alimento idóneo adaptado a las necesidades del bebe. No solo le protege de numerosas enfermedades ahora sino también futuras e incluso hay beneficios también para la madre.

La leche materna solo tiene ventajas, es gratuita y ecológica. El contacto piel con piel inmediato es muy importante, para favorecer la instauración satisfactoria de la lactancia. Es útil saber cómo extraer la leche, conociendo las distintas técnicas de extracción, para aumentar la eficacia y la habilidad, así como el material a utilizar en la conservación, cuando las circunstancias impidan que la madre este con el lactante o sufra alguna situación especial (dolor, ingurgitación, grietas…).

Tras la extracción es fundamental conocer cómo conservar la leche y su posterior utilización, prestando atención y siguiendo unas medidas higiénicas específicas. El personal sanitario es un pilar fundamental ya que proporcionan intervenciones de calidad atendiendo a las necesidades individuales de cada mujer y resolviendo los problemas y dudas a los que se encuentran las madres.

6 Bibliografía

1. Servicio de Promoción de la Salud de la Dirección General de Salud Pública y Consumo. Guía de Lactancia Materna para profesionales de la salud. La Rioja. 2010. Disponible en: http://www.aeped.es/sites/default/files/8-guia_prof_la_rioja.pdf
2. Barriuso L, De Miguel M, Sánchez M. Lactancia materna: factor de salud. Recuerdo histórico.2007;30 (3):383-391.
3. Organización Mundial de la Salud. 10 datos sobre la lactancia materna. [Internet] [Consultado 10 sep 2019]. Disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/es/
4. Mínguez Sánchez MJ; Rodríguez Saiz MB. Prevalencia de lactancia materna en España. 2019; 11(1).
5. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Lactancia materna, el mejor inicio para ambos. [Internet] 2017 [Consultado 17 oct 2019]. Disponible en : http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/201701-lactancia-maternamejor-ambos.pdf
6. García-López R. Composición e inmunología de la leche humana. Acta Pediátr Mex [Internet] 2011 [acceso 17 oct 2019];32(4):[223-230]. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2011/apm114f.pdf
7. Actividades de promoción de salud y consejos preventivos. Promoción de la lactancia materna. [Internet] [Consultado 30 oct 2019]. Disponible en: https://si.easp.es/psiaa/wpcontent/uploads/2014/07/promocion_lactancia_materna.pdf
8. Paldró A. Guía de protección, promoción y apoyo a la lactancia materna de la OMS.[Internet]. 2018 [Consultado 30 oct 2019]. Disponible en: https://blog.lactapp.es/guia-proteccion-promocion-apoyo-la-lactancia-materna-laoms-revision-2018/
9. Fernández Brizuela EJ. Promoción de la lactancia materna exclusiva: una necesidad permanente. Medisur [Internet] 2014 [Consultado 1 nov 2019]; 12(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2014000200015
10. La liga de la leche, España. Extracción y almacenamiento de la leche materna. [Internet] [Consultado 1 nov 2017]. Disponible en: http://www.laligadelaleche.es/lactancia_materna/almacenamiento.htm
11. Bustos Lozano G, Flores Antón B. Aspectos prácticos de la extracción, conservación y administración de leche materna en el hogar. 2016;74(7):e149e158.
12. Aguilar J Mª,Romero A, Álvarez E, Álvarez AI, Aragón C, Belda S, et al. Guía de actuación en el nacimiento y la lactancia materna para profesionales sanitarios.

Comité de LM Hospital 12 de Octubre y CS de AP. Madrid: 2011: p.105-108.
13. Extracción manual de la leche materna. Técnica Marmet. [Internet] [Consultado 18 oct 2019]. Disponible en: http://www.enfermeria24horas.es/lactancia-materna/9-extracci%C3%B3nmanual-leche-materna/
14. Valerie J. Flaherman, Henry C. Lee. Breastfeeding" by Feeding Expressed Mother's Milk. Pediatr Clin North Am. 2013; 60(1): 227–246.
15. Wordpress & Mimbo. Cómo usar el sacaleches [Internet]. 2014 [Consultado 28 nov 2019]. Disponible en: http://www.sacaleches.com.es/sacaleches/como-usar-el-sacaleches/
16. Garrido Garcia J. Sacaleches.Cuando y como en lactancia materna. [Internet]. 2014 [Consultado 30 nov 2019]. Disponible en: http://www.mipediatraonline.com/sacaleches-lactancia-materna/
17. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Versión resumida. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco-OSTEBA, 2017. Guías de Práctica Clínica en el SNS. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wpcontent/uploads/2018/12/GPC_560_Lactancia_Osteba_resum.pdf
18. Martínez P. Guía para la Extracción y conservación de leche materna. [Internet] [Consultado 30 nov 2019]. Disponible en: https://www.maternidadcontinuum.com/wpcontent/uploads/2012/02/MCONTINUUM-EXTRACCION-Y-CONSERVACIONLECHE-MATERNA.pdf
19. US Department of Health and Human Services. Office on Women's Health. Breastfeeding: pumping and breastmilk storage. [Internet] [Consultado 30 nov 2019]. Disponible en: https://www.womenshealth.gov/breastfeeding/pumping-and-storing-breastmilk

Capítulo 297

TRATAMIENTOS EFICACES PARA DEJAR DE FUMAR

ANDREA PÉREZ DÍAZ

REBECA AVILA LUSQUIÑOS

TANIA ÁLVAREZ COSTA

ADRIANA MENÉNDEZ FERNÁNDEZ

PATRICIA PALACIOS CARRETERO

1 Introducción

El consumo de tabaco constituye la principal causa de muerte prevenible en los países desarrollados. A pesar de que en nuestro medio cada vez fuma menos gente, la prevalencia del tabaquismo en España continua siendo alta. Según la última encuesta nacional de salud de 2012, el 24% de la población de 15 o más años fuma diariamente (27,9% los hombres y 20,2% las mujeres), mientras que el 53,5% asegura que nunca ha fumado1. Según esta encuesta, Asturias constituye la quinta comunidad autónoma con menor prevalencia de fumadores, con un 21,8% de la población.

En el año 2006, el número de muertes atribuibles al tabaco fueron alrededor de unas 58.500, lo que constituye aproximadamente el 16,15% de los fallecimientos totales.2 La mitad de los fumadores habituales actuales, morirán de forma prematura por una enfermedad causada directamente por el consumo de tabaco.3

Hasta hace poco tiempo, el tabaquismo era un problema que afectaba principalmente a los hombres, sin embargo en los últimos años, se está convirtiendo en un problema que afecta de manera importante a las mujeres. La adicción al tabaco está reconocida como una enfermedad crónica, la cual requiere intervenciones repetidas y múltiples invitaciones al abandono (3,4).

Debido a su gran prevalencia, y a la gravedad que sus consecuencias tienen sobre la salud del fumador y su entorno, nos encontramos ante la necesidad de desarrollar estrategias de prevención y tratamiento, con el reto de que estas alcancen al mayor número de fumadores posible. Actualmente, se dispone de diversos tratamientos para el abordaje del tabaquismo, que pueden ser aplicados en distintos ámbitos (comunitario, sanitario y en la clínica especializada) y distintos formatos (individual, grupal, a distancia en forma de manuales de autoayuda, etc.), sobre los cuales hay evidencia demostrada de su eficacia.

Dentro del sistema sanitario, a pesar de que cualquier ámbito es adecuado para tratar dicho problema, la atención primaria es el elemento de mayor importancia, debido a su accesibilidad.3 Existen múltiples métodos para la deshabituación tabáquica. Sin embargo, la estrategia recomendada desde la atención primaria de salud es conocida como el modelo de las "5 A", en el cual se recogen los 5 puntos claves para tratar la adicción al tabaco de manera efectiva.3

Si bien es cierto que desde el ámbito sanitario pueden llevarse a cabo intervenciones importantes, cualquier política tendente a disminuir el consumo de tabaco entre la población, debe incluir medidas multisectoriales. Y entre éstas, las legislativas ocupan una posición central. El antecedente más reciente en nuestro país es la ley 28/2005 de medidas sanitarias frente al tabaquismo, que entró en vigor el 1 de enero de 2006, y su posterior modificación en 2010 (5). El objetivo de esta ley es disminuir la exposición al humo de cigarrillos en la población y reducir la prevalencia del consumo de tabaco en España (5,6). A pesar de ello, más de la mitad de las personas no fumadoras continúan expuestas al humo del tabaco.7
La estrategia de prevención propuesta por esta ley, recoge el plan formulado por la OMS para hacer retroceder la epidemia del tabaquismo:6
- Vigilar el consumo de tabaco.
- Proteger a la población del humo del tabaco.
- Ofrecer ayuda para el abandono del mismo y advertir sobre los peligros que tiene.
- Realizar prohibiciones sobre la publicidad, promoción y patrocinio del tabaco.

De esta manera la ley recoge una serie de artículos que proponen:(5)

1. Establecimiento de lugares libres de humos: Restaurantes, centro de ocio, salas de fiesta, cine, teatros, parques infantiles, y todo espacio de acceso público y uso público, esté o no al aire libre.
2. Posibilidad de habilitar zonas de fumadores únicamente en hoteles, centros penitenciarios, psiquiátricos y residencias de mayores.
3. Establecimiento de medidas relacionadas con planes de prevención y tratamientos de deshabituación.
4. Restricciones a la publicidad, prohibiendo, por ejemplo, la aparición de personas fumando en la televisión, así como mencionar o mostrar marcas o logotipos en cualquier medio de comunicación.

Los resultados de las evaluaciones de la ley 28/2005, ponen de manifiesto que esta regulación está teniendo un impacto positivo en la protección frente al humo del tabaco en el trabajo y en menor medida en los locales de restauración (6,7). Es importante saber que dejando de fumar, puede reducirse hasta un 50% la probabilidad de sufrir una enfermedad crónica causada por el tabaquismo, y de muerte prematura, aumentando de manera significativa la esperanza de vida.8

El propósito de este trabajo es analizar las estrategias e intervenciones para la prevención y tratamiento del tabaquismo, ya que aunque hay una tendencia a la disminución del número de fumadores, sigue siendo un problema que afecta a muchas personas, ya sea de manera directa o indirecta, y cuya exposición conlleva serios problemas sobre la salud. Este hacho justifica el fortalecer las políticas de prevención y control del tabaquismo con las que invertir la epidemia de muerte por tabaco que sufre nuestro país.

2 Objetivos

Objetivo general:
- Realizar una revisión de los tratamientos para dejar de fumar.

Objetivos específicos:
- Describir los principales tratamientos farmacológicos y no farmacológicos para dejar de fumar.
- Analizar la eficacia de los distintos tratamientos.
- Revisar la efectividad de las intervenciones de enfermería.

3 Metodología

Se realizó una revisión de los tratamientos actuales de primera línea para el tratamiento del tabaquismo y de su eficacia. Para ello, se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica exhaustiva tanto en fuentes primarias como libros y guías de tratamiento, como en fuentes secundarias, a partir de las bases de datos de la literatura científica nacional e internacional: Cuiden, Cochrane Plus, Medline - Pubmed, Scielo, incluyendo las siguientes palabras clave (DeCS):
1. Hábito de fumar – Smoking.
2. Tabaco – Tobacco.
3. Enfermería – Nursing.
4. Educación en salud – Health education.
5. Cese del tabaquismo – Smoking cessation.
6. Enfermería en salud comunitaria – Community health nursing.
7. Eficacia – Efficacy.
8. Atención Primaria de Salud – Primary Health Care
9. Legislación – Legislation.
10. Diagnóstico de enfermería – Nursing Diagnosis.
11. Ansiolíticos – Anti-anxiety Agents.

Como criterios de inclusión/exclusión se dio prioridad a aquellos trabajos con participación enfermera. Para el análisis de la efectividad se incluyeron y revisiones sistemáticas y ensayos clínicos controlados, con asignación aleatoria y grupos de control o de comparación. Para la elaboración teórica, se seleccionaron prioritariamente artículos y libros publicados en los últimos años. Se utilizaron documentos de más antigüedad, por su vigencia y relevancia para el tema.

Como resultado de la búsqueda se seleccionaron un total de 34 trabajos científicos junto con otros documentos encontrados a través de búsqueda primaria en libros y guías como son la Guía clínica del tabaquismo de Fisterra y el libro de Elisardo Becoña Dependencia del tabaco, Manual de casos clínicos.

4 Resultados

Desde finales de los años cincuenta del siglo XX, se ha desarrollado un intenso trabajo de investigación para evaluar la eficacia de los distintos tipos de intervenciones para dejar de fumar. En los últimos años han proliferado las revisiones y metaanálisis sobre la eficacia de las intervenciones disponibles.

Entre el 95% y el 98% de los fumadores que intentan dejar de fumar por sus propios medios y sin ningún tipo de apoyo específico, no consiguen su objetivo(1). Afortunadamente, contamos con un amplio abanico de intervenciones eficaces para el abandono del consumo de tabaco, que pueden incrementar la probabilidad de éxito hasta un 30%: el consejo mínimo sistemático o intervención breve, el tratamiento psicológico, y el tratamiento farmacológico. Existen además procedimientos de menor intensidad en formato de autoayuda (en forma de manual, llamadas telefónicas, programa por correo, televisión, etc.), procedimientos clínicos intensivos y programas comunitarios (3, 8, 16, 19).

A continuación, vamos a hacer una revisión de la eficacia de los distintos tratamientos de primera línea, sobre los que hay suficiente evidencia científica sobre su eficacia y seguridad.

1. Terapia de sustitución de la nicotina (TSN).

De todas las formas comerciales de la TSN, las más eficaces son los parches, seguidos de los chicles de nicotina.(17) Según la guía para el tratamiento del tabaquismo(3), la monoterapia con parches de nicotina tiene una efectividad inferior al tratamiento con Bupropión o Vareniclina.

En una revisión de la Cochrane(11), en la que se identificaron 132 ensayos para conocer la eficacia de la terapia de reemplazo de la nicotina, se obtuvo que la TSN aumenta la tasa de abandono del hábito en un 50% al 70%, independientemente del contexto. Estos efectos fueron en gran medida independientes de la duración del tratamiento, la intensidad del apoyo adicional prestado o el contexto en el cual se ofrecía la TSN. En los fumadores muy dependientes hubo un beneficio significativo con el chicle de 4 mg en comparación con el de 2 mg y una prueba más débil de beneficio con el parche con una dosis mayor. Hubo pruebas de que la combinación de un parche de nicotina con una forma de TSN de suministro rápido fue más efectiva que el uso de un solo tipo. Todas las formas comerciales disponibles de TSN pueden ayudar a las personas que tratan de dejar de fumar a aumentar su probabilidad de éxito. Proporcionar niveles más intensos de apoyo, aunque es beneficioso porque facilita la probabilidad de abandono del hábito, no es esencial para el éxito de la terapia de sustitución de la nicotina.(11)

2. Bupropión.

Dentro de las terapias farmacológicas, los resultados mostraron que el bupropión era más coste-efectivo que la terapia sustitutiva con nicotina, y la combinación de ambos. Así mismo la intervención psicológica es más coste-efectiva que el tratamiento con bupropión.(17) La tasa de abstinencia estimada para el Bupropión

es del 24,2 %.(3,8)
Según una revisión de la Cochrane(12), en la que se incluyeron 53 ensayos, 40 de ellos sobre el Bupropión, cuando éste se utilizó como único tratamiento farmacológico (Odds-Ratio 1,94) se duplicaron las probabilidades de abandonar el hábito de fumar. No hay pruebas suficientes de que agregar bupropión al tratamiento de reemplazo de nicotina proporcione un beneficio adicional a largo plazo. A partir de los datos disponibles, el bupropión parece ser igualmente efectivo y con una eficacia similar al tratamiento de reemplazo de nicotina. El agrupamiento de tres ensayos que comparaban el bupropión con la vareniclina mostró probabilidades inferiores de abandono del hábito con el bupropión.(12)

3. Vareniclina.
Por otra parte, se comparó la terapia con vareniclina y la terapia con bupropión, y se demostró que la tasa de abstinencia a largo plazo era mayor con la vareniclina, siendo por tanto ésta más eficaz que el bupropión.(10)
Según varios estudios, la vareniclina aumenta entre 2 y 3 veces la probabilidad de abandonar el tabaco con éxito a largo plazo, con una proporción mayor que con el bupropión. El 44% de las personas dejaron de fumar con la vareniclina, mientras que con el bupropión esta proporción se reduce al 30%.(14)
Una revisión reciente de la Cochrane, en la que se incluyeron diversos ensayos controlados, comparó la vareniclina con placebo, así como con la terapia sustitutiva de nicotina y bupropión. Con estos datos (14 ensayos y 6166 participantes), se encontró que la vareniclina a dosis estándar aumentó en más de dos veces la probabilidad de abandonar el hábito en comparación con placebo.(14) Las dosis bajas de vareniclina (4 ensayos) casi duplicaron las perspectivas de abandonar el hábito y disminuye el número y la gravedad de los efectos secundarios. El número de personas que dejaron de fumar con vareniclina fue mayor que con bupropión (3 ensayos). La vareniclina puede estar vinculada con el estado de ánimo depresivo, la agitación… sin embargo, hasta el presente, estas asociaciones no han podido ser demostradas ni descartadas.(14)
Finalmente, una revisión que incluyó 86 estudios, en el que se comparó la efectividad y la tasa de abstinencia a los 6 meses en la vareniclina, el bupropión y la TSN, comparada con placebo, se obtuvo que con la vareniclina, la tasa de abstinencia es del 33,2%, con el bupropión desciende hasta un 24,2% y con la terapia sustitutiva de nicotina (parches) la tasa de abstinencia es del 23,4%.(14)

Según ciertos estudios, el abordaje más efectivo del tabaquismo requiere un tratamiento multicomponente, los cuales se han mostrado como los más eficaces para ayudar a los fumadores a abandonar el consumo de tabaco. Con el

tratamiento farmacológico se puede conseguir hasta un 15-30% de abstinencia al cabo de un año. Si a esto se le añade una intervención psicológica-conductual, la eficacia a corto y largo plazo aumenta de manera significativa.(3,8)

Eficacia terapias conductuales:
1. Eficacia del consejo.
Dentro de los tratamientos conductuales, el consejo breve está considerado como una intervención altamente coste-efectiva(17). El consejo mínimo sistemático, o consejo breve, es un procedimiento que se utiliza ampliamente en atención primaria. Este tipo de intervención consigue un 2,5% más de abandonos que si no se realiza ninguna intervención(8). Distintos ensayos y revisiones sitúan su eficacia media en el 5%(16). Esta cifra, que no parece muy elevada, al conseguir llegar a la mayor parte de la población fumadora, el número absoluto de fumadores que abandona el tabaco resulta muy grande(16).
Una revisión de la Cochrane analizó 41 ensayos sobre el asesoramiento o consejo para dejar de fumar, realizado desde atención primaria y hospitales. Esta revisión encontró que la una eficacia media para el consejo breve, con un seguimiento mínimo de seis meses, se situaba entre el 3% y el 6%.(25)

2. Tratamientos multicomponente.
De todas las intervenciones conductuales, los tratamientos psicológicos multicomponentes se han mostrado como los más eficaces para ayudar a los fumadores a abandonar el consumo de tabaco, cuando se han aplicado tanto en contextos especializados como en la Atención Primaria.(16,17) Las investigaciones que verifican la eficacia de los programas multicomponentes son numerosas y las tasas de abstinencia a los doce meses de seguimiento se sitúan entre el 22% y el 76% (9,23). En España, Vázquez y Becoña revisaron 14 estudios con tratamientos para dejar de fumar que utilizaron estrategias conductuales intensivas y que presentaban seguimientos a los 2-6 años. Los resultados de esta revisión muestran una eficacia alta para todas las intervenciones, con una eficacia media a los 12 meses del 35% y superior al 24% a los 24-72 meses.
Por tanto, los programas multicomponentes se pueden considerar hoy en día como tratamientos bien establecidos. La cuestión es que existen muchas variantes en cuanto a las técnicas o componentes incluidas en estos paquetes de tratamiento, existiendo menos investigación disponible sobre la eficacia diferencial de las técnicas aplicadas aisladamente. Lo que sí parece claro es que, en conjunto, muestran mayor proporción de cesaciones cuando se les compara con la autoayuda, el consejo breve, la lista de espera o la terapia de sustitución de

la nicotina.(22) Hay algunos programas multicomponentes que combinaron el tratamiento psicológico y los sustitutivos de nicotina, con resultados distintos. Aunque en ocasiones parece que el uso de TSN incrementa la proporción de cesaciones(3,8), otros estudios muestran que tal incremento no se produce(17), lo cual ha llevado a pensar, que la combinación de un procedimiento psicológico conductual y una TSN no indica un mejor resultado que la sola utilización del procedimiento conductual.

3. Eficacia de los procedimientos de autoayuda.
En formato de autoayuda los resultados son algo inferiores a los del formato clínico, pero excelentes para este tipo de intervenciones, con unas tasas de abstinencia informadas, al año de seguimiento que oscilan entre el 12 y el 30% (3,9).
En una revisión de la Cochrane (20) en la que se incluyeron 60 ensayos, se concluyó que los materiales estándar de autoayuda pueden aumentar las tasas de abandono alrededor de un 20% cuando se comparan con ninguna intervención. Hay evidencias, que los materiales que se adaptan para los fumadores son más eficaces que los materiales estándar o no personalizados. No se encontraron pruebas de que éstos tengan un beneficio adicional cuando se utilizan junto con otras intervenciones como el asesoramiento de un profesional de la atención sanitaria, o el tratamiento de reemplazo de nicotina(20). Los resultados de una revisión de la Cochrane que incluyó 21 ensayos sugiere que algunas intervenciones llevadas a cabo a través de este medio pueden ser efectivas, especialmente si la información está adecuadamente personalizada y se aseguran los contactos frecuentes.(19,27) En un estudio con seguimiento a corto plazo de una intervención personalizada a través de Internet entre un grupo de estudiantes de la universidad de Minnesota , An et al(28), observaron que un 41% de los participantes en el programa se mantenían una abstinencia continuada de 30 días frente a un 23% del grupo control.(28) Otros estudios mostraron una mayor efectividad a los 12 meses de seguimiento de una intervención intensiva que incluía dos vías de contacto (internet y móvil) frente a un folleto de autoayuda, tanto sin el uso de TSN (20% frente a 7%), como con el ofrecimiento en ambas condiciones del uso de TSN (22,3% frente a 13,1%).(29)

4. Eficacia del consejo telefónico.
En el estudio realizado por Motillo, se hizo un análisis de los diferentes tipos de abordajes psicológicos, incluido el consejo telefónico. En el estudio se incluyeron 26927 pacientes, y se obtuvo que el consejo telefónico tiene un odds-ratio de 1,58.(23)
Por otra parte, en la evaluación del consejo telefónico realizada por Becoña et al.,

se concluye que tiene la misma odds-ratio que los procedimientos de autoayuda (OR= 1,2), con un nivel de abstinencia medio a los seis meses del 13.1%.(9)
En una revisión de la Cochrane(21) en la que se incluyeron 48 ensayos, se pretendía evaluar el efecto del apoyo telefónico proactivo y reactivo para ayudar a los fumadores a abandonar el hábito. Se concluyó que el asesoramiento telefónico proactivo ayuda a los fumadores interesados en abandonar el hábito de fumar. Comparados con los fumadores que solamente tienen un único contacto con la línea de abandono, y se les envían materiales de autoayuda o reciben asesoramiento breve, los que se asignaron a una o más llamadas telefónicas presentan una probabilidad de abandonar el hábito de cerca del 50%. En varios ensayos, las tasas de abandono oscilaban entre el 12% (17% cuando se ofreció terapia de reemplazo de nicotina) al 21%.(21)

5. Eficacia de los programas comunitarios y medios de comunicación.
En una revisión de la Cochrane en la que se evaluó la efectividad de las intervenciones comunitarias para disminuir la prevalencia del tabaquismo, se analizaron 32 estudios y se obtuvo que pueden producir una disminución en torno al 3%. Así mismo, se obtuvo que los estudios de mayor tamaño no han sido capaces de detectar un efecto sobre la prevención del tabaquismo.(30,31)
Dentro de las intervenciones comunitarias, existen las competiciones "Quit and win". Para evaluar la repercusión de estos programas, se valoró la tasa de abandono lograda por los participantes, en la que se demostró que dichas intervenciones tienen una tasa de abandono a los 12 meses que oscila entre el 8% y el 20%.

Entre las medidas fundamentales utilizadas para fomentar la prevención y control del tabaquismo, destacan campañas masivas destinadas a informar y sensibilizar a la población a través de la educación sanitaria en el medio escolar, estableciendo programas educativos destinados a prevenir el consumo de tabaco, deteniendo o retrasando la conducta de fumar en los adolescentes y el consejo anti-tabaco impartido en el marco asistencial.(4,34,41) Es importante saber que en los jóvenes, las intervenciones para el abandono del tabaquismo tienen menos eficacia que en los adultos, es por ello que se deben cuidar ciertos detalles en las entrevistas, como la privacidad y la confidencialidad.(8)

Distintos ensayos y revisiones han mostrado los beneficios potenciales del consejo o del asesoramiento sobre el abandono del hábito de fumar de las enfermeras a los pacientes en cualquier contexto(32), y específicamente de las intervenciones de las enfermeras de familia.(42,43)

En una revisión de la Cochrane sobre las intervenciones de enfermería para abandonar el tabaquismo, en la que se incluyeron 42 estudios, con más de 15.000 participantes, se halló que el asesoramiento y el apoyo a cargo del personal de enfermería podrían aumentar el éxito para que las personas dejen el hábito de fumar, especialmente en el contexto hospitalario. Los consejos y estímulos similares brindados por las enfermeras durante los controles de salud o en las actividades de prevención parecen ser menos efectivos, pero aún pueden lograr cierto impacto.(32)

A partir de dichos estudios se puede decir que los fumadores que reciben asesoramiento de un profesional de enfermería tienen una mayor probabilidad de abandonar el hábito de fumar en comparación con los fumadores sin intervención.(32)
Esto sugiere que los profesionales de enfermería pueden tener un "rango de oportunidad" importante para intervenir o al menos para introducir la noción de no continuar con el consumo de tabaco. Así mismo, los resultados de esta revisión indican los beneficios potenciales de las intervenciones que las enfermeras brindan a sus pacientes.(32)

Actualmente, el desafío será incorporar intervenciones para el abandono del hábito de fumar como parte de la práctica habitual, para que todos los pacientes tengan la oportunidad de responder acerca del consumo de tabaco y de recibir consejos para dejar de fumar junto con un refuerzo y un seguimiento.(41) Entre las barreras que habitualmente se informan para llevar a cabo intervenciones de este tipo, se encuentran la falta de tiempo, la insuficiente formación y entrenamiento en técnicas de deshabituación tabáquica o no considerar estas actividades como parte de sus rutinas diarias.(45) La intervención de la enfermera de Atención Primaria en tabaquismo, concretamente mediante la Educación para la salud, es una de las herramientas fundamentales para ayudar a nuestros pacientes a dejar de fumar y puede suponer una oportunidad de mejora profesional potenciando el aspecto preventivo y de promoción de la salud, en el ámbito asistencial.

5 Discusión-Conclusión

El consumo de tabaco contribuye notoriamente a la mortalidad en España. El impacto que éste hábito tiene en nuestra sociedad representa una carga inaceptable. Es por ello que se hace preciso establecer y fortalecer las estrategias de prevención y control del tabaquismo. Por suerte, cada vez más, disponemos de

distintos procedimientos efectivos para ayudar a los fumadores no sólo a dejar de fumar, sino a que lo hagan para siempre. Tal y como ha puesto de manifiesto la revisión realizada en este trabajo, tanto los tratamientos conductuales como los tratamientos psicológicos son eficaces en ayudar a las personas a dejar de fumar.

También se sabe que los tratamientos farmacológicos incrementan su eficacia si a los mismos se les añade consejo conductual o tratamiento psicológico.(46) En cambio no existe ninguna evidencia de que la combinación de un tratamiento conductual para dejar de fumar al que se le añade un fármaco para el abandono incremente la eficacia del tratamiento psicológico.(17)

Una vía para conseguir reducir la prevalencia de fumadores es potenciar el papel de las enfermeras de familia en el tratamiento de fumadores. En ese sentido, se ha puesto de manifiesto como la Atención Primaria ocupa una posición privilegiada para intervenir, constituyendo un puente entre la perspectiva comunitaria (que prima la accesibilidad a amplias poblaciones fumadores) y la perspectiva clínica (que favorece la implantación de los tratamientos que han demostrado ser eficaces en contextos especializados). Para incrementar la efectividad de las intervenciones enfermeras, se hace preciso desarrollar programas integrados que incluyan la valoración del estado de fumador de todas personas que acuden a las consultas de los centros de salud, la evaluación de la disposición de los fumadores para el abandono del hábito, la disponibilidad de distintas alternativas de tratamiento adaptadas a las características del fumador, y la intervención en ámbitos comunitarios con programas de prevención del inicio del consumo (especialmente entre los adolescentes) y la puesta en marcha de campañas para motivar el cambio entre los fumadores.

Dentro de los tratamientos farmacológicos, las terapias de sustitución de la nicotina, están considerados fármacos de primera línea. Por su seguridad, coste y fácil manejo, es una alternativa de tratamiento que, combinada con otras intervenciones conductuales, pueden manejar las enfermeras en aquellos casos que lo precisen. Otros medicamentos eficaces son el bupropión y la vareniclina. Ambos, a pesar de no estar financiados en España, requieren prescripción y supervisión médicas.

A pesar de los avances de los últimos años en los tratamientos para dejar de fumar, con procedimientos tanto de carácter psicológico como farmacológico, todavía queda un largo camino por recorrer para lograr ayudar a todo fumador que nos demande ayuda para dejar el tabaco.

Entre los retos planteados de cara la futura están el problema de la recaída y la intervención sobre grupos concretos de población.

En el primer caso, sabemos que el proceso de la recaída constituye un hecho frecuente en el tratamiento de fumadores. Por eso, los programas deben incluir estrategias para mejorar la eficacia a largo plazo de los mismos. Las técnicas conductuales, junto con el seguimiento prolongado en consulta durante los primeros meses, pueden favorecer el mantenimiento de la abstinencia.

Respecto a los grupos especiales, los jóvenes, los adolescentes y las personas con trastornos mentales, constituyen poblaciones donde la prevalencia del consumo es más elevada y la eficacia de los tratamientos más reducida.
En ambos casos se abren vías de investigación para mejorar la eficacia de las intervenciones.

Como conducta aprendida e influenciable que es, muchos de los fumadores pueden verse beneficiados por las intervenciones que aumentan la motivación y facilitan el cambio. Este tipo de intervenciones, son las que deberían realizarse sistemáticamente por la enfermera desde la red de atención primaria o especializada. Es la propia enfermera, la que además de ofrecer información y material de autoayuda, debe realizar el seguimiento del paciente a lo largo del proceso de deshabituación.

6 Bibliografía

1. http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2011/encuestaResDetall2011.htm
2. http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v33n1/original2.pdf
3. http://www.xchsf.com/pdf/noticies/2010/Fiore%20guia_tabaquismo_v_espanola[1].pdf
4. http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/PROTOCOLO/protabac439102009103337.pdf
5. http://www.mspsi.es/ciudadanos/proteccionSalud/tabaco/docs/Doc_informativo_modificacion_Ley_28_2005.pdf
6. http://scielo.isciii.es/pdf/gs/v23n2/editorial.pdf
7. http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v83n6/colaboracion4.pdf
8. http://www.fisterra.com/guias-clinicas/guia-tabaquismo/
9. Becoña Iglesias E, Míguez Varela M.C, Fernández del Río E, López Durán A. El tratamiento psicológico de los fumadores. En: Becoña E, coordinador. Dependen-

cia del tabaco. Manual de casos clínicos. Madrid: Sociedad Española de Psicología Clínica, Legal y Forense; 41-58.
10. http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-73482008000200007&script=sci_arttext
11.http://summaries.cochrane.org/es/CD000146/terapia-de-reemplazo-de-nicotina-para-el-abandono-del-habito-de-fumar
12. http://www.updatesoftware.com/BCP/BCPGetDocument.aspDocumentID=CD000031
13. http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/007439.htm
14. http://www.bibliotecacochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=%206527438&DocumentID=CD006103
15. Coe J.W, Brooks P.R, Vetelino M.G. Varenicline: an alpha 4 Beta 2 nicotinic receptor partial agonist for smoking cessation. J Med. Chem. 2005; 48: 3474-3477.
16. http://www.elsevier.es/en/node/2030952
17. http://www.cibir.es/ficheros/infodrogas/biblio/son_eficientes.pdf
18. http://www.uhu.es/publicaciones/ojs/index.php/amc/article/view/1315/1785
19. http://www.adicciones.es/files/211-216%20Latinoamericana%203.pdf
20. http://www.update-software.com/BCP/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD001118
21. http://www.bibliotecacochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID%206765341&DocumentID=CD002850
22. http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13154405&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=40&ty=59&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=40v36n07a13154405pdf001.pdf
23.http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/30/6/718.full.pdf+html
24. http://www.bibliotecacochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=%206765341&DocumentID=CD004986
25. http://www.update-software.com/BCP/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD000165
26. Gil-Roales, J. Guía de tratamientos eficaces en el tabaquismo. En M. Pérez, J.R. Fernández, C. Fernández e I. Amigo, coordinadores. Guía de tratamientos psicológicos eficaces. Madrid: Pirámide; 2003. pp. 287-353.
27. http://summaries.cochrane.org/CD007078/can-internet-based-interventions-help-people-to-stop-smoking_
28. http://www.jmir.org/2008/5/e51/
29. http://www.bibliotecacochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=%206765341&DocumentID=CD001745

30. http://www.update-software.com/PDF-ES/CD004307.pdf
31. http://www.bibliotecacochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=%206765341&DocumentID=CD001188
32. http://www.ulceras.net/publicaciones/guiatabaquismo.pdf
33. http://www.archbronconeumol.org/es/recomendaciones-el-tratamiento-farmacologico-del/articulo/13119541/
34. Prochaska J.O, Velicer W.F, Di Clemente C.C, Rossi J.S, Goldstein M.G, Marcus B.H, et al. Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviors. Health Psychol. 1994; 13: 39-46.
35. Prochaska J.O, Di Clemente C.C. (1983). Stages and process of self-changes of smoking: toward an integrative model of change. J. Consult. Clin. Psychol. 1983; 51: 390-395.
36. http://www.update-software.com/PDF-ES/CD004492.pdf
37. Johnson M, Bulechek G, Butcher H, Dochiterman J.M, Maas M, Moorhead S, et al. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC: Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. 2ªed. Madrid: Elsevier; 2008.
38. http://www.fac.org.ar/ccvc/llave/c033/villar.php
39. Lozano Polo A. Atención de enfermería frente al tabaquismo. EFC. 2013; 1 (2): 56-65.
40. Hollis J.F, Lichtenstein E, Vogt T.M, Stevens V.J, Biglan A. Nurse-assisted counseling for smokers in primary care. Ann. Intern. Med. 1993; 118(7): 521-525.
41. Canga N, De Irala J, Vara E, Duaso M.J, Ferrer A, Martínez-González M.A. (2000). Intervention study for smoking cessation in diabetic patients. Diabetes Care. 2000; 23(10): 1455-1600.
42. Svavarsdóttir M.H. Participation of Icelandic nurses in smoking cessation counseling. J. Clin. Nurs. 2008;17(10): 1335-1341.
43. Sarna L, Bialous S.A, Wells M, Kotlerman J, Wewers M.E, Froelicher E.S. (2009). Frequency of nurses' smoking cessation interventions: report from a national survey. J. Clin. Nurs. 2009; 18(14): 2066-2077.

Capítulo 298

MORDEDURA DE PERRO EN MUJER DE 45 AÑOS.

NAZARET NAVAS CRESPO

ANA ROSA BLANCO SANCHEZ

TAMARA MARIA NAVAS CRESPO

1 Introducción

La mayoría de mordeduras que presentan los humanos son causadas por el perro (85%-90), este tipo de agresiones son temidas debido a la posibilidad de que se produzca infección ya que en la cavidad oral de los perros existe flora polimicrobiana abundante con bacterias de todo tipo.

Una mordedura de perro se considera tetánigena de por sí, con riesgo de tener consecuencias fatales para la víctima si no se trata correctamente y se administra la inmunización propia del tétanos si es necesario. Las lesiones provocadas por mordedura de perro pueden ser: abrasiones, heridas punzantes y laceraciones con o sin avulsión. En algunos casos son mortales.

2 Objetivos

Objetivos de la enfermera:

• Aliviar el dolor.
• Disminuir el riesgo de infecciones.

• Evitar complicaciones agudas y tardías.
• Acortar el tiempo de la cicatrización de las heridas.
• Identificar las posibles complicaciones según el agente causal, grado y zona de lesión.
• Ofrecer tratamiento integral de la mordedura.
• Lograr la recuperación funcional de los miembros afectados
• Ofrecer calidad en los cuidados de enfermería.
• Conseguir resultado estético satisfactorio.

3 Caso clínico

Mujer de 45 años que acude a su centro de salud, por haber sufrido una mordedura del perro de su vecino hace 24 horas. Al retirarle la venda que trae puesta se se objetivan 3 heridas inciso-contusas dos en el lateral interno y otra en lateral externo de la pantorrilla derecha.
La piel perilesional se ve eritematosa y con aumento de temperatura y las heridas están cavitadas, aproximadamente 1.5 cm de profundidad y con lecho de ambas heridas con fibrina. La paciente refiere estar correctamente vacunada del tétanos y que el perro tenía su cartilla de vacunación al día.

Protocolo de actuación:
• Abundante lavado con agua destilada, fomentos de 15 minutos con antiséptico: surfactante de betaína y 0,1 % de polihexanido (Prontosán)
• Con ayuda de pinzas se inserta de manera insinuada dentro de las cavidades apósito antimicrobiano de hidrofibra extraadsorbente con plata
• Se cubre la herida con apósito secundario de espuma más vendaje multicapa.
• Se aconsejó a la paciente que hiciera reposo con la extremidad elevada para disminuir el edema asociado a la herida.
• Se pauta antibiótico vía oral durante una semana (amoxicilina-clavulánico 875 mg),
• Se revisó el calendario vacunal. Está correctamente vacunada tétanos-difteria, por lo que no se administró ninguna dosis.
• La cura a los 5 días, se objetiva que pierna con menos edema y la piel perilesional menos eritematosa.
• En la tercera semana la paciente muestra las heridas epitelizadas y sin edema en extremidad
• El tratamiento postcicatrización: se le recomienda crema humectante y protección solar total

4 Discusión-Conclusión

El tratamiento de una mordedura por perro requiere continuidad en el cuidado y una valoración no solo de la herida, se ha de prestar atención a todos los signos y síntomas que supongan una disfunción neurovascular. La enfermera como administradora de cuidados ha de realizar educación sanitaria acerca de los peligros que puede suponer este tipo de heridas y dar los mejores consejos para una rápida curación. La implicación del paciente en el tratamiento y prevención de complicaciones, es fundamental para la buena evolución

5 Bibliografía

1. Mordeduras de animales. Nota descriptiva nº 373. Febrero 2013. Organización Mundial de la Salud. [acceso 15 septiembre 2014]. Disponible en http://www.whoint/mediacentre/factsheet/fs373/es/
2. Palacio Jorge, León Marta, García-Belenguer Sylvia. Epidemiological aspects of dog bites. Gac Sanit [revista en la Internet]. 2005 Feb [citado 2015 Ago 24]; 19(1): 50-58.

Capítulo 299

MANEJO DE LA GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA.

LETICIA MÉNDEZ LÓPEZ

LARA RODRÍGUEZ ÁLVAREZ

1 Introducción

La sonda de gastrostomía endoscópica percutánea o PEG (siglas en inglés) es una forma eficaz de administrar nutrición de forma enteral a pacientes que por diferentes motivos (tumores, enfermedades neurodegenerativas,…) no pueden hacerlo de forma convencional, es decir, por la boca. Este método consiste en la inserción quirúrgica de un tubo no rígido, normalmente de silicona, en el estómago a través de un pequeño orificio realizado mediante técnica quirúrgica en la pared abdominal.

Este tipo de sonda permite, al igual que la nasogástrica, cubrir las necesidades nutricionales, hídricas y farmacologíacas del paciente pero con mayor número de ventajas y menores complicaciones que la última. No obstante, el personal de enfermería debe tener en cuenta una serie de cuidados a la hora de la manipulación de la sonda PEG para evitar posibles problemas potenciales como infecciones del estoma, obstrucción de la sonda, etc., así como ser capaz de dar una enseñanza al paciente y la familia para que sean ellos mismos los encargados de poder satisfacer las necesidades nutricionales, hídricas y farmacológicas en caso de que sea necesario que se vaya a su domicilio portando la PEG.

2 Objetivos

- Analizar si existen diferencias respecto al manejo de la sonda de gastrostomía endoscópica percutánea por parte del personal de enfermería.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en la base de datos PubMed empleando las palabras clave "nursing cares", "percutaneous endoscopic gastrostomy", "tube PEG",
"nutrition", "enteral", "complications".
También se ha consultado la página web de la Federación Española del Aparato Digestivo (FEAD), así como diferentes revistas de ámbito sanitario.

4 Resultados

Tras la revisión de la narrativa encontrada, se ha visto que existen múltiples coincidencias en las pautas a seguir para el manejo de la gastrostomía endoscópica percutánea (PEG) en cuanto a la administración de alimentación y de medicación y en las curas a realizar del estoma.

Todos ellos coinciden y recalcan en la importancia de mantener una buena higiene de manos antes y después de la manipulación de la sonda así como en el uso de guantes.
Respecto al procedimiento descrito para llevar a cabo la alimentación se pueden dar dos casos:

- si es mediante bolos: se deben instilar 50 mL de agua antes y después de los bolos de nutrición, colocar al paciente con la cama a 45º y dejarlo así 1 hora después tras la toma para evitar posibles broncoaspiraciones.
- si la infusión es continua: se debe detener la bomba momentaneamente (se pondrá en la opción de pausa) para la instilación de agua (que será también de 50 mL) y la posición del paciente será de 45º al igual que la anterior, pero en este caso esta postura se mantendrá continuamente ya que se está infundiendo nutrición durante las 24 horas del día (en algunas ocasiones se respetan las horas de sueño)

En cuanto a la medicación: se debe triturar y dar junto con 10 mL de agua (nunca comprimidos enteros por riesgo de obstrucción), utilizar una luz diferente a la

usada para la alimentación, administrar primero densidades más liquidas y luego las densas y por último limpiar la sonda con agua para que no queden restos.

Sobre las similitudes observadas en relación con la cura del estoma, todos coincidían en que la cura debe ser diaria (al menos durante las primeras semanas), se debe rotar la PEG 360º para evitar posibles adherencias, comprobar que la medida marcada en el punto de inserción es siempre la misma, en caso de tener balón interno como sujeción, valorar el nivel de agua con el que está hinchado, secar bien el estoma con ayuda de gasas y limpiara la sonda por fuera con agua y jabón. En cuanto al recambio de la sonda, varios artículos difieren respecto al intervalo de tiempo siendo en unos de 4-6 meses y de hasta un año en otros

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión final al trabajo realizado, se puede afirmar que, tras la lectura llevada a cabo de diferentes artículos, el manejo de la gastrostomía endoscópica percutánea (PEG) está muy protocolarizado ya que se han visto infinidad de similitudes entre las diferentes fuentes consultadas, varias de ellas protocolos implantado en diferentes hospitales de España.

Los cuidados más importantes para evitar las complicaciones son la limpieza y desinfección diaria del estoma, la rotación del tubo para evitar adherencias y el lavado tras la administración de nutrición o medicación (siempre triturada y diluida en agua). Se debe mantener cerrada siempre que no se esté introduciendo nada al estómago.
También se puede apreciar que sus cuidados son muy básicos y sencillos, lo que posibilita que los propios pacientes y sus familias sean capaces de manipularla en sus domicilios en los casos que sea necesario que estos se vayan portando la sonda y reduciendo de esta forma la estancia innecesaria en los hospitales.

Se puede destacar también, aunque no era objeto de estudio de este trabajo, las numerosas ventajas que supone la PEG frente a la sonda nasogástrica (SNG) convencional. Entre las múltiples se pueden citar varias como por ejemplo los menores problemas estéticos y psicológicos de la primera respecto a la segunda, menor número de lesiones en el esófago y en la nariz tanto para su colocación (la cual resulta muy cruenta) como después.

6 Bibliografía

1.Federación española del Aparato Digestivo (FEAD). https://www.saludigestivo.es/pruebas-diagnosticas/gastrostomia-endoscopica-percutanea/#complicaciones-y-cuidados
2.Prado. Cuidados del paciente con gastrostomía endoscópica percutánea, Metas de enferm, [Internet]. Oct 2009; 12(8): 50-53.
3.Lucendo, A. Friginal-Ruiz, AB. Percutaneous endoscopic gastrostomy: An update on its indications, management, complications, and care. Rev Esp Enferm Dig (Madrid) Vol. 106, N.º 8, pp. 529 - 539, 2014. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/diges/v106n8/revision.pdf
4.Olalla MA. Manejo de gastrostomías en Atención Primaria. Semergen Med gen/fam [Internet]. 2008 [Citado 10 Feb 2020]; 34(4): 177-182. Disponible en: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1138359308718768
5.Pereira Bravo JG, Ide E, Kondo A, Hourneaux de Moura DT, Hourneaux de Moura ET, Sakai P. percoutaneous endoscopic versus surgical gastrostomy in patients with benign and malignant diseases: a systematic review and meta-analysis. Clinics [Internet]. 2016 [Citado 31 Feb2020]; 71(3): 169-178. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/clin/v71n3/1807-5932-clin-71-03-169.pdf
6.. Ruiz Morán E, Robles Amar J, Rodríguez MJ. Actuación de enfermería en la gastrostomía endoscópica percutánea (GEP). Disponible en: http://www.aegastro.es/sites/default/files/recursos_enfermeria/07_PE_Gastrostomia_endoscopica_percutanea.pdf

Capítulo 300

EVIDENCIA EN LAS DIFERENTES OPCIONES ANALGÉSICAS EN PEDIATRÍA.

PAULA DOPICO MAGADÁN

1 Introducción

El dolor se define como "una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con una lesión real o potencial", y puede estar presente desde el momento del nacimiento.

Muchas de las técnicas que se realizan en los pacientes pediátricos, como vacunaciones, analíticas o la punción del talón, les causan dolor y malestar, por lo que los profesionales de enfermería nos vemos en la obligación de conocer los diferentes métodos analgésicos que podemos aplicar.

2 Objetivos

- Describir los métodos de analgesia farmacológica y no farmacológica disponibles para utilizar durante procedimientos dolorosos en pediatría.

3 Metodología

Para realizar el siguiente capítulo se llevó a cabo una búsqueda sistemática en diferentes medios y bases de datos como Pubmed, Scielo, Medline. También se

consultaron temarios y guías usando las palabras clave: analgésico, dolor, pediatría.
Se eligieron los artículos más recientes y de mayor interés. Y de ellos se sustrajo información pertinente.

4 Resultados

La analgesia durante los procedimientos dolorosos en pacientes pediátricos puede ser farmacológica, con la aplicación de anestésicos tópicos locales, o no farmacológica, que es quizás el grupo menos conocido.
Entre los métodos de analgesia no farmacológica (ANF) se encuentran la contención (válida para lactantes y niños pequeños, recomendación B, nivel de evidencia I), la distracción (mayores de 3 años, recomendación B, nivel de evidencia I), la succión no nutritiva (lactantes, recomendación B, nivel de evidencia I), la sacarosa oral (recomendación A, nivel de evidencia I), el piel con piel (recién nacidos, recomendación A, nivel de evidencia I) y el amamantamiento (recomendación A, nivel de evidencia I), que junto con los dos anteriores es uno de los métodos que han demostrado mayor eficacia.

En el caso concreto de las vacunas, la técnica de inyección es una parte importante a la hora del control del dolor. Ésta debe ser lo más rápida posible, con la aguja ya montada sobre la jeringa y sin aspirar. Igualmente, siempre que sea posible, se escogerá la marca comercial menos dolorosa y en caso de que coincidan diferentes vacunas el mismo día se aplicará en último lugar la más dolorosa.

Dentro de las actuaciones que se desaconsejan se incluye el mentirles diciendo que no les va a doler o la realización de la técnica estando el niño en decúbito supino. Así mismo, los analgésicos orales previos a la técnica tampoco parecen suponer una diferencia en cuanto a control del dolor.

5 Discusión-Conclusión

Para todo profesional que trate con pacientes pediátricos es importante conocer las diferentes opciones analgésicas y poder basar nuestras decisiones no solo en los recursos disponibles y la edad del niño, si no también en la evidencia científica. En general, las medidas que se recomiendan son sencillas de implementar y presentan un bajo coste.

6 Bibliografía

- Taddio, A, Appleton, M, Bortolussi, R, Chambers, C, Dubey, V, Halperin, Set al. (2010). Reducing the pain of childhood vaccination: an evidence-based clinical practice guideline (summary). CMAJ : Canadian Medical Association Journal, 182(18), 1989–1995.
- García Sánchez, N; Merino Moína, B; García Vera, C; Lacarta García, I; Carbonell Muñoz, L; Pina Marqués, B et al. (2015). Alivio del dolor y el estrés al vacunar. Síntesis de la evidencia. Recomendaciones del Comité Asesor de Vacunas de la AEP. Rev Pediatr Aten Primaria; 17:317-27.
- Shah P.S., Herbozo C., Aliwalas L.L., Shah VS. (2012) Breastfeeding or breast milk for procedural pain in neonates. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 12.
- Stevens B, Yamada J, Lee GY, Ohlsson A. (2013) Sucrose for analgesia in newborn infants undergoing painful procedures. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 1.
- Merino Moína M. (2015) Alivio del dolor al vacunar. Jornadas de vacunas AEP.
- Malmierca Sánchez, F; Pellegrini Belinchon, J & Malmierca, AJ (2008). Valoración del dolor en Pediatría. Pediatría integral.
- Saitua Iturriaga, G; Aguirre Unceta-Barrenechea, A; Suárez Zárate, K; Zabala Olaechea, I; Rodríguez Núñez, A & Romera Rivero, MM (2009). Efecto analgésico de la lactancia materna en la toma sanguínea del talón en el recién nacido. Anales de Pediatría.
- García Sánchez N; Merino Moína M; García Vera C; Lacarta García I; Carbonell Muñoz L; Pina Marques B et al. (2015). Alivio del dolor y el estrés al vacunar. Síntesis de la evidencia. Recomendaciones del Comité Asesor de Vacunas de la AEP. Rev Pediatr Aten Primaria. 17:317-27.
- Soriano FJ (2010). Analgesia no farmacológica: necesidad de implantar esta práctica en nuestra atención a recién nacidos y lactantes ante procedimientos dolorosos. Evid Pediatr. 6:72.

Capítulo 301

PLAN DE CUIDADOS DE UN PACIENTE EN LA UNIDAD DE TRATAMIENTO DE TOXICOMANÍAS.

LUCIA MARTÍNEZ PÉREZ

1 Introducción

En los años 70 y hasta 1983 la dependencia a la heroína era tratada por asistencia médica del sector privado, con programas o "pseudoprogramas" de mantenimiento con metadona mediante prescripción de recetas. Esto hizo que la metadona circulase en un mercado negro.

En el año 1983 el Ministerio de Sanidad y Consumo estableció la primera normativa relativa a la prescripción, uso y dispensación de metadona; con el fin de terminar con el mercado ilícito de la metadona, pero los recursos fueron escasos y se crearon largas esperas.

En el año 1985, como respuesta del Gobierno al grave problema sanitario y social del consumo de drogas se crea el Plan Nacional sobre Drogas; se introdujeron varios cambios, como la necesidad de una orden médica para la dispensación que pasa a ser "in situ" y hacer una valoración global (física, psíquica, familiar, laboral y social) del toxicómano. También se comienzan a firmar los contratos terapéuticos, donde se reflejan la dosis y el tiempo de duración del programa.

En el año 1996 se modifica la normativa, ampliando los potenciales prescriptores (médicos de atención primaria, médicos privados…) y los lugares de dispensación (centros de salud mental, hospitales, farmacias…).

Las unidades de tratamiento de toxicomanias nacen con unas funciones claras, que son:
- Mejorar la calidad de vida de los usuarios.
- Motivar al cambio.
- Favorecer el proceso de integración y reinserción social.
- Disminuir los riesgos (evitar la vía EV).
- Reducir o disminuir el consumo de opiáceos ilegales.
- Evitar accidentes (sobredosis) en los adictos al administrarse vía oral y a dosis controladas.
- Fomentar el contacto con los servicios sanitarios y la ayuda social.
- Reducir las conductas de carácter antisocial asociadas al consumo de heroína.

Las actividades que se realizan en la unidad son:
- Preparación y dispensación de dosis.
- Derivación de pacientes a otros centros, así como recibir derivaciones de otros centros.
- Coordinación con las farmacias dispensadoras de metadona.
- Realizar recogida de datos básicos y valoración de enfermería.
- Efectuar los diagnósticos de Enfermería a partir de los problemas de salud detectados en la valoración.
- Entrevista con terapeuta de referencia.
- Coordinaciones con centros de salud mental.
- Recogida de muestras de orina.
- Observar signos y síntomas de sobredosis o abstinencia.
- Intervenir en situaciones de crisis.
- Evaluación de la demanda que formula el paciente usuario y/o familia.
- Revisar y potenciar las fuentes de apoyo social del usuario y de la familia que le puedan proporcionar ayuda emocional y/o material, ofreciéndole información de las posibilidades existentes.
- Educación para la salud y prevención de conductas de riesgo (ej: uso del preservativo).
- Responsabilizarse de las tareas administrativas que se deriven de sus funciones.
- Participar en las reuniones de coordinación con los diferentes dispositivos de atención a la salud mental.

2 Objetivos

Objetivo general:

- Realizar un plan de cuidados para un paciente en tratamiento con sustitutivos a la droga.

Objetivos específicos:

- Motivar al cambio de las conductas adictivas.
- Aportar al equipo de salud sus conocimientos y experiencia asistencial para contribuir a la mejora de la calidad asistencial y al diseño de estrategias de intervención.
- Actuar de acuerdo con el Código Deontológico de la Enfermería Española y con la legislación psiquiátrica vigente.

3 Caso clínico

Varón de 23 años, soltero, vive con familia, una hermana y la madre; el padre falleció cuando él tenía 2 años.

No actividad formativa ni laboral actual. Como ingresos económicos recibe una ayuda de excarcelación de unos 400 euros. No enfermedades médico- quirúrgicas de interés.

Historia toxicológica: a los 13 años comienza a consumir cannabis de forma puntual, aumentando el consumo progresivamente y realizando posteriormente consumos de alcohol, heroína, cocaína, anfetaminas y metadona (que compra en la calle). Inclusión en el programa de metadona y derivación a comunidad terapéutica de toxicomanías, donde pide el alta voluntaria y abandona (estancia inferior a una semana).

Historia psiquiátrica: a tratamiento desde los 13 años por conductas disruptivas, seguimiento por centro de salud mental, con varios ingresos en unidad psiquiatrica de hospitalización por sintomatología psicótica y agresividad tras consumo de tóxicos (alcohol y cocaína) y abandono de tratamiento psicofarmacológico. Diagnosticado de trastorno límite de la personalidad, episodios psicóticos agudos y abuso de cocaína, anfetaminas y opiáceos.

Realiza un intento autolítico con consumo de fármacos precisando ingreso en unidad de cuidados intensivos.

En el año 2008 es derivado al programa de Hospital de Día (por difícil manejo de la enfermedad), donde acude de forma irregular, no siendo capaz de cumplir con el plan terapéutico. También presentó episodios de alteraciones de la conducta alimentaria en forma de atracones y conductas purgativas (toma de lax-

antes, diuréticos, inducción del vómito…). Actualmente no existen este tipo de alteraciones.

Varios episodios de heteroagresividad en el ámbito familiar, con denuncias por parte de la madre, estuvo interno en un centro penitenciario , actualmente en libertad, con orden de alejamiento del domicilio familiar y una condena pendiente por quebrantar dicha orden de alejamiento. Escasa conciencia de enfermedad, lo que hace que el seguimiento en el centro de salud mental sea irregular, no acudiendo a las consultas con su terapeuta ni con enfermería para la administración del tratamiento inyectable depot.

Se incluye en el programa de mantenimiento con metadona en el mes de diciembre (al salir del centro penitenciario) debido a la existencia de patología dual, mala evolución, escasa conciencia de enfermedad, ausencia de adherencia al tratamiento y riesgo de violencia hacia si mismo ó a terceros. Acude de manera irregular a tomar metadona. Se realiza derivación a comunidad terapéutica ya que el paciente solicita este dispositivo para intentar de nuevo una desintoxicación.

Se presenta, detallado por dominios el plan de cuidados del paciente, con los diagnósticos de enfermería NANDA, los resultados NOC y las intervenciones NIC.
Domino 7 Rol/ Relaciones

(00063) Procesos familiares disfuncionales relacionados con personalidad adictiva manifestados por problemas familiares crónicos y conflictos crecientes.

NOC (1407) Consecuencia de la adicción a sustancias psicoactivas.
- 140709 Dificultad para mantener adecuadamente el empleo.
- 140710 Dificultad para mantener adecuadamente el hogar.
- 140711 Dificultad para mantenerse económicamente.
- 140713 Arrestos habituales en el último año.
- 140714 Visitas a urgencias repetidas en el último año.

NIC (4380) Establecer límites
- Discutir las preocupaciones con el paciente acerca de su conducta.
- Establecer las consecuencias de aparición / ausencia de conductas deseadas.
- Comunicar las expectativas y consecuencias conductuales establecidas para el paciente en un lenguaje que sea fácilmente comprensible y no punitivo.

- Abstenerse de discutir o regatear acerca de las expectativas y consecuencias conductuales con el paciente,
- Observar si se producen o no las conductas deseadas del paciente.

(43709) Entrenamiento para controlar los impulsos.
- Seleccionar la estrategia de solución de problemas adecuada al nivel de desarrollo y función cognoscitiva del paciente.
- Ayudar al paciente a identificar el problema o situación que requiera una acción meditada.
- Enseñar al paciente a "detenerse y pensar" antes de comportarse impulsivamente.
- Ayudar al paciente a identificar los cursos de acción posible y sus costes/ beneficios.
- Ayudar al paciente a elegir el curso de acción más beneficioso.
- Ayudar al paciente a determinar cómo se podría haber evitado el fracaso de los resultados si se hubiesen elegido conductas diferentes.
- Animar al paciente a practicar la solución de problemas en situaciones sociales e interpersonales fuera del ambiente terapéutico, seguido por la evolución del resultado.

Dominio 10 Principios vitales

(00079) Incumplimiento relacionado con fuerzas motivacionales manifestado por conducta indicativa de incumplimiento ó evidencia de exacerbación de los síntomas.
NOC (1601) Conducta de cumplimiento
(Nunca demostrado1, raramente demostrado 2, a veces demostrado 3, frecuentemente demostrado 4, siempre demostrado 5.)
- 160104 Acepta el diagnóstico del profesional sanitario. (1 aumentar a 4)
- 160101 Confianza en el profesional sanitario sobre la información obtenida. (2 aumentar a 4)
- 160103 Comunica seguir la pauta prescrita. (1 aumentar a 4)
- 160105 Conserva la cita con un profesional sanitario. (3 aumentar a 5)
- 160111 Refiere los cambios de síntomas a un profesional sanitario. (2 aumentar a 4)
- 160109 Busca ayuda externa para ejecutar la conducta sanitaria. (2 aumentar a 3)

NIC (5602) Enseñanza: proceso de enfermedad.
- Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente relacionado con el proceso de enfermedad específico.
- Describir los signos y síntomas comunes de la enfermedad, si procede.
- Explorar con el paciente lo que ya ha hecho para controlar los síntomas.
- Comentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones y/o controlar el proceso de enfermedad.
- Describir el fundamento de las recomendaciones del control / terapia / tratamiento.

(5618) Enseñanza: procedimiento/tratamiento
- Informar al paciente acerca de cuándo y dónde tendrá lugar el tratamiento.
- Reforzar la confianza del paciente en el personal involucrado.
- Determinar las expectativas anteriores del paciente y el nivel de conocimientos relacionados con el tratamiento.
- Explicar el propósito del tratamiento.
- Determinar las expectativas del tratamiento por parte del paciente.
- Corregir las expectativas irreales del tratamiento.
- Incluir a la familia, si resulta oportuno.

(5616) Enseñanza: medicamentos prescritos.
- Informar al paciente tanto del nombre genérico como del comercial de cada medicamento.
- Informar al paciente acerca del propósito y acción de cada medicamento.
- Instruir al paciente acerca de la administración/ aplicación de cada tratamiento.
- Revisar el conocimiento que el paciente tiene de las medicaciones.
- Informar al paciente sobre las consecuencias de no tomar o suspender bruscamente la medicación.
- Enseñar al paciente las precauciones específicas que debe observar al tomar la medicación (no conducir o utilizar herramientas), si procede.
- Informar al paciente sobre posibles interacciones de fármacos / comidas, si procede.

Dominio11 Seguridad/ protección

(00138) Riesgo de violencia dirigida a otros relacionada con impulsividad, historia de violencia indirecta, abuso de sustancias e historia de violencia contra otros.

NOC (1904) Control del riesgo: consumo de drogas.
(Nunca demostrado 1, raramente demostrado 2, a veces demostrado 3, frecuentemente demostrado 4, siempre demostrado 5.)
- 190401 Reconoce el riesgo del abuso de drogas.(3 aumentar a 5)
- 190402 Reconoce las consecuencias personales relacionadas con el abuso de drogas.(2 aumentar a 4)
- 190405 Desarrolla estrategias efectivas para el control del consumo de drogas. (2 aumentar a 4)
- 190407 Se compromete con estrategias de control del consumo de drogas. (3 aumentar a 5)

NIC (4510) Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas.
- Establecer una relación terapéutica con el paciente.
- Identificar con el paciente los factores (genéticos, distrés psicológico y estrés) que contribuyan a la dependencia de sustancias químicas.
- Animar al paciente a que tome el control de su propia conducta.
- Determinar las sustancias utilizadas.
- Discutir con el paciente el impacto que tiene el consumo de sustancias en el estado físico y/o psíquico o la salud general.
- Determinar el historial de consumo de drogas / alcohol.
- Ayudar al paciente a identificar los efectos de la dependencia de sustancias químicas sobre la salud, la familia y los quehaceres diarios.
- Dar apoyo a la familia o a las personas allegadas, si procede.
- Establecer límites que beneficien al paciente y mostrarle aprecio.
- Valorar al paciente a intervalos frecuentes para ver si continúa con el consumo de sustancias, mediante análisis de orina o análisis de la respiración, si procede.
- Ayudarle a aprender métodos alternativos para enfrentarse al estrés o distrés emocional.
- Determinar si existen relaciones codependientes con la familia.
- Identificar la existencia de grupos de apoyo en la comunidad para el tratamiento a largo plazo del abuso de sustancias nocivas.

(6160) Intervención en casos de crisis.
- Disponer un ambiente de apoyo.
- Determinar si el paciente presenta riesgo de seguridad para sí mismo o para otros.
- Tener las precauciones necesarias para salvaguardar al paciente u otras personas con riesgo de lesiones físicas.

- Ayudar en la identificación de factores desencadenantes y dinámica de la crisis.
- Ayudar en la identificación de actuaciones alternativas para resolver la crisis.

(4640) Ayuda para el control del enfado.
- Utilizar un acercamiento que sea sereno y que dé seguridad.
- Animar al paciente a que busque ayuda de parte del personal de cuidados u otras personas responsables durante los períodos en que aumente la tensión.
- Evitar daños físicos si el enfado se dirige a uno mismo o a otros.
- Ayudar al paciente a identificar la causa del enfado.
- Identificar la función que el enfado, la frustración y la ira cumplen para el paciente.
- Identificar las consecuencias de la expresión inadecuada del enfado.
- Establecer la expectativa de que el paciente puede controlar su comportamiento.

Dominio 11 Seguridad/ protección

(00150)Riesgo de suicidio relacionado con historia de intentos previos.
NOC (1206) Deseo de vivir.
(Gravemente comprometido 1; sustancialmente comprometido 2; moderadamente comprometido 3; levemente comprometido 4; no comprometido 5).
- Expresión de deseo. (2,aumentar a 5)
- Expresión de sentimientos.(3, aumentar a 5)
- Pensamientos suicidas.(1, aumentar a 5)
- Pensamientos pesimistas. (1,aumentar a 4)
- Expresión de esperanza. (2,aumentar a 5)

NIC
(6340) Prevención del suicidio.
- Determinar la existencia y el grado de riesgo de suicidio.
- Determinar si el paciente dispone de medios para llevar adelante el plan suicida.
- Considerar la hospitalización del paciente, que tiene alto riesgo de conducta suicida.
- Administrar medicación, si procede, para disminuir la ansiedad, agitación o psicosis y para estabilizar el humor.
- Relacionarse con el paciente a intervalos regulares para transmitirle la atención y franqueza para dar oportunidad al paciente para hablar de sus sentimientos.
(6160) Intervención en caso de crisis.
- Disponer un ambiente de apoyo.

- Determinar si el paciente presenta riesgo de seguridad para sí mismo o para otros.
- Ayudar en la identificación del sistema de apoyo disponible.
- Ayudar en la identificación de habilidades pasadas para enfrentarse a la crisis y su eficacia.

4 Discusión-Conclusión

Como se puede observar en el caso propuesto, estos pacientes tienen de manera frecuente comorbilidad asociada, presentando en la mayoría de las situaciones patología dual. Por ello en enfoque enfermero se debe realizar desde una perspectiva bio-psico-social, intentando englobar todas las dimensiones de la persona.

5 Bibliografía

- http://noticias.juridicas.com/actual/veractual.php?id=1882
- Diagnósticos de Enfermería: Definiciones y clasificación 2009-2011. North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Madrid Elsevier, 2010.
- OMS:CIE 10.Trastornos mentales y del comportamiento. Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermerías. Descripciones clínica y pautas para el diagnóstico.OMS, Ginebra, 1992.
- Bobes J, Bousoño M, González MP, López JL, Sáiz P.coordinadores.Enfermería psisquiátrica.Madrid:Síntesis;2001.

Capítulo 302

ANEMIA FERROPÉNICA.

JUAN CARLOS MATEO RODRÍGUEZ

ALBA PASCUAL MARTINEZ

1 Introducción

La anemia es una afección que consiste en la falta de glóbulos rojos sanos. Los glóbulos son los encargados de transportar oxígeno a todos los tejidos del cuerpo. La anemia ferropénica o ferropriva se produce cuando el organismo no tiene suficiente cantidad de hierro. El hierro es un elemento importantísimo para el cuerpo ya que ayuda a producir glóbulos rojos. La anemia por deficiencia de hierro es la forma más común de anemia.
La anemia por deficiencia de hierro se presenta cuando sus reservas corporales bajan.

Esto puede ocurrir debido a que:

Usted pierde más glóbulos sanguíneos y hierro de lo que su cuerpo puede reponer, su cuerpo no hace un buen trabajo absorbiendo hierro. Su cuerpo puede absorber el hierro, pero usted no está consumiendo suficientes alimentos que contengan este elemento. Su cuerpo necesita más hierro de lo normal (por ejemplo, si está embarazada o amamantando). El sangrado puede causar pérdida de hierro.

Las causas comunes de sangrado son:

- Periodos menstruales frecuentes, prolongados o abundantes
- Cáncer de esófago, estómago, intestino delgado o colon
- Várices esofágicas usualmente por cirrosis

- Uso prolongado de ácido acetilsalicílico (aspirin), ibuprofeno o medicamentos para la artritis, lo cual puede causar sangrado gastrointestinal
- Úlcera péptica

Que no no absorba suficiente hierro de la dieta debido a:
- Enfermedad celíaca
- Enfermedad de Crohn
- Cirugía de derivación gástrica
-Tomar demasiados antiácidos o antibióticos que contengan tetraciclina

Que no obtenga no obtenga suficiente hierro en la dieta si:
- Es un vegetariano estricto
- Usted no consume suficientes alimentos que contengan hierro

Síntomas de la anemia ferropénica:
Una persona puede tener anemia ferropénica y no saberlo, ya que esta condición no suele presentar síntomas en su fase inicial o cuando es moderada. Sin embargo, cuando la anemia no se atiende comienza a manifestarse de la siguiente forma:
- Debilidad o cansancio. las personas suelen sentirse fatigadas todo el día, incluso después de haber descansado.
- Este síntoma puede empeorar después del ejercicio físico durante el mismo.
- Falta de energía que impide hacerlas actividades cotidianas con el ritmo acostumbrado.
- Dificultad para concentrarse o memorizar.
- Dolores de cabeza frecuentes.
- Deseo repentino por querer consumir hielo.
- Mareos o pérdida del equilibrio al ponerse de pie o a levantarse de la cama.
- Color pálido de la piel y uñas quebradizas.
- Dolor de lengua.
- Dificultad leve para respirar.

Cuando la anemia es causada por otra enfermedad e malestar puede manifestarse de distintas maneras. Entre los síntomas de algunas afecciones asociadas a la anemia ferropénica encontramos los siguientes:
- Cambios en las evacuaciones. Se pueden presentar heces muy oscuras o heces con sangre.
- Dolor en la región inferior del abdomen a causa, normalmente, de úlceras.

- Sangrado abundante durante los periodos menstruales.
- Pérdida de peso inexplicable.

1. Interrogatorio: prestar especial atención a:
• Tipo de dieta: déficit en la ingesta de alimentos ricos en hierro, exceso de carbohidratos y leche, etc.
• Antecedentes de prematurez, embarazos múltiples y déficit de hierro en la madre.
• Antecedentes de patología perinatal.
• Pérdidas de sangre: color de heces, epistaxis, disnea, hematuria, hemoptisis, etc.
• Trastornos gastrointestinales: diarrea, esteatorrea, etc.

2. Examen físico: la deficiencia de hierro puede provocar alteraciones a casi todos los sistemas del organismo. La palidez cutáneo-mucosa es el signo principal; también se puede observar: retardo del desarrollo pondoestatural, esplenomegalia leve, telangiectasias, alteración de tejidos epiteliales (uñas, lengua) y alteraciones óseas.

3. Estudios de laboratorio:
• Hemograma:
_ Hemoglobina y hematócrito: disminuidos
_Volumen Corpuscular Medio (VCM): Disminuido
_-Morfología eritrocitaria: hipocromía, microcitosis
_ferritina sérica disminuida

2 Objetivos

- Analizar cómo podemos conocer , prevenir y tratar esta patología.

3 Metodología

Para realizar el siguiente capítulo se llevó a cabo una búsqueda sistemática en diferentes medios y bases de datos como Pubmed, Scielo, Medline. También se consultaron temarios y guías usando las palabras clave: anemia, síntomas.
Se eligieron los artículos más recientes y de mayor interés. Y de ellos se sustrajo información pertinente.

4 Resultados

Prevención :
El organismo asimila mejor el hierro hemo, que se encuentra en productos de origen animal, como la carne. El hierro no hemo es el que está presente en alimentos de origen vegetal y es absorbido peor por el organismo, ya que su absorción también depende de otros componentes de la alimentación. Existen alimentos que favorecen la absorción del hierro, como la carne roja o los ricos en vitamina C.

Algunos alimentos, como los lácteos o el café, inhiben la absorción del hierro en el organismo. Es aconsejable combinar fuentes de hierro hemo y no hemo en la misma comida. Ante la falta de hierro en el embarazo, es necesario que confirmes con tu médico qué alimentos ricos en hierro puedes tomar, ya que es posible que algunos no estén recomendados durante el embarazo, como por ejemplo algunos tipos de pescado o el hígado.

Si padeces alergias o algún tipo de restricción alimentaria o te has sometido recientemente a una operación gástrica, te recomendamos consultar con tu médico de qué manera puedes aumentar tus niveles de hierro.
Las mujeres, debido a la menstruación, requieren más hierro que los hombres. Durante la adolescencia se necesita aumentar el consumo de alimentos ricos en hierro para compensar el crecimiento propio de esta etapa.

Tratamiento :
Una vez hecho el diagnóstico de anemia ferropénica y establecida su causa, se procederá a la corrección de esta y al tratamiento de la anemia propiamente dicha. Si la anemia es muy intensa, a veces se decide iniciar el tratamiento con una transfusión, pero esto no es necesario en la mayoría de los casos. Sólo será preciso dar hierro para que la médula ósea se recupere. Existen suplementos de hierro para ser administrados vía oral e intravenosa.

Habitualmente se prefiere la ferroterapia por vía oral, habiendo en el mercado distintos preparados. Las sales ferrosas son las más baratas y efectivas, aunque algunas personas las toleran mal. Otros preparados (sales férricas, compuestos de ferritina) son en general mejor toleradas aunque se absorben menos.

Cuando se ingiere, el hierro es absorbido principalmente en las primeras porciones del intestino delgado (duodeno y yeyuno). Aunque el tratamiento puede

iniciarse tomando la medicación con las comidas, para una absorción máxima debe tomarse, si se puede, por lo menos una hora separado de las comidas y dos horas de los antiácidos. La toma junto con vitamina C, como la contenida en el zumo de naranja, aumenta su absorción. El té, el café, los cereales, los antiácidos y las dietas con mucha fibra pueden disminuir la absorción de hierro.

5 Discusión-Conclusión

Mi conclusión es que debemos no sólo comer bien (frutas, verduras, frutos secos, cereales integrales, etc.) sino eliminar la ingesta de antinutrientes como: azúcares refinados, sal refinada, harinas blancas refinadas, lácteos para así contribuir a un aporte y adecuado , asi como favorecer la absorción del hierro . No cabe discusión que si hay un control adecuado de síntomas y aporte necesario de hierro evitaran complicaciones el el estado de salud , pues se pueden dar complicaciones graves.

6 Bibliografía

-https://www.sap.org.ar/uploads/consensos/anemia-ferrop-eacutenica-guiacutea-de-diagn-oacutestico-y-tratamiento.pdf
-https://www.fisterra.com/guias-clinicas/anemia-ferropenica/#31399
-ttps://www.lavanguardia.com/vida/salud/enfermedades-sangre/20190615/462875392334/anemia-ferropenica-anemia-debilidad-hierro-ferropriva-globulos-rojos-dieta.html
-http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082009000100010
-https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000584.htm
-https://www.esalud.com/anemia-ferropenica/
-https://espacioviforpharma.es/anemia-y-deficiencia-de-hierro/consejos-y-materiales-descargables/

Capítulo 303

PACIENTE PEDIÁTRICO CON SÍNDROME FEBRIL: CASO CLÍNICO.

PAULA DOPICO MAGADÁN

1 Introducción

Paciente varón de 23 meses que acude al servicio de urgencias por cuadro febril. Sus padres refieren que desde hace 2 días presenta sudoración y escalofríos con fiebre de hasta 39,4ºC. Además se muestra irritable y rechaza la comida.

2 Objetivos

- Diseñar y ejecutar un plan de cuidados de enfermería individualizado para un paciente que presenta fiebre mantenida.

3 Caso clínico

-Patrones de Gordon alterados:
Nutrición/Metabólico:
- Datos objetivos: A su llegada Tª de 38,5º. Peso: 11.8 kg, talla: 85.5 cm. El niño presenta malestar, piel caliente y húmeda.
- Datos subjetivos: Refieren los padres haberle administrado antitérmicos según les recetó su médico de atención primaria, pero que la fiebre vuelve a las pocas horas sin bajar a menos de 37ºC. Les dijo que probablemente su hijo estuviera incubando algún tipo de infección pero que por ahora no existía un foco claro. Ellos insisten en que se les paute un tratamiento antibiótico.

- Resto de patrones: Sin alteraciones de interés.

- Tratamiento: Ibuprofeno 80mg cada 8 horas.

4 Discusión-Conclusión

Los planes de cuidados individualizados constituyen una herramienta de trabajo eficaz para mantener la continuidad de cuidados. Además permiten educar al paciente y sus familiares en el proceso de su enfermedad.

Diagnóstico (NANDA): Hipertermia r/c enfermedad (00007). Riesgo de déficit de volumen de líquidos (00028) r/c factores que influyen en la necesidad de líquidos (hipertermia).

Resultado (NOC):
Termorregulación (0800) Indicadores: Temperatura cutánea aumentada (80001).
Signos vitales (0802) Indicadores: Temperatura corporal (80201); frecuencia del pulso radial (80203); frecuencia respiratoria (80204).

Intervenciones (NIC):
- Administración de medicación (2300).
Seguir las cinco reglas de la administración correcta de medicación.
Tomar nota de las alergias del paciente antes de la administración de cada fármaco y suspender los medicamentos, si es adecuado.
Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente.
Observar si se producen efectos adversos, toxicidad e interacciones en el paciente por los medicamentos administrados.

- Tratamiento de la fiebre (3740).
Cubrir al paciente con una manta o con ropa ligera, dependiendo de la fase de la fiebre.
Facilitar el reposo.
Aumentar la circulación del aire.
Humedecer los labios y la mucosa nasal secos.

- Regulación de la temperatura (3900).
Comprobar la temperatura al menos cada 2 horas.
Favorecer una ingesta nutricional y de líquidos adecuada.

Ajustar la temperatura ambiental a las necesidades del paciente.

- Monitorización de signos vitales (6680).
Monitorizar y registrar la presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio, según corresponda.
Monitorizar la pulsioximetría.
Monitorizar periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la piel.

Diagnóstico (NANDA): Riesgo de déficit de volumen de líquidos (00028) r/c factores que influyen en la necesidad de líquidos (hipertermia).

Resultado (NOC):
Equilibrio hídrico (0601) Indicadores: Presión arterial (60101), entradas y salidas diarias equilibradas (60107), hidratación cutánea (60116), humedad de membranas mucosas (60117).

Intervenciones (NIC):
Manejo de líquidos (4120)
Pesar a diario y controlar la evolución.
Realizar un registro preciso de entradas y salidas.
Administrar terapia i.v. según prescripción.
Favorecer la ingesta oral de líquidos.

Diagnóstico (NANDA): Riesgo de desequilibrio electrolítico (00195) r/c desequilibrio de líquidos y/o deterioro de los mecanismos reguladores.

Resultado (NOC):
Equilibrio electrolítico y ácido-base (0600) Indicadores: pH sérico (60010), bicarbonato sérico (60013), dióxido de carbono sérico (60024).

Intervenciones (NIC):
Manejo de electrolitos (2000)
Obtener muestras para análisis de laboratorio de los niveles de electrólitos, según corresponda.
Observar si los electrólitos en suero son anormales, según disponibilidad.
Observar si hay manifestaciones de desequilibrio de electrólitos.
Controlar la presencia de complicaciones relacionadas con la fiebre y de signos y síntomas de la afección causante de la fiebre.

Diagnóstico (NANDA): Disconfort (00214) r/c síntomas relacionados con la enfermedad.

Resultado (NOC):
Estado de comodidad: física (2010) Indicadores: Control de síntomas (201001).

5 Bibliografía

1. NANDA International. Diagnósticos de Enfermería Definiciones y Clasificación 2015-2017. 3ª ed. Barcelona: Elsevier; 2015.
2. Luaces CC, Parra CC. Fiebre sin foco. Pediatr Integral. 2014;18 (1): 7-14
3. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 6ª ed. Barcelona: Elsevier; 2014.
4. Moorhead S, Johnson M, Mass ML, Swanson E. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2014.
5. Ruiz-Contreras J, Albañil-Ballesteros MR. Abordaje del niño con fiebre sin foco. En AEPad ed. Curso de Actualización Pediatría 2015. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2015. p. 31-8

Capítulo 304

CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE OSTOMIZADO.

YOLANDA MÉNDEZ PELÁEZ

1 Introducción

Una ostomía es la apertura, mediante una intervención quirúrgica, de una víscera hueca con el exterior. Pueden clasificarse atendiendo a diversos aspectos. Teniendo en cuenta el órgano al que afectan, se clasifican en ostomías digestivas (colostomías, ileostomías, gastrostomías, yeyunostomías), urinarias y respiratorias o traqueales. Según la función de la ostomía, ésta puede ser de ventilación, de nutrición, de drenaje o de eliminación. Así mismo, las ostomías pueden clasificarse en permanentes o temporales.

La causa más frecuente para la realización de una ostomía es el cáncer colorrectal y vesical, seguido de las enfermedades inflamatorias intestinales. Si bien es cierto que cualquier intervención quirúrgica supone una agresión al cuerpo y a la mente del paciente, que le obliga a adaptarse a las nuevas circunstancias, especialmente la realización de una ostomía, produce un gran impacto en la vida del paciente, tanto física como psicológicamente.

A pesar de ser un tratamiento muy eficaz para diversas patologías, afecta negativamente al paciente, puesto que éste deja de poder controlar sus esfínteres, ve afectada su imagen y con ello su autoestima, le supone dificultades para relacionarse social y laboralmente y debe realizar numerosos cambios en sus hábitos de vida.

2 Objetivos

- Describir los cuidados de enfermería ante el paciente ostomizado.
- Educar al paciente para que sea autónomo en la realización de sus cuidados.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica, llevando a cabo búsquedas en las bases de datos: Pubmed, Scielo y Cochrane Plus. Se han consultado y utilizado también páginas web de organismos oficiales y entidades de prestigio, como la Organización Mundial de la Salud, la Asociación Española Contra el Cáncer, Astursalud o la Sociedad Española de Enfermería Experta en Estomaterapia.

4 Resultados

La enfermera debe comprender la repercusión que la ostomía tiene para cada paciente, y de esta manera poder ofrecerle cuidados individuales, integrales y de calidad. Será la encargada de la educación prequirúrgica, postquirúrgica y el seguimiento tras el alta, tanto de los pacientes como de sus familias.

Ayudará al paciente a adaptarse a la nueva vida con una ostomía, a cuidar el estoma y a realizar una higiene adecuada del mismo, a aceptar su nueva imagen corporal, a retomar sus relaciones sociales, laborales y sexuales previas, a alcanzar nuevamente una buena calidad de vida y en definitiva a todo aquello que cada paciente precise.
Es por ello que su papel es clave para conseguir la integración y adaptación del individuo.

Higiene y Cuidados del Estoma:
Se instruirá al paciente para que realice la limpieza del estoma con agua tibia y jabón de pH neutro y un secado suave, debido a la importancia de mantener la piel periestomal limpia y seca para evitar irritaciones. Para adaptar y ajustar bien el dispositivo, es recomendable medir el diámetro del estoma, ya que irá reduciendo su tamaño progresivamente durante los dos primeros meses debido al proceso de cicatrización.
De esta forma conseguiremos que el dispositivo se adapte lo mejor posible, evitando que se produzcan fugas e irritaciones en la piel periestomal.

El cambio de dispositivo dependerá del tipo que esté utilizando el paciente, así como de las características del estoma y la piel circundante.

Recomendaciones Dietéticas:
Los pacientes ostomizados pueden comer cualquier alimento. A pesar de esto, existen ciertas recomendaciones dietéticas que el personal de enfermería debe facilitar, en relación a aquellos alimentos que pueden ocasionar al paciente una peor tolerancia o adaptación a la ostomía.

Se sugiere evitar:
Alimentos que puedan producir gas: legumbres, coles, repollo, chocolate…
Alimentos que se digieren de forma incompleta: apio, frutos secos, lechuga…
Alimentos que produzcan olor: ajo, cebolla, espárragos, cerveza…
Alimentos que pueden diluir las heces: alcohol, comidas picantes, bebidas con cafeína…

Complicaciones:
Se estima que alrededor del 50% de los pacientes ostomizados van a tener algún tipo de complicación relacionada con el estoma. Los mayores inconvenientes o complicaciones, surgen por un drenaje al exterior y por el contacto de los fluidos y secreciones internas con la piel circundante al estoma, por ser un tejido que no está preparado para ello. También el propio adhesivo de los dispositivos colectores puede provocar o agravar las irritaciones de la piel periestomal.

5 Discusión-Conclusión

La enfermera debe estar familiarizada con los sistemas y dispositivos, para poder ayudar a los pacientes ostomizados a escoger el que mejor se adapte a sus características.

La realización de una ostomía es algo que afecta a la persona en todas sus dimensiones: física, psicológica y social.
Por lo que, la educación para la salud de enfermería en pacientes ostomizados es importante para conseguir un afrontamiento positivo a los cambios físicos, psicológicos y calidad de vida de estas personas.

La mayoría de los estudios afirman que una correcta educación al paciente ostomizado impartida por el personal de enfermería supone una gran relevancia

en la calidad de vida del paciente ya que su adaptación y control a esta nueva situación se hace más fácil y rápida para el paciente.

6 Bibliografía

- Martínez, Cristina García; CUETO, Belén García. Cuidados de enfermería al paciente ostomizado. RqR Enfermería Comunitaria, 2017, vol. 5, no 4, p. 35-48.
- Lozano, Paloma Maestra, et al. Herramientas para garantizar la calidad de vida a un paciente ostomizado. Paraninfo Digital, 2019.

Capítulo 305

PICADURA DE GARRAPATA: ENFERMEDAD DE LYME.

MONTSERRAT CALZON MENENDEZ

1 Introducción

La enfermedad de Lyme es una infección bacteriana que se contrae por la picadura de una garrapata infectada.
Los primeros síntomas de la enfermedad de Lyme comienzan entre 3 y 30 días después de que una garrapata infectada le pica. Los síntomas pueden incluir:
- Un sarpullido rojo llamado eritema migratorio: La mayoría de las personas con enfermedad de Lyme presentan esta lesión. Se hace más grande durante varios días y puede sentirse caliente al tacto. Por lo general, no es doloroso ni pica. A medida que comienza a mejorar, algunas partes pueden aclararse. A veces esto hace que la erupción parezca un tiro al blanco
- Fiebre
- Escalofríos
- Dolor de cabeza
- Fatiga
- Dolores musculares y articulares
- Ganglios linfáticos inflamados

Si la infección no se trata, puede extenderse a las articulaciones, el corazón y el sistema nervioso. Los síntomas pueden incluir:
- Dolores de cabeza severos y rigidez en el cuello
- Sarpullidos adicionales en otras áreas de su cuerpo

- Parálisis facial: Debilidad en los músculos faciales. Puede causar caída en uno o ambos lados de la cara
- Artritis con dolor intenso en las articulaciones e hinchazón, especialmente en las rodillas y otras articulaciones grandes
- Dolor que va y viene en los tendones, músculos, articulaciones y huesos
- Palpitaciones del corazón: Sensación de que su corazón se está saltando un latido o latidos demasiado fuertes o rápidos
- Latido cardíaco irregular (carditis de Lyme)
- Episodios de mareos o dificultad para respirar
- Inflamación del cerebro y la médula espinal
- Dolor de los nervios
- Dolores punzantes, entumecimiento u hormigueo en las manos o los pies

2 Objetivos

Objetivo principal

- Realizar una revisión bibliográfica sobre la Enfermedad de Lyme, analizando la evidencia científica respecto a su relación con los métodos de extracción de las garrapatas.

Objetivos secundarios

1. Estudiar la técnica de extracción de una garrapata .
2. Analizar los métodos y tratamientos habituales ante una picadura por garrapata en la práctica con el fin de prevenir y detectar tempranamente una infección por Borrelia

3 Caso clínico

Descripción del caso:

Acude a nuestra consulta de atención primaria un Paciente varón de 45 años que presenta múltiples exantemas máculo-papulares con intenso prurito diseminados por todo el cuerpo de 48 horas de evolución. Refiere que hace 3 días realizó una ruta de montaña atravesando varias zonas con helechos en un día caluroso con humedad.

Exploración física:

Buen estado general.
Múltiples lesiones (más de 80) con garrapata adherida sobre superficie eritematoedematosa de unos 2cm. que extraemos con unas pinzas sin dientes y punta fina, sujetando firmemente la garrapata lo más próximo posible a la piel y haciendo tracción continua siguiendo su eje longitudinal. Exploración neurológica y auscultación dentro de la normalidad.

Pruebas complementarias:

Analítica de control con serología contra Borrelia pasadas dos semanas con resultado negativo. Al no presentar ninguna clínica, se descartó realizar más pruebas.

Diagnóstico diferencial:

Picadura insecto. Enfermedad Lyme. Fiebre botonosa mediterránea.

Juicio clínico:
Picadura garrapata y/o profilaxis.

4 Discusión-Conclusión

Se esta viendo un incremento de las picaduras de garrapata en nuestro medio debido al aumento global de temperaturas. Las garrapatas son vectores de múltiples enfermedades, entre ellas Enf. Lyme o Fiebre botonosa mediterránea. Se recomienda realizar una auto exploración frecuente cada vez que se sale a caminar por el monte y una vez llegado a casa.

En caso de localizar una garrapata, es importante extraerla lo antes posible pues esto disminuye la posibilidad de transmisión de enfermedad, idealmente menos de 24h. El aspecto de la picadura suele ser una pápula eritematosa única, con ardor y prurito, que se expande hacia fuera con palidez en zona central.

Para retirarla, no está indicado utilizar medidas estresantes (calor, aceite, vaselina…), se debe hacer tracción continua unidireccional con unas pinzas finas. Debemos conocer el estado de endemicidad de nuestra área de salud, pues en función de esto y del tiempo de contacto, deberemos decidir si instauramos tratamiento profiláctico.

Se recomienda Doxicilina 100mg/12horas durante dos días si el contacto es superior a 72 horas. Igualmente se debe usar repelente de insectos con un 20-30% de DEET, sombrero, pantalón largo y camisa de manga larga, aplicando Permetrina a la ropa.

5 Bibliografía

- Choi E, Pyzocha NJ, Maurer DM. Tick-Borne Illnesses. Curr Sports Med Rep. 2016 Mar-Apr;15(2):98-104.
- Jiménez MaV, J., La Cruz Villamayor, D. J., & Bravo, B. A. (2017). Tratamiento de la garrapata en Atención Primaria. Med fam Andal, 18(1). Recuperado a partir de http://samfyc.es/Revista/PDF/v18n1/v18n1_artEspecial_tratamiento.pdf
- Vázquez-López, M. E., Fernández, G., Díaz, P., Díez-Morrondo, C., Pego-Reigosa, R., & Coira-Nieto, A. (2018). Utilidad de los estudios serológicos en los centros de Atención Primaria para el diagnóstico precoz de la enfermedad de Lyme. Atención Primaria, 50(1), 16-22. https://doi.org/10.1016/J.APRIM.2017.01.008
- Las Heras Mosteiro J., González Luna J. Actitud ante la picadura de garrapata. SEMG 2011
- Oteo JA, Marínez de Artola V, Gómez-Caniñanos R, Casa JM, Blando JR, Rosel L. Evaluación de los métodos de retirada de las garrapatas en la ixodidiasis humana. Rev Clin Esp 1996;196:584-7

Capítulo 306

COMO EXTRAER UN TAPÓN DE CERUMEN EN ATENCIÓN PRIMARIA.

MONTSERRAT CALZON MENENDEZ

1 Introducción

El cerumen es un producto de descamación, secreción sebaceas y secreciones de las glándulas cerumisosas que se encuentran en el tercio externo del conducto auditivo externo (CAE). Actúa como vehículo para alejar desechos y contaminantes de la membrana timpánica, lubrica la epidermis y facilita el paso del sonido hacia el oído medio.

El CAE tienen mecanismos de autolimpieza que producen una lenta migración de los restos de piel y de la cera hacia el exterior del mismo de modo que en circunstancias ideales no debería ser necesario limpiar los oídos.
La presencia de cera en la parte más interna del conducto auditivo se suele deber a maniobras realizadas por el propio individuo.

Existen varios factores que predisponen a la existencia del tapón de cerumen, pero en la practica la impactación se produce, más que por la incapacidad del oído para su limpieza de manera natural por los intentos no exitosos de extraer el cerumen por parte del paciente. El tapón de cerumen es una patología que, si bien en principio parece banal, es importante dado el tiempo que supone la extracción del mismo en las consultas de medicina y enfermería en atención primaria.

Teniendo además en cuenta el envejecimiento de la población es importante también por el papel que juega en la disminución de la audición en pacientes ancianos aunque los estudios que existen no aclaran en que pacientes va a mejorar la audición tras el lavado.

2 Objetivos

- Conocer las diferentes técnicas de limpieza y así poder elegir el método adecuado para cada caso así como conocer las contraindicaciones que existen para la realización de esta técnica.

3 Metodología

Realización de una búsqueda bibliográfica a través de diferentes páginas web, publicaciones científicas, revistas de sanidad y artículos.
Las palabras claves que se utilizan son: Cerumen. Cerumenolitoicos. Conducto auditivo externo. Otoscopio.
Escogiendo aquellos artículos, publicaciones y protocolos que se adecuaban a lo que quería exponer.

4 Resultados

El cerumen es una secreción natural que protege el oído y solo debe limpiarse cuando da síntomas o si es necesaria la visión completa del tímpano con finalidades diagnosticas. La extracción del cerumen puede realizarse mediante gotas cerumenoliticas, irrigación del conducto con o sin gotas previas, por extracción manual con una cureta o porta algodon o mediante aspiración. El lavado puede realizarse a partir de los 5-6 años. El médico de familia tras la confirmación diagnostica, lo registra en la historia clínica con el código CIE380.4 “cerumen impactado”.

Tras descartar las posibles contraindicaciones, en cuyo caso debe derivar al O.R.L:

- Dolor o perforación en irrigación previa o con la entrada de agua en el oído
- Perforación u otorrea en los últimos 12 meses
- Otitis media en las últimas 3 semanas
- Cirugía del oído (excepto drenajes extraídos con tímpano integro confirmado)
- Fisura palatina (intervenida o no)
- Otitis externa activa
- Paciente confuso o agitado
- Miedo a la manipulación del oído
- Existencia de drenajes transtimpanicos implantados en población infantil

Métodos para remover la cera impactada

1. Cerumenoliticos
2. Irrigación, aspectos generales:

Informara al entregando de los efectos negativos sobre la salud de los tapones de cerumen, y de los posibles efectos secundarios de esta técnica, entregando para su lectura y firma un consentimiento informado.
El médico informara a este que deberá reblandar el tapón instalando cualquier preparado disolvente del cerumen en el CAE., tres o cuatro veces al día cinco días anteriores a la extracción.

Materiales:

1. Agua a temperatura corporal(37ºC)
2. Bateas rectangular y arriñonada.
3. Jeringa metálica ontológica
4. Cánulas otológicas limpias y esterilizadas
5. Otoscopio y espéculos auriculares limpios esterilizados
6. Pinzas otológicas limpias y esterilizadas
7. Guantes
8. Paño desechable

Desarrollo de la técnica:

- Explicar al usuario lo que se le va a hacer
- Ponerse guantes
- Comprobar que el agua este tibia
- El usuario se colocara en posición sentada
- Tomar la jeringuilla cargada de agua, extraer el aire del interior, dirigir el cono de la jeringa hacia la pared superior del CAE, introduciéndolo 1 centímetro, aproximadamente, en el conducto y sin obstruir la salida del mismo.
- Para facilitar la irrigación se traicionara del pabellón auricular en adultos: para introducir el otoscopio se traccionará el pabellón auricular hacia atrás y ligeramente hacia arriba.
Niños: para introducir el otoscopio se traccionará hacia atrás y ligeramente hacia abajo.
- Inyectar el agua con una ligera presión, de esta forma se evita lesionar el tímpano y también empujar el material hacia regiones más profundas del conducto.
- Después de cada irrigación volver a observar con el otoscopio.
- El número máximo de irrigaciones será de tres.

- Informar al usuario y/o familia sobre los cuidados posteriores a la extracción, así como posible aparición de signos y síntomas ante los que debe acudir a consulta médica.
- Registro en la historia clínica del paciente del desarrollo de la técnica.

3. Extracción manual: consiste en mirar con un otoscopio, memorizar la posición de la cera, quitar el otoscopio y con un lazo óptico intentar realizar "de memoria" la extracción, lo que con frecuencia no saca la cera y causa daño, por lo que no está recomendado.

Propósito de la técnica:

A. Eliminar las complicaciones debidas a:

1. Una técnica incorrecta.
2. Ejecución de un lavado sin tener en cuenta sus contraindicaciones.
3. La permanencia en el tiempo del tapón, que actuando como cuerpo extraño y ocluyendo el conducto auditivo Externo disminuirá la capacidad auditiva y favorece la aparición de otitis.

B. Facilitar el aprendizaje y la realización de esta técnica al personal no entrenado

C. Disponer de criterios homogéneos en el E.A.P sobre la regionalización no, del lavado a los pacientes susceptibles de ello, y de las circunstancias que obligan a su derivación a la atención especializada.

5 Discusión-Conclusión

Como resumen de lo expuesto y para una aplicación práctica, exponemos los siguientes principios:

- Si la cera es externa, bien visible y conducto auditivo permeable : extracción manual, con cureta o porta algodón
- Si la cera es más profunda o existe tapón: el método elegido será el lavado con irrigación de agua templada, para lo que un cerumenolítico aplicado previamente es de gran ayuda.

No existe evidencia en la bibliografía de que un procedimiento sea mejor que otro. Sobre los cerumenolíticos tampoco está clara su pauta de utilización en cuanto a dosis y duración del tratamiento. Es importante señalar que parece no haber

diferencia en usar los cerumenoliticos por parte del paciente en su domicilio durante dos o tres días antes de la extracción o hacerlo en la consulta quince o treinta minutos antes de la misma.

Los cerumenoliticos sin lavado sólo consiguen eliminar la cera del oído en un 20% de los casos, mientras que si se asocian a la irrigación, la efectividad llega al 70%. Los estudios sobre el tratamiento del cerumen impactado y los cerumenoliticos son heterogéneos, de calidad deficiente, basados en productos distintos a los disponibles en nuestro país y sus resultados tienen escasa significación , pero parece que la eficacia es similar para todo tipo de gotas (suero, aceite, agua oxigenada, fórmulas magistrales y gotas comerciales).

6 Bibliografía

1. Guiá de extracción de tapón de cerumen www.fisterra.com
2. Protocolo de extracción de tapones de cerumen www. Areasaludbadajoz.com
3. Juan Diego Valero , Miguel Angel Delgado; Mª del Carmen Gonzalez de Rivas. Extracción de tapón de cerumen en atención primaria.2013
4. Morais -Pérez D. tapones de cerumen . Normas para su extracción mediante irrigación 1996
5. Servicio Madrileño de salud. Servicios de programas asistenciales. Protocolo de extracción de tapones de cerumen mediante lavado ótico en atención primaria. En tablón en blanco(consultado el 10/02/2020)
6. Sanchez -MonfortJ,Salmeron-Arjona E,Nuñez-Garcia E, Larios Simon S. Técnica de lavado ótico. Grupo de trabajo Seapremur;2009

Capítulo 307

PUBALGÍA FACTORES DE RIESGO Y PREVENCIÓN

PAULA OTERO GONZALEZ

ANA ALONSO RODRIGUEZ

VERONICA FERNANDEZ GALAN

GRACIELA ALVAREZ CUERVO

BELEN PEREZ FERNANDEZ

1 Introducción

La osteopatía de pubis es la inflamación dolorosa de las inserciones musculares e la zona de las ramas púbicas. También llamada pubalgia.

La sínfisis púbica puede verse afectada por el excesivo esfuerzo de los músculos adductores, de forma que algunos movimientos pueden llegar a provocar la erosión de la propia articulación (sínfisis) púbica.

El tratamiento incluye reposo, terapia física, ultrasonido y diferentes tipos de medicación antiinflamatoria. En ocasiones es necesaria la infiltración, y puede llegarse incluso a la cirugía, aunque es raramente indicada.

Los futbolistas, jugadores de rugby y otros deportistas son los grupos de riesgo más significativos.

Identificar aquellos factores de riesgo para cierta patología y valorar si una correcta prevención evita su aparición.

2 Objetivos

El dolor inguinal o púbico relacionado con entidades musculo-esqueléticas lleva siendo un problema para el deporte en general, y para el fútbol en particular, muchos años. Su causa exacta no se conoce y la eficacia de los programas de diagnóstico, prevención y tratamiento aún están por demostrar.

La meta de la presente revisión será aclarar los factores de riesgo que condicionan a futbolistas y atletas a sufrir este tipo de lesiones y evaluar su relación a la hora de realizar programas de prevención.

3 Metodología

Se consultaron las bases de datos MedLine y ScienceDirect y los motores de búsqueda
Google Académico y PubMed.

4 Resultados

Para cualificar el grado de preparación física del individuo, se contemplan tres clases:
- Buen acondicionamiento físico, con trabajo específico de la musculatura abdominal y ejercicios de estiramientos adecuados.

- Mal acondicionamiento físico, el individuo entrena con regularidad, sin embargo es un entrenamiento mal dirigido en el que no se contempla la importancia de las cadenas musculares afectas ni se realizan estiramientos adecuados.

- Nulo acondicionamiento físico, el individuo no entrena específicamente para la práctica deportiva. Se trata de un sujeto que practica deporte esporádicamente sin una rutina de entrenamiento a lo largo de la competición.

Se valora que la preparación del deportista influye en un posible desarrollo de pubalgia. También se valora la prevención para fortalecer la musculatura que evitara la aparición de dicho problema.

5 Discusión-Conclusión

Haber sufrido una lesión previa y el envejecimiento son factores de riesgo no modificables. Una debilidad muscular, un ratio de fuerza aductor/abductor menor de 80% y un rango de movimiento de abducción de cadera disminuidos, son factores de riesgo modificables.

Las técnicas estrella para prevenir este tipo de lesiones son: potenciación de fuerza excéntrica de aductores, incremento de fuerza y coordinación neuromuscular de la musculatura del CORE.

No obstante, no hay que perder de vista que se trata una enfermedad que a menudo presenta recidiva (del orden del 25% de los casos) debido fundamentalmente a que el deportista no abandona la actividad de riesgo. Realizar hincapié en una correcta prevención e investigación del factor de riesgo.

6 Bibliografía

- Arezki N, Zerguini Y, Mekhaldi A et al. La enfermedad del pubis en los atletas, la prioridad al tratamiento médico. deporte J Traumatol. 1991; 8: 91-7. google Académico.
- Taylor DC, Meyers WC, Moylan JA, J Lohnes, Bassett FH, Garrett WE. Los músculos abdominales tienen anomalías a causa de dolor en la ingle en los atletas, las hernias inguinales y pubalgia. Am J Med deportes. 1991 May-Jun; 19 (3): 239-42. PubMed google Académico
- Christel P, P Dijan, Roger B, Witvoet J Demarais Y. Contribución de la RM en la estrategia de tratamiento quirúrgico de pubalgies. J Traumatol Sport. 1996; 13: 95-101. google Académico
- Gross, M.L., Nasser, S., Finerman G.AM. Hip and pelvis, in DeLee JC, Drez D Jr (eds): Lieberman, G.M., Harwin, S.F. Pelvis, hip, and thigh, in Scuderi GR, McCann PD, Bruno PJ (eds): Sports Medicine: Principles of Primary Care. St Louis, Mosby, 1997, pp 306-335.
- Renström, P.A. Tendon and muscle injuries in the groin area. Clin Sports Med 1992;11(4):815-831

Capítulo 308

CONSEJOS PARA REDUCIR EL SOBREPESO Y OBESIDAD DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

IVÁN GRANDA RUIZ

JORGE ÁLVAREZ CIENFUEGOS

ANDREA LLANO SUÁREZ

1 Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define sobrepeso como una epidemia a nivel mundial. Calcula que cada año mueren unos 2,8 millones de personas debido a este problema.

Actualmente el sobrepeso y obesidad es un problema de los países desarrollados a nivel mundial. Estos son un importante factor de riesgo de enfermedades cardiovasculares, síndrome metabólico, diabetes, accidentes cerebro vasculares, síndrome metabólico, trastornos respiratorios e incluso algunos tipos de cáncer.

La obesidad en los niños conlleva mayor riesgo de fracturas, hipertensión, resistencia a la insulina y consecuencias psicológicas.

Estas personas no solo ven afectada su vida a nivel físico, sino que también suelen tener repercusiones a nivel social.

El exceso de peso constituye una pandemia. Es el primer factor de riesgo de mortalidad y morbilidad en países de todo el mundo.

El diagnostico se puede basar en la observación del individuo o en el exceso de triagliceridos.

Para su valoración necesitamos tener muchos factores en cuenta como antecedentes familiares, gasto energético, hábitos, comportamiento psicológico, etc.

Con este estudio se pretende dar a conocer el problema actual del sobrepeso y obesidad desde atención primera y conocer algunas pautas que puedan ayudar a estos pacientes desde atención primaria.

2 Objetivos

- Conocer cual es el estado de obesidad de los pacientes desde atención primaria.
- Conocer cuales son los consejos dados por los profesionales desde atención primaria.
- Conocer si estos consejos son adecuados y consiguen los objetivos propuestos.

3 Metodología

Se realiza una revisión sistemática de la literatura. Bases de datos utilizadas: "Google académico" y "Pubmed". Se realiza una búsqueda de los últimos 4 años (2016-2020). Palabras de inclusión: "Consejos", "Obesidad", "Sobrepeso", Atención Primaria".

4 Resultados

La causa principal de este problema es el desequilibrio energético entre la energía consumida y gastada. La mayoría de las ocasiones la causa de este problema está relacionada con:

- Malos hábitos alimenticios y sedentarismo.
- Cambios hormonales.
- Condiciones Médicas.

Nuestras pautas deben ir orientada a dar pautas y consejos para una perdida de peso de manera saludable. En caso de los niños podemos realizar un seguimiento y concienciar sobre todo a los padres.

Los parámetros que se deben de tener en cuenta para medir la obesidad son: IMC, Contorno de cintura, Índice cintura- cadera y Porcentaje de grasa corporal.

Las actividades deben ir encaminadas a cambios en el estilo de vida con pautas para la educación nutricional y una dieta balanceada correcta.

Es importante detectar está precozmente y hacer un seguimiento y refuerzo correcto.

El tratamiento ira encaminado a:
- Reducción de las calorías.
- Aumento del gasto energético.
- Psicoterapia reglada.
- En los casos más graves de puede requerir tratamiento quirúrgico.

Las intervenciones educativas para fomentar hábitos saludables es un pilar fundamental en la salud. Un estilo de vida saludable conlleva un conjunto de factores que deben de funcionar. Es muy importante la influencia que ejerce la familia, la escuela, medios de comunicación, trabajo, etc. Es por ello, que todos estos factores se deben de tener en cuenta a la hora de abordarlo.

Este problema sería interesante que se empezase a tratar desde los centros educativos. Aunque muchos advierten que su eficacia es limitada.3
Entre los principales factores sobre los que se debe incidir ya que aumentan el riesgo de obesidad son:
- La falta de actividad
- Una dieta no saludable
- Genética
- Historia familiar
- Condiciones sociales y económicas.

El principal tratamiento parte en conocer las causas que lo generan. El tratamiento farmacológico solo se emplea cuando no se consigue la reducción del 10% del peso corporal.

El principal objetivo desde atención primaria es evitar que el niño llegue a ser obeso. El tratamiento debe contar al menos con 3 pilares fundamentales:
- Prescripción dietética
- Fomento del ejercicio
- Modificación conductual.

La prevención es prioritaria donde los dos pilares básicos del paciente obeso deben ser: el tratamiento dietético y el ejercicio físico.5
Para lograr la perdida de peso se requiere un déficit de energía, por lo general, ingestas de 1200 a 1500 kilocalorías, siendo algo mayor para los hombres.

La reducción de calorías debe ser de unas 500-1000 aproximadamente al día, perdiendo 0,5 a 1 kg a la semana. La asignación de calorías se suele realizar en macronutrientes.

Se debe tener en cuenta, que algunas dietas son más equilibradas que otras. El consumo de alcohol se debe reducir y fomentar la ingesta de agua e infusiones. Las dietas muy restrictivas son contraproducentes ya que no suelen perdurar a largo plazo.

5 Discusión-Conclusión

El consejo debe ser individual a cada paciente. La alimentación además de equilibrada, incluirá verduras, hortalizas, frutas y legumbres. Limitara alimentos ricos en grasas.

La obesidad es un desafío en los países desarrollados debido a su elevada prevalencia con un factor patogénico común: la inflamación crónica de bajo grado. Es una de las causas prevenibles más importantes para limitar tanto la morbilidad como la mortalidad.

Se debe de tener siempre en cuenta que la educación terapéutica y la terapia psicológica son dos elementos imprescindibles para el tratamiento de la obesidad.

Se pretende mejorar el estado físico, mental y social del paciente, facilitar los conocimientos alimenticios, sus nutrientes y la importancia que esto tiene para la salud.

El principal efecto de la psicoterapia suele basarse básicamente en el apoyo emocional.

6 Bibliografía

1. Osorio MJ. Sobrepeso como factor de riesgo: El farmacéutico: profesión y cultura. 2019;581:16-24. http://elfarmaceutico.es/index.php/la-

revista/secciones-de-la-revista-el-farmaceutico/item/10502-sobrepeso-como-factor-de-riesgo#.XkOCwGhKjIU
2. Bess D, Osmary Y, Torres V, Despaigne P, Martínez Y. La obesidad un desafío para la Atención Primaria de Salud. Revista información científica. 2018;97(3):680-90. https://www.medigraphic.com/pdfs/revinfcie/ric-2018/ric183p.pdf
3. Menor Rodriguez. Aguilar Cordero, Mur Villar, Santana Mur. Efectividad de las intervenciones educativas para la atención de la salud. Medisur. 2017;15(1):71-84. https://www.medigraphic.com/pdfs/medisur/msu-2017/msu171k.pdf
4. Milian AJ, García ED. La obesidad como factor de riesgo, sus determinantes y tratamiento. Revista Cubana De Medicina General Integral. 2016;32(3):0 http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252016000300011
5. Rodríguez J. Recomendaciones para el tratamiento médico de la obesidad exógena en el novel primario de atención. Revista Cubana De Medicina General Integral. 2018;34(3):123-44. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252018000300013

Capítulo 309

LA DIETA VEGETARIANA: VENTAJAS Y DESVENTAJAS.

IVÁN GRANDA RUIZ

ANDREA LLANO SUÁREZ

JORGE ÁLVAREZ CIENFUEGOS

1 Introducción

La población de vegetarianos y veganos sigue creciendo en países occidentales. Existen grandes diferencias entre países, en la India un 35% sigue una dieta vegetariana mientras que en EEUU solo seria en torno a un 3%.

Se define como vegetariano aquella persona que no consume ningún tipo de carne. Los beneficios de estas dietas son reconocidos por mantener un peso saludable y disminuir la incidencia de enfermedades crónicas.

Las causas por las que se implanta están dieta es diferente entre los adultos y los adolescentes. Los adultos son por mejorar su estado se salud mientras que los adolescentes están más relacionados con establecer su identidad y ni contribuir al maltrato animal.El principal error de estas personas es que para llevar está dieta solo se informan a través de internet y no consultan a ningún profesional sanitario.

La Vegetarian Society define vegetarismo como aquel que no consume productos animales pudiendo añadir lácteos, miel o huevos. Existen diferentes tipos: Ovo-

lacto-vegetariano, lacto-vegetariano y ovo-vegetariano. Luego existe un tipo de vegetarismo más estricto conocido como veganismo.

2 Objetivos

- Conocer los beneficios de la dieta vegetariana
- Conocer las desventajas de la dieta vegetariana.
- Conocer los últimos estudios relacionados con este tipo de dieta.

3 Metodología

Para realizar el siguiente capítulo se llevó a cabo una exhaustiva búsqueda en diferentes medios y bases de datos como Pubmed, Scielo, Medline. También se consultaron temarios y guías usando las palabras clave: "Dieta", "Vegetariana", "Ventajas", "Desventajas".

Se acota la búsqueda a los últimos 4 años: 2016-2020.

4 Resultados

Son reconocidas las ventajas de la dieta vegetariana en relación a los omnívoros. Algunas de las más significativas son:
- Descenso de la presión arterial
- Menor Índice de Masa Corporal
- Abundancia de potasio debido a la dieta vegetariana.
- Reducción de la hemoglobina glicosilada (HbA1c)
- Menor concentración de colesterol
- Menor riesgo de cáncer.

Las opciones para hacer una dieta vegetariana son variadas: éticas, sociales o por motivos de salud.2 Las dietas ovo-vegetarianas son las más populares. Los déficits que se pueden encontrar en estas dietas son vitamina B12, zinc, calcio, hierro y ácidos grasos omega 3 y 6, estando ausente la vitamina B12 en veganos que deben suplementarla.

Las mejores estrategias para evitar riesgos en estas dietas por falta de conocimiento es fomentar el aprendizaje sobre estas dietas en la consulta de en-

fermería, logrando un nivel de confianza para solventar los errores que pueden cometer.

La cantidad de información en internet sobre estas dietas puede suponer un peligro para los jóvenes, por lo que es importante juntos al apoyo de la familia corregir los errores y mitos que circulan sobre este tipo de dieta y así llevar una alimentación saludable. Las mujeres vegetarianas suelen presentar reservas proteicas disminuidas. Las veganas todas presentaron disminución proteica. Los hombres presentaban una reserva proteica normal.

5 Discusión-Conclusión

Estás dietas por lo general son ricas en fibra dietética, magnesio, fitoquímicos, antioxidantes, vitaminas C y E, Fe+3, ácido fólico, ácidos grasos poliinsaturados, pero baja en grasa saturada. Los profesionales sanitarios son los que deben informar a los que deciden comenzar una dieta vegetariana para ayudarles a implementarla adecuadamente y así cubrir todos los macro y micronutrientes necesarios.

Este tipo de dieta, realizada de forma correcta puede ser beneficiosa para la salud. Son útiles en la diabetes, enfermedades cardiovasculares, degenerativas y algún tipo de cáncer. No por seguir una dieta vegetariana se sigue una dieta saludable ya que muchas veces se basa en alimentos procesados.

Parece claro que estas dietas tienen beneficios siempre que sean llevadas de una forma correcta y con conocimientos aportados por los profesionales sanitarios limitándonos a toda la información que circula por internet.

La mayoría de los artículos demuestran su eficacia frente al desarrollo de enfermedades. Seguir una dieta vegetariana bien planteada tiene beneficios para la salud.

6 Bibliografía

1. Allende D, Diaz F, Agüero S. Ventajas y desventajas nutricionales de ser vegano o vegetariano. 2017;44(3):218-25. https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-75182017000300218&script=sci_arttext
2. Diaz Rodríguez A. Ventajas y desventajas de las dietas vegetarianas. Universidad de la Laguna. 2018:1-21 https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/

9093/Ventajas%20y%20desventajas%20de%20las%20dietas%20vegetarianas.pdf?sequence=1
3. Garrido L. Consecuencias de la dieta vegana en adolescentes. BS tesis. 2019_1-31 https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/687928/pradillo_garrido_lauratfg.pdf?sequence=1
4. Burgos J, León MF, Menini CL. Salcedo D. Valoración nutricional en vegetarianos. Universidad de Buenos Aires. 2017:1-100 http://old.fmed.uba.ar/escuelanutricion/revistani/pdf/17b/ncl/775c.pdf
5. Martinez S, Lozano L. Dieta vegetarianas y prevención de enfermedades. Revista Española de Nutrición Humana y Dietética. 2019;23(1):122-23. file:///C:/Users/ivang/Downloads/887-4590-1-PB.pdf

Capítulo 310

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA. CUIDADOS PALIATIVOS EN EL PACIENTE TERMINAL.

CLARA ARCE ARROJO

1 Introducción

Empezaremos definiendo Enfermedad terminal según la OMS y la SECPAL:
Es aquella que no tiene tratamiento específico curativo o con capacidad para retrasar la evolución y que por ello conlleva la muerte en un tiempo variable, (generalmente seis meses, con un margen de más- menos tres meses). Es progresiva, avanzada e incurable. Confluyen en ella la presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes. Causa un gran impacto emocional en el paciente, familia y equipo terapéutico.

El objetivo de los Cuidados paliativos es proporcionar calidad de vida al paciente, la unidad a tratar serán el paciente y la familia. El núcleo familiar adquiere especial relevancia en la atención domiciliaria, para lo cual, es preciso su instrucción con una serie de conocimientos básicos, que les ayuden a manejar las situaciones que acontecerán. Los cuidados paliativos y curativos no son excluyentes entre si, lo que ocurre es que a medida que la enfermedad avanza, estos últimos estarán cada vez más presentes en detrimento de los primeros .

Características de los cuidados paliativos según la OMS:
- El paciente y la familia son la unidad a tratar.

- Concepción terapéutica activa, incorporando una actitud rehabilitadora y activa, que nos lleve a superar el " no hay nada que hacer" sin incurrir en encarnizamiento terapéutico.
- No se pretende acelerar ni retrasar la muerte, esta es considerada un proceso natural.

Atención integral desde un punto de vista biológico, psicológico , social y espiritual.

- Proporcionar alivio del dolor y de otros síntomas.
- Fomentar la autonomía del paciente, ofreciendo apoyo para poder vivir lo más activamente posible.
- Atención por parte de un equipo multidisciplinar.

Como hemos mencionado anteriormente, la unidad a tratar son el paciente y la familia. Disponemos de escalas para valorar al cuidador principal, como la escala de índice de esfuerzo del cuidador y la del cuidador principal de Zarit. Es sumamente importante el cuidado del cuidador principal, ya que sin él se vería mermada la calidad de vida del paciente.

En relación al paciente terminal ,debemos acatar los principios de la bioética, a veces no es sencillo debido a una lucha de sentimientos, tanto en el profesional, como en la familia. Dichos principios son justicia, igualdad, beneficencia y no maleficencia. Pues bien, la ética de mínimos, beneficencia y no maleficencia, adquiere especial relevancia en estos pacientes. Es preciso no incurrir en el encarnizamiento terapéutico, realizando un sinfín de pruebas diagnósticas y / o tratamientos que lejos de alargar la vida del paciente, merman su calidad de vida.

Se ha mencionado que los síntomas en este tipo de enfermos, son múltiples, multifactoriales y cambiantes. El profesional de enfermería, debe adaptarse y / o anticiparse a ellos, a fin de proporcionar una adecuada calidad de vida al paciente. La mayor parte de estos síntomas son derivados de la propia enfermedad y / o tratamiento de esta. Entre los más presentes encontraremos: El dolor, xerostomía, mucositis, disfagia, anorexia, caquexia, disnea, tos, estreñimiento, náuseas y vómitos, astenia, insomnio.

Disponemos de numerosas escalas de valoración , que nos ayudaran a cuantificar la intensidad de los síntomas y la evolución de la enfermedad.

- La escala KARNOFSKY y la escala ECOG Ambas de valoración funcional .
- La escala EDMONTON valora la sintomatología de la enfermedad .

- Escala visual analógica (EVA) , escala numérica de Downie. Valora el dolor del paciente.

Los cuidados paliativos, se centran también en la agonía. En esta etapa ,solo habrá cuidados de confort, contribuyendo y acompañando al paciente y familia, para que esté tenga una muerte digna . Ortotanasia.
Signos de muerte inminente:
- Pérdida de tono muscular. Caída de la mandíbula y boca parcialmente abierta .
- Sudoración fría y pegajosa
- Estertores
- Frialdad en zonas distales
- Pulso débil e irregular
- Alteración del estado de consciencia: estupor, agitación, somnolencia.
- Alteraciones sensoriales
- Retención de orina, fiebre
- Disminución de los movimiento oculares.

El profesional de enfermería deberá de dispensar una serie de cuidados en esta etapa agónica del paciente.
Simplificar el tratamiento con fármacos estrictamente necesarios y de utilidad inmediata.
- Analgesia pautada, no a demanda.
- Vía de elección para la administración de fármacos subcutánea.
- Proporcionar confort al paciente y su familia
- Minimizar al máximo las movilizaciones del paciente. Colocar una sonda vesical si precisa para evitar cambios de absorbente y evitar cambios posturales.
- Cuidados de la boca y labios. Mantenerlos humedecidos.

2 Objetivos

- Diseñar y ejecutar un plan de cuidados de enfermería individualizado para un paciente terminal.

3 Metodología

Para realizar el siguiente capítulo se llevó a cabo una exhaustiva búsqueda en diferentes medios y bases de datos como Pubmed, Scielo, Medline. También se

consultaron temarios y guías usando las palabras clave: cuidados paliativos, paciente terminal.
Se seleccionaron los artículos más recientes y de mayor interés. Y de ellos se sustrajo información pertinente.

4 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 311

DIABETES MELLITUS EN LA INFANCIA.

SILVIA ZAPICO GUTIERREZ

ALEJANDRA GARCÍA MÉNDEZ

1 Introducción

La diabetes mellitus es una de las enfermedades crónicas más frecuentes en la infancia. Constituye un conjunto de enfermedades clínica y etiopatogénicamente heterogéneo, aunque más del 95% de los casos en nuestro entorno corresponden a diabetes tipo 1 autoinmune. Los avances ocurridos durante los últimos años han permitido la adscripción de un número cada vez mayor de pacientes a subtipos distintos.

En esos casos, el diagnóstico correcto se ve facilitado por el hecho de que muchas de estas causas raras de diabetes se asocian con síndromes clínicos específicos o se manifiestan a una edad determinada. Muchas de ellas son, además, subsidiarias de diagnóstico molecular. El mantenimiento de la glucosa dentro de los límites considerados normales depende de la secreción de insulina por parte del páncreas y de la capacidad o sensibilidad del organismo de asimilarla.
Con gran diferencia, la forma más frecuente de diabetes mellitus en los niños y adolescentes de nuestro medio es la diabetes tipo 1, en la que uno o más estímulos ambientales desencadenan, en ciertos sujetos genéticamente predispuestos, una reacción autoinmune contra las células beta pancreáticas que acaba por destruirlas. Pero no es el único tipo de diabetes infantil. Es importante establecer un

buen diagnóstico, y pronosticar lo que puede ocurrir a largo plazo, o al riesgo deque los familiares próximos puedan también adquirirlo.
Es necesario considerar a cada paciente individualmente antes de clasificar la forma de diabetes que presenta. La diabetes es una elevación crónica de glucosa en sangre. En niños, el tratamiento no es administrado por el paciente sino por su cuidador. Así, las características personales que aseguren la adherencia al tratamiento dependen de otra persona.
El diagnostico de diabetes en un niño supone una gran conmoción en la familia: provoca en los padres emociones intensas de miedo, ansiedad, depresión y culpa que puede alterar la unidad familiar. El impacto emocional de la diabetes va a depender de la edad del debut y de otras variables propias de la familia. El cuidado de este trastorno requiere una continuidad en el tratamiento que supone la estabilidad en el tiempo de una serie de hábitos y conductas que aseguren la adherencia al tratamiento.

Así, podría decirse que el tratamiento de la diabetes es un arte de planificación y coordinación de alimentos, actividad física, insulina y control de glucosa. El buen control de esta enfermedad en la infancia hace que la aparición de las complicaciones (micro y macrovasculares) a corto y largo plazo se eviten y/o retrasen e, igualmente, que se mejore la calidad de vida y se eviten los ingresos hospitalarios

La presentación clínica de la diabetes mellitus es muy variable, e incluye todas las posibilidades, desde las descompensaciones agudas graves que hacen sospechar inmediatamente el diagnóstico, hasta las formas asintomáticas que se detectan al hacer pruebas de cribado selectivo en determinados grupos de riesgo, o incluso que se detectan casualmente al determinar la glucemia en un análisis de sangre realizado por otro motivo.

En la mayoría de las ocasiones, la diabetes se presenta de manera aislada, sin otras manifestaciones clínicas asociadas. No obstante la diabetes puede aparecer en un contexto más amplio, ya sea formado una parte más de una sintomatología o cmo consecuencia de algún tratamiento que predisponga a la misma. En estos casos, el diagnóstico suele ser sencillo y no suele plantear problemas.

2 Objetivos

El objetivo de esta revisión es poner al día los conocimientos actuales en este campo con objeto de facilitar la consecución de un diagnóstico preciso y enten-

der las implicaciones del mismo sobre el tratamiento y el pronóstico de dichos pacientes.
- Identificar qué características personales y ambientales del cuidador favorecen o interfieren la adherencia al tratamiento y dar conocimiento sobre la enfermedad a los mismos.
- Realizar un breve y claro resumen dirigido sobre todo padres, acerca del diagnostico, evolución etc, ya que muchos padres no saben detectar algunos de los síntomas que pueden ser importantes y diagnósticos.
- Instruir tanto a los padres, como cuidadores, como a los propios adolescentes acerca de los tipos de tratamientos, como inyectarse insulina en el caso que proceda tanto zonas de punción como la técnica adecuada.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos PudMed, Medline, Cuiden, Ibecs, Lilacs, Scielo y Enfispo. El límite temporal fue de 5 años. Se buscaron las palabras clave hiperglucemia, diabetes mellitus en la infancia, niño y adolescente con diabetes mellitus, unidades de referencia para la diabetes pediátrica, Cuidadores familiares, en título, abstract y como descriptores. Y se realizó un tipo de estudio descriptivo.
Cronograma:
- Fase de documentación y planteamiento de objetivos: Julio – Agosto 2017.
- Fase de recogida de información, fase de campo: Agosto 2017.
- Fase de procesamiento de datos y análisis de resultados: Agosto – Septiembre 2017
- Conclusiones y edición del trabajo de investigación: Octubre 2017.

4 Resultados

La diabetes mellitus es una de las enfermedades crónicas más conocidas en niños. uno de los síntomas más llamativos de esta enfermedad es que se orina mucho más de lo normal. Pero no empecéis a poneros nerviosos si vuestro hijo orina con frecuencia. Es normal que algunos niños orinen con mucha frecuencia por otros motivos. El sólo hecho de orinar mucho no es signo de diabetes.
Mellitus significa dulce. En la antigüedad, cuando se empezó a definir la diabetes mellitus se hablaba de que la orina era dulce. Sé que puede resultar “asquerosillo”, pero se diagnosticaba saboreando la orina del enfermo. Es que no había laboratorios de análisis clínico. Hablamos de Diabetes Mellitus porque hay otro tipo,

la diabetes insípida: Es una enfermedad en la que se orina demasiado, hasta el punto de deshidratar al paciente, pero no hay un exceso de orina en sangre ni en orina. Se produce porque el riñón deja escapar demasiada cantidad de orina.
Por tanto Diabetes Mellitus es orinar mucho y con altas concentraciones de azúcar (glucosa) en orina y en sangre.
La insulina es una hormona producida en el páncreas por células especiales, llamadas células beta. El páncreas está localizado por debajo y por detrás del estómago. La insulina se necesita para movilizar el azúcar de la sangre (glucosa) dentro de las células. La glucosa se almacena dentro de las células y luego se utiliza para obtener energía. Con la diabetes tipo 1, las células beta producen poca o ninguna insulina. Sin la insulina suficiente, la glucosa se acumula en el torrente sanguíneo en lugar de entrar en las células. Esta acumulación de glucosa en la sangre se denomina hiperglucemia. El cuerpo es incapaz de usar esta glucosa para obtener energía. Esto lleva a los síntomas de diabetes tipo 1.
La causa exacta de diabetes tipo 1 se desconoce. La más probable es un trastorno autoinmune, es una condición que ocurre cuando el sistema inmunitario ataca por error y destruye el tejido corporal sano. Con la diabetes tipo 1,una infección o algún otro desencadenante hace que el cuerpo ataque por error las células productoras de insulina en el páncreas. La tendencia de desarrollar enfermedades autoinmunes, incluyendo diabetes tipo 1, puede ser transmitida a través de las familias.
Cualquier analítica de sangre y orina puede diagnosticar la diabetes mellitus en cuestión de minutos. Y las determinaciones de azúcar en sangre capilar (pinchazo en el dedo) puede hacerlo en segundos. Hoy en día se están desarrollando incluso sistemas para controlar el nivel de azúcar en sangre sin necesidad de pinchar al enfermo.Tabla 1.Criterios diagnósticos de diabetes mellitus.

En el caso de los pacientes asintomáticos,los puntos de corte más adecuados se determinaron teniendo en cuenta la asociación de la variable utilizada para hacer el diagnóstico (glucemia en ayunas, glucemia a las 2h de la sobrecarga oral de glucosa o HbA1c) con la presencia de retinopatía diabética en grandes estudios epidemiológicos .
1. HbA1c ≥6,5%Determinada por un método estandarizado frente al ensayo del estudio DCCTa
2. Glucemia en ayunas ≥126mg/dLAl menos 8h desde la última ingesta calóricaa
3. Glucemia a las 2h durante una SOG≥200mg/dLUtilizando el equivalente a 1,75g/kg (hasta un máximo de 75g) de glucosa anhidra disuelta en aguaa
4. Glucemia ≥200mg/dL en cualquier momento del díaEn pacientes con síntomas clásicos de hiperglucemia o complicación aguda hiperglucémica

SOG: sobrecarga oral de glucosa. En ausencia de hiperglucemia franca, los criterios 1 a 3 deben ser confirmados antes de establecer el diagnóstico definitivamente.

Hay dos tipos fundamentales de Diabetes Mellitus:

– Diabetes Mellitus Tipo 1.
Supone alrededor del 10% de los casos de diabetes en la población general. Pero en niños y adolescentes supone un 95%de los casos. Se produce porque el Páncreas (uno de los órganos que tenemos en el abdomen) deja de producir insulina. s la más frecuente en niños y su causa es en la mayoría de los casos Autoinmune. Esto significa que en algunos niños que tienen predisposición genética, a veces a partir de una infección producida por un virus el cuerpo empieza a producir defensas contra ese virus pero se confunden con las células que producen insulina en el Páncreas.

Si esto ocurre el propio cuerpo puede acabar con esas células en cuestión de horas o pocos días. El resultado es que de repente el niño deja de producir insulina (la hormona que regula la concentración de azúcar en nuestra sangre), y el nivel de azúcar sube de forma incontrolada. Es irreversible.Aquél que la sufre ha perdido la capacidad de genera r insulina de por vida, aunque se están experimentando técnicas para revertirla.
Tabla 2.Datos atípicos de diabetes tipo 1 en la infancia

1.Diagnóstico de diabetes antes de los 6 meses de edad
2.Ausencia de autoanticuerpos, especialmente si han sido determinados en el momento del diagnóstico
3. Ausencia de HLA de alto riesgo
4. Buen control metabólico (HbA1c<6,5%) más de 3-5 años después del diagnóstico, con necesidades de insulina inferiores a 0,5 UI/kg/día y péptido C detectable (>0,5ng/mL) en presencia de hiperglucemia franca (>140mg/dL) 5. Ausencia de cetonuria durante las enfermedades intercurrentes, una vez finalizado el período de remisión parcial («luna de miel») 6. Numerosos antecedentes familiares de diabetes no autoinmune o historia familiar de diabetes de cualquier tipo en uno de los progenitores 7. Presencia de alteraciones auditivas, visuales o renales
– Diabetes Mellitus Tipo 2.
Es conocida como diabetes insulinodependiente o diabetes del adulto.Se produce porque el cuerpo pierde la sensibilidad a la acción de la insulina. Se asocia siempre a sobrepeso importante. Es cada vez más frecuente debido al aumento de la obesidad infantil. Es reversible si se reduce el peso del paciente. Los niños y ado-

lescentes obesos están más expuestos a la determinación de la glucemia que los niños no obesos, especialmente porque la mayoría de las guías clínicas de obesidad infantil recomiendan un despistaje selectivo de la diabetes tipo 2, por otro, la obesidad disminuye la sensibilidad a la insulina, lo que favorece la aparición de hiperglucemia en caso de que exista ya un factor favorecedor, como la autoinmunidad pancreática. Todo ello puede llevar a una cierta confusión diagnóstica entre diabetes tipo 1 y tipo 2 en adolescentes obesos.
Tabla 3.Datos atípicos de diabetes tipo 2 en la infancia
1.Ausencia de obesidad grave y/o acantosis nigricans u otros marcadores de síndrome metabólico
2. Numerosos antecedentes familiares de diabetes sin obesidad
3.Pertenencia a grupo étnico con prevalencia relativamente baja de diabetes tipo 2 (ej: caucásicos)
4.Ausencia de insulinorresistencia (insulina y/o péptido C basales normales)
5.Presencia de au.toanticuerpos contra las células β pancreáticas.

- Diabetes neonatal:
La diabetes mellitus rara vez se presenta antes de los 6 meses de vida,y cuando lo hace,no se acompaña habitualmente de autoinmunidad frente a las células β ni conlleva asociado un mayor riesgo genético para desarrollar diabetes tipo 152,53 y, por el contrario, debe ser considerada una enfermedad monogénica Generalmente los pacientes nacen con un mayor o menor grado de retraso de crecimiento intrauterino secundario a la deficiencia de insulina durante la vida fetal54.

Desde un punto de visto evolutivo, es posible diferenciar 2 subtipos de diabetes neonatal55: una forma transitoria,que remite pocos meses después y tiende a reaparecer en la edad escolar o la adolescencia, y una forma permanente, que requiere tratamiento continuado desde el diagnóstico; ambos subtipos son clínica y genéticamente muy heterogéneos8.Algunas características clínicas asociadas a la diabetes pueden ayudar a guiar el estudio molecular. La mayoría de los casos de diabetes neonatal transitoria se deben a distintas alteraciones que aumentan el nivel de expresión del gen PLAGL1, sometido a imprinting materno (en condiciones normales, solo se expresa el alelo procedente del padre), en la región cromosómica 6q2456.

Aproximadamente la mitad de los pacientes con diabetes neonatal permanente tiene una mutación en alguno de los dos genes que codifican el canal de potasio dependiente de ATP de las células β pancreáticas (KCNJ11 y ABCC8)57,58 o en el gen de la insulina (INS)59,60. Ambos genes del canal de potasio también se han

relacionado con algunos casos de diabetes neonatal transitoria61 y, aproximadamente,el 20% de los pacientes presentan manifestaciones neurológicas como consecuencia de la expresión del canal mutado en las neuronas del sistema nervioso central62,63. Además de causar diabetes neonatal, se han descrito mutaciones heterocigotas en ABCC8 e INS en algunas familias con MODY64,65 y en algunos casos de diabetes tipo 1B65,66. La mayoría de los pacientes con mutaciones en los genes KCNJ11 y ABCC8 pueden ser tratados con sulfonilureas, generalmente a dosis más altas de las habituales67,68. El resto de los casos requieren tratamiento con insulina.

Síntomas que deben hacernos sospecha en un niño o bebé:
- La diabetes puede aparecer en cualquier edad,pero es mucho más frecuente en menores de 30 años.
- En el caso que nos centramos,la Diabetes Mellitus Infantil,puede aparecer en cualquier momento desde el nacimiento.
- Los 4 síntomas que nos suelen orientar a pensar que un niño pueda tener Diabetes Mellitus son:
- Bebe mucho, orina mucho, come mucho y pierde peso.
IMPORTANTE: Son los cuatro síntomas juntos los que nos hacen pensar en Diabetes Mellitus. Si no reúne los 4 a la vez no sospechamos diabetes mellitus:
– Un niño puede beber mucho porque use el líquido como forma para tranquilizarse (potomanía) y si lo hace orinará mucho. Pero habitualmente estos niños no comen demasiado porque llenan su estómago de líquido y eso les hace sentirse saciados. Cuando esto es así a veces pierden peso. Pero como vemos en el ejemplo reúne 3 de los 4, y no es Diabetes Mellitus.
– También hay niños que beben mucho, orinan mucho y comen mucho (bulimiapotomanía). Pero no suelen perder peso, sino ganarlo en exceso.

Por tanto para sospechar Diabetes Mellitus,los cuatro síntomas a la vez.
Diagnóstico de la Diabetes Mellitus Se diagnostica mediante analíticas:
– Nivel de azúcar en sangre: El valor de glucosa en sangre con el que se considera que un niño tiene Diabetes Mellitus ha ido cambiando con el tiempo y no os lo voy a dar para que el diagnóstico se haga como debe ser por un profesional. La razón es que hay situaciones en las que podemos ver niveles de glucosa elevados sin que sea una Diabetes Mellitus. Los más frecuentes, en vómitos persistentes o en situaciones graves de estress (por ejemplo en infecciones graves, accidentes o quemaduras extensas). Pero además cuando se diagnostica una Diabetes Mellitus el tratamiento debe iniciarse en un hospital hasta que nos aseguramos de que los padres están preparados para seguir el tratamiento adecuadamente en su casa.

– Nivel de azúcar en orina: La detección de azúcar en orina es prácticamente diagnóstico claro de Diabetes Mellitus. Pero me remito a lo dicho en el punto inferior. Debe confirmarse siempre y empezar a tratarse en un hospital.
– Nivel de Insulina en sangre:Es lo que nos diferencia la Diabetes tipo 1 de la tipo 2. En la primera el nivel de Insulina es muy bajo o indetectable. Mientras que en la tipo 2 el nivel de insulina es normal o incluso alto, pero no hace efecto.
– Evolución de peso:En la Diabetes Mellitus tipo 1 vemos una pérdida de peso desde que aparece hasta que se controla. Mientras que en la Diabetes Mellitus tipo 2 ha habido una ganancia de peso importante antes de la aparición de la enfermedad.
Repercusión en la vida escolar
El alumnado pasa muchas horas en los centros educativos,por lo que se debe tomar una actitud socializante en aquellos alumnos que tienen diabetes, tratando de generarles unas condiciones necesarias para que la enfermedad no suponga ningún obstáculo durante la jornada escolar es importante que toda la comunidad educativa tenga conocimiento de la diabetes, sepan reconocer los síntomas de descompensación y puedan actuar de forma inmediata para evitar consecuencias graves.

Ante todo, debe entenderse que no se trata de una enfermedad contagiosa y que no afecta al desarrollo intelectual de las personas que la padecen ni a sus capacidades de aprendizaje o de adquisición de habilidades,y de ese modo se debe favorecer que el alumnado con diabetes, participe plenamente de todas las actividades escolares y extraescolares.Para conseguirlo se creará un ambiente de normalidad ante la realización de las determinaciones de glucemia, administración de insulina y la toma frecuente de alimentos.

En aquellos colegios en los que exista alumnado con diabetes,debería crearse un equipo coordinado entre las familias, docentes, asociaciones y pediatras de centro de salud y de atención especializada, para tratar de poner en común una actuación conjunta sobre las diferentes situaciones que pueden presentarse, haciendo especial hincapié en las urgencias.
Siguiendo las recomendaciones de la Federación Internacional de Diabetes y la Asociación Americana de Diabetes, en los centros educativos se debería:
- Velar por la no discriminación por la condición de persona con diabetes.
- Disponer de un lugar adecuado para conservar la insulina, otros medicamentos y el aparataje para controlar los niveles de glucosa en sangre.
- Permitir la monitorización de los niveles de glucosa en sangre.
- Disponer de asistencia sanitaria o estar en condiciones de facilitarla de manera

urgente, si fuera preciso.
- Facilitar el cumplimiento de una alimentación adecuada.
- Disponer de un acceso fácil a agua y alimentos, incluso en clase.
- Favorecer la plena integración del alumnado con diabetes en todas aquellas actividades que el centro educativo promueva, incluidas las que requieran ejercicio físico.
- Facilitar una nueva oportunidad para realizar exámenes académicos, u otras pruebas académicas, si en el momento de realizarlos existe una situación documentada de hiperglucemia o hipoglucemia que le impidan llevarlos a cabo, o una ausencia justifi cada por asistencia a consulta sanitaria.
- Asegurar la confidencialidad e intimidad del escolar.

Aunque en el momento actual no se encuentran establecidos todos los mecanismos necesarios para el manejo del menor con diabetes durante la jornada escolar, se debería poner como objetivo que el centro educativo favorezca:
- La recogida de las lancetas y agujas desechables y depositarlas en contenedores cerrados para evitar riesgos.
- El botiquín del colegio contenga las ampollas de glucagón, conservadas en nevera, necesarias para las situaciones de hipoglucemia.
- Aun no existiendo una obligación legal para la atención del alumnado con diabetes, por parte de los docentes, se debería tener presente que una rápida actuación benefi ciaría al escolar en situación de gravedad.
- Sería aconsejable la participación del profesorado en la supervisión de las determinaciones de glucemia y en la administración de la insulina, favoreciendo por una parte el seguimiento en el control de la enfermedad, y por otra parte estrechar un estrecho vínculo con la familia, sobre todo cuando son de menor edad, en los que aún no dominan el auto-control.

La familia debe responsabilizarse de aportar la información del diagnóstico y evolución de la enfermedad al centro escolar deberían aportar la medicación y los instrumentos necesarios para su administración, debiendo estar éstos en perfectas condiciones de higiene y caducidad.

A pesar de que no existe una legislación europea ni nacional específica que regule el cuidado de estos niños y niñas con diabetes, es recomendable que la familia realice una autorización por escrito para permitir la actuación asistencial del menor en el colegio, donde se especifique que se exime, tanto al centro educativo como al profesorado,de cualquier responsabilidad legal. La prevención y control de la diabetes en escolares es una responsabilidad que deben compartir,

las instituciones, las familias , y las propias personas afectadas

5 Discusión-Conclusión

El perfil del cuidador con mejor adherencia objetiva: alguien con buenos conocimientos sobre la enfermedad, temor ante las consecuencias de no seguir el tratamiento, acostumbrado a afrontar problemas buscando soluciones, con una actitud y motivación positivas y sin sentirse culpable. En su relación con los pacientes muestra un alto grado de control y de afecto (cuidador democrático).

- Es necesario considerar la CVRS en la etapa de la adolescencia, poniendo especial atención al ámbito psicosocial en la propuesta de tratamiento y en el diseño de intervenciones educativas.
- Mientras la diabetes tipo 1 y la diabetes tipo 2 carecen de una prueba diagnóstica única y el diagnóstico se basa en la agrupación de indicios, la mayoría de las formas monogénicas de diabetes pueden diagnosticarse mediante un estudio genético específico. El diagnóstico molecular es caro, pero puede tener un gran impacto en la actitud clínica para con el paciente y otros familiares.

Es importante seleccionar cuidadosamente a los candidatos a estudio mediante los datos clínicos disponibles y la realización de determinadas pruebas complementarias, como la determinación de péptido C y autoanticuerpos pancreáticos, así como estudiar a otros miembros de la familia, antes de solicitar el correspondiente estudio genético.

- Con la investigación se puede concluir que las necesidades nutricionales de un niño o adolescente con diabetes son completamente similares a la de cualquier persona.
- Cabe señalar el cuidado y el orden a la hora de tratar su enfermedad, por el hecho de que estas personas deben conocer muy bien los alimentos que ingieren y sus componentes.
- Por lo tanto para el tratamiento de la diabetes tipo 1 en niños lo fundamental es adaptar la insulina suministrada a la alimentación y no la alimentación a la pauta de insulina utilizada.
- Como cada organismo difiere en su comportamiento, lo que se recomienda para toda persona en especial para las que sufren la enfermedad es hacer de la actividad física parte de sus vidas, y esto con mayor énfasis en las personas adultas que sirven como ejemplo para las generaciones menores, así en una familia donde un miembro padezca esta enfermedad se puedan tratar como grupo y mejorar su calidad de vida integralmente apoyándose unos a otros.

6 Bibliografía

- López Siguero JP, Del Pino de la Fuente A. Hipoglucemias en niños con diabetes tipo 1. X Curso de Postgrado de la S.E.E.P, Actualizaciones en endocrinología Pediátrica; 2004 16-17 abril; El Puerto de Santa María (Cádiz): Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica, 2004.
- Rodondi N, den Elzen WP, Bauer DC, Cappola AR, Razvi S, Walsh JP, et al. 2010. Subclinical hypothyroidism and the risk of coronary heart disease and mortality. JAMA 304 (12): 1365-137.
- S. Ehehalt,K. Dietz,A.M. Willasch,A. Neu,DIARY-Group BadenWuerttemberg.Prediction model for the incidence and prevalence of type 1 diabetes in childhood and adolescence: evidence for a cohort-dependent increase within the next two decades in Germany. Pediatr Diabetes, 13 (2012), pp. 15-20
- Camm AJ, Lip GY, De Caterina R, Savelieva I, Atar D, Hohnloser SH, et al. 2012. 2012 focused update of the ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation: an update of the 2010 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation. Developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association. Eur Heart J 33 (21): 2719-2747.
- Brandt F, Green A, Hegedüs L, Brix TH. 2011. A critical review and metaanalysis of the association between overt hyperthyroidism and mortality. Eur J Endocrinol 165 (4): 491-497.
- http://www.mipediatraonline.com/diabetes-mellitus-infantil/
- M. Rewers.Challenges in diagnosing type 1 diabetes in different populations. Diabetes Metab J, 36 (2012), pp. 90-97. http://dx.doi.org/10.4093/dmj.2012.36.2.90. Medline.
- P. Bowman,S.E. Flanagan,E.L. Edghill,A. Damhuis,M.H. Shepherd,R. Paisey Heterozygous ABCC8 mutations are a cause of MODY.Diabetologia, 55 (2012), pp. 123-127 http://dx.doi.org/10.1007/s00125-011-2319-x.
Medline.
- M.J. Hare,J.E. Shaw,P.Z. Zimmet. Current controversies in the use of haemoglobin A1c. J Intern Med, 271 (2012), pp. 227-236 http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2796.2012.02513.x.
Medline.
- M. Sperling. Diabetes mellitus. Nelson's Textbook of Pediatrics, 15a ed., pp. 1647.

Capítulo 312

PREVENCIÓN DE LA DERMATITIS ASOCIADA A LA RADIOTERAPIA

IRENE MARTÍNEZ ARDINES

LAURA FEITO PRIETO

1 Introducción

La radioterapia juega un papel fundamental en el tratamiento primario y adyuvante de múltiples tipos de lesiones, se estima que el 50% de los pacientes con cáncer son tratados con ésta. A pesar de sus beneficios, la radiación produce diferentes tipos de lesiones cutáneas que van desde el eritema a la ulceración o necrosis. Estudios reflejan que el porcentaje de pacientes que desarrollan dichas lesiones tras someterse a la radioterapia alcanza el 95%, siendo más común su aparición en los pacientes que sufren cáncer de piel, mama, cabeza y cuello, pulmón y sarcoma.

La radiación aplicada sobre la piel produce diferentes alteraciones en su estructura. La dosis de radiación será por tanto un elemento determinante, a mayor dosis, mayor probabilidad de lesiones cutáneas. Durante la exposición a la radiación se produce una ionización del agua celular, se generan radicales libres de vida corta y se producen cambios irreversibles en el ADN mitoncondrial e inflamación.

La radiodermatitis afecta no solamente a la calidad de vida del paciente por el disconfort que le causa, si no a su tratamiento, el 36% de los pacientes que desarrollan este problema necesitan reducir la dosis aplicada y la interrupción debe realizarse en el 72% de los casos.

El diagnóstico de esta afección es fundamentalmente clínico, buscando en pacientes recientemente expuesto a radioterapia la aparición de eritema o descamación. Los síntomas suele iniciarse entre la semana 1 y 4 tras el inicio del tratamiento, llegando a su fase de mayor gravedad una o dos semanas tras finalizar el mismo. Que la radiodermatitis se produzca depende de múltiples factores:

Dependientes de del paciente:
- Edad.
- Estado nutricional.
- Hábitos tóxicos; en especial alcohol y tabaco.
- Comorbilidades; anemia, diabetes, esclerodermia, VIH.

Dependientes del tratamiento:
- Dosis total, volumen de tratamiento, energía y fraccionamiento.
- Quimioterapia concomitante.
- Cirugía previa.

Las escalas utilizadas de manera rutinaria para clasificar las lesiones que se producen son las establecidas por el Radiation Therapy Oncology Group (RTOG) o por el National Cancer Institute Common Terminology Criteria for Adverse Events (NCI/CTCAE). Ambas establecen 5 grados en función de la intensidad de las lesiones, desde la no lesión a la muerte. (figura 1). 3,5

Efecto Adverso	Grado 1	Grado 2	Grado 3	Grado4	Grado 5
Radiodermatitis	Eritema que palidece y descamación.	Eritema moderado o agudo, descamación húmeda irregular en pliegues y edema moderado	Descamación húmeda en zonas distintas de pliegue, facilidad de sangrado antes abrasiones o golpes mínimos.	Necrosis. Ulceración de todas las capas de la piel. Sangrado espontaneo. Necesidad de injertos.	Muerte.

Figura 1. Clasificación NCI CTCAE

2 Objetivos

- Actualizar los conocimientos y métodos que permiten prevenir la radiodermatitis.
- Conocer la importancia del papel de la educación sanitaria realizada por enfermería en la prevención de esta enfermedad.

3 Metodología

Revisión actualizada de la evidencia al respecto en las bases de datos y motores de búsqueda PubMed, Cochrane y Google Schoolar.

Descriptores MeSH
-radiodermatitis/complications
-radiodermatitis/prevention and control
-radiodermatitis/nursing
-radiation

4 Resultados

En 2004 la publicación de Montero recalcaba la necesidad de prestar una información adecuada, insistiendo en el paciente tratado con radioterapia de la importancia de adoptar medidas desde el inicio del tratamiento y tras finalizar el mismo para prevenir la radiodermatitis.
Los estudios son claros respecto a la importancia de la adecuada higiene y cuidado de la piel; el estudio citado recomendaba lavarse con agua y jabón a diario. Un reciente estudio de 2019 de Rosenthal puso de manifiesto los estudios randomizados en los que se comparó la higiene solo con agua o con agua y jabón, encontrándose que este último demostrada evidencia en la prevención de la radiodermatitis y disminuía la incomodidad ocasionada por el picor en los pacientes.

La piel irradiada debería mantenerse limpia y seca, usando hidratantes sin perfume, a base de agua 2 ó 3 veces al día, se debería usar ropa holgada de tejidos naturales como el algodón, evitar la exposición solar, y minimizar el uso de irritantes como perfumes o soluciones a base de alcohol. Los desodorantes no han demostrado ser perjudiciales,ni aumentar el riesgo de radiodermatitis. De proceder al rasurado este debería realizarse con maquinillas eléctricas.

Varios de los artículos analizados demuestran que los corticoesteroides de baja y media potencia, añadidos a las medidas básicas de higiene general, son eficaces aplicados una o dos veces a día tras la sesión de radioterapia manteniéndolos tras finalizar el tratamiento 3 semanas más. Estas sustancias previenen el desarrollo de grados mas severos de radiodermatitis, siendo efectivos también contra el picor.
Un meta-análisis realizado en 2017 comparó el uso de corticoesteroides desde el primer día de radioterapia hasta tres semanas después de finalizar el tratamiento, con un placebo, obteniéndose como resultado una reducción del riesgo en la producción de descamación húmeda con el fármaco.3 En 2018 otro estudio revisó 53 artículos respecto al tema dando por conclusión que el lavado con agua y jabón de la piel y la aplicación de un corticoide de media-alta potencia desde el primer día de la radioterapia hasta 2 semanas después de finalizar el tratamiento disminuía la incidencia y gravedad de la radiodermatitis.

La severidad de las lesiones será determinante a as hora de elegir un tratamiento u otro, el el grado 1 serian necesarias las medidas de higiene sin otro particular. En el grado 2 y 3 las lesiones precisarían de apósitos de silicona absorbentes y si

hubiese infección tratamiento antibiótico sistémico o tópico. El grado 4 precisaría de injertos o colgajos cutáneos.

Hay múltiples tratamientos utilizados que no han justificado su eficacia en la prevención de la radiodermatitis; el áloe vera, el ácido hialurónico, el salicilato de trolamina, el sucralfato, la sulfadiazina argéntica y los apósito de plata.

La publicación realizada por Lucas en 20182 abordó otra cuestión interesante en le manejo de la radiodermatitis, este estudio evaluó mediante cuestionarios los conocimientos del personal de enfermería respecto a la detección, prevención y asesoramiento al paciente acerca de la misma. El estudio comparó los conocimientos antes y después de dar formación respecto al tema, encontrándose significación estadística en la mejora de la calidad de la información dada a pacientes aumentando la confianza del personal de enfermería respecto al tema.

El estudio comparó también número de prescripciones de corticoides antes y después de las sesiones formativas, no encontrándose en esta un aumento de las mismas. Lo que si determinó el estudio fue que tras la implementación de la educación al paciente de manera protocolizada, ninguno de ellos desarrollo grados importantes de dermatitis (3-4) y que en los pacientes a los que no se les había realizado profilaxis con corticoesteroides presentaban con mayor frecuencia prurito. El estudio demostró por lo tanto la efectividad de un protocolo que aunaba la prescripción de corticoides con la educación al paciente.

5 Discusión-Conclusión

Es indiscutible la elevada incidencia de lesiones cutáneas causadas por la radioterapia y que estas causan al paciente dolor y disconfort. Pese a la prevalencia de la radiodermatitis no existen protocoles específicos en su manejo. Los planes de cuidados enfermeros ayudan a prevenir y disminuir la incidencia de ésta como vimos en el estudio de Lucas. La educación protocolizada demostró en este sentido su eficacia, las enfermeras minimizamos el estrés psicológico del paciente al presentarnos como la primera línea de información, asesorando sobre los cuidados de la piel y como detectar las lesiones rápidamente, lo que permite que se minimice también la severidad de las mismas.

Todo esto lleva a plantearse la necesidad de formación sanitaria continuada al respecto, precisándose el desarrollo de protocolos específicos y líneas de formación, adecuados a cada medio de trabajo. Hay evidencia suficiente de la repercusión,

tanto en la prevención de la radiodermatitis como en la gravedad de la misma tras implementarse esta educación sanitaria.

En cuanto a las medidas de cuidados concretos no cabe discusión, los estudios son claros y existe evidencia en basar la prevención de la radiodermatitis en el cuidado e higiene de la piel y en la aplicación de corticoesteroides.

Por lo tanto se concluye que:
- La radiodermatitis afecta en diferentes grados a un porcentaje elevado de pacientes sometidos a radioterapia.
- Los pilares básicos en la prevención de la radiodermatitis se basa en la higiene diaria y la aplicación de corticoesteroides de baja-media potencia desde el inicio del tratamiento hasta semanas después del mismo.
- La educación sanitaria de calidad por parte del personal de enfermería resulta fundamental a la hora de instruir a los pacientes en las recomendaciones para la prevención de la radiodermatitis, siendo necesaria la instauración de protocolos al respecto.

6 Bibliografía

1. Brown, K.R., & Rzucidlo, E. (2011). Acute and chronic radiation injury. Journal of Vascular Surgery, 52(Suppl. 1), 15–21.
2. Lucas A, Lacouture M, Schneider S. Radiation Dermatitis: A prevention protocol for patients with breast cancer. Clinical Journal of Oncology Nursing. Aug 2018, Vol. 22 Issue 4, 429-437.
3. Wolf, J.L.R., & Ling, M. (2018). Radiation dermatitis.
4. Lacouture, M.E., Anadkat, M.J., Bensadoun, R.J., Bryce, J., Chan, A., Epstein. J.B., . . . Murphy, B.A.(2011). Clinical practice guidelines for the prevention and treatment of EGFR inhibitor-associated dermatologic toxicities. Supportive Care in Cancer, 19, 1079–1095.
5. Montero Luis A, Hervás A , Morera R, Ramos A. Toxicidad sobre piel y mucosas: tratamientos de soporte. Oncología 2004; 27: 402-7.
6. Rosenthal A, Israilevich R, Moy R. Management of acute radiation dermatitis: A review of the literature and proposal for treatment algorithm. J Am Acad Dermatol 2019; 81:558.

Capítulo 313

EFICACIA DE LAS TERAPIAS EXISTENTES PARA LOS CALAMBRES EN EL EMBARAZO.

ALBA PASCUAL MARTINEZ

JUAN CARLOS MATEO RODRÍGUEZ

1 Introducción

Los calambres musculares durante el embarazo constituyen una de las molestias que más frecuentemente describen las embarazadas, son experimentados por aproximadamente la mitad de las mujeres gestantes, sobre todo al alcanzar el tercer trimestre de gestación.

Un calambre muscular se define como una contracción realizada de forma involuntaria por un grupo muscular, que se produce de forma repentina, con elevada intensidad y a menudo de forma recurrente durante la noche.
La mayor parte de los calambres que se producen durante la gestación se limitan a los miembros inferiores, más concretamente la zona de las pantorrillas.
Estas contracciones resultan muy dolorosas provocando una mala calidad del sueño en la embarazada, lo que termina interfiriendo en sus actividades cotidianas, repercutiendo en su calidad de vida.

Existen una serie de factores que pueden contribuir a su aparición, entre ellos cabe destacar el peso excesivo que al final de la gestación soporta la gestante, unido a una reducción del flujo de sangre a las extremidades inferiores, alteración

de los electrolitos y minerales y disminución del ejercicio físico a medida que avanza la gestación.

En la actualidad existen diversas líneas de tratamiento, si bien ninguna ha demostrado una efectividad del 100%, si que se consigue reducir la sintomatología y mejorar el día a día en la ultima fase de la gestación. Dentro de estas medidas nos encontramos con los tratamientos farmacológicos, electrolitos como sales de magnesio, sodio o calcio; diversas vitaminas y medidas no farmacológicas.

2 Objetivos

- Demostrar que intervenciones de las existentes en la actualidad han demostrado ser eficaces para el manejo de los calambres musculares que se desarrollan en la gestación.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica sistemática en las siguientes bases de datos: Cochrane ; Pubmed; Dialnet y Scielo. Solo se han aceptados aquellos artículos que estuviesen desarrollados a texto completo y que no supusieran limitaciones en el idioma y cronología.

4 Resultados

Ninguna de las líneas de tratamiento a disponibilidad de la gestante ha demostrado tener una eficacia del 100%, aunque los tratamientos a base de vitaminas via oral se puede decir que proporcionan un manejo óptimo y seguro de los calambres en el embarazo.

Las gestantes que han sido tratadas con complejos vitamínicos a lo largo del embarazo, más concretamente con vitaminas del grupo B, refirieron casi la desaparición de la sintomatología, así como una mejora de la calidad de vida.

La mitad de las pacientes a las que se les reforzaron con suplementos de calcio o magnesio, no refieren cambios significativos respecto a la situación basal y la otra mitad refiere que esa modificación fue mínima.

Las medidas no farmacológicas como el ejercicio físico adecuadi a las necesidades de la gestante; la termoterapia; terapias de relajación o los masajes no han sido

consideradas en ninguna línea de investigación.

Ninguno de los estudios analizados refleja que se hayan producido complicaciones en el desarrollo de la gestación o el parto tras la implantación de los mismos.

5 Discusión-Conclusión

Todos los estudios analizados en esta revisión bibliográfica presentan limitaciones de diseño, por lo que los resultados no han sido concluyentes.

Es necesario mencionar la necesidad de realizar comparativas entre tratamientos farmacológicos y medidas no farmacológicas, ya que como hemos dicho ningún estudio se centra en estas últimas y nos parece de gran importancia de cara a poder mejorar los hábitos de estas oacientes y así poder asegurar su eficacia y seguridad en el uso .

6 Bibliografía

1. Young G. Leg cramps. Clin evid (online). 2009 MAR 26;PII:1113.PUBMED pmid19445755.
2. Hensley JG. Leg cramps and restless legs syndrome during pregnancy. J Midwifery Womens Health.2009; 54(3):211-17.
3. Ypung GL, Jewel D. Intervenciones para los calambres en las piernas en el embarazo. Cochrane database os Sistematic Reviews. 2008;4. Art no:CD000121.
4. Garrison SR, Allan GM; Sekhon Rk; Musini VM. Magnesium for skeletal muscle cramps. Cochrane database of Systematic Reviews 2012; Issue 9. Art No: CD009402.
5. Anderson T. Cochrane made simple. Interventions for leg cramps in pregnancy. Pract Midwife.2007;10(9):40.

Capítulo 314

UNA TAREA PENDIENTE, PERO NO OLVIDADA: LOS PROLAPSOS DE LOS ÓRGANOS PÉLVICOS EN MUJERES

IRENE VILLOTA MARTINEZ

NURIA GARCÍA RODRÍGUEZ

PATRICIA FERNÁNDEZ ANTUÑA

LETICIA FERNANDEZ GUTIERREZ

1 Introducción

El prolapso de órganos pélvicos afecta a mujeres de cualquier edad, con variedad en la naturaleza y gravedad de los síntomas. Aunque no es un problema de salud grave, su sintomatología puede deteriorar el bienestar físico, psicológico y social de las personas que la padecen afectando a las actividades de la vida diaria y calidad de vida.

Consiste en el descenso de uno o más órganos pélvicos (útero, vagina, vejiga, intestino). Los diferentes tipos de prolapso incluyen:

- El prolapso vaginal superior, es decir, el útero y la bóveda vaginal.
- El prolapso de la pared vaginal anterior, es decir cistocele (descenso de la vejiga), uretocele (descenso de la uretra), defecto paravaginal (defecto de la fascia pélvica).
- Prolapso de la pared vaginal posterior; es decir, enterocele (descenso del intestino), rectocele (descenso del recto), deficiencia perineal. Una mujer puede presentar prolapso en uno o más de estos sitios.

La prevalencia es muy alta. Se observa en el 50% de las mujeres que tuvieron hijos en un contexto clínico (Swift 2000, Beck 1991). En la población en general, el 30% de las mujeres tendrá signos de prolapso, aunque la mayoría sea asintomática (Samuelsson 1999). Una encuesta reciente encontró que el 40% de la población femenina general con edad entre 45 y 85 años presentaba pruebas de prolapso de órganos pélvicos de al menos estadío 2 (1 cm por encima o por debajo del himen) (SliekertenHove 2004) .

La etiología del prolapso de órganos pélvicos es compleja y multifactorial. Los factores de riesgo posibles incluyen el embarazo, el parto, las anomalías del tejido conectivo adquiridas o congénitas, la denervación o debilidad del suelo pélvico, la edad avanzada, la histerectomía, la menopausia y los factores asociados con una presión intraabdominal crónicamente elevada (Bump 1998; Gill 1998; MacLennan 2000).

Las mujeres con prolapso presentan comúnmente una variedad de síntomas del piso pélvico, de los cuales sólo algunos se encuentran directamente relacionados con el prolapso. Los síntomas generales del prolapso incluyen pesadez pélvica, protuberancia/nódulo o profusión que desciende de la vagina (alteración secundaria más frecuente en la consulta ginecológica) y sensación de arrastre en la vagina. Con frecuencia aparecen síntomas de disfunción vesical, intestinal o sexual. Por ejemplo, las mujeres pueden necesitar reducir el prolapso para ayudar al vaciamiento urinario o a la defecación por medio del empleo de sus dedos para empujar el prolapso hacia arriba. Estos síntomas pueden estar directamente relacionados con el órgano prolapsado, por ejemplo, débil chorro de orina ante la presencia de cistocele o defecación obstruida ante la presencia de rectocele. También estos pueden ser independientes del prolapso, por ejemplo, síntomas de hiperactividad de la vejiga ante la presencia de cistocele .

El tratamiento del prolapso depende de la gravedad del mismo y de sus síntomas, así como de la salud general de la mujer y de la preferencia y de las habilidades del cirujano. Las opciones disponibles para el tratamiento son conservadoras, mecánicas o quirúrgicas.

La presencia del prolapso de órganos pélvicos está infraestimada y en gran medida se debe, a las connotaciones que comporta ya que llevan a las mujeres que las padecen a ocultarlas y muchas veces, a no buscar ayuda. En España sólo entre el 15%-40% buscan ayuda médica para corregirlo. Se sabe que la mayoría de los problemas de suelo pélvico aparecen después del primer parto vaginal y que síntomas como la incontinencia urinaria se pueden observar ya desde la gestación. Sin em-

bargo, se desconocen muchos detalles tales como el efecto real del tratamiento conservador, la influencia de la actuación en el parto y las características del Recién Nacido.

Además no se ha valorado el grado de preocupación de las mujeres afectadas y el impacto en su calidad de vida.

2 Objetivos

- Objetivos generales:
• Realizar una exhaustiva búsqueda bibliográfica, en diversas fuentes documentales, sobre las disfunciones de los órganos pélvicos.
• Explicar la trascendencia de la prevención de los problemas derivados de los prolapsos de los órganos pélvicos, con métodos conservadores.

Objetivos específicos:
• Describir las características anatomofuncionales del periné.
• Determinar los factores de riesgo asociados al prolapso de los órganos pélvicos.
• Contrastar la efectividad del entrenamiento del suelo pélvico versus el no entrenamiento.
• Identificar las características de la mujer que justifican una mayor prevalencia de las disfunciones de suelo pélvico.
• Analizar la influencia del parto en la tonalidad del suelo pélvico.
• Mostrar la repercusión de un cambio conductual por parte de la mujeres en simples actos cotidianos.
• Detallar la importancia de la implantación de un programa de captación e información desde los diferentes niveles de atención.

3 Metodología

Se trata de una revisión bibliográfica. La búsqueda se centró en la localización de documentos relacionados con los prolapsos de los órganos pélvicos, los factores de riesgo, los posibles tratamientos y la importancia de la educación sanitaria, así como en encontrar programas de ejercicios musculares del suelo pélvico.

Se consultó diversas fuentes documentales siempre utilizando términos DeCs tales como, “pelvic floor disorders”, “musculatura” “embarazo” “pelvis” “gestación” “gimnasia” “músculos abdominales” “suelo pélvico” “incontinencia urinaria” “parto” “tono muscular” “pregnancy” y utlizándose el booleando ”AND”

Como criterio de exclusión , ha sido la no relación con el objeto de estudio del trabajo, el haber sido ya encontrados en anteriores búsquedas, y el tratarse de artículos ya obsoletos.

Como fuente documental primaria se utilizo el libro "El periné femenino y el parto" de Calais-Germain, Blandine", basado en los elementos de anatomía y bases de ejercicios; y cuyo objetivo es darnos a comprender la importancia para la estática de los órganos pelvianos y para la integridad de la mujer.

Así mismo se ha utilizado otras fuentes documentales secundarias, tales como Cochrane Library; base de datos como Ciberindex, Cuiden, Up to Date, Investen, Medline, y en Google Academy; y una búsqueda libre en tres revistas sanitarias: Matronas Profesión, Enfermería Clínica y Metas de Enfermería.

4 Resultados

En primer lugar en las revisiones sistemáticas de COCRHRANE LIBRARY, y utilizando como descriptores "pelvic floor disorders" y se obtuvo 48 resultados de los cuales 39 fueron rechazados por carecer de relevancia con el tema seleccionado y las 9 seleccionadas han sido:

- Tratamiento conservador para el prolapso de órganos pélvicos en mujeres.
- Reentrenamiento de hábitos para el tratamiento de la incontinencia urinaria en adultos.
- Entrenamiento de la musculatura del piso de la pelvis para la prevención y tratamiento de la incontinencia fecal y urinaria en mujeres antes y después del parto.
- Dispositivos mecánicos para el prolapso de órganos pélvicos en mujeres.
- Biorretroalimentación y/o ejercicios esfinterianos para el tratamiento de la incontinencia fecal en adultos.
- Tratamiento quirúrgico del prolapso de órganos pélvicos en mujeres.
- Colposuspensión laparoscópica para la incontinencia urinaria en mujeres.
- Conos vaginales para la incontinencia urinaria.
- Entrenamiento muscular del suelo pelviano versus ningún tratamiento o tratamientos de control inactivo para la incontinencia urinaria de mujeres.

Utilizando descriptores como "musculatura" "embarazo" , se encontró 11 revisiones de las cuales 9 dándose validez a 2 pero a su vez excluidas por ser artículos ya duplicados con la anterior búsqueda (Entrenamiento de la musculatura del piso de la pelvis para la prevención y tratamiento de la incontinencia fecal y uri-

naria en mujeres antes y después del parto, y Conos vaginales pesados para la incontinencia urinaria).

Así mismo, con los descriptores "pelvis" "gestación" se encontraron 16 revisiones, las cuales fueron desechadas todas, 15 por no tener importancia con el tema escogido y 1 por ser duplicado (Entrenamiento de la musculatura de la pelvis para la prevención y tratamiento de la incontinencia fecal y urinaria en mujeres antes y después del parto).
Por último, utilizando como descriptores "gimnasia" "músculos abdominales" y "puerperal disorders" no se encontraron resultados.
Por medio de CUIDEN a través del descriptor "suelo pélvico" se encontraron 18 artículos y se seleccionaron 7.
- Importancia del suelo pélvico":
- Cuidados del suelo pélvico en el postparto.
- Promoción de la continencia urinaria en mujeres tras el parto.
- Embarazo, puerperio e incontinencia urinaria.
- Influencia de la educación maternal en la incidencia de lesiones del suelo pélvico.
Estudio en el Área Sanitaria del Hospital Virgen del Rocío sobre la recuperación del suelo pélvico tras el parto.
- Suelo pélvico: estudio de prevención y recuperación durante el embarazo, parto y puerperio.
- Influencia de la actuación de la matrona ante la IUE durante el embarazo, parto y puerperio.

Por medio de CUIDEN a través del descriptor "incontinencia urinaria" and "parto" :
- Incontinencia urinaria durante los doce meses que siguen al parto.
- Incontinencia urinaria de esfuerzo en la gestante.
- Factores obstétricos que influyen en la aparición de la incontinencia urinaria de esfuerzo en la mujer

A través de la búsqueda en CIBERINDEX se encontró 3 artículos válidos pertenecientes a la revista digital "Evidentia", todos con el mismo descriptor "suelo pélvico". Los dos primeros descartados por haber sido encontrados en CUIDEN:
- Promoción de la continencia urinaria en mujeres tras el parto.
- Embarazo, puerperio e incontinencia urinaria.
- Ejercicios de suelo pélvico e incontinencia urinaria: la importancia de una buena educación sanitaria sobre la recuperación del suelo pélvico tras el parto.

Por medio de CIBERINDEX pero en cantárida, con los descriptores de ”suelo pélvico” se encontraton 9 artículos de los cuales fueron seleccionados 3 y el resto desechados:
- Promoción de la continencia urinaria en mujeres tras el parto.
- Embarazo, puerperio e incontinencia urinaria.
- Permitir a la mujer que empuje de manera libre durante la fase de expulsión fetal es una práctica obstétrica que beneficia la integridad funcional y estructural del suelo pélvico.

En INVESTEN con los descriptores “suelo and pélvico” se obtuvieron 82 artículos. Se descartaron la mayor parte por no tener relación con la información buscada y dos de ellos por ser información duplicada tras haberse encontrado en la base de datos de Cuiden. Se seleccionaron 7 artículos
- Síntomas de vejiga hiperactiva en mujeres en fase gestacional y puerperal: ¿existe correlación entre los síntomas y la percepción de la calidad de vida?.
- Patología del suelo pélvico.
- Tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo con Biofeedback perineal con electrodos de superficie.
- Reeducación del suelo pélvico.

Programa para la prevención de la incontinencia urinaria durante el embarazo y el postparto.
- Tratamiento de la disfunción del suelo pélvico.
- Trastorno del suelo pélvico.
- Prevención de la disfunción del suelo pélvico de origen obstétrico.

En UPTODATE con el descriptor “pelvic floor” se encontró 1 artículo: Pelvic floor disorders associated with pregnancy and childbirth.

En MEDLINE utilizando como descriptores “pelvic floor” “pregnancy” se seleccionó 5 artículos interesantes para la revisión, excluyéndose 31 tras confirmar que su información no era relevante para el trabajo. Se limitó la búsqueda a “free full text”. Los artículos son los siguientes:
- Pelvic floor exercises during and after pregnancy a systematic review of their role in preventing pelvic floor dysfunction.
- Continence and quality of life outcomes 6 months following an intensive pelvifloor muscle exercise program for female stress urinary incontinence a randomized trial comparing low and high frequency maintenance exercise.
- The effect of urinary incontinence status during pregnancy and delivery mode o incontinence postpartum36.

- Pregnancy, delivery and pelvic floor disorders.
- Intrapartum risk factors for levator trauma.

En GOOGLE ACADEMY se seleccionó 1 artículo tras poner en el buscador "incontinencia urinaria" y que se corresponde con: "Estimación de la incidencia de incontinencia urinaria asociada al embarazo y el parto, no revisando el resto de documentos que consiste en el plan de calidad para el Sistema Nacional de Salud (Ministerio de Ciencia e Innovación).

Por último, se realizó una BÚSQUEDA LIBRE en 3 revistas distintas, a través del término "suelo pélvico".
• En la revista Matronas Profesión "Cuidados del suelo pélvico en el posparto."
• En Metas de Enfermería " Programa para la prevención de la incontinencia urinaria durante el embarazo y el postparto" .
• En Enfermería Clínica:
- Caso clínico: cuidados de enfermería en la aparición de los prolapsos del suelo pélvico
- Efectividad de un programa de ejercicios musculares del suelo pélvico en la incontinencia urinaria después del parto.

5 Discusión-Conclusión

En primera instancia podemos destacar la alta prevalencia del prolapso de los órganos pélvicos, donde todos los artículos concuerdan en las elevadas cifras, que oscilan entre el 40-50% de la población en general.

En relación a los principales factores de riesgo asociados, la mayoría de problemas del suelo pélvico aparecen después del primer parto vaginal. Se han corroborado algunos de ellos destacando en especial, la edad, paridad, peso del recién nacido, raza, hábito tabáquico, parto instrumental, vaginal, pujos convencionales, posición de litotomía, duración del expulsivo, anestesia epidural y episiotomía. Teniendo como resultado la no diferencias significativas entre las mujeres que realizaron pujos convencionales, tuvieron un parto instrumentado, se les practicó episiotomía o tuvieron un recién nacido con peso mayor a 3.500g y aquellas que efectuaron pujos naturales, tuvieron un parto espontáneo, sin episiotomía o tuvieron un recién nació con peso mayor a 3.500g. Sin embargo, si se observó mayor porcentaje cuando tras la episiotomía las mujeres padecieron problemas de cicatrización de la misma. En este mismo estudio se observa el efecto negativo sobre el suelo pélvico de la no posibilidad de elección de la adopción de las distin-

tas posiciones durante el momento del parto y el tipo de pujo recomendado, ya que en la mayoría de los casos se observa que el parto se desarrolla en posición de litotomía y con pujo bloqueado.

En cuanto a la anestesia epidural pese al gran avance del efecto que ejerce sobre el dolor en el parto, debido a la poca cantidad de estudios disponibles, sería deseable investigar las medidas que disminuyan su impacto sobre el suelo pélvico.

Con respecto a la episiotomía los defensores de esta técnica sostienen la opinión de que evita una excesiva extensión de la musculatura vulvoperineal, previniendo el riesgo de incontinencias urinarias, no obstante encontré varias revisiones bibliográficas donde se observa el efecto negativo que tiene sobre la incidencia de incontinencia urinaria en el purperio..

La mayor parte de los problemas comienzan tras el parto vaginal, de ahí la necesidad de intervenir en el periodo tanto prenatal, como postnatal. Se debería desarrollar un programa de Ejercicios Musculares de Suelo Pélvico (EMSP), para reducir o resolver la incontinencia urinaria a corto plazo y/o reducir la probabilidad de incontinencia urinaria en su vida posterior. Lo ideal, sería que estuviese dirigido por un equipo multidisciplinar, integrado por matronas, ginecólogos y fisioterapeutas, que desarrolle un programa sanitario que consista primero en encuestas para la detección de pacientes. Estas encuestas podrían proporcionarse en las revisiones ginecológicas y/o obstétricas; seguidas de sesiones de entrenamiento muscular del suelo pélvico, donde se enseñe al correcto control muscular. Para tener un efecto significativo, los ejercicios de suelo pélvico deben incluirse dentro de un programa específico, ya que de esta forma, aumenta la frecuencia con que la mujer realiza dichos ejercicios, al igual que está bajo la supervisión de personal cualificado y por otro lado, evita la dificultad de realizar los ejercicios únicamente con instrucciones escritas. Este tipo de programas pese a ser grupales, deben incluir, así mismo, unas sesiones individuales.

Los profesionales de salud, se deben asegurar de que la mujer reciba el ánimo y estímulo necesario para la realización correcta de los EMSP, prestando atención especial a aquellas mujeres que sufrían previamente incontinencia urinaria. Es muy importante, que la mujer se sienta segura, que sepa que sus dudas serán resueltas con facilidad, proporcionando un contacto postparto.

Se debe tener en cuenta que para las mujeres que acaban de dar a luz, se trata de un periodo de mucha carga y el diseño de los programas de EMSP debe ser realista y de fácil incorporación a la vida diaria de la mujer.

En cuanto a los síntomas, todos los estudios publicados se centran exclusivamente en un problema derivado de la disminución de tonalidad de suelo pélvico como es la incontinencia urinaria, sin embargo, la información acerca de otras disfunciones derivadas del mismo, como la incontinencia fecal y la disfunción sexual, es mínima.

Otro aspecto, es el tratamiento. La información revisada es heterogénea; se han encontrado revisiones, como por ejemplo la realizada por la Colaboración Cochrane la cual recomienda la utilización de los ejercicios para el fortalecimiento de suelo pélvico en la práctica clínica, indicando que son mejores que cualquier droga placebo o control inactivo, y por otro lado, el hallazgo de información que señala la necesidad de más estudios, puesto que la eficacia del entrenamiento conservador no está bien demostrada En términos generales, después de revisar toda la información, podríamos decir que se recomienda el incluir el entrenamiento del suelo pélvico en los programas de tratamiento conservador durante y después del embarazo.

En cuanto al resto de alternativas en el tratamiento, como son los dispositivos mecánicos y el tratamiento quirúrgico se subraya el dudoso rendimiento a largo plazo y la falta de consenso.

Para concluir, puede destacarse la poca importancia que se le da a los aspectos psicosociales que derivan de la incontinencia urinaria como síntoma de los prolapsos. Sólo se encontró un artículo donde se realizó un estudio en tres centros de Salud de la Comunidad de Madrid y tres áreas del Sur de la provincia de Granada, donde se valoraron los aspectos psicosociales de la mujer tales como la afectación a su relación de pareja, el sentimiento de vergüenza, inseguridad que el problema conlleva, al igual que la mitad de las mujeres no consultaron el problema. De los resultados obtenidos se aprecia que se trata de una cuestión que las mujeres no suelen consultar (En España sólo entre el 15%.40% buscan ayuda para corregirlo). Debido a que se trata de un problema de salud con connotaciones sociales e higiénicas importantes, cuyo interrogatorio es delicado y no fácil, se puede realizar unos cuestionarios autocumplimentados como un instrumento útil para identificar a la población afectada. El Incontinence Severity Index (ISI) es un instrumento que se desarrolló para ser utilizado en estudios epidemiológicos y encuestas para identificar a mujeres con incontinencia urinaria de diferentes grados de gravedad. Consiste en dos preguntas, una relativa a la frecuencia de las pérdidas (5 niveles: 0 = nunca, 1 = menos de una vez al mes, 2 = algunas veces al mes, 3 = algunas veces a la semana, 4= todos los días y/o noches)

y, la segunda, a la cantidad de éstas (3 niveles: 1= gotas, 2 = chorro pequeño, 3 = mucha cantidad). La multiplicación de los valores obtenidos en cada una de dichas preguntas proporciona el grado de gravedad (de 0 a 12) de la IU, de manera que las puntuaciones más elevadas implican mayor gravedad del problema.

6 Bibliografía

1. Hunskaar S, Lose G, Sykes D, Voss S. The prevalence of urinary incontinence in women in four European Countries. BJU int. 2003; 93:324-330.
2. Hernández-González, A. M. Caso clínico: cuidados de enfermería en la aparición de los prolapsos del suelo pélvico. Enferm Clin. 2008; 18(6):326-329.
3. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 3 [base de datos en Internet]. Oxford: Update Software Ltd; 2008- [consultado 8 de marzo de 2011]. Adams E, Thomson A, Maher C. Dispositivos mecánicos para el prolapso de los órganos pélvicos en mujeres. Disponible en: http://www.bibliotecacochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=%201584854&DocumentID=CD004010 .Citado en Cochrane Library CD004010.
4. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 3 [base de datos en Internet]. Oxford: Update Software Ltd; 2008- [consultado 8 de marzo de 2011]. Hagen S, Stark D, Maher C, Adams E. Tratamiento conservador para el prolapso de órganos pélvicos en mujeres. Disponible en: http://www.bibliotecacochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=%201584854&DocumentID=CD003882. Citado en Cochrane Library CD003882.
5. Sánchez Perruca MI, Fernández y Fernández Arroyo M, López Sáez y López de Teruel A, Martínez Barrido I, Hoyos Martínez I, Gallardo Díez Y. Influencia de la actuación de la matrona ante la IUE durante el embarazo, parto y puerperio. Matronas prof. 2001; 2 (6): 23-29.
6. Sánchez Ruiz E, Solans Doménech M, Espuña M. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Estimación de la incidencia de incontinencia urinaria asociada al embarazo. Cataluña; 2010. Informes de evaluación de Tecnologías sanitaras, AATRM núm.2006/10.
7. Libro Calais-Germain, Blandine. El periné femenino y el parto. Barcelona: Los libros de la liebre de Marzo; 1998.
8. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 2 [base de datos en Internet]. Oxford: Update Software Ltd; 2008- [consultado 8 de marzo de 2011]. Ostaszkiewicz J, Johnston L, Roe B. Reentrenamiento de hábitos para el tratamiento de la incontinencia urinaria en adultos. Disponible en: http://www.bibliotecacochrane.com/BCPGetDocument.asp?

SessionID=%201584854&DocumentID=CD002801
Citado en Cochrane Library CD002801
9. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 3 [base de datos en Internet]. Oxford: Update Software Ltd; 2008- [consultado 8 de marzo de 2011]. Hay-Smith Jean, Morkved Siv, Fairbrother Kate A, Herbison G Peter. Entrenamiento de la musculatura del piso de la pelvis para la prevención y tratamiento de la incontinencia fecal y urinaria en mujeres antes y después del parto. Disponible en: http://www.bibliotecacochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=%201558086&DocumentID=CD007471
Citado en Cochrane Library CD007471.
10. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 2 [base de datos en Internet]. Oxford: Update Software Ltd; 2008- [consultado 8 de marzo de 2011]. Norton C, Cody JD, Hosker G. Biorretroalimentación y/o ejercicios esfinterianos para el tratamiento de la incontinencia fecal en adultos. Disponible en: http://www.bibliotecacochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=%201584854&DocumentID=CD002111.
Citado en Cochrane Library CD002111.
11. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 2 [base de datos en Internet]. Oxford: Update Software Ltd; 2008- [consultado 8 de marzo de 2011]. Maher C, Baessler k, Glazener CMA, Adams EJ, Hagen S. Tratamiento quirúrgico del prolapso de órganos pélvicos en mujeres. Disponible en: http://www.bibliotecacochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=%201584854&DocumentID=CD004014.
Citado en Cochrane Library CD004014.
12. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 2 [base de datos en Internet]. Oxford: Update Software Ltd; 2008- [consultado 8 de marzo de 2011]. Norton Dean NM, Ellis G, Wilson PD, Herbison GP. Colposuspensión laparoscópica para la incontinencia urinaria en mujeres. Disponible en: http://www.bibliotecacochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=%201584854&DocumentID=CD002239.
Citado en Cochrane Library CD002239.
13. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 3 [base de datos en Internet]. Oxford: Update Software Ltd; 2008- [consultado 8 de marzo de 2011]. Herbison P, Plevnik S, Mantle J. Conos vaginales pesados para la incontinencia urinaria. Disponible en: http://www.bibliotecacochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=%201558086&DocumentID=CD002114
Citado en Cochrane Library CD002114.
14. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 2 [base de datos

en Internet]. Oxford: Update Software Ltd; 2008- [consultado 8 de marzo de 2011]. Hay-Smith EJC, Dumoulin C. Entrenamiento muscular del suelo pelviano versus ningún tratamiento o tratamientos de control inactivo para la incontinencia urinaria de mujeres. Disponible en: http://www.bibliotecacochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=%201911704&DocumentID=CD005654.
Citado en Cochrane Library CD005654.
15. Sebastia Gracia G. Cuidado del suelo pélvico en el posparto. Matronas prof. 2001; 2(extra): 12-15.
16. Muñoz Martínez AL. Promoción de la continencia urinaria en mujeres tras el parto. Evidentia [revista on-line]. 2004 [acceso 8 de marzo de 2011]; 1(2). Disponible en: http://www.index-f.com/evidentia/n2/23articulo.php
17. Herrera Cabrerizo B. Embarazo, puerperio e incontinencia urinaria. Evidentia [revista en internet]. 2004 [acceso 24 de marzo de 2011]; 1(1). Disponible en: http://www.index-f.com/evidentia/n1/19articulo.php
18. De la Pisa Latorre L, Idígoras Hurtado FJ y Ruiz Plaza JM. Influencia de la educación maternal en la incidencia de lesiones del suelo pélvico. Estudio en el Área Sanitaria del Hospital Virgen del Rocío. Metas Enferm. 1999; 2(19): 37-42.
19. Marcos Belda C. Suelo pélvico: estudio de prevención y recuperación durante el embarazo, parto y puerperio. Matronas Hoy. 1995; 6:8-11.
20. Rey Márquez M Dolores del. Incontinencia urinaria durante los doce meses que siguen al parto. Evidentia. [revista on-line]. 2004 [acceso 8 de marzo de 2011]; 1(1). Disponible en: http://www.index-f.com/evidentia/n1/7articulo.php.
21. Navarro García MA, Carlos Alegre V. Incontinencia Urinaria de esfuerzo en la gestante. Rev Rol Enferm. 2009; 32(10):688-692.
22. Aznar Serra G, GP y Polo i Peris, AC. Factores obstétricos que influyen en la aparición de la incontinencia urinaria de esfuerzo en la mujer. Enferm Integral. 1998; 44:11-14.
23. Carreras, I. Ejercicios de suelo pélvico e incontinencia urinaria: la importancia de una buena educación sanitaria sobre la recuperación del suelo pélvico tras el parto. BMJ. [revista en internet]. 2001. [acceso 8 de marzo de 2011]; 323: 1-5. Disponible en: http://www.index-f.com/evidentia/n1/19articulo.php.
24. Berral Gutiérrez MA, Burgos Sánchez JA. Permitir a la mujer que empuje de manera libre durante la fase de expulsión fetal es una práctica obstétrica que beneficia la integridad funcional y estructural del suelo pélvico Evidentia [revista en internet].2007 [acceso 8 de marzo de 2011]; 4(15). Disponible en: http://www.index-f.com/evidentia/n15/r326articulo.php
25. Botelho S, Riccetto C, Ribeiro G, Gome J, Brisola, M, Herrmann V, et al. Síntomas de vejiga hiperactiva en mujeres en fase gestacional y puerperal: ¿existe

correlación entre los síntomas y la percepción de la calidad de vida? Actas Urol. Esp.2010; 34(9): 794-797.
26. Lacima G, Espuña M. Patología del suelo pélvico. Gastroenterol hepatol.2008; 31 (9): 587-595.
27. Lorenzo Gómez MF, Silva Abuín JM, García Criado FJ, Geanini Yagüez A, Urrutia Avisrror M. Tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo con Biofeedback perineal con electrodos de superficie. Actas Urol Esp. 2008; 32(6):629-636.
28. García Martín A, Olmo Cañas P.de, Carballo Moreno N, Medina Varela M, González Lluva C, Luna P. Reeducación del suelo pélvico. Enfuro.2006; 100 (100): 27-29.
29. Navío Ruiz AM, Artieda Oseñalde EM. Programa para la prevención de la incontinencia urinaria durante el embarazo y el postparto. Metas Enferm.2009; 12(2): 27-31.
30. Pena Outeiriño JM, Rodríguez Pérez AJ, Villodres Duarte A, Mármol Navarro S, Lozano Blasco JM. Tratamiento de la disfunción del suelo pélvico. Actas Urol Esp.2007; 31(7): 719-731.
31. Marti-Ragué J. Trastorno del suelo pélvico. Cir Esp.2005; 77 (5): 254-257.
32. Ferri Morales A, Amostegui Azkúe, JM. Prevención de la disfunción del suelo pélvico de origen obstétrico. Fisioterapia.2004; 26 (5): 249-264. REVISTA
33. Uptodate [sede Web]. Linda Brubaker MD; 2007 [acceso 8 de marzo de 2010]. Pelvic floor disorders associated with pregnancy and childbirth. Disponible en: http://www.uptodate.com/contents/pelvic-floor-disorders-associated-with-pregnancy-and-childbirth.
34. Harvey MA. Pelvic floor exercises during and after pregnancy; a systematic review of their role in preventing pelvic floor dysfunction. BJOG [revista en internet].2003 [acceso 10 de marzo de 2011]; 25 (6); 451-453.
35. Borello-France DF, Downey PA, Zyczynski HM, Rause CR. Continence and quality of life outcomes 6 months following an intensive pelvi-floor muscle exercise program for female stress urinary incontinence a randomized trial comparing low and high frequency maintenance exercise. Phys Ther.2008; 88(12): 1545–1553
36. Wesnes S, Hunskaar S, Bo K, Rotveit G. The effect of urinary incontinence status during pregnancy and delivery mode on incontinence postpartum. A cohort study. BJOG. [revista en internet].2009 [acceso 24 de marzo de 2011];166: 700-707
37. Aukee P, Tihtonen K. Pregnancy, delivery and pelvic floor disorders. Duodecim. 2010; 126 (20): 2381-2386.
38. Shek KL, Dietz HP. Intrapartum risk factors for levator trauma. BJOG. 2010; 117 (1):1485-1492.

39. Alonso Pérez L. Efectividad de un programa de ejercicios musculares del suelo pélvico en la incontinencia urinaria después del parto. Enferm Clin. 2007; 17(5):281-282.

Capítulo 315

HIPOGLUCEMIA LEVE- MODERADA EN NIÑO CON DIABETES MELLITUS TIPO I.

ANA ROSA BLANCO SANCHEZ

TAMARA MARIA NAVAS CRESPO

NAZARET NAVAS CRESPO

1 Introducción

- La diabetes Mellitus (DM) tipo I es una enfermedad de origen autoinmune. Se trata de un déficit en la producción de insulina originado por la destrucción de las células encargadas de su producción.
El 90% de los casos de diabetes en niños son de este tipo.

- Hipoglucemia: Es la complicación aguda más frecuente de la DM. Consiste en el descenso de los niveles plasmáticos de glucosa por debajo de los valores normales (70 mg/dl en glucemia capilar) y se puede clasificar en 3 categorías dependiendo de esos valores. Da lugar a una serie de síntomas que son reversibles en más o menos tiempo cuando se normaliza la glucemia.

Las causas más frecuentes de la hipoglucemia son : una dosis excesiva de insulina, cambios dietéticos (baja ingesta o retrasos en la misma) o aumento del ejercicio físico. Presentamos caso clínico de niño de 10 años diagnosticado de DM tipo I, que presentó síntomas de hipoglucemia.

2 Objetivos

- Saber reaccionar ante una situación de hipoglucemia.
- Instruir a la familia y al paciente en el manejo de las cifras glucémicas.
- Promover el bienestar del paciente, previniendo posibles complicaciones.
- Intentar mantener valores de glucemia normal, evitando reaparición del episodio.
- Análizar las causas y prevención de futuros episodios.

3 Caso clínico

Niño de 10 años con DM tipo I de 2 años de evolución a tratamiento con múltiples dosis de insulina y portador de sensor, que acude a su centro de salud de referencia presentando intensa sudoración, temblor y palidez. El paciente se encuentra consciente, orientado y nervioso.

- Antecedentes: DM tipo I, resto sin interés.
- Exploración : Paciente consciente, sudoroso, taquicárdico , con palidez cutánea intensa y muy nervioso.
- Pruebas complementarias: Determinación glucémica: Lectura de sensor (glucosa intersticial): 75 mg/dl. y glucemia capilar: 48 mg/dl. Y toma de constantes.

Conducta a seguir:
-Administración vía oral de hidratos de carbono de absorción rápida (1 sobre de azúcar disuelto en agua) y recomendación de reposo.
- Tranquilizar al paciente y familiares ante esta situación estresante.
- Nueva determinación de glucemia pasados 10-15 minutos, resultando un valor de 58 mg/dl.
- Se repite ingesta de azúcar vía oral comprobándose al cabo de 15 minutos remontada de las cifras glucémicas con un valor de 77 mg/dl.
- Se recomienda ingesta de 1 ración de hidratos de carbono de absorción lenta (2 galletas, 1 vaso de leche…) para prevenir nuevo episodio.
- Tras constatar mejoría de los síntomas y normalización de la glucemia se decide alta domiciliaria, recomendando vigilar aparición de nuevos síntomas y nuevos controles según clínica.

4 Discusión-Conclusión

Es fundamental la instrucción adecuada de pacientes y familiares para reconocimiento y tratamiento precoz de episodio de hipoglucemia. El tratamiento indicado de la hipoglucemia leve-moderada es la administración vía oral de hidratos de carbono de absorción rápida, insistiendo en la necesidad de esperar 10-15 minutos en reposo antes de una nueva determinación glucémica, ya que un control precipitado nos informará de un valor todavía bajo, lo que nos puede conducir a una hiperglucemia secundaria a un exceso de ingesta de raciones.

Una vez resuelta la hipoglucemia es imprescindible analizar los motivos que la han provocado y como ha sido su resolución con el objetivo de evitar nuevos episodios y mejorar su manejo. Recordar que en caso de discordancia de las cifras del sensor con la clínica del paciente, siempre es necesario comprobar glucemia capilar. El tratamiento de la hipoglucemia debe de ser integral, prestando atención tanto a la clínica como al estado emocional del paciente y familiares.

5 Bibliografía

- https://publicacionesoficiales.boe.es/
- https://www.mscbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/centroPub.htm

Capítulo 316

PAPEL DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE PENFIGOIDE AMPOLLOSO.

LAURA SÁNCHEZ LASTRA

ALICIA FERNÁNDEZ MARTÍN

ELENA ÁLVAREZ RODRÍGUEZ

LORETO GIL DIEZ

MARÍA ISABEL FERNÁNDEZ MARTÍNEZ

1 Introducción

La aparición de lesiones ampollosas incluye multitud de patologías, desde banales hasta procesos con una elevada mortalidad. En el caso del pénfigo ampolloso las ampollas afectan a la superficie cutánea y frecuentemente a mucosas.

Sus localizaciones típicas son: abdomen, axilas, ingles y superficies flexoras. Se pueden encontrar en diferentes estadios: eritemas, ampollas, vesículas y costras. Enfermería tiene un papel muy importante a la hora de realizar y programar las curas, para que junto con el tratamiento pautado por el médico, se consiga una rápida recuperación.

2 Objetivos

• Ofrecer Tratamiento integral de las lesiones en sus diferentes presentaciones.
• Mejorar la calidad de vida del paciente.
• Tratar las zonas afectadas.

3 Caso clínico

Hombre de 87 años con Alzheimer y Parkinson, que es moderadamente dependicente para realizar actividades de la vida diaria. Vive con sus hijas y a menudo sale a pasear por la calle acompañado de familiares. Avisan al medico por aparición mas o menos súbita de lesiones vesículo-ampollosas en tronco y extremidades inferiores. En días posteriores, también en axila y en brazos. Es valorado por dermatología que tras diagnóstico de pénfigo ampolloso inicia tratamiento con prednisona oral.

Al inicio de la curas el paciente presenta lesiones en forma de costra, vesículas y ampollas, algunas de 10-12 centímetros de diámetro con contenido serohemático, en extremidades inferiores (distribuidas desde el muslo hasta zona pretibial, respetando los pies) y en zona posterior del tronco. Se produce rotura espontánea de las ampollas de mayor tamaño.

Se pautan curas diarias con Sulfadiazina Argéntica 10 mg/g y regiones con pérdida de piel se complementa con malla antiadherente. Se cubren con vendaje en las extremidades y con gasas en el tronco. Las lesiones se van extendiendo llegando a afectar extremidades superiores y ambas axilas. Se continua con la misma pauta de curas espaciando los días según van mejorando las lesiones y en aproximadamente 50 días, sólo se mantienen lesiones aisladas y de pequeño tamaño en brazo izquierdo y pierna derecha.

4 Discusión-Conclusión

Las medidas farmacologías en el tratamiento de penfigoide ampollos son importantes para una rápida recuperación del paciente, pero deben ir acompañadas de una adecuada programación de curas por parte de los profesionales de enfermería. También es fundamental contar con la participación de la familia tanto para el control de medicación así como su colaboración a la hora de realizar las curas.

5 Bibliografía

• Suárez-Fernández R, España-Alonso A, Herrero-González JE, Mascaró-Galy JM. Manejo práctico de las enfermedades ampollosas autoinmunes más frecuentes. Actas Dermosifiliogr. 2008;99:441-55.
• Campos Domínguez M, Suárez Fernández R, Lázaro Ochaita P. Métodos diagnósticos en las enfermedades ampollosas subepidérmicas autoinmunes. Actas Dermatosifiliogr. 2006;97:485-502.

Capítulo 317

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN EN EL ANCIANO.

ROCÍO GARCÍA ÁLVAREZ

NOELIA LOMBARDIA CARBAJAL

MARÍA MARGARITA CASTRO FERNÁNDEZ

ALICIA ALVAREZ FERNANDEZ

JORGE TABOADA ALAMEDA

1 Introducción

En la actualidad cabe destacar el envejecimiento de la población representando el 18,38% y estimando que en 2050 el colectivo de personas mayores alcance el 30,8%. Este hecho hace necesario que estas personas, la gran mayoría dependientes, precisen ciertos cuidados que son generados bien por instituciones geriátricas o bien por lo que se denomina cuidador principal que es la persona encargada del cuidado de la persona dependiente. (1)

Uno de los principales problemas de salud que aparecen en las personas mayores son las denominadas úlceras por presión que son lesiones de origen isquémico que se localizan en la piel y tejidos subyacentes produciendo una pérdida de sustancia que se caracteriza por una escasa o nula cicatrización y con una sintomatología variable. Las úlceras por presión son causadas por una presión continua

entre dos planos uno del propio paciente (el hueso) y otro externo (cama, sillón,…) y entre los factores que determinan su aparición nos encontramos la presión , la ficción, fuerzas de cizallamiento y la maceración o humedad (2, 3, 4)

En relación a la incidencia de UPP en la sociedad se estima en 1,7% anual entre los 55-69 años y 3,3% entre los 70-75 años siendo consideradas por la OMS como un indicador de calidad asistencial y considerándose un componente esencial de la Línea de Acción 2 "Prácticas clínicas seguras" de la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud 2015-2020. Se estima a su vez que un 95% de las UPP pueden ser prevenidas. A su vez se ha determinado según un estudio que la prevalencia de aparición de una UPP en una mujer triplica a la de un hombre (3,4,8)

Las UPP suelen aparecer en las zonas de apoyo del cuerpo que coinciden con prominencias oseas, existen zonas más suceptibles de aparecer una UPP como son sacro, cóccix, tuberosidades isquiáticas, trocánteres mayores, codos, talones, escápulas, hueso occipital, esternón, costillas, crestas ilíacas, rótulas, maléolos externos y maléolos internos. La posición del paciente es muy importante a la hora de determinar las localizaciones de las UPPSiendo las zonas más frecuentes de aparición el sacro (30,14%) y la zona glútea (23,29%), esta última debido a la humedad (2, 4, 8)

Las fases que se siguen para la formación de una UPP son las siguientes: fase eritematosa, fase flogótica, fase de esfacelación, fase de escara y/o necrosis, fase de extensión de la necrosis y fase de afectación ósea. (4)

Las UPP se clasifican según su estadio según la National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) y la European Ulcer Advisory Panel (EPUAP)
-Estadio I: eritema cutáneo que no palidece
-Estadio II: úlcera de espesor parcial que involucra a epidermis, dermis o ambas.
-Estadio III: pérdida total del grosor de la piel sin visualizarse huesos, tendones o músculos.
-Estadio IV: pérdida total del espesor de los tejidos exponiendo huesos, tendones y músculos pudiendo existir lesiones con cavernas, tunelizaciones o trayectos sinuosos. (6)
La mayoría de las UPP son de estadios I (28,77%) y II (49,32%) (8)

Entre las escalas que existen para valorar el riesgo de padecer una UPP las que más se utilizan son: Braden, Norton, Emina y Nova 5.

-Nova 5: presenta 5 items (estado mental, incontinencia, movilidad, nutrición ingesta y actividad) con una puntuación de 0 a 3 cada uno. Cuanta menor puntuación menor riesgo.
-Norton: presenta 5 items (estado físico general, estado mental, actividad, movilidad e incontinencia) con una puntuación de 4 a 1 cada uno. Cuanta menor puntuación mayor riesgo. Es la primera escala descrita por la literatura médica
-Escala Braden: presenta 6 items (roce y cizallamiento, nutrición, actividad, movilidad, humedad y percepción sensorial) con una puntuación de 1 a 4 excepto el roce y cizallamiento que solo va hasta 3. Cuanta menor puntuación mayor riesgo. Es la escala recomendada por la NANDA
-Emina: presenta 5 items (estado mental, movilidad, humedad, nutrición y actividad) con una puntuación de 0 a 3 cada uno. Cuanto menos puntuación menor riesgo. (4)

Un punto importante en relación a la prevención es conocer y evitar los diferentes factores de riesgo que favorecen la aparición de las UPP. Entre los factores de riesgos que determinan la aparición de las úlceras por presión hay diferentes clasificaciones según los autores. Se pueden clasificar en internos o intrínsecos (inmovilidiad e inactividad, estados de malnutrición, obesidad, caquexia, edema, deshidratación, déficit circulatorio, enfermedades neurológicas, anemia, diabetes, infección, incontinencia y edad avanzada) externos o extrínsecos (fármacos, calidad de los cuidados proporcionados al paciente, higiene o materiales utilizados).

Otra clasificación sería: fisiopatológicos (lesiones cutáneas, trastornos del transporte de oxígeno, déficit nutricionales, trastornos inmunológicos, alteraciones del estado de conciencia, déficit motor, déficit sensoriales, alteraciones de la eliminación), derivados del tratamiento (inmovilidad impuesta por el tratamiento, tratamiento inmunosupresor, sondajes), situacionales (falta de higiene, arrugas en la ropa, objetos de roce, inmovilidad por dolor o fatiga) y del entorno (falta o mala utilización del material de prevenión, desmotivación del personal, sobrecarga de trabajo, falta de criterios en la unificación de las curas, falta de educación sanitaria o deterioro de la propia imagen de la enfermedad) (3, 4)

Entre los apósitos que existen en la actualidad en la Guía del Ministerio de Sanidad 2015 para la prevención y el tratamiento de las UPP nos encontramos:
-Apósitos hidrocoloides: están indicados para el tratamiento de UPP con poco exudado, en los estadios iniciales de las úlceras o en forma de prevención.
-Apósito de hidrofibra de hidrocoloides: no son adhesivos por lo que se pueden emplear en el lecho de la lesión siendo muy adaptables y absorbentes pudiendo

llevar plata asociada para el tratamiento de UPP infectadas.
-Hidrogeles: se emplean en lesiones de poca o moderada exudación y generalmente para rellenar cavidades, lesiones tunelizadas y para reblandecer tejido desvitalizado.
-Apósitos hidropolimérico o espumas: se dividen a su vez en dos grupos los apósitos de espuma de poliuretano o los apósitos de fibras de polimeros absorbentes. Actúan absorbiendo el exudado purulento del lecho de la UPP con gran capacidad de absorción. Son los más utilizados en cura de ambiente húmedo.
-Alginatos: se denominan así porque en su composición predomina el alginato cálcico y se emplean para el tratamiento de úlceras infectadas con gran cantidad de exudado o cavitadas.
-Carbón activado: se emplea en úlceras muy exudativas con mal olor.
-Gel de poliuretano: son útiles para crear un ambiente húmedo pero no se pueden emplear en UPP con exudado debido a que no lo absorben.
-Colagenasa: produce un desbridamiento enzimático.

2 Objetivos

- Analizar las medidas de prevención de las UPP.
- Explicar la valoración inicial que se debe realizar al paciente.
- Determinar el grado de conocimientos de los profesionales sanitarios y de los cuidadores familiares.
- Determinar los factores de riesgo que favoreces la aparición de las UPP.
- Determinar los cuidados específicos y generales que deben tener todos los pacientes con riesgo a presentar una UPP.
- Determinar las diferentes formas de tratamientos de las UPP.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda en diferentes bases de datos como Pubmed, Dialnet, Medline y Scielo utilizando palabras clave como “úlceras por presión”, “prevención”, “tratamiento” y “anciano” con el Operador Boleano “and” y acotando la búsqueda a artículos en español de los últimos 10 años obteniendo un total de 5 artículos.
Así como bibliografía relacionada con el tema en la base de datos de enferteca y guías clínicas en diferentes páginas web relacionadas empleando un total de 4 libros.

4 Resultados

Para una correcta prevención de las UPP la GNEAUPP determina unas directrices para seguir:
-Valoración del riesgo
-Cuidados específicos
-Cuidados generales del paciente
-Educación y utilización de superficies de apoyo de la presión (2)

Es primordial en primer lugar realizar una valoración exhaustiva del paciente para determinar el riesgo que tiene de padecer una lesión. Para realizar esta valoración existen diferentes escalas de valoración del riesgo de presentar UPP (EVRUPP) que se consideran como una herramienta metodológica objetiva para tomar decisiones incluso por en encima del propio juicio clínico pero que a su vez deben tener unos criterios: sensibilidad, especificidad (relaciona el número de pacientes que no han desarrollado UPP con el número de pacientes que fueron clasificados como de riesgo), elevado valor predictivo, criterios claros y definidos y aplicabilidad a diferentes contextos asistenciales. (2)

Según un estudio realizado comparando las escalas Braden y Norton se determino que la escala Braden tiene una sensibilidad del 89,8% y un índice de calidad del 0,82 y la Norton una sensibilidad del 83,7% y un índice de calidad de 0,77 llegando así a la conclusión de que la escala Braden es más valida para evaluar el riesgo de padecer una UPP aunque a pesar de esto el índice de calidad de ambas determinan un bajo rendimiento. (5)
Dicha valoración es necesario realizarla tan pronto como sea posible para identificar al paciente, repetirla con frecuencia según el riesgo que determine y cada vez que exista algún cambio significativo en el paciente. (6)

En este punto es también importante conocer el grado de conocimiento que los profesionales sanitarios tengan sobre prevención de UPP lo cual ha llevado a conocer que existen numerosos cuestonarios sin pruebas de fiabilidad ni validez que aún así con empleados lo que lleva a generar datos poco relevantes y de confusión. En un estudio realizado se han determinado 7 cuestionarios para medir el grado de conocimiento de los profesionales de los cuales los dos más empleados son: el cuestionario Pieper Pressure Ulcer Knowledge (PPKUT) que consta de 47 items que analizan las áreas de prevención, descripción de la herida, y clasificación y el cuestionario Pressure Uicer Knowledge Tool (PUKAT) que consta de 26 items divididos en 6 temas: etiología y desarrollo, evaluación del riesgo, clasi-

ficación y observación, reducción de la cantidad de presión/cizalla, nutrición y reducción de la duración de la presión/cizalla. (7)

Debido a que muchas de las personas ancianas que presentan un alto riesgo de UPP viven en su domicilio con sus familiares a parte de saber el grado de conocimiento de los profesionales sanitarios también es importante conocer el grado de conocimiento de los cuidadores familiares para la prevención de las UPP. De esta manera se ha desarrollado un cuestionario COCU-LCRD 23 como un cuestionario fiable y válido que consta de 23 items que de dividen en las siguientes dimensiones: valoración de la piel, cuidados de la piel, alivio de la presión, alimentación, humedad y fricción. (9)

En relación a los cuidados específicos que deben tener estos pacientes existen diferentes apartados

-Cuidados de la piel: examinar la piel a diario, realizar la higiene con agua y jabón neutro, mantener la piel bien seca en todo momento, no utilizar alcoholes sobre la piel, emplear cremas hidratantes en todo el cuerpo y ácidos grasos hiperoxigenados en las zonas de mayor riesgo, emplear ropas con tejidos naturales, no realizar masajes sobre prominencias óseas, reducir la fricción y el rozamiento, emplear apósitos protectores si fuera necesario, prestar especial atención a zonas donde anteriormente existía una úlcera y mantener la ropa de la cama seca, limpia y sin arrugas.
-Cuidados en las personas incontinentes: emplear productos protectores como pañales, absorbentes,..., realizando su cambio frecuentemente para evitar la humedad.
-Cuidados en la movilización: realizar rehabilitación que favorezca la movilidad y la actividad del paciente según sus posibilidades, realizar cambios posturales cada 2-3 horas en pacientes encamados y en pacientes en sedestación cada hora y en caso de que sea autónomo cada 15 minutos, mantener una alineación corporal, evitar en contacto de prominencias óseas entre sí, evitar el arrastre, elevar la cabecera lo mínimo posible y como máximo 30º, no utilizar flotadores ni almohadas entre las rodillas y emplear dispositivos que disminuyan la presión. (1, 2)

Los cuidados generales que los pacientes deben tener son muy variados, según la patología propia de cada paciente tendrá que tener unos cuidados específicos pero hay cuidados comunes como los relacionados con la nutrición, por lo que, se debe realizar una correcta valoración nutricional manteniendo una dieta que proporcione unos 30-35kCal/kg de peso y 1,25-1,5gr proteina/kg de peso,

minerales (zinc, hierro y cobre) y vitaminas (A, C y B), es decir, una dieta hipercalórica e hiperproteica teniendo en cuenta los déficit nutricionales propios de cada paciente así como sus gustos o posibles restricciones sino fuera posible mantener una adecuada nutrición con la alimentación oral se podrían añadir suplementos hiperproteicos de nutrición enteral y como último recurso recurrir a la alimentación enteral a traves de sonda. También es importante mantener una adecuada ingesta hídrica con al menos 30cm3 de agua/kg de peso/día. (2, 6)

Las superficies de apoyo son las encargadas de disminuir la presión, por lo que, son importantes tanto en la prevención de la aparición de las UPP como en su uso como medida coadyuvante en el tratamiento de las úlceras.
Estas superficies deben cumplir una serie de requisitos: que sean eficaces, que aumenten la superficie de apoyo, que faciliten la evaporación de la humedad, que no generen mucho calor, que disminuyan las fuerzas de cizallamiento, buena relación coste/beneficio, sencillez en el mantenimiento y manejo, que sean compatibles con los protocolos de control de infecciones y que sean compatibles con las necesidades de reanimación cardiopulmonar.

Se dividen en dos grupos:
-Estáticas: aumentan la superficie de contacto entre el paciente y la cama. Colchones o cojines estáticos de aire, agua, fibra, látex, viscoelásticos o estándar y colchonetas de espuma de grandes dimensiones
-Dinámicas: cambian el punto de apoyo y la superficie de contacto. Colchones o colchonetas alternantes de aire, alternantes de aire con flujo de aire, de posicionamiento lateral o camas fluidificadas.
A la hora de emplear este tipo de dispositivos es necesario tener en cuenta la situación y las necesidades del paciente de forma individualizada teniendo en cuenta el grupo de riesgo en el que se encuentra de tal manera que los pacientes de bajo riesgo emplearan superficies estáticas, los de riesgo medio emplearan superficies estáticas de altas prestaciones o colchonetas alternantes de aire y los de alto riesgo emplearan colchones alternantes de aire y colchonetas de aire alternante de grandes celdas. (2)

El tratamiento de las UPP debe estar basado en la atención integral del paciente, la mejora de la movilidad y el alivio de las zonas de presión y, por último, el cuidado de las úlceras. Los dos primeros puntos ya están explicados anteriormente en la prevención. En cuanto al cuidados de las úlceras se deben seguir los siguientes pasos:

-Limpieza del lecho de la lesión: se emplea SFF evitando siempre los antisépticos a no ser que posteriormente se vaya a realizar un desbridamiento cortante en cuyo caso se podrán emplear aunque al finalizar dicho desbridamiento se debe lavar de nuevo con SFF, tras la limpieza realizar un correcto secado del lecho de la upp evitando en todo momento la fricción y empleando la mínima fuerza mecánica posible.

-Desbridamiento: consiste en la retirada del tejido necrótico del lecho de la UPP para evitar la proliferación bacteriana, aliviar la carga metabólica, acelerar la fase de proliferación y de remodelación tisular, mejorar la restauración estructural y la función de la piel, evaluar la UPP y controlar del dolor. Existen diferentes tipos de desbridamiento:
-Quirúrgico: se realiza en quirófano con la presencia de un anestesista y esta indicado en caso de escaras gruesas muy adheridas, tejido desvitalizado de lesiones extensas y heridas con signos de celulitis o sepsis.
-Cortante: se realiza a pie de cama retirando pequeñas partes de tejido necrótico en diferentes sesiones extremando las precauciones de asepsia y con material estéril. Para realizar este tipo de desbridamiento existen tres técnicas: cover (comienza por los bordes de la lesión desplegando toda la placa en forma de tapa), slice (comienza por el lugar donde la escara está menos adherida al lecho) o square (se realizan cortes en forma de rejilla utilizando posteriormente métodos enzimáticos o autolíticos). En caso de existir dolor durante la realización del desbridamiento pueden aplicarse analgésicos tópicos. La principal complicación de este tipo de desbridamiento es la hemorragia que generalmente cede fácilmente ejerciendo presión sobre la zona.
-Mecánico: favorece la retirada de los residuos mediante la retirada traumática de un apósito adherido al lecho de la UPP
-Larval: se emplean larvas de Lucilla Sericata y en el último estudios las principales indicaciones de este tipo de desbridamiento son pacientes en los que no sea posible un tratamiento con métodos conservadores debido a su grave comorbilidad, por su estado físico o por la presencia de otras enfermedades y pacientes con UPP profundas y tratadas con tratamiento convencionales sin responder a estos mismo.
-Enzimático: consiste en la aplicación local de enzimas exógenas que actúan degradando la fibrina, el colágeno y la elastina lo que ayuda a la separación del tejido necrótico y a su vez favorece el crecimiento de tejido de granulación. Este método se emplea cuando no funcione el desbridamiento quirúrgico y siempre que no existan signos de infección y se recomienda utilizarlo conjuntamente con una cura húmeda.

-Autolítico: consiste en la aplicación de apósitos de cura húmeda que favorecen la hidratación y la actuación de fibrinolíticos y colagenasas sobre el tejido desvitalizado. Este tipo de desbridamiento es más lento que los anteriores pero no requiere personal especializado para su realización.
-Osmótico: se produce por la diferencia de gradientes entre la carga necrótica de la herida y una solución con elevada carga iónica (miel, soluciones hiperosmolares, poliacrilatos y poliacriatos + alcoholes) (2, 3, 4)

-Prevención y abordaje de la infección: que una UPP este contaminada no significa que este infectada por eso es necesario prevenir la infección mediante la correcta limpieza y desbridamiento y las medidas explicadas anteriormente para la prevención de la aparición de la UPP (valoración, higiene, ingesta adecuada e hídrica,…). El principal microorganismo que se presenta en las UPP es el Staphilococcus aureus aunque también aparecen frecuentemente microorganismo anaerobios y bacilos gram negativo.

Entre los factores de riesgo que favorecen la infección de una UPP nos encontramos: edad, enfermedades asociadas, derivados del tratamiento, dependientes del germen, dependientes de la resistencia de la piel, dependientes del estadiaje, dependientes del estado del lecho de la herida o dependientes de la localización. Entre los signos que aparecen nos encontramos los siguientes: inflamación, calor, eritema, edema, dolor, olor, aumento del exudado siendo purulento, fiebre,… Para el diagnostico se recomienda realizar cultivos bacterianos con aspirado con aguja fina o biopsia cutánea y el tratamiento a realizar depende del estado del propio paciente. Entre las complicaciones que aparecen si no se controla la infección están: sepsis, celulitis u osteomelitis. (2, 3)

-Mantenimiento del lecho de la úlcera húmedo y a temperatura corporal: se ha demostrado una mayor efectividad de la cura en ambiente húmedo frente a la cura tradicional. A la hora de elegir el apósito adecuado hay que tener en cuenta las circunstancias del paciente así como las de la propia úlcera, por lo que, un apósito ideal es aquel que protege a la herida de agresiones externas, mantiene el lecho siempre húmedo y la piel perilesional seca, elimina y controla el exudado y el tejido necrótico, no deja residuos y se adapta a la localización donde tiene que ser empleando siendo fácil su aplicación y retirada.

En la actulidad en el mercado existen gran cantidad de apósitos por lo que hay que tener en cuenta ciertos criterios básicos para la elección del más adecuado: no utilizar apósitos que no se conocen, no usar apósitos adhesivos en pieles frágiles, no utilizar hidrocoloides en placa para úlceras muy exudativas, no dejar un apósito

más de 72 horas sin revisarlo, no usar apósitos oclusivos en úlceras infectadas y tener especial cuidado en la combinación de apósitos y pómadas. (2, 4)

Existen otros tratamiento coadyuvantes entre los que destacan la electroterapia recomendada en la Guía GNEAUPP 2015 y la terapia VAC que aporta una presión tópica negativa a la úlcera a través de un apósito de espuma de poliuretano. (4) En aquellos pacientes con úlceras en estadios III o IV que no respondan al tratamiento convencional se deberá tener en cuenta el tratamiento quirúrgico. (4)

5 Discusión-Conclusión

En la actualidad nuestra población está envejecida y uno de los mayores problemas que presentan estas personas y que genera un gran gasto económico son las úlceras por presión quedando demostrado que el 95% de ellas pueden ser prevenidas con diferentes medidas que deben conocer tanto los profesionales sanitarios como los cuidadores familiares principales que están al cargo de las personas mayores y poner en marcha.

Cuando a pesar de la prevención se desarrollan las úlceras por presión existen también diferentes formas de tratamiento que también es importante que los cuidadores y el personal sanitario conozcan para así reducir el tiempo de cicatrización de la úlceras. Estas dos medidas favorecen tanto al sistema reduciendo así costes como a la propia persona solucionando un problema de salud.

6 Bibliografía

1. Martínez López, R. y Ponce Martínez, D. 2011. Valoración de los conocimientos del cuidador principal sobre úlceras de presión. Enfermería Global. 10, 4 (oct. 2011). DOI: https://doi.org/10.6018/eglobal.10.4.137341.
2. Postigo Mota, S. y Muñoz Bermejo, L. Cuidado de las úlceras y heridas crónicas. 2ª edición. Madrid: Difusión Avances de Enfermería; 2017.
3. Abellan Van Kan, G., Abizanda Soler, P et alt. Tratado de geriatría para residentes. Madrid: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología; 2006.
4. Molina Castillo, E. Úlceras por presión: actualización y puesta al día. 3ª edición. Jaén: Formación Alcalá; 2017.
5. Carbonell-Fornés Paola, Murillo-Llorente Mayte. Pressure ulcers in gerontology: prevalence and defining variables of injuries and patients. Gerokomos. 2015

Jun; 26(2): 63-67. DOI: http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2015000200006.
6. National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevención y Tratamiento de las úlceras por presión: Guía de consulta rápida. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Perth, Australia; 2014.Versión española.
7. Roa Díaz Zayne Milena, Parra Dora Inés, Camargo-Figuera Fabio Alberto. Validación e índices de calidad de las escalas de Braden y Norton. Gerokomos. 2017; 28(4): 200-204. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2017000400200&lng=es.
8. López-Franco María Dolores, Pancorbo-Hidalgo Pedro Luis. Instrumentos de medición de los conocimientos sobre prevención de úlceras por presión: revisión de la literatura. Gerokomos. 2019; 30(2): 98-106. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2019000200098&lng=es.
9. Arboledas Bellón Josefa, Pancorbo-Hidalgo Pedro Luis. Cuestionario de conocimientos de cuidadores familiares sobre la prevención de úlceras por presión y lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia: desarrollo y validación. Gerokomos. 2016 Jun; 27(2): 73-79. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2016000200008&lng=es.

Capítulo 318

PAPEL DE ENFERMERÍA EN EL ASESORAMIENTO ANTICONCEPTIVO.

LUIS FEITO GARCIA

LUCIA ALVAREZ RODIL

1 Introducción

La anticoncepción es cualquier método o dispositivo que se utiliza para prevenir el embarazo. Existen gran variedad de métodos anticonceptivos con propiedades diferentes para que se adecuen a cada mujer o pareja. El personal sanitario tiene una gran influencia en la elección del método anticonceptivo, por lo que debe de conocer las características y la eficacia de los diferentes métodos. Además, se deben de tener en cuenta criterios personales y los propios del método, con el fin de que se tomen decisiones informadas.
En este trabajo se describen los distintos métodos anticonceptivos, su eficacia y sus indicaciones, para facilitar la toma de decisiones de la mujer, a través del adecuado asesoramiento por parte del personal de enfermería.

2 Objetivos

- Analizar los criterios de elegibilidad de los métodos anticonceptivos según la última evidencia científica, para que los profesionales de enfermería dispongan de herramientas al realizar el asesoramiento contraceptivo.

3 Metodología

Para alcanzar los objetivos planteados, el método de investigación se basa en la búsqueda bibliográfica en bibliotecas de revisión sistemática de artículos, en guías de anticoncepción e introduciendo las palabras clave: métodos anticonceptivos y consejo / asesoramiento contraceptivo. Las bibliotecas de revisión de artículos consultadas han sido: Cochrane, Dialnet y Cuiden.

4 Resultados

El consejo contraceptivo se debe realizar basándose en los Criterios de elegibilidad de la O.M.S. como herramienta de trabajo que proporciona recomendaciones con las últimas evidencias científicas, catalogando y clasificando cada método por categorías, en cuanto a su indicación o contraindicación y en función de la situación o factor personal de la mujer.

Teniendo en cuenta los criterios de elegibilidad de la O.M.S., se analizan las situaciones o factores personales más comunes de las mujeres, que pueden suponer motivo de consulta y se elabora como herramienta de trabajo para el profesional de enfermería tablas por colores basadas en los criterios de elegibilidad de la O.M.S. para facilitar el consejo contraceptivo y poder ofrecer información equilibrada y objetiva de cada método y así cada mujer o pareja escoja el más idóneo, consiguiendo un óptimo estado de salud.

5 Discusión-Conclusión

Es necesario dar una información adecuada sobre cada uno de los métodos anticonceptivos para que se produzca una elección informada y objetiva, teniendo en cuenta las características de los usuarios. Esta información debe de incluir: eficacia contraceptiva del método, uso correcto, como funciona, efectos secundarios, riesgos y beneficios del uso, información sobre el retorno a la fertilidad e información sobre las ITS.

El profesional de enfermería, es el personal sanitario más cercano a las mujeres y puede influir en la decisión que esta tome, pero para ello, debe tener herramientas de fácil manejo y siempre basadas en las últimas evidencias científicas disponibles, que faciliten el asesoramiento, información y seguimiento anticonceptivo adecuado de las mujeres y sus parejas.

6 Bibliografía

1. SAMFyC. Guía Práctica de Planificación Familiar en Atención Primaria. [Internet]. [Citado 20 Ene 2017]. Disponible en: http://www.samfyc.es/pdf/GdTSRM/2009001.pdf.
2. Sociedad Española de Contracepción. Protocolo de Anticoncepción hormonal combinada oral, transdérmica y vaginal. [Internet].; 2013 [citado 28Feb 2017]. Disponible en: http://sec.es/.
3. Organización Mundial de la Salud. Planificación Familiar: Un manual mundial para proveedores. [Internet]; 2011 [citado 2 Mar 2016]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44074/1/9780978856304_spa.pdf
.
4. Observatorio de la salud sexual de la SEC. [Internet].; 2016 [citado 15 Feb 2017]. Disponible en: http://sec.es/descargas/OBS_EncuestaAncticoncepcion2016.pdf.

Capítulo 319

TRATAMIENTO DE LAS GRIETAS DEL PEZÓN RELACIONADAS CON LA LACTANCIA. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

ELENA GARRIDO MALFAZ

ALBA PEÑA GONZÁLEZ

SARA ALVAREZ ALVAREZ

JUDIT GOMEZ ORTIZ

1 Introducción

La lactancia materna es el mejor método de alimentación para los lactantes y desempeña un papel fundamental, para la salud y el desarrollo del binomio madre-hijo.

La Organización mundial de la Salud, recomienda la lactancia materna exclusiva hasta los 6 primeros meses de vida y continuar con la alimentación complementaria hasta los 2 años.

Aunque el amamantamiento es un proceso fisiológico e innato, tanto la madre como el recién nacido precisan un aprendizaje correcto, ya que el bebe tiene que aprender a succionar de una manera optima y la madre aprender a posicionarlo de una manera adecuada.

El mejor momento para iniciar este proceso, es inmediatamente tras el parto, aprovechando el primer periodo de reactividad del recién nacido y favorecido por el contacto piel con piel con su madre.

La lactancia materna no está exenta de complicaciones, siendo el dolor y las lesiones en el pezón la causa mas frecuente del destete precoz y el cambio de alimentación a formula artificial.

La incidencia de aparición del dolor se estima que esta entre el 34% y el 96%, es por ello que una buena valoración de la toma es primordial para la prevención de la aparacion.

2 Objetivos

Objetivos generales:
- Analizar los diferentes tratamientos empleados en la cura de las grietas del pezón derivadas de la lactancia materna.

Objetivos específicos:
- Conocer los factores de riesgo asociados a la aparición de las grietas del pezón.
- Identificar las intervenciones para prevenir y reducir el dolor de las lesiones.
- Conocer el impacto de la grieta del pezón en la lactancia materna.

3 Metodología

La metodología utilizada en este trabajo es una revisión bibliográfica. Para su desarrollo se realizó una búsqueda bibliográfica para explorar los diferentes tratamientos que se utilizan en la cura de las grietas del pezón.

Esta revisión, se llevó a cabo en los meses de Enero de 2020 a Febrero de 2020, en los que se consultaron a través de Google Académico, diversas publicaciones oficiales (guías de práctica clínica, manuales, documentos legales, actas de congreso) existentes en las páginas web de distintos Organismos y Sociedades Científicas a nivel nacional y autonómico, y a nivel mundial como la Organización Mundial de la Salud, a su vez se consultaron las siguientes bases de datos de Ciencias de la Salud (Cuiden Plus, Cochrane Library, Biblioteca Virtual Em Saude, IBECS, Lillacs, Medes, Pubmed), utilizando una combinación de palabras claves incluidas dentro de los Descriptores de Ciencias de La Salud (DeCS), como son: Lactancia

materna, pezones, trastornos de la lactancia ,herida, terapéutica , y sus homólogos en inglés, además de términos libres como, grieta.

Para delimitar la búsqueda he utilizado los operadores boléanos AND, NOT y OR, al igual que los siguientes criterios de inclusión, ya que se seleccionaron aquellos artículos con fecha de publicación posterior a 2007. También se eligieron aquellos que estuvieran escritos en lenguaje castellano o inglés, y que estuvieran disponibles a texto completo.

De la búsqueda electrónica, en un principio se seleccionaron 16 artículos de los cuales se desecharon 9, porque tras realizar la lectura del resumen, no contenían información relacionada con los puntos a desarrollar, contenían información enfocada a otras disciplinas de la salud o no cumplían los criterios de inclusión.

De la revisión manual de la literatura se selecciono 1 libros, relacionados con la lactancia materna.

4 Resultados

El trauma del pezón suele aparecer en los primeros días del amamantamiento, la mayoría de las veces por una técnica ineficaz, el mal agarre origina las grietas al ejercer presión en el pezón con las encías del bebe o al comprimirlo con la lengua contra el paladar duro.

En la mayoría de los estudios se aborda la prevención como tratamiento mas eficaz para evitar las lesiones en el pezón. Estas recomendaciones a la madre entre las que se encuentran:
– Asegurar una buena posición y sellado del niño al pecho
– Evitar el uso de tetinas y chupetes para prevenir la confusión tetina-pezón
– Desaconsejar el lavado del pezón en cada toma
– Limitar el uso de discos, que favorezcan un ambiente húmedo en la zona de succión.

No recomendar la utilización de pezoneras de manera sistemática, ya que, en algunos casos, no solo no disminuye el roce, sino que el trauma es mayor y aumentan las lesiones por rozamiento.

En la práctica clínica las grietas del pezón son un problema constante. En los diferentes artículos, se recomienda una variedad de intervenciones tópicas para el tratamiento y la disminución del dolor. Los principales resultados arrojan el

uso de la lanolina purificada, la propia leche materna o la aplicación de menta como los mas efectivos para el trauma del pezón.

En algunos de ellos los relaciona entre si, buscando diferencias significativas entre el tiempo de cicatrización y la disminución del dolor.

Sin embargo, no está claro cual es el tratamiento mas apropiado para aliviar el dolor y/o el trauma del pezón.

También se incluye dentro de los tratamientos, el secado al aire, el uso de compresas húmedas entre las tomas, o la luz ultravioleta.

5 Discusión-Conclusión

La lactancia materna no debe producir dolor, cuando aparece hay que hacer una valoración de las posibles causas y revertirlas.

El método mas eficaz para disminuir la incidencia de dolor y grietas es una posición adecuada del bebe durante la succión, además de la información materna para identificar de manera precoz el problema y el tratamiento de estos.

En la actualidad no hay consenso sobre el tratamiento mas idóneo para las lesiones en el pezón, si bien es cierto que la mayoría de los estudios recomiendan el uso de lanolina purificada o la propia leche materna como tratamiento mas efectivo, estos estudios son poco representativos, con diseños con poca variedad y resultandos incompletos.

Por lo que se denota, que hacen falta mas estudios de calidad, en el que se incluyan las nuevas líneas de investigación como es la aplicación tópica de vitamina E (Tocoferol), el aceite de oliva virgen extra, o la utilización de apósitos con polímeros.

6 Bibliografía

1. Braña Marcos B. El manejo del dolor del pezón y/o las lesiones asociadas a la lactancia materna. Rev Enfermería Clínica. 2007; 17 (6):334-6.
2. González, Carlos. Un regalo para toda la vida. Guía de la lactancia materna. Madrid: Temas de Hoy, 2008.
3. Iglesia Casás S. Lactancia materna en un hospital comarcal: factores socioculturales y sanitarios que pueden influir en su elección y mantenimiento. Rev

Enfermería Clínica. 2008; 18(3):142-6.
4. Diaz Diaz C, Riaño Galan I, Rodriguez Posada R, Palencia Gonzalez Z, Candas Villar M. Guía de Lactancia para Profesionales. Sist Promoción Salud, Cons Salud. 2013;30.
5. Pinilla Gómez E, Domínguez Nariño C, García Rueda A. Madres adolescentes, un reto frente a los factores que influyen en la lactancia materna exclusiva. Enferm Global.2014;13(33): 59-70.
6. Ali-Akbari SA, Hanieh-Alamolhoda S, Akbarzadeh-Baghban A, Mirabi P. Effects of menthol essence and breast milk on the improvement of nipple fissures in breastfeeding women. J Res Med Sci. 2014;19(7):629–332014; 13(1): 59-70.
7. Díaz-Gómez M, Ruzafa-Martinez M, Ares S, Espiga I, De Alba C. Motivaciones y barreras percibidas por las mujeres españolas en relación a la lactacia materna. Rev Esp Salud Publica [Internet].2016;90:1-18. Disponible en : http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/
8. Kimberley J, Cindy-Lee D. Lanolin for the treatment of nipple pain in breastfeeding women. Matern Child Nutr. 2017;13:1-10.
9. Vieira F, Delalibera D, Mota C, Correa-Castral T, Valadares-Guimaraes J, Marques-Salge AK, et al. Effects of Anhydrous Lanolin versus Breast Milk Combined with a Breast Shell for the Treatment of Nipple Trauma and Pain During Breastfeeding. J Midwifery Womens Health. 2017;62(5):572–9.

Capítulo 320

¿QUÉ ES LA TUBERCULOSIS?

VICTORIA CERNUDA LÓPEZ

ANDREA LOPEZ ARBAS

1 Introducción

La tuberculosis es una enfermedad provocada por la Mycobacterium Tuberculosis, principalmente afecta a los pulmones, aunque puede afectar también al cerebro, los riñones o la columna vertebral. A pesar de su gravedad es curable y hay formas de prevenirla. A demás puede desarrollarse o quedar latente en el organismo durante toda la vida.

Las pruebas a realizar para detectar la enfermedad de la tuberculosis son:
-Anamnesis
-Prueba de la tuberculina (Mantoux)
-Análisis microbiológico
-Radiografía de tórax

Los síntomas más característicos de la tuberculosis son:
-Tos con expectoración que permanece durante 2 ó 3 semanas.
-Disminución de peso repentina.
-Esputos de sangre.
-Fiebre alta.
-Sudoración nocturna.
-Malestar general o debilidad.

2 Objetivos

-Reducir en número de enfermos por tuberculosis.
-Enseñar unas normas básicas sobre como prevenir la enfermedad.
-Diagnosticar lo antes posible la tuberculosis para poder tratarla, y evitar la propagación.
-Disminuir el desembolso de los pacientes y la sanidad.
-Desarrollar nuevas investigaciones para la mejora del tratamiento de la tuberculosis.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica basada en diferentes bases de datos electrónicas y de papel. Se ha limitado la investigación con:
-Criterios de inclusión: eligiendo sólo publicaciones de profesionales de la sanidad, y organismos públicos.
-Criterios de exclusión: desechamos todos los artículos anteriores al año 2000.

4 Resultados

Cuando se tiene la tuberculosis latente no se tiene sintomatología ni se puede contagiar pero si puede en un futuro desarrollarse la enfermedad, es habitual que se prescriba un tratamiento para prevenir que se desarrolle. Mientras que a las personas que la tienen activa se les trata para curar la enfermedad.

La forma de contagio de esta enfermedad es mediante el aire, a través de la partículas que se producen al toser, estornudar o hablar. Estas partículas pueden permanecer en el ambiente durante horas.

Una buena forma de prevenir la enfermedad es la vacunación, que está enfocada a niños menores de 5 años y personas con la tuberculosis latente. La vacuna utilizada es la BCG o Bacilo se Calmette-Guerin. Esta vacuna está desarrollada a partir de una cepa atenuada de M. bovis. Debe de tenerse en cuenta que la vacuna puede provocar que la prueba de la tuberculina lance un falso positivo como resultado.

El tratamiento se basa en una mezcla de medicamentos antituberculosos concurrentes con una duración de entre 6 y 9 meses.

Es recomendable que durante determinado tiempo se tenga que recurrir a un aislamiento aéreo para evitar en lo posible los contagios.

5 Discusión-Conclusión

Una promoción de las medidas de prevención de la tuberculosis, que son:
-Lavado de manos habitual.
-Hábitos de limpieza e higiene personal y de los lugares adecuados.
-Ventilación diaria con entrada de luz solar a las habitaciones.
-Uso de pañuelos desechables a la hora de estornudar o toser, o la colocación del antebrazo delante de la boca y nariz.

Es la mejor de las opciones para frenar la prosperidad de la enfermerdad.

6 Bibliografía

-Tuberculosis: Síntomas, diagnóstico y tratamiento. Clínica Universidad de Navarra https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/tuberculosis
-Tuberculosis https://www.medicineonline.es/es-tuberculosis-articulo-S0304541214707395
-Epidemiología de la tuberculosis https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-epidemiologia-tuberculosis-13029943

Capítulo 321

INCONTINENCIA URINARIA EN NIÑOS

LUCÍA GARCÍA LLANO

LAURA MARÍA ALLER ALONSO

CRISTINA MENÉNDEZ FERNÁNDEZ

NOEMÍ DÍAZ PÉREZ

NIEVES ÁLVAREZ PRIETO

1 Introducción

Escape involuntario de orina durante el sueño en niños mayores de 5 años. Para su diagnóstico es necesario que ocurra un episodio de enuresis al mes durante, al menos, 3 meses.

2 Objetivos

Analizar y sintetizar el contenido de la evidencia científica publicada en relación a la enuresis nocturna.

3 Metodología

Se realizó una revisión sistemática en la base de datos Pubmed y en distintas guías de referencia. Los criterios de inclusión de los artículos son : Revisión bib-

liográfica, idioma inglés y castellano, los publicados en los últimos 7 años. Se encontraron 2976 publicaciones, de las cuales fueron seleccionadas 10.

4 Resultados

La prevalencia global de la enuresis nocturna es de 8-20% a los 5 años. 1,5-10% a los 10 años y 0,5-2% en adultos. Más frecuente en varones y la diferencia entre sexos disminuye a partir de los 8-10 años.

5 Discusión-Conclusión

En España, medio millón de niños mayores de 5 años sufren enuresis nocturna. En el 90% de los casos la causa es física. Se considera que esta enfermedad tiene un componente hereditario y se ha visto mayor incidencia en niños alérgicos. Es necesario tratar, cuanto antes, la causa ya sea física o psíquica.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 322

TERAPIA PARA PACIENTES CON TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.

LUIS FEITO GARCIA

LUCIA ALVAREZ RODIL

1 Introducción

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), son enfermedades mentales con graves repercusiones para la salud, cuyo pronóstico mejora en la medida en que se detectan y se traten precozmente. Su tratamiento puede ser largo y complicado, conllevando un gran sufrimiento personal y familiar, que condiciona la convivencia de los miembros de la unidad familiar, pudiendo causar daños irreversibles en las personas afectadas.

Este tipo de trastornos suele estar asociado a la etapa adolescente, pero en realidad puede detectarse igualmente en edades más precoces o en adultos. Erróneamente asociado durante mucho tiempo al género femenino, son cada vez más los niños y hombres afectados por este trastorno. Tampoco existe un perfil social concreto, si bien, la cada vez más exigente e irreal "imagen de referencia" en la sociedad occidental, puede ser desencadenante de un trastorno TCA.

2 Objetivos

El objetivo inicial y más importante en el proceso de la recuperación, consiste en estabilizar los síntomas mediante la normalización de la alimentación, eliminando el miedo a los alimentos y regularizando las pautas de ingesta, para posteriormente equilibrar el peso y conseguir eliminar la visión distorsionada del propio cuerpo.
El objetivo final es la recuperar el equilibrio psicológico, anímico, alimenticio y social de la persona afectada.

3 Metodología

Los tratamientos de TCA no requieren material técnico concreto, pero si un equipo multidisciplinar, que actúe conjunta y progresivamente en las diferentes etapas del proceso.
Este equipo deberá estar formado por:
• Psiquiatra
• Psicólogo/a
• Nutricionista
• Terapeuta

Se trabajan las siguientes áreas terapéuticas:
- Área psicológica: desde donde se abordan las dificultades de cada paciente de manera individual y familiar.
- Área psiquiátrica: que realiza una evaluación del cuadro clínico, y determina la conveniencia del tratamiento farmacológico y/o el ingreso hospitalario.
- Reeducación de la conducta alimentaria: Sesiones donde las comidas se realizan en compañía de la psicóloga y la nutricionista, de manera que los problemas que puedan surgir se abordan en el momento. Esto permite a los pacientes ir adquiriendo la autonomía anímica necesaria en la vida diaria, además de aprender a llevar una alimentación saludable.
- Educación social: El principal objetivo del programa ocupacional es el de acompañar y escuchar al paciente, desarrollando diversas propuestas y actividades cuyo fin sea educar y sensibilizar en términos de diversidad, empatía y autoestima.
- Recuperación física y funcional: Ayudar a recuperar la actividad física de manera colectiva o individual, mediante juegos de equipo o diversas actividades en relación con el ejercicio físico.

4 Resultados

• Evitar la cronificación de la enfermedad.
• Adquirir destrezas para el manejo adecuado de los alimentos.
• Elaboración de menús saludables que favorecen la autonomía personal.
• Mejora de la autoestima y la imagen del "yo".
• Perdida del miedo al espejo.
• Mejora de las relaciones familiares y sociales.

5 Discusión-Conclusión

Son múltiples las causas por las que una persona puede desencadenar un TCA, si bien se puede establecer como fundamental en la prevención, el seguimiento desde la unidad familiar, y el entorno educativo y pediátrico en el caso de los menores, y desde el sanitario en general en perfiles de adolescentes y adultos.

Es fundamental un diagnóstico precoz de la enfermedad, para asegurar un mayor porcentaje de curación y evitar daños irreversibles a los afectados. Mas difícil de solucionar son los mensajes distorsionados enviados por ciertos círculos (moda, imagen, belleza,...), que engañan y confunden a muchas personas, trasladando una imagen irreal de la "supuesta talla perfecta".

6 Bibliografía

• ABAC: Asociación de Bulimia y Anorexia de Coruña (https://www.abacoruna.com/que-son-tca)
• CLINICA MAYO: (https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/eating-disorders/in-depth/eating-disorder-treatment/art-20046234)
• AEPED: Asociación Española de Pediatría (https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/anorexia_bulimia.pdf)
• SCIENCEDIRECT.COM (https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864011703960)

Capítulo 323

CÁNCER DE MAMA

VICTORIA CERNUDA LÓPEZ

ANDREA LOPEZ ARBAS

1 Introducción

Cada cuerpo humano está constituido por billones de células, las cuales siguen un crecimiento regular y controlado. Los tumores se desarrollan del crecimiento anómalo de las células. Estos tumores pueden ser benignos o malignos (cáncer). En las mujeres uno de los cánceres más comunes es el de mama, que se forma en los tejidos de las glándulas mamarias. Las células en las que suele formarse en cáncer son las de los lobulillos o las de los conductos galactóforos.

2 Objetivos

-Tener un conocimiento básico y sencillo de que es el cáncer, como diagnosticarlo y como tratarlo.
-Conocer un poco sobre el tratamiento de mayor elección para tratar este cáncer.

3 Metodología

Se trata de una revisión bibliográfica basada en fuentes electrónicas y también publicaciones en papel.
Los criterios seguidos son:
-Inclusión: artículos publicados en los últimos 15 años, en inglés y español, que traten sobre pacientes de cáncer de mama, en unidades de oncología.

-Exclusión: artículos con una antigüedad superior a 20 años y aquellos que tratan sobre casos pediátricos, ya que el tratamiento difiera bastante.

4 Resultados

La clasificación del cáncer de mama según su expansión es:
-"In situ", cuando el tumor se encuentra única y exclusivamente en el lugar de formación.
-"Invasivo" o "Infiltrante", cuando se propaga a los tejidos contiguos a su formación.
Los factores que provocan la formación del cáncer de mama pueden ser:
-Personales: aquellos producidos del propio cuerpo:
• Genéticos: por la mutación de los genes BRCA1 y BRCA2.
• Hormonales: mutaciones provocadas principalmente por los estrógenos.
• Enfermedades previas (Fibroadenoma o papiloma solitario entre otras).
-Externos: aquellos derivados del estilo de vida:
• Dieta pobre en fibra y rica en grasas animales acompañada de sedentarismo.
• Hábitos tóxicos (alcohol y tabaco).
Los síntomas del cáncer de mama son:
-Aparición de bultos o nódulos.
-Dolor a la palpación.
-Alteraciones en el pezón.
-Cambios de tamaño en la mama.
-Alteraciones de la piel de la mama.
-Reducción de la movilidad de la mama y el brazo.
-En casos muy avanzados de la enfermedad se puede dar dolor óseo.
En ocasiones se da que no se desarrolla ningún síntoma, por lo que es necesario revisiones ginecológicas frecuentes.
Las formas para diagnosticarlo son:
-Palpación
-Mamografía
-Ecografía
-Citología
-Analítica
-Biopsia
El tratamiento a elegir depende mucho de factores como la edad, el estado hormonal, la localización y el estadio del tumor... Los tratamientos pueden ser de dos tipos:

-Local o locorregional, se aplica sobre la zona afectada (cirugía o radioterapia).
-Sistémicos, afecta a todo el organismo (hormonoterapia, anticuerpos monoclonales o quimioterapia).

El tratamiento por antonomasia es la quimioterapia que puede ser:
-Curativa
-Complementaria (a otros tratamientos)
-Neoadyuvante (para reducir el tumor y delimitarlo antes de una cirugía)
-Paliativa (para reducir los dolores o molestias antes de la muerte).

Los fármacos utilizados en la quimioterapia pueden ser:
-Aliquilantes (alteran las proteínas y bloquean la función del ADN).
-Antimetabolitos (inhiben la síntesis de bases nitrogenadas y del ADN por bloqueo enzimático, se usan además para el tratamiento de enfermedades autoinmunes y en caso de trasplantes para impedir el rechazo)
-Antibióticos antitumorales (actúan sobre el ADN/ARN inhibiendo su duplicación)
-Alcaloides de la vinca (son muy tóxicos, no se deben manejar fuera del ambiente hospitalario).

5 Discusión-Conclusión

Un conocimiento básico de estas enfermedades puede ayudar a un diagnostico precoz, y un pronóstico mejor. Además una correcta información suministrada por los expertos al paciente le puede ayudar a entender los procesos y cambios que se producirán en su cuerpo y así afrontarla mejor.

6 Bibliografía

-Vivas Sánchez VM, Torres Pedraza N, Esguerra Gonzales LL, Torres Silva CA, Mojica Torres IC, Mendoza Jaimes KC, et al. Conocimientos, actitudes y prácticas de prevención del cáncer de mama. Revista Ciencia y Cuidado 2012;9(2):43-51.
-Riquelme B, Sepúlveda B, Vargas X. Atención de enfermería en las pacientes con cáncer de mama. Rev. Med. Clin. Condes - 2006; 17(4): 244
-Sáenz Mateos L. Importancia de la detección de células tumorales circulantes en el cáncer de mama. Eubacteria 2012(28).

Capítulo 324

EL EMPLEO DE LA MIEL COMO TRATAMIENTO EFICAZ EN LA CURACIÓN DE UPP

ALBA PASCUAL MARTINEZ

JUAN CARLOS MATEO RODRÍGUEZ

1 Introducción

Las UPP se definen como una lesión isquémica, que ocasionada en el tejido epidermoide que provoca una pérdida de las diferentes capas cutáneas y tejidos circundantes, cuyo mecanismo de producción es debido a las fuerzas de presión; cizallamiento o fricción entre dos superficies, una de las cuales corresponde al paciente y la otra a elementos que entran en contacto con la superficie corporal del mismo.

Esta presión producida de forma mantenida ocasiona una disminución de la circulación sanguínea en la zona afectada, lo que con el tiempo acaba generando una necrosis de los tejidos.

Las zonas más proclives para el desarrollo de las UPP son: zona occipital; codos; espalda; zona sacra y ambos talones.
Las ulceras por presión son una entidad diagnóstica conocida desde bien antiguo. A lo largo de la historia se han venido estudiando tanto la etiopatogenia como las diferentes opciones de tratamiento existentes en función de la etapa de la historia en la que nos encontremos. El primer documento que nos encontramos donde se hace referencia al concepto de ulcera por presión, data de Hipócrates, en su

libro" Consideraciones sobre el tratamiento de las heridas". También impartían tratamientos con elementos naturales los hechiceros; eclesiásticos y las brujas, los cuales aplicaban tratamientos a base de emplastes; herboterapia…

Según cifras disponibles en la base GNEAUPP, se estima que en la actualidad el número de afectados en nuestro país por esta patología es superior a las 100.000 personas. Esto supone un elevado desembolso económico por parte del estado con cifras anuales que superan ampliamente los 500 millones de euros.

Las UPP se relacionan con un aumento de la morbimortalidad de la población afectada, ya que trae consigo complicaciones asociadas como son infecciones que pueden limitarse a la zona local o afectación sistémica, con el riesgo elevado de shock séptico, lo que produce un aumento de entre 2 a 4 veces las probabilidades de muerte sobre todo si el paciente tiene patologías asociadas; edad avanzada o se encuentra en unidades de hospitalización con altos riesgos de contaminación por agentes externos.

Se pueden clasificar las UPP en 4 grados en función del estadío en el que se encuentran:
- Estadío 1: Se caracteriza por presentar un enrojecimiento cutáneo que no palidece al aplicar presión sobre la zona. En esta fase la piel continúa estando íntegra. Puede asociarse una elevación de la temperatura local de la zona; inflamación local y sensación de dolor de intensidad variable. En personas de piel oscura este enrojecimiento no existiría y en su lugar observaríamos un tonalidad azulada.
- Estadío 2: Pérdida parcial de la integridad de la piel. Se manifiesta por presentar dolor y la base de la misma suele evolucionar por diferentes fases hasta la cicatrización.
- Estadío 3: En esta fase se produce una pérdida total de la superficie de la piel, y a menudo se asocia necrosis del tejido subcutáneo. Generalmente no presenta dolor por destrucción de las terminaciones nerviosas. Suelen presentar zonas tuneladas; cavernosas y exudado moderado.
- Estadío 4: En esta fase existe pérdida total del espesor de la piel y se asocia frecuentemente con destrucción de tejidos circundantes como es el muscular; óseo o articular.

2 Objetivos

Objetivar la eficacia del uso de la miel para el tratamiento de pacientes que desarrollan úlceras por presión en función de la literatura científica disponible.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión sistemática de la bibliografía existente a día de hoy, utilizando como bases de datos: Medline, Cochrane, Fisterra; PuBMED Y Scopus. Se ha completado la búsqueda tomando como referencia las revistas Enfermeria Global y Gerokomos y la base de la GNAUPP.

4 Resultados

El uso de la miel en el tratamiento de las UPP ha demostrado ser una alternativa eficaz a otros tratamientos más convencionales, aunque en la actualidad continúa si haber suficiente evidencia científica sobre este tema.

Pese a ello los estudios existentes realizan una comparación entre los riesgos/beneficios del empleo de la terapia convencional y los métodos naturales. Un gran número de los estudios analizados dejan de manifiesto que el empleo de la miel es efectivo no sólo para el tratamiento de las UPP sino de un gran número de afecciones cutáneas.

Es necesario abrir nuevas líneas investigadoras basándonos en el aumento de las resistencias a la antibioterapia; el elevado coste que los tratamientos convencionales generan y las necesidades variables en función de los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Desde la historia antigua hasta nuestros días las diferentes culturas han empleado la miel para el tratamiento de diversas patologías dado la gran variedad de beneficios que representa su uso.

Representa un producto con una gran variabilidad en su composición en función del tipo de polen utilizado o la zona donde se produzca. Constituye un producto que se encuentra presente en la mayor parte de países del mundo y su producción conlleva bajo coste, por lo que se destaca como uno de los mejores tratamientos naturales disponibles para el tratamiento y curación de las UPP.

Dado el incremento de casos existentes en la población y el sobrecoste que genera su tratamiento, consideramos que existen diversos métodos basados en el empleo de medidas naturales como plantas, resinas, larvas criadas en laboratorio que producen una regeneración tisular y fundamentalmente el empleo de tratamientos basados en la miel, dado que es una sustancia natural con grandes propiedades antisépticas; emolientes; diuréticas; calmantes y estimulantes del proceso de cicatrización.

6 Bibliografía

- Soldevilla Agreda J.J, Torra i Bou JE, Podnek J, Verdú Soriano J, San Miguel L, Mayan Santos JM. Una aproximación al impacto del coste económico del tratamiento de las úlceras por presión en España. Gerokomos.2007.Dic;18(4):43-52.
- Soldevilla Agreda JJ. La epidemia silenciosa del siglo XXI.Octubre2010.GENEAUPP.
- Jull AB, Cullum N, Dumville JC,Westby MJ, Deshpande S, Walker N. Honey as a tropical treatment for wounds. Cochrane database of systematic reviews. 2015.Issue 3. Art No:CD005083. DOI:10.1002/14651858; Pub4.
- Gonzalez Gascon R, Del Dedo Torre P, Actualización sobre el uso de miel en el tratamiento de úlceras y heridas. Caso clínico. Enfermería Global. 20044;4(ISSN 1965-6141)
- Servicio Cantabro de Salud. Manual de prevención y cuidados locales de heridas crónicas. 1st ed servicio cántabro de salud; 2011. Disponible en:http://geneaupp.info/wp-content/uploads/2014/12/prevenciónde-cuidados-locales-y-heridas-cronicas.pdf

Capítulo 325

EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN EL ENTORNO ESCOLAR. LA OBESIDAD Y LA PROMOCIÓN DE HÁBITOS SALUDABLES ALIMENTARIOS.

LUIS FEITO GARCIA

LUCIA ALVAREZ RODIL

ANA BELÉN DELGADO SIERRA

1 Introducción

La obesidad está reconocida como una de las patologías en auge del siglo XXI, por su alta prevalencia en las últimas décadas y el impacto que tiene como causa de muerte en aquellos que la padecen.

La OMS establece como sistema predictor para determinar la obesidad, el índice de masa corporal. Para ello, se establece en 30 IMC que será el resultado de dividir el peso en Kilogramos entre la altura en metros al cuadrado. Esta enfermedad suele comenzar en la niñez y la adolescencia, y se caracteriza por el exceso de grasa en las células adiposas. Se puede decir que hay varios factores causales de esta enfermedad, por ejemplo: Factores genéticos, malos hábitos alimentarios y el tipo de cultura. Ocurre por un desequilibro entre consumo y gasto de energía. La obesidad puede ser un factor de riesgo importante, concretamente el sexto en el mundo y que puede provocar el fallecimiento del individuo, con 3,4 millones de defunciones al año.

La obesidad en los niños y adolescentes puede estar causados por factores como: Binging (pérdida del control de ingesta), sedentarismo, factores congénitos, patologías médicas, fármacos, estrés, problemas en el ámbito familiar, problemas psicológicos y demás.

La obesidad es un factor de riesgo considerable en la aparición o desarrollo de enfermedades como: diabetes mellitus tipo 2, problemas cardiovasculares, apnea del sueño, problemas osteoarticulares y algún tipo de cáncer.

Diversos estudios evidencian que la educación para la salud es una herramienta útil para proporcionar o ampliar el conocimiento para corregir conductas poco saludables y así instaurar aquellas que si lo son. Esta tiene capacidad de persuasión al trasmitir un mensaje de sugestión y de concienciación sobre el problema que plantea los malos hábitos y las ventajas de corregir estos.

En cuanto a hábitos dietéticos saludables, deben partir desde la enseñanza en las escuelas.Varios autores coinciden en señalar las cafeterías de las escuelas como principales focos de suministro de alimentos y lugares propicios para promocionar alimentación saludable.El problema planteado es la calidad de dichos alimentos y a parte los alimentos poco saludables, donde se debe cuantificar y estudiar en que medida se dispensa un tipo de alimentación u otro.

2 Objetivos

- Determinar cuanta bibliografía existe relacionada con la obesidad en la niñez y adolescencia.
- Revisar bibliografía relacionada con los tipos de alimentos suministrados en las cafeterías de las escuelas para determinar si se cumple la Ley de Seguridad Alimentaria y Nutrición de julio de 2011.
- Analizar artículos relacionados con la promoción de hábitos saludables en general y en entornos escolares.

3 Metodología

Para la realización de esta revisión bibliográfica de tipo narrativa, se han utilizado bases de datos médicas como MEDES y Scielo, en ellas se han recopilado un total de 40 artículos relacionados con el tema en cuestión. Como criterios de inclusión y exclusión se ha tenido en cuenta el idioma, seleccionando aquellos redactados

en castellano y aquellos de procedencia gratuita. En cuanto a la antigüedad, seleccionamos aquellos que no superasen los 10 años desde su publicación. Por último, en la selección final se han escogido 4 artículos útiles de los 40 encontrados.

4 Resultados

Un estudio observacional, descriptivo y transversal realizado por los autores Alba-Martín et al. sobre la prevalencia de la obesidad infantil en un colegio de primaria de Córdoba, obtuvieron datos interesantes a analizar. En los resultados de dicho estudio se pudo observar que 1/3 de un total de 75 alumnos dieron sobre peso. Los autores utilizaron diversos índices de medida antropométricas para medir la obesidad y el sobre peso en los alumnos. Escalas como Índice de Masa Corporal, Índice de QUETELET y patrones alterados de la conducta Trastorno de la Conducta Alimentaria. En el estudio también se pudo observar que los escolares que utilizan el comedor del colegio presentaron un peso normal. Otros autores como Mancipe Navarrete et al. en su revisión observaron a través de una encuesta nacional de la situación nutricional de Colombia uno de cada seis niños de entre 5 y 17 años con malos hábitos alimentarios y conductas sedentarias presentaron obesidad y sobrepeso.

Hábitos alimentarios en las cafeterías de los centros escolares:

En cuanto a los hábitos alimentarios Francisca M et al. hace referencia en su estudio a la alimentación suministrada en las cafeterías de los colegios. En ese estudio, del tipo observacional descriptivo, realizado en centros escolares de Andalucía en el ciclo escolar entre 2011 y 2012, se observó que en las cafeterías, en especial de titularidad privada, ofertan y publicitan productos restringidos por la ley. Dicha ley, la Ley de Seguridad Alimentaria y Nutrición es poco conocida, ya que solo 1/3 de las directivas observadas en el estudio la conocían. Todas las cafeterías promocionan alimentación poco saludable, por ejemplo, fritos envasados, golosinas, bebidas carbonatadas, productos cárnicos y embutidos grasos. También es cierto que dichas cafeterías proporcionan una oferta muy variada, de las cuales 5 o 9 son saludables, sin encontrar alimentos de calidad como leche semidesnatada y fruta. Es minoritaria la presencia de embutidos de bajo contenido graso, pescado o jamón serrano.

Promoción de hábitos alimentarios saludables para evitar la obesidad infantil:

Un estudio de revisión integradora realizado por Gueterres et al. muestra la can-

tidad de bibliografía existente relacionada con la educación para la salud en el contexto escolar. En el obtuvo como resultados que en las bases de datos seleccionadas por el autor, como LILACS, BDEnf y BDEnf se encontraron 8 artículos que hagan referencia a la educación para la salud en entorno escolares enfocados en la alimentación y la obesidad como problema.

En cuanto a la promoción de hábitos alimentarios saludables, Alba-Martín et al. en su trabajo, analizo la publicidad dirigida a menores en el año 2008, de la cual el 71,2% de la publicidad comercial de alimentos y bebidas emitidas por televisión en horario infantil, es de alimentación poco saludable. Alimentaos azucarados y bebidas tienen una relación clara con la obesidad en niños y adolescentes. Concluye que para prevenir la obesidad infantil y promover hábitos saludables, es necesario que el estado intervenga de forma eficaz en la regulación de la publicidad de alimentos poco saludables y promocionar aquellos que si lo son.

En el trabajo de Mancipe et al. centrado en las intervenciones educativas en América Latina, señala que la actividad física como fomento de hábito saludable y que reduce el riesgo de obesidad, junto con programas de educación,un cambio en la nutrición y la intervención del estado en políticas de prevención son fundamentales para evitar el sobrepeso y la obesidad infantil.

5 Discusión-Conclusión

Como se pudo observar en esta revisión, la obesidad infantil es un problema de salud que reina en la actualidad debido a su alta prevalencia en los últimos años. Las bibliografías analizadas muestran estudios observacionales multicéntricos realizados en España y latino américa, ambos estudios parecen estar de acuerdo en que la promoción de hábitos alimentarios saludables, utilizando la educación para la salud como herramienta es fundamental para prevenir la aparición de obesidad en la niñez. Parece evidente que la falta de promoción de alimentos saludables y por el contrario la promoción de aquellos que no lo son, son un denominador común en todos los trabajos. El consumo de productos industriales con abundantes grasas saturadas y azucares, son los alimentos predominantes en los focos principales de suministro alimentario, principalmente señalando el entorno escolar. Como medidas preventivas, los autores mencionados sugieren alimentos bajos en grasas, el consumo de frutas y pescados no grasos, dada la poca promoción de estos alimentos. La única diferencia encontrada entre los estudios españoles y los realizados en centro américa, es la actividad física. En general parecen indicar que este problema es una responsabilidad que deben tener en

cuenta las instituciones públicas, que deben promover políticas que modifiquen la publicidad de productos insalubres en horario infantil por aquellos que si lo son.

6 Bibliografía

1.lba-Martín R. Prevalencia de obesidad infantil y hábitos alimentarios en educación primaria. Enfermeria Global. 2016 Abril; vol.15(42, p.40-51).
2.MANCIPE NAVARRETE JA GVS,CBJ,MEJ,GJE,SRVJ. EFECTIVIDAD DE LAS INTERVENCIONES EDUCATIVAS REALIZADAS EN AMÉRICA LATINA PARA LA PREVENCIÓN DEL SOBREPESO Y OBESIDAD INFANTIL EN NIÑOS ESCOLARES DE 6 A 17 AÑOS: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA. Nutrición Hospitalaria. 2015;(31(1): 102-114).
3.M F, García-Padilla , Gonzalez-Rodríguez A. Los servicios de cafeterías y la promoción de la salud en el entorno escolar. Atención Primaria. 2017;(49(5): 271-277).
4.GUETERRES ÉC RE,SA,WMD. Educación para la salud en el contexto escolar: estudio de revisión integradora. Enfermería Global. 2017 Abril; 46(16(2) 464-499).

Capítulo 326

PIE DIABÉTICO CON FALLO MULTIORGÁNICO.

VICTORIA CERNUDA LÓPEZ

ANDREA LOPEZ ARBAS

1 Introducción

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica que se caracteriza porque los niveles de glucosa en sangre son muy elevados. El páncreas produce una hormona llamada insulina mediante unas células especiales (beta). Ésta adentra la glucosa en las células, pero cuando no es capaz de hacerlo, la glucosa se acumula en sangre provocando las hiperglucemias (niveles elevados de glucemia).

La diabetes mellitus puede clasificarse en:
-Diabetes mellitus tipo I: es aquella que se da en niños más frecuentemente. Se debe a que el páncreas no produce suficiente insulina.
-Diabetes mellitus tipo II: es aquella que se da en adultos mayoritariamente de 40 años en adelante, aunque se están dando casos cada vez más en personas más jóvenes con problemas de obesidad.
Niveles elevados de glucemia hacen que la sangre no fluya correctamente hacia los órganos, por lo que provoca que comiencen a fallar. Los órganos más afectados son los ojos, el corazón, los pies, los riñones, los nervios y la piel.

2 Objetivos

Los objetivos principales son: secar y mantener en asepsia las heridas del pie izquierdo del paciente, controlar el edema del otro pie derecho, vigilar la incapacidad/minusvalía neurológica y la catarata derivada del problema integral que el la diabetes mellitus tipo 2 que este sufre, de la cual debemos de concienciar al paciente la gran importancia de mantenerla en control, y realizar dicho control con él y la familia.

3 Caso clínico

Paciente de 57 años que acude a la consulta para realizarse la cura correspondiente de úlcera necrótica en 1º dedo del pie izquierdo. Pulsos pedios y tibiales posteriores débiles pero palpables. Con edemas que dejan fóvea hasta rodilla. Mal estado general. Afebril. Ligeramente taquipneico en reposo. Algún crepitante fino aislado disperso.

Antecedentes patológicos:
- HTA, DM2 de al menos 20 años de evolución sin control, Dislipemia.
- Anemia normocítica-normocroómica que preciso ingreso en Enero de 2018.
- Insuficiencia renal moderada.
- Pie diabético con úlcera necrótica e infectada en primer dedo de pie izquierdo en control por Cirugía.
- Claudicación intermitente.
- Catarata. (CIAP2, F92). 27/09/2017
- Diabetes Mellitus tipo 2. (CIAP2-PR,T90. 19/10/2017
- Incapacidad/minusvalía neurológica. (CIAP2-PR,N28) 22/09/2017

Hábitos tóxicos:
Ex fumador de un paquete diario y bebedor de 10 cervezas al día hasta el ingreso en Septiembre.

Alergias:
No RAMS.

Tratamiento habitual:
- Cilostazol 50mg 56 comprimidos; (Cilostazol) vo c/12h
- Aldactone 25mg comprimidos recubiertos con película; (Espironolactona) vo c/24h.
- Crestor 10mg comprimidos recubiertos con película; (Rosuvastatina) vo, c/24h.

- Toujeo 300 unidades/ml solución inyectable en pluma precargada sbc 0,066ml. c/24h.

• Patrón Percepción-Manejo de la Salud:
El paciente no ha sido consciente de su estado de salud, no se ha cuidado como debería haberlo hecho y su problema de diabetes ha ido aumentando con los años hasta las complicaciones que sufre actualmente. Vida sedentaria, hábitos tóxicos, etc.
Con esto, consideramos que este patrón si se ha visto gravemente afectado, y esperamos que con nuestra ayuda y la de sus familiares se controlen las complicaciones adquiridas ya irreversibles.

• Patrón Nutricional-Metabólico:
Este patrón también se ha visto afectado.
El paciente padece una diabetes mellitus tipo 2 desde hace años sin tratar. No cuida su alimentación, lleva una vida sedentaria y no sigue tratamiento.
En la consulta hemos intentado favorecer la educación sanitaria con respecto a este tema.

• Patrón de Eliminación:
Este patrón se encuentra afectado debido a la insuficiencia renal del paciente. Este, posee edemas por ambas piernas como consecuencia de la mala eliminación.

• Patrón de Actividad- Ejercicio:
El paciente ha descuidado este patrón totalmente. Además de sus hábitos tóxicos de alcohol y tabaco, lleva una vida sedentaria, lo que ha contribuido negativamente para el desarrollo de su enfermedad (diabetes mellitus) y las complicaciones derivadas de esta.
Actualmente, el paciente es incapaz de dar más de 10 pasos sin sentirse fatigado o incorporarse de la camilla a la bipedestación sin sufrir taquipnea.

• Patrón Sueño-Descanso:
Este patrón no se ve afectado notablemente.
El paciente refiere que duerme y descansa bien, la familia comenta que hace ruidos mientras duerme, sibilancias y roncus.
En la consulta, mientras le realizamos la cura correspondiente ha llegado a quedarse dormido.

• Patrón Cognitivo-Perceptual:

Este patrón se encuentra afectado debido a la catarata que tiene el paciente, ya que por culpa de esta ha perdido casi toda la visión.
Además de la incapacidad neurológica del paciente, que también afecta negativamente en este patrón.

• Patrón Autopercepción-Autoconcepto:
No se encuentran alteraciones apreciables de este patrón.

• Patrón Rol-Relaciones:
No es posible valorar las alteraciones del patrón rol-relaciones.

• Patrón Sexualidad-Reproducción:
No ha sido posible la recogida de datos para valorar las alteraciones de dicho patrón.

Plan de cuidados
• Patrón Percepción-Manejo de la Salud:

Diagnósticos NANDA
Riesgo de caídas (00155)
NOC relacionados
1902 Control de Riesgo
190214 Utiliza los sistemas de apoyo personal para reducir el riesgo.
NIC relacionados
6490 Prevención de caídas
- Controla la marcha, el cansancio y el equilibrio.
- Colocar los objetos al alcance del paciente para que no tenga que hacer esfuerzos
Diagnósticos NANDA
Mantenimiento ineficaz de la salud (00099)
NOC relacionados
1619 Autocontrol: Diabetes
161903 Realiza prácticas preventivas de cuidados de los pies.
161910 Realiza el procedimiento correcto para el control de la glucemia.
1617 Autocontrol: Enfermedad cardiaca
161735 Controla los efectos terapéuticos de la medicación prescrita.
3108 Autocontrol: Enfermedad renal
310813 Controla el edema
NIC relacionados
5440 Aumentar los sistemas de apoyo

-Determinar el grado de apoyo familiar y económico, así como otros recursos.
-Determinar el grado de apoyo familiar y económico, así como otros recursos.
5510 Educación para la salud
-Identificar los recursos (personal, espacio, equipo, dinero, etc.) necesarios para llevar a cabo el programa.

• Patrón Nutricional-Metabólico:

Diagnósticos NANDA
Riesgo de nivel de glucemia inestable (00179)
NOC relacionados
2300 Nivel de la glucemia
230001 Concentración sanguínea de glucemia
1619 Autocontrol: Diabetes
161908 Participa en el programa educativo prescrito
NIC relacionados
5614 Enseñanza: dieta prescrita
-Explicar el propósito del seguimiento de la dieta para la salud general.
2120 Manejo hiperglucemia
2121 Manejo hipoglucemia

• Patrón de Eliminación:

Diagnostico NANDA
Disposición para mejorar la eliminación urinaria (00166)
NOC relacionados
3108 Autocontrol: Enfermedad renal
310801 Acepta diagnóstico
310803 Participa en las decisiones de atención sanitaria

1842 Conocimiento: Control de la infección
184202 Factores que contribuyen a la transmisión de la infección.
184204 Signos y síntomas de infección.
0504 Función renal
50419 Hipertensión.
NIC relacionados
6540 Control de las infecciones
-Poner en práctica precauciones universales.
-Administrar un tratamiento antibiótico, cuando sea adecuado.
-Enseñar al paciente y a la familia a evitar infecciones.

0590 Manejo de la eliminación urinaria
-Observar si hay signos y síntomas de retención urinaria.

• Patrón de Actividad-Ejercicio:

Diagnósticos NANDA
Deterioro de la movilidad física (00085)
NOC relacionados
0202 Equilibrio
02023 Mantiene equilibrio al caminar
02026 Movimiento articular
20617 Cadera (derecha)
NIC relacionados
200 Fomento del ejercicio
-Animar al individuo a empezar o continuar con el ejercicio.
-Controlar el cumplimiento del programa/actividad de ejercicios por parte del individuo.
Diagnósticos NANDA
Deterioro de la deambulación (00088)
NOC relacionados
0200 Ambular
02003 Camina a paso lento
0222 Marcha
02221 Estabilidad en la marcha
NIC relacionados
221 Terapia de ejercicios: ambulación
-Aplicar/proporcionar un dispositivo de ayuda (bastón, muletas o silla de ruedas, etc) para la deambulación si el paciente tiene inestabilidad
-Ayudar al paciente con la deambulación inicial, si es necesario
-Fomentar una deambulación independiente dentro de los límites de seguridad.
0224 Terapia de ejercicios: movilidad articular
-Determinar las limitaciones del movimiento articular y su efecto sobre la función.
-Ayudar al paciente a colocarse en una posición óptima para el movimiento articular pasivo/activo.

4 Discusión-Conclusión

El paciente padece una enfermedad crónica de la que no se prevé mejoría. Lo único a lo que podemos contribuir, tanto nosotros como profesionales sanitarios, la familia y él mismo, es la estabilidad de esta y el control de los factores de riesgo para que dicha patología no aumente y le provoque daños aún mayores. Sin duda, en un caso como este la educación para la salud ha sido fundamental. A este paciente ha habido que enseñarle a vivir con esa enfermedad, aunque hemos llegado tarde, cuando esta ya estaba avanzada.

Poco a poco el paciente ha ido entendiendo, aunque le ha costado, la importancia de nuestros consejos, de las charlas durante las consultas todas las semanas, la importancia de nuestras curas. Y ahora lleva una vida acorde a su enfermedad, con la ayuda incondicional de su familia. La mayor conclusión que saco de este caso clínico es sin duda la gran relevancia que tenemos los enfermeros como educadores para la salud. A ser posible, en la prevención de enfermedades antes que, como en este caso, para el tratamiento de una de ellas.

5 Bibliografía

-MedlinePlus [Internet] Diabetes tipo 2. [Versión en inglés revisada por: Robert Hurd, MD, Professor of Endocrinology and HealthCareEthics, Xavier University, Cincinnati, OH] Available from: https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000313.htm

-Franch Nadal J, Artola Menéndez S, Diez Espino J, Mata Cases M. Evolución de los indicadores de calidad asistencial al diabético tipo 2 en atención primaria (1996–2007). Programa de mejora continua de calidad de la Red de Grupos de Estudio de la Diabetes en Atención Primaria de la Salud. Medicina Clínica. 2010;135(13):600-607.

-El occidental. [Internet] Diabetes mellitus causa daño multiorganico. Available-from: https://www.eloccidental.com.mx/sin-categoria/diabetes-mellitus-causa-dano-multiorganico

Capítulo 327

INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN LOS RECLUSOS DEL CENTRO PENITENCIARIO DE VILLABONA.

CRISTINA BALLESTEROS REGUERA

ANDREA VÁZQUEZ MARTÍNEZ

NAZISH AHMED

1 Introducción

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) constituyen un grave problema de salud pública a nivel mundial pues, más que ninguna otra epidemia actual, dependen del comportamiento humano. Es por ello que la prevención y la promoción de la salud no son tan solo un pilar fundamental, sino también una responsabilidad de todos los sectores de la sociedad1.

Hace ya unos años la OMS, a través de un convenio, decidió cambiar la denominación de enfermedades de trasmisión sexual a infecciones de trasmisión sexual, porque las enfermedades están relacionadas con síntomas inmediatos, en cambio, las infecciones de trasmisión sexual pueden permanecer años en nuestro organismo sin rebelarse, es decir, sin manifestar ningún síntoma2.

Las enfermedades de trasmisión sexual no sólo son una causa de morbilidad aguda en los adultos, sino que pueden dar lugar a complicaciones con secuelas tales como esterilidad masculina y femenina, embarazos ectópicos, cáncer cervical, sífilis congénita, pérdidas fetales, bajo peso al nacer, nacimientos prematuros, oftalmia neonatorum y mortalidad prematura. Sus consecuencias, por tanto, pueden ser potencialmente graves para la salud y, en ciertos casos, llevar a la muerte a la persona infectada3.

Estas enfermedades siguen constituyendo un problema, tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo. Sin embargo, en la mayoría de los países desarrollados se ha logrado un equilibrio con tasas de infección bajas. En contraste, el equilibrio logrado en muchos países en desarrollo se caracteriza por niveles de enfermedad sumamente endémicos. En muchos países en desarrollo, las enfermedades de trasmisión sexual figuran desde hace varias décadas entre las cinco principales enfermedades para las cuales los adultos demandan asistencia sanitaria. Rara vez se cuenta con mecanismos de vigilancia fiables y exhaustivos, por lo que es frecuente que no se conozca la magnitud exacta del problema.

Dentro de las infecciones de trasmisión sexual se encuentran más de 30 entidades patógenas diferentes, ocho de las cuales se asocian a la mayor incidencia mundial. De esas 8 infecciones, 4 son actualmente curables (la sífilis, la gonorrea, la clamidiasis y la tricomoniasis). Las otras 4 (hepatitis B, virus del herpes simple, VIH y virus del papiloma humano) son infecciones virales incurables, aunque si existen tratamientos capaces de atenuar o modificar los síntomas o la enfermedad4. Actualmente también se dispone de medios para la prevención de estas infecciones, entre los que se incluye la existencia de vacunas5.

El mecanismo de transmisión más común es el contacto sexual (vaginal, anal y oral), aunque también pueden trasmitirse por vía sanguínea, vía parenteral o a través de objetos contaminados.Pueden ser contraídas por personas de cualquier edad, raza y medio social. Si bien en el mundo occidental la incidencia de las enfermedades bacterianas ha descendido durante los últimos años, éstas continúan siendo una epidemia en gran parte del planeta6.

Los factores de riesgo determinan la existencia de grupos de población más vulnerables en los que se ha identificado una mayor incidencia y prevalencia de este tipo de enfermedades. Los determinantes de la epidemiología de las enfermedades de trasmisión sexual son tan multifacéticos como deberían ser los en-

foques de prevención y asistencia. Las medidas de intervención encaminadas a impedir la propagación de estas enfermedades y de la infección por el VIH, deben elaborarse teniendo en cuenta la fisiología humana, las modalidades de comportamiento humano y las influencias socioculturales3.

Es imprescindible diagnosticar las infecciones de trasmisión sexual con prontitud para un tratamiento precoz, evitando así su propagación y las complicaciones y secuelas en las personas infectadas. La prevención es la herramienta fundamental para evitar la propagación, y la forma más eficaz de llevarla a cabo es la educación sexual3. En materia de prevención, la OMS y ONUSIDA recomiendan que todos los países mantengan un programa de prevención y asistencia de infecciones de trasmisión sexual. En estos programas se recomienda3:

- Realizar actividades de prevención primaria en conjunción con los programas nacionales del SIDA.
- Promover un manejo accesible, aceptable y eficaz de casos de personas con enfermedades de trasmisión sexual a través de los sistemas de atención sanitaria.
- Prestar servicios de prevención y asistencia de las enfermedades de trasmisión sexual, en el contexto de los servicios de atención de la salud materna e infantil, prenatal y de planificación familiar.
- Tener como objetivo unos servicios aceptables y eficaces de asistencia a pacientes con enfermedades de trasmisión sexual, destinados a sectores de población identificados como especialmente vulnerables.
- Promover un comportamiento que lleve a buscar tempranamente asistencia sanitaria en caso de infectarse, a lo que se añadiría una educación vinculada con el comportamiento sexual.

A nivel mundial, cada día más de 1 millón de personas contraen una infección de transmisión sexual. Anualmente, alrededor de unos 357 millones de personas contraen alguna de las cuatro enfermedades de transmisión sexual de mayor incidencia. El número de personas con infección genital por el virus del herpes humano supera los 500 millones4. La transmisión de la madre al niño puede dar lugar a muerte prenatal, muerte neonatal, insuficiencia ponderal al nacer y prematuridad, septicemia, neumonía, conjuntivitis neonatal y deformidades congénitas.

Cada año, la sífilis durante el embarazo provoca aproximadamente unas 305.000 muertes fetales y neonatales, y deja a 215.000 lactantes en grave riesgo de defunción por prematuridad, insuficiencia ponderal o enfermedad congénita4. An-

ualmente, la infección del virus del papiloma humano provoca 528.000 casos de cáncer cervicouterino y 266.000 defunciones. En el mundo hay más de 290 millones de mujeres infectadas con este virus4.

Existen en la actualidad varios motivos por los que las infecciones de trasmisión sexual se encuentran infra-diagnosticadas. El temor a las consecuencias de un resultado positivo es uno de estos motivos: muchas personas no se hacen las pruebas por miedo a estar infectadas. Durante muchos años, en las prisiones españolas el acceso a ciertas pruebas para el diagnóstico de las enfermedades de trasmisión sexual era limitado.

En la actualidad, aunque estas pruebas están disponibles para todos los internos que lo deseen, muchos de los reclusos no tienen los conocimientos necesarios para sospechar que sufren una de estas enfermedades (información facilitada por los Servicios Médicos de la prisión de Villabona).

2 Objetivos

El objetivo principal de este trabajo sería evaluar un programa de intervención educativa para aumentar el conocimiento sobre enfermedades de trasmisión sexual en los reclusos del centro penitenciario de Villabona.

Los objetivos específicos del trabajo serían:
• Evaluar el grado de conocimiento sobre enfermedades de trasmisión sexual en la población intervenida (pre-test y post-test), antes y después de la intervención educativa.
• Modificar positivamente el nivel de conocimiento sobre enfermedades de trasmisión sexual en la población intervenida.
• Conocer la prevalencia de las enfermedades de trasmisión sexual en la prisión de Villabona, antes y después de la intervención educativa.
• Aumentar el número de diagnósticos de enfermedades de trasmisión sexual.
• Elevar la adherencia al tratamiento de las enfermedades de trasmisión sexual de los internos del centro penitenciario de Villabona

3 Metodología

Se trata de un estudio de tipo analítico que pretende evaluar una presunta relación causa-efecto. Dentro de este tipo de estudios, se clasifica como estudio cuasi-experimental. En estos diseños, a diferencia de los estudios experimentales, no existe grupo control. Concretamente seria un estudio de tipo antes-después (figura 4), pues se compararán los resultados obtenidos antes de la intervención con los obtenidos una vez finalizada ésta, utilizando el mismo instrumento de medida (encuestas).

La población del estudio está constituida por todos aquellos reclusos pertenecientes al centro penitenciario de Villabona y que cumplan los criterios de inclusión y exclusión a continuación expuestos:

Criterios de inclusión:
• Todos los reclusos que pertenezcan a los módulos denominados unidades terapéuticas.
• Todos aquellos reclusos que no vayan a ser puestos en libertad o que vayan a obtener el 3º grado (consiste en un régimen de semilibertad en el que los reclusos no se encuentran a tiempo completo dentro de la prisión, por lo que es más complicado el acceso a ellos) antes de la finalización del estudio.
• En las unidades terapéuticas conviven 270 reclusos. Se espera que una gran mayoría, si no todos, colaborarán en la investigación pues, como es habitual en el funcionamiento de los centros penitenciarios, la participación de los presos en estas actividades suele estar premiada con beneficios penitenciarios.

Criterios de exclusión:
• Reclusos que no hablen o se desenvuelvan de forma fluida en español.
• Aquellos que no sepan leer y/o escribir
• Los que tengan algún tipo de deterioro cognitivo que les impida comprender o realizar correctamente el cuestionario.
• Los que estén en régimen de tercer grado

El instrumento que se utilizará para la recolección de datos en este estudio es un cuestionario anónimo que permitirá obtener información de forma directa a través varios ítems. Este cuestionario fue modificado a partir de otro ya validado utilizado un estudio similar15 al que pretendemos realizar, añadiendo y suprimiendo ciertas preguntas para adaptarlo (anexo 1).

El cuestionario consta de varias partes: introducción, instrucciones para su realización, datos generales de los participantes e información específica que explora los conocimientos sobre las enfermedades de transmisión sexual de los participantes.

El cuestionario consta de 23 ítems, 15 de los cuales están dirigidos a explorar los conocimientos que los reclusos tienen sobre las enfermedades de trasmisión sexual, distribuidos de la siguiente manera:

Concepto 2 ítem.
Agentes productores de las enfermedades de trasmisión sexual 1 ítems.
Forma de transmisión 3 ítems.
Signos y síntomas 1 ítem.
Diagnóstico 1 ítems.
Medidas preventivas 4 ítems.

La finalidad del instrumento es medir los conocimientos sobre las enfermedades de trasmisión sexual que tienen los reclusos del centro penitenciario de Villabona, pudiendo comparar así los resultados previos a la intervención con los que tangan tras esta. Se estima que el tiempo necesario para rellenar el cuestionario será de unos 30 minutos. Para conocer la posible repercusión de la intervención educativa sobre el diagnostico y tratamiento de las enfermedades de trasmisión sexual, se contará con la colaboración de los Servicios Médicos de la prisión, que llevarán un registro de los casos de enfermedades de trasmisión sexual aparecidos en los reclusos.

Previamente a la recolección de los datos se realizarán los trámites administrativos correspondientes con la dirección del centro penitenciario de Villabona para obtener el permiso pertinente para llevar a cabo la intervención y, una vez concedido, determinar las fechas y horarios en los que se llevará a cabo la recolección de datos, los talleres y todos los procesos necesarios para la realización del estudio, así como, el pertinente permiso de la dirección del centro. En el anexo 2 figura la carta que se enviará al director del centro penitenciario de Villabona, solicitando su colaboración. El día en el que se pase la encuesta pre-test se realizará la presentación de la investigación y se explicara a los reclusos la necesidad de su colaboración.

El plan de análisis prevé:

• Utilizar la escala de Stanones15 (añadir más estudios) para determinar el nivel de conocimiento y el tipo de actitud. Esta escala clasifica el nivel de conocimiento en alto, medio, bajo, actitud de rechazo, indiferencia y aceptación.
• Realizar un análisis descriptivo de cada variable, utilizando los test propios de la estadística descriptiva: medias, proporciones, etc. o Variables cualitativas: se calculará el porcentaje que representan sobre el total. o Variables cuantitativas: se calculará la media, como medida de tendencia central, y la varianza y la desviación estándar como medidas de dispersión.
• Se estudiará la asociación entre las diferentes variables mediante un análisis bivariante entre las variables dependientes y las independientes. Para este proceso se emplearán las siguientes prueba estadísticas: o Entre variables cualitativas: se usará el estadístico chi2 de Pearson y la "Z" de proporciones. o Entre variables cuantitativas: se aplicará el coeficiente de correlación de Pearson o de Spearman, según corresponda. o Entre variables cualitativas y cuantitativas: se utilizará la t de Student.o la ANOVA, según corresponda.
• Los datos recogidos serán tabulados en una hoja de Excel, y el análisis de los mismos se llevará a cabo con el programa estadístico SPSS (SPSS Inc., Chicago, IL, USA).

Limitaciones

Los estudios cuasi-experimentales presentan de, por sí, ciertas limitaciones por no contar con un grupo control. Por ello, no es posible asegurar que los cambios apreciados, si los hubiera, sean debidos a la propia intervención o a otras intervenciones o factores no controlados. También pudiera darse el sesgo conocido como efecto Hawthorne: los participantes al saber que están siendo observados, alteran su comportamiento, independientemente de la naturaleza específica de la intervención que reciben.

Por otro lado, también es posible que los participantes orienten sus respuestas para dar una mejor imagen. Es lo que se conoce como sesgo de complacencia. Con respecto a la selección de sujetos, al tratarse de una intervención educativa de participación voluntaria, es posible la existencia de un sesgo de autoselección.

El carácter voluntario del estudio puede hacer que la población no esté debidamente representada, porque los sujetos que se presentan como voluntarios pueden tener una mayor motivación o interés en el estudio. Además, la decisión de colaboración en la investigación puede deberse a factores que podrían influir

en las relaciones entre las variables a estudio.

4 Bibliografía

1. Sarmiento Olivera M. Estrategia de intervención educativa en enfermedades de transmisión sexual. RCM. 2012; 16(1): 32-43.
2. Enfermedades de trasmisión sexual [internet]. Londres: Planned Parenthood Federation of America Inc; 2014 [citado 17 febrero 2016]. Disponible en: https://www.plannedparenthood.org/esp/temas-de-salud/enfermedades-de-transmision-sexual
3. ONUSIDA/OMS. Enfermedades de transmisión sexual: políticas y principios de prevención y asistencia. Colección OUSIDA de prácticas óptimas [internet]. Disponible en: http://www.who.int/hiv/pub/sti/en/prev_care_sp_pdf_
4. Who.int. Infecciones de trasmisión sexual [Internet]. Copenhague: OMS; 2015 [citado 17 febrero 2016]. Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/es/
5. Rodríguez Castilla F, Ramos Morcillo AJ, Fernández Salazar S. Infecciones de transmisión sexual. Metas Enferm. 2009; 12(5), 50-55.
6. Domingo AA. Infecciones de transmisión sexual. Rev esp pediatr clin inv. 2007; 63(1), 95-101.
7. Empíreo.es [internet]. Madrid: empireoes; 2015 [citado 17 de feb 2016]. Disponible en: http://www.empireo.es/enfermedadestrasmisionsexual/
8. Díez A. Sexually transmitted infections: Epidemiology and control. Rev Esp Sanid Penit. 2011; 13: 58-66 41 M
9. Área de vigilancia del VIH y conductas de riesgo. Vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual, 1995-2013. Madrid: Centro Nacional de Epidemiología/Subdirección General de Promoción de la salud y Epidemiología - Plan Nacional sobre el Sida; 2015
10. Ministerio del interior: secretaria general de instituciones penitenciarias. Situación de las enfermedades de declaración obligatoria (EDO) y de los brotes epidémicos notificados en instituciones penitenciarias (II PP). Boletín epidemiológico de instituciones penitenciarias. 2015; 20 (3): 1-4.
11. Ministerio del interior: secretaria general de instituciones penitenciarias. Situación de las enfermedades de declaración obligatoria (EDO) y de los brotes epidémicos notificados en instituciones penitenciarias (II PP). Boletín epidemiológico de instituciones penitenciarias. 2015; 20 (6): 1-4.
12. Ministerio del interior: secretaria general de instituciones penitenciarias. Situación de las enfermedades de declaración obligatoria (EDO) y de los brotes

epidémicos notificados en instituciones penitenciarias (II PP). Boletín epidemiológico de instituciones penitenciarias. 2015; 20 (5): 1-4.
13. Ministerio del interior: secretaria general de instituciones penitenciarias. Situación de las enfermedades de declaración obligatoria (EDO) y de los brotes epidémicos notificados en instituciones penitenciarias (II PP). Boletín epidemiológico de instituciones penitenciarias. 2015; 20 (4): 1-4.
14. De Benito E. Las enfermedades de transmisión sexual se elevan al perderse el miedo al VIH. El País. 13 de febrero del 2012; Sociedad. Disponible en: http://sociedad.elpais.com/sociedad/2012/02/13/actualidad/1329147083_794280.html
15. Sulca Solórzano SB. Relación entre el nivel de conocimientos sobre las infecciones de trasmisión sexual (ITS) y la actitud hacia conductas sexuales de riesgo en gestantes adolescentes del hospital nacional Daniel Alcides Carrión. Tesis doctoral. Universidad de Perú ,2014. P: 20, 48-53.
16. Sifunda S, Reddy PS, Braithwaite R, Stephens T, Bhengu S, Ruiter RAC et al. The Effectiveness of a Peer-Led HIV/AIDS and STI Health Education Intervention for Prison Inmates in South Africa. HE&B. 2008; 35 (4): 494-508.
17. Pérez Assef JJ, Brunely Morales M. Intervención educativa sobre ETS en un grupo poblacional de riesgo. Rev Cubana Med Gen Integr. 2000; 16(3): 4-270.

Capítulo 328

MANEJO Y PERCEPCIÓN DEL PACIENTE CON TRASTORNO DE ANSIEDAD Y/O CRISIS DE PÁNICO EN LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL

VICTORIA DE ARGÜELLES PÉREZ

ELOY ASENJO SECADES

ANDREA GÓMEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

El trastorno de ansiedad es una de las enfermedades mentales más comunes, con una alta prevalencia en las consultas de atención primaria. En los últimos años se ha observado un incremento de los casos, se calcula que 1 de cada 10 pacientes que se atienden diariamente presentan ansiedad, siendo incluso más comunes que la diabetes.

La ansiedad es una emoción que surge ante situaciones ambiguas que nuestro organismo percibe como peligrosas y en las que se anticipa una posible amenaza, preparando al individuo para actuar ante ellas mediante una serie de reacciones cognitivas, fisiológicas y conductuales.

El ataque de pánico o estado de ansiedad aguda es una reacción automática y refleja, cuya misión es ayudarnos a sobrevivir, y que se pone en marcha cuando

percibimos un peligro grave e inminente. También hace que aprendamos a evitar, en el futuro, ese tipo de situaciones peligrosas que lo desencadenan.

El problema con las crisis de pánico es que la respuesta de alarma se pone en marcha sin que exista un peligro real. Se lleva a cabo al interpretar como peligro unas sensaciones que son normales en la ansiedad, y que se incrementan al aumentar la ansiedad por pensar que estás en peligro.

Cuando la ansiedad presenta una intensidad excesiva o, cuando se mantiene activada demasiado tiempo, puede ser algo negativo ya que nos impide sentirnos bien y funcionar en forma óptima. Sin embargo la ansiedad no es algo "malo" en si. De hecho, la investigación científica ha demostrado que, en ciertas dosis, mejora nuestra capacidad para afrontar las dificultades. Se convierte en patológica cuando es desproporcionada para la situación y demasiado prolongada.

A continuación, describiremos las diferencias entre ansiedad fisiológica y ansiedad patológica:
1. Ansiedad fisiológica:
- Mecanismo de defensa frente a amenazas de la vida diaria
- Mejora nuestro rendimiento
- Es más leve
- No genera demanda de atención psiquiátrica
2. Ansiedad patológica:
- Puede bloquear una respuesta adecuada a la vida diaria
- Empeora el rendimiento
- Es más grave
- Genera demanda de atención psiquiátrica

Los tres niveles de respuesta en la ansiedad y el pánico son:
• El componente fisiológico: Incluyen sensaciones como palpitaciones, taquicardia, opresión en el pecho, mareo, sensación de ahogo o asfixia, tensión muscular, hiperventilación, temblor, visión borrosa, percibir las cosas o percibirte a ti mismo de forma extraña, hormigueo, flojedad en las piernas, etc. y que en las crisis de pánico alcanzan una mayor intensidad.
• El componente conductual incluye la tendencia a huir, escapar, buscar ayuda y hacer cualquier cosa que pueda ayudarte a librarte del "peligro". Algunos pacientes acuden a urgencias, toman ansiolíticos, evitan tomar cafeína o realizar cualquier esfuerzo físico. También pueden llegar a evitar situaciones como usar transportes públicos, estar solos o conducir.

• El componente cognitivo: Se refiere al conjunto de creencias y pensamientos con contenido de peligro. Estos pensamientos se producen de manera involuntaria una vez se ha puesto en marcha el sistema de alarma y hace que el paciente afectado tema que ocurra algún tipo de catástrofe como sufrir un infarto o asfixiarse.

En ocasiones, el temor a sufrir una enfermedad está relacionado con el hecho de que alguna persona de su entorno la haya sufrido recientemente, es decir, si un conocido ha sufrido un infarto y el paciente nota palpitaciones, puede creer que el mismo está sufriendo un infarto.

Estos tres componentes se encuentran presentes siempre que se activa un estado de ansiedad y cada uno de ellos influye en activar o desactivar a los otros, demostrándose que el sistema dominante es el cognitivo ya que según la psicología cognitiva, lo que nos altera no son las cosas en si, sino lo que pensamos de ellas.

2 Objetivos

- Identificar de manera correcta los síntomas relacionados con los trastornos de ansiedad en el paciente que acude a urgencias.
- Diferenciar entre trastornos de ansiedad y crisis de pánico.
- Manejo y tratamiento en el diagnóstico de los pacientes con ansiedad.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo mediante técnicas de revisión sistemática de la literatura científica obtenidas a través de consultas directas y acceso, vía internet, en varias bases de datos: Medline, PubMed, Google Académico, SCIELO, Cochrane y Elsevier.

Para definir los términos de la búsqueda se han empleado MeSH (tesauros desarrollados por la U.S. National Library of Medicine) y DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud).

Se han incluído dentro de la revisión aquellos artículos que hayan sido publicados desde el año 2012 hasta la actualidad y que contasen con alguna de las palabras clave en su título o resumen.

4 Resultados

Tras llevarse a cabo de una revisión exhaustiva de los artículos científicos utilizados para esta revisión se concluye con que los primeros pasos que se deben seguir ante la sospecha de un trastorno de ansiedad, es descartar otras patologías médicas que puedan simular o bien presentar síntomas psiquiátricos ; para ello el médico debe considerar inicialmente una crisis de ansiedad como algo que tiene un origen médico.

La ansiedad se maneja con medicación, psicoterapia, o ambos. Se debe ofrecer al paciente una explicación clara sobre los síntomas físicos de la ansiedad y para afrontar cualquier problema social que pueda contribuir a la persistencia del trastorno.
Para el adecuado abordaje de estos síntomas es recomendable realizar en primer lugar un tratamiento a corto plazo cuyo objetivo es la disminución de la frecuencia e intensidad de las crisis. Las intervenciones psicológicas (cognitivo-conductual) han demostrado ser efectivas y también, el abordaje con antidepresivos tricíclicos (ATC) y benzodiazepinas.

El tratamiento combinado (psicoterapia y antidepresivos) a corto plazo, al igual que en el tratamiento de tipo a largo plazo (3-4 meses) se ha demostrado que se consigue un resultado más efectivo que únicamente la psicoterapia o solamente el tratamiento farmacológico.

5 Discusión-Conclusión

La ansiedad es una respuesta adaptativa a múltiples situaciones de la vida que se puede considerar normal, pero puede llegar a ser patológica cuando se produce ante estímulos inadecuados o inexistentes.

Debido a la prevalencia de estos trastornos, el sufrimiento y el deterioro funcional que provocan en el paciente y su entorno es necesario conocer los síntomas principales de estos trastornos para una adecuada detección y un abordaje oportuno farmacológico con las diferentes técnicas de terapia eficaces, y así ofrecerle al paciente una mejor calidad de vida.

Es por ello por lo que es muy importante tener en cuenta los síntomas relacionados con la ansiedad para poder realizar una detección precoz y asegurar el mejor tratamiento posible ya que es una enfermedad bastante prevalente en la actualidad y cuyo diagnóstico y tratamiento mejora la calidad de vida del paciente y

proporciona una gran satisfacción para el profesional sanitario el saber manejar y tratar los síntomas relacionados con la ansiedad y la crisis de pánico.

6 Bibliografía

1. Asociación Americana de Psiquiatría. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 1ª Edición. Barcelona, España: Elsevier Masson; 2002
2. Escobar F. Diagnóstico y tratamiento de los trastornos de ansiedad. Asociación Colombiana de Neurología [en línea]. Disponible en: ww.acnweb.org
3. Navas Orozco, W. Vargas Baldares, MJ. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica LXIX (604): 497-507. 2012. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2012/rmc125k.pdf
4. Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía de práctica clínica para el manejo de pacientes con trastornos de ansiedad en atención primaria. Madrid, España: Edita Agencia Lain Entralgo. Unidad de evaluación de tecnologías sanitarias; 2008
5. Reyes-Ticas JA. Trastornos de ansiedad: Guía práctica para diagnóstico y tratamiento. Biblioteca virtual en salud. Honduras. [en línea]. Disponible en: www.bvs hn

Capítulo 329

MÉTODOS PARA LA CESACIÓN DEL HÁBITO TABÁQUICO DURANTE EL EMBARAZO.

DAVID GARCÍA TOSTÓN

MERCEDES URRA MONAUT

MIRIAM SALINAS VALENCIA

MARIA TERESA CARRASQUER PIRLA

LETICIA FERNANDINO ZUBIETA

1 Introducción

Fumar es un problema social. En las embarazadas el tabaco produce un aumento de riesgos tanto para el hijo como para la madre durante el embarazo. Dejar el hábito tabáquico durante la gestación es relevante; no se ve un claro descenso de este a pesar de la información que se les aporta.

España ocupa el sexto lugar mundial sobre un listado de 110 países en el consumo de cigarrillos per cápita. El 41% de la población que consume tabaco en España está compuesto por mujeres, en la actualidad entre los 25 y 34 años de edad hay un 47% de mujeres fumadoras (1), este porcentaje puede ir en aumento, por lo que podemos pensar que si no se rompe esta tendencia, cada vez encontraremos más mujeres fumadoras durante la gestación (2)

En la encuesta del Instituto Nacional de Estadística sobre el tabaquismo en España se observó que el 25 - 30% de los fetos estaba expuesto al efecto nocivo del consumo del tabaco por la madre durante el embarazo. (2)
La etapa del embarazo en la que se fuma y el número de cigarros consumidos parecen guardar relación con los efectos que tiene el tabaco en el embarazo. (3)

Parece ser que fumar durante el embarazo es más peligroso en los 6 últimos meses de embarazo, cuando se está formando aún el sistema nervioso central. (3) La tasa de mortalidad es de 30% más elevada en las mujeres que fuman, y la mortalidad perinatal de un 26% más alta que en las no fumadoras. Es importante destacar que aquellas mujeres que dejan de fumar cerca del cuarto mes de embarazo, tienen unos porcentajes de tasas de mortalidad iguales que las gestantes no fumadoras. (3)

Compuestos de mayor relevancia del tabaco
El tabaco está compuesto por más de 4000 sustancias diferentes, aunque las que producen más efectos nocivos son principalmente al monóxido de carbono, la nicotina y el alquitrán (2), También al ácido cianhídrico y el cadmio (1)
- La nicotina del humo de cigarrillos se absorbe fácilmente en el pulmón y la mucosa oral y gastrointestinal, la vida media de eliminación es de 30 a 60 minutos, pasando rápidamente a la leche materna (2). Se metaboliza en el hígado y se elimina a través de la orina. (1)
- El monóxido de carbono se combina con la hemoglobina formando carboxihemoglobina, este es incapaz de transportar oxígeno. (2)
- El alquitrán tiene efecto carcinógeno. (2)
- El ácido cianhídrico es producido por el humo del tabaco y se convierte en tiocinato. (1)
- El Cadmio está aumentando en la sangre de las fumadoras. (1)

Efectos del tabaco en los recién nacidos
Los problemas más comunes que acarrea el consumo de tabaco a los recién nacidos son:
• El peso de los neonatos de las mujeres no fumadoras es mayor que el de las fumadoras (5).
• El número de movimientos fetales se encuentra disminuido (2)
• El monóxido de carbono se une con le hemoglobina formando carboxiemoglobina y provocando hipoxia. (2)
• El hígado fetal esta inmaduro y tiene cierta incapacidad para metabolizar la

nicotina, por ello permanece más tiempo en la sangre del feto, aumentando las catecolaminas y el cortisol. (1)
• El ácido cianhídrico consume energía necesaria para él bebe, además impide la adherencia del yodo a la glándula tiroides provocando una deficiencia en el desarrollo de algunos órganos. (1)
• Hay un mayor riesgo de malformaciones fetales debido al aumento de cadmio en sangre (1)
• Aumenta la frecuencia cardiaca basal fetal (1).
• Falta de vitamina B12 debido a la detoxificación de cianuro, un producto del tabaco. (2)
• El hecho de fumar en la habitación durante el proceso de parto, puede añadirse al estrés del feto, ya que disminuye el oxígeno disponible.(6)

Efectos en los niños de madres fumadoras, entre los 28 meses y 11 años:
- Algunos estudios epidemiológicos han manifestado pequeñas diferencias en el desarrollo físico, intelectual y emocional. (1)
- Se ha observado que nos niños de mujeres embarazadas realizan de media más consultas médicas durante los 5 primeros años de vida por problemas respiratorios. (2)
- Hay una mayor tasa de mortalidad en hijos de mujeres fumadoras entre los 28 días y los 5 años de vida. (2)
- Los niños de las mujeres fumadoras tienen un 14% más de carboxihemoglobina en sangre, la cual somete al feto a una hipoxia, además de disminuir la vitamina B12, vitamina C y folatos. (1)
- La nicotina da lugar a una reducción de la calidad de las células cerebrales. (1)
- Según estudios desarrollados en los últimos 25 - 30 años, revelan que la probabilidad de presentar trastorno de hiperactividad y déficit de atención (THDA), dificultades de aprendizaje y problemas de conducta es mayor en los hijos de madres fumadoras. (7)
- El tabaquismo representa el factor de riesgo más predecible del síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL) (7)

Efectos del tabaco en las gestantes
Las embarazadas que fuman sufren una serie de cambios, los más comunes son:
• Aquellas que consumen al menos la mitad de la cajetilla de cigarrillos al día van a sufrir un aumento de la proporción de abortos espontáneos (5)
• Las mujeres fumadoras tienen más probabilidad de tener un embarazo pretérmino que las mujeres no embarazadas, de tal manera que de cada 7 embarazos

pretérmino uno se asocia al embarazo. (2)
• En las mujeres fumadoras embarazadas se ha observado una menor incidencia de padecer preeclampsia, pero en caso de diagnosticarse es peor que en la mujer no embarazada. (2)
• Se ha encontrado la presencia de alteraciones histológicas en la placenta de las gestantes fumadoras, además de un engrosamiento de la membrana basal y una disminución del número de capilares fetales.(1)
• La nicotina provoca una vasoconstricción provocando una disminución de la perfusión útero placentaria (5), también actúa a nivel del aparato gastrointestinal provocando una disminución del peristaltismo intestinal o provocando diarrea. (2)
• El consumo de tabaco en algunas mujeres reduce la secreción de leche materna, además es importante saber que la nicotina y la cotinina permanece en la leche materna hasta dos horas tras haber fumado el último cigarrillo. (4)
• El hábito de fumar durante el embarazo puede agravar otros problemas como es una presión arterial alta (8)
• Fumar disminuye la capacidad del organismo para procesar vitaminas y minerales esenciales (4)
• Las embarazadas fumadoras suelen tener bajo peso antes del embarazo y un exceso de peso durante el embarazo. (9)
• El tabaco aumenta el metabolismo de los estrógenos, provocando una disminución del estímulo de estos sobre el útero. (10)

2 Objetivos

- Evaluar y valorar la eficacia de los distintos métodos para el abandono del tabaquismo en fumadoras embarazadas.

3 Metodología

Las bases de datos que hemos utilizado han sido Web Of Science, Pubmed, science direct, dialnet, Google académico utilizando las palabras clave: methods, quit smoking, during pregnancy, en todas ellas.

Criterios de selección son: artículos sobre métodos de la cesación tabáquica, estudios sobre la eficacia de los métodos de cesación, además esto métodos deben de haberse puesto en práctica.

Los años de búsqueda utilizados son desde el 2008 hasta la actualidad en todas las bases de datos a excepción de dialnet que sólo encontramos un artículo y data del 2003.

4 Resultados

Hay varios métodos en uso para la cesacion del consumo de tabaco en embarazadas, vamos a hablar del ejercicio, la terapia de remplazo de nicotina, el apoyo cognitivo-familiar y el asesoramiento de profesionales, el apoyo material y económico, entre otros.

Varios autores nos hablan del uso de ejercicio como método de cesación El estudio publicado por Michael Ussher en 2008, nos habla que el ejercicio disminuye el deseo de fumar en embarazadas, mediante dos estudios de viabilidad con una duración de 8 meses, en los que comprobaban la abstinencia del tabaco mediante la prueba del monóxido expirado, se observó que el 25% de las mujeres alcanzaban la abstinencia absoluta del tabaco durante la gestación y que un 75% tenía una disminución del consumo de cigarrillos por día. (12)

Hay varios artículos que nos hablan del NRT (terapia de remplazo de nicotina), con el fin de ayudar a la cesación del consumo de tabaco en embarazadas algunos autores como Fahy en Inglaterra, que realizó un estudio cualitativo utilizando dos métodos, el de remplazo de la nicotina y terapia dual (remplazo de nicotina y administración de parches) (13); también Brose publicó en 2013 un estudio de ensayos controlados aleatoriamente, que utiliza los mismo métodos que el anterior. Este último evaluó a las embarazadas mediante la prueba del monóxido de carbono, siendo negativo < 10 ppm y observó que el método más eficaz para dejar de fumar es la utilización de terapia dual, debido a que se vio que la nicotina se metaboliza más rápidamente en mujeres embarazadas, por esto si sólo se administra NRT es menos eficaz que en una persona no gestante. (14)

Por otro lado, Browker no da mucha credibilidad a este método, puesto que los parches, podría liberar dosis inadecuadas de nicotina, argumentándolo con un estudio realizado con 33 mujeres embarazadas que habían dejado de fumar, pero que durante un mes han estado utilizando 15mg/16h de parches de nicotina. Se vio que, además de que los parches de NRT entregaban dosis inadecuadas de nicotina a mujeres que deseaban dejar de fumar durante el embarazo, también que los niveles de cotinina eran más bajos que los niveles alcanzados por fumar.

(15)

Por el contrario Osadchy en 2009, se centra más en la seguridad y efectividad del método de la NRT. Defiende una baja efectividad en mujeres embarazadas que fuman poco (5 cigarrillos al día), en cambio ve útil su utilización en aquellas con alto nivel de adicción, pero con la supervisión de un profesional. Según Osadchy y su equipo, la combinación de terapia cognitiva-conductual y el asesoramiento con NRT, es la estrategia más efectiva para lograr dejar de fumar durante el embarazo. (16) Oncken también defiende el NRT en todas sus variedades como segunda opción priorizando las intervenciones psicosociales ya que no afectan negativamente al parto ni al peso del bebe. (17)

Hay una disparidad entre unos artículos y otros, pero en general es muy usado el método NRT, a pesar de que no está del todo claro que sea el método más eficaz. Otro método es la utilización de fármacos, se observó la efectividad de cesación del tabaco con el Bupropión y la Vareniclina, sobre todo en aquellas embarazadas que consumen muchos cigarrillos. Algunos autores se centraron en buscar los beneficios y los inconvenientes de los fármacos durante el embarazo como Cressman en 2012 mediante un estudio retrospectivo; observó que con el Bupropión un 45% de las madres conseguían dejar de fumar, pero se observó una tasa de aborto más elevada que las mujeres que no tomaban antidepresivos.

El otro fármaco, la Vareniclina, es un agonista del receptor de acetilcolina nicotínico, disminuyendo así la dependencia de la nicotina. A pesar de su eficacia no se usa mucho en embarazadas debido al riesgo que tiene produciendo malformaciones fetales. (18) Oncken también observó estos problemas que se producían durante el embarazo; debido a esto en algunos países está prohibido el uso de fármacos para la cesación tabáquica en embarazadas. (17)

También se utiliza mucho el método de terapia conductual y apoyo familiar, asesoramiento de profesionales, Gowman se centra en un tratamiento de apoyo familiar y conductual para dejar de fumar. Su estudio consistió en someter a 370 embarazadas a la prueba del monóxido de carbono en el aliento; de todas las que dieron positivo, sólo un 20% asistió a un asesoramiento con las parteras para dejar de fumar, un 32% de mujeres consiguió dejar de fumar 4 semanas más tarde de la fecha establecida y un 8% dejó de fumar en la fecha. Por lo tanto un 40% cesó su consumo de tabaco. (19)

También el autor mencionado anteriormente Fahy nos dice que todos los servicios deberían ofrecer apoyo familiar y conductual (13). Por otra parte Bombard, se centra en asesoramiento profesional y material de autoayuda poniendo a la disposición de las embarazadas una linea telefónica (programa Quitline) un 52% de las mujeres embarazadas recibieron sólo materiales de autoayuda, mientras que el otro 48% recibió asesoramiento de profesionales, observándose un 26,4% de mujeres gestantes que cesaron su consumo de tabaco en los siguientes 7 meses tras la llamada realizada. (20)

También se centra en asesoramiento profesional Martínez, pero en su estudio, basado en 116 mujeres embarazadas fumadores a las que se les informó acerca de los riesgos para sus hijos si seguían consumiendo y los beneficios de la cesación, se utilizó asesoramiento profesional mediante especialista con formación en tabaquismo, con esta ayuda se observó que un 23,3% cesó su hábito y que un 28,4% redujeron el número de cigarrillo. (21)

Por último Loukpoulou quería comprobar si ofreciendo a fumadoras embarazadas una intervención de alta intensidad aumenta el abandono del tabaco durante el tercer trimestre del embarazo, en comparación con una intervención de baja intensidad, mediante un ensayo controlado aleatorio. El grupo de control de intervención de baja intensidad incluirá: consejo breve durante 5 minutos y un pequeño folleto, mientras que el grupo experimental de intervención de alta intensidad incluirá: 30 minutos de intervención cognitivo-conductual individualizada proporcionada por un profesional de salud capacitado y un manual de autoayuda a medida para dejar de fumar durante el embarazo.

Durante el estudio la tasa de abandono del hábito de fumar fue significativamente mayor en el grupo experimental (25%) que en el grupo de control (7%). (22) Otro método utilizado es el apoyo material o económico, hablan los autores Gadomski , Marteau en 2013, Mantzari en 2019 y Lynagh en el 2011. Este tipo de método es casi experimental pero que es eficaz y tiene buena aceptabilidad según los artículos de Gadomski, Marteau, Mantzari y Bonevski y colaboradores.

En el primer caso se trata de un diseño cuasi-experimental en el que se implantó durante un año un programa gratuito llamado Bebe y Me-tabaco, en el que ayudaban a cesar el consumo de tabaco a las embarazadas, se las realizaba cada 3 o 4 semanas las pruebas de monóxido de carbono exhalado y cotinina en saliva,

si daban negativo se las daba un vale descuento en pañales. De 777 mujeres embarazadas, un 60% cesó el hábito tabáquico.(23)
Marteau, sin embargo, contó con 500 mujeres embarazadas fumadoras se ofrecieron a participar asistiendo durante un máximo de 32 cuotas hasta los seis meses después del parto.

Se midió el monóxido de carbono exhalado. En cada visita, cuando se verificaba el cese, las participantes recibían un vale de compra a partir de un valor de £ 8, aumentando £ 1 en cada visita. El total acumulado máximo que se podía ganar a través del programa es £ 752. Los principales resultados son: una estimación de la proporción de fumadoras embarazadas que se inscriban en el plan; las que logran la abstinencia prolongada; los predictores de participación en el programa y dejar de fumar. (24).

Mantzari publica un estudio cualitativo comparativo basado en entrevistas semiestructuradas para identificar las experiencias de las fumadoras embarazadas que fueron incentivados para la cesación y de las que no lo eran. Contó con 36 mujeres, de las cuales 20 tenían un plan de incentivos financieros y 16 no acudieron. Los dos grupos de mujeres informaron acerca de su motivación para dejar de fumar, y de los factores que influyen en sus esfuerzos para abandonar el tabaco.

Sin embargo, las que fueron incentivadas informaron de su compromiso con los servicios, además, describieron una experiencia motivadora a la hora de ser monitorizadas y recibir retroalimentación sobre su progreso; las que no fueron incentivadas alegaron problemas para recibir la terapia de reemplazo de nicotina apropiada, que describieron como un efecto perjudicial en sus esfuerzos para abandonar el tabaco. (25) Por otro lado Bonesvki y Lynagh realizaron un estudio basado en encuestas.

En el primer caso Los participantes fueron clientes que experimentaban dificultades económicas o sociales y que recibían ayudas sociales de emergencia de una organización social y servicio a la comunidad no gubernamental. De 383 participantes, el 46% cree que los incentivos financieros personales eran una excelente/buena idea, el 47% cree que los incentivos financieros personales hicieron más bien que mal y el 61% estaban de acuerdo en motivar a los fumadores a dejar de fumar.

Los altos niveles de aceptabilidad se asociaron con los participantes, siendo las fumadoras femeninas embarazadas, que viven en zonas de bajo nivel socioeconómico, las que experimentaban la privación inducida por el hábito de fumar, haciendo un anterior intento de abandono y con la intención de dejar de fumar en los próximos 6 meses. Cuando se le preguntó qué cantidad de incentivos que sentían que sería aceptable, el 23% señalaba las cantidades entre $ 50 y $ 500 y 37% las cantidades de más de $ 500 seleccionado. Esta encuesta concluyó que los incentivos financieros pueden ser un método aceptable para el abandono del tabaco. (27)

En contraposición el estudio transversal realizado en 2011 por Lynagh, con 213 mujeres a las cuales se les realizo un cuestionario sobre su punto de vista acerca del uso de incentivos para dejar de fumar, cuyos resultados se midieron en una escala de LiKert de 5 puntos. Se concluyó que la aceptabilidad del uso de incentivos para reducir el tabaquismo es baja entre las mujeres embarazadas, ya que el 60% de las embarazadas no estaban de acuerdo, y en relación a la eficacia un 30% de acuerdo, frente a un 22% no de acuerdo. (26)

Por último vamos a hablar de los métodos peculiares que hemos encontrado y que están todavía en experimentación, entre ellos están el apoyo entre embarazadas mediante un servicio de fax llamado Quitline, el cual permite poner en contacto a las embarazadas que querían dejar de fumar y a su vez conectarlas con el servicio de cesación tabáquica. 58 referencias fueron hechas en estos sitios de la clínica, con 15 mujeres (25,9%) que se inscribieron en los servicios de Quitline.

Referencias exitosas y una alta matriculación demuestran que este programa para dejar de fumar puede apoyar el cese al aumentar la utilización de estas técnicas y la conexión de las mujeres embarazadas al comunicarse unas con otras a través de los servicios de fax proporcionados por Quitline. (28) Herbec en su estudio también utilizó apoyo entre embarazada e información en una página Web (MumsQuit), las pacientes del grupo MumsQuit conectaron con más frecuencia, mirado más páginas y pasaron más tiempo navegando por la web. Comprobando que MumsQuit es una forma interesante y potencialmente útil de conectar a las mujeres embarazadas que buscan apoyo para dejar de fumar. (29)

Por último se realizó un método totalmente distinto mediante la utilización de la ecografía y una retroalimentación con ultrasonidos a tiempo real. Se dividieron a las embarazadas en tres grupos, a un grupo sólo se le realizó prácticas, a otro

además de las prácticas se realizó una retroalimentación de ultrasonidos y al último además de lo anterior se le realizó una entrevista motivacional. Lo que finalmente se observó es que las mujeres embarazadas que fumaban más de 10 cigarrillos al día habían disminuido su hábito tabáquico gracias a este innovador método de retroalimentación con ultrasonidos. (30) Otro proyecto en investigación es el uso de vacunas contra la nicotina en mujeres embarazadas. (17)

Tras un análisis de todos los artículos encontrados acerca de este tema que nos atañe, hemos observado que hay un amplio uso de métodos para disminuir el hábito tabáquico durante el embarazo, como por ejemplo: asesoramiento de profesionales y autoayuda, apoyo psicosocial, conductual, familiar, ejercicio, farmacológico(Vareniclina, Bupropión), asesoramiento telefónico, incentivos económicos y materiales (pañales), apoyo entre mujeres embarazadas dispuestas a abandonar el hábito tabáquico y la utilización de otros métodos experimentales como las vacunas contra la nicotina o la retroalimentación con ultrasonidos.

A partir de los datos obtenidos de los artículos, hemos clasificado los diferentes métodos según su eficacia y uso.
Los más eficaces son: el apoyo material proporcionando vales canjeables por pañales (60%), farmacológicos con Bupropión (45%), apoyo familiar y conductual (40%). Algo menos eficaces, pero con un alto porcentaje son: autoayuda y asesoramiento de profesionales con un 26,4%, apoyo cognitivo conductual y ejercicio ambos con un 25%. Según los artículos mencionados no queda muy claro la eficacia del NRT, debido a que algunos artículos se contradicen, el artículo de Cheryl A,(What do we know about the role of pharmacotherapy for smoking cessation before or during pregnancy?) 28 nos habla de que es eficaz, mientras que en el artículo de S. Brose L, (Association between nicotine replacement therapy use in pregnancy and smoking cessation) 13 nos dice que apenas tiene eficacia.

Según su uso; los más usados son las intervenciones psicosociales seguido del NRT ya que no aumenta los riesgos durante el embarazo y apoyo familiar y conductual. (28) Los menos usados son los farmacológicos (Vareniclina), debido a sus efectos durante el embarazo, sólo está permitido su uso en algunos países (15).
También hay algunos métodos en experimentación como son el uso de vacunas contra la nicotina, la retroalimentación de ultrasonidos y los incentivos materiales y económicos.

5 Discusión-Conclusión

Para finalizar, llegamos a la conclusión de que no existe un método que sea cien por cien eficaz, por ello se deberían de utilizar varios a la vez, como puede ser el Bupropión con un apoyo cognitivo conductual o un apoyo familiar y un buen asesoramiento profesional, o bien NRT con métodos de acción rápida ya que la nicotina se metaboliza más rápidamente en mujeres embarazadas; otra alternativa sería la implantación en España de los incentivos económicos y materiales, como vales canjeables por pañales debido al gasto que supone para los padres, ya que en los lugares donde se llevó a cabo (New York), dio muy buenos resultados.

6 Bibliografía

1. Usandizaga JA, Fuente P de la. Tratado de obstetricia y Ginecología. 2ª Ed. Madrid: Mac Graw hill Interamericana; 1997.Vol2. p 453 - 455
2. González-merlo J, Sol JR del. Obstetricia. 4ª Ed. Barcelona: Masson; 1992. p 447-450
3. Bethea D.C. Enfermería Maternoinfantil. 4ª Ed. México D.F: Interamericana; 1987. p 88, 163
4. Lowdermilk DL, Perry SE, Bobak IM. Enfermería Mosby, Enfermería maternoinfantil. 6ª Ed. Madrid: Harcourt .D.L; 1998. Vol1. p 1045, a1141-1142
5. Lowdermilk D, Perry S, Bobak I. Enfermería Mosby 2000, Materno-Infantil. Madrid: Harcourt Brace; 1997. p 702, 946- 947
6. Miller MA, A Brooten D. Enfermería materno infantil. 2ª Ed. Madrid: Interamericana/ McGraw-Hill; 1987. p 169 -171.
7. Towle MA. Asistencia de enfermería materno-neonatal. 2ª Ed. Madrid: Prentice Hall; 2010. p 272 – 273.
8. Herbert Brant D, Holt Kenneth S., La madre y el niño. Una guía del embarazo, el parto y los cuidados maternos, 8ª Ed. Barcelona: Planeta; 2000. p 10, 34.
9. Lowdermilk DL, Perry SE, Bobak IM. Enfermería Mosby, Enfermería maternoinfantil. 6ª Ed. Madrid: Harcourt .D.L; 1998. Vol2. p 176.
10. González- Merlo J. Ginecología. 7ª Ed. Barcelona: Masson; 1997. p 98.
11. Hennrikus D, Pirie P, Hellerstedt W, A. Lando H, Steele J, Dunn C. Increasing support for smoking cessation during pregnancy and postpartum: Results of a randomized controlled pilot study. USA. 2010; 50: 134–137. Acceso 25 de junio de 2014. Disponible en http://apps.webofknowledge.com/full_record.do?product=UA&search_mode=GeneralSearch&qid=26&SID=W2X84grGv9AG79MlXOC&page=1&doc=1

12. Ussher M, Aveyard P, Coleman T, Straus L, West R, Marcus B et al. Physical activity as an aid to smoking cessation during pregnancy: Two feasibility studies. USA. 2008; 8: 328. Acceso 15 de junio de 2014. Disponible en http://apps.webofknowledge.com/full_record.do?product=UA&search_mode=GeneralSearch&qid=2&SID=R22YQPcvIewhhKZmmI4&page=1&doc=1
13. Fahy S.J, Cooper S, Coleman T, Naughton F, Bauld L. Provision of smoking cessation support for pregnant women in England: results from an online survey of NHS stop smoking services for pregnant women. England. 2014; 4:107. Acceso 15 de junio de 2014. Disponible en http://apps.webofknowledge.com/full_record.do?product=UA&search_mode=GeneralSearch&qid=4&SID=R22YQPcvIewhhKZmmI4&page=1&doc=1
14. Brose L. S, McEwen A, Westb R, Association between nicotine replacement therapy use in pregnancy and smoking cessation. UK .2013; 320: 660-664. Acceso 15 de junio de 2014. Disponible en http://apps.webofknowledge.com/full_record.do?product=UA&search_mode=GeneralSearch&qid=6&SID=R22YQPcvIewhhKZmmI4&page=1&doc=1
15. Bowker K, Lewis S, Coleman T, Vaz LR, Cooper S. Comparison of cotinine levels in pregnant women while smoking and when using nicotine replacement therapy. 2014; 16: 895 – 898. Acceso 25 de junio de 2014. Disponible en http://apps.webofknowledge.com/full_record.do?product=UA&search_mode=GeneralSearch&qid=7&SID=R1dmoPkArhBmZXzPP9d&page=1&doc=1
16. Osadchy A, Kazmin A, Koren G, Nicotine replacement therapy during pregnancy: recommended or not recommended?. 2009; 31: 744 – 752. Acceso 25 de junio de 2014. Disponible en http://apps.webofknowledge.com/full_record.do?product=UA&search_mode=GeneralSearch&qid=9&SID=R1dmoPkArhBmZXzPP9d&page=1&doc=8
17. Oncken C. A, Kranzler HR, What do we know about the role of pharmacotherapy for smoking cessation before or during pregnancy?. 2009; 11: 1265 – 1273. Acceso 25 de junio de 2014. Disponible en http://apps.webofknowledge.com/full_record.do?product=UA&search_mode=GeneralSearch&qid=2&SID=W2X84grGv9AG79MlXOC&page=1&doc=3
18. Cressman A.M, Pupco A, Kim E, Koren G, Bozzo P, Smoking cessation therapy during pregnancy. Montherisk. 2012; 58: 525-527. Acceso 15 de junio de 2014. Disponible en http://apps.webofknowledge.com/full_record.do?product=UA&search_mode=GeneralSearch&qid=14&SID=R22YQPcvIewhhKZmmI4&page=3&doc=30
19. Gowan A. Mc, Hamilton S, , Barnett D, Nsofor M, Proudfoot J, M. Tappin D Breathe': the stop smoking service for pregnant women in Glas-

gow. Scotland. 2008; 26: 1 – 13. Acceso 15 de junio de 2014. Disponible en http://apps.webofknowledge.com/full_record.do?product=UA&search_mode=GeneralSearch&qid=8&SID=R22YQPcvIewhhKZmmI4&page=1&doc=1
20. Bombard J.M, Farr S.L, Dietz P.M, Tong V.T, Zhang L, Rabius V. Telephone Smoking Cessation Quitline Use Among Pregnant and Non-pregnant Women. USA. 2013; 17: 989 – 995. Acceso 15 de junio de 2014. Disponible en http://apps.webofknowledge.com/full_record.do?product=UA&search_mode=GeneralSearch&qid=16&SID=R22YQPcvIewhhKZmmI4&page=1&doc=
21. Martínez M. M, Martínezn P.P, Tortajada M, Valero F.C, Pardo J.M., Consejo médico personalizado en el tratamiento del tabaquismo en el embarazo. 2003 .Vol 39; 8: 346 – 352. Acceso 26 de junio de 2014. Disponible en http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=654831
22. Loukopoulou A. N, Vardavas C. I, Farmakides G , Rossolymos C, Chrelias C, Tzatzarakis M.N, et al. Design and study protocol of the maternal smoking cessation during pregnancy study, (M-SCOPE).Grecia. 2011; 11:903. Acceso 25 de junio de 2014. Disponible en http://apps.webofknowledge.com/full_record.do?product=UA&search_mode=GeneralSearch&qid=5&SID=R1dmoPkArhBmZXzPP9d&page=1&doc=4
23. Gadomski A, Adams L, Tallman N, Krupa N, Jenkins P. Effectiveness of a Combined Prenatal and Postpartum Smoking Cessation Program. New York. 2011;15:188 – 197. Acceso 15 de junio de 2014. Disponible en http://apps.webofknowledge.com/full_record.do?product=UA&search_mode=GeneralSearch&qid=17&SID=R22YQPcvIewhhKZmmI4&page=1&doc=1
24. Marteau TM, Thorne J, Aveyard P, Hirst J, Sokal R. Financial incentives for smoking cessation in pregnancy: protocol for a single arm intervention study. UK. 2013; 13: 66 – 77. Acceso 15 de junio de 2014. Disponible en http://apps.webofknowledge.com/full_record.do?product=UA&search_mode=GeneralSearch&qid=19&SID=R22YQPcvIewhhKZmmI4&page=1&doc
25. Mantzari E, Vogt F, M Marteau T. The effectiveness of financial incentives for smoking cessation during pregnancy: is it from being paid or from the extra aid?. UK. 2012; 12: 24. Acceso 25 de junio de 2014. Disponible en http://apps.webofknowledge.com/full_record.do?product=UA&search_mode=GeneralSearch&qid=2&SID=R1dmoPkArhBmZXzPP9d&page=1&doc=4
26. Lynagh M, Bonevski B, Symonds I, W. Sanson-Fisher R.Paying Women to Quit Smoking During Pregnancy? Acceptability Among Pregnant Women. 2011; 13 :1029-1036. Acceso 25 de junio de 2014. Disponible en http://apps.webofknowledge.com/full_record.do?product=UA&search_mode=GeneralSearch&qid=15&SID=W2X84grGv9AG79MlXOC&page=1&doc=2

27. Bonevski B, Bryant J, Lynagh M, Paul C, Money as motivation to quit: A survey of a non-random Australian sample of socially disadvantaged smokers' views of the acceptability of cash incentives. 2012; 55: 122 – 126. Acceso 22 de junio de 2014. Disponible en http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0091743512002472
28. Tworek C, Horn KA, Anderson RH, Chertok I, Danek RL, Holmes A, Adkins B. Encouraging smoking cessation during pregnancy in West Virginia: using Fax-to-Quit as a cessation strategy. Virginia. 2013 ;109:16-21. Acceso 25 de junio de 2014. Disponible en http://apps.webofknowledge.com/full_record.do?product=UA&search_mode=GeneralSearch&qid=6&SID=W2X84grGv9AG79MlXOC&page=1&doc=1
29. Herbec A, Brown J, Tombor I, Michie S, West R. Pilot randomized controlled trial of an internet-based smoking cessation intervention for pregnant smokers ('MumsQuit'). 2014; 140: 130 – 136. Acceso 22 de junio de 2014.Disponile en http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0376871614008369
30 Stotts AL, Groff JY, Velasquez, MM, Benjamin-Garner R , Green C, Carbonari JP, DiClemente, CC Ultrasound feedback and motivational interviewing targeting smoking cessation in the second and third trimesters of pregnancy. 2009; 11: 961 – 968. Acceso 25 de junio de 2014. Disponible en http://apps.webofknowledge.com/full_record.do?product=UA&search_mode=GeneralSearch&qid=4&SID=W2X84grGv9AG79MlXOC&page=1&doc=1m

Capítulo 330

CONJUNTIVITIS EN CENTROS RESIDENCIALES.

LUCIA ALVAREZ RODIL

LUIS FEITO GARCIA

1 Introducción

Nos centramos en las personas mayores y sobre todo hacer hincapié en los centros residenciales, que es donde se engloba más número de personas de edades avanzadas, las cuales, su ojo no está ya en las mismas condiciones que el de una persona joven y con un sistema inmune más fuerte para resistir los efectos que conlleve esto.

Los ancianos son personas más débiles, vulnerables e indefensos a la infección vírica. En su día a día tienen menos herramientas para afrontarla, tanto física como psicológicamente, allí podría llegar a darse hasta una epidemia si no siguen los protocolos de actuación recomendables.

La enfermedad de la conjuntivitis vírica es una inflamación de la conjuntiva, membrana mucosa fina y trasparente que recubre el ojo , por lo que hace que el ojo esté más rosado o rojizo, debido a que los vasos sanguíneos están más irritados. En el medio residencial los profesionales, en especial los auxiliares de enfermería, deben estar atentos para detectar los primeros síntomas y si fuera necesario derivarlo al equipo interdisciplinar.

2 Objetivos

Nuestro objetivo es, incorporar por parte de todos los profesionales del centro una atención continuada y selectiva hacia todos los residentes que presenten riegos y evidencias de padecer conjuntivitis.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: pubmed, medline, y scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Los cuidados preventivos de la conjuntivitis vírica, requieren pautas continuadas de control y de cuidados.
Los cuidados de atención específicos, cuando los síntomas son más evidentes, requieren cuidados más técnicos y protocolizados.

Hay tres tipos de conjuntivitis: la bacteriana, la alérgica y la vírica, que es de la que estamos hablando ya que es la más grave y puede traer secuelas durante largos periodos de tiempo si no se toman las medidas oportunas en su propagación y cura.

A-Cuidados de la conjuntivitis vírica:
-Mantener siempre la zona limpia y seca.
-Buscar atención medica en caso que fuera necesario.
-Usar compresas de agua fría para bajar la inflamación.
-Se pueden usar lagrimas artificiales que se pueden comprar sin receta.
-Dejar automáticamente de usar lentes de contacto hasta que el oculista le indique que puede hacerlo.
-Lavarse las manos con frecuencia, con agua templada y jabón durante al menos 30 segundos.
-Evitar rascarse los ojos y frotarlos.
-No compartir los maquillajes, gafas, lentes de contacto y su estuche.
-Puede echarse suero fisiológico para lavarlos.

-Echarse el colirio antibiótico, siempre y cuando el médico lo vea necesario.
-Cambiar a diario la ropa de cama y toallas.
-Evitar contacto personal con las personas afectadas para no propagar la enfermedad.
-Evitar pasar las manos por la cara o por los ojos después de haber tocado una superficie contaminada sin antes haberse lavado las manos .

B-Vigilancia de los ojos:
-Aplicación diaria a través de registro del auxiliar de enfermería en el medio residencial.
-Recogida de datos importantes del paciente con el propósito de llegar al foco de la enfermedad.
-Observar:
Si hay inflamación.
Si hay enrojecimiento intenso de los ojos color rojizo o rosáceo.
Si supura alguna sustancia.
Si tiene sensibilidad a la luz.
Si el sistema inmunitario esta debilitado por causa de un tratamiento sobre el cáncer o VIH.
-Que después de 24h de tratamiento no mejore nada.

Mensualmente se realizará por parte del supervisor del centro criterios cuantitativos de evaluación de la implementación de los exámenes y de los datos aportados con el fin de disminuir estas incidencias.
-Porcentajes de datos registrados.
-Número de recomendaciones por usuario.
-Clasificación cualitativa y cuantitativa de los errores e incidencias.
-De los datos obtenidos se informará a todos los trabajadores para una mayor motivación en la mejora de la salud y bienestar de los residentes.

Revisión :
Se propondrá una visita a los 6 meses para comprobar la aplicación de la metodología llevando a cabo los cambios y actualizaciones que sean necesarias.

5 Discusión-Conclusión

Normalmente los centros residenciales por lo general acogen a usuarios con edades bastante avanzadas, los cuales tienen tendencia a tener patologías variadas las cuales deben ser observadas y diagnosticadas con prontitud para evitar posibles afecciones de alto riesgo y propagación.
Una eficiente supervisión por parte de los profesionales, en especial del auxiliar de enfermería, y una buena comunicación en el campo de trabajo ahorrará muchas situaciones incomodas e innecesarias.

6 Bibliografía

-Manual de medicina práctica –DR. Antonio Vila-Coro. Salvat Ediciones 1942
-Diagnóstico diferencial de las conjuntivitis- Belén Cañizares. Independently Published 2018
-Conjuntivitis-M. Sánchez Salorio. EDIKA-MED 1992
-Las enfermedades de los ojos I: Las conjuntivitis –Manuel Marín Amat .1934
-Especialidades Cusi: Oftalmología –MASNOU-1935 Laboratorios de norte de España.

Capítulo 331

ANTICONCEPTIVOS HORMONALES E INFLUENCIA EN EL ACNÉ.

LORENA MÉNDEZ FERNÁNDEZ

COVADONGA IGLESIAS BAILÓN

VIRGINIA FERNÁNDEZ DÍAZ

1 Introducción

El acné es una enfermedad frecuente, crónica y multifactorial que afecta al folículo pilosebáceo y caracterizada por la formación de comedones, pápulas, pústulas, nódulos y cicatrices, que aparecen principalmente en la cara y en la parte superior del tronco [1]. Los cuatro factores principales en la patogenia del acné incluyen: hiperproliferación epidérmica folicular, inflamación, concentración y actividad de Propionibacterium acnes y exceso de producción de sebo. La productividad de las glándulas sebáceas está estrechamente relacionada con la presencia de andrógenos [2].

El acné puede reducirse con los anticonceptivos orales combinados mediante varios mecanismos. Los mecanismos probables son comunes a todos los tipos de formulaciones. La supresión de gonadotrofinas origina disminución de la producción ovárica de andrógenos. El componente de estrógenos induce la mayor producción de la SHBG (globulina de unión a hormonas sexuales), que da lugar a disminución de andrógenos libres. También está suprimida la producción suprarrenal de andrógenos. Los anticonceptivos orales inhiben a la enzima 5α-reductasa, que causa la conversión de la testos- terona en dihidrotestosterona, que es el andrógeno activo en la piel y en los folículos pilosos [3].

Existen dos grupos de anticonceptivos hormonales, los llamados anticonceptivos hormonales combinados (AHC) y los conocidos como anticoncepción sólo gestágenos (ASG). Cuando la forma de administración de los AHC es oral se denominan anticonceptivos orales combinados (AOC) [4,5].

En primer lugar, hablaremos de los AHC que son fármacos en cuya composición coexisten un estrógeno y un gestágeno de origen sintético conocido este último como progestina. Su mecanismo de acción es la inhibición de la ovulación. El estrógeno que contienen la mayoría de los preparados comercializados en la actualidad es el Etinilestradiol, cuya dosis varía dependiendo del tipo de preparado. En cuanto al gestágeno, existen diferentes tipos y varía en función del anticonceptivo (Tabla 1).

Cada tipo de gestágeno presenta diferente actividad biológica a la hora de actuar sobre los receptores hormonales [4]. Con los años se han investigado sus características y se han ido desarrollando diferentes "generaciones de gestágenos", intentando que en cada una se redujeran los efectos secundarios en relación a la anterior . Una de las clasificaciones de los gestágenos, los organiza en gestágenos de primera-, segunda-, tercera- o cuarta-generación[3] (Tabla2).

El segundo grupo de anticonceptivos hormonales son los ASG. Estos anticonceptivos presentan diferentes vías de administración y se caracterizan por estar constituidos por un único componente hormonal, un gestágeno que será el que confiera la eficacia anticonceptiva al producto [6].

Tabla1. Tipos de anticonceptivos

Composición	Pauta Estrógeno+Gestágenos		Estrógeno	Gestágeno
COMBINADA: Combinación de estrógenos y gestágenos	Monofásico Bifásico Trifásico	28 días* 24 + 4 días** 22 días 21 días	etinilestradiol 15 mcg a 50 mcg	levonorgestrel noretisterona gestodeno desogestrel norgestimato acetato ciproterona drospirenona
	* Pauta de 21 días de tratamiento + 7 días de placebo (comprimidos sin actividad). ** Pauta de 24 días de tratamiento + 4 días de placebo (comprimidos sin actividad).			
GESTÁGENOS SOLOS	"Monofásica"	28 días	No contiene	desogestrel
	Postcoital	2 dosis	No contiene	levonorgestrel

Tabla 2. Gestágenos utilizados en la anticoncepción

ORIGEN	Precursores	Segunda generación	Tercera generación	Otros
Derivados de la Testosterona	***19-nortestosterona*** • Etisterona	***13 metil gonanos*** • Noretindrona • Noretinodrel • Acetato Noretindrona • Linestrol		
		13 etil gonanos • Norgestrel • Levonorgestrel	• Norgestimato • Gestodeno • Desogestrel	
Derivados de la Progesterona	***17-hidroprogesterona***	• Acetato de Medroxiprogesterona • Acetato de Ciproterona • Acetato de Clormalidona		
Similares a la espirolactona				• Drospirenona
Otros				• Dianogest • Trimesgestona

2 Objetivos

Objetivo general:
- Analizar la influencia de los anticonceptivos hormonales en el tratamiento del acné vulgar.

Objetivos específicos:
- Valorar el efecto de los anticonceptivos orales combinados en el acné vulgar.
- Valorar el efecto de los anticonceptivos con gestágenos en el acné vulgar.

3 Metodología

Con el fin de dar respuesta a los objetivos planteados se a realizado una revisión bibliográfica basada en la evidencia científica existente actualmente sobre el tema planteado. Para llevar a cabo esta revisión se utilizaron las siguientes bases de datos: Pubmed, Medline, Biblioteca Cochrane, Scielo. La búsqueda se realizo en 2 meses, desde septiembre a noviembre de 2019.

Se utilizaron los operadores booleanos AND y NOT. Las palabras clave utilizadas en la búsqueda en términos "MeSh": Acne Vulgaris AND Contraceptive Agents, Female NOT Polycystic Ovary Syndrome, Acne Vulgaris AND Contraceptives, Oral NOT Polycystic Ovary Syndrome, Acne Vulgaris AND Contraceptives, Oral, Combined NOT Polycystic Ovary Syndrome, Progestins AND Acne Vulgaris NOT Polycystic Ovary Syndrome, Estrogens AND Acne Vulgaris NOT Polycystic Ovary Syndrome.

Alguno de los limitadores utilizados ha sido: disponibilidad de texto completo, idiomas inglés o español, raza humana, ensayos clínicos o revisiones o metaanálisis. Una vez introducidas las palabras clave y obtenidos los resultados, se han analizado los títulos y resúmenes de los artículos encontrados. Para la selección de artículos e inclusión en el trabajo se han seguido una serie de criterios:

Criterios de inclusión:
-Documentos que proporcionen información relevante sobre la influencia de los anticonceptivos hormonales en el tratamiento de acné.
-Artículos publicados entre el 2000 y 2018.
-Estar publicados en inglés o castellano.

Criterios de exclusión:
-Artículos editoriales y casos clínicos.
-Artículos a los que no se pudiese acceder al texto completo.

-Artículos que no mencionasen “acné” y “anticonceptivos hormonales”.

Tras realizar las búsquedas en las diferentes bases de datos se aislaron 53 artículos, un alto porcentaje en la base de datos PubMed. De esos 53 artículos, se analizaron el resumen y el título, y se eliminaron 35 artículos ya que no cumplían los criterios establecidos anteriormente. De los 18 artículos seleccionados se eliminaron 7 una vez analizado el contenido. Finalmente, los artículos resultantes fueron 11, de los cuales 5 son ensayos clínicos y los 6 restantes revisiones bibliográficas.

4 Resultados

Tras realizar la búsqueda y aplicar los criterios de inclusión y exclusión, finalmente se seleccionan 13 artículos para ser analizados. A continuación, se presentan los estudios seleccionados, los cuales aparecen agrupados en función del tipo de estudio. Diferentes autores compararon la eficacia de diferentes AOC, con otros AOCs, grupo placebo o un antibiótico en varios ensayos clínicos.

Maloney JM “et al” [7] y Koltun W “et al” [8] realizan dos ensayos controlados aleatorizados que comparan la eficacia y seguridad de 3 mg de drospirenona / 20 mcg de etinilestradiol en el tratamiento del acné moderado. Ambos estudios fueron doble ciego y controlados con placebo. Se realizan en varios centros de Estados Unidos. En dichos ensayos, concluyen que el AOC es significativamente más eficaz que el placebo en el tratamiento del acné moderado. Aunque observan una respuesta positiva del grupo placebo que relacionan con mayor motivación e higiene y mejoría espontánea como resultado de la evolución clínica de la enfermedad respectivamente. Este AOC esta aprobado en Estados Unidos.

Plewig G “et al” [9] realiza un ensayo que evalúa los efectos del AOC que contiene 0,03 mg de etinilestradiol / 2 mg de acetato de clormalidona en el tratamiento del acné moderado en la cara. En conclusión, el ensayo sugiere que el AOC es superior al placebo en el tratamiento del acné moderado. Y es tan efectivo como otros para el tratamiento de la seborrea.

Jaisamrarn U “et al” [10] realiza un estudio comparando la efectividad y seguridad del AOC de 3ª generación que contiene etinilestradiol y norgestimato, y el AOC de 2ª generación que contiene etinilestradiol y desogestrel en el tratamiento leve del acné. Fue un ensayo, ciego, aleadorio realizado en Tailandia, del cual se concluyó que ambos tienen un efecto comparable el la resolución del acné leve a moderado, aunque el AOC que contiene etinilestradiol / norgestimato es más

beneficioso en la reducción de seborrea facial.

Koo EB "et al" [11] realiza un metaanálisis que compara la eficacia de los antibióticos y los AOCs en el manejo del acné. Los estudios seleccionados incluían una evaluación a los 3 y 6 meses comprando con un grupo placebo. Este metaanálisis confirmo que tanto los antibióticos como los AOCs utilizados como monoterapia son efectivos en el tratamiento del acné, aunque el efecto terapéutico de los antibióticos parecía tener ventaja sobre los AOCs a los 3 meses, pero a los 6 meses los AOCs estaban a altura similar en cuanto a la reducción de las lesiones.

Varios autores realizaron revisiones bibliográficas sobre el los AOCs como tratamiento para el acné. Tan JK [12], George R "et al" [13] y Bettoli V "et al" [14] realizaron revisiones sobre la terapia hormonal o el tratamiento hormonal para el acné, entre los que incluyeron los ACOs. Tan JK [12] hace una revisión de los cuatro ACOS que están aprobados en Canadá para el tratamiento leve y moderado del acné.

Estos anticonceptivos contienen estinilestradiol / norgestimato, etinilestradiol / levonorgestrel, etinilestradiol / acetato de ciproterona y etiniletradiol / drosperinona. A través de varios estudios con grupo placebo analiza la eficacia de cada una de ellos y afirma que los anticonceptivos que contienen drosperinona proporcionan una nueva opción de tratamiento.George R "et al" [13] realiza una revisión de la terapia hormonal en el acné. Concluye que las píldoras anticonceptivas son un pilar importante en el tratamiento hormonal del acné.

Bettoli V "et al" [14] plantea un resumen de la última información de terapias hormonales incluyendo los anticonceptivos hormonales. De los cuales, los derivados de la 19-nortestosterona tienen un efecto similar al andrógeno y puede causar un empeoramiento del acné. Para sus conclusiones se basa en una gran revisión que analiza 31 ensayos clínicos, de la cual extrae que los AOCs evaluados son más efectivos que el el placebo. Concluye que los AOCs son ampliamente utilizados como tratamiento de segunda línea del acné, aunque mantiene que no hay datos definitivos sobre la eficacia en las comparaciones de los ACOs en la literatura aunque se deben elegir los que tienen progestinas con efecto antiandrogénico y no androgénico.

Tyler KH "et al" [15] realiza una revisión que habla de los métodos anticonceptivos y el acné. Según su estudio todos los ACOs tiene la capacidad para mejorar el acné, aunque no todos tienen la aprobación por la FDA para este fin. Los métodos anticonceptivos sólo de progesterona pueden tener efectos androgénicos y

no ser la mejor opción para el tratamiento contra el acné.

Arowojolu AO "et al" [16,17] realizó dos revisiones bibliográficas, una en 2009 y otra en 2012. La del 2012 es una ampliación de la del 2009, en la cual añadió 6 nuevos ensayos que no cambian las conclusiones respecto la revisión anterior. Esta última revisión incluye 31 ensayos en los que se realizan 24 comparaciones, 6 de ellas comparan un AOC con el grupo placebo, 17 entre diferentes AOCs y 1 compara un AOC con un antibiótico. Como conclusiones encontramos que los AOC reducen el recuento de lesiones de acné y grados de gravedad y deben considerarse para mujeres con acné que desean un anticonceptivo oral.

Los AOC que contienen acetato de clormalidona o acetato de ciproterona parecen mejorar el acné más que el levonorgestrel, sin embargo se basa en evidencia limitada. El anticonceptivo con drosperinona puede ser más efectivo que el AOC que contiene norgestimato / etinilestradiol pero utilizaron diferentes métodos para evaluar la gravedad del acné. Las comparaciones entres otros AOCs fueron conflictivas o no mostraron diferencia significativa en su capacidad de mejorar el acné, y con tratamientos alternativos es desconocido ya que solo uno trato esté problema.

5 Discusión-Conclusión

Siendo el objetivo principal del trabajo analizar la influencia de los anticonceptivos hormonales en el tratamiento del acné vulgar, se ha visto en los diferentes estudios analizados que en todos ellos se puede apreciar una mejoría en el acné tras utilizarse AOCs.
Algunos de los anticonceptivos combinados están aprobados concretamente para el tratamiento del acné, y varían según el país. Aunque se ha visto en los estudios nombrados anteriormente que tienen un efecto positivo en el acné un número mayor de AOCs [7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17]. Algunos autores valoran también la influencia positiva en la seborrea facial [7,8,9].

Y también contemplan un efecto positivo en el grupo placebo que lo relacionan con la motivación frente al estudio y la resolución de la enfermedad de forma natural [7,8] Otros autores plantean los AOCs como monoterapia tras compararlos con antibióticos y observar que a los 6 meses los resultados son comparables entre ellos [11], o tratamiento en segunda línea [14].

También recomiendan no utilizar anticonceptivos solo de progesterona [15] o

los derivados de la 19-nortestosterona [14] ya que pueden producir un empeoramiento del acné. Arowojolu AO "et al" [16,17] revisa varios estudios que compara varios anticonceptivos para la resolución del acné, y aunque entre varios de ellos no haya diferencias significativas, se puede extraer que mejoran el acné todos los comparados.

6 Bibliografía

[1] Ministerio de Salud Pública. Diagnóstico y tratamiento del acné: Guía Práctica Clínica. Primera Edición Quito: Dirección Nacional de Normatización; 2015. Disponible en: http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/02/DIAGNÓSTICO-Y-TRATAMIENTO-DEL-ACNÉ_16012017.pdf
[2] Lam C, Zaenglein AL. Contraceptive use in acne. Clin Dermatol. 2014 Jul-Aug;32(4):502-15.
[3] SEC: Sociedad Española de Contracepción [Internet], Borrego RS, Pérez OM, c2003 [citado diciembre 2017], Guía práctica en anticoncepción oral: basada en la evidencia [Internet]. Disponible en: http://hosting.sec.es/descargas/AH_2003_GuiaPracticaAnticOral.pdf
[4] SEC: Sociedad Española de contracepción [Internet]. Serrano JR, Quilez J; c1997-2015 [actualizado junio del 2013; citado diciembre 2017]. Protocolo Anticoncepción hormonal combinada oral, transdérmica y vaginal; 20 páginas. Disponible en: http://sec.es/descargas/PS_Anticoncepcion_Hormona
l_Combinada_Oral_ Transdermica_Vaginal.pdf.
[5] SEC: Sociedad Española de Contracepción [Internet].Quesada M; c1997-2015 [citado diciembre 2017]. Anticoncepción solo gestágenos; 16 páginas. Disponible en: http://sec.es/descargas/PS_ANTICONCEPCION
_SOLO_GESTAGENOS.pdf.
[6] SEC: Sociedad Española de Contracepción [Internet] [citado diciembre 2017] Anticoncepción Hormonal Combinada. Disponible en: http://hosting.sec.es/descargas/AH_Anticoncepcion_Hormonal_Combinada.pdf
[7] Maloney JM, Dietze P Jr, Watson D, Niknian M, Lee-Rugh S, Sampson-Landers C, Korner P. Treatment of acne using a 3-milligram drospirenone/20-microgram ethinyl estradiol oral contraceptive administered in a 24/4 regimen: a randomized controlled trial. Obstet Gynecol. 2008 Oct;112(4):773-81.
[8] Koltun W, Lucky AW, Thiboutot D, Niknian M, Sampson-Landers C, Korner P, Marr J. Efficacy and safety of 3 mg drospirenone/20 mcg ethinylestradiol oral contraceptive administered in 24/4 regimen in the treatment of acne vulgaris: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. Contraception. 2008

Apr;77(4):249-56.
[9] Plewig G, Cunliffe WJ, Binder N, Höschen K. Efficacy of an oral contraceptive containing EE 0.03 mg and CMA 2 mg (Belara) in moderate acne resolution: a randomized, double-blind, placebo-controlled Phase III trial. Contraception. 2009 Jul;80(1):25-33.
[10] Jaisamrarn U, Chaovisitsaree S, Angsuwathana S, Nerapusee O. A comparison of multiphasic oral contraceptives containing norgestimate or desogestrel in acne treatment: a randomized trial. Contraception. 2014 Nov;90(5):535-41.
[11] Koo EB, Petersen TD, Kimball AB. Meta-analysis comparing efficacy of antibiotics versus oral contraceptives in acne vulgaris. J Am Acad Dermatol. 2014 Sep;71(3):450-9.
[12] Tan JK. New developments in hormonal therapy for acne. Skin Therapy Lett. 2007 Sep;12(7):1-3.
[13] George R, Clarke S, Thiboutot D. Hormonal therapy for acne. Semin Cutan Med Surg. 2008 Sep;27(3):188-96.
[14] Bettoli V, Zauli S, Virgili A. Is hormonal treatment still an option in acne today? Br J Dermatol. 2015 Jul;172 Suppl 1:37-46.
[15] Tyler KH, Zirwas MJ. Contraception and the dermatologist. J Am Acad Dermatol. 2013 Jun;68(6):1022-9.
[16] Arowojolu AO, Gallo MF, Lopez LM, Grimes DA, Garner SE. Combined oral contraceptive pills for treatment of acne. Cochrane Database Syst Rev. 2009 Jul 8;(3):CD004425.
[17] Arowojolu AO, Gallo MF, Lopez LM, Grimes DA. Combined oral contraceptive pills for treatment of acne. Cochrane Database Syst Rev. 2012 Jun 13;(6):CD004425.

Capítulo 332

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA DE LAS RECOMENDACIONES DE LA TOMA DE ANTICOAGULANTES ORALES.

SAIOA IMIZCOZ ERASUN

ELENA GONZÁLEZ ESAIN

VIRGINIA GALENDE GALARZA

JUNCAL SANZ PASCUAL

MARIA SALINAS BARIAIN

1 Introducción

En consulta de enfermería de atención primaria se realizan diferentes actividades e intervenciones, entre las cuales está el control de los anticoagulantes orales (Sintrom o Warfarina) mediante la determinación del INR.
Este tipo de fármacos se utiliza para modificar la coagulación de la sangre dentro de los vasos sanguíneos, para disminuir el riesgo de formación de trombos o embolias. Su principal acción es retardar el tiempo de coagulación mediante la inhibición de la acción de la vitamina K, sobre los factores de la coagulación II, VII,IX, y X y la síntesis de las proteínas C y S.

Este tipo de tratamiento no es curativo, es preventivo de patologías tromboembólicas. El efecto anticoagulante es máximo a los 1-2 días y perdura durante 2

días tras suspenderlo. Este medicamento se prescribe a personas que presentan un riesgo trombo-embólico, cuya incidencia ha aumentado en los últimos años. Este tipo de tratamiento tiene un margen terapéutico estrecho, tiene abundantes interacciones con diferentes fármacos y alimentos y requieren controles y ajustes de dosis de forma periódica.

2 Objetivos

Identificar las recomendaciones del manejo de los anticoagulantes orales.

3 Metodología

He realizado una búsqueda bibliográfica en las bases de datos de: Google academia, Dialnet, Cuiden, Lilacs y Fisterra.
Criterios de inclusión: textos en castellano y gratuito. Criterios de exclusión: Trabajos publicados previamente al año 2010.
Palabras Clave: Sintrom, Tratamiento, enfermería, educación, consulta primaria.

4 Resultados

En los diferentes artículos y trabajos que he revisado, resalta la importancia de una buena educación en la consulta de enfermería sobre la forma de tomar el Sintrom y las recomendaciones sobre los diferentes fármacos y alimentos que interaccionan.
Los diferentes textos están de acuerdo de que el Sintrom debe tomarse a la tarde -noche, para poder hacer modificación de la dosis cuando el resultado sale alterado. Mientras un trabajo te recomienda que no pasen más de 3-4 horas de la toma habitual, en otro te refiere que si se te olvida que lo tomes a la noche. Si que están de acuerdo en que ante el olvido, al siguiente día no tomar doble dosis (solo la que corresponde a ese día).
Todos recomiendan no automedicarse y advertir siempre que toma sintrom.
Algunos autores recomiendan como analgésicos el paracetamol, mientras que otros recomiendan de manera ocasional Nolotil y Toradol.
Están de acuerdo en no realizar ejercicio violento por riesgo de sangrado.
Evitar que la paciente se quede embarazada, debido a que el Sintrom puede producir malformaciones en el feto. Si se desea embarazo tendrán que sustituirlo por heparina.

Si que recomiendan comer una dieta equilibrada y evitar productos de herboristería. Si que algunos especifican que no haya excesos en los alimentos ricos vitamina k, ni tampoco suprimirlos de forma brusca porque se producirá un déficit vitamina K poniendo en situación peligro por hemorragia. Otros autores recomiendan tomar las mismas dosis a la semana.
En una guía menciona que el tabaco es rico en Vitamina K, pudiendo frenar el efecto del anticoagulante.
En el tema del alcohol algunos autores dicen que se puede tomar vino o cerveza con moderación en las comidas. Mientras que otros solo comentan de tomar vino. Si están de acuerdo en que alcoholes alta graduación y cantidad excesivas de vino y/o cerveza pueden alterar el resultado
Todos están de acuerdo en que está contraindicado las inyecciones intramusculares (Sobre todo en las nalgas, por riesgo de producir hematomas). Si precisa se pondrá la medicación vía subcutánea y/o endovenosa.
Se recalca que se avise en la consulta cuando vaya a al dentista, le programen intervención quirúrgica y/o prueba diagnóstica.

5 Discusión-Conclusión

Cuando en consulta de enfermería tienes un paciente que esta tomando Sintrom o Warfarina, hay que hacer un control INR y además realizar una buena educación sanitaria.

Hay explicarles que la dosis no es igual para todos los pacientes y cuando está alterado que riesgo puede tener. También hay decirles signos y síntomas de alarma, para acudir a un servicio sanitario.

La importancia que haya un buen control no solo es la toma del medicamento sino también de la dieta y de los diferentes fármacos que toma. Por ello en los controles hay que preguntar si ha habido variación de la dieta y si ha tomado algún otro fármaco fuera de los habituales.

Resaltar que la dieta tiene que ser equilibrada y variada y que a lo largo de la semana se tome la misma cantidad de alimentos.

Sobre todo con las verduras, hortalizas y frutas, por la cantidad de vitamina K que tiene. Hay que explicarles que cuando el producto esta en temporada tienen que mantener el número de veces que lo tomaban y no aumentar, porque ese aumento puede dar lugar a la alteración del resultado.

Insistir en que la toma del fármaco se realice a la tarde o noche, debido que si hay una alteración del resultado es posible hacer una modificación de la dosis.

Recalcar que cuando acuda a un centro sanitario (urgencias, consulta de especialistas…) comenten que toman Sintrom.

Cuando vaya al dentista tiene que avisar, por un lado al dentista(que toma sintrom) y a su enfermera de atención primaria.

En cada control se hará una buena educación sanitaria y se hará hincapié en aquellas cuestiones que el paciente tenga dudas.

6 Bibliografía

1. B. Garcia Teres,F.Gracia Cebrián.A propósito de acecumarol y sus intercaciones.Phar Care esp 2011,13(2):91-93.
2. Pedro Jorge Araujo.El paciente anticoagulado.Guia básica en relación al tratamiento con anticoagulantes orales.Bibliotecalacasas 2018;V14 e 11740.
3. Fisterra.com.Disponible en: www.fisterra.com/salud/3procesDT/anticoagulación.asp
4. Laura Gomez Niño.Valoración del nivel de conocimientos sobre su tratamiento en pacientes anticoagulados con Sintrom.estudio piloto.Julio 2017

Capítulo 333

FACTORES DE RIESGO DE LA OBESIDAD (PAPEL DE LA ENFERMERÍA)

FABIOLA ARANGO FERNANDEZ

1 Introducción

La obesidad y el sobrepeso son una preocupación actual de todos los sistemas sanitarios pertenecientes al llamado primer mundo. Se han convertido en un problema severo para los responsables de la salud de la población de estos países. Y no solo para los responsables de Salud pública, si no para todos ellos al convertirse en un problema económico al crear un aumento del gasto público en sus sistemas de salud.

Se ha considerado que esta enfermedad está ligada a los países desarrollados , relacionando la no escasez de alimentos con el consumo exagerado de los mismos. La aparición de estudios realizados en países en vías de desarrollo ha contradecido tales percepciones obligando a reflexionar sobre otras causas y otros factores implicados. Hábitos sedentarios, falta de ejercicio, alimentación incorrecta, cultura, creencias. etc.

2 Objetivos

Tiene este capitulo la intención de analizar los factores diversos antes mencionados, a fin de que el personal de enfermería se familiarice con los mismos , siendo capaz de de identificarlos y prevenirlos en unos casos , y corregirlos en otros,

mediante la creación de oportunas pautas no solo solo sobre la alimentación , si no también sobre los hábitos correctos del día a día.

3 Metodología

Se realizaron búsquedas de datos mediante revisión bibliográfica de lo publicado sobre la obesidad y el sobrepeso. Se realizó búsqueda mediante las bases de datos de Google, scielo, cocrhane y dialnet usando los descriptores ”obesidad infantil” ”sobrepeso y obesidad” ”lactancia” y ”sobrepeso infantil”. Asimismo se buscó información en libros de la biblioteca de la Escuela de Enfermería de Gijón.

4 Resultados

En principio debemos definir la Obesidad. Hay coincidencia en considerarla como un exceso de tejido adiposo, de masa grasa. Se considera dentro de la normalidad tener entre un 25 y un 30 por ciento y un 15 y un 20 por ciento del peso total en mujeres y hombres respectivamente. Existen varias formas de realizar dichos cálculos para cuantificar la masa de grasa, como utilizando distintas medidas corporales, tales como la talla, peso, pliegues cutáneos, perímetros corporales varios, etc. Todos ellas indirectas. Hacerlo de forma directa es posible, pero en la práctica médica cotidiana sería inviable. La más corriente, por su sencillez, está basada en el IMC (Indice de Masa Corporal) y se corresponde con la siguiente ecuación: IMC=peso(Kg)/talla al cuadrado(m). Considerándose sobrepeso un resultado mayor a 25, a partir de 30 ya se considera obesidad, subiendo ésta de grado de cinco en cinco hasta alcanzar los 50 donde ya se habla de gran obesidad. Este método plantea problemas en el caso de niños y adolescentes, por lo que en ese caso se utiliza un sistema de percentiles basado estadísticamente en mediciones basadas en edad, talla, peso, complexión. Se considera obesidad cuando se pesa un 10% más de lo que corresponde al percentil del niño según su edad, talla y complexión.

¿Qué factores influyen en la obesidad? Se considera que hay un desequilibrio entre la ingesta de calorías y el gasto energético realizado, con la consecuencia de que lo no gastado se acumula en forma de grasa. Esta es la causa más común y la que da lugar a la aparición de la llamada Obesidad Primaria. Esta representa aproximadamente el 97 por ciento de los casos. La otra es la que tiene su origen en enfermedades, por ejemplo tiroideas, y en este caso se habla de Obesidad Secundaria o Endógena.

Existen factores , como la edad o el sexo, que pueden incidir en la obesidad. Con la edad la pérdida de masa magra añadida al climaterio, con sus cambios hormonales aumentan las posibilidades de obesidad. Estaríamos hablando de factores biológicos. También ocurre que hay genes que facilitan la tendencia a acumular los aportes energéticos en forma de grasa; con lo que podríamos decir que también hay factores genéticos.

La vida actual, con sus formas urbanitas y sus exigencias es una continua fuente de tensiones y estres que en ocasiones poducen respuestas compulsivas tanto a la hora de comer como de beber; de una parte alimentos con mucho poder energético y de otra bebidas azucaradas o alcohólicas. Hablamos en este caso de factores sicológicos. Si a esto añadimos el sistema publicista que anima a consumir continuamente y no precisamente alimentos o bebidas saludables, el resultado evidente se corresponde con un aumento de los casos de obesidad . Aumento que se produce no solo en los paises desarrollados si no también en los que están en camino de serlo.

Otros factores son los relacionados con la Conducta. Nos referimos a los malos hábitos a la hora de ingerir alimentos, respecto a lo que se come y a como se come. Se comen pocos productos frescos, poca verdura, poca fruta, muchos embutidos , muchos dulces, etc. Y muchas personas comen prácticamente de pié, deprisa y corriendo, sin masticar apenas porque no tienen tiempo, o creen que no tienen tiempo. Luego comen a destiempo y de forma glotona una sola comida. No se reparte la ingesta de alimentos en cinco comidas, en muchas ocasiones se hacen solo dos y la última en plan bacanal. A esto añadimos la utilización constante de automóviles, autobuses, incluso patinetes hoy en día, en detrimento del uso de nuestras piernas y del ejercicio natural que representa nuestra locomoción.

Primero se sostenía que el problema de la obesidad afectaba únicamente a los países desarrollados. Estadísticamente se ha comprobado que aumenta de forma alarmante en los países que aspiran a serlo. La política sanitaria de muchos gobiernos se encuentra supeditada a los intereses económicos que los sustentan en el poder político. Aquí podemos pues hablar de unos factores que no favorecen precisamente la promoción de la salud mediante la creación de hábitos saludables… Los intereses de las grandes firmas alimentarias se imponen a través de la publicidad y los medios de comunicación sin ser contrarrestadas adecuadamente a base de campañas institucionales que impulsen los hábitos correctos. Hablamos entonces de Factores Políticos.

Por último hablaríamos de dos factores que suelen ir de la mano, serían los

Económicos y también los Culturales. A menores ingresos se corresponden pobres niveles de formación. Ello afecta a la percepción de la relación enfermedad-obesidad. No es la misma dependiendo la procedencia social , las costumbres y tradiciones, las creencias, los mitos o incluso algo tan simple como la procedencia urbana o rural. Por ejemplo, para algunos inmigrantes de origen campesino un ternero bien cebado no es comparable al que no lo está, es un tema de prestigio, de orgullo entre ellos. Ahora imaginémoslo con sus hijos. En la ciudad, en nuestros parques aún se escucha a alguna abuela comentar ”da gusto mirarlo” y de forma admirativa apostillar ”Está como un Xato”; al mirar advertimos a un niño obeso.

5 Discusión-Conclusión

Concluimos que es muy importante el conocimiento por parte del personal de enfermería de todos estos factores en sus variantes, factores que individualmente y más si actúan combinados combinados fomentan la obesidad. así podrá reconocerlos en el día a día de su trabajo con las familias. Factores que vistos desde una perspectiva en conjunto ayudan en un trabajo que comienza en el origen, seguimiento del embarazo y atención a la madre (el sobrepeso materno incide en el sobrepeso infantil) y acaba en los cuidados del abuelo carente de masa magra y huesos frágiles.

Con especial atención a los niños y bebés. Por ejemplo la incidencia del futuro sobrepeso en bebés que no fueron alimentados con leche materna está documentada. Y porqué se alimentaron de una forma u otra fue una decisión que tuvo que ver con una mezcla de factores laborales, tradicionales, falta de formación, ignorancia, creencias erróneas, procedencia cultural, estados de ánimo, etc.

Dado que el trabajo más eficaz es sobre todo principalmente el preventivo respecto a la enfermedad en general y por supuesto a la obesidad, resulta concluyente resaltar la importancia del trabajo de información, formación y en su caso corrección, de actitudes con respecto a la infancia (un niño obeso aumenta muchísimo las posibilidades de ser un adulto obeso, y al revés, los padres obesos aumentan las posibilidades de criar hijos obesos) Y concluimos también que entonces el trabajo importante irá dirigido , tendrá como objetivo a las madres y familias. Sobre todo, fomentar hábitos saludables no solo de alimentación , corregir los que no lo son, informar en que consiste una dieta sana, transmitir la importancia del ejercicio físico apropiado en cada edad, las ventajas de la leche materna y beneficios que ésta aporta a los bebés respecto a la artificial, etc.

Se concluye que todo esto ha de hacerse teniendo en cuenta a la persona concreta e individual pero formando parte de un todo en la que está inmersa , compuesto por sus creencias, sus tradiciones, su religión, su formación, desinformación , tabús, etc. Tener en mente todos estos factores dará pistas y servirá de guía al personal de enfermería a la hora de planificar un plan concreto respecto a la obesidad.

6 Bibliografía

- Pérez AJ, LunaV y otros. Cap.18: Nutrición y obesidad. Gil A. tomo III: Nutrición humana en el estado de salud, Madrid: Panamericana 2010
- Bellido D, Carreira J y otros, Cap.4: Analisis composición corporal. En Gil A. tomo III: Nutrición humana en el estado de la salud, panamericana 2010
- Cañete R, Gil M y otros. Cap17: Diagnóstico, prevención y tratamiento de la Obesidad. En Gil A. tomo IV Panamericana 2010
- Kovalskys I, Bay L. y otros. Prevalencia de la ovesidad en una población de 10 a 19 años en la consulta pediátrica. R. Chilena de Pediatría 2005 vol.76
- Hizscher b, González C. y otros: Cómo perciben las madres de jardín de infantes con sobrepeso. Archivo argentino de pediatría 2006 http.:www.sp.org.ar/staticfiles/archivos/2006/arch063/v104n3a06.pdf
- Colliere MF (1993) Utilización de la antropología para abordar las situaciones de cuidados. Rol de enfermerá. ISSN 0210-5020 nº179-80 1993 pag:65-70

Capítulo 334

CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON ENFERMEDAD DE CROHN.

MARIA CHECA GIL

1 Introducción

La enfermedad de Crohn es un proceso inflamatorio crónico, de etiología desconocida, que cursa con periodos de reagudización. Se trata de una patología digestiva que puede afectar a cualquier parte del tubo digestivo. Tiene un impacto emocional alto, ya que en los periodos de reagudización de los síntomas su calidad de vida disminuye.
Aparece en todo territorio mundial como serio problema de Salud Pública afectando principalmente a jóvenes. Presenta fuertes recaídas, alteraciones inmunológicas y manifestaciones extra intestinales de amplia magnitud, además de todavía ser incurable.

Su presentación clínica consiste en períodos exacerbados y el proceso inflamatorio puede desarrollar complicaciones importantes, tales como estenosis, abscesos, fístulas, sangrado rectal, obstrucciones y neoplasias. Actualmente se sabe que la EC puede ocasionar señales y síntomas intestinales con grandes repercusiones, las cuales pueden interferir en la vida social de sus portadores. En este contexto, por tratarse de una enfermedad de factor agravante, los pacientes luchan cotidianamente con numerosas complicaciones y agudizaciones, haciendo imprescindible investigar los factores sociales, fisiológicos y psicológicos que enfrentan, pues estos pueden ser negativos en el bienestar, pero principalmente en la calidad de vida.

2 Objetivos

- Determinar la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con enfermedad de Crohn , así como evaluar las diferencias en función del sexo, tipo de enfermedad y otras variables sociodemográficas.
- Valorar el rol que desempeñan las enfermeras en dicho proceso inflamatorio.

3 Metodología

Revisión de publicaciones sobre pacientes con enfermedad de Crohn y su calidad de vida, utilizando bases de datos como: Medline, cuiden, Pubmed y el buscador google académico.

4 Resultados

Existen cuatro pilares fundamentales en personas con esta enfermedad que si varían pueden agrandar los síntomas y el empeoramiento de su calidad de vida, son: la dieta y nutrición, el estrés, la medicación y la cirugía.
Las personas con enfermedad de Crohn o sexo femenino perciben peor calidad de vida relacionada con la salud respecto a pacientes con colitis ulcerosa u hombres.

5 Discusión-Conclusión

La enfermera/o suele ser la persona de referencia como único apoyo para manejar el afrontamiento de dicha enfermedad. En la actualidad, son pocos los hospitales en España que disponen de una unidad de atención integral para pacientes con enfermedad intestinal inflamatoria , en concreto la Unidad de Atención de Crohn.

Se considera que evaluar la calidad de vida en portadores de Enfermedad de Crohn es de suma importancia por posibilitar reflexiones y acciones, tanto de los respectivos sujetos como en los profesionales de salud que les asisten, buscando preservar la salud y cualificar la asistencia. Los resultados de esa investigación llevan a la reflexión e importancia de la enfermería para conocer los portadores , para favorecer la planificación de la asistencia, de forma humanizada y personalizada.

6 Bibliografía

1. Van Assche G, Dignass A, Panes J, Beaugerie L, Karagiannis J, Allez M, et al. European Crohn's and Colitis Organisation (ECCO). The second European evidence-based Consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: Definitions and diagnosis. J Crohn's colitis 2010; 4: 7-27.
2. Masachs M, Casellas F, Malagelada J. Traducción, adaptación y validación al español del cuestionario de calidad de vida de 32 ítems (IBDQ-32) de la enfermedad inflamatoria intestinal. Rev Esp Enferm Dig 2007; 99: 511-519. [Links]
3. Gili M, Bauzà N. Calidad de vida y personalidad en la enfermedad inflamatoria intestinal. Gastroenterol Hepatol 2009; 32 (Suppl 2): 3-8.
4. Guyatt G, Mitchell A, Irvine Ej, Singer J, Williams N, Goodacre R, et al. A new measure of health status for clinical trials in inflammatory bowel disease. Gastroenterology 1989; 96: 804-810.

Capítulo 335

INFLUENCIA DE LA DIETA EN LA PREVENCIÓN DE LA PREECLAMPSIA

NOEMÍ BLANCO ALONSO

1 Introducción

La preeclampsia es una condición que ocurre únicamente en los embarazos humanos. Se diagnostica en la madre al presentarse una presión arterial elevada, después de la semana 20 del embarazo. La preeclampsia , también conocida como EPH-gestosis, es un síndrome específico del embarazo que afecta al 3-5% de las mujeres embarazadas y se caracteriza por edemas, presión arterial alta y proteinuria. Además, en mujeres con preeclampsia se diagnostica disfunción de muchos órganos, como el riñón y el hígado, mientras que en el caso del feto se produce una restricción en el crecimiento. La preeclampsia , cuando no se trata, puede producir la muerte. En los países de bajos ingresos, este trastorno es una de las principales causas de mortalidad materna e infantil y predispone a las mujeres en la edad adulta a sufrir enfermedades cardiovasculares.

La etiología de la preeclampsia es en gran medida desconocida, pero la evidencia creciente sugiere una respuesta inflamatoria sistémica materna excesiva al embarazo. Los embarazos en los que se desarrolla preeclampsia se caracterizan por disfunción endotelial, placentación alterada, estrés oxidativo y una respuesta inflamatoria exagerada al embarazo. Los factores de riesgo conocidos incluyen: primer embarazo, la obesidad y otros factores de riesgo cardiovascular.

2 Objetivos

- Analizar si el tipo de dieta durante el embarazo es un factor que influye en el desarrollo de la preeclampsia.
- Comprobar si los estilos de vida saludables influyen en el desarrollo de la preeclampsia.
- Evaluar si el consumo de productos orgánicos es un factor protector para el desarrollo de la preeclampsia.

3 Metodología

Revisión bibliográfica de las publicaciones científicas de los últimos años en las bases de datos PubMed, Scielo, y Dialnet. Los descriptores utilizados han sido: prevention preeclampsia, preeclampsia review, preeclampsia risk, preeclampsia diet.

4 Resultados

Varias revisiones sistemáticas llevadas a cabo en los últimos años han demostrado que llevar durante el embarazo una dieta saludable puede reducir el riesgo desarrollar preeclampsia, incluyendo a las mujeres con diabetes gestacional, con sobrepeso u obesas.

Un estudio prospectivo de cohortes publicado en 2014, y realizado en Noruega entre los años 2002 a 2008, obtuvo como resultado que las mujeres que consumían en su mayoría o con frecuencia vegetales orgánicos tenían un menor riesgo de desarrollar preeclampsia que aquellas mujeres que los consumía con muy poca frecuencia o nunca.

Las mujeres que informaron una mayor frecuencia de alimentos orgánicos diferían de las que informaron bajo consumo. Las comsumidoras de productos orgánicos frecuentes eran más jóvenes, tenían un IMC más bajo y reportaron una mayor ingesta de energía que las mujeres con bajo consumo de productos orgánicos. También hubo diferencias con respecto al tabaquismo y la educación, pero la diferencia más significativa se observó para una mayor adherencia a un patrón de alimentación saludable.

También se ha demostrado la asociación entre la exposición a pesticidas o residuos en el cuerpo, y obesidad y diabetes tipo 2, que a su vez son factores de riesgo

de desarrollar preeclampsia. Varias revisiones han concluido que los alimentos orgánicos exponen a los consumidores a menores niveles de residuos de pesticidas.

Un meta análisis publicado en el año 2014 obtuvo como resultado que las intervenciones en la dieta de las mujeres embarazadas, priorizando y fomentando el consumo de verduras y frutas, grasas saludables y cereales integrales reducían el riesgo de preeclampsia un 33%.

5 Discusión-Conclusión

Llevar un tipo de dieta saludable durante el embarazo, priorizando el consumo de frutas y verduras, grasas saludables (aceite de oliva virgen extra) y cereales integrales, ha demostrado ser eficaz en la reducción del riesgo de desarrollar preeclampsia. La mayoría de los estudios revisados coinciden en la necesidad de llevar a cabo más estudios sobre este tema ya que los publicados hasta la fecha son escasos, pero sus resultados prometedores.

6 Bibliografía

- Mol BW, Roberts CT, Thangaratinam S, Magee LA, de Groot CJ, Hofmeyr GJ. Pre-eclampsia. Lancet. 2016; 387: 999-1011
- Torjusen H, Brantsaeter AL, Haugen M, Alexander J, Bakketerig LS, Lieblein G et al. Reduced Risk of Pre-Eclampsia with Organic Vegetables Consumption: Results from the Prospective Norwegian Mother and Child Cohort Study. BMJ Open. 2014, 4: e006143
- Allen R, Rogozinska E, Sivarajasingam P, Khan KS, Thangaratinam S. Effect of Diet-and Lifestyle-based Metabolic Risk-modifying Interventions on Pre-Eclampsia: A Meta-Analysis. Acta Obstet Gynecol Scand. 2014; 93: 973-985.
- Brown J, Alwan NA, West J, Brown S, McKinlay CJ, Farrar D et al. Lifestyle interventions for the threatment of women with gestational diabetes. Cochrane Database Syst Rev. 2017

Capítulo 336

SÍNDROME DE CÁNCER COLORRECTAL HEREDITARIO NO POLIPÓSICO

NIEVES ÁLVAREZ PRIETO

CRISTINA MENÉNDEZ FERNÁNDEZ

NOEMÍ DÍAZ PÉREZ

LAURA MARÍA ALLER ALONSO

LUCÍA GARCÍA LLANO

1 Introducción

El síndrome de cáncer colorrectal hereditario no polipósico también llamado síndrome de Lynch es un síndrome hereditario de carácter autosómico dominante. Este síndrome es la causa más frecuente de cáncer colorrectal hereditario. Es un síndrome con una gran carga genética y penetrancia, que se debe a la presencia de mutaciones en los genes reparadores del ADN.

2 Objetivos

Determinar la edad media de aparición de cáncer colorrectal en el síndrome de Lynch. Analizar si el factor genético está relacionado con este síndrome. Comprobar si el Síndrome de Lynch está asociado con los casos de cáncer colorrectal.

3 Metodología

Se realizó una revisión sistemática en la base de datos de Pubmed y en distintas guías de referencia. Descriptores: Síndrome de Lynch, cáncer colorrectal no polipósico, síndrome neoplásico hereditario, cáncer de colon. Criterios de inclusión: Categoría "revisión bibliográfica"; inglés y español; publicados en los últimos 5 años. Se encontraron 3979 publicaciones de las cuales fueron seleccionadas 14.

4 Resultados

La edad media de aparición de cáncer colorrectal es entre los 40-45 años en afectados por el síndrome de Lynch, una edad más temprana que en casos esporádicos. Un individuo con este síndrome tiene un 50% de probabilidad de que su descendencia herede la mutación que predispone a este tipo de cáncer. El síndrome de Lynch está asociado con un 2-3% del total de casos de cáncer colorrectal.

5 Discusión-Conclusión

Es importante hacer una adecuada historia familiar de neoplasia para identificar a individuos afectados por el síndrome de Lynch. El cribado colorrectal de los individuos de alto riesgo ha demostrado un importante beneficio en la supervivencia, y permite una disminución de un 65% en las tasas de mortalidadpor cáncer colorrectal en estas familias.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 337

IMPACTO ECONÓMICO EN EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO ESPAÑOL DE LA ATENCIÓN A RESIDENTES EN EL EXTRANJERO.

RAÚL FERNÁNDEZ CASTRO

ANDREA AGUADO ARCONADA

SANDRA GARCÍA FERNÁNDEZ

CARLOS CANGA GUTIÉRREZ

PAULA FERNÁNDEZ ÁLVAREZ

1 Introducción

Durante los años 2011, 2012 y 2013 se observó un incremento de noticias en los medios relacionadas con el turismo sanitario en nuestro país, destacando aquellos meses en los que España recibía gran parte de turismo veraniego. Más recientemente parece que se ha ido reduciendo el impacto de este fenómeno en los medios, pero sin llegar a desaparecer totalmente. Dado que nuestro país es un claro receptor de turistas, es pertinente plantear si realmente existe este fenómeno del turismo sanitario.

Hasta la fecha este tema no ha sido objeto de muchas investigaciones, a pesar de tratarse de un tema relevante, ya que en el ámbito de la sanidad pública po-

dría estar detrayendo recursos sin contrapartida alguna. En el trabajo que aquí se presenta se estudia la atención sanitaria a pacientes con residencia en el extranjero en el Sistema Nacional de Salud (SNS, en adelante) desde una perspectiva económica.
A efectos del tema que nos ocupa hay que diferenciar dentro del sistema sanitario a los pacientes no residentes en España que han sido atendidos dentro del marco privado (toda atención recibida ha sido costeada por el paciente o un seguro privado) y los que se han atendido dentro del sistema sanitario público. Nosotros nos vamos a centrar en los pacientes que han sido atendidos dentro del sistema sanitario público y que no tengan residencia en España, ni seguros privados que costeen dicha asistencia.

Uno de los pocos trabajos que hay acerca del tema es la tesis doctoral de Alejandra Giraldo, en la que concluye que el gasto sanitario fue "En el año 2009 de sesenta y siete millones de euros; en el año 2010 de cincuenta y cinco millones de euros y en el año 2011 de ochenta y ocho millones de euros" y referido a pacientes sin residencia en España atendidas en procesos relacionados con el embarazo, parto y posparto y sólo en una parte del territorio nacional.

El 29 de Marzo del 2012 el Tribunal de Cuentas realizó un informe en el que observó el gasto que se producía en las prestaciones de asistencia sanitaria derivadas de la aplicación de los reglamentos comunitarios y convenios internacionales de Seguridad Social, concluyendo que "hay riesgo de uso fraudulento de la Tarjeta Sanitaria Europea (TSE en adelante), con el consiguiente perjuicio a los fondos públicos", por lo que instaba al gobierno a tomar medidas para frenar este derroche, provocando que finalmente el 20 de Abril del 2012 se aprobase el RDL 16/2012 de Medidas Urgentes para garantizar la sostenibilidad del sistema nacional de salud, en el que se estimaba un ahorro anual de mil millones de euros.

Antes del RDL 16/2012, la condición exigida a los ciudadanos no españoles para ser atendidos en el sistema sanitario público español era estar empadronados, salvo si se trataba de menores de edad, urgencias o procesos relacionados con el embarazo. En cuyo caso podían acceder en las mismas condiciones que un ciudadano español. El RDL 16/2012 restringió el acceso al SNS a ciudadanos de nacionalidad ajena a cualquier estado miembro de la Unión Europea, del Espacio Económico Europeo o de Suiza, exigiéndoles ser titulares de una autorización para residir en territorio español.

Lo que el RDL 16/2012 hace es crear la condición de asegurado y beneficiario, afectando directamente a parte de la población inmigrante sin permiso de resi-

dencia, que no parece ser la causante del derroche mencionado por el Tribunal de Cuentas.

Cabe destacar que todo paciente que no tenga residencia en España, pero esté identificado como ciudadano de la Unión Europea (UE en adelante), Espacio Económico Europeo, tienen plena garantía de derecho a la asistencia sanitaria pública, entendiéndose con la cartera de servicios que se le proporcionaría a un ciudadano nacional, independientemente de los ingresos anuales que tengan estos pacientes.

El apartado del RDL 16/2012 que hacía referencia al límite de ingresos anuales fue declarado inconstitucional, por lo que el único grupo de población que realmente se ve afectado por este RDL 16/2012 es la población extranjera sin residencia y con bajo nivel adquisitivo, ya que no tienen recursos económicos para costearse su asistencia ni el sistema les ampara.

Los estados miembros de la UE han firmado unas normas comunitarias con el fin de proteger a los ciudadanos que estén en países de la UE de manera temporal. La asistencia sanitaria se reconoce por el país de residencia del ciudadano y se sirve en el país donde está temporalmente. No está decidido el paquete sanitario que puede recibir el ciudadano, ya que debería ser atendido con la misma cartera de servicios que tendría un ciudadano nacional, con las ventajas e inconvenientes que ello conlleva y por esta razón pueden producirse desplazamientos de personas que buscan en los sistemas sanitarios públicos de otros países de la UE tratamientos que en su país de origen no están cubiertos o para los que haya una larga lista de espera.

El objetivo de la atención sanitaria a pacientes de la UE en calidad de estancia temporal, es que el paciente continúe su viaje en el país de destino sin necesidad de volver a su país de residencia antes de lo previsto, las prestaciones otorgadas a estos pacientes deberán ser reembolsadas íntegramente por el país de residencia, previa justificación de los gastos reales. Hay que aclarar que los pacientes que son atendidos en casos de urgencia grave deben presentar previo a cualquier proceso la TSE y tienen derecho a recibir asistencia médica, quirúrgica y farmacológica para solventar el problema que les ha surgido, pero no pueden incluirse dentro de una lista de espera para su seguimiento. Si el paciente no tiene la TSE, deberá abonar el importe de la asistencia que precisó una vez dado el alta médica y posteriormente en su país de origen pedir el reembolso a la Seguridad Social.

Se cree que debido a este tipo de asistencia, el sistema sanitario público está perdi-

endo gran cantidad de dinero, por la falta de reembolso de los gastos producidos por estos pacientes. Y en particular García I. et al(2011) consideran que estas pérdidas podrían deberse al hecho de que se da más asistencia sanitaria de la que realmente necesita paciente y por fallos administrativos a la hora de facturar.

Tras la aprobación del RDL 16/2012, al menos siete CCAA, han buscado vías diferentes para tratar de mantener la asistencia sanitaria, tanto a pacientes de la UE como de terceros países. El resto de CCAA declararon que el RDL 16/2012 se cumpliría, cobrando por los servicios sanitarios a cualquier paciente que no tuviese la condición de asegurado. No obstante, en un artículo publicado por CC00 se indica que sólo cuatro CCAA cumplen con el RDL 16/2012.

2 Objetivos

- Cuantificar el coste de la asistencia sanitaria pública provista en hospitales a personas sin residencia en España, en el periodo 2011 a 2015.
- Valorar el impacto del "antes-después" de la nueva normativa.
- Analizar en qué CCAA se produjo más asistencia sanitaria pública a pacientes con residencia en el extranjero.

3 Metodología

Estrategia de búsqueda:

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Marco teórico:

Se realizó un estudio descriptivo (global y por CCAA), en el que la población diana fueron pacientes atendidos dentro del sistema sanitario público y que no tuviesen residencia en España. La población accesible fueron pacientes sin residencia en España, que han sido atendidos en instituciones públicas y cuyas altas

han sido registradas en la base de datos del CMBD (Conjunto Mínimo Básico de Datos) dependiente del Instituto de Información Sanitaria (IIS).

Como criterios de inclusión elegimos a pacientes atendidos entre los años 2011 y 2015 (ambos inclusive), que no tuviesen residencia en España. Se han excluido los pacientes atendidos en instituciones privadas y cuya financiación haya sido privada, por mutuas o mediante financiación mixta.

La población estudiada asciende a 140.803 pacientes atendidos dentro de hospitales del SNS y cuyos gastos derivados de la atención han sido financiados públicamente. Hemos filtrado a los pacientes registrados en el CMBD dependiendo de su lugar de residencia, seleccionando aquellos pacientes cuyo código registrado de residencia fuera el extranjero.

Para continuar con este trabajo, en primer lugar hemos valorado el coste que supuso la atención sanitaria al total de la población a estudio durante los años comprendidos en el periodo 2011-2015 para ver la evolución del gasto, así como el total de pacientes que se atendieron en dicho periodo. Para poder valorar el impacto "antes-después" de la nueva normativa, hemos estudiado por separado a pacientes menores de edad, ingresos por urgencias y pacientes atendidas por procesos de embarazo, parto y postparto, ya que en estos tres casos el RDL 16/2012 da derecho a recibir asistencia sanitaria. Se han estudiado los tres casos comentados anteriormente tanto en número de pacientes atendidos, como coste total que supuso su atención, de igual manera hemos realizado lo mismo para el resto de pacientes que no se englobaban dentro de estos casos.

Por último, hemos utilizado la variable que nos permite diferenciar a los pacientes dependiendo de la CA donde se hayan atendido, para así ver en qué CCAA se produce más atención sanitaria a pacientes con residencia en el extranjero y cuantificar el coste económico que supuso, así como el porcentaje que absorbe del total del gasto sanitario de la CCAA.

El factor de estudio fue el coste de la atención sanitaria a pacientes con residencia en el extranjero, que lo hemos conseguido a partir de los procesos comentados anteriormente. En la base de datos que nos ha proporcionado el CMBD, el coste total que supuso cada paciente a los fondos públicos ya viene dado (incluye el coste de la estancia en el centro sanitario, procedimientos realizados y pruebas realizadas).

Respecto a la financiación de los procedimientos, hemos seleccionado aquellos

pacientes extranjeros cuya atención sanitaria ha sido financiada única y exclusivamente por la Seguridad Social.

A la hora de aplicar el filtro en la variable "tipo de hospital" hay que elegir entre centros sanitarios financiados por el SNS y centros privados, ya que cabía la posibilidad de que algunos pacientes resultasen derivados a centros privados, siendo la atención financiada por el SNS en casos de saturación de centros públicos. La respuesta que dio el IIS al respecto fue que a los centros privados únicamente van pacientes que se costean su atención individualmente o mediante seguros privados.
Por último, se ha firmado un compromiso de confidencialidad propuesto por el CMBD. Este estudio se ha realizado bajo la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal respetándose la información confidencial proporcionada por el IIS.

Limitaciones del estudio:

Podría restar fiabilidad y validez a nuestro estudio el hecho de que a la hora de analizar a las pacientes atendidas en el SNS por procesos relacionados con el embarazo, parto y puerperio, es más que probable que la población esté sobreestimada, ya que inevitablemente hemos tenido que elegir a pacientes atendidas en ambos servicios, tanto de ginecología como de obstetricia, a pesar de saber que algunas pacientes han sido atendidas sin tener nada que ver con procesos de embarazo, parto y postparto.
En la medida en la que nuestro estudio depende fundamentalmente de la recogida de datos del IIS, es muy probable que la población esté subestimada, por el hecho de que haya pacientes que no han sido registrados en la base de datos, bien porque el hospital que atendió a un paciente no haya registrado el alta y girado adecuadamente factura, o bien porque no se hayan registrado debidamente las intervenciones que se llevaron a cabo.

4 Resultados

Aplicados los filtros "hospitales SNS", "financiación mediante seguridad social" y "residencia habitual en el extranjero" a la población registrada en la base de datos aportada por el CMBD, obtenemos una población a estudio de 140.803 pacientes atendidos entre los años 2011 a 2015 (ambos inclusive). En cada uno de los cuatro primeros años comprendidos en el estudio, se atendieron aproximadamente a un

17% de la población a estudio, mientras que en el último año (2015) se atendió a aproximadamente a un 30% del total.

El coste económico se obtuvo tras seleccionar a los pacientes y sumar los correspondientes costes que vienen determinados en euros. Para realizar este cálculo se utilizó el programa informático Microsoft Office Excel 2010. En total, en el periodo 2011-2015, el coste económico que supuso la atención sanitaria a pacientes con residencia en el extranjero por el SNS español ascendió a casi seiscientos ochenta y cuatro millones de euros. Salvo en el año 2015, el coste anual no superó los ciento veintiséis millones de euros en ningún año del periodo a estudio. Sin embargo, en el año 2015 este coste se incrementó hasta llegar a aproximadamente doscientos trece millones de euros.
También hemos querido ver la edad de estos pacientes y el coste económico que supone, dependiendo del tramo de edad en el que se encuentren, obteniendo que casi sesenta y seis mil pacientes del total de la población estudiada tienen más de 60 años, representando aproximadamente el 51% del gasto generado.

Para analizar el impacto económico "antes-después" del RDL 16/2012, en relación con los pacientes residentes en el extranjero atendidos en el SNS español, hemos calculado el gasto que supone la atención tanto a pacientes cuyas condiciones de acceso no han sido modificadas por el RDL 16/2012 (pacientes menores de edad, pacientes atendidas por procesos relacionados con embarazo, parto y postparto y pacientes que ingresaron por urgencias), como al resto de pacientes cuyas condiciones han sido modificadas por la nueva normativa. Se ha obtenido que el grosso del gasto total calculado lo absorben los casos cuyas condiciones de acceso no han sido modificadas por el RDL 16/2012 y en menor medida los pacientes cuyas condiciones han sido alteradas con la nueva norma, observándose un ligero incremento en el último año del estudio (2015) en ambos grupos.

5 Discusión-Conclusión

Una vez obtenidos los resultados de nuestro estudio, se observa que la cifra de pacientes atendidos anualmente en el periodo 2011-2015 es muy similar durante todo el periodo, salvo en el año 2015, en el que hay un pico, ascendiendo a 42.602 pacientes; un 30,62% del total. En cuanto al coste que supuso la atención de los pacientes a estudio se observa un ligero descenso desde el año 2011 al 2013, pero a partir de entonces comienza a incrementarse, alcanzando el valor máximo en el año 2015, con un coste de casi doscientos trece millones de euros. Estas cifras podrían responder a que algunas CCAA hubiesen hecho un mayor esfuerzo en

el último año estudiado a la hora de registrar las altas, produciendo ese gran incremento.

El tramo de edad en el que se concentra el mayor número de pacientes corresponde a los mayores de 60 años, suponiendo a la sanidad pública un coste de cerca de trescientos cincuenta millones de euros, casi un 52% del gasto total. La mayoría de pacientes con residencia en el extranjero atendidos en el SNS son personas generalmente en edad de jubilación.

Para ver realmente el verdadero efecto del RDL 16/2012 en nuestro estudio se ha diferenciado al total de pacientes estudiados en dos grupos: los pacientes cuya condición de acceso no ha sido modificada y aquéllos cuyo acceso ha sido modificado por la nueva normativa. Comparando ambos grupos, en todos los años que se han estudiado el primero se sitúa notablemente por encima del segundo tanto en número de pacientes como en coste de la asistencia. Esto puede deberse a que más de la mitad de los pacientes con residencia en el extranjero atendidos en hospitales públicos del SNS español, accedieron al mismo a través del servicio de urgencias.

La nueva norma, lo que pretendía era limitar el acceso a pacientes que no estaban dentro de los tres casos, por lo que cabía esperar un descenso del número de pacientes desde la implantación de esta norma, en nuestro estudio no se observa tal descenso, al contrario, se observa un incremento desde el año 2013.

En cuanto al coste económico que supuso la atención a este grupo de pacientes, en todos los años estudiados siempre está por debajo del grupo cuya condición de acceso no se vio modificada.

De lo anterior expuesto, puede deducirse que los pacientes no residentes en España que han sido atendidos en el SNS son pacientes jubilados y no población inmigrante en edad de trabajar y que, además, accedieron al SNS en su mayoría a través del servicio de urgencias. Al menos, esto es lo que permite afirmar la información registrada en el CMBD.

En el análisis por CCAA, se obtuvo que las tres primeras, tanto en número de pacientes como en el gasto correspondiente fueron: Andalucía, Aragón y País Vasco. Salvo en el caso de Andalucía, este resultado no refleja el peso que la población inmigrante y el turismo tienen en las diferentes CCAA. En particular, las cuatro CCAA que absorben el grueso de la población inmigrante son: Cataluña, Comunidad de Madrid, Comunidad Valenciana y Andalucía y, por su parte, las que

reciben mayor flujo de turismo son: Cataluña, Canarias, Baleares y Andalucía. Es decir, se echa en falta entre los primeros puestos a CCAA como pueden ser Cataluña, Comunidad de Madrid o Islas Canarias, por lo que es más que probable que haya un problema de infra-registro en estas CCAA.

Los resultados obtenidos para el caso de Canarias son muy llamativos, porque a pesar de su importante carácter turístico, reflejaron unos valores muy bajos. Esto podría deberse a que parte de la población residente en el extranjero que precisó atención hospitalaria hubiese optado por costeársela individualmente en centros privados y/o que haya habido fallos a la hora de registrar las altas y realizar el correspondiente giro de factura de la asistencia prestada a estos pacientes. También llama la atención el caso de Melilla, para el que se obtuvieron cifras relativamente elevadas, teniendo en cuenta que se trata de una Ciudad Autónoma. Por ejemplo, en el periodo estudiado se atendieron 6.443 pacientes, de los cuales 5.516 eran mujeres y 4.773 habían sido atendidas a través del servicio de ginecología y obstetricia. Este hecho puede deberse principalmente a la cercanía con zonas de Marruecos donde las mujeres embarazadas van a la Ciudad Autónoma con el fin de dar a luz en ella o buscar un mayor control durante el proceso. En Ceuta la situación es completamente distinta, a pesar de estar en similares condiciones que Melilla. Según los datos obtenidos en el periodo a estudio, únicamente se atendió a 556 pacientes. No hemos podido encontrar respuesta para esta cifra tan baja en comparación con Melilla.

Por último, respecto al peso que el gasto de la atención hospitalaria a pacientes con residencia en el extranjero representa sobre el gasto sanitario público, tanto a nivel de CCAA como en términos agregados, es muy bajo, arrojando cifras que no parece que pudieran ser causantes de la posible insostenibilidad del SNS.
Conclusiones.
A tenor de los resultados obtenidos, se puede concluir que:
1) El impacto económico de la atención a pacientes residentes en el extranjero en el SNS español ha sido, en términos de su peso en el gasto sanitario total, irrelevante. No obstante, dado que se han detectado problemas de infra registro, cabe concluir que, con la información pública disponible, no es posible conocer la verdadera dimensión económica del fenómeno estudiado, si bien, dadas las cifras base manejadas no parece que suponga un problema grave para la sostenibilidad del SNS.
2) Dado que el grueso de pacientes se ha focalizado en los mayores de 60 años, mayoritariamente atendidos a través del servicio de urgencias, se deduce que el fenómeno registrado afecta sobre todo a jubilados y probablemente procedentes

de países europeos. Lo que no sabemos es si el registro refleja el patrón real del fenómeno, ya que posiblemente el infra registro se dé en mayor medida con la población inmigrante en situación irregular, sesgando a la baja las cifras correspondientes.
3) El RDL 16/2012 no fue efectivo en cuanto a la reducción del gasto sanitario público asociado a la atención a residentes en el extranjero.
4) Por último, el nuevo marco normativo genera el problema añadido de provocar que la sanidad pública española haya dejado de ser universal al restringir el acceso a un sector de la población relativamente desfavorecida. Esta situación puede afectar negativamente a la salud, tanto de la población directamente afectada (que acude a los centros hospitalarios sólo ante problemas de extrema gravedad), como a la salud pública.

6 Bibliografía

1. Giraldo A. Turismo sanitario en centros públicos en España. [Tesis doctoral]. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia, Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales; 2015.
2. Tribunal de Cuentas. Informe de fiscalización de la gestión de las prestaciones de asistencia sanitaria derivadas de la aplicación de los reglamentos comunitarios y convenios internacionales de la seguridad social. Madrid: 2012.
3. Medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. Ley 16/2012 de 20 de Abril. Boletín Oficial del Estado, No 98, (24-4-2012).
4. Sentencia 139/2016, de 21 de Julio de 2016. Recurso de inconstitucionalidad 4123-2012. Boletín Oficial del Estado, No196, pp. 60502 a 60552, (15 de agosto 2016).
5. Real Decreto 1192/2012, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado, No 186, pp. 55775 a 55786, (4 Agosto 2012).
6. García I, Pinilla J, Escudero C, García G, García A. Guía de buenas prácticas para mejorar la facturación por la asistencia sanitaria a ciudadanos de la UE en el SSPA. Granada; Observatorio de Salud en Europa de la Escuela Andaluza de Salud Pública; 2011.
7. Comisiones Obreras. Asistencia sanitaria a personas sin permiso de residencia en España [Internet]. Madrid; 11 Diciembre 2015.
8. Real Decreto 8/2008, por el que se regula la prestación por razón de necesidad a favor de los españoles residentes en el exterior y retornados. Boletín Oficial del

Estado, No 21, pp. 4601 a 4608, (24 Enero 2008).

Capítulo 338

ENDOMETRIOSIS, LA ENFERMEDAD SILENTE.

GRACIELA ALVAREZ CUERVO

BELEN PEREZ FERNANDEZ

PAULA OTERO GONZALEZ

ANA ALONSO RODRIGUEZ

VERONICA FERNANDEZ GALAN

1 Introducción

El endometrio es un tejido que recubre el interior del útero. Depende hormonalmente del ciclo menstrual, por ello se desprende durante la menstruación.

La endometriosis consiste en el crecimiento benigno y en la implantación de tejido endometrial fuera del útero, en forma de “implantes”, placas pequeñas; “nódulos”, placas grandes; o “endometriomas”, quistes ováricos. Afecta a mujeres en edad reproductiva. Se carazterizan por su color “marrón chocolate”

Los lugares más comunes de aparición fuera del útero son:
- Ovarios
- Peritoneo
- Ligamentos útero-sacros
- Fondo de saco de Douglas

También es posible, aunque menso frecuente, cualquier órgano fuera de la pelvis, tales como, intestino, vejiga, uréter…

Existen 3 tipos de presentación de la enfermedad:
- Tipo I: Endometriosis peritoneal superficial: Lesiones superficiales negras en ovarios o serosa peritoneal.
- Tipo II: Endometriosis ovárica: Quistes marrón chocolate con adherencias en peritoneo.
- Tipo III: Endometriosis profunda: Presentación más severa, nódulos con infiltraciones en peritoneo

Los signos y síntomas más comunes son :
- Dismenorrea o dolor menstrual
- Dispareunia o relaciones sexuales dolorosas
- Dolor pélvico crónico
- Sangrado uterino anómalo
- Problemas reproductivos, infertilidad

En la mayor parte de los casos el diagnóstico puede retrasarse, debido a que muchas mujeres no presentan síntomas, y la enfermedad se diagnostica cuando la mujer desea quedarse embarazada y no lo consigue.
Primero se realiza una exploración física y una historia clínica, para saber si existe algún antecedente. Las pruebas más orientativas son las de imagen, como las ecografías, donde se puede evidenciar la presencia de implantes, nódulos o quistes. La prueba definitiva de confirmación del diagnóstico de endometriosis es una laparoscopia exploratoria.

Actualmente no existe una cura definitiva de la endometriosis, sino que el tratamiento está orientado a minimizar el dolor tanto físico como psicológico de la mujer enferma, ya que este tipo de enfermedad puede tener una gran afectación psicológica debido tanto al dolor continuado como a la incapacidad para ser madre.
El tratamiento más habitual es:
- Analgesia para el control del dolor
- Tratamiento hormonal
- Tratamiento quirúrgico, para extirpar la lesión o histerectomía radical

2 Objetivos

- Conocer la sintomatología más frecuente de la enfermedad.
- Diseñar un plan de cuidados de enfermería individualizado a cada caso particular de los pacientes, según sus necesidades y sus conocimientos.

3 Caso clínico

Mujer de 30 años, con diagnóstico de endometriosis desde hace 2 años, tras múltiples años con molestias sin un diagnóstico claro, en la última cita se confirma el diagnóstico mediante ecografía y visualización de quistes ováricos añadiendo una elevación del marcador CA-125 en la analítica de sangre.

Sin antecedentes clínicos reseñables, como antecedente familiar está el fallecimiento de una tía por cáncer de mama hace 5 años. No tiene pareja estable actual. No uso de píldora previa, medidas anticonceptivas tipo barrera en las relaciones sexuales. Se programa cirugía por vía laparoscopia y analgesia general con mascarilla laríngea.

En la operación se complica con rotura del quiste y sangrado interior, teniendo que pasar a cirugía abierta con pérdida del ovario derecho (quiste demasiado pegado y grande) con un postoperatorio de 4 días con ingreso en hospital en vez de las 24 horas rutinarias. Se inicia un plan de cuidados para cubrir todas la necesidades de la paciente en el postoperatorio y en su regreso a casa.

Dominio 1 Promoción de la salud
La paciente verbaliza el deseo de manejar bien el tratamiento pero no sabe como tiene que hacerlo.
00078 Manejo inefectivo del régimen terapéutico
Patrón de regulación e integración en la vida diaria de un programa de tratamiento de la enfermedad y de sus secuelas que resulta insatisfactorio para alcanzar objetivos específicos de salud.
Características definitorias (CD): Verbalización del deseo de manejar el tratamiento de la enfermedad y la prevención de secuelas.
Factores relacionados (FR) Déficit de conocimientos
NOC 1808 Conocimiento medicación
NIC 5616 Enseñanza: medicamentos prescritos

Dominio 2 Nutrición

La paciente no tiene apetito
00002 Desequilibrio nutricional por defecto
Ingesta de nutrientes insuficiente para satisfacer las necesidades metabólicas
CD Falta de interés en los alimentos
FR Incapacidad para digerir o absorber los nutrientes debido a factores biológicos, psicológicos o económicos
NOC 1004 Estado nutricional
NIC 1100 Manejo de la nutrición

Dominio 3 Eliminación
La paciente refiere miedo al defecar por la herida quirúrgica, por posible pérdida de los ágrafes.
00015 Riesgo de estreñimiento
Riesgo de sufrir una disminución de la frecuencia normal de la defecación acompañado de eliminación difícil o incompleta de las heces o eliminación de heces duras y secas.
CD La paciente expresa su miedo a la defecación por la herida quirúrgica abdominal
Factores relacionados: Psicológicos, estrés emocional
NOC 501 Eliminación intestinal
NIC 450 Manejo del estreñimiento/impactación

Dominio 6 Autopercepción
No se encuentra a gusto con su cuerpo debido a la herida quirúrgica, y dice que no quiere enseñar su cicatriz en la playa.
00120 Baja autoestima situacional
Desarrollo de una percepción negativa de la propia valía en respuesta a una situación actual (intervención quirúrgica con herida con sutura y diagnóstico de enfermedad)
CD Verbalizaciones autonegativas
FR Alteración de la imagen corporal
NOC 1205 Autoestima
NIC 5100 Potenciación de la socialización
5400 Potenciación de la autoestima
5270 Apoyo emocional

Dominio 8 Sexualidad
La paciente no quiere tener relaciones sexuales por miedo a que su pareja se avergüence de su cicatriz y refiere dolor en las relaciones sexuales.

00059 Disfunción Sexual
La persona experimenta un cambio en la función sexual durante las fases de respuesta sexual de deseo, excitación y orgasmo que se ve como insatisfactorio, inadecuado o no gratificante.
FR Dolor y falta de placer en las relaciones por alteración de la imagen.
NOC 0119 Funcionamiento sexual
NIC 5248 Asesoramiento sexuales
5820 Disminución de la sexualidad

00065 Patrón sexual inefectivo
Expresiones de preocupación respecto a la propia sexualidad
FR Dolor y falta de placer en las relaciones por alteración de la imagen.
NOC 1200 Imagen corporales
NIC 5248 Asesoramiento sexual
5624 Enseñanza: sexualidad
5250 Potenciación de la imagen corporal

Dominio 9 Afrontamiento y tolerancia al estrés
00146 Ansiedad
Sensación de malestar generalizada, con cambios de humor y no querer hacer frente a los cambios producidos tras la intervención.
CD Temor, preocupación creciente
FR Estrés, amenaza de cambio en estado de salud
NOC 1300 Aceptación estado de salud
1305 Adaptación psicosocial: cambio de vida
1402 Control de la ansiedad
NIC 5230 Aumentar el afrontamiento
5270 Apoyo emocional
5240 Asesoramiento
5820 Disminución de la ansiedad

Dominio 11 Seguridad / protección
Cuidado y manejo de la herida quirúrgica hasta su completa curación, con visistas programadas a la enfermera de centro de salud.
00004 Riesgo de infección
Aumento del riesgo de ser invadido por microorganismos patógenos.
CD Calor, rubor, empeoramiento de la herida quirúrgica
FR Procedimiento invasivo
NOC 1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas

NIC 3660 Cuidados de la heridas

Dominio 12 Confort
Necesita analgesia habitual para dolores periódicos abdominales postintervención.
00132 Dolor agudo
Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real
CD Conducta de defensa
FR Agentes lesivos
NOC 1605 Control del dolor
NIC 1400 Manejo del dolor
2210 Administración de analgésico

4 Discusión-Conclusión

La endometriosis en España es una enfermedad que afecta en torno al 10% de la mujeres en edad fértil, aumentando al 50 % en mujeres con problemas de esterilidad y dolor pélvico crónico, por lo que se hace necesario conocer la sintomatología y su posterior tratamiento farmacológico, como medidas de apoyo.

Dado que es relativamente frecuente que las mujeres necesiten una intervención quirúrgica para su diagnóstico o sus complicaciones secundarias (quistes) se hace necesario establecer los planes de cuidados individualizados para cubrir las necesidades integrales para un completo bienestar psicosocial de las pacientes.

5 Bibliografía

1. Clínica Universidad de Navarra. Endometriosis [Internet]. Enfermedades y tratamientos. Disponible en: https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/endometriosis
2. National Institute of Child Health and Human Development. Endometriosis [Internet]. Disponible en: https://medlineplus.gov/endometriosis.html
3. Agencia de evaluación de tecnologías sanitarias. Endometriosis, Revisión de la evidencia científica [Internet]. Instituo de Salud Carlos III; 2007 p. 18. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/informeEvidenciaEndometriosis70308.pdf

4. Lama Herrera C, Martín Jiménez A, Schneider Fontán J, Bodega Frías A. Guía de atención a las mujeres con endometriosis en el Sistema Nacional de Salud (SNS) [Internet]. Ministerio de sanidad, Servicios sociales e igualdad; p. 85. (Informe, estudios e investigación). Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ENDOMETRIOSIS.pdf
5. Padilla E, González Hernández G. Mundo enfermero [Internet]. Mundo enfermero. Disponible en: http://www.mundoenfermero.com/

Capítulo 339

SÍNDROME METABÓLICO Y ANTIPSICÓTICOS DE SEGUNDA GENERACIÓN.

LARA RODRÍGUEZ ÁLVAREZ

LETICIA MÉNDEZ LÓPEZ

1 Introducción

Los antipsicóticos son los fármacos de elección en el tratamiento de procesos psiquiátricos, como la esquizofrenia, el trastorno bipolar o la demencia. Actúan bloqueando los receptores dopaminérgicos y producen sedación y disminución de la ansiedad y la agitación motriz. Además, ayudan a controlar los síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia y mejoran la esfera cognitiva.

Dentro de este grupo de fármacos, existen muchas clasificaciones, pero la más aceptada es la que distingue entre antipsicóticos típicos o de primera generación, y antipsicóticos atípicos o de segunda generación (APSG).

Los antipsicóticos típicos actúan sobre los síntomas positivos, pero son poco eficaces contra los negativos y entre sus efectos adversos se encuentra el extrapiramidalismo.

Los APSG bloquean simultáneamente los receptores dopaminérgicos y los serotoninérgicos y se considera que tienen menor riesgo de producir efectos extrapiramidales y discenesia tardía. Si se comparan con sus predecesores mejoran el perfil de seguridad, disminuyen el riesgo de recaídas y mejora la calidad de vida

de los pacientes. Los atípicos actúan sobre síntomas positivos y mejoran los negativo, mejorando también la cognición. Tanto es así, que en la práctica, los antipsicóticos típicos se han visto reemplazados por los APSG.

Estos últimos, aún disminuyendo el riesgo de padecer efectos extrapiramidales, elevan el riesgo de padecer alteraciones de tipo metabólico como la elevación del peso, la insulinorresistencia (IR), la diabetes mellitus tipo 2 (DM2), la hipertensión arterial (HTA), la dislipemia etc. El conjunto de estos factores favorece la aparición de enfermedades cardiovasculares y dan lugar al llamado síndrome metabólico (SM).

El SM es una asociación de factores de riesgo para DM2 y enfermedad cardiovascular, que se caracteriza por la presencia de IR e hiperinsulinismo compensatorio asociado con alteraciones del metabolismo de carbohidratos y lípidos, obesidad y elevación de presión arterial. (5)Habitualmente, los pacientes con esquizofrenia tratados con APSG presentan un patrón de dislipemia con un incremento en los niveles de triglicéridos por un lado y una reducción en los de colesterol HDL o ligado a lipoproteínas de alta densidad.

Además, estos pacientes padecen más alteraciones en el metabolismo glucídico que la población general y DM2 con una prevalencia estimada de dichas alteraciones del 15–18%. En común, estos desórdenes metabólicos llevan a una prevalencia estimada del SM del 37% en pacientes con enfermedad mental.

Este se está convirtiendo en unos de los principales problemas de salud pública del siglo XXI, ya que se ha demostrado que aumenta en 3 veces la prevalencia de la enfermedad cardiovascular en la población general.

A pesar de las altas cifras de prevalencia Stahl y Meyer afirman que aún no se conocen ciertamente los mecanismos por los que algunos de los AP2G pueden producirlo ya que no todos bloquean los mismos receptores ni tampoco en igual medida.

2 Objetivos

- Realizar una búsqueda bibliográfica exhaustiva referida a la relación entre los antipsicóticos de segunda generación y el síndrome metabólico.
- Elaborar un protocolo de seguimiento, que facilite la intervención enfermera en pacientes tratados con antipsicóticos de segunda generación, para la prevención y/o mejora del síndrome metabólico y otras consecuencias asociadas a la toma

de los mismos.

3 Metodología

Se planificó un periodo de búsqueda comprendido entre diciembre de 2015 y febrero de 2016. Se procedió a la lectura de temas relacionados con la elaboración del TFG.
Se planificó junto con la tutora un calendario aproximado para mantener contacto y revisar progresos. Se utilizó la base de datos Scielo con las palabras clave "antipsicoticos AND segunda AND generación" para el periodo comprendido desde hace 10 años hasta la actualidad. Con esta búsqueda se encontró un artículo de gran relevancia para este trabajo.

Encontrado también en Scielo se utilizó un artículo procedente de la Revista Médica de Chile, fue hallado con las palabras clave "Alteraciones AND metabólicas AND terapia AND antipsicótica". Se buscó en google académico con varias palabras clave:
- "antipsicóticos de segunda generación y efectos secundarios metabolicos"
- "antipsicóticos atípicos"

Se amplió la búsqueda con otras palabras claves que fueron apareciendo en la literatura seleccionada y que eran de relevancia en el tema que nos trata:
- "hiperprolactinemia"
- "prolactina y antipsicóticos de segunda generación"

Se redujo la búsqueda, utilizando filtros como antigüedad, idioma y texto completo, realizando una lectura crítica de varios artículos con lo que se escogieron seis; tres de ellos pertenecientes a la Revista de Psiquiatría y Salud Mental y uno de ellos perteneciente a la Revista argentina de Psiquiatría.

Se realizó una búsqueda de información en la base de datos Pubmed donde a través de la búsqueda avanzada y con las palabras clave "metabolic síndrome AND second- generation antipsychotics" se encontraron doscientos dos artículos, reduciendo la búsqueda con filtros como los años de publicación, que se encuentren a texto completo y el idioma, en este caso inglés. Se escogieron 3 de entre de los cuarenta resultantes. Uno de ellos era de pago, por lo que también se descartó.

Se llevó a cabo la última búsqueda en la base de datos Cochrane, una base donde principalmente se pueden encontrar revisiones sistemáticas. Se utilizaron las pal-

abras clave “síndrome metabólico”, “síndrome metabólico AND antipsicóticos atípicos” y
“alteraciones metabólicas AND antipsicóticos”; pese a esto, no se encuentran artículos de relevancia para el trabajo. Se organizó la selección de artículos según su importancia y relevancia para el trabajo. Se procedió a la organización de los resultados encontrados.

Se construyeron tablas a raíz de los datos encontrados en estos artículos. Se elaboraron cuadros específicos que se utilizaron para crear un protocolo de actuación que sería interesante utilizar para un adecuado seguimiento de estos pacientes.

Se procedió a la elaboración de la introducción de este trabajo. Se revisó todo el material y se estableció la discusión sobre el tema. Se trabajó en la selección de conclusiones. Se preparó y revisó el resumen del trabajo.

Se organizó el listado bibliográfico con todas las referencias que se utilizaron en la búsqueda y formación de esta revisión. Se revisaron las referencias bibliográficas para adaptarlas las normas del estilo Vancouver.

4 Resultados

Existen diversas hipótesis acerca del mecanismo de producción del síndrome metabólico por APSG. (7) Se plantea que el origen puede estar en que algunos de estos producen un bloqueo de receptores muscarínicos, serotoninérgicos e histamínicos, que ejercen sobre el circuito hipotalámico regulador del apetito produciendo un aumento del mismo, el cual puede llevar a un aumento de peso. Este aumento favorece la presencia de IR en los tejidos, prediabetes y diabetes. (8)

Además del aumento de peso, los APSG pueden tener un efecto negativo directo sobre las células beta del páncreas. Existen alteraciones en el perfil lipídico sin que existan cambios en el peso, por tanto, pueden existir otros mecanismos implicados, que aún son desconocidos. (8) El SM es muy frecuente en pacientes con enfermedades mentales graves. (9) La prevalencia de este en pacientes canadienses diagnosticados de esquizofrenia en una muestra de 240 sujetos demostró cifras del 42.6% en sujetos masculinos y del 48.5% en sujetos femeninos.

Todo ello utilizando criterios de la National Colesterol Education Program ATP. (7) En otro estudio realizado en Bélgica con 430 pacientes esquizofrénicos, es del

36% en mujeres y del 28.4% en hombres, realizado por la National Colesterol Education Program y la International Diabetes Federation. En España, la prevalencia en 136 pacientes ingresados en el Hospital Universitario de Gran Canaria fue del 36%. (7)

Resistencia a la insulina e hiperinsulinemia

Muchos de los investigadores le dan preferencia a la IR frente a la obesidad como principal factor en el síndrome metabólico. (10) El aumento de peso, específicamente la obesidad central, se relaciona fuertemente con la IR. Fisiológicamente, la homeostasis de la glucosa en sangre es filtrada por la insulina, el glucagón y otras sustancias como aminoácidos… (2)

Las concentraciones de glucosa que exceden los 70 mg/dL estimulan la síntesis de insulina por las células beta localizadas en los islotes de Langerhans del páncreas, para mantener la homeostasis en la sangre. La glucosa empieza a estimular la secreción de insulina cuando es introducida en la célula beta por el transportador de glucosa. Una vez secretada la insulina, esta circula hasta el sistema venoso portal y casi el 50% de ella es depurada por el hígado.

Sin embargo, la insulina no metabolizada desemboca en la circulación general, donde se adhiere a los receptores de membrana en las células de sus órganos diana, lo que al mismo tiempo genera una cascada de reacciones para finalmente introducir la glucosa en la célula y por consiguiente la disminución de la concentración de glucosa en sangre. (7)

En la IR se ve alterada la acción biológica de la insulina en los diversos tejidos y da lugar así a un mecanismo compensatorio, la hiperinsulinemia. En el momento en el que el organismo no puede mantener esta respuesta, se genera la DM2. (5)
Obesidad

La prevalencia de sobrepeso y obesidad se ha incrementado de manera alarmante a nivel mundial. (4)
El desarrollo de obesidad en pacientes psiquiátricos tratados con APSG es un descubrimiento frecuente. En la población norteamericana, se describe 40% a 60% de obesidad en estos pacientes, el doble de la población general. (4)

Las enfermedades psiquiátricas condicionan un estilo de vida menos saludable, con abandono de la imagen corporal y sedentarismo. (2) Por otro lado, el efecto

de los fármacos antipsicóticos sobre la obesidad es conocido desde hace mucho tiempo. La llegada de los APSG ha elevado este problema. Esto preocupa, debido a que el desarrollo de obesidad da lugar a una menor adherencia terapéutica, además de ser un factor de morbimortalidad. (10)

El incremento de peso se produce desde las primeras semanas del uso de estos, siendo progresivo en tratamientos a largo plazo. Los hallazgos muestran que este efecto es más destacable con algunos de ellos. (4)
Se detalla una elevación de peso mayor del 7%, en 29% de pacientes tratados con olanzapina, 23% de los tratados con quetiapina, 18% con risperidona, mientras que sólo el 10% de los tratados con aripiprazol presentan este efecto. (4)

Hipertensión

Los APSG tienden a la disminución de la presión debido a sus efectos alfa adrenérgicos, sin embargo, la HTA está fuertemente relacionada con la obesidad, de tal manera que por cada 1kg más de peso, la presión arterial en sangre se eleva por 1mmHg. Las cifras de HTA son elevadas en pacientes tratados con APSG y esto se debe principalmente a las altas tasas de obesidad en esos pacientes. (11)

Dislipemia

La IR genera hipertrigliceridemia. Debido a la ausencia de la insulina en los adipositos se elevan los niveles de lipólisis y se libera un exceso de ácidos grasos pertenecientes al tejido adiposo que una vez en el hígado se transforman en triglicéridos. (7)

Los APSG afectan de varias formas a los perfiles lipídicos, principalmente la clozapina y la olanzapina. (11) La dislipemia asociada al síndrome metabólico es fundamentalmente aterogénica, caracterizada por: hipertrigliceridemia, colesterol LDL disminuido y ácidos grasos libres en el plasma. (5)
La dislipemia se asocia también a una elevación de la prolactina ya que los receptores de esta trabajan en el tejido adiposo. La prolactina en ese tejido disminuye la actividad de la lipoproteinlipasa y a su vez inhibe la secreción de adiponectina, dando lugar también así a IR. (12)

Prolactina

Cabe destacar también la importancia de la presencia de HPLT en pacientes trata-

dos con APSG. La prolactina es una hormona cuya función más destacada es estimular las glándulas mamarias y la lactogénesis. Los niveles de esta pueden verse alterados tras la actividad física, alimentación o relaciones sexuales. (11)

Se cree que los APSG dan lugar a HPLT ya que existe una falta de inhibición tónica dopaminérgica de secreción de prolactina. En pacientes esquizofrénicos o maniacos que no están siendo tratados los niveles de prolactina son normales; la elevación de la prolactina se inicia pocas horas después del inicio del tratamiento y a las 3-9 semanas de tratamiento los niveles de PRL pueden llegar a superar hasta 10 veces los valores normales. Al suspender el tratamiento los niveles tardan unas 3-4 semanas en reducirse, dependiendo de la vida media y acumulación en tejidos grasos del fármaco. (11)

Son muchos los elementos que colaboran en las alteraciones en los niveles de prolactina. Dentro de los AP2G, los principales causantes de la elevación de la prolactina son la risperidona, amisulpiride y paliperidona. A pesar de que varios elevan de manera significativa la prolactina en sangre, hay uno, el aripiprazol, que reduce los niveles de esta. (13)

El aripiprazol, antipsicótico atípico, considerado por algunos como de 3ª generación ejerce su efecto sobre varios sistemas de neurotransmisión con la particularidad de su comportamiento como un agonista parcial de receptores dopaminérgicos. Este no solo disminuye los niveles de prolactina sino que también corrige la HPLT derivada del tratamiento de APSG de forma asociada. (14)
Las manifestaciones clínicas de la HPLT no son siempre valorables, a menudo se trata de efectos secundarios que pocas veces los pacientes comunican, como la disfunción sexual (DS). La aparición de esta supone un riesgo de falta de adherencia ya que a los pacientes que la padecen, especialmente varones, les causa un deterioro en la calidad de vida en el ámbito sexual y también en las relaciones interpersonales y su estado de ánimo. Esto contribuye al aislamiento y agravación de los síntomas negativos. (15)

Para evitar el SM, se debe realizar un cribado inicial para detectar a las personas con mayor riesgo de padecer dichas alteraciones y poder enseñar así, sobre instrucciones y tratamientos correctos. Principalmente, es importante educar sobre el estilo de vida adecuado, que incluye una dieta equilibrada, evitar el tabaco y promover el ejercicio físico, dado que se ha visto que son medidas eficaces para evitarlo.

Para los pacientes que durante el seguimiento presenten alteraciones metabólicas, se deberá realizar un tratamiento específico para cada una de ellas, y en aquellos con más riesgo o con alteraciones metabólicas mayores, puede ser necesario plantear un cambio de antipsicótico. (16)

5 Discusión-Conclusión

Los servicios de salud mental tienen que poder garantizar una evaluación estándar de sus pacientes, con el único fin de detectar y prevenir alteraciones en la salud física del paciente. Los propios pacientes tienen que formar parte de esto lo máximo posible, por ejemplo, los profesionales en salud mental deben facilitar normalmente actividades de ejercicio y dietas saludables.
En los últimos años, se han llevado a cabo diversas iniciativas en varios países como consensos, guías clínicas sobre el seguimiento a pacientes esquizofrénicos tratados con AP2G. Además, recientemente ha sido demostrado que un cribado anual de enfermedad cardiovascular y trastornos metabólicos en pacientes con enfermedad mental grave puede ser rentable.

En España, el Consenso sobre la salud física del paciente con esquizofrenia y el Consenso sobre la salud física del paciente con trastorno bipolar, han propuesto un "protocolo" a seguir para la evaluación de los pacientes tratados con AP2G. En este trabajo se pretende realizar una guía que sería interesante llevar a cabo por los profesionales en salud mental, en concreto las enfermeras. La enfermería realiza intervenciones enfocadas a la modificación de los hábitos no saludables en la de vida de los pacientes.

La enfermería tiene un papel muy relevante en la prevención y el control de los factores de riesgo cardiovascular y alteración metabólica en los pacientes con enfermedad mental severa. Es la parte del equipo sanitario más allegada al paciente a la hora de garantizar la salud física de éste. La enfermería de salud mental está en una posición idónea, esto se debe a la cercanía con el paciente, los cuidadores y el equipo sanitario.

Para un adecuado seguimiento de estos pacientes, sería interesante establecer en todas las unidades de Salud Mental, un protocolo similar al mostrado (Tabla 4), además de intervenciones de enfermería enfocadas a lograr un estilo de vida saludable que involucran alimentación, actividad física, habilidades conductuales y cuidados enfocados a la reducción de factores de riesgo pueden tener importantes beneficios en la calidad y la esperanza de vida de los pacientes.

Se evidencia no sólo la necesidad de valorar y controlar el SM , HPLT, DS, por parte de enfermería, sino también la necesidad de intervenciones enfermeras en cuanto a la mejora de la adherencia al tratamiento, conciencia de enfermedad, empatía y educación para la salud, potenciando así la relación con el paciente, que permita la comunicación fluida y de confianza para informar a la enfermería de esos aspectos que son aún un tanto tabú y que en ocasiones conducen a la no adherencia, incumplimiento de tratamiento y como consecuencia a una recaída y posible ingreso.
Para realizar un seguimiento global de los pacientes tratados con antipsicóticos la enfermera de Salud Mental deberá:
- Valorar signos o síntomas de reciente aparición.
- Valorar efectos secundarios del tratamiento.
- Valorar si el paciente fuma y animarlo a dejar ese hábito.
- Intervención educacional aconsejando hábitos de vida saludable. incluyendo el ejercicio y la alimentación.
- Acordar con el paciente objetivos para mejorar la salud y para la prevención.
- Buscar su confianza permitiendo conocer la problemática sexual si la hubiere.

Se hace necesaria la elaboración de programas de educación para Salud Mental.

La salud física de los pacientes con enfermedad mental debe constituirse como objetivo relevante del trabajo enfermero en Salud Mental.

6 Bibliografía

1- García Anaya M, Apiquian R, Fresan A. Los antipsicóticos atípicos: una revisión. Salud Mental. 2001;24(5).
2- García García E. El síndrome metabólico en pacientes en tratamiento con antipsicóticos atípicos. Medidas higiénico-dietéticas de prevención. Trabajo de Fin de Grado en Nutrición Humana y Dietética. [Graduado]. Universidad de Valladolid; 2014.
3- Granada López J, Ariño Galve R. Manual de enfermería psiquiátrica. Barcelona: Glosa; 2009.
4- Rojas G P, Poblete A C, Orellana G X, Rouliez A K, Liberman G C. Alteraciones metabólicas asociadas al uso de terapia antipsicótica. Rev méd Chile. 2009;137(1).
5- Pineda C. Síndrome metabólico: definición, historia, criterios. Rev méd Colombia Médica. 2008;39(1):96-106.
6- M. T. Amboage Paz, J. A. Díaz Peromingo. Efectos Metabólicos de los Antipsicóticos Atípicos. Rev Norte de Salud Mental. 2008;(32):37-40.

7- Cortés Morales B. Síndrome metabólico y antipsicóticos de segunda generación. Rev Asoc Esp Neuropsiq. 2011;31(2):303-320.
8- Aguilar E, Coronas R, Caixàs A. Síndrome metabólico en pacientes esquizofrénicos con tratamiento antipsicótico. Medicina Clínica. 2012;139(12):542-546.
9- Franco-Vicario R. Prevención y tratamiento del sindrome metabolico y patologías asociadas en personas con enfermedad mental grave. Gaceta Médica de Bilbao. 2009;106(4):142-146.
10- García García E., De la Llata Romero M., Kaufer Horwitz M., et al. La obesidad y el síndrome metabólico como problema de salud pública. Una reflexión. Rev Salud Pública de México. 2008;50(6).
11- Sáez de Adana García de Acilu E, Cano A, Eizaguirre García A, López Zurbano S, Francos Ajona A, Gaviña Arenaza J et al. Efectos adversos de antipsicóticos atípicos, diferencias según sexo. Psiquiatría Biológica. 2014;21(3):95-101.
12- Rubio-Abadal EUsall J. Hiperprolactinemia y tratamiento antipsicótico. Manifestaciones clínicas y manejo. Psiquiatría Biológica. 2013;20(3):27-34.
13- M. de Hert, M. Dobbelaere, E.M. Sheridan, D. Cohen, C.U. Correll. Efectos adversos metabólicos y endocrinos de los antipsicóticos de segunda generación en niños y adolescentes: una revisión sistemática de ensayos aleatorizados, controlados con placebo y guías de práctica clínica. Psiquiatría Biológica. 2011;18(3):89–104
14- Basterreche Izaguirre N. et. al. Aripiprazol como corrector de la hiperprolactinemia causada por paliperidona. Actas Esp Psiquiatr 2012;40(5):290-2.
15- Montejo Á.L, et al. Consenso español sobre los riesgos y detección de la hiperprolactinemia iatrogénica por antipsicóticos. Rev Psiquiatría Salud Mental (Barc.). 2016.
16- Garza Benito F, Ferreira Montero IJ, del Río Ligorit A. Prevención y tratamiento del síndrome metabólico. Rev Esp Cardiol Supl. 2005;5:46D- 52D.

Capítulo 340

DIABETES MELLITUS TIPO II Y SU MANEJO DESDE ATENCIÓN PRIMARIA.

LUCÍA DEL RAMO IBÁÑEZ

CARIDAD VALERA MARTINEZ

LUIS CAMBRONERO LÓPEZ

1 Introducción

Palabras clave: diabetes mellitus, adherencia terapéutica, enfermedad crónica, vida saludable.

La Diabetes Mellitus Tipo II (DM2) es un desorden metabólico crónico que se caracteriza por elevados niveles de glucosa en sangre. Es una enfermedad con una progresión lenta y de larga duración y, junto con el resto de enfermedades crónicas, una de las mayores causas de mortalidad. (1)

Es una de las enfermedades crónicas con mayor prevalencia. Tiene una gran repercusión social y sanitaria a causa de sus complicaciones y su alta mortalidad, sobre todo en pacientes que presentan factores de riesgo cardiovascular. (2)

Según la International Diabetes Federation, en el mundo existen unos 246 millones de diabéticos, y son cifras que todavía podrían aumentar más debido al alto índice de obesidad de la población.

Uno de los principales problemas de esta enfermedad, se encuentra en la falta de adherencia al tratamiento dieto terapéutico, farmacológico y ejercicio físico de estos pacientes, variable que se controla, sobre todo, desde atención primaria.

Por ello, es muy importante reforzar la adherencia tanto al tratamiento farmacológico como el llevar una vida saludable, en cuanto a dieta, ejercicio, las recomendaciones del equipo de salud y llevar a cabo los controles necesarios. (1)

2 Objetivos

- Conocer el impacto de la Diabetes Mellitus Tipo II (DM2) y las características de la enfermedad en sí misma.
- Conocer la importancia de la adherencia terapéutica en la DM2.

3 Metodología

Para realizar este trabajo se ha realizado una selección de artículos a través de la búsqueda bibliográfica de dichos artículos, los cuales no superan los 10 años de antigüedad.

Para ello se han utilizado bases de datos como Dialnet, Medline Plus, Scielo y Google Académico.

4 Resultados

La Diabetes Mellitus (DM) viene definida por alteraciones metabólicas, que se pueden deber a múltiples etiologías, caracterizadas por hiperglucemia crónica y trastornos en el metabolismo de los hidratos de carbono, grasas y proteínas, debido a defectos en la secreción de insulina o su acción, o ambas.

- Síntomas: sed, poliuria, visión borrosa o pérdida de peso. A menudo, estos síntomas no se aprecian, por lo que las hiperglucemias pueden provocar consecuencias orgánicas antes de que se produzca el diagnóstico, en diversos órganos como corazón, vasos sanguíneos, ojos, riñones y nervios.

Por su parte, la Diabetes Mellitus Tipo II (DM2), es más prevalente que la DM1, y es considerada como una de las enfermedades crónicas con mayor impacto en

la calidad de vida de la población mundial debido a sus complicaciones multiorgánicas (que derivan en incapacidades físicas), y con un aumento de la morbimortalidad en los últimos años.

Se estima casi 4 millones de muertes al año, ocupando la cuarta causa de muerte a nivel mundial. Esto se asocia a diversos factores de riesgo: sedentarismo, obesidad, hábito tabáquico, hipertensión arterial (HTA) y otros factores cardiovasculares.

- Causa de la DB2: el organismo presenta una resistencia a la acción de la insulina (aunque las células del páncreas no estén dañadas) y, en ocasiones, esta resistencia se combina con una inadecuada respuesta secretora compensatoria.

- Complicaciones: desarrollo de retinopatías, con alto índice de ceguera a largo plazo, nefropatía que puede desembocar en fallo renal, neuropatías periféricas que pueden llevar a ulceras plantares, amputación o pie de Charcot, infecciones, alteraciones odontológicas y enfermedades cardiovasculares, como cardiopatía isquémica, accidentes cerebrovasculares o arteriopatía periférica.

- Diagnóstico:
• Glucemia en ayunas, debe de ser <126 mg/dl.
• Examen de hemoglobina A1C.
• Prueba de tolerancia oral a la glucosa.

- Tratamiento: se divide en 2 ramas, la farmacológica, que se basa en la metformina vía oral, aunque en la actualidad también se pueden usar las TZD (inhibidores de las glucosidasas y las tiazolidindinedionas), y las medidas higiénico dietéticas, es decir, dieta adecuada (hipocalórica y baja en grasas) y ejercicio físico (al menos, 150 minutos por semana).

El tratamiento está encaminado a descender los niveles de glucosa y, de este modo, evitar descompensaciones agudas (que pueden conllevar a cetoacidosis por hiperglucemia o síndrome hiperosmolar por hipoglucemia), minimizar el riesgo de retinopatía, nefropatía o neuropatía diabética, aliviar síntomas como la poliuria, polidipsia, astenia o pérdida de peso y disminuir la mortalidad.

Como prevención de su morbi-mortalidad, la promoción de la salud tiene un papel fundamental. Por parte del personal sanitario, debe haber un control precoz de los síntomas y los factores de riesgos asociados, de esta forma, disminuiremos las complicaciones micro y macrovasculares.

Para ello, tanto el medico como la enfermera de atención primaria debe promocionar conductas en el paciente para que este lleve a cabo una dieta adecuada y saludable y realice ejercicio físico, así como manejar la agenda de modo que tenga bien establecidos los controles oportunos. (3)

Otro factor importante para la adherencia terapéutica y el buen manejo de la enfermedad es el apoyo social, que se define como la percepción de pertenecer a una red social a través de la comunicación y obligaciones mutuas. Se considera un factor protector antes enfermedades crónicas, ya que estimula en los pacientes la adopción de conductas favorables para su enfermedad.

Según algunos estudios, el apoyo social (sobre todo por parte de la familia) se relaciona con la compensación metabólica de los pacientes diabéticos. Debido a este factor, es importante que los sanitarios ofrezcan unos servicios de salud humanizados y que involucren tanto al paciente como a su círculo social (familia, pareja, amigos) en las diferentes fases de la enfermedad, ya que así se consigue un mejor control y afrontamiento de las etapas. (1)

La adherencia al tratamiento terapéutico es muy importante, ya que según la Organización Mundial de la Salud (OMS), un 50% de los pacientes con enfermedades crónicas no la llevan a cabo. También indican que la adherencia al tratamiento farmacológico es mayor que la adherencia al estilo de vida saludable (es más fácil tomar el tratamiento farmacológico que llevar una dieta adecuada y realizar ejercicio).
Según diversos estudios, una gran proporción de diabéticos no ha asistido nunca a ninguna charla y casi la mitad no ha tratado nunca de obtener información sobre la enfermedad. (4)

5 Discusión-Conclusión

La Diabetes Mellitus Tipo II (DM2) es en la actualidad una de las enfermedades crónicas con mayor prevalencia y mayor tasa de morbilidad y mortalidad, debido a la cantidad de complicaciones en las que puede derivar.

Por ello, es muy importante que tanto los pacientes como su círculo de apoyo social, ya sea familia, pareja, amigos, etc., tengan el mayor conocimiento sobre la enfermedad, lo que la causa, las complicaciones que puede tener, los factores de riesgo que aumentan dichas complicaciones y su probabilidad, y los tratamientos posibles.

En este aspecto, el personal sanitario y, sobre todo, la enfermería, juega un papel fundamental, ya que son los que pueden realizar educación para la salud (EPS) y llegar al paciente y su entorno.

Esta educación sanitaria, se puede llevar a cabo en las propias consultas de atención primaria y también mediante la realización de charlas y talleres que sean accesibles para todo el mundo. En ellas, debe enseñarse en que consiste la enfermedad, como puede controlarse y como aprender a vivir con ella, ya que es una enfermedad crónica.

Los principales factores en los que se deben centrar son una dieta adecuada y ejercicio físico, además del tratamiento farmacológico. Lo más importante, es hacer comprender a los pacientes la importancia de la adherencia al tratamiento (tanto farmacológico como hábitos de vida) y de seguir las pautas de controles dictadas por el personal sanitario.

Esta es la única forma de disminuir tanto la morbilidad como la mortalidad de la enfermedad.

6 Bibliografía

1. Arteaga A, Cogollo R, Muñoz D. Apoyo social y control metabólico en la Diabetes Mellitus Tipo II. Rev. Cuid. 2017; 8(2): 1668-1676.

2. Herrero AM, Pinillos J, Sabio P, Martín JL, Garzón G, Gil A. Tendencias sobre los parámetros del grado de control de los pacientes con diabetes tipo 2 desde el año 2010 al 2015. Aten Primaria. 2017; 50 (8): 459-466.

3. Vintimilia PF, Giler Y, Motoche K, Ortega J. Diabetes Mellitus Tipo 2: incidencias, complicaciones y tratamiento actuales. Rev. Científica mundo de la investigación y el conocimiento. 2019; 3(1): 26-37.

4. Aránzazu LM, Anarte C, Masoliver A, Barreda E. Adherencia al tratamiento y estilos de vida saludable de los diabéticos tipo II de Benicasim (Castellón). RqR Enfermeria Comunitaria. 2019; 7(2): 27-38.

Capítulo 341

LOS CUIDADOS PALIATIVOS.

OLAYA DIAZ ARGALLERO

1 Introducción

Los cuidados paliativos (CP) están definidos por la Organización Mundial de la Salud como un tipo específico de cuidados cuya misión es promover la mejor calidad de vida posible a las personas que enfrentan una enfermedad incurable, grave y con pronóstico limitado. Un enfoque multidisciplinar, el rigor de las intervenciones y la investigación son elementos clave en la prevención y alivio del sufrimiento físico, psicológico, social y espiritual.

La visión holística del hombre y la atención a la totalidad de la experiencia humana constituyen preocupaciones centrales en la atención de las necesidades del enfermo y familia, por lo que están íntimamente asociados a la práctica de los cuidados de enfermería.

La investigación y la formación son promotores importantes para el desarrollo y cualificación de estos servicios existiendo un extenso e importante legado internacional en estas áreas. Debido al envejecimiento de la población portuguesa, los cuidados paliativos son cada vez más pertinentes, siendo prioritario conocer el estado del arte de la investigación realizada en este dominio.

Este conocimiento permitirá sistematizar la información y potenciar la eficacia y eficiencia de investigaciones futuras, sobre todo en el ámbito de los cuidados de enfermería. A pesar de conocer las repercusiones del proceso de muerte para la familia, otra situación a la que debemos prestar atención es la formación académica

y las experiencias que viven los estudiantes de enfermería en el campo de los cuidados paliativos como futuros profesionistas.

2 Objetivos

El objetivo principal del trabajo es:
- Conocer que son los cuidados paliativos y su impacto.

Los objetivos específicos son:
- Analizar la función de la enfermera en unos buenos cuidados paliativos.
- Conocer la evidencia científica de los cuidados paliativos en nuestra sociedad.
- Conocer el impacto en la familia.

3 Metodología

En primer lugar se ha realizado una búsqueda general basada en la evidencia científica existente sobre el tema planteado. La búsqueda se ha realizado en Google y en Google Académico, utilizando un lenguaje libre. Una vez definidos los objetivos del trabajo, se realizó una nueva búsqueda bibliográfica en bases de datos científicas (Lilacs, Cuiden, Pubmed), así mismo en repositorios (Dialnet), en recursos basados en evidencias científicas (Clinicalkey). Y en diversas guías del tema tratado.

4 Resultados

El cuidado, asociado a actitudes de compasión y empatía, se distingue del conocimiento y habilidades técnicas de la biomedicina, en las que queda subsumido. En enfermedades crónicas, como en el final de la vida, estos aspectos de la práctica la contención, la escucha, las relaciones interpersonales entre profesionales y pacientes adquieren mayor relevancia y, en ocasiones, constituyen un espacio privilegiado de la atención médica.

Desde los tiempos más remotos las sociedades ofrecen ayuda y confortan a sus miembros enfermos y a los que están muriendo. Normalmente, cierta reverencia y una mística profunda se mezclan en estos acontecimientos. El período que sucede a la muerte de seres queridos es marcado generalmente por la ejecución

de rituales religiosos y culturales bien definidos, cuyas manifestaciones varían de una cultura a otra.

La noción de "muerte social" da cuenta de esas acciones (o inacciones) que privan de individualidad y dignidad a los pacientes en el final de sus vidas. En las antípodas de esas prácticas, el abordaje de los profesionales de cuidados paliativos apunta a construir un cuidado personalizado, que busca respetar la individualidad y las preferencias de los pacientes. La escucha y la contención, las muestras de afecto y consideración con los pacientes, acercarse y tomar la mano de un paciente que llora en la consulta, interactuar con la familia, esto forma parte de las intervenciones cotidianas por parte de los profesionales, que apuntan a la construcción de un cuidado personalizado.

En el hospital, se busca atender a algunos detalles que mejoren la estancia de los pacientes, como indagar en sus preferencias musicales, o en las actividades que les gustaría realizar, de modo de procurar satisfacerlas. Así, los profesionales invitan a una paciente a que cuide las plantas, o se le facilitan materiales para que pueda pintar en su habitación. Estas prácticas son valoradas muy positivamente por los pacientes, quienes al describir la atención recibida destacan "la calidez en el trato", "el cariño", "la preocupación", "la contención", entre otras expresiones, generalmente contrapuestas a la atención recibida previamente.

Desde la perspectiva de enfermería incluye:
- Parámetros vitales: Chequeo de frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, temperatura y estado de conciencia.
- Apoyo psicológico y comunicación con el paciente y la familia:
- Comunicación adecuada y fluida con el paciente, no regañarlo ni generar falsas esperanzas, mitigar miedos. Con el familiar es importante respetar los mecanismos de negación, además de promover la actitud de escucha activa.
- Cuidados con la higiene: Aseo bucal, baño diario, limpieza de ojos, aseo de genitales, acicalamiento (vestido, peinado) y aseo de uñas.
- Cuidados de la piel: Mantener sábanas limpias y estiradas, aplicar cremas corporales haciendo énfasis en las zonas de apoyo, dar masaje en las zonas de riesgo, detectar tempranamente la aparición de úlceras por presión, realizar cambio de posición cada dos horas, aumentar la hidratación oral, colocar rodillos en zonas de presión y no dar masajes sobre zonas enrojecidas.
- Alimentación: Estimular y controlar la ingestión de nutrientes necesarios diariamente, enseñar al familiar de cómo presentar los alimentos al paciente, recomen-

dar ingesta en pequeñas cantidades de forma frecuente, adiestrar al familiar en la técnica de alimentación parenteral al alta del paciente, administrar líquidos para evitar deshidrata-ción y estreñimiento, estimular en todo momento el acto de la alimentación mediante conversaciones agradables.

- Alivio de dolor: Muy importante, ya que apoyar psicológicamente al paciente y familiares en todo momento, administrar el medicamento indicado para el alivio del dolor, observar reacciones adversas de las drogas administradas y control estricto de estas, cambios de posición que alivien dolor.
- Eliminación: Conectar sondaje vesical intermitente o permanente sí es necesario, observar características de la orina y cuantificar en cada turno, movilizar al paciente si el estado físico lo permite.
- Confort y seguridad: Favorecer un ambiente adecuado, aislar al paciente en caso necesario, evitar ruidos en horarios de descanso, establecer prioridades en el tratamiento del paciente, proteger al paciente de lesiones y caídas (barandales, fijaciones, eliminación de obstáculos), así como enseñar al paciente y familia los cuidados para evitar infecciones.

Un elemento clave descrito en la literatura respecto a los cuidados de enfermería es el papel central de la comunicación verbal y no verbal. La referencia a que no todo abordaje compasivo en el final de la vida puede ser definido estrictamente como cuidados paliativos, escuchado en congresos de la especialidad y por los profesionales del equipo, subraya esta idea: la configuración de estos cuidados no remite meramente a una atención dedicada o con buena voluntad sino al manejo de competencias técnicas tanto médicas como comunicacionales en el final de la vida.

Los manuales de la disciplina, además de los capítulos dedicados al manejo del dolor y de los síntomas clínicos de este tipo de pacientes, contemplan los aspectos comunicacionales de la atención. Allí se presentan protocolos para el manejo de la información, para anunciar las malas noticias y contener a los pacientes y a los familiares; y se subraya la importancia del lenguaje gestual, del contacto visual, el tono de voz y el contacto físico (sujetar la mano, tocar al paciente), como formas de "evitar la distancia" y "demostrar interés" en los pacientes.

El contacto físico, la escucha, acompañar a los pacientes en estos momentos difíciles, de mucha angustia y preocupación, supone a su vez un trabajo sobre las emociones o, un trabajo emocional, que también requiere entrenamiento,

conocimientos y habilidades técnicas y comunicacionales.

La derivación de pacientes por otros servicios del hospital, que en ocasiones convocan a los profesionales de la Unidad para ver un paciente con mucho sufrimiento emocional, o para gestionar la información sobre un mal pronóstico, o por familiares con un posible "duelo complicado", da cuenta de la dificultad de la medicina para lidiar con estos aspectos emocionales de la práctica médica, y del reconocimiento de la experiencia sobre estos aspectos en cuidados paliativos.

Las entrevistas en las que los hijos de una paciente consultan a los profesionales acerca de cómo y qué conviene decirle a su madre que está muriendo, o los mismos profesionales aconsejando a los familiares sobre cómo manejar el diálogo sobre temas sensibles, son ocasiones en que los cuidados paliativos se legitiman como un saber autorizado sobre el final de la vida.

5 Discusión-Conclusión

La conformación de este abordaje "integral" es parte del aprendizaje y la formación de los profesionales en la disciplina, lo que supone construir un tipo particular de mirada clínica. Indagar sobre la conformación de la familia, las actitudes con respecto a la enfermedad, los temores, es parte del trabajo cotidiano en las consultas.

El interés por la persona, señalado tanto por pacientes como por los profesionales de cuidados paliativos, se diferencia de los abordajes más biologicistas en que el paciente es reducido a una patología. El abordaje "integral" u "holista" de la disciplina, expresado en el concepto de dolor total, propone integrar a las dimensiones físicas los aspectos familiares, sociales y espirituales.

La investigación en estos cuidados, sobre todo en el ámbito de la Enfermería, se encuentra en una fase activa y de crecimiento, existiendo, sin embargo, un largo camino por recorrer. Hay aún muchas áreas para explorar y, por lo tanto, la investigación y formación, son importantes agentes en el desarrollo y cualificación de los servicios, deben explorarse y permiten avanzar.

La calidad con la que se brinden los cuidados paliativos determinará la calidad de vida de nuestros pacientes; así como la forma oportuna en la aplicación de las

intervenciones de enfermería. Recordando siempre que todas las personas tienen derecho a una asistencia de calidad científica y humana, por lo que recibir una adecuada atención al final de la vida no debe ser considerado un privilegio sino un auténtico derecho.

La calidad con la que se brinden los cuidados paliativos determinará la calidad de vida de nuestros pacientes, así como la forma oportuna en la aplicación de las intervenciones de enfermería. Por otro lado es fundamental nunca perder de vista el objetivo trazado y los alcances de las intervenciones para con este tipo de pacientes, pues estos objetivos deberán ir en función de brindar la mejor calidad de vida, prestando mayor atención al bienestar de los pacientes y dejando de lado las medidas que lleven al encarnizamiento.

6 Bibliografía

- Marques L, Gonçalves E, Salazar H, Neto I, Capelas M, Tavares M, et al. O desenvolvimento dos cuidados paliativos em Portugal. Patient Care. 2009 (Out); 14(152): 32-38.
- Pessini Leo, Bertachini Luciana. Nuevas perspectivas en cuidados paliativos. Acta bioeth. [Internet]. 2006 [citado 2020 Feb 12] ; 12(2): 231-242.
- Alonso JP. Manejo de la información sobre malos pronósticos y psicologización del final de la vida en cuidados paliativos. Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina 2011; 57(4):267-274.
- Walter T. The revival of death. London: Routledge; 1994.
- Palencia-Ávila M.Calidad de la atención al final de la vida.Manual para el médico y la enfermera, GRAMA, (2006), pp. 120.
- Montes de Oca-Lomeli G.A.Historia de los cuidados paliativos.Rev Dig Univ, 7 (2006), pp. 1-9.
- Trincado-Agudo M.T., Fernández-Caballero E.Calidad en enfermería.Rev. Cub. de Enf, 11 (1995), pp. 1-2.

Capítulo 342

HISTORIA CLÍNICA. ORIGEN Y COMPOSICIÓN.

MARIA LUISA SUAREZ GONZALEZ

AIRAM PADILLA MÉNDEZ

1 Introducción

La Historia Clínica es la recopilación y el almacenamiento de los datos referidos a una persona que acude a un centro sanitario y que son de importancia para su atención médic . El personal sanitario debe estar familiarizado con su definición, composición y sobre el manejo adecuado de la misma.

2 Objetivos

- Definición del término Historia Clínica, su origen y composición
- Historia Clínica Básica.
- Legislación referente a la Historia Clínica.

3 Metodología

Búsqueda y consulta en principales webs de ámbito sanitario, así como de literatura relacionada con el tema. Comparativa entre los distintos autores y puesta en común de las ideas principales.

4 Resultados

La historia clínica es la narración escrita, en soporte papel o informático, clara, precisa, detallada y ordenada de todos los datos y conocimientos, tanto personales como familiares, que se refieren a un paciente y que sirven de base para el juicio definitivo de su enfermedad actual o de su estado de salud. Resume la herencia y hábitos de un ser humano, su constitución, fisiología y psicología, su ambiente y, siempre que sea posible, la etiología y evolución de la enfermedad.

Desde el punto de vista histórico, se observa un giro en el siglo XIX con la recogida de la vida del paciente como condicionante de la patología. A principios del siglo XX se introduce la historia clínica para cada paciente en el St. Mary´s Hospital por los hermanos Mayo. Durante los años 80 se comienza a agrupar la información de los pacientes en atención primaria.

La historia clínica ha estado regulada hasta la actualidad por diferentes disposiciones legislativas con base en la Ley General de Sanidad 14/1986, de 25 de abril.

Con la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica y reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, se actualizan los derechos y obligaciones de los pacientes o usuarios y profesionales, entre ellos los relativos a la historia clínica.

La información contenida en la historia clínica puede obtenerse siguiendo el método clínico, orden de trabajo semiológico, por diferentes vías que son:
- La anamnesis: es la información surgida de la entrevista clínica proporcionada por el propio paciente (o familiar, en el caso de menores de edad, alteraciones de la conciencia del propio paciente, o del responsable del animal en el caso de los veterinarios)
- Exploración física o examen físico: a través de la inspección, palpación, percusión y auscultación del paciente deben registrarse: peso, talla, índice de masa corporal y signos vitales.
- Exploraciones complementarias (pruebas o exámenes complementarios) de laboratorio, diagnóstico por imágenes y pruebas especiales realizados en el paciente;
- Diagnósticos presuntivos: basados en la información extraída del interrogatorio y exploración física, calificados de presuntivos ya que están sujetos a resultados de laboratorio o pruebas de gabinete (estudios de imagen), así como a la propia evolución natural de la enfermedad;
- Juicios de valor que el propio médico extrae o de documentos que él elabora para fundamentar un diagnóstico, prescribir el tratamiento y, finalmente, dejar

constancia del curso de la enfermedad;
- Tratamiento instaurado.

Existen varios modelos de Historia Clínica:
- Cronológica
-Orientada por problemas de salud
- Protocolizada

El contenido mínimo de la Historia Clínica es:
- La documentación relativa a la hoja clínicoestadística.
- La autorización de ingreso.
- El informe de urgencia.
- La anamnesis y la exploración física.
- La evolución.
- La hoja de interconsulta.
- Los informes de exploraciones Complementarias.
- El consentimiento informado.
- El informe de anestesia.
- El informe de quirófano o de registro del parto.
- El informe de anatomía patológica.
- La evolución y planificación de cuidados de enfermería.
- La aplicación terapéutica de enfermería.
- El gráfico de constantes.
- El informe clínico de alta.

5 Discusión-Conclusión

La Historia Clínica es el documento más importante del que disponemos en sanidad, ya que incluye toda la información asistencial de cada paciente así como sus antecedentes personales. Es de vital importancia que siga un orden preestablecido y que su información sea veraz y confidencial en los términos previstos en la ley.

6 Bibliografía

- http://www.redipd.es/actividades/seminarios_2008/common/ponencia3_250208.pdf
- http://aebioetica.org/

- https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/fhtomo1/cap22.pdf

Capítulo 343

CONCEPTOS BÁSICOS SOBRE EL CÁNCER DE MAMA. LA IMPORTANCIA DE LA DETECCIÓN PRECOZ.

LORENA BALBUENA ORDÓÑEZ

TAMARA FERNÁNDEZ GONZÁLEZ

LORENA PEREZ DEL RIO

EMMA GARCÍA GONZÁLEZ

CARMEN LANTARÓN GONZÁLEZ

1 Introducción

El cáncer de mama es un tumor maligno que se origina en la glándula mamaria. Las células tumorales que proceden del tejido glandular invaden los tejidos sanos de alrededor pudiendo alcanzar los órganos alejados e implantarse en ellos. Se puede desarrollar tanto en hombres como en mujeres, pero representa un mayor porcentaje entre el sexo femenino. Es el tercer tipo de tumor maligno más frecuente en las mujeres y suele ser diagnosticado entre los 35 y 80 años.

La OMS prevé que para el 2021 se detectaran 2.000.000 de casos al año y una de cada ocho mujeres lo podrán desarrollar.

Se pueden presentar diversos tipos de tumores, los cuales vamos a diferenciar según:
- El grado de invasión: o In situ, cuando su localización está dentro de los conductos galactóforos que conducen la leche hacía el pezón. Una detección precoz en este momento no supondría una gran amenaza en esta etapa. o Infiltrante o invasor, cuando rompe el conducto galactóforo e invade la grasa de la mama que rodea el conducto. Las células tumorales pueden llegar a los vasos sanguíneos y linfáticos de la mama. Supone el carcinoma ductal más frecuente y su gravedad depende de la extensión cuando se realiza el diagnóstico.
- El lugar dónde se forma el tumor y la forma de las células que lo originan. o Lobular, su origen está en las glándulas donde se fabrica la leche. o Ductal, las células tumorales están en el tejido que reviste el conducto de la mama. o Medular, las células están formando un grupo o racimo. o Coloides y tubular, son dos tipos de carcinoma ductal infiltrante. o Inflamatorio, se produce una inflamación en la mama ya que las células tumorales obstruyen los vasos linfáticos de la piel.
- Las características biológicas y genéticas de las células, en función del estado hormonal y presencia de HER2.

En función del grado de extensión tenemos 4 estadios:
- Estadio 0: Las células están localizadas dentro de los conductos mamarios por lo que no hay invasión.
- Estadio 1: Localizado generalmente en los tejidos dentro de la mama con presencia de un nódulo menor de 2 centímetros.
- Estadio 2: El nódulo sigue siendo menor de 2 centímetros pero las células se extienden a los ganglios de la axila o el nódulo se ha desarrollado sin sobrepasar los 5 centímetros con un 50% de posibilidades de haberse extendido a los ganglios axilares.
- Estadio 3: El nódulo no ha alcanzado los 5 centímetros pero se ha extendido a las axilas o el tumor se extiende por los tejidos cercanos a la glándula mamaria.
- Estadio 4: Las células tumorales han alcanzado otros órganos o tejidos del cuerpo.

Los síntomas del cáncer de mama más frecuentes cuando la mujer acude al médico suelen ser los siguientes:
1. Se observa un cambio de forma, tamaño o irregularidad en alguna mama.
2. Palpación de un bulto en la mama o axila.
3. Cambios en la piel de la mama como piel de naranja u hoyuelos.
4. Inversión o retracción del pezón o secreción anormal de líquido por el mismo.
5. Dolor en la mama que no cede con el tiempo.

El origen del cáncer de mama es desconocido. Existen principalmente 2 factores de riesgo que predisponen a las mujeres a desarrollarlo:
- Uno de ellos es la predisposición genética donde la mutación de alguno de los genes BRCA1 y BRCA2 se transmiten por herencia y aún con mayor probabilidad si además se suman más de 2 antecedentes familiares directos, de madre y hermana, sobre todo cuando se ha desarrollado en la juventud.
- El otro es la predisposición hormonal cuando el origen está en un trastorno endocrino.

Otros factores de riesgo importantes a mencionar serían aquellos intrínsecos los cuales no podemos modificar, como pueden ser: la edad (la mitad de los diagnosticados están entre los 35 y 54 años, aunque está demostrado que el riesgo aumenta con la edad), menstruación precoz y menopausia tardía, mujeres nulíparas, mujeres diagnosticadas de alguna enfermedad en la mama que suponga un riesgo para desarrollar un cáncer de mama (mastopatía).

Otros factores extrínsecos que sí podríamos modificar como pueden ser: llevar una dieta equilibrada, evitar el alcohol y el tabaco, la contaminación ambiental, disminuir el estrés y realizar ejercicio físico con frecuencia.

El tratamiento del cáncer de mama dependerá del estadio en el que se encuentre. Un equipo médico formado por oncólogos, ginecólogos, cirujanos, médicos de radioterapia tomarán la decisión más adecuada para cada caso concreto.

Se pueden considerar varias opciones:
- La cirugía conservadora o tumorectomía: Se trata de la extirpación del tejido canceroso.
- La mastectomía radical modificada: Diseccionando niveles de ganglios axilares y posterior reconstrucción o no de la mama. En esta práctica es muy común la biopsia del ganglio centinela donde se extrae un ganglio seleccionado de forma específica que determina el nivel de los tejidos afectados. Si no hay afectación, no es necesaria la extirpación del resto de ganglios de la axila. Esto ayuda a disminuir la morbilidad como el linfedema, neuropatías, etc.

La radioterapia se utiliza como tratamiento postquirúrgico para la conservación de la mama o si hay un alto riesgo de recurrencia local. La terapia sistémica incluye la quimioterapia y la terapia antihormonal. Se trata de la administración por vía oral, endovenosa o intramuscular de medicación para complementar los anteriores tratamientos mencionados y destruir o evitar que se reproduzcan las

células malignas que queden por el cuerpo.

2 Objetivos

El principal objetivo es aportar unos conocimientos básicos a la población que ayuden a entender mejor el proceso de la enfermedad y la concienciación y divulgación de la detección precoz.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha revisado la literatura científica consultada en la base de datos "SciELO" de los últimos 10 años y textos en español descartando artículos sin evidencia científica. También se han consultado páginas web de las principales sociedades y asociaciones sobre el cáncer y artículos académicos de la revista científica "ELSEVIER".

Una vez seleccionada toda la información, se ha elaborado un artículo donde se pretende dejar de forma clara y concisa los rasgos más característicos de esta enfermedad. Este artículo va destinado a toda la población en general y especialmente a las mujeres.

4 Resultados

Se consigue una población más informada y sensibilizada. Actualmente, existen multitud de asociaciones (tanto a nivel nacional como regional) así como eventos sociales, relatos y experiencias narradas por mujeres que la padecen o han padecido que hacen más visible esta enfermedad y normalizan sus efectos.
A nivel nacional, podemos citar a varias asociaciones:
- FECMA: Federación Española del Cáncer de Mama
- AECC: Asociación Española Contra el Cáncer
- GEPAC: Grupo Español de Pacientes con Cáncer
- GEICAM: Grupo Español de Investigación en el Cáncer de Mama.

Detección precoz del cáncer de mama:
Según la OMS, debido al desconocimiento de las causas que lo desarrollan el cáncer de mama no se puede prevenir. A través de un tamizaje en mujeres asintomáticas y el diagnóstico precoz, se ha evidenciado que disminuye la mortalidad gracias a un diagnóstico temprano.

A nivel preventivo y no sólo indicado exclusivamente para el cáncer de mama (también como prevención en otros tipos de cáncer, disminución de riesgos cardiovasculares, etc.) mantener unos hábitos de vida saludables como anteriormente mencionamos, evitando el sobrepeso, la ingesta de alcohol y el tabaco, realizar ejercicio físico moderado, pueden tener un efecto de reducción sobre la incidencia del cáncer de mama.

Existen 2 métodos de detección precoz:
1. El diagnóstico precoz, donde el pilar más importante es la exquisita planificación de un programa correctamente coordinado que se centre en la población a intervenir.
2. El cribado, cuyos objetivos es detectar a mujeres con alto riesgo de padecer la enfermedad a través de pruebas de tamizaje. Como método de cribado más eficaz está la mamografía.

La campaña de cribado del cáncer de mama se aplica a mujeres con factores de riesgo a partir de los 40 años realizando una mamografía al año y a todas las mujeres entre 50 y 69 años realizando una mamografía cada 2 años.

A las mujeres cuya edad no está indicada la realización de una mamografía, la autoexploración mamaria una vez al mes los 5 días posteriores al ciclo menstrual estaría recomendada, pero más que como un método eficaz de cribado como una forma de responsabilizarse y concienciarse de su propia salud.

Apoyo psicológico a las mujeres con cáncer de mama:
El padecer cáncer de mama en ocasiones indica una serie de cambios corporales que pueden repercutir a nivel físico y psicológico provocando sentimientos de inseguridad y baja autoestima.

Por lo tanto, no sólo es imprescindible la recuperación física sino que también hay que cuidar mucho el aspecto psicológico acudiendo a profesionales encargados de la salud mental, grupos, asociaciones y resto de personal sanitario.

La alternativa de la reconstrucción mamaria está al alcance de las mujeres que opten por ella. Una correcta y completa información por parte de los profesionales sanitarios aumenta la seguridad y disminuye el sentimiento de padecimiento de la enfermedad.

5 Discusión-Conclusión

A pesar de ser el cáncer más frecuente entre las mujeres, tanto en nuestro país como a nivel mundial es un tumor con muy buen pronóstico y con un alto índice de supervivencia gracias a su detección precoz.

Por otro lado, es importante tener en cuenta que mantener un estilo de vida saludable también ayuda a disminuir el riesgo, que ante cualquier síntoma o signo de alarma se debe acudir al médico sin demorarse en el tiempo realizándose también de forma periódica las revisiones pertinentes.

La investigación juega un papel imprescindible, y sus resultados en forma de tratamientos deben estar al alcance de todos los pacientes. El aumento en los avances conlleva a una evolución favorable de la enfermedad.
Reclamar al sistema sanitario una atención especializada y unas actividades de prevención de calidad a la población asintomática.

6 Bibliografía

1. www.cancer.net
Sociedad Estadounidense de Oncología Clínica
2. www.cancer.org
American Cancer Society
3. www.seom.org
Sociedad Española de Oncología Médica
4. www.aecc.es
Asociación Española Contra el Cáncer
5. www.elsevier.es/semergen
ELSEVIER
6. www.scielo.org
Scientific Electronic Library Online

Capítulo 344

COMPARATIVA ENTRE CESÁREA Y PARTO NATURAL DEL RIESGO DE TRANSMISIÓN VERTICAL DEL VIH.

ANDREA GÓMEZ FERNÁNDEZ

VICTORIA DE ARGÜELLES PÉREZ

ELOY ASENJO SECADES

1 Introducción

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y SIDA es un retrovirus que ataca al sistema inmunitario de la persona infectada. El sistema inmunitario es la defensa natural de nuestro cuerpo frente a los microorganismos infecciosos. El VIH ataca y destruye los linfocitos CD4, que se encargan de la fabricación de anticuerpos para combatir las infecciones causadas por estos agentes externos.

Este virus, solamente se puede contraer o transmitir el VIH a través de determinadas actividades. Lo más común es que las personas lo contraigan o transmitan a través de sus comportamientos sexuales o el uso de jeringas o agujas. También a través de ciertos líquidos corporales; persona que tiene el VIH pueden transmitir el virus. Estos líquidos deben entrar en contacto con las membranas mucosas o con tejidos lesionados de la otra persona, o ser inyectados directamente al torrente sanguíneo (con una aguja o jeringa) para que ocurra la transmisión. Las membranas mucosas se encuentran dentro del recto, la vagina, el pene y la boca.

El VIH se transmite principalmente mediante lo siguiente:
- Tener relaciones sexuales anales o vaginales con una persona que tiene el VIH sin usar protección y no tomar antirretrovirales.
- Para el integrante de la pareja VIH negativo, el sexo anal receptivo es el comportamiento sexual de más alto riesgo.
- El integrante masculino o femenino de una pareja puede contraer el VIH a través del sexo vaginal, aunque tiene menos riesgo para contraer el VIH que el sexo anal receptivo.
- Compartir con una persona VIH positiva las agujas o jeringas, el agua de enjuague o los otros implementos que se usan para preparar las drogas inyectables. El VIH puede vivir en una aguja usada por hasta 42 días, según la temperatura y otros factores.
- Pincharse con una aguja o con otro objeto cortopunzante contaminado con el VIH. Este es un riesgo principalmente para los trabajadores de la salud.
- Con menor prevalencia, el virus también se puede transmitir a través de la transfusión de sangre, productos de sanguíneos o trasplantes de tejidos u órganos que estén contaminados con el VIH. Esto era más común en el inicio del descubrimiento del virus, pero el riesgo actualmente es extremadamente bajo debido a los rigurosos análisis que se realizan a la sangre, órganos y tejidos obtenidos de los donadores.

En este estudio, nos vamos a centrar en un tipo de transmisión que afecta a este virus y con él a muchas personas, sobre todo en los países subdesarrollados. La transmisión vertical. La transmisión del VIH de una madre seropositiva a su hijo durante el embarazo, el parto o la lactancia es lo que se conoce como transmisión maternoinfantil o transmisión vertical. En ausencia de cualquier intervención las tasas de transmisión son de un 15%-45%, intervenciones eficaces permiten reducir esas cifras a niveles inferiores al 5%.

El riesgo puede ser elevado si la madre tiene el VIH y no está tomando su tratamiento; sin embargo, las medidas de recomendación de realizar las pruebas de detección del VIH y de iniciar el tratamiento precoz en aquellas que hayan sido diagnosticadas, en todas las mujeres embarazadas han mostrado datos beneficiosos reduciendo a la mitad la cantidad de niños que han nacido con esta infección.

La trasmisión perinatal o trasmisión vertical del virus de la inmunodeficiencia humana y sida (VIH) es el proceso infeccioso que implica el paso del VIH de una

mujer embarazada infectada a su hijo durante la gestación, el trabajo de parto o la lactancia. Hasta hoy, la infección por VIH es incurable. La mujer con VIH que desea quedarse embarazada debe recibir consejo especializado y buscar las alternativas que reduzcan al mínimo el riesgo de infección de su neonato; para esto es indispensable la atención integral de todo el proceso de la gestación.

El control prenatal de una mujer embarazada e infectada con el VIH tiene como propósito la indicación del tratamiento antirretroviral altamente efectivo, a partir de las 13-16 semanas de gestación para conseguir una carga viral suprimida o indetectable. La mujer en edad fértil que planea un embarazo debe incluir en su valoración integral previa la detección del VIH y sífilis.

A la mujer que acude a la consulta con embarazo temprano y desconoce su estado serológico debe indicársele una prueba rápida para detección del VIH en la primera consulta prenatal; esta prueba requiere consentimiento informado y complementarla con la de detección de sífilis. Los estudios clínicos han demostrado que durante el embarazo el riesgo de infección para el feto es de aproximadamente 8%. Durante el trabajo de parto el riesgo es de 15%.

Los principales factores que incrementan el riesgo son: la carga viral en la sangre, las secreciones cervicovaginales, el trabajo de parto prolongado, la ruptura de membranas amnióticas, los embarazos múltiples, el monitorización invasiva y los partos instrumentados. La mujer con VIH no diagnosticado y que amamanta a su hijo incrementa el riesgo de trasmisión de la infección de 4 a 22%; éste se modifica por la carga viral en la leche humana y el tiempo de amamantamiento. Las revisiones periódicas durante el embarazo hasta la finalización de éste permiten poner en práctica las medidas de prevención y atención continua e integral de la mujer y su hijo. La infección del recién nacido tiene trascendencias biológicas y sociales importantes.

La base del tratamiento para conseguir que la embarazada alcance la supresión de la carga viral (menos de mil copias por mililitro) o que ésta sea indetectable (menos de 50 copias por mL) es la terapia antirretroviral.
En un estudio efectuado en el Reino Unido se analizaron 12,486 embarazos monocigóticos nacidos entre 2000-2011 y se encontró que la tasa de trasmisión vertical disminuyó de 2.1 a 0.46% como consecuencia de la combinación de una serie de medidas, entre ellas el inicio temprano de la terapia antirretroviral.

Se registraron 63 recién nacidos que se infectaron con el VIH posnatal a través de la lactancia materna. El riesgo de trasmisión vertical fue significativamente mayor para todos los modos de parto en mujeres con carga viral elevada, comparada con la carga viral indetectable. Los autores del estudio recomiendan valorar detenidamente a las mujeres con carga viral entre 50 y 400 copias por mililitro. La consideración de cesárea electiva debe contemplar factores individuales, como la evolución de la carga viral, duración y apego al tratamiento y factores obstétricos. La evidencia para apoyar la recomendación de parto vaginal en mujeres con baja carga viral detectable con más de 500 copias sigue siendo limitada.

2 Objetivos

- Identificar si hay diferencia en la transmisión vertical del VIH entre cesárea programada y parto vaginal.

3 Metodología

Consiste en la revisión de casos de pacientes con la prueba VIH reactiva durante el embarazo durante los años 2015-2016, y accediendo a las pacientes a través del Sistema Nacional de Salud. Estudio retrospectivo, observacional y descriptivo.

Desde el inicio del estudio, se han recogido prospectivamente las siguientes variables maternas: edad, conducta de riesgo de infección por el VIH, paridad, consumo de drogas durante el embarazo y tipo de parto, así como estadio clínico, subpoblaciones linfocitarias, antigenemia p24 y carga viral más próximas al parto. También se han recogido datos obstétricos relacionados con la transmisión como tiempo de rotura de bolsa, tiempo de dilatación y período expulsivo, utilización de instrumental durante el parto, existencia de monitorización interna o episiotomía.

Retrospectivamente se han recogido los mismos datos en las historias obstétricas disponibles. Respecto al recién nacido se han recogido la edad gestacional y los datos de somatometría al nacimiento. Las técnicas utilizadas para su detección fueron análisis muy sensibles de inmunoabsorción ligado a enzimas (ELISA) confirmado por otras pruebas más específicas como Western-blot para madres y niños. También se observaron los datos recogidos de la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) mediante detección de ADN proviral en células mononucleares

de sangre periférica, en las primeras 48 h de vida, al mes, a los 2, 3 y 6 meses.

4 Resultados

La comparación de variables cualitativas, se ha realizado mediante la prueba de chi-cuadrado (x2) y el test de Fisher para muestras pequeñas. Para la comparación de variables cuantitativas en las madres con prueba reactiva positiva o negativa se realizó mediante la t de Student para muestras con distribución normal.

Se registraron 290 mujeres embarazadas que resultaron con prueba reactiva de VIH. Todas recibieron tratamiento antirretroviral y se registró su seguimiento gestacional con atención obstétrica y médica. El promedio de inicio del tratamiento farmacológico antirretroviral, fue sobre 28 semanas de gestación (DE ± 7.5 semanas). La información de la carga viral inicial permite confirmar el diagnóstico y el seguimiento necesario. De las 290 mujeres gestantes, se realizaron 309 nacimientos a consecuencia de la finalización de la gestación (10 mujeres realizaron parto gemelar) y una de ellas dió a luz a un feto no viable.

De estos nacimientos, el 98,8% se realizaron por cesárea y el 1,2% por parto vaginal. A todos los neonatos se les realizó el cribado precoz de VIH. Del total de nacimientos con prueba reactiva, 75 fueron por cesárea y 12 por parto vaginal. El 7% de los nacimientos por cesárea tuvieron una prueba de VIH reactiva y 100% de los nacidos por parto vaginal fueron reactivos. Se encontró una diferencia significativa entre el nacimiento por cesárea o por parto. El cálculo del riesgo relativo con IC 95% tuvo un riesgo relativo de 0.5 (IC95%: 0.03-0.09). La cesárea redujo en 91% los casos de neonatos con prueba reactiva al VIH al nacimiento frente al 100% por vía vaginal.

En cuanto al tipo de parto, existe un mayor número de nacimientos por vía vaginal, aunque el número de cesáreas va aumentado y pasando del 15 al 28 %. La mayoría de las cesáreas en el segundo período han sido electivas (56 %) frente al 40 % del primero. Se observa una tendencia a eliminar la monitorización. Se da además un mayor número de partos de niños pretérmino y de bajo peso.

En cuanto a la transmisión vertical y su relación con los diferentes factores, si fue significativa la relación entre el uso de antirretrovirales en el embarazo, el parto y período neonatal y la disminución de la transmisión vertical, así como el

uso de zidovudina, que sería el fármaco de elección, en combinación con otros antirretrovirales. La tasa pasa del 20,5 % en las madres no tratadas con zidovudina durante el embarazo al 1,36 % (IC 95 %, 0,06-6,56) en las que sí se administró el tratamiento antirretroviral. Por lo que se observa una disminución de la transmisión vertical con este tratamiento con zidovudina del 92 %.

5 Discusión-Conclusión

El reto más importante en este ambito de obstetricia es la calidad de la atención materno-fetal. Este hecho se magnifica al analizar el indicador de transmisión vertical de VIH, que evaluará la atención integrada de la mujer embarazada, desde el periodo previo al embarazo hasta el nacimiento y el posterior puerperio.

Al evaluar el tratamiento se observó que se inicia en forma tardía, a las 29 semanas en promedio. La totalidad de recién nacidos por parto vaginal de pacientes con VIH tuvo una prueba rápida para VIH reactiva, con independencia de la medición de la carga viral. En este estudio se observó que la cesárea no evitó la infección en todos los casos, 7% tuvo una prueba reactiva, aun con terminación del embarazo por cesárea. Sin embargo, es evidente que reduce el riesgo cuando se compara con el parto vaginal.

Es importante evaluar el nacimiento por cesárea a término, con membranas intactas, si existe el trabajo de parto y si existe instrumentación. El seguimiento debe hacerse con pruebas virológicas al recién nacido por espacio de 18 meses. Reajustar la dosis de la mujer después del nacimiento. En el posparto se recomienda ofrecer consejería a la pareja, para anticoncepción temporal o definitiva. La trasmisión vertical del VIH al neonato, aun así, nunca será cero; en reportes con medidas óptimas llega a 0.46% como máxima prevención.

En 1985 la OMS advirtió que la tasa de cesárea se estaba incrementando y para contrarrestar este hecho emitió una serie de recomendaciones. Existe una contradicción: una cesárea puede efectuarse sin indicación precisa en casos documentados y, cuando es necesario, en ocasiones no se practica. La gravedad de las consecuencias de un caso de trasmisión perinatal del VIH y el reducido número de embarazos con VIH justifican la indicación absoluta.

Para lograr la primera generación libre de VIH, como marca la Organización

Mundial de la Salud, como meta para el año 2030, es necesario utilizar todos los recursos disponibles. La indicación absoluta de cesárea es una medida preventiva y se basa en la evidencia disponible. El embarazo, el parto y la lactancia tienen un riesgo implícito de trasmisión del VIH. La prevención mediante intervención clínica efectiva puede prevenir una infección en el feto y neonato. Si bien la cesárea no se considera el factor más importante para evitar la infección perinatal, sí reduce los factores que incrementan la posibilidad de microtransfusiones entre la madre y su hijo que, aunado a cargas virales elevadas, propician la infección perinatal. La decisión de terminar el embarazo mediante cesárea debe respetar el derecho de la pareja a decidir, con información y consejería especial del riesgo-beneficio.

Para evitar accidentes o riesgo profesional de adquirir el virus cuando se practica una cesárea es importante clarificar las medidas preventivas. El contacto con sangre, líquido amniótico y secreciones durante el procedimiento implica la toma de medidas ya establecidas y descritas, semejantes a las que se utilizan en todo procedimiento quirúrgico. Debe tenerse conocimiento de las medidas profilácticas cuando haya accidentes o exposición a riesgos durante la cirugía. El riesgo de contagio de VIH documentado es del orden de 3 casos por cada 1000 personas expuestas a un accidente laboral. El riesgo se incrementa con lesiones o punciones profundas o con exposición a volúmenes importantes de sangre y se reduce con tratamiento farmacológico profiláctico, que se menciona en la Guía de Manejo Antirretroviral de las Personas con VIH.

La indicación absoluta de cesárea es una medida que favorece la prevención del VIH perinatal y se basa en la evidencia disponible y puede incluirse en el escenario del obstetra del siglo XXI. Sin embargo, no es un procedimiento que pueda sustituir una adecuada atención obstétrica, un tratamiento antirretroviral riguroso y una carga viral indetectable. Se requiere conjuntar todos los factores a favor de la madre, su pareja y su hijo para lograr prevenir una infección, que implica nacer en desventaja, con un gran costo social, biológico y familiar.

Como conclusión, podemos destacar que en la mujer embarazada infectada con el VIH, la cesárea electiva reduce el riesgo de una prueba reactiva para VIH en el neonato; 93% de los nacidos por cesárea tuvieron un resultado negativo a la prueba rápida de VIH. La totalidad de quienes nacieron por vía vaginal tuvieron una prueba rápida reactiva a VIH, incluso con carga viral suprimida. La mujer

con VIH debe llegar, idealmente, al momento del nacimiento con carga viral por completo suprimida. Cuando no se reúne este requisito se sugiere considerar la cesárea electiva como una indicación absoluta y siempre tener en cuenta los factores de riesgo obstétrico, para conseguir el mayor beneficio.

La consejería para anticoncepción temporal o definitiva en el posparto es un procedimiento que jamás debe faltar. En los países desarrollados, la lactancia materna está contraindicada en la mujer con VIH. Por último, se ha registrado una mayor incidencia de niños con bajo peso para la edad gestacional y de niños pretérminos en los hijos de madres infectadas por el VIH que en la población general, pero esto no es significativo estadísticamente. Estudios recientes afirman que la infección por el VIH no determina una mayor prematuridad, pero que la prematuridad sí da lugar a un riesgo aumentado de infección.

En conclusión, se observa una disminución de la tasa de transmisión vertical en el 92 % gracias a la nuevas actuaciones médicas y terapéuticas: cesárea programada, disminución del tiempo de bolsa rota, instauración de tratamiento antirretroviral, preferiblemente TARGA, durante el embarazo, el uso de antirretrovirales como la azidovudina durante el parto y el período neonatal, etc. Sin embargo, todavía es preciso seguir estudiando los factores implicados, mejorar y universalizar el tratamiento y sobre todo, el cribado de la infección por el VIH en toda mujer embarazada.

El conocimiento de estas medidas por parte del equipo de pediatría parece necesario, pues una actuación inadecuada o un retraso en la aplicación de las medidas oportunas puede ser determinante en la transmisión vertical del virus.

6 Bibliografía

- Bermudez P, Moreno P, Delgado R, Ramos JT, Ruiz-Contreras J, Noriega AR..Detection of vertical transmission of human immunodeficicency virus type 1 by a commercial polymerase chain reaction assay.. Eur J Clin Microbiol Infect Dis, 15 (1996), pp. 327-30
- Fortuny C, Sánchez E, Coll O, Jiménez González R..Transmisión vertical del virus de la inmunodeficiencia humana: seis años de evolución (1987-1992).. Med Clin (Barc), 107 (1996), pp. 530-2
- Ramos JT, Ruiz-Contreras J, Bastero R, Barrio C, Moreno P, Delgado R, et

al..Estimación de la prevalencia de infección por VIH en la embarazada, efectividad de la zidovudina en la prevención de la transmisión vertical..Med Clin (Barc), 114 (2000), pp. 245-52
- Plazola-Camacho NG, Ortiz-Ibarra FJ. Veinte años de experiencia en el manejo de la mujer embarazada infectada por VIH-SIDA en el Instituto Nacional de Perinatología. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. 2009;66:350-363 http://www.scielo.org.mx/pdf/bmim/v66n4/v66n4a9.pdf.
- Organización Panamericana de la Salud. Eliminación de la trasmisión materno-infantil del VIH y la sífilis en las Américas 2016. http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34074/9789275319550-spa.pdf

Capítulo 345

CRISIS EPILÉPTICAS EN LA INFANCIA.

LEYRE IBERO PEMAN

ANA MARTÍNEZ-PEÑA RUIZ

CARMELA TROYAS VISUS

CRISTINA HUARTE USTARROZ

1 Introducción

• La OMS define la epilepsia como un trastorno crónico, de etiología diversa, caracterizada por crisis recurrentes debidas a una descarga anormal de neuronas cerebrales. La prevalencia de la epilepsia activa de la población escolar oscila entre el 2.6 y el 5.7‰. El 17.2% de todas las epilepsias se inician entre los 3 y 6 años y el 17.7% entre los 7 y 11 años.
• Los agentes que las causan son diversos: tumores, traumatismos de cráneo, encefalitis o meningitis, enfermedades metabólicas, enfermedades del embarazo y parto, etc., y un mismo agente causal puede generar diferentes tipos de epilepsia según cuál sea la zona del cerebro que afecte o la gravedad de dicha afectación. Para establecer el diagnóstico de epilepsia es necesario que el paciente haya sufrido más de una crisis.
• Las crisis epilépticas aparecen de forma brusca e inesperada en casi todas las ocasiones por lo que se pueden presentar en cualquier lugar y situación.

2 Objetivos

• Conocer la clasificación de las crisis epilépticas en la infancia.

• Conocer la importancia de la figura de la enfermera escolar.
• Conocer cómo debe actuar la enfermera escolar ante una crisis epiléptica.

3 Metodología

• Revisión bibliográfica existente a través de bases de datos españolas (IME, CUIDEN, ENFISPO, LILACS, DIALNET)
• Palabras clave: epilepsia infantil, enfermera escolar

4 Resultados

Las crisis epilépticas se clasifican en: o Crisis Parciales

• Simples: aquellas en las que los cambios clínicos y electroencefalográficos indican alteración de un sistema neuronal localizado a una parte del hemisferio cerebral y no existe afectación de la conciencia.
• Complejas: Estas crisis tienen alteración aislada de la conciencia, el paciente pierde el contacto con el medio, no responde a los estímulos externos y una vez superada la crisis no recuerda lo sucedido (amnesia postictal). O Crisis generalizadas:

Las crisis generalizadas pueden ser convulsivas o no convulsivas, los primeros cambios clínicos indican afectación inicial de ambos hemisferios. El EEG refleja descargas neuronales bilaterales y por regla general existe alteración de la conciencia. Las crisis generalizadas pueden ser:

• Ausencias: Estas pueden ser simples y se van a caracterizar por alteraciones de la conciencia: el paciente detiene la actividad que se encuentra realizado; no responde cuando se le habla. En breves segundos (generalmente duran 10 a 30 segundos), la crisis desaparece y el paciente reanuda lo que se encontraba haciendo con amnesia de lo ocurrido. Otras formas de presentación son aquellas denominadas: clónicas (a lo anterior se le agregar movimiento de grupos musculares: parpadeos, muecas faciales, etc.); atónicas (disminución del tomo muscular con: caída de la cabeza, de los brazos, relajación del tronco y/o extremidades, etc.); tónicas (contracción con aumento del tono muscular: el paciente puede ir para atrás, lateralizar la cabeza, contraer extremidades, etc.); automatismos (el paciente realiza actividades de manera inconsciente: abotonarse la ropa, chasquidos de labios, búsqueda de cosas en el espacio, deambulación sin sentido, etc.).

• Mioclonías: Se caracterizan por crisis aisladas o repetitivas de varios grupos musculares, consisten en contracciones bruscas de los músculos (a veces son referidos como "temblores") de forma súbita e involuntaria.
• Clónicas: Se caracterizan por contracciones de grandes grupos musculares de manera repetitiva. Tiene una fase postcritica muy breve y en ocasiones puede estar asociada a crisis de tipo tónica, constituyendo las denominadas crisis tónico-clónicas.
• Tónicas: Se caracterizan por una contracción forzada de la musculatura axial y de las extremidades, puede ser en flexión o en extensión. El paciente se encuentra inconsciente, puede presentar paro respiratorio y secundariamente cianosis por la contracción de la musculatura torácica. La crisis dura de unos segundos a 2 o 3 minutos y luego pasa a la fase clónica; estas crisis son bilaterales y afectan los músculos faciales, glosofaríngeos, axiales (esta es la fase cuando la lengua puede lastimarse y aparecer espuma en la boca). Pueden presentarse incontinencia vesical o rectal y abundante salivación
• Tónico - Clónicas: Existe una brusca contracción muscular de tipo intensa y constante. En ocasiones se acompaña de gritos o estridores (cuando existe compromiso de los músculos respiratorios). El paciente generalmente cae al suelo y suele aparecer cianosis debido a la inhibición de la respiración por compromiso muscular. Tras un periodo de tiempo variable, pero breve, aparecen las contracciones de tipo clónicas, acompañadas en ocasiones de emisión de orina y/o heces y sialorrea. Tras cesar los movimientos convulsivos el paciente se relaja y queda, generalmente, sumido en un profundo sueño del cual despierta con sensación de cansancio, dolor muscular y frecuentemente cefaleas.
• Atónicas: Estas crisis se caracterizan por la pérdida súbita del tono postural, de la cabeza o de todo el cuerpo, con caída posterior. Frecuentemente se asocian a una crisis de ausencia o pueden ser precipitadas por fenómenos de reacciones reflejas a "sorpresas" visuales o auditivas

La enfermera escolar
• La enfermera escolar es el profesional sanitario que trabaja de manera coordinada junto con el equipo escolar dentro del colegio. Su función es prestar cuidados dentro de la escuela, detectar las necesidades de los alumnos e impartir educación sanitaria a la totalidad de la comunidad educativa. El objetivo principal de la enfermera escolar es el desarrollo de los alumnos a todos los niveles para que adquieran un estado de salud óptimo y prestando una atención integral
• Si hacemos referencia a las funciones cometidas con respecto a los niños diagnosticados de epilepsia estas serán las siguientes:

• Control y seguimiento de los niños epilépticos: es necesario que la enfermera tenga un conocimiento previo de los alumnos diagnosticados y de las características particulares de las crisis de cada alumno
• Administración de la medicación en caso de crisis si está pautada
• Educación profesores, alumnos y padres sobre el manejo de la enfermedad, síntomas, desencadenantes, tratamiento y actuación ante una convulsión
• Fomento del autocuidado y de la práctica de hábitos saludables

¿Qué hacer durante la convulsión?
• En la etapa activa de la convulsión: o Conservar la calma y tranquilizar a los presentes o Si es posible mantener al paciente donde ocurrió la convulsión hasta que haya cesado la fase activa o Retirar objetos con los que pueda hacerse daño o Proteger la cabeza colocando algo blando debajo o Siempre que sea posible se le colocara al paciente de lado o No es conveniente introducir objetos en los dientes o Se debe vigilar hasta que finalice la crisis observando síntomas y duración
• En la etapa postical: o Si el paciente esta inconsciente colocar en posición lateral de seguridad o Si la pérdida de consciencia o letargia se prolonga hay que avisar a los padres y trasladar al hospital o Ofrecerle ayuda sin imponérsela

5 Discusión-Conclusión

Como se puede observar la figura de la enfermera escolar tiene mucha importancia en un centro educativo siendo una figura indispensable La enfermera escolar es el profesional idóneo para actuar ante las urgencias, patologías agudas y complicaciones crónicas que sucedan dentro de las aulas

Aporta seguridad y múltiples beneficios a los padres y docentes, siendo un gran apoyo en situaciones de urgencia y prestando cuidados en las patologías crónicas como es el caso de la epilepsia. La presencia de la enfermera escolar en los centros educativos favorece la conciliación laboral y familiar y disminuye el absentismo escolar

6 Bibliografía

• Diaz Rodriguez H, Arias Hernandez, M.M. Necesidad percibida del profesorado de educación infantil, primaria y secundaria sobre formación en salud e implantación de la figura de la enfermera escolar. Metas enfermería 2018 21(9):5-12

• Cuesta del Amo M, Garcia Dueñas P, Martin Muñoz V. Urgencias y motivos de consulta más frecuentes en Enfermería Escolar. Metas Enfermería 2012;15(10): 73-77
• http://www.palabraenfermera.enfermerianavarra.com/blog/2015/12/15/como-actuar-ante-una-crisis-epileptica-en-el-colegio/
• https://revistamedica.com/enfermera-escolar-necesidades-poblacion-infantil/
• González Jiménez E. La enfermera en el ámbito escolar: importancia en la prevención y promoción de la salud. Enfermería Comunitaria [internet]; 8(1). Disponible en: http://www.index-f.com/
comunitaria/ v8n1/ec7813.php
• Corral Barbado O. La enfermera escolar: rol, funciones y efectividad como promotora de salud. [Tesis doctoral]. Santander: Universidad de Cantabria; 2016

Capítulo 346

MORDEDURAS Y PICADURAS.

JENIFER VEGA VIÑAS

SANDRA VEGA VIÑAS

1 Introducción

Las mordeduras y picaduras por otros seres vivos suelen ser heridas que, en la mayoría de los casos, se complican con procesos infecciosos, por lo que precisan una limpieza exhaustiva y un conocimiento por parte de los profesionales sanitario basado en las últimas evidencias.(1)
Estas agresiones a humanos, condicionan una respuesta mediada por tres mecanismos:
1. Por acción directa del contacto con el animal o la sustancia inyectada, que puede ocasionar trastornos ”in situ” y a largo plazo.
2. Por reacciones inmunológicas.
3. Por transmisión de diversas enfermedades, facilitando la sobreinfección.

Dividimos en dos bloques las mordeduras y picaduras en función del animal que lo produce:
Mordeduras:
- Mordeduras por animales potencialmente rabiosos (perros, gatos…).
- Mordedura por humanos.
- Mordeduras por serpientes: víboras, culebras.

Picaduras:
-Picaduras por insectos: abejas, avispas.
-Picaduras por artrópodos: arañas, garrapatas.

Las mordeduras son consideradas generalmente como heridas de tipo contuso o punzantes, que comprometen la piel y se pueden acompañar de lesiones de estructuras musculares, nerviosas, vasculares, etc., pudiendo dar clínica de carácter sistémico, además de local. En el manejo de las mordeduras existen unas normas generales de actuación que incluyen la limpieza antiséptica, el desbridamiento de los bordes de la herida sin suturar y la prevención de posibles infecciones. Sin embargo, dependiendo del tipo de agresor, se pueden plantear distintos problemas clínicos: rabia, intoxicaciones por veneno y otros.(2)

Los animales tienden a evitar a los humanos, pueden atacar cuando se sienten amenazados, si están protegiendo a sus crías o su territorio, si están heridos o enfermos…, por lo que siempre se deben mantener precauciones ante ellos. A pesar de que las mordeduras por animales salvajes son más trágicas, las realmente comunes son las de animales domésticos.(3) Existe una serie de seres vivos portadores de un aparato picador característico, a través del cual inoculan a sus víctimas un veneno exclusivo. Estas sustancias son mezclas complejas de compuestos tóxicos y digestivos, los cuales son inyectados a través de un aguijón en un punto exclusivo de la superficie corporal.

Inusualmente, se producen ataques masivos, como por ejemplo la agresión por parte de un panal de abejas o un enjambre de avispas. Unas veces dicho aguijón es conservado, y en otras queda dentro de la piel, como veremos más adelante. Afortunadamente, en nuestro país, la incidencia de casos graves por picadura de escorpiones, abejas, avispas, arañas o medusas, es escasa, y si éstos se producen es debido al estado previo del paciente o a que éste se encuentre previamente hipersensibilizado, suponiendo entonces una urgencia vital.(2)

La hospitalización está indicada cuando existen signos de infección sistémica, hay celulitis extensa, la inflamación compromete la articulación proximal, no responde al tratamiento oral o hay compromiso óseo, neurológico o tendinoso.(1) El interés de este trabajo se justifica porque las mordeduras y picaduras son lesiones que se presentan en los servicios de urgencias con cierta frecuencia y son necesarios unos conocimientos apropiados por parte del personal sanitario a cada tipo de lesión en función del agente causal.

2 Objetivos

1. Aprender a identificar los signos y síntomas de las picaduras y mordeduras de animales, que frecuentemente nos podemos encontrar.
2. Conocer las clases de picaduras de artrópodos.
3. Conocer el trabajo enfermo ante la urgencia de una mordedura o picadura.
4. Conocer los cuidados adecuados ante dichas urgencias para su curación y prevenir futuras infecciones.
5. Abordar el cuidado de las mordeduras de una manera integral dando respuesta a las necesidades reales y potenciales del paciente.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: pubmed, medline, y scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

a) Mordeduras de animales no venenosos; perros, gatos y humanos.
Las mordeduras y los arañazos producidos tanto por la mascota familiar como por un animal callejero o salvaje, pueden conllevar complicaciones, como transmitir enfermedades.(4)

1. Humano.
La incidencia de las mordeduras provocadas por humanos es desconocida aunque no por ello menos importantes debido a la cantidad de microorganismos que están presentes en la boca. Existe un riesgo asociado a causa de la infección que suponen al contacto con la integridad de la piel, si ésta, está rota, rasgada o perforada a causa de la mordedura. (5,6)

En función de la tipología, se pueden diferenciar tres tipos:
• "Genuina: El agresor clava sus dientes en la víctima pudiendo producir heridas por punción, desgarro o desprendimiento de tejidos.
• Auto mordeduras: generalmente en lengua o labios, que suelen acontecer en caídas o crisis convulsivas.

• Lesiones por puñetazos, con abrasión y laceración de los nudillos y la mano.(1)

Los signos producidos por estas mordeduras, se clasifican desde leves hasta graves, teniendo en cuenta el grado de afectación del tejido de la siguiente forma:
• Eritema local
• Hematoma
• Solución de continuidad con o sin sangrado
• Heridas punzantes
• Lesiones de tendones o articulaciones
• Signos de infección: dolor, rubor, calor, tumor y funcionalidad del miembro afectado

En cuanto a la lesión producida por la mordedura humana se debe tener especial precaución por el riesgo de infección, que puede provocar celulitis e incluso necrosis o gangrena.

2. Perro.
Se estima que de la mayoría de las mordeduras causadas por las diferentes especies de animales aproximadamente un 80% son debidas a los perros.(1)
Las lesiones causadas por estos animales abarcan una amplia variedad de posibilidades pero a efectos prácticos se clasifican en: a. Heridas superficiales o rasguños sin perdida de sustancia. b. Heridas puntiformes profundas sin perdida de sustancia. c. Heridas lacerantes con desgarro y con evidente perdida de sustancia.(8)

La mayoría de las mordeduras no suelen presentar graves complicaciones pero existe un riesgo derivado de la infección causado por la gran cantidad de bacterias que tienen estos animales en la boca; a mayores, cabe destacar que no solo pueden encontrarse bacterias de los propios animales sino de presas o alimentos ingeridos por el animal agresor. Como se ha citado anteriormente, además de las infecciones por bacterias, es importante considerar otros tipos como la rabia y el tétanos por lo que se tomaran medidas profilácticas para prevenirlas en relación a la situación clínica del paciente.

- Manifestaciones clínicas:
Los signos producidos por estas mordeduras, se clasifican desde leves hasta graves, teniendo en cuenta el grado de afectación del tejido de la siguiente forma:
• Eritema local
• Hematoma
• Solución de continuidad con o sin sangrado

• Heridas punzantes
• Lesiones de tendones o articulaciones
• Signos de infección: dolor, rubor, calor, tumor y funcionalidad del miembro afectado.

3. Gato.
En la lesión producida por la mordedura de un gato, que ocupan el segundo lugar después de las de los perros, se estima una incidencia entre el 2-50% de todas las mordeduras de animales en el mundo.3
Los felinos por sus dientes finos, producen heridas punzantes con gran capacidad de penetración facilitando una mayor incidencia de infecciones.

- Manifestaciones clínicas:
Los signos producidos por estas mordeduras, se clasifican desde leves hasta graves, teniendo en cuenta el grado de afectación del tejido de la siguiente forma:
• Eritema local
• Hematoma
• Solución de continuidad con o sin sangrado
• Heridas punzantes
• Lesiones de tendones o articulaciones
• Signos de infección: dolor, rubor, calor, tumor y funcionalidad del miembro afectado

- Actuación y tratamiento frente a mordeduras de animales no venenosos.
Realizar una valoración inicial que haga referencia a:
• Determinar la profundidad de la lesión.
• Obtener una historia clínica de la persona: conocer cómo ocurrió el accidente para valorar la gravedad, sospechar o afirmar la existencia de infección rábica en el animal/agresor. Aspectos a tener en cuenta:
- Especie de animal
- Tipo de ataque
- Cartilla de vacunaciones
- Estado clínico del animal/agresor
- Posible examen y seguimiento clínico (diez días) del animal
- Gravedad del ataque

• Gravedad de la lesión: descripción de la herida (tipo, afectación, etc.), presencia de sangrado o compromiso orgánico y/o vascular.

Se registrará con la mayor exactitud posible el número de lesiones, tipo, localización, dejando constancia de la situación y el posible riesgo de infección.

• Lavado de la herida en la mayor brevedad posible. En el medio hospitalario se utilizará suero fisiológico evitando soluciones iodadas y antibióticas ya que no disminuyen la carga bacteriana pero si aumentan el grado de irritación.
Si existe compromiso en la extremidad, se inmoviliza y se eleva para favorecer el drenaje del edema y la inflamación. Si existen signos de infección, se recogerá un cultivo de aerobios y anaerobios antes de realizar maniobras de limpieza y/o desbridamiento de la herida.

• Cierre de la herida: existen opiniones encontradas en cuanto al cierre de la herida por mordedura, cuestionando si es preciso un cierre primario, primario diferido o si se debe permitir una cicatrización por segunda intención.
Se deben considerar los siguientes aspectos:
1. Tipo, extensión, localización y tejido afectado
2. Signos de infección
3. Tiempo transcurrido
4. Riesgo de deformidad estética

En función de las características recogidas en los parámetros anteriores, se decide:
1. Sutura primaria: localización de bajo riesgo y tratamiento local aplicado
2. Sutura primaria diferido: herida de alto riesgo con tratamiento inicial. Cierre a las 72 horas.
3. Cierre por segunda intención:
-Heridas punzantes profundas
-Heridas valoradas más de 24 horas después de haber ocurrido
-Heridas infectadas
-Mordeduras de la mano
-Heridas profundas y amplias con afectación articular y ósea e infectadas con drenaje abierto requieren asesoramiento quirúrgico

• Antibioterapia y tratamiento frente a enfermedades infecciosas de tipo vírico.
(1) b) Mordeduras de animales venenosos: Ofidios.
El accidente ofídico supone una emergencia médica que requiere atención inmediata, pudiendo provocar la muerte de no realizarse una actuación precoz y adecuada. Es causado por una mordedura de tipo contuso-punzante, que tras inocular sustancias tóxicas lesiona los tejidos y provoca alteraciones fisiopatológicas en la víctima. El tratamiento varía según las características de las serpientes y

de la geografía.(11) Las mordeduras de serpientes venenosas pueden provocar una enorme morbilidad y mortalidad. Es la intoxicación más frecuente por veneno de animales terrestres. De las cinco familias de serpientes venenosas existentes, en España coexisten dos tipos: Culebras y Víboras.(1)

- Manifestaciones clínicas:
Los síntomas dependen del tipo de ofidio, de la cantidad inoculada, la potencia y la naturaleza del veneno.
Manifestaciones clínicas de la víbora:
Los efectos que producen son muy amplios, desde efectos hemolíticos, trombóticos, hemostáticos, cardiotóxicos, neurotóxicos, nefrotóxicos, miotóxicos, citotóxicos e inflamatorios.

En nuestro medio suelen provocar sobre todo reacciones locales: dolor intenso en el lugar de la mordedura acompañado de edema que se extiende a todo el miembro, pudiendo ocasionar síndrome compartimental con gangrena. En ocasiones puede aparecer paresia del miembro, cianosis, equimosis, flictenas hemorrágicas y adenopatías.

En algunos casos se presentan reacciones generalizadas: fiebre, hipotensión, taquiarritmias y shock, coagulación intravascular diseminada e insuficiencia renal. Las mordeduras en cara y cuello son muy graves ya que produce edema y con ello un compromiso respiratorio. En personas sensibilizadas al veneno pueden producirse reacciones anafilácticas.

Manifestaciones clínicas de la mordedura de culebra:
Las mordeduras por culebras son menos peligrosas, ya que necesitan retener a la víctima para inocular el veneno, provocan parestesias, edema local y dificultades en el habla, la deglución o la respiración.(1)

- Actuación y Tratamiento.
Cuando una persona sufre una mordedura, la acción principal consiste en inmovilizar completamente el miembro afectado, situándolo más bajo que el resto del cuerpo. Además es importante identificar la especie de la serpiente, por sus características podremos saber si se trata de una víbora o una culebra.(1,3)

Las acciones a realizar ante una mordedura son:
-Valorar la permeabilidad de la vía aérea, respiración, circulación y control de signos vitales.
-Mantener la calma y tranquilizar al paciente, reposo absoluto y acudir a un centro

hospitalario rápidamente para realizar pruebas y tratamientos necesarios.
-Recogida de datos, identificar el tipo de serpiente, preguntar patologías o enfermedades previas cardiovasculares, hipertensión, diabetes, anemia, alergias a fármacos, alimentos o animales, así como si es la primera vez que ha sido mordido por ofidios.
-Canalización de una vía periférica de grueso calibre, en la extremidad opuesta a la de la mordedura impidiendo la progresión del edema, para infundir líquidos durante el traslado hospitalario y administrar medicación necesaria.
Cuidados de la herida:

-Quitar anillos, ropa o cualquier complemento que dificulte los cuidados o la progresión del edema.
-Examinar localización, profundidad y número de mordeduras.
-Limpieza de la herida con agua y jabón, permitiendo sangrado pasivo, desinfectando con antiséptico (agua oxigenada o clorhexidina) evitando los que tiñan la piel (yodo) o irritantes (alcohol) y dificulten la valoración de la mordedura.
-Medir el perímetro de la extremidad afectada a nivel de la mordedura (rodear con rotulador) y en la articulación proximal, para verificar si el edema progresa hacía el tronco.
-Examinar la marca de la mordedura e inspeccionar en búsqueda de restos de colmillos incrustados.
-Oclusión de la herida con gasas estériles.
-Inmovilizar el miembro afectado por debajo del nivel del corazón, en posición funcional, para disminuir la absorción del veneno.
-Evaluar el grado de envenenamiento evaluando el dolor, progresión de edema y hemorragia (atención inicial y cada hora hasta llegada a hospital).

Toda mordedura debe tratarse como una urgencia médica y considerarse como un envenenamiento, no retrasar el traslado hospitalario, y realizarlo en posición de seguridad para evitar aspiración en caso de vómito.
Las medidas que se deben evitar son: realizar un torniquete, aplicación de frío, incisiones, succión con la boca, dar estimulantes, cauterización, choques eléctricos, e intentar atrapar a la serpiente por riesgo de nueva mordedura incluso muerta (mordedura por reflejo).(11)

Con frecuencia, las víctimas de mordeduras de serpiente deberán ser tratadas con un suero antiofídico. Es importante que ese suero sea el adecuado para las serpientes endémicas en la región.

El Tratamiento con suero antiofídico se emplea en caso de sintomatología sistémica grave.
Siempre en caso de una mordedura por ofidios hay que contactar con el Centro de Información Toxicológica, y administrar la vacuna contra el tétanos en caso de que la víctima no esté vacunada adecuadamente.(1,3) c) Picaduras de animales artrópodos: Arácnidos e insectos.

Las picaduras de este tipo de animales suelen ser accidentales. Las lesiones causadas generalmente son de carácter benigno y se producen por diferentes mecanismos: efecto directo del veneno inoculado, reacciones inmunológicas y transmisión de enfermedades.(1)
Picadura por avispa y abeja:

Las abejas y avispas son insectos que pican activamente. El aguijón de la abeja, tiene forma de arpón, es exclusivo de las hembras y queda clavado en la piel tras la picadura, produciéndole la muerte. Su veneno contiene mediadores de la inflamación. El aguijón de la avispa es liso, y no queda clavado en la piel permitiéndole introducirlo múltiples veces. Estas picaduras provocan un aumento de permeabilidad capilar provocando vasodilatación, dolor e hipertensión.

Nos podemos encontrar con dos tipos de reacciones: las locales y las sistémicas. Las reacciones locales, son las más frecuentes relacionadas con los efectos locales de las proteínas y aminas del veneno, siendo la histamina la responsable de la vasodilatación y el edema. Los síntomas se caracterizan por dolor intenso de la zona con formación de una máculo-pápula de unos 2 cm que suele disminuir en unas horas. En caso de una reacción local la zona inflamada puede alcanzar 10 cm y persistir más de 24 horas.

Las reacciones sistémicas, pueden ser tóxicas que son reacciones generalizadas no inmunológicas producidas por la gran cantidad de veneno inoculado, no requieren por tanto sensibilización previa. Debido a la liberación al torrente circulatorio de grandes cantidades de aminas y de la inoculación de histamina, la clínica es similar a una reacción anafiláctica con un mayor predominio de sintomatología gastrointestinal. El cuadro puede ser: cefalea, fiebre, espasmos musculares y convulsiones, vómitos, diarrea, edema y urticaria generalizada.

Si la reacción es intensa provoca depresión cardiaca, arritmias, hipotensión, shock, fallo renal y en casos extremos la muerte. Cuando son inmunológicas, provocan una reacción anafiláctica. Se produce en pacientes previamente sensi-

bilizados.(1)

Los SÍNTOMAS del shock anafiláctico empiezan por reacciones cutáneas como urticaria, hinchazón, piel cálida y piel enrojecida, seguido de síntomas respiratorios la obstrucción de la vía aérea como edema de glotis y broncoespasmo y derivando por último a un colapso vascular.

La evaluación del paciente se inicia con en el procedimiento del triaje:
- Se valora el ABC del paciente a la llegada del servicio.
- Limpieza y extracción de los aguijones con la técnica del raspado o pinza estéril.
- Desinfección local, y aplicación de corticoides tópicos.
- Manejo del dolor con analgésicos.
- Reacción de hipersensibilidad: antihistamínicos, corticoides, epinefrina.
-En cuanto a las medidas físicas, se recomienda la aplicación de frío local.(12)

Arácnidos:
En nuestro país no existen arañas cuyas picaduras sean graves o mortales.
La lesión se caracteriza por un hinchazón y enrojecimiento local. En ocasiones puede acompañarse de dolor.(8)

Tratamiento:
Local (prehospitalario):
- Lavado con agua y jabón y desinfección de la zona.
- Reposo del miembro afecto y aplicación de hielo local para disminuir la absorción del veneno.
- En casos extremos analgesia.(1)

Garrapatas:
Estos animales se adhieren fuertemente a la piel ó al cuero cabelludo, transmitiendo gérmenes de diferentes enfermedades. A mayor tiempo de permanencia mayor riesgo de enfermedad. Las manifestaciones clínicas son el prurito, edema y enrojecimiento, a los cuales se les pueden unir unos de tipo sistémicos de acuerdo a si transmitió alguna virosis (fiebre, artralgias, cefalea etc.).(13)

Las picaduras de las garrapatas son normalmente indoloras y en la mayoría pasan desapercibidas hasta que aparecen adheridas a la piel. Por esta razón las estrategias para evitar las picaduras de estos artrópodos son importantes,como el uso de ropas claras en las salidas al campo para ver al artrópodo antes de que se adhiera a la piel. Exponer la menor superficie corporal y administrar repelentes.(14)

La pauta a seguir seria:
- Aplicar aceite mineral, parafina o alcohol durante media hora en el sitio donde se encuentra la garrapata, para tratar de desprenderla.
- Nunca se debe tocar el animal con la mano, se deben utilizar una pinza fina y efectuar tracción suave. Es aconsejable que dicha pinza sea curva para que la parte convexa, se adhiera a la piel. Colocaremos las pinzas en paralelo a la piel para coger a la garrapata.
- Como norma, no pinchar en la piel ni dañar a la garrapata. Una vez esté bien cogida la garrapata con las pinzas traccionaremos lentamente y con firmeza sin girarlas.
- Se extirpara con bisturí si quedara parte de la cabeza clavada en la piel.
- Una vez eliminada, se frotará la zona afectada con agua y jabón.(12,15)

Lo que no se debe hacer es:
• Extraer y manipular la garrapata sin guantes
• Aplastar, punzar o presionar el cuerpo de la garrapata
• Aplicarle sustancias como gasolina, alcohol, aceite, lidocaína o vaselina.
• Aplicarle calor con un cigarrillo o una aguja caliente.
• Girar o retorcer el cuerpo de la garrapata durante su extracción.(14)

5 Discusión-Conclusión

Las mordeduras y picaduras presentan un importante problema de salud para los niños y adultos en todo el mundo. Las consecuencias dependerán de la especie animal y de su estado de salud, así como de la situación clínica del individuo y la capacidad de acceder a la atención sanitaria adecuada.

Dentro de la diversidad de especies que existen, podemos destacar en cuanto a su incidencia, las lesiones producidas por perros, gatos y serpientes, respectivamente. En este tipo de accidentes es necesario llevar a cabo un correcto proceso de atención de enfermería individualizado, para poder disminuir el riesgo de secuelas y proporcionar al paciente unos cuidados y una atención sanitaria de calidad.

Es importante una exhaustiva limpieza de la herida para evitar posibles infecciones y riesgos derivados.
Las mordeduras y picaduras inicialmente afectan a un tejido blando, pero si no se actúa de forma rápida e inmediata pueden llegar a causar la muerte, sobre todo

en personas que sufren reacciones alérgicas graves.

6 Bibliografía

1. Francisco Barcones Minguela. Mordeduras y picaduras en animales. [Internet] Córdoba [acceso 03 jul 2019]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/mordeduras_y_picaduras_de_animales.pdf
2. Pinós P, Garrido A, Gil I. Heridas producidas por mordeduras y picaduras de animales. Servicio de Urgencias. Hospital Clínico Universitario. [Internet]. [acceso 03 sep 2019]. Disponible en: http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Heridas%20producidas%20por%20mordeduras%20y%20picaduras%20de%20animales.pdf
3. Organización Mundial de la Salud. Mordeduras de animales. [Internet]. Feb 2013 [acceso 05 oct 2019]. Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs373/es/
4. Larissa Hirsch MD. Mordeduras y arañazos. KidsHealth from Neumours [Internet]. 2014 [acceso 12 Oct 2019]. Disponible en: http://kidshealth.org/es/parents/bites-esp.html
5. MedlinePlus. Cuidados personales en caso de mordeduras humanas. [Internet]. 2016 [acceso 12 Oct 2019]. Disponible en: https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000736.htm
6. Gómez C. Rodriguez MJ. Atención enfermera integral en el cuidado de las mordeduras. Ciber Revista SEEUE [Internet] 2012 [acceso 20 oct 2019]; III (27): 6. Disponible en: http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/septiembre2012/pagina6.html
7. Gómez JL. Curieses A. Mordeduras y Picaduras. Urgencias en Atención Primaria. 2003; LXIV(1461): 252-251.
8. Ministerio de Sanidad, servicios sociales e igualdad. Protocolo de Actuación ante mordeduras o agresiones de animales (tratamiento post-exposición). [Internet]. [acceso 12 nov 2019]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/sanidadExterior/zoonosis/protocolo_actuac_agresiones_rabia_nov-2012.pdf
9. Barbel C. Carramiñana I. Fernández S. Gómez M. Pérez A. Vigilancia frente a mordeduras o agresiones de animales. [Internet]. 2013. [acceso 12 nov 2019]. Disponible en: https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/enfermedades-infecciosas/protocolo-actuacion-frente-mordeduras-agresiones-animales.ficheros/347425-Protocolo%20mordeduras%20de%20animales_%202018.pdf

10. Velasco VH. Arellano MP. Salazar J. Rabia Humana. Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatria [Internet] Jun 2004 [acceso 16 nov 2019]; 43(2). Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-06752004000200008
11. Lorenzo MP, Hernández RM, Soria MI. Cuidados de enfermería en el accidente ofídico en España. ENE [Internet] 2012 [acceso 23 nov 2019];7 (1). Disponible en: http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/255/209
12. Piñeiro Pérez R, Carabaño Aguado I. Manejo práctico de las picaduras de insecto en Atención Primaria. Rev pediátr Aten Primaria [Interne] 2015 [acceso 25 nov 2019]; 17 (66). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322015000300019
13. Universidad tecnológica de Pereira. Picaduras y mordeduras. [Internet]. [acceso 13 dic 2019]. Disponible en: http://academia.utp.edu.co/soportevitalbasicoypa/files/2012/09/9-MORDEDURAS-Y-PICADURAS.pdf
14. Las Heras J, González J. Actitud ante la picadura de garrapata. 2011; 140:495-498.
15. Buforn A, Jiménez L, Tibos F, Leiva J. Situaciones de emergencia y emergencia en picaduras y mordeduras de animales. [Internet]. [Consultado 12 Oct 2016]. Disponible en: http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/picadura.pdf

Capítulo 347

OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO ADMINISTRADA MEDIANTE EL SISTEMA AIRVO 2 EN PEDIATRÍA.

CRISTINA ECHAPARE ZABALETA

ERIKA GOMEZ LARRAMBE

JOSÉ MANUEL MONFORTE ESPIAU

SONIA ISO GAYARRE

LAURA CASAS BAQUEDANO

1 Introducción

Las infecciones respiratorias agudas bajas, sobre todo en el caso de las-os niñas-os en edad lactante, tienen como principal causa el Virus Sincitial Respiratorio (VRS), este virus provoca un gran número de ingresos en las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP).

En estas situaciones la aplicación temprana y correcta de soporte ventilatorio no invasivo ha demostrado beneficios terapéuticos, acortando el tiempo de estancia hospitalaria, reduciendo el número de técnicas invasivas y disminuyendo la morbilidad y los costes asociados.

Este tratamiento ha demostrado disminuir los scores de gravedad de las-os niñas-os o adolescentes y se ha comprobado que posee beneficios como evitar el ingreso

en la UCIP o disminuir el tiempo de estancia en ella.

2 Objetivos

Los objetivos de este trabajo son conocer el aparato Airvo 2 y su manejo, y familiarizarse con él.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica entre noviembre de 2019 y febrero de 2020, basada en una búsqueda a través de bases de datos como Google Académico y PubMed.

Los criterios de inclusión de artículos que se han aplicado para la elaboración de este trabajo es que formen parte de revistas con cierto rigor científico, que estén escritos en castellano o inglés y que el acceso al contenido sea de carácter público y no de pago.

Las palabras clave o descriptores utilizados para la búsqueda fueron "terapia de alto flujo", "pediatría", "Airvo 2" y "VRS".

4 Resultados

La terapia de alto flujo consiste en aportar un flujo de aire (solo o mezclado con oxígeno) por encima del flujo máximo inspiratorio de la/del paciente, a través de una cánula nasal, con una temperatura y humedad adecuada (para evitar dañar la mucosa nasal). A diferencia de las cánulas nasales habituales, este sistema permite mezclar aire y oxígeno, aportando un flujo de estos gases a la inspiración espontánea del paciente.

La cánula nasal de alto flujo (CNAF) consiste en una naricera más rígida de lo habitual y cuya conexión distal va unida a un circuito ventilatorio específico, el que a su vez se conecta a un sistema de humectación y calefacción al cual se une la mezcla de oxígeno y aire. A estos equipos sólo debe conectarse un flujómetro con oxígeno, el aire es incorporado del ambiente. Luego se realiza la mezcla según la FiO2 que se requiera para alcanzar la saturación deseada. La CNAF será elegida dependiendo del peso del paciente, del tamaño de los orificios nasales (no se pueden taponar completamente) y del flujo que vayamos a utilizar.

Indicaciones
Se utiliza en casos de insuficiencia respiratoria, situación en la que el organismo es incapaz de mantener unos niveles de oxígeno y dióxido de carbono adecuados. El alto flujo correspondería al segundo escalón en la escala de tratamientos de la insuficiencia respiratoria, será el tratamiento de elección cuando las gafas nasales de bajo flujo no sean suficientes, y antes de la ventilación no invasiva y de la invasiva (casos agudos o urgentes).

Contraindicaciones
Pacientes con obstrucción nasal
Pacientes con traumatismos o cirugía nasofaríngea
Efectos secundarios
Rinorrea y erosiones nasales
Distensión abdominal. El uso de sonda nasogástrica u orogástrica en pacientes en edad lactante es necesario
Condensación u obstrucción de la cánula nasal cuando se emplean flujos no excesivamente altos
Barotrauma y neumotórax con flujos elevados o cánulas que ocluyen completamente los orificios nasales

Infecciones

Montaje Airvo 2
En primer lugar, colocaremos la cámara de agua.
Después conectaremos el sistema de la cámara a la bolsa de agua y comprobaremos el llenado de esta.
Conectaremos las tubuladuras y la interfase seleccionada.
Si necesitamos combinar la terapia con oxígeno conectaremos el aparato con una alargadera a la toma de oxígeno de pared.

Funcionamiento Airvo 2
- Lo conectaremos a la corriente y mantendremos el botón de encendido pulsado unos segundos hasta que comience a funcionar.
- Nos indicará la fecha de la última desinfección, si no está desinfectado debemos hacerlo antes de usarlo.
- Cuando comienza a calentarse aparecen los valores de la temperatura, el flujo de aire y la FiO2, los cuales parpadearán hasta que alcancen los valores deseados.

- Para poder pasar al modo Junior mantendremos el botón de modo pulsado durante cinco segundos.
- El flujo pautado se modifica desde el propio aparato, para ello primero mantendremos pulsadas las flechas que indican hacia arriba y hacia abajo para desbloquearlo y después con estas mismas teclas los iremos modificando.
- La temperatura es automática en el modo junior, en cambio en el modo de adulto podremos modificarla.
- La FiO2 la podemos modificar, pero no desde el propio aparato.
- Para que el Airvo 2 aporte oxígeno es necesario conectarlo a través de una alargadera a una toma.
- Será desde esta toma donde podremos introducirlo, para que el aparato lo mezcle con el aire, en la pantalla principal del Airvo 2 nos aparecerá la FiO2 que le estamos administrando al paciente.

Cuidados del Airvo 2
Después de cada uso o contacto del aparato con un paciente lo deberemos desinfectar, para ello montaremos el Airvo 2 conectando un extremo del tubo rojo dispuesto para tal fin a la salida donde se conecta la tubuladura y el otro extremo a la salida de la izquierda donde se conecta la cazoleta, el mismo tubo lleva un tapón para tapar la salida derecha. Lo conectamos a la red y lo encendemos, automáticamente se inicia un ciclo de calibración de dos minutos y después la desinfección, que dura 55 minutos.

Las CNAF se cambian semanalmente.
La tubuladura se cambia cada dos semanas.
El filtro por el que coge el aire se cambiará cada tres meses o mil horas de uso.

5 Discusión-Conclusión

El Airvo 2 nos permite dar una terapia respiratoria cómoda y fácil de tolerar por las-os niñas-os o adolescentes, ya que se adapta muy bien a las características de cada grupo etario. Con este método reduciremos el esfuerzo respiratorio del paciente proporcionando un porcentaje de oxígeno más preciso.

Su utilización favorece los cuidados centrados en el niño y su familia, se reduce el riesgo de traumatismo en las vías respiratorias y es sencillo alimentar al paciente mientras está en uso. Reduce la necesidad de ventilación mecánica no invasiva, tipo CPAP, de intubaciones, sedaciones, es fácil de configurar y manejar.

6 Bibliografía

- Salvatico E, Storaccio C, Ulloa A, Prado S, Diaz M. High flow oxygen therapy (HFOT) in pediatrics. An innovative experience. Revista universidad de córdoba. 2017; 30: 23-28.
- Fphcar (2019) Fisher and Paykel sistema airvo. Recuperado de https://www.fphcare.com/.
- Tejera J, Pujadas M, Alonso B, Pírez C. Aplicación de oxigenoterapia de alto flujo en niños con bronquiolitis e insuficiencia respiratoria en piso de internación. Primera experiencia a nivel nacional. Arch. Pediatr. Urug. 2013; 84.
- Wegmer A. High flow nasal cannula in children. 2017; 12(1); 5.
- Slideshare (2015) Tratamiento con cánulas nasales de alto flujo (CNAF) de la insuficiencia respiratoria aguda en adulto. Recuperado de https://es.slideshare.net/isabelmurciasaez/tratamiento-con-cnulas-nasales-de-alto-flujo cnaf-de-la-insuficiencia-respiratoria-aguda-en-adultos.

Capítulo 348

REVISIÓN SISTEMÁTICA: ASOCIACIÓN ENTRE ALCOHOLISMO Y TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS.

ELENA ALVAREZ VARELA

ISABEL ARAUJO RUBIERA

ANA MARTINEZ DELGADO

1 Introducción

Se denomina "patología dual" a la concurrencia en un mismo individuo de, por lo menos, un trastorno por consumo de sustancias y otro trastorno psiquiátrico.

Numerosos estudios llevados a cabo en población general refieren que la concurrencia de trastornos por consumo de sustancias y otros trastornos psiquiátricos es elevada, situándose entre el 15-80%, reflejando una fuerte asociación entre el consumo de sustancias y el desarrollo de determinadas patologías. Se trata de pacientes especialmente graves tanto desde la perspectiva clínica como social y constituyen un reto terapéutico.

Por tanto se realizará una revisión de toda la literatura referente al tema para así poder abordarlo desde una perspectiva global, dado que este tipo de pacientes requieren un abordaje integrado de su patología dual, en unidades especializadas, con un seguimiento intensivo y durante un tiempo más prolongado, de lo habitual. Además todo paciente alcohólico que presenta una patología psiquiátrica severa tiene un mayor riesgo de problemas psico-sociales, recaída y suicidio.

La OMS define el Síndrome de Dependencia del Alcohol (SDA) como un estado psíquico y habitualmente también físico, resultante de tomar alcohol, caracterizado por una conducta y otras respuestas que siempre incluyen compulsión por tomar alcohol de manera continua o periódica con objeto de experimentar efectos psíquicos y a veces para evitar las molestias producidas por su ausencia, pudiendo estar presente o no la tolerancia. Los sujetos presentan un amplio conjunto de síntomas y de signos que se muestran asociados, aunque no necesariamente todos están presentes en todos los pacientes ni en el mismo momento evolutivo. La CIE-10 define la dependencia del alcohol como el conjunto de manifestaciones fisiológicas, de conducta y cognitivas que se desarrollan tras el consumo repetido de la sustancia y que típicamente incluyen un fuerte deseo de consumir, dificultad de controlar el uso (se consume más durante más tiempo del deseado o existen intentos infructuosos de abandonar la sustancia), persistencia en el consumo a pesar de consecuencias negativas, reducción o abandono de actividades sociales, ocupacionales o recreativas para consumir o como consecuencia del consumo aumento de la tolerancia, aparición de síntomas de abstinencia o consumo para evitar los síntomas de abstinencia

- Según la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-IV, la dependencia del alcohol se define como un patrón desadaptativo de consumo de alcohol, que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, manifestado por tres (o más) de los siete criterios, que ocurren en algún momento, de un periodo continuado de 12 meses: a) Tolerancia definida por cualquiera de los siguientes ítems: b) Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de alcohol para conseguir la intoxicación o el efecto deseado. c) El efecto de las mismas cantidades de alcohol disminuye claramente con su consumo continuado. d) Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems: e) El síndrome de abstinencia característico para el alcohol. f) El alcohol es ingerido para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia. g) El alcohol es frecuentemente ingerido en cantidades mayores o durante un periodo más prolongado de lo que inicialmente se pretendía. h) Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de alcohol. i) Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención del alcohol, en el consumo de alcohol o en la recuperación de los efectos del mismo. j) Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de alcohol. k) Se continúa ingiriendo alcohol a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que son causados o exacerbados por el consumo del alcohol.

Los criterios diagnósticos para el abuso de alcohol, recogidos en el DSM-IV, lo definen como un patrón desadaptativo de consumo de alcohol que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, manifestado por uno (o más) de los ítems siguientes, durante un periodo de 12 meses: a) Consumo recurrente de alcohol, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa. b) Consumo recurrente del alcohol en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso. c) Problemas legales repetidos relacionados con el alcohol. d) Consumo continuado del alcohol, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos del alcohol.

Actualmente, está vigente la quinta edición, DSM-5, publicada el 18 de mayo de 2013 (American Psychiatric Association, 2013) y presenta una clasificación diferente para los problemas relacionados con el alcohol; se pierde la diferenciación entre trastorno por abuso de alcohol y trastorno por dependencia de alcohol, y se clasifican según trastorno por uso de alcohol leve, moderado o severo dependiendo del número de criterios que cumpla el paciente: a) Consumo recurrente de alcohol, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa. b) Consumo recurrente del alcohol en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso. c) Consumo continuado del alcohol, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos del alcohol. d) Tolerancia definida por cualquiera de los siguientes ítems: a. Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de alcohol para conseguir la intoxicación o el efecto deseado. b. El efecto de las mismas cantidades de alcohol disminuye claramente con su consumo continuado. e) Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems: a. Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de alcohol para conseguir la intoxicación o el efecto deseado. b. El alcohol es ingerido para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia. c. El alcohol es frecuentemente ingerido en cantidades mayores o durante un periodo más prolongado de lo que inicialmente se pretendía. d. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de alcohol. e. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención del alcohol, en el consumo de alcohol o en la recuperación de los efectos del mismo. f. Abandono o educción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de alcohol. g. Se continúa ingiriendo alcohol a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que son causados o exacerbados por el consumo del alcohol. Existe "craving", antojo o deseo intenso de consumir alcohol.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Determinar la prevalencia de comorbilidad de patología dual recogida en cada uno de los artículos analizados.

Objetivos específicos:
1. Identificar la sustancia más consumida en patología dual
2. Conocer el trastorno psiquiátrico más frecuente en patología dual
3. Determinar el sexo más prevalente dentro de la patología dual
4. Establecer la edad media de los pacientes con patología dual

3 Metodología

Tras una revisión exhaustiva de la literatura utilizando diferentes estrategias de búsqueda en PubMed, MEDLINE, CENTRAL, EMBASE y Asociación Española de Patología Dual, así como literaturas gris, se seleccionaron un total de 8 artículos, para su posterior estratificación y vinculación de sus conclusiones con la llamada "patología dual". Para seleccionar los niveles de evidencia de cada artículo se utilizó la escala según Sacket.

Criterios de selección de estudios para esta revisión:

Tipos de estudios:

Uno de los aspectos que distinguen una revisión sistemática de una revisión narrativa es la especificidad previa en la revisión de los criterios para la inclusión y exclusión de estudios

Los criterios de elegibilidad son una combinación de los aspectos de las preguntas clínicas además de la especificación de los tipos de diseño de estudio que han guiado estas preguntas. Se convierten inmediatamente en criterios de elegibilidad para la revisión (10).

CRITERIOS DE INCLUSION:
- Estudios clínicos sobre "patología dual" abordando el tema desde un punto de vista epidemiológico.
- Estudios referidos a humanos
- Estudios que utilizaron criterios DSM o CIE
- Estudios publicados en inglés o español

- Estudios, independientemente del año de publicación
- Estudios completos gratuitos

CRITERIOS DE EXCLUSION:
- Estudios que no pudieron conseguirse o traducirse para su análisis
- Textos de estudios que presentaron resultados que han sido modificados por investigaciones más recientes
- Estudios sobre intervenciones (este tipo de estudios, al igual que los anteriores ofrecían información insuficiente para nuestros objetivos ya que como su propio nombre indica se centran prácticamente en el tipo de intervención y desenlace)
- Estudios de un caso clínico (este tipo de estudios fueron desechados ya que la muestra no es representativa para nuestro estudio).

Tipos de participantes:

Los criterios para considerar los tipos de población incluidos en una revisión deberían ser suficientemente amplios para agrupar la probable diversidad de estudios, pero también suficientemente justos para asegurar que se puede obtener una respuesta significativa cuando los estudios sean considerados en conjunto.

Los tipos de población de interés fueron considerados en dos etapas:
1º) Enfermedades o condiciones de interés (se definieron utilizando criterios explícitos para establecer su presencia o ausencia): concurrencia en un mismo individuo de por lo menos, un trastorno por consumo de sustancias y otro trastorno psiquiátrico, independientemente de la edad o el sexo.
2º) Población y ámbito de interés:
- Pacientes con "patología dual"
- Ambos sexos
- Todas las edades
- Pacientes hospitalizados en Unidades de Psiquiatría
- Pacientes institucionalizados en Centros de Ayuda a la Drogodependencia así como en Unidades de Salud Mental.

Cualquier restricción con respecto a las características específicas de la población o el ámbito de interés debería basarse en un sólido razonamiento. Como las revisiones Cochrane son ampliamente reconocidas, se justificaría explicar en la revisión la exclusión de estudios basados en las características de la población.

Características de exclusión de estudios, basados en las características de la población:

1. Estudios que trataban exclusivamente la asociación de un trastorno psiquiátrico concreto asociado al alcoholismo (resulta más apropiado preparar una visión general de la revisiones; la búsqueda, la recogida de datos, el análisis y la redacción pueden requerir más recursos, existiendo el riesgo de "mezclar" manzanas con naranjas (herenogenicidad)).
2. Estudios centrados en instituciones distintas a nuestro ámbito de interés.
3. Estudios sobre patología dual en el contexto del consumo de drogas distintas al alcohol y que no incluían a éste.

Métodos de Búsqueda para la identificación de estudios:

Las revisiones sistemáticas requieren una búsqueda amplia, objetiva y reproducible de una gama de fuentes para identificar tantos estudios relacionados como sea posible (dentro del límite de recursos). Este es un factor clave para distinguir las revisiones sistemáticas de las revisiones narrativas tradicionales y evitar sesgos, y ayuda por lo tanto a obtener cálculos reales de efectos. Las limitaciones de tiempo le imponen al investigador un equilibrio entre la amplitud de la búsqueda y la eficiencia en el uso del tiempo y los recursos, y la mejor forma de lograr este balance es estar alerta, y tratar de minimizar los sesgos, como los sesgos de publicación y de lenguaje.

Para la realización de la presente revisión y así obtener toda la información relacionada con la asociación existente entre alcoholismo y patología psiquiátrica, desde un punto de vista epidemiológico y centrándonos en los objetivos anteriormente mencionados se realizaron búsquedas simultáneas en las bases de datos PubMed, MEDLINE , EMBASE-, -CENTRAL y Asociación Española de Patología Dual, de las cuales vamos a exponer una información básica a continuación:
- CENTRAL: el Registro Central Cochrane de Ensayos Controlados es la fuente más amplia de publicaciones de ensayos controlados. Central se publica como parte de la Biblioteca
- Cochrane y es actualizado trimestralmente. Muchos de los registros CENTRAL se ha identificado a través de búsquedas sistemáticas en MEDLINE y EMBASE.
- CENTRAL es gratis para todos los CRGs a través del acceso a la Biblioteca Cochrane.
- MEDLINE: actualmente contiene cerca de 16 millones de referencias a artículos de revistas desde 1950 en adelante. En la actualidad, están indexadas en MEDLINE 5.200 revistas en 37 idiomas.
- PubMed: permite el acceso a una versión libre de MEDLINE que también incluye citas actualizadas no indexadas aún en MEDLINE.

- Además incluye registros de revistas que no están indexadas en MEDLINE y registros considerados "fuera del ámbito" de revistas que están parcialmente indexadas en MEDLINE y PubMed.
-EMBASE: actualmente contiene cerca de 12 millones de registros desde 1974 en adelante.

Actualmente en EMBASE hay 4800 revistas indexadas en 30 idiomas.

Asociación española de Patología Dual: se trata de una sociedad científico-médica sin ánimo de lucro constituida en el año 2005 e integrada por más de 1.600 profesionales multidisciplinares que desarrollan su labor en el ámbito clínico, docente y/o investigadores de lo que hoy ya denominamos patología dual.

Su misión es ser líderes y referente en la formación, investigación y difusión de la Patología Dual.

El primer paso para la realización de una búsqueda eficiente fue elegir los descriptores más adecuados y que mejor describían nuestros objetivos y combinarlos con los diferentes operadores booleanos, creando así estrategias de búsqueda posibles para PubMed y adaptarlas a continuación al resto de buscadores utilizados. Con el fin de alcanzar nuestro primer objetivo y respondiendo a la cuestión acerca de si existe relación entre alcoholismo y trastornos afectivos la búsqueda incluyó los descriptores "dual pathology" AND alcoholism,"dual diagnosis" AND alcoholism, alcoholism AND "affective disorders" y "comorbidity alcoholism" AND "affective disorders".

4 Resultados

Descripción de los estudios:

De Medina, R. B.2007. Estudio comparativo de las características psicopatológicas y de las dimensiones de personalidad en los pacientes dependientes del alcohol, comparándolos con un grupo de pacientes no adictos y con un grupo de control sano para conocer así el perfil de la comorbilidad en los pacientes dependientes del alcohol. Todos los pacientes incluidos en el estudio fueron atendidos en la Unidad de Salud Mental de la Clínica de Medicina Psico-orgánica (Bilbao) entre 2003 y 2006 y dieron, el consentimiento informado para formar parte del estudio.

La muestra estuvo compuesta por 381 sujetos, distribuidos en 3 grupos: exper-

imental (N=158), control clínico (N=120) y grupo de control sano (N=103). Las medidas de evaluación utilizadas fueron una entrevista general, a través de entrevista individual semiestructurada para realizar el diagnóstico clínico según los criterios del DSMIV-TR y pruebas específicas, relacionadas con las dimensiones de la personalidad, tales como: SSS (Escala de Búsqueda de Sensaciones), STAI-R (Cuestionario de Ansiedad- Rasgo) y STAI-E (Cuestionario de Ansiedad-Estado), BDI (Inventario de Depresión de Beck), MCMI-II (Millón Clinical Multiaxial Inventory-II) cuyo objetivo es identificar trastornos de personalidad.

Los criterios psiquiátricos utilizados fueron DSM-IV-TR. Para el análisis de los resultados se han utilizado tablas de frecuencia y pruebas paramétricas y no paramétricas para muestras independientes. La comparación de variables cuantitativas se realizó mediante análisis de varianza. El análisis de resultados se obtuvo por medio del SPSS 13.0 para Windows.

Barea, et al.2008. Estudio transversal, observacional con componentes descriptivos y analíticos, en el que la muestra fuero 350 sujetos participantes en el estudio, que se obtuvieron por muestreo consecutivo entre los pacientes drogodependientes que acudían para recibir tratamiento en una Unidad de Conductas Adictivas y una Unidad de Desintoxicación Hospitalaria de la Comunidad Valenciana durante el año 2005.

La recogida de datos se realizó mediante entrevista clínica dirigida y el cuestionario IPDE (evaluación de trastornos de personalidad).
El análisis de datos se realizó mediante software SPSS para el análisis estadístico y para el análisis de las correlaciones se utilizaron la prueba de Pearson (correlaciones paramétricas) y Spearman (correlaciones no paramétricas).

Los resultados obtenidos, de acuerdo a nuestros objetivos fueron:
- La prevalencia de comorbilidad en la muestra fue de un 47,7%
- La media de edad fue de 34,07 años (DT = 1,25)
- Con respecto al sexo, el 76,6% eran hombres y un 23% eran mujeres
- Las sustancias más consumidas entre estos pacientes por orden de frecuencia fueron los opiáceos (74%), cocaína (14,5%) y alcohol (8%).
- Los trastornos psiquiátricos más frecuentes en la muestra eran el límite (17,4% diagnosticados y 12,3% con diagnóstico de trastorno probable), el antisocial (12,6% diagnóstico y 14,6% probable) y el paranoide (8% diagnosticados y 8,9% probable).

Bolotner, N. S.2011. Estudio descriptivo de los diagnósticos de trastornos mentales

y adictivos a partir de los datos de la historia clínica de 20 centros asistenciales de la Comunidad de Madrid (centros dependientes de la Agencia Antidroga de Madrid, del Instituto de Adicciones de Madrid, del instituto de Adicciones Madrid Salud o la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental).

Se valoraron las historias clínicas de 400 pacientes en tratamiento en Centros de Atención al Drogodependiente (CAD), Centros de Atención al Drogodependiente (CAID), Centros de Salud Mental (CSM) o servicios de psiquiatría de Hospitales de Madrid. Se incorporaron los datos de las últimas 20 historias clínicas de cada centro seleccionado desde una fecha establecida aleatoriamente igual para todos los centros. No hubo aleatorización de los centros participantes, se seleccionaron aquellos investigadores interesados en participar.

Se realizó un análisis descriptivo de la muestra con el cálculo de medias y desviación estándar para las variables cuantitativas y frecuencias absolutas y relativas para las variables cualitativas. Se compararon variables cualitativas entre pacientes duales y no duales mediante la prueba de la chi-cuadrado o la prueba exacta de Fisher cuando no era aplicable la primera. Los resultados, de acuerdo a nuestros objetivos fueron:

La prevalencia de patología dual recogida en la historia clínica fue de 136 sujetos (34% del total de la muestra). Estos se distribuían en 96 sujetos procedentes de la red de drogas (70.59% de los pacientes duales y 36.78% de los pacientes atendidos en los centros de drogas y 36.78% de los pacientes atendidos en los centros de drogas) y 40 de la red de salud mental (29.41% del total de duales y 28.78% de los pacientes atendidos en la red de salud mental).

La edad media del global de la muestra fue de 40 años La sustancia más consumida fue el alcohol con una prevalencia del 67.3%, seguida de la cocaína (37.3%) y opioides (32.8). Los trastornos mentales más prevalentes fueron los trastornos del humor (67.2%) y de personalidad (20%)

Gorbea, C. P.2012. Estudio naturalístico de carácter prospectivo en el Servicio de Salud Mental (SSM) de "Puente de Vallecas", Madrid. Se seleccionaron los 100 primeros pacientes que desde 1990 cumplieron los siguientes criterios: pacientes nuevos, derivados de Atención Primaria o del Hospital General de referencia, con trastorno psiquiátrico previamente diagnosticado según la clasificación CIE-10, con diagnóstico de "Consumo perjudicial" o "Síndrome de Dependencia" de Alcohol (CIE-10) incluidos en el Programa de Alcoholismo del SSM y con 20

Entrevista de Valoración de Alcoholismo efectuada. Esta población de 100 pacientes afectados de patología dual (PD) se comparó con una muestra control (MC) de 284 pacientes alcohólicos, de un estudio anterior, que no tenían patología psiquiátrica asociada. Para el análisis de datos se utilizó el programa informático estadístico G-Stat. Los resultados obtenidos, de acuerdo a nuestros objetivos fueron:

Con respecto al sexo, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las dos muestras, ya que el porcentaje de mujeres en la población PD fue mucho mayor en MC (47% frente a un 10,56%). La edad media de los pacientes fue de 40 años, aproximadamente. En la muestra, los trastornos psiquiátricos más frecuentes asociados al alcoholismo son los trastornos de personalidad (30%), trastornos adaptativos (24%), los trastornos depresivos
(22%) y de ansiedad (18%).

Alba, J. et al. 2013. Estudio descriptivo, retrospectivo, en el que se tomó como muestra a todos los pacientes que iniciaron tratamiento en los 3 dispositivos asistenciales del Área sanitaria de A Coruña durante un periodo de 3 meses (Oct-Dic/2010), estos dispositivos fueron la Unidad Asistencial de Drogodependencias (UAD), la Unidad de Ex alcohólicos (UAA) y la Unidad de Salud Mental (USM). N=412. Para la recogida de datos se elaboró un Cuaderno de recogida de datos con variables descriptivas del perfil de los pacientes de uso común en los protocolos clínicos de los centros, unificando criterios de intervención asistencial. El análisis estadístico de los datos se realizó con el SPSS versión 12.0 Los resultados obtenidos de acuerdo a nuestros objetivos fueron los siguientes:

La prevalencia de la Patología Dual según el dispositivo fue del 39,6% en la UAD, del 45,3% en la UAA y del 18,2% en la USM. La distribución por sexo fue similar en los 3 dispositivos, con una mayor frecuencia de hombres (81,2% en UAD, 79,1% en UAA y 76,8% en USM). La edad media de los pacientes fue similar en los dispositivos, en la UAD 32,88 años, en la UAA de 40,36 y en la USM de 39,4.

En cuanto al consumo de sustancias, varían según el dispositivo, con una prevalencia mayor en general en lo que respecta al consumo de alcohol (71,8% en UAD, 95,8% en UAA, 23,4% en USM). En lo que respecta al diagnóstico psiquiátrico en el eje I el más prevalente en los dispositivos fue el trastorno afectivo (65% UAD, 29%UAA, 46%USM) y trastorno de ansiedad (10%UAD, 33%UAA, 27%USM).

Sobre el diagnóstico psiquiátrico en el eje II, los diagnósticos de trastorno límite de personalidad (52%UAD, 19%UAA, 15%USM) y Antisocial fueron los más preva-

lentes (19% UAD, 33%UAA, 4%USM).

Espinoza Torres, M. P.2014. Estudio transversal observacional, en el que participaron 370 asistentes a grupos de alcohólicos anónimos (AA) y narcóticos anónimos (NA) de la ciudad de Quito en el periodo de 2013 a 2014. La recogida de datos se realizó mediante entrevista psiquiátrica, AUDIT (Test de identificación de Trastornos debido al Consumo de Alcohol), PHQ-9 (cuestionario para el diagnóstico de trastornos depresivos y su estratificación, basándose en los criterios diagnósticos DSM-IV-TR) y por último test MDQ (cuestionario que contiene una serie de preguntas derivadas de los criterios del DSM-IV y de la experiencia clínica, las cuales indagan si los pacientes han presentado episodios maníacos o hipomaníacos). Los resultados obtenidos fueron analizados estadísticamente en una base de datos del programa PASW Stadistics 18 Versión 18.0.0 En cuanto a los resultados obtenidos, de acuerdo a nuestros objetivos éstos fueron:

La prevalencia de comorbilidad en la muestra fue de un 72,5% En relación al género, no presentó una relación estadísticamente significativa con la presencia de patología dual. El análisis de la edad de los sujetos, utilizando la prueba de Kolmogorov-Smimov, indicó una significación bilateral 0,018 (<0,05), se encontró que ésta tenía una relación estadísticamente significativa con la presencia de patología dual, ya que este dato sugirió que en las personas más jóvenes se presenta con mayor frecuencia la concurrencia de un trastorno por consumo de sustancias y un trastorno de tipo afectivo.

La sustancia más consumida fue el alcohol, seguida por los cannabinoides, la cocaína, los hipnóticos y sedantes.
El 38% de los participantes presentaban una distimia o una depresión leve, el 25,8% de la muestra tuvo sintomatología compatible con un trastorno bipolar, un 18% tuvo depresión moderada y una depresión severa en el 16% de los casos.

Garcia.C.2014. Estudio descriptivo de los diagnósticos de trastornos mentales adictivos que aparecen con mayor frecuenta en el alcoholismo. La recogida de datos se realizó a medida que los pacientes acudían al programa utilizando los siguientes instrumentos de evaluación: MCMIII, entrevista Mini 5.0, SF-36, BMCA y ASRSv1.
La población de referencia fueron pacientes con problemas de alcohol y patología dual. La base muestral utilizada para seleccionar la muestra fue la población que acudía a solicitar ayuda por sus problemas con el alcohol durante los meses de

enero a abril de 2014 al CTAARCA de Cádiz. Los criterios diagnosticados fueron DSM-IV.

Las caraterísticas de la población se expresaron utilizando medidas descriptivas, la asociación entre variables se analizó mediante el uso de test de hipótesis paramétricos y no paramétricos según las características y distribución de estas variables. Para el análisis estadístico se utilizó el paquete estadístico (SPSS).
La prevalencia de comorbilidad psiquiátrica y consumo de alcohol fue de un 80.4%. Con respecto al sexo, el 76.5% eran hombres y un 23.5% mujeres. La edad media de la muestra fue de 47 años.

En relación al consumo el 100% de la muestra afirmó que realizaba un consumo de riesgo elevado (>28 UBEs/Semana en hombres y >1 UBEs/Semana en mujeres). Las patologías psiquiátricas más frecuentes fueron: Episodio Depresivo Mayor (EDM) (45.1%), EDM recidivante (43.1%) y EDM con síntomas melancólicos actual (17,6%).

Gorbea, C. P.2016. Estudio descriptivo epidemiológico mediante la consulta y análisis de documentos (Montero y León, 2005) de carácter retrospectivo, no aleatorio. Se analizaron 445 historias clínicas (HC) de pacientes que presentaron consumo de sustancias, abuso o dependencia, atendidos en consulta de psiquiátrica y psicología del CESM, se incluyeron las HC desde enero del 2011 a diciembre del 2013. Del total de HC se seleccionaron por un lado aquellos que presentaban algún consumo de sustancias no asociado a otro trastorno mental (sin patología dual diagnostica), y a aquellos pacientes que sí presentaron patología dual.

El primer grupo estuvo conformado por 227 HC de sujetos sin patología dual (SPD) y el segundo 218 HC de sujetos con patología dual. Se utilizaron criterios psiquiátricos CIE-10. La comparación entre los 2 grupos se realizó mediante la prueba de Chi-cuadrado para las variables categóricas y mediante la prueba t de Student para las variables cuantitativas. El análisis de datos se realizó mediante la utilización del software estadístico SPSS versión 20.0. Los resultados obtenidos, de acuerdo a nuestros objetivos fueron:

El 49,0% presentó diagnóstico comórbido o patología dual frente al 51% de la muestra que no lo presentó.
La edad promedio del grupo que presentó patología dual fue de 31,45 años. Con respecto a la distribución del sexo se encontraron diferencias estadísticamente

significativas con mayor presencia de mujeres en el grupo de patología dual. El tipo de sustancias más consumida en ambos grupos fue el alcohol (CPD-72,9% y SPD-79,3%), siendo la marihuana y el PBC las siguientes más consumidas (CPD-18,8% y SPD- 79,3%).

En el grupo CPD, se observó una prevalencia del 47,7% para los trastornos mentales orgánicos, incluidos los somáticos, un 9,6% para la esquizofrenia, trastorno esquizotípico y los trastornos delirantes frente al grupo SPD, en el que el 86,3% ha sido diagnosticado por un trastorno no mental y del comportamiento debido al consumo de sustancias y un 14,7% sin especificación clara al consumo de sustancias.

Carretero, M. Á. G. 2017. Estudio transversal, de tipo descriptivo sobre prevalencia de patología dual en una población de 102 pacientes que acuden a un centro ambulatorio de tratamiento y rehabilitación del alcoholismo. La recogida de datos se realizó a partir de la historia clínica de los pacientes, y como parte de la entrevista clínica se les pasó la MINI-5 (Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional, que evalúa una gran amplitud de trastornos mentales). Como instrumentos autoadministrados se emplearon el MCMI-III (Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III) y EMCA (Escala Multidimensional de Craving de alcohol), EIE (Escala de Impulsividad de Estado).

Para el análisis de datos se compararon variables cualitativas entre pacientes duales y no duales mediante la prueba chi-cuadrado o la prueba exacta de Fisher, y se analizaron diferencias en las variables cuantitativas mediante la prueba t de Student/ANOVA o equivalentes no paramétricos (Mann-Whitney/Kruskall-Wallis). La correlación entre variables cuantitativas se realiza mediante los Test de Pearson y Spearman. Para el tratamiento estadístico de los datos se utilizó el paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS).

La prevalencia de comorbilidad entre alcoholismo y trastornos psiquiátricos varió dependiendo del instrumento empleado oscila de un 45,1%, con el MCMI-III al 80,4%, con la MINI-5. Con la MINI-5, se obtuvo que un 76,9% de hombres y un 91,7% de mujeres presentaron PD. Los trastornos mentales más prevalentes para cada entidad clínica fueron: episodio depresivo mayor (56,1%), trastorno de ansiedad generalizada (48,8%) y trastorno distímico (36,6%).

El análisis de PD con MCMI-III detecta como trastornos mentales más prevalentes: trastorno de ansiedad (41,5%) y trastornos del pensamiento (17,1%). Con el

mismo instrumento, el análisis de las categorías más prevalentes según el eje II fueron: esquizoide y esquizotípico, antisocial y límite, y evitativo (todos con un 4,9%).

5 Discusión-Conclusión

Los términos utilizados para designar la comorbilidad entre un Trastorno por consumo de Sustancias y un Trastorno Mental han sido diversos, si bien el más ampliamente difundido es el de "Diagnóstico Dual". En un sentido estricto se refiere a la coexistencia de un Trastorno Mental y un Trastorno por Consumo de Sustancias, ambos primarios e independientes de su génesis. La interrelación entre psicopatología y abuso de sustancias es un problema que cada vez preocupa más a los profesionales que desarrollan su labor en Salud Mental.

De acuerdo, a nuestro objetivo principal, todos los estudios analizados ponen de manifiesto la elevada prevalencia de patología dual en los dispositivos asistenciales estudiados, coincidiendo con estudios sobre prevalencia de patología dual previos tales como el Estudio ECA ("Epidemiological Catchment Area") en el que se estudiaron 20.000 personas residentes en 5 grandes ciudades de EEUU de América, entre 1980 y 1985, encontrándose una prevalencia de patología dual del 36.6%, siendo los trastornos psiquiátricos más prevalentes los esquizofrénicos, antisociales, ansiosos y afectivos al igual ocurre en todos los estudios analizados anteriormente donde la patologías más prevalentes han sido éstas.

Sin embargo, antes de hablar de los resultados obtenidos con respecto a los trastornos más prevalentes es necesario comentar uno de los resultados obtenidos a partir del estudio de Gorbea, C.P.2016. y es que la mayoría de estudios de PD utilizan la entrevista MINI para detectar la patología comórbida, sin prestar atención a la posible presencia de trastornos de personalidad en los pacientes alcohólicos, pudiendo suceder como en los trastornos por uso de sustancias en los que está demostrado que el no considerarlos dificulta la eficacia de las intervenciones.

Por tanto, pese a que el cuestionario MCMI-III detecta menores casos de patología dual frente a la MINI, su utilidad puede residir en la capacidad para detectar trastornos de personalidad en su eje III a pesar de que no se han encontrado estudios de prevalencia de patología dual que usen este instrumento para detectar trastornos en el eje.

En relación al eje II las categoría de trastornos de personalidad encontradas difieren de otros estudios.

Las patologías psiquiátricas más prevalentes en los estudios como hemos dicho anteriormente han sido los trastornos afectivos, sobre todo de ansiedad como se pone de manifiesto en nuestros estudios, lo que coincide con otros estudios anteriores tales como el estudio N.C.S, o NESARC, llevados a cabo en EE.UU en la década de los 90. Sin embargo, en algunos de nuestros estudios fueron más prevalentes las patologías psiquiátricas del eje II, siendo las más prevalentes el trastorno límite en el estudio de Barea, et al.2008. y la esquizofrenia en el estudio de Gorbea, C.P.2012.

Con respecto a nuestro objetivo, acerca de la asociación entre sexo y patología dual los resultados obtenidos en los estudios analizados pone en evidencia la mayor representación de hombres que de mujeres; esta proporción, puede ser debida a que las mujeres tardan más y acuden en menor proporción que los hombres a los centros de tratamiento de adicciones, en este caso del alcohol, lo que puede estar motivado por las conductas evitativas que presentan como forma de huir del estigma social que las adicciones, aún a día de hoy, conllevan. Podría considerarse también como una posible hipótesis el rol social que a lo largo de los años se les ha asignado a las mujeres, que deben permanecer en el hogar por su condición de mujer, madre y ama de casa, lo que limita su asistencia a centros de tratamiento (Alonso, 2004), además de mayor resistencia a buscar ayuda terapéutica (Bravo,
Echeburúa y Aizpiri, 2008).

Sin embargo, las mujeres presentan tasas de prevalencia de patología dual cada vez más elevadas, si bien la paulatina igualación de las pautas de comportamiento entre ambos sexos está provocando un aumento del abuso y dependencia alcohólica así como la creciente aparición de trastornos psiquiátricos asociados a este consumo.

La edad media de los estudios analizados estuvo en un rango de 31.45-47 años, lo que sumado a que se presenta con una mayor prevalencia en el sexo masculino, y que los estudios analizados han sido llevados a cabo en instituciones sanitarias, de personas con diagnóstico comórbido y que han recibido tratamiento, el paciente dual presenta el perfil de un paciente varón, de mediana edad que ha recibido ayuda por su dependencia o trastorno por abuso de sustancias en algún momento de su vida.

Con respecto a la sustancia más consumida, en todos los estudios excepto el de Barea, et al.2008., la sustancia más consumida fue el alcohol seguida de la cocaína y la marihuana o el cannabis. En el estudio de Barea, et al., las sustancias más consumidas entre los pacientes resultaron ser los opiáceos en contraposición a los resultados esperados. Variaciones encontradas en estudios comparativos de grupos de pacientes con patología dual y sin patología dual, es decir estos últimos presentaban solamente uno de los dos diagnósticos, fueron:

- En el estudio de Carretero, M.A.G.2017. el sexo femenino dentro del grupo con patología dual fue más prevalente que en el grupo sin patología dual.
- En el estudio de Medina, R.B.2007. también se encontraron diferencias significativas en cuanto a sexo con mayor presencia de mujeres en el grupo con patología dual.
- Además en este mismo estudio el grupo de patología dual presentó una mayor prevalencia de trastornos orgánicos que el grupo sin patología dual.
- En relación a la edad, en el estudio de Garcia.C.2014. se puso de manifiesto una edad significativamente menor para el grupo con patología dual.
- En este mismo estudio encontramos otra diferencia importante en cuanto a grupos y es que en el grupo de patología dual existió un claro predominio de esquizofrenia en contraposición al grupo sin patología dual en el que constituyó un porcentaje mucho más bajo.

Por tanto, según los datos obtenidos podemos concluir hablando sobre la importancia de la comorbilidad en Psiquiatría, y en particular, del diagnóstico dual ya que es un tema de salud pública y por tanto debería ser objeto de gran atención por las administraciones públicas y por la población general, entre otras cosas porque su prevalencia crece y la complejidad de la patología y su pronóstico son altamente complejas. Tanto la asistencia como la ayuda que precisan las personas con Patología Dual ha de ser específica y no puede desdoblarse y atenderse cada trastorno en una red diferente, por profesionales diferentes y con tratamientos paralelos.

6 Bibliografía

1. Cruz, M. T., Bajo, M., Maragnoli, M. E., Tabakoff, B., Siggins, G. R., & Roberto, M. (2010). Type 7 adenylyl cyclase is involved in the ethanol and CRF sensitivity of GABAergic synapses in mouse central amygdala. Frontiers in neuroscience, 4.
2. Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., Judd, L. L., & Goodwin, F. K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other

drug abuse: results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study.Jama, 264(19), 2511- 2518.
3. Yoon, G., Kim, S. W., Thuras, P., Grant, J. E., & Westermeyer, J. (2006). Alcohol craving in outpatients with alcohol dependence: rate and clinical correlates. Journal of studies on alcohol, 67(5), 770-777.
4. Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., ... & Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. Archives of general psychiatry, 51(1), 8-19.
5. Arias, F., Szerman, N., Vega, P., Mesias, B., Basurte, I., Morant, C., ... & Babín, F. (2013). Estudio Madrid sobre prevalencia y características de los pacientes con patología dual en tratamiento en las redes de salud mental y de atención al drogodependiente. Adicciones, 25(2), 118-127.
6. Rodríguez-Jiménez, R., Aragüés, M., Jiménez-Arriero, M. A., Ponce, G., Muñoz, A., Bagney, A., ... & Palomo, T. (2008). Patología dual en pacientes psiquiátricos hospitalizados: prevalencia y características generales.Investigación clínica, 49(2), 195-206.
7. Bolotner, N. S., Horcajadas, F. A., Astudillo, P. V., Vich, F. B., Perez, B. M., Villamor, I. B., & Calvo, F. P. (2011). Estudio piloto sobre la prevalencia de patología dual en pacientes en tratamiento en la Comunidad de Madrid.Adicciones, 23(3), 249-255.
8. Espinoza Torres, M. P., Villagómez Calle, D. B., & Flores Rocha, H. A. (2014).Determinación de prevalencia de patología dual en miembros de alcohólicos anónimos y narcóticos anónimos mediante pruebas psicométricas en la ciudad de Quito. 2013–2014 (Master's thesis, Quito: UCE).
9. Larrañaga, J. L. (2006). Comorbilidad de trastornos mentales y adicciones. In-Ponencia presentada en el VII Congreso Nacional de (Vol. 10).
10. Iberoamericano, C. C. traductores. Manual Cochrane de Revisiones Sistemáticas de Intervenciones, versión 5.1. 0 [actualizada en marzo de 2011][Internet]. Barcelona: Centro Cochrane Iberoamericano; 2012. 36
11. Aliño, J. J. L. I., Miyar, M. V., & American Psychiatric Association. (2008).DSM-IV-TR:Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. American Psychiatric Pub.
12. Hasin, D., Liu, X., Nunes, E., McCloud, S., Samet, S., & Endicott, J. (2002). Effects of major depression on remission and relapse of substance dependence. Archives of General Psychiatry, 59(4), 375-380.
13. Zegarra-Valdivia, J. A., Chino, B. N., & Cazorla, E. (2016). Prevalencia de patología dual en el sur del Perú: estudio clínico-descriptivo. Interacciones. Revista

de Avances en Psicología, 2(1), 11-19.
14. Barea, J., Benito, A., Real, M., Mateu, C., Martín, E., López, N., & Haro, G. (2010). Estudio sobre aspectos etiológicos de la patología dual. Adicciones,22(1), 15-24.
15. De Medina, R. B., Echeburúa, E., & Aizpiri, J. (2007). Características psicopatológicas y dimensiones de personalidad en los pacientes dependientes del alcohol: un estudio comparativo. Adicciones, 19(4), 373-382.
16. Miquel, L., Roncero, C., López-Ortiz, C., & Casas, M. (2011). Diferencias de género epidemiológicas y diagnósticas según eje I en pacientes con Patología Dual. Adicciones, 23(2), 165-172.
17. Alba, J. V., Mahía, M. D. C. G., Ruibal, F. J. O., López, A. B., Machado, I. C., Pardal, M. L., & Lage, M. T. (2013). Análisis de patología dual en el área sanitaria de A Coruña. Revista gallega de psiquiatría y neurociencias, (12), 29-34.
18. Espinoza Torres, M. P., Villagómez Calle, D. B., & Flores Rocha, H. A. (2014).Determinación de prevalencia de patología dual en miembros de alcohólicos anónimos y narcóticos anónimos mediante pruebas psicométricas en la ciudad de Quito. 2013–2014 (Master's thesis, Quito: UCE).
19. Bolotner, N. S., Horcajadas, F. A., Astudillo, P. V., Vich, F. B., Perez, B. M., Villamor, I. B.,& Calvo, F. P. (2011). Estudio piloto sobre la prevalencia de patología dual en pacientes en tratamiento en la Comunidad de Madrid.Adicciones, 23(3), 249-255.
20. Carretero, M. Á. G. (2017). Perfil psicopatológico y prevalencia de patología dual de los pacientes con dependencia alcohólica en tratamiento ambulatorio.Actas Esp Psiquiatr, 45(1), 1-11.
21. Gorbea, C. P., & de Madrid, C. (2012). Trastornos psiquiátricos asociados a alcoholismo: seguimiento a 2 años de tratamiento. Actas Esp Psiquiatr, 40(3), 129-35.

Capítulo 349

USO DE INHALADORES: CUIDADOS ENFERMEROS.

SARA FERNÁNDEZ GONZÁLEZ

1 Introducción

Los fármacos inhalados son actualmente los medicamentos de elección para el control de las enfermedades obstructivas pulmonares. La terapia inhalada permite la acción farmacológica directa sobre el punto de acción, siendo necesarias dosis menores, favoreciendo un inicio de acción más rápido y disminuyendo los efectos adversos sistémicos . Todos los dispositivos de inhalación requieren de un período de aprendizaje por parte del paciente, y es frecuente el incorrecto uso de los mismos.

El buen uso de los inhaladores en patología respiratoria es un aspecto fundamental para garantizar un idóneo cumplimiento del tratamiento. La efectividad de la terapia está condicionada por la correcta utilización de los inhaladores, por lo que es imprescindible una apropiada instrucción para que los pacientes puedan beneficiarse. Las técnicas pueden variar dependiendo del dispositivo por lo que su manejo puede resultar complejo. Es fundamental que el personal de Enfermería esté preparado para enseñar el adecuado uso de los dispositivos de terapia inhalatoria.

En la actualidad estos dispositivos cuentan con diferentes tipos de agentes farmacológicos, dependiendo del inhalador (broncodilatadores, corticoides, mucolíticos, surfactante…). Dichos fármacos determinan el tamaño de las partículas farmacológicas y los mecanismos que implican cómo se depositan éstas en las vías aéreas; es necesario conocer esto para comprender la importancia de un correcto

uso de cualquier terapia inhalatoria. Podemos hablar de tres mecanismos por los cuales la medicación se deposita en las vías aéreas: la impactación inercial, que implica el depósito del fármaco en las primeras diez ramas o generaciones bronquiales, y se produce cuando el tamaño de la partícula es grande (6 a 20 μm) por lo que le permite actuar en dichas ramas a pesar del elevado y turbulento flujo de aire en ellas; la sedimentación (o caída gravitacional) que implica partículas de menor tamaño (1 a 6 μm) que permiten su depósito en las últimas cinco ramas o generaciones bronquiales, donde el flujo de aire es menor; y la difusión, que implica el paso de las partículas en el interior de los sacos alveolares, por lo que requieren de un tamaño aproximado de 1μm o menores. Un uso inadecuado de los dispositivos inhalatorios puede provocar que dichos mecanismos de depósito del fármaco contenido en los inhaladores no se lleven a cabo como deberían, impidiendo que el medicamento ejerza su efecto terapéutico en el lugar de acción.

Hay estudios que señalan que en torno al 24 al 89% de los pacientes realizan una técnica errónea del uso de inhaladores. Algunos de los factores de riesgo que provocan el uso inadecuado de estos fármacos son el nivel educativo de los pacientes, el tiempo de uso del inhalador, el tipo de inhalador, la utilización de varios inhaladores, las comorbilidades y las instrucciones de uso dadas a los pacientes por parte de los profesionales. El soporte y la educación continua por parte del profesional de Enfermería son esenciales en la enseñanza y en el seguimiento de las técnicas aprendidas. De un tiempo a esta parte se ha promocionado la formación de los profesionales de enfermería en los diferentes aspectos relacionados con la terapia inhalada, pero se sigue mostrando en los estudios recientes que el conocimiento de la materia continúa siendo insuficiente, dificultando una buena adherencia al tratamiento por parte de los pacientes, la cual es imprescindible para el control de la enfermedad.

2 Objetivos

1. Conocer la terapia inhalatoria y su manejo por parte de los profesionales de Enfermería.
2. Conocer la forma correcta de administración de cada tipo de inhalador.
3. Determinar cuales son los errores más frecuentes cometidos por los pacientes en la ejecución de la terapia inhalatoria.
4. Determinar la necesidad de formación sobre la materia en los profesionales de Enfermería.

3 Metodología

Se realizo una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos: Scielo, Cinahl, Cuiden, Pubmed Y Cochrane Library, complementando con búsquedas adicionales en Google Académico y revistas en versión digital, como Metas de Enfermería, Enfermería Docente e Investigación y Cuidados de Enfermería (ICUE). Se recuperaron una serie de documentos, entre los cuales se incluyen artículos originales, revisiones sistemáticas, estudios publicados y monografías. La búsqueda se realizó utilizando lenguaje controlado mediante el uso de descriptores específicos en Ciencias de la Salud consultados en DeCS y Mesh, y lenguaje natural. Se han seleccionado estudios en inglés y español, con un límite temporal de 10 años (desde 2006 hasta el año 2019).

4 Bibliografía

1. De las Salas Martínez Roxana P., Mendoza Ballesteros SP., Montenegro Hernández N., Hernández Cantillo MM., Saavedra Jiménez Andrea K., Díaz Agudelo D. Uso de inhaladores de dosis medida en pacientes adultos: Necesidad de educación dirigida por enfermería. Salud, Barranquilla [Internet]. Mayo de 2014 [Citado el 31 de Enero de 2020]; 30 (2): 158-169.
2. Represas-Carrera F. Cumplimiento del tratamiento por vía inhalatoria en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Enferm Universitaria, [Internet] 2014; 11(4):128-131.
3. Chanca Franco C., Moreno Ortega JA., Martín Rendón MC. Estudio sobre la correcta ejecución de la técnica de tratamiento inhalatoria en pacientes diagnosticados de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). Rev Paraninfo Digital [Internet], 2015; 22.
4. Moscoso Jara A., Entrenas Costa LM., Pérula de Torres LA., Aguado Taberné C. Conocimientos sobre la correcta utilización de inhaladores por parte de los médicos residentes de atención primaria e impacto de una intervención formativa.
5. Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica. Consenso SEPAR-ALAT sobre terapia inhalada. Arch Bronconeumol. 2013 [Internet]; 49 (Supl 1):2-14.
6. Batanero Rodríguez A., Arranz Alonso S., Pareja Rodríguez LM., Vaquero Lozano P., Enríquez Jiménez M., Álvarez López S. Enfermería y la adherencia al tratamiento en el asma. Rev Patol Respir. 2014; 17(3): 90-93. [Citado el 20 de Enero de 2020].

Capítulo 350

PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE CÓLON Y RECTO DE CASTILLA LA MANCHA.

SOFÍA DOMÍNGUEZ GUTIÉRREZ

MIRIAM DELGADO LOPEZ DE MOTA

NATALIA CALLEJAS FIGUEROA

1 Introducción

El cáncer colorrectal representa la segunda causa de muerte por cáncer en nuestro país y es el tumor maligno más frecuente, cuando se consideran de forma conjunta ambos sexos. En la Comunidad de Castilla la Mancha cada año se detectan más 3.600 nuevos casos. Este tipo de tumor puede desarrollarse durante meses sin producir molestias y a menudo, cuando éstas aparecen, la enfermedad ya está bastante avanzada.

Los programas de detección precoz permiten detectar la enfermedad en estadios iniciales, lo que hace que sea más fácil de tratar y aumenta las posibilidades de curación. En otros casos, se detectan lesiones que, si no se tratan, con el tiempo pueden convertirse en cáncer.

La implantación de este programa está basada en la evidencia de que se puede disminuir la mortalidad por cáncer colorrectal entre el 16-33%, además de poder prevenirlo al eliminar pólipos precancerosos. Se basa en una prueba (muy sencilla) que detecta pequeñas cantidades de sangre en las heces, que aparentemente

no son visibles. Los pólipos, los adenomas y el cáncer tienden a sangrar de forma intermitente. Es un programa de salud que se dirige a hombres y mujeres entre 50 y 69 años. Esta prueba es necesario realizarla cada 2 años.

2 Objetivos

Los objetivos principales de esta revisión bibliográfica son:
-Detectar de forma precoz lesiones y cáncer en sus fases iniciales.
-Reducción de la incidencia y la mortalidad mediante el diagnóstico de la enfermedad en las fases más precoces.
-Sensibilizar y concienciar a la población, a los profesionales de la salud y a las autoridades sanitarias de la importancia de los programas de prevención en el cáncer colorrectal.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo, hemos llevado a cabo una investigación basada en nuestra experiencia como profesionales en un servicio de Atención Primaria, además de una revisión bibliográfica sistemática sobre literatura científica existente en libros y artículos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Hemos utilizado palabras clave como “cribado”, “cáncer de colon”, “prevención” o “detección precoz”.

4 Resultados

El cáncer de Colon y recto es una enfermedad que se origina en la pared del intestino a partir de un pólipo intestinal que con el paso del tiempo puede aumentar de forma desordenada, pudiendo extenderse a otras partes del cuerpo en estadios avanzados. Este proceso puede tardar hasta 10 años en producirse. Esos pólipos pueden extirparse en sus fases iniciales de crecimiento, evitando así que evolucionen a cáncer.

Síntomas
El cáncer de colon y recto no suele causar ninguna molestia hasta que ya está muy avanzado. En sus fases iniciales, puede producir sangrado de forma intermitente, sin ocasionar molestias.

Algunos síntomas que se identifican como más frecuentes cuando hay cáncer colorrectal son:
• Cambios en el hábito intestinal, ya sea en forma de diarrea o bien de estreñimiento de varias semanas de duración.
• Emisión de sangre por el recto sin molestias anales, a veces coincidiendo con los cambios en el hábito intestinal mencionados.
En la mayoría de las ocasiones estos síntomas no serán debidos a un cáncer, pero para determinar la causa de los mismos su médico evaluará el historial personal y familiar, realizará un examen físico y podrá solicitar diferentes pruebas diagnósticas.

Test de cribado
Si pertenece al grupo de edad comprendido en el Programa de Detección Precoz de Cólon y Recto, contactarán a través de carta para invitarle a participar.
Se debe pedir cita en la consulta de Enfermería del Centro de Salud y allí le indicarán los pasos a seguir.
Antes de recoger la muestra, debe saber:
-No precisa ningún tipo de dieta antes de recoger la muestra.
-No realizar la prueba si presenta hemorroides sangrantes o menstruación hasta que no se hayan pasado 3 días seguidos sin pérdidas de sangre.
-Evitar que el líquido del tubo sea ingerido o contacte con los ojos o mucosas.
-Evitar la contaminación de las heces con orina.
-Recoger la muestra inmediatamente después de defecar.
En el Centro de Salud le proporcionarán un folleto explicativo sobre el procedimiento de recogida de heces para la determinación de sangre oculta y un hisopo estéril o escobillón.
Según los resultados puede precisar una colonoscopia.
En 92-93 de cada 100 pruebas realizadas el resultado es negativo (no se ha encontrado sangre en las heces). En ese caso, usted volverá a ser invitado a participar en este Programa en dos años (si aún está en el rango de edad del mismo, 50-69 años).

Si el test de sangre oculta en heces es positivo (se ha detectado determinada cantidad de sangre no visible en las heces) se procedería a realizar una exploración intestinal mediante una colonoscopia, procedimiento del que será informado en la consulta de su centro de salud y para el que será citado en su hospital.

5 Discusión-Conclusión

La incidencia del cáncer colorrectal presenta una clara tendencia ascendente en los últimos años. El progresivo envejecimiento de la población influye en esta tendencia. Por tanto, es necesario implantar estrategias que permitan diagnósticos en estadios más precoces, que mejoren la supervivencia y, a su vez, que produzcan un efecto estabilizador en la incidencia.

Otro elemento clave para la efectividad de un programa de cribado es el disponer de una buena organización que permita una óptima implantación y la más alta aceptabilidad por parte de la población diana. Es necesario disponer de una buena base de datos que incluya toda la población diana. La coordinación entre atención primaria, atención especializada y Salud Pública ha de permitir llegar con mensajes claros y congruentes a la población.

Es imprescindible garantizar la continuidad asistencial con el tratamiento de las lesiones detectadas y un seguimiento adecuado de los pacientes en función del potencial riesgo de transformación maligna de los adenomas. Es necesario establecer, desde el inicio, un plan de calidad para todo el proceso de cribado, con una definición clara y concisa de los objetivos, con protocolos consensuados y disponer de indicadores definidos que permitan evaluar la actividad e identificar tendencias.

Finalmente, es esencial dotar de continuidad a los programas mediante la aportación económica suficiente que permita una dotación de recursos materiales y humanos óptima.

6 Bibliografía

- https://sanidad.castillalamancha.es/ciudadanos/programas-deteccion-precoz/faqs/C%C3%A1ncer%20Colorrectal
- https://www.aecc.es/es/todo-sobre-cancer/tipos-cancer/cancer-colon/prevencion/deteccion-cancer-colon
- https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/prevecolon-prevencion-cancer-colon-recto
- https://www.osakidetza.euskadi.eus/programa-de-prevencion-del-cancer-colorrectal/ab84-oescacon/es/
- http://ico.gencat.cat/es/el-cancer/programes_de_deteccio_precoc/programa_de_deteccio_

precoc_ de_cancer_de_colon/

Capítulo 351

PACIENTE CON RETENCIÓN AGUDA DE ORINA.

NAZARET NAVAS CRESPO

ANA ROSA BLANCO SANCHEZ

TAMARA MARIA NAVAS CRESPO

1 Introducción

Se entiende por retención aguda de orina (RAO) la imposibilidad para efectuar la micción y por consiguiente el vaciamiento vesical normal. Produce un dolor suprapúbico intenso debido a la distensión vesical que se produce y una dificultad para el inicio de la micción, con goteo post-miccional, incontinencia por rebosamiento y polaquiuria cuando existe una obstrucción crónica.
La mayoría de los pacientes son varones mayores de 50 años, que presentan un transtorno obstructivo del tracto urinario inferior, bien sea a nivel prostático (prostatitis, adenocarcinoma…) o uretral (estenosis)
Presentamos caso clínico de varón de 68 años con cuadro de retención urinaria.

2 Objetivos

- Identificar cuadro de retención.
- Instaurar plan de cuidados y tratamiento farmacológico adecuado al caso.
- Mejorar el bienestar del paciente y prevenir posibles complicaciones.
- Aliviar los síntomas mediante el vaciamiento del contenido vesical de forma segura, manteniendo las medidas de asepsia.

3 Caso clínico

Varón de 68 años que acude a su centro de salud de referencia con cuadro de agitación, dolor intenso en hipogastrio, sudoroso y con imposibilidad para realizar la micción.

- Antecedentes: A tratamiento con IECAS por hipertensión arterial, alergia medicamentosa a la amoxicilina, resto sin interés.

- Exploración física: Paciente consciente, confuso, sudoroso y pálido.
Presenta dolor intenso a la palpación en el hipogastrio. Masa suprapúbica dolorosa, redondeada y móvil compatible con globo vesical.

Toma de constantes vitales: Afebril, ligeramente hipotenso.

-Exploración complementaria: Se realiza tira de orina presentado leucocituria y hematuria.

Conducta a seguir: Se procede a sondaje vesical con sonda vesical flexible tipo Foley número 16 utilizándose técnica estéril y sin complicaciones. Objetivándose RAO al drenar 400 cc de orina turbia y ligeramente hematúrica. Momento en el que se pinza sonda vesical para vaciado gradual del residuo, repitiéndose procedimiento hasta vaciado total. Alcanzando una diuresis total de 1050 cc.

Tras la realización de este procedimiento se objetiva mejoría del estado clínico y conductual del paciente. Se deriva a domicilio con recomendaciones para cuidados de catéter uretral hasta nueva revisión de su médico de atención primaria a los 2-3 días, quien valorará retirada del sondaje y derivación a servicio de urología para seguimiento.

4 Discusión-Conclusión

Considerar la RAO como una urgencia urológica que puede ocasionar un fallo renal irreversible si no se trata adecuadamente. Tendrá indicación de derivación al hospital si sepsis, sospecha de malignidad , imposibilidad de sondaje vesical o afectación importante del estado del estado general.

La sonda vesical se retirará en un plazo aproximado de 3 días, asociándose la medicación adecuada a cada caso, pero en principio , al no ser que haya evidencia

de infección no se precisará tratamiento antibiótico. El tratamiento de la RAO debe de ser integral, considerando la ansiedad generada ante un cuadro de rápida instauración.

5 Bibliografía

- Maldonado Ávila M, Sierra-Ramírez JA, Manzanilla-García HA, González-Valle JC, Rosas-Nava E, Labra-Salgado I. A prospective randomized study comparing the efficacy of tamsulosin, alfuzosin and placebo in the management of acute retentions secondary to benign prostatic hyperplasia. Urol J. 2012;187 Suppl 4S:e509-10
- PD Yoon, V Chalasani, HH Woo. Systematic review and meta-analysis on management of acute urinary retention. Prostate Cancer Prostatic Dis. 2015;18:297-302.

Capítulo 352

TRASTORNO DEL SUEÑO COMO PSICOPATOLOGÍA EN LA VEJEZ.

ISABEL GONZÁLEZ RUBÍN

ESTEFANÍA FERNÁNDEZ MENÉNDEZ

1 Introducción

El sueño es un estado fisiológico, activo y rítmico que aparece, de manera normal, cada 24 horas en alternancia con el otro estado de conciencia básico que es la vigilia. Se caracteriza por la aparición recurrente de un estado particular de la conciencia fácilmente reversible mediante la estimulación ligera, acompañado de una inactividad externa relativa, de un incremento del umbral de respuesta a los estímulos ambientales (si lo comparamos con el estado de vigilia) y de diferentes cambios fisiológicos que involucran la respiración, la temperatura, la función cardíaca, el tono muscular, la presión arterial, la regulación hormonal y los ritmos circadianos.
El sueño normal es cíclico y su duración es de entre 6 y 9 horas por día, con grandes variaciones en cuanto a las necesidades individuales.

2 Objetivos

- Conocer las distintas fases que se producen en un sueño normal de un sujeto adulto, su estructura cíclica o su desestructuración a fin de comprender la formación de síntomas neuróticos y psicóticos y poder así tratarlos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: pubmed, medline, y scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El sueño es generado en el sistema nervioso central y se establece a partir del segundo año de vida del individuo.
En el tronco cerebral, diencéfalo y prosencéfalo basal, existen centros cuya influencia es contrapuesta sobre el tálamo y la corteza cerebral; cuando predomina el sistema activador reticular el individuo está alerta, y cuando su influencia decae los sistemas inhibidores inducen el estado de sueño.

Existen unos relojes biológicos en el sistema nervioso central. Uno de ellos, situado en el hipotálamo, establece el ritmo sobre los otros relojes biológicos, situados caudalmente, y hace que el sueño NREM y el sueño REM duren un tiempo fijado. Intervienen en su regulación no sólo, y de modo fundamental, los impulsos retinianos, sino también otras influencias, como es el pH de la sangre o la glucemia. El núcleo supraquiasmático no es responsable en sí mismo del ritmo vigilia - sueño, pero sí forma parte de las redes neurales implicadas en el proceso, redes neurales sobre las que deben de actuar diversos sistemas para hacer que el proceso quede anulado por un tiempo, y al fin y al cabo retrasado.

El proceso del ciclo vigila-sueño está regulado por una red neuronal compleja en la que intervienen diversas zonas del sistema nervioso central, a base de activaciones y de inhibiciones, cuyo resultado es la vigila o el sueño.
La utilización conjunta del electroencefalograma (EEG), electromiograma (EMG) y electrooculograma (EOG) permite identificar claramente dos tipos de sueño: sueño de ondas lentas o sueño no REM y el sueño REM también llamado sueño paradójico.

En el sueño NREM o NMOR de los seres humanos se pueden distinguir tres fases o estadios, con patrones EEG definidos: fase I (fase de transición entre la vigilia y el sueño que representa un 2-5% del tiempo total del sueño y no suele durar mas

de 7 minutos), fase II (continuación de la fase I y representa aprox. La mitad del tiempo total del sueño) y fase δ-delta (comprende las fases III y IV y representa del 15 al 25 % del tiempo total del sueño) fase II y fase del sueño (delta), que comprende las fases III y IV

El sueño REM o MOR: que ocupa un 20-25% aproximadamente del tiempo total de sueño de un adulto. Durante esta fase se presentan de manera característica fenómenos vegetativos, tales como aumento del pulso, elevación de la tensión arterial, alteraciones respiratorias en forma de hipopneas y apneas y suspensión de los mecanismos de termorregulación.

En el adulto normal, la entrada en fase I va seguida del paso a fase II para posteriormente pasar a la fase δ; tras unos minutos de reaparición de la fase II aparece el primer período MOR, que suele ser de una duración no superior a 5 minutos. La alternancia entre NMOR y MOR es cíclica y se produce varias veces a lo largo del sueño, siendo la duración de los ciclos de 90 a 110 minutos. A lo largo de este estado varían las proporciones de sueño lento y de REM, predominando el sueño lento en la primera mitad para disminuir en la segunda hasta desaparecer, los períodos REM-MOR se hacen más largos e intensos en la segunda mitad del ciclo

La estructura cíclica y la distribución porcentual de las diferentes fases del sueño varían de manera notable con la edad, de modo que mientras en el recién nacido el tiempo total de sueño asciende a 16-17 horas con un porcentaje de fase REM cercano al 50% y ausencia de fase δ, tan sólo un año después, la duración de la fase REM ya ha disminuido hasta el 30% y se empieza a presentar de manera progresiva un patrón de sueño nocturno. El sueño o fase δ presenta su máxima duración y profundidad en la infancia, disminuyendo de modo paulatino con la edad a la vez que se incrementa la fase II. En la vejez, el sueño δ acaba por desaparecer y el sueño NREM o NMOR está constituido por fase II y frecuentes estados de vigilia, relacionado con el deterioro de la calidad del sueño.

El porcentaje de sueño MOR permanece constante a lo largo de la vida del adulto normal, encontrándose disminuido en los síndromes de insuficiencia cerebral de los ancianos. Los cambios en el sueño relacionados con la edad son característicos: en los adultos mayores se reduce la duración del sueño profundo, que corresponde a las fases 3 y 4 del sueño NREM; disminuye la eficiencia del sueño, que se define como el tiempo real de sueño en relación con el tiempo total que transcurre desde que la persona se acuesta hasta que se levanta; aumenta la frecuencia de despertares nocturnos; la latencia de sueño es mayor, es decir, tardan

más en quedarse dormidos; se quejan más de insomnio y tienden a dormir con más frecuencia durante el día.

La clasificación de los trastornos del sueño en tres subgrupos: primarios, secundarios y parasomnias dio paso a la clasificación propuesta por la American Sleep Disorders Association (ASDA) en 1979, en la que se incluían:
1. Trastornos del inicio y del mantenimiento del sueño. (disomnias y parasomnias)
2. Trastornos por somnolencia excesiva. (hipersomnia, narcolepsia)
3. Trastornos del ritmo sueño-vigilia.
4. Disfunciones asociadas al sueño, las fases del sueño o la vigilia parcial.

Causas de estos trastornos en adultos mayores pueden ser: trastornos psiquiátricos (depresión), patologías médicas (epilepsia, parkinson) drogas y medicamentos, la demencia en sus diversas formas y por último y no menos importante los elementos ambientales.

5 Discusión-Conclusión

Desde un punto de vista biológico, el dormir responde a una necesidad básica y periódica de restauración y reparación tanto orgánica y metabólica como mental, indispensable para poder mantener un ritmo de funcionamiento adecuado en el momento de la vigilia, así como un procesamiento fructífero por parte de la memoria de la información recogida y producida durante la actividad de dicha vigilia.

6 Bibliografía

- Alessi, C. (2008). Trastornos del sueño en adultos mayores. Medwave, 83.
- American Academy of Sleep Medicine (2014). International Classification of Sleep Disorders (Third Edition). Darien, IL: American Academy of Sleep Medicine.
- De la Serna, I. (2000). Manual de Psicogeriatría Clínica. Barcelona: Masson.
- Sánchez, M., Agüera, L., Martín, M., Azpiazu, P., Olivera, J. y Mateos, R. (2014). Guía Esencial de Psicogeriatría. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Uriarte, V. (2013). Funciones Cerebrales y Psicopatología. México, DF: Alfil.
- Velayos, J.L., Moleres, F. J., Irujo, A. M., Yllanes, D. y Paternain, B. (2007). Bases anatómicas del sueño. Anales del Sistema Sanitario de Navarra, 30 (1), 7-17.

Capítulo 353

COMO PREPARAR UNA CONSULTA CON UN PROFESIONAL DE LA SALUD.

IRANZU ZUDAIRE FERNANDEZ

PATRICIA GORDEJUELA SENOSIAIN

LEYRE DIEZ DE ULZURRUN SENOSIAIN

MIRIAM BASTERRA ROYO

1 Introducción

Una persona poco o mal informada no será dueña de sus decisiones: la información es la condición fundamental para el ejercicio de la autonomía personal.

¿Creemos que utilizamos el Sistema Sanitario de forma eficaz y adecuada?:

En numerosa bibliografía y en la práctica diaria está descrito que la relación médico-paciente-familia es el pilar fundamental donde se apoya la práctica de la medicina asistencial. El paciente necesita de visitas con los profesionales sanitarios que le ayuden a recuperar y mantener la salud. La preparación de la visita ayudará al paciente a definir que quiere saber, que quiere contar, como hacerlo y que preguntar.

Por el contrario, la falta de comunicación y las diferencias culturales originan una disminución de la capacidad diagnóstica, de la adherencia al tratamiento y de la satisfacción del médico, del paciente y de su familia, provocando desinformación, insatisfacción y ansiedad. Los derechos y deberes de los pacientes tienen una gran

relevancia en el marco de las relaciones clínico-asistenciales. Así se ha puesto de manifiesto desde hace tiempo normas significativas en la legislación tanto en el ámbito internacional como nacional.

Este aspecto ha sido desarrollado, entre otras, por la Ley General de Sanidad de 1986 y por la Ley Básica de Autonomía del Paciente 41/2002. Todas las actuaciones del sistema sanitario y sus profesionales están inspiradas por los principios de dignidad de la persona, de intimidad, de no discriminación y de respeto a la autonomía de la voluntad de los pacientes.

2 Objetivos

1. Informar, aconsejar y orientar a los pacientes y entorno sobre cómo preparar la consulta.
2. Incentivar la participación activa del paciente en el cuidado de su salud.
3. Asegurarnos que la comprensión de la información ha sido correcta.

3 Metodología

Se ha elaborado una guía tras búsqueda bibliográfica en bases de datos pubmed y medline, consenso entre equipo investigador y evaluación del grado de comprensión mediante la escala de dificultad de lectura INFLESZ.

4 Resultados

Una buena planificación y actuación antes, durante y después de la consulta, van a hacer que aproveche más la visita y obtenga beneficios que repercutirán directamente en su salud.

Siguiendo estas 3 fases de actuación hemos elaborado la Guía Para El Paciente Y Familia.

Antes de la consulta:

El paciente deberá:
- Confirmar lugar, fecha y hora y acudir acompañado si así lo desea.
- Elegir ropa cómoda que sea fácil de poner y quitar.
- Llevar una carpeta con:
- Informes sanitarios relevantes de otros centros si existen.

- Anotaciones relacionadas con: Síntomas; Alergias conocida; Listado actual de medicación, vitaminas, hierbas, suplementos dietéticos y otros tratamientos alternativos; Preguntas y/o dudas.

En La Sala De Espera:

La sala de espera es un buen momento para: Utilizar elementos de distracción: música, libros, pasatiempos…y puede aprovechar el tiempo de espera de la consulta para repasar junto a su acompañante sus anotaciones.

Durante La Consulta:

El paciente:
- Informará sobre cualquier cambio en su estado de salud. Es importante para poder determinar mejor cuál es el problema, hacer el diagnóstico y empezar el régimen de tratamiento.
- Escuchará atentamente lo que el profesional sanitario le expone.
- Tomará notas de todo aquello que le parezca relevante.
- No debe dudar en hacer cualquier pregunta asegurándose que entiende las respuestas.
- Repetirá y resumirá la información recibida y el plan de actuación.
- Deberá asegurarse de conocer la forma de contactar si le surge cualquier duda.
- Es importante que siga las indicaciones del profesional sanitario.
- Si el paciente no está de acuerdo con alguna instrucción o le surgen dudas, puede contactar con el Servicio de referencia.

5 Discusión-Conclusión

En las revisiones de la bibliografía hemos podido comprobar que existen numerosos artículos para ayudar al profesional a preparar la consulta. En lo referente al paciente, la bibliografía no es tan extensa, aunque cada vez se va introduciendo mas el modelo de EEUU (anotaciones, grabadoras…).

Según los datos del informe del consenso de Toronto la mitad de las quejas y de las preocupaciones de los pacientes no son detectadas, y pasan inadvertidos más del 50% de los problemas psicosociales. En la mitad de las entrevistas el paciente y el médico no están de acuerdo sobre la naturaleza del problema y se les interrumpe a los 18 segundos de su exposición. La elaboración de la guía permite

detectar debilidades y fortalezas en el desarrollo de la consultas detectando áreas de mejora.

Los pacientes deben ser educados para solicitar la información y expresar sus preferencias, y nosotros debemos reconocer la necesidad de adquirir una adecuada comunicación para atender mejor a los pacientes, difundir la información de manera sensible y responder a los pacientes firmemente.

6 Bibliografía

1. Anthony S. Fauci, Eugene Braunwald, Dennis L. Kasper, Stephen L. Hauser, Dan L. Longo, J. Larry Jameson, and Joseph Loscalzo, Eds. La práctica de la medicina clínica. Introducción a la medicina clínica . Harrison Medicina. 17ª edición The McGraw-Hill Companies. Capítulo 1.
2. http://www.foroaps.org/files/entrevis4.pdf
3. P. Pascual, S. Induráin. Cómo mejorar nuestras entrevistas clínicas. ANALES Navarra 2001; 24 (Supl. 2): 15-22.
4. Combarro Mato J, Viana Zulaica C, Bóveda Fontán J, García Moral MP. Averiguando lo que le sucede a los pacientes. (Dr. Watson). Cuadernos At. Primaria 2009 Vol 16: 225-227.
5. Simspson M, Buckman R, Stewart M, Maguire P, Lipkin M, Novack D et al. Doctor-patient communication: the report of the consensus of Toronto. Br Med J . 1991;303:1385-7
6. Aibar Remón C. La percepción del riesgo: del paciente informado al paciente consecuente. Disponible en http://www.eutanasia.ws/hemeroteca/m39.pdf
7. Consumerreports.org
8. American Cancer Society. Quimioterapia: una guía para pacientes y sus familias.
9. Asociación Española contra el Cáncer. Pamplona. (Acceso enero 2020). Disponible en www.aecc.es/SobreElCancer/bibliotecadedocumentos/Documents/Legislación%20nacional/Ley%20de%20Autonomia%20del%20paciente.pdfl
10. Kinnersley P, Edwards A, Hood K, Cadbury N, Ryan R, Prout H et al. Intervenciones anteriores a las consultas para ayudar a los pacientes a satisfacer sus necesidades de información. (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com

Capítulo 354

EL PUERPERIO: CUIDADOS DE ENFERMERÍA.

PATRICIA IGLESIAS CERRA

1 Introducción

El puerperio es un periodo de cambios rápidos tanto fisiológicos como psicosociales en el cual el organismo vuelve a su estado pregestacional. Estos cambios afectan al organismo de forma global y son de gran importancia debido a que pueden dar lugar a complicaciones en la mujer y su entorno. Por ello es importante detectarlos a tiempo siendo la enfermera, la profesional indicada.

2 Objetivos

- Conocer los aspectos más relevantes del Puerperio.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: pubmed, medline, y scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El embarazo conlleva un proceso de cambios importantes en la mujer no solo nivel fisiológico, psicológico, sino que también se modificaran el ambiente familiar y el entorno social. Los cambios biológicos que van desde una modificación del aspecto físico como puede ser un aumento de peso, los cambios en el color de la piel, las modificaciones en las mucosas genitales, o la hiperflexibidad en las articulaciones, junto con los cambios fisiológicos que se producen en el sistema cardiovascular, en el urinario, digestivo, respiratorio, de coagulación y en los órganos reproductivos, suelen estar predeterminados por un cambio en las hormonas sexuales.

Estas hormonas al aumentar su producción crean un desbalance inmunológico, lo que conlleva a que las mujeres embarazadas estén más susceptibles a padecer ciertas enfermedades. Los cambios psicológicos van a estar muy determinados por las condiciones en las que se desarrollen en la gestación, el parto y el puerperio.
Según el diccionario Mosby Pocket de medicina, enfermería y ciencias de la salud, el periodo puerperal está considerado como la etapa inmediata que sigue al parto y tiene una duración entre seis y ocho semanas, es lo popularmente conocido como cuarentena. Por lo que se define como:

‘’Periodo que sigue al parto, con una duración aproximada de seis semanas, durante las cuales remiten los cambios anatómicos y fisiológicos provocados por el embarazo, y la mujer se adapta a la responsabilidad nueva o ampliada de la maternidad y de la vida sin embarazo

1.Etapas del Puerperio:
El periodo puerperio se divide en tres etapas: puerperio inmediato, periodo intermedio (también llamado clínico o precoz) y periodo tardío. El puerperio inmediato abarca las primeras veinticuatro horas. Una vez dado a luz, a las dos horas siguientes, se procede a trasladar a la mujer a la unidad de obstetricia, donde se reúne con su familia. El objetivo durante la recuperación en la unidad de hospitalización será aumentar la autonomía de la mujer con la finalidad de ayudarla en su preparación para la vuelta al hogar, así que se realizarán actividades educativas relacionadas con la salud de la mujer y el hijo, los cuidados y la lactancia materna.

La siguiente etapa es la denominada como puerperio intermedio con duración

de unos diez días, y por último el puerperio tardío, que suele tener una duración de unos cuarenta días y termina con la primera menstruación. Estas dos últimas etapas del puerperio se realizan una vez en el hogar después de recibir el alta hospitalaria. Cambios anatómicos, fisiológicos y psicológicos. El puerperio es el periodo que transcurre desde el fin del parto hasta la recuperación de los órganos reproductores de la mujer, consta de una duración de entre seis y ocho semanas.

Es un periodo de cambios rápidos, tanto fisiológicos como psicosociales, en el cual el organismo vuelve a su estado pregestacional .Estos cambios consisten en un retroceso de las modificaciones a nivel anatómico y fisiológicas que se han dado en el embarazo y el parto. A continuación, se describirá de forma breve de los cambios a nivel local (cambios que afectan directamente a los órganos reproductores y a nivel general (cambios en sistemas orgánicos) que se producen en este periodo.

2. Cambios Locales y Generales.

• Cambios locales:

Involución uterina: una vez que se expulsa la placenta y el útero reduce su volumen, este se puede palpar por debajo del ombligo, el útero deberá descender hasta la posición de la pelvis, se irá reduciendo un cm al día, esta reducción se verá favorecida si la madre amamanta al niño. El útero volverá a su tamaño inicial aproximadamente a las seis semanas. La reducción del tamaño del útero lleva consigo de contracciones uterinas dolorosas denominadas entuertos que son más frecuentes en multíparas y durante la lactancia materna.

Existen elementos que pueden ayudar a esta recuperación uterina como son: la no existencia de complicaciones en el parto, la expulsión completa de la placenta y la lactancia materna. Así mismo podemos hablar de factores que retrasan la involución del útero como son: duración prolongada del parto o la expulsión incompleta de la placenta.

- Regeneración endometrial: se produce una división del endometrio, tiene lugar una necrosis de la capa superficial que se desprende con los loquios y la capa más profunda permanece intacta. Este proceso tiene lugar en el segundo o tercer día del postparto. La regeneración del endometrio tiene una evolución rápida tarda unas tres semanas al contrario que la capa profunda del endometrio. Teniendo esta última un periodo de regeneración de unas seis semanas.
- Los loquios: en la fase puerperal, durante los dos o tres días después del parto, tiene lugar secreciones de contenido hemático, decidua, restos epiteliales. Los loquios durante los primeros cuatro días el exudado será rojo dado que está for-

mado por contenido hemático, decidua, y trofoblastos. Posteriormente hacia el décimo día se vuelve de color rosado (debido a su contenido en hematíes, material necrótico, leucocito, etc.).
- Peso del útero: presenta una involución rápida. En el momento del parto puede pesar un 1000gr pasando a tener un peso en la sexta semana de unos 100gr.
- Cuello uterino: la involución del cuello tiene lugar después de la primera semana. En los primeros días permanece permeable, esto tiene como objetivo facilitar el paso de los loquios. En las mujeres multípara el cuello uterino tiene la particularidad de presentar un alargamiento transversal por lo que pierde el aspecto puntiforme.
- Vagina: recupera su posición inicial, ésta experimentará un retraso en el caso de que la madre decida amamantar a su hijo, debido al nivel bajo de estrógenos. En las relaciones sexuales, pueden provocar molestias por la falta de lubricación vaginal, pero volverá a la normalidad una vez que se tiene la primera menstruación.
- Musculatura Pélvica y Abdominal: debido a la sobre-distensión sufrida durante el parto, el abdomen permanecerá flácido y blando durante algún tiempo. Puede dar lugar a desgarros musculares, hematomas perineales, etc. Si la distensión ha sido importante se pueden apreciar en los músculos rectos una separación (se aprecia mediante la palpación). Si se realiza ejercicio el tiempo de recuperación se verá disminuido.

• Cambios a nivel general:
Constantes vitales:
• En el periodo postparto existe una tendencia a presentar bradicardia transitoria que tiene una duración de 48 horas
• No existe variaciones significativas en cuanto a la tensión arterial en el caso de no padecer patologías previas.
• En el caso de la temperatura, puede presentar un aumento de la misma a causa de la fatiga muscular y la reabsorción de sustancias. Existen diversas circunstancias que pueden dar lugar a un aumento de la temperatura (por debajo de 38ºC): aparición en las dos horas siguientes al parto el llamado escalofrío fisiológico, febrícula a las 24 horas posteriores al parto, la subida de la leche y la constipación puerperal (la ampolla rectal sufre una dilatación lo que lleva consigo que los loquios, puedan ser retenido pudiendo dar lugar a microembolias hacia el torrente sanguíneo).

Sistema cardiovascular: se produce una rápida normalización de todos los cambios experimentados durante el embarazo. Cabe destacar que el volumen circu-

lante de sangre durante el embarazo se ve aumentado en un 35%, dando lugar en el postparto de una disminución gradual hasta alcanzar niveles normales.
- Aparato urinario: debido al trabajo de parto, el tono vesical se ve disminuido. Lo que lleva añadido una disminución del reflejo miccional y un aumento de la capacidad vesical que puede provocar una distensión unida a una incontinencia por rebosamiento y/o un vaciamiento incompleto de la vejiga. A nivel renal podemos indicar que la velocidad de filtración glomerular esta aumentada en la primera semana del periodo de postparto pudiendo llegar a 3000ml diarios en los primeros días.
- Aparato digestivo: como consecuencia de la rápida involución uterina, da lugar a una distensión de intestinal favoreciendo la aparición de estreñimiento y espasmos cólicos por excitación del sistema parasimpático y la presencia de hemorroides.
- Pérdida de peso: considerable pérdida de peso debido a la expulsión de feto y placenta, del líquido amniótico, pérdida hemática, se produce una importante transpiración y diuresis durante la primera semana y la involución uterina antes mencionada.
- Cambios hematológicos: como consecuencia de la pérdida sanguínea, los niveles de hematocrito descienden (nivel de un 35%), así como los niveles del recuento de hematíes y hemoglobina (cifra media de 12 g/dl). Tras el parto las mujeres debido a las perdidas sanguíneas y la reabsorción de líquidos a nivel intersticial pueden presentar anemia por dilución en los primeros días del postparto. Es interesante que las enfermeras conozcan los cambios que se están produciendo para detectar precozmente posibles complicaciones.

3.Complicaciones del Puerperio:
En el puerperio se pueden presentar una serie de complicaciones que pueden hacer peligrar la salud de la madre como son: hemorragia puerperal, los trastornos infecciosos y embolismo del líquido amniótico. Otras complicaciones menos frecuentes son la tromboflebitis, la trombosis pulmonar, la incontinencia urinaria y la psicosis puerperal.

La hemorragia puerperal es una de las más frecuentes, peligrosas y que produce más muertes. Se diferencian dos tipos: la hemorragia temprana y la tardía. La primera, es la más frecuente, se presenta en las primeras veinticuatro horas del parto y la hemorragia tardía transcurrida las veinticuatro horas hasta seis semanas después. Las causas de ésta son variadas: rotura uterina, inversión uterina, atonía uterina, desgarro del canal blando del parto, retención de tejidos placen-

tarios, derivada de la coagulopatía materna.

La infección puerperal es otra de las complicaciones más frecuentes en obstetricia, requiere un diagnóstico seguro y rápido, así como un tratamiento antibiótico y algunas ocasiones quirúrgico. La fiebre puerperal dura dos días y se produce entre el segundo y décimo día tras el parto, y debe ser igual o superior a 38℃. Se diagnostica la infección por presencia de fiebre, dolores en el útero cuando se realiza la exploración, loquios malolientes y leucocitosis.
La embolia del líquido amniótico es una de las principales causas de mortalidad materna periparto en el mundo . Es una enfermedad no prevenible ni previsible, que aparece bruscamente. Su fisiopatología no se encuentra hoy en día debidamente aclarada y carece de tratamiento específico, éste se limita a la reanimación en los casos más graves.

4.Cuidados de enfermería en el puerperio inmediato.
Es el periodo comprendido en las primeras 24 horas después del parto, en este periodo pueden surgir la mayor parte de las complicaciones relacionadas con la atonía uterina y la hemorragia. se realizarán una serie de actuaciones que tienen como objetivo:
• Observar signos de involución.
• Favorecer la curación y evitar las complicaciones
• Satisfacer las necesidades básicas de la mujer.
• Facilitar el descanso y el reposo.
• Estimular la micción entre las cinco o seis horas siguientes del parto.
• Ayudar a la mujer en la fase de la adaptación.
• Identificar los factores de riesgo puerperal.
• Fomentar el contacto madre- hijo desde el primer momento.

La enfermera deberá realizar una valoración que se llevará en intervalos de quince minutos durante la primera hora después del parto, cada treinta minutos durante la segunda hora y cada cuatro horas hasta las 24 horas.
Esta valoración incluirá:
• Factores de riesgo puerperal como son el tipo de parto, retención placentaria, patologías previas y debutantes en el embarazo.
• Vigilancia del estado del útero mediante la palpación y el nivel del fondo uterino en relación con el ombligo.
• Cantidad de perdida hemática.
• Constantes vitales.
• Color de la piel y de las mucosas.

• Estado del periné, presencia de edema o hematoma.
• Control de la vejiga urinaria.
• Estado inicial de las mamas.
• Necesidad de ingesta con relación a las horas desde la última ingesta y el tipo de parto.
• Facilitar el reposo y el sueño.
• Interacción materno filial tan pronto como sea posible.

5.Cuidados de enfermería en el puerperio clínico o precoz.
Comprende el tiempo que transcurre desde la finalización del periodo inmediato hasta el alta hospitalaria.
Durante este tiempo la enfermera prestará los cuidados diarios y proporcionará la información necesaria para que la paciente sea capaz de realizar autocuidados y ser capaz de adaptarse a su nueva situación.
Los cuidados que se realizarán en este periodo serán las siguientes:
• Toma de constantes vitales.
• Valoración de extremidades inferiores con el objetivo de detectar signo de una complicación tromboembólica.
• Seguimiento de la evolución del proceso de involución mediante la palpación del fondo uterino y consistencia del útero.
• Observar el aspecto y cantidad de loquios.
• Exploración de mamas para determinar la existencia de dolor, calor, enrojecimiento, firmeza, secreción láctea y posible presencia de grietas.
• Evaluar el aspecto del perineo, la cicatrización de la episiotomía, presencia de edemas, rubor, secreción.
Es necesario recomendar a la paciente:
• Ducharse diariamente y llevar a cabo una limpieza en la zona genital y perineal como mínimo dos veces al día con agua y jabón de delante hacia atrás y el uso de antiséptico durante el lavado.
• Las compresas tocológicas se deberán ir cambiando con frecuencia, si las compresas estuvieran totalmente empapadas en una hora o si el flujo aumenta después de haber disminuido, se deberá contar las compresas para detectar una posible hemorragia puerperal.
• Con los paseos, la ingesta de líquidos y con la dieta se ayudará al tránsito intestinal, pero sí de manera espontánea no hubiera deposición se dejará constancia de ello en la historia clínica, para decidir si se le suministra un laxante o se le aplica un edema.

Los padres recibirán educación para afrontar la vuelta a casa después del alta hospitalaria: cambios en los loquios que se pueden producir, necesidad de reposo, aspectos emocionales del puerperio, relaciones sexuales y anticoncepción, cuidados mamarios y perianales.
Signos de riesgo que deberán comunicar en caso de aparición:
• Loquios fétidos (posible endometriosis).
• Loquios abundantes (posible atonía uterina, retención de restos placentarios o desgarro vaginal o cervical).
• Loquios rojos después del tercer día del postparto porque puede sugerir hemorragia puerperal tardía.
• Presencia de coágulos: posibilidad de hemorragia o presencia de restos placentarios.

5 Discusión-Conclusión

El puerperio es un periodo de cambios fisiológicos y psicosociales, por lo tanto, los enfermeros y enfermeras deben tener conocimientos de estos cambios para satisfacer las necesidades de la madre y para detectar precozmente posibles complicaciones.

La maternidad conlleva un proceso de cambios importantes en la mujer no solo nivel fisiológico, psicológico, sino que también se modificaran el ambiente familiar y el entorno social. Por ello, la educación es fundamental durante todo el proceso del embarazo y postparto. Si no se trata el embarazo y el puerperio adecuadamente puede haber consecuencias para la madre, hijo y pareja.

6 Bibliografía

- Mimón Rahal I., Pérez Lafuente E., Ros Navarret R., López Cócera VC. Cuidados de enfermería durante el puerperio. Enfermería Integral 2011, (93): 31-33. Disponible en Internet: http://www.enfervalencia.org/ei/93/ENF-INTEG-93.pdf
- De Nobrega-Correa H., Perozo-Romero J., Reyna-Villasmil E., Torres-Cepeda D., Sabatini-Saéz I. Embolia de líquido amniótico. Prog Obstet Ginecol. 2011, 54(8): 420-422
- Pedrero-Palacios C., García-González S., Rosado S. Cuidados de la matrona/enfermera en la hemorragia postparto. Documentos Enfermería, 2012, XV(47)

- Bezares B., Sanz O., Jiménez I. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. Anales Sis San Navarra 2009, 32(1).
- De Nobrega-Correa H., Perozo-Romero J., Reyna-Villasmil E., Torres-Cepeda D., Sabatini-Saéz I. Embolia de líquido amniótico. Prog Obstet Ginecol. 2011, 54(8): 420-422
- Frade J., Pinto C., Carneiro M. Ser padre y ser madre en la actualidad: repensar los cuidados de enfermería en el puerperio. Matronas profesión. 2013, 14(2): 45-51. Disponible en Internet: http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/16873/173/ser-padre-y-ser-madre-en-la-actualidad-repensar-los-cuidados-de-enfermeria-en-el-puerperio

Capítulo 355

PICADURA DE GARRAPATA EN VARÓN DE 60 AÑOS

TAMARA MARIA NAVAS CRESPO

NAZARET NAVAS CRESPO

ANA ROSA BLANCO SANCHEZ

1 Introducción

Las garrapatas son arácnidos de la subclase de los ácaros, artrópodos hematófagos obligados de vertebrados durante todo su ciclo vital, son el vector transmisor de infecciones en el ser humano. Parasitan diferentes especies de mamíferos, aves y reptiles. A esta capacidad parasitaria se une la propiedad de ser huéspedes intermediarios de diferentes procesos bacterianos, víricos y protozoarios.

El insecto perfora la piel del huésped, se fija mediante púas, arpón u boquilla llamada hipostomay secreta una sustancia cementante que la adhiere firmemente. Los gérmenes colonizan el aparato salival y divertículos intestinales de la garrapata, por lo que al intentar extraerla se corre el riesgo que regurgite secreciones, lo que aumenta la posibilidad de infección, aunque la mayoría de las picaduras de garrapatas son inofensivas.

Las garrapatas son frecuentes en hábitat de maleza, bosque o pradera, relacionándose la transmisión a los seres humanos con la visita o residencia en zonas boscosas o rurales.

A continuación presentamos caso clínico sobre picadura de garrapata en un varón de 60 años.

2 Objetivos

- Promover el bienestar del paciente.
- Realizar una correcta extracción de la garrapata.
- Disminuir riesgo de infección.
- Evitar complicaciones agudas y tardías.
- Proporcionar calidad en los cuidados de enfermería.
- Educar sobre medidas preventivas de picaduras de garrapatas.

3 Caso clínico

Varón de 60 años que consulta por haberse encontrado nueva lesión cutánea oscura en antebrazo izquierdo, indolora, no pruriginosa. Tras inspección observamos que se trata de una garrapata. Se aprecia artrópodo de unos 3 mm adherido a piel, con discreto halo eritematoso alrededor.
No presenta signos de infección.
Refiere que ha estado trabajando en el campo los días previos.
No alergias medicamentosas conocidas ni enfermedades de interés.
Correcta vacunación antitetánica.
Estable hemodinamicamente, afebril.

- Se informó al paciente sobre la técnica a realizar, extracción de la garrapata y se procede a ello.
- La extracción de la garrapata se debe realizar con pinzas finas, con borde liso (sin dientes), introduciendo la pinza entre la cabeza y la piel. Posteriormente se aplica una tracción constante y firme de forma perpendicular a la piel hasta que se extraiga el artrópodo.
- Tras la extracción se aplica un desinfectante local (povidona yodada). Se explica al paciente que vigile la zona por si apareciesen signos de infección o de permanencia de restos de la garrapata y de ser así o aparecer fiebre acuda inmediatamente a la consulta.
- Se da educación para la salud sobre prevención de picadura de garrapatas indicándole:

1. Se aconseja llevar ropas claras en las salidas al campo que permiten la identificación del artrópodo antes de que se ancle a la piel.
2. En las actividades al aire libre se debe exponer la menor superficie corporal al artrópodo (pantalones dentro de los calcetines, camisa dentro de los pantalones, camisa de manga larga y gorro).

3. Administración de repelentes. El repelente ideal debe: ser efectivo frente a diversos artrópodos, no irritante en la piel tras su administración tópica o en los tejidos, inodoro o de olor agradable, perdurable tras los lavados y económico. Frente a las garrapatas, uno de los más efectivos es la permetrina, es insecticida y repelente, y presenta una absorción cutánea mínima.
4. Desparasitación de los animales de compañía para evitar la presencia de garrapatas en el hogar y/o casas de campo.
5. Se deben controlar las poblaciones de roedores, eliminar la hojarasca y cuidar las zonas boscosas alrededor de las viviendas; con el fin de disminuir las poblaciones de garrapatas.
6. Con independencia de los mecanismos de protección empleados, se considera imprescindible realizar una inspección cuidadosa de las ropas, piel y cuero cabelludo, tras las salidas al campo en busca de garrapatas.

4 Discusión-Conclusión

La medida profiláctica más eficaz para la prevención de las enfermedades transmitidas por garrapatas consiste en evitar la picadura de las mismas. Las actividades ocupacionales y recreativas (paseo por el campo, senderismo, caza, pesca, acampada, etc) suponen el principal riesgo para contraerlas. Es conveniente señalar las áreas de mayor riesgo y realizar campañas publicitarias en las que se advierta de la probabilidad de ser picado por garrapatas y explicar medidas de protección personal como las citadas anteriormente.

5 Bibliografía

1. Ubero Pascal N. Sesión Teórico- Práctica 7. Los Artrópodos (II): Quelicerados y Miriápodos. Diversidad Animal, Curso 2009.
2. Vázquez P, Guerrero MM. Mordeduras y picaduras. An Pediatr Contin. 2008;6(2):76-84.
3. Pastrana J, Blasco R, Erce R, Pinillos MA. Picaduras y mordeduras de animales. An Sist Sanit Navar. 2003;26(1):225-241.

Capítulo 356

VACUNACIÓN EN PEDIATRÍA.

MARTA VALDÉS GARCÍA

1 Introducción

Son productos biológicos compuestos por microorganismos muertos o atenuados, que se administran a personas sanas para protegerlos de enfermedades. Estimulan el sistema inmunitario desarrollando anticuerpos que ayudarán a combatir la enfermedad cuando el individuo tenga contacto con el microorganismo que produce la infección.

2 Objetivos

Conocer las vacunas incluidas actualmente en la calendario vacunal en España, su forma de administración, contraindicaciones y conservación de las mismas.

3 Metodología

Revisión bibliográfica en base de datos Scholar Google y Páginas Web de organizaciones expertas en la materia. Palabras clave: Vacunas, pediatría. Criterios inclusión: Publicaciones en inglés o castellano en los últimos 5 años.

4 Resultados

El Comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría, ha actualizado sus recomendaciones de vacunación en la infancia y la adolescencia en el 2020. El calendario vacunal ayuda a conocer en qué momento se recomienda

administrar cada vacuna. La mayoría de las vacunas incluidas en el calendario vacunas son financiadas por el estado, aunque también se incluyen otras vacunas no financiadas igual de importantes por lo que se recomienda su administración.

Calendario de vacunas de la asociación española de pediatría 2020:
- Vacuna antihepatitis B (HB): Se administrarán tres dosis, en forma de vacuna hexavalente, a los 2, 4 y 11 meses de edad.
- Vacuna frente a la difteria, el tétanos y la tosferina (DTPa/Tdpa): Primovacunación con 2 dosis, a los 2 y 4 meses y refuerzo a los 11 meses (3ª dosis) con DTPa (vacuna hexavalente). A los 6 años (4ª dosis) con el preparado de carga estándar (DTPa-VPI), preferible al de baja carga antigénica de difteria y tosferina (Tdpa-VPI), y a los 12-14 años (5ª dosis) con Tdpa.
- Vacuna antipoliomielítica inactivada (VPI): primovacunación con 2 dosis, a los 2 y 4 meses, y refuerzos a los 11 meses (con hexavalentes) y a los 6 años (con DTPa-VPI o Tdpa-VPI).
- Vacuna conjugada frente al Haemophilus influenzae tipo b (Hib): Primovacunación a los 2 y 4 meses y refuerzo a los 11 meses con hexavalentes.
- Vacuna conjugada frente al neumococo (VNC): Tres dosis: las 2 primeras a los 2 y 4 meses, con un refuerzo a partir de los 11 meses de edad. La vacuna recomendada en nuestro país, por el CAV-AEP, sigue siendo la VNC13.
- Vacuna frente al rotavirus (RV): Dos o tres dosis de vacuna frente al rotavirus: a los 2 y 3-4 meses con la vacuna monovalente o a los 2, 3 y 4 meses o 2, 4 y 5-6 meses con la pentavalente. La pauta ha de iniciarse entre las 6 y las 12 semanas de vida (es muy importante para minimizar riesgos) y debe completarse antes de las 24 semanas en la monovalente y de las 32 en la pentavalente. El intervalo mínimo entre dosis es de 4 semanas.
- Vacuna frente al meningococo B (MenB): Tres dosis: si se inicia a los 3 meses de edad, 2 dosis separadas por 2 meses y un refuerzo a partir de los 12 meses, con 6 meses de separación de la última de primoinmunización. Si se iniciara a los 2 meses serían precisas 4 dosis. Se recomienda una separación de 15 días con las otras vacunas inactivadas inyectables, hasta los 12 meses, para minimizar su posible reactogenicidad. No es necesaria la separación de 15 días con las vacunas MenACWY, de la varicela, triple vírica y del rotavirus.
- Vacuna conjugada frente al meningococo C (MenC) y vacuna frente a los meningococos ACWY (MenACWY): Una dosis de vacuna conjugada MenC a los 4 meses de edad. A los 12 meses y a los 12-14 años se recomienda una dosis de la vacuna MenACWY, aconsejándose un rescate progresivo hasta los 18 años de edad. En el caso de que los padres decidan no administrar MenACWY a los 12 meses, deberá aplicarse la MenC financiada por la comunidad. También se sigue

recomendando especialmente MenACWY para niños y adolescentes que vayan a residir en países en los que la vacuna se indique a esa edad (EE. UU., Canadá, Argentina, Reino Unido, Austria, Grecia, Holanda, Italia y Suiza) y para los que tengan factores de riesgo de EMI. Los viajeros a La Meca por razones religiosas y al llamado cinturón de la meningitis africano durante la estación seca deben recibir también MenACWY.

- Vacuna frente al sarampión, la rubeola y la parotiditis (SRP): Dos dosis de vacuna sarampión, rubeola y parotiditis (triple vírica). La 1ª a los 12 meses y la 2ª a los 3-4 años de edad. La 2ª dosis se podría aplicar en forma de vacuna tetravírica (SRPV). En pacientes susceptibles fuera de las edades anteriores, vacunación con 2 dosis de SRP con un intervalo de, al menos, un mes.
- Vacuna frente a la varicela (Var): Dos dosis: la 1ª a los 15 meses (también es aceptable a los 12 meses de edad) y la 2ª a los 3-4 años de edad. La 2.ª dosis se podría aplicar en forma de vacuna tetravírica (SRPV). En pacientes susceptibles fuera de las edades anteriores, vacunación con 2 dosis de vacuna monocomponente con un intervalo de, al menos, un mes.
- Vacuna frente al virus del papiloma humano (VPH): Vacunación sistemática universal frente al VPH, tanto de chicas como de chicos, a los 12 años, para prevenir los cánceres relacionados con este virus. Las 3 vacunas están autorizadas en varones, aunque con VPH2 es aún escasa la experiencia en ellos. Administrar 2 dosis a los 12 años. Pautas de vacunación según el preparado vacunal: para la vacuna tetravalente, pauta de 2 dosis (0 y 6 meses) entre 9 y 13 años, y pauta de 3 dosis (0, 2 y 6 meses) en ≥14 años; la bivalente y la nonavalente con pauta de 2 dosis (0 y 6 meses) entre 9 y 14 años y pauta de 3 dosis [0, 1-2 (según preparado vacunal) y 6 meses] para ≥15 años.

Clasificación de las vacunas:

Las vacunas combinadas son aquellas que contienen más de un antígeno de uno o de varios microorganismos y se administran conjuntamente en la misma inyección.:

- Vacunas combinadas de antígenos del mismo microorganismo (polivalentes): Poliomielitis oral o inyectable, Rotavirus, VPH, Neumococo y Meningococo.
- Vacunas combinadas de antígenos de distintos microorganismos: Triple Vírica, DTPa, pentavalente (DTPa – VPI- Hib) y hexavalente (DTPa – VPI- Hib – HB)

Compatibilidad entre vacunas:

En general, las vacunas pueden administrarse simultáneamente en el mismo acto

vacunal. Para ello, hay que tener en cuenta que deben inyectarse en lugares anatómicos separados por lo menos 2.5cm, utilizando siempre jeringas y agujas distintas para cada vacuna.

Como excepción, las vacunas atenuadas deben administrarse con una separación de al menos 4 semanas entre ellas.

Administración de vacunas:

Para cada vacuna se recomienda la vía de administración más adecuada en función de su composición e inmunogenicidad, con el fin de garantizar su eficacia y disminuir la posibilidad de reacciones adversas:
- Vacunas con adyuvantes: Se recomienda la administración por vía intramuscular profunda para evitar la formación de granulomas. Las zonas más adecuadas son el vasto externo en menores de 12 meses y el deltoides en mayores de 3 años o en lactantes de 1-2 años dependiendo de la masa muscular. Se debe introducir con un ángulo de 90º. No es necesario realizar una aspiración previa a la inyección y no se debe realizar un masaje posterior sobre la zona.
- Vacunas vivas: Se recomienda la administración por vía subcutánea en un ángulo de 45º. La zona de elección es la región tricipital, pinzando un pliegue cutáneo con los dedos.
- Vacuna BCG: Se debe administrar por vía intradérmica, introduciendo el preparado en el espacio dérmico en un ángulo de 15º con el bisel orientado hacia arriba.
- Vacunas orales: Se debe administrar inmediatamente tras sacarla del frigorífico. Si se escupe o se vomita inmediatamente tras su administración se debe repetir la dosis.

Contraindicaciones de las vacunas:

Contraindicaciones absolutas:
- Reacción anafiláctica a una dosis previa de la vacuna o a algún componente de la misma.
- La aparición de encefalopatía de etiología desconocida a los 7 días siguiente de administrar una vacuna con componente frente a la tosferina contraindica la administración de vacunas que contengan dicho componente.

Contraindicaciones relativas:
- Embarazo: Contraindicada la administración de vacunas atenuadas víricas o

bacterianas.
- Inmunodepresión: Contraindicadas las vacunas atenuadas.
- Enfermedad moderada o grave: Contraindicada la administración de cualquier vacuna excepto en situaciones de riesgo epidémico muy elevado.
- Edad de administración: Se desaconseja la administración de TPV y hepatitis A en menores de 12 meses, la gripe en menores de 6 meses y los componentes de carga antigénica estándar de difteria y tosferina solo se pueden administrar hasta los 7 años de edad.

Conservación de las vacunas:

Es fundamental el mantenimiento de la cadena de frío en el proceso de transporte, conservación, manipulación y almacenamiento. Se deben mantener a una temperatura de conservación entre +2ºC y +8ºC, almacenando las vacunas más sensibles al calor en la zona más fría.

5 Discusión-Conclusión

Las vacunas han sido el mayor avance sanitario para la humanidad. No sólo proporcionan una protección al individuo. Su efecto protector puede extenderse a personas no vacunadas, originando inmunidad de grupo o de rebaño.

6 Bibliografía

- Comité Asesor de Vacunas (CAV-AEP). Manual de Vacunas en línea de la AEP [Internet]. Madrid: AEP; 2019. [consultado el 03/02/2020]. Disponible en: http://vacunasaep.org/documentos/manual/manual-de-vacunas
- Álvarez García, F. Características generales de las vacunas. Bases inmunológicas. Inmunidad colectiva y de grupo. Composición, clasificación, conservación, manipulación, seguridad, contraindicaciones, vías de administración, intervalos de separación. Pediatr Integral. 2015; XIX (10): 666-674.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [Internet] Madrid; 2019 [consultado el 03 de febrero de 2019]. Calendario de Vacunación. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es

Capítulo 357

SÍNDROME DE PARSONAGE-TURNER UNA PATOLOGÍA INFRECUENTE Y POCO CONOCIDA EN EL HOMBRO DOLOROSO

BIBIANA PARAJE FERNÁNDEZ

MANUEL NICOLÁS PRIETO FEMENÍA

1 Introducción

El hombro doloroso es una de las patologías más frecuentes en centros de Atención Primaria y urgencias hospitalarias y tiene diversos factores que pueden originarlo. Es importante conocer que existen otras causas mucho menos frecuentes y que no deben pasar desapercibidas a la hora de iniciar la valoración de estos pacientes.

2 Objetivos

Establecer un correcto diagnóstico evitará la iatrogenia sobre el paciente. Realizar una adecuada anamnesis y examen clínico nos puede orientar al diagnóstico más preciso y descartar otras patologías. Muchos diagnósticos infrecuentes, como en este caso, el Síndrome de Parsonage-Turner (también conocido como neuritis braquial aguda), lleva a un diagnóstico erróneo probablemente por falta de conocimiento de los mismos.

3 Caso clínico

Presentamos el caso de un Hombre de 34 años de edad que acude a urgencias hospitalarias por intenso dolor de hombro y con limitación funcional importante de Miembro Superior Dcho, tratado con antiinflamatorios y rehabilitación sin mejoría clínica. No traumatismo previo ni antecedentes personales de interés, presentó hace una semana un cuadro gripal, con fiebre y escalofríos, molestias de garganta, malestar general, dolores musculares. En la exploración física se observa una asimetría de la musculatura con adelgazamiento de la musculatura infraespinoso y supraespino del lado derecho.

Por esta razón se solicitó una RMN con signos de tendinosis leve. Se realiza RX de hombro que es normal y Analítica completa con prueba de anticuerpos antinucleares, normal. Posteriormente se realiza una EMG para descartar lesión del nervio, que describe signos de un proceso de degeneración axonal importante, con signos de denervación activa de las fibras nerviosas incorporadas al músculo infraespinoso y supraespinoso rama del nervio supraescapular.

La EMG realizada a los 6 meses tras el tratamiento sintomático del dolor y la rehabilitación con electroestimulación de los músculos supraespinoso e infraespinoso, mostró un patrón normal de ganancia de fibras y reinervación muscular.

4 Discusión-Conclusión

El Síndrome de Parsonage-Turner (también conocido como neuritis braquial aguda), es una causa muy infrecuente de hombro doloroso y poco conocida. La presentación característica se basa en un dolor intenso, agudo y autolimitado, bien localizado en el hombro. La etiología, sigue siendo desconocida. En algunos casos se atribuye a procesos infecciosos (víricos y bacterianos), intervenciones quirúrgicas, isoinmunización y mecanismos autoinmunes. En nuestro caso la paciente había tenido un cuadro catarral febril en la semana previa. En conclusión, es una clínica a tener en cuenta en el diagnóstico diferencial de hombro doloroso. Por tanto, realizar una correcta anamnesis y exploración física nos ayudará a un diagnóstico más preciso, y el conocimiento de este cuadro clínico evitará la iatrogenia en el paciente. Un buen examen clínico hubiera evitado llegar a la atrofia importante de este músculo.

5 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 358

GESTIÓN DEL DUELO POR MUERTE PERINATAL ENTRE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA.

LAURA MARTÍNEZ MARTÍNEZ

1 Introducción

La pérdida perinatal es dolorosa y angustiante provocando muchas veces la aparición de síntomas somáticos, alteraciones en la conducta y sentimientos de culpa en la familia. El duelo implica un proceso dinámico que tiene una relación directa con los cuidados que les ofrece el equipo de salud.

2 Objetivos

- Capacitar a los profesionales de enfermería creando estrategias de apoyo y distintas pautas de actuación con el fin de lograr un mayor afrontamiento de la situación por parte de los familiares.
- Conocer las distintas etapas del duelo.
- Diferenciar entre duelo patológico y fisiológico.

3 Metodología

Se presenta una revisión bibliográfica donde se han utilizado varias bases de datos: PubMed y la Biblioteca Cochrane Plus, y, buscadores científicos como: SearchMédica.com, Scirus y Scientific Web Plus con los siguientes términos de búsqueda: duelo neonatal, duelo perinatal, neonatal loss, perinatal loss.

Se seleccionaron aquellos documentos que informasen sobre los objetivos marcados.

4 Resultados

La comunicación con los familiares junto con el apoyo emocional son las herramientas básicas en el trabajo de los profesionales de enfermería. Algunas de las actuaciones a llevar a cabo son las siguientes: escuchar de forma empática, apoyarles en sus decisiones, darles tiempo, no culpabilizarles, aconsejarles pero nunca obligarles, ayudarles a tomar decisiones, ayudarles a tener recuerdos de su bebé, cuidar la terminología.

Aunque existe una gran variabilidad en la forma de afrontar la pérdida de unas personas a otras, se pueden identificar una serie de fases comunes: evitación, confrontación y restablecimiento. Los factores psicológicos, sociales o fisiológicos van a condicionar la respuesta en el duelo llevando a reacciones normales como dificultades de atención, comprensión o memoria, ira, frustración, enfado, aumento de la morbilidad.. frente a otras, que se consideran patológicas como desesperanza, aislamiento, vergüenza o desvalorización.

5 Discusión-Conclusión

Un mal manejo en el proceso de duelo por parte de los profesionales de enfermería puede agravar la situación de los familiares causando alteraciones negativas en ellos, por eso es importante saber identificar situaciones de riesgo así como proporcionar a los familiares las habilidades necesarias para afontar este proceso.

6 Bibliografía

-Guidelines for health care professionals supporting families experiencing a perinatal loss. (2001). Paediatrics & Child Health, 6(7), 469–477.
-Oviedo S., Urdaneta E., Parra FM., Marquina M.. (2009 Septiembre-Octubre). Duelo materno por muerte perinatal.
Revista mexicana de Pediatría, 76 (5), 215-219.
-Guidelines for health care professionals supporting families experiencing a perinatal loss. Canadian Pediatric Society Statement. Paediatr Child Health. 2001;6:469-77.

-Cecil, R. Memories of pregnancy loss: recollections of elderly women in Northern Ireland. En Cecil R (ed): The anthropology of pregnancy loss. Oxford: Berg, 1996; 179-196.

Capítulo 359

HIPERGLUCEMIA EN NIÑO CON DIABETES MELLITUS TIPO I.

ANA ROSA BLANCO SANCHEZ

TAMARA MARIA NAVAS CRESPO

NAZARET NAVAS CRESPO

1 Introducción

Hiperglucemia: Se produce cuando los niveles de glucosa en sangre están elevados, superando ampliamente los objetivos de control establecidos (más de 120 mg/dl antes de las comidas y 180 mg/dl después).
Las causas más frecuentes son : Déficit de insulina, aumento de ingesta de carbohidratos en la dieta y vida sedentaria.
Presentamos caso clínico de niño de 8 años diagnosticado de diabetes mellitus (DM) tipo I con síntomas de hiperglucemia.

2 Objetivos

- Instruir al paciente y familiares en el manejo de los valores glucémicos.
- Ofrecer recomendaciones dietéticas y aprendizaje del recuento de raciones para el correcto mantenimiento de valores glucémicos.
- Prevenir posibles complicaciones.

3 Caso clínico

Niño de 8 años recientemente diagnosticado de DM tipo I, que acude al servicio de urgencias de su centro de salud con cuadro de visión borrosa y cefalea. Refiere tener más sed de lo habitual y ganas frecuentes de orinar.
- Exploración : Consciente, orientado y con buen estado general aparente.
- Pruebas complementarias: Determinación glucémica capilar con un valor de 368 mg/dl después del desayuno. Cetonemia: 0.2 mmol/l. Control de constantes.

Conducta a seguir:Se administra insulina rápida vía subcutánea según el factor de sensibilidad del paciente y pautas de endocrinologia y se recomienda beber líquidos abundantes. Se repiten controles de glucemia periódicos objetivándose descenso progresivo hasta un valor final de 173 mg/dl.

Se da de alta a domicilio con la indicación de controlar glucemias y seguir las recomendaciones del servicio de endocrinología (recuento exacto de raciones, buena rotación de zonas de administación de insulina y hacer ejercicio físico regularmente).

4 Discusión-Conclusión

Es necesario instruir adecuadamente al paciente y familiares en el tratamiento de la diabetes para prevenir posibles complicaciones, de las que la hiperglucemia es una de las más habituales. Incidir en la importancia de contabilizar correctamente las raciones de hidratos de carbono para ajustar adecuadamente el tratamiento con insulina.
Insistir en que es necesario alternar las zonas de administración de insulina para evitar lipodistrofias, que dificultarían la absorción de la misma.

La repetición de hiperglucemias a la misma hora del día y en las mismas condiciones es indicativo de errores en la pauta de insulina, siendo necesaria su revisión para posible corrección. Es necesario informar que las hiperglucemias son frecuentemente asintomáticas, por lo que el autocontrol de las glucemias es el instrumento más eficaz para el control de la enfermedad, ya que un mal control podría producir afectación de los órganos diana (ojos, riñones, nervios, extremidades, corazón) El ejercicio regular es fudamental y proporciona un mejor estado tanto físico como emocional.

5 Bibliografía

- http://www.freestylediabetes.es/hiperglucemia-y-cetoacidosis
- https://diabetesmadrid.org/hipoglucemia-e-hiperglucemia-como-se-presenta-y-que-debo-hacer/

Capítulo 360

PIE DIABÉTICO

AIRAM PADILLA MÉNDEZ

MARIA LUISA SUAREZ GONZALEZ

1 Introducción

Una diabetes no controlada es aquella en la que los niveles de glucosa en sangre se mantienen elevados pese al tratamiento o a causa del incumplimiento del mismo. Ello supone un alto riesgo de complicaciones, entre las que destaca la posibilidad de que aparezca lo que se denomina un pie diabético.

Provoca un daño en los vasos y nervios que pueden producir complicaciones que pueden aparecer en el pie del paciente diabético asociadas a la presencia de neuropatía o enfermedad arterial periférica. El 25% de los pacientes diabéticos tienen una úlcera a lo largo de su vida y con frecuencia presentan enfermedad arterial periférica. Esto ocasiona un importante deterioro de la calidad de vida, puesto que el 80% de las amputaciones en pacientes diabéticos son precedidas por úlceras y el 5% de los pacientes diabéticos con una úlcera en el pie tienen el riesgo de sufrir una amputación mayor en los 12 meses siguientes.

El Grupo de Trabajo Internacional sobre Pie Diabético establece diferentes niveles de riesgo:

- Riesgo 0: ausencia de neuropatía periférica.
- Riesgo 1: neuropatía periférica.
- Riesgo 2: neuropatía periférica con arteriopatía periférica y/o deformidad del pie: dedos en garra, en martillo y artropatía de Charcot.

- Riesgo 3: neuropatía periférica y antecedentes de úlcera en el pie o amputación previa.

2 Objetivos

- Efectuar un buen manejo de la diabetes y evitar sus posibles complicaciones.
- Mejorar la información y formación del personal sanitario posibilitando una mayor calidad asistencial.
- Mejorar la información y formación de los pacientes diabéticos sobre los cuidados de sus pies y de la diabetes, posibilitando una mayor calidad de vida y, por tanto, reduciendo las secuelas y complicaciones.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Entrevista:
- Valorar patología previas.
- Valorar conocimientos previos del paciente sobre su patología.
- Informar sobre su patología y sus complicaciones.

Exploración del Pie Diabético:
- Inspección cutánea.
- Exploración neurológica.
- Exploración vascular.
- Exploración osteoarticular.

Se aconseja evaluar a los pacientes con riesgo 1 cada 6 meses, con riesgo 2 cada 3-6 meses y con riesgo 3 cada 1-3 meses.

5 Discusión-Conclusión

Se consigue una disminución de los riesgos asociados a la diabetes con respecto a los problemas ocasionados en el pie. Evitando en el caso que no tenga signos o síntomas o disminuyendo en el caso que la patología esté presente.

6 Bibliografía

- http://www.fisterra.com/diabetes/ficha.asp?acceso=2A392C12172A2361A5CE247694&idFicha=353&token=6c575650ac6950c84bbf0b5faaa3639f&utm_source=FaesDiabetes
.
- https://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/diabetes/pie-diabetico.html
.
- https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-atencion-enfermeria-prevencion-cuidados-del-13066406.

Capítulo 361

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL ÁMBITO PSICOLÓGICO: DETECCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO.

PATRICIA IGLESIAS CERRA

1 Introducción

El puerperio es un periodo donde existen unos cuidados específicos en el ámbito fisiológico en cada fase en que se conforma. Sin embargo, existen complicaciones a nivel psicológico que pueden causar graves consecuencias para la madre, recién nacido y familia, cuyos cuidados no han sido desarrollados de forma tan completa como los fisiológicos. Así mismo existen unos factores de riesgo, factores predisponentes y consecuencias de estas complicaciones psicológicas que deben ser conocidas por las enfermeras.

2 Objetivos

- Conocer los signos de alarma que pueden presentar la mujer durante el puerperio a nivel psicológico que puedan indicar la existencia de depresión postparto.

3 Metodología

Para realizar el siguiente capítulo se llevó a cabo una exhaustiva búsqueda en diferentes medios y bases de datos como Pubmed, Scielo, Medline. También se

consultaron temarios y guías usando las palabras clave: cuiados, peurperio. Combinando los operadores booleanos ”AND” y ”OR”.
Se seleccionaron los artículos más recientes y que informasen sobre los objetivos marcados. Y de ellos se sustrajo información pertinente.

4 Resultados

El nacimiento de un hijo es un acontecimiento tan relevante en la vida de una pareja hay que tratarlo desde diferentes ámbitos, pues aun siendo algo normal puede provocar estrés e inseguridad en los futuros padres.
El parto es un proceso que afronta la mujer con dolor e incertidumbre, por esto el proceso se puede sentir como algo muy amenazante que puede ocasionar una respuesta de estrés originando una activación del eje hipotálamo-hipófisissuprarrenal, como psicológicas, poniendo en marcha una serie de procesos cognitivos y conductuales, con la finalidad de afrontar dicha situación .

Estas respuestas pueden dar lugar a trastornos psíquicos que pueden debutar después del parto:
1. Baby Blues
Es la depresión más leve, suele hacer su aparición, entre el segundo y quinto día después del parto y puede tener una duración de una semana. Los síntomas suelen ser fuerte emotividad, humor lábil, llantos, sentimientos de confusión e irritabilidad.
Los signos que pueden manifestar las madres en este periodo pueden ser: cefaleas, pérdida de apetito, trastornos del sueño. A la hora de explicar la causa de este trastorno se habla de la probabilidad de la bajada de estrógenos en la mujer, pero esta hipótesis aún no se ha sido demostrada científicamente.
No obstante, podemos hablar de factores que pueden predisponer a sufrir ésta trastorno, como son: tensiones conyugales, contexto social precario, situación de estrés, ansiedad al final del embarazo.

2. Depresión postparto
El siguiente nivel de respuesta sería la denominada depresión postparto o depresión puerperal, con inicio en las seis primeras semanas tras el parto, tiene una duración de entre tres y catorce meses. A la depresión postparto se le asocian una serie de factores como son: herencia, historia previa de depresión, acontecimientos ambientales adversos, aislamiento social, etc. Sus síntomas son: anhedonia, agotamiento físico, alteraciones del sueño y del apetito, dificultad de con-

centración, etc. Esta enfermedad afecta a dos de cada mil nuevas madres, que desarrollan un deterioro cognitivo y un comportamiento desorganizado.

• Factores de riesgo.
Pueden aumentar la probabilidad de contraer una depresión postparto son: las madres primíparas solteras, las mujeres mayores, las mujeres con antecedentes psiquiátricos de psicosis afectiva, la depresión prenatal, y un desarreglo de la glándula tiroidea autoinmune. Según los estudios de Marín – Morales et al (2013): los factores riesgo, además de los nombrados anteriormente son: mala relación conyugal, insuficiente apoyo familiar y situaciones estresantes como por ejemplo del desempleo, pero no contempla la edad materna como factor de riesgo.
Otros factores mencionados por otros autores como Gil-Aguilar et al (2015): da una especial importancia si algún miembro tiene antecedentes de depresión postparto y considera el trastorno disfórico premenstrual, la ganancia de peso durante la gestación, la multiparidad y el embarazo no deseado.

• Síntomas de la depresión postparto.
Pueden ser diversos y de diferente intensidad, como por ejemplo irritabilidad, agitación o mal humor sin un motivo aparente, una gran ansiedad y preocupación. En algunos casos las mujeres pierden las relaciones sociales ya que no se sienten preparadas para salir del hogar. Temen quedarse a solas con su hijo recién nacido. Se observan crisis de pánico y ataques de ansiedad. La sintomatología de la depresión postparto incluye manos sudorosas, palpitaciones y nauseas. Los ataques de ansiedad son a menudo impredecibles y pueden resultar muy angustiosos. Apatía en actividades que con anterioridad le eran agradables. Pueden demostrar o sentir pensamientos de muerte o suicidio. También presentan pensamientos negativos hacia su hijo o preocuparse en exceso por él. Demuestran una sensación continua de cansancio y fatiga. Este estado de ánimo provoca también una falta de interés por su apariencia física y el deseo sexual. Otro síntoma es la pérdida de la capacidad para concentrarse, y el apetito se puede perder o acabar comiendo compulsivamente. Estos estados anímicos provocan el llanto frecuente e incontrolado.

• Causas de la depresión postparto.
Son resultado de una interacción de diversos factores: factores hormonales (caída en la concentración de estrógenos y progesterona, variaciones en los niveles de cortisol, tasa anormal de la hormona tiroidea), entorno psicosocial, sensibilidad del individuo, causas genéticas.

• Factores Predisponentes.

Encontramos, antecedentes previos de depresión, antecedentes familiares de depresión, haber padecido trastornos depresivos durante el embarazo, eventos de vida estresantes, escaso apoyo por parte del cónyuge, la familia y entorno, calidad en la relación que la mujer tiene con su propia madre, baja autoestima.

• Consecuencias de la depresión postparto.
Las primeras reacciones de los niños son de tipo relacional: trastornos del sueño, de la alimentación, llanto excesivo, con el paso del tiempo se observan trastornos del comportamiento o del humor que van a tener consecuencias futuras como por ejemplo en las relaciones sociales con otros niños. en consecuencia, podemos clasificar las consecuencias en plazos a corto plazo: trastornos relacionales, alimenticios y digestivos, llantos y gritos excesivos, y finalmente a medio o largo plazo: menor apego, déficits cognitivos, trastornos de la atención, del lenguaje, del comportamiento, afectivos, dificultad en la adaptación en el seguimiento de las normas sociales e integración escolar.

3. Psicosis postparto
Trastorno grave con poca incidencia, entre 0.1 y o,3% de los partos. Suele manifestarse en los dos o tres primeras semanas después de parto.
Los síntomas son: pensamiento desorganizado, conductas extrañas, ideas delirantes paranoicas y alucinaciones.
Se inicia con un cambio radical del comportamiento de la madre.
Se han encontrado factores que favorecen la aparición de psicosis postparto como son:
• Antecedentes de psicosis postparto.
• Una mujer con trastorno bipolar.
• Interrupción del tratamiento psicológico.
• Antecedentes familiares de trastorno bipolar.
• Mujeres con edad superior a 35 años.

Cuidados de enfermería en el ámbito psicológico: detección y prevención de la depresión postparto.
Con el objeto de poder detectar la depresión postparto hoy en día existe Escala de Edimburgo depresión postnatal sobre depresión postparto. Así, estudios como «Depresión postparto: detección, prevención y manejo» propone llevar a cabo una valoración inicial a todas las mujeres en la primera visita postparto utilizando la Escala de Edimburgo Depresión Postnatal y repetirla a las seis semanas. La Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EPDS) se creó para asistir a los

profesionales de la atención primaria de salud en la detección de las madres que padecen de depresión de postparto.

Las intervenciones preventivas tienen como objetivo la identificación de aquellas mujeres que presentan factores de riesgo, es importante reconocer la enfermedad de manera temprana a través del cribado, también se incluye como medida de prevención el tratamiento farmacológico. Los estabilizadores del estado de ánimo, los fármacos antipsicóticos y la terapia hormonal pueden ser beneficiosos en la prevención de los episodios psicóticos posnatales en las pacientes con alto nivel de riesgo.

Hay estudios que relacionan la dieta de la mujer puérpera con la depresión postparto por lo que aconsejan aumentar en la dieta suplementos alimentarios como son los ácidos omega 3, hierro, folato, cobalamina, piridoxina, vitamina D y calcio podrían prevenir la depresión postparto. Actualmente no existen pruebas concluyentes para determinar esta afirmación.

En la prevención de la depresión postparto también existe disparidad de criterios en relación con la utilización de fármacos antidepresivos como profilaxis. Algunos consideran eficaz la combinación de fármacos y estrategias psicoterapéuticas para prevenir la depresión, otros autores consideran que no es recomendable el uso de tratamientos antidepresivos por no existir estudios fiables que los avalen. Es aconsejable realizar ejercicio físico e incluirlo como terapia de una forma dosificada y planeada. La conclusión a la que llega el estudio Laviña-Castán et al. (2013) es que se deben establecer criterios para derivar a salud mental a las mujeres que hayan sido detectadas por un cribado en la Escala de Edimburgo.

Para manejar la depresión postparto Morilla -Salazar et al plantea que las intervenciones psicológicas reduzcan la probabilidad de los síntomas depresivos siendo la terapia conductista la mejor manera para manejarla.
Socialmente no existe una conciencia pública sobre el problema de la salud mental prenatal y el impacto que puede causar en la salud materna y en el desarrollo del niño. Se debe fortalecer la conciencia pública ante los problemas de salud mental de la madre ya que esto ayudaría a tomar medidas para detectarlos en la fase inicial y así no comprometer el futuro de la madre y de su hijo.

5 Discusión-Conclusión

Si la experiencia del parto es positiva en la mujer, la experiencia estará vinculada a altos niveles de confianza, y a una buena lactancia, también servirá como experiencia de aprendizaje para futuros embarazos. En cambio, un mal parto puede producir depresión postparto, estrés postraumático, problemas en su núcleo familiar y predeterminará futuros partos.

La depresión es una de las posibles complicaciones en el puerperio y aunque no es demasiado conocida afecta a una de cada 10 mujeres, es decir del 10-15%, pudiendo llegar a afectar al 25% de las mujeres. Puede provocar una falta de sentimiento maternal, irritabilidad, y hostilidad e incluso agresiones y rechazo.

Se necesitará controlar los factores de riesgo y detectar de forma precoz la depresión postparto. Si se evidencia que la mujer sufriera depresión postparto deberá ser tratada por un equipo multidisciplinar compuesto por matronas, obstetra psiquiatras pediatras y enfermeras generalistas.

Se debe concienciar a la sociedad ante los problemas de salud mental de la madre ya que esto ayudaría a tomar medidas para detectarlos en la fase inicial y así no comprometer el futuro de la madre y de su hijo. la enfermera tiene un papel fundamental en los cuidados en el puerperio de forma integral, incluyendo tanto los aspectos psicológicos como los fisiológicos. Por ello es importante la formación y sensibilización en estos cuidados.

6 Bibliografía

- Marín-Morales D., Carmona-Monge FJ., Toro-Molina S., Montejo-Rodríguez R., Peñacoba-Puente C., Velasco-Furlong L., Carretero-Abellán I. Indicadores de estrés en el postparto y su relación con el estado anímico de la mujer en el puerperio. Nure Investigación. 2013, 62. Disponible en Internet: http://web2014.fuden.es/proyectos_detalle.cfm?ID_INV_NURE=104&ID_INV_NURE_ANT=1&FilaInicio=25
- Arcaso Terrén, C.; García Esteve, L.; Navarro, P.; Aguado, J.; Ojuel, J.; Tarragona, M. J.; Prevalencia de la depresión posparto en las madres españolas; ScienceDirect; Medicina Clínica Elsevier; Volumen 120; Capítulo 9; páginas 326-329. Barcelona, España; 2003. http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775303736926

- Bennett IM., Marcus SC., Palmer SC., Coyne JC. Pregnancy-related discontinuation of antidepressants and depression care visits among Medicaid recipients. Psychiatr Serv., 2010, 61(4): 386-391. Postpartum Support International. US legislative action. 2012. Disponible en Internet: http://www.postpartum.net/professionals/legislation/
- Muñoz-Salido A., Hijano-Muñoz JM., Ruiz-Cazorla A. Abordaje integral de la depresión postparto. Rev Paraninfo Digital, 2015, 22. Disponible en: http://www.index-f.com/para/n22/047.php

Capítulo 362

LA ENFERMEDAD DE LYME PRODUCIDA POR UNA PICADURA DE GARRAPATA.

LIS MARTINEZLIS@HOTMAIL.COM

ARÁNZAZU FERNÁNDEZ FLÓREZ

OLVIDO MORAN MARTINEZ

1 Introducción

La enfermedad de Lyme también llamada Borreliosis, es una enfermedad de carácter neurológico que cuenta entre sus síntomas con manifestaciones articulares, del sistema nervioso o cardiacas.

La lesión más común es el eritema crónico debido a la infección por espiroquetas del complejo Borrelia Burgdoferi siendo su vector principal la garrapata, que podemos encontrarla en zonas forestales del hemisferio norte de España donde las poblaciones de este artrópodo son abundantes, como por ejemplo Asturias dónde la enfermedad de Lyme es endémica.

La enfermedad tiene cuatro estadios

1) temprana localizada: Tras la picadura y un periodo de incubación aparece en el sitio de la mordedura una lesión clásica que se caracteriza por una placa eritematosa y violácea, indolora, que crece de manera centrífuga mientras su centro se aclara. La localización más frecuente es en las extremidades inferiores

2) Temprana diseminada: Los síntomas se pueden manifestar desde la primera semana postinfección hasta meses más tarde, pudiendo haber periodos asintomático

El paciente puede presentar dolores de cabeza, cervicalgia, dolor muscular,fiebre,artralgias.

3) Tardía manifestaciones en las cuales la infección persistente por Borrelia es la causa de los síntomas, la artritis persistente de Lyme y la Neuroborreliosis, manifestaciones por otros mecanismos, como autoinmunes, encefalopatía, cardiomiopatía dilatada de Lyme, o artrítitis resistente a antibióticos.

4) Síndrome post Lyme: Unos pocos pacientes aun con tratamiento continuan con síntomas recurrentes o persistentes inespecíficos; en ausencia de otra condición que los explique, estos pacientes se diagnostican con síndrome post-Lyme

Las manifestaciones clínicas más comunes son: fatiga, artralgias, cefalea, rigidez de nuca, parestesias, irritabilidad, insomnio y alteraciones de la memoria y la concentración. El riesgo de desarrollar un síndrome post-Lyme se asocia con la enfermedad diseminada, mayor gravedad de la enfermedad al inicio y retraso en el inicio del tratamiento.

El diagnóstico de la enfermedad en cualquiera de sus estadios se basa en el cuadro clinico y en las pruebas serologicas

2 Objetivos

- Conocer las características epidemiológicas y clínicas de la Borreliosis, llamada enfermedad de Lyme, asi como su tratamiento, y ampliar el conocimiento del artrópodo implicado en su transmisión, mediante la exposición de un caso y la revisión literaria actual.

3 Caso clínico

Mujer 40 años acude a su centro de salud por malestar general, sensación de hormigueo en miembros inferiores y una úlcera infectada, edematosa y con entumecimiento ubicada en la zona maleolar interna de la pierna derecha de 24h de evolución.

Refiere que hace 28 días estuvo haciendo una ruta de montaña con bastantes

zonas de maleza y ganado en los alrededores, al día siguiente en casa se encontró una garrapata en la lesión actual, ella misma se la retiró con unas pinzas y cree que la cabeza del parásito no quedo dentro de la piel, no le dio mayor importancia.

Valoración:

TA 120/85 FC 81x tª38,1. Signos inflamatorios en pierna derecha, calor, rubor, edema, se realiza electrocardiograma, PCR, cultivos de sangre, hemograma, bioquímica y coagulación completas con resultados dentro de los rangos normales.

Ante la sospecha de enfermedad de Lyme se realizan estudios serológicos con tecnica Elisa IgG, IgM e inmunotransferencia de confirmación Western blot IgG, IgM, con resultados positivos, se deriva entonces al servicio de neurologia del hospital y comienza con tratamiento antibiótico de referencia, doxiciclina 100mg c/12h via oral durante 3 semanas.

Tras completar el tratamiento, ha sido valorada por el servicio de neurología con una exploración neurológica en rangos de normalidad y ha recibido curas por parte de enfermería en la zona lesionada con parches de nitrato de plata. la paciente se encuentra asintomática.

Seguirá acudiendo a controles durante los próximos 6 meses.

4 Discusión-Conclusión

La garrapata es un parásito que se alimenta de la sangre de los seres vertebrados, siendo muy común en los animales domésticos y que también puede parasitar al ser humano.

Tienen un ciclo que se produce en 3 fases: larva, ninfa y adulto.

Para pasar de un estadio a otro deben alimentarse de sangre, único momento en el que tiene contacto con el hospedador y que dura entre 3 y 10 días.

Detecta a su huésped con un órgano sensorial que tiene en las patas y una vez en él se mueven buscando las zonas con menos densidad de pelo como abdomen, cara u orejas.

La B. Burgdorferi se trasmite a los humanos por la mordedura de la garrapata del género Ixode.

Para transmitir la infección a los seres humanos tiene que pasar primero por un

reservorio como pueden ser mamíferos pequeños, animales de compañía, ganado o aves.

Se supone que las garrapatas nacen libres de la infección por B. Burgdorferi, ya que las madres garrapatas no transmiten la espiroqueta a sus hijos y las larvas son incapaces de transmitir la infección, cuando las larvas se alimentan de un huésped infectado es cuando adquieren la espiroqueta, pudiendo mantener la infección a lo largo de toda la vida y transmitirla a huéspedes futuros.

El estadio de ninfa es el más peligroso porque son las más difíciles de detectar y las más frecuentes en el verano que es la estación de mayor incidencia.

Las garrapatas adultas, aunque tienen mayor riesgo de estar infectadas, son más grandes y, por lo tanto, más fácilmente detectables.

Sería conveniente sensibilizar a la población para que acudieran al servicio de Salud cuando son picados por una garrapata para poner en marcha el protocolo de actuación con el objetivo de disminuir complicaciones y en el caso de la enfermedad de Lyme aliviar los síntomas y prevenir el desarrollo de esta a etapas avanzadas.

Postponer el tratamiento aumenta el riesgo de complicaciones tardías, cuando se comienza con tratamiento antibiótico en los tres días siguientes a la picadura la incidencia de la enfermedad disminuye considerablemente según los estudios publicados recientemente.

No obstante la mejor forma de prevenir es la prevención primaria, evitar la exposición a los vectores, usando ropa adecuada que cubra la mayor parte de la piel y el uso de repelentes.

En caso de estar en zonas endémicas, rurales, boscosas o tener contacto con animales revisar posteriormente el estado de la piel.

5 Bibliografía

1.Pérez Guirado A., Fernández Fernández R. I., Arbesu Fernández E., Santos Rodríguez P. M.. Enfermedad de Lyme: a propósito de dos casos. Rev Pediatr Aten Primaria . 2013 Sep [citado 2020 Feb 12] ; 15(59): e105-e109
2. Bhate C, Schwartz RA. Lyme disease Part I. Advances and perspectives. J Am Acad Dermatol. 2011

3.Lamadrid Borrel B, Ramos Acosta M, Silva Llorente Ja. Enfermedad de Lyme. Revisión bibliográfica.. Gac méd espirit [citado 2020 Feb 12]
4. Collins C, et al. Lyme arthritis synovial J Immunol. 2015 Nov 1;175(9):5656-65.
5.. Lins H,et al. Sequential analyses of neurobiochemical markers of cerebral damage in cerebrospinal fluid and serum in CNS infections. Acta Neurol Scand. 2015 Nov;112(5):303-8.
6.Portillo A, Santibáñez S, Oteo JA. Enfermedad de Lyme. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2014;32(Supl 1):37-42.
7.Vázquez-López María Esther, Pego-Reigosa Robustiano, Díez-Morrondo Carolina, Castro-Gago Manuel, Díaz Pablo, Fernández Gonzalo et al . Epidemiología de la enfermedad de Lyme en un área sanitaria del noroeste de España. 2015 Jun [citado 2020 Feb 13] ; 29(3): 213-216.
8.Gordillo-Pérez MG, Solórzano F, Velazquez E, Estrada G, Muñoz Onofre, Torres J. Caracterización molecular de Borrelia burgdorferi y la respuesta inmune a antígenos de diferentes especies de Borrelia en pacientes con borreliosis de Lyme. Enfermedades Infecciosas y Microbiología. 2013;23(3):67
9. Segura Porta F, Fernández MM. Tratamiento de la borreliosis.Enfermedades Infecciosas Microbiologia Clinica 2018; 16: 239-44.
10. Skinner-Taylor CM, Flores-Gonzalez MS, Colunga-Pedraza IJ, SalinasPalacios CK, Garza-Elizondo MA. Enfermedad de Lyme: Artículo de Revisión. Medicina Universitaria. 2007;(9)34:24-32.

Capítulo 363

PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN EL ANCIANO INSTITUCIONALIZADO.

LUCIA FERNANDEZ PEREZ

1 Introducción

Las caídas en la población mayor suponen uno de los principales problemas y motivo de perdida funcional, constituyendo uno de los llamados ”síndromes geriátricos”. Su frecuencia, consecuencias físicas, psicológicas, sociales y económicas suponen una de las principales causas de lesiones, incapacidad e incluso de muerte dentro de este grupo de población. Los ancianos institucionalizados son, en general, más propensos a sufrir caídas, puesto que presentan mayor fragilidad y presencia de incapacidades funcionales, teniendo menor flexibilidad, equilibrio y estado físico.

2 Objetivos

- Disminuir la incidencia de caídas y sus secuelas en las personas que por su situación vital y/o características medio-ambientales estén en riesgo de sufrir este evento.
- Identificar la importancia del papel de la enfermería en la prevención de las caídas en las personas mayores.

3 Metodología

Mediante revisión bibliográfica de estudios científicos en diferentes bases de datos: Scielo, Google Académico, Enfermería Global o Cuiden, Medline . Se han

utilizado las palabras clave: Geriatría, caídas, anciano, factores extrínsecos e intrínsecos, actividades preventivas. Combinando los operadores booleanos ”AND” y ”OR”.

4 Resultados

Podemos identificar factores tanto extrínsecos, como intrínsecos, entre los que destacan:
-Las enfermedades agudas o crónicas, el uso de fármacos sedantes y antihipertensivos, y los cambios propios de la edad (marcha, bipedestación, equilibrio, etc.)
- Utilizar adecuados sistemas de apoyo (bastón, andador, etc.), y establecer revisiones periódicas de dichos aparatos.
-Altura de la cama, distancia al timbre, barandillas etc

5 Discusión-Conclusión

Un buen programa de prevención de caídas, en el cual, se haga participe a todo el personal de enfermería, explicando e identificando los factores de riesgo, sería de gran utilidad, a la hora de evitar las caídas en el paciente institucionalizado.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 364

TÉCNICA CON MANDALAS EN UNIDADES DE GERIATRIA

LUCIA FERNANDEZ PEREZ

1 Introducción

Los mandalas, originarios de la India y cuyo nombre significa "círculo o rueda en su forma perfecta", representan el mapa del cosmos: una pequeña muestra totalizadora de la proyección geométrica del mundo. Es un arte milenario que permite, por medio de un soporte gráfico, llegar a la meditación y a la concentración, para exprimir nuestra creatividad y naturaleza, mejorando así la motricidad fina y la autoestima.

Aplicado en unidades de geriatria se trata de una comunicación no verbal adecuada para interactuar con personas mayores, a quienes a veces les resulta difícil la comunicación terapéutica basada exclusivamente en el lenguaje. Los mandala utilizan la expresión creativa de los diseños y colores, permitiendo al paciente recrearse a sí mismo.

Solamente hay que rellenar de color los diferentes elementos geométricos, escogiendo cada persona los colores, el tipo de pintura o la intensidad del color en función de su estado de ánimo. Es muy importante tener en cuenta factores como la luz de la sala, la música, el olor, la respiración, la disposición de todos los materiales o la posición corporal. No hay que ser perfeccionista al pintar. Se debe dejar fluir la intuición según lo que dictamine el ánimo y disfrutar mientras se pinta.

2 Objetivos

- Permanecer tranquilos, con la mente en reposo, y poder fluir a través del diseño y del color.
- Abrir poco a poco un concepto natural y energético, aportando equilibrio, concentración y bienestar.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Se han utilizado las palabras clave: geriatría, talleres, mandala.

4 Resultados

Estas técnicas pueden ayudar a trabajar la concentración, la paciencia, la activación de energía positiva, la focalización de la atención, la meditación profunda para elevar el nivel de conciencia, la expansión de la capacidad de la mente y el entreno de la memoria.

El uso de mandalas son un método terapéutico de expresión plástica que ayudan a las personas de edad avanzada a poner en funcionamiento mecanismos tanto físicos como psicológicos, emocionales y mentales.

5 Discusión-Conclusión

Finalmente, la realización de mandalas también favorece el nexo entre nosotros y las personas con quienes las realizamos. La satisfacción, emoción y orgullo que se siente por una persona mayor al observar que ha realizado con éxito el mandala ayuda a fomentar su autoestima.

A nivel psicológico, los mandalas ayudan a la activación simultánea de los dos hemisferios del cerebro. En el hemisferio derecho residen capacidades como la creatividad, el sentido artístico, la imaginación o la intuición, y el hemisferio

izquierdo es el responsable de los procesos secuenciales, precisos, metódicos y detallistas.

6 Bibliografía

- Scielo, Google Académico, Enfermería Global o Cuiden, Medline.

Capítulo 365

CUIDADOS DE ENFERMERÍA ANTE EL PACIENTE CON PIE DIABÉTICO.

LETICIA MÉNDEZ LÓPEZ

LARA RODRÍGUEZ ÁLVAREZ

1 Introducción

La diabetes mellitus es una enfermedad catalogada dentro del grupo de las metabólicas y se caracteriza principalmente por la ineficacia de la insulina (cuyo origen puede provenir de la alteración de la función pancreática o la desensibilización de los tejidos efectores) desembocando en una hiperglucemia crónica.
También afecta al metabolismo de hidratos de carbono, proteínas y grasas por los defectos de la insulina.
Los síntomas más característicos de la DM son la poliuria, la sed, la pérdida de peso y la visión borrosa, que no siempre entrañan una gravedad y pueden pasar desapercibidos pero la hiperglucemia mantenida en el tiempo sí conlleva cambios orgánicos.

La diabetes mellitus (DM) es una de las enfermedades crónicas más frecuentes, diagnosticadas por un médico, entre la población mayor o igual de 15 años Se estima que afecta a un 6.8% de la población. Durante muchos años se han realizado numerosos estudios sobre su prevalencia en España infiriendo que la prevalencia de la DM tipo II se situaba entre el 6 y el 10% por lo que esta se ha convertido en uno de los problemas sanitarios con más repercusión en la actualidad.

La DM tipo II se puede relacionar con una falta de adaptación al incremento de la demanda de insulina y la pérdida de masa celular por la glucotoxicidad. La Asociación de Diabetes Americana (ADA) y la organización Mundial de la Salud han propuesto los siguientes criterios diagnósticos para determinar la existencia de DM tipo II: la aparición de los síntomas de la diabetes anteriormente descritos, una glucemia plasmática al azar ≥ 200 mg/dl, dos determinaciones de glucemia basal en plasma venoso ≥ 126 mg/dl (sin ingesta calórica las 8 horas previas a la prueba), dos determinaciones de glucemia en plasma ≥ 200 mg/dl pasadas 2 horas del test de la tolerancia oral a la glucosa o una hemoglobina glicosilada (A1C) ≥ 6,5%.

Sin embargo, las causas por las que se inicia esta enfermedad no se conocen en el 70-85% de los pacientes ya que es el conjunto de factores genéticos y/o factores de riesgo; entre los que se confirma la asociación existente entre obesidad, hipertensión arterial (HTA) y diabetes; el nivel de estudios (a más bajo mayor riesgo de padecer obesidad, HTA y diabetes) y la falta de actividad física aumenta las probabilidades de padecer obesidad y/o diabetes.

Una de las complicaciones de la DM tipo II es el desarrollo de pie diabético que se define como la infección, ulceración y destrucción de los tejidos profundos asociadas a una pérdida sensitiva y/o a una vasculopatía periférica, pudiendo llegar a afectar esta afección al 15% de todos los pacientes diagnosticados de diabetes mellitus. Por tanto, los miembros más distales, principalmente los pies, se consideran que tienen mayor riesgo lesión no traumática por lo se debe hacer especial vigilancia por parte tanto del paciente como del personal de enfermería.

2 Objetivos

- Identificar las diferentes recomendaciones que el personal debe aportar al paciente diabético para prevenir posibles lesiones en los pies (pie diabético)

3 Metodología

Para poder realizar este trabajo, se ha llevado a cabo una revisión de la narrativa encontrada en la base de datos PubMed, empleando las palabras clave ”cares”, ”diabetic foot”, ”mellitus diabetes”. También se ha consultado información en la página web de la Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas.

Los criterios de búsqueda están centrados en analizar cómo valorar el pie diabético así como los instrumentos utilizados en mejorar la técnica y en identificar la adquisición de conocimientos y habilidades por parte de los pacientes.

4 Resultados

Tras haber llevado a cabo un exhaustiva lectura de la información encontrada, se puede elaborar una lista de recomendaciones para el cuidado de los pies en los pacientes con diabetes mellitus para así, poder reducir las complicaciones que se pueden originar en el pie diabético. Entre las múltiples pautas a seguir, se pueden enumerar las siguientes:
-inspeccionar diariamente los pies con el fin de descubrir ampollas o lesiones
- lavar diariamente los pies y secar los cuidadosamente
- evitar temperaturas extremas
- no utilizar agentes químicos para la extirpación de callosidades, acudir a un profesional como el podólogo
- usar calcetines y medias perfectamente adaptados y de algodón, evitando las costuras
- usar zapatos adecuados, que no aprieten y evitando los que estén abiertos por la punta
- no andar descalzo
- cortar las uñas de forma recta, evitando que queden picos que puedan originar una herida
- acudir a su centro de salud ante cualquier lesión detectada

A parte de las recomendaciones que enfermería da para que el paciente pueda llevarlas a cabo en su domicilio, también se han encontrado otras formas de prevención más específicas para valorar el grado de sensibilidad que es paciente conserva en los pies o la presencia de enfermedad vascular periférica (y por tanto, el riesgo que este presenta de padecer pie diabético). Entre ellas se destaca:

• Monofilamento de Semmes-Weinster: Se utiliza para evaluar la sensibilidad profunda barestésica o presora. Se aplica perpendicularmente en la superficie de la piel, ejerciendo una presión hasta que el hilo se curve durante unos dos segundos. Se le pide al paciente que cierre los ojos y se le pregunta si nota la presión y en qué lugar. Las zonas donde se aplica son: base del primer dedo y cabeza del primer y quinto metatarsiano. No debe utilizarse en zonas de hiperqueratosis o ulceración.

Si de los tres puntos explorados en cada pie, dos son negativos, se considera que ha perdido la sensibilidad protectora y presenta riesgo de ulceración.

• Diapasón: Lo importante del diapasón es que la transmisión de la vibración sea adecuada. Primero se aplica sobre una mano para que el paciente perciba lo que notará y luego se aplica en la primera articulación interfalángica del primer dedo. Si responde positivamente el test se considera positivo; si no percibe la vibración se repite, esta vez en una zona más proximal como los maléolos internos y externos. Se considera positivo que el paciente responda afirmativamente a dos de los tres puntos. Se recomienda utilizar el diapasón graduado de Rydel-Seiffer de 128Hz.

• Palpación de pulsos: La ausencia de pulsos puede ser causa de una isquemia. Palparemos con el segundo y tercer dedo de la mano el pulso pedio y el pulso tibial posterior. Hay que destacar que estos pulsos, sobre todo el pedio, está ausente en el 8% de la población y eso no significa que sufran isquemia. También se pueden valorar los pulsos de los vasos más grandes como el poplíteo y el femoral. Sin embargo la técnica que nos confirma si hay afectación vascular es la prueba diagnóstica Doppler.
• Índice tobillo/brazo: Es el método más recomendado para diagnosticar la enfermedad vascular periférica. Se calcula el cociente entre la presión arterial sistólica en el tobillo y en el brazo. El paciente debe estar en decúbito supino y en posición cómoda. Por debajo de 0.8 hay enfermedad arterial periférica y por encima de 1.1 puede haber calcificaciones arteriales .

La correcta realización de todas estas medidas y exploraciones y llevada a cabo en común, hacen que el riesgo de que un paciente con diabetes mellitus diagnosticada presente pie diabético a lo largo de su vida se reduzcan considerablemente.

5 Discusión-Conclusión

El personal de enfermería es el personal sanitario que más contacto va a tener con el paciente diabético ya que estos acuden regularmente para la toma de los niveles de glucemia, con lo cual serán los encargados de enseñarles las técnicas que deben poner en práctica de manera diaria para prevenir las lesiones en los pies. Así mismo, también deben valorar el impacto que estas lesiones pueden producir en la vida del paciente a través de una entrevista en la que se pregunte al paciente sobre las actividades que realiza en su vida diaria, su familia, aficiones.

A la hora de realizar la valoración del riesgo de padecer pie diabético, la enfermera está tan capacitada como el médico para realizar esta función, siempre y cuando su formación sea adecuada, así como también pueden realizarla los podólogos cuando las personas diagnosticadas acudan para el cuidado de sus pies. Todas las exploraciones que se realizan, se deben llevar a cabo al menos una vez al año en la consulta de enfermería. Sería útil que se diseñara un protocolo a seguir por el personal de enfermería para que así se realizar todas las tecnicas de la misma forma y sin dar lugar a posibles olvidos.

Así mismo, sería interesante que las enfermeras impartieran charlas colectivas a los pacientes diabéticos, tanto de bajo como de alto riesgo, donde además de explicarse cuáles son los hábitos de higiene e hidratación a seguir, las recomendaciones de calzado o el tratamiento de heridas para evitar la aparición de lesiones en los pies, permitiese también a los propios asistentes la posibilidad de intercambiar información y sentir de ese modo que hay más gente en su misma situación lo cual les daría mayor capacidad de empoderamiento.

6 Bibliografía

1.Diabetes [Internet]. MedLine Plus. 2020 [citado 15 enero 2020]. Disponible en: Https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001214.htm
2. Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas. Pie diabético y sus cuidados. https://www.aeev.net/pie-diabetico.php
3. Iraj B, Khorvash F, Ebneshahidi A, Askari G. Prevention of diabetic foot ulcer. Int J Prev Med. 2013;4:373–376.
4. Schaper NC, Apelqvist J, Bakker K. The international consensus and practical guidelines on the management and prevention of the diabetic foot. Curr Diab Rep. 2003;3:475–479
5. Cervantes-Villagrana RD, Presno-Bernal JM. Fisiopatología de la diabetes y los mecanismos de muerte de las células β pancreáticas. Rev de Endocrinología y Nutrición. 2013; 21 (3): 98-106.
6. American Diabetes Association. Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. Diabetes Care. 2014; 37 (Suplement 1).
7. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la diabetes. Ginebra: World Health Organization; 2016.
8. Gil GP, Haddad MCL, Guariente MHDM. Conhecimiento sobre diabetes mellitus de pacientes atendidos em programa ambulatorial interdisciplinar de um

hospital universitário público. Semina cienc biol saúde. Jul/dez 2008; 29(2): 141-154.
9. Silva PL, Rezende MP, Feneira LA, Dias FA, Helmo FR, Silveira FCO. Cuidados de los pies: el conocimiento de las personas con diabetes mellitus inscritos en el programa de salud familiar. Cuiden Base de Datos 2020. [citado 16 enero 2020]; 37. [14p].
10. Pinilla AE, Sánchez AL, Mejía A, Barreira MP. Actividades de prevención del pie diabético en pacientes de consulta externa de primer nivel. Salud pública [revista en internet]. 2011. [citado 16 enero 2020]. 13(2): p.262-273. Disponible en: http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v13n2/v13n2a08

Capítulo 366

ABORDAJE DEL LINFEDEMA POSMASTECTOMIA A TRAVÉS DEL MANGUITO DE COMPRESIÓN.

OLVIDO MORAN MARTINEZ

ARÁNZAZU FERNÁNDEZ FLÓREZ

LIS MARTINEZLIS@HOTMAIL.COM

1 Introducción

El linfedema es una de las complicaciones en el tratamiento del cáncer de mama. Consiste en un acumulo de líquido linfático en el tejido blando debido a un problema en la circulación linfática como consecuencia de la extracción quirúrgica de los ganglios linfáticos , se trata de una enfermedad evolutiva y crónica que ocasiona al paciente dolor, malestar e incomodidad física, disminuyendo la capacidad funcional del brazo y produciendo desfiguración estética. Los manguitos de compresión son un tratamiento del linfedema, evitando que el líquido linfático vuelva a acumularse.

2 Objetivos

- Analizar y sintetizar el contenido de la evidencia científica publicada referente al uso del manguito de compresión en el linfedema postmastectomía.

3 Metodología

Para realizar el siguiente capítulo se llevó a cabo una exhaustiva búsqueda en diferentes medios y bases de datos como Pubmed, Scielo, Medline. También se consultaron temarios y guías usando las palabras clave: ”linfedema”, ”postmastectomia”, ”cancer de mama”, ”manguito”, ”compresión”. Los operadores booleanos ”AND” y ”OR”.

Se seleccionaron los artículos más recientes y que informasen sobre los objetivos marcados. Y de ellos se sustrajo información pertinente.

Se encontraron 184 publicaciones de las cuales fueron seleccionadas 8.

4 Resultados

El cáncer de mama es uno de los tumores más frecuentes entre las mujeres de todo el mundo. El linfedema postmastectomía es una complicación frecuente entre los pacientes a los que se les ha realizado esta intervención, habiendo disminuido en los últimos años hasta un cuarto gracias a la cirugía menos invasiva.

El uso del manguito de compresión debería iniciarse tras las primeras fases del tratamiento del linfedema, cuando el perímetro del edema se mantenga estable, para mantener a largo plazo esa reducción del volumen. No se usan como tratamiento único, sino integrado en un plan general. Deben tomarse las medidas del brazo y de la mano para realizar la prenda elástica de compresión a medida o usar una prefabricada según la talla. Son de uso diario y de por vida, y deberán renovarse cuando pierdan la elasticidad.

5 Discusión-Conclusión

Estas prendas permiten al paciente con linfedema continuar con sus actividades de la vida diaria(al menos 12 horas diarias y un máximo de 20), disminuyendo el riesgo de pinchazos e infecciones y favoreciendo la circulación linfática.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/

- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 367

USO DE PROBIÓTICOS EN PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE MASTITIS.

CARMEN ORTEGA BELIO

1 Introducción

¿Cuál es la microbiota normal de la leche humana?:

Entre las bacterias que se encuentran de forma fisiológica en la leche humana destacan los estafilococos, los estreptococos y las bacterias lácticas. La mastitis es una auténtica disbiosis de la microbiota normal de la glándula mamaria, con un espectacular aumento de la concentración del agente causal, muy por encima de los límites normales, y la desaparición del resto de las bacterias ”fisiológicas” de la leche.

Como referencia, la concentración bacteriana total en la leche fresca de una mujer sin mastitis suele ser inferior a 2.000 bacterias/mL:
- El Staphylococcus epidermidis suele encontrarse en la leche de prácticamente todas las mujeres, pero su concentración máxima no debería ser superior a 600-800/mL.
- El Staphylococcus aureus se encuentra en un porcentaje minoritario de mujeres asintomáticas (<20%) y, en tales casos, su concentración suele ser inferior a 300-400/mL.
- Los estreptococos se hallan ampliamente distribuidos con una concentración habitualmente inferior a 500/mL.

La mastitis es una afección inflamatoria del seno y puede ser el resultado de una disminución de la inmunidad y una disminución de la resistencia a las infecciones. La mastitis afecta hasta a una de cada cinco mujeres que amamantan y la mayoría de los episodios ocurren en las primeras 6 a 8 semanas después del parto.

Mastitis Aguda Vs Mastitis Subaguda:

Cuando las mastitis se manifiestan por dolor intenso y síntomas inflamatorios (enrojecimiento, tumefacción, induración) y, con frecuencia, síntomas constitucionales como fiebre, malestar… las diagnostica cualquiera, son las mastitis agudas causadas en la mayoría de los casos, por Staphylococcus aureus cuya presencia en la glándula mamaria no es habitual. Cuando el tejido mamario reacciona tratando de aislar a las bacterias causantes de la mastitis en una cápsula de tejido conjuntivo, se produce un absceso.

Pero en la mayoría de los casos de mastitis clínica, sintomática, el único síntoma es un dolor intenso, acompañado ocasionalmente de síntomas locales, como grietas y/o zonas de induración, pero sin afectación sistémica. Estos casos no son los "de libro" pero son los más frecuentes y los que causan más destetes no deseados y, en consecuencia, merecen una atención especial. Se trata de las mastitis subagudas.
El dolor, más o menos intenso, típicamente en forma de "pinchazos" (referido en muchas ocasiones como "cristales", "agujas" …, con calambres ocasionales (que pueden llegar a ser muy intensos y reflejarse en la espalda o el brazo) y, a veces, sensación de quemazón. El hecho de que no se suelan acompañar de enrojecimiento local ni de síntomas generales (como la fiebre) confunde frecuentemente el diagnóstico y provoca que se trate de un problema tan infravalorado como infradiagnosticado.

El dolor se debe a que las bacterias se disponen en forma de películas biológicas (biofilms) en el epitelio de los acinos y los conductos galactóforos. Si la concentración bacteriana rebasa los límites biológicos, la luz de los conductos se reduce, de manera que la presión que ejerce la leche sobre un epitelio que está inflamado es considerablemente mayor.

Las mastitis subagudas se deben a un sobrecrecimiento de ciertas especies de estafilococos coagulasa-negativos (Staphylococcus epidermidis), estreptococos de los grupos viridans/mitis (como Streptococcus mitis o Streptococcus salivarius) y algunas especies del género Corynebacterium.

Todas ellas, a diferencia del Staphylococcus aureus, son habituales en la glándula mamaria durante la lactancia, pero se detectan en concentraciones muy moderadas en la leche (<1.000 colonias/ml). De hecho, a tales concentraciones juegan un papel beneficioso para el niño sin suponer ningún problema para la madre, formando una película fina en las paredes internas de los conductos, permitiendo un flujo completamente normal de leche. La presión de la leche al salir hace que algunas de estas bacterias se pongan en suspensión en este fluido. Son, precisamente, las bacterias que se transfieren de la madre al hijo y las que se pueden detectar en un cultivo.

Tanto las mastitis agudas como las subagudas suelen ir acompañadas de zonas de induración dentro del pecho y, en ocasiones, de grietas. Aunque las grietas se han asociado generalmente a la postura durante la toma o a la anquiloglosia (aspectos que se deben revisar ante dicho problema), no hay que descartar la implicación de las propias bacterias causantes de las mastitis en su etiopatogenia; en este sentido, los gérmenes causantes de estas mastitis son epidermiolíticas per se cuando se encuentran en concentraciones elevadas en las glándulas de Montgomery.

Factores predisponentes:

Tradicionalmente se han propuesto diversos factores que pueden favorecer el desarrollo de una mastitis infecciosa. Sin embargo, en la actualidad sabemos que hay dos que destacan por su importancia:
- La respuesta del sistema inmunitario del hospedador y su interacción con la cepa bacteriana que causa la infección.
- La administración indiscriminada de antibióticos sin una base racional durante el 3er trimestre de embarazo, el parto o la lactancia.

2 Objetivos

Conocer la eficacia del uso de probióticos en la prevención y desarrollo de una mastitis.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Utilizando los siguientes descriptores: ”mastitis”, ”probiotic”.

4 Resultados

El tratamiento empírico de las mastitis agudas consiste en el empleo de antibióticos y antiinflamatorios. Siempre hay que realizar un cultivo y un antibiograma por si las cepas causantes fuesen resistentes a los antibióticos propuestos habitualmente. Los agentes causantes de mastitis subagudas y subclínicas son más resistentes a la antibioterapia, pero afortunadamente responden bastante bien al tratamiento con probióticos. De manera que, los probióticos son el tratamiento de primera elección en las mastitis subagudas y subclínicas, quedando el antibiótico como segunda opción.

Algunas cepas de Lactobacillus salivarius parecen ser las mejores para el tratamiento de las mastitis subagudas, siendo eficaces en más del 90% de los casos.

L. fermentum se considera eficaz en un 65-70% de los casos y se podría recurrir alternativamente a otras cepas como L. reuteri o L. acidophilus con menor eficacia (<30%) dado que se suelen utilizar en trastornos gastrointestinales.

1. Uso de Probióticos: Lactanza Hereditum:

Es conveniente diferenciar entre probióticos y prebióticos:
- Probióticos: Productos que contienen microorganismos definidos y viables en grado suficiente para modificar la microflora de un compartimento del huésped, ejerciendo así un efecto beneficioso sobre la salud de éste.
- Prebióticos: Ingredientes alimentarios no digeribles que, selectivamente, favorecen el desarrollo de un determinado grupo de microorganismos existente ya en el individuo.

Recientemente, dos ensayos clínicos, han demostrado que ciertos lactobacilos aislados de leche humana representan una alternativa más eficaz que los antibióticos para el tratamiento de las mastitis, y no presentan los efectos secundarios de éstos (candidiasis, trastornos digestivos…).

De todas las bacterias presentes en la leche materna sana se han seleccionado

aquellas cepas con mayor capacidad probiótica mediante un método de cribado.

El resultado fue la selección de tres cepas aisladas de leche materna por su enorme potencial probiótico:
- Lactobacillus fermentum CECT5716.
- Lactobacillus gasseri CECT5714.
- Lactobacillus salivarius CECT5713.

Estas 3 cepas probióticas se han registrado con el nombre hereditum.

En general, algunas cepas de Lactobacillus salivarius aisladas de leche humana (CECT5713 o PS2) parecen ser las mejores candidatas para el tratamiento de las mastitis subagudas ya que son eficaces en más de un 90% de los casos.

Los efectos probióticos dependen de cada cepa, las condiciones de empleo y su posología. En el caso de las cepas de L. salivarius citadas anteriormente, la dosis recomendable con fines terapéuticos sería de 109 ufc, 3 veces al día, durante 2-3 semanas, mientras que se podría tomar una dosis diaria de 109 ufc con fines preventivos. La cepa L. salivarius PS2 podría comercializarse en nuestro país en un futuro próximo para dicha indicación.

La que si está ya está comercializada es la otra cepa aislada de leche humana (Lactobacillus fermentum CECT5716, eficaz en un 65-70% de los casos) con el mismo fin. Se denomina Lactanza Hereditum elaborado y comercializado por el laboratorio Angelini, y es importante saber que cuesta casi un € por cápsula. En relación con la dosis más recomendable de Lactanza Hereditum, en los estudios publicados se utilizaron 109 UFC, de L. Fermentum durante 14-21 días. Se recomienda la toma después de desayuno y cena, evitando darlo con alimentos ácidos, mejor con lácteos. Parece que el estómago lleno minimiza la acción del ácido sobre los probióticos activos. Y con esa pauta también se aprovecha el reposo nocturno del colon, para que el probiótico tenga tiempo de ser absorbido. Tampoco sería conveniente hacer coincidir la toma con la de antibiótico porque se inactivaría en gran parte (en este caso se tomaría 4 h después del antibiótico).

2. Prácticas comunes, pero no recomendables.

No debe extenderse unas gotas de la propia leche y/o aplicar lanolina en el pezón y la areola mamaria después de las tomas. No hay problema para hacerlo mientras no haya síntomas de mastitis, pero, ante su presencia, es preferible evitarlas ya que, en un caso, se favorece la propagación de las bacterias causantes del prob-

lema y, en el otro, se crea un ambiente propicio para su crecimiento. En tales situaciones, sería mejor aplicar (si existe sequedad en el pezón y/o la areola mamaria) una capa de aceite de oliva, que no favorece el crecimiento bacteriano y cuyo componente principal (el ácido oleico) tiene propiedades antiinflamatorias.

Otra práctica poco recomendable es la aplicación de calor. El sobrecrecimiento de las bacterias por encima de los límites fisiológicos formando biopelículas, inflama y obstruye los conductos galactóforos, provocando una retención de leche. A medida que aumenta la retención, la secreción de leche se dificulta y las tomas pueden llegar a ser muy largas y desagradables para la madre.

En tales circunstancias, la aplicación de calor puede aliviar los síntomas ya que dilata los conductos y, por tanto, la leche sale con menos dificultad. Pero, al mismo tiempo, la temperatura del pecho aumenta, creándose condiciones óptimas para la multiplicación de las bacterias que están causando la mastitis.

En conclusión, el calor proporciona un alivio pasajero pero el cuadro se puede prolongar, por lo que sería deseable evitarlo. No obstante, en los casos de mujeres con una retención tan importante que únicamente sientan alivio con la aplicación de calor, éste debería aplicarse inmediatamente (3-5 min) antes de la toma, y seguidamente frío local (5-10 min).

Los probióticos Lactobacillus fermentum y Lactobacillus salivarius parecen ser tan efectivos como el tratamiento antibiótico en un ensayo clínico aleatorizado con 352 mujeres con mastitis durante la lactancia. Sin embargo, los hallazgos del estudio necesitan confirmación por otros.

3. Cuidados de matrona:

Valoración del estado materno.
- Valoración de ambas mamas (dolor a la palpación, enrojecimiento, nódulos dolorosos o indoloros, grietas en pezón…).
- Valoración de la técnica de lactancia.

Valoración fetal:
- Valoración de la posición de la lactancia.
- Valoración de la succión.
- Detección de problemas como frenillo.

5 Discusión-Conclusión

- Los probióticos Lactobacillus fermentum y Lactobacillus salivarius parecen ser tan efectivos como el tratamiento antibiótico en el caso de mastitis durante la lactancia materna.
- No existe suficiente evidencia científica, se abre un campo para nuevas investigaciones al respecto.

6 Bibliografía

1. Microbiota de la leche humana en condiciones fisiológicas J.M. Rodríguez, E. Jiménez, V. Merino, A. Maldonado, M.L. Marín, L. Fernández, R. Martín. Departamento de Nutrición, Bromatología y Tecnología de los Alimentos. Universidad Complutense de Madrid. Acta Pediatr Esp. 2008; 66(2): 77-82.
2. OMS. Mastitis: causa y manejo. Ginebra: OMS; 2000.
3. Mastitis infecciosas durante la lactancia: un problema infravalorado (I) S. Delgado, R. Arroyo, E. Jiménez, L. Fernández, J.M. Rodríguez. Departamento de Nutrición, Bromatología y Tecnología de los Alimentos. Universidad Complutense de Madrid. Acta Pediatr Esp. 2009; 67(2): 77-84.
4. E. Jiménez, S. Delgado, R. Arroyo, L. Fernández, J.M. Rodríguez (Departamento de Nutrición, Bromatología y Tecnología de los Alimentos. Universidad Complutense de Madrid) Mastitis infecciosas durante la lactancia: un problema infravalorado (y II) Acta Pediatr Esp. 2009; 67(3): 125-132.
5. A. Castro, M. González, J. J. Tarín y A. Cano. Papel de los Probióticos en Obstetricia y Ginecología. Nutr. Hosp 2015 (Supl 1): 26-30.
6. Jiménez E, Fernández L, Maldonado A, Martín R, Olivares M, Xaus J, et al. Oral administration of lactobacilli strains isolated from breast milk as an alternative for the treatment of infectious mastitis during lactation. Appl Environ Microbiol. 2008; 74: 4.650-4.655.
7. Arroyo R, Martín V, Maldonado A, Jiménez E, Fernández L, Rodríguez JM. Treatment of infectious mastitis during lactation: antibiotics versus oral administration of lactobacilli isolated from breast milk. Clin Infect Dis. 2010; 50: 1.551-1.558.
8. Monongrafia Lactanza Hereditum. http://lactanciasindolor.com/assets/docs/monografia_lactanza.pdf.

Capítulo 368

IDENTIFICACIÓN DE DISFAGIA EN EL MEDIO COMUNITARIO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

REBECA AVILA LUSQUIÑOS

PATRICIA PALACIOS CARRETERO

ANDREA PÉREZ DÍAZ

TANIA ÁLVAREZ COSTA

ADRIANA MENÉNDEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

La disfagia en el anciano es una patología muy prevalente y con serias implicaciones para su calidad de vida. La saturación de las consultas en los centros de atención primaria, la falta de tiempo para realizar una adecuada valoración de manera integral y la facilidad para que su diagnóstico pase inadvertido son algunas de las causas que motivan el retraso en su identificación y correcto tratamiento en el medio comunitario.

2 Objetivos

A propósito de un caso, exponemos la eficacia de una correcta valoración (dentro del protocolo de actuación de enfermería) que desembocó en el diagnóstico

precoz de esta patología y que permitió prevenir las complicaciones por las que habitualmente se llega al diagnóstico tardío de la disfagia.

3 Caso clínico

Paciente varón de 79 años que demanda una visita domiciliaria postoperatoria tras ingreso hospitalario de corta estancia (3 noches) para tratamiento quirúrgico de fractura pertrocantérea de fémur derecho por insuficiencia tratada mediante clavo trocantérico que permite carga completa inmediata. Se hace una visita a su historia clínica donde destaca que el paciente ha realizado su última visita a la consulta de enfermería hace un 1 año coincidiendo con la vacunación antigripal. Se decide reconvertir la visita a una consulta programada en domicilio, previo aviso, para actualizar el programa del anciano.

Se procede a la cura de la herida quirúrgica que evoluciona adecuadamente para la retirada de grapas la próxima semana. El paciente presenta buen estado general y su entorno familiar parece adecuado para facilitar la recuperación. El paciente presenta capacidad completa de transferencias, pero aún tiene dificultad para la deambulación prolongada autónoma aunque se maneja correctamente por el domicilio en carga parcial con tercera persona o muleta.
Actualizamos la valoración de enfermería siguiendo los patrones funcionales de Marjory Gordon:

1 Patrón: Percepción y manejo de la salud
No RAMC.No hábitos tóxicos.
Vacunado de la gripe en la campaña del pasado año, neumococo hace 2 años y vacunación tétanos completa.
Hábitos higiénicos adecuados.
Considera que su salud no es mala, pero se siente frágil: “Me mantengo bastante bien gracias a que tomo el tratamiento que me manda mí doctora. Ahora sólo quiero recuperarme de la operación y volver a caminar sin dolor. Si no fuese por esta pierna estaría bastante bien”.

2 Patrón: Nutricional metabólico
IMC: 27 (sobrepeso).
No presenta intolerancias alimentarias conocidas.
Hace 3 comidas día, sigue una dieta blanda, ausencia de 2 piezas molares en la hemiarcada superior.

Al preguntarle si sufre de algún episodio de tos cuando come o bebe refiere que "desde hace unos meses ha ido aumentándome la tos con las comidas". Lo achaca a un catarro que tuvo hace unos 6 meses y que "no curó bien porque no fue al médico". Desde entonces come más despacio y ha comenzado a evitar algunos alimentos que el siente que le dan más tos.
Digestiones sin problemas aparentes.
Piel hidratada sin lesiones tróficas. Edema de miembro inferior derecho (operado). Herida quirúrgica correcta. Uñas y pelo en buen estado.

3 Patrón: Eliminación
Frecuencia intestinal diaria habitualmente.
Urinaria: Sd prostático. Infección urinaria que precisó ingreso hospitalario en el servicio de URG hace 7 meses y que se resolvió con antibioterapia oral.

4 Patrón: Actividad ejercicio
TA en rango. Toma un antihipertensivo diario desde hace más de 10 años.
FC en rango. Eupcárdico. Eupnéico.
Acude dos veces en semana al centro social del pueblo donde comparte tiempo con amigos y familiares, juegan a las cartas o al dominó.
Trata de ver una vez al mes a su hermano 4 años mayor que vive a 24 kilómetros con su sobrina, se desplaza en coche y le acerca su hija.
Previo a la intervención presentaba un Barthel de 80, en el momento de la evaluación es de 55.

5 Patrón: Sueño descanso
Toma diariamente una benzodiacepina desde hace 5 años para dormir, se levanta dos veces de media a lo largo de la noche para orinar y hace una siesta de media hora tras la comida principal. Refiere encontrase descansado por el día.

6 Patrón: Cognitivo perceptivo
Consciente, orientado en las tres esferas, le gusta leer los titulares del periódico, uso de gafas para presbicia desde hace más de 25 años.
Test memoria/Deterioro Cognitivo Pfeiffer: 3
Dolor en articular matutino, más en caderas que cede con paracetamol y toma solo cuando nota que el dolor es más intenso de lo habitual, no toma analgésicos a diario.

7 Patrón: Autopercepción autoconcepto
Conversación fluida. Se encuentra bien con el estilo de vida que tiene. Está acostumbrado a tomar el tratamiento desde hace años y lo cumple.

8 Patrón: Roles familiares
Buenas relaciones familiares y sociales con vecinos y amigos. Convive con esposa de 74 años, no dependiente. Su hija está pendiente de ellos, aunque vive a 12 kilómetros. Tienen una cuidadora externa que acude tres horas tres días en semana para ayudar en las tareas de la casa y hacer la compra.

9 Patrón: Sexualidad y reproducción.
No se pregunta sobre sexualidad, sí sobre la relación de la pareja. Solo tienen buenas palabras del uno hacia el otro, parece una pareja bien avenida.

10 Patrón: Adaptación tolerancia al estrés.
Buena adaptación al estrés de la cirugía y cuenta con suficientes apoyos sociales. Sufrió más pensando que su mujer estaba preocupada por él que por la cirugía en sí misma.

11 Patrón: Valores y creencias
Tiene planes de futuro inmediato, con ganas de volver a caminar de forma independiente lo más rápido posible y recuperar las reuniones semanales con sus amigos y visitas a sus familiares.

Destaca la presencia de signos de disfagia en el patrón 2 que no son conocidos y sugieren un riesgo de disfagia inadvertida. Ante este hallazgo se realiza un cribado de disfagia a través de una prueba con texturas variadas que evidencia una disfagia a líquidos tipo néctar y se recomienda comenzar el uso de espesantes para líquidos.

Se informa a su Médico de Atención Primaria del hallazgo y éste realiza la canalización al Servicio de Digestivo para completar los estudios complementarios (videoendoscopia de deglución y transito baritado). Tras realizar todas las pruebas, se llega al diagnóstico de divertículo de Zenker y se decide tratamiento conservador con medidas higienicodietéticas (corrección de la postura durante las comidas) y uso de espesantes con los líquidos.

4 Discusión-Conclusión

La disfagia es un síntoma clínico que corresponde a la sensación de dificultad en el descenso de la comida desde la boca al estómago. Puede producirse en cualquiera de las fases de la deglución. La etapa oral es un proceso voluntario, mientras que las fases faríngea y esofágica son de carácter involuntario y reflejo.

Para la correcta ejecución del proceso deglutorio es necesaria la integridad y el funcionamiento de la cavidad oral, la faringe, la laringe (impidiendo la entrada a la vía aérea) y el esófago, así como la correcta coordinación por el sistema nervioso. De su normal funcionamiento depende que se puedan cubrir las necesidades nutricionales de cada individuo sin alterar la función respiratoria.

Se estima que la prevalencia de este trastorno oscila entre un 6-9% de la población total. Hasta un 40% de los pacientes hospitalizados mayores de 75 sufren complicaciones relacionadas con la disfagia como la desnutrición, deshidratación, neumonía por aspiración y obstrucción de la vía aérea. Si sumamos los pacientes que la padecen tras haber sufrido ictus, las cifras alcanzan picos de hasta el 80%. La disfagia tiene consecuencias sociales, económicas y una importante morbimortalidad.

Ante un paciente con disfagia orofaríngea deberíamos de:
- Evaluar la integridad funcional de la deglución.
- Identificar la presencia de causas estructurales o mecánicas de disfagia.
- Evaluar el riesgo de aspiración y la seguridad de alimentar al paciente por vía oral.
- Determinar si el patrón de disfagia es tratable y, de ser así, evaluar la eficacia de los tratamientos.

El estudio de la disfagia orofaríngea puede realizarse mediante evaluación clínica, videofluoroscopia, evaluación endoscópica, evaluación endoscópica con estudio sensorial y laboratorio de señales de deglución. El manejo de los pacientes con trastornos de la deglución orofaríngea es multidisciplinario.

Entre las recomendaciones generales que se dan a los pacientes con disfagia encontramos:
- Procurar un ambiente relajado, sin distracciones y sin prisa.
- Seguir las recomendaciones del equipo de Rehabilitación sobre textura de los alimentos; adaptación de la consistencia de los líquidos, alimentos peligrosos o a evitar; y adaptación de la medicación.
- Realizar la higiene oral y dental después de cada comida siguiendo las recomendaciones individuales para cada caso.
- Permanecer sentado o de pie tras la ingesta (no tumbado), al menos, 30 minutos después de comer.
- No utilizar pajitas ni jeringas. Utilizar el tenedor o la cuchara, siguiendo las

recomendaciones particulares respecto a: tamaño del cubierto (sopero, cadete, postre); carga de alimento; tamaño de cada trozo y adaptaciones para facilitar la autoalimentación (ej.: reborde de plato, cubiertos con mango engrosado, vasos con asa o con boquilla especial)
- No hablar mientras se come. En ocasiones es conveniente evitar comidas con mucha gente. En estos casos es mejor dar la comida antes de la reunión.
- No dar de comer ni de beber, si está adormilado o agitado. Si esto ocurre, es mejor retirar la comida y esperar otro momento más idóneo.
- Evitar la híperextensión de cabeza. Si hay dificultad para controlar la postura deberá utilizarse un sistema de posicionamiento específico.
- Esperar a que la boca este limpia y sin residuos antes de la siguiente cucharada.
- En ocasiones se recomiendan ciertas posturas o maniobras deglutorias que deben realizarse durante todas las comidas y cada vez que se ingiera líquidos.
- En general no sobrepasar los 30-40 minutos de duración de la comida.
- El menú debe ser variado. Los alimentos deben tener la temperatura adecuada y cuidar la presentación.
- Cuidar la postura. La espalda correctamente alineada y apoyada sobre el respaldo de la silla. La cabeza ligeramente en flexión para tragar.
- Comer sentado fuera de la cama. Las personas que se alimenten a través de una gastrostomía o PEG también deben recibir la alimentación sentados, o al menos incorporados en la cama.

La correcta aplicación de los planes de salud permite identificar una serie patologías que tienen alto riesgo de pasar inadvertidas en el medio comunitario, siendo la disfagia un problema muy prevalente en este medio y con gran repercusión para la calidad de vida de los pacientes.

5 Bibliografía

1.- REV. MED. CLIN. CONDES - 2009; 20(4) 449 - 457
2.- IMSERSO. Guía de nutrición para personas con disfagia. Disponible en PDF.
3.- Disfagia. Evaluación y reeducación de los trastornos de la deglución. Ed Mc Graw-Hill, Interamericana
4.- http://w.w.w.disfagia.es/
5.-https://i2.wp.com/enfermeriacreativa.com/wp-content/uploads/2017/02/11-patrones-funcionales.png?fit=375%2C1024&ssl=1

Capítulo 369

ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS EN EL DOLOR CRÓNICO. LA ACUPUNTURA

MARTA IRALA RIVERO

GALO ROMAÑA GARCÍA

CARLA MENÉNDEZ BARROS

MARTA MORENO TOMÁS

1 Introducción

Acupuntura: técnica curativa usada en la Medicina China tradicional (MCT), basada en la penetración y estimulación de forma estratégica de ciertos puntos del cuerpo a través de la piel, por diferentes tipos de agujas.

Moxibustión: terapia de la Medicina Oriental en la que se utiliza el calor generado de quemar Artemisa Vulgaris presentada en forma de cigarro, recibiendo el nombre de "moxa", en los puntos de acupuntura.
Dolor crónico: sensación desencadenada por el sistema nervioso que se produce de forma continua durante más de seis meses, debido a una causa conocida o desconocida.

La acupuntura nació en China, gracias al "Huang Ti Nei Ching" (Secretos clásicos del Emperador Huang Ti), el libro más antiguo sobre esta técnica. Con él nos enteramos que esta terapia data de la época neolítica. Desde aquel momento hasta el 2500 a.C. aproximadamente, los médicos curaban las enfermedades mediante picaduras hechas con punzones de piedra, sílex o jade (1).

El famoso médico Bien Chioc (sigo VI a.C.) hablaba ya de los pulsos chinos. EN la MCT la toma del pulso es muy importante para determinar en qué estado está la energía de cada uno de los órganos del paciente. Se relacionaba las variaciones del pulso con las diferentes alteraciones energéticas de los órganos. Este tipo de diagnóstico requiere gran paciencia y compresión del cuerpo humano, la palpación del pulso puede durar más de diez minutos en cada brazo.

La MCT es, principalmente, una medicina preventiva.
En occidente comienza a conocerse la acupuntura a partir del siglos XVII gracias a unos misioneros jesuitas franceses.

En la China actual esta disciplina ocupa aún un lugar muy relevante dentro del marco de la medicina tradicional; es materia de estudio en las Universidades y convive perfectamente con la medicina occidental que se ha establecido como la oficial.

La acupuntura ha sido reconocida por la OMS desde 1979 como un tratamiento eficaz para, al menos, una lista de 49 enfermedades y desordenes, animando a la realización de estudios clínicos sobre esta disciplina médica " Como un camino para validar la acupuntura, mejorando su aceptación por la medicina moderna y así extendiendo su uso como una simple, barata y efectiva opción terapéutica".
Así mismo ha formulado una serie de directrices para la capacitación básica en acupuntura y seguridad a la hora de aplicar esta técnica.

El 16/09/2010 La UNESCO declaró la acupuntura y moxibustión chinas como patrimonio cultural inmaterial de la humanidad.

Actualmente es ofertada como prestación sanitaria en China, Vietnam y Cuba.

En la MCT se establece que la enfermedad y el dolor aparecen cuando existe un desequilibrio entre las dos fuerzas corporales (el ying y el yang), lo que lleva al bloquea del flujo de la energía vital (Qi).

La acupuntura estimula ciertos puntos para reequilibrar esa energía estimulándolos o produciendo una depresión entre ellos reequilibrar, estimular o sedar). Estos puntos se encuentran a lo largo de 12 meridianos y 8 submeridianos en los que se divide el cuerpo, cada uno se corresponde a un órgano o sistema orgánico. Se realiza un extenso interrogatorio al paciente, observando minuciosamente su estado físico, se examina la lengua y se toman los pulsos; se pueden tomar en tres posiciones en cada muñeca y a tres profundidades en cada posición. Se buscan así los desequilibrios para determinar un diagnóstico. El tiempo de la sesión será

entorno a 30-45 min.

Partiendo de este diagnóstico se seleccionaran los lugares específicos para estimular. Se aplicarán las agujas en los puntos seleccionados.

La inserción de la aguja requiere una gran habilidad, siendo muy importante evitar que el paciente sienta dolor. La colocación de la aguja puede seguir distintas direcciones (perpendicular, en ángulo de 45º, casi horizontal) dependiendo del punto a estimular y de la naturaleza de la enfermedad.

Se trabaja con agujas de formas y tamaños distintas. En la antigüedad se utilizaban nueve tipos de agujas diferentes, hoy en día la mayoría son de acero inoxidable (de un solo uso, envasadas en recipientes estériles) y en algunos casos de plata u oro por sus efectos terapéuticos. Se cree que la plata tiene poder sedante, mientras que al oro se le atribuye efecto estimulante. El grosor de las agujas es muy fino lo que hace que la inserción sea indolora o como mucho una sensación de hormigueo o mínima molestia.

Las agujas filiformes son las más comúnmente usadas, también existen otros tipos de agujas para condiciones específicas (aguja de tres filos o de flor de ciruelo, agujas intradérmicas, agujas de presión).

La técnica se realiza con el paciente tumbado en la camilla (decúbito prono o supino). Durante la sesión el paciente experimenta gran relajación, es común que llegue a dormirse.

La duración de las sesiones variará en tiempo y número dependiendo del tipo de dolor o enfermedad. En los casos de dolor crónico se requiere un número amplio de sesiones, entre 6 y 12, una sesión por semana y según se vaya produciendo mejoría se espaciarán en el tiempo, aproximadamente una sesión cada 15 días.

Los partidarios de la acupuntura afirman que un gran número de patologías se ven beneficiadas de su uso. Desde hernias discales, pasando por alergias, procesos inflamatorios, esguinces, problemas de riñón, reumatismos, trastornos de circulación y uterinos, infecciones gripales… Siendo destacado su uso como analgésico, incluso reduciendo el dolor postquirúrgico.

Estos beneficios repercuten en una disminución de los medicamentos consumidos, así como una mayor relajación y un nivel de energía más alto y equilibrado. Lo que supone una mejora de calidad de vida.
Los detractores mantienen que el único beneficio de la acupuntura es su efecto

placebo condicionando la predisposición del paciente y que no supone ningún beneficio directo.

En algunos casos el paciente puede sufrir sensación de vértigo o nauseas, pudiendo ocurrir que durante la primera sesión se desmaye (solo ocurre en casos raros). Por lo general los efectos secundarios son los menores que la lista que se observa en los medicamentos occidentales.

El paciente experimenta una gran relajación durante el tratamiento, en algunos casos puede continuar la somnolencia terminada la sesión.

El dolor y micro hemorragias que dan lugar a pequeños hematomas solo se observan en un 3% de las personas.

En casos muy aislados pueden aparecer reacciones alérgicas al material de las agujas (acero inoxidable).
No se debe acudir a recibir tratamiento si ha consumido cualquier bebida alcohólica una hora antes del mismo o si se ha usado alguna droga.

En caso de embarazo hay que avisar al acupuntor, ya que algunos puntos no deben ser estimulados durante la gestación.

Es difícil establecer contraindicaciones absolutas para esta forma de terapia.

2 Objetivos

- Descubrir a través de qué mecanismos biológicos funciona la acupuntura.
- Averiguar la utilidad de esta terapia para el alivio del dolor crónico.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica en distintas bases de datos: Cochrane Plus, Medline, Google académico, Lilacs e Ibecs. Utilizando como palabras clave acupuntura, medicina china tradicional, dolor, dolor crónico, acupuncture y chronic pain.

En los trabajos a los que no se pudo acceder al desarrollo completo se tuvieron en cuenta los resúmenes que resultaban de interés.

Se han tomado como referencia principalmente las revisiones realizadas por otros autores, comprendidos entre el 2008 y el 2014.

Se encontraron ciertos límites, ya que solo se pudo revisar la bibliografía en castellano e inglés a la que se pudiese acceder sin necesidad de suscripción.

4 Resultados

REVISION DE TEORÍAS: ACTUACIÓN EN EL CUERPO HUMANO.
Todavía ningún estudio ha explicado cómo funciona exactamente la acupuntura de acuerdo con los principios de la medicina basada en la evidencia. Los investigadores han propuesto varias teorías explicando los efectos de la misma, principalmente para aliviar el dolor.

Han descubierto que la adenosina, un neuromodulador con propiedades reguladoras del sueño, de disminución de inflamación y anti-nociceptivas, se ve aumentado considerablemente durante la acupuntura en ratones, para que su acción sea eficaz se requiere del receptor de adenosina A1. La inyección directa de un agonista del receptor de adenosina A1 aumentó el efecto analgésico de la acupuntura. La inhibición de las enzimas implicadas en la degradación de la adenosina también potenció su efecto anti-nociceptivo. Esto indicaría que la adenosina interviene en los efectos de la acupuntura y que intervenir en el metabolismo de esta enzima puede prolongar el beneficio clínico de la acupuntura (2).

El tratamiento con acupuntura que se aplicó a los roedores logró aliviar el malestar en un 60%. Sin embargo, entre los animales resistentes a la adenosina la acupuntura no surtió efecto (2).

También nos encontramos con otras teorías, las más destacadas son: la conducción de señales electromagnéticas, la activación del sistema natural de opiáceos del cuerpo y el cambio en la secreción y el cambio de la secreción de los neurotransmisores y las neurohormonas (3).

La conducción de señales electromagnéticas sugiere que los puntos de acupuntura sin conductores estratégicos de estas señales y que estimulándolos activaran la liberación de sustancias bioquímicas que eliminan el dolor, como las endorfinas; o liberan células del sistema inmunológico en ciertas partes del cuerpo (3).

La activación del sistema natural de opiáceos del organismo que reducen el dolor o inducen el sueño al actuar sobre los puntos de acupuntura explicarían los efecto calmantes del dolor (3).

Otros estudios sugieren que la acupuntura puede alterar la química cerebral de una manera positiva, cambiando la secreción de neutransmisores (sustancias bioquímicas que se estimulan o inhiben los impulsos nerviosos) y neurohormonas (sustancias químicas que se dan de forma natural en un órgano, que también pueden cambiar la estructura, función o actividad e éste). Esto también beneficiaria al organismo al actuar sobre las reacciones inmunes, el flujo sanguíneo, la presión arterial, etc. (3).

REVISIÓN DE ESTUDIOS: USO DE LA ACUPUNTURA EN EL DOLOR CRÓNICO.
La OMS reconoce la acupuntura como complemento eficaz para un amplio espectro de enfermedades, especialmente de carácter crónico. Ha publicado documentos y guías para animar los estudios clínicos de esta disciplina médica para validar esta técnica y formalizar su uso terapéutico y de prevención de enfermedades.
En general se ha observado que la disminución de dolor no está relacionada con el grado de dolor separado por categorías de sensibilidad, ni con la edad, el sexo o número de sesiones de acupuntura. Depende exclusivamente de la patología.

Todos los estudios comparten la dificultad de medir el dolor, ya que se trata de una experiencia subjetiva, por lo cual es muy difícil valorar todos los aspectos que forman parte de él.

Los tipos de control más habituales para evaluar la eficacia de la acupuntura son: la acupuntura placebo, alternativamente se unas en zonas en las que el paciente no puede observar directamente la técnica, lo que se ha denominado simulación e acupuntura, y la acupuntura falsa o sham, con diferentes variaciones, destacando la aplicación de las agujas en puntos no considerados como puntos de acupuntura o su inserción en puntos de acupuntura pero sin indicación específica para la patología estudiada.

Las conclusiones generales a las que se ha llegado con este tipo de control es que hay diferencia significativa entre los resultados de la disminución de dolor, lo que indicaría que la acupuntura es mas que un placebo. Sin embargo, las diferencias no son muy grandes, deduciéndose que la buena predisposición de paciente es influyente a la hora de obtener resultados satisfactorios.

Por otro lado, el segundo gran grupo de estudios, se ha centrado en valorar la acupuntura como una terapia complementaria a la occidental, obteniéndose en la mayoría de los estudios resultados satisfactorios.
Pero hay que destacar que son muy escasos los estudios que valoran la acupun-

tura como terapia complementaria, aunque los existentes presentan buenos resultados; y abundantes los que la comparan con placebo.

El manejo del dolor de la osteoartritis (forma más común de artritis, causa dolor, inflamación y disminución de los movimientos en las articulaciones) tratado con acupuntura comparándolo con falsa acupuntura. Se experimentó mejoría y diferencia significativa con la verdadera acupuntura, pero aun así la conclusión principal a la que se ha llegado es la necesidad de un mayor numero de estudios mas rigurosos, en cuanto a metodología, para determinar si a largo plazo mejora la calidad de vida de los pacientes, más allá de su efecto analgésico, considerando esta técnica un avance prometedor para una enfermedad sin cura (5).

Para tratar el dolor en endometriosis (enfermedad ginecológica que provoca dolor pelviano crónica con menstruación dolorosa) se incluyeron ensayos controlados aleatorios con simple o doble ciego incluyendo mujeres en edad reproductiva con un diagnostico confirmado por laparoscopia. Comparando la acupuntura con placebo o acupuntura simulada. Los hallazgos del estudio indican que la acupuntura puede ser una intervención analgésica efectiva en mujeres con endometriosis, pero al ser una muestra pequeña no se pudo esclarecer si es más efectiva en mujeres con síntomas más graves. Las pruebas indirectas indican que la respuesta al placebo de acupuntura simulada puede ser alta (6).

Se llegó a la conclusión de la necesidad de estudios más grandes que incluyan comparaciones con placebo u otros tratamientos antes de que se puedan extrapolar las conclusiones definitivas al publico en general (6).
En cuanto al dolor crónico en cefaleas se cuenta con estudios en los que se ha empleado la acupuntura como terapia complementaria, la revisión más amplia la encontramos sobre un estudio cuasi-experimental con 56 pacientes ambulatorios.

Tras la aplicación de un ciclo de acupuntura (3 meses de tratamiento) disminuyó la intensidad del dolor en un 43,3%, la frecuencia en un 45%, el consumo de analgésicos en un 48,5%, la discapacidad en un 47%, el sueño mejoró en un 66%. En totalidad la escala de dolor se redujo un 50,8%.

Se concluyó que la acupuntura es un tratamiento complementario altamente efectivo, mejorando la calidad de vida de los pacientes al verse reducida la ingesta de fármacos, disminuyendo los efectos secundarios producidos por estos. Suponiendo a si vez una reducción del coste para el sistema sanitario (7).

Otra revisión del mismo año sobre el mismo tema, pero comparando la acupun-

tura con falsa acupuntura, concluye que la evidencia médica muestra que la acupuntura es un tratamiento efectivo para la cefalea crónica. Concretando que los beneficios de la acupuntura verdadera son superiores a los de la acupuntura falsa y al tratamiento farmacológico (10).

En una revisión de 2011 acerca de la efectividad de la acupuntura para el dolor crónico de cuello y espalda (incluyendo en algunos casos lumbalgia) comparada con placebo de falsa acupuntura. Se concluye que la acupuntura no es, en general, más efectiva que el placebo. Admitiendo como limitación que no se disponen de datos suficientes (8).

Se ha mostrado que cuando se usa como técnica complementaria con el tratamiento de artrosis de rodilla, reduce el dolor y mejora la función significativamente más que la acupuntura placebo. Mejorando la sensación de dolor, la funcionalidad de la articulación y la calidad de visa. Siendo importante la excelente relación coste-eficacia (9).

El National Center for Complementary and Alternative Medicina (NCCAM) está integrando cada vez con más frecuencia la acupuntura en estudios del tratamiento del dolor, utilizando técnicas de imagen para observar sus efectos en el cerebro, con el fin de intentar comprender las acciones neurobiológicas y las áreas del cerebro involucradas en la percepción del dolor.

El conocimiento con mayor precisión de la efectividad de la acupuntura permitirá establecer cuáles son las patologías que se ven más beneficiadas del uso de esta técnica optimizando su coste-efectividad, excluyendo aquellas en las que no se consigan resultados suficientemente satisfactorios.

5 Discusión-Conclusión

La conclusión a la que se llega en prácticamente todos los trabajos es la necesidad de realizar estudios más amplios para concretar en qué patologías debería considerarse la acupuntura como primera elección o coadyuvante así como determinar cuál es la duración media del efecto analgésico de la acupuntura en las distintas patologías.

6 Bibliografía

1. Floreal Carballo. Acupuntura China. Consultado: 26 de noviembre del 2014.

2. Nanna Goldman, Michael Chen, Takumi Fujita, Qiwu Xu, Weiguo Peng, Wei Liu, Tina K Jensen, Yong Pei, Fushun Wang, Xiaoning. Adenosone A1 receotors ediate local anti-nociceptive effects of acupuncture. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3467968/.
Consultado: 28 de noviembre del 2014.
3. Acupuntura y analgesia. Héctor Merino Montt. Consultado: 28 de noviembre del 2014
4. Directrices sobre capacitación básoca y seguridad en la acupuntura. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: https://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s4932s/s4932s.pdf.
Consultado: 28 de noviembre del 2014
5. Diana Lucia Hurtado Lozano. La acupuntura en el manejo de la osteoartritis. Disponible en: https://docplayer.es/25459618-La-acupuntura-en-el-manejo-de-la-osteoartritis-diana-lucia-hurtado-lozano.html
Consultado: 3 de diciembre del 2014.
6. Zhu X, Hamilton KD, McNicol ED. Acupuncture for pain in endometriosis (review). Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21901713.
Consultado: 4 de diciembre del 2014.
7. E. Collazo. Ensayo no aletorizado del tratamiento con acupuntura de la cefalea resistente a tereapias. convencionales.
8. A VIckers, A. Cronin, A. Maschino, G. Lewith, H, MacPherson, N. Victor, N. foster, K. Sherman, C. Witt y K. Linde. Acupuncture for chronic pain: an individual patient meta-analysis of randomized trials.
9. E. Collazo Chao. Efectividad de la acupuntura en el Alivio del dolor refractario al tratamiento farmacológico convencional.
10. E. Calderón Seoane. Acupuntura en cefalea: una herramienta valiosa.
11.Rana S Hinman, Paul McCrory, Marie Pirotta, Ian Relf, Kay M Crossley, Prasuna Reddy, Andrew Forbes, Anthony Harris, Ben R Metcalf, Mary Kyriakides, Kitty Novy y Kim L Bennel. Efficacy of acupuncture for chronic knee pain: protocol for a randomised controlled trial using a Zelen design.
12. AJ Vickers, AM Cronin, AC Maschino, G Lewith, H MacPherson, NE Foster, KJ Sherman, CM Witt, K Linden: Acupuncture Trialists´Collaboration. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22965186
Consultado: 11 de diciembre del 2014.
13. Amanda J. Hutchinson, Simon Ball, Jeremy C. Andrews, Gareth G. Jones. The effectiveness of acupuncture in treating chronic non-specific low back pain: a systematic review of the literature.

Capítulo 370

IMPORTANCIA DEL ESTILO DE VIDA EN LA DIABETES TIPO 2

LUCIA MUÑIZ CHILLON

MARÍA RODRÍGUEZ MARTÍNEZ

EVA MUÑIZ CHILLÓN

1 Introducción

La DM (diabetes mellitus) es uno de los principales problemas de salud a nivel mundial. Tiene una prevalencia muy elevada y ocasiona un gran número de muertes prematuras. Además supone un alto gasto económico. Casi 400 millones de personas en todo el mundo sufren diabetes. Se considera un gran problema global ya que los expertos creen que en los próximos años se producirá un gran aumento de esta tendencia hasta llegar casi a doblarse.

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud), la DM es una enfermedad que se produce cuando el páncreas no es capaz de fabricar insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. La insulina es una hormona que regula la glucosa en la sangre.

Existen dos tipos de diabetes. En la DM tipo 1 por diversas razones no se produce síntesis de insulina, mientras que en la tipo 2 existe una incapacidad en el cuerpo para utilizar la insulina de forma eficaz. El principal problema que ocasiona la diabetes no controlada es la hiperglucemia, que son niveles muy elevados de azúcar en sangre que puede producir diversas complicaciones en nuestro estado

de salud ya que con el tiempo puede dañar gravemente muchos órganos y sistemas, sobretodo el sistema nervioso y los vasos sanguíneos, asi como aumentar el riesgo de enfermedades cardiovasculares y de otro tipo.

Según Soringer et al. (2012) la prevalencia de DM en España es del 13,8 %, con un 6,8% que desconocía tener la enfermedad y descubierto durante el trabajo del campo de estudio, con una muestra representativa de toda la población nacional. Es importante conocer y cuantificar las personas con DM para planificar y utilizar de forma eficiente los recursos. Para Aguila et al. (2012). Sea cual fuere la causa de la epidemia de DM tipo 2, la solución a nivel poblacional se encuentra en el cambio en el estilo de vida.

El tratamiento más efectivo se basa en una dieta adecuada, actividad física y diversos fármacos. En este articulo hablaremos de la importancia de modificar los estilos de vida y disminuir los factores de riesgo modificables en pacientes con diabetes tipo 2. Realizar actividad física de forma regular y adaptada a las posibilidades de cada persona, sumado a un abandono del hábito tabáquico son aspectos fundamentales a la hora de lograr un buen control glucémico y evitar complicaciones vasculares. Se ha demostrado en estudios observacionales que realizar actividad física de forma regular y continuada puede ser tan beneficioso y reduce el riesgo cardiovascular de manera comparable al tratamiento farmacológico.

Es importante moderar el consumo de alcohol y en caso de consumir hay que tener un mayor control de la glucemia para evitar hipoglucemias. El consumo del alcohol aumenta la estimulación a la secreción de insulina, entonces se reduce la gluconeogénesis en el hígado y se produce resistencia a la insulina, oxidación de la glucosa y su almacenamiento. Por otro lado el consumo de tabaco es un factor de riesgo para la mayoría de enfermedades. Es un producto muy nocivo para la salud y es la principal causa de mortalidad evitable en todo el mundo. Las personas diabéticas tienen mayor riesgo en su salud si tienen un hábito tabáquico, ya que esto produce un mayor riesgo dependiente de la dosis y aumenta la posibilidad de complicaciones asociadas a la diabetes.

Por otro lado, es esencial una buena alimentación. En los pacientes diabéticos se recomiendan los productos integrales y ricos en fibra como hortalizas y verduras. Las últimas recomendaciones en cuanto a los hidratos de carbono inciden en la importancia de la calidad de estos más que la cantidad. Las grasas y proteínas deben consumirse según las recomendaciones ya que si se exceden pues producir un desequilibrio de los niveles de glucosa, alteraciones metabólicas y aumento de peso.

Según la OMS (2018) a partir de 1975 la obesidad se ha triplicado en todo el mundo, en 2016, más de 1900 millones de adultos >18 años tenían sobrepeso, de los cuales, más de 650 millones eran obesos; en 2016 el 39% de las personas adultas >18 años fueron diagnosticados con sobrepeso, y el 13% con obesidad. En los últimos años las personas con sobrepeso y obesidad continúan aumentando de forma considerable. Se produce una ingesta mayor al gasto energético diario.

2 Objetivos

Describir los efectos benéficos de llevar un estilo de vida saludable en las personas con diabetes mellitus tipo 2.

3 Metodología

Se utilizó como buscador de información científica a Google Académico, así como los motores de búsqueda de diferentes bases de datos como Cochrane, SciElo y PubMed. Se revisaron diferentes páginas web, a las cuales se accedió utilizando palabras claves como: ejercicio, diabetes mellitus, estilo de vida, tratamiento y resistencia a la insulina.

Se revisaron artículos de investigación y de revisión publicados dentro de los últimos 10 años, en idioma español, inglés y alemán. Su contenido se relacionó con el objetivo de este trabajo. Se excluyeron todos aquellos artículos publicados hace más de 10 años y los que no presentaban la calidad requerida según criterio de los autores.

4 Resultados

Según los artículos revisados, la diabetes es una de las enfermedades crónicas mas significativas en el mundo. En los últimos años ha aumentado de manera considerable, por ejemplo en 2008 se detectaron unos 347 millones de casos y en 2014 aumentaron a 387 millones (Gautam, Bhatta, y Aryal, 2015).

El aumento puede estar relacionado con el aumento de la población, el desarrollo económico, los cambios en la alimentación hacia alimentos menos saludables, el envejecimiento de la población, la obesidad, el sedentarismo. Según estimaciones, es una de las causas más importantes de morbilidad y mortalidad.

Provoca además un aumento muy importante de los costes sanitarios en todos los países del mundo.

Por todo esto, en este tema se están mejorando los sistemas de prevención y promoción de la salud. Es tan necesario mejorar el autocuidado del paciente dirigido al estilo de vida, así como el autocuidado médico, acudiendo a los controles y siguiendo las recomendaciones médicas. Se pretende prevenir el desarrollo de la diabetes así como disminuir las complicaciones derivadas de la misma.

5 Discusión-Conclusión

Tras esta revisión sistemática se puede concluir que los factores modificables como los hábitos alimenticios, el consumo de alcohol y tabaco y el sedentarismo son factores de riesgo para desarrollar diabetes tipo 2, sobretodo en adultos entre 40 y 70 años de edad.

Estos factores intervienen de forma independiente o conjunta en la aparición y diagnóstico de la diabetes, ya que pueden provocar una mala absorción de nutrientes, alteraciones pancreáticas y deterioro de los sistemas en general. Es muy importante por tanto modificar de manera positiva estos hábitos desde una edad temprana para disminuir los riesgos.

6 Bibliografía

- Organización Mundial de Salud. (2018) Cifras y datos OMS https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes.
- Federación Internacional de Diabetes. Atlas de la Diabetes, 2015.
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. 2012. https://ensanut.insp.mx/informes/ensanut2012ResultadosNacionales.pdf
- Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. El Estado de Inseguridad Alimentaria. 2015.http://www.fao.org/3/a-i4646s.pdf
- Organización Panamericana de la Salud. Situación del Tabaco en México. https://www.paho.org/mex/index.php?option=com_content&view=article&id=96:situacio
n-tabaco-mexico&Itemid=387.
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. 2016. https://ensanut.insp.mx/ensanut2016/index.php#.XIBnVyhKjIU

Capítulo 371

LA IMPORTANCIA DE TRATAR EL ASMA HOLÍSTICAMENTE: UN CASO CLÍNICO.

ARÁNZAZU FERNÁNDEZ FLÓREZ

LIS MARTINEZLIS@HOTMAIL.COM

OLVIDO MORAN MARTINEZ

1 Introducción

Este caso clínico examina críticamente el impacto del asma en una paciente a la que atendí en el centro de salud en el que trabajo.Como se indica en el Código del Consejo de Enfermería y Obstetricia (NMC) (2015), para mantener la confidencialidad, no se identificaron los nombres de los familiares, ni del personal ni del centro de salud. Del mismo modo, para trabajar en línea con el Código, el enfoque de este caso clínico se basará en la última práctica basada en evidencia (NMC, 2015) y en la implementación de las 6 C (cuidado, compasión, competencia, comunicación, coraje y compromiso) en la práctica (NHS Inglaterra, 2016).

Además, debido a preocupaciones éticas y a seguir las recomendaciones del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas y la Declaración de la Asociación Médica Mundial de Helsinki (Aitken y Marshall, 2007), el paciente dio su consentimiento para escribir este estudio de caso, y una declaración de consentimiento se proporciona en el Apéndice. Se han propuesto varias definiciones de

asma. La Iniciativa Global para el Asma (GINA) (2018) lo define como 'una enfermedad heterogénea, generalmente caracterizada por inflamación crónica de las vías respiratorias con síntomas como sibilancias, dificultad para respirar, opresión en el pecho y tos que varían con el tiempo y en intensidad, junto con variables limitación del flujo de aire espiratorio '.

Del mismo modo, la British Thoracic Society (BTS) y la Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) (2016) lo describen como la presencia de síntomas (sibilancias, dificultad para respirar, opresión en el pecho, tos) y obstrucción variable del flujo de aire. Además, incluyen la hiperreactividad de las vías respiratorias y la inflamación de las vías respiratorias como componentes de la enfermedad ". Se cree que la prevalencia del asma se ha estabilizado desde la década de 1990. Sin embargo, el Reino Unido (Reino Unido) no solo se encuentra actualmente entre los países que tienen una de las tasas más altas de asma en Europa (Asthma UK, 2017a), sino que también tiene una de las tasas de mortalidad por asma más altas entre los países de ingresos altos del mundo. grupos de edad más jóvenes (Gupta et al., 2018).

De hecho, 5.4 millones de personas en el Reino Unido tienen asma (Asthma UK, 2017a). Por el contrario, en 2012, el 6% de las personas en el Reino Unido tenían asma en comparación con el 4,6% de los pacientes en mi área de salud de atención primaria (Haringey Council, 2018). A pesar de las recientes mejoras en la atención del asma, muchas muertes también pueden prevenirse, como lo establece la Revisión Nacional de Muertes por Asma (NRAD) (Gupta et al., 2018). Además, el costo estimado del NHS resultante del tratamiento del asma es de mil millones de libras esterlinas por año (Asthma UK, 2017a).

2 Objetivos

El objetivo principal del manejo del asma es mantener la condición bajo control para prevenir exacerbaciones y reducir la morbilidad y la mortalidad. Además, el objetivo es lograr el control máximo con una medicación mínima (Quirt et al., 2018).
Por lo tanto, el manejo de esta afección plantea desafíos que deben abordarse para brindar una mejor atención a las personas con asma, y las enfermeras de comunitaria juegan un papel crucial en el manejo de esta afección en el entorno de atención primaria.

3 Caso clínico

Gamze Acar (no es su nombre real), una nueva paciente del centro de salud, es una mujer turca de 47 años que fue diagnosticada con asma hace quince años. La Sra. Acar tiene antecedentes médicos de depresión (con 50 mg de sertralina una vez al día) y obesidad.No fuma ni bebe. La Sra. Acar está actualmente desempleada y casada con dos hijas. La Sra. Acar acudió a la consulta para su revisión anual de asma. Se utilizó un intérprete durante la consulta, ya que la Sra. Acar habla inglés limitado.

Su médico de cabecera le recetó un corticosteroide inhalado (SCI) (Clenil 100 mcg), como preventivo, a una dosis equivalente de 100 mcg dos inhalaciones dos veces al día junto con un agonista beta2 de acción corta (SABA) (salbutamol 100 mcg PRN) como un broncodilatador a corto plazo para usar "según sea necesario". Sin embargo, informó haber sufrido recientemente tos que a menudo empeoraba por la noche.

Para revisar su control del asma, se utilizó la herramienta de evaluación del Royal College of Physicians del Reino Unido (3 preguntas), ya que se ha agregado al marco de calidad y resultados (QOF) (Home, 2012). Existen otras herramientas como el Cuestionario de control de asma (7 ítems) (American Thoracic Society, 2016) y Prueba de control de asma (5 preguntas) (Prueba de control de asma, 2018) que pueden proporcionar más información; sin embargo, estos solo se usan ocasionalmente (Van Boven et al., 2015). Durante la consulta, la Sra. Acar informó que su sueño se veía perturbados por su tos por la noche.

Como se mencionó anteriormente, actualmente está en ICS y SABA. Esto es respaldado por la Sociedad de Respiratoria de Atención Primaria (PCRS) como tratamiento de mantenimiento de primera línea para la mayoría de los adultos con asma (Daines et al., 2017). La terapia complementaria inicial para el tratamiento con dosis bajas de ICS se complementaría con un agonista beta2 de acción prolongada (LABA) de acuerdo con las pautas de la British Thoracic Society / Scottish Intercollegiate Guidelines Network (BTS / SIGN) (2016). Las pautas del Instituto Nacional de Salud y Excelencia en la Atención (NICE) (2017) recomiendan agregar un antagonista del receptor de leucotrienos (LTRA) en su lugar, ya que es más rentable (Daines et al., 2017).

Sin embargo, antes de cambiar cualquier medicamento, primero deben verificarse factores como la falta de adherencia, los factores ambientales, los factores psicosociales o la mala técnica del inhalador (BTS / SIGN, 2016).
Se le preguntó a la Sra. Acar sobre sus desencadenantes del asma, y solo identificó un resfriado común. Sin embargo, cuando se le preguntó acerca de las condiciones de su vivienda, denunció la presencia de moho negro alrededor de las ventanas. Minimizar la exposición a los desencadenantes del asma en el hogar es un enfoque importante cuando se trata a pacientes con asma (Brown et al., 2014).

De hecho, la identificación correcta de esos factores desencadenantes está estrechamente relacionada con el manejo óptimo del asma (Janssens y Ritz, 2013). Además, evitar los desencadenantes junto con las intervenciones farmacológicas conduce a un control óptimo del asma en la mayoría de los pacientes (Quirt et al., 2018).
La Encuesta Nacional de Examen de Salud y Nutrición en los Estados Unidos mostró que casi el 50% de los pacientes adultos con asma tenían, si nada más, una comorbilidad médica, que estaba relacionada con un control deficiente del asma.

Como ilustración, es más probable que el asma y la depresión empeoren el asma (Braman y Rogers, 2018). Además, esta asociación puede conducir a una reducción de la calidad de vida, la inactividad, la obesidad y el uso más frecuente de los servicios de atención médica, entre otras cosas (Del Giacco et al., 2016). Además, el asma y la depresión comparten algunas características clave, como el aumento de las citocinas proinflamatorias, el estrés oxidativo y nitrosativo activado (Sherkawy et al., 2018). Los antidepresivos pueden mejorar el control del asma debido a sus propiedades antiinflamatorias (Krommydas et al., 2005). Por lo tanto, al tratar posibles problemas de salud mental, se puede prevenir la aparición de algunos casos de asma (Wong et al., 2013).

NRAD demostró que los factores psicosociales contribuyen al riesgo de muerte por asma en ese 16% de las personas que murieron de asma también sufrieron depresión (Levy et al., 2014). Sin embargo, a pesar de la evidencia de que el estrés y el asma están relacionados, faltan intervenciones para abordar el asma inducida por problemas de salud emocional (Ritz et al., 2013). En este caso, la Sra. Acar fue referida a su médico de cabecera para revisar su estado de depresión. Con respecto a su obesidad, la Sra. Acar informó de comer compulsivamente de vez

en cuando, además de tener un estilo de vida sedentario. La investigación muestra que el ejercicio físico reduce la gravedad del asma al reducir la inflamación sistémica (Eichenberger et al., 2013).

Sin embargo, es importante resaltar que se deben recomendar deportes con esfuerzo físico de corta duración (Del Giacco et al., 2015). La evidencia sugiere que los pacientes obesos con asma comparten un mecanismo específico característico de la obesidad y, como tal, sufren exacerbaciones aumentadas y un control deficiente del asma. Sin embargo, la inflamación celular de las vías respiratorias no aumenta como ocurre en otros asmáticos. Esto puede explicar la capacidad de respuesta limitada a los tratamientos convencionales para el asma, particularmente los corticosteroides. Por lo tanto, la pérdida de peso está relacionada con la mejora en el manejo del asma (Lugogo et al., 2009).

De hecho, se ha demostrado que una pérdida de peso del 5 al 10% mejora la calidad de vida y la función pulmonar, y reduce la morbilidad, según ensayos clínicos aleatorizados. Sin embargo, GINA afirma que no hay pruebas suficientes para respaldar un enfoque diferente para el manejo de pacientes obesos en comparación con pacientes con peso saludable. Además, la investigación muestra una asociación entre los componentes de la dieta y el asma (Forte et al., 2018). Mientras que la ingesta alta de grasas puede aumentar la inflamación de las vías respiratorias, las frutas y verduras (y los antioxidantes que contienen) pueden disminuir dicha inflamación (Guilleminault et al., 2017).

De hecho, la prevalencia del asma ha aumentado en los países occidentales, lo que puede deberse a la disminución del consumo de antioxidantes. Por ejemplo, en el Reino Unido, se sugirió que la cantidad de minerales en la carne, frutas y verduras ha disminuido (Allan y Devereux, 2011). Además, la evidencia sugiere una asociación entre la deficiencia de vitamina D y un mayor riesgo de asma y exacerbación del riesgo (Ginde y Sutherland, 2010). Asimismo, la investigación muestra una asociación entre el índice de masa corporal (IMC) más alto en la infancia y la aparición de asma en mujeres adultas. Esto puede deberse al efecto del aumento de los niveles de estrógeno. Por lo tanto, el sobrepeso es un problema clave entre las mujeres con asma, que causa más desafíos al controlar su condición, en comparación con mujeres de peso saludable (Valerio et al., 2009). En este escenario, se recomendaron consejos dietéticos breves y ejercicio moderado como la natación para promover la pérdida de peso.

Con respecto a la técnica del inhalador, se observó a la Sra. Acar mientras usaba un dispositivo placebo para evaluar su técnica. No agitó el inhalador de dosis medida presurizada (MDI) antes de usarlo y no usó un espaciador. Se debe promover el uso de espaciadores, ya que mejora la entrega de medicamentos de los MDI. Además, dicho uso puede prevenir uno de los principales inconvenientes de los MDI: impactación esofágica de la medicación; resultando en su ingestión, lo que puede causar efectos adversos en la orofaringe y el tracto gastrointestinal (Momeni et al., 2016). Además, la Sra. Acar admitió que a veces se olvidó de usar el ICS ya que dijo que no notaba ninguna diferencia. La terapia de inhalación es la base del tratamiento para las personas con asma.

Por lo tanto, es crucial que los pacientes entiendan la medicación prescrita con respecto a la dosis adecuada y la frecuencia de dosificación. Además, el tratamiento del asma generalmente requiere el uso diario de medicamentos antiinflamatorios, incluso cuando no hay síntomas. Esto puede llevar a los pacientes a creer que si no hay síntomas, no hay asma. En consecuencia, algunos pacientes no se adhieren al tratamiento con corticosteroides inhalados, lo que resulta en un control deficiente del asma (Ritz et al., 2013). Además, se recomienda el monitoreo SABA ya que NRAD reveló que la prescripción de más de 12 inhaladores de alivio por año conduce a un control deficiente del asma (Levy et al., 2014).

Igualmente importante es el uso correcto del inhalador, ya que una técnica deficiente puede conducir a peores resultados (Braido et al., 2016). Para lograr esto, la técnica del inhalador debe verificarse en la revisión anual del asma, así como documentarse formalmente (Levy et al., 2014). Sin embargo, la importancia de la técnica de inhalador ni del uso de espaciadores está cubierta en las directrices NICE (2017). Además, a muchos pacientes les resulta difícil usar inhaladores; por lo tanto, no se debe recetar un inhalador a menos que el paciente sea competente para usarlo. Claramente, la educación es crucial (UK Inhaler Group (UKIG), 2017); sin embargo, no todos los profesionales de la salud (incluidas las enfermeras) saben cómo usar los inhaladores. (Braido et al., 2016).

En consecuencia, este fracaso en la enseñanza y la evaluación conduce a un aumento en la demanda de servicios de salud, el desperdicio de medicamentos y el control subóptimo de la condición (Baverstock et al., 2010). Reconociendo esto, UKIG (2017) ha desarrollado estándares y competencias para aquellos profesionales de la salud que recetan medicamentos inhalados. En el caso en discusión, se realizó una demostración de la técnica para ayudar a la Sra. Acar a mejorar su

técnica. Como se mencionó anteriormente, la falta de adherencia al tratamiento conduce a malos resultados, y esto a veces permanece sin ser detectado hasta que se producen exacerbaciones (Van Boven et al., 2015).

Evaluar la no adherencia puede ser un desafío ya que no existe un enfoque estandarizado. Algunos de los métodos para monitorear el cumplimiento incluyen contadores de dosis, registro de recarga de recetas y dispositivos electrónicos de monitoreo para detectar el cumplimiento (Lilitwat y Vorakunthada, 2018). Además, la adherencia puede verse afectada por factores como el apoyo de la familia, una relación buena o mala entre el paciente y el profesional de la salud o los efectos secundarios de los medicamentos (Aby et al., 2017). Sin embargo, el manejo de la no adherencia no es universal. Por lo tanto, el enfoque debe adaptarse a las necesidades, preferencias y capacidades del paciente (Van Boven et al., 2015).

Además, para que este enfoque sea exitoso, debe estar centrado en el paciente y basado en la comunicación efectiva y la atención de la sociedad. Sin embargo, surgen dificultades al comunicarse con los pacientes, por ejemplo, las barreras del idioma y la alfabetización en salud (Lilitwat y Vorakunthada, 2018). En consecuencia, muchas directrices internacionales y nacionales enfatizan la recomendación de planes de acción escritos e intervenciones de autogestión (Van Boven et al., 2015). Con respecto al plan de acción para el asma, la Sra. Acar informó que no se le dio uno la última vez que asistió a una revisión y que proporcionar a los pacientes un plan de acción escrito personalizado es vital para que el paciente participe en el autocontrol de su condición (Quirt et al. al., 2018; Daines et al., 2017; NICE, 2017).

Sin embargo, solo el 23% de las personas que murieron de asma especificado uno, según NRAD (Levy et al., 2014). Además, dada la imposibilidad de encontrar un plan en turco para el asma entre los recursos del Reino Unido, como Asthma UK (2017b), esto se obtuvo a través del National Asthma Council Australia (NACA) (2017).
NACA también destaca el papel crítico del plan de acción escrito. De hecho, dichos planes han demostrado ser tan efectivos como los programas estructurados de educación sobre el asma en entornos de atención primaria, permitiendo más autonomía y resultando en mejoras en el uso de los servicios de salud y en los resultados de la enfermedad (Ritz et al., 2013).

Además, la educación sobre autogestión a través de Internet ha mostrado resultados positivos, como mejoras en el conocimiento sobre el asma y sus síntomas o la reducción de los ingresos hospitalarios, entre otros (Ritz et al., 2013). Del mismo modo, las aplicaciones móviles de salud (mHealth) pueden ayudar a los pacientes a controlar por sí mismos su asma al mejorar su calidad de vida y reducir el uso de los servicios de salud (Tinschert et al., 2017). No obstante, a pesar del potencial de las aplicaciones de asma mHealth, se necesita más investigación para desarrollar aplicaciones de asma más basadas en evidencia que mantengan la confidencialidad y privacidad de los pacientes (Househ et al., 2017).

En la examinación, el paciente estaba alerta y presentaba tos ocasional. Su altura era de 164 cm, su peso de 84 kg y su IMC de 31.2. Su presión arterial era de 129/81 mmHg, su frecuencia de pulso era de 74 latidos por minuto, su frecuencia respiratoria era de 16 respiraciones por minuto, su SPO2 era del 98% y su flujo espiratorio máximo (PEF) era de 310 l / min. PEF es una prueba fácil y rápida de la función pulmonar que se define como "el flujo más alto logrado a partir de una maniobra espiratoria forzada máxima iniciada sin dudar desde una posición de inflación pulmonar máxima". El paciente debe repetir la prueba 3 veces, registrando la lectura más alta. Esto generalmente se considera un valor estándar, el que es más del 80% del valor de referencia (Booker, 2007).

En esta ocasión, su valor de referencia fue de 425 l / min. A la luz de los resultados de PEF obtenidos junto con los síntomas y todos los factores discutidos anteriormente, se acordó con la paciente que regresaría para su revisión en cuatro semanas después de haber sido alentada a implementar los cambios sugeridos para mejorar su control del asma. De esta manera, una de las 6 C (compromiso) se integró en la práctica (NHS England, 2016).
Después de cuatro semanas, se observó una mejora en la técnica de inhalación del paciente, al igual que el cumplimiento del tratamiento.

Además, su PEF fue de 330 l / min, y aunque la tos no se detuvo, se redujo. Además, informó que se sintió un poco mejor después de que el médico de cabecera ajustó el medicamento para su depresión. Sin embargo, el problema del moho no fue atendido, ya que la respuesta de las viviendas sociales fue que "estaban abrumados y no era factible mudarse a otro piso". Además, la Sra. Acar solo perdió 500 g de peso. Se le aconsejó a la paciente que continuara con el régimen actual y que regresara en dos meses para su revisión, si no antes, si su condición empeoraba.

4 Discusión-Conclusión

En la examinación, el paciente estaba alerta y presentaba tos ocasional. Su altura era de 164 cm, su peso de 84 kg y su IMC de 31.2. Su presión arterial era de 129/81 mmHg, su frecuencia de pulso era de 74 latidos por minuto, su frecuencia respiratoria era de 16 respiraciones por minuto, su SPO2 era del 98% y su flujo espiratorio máximo (PEF) era de 310 l / min. PEF es una prueba fácil y rápida de la función pulmonar que se define como ”el flujo más alto logrado a partir de una maniobra espiratoria forzada máxima iniciada sin dudar desde una posición de inflación pulmonar máxima”.

El paciente debe repetir la prueba 3 veces, registrando la lectura más alta. Esto generalmente se considera un valor estándar, el que es más del 80% del valor de referencia (Booker, 2007). En esta ocasión, su valor de referencia fue de 425 l / min. A la luz de los resultados de PEF obtenidos junto con los síntomas y todos los factores discutidos anteriormente, se acordó con la paciente que regresaría para su revisión en cuatro semanas después de haber sido alentada a implementar los cambios sugeridos para mejorar su control del asma. De esta manera, una de las 6 C (compromiso) se integró en la práctica (NHS England, 2016).

Después de cuatro semanas, se observó una mejora en la técnica de inhalación del paciente, al igual que el cumplimiento del tratamiento. Además, su PEF fue de 330 l / min, y aunque la tos no se detuvo, se redujo. Además, informó que se sintió un poco mejor después de que el médico de cabecera ajustó el medicamento para su depresión. Sin embargo, el problema del moho no fue atendido, ya que la respuesta de las viviendas sociales fue que ”estaban abrumados y no era factible mudarse a otro piso”. Además, la Sra. Acar solo perdió 500 g de peso. Se le aconsejó a la paciente que continuara con el régimen actual y que regresara en dos meses para su revisión, si no antes, si su condición empeoraba.

Este estudio de caso ha demostrado la importancia de considerar los determinantes sociales de la salud (SDOH) cuando se atiende a los pacientes, ya que el enfoque no solo debe centrarse en el asma sino en todos los problemas que presenta el paciente. SDOH incluye factores como el estado socioeconómico, el entorno físico y la educación (Heiman y Artiga, 2015). En este caso, se consideraron estos factores, ya que se tomaron medidas con respecto a los desencadenantes del asma en la casa de la Sra. Acar. Además, el trabajo en equipo efectivo y la colaboración entre el equipo multidisciplinario se evidenciaron por la mejora en

la calidad de la atención al paciente. Sin embargo, se hizo poco hincapié en los consejos dietéticos para bajar de peso.

De hecho, un estudio mostró que las enfermeras de varios países (incluido el Reino Unido) a menudo encuentran dificultades para relacionarse con los pacientes con respecto a la dieta (Mogre et al., 2016). En consecuencia, se implementaron pautas de asma con respecto a su tratamiento. Según NRAD, la implementación de tales pautas podría evitar la muerte causada por asma (Levy et al., 2014). Sin embargo, la coexistencia de varias pautas agrega opciones, pero también causa confusión entre los médicos (Daines et al., 2017). Además, la Sra. Acar no había asistido a su última revisión de asma con su médico de cabecera anterior. NRAD reveló que el 43% de las personas que murieron de asma no asistieron a una revisión de asma en el último año antes de la muerte (Levy et al., 2014).
La GPN anterior mostró una falta de compasión con respecto al plan de acción para el asma, que no se proporcionó, debido a las limitaciones de idioma de la Sra. Acar.

La investigación sugiere que considerar la alfabetización en salud (incluidos aquellos cuyo idioma principal no es el inglés) al comunicarse con los pacientes es crucial para lograr mejores resultados de salud (Apter et al., 2013). Por lo tanto, el enfoque en el tratamiento del asma podría conducir a la medicina integrativa, dada la causa multifactorial de la afección. Dicha medicina combina el uso de terapias basadas en evidencia con la medicina convencional, logrando un efecto sinérgico (McClafferty, 2014). Además, las pautas BTS / SIGN (2016) abogan por enfoques no farmacológicos para el manejo del asma, independientemente de la medicación que estén tomando los pacientes. Sin embargo, NICE (2017) no incluye ninguna sección que lo respalde en sus directrices (BTS / SIGN, 2016).

En conclusión, este caso ha demostrado que las enfermeras comunitarias deben esforzarse por prestar más atención al tratamiento integral de los pacientes, así como a ser entrenados cuando se identifican deficiencias en el conocimiento. Asimismo, el manejo de enfermedades crónicas, particularmente el asma, está influenciado por múltiples factores. Por lo tanto, un enfoque centrado en el paciente y multisectorial es vital para tener un impacto significativo en la mejora de la salud de esos pacientes.

5 Bibliografía

- Aby, A., Sivakumar, A. M., Kandasamy, K., Rajagopal, S. and Ramanathan, S. (2017) Medication adherence in asthma patients: a review, International Journal of Current Research, 9 (12), pp. 62684-62689. Available from: file:///C:/Users/Mediaservice/Downloads/52.IntJCurrRes201791262684-89.pdf
[Accedido 7/10/18].
- Aitken, L. M. and Marshall, A. P. (2007) Writing a case study: ensuring a meaningful contribution to the literature, Australian Critical Care, 20 (4), pp. 132-136. DOI: 10.1016/j.aucc.2007.08.002.
- Allan, K. and Devereux, G. (2011) Diet and asthma: nutrition implications from prevention to treatment, Journal of the American Dietetic Association, 111 (2), pp. 258-268. DOI: 10.1016/j.jada.2010.10.048.
- American Thoracic Society (2016) Asthma control questionnaire. Available from: http://www.thoracic.org/members/assemblies/assemblies/srn/questionaires/acq.php
[Accedido 14/10/18].
- Apter, A. J., Wan, F., Reisine, S., Bender, B., Rand, C., Bogen, D. K. et al. (2013) The association of health literacy with adherence and outcomes in moderate-severe asthma, Journal of Allergy and Clinical Immunology, 132 (2), pp. 321-327. DOI: 10.1016/j.jaci.2013.02.014.
- Asthma control test (2018) Asthma control test. Available from: https://www.asthmacontroltest.com/Europe/United%20Kingdom/en/adult
[Accedido 14/10/18].
- Asthma UK (2017a) Asthma facts and statistics. Available from: https://www.asthma.org.uk/about/media/facts-and-statistics/
[Accedido 8/10/18].
- Asthma UK (2017b) Non-English action plans. Available from: https://www.asthma.org.uk/for-professionals/professionals/non-english-action-plans/
[Accedido 14/10/18].
- Baverstock, M., Woodhall, N. and Maarman, V. (2010) P94 Do healthcare professionals have sufficient knowledge of inhaler techniques in order to educate their patients effectively in their use? Thorax, 65 (4), pp. A118. DOI: 10.1136/thx.2010.150979.46.
- Booker, R. (2007) Peak expiratory flow measurement. Nursing Standard, 21 (39).
- Braido, F., Chrystyn, H., Baiardini, I., Bosnic-Anticevich, S., van der Molen, T., Dandurand, R.J., Chisholm, A., Carter, V., Price, D. and Group, R.E. (2016) 'Trying, but failing': the role of inhaler technique and mode of delivery in respiratory

medication adherence, The Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice, 4 (5), pp. 823-832. DOI: 10.1016/j.jaip.2016.03.002.
- Braman, S., S. and Rogers, L. (2018) Three common comorbidities with asthma: does their treatment improve outcomes? Available from: https://www.medscape.com/viewarticle/900265
[Accedido 6/10/18].
- British Thoracic Society and Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2016) British guideline on the management of asthma: quick reference guide. Available from: https://www.brit-thoracic.org.uk/document-library/clinical-information/asthma/btssign-asthma-guideline-quick-reference-guide-2016/
[Accedido 10/10/18].
- Brown, K. W., Minegishi, T., Allen, J. G., McCarthy, J. F., Spengler, J. D. and MacIntosh, D. L. (2014) Reducing patients' exposures to asthma and allergy triggers in their homes: an evaluation of effectiveness of grades of forced air ventilation filters, Journal of Asthma, 51 (6), pp. 585-594. DOI: 10.3109/02770903.2014.895011.
- Daines, L., Keely, D., Gruffydd Jones, K., Holmes, S., Gerrard, V. and Stonham, C. (2017) Asthma Guidelines in Practice: a PCRS-UK consensus. Available from: https://www.pcrs-uk.org/sites/pcrs-uk.org/files/Asthma%20GuidlinesFINAL_AOP.pdf
[Accedido 8/10/18].
- Del Giacco, S.R., Firinu, D., Bjermer, L. and Carlsen, K.H. (2015) Exercise and asthma: an overview, European Clinical Respiratory Journal, 2 (1), pp. 27984. DOI: 10.3402/ecrj.v2.27984.
- Del Giacco, S.R., Cappai, A., Gambula, L., Cabras, S., Perra, S., Manconi, P.E., Carpiniello, B. and Pinna, F. (2016) The asthma-anxiety connection, Respiratory Medicine, 120, pp. 44-53. DOI: 10.1016/j.rmed.2016.09.014.
- Eichenberger, P. A., Diener, S. N., Kofmehl, R. and Spengler, C. M. (2013) Effects of exercise training on airway hyperreactivity in asthma: a systematic review and meta-analysis, Sports Medicine, 43 (11), pp. 1157-1170. DOI: 10.1007/s40279-013-0077-2.
- Forte, G.C., da Silva, D.T.R., Hennemann, M.L., Sarmento, R.A., Almeida, J.C. and de Tarso Roth Dalcin, P. (2018) Diet effects in the asthma treatment: a systematic review, Critical Reviews in Food Science and Nutrition, 58 (11), pp. 1878-1887. DOI: 10.1080/10408398.2017.1289893.
- Ginde, A. A. and Sutherland, E. R. (2010) Vitamin D in asthma: panacea or true promise? Journal of Allergy and Clinical Immunology, 126 (1), pp. 59-60. DOI: 10.1016/j.jaci.2010.05.030.
- Global Initiative for Asthma (2018) Global strategy for asthma management

and prevention. Available from: file:///C:/Users/Mediaservice/Downloads/wms-GINA-2018-report-V1.3-002.pdf [Accedido 4/10/18].
- Guilleminault, L., Williams, E. J., Scott, H. A., Berthon, B. S., Jensen, M. and Wood, L. G. (2017) Diet and asthma: is it time to adapt our message? Nutrients, 9 (11), pp. 1227. DOI: 10.3390/nu9111227.
- Gupta, R. P., Mukherjee, M., Sheikh, A. and Strachan, D. P. (2018) Persistent variations in national asthma mortality, hospital admissions and prevalence by socioeconomic status and region in England, Thorax, pp. 210714. DOI: 10.1136/thoraxjnl-2017-210714.
- Haringey Council (2018) JSNA - Respiratory Diseases. Available from: https://www.haringey.gov.uk/social-care-and-health/health/joint-strategic-needs-assessment/adults-and-older-people/jsna-respiratory-diseases [Accedido 17/12/18].
- Heiman, H. J. and Artiga, S. (2015) Beyond health care: the role of social determinants in promoting health and health equity, Health, 20 (10), pp. 1-10. Available from: https://www.issuelab.org/resources/22899/22899.pdf [Accedido 6/10/18].
- Home, D. (2012) Asthma annual reviews should include RCP 'three questions'. Available from: https://www.guidelinesinpractice.co.uk/respiratory/asthma-annual-reviews-should-include-rcp-three-questions/335905.article [Accedido 14/10/18].
- Househ, M., Hossain, N., Jamal, A., Zakaria, N., Elmetwally, A., Alsalamah, M. and Khalifa, M. (2017) A cross-sectional content analysis of android applications for asthma, Health Informatics Journal, 23 (2), pp. 83-95. DOI: 10.1177/1460458215627289.
- Janssens, T. and Ritz, T. (2013) Perceived triggers of asthma: Key to symptom perception and management, Clinical and Experimental Allergy, 49 (3), pp. 1000-1008. DOI: 10.1111/cea.12138.
- Krommydas, G., Gourgoulianis, K. I., Karamitsos, K., Krapis, K., Kotrotsiou, E. and Molyvdas, P. A. (2005) Therapeutic value of antidepressants in asthma, Medical Hypotheses, 64 (5), pp. 938-940. DOI: 10.1016/j.mehy.2004.06.036.
- Levy, M., Andrews, R., Buckingham, R., Evans, H., Francis, C., Houston, R. et al. (2014) Why asthma still kills: The National Review of Asthma Deaths (NRAD). Available from: file:///C:/Users/Mediaservice/Downloads/Why%20asthma%20still%20kills%20full%20report.pdf [Accedido 8/10/18].
- Lilitwat, W. and Vorakunthada, Y. (2018) Promoting medication adherence to asthma, Health, 10 (01), pp. 13. DOI: 10.4236/health.2017.101002.

- Lugogo, N. L., Kraft, M. and Dixon, A. E. (2009) Does obesity produce a distinct asthma phenotype? Journal of Applied Physiology, 108 (3), pp. 729-734. DOI: 10.1152/japplphysiol.00845.2009.
- McClafferty, H. (2014) An overview of integrative therapies in asthma treatment, Current Allergy and Asthma Reports, 14 (10), pp. 464. DOI: 10.1007/s11882-014-0464-2.
- Mogre, V., Ansah, G. A., Marfo, D. N. and Garti, H. A. (2015) Assessing nurses' knowledge levels in the nutritional management of diabetes, International Journal of Africa Nursing Sciences,3, pp. 40-43.DOI: 10.1016/j.ijans.2015.07.003.
- Momeni, S., Nokhodchi, A., Ghanbarzadeh, S. and Hamishehkar, H. (2016) The effect of spacer morphology on the aerosolization performance of metered-dose inhalers, Advanced Pharmaceutical Bulletin, 6 (2), pp. 257. DOI: 10.15171/apb.2016.035.
- National and Asthma Council Australia (2016) Management of asthma: adults. Available from: http://www.asthmahandbook.org.au/uploads/5804182069c2f.pdf [Accedido 4/10/18].
- National Asthma Council Australia (2017) Translated action plans. Available from: https://www.nationalasthma.org.au/health-professionals/asthma-action-plans/translated-action-plans
[Accedido 14/10/18].
- National Institute for Health and Care Excellence (2017) Asthma: diagnosis, monitoring and chronic asthma management. Available from: https://www.nice.org.uk/guidance/ng80/resources/asthma-diagnosis-monitoring-and-chronic-asthma-management-pdf-1837687975621
[Accedido 4/10/18].
- NHS England (2016) The 6Cs. Available from: https://www.england.nhs.uk/leadingchange/about/the-6cs/
[Accedido 8/10/18].
- Nursing and Midwifery Council (2015) The Code: professional standards of practice and behaviour for nurses and midwives. Available from: https://www.nmc.org.uk/globalassets/sitedocuments/nmc-publications/nmc-code.pdf
[Accedido 28/9/18].
- Quirt, J., Hildebrand, K.J., Mazza, J., Noya, F., Kim, H., Harold, K. (2018) Asthma, Allergy, Asthma and Clinical Immunology, 14 (2), pp. 16-30. DOI: 10.1186/s13223-018-0279-0.
- Ritz, T., Meuret, A. E., Trueba, A. F., Fritzsche, A. and von Leupoldt, A. (2013) Psychosocial factors and behavioral medicine interventions in asthma, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 81 (2), pp. 231. DOI: 10.1037/a0030187.

- Sherkawy, M. M., Abo-Youssef, A. M., Salama, A. A. and Ismaiel, I. E. (2018) Fluoxetine protects against OVA induced bronchial asthma and depression in rats, European Journal of Pharmacology, 837, pp. 25-32. DOI: 10.1016/j.ejphar.2018.08.026.
- Tinschert, P., Jakob, R., Barata, F., Kramer, J. and Kowatsch, T. (2017) The potential of mobile apps for improving asthma self-management: a review of publicly available and well-adopted asthma apps, JMIR mHealth and uHealth, 5 (8). DOI: 10.2196/mhealth.7177.
- UK Inhaler Group (2017) Inhaler standards and competency document. Available from: https://www.respiratoryfutures.org.uk/media/70005/ukig-inhaler-standards-january-2017.pdf
[Accedido 8/10/18].
- Valerio, M. A., Gong, Z. M., Wang, S., Bria, W. F., Johnson, T. R. and Clark, N. M. (2009) Overweight women and management of asthma, Women's Health Issues, 19 (5), pp. 300-305. DOI: 10.1016/j.whi.2009.03.008.
- Van Boven, J. F., Trappenburg, J. C., Van Der Molen, T. and Chavannes, N. H. (2015) Towards tailored and targeted adherence assessment to optimise asthma management, NPJ Primary Care Respiratory Medicine, 25, pp. 15046. DOI: 10.1038/npjpcrm.2015.46.
- Wong, K. O., Hunter Rowe, B., Douwes, J. and Senthilselvan, A. (2013) Asthma and wheezing are associated with depression and anxiety in adults: an analysis from 54 countries, Pulmonary Medicine, 2013. DOI: 10.1155/2013/929028.

Capítulo 372

CONOCEMOS LAS COMPLICACIONES NO MOTORAS EN EL PARKINSON

ZAIRA FERNÁNDEZ GONZÁLEZ

1 Introducción

La enfermedad de Parkinson es un proceso crónico y progresivo producido por la degeneración neuronal en la sustancia negra, lo que conlleva una disminución en los niveles de dopamina. Su etiología es desconocida y multifactorial.

Su comienzo es insidioso y los síntomas guía son: temblor, bradicinesia (enlentecimiento de los movimientos), acinesia (dificultad para el movimiento), hipocinesia (reducción de la amplitud de los movimientos), rigidez e inestabilidad postural. Y además, pueden aparecer otros como, trastornos del sueño, trastornos del habla y la deglución, deterioro cognitivo, etc. Su diagnóstico es exclusivamente clínico, pero se debe hacer un diagnóstico diferencial con ciertas patologías.

2 Objetivos

- Conocer las complicaciones no motoras en el Parkinson.

3 Metodología

Se ha procedido a realizar una revisión bibliográfica. Para ello, se han consultado fuentes como revistas y libros especializados en ciencias de la salud, páginas web relacionadas con el tema y se ha recurrido a las principales bases de datos, así como también se han consultado diferentes guías clínicas de actuación.

4 Resultados

Cuando la enfermedad de Parkinson esta presente, existen algunas complicaciones además de las insidiosas de la propia enfermedad. Entre las complicaciones que pueden aparecer encontramos, por ejemplo, problemas gastrointestinales como el estreñimiento, que podría ser tratado farmacológicamente o intentando un cambio de hábitos. Además, podría aparecer disfagia y nauseas, vómitos y gastroparesia.

Podrían aparecer problemas urinarios como nicturia, polaquiuria e incontinencia, se debería descartar otra patología, y como tratamiento de estas complicaciones comenzar con los no farmacológicos como podría ser el facilitar la accesibilidad rápida al baño o reducir la ingesta de líquidos a partir de media tarde en caso de la nicturia, luego estarían los métodos farmacológicos.
La hipotensión ortostática es otra posible complicación para la cual sería necesario el ajuste de medicaciones y además tomar una serie de medidas higiénico-dietéticas para ayudar a disminuir este proceso. También podrían aparecer otras complicaciones como alteraciones de la termorregulación, sudoración, dolor, discinesia, seborrea y blefaritis o trastornos de la salivación. Pueden aparecer trastornos del sueño que están relacionados con las alteraciones del propio ciclo del sueño, con los síntomas motores y de la propia enfermedad y con los efectos de los fármacos antiparkinsonianos. Entre los trastornos neuropsiquiátricos encontramos la depresión, psicosis o ansiedad. También podrían ser complicaciones añadidas la aparición de deterioro cognitivo y fatiga. En muchas de estas complicaciones se podría recurrir al ajuste de la medicación para su tratamiento.

5 Discusión-Conclusión

La aparición de complicaciones en la enfermedad de Parkinson es habitual, por lo que los profesionales de la salud deben de estar familiarizados con estas y poder identificarlas para que puedan ser tratadas y poder ayudar a que la calidad de las personas con esta enfermedad pueda ser mejor.

6 Bibliografía

- Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Enfermedad de Parkinson. Guías de Práctica Clínica en el SNS. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud; 2014.

- Bernal-Pacheco O, Limotai N, Go CL, Fernandez HH. Nonmotor manifestations in Parkinson disease. Neurologist. 2012;18(1):1-16.

Capítulo 373

EFECTOS DEL ESTRÉS MATERNO SOBRE EL DESARROLLO FETAL: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Mª ANGELES MONTES ALONSO

AROA GONZÁLEZ GARCÍA

1 Introducción

El estrés es un concepto muy integrado en la sociedad moderna, tanto, que es cada vez más frecuente que se padezca en edades tempranas, hecho que comienza a ser un tema preocupante. En algunos países de la Unión Europea (U.E) y occidentales, tienen niveles altos de estrés en su población y como consecuencia, alteraciones en el estado de salud de la misma (1,2).

El estrés ha estado en el punto de mira tanto científicamente como mediáticamente en los últimos 30 años. Son muchas las investigaciones que se han realizado alrededor de este tema y su relación con enfermedades y alteraciones en el organismo y la conducta, pero también han sido muchas las evidencias científicas que confirman su nexo con muchas de las enfermedades que encabezan el ranquin de mortalidad en el mundo (3).

También tiene parte de responsabilidad en muchas de las discapacidades declaradas en el mundo, por lo que implica una gran carga económica. La Organización Mundial de la Salud (OMS) manifiesta que para el 2020 las enfermedades mentales junto con trastornos derivados del estrés, serán el segundo motivo de

discapacidad en el mundo, solo siendo superadas por las enfermedades de origen cardiovascular (4,5).

No hay una definición de estrés única y consensuada. Según los tiempos, el investigador o el enfoque le darán una definición u otra, por lo que intentar definir este término resulta muy complicado.

El origen de la palabra estrés proviene del siglo XIII, en concreto de la abreviatura de stresse y una variante de distresse, ambas están vinculadas a una palabra que proviene del latín, strictus (2). En cuanto a la rama psicobiológica, la idea, la conceptualización del estrés se ha ido formando y desarrollando progresivamente desde el año 1930 (6).

El estrés se definió en un origen como una respuesta inespecífica del organismo ante cualquier estímulo perjudicial, pero con el paso de los años el concepto se fue clarificando (7). Hoy en día se puede definir como: la respuesta conductual, psicológica y fisiológica de una persona, que intenta adecuarse a las tensiones tanto externas como internas, para así, recuperar la homeostasis (8). Dentro de esta definición encontramos diferentes factores que influyen. Por un lado tenemos los diferentes eventos que rodean al individuo, ya sean internos o externos, es decir el estímulo, a lo que se llama el "estresor". Por otro lado tenemos la reacción cerebral a este estímulo, es decir la "percepción del estrés". Y por último la respuesta conductual, psicológica y fisiológica de la persona, "la respuesta al estrés" (9).

Un estresor puede ser tanto físico (una serpiente pitón), como psicológico (la pérdida de un ser querido, trabajo) o fisiológico (hemorragia) (9). La percepción del estrés depende mucho de la personalidad de cada individuo, la genética, su nivel económico o social, la educación que ha recibido o sus vivencias pasadas, lo que para unos resulta un estímulo muy nocivo para otros puede serlo en menor grado o directamente no suponer amenaza alguna (4,1).

El estrés podría clasificarse según el tipo de estresor (agudo o crónico), según su intensidad (leve o grave) y según el contexto (dentro o fuera). La respuesta al estrés también podía clasificarse según la rapidez con la que se producen los cambios fisiológicos en el organismo (muy rápida o retardada) (4).

El estrés agudo o a "corto plazo" es aquel que dura segundos, minutos u horas, desapareciendo el estresor junto con el estrés. Este tipo de estrés es un instrumento de supervivencia básico y beneficioso para el organismo, ya que ocurre

una activación del sistema inmune, mejorando sus respuestas "innatas/primaria y adaptativa/secundaria". Por todo ello el estrés a corto plazo tiene un efecto protector, porque acondiciona el organismo para hacer frente a retos (9).

Sin embargo, el estrés crónico o a "largo plazo", es aquel que permanece varias horas al día a lo largo de varios días, semanas o incluso meses. Numerosos estudios confirman que el estrés crónico es perjudicial para la salud, ya que anula la circulación, función y número de células inmunitarias (9).

Como hemos dicho con anterioridad la "respuesta al estrés" puede ser conductual, psicológica o fisiológica. En la fisiológica intervienen diferentes sistemas del cuerpo, el "sistema endocrino, inmunológico, metabólico y cardiovascular" (1). Todos estos sistemas alterarán su funcionamiento normal en respuesta al estrés, el modo dependerá de si la respuesta es rápida o retardada (4).

En la respuesta rápida, el hipotálamo activa el sistema nervioso autónomo que estimula la médula suprarrenal, liberando catecolaminas (adrenalina y noradrenalina). Estas hormonas producen un aumento de: el metabolismo basal, la frecuencia respiratoria, la presión sanguínea y el flujo de sangre a los órganos esenciales para llevar a cabo una lucha o huir (4,8).

Una vez que están elevados los niveles de noradrenalina y adrenalina, es cuando comienza la respuesta retardada o lenta, estos niveles estimulan el eje Hipotálamo-pituitario-adrenal (HPA) que provocan una liberación de una serie de hormonas: corticotropina (CRH), adenocorticotropa (ACTH), beta-endorfinas, ACTH y glucocorticoides (GC), en el caso del ser humano es el cortisol, y por ultimo las beta-endorfinas(8,4).

El cortisol es una hormona que protege al cerebro y también interviene en los procesos de atención, captación y memorización. Unos niveles muy altos podrían ocasionar daños en el cerebro, ya que atraviesan la barrera hemato-encefálica con facilidad, perjudicando procesos cognitivos (8,6).

Las células del cuerpo tienen receptores para una o varias de estas hormonas liberadas, por lo que el estrés puede influir o modificar células y tejidos de todo el organismo (9). Hay ciertos momentos en la vida de las personas, en las que son más susceptibles a las emociones, por ello, son más vulnerables a padecersituaciones de estrés (1). El embarazo por ejemplo, una experiencia muy bonita pero que también está cargada de miedo, preguntas, alteraciones en la autoestima e ilusiones. El conjunto de todas estas emociones se traduce a un estado de estrés

prolongado, dando lugar a alteraciones tanto maternas como fetales (10).

Existen estudios que relacionan alteraciones en la salud mental prenatal con parámetros inferiores a los normales en el nacimiento (16), como podría ser un crecimiento fetal por debajo de lo esperado, bajo peso al nacer o alteraciones en la salud durante la infancia (12).

Como hemos visto el estrés puede producir enfermedades al individuo que lo padece o incluso al feto durante el embarazo. Por ello, hemos decidido realizar una revisión bibliográfica donde reunimos la literatura más significativa sobre esta materia, publicada en los últimos 8 años.

2 Objetivos

Valorar si el estrés padecido durante el embarazo puede modificar el desarrollo normal del mismo, comprometiendo el bienestar fetal.

3 Metodología

Hemos procedido a realizar una revisión bibliográfica de la literatura, siguiendo las pautas de la declaración PRISMA (17). Para ello realizamos un plan de búsqueda bibliográfica, definimos criterios de inclusión y exclusión. Seleccionamos la muestra basándonos en estos criterios, valoramos los resultados expuestos por la literatura seleccionada y por último expondremos las recomendaciones en base a los resultados obtenidos en los estudios evidenciados y con rigor científico basada en las recomendaciones de la declaración PRISMA.

Las bases de datos consultadas han sido Web Of Science y Scopus.

Se utilizaron las siguientes palabras clave: “pregnan*”, “stress”, “fetal development” y “prenatal stress”. Para su combinación hemos utilizado en todo momento el operador lógico AND. También nos ayudamos del operador de exactitud * y el comillado.
La búsqueda se realizó durante los meses de abril y mayo de 2017.

Se usaron los siguientes criterios de inclusión:
- Año de publicación debe estar comprendido entre 2011 y 2017.
- El idioma del documento deberá ser en inglés y español.
- El tipo de documento deberá ser un artículo o una revisión.

El área de investigación deberá centrarse en cualquiera de la siguientes:
- Ginecología- Obstetricia.
- Pediatría.
- Fisiología.
- Psicología.
- Enfermería.
- Medicina.

Se utilizaron los siguientes criterios de exclusión:
- Se excluyen aquellos artículos que tras la lectura del resumen no aportan evidencias sobre los efectos que ejerce el estrés materno, sobre el peso al nacer, prematuridad, longitud y perímetro craneal.
- Todos aquellos artículos que no cumplan los criterios de inclusión.

Resultados de la búsqueda:
- Web Of Science: Introducimos en el buscador las palabras clave filtrando por año de publicación, obteniendo 342 resultados. Tras filtrar por tipo de documento, área de investigación e idioma, obtenemos 288 resultados. Tras leer el resumen de dichos artículos, hemos seleccionado 25 para analizar a texto completo.
- Scopus: Introducimos en el buscador las palabras clave filtrando por año de publicación, obteniendo 254 resultados. Tras realizar el cribado por tipo de documento, área de investigación e idioma, obtenemos 163 resultados. De los cuales 117 están duplicados en la búsqueda realizada en Web Of Science, por lo que finalmente obtenemos 46 artículos nuevos. Tras leer el resumen de dichos artículos, hemos seleccionado 10 para analizar a texto completo.

4 Resultados

Tras analizar los artículos, vemos que la mayoría de la literatura coincide en el hecho de que los niveles elevados de cortisol dan lugar a resultados adversos en el nacimiento, como puede ser el el bajo peso al nacer, pequeño tamaño y prematuridad (19,21-25,28-30).

El cortisol es un elemento importante para el desarrollo fetal, pero en exceso resulta perjudicial (21,22). Los glucocorticoides sintéticos son capaces de atravesar la barrera fetoplacentaria (21), mientras que los glucocorticoides endógenos tienen mayor dificultad debido a una enzima placentaria llamada 11-HSD2, que protege de forma parcial al feto de los niveles de cortisol, convirtiendo el cortisol activo en inactivo (cortisona), aún así una pequeña parte del cortisol con-

sigue atravesar la placenta y llegar al feto (19,21-23,25,28,30). La función de esta enzima no es del todo efectiva ya que puede verse comprometida su capacidad reguladora, bien por la exposición a eventos estresantes o de forma natural al final del embarazo, de modo que al disminuir su actividad pasa mayor cantidad de cortisol al feto alterando el desarrollo normal del mismo (19,23,25).

Aún así no está tan clara la asociación entre el estrés prenatal y el aumento del cortisol materno o las alteraciones en el desarrollo. Existen estudios y revisiones que no han encontrado asociaciones negativas para dicha relación tanto para el aumento del cortisol como para el bajo peso, talla, perímetro craneal y la prematuridad (16,24,26,28,29), mientras que otros estudios y revisiones afirman su relación (18-20,22-27,30). Estas contradicciones entre estudios pueden ser debidas a las desavenencias en los tamaños de la muestra, las diferencias socioeconómicas, educativas, alimentarias, de descanso, edad, actividad diaria que puedan tener los individuos a estudio, características del propio individuo, el tipo de estresor (intensidad, duración, clase, frecuencia), el planteamiento metodológico o incluso un incumplimiento en la recogida de la muestra salivar para analizar los niveles de cortisol (26- 28,29).

El momento de la exposición al estrés también es un factor muy importante ya que determina la magnitud y el tipo de alteración en el desarrollo fetal, cuando la exposición ocurre al principio del embarazo (primera mitad) se produce una gestación más corta, una disminución del peso y talla, y un menor número de varones (seguramente debido a abortos), sin embargo si ocurre al final del embarazo (segunda mitad) solo hay una disminución del peso en el nacimiento (23,25,27).

El sexo del feto también es una variable con mucho peso, dependiendo del sexo la placenta adopta unas estrategias de afrontamiento u otras frente al estrés, obteniendo diferentes resultados (23,25,27). Los fetos masculinos crecen más rápido por lo que necesitan mayor aporte de nutrientes haciéndoles más vulnerables ante situaciones de ambientes maternos adversos, dando lugar a un bajo peso más marcado, un mayor riesgo de prematuridad o incluso abortos; en el caso de los fetos femeninos disminuyen su crecimiento para preservar la supervivencia, por lo que nacen prematuras, con bajo peso o con menor perímetro craneal (18,20,22,30).

Los mecanismos a través de los cuales el estrés influye en los resultados del parto no están del todo definidos, existiendo innumerables incongruencias como

hemos explicado. La mayoría de los estudios aceptan la hipótesis de que el puente de unión entre el estrés y sus efectos en el embarazo es el eje HPA y su hormona el cortisol, pero las asociaciones se contradicen entre estudios y son inconsistentes (18). Existen diferentes hipótesis y evidencias que nos aportan otras vías a través de las cuales el estrés influye en el desarrollo fetal, como pueden ser:

- Disminuyendo la metilación del IGF-2/H19ICR (12).
- Alterando los niveles de citoquinas (es una proteína que regula la función de la célula), en concreto la TH2-citiquina (14).
- Afectando a las hormonas esteroideas sexuales: aumentando la concentración de andrógenos dando lugar a bajo peso y abortos (18).
- Activando el eje HPA produciendo hormona liberadora de corticotropina (CRH), estimulando la glándula pituitaria para producir adrenocorticotropina (ACTH), que estimula las glándulas suprarrenales y producen cortisol (19,22-26,30).
- Afectado al sistema serotoninérgico (es un sistema importante en el desarrollo fetal y esta muy ligado al sistema GC) (22).
- Alterando el sistema nervioso simpático, que estimula la producción de catecolaminas produciendo una vasoconstricción, disminuyendo el flujo de nutriente y O2 que le llega al feto (24,25).
- Estimulando la producción de oxitocina ocasionando partos prematuros (24).
- El estrés y su hormona (cortisol) regulan al DEPTOR (modulador de mTOR) placentario, afectando de este modo al mTOR placentario (proteína cuya función es regular la disponibilidad de nutrientes y el desarrollo de las células), produciendo alteraciones en el desarrollo fetal.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, estos datos recogidos y analizados resuelven el objetivo propuesto en esta revisión, que es valorar si el estrés padecido durante el embarazo puede modificar el desarrollo normal del mismo, comprometiendo el bienestar fetal.

El estrés afecta al desarrollo normal del feto y son muchos los posibles caminos a través de los cuales puede influir en el desarrollo fetal y cada vez son más estudios los que demuestran que el estrés no solo influye en el eje HPA, sino que también pueden afectar a: la metilación del ADN, las proteínas como citoquinas o el mTOR, a las hormonas esteroideas sexuales, al sistema serotoninérgico y al sistema nervioso simpático, siendo los efectos más destacados y con mayor peso demostrado: el bajo peso al nacer, la disminución de la talla, la prematuridad y

el aborto en el caso de los varones. En esta revisión existen ciertas limitaciones, no se ha encontrado mucha información sobre el tema a tratar, y no hemos podido fijar un vínculo directo entre el estrés y los niveles de cortisol maternos, ya que existen incongruencias y contradicciones entre estudios, imposibilitando una clara asociación.

Por ello, en futuras líneas de investigación proponemos realizar una búsqueda más exhaustiva ampliando los años, áreas de investigación y bases de datos utilizadas en la búsqueda, con el fin de recoger mayor información. Además se necesitan estudios de mayor duración, donde los muestreos sean equivalentes y de mayor tamaño, en el cual las muestras y los datos se recojan con una metodología similar y en más de un punto en el tiempo. De este modo se podrían conseguir conclusiones más homogéneas, que en el caso de que la asociación establecida entre el estrés y los niveles de cortisol fuese negativa, se podría continuar con las investigaciones para establecer posibles intervenciones que eviten en la medida de lo posible las alteraciones citadas, mejorando el bienestar fetal y materno.

6 Bibliografía

1. Östberg V, Almquist Y, Folkesson L, Låftman S, Modin B, Lindfors P. The complexity of stress in mid-andolescent girls and boys: fisdings from the multiple methods school stress and support study. Child Indic Res. 2015; 8 (2): 403-23.
2. Goodnite, PM. Stress: a concept analysis. Nurs Forum. 2014; 49 (1): 71- 4.
3. SegerstromSC,O'ConnorDB.Stress,healthandillness:fourchallenges for the future. Psychol health. 2012; 27 (2): 128-40.
4. Lucassen PJ, Pruessner J, Sousa N, Almeida OFX, Van Dam AM, Rajkowska G. Neuropathology of stress. Acta neuropathol. 2014; 127 (1): 109-35.
5. Pêgo JM, Sousa JC, Almeida OFX, Sousa N. Stress and the neuroendocrinology of anxiety disorders. Curr top behav neurosci. 2010; 2: 97-117.
6. MoisanMP,LeMoalM.OverviewofacuteandchronicstressresponsesMed Sci. 2012; 28 (6-7): 612-17.
7. Koolhaas JM, Bartolomucci A, Buwalda B, De Boer SF, Flugge G, Korte SM, et al. Stress revisited: a critical evaluación of the stress concept. Neurosci biobehav rev. 2011; 35 (5): 1291-301.
8. Fernández ME. Estrés percibido, estrategias de afrontamiento y sentido de coherencia en estudiantes de Enfermería: su asociación con la salud psicológica y estabilidad emocional. [Tesis doctoral]. León: Universidad de León; 2009.

9. Dhabhar FS. Effects of stress on inmune function: the good, the bad, and the beautiful. J immunol res. 2014; 58 (2-3): 193-210.
10. Nereu MB, Neves S, Casado MI. Estrategias de relajación durante el período de gestación: beneficios para la salud [Strategies of relaxation during the gestation period: health benefits]. Clin salud. 2013; 24 (2): 77- 83. Spanish.
11.González R, Benayas N, Huertas MM, Sánchez A, Valero MC. Efectos de la ansiedad en el trabajo de parto [Effects of anxiety on labor]. Rev Paraninfo Digital. 2013; 7 (19).
12.Mansell T, Novakovic B, Meyer B, Rzehak P, Vuillermin P, Ponsonby A, et al. The effects of maternal anxiety during prenancy on IGF2/H19 methylation in cord blood. Transl psychiatri. 2016; 6 (e765).
13.Dimasuay KG, Boeuf P, Powell TL, Jansson T. Placental responses to changes in the maternal environment determine fetal growth. Front physiol. 2016; 7 (12).
14.Andersson NW, Li Q, Mills CW, Ly J, Nomura Y, Chen J. Influence of prenatal maternal stress on umbilical cord blood cytokine levels. Arch womens ment health. 2016; 29 (5): 761-67.
15.Laplante DR, Brunet A, King S. The effects of maternal stress and illness during pregnancy on infant temperament: Project ice strom. Pedriatr res. 2016; 79 (1): 107-13.
16.Lewis AJ, Austin E, Galbally M. Prenatal maternal mental health and fetal growth restiction: a systematic review. J dev orig health dis. 2016; 7 (4): 416-28.
17.Urrútia G, Bonfill X. PRISMA declaration: A proposal to improve the publication of systematic reviewa and meta-analysis. Med Clin (Barc). 2010; 135 (11): 507-11
18.Barrett ES, Swan SH. Stress and androgen activity during fetal development. Endocrinology. 2015; 156 (10): 3435-41.
19.Murphy SE, Braithwaite EC, Hubbard I, Williams KV, Tindall E, Holmes EA, et al. Salivary cortisol response to infant distress in pregnant women with depressive symptom. Arch Womens Ment Health. 2014; 18 (2): 247- 53
20.Wainstock T, Shoham-Vardi L, Glasser S, Anteby E, Lener-Geva L. Fetal sex modifies effects of prenatal stress exposure and adverse birth outcomes. Stress. 2015; 18 (2): 49-56.
21.Reynolds RM. Impact of maternal steroids during pregnancy. Ann Endocrinol (Paris). 2016; 77 (6): 677-9.
22.Pierre J, Laurent L, King S, Vaillancourt C. Effects of prenatal maternal stress on serotonin and fetal development. Placenta. 2015; 48 (1): 66s- 71s.
23.Moisiadis VG, Matthews SG. Glucocorticoids and fetal programming part 2: mechanisms. Nat Rev Endocrinol. 2014; 10 (7): 403-11.

24.Graignic-Philippe R, Dayan J, Chokron S, Jacquet A, Tordjman S. Effects of prenatal stress on fetal and child development: A critical literature review. Neurosci Biobehav Rev. 2014; 43: 137-62.
25.Brunton PJ. Effects of maternal exposure to social stress during pregnancy: consequences for mother and offspring. Reproduction. 2013; 146 (5): 175r-89r.
26.Hompes T, Vrieze E, Fieuws S, Simons A, Jaspers L, Van Bussel J, et al. The infuence of maternal cortisol and emotional state during pregnancy on fetal intrauterine growth. Pediatr Res. 2012; 72 (3): 305- 15.
27.Dancause KN, Laplante DP, Oremus C, Fraser S, Brunet A, King S. Disaster-related prenatal maternal stress influences birth outcomes: Project Ice Storm. Early Hum Dev. 2011; 87 (12): 813-20.
28.Bolten MI, Wurmser H, Buske-Kirschbaum A, Papoušek M, Pirke K, Hellhammer D. Cortisol levels in pregnancy as a psychobiological predictor for birth weight. Arcg Womens Ment Health. 2011; 14 (1): 33- 41.
29.Mparmpakas D, Zachariades E, Goumenou A, Gidron Y, Karteris E. Placental DEPTOR as a stress sensor during pregnancy. Clin Sci (Lond). 2012; 122 (7-8): 349-59.
30.Thayer ZM, Feranil AB, Kuzawa CW. Maternal cortisol disproportionately impacts fetal growth in male offspring: Evidence from the Philippines. Am J Hum Biol. 2012; 24 (1): 1-4.

Capítulo 374

LA ESPIROMETRÍA EN EL PACIENTE FUMADOR Y CON EPOC

SHEILA DURÁN FERNÁNDEZ

1 Introducción

El tabaquismo es la principal causa del EPOC en la sociedad actual. Para diagnosticar esta enfermedad utilizaremos una técnica básica en Atención Primaria: la espirometría. Hay dos tipos de espirometría, la simple y la forzada. Esta última es la que realizaremos para valorar este tipo de enfermedad respiratoria y consiste en exhalar la máxima cantidad de aire tras una inspiración máxima en el menor tiempo posible.

2 Objetivos

- Exponer los criterios diagnósticos de la espirometría.
- Explicar la técnica de la espirometría.

3 Metodología

Revisión bibliográfica en las bases de datos: Scielo, Google Académico.
Palabras clave: espirometría, atención primaria.
Periodo búsqueda: 2015-2020.

4 Resultados

La espirometría se realiza principalmente en los siguientes casos:
- Pacientes fumadores con síntomas respiratorios
- Enfermos crónicos respiratorios
- Valoración de nuevos tratamientos en pacientes con patología respiratoria
- Diagnóstico de enfermedades respiratorias

Procedimiento de realización de espirometría:
- Datos de calibración: temperatura, presión
- Identificación del paciente
- Talla y peso
- Hábito tabáquico, sexo
- No fumar previamente, no medicación inhalada previa, no ejercicio previo, no estimulantes
- Antes maniobra: sentado en silla sin reposabrazos, pies apoyados en el suelo, ropa holgada, espalda recta, boquila desechable
- Durante la maniobra: inspiración rápida y máxima, sujetar hombros para evitar impulso hacia delante, espiración máxima de forma brusca, rápida y prolongada.
- Se pueden realizar un mínimo de 3 maniobras y un máximo de 8.
- Contraindicada en pacientes con dolor torácico, cirugía abdominal u oftalmológica previa, aneurisma, ángor…

Valores de referencia en la espirometría:
- FVC: volumen total de aire espirado en una maniobra de espiración forzada tras una inspiración máxima
- FEV1: volumen espiratorio máximo en el primer segundo
- FEV1/FVC: porcentaje del volumen total espirado que se expulsa durante el primer segundo

Con estos datos tenemos varias interpretaciones de la espirometría:
- Patrón obstructivo: FEV1/FVC debajo de 70%/FEV1 <80%/FVC disminuido-normal.
- Patrón restrictivo: FEV1/FVC normal/ FEV1 bajo o normal/FVC bajo.
- Patrón mixto.

5 Discusión-Conclusión

La bibliografía consultada comparte los criterios de realización e interpretación debido a que ya hay un consenso a nivel nacional en cuanto al tratamiento y

valoración del paciente con EPOC.

6 Bibliografía

- Gutiérrez C, Mónica, BeroÍza W, Teresa, Borzone T, Gisella, Caviedes S, Iván, Céspedes G, Juan, Gutiérrez N, Mónica, Moreno B, Rodrigo, Oyarzún G, Manuel, Palacios M, SYlvia, & Schonffeldt G, Patricia. (2007). Espirometría: Manual de procedimientos. Sociedad Chilena de Enfermedades Respiratorias, 2006. Revista chilena de enfermedades respiratorias, 23(1), 31-42.
- Benítez-Pérez, Rosaura Esperanza, Torre-Bouscoulet, Luis, Villca-Alá, Nelson, Del-Río-Hidalgo,, Rodrigo Francisco, Pérez-Padilla, Rogelio, Vázquez-García, Juan Carlos, Silva-Cerón, Mónica, Cid-Juárez, Silvia, & Gochicoa-Rangel, Laura. (2016). Espirometría: recomendaciones y procedimiento. Neumología y cirugía de tórax, 75(2), 173-190
F. García-Río, M. Calle, F. Burgos, P. Casan, F. del Campo, J.B. Galdiz, et al.
- Espirometría. Arch Bronconeumol, 49 (2013), pp. 388-40
- Ferreira, Glória Menz, Haeffner, Mauren Porto, Barreto, Sérgio Saldanha Menna, & Dall'Ago, Pedro. (2010).
- Espirometría incentivada con presión positiva espiratoria es beneficiosa después de revascularización de miocardio. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 94(2), 246-251.
- Gutiérrez C., Mónica, Beroiza W., Teresa, Borzone T., Gisella, Caviedes S., Iván, Céspedes G., Juan, Gutiérrez N., Mónica, Oyarzún G., Manuel, Palacios M., Sylvia, Cartagena S., Claudia, Corrales V., Raúl, Alvarez G., Cecilia, & Schönffeldt G., Patricia. (2018). Espirometría: Manual de procedimientos. SERChile. Revista chilena de enfermedades respiratorias, 34(3), 171-188.

Capítulo 375

CASO CLÍNICO: RECOMENDACIONES DIETÉTICAS EN INSUFICIENCIA RENAL

AIDA GRANERO ALONSO

ANDREINA BARDINET OJEDA

1 Introducción

Con el paso de los años, y gracias a los avances tecnológicos y sanitarios, se ha ido demostrando como en la enfermedad renal hay diversos factores de riesgo que influyen directamente en la progresión de la misma.

Uno de estos factores es la necesidad de una nutrición adecuada, aspecto que ha ido adquiriendo cada vez más importancia. El seguimiento de una dieta individualizada, elaborada de acuerdo a una serie de recomendaciones nutricionales adaptadas a cada caso, nos permite además de evitar la malnutrición, enlentecer o incluso frenar el progreso del daño renal.

2 Objetivos

- Reunir recomendaciones nutricionales adaptadas al paciente que tenemos en la consulta
- Enseñar al paciente el manejo de su propia alimentación

3 Caso clínico

Paciente de 65 años con insuficiencia renal crónica, candidato a hemodiálisis, el cual ya ha realizado una fístula arteriovenosa, decide cambiar sus hábitos alimenticios y contactar con un sanitario para el establecimiento de una dieta adecuada a su estado de salud.

Para la valoración del estado nutricional del paciente, dividiremos los métodos empleados en:
- Métodos objetivos: datos antropométricos, parámetros bioquímicos y bioimpedancia
- Métodos subjetivos: anamnesis, encuestas alimentarias, evaluación global subjetiva (EGS), escala de malnutrición e inflamación.

Se le proporciona información, material educativo, consejos nutricionales y propuestas para menús.

Recomendaciones:
· Energía: 31-35 kcal/kg/día
· Proteínas: 0,6-0,8 g/kg/día
· Hidratos de carbono: 50-65% del total de las kcal
· Lípidos: 25-35% o resto de las kcal estimadas
· Tabla con minerales, vitaminas y oligoelementos, y sus cantidades

No es necesario en esta etapa restricción de líquidos y también es importante realizar ejercicio de intensidad moderada al menos 30 minutos al día.

4 Discusión-Conclusión

Se ha demostrado que proporcionar la información adecuada y la correcta enseñanza sobre la nutrición a este tipo de paciente es efectivo. Para ello es necesario que tanto los paciente como sus familiares y/o cuidadores adquieran un buen conocimiento sobre las recomendaciones dietéticas y consejos de preparación de los alimentos. También es importante el seguimiento de la dieta y el tratamiento por parte de un equipo multidisciplinar para detectar complicaciones como una sobrecarga hídrica o una hiperpotasemia y así lograr unos resultados óptimos.

5 Bibliografía

- Clinical practice guidelines for nutrition in chronic renal faillure. K/DOKI. National Kidney Fundation. Am J Kidney Dis. 2000;35(6 Suppl 2):1-140
- Fernández Soto M, González Jiménez A. Valoración y soporte nutricional en la enfermedad renal crónica- Nutr Clin Med. 2014;8(3):136-153
- Ruperto Lopez M, Barril Cuadrado G, Lorenzo Sellares V. Guía de nutrición en enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) Nefrología. 2008; Supl. 3:79-86

Capítulo 376

ABORDAJE MULTIFATORIAL DE LA OBESIDAD EN NIÑOS DE ENTRE 6 Y 12 AÑOS

SARA CARMONA PERUYERO

FRANCISCO JAVIER SERRANO PALLARÉS

1 Introducción

La obesidad infantil es el quinto factor principal de riesgo de mortalidad en el mundo. En las últimas décadas ha adquirido un grave carácter epidemiológico, lo que genera un grave problema de salud pública. Los niños obesos tienen mayor probabilidad de padecer, a edades más tempranas, enfermedades como la diabetes o diversas patologías cardiovasculares.

2 Objetivos

- Interpretar y analizar la efectividad del abordaje sanitario en la población diana (niños entre 6-12 años con obesidad), modificando los estilos de vida mediante un tratamiento dirigido al ámbito físico y psicológico.

3 Caso clínico

Niño de 7 años que acude con su madre al centro de salud refiriendo problemas de alimentación y problemas psicosociales. Tras valorar la situación familiar y

evaluar al paciente se decide abordar la situación desde un enfoque multifactorial, dirigiendo el tratamiento tanto al aspecto psicológico como nutricional.

4 Discusión-Conclusión

El tratamiento de la obesidad infantil ha de ser multidisciplinar. No funciona de forma aislada, por lo que debe tratarse desde el enfoque médico, psicológico y social. La terapia psicoemocional mejora el estado de ánimo y refuerza las relaciones interfamiliares y nuevos estilos de vida que previenen la aparición de factores etiológicos. Las intervenciones realizadas en el ámbito escolar que combinan la nutrición adecuada y la promoción de la práctica de actividad física, así como el abordaje integral en el ámbito familiar son efectivas en la prevención de la obesidad infantil.

5 Bibliografía

- Espino Aguilar R, Toledo Muñoz-Cobo G, Cañete Vázquez MD. Repercusiones psicosociales de la obesidad infantil. Situación actual. Vox Paediatr 2018; 25:41-48x.
- Nutr. Hosp. vol.27 no.6 Madrid nov./dic. 2012 http://dx.doi.org/10.3305/nh.2012.27.6.5882.
- Nogales I, Ulloa R, Rodríguez H, Palacios L et al. Depresión en niños y adolescentes. En: Ulloa R, Fernández C, Gómez H, Ramírez J, Reséndiz J (eds). Guías clínicas. México DF.: Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro; 2010; pp.63-85.

Capítulo 377

CASO CLÍNICO: ÚLCERA DEL PIE DIABÉTICO DE LARGA EVOLUCIÓN

LETICIA CUELI ARENAS

PAULA CUELI ARENAS

JUAN ANTONIO LEAL MEDIAVILLA

1 Introducción

La diabetes mellitus (DM) es considerada uno de los principales problemas de salud a nivel mundial, entre otras razones por su elevada prevalencia, gran coste económico y número de muertes prematuras que provoca.
Se trata de una enfermedad endocrino-metabólica caracterizada por elevados niveles de glucosa en sangre o hiperglucemia secundarios a alteraciones en la capacidad secretora de insulina o defectos de la acción de la misma. Además, provoca cambios en el metabolismo de lípidos y proteínas, lo que a largo plazo puede traducirse como alteraciones neuropáticas, macrovasculares y microvasculares.

Entre los tipos de diabetes existentes destacan:
-Diabetes mellitus tipo 1 (DM1): También conocida como Diabetes Mellitus insulinodependiente o diabetes juvenil. Representa el 5-10% de los casos totales de Diabetes Mellitus y se caracteriza por tender a ser dependiente de la insulina (destruye las células responsables de la producción de esta) y ser propensa a complicaciones como la cetoacidosis. Suele desarrollarse en niños y adolescentes.

-Diabetes mellitus tipo 2 (DM2): Conocida también como diabetes no insulinodependiente o diabetes del adulto. Representa el 90-95% de los casos totales de Diabetes Mellitus. Es más frecuente en personas obesas y de edades superiores a 40 años. Se caracteriza por la resistencia a la insulina, no es propensa a producir cetoacidosis y puede ser tratada con hipoglucemiantes orales. (1).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que en el año 2002 existían en el mundo, por cada 100.000 habitantes, unas 3.000 personas con DM y se producían 190 nuevos casos al año. Las previsiones de la OMS para el año 2030 son de 366 millones de diabéticos en todo el mundo. La mayoría de ellos serán DM2; esta afección alcanzará dimensiones de auténtica epidemia en los países desarrollados. Este importante incremento se atribuye al crecimiento y el envejecimiento de la población, la mayor frecuencia de obesidad, la falta de ejercicio y la urbanización. (2).

Una de las complicaciones crónicas más frecuentes de los enfermos de Diabetes Mellitus son las úlceras en el pie. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el pié diabético como una "situación de infección, ulceración o también destrucción de los tejidos profundos de los pies, asociada a anormalidades neurológicas y varios grados de enfermedad vascular periférica en los miembros inferiores de pacientes con DM". Se estima que aproximadamente el 3-4% de los diabéticos presenta actualmente alguna úlcera y el 25% de los pacientes con esta enfermedad las desarrollará en sus pies en algún momento de su vida. (3).

Hay muchos factores que pueden facilitar la aparición del pié diabético. De todos ellos, la Neuropatía diabética es, de lejos, la causa principal (entre un 70 -100%); Al causar pérdida de sensibilidad en la extremidad se reduce la percepción del dolor y de la presión, lo cual se asocia al desbalance muscular y por consiguiente se relaciona con una pérdida de la protección del pie, lo que lleva a deformidades anatómicas, riesgo mayor de fisuras o grietas y alteración de la microcirculación.

Otros factores de riesgo son la enfermedad vascular arterial periférica, el consumo de tabaco, el sedentarismo, tener hipertensión arterial, y un mal control glicémico, entre otros. (4).

Presentamos un caso clínico de un paciente con pie diabético y una úlcera en él de grado III de larga evolución.

2 Objetivos

- Disminuir o eliminar la úlcera situada en el pie del paciente.
- Erradicar la infección de la úlcera.
- Formar al paciente en los cuidados pertinentes del pie diabético.
- Fomentar hábitos de vida saludables para favorecer su recuperación.

3 Caso clínico

Acude a su cita en la consulta de enfermería de atención primaria del centro de salud Ponferrada IV un varón de 43 años de edad para realizarse una cura en la planta del pie derecho debido a la presencia de una úlcera de grado III.
Viene regularmente, dos veces por semana, desde hace un año y 4 meses, tiempo de evolución de dicha herida.
Como antecedentes previos presenta:
- Diabetes Mellitus tipo 2
- Obesidad
- Consumo habitual de tabaco (un paquete de cigarrillos al día)
- Herpes Zóster
- Insuficiencia renal y venosa
- Polineuropatía diabética

Vive con su mujer, la cual le acompaña siempre que puede a la consulta, y su hija de 8 años y trabaja de dependiente en una tienda de accesorios para automóviles.

Estamos ante un caso de herida en pie diabético la cual se encuentra infectada por Staphilococcus aureus, que se está tratando con antibióticos orales, concretamente amoxilicina y ácido clavulánico. La úlcera presenta también hiperqueratoris, que se está eliminando de forma mecánica con la ayuda de un bisturí. Las curas se componen de limpieza con suero fisiológico y aplicación de apósito de fibra mejorado con plata para favorecer la creación de un ambiente antimicrobiano.

Debido al elevado peso del sujeto, la lesión tiene complicada evolución, si bien el paciente no presenta dolor pues apenas posee sensibilidad en los miembros inferiores, debido a la polineuropatía diabética, por lo que su calidad de vida no se encuentra especialmente afectada por el momento.

Le explicamos que, para enlentecer la progresión de la enfermedad, es importante evitar el consumo de tabaco y le ofrecemos alternativas para que lo tenga

en cuenta. Le proponemos, dado que no le vemos dispuesto a realizar una deshabituación tabáquica drástica, que al menos reduzca su consumo diario. Le comentamos también que llevar un buen control de la glucemia es imprescindible, se la medimos en este momento y obtenemos un valor de 134 mg/dl, de manera que le instamos a que siga las recomendaciones adaptadas a la diabetes para conseguir un nivel aceptable y mantenido de glucosa en sangre.

Además hacemos hincapié en la necesidad de llevar un buen control de peso, incidiendo en la importancia de su alimentación, dado que la evolución favorable de la úlcera que tiene en el pie le dificulta la práctica de ejercicio físico prolongado. Finalmente se le proporciona una lista de consejos para que mejore el cuidado del pie diabético, que incluyen el tipo de calzado adecuado y la forma en que debe realizar la higiene y cortarse las uñas, entre otros.

Un mes después de la consulta descrita en el caso clínico reevaluamos la situación actual del paciente.
La úlcera ha disminuido ligeramente su tamaño y ya no se encuentra colonizada por staphylococcus aureus. Su aspecto ha mejorado y ya no es necesaria la desbridación mecánica.

El enfermo ha decidido mejorar sus estilos de vida y comenzar a implementar hábitos saludables. Actualmente lleva a cabo una dieta adecuada a su situación y enfermedades, gracias a la cual ya ha reducido su peso corporal a 5 kilogramos menos.

Ha empezado una deshabituación tabáquica de forma progresiva, fumando a día de hoy 5 cigarrillos en lugar del paquete que consumía hace un mes.

Cada día sale a caminar por un parque cercano a su casa pero sin excederse, para favorecer la buena cicatrización de la úlcera que aún tiene en la planta del pie, y utiliza calzado correcto para ello, además de seguir el resto de consejos basados en los cuidados de su patología que le hemos dado.

4 Discusión-Conclusión

A la hora de tratar a un paciente con úlcera de pie diabético de larga evolución e infección por staphylococcus aureus de forma ambulatoria queda demostrada la utilidad del uso de amoxicilina y ácido clavulánico vía oral debido a su amplio espectro, si bien en el hospital el tratamiento de elección sería imipenem, seguido de piperacilina/tazobactam. (5).

No debe tenerse miedo a la hora de realizar una desbridación mecánica si el paciente así lo requiere. Es importante eliminar aquello que no debe estar ahí y entorpece la correcta evolución de la herida.
El paciente llevaba unos estilos de vida poco saludables y nada beneficiosos para su situación, por lo que fue necesario y muy provechoso hacerle ver lo complejo de su realidad y convencerle de que estaba en él favorecer el proceso de curación y cicatrización de la herida.

También decidió seguir las pautas planteadas tanto en el cuidado específico de su pie (calzado, higiene, condiciones de humedad, calcetines, pedicura etc..) como en el resto de su organismo (deshabituación tabáquica, dieta adaptada, actividad física moderada etc..) y obtuvo buenos resultados. (6).

5 Bibliografía

(1) Almaguer-Herrera A, Migue- Soca PE, Reynaldo-Será C, Mariño-Soler AL, Oliveros-Guerra RC. Actualización sobre diabetes mellitus. Correo Científico Médico. 2012; 16 (2):1 -16.
(2) Ruiz-Ramos M, Escolar-Pujolar A, Mayoral-Sánchez E, Corral-SanLaureano F, Fernández-Fernández I. La diabetes mellitus en España: mortalidad, prevalencia, incidencia, costes económicos y desigualdades. Gaceta Sanitaria. 2006; 20: 15-24.
(3) Segovia-Coronel N, Mereles E, Gottardi Aguirre G, Marques Ramos W, Viana C, Pereira-Alves et al . Pie diabético, un desenlace indeseado de la Diabetes Mellitus. Rev. salud publica Parag. [Internet]. 2017 Dec [cited 2020 Feb 13] ; 7(2): 9-13. Available from: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2307-33492017000200009&lng=en.
http://dx.doi.org/10.18004/rspp.2017.diciembre.9-13.
(4)Oriana- Paiva M, Nina-Rojas S. Pie diabético: ¿Podemos prevenirlo?. Rev Med clin Las Condes. 2016: 27 (2): 227-234
(5) Doiz-Artázcoz E, González-Calbo A, Girón-González JA, Bohórquez-Sierra JC, Benítez-Rodríguez E, Marín-Casanova P. et al. Antibioterapia empírica en el pie diabético y no diabético. Angiología. 2005; 57(5): 389-400.
(6) Ha Van G, Amouyal C, Perrier A, Haddad J, Bensimon Y, Bourron O, Hartemann A. Pie diabético. Podología. 2019; 21: 1-21.

Capítulo 378

LA ALIMENTACIÓN EN EL PRIMER AÑO DE VIDA.

LORENA PEREZ DEL RIO

EMMA GARCÍA GONZÁLEZ

CARMEN LANTARÓN GONZÁLEZ

LORENA BALBUENA ORDÓÑEZ

TAMARA FERNÁNDEZ GONZÁLEZ

1 Introducción

La alimentación durante el primer año de vida es fundamental en el desarrollo del ser humano, siendo una ventana crítica para el desarrollo y crecimiento óptimos. Este periodo de vida, se caracteriza por el crecimiento y desarrollo rápido, por ello es de vital importancia conocer las ingestas adecuadas y la mejor alimentación.

Además la alimentación durante el primer año de vida está relacionada con los hábitos alimenticios posteriores e incluso con la condición física del niño, siendo importante no sólo durante la etapa inicial del ser humano, si no durante su desarrollo posterior.

Es tal la importancia, que cuerpos científicos y humanitarios, reconocen la lactancia materna y la alimentación complementaria, como la intervención preventiva de mayor impacto en el desarrollo y crecimiento del niño.

Por ello, en este capítulo se analizará tanto la lactancia como la introducción de los alimentos sólidos.

2 Objetivos

1- Conocer las últimas recomendaciones sobre la alimentación en los primeros meses de vida.
2- Analizar las actualizaciones sobre alimentación complementaria.
3- Conocer los efectos a largo plazo de la alimentación durante el primer año.

3 Metodología

Para realizar el siguiente capítulo se llevó a cabo una exhaustiva búsqueda en diferentes medios y bases de datos como Pubmed, Scielo, Medline. También se consultaron temarios y guías usando las palabras clave: lactancia materna, beneficios, nutrición, neonato.
Combinando los operadores booleanos ”AND” y ”OR” para limitar la búsqueda.
Se han tomado como criterios de inclusión: publicaciones y documentos en español, rechazando los que no se ajustaban a los criterios establecidos.
Se seleccionaron los artículos más recientes y que informasen sobre los objetivos marcados. Y de ellos se sustrajo información pertinente.

4 Resultados

La lactancia materna es el patrón de oro para para la alimentación y nutrición de los recién nacidos a término y prematuros. La evidencia científica durante las últimas décadas aboga por ella y ha conllevado que las recomendaciones tanto de políticas internacionales como de sociedades científicas sea lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda lactancia materna exclusiva en los 6 primeros meses de vida, seguida de lactancia materna y alimentación complementaria apropiada durante los 2 años o más, hasta la que la madre y el lactante lo deseen, por sus reconocidos efectos en la salud, a corto y largo plazo (1).

Para establecer y mantener la lactancia materna, la OMS y UNICEF, recomiendan iniciar la lactancia materna en el primer año de vida, no usar complementos o bebidas adicionales y amamantar a demanda.

Beneficios de la lactancia materna

- Beneficios a corto plazo: prevención de infecciones por los agentes con actividad antimicrobiana que contiene la leche materna. El riesgo de adquirir infecciones agudas durante los primeros meses disminuye en los lactantes amamantados, así como las tasas de diarreas, infecciones respiratorias, otitis media aguda, infección de orina e incluso la neumonía y otitis media en el primer año de vida (2).
- Beneficios en la función gastrointestinal: la lactancia materna tiene factores bioactivos que favorecen la maduración del tracto gastrointestinal y proporcionan protección frente a infecciones.
- Beneficios a largo plazo: Se han descrito asociaciones entre la duracion de la lactancia materna y morbilidades como el sobrepeso, diabetes tipo 1, riesgo cardiovascular, cierto tipo de cancer, maloclusion. Existe debate acerca del efecto sobre el neurodesarrollo o la prevencion de alergias (3).
- Beneficios neurosensoriales: se ha descrito la presencia de ácido docosahexaenoico (DHA) en la leche materna que forma parte de los fosfolípidos presentes en la retina, cerebro y membranas de eritrocitos, por lo que se ha descrito una asociación entre la función visual en recién nacidos y prematuros con la lactancia materna.
- Beneficios para la madre: la lactancia favorece la involución uterina más rápida por el aumento en la secreción de oxitocina. Además, aunque no puede considerarse un método anticonceptivo, la anovulación postparto es más prolongada en el amamantamiento. Se ha descrito a largo plazo, un disminución en la incidencia de cáncer de ovario, endometrio y mama con la lactancia materna.
- Beneficios económicos y sociales: la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses, supone un beneficio para el conjunto de la sociedad. Hay un ahorro en el gasto sanitario, por disminución en las ausencias laborales y patología crónica en los niños.

Existen pocas contraindicaciones para la lactancia materna, y éstas son:

- Galactosemia clásica.
- HIV positivo en países desarrollados.
- Brucelosis no tratada.
- Abuso de drogas.
- Infecciones en las que no es posible amamantar temporalmente pero si administrar la leche materna extraida: tuberculosis activa no tratada, herpes simple activo en el pecho, madres con varicela entre 5 dias antes y 2 dias o infeccion por H1N1.

Aunque las contraindicaciones sean pocas, como acabamos de ver puede haber

casos en los que la lactancia materna no es posible, además hay madres que no desean lactar y hay que apoyarlas igualmente y respetar su decisión.

La Academia Americana de Pediatría (AAP) y la Sociedad Europea de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (ESPGHAN) consideran como alimentación complementaria todo alimento líquido, semilíquido o sólido distinto de la leche materna o de la fórmula adaptada (4). En nuestro medio se conoce también con los nombre de diversificación alimentaria, "Beikost" o "Wearning". Se recomienda introducir la alimentación complementaria a partir de los 6 meses de edad en lactancias maternas exclusivas, pudiendo adelantarse a los 4 meses en lactantes alimentados con fórmula (4,5).

Teniendo en cuenta la maduración renal, inmunológica, gastrointestinal y neurológica, la Sociedad Europea y Americana de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (ESPGHAN y NASPEGHAN) y la Academia Europea de Alergia e Inmunología Clínica (EAACI), recomiendan iniciar la alimentación complementaria entre las 17 y 26 semanas de vida.

Para introducir los alimentos complementarios se tienen en cuenta los siguientes factores:

- Maduración fisiológica renal y gastrointestinal: ésta es suficiente a los 4 meses de edad. Además gran parte de la maduración gastrointestinal es estimulada por los alimentos ingeridos (6,7).
- Factores nutricionales: En las distintas revisiones llevadas a cabo, se ha demostrado que los lactantes alimentados con lactancia materna exclusiva presentan una tasa de crecimiento comparable a la de aquellos infantes que iniciaron la alimentación complementaria a los cuatro meses de edad, con el beneficio añadido de que presentaron un menor número de infecciones gastrointestinales (5)
- Maduración neurológica: la introducción de la alimentación semisólida debería retrasarse hasta que el lactante sea capaz de estar sentado con un adecuado soporte. Los lactantes que son capaces de esto, habrán desarrollado los siguientes hitos necesarios para la ingesta de alimentos sólidos:

• Control troncoencefálico.
• Deglución
• Extinción del reflejo de extrusión: este reflejo hace que los lactantes menores de 4 o 5 meses tiendan a sacar y empujar con la lengua los alimentos sólidos que son introducidos entre los labios del niño.
• Capacidad de explorar distintas texturas.
• Habilidad de expresar el deseo de comer y saciedad.

Respecto a la alimentación complementaria, la gran duda que surge siempre y que la mayoría de los padres abordan en la consulta es cómo introducir los alimentos. No hay evidencia científica que suficiente para poder recomendar una secuencia específica en la introducción de los alimentos.

Por ello se debe considerar su introducción en función de los macronutrientes, tipo y grupo de alimentos:

Cereales: aportan carbohidratos. Hay productos preparados de cereales para diluir en las leches tanto de fórmula como lactancia materna. No obstante se puede dar al lactante cereales ofreciéndoles alimentos que los aportan tales como el arroz, pan, pasta etc.

Carne: se recomienda su introducción temprana en lactantes alimentados con lactancia materna exclusiva por el riesgo de carencia de hierro. Se deben evitar las vísceras hasta los 12-15 meses por el alto contenido en grasas y colesterol.

Frutas y verduras: deben prepararse peladas. Las verduras pueden ofrecerse frescas, congeladas, cocidas o hervidas. Se deben evitar las verduras con alto contenido en nitritos hasta los 10-12 meses.

Legumbres: algunas guías recomendian postponer su introducción a los 11-12 meses por el alto contenido en nitratos y su difícil digestión (4).

Leche de vaca y derivados lácteos: no es recomendable introducir la leche de vaca hasta los 12 meses por su bajo contenido en hierro. La introducción temprana se relaciona con microsangrados intestinales (4,5).

Pescado y huevo: se pueden introducir en los primeros meses del inicio de la alimentación complementaria y no es necesario separar la yema de la clara.

Agua: los lactantes necesitan un aporte del 10-15% de su peso corporal en agua.

Alimentos a evitar: la miel se relaciona con botulismo en el lactante por lo que no se recomienda introducir hasta los 12 meses. No es recomendable el uso de sal, azúcar y otros edulcorantes.

Respecto a los intervalos en la introducción de los diferentes alimentos, como hemos dicho anteriormente no hay evidencia que se incline hacia ninguna forma específica en la introducción de la alimentación complementaria. Se aconseja introducir los alimentos de forma individual con un intervalo de 3 a 4 días para

poder detectar posibles intolerancias.

Lo más apropiado es que a los 12 meses los niños coman el mismo tipo de alimentos que el resto de la familia.

Durante los últimas décadas se ha ido introduciendo en nuestro medio una técnica de alimentación complementaria llamada "Baby-ledweding" (BLW), que sería la alimentación complementaria dirigida por el bebé.

Es el lactante el que en función de su desarrollo neurológico lleva a la boca trozos de comida de consistencia blanda, con sus manos, la cantidad que desee y compartiendo la comida con el resto de la familia.

El BLW estimula la masticación y hace que los lactantes aprendan a regular mejor la ingestión de alimentos, por lo que se mejora el gusto por alimentos más saludables y se asocia con un menor IMC. Además hace que el niño se acostumbre a las diferentes texturas y tenga menos problemas de aceptación de alimentos en el futuro.

Entre los inconvenientes estaría el riesgo de atragantamiento, aunque no hay evidencia científica del mismo.

5 Discusión-Conclusión

La alimentación durante el primer año de vida es fundamental para el desarrollo del lactante y tiene efectos a largo plazo. SE divide fundamentalmente en dos etapas: la etapa puramente lactante donde el niño se alimenta bien de LM o de fórmula artificial y la etapa en la que se introduce la alimentación complementaria.

La lactancia materna exclusiva es el alimento ideal para los menores de 6 meses, siendo está afirmación apoyada por la comunidad científica y las políticas internacionales. Los beneficios de la LM son múltiples tanto para el desarrollo del niño como para la madre, hasta el punto de convertirla en la intervención preventiva de mayor impacto en el desarrollo y crecimiento del niño.

A partir de las 17-26 semanas de vida las sociedades científicas recomiendan la introducción de la alimentación complementaria. Está alimentación, según las últimas recomendaciones, se realiza según los grupos de alimentos, no habiendo existencia científica que nos indique el orden de introducción de los mismos.

Hay técnicas basadas en la introducción de alimentos guiada por el lactante, apoyadas por asociaciones científicas de pediatría, que ayudan a la mejor aceptación de los diferentes alimentos, regulan la ingestión de los mismos y se asocian a un menor IMC.

6 Bibliografía

1- OMS. Nutrición del lactante y del niño pequeño. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. Informe de la Secretaría. 55 ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD A55/15. Punto 13.10 del orden del día provisional 16 de abril de 2002

2- Horta B, Victora CG, World Health Organization (2013) Short-term effects of breastfeeding: a systematic review on the benefits ofbreastfeeding on diarrhoea and pneumonia mortality. Disponible: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/95585/1/9789241506120_eng.pdf
Acceso 2 Febrero 2020.

3- Horta BL, Victora CG, World Health Organization. Long Term Effects of Breastfeeding: a systematic review; WHO Library: Geneva, Switzerland, 2013. Disponible: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79198/1/9789241505307_eng.pdf
Acceso: 2 Febrero 2020.

4- Perdomo M, De Miguel F. Alimentación complementaria en el lactante. Pediatría Integral 2015; xix (4): 260-267.

5- Duryea T. Introducing solid foods and vitamin and mineral supplentation during infancy. TorchiM, ed. Up To Date. Waltham, MA: Up To Date Inc. http://www.uptodate.com
[citado 19 agosto 2017].

6- Fewtrell M, Bronsky J, Campoy C, Domellöf M, Embleton N, Fidler Mis N, et al. Complementary Feeding: A Position Paper by the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN) Committee on Nutrition. Journal of Pediatric Gastroenterology & Nutrition: January 2017 - Volume 64 - Issue 1- p 119–132. Disponible en: http://journals.lww.com/jpgn/Fulltext/2017/01000/Complementary_Feeding___A_Position_Paper_by_the.21.aspx?WT.mc_id=HPxADx20100319xMP.

7- JPGN 46: 99-110, 2008. Palabras Clave: Alimentación complementaria-Alimentos sólidos-Beikost-Lactancia materna Requerimientos dietéticos-Programas de nutrición temprana para la salud en la edad adulta. 2008 por la European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition

y la North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition.

Capítulo 379

CRITERIOS COMUNES EN LA EXTRACCIÓN SANGUÍNEA VENOSA.

SARA LÓPEZ ÁLVAREZ

1 Introducción

La venopuncion es el procedimiento que se hace en la vena para extraer sangre venosa, es una de las técnicas más utilizadas en el ejercicio de la enfermería y también es una de las tecnicas, que aún teniendo diferentes guías de prácticas clínicas a su respecto, y multitudes de publicaciones sobre este procedimiento; seguimos encontrando confrontaciones entre los profesionales que lo llevan a cabo. Las consecuencias de esta mala praxis son algunas como los hematomas, sangrado por la zona de punción, falta de asepsia a la hora de realizar la técnica, o la hemólisis de la muestra sanguínea entre otras.

2 Objetivos

- Unificar criterios a la hora de realizar la técnica de venopunción. Recordar al personal de enfermería puntos claves y sencillos sobre la correcta técnica de la extracción de sangre venosa.

3 Metodología

Para realizar el siguiente capítulo se llevó a cabo una exhaustiva búsqueda en diferentes medios y bases de datos como Pubmed, Scielo, Medline. También se

consultaron temarios y guías usando las palabras clave: Técnica, extracción sanguínea.
Combinando los operadores booleanos ”AND” y ”OR” para limitar la búsqueda.
Se han tomado como criterios de inclusión: publicaciones y documentos en español, rechazando los que no se ajustaban a los criterios establecidos.
Se seleccionaron los artículos más recientes y que informasen sobre los objetivos marcados. Y de ellos se sustrajo información pertinente.

4 Resultados

Los resultados encontrados coinciden en la importancia de:
- Desinfectar la zona de pinchado con alcohol y dejar secar.
- Quitar el compresor en el momento que la sangre comienza a salir, para evitar hemólisis de la misma.
- Rellenar primero los botes secos y después los que tienen aditivos.
- Aplicar presión unos minutos en la zona de punción con el brazo estirado.
- Los profesionales tienden a confundirse y realizarlos mal, e incluso no realizarlos, por lo que es importante recordarlos y unificarlos para evitar cometer errores.

5 Discusión-Conclusión

Los errores cometidos durante el procedimiento a tratar podrían ser remediados si se produjese una revisión de forma sistematica cada cierto periodo de tiempo de las recomendaciones a la hora de llevar a cabo esta técnica.
Además de repasar ciertas recomendaciones que ayudarían a los profesionales a la realización de la extracción cuando se plantee alguna dificultad

6 Bibliografía

-Guía Laboratorio servicio de hematología y hemoterapia. hospital Universitario virgen de las Nieves(servicio andaluz de salud)20 junio 2010; 8-14.
-Revista Enfermería docente, 2009.
- Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Salud. Manual de obtención de manejo de muestras para laboratorio clínico 2009. Plan de Laboratorio clínicos y banco biológicos, 2009.
- Fuentes de error en la toma de muestras sanguineas. Recomendaciones en la fase preanalitica. Rev. Metas enfermería. 2007.

- Minimización de errores preanalitica y su repercusión en el control de laboratorio clínico. Revista del laboratorio clínico 2018.

Capítulo 380

SÍNTOMAS DIFERENCIALES ENFERMEDAD DE GRAVES-BASEDOW.

CARMEN MARÍA HEVIA LÓPEZ

1 Introducción

El hipertiroidismo es más frecuente en las mujeres. La enfermedad de Graves-Basedow, un trastorno autoinmune, es la causa más común (representa el 85% de los hipertiroidismos) y consiste en un trastorno funcional de la glándula tiroides caracterizado por la secreción de cantidades excesivas de hormonas tiroideas.

2 Objetivos

- Identificar síntomas diferenciales del hipertiroidismo para un diagnóstico y tratamiento precoz.

3 Caso clínico

Varón de 40 años que acude a su centro de salud con clínica de cansancio y pérdida inexplicable de peso. Es una persona activa preocupado por este cansancio continuo y también por una frecuencia cardíaca elevada en reposo. En la anamnesis también refiere sudor profuso incluso en reposo, intolerancia al calor, temblor importante de manos y nerviosismo.

En su historia personal no antecedentes de interés. No fumador ni bebedor. Hábitos sanos. Antecedentes familiares: madre y hermana con hipertiroidismo hace años, teniendo que ser intervenida quirúrgicamente de tiroidectomía una y la otra tratada con terapia de yodo radiactivo y actualmente ambas a tratamiento con Levotiroxina.

Se toman las constantes. A resaltar la frecuencia cardíaca:105 pulsaciones/minuto. A la palpación no bocio ni nódulos agrandados. Se observa temblor de manos. No exoftalmos. Se pide analítica con resultados de Tirotropina (TSH) suprimida, Tiroxina libre 5.91 ng/dL, Triyodotironina libre 23.24 pg/mL, anticuerpos TPO 396 UI/mL y anticuerpo antireceptor de TSH (TSI) 4.2 U/L.

Tras el diagnóstico de enfermedad de Graves-Basedow, en este caso, se inició tratamiento con fármaco antitiroideo a dosis altas que se fueron disminuyendo gradualmente, realizando analíticas de control periódicas. A los 7 meses se le retiró el tratamiento con analíticas normales que se han seguido manteniendo durante 3 años, tras los cuales fue dado de alta.

4 Discusión-Conclusión

Se debe realizar un diagnóstico diferencial.
Es muy importante cuando acude el paciente a consulta iniciar una anamnesis minuciosa preguntando acerca de los signos y síntomas del hipertiroidismo. La sintomatología es muy variada pero a la vez muy característica del cuadro, lo que nos puede ayudar inicialmente a orientar el diagnóstico.

También importante la exploración física donde se debe hacer una exploración de la glándula tiroides mediante inspección y palpación. Asimismo, se debe medir la presión arterial, el pulso, inspeccionar la coloración de la piel y mucosas, comprobar existencia de exoftalmos, signos de deshidratación…

Ante la sospecha clínica de hipertiroidismo, se debe solicitar una analítica general, perfil hormonal y marcadores de autoinmunidad, anticuerpos antitiroideos(TPO, antireceptor de TSH).
Si identificamos de forma temprana los síntomas diferenciales del hipertiroidismo, podremos realizar un diagnóstico preciso mediante pruebas analíticas y un tratamiento precoz y efectivo.

5 Bibliografía

- Actualización en medicina de familia: Manejo de la patología tiroidea en atención primaria II. Hipertiroidismo, diagnóstico y tratamiento. Tiroiditis. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40articulo-actualizacion-en-medicina-de-familia-13130326
- Un paciente con hipertiroidismo. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articuloun-paciente-con-hipertiroidismo-13013884
- Anticuerpos antitiroideos. Disponible en: https://medlineplus.gov/spanish/pruebas-delaboratorio/anticuerpos-antitiroideos/

Capítulo 381

INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN PACIENTES CON EPOC EN TRATAMIENTO CON VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA EN LA COMARCA DEL BAJO GÁLLEGO.

PILAR PARDOS VAL

ANDREA COMA MARCO

ABEL PISA MAYORAL

1 Introducción

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una patología infradiagnosticada que presenta alta morbimortalidad, lo que la lleva a ser un problema de salud pública de gran magnitud.(1-3)

Es un trastorno respiratorio caracterizado por la limitación crónica y poco reversible del flujo aéreo. Se asocia a una reacción inflamatoria frente al humo del tabaco.

La EPOC se hace evidente entre los 40 y 50 años, pero, es a partir de los 55 cuando aumenta considerablemente su tasa de mortalidad.

Es la cuarta causa de muerte en el mundo y se estima que en 2030 sea la tercera.

En España especialmente, la prevalencia de EPOC en pacientes de entre 40 y 80 años se sitúa en un 10,2% siendo más prevalente en hombres que en mujeres (La tasa de mortalidad por cada 100000 habitantes es de 449,22 y 238,47 respectivamente).
Supone un coste anual que equivale al 0.2% del producto interior bruto (PIB) español.

Para sospechar de un paciente EPOC, se considerará a un adulto que es o ha sido fumador durante un periodo de tiempo mayor a 10 años. También aquel que ha estado expuesto de manera continuada a productos de combustión de biomasa en lugares cerrados, y además tenga síntomas respiratorios (tos, expectoración y/o disnea).

El principal factor de riesgo para padecer EPOC es el tabaco, fumador activo y pasivo, pero existen otros factores de riesgo como la contaminación atmosférica, la exposición ocupacional a diversos polvos, gases y humos tóxicos, haber padecido tuberculosis pulmonar o tener predisposición genética, como en el enfisema hereditario por deficiencia de alfa-1-antitripsina o en el déficit congénito de alfa-1-antitripsina.

Para confirmar el diagnóstico de EPOC bastará con la prueba broncodilatadora de la espirometría, pero existen otros estudios que permiten la evaluación funcional de la EPOC como son la gasometría arterial, radiografía de tórax, analítica de sangre, tomografía computarizada de tórax, capacidad de difusión de monóxido de carbono, pruebas de ejercicio, estudios del sueño, función muscular respiratoria y estudio de la distensibilidad. De esta forma se puede, no solo establecer un diagnóstico, sino también cuantificar la gravedad, estimar un pronóstico, seguir la evolución y respuesta al tratamiento y valorar la gravedad de los episodios de exacerbación.

A pesar de lo anunciado, la EPOC es una enfermedad heterogénea, por ello su clasificación se realiza mediante "Rasgos fenotípicos". La palabra "fenotipo" se utiliza para referirse a las distintas formas clínicas de los pacientes con EPOC, pueden ser atributos solos o entrelazados. GesEPOC 2017 propone cuatro fenotipos:
1.EPOC No agudizador (Tipo A). a. Con enfisema: El paciente presenta un mayor tamaño de los espacios aéreos además de una destrucción de las paredes del bronquiolo terminal. b. Con bronquitis crónica: ratificada por la OMS se define como la presencia de tos productiva o expectoración durante más de tres meses al año y durante más de dos años consecutivos.

2. EPOC Mixto: EPOC-Asma (Tipo B).
3. EPOC Agudizador con enfisema (Tipo C).
4. EPOC Agudizador con bronquitis crónica (Tipo D).

El tratamiento prioritario ante la EPOC es la intervención terapéutica contra el tabaco. Además, la EPOC puede tratarse con tratamientos farmacológicos y no farmacológicos.

Dentro de los tratamientos farmacológicos, varían según el fenotipo, en la EPOC estable, se encuentran los broncodilatadores de larga duración, la vacunación antigripal y antineumocócica, tratamiento sustitutivo con alfa-1 antitripsina, roflumilast, corticoides inhalados y antibioterapia.

El tratamiento no farmacológico incluye, consejos generales de salud, rehabilitación respiratoria, tratamiento nutricional, tratamiento quirúrgico (cirugía reductora de volumen y trasplante pulmonar) oxigenoterapia domiciliaria y ventilación mecánica domiciliaria.
La Ventilación Mecánica No Invasiva (VMNI) es una modalidad de tratamiento de apoyo a la ventilación espontánea del paciente. Es una alternativa eficaz a la intubación oro-traqueal. Su uso tiene un impacto positivo.

La técnica consiste en aportar soporte ventilatorio con un sistema portátil de aire (solo o enriquecido con oxígeno a través de una interfase (nasal o facial).

Es una modalidad de ventilación útil que reduce el riesgo de fracaso del tratamiento en un 50-60%, disminuye la mortalidad, tiene menor riesgo de complicaciones y acortar la estancia hospitalaria y los costes.

La Ventilación Mecánica Domiciliaria es útil en el tratamiento del fallo ventilatorio crónico. La utilidad de la VMNI se explica según la fisiopatología ya que se produce un reposo de la musculatura respiratoria, se corrige la hipoventilación nocturna y se mejora la calidad del sueño.

La EPOC es una enfermedad altamente prevalente y hay estudios que demuestran que un buen uso de la VMNI domiciliaria a largo plazo en pacientes EPOC mejora significativamente la calidad de vida y la disnea.9 Por ello es de vital importancia realizar una intervención educativa que mejore la adherencia al tratamiento de estos pacientes.

Hipótesis: La realización de un plan de intervención educativa en pacientes con EPOC en terapia con VMNI domiciliaria resulta efectiva sobre un buen control

de la enfermedad y mejora la adherencia al tratamiento de la población de la Comarca del Bajo Gállego.

2 Objetivos

Objetivo general:
- Mejorar la adherencia al tratamiento de pacientes con EPOC en terapia con VMNI domiciliaria.

Objetivos específicos:
- Comparar la adherencia al tratamiento con VMNI entre participantes de la investigación y pacientes no participantes en la intervención educativa.
- Conocer los factores asociados que contribuyen a una terapia ventilatoria domiciliaria inadecuada.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Este proyecto de investigación es un estudio cuasi-experimental de tipo antes-después.

El estudio revisará las historias clínicas de aquellos pacientes con EPOC en terapia con VMNI domiciliaria y se alargará en el tiempo para realizar una intervención educativa.

Para que este proyecto se pueda llevar a cabo, antes de incluir a ningún paciente, se le hará saber el objeto de la investigación. Será de total libertad la elección de participar en el estudio y se entregará un consentimiento informado (Anexo I) que deberá firmar asegurando así todos los criterios que anuncia la ley de protección de datos regulando la autonomía y los derechos y obligaciones del paciente. Con anterioridad a la puesta en marcha de esta investigación se solicitarán todos los permisos necesarios tanto al Comité Ético de Investigación Clínica de Aragón (CEICA) como al Comité de Ética del Sector Zaragoza I.

La población diana serán todos aquellos pacientes con EPOC en terapia con VMNI domiciliaria.

Dichos pacientes serán captados en la consulta de enfermería y medicina de los centros de salud que engloban el centro de salud de Zuera (San Mateo de Gállego, Zuera, Villanueva de Gállego y Ontinar).

Atendiendo a los principios básicos de organización y desarrollo de procesos educativos grupales, cada grupo de trabajo será conformado por no más de 10 participantes. En todo caso, se formarán tantos grupos de trabajo como sean necesarios para ofertar la intervención educativa a todos los pacientes que cumplan con los criterios de inclusión.

Criterios de exclusión: Se descartarán todos aquellos pacientes que no quieran colaborar, aquellos que presenten deterioro cognitivo y pacientes que se encuentren en situación vital comprometida que les impida la asistencia a las sesiones.

El objetivo principal de las sesiones que se van a realizar en el programa educativo es que todos los pacientes conozcan la importancia de la VMNI para conseguir una mejora en la adherencia a la terapia.

Se tratará de transmitir información acerca de los beneficios y ventajas de la VMNI, así como de las posibles complicaciones que puede acarrear la no utilización de los dispositivos de VMNI.

Esta intervención educativa se realizará durante un mes aproximadamente. Se hará una sesión por grupo una vez a la semana. Los grupos como máximo serán de 10 personas por sesión tanto por los recursos como por la organización.

Sesiones y talleres: Todas las sesiones tendrán lugar en el Centro de Salud de Zuera. Su duración será de alrededor de 60 minutos.
Dichas sesiones y su contenido se resumen en un plan que se detalla a continuación en la tabla I.

Para obtener todos los datos que se necesitan para llevar a cabo la investigación se utilizarán una serie de variables. Las variables que se van a recoger en esta intervención educativa son:
Variables principales:
- Satisfacción con el programa.
- Conocimientos sobre EPOC y VMNI.
- Adherencia al tratamiento.

Variables secundarias:
- Sociodemográficas: Sexo, edad, nivel educativo.
- Otras patologías.
- Estado funcional.
- Consumo tabáquico: No Fumador/ Fumador/ Exfumador.

Todas las variables descritas se medirán a lo largo de un periodo de tiempo con diferentes instrumentos. Todo ello se recoge en la tabla II.

En primer lugar, se realizará una descripción minuciosa de los miembros incluidos en la investigación.

Para las variables cuantitativas se utilizará la media y desviación típica, si cumplen los criterios de normalidad (test de bondad de ajuste a la normal), si no cumplen esta condición se utilizará la mediana y su rango intercuartílico. En todos los casos se calcularán los respectivos intervalos de confianza al 95%. Para las variables cualitativas se utilizarán tablas de contingencia con frecuencias absolutas y relativas. Se aceptará un nivel de significación de 0,05.

Se utilizará el programa estadístico SPSS para todos los cálculos.

En éste proyecto de investigación se prevé que las principales limitaciones que pueden dificultar la investigación sean el abandono de los participantes (por falta de interés por participar, pérdidas de seguimiento, fallecimiento, etc.) y la ausencia de un grupo control.

Presupuesto: Esta investigación no requiere ningún coste económico.

Cronograma: Se detalla en la tabla III.

4 Bibliografía

1.Miravitlles M, Soler Cataluña JJ, Calle M, Molina J, Almagro P, Quintano JA et al. Guía española de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Ges EPOC) 2017. Tratamiento farmacológico en fase estable. Arch Bronconeumol [en línea] 2017; 53(6): 324-335.
2. Peces Barba G, Barbera JA, Agustí A, Casanova C, Casas A, Izquierdo JL et al. Guía clínica SEPAR-ALAT de diagnóstico y tratamiento de la EPOC. Arch Bronconeumol [en línea] 2008; 44(5): 271-281.
3. Vogelmeier CF, Criner GJ, Martinez FJ, Anzueto A, Barnes PJ, Bourbeau J et

al. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Lung Disease 2017 Report: GOLD Executive Summary. Arch Bronconeumol. 2017; 53 (3): 128-149.
4. Organización Mundial de la Salud. Chronic Obstructive Pulmonary disease (COPD). [en línea] 2016
5. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guía de práctica clínica para el tratamiento de pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2010.
6. Guía Española de la EPOC (GesEPOC). Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). Arch. Bronconeumol. 2012; 48(1): 2-58.
7. De la Iglesia Martínez F, Serrano Arreba J, Montes Santiago J. Enfermedad obstructiva crónica (EPOC) y comorbilidades. Galicia Clin. 2012; 73(1): 30-36.
8. Guía Española de la EPOC (GesEPOC). Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). Arch. Bronconeumol. 2017; 53(1): 2-64.
9. Echave-Sustaeta JM, García Lujan R, Pérez Pérez V. Controversias en ventilación mecánica domiciliaria: el paciente con EPOC estable. Madrid. 2007; 11: 129-138.
10. Ewan C, Niall D, Laurant J. Clinical challenges in mechanical ventilation. Lancet 2016; 387: 1856-66
11. Golpe Gómez R. Ventilación mecánica no invasiva en la exacerbación de la EPOC. Galicia Clin. 2010; 71(1): 25-30.
12. Ferrer M. Ventilación mecánica no invasiva y pronóstico de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Arch Bronconeumol [en línea] 2010 [fecha de acceso 25 de enero de 2020]; 46(8): 399-401.
13. López Campos JL, Jara Palomares L, Muñoz X, Bustamante V, Barreiro E. Lights and shadows of non-invasive mechanical ventilation for chronic obstructive pulmonary disease (COPD) exacerbations. Thoracic Medicine. 2015; 10(2): 87-93.
14. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. Medical Care 1986; 24:67-74.
15. Cid-Ruzafa J, Damián-Moreno J. Valoración de la discapacidad física: Índice de Barthel. Revista Española de Salud Pública. Mar 1997: 71(2): 1-2.
16. Fernández de Bobadilla J, Sanz de Burgoa V, Garrido Morales P, López de Sa E. Riesgo cardiovascular: evaluación del tabaquismo y revisión en atención primaria del tratamiento y orientación sanitaria. Elsevier 2011; 43 (11): 595-603.

Capítulo 382

ENFERMEDAD DE ALZHEIMER.

M TERESA GAMUNDI OTERO

1 Introducción

La enfermedad de Alzheimer es la forma más común de demencia entre las personas mayores. La demencia es un trastorno cerebral que afecta gravemente la capacidad de una persona de llevar a cabo sus actividades diarias.

El Alzheimer comienza lentamente. Primero afecta las partes del cerebro que controlan el pensamiento, la memoria y el lenguaje. Las personas con el mal pueden tener dificultades para recordar cosas que ocurrieron en forma reciente o los nombres de personas que conocen. Un problema relacionado, el deterioro cognitivo leve, causa más problemas de memoria que los normales en personas de la misma edad. Muchos, pero no toda la gente con deterioro cognitivo leve, desarrollarán Alzheimer.

Con el tiempo, los síntomas del Alzheimer empeoran. Las personas pueden no reconocer a sus familiares. Pueden tener dificultades para hablar, leer o escribir. Pueden olvidar cómo cepillarse los dientes o peinarse el cabello. Más adelante, pueden volverse ansiosos o agresivos o deambular lejos de su casa. Finalmente, necesitan cuidados totales. Esto puede ser muy estresante para los familiares que deben encargarse de sus cuidados.

2 Objetivos

Ofrecer un Diagnotico precoz y correcto de la patología, ya que tener problemas de memoria no significa tener Alzheimer, Muchos problemas de salud pueden

causar problemas con la memoria y el pensamiento. Cuando los síntomas de la demencia son causados por afecciones tratables, como la depresión, las interacciones medicamentosas, el consumo excesivo de alcohol o algunas deficiencias vitamínicas, pueden revertirse.

3 Caso clínico

Mujer de 60 años, sin antecedentes de interés. que acude a consulta, acompañada de sus familiares, por deterioro de memoria de dos años de evolución aproximadamente, despistes en la recepción de mensajes, olvidando los recados o los trasmite a destiempo, en varias ocasiones vuelve de la compra olvidando árticulos que precisaba, se equivoca con los cambios monetarios, precisa llevar lista de la compra que antes no llevaba y íltimamente precisa ir acompañada.

Sobretodo en tareas de tipo bancario , olvida donde deja el dinero, refiere también trastornos de tipo afectivo (inutilidad, frustraciòn, tristeza) y varias veces presenta dificultad para llegar a casa , precisando ayuda en una ocasiòn, con el paso de l tiempo, enfado con familares ya que realiza preguntas repetitivas , ocasionando desesperaciòn en la familia y disgusto en ella, se deja encendidos electrodomésticos , olvida ingredientes de recetas habituales.

Y con el paso del tiempo muestra cada más mas despreocupaciòn en el vestido, camisas mal abotonadas y en el cuidado personal , se han reducido de sus habilidades comunicativas (era una gran conversadora) y veces le cuesta encontrar el nombre de objetos .

En cuanto al examen fisico: Alerta , escasa fluidez verbal„ mini exaen cognoscitivo de lobo 17/35, ausencia de signos meningeos , pupilas, fond de ojo y resto de pares craneales normales, sin defict sensitivo motor, tono y trofismo muscular normales„ bidpedestaciòn marcha y pruebas cerebelosas sin alteraciones.
Ta: 150/80mmHG FC: 78lpm, T: 36ºC , auscultacion cardiaca y pulmonar normal, bdomen blando depresible, sin masas ni megalias, no edemas en MMII
Pruebas complementarias: anàlitica sin alteraciones reseñables, electrocardiograma ritmo sinusal, extra aislados, RX de torax normal.
TAC: atrofia de predominio parietal bilateral y Electroencefalograma: discreta lentificaciòn difusa del trazado.

Con este perfil clínico y descartadas otras causas de demencia, la paciente es diag-

nosticada de enfermedad de alzheimer moderada según criterios del DSM-IV, se decide tratamiento con agentes inhibidores de acetilcolinsterasa, manteniendose estable, a los 6 meses de seguimiento.

4 Discusión-Conclusión

Si bien el inicio de la enfermedad de Alzheimer no puede detenerse o revertirse, un diagnóstico temprano permite a las personas con demencia y sus familias:
Tener mejores posibilidades de beneficiarse del tratamiento
Contar con más tiempo para planificar el futuro
Disminuir las ansiedades sobre los problemas desconocidos
Aumentar las posibilidades de participar en ensayos clínicos de fármacos, para ayudar a impulsar la investigación
Tener la oportunidad de participar en decisiones sobre la atención, el transporte, las opciones de vivienda y asuntos financieros y legales
Tener tiempo para desarrollar una relación con los médicos y acompañantes
Beneficiarse de los servicios de atención y apoyo, para que sea más fácil para ellos y sus familias manejar la enfermedad.

5 Bibliografía

- https://medlineplus.gov/spanish/alzheimersdisease.html
- https://www.alz.org/alzheimer-demencia/diagnostico?lang=es-MX
- https://www.parkinsonysalud.com/tratamiento-alternativo-alzheimer/?gclid=CjwKCAiAhJTyBRAvEiwAln2qBxQLh7GhqbNIKyIgO3Nn4SfvaOnTIU1sKLiE6iPx01qV1579elgklhoCa08QAvD_-BwE

Capítulo 383

RECOMENDACIONES DIETÉTICAS EN PACIENTES CON DIABETES.

MARÍA FERNÁNDEZ AGUIRRE

1 Introducción

La Diabetes es una enfermedad metabólica caracterizada por un aumento de la glucosa en sangre (hiperglucemia) causada bien por la falta de secreción de insulina, una secreción insuficiente o una resistencia a la misma. Esto hace que la glucosa se acumule en la sangre y no llegue a las células. Es un importante problema de salud a nivel mundial que deriva en otras muchas complicaciones.

Sólo en España afecta a casi 6 millones de personas, siendo en los últimos años más frecuente en varones, aumentando el porcentaje de afectados a partir de los 65 años y siendo este aumento más brusco a partir de los 75. Ya que es un importante problema de salud y teniendo en cuenta que la dieta es uno de los principales pilares de su tratamiento, junto con el ejercicio, los fármacos y la educación diabetológica, parece justificado recordar las pautas de alimentación en esta enfermedad.

2 Objetivos

- Realizar un recordatorio acerca de las recomendaciones dietéticas en pacientes diabéticos. Los objetivos de un buen control de la alimentación son: conseguir cifras de glucemia dentro de los límites adecuados, mantener un peso normal, controlar la tensión arterial y mantener/conseguir un perfil lipídico normal. Todo ello encaminado a conseguir un buen control de la enfermedad manteniendo el

gusto por el comer bien. Siendo la dieta un pilar básico de tratamiento, es un aspecto bastante descuidado y en que debemos incidir especialmente.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: pubmed, medline, y scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

En general se recomienda una dieta variada, que aporte los macro y micronutrienetes necesarios y que no sea difícil de seguir. Un aspecto importante es la distribución de los alimentos ricos en hidratos de carbono a lolargo del día, recomendando hacer 5 comidas (desayuno, media mañana, comida, merienda y cena) en lugar de 3 más abundantes, evitando ayunos prolongados. Se intentará respetar los gustos del paciente. La dieta mediterránea,es de elección ya que por sus características organolépticas, es de las que mejor adherencia presenta y también parece disminuir las complicaciones cardiovasculares.

En relación a los hidratos de carbono: deben evitarse los azúcares simples y refinados, bollería y precocinados. También se deben evitar los zumos procesados y las bebidas azucaradas y edulcorados. Se consumirán hidrato complejos como cereales, legumbres y fibra (25-30 gr. al día) El aporte de este grupo debe suponer aproximadamente el 60% del total de calorías. La fibra no soluble (en frutas y verduras) ayuda a disminuir los niveles de colesterol. En cuanto a las proteínas, su aporte debe suponer entre el 10-20% de las calorías diarias, salvo casos de neuropatía en la que estará preferentemente en torno al 10%.

En pacientes con insuficiencia renal se rebajará el consumo a 0.8gr/kg peso/día. El origen será preferentemente vegetal o de lácteos desnatados. Con respecto a las grasas: la mayoríadeben ser monoinsaturadas, siendo alrededor del 10% las poliinsaturadas y menor del 10% el aporte de saturadas. El consumo de colesterol debe estar por debajo de 300mg/día. Está recomendada la ingesta de alimentos ricos en

omega 3 (pescado, frutos secos y semillas). En casos de elevación del colesterol se disminuirá el aporte de garasa saturadas (<7%) y de colesterol (<200mg/día).

Si hubiera sobrepeso se debería reducir la ingesta total de grasas (una persona sin esta alteración debería aportar alrededpr del 30% de las calorías diarias en forma de grasa). El consumo de sal se sitúa en torno a los 3 gr de sal al día, lo cual se reducirá en casos de HTA a < 2,4 gr y si además se suma una complicación como la neuropatía debe estar por debajo de 2 gr. Con respecto al alcohol, destacar que es un hipoglucemiante potente, sobre todo si se toma en ausencia de alimentos. Puede considerarse su consumo moderado, pero no si hubiera alteraciones hepáticas, neuropatía, hipercolesterolemia, embarazo, hipertrigliceridemia,alcoholismo…

5 Discusión-Conclusión

La dieta de los pacientes diabéticos tiene las mismas recomendaciones que la indicada para cualquier persona para mantenerse saludable. Deben ser más cuidadosos en el reparto de las calorías díarias para evitar fluctuaciones de la glucemia y mantener unas cifras estables de la misma.

Será necesario un control más exhaustivo cuando nos encontramos ante factores como peso excesivo, cifras elevadas de colesterol, triglicéridos y/o hipertensión arterial. Recordando que la dieta mediterránea es un ejemplo excelente a seguir y que se debe cocinar de forma sencilla y sana. Todo ello irá encaminada a un buen mantenimiento de la salud y a la pevención de complicaciones derivadas de la propia enfermedad.

6 Bibliografía

- La diabetes en España, en datos y gráficos. Actualizado nov 2019. Fuente: Ministerio de Sanidad, www.epdata.es.
- Fisterra. Atención Primaria en la red: Dietética y nutrición.
- Diabetes a la carta. www.diabetesalacarta.org.
- Camara Balda A, Torres Baile J. Protocolo de Diabetes Mellitus en el área de salud de La Rioja. 2013.
- Copano García J., Illanes Moreno R, Laseca Díaz M, Melero Melero A, Nuñez Ollero R, Trigo Jurado A. et al. Guía para la educación diabetológica en el área hospitalaria Virgen del Rocío. Sevilla. 2010.

- Recomendaciones nutricionales. Fundación para la diabetes. https://www.fundaciondiabetes.org
- National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. https://www.niddk.nih.gov
- Dieta para la diabetes. Fundación española del corazón. htpps://fundaciondelcorazon.com
- Alimentación en el paciente con diabetes tipo 2. Fundación redGDPS. Nov. 2018.

Capítulo 384

CUIDADOS INICIALES DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE DIABÉTICO.

NURIA SOLIS TABOADA

JESSICA VALDÉS DEL VAL

1 Introducción

La Diabetes Mellitus es una de las enfermedades más frecuentes en todo el mundo y un problema de salud pública debido a sus complicaciones crónicas y agudas. Los pacientes presentan hiperglucemia persistente acompañada de alteraciones en el metabolismo lipídico y proteico que conducen a lesiones vasculares, afectando a grandes y pequeños vasos produciendo macro y microangiopatías; además, lesiones neuropáticas, nefróticas e inmunológicas, que en conjunto producen disminución en la calidad de vida, limitación funcional y en algunos casos hasta la muerte.

2 Objetivos

- Revisar las intervenciones que debe planificar y ejecutar el personal de enfermería en relación al cuidado del paciente diabético y las atenciones en el manejo de las complicaciones agudas y crónicas más comunes.

3 Metodología

Revisión bibliográfica utilizando las bases de datos “Pubmed”, “The Cochrane Library” y “Google Académico”. Los DECs utilizados fueron “Mellitus diabetes”, “Etiology”, “Nursing Care”, “Therapy”, “Classification”, “Epidemiology” y ” Techniques”. Se utilizó el operador booleano “AND” y, con la combinación de todo ello, seleccionamos 12 artículos para la revisión. También se utilizaron las guías de la “Sociedad española de diabetes”. El número total de artículos utilizados para el trabajo fue de 13.

4 Resultados

Se pautan las acciones a realizar relacionadas con los problemas identificados y los determinantes de los mismos en las fases de adaptación y de seguimiento. El plan general de cuidados irá encaminado a conseguir los siguientes objetivos:
• Fomento de hábitos saludables.
• Promoción de autocuidados e independencia.
• Seguimiento y control de afrontamiento/adaptación al proceso de salud.
• Prevenir complicaciones a corto y largo plazo.

Se plantea como necesario que en esta fase inicial de intervención, la persona diabética alcance unos conocimientos básicos sobre la enfermedad: Qué es, por qué y hasta cuándo.
Y, por consiguiente la información de las complicaciones a largo plazo de la DM:
• Retinopatía diabética
• Nefropatía diabética
• Neuropatía diabética
• Arteriopatía diabética
• Disfunción eréctil
• Afecciones cardiovasculares
• Afecciones infecciosas
• Otras
Además, cabe hacer especial incapié en el cuidado de los pies y de la piel en general; la enfermera debe realizar la exploración del pie. Comunicaremos la importancia de la higiene y del aseo personal en la piel en general y en los pies en particular.

5 Discusión-Conclusión

Sabemos que enfermería tiene y representa un apoyo fundamental en las personas que sufren procesos crónicos de salud; que la herramienta terapéutica más eficiente y básica en las afecciones crónicas es la educación para la salud. Con ello pretendemos que las personas estén mejor preparadas para pensar por sí mismas, tomar sus propias decisiones y fijarse metas realistas.

6 Bibliografía

- Asociación de Diabetes americana, ADA (2003), Recomendaciones para la práctica clínica, Diabetes Care, 2003, vol. 26, Supl. 1.
- Bimbela Pedrosa, J. L., y Gorrtxategi Larrea, M. (2001), Herramientas para mejorar la adhesión terapéutica del paciente. El caso de la diabetes, Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada.
- Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (2003), Plan Integral de la diabetes 2003-2007, (10.ª ed.), Sevilla.
- Grupo de trabajo internacional sobre el pie diabético (2001), Consenso internacional sobre el pie diabético, Madrid.
- Jansà, M., y Vidal, M. (2009), Educación terapéutica en diabetes: Importancia del cumplimiento terapéutico en la Diabetes Mellitus. Avances en diabetología, 25: 55-60. Consultado el 17 de marzo de 2009, http://www.sediabetes.org/resources/revista
/4002769%20AVANCES%2025(1).pdf
- Luis Rodrigo, M.ª T.; Fernández Ferrín, C.; Navarro Gómez, M.ª V. (2000), De la teoría a la práctica: El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI (2.ª ed.), Barcelona, Masson.
- Luis Rodrigo, M.ª T. (2002), Los diagnósticos enfermeros, revisión crítica y guía práctica, (2.ª ed.) Barcelona, Masson.
- Marriner-Tomey, A., y Raile Alligow, M. (1999), Modelos y teorías en enfermería (4.ª ed), Harcourt Brace, España.

Capítulo 385

LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA.

MAGALI COLMENERO GARCIA

ANA ROSA FLOREZ SIRGO

VANESA SÁNCHEZ ESCANDON

1 Introducción

El EPOC es una enfermedad caracterizada por una limitación al flujo aéreo que no es completamente reversible.
Habitualmente es progresiva y se asocia con una respuesta inflamatoria inadecuada de pulmón a gases y particulas nocivas.

La prevalencia mundial en aumento : 9,34/ 1000 hombres y 7,33/1000 mujeres. Cuarta causa más común de mortalidad. Morbilidad aumenta con edad y en sexo masculino, en algunos países en sexo femenino.
Se estima que en 2030 va a pasar a ser la tercera causa de muerte en el mundo.

2 Objetivos

Los objetivos principales del manejo de los pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) estable son :

- Evitar la progresión de la enfermedad: mientras más temprano la diagnostiquemos, lograremos tener pacientes menos comprometidos funcionalmente.

- Mejorar la calidad de vida, en términos de su capacidad física.
- Prevenir y tratar exacerbaciones que son las que van deteriorando progresivamente a estos enfermos.
- Detectar oportunamente enfermedades concomitantes, especialmente que también se asocian al riesgo tabáquico.

Nos centraremos en cuidados de enfermería para que la calidad de vida en este tipo de pacientes sea lo más satisfactoria posible.Debemos tener en cuenta que cada persona va a percibir la enfermedad de forma distinta por lo que los cuidados deberán ser personalizados.

3 Caso clínico

Varón de 66 años que acude a Urgencias traido en ambulancia por fiebre y disnea de 7 horas de evolución.
Refiere Tª en domicilio de 38,5ºC,tos escasa con algo de expectoracion verdosa en los ultimos dias.
Ha estado ingresado en MI por dudosa neumonia nosocomial basal izda en enero de 2020, dado de alta el 5 de enero.Ha tomado un paracetamol a las 20h.En AP previo a traslado se pauta urbason 60 IV, 1 amp de seguril , nebulización de salbutamol e Ipratropio durante el traslado. No oliguria, no aumento de edemas, no ortopne ni DPN.

AP:
NAMC. Intolerancia AAS
Ex-fumador de 20 cigarrilos/ díadesde hace unos 20 años.No bebedor.
DM tipo2 insulinodependiente.
Asma bronquial severo, evolucionado a EPOC. Corticodependencia con dosis altas inhaladas.Disnea grado 1-2.
IQ: cataratas AO, trasplante corneal OD.

Intentaremos instruir al paciente sobre hábitos que lo pueden ayudar a mejorar la calidad de vida como:

Ejercicio físico.
Camine cada día como mínimo 30 minutos y si es posible, dos veces al día. Comience por 5 minutos y vaya aumentando progresivamente. Elija un paso de

marcha medio o rápido e inténtelo mantener durante todo el tiempo. Si precisa descansar, procure no parar de golpe y disminuya progresivamente el ritmo.

Alimentación.
Debe hacer una dieta equilibrada para conseguir un grado de nutrición adecuado y mantener su peso ideal. Haga 4 comidas al día con abundantes frutas y verduras.
La mejor bebida es el agua.
Se recomienda la ingesta diaria de 1,5 litros, ya que le ayudará a fluidificar las secreciones. Evite bebidas alcohólicas.

Fisioterapia respiratoria.
Los ejercicios respiratorios para los pacientes con
EPOC forman parte del tratamiento y tienen la siguiente misión:
- Limpiar sus bronquios de secreciones.
- Aumentar la resistencia a la fatiga.
- Restablecer un tipo de respiración bien coordinada para disminuir el esfuerzo físico.
- Evitar que se atrofien los músculos respiratorios

Ejercicios limpieza bronquial
Cada día al despertarse, póngase tumbado primero de un lado y después del otro respirando lenta y profundamente por la nariz, sacando el aire con la boca bien abierta. Realice este ejercicio durante 5 minutos de cada lado.

Tratamiento farmacológico.
En el caso de la EPOC no sólo es importante que se tome la medicación que le han prescrito, sino que además debe conocer para qué sirve y cómo debe tomarla.
1-Inhaladores/Aerosoles.
Casi todos los medicamentos utilizados en el tratamiento de la EPOC se toman por vía inhalatoria y hacerlo correctamente no es fácil.

Debe aprender bien la técnica de inhalación y seguir los consejos de su enfermer@:
Higiene bucal: Para evitar problemas bucales
(candidiasis) es importante que realice enjuagues con agua y/o que se lave los dientes con pasta dentífrica, después de la administración de los inhaladores
Es recomendable que se vacune contra la gripe todos los años al comenzar el otoño.

4 Discusión-Conclusión

Se pretende que con unos objetivos e intervenciones adecuadas se mejore la calidad de vida. El manejo y tratamiento del EPOC debe involucrar todos los niveles de atención de salud. Es un problema importante de salud con alta prevalencia.

5 Bibliografía

- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. National Institutes of Health. 1998.
- Pauwels R A, Buist A S, Calverley P M A, jenkins c r, hurd s s. NHLBI/WHO Workshop Summary. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of COPD. Am J Respir Crit Care Med 2001; 163: 1256-76.
- Hospital La Fuenfrìa.Comunidad de Madrid.Guía de enfermería.

Capítulo 386

LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN Y LA IMPORTANCIA DE UNA BUENA EDUCACIÓN,PARA UNA BUENA PREVENCIÓN

LETICIA FERNANDEZ GUTIERREZ

IRENE VILLOTA MARTINEZ

PATRICIA FERNÁNDEZ ANTUÑA

NURIA GARCÍA RODRÍGUEZ

1 Introducción

Las úlceras por presión son áreas de piel que se lesionan principalmente por la presión ejercida y mantenida entre 2 planos duros y la tolerancia de los tejidos a ésta.

Por un lado está el plano duro esquelético ,prominencias y el otro el plano duro externo , como la cama , las sillas . También pueden ser combinadas con las fuerzas d cizalla o por dispositivo sanitarios
Las localizaciones más frecuentes de las UPP se corresponden con las zonas de apoyo que coinciden con prominencias óseas , las zonas que soportan mayor presión .

Esto varia dependiendo de la posición del paciente.

- En decúbito supino: sacro, talones , coxis , codos , omoplatos, occipucio
- En decúbito prono: Orejas , pómulos , nariz , mamas, crestas iliacas , genitales masculinos, rodillas y dedos de los pies
- En decúbito lateral: maleolos, trocánteres, costillas, hombros , orejas , crestas iliacas y cara interna y lateral de las rodillas.
- En sedestación: Omoplatos, isquion, coxis, trocanteres, talones

Luego están las úlceras por presión causadas por los dispositivos sanitarios:
- En la boca: tubos endotraqueales.
- En nariz: gafas nasales, sondas, VMNI
- En cuello: collarines, cánulas de traqueotomía, fijaciones.
- En dedos: pulsioximetro.
- En el meato: sondas vesicales.
- Otras: Sujecciones mecánicas , escayolas , férulas , accesos vasculares, medias antiemboicas

Las ulceras por presion se clasifican en varias categorías:
- Categoria I: Eritema no blanqueable. Piel intacta pero enrojecida . Puede ser dolorosa .Nos indica las personas con riesgo
- Categoria II: Ulcera de perdida de espesor parcial que puede afectar a la epidermis y/o dermis
- Categoria III: Pérdida total del grosor de la piel . Los huesos, tendones y músculos no están expuestos.
- Categoría IV: Pérdida total del espesor del tejido con hueso , tendón o músculo expuesto pudiendo ser probable una osteomielitis u osteitis.

Hay otras categorías :
- Inestadiable/sin clasificar:Pérdida del espesor total de los tejidos donde la profundidad real de las UPP están completamente cubiertos por esfacelos y /o escara en el lecho de la herida.
- Sospecha de la lesión de tejidos profundos:
Profundidad desconocida.Area de color púrpura o marronácea de piel, o ampolla llena de sangre debido a daño de los tejido subyacentes por la presión y /o la cizalla. El área puede ir precedida por tejido que es doloroso, firme o blanda, más caliente, o más fría en comparación con los tejidos adyacentes.

2 Objetivos

Objetivo generale.

-Realizar una exhaustiva búsqueda bibliográfica en diversas fuentes documentales, sobre las UPP.
-Explicar la transcedencia de la prevención de los mismos.

Objetivos específicos:
- Adecuar la práctica clínica diaria del personal de enfermería a las evidencias científicas disponibles.
- Contribuir a la disminución de la incidncia de las UPP en los distintos ámbitos de enfermería.
- Orientar a los profesionales en el uso eficiente de los recursos disponibles en función de la situación del paciente.
- Facilitar educación sanitaria tanto a los pacientes, como a las familias y a los cuidadores para una adecuada prevención y /o curación de las UPP.
- Fomentar una buena alimentación haciendo seguimientos nutricionales y dando suplementos si son necesarios.
- Hacer un seguimiento adecuado y una buena educación para evitar posibles infecciones.
- Describir los principales errores en prevención de las UPP.
- Describir el impacto sanitario de la prevención y el tratamiento de las UPP.

3 Metodología

Hemos realizado una revisión bibliográfica. Como criterio de exclusión hemos utilizado el mismo boleano en todas ellas ”and”.Como criterio de exclusión para descartar ciertos artículos, simplemente ha sido la no relación con el objeto estudiado del trabajo, el haber sido en anteriores búsquedas ; y en otros casos porque los artículos están obsoletos.

4 Resultados

A través del análisis de los estudios revisados hemos distinguido 3 partes principales: la prevención,la educación y el seguimiento .
Prevenir las úlceras por presión es prioritario dentro de los cuidados de los pacientes que son suceptibles de padecerlas , es indispensable la colaboración de los profesionales pero también de los cuidadores
La prevención es la mejor forma de reducir la incidencia y la recurrencia de las UPP

Pero además esto ayuda a reducir los gastos sanitarios y reduce la duración de los tratamientos.Las medidas preventivas van encaminadas a:

- VALORACIÓN INTEGRAL DEL PACIENTE:
Se realiza una evaluación del riesgo de padecer una UPP mediante escalas y la valoración de los factores de riesgo extrinsecos e intrinsecos .
La escala más utilizada es la escala de Braden que valora la percepción sensorial,exposición a la humedad, actividad fisica,movilidad,nutricion.Es una escala negativa , a menos puntuación mayor riesgo .De 6-12ptos riesgo alto ,de 13-14 puntos riesgo moderado, de 15-18 puntos riesgo bajo , 19-23 sin riesgo .
Debemos tambien tener en cuenta los factores intrinsecos (relacionados con el paciente) y los extrinsecos (relacionados con el entorno) que se pueden controlar

- VALORACION NUTRICIONAL.
El estado nutricional tiene mucha relación con la aparición de las UPP y con la cicatrización de las mismas . Valorar la necesidad de suplementos con complejos ricos en proteínas.
- VALORACIÓN DE LA PIEL.
Es necesario establecer un plan de cuidados individualizado .Valorar la piel en busca de cualquier cambio .Mantener una buena higiene.

- CONTROL DE LA HUMEDAD.
Usar dispositivos control sondas, pañales, drenajes…

- CONTROL DE LA PRESIÓN
4 elementos importantes: movilización, cambios posturales, SEMP y protecciones locales.

- CONTROL DE LA MOVILIDAD
Fomentar la actividad siempre que sea posible , facilitar dispositivo como bastones, andadores
Si la movilidad no es posible hacer movilización pasiva, cambios posturales (cada 2-3h).

- PROTECCIONES LOCALES
Utilizarlas en zonas de riesgo con las características adecuadas.

- EDUCACION SANITARIA.
Debe de ser individualizada, teniendo en cuenta los conocimientos previos del cuidador y del paciente.

5 Discusión-Conclusión

Las úlceras por presión son una patología prevenible , de ahi la importancia de la prevención primaria , tratando de evitar el desarrollo de las mismas , a través de la implantación de protocolos, captación de los pacientes con riesgo de padecerlas , educación individualizada de los pacientes, familias y cuidadores.También es muy importante el uso de los SEMP y del conocimiento de éstos tanto estático como dinámicos.

Todas estas medidas favorecen la prevención ,un tratamiento adecuado para el paciente con los mejores cuidados y evitando gastos sanitarios innecesarios o prevenibles.

Y hacer una valoración y seguimiento del estado nutricional de los pacientes , valorando las necesidades y la posibilidad de dar suplementos.

Dimensionar el problema de las úlceras por presión es el primer paso para resolverlo.Unidades especificas de profesionales de enfermería dedicadas a UPP no solo contribuyen a describirlas, sino que permiten abordar el problema de forma integral, priorizando y planificando estrategias preventivas y actuaciones de tratamiento cuando no es posible evitarlas.Y adecuando los recursos a las necesidades.

- La sensibilización y formación en prevención de UPP fundamentada en la evidencia científica y protocolizado en la praxis clínica de enfermería reduce la prevalencia de UPP, con todo aquello que comporta y significa cada disminución de un paciente con lesiones:de bienestar para los individuos, de sostenibilidad para el sistema y de excelencia para los profesionales de enfermería.

6 Bibliografía

1. Hernández Ortiz Juan Ángel. Prevención y cuidados en úlceras por presión: ¿Dónde estamos?. Gerokomos [revista en la Internet]. 2009 Sep [citado 2015 Ene 19] ; 20(3): 132-140.
2. Rev. Inst. Nal. Enf. Resp. Mex. [revista en la Internet]. 2004 Jun [citado 2015 Ene 19] ; 17(2): 91-99.
3. Zamora Castro Susana, Flamana Franco Maria J, Rivero Acosta Yolaisy. Experiencia en la cura de úlceras por presión con sacarosa. Rev Cubana Enfermer [revista en la Internet]. 2006 Sep [citado 2015 Ene 19] ; 22(3):

. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192006000300006&lng=es.
4. FREER-BUSTAMANTE, Enrique. Las úlceras de presión. Acta méd. costarric [online]. 2001, vol.43, n.2 [citado 2015-01-19], pp. 47-47 . Disponible en: <http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022001000200001&lng=en&nrm=iso>.
ISSN 0001-6012.
5. Tizón Bouza Eva, Marcos Espino Miriam Paula. Guía de práctica clínica para el cuidado de personas con úlceras por presión o con riesgo de padecerlas: Generalitat Valenciana, 2013. Gerokomos [revista en la Internet]. 2014 Mar [citado 2015 Ene 19] ; 25(1): 53-54.
6. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y Clasificación 2007-2008 Nanda de vv.aa. Elsevier España, s.a. 2007.
7. McCloskey, Bulechek. Clasificación de intervenciones de Enfermería (NIC). 4ª edición Elsevier. Madrid. 2005
8. Moorhead S, Johnson M, Maas M. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 3ª edición Elsevier, Madrid. 2009.

Capítulo 387

LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA.

LAURA CASTRILLÓN CHAMADOIRA

SARA HERRERO BLANCO

1 Introducción

El uso de métodos anticonceptivos tiene por objeto evitar el embarazo, lo que constituye un elemento preventivo para disfrutar de las relaciones sexuales, que no busquen en sí la reproducción. No obstante, el objetivo anticonceptivo no es el único que se contempla, puesto que al auge de las infecciones de transmisión sexual (ITS) hizo plantearse nuevas expectativas y redirigir la educación sanitaria no solo a evitar la concepción sino a prevenir una posible infección y desarrollo de enfermedades que afectan a la salud pública1. Enfermería trabaja, desde la planificación familiar, con la prevención como herramienta para llegar a la población demandante de estos métodos anticonceptivos.

2 Objetivos

El propósito de esta revisión es conocer la anticoncepción para saber proporcionar la información suficiente que permita a la persona decidir sobre qué método anticonceptivo se ajusta a sus características y sus preferencias.

3 Metodología

El método ha consistido en realizar una búsqueda bibliográfica de artículos en las bases de datos: Cuiden y Pubmed. De igual modo, se han analizado otros documentos, publicaciones y libros que hacen referencia a la anticoncepción. Las palabras clase han sido: mujer, salud sexual y antinconcepción.

4 Resultados

La enfermera Margaret Sanger2 luchó por la consolidación de los derechos de la mujer y la salud de éstas relacionada con la reproducción, a través de su propia experiencia con mujeres de entornos sociales desfavorecidos. Propulso las investigaciones de Gregory Pincus, haciendo posible la comercialización de la píldora anticonceptiva y estableció la educación en reproducción a través de clínicas, como recurso en la población para favorecer la salud de las mujeres.

El abanico actual de posibilidades anticonceptivas es muy amplio para ajustarse a las necesidades individuales y preferencias. Podemos diferenciar, métodos naturales, métodos reversibles e irreversibles. Los métodos naturales se basan en la observación de signos y síntomas que ocurren en el cuerpo de la mujer durante las etapas fértil – no fértil de su ciclo menstrual. Son aquellos como, medición de la temperatura basal, coito interrumpido, visualización del estado del moco cervical, métodos sintotérmicos, método del calendario o lactancia materna. Los índices de seguridad de estos métodos se sitúan muy bajos, tal como presenta María José Palamo Viciana en su Tesis Doctoral "Essure, nuevo método de planificación familiar"3.

Los métodos anticonceptivos reversibles lo componen un amplio grupo de anticonceptivos hormonales, con varias presentaciones y otro grupo constituido por los métodos de barrera. Sintetizando, los anticonceptivos hormonales pueden ser combinados (gestágenos mas estrógenos) o solo con gestágenos. La terapia combinada permite inhibir la secreción de FSH sin que haya un folículo dominante debido a los estrógenos e inhibe el pico de LH que desencadena la ovulación, gracias a los gestágenos. Existen varias presentaciones: oral, vaginal, transdérmica y la efectividad de estos, según el "Manual mundial para proveedores"4 de la OMS establece que depende de la usuaria, habiendo un 92% de mujeres que no quedan embarazadas con el uso de anticonceptivos orales.

Por otro lado, los métodos de barrera resultan la única opción viable para evitar

ITS, pudiendo utilizarse solos o combinados con la anticoncepción hormonal. Existen varios métodos como son: el preservativo masculino y femenino, diafragma, espermicidas, dispositivos intrauterinos (DIU). El método mas utilizado según el "libro blanco de la anticoncepción en España"5 es el preservativo masculino.
La eficacia depende del usuario y de su correcto uso. Protege frene a embarazos en un 85% y frente a ITS en un 80-95 % según el "Manual mundial para proveedores"4 de la OMS.

Por último, los métodos irreversibles constituyen una alternativa para aquellas personas o parejas que no desean tener más hijos. Son la ligadura de trompas y la vasectomía. Las tasas de eficacia se sitúan en un 99.5 % para la ligadura de trompas y un 99.8 % para la vasectomía3.Otro método irreversible estudiado es el método Essure, dispositivo utilizado como anclaje en la luz tubárica. Se introduce vía histeroscópica en la trompa de Falopio, provocando una respuesta tisular benigna facilitando la fijación.

No requiere anestesia general, pudiendo implantarse mediante anestesia local o sedación suave y analgesia, sin incisiones quirúrgicas. María José Palamo Viciana en su Tesis Doctoral "Essure, nuevo método de planificación familiar"3 dice que éste aporta numerosas ventajas con respecto a la ligadura de trompas como: no precisa cirugía, método ambulatorio, rápida recuperación, disminuye listas de espera y gasto sanitario, menor riesgo y morbilidad. Sin embargo, el "Manual mundial para proveedores"4 de la OMS afirma que se trata de un método de alto coste para el sistema sanitario y que además requiere de instrumental complejo para realizar la visualización de la inserción.

Según esta tesis citada, la situación actual de la tasa de utilización de anticonceptivos en España expone que: "el preservativo es el método más utilizado, entre todos los grupos de edad; la píldora es más utilizada entre los 25 y 29 años (30.5%); el DIU sobre todo a partir de los 40, y que en los extremos de edades existe un alto porcentaje de pacientes que no utilizan ninguno: el 35% de las pacientes entre 15 y 19 años, y el 30% de las pacientes entre 45 y 49 años. Los métodos quirúrgicos (tanto ligadura como vasectomía) son los más demandados en el periodo de edad entre las 40 y 49 años"3.

Algo que me parece importante analizar es el conocimiento de los jóvenes acerca de los métodos anticonceptivos, ya que aunque actualmente existe mucha información accesible, no siempre se dispone de ella en primera opción. Así, un estudio titulado "Conocimientos métodos anticonceptivos en estudiantes de pregrado"6 llevado a cabo en estudiantes de enfermería en el primer trimestre y ul-

timo, concluye, con un 78% de mujeres y un 22% de hombres, que los métodos más conocidos son el preservativo, coito interrumpido, anticonceptivos hormonales y el dispositivo intrauterino, estableciendo un mayor conocimiento en los métodos naturales y de barrera.

Se evidencia, también, que los conocimientos aumentan en el último trimestre con respecto al primero, por lo que se modifica el saber, constituyendo un elemento positivo para la comunidad. Otro tema importante a destacar es el uso de la anticoncepción de urgencia de manera responsable llevando a cabo acciones de prevención primaria en aquellos casos que se detecte, por una demanda excesiva, un incorrecto desarrollo de la salud afectivo-sexual, recurriendo a este método no como una urgencia, sino como un método anticonceptivo.

El articulo "Programa de educación para la salud dirigido a mujeres que utilizan anticoncepción de emergencia"7 propone un programa de salud destinado a desarrollar conocimientos y habilidades necesarias para el equilibrio afectivo sexual en aquellas mujeres que soliciten la anticoncepción de urgencia y concluye que "una educación sexual adecuada, la mejora del acceso a métodos anticonceptivos y la disponibilidad de programas y servicios de salud sexual y reproductiva son el modo más efectivo de prevenir, especialmente en personas jóvenes, las infecciones de transmisión sexual, los embarazos no deseados y los abortos"7.

F. Donat Colomer en su libro "Enfermería maternal y ginecológica"1 lleva a cabo un análisis de los factores que afectan a la esfera sexual y plantean una visión interesante sobre los aspectos a tener en cuenta en la asistencia sanitaria. De este modo, expone que los aspectos psicológicos son unos de lo más cuestionados porque tienen un carácter muy personal, ya que actualmente, gracias a los métodos anticonceptivos es posible separar la función reproductiva del deseo sexual, permitiendo un cambio en la estructura social de la mujer y la concepción de la pareja, distanciándose de las creencias y sociedad ancestrales, pudiendo generar rechazo y recelo.

5 Discusión-Conclusión

No existen estudios actuales que avalen la eficacia de los métodos naturales, puesto que se basan en características individuales y síntomas que no se tienen por qué cumplir en todas las mujeres, requiriendo un conocimiento fisiológico propio de manera muy exhaustiva, teniendo en cuenta que no siempre los ciclos

menstruales son en el tiempo establecido teóricamente.

El método de barrera para evitar ITS y además más utilizado es el preservativo masculino. La planificación familiar es un proceso sencillo pero requiere tener en cuenta varios aspectos importantes para actuar con profesionalidad, como pueden ser, aspectos sexuales y psicológicos y socioculturales, que permitan una mejor planificación de la asistencia.

Se incrementa positivamente el papel educador de enfermería para lograr la aceptación entre la población de los métodos, aparentemente, conseguido en la actualidad, aunque existan factores socioculturales como puede ser la religión que puedan constituir un impedimento o los recursos limitados de un país para acceder a métodos anticonceptivos.

6 Bibliografía

- Francisco Donat Colomer. Enfermería maternal y ginecológica. Primera edición. Barcelona: Editorial Elsevier; 2001.
- Enrique Oltra Rodríguez, Rosario Riestra Rodríguez, Sofía Osorio Álvarez. La enfermería comunitaria en los albores de la anticoncepción contemporánea. Apuntes biográficos sobre Margaret Sanger. Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria. Vol. 5 - nº 1 enero-junio 2012.
- María José Palomo Viciana. Essure, nuevo método de planificación familiar. Nuestra experiencia en un año en el Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga: Spicum publicaciones; 2011.
- Departamento de Salud Reproductiva e Investigación de la Organización Mundial de la Salud (OMS/RHR) y Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/ Center for Communication Programs (CCP), Project INFO. Planificación familiar: Un Manual Mundial para Proveedores. Baltimore y Ginebra: CCP y OMS, 2007.
- Sociedad Española de Contracepción, Federación de Planificación Familiar de España. Libro Blanco de la Anticoncepción en España: Madrid; 2005.
- William Atehortua Puerta, Sandra Acosta, Andrea López, Josefina Suárez, Alejandra Melo, Sandra Carrascal. Conocimiento métodos anticonceptivos en estudiantes de pregrado. Volumen 8, numero 1; 2011.
- Celia Bueno-González, Estela García-García, Amparo García-Escribano Muñoz, Gema Latorre-Marco, Raquel
- Maqueda-Moreno, Elena Ollero-Sanguino et al. Programa de educación para la salud dirigido a mujeres que utilizan anticoncepción de emergencia. Matronas

Prof. 2012; 13(1): 15-22.

Capítulo 388

PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN EL ICTUS

YOLANDA MÉNDEZ PELÁEZ

1 Introducción

En España, las enfermedades cerebrovasculares (ECV) constituyen la primera causa de mortalidad en las mujeres y la segunda en hombres y es considerada como el principal motivo de discapacidad y la segunda causa de demencia en el adulto. Su repercusión en el seno familiar, en el campo profesional y laboral y en el ámbito social, supone unas consecuencias incalculables y a su vez un gasto sociosanitario muy elevado que se verá agravado en los próximos años debido al progresivo envejecimiento de la población.

Se define como Ictus al "trastorno brusco del flujo sanguíneo cerebral que altera de forma transitoria o permanente la función de una determinada región del encéfalo". Puede clasificarse en dos grupos principales: hemorrágico e isquémico.

El Ictus hemorrágico se produce tras la ruptura de un vaso sanguíneo que proporciona sangre al cerebro, provocando la muerte de neuronas y una alteración general del funcionamiento del órgano.

El Ictus isquémico, se produce cuando existe una oclusión causada por un trombo situado en un vaso que proporciona sangre al cerebro.

La enfermería es uno de los pilares más importantes en el ámbito sanitario con respecto a la enfermedad del ictus, porque hoy en día se ha demostrado que la enfermera junto con todo el equipo se debe de encargar del cuidado del paciente

con ictus y para ello se necesita una organización, coordinación y continuidad de los cuidados.

2 Objetivos

- Concienciar del ictus como emergencia vital.
- Conocer los cuidados que se prestan en la unidad de ictus, así como los cuidados según las necesidades del paciente.
- Explicar la importancia de la educación sanitaria como medio de prevención y la rehabilitación temprana como factor positivo en la recuperación.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El ictus hoy en día es una de las enfermedades con un margen de actuación bastante corto puesto que se necesita una rápida reperfusión con fármacos fibrinolíticos, además de una rápida atención en unidades especializadas en la enfermedad del ictus.

Durante estos años hemos conseguido un avance importante en cuanto al conocimiento y tratamiento del ACV, pero debemos seguir trabajando tanto en el tratamiento como en la prevención que debe de ser tanto primaria como secundaria.

El Código Ictus es el procedimiento de actuación prehospitalaria basado en el reconocimiento precoz de los signos y síntomas de un ictus, de posible naturaleza isquémica, con la consiguiente priorización de cuidados y traslado inmediato, a un centro hospitalario capacitado, de aquellos pacientes candidatos a beneficiarse de una terapia de reperfusión y cuidados especiales.

5 Discusión-Conclusión

El pronóstico a largo plazo para las personas diagnosticadas de Ictus ha mejorado notablemente en los últimos años gracias a los avances científicos. No obstante, se debe seguir trabajando para lograr una mayor adhesión de la población a los programas de prevención y fortalecer las campañas formativas para detectarlo en el menor tiempo posible, evitando el mayor número de secuelas posibles. Es imprescindible diseñar un proceso integral de atención al ictus para coordinar y promover el acceso del paciente a los servicios sanitarios. Sus componentes principales son: educación comunitaria, prevención primaria, comunicación y respuesta de los servicios de emergencia, diagnóstico y tratamiento hospitalarios, rehabilitación y prevención secundaria.

Paralelamente se ha demostrado que el Código ictus juega un gran papel en todos los niveles con respecto a la enfermedad a nivel organizativo y de coordinación.

6 Bibliografía

- PADRÓN ESTÉVEZ, Cynthia, et al. La enfermería y la prevención, detección precoz, tratamiento y cuidados en el ictus: una revisión bibliográfica. 2019.
- GUTIÉRREZ-LÓPEZ, Miguel. Cuidados en los pacientes con ictus en fase aguda. Revisión bibliográfica. 2017.

Capítulo 389

ESCLEROSIS MÚLTIPLE: DETERIORO COGNITIVO Y CALIDAD DE VIDA.

MARÍA MARGARITA CASTRO FERNÁNDEZ

ALICIA ALVAREZ FERNANDEZ

JORGE TABOADA ALAMEDA

ROCÍO GARCÍA ÁLVAREZ

NOELIA LOMBARDIA CARBAJAL

1 Introducción

La esclerosis múltiple (EM) es una enfermedad neurológica, crónica, degenerativa y progresiva que afecta al sistema nervioso central (SNC) y cuya etiología se desconoce, si bien parece estar relacionada con factores tanto genéticos como ambientales y autoinmunes. Es un trastorno de fisiopatología compleja que puede afectar a cualquier parte del SNC y en el que se ven implicados mecanismos inflamatorios agudos en fases de exacerbación, grados variables de inflamación crónica y procesos neurodegenerativos en la sustancia blanca y gris (pérdida y gliosis axonal y neuronal) y grados variables de reparación tisular, plasticidad y recuperación clínica (1).

Las lesiones agudas o activas son de tipo inflamatorio y las lesiones crónicas que se encuentran frecuentemente en el tronco encefálico, nervio óptico y médula espinal no son de carácter inflamatorio sino que se muestran como cicatrices

(placas) en los lugares en los que se destruye la mielina. El curso de la EM es impredecible y existe una gran variabilidad de signos y síntomas, generalmente relacionados con el área de afectación de la desmielinización que puede ocurrir a lo largo de todo el neuroeje. Debuta frecuentemente con alteraciones de la sensibilidad, debilidad muscular, síntomas del tronco cerebral y alteraciones cerebelosas (2).

En el 85% de los adultos jóvenes el inicio clínico consiste en un síndrome clínicamente aislado (SCA) agudo o subagudo en el que se producen lesiones desmielinizantes múltiples, conocidas como placas, con predilección por las zonas periventricular, el nervio óptico (neuritis óptica), el cerebelo, el tronco encéfálico y la médula espinal (3).
La EM suele cursar con exacerbaciones (brotes), seguidos de períodos de remisión o mejoría, de duración incierta. A lo largo del tiempo la evolución de la enfermedad será progresiva, produciéndose y acumulándose paulatinamente discapacidad, con gran afectación en la calidad de vida.

La EM se clasifica clínicamente en diferentes fenotipos, incluido el SCA. La más frecuente es la de inicio en el 85% de los casos, la forma remitente - recurrente (EMRR). Un 15-30% de los casos de EMRR evoluciona a una forma secundaria – progresiva (EMSP). El 15% de los pacientes presentar una forma primaria – progresiva (EMPP) desde los inicios (1). Su diagnóstico suele producirse entre los 20 y los 40 años, aunque puede aparecer antes de los 18 (EM pediátrica) y después de los 50 (EM tardía) (3) y en la actualidad no existe tratamiento curativo para ella.

En la gran variabilidad clínica de la EM merecen especial atención los llamados "síntomas invisibles" de la EM, por su elevada prevalencia, por su comorbilidad, por el gran impacto en la calidad de vida de las personas que los sufren y por el elevado coste no solo económico, sino también personal, familiar y social que producen. Son la fatiga, los trastornos emocionales y, muy especialmente, el deterioro cognitivo, de consecuencias devastadoras en el desarrollo laboral, las relaciones sociales y el autocuidado de los pacientes con EM (1). La EM es la primera causa de discapacidad no traumática en adultos jóvenes (4), la segunda causa de discapacidad en personas jóvenes después de los accidentes de tráfico (5) y la enfermedad neurológica más común que incapacita a los jóvenes (6).

Se estima que a nivel mundial padecen EM 2,5 millones de personas, en Europa afecta a 700.000 personas y los estudios recientes apuntan a un aumento de la prevalencia en las últimas décadas, algo que no se justificaría totalmente por las mejoras en asistencia sanitaria ni por los avances en tecnología para el diagnóstico, sino que sugieren un aumento real de este estadístico. En España se confirma, con la misma tendencia, una prevalencia en aumento, a expensas de un mayor número de casos en mujeres, alcanzando ratios de sexo de 3,5 a 1 en algunas zonas de nuestra geografía (4). La elevada prevalencia en Europa, con 70-100 afectados por 100.000 habitantes, y la muy elevada prevalencia en Estados Unidos y Canadá, contrasta con las bajas prevalencias de África subsahariana y este asiático (5).

La afectación por sexos, es de predominio femenino, con una relación de, al menos, 2 a 1. Evidencias suficientes apuntan a una predisposición genética de padecer EM, asociada con el complejo de mayor histocompatibilidad (CMH), que se encuentra en el brazo corto del cromosoma 6, asociación particularmente fuerte en los enfermos de origen caucásico (7). En cuanto a los factores de riesgo estudiados, se han encontrado asociaciones con la infección por el virus de Epstein-Barr, el tabaco, los bajos niveles de vitamina D y un elevado índice de masa corporal en la adolescencia. Además, el tabaco y los niveles de vitaminta D pueden influir en el curso natural de la enfermedad (4). Se ha visto que la probabilidad de padecer EM es mayor en los nacidos en primavera. Se han encontrado relaciones con los casos de historia familiar positiva, contacto con perros, las vacunas y la latitud norte (7).

La EM se caracteriza por una gran variabilidad clínica, relacionada con las lesiones de desmielinización que se producen en distintas zonas del SNC y en distintos momentos (3). De ahí, la sintomatología tan variada, pudiendo incluir disfunción motora de origen piramidal, incoordinación, paresias y parálisis, temblor, ataxia (cerebelosa), diplopía y nistagmo (tronco encefálico), entumecimiento y parestesias (sensoriales), alteraciones urinarias e intestinales, alteraciones en la visión, fatiga y deterioro cognitivo (1). Las alteraciones sensitivo-motoras de la EM suelen afectar más a las extremidades inferiores y, junto con los frecuentes problemas de equilibrio y de coordinación, comprometen a menudo la deambulación de la persona afectada que en muchos casos va a requerir dispositivos de apoyo como bastón, andadador o silla de ruedas.

Las frecuentes alteraciones visuales y urinarias o los trastornos del habla contribuyen a un grado variable de discapacidad y afectan negativamente al desem-

peño de las actividades de la vida diaria. A nivel clínico, el grado de discapacidad física se cuantifica por medio de una escala ampliamente utilizada en neurología, denominada Expandend Disability Status Scale (EDSS). Esta escala examina 8 niveles funcionales diferentes y se gradúa de 0 (examen neurológico normal) a 10 (muerte por una complicación de la EM) (8). Mención especial requieren algunos de los llamados "síntomas invisibles" de la EM: la fatiga, la depresión y el deterioro cognitivo.

Son síntomas muy frecuentes, comórbidos, solapados y directamente asociados a marcadores inflamatorios o neurodegenerativos. La depresión en personas con EM muestra una prevalencia del 50 % (frente al 15% de la población general). La fatiga está presente en el 80% de los pacientes, y es un síntoma altamente incapacitante (5). El deterioro cognitivo puede aparecer en estadios tempranos de la enfermedad afectando hasta al 70 % de los pacientes e influyendo de forma importante en su calidad de vida (9).

2 Objetivos

Objetivo general:

- Describir aspectos relacionados con la esclerosis múltiple

Objetivos específicos:

- Describir los aspectos esenciales de los síntomas, diagnóstico y tratamiento en la esclerosis múltiple.
- Describir las características del deterioro cognitivo en la esclerosis múltiple
- Sensibilizar al personal sanitario, las familias y la sociedad en general respecto a importancia de un abordaje conjunto de la esclerosis múltiple

3 Metodología

- Diseño: La metodología para llevar a cabo esta investigación parte de la determinación del tipo de estudio al que nos enfrentábamos, descriptivo narrativo, el establecimiento de una adecuada estrategia de búsqueda que nos permitió localizar y recopilar la información científica y, posteriormente, seleccionar y analizar aquella que más se adaptaba a nuestros objetivos.

- Estrategia de búsqueda: En las fases iniciales del estudio hemos accedido a las

fuentes de información utilizando el buscador Google Académico, por medio del lenguaje natural. Posteriormente, para aumentar la exhaustividad y la precisión, y disminuir el ruido documental hemos restringido la búsqueda utilizando un lenguaje controlado, combinando los descriptores entre ellos y con operadores lógicos y de truncamiento, utilizando los tesauros de referencia en Ciencias de la Salud MeSH y DeCS que utilizan los motores de búsqueda PubMed (y su base de datos MEDLINE) y la base de datos IBECS, respectivamente y haciendo uso de los filtros oportunos. Se accede también al repositorio español de tesis doctorales TESEO.

Descriptores utilizados: Cognitive dysfunction, cognitive impairment, multiple sclerosis, quality of life. Nuestra estrategia de búsqueda de información no se ha visto negativamente influida por barreras idiomáticas, por lo que hemos accedido tanto a documentación en español como en inglés.

- Criterios de inclusión y exclusión: La inclusión y exclusión de las fuentes consultadas se realizó en base a criterios que los autores consideramos más idóneos para aproximarnos a nuestros objetivos de forma eficiente. De este modo, desechamos toda la documentación gris, salvo la incluida en repositorios de tesis españoles, que podía aportarnos información más cercana sobre el estado actual de conocimiento sobre la EM en nuestro país.

- Criterios de inclusión de fuentes documentales: publicaciones científicas que contengan información actualizada sobre el deterioro cognitivo en esclerosis múltiple (desde 2015 a 2020 o más antigua si continúa vigente, como es el caso de la recopilada en la base de datos TESEO), acceso a las fuentes sin restricciones en línea y con acceso libre a texto completo, idiomas español e inglés.

- Criterios de exclusión de fuentes documentales: se desecha la documentación gris y la que esté en cualquier idioma distinto al inglés o español.

- Extracción de datos: En una primera búsqueda se localizaron 861 resultados para fuentes bibliográficas relacionadas con el deterioro cognitivo en esclerosis múltiple. En en una segunda búsqueda más filtrada se identificaron 78 fuentes elegibles y, tras evaluar la conveniencia de su inclusión, según a los criterios anteriormente mencionados, después de añadir en la búsqueda el descriptor "calidad de vida" y hacer uso de los filtros convenientes hemos reducido las fuentes y utilizado, finalmente, 8 artículos de revisión, 3 artículos originales, 5 tesis doctorales y 6 estudios.

Para realizar esta selección se han revisado los resúmenes de cada publicación, tanto en inglés como en español, y se han sometido todas las publicaciones seleccionadas a una búsqueda inversa, utilizando JANE (Journal/Author Name Estimator), cuya información se extrae de PubMed.

A continuación, se han clasificado las publicaciones por tipo de documento (artículo original, revisión sistemática, tesis…), año de publicación, país e institución y concretamos en cada apartado la información relevante que extraemos para nuestro propio trabajo narrativo, con el objetivo de referenciar convenientemente todas las fuentes.

4 Resultados

El diagnóstico de la EM se basa en valoraciones clínicas y paraclínicas dirigidas a demostrar la diseminación de lesiones en el tiempo y en el espacio (10). Se establecen unos criterios y se realiza un amplio diagnóstico diferencial basado en el concepto de "no mejor explicación" (7). Ninguna prueba es en sí misma concluyente de forma aislada, no obstante, son pruebas médicas habituales enfocadas al diagnóstico la resonancia magnética (RM), en la que se pueden observar lesiones activas; análisis del líquido cefalorraquídeo (LCR), para detectar inmunoglobulina G (IgG) elevada o bandas oligoclonales (BOC); tomografía de coherencia óptica (TCO) para cuantificar los cambios de volumen macular, y potenciales evocados visuales (PEV), prueba neurofisiológica que estudia la vía visual y la respuesta de la corteza cerebral a la estimulación luminos de la retina (10).

La evolución de la EM es variable y su curso impredecible; sin embargo se han establecido factores algunos pronósticos. El patrón de evolución inicial está claramente relacionado con el pronóstico de la discapacidad y se sabe que las formas inicialmente progresivas (EMPP) alcanzan niveles de discapacidad más precozmente que las formas de EMRR, aunque, si la edad de comienzo de la forma progresiva es más tardía, finalmente las edades medias de discapacidad se igualan (7). Un peor pronóstico estaría relacionado con sexo masculino, edad de inicio superior a 40 años, debut polisintomático, recuperación incompleta de los brotes o alta frecuencia de los mismos durante los primeros años de la enfermedad, así como un corto intervalo temporal entre ellos, síntomas motores, cerebelares y esfinterianos al inicio, alta carga lesional o lesiones activas, alteraciones cognitivas desde el inicio y progresión rápida en los primeros años (10).

Por el contrario, un pronóstico favorable retrasaría la llegada al grado de discapacidad EDSS=3, que es el punto en el que la discapacidad evolucionaría de igual manera en todos los tipos de EM. Se ha visto que los pacientes que debutan con neuritis óptica o síntomas sensitivos tienen mejor pronóstico, así como los que tienen una topografía lesional unifocal en comparación con los que comienzan con varios focos lesionales (7). Actualmente la EM sigue siendo incurable aunque los tratamientos han avanzado hasta el punto de lograr modificar el curso de la enfermedad (fármacos inmunomoduladores), además de reducir el número y severidad de los brotes, mejorando así la evolución y la calidad de vida de los pacientes (5).

Existen varios tratamientos de primera y segunda línea que han demostrado su eficacia en el tratamiento de las formas remitentes-recurrentes y, teniendo en cuenta que el número de brotes, aunque sean leves, y la discapacidad son marcadores clínicos de respuesta al tratamiento, es importante contabilizar estos episodios. El objetivo que se persigue es reducir el número de brotes para que la discapacidad acumulada en el tiempo, como consecuencia de las secuelas que estos producen, sea la mínima posible. De esta forma se trata de modificar el curso de la enfermedad antes de llegar a un grado EDSS superior a 3 ó 4 que supondría un "punto de no retorno" a partir del cual la velocidad de progresión de la enfermedad podría ser independiente del número de recaídas superpuestas, poniendo en cuestión el esfuerzo terapéutico (7).

Además de los fármacos modificadores del curso de la enfermedad, hay que mencionar los que están dirigidos a tratar los brotes agudos cuyos síntomas puedan repercutir en la calidad de vida del paciente o producir discapacidad y los tratamientos sintomáticos para tratar la gran variedad de sintomatología asociada a la EM. Los brotes se tratan de forma precoz con corticoides para reducir su impacto. Síntomas frecuentes, algunos de ellos muy incapacitantes, como la espasticidad, la fatiga, la ataxia, el dolor, los trastornos cognitivos o la depresión pueden ser tratados con fármacos y otras medidas cuya eficacia es moderada y, en ocasiones, controvertida (11).

El deterioro cognitivo en EM

El deterioro cognitivo (DC) en la EM ya fue descrito el año 1877 por Charcot como "debilitamiento de la memoria, enlentecimiento del pensamiento conceptual y cierto aplanamiento en la vida intelectual y afectiva" (7), pero hasta los

años 90 del siglo pasado el DC no constituía una prioridad en las investigaciones, pues aún en los años 80 se consideraba que la disfunción intelectual afectaba solamente a un 5% de pacientes con EM y que solamente afectaba a personas con discapacidad física severa y largo tiempo de evolución (12).

Fue a partir de Rao, en 1991, cuando cobran protagonismo las investigaciones sobre los mecanismos que subyacen en este tipo de DC, debido fundamentalmente a su alta frecuencia y su impacto negativo en la calidad de vida de los pacientes con EM. La mayoría de los estudios hablan de una prevalencia en torno al 40-70% de DC en los pacientes con EM, porcentaje variable dependiendo de factores como el tipo de población estudiada o el tipo de enfoque metodológico empleado, coincidiendo todos ellos en que el DC puede afectar en cualquier forma de EM y en cualquier estadio de la misma. Además se ha encontrado débil relación entre el DC, la discapacidad física y el tiempo de evolución, concluyendo que el deterioro cognitivo en EM puede estar presente desde las etapas iniciales de la enfermedad, en ocasiones antes de la aparición del primer síntoma físico, o en el SCA (12).

No obstante, los resultados de las investigaciones también concluyen que el DC asociado a la EM es más prevalente y grave en las formas progresivas (13), posiblemente en relación a la edad, el tiempo de evolución de la enfermedad o presentar niveles más altos de otros síntomas comórbidos, como fatiga y depresión (2,12). Un estudio demostró el aumento de la disfunción cognitiva de un 25% a un 56% después de 10 años en un grupo de pacientes en el que se observó un incremento de los dominios cognitivos afectados (13) y actualmente los déficits cognitivos se consideran uno más de los marcadores de evolución en la EM (8). Con todo, la dificultad que entraña la evaluación de la disfunción cognitiva en los pacientes con EM, debido a la heterogeneidad de esta enfermedad y la presencia tan frecuente de entidades psiquiátricas, como ansiedad y depresión, así como de síntomas confusores o comórbidos, como la fatiga, puede resultar en un infradiagnóstico del daño cognitivo en la práctica clínica.

Esto se debe a que en el desenvolvimiento congnitivo de un paciente con EM entran en juego factores de naturaleza compleja, como las bases neurofisiológicas, la edad, el estado premórbido, el nivel de reserva cognitiva o los hábitos de vida (7,9). Por otro lado, las pruebas cognitivas aportan datos cuantitativos, aunque es frecuente resumir las puntuaciones obtenidas en esas pruebas como funcionamiento cognitivo "intacto" o "deteriorado", correspondiendo este último a un nivel de rendimiento inferior al umbral marcado como límite, es decir, por

debajo de lo “normal” (14).

La etiología exacta del DC en EM sigue siendo desconocida, aunque se sabe que están implicadas diversas estructuras neurológicas que provocan la afectación de múltiples dominios cognitivos en lo que se creía que era un síndrome fronto-subcortical (9). Se han hallado diferentes zonas de lesión en la sustancia blanca (SB), la sustancia gris (SG) cortical, el hipocampo y la SG profunda, siendo las lesiones desmielinizantes y la pérdida de los axones propias de la SB, sobre todo en la zona periventricular, el centro semioval y el cuerpo calloso, aunque pueden darse en cualquier parte del SNC. Al margen de las pérdidas de mielina, la que se conserva en la SB de pacientes con EM puede ser anormal y detectarse en RM no convencional, hecho que se ha relacionado con atrofia cerebral, discapacidad y deterioro cognitivo más que la carga lesional en sí misma de los pacientes con EM y se desconoce si los mecanismos patogénicos son compartidos con otras enfermedades como la demencia tipo Alzheimer (7).

Gracias a los avances en neuroimagen los déficits cognitivos han podido vincularse a una mayor carga lesional y determinar la importancia de la ubicación de la lesión en SB, SG, cortical y subcortical (14). Se han reportado datos de lesiones corticales en EM desde el año 1962 y se sabe que un 26% de las lesiones cerebrales en EM son de la SG y el 65% afectan tanto la corteza como la SB, en la unión leuco-cortical (12).
El diagnóstico de DC asociado a la EM se realiza mediante baterías neuropsicológicas validadas, como la Brief Repeatable Battery of Neuropsychological Test (BRB-N) y la Minimal Assessment of Cognitive Function in Multiple Sclerosis (MACFIMS), de uso limitado en la práctica clínica debido a su complejidad, aun existiendo la versión reducida de la primera, la Batería Neuropsicológica Breve (BNB).

Instrumentos de evaluación usados en otras enfermedades neurológicas como el Alzheimer, son insensibles a las alteraciones cognitivas de la EM o tienen importantes limitaciones. Por otro lado, la escala de Evaluación Cognitiva de Montreal (MoCA), muy útil como herramienta breve de cribado del DC en otras enfermedades como el Parkinson, disponible en varios idiomas, ha mostrado en su versión portuguesa su validez como instrumento para la detección del DC asociado a EM y un reciente estudio de la versión española arroja resultados en rango aceptable respecto a la prevalencia del DC en el síndrome neurológico aislado o la

EMRR con discapacidad leve y se muestra en consonancia con los datos obtenidos por medio de la escala BNB (15).

La Brief International Cognitive Assessmento for Multiple Sclerosis (BICAMS), desarrollada en el año 2012 está recomendada para centros pequeños sin personal entrenado en su uso. Cada una de estas escalas, aún con sus limitaciones, son sensibles y específicas y abarcan los dominios cognitivos que con más frecuencia se ven afectados en la EM, son razonablemente breves y permiten detectar la presencia de deterioro cognitivo y las áreas afectadas de forma precoz (1,9). Se ha descrito que en la EM está afectada la conectividad estructural del cerebro por el daño en las conexiones de SB y las estructuras de SG y que las habilidades cognitivas guardan relación con la integridad de las redes neuronales (12).

En la EM todos los dominios cognitivos pueden estar afectados, pero los más frecuentes son la memoria (40 a 65% de los pacientes), atención y velocidad de procesamiento de la información (20 a 25% de los pacientes), función ejecutiva (15 a 20% de los pacientes), funciones visuo-espaciales (10 a 20% de los pacientes), lenguaje (20 a 25% de los pacientes) y cognición social (20-40% de los pacientes), objeto de estudio e interés reciente (1,12).
Las disfunciones visuo-espaciales se traducen en dificultades para representar e integrar imágenes, en la localización y seguimiento de objetos o, incluso en el reconocimiento de caras, cálculo espacial y visuo-construcción.

Se han establecido correlaciones un EDSS más elevado, mayor volumen lesional en SB de áreas parieto-témporo-occipitales y mayor atrofia subcortical que los pacientes de EM que no presentan ningún DC (16).
A la hora de evaluar el DC en EM, hay que tener en cuenta posibles factores confusores, como las entidades psiquiátricas (ansiedad, depresión o trastornos afectivos), tan prevalentes en esta enfermedad, así como la fatiga, los trastornos del sueño o los efectos secundarios de algunos tratamientos que pueden suponer un impacto en el estado cognitivo (8,9,17) En la actualidad no se dispone de un tratamiento farmacológico que haya demostrado eficacia en el tratamiento del DC propio de la EM.

Algunos de los tratamientos modificadores del curso de la enfermedad han mostrado efectos beneficiosos en algún dominio cognitivo y el tratamiento con natalizumab parecer reducir en un 43% el deterioro progresivo de la memoria. El fingolimod podría reducir la progresión de la atrofia cerebral y enlentecer el

deterioro cognitivo (1,7). Otros tratamientos específicamente dirigidos a tratar el DC, como los inhibidores de la acetilcolinesterasa o el donepezil muestran resultados contradictorios (1,12), del mismo modo que otros fármacos utilizados en el tratamiento de la disfunción cognitiva en la enfermedad de Alzheimer, la memantina o determinados suplementos dietéticos como el gingko biloba (7).

Las anfetaminas mejoran la memoria visuo-espacial y la fampridina demostró mejoras en la fatiga cognitiva, aumentando el estado de alerta, la velocidad psicomotora y la fluidez verbal (1). Estudios recientes han relacionado los niveles bajos de vitamina D con la disfunción cognitiva en adultos, y se mostró que un ciclo corto de suplementación oral con vitamina D en pacientes con EM deficientes en suero, tuvo mejorías en la memoria a largo plazo y visuo-espacial y un nivel óptimo en suero fue un predictor de mejor rendimiento cognitivo; además, niveles bajos correlacionan con mayor discapacidad, tasa de recaída en EM y ansiedad (18).

En cuanto al tratamiento no farmacológico del DC en EM, cobra importancia la rehabilitación cognitiva, intervención dirigida a restaurar el funcionamiento cognitivo por medio de programas de entrenamiento de la función cognitiva o enseñar a los pacientes estrategias compensatorias para atenuar los efectos de los déficits cognitivos; han demostrado cierta eficacia en la mejora de la memoria y la calidad de vida, pero tienen importantes limitaciones de rigor metodológico (12,14). La práctica de ejercicio físico, de yoga o mindfulness en EM ha demostrado impacto positivo en varios parámetros clínicos, pero no hay evidencias de su influencia positiva en el tratamiento del DC en EM (1); similar falta de evidencia encontramos en un ensayo de rehabilitación cognitiva grupal para reducir el impacto psicológico de la EM en la calidad de vida, que concluyó que ese programa no supuso beneficios a largo plazo en la calidad de vida de las personas con EM (19).

Otro ensayo que comparó resultados de rehabilitación cognitiva convencional con los de la rehabilitación neurológica basada en músico-terapia, encontró mejora del estado emocional, la motivación y la calidad de vida (20). Hay estudios que muestran que la función cognitiva predice la discapacidad laboral en pacientes con EM (21) y otros que relacionan el DC con la dificultad para manejar vehículos y desarrollar las actividades de la vida diaria, siendo los problemas cognitivos relacionados con la memoria, la velocidad de procesamiento y las fun-

ciones ejecutivas los que inciden con mayor peso en el deterioro de la vida laboral de los pacientes con EM (3).

En los pacientes de EM el DC es el motivo más frecuente de despido en el trabajo, debido que las tareas cognitivas superiores pueden estar comprometidas, superando las obligaciones y responsabilidades la capacidad de respuesta de la persona con EM. Los datos muestran que los pacientes con DC sufren con más frecuencia pérdida de autoestima, disfunciones sexuales y divorcios que los pacientes de EM con el mismo nivel de discapacidad física pero sin DC.

En relación con el perfil adaptativo se ha observado que varía por sexos y que las mujeres muestran, por perfiles de personalidad comportamientos más adaptativos que los varones. No obstante la autoestima es más baja de lo normal tanto en hombres como en mujeres y el estado de ánimo también se ve afectado en ambos sexos. Se ha observado que las personas con actitudes más positivas, refieren menor número de recaídas y mejor calidad de vida que las personas más pesimistas y menos resilientes en el afrontamiento de esta enfermedad (22).

5 Discusión-Conclusión

La esclerosis múltiple afecta fundamentalmente a personas jóvenes que son diagnosticadas en el momento más activo de su vida. A pesar de los avances farmacológicos y tecnológicos, generalmente el encuentro con esta enfermedad crónica, impredecible e incurable implica un desajuste importante, no solo por las consecuencias inmediatas que provocan los síntomas, sino por la incertidumbre que provoca el propio diagnóstico de una enfermedad que se conoce como "de las mil caras", con la que estas personas tienen que acostumbrarse a vivir el dia a dia sabiendo que la variabilidad sintomatológica puede sobrevenir de un momento a otro y desbaratar cualquier planificación a medio plazo.

Es importante educar a las personas afectadas en el mantenimiento de estilos de vida saludables y en la aceptación de la propia enfermedad. El ejercicio físico, la dieta sana y las terapias complementarias basadas en técnicas de mindfulness han demostrado eficacia en la reducción del estrés, la ansiedad y un relativo manejo de la fatiga y por lo tanto podemos suponer que van a mejorar la calidad de vida de los enfermos, pues es conocido que el estrés no controlado es desencadenante habitual de exacerbaciones y la fatiga y los síntomas emocionales influyen nega-

tivamente tanto a nivel físico como mental.

Debemos recomendar entrenamiento en la gestión de la fatiga a lo largo del dia, en la medida que sea posible, para evitar que los pacientes se aíslen de las actividades sociales que venían realizando hasta el momento del diagnóstico, más teniendo en cuenta que los síntomas invisibles pueden llegar a ser los más incapacitantes y difíciles de tratar.

Como sociedad debemos comprometernos en la adaptación laboral y el refuerzo de canales de ayuda que favorezcan la inclusión social de los enfermos, y debemos sensibilizar a las familias, al entorno inmediato y a los sanitarios no solo en lo que se refiere a los apoyos en las actividades de la vida diaria que puede requerir esa persona, sino, y sobre todo, en cuanto al apoyo emocional para hacer frente al deterioro y la incertidumbre propios de esta enfermedad que tan elevados costes humanos y económicos provoca.

6 Bibliografía

1. Macías Islas MA, Ciampi E. Assessment and Impact of Cognitive Impairment in Multiple Sclerosis: An Overview. Biomedicines. 2019 Mar 19; 7(1):22. doi: 10.3390/biomedicines7010022
2. López Argüelles J, Rodríguez Carvajal AB, Montalvo Manso L, González Alba G, Rojas Fuentes J, Herrera Alonso D. Factores relacionados con el deterioro cognitivo en pacientes con esclerosis múltiple en Cienfuegos. Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias. 2018 Julio-Diciembre. Volumen 18, Número 3, pp.29-44. ISSN: 0124-1265
3. Cores EV, Vanotti S, Burin DI, Politis DG, Villa A. Factores asociados con la situación laboral de pacientes con esclerosis múltiple. Rev Neurol. 2014; 58 (4):175-183
4. Pérez-Carmona N, Fernández-Jover E, Sempere AP. Epidemiología de la esclerosis múltiple en España. Rev Neurol. 2019; 69(1): 32-38
5. Muñoz San José A, Oreja-Guevara G, Cebolla Lorenzo S, Carrillo Notario L, Rodríguez Vega B, Bayón Pérez C. Intervenciones psicoterapéuticas y psicosociales para el manejo del estrés en esclerosis múltiple: aportación de intervenciones basadas en mindfulness. Sociedad Española de Neurolgoía. 2015. Disponible en http://dx.doi.org/10.1016/j.nrl.2015.07.014
6. Miller E, Morel A, Redlicka J, Miller I, Saluk J. Pharmacological and Non-

pharmacological Therapies of Cognitive Impairment in Multiple Sclerosis. Curr Neuropharmacol. 2018;16(4):475-483. doi: 10.2174/1570159X 1566617 1109132650
7. Gómez Moreno SM. Validación de la escala de Montreal como test de cribado en deterioro cognitivo en la esclerosis múltiple (Doctorado). Universidad Complutense de Madrid; 2018.
8. Cruz Gómez AJ. Relación de las alteraciones cerebrales estructurales y funcionales con el deterioro cognitivo y la fatiga en la Esclerosis Múltiple (Doctorado). Universitat Jaume I de Castellón; 2014.
9. Oreja-Guevara C, Ayuso Blanco T, Brieva Ruiz L, Hernández Pérez MÁ, Meca Lallana V, Ramió-Torrentà L. Cognitive Dysfunctions and Assessments in Multiple Sclerosis. Front Neurol. 2019 Jun 4;10:581. doi:10.3389/fneur.2019.00581.
10. López Góngora M. Función cognitiva en la esclerosis múltiple: correlatos neurofisiológicos y herramientas de evaluación neuropsicológica (Doctorado). Universidad Autónoma de Barcelona; 2015.
11. Bermúdez Hernández M. Terapia cognitivo-conductual en la esclerosis múltiple (Doctorado). Universidad de La Laguna; 2017.
12. Custodio N, Montesinos R, López-Góngora M. Cognitive impairment in patients with multiple sclerosis. An Fac med. 2018; 79(4):338-45
13. Højsgaard Chow H, Schreiber K, Magyari M, Ammitzbøll C, Börnsen L, Romme Christensen J, Ratzer R, Soelberg Sørensen P, Sellebjerg F. Progressive multiple sclerosis, cognitive function, and quality of life. Brain Behav. 2018 Jan 5;8(2):e00875. doi: 10.1002/brb3.875.
14. Sumowski JF, Benedict R, Enzinger C, Filippi M, Geurts JJ, Hamalainen P, Hulst H, Inglese M, Leavitt VM, Rocca MA, Rosti-Otajarvi EM, Rao S. Cognition in multiple sclerosis: State of the field and priorities for the future. Neurology. 2018 Feb 6;90(6):278-288. doi: 10.1212/WNL.0000000000004977.
15. Gómez Moreno SM, Cuadrado ML, Cruz-Orduña I, Martínez-Acebes EM, Gordo-Mañas R, Fernández-Pérez C, García-Ramos R. Validación de la versión española de la Escala Cognitiva de Montreal (MoCA) como herramienta de cribado de deterioro cognitivo asociado a la esclerosis múltiple. Sociedad Española de Neurología. 2019. Disponible en: https://dx.doi.org/10.1016/j.nrl.2019.11.006
16. Marasescu R, Cerezo García M, Aladro Benito Y. Afectación visuoespacial/visuoconstrucción en pacientes con esclerosis múltiple. Relación con el volumen lesional regional y la atrofia subcortical. Sociedad Española de Neurología. 2015. Disponible en: https://dx.doi.org/10.1016/j.nrl.2015.06.003
17. Bruno D, Pagani Cassará F, Sinay V, Torralva T, Manes F, Roca M. Impacto de la fatiga y los síntomas anímicos en el funcionamiento cognitivo en pacientes con esclerosis múltiple en brote remisión. Sociedad Neurológica Argentina. 2016.

Disponible en https://dx.doi.org/10.1016/j.neuarg.2016.09.002
18. Darwish H, Haddad R, Osman S, Ghassan S, Yamout B, Tamim H, Khoury S. Effect of Vitamin D Replacement on Cognition in Multiple Sclerosis Patients. Sci Rep. 2017 Apr 4;7:45926. doi: 10.1038/srep45926.
19. Lincoln NB, Bradshaw LE, Constantinescu CS, Day F, Drummond AE, Fitzsimmons D, Harris S, Montgomery AA, das Nair R. Group cognitive rehabilitation to reduce the psychological impact of multiple sclerosis on quality of life: the CRAMMS RCT. Health Technol Assess. 2020 Jan;24(4):1-182. doi: 10.3310/hta24040.
20. Impellizzeri F, Leonardi S, Latella D, Maggio MG, Foti Cuzzola M, Russo M, Sessa E, Bramanti P, De Luca R, Calabrò RS. An integrative cognitive rehabilitation using neurologic music therapy in multiple sclerosis: A pilot study. Medicine (Baltimore). 2020 Jan; 99(4):e18866. doi:10.1097/MD.0000000000018866.
21. Kavaliunas A, Tinghög P, Friberg E, Olsson T, Alexanderson K, Hillert J, Karrenbauer VD. Cognitive function predicts work disability among multiple sclerosis patients. Mult Scler J Exp Transl Clin. 2019 Jan 14;5(1):2055217318822134. doi: 10.1177/2055217318822134.
22. Estrada López M. Deterioro cognitive, impacto emocional y social de la Esclerosis Múltiple. Eficacia diagnóstica neuropsicológica y utilidad clínica (Doctorado). Universidad de León; 2014.

Capítulo 390

MANEJO DE LA PRÁCTICA CLÍNICA EN LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD.

MARĪA ROSARIO MARTÍNEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

La ansiedad , es un trastorno psíquico, que tiende a persistir, convergiendo en el, tanto alteraciones del humor como somáticas, de diversa índole.
Comprende la sensación de angustia, miedo, temor o terror, agitación, desconexión, emotividad reactiva, como una respuesta fisiológica, conductual, cognitiva y vivencial de la persona, ante una señal de peligro o amenaza o ante su anticipación, real o imaginaria.

2 Objetivos

-Ayudar a la persona a identificar sus miedos facilitando la libre expresión de sus emociones.
-Facilitar terapia de apoyo con psicoterapia y tratamiento farmacológico.
-Explicar al paciente los beneficios de una buena adhesión al tratamiento y ventajas para conseguir su cumplimiento.
-Instruir en Técnicas de Afrontamiento de los problemas Psicosociales.
-Adaptar el tratamiento a las características individuales: edad, tipo de vida, habililades y capacidades.
-Informar a sus grupos de apoyo : familiares, amigos y psicoterapeutas de sus necesidades y prevención de potenciales riesgos.
-Valorar la existencia del binomio depresión-ansiedad, a menudo asociados.

3 Metodología

A través de la Entrevista Clínica , abierta y cercana, se valorará el grado de ansiedad del paciente. se establecerá una adecuada relación , creando un clima de confianza .

En los casos en los que el nivel de ansiedad , comprometa su actividades diarias, se evaluará el inicio de tratamiento farmacológico (de elección Benzodiacepinas)., que será de instauración progresiva, para disminuir los efectos secundarios y su duración dependerá del paciente y se adaptará a su sintomatología.

Aplicación de técnicas Psicoterapeúticas complementarias, para minimizar el impacto psicológico y físico. Terapia Cognitiva Conductual , para reducir los pensamientos negativos y lorgrar un mejor ajuste en las conductas y comportamientos. Gestión de las Emociones y del Stress.

Terapia de Exposición Prolongada, específica para el stress posttraumático y fobias, para disminuir su angustia y miedos ("enfrentarse a ello", no evitación). Terapias de Relajación y de Control de Impulsos.

4 Resultados

La terapia farmacológica junto con medidas psicoterapeuticas , consiguen disminuir de forma eficaz la evolución del trastorno, a la vez que facilitan al paciente, respuestas más adaptadas .
El soporte familiar y de amistades, afianzan la adhesión al tratamiento, evitando conductas de riesgo .
La identificación de las causas es el pilar fundamental para iniciar el control de sus emociones.

5 Discusión-Conclusión

En el trastorno de ansiedad, conviven emociones subjetivas : temores, sensación de pérdida de control, miedos, fobias , stress . y síntomas somáticos, debidos al estado de alerta del SNC: sudoración, palpitaciones, náuseas , cefalea, disnea, tensión muscular, estreñimiento-diarrea, trastornos alimentarios, insomnio. También alteraciones de la conducta; tics, apatía, fobias ,desinterés y evitación.

Abarca un abanico extenso de síntomas que pueden ir desde crisis de ansiedad a

la ansiedad generalizada, existiendo distintos grados. En la práctica diaria, se observa una aumento significativo de los estados de ansiedad. y casi se puede hablar de ”epidemia de los estilos de vida”, comprometiendo la salud y la calidad de vida del paciente, relaciones de familia, pareja, vida social, laboral y autoaceptación .

6 Bibliografía

- O.M.S : Intervenciones Farmacológicas centrados en los trastornos por ansiedad en niños y adolescentes,
- Baeza, J.c.Balaguer„ G (2008): Higiene y prevención de la ansiedad.
- Cano-Vindel .A.(2002).Técnicas cognitivas en el control del stress.
- Diez, C (2000) .Clínica. Trastornos afectivos:ansiedad y deporesiñon . Barcekiba NASSIB, Fundación CADAH (2012).Entrenamiento de habilidades.

Capítulo 391

ACTIVIDAD Y EJERCICIO FÍSICO EN PERSONAS CON SÍNDROME DE DOWN.

PATRICIA BARTOLOME HUERTA

ELENA BARRERO BRAVO

1 Introducción

La actividad física es integral para una persona con síndrome de Down, ya que ayuda a mejorar su salud y bienestar. Fomenta el desarrollo de sus huesos, mejora su movimiento y ayuda en el equilibrio y las habilidades de coordinación. Además, la actividad física promueve el desarrollo de habilidades sociales, alienta a los niños a ser independientes y les ayuda a mantener un peso corporal saludable. Realizando suficiente actividad física puede mejorar el sueño, la concentración, rendimiento académico y autoestima.

Muchas de estas personas tienen problemas médicos que a menudo se deben a un estilo sedentario de vida, como por ejemplo la debilidad muscular, la artritis, problemas cardiacos, etc. Por otro lado, tanto el sobrepeso como la obesidad pueden ir en aumento a medida que se hacen mayores. La actividad tiene beneficios para la salud a largo plazo, ya que reduce el riesgo de desarrollar afecciones como enfermedad cardíaca, diabetes tipo II, osteoporosis, depresión y obesidad.

Estos beneficios son particularmente importantes para las personas con síndrome de Down, ya que tienen un mayor riesgo de desarrollar estas patologías. Puesto que las consecuencias de su inactividad pueden conllevar a serios problemas,

tanto los niños como los adultos con SD deben ser controlados por especialistas, tienen que seguir una serie de actividades que prevengan diversas enfermedades y, además, es importante comprender cuáles son aquellas barreras y elementos que podrían facilitar la actividad física a la hora de realizar ejercicios físicos.

La bibliografía publicada actualmente nos dice más sobre barreras a la actividad física para niños con discapacidad que lo que facilita la participación en la actividad (Shields et al 2012). Nuestra investigación (Shields y Barr, 2011) también preguntó a los padres de niños con síndrome de Down qué creían de que sus hijos participaran en actividad física.

Los cuatro facilitadores más comunes fueron:

• El papel positivo y la influencia de la familia.
• Oportunidad de interacción social con sus compañeros
• Programas estructurados accesibles que hacen adaptaciones para niños y adultos con síndrome de Down.
• Los niños que estaban decididos a tener éxito, eran físicamente capacitados y alentados por los padres y entrenadores

Con este capítulo se pretende llegar a reflexionar y a obtener información para poder entender la relación que tiene la actividad física con los problemas que existen actualmente, y a su vez, los beneficios que tiene el ejercicio en sí, puesto que, "la actividad física, y más concretamente la potencia aeróbica, está estrechamente asociada a una reducción de factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares" (McMurray, et al., 1998).

Actividad física y Síndrome de Down

Componentes de un programa de ejercicio efectivo.
Los adolescentes y adultos jóvenes con SD deben esforzarse por incluir los siguientes componentes en un programa de ejercicios.

Fortalecimiento

El objetivo del fortalecimiento muscular es vigorizar el músculo para que se fortalezca con el tiempo. Esto puede realizarse mediante el uso de pesas, gimnasio, resistencia, fuerza, bicicleta y natación, entre otros.
Los ejercicios deben estar enfocados a fortalecer todas las partes del cuerpo.
Se debe obtener un programa formal de ejercicios desarrollado por un fisioter-

apeuta o un experto del ejercicio, o buscar recursos como un maestro de educación física o una clase de educación física adaptativa para desarrollar un plan de ejercicios.

Ejercicio cardiovascular
Los beneficios del ejercicio son fácilmente aparentes. Por ejemplo, el ejercicio cardiovascular puede contribuir a una mayor facilidad de caminar durante todo el día escolar, realizar un juego sin faltar el aliento etc.
Hay muchas formas de incorporar paulatinamente el ejercicio cardiovascular en la rutina de una persona con SD, que incluyen:
• Participación en un programa de natación.
• Uso de equipo de ejercicio, como una cinta de correr, bicicleta reclinada o máquina elíptica (bajo supervisión)
• Actividades recreativas, como caminar, andar en bicicleta y trotar.

Las personas que son seguidas por un cardiólogo deben consultar con su médico antes de comenzar un programa formal de ejercicios de resistencia.

Beneficios actividad física
El ejercicio es de claro beneficio para el individuo con Síndrome de Down tanto en términos de respuestas cardiovasculares como neuromusculares. En un sentido más amplio, el ejercicio afecta positivamente la función básica y el desempeño vocacional; Las mejoras en las habilidades de adaptación harán que las personas con Síndrome de Down sean más independientes en las oportunidades de ocio y trabajo Mendonca et al (2010).

La tarea de ejercicio iniciada debe ser de naturaleza simplista pero al mismo tiempo suficiente en términos de la demanda impuesta al cuerpo. Wang y col. (1997); (2001) demostraron los beneficios de realizar ejercicios de salto, aunque existen limitaciones considerables para un programa de ejercicios a largo plazo que implique una sola actividad. La recomendación sería introducir un programa que ofrezca diversidad e interés y al mismo tiempo evite tareas que se perciben como complicadas o que estén directamente asociadas con la clasificación como ejercicio.

Un buen ejemplo de un programa muy agradable es el de Lin et al (2012), que utilizó una combinación de ejercicios para caminar/correr y la consola de juegos de realidad virtual Wii. Shields y otros (2008); (2013) introdujeron dos opciones diferentes de programación de intervenciones con ejercicios para personas con síndrome de Down. Utilizaron una capacitación grupal en la que dos o tres per-

sonas con síndrome de Down se ejercitaban junto con un supervisor presente o introdujeron un programa dirigido por mentores estudiantiles. Esta forma de "entrenamiento" puede estimular la interacción social, así como la adaptación fisiológica y evita muchos de los escollos asociados con los programas de ejercicio prescritos Millar et al (1993); Monteiro y col. (1997); Varela et al (2001).

Factores que dificultan la práctica de actividad física en personas con síndrome de Down

Barreras a la actividad física.
Pueden ser:
- Física, como no tener acceso a las instalaciones o al parque para hacer ejercicio de forma segura.
- Relacionados con intereses, como que muestre interés en el fútbol, pero solo el tenis por ejemplo está disponible en su área.
- Psicológica, incluida la falta de confianza en las habilidades deportivas o el miedo a probar cosas nuevas.

Identificar barreras reales y percibidas a menudo es el primer paso para encontrar soluciones.

Como se mencionó anteriormente, ciertas barreras a la actividad física son evidentes para las personas con Síndrome de Down y, por lo tanto, los programas de ejercicio deben ser rentables y motivadores, lo que se puede ver en una tasa de asistencia del 92% en los programas de Shields et al (2008); (2013) y 100% de adherencia en Lin et al (2012).

2 Objetivos

Objetivo general:
• Realizar una revisión bibliográfica narrativa sobre la necesidad e influencia de la actividad física en la mejora de la calidad de vida de la población con síndrome de Down.
Objetivos específicos:
• Identificar los beneficios de la actividad física en personas con síndrome de Down.
• Conocer los factores que facilitan o dificultan la práctica de actividad física en personas con síndrome de Down.

3 Metodología

Tipo de investigación.
El presente trabajo será de tipo exploratorio y descriptivo, en base a revisión bibliográfica.

Metodología utilizada.
La revisión se basa en el estudio documental y el estudio de casos orientado a obtener informaciones puntuales. Se han utilizado obras y artículos de autores dedicados a la materia para contextualizar el estudio y facilitar la comprensión de los datos.

En primer lugar se llevó a cabo una búsqueda en Google académico de documentos y guías de relatos y testimonios publicados por diferentes sociedades y asociaciones profesionales tanto en España como en el contexto internacional sobre recomendaciones de cribado visual. Esta búsqueda se hizo tanto en español como en inglés.

Posteriormente, se realizó una búsqueda de revisiones bibliográficas de la literatura científica en la Biblioteca Cochrane Plus mediante la ecuación de búsqueda, sin límite de fecha, e incluyendo artículos tanto en inglés como en español. Para la búsqueda de estudios originales se consultó las bases de datos Cindoc, mediante ecuaciones de búsqueda.

Asimismo, se ha realizado una búsqueda sistemática en bases de datos electrónicas en español e inglés, desde noviembre de 2019 hasta diciembre de 2019, entre ellas citamos:
• Google Académico.
• Scielo
• Cindoc
• Pubmed
• TESEO
• Sportdiscus

A partir de examinar distintos estudios publicados y referidos de forma directa o trasversal al tema que nos ocupa y teniendo en cuenta el momento en que realizaron, se intenta dar una correcta explicación en donde sean fácilmente reconocibles las características necesarias que nos permita conocer sus perfiles, motivaciones, etc. A la vez que me hago eco de los métodos más adecuados para resolver el problema.

Con dicha búsqueda hemos localizado y recuperado textos relacionados directamente con los objetivos planteados de nuestra investigación y/o que contenían algún aspecto que aclaraba, ampliaba y concretaba contenidos de los diversos epígrafes del presente estudio.

Estrategia de recogida de información. Para la realización del trabajo realizaremos en primer lugar una revisión bibliográfica sobre la temática. Para ello utilizaremos bibliografía en formato de libro o electrónico, artículos científicos, de revistas, páginas especializadas en internet, posteriormente se realizará una recogida de datos.

Los criterios de inclusión han sido:
-Artículos de comparación.
-Estudios hechos en humanos y personas con discapacidad intelectual/ síndrome de Down.
-Artículos en español y en inglés.
-En cuanto al diseño de los artículos, se han incluido las revisiones bibliográficas, meta-análisis y ensayos clínicos aleatorizados y revisiones.

Los criterios de exclusión han sido:
- Artículos sin relación directa.

4 Resultados

BENEFICIOS: Físicos (composición corporal, capacidad aeróbica, fuerza muscular, habilidades motrices), psicosociales (laborales, satisfacción con la vida, felicidad…)

El propósito de este trabajo es revisar la bibliografía que examina los diferentes programas de capacitación e intervenciones disponibles para niños con síndrome de Down. Específicamente, este trabajo explicará los componentes de los programas que influyen en un niño con la capacidad de la actividad física, el equilibrio y la coordinación, la fuerza y la agilidad de la persona con SD y las barreras y facilitadores de la implementación de los programas encontrados. Esta revisión clasificará la programación en cuatro categorías; balance y estabilidad, bicicleta, fuerza y agilidad y barreras y facilitadores.

Cabe señalar que todas las siguientes articulaciones caracterizan a los niños con síndrome de Down como factores limitantes potenciales relacionados con la in-

dependencia diaria, incluidos; efectos musculoesqueléticos y neuromusculares (hipotonía, laxitud de ligamentos, falta de fuerza muscular), retraso en el desarrollo motor que resulta en una disminución de la velocidad de movimiento, equilibrio y tiempos de reacción retrasados.

Los niños con síndrome de Down estudiados en los artículos varían en cuanto a la capacidad cognitiva, pero no tenían otros problemas médicos. En algunos casos específicos, los niños fueron excluidos del estudio si tenían problemas de movilidad , dificultad para mantener la postura bípeda, no haber recibido la terapia farmacológica adicional, tener una enfermedad neuromuscular o vestibular, incapacidad de comprender un programa de juego, completar un cuestionario o cualquier otro problema de salud que pudiera ser un riesgo para la salud.

Balance y Estabilidad

Mejorar la capacidad de equilibrio de un niño con síndrome de Down es importante porque un mejor equilibrio disminuirá su miedo a caerse o lastimarse y, por lo tanto, aumentará su deseo de participar en actividades físicas (Jankowicz-Szymanska, Mikolajczyk y Wojtanowski, 2012).

La utilización de tecnología de realidad virtual para motivar el interés de un niño en la actividad física se puede utilizar como un recurso de terapia física para ayudar a mejorar la movilidad funcional, la calidad del movimiento y mejorar la reorganización cortical en niños con síndrome de Down (Reis, Neiva, Fil ho, Ciolac, Verardi, Siqueira, Goncalves, Silva, Hiraga y Tonello, 2017).

Un estudio reciente de Reis et al. (2017) alude al hecho de que existe una relación entre la coordinación motora, el equilibrio y el índice de masa corporal para niños con síndrome de Down. Reis y col. (2017) propone que el entrenamiento en realidad virtual es relativamente nuevo, a diferencia de otras estrategias terapéuticas más tradicionales, pero lo sugiere como una forma de promover la salud de los niños con síndrome de Down.

Bicicleta

Las habilidades de montar en bicicleta se consideran una norma social en muchos países. Los niños generalmente aprenden alrededor de los seis o siete años (MacDonald, Espositio, Hauck, Jeong, Hornyak, Argent o y Ulrich, 2012). Menos del 10% de los niños con síndrome de Down menores de 15 años pueden andar en bicicleta (Ulrich, Burghardt, Lloyd, Tiernan y Hor nyak, 2011).

Montar en bicicleta puede ayudar a promover la socialización y aumentar la actividad física de los niños con síndrome de Down (MacDonald et al., 2012. Accor ding a Ringenbach, Holzapfel, Mulvey, Jiménez, Benson y Richter 2016), con la asistencia de terapia tiene el "potencial de mayor independencia y autonomía de las personas con síndrome de Down" (p.1080) que conduce a una mejor calidad de vida.

Ulrich y col. (2 011), Ringenbach et al. (2016) y Benson y Ritcher (2016) coinciden en que las discapacidades cognitivas que tienen los niños con síndrome de Down limitan sus oportunidades de participar en actividades físicas y requiere más tiempo para practicar y recibir instrucción con una bicicleta en comparación con el desarrollo típico pares (Ulrich et al, 2011; Ringenb ach et al.2016 y Benson y Ritcher, 2016).

Ulrich y col. (2011) investigaron los patrones de actividad física en niños con síndrome de Down y su asociación con la salud y el funcionamiento mediante una intervención en bicicleta. Los participantes en este estudio incluyeron a 72 niños que tenían síndrome de Down, tenían entre 8 y 15 años (un promedio de 12 años) y no podían andar en bicicleta antes de la intervención. Las medidas utilizadas para evaluar a los participantes incluyeron la fuerza de las piernas, el equilibrio de pie (un pie, las manos en las caderas, 60 segundos) y la actividad física (siete días consecutivos con acelerómetros). El análisis estadístico reveló que el 56% del grupo total aprendió a manejar una bicicleta de dos ruedas con 75 minutos de entrenamiento individualizado durante cinco días consecutivos.

Ulrich y col. (2011) utilizaron una intervención llamada Lose The Training Wheels. Esta programación utilizaba bicicletas adaptadas, tenía personal capacitado con experiencia en el trabajo con niños con síndrome de Down y su objetivo principal era hacer que cada niño progresara en una bicicleta estándar. Este estudio demostró la posibilidad de disminuir el tiempo sedentario y aumentar el tiempo en actividad física moderada a vigorosa , que es esencial para los niños con síndrome de Down que ya tienen un riesgo más alto de problemas de salud (Ulrich et al. 2011).

Cabe señalar que los padres de niños en este estudio percibieron que debido a la intervención en bicicleta, sus hijos estaban más dispuestos a probar otras actividades físicas porque sus temores disminuyeron después de aprender a andar en bicicleta. Los miedos incluían caerse y lastimarse, lo que se relaciona con la investigación sobre equilibrio y estabilidad para niños con síndrome de Down.

Fuerza y agilidad

Gupta y col. (2011) y Hussein (2017) respaldan que el entrenamiento de fuerza para niños es una intervención segura y efectiva para promover la fuerza y el equilibrio de los niños con síndrome de Down. Para apoyar esta noción, Gupta et al. (2011) estudiaron a 23 niños entre las edades de 7 y 15 años con síndrome de Down. Después de seis semanas de programación de ejercicio, se midieron tres ensayos de prueba entre dos grupos (grupo experimental 12, grupo control 11) utilizando la evaluación BOT-MP.

Es importante tener en cuenta que los resultados de este estudio pueden haber sido mayores si el entrenamiento comenzó en más del 50% de los participantes 1RM. El análisis estadístico reveló que había una significación estadística entre los grupos con respecto a la fuerza muscular de los músculos de las extremidades inferiores y el equilibrio general en comparación con el grupo control que no recibió ejercicios. Se documenta que estas mejoras provienen de un reclutamiento neuronal mejorado en lugar de cambios en la fibra muscular debido al hecho de que la duración de la programación fue de solo seis semanas.

Una intervención de esta duración es factible para los niños con síndrome de Down porque se cumplió con el cumplimiento y se proporcionaron modificaciones apropiadas y demostraciones explícitas (Gupta et al., 2011).

Para resumir, el estudio mencionado anteriormente mostró ganancias significativas en la fuerza muscular y el rendimiento, lo suficientemente notables como para recomendar que un programa de fuerza factible para niños con síndrome de Down debería durar aproximadamente seis semanas (Lin y Wuang 2012; Gupta et al. 2011).

Barreras y facilitadores

Un gran problema con la programación para niños con síndrome de Down es la accesibilidad y la modificación. El 58% de los niños con síndrome de Down no cumplen con las recomendaciones diarias de tiempo de actividad física (Barr y Shields, 2011). El estudio cualitativo de Barry Shields (2011) estudió las barreras y los facilitadores de la actividad física específicamente para niños con síndrome de Down. Los investigadores entrevistaron a 20 padres de niños con síndrome de Down menores de 17 años, para obtener una perspectiva de primera mano de lo que percibían como las barreras y facilitadores de la actividad física para sus hijos.

Surgió una variedad de temas relacionados con facilitadores y barreras. Los facil-

itadores incluyeron: el papel positivo de la familia, oportunidades para la interacción social con sus compañeros, programas accesibles estructurados que hacen que las adaptaciones estén disponibles y la determinación del niño de tener éxito con la habilidad física, la capacidad cognitiva y la coordinación para participar.

Las barreras incluyeron: características asociadas con el síndrome de Down, responsabilidades familiares en competencia, habilidades físicas, conductuales y cognitivas reducidas y falta de programación accesible.

5 Discusión-Conclusión

La actividad física, intervenciones y programas dentro de las categorías de la bibliografía revisada indica las disponibles opciones que personas con síndrome de Down tienen en contraste a la tradicional terapia física para su salud y el motor de habilidad. Específicamente, la revisión de la bibliografía señaló que las personas con síndrome de Down tienen un beneficio positivo al participar en un programa de intervención o actividad física.

Las expectativas de los programas e intervenciones creadas para las personas con síndrome de Down son especialmente dependientes. Está claro que con la modificación de una adaptación, el equilibrio y la estabilidad de la realidad del juego, aprender a montar en una bicicleta y la fuerza y agilidad con los ejercicios pueden ayudar a un niño y adulto a superar las limitaciones físicas y las características asociadas con el síndrome de Down mediante el aumento físico de funciones del cuerpo que conduce a una mejor calidad de vida.

Necesidades futuras de investigación
En el futuro, las necesidades de investigación deben hacerse sobre la actividad física intervenciones y programas para los niños con síndrome de Down más exhaustivamente. Los autores señalaron que la danza por ejemplo era un programa de actividad física más común en relación con la participación de niños con síndrome de Down y hay poca información sobre ello (Barry Shields, 2011).

Otra posible recomendación para el futuro es estudiar la aplicación de un mismo programa / intervención a través de múltiples contextos y edades para establecer la eficacia y explorar las conocidas barreras y facilitadores para niños con síndrome de Down. También sería interesante investigar el mismo programa/intervención impartido por diferentes especialistas en actividad física (es decir, maestro de educación física adaptado versus terapeuta ocupacional) para

ver si el estilo de enseñanza y o el entorno impactan el éxito de los niños con síndrome de Down.

Más investigación también debería venir directamente desde la perspectiva de los niños con síndrome de Down, así como de sus compañeros y familiares. Las recomendaciones finales para la investigación futura incluyen tener más participantes incluidos en los estudios, más estudios en la misma geográfica y ubicación, profundizar las descripciones de los ejercicios del programa y organización, la recogida de datos sobre el desarrollo socio económico de estado de los participantes, lo que permite la elección de la actividad física o ejercicio para el niño y seguimiento de resultados de intervenciones programas.

6 Bibliografía

• Barrios Fernández, S. (2012). Un programa de actividad física en personas con Síndrome de Down.

• Bartoll, Ó. C., Gómez, J. G y García, C, S. (2012). Actividad física y Síndrome de Down: el juego motriz como recurso metodológico. Revista de educación física 46. Madrid.

• Calero, M. D., Robles, M. A., & García, M. B. (2010). Habilidades cognitivas, conducta y potencial de aprendizaje en preescolares con síndrome de Down. Electronic Journal of Research in Educational Psychology, 8(20), 87-110.

• Fernández, S. B. (2012). Un programa de actividad física en personas con síndrome de Down. Revista electrónica de terapia ocupacional Galicia, TOG, 16 (9), 3-17.

• Gutierrez-Vilahu, L., Masso-Ortigosa, N., Costa-Tustusaus, L., Guerra-Balic, M. & Rey-Abella, F. (2016). Effects of dance program on static balance on a platform in young adults with down syndrome. Adapted Physical Activity Quarterly, 33,233-252.

• Horvat M, Pitetti KH, Croce R. Torque isocinético, potencia media y relaciones de flexión/extensión en adultos no discapacitados y adultos con síndrome de Down. Revista de fisioterapia ortopédica y deportiva 1997; 25, 395-9.

• Lin H-C, Wuang Y-P. (2012) Entrenamiento de fuerza y agilidad en adolescentes con síndrome de Down: un ensayo aleatorio controlado. Research in Development Disabilities 33: 2236-2244

• MacDonald, M., Espositio, P., Hauck, J., Jeong, I., Hornyak, J., Argento, A. and Ulrich, D. (2012). Bicycle training for youth with down syndrome and autism spectrum disorders. Focus on Autism and Other Developmental Disabilities, 27(1),

12-21
• Mendonca GV, Pereira FD. (2009) Influencia del entrenamiento con ejercicios a largo plazo en la capacidad aeróbica submáxima y máxima y la economía locomotora en hombres adultos con síndrome de Down. Medical Science Monitor 15 (2): CR33-39
• Millar AL, Fernhall B, Burkett LN. (1993) Efectos del entrenamiento aeróbico en adolescentes con síndrome de Down. Medicina y ciencia en deportes y ejercicio. 25: 270-274
• Monteiro CP, Varela A. (1997) Efecto de un entrenamiento aeróbico sobre magnesio, oligoelementos y sistemas antioxidantes en una población con síndrome de Down. Magnesium Research. 10: 65-71
• Núñez, R. (2011). Características motrices de niños y niñas con síndrome de Down. (163). Efdeportes. Recuperado de http://www.efdeportes.com/efd163/caracteristicas-motrices-de-ninos-consindrome-de-down.htm
• Reis, J., Neiva, C., Filho, D., Ciolac, E., Verardi, C., Siqueira, L. Tonello, M. (2017). Virtual reality therapy: Motor coordination and balance analysis in children and teenagers with down syndrome. European Journal of Human Movement, 38, 53-67. Retrieved from: http://www.eurjhm.com/
• Romero, A. Actividad Física e Higiene para la Salud. Las Palmas De Gran Canaria: Universidad de Las Palmas De Gran Canaria, 2000.
• Shields, N., Dodd, K. and Abblitt, C. (2016). Do children with down syndrome perform sufficient physical activity to maintain good health? A pilot study. Adapted Physical Activity Quarterly, 26, 307-320. Retrieved from: http://journals.humankinetics.com/journal/apaq
• Shields, N., Taylor, N. & Fernhall, B. (2015). A study protocol of a randomized controlled trial to investigate if a community based strength training programme improves work task performance in young adults with down syndrome. BMC Pediatrics, 10(17)
• Shields N, Taylor NF, Wee E, Wollersheim D, O'Shea SD, Fernhall B. (2013) Un programa de entrenamiento de fuerza basado en la comunidad aumenta la fuerza muscular y la actividad física en jóvenes con síndrome de Down. Research in Development Disabilities 37: 438-439
• Wang WY, Chang JJ. (1997) Efectos del entrenamiento de habilidades de salto en el equilibrio de la marcha para niños con retraso mental y síndrome de Down. Revista Kaohsiung de Ciencias Médicas. 13: 48-49
• Wang WY, Ju YH. (2003) Promover el equilibrio y las habilidades de salto en niños con síndrome de Down. Percepción y motricidad. 94: 44-44

Capítulo 392

LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y EL EJERCICIO FÍSICO.

LUCIA CORDOBA MURGA

1 Introducción

En el mundo, las enfermedades cardiovasculares son responsables de aproximadamente 17 millones de muertes por año, casi un tercio del total. Entre ellas, las complicaciones de la hipertensión provocan anualmente 9,4 millones de muertes. La hipertensión es la causa de por lo menos el 45% de las muertes por cardiopatías, y el 51% de las muertes por accidente cerebrovasculares. Si no se adoptan las medidas apropiadas, se prevé que las muertes por enfermedades cardiovasculares seguirán aumentando.

En 2008, en el mundo se habían diagnosticado de hipertensión aproximadamente el 40% de los adultos mayores de 25 años. La máxima prevalencia de hipertensión se registra en la Región de África, con un 46% de los adultos mayores de 25 años, mientras que la más baja se observa en la Región de las Américas, con un 35%. En general, la prevalencia de la hipertensión es menor en los países de ingresos elevados (35%) que en los países de otros grupos de ingresos (40%).

La prevalencia creciente de la hipertensión se atribuye al aumento de la población, a su envejecimiento y a factores de riesgo relacionados con el comportamiento, como la dieta, el uso nocivo del alcohol, la inactividad física, el sobrepeso o la exposición prolongada al estrés. Concretamente en España, la prevalencia de HTA oscila entre 20-30% en la población adulta total, incrementándose hasta un 50% en la población mayor de 60 años.

Las consecuencias adversas de la hipertensión para la salud son complejas porque muchos afectados tienen además otros factores de riesgo que aumentan la probabilidad de infarto de miocardio, accidente cerebrovascular e insuficiencia renal. Entre esos factores de riesgo se encuentran el consumo de tabaco, la obesidad, la hipercolesterolemia y la diabetes mellitus.

2 Objetivos

• Conocer la prevalencia de la hipertensión a nivel nacional e internacional.
• Conocer la importancia del ejercicio físico en la prevención y tratamiento de la hipertensión.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica en bases de datos científicas como Elsevier, Dialnet y Scielo. Mediante los términos DeCS "hipertensión" y "ejercicio". Además, se ha obtenido información de páginas webs oficiales de organismos como la Organización Mundial de la Salud (OMS). Se han seleccionado los artículos acordes al tema a tratar y cuya información era relevante en este ámbito.

4 Resultados

La prevención y el control de la hipertensión exigen voluntad política de los gobiernos y las instancias normativas. El personal sanitario, los investigadores, la sociedad civil, el sector privado, las familias y los individuos también deben contribuir. Solo con este esfuerzo se logrará aprovechar la tecnología diagnóstica y los tratamientos disponibles para prevenir y controlar la hipertensión, y de ese modo retrasar o prevenir sus complicaciones potencialmente mortales.

Para controlar la hipertensión arterial además de tratamientos farmacológicos existen otras alternativas que no implican la utilización de medicamentos y tienen efectos directos sobre la disminución de la hipertensión como es el ejercicio físico.

La actividad física aeróbica sistemática favorece el mantenimiento o la disminución del peso corporal, y esto mejora la calidad y la expectativa de vida de las personas que la practican. Las personas con presión arterial normal con una vida sedentaria aumentan la probabilidad de padecer de hipertensión entre un 20% y

un 50%; los hipertensos disminuyen sus cifras de presión arterial cuando realizan ejercicios físicos.

Se recomiendan ejercicios físicos aerobios de moderada intensidad, todos o casi todos los días de la semana, durante 30-60 minutos al día. Como: correr, montar en bicicleta, trotar o nadar. Los pacientes que presentan una hipertensión con complicaciones deben someterse a un examen previo por parte de un facultativo antes de comenzar un programa de ejercicios físicos.

Estudios de 12 semanas o más de duración, utilizando las actividades señaladas, obtuvieron disminuciones significativas en los valores de TA sistólica, y diastólica, tanto en reposo como en ejercicio, para normotensos e hipertensos.

Publicaciones revisadas señalan que las intervenciones en las que se incluye la actividad física como factor terapéutico han logrado reducciones de las cifras tensionales que varían entre 5 y 21 mmHg. Se discute aún si la acción es directa o mediada por la influencia del ejercicio sobre otros factores de riesgo, pero se acepta el efecto favorable del ejercicio físico regular en el control de la hipertensión y de hecho en su prevención.

Otros autores reafirman lo anterior acumulándose evidencia científica a favor del ejercicio aun a niveles más moderados; se ha llegado a igual conclusión de que ejercicios de menor intensidad también son beneficiosos e incluso pudieran ser aún más efectivos en materia de reducción de la presión arterial.

5 Discusión-Conclusión

Debido al gran incremento de la HTA en la actualidad y de las patologías subyacentes es de vital importancia actuar para disminuir su incidencia, llevando a cabo la modificación de los hábitos de vida saludable en este caso el incremento y la buena práctica del ejercicio físico.

Puesto que la cronicidad de este problema de salud supone un elevado gasto para el sistema sanitario llevando a cabo este programa los costes a largo plazo se reducirán, ya que además de disminuir los niveles de tensión arterial se evitan las patologías derivadas de este problema que suponen un gasto adicional al Sistema Nacional de Salud.

6 Bibliografía

• Boraita Pérez A. Ejercicio, piedra angular de la prevención cardiovascular. REC Publications Mayo 2008;61 (5):514-28
• Kelley G, Mcclellan P. Antihypertensive effect of aerobic exercise. Am J Hypertension.1994;7:115-9.
• Macías Castro I, Landrove Rodríguez O, Santín Peña M, Córdoba Vargas L, Pérez González R, Dotres Martínez C. Programa nacional de prevención, diagnóstico, evaluación y control de la hipertensión arterial. Rev Cuabana Med Integr., 1999; 15(1).
• Miguel Soca PE, Sarmiento Teruel Y. Hipertensión arterial, un enemigo peligroso. ACIMED, 2009; 20(3).
• OMS. Día Mundial de la Salud 2013: Mida su tensión arterial, reduzca su riesgo. 2013.
• Organización Mundial de la Salud (OMS). Información general sobre la HIPERTENSIÓN en el mundo (Una enfermedad que mata en silencio, una crisis de salud pública mundial). 2013.
• Rodríguez León A, Reyes Hernández LM, Correa Morales AM, González Pérez N, Gil Machina R, Rodríguez Pérez. Beneficios del ejercicio físico en el adulto mayor con enfermedades asociadas. CorSalud, 2010;2(2):102-8.

Capítulo 393

EL ASMA INFANTIL Y SU CONTROL .

MARIA CHECA GIL

1 Introducción

El asma es una enfermedad crónica frecuente en la edad infantil. Uno de cada diez niños la padece y es más frecuente en sexo masculino. Los síntomas iniciales aparecen en los primeros años de vida, antes de los cuatro.

El asma, por su elevada prevalencia ligada estrechamente al aumento de las enfermedades alérgicas y su cronicidad, constituye un problema de salud a nivel mundial. No se trata de una enfermedad propiamente dicha, sino de un síndrome de la vía aérea que, compartiendo manifestaciones clínicas (tos, disnea y sibilancias), presenta diferentes patrones inflamatorios que se traducen como fenotipos específicos.

A pesar de su cronicidad, si se adoptan las medidas de seguridad necesarias y se realiza el tratamiento de forma adecuada no tiene por qué ser una enfermedad incapacitante para el niño o que lo debilite progresivamente. Para evitarlo es necesaria una buena intervención educativa al niño-familia-personal sanitario, la cual también ayuda a reducir las visitas a urgencias.

2 Objetivos

- Conocer el grado de control del asma bronquial en niños entre 4 y 10 años atendidos en el Centro de Salud Quirinal.
- Dar a conocer las nuevas guias de Enfermería para el manejo y buen control de dicha enfermedad.

3 Metodología

Se realizó un estudio descriptivo en niños de 4 y10 años atendidos en el Centro de Salud del Quirinal del Área de Avilés. En dicho estudio se les realizó el Test de Control del asma. Comprobando que un tanto por ciento elevado estaban bien controlados.

4 Resultados

Se realizaron un total de 40 test de control del Asma (35% niñas y 65% niños). La prevalencia del asma mal controlado, se comprobó que estaba en un 40,8%. Y en un 46% se comprobó que los padres no estaban bien educados.

5 Discusión-Conclusión

En las últimas décadas se han validado una gran cantidad de cuestionarios de control y calidad de vida en asma pediátrica. Casi todos están diseñados para ser implementados en formato autoadministrable al niño o a su cuidador, lo que los hace fáciles de aplicar. La correcta elección de un cuestionario debe considerar la edad del niño o adolescente, su grado de madurez, la extensión del cuestionario, las áreas o dominios que desean ser evaluados y el idioma de validación.

Educar más a los padres o tutores de los niños para que puedan prevenir agudizaciones del proceso. Y mejorar su control y síntomas. Las áreas de mejora prioritaria son las relacionadas con el tratamiento. Los futuros programas de implementación de las guías deberían priorizar el uso de los cuestionarios de síntomas, la implicación de enfermería.

6 Bibliografía

1. - Reddel H, Taylor D, Bateman E, et al: An official American Thoracic Society/European Respiratory Society statement: asthma control and exacerbations: standardizing endpoints for clinical asthma trials and clinical practice. Am J Respir Crit Care Med 2009; 180: 59-99.
2. - Pedersen S, Hurd S, Lemanske R, et al: Global strategy for the diagnosis and management of asthma in children 5 years and younger. Pediatr Pulmonol 2011; 46: 1-17.

3. - Gandhi R, Blaiss M: What are the best estimates of pediatric asthma control? Curr Opin Allergy Clin Immunol 2006; 6: 106-12.
4. Global Initiative for Asthma. Global strategy for asthma management and prevention. Updated 2014 (consultado 14-08-2015). Disponible en: http://www.ginasthma.org.
5. National Asthma Education and Prevention Program. Expert Panel Report 3 (EPR-3): Guidelines for the Diagnosis and Management of Asthma-Summary Report 2007. J Allergy Clin Immunol 2007; 120 Supl 5: 94-138.

Capítulo 394

AUTOESTIMA EN PERSONAS COLOSTOMIZADAS.

MARIA CHECA GIL

1 Introducción

Una colostomía es una abertura en el vientre (pared abdominal) que se realiza durante una cirugía. Por lo general, se necesita una colostomía porque un problema está causando que el colon no funcione correctamente, o una enfermedad está afectando una parte del colon y esta debe extirparse. Para una colostomía, se hace pasar un extremo del colon (intestino grueso) a través de esta abertura en la piel para formar un estoma.

Solamente se necesita una colostomía por poco tiempo (temporal), tal vez durante 3 a 6 meses. Se puede hacer una colostomía temporal cuando una parte del colon necesita tiempo para estar inactiva y sanar de un problema o enfermedad. Pero a veces una enfermedad, como el cáncer, es más grave y puede ser necesaria una colostomía durante el resto de la vida de una persona (permanente).

La ubicación del estoma de la colostomía en el abdomen depende de la parte del colon afectada. Algunas colostomías son grandes, otras son pequeñas; algunas se colocan del lado izquierdo del abdomen, otras del derecho y otras pueden estar en el centro. El cirujano o un(a) enfermero(a) especialista en el cuidado de heridas, ostomías e incontinencia determinará el mejor lugar para el estoma. (Los enfermeros especialistas en el cuidado de heridas, las ostomías y la incontinencia han recibido un entrenamiento especial para atender e instruir a los pacientes

acerca del cuidado de las ostomías. También se les conoce como enfermeros de ostomía).

Cuando uno observa un estoma, lo que realmente está viendo es el revestimiento (la mucosa) del intestino, el cual luce muy parecido al revestimiento en el lado interior de su mejilla. El estoma se verá de color rosa o rojo. Este revestimiento es tibio y húmedo, y segrega pequeñas cantidades de mucosidad. La apariencia del estoma depende del tipo de colostomía que el cirujano haya hecho y de las características corporales de cada paciente.

Puede que luzca bastante grande en un principio, pero se encogerá a su tamaño final en alrededor de 6 a 8 semanas tras la cirugía. El estoma tendrá una forma entre redonda y ovalada. Puede que algunos estomas sobresalgan un poco, mientras que otros pueden quedar emparejados o al ras con la piel.

A diferencia del ano, el estoma no tiene válvula o músculo de cierre. Esto significa que usted no podrá controlar el paso de la materia fecal a través del estoma, pero algunas veces las evacuaciones se pueden controlar de otras formas. No hay terminaciones nerviosas en el estoma; por lo que el estoma en sí no duele ni incomoda.

2 Objetivos

- Evaluar la autoestima de los personas con ostomías intestinales y su asociación con características socio-demográficas, clínicas y de autocuidado.
- Analizar las evidencias sobre los aspectos psicológicos de pacientes ostomizados intestinales.
- Valorar la información recibida en el hospital a cerca de las ostomías y su cuidado.

3 Metodología

Revisión integrativa, con la búsqueda de estudios primarios en las bases de datos, PsycINFO, PubMed, CINAHL y WOS y en el portal de periódicos SciELO. Fueron adoptados como criterios de inclusión: estudios primarios publicados en el período de diez años, en los idiomas portugués, español o inglés, disponibles en la íntegra y en los cuales se respondió a la pregunta guía de la revisión.

4 Resultados

Existe la necesidad de abordar los pacientes antes de las cirugías para prevenir complicaciones, angustias y miedos suscitados por la ostomía. La producción científica nacional e internacional sobre las vivencias del paciente ostomizado en el perioperatorio es escasa. Necesitando valoración psicológica en la mayoría de los casos, tanto para escuchar sus miedos como para resolver dudas.

5 Discusión-Conclusión

Se sugiere invertir en los profesionales de salud en la conducción de investigaciones de intervenciones dirigidas a las principales demandas psicológicas del paciente ostomizado en el perioperatorio, respetando su autonomía sobre las decisiones a ser tomadas en relación a su estado de salud/enfermedad y tratamiento.

Se puede decir que la autoestima en personas con ostomías intestinales puede mejorar en función de sus características socio-demográficas, clínicas y de autocuidado. Presentan mayores niveles de autoestima personas con compañero estable, que hayan completado la enseñanza secundaria, que dispongan de una profesión/ocupación, con una renta superior a un salario mínimo, practicantes del catolicismo, que porten colostomía definitiva por más de 5 años, afectadas de neoplasia maligna de colon como causa principal y sin enfermedades/comorbilidades asociadas.

Los resultados favorecen mayores contribuciones para la mejora de la asistencia a las personas ostomizadas, una vez que se identificaron los principales aspectos socio-demográficos, clínicos y de autocuidado que afectaron su autoestima. En la práctica, estos factores han de ser considerados en la evaluación del paciente para el desarrollo de acciones multiprofesionales que busquen el mantenimiento o la mejora de la autoestima, de forma que se pueda influenciar positivamente en su afrontamiento.

Evaluar la autoestima podrá ayudar a identificar individuos que podrían presentar dificultades en su autocuidado. En ese sentido, es importante un abordaje asistencial que contemple todos los aspectos de los pacientes con ostomías.

6 Bibliografía

1. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA 2014. Disponible en: http://www.inca.gov.br/wcm/dncc/2013/apresentacao-estimativa-2014.pdf
(acceso: 15/11/2015
2. Bartle C, Darbyshire M, Gaynor P, Hassan C, Whitfield J, Gardiner A. Addressing common stoma complications. Nursing&Residential Care 2013; 15(3). Disponible en: http://www.magonlinelibrary.com/doi/full/10.12968/nrec.2013.15.3.128
(acceso: 09/ 11/2015).
3. Batista MRFF, Rocha FCV, Silva DMG, Silva Júnior FJG. Autoimagem de clientes com colostomia em relação à bolsa coletora. Rev. bras. Enferm. 2011; 64(6). Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n6/v64n6a09.pdf
(acceso: 15/11/2015).
4. Cetolin SF, Beltrame V, Cetolin SK, Presta AA. Social and family dynamic with patients with definitive intestinal ostomy. Arq Bras Cir Dig 2013; 26(3). Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/abcd/v26n3/en_03.pdf
(acceso: 18/11/2015).
5. Azevedo MFC, Carlos AS, Milani LR, Oba J, Damião AOMC. Inflammatory bowel disease. RBM Rev Bras Med. [Internet]. 2014

Capítulo 395

INFECCIÓN URINARIA EN EL ANCIANO

LUCIA FERNANDEZ PEREZ

1 Introducción

Las infecciones urinarias son las infecciones subsidiarias de tratamiento antimicrobiano más prevalentes en nuestro medio. Las infecciones bacterianas más comunes en la población geriátrica y la fuente más frecuente de bacteriemia (constituyen la primera causa de sepsis por gramnegativos en los ancianos).

La frecuencia de infección urinaria y bacteriuria aumenta con la edad en ambos sexos. Hay muchos factores involucrados, entre los que se incluyen: edad, sexo, estado funcional, lugar de residencia, incontinencia, función vesical, presencia de catéter vesical, procesos debilitantes y enfermedades médicas.

2 Objetivos

- Conocer cómo afecta la infección urinaria en ancianos, sus causas y consecuencias.

3 Metodología

Mediante revisión bibliográfica de estudios científicos en diferentes bases de datos: Scielo, Google Académico, Enfermería Global, Cuiden y Medline. Se han utilizado las palabras clave: geriatría, infección urinaria, prevención y sondaje vesical.

4 Resultados

Los síntomas de una infección urinaria son fáciles de detectar por parte del propio enfermo: cambios de color y olor en la orina, dolor o escozor al orinar (disuria), ir al baño con mayor frecuencia pero en escasa cantidad, tener la sensación de querer orinar tras acabar de hacerlo, etc. Algunos de estos síntomas son comunes en mujeres mayores con incontinencia urinaria o atrofia vaginal por lo que siempre hay que considerar todo el historial médico para poder diagnosticarla correctamente.

En las personas mayores pueden aparecer otros signos como taquicardia, intranquilidad, irritabilidad, decaimiento, hipotensión, naúseas o vómitos, confusión, desorientación, cansancio al realizar tareas cotidianas. En general, la infección urinaria no es una patología grave pero detectarla a tiempo mejora la calidad de vida de los ancianos y evita ingresos hospitalarios.

Para evitar la infección urinaria, hay que lograr que la persona mayor beba agua frecuentemente, aunque no tenga sensación de sed. Conviene facilitarles el acceso a la bebida en cualquier momento. El número de veces que se visita el baño también influye: hay que evitar retener la orina en la vejiga más tiempo del necesario para evitar que proliferen las bacterias. Así, hay que recordarles cada cierto tiempo si tienen ganas de orinar. El estreñimiento puede incidir también en este punto por lo que, en general, intentamos mantener un cierto nivel de actividad física con paseos o cambios de postura para ayudar a la movilidad. Igual que muchas otras enfermedades leves , con estos hábitos básicos se puede prevenir la aparición de la infección de orina y la cistitis en ancianos.
La higiene es otro factor determinante para evitar el riesgo de infección urinaria en ancianos. Las mujeres concretamente deben limpiarse de delante hacia atrás para no evitar pasar flora fecal al área periuretral. Además de limpiarse con agua en el aseo diario, al orinar pueden utilizarse toallitas húmedas desechables. En caso de incontinencia, cambiamos el pañal frecuentemente y si se tratase de sondas las manejamos siempre con extremo cuidado evitando manipulaciones innecesarias.

El uso de sujeciones con personas mayores para controlar conductas como las caídas o la deambulación se asocia también a un incremento en las infecciones de orina. Dado que es posible cuidar sin sujeciones la recomendación es no utilizarlas siguiendo un programa de medidas alternativas.

Mantener el sistema inmunológico en óptimas condiciones también está rela-

cionado con una buena alimentación. Por ejemplo, hay estudios que valoran los arándanos, tanto en zumo como en cápsulas, en la dieta como prevención de infección urinaria.

5 Discusión-Conclusión

El sistema inmunitario de los ancianos está más débil y pueden sufrir otras enfermedades que los hacen más propensos a una ITU. Entre éstas se encuentra la demencia (Alzheimer), Parkinson y lesiones del sistema nervioso central (vejiga neurogénica), incontinencia urinaria y fecal, diabetes mellitus, cateterización de la vía urinaria, etc. Además, la infección puede descompensar alguna otra enfermedad como la diabetes o la hipertensión arterial. Y hay otros factores de riesgo como sonda vesical, uropatía, antibioterapia previa u hospitalización reciente.

Una infección urinaria es incómoda pero estamos acostumbrados a tratarlas y que así su proceso sea más leve. Estamos pendientes también de la frecuencia ya que si fuesen seguidas podrían ser síntomas de enfermedades más graves que podrían afectar, por ejemplo, a los riñones.

6 Bibliografía

- Scielo.
- Google Académico.
- Enfermería Global.
- Cuiden.
- Medline.

Capítulo 396

VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO. FACTORES DE RIESGO Y PREVENCIÓN.

JENNIFER FERNANDEZ ALVAREZ

NURIA MENÉNDEZ LÓPEZ

MAYKA FERNÁNDEZ ÁLVAREZ

PAULA MENÉNDEZ ÁLVAREZ

1 Introducción

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) constituyen unas de las patologías más comunes en el mundo. Son infecciones que pueden transmitirse durante las relaciones sexuales y están producidas por distintas bacterias, parásitos, virus y otros gérmenes.

El virus del papiloma humano (VPH) es la infección de transmisión sexual más frecuente en el mundo. En nuestro país, actualmente, la prevalencia de la infección en mujeres es del 14 %. Presenta una creciente importancia en Salud Pública por ser causa necesaria aunque no suficiente del cáncer de cérvix, ya que no todas las infecciones por VPH progresan a carcinoma de cérvix. Puede causar lesiones tanto en hombres como en mujeres. Se transmite por contacto sexual directo de la piel y mucosas de personas infectadas con las de sus compañeros sexuales. Las vías de transmisión además de la vaginal también pueden ser la oral y la anal.

EL VPH cuenta con unos 200 tipos de virus que se clasifican en genotipos de alto riesgo y de bajo riesgo oncogénico en función de su capacidad de producir algún tipo de cáncer. Los de bajo riesgo producen lesiones benignas que generalmente causan verrugas en la piel de alrededor de genitales y ano (genotipos 16 y 18). Los de alto riesgo pueden producir cáncer (genotipos 6 y 11).

La mayoría de las infecciones producidas por el VPH se resuelven espontáneamente y no producen síntomas ni enfermedad, sin embargo, una infección persistente por alguno de los genotipos de alto riesgo, si no es detectada y tratada de forma adecuada puede progresar y convertirse en carcinoma, concretamente el más frecuente es el carcinoma de cuello de útero, aunque puede producir otros tipos de canceres como el de orofaringe, ano, vagina, vulva o pene.

2 Objetivos

-Describir los factores de riesgo para evitar una infección por virus del papiloma humano
-Describir las medidas preventivas para evitar las lesiones producidas por el VPH y por ende del cáncer de cuello uterino.

3 Metodología

Se trata de una revisión bibliográfica en bases de datos y manuales físicos. Algunas de las bases de datos utilizadas son: Medline, Cochrane, Pubmed y Scielo utilizando las palabras clave: ”virus papiloma humano”, “cáncer cérvix”, “prevención”, “vacunación”, ”factores riesgo”

4 Resultados

Existen más de 200 tipos de VPH, de los cuales se han aislado y caracterizado unos 118 tipos virales.
Se clasifica según su capacidad para producir algún tipo de cáncer, distinguiéndose los de alto riesgo u oncogénicos y los de bajo riesgo u no oncogénicos. Los de alto riesgo producen normalmente infecciones que presentan un curso silente y persistente, provocando alteraciones cuya progresión puede derivar en carcinomas. Los de bajo riesgo son los responsables de cambios de bajo grado en el cuello del útero y de la aparición de verrugas genitales y papilomatosis recurrente laríngea.

La infección por VPH de alto riesgo es determinante para desarrollar cáncer de cuello de útero. Los factores de riesgo para contraer una infección por VPH son:
-Tener actividad sexual y especialmente nuevas parejas sexuales durante el último año.
-Un inicio temprano de la actividad sexual
-Múltiples parejas sexuales o una pareja que tiene a su vez múltiples parejas sexuales.
-Historial previo de infección por Chlamydia trachomatis.
-No uso de métodos anticonceptivos de barrera como el preservativo. El uso del preservativo no elimina la probabilidad de contraer la infección ya que esta se puede producir igualmente por el contacto de las partes que el preservativo no protege, pero si reduce la posibilidad de que la infección se produzca.

La mayoría de las infecciones son de corta duración y solamente un pequeño porcentaje perdura en él tiempo y puede producir cáncer. Se desconocen exactamente las condiciones necesarias para que la infección persista, pero deben de coexistir ciertos factores para que se lleve a cabo: como el tipo de VPH (tipo 16 y 18 por su mayor riesgo oncogénico), el inicio temprano de la actividad sexual, la existencia de múltiples parejas sexuales, el estado inmunitario (personas inmunodeprimidas tienen mayor probabilidad de que la infección por VPH persista y evolucione a cáncer), coinfección de otras ITS, tabaquismo o el uso prolongado de anticonceptivos orales.

En el lado opuesto, se ha comprobado como efectos protectores contra la infección por VPH puede estar la dieta (con el consumo de fruta, vegetales, vitaminas C y E y carotenos). La prevención primaria tiene como finalidad evitar la infección por el virus del papiloma humano, se lleva a cabo mediante la vacunación y la realización de educación para la salud promoviendo un estilo de vida sexual saludable.

Actualmente, hay tres vacunas profilácticas disponibles contra los VPH oncogénicos. Las vacunas contra el VPH estimulan la síntesis de anticuerpos en el organismo, con lo que ante un posible contagio con, se unan al virus e impidan que infecten las células, estas están indicadas exclusivamente para uso profiláctico y se recomienda su administración antes del inicio de la actividad sexual.

La prevención secundaria o cribado del cáncer de cuello de útero tiene como objetivo la detección precoz de las lesiones que se producen tras la infección por

el virus del papiloma humano y el cáncer de cuello de útero.

5 Discusión-Conclusión

En la actualidad una de las mayores ITS es la producida por VPH. La via sexual es su medio de transmisión más frecuente.

Entre los factores de riesgo para contraer una infección por VPH nos encontramos: inicio temprano de relaciones sexuales, tener múltiples parejas sexuales, una infección previa por Chlamydia trachomatis y la no utilización de métodos barrera en las

Se trata de un problema de salud pública importante debido a:

- El desarrollo de las infecciones producidas por este virus es causa de todos los cánceres de uterino, la cuarta neoplasia más frecuente en las mujeres en el mundo. Además es responsable de la mayor parte de los cánceres de vagina, ano y en menor proporción de vulva, pene y orofaringe y a su vez, se ha relacionado con el cáncer de conjuntiva y piel no melanoma.
- Cualquier persona sexualmente activa puede infectarse por el VPH en algún momento de su vida, aunque muchas de ellas no serán conscientes de ello, puesto que son infecciones asintomáticas. –
- Ambos sexos pueden ser portadores y transmisores de la infección.
- La infección por este virus puede remitir espontáneamente o puede persistir y evolucionar a cáncer de cuello de útero u otros tipos.

Por todo ello es primordial su prevención. Tanto la prevención primaria como la secundaria son esenciales para reducir la incidencia de lesiones precancerosas y cáncer cervicouterino.
En cuanto a la prevención primaria la evidencia científica existente ha demostrado la seguridad de las vacunas y la no-vinculación con ningún caso de efectos adversos severos o muerte

6 Bibliografía

1. Ortunio Calabres MS, Guevara Rivas H, Herrera Leonett E, Jiménez Rojas K, Cardozo Castellano R, Sánchez Pilimur K. Conocimiento sobre el virus del papiloma humano en estudiantes de enfermería. Rev Obstet Ginecol Venezuela. 2009;69(3):179-85.

2. Heymann D, Thuriax M. El control de enfermedades transmisibles. 17a edición. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2001
3. Casado Buesa MI, García Hernández L, González Enríquez J, Imaz Iglesia I, Rubio González B, Zegarra Salas P. Evaluación económica de la introducción de la vacuna contra el VPH en España para la prevención del cáncer de cuello uterino. IPE; 2012.
4. Satterwhite CL, Torrone E, Meites E, Dunne EF, Mahajan R, Ocfemia MC, et al. Sexually transmitted infections among US women and men: prevalence and incidence estimates, 2008. Sex Transm Dis.2013;40(3):187-93.
5. Revisión del Programa de Vacunación frente a Virus del Papiloma Humano en España. 2013 [citado 1 de diciembre de 2015]; Recuperado a partir de: http://ww.aepcc.org/files/PapilomaVPH_Documento_Ponencia.pdf
6. Soto S, de la Peña y Carranza, A AO, Plascencia JL. Virus del papiloma humano y adolescencia. Ginecol Obstet Mx [Internet]. 2011 [citado 1 de diciembre de 2015];79(4):214-24. Recuperado a partir de: http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=ADOLEC&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=21966809&indexSearch=ID
7. Bosch FX, Cuzik J, Schiller JT, Garnett GP, Meheus A, Franco EL, et al. Vacunas VPH y cribado en la prevención del cáncer de cuello uterino. Rev Of Soc Int Vacunología Rev Of Soc Jpn Vacunología Vaccine. 2006;24:S3.
8. Pachón del Amo I, Rodriguez A, others. Virus del Papiloma Humano, Situación actual, vacunas y perspectivas de su utilización. J Feel Febrero. 2007;
9. Saavedra AL, Soberón ML. Cáncer cérvicouterino y el virus del papiloma humano. [citado 1 de diciembre de 2015]; Recuperado a partir de: http://ulaccam.org/upfiles/nota_archivo__1383003956.pdf
10. Miravitlles M, Murio C, Fernández I, Guerrero T. Desarrollo y resultados de un programa de cribado de la EPOC en Atención Primaria. El proyecto PADOC. Arch Bronconeumol [Internet]. 2000 [citado 1 de diciembre de 2015];36(9):500-5. Recuperado a partir de: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0300289615301101
11. Tejeda D, Serrano Velasco M, Gómez-Pastrana Nieto F. Cáncer de cuello uterino: Estado actual de las vacunas frente al virus del papiloma humano (VPH). Oncol Barc [Internet]. 2007 [citado 1 de diciembre de 2015];30(2):14-31. Recuperado a partir de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S037848352007000200002&script=sci_arttext
12. O'Ryan M, Valenzuela MT. Virus papiloma humano y cáncer cérvico-uterino. Rev Médica Chile [Internet]. 2008 [citado 1 de diciembre de 2015];136(11):1367-70. Recuperado a partir de: http://www.scielo.cl/scielo.php?script

=sci_arttext&pid=S0034-98872008001100001
13. Romo Melgar A. Infección por virus del papiloma humano en varones pareja de mujeres infectadas y concordancia del tipo viral. 2011 [citado 1 de diciembre de 2015]; Recuperado a partir de: http://gredos.usal.es/jspui/handle/10366/110824
14. Stuardo-Ávila V, Casabona J, Agustí-Benito C. Asociación entre la infección por el VIH y el Virus del Papiloma Humano: Implicaciones para la prevención del cáncer de cérvix en mujeres VIH positivas. Univ Pompeu Fabra Dep Ciènc Exp Salut [Internet]. 2010 [citado 1 de diciembre de 2015]; Recuperado a partir de: http://www.tdx.cat/handle/10803/22704
15. Alba Menéndez A. Virus del papiloma humano. Aspectos virológicos e inmunitarios. Med Fam-SEMERGEN [Internet]. 2007 [citado 1 de diciembre de 2015];33(Supl. 2):3-8. Recuperado a partir de: https://medes.com/publication/63764
16. Workowski KA, Berman S. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2010. 2010 [citado 1 de diciembre de 2015]; Recuperado a partir de: http://www.dspace.gela.org.ge/handle/123456789/682
17. Bogani G, Leone Roberti Maggiore U, Signorelli M, Martinelli F, Ditto A, Sabatucci I, et al. The role of human papillomavirus vaccines in cervical cancer: Prevention and treatment. Crit Rev Oncol Hematol. 2018;122(december 2018):92–7.
18. OMS. Introducing HPV Vaccine Into National Immunization Programmes. 2016.
19. Brebi P, Hartley R, Ili CG, Roa JC, Sánchez R. Infección por el virus del papiloma humano en el hombre y su relación con el cáncer: estado actual y prospectivas. Rev Int Andrología [Internet]. 2013 [citado 1 de diciembre de 2015];11(1):25-30. Recuperado a partir de: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1698031X13000046
20. Gómez García I, Gómez Mampaso E, Conde Someso S, Maganto Pavón E, Navio Niño S, Allona Almagro A. Infección por Papillomavirus en el hombre: Estado actual. Actas Urol Esp [Internet]. 2005 [citado 1 de diciembre de 2015];29(4):365-72. Recuperado a partir de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-48062005000400006

Capítulo 397

PREVENCIÓN DE LA APARICIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN.

SARA CARMONA PERUYERO

FRANCISCO JAVIER SERRANO PALLARÉS

1 Introducción

Las UPP se producen en su mayoría por aumento de la presión y la cizalla en zonas de prominencia ósea, por lo que, la prevención de estos dos factores se convierte en un hecho fundamental para evitar la aparición de las lesiones, sobre todo en pacientes encamados. También hay que tener en cuenta que el estado nutricional toma mucha relevancia en estos casos, ya que, el riesgo de desnutrición por problemas a la hora de deglutir y consecuentemente, el déficit proteico casi siempre están presentes en este tipo de pacientes.

2 Objetivos

- Prevenir la aparición de UPP en pacientes con enfermedades degenerativas, poniendo especial atención en el estado nutricional, cuidados de la piel y en los cambios posturales.

3 Caso clínico

Paciente 79 años de edad con enfermedad de ELA en estado avanzado, que tras una mala gestión de los cambios de presión y en estado de desnutrición, ha desarrollado en ambos isquiones una UPP grado IV. Aunque inicialmente presenta

esfacelos y eritematosis perilesional, dada la ausencia de edema local e hipertermia sistémica se descarta el cultivo de exudado y el tratamiento antibiótico.

4 Discusión-Conclusión

Es tan importante realizar cambios de presión corporal en este tipo de pacientes, como discernir el apósito más conveniente en cada fase del tratamiento. También se debe prestar especial atención al aporte proteico en las ingestas. Por todo ello, el abordaje multidisciplinar es fundamental para la buena evolución de este tipo de lesiones.

Tras el desbridamiento mecánico y autolítico del tejido esfacelado, se decide realizar cura en ambiente húmedo con apósito de hidrofibra de hidrocoloide impregnado en plata iónica, para favorecer así, la migración celular y evitar la sobreinfección. Durante el tratamiento se ha hecho especial hincapié en los cambios de presión y el aumento proteico en la dieta, con todo ello, se ha conseguido que después de 12 semanas de cura local, la piel se encuentre totalmente íntegra.

Se debe hacer énfasis en la importancia de los cambios posturales en gente con enfermedades degenerativas, dado que son pacientes que tienen un riesgo importante de padecer úlceras por presión. Además de la poca movilidad, también presentan un riesgo de desnutrición, factor fundamental en la pérdida de masa muscular y grasa, lo que aumenta exponencialmente la posibilidad de padecer dichas lesiones.

5 Bibliografía

1. Tuz-Guardia A, Vega-Morales E, Collí-Novelo L. Nivel de riesgo y aparición de úlceras por presión en pacientes en estado crítico. Enferm Univ. 2015;12(4):204-11.
2. Cañón Abuchar Hilda María; Adarve Balcázar Marcela; Castaño Duque Ana Victoria. Prevención de las úlceras por presión en personas adultas hospitalizadas. Guías ACOFAEN. Biblioteca Las Casas. 2005 [citado 3 Sep 2013]. Disponible en: http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0028.pdf
3. Sánchez HB, De la Cruz Martínez C. (febrero de). Validación del proceso de prevención y tratamiento de úlceras por presión como indicador del cuidado enfermero. Revista Mexicana de Cardiología 2002 [citado 2 Oct 2013];18(1-2):13-7. Disponible en: http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2002/en023c.pdf
4. Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Salud y Bienestar Social; Hospital

Universitario Virgen del Rocío. Manual de recomendacio- nes para cuidadores de pacientes con gran discapacidad neurológi- ca. Sevilla: Hospital Universitario Virgen del Rocío; 2011. p. 113.

Capítulo 398

ATENCIÓN ENFERMERA DE CUIDADOS PALIATIVOS EN ATENCIÓN PRIMARIA.

MARÍA PRIETO RODRÍGUEZ

1 Introducción

El actual patrón demográfico está cambiando. El aumento de la esperanza de vida produce un envejecimiento de la población que llevan a plantear los cuidados que deben prestar los profesionales sanitarios, haciendo de los cuidados paliativos una necesidad de salud pública.

La tendencia actual lleva a los pacientes con enfermedad incurable a pasar los últimos días de vida en el domicilio, en la privacidad del hogar y en su entorno familiar, de ahí la gran importancia del papel del profesional de enfermería de Atención primaria y el resto del equipo.

El cuidado de estos pacientes en su domicilio favorece su autonomía, frente a la dependencia de los cuidados que se crea en el medio hospitalario. El profesional de enfermería de Atención primaria juega un papel fundamental con el paciente terminal, siendo quién permanece mayor cantidad de tiempo junto a él, además de su familia, ejerciendo el rol de "cuidador".

Un equipo inter y multidisciplinar es el encargado de atender a estos pacientes, siendo una práctica habitual su cuidado por parte de los profesionales de atención primaria.

2 Objetivos

Los objetivos de los cuidados paliativos se centran en la promoción y mejora de la calidad de vida de la persona, proporcionando una comunicación e información adecuadas, una atención integral y una continuidad de cuidados a lo largo de todo el proceso.

Los objetivos específicos que se plantea la enfermería en la atención a pacientes en situación terminal se pueden resumir en:
- Valorar todas las necesidades del paciente y su familia
- Prestar los cuidados enfermeros necesarios para lograr el mayor equilibrio físico, psíquico y ambiental, confort y calidad de vida del enfermo y su familia.
- Ayudar a prevenir y sobrellevar los momentos de crisis.

3 Metodología

Para realizar el siguiente capítulo se llevó a cabo una exhaustiva búsqueda en diferentes medios y bases de datos como Pubmed, Scielo, Medline. También se consultaron temarios y guías usando las palabras clave: cuiadados, paliativos.
Combinando los operadores booleanos ”AND” y ”OR” para combinar las diferentes palabras clave y obtener unos resultados más precisos y más ajustados a nuestras necesidades.
Se han tomado como criterios de inclusión: publicaciones y documentos en español, rechazando los que no se ajustaban a los criterios establecidos.
Se seleccionaron los artículos más recientes y que informasen sobre los objetivos marcados. Y de ellos se sustrajo información pertinente.

4 Resultados

Para lograr una buena atención al paciente en situación inicial es necesario seguir una serie de pasos que ayudan a organizar los cuidados a brindar a una persona con enfermedad terminal.

El primer paso es la realización de una valoración inicial del paciente. Esto puede hacerse a través de escalas específicas o generales para valorar aspectos de la situación del paciente.
Dentro de las escalas específicas podemos encontrar:
Karnofsky: valora la capacidad del paciente para realizar actividades cotidianas.
ECOG: mide la calidad de vida de un paciente oncológico

Rotterdam sympton checklist: mide la calidad de vida en pacientes con cáncer terminal.

Dentro de las escalas generales podemos encontrar:
Zarit de sobrecarga del cuidador (para valorar la situación socio-familiar)
Indice de Katz, escala de Barthel o Lawton y Brody (para medir la dependencia para las ABVD)
Norton o Braden (para valorar el riesgo de padecer úlceras por presión)
Mini-mental o Pfeiffer (para valorar el grado de deterioro de las funciones cognitivas)
Yessavage op Goldberg (para valorar la autoestima o el trastorno psíquico)

Durante esta fase se debe tener en cuenta también el derecho de estos de ser o no informados, algo que debe ser conocido por parte del personal que le vaya a brindar los cuidados.

Entre los principales síntomas presentes en los pacientes con cuidados paliativos, es preciso que la enfermera realice algunas actividades de tratamiento y control prescritas por otro profesional (generalmente el médico de atención primaria o el equipo de cuidados paliativos que acudirá periódicamente al domicilio del paciente para valorar su situación) siendo necesario por lo tanto una buena colaboración entre ambos equipos y una buena coordinación de los cuidados.

La valoración de los síntomas que pueda presentar debe ser interpretada desde perspectivas diferentes.
El paciente terminal es polisintomático y el principal objetivo de la intervención debe ser el control de las molestias, más allá del propio diagnóstico de las mismas. Entre los más comunes se encuentran la fatiga, la anemia, la caquexia o desnutrición, el insomnio, las úlceras o fístulas malignas,…

Una vez conocidos estos síntomas, tenemos que:
Evaluar antes que tratar.
Explicar las causas de esos síntomas
Realizar un tratamiento individualizado
Monitorizar dichos síntomas
Revisar siempre y no limitar el tratamiento al uso farmacológico.

No debemos nunca olvidarnos de la familia, ya que es un pilar básico para el cuidado del paciente terminal. El enfermo y su familia conjuntamente son siempre la unidad a tratar. La familia es una pieza indispensable para la administración

de unos cuidados paliativos adecuados. Sin su apoyo sería imposible poder realizar una correcta atención domiciliaria.

Tenemos que tener en cuenta también que el cuidador principal del enfermo puede tender a olvidarse de su propia vida por intentar brindarle el mejor cuidado y la mejor atención al enfermo. Puede llegar a padecer sobrecarga, que puede ser tanto física (agotamiento físico) , mental (sentimiento de frustración, desesperación tristeza,...) o social.

5 Discusión-Conclusión

El papel de la familia es fundamental en estas situaciones, pero la enfermera que acude a su domicilio para guiarlo y seguirlo en el proceso de su enfermedad también juega un papel muy importante.

La enfermera comunitaria ante estos pacientes tiene una labor primordial de apoyo sobre el propio paciente y su familia , más allá del cuidado físico y sintomático del propio paciente.

Así mismo es necesaria una buena formación de los profesionales que atienden a este tipo de pacientes, sobre todo en cuanto a las herramientas de comunicación , que deberán de estar muy trabajadas.

6 Bibliografía

- Vega T, Arrieta J, Lozano JE, Miralle M, Anes Y, Gó,ez C et al. Atención sanitaria paliativa y de soporte de los equipos de atención primaria en el domicilio. GAC Sanit.
- Ferrús j. Atención de la enfermería en el paciente terminal. En: Caja López C. Enfermería Comunitaria III Atención Primaria. 2ªEd. Barcelona: Masson;2004
- Tejada Domínguez FJ, Ruiz Domínguez MR. Abordaje asistencial en el paciente en fase avanzada de enfermedad y familia. Enfermería global. 2009
- Tabloski P, Tardiff K. Asistencia en la última etapa de la vida.
- Asociación Española de Enfermería en Cuidados Paliativos. Historia.
- Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Guía de Cuidados Paliativos. España.
- Lara Salazar R. Enfermería ante las necesidades del paciente en fase terminal. Desarrollo Cientif Enferm. 2008

Capítulo 399

ATENCIÓN A PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN UNA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

MARÍA PRIETO RODRÍGUEZ

1 Introducción

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica con un gran impacto socioeconómico por su elevada morbimortalidad. Es la principal causa de ceguera, amputaciones e insuficiencia renal terminal en los países desarrollados. Los pacientes con diabetes mellitus tienen un riesgo de enfermedad o muerte cardiovascular entre dos y tres veces mayor que los no diabéticos.

La diabetes mellitus tipo 2 es un problema de salud de proporciones epidémicas en la mayor parte del mundo. Se estima que actualmente existen 246 millones de personas afectadas, una cifra que según las últimas predicciones puede llegar a los 380 millones en el año 2025.

La prevalencia total de diabetes mellitus tipo 2 en España en el 12%, con una proporción significativa de personas con diabetes que desconocían esta situación (casi el 4% de la población). También es conocida la asociación entre diabetes, obesidad e hipertensión arterial, y que el 75% de los pacientes con diabetes mueren por enfermedad cardiovascular, principalmente por enfermedad coronaria.

El control de los factores de riesgo cardiovascular puede disminuir la aparición de complicaciones micro y macrovasculares y reducir el riesgo de mortalidad.

Asimismo, la educación es uno de los pilares más importantes en el control de esta enfermedad, ya que se ha comprobado que la prevención mediante la incorporación de actividad física y de una dieta saludable, entre otras medidas, puede evitar una proporción elevada de casos de diabetes mellitus tipo 2, y permite además disminuir de manera significativa las complicaciones asociadas.

La diabetes mellitus tipo 2 es diagnosticada y atendida mayoritariamente por médicos y enfermeras de Atención Primaria y por sus endocrinólogos de referencia.

2 Objetivos

- Conseguir un cambio de actitudes y comportamientos que promuevan la responsabilidad del paciente en el manejo de su enfermedad.
- Incidir en el papel relevante de la prevención, el control y seguimiento de la enfermedad, al intervenir de una manera eficaz sobre el conjunto de factores de riesgo cardiovascular que presenta el paciente, valorar el grado de control y de seguimiento de las recomendaciones y planificar las actividades para conseguir los objetivos terapéuticos marcados.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La principal labor de la enfermera de la consulta de atención primaria es ayudar a las personas com diabetes mellitus y a sus familias a aumentar los conocimientos, habilidades técnicas y actitudes que necesitan para controlar la enfermedad con eficacia.

Este proceso debe tener en cuenta todas las necesidades del paciente y la familia, así como las creencias de los mismos.

Dentro de los conocimientos que la enfermera debe enseñar a manejar al paciente con diabetes y su familia se encuentran:
- Realizar correctamente las técnicas de autocontrol de glucosa en sangre y la adecuada recogida de los datos en el cuaderno de registro
- Educar al paciente para saber reconocer tanto una hipoglucemia como una hiperglucemia y que hacer ante cada una de ellas
- La prevención y tratamiento de la hipoglucemia si comenzara a utilizar fármacos hipoglucemiantes
- Explicar adecuadamente cuáles son los beneficios de mantener cifras óptimas de glucosa en sangre
- Ayudar a identificar los factores que pueden influir en su glucemia.
- Ayudar a identificar los diferentes grupos alimenticios y que sepa diferenciar los alimentos saludables.
- Ayudar a confeccionar menús apropiados a sus necesidades calóricas e identificar el contenido de hidratos de carbono y cómo intercambiarlos, así como conocer los beneficios de los alimentos ricos en fibra y los efectos de las bebidas alcohólicas en los niveles de glucosa en sangre.
- Recordar y explicar que el ejercicio físico en muy beneficioso y ayudarle a adaptar su alimentación en caso de que vaya a realizar un ejercicio físico al que no está acostumbrado
- Recordar la necesidad de una buena higiene de los pies y revisarlos a diario, así como usar unos calcetines y zapatos cómodos y evitar caminar descalzo. También es importante recalcar que ante cualquier herida deberá acudir a su enfermera de referencia para la revisión de la misma.
- Informar de las diversas complicaciones crónicas que pueden presentar los pacientes con diabetes tales como la enfermedad coronaria, las arteriopatías, la retinopatía, las neuropatías.

5 Discusión-Conclusión

La enfermera de atención primaria es una pieza fundamental en la educación de un paciente, padezca la enfermedad que padezca.

Una buena enseñanza y una buena orientación tanto al propio paciente como a los familiares del que conviven con él ayuda a sobrellevar mejor la enfermedad, así como a conseguir un mejor control de la misma y unos buenos hábitos tanto higiénicos como dietéticos.

Es importante recordar la implicación de todos los miembros de la familia para

que el paciente se sienta respaldado y así consigamos que además su implicación sea mayor.

Se ha comprobado que con un buen control de la glucemia y con unos buenos hábitos dietéticos, las cifras de glucemia mejoran y las complicaciones derivadas de la enfermedad se disminuyen, tanto su número como la intensidad de las mismas.

6 Bibliografía

- Cano Pérez JF, Franch Nadal J, Mata Cases M y miembros de los grupos GEDAPS (Grupo de Estudio de la Diabetes en Atención Primaria de Salud) de España. Guía de tratamiento de la diabetes tipo 2 en Atención Primaria. Recomendaciones clínicas con niveles de evidencia. 4ª ed. Madrid: Elsevier; 2004.
- García R, Suárez R, Mateo-de-Acosta O. Comunicación y educación interactiva en salud y su aplicación al control del paciente diabético. Rev Panam Salud Pública 1997;2:32-6.
- Vázquez C, Koning MA, Martín E, Garriga M, Alcaráz F, Ruperto M. La Alimentación en la Diabetes. Una estrategia integral y personalizada. Parte I, II y III. Madrid: Laboratorios Servier; 2000.
- Pascual López R. Diabetes y ejercicio. En: Moraga Guerrero I, Marco Mur, AL, eds. Manual de educación diabetológica avanzada de pacientes adultos. Madrid: Salud Madrid; 2007.
- Montero Carrera J. Guía clínica. Tratamiento autoanálisis/autocontrol. SAMFyC. 2010.

Cano Pérez JF, Franch Nadal J, Mata Cases M y miembros de los grupos GEDAPS (Grupo de Estudio de la Diabetes en Atención Primaria de Salud) de España. Guía de tratamiento de la diabetes tipo 2 en Atención Primaria. Recomendaciones clínicas con niveles de evidencia. 4ª ed. Madrid: Elsevier; 2004.

- Real JT, González R. Valoración clínica del riesgo de lesión en el pie diabético. Av Diabetol 2006;22:32-8.
- Aragón Sánchez FJ; Lázaro Martínez JL. Atlas de manejo práctico del pie diabético. Madrid: CPG; 2004.

Capítulo 400

CAMBIOS EN LA SEXUALIDAD DE MUJERES HISTERECTOMIZADAS

LUCIA CORDOBA MURGA

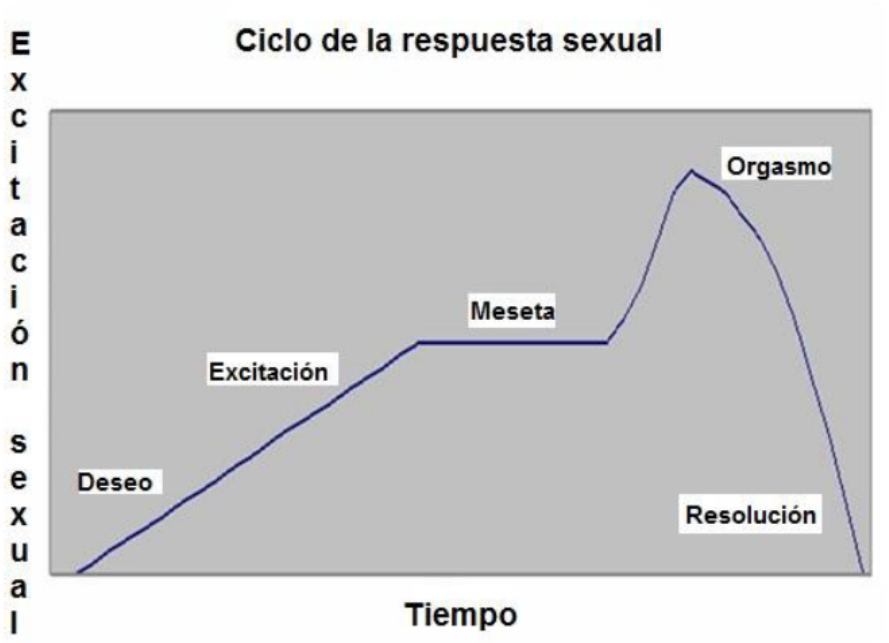
1 Introducción

Existe controversia respecto a la repercusión que tiene esta cirugía en la función sexual femenina. En la mayoría de las mujeres la extirpación de útero causa un gran impacto en el ámbito sexual. Algunos autores afirman que la disfunción sexual tras esta intervención es frecuente, en cambio otros han encontrado evidencias de que después de la histerectomía, la sexualidad no se ve afectada o no cambia (1).

Existen diferentes razones por las cuáles puede existir esta disfunción sexual tras la cirugía. Entre ellas destacan: la actitud de las mujeres con respecto a la vida sexual dependiendo del tipo de cirugía, la edad, lesiones vasculares o nerviosas en la operación o el posible acortamiento de la vagina (2).

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es conocer la influencia de la extirpación del útero en la vida sexualidad de las mujeres, la fisiología de la respuesta sexual femenina, y descubrir la influencia que puede tener está cirugía en ella.



3 Metodología

Para la recogida de información se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las bases de datos de PubMed y Clinical Key. En selección de artículos se han tenido en cuenta una antigüedad menos de cinco años, en español e inglés, adecuación del resumen con el contenido del tema y utilizando los términos MeSh «hysterectomy» y «sexuality». Además, se han utilizado revistas de ámbito ginecológico y obstétrico, y sexológico, bases de datos epidemiológicos sobre el cáncer, y libros de ginecología y fisiología femenina.

4 Resultados

1 FISIOLOGÍA DE LA RESPUESTA SEXUAL FEMENINA.
El conjunto de cambios físicos y mentales relacionado con el acto sexual se denomina respuesta sexual (RS). Masters y Jonhson, en 1966, describieron la respuesta sexual como un proceso fisiológico de cinco fases consecutivas: deseo, excitación, meseta, orgasmo y resolución (Figura 1). Se trata de un modelo lineal e invariable tanto para hombres como para mujeres (3). Basson, por el contrario propuso un modelo más dinámico basado en la retroalimentación física, emo-

cional y cognitiva de la respuesta sexual. Este modelo se corresponde más con las dificultades sexuales que aparecen antes y después de la histerectomía, así como con determinados procesos patológicos y sus tratamientos farmacológicos. La excitación conduce al deseo, que estimula la predisposición para recibir y dar nuevos estímulos. Factores biológicos sociales y fisiológicos pueden afectar negativamente a este ciclo provocando disfunción sexual femenina (DSF).
Figura 1. Ciclo de la respuesta sexual según M y J.

El deseo, apetito sexual o libido es el estado mental de atención a estímulos eróticos que precede a los actos sexuales o lo acompaña. Esta formados por componente afectivos y cognitivos partiendo de una base neurohormonal. En la excitación sexual se distinguen dos componentes: los cambios fisiológicos y la excitación subjetiva que motiva a intensificar la estimulación sexual y desarrollar el ciclo de la RS (4).

A continuación, veremos los cambios fisiológicos que se producen durante la RS en los genitales, incluyen el útero.

1.1 CAMBIOS FISIOLÓGICOS EN LOS GENITALES

La fase de excitación se caracteriza por un aumento del aporte sanguíneo a los órganos genitales, produciéndose la erección del clítoris, que duplica su tamaño, y el aumento de tamaño y dilatación de la vulva, así como lubricación vaginal. Las glándulas uretrales y parauretrales aumentan su secreción, siendo las responsables de la expulsión de líquido en el momento del orgasmo. Cuando esta fase está muy avanzada, se produce la congestión del plexo vascular perivaginal, que empuja las paredes del tercio final de la vagina hacia el exterior, formando lo que Masters y Jonhson llamaron "plataforma orgásmica". Otro fenómeno que ocurre en este momento es la elevación del útero y provocando el estiramiento hacia arriba de la pared posterior de la vagina, con el fin de darle a la vagina una forma de botella que ayude a retener el semen que se pueda depositar en ella.

El orgasmo se caracteriza por las contracciones intermitentes de la musculatura lisa de los órganos genitales y de la musculatura esquelética. En la mujer, la contracción de los músculos estriados del suelo pélvico (de forma especial el pubococcígeo) hace que se estreche las paredes de la porción externa de la vagina o "plataforma orgásmica". En algunos orgasmos también se contrae el útero, cuando esto ocurre se asocia a una sensación más placentera.

La fase de resolución es la vuelta a la situación normal, se reduce la vasodilatación

pélvica y la relajación de los músculos. Esta fase se acompaña de un período refractario, que es más marcado en los hombres que en las mujeres, siendo más significativo tras orgasmos femeninos muy intensos. Sin embargo, tras la mayoría de los orgasmos femeninos, se regresa a un nivel de excitación alto, sobre el que se pueden superponer sucesivos orgasmos, si persiste la estimulación ("respuesta multiorgásmica") (5).

2 EFECTOS DE LA HISTERECTOMÍA SOBRE LA FUNCIÓN SEXUAL

El útero interviene en varios momentos de la fisiología de la respuesta sexual femenina: en la fase de la excitación se eleva elevando la vagina y en el orgasmo, su contracción se relaciona con una sensación más placentera. Por ello, cabe la posibilidad de preguntarse si la extirpación del útero influiría sobre la función sexual de la mujer (5).

Algunos autores dicen que la función sexual no cambia tras la histerectomía, otros que mejora y otros que esta empeora.

Los síntomas que provocan diferentes patologías ginecológicas como el sangrado uterino, el dolor interfiere negativamente en la actividad sexual por lo que en estos casos la extirpación del útero mejora la función sexual de las mujeres al aliviar estos síntomas. Pero otros muchos autores aseguran que tras la cirugía se puede producir un deterioro en la sexualidad por razones como la cicatriz que queda en la vagina, la disrupción de los nervios, la posible disminución de la sensibilidad de la vagina, el hecho de la resección del cérvix, el empeoramiento del orgasmo en aquellas mujeres que tenían contracciones del útero durante el orgasmo, disminución de la sensación de bienestar y feminidad al no carecer de útero, etc.

Según Lonneé-Hoffmann, la histerectomía realizada por causa benigna aumenta la calidad de vida y la función sexual, independientemente de la vía de acceso y de si es total o parcial. Aunque también se observa que un 10-20 % de las mujeres empeora su función sexual, esto ocurre sobre todo en los casos en los que existen problemas sexuales o de depresión, también se observa que se empora si la endometriosis es la causa de la histerectomía y un empeoramiento significativo sí se añade la ooforectomía bilateral.

El estudio prospectivo más importante que se ha realizado hasta hoy es el Maryland Women´s Health Study, en el cual se midió el impacto de la histerectomía en la función sexual mediante un cuestionario validado donde se exploraron cua-

tro aspectos de la función sexual (dolor con el coito, orgasmo, sequedad y libido). Este cuestionario fue completado por 1101 mujeres antes de la intervención y a los 6, 12, 18 y 24 meses. El resultado fue un aumento de la frecuencia en la práctica de relaciones sexuales y una mejora de la dispareunia (de 41% paso al 15%), el orgasmo, la libido y la sequedad vaginal. Las alteraciones postoperatorias de dispareunia, anorgasmia, baja libido y sequedad se asociaron con la existencia de problemas previamente a la operación y con depresión. El incremento de la edad fue un factor de riesgo para la anorgasmia.

El estudio de Kupprtmann que estudia la calidad de vida de 1500 mujeres que presentan metrorragia mediante cuestionarios específicos y genéricos, incluyendo el test de calidad de vida, separándolas en tres grupos según el tratamiento: 13,7% histerectomía, 9% cirugía con preservación del útero y 77,3% tratamiento no quirúrgico. En todos los grupos existe mejoría, pero destaca un aumento de la calidad de vida en las mujeres en las que se había realizado tratamiento quirúrgico, sobre todo después de la histerectomía.

Un estudio transversal realizado en el año 2013 por grupo de investigación de la salud de la mujer en la Universidad de Cartagena de Colombia evaluó la función sexual, insomnio y calidad de vida en un grupo de mujeres histerectomizadas con edades de entre 40 y 59 años y operadas desde hace un año o más tiempo. En el estudio fueron incluidas 202 mujeres de las cuales un 71,7% manifestaron disfunción sexual, y la mitad de éstas problemas para alcanzar el orgasmo.

En la revisión realizada por Sobral Portela y Soto González se concluye que tras la histerectomía aparecen importantes problemas en la función sexual, sobre todo si esta es por vía vaginal, también la edad o la existencia de trastorno depresivo contribuyen a la aparición de estos problemas (2). Celik también coincide con este deterioro al estudiar 90 mujeres, destacando que a todas ellas se les había realizado también una ooforectomía bilateral, lo que coincide con la revisión de Lonneé Hoffmann anteriormente nombrada.

Para explicar cómo la extirpación del útero podría influir sobre la función sexual, repasaremos los posibles efectos adversos de realizar esta intervención; disrupción de nervios y alteraciones anatómicas, dispareunia, extirpación del cérvix, alteraciones hormonales tras la ooforectomia bilateral, empeoramiento de la imagen corporal y de aspectos psicosociales, y por último, veremos si la vía de acceso influye en la función sexual.

4.2.1 DISRUPCIÓN DE NERVIOS Y ALTERACIONES ANATÓMICAS.

La histerectomía puede afectar a la función sexual de manera directa por el posible daño del plexo nervioso. Los órganos genitales están inervados por fibras simpáticas y parasimpáticas del sistema nervioso autónomo. Las fibras simpáticas proceden del plexo hipogástrico y su función es provocar la vasoconstricción de las zonas eréctiles, en el caso de la mujer del clítoris y de la vagina, destaca su papel en el orgasmo siendo responsable de las contracciones uterinas. Las fibras parasimpáticas forman los nervios pélvicos que actúan provocando la vasodilatación de los órganos eréctiles y la lubricación vaginal. Por último, el nervio pudendo que da inervación a los músculos que participan en la respuesta orgásmica. La posible lesión de estos nervios en la intervención quirúrgica puede ser una causa de la disfunción sexual en las mujeres histerectomizadas (3).

Además, el hecho eliminar el cérvix puede provocar la pérdida de una porción de la vagina ligada íntimamente al plexo pélvico. Según un estudio realizado por Butler-Manuel, donde compara la afectación nerviosa tras la histerectomía radical y la histerectomía total, se observó que hay cortados más nervios autonómicos en la cirugía radical que en la total.

Maas, comparó la estimulación sexual en 12 mujeres con histerectomía radial y en 12 con histerectomía total, mediante fotopletismografía durante la visualización de películas eróticas. Los resultados demostraron que la mayor amplitud de pulso máximo era menor en el grupo de histerectomía radical que en la total. Esto puede explicarse porque hay menos disrupción de nervios ya que el procedimiento no es radical.

Komisaruk, aporta otra visión sobre el tema. Piensa que la función sexual no depende que nervios son seccionado durante la cirugía sino también de la región genital con la que la mujer siente más placer. Por lo que, las mujeres que sienten mayor placer con la estimulación de la región clitoroidea, no deberían verse afectadas ya que la cirugía no altera esa zona. Sin embrago, las mujeres con más sensibilidad en la zona de la vagina y cérvix sí que pueden experimentar un deterioro ya que la cirugía puede comprometer la integridad de la inervación en esta zona.

2.2 EL CÉRVIX Y LA FUNCIÓN SEXUAL

La función del cérvix ha sido estudiada desde el primer estudio de Masters y Jonhson. Kilkku, tras comparar la función sexual en mujeres con histerectomía total y subtotal observa una disminución en la frecuencia en ambos grupos, siendo más significativa en la cirugía total. Las mujeres que han sido tratadas por cáncer

de cuello uterino presentan cambios vaginales persistentes que comprometen la actividad sexual y provocan una angustia considerable (6).

2.3 OOFORECTOMÍA BILATERAL

La extirpación de los ovarios significa el cese de la producción de hormonas femeninas que interviene en la lubricación, la libido y el orgasmo. Ya sea antes o después de la menopausia la ooforectomía va a producir cambios en la función sexual, ya que tras la menopausia los ovarios también continúan secretando andrógenos. La extirpación de los ovarios también reduce la producción de la mitad de la testosterona en la mujer que es importante para el mantenimiento de la libido de las mujeres. Finch encontró que tras la realización de ooferectomía bilateral se presentó disminución del funcionamiento sexual, tanto del deseo como el placer e incremento en la incomodidad en mujeres con síntomas menopáusicos. El tratamiento con terapia hormonal disminuyó la sequedad vaginal y la dispareunia, sin embargo, el placer sexual no mejoró (7). La mayoría de los estudios encuentran un impacto negativo en la función sexual (cambios en la libido, respuesta orgásmica y bienestar psicológico) tras la extirpación de los ovarios.

2.4 IMAGEN CORPORAL Y ASPECTOS PSICOSOCIALES

Los primeros estudios acerca de este tema encuentran un gran impacto emocional en las mujeres, provocando depresión y pérdida de identidad femenina. La autoimagen corporal, es decir, como una mujer considera su propio cuerpo es una parte importante de la sexualidad femenina. Uno de los que investigó a cerca de las secuelas psicológicas de las pacientes fue Richards. Descubrió, que el 70% de las mujeres histerectomizadas vistas en la consulta de atención primaria tenían depresión en los tres años siguientes a la cirugía comparadas con un 30% en un grupo control con la misma edad sometida a otras cirugías. Gath nos dice lo contrario demostrando una disminución de la morbilidad psiquiatría tras la histerectomía, aunque indica que las mujeres con patología psiquiatría previa tiene mayor riesgo de padecer una depresión. Los últimos estudios sobre resultados psicológicos tras la histerectomía nos indican que no hay asociación con la ansiedad, pero si con un menor riesgo de padecer depresión grave como síntomas depresivos.

En cuanto a la satisfacción de la imagen corporal, Prussis no encuentra disminución de esta tras la histerectomía, aunque en relación de la satisfacción con la feminidad, el 10% refiere sentirse menos femeninas. Peterson halla que a mayor autoestima y satisfacción con la imagen corporal y la salud mental la función sexual mejoraba o se empeoraba menos. También, fue importante la satisfacción

con su pareja en la afectividad sexual tras la intervención.

Aunque la mayoría de los estudios recientes descartan la relación de la histerectomía con resultados psicológicos y sexuales adversos, las mujeres con alteraciones psiquiátricas o disfunciones sexuales precisan mayor atención en este tema ya que la situación puede empeorar.

3. CÓMO PALIAR LAS POSIBLES SECUELAS

La histerectomía acorta la vagina y puede haber entumecimiento en el área genital. Algunas mujeres se sienten menos femeninas después de una histerectomía. Utilizando términos como sentirse "vacías" o que no se sientan como "una mujer de verdad". Estos pensamientos negativos pueden impedir que la mujer piense acerca del sexo y de cómo disfrutarlo.

La histerectomía puede detener los síntomas que causan dolor o sangrado durante la penetración vaginal, pudiendo mejorar la vida sexual de la mujer después de la cirugía. La cirugía puede producir un acortamiento de la vagina, por lo que la pareja tiene que adaptarse a ese cambio. Se recomienda dedicar un mayor tiempo a las caricias y otras formas de estimulación previas al acto sexual para ayudar a asegurar que la vagina se extienda lo suficiente como para permitir la penetración. También es importante que la vagina esté húmeda para la movilidad y estiramiento de los tejidos.

Si la poca profundidad de la vagina provoca un problema, existen formas para que una mujer pueda ofrecer a su pareja masculina una sensación de mayor profundidad. Por ejemplo, puede que ella aplique geles lubricantes en sus labios genitales exteriores y parte superior de sus muslos, y puede ejercer presión con los mismos o cubrir con las manos alrededor de la base del pene de su pareja durante el sexo. También hay anillos que se pueden colocar alrededor de la base del pene para disminuir la profundidad de la penetración (8).

5 Discusión-Conclusión

Existe gran controversia acerca de si la histerectomía afecta a la calidad de vida de la pareja después de la operación. Sin embargo, hoy en día no se ha llegado a un acuerdo sobre este hecho. Se cree que el soporte neuronal de la parte superior de la vagina está relacionado con el orgasmo y la lubricación y que muchos nervios de la región pélvica podrían verse afectados con esta intervención.

Muchos estudios encuentran diferencias en cuanto a los diferentes tipos de histerectomía realizados. En la histerectomía vaginal en comparación con la abdominal se muestra una mayor tasa de dispareunia atribuida a un mayor recorte de la vagina. Otros estudios añaden además de la dispareunia, una disminución del deseo, la excitación, la satisfacción y el orgasmo. Por otro lado, en el caso de la cirugía laparoscópica no se han detectado problemas en la función sexual tras la operación. Uno de los aspectos más importante a la hora de valorar la disfunción sexual tras la histerectomía es la evaluación de la función sexual antes de está. Es un dato primordial que se debe conocer para evaluar si realmente la histerectomía ocasiona efectos negativos en la función sexual. También es importante la causa de la histerectomía, ya que la paciente no sólo considera importante el hecho de la cirugía sino también la enfermedad que le ha llevado a ella. En la mayoría de los artículos la causa es benigna, por lo que no es posible la comparación de ambos casos. En las histerectomías realizadas por razones oncológicas la ansiedad es más intensa y con otras connotaciones, siendo la pérdida del útero un acontecimiento secundario, siendo el principal temor la muerte. Después de la intervención estas últimas se vuelven menos activas sexualmente que las mujeres que son histerectomizadas por enfermedad benigna.

Otro de los aspectos que también debe de tener en cuenta, es la edad, ya que el impacto de la histerectomía en mujeres post menopaúsicas no va a ser el mismo que en mujeres de una la edad inferior (2). La prevalencia de la disfunción sexual es más común en estas mujeres incluyendo una disminución del deseo, coitos dolorosos, disminución en la excitación y disfunción de la pareja, además de los factores psicológicos (3). Es un aspecto a tener en cuenta, ya que, las mujeres sometidas a una histerectomía radical van a sufrir una menopausia quirúrgica. La disminución o ausencia de las hormonas ováricas a consecuencia de la extirpación de estos se asocian con el bajo deseo sexual y estado de ánimo depresivo (7). También cabe destacar la importancia del bienestar de la relación de pareja antes de la operación y el bienestar físico (1).

La repercusión de la histerectomía en la vida sexual de las mujeres depende de muchos factores. Estos determinan la mejora o el deterioro de la vida sexual de la paciente.

La histerectomía vaginal y la radical parece ser el tipo de intervención que mayores problemas sexuales desencadena frente a la abdominal y la laparoscópica, siendo esta última la que provoca una disfunción menor.

Los factores que generan un mayor impacto negativo en la vida sexual son: la

gravedad de la enfermedad por la que está indicada la histerectomía, el tiempo transcurrido tras la cirugía, y la existencia de un trastorno depresivo. La histerectomía puede significar una mejoría en las relaciones sexuales en la medida en que es capaz de paliar los síntomas anteriores que les impedían disfrutar de su sexualidad o mayor tranquilidad al no tener miedo de quedarse embarazadas.

Son muchos los aspectos que repercuten sobre la sexualidad en las mujeres histerectomizadas. Por ello, los profesionales de la salud debemos tener conocimiento de todo el procedimiento y de sus consecuencias, para poder aconsejar y orientar a las pacientes desde el inicio y así evitar un empeoramiento en su calidad de vida.

6 Bibliografía

1. Goktas SB, Gun I, Yildiz T, Sakar MN, Caglayan S. The effect of total hysterectomy on sexual function and depression. Pak J Med Sci 2015; 31(3):700-705.
2. Sobral Portela E. y Soto González M. Problemas sexuales derivados de la histerectomía. Clin Invest Gin Obst. 2015; 42(1):25-32.
3. American College of Obstetricians and Gynecologics. La histerectomía. Patient Education. [Online]. Washington, DC; 2015 [Acceso 19 de noviembre de 2017]. Disponible en: https://www.acog.org/-/media/Patient-Education-Pamphlets---Spanish/sp008.pdf?dmc=1&ts=20171208T1922068527
4. Seom.org. Las cifras del cáncer en España 2017. [Acceso 19 de noviembre de 2017]. Disponible en: https://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/Las_cifras_del_cancer_en_Esp_2017.pdf
5. Ángel Parra C. estudio de los cambios en la función sexual de la mujer tras la histerectomía [tesis doctoral]. Albacete: Departamento de Patología Médica y Quirúrgica, Universidad de Castilla – La Mancha; 2015
6. Bergmark K., Avall-Lundquist E., Dickman P.W., et al: Vaginal changes and sexuality in women with a history of cervical cancer. N Engl J Med 1999; 340: pp. 1383-1389.
7. Saavedra-Orozco H, Monterrosa-Castro A, Caraballo-Olave E, Ulloque-Caamaño L, Rincón-Niño E. Prevalencia de disfunción sexual, insomnio y deterioro de la calidad de vida en histerectomizadas. Rev.cienc.biomed. 2014; 5(2):235-246.
8. Cancer.org. La cirugía puede afectar la vida sexual de la mujer. American Cancer Society; Enero 2017 [Acceso 15 de noviembre de 2017]. Disponible en: https://www.cancer.org/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/

efectos-secundarios-fisicos/efectos-secundarios-sobre-la-fertilidad-y-la-sexualidad/sexualidad-para-la-mujer-con-cancer/cirugia-pelvica.html

Capítulo 401

HERNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÉNITA EN EL NEONATO.

LUCIA CORDOBA MURGA

1 Introducción

La hernia diafragmática congénita (HDC) es una malformación severa que afecta al desarrollo del diafragma del feto dentro del útero de la madre, quedando un orificio que da como resultado la discontinuidad de este músculo. Esto significa que las vísceras abdominales pueden llegar a herniarse a través de este a la cavidad torácica. (1) La compresión de estos órganos interfiere en el desarrollo normal del arbol traquepbronquial ocasionando patologías secundarias a esta malformación como son la hipoplasia pulmonar y la hipertensión pulmonar. En el año 1804 se describió su clínica y patología y hasta el año 1940, no se publicaron éxitos en la correcion quirúrgica de esta malformación. (2)

La incidencia es de 1 de cada 3.000 recien nacidos, de estos, el 60% ocurre de manera aislada en ausencia de otras anomalías congénitas. La hernia unilateral izquierda es la localización más frecuente (75-90%) seguida de la del lado derecho (10-15%) y en raras ocasiones se presentan lesiones bilaterales (1-2%). Algunos autores refieren una incidencia mayor en los fetos varones, por otro lado, la prevalencia no esta relacionada con la edad maternal. (3)
Por otro lado, los screening ecográficos prenatales han permitido aumentar en los últimos 25 años el diagnóstico prenatal, haciendo posible que se conozca la existencia de esta malformación en más de la mitad de los casos.

Una vez se conoce el diagnostico de hernia diafragmática se estudia si se trata de una patología aislada o sí está asociada a otro tipo de anomalías. El grado de mortalidad y pronostico varía en función de la gravedad de la hipoplasia pulmonar, el desarrollo de hipertensión pulmonar y si estas presentes otras alteraciones lo que se traduciría en un mayor riesgo de muerte perinatal. (4)

El manejo perinatal de esta enfermedad se ve afectado por las preguntas acerca de la mejor estrategia de tratamiento y cuáles son los casos que pueden beneficiarse de una terapia fetal con él fin de mejor el pronóstico de vida. Las dificultades son la baja prevalencia de la enfermedad, la variabilidad en la presentación de la clínica y la falta de protocolos sobre su manejo postnatal. (5)

2 Objetivos

- Conocer los cuidados de enfermería enfocados al cuidado de recién nacidos que padecen hernia diafragmática congénita.

3 Metodología

- Se ha realizado una búsqueda tanto en fuentes primarias como páginas web de organismos oficiales, como en fuentes secundarias como son las bases de datos Pubmed, WosH y Dialnet.
- Para acotar los resultados en la base de datos científica he delimitado la búsqueda con los siguientes filtros: fecha de publicación menos de 5 años, especies: humanos, idiomas: español e inglés.
- Los términos utilizados para la búsqueda científica han sido:
- Términos MesH: ”Hernia, Diaphragmatic”, ”Hernia, Diaphragmatic/embryology”, ”Hernia, Diaphragmatic/nursing”, “Critical Care”, ”Infant, Newborn”
- Términos DeCS: “Hernia Diafragmática” “Neonato”
- Combinado con los booleanos: AND, OR.

4 Resultados

4.1 Tipos de hernia diafragmática
Existen dos tipos de hernia diafragmática:

- La hernia de Bochdaleck, afecta a la parte posterolateral del diafragma. Los órganos que se desplazan y ascienden a la cavidad torácica son el estómago, el hígado, el bazo y los intestinos. Esta hernia es de gran tamaño y se asocia mas con una hipoplasia pulmonar severa.
- La hernia de Morgagni, afecta la parte anterior del diafragma. En este caso, el hígado y los intestinos se desplazan y ascienden hacia la cavidad torácica. (1,2)

4.2 Embriología

El diafragma deriva principalmente del tabique transverso que da origen al tendón central del diafragma; la membrana pleuroperitoneal que da origen a la mayor parte del componente muscular del diafragma; y el mesenterio esofágico que da origen a la porción media del diafragma, incluida la crural. En condiciones normales, los pliegues pleuroperitoneales se fusionan con el tabique transverso, el mesenterio esofágico y el componente muscular hasta invadir los pliegues. El desarrollo completo del diafragma concluye a la semana 9 de embarazo, si un defecto en la membrana pleuroperitoneal persiste a la semana 10 las vísceras abdominales pueden penetrar en la cavidad torácica. Esta hernia implica una interferencia en el desarrollo pulmonar entre las semanas 14 y 16 de embarazo provocando defectos estructurales del árbol traqueobronquial, aumento de la resistencia vascular y la disminución de superficie para el intercambio gaseoso. (3,6)

4.3 Fisiopatología

Los órganos que encontramos anormalmente en la cavidad torácica en estos casos son: el intestino delgado, estómago, parte del colon descendente, riñón izquierdo y lóbulo izquierdo del hígado ocupando el lado izquierdo del tórax provocando hipoplasia pulmonar. La severidad de la hipoplasia pulmonar va a depender del momento en el desarrollo fetal en la que ocurrió la herniación.

Wiseman y Mc Pherson (1977) clasificaron los problemas respiratorios asociados a hernia diafragmática en 4 grupos:

I. La herniación visceral se produce durante la ramificación bronquial provocando hipoplasia pulmonar y muerte (4ª a 5ª semana de gestación).

II. La herniación ocurre durante la ramificación bronquial distal provocando hipoplasia unilateral (17ª semana de gestación).

III. La herniación es más tardía, lo que permite que los pulmones se desarrollen normalmente, la insuficiencia respiratoria se presenta posterior a la deglución de aire que distiende intestino y tórax.

IV. Hernia postnatal sin patología pulmonar.

Por otro lado, la arteria pulmonar y la ramificación pulmonar esta disminuida en

tamaño y la relación alveolo capilar es normal, pero el numero de alveolos esta disminuido por lo que dará lugar a una hipertensión pulmonar. (2)

La causa de las hernias congénitas se considera de origen multifactorial, incluyendo factores genéticos y ambientales que contribuyen a su formación:
- Factores genéticos: Asociados a defectos cromosómicos (trisomía 13, 18 o 21, tetrasomía 12p y mosaicismos) y no asociados como él Sindrome de Lange.
- Factores teratogénicos: ingesta de medicamentos como: la fenmetrazina, talidomina, quinina, nitrofen y deficiencia de vitamina A que causan malformaciones.
- Factores ambientales: Se ha visto que la una dieta deficiente en vitamina A, puede ser importante para el desarrollo del feto durante el embarazo. (6)

4.4 Diagnóstico y presentación clínica.
El diagnóstico de hernia diafragmática prenatal se basa en una ecografía. En la gran mayoría de los casos, se detecta la anomalía en la exploración de rutina, por lo tanto, la media de edad gestacional al momento del diagnóstico es de aproximadamente 22-24 semanas. Generalmente el diagnóstico se hace en base a la presencia de desplazamiento del mediastino y un estómago lleno de líquido al lado o detrás del corazón. En algunos casos, el hígado también puede encontrarse en el mediastino apareciendo como una sombra homogénea a nivel del corazón, aunque en este caso puede ser más difícil de diagnosticar y se usa la ayuda de un Doppler de color para determinar así la posición del ductus venoso y vasos intrahepáticos. La resonancia magnética permite una mejor visualización de las estructuras por un mayor contraste de los tejidos blandos por lo que es de referencia en centro donde se tratan este tipo de patología. También se pueden llevar a cabo una amniocentesis para estudiar los cromosomas fetales (3)

En el caso de que se haya detectado la anomalía en la etapa postnatal el diagnostico se basa en un examen físico y de los signos clínicos de insuficiencia cardiaca que dependerán del grado de hipoplasia pulmonar como son:
- Disnea en reposo.
- Dificultad para tomar por succión.
- Distrés respiratorio.
- Taquipnea.
- Quejido.
- Cianosis.
- Retracción torácica.

- Disminución o ausencia de murmullo vesicular.
- Desplazamiento de los ruidos cardíacos al lado contrario de la hernia.
- Auscultación de ruidos hidroaéreos (intestinales) en tórax.
- Abdomen excavado.
- Evidencia de desplazamiento del mediastino hacia el lado afectado.
- Están ausentes movimientos paradójicos y parálisis diafragmática.
- Elevación de diafragma del lado afectado (RX Tórax). (4)

4.5 Tratamiento

Una vez establecido el diagnostico han de plantearse las opciones de manejo que incluyen la interrupción de la gestación en casos extremadamente graves con muy pocas posibilidades de supervivencia (< 5-10%), el manejo convencional postnatal, sin intervención prenatal, para los casos con mejor pronóstico de supervivencia (> 60-70%) y la terapia fetal en aquellos casos con un pronóstico intermedio (supervivencia estimada < 60-70%). (3)

Tratamiento intrauterino

La estrategia actual consiste en la oclusión traqueal fetoscópica con balón (fetal endoscopic tracheal occlusion [FETO]). Esta oclusión impide la salida del fluido pulmonar e induce un crecimiento acelerado del pulmón mediante un estímulo mecánico directo. Los datos muestran que este tratamiento aumenta la supervivencia en un 35-40% respecto al pronostico inicial. (3)

Tratamiento convencional postnatal.

El diagnóstico prenatal de hernia diafragmática permite actuar de forma inmediata en el momento del parto.

Las actuaciones a seguir en el paritorio serán las siguientes:

- Intubación y ventilación precoz para evitar la entrada de aire a vísceras torácicas. La bolsa y mascarilla de ventilación están contraindicadas.
- Administrar surfactante al neonato para favorecer la oxigenación.
- Colocación de una sonda nasogástrica para realizar aspiración suave de estómago para disminuir la distensión de las vísceras abdominales en la cavidad torácica.
- Monitorización de Sat 02 para evaluar la oxigenación.
- Traslado a una unidad de cuidados intensivos neonatal.

Las actuaciones en la UCI Neonatal:

- Monitorización de la Sat 02. Mantener una saturación de oxigeno preductal alrededor del 90%.
- Se canaliza una vía central (epicutáneo) en cuanto sea posible para la administración de drogas vasoactivas.
- El neonato requiere ventilación mecánica en un modo de ventilación que permita mantener un pH normal y con presiones inspiratorias bajas para evitar la lesión o rotura del pulmón contralateral, salvo que se complique y precise modo de alta frecuencia, que pretende minimizar el daño pulmonar, hiperventilando con presiones inspiratorias bajas y frecuencias respiratorias altas, con el objetivo de mantener un pH 7,5-7,6.
- Drogas vasoactivas: Vasodilatadores: Reducen la resistencia vascular pulmonar, resistencia vascular sistémica, por lo que reducen las presiones pulmonares. Vasopresores: La Dopamina y Dobutamina son fármacos necesarios para mantener la presión arterial sistémica y aumentar la contractilidad miocárdica.
- Los tratamientos a base de óxido nítrico y oxigenación por membrana extracorpórea son prometedores para aumentar la supervivencia.
- La administración de óxido nítrico inhalado (vasodilatador selectivo de la circulación pulmonar) puede ser de gran ayuda a la estabilización preoperatoria o postoperatoria.
- El uso transitorio de un sistema de circulación extracorpórea denominado ”ECMO” ayuda al aporte de oxígeno al torrente sanguíneo y bombea la sangre al cuerpo. Este sistema puede utilizarse transitoriamente mientras el bebé se estabiliza y mejora.
- La administración de sedantes intravenosos como Fentanilo y Midazolam para reducir la sensación de los estímulos dolorosos, aspiraciones y evitar el riesgo de neumotórax.
- La intervención quirúrgica se efectúa a través del abdomen o el tórax, con reducción del intestino en la cavidad abdominal.
- Después de someterse a la cirugía, se coloca un drenaje torácico en el espacio pleural donde estaba la hernia.
- La sonda de aspiración se mantiene bajo el agua con un sistema de drenaje que evita los cambios bruscos de presiones en ese hemitórax que signifiquen desviaciones bruscas de mediastino neumotórax contralateral.(4)

Tratamiento quirúrgico

Cuando la condición del bebé mejora, la hernia diafragmática se repara mediante una intervención quirúrgica. Se desplazan el estómago, los intestinos y los demás órganos abdominales desde la cavidad torácica hacia la cavidad abdominal. Se repara el orificio del diafragma. Muchos bebés deberán permanecer en la UCI

durante un tiempo después de la cirugía.

Aunque los órganos abdominales se encuentren ahora en el lugar correcto, los pulmones permanecen aún subdesarrollados. Frecuentemente, el bebé necesitará asistencia respiratoria durante un período después de la operación. Una vez que el bebé ya no necesite la ayuda del respirador artificial, es posible que todavía necesite oxígeno y medicamentos que lo ayuden a respirar durante algunas semanas, meses o años. (1)

4.6 Complicaciones
- Existe la posibilidad de aparición de alteraciones pulmonares asociadas, con disminución en la distensibilidad, reducción de ramas bronquiales, reducción en el tamaño y número de alveolos y engrosamiento de la pared muscular arteriolar con una disminución en el número de generaciones de vasos pulmonares (displasia broncopulmonar).
- Aumento de la resistencia vascular pulmonar.
- Hipoplasia pulmonar unilateral o bilateral.
- Hipertensión pulmonar persistente, responsable de la mortalidad global.

5 Discusión-Conclusión

La hernia diafragmática es una anomalía congénita compleja. La hipoplasia pulmonar y la hipertensión pulmonar son las complicaciones pulmonares más severas. El pronóstico depende del momento en la vida fetal en el que se desarrolló la malformación, el lado afectado y el grado de hipoplasia pulmonar. Sin embargo, aunque los neonatos que sobreviven a una hernia diafragmática congénita sufren reingresos hospitalarios por las complicaciones derivadas de la displasia broncopulmonar, reflujo gastroesofágico, retraso de crecimiento, defecto de audición, convulsiones, otras alteraciones neurológicas y retraso del desarrollo psicomotor.

6 Bibliografía

1. Stanfordchildrens.org. Stanford Children´s Hospital Standford. Hernia diafragmática. (consultado el 31 de Marzo de 2019). Disponible en: https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=herniadiafragmtica-90-P05466
2. Bolaños-Nava DI. Anestesiología Anestesiología Hernia diafragmática congénita [Internet]. Vol. 28, Revista Mexicana de Anestesiología S126 ANESTESI-

OLOGÍA EN PEDIATRÍA. 2005 [cited 2019 Apr 1]. Available from: http://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2005/cmas051aa.pdf
3. Kosiński P, Wielgoś M. Congenital diaphragmatic hernia: pathogenesis, prenatal diagnosis and management — literature review. Ginekol Pol [Internet]. 2017 Jan 31 [cited 2019 Apr 1];88(1):24–30. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28157247
4. Colegio Oficial de A.T.S. de Valencia. S, Pérez Lafuente E, Muñoz Illescas ML. Enfermería integral: revista científica del Ilustre Colegio Oficial de A.T.S. de Valencia. [Internet]. Enfermería integral: Revista científica del Colegio Oficial de Enfermería de Valencia, ISSN 0214-0128, No. 113, 2016, págs. 60-63. Colegio de Ayudantes Técnicos Sanitarios y Diplomados Universitarios en Enfermería de Valencia; 1985 [cited 2019 Apr 1]. 60-63 p. Available from: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6125315
5. García-Posada R, Gómez O, Martínez JM, Puerto B, Gratacós E. Hernia diafragmática congénita: criterios pronósticos y estado actual del tratamiento prenatal. Guía clínica. Diagnóstico Prenat [Internet]. 2012 Jul 1 [cited 2019 Apr 1];23(3):126–33. Available from: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2173412712000686
6. De Medicina C, Carrasco M, Patricio A. UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD "HERNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÉNITA DERECHA" Requisito previo para optar por el Título de Medico [Internet]. [cited 2019 Apr 1]. Available from: http://repo.uta.edu.ec/bitstream/123456789/23885/2/Morales
Carrasco Alex Patricio.pdf

Capítulo 402

TRDA: MANEJO DEL EXUDADO FARINGOAMIGDALINO

VERÓNICA DE LA FUENTE ELÍAS

LIDIA EXPÓSITO MARQUÉS

MARIA FEITO ALVAREZ

1 Introducción

El dolor de garganta u odinofagia representa uno de los motivos de consulta más frecuentes de nuestra población, tanto infantil como adulta, con un promedio de 16 millones de consultas anuales.

La faringitis constituye una de las patologías más frecuentes en nuestro país, donde la prescripción de tratamiento antibiótico representa un 80%. Se calcula que solamente el 15-25% tiene etiología bacteriana en la población adulta y un 55% en la población infantil.

Tradicionalmente se realizaba prescripción generalizada de tratamiento antibiótico, así como un cultivo del exudado faringoamigdalino, obteniendo resultados fiables en 48h.

Al tratarse de una metodología de detección bacteriana lenta, fue preciso instaurar un nuevo método de detección rápida, un test inmunológico denominado Test Rápido de Detección de Antígeno Estreptocócico grupo A (TRDA), que nos permite obtener resultados en unos 5-10 minutos así como un menor costo respecto a los cultivos tradicionales.

2 Objetivos

- Minimizar la prescripción de tratamiento antibiótico en odinofagias de etiología vírica, reduciendo a su vez las resistencias bacterianas en la población diana.
- Conocimiento de la técnica de obtención de muestras faringoamigdalinas y TRDA.
- Reducción de los costes sanitarios.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en las principales bases de datos, Pubmed, Revista de Pediatría de AP, SEIMC y Google Scholar.

Para la búsqueda se emplearon las siguientes palabras claves: TRDA, faringoamigdalitis.

4 Resultados

Para el diagnóstico de las faringoamigdalitis deberemos basarnos previamente en los Criterios Centor, que incluye las siguientes premisas:
1. Exudado amigdalar.
2. Fiebre.
3. Ausencia de tos.
4. Adenopatías laterocervicales dolorosas.

Es preciso conocer la correcta obtención de la muestra para minimizar la contaminación de la misma. Según la Sociedad Española de Microbiología Clínica y Enfermedades Infecciosas (SEIMC) debe realizarse mediante torunda, con ayuda de un depresor lingual, tomando muestras en la región amigdalar y faringe posterior, evitando el contacto de la torunda con la lengua, úvula y paredes de la cavidad oral anterior del paciente.

Se deben revisar las recomendaciones del fabricante, por norma general el kit de estreptococo está compuesto por dos reactivos (A y B), que deben instilarse en una cubeta para la realización de la prueba. Habitualmente es preciso añadir 5 gotas de cada reactivo, donde se observará un cambio cromático de la mezcla (de rosa a amarillo), introduciremos el hisopo en la misma una vez tomada la muestra y mezclaremos enérgicamente girando el hisopo durante 1-2 minutos.

Una vez transcurrido ese tiempo retiraríamos el hisopo ejerciendo presión sobre las paredes de la cubeta para obtener el máximo volumen de muestra. Posteriormente introduciremos la tira reactiva fijándonos en la dirección de la flecha, ésta debe introducirse con la flecha hacia abajo. Por capilaridad el contenido comienza a ascender y obtendremos el resultado en unos 2 minutos, aunque es preciso esperar hasta los 10 minutos para minimizar errores de lectura.

La tira reactiva presenta un control, denominado test, que debe quedar marcado en la totalidad de los casos, de este modo nos aseguramos el perfecto estado de los reactivos y/o de la tira reactiva. Próximo a este control figurará el resultado del análisis de la muestra. Podemos considerar positivo cuando aparezca marcado con una raya como en el caso del control y negativo cuando hay ausencia de marca en la zona del test.

Por norma general los fabricantes suelen diferenciar las marcas por colores, donde el rojo será para distinguir el control y de color azul la muestra positiva en estreptococo. Existen casos donde el resultado del análisis se aprecia discretamente marcado, nos encontramos con un positivo leve, donde se considerará positivo a todos los efectos.

5 Discusión-Conclusión

Podemos concluir que el empleo del TDRA resulta relevante para el diagnóstico rápido de la etiología de las faringoamigdalitis en aquellos pacientes que cumplen un mínimo de 3 puntos en la escala Centor, teniendo en cuenta que se trata de un método de análisis rápido donde podemos reducir los tiempos de consulta y análisis, así como los costes sanitarios respecto al cultivo tradicional.

De este modo podemos asegurar una prescripción de tratamiento antibiótico justificada en aquellos pacientes que presenten etiología bacteriana, consiguiendo así un uso responsable de los mismos minimizando las resistencias bacterianas de la población. Por ello es importante conocer la técnica de obtención de muestras correcta para reducir la contaminación de la muestra y por tanto errores en la lectura de los resultados.

Este test resulta una herramienta muy útil tanto en las consultas de atención primaria, bien para realizar determinaciones en población adulta, como en pacientes pediátricos, así como en los servicios de urgencias hospitalarias.

6 Bibliografía

- García Vera C. Grupo de Patología Infecciosa de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. Utilidad del test rápido de detección de antígeno estreptocócico (TRDA) en el abordaje de la faringoamigdalitis aguda en pediatría. 2014. [Disponible en: http://www.aepap.org/grupos/grupo-de-patologia-infecciosa/contenido].
- Fernández Martínez O, Hidalgo Cabrera MC, Callejas Pozo MC, Hernández Morillas MD. Implantación de un test de detección rápida de estreptococo betahemolítico del grupo A en la consulta de Atención Primaria. Rev Pediat de Aten Primaria. 2007; IX (36): 18-26.
- Sheeler, Robert P, et al. Accuracy of rapid strep testing in patients who have had recent streptococcal pharyngitis. Jabfp, 2002, XV (4): 261-265.
- García Sánchez JE, Gómez-Lus Centelles ML, Rodríguez López FC, Torreblanca Gil A. Procedimientos de Microbiología Clínica. Recomendaciones de la SEIMC. Recogida, transporte y conservación de las muestras; 1993.

Capítulo 403

INTÉRTRIGO CANDIDIÁSICO

MAGALI COLMENERO GARCIA

VANESA SÁNCHEZ ESCANDON

ANA ROSA FLOREZ SIRGO

1 Introducción

El intértrigo candidiásico es una lesion que se puede producir en cualquier pliegue de la piel, cuyo agente etiológico es la Cándida, en particular la Cándida albicans es la más frecuento con mucho. Las áreas de fricción de los pliegues, en las que tanto el sudor como las secreciones de sebo favorecen un clima húmedo, con maceración y lesión de la capa córnea de la piel, sumándole una temperatura estable, donde gracias a estas características puede colonizar la cándida dando lugar al intertrigo candidiásico.
La clínica del intertrigo candidiásico es tal como parece a la vista, dolor, escozor, picor que secundariamente impide el movimiento articular apropiado de la zona afectada, es altamente molesto e irritante, con una piel eritematosa en placa y olor fétido, pudiendo encontrar al paciente con afectación de su estado de ánimo.
El diagnóstico es principalmente clínico, con el empleo de KOH, o por medio del cultivo.

2 Objetivos

El objetivo del tratamiento que vamos a seguir en nuestro caso será secar la piel y eliminar las infecciones. Recuperando así la integridad cutánea. Alivar el picor

y educar sobre la importancia de una dieta equilibrada dado que nuestra paciente presenta una obesidad mórbida.

3 Caso clínico

Varón de 65 años acude al Servicio de urgencias por dificultada respirataria, al realizar las pruebas complementarias se observa una PCR de 400.29 mg/l y serie blanca muy altera lo cual no coincidia con el motivo de consulta. Tras preguntarle de nueve al paciente si presenta alguna otra sintomatología refiere unas heridas en los pliegues de la barriga de un mes de evolucion que ha estado lavando con agua y jabón, a la exploración se observan unas lesiones ulcerosas sangrantes.
AP:
Alergia:nolotil
Ex-fumador de 35 cigarrillos/día desde hace 11 años. No hábito enólico.Obesidad mórbida.
HTA.Dislipemia.DM tipo 2 insulinodependiente no muy bien controlada
TEPA en 2003 , se decidió mantener tto anticoagulante indefinidamente por obesidad y patología arterial de MMII.
Artritis reumatoide.
Insuficiencia venosa crónica de MMII. Isquemia crónica por obstrucción femoropoplítea bilateral.
Hernia de hiato.
IQ: amigdalectomía
Dados los antecedentes y la importancia de las lesiones se decide ingreso e interconsulta a dermatología y hematología.
Respuesta interconsulta a dermatogia:
Paciente con antecedente de intertrigo recidivante en zona ingunal, y pliegue abdominal que mejoraba en pocos dias con positon, pero volvia a salirle, refiere que le quedo una zona mas descmativa (no herida) en zona del flanco derecho a raiz de una inyeccion de heparina hace 2 años que le produjo un gran hematoma
Refiere que tiene notaba como sensible en los ultimos dias la zona del flanco derecho y el intertrigo pero no se vio ampollas
EF; en pliegues inguinales y abdominal eritema con zonas erosivas desepitelizadas en hemiabdomen derecho, ambas ingles y pubis (aparente ampollas previas)
En pruebas de coagulacion sobrepasa lo limites de medicion de , TTPA
JD: INTERTRIGO VS IMPETIGO AMPOLLOSO VS LESIONES AMPOLLOSAS SANGUINOLENTAS 2º A COAGULOPATIA

COAGULOPATIA

Plan
Se saco cultivo de lesiones erosivas
Curas de las lesiones erosivas con diprogenta y tul grasum
Mantener secos los pliegues con gasa de algodon al fondo del pliegue
Pendiente valorar biopsia.
Respuesta interconsulta hematología:
Motivo de consulta: ajuste de tratamiento anticoagulante oral.
Situación actual: Paciente de 64 años anticoagulada con aldocumar 3mg por TEPA, TRT 52%, DTS 27 mg, ultimo control en rango. Asimismo antiagregado con adiro 100mg. iINR indetectable. Estable hemodinamicamente, sin anemización, actualmente sin evidencia de sangrado activo. Urea 114 mg/dl, Cr 1.6 mg/dl, PCR 280.
Suspendido adiro 100mg.

Plan:
- Suspender aldocumar.
- Administrar 1 ampolla de vitamina k iv (ya realizado).
- Control de hemograma y coagulación durante la tarde por si fuera preciso administración de nueva ampolla de vitamina k +/- prothromplex (si inestabilidad hemodinámica con sangrado activo, anemización, necesidad de endoscopia,..)Iniciar heparinas a dosis de 1 mg/kg/día (si FGE > 30 ml/min) a las 24 horas del cese de sangrado e INR < 1.6.

4 Discusión-Conclusión

Una persona es más propensa a desarrollar intertrigo si:
Es obesa
Tiene diabetes
Tiene una férula, un dispositivo ortopédico o prótesis
Está expuesta al calor y la humedad, especialmente durante los meses de verano

La fuente especializada SkinSight [2] sugiere otros factores de riesgo a tener en cuenta:

La incontinencia (urinaria, fecal)
La sudoración excesiva
La falta de higiene

La desnutrición
La psoriasis

Por su constitución física, los bebés también están en mayor riesgo de desarrollar el intertrigo, o dermatitis del pañal.

Ciertas actividades físicas, como montar en bicicleta o correr, producen movimientos repetitivos y fuerzas de fricción que pueden dañar la piel.

Por otra parte, los hombres son propensos al intertrigo inguinal debido a la oclusión producida por los genitales externos masculinos.

La mayoría de las medidas preventivas implican reducir el contacto piel a piel y mantener el área seca. Entre las más importantes se incluyen:

Usar prendas / ropa interior holgada y suave; si es posible, no usar ropa interior durante la noche.
Perder peso si la persona tiene sobrepeso u obesidad.
Evitar las actividades que impliquen un exceso de sudoración.
Bañarse después de realizar ejercicio.
Usar zapatos que dejen los dedos al aire libre.
No usar jabones u otros productos químicos fuertes para el aseo personal.
Usar sujetadores con buen soporte.
Cambiar los pañales con más frecuencia en niños con dermatitis del pañal.
Es importante informar a nuestra paciente de los factores de riesgo para prevenirlos y la importancia de mejorar sus hábito de vida.

5 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 404

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA NEBULIZACIÓN

FLOR AIDA VALBUENA FERNÁNDEZ

1 Introducción

La oxigenoterapia es la utilización terapéutica del oxígeno, puede utilizarse en pacientes con patología respiratoria y como coadyuvante en otros procesos patológicos.También tiene su uso actividades deportivas (subacuáticas o de altura).

El principal objetivo es corregir la hipoxemia mediante el aporte de una concentración añadida de oxígeno y de esta forma saturar la hemoglobina. El oxígeno como tal es considerado un fármaco, por lo cual debe tenerse en cuenta la indicación del mismo, dosis y forma de aplicación; así como, los efectos secundarios del mismo y los cuidados de enfermería que precisa.

Las diferentes formas de oxigenoterapia se clasifican:
- Dispositivos de bajo flujo: gafas o cánulas nasales, mascarilla simple y mascarilla con reservorio.
- Dispositivos de alto fujo: mascarilla de tipo Venturi.
- Mascarillas de oxígeno para nebulización: simple con reservorio y simple con reservorio para traqueostomías.

2 Objetivos

- Conocer las últimas evidencias en la técnica de aerosolterapia por nebulización y los cuidados de enfermería para la misma.

3 Metodología

Se realiza revisión bibliográfica en las principales bases de datos como Cochrane, PubMed y realización de consulta en Google Scholar.

4 Resultados

La nebulización es un procedimiento terapéutico médico y consiste en la trasformación de líquidos (fármacos, agua, SSF) en aerosoles a través de las mascarillas indicadas para este uso, de este modo el paciente puede inhalar los fármacos y suero para beneficiarse de su efecto terapéutico y también fluidificar las secreciones de la vía aérea.

Está indicada principalmente en agudizaciones de procesos respiratorios y en aquellos pacientes incapaces de realizar inhalaciones con cartuchos presurizados.

Para la realización de la técnica tendremos en cuenta los siguientes cuidados de enfermería:
-Tener en cuenta las medidas de seguridad cuando se utilizan gases medicinales.
- Comprobar que no existan alergias en el paciente.
- Preparar todo el material necesario para la técnica:
*Mascarilla de tamaño adecuado.
*Fuente de oxígeno o aire a presión.
* Agua estéril o suero fisiológico.
*Jeringa de 5 ml.
*Medicación prescrita.
- Explicaremos al paciente la técnica que vamos a realizar para así conseguir mayor colaboración por su parte, le explicaremos también que ha de respirar de manera normal durante la nebulización (preferentemente por la boca).
- Indicaremos al paciente se siente o lo colocaremos en posición Fowler para facilitar la nebulización.
- Lavado de manos.
- Aplicar los fármacos prescritos y el suero fisiológico en la cámara reservorio de la mascarilla.
- Colocar la mascarilla al paciente y que abarque la nariz y la boca, ajustar la goma posterior sin tensión y la zona metálica de la nariz.
- Conectar la fuente de aire u oxígeno a la mascarilla.
- El flujo de aire u oxígeno deberá ser de 6 a 10 litros por minuto.
- Comprobaremos que sale vapor por los orificios laterales de la mascarilla.

- La nebulización no puede superar los 10 minutos.
- Cuando termine la nebulización no debe quedar más residuo líquido que 1 ml.
- Lavar y secar la mascarilla.
- Estimular al paciente a que tosa profundamente y expectore.
- Recomendar al paciente la realización de lavados bucales tras cada nebulización para evitar la aparición de alteraciones en la mucosa y piel.
- Mientras dure la nebulización debemos comprobar que el paciente ventila y oxigena correctamente.
- Durante todo el proceso comprobaremos que no aparecen alergias medicamentosas no conocidas, ni efectos secundarios como pueda ser temblor, taquicardias, cefalea.
- Registrar los cuidados de enfermería aplicados durante la técnica, registrar los cambios en flujo, los signos o síntomas del paciente .

5 Discusión-Conclusión

La nebulización es una técnica que implica unos cuidados de enfermería específicos para así realizar la misma de forma eficaz y segura para el paciente. Las últimas actualizaciones basadas en la evidencia nos permiten la administración de fármacos en aerosol de manera más segura, eficaz y minimizando las complicaciones.

6 Bibliografía

- http://revistaicue.es/revista/ojs/index.php/ICUE/article/view/43.
- https://scholar.google.es/scholar.
- https://www.cochranelibrary.com/search.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed.

Capítulo 405

CUIDADOS ENFERMERÍA DE LA ANSIEDAD

CARLOS PÉREZ FERNÁNDEZ

GUADALUPE VERA GORDILLO

MARIA TERESA GUTIÉRREZ ALVAREZ

CARIDAD DIEZ ALONSO

PATRICIA NORIEGA GARCÍA

1 Introducción

La ansiedad es una emoción que todos hemos sentido infinidad de veces ante muchas y variadas situaciones. El miedo o temor también es una emoción que a todos nos es conocida aunque cada uno lo viva de una manera personal (el miedo es libre). La ansiedad es una respuesta a una amenaza desconocida, interior, vaga o conflictiva.

El miedo es una respuesta a una amenaza conocida, externa, definida o no conflictiva. Las sensaciones que produce la ansiedad, son por lo general desagradables: temor, angustia, intranquilidad, desasosiego, etc., y aunque causan malestar, en muchas ocasiones tienen una función adaptativa a las circunstancias de la vida. Pero cuando los niveles de ansiedad y su duración son excesivos, sin una causa aparente que los provoque, pueden convertirse en trastorno y debilitar, e incluso

incapacitar, a la persona que los sufre. La ansiedad es un síntoma que está presente en casi todos los desórdenes mentales. Sin embargo, varía en las circunstancias de aparición y en su presencia en el individuo según la alteración.

SIíntomas
Estos trastornos suelen ir acompañados de una variedad de síntomas psicológicos y físicos.
- Entre los físicos puede haber: taquicardia, hipertensión, dolores- de cabeza, cuello, hombros y musculares, temblores, imposibilidad de relajarse, cansancio, sudoración, náuseas, dificultades en la respiración, sequedad de boca, muchas ganas de orinar, etc.
- Entre los psicológicos se pueden encontrar: irritabilidad, sensibilidad al ruido, inquietud, falta de concentración, insomnio, pesadillas, preocupación excesiva, etc.

En la ansiedad generalizada ésta es constante y se da en respuesta a todo en general.

2 Objetivos

- Reconocer su propia ansiedad y sus patrones de adaptación y afrontamiento.
- Aumentar el nivel de bienestar fisiológico y psicológico.
- Utilizar estrategias eficaces de afrontamiento.
- Permanecer seguro en el entorno.
- Verbalizar menos miedos.

3 Metodología

- Valorar el nivel de ansiedad (leve, moderado, grave).
- Proporcionar seguridad y bienestar.
- Ayudar a tomar conciencia de su ansiedad para iniciar la resolución del problema.
- Reducir o eliminar las estrategias problemáticas e intentar cambiarlas por otras más saludables.
- Ayudar al paciente a identificar situaciones u objetos que le produzcan miedo.
- Favorecer la verbalización de temores y la explicación de cómo intervienen en su vida.
- Razonar conjuntamente la repercusión personal y socio laboral de sus temores.

- Informar de la realidad con objetividad.
- No permitir que el paciente se aislé completamente.
- Enseñanza de conductas asertivas para actuar frente a situaciones de estrés.
- Enseñarle técnicas de relajación y animarle a que las practique.

4 Resultados

Conseguiremos que el paciente identifique lo síntomas precursores de la ansiedad para prevenir esta, así como la utilización de estrategias de afrontamiento eficaces con lo que lograremos que tenga una situación de autocontrol en su vida cotidiana.

5 Discusión-Conclusión

La ansiedad es un factor común en la mayoría de la población de hoy en día, es causa de consulta frecuente en todos los niveles de la atención sanitaria en el mundo occidental, por lo cual el papel de la enfermería en la ayuda a combatir una de las causas más habituales de disconfor es crucial.

Dado lo cual los cuidados de enfermería de la ansiedad debería ser imprescindibles en las consultas de enfermería, no sólo de Salud Mental sino también de Atención Primaria así como una parte más de los cuidados de enfermería globales de cualquier unidad de hospitalización.

6 Bibliografía

- Introducción ala psicopatología y a la psiquiatría , 5a ED. Vallejo Ruiloba (Masson)
- Enfermería de salud mental y psiquiatría 2ª Edicion. Assumpta RigolCuadra, Mercedes Ugalde Apalategui (Elsevier Masson).
- Fornés J. Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica. Planes de Cuidados. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2005.

Capítulo 406

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DEFINITIVOS

GEMA NÚÑEZ-BARRANCO GARCÍA

MARÍA DEL PILAR LÓPEZ PIZARRO

1 Introducción

La única indicación para la esterilización permanente es el deseo del paciente, siendo éste quien toma la decisión final respecto al método a emplear. En cualquier caso dicha decisión debe estar basada en el asesoramiento exhaustivo sobre la esterilidad permanente y el riesgo de arrepentimiento.

No hay condiciones médicas que sean estrictamente incompatibles con la esterilización, sin embargo, puede haber factores que hacen que las mujeres sean más adecuadas para una ruta particular de esterilización u otras opciones anticonceptivas.

2 Objetivos

Conocer los distintos métodos anticonceptivos existentes, para así ofrecer información basada en la última evidencia científica a los pacientes que deseen utilizarlos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión sistemática sobre a literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

1. Vasectomía.
La vasectomía constituye un procedimiento quirúrgico en el cual se ocluyen los conductos deferentes. Con esto se consigue que el semen sea eyaculado sin espermatozoides, y por lo tanto da lugar al cese permanente de la fecundidad masculina. El proceso se realiza mediante anestesia local en cirugía ambulatoria. El efecto no es inmediato, se deben esperar 3 meses o producirse unas 20 eyaculaciones para que los conductos deferentes estén totalmente libres de espermatozoides.
A. Ventajas:
- Eficaz.
- Permanente.
- Sin efectos sistémicos.
- No interfiere en el acto sexual.
- Menos riesgo quirúrgico y menos costosa que la esterilidad femenina.

B. Desventajas:
- Probabilidad de arrepentimiento.
- Riesgos y efectos secundarios relacionados con la cirugía.
- Eficacia demorada.
- No protege frente a ITS.

2. Ligadura tubárica.
La ligadura de trompas es el proceso quirúrgico mediante el cual se bloquea el paso del óvulo a través de las trompas de Falopio. Esta intervención se puede hacer en el mismo acto de la cesárea o de forma diferida utilizando la laparoscopia.
A. Ventajas:
- Eficaz.
- Permanente.

- Efecto inmediato.
- Sin efectos sistémicos.
- No interfiere en el acto sexual.

B. Desventajas:
- Posibilidad de arrepentimiento.
- Riesgos y efectos secundarios relacionados con la cirugía.
- No protege frente a ITS.
- Mayor probabilidad de embarazo ectópico en caso de fallo del método.
- Procedimiento costoso.

3. Método essure/adiana.
En un intento por evitar los riesgos inherentes a la cirugía intraperitoneal y proporcionar un procedimiento que podría realizarse en un consultorio, en 2002 Y 2009 respectivamente llegaron los sistemas anticonceptivos permanentes Essure y Adiana aprobados por la (FDA). Estos dispositivos se insertaban mediante histecoscopia en la luz tubárica para incitar a la inflamación, producir la formación de tejido cicatricial y finalmente bloqueo de las trompas. Sin embargo, a partir de 2019, ninguno de los dispositivos está en producción. Adiana fue retirada en 2012, y el fabricante de Essure retiró su dispositivo del mercado en diciembre de 2018 probablemente en respuesta a litigios altamente publicitados.

5 Discusión-Conclusión

La vasectomía es el método más común para la anticoncepción masculina permanente. Se debe aconsejar a los pacientes sobre la permanencia del procedimiento, los riesgos y beneficios potenciales, las tasas de fracaso y las alternativas.

Se puede revertir con técnicas microquirúrgicas, la reversión de la vasectomía implica la reanastomosis (vasovasostomía) del tracto reproductivo, idealmente en el sitio de la ligadura previa del conducto deferente. Se ha informado de una reversión exitosa de la vasectomía en 50 a 70 por ciento de los hombres. Los determinantes clave del éxito y la permeabilidad de la inversión son el método de vasectomía y la duración de la obstrucción.

No hay evidencia concluyente de que la vasectomía esté asociada con un mayor riesgo de enfermedad coronaria, accidente cerebrovascular, demencia, hipertensión, cáncer de próstata o cáncer testicular. La vasectomía parece ser el método más seguro de esterilización permanente. Las tasas de eficacia son comparables

con la esterilización femenina.

Por su parte, la esterilización femenina, proporciona anticoncepción permanente para las mujeres y se puede realizar utilizando varios procedimientos y técnicas diferentes. La esterilización femenina es el método anticonceptivo más común en todo el mundo, utilizado por el 19 por ciento de todas las mujeres de 15 a 49 años. Las mujeres que estén considerando la esterilización deben recibir asesoramiento sobre los riesgos y beneficios de otras opciones anticonceptivas, haciendo especial hincapié en la irreversibilidad de éste método.

Finalmente la esterilización femenina no está asociada con un marcado aumento en los síntomas menstruales posteriores, incluyendo dismenorrea o menorragia. También parece no haber impacto en la función sexual, la reserva ovárica o la incidencia de cáncer de mama.

6 Bibliografía

- Alarcón Diana, MP., Martínez Serrano, P., Del Pliego Pilo, G. Actuación de la matrona en planificación familiar. Aula virtual fuden.
- Aileen Gariepy. Anticoncepción histeroscópica femenina permanente. (2020). En Uptodate tema 3277
- Kari P Braaten. Descripción general de la anticoncepción permanente femenina. (2020). En Uptodate tema 101560
- Anthony J Viera . Vasectomía (2020). En Uptodate tema 8094.

Capítulo 407

LA ANSIEDAD EN LOS PACIENTES GERIÁTRICOS SOMETIDOS A CIRUGÍA AMBULATORIA.

PATRICIA BARTOLOME HUERTA

ELENA BARRERO BRAVO

1 Introducción

La ansiedad se define como un estado en el que se experimenta un sentimiento de incomodidad que con frecuencia es inespecífico o desconocido para el individuo; también como una reacción compleja frente a situaciones o estímulos actuales, potenciales o súbjetivamente percibidos como peligrosos, aunque sólo sea por la circunstancia de parecer inciertos. Para el manejo de este concepto en el contexto hospitalario,el individuo debe ser visto de manera global como un organismo de gran complejidad cognitiva a través de factores como el físico, psíquico, social y espiritual que pudieran estar operando como mediadores o protectores de la ansiedad. Tener en cuenta estos aspectos resulta importante dado que algunos estudios reportan porcentajes de diagnóstico y niveles de ansiedad elevados en pacientes pre quirúrgicos. (Barrilero JA, Casero JA 2015)

La ansiedad es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontarlo. En el caso del paciente que va a enfrentarse a una operación, la cirugía se transforma en ese peligro inminente que el paciente tiene que afrontar. Eduardo Mardarás explica en su libro “Psicoprofilaxis quirúrgica. La preparación psicológica para las intervenciones quirúrgicas”

que en la dinámica psicológica existen tres fuentes de peligro: la confusión, el ataque externo y el vaciamiento, y de cada una emana un tipo de ansiedad diferente: como el trastorno de ansiedad generalizado, el trastorno de pánico, y fobia especifica.

Ante la proximidad de una intervención quirúrgica, la ansiedad siempre hace acto de presencia en mayor o menor grado, ésta, ha sido, y es objeto de estudio, por un lado, las consecuencias en la recuperación física y emocional de los pacientes, y por otro porque resulta idónea para desarrollar la investigación en materia de afrontamiento de agentes estresantes. (Bisbe E, Escolano F, Villalonga A. 2014)
En cualquier caso, aunque la ansiedad pueda ser un reflejo de estados endógenos se asocia generalmente con sucesos estresantes externos. (Cordero-Ponce M, Romero-Sánchez IM 2016)

La estructura de la intervención sería la siguiente:
1. Recepción Del Paciente
Se le guiará a la habitación y se explicará todo lo relacionado con ella durante su estancia.

2. Entrevista Prequirúrgica
Será la enfermera de la planta la encargada de llevarla a cabo pues se ha observado que cuanto menos personal exista, menos aumenta la ansiedad. En la entrevista la información que se dé y los sentimientos que se expresen sean completamente confidenciales, quedando entre el paciente y la enfermera y favoreciendo la creación de un clima de confianza. La duración prevista sería de unos 15 minutos. Si el paciente lo desease, podría intervenir en la entrevista un familiar, ya que se sienten más seguros cuando reciben la información acompañados. La entrevista consistirá, en una explicación cronológica de los sucesos que le irán aconteciendo al paciente, explicando el porqué de la realización de las diversas técnicas y resolviendo todas aquellas dudas que le puedan surgir, así como comentando las diversas sensaciones (ruidos, sensaciones térmicas…) y emociones que podrá experimentar:

A. Día Del Ingreso
Se le dará información acerca de las técnicas que se le aplicarán ese mismo día: se le tendrá que canalizar una vía venosa, cenará como un día normal, tomará o no tomará ciertos medicamentos de su medicación habitual (si fuese necesario) y permanecerá en ayunas desde las 24h. Se comentará también la posibilidad

de pedir un ansiolítico si lo creyese necesario para obtener un buen descanso la noche previa a la operación.

B. Circuito Físico El Día De La Intervención Quirúrgica
Esta es una de las informaciones que más interesan, especialmente a los familiares. Se explicará que primero será trasladado a la zona quirúrgica, una vez allí será recibido por los enfermeros de la unidad, que le recibirán y le harán diversas preguntas. De allí pasará al quirófano propiamente dicho, donde será también recibido por el personal de anestesia y los cirujanos, y que será normal que tenga frío, porque es la temperatura normal del lugar. Después de la operación permanecerá un tiempo en la zona de recuperación pos anestésica, comúnmente conocido como REA, donde permanecerá unas horas que variarán dependiendo del tipo de operación.

Cuando el tiempo de permanencia en la REA termine el paciente pasará a planta, a la misma habitación en la que ingresó, y permanecerá allí hasta el día de su alta hospitalaria. En este momento se informará también a la familia acerca del sistema de información, pues es un punto que crea mucha ansiedad, tanto en los familiares como en el paciente. Se les indicará dónde deben esperar mientras la intervención quirúrgica se lleva a cabo y cuánto tiempo durará la intervención, de forma aproximada. Se hará especial hincapié en que serán llamados por megafonía, de modo que deberán estar atentos para cuando sean llamados. También se les explicará dónde tienen que acudir para recibir la información del cirujano una vez terminada la operación, así como del lugar donde se encuentra la REA y se recordarán los horarios de visita, si precisase. (Barrilero JA, Casero JA 2015)

C. Información Anestésica
Se explicará el tipo de anestesia, cómo se administra, las diferentes sensaciones que podrán experimentar, la necesidad de pensar en algo agradable en el caso de la general, así como de la necesidad de estar tranquilo en el caso de la raquídea. Se informará también acerca del proceso de despertar y de las sensaciones que podrán sentir según se vayan pasando los efectos de la anestesia.

Intervenciones De Enfermería
Puesto que la entrevista prequirúrgica sería llevada a cabo por el personal de enfermería, será necesario explicar los diferentes procedimientos que podrán tener lugar, dependiendo de cada tipo de operación. Se explicará, por ejemplo, si será necesario vendar las piernas y se justificará el por qué; si precisará un sondaje vesical y la finalidad del mismo; se explicará también si será necesaria la canal-

ización de otro tipo de vías (ya sea central y/o arterial).

Se informará acerca de los drenajes, puesto que su utilización o no dependerá del transcurso de la operación, o, si fuese necesario, de la realización de una ostomía, así como de la información necesaria, poniendo énfasis en que tendrá toda la ayuda que precise por parte del personal. Se informará también de que es posible que muchas de estas técnicas se realizarán cuando el paciente ya esté bajo los efectos de la anestesia. También como puede sentirse,cansado,dolorido y que son normales(Chirveces E, Arnau A 2016)

Cada persona percibe y se adapta al entorno de una forma única y singular. Las circunstancias frecuentemente dibujan un mapa difuso e incierto que puede repercutir en la percepción del paciente y en sus capacidades para afrontarlo, generando inestabilidad física y emocional.

2 Objetivos

- Detectar principios de ansiedad en pacientes próximos a una cirugía ambulatoria.
- Realizar Test para valoración de la ansiedad en pacientes en el momento previo a la cirugía.
- Elaborar acciones efectivas para realizar una atención eficiente y disminuir la ansiedad en pacientes.

3 Metodología

Tipo de investigación. El presente trabajo será de tipo exploratorio y descriptivo, en base a revisión bibliográfica.
Metodología utilizada. La revisión se basa en el estudio documental y el estudio de casos orientado a obtener informaciones puntuales. Se han utilizado obras y artículos de autores dedicados a la materia para contextualizar el estudio y facilitar la comprensión de los datos.

En primer lugar se llevó a cabo una búsqueda en Google académico de documentos y guías de relatos y testimonios publicados por diferentes sociedades y asociaciones profesionales tanto en España como en el contexto internacional sobre recomendaciones de cribado visual. Esta búsqueda se hizo tanto en español

como en inglés. Posteriormente, se realizó una búsqueda de revisiones bibliográficas de la literatura científica en la Biblioteca Cochrane Plus mediante la ecuación de búsqueda, sin límite de fecha, e incluyendo artículos tanto en inglés como en español. Para la búsqueda de estudios originales se consultó las bases de datos Cindoc, mediante ecuaciones de búsqueda.

Asimismo, se ha realizado una búsqueda sistemática en bases de datos electrónicas en español, entre ellas citamos:
• Google Académico.
• Scielo
• Cindoc
• Pubmed
• TESEO
De estas bases de datos se han seleccionado varios documentos que se encontraban a texto completo, además del uso de los diferentes operadores booleanos (AND, OR y NOT) con las distintas palabras claves mencionadas.

A partir de examinar distintos estudios publicados y referidos de forma directa o trasversal al tema que nos ocupa y teniendo en cuenta el momento en que realizaron, se intenta dar una correcta explicación en donde sean fácilmente reconocibles las características necesarias que nos permita conocer sus perfiles, motivaciones, etc. A la vez que me hago eco de los métodos más adecuados para resolver el problema.

Con dicha búsqueda hemos localizado y recuperado textos relacionados directamente con los objetivos planteados de nuestra investigación y/o que contenían algún aspecto que aclaraba, ampliaba y concretaba contenidos de los diversos epígrafes del presente estudio.
Estrategia de recogida de información. Para la realización del trabajo realizaremos en primer lugar una revisión bibliográfica sobre la temática.
Para ello utilizaremos bibliografía en formato de libro o electrónico, artículos científicos, de revistas, páginas especializadas en internet… posteriormente se realizará una recogida de datos.

4 Resultados

Para conseguir unos resultados positivos en el control de la ansiedad y mejorar el bienestar es necesario dar toda la información posible, y una medida efectiva es establecer la visita prequirúrgica dentro del proceso preoperatorio. Se entiende

como visita prequirúrgica el proceso de personalización de cuidados entre la enfermera de quirófano y el paciente antes de una intervención programada, mediante una entrevista personalizada, con el objetivo de proporcionar información, conocimientos de autocuidado, asesoramiento y disminuir la ansiedad y el temor.

Hay que tener en cuenta que una intervención quirúrgica afecta tanto al paciente como a toda la unidad familiar, por lo que también hay que tener en consideración a la familia en el momento de realizar la visita prequirúrgica. (Barrilero JA, Casero JA 2015) En la bibliografía sobre este tema hay controversia respecto a la eficacia de la visita prequirúrgica sobre la disminución del nivel de ansiedad. Ya en los años 60, un estudio de Egbert et al. Evidenció que la información para disminuir la ansiedad preoperatoria era mucho más efectiva que la medicación con sedación. En el transcurso de los años, más estudios han corroborado esta afirmación, pero en la última década es cuando más se ha investigado sobre este tema.

Los trabajos de Chiriviches et al, Aparcero et al. Y Orihuela-Pérez et al confirman que los pacientes que han recibido información adicional sobre el proceso quirúrgico mediante una visita prequirúrgica estructurada presentan niveles de ansiedad estacional inferiores estadísticamente significativos respecto a los que han recibido la información habitual. Por otro lado, los estudios de Díez-Álvarez et al, Marín Romero et al. Y Navas afirman que la disminución de ansiedad obtenida después de recibir información adicional no es estadísticamente significativa. (Chirveces E, Arnau A 2016)

Otros trabajos publicados hacen referencia al momento en que el paciente comienza a experimentar un aumento de la ansiedad. Hay estudios que afirman que la ansiedad se presenta como mínimo una semana antes del acto quirúrgico, y que se intensifica en las horas previas del ingreso, por lo que sería mucho mejor dar la información preoperatoria antes de que los pacientes ingresasen en el hospital. Incluso algunos autores, como Herrera-Espiñeira et al. Y Kindler, afirman que el nivel cultural y la edad están asociados a una peor comprensión de la información.

A pesar de la controversia de algunas investigaciones respecto la efectividad de la visita prequirúrgica sobre la ansiedad y el dolor, muchos trabajos coinciden en afirmar que la información y la educación que se suministra durante la visita previa a la intervención quirúrgica mejora la percepción de la satisfacción y del

bienestar.
Si bien un poco de ansiedad potencia el estado alerta positivo, una manifestación excesiva desencadena sensaciones y estados negativos que repercutirán sin duda en el tiempo de recuperación de la intervención y en el estado del paciente.

La ansiedad no es una respuesta inmediata como el miedo; aparece más tarde. Es un sentimiento de incomodidad continuo que no se manifiesta de forma instantánea ni desaparece rápidamente. Es una situación aparentemente nueva para el paciente y se manifiesta como resultado de un estado de aprensión y desconocimiento ante una situación nueva y fuera de la rutina diaria. (Sierra JC, Ortega V, Zubeidat I 2013)

Otro de los efectos de la ansiedad en los pacientes quirúrgicos tiene que ver con la comunicación entre paciente y médico. Ya no se trata de si la información que pueda suministrar el médico tendrá efectos beneficiosos o no; la cuestión es que la ansiedad impide que el paciente pueda comprender adecuada, objetiva y razonadamente las instrucciones y descripciones sobre su enfermedad. Podríamos decir que la ansiedad provoca una falta de comunicación. Sucede como si paciente y médico, de pronto, hablaran idiomas distintos. Este ha sido el tema de un trabajo de investigación realizado por Atchison et al., donde se comprobó que en pacientes con problemas de comunicación (bien por su nivel cultural, o bien por ser inmigrantes) su adecuación al tratamiento postoperatorio venía determinada por el nivel de comprensión de las instrucciones dadas por el médico. Mediante la utilización de traductores e instrucciones detalladas se consiguió mayor adherencia a los tratamientos. (Bisbe E, Escolano F, Villalonga A. 2014)

Otro ejemplo de los beneficios de la comunicación viene dado en un estudio realizado por Arslan et al., en el que a sujetos a los que se les iba a practicar por primera vez una rinoplastia se les preguntó por el momento del proceso quirúrgico en el que sintieron mayor ansiedad. Se informa que los efectos de la ansiedad podían ser atenuados en la fase preoperatoria mediante una información detallada de la operación a la que iban a ser sometidos y la administración de algún tranquilizante, en los casos en los que fuera necesario. De igual manera, un procedimiento de visita prequirúrgica estructurada de enfermería en el que el paciente recibía información adicional sobre el proceso quirúrgico produjo una disminución de los niveles de ansiedad situacional.

El estado de ansiedad preoperatoria debería ser tenido en cuenta más allá de

la información verbal que el propio paciente suministre al médico. Es habitual que los anestesistas visiten a los pacientes con la intención de conocer su estado anímico, pero quizá no sean del todo conscientes de las repercusiones que puede tener el no advertir un estado de ansiedad desmedido. Frases como "Quédese tranquilo, es una operación sin importancia, no pasará nada", pueden dejar al paciente con la sensación de que no ha sido escuchado. Las manifestaciones no verbales son muy interesantes a la hora de evaluar el nivel de ansiedad: temblor, sudoración, expresión de la cara, etc.

También deben estar atentos a los cambios fisiológicos que acompañan a estos estados de ansiedad, como cambios en la tensión arterial o en la frecuencia cardiaca, ya que pueden afectar a la respuesta de las drogas anestésicas. En este sentido, los síntomas que alertan de un nivel de ansiedad moderado son: insomnio, pesadillas, cefaleas tensionales, náuseas, dispepsia, sensación de disnea u opresión precortical atípica; muy significativos son los retrasos excusados por el paciente para el día de la operación, casi siempre relacionados con problemas de origen somático, como reacciones alérgicas, resfriados, etc. (Sierra JC, Ortega V, Zubeidat I 2013)

De lo expuesto en este apartado se puede concluir que la evaluación de la ansiedad es un paso previo a su control y, como hasta ahora hemos visto, este control se hace imprescindible si queremos mejorar las condiciones pre y post operatorias, además de los beneficios que aportaría al desarrollo de la propia operación (variables fisiológicas, respuesta a los antibióticos, sedantes, etc.). En ese sentido, hay que tener en cuenta tanto aspectos internos (locus de control) como externos (arquitectura, rutina y decoración hospitalaria) del sujeto. (Barrilero JA, Casero JA 2015)

5 Discusión-Conclusión

Las deducciones que hallamos en el presente trabajo son que las intervenciones quirúrgicas crean ansiedad leve/media y que no se localiza un nexo entre el grado de ansiedad y el sexo o el período de hospitalización previo al procedimiento quirúrgico, mientras que, con la figura de historiales quirúrgicos previos, se crea un mínimo grado de ansiedad, y que las mediaciones psicológicas prequirúrgica y posquirúrgica consienten conocer causas que fomentan ansiedad, perfeccionar la adaptación antes y después de la operación, y fundar un espacio adecuado para mejorar la información y esclarecer las incertidumbres sobre el procedimiento

quirúrgico.

La ansiedad es un reflejo creado inconscientemente que sufre cualquier persona cuando afronta escenarios peligrosos, desconocidos o que supongan un alto riesgo. Un cuadro de ansiedad previo a un procedimiento quirúrgico puede suponer una de las grandes dificultades durante los preparativos ya que mayoría de los pacientes manifiestan algún nivel de ansiedad antes de la cirugía. Los elevados niveles de ansiedad han confirmado intervenir negativamente en las programaciones quirúrgicas y al forjar cambios en el sistema inmunológico. Se ha verificado que la ansiedad preoperatoria está ligada con una recuperación más tardía y dolorida, y con elevada cantidad de obstáculos.

En nuestra revisión hemos localizado mayores grados de ansiedad en varones, sin un margen significativo.
Tampoco hay una diferencia importante conexa con la vía al proceso de acomodación hospitalaria, a pesar de hallar un porcentaje más elevado de pacientes con ansiedad significativa entre quienes fueron intervenidos en las 24 horas primeras. La ansiedad es mucho menor y con una diferencia destacable, en los pacientes que tenían historiales quirúrgicos previos. Posiblemente esto es debido a una situación ya destacada y una educación sobre los programas prequirúrgicos. Muchos pacientes, incluso siendo conocedores del procedimiento, aclarar sus incertidumbres y firmar un consentimiento informado, indican obtener escasa información sobre el procedimiento o exigen más datos referente a la situación.

Las extensas jornadas laborales del equipo sanitario, el estrés marcado a la pauta de trabajo ejecutado y el elevado grado de responsabilidad presente durante el procedimiento con los pacientes y sus familias hace insostenible la opción de que sean los médicos o el equipo de enfermería los responsables de determinar un posible trastorno de ansiedad en pacientes que asisten a la realización de una cirugía. Debido a esto, resulta de gran importancia el diagnóstico, prevención y tratamiento de la ansiedad ante cirugías.

6 Bibliografía

1. Arenas, MC. Diferencias entre hombres y mujeres en los trastornos de ansiedad: una aproximación psicobiología. Escritos de Enfermería. 2014
2. Barraza A. Satisfacción del paciente con los cuidados anestésicos preoperato-

rios en relación con el miedo. Tesis Doctoral. Las Palmas de Gran Canaria 2015.
3. Barrilero JA, Casero JA, Cebrián, Córdoba CA, García F, Gregorio E, et al. Ansiedad y cirugía. Repercusiones en el paciente sometido a cirugía programada. Rev. Enferm 2015.
4. Bisbe E, Escolano F, Villalonga A. Paciente muy ansioso en la visita preoperatoria. En: Gomar C, Villalonga A, editores. Casos clínicos. Anestesiología. Barcelona: Masson; 2014.
5. Calle MA, Cazalla E. Valoración de la ansiedad en pre anestesia en CMA. VIII Congreso Nacional de CMA. Barcelona. 2017.
6. Cardoso MJ, Ramos MI, Torres MD, Fernández-Sánchez N, Rodríguez- Santos L. Peñas E. Interpsiquis. 7º Congreso Virtual de Psiquiatría. 2016.
7. Castro Rodríguez, T. Ansiedad en el paciente pre quirúrgico. Universidad de Valencia. 2015.
8. Cordero-Ponce M, Romero-Sánchez IM, López-Barea J. Abordaje del paciente en unidad de cirugía mayor ambulatoria. Enfermería clínica 2016.
9. Duch Campodarbe FR, Ruiz de Porras Rosselló L, Gimeno Ruiz de Porras D, Aullé Torra B. Psicometría de la ansiedad y la depresión en Atención Primaria. Semergen. 2010.
10. Gallego JL, Rodríguez de la Torre MR, Vázquez-Guerrero JC. Estimación de la prevalencia e intensidad del dolor postoperatorio y su relación con la satisfacción de los pacientes. Rev. Soc. Esp Dolor. 2012.
11. Moix J. Evaluación de la ansiedad en la antesala del quirófano. Medicina Clínica 2007.
12. Paz-Estrada C, Prego-Beltrán C. Miedo y ansiedad a la anestesia en pacientes sometidos a cirugía. Rev. Mex Anest 2016.
13. Miguel-Tobal JJ. La ansiedad. En: Tratado de psicología general: Motivación y emoción. Pinillos JL y Mayor J Madrid: Editorial Alambra; 2012
14. Moix J. Disminución de la ansiedad como factor de mejora de la calidad asistencial en pacientes quirúrgicos. Calidad Asistencial 2015.
15. Sierra JC, Ortega V, Zubeidat I. Ansiedad, Angustia y estrés: Tres conceptos a diferenciar. Revista Mal-estar e Subjetividade 2013
16. Chirveces E, Arnau A. Efecto de una visita de enfermería preoperatoria sobre la ansiedad y el dolor. Enfermería Clínica 2016.
17. Valenzuela-Millán J, Barrera-Serrano J, Ornelas-Aguirre J. Ansiedad preoperatoria en procedimientos anestésicos. 2014.

Capítulo 408

ALIMENTACIÓN Y HÁBITOS ALIMENTARIOS DEL NIÑO ENTRE 2-5 AÑOS.

SARA LÓPEZ GARCÍA

NOELIA PÉREZ LAMUÑO

ALBA MARTÍNEZ ALONSO

CLAUDIA BLANCO MARTINEZ

BEATRIZ TERENTE NEVADO

1 Introducción

Existe un conocimiento generalizado sobre la influencia de la alimentación de los primeros años de vida y la prevención de la enfermedad en el adulto, que se traduce en un gran interés en la alimentación en etapas críticas del desarrollo (lactante y niño pequeño).

El ser humano necesita energía y nutrientes que se almacenan en los alimentos, y dado que ninguno es completo (exceptuando la leche materna) debemos incorporar en la dieta alimentos de los diferentes grupos para hacer de ella una dieta saludable, la cual ha de cumplir los siguientes requisitos: ser variada, poseer los niveles nutricionales adecuados y estar repartida a lo largo del día con arreglo a las condiciones del niño. Los grupos de alimentos que se deben consumir a diario

son cereales, verduras y frutas, grasas y aceites, carne, pescado, leche, huevos y legumbres.

2 Objetivos

- Principal
Describir los principales alimentos que deben ser fundamentales en la dieta de los niños de entre 2 y 5 años.
- Secundarios
Fomentar la alimentación sana desde la etapa preescolar.
Concienciar sobre la importancia de realizar las comidas en familia.

3 Metodología

Se trata de una revisión bibliográfica realizada en el mes de enero de 2020. Las palabras clave utilizadas han sido "nutrición 2-5 años", "niño sano", "alimentación " y "alimentación preescolar". Para la revisión se han buscado artículos en diferentes páginas web y documentos de la Asociación Española de Pediatría.

4 Resultados

El niño, a partir de los 2 años ya sabe comer solo. Esta habilidad debemos aprovecharla para promover su autonomía y fomentar hábitos de vida saludables. Ante todo, comer en familia debe de ser fundamental para que el niño adquiera hábitos alimenticios saludables. En estas edades, los niños imitan muchas acciones que observan en sus padres, abuelos, hermanos… Por ello, que el núcleo familiar se siente en la mesa a comer al mismo tiempo promoverá que el niño tenga curiosidad por probar nuevos alimentos.

En el desayuno, los lácteos deben ser la base. Los hidratos de carbono que contienen los cereales o una rebanada de pan complementan las necesidades nutricionales. Un zumo natural o una fruta pueden completar la primera comida del día. A media mañana es recomendable tomar un pequeño bocadillo, una fruta, un yogurt o un trozo de queso.
El almuerzo debe estar formado por una comida que incluya vegetales, féculas y carne o pescado. Bien puede ser en un único plato, en forma de guiso o menestra, o bien puede estar formado por un primer y un segundo plato. De postre puede tomarse una pieza de fruta.

Para la merienda, al igual que para media mañana podemos ofrecerle al niño un pequeño bocadillo con embutido, un yogur, una fruta o un trozo de queso. La cena debe ser variada y ofrecer pequeñas cantidades. Una buena opción para la cena puede ser una sopa, una pequeña ensalada, pescado o huevo si se tomó carne a mediodía y verduras como guarnición.

5 Discusión-Conclusión

Los niños en edades comprendidas entre los 2 y los 5 años deben de empezar a adquirir unos hábitos saludables en cuanto a alimentación se refiere. Dada la curiosidad de los niños, comer en familia debe ser fundamental para que los más pequeños prueben cosas nuevas que ven comer a sus padres, hermanos o abuelos. Ante todo, la alimentación de los niños en etapa preescolar debe ser muy variada y en pequeñas cantidades.

6 Bibliografía

- Pérez Rodríguez M, Meléndez G, Nieto C, Pfeffer F. Dietary and Physical Activity/Inactivity Factors Associated with - Obesity in School-Aged Children. Adv Nutr. 2012; 3: 622S–628S.
- Robinson S, Fall C. Infant Nutrition and later health: a review of current evidence. Nutrients. 2012; 4: 859-74
- Scaglioni S, Salvioni M, Galimberti C. Influence of parental attitudes in the development of children eating behavior. Br J Nutr. 2008; 99: S22-S25

Capítulo 409

EL MANEJO DEL PACIENTE PORTADOR DE UNA OSTOMÍA.

MARTA TARDON LOPEZ

1 Introducción

Una ostomía es el abocamiento, ya sea temporal o definitivo, de una víscera a la superficie de la piel. Se realiza a través de un orificio llamado estoma cuyas principales características son:
- Permitir la salida del líquido de la víscera
- Introducir sustancias con fines terapéuticos o nutricionales.

Las ostomías pueden ser digestivas:
- Ileostomía: salida al exterior del íleon. Normalmente este tipo de ostomía se encuentra localizada en la parte derecha de la pared abdominal. Las heces son líquidas y ejercen una acción muy irritante para la piel.
- Colostomía: Puede ser ascendente (con un estoma en el lado derecho del abdomen, heces líquidas e irritantes para la pie), transversa (con un estoma en la parte central del abdomen, heces semi-líquidas y poco irritantes para la piel) o descendente (un estoma en la parte izquierda del abdomen, con heces sólidas y no irritantes para la piel).

Además de las ostomías digestivas, también existen las ostomías urinarias que pueden ser de tres tipos diferentes:
- Nefrostomía: derivación del curso de la orina desde el riñón hasta la piel. Se realiza a través de sonda/catéter.

- Ureterostomía: salida al exterior de los uréteres (1 o 2) a través de un estoma.
- Tipo Bricker: este tipo de ostomía urinaria consiste en aislar una parte de íleon donde se abocan los uréteres. Se deriva al exterior un extremo de esta porción formando un estoma. Así la orina se puede verter en la bolsa sin contactar con la piel.

Todos los procedimientos en cuanto al cuidado de una ostomía dependen en gran medida de la enfermera. Por esta razón, cabe destacar la enorme ayuda que puede dar una enfermera a un paciente que ha sido ostomizado. No solo realizando los cambios de bolsas o la cura del estoma sino también involucrándose en el afrontamiento de la ostomía por parte del paciente.

2 Objetivos

- Conocer los principales dispositivos que utiliza el paciente ostomizado.
- Conocer los cuidados de enfermería en el paciente portador de una ostomía.
- Identificar cómo afrontan el proceso los pacientes ostomizados.

3 Metodología

Para llevar a cabo este trabajo se ha realizado una búsqueda bibliográfica en enero de 2020. Se han consultado fuentes de información primarias, secundarias y páginas web empleando tanto lenguaje libre como lenguaje controlado. La principal base de datos empleada ha sido "PubMed". Para elaborar las estrategias de búsqueda se utilizaron los Medical Subjet Headings (MeSH) relacionados con el tema a tratar: "ostomy", "nurses", "nursing care". Asimismo, se ha utilizado el booleano "AND" para adaptar la búsqueda a los objetivos del trabajo.

Los documentos empleados para la realización del trabajo fueron aquellos que cumplían con los siguientes criterios.
- Criterios de inclusión: documentos escritos en inglés o castellano, antigüedad menor de 10 años (a excepción de aquellos artículos que fuesen de gran interés para realizar el trabajo) y que fueran relevantes para la profesión enfermera.
- Criterios de exclusión: documentos de carácter divulgativo y publicaciones con escasa relevancia para la profesión enfermera.
De esta manera, a lo largo del trabajo se han empleado un total de 4 referencias bibliográficas.

4 Resultados

El paciente ostomizado puede utilizar distintos dispositivos cuya función es la recogida de las heces. Los diferentes dispositivos se pueden dividir en dos grupos:
- Colectores: destacan por una recogida cómoda y eficaz de las excreciones. Además, están formados por una parte adhesiva y la bolsa. Existen distintos tipos. Pueden ser cerrados, abiertos o de urostomía, de 1,2 o 3 piezas y transparentes u opacos.
- Continentes: Se utilizan para conseguir el control voluntario de la excreción de las heces. Ideales en: colostomías descendentes o sigmoides, con heces sólidas, y regularidad en las excreciones. Este tipo de dispositivos destacan porque mejoran la calidad de vida del paciente. Los principales métodos son la irrigación (lavado intestinal con agua) y obturador, que bloquea un tiempo la salida de heces pudiendo prescindir de la bolsa.

Los cuidados de enfermería que se realizan en el paciente portador de un estoma abarcan varias fases. En primer lugar, se llevan a cabo distintos cuidados preoperatorios:
- Preparación intestinal del paciente.
- Preparación psicológica del paciente para afrontar el estoma y su nueva vida.
- Marcación de la ubicación del estoma.

Además, la enfermera también realiza cuidados postoperatorios inmediatos como son:
- La toma de constantes vitales tras la intervención quirúrgica.
- Cuidado del estoma. Control del color del estoma (debe de ser rojo), del sangrado, tamaño y forma, estado de la piel periestomal, cantidad y tipo de heces, psobiles complicaciones (destacan la retracción del estoma o los granulomas)
- Cuidado de la herida quirúrgica.
- Control de drenajes.
- Control de sondas.

Finalmente, el paciente ostomizado también necesita cuidados postoperatorios a corto plazo. Destacan:
- Promover la movilización del paciente.
- Cuidados del estoma.
- Cuidados de la piel periostomal.
- Retirada de drenajes.

- Retirada de sondas.

Entre los años 2008 y 2009 en el Hospital Regional Universitario Carlos Haya de Málaga, se llevó a cabo un estudio realizado a 21 pacientes que habían sido ostomizados. El objetivo del estudio era conocer cómo era el proceso de afrontamiento en personas que habían sido ostomizadas recientemente. Debido a la importancia de la relación enfermera-paciente cada enfermera recogió los datos de su propio paciente a través de unas entrevistas. Además, se contaba con dos investigadores por entrevista.

Los pacientes participantes en el estudio estaban comprendidos entre los 19 y los 73 años. Había 12 mujeres y 9 hombres. Además, 5 de ellos tenían una ostomía definitiva y 16 la tenían temporal. Las principales causas de estas ostomías fueron: cáncer colorrectal, enfermedad intestinal inflamatoria e infección en el periné. Los resultados obtenidos fueron que el estrés no estaba causado por los cambios que podría provocar el estoma en la imagen corporal del paciente. El estrés era consecuencia de la ausencia de control sobre las excreciones en la bolsa y de la percepción del estoma como un elemento condicionante en sus vidas.

Además, los investigadores descubrieron que existían dos maneras para afrontar el estrés: estrategias dirigidas para solucionar los problemas y estrategias dirigidas a las emociones. El paciente que utilizaba estrategias de afrontamiento dirigidas a solucionar los problemas actuaba directamente sobre la causa que originaba el problema. En cambio, los pacientes que empleaban las estrategias de afrontamiento dirigidas a las emociones trataban de eliminar la angustia que sentían por una determinada situación.

Los resultados concluyeron que las estrategias que resultan imprescindibles para lograr la autonomía del paciente son las que están dirigidas a solucionar los problemas. Las estrategias que utiliza cada persona para afrontar este tipo de situaciones dependen de los factores moduladores del afrontamiento. Algunos de ellos son: conocer a personas ostomizadas, las experiencias durante la hospitalización, la información preoperatoria y la relación enfermera-paciente

5 Discusión-Conclusión

1. La enfermera tiene una labor fundamental durante todas las fases de la intervención (antes, durante y después de la ostomía).
2. Dentro de los cuidados de enfermería destaca el cuidado del estoma donde las enfermeras deben de integrar al paciente en su cuidado.
3. La principal consecuencia psicológica que sufren estos pacientes es el estrés, sobre todo justo después de la intervención.
4. Cada paciente utiliza diferentes estrategias para afrontar el estrés destacando los factores moduladores del afrontamiento.

6 Bibliografía

1. Martín Muñoz Begoña, Panduro Jiménez Rosa Mª, Crespillo Díaz Yolanda, Rojas Suárez Lucía, González Navarro Silvia. El proceso de afrontamiento en personas recientemente ostomizadas. Index Enferm [Internet] 2010 [acceso 29/01/2020]; 19(2-3): 115-119. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010002200009&lng=es&nrm=iso
2. Crespillo Díaz Antonia Yolanda, Martín Muñoz Begoña. La adaptación al entorno sociofamiliar del paciente ostomizado: Estudio cualitativo de un caso. Index Enferm [Internet] 2012 [acceso 14/01/2020]; 21(1-2): 43-47. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962012001100110&lng=es&nrm=iso
3. Fundación Ayúdate. Guía práctica para personas ostomizadas: El apoyo vital después del alta hospitalaria. Fundación Ayúdate; 2005.
4. Turkmenoglu G, Karadag A. Management & Prevention [Internet]. 2019 [acceso 16/01/2020] ;65(11):33–41. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31702993
5. Bonill de las Nieves Candela, Hueso Montoro César, Celdrán Mañas Miriam, Rivas Marín Concepción, Sánchez Crisol Inmaculada, Morales Asencio José Miguel. Viviendo con un estoma digestivo: la importancia del apoyo familiar. Index Enferm [Internet] 2013 [acceso 17/01/2020]; 22(4): 209-213. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962013003300004&lng=es&nrm=iso

Capítulo 410

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN.

SARA FERNÁNDEZ GONZÁLEZ

1 Introducción

La Enfermedad de Crohn (EC) es una patología digestiva crónica que cursa con un proceso inflamatorio del tracto gastrointestinal, pudiendo afectar a todas sus capas (mucosa, submucosa, muscular y serosa), lo que se conoce como afectación transmural. También, a toda su longitud, es decir, desde la mucosa oral hasta el ano, aunque con mayor frecuencia aparece en el íleon distal y en el colon. Además, afecta de forma segmentaria o "salteada", es decir, puede haber zonas sanas intercaladas con zonas afectadas. Junto con la colitis ulcerosa (CU) pertenece al grupo de enfermedades inflamatorias intestinales (EII). La EC cursa en forma de brotes o exacerbaciones, es decir, períodos en que la enfermedad está activa y aparece sintomatología, intercalados con fases de remisión, en las que no hay manifestaciones clínicas de la enfermedad.

Los síntomas son de inicio insidioso, pueden ser muy variados y dependen mayoritariamente de la localización del tramo del tubo digestivo afectado, de la edad y de la gravedad de la enfermedad. Entre las manifestaciones clínicas principales de esta enfermedad aparecen:

- Diarrea: es el síntoma principal junto al dolor abdominal. Es dolorosa, dificulta el descanso, se acompaña de tenesmo o incontinencia y puede contener sangre y, con menor frecuencia, moco.

- Dolor abdominal: de tipo cólico, sobre todo en fosa iliaca derecha (FID) o zona periumbilical.
- Pérdida de peso importante: relacionado con diversos factores como por ejemplo que la enfermedad curse con pocos periodos de remisión, frecuentes diarreas, malabsorción de nutrientes en los tramos afectados, pérdida de apetito, etc.
- Fiebre: febrícula o picos febriles cuando hay complicaciones infecciosas.
- Síntomas derivados de la malabsorción: astenia, anorexia o caquexia, anemia, etc. A medida que la enfermedad progresa, la superficie de absorción de la mucosa puede sufrir alteraciones, lo que daría lugar a carencias nutricionales.
- Masa abdominal o dolor a la palpación: puede ser indicativo de un intestino dilatado.
- Lesiones anales: fisuras, úlceras o fístulas.
- Manifestaciones extradigestivas: arteriopatías periféricas como la artritis, eritema nudoso, aftas bucales (estomatitis), anemia, uveítis, etc. Estas manifestaciones no tienen por qué presentarse junto a un brote de la enfermedad, también pueden presentarse de forma aislada.

Para el diagnóstico de la EC, no existe una única prueba y los pasos a seguir dependerá de la clínica, de los resultados en la anamnesis, en la exploración física y de las pruebas de laboratorio, estudios de imágen, procedimientos endoscópicos y biopsias. El diagnóstico de confirmación se basa en la demostración de la presencia focal, asimétrica y transmural de granulomas inflamatorios.
La educación para la salud indica la necesidad de modificar los estilos de vida. Incluye el asesoramiento nutricional o recomendaciones dietéticas, la eliminación de los factores de riesgo que puedan producir una exacerbación de la enfermedad como el hábito tabáquico, ciertos alimentos, el estrés, algunos medicamentos y evitar infecciones:
Recomendaciones dietéticas: se aconseja una dieta nutritiva y los pacientes deben determinar qué alimentos exacerban sus síntomas y evitarlos. Deben de comprobar en el cartonaje de los alimentos la presencia de substancias dañinas como, por ejemplo, el carragenano, un aditivo alimentario involucrado en las EII. Se recomienda beber abundantes líquidos y evitar la ingesta de alcohol, disminuir el consumo de lácteos, alimentos ricos en grasas y alimentos que provoquen gases. Los pacientes deben reducir la ingesta de hidratos de carbono y ser derivados a especialistas nutricionales, si es necesario.
La educación nutricional debe hacerse a pacientes y a familiares.
- Hábito tabáquico: a los pacientes fumadores hay que recomendarles dejar de fumar, ya que el tabaco agrava el proceso de la enfermedad, favorece la formación de fístulas y contribuye a la respuesta subóptima del tratamiento médico.

- Estrés: deben enseñarse habilidades para disminuir el estrés, ya que este tiene un impacto negativo sobre la patología. Las terapias psicológicas pueden ayudar a hacer frente de manera más eficaz a la enfermedad.
- Medicamentos: el uso de anticonceptivos orales y fármacos antiinflamatorios no esteroideos y no selectivos pueden exacerbar la enfermedad. Se le debe explicar al paciente la importancia de cumplir el régimen farmacológico y seguimiento con su médico, según lo recomendado. se puede ofrecer Paracetamol debido a que se tolera fácilmente por vía oral. El uso de antibióticos disminuye el riesgo de recaída de la enfermedad. Es importancia de explicar al paciente que debe cumplir el tratamiento y ayudarle a identificar los efectos adversos.
- Evitar infecciones: las personas con EC tienen más riesgo de infecciones, debido a la propia patología que provoca pérdida de la integridad de la mucosa, los fármacos utilizados que afectan el sistema inmune, los procedimientos quirúrgicos o los casos de desnutrición. Para prevenir infecciones oportunistas se deben tener en cuenta las vacunas, la quimioprofilaxis y la educación del paciente. En cuanto a las vacunas, el mejor momento para administrarlas es antes de empezar la terapia con tratamiento inmunosupresor. Las vacunas con agentes patógenos inactivados o muertos pueden ser administradas incluso con tratamiento inmunosupresor, pero posteriormente deberá comprobarse su efecto con una serología. Las vacunas con agentes patógenos atenuados o vivos están contraindicadas durante este tratamiento, por lo que deben ser administradas después de 3 meses de su finalización. En el caso de tratamiento con corticoides se pueden administrar al cabo de un mes después de finalizado éste. Los pacientes deben consultar al médico si experimentan manifestaciones clínicas. El papel de enfermería es educar a los pacientes y animarles a vacunarse, incluso con las vacunas de la gripe y el neumococo.

2 Objetivos

- Determinar las intervenciones de enfermería que pueden ayudar a mejorar la calidad de vida de los pacientes con Enfermedad de Crohn.
- Determinar si la modificación de los estilos de vida es eficaz para mejorar la calidad de vida de pacientes con Enfermedad de Crohn.
- Identificar cuáles son las intervenciones enfermeras que pueden mejorar los síntomas de pacientes con Enfermedad de Crohn.
- Determinar qué tipo de apoyo debe realizar la enfermera a un paciente con Enfermedad de Crohn.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Para llevar a cabo esta revisión, se utilizaron las siguientes bases de datos como fuente de información: Pubmed, Cinahl, Cuidate, SciELO, Cuiden Plus y Biblioteca Cochrane Plus.
Los términos de búsqueda incluyeron las siguientes palabras clave: revisión, calidad de vida, educación, educación sanitaria, cuidados de enfermería, enfermera, enfermería, enfermedad de Crohn y enfermedad inflamatoria intestinal.

4 Bibliografía

1. Infermera virtual [sede web]. Barcelona: Collegi Oficial d'Infermeres i Infermers de Barcelona; 2020 [acceso]. Lo que se necesita saber: enfermedad inflamatoria intestinal.
2. Fisterra [sede web]. 2012 [acceso]. Enfermedad de Crohn.
3. Ferrara LR, Saccomano SJ. Crohn disease: recognition is key. Nurse Pract. 2012 Dec 10;37(12):22-8. Smith CJ, Harris H. Crohn disease: taking charge of a lifelong disorder. Nursing. 2014 Dec;44(12):36 42.
4. Brown AC, Rampertab SD, Mullin GE. Existing dietary guidelines for Crohn's disease and ulcerative colitis. Expert Rev Gastroenterol Hepatol. 2011 Jun; 5(3):411-25.
5. Todorovic V. Providing holistic support for patients with inflammatory bowel disease. Br J Community Nurs. 2012 Oct; 17(10):466, 468-72.
6. Martin TD, Chan SS, Hart AR. Environmental factors in the relapse and recurrence of inflammatory bowel disease: a review of the literature. Dig Dis Sci. 2015 May; 60(5):1396-405.
7. Mill J, Lawrance IC. Preventing infective complications in inflammatory bowel disease. World J Gastroenterol. 2014 Aug 7; 20(29):9691-8
8. Häuser W, Moser G, Klose P, Mikocka-Walus A. Psychosocial issues in evidence-based guidelines on inflammatory bowel diseases: a review. World J Gastroenterol. 2014 Apr 7; 20(13):3663-71.
9. Hernández-Sampelayo P, Seoane M, Oltra L, Marín L, Torrejón A, Vera MI, et al. Contribution of nurses to the quality of care in management of inflammatory bowel disease: a synthesis of the evidence. J Crohns Colitis. 2010 Dec; 4(6):611-22.

Capítulo 411

GUANTES SANITARIOS

FLOR AIDA VALBUENA FERNÁNDEZ

1 Introducción

Los guantes sanitarios son la primera medida de prevención frente al riesgo biológico y está demostrado que el llevar puesto guantes en caso de pinchazo accidental/accidente biológico reduce el volumen de sangre transferida hasta en un 50% y por tanto se reduce de manera muy importante el riesgo de contraer alguna infección por los agentes biológicos que, eventualmente, pudiera tener el paciente fuente.

Los guantes sanitarios tienen dos funciones principales:
1. Actuar como Equipo de Protección Individual (EPI)
2. Evitar la transmisión de agentes patógenos de un paciente a otro, por tanto prevenir infecciones nosocomiales.

2 Objetivos

Conocer los tipos de guantes sanitarios y las indicaciones de uso de los mismo según las actividades a realizar.

3 Metodología

Realización de una revisión bibliográfica en las principales bases de datos, tales como Cochrane, Dialnet, SciELO. También se hicieron búsquedas en Google Scholar.

4 Resultados

El uso de guantes sanitarios está demostrado que es un EPI de alta eficacia para no exponerse a agentes biológicos y para evitar las infecciones nosocomiales.

Debemos tener en cuenta qué situaciones son las que precisan de uso de guantes sanitarios:
• Procedimientos o técnicas en los que haya contacto con sangre, tejidos y fluidos biológicos.
• Manipulación de fómites o superficies contaminadas con sangre o fluidos biológicos.
• Manejo de lencería sucia, desechos u otros materiales contaminados con sangre o fluidos corporales.
• Curas de heridas y procedimientos quirúrgicos.
• Extracciones sanguíneas, colocación de catéteres, intubación, aspiración de secreciones.
• Contacto con mucosas o piel no íntegra. Procedimientos con riesgo de salpicaduras.
• Aislamientos hospitalarios.
• Manipulación de agentes citostáticos, productos químicos, desechos.
• Administración medicación parenteral.
• Cuando hay que hacer un técnica estéril.
• Usara siempre que el trabajador/a presente lesiones, heridas o cortes en la piel.

No debemos olvidarnos nunca que es necesaria la correcta HIGIENE DE MANOS antes y después del uso de guantes (lavado con jabón y/o desinfección con soluciones hidroalcohólicas) así como conocer que debemos realizar un cambio de los mismos:
- Entre diferentes pacientes.
- Cuando los guantes sufren salpicaduras o roturas.
- Cuando en el mismo paciente pasamos de una zona más contaminada a otra más limpia.
- Cuando cambiamos de procedimiento en el mismo paciente.

Las actividades en las que NO es necesario el uso de guantes son:
• Traslados de pacientes.
• Reparto y recogida de comida, manipular material limpio.
• Cambiar o recoger ropa de cama que no esté manchada con fluidos.

• Examen del paciente sobre piel íntegra: toma de constantes, ECG, exploración radiológica,etc.
• Administración medicación vía oral, cambiar goteros o ajustes de los mismos.
• Fisioterapia sobre piel íntegra.

Existen diferentes tipo de materiales en la fabricación de guantes y presentan diferentes características:

1. Látex:
- Buena eficacia frente a agentes biológicos.
- Alta sensibilidad y se adaptan bien.
- Deben cambiarse cada 15-30 minutos los de examen y los quirúrgicos cada 1-3 horas.
- Contiene alérgenos, precaución en su uso.

2. Vinilo:
- Es una alternativa al látex para tareas de corta duración y con riesgo mínimo de exposición a agentes biológicos.
- Pueden usarse en manipulación alimentos, transporte de muestras, , higiene de los pacientes.
- Deben cambiarse cada 15 minutos.

3. Nitrilo
- Es una buena alternativa al látex con la eficacia frente a agentes biológicos.
- Indicados en manipulación de productos químicos.
- Deben cambiarse cada 15-30 minutos.

4. Neopreno
- Es una buena alternativa al látex en actividades quirúrgicas que precisen de adaptabilidad y sensibilidad.
- Cambiarse cada 1-3 horas.

Antes de la utilización de guantes han de tenerse en cuenta unas medias a seguir:
1. Las manos no deben tener anillos, relojes, etc. que puedan romper el guante. Deben llevarse las uñas y sin esmaltes para favorecer una buena limpieza previa y posterior.
2. Realizar la higiene de manos de manera correcta.

Los pasos para una técnica correcta de lavado de manos según la Organización Mundial de la Salud son:
- Mojarse las manos.

- Aplicar suficiente jabón para cubrir toda la mano.
- Frotar las palmas entre si.
- Frotar la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos , y viceversa.
- Frotar las palmas de las manos entre sí , con los dedos entrelazados.
- Frotar el dorso de los dedos de una mano contra la palma de la mano opuesta , manteniendo unidos los dedos.
- Rodeando el pulgar izquierdo con la palma de la mano derecha, frotarlo con un movimiento de rotación, y viceversa.
- Frotar la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación, y viceversa.
- Enjuagar las manos.
- Secar las manos con una toalla de un solo uso.
- Utilizar la toalla para cerrar el grifo.

5 Discusión-Conclusión

Es importante conocer qué tipo de guante es el más indicado para la actividad que vamos a realizar, así como saber si ha de usarse guantes o no; en función del tipo de guante que usemos debemos conocer las características para hacer un uso eficiente del mismo.

6 Bibliografía

- https://www.cochranelibrary.com/
- https://www.sciencedirect.com/
- http://scielo.isciii.es/

Capítulo 412

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO: RECONOCIMIENTO DE SÍNTOMAS Y ABORDAJE PRECOZ.

AIDA CALLEJA MUÑIZ

ANDREA GONZALEZ FERNANDEZ

GEMA FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ

MARÍA DEL MAR GONZÁLEZ BASANTE

1 Introducción

La depresión postparto (DPP) es el trastorno psiquiátrico más común del periodo perinatal. Nuevas investigaciones sugieren que el periodo de riesgo se amplía a su aparición durante el embarazo y hasta 3 meses postparto, siendo este periodo el de mayor vulnerabilidad.

Según la OMS, la prevalencia mundial de la depresión postparto se mantiene entre un 10-20%; es decir una de cada diez mujeres padece este tipo de trastorno, siendo tres veces más elevada su incidencia en países en vías de desarrollo que en países desarrollados.

La OMS reconoce que las mujeres tienen mayor predisposición (7-12%) de presentar un episodio depresivo durante su vida, siendo más probable en periodos

de transición y adaptación como es el embarazo y el postparto, incluso estiman, que será la segunda causa de discapacidad a nivel mundial.

La depresión postparto comparte sintomatología con los estados depresivos en general pero con características singulares que lo convierte en una entidad específica. Los cambios bioquímicos, hormonales, psicológicos y sociales predisponen a un estado de vulnerabilidad ante la aparición de cuadros ansioso-depresivos.

2 Objetivos

- Profundizar en el conocimiento de la depresión postparto, conocer sus síntomas e identificar los factores de riesgo.
- Implementar un abordaje precoz de la depresión postparto entre el equipo multidisciplinar, como prioridad clave para la prevención de futuras complicaciones.

3 Metodología

Realizamos una revisión bibliográfica de estudios científicos en Inglés y Castellano registrados en bases de datos como Google Académico, Pubmed y Cochrane desde el año 2014 hasta la actualidad.

Para la búsqueda de estudios se han utilizado palabras clave como “factores de riesgo”, “depresión”, “postparto”, “perinatal” y “embarazo”.

4 Resultados

El periodo perinatal constituye un periodo de gran susceptibilidad debido a los cambios fisiológicos y hormonales, a la nueva situación de maternidad y a la demanda continua del recién nacido.

Existe un grupo heterogéneo de factores de riesgo biológicos, psicosociales y ambientales que pueden desencadenar una sintomatología múltiple y variada ante los que una prevención y detección precoz son claves en el manejo de la depresión postparto.

Se ha estudiado como beneficioso, un abordaje precoz de la sintomatología con psicoterapias grupales e individuales y psicoterapia cognitivo-conductual, previo a la utilización de psicofármacos, siendo efectivo cuando se realiza una captación precoz de los síntomas prodrómicos de los estados depresivos.

La Escala de Edimburgo se convierte en el test principal de diagnóstico precoz de la depresión postparto, siendo aprobado en 1987 por la ONU, OMS y UNICEF.

Para poder captar de manera precoz la sintomatología depresiva debemos diferenciar tres estados clínicos diferentes:
-"Baby blues o disforia postparto": se ha observado que el 60-85% de las mujeres muestran algún síntoma precoz de apariencia depresiva, autolimitada, manifestándose con síntomas leves que no llegan a requerir tratamiento. Puede durar hasta 2 semanas postparto.
-Psicosis postparto; con una prevalencia del 0,1-0,2%, se trata del trastorno afectivo más severo, cursando con sintomatología depresiva profunda, pérdida de la percepción de la realidad, euforia, ilusiones y alucinaciones, y requiriendo tratamiento médico urgente.
-Depresión postparto (DPP): con una prevalencia del 10-20%, y una duración variable, cursa con sintomatología acorde a estados depresivos mayores como sentimientos de culpa, pérdida de apetito, labilidad emocional, llanto incontrolable, trastornos del sueño, obsesión por el bienestar del recién nacido o por el contrario rechazo hacia la maternidad. Requiere valoración y tratamiento por parte del equipo multidisciplinar para tratar la fase aguda y prevenir futuras complicaciones.

Los principales factores de riesgo de aparición de la depresión postparto son:
-Síntomas depresivos y ansiedad durante el embarazo, como antecedente de historia clínica personal que aumentaría el riesgo de depresión en el periodo postnatal hasta en un 35%, así como historia de depresión postparto previa que aumenta el riesgo hasta en un 50%.
-Eventos estresantes (divorcios, defunciones, pérdida trabajo), que conllevan una inestabilidad emocional.
-Embarazo y parto: los cambios hormonales se han descrito como la etiología de más peso en la aparición de la depresión postparto.. Los estrógenos y la progesterona afectan de manera directa al sistema nerviosa central induciendo o inhibiendo los centros hipotalámicos e hipofisarios.
-Soporte social y familiar inadecuado, relacionado con bajo nivel socioeconómico, con un aumento en la incidencia del 38% y el embarazo en adolescentes con una incidencia de aparición de la depresión postparto de hasta un 26%.
- Factores de riesgo obstétrico como son la morbilidad materna o fetal, abortos previos, complicaciones intraparto, cesáreas de urgencia, recuerdo negativo del parto o separación de la madre y recién nacido en el postparto inmediato.
-Violencia intrafamiliar: la sintomatología depresiva aumenta el riesgo de depre-

sión en la pareja causando malestar intrafamiliar pudiendo incluso llegar a existir violencia doméstica.
- Problemas de abuso de alcohol y drogas: el uso de sustancias tóxicas aumenta el riesgo de estados ansioso-depresivos y una inadaptación a los cambios fisiológicos, sociales y personales que conllevan el periodo de postparto.

Estos factores de riesgo predisponen un estado de inestabilidad emocional en el que los recursos personales de gestión de las emociones juegan un papel clave a la hora de afrontar la vivencia de la maternidad.

5 Discusión-Conclusión

Los estados depresivos en el periodo perinatal y postnatal constituyen una prioridad de Salud Pública por la repercusión en el bienestar materno, familiar y del recién nacido, por lo que un abordaje óptimo se convierte en punto clave para prevenir potenciales complicaciones.

El reconocimiento de los síntomas depresivos durante el seguimiento del embarazo forma parte de un abordaje precoz óptimo para la prevención y el tratamiento de la depresión ya que como se ha revisado en diferentes estudios, la depresión antenatal y la historia clínica personal de estados depresivos, va fuertemente correlacionada con la aparición de depresión postparto.

Se ha visto en diferentes estudios que cada cultura asume de forma diferente la gestación y la maternidad, el cambio de roles y la adaptación a la nueva vida, teniendo relación directa con la adaptación al período postparto.

Es imprescindible una correcta educación sanitaria para explicar tanto a la mujer como al entorno familiar los cambios que se van a producir tanto fisiológicos como emocionales, que permitan una correcta adaptación a la nueva situación de vida.

La importancia de la depresión postparto reafirma la necesidad de realizar un plan de cuidados personalizado, flexible, adaptado a cada mujer para educar, prevenir y ayudar a la mujer y a su entorno familiar.

6 Bibliografía

1) Mendoza B Constanza, Saldivia Sandra. Actualización en depresión postparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje. Rev. méd. Chile [Internet]. 2015 Jul [citado 2020 Enero 15] ; 143(7): 887-894.
2) Michael, E., Silverman, Ph.D.et al, ´The risk factors for postpartum depression: a population-based study´, Depression and Anxiety vol.34,178-187, 18 Jan 2017
3) Molero Katherine L, Urdaneta Machado José Ramón, V Charles, Baabel Zambrano Nasser, Contreras Benítez Alfi, Azuaje Quiroz Estefany et al . Prevalencia de depresión posparto en puérperas adolescentes y adultas. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2014 [citado 2020 Feb 02]; 79(4):294-304.
4) Romero R Daniela, Orozco R Luz Adriana, Ybarra S José Luis, Gracia R Blanca Irene. Sintomatología depresiva en el post parto y factores psicosociales asociados. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2017 Abr [citado 2020 Enero 28] ; 82(2): 152-162.
5) Villegas Loaiza N, Paniagua Dachner A, Vargas Morales JA. Generalidades y diagnóstico de la depresión posparto. Rev.méd.sinerg. [Internet]. 18 de junio de 2019 [citado 01 de febrero de 2020];4(7):e261.

Capítulo 413

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS HORMONALES.

MARÍA DEL PILAR LÓPEZ PIZARRO

GEMA NÚÑEZ-BARRANCO GARCÍA

1 Introducción

Los anticonceptivos hormonales son uno de los métodos contraceptivos más utilizados en nuestro país.
Sus mecanismos de acción son:
- Inhibe la ovulación.
- Altera la producción del moco cervical.
- Disminuye el grosor del endometrio dificultando la implantación del embrión.
- Dificulta el transporte del ovocito por la trompa.

2 Objetivos

- Saber qué son los anticonceptivos hormonales orales (AHO).
- Conocer las contraindicaciones absolutas de los AHO.
- Conocer los diferentes tipos de anticonceptivos hormonales.

3 Metodología

Para realizar el siguiente capítulo se llevó a cabo una exhaustiva búsqueda en diferentes medios y bases de datos como Pubmed, Scielo, Medline. También se

consultaron temarios y guías usando las palabras clave: anticonceptivos, métodos.
Combinando los operadores booleanos ”AND” y ”OR” para combinar las diferentes palabras clave y obtener unos resultados más precisos y más ajustados a nuestras necesidades.
Se han tomado como criterios de inclusión: publicaciones y documentos en español, rechazando los que no se ajustaban a los criterios establecidos.
Se seleccionaron los artículos más recientes y que informasen sobre los objetivos marcados. Y de ellos se sustrajo información pertinente.

4 Resultados

Contraindicación absoluta de AHO combinados:
• Hipertrigliceridemias severas.
• DM con vasculopatía asociada y/o neuropatía.
• Antecedentes personales de tromboembolismo venoso.
• Trombofilia familiar.
• Ictus cerebral.
• Episodio de tromboembolismo en familiar.
• Trombofilia adquirida.
• Tabaquismo en mujeres mayores de 35 años.
• Antecedente o presencia actual de cáncer de mama.
• Embarazo.
• Hemorragia genital no diagnosticada.
• HTA.
• Hepatopatía activa

Parches Transdérmicos Combinados
Compuestos por etinilestradiol y norelgestromina.
Eficacia superior al 99%.
Pauta semanal.
Buena adhesividad.
Sólo se ve si la mujer quiere.

Anillo Vaginal
Compuesto por etinilestradiol y etonorgestrel de liberación prolongada.
Eficacia similar a la píldora.
Pauta mensual.

Sin efectos sobre el peso.
Se coloca en vagina durante 3 semanas.

Hormonal Solo Gestágenos, Minipíldora.
Hay ciclos irregulares y hemorragias intermenstruales.
Progestágenos orales
Dosis bajas en 28 comprimidos
Inyección Trimestral
• Posee sólo progetágenos
• Se administra en los primeros 5 días del ciclo
• Modifica el ciclo menstrual

Implante Subdérmico
• Es una varilla no biodegradable de color blanquecino compuesto por etonogestrel (progestágeno).
• Inhibe la ovulación.
• Se implanta por vía subdérmica en la cara interna del brazo no dominante (día 1-5 del ciclo) por un profesional.
• Su eficacia dura 3 años.
• Se asocia a un sangrado menstrual irregular y algunas veces con la ausencia de sangrado.
Contraindicado en sospecha de embarazo, tromboembolia venosa activa, antecedentes de enfermedad hepática severa, tumores progestágeno-dependientes, hipersensibilidad

DIU Hormonal
El DIU hormonal comercializado en España es el de LNG de 52 mg de liberación de forma graduada con una duración de 5 años y el de 13,5 mg LNG de 3 años de duración.

Se coloca en los 7 primeros días del ciclo y si es tras un aborto del primer trimestre se puede colocar inmediatamente.

5 Discusión-Conclusión

Los Anticonceptivos hormonales son una parte importante dentro de los métodos de contracepción y unos de los más utilizados en nuestro país. El conocimiento de su uso por parte de la población y los profesionales y de sus contraindicaciones podría ser de gran utilidad.

6 Bibliografía

• Rebecca H Allen. Combined estrogen-progestin oral contraceptives: Patient selection, counseling, and use. (actualizado Enero 2020). Uptodate. Disponible https://www.uptodate.com/contents/combined-estrogen-progestin-oral-contraceptives-patient-selection-counseling-and-use?search=anticonceptivos%20hormonales&source=search_result&selectedTitle=1150&usage_type=default&display_rank=1
• Jennifer Kerns. Hormonal contraceptive vaginal rings. (actualizado Enero 2020). Uptodate. Disponible https://www.uptodate.com/contents/hormonal-contraceptive-vaginal-rings?search=anticonceptivos%20hormonales&source=search_result&selectedTitle=5150&usage_-type=default&display_rank=5
• Abizanda González M, Doval Conde L,Toquero de la Torre F, Vega Martinéz M, Villegas Pablos M. Guía de buenas prácticas clínicas en Anticoncepción. International Marketing & Communication, S.A

Capítulo 414

LA IMPORTANCIA DEL APORTE DE FRUTAS EN LA DIETA POR LAS PROPIEDADES QUE POSEEN PARA NUESTRA SALUD

RUTH VIGIL LAGRANDA

NATIVIDAD GOMEZ FELIZ

1 Introducción

Realizamos esta revisión bibliográfica para dar a conocer las propiedades de las frutas , y la necesidad de introducción de ellas en nuestra dieta , por las propiedades que proporcionan para nuestra salud. Enfocaremos el trabajo a las frutas mas utilizadas en una dieta mediterránea.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es fundamentalmente conocer las propiedades de las frutas en relación con la salud e identificar y relacionar los beneficios beneficios de las frutas con los diferentes problemas de salud específicos.

3 Metodología

Para llevar a cabo el trabajo , se han utilizado las bases de datos PUDMED, MEDLINE y búsqueda avanzada en el buscador GOOGLE. Hemos limitado la búsqueda

temporalmente al intervalo de 2003 -2018. Los descriptores en español utilizados han sido ”frutas”, ”calidad de vida”, ”propiedades”, ”beneficios” ”prevención” y ”salud”.
De un total de 30 publicaciones, fueron seleccionadas 16.

4 Resultados

Las siguientes frutas, Limón , Fresas, Plátano , Manzana y Naranjas, aportan beneficios en común para la salud: cardiovasculares, tiene propiedades diuréticas, también aportan propiedades beneficiosas para el sistema nervioso, anti inflamatorias , todas ellas mejoran la función gastrointestinal , protegen la piel , el cabello y las uñas. Se demuestra también que poseen propiedades para ayudar en la prevención de diferentes tipos de cáncer.
Mas individualmente aportan:

- Limón: efecto diurético, protege al estómago de ulceras y gastritis. También preserva la salud de la vista y los vasos sanguíneos.
- Fresa: se demuestra que contiene ácido acetilsalicílico con propiedades analgésicas, antiinflamatorias y diuréticas.
- Plátano: Es la fruta ideal para deportistas y personas con HTA por su alto aporte de magnesio, es un buen relajante muscular y del sistema nervioso.
- Manzana: Tiene importante contenido de pectina por lo que regula el tránsito intestinal, ayuda a rebajar el colesterol y tratar la arteriosclerosis, son una fruta muy rica en queracitinas, por lo que tiene propiedades anticancerígenas.
- Naranja: En un proceso gripal y de resfriado, acorta el tiempo de enfermedad y reduce los síntomas. Rica en hesperidina, con propiedades protectora de los capilares, varices y hemorroides entre otros. Contiene flavonoides que ayudan a reducir el colesterol.

5 Discusión-Conclusión

Cabe destacar la escasa producción científica sobre el tema, pero podemos concluir que las frutas consumidas de manera diaria aportan importantes beneficios tanto para prevenir como para aliviar o mejorar determinados problemas de salud.

6 Bibliografía

1.Botanical-online(internet).Madrid. C1999-2017(citado 10 Mayo 2017).Disponible en:www.botanical-online.com
2.Alber Ronal Morales. Frutoterapia, nutricion y salud. Madrid: EDAF;2006.
3. Jorge D. PamplonaRoger.Salud por los alimentos.Madrid:Safeliz;2003
4. Mejor con Salud(internet). Madrid. C2015(citado 10 Mayo 2017). Disponible en Http// mejorconsalud.com

Capítulo 415

SITUACION ACTUAL DE LA LIMITACION DEL ESFUERZO TERAPEUTICO Y LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA AL FINAL DE LA VIDA

PATRICIA BARTOLOME HUERTA

ELENA BARRERO BRAVO

1 Introducción

En la etapa final de la vida se recurre frecuentemente a la limitación del esfuerzo terapéutico, que incluye tanto la retirada de medidas de soporte vital como la no iniciación de las mismas. Procedimientos como el soporte transfusional, la ventilación asistida, la diálisis, la administración de antibióticos, la alimentación e hidratación artificiales pueden resultar desproporcionados (Barbero Gutierrez J, 2016).

En estos casos, el mantenimiento o puesta en marcha de estas medidas ocasionaría una prolongación del sufrimiento, sin aportar beneficios de confort. Hablaríamos de encarnizamiento u obstinación terapéutica (Barbero Gutierrez J,2016). La limitación del esfuerzo terapéutico, por otra parte, ha sido denominada con cierta frecuencia, erróneamente, eutanasia pasiva, en lugar de una práctica adecuada a la situación del enfermo.

Los posibles conflictos radican en que la indicación o no de estas medidas pueden variar en distintos enfermos e incluso en distintos momentos evolutivos de la fase

terminal de un mismo enfermo (Cabré Pericas L,2015). Los grandes avances de la Medicina, tanto técnicos como farmacológicos ocurridos en las últimas décadas, que a veces incluso permiten posponer el momento de la muerte, actitud que nunca se debe adoptar ante la situación de enfermedad terminal, producen otro hecho que se da con más frecuencia de la deseada, que consiste en la práctica, también llamada ensañamiento, encarnizamiento o, mejor, obstinación terapéutica, en un intento irracional de luchar contra la muerte que está próxima y que es inevitable (Duarte Rodríguez M,2015).

Esta práctica atenta contra el principio de no maleficencia ya que, muchas veces, lo que se hace al adoptar estas medidas es dañar al enfermo de una forma innecesaria, aplicando tratamientos que ocasionan sufrimiento. En el periodo de 1992 a 1998 la filosofía de los Cuidados Paliativos avanzó progresivamente dentro del modelo sanitario español. Fue entonces cuando la percepción de la autonomía y derechos por parte de los ciudadanos era muy clara (Duarte Rodríguez M ,2015).

El cambio en la relación terapéutica motivó la preocupación en los profesionales que nos dedicábamos a los Cuidados Paliativos por los temas éticos. En la actualidad esa relación empieza a entenderse como un proceso de negociación entre sujetos que se respetan mutuamente en su autonomía. Es entonces cuando empieza a debatirse el tema de la Limitación del Esfuerzo Terapéutico (en adelante LET) (Duarte Rodríguez M,2015).

En nuestro país se puede morir mal por falta de cuidados paliativos, pero también hay enfermos que mueren mal por exceso de tecnologías médicas. Son muchos los enfermos en fase terminal que aún mueren con el suero puesto y esperando una analítica, o entubados en un servicio de urgencias. En ocasiones nos obstinamos terapéuticamente cuando aplicamos tratamientos fútiles que no sólo no aportan ningún beneficio, sino que además pueden añadir sufrimiento (Iribarren-Diarasarri S,2015).

Los cuidados de enfermería durante la LET son realizados principalmente al paciente, pero también a su familia y amigos que necesitan atención, apoyo y cuidados.

Además, la familia es la representante legal del paciente en caso de que se encuentre inconsciente o sedado, esto significa que tiene que estar informada sobre el tratamiento y las decisiones que se toman relacionadas con el paciente.

El cuidado en la UCI requiere de personal altamente cualificado y con experiencia

suficiente para afrontar la responsabilidad y el estrés diario que conllevan en sí mismo este tipo de unidades. La enfermería, de todos los miembros del equipo de salud de la UCI, es el personal que más tiempo se encuentra a pie de cama del paciente, ofreciendo cuidados continuos. En el proceso de LET, estos cuidados se denominan EOLC (End of Life Care o atención al final de la vida), y consisten en ofrecer atención y servicios de apoyo a un enfermo grave y a su familia una vez tomada la decisión de terminar el tratamiento de soporte vital. Para una EOLC de alta calidad, es importante que las enfermeras desempeñen el papel de defensoras de los derechos del paciente, tratando de encontrar una muerte pacífica y digna (Iribarren-Diarasarri S,2015).

2 Objetivos

El presente trabajo plantea como objetivo realizar una aproximación a la situación actual del proceder clínico denominado LET y sus cuidados enfermeros, a través de una revisión bibliográfica. La población en estudio ha consistido en aquellas unidades hospitalarias recogidas en nuestra revisión, junto con sus profesionales, en donde presumiblemente se presenta más frecuentemente la necesidad de valorar la aplicación de la LET y su problemática asociada, es decir, las UCI hospitalarias, tanto de adultos como pediátricas.

3 Metodología

Tipo de investigación. El presente trabajo será de tipo exploratorio y descriptivo, en base a revisión bibliográfica.

Metodología utilizada. La revisión se basa en el estudio documental y el estudio de casos orientado a obtener informaciones puntuales. Se han utilizado obras y artículos de autores dedicados a la materia para contextualizar el estudio y facilitar la comprensión de los datos.

3.1 ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

En primer lugar se llevó a cabo una búsqueda en Google académico de documentos y guías de relatos y testimonios publicados por diferentes sociedades y asociaciones profesionales tanto en España como en el contexto internacional sobre recomendaciones de cribado visual. Esta búsqueda se hizo tanto en español como en inglés. Posteriormente, se realizó una búsqueda de revisiones bibliográficas de la literatura científica en la Biblioteca Cochrane Plus mediante la ecuación

de búsqueda, sin límite de fecha, e incluyendo artículos tanto en inglés como en español. Para la búsqueda de estudios originales se consultó las bases de datos Cindoc, mediante ecuaciones de búsqueda.

3.2 FUENTES DE INFORMACIÓN
Se ha realizado una búsqueda sistemática en bases de datos electrónicas en español e inglés, entre ellas citamos:
• Google Académico.
• Scielo
• Cindoc
• Pubmed
• TESEO

De estas bases de datos se han seleccionado varios documentos que se encontraban a texto completo, además del uso de los diferentes operadores booleanos (AND, OR y NOT) con las distintas palabras claves mencionadas.

A partir de examinar distintos estudios publicados y referidos de forma directa o transversal al tema que nos ocupa y teniendo en cuenta el momento en que realizaron, se intenta dar una correcta explicación en donde sean fácilmente reconocibles las características necesarias que nos permita conocer sus perfiles, motivaciones, etc. A la vez que me hago eco de los métodos más adecuados para resolver el problema.

Con dicha búsqueda hemos localizado y recuperado textos relacionados directamente con los objetivos planteados de nuestra investigación y/o que contenían algún aspecto que aclaraba, ampliaba y concretaba contenidos de los diversos epígrafes del presente estudio.

Estrategia de recogida de información. Para la realización del trabajo realizaremos en primer lugar una revisión bibliográfica sobre la temática. Para ello utilizaremos bibliografía en formato de libro o electrónico, artículos científicos, de revistas, páginas especializadas en internet… posteriormente se realizará una recogida de datos.

4 Resultados

La realización de la LET, en el caso de la no instauración de medidas (no inicio) como sobre todo, de retirada de las mismas, requiere garantizar el adecuado cuidado y confort del enfermo, teniendo en cuenta que en ocasiones la muerte

no es inminente. El aplicar cuidados y tratamientos para calmar el dolor,la agitación,la ansiedad o la disnea, así como facilitar el acompañamiento por los familiares, son actuaciones que se ajustan a las recomendaciones éticas y al marco legislativo actual, y por lo tanto, consideradas como buena práctica clínica(Herreros B,2016). Resulta imprescindible una adecuada y completa planificación del proceso de LET, estableciendo un Plan de actuación que incluya elementos básicos (Herreros B,2016).

Un paso del proceso de LET que no debe olvidarse, es la explicación completa y detallada al equipo de profesionales (Médicos,Enfermeros y personal no sanitario de la UCI), que la decisión de LET ha sido tomada y registrada en la historia clínica y que a partir de ese momento las acciones diagnósticas, de monitorización y terapéuticas tienen como objetivo principal el alivio de síntomas de la persona enferma y la búsqueda de su confort(Muñoz MB,2015).

El proceso de la muerte se asocia con frecuencia a dolor y a sufrimiento, tanto físico como psicológico. Los profesionales de las UCIs deben proveer las medidas adecuadas para el alivio de estos síntomas si apareciesen en el proceso de la muerte (Muñoz MB,2015).

En el caso del paciente crítico, además, existen peculiaridades que hacen diferente el modo en que mueren. En muchas ocasiones su conciencia está disminuida, la comunicación se ve dificultada por la presencia de medidas invasivas, presenta enfermedades que afectan a su estado emocional y no siempre está acompañado por sus seres queridos (Falcó-Pegueroles A,2016). Todo esto puede hacer que su padecimiento no esté adecuadamente valorado y, a veces, suponen un obstáculo para una correcta actuación ante el disconfort o malestar físico o psíquico. Los profesionales, entonces, deberían promover las medidas adecuadas para garantizar el alivio de los síntomas de sufrimiento si aparecen durante la muerte en UCI (López Blancas I,2017).

La Escala Visual Analógica para pacientes conscientes, y la Escala de Campbell en pacientes inconscientes son las más frecuentemente utilizadas para evaluar el dolor. Estas escalas son útiles para pautar la analgesia y sedación por objetivos, y son fácilmente monitorizadas por el personal de Enfermería. Para la evaluación de la ansiedad en pacientes críticos resulta útil el empleo de escalas como la de Sedación Agitación (SAS) o la Escala de Agitación Sedación de Richmond (RAAS) (K. Latorre-Garcia,2017).

El sufrimiento es un estado cognitivo y afectivo, complejo y negativo, experimen-

tado por la persona en el marco de una cultura y de un momento determinado. Lo integran componentes físicos, emocionales, sociofamiliares y espirituales. El modo en que cada persona sufre es subjetivo y tiene que ver con factores tanto individuales como las creencias, las preferencias y los valores de cada uno.Para poder hacer una evaluación de ese padecimiento en el contexto de la LET es necesario conocer bien esos condicionantes personales y, lógicamente, esto sólo podremos hacerlo generando buenos procesos de comunicación con las personas enfermas y sus familias y seres queridos. En este sentido, los procesos de Planificación Anticipada de las Decisiones y los documentos de Voluntades Anticipadas son fuentes importantes de conocimiento que pueden ayudar a los profesionales a entender y valorar mejor las experiencias de sufrimiento de los pacientes.

Medidas no farmacológicas para el control del dolor y el sufrimiento
El tratamiento encaminado a aliviar el dolor y el sufrimiento en un paciente crítico en proceso de muerte no debería basarse exclusivamente en medidas farmacológicas, sino que debe iniciarse con medidas de confort, entre las que se incluyen:
- Si la persona está consciente, ofrecer una adecuada información sobre el proceso y las medidas de tratamiento y alivio que se van a instaurar.
- Procurar una apropiada ubicación del paciente, con la mayor privacidad posible.
- Respetar el derecho al acompañamiento familiar y facilitar recibir visitas, pues con frecuencia se convierte en un factor terapéutico clave frente a la ansiedad.
- Evitar todo aquello que aumente la incomodidad o malestar del enfermo. Por ejemplo, se podría prescindir del monitor u otros dispositivos, retirar los tubos y sondas innecesarios, evitar pruebas analíticas etc.
- Retirar progresivamente las medidas invasivas que mantienen artificialmente la función respiratoria y cardiocirculatoria, que pueden suponer en los estadios finales un aumento del sufrimiento del paciente y de familia.

Medidas farmacológicas para el tratamiento del dolor, la ansiedad y el sufrimiento:
- Los fármacos a utilizar son los analgésicos y dentro de estos, están los opioides.
- Se pueden utilizar de manera anticipada fármacos sedantes: sedación justificada en determinadas situaciones, como en la retirada de la ventilación mecánica, durante la cual pudiera ocurrir un aumento brusco de la disnea. En estos casos podría administrarse en poco tiempo una dosis 2 o 3 veces superior a la dosis que el paciente estaba recibiendo de forma horaria.

Participación enfermera en la toma de decisiones

Al ingreso de un paciente en la UCI los esfuerzos van enfocados al diagnóstico y al tratamiento para conseguir su curación. En el momento en que la enfermedad es irreversible y no hay expectativas de mejora del estado de salud, se origina el proceso de toma de decisiones al final de la vida, entre ellas la LET (Falcó-Pegueroles A,2017). Lo ideal sería que el propio paciente tomará la decisión, pero la mayoría que se encuentran en esta situación presentan una alteración de la capacidad cognitiva que les impide tomar decisiones. Cuando esto ocurre, si el paciente no ha dejado escrito su documento de voluntades anticipadas, lo recomendable es llevar a cabo una decisión compartida entre el equipo de atención y la familia, debatiendo lo que se cree más oportuno para él, teniendo siempre en cuenta sus preferencias, deseos y creencias.

Sin embargo, a pesar de que todos los autores insisten en que la decisión de LET debe tomarse por consenso entre todos los miembros del equipo de salud, los estudios analizados indican que la participación enfermera en la toma de decisiones al final de la vida es insuficiente, incluso "invisible" (Muñoz MB,2015).

Por otra parte, son las propias enfermeras quienes perciben que no se las tiene en cuenta en la toma de decisiones, a pesar de ser ellas quienes se encargan de la ejecución de la LET. Debido a la exclusividad médica de la toma de decisiones, en muchas ocasiones las enfermeras realizan la LET en contra de su voluntad. Llegado el caso, la enfermera no podría negarse si valora la orden como "no indicada", mientras que sí podría negarse si entiende que es una orden "contraindicada" para su paciente (López Blancas I,2017). Además, cabe destacar la diferencia existente entre las perspectivas que adoptan los médicos y enfermeras frente a la LET dada su distinta responsabilidad profesional. Los médicos son responsables del diagnóstico de la LET, por lo que su ejercicio profesional está centrado en conseguir la curación del paciente y en alargar su vida; mientras que las enfermeras están focalizadas en la operacionalización de la LET, permitiendo que el paciente tenga una muerte digna(K. Latorre-Garcia,2017). Asimismo, algunos autores indican que la decisión de LET suele verse retrasada por parte del equipo médico, lo que es apreciado por las enfermeras como un obstáculo para ejecutar la LET de forma adecuada:pudiendo acelerar su sufrimiento.

Por otro lado, un estudio realizado en 2010 en una UCI española, el 36,5% de los enfermeros entrevistados consideró que la enfermería no debería formar parte de la toma de decisiones al tratarse de una responsabilidad médica. Otras veces las enfermeras no se involucran en la decisión de LET por el temor de no poder

controlar la situación.

No obstante, todos los autores coinciden en la importancia del rol de enfermería en la LET, por su cualificación y su visión holística de los cuidados y por actuar como defensora de los deseos del paciente velando por su bienestar y sus derechos. Están presentes a pie de cama y cerca del paciente y su familia más que ningún otro profesional. Esto les permite actuar como "agente detector", ya que pueden percibir incoherencias entre el tratamiento de soporte vital pautado y el estado clínico del paciente incluso antes que los médicos. Igualmente, la enfermera simboliza un "agente de información" al ejercer como intermediaria entre el paciente y su familia y el equipo profesional. Conociendo todos los puntos de vista, estableciendo una relación terapéutica estrecha con el paciente y su familia que le permite entender su contexto clínico, social y personal.

Así, la enfermera, en cuanto que profesional formada en ética y bioética, y representante tácita de los intereses del paciente, aporta al equipo sanitario de los SMI una visión humanizadora y de valores éticos propios de la profesión; y contribuye, también, recogiendo el testimonio del enfermo y su entorno familiar, elementos necesarios para decidir el iniciar o retirar un tratamiento o procedimiento(Falcó-Pegueroles A,2017).

Puede representar el agente mediador entre la familia y el equipo sanitario, y puede detectar el grado de vulnerabilidad del estado emocional de la familia para tomar decisiones relevantes(Muñoz MB,2015).

Otro elemento fundamental que considerar es el requerimiento de una base experiencial y de conocimientos para participar de forma activa en la LTSV. Esto obliga a los gestores a valorar a las enfermeras, que tienen formación para tomar decisiones, y también a facilitar a los profesionales la formación sobre metodologías de la bioética.

Las recomendaciones de la SEMICYUC en relación con el papel de la enfermería en la LET señalan: «La decisión de LET debe discutirse colectivamente (médicos y enfermeras) y tomarse por consenso. La presencia de dudas en algún miembro del equipo hace que esta decisión se reconsidere, o se debe apartar a dicho profesional de la toma de decisiones, respetando la libertad de conciencia como uno de los derechos fundamentales contemplados en la Constitución Española». En este contexto, cabe también citar 2 de los artículos del Código Deontológico de la Enfermería Española, del Consejo General de Colegios de Diplomados de Enfermería del año 1989: Art.18. «Ante un enfermo terminal, la enfermera/o, con-

sciente de la alta calidad de los cuidados paliativos, se esforzará por prestarle hasta el final de su vida, con competencia y compasión, los cuidados necesarios para aliviar sus sufrimientos. También proporcionará a la familia la ayuda necesaria para que pueda afrontar la muerte cuando ésta ya no pueda evitarse». Art.55. «La enfermera tiene la obligación de defender los derechos del paciente ante malos tratos físicos o mentales, y se opondrá por igual a que se le someta a tratamientos fútiles o que se le niegue la asistencia sanitaria»(Falcó-Pegueroles A,2017).

Las decisiones de LET pueden ser controvertidas y, en ocasiones, plantean conflictos en los equipos. En este sentido conviene diferenciar el nivel técnico del ético. En el nivel técnico la toma de decisiones suele estar bastante más definida que en el nivel ético. Cada día existe una más clara diferencia entre el diagnóstico médico y el diagnóstico de enfermería, al igual que en el plano de la intervención; para la enfermería habrá actuaciones delegadas, pero muchas de sus intervenciones serán autónomas y propias de lo conocido como «cuidados de enfermería». Sin embargo, ante la LET, la decisión técnica suele ser del médico, pero la ejecución de la misma corresponde a la enfermería y puede aparecer conflicto. El profesional de enfermería, experto en la dinámica de los cuidados, suele estar muy sensibilizado ante el riesgo de obstinación terapéutica y en ocasiones se encuentra ante el dilema, ante una orden médica de LET, de no estar de acuerdo(Herreros B,2016).
Desde el punto de vista moral el enfermero/a no podría negarse si su valoración es que tal orden «no estaría indicada», pero sí que podría negarse si entiende que se trata de una orden «contraindicada», es decir, claramente maleficiente;si se niega deberá razonarlo y reflejarlo por escrito en la historia clínica, ya que negarse a cumplir una orden médica es un proceder de excepción que ha de estar siempre debidamente justificado y probado.

Son numerosos los trabajos que enfatizan el gran papel de la enfermera/o de intensivos, no solo por su cualificación técnica, sino también por su visión humanizadora de los cuidados y de la ética del cuidar; pero también son numerosos los trabajos que denuncian «que las decisiones vitales con respecto a los pacientes terminales ingresados en las UCI se toman sin la opinión de las enfermeras, y en muchas ocasiones sin ser informadas de los porqués de tales decisiones, cuando, sin embargo, es la enfermera la que ejecuta las acciones de retirada de los tratamientos de soporte vital(Falcó-Pegueroles A,2016).

En tal sentido, un estudio multicéntrico realizado en 133 UCI francesas evaluó la

percepción de los profesionales implicados en el proceso de LET, aplicando un cuestionario de investigación a 3.156 enfermeras y 512 médicos, resultando que el 73% de los médicos percibían como satisfactoria la decisión de aplicar LET frente a solo el 33% de las enfermeras. En general, más del 90% de los profesionales investigados opinaban que la toma de decisiones debería ser colaborativa, pero al profundizar en la investigación resultaba que el 50% de los médicos y solo el 27% de las enfermeras confiaban en que, llegado el caso, la enfermería fuese realmente implicada en la toma de decisiones(Muñoz MB,2015). Este mismo estudio concluye que la percepción de la enfermera de críticos constituye un indicador fiable de los procesos de toma de decisiones médicas en la UCI, pudiendo servir como herramienta, sencilla y efectiva, para evaluar la práctica diaria.

Pero a veces somos los propios profesionales de enfermería los que propiciamos con nuestras actitudes y/o indiferencia que, en temas como la LET, no se nos tenga en cuenta como sería de desear. En un artículo publicado en España en 2010 se describe un estudio transversal aplicando una encuesta anónima a 52 profesionales de enfermería de cuidados intensivos, con el objeto de analizar la percepción de la enfermería acerca de la LET. Algunos de los resultados fueron: el 23,1% desconoce que en su servicio existen guías consensuadas sobre LET; el 17,3% piensa que limitar un tratamiento, bien no suministrándolo bien retirándolo, es una forma de eutanasia pasiva, que sería una práctica aceptable a diferencia de la eutanasia activa; el 84,6% piensa que no es lo mismo administrar un tratamiento que retirarlo; el 36,5% opina que la enfermería no debería participar en la decisión de limitar un tratamiento, así como tampoco los pacientes (34,6%) ni los familiares (23,1%) (K. Latorre-Garcia,2017).

En definitiva, la enfermera puede y debe participar activamente en las decisiones del equipo, y también en las relativas al inicio o retirada de un tratamiento o procedimiento en el paciente crítico irreversible cuando se percibe una desproporción entre los fines y los medios. Debe conocer y hacer valer su aportación en el seno del equipo, y debe actuar representando y fomentando los requerimientos que defiende el diálogo bioético: la participación de todos los profesionales, el intercambio de ideas y el arte de argumentar, la utilización de metodologías específicas para la resolución de problemas y la llegada al consenso (K. Latorre-Garcia,2017).

5 Discusión-Conclusión

Se puede afirmar que la participación enfermera en la LET no está delimitada pero sí justificada, ya que pueden realizar grandes aportaciones. A pesar de estar reconocido su valor, encuentran muchos obstáculos para ser consideradas en la toma de decisiones. Las enfermeras inciden en que tienen la necesidad de ser más escuchadas por parte del equipo médico, ya que solo son consultadas cuando tienen experiencia profesional y/o buena relación personal con los médicos. Las enfermeras más jóvenes y con menos experiencia no expresan su opinión al no sentirse respaldadas.

Estas situaciones avalan la necesidad de trabajar en la protocolización de la LET para distinguir el papel de la enfermería en este proceso, mediante la creación de guías y normativas. Asimismo, todos los autores aluden a la importancia de promover una colaboración multidisciplinar entre el personal sanitario de la UCI, fomentando el trabajo en equipo y mejorando la comunicación. Una buena comunicación entre los profesionales facilitará la toma de decisiones al final de la vida así como la aplicación de la LET por parte de las enfermeras: estas señalan que cuando la decisión se toma en conjunto su seguridad en la actuación aumenta, disminuyendo las implicaciones morales.

6 Bibliografía

1. Barbero Gutiérrez J, Romeo Casabona C, Gijón P, Júdez J. Limitación del esfuerzo terapéutico. Med. Clin. 2016.
2. Cabré Pericas L, Solsona Durán J; SEMICYUC. Limitación del esfuerzo terapéutico en medicina intensiva. Med Intensiva, 26 (2015)
3. Duarte Rodríguez M, De la Cuadra Liró M del C, Fernández EG, Jiménez Muñoz MB, Vellés Martínez M del P. Procesos: Pacientes en situación terminal y su familia. Asoc Española Enfermeras en Cuid Paliativos. 2015
4. Iribarren-Diarasarri S, Latorre-García K, Muñoz-Martínez T, Poveda-Hernández Y, Dudagoitia-Otaolea JL, Martínez-Alutiz S, et al. Limitación del esfuerzo terapéutico tras el ingreso en una Unidad de Medicina Intensiva: análisis de factores asociados. Med. Intensiva 2015
5. Falcó-Pegueroles A. Cuidar siguiendo los valores y principios éticos propios de la enfermería. Enferm Clin, 15 (2017)
6. Herreros B, Palacios G, Pacho E. Limitación del esfuerzo terapéutico. Rev. Clin. Esp. 2016.

7. Muñoz MB. Limitación del esfuerzo terapéutico: aproximación a una visión de conjunto. Enferm. Intensiva 2015.
8. Falcó-Pegueroles A. La enfermera frente a la limitación del tratamiento de soporte vital en las Unidades de Cuidados Intensivos. Aspectos técnicos y prácticos a considerar. Enferm. Intensiva 2016
9. López Blancas I, Castro Jurado AM, Blanca Gutiérrez JJ, García Raya M. Planificación de cuidados en un paciente con Limitación del Esfuerzo Terapéutico nivel III. Estrategias de afrontamiento. Evidentia. 2017
10. K. Latorre-Garcia, T. Muñoz-Martinez, Y. Dudagoitia-Otaolea, S. Martinez-Alutiz. Limitación del esfuerzo terapéutico tras el ingreso en una Unidad de Medicina Intensiva. Análisis de factores asociados Med Intensiva, edición 57 (2017)

Capítulo 416

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE EL DUELO PERINATAL.

ELENA BARRERO BRAVO

PATRICIA BARTOLOME HUERTA

1 Introducción

El proceso de embarazo y la llegada del hijo suponen uno de los momentos más importantes y de gran ilusión para los futuros padres y sus familias (Sossa, Velasquez y Vicentes, 2012). Se generan expectativas, esperanzas e ilusiones en torno al nacimiento del futuro hijo. La mujer, es en esta etapa donde va adquiriendo su nuevo rol, preparándose para vivenciar la maternidad. Por tanto, la figura de la mujer es clave, la cual desde antes de la concepción experimenta unos cambios no solo físicos, sino también emocionales (Tabarez, 2016).

En nuestra sociedad, en todos los tiempos, los conceptos embarazo y maternidad se han asociados, generalmente, al término de nacimiento. Con todo lo que el nacimiento supone; vida, alegría y logro. Esto se hace aún mayor en la actualidad, gracias a los avances tecnológico en el mundo sanitario; ya que desde el inicio del embarazo los padres y familiares pueden ver la imagen del bebé por medio de los controles ecográficos. Este hecho hace que otorguen una existencia al niño que va a nacer. Es tanto, que el ambiente familiar se conmociona, preparándose para acoger al bebé. El cual, ya tiene nombre, espacio y nacerá en un tiempo determinado (Mota, Calleja, Aldana, Gómez y Sánchez, 2011).

En estos momentos no se concibe por parte de ningún familiar que la gestación no vaya a llegar a buen término. Sin embargo, hay ocasiones en las que ocurre

la muerte perinatal. Lo que conlleva a la pérdida gestacional (Trevizan, Costa, Mazzo y Arena, 2010).

El concepto de pérdida perinatal incluye las pérdidas ocurridas en cualquier momento de la gestación hasta el primer mes de vida del bebé. La pérdida perinatal supone una experiencia difícil de asimilar para los padres y familias, ya que los bebés representan el inicio de la vida y no el final (Mota et al., 2011).

En la sociedad actual la muerte continúa siendo vista como un suceso imprevisto y lejano, llegando incluso a estar ausente en los pensamientos de las personas, sin aceptar que esta forma parte de la vida y que se debe estar preparado para afrontarla (Astudillo, Mendinueta y Astudillo, 2008).

Tras sufrir una pérdida perinatal entra en juego la respuesta normal de las personas ante una pérdida: el duelo. Experimentan el duelo por la muerte de su hijo. Se pueden observar las mismas reacciones que las manifestadas en otras situaciones de duelo. Estos sentimientos pueden hacer referencia a estados de frustración de la maternidad y paternidad, vacío interior, culpabilidad, irritabilidad, pena, etc. Decir, que es común en estas situaciones de duelo por muerte perinatal, desencadenar un afecto negativo y temor hacia el nuevo embarazo (Tabarez, 2016; Trevizan et al., 2010).

El duelo es el proceso de adaptación que sigue a la pérdida. Es una experiencia única e irrepetible, que cada persona afrontará con su propio estilo y recursos. Como se ha dicho en las anteriores líneas, es una reacción normal, natural y esperable ante la pérdida de un ser querido. Aunque resulte ser un proceso desagradable y estresante, el duelo no es una enfermedad. No obstante, cabe destacar, que este proceso puede evolucionar, y derivar en un curso patológico. Las reacciones inmediatas del proceso del duelo de los padres tras sufrir una pérdida perinatal, pueden ser muy semejantes a lo descrito por Kübbler-Ross para pacientes adultos enfrentados a la muerte (duelo anticipado). Siendo las diferentes fases: shock, negación, ira, negociación, depresión, y aceptación; incluyen además la sensación de pérdida de control, sensación de ineficacia y culpa, siendo este el primer sentimiento en el duelo (Trevizan et al., 2010).

El duelo perinatal si tuviéramos que clasificarlo según los diferentes tipos de duelos, se enmarcaría como un duelo desautorizado. Este tipo de duelo se caracteriza por no contar con apoyo social, viviendo la pérdida en silencio. Pues bien, esto puede explicarse por ser el duelo perinatal un duelo no debidamente reconocido por la sociedad. Se comprueba, al saber que no existe en España un registro para

los bebés que mueren antes de nacer o antes de las veinticuatro horas tras su nacimiento (Sossa et al., 2012).

El profesional de enfermería debe ser consciente del proceso de duelo, el cual es propio y diferente en cada paciente, para ello debe basarse en los cuidados propuestos por Virginia Henderson. El proceso del duelo puede agilizarse si el profesional enfermero incentiva o despliega ciertas disposiciones que facilitarán la aceptación de la pérdida por la que atraviesan, permitiendo la adquisición por parte de los pacientes de evidencias que pueden servir de base en las nuevas creencias y actitudes ante el duelo (Quintero, 2016). Se necesita tener humildad, aceptación, apertura y valentía para afrontar la pérdida de un ser querido y para enfrentarse ante una nueva realidad totalmente desconocida (Álvarez, 2011).

El profesional de enfermería debe brindar armonía y equilibrio ante esta situación, fomentar en quienes atraviesan por el duelo la confianza sin esperanza, para ello es necesario actuar con astucia, paciencia y prudencia. Descrito en otras palabras el enfermero debe poseer la habilidad de comprensión, escuchando el ritmo de los acontecimientos, de las personas y de cómo estos afectan la vida en general (Quintero, 2016).

La muerte perinatal es una situación clínica al orden del día en todos los servicios de obstetricia y ginecología de los hospitales y centros de salud. Este hecho hace que sea un tema de interés, es por ello que resulta relevante llevar visibilizar el tema del duelo por el que pasan unos padres cuando se enfrentan a la pérdida de un hijo, ya sea recién nacido o intra-útero, en cualquier momento de la gestación. Su visibilización, representa una necesidad en una sociedad donde el duelo, en general, y más especial el duelo perinatal supone un tema tabú. Que es evitado, negado y ocultado. Sobre el cual existe silenciamiento, desencadenando en desconocimiento, evitando un buen proceso de duelo y originando, así, diversas complicaciones y patologías.

2 Objetivos

Objetivo General
- Conocer el papel de enfermería en el abordaje del duelo perinatal.

Objetivos específicos
- Describir los sentimientos que se generan en los profesionales de la salud acerca del duelo perinatal.

- Conocer las principales fases del duelo perinatal y los síntomas presentes en cada una de estas etapas.
- Identificar las estrategias disponibles para el manejo del duelo perinatal.

3 Metodología

El presente trabajo se trata de una revisión sistemática. Para la obtención de la información relevante y poder conocer el estado actual del tema del trabajo se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos PubMed, ScienceDirect y en la Biblioteca Virtual de Salud (BVS), ya que estas son las principales plataformas de estudios científicos relacionados con las ciencias de la salud.

Para realizar las búsquedas, se emplearon ecuaciones de búsquedas. Las ecuaciones de búsqueda fueron formuladas a partir de la definición de palabras clave traducidas al lenguaje científico o lenguaje controlado. Este lenguaje se forma mediante descriptores del tesauro MeSH (Medical Subject Headings), perteneciente a PubMed, y que al igual que el DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud), es un amplio vocabulario de lenguaje controlado.

Términos de Búsqueda:
- Duelo perinatal: En lenguaje libre (Duelo perinatal, dolor, muerte perinatal) y en Lenguaje controlado (Perinatal grief, perinatal death, bereavement).
- Enfermería: En lenguaje libre (Enfermería) y en Lenguaje controlado (Nurse, nursing).
- Muerte: En lenguaje libre (muerte) y en Lenguaje controlado (death).
- Actuaciones de enfermería: En lenguaje libre (Actuaciones de enfermería, intervenciones enfermeras) y en Lenguaje controlado (Nursing care, Nursing intervention).

Para combinar dichos términos y formular las ecuaciones de búsqueda, se utilizarán los operadores booleanos o lógicos AND y OR.
Con la finalidad de poder acotar los resultados de las búsquedas, se aplicaron los siguientes criterios de inclusión: estudios con periodo de publicación desde el 2010 hasta febrero de 2020, artículos en inglés y español, población de estudio humana, estudios en padres, madres y/o familiares que hayan o estén pasando por muerte-duelo perinatal, ensayos clínicos aleatorizados, revisiones sistemáticas y metanálisis, protocolos de investigación y estudios sobre la actuación de enfermería ante el duelo perinatal. Se excluyeron estudios de años inferiores al 2010, libros o manuales y estudios realizados en cadáveres.

Para evaluar la calidad de los estudios y el riesgo de sesgo se empleó el modelo de lectura crítica de CASpe (CASP España). Se trata de un programa que ha sido elaborado por el Instituto de Ciencias de la Salud de Oxford con el objetivo de ayudar a los servicios de investigación en la salud a potenciar las habilidades de búsqueda de información y de lectura crítica de la literatura científica (González et al., 2014).

4 Resultados

Se obtuvo un total de 206.949artículos, de los cuales 30 solo fueron revisados sus títulos y resúmenes; a partir de la lectura de dichos resúmenes de los artículos se seleccionaron 20 artículos que tenían relación con el tema de investigación para ser revisados a texto completo, de un total de 20 revisiones de artículos a texto completo se excluyeron 14 artículos que no correspondían con los criterios de inclusión de nuestra investigación, para finalmente seleccionar 6 artículos que compondrán esta revisión.

- ESTUDIOS HALLADOS EN CADA BASE DE DATOS (n= 206.949): Pubmed (n= 43912), BVS (n=11) y ScienceDirect (n=163026)
- Títulos y resúmenes revisados: 30 títulos y resúmenes
- Estudios revisados a texto completo (n=20)
- Total de estudios incluidos (n=6)

Los estudios incluidos son los siguientes:
1. Health Professionals' Experiences of Grief Associated With the Death of Pediatric Patients: A Systematic Review. Barnes S, Jordan Z, Broom M. 2020. Una revisión sistemática cuyo objetivo era sintetizar las experiencias de los profesionales de la salud que han experimentado el dolor como resultado de la muerte de un paciente pediátrico.

2. A Randomized Trial of a Bereavement Intervention for Pregnancy Loss.Pruitt O y Langford R. 2015. Un ensayo clínico aleatorizado, cuyo objetivo fue examinar los efectos de una intervención secundaria de duelo en el duelo en mujeres que experimentaron un aborto espontáneo (pérdida del embarazo) a las 12-20 semanas de gestación.

3. Proof of Life: A Protocol for Pregnant Women Who Experience pre-20-week Perinatal Loss. Johnson O y Langford R. 2010. Ensayo clínico aleatorizado, cuyo objetivo fue describir la formulación y prueba de un protocolo basado en eviden-

cia diseñado para satisfacer las necesidades emocionales de las mujeres que están sufriendo una pérdida perinatal antes de las 20 semanas.

4. Women Generating Narratives After an Unwanted Prenatal Diagnosis Result: Randomized Controlled Trial. Rocha J et al. 2018. Ensayo clínico aleatorizado para evaluar la efectividad de una intervención narrativa cognitiva para prevenir los síntomas de depresión y ansiedad después de una pérdida perinatal.

5. Holding a Stillborn Baby: The View From a Specialist Perinatal Bereavement Service. Wilson P, Boyle F y Ware R. 2015. Estudio prospectivo para documentar las experiencias y los resultados de los padres en relación con ver y retener a un bebé muerto en un hospital con un servicio especializado de duelo perinatal.

6. Impact of a Neonatal-Bereavement-Support DVD on Parental Grief: A Randomized Controlled trial. Rosenbaum J, Smith J, Yan Y, Abram N, Jeffe D. 2015. Ensayo clínico aleatorizado para probar el efecto de un DVD de apoyo al duelo neonatal en el duelo de los padres después de la muerte de su bebé en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales en comparación con el cuidado estándar del duelo (controles).

5 Discusión-Conclusión

La muerte fetal es un evento profundamente angustiante (Wilson, Boyle y Ware, 2015). Uno de cada 6 embarazos se pierde antes de la semana 20 de gestación y los impactos psicológicos de esta pérdida a menudo no se abordan, mientras que la atención se centra en las necesidades fisiológicas inmediatas (Johnson y Langford, 2010). Existe poca evidencia para guiar las mejores prácticas en el cuidado del duelo en el entorno perinatal angustiante (Wilson et al., 2015).

Se han realizado algunas investigaciones sobre las experiencias de duelo de los profesionales de la salud, pero no ha habido ninguna revisión que sintetice los resultados de estas. Esta revisión permitió demostrar la complejidad de las experiencias que enfrentan los profesionales de la salud pediátrica ante las situaciones de duelo (Barnes, Jordan y Broom, 2020).

Los profesionales de la salud deben ser conscientes de la posibilidad de experimentar dolor cuando un paciente muere en el periodo perinatal y los factores asociados a este (Barnes, Jordan y Broom, 2020). La toma de decisiones con apoyo es importante para los padres y la evaluación rigurosa de la atención del duelo es esencial (Wilson et al., 2015).

En un estudio realizado por Pruitt y Langford (2015), cuarenta mujeres que experimentaron abortos espontáneos completos entre las semanas 8 y 20 fueron asignados aleatoriamente al grupo de tratamiento de intervención de duelo o al grupo de control de atención estándar. El grupo de tratamiento recibió una intervención de duelo de 1 hora basada en pautas para profesionales médicos en relación con la pérdida perinatal. Se completó la escala de duelo perinatal (PGS) durante una visita de seguimiento de rutina 2 semanas después de la pérdida. Se utilizaron tres variables dependientes: desesperación, dificultad para afrontar y duelo activo. El análisis reveló una diferencia significativa en las variables dependientes combinadas, $F (3, 36) = 22.40$, $p <.000$. Al considerar las tres variables dependientes por separado, el grupo de tratamiento mostró niveles significativamente más bajos de desesperación, $F (1, 38) = 42.27$, $p <.001$. El duelo activo fue alto en ambos grupos, siendo el grupo de tratamiento un promedio más alto que el grupo control. Los medios grupales fueron similares para la dificultad de afrontamiento, por lo que una intervención de duelo administrada inmediatamente después del aborto espontáneo puede considerarse una estrategia para hacer frente a la pérdida temprana del embarazo (Pruitt y Langford, 2015).

En otro estudio similar realizado por Johnson y Langford (2010), en donde se diseñó un protocolo el cual se probó en una muestra de 40 mujeres que experimentaron una pérdida perinatal antes de las 20 semanas. Veinte mujeres seleccionadas al azar recibieron el protocolo de intervención, mientras que otras 20 mujeres recibieron el estándar de atención habitual. Ambos grupos completaron la escala de duelo perinatal durante una visita de seguimiento de 2 semanas de rutina. Los resultados indicaron que la intervención fue efectiva para mejorar el grado de desesperación en las mujeres que experimentaron una pérdida temprana del embarazo. Las mujeres que recibieron el protocolo expresaron sentimientos de ser apoyadas y atendidas por el personal. Los beneficios secundarios fueron una mayor colaboración entre los profesionales de la salud, el desarrollo de un ambiente de empatía y un cambio en la cultura de la creencia de que estas mujeres solo necesitaban cuidado físico. Estos resultados indican la necesidad de un protocolo de apoyo para todas las mujeres que sufren pérdidas independientemente de la edad gestacional (Johnson y Langford, 2010).

Rocha et al. (2018), diseñaron una intervención psicológica narrativa y cognitiva basada en la terapia cognitiva narrativa y el marco de decisión de Ottawa para reducir los problemas de ajuste después de la interrupción del embarazo. Se utilizó el inventario de depresión de Beck, la Escala de ansiedad de Zung, la Escala de duelo perinatal y un instrumento que captura la satisfacción de los participantes.

Seis meses después de la pérdida hay una media menor de ansiedad y depresión en los participantes que recibieron dicha intervención, por lo tanto este tipo de intervenciones puede tener efectos muy positivos en la salud mental de las mujeres que atraviesan por esta situación (Rocha et al., 2018).

Por su parte Wilson, Boyle y Ware (2015), realizaron un estudio de cohorte prospectivo de 26 madres y 11 padres que experimentaron una muerte fetal en el Hospital Mater Mothers, Brisbane, de septiembre de 2007 a diciembre de 2008. Aplicaron cuestionarios de autoinforme enviados por correo para ser completados a las 6-8 semanas y 6 y 13 meses después de la pérdida. Evaluaron el arrepentimiento con respecto a la decisión de ver y sostener al bebé, el dolor de los padres y la salud mental. La mayoría (20 madres; 9 padres) eligieron ver y abrazar a su bebé muerto. Se informó poco pesar, independientemente de la decisión. Para las madres, ver y sostener se asoció con un mayor 'duelo activo' a las 6-8 semanas, pero no con "no hacer frente" o "desesperación", o con la salud mental. Los padres informaron una salud mental más pobre. Wilson et al. (2015), concluyen que un dolor más intenso no equivale a una peor salud mental para las madres que eligen ver y sostener a su bebé muerto. No obstante, las experiencias de los padres justifican un mayor estudio.

Otras estrategias útiles fueron la estudiada por Rosenbaum, Smith, Yan, Abram y Jeffe (2015). Este estudio probó el efecto de un DVD de apoyo al duelo neonatal en el duelo de los padres después de la muerte de su bebé en una UCI Neonatal en comparación con el cuidado estándar del duelo (controles). Después de una muerte neonatal, los autores midieron el cambio de duelo de un seguimiento de 3 a 12 meses utilizando un modelo de efectos mixtos. El análisis por intención de tratar no fue significativo, solo 18 padres vieron el DVD selectivamente. Por lo tanto, posteriormente compararon los visores de DVD con los no visores y el grupo control. Los espectadores del DVD informaron un mayor dolor en las entrevistas de 3 meses en comparación con los no espectadores y controles de DVD. Una pena mayor a los 3 meses se correlacionó negativamente con el apoyo social y las creencias espirituales / religiosas.

Estos hallazgos tienen implicaciones para la atención del duelo neonatal. Sin embargo, se necesita una investigación longitudinal a más largo plazo para evaluar los patrones de duelo parental después de una pérdida neonatal con el tiempo, tal vez para ayudar a identificar los factores que pueden poner en riesgo a los padres para desarrollar años de duelo no resueltos o complicados después de una pérdida tan devastadora (Rosenbaum et al., 2015).

6 Bibliografía

- Astudillo W, Mendinueta C y Astudillo E. (2008). Medicina paliativa cuidados del enfermo en el final de la vida y atención a su familia. Revista de la Sociedad Española del Dolor. 15(4), 259-263.
- Barnes S, Jordan Z, Broom M. (2020). Health Professionals' Experiences of Grief Associated With the Death of Pediatric Patients: A Systematic Review. BI Database System Rev Implement Rep.
- González J, González M, Alonso A, Aleixandre R. Comunicación científica (XIV). (2014). Conocimientos básicos para leer (y escribir) un artículo científico (1): lectura crítica de documentos científicos. Acta Pediátrica Española. 72 (7): e244-e251. Disponible en: https://medes.com/publication/91940
- Instituto Nacional de Estadística (INE). [Internet]. España: Instituto Nacional de Estadística. Disponible en: http://www.ine.es/
- Johnson O y Langford R. (2010). Proof of Life: A Protocol for Pregnant Women Who Experience pre-20-week Perinatal Loss. Crit Care Nurs Q. 33 (3), 204-11
- Mota C, Calleja N, Aldana E, Gómez M y Sánchez M. (2011). Escala de duelo perinatal: validación en mujeres mexicanas con pérdida gestacional. Revista Latinoamericana de Psicología Volumen 43 No 3 pp. 419-428 Disponible en: http://www.scielo.org.co/pdf/rlps/v43n3/v43n3a03.pdf
- Pruitt O y Langford R. (2015). A Randomized Trial of a Bereavement Intervention for Pregnancy Loss. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 44 (4), 492-9
- Quintero M. (2016) Espiritualidad y afecto en el cuidado de enfermería. Cuid y Prac de Enf. 5 (2): 190. Disponible en: http://biblio3.url.edu.gt/Publi/Libros/CyPdeEnfermeria/03.pdf
- Rocha J et al. Women Generating Narratives After an Unwanted Prenatal Diagnosis Result: Randomized Controlled Trial. Arch Womens Ment Health. 21 (4), 453-459
- Rosenbaum J, Smith J, Yan Y, Abram N, Jeffe D. (2015). Impact of a Neonatal-Bereavement-Support DVD on Parental Grief: A Randomized Controlled Trial. Death Stud. 39 (1-5), 191-200
- Sossa A, Velasquez A, Vicentes M. (2012). Identificación de posibles necesidades emocionales de la mujer con pérdida fetal tardía mediante revisión documental. PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA. [Tesis Doctoral] [citada el 12 febrero 2020]. Disponible en: https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/13737/SossaLesmesAmandaIsabel2012.pdf?sequence=1
- Tabarez Y. (2016). "Abrazar la muerte cuando se espera la vida" Pérdida Gestacional Recurrente. Universidad de la República de Uruguay. [Tesis Doctoral]

[citada el 13 febrero 2020]. Disponible en: https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/123456789/10097/1/Tabarez%2C%20Yessica.pdf
- Trevizan M, Costa I, Mazzo A y Arena C. (2010). Inversiones en activos humanos de enfermería: educación y mentalidades para el futuro. Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.18 no.3. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692010000300024&script=sci_arttext&tlng=es
- Wilson P, Boyle F y Ware R. (2015). Holding a Stillborn Baby: The View From a Specialist Perinatal Bereavement Service. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 55 (4), 337-43

Capítulo 417

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE LA INMERSIÓN EN AGUA EN LA PRIMERA Y SEGUNDA FASE DEL PARTO

ALBA PEÑA GONZÁLEZ

1 Introducción

La hidroterapia durante el trabajo de parto y el parto en el agua son métodos cada vez más demandados por parte de las gestantes que desean partos menos medicalizados y más humanizados. Esto ha influido en que sean técnicas cada vez más aceptadas en países con altos ingresos. La evidencia científica avala los beneficios y la seguridad de la inmersión en el agua durante el trabajo de parto, sin embargo, existe una falta de consenso sobre el parto en el agua, existiendo controversia entre los profesionales sanitarios. Por un lado, el creciente interés por favorecer la humanización del parto, con una atención basada en el respeto a la fisiología de éste, el interés por reducir el intervencionismo innecesario y la búsqueda de medidas alternativas a la analgesia epidural y el interés por fomentar el empoderamiento y la autonomía de las mujeres en las decisiones durante el proceso, han contribuido a que diferentes profesionales sanitarios defiendan estas técnicas. Por el otro lado, existen profesionales que se oponen, sobre todo al nacimiento bajo el agua, debido a posibles resultados adversos asociados a este procedimiento.

2 Objetivos

Evaluar la evidencia actual de la inmersión en agua durante el trabajo de parto y parto y sus efectos sobre las gestantes y los recién nacidos.

3 Metodología

Revisión bibliográfica en las siguientes bases de datos: PubMed, Cochrane Library Plus, CINAHL, UpToDate, CUIDEN y SciELO, así como en el buscador Google académico y diversas publicaciones oficiales nacionales e internacionales. La búsqueda se limitó a artículos de los últimos cinco años, escritos en castellano e inglés y con acceso a texto completo.

Se utilizaron para la búsqueda una combinación de las siguientes palabras clave incluidas dentro de los Medical Subject Headings (MeSH): Immersion; Water; Labor pain; Newborn; Labor Stage, First; Labor Stage, Second, así como sus homólogos en español.

4 Resultados

El uso de la inmersión en agua como medio terapéutico no es reciente. Sus orígenes exactos son desconocidos, pero existe evidencia de tratamientos con inmersión en agua para diferentes enfermedades físicas y psicológicas ya utilizados por chinos, egipcios, japoneses, asirios, griegos y romanos. La inmersión en el agua durante el parto fue popularizado por el obstetra francés Michael Odent en 1983, a través de un trabajo donde describía su experiencia con 100 nacimientos en el agua.

La inmersión en el agua durante el parto y el parto en el agua son fenómenos diferentes. Sin embargo, a menudo en la literatura científica, estos dos conceptos se confunden. La inmersión en el agua durante el trabajo de parto es una estrategia para el alivio del dolor durante la fase de dilatación. En cambio, el parto en el agua es el nacimiento del neonato bajo el agua. Aunque sean definiciones sencillas y fáciles de separar, comúnmente pueden llegar a fusionarse en las investigaciones a pesar de que los efectos y los resultados de cada uno de ellos pueden ser diferentes.

Las distintas asociaciones profesionales presentan posiciones divergentes en relación al parto en el agua. En España, la Guía de Práctica Clínica sobre Aten-

ción al Parto Normal del 2010, recomienda, con un nivel de evidencia A, la inmersión en agua caliente como un método eficaz de alivio del dolor durante la fase tardía de la primera etapa del parto. La guía NICE "Intrapartum care for healthy women and babies" de 2017 recomienda ofrecer a la mujer la oportunidad de usar la hidroterapia para el alivio del dolor durante esta primera fase. La Sociedad Española de Neonatología y la Sección de Medicina Perinatal de la Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología consideran la inmersión en agua durante la primera etapa del parto como una técnica que disminuye las necesidades de analgesia farmacológica y la duración del trabajo de parto, aunque no mejora los resultados perinatales. En cuanto a la segunda fase del parto, estas dos últimas sociedades, basándose en que la seguridad y la eficacia del expulsivo bajo el agua no está establecida ni para madres ni para recién nacidos, recomiendan que esta modalidad de parto sea considerada un procedimiento experimental y que solo se contemple en el contexto de un ensayo clínico controlado. Esta idea está en consonancia con la postura de la American Academy of Pediatrics y The American College of Obstetricians and Gynecologists. En cambio, la guía NICE anteriormente citada, menciona que se informe a las mujeres de que no hay pruebas suficientes de alta calidad que bien apoyen o desalienten la atención del parto en el agua. Por su parte, la Guía de Práctica Clínica sobre Atención al Parto Normal no hace ninguna referencia a esta opción de parto.

La repercusión del parto en el agua sobre el neonato es el aspecto que más preocupa a los oponentes de este método, especialmente las complicaciones por una posible rotura accidental del cordón umbilical, por la aspiración de agua al nacimiento del recién nacido, por la infección neonatal y por las dificultades de termorregulación. En cuanto a la madre, los aspectos más preocupantes son un posible trauma perineal extenso, la infección materna y la hemorragia postparto.

Los defensores, en cambio, argumentan que los neonatos no aspiran agua al nacer debido a su "reflejo de inmersión o buceo" que les sirve de protección. Además, se respaldan en que los resultados adversos en los que se basan las sociedades e investigaciones contrarias al parto en el agua, provienen solamente de series o casos clínicos aislados, por lo que deberían ser usados con cautela.

La evidencia científica disponible defiende numerosos beneficios asociados a la inmersión en agua durante el proceso de parto. Entre ellos, una mayor relajación y un alivio eficaz del dolor lo que supone una reducción del uso de analgesia farmacológica. Según la revisión Cochrane realizada por Cluett et al. la inmersión en agua, al reducir el uso de analgesia puede beneficiar al feto al no estar expuesto

a los efectos secundarios de tales drogas.

El mayor estado de relajación materna disminuye los niveles de hormonas del estrés, estimulando la producción de endorfinas y oxitocina. Esta liberación de oxitocina puede conllevar a que la mujer presente contracciones uterinas más efectivas favoreciendo un mayor progreso en la dilatación.

La mayoría de estudios consultados coinciden en señalar que la inmersión en agua acorta los tiempos de parto, excepto dos de ellos donde se observó una duración similar entre las mujeres que utilizaron la inmersión en agua y las que no. En concreto, el estudio llevado a cabo por Lewis et al. obtuvo una duración de la primera etapa del parto ≤240 minutos y Lim et al. dató una duración media del parto de 267.5 minutos en las mujeres de parto en agua frente a los 420.7 minutos de las que no usaron este método.

A su vez, la mayor relajación y el alivio del dolor mejora la perfusión uterina, aumentando la oxigenación fetoplacentaria. Esto puede traducirse en un mayor bienestar fetal durante el parto, aunque este aspecto no ha sido suficientemente estudiado en la literatura. Solamente el estudio llevado a cabo por Snapp et al. muestra menos alteraciones de la frecuencia cardiaca fetal en las mujeres que utilizaron hidroterapia.

La flotabilidad de la mujer en el agua permite que ésta tenga una mayor libertad de movimientos y que pueda adoptar posiciones verticales, siendo este eje vertical más similar al eje del canal del parto. A su vez, el aumento de la movilidad materna ayuda a maximizar los diámetros pélvicos. Todo ello resulta beneficioso para el descenso y la flexión de la cabeza fetal.

La relación entre el uso de hidroterapia y el tipo de parto es controvertida. La revisión Cochrane de Cluett. dice que la inmersión en agua tiene poco efecto sobre el modo de nacimiento. Sin embargo, el estudio de Lewis et al. encontró entre las mujeres que usaban el agua una probabilidad mayor de parto vaginal espontáneo (88% vs 69%) y el estudio de Liu et al. observó una disminución en la tasa de cesáreas del 32,9% frente al 13,2%.

En relación al trauma perineal, la evidencia consultada sugiere que las mujeres con parto en el agua presentan una mayor integridad perineal, no observándose diferencias en cuanto a laceraciones extensas de tercer y cuarto grado. Los estudios coinciden en señalar que las probabilidades de tener episiotomías fueron significativamente mayores en las mujeres que tuvieron un parto convencional

frente a las que lo tuvieron bajo el agua. En concreto, Lim et al. contempló 20.00% vs 1.67% y Gayiti et al. un 63.6% vs 0.85%, en parto convencional y parto en el agua, respectivamente.

En cuanto a la idea de que el parto en el agua puede implicar más riesgo de hemorragia postparto, los estudios muestran resultados discordantes. Unos de ellos aseguran que existe una reducción de la pérdida de sangre en las mujeres con parto en el agua, aunque la mayoría coincide en que el volumen de sangre perdido fue comparable entre las mujeres de parto en el agua y parto convencional.

Además la inmersión en agua hace que las gestantes se sientan más cómodas, con mayor intimidad y privacidad y con una mayor sensación de control. Todo ello hace que refieran mayores niveles de satisfacción con la experiencia del parto tras el uso de hidroterapia durante el mismo y el parto en el agua.

Por tanto, la evidencia no muestra mayores efectos adversos en las mujeres con parto en el agua, tal y como afirma la revisión Cochrane de Cluett. El estudio de Lewis et al. encontró que las mujeres con parto en agua tenían menos probabilidades de ser trasladadas a servicios especiales (62% vs 36%). Tampoco se evidencian casos de infección materna en los análisis revisados. Solamente el estudio de Lim et al. halló tres casos de retención placentaria en el nacimiento en el agua frente a ninguno en las mujeres con parto convencional.

En cuanto a los efectos sobre el neonato, los estudios sugieren que al ser el ambiente acuático similar al líquido amniótico, la transición del bebé del mundo intrauterino al extrauterino es más lenta y suave.

La literatura afirma que no hay evidencia de mayores efectos adversos neonatales. Los estudios coinciden en que no se observan diferencias en las puntuaciones del test Apgar, en el número de complicaciones respiratorias del recién nacido ni en las infecciones neonatales. En cuanto a la necesidad de requerir ingreso en unidades de cuidados intensivos neonatales, los estudios varían, no encontrando algunos de ellos diferencias y otros, en cambio, asociando el uso del agua con menos probabilidades de requerir ingreso en dichas unidades.

Otro aspecto en el que existe debate es la posible dificultad de la termorregulación en los recién nacidos bajo el agua. Algunas investigaciones no muestran variación entre un modo de nacimiento y otro. Sin embargo, en el estudio de Montiel et al. los recién nacidos por parto en agua presentaron una menor

temperatura corporal en comparación con los nacidos mediante parto convencional, aunque estas cifras siempre se mantuvieron en límites normales y se normalizaron en las primeras 24 horas, sin percibir ningún riesgo para estos neonatos.

Tampoco se observan diferencias en relación a la muerte neonatal, tal y como afirma la revisión Cochrane de Cluett et al.

En cuanto a la rotura del cordón umbilical, una de las principales preocupaciones para el parto en el agua, Nutter et al. estima una incidencia de 2.4/1000 nacimientos en el agua, aunque se desconocen las cifras de estos casos en los partos convencionales. Se cree que puede ser debido a la tracción indebida y rápida del recién nacido al llevarlo hasta la superficie del agua. A pesar de que no existe evidencia de calidad que haya examinado este fenómeno, ya que se basa en informes de casos, para evitarlo se recomienda que se disminuya el nivel del agua justo antes del nacimiento y que la tracción del bebé hasta la superficie del agua se haga de forma suave.

A pesar de todos los beneficios reportados, la evidencia científica no muestra pautas de actuación claras para la inmersión en agua durante el trabajo de parto y para el parto en el agua. Es importante que las instituciones que ofrezcan dichos métodos desarrollen protocolos rigurosos para la selección adecuada de candidatas, políticas apropiadas para el mantenimiento y limpieza de las instalaciones y materiales necesarios, pautas de atención o cuidados y control de las precauciones que permita llevar a cabo un procedimiento seguro.

En relación a los criterios de inclusión, las investigaciones consultadas sugieren que las candidatas para utilizar dichos procedimientos son mujeres con embarazo a término, catalogado de bajo riesgo obstétrico, feto único con presentación cefálica, registro cardiotocográfico normal y constantes vitales dentro de la normalidad. Las gestantes con rotura de bolsa amniótica y aquellas con resultado positivo para el estreptococo del grupo B pueden también utilizar dichos procedimientos, ya que no son situaciones que impidan su uso.

En cuanto a las contraindicaciones, los casos que deben excluirse para el uso del agua en el parto son: embarazo de alto riesgo obstétrico, prematuridad, malposición fetal, sangrado vaginal, obesidad, inducción de parto, administración de opioides en las 2 horas previas, infecciones transmisibles (VIH, VHB, VHC, sífilis, herpes simple, herpes genital activo…) y macrosomía fetal.

Debe detenerse la inmersión en agua si aparece fiebre materna intraparto, sospecha de corioamnionitis, alteración de la frecuencia cardíaca fetal, líquido amniótico teñido, anomalías de la dinámica uterina, malestar materno y progreso lento del parto.

En relación al manejo de la inmersión y parto en el agua, los estudios sugieren que los cuidados a llevar a cabo son:
- La bañera debe llenarse únicamente de agua, sin utilizar ningún tipo de aditivo o aceite esencial.
- El nivel del agua debe alcanzar el pecho o las axilas de la mujer cuando ésta se encuentre sentada en la bañera.
- Se debe mantener el agua limpia mediante la eliminación del material fecal utilizando un tamiz o solicitando a la mujer que abandone la bañera mientras se cambia el agua.
- Los exámenes vaginales deben realizarse con guante largos y estériles.
- Deben controlarse las constantes maternas cada hora y llevar a cabo un control adecuado de la frecuencia cardiaca fetal.
- Debe procurarse un ambiente tranquilo, cálido y con luz tenue.
- Se debe recomendar a la gestante a que realice una micción espontánea previamente a la inmersión y a que salga de la piscina siempre que necesite orinar de nuevo.
- Se debe alentar a la mujer a que beba de forma frecuente para evitar la deshidratación.
- Es necesario contar con un equipo apropiado que permita la evacuación urgente de la mujer si surge alguna complicación.
- Si el parto se realiza en el agua, la vulva y el periné de la mujer debe permanecer completamente sumergido en el nacimiento y el profesional que atienda el parto debe utilizar la técnica “hands off”.

Estudios previos aconsejaban que la gestante se encontrase con una dilatación de parto de al menos 5 cm para la inmersión en agua y que la inmersión no se alargase más allá de dos horas, debido a la creencia de que esto podía prolongar el parto. Actualmente no hay evidencia que sugiera que la inmersión deba limitarse a un periodo ni a una duración específica. Dichas pautas fueron fundamentadas en un único ensayo antiguo que analizaba dos grupos de estudio: uno formado por gestantes en fase activa de parto, con más de 5 cm de dilatación, y el otro grupo constituido por embarazadas que se sumergieron en el agua con menos de 5 cm de dilatación, pero sin especificar si éstas lo hacían en fase latente o en fase activa de parto. Por ello, estudios actuales proponen que la inmersión

en agua, siempre que la embarazada sea una candidata apta, debe basarse en el propio deseo y bienestar de la mujer y en la evolución del parto, sin restringir de antemano el tiempo ni el momento de inmersión.

En relación a la temperatura del agua, las investigaciones muestran resultados variados. La temperatura mínima del agua difiere según los estudios entre 34 y 36.4℃. La temperatura máxima se recomienda que permanezca por debajo de la temperatura corporal materna para prevenir la fiebre. Según los estudios consultados debe estar entre 37 y 38℃, aunque la mayoría coinciden en que no debe exceder los 37.5℃. Se debe realizar un control horario de dicha temperatura.

Además de la falta de consenso para el uso de la hidroterapia en el parto, existen barreras adicionales que dificultan su implantación. Una de las barreras está relacionada con los recursos e instalaciones disponibles (piscina, equipo cardiotocógrafo resistente al agua…). Otra limitación viene dada por la reticencia de algunos profesionales sanitarios, debido a una escasa o nula experiencia con estos procedimientos, a una falta de confianza, a una resistencia al cambio y a una falta de formación. Todo ello junto con la ausencia de una evidencia que marque un patrón de uso totalmente establecido ha impactado negativamente en la puesta en marcha de esta práctica.

5 Discusión-Conclusión

La inmersión en agua durante la fase de dilatación es un método no farmacológico efectivo para reducir la intensidad del dolor del parto y para aumentar la satisfacción de la mujer, además de ser seguro tanto para la mujer como para el feto, por lo que debería ser una alternativa disponible para todas las mujeres con embarazos de bajo riesgo que no deseen o no puedan usar un método farmacológico.

El aumento de esta demanda por parte de las gestantes, sumado al interés de los profesionales sanitarios por ofrecer un parto humanizado evitando el excesivo intervencionismo, junto con los beneficios mostrados en la evidencia sobre el uso de la inmersión en agua durante la primera etapa del parto, debería servir para que las unidades de maternidad impulsen la implementación de este método como una opción más para el alivio del dolor en el parto, ya que actualmente aún en muchas instituciones, la única posibilidad efectiva disponible para el alivio de este dolor es la analgesia epidural.
Se debe fomentar a los profesionales a aumentar su formación en dicha práctica

para que esto no suponga una barrera que impida su uso, basando el acceso de las gestantes que opten por este método a sus propias preferencias y no a las restricciones profesionales o de las instituciones.

En cuanto al uso de la bañera para el parto en el agua, no hay evidencia de alta calidad suficientemente establecida. Aunque no se observan efectos adversos claros ni en la madre ni en el bebé, no hay información suficiente para respaldar o desalentar su uso durante la segunda fase del parto. Por ello, a las gestantes de bajo riesgo obstétrico que decidan esta opción de parto, se les debe proporcionar una información objetiva y detallada acerca de sus opciones explicando las contraindicaciones y los posibles beneficios y riesgos, tanto para su salud como para la de su bebé, respetando las preferencias y decisiones de la mujer desde la perspectiva de la máxima seguridad hacia ella misma y hacia el recién nacido.

Se requiere de más investigación para poder seguir realizando una práctica clínica basada en la mejor evidencia científica, por lo que son necesarios más estudios sobre los efectos del parto en el agua, el momento óptimo para iniciar la inmersión y las estrategias y pautas de seguridad.

6 Bibliografía

1. Cluett ER, Burns E, Cuthbert A. Immersion in water during labour and birth. Cochrane Database Syst Rev. 2018;5:CD000111. doi: 10.1002/14651858.CD000111.pub4.
2. Snapp C, Stapleton SR, Wright J, Niemczyk NA, Jolles D. The Experience of Land and Water Birth Within the American Association of Birth Centers Perinatal Data Registry, 2012-2017. J Perinat Neonatal Nurs. 2020;34(1):16-26. doi: 10.1097/JPN.0000000000000450.
3. Hodgson ZG, Comfort LR, Albert AAY. Water Birth and Perinatal Outcomes in British Columbia: A Retrospective Cohort Study. J Obstet Gynaecol Can. 2020;42(2):150-55. doi: 10.1016/j.jogc.2019.07.007.
4. Jacoby S, Becker G, Crawford S, Douglas R. Water Birth Maternal and Neonatal Outcomes Among Midwifery Clients in Alberta, Canada, from 2014 to 2017: A Retrospective Study. 2019:41(6):805-12
5. González-García RM, Márquez-Carrasco AM, Mera-Domínguez S. Alternativas no farmacológicas a la analgesia epidural en el parto de bajo riesgo. Enfermería Docente. 2018; (110): 80-4. Disponible en: http://ciberindex.com/c/ed/110080ed [acceso: 14/02/2020]

6. Lewis L, Hauck YL, Butt J, Hornbuckle J. Obstetric and neonatal outcomes for women intending to use immersion in water for labour and birth in Western Australia (2015-2016): A retrospective audit of clinical outcomes. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 2018;58(5):539-47. doi: 10.1111/ajo.12758. Epub 2018 Jan 17.
7. Milosevic S, Channon S, Hunter B, Nolan M, Hughes J, Barlow C, et al. Factors influencing the use of birth pools in the United Kingdom: Perspectives of women, midwives and medical staff. Midwifery. 2019;79:102554. doi: 10.1016/j.midw.2019.102554.
8. Lim KM, Tong PS, Chong YS. A comparative study between the pioneer cohort of waterbirths and conventional vaginal deliveries in an obstetrician-led unit in Singapore. Taiwan J Obstet Gynecol. 2016;55(3):363-7. doi: 10.1016/j.tjog.2016.04.012.
9. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Obstetric Practice. Committee Opinion No. 679: Immersion in Water During Labor and Delivery. Obstet Gynecol. 2016;128(5):e231-e236.
10. Romero-Lecha SP, Oriola-Alba M, Carregui-Vilar S, Collado-Boira EJ. Parto acuático: complicaciones y beneficios más relevantes respecto al parto vaginal convencional. Ágora de salut. 2018(5):289-98. doi: http://dx.doi.org/10.6035/agorasalut.
11. Czech I, Fuchs P, Fuchs A, Lorek M, Tobolska-Lorek D, Drosdzol-Cop A, et al. Pharmacological and Non-Pharmacological Methods of Labour Pain Relief-Establishment of Effectiveness and Comparison. Int J Environ Res Public Health. 2018;15(12). pii: E2792. doi: 10.3390/ijerph15122792.
12. Taylor H, Kleine I, Bewley S, Loucaides E, Sutcliffe A. Neonatal outcomes of waterbirth: a systematic review and meta-analysis. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2016;101(4):F357-65. doi: 10.1136/archdischild-2015-309600.
13. Uceira-Rey S, Loureiro Martínez R, Barcia Raposo MI, Valderrábano González I, González Fernández I, Silva Espido M, et al..Procedimiento de inmersión en el agua para el trabajo de parto en el Hospital da Barbanza. Matronas Prof. 2015; 16(1): 12-17
14. Mallén Pérez L, Terré Rull C, Palacio Riera M. Inmersión en agua durante el parto: revisión bibliográfica. Matronas Prof. 2015; 16(3): 108-113
15. Iriondo Sanz M, Sánchez Luna M, Botet Mussons F, Martínez-Astorquiza T, Lailla Vicens JM, Figueras Aloy J. Atención del parto en el agua. Consenso de la Sociedad Española de Neonatología y de la Sección de Medicina Perinatal de la Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología. An Pediatr (Barc). 2015;82(2):108.e1—108.e3
16. Montiel-Morales DP, Ferreira-Jaime F, Rendón-Macías ME. Comparación del

periodo de transición en recién nacidos obtenidos de parto en agua y parto en seco. Estudio de cohortes. Rev Mex Pediatr 2016;83(5):148-53
17. Henderson J, Burns EE, Regalia AL, Casarico G, Boulton MG, Smith LA. Labouring women who used a birthing pool in obstetric units in Italy: prospective observational study. BMC Pregnancy Childbirth. 2014;14:17. doi: 10.1186/1471-2393-14-17.
18. Gayiti MR, Li XY, Zulifeiya AK, Huan Y, Zhao TN. Comparison of the effects of water and traditional delivery on birthing women and newborns. Eur Rev Med Pharmacol Sci. 2015;19(9):1554-8.
19. Liu Y, Huang X, Du C, Peng J, Huang P, Zhang J. A comparison of maternal and neonatal outcomes between water immersion during labor and conventional labor and delivery. BMC Pregnancy Childbirth. 2014;14:160. doi: 10.1186/1471-2393-14-160.
20. Nutter E, Meyer S, Shaw-Battista J, Marowitz A. Waterbirth: an integrative analysis of peer-reviewed literature. J Midwifery Womens Health. 2014;59(3):286-319. doi: 10.1111/jmwh.12194.
21. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Atención al Parto Normal. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (OSTEBA). Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (Avalia-t). 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA Nº 2009/01
22. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (UK). Intrapartum care overview. London: National Institute for Health and Care Excellence (UK); 2017. Available from: https://www.nice.org.uk/guidance/qs105

Capítulo 418

PIE DIABÉTICO

JUAN LUIS SÁNCHEZ SUÁREZ

1 Introducción

Considerando que la diabetes mellitus es la enfermedad del siglo XXI y el pie diabético una de sus complicaciones más frecuentes .

Se denomina pie diabético a la infección, ulceración o destrucción de tejidos profundo del pie asociado con neuropatía o enfermedad arterial periférica en las extremidades inferiores de personas con diabetes.

Las complicaciones del pie acumulan más hospitalizaciones que cualquier otra complicación de la DM con mortalidad y morbilidad considerables. Las complicaciones del pie son las más serias y costosas de la DM. Estrategias que incluyen prevención, educación de pacientes y prestadores, tratamiento multidisciplinario de las úlceras y monitoreo estrecho reducen las amputaciones entre 49 y 85%.

2 Objetivos

Exponer y abordar algunos aspectos importantes en la valoración de un paciente con pie diabético como complicación de la diabetes mellitus.

3 Metodología

Intervención educativa para enseñar a las personal con diabetes y/o a sus familiares la importancia de identificar y disminuir los factores de riesgo para pie diabético mediante la valoración y cuidado de los pies.

El consenso internacional en el pie diabético identifica como factores responsables de incrementar la aparición de lesiones en los pies de los diabéticos: la pérdida de la sensibilidad protectora, pérdida de la sensibilidad profunda, ausencia del reflejo del tendón de Aquiles, cambios fisiopatológicos, deformidades anatómicas , calzado inadecuado y déficit de cuidado del pie, ya que dan lugar a un pie vulnerable e incrementa el riesgo de lesión.

Tomando en cuenta que para que las personas realicen las medidas de cuidados es necesario que posean los conocimientos para realizarlas correctamente.

4 Resultados

Tanto la organización mundial de la salud como la Inernational Diabetes Federation (IDF) tienen como objetivos reducir la tasa de amputaciones Sobre 50% Reducir la DM por su relevancia en la discapacidad física que produce.

La investigación en cuidados del pie de pacientes diabéticos y la implementación de programas de prevención es una de las formas más costo efectivas de provisión de cuidados de salud

Los estudios realizados plantean que la prevalencia, tanto de la DM tipo I como de la DM tipo II, aumentan en todo el mundo y estiman que la tipo II incrementa con más rapidez en el futuro a causa de la obesidad creciente y la reducción de la actividad física.

Se plantea que la DM se incrementa con la edad. En el siglo XXI se estimaba que la prevalencia era de 0,19%en personal menores de 20 años y de 8,6% en las mayores de esa edad; en los individuos de más de 65 años la prevalencia de DM fue de 20,1%. La OMS ha lanzado un llamado de alerta porque la DM tipo II presenta un alarmante ritmo de crecimiento a nivel mundial en los últimos 10 a 20 años

La Asociación Norteamericana de Diabetes indica que la prevalencia de la enfermedad varía en función de la edad, el grupo étnico y las condiciones sociales. Se plantea que el 43% de la población de edad superior a 65 años presenta cifras patológica de glucemia.

Los estudios consultados refieren que la clasificación clínica más ampliamente aceptada es la de Wagner, que valora la presencia de tres parámetros: la profundidad de la úlcera, el grado de infección y el grado de gangrena y establece seis

categorías o grados donde cada subsiguiente grado de lesión indica una progresión en severidad.

La alta incidencia de lesiones complejas , quizás por subvalorar esta enfermedad y no acudir a tiempo a la consulta y esperar, en muchas ocasiones, con tratamientos insuficientes, todo sobre la base de las severas alteraciones en los mecanismos de defensa celular y humoral.

En el caso de Pie Diabético isquémico la amputación es el tratamiento predominante (58,33%), y dentro de éste, las amputaciones supracondíleas ocupan el 93% de la casuística evaluada, siendo bajos los porcentajes de revascularización y angioplastía.

El tiempo de Hospitalización es de un promedio de 19 días, encontrándose que el 54% de pacientes tuvieron estancias entre 2 semanas y 1 mes.

5 Discusión-Conclusión

Nos encontramos ante un importante problema de salud que va afectar a un gran número de personal y sobre el que el profesional de enfermería tiene mucho que decir. Por ello, se ha realizado una guía de prevención y cuidados al pie diabético que pretende abordar el problema de forma integral para mejorar la calidad de vida del paciente y reducir sus complicaciones que, de no ser tratadas de forma adecuada, pueden desencadenar una infección, necrosis de la extremidad lesionada, amputación, etc. procesos todos invalidantes. Para ello, será primordial una exhaustiva y adecuada educación sanitaria que posibilite una mejora de las condiciones del paciente en general y de sus pies en particular, tratando de evitar la aparición del problema o, una vez ya presente, proporcionando los cuidados oportunos para garantizar una atención óptima que limite en lo posible y sus secuelas.

6 Bibliografía

- D. De Alcalá. Aguayo, V. Soria, F.Illán, L.M. Aguirán, J.M. Pérez-Abad, et al. Desarrollo de una vía clínica para el pie diabético. Rev Calidad Asistencial, 18 (2003), pp. 235-243
- Minsal. Guía clínica Diabetes Mellitus tipo 2, 2006. Disponible en WWW.redsalud-gov.cl
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Centro de prnsa. Diabetes (Internet). Ginebra: OMS; 2012

- American Diabetes Association. Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. Diabetes (INTERNET) 2012.
- P. Martín, A. Díaz, N. García de la Torre, A. Benedí, I. Calvo, E.J. Serrano, et al Pie diabético. Quince años después de la Saint Vicent. Endocrinal Nutr. 53(2006) pp. 61-68

Capítulo 419

DIABETES. VALORACIÓN Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA DEL PIE DIABÉTICO.

MARTA FERNANDEZ MARTINEZ

1 Introducción

La Diabetes Mellitus es un conjunto de trastornos metabólicos crónicos que se caracteriza por un aumento de los niveles de glucosa en sangre, debido a que el páncreas o bien no produce insulina suficiente o que existe una resistencia a esa insulina producida por él. El cuidado en estos pacientes es muy importante, ya que la diabetes irá progresando, afectando a distintos órganos y sistemas corporales. Causando diversas patologías que aumentarán la dependencia del paciente y el gasto sanitario. Según la OMS la diabetes será la séptima causa de muerte en el 2030.

Se diagnostica mediante la medición de glucosa en plasma venoso. La ADA (American Diabetes Association) determina los valores y situaciones en las que esa medición indican es un diagnóstico positivo de Diabetes Mellitus.

Glucemia mayor o igual a 126 mg/dl en ayunas. Se precisa una segunda medición.
Sintomatología típica de diabetes (poliuria, polidipsia, polifagia) con una glucemia mayor o igual a 200 mg/dl en cualquier momento del día.
Glucemia mayor o igual de 200 mg/dl tras una sobrecarga oral con 75g de glucosa.
Hemoglobina glicosilada HbA1c mayor o igual a 6,5%.

Las principales formas de presentación de la diabetes son las siguientes:

Diabetes tipo I: también conocida como insulinodependiente, de comienzo en la infancia o juvenil. Se suele dar en la infancia y adolescencia, aunque existen casos en edades más avanzada. Se caracteriza porque el páncreas es incapaz de segregar insulina, precisando inyecciones de insulina durante toda su vida. Se ven afectadas las células beta del páncreas que son las que producen la insulina. La etiología es variadas, aunque suele hablarse más de causas genéticas y factores ambientales.

Diabetes tipo II: más común en pacientes de edad adulta, muy relacionado con el estilo de vida (alimentación, ejercicio,etc…). Aunque en este caso se habla también de causas genéticas y ambientales. Se relaciona con causas genéticas porque se ha comprobado en diferentes estudios que hay componentes de una misma familia con diabetes o riesgo de ella. En este caso el páncreas produce insulina, pero en cantidades inferiores a las necesarias y a su vez, una resistencia a la misma.

Diabetes gestacional: se diagnostica durante el embarazo exclusivamente, normalmente entre la semana de gestación 24 y 28. Son mujeres que anteriormente no estaban diagnosticadas. Posteriormente tras el parto suele tardar en desaparecer unas 6 semanas. Se les realiza el cribado mediante el Test de O'Sullivan, si es positivo, se les realizará una sobrecarga oral de glucosa para la confirmación del diagnóstico.

Las complicaciones derivadas pueden ser múltiples. Se dividen en dos grandes grupos, microvasculares y macrovasculares.

Microvasculares
- Retinopatía diabética: conlleva la afectación de la retina y pequeños vasos del ojo, causando una disminución de la agudeza visual, e incluso ceguera. Por ello se recomienda un control periódico.
- Nefropatía diabética: se produce un daño de los vasos sanguíneos de los riñones de manera progresiva. Sin sintomatología al inicio, pero pueden derivar en una insuficiencia renal. La nefropatía diabética es una las principales causas por las que los pacientes diabéticos acaban recibiendo tratamiento renal sustitutivo.
- Neuropatía diabética: es una de las complicaciones más comunes, debido a la lesión de los nervios y afectación de los vasos. Se produce una disminución de la sensibilidad sobre todo en miembros inferiores y si existe alguna lesión o herida puede llegar a infectarse y causar la pérdida del miembro.

Macrovasculares

Se considera la afectación de vasos sanguíneos de mayor calibre, debido a ateroesclerosis y obstrucción. Ocasionando problemas cardiovasculares de cualquier índole.

Pie diabético
Es uno de las principales complicaciones que sufren los pacientes diabéticos, que en la mayoría de los casos acaba en amputación debido a infecciones, a la evolución tortuosa o el dolor que las heridas producen. Hay diferentes escalas para la clasificación del pie diabético, pero la más utilizada es la de Meggitt-Wagner.
Cada grado de esta clasificación describe un tipo de lesión. Los tres primeros grados (0 I II) describen la profundidad, el cuarto (III) especifica la infección y los dos últimos (IV V) relaciona las lesiones con la afectación vascular.

Para la prevención de las lesiones en los pies diabéticos existen cuidados consensuados, que son de vital importancia a seguir. A continuación se citan los más importantes:

Inspeccionar a diario la piel completamente, incluyendo 6 zonas de vital importancia: talones, bases de los dedos, punta del dedo gordo, planta y zona exterior de éste.

No lavar los pies con agua muy caliente, la temperatura adecuada serian unos 30 grados o templada. Al disminuir la sensibilidad el agua caliente puede producir quemaduras, sin que el paciente se de cuenta. Tras el lavado secar muy bien la piel, incluyendo pliegues interdigitales.

Echar crema hidratante, pero en este casos se evitarán los pliegues interdigitales, ya que aumentaría la humedad en esta zona y por ello el riesgo de lesiones.
Para cortar las uñas se deben usar tijeras de punta roma, cortándolas en forma recta. Las limas adecuadas son las de cartón. Se deben evitar los cortauñas, limas metálicas y piedra pómez. Si la persona no puede realizar estos cuidados ella misma, es recomendable acudir al podólogo.

Los zapatos deben de ser cómodos, de piel y anchos para evitar rozaduras. Nunca andar descalzo. Los calcetines preferiblemente de fibras naturales cómo algodón, hilo o lana y de colores claros para detectar las lesiones precozmente.

Cualquier tratamiento de lesiones será valorado y realizado por un especialista.

2 Objetivos

- Conocer datos básicos de la diabetes y sus tipos.
- Saber valorar el pie diabético y sus distintos grados de afectación.
- Conocer cuidados básicos del pie diabético para la práctica diaria y educación para la salud.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica, mediante la búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos , que están relacionadas con la rama de las ciencias de la salud: Pubmed, Dialnet, Scielo, Medline y ClinicalKey. Se analizaron también datos en la página de la OMS (Organización mundial de la salud), la SED (Sociedad Español de Diabetes) y Ministerio de Sanidad de España.

Se filtro la búsqueda en trabajos o artículos en lengua castellana, con posterioridad al 2013. Se seleccionan al final 7 artículos. Utilizando los Descriptores en Ciencias de la Salud: diabetes, pie diabético (Diabetic Foot), cuidados de enfermería (Nursing Care).

4 Resultados

Los artículos y estudios revisados muestran que un conocimiento adecuado de la etiología de la diabetes y las complicaciones que está puede causar, hace que se pueda disminuir la dependencia del paciente y el gasto sanitario.

Al existir para la clasificación del pie diabético diferentes escalas, se intentará utilizar la que más fácilmente nos guié a la detección precoz de patología o lesiones.

La prevención es fundamental en esta enfermedad, ya que su curso crónico y afectación sistémica, está demostrado que nunca se frena, está continuamente en mayor o menor grado repercutiendo en el resto del organismo.

Se debe inculcar una vida sana, con ejercicio diario y alimentación equilibrada, para evitar obesidad , disminuir los niveles de glucosa en sangre, mejorar la capacidad cardiovascular, en definitiva para mantener un buen estado de salud.

5 Discusión-Conclusión

La OMS determinó en 2016 que unas 422 millones de personas sufren diabetes en el mundo. Confirmando que es una de las principales causas de mortalidad y disminución de la calidad de vida de las personas.

La diabetes tipo II es más frecuente que la tipo I, porque está más relacionada con los estilos de vida, por ello la educación para salud es primordial, para evitar la aparición. Con una detección precoz y seguimiento correcto la calidad de vida puede verse menos afectada.

Debido a la carga asistencial de estos pacientes, se debería aumentar la formación de los profesionales para poder llevar a cabo educación para la salud, atención y cuidados adecuados. Para evitar aumentar el gasto sanitario que supone esta patología. Y en paralelo, poder dar un soporte de calidad a estos paciente y sus familias.

Aunque existen diversidad de artículos, estudios e investigaciones, existe en gran parte un consenso en todo lo relacionado a la diabetes mellitus.

6 Bibliografía

- Rodríguez Robisco P, Estany Gestal A, Moreno Pestonit MT, Blázquez Domínguez MD, Rodríguez Martínez FJ. Autocuidados diarios en la prevención del pie diabético. Gerokomos. marzo de 2014;25(1):52-52.
- Clasificación Wagner para pie diabético | Imagenes de médicos, Auxiliar de enfermeria y Pie diabetico [Internet]. Disponible en: https://www.pinterest.es/pin/503066220853854200/
- González de la Torre H, Berenguer Pérez M, Mosquera Fernández A, Quintana Lorenzo ML, Sarabia Lavín R, Verdú Soriano J, et al. Clasificaciones de lesiones en pie diabético II. El problema permanece. Gerokomos. 2018;29(4):197-209.
- Parro Moreno A, Santiago Pérez MI, Abraira Santos V, Aréjula Torres JL, Díaz Holgado A, Gandarillas Grande A, et al. Control de la diabetes mellitus en población adulta según las características del personal de enfermería de atención primaria de la Comunidad de Madrid: análisis multinivel. Revista Española de Salud Pública
- Rodrigues Helmo F, Dias FA, Zuffi FB, Borges M de F, Lara BHJ, Ferreira LA. Cuidado de los pies: conocimiento de los individuos con diabetes mellitus. Enfermería Global. julio de 2014;13(35):41-51.

- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social - Ciudadanos - La Diabetes [Internet]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfNoTransmisibles/diabetes/diabetes.htm
- Martínez Alberto CE, Fernández Gutiérrez DÁ, Brito Brito PR, Reyes Abreu M, Gaona Fernández A, Mellado Tirado RM, et al. Valoración enfermera de la neuropatía periférica diabética en Atención Primaria en Canarias: Fase inicial del estudio "NEUDIACAN". Ene [Internet]. 2017;11(3).

Capítulo 420

PAPEL DE ENFERMERÍA EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS.

ELENA BARRERO BRAVO

PATRICIA BARTOLOME HUERTA

1 Introducción

La muerte, en la actualidad continúa siendo considerada como un suceso imprevisto y lejano, la mayoría de los individuos no piensan en este suceso, no aceptan que la muerte parte de la vida y que por lo tanto se debe estar preparado para afrontarla. La muerte ha sido institucionalizada, haciendo que los familiares prefieran trasladar al enfermo desde su hogar al hospital, esto debido al temor que sienten los familiares de los pacientes en fase agónica de que mueran sin atención médica o con la finalidad de minimizar el sufrimiento de la persona que agoniza, razón por la cual se ha incrementado el número de pacientes que mueren en las diferentes instituciones sanitarias (Celma y Strasser, 2015).

En la actualidad, la creencia de la necesidad de hallar medios para que las personas con enfermedades terminales dispongan de las condiciones necesarias para alcanzar una muerte digna ha aumentado, y se han producido cambios que dificultan este hecho. En la mayoría de los casos, los pacientes en la etapa final de la vida y/o su familia manifiestan que prefieren recibir un tratamiento cuya finalidad sea controlar los síntomas, sin que esto requiera prolongar la vida, así como, poder morir en sus domicilios (Jiménez, Perea y Rivas, 2006).

El profesional de enfermería cumple un rol sumamente importante en el proceso de la muerte, y en su práctica profesional resulta imposible desligar este tipo de

situaciones a su labor diaria; no obstante, la mayoría de las acciones que llevan a cabo los enfermeros son vistas como actuaciones científicas o técnicas, sin darle la connotación social que requiere el manejo de un paciente en etapa terminal (Rodríguez, García, Brito y Toledo, 2010).

Las enfermeras representan los principales proveedores de atención médica de cabecera en estas situaciones, y son los encargados de la atención del pacientes en los momentos previos y durante de la muerte. Brindar atención competente y compasiva a los pacientes y sus familias durante todo el curso de la enfermedad, incluso después de que un paciente muere, es una parte importante del trabajo de los profesionales de enfermería (Rodgers, Calmes y Grotts, 2016).

Los pacientes en fases avanzadas de la enfermedad y cercanas a la muerte ingresan en estas instituciones, lo que conlleva que la realización de determinadas intervenciones terapéuticas sea autorizada por los familiares y no por el paciente. Siendo así, el paciente pierde su poder para decidir, de su autonomía y de su dignidad al ser sometido a situaciones que puede no querer (Sociedad Española de Cuidados Paliativos, 2014).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define el concepto de cuidados paliativos (CP) describiendo a esta atención como 11: "Un enfoque terapéutico, por el cual se pretende mejorar la calidad de vida tanto en los pacientes que se enfrentan ante una enfermedad terminal, como a su familia, aplicando medidas para la prevención y el alivio del sufrimiento, mediante la meticulosa valoración y tratamiento del dolor, y de otros padecimientos físicos, psicológicos y espirituales" (OMS, 2018).

Los cuidados paliativos forman parte integral del manejo de todos los pacientes con enfermedad incurable. La provisión de cuidados paliativos se basa en identificar pacientes que requieren aportes de equipos genéricos o especializados. La definición de cuidados paliativos está bien establecida, sin embargo, definir un paciente de cuidados paliativos per se es, posiblemente, más desafiante (Mitchell, Noble, Finlay y Nelson, 2015).

Históricamente, los servicios de cuidados paliativos se limitaban a tratar exclusivamente a pacientes con cáncer. No obstante, la necesidad de cuidados paliativos para pacientes no cancerosos también ha recibido mayor reconocimiento. Los pacientes con enfermedad cardíaca, enfermedades respiratorias o neurológicas avanzadas pueden tener un pronóstico más incierto y menos historia natural predecible que cáncer, por lo tanto las necesidades de cuidado de tales los pacientes

son más difíciles de anticipar, y el apoyo paliativo es potencialmente requerido durante muchos meses, o incluso años (Mitchell et al., 2015).

El conocer la actuación del profesional de enfermería ante la muerte de un paciente hace posible la toma de decisiones sobre la implementación de nuevas estrategias de gestión dedicadas al cuidado y atención de estos pacientes, facilitando de esta manera la labor del enfermero. Por ello se plantea la realización de la presente investigación, de manera que se pueda conocer cuáles es el papel de enfermería en los cuidados paliativos.

2 Objetivos

Objetivo General
- Conocer el papel de enfermería en los cuidados paliativos.

Objetivos específicos
- Conocer la definición, características y objetivos de los cuidados paliativos.
- Demostrar la importancia del rol del profesional de enfermería dentro de la asistencia al paciente en fase agónica.

3 Metodología

El presente trabajo se trata de una revisión sistemática. Para la obtención de la información relevante y poder conocer el estado actual del tema del trabajo se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos PubMed, ScienceDirect y en la Biblioteca Virtual de Salud (BVS), ya que estas son las principales plataformas de estudios científicos relacionados con las ciencias de la salud. Para realizar las búsquedas, se emplearon ecuaciones de búsquedas. Las ecuaciones de búsqueda fueron formuladas a partir de la definición de palabras clave traducidas al lenguaje científico o lenguaje controlado. Este lenguaje se forma mediante descriptores del tesauro MeSH (Medical Subject Headings), perteneciente a PubMed, y que al igual que el DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud), es un amplio vocabulario de lenguaje controlado.

Términos de búsqueda:
- Paciente agónico: En lenguaje libre (Paciente agónico) y en Lenguaje controlado (Agonizing patient, agony)
- Cuidados enfermeros: En lenguaje libre (Cuidados enfermeros) y en Lenguaje controlado (Nursing care, Nursing interventions)

- Enfermería: En lenguaje libre (Enfermería) y en Lenguaje controlado (Nursing, nurse)
- Cuidados paliativos: en Lenguaje libre (Cuidados paliativos) y en Lenguaje controlado (Palliative Care, palliat care)

Para combinar dichos términos y formular las ecuaciones de búsqueda, se utilizarán los operadores booleanos o lógicos AND y OR.

Con la finalidad de poder acotar los resultados de las búsquedas, se aplicaron los siguientes criterios de inclusión: estudios con periodo de publicación desde el 2010 hasta febrero de 2020, artículos en inglés y español, población de estudio humana, estudios en pacientes mayores de 18 años en etapa final de la vida, de ambos sexos, ensayos clínicos aleatorizados, revisiones sistemáticas y metanálisis, protocolos de investigación y estudios sobre el papel de enfermería en los cuidados paliativos. Se excluyeron publicaciones de años inferiores al 2010, libros o manuales y estudios realizados en cadáveres.

Para evaluar la calidad de los estudios y el riesgo de sesgo se empleó el modelo de lectura crítica de CASpe (CASP España). Se trata de un programa que ha sido elaborado por el Instituto de Ciencias de la Salud de Oxford con el objetivo de ayudar a los servicios de investigación en la salud a potenciar las habilidades de búsqueda de información y de lectura crítica de la literatura científica (González et al., 2014).

4 Resultados

Se obtuvo un total de 5252 artículos, de los cuales 30 solo fueron revisados sus títulos y resúmenes; a partir de la lectura de dichos resúmenes de los artículos se seleccionaron 20 artículos que tenían relación con el tema de investigación para ser revisados a texto completo, de un total de 20 revisiones de artículos a texto completo se excluyeron 15 artículos que no correspondían con los criterios de inclusión de nuestra investigación para finalmente seleccionar 5 artículos que compondrán esta revisión.

Para ofrecer una visión más simplificada de los artículos que han sido revisados, se ha elaborado un resumen que contienen la siguiente información sobre cada estudio: título, autor/es, año de publicación tipo de estudio y objetivo.

1. Effect of Early and Systematic Integration of Palliative Care in Patients With Advanced Cancer: A Randomised Controlled Trial. Vanbutsele G. 2018.

Ensayo clínico aleatorizado para examinar si la integración temprana y sistemática de los cuidados paliativos junto con la atención oncológica psicosocial estándar proporciona un beneficio adicional en comparación con la atención habitual.

2. Staff Experiences Forming and Sustaining Palliative Care Teams in Nursing Homes. Norton S et al. 2018.
Estudio etnográfico con el fin de informar sobre las experiencias del personal de hogares de ancianos en el desarrollo y mantenimiento de equipos de cuidados paliativos.

3. Self-Assessment Scores Improve After Simulation-Based Palliative Care Communication Skill Workshops. Brown C et al. 2018.
Ensayo clínico aleatorizado con el fin de examinar si Codetalk resultó en una mejor competencia de comunicación autoevaluada por parte de los alumnos.

4. The Effectiveness of a Nurse-Led Short Term Life Review Intervention in Enhancing the Spiritual and Psychological Well-Being of People Receiving Palliative Care: A Mixed Method Study. Kwan C, Chan C, Chow K. 2019.
Ensayo clínico aleatorizado controlado con el objetivo de examinar la efectividad y la aplicabilidad de una intervención de revisión de vida a corto plazo dirigida por una enfermera en personas con enfermedades que limitan la vida, con el propósito de mejorar su bienestar espiritual y disminuir su ansiedad y depresión.

5. Development and Evaluation of an Education Program for Professional Palliative Care Nursing. Yeun Y, Kwon M y Lee K. 2015.
Ensayo clínico aleatorizado para desarrollar un programa educativo ”Profesional de cuidados paliativos” y evaluar sus efectos sobre el reconocimiento de la buena muerte, los cuidados paliativos y el significado de la vida por parte de las enfermeras.

5 Discusión-Conclusión

Actualmente la formación académica por parte del personal a cargo del cuidado de pacientes al final de la vida ha sido insuficiente, tanto en profesionales de la medicina como de enfermería y otras áreas de la salud, así como también en las residencias destinadas al cuidado de dichos pacientes. A pesar de que en la práctica rutinaria se atienden pacientes en estado terminal, los valores y actitudes de los implicados en el cuidado de estos enfermos carecen de interés académico y por

lo general no se exige de habilidad o formación especializada en esta área (Yagüe, 2011). La creación de capacidades en cuidados paliativos para la enfermería que trabaja en residencias es una prioridad esencial para proporcionar atención de alta calidad a estos residentes (Norton et al., 2018).

Norton et al.(2018) encontraron cuatro temas clave en la creación de capacidades en cuidados paliativos para enfermería que trabaja en hogares de ancianos: apoyo administrativo, consideraciones financieras, rotación y personal, y prioridades competitivas. Aunque mejorar los cuidados paliativos en los hogares de ancianos es una prioridad, la falta de infraestructura estable y las consecuencias imprevistas de las políticas de reembolso han creado condiciones que a menudo frustran la sostenibilidad de los equipos de enfermería que prestan estos cuidados.

La capacitación en comunicación basada en simulación ha sido asociada con una mejor competencia en habilidades comunicacionales generales y específicas. Brown et al (2018), realizaron un ensayo aleatorio de un taller multisesión basado en simulación para mejorar las habilidades de comunicación de cuidados paliativos (Codetalk). Brown et al (2018) incluyeron a 472 alumnos, divididos aleatoriamente en un grupo de intervención (n = 232) o de educación habitual (n = 240). La intervención se asoció con una mejora en la autoevaluación en habilidades de comunicación (P <.001). La intervención también se asoció con una mejora en las autoevaluaciones de los aprendices de 3 de los 4 indicadores de habilidades específicas que expresan empatía, discuten temas espirituales y obtienen objetivos de atención. Las evaluaciones estandarizadas de los pacientes demostraron mejores habilidades de comunicación para los alumnos que reciben la intervención; sin embargo, las evaluaciones de pacientes y familiares no pudieron demostrar mejoría. No obstante, se necesita más investigación para comprender la competencia autoevaluada en relación con otros resultados de la mejora de la habilidad de comunicación en los cuidados paliativos (Brown et al., 2018).

Yeun, Kwon y Lee (2015), desarrollaron un programa educativo llamado ”Profesional de cuidados paliativos”, dicho programa fue desarrollado en base al programa de cuidado de hospicio para voluntarios que se utiliza en el Centro de Investigación de Cuidados Paliativos de la Universidad S en Seúl. También se basó en otros estudios que investigaron las necesidades educativas de las enfermeras en cuidados paliativos. Este programa consistió en 5 sesiones y 16 elementos de contenido durante 2 semanas. Se utilizó un diseño no sincronizado del grupo de control no equivalente y los participantes fueron asignados al grupo experimental (n = 42) o al grupo de control (n = 44). Los resultados de Yeun et al., (2015)

demostraron que el reconocimiento de una buena muerte, los cuidados paliativos y el significado de la vida aumentaron más significativamente en los participantes del grupo experimental que en el grupo control. Los participantes sintieron que adquirieron más conocimiento en el manejo de pacientes paliativos y refinaron su práctica clínica. Los resultados indican que este programa podría servir como un programa práctico para la enfermería de cuidados paliativos.

En un estudio realizado por Vanbutsele (2018), todos los pacientes reciben atención oncológica multidisciplinaria por parte de médicos especialistas, psicólogos, trabajadores sociales, dietistas y enfermeras especializadas. 186 pacientes fueron inscritos y asignados al azar al grupo de cuidados paliativos temprano y sistemático (92 pacientes) o al grupo de atención oncológica estándar (94 pacientes). Los resultados de este estudio demuestran que una integración temprana y sistemática de los cuidados paliativos en la atención oncológica aumentó la calidad de vida de los pacientes con cáncer avanzado, también muestran que la integración temprana y sistemática de los cuidados paliativos es más beneficiosa para los pacientes con cáncer avanzado que las consultas de cuidados paliativos ofrecidas a pedido. Mediante la integración de la atención, los oncólogos y los equipos especializados de enfermería en cuidados paliativos deben trabajar juntos para mejorar la calidad de vida de los pacientes con cáncer avanzado (Vanbutsele, 2018).

Una revisión de la vida es una intervención prometedora para mejorar el bienestar espiritual en las personas mayores que se encuentran en etapa final de su vida. Las intervenciones convencionales de revisión de la vida son largas y a menudo dirigidas por psicólogos, sin embargo esta estrategia también puede ser puesta en práctica por el personal de enfermería. En un estudio realizado por Kwan, Chan y Cho (2019), se examinó la efectividad y la aplicabilidad de una intervención de revisión de vida a corto plazo dirigida por una enfermera, se reclutó un total de 109 participantes (54 en el grupo de intervención, 55 en el grupo de control). El grupo de intervención mostró una mejora significativamente mayor en el bienestar espiritual que el grupo control. Aunque hubo mejoras en los niveles de ansiedad y depresión en el grupo de intervención, no se alcanzó significación estadística en las comparaciones entre grupos. La evaluación del proceso encontró que la mayoría de los participantes estaban muy involucrados (92.6%), interesados (77.8%) y participaron en la intervención (79.6%). Los participantes describieron el proceso de intervención como ”cómodo”, ”relajante” e ”interesante”, y se sintieron iluminados, con una mayor conciencia de sí mismos, después de esto. Los resultados de Kwan et al (2019), sugieren que la intervención de revisión de vida a corto

plazo dirigida por enfermeras demostró efectos de mejora significativos en el bienestar espiritual. La retroalimentación de los participantes sobre el desempeño de las enfermeras fue positiva, encontrando la intervención como aceptable y útil, por lo tanto esta estrategia puede incorporarse en la capacitación especializada en enfermería paliativa, lo que permitiría que más enfermeras realicen la intervención en su práctica diaria.(Kwan et al., 2019).

El desarrollo de las competencias del personal de enfermería debe ser consolidado, para así ofrecer una mejor calidad de atención en cuidados paliativos que garantice la excelencia en el cuidado de estos pacientes y a sus familiares desde un punto de vista integral y ético. Incentivando, no solamente la formación directa en los cuidados, sino también la formación, gestión y apertura de canales de investigación. Es necesaria la formación de un equipo multidisciplinario, ya que la práctica con otros profesionales del área de la salud requiere capacidad de comunicación y profesionalismo, así como apoyo en el ámbito administrativo e institucional.

6 Bibliografía

- Brown C et al. (2018). Self-Assessment Scores Improve After Simulation-Based Palliative Care Communication Skill Workshops. Am J Hosp Palliat Care. 35 (1), 45-51
- Celma A y Strasser G. (2015). El proceso de muerte y la enfermería: un enfoque relacional. Reflexiones teóricas en torno a la atención frente a la muerte. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro. 25 [2]: 485-500.
- Jiménez A, Perea E y Rivas F. (2006). Distribución y tendencia de los fallecimientos en el medio hospitalario en España durante el periodo 1997-2003. Rev Esp Salud Pública. 80 (4): 377-385. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272006000400007
- Kwan C, Chan C, Chow K. (2019). The Effectiveness of a Nurse-Led Short Term Life Review Intervention in Enhancing the Spiritual and Psychological Well-Being of People Receiving Palliative Care: A Mixed Method Study. Int J Nurs Stud. 91, 134-143
- Mitchell H, Noble S, Finlay I y Nelson A. (2015). Defining the palliative care patient: its challenges and implications for service delivery. BMJ Supportive & Palliative Care. 5(4), 46–52. doi:10.1136/bmjspcare-2012-000220rep
- Norton S et al. (2018). Staff Experiences Forming and Sustaining Palliative Care Teams in Nursing Homes. Gerontologist. 58 (4), e218-e225

- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018). Cuidados paliativos. Datos y cifras. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care
- Rodgers D, Calmes B y Grotts J. (2016). Nursing Care at the Time of Death: A Bathing and Honoring Practice. Oncology Nursing Forum. 43(3), 363–371. doi:10.1188/16.onf.363-371
- Rodríguez M, García A, Brito P, Toledo C. (2010). Conceptualizaciones acerca del cuidado, pérdida, duelo y enfermería. El lenguaje del cuidado. Vol 2, Núm 5.
- Sociedad Española de Cuidados Paliativos. (2014). Guía de cuidados. Disponible en: http://www.secpal.com/biblioteca_guia-cuidados-paliativos-1
- Vanbutsele G. (2018). Effect of Early and Systematic Integration of Palliative Care in Patients With Advanced Cancer: A Randomised Controlled Trial. Lancet Oncol. 19 (3), 394-404
- Yagüe J. (2011). Bioética y cuidados paliativos desde una perspectiva enfermera. Biblioteca Las casas. 7 (2). Disponible en: http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0598.php
- Yeun Y, Kwon M y Lee K. (2015). Development and Evaluation of an Education Program for Professional Palliative Care Nursing. J Korean Acad Nurs. 45 (1), 139-46

Capítulo 421

ABORDAJE ENFERMERO ANTE LAS ULCERAS POR PRESION (UPP)

ELIZABETH TRILLO GONZALEZ

1 Introducción

Las úlceras por presión representan un problema de salud a nivel de primer orden por su altísimo coste así como por su incidencia y prevalencia, esto repercute de manera global sobre los sistemas de salud. Por ello las intervenciones de enfermería para planear el cuidado ideal y adecuado en pacientes con úlceras por presión se basan en una valoración integral de la persona realizando actividades de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación basadas en taxonomías NANDA, NIC, NOC, que nos van a permitir valorar y evaluar la seguridad, la eficiencia y el coste-efectividad del cuidado proporcionado por enfermería.

La OMS determina como indicador de calidad de asistencia hospitalaria entre otros la incidencia y aparición de UPP.

El grupo de edad más perjudicado por la problemática de las UPP son los ancianos, se estima que el 45-70% son mayores de 70 años. Por tanto representa una de las patologías más comunes de los pacientes geriátricos institucionalizados que conlleva a un aumento de la morbi-mortalidad, de complicaciones que pueden alargar el ingreso hospitalario y un aumento de la carga en la labor de enfermería. Estudios estiman que aproximadamente un 95% de estas úlceras podrían ser evitables.

Mediante una correcta identificación y control de las causas que fomentan la aparición de úlceras por presión junto con una correcta elección del tratamiento

local a administrar lograremos nuestro éxito terapéutico. Prestaremos especial atención a los cambios posturales, el estado de nutrición y el cuidado diario de la piel, ya que constituyen los pilares de la prevención.

En los pacientes inmovilizados es muy necesaria la colaboración entre el cuidador y los profesionales sanitarios para proporcionar en conjunto un correcto cuidado domiciliario que evitará la aparición de úlceras por presión. Si aún así apareciese esta patología y presentase signos de no mejoría o un gran tamaño o signos de infección seria preciso derivar al hospital.

Los cuidados locales de las úlceras incluyen: limpieza, desbridamiento, prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección y selección de apósito.

Definiremos las UPP como lesiones de la piel producidas por la presión prolongada o fricción entre dos planos duros, provocando un bloqueo sanguíneo a este nivel y, como consecuencia de la isquemia degeneración rápida de los tejidos.

Se identifican tres mecanismos o factores de riesgo primarios en la aparición de las UPP:

1. Presión: fuerza que actúa perpendicular a la piel como consecuencia de la gravedad, provocando un aplastamiento tisular entre dos planos, uno perteneciente al paciente y otro externo a él (sillón, cama, sondas, etc.). Es la principal causa de formación de UPP, que depende tanto de la presión que se ejerce sobre una zona de la piel como del tiempo que se mantiene ésta.

2.Fricción: fuerza tangencial que actúa paralelamente a la piel produciendo roces por movimientos o arrastres.

3.Fuerza externa de pinzamiento vascular o cizallamiento: combina los efectos de presión y fricción.

4. La inmovilidad, la incontinencia, el reducido aporte hídrico, el déficit nutricional, el deterioro cognitivo, la ausencia de recursos o de protocolos de actuación y formación de los profesionales forman otros factores de riesgo.

2 Objetivos

- Identificar todos los posibles factores de riesgo que nos hagan estar ante una situación en la que puedan aparecer úlceras por presión así como reconocer los distintos tipos y fases de las úlceras.

- Proponer un plan de atención de enfermería integral para las personas afectadas y aplicar el tratamiento más adecuado en cada caso haciendo una valoración individual de cada persona y de la efectividad de dicho plan.

3 Metodología

Revisión sistemática de literatura científica de los últimos 5 años en las bases de datos.
Realizamos una revisión sistemática de bibliografía así como revisión de diferentes artículos en referencia al tema expuesto, se han realizado búsquedas en bases de datos como Medline, CINAHL, LILACS, FECYT, Embase y SciELO. El buscador empleado ha sido Google académico con un margen de búsqueda en bibliografía entre los años 1995 hasta la actualidad. Hemos empleado descriptores como "úlceras por presión" " prevención" " infección" " lesiones de la piel" "apósitos" "cuidados de enfermería".

4 Resultados

Clasificaremos las UPP en cuatro grados:
• Grado I. Piel intacta, eritema cutáneo que no palidece al aliviar la presión. Afecta a la epidermis.
• Grado II. Piel con pérdida de solución de continuidad, vesículas y/o flictenas. Afecta a epidermis y dermis superficial o a ambas.
• Grado III. Pérdida de tejido que se extiende en profundidad a través de la piel. Implica lesión o necrosis del tejido subcutáneo llegando hasta el músculo pero no se extiende por él.
• Grado IV. Pérdida total del grosor de la piel con frecuente destrucción, necrosis del tejido o lesión en músculo, hueso o estructura de sostén (tendón y cápsula articular).Las zonas afectadas se localizan en un 90% por debajo de la cintura y dependen mucho de la posición del paciente, siendo la más frecuentes: sacro, trocánter mayor, tuberosidad isquiática, talones y maléolo externo

Aplicaremos cuidados para la prevención de las UPP basados en cuatro puntos principalmente:

1. La Piel. Se examinará a diario, manteniendola limpia y seca. Usar jabones no irritantes, secar sin fricción, no usar alcoholes. Hidratación corporal con una crema

indicada. Utilizar tejidos naturales en la ropa interior para favorecer la transpiración. No realizar masajes en zonas eritematosas o en prominencias óseas. En casos de incontinencia urinaria o fecal extremar la higiene y reeducación de esfínteres, así como uso de cremas protectoras en zona perineal.

2. La Movilización. Establecer un plan de cuidados en el que se estimule al paciente a una movilización o actividad física o a una mejora de esta. Cuando esto no sea posible, optaremos por movilizaciones pasivas de las articulaciones, sin sobrepasar el umbral del dolor. Son de vital importancia los cambios posturales cada 2-3 horas en encamados, respetando las horas de sueño. En pacientes en sedestación cada hora. Evitar contacto directo entre prominencias óseas. Usar dispositivos para disminuir la presión. Evitar el arrastre.

3. Proporcionar apoyo psicológico. Como incentivar a realizar las tareas de su vida diaria ,ocupar su tiempo libre y mantener un entorno agradable.

4. Emplear material complementario: cojines, colchones y apósitos protectores. Para disminuir la presión.

La valoración global del individuo y de la lesión es la base para plantear el tratamiento. Existe un mayor riesgo de desarrollar úlceras por presión en aquellos pacientes que ya presentan o presentaron úlceras con anterioridad.
El estadío de una úlcera por presión se puede relacionar con la gravedad del déficit nutricional, especialmente con una ingesta baja en proteínas y con hipoalbuminemia. Se recomienda un mayor aporte proteico y un aporte hídrico adecuado. Reevaluar periódicamente.

Prestar atención a la presión aliviando la misma ya que esto supone evitar la isquemia tisular permitiendo la viabilidad de los tejidos blandos y unas condiciones óptimas para la curación. Disminuir el grado de presión, rozamiento y cizallamiento.

Aplicar cuidados locales en las úlceras tales como limpieza, desbridamiento y prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección. Posteriormente selección adecuada del apósito o tratamiento.

Utilizaremos suero fisiológico para el lavado aplicando una presión mínima para el arrastre de detritus, bacterias y restos de curas anteriores, sin dañar el tejido sano. La presión más eficaz es por gravedad. La utilización de antisépticos tópicos no está justificada ya que no está probado su acción antiséptica en zonas

profundas y son de gran toxicidad y agresividad para los granulocitos, monocitos y fibroblastos.

El desbridamiento es esencial para que una herida cicatrice correctamente. El tejido necrótico representa un medio de cultivo de bacterias, ya que facilita la proliferación de las mismas, impidiendo por tanto el proceso de curación. La eliminación de éste permitirá que las propias defensas puedan actuar en el proceso de cicatrización.

Si la ulcera presenta inflamación perilesional, exudado purulento, eritema, dolor o mal olor sospecharemos de infección. Si después del lavado y desbridamiento de la lesión cutánea crónica persistiesen algunos de los signos podemos considerar que la herida está infectada.

Si la UPP no evoluciona favorablemente durante 2-3 semanas después de realizar desbridamiento del tejido necrotico y tras descartar la presencia de celulitis u osteomielitis, puede iniciarse tratamiento antibiótico tópico

Existen importantes complicaciones infecciosas como la celulitis, la infección necrotizante de tejidos blandos o la osteomielitis. Estas pueden complicarse hacia un proceso séptico generalizado, los principales síntomas de una septicemia son fiebre, taquicardia, hipotensión, anorexia, desorientación y letargo. Debemos saber identificarlos con urgencia y derivar inmediatamente a un centro hospitalario, ya que se trata de una complicación que puede poner en peligro la vida del paciente.

Después de una correcta limpieza y desbridamiento debemos aportar los medios para que la úlcera consiga un tejido de granulación eficaz y una correcta epitelización. Basados en la cura húmeda, aplicaremos apósitos y tratamientos los cuales ejercerán una acción protectora, unas condiciones óptimas de humedad y temperatura que favorecerán la cicatrización de las UPP.

APOSITOS: El apósito ideal debe ofrecer protección mecánica, mantener ambiente húmedo, facilitar eliminación de exudado y tejido necrótico, favorecer la cicatrización, actuar de barrera frente a microorganismos y permitir el intercambio gaseoso.

ALGINATOS: Absorben hasta 15-20 veces su peso y son hemostáticos y bioabsorbibles. Sus indicaciones son heridas de moderada a alta exudación, heridas sangrantes y tras el desbridamiento cortante, heridas contaminadas e infectadas, están contraindicados en úlceras secas.

APÓSITOS DE CARBÓN: Favorecen la cicatrización de la herida mediante la absorción de los microorganismos que la contaminan. Neutralizan olores desagradables. Sus indicaciones son heridas infectadas y malolientes, heridas de gran exudación, tanto UPP como vasculares, heridas necrosadas con exudado, úlceras diabéticas. Están contraindicados en úlceras en fase de granulación no infectadas.

HIDROCELULARES: Más conocidos como foam o espumas poliméricas. Son apósitos semipermeables, impermeables a líquidos y bacterias, permiten el intercambio gaseoso. Sus propiedades principales son la absorción del exudado, el mantenimiento del medio húmedo y la prevención de la maceración. No usarlos nunca en úlceras secas y con escaras necróticas.

Sus Indicaciones son úlceras por presión y vasculares con exudado moderado alto. Se puede asociar a tratamientos tópicos. Está contraindicado en quemaduras de III grado y úlceras infectadas. No usarlos nunca en úlceras secas y con escaras necróticas ni úlceras grado IV.

HIDROCOLOIDES: Crean un ambiente húmedo, favoreciendo la cicatrización y protegen de la infección. No son apropiados en UPP con abundante exudado, ya que cuando el gel se licúa por saturación puede producir escapes hacia el exterior que además de producir mal olor puede producir maceración.

Sus Indicaciones son úlceras grado I y II, úlceras vasculares, en caso de utilizarlo en grado III rellenar las cavidades con polvo, gel.

Como contraindicaciones lesiones infectadas, placas necróticas, quemaduras de gran extensión o úlceras grado IV. Usar con precaución en pie diabético y úlceras arteriales. Deben ser retirados antes de radiación RX, ultrasonidos, microondas.

HIDROGELES: Son láminas con base de agua y concentrados de sales, polímeros sintéticos, alginato cálcico, etc. Pueden ser húmedos, secos y granulados. Mantienen un medio húmedo, rellenan cavidades, facilitan el desbridamiento autolítico natural mediante hidratación de costras secas y la lisis del tejido necrótico. No dañan el tejido sano.

Sus indicaciones son desbridamiento de tejido necrosado y esfacelos, heridas en fase de granulación y epitelización, heridas infectadas,UPP GII-GIV, úlceras vasculares, heridas abiertas, quemaduras o Pie diabético.
No asociar con antisépticos tipo yodo, clorhexidina o hipocloritos.

Tampoco en cavidades profundas de difícil acceso (no aplicar si luego no puede

ser retirado con facilidad) o en lesiones altamente exudativas.

POMADAS: mantenerse al menos 10 días para poder valorar su eficacia. Ante tejido desvitalizado y/o necrosado utilizar un desbridamiento quirúrgico previo al tratamiento tópico.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión destacamos la importancia de brindar un cuidado integral al paciente basado en la evidencia científica para establecer medidas preventivas y tratamiento oportuno que guíen la intervención de enfermería de manera eficaz e individualizada siendo capaz de garantizar la prevención y la rehabilitación de las personas con Úlceras por Presión.

Llegaremos a dicho fin mediante la construcción de un plan de atención de enfermería flexible y orientado a la toma de decisiones en el cuidado integral de las personas con úlceras por Presión y que contribuya a la calidad de los cuidados prestados en los servicios de salud mejorando la Calidad de Vida.

6 Bibliografía

- Blázquez, R. P., Rubio, R. M. G., Ivars, M. L. M., Alarcón, M. A., Martínez, C. C., Díaz, M. J. P., & García, E. H. (2007). Prevención y tratamiento de las Úlceras por Presión. Revista Clínica de Medicina de Familia, 1(6), 284-290.
- Ramos, C. Q., & Díez, R. G. (2008). Evaluación del grado de conocimiento de las recomendaciones para la prevención y el cuidado de úlceras por presión en Unidades Críticas. Enfermería intensiva, 19(1), 23-34.
- Soldevilla JJ. Epidemiología de las UPP en España. Estudio piloto en la Comunidad Autónoma de la Rioja. Gerokomos 1999; 17(1):75-87.
- Esperón JA. Los conocimientos de las enfermeras sobre úlceras por presión y sus determinantes. Gerokomos 2004; 15(2):107-16.

Capítulo 422

DIETA EN EL PACIENTE SOMETIDO A HEMODIÁLISIS.

REBECA ROZA GONZÁLEZ

VANESA SÁNCHEZ ESCANDON

1 Introducción

La enfermedad renal crónica (ERC) es un importante problema de salud pública que puede afectar en sus diferentes estadíos a cerca del 10% de la población española y que supone una elevada morbimortalidad sobre todo de origen cardiovascular.

En el paciente que sufre insuficiencia renal crónica es muy importante establecer una correcta dieta para alcanzar un correcto estado nutricional . Existen diferentes pautas para llevar a cabo un buen control de la misma:

1. Características de cada individuo: TA, diuresis residual, estado nutricional previo, datos analíticos, entre otros.
2. Insuficiencia renal: Estadío, fase en la que nos encontramos.
3. Acción sustitutiva: Dependiendo de si se utiliza diálisis peritoneal o hemodiálisis. Posiblemente las necesidades alimentarias varíen.

Los objetivos de la dieta en el paciente renal se dividen en dos fases: Mantener nutrido al paciente, evitar toxicidad y retrasar la progresión de la enfermedad en el paciente prediálisis. El objetivo de la dieta en díalisis nuevamente tiene como finalidad mantener nutrido al paciente ,además de controlar la ganancia de peso interdiálisis.

Una alimentación equilibrada va a mejorar la calidad de vida del paciente con insuficiencia renal , va a conseguir un mejor resultado de la hemodiálisis y mejorará las condiciones óptimas del paciente ante un posible trasplante renal.

2 Objetivos

- Conocer la importancia de una alimentación adecuada en el paciente renal, así como los alimentos permitidos y restringidos en dicha dieta.
- Hacer especial hincapié en la la importancia de la educación para la salud desde atención primaria.

3 Metodología

Diseño: Las fuentes son primarias y secundarias. Artículos de investigación y recopilación de datos de otros artículos. Su forma de expresión son escritas de tipo hemerográfica.

Procedimiento: Se utilizó la herramienta de la base de datos bibliográficos de ElSevier y " Google académico ".

Extracción de datos: Se realizó una lectura crítica y objetiva de los artículos, durante el mes de febrero y de ellos se recogieron los que cumplieron con la información que se buscaba para realizar esta revisión teórica.

4 Resultados

La educación para la salud es una práctica que lleva a cabo el personal de enfermería por lo que es imprescindible conocer los alimentos que deben ser restringidos o eliminados de la dieta en los pacientes de hemodiálisis, así como las actuaciones que se pueden utilizar para tratar dichos alimentos y adaptarlos.

- Líquidos:

Al estar disminuida o eliminada la función del riñón para eliminar orina, es muy importante el control sobre la ingesta de líquidos, ya que éstos se acumulan en el cuerpo entre sesión y sesión de hemodiálisis , provocando un aumento rápido de peso, HTA y edemas. La palabra "líquido" no solo se atribuye al agua,sino a todos los alimentos líquidos o húmedos: sopas, yogures, leche, ciertas frutas…

El edema agudo de pulmón es una complicación que puede aparecer tras una ingesta inapropiada de líquidos. La fatiga, dificultad respiratoria son los signos y síntomas característicos de dicha complicación.

La cantidad de líquidos que un paciente en hemodiálisis puede ingerir depende de la diuresis residual del paciente. Cantidad de orina eliminada al día+ 50cc de líquido.

- Sodio:
Importante una dieta hiposódica ya que así se controla la sed, la ganancia de peso interdiálisis , la HTA . Se recomienda no utilizar productos sustitutivos de la sal o sales de régimen ya que éstas si tienen disminuido su contenido en sodio pero suelen tener un alto contenido en potasio.

- Proteínas:
El aporte diario no debe estar por debajo de 0,5gr/Kg peso/ día. La cantidad varía en función de la cantidad de urea en sangre.

- Fósforo:
El exceso de fósforo puede ocasionar problemas graves. Los huesos pueden fracturarse y romperse con facilidad, Se pueden formar depósitos endurecidos en el corazón, vasos sanguíneos, articulaciones o pulmones. El exceso de fósforo puede crear calcificaciones si se une con el calcio..Puede tener síntomas incómodos, como ojos rojos, comezón y dolor o rigidez en las articulaciones además de prurito.

- Potasio:
Su acumulación en el organismo, puede provocar arritmias e incluso PCR ya que su acumulación provoca alteraciones en la actividad muscular. Las frutas y las verduras son los alimentos más ricos en potasio. Es básico evitar el ayuno prolongado ya que favorece el aumento de potasio en sangre. Son signos de hiperpotasemia la debilidad muscular, cansancio , hormigueo y alteraciones del ritmo cardiaco.

- Grasas:
Preferiblemente se aconsejan las grasas de origen vegetal.

- Hidratos de Carbono:
Salvo que exista una patología asociada, su consumo no está restringido en los pacientes de hemodiálisis.

5 Discusión-Conclusión

Una dieta adecuada y equilibrada es fundamental para la salud de todas las personas.

Cuando los riñones no funcionan, como es el caso de los pacientes con una insuficiencia renal crónica con terapia de hemodiálisis, la alimentación cobra más importancia aún si cabe, ya que éstos son los encargados de eliminar los líquidos y los productos de desecho del organismo. Una incorrecta dieta conduce a una progresión en la enfermedad y a la aparición de complicaciones.

El personal de enfermería deberá conocer los alimentos que deberán ser restringidos o eliminados de la dieta, así como los desaconsejados, por ejemplo: plátanos por su alto contenido en potasio, leche, huevos, pescados en aceite, ahumados, verduras y hortalizas.

Importante recordar la cantidad de alimentos que deben ingerir de alimentos ricos en: líquidos, potasio, sodio hidratos de carbono, grasas, fósforo y proteínas.

6 Bibliografía

- Lerma García D. La Nutrición en hemodiálisis. Arrazola Saníger M, coordinador. Nutrición humana y dietoterapia.
- Tratado de hemodiálisis R.Jofré, J.M. López , J. Luño, R.Perez , P.Rodriguez. Edit. Médica Jims. Segunda edición, 2006.
- Restrepo CA. Nefrología Básica. 2da ed. Manizales. Editorial La Patria; 2012. Capítulo 26; p. 251:Desordenes óseos y minerales en la enfermedad renal crónica. http://www.nefronet.com/doc.php?op=leer&id=1372
- https://intermountainhealthcare.org/ext/Dcmnt?ncid=521462547.

Capítulo 423

ABORDAJE DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

COVADONGA GARCÍA VEGA

1 Introducción

La Violencia de Género (VG) es un problema de salud de primer orden que afecta cada año a millones de personas en el mundo, por lo que se debe establecer una estrategia común de atención sanitaria a las mujeres afectadas, facilitando así la detección del problema y su correspondiente seguimiento y apoyo.

En Asturias existe en la actualidad el Protocolo sanitario para mejorar la atención a las mujeres que sufren violencia (2016) [1] mientras a que a nivel nacional los protocolos no están actualizados: el último es de 2012. Sin embargo, los datos estadísticos sí que se recogen anualmente, de manera que en 2015 el 12,5% de las mujeres españolas de 16 o más años afirmaban haber sufrido en algún momento de su vida violencia física y/o sexual por parte de sus parejas [7].

Para poder establecer unas adecuadas líneas de actuación, es necesario saber qué es la VG y cómo afecta a las mujeres:
La Organización de las Naciones Unidas y el Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género del Ministerio de Sanidad y Consumo definen la VG como "todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino, que tenga o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, así como amenazas de tales actos, la coacción o privación de la libertad tanto en la vida pública como privada" [6].

Existen dos tipos principales de violencia de género:
- Violencia de pareja: es aquella en la que el agresor, que es la pareja o ex pareja de la víctima, causa una agresión física, maltrato psicológico, coacción sexual y/o conductas de control.
- Violencia sexual: cualquier acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual u otro acto dirigido contra la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, incluyendo la violación [8]. A diferencia de la violencia de pareja, este tipo de violencia se puede dar en cualquier ámbito y con independencia de la relación entre el agresor y la víctima.

Otras fuentes también clasifican la violencia según el entorno en el que se produce, de manera que se distingue entre violencia familiar, violencia de pareja y violencia comunitaria (entre personas que no guardan ningún tipo de parentesco).

Los profesionales de la salud tienen un papel fundamental en el abordaje de la VG. Los centros de Atención Primaria (AP) suelen ser los primeros recursos a los que acuden las víctimas, incluso antes que a la justicia o a los servicios sociales. Por ello, es importante conocer cómo se puede abordar la VG desde AP y cuales son los recursos disponibles para su detección.

2 Objetivos

- Conocer la situación actual de la Violencia de Género.
- Identificar las consecuencias de la Violencia de Género en la salud de las víctimas.
- Especificar cómo pueden actuar las enfermeras ante la sospecha de un caso de Violencia de Género.

3 Metodología

Esta revisión bibliográfica se realizó en abril de 2017 con el objetivo de adquirir conocimientos sobre el abordaje de la VG desde AP, en el contexto de la asignatura "Enfermería Comunitaria II" del Grado en Enfermería. En concreto, se realizó una búsqueda bibliográfica no rigurosa en fuentes de información primarias y secundarias.

Para la búsqueda de documentos se utilizó tanto lenguaje libre como lenguaje controlado. Los principales tesauros que se utilizaron fueron "Violencia de

Género", "Violencia contra la Mujer", "Enfermería" y "Atención Primaria de Salud".

Para la selección de documentos se utilizaron criterios de inclusión y de exclusión. Se aceptaron aquellos documentos que tuviesen menos de 10 años, que estuviesen en español y que abordasen la VG en España. De esta manera, se excluyeron aquellos documentos de más de 10 años de antigüedad, que no estuviesen en español o que estuviesen enmarcados fuera del territorio nacional.

4 Resultados

Situación actual de la Violencia de Género.
Según los resultados de la Macroencuesta de Violencia contra la Mujer de 2015 [7], el 10,3% de las mujeres españolas de 16 o más años afirman haber sufrido violencia física, el 8,1% violencia sexual y el 13% ha sentido miedo. Además, el 25,4% han sufrido violencia psicológica de control, el 21,9% violencia psicológica emocional y el 10,8% violencia económica de alguna pareja o expareja en algún momento de su vida.

En Asturias existe el Registro de Atención Sanitaria en Violencia contra las Mujeres del Principado de Asturias (VIMPA), que describe las características de la demanda de atención sanitaria por agresiones a mujeres víctimas de violencia y las primeras actuaciones de los servicios de salud. Este registro se realizó por última vez en 2015, pero actualmente no se utiliza debido a la implantación de las historias clínicas digitales en OMI-AP, Selene y Milennium.

En el registro VIMPA del año 2015 [6] se obtuvo la siguiente información:
- Las denuncias por VG fueron 2359, lo que representa algo menos del 2,0% del total de denuncias de España.
- En total, 405 mujeres demandaron atención sanitaria a causa de maltrato.
- El maltrato físico es el más frecuente: supone un 86,8% del total de partes/informes recibidos, aunque en la mayoría de los casos la agresión física también va acompañada de acoso psicológico.
- En el 76,1% de los casos las mujeres fueron agredidas por sus compañeros íntimos, mientras que sólo el 21,7% fue causado por los excompañeros íntimos.
- Las mujeres extranjeras sufren más VG que aquellas con nacionalidad española, de manera que suponen el 3,40% mientras que en las españolas es del 0,74%.
- La mayor demanda de atención sanitaria por violencia se produjo en atención primaria (71,1%).

- El 88,6% de los partes registrados en Atención Primaria se corresponden con el área sanitaria V.
- En el 34,9 % de los casos las mujeres llegaron acompañadas por agentes de los cuerpos y fuerzas de seguridad, por lo que los profesionales de salud no fueron los primeros en detectar el problema.

Consecuencias de la Violencia de Género en la salud de las víctimas:
Las consecuencias de la VG en la salud de las mujeres son muy variadas, pudiendo afectar a su salud física, emocional, sexual, reproductiva y/o social. Además, estos problemas pueden perdurar en el tiempo después de que la situación de violencia haya terminado y pueden afectar al entorno que les rodea, en especial a los hijos e hijas de la víctima.
- Consecuencias fatales: muerte por homicidio, suicidio, etc.
- Consecuencias en la salud física: lesiones (contusiones, traumatismos, heridas, quemaduras, etc.), deterioro funcional, síntomas físicos inespecíficos y peor salud.
- Consecuencias en condiciones crónicas de salud: dolor crónico, quejas somáticas, síndrome del intestino irritable y otros trastornos gastrointestinales.
- Consecuencias sobre la salud sexual y reproductiva: pérdida del deseo sexual, trastornos menstruales, enfermedades de transmisión sexual incluido el VIH/SIDA, sangrado y fibrosis vaginal, dispareunia, dolor pélvico crónico, infección urinaria, embarazo no deseado, hemorragia vaginal, amenaza de aborto, muerte fetal, parto prematuro, bajo peso al nacer, etc.
- Consecuencias para la salud psíquica: depresión, ansiedad, trastornos del sueño, trastornos de la conducta alimentaria, intento de suicidio y abuso de alcohol, drogas y psicofármacos.
- Consecuencias en la salud social: aislamiento social, pérdida de empleo, absentismo laboral, disminución del número de días de vida saludable.
- Consecuencias sobre la salud de hijas, hijos y convivientes: riesgo de alteración de su desarrollo integral, sentimientos de amenaza, dificultades de aprendizaje y socialización, adopción de comportamientos de sumisión o violencia con sus compañeros y compañeras, mayor frecuencia de enfermedades psicosomáticas, con frecuencia son víctimas de maltrato por parte del padre o la pareja de la madre, violencia transgeneracional con alta tolerancia a situaciones de violencia, etc.

Detección de un caso de Violencia de Género:
Los profesionales de Atención Primaria tienen la obligación de investigar la posibilidad de maltrato en todas las mujeres que acudan a su consulta sin un registro

previo de su situación, pero la VG no es fácil de identificar debido a la multitud de barreras y dificultades presentes para su diagnóstico [2,8]:
A. Por parte del personal sanitario:
- Estar inmersos en el mismo proceso de socialización sexista que el resto de la sociedad.
- Haber internalizado mitos y estereotipos sobre la VG, como la creencia de que la VG no es un problema de salud, sino como un conflicto de pareja.
- La alta presión asistencial de las consultas provoca que se reduzca el tiempo y la calidad de la atención a los pacientes, de manera que no se atiende adecuadamente a mujeres con malestares específicos.
- Miedo a ofender a la mujer, a invadir su intimidad o a empeorar la situación, por su seguridad o por la propia integridad.
- Desconocimiento de los recursos existentes para atender a mujeres maltratadas, asociado a una escasa formación al respecto.
- Vivir y/o haber vivido experiencias personales respecto a la violencia.
- Desconocer que los hijos e hijas también son víctimas de VG y creer que, si la situación de maltrato no es directa, no está afectando a la salud de los menores.

B. Por parte de las mujeres afectadas: sentimientos de culpa y humillación, vergüenza, baja autoestima, miedos, ser dependiente económicamente de la víctima, deseo de proteger a la pareja, desconfianza en el sistema sanitario, falta de apoyo familiar y social, tener creencias y valores sexistas, percepción del maltrato como algo «normal» dentro de la relación, negativa a reconocer el problema, bloqueo emocional por trauma físico y psíquico, etc.

Para facilitar el diagnóstico del problema, existen una serie de signos y síntomas frecuentes [3,1]:
- Indicadores según las características y los antecedentes de la mujer: Antecedentes de violencia, problemas de salud frecuentes, presencia de lesiones (en genitales, abdomen, mamas, antebrazo o región dorsal), dolor pélvico, abuso de alcohol, psicofármacos u otras drogas, síntomas psicológicos (insomnio, depresión, ansiedad, trastorno del estrés postraumático,…) dolor crónico general, periodos de hiperfrecuentación del sistema sanitario combinados con largas ausencias, uso repetitivo de los servicios de urgencias, etc.
- Características de las lesiones: incongruencia entre su tipo y la causa, rotura de tímpano, hematomas, retraso en la demanda de asistencia de las lesiones, etc.
- Actitud de la mujer: temerosa, evasiva, incómoda, nerviosa, irascible, angustiada, con baja autoestima, falta de cuidado personal, vergüenza, evita mirar a la cara,

etc.
- Actitud de la pareja: solicita estar presente en la consulta permanentemente, es muy controlador, en ocasiones colérico u hostil, contesta preguntas por la víctima, intenta banalizar los hechos, …
- Durante el embarazo y puerperio: inicio tardío de las visitas de control prenatal, consultas frecuentes, lesiones frecuentes en zona abdominal, poco interés en asistir a las clases de preparación al parto, lenta recuperación postparto, depresión postparto, petición de anticoncepción lo antes posible por presión de la pareja, etc.

Además de valorar todos estos indicadores, se debe tener en cuenta que existen ciertas situaciones de especial vulnerabilidad: mujeres embarazadas, discapacitadas, mujeres mayores, inmigrantes, habitantes del medio rural, infección por VIH, personas en situación de exclusión social o con dificultades laborales/desempleo.

Entrevista clínica en caso de sospecha de Violencia de Género:
Durante la entrevista clínica con la mujer siempre hay que establecer un ambiente favorable en el que prime la confianza. Las principales recomendaciones para fomentar la cooperación de la paciente son las siguientes [1]: es preferible que la mujer acuda sola a la consulta, se facilitará la expresión de sus sentimientos y se observará su lenguaje no verbal, se mantendrá una actitud empática y una escucha activa, se abordará directamente el tema de la violencia sin intentar aminorar el problema, se le ayudará a ordenar sus ideas y tomar decisiones, etc. Además, en ningún momento se deberá culpabilizar a la víctima, dar falsas esperanzas, criticar su actitud, adoptar una actitud paternalista, imponer criterios, etc.

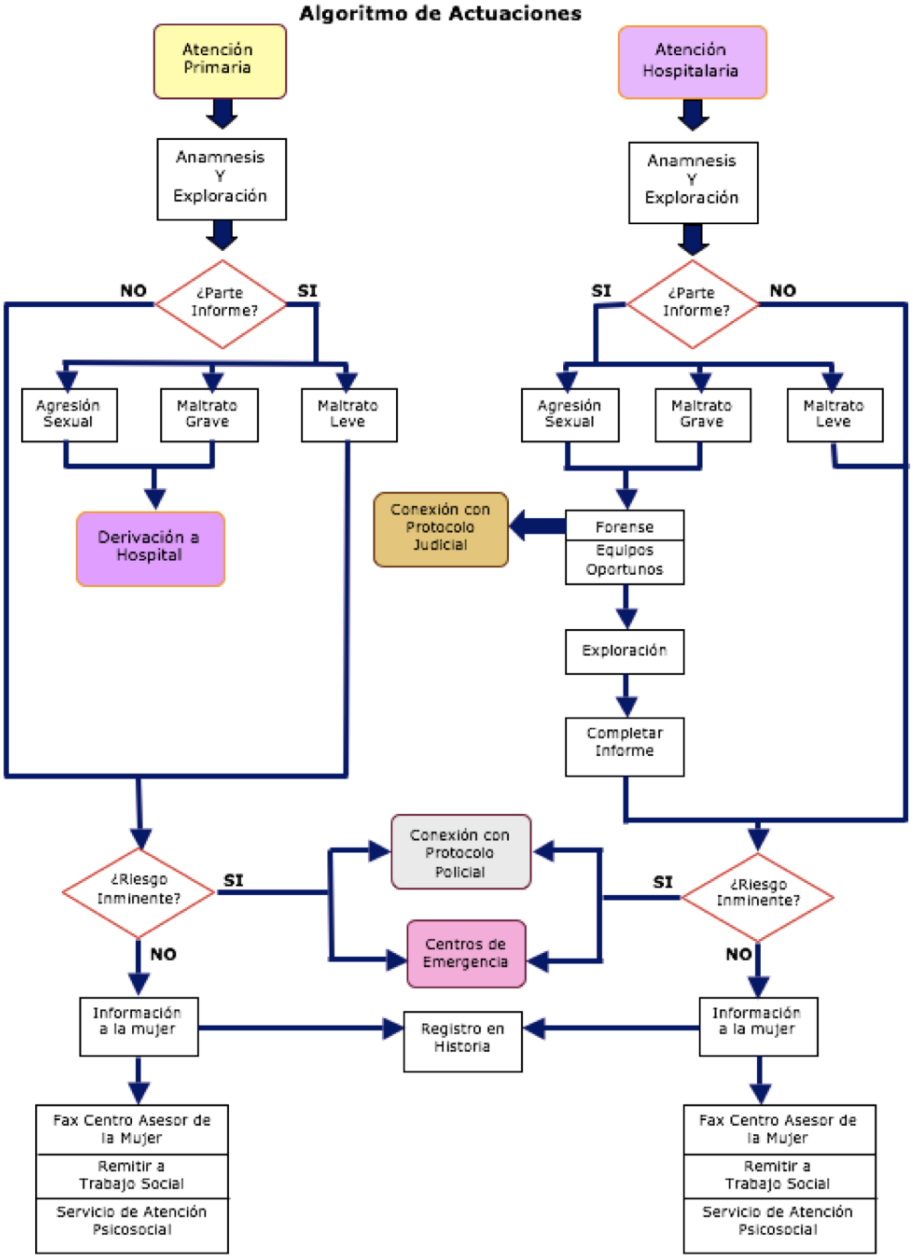
Valoración integral del caso de Violencia de Género:
Cuando existe una situación de VG reconocida por la paciente, se debe realizar una valoración íntegra de la misma, lo que conlleva una exploración física, psicológica y sexual. Además, se deberán valorar los aspectos biopsicosociales relacionados con la situación de violencia y las características de esta.

Los instrumentos de valoración más utilizados en el ámbito sanitario [2] son la escala de Goldberg, el cuestionario WAST (Woman Abuse Screening Tool), el test de Bradley, el AAS (Abuse Assessment Screen), el PVS (Partner Violence Screen), la escala de Maltrato, la escala CTS (Conflict Tactitcs Scales), la Escala de Predicción de Riesgo de Violencia Grave contra la Pareja (EPV), el Cuestionario de Respuesta Emocional (REV), etc.

La valoración también ayuda a determinar el nivel de riesgo de la víctima, de manera que, si se encuentra bajo peligro extremo, una agresión podría provocar un riesgo para su vida o la de sus hijos.

Intervención ante un caso de Violencia de Género:
En la figura 1 se muestra el algoritmo general de actuación, pero en el protocolo [8] también se concreta alguna intervención específica en función del tipo de víctima:

- Mujeres que no reconocen estar sufriendo malos tratos: se registrará en la historia clínica la sospecha tras realizar la valoración e informar a la víctima. Posteriormente, se realizará un seguimiento de la mujer.
- Mujeres que reconocen sufrir malos tratos pero que no están en peligro extremo: además de seguir el mismo procedimiento que en el caso anterior, se podrá derivar al trabajador social, emitir parte de lesiones, comunicar a la fiscalía la situación y actuar con los familiares de la víctima.
- Mujeres en peligro extremo: se registrará en la historia clínica, se informará a la mujer, se conocerá su situación familiar, se emitirá el parte de lesiones e informe médico y este se remitirá al juez y finalmente se derivará con carácter urgente a trabajo social o a los servicios de apoyo 24h de emergencias.


Algoritmo de Actuaciones
Atención Primaria
Anamnesis Y Exploración
NO
¿Parte Informe?
SI
Agresión Sexual
Maltrato Grave
Maltrato Leve
Derivación a Hospital
Atención Hospitalaria
Anamnesis Y Exploración
SI
¿Parte Informe?
NO
Agresión Sexual
Maltrato Grave
Maltrato Leve
Conexión con Protocolo Judicial
Forense
Equipos Oportunos
Exploración
Completar Informe
¿Riesgo Inminente?
SI
Conexión con Protocolo Policial
Centros de Emergencia
NO
Información a la mujer
Registro en Historia
Fax Centro Asesor de la Mujer
Remitir a Trabajo Social
Servicio de Atención Psicosocial
SI
¿Riesgo Inminente?
NO
Información a la mujer
Fax Centro Asesor de la Mujer
Remitir a Trabajo Social
Servicio de Atención Psicosocial

5 Discusión-Conclusión

No todo el mundo es consciente de esta realidad y la mayoría de la población sigue ajena al problema [9], por lo que desde los servicios de salud se debe implementar la información al respecto y promover estrategias de mejora más actualizadas y accesibles.

La atención a la mujer maltratada requiere que los profesionales sanitarios tengan conocimientos, sensibilidad y capacitación suficiente [10]. Tal y como propone el Plan Nacional de Sensibilización y Prevención de la Violencia de Género [5] se puede mejorar la formación de los profesionales, adoptando criterios comunes para la formación básica y continuada y desarrollando mecanismos de asesoramiento, intervención y coordinación de los servicios de salud con el resto de las administraciones implicadas.

Por otra parte, aunque en ninguno de los protocolos se menciona, creo que es necesario realizar programas de educación para la salud en los colegios, ya que la infancia es el momento en el que se desarrollan muchos prejuicios machistas y en la actualidad la edad de inicio de violencia entre sexos está disminuyendo, de manera que los baremos vigentes (a partir de 16 años) quedan algo obsoletos.

6 Bibliografía

1. Muslera Canclini E, García Menéndez ML, González Sánchez M, Martín Rodríguez D, Bruno Bárcena J. Protocolo Sanitario para mejorar la atención a las mujeres que sufren violencia [Internet]. Edición no venal. Asturias: Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA); 2016. [acceso 28 de mayo de 2017]. Disponible en: http://ria.asturias.es/RIA/handle/123456789/6961
.
2. Fundación Casanova, Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. La Atención Primaria frente a la Violencia de Género. Necesidades y Propuestas [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015 [acceso 28 de mayo de 2017].
3. Grupo de trabajo del Instituto Asturiano de la Mujer. Guía Didáctica de Diagnóstico e Intervención Sanitaria en Violencia de Género en Atención Primaria [Internet]. Asturias: Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA); 2011 [acceso 28 de mayo de 2017].
4. González Sánchez M, Alonso Guerra J. Algoritmo de actuación en un caso de violencia de género [Internet]. 2008 [acceso 28 de mayo de 2017]. Disponible en:

http://ria.asturias.es/RIA/handle/123456789/253.
5. Delegación Especial del Gobierno contra la Violencia de Género. Plan Nacional de Sensibilización y Prevención de la Violencia de Género. Madrid: Ministerio de trabajo y asuntos sociales, Gobierno de España. [acceso 28 de mayo de 2017].
6. Muslera Canclini E, García Menéndez ML y González Sánchez M. Informe del Registro de Atención Sanitaria en Violencia contra las Mujeres del Principado de Asturias (VMPA) [Internet]. Asturias: Subdirección de Organización de Servicios Sanitarios, Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA); 2016 [acceso 28 de mayo de 2017].
7. De Miguel Luken V, Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. Macroencuesta de Violencia contra la Mujer 2015 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2015 [acceso 28 de mayo de 2017].
8. Observatorio de Salud de las Mujeres. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e igualdad; 2012 [acceso 28 de mayo de 2017].
9. González Lozoya I, Serrano Martínez A, García Sánchez N, del Campo Giménez M, Moreno Ruiz B, González Lozoya AB et al. Conocimientos sobre violencia de género de la población que consulta en Atención Primaria. Aten. Primaria [Internet] 2011 [acceso 28 de mayo de 2017], 43(9):459 – 464.
10. Valdés Sánchez CA, García Fernández C, Sierra Díaz A. Violencia de género: conocimientos y aptitudes de las enfermeras en atención primaria. Aten Primaria [Internet]. 2016 [acceso 28 de mayo de 2017], 48(10): 623-631.

Capítulo 424

ABORDAJE DE LA DEMENCIA EN ATENCIÓN PRIMARIA

COVADONGA GARCÍA VEGA

1 Introducción

En el mundo hay unos 50 millones de personas con demencia y en España los datos son muy dispares debido al alto grado de infradiagnóstico, pero se calcula que para 2050 habrá cerca del millón de afectados y a nivel mundial las cifras se triplicarán. Esta alta prevalencia y el gran impacto económico, social y sanitario que representa para los profesionales y las familias supone un complejo reto sanitario que llevó a la OMS a reconocer la demencia como una prioridad de salud pública.

En concreto, para la OMS la demencia es "un síndrome causado por una enfermedad del cerebro (usualmente de naturaleza crónica o progresiva) en la cual hay una alteración de múltiples funciones corticales superiores, incluyendo la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el lenguaje, la capacidad de aprender y de realizar cálculos, y la toma de decisiones". Esta enfermedad es la primera causa de discapacidad y dependencia en las personas de edad avanzada, pero no está demostrado que constituya una parte normal del proceso de envejecimiento.

En función de su etiopatogenia, las demencias se pueden clasificar en degenerativas, secundarias o combinadas. Las degenerativas, como el Alzheimer (la más frecuente), la demencia de cuerpos de Lewy y la demencia frontotemporal (DFT), son aquellas causadas por alteraciones intrínsecas en el metabolismo neural. Por el contrario, cuando el factor implicado es extrínseco se denominan secundarias,

como la demencia vascular y la de origen neoplásico o infeccioso. Por último, se encuentran las combinadas, que son de etiología diversa.

El objetivo de este trabajo es determinar el abordaje de la demencia en Atención Primaria (AP), para lo que se ha realizado una búsqueda bibliográfica en base a la cual se describen las principales recomendaciones en cuanto a diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la demencia en Atención Primaria (AP), así como las líneas de actuación en otros ámbitos asistenciales.

2 Objetivos

- Describir el proceso diagnóstico de la demencia.
- Explorar los distintos métodos existentes para el tratamiento de la demencia.
- Conocer cómo se realiza el seguimiento de los pacientes con demencia en Atención Primaria.

3 Metodología

Esta revisión bibliográfica se realizó en abril de 2018 con el objetivo de adquirir conocimientos sobre el abordaje de la demencia desde AP, en el contexto de la asignatura "Enfermería Comunitaria II" del Grado en Enfermería. En concreto, se realizó una búsqueda bibliográfica no rigurosa en fuentes de información primarias y secundarias.

Para la búsqueda de documentos se utilizó tanto lenguaje libre como lenguaje controlado. Los principales tesauros que se utilizaron fueron "Demencia", "Enfermedad del Alzheimer", "Enfermería" y "Atención Primaria de Salud".

Para la selección de documentos se utilizaron criterios de inclusión y de exclusión. Se aceptaron aquellos documentos que tuviesen menos de 10 años, que estuviesen en español y que abordasen la demencia en España. De esta manera, se excluyeron aquellos documentos de más de 10 años de antigüedad, que no estuviesen en español o que estuviesen enmarcados fuera del territorio nacional.

4 Resultados

Aunque existe gran variabilidad entre las distintas comunidades autónomas, el proyecto MapEA ha establecido un algoritmo básico del proceso asistencial para

el abordaje de la demencia. En el caso de Asturias, el proceso es muy similar, realizándose la valoración inicial, seguimiento y cuidados paliativos en AP, mientras que se debe colaborar con otros ámbitos asistenciales para el diagnóstico de confirmación y el tratamiento.

- Diagnóstico.

Por su cercanía y conocimiento del paciente, AP es el ámbito idóneo para la detección y el diagnóstico de la demencia y, aunque lo ideal sería realizar una detección temprana, en la actualidad no existen unos criterios específicos y unificados para todo el país. Según la Guía de Recomendaciones Clínicas (GRC), se debe establecer un diagnóstico sindrómico, nosológico y etiológico a partir de una evaluación minuciosa, detallada e interdisciplinar del paciente y de su entorno.

El proceso para diagnosticar la demencia en AP consiste en:
1. Anamnesis: averiguar el modo de inicio y el tiempo de evolución de los primeros síntomas o manifestaciones "fuera de lo normal", valorar la capacidad del paciente para recordar hechos recientes y su repercusión en las actividades de la vida diaria (AVD), así como la existencia de posibles cambios en la afectividad o en la conducta. Durante este proceso es muy importante tener en cuenta la figura del cuidador y se recomienda tener un momento a solas con éste para que le comente al profesional aspectos que no quiere que el paciente escuche pero que son relevantes para el diagnóstico5.
2. Exploración física: se realiza principalmente una exploración neurológica para intentar averiguar la etiología de la demencia. Una demencia con cuerpos de Lewy, mixta o secundaria podrían manifestarse mediante parkinsonismos (temblor, rigidez o bradicinesia) o una alteración de la marcha. Por el contrario, si la demencia es vascular o de otro tipo, habrá una alteración de las vías largas manifestada mediante déficit visual o hemiparesia.
3. Examen del estado mental (EES): son pruebas sencillas que evalúan tanto aspectos cognitivos como neuropsiquiátricos. Los test más recomendables en AP son el Fototest, el Memory Impairment Screen (MIS) y el Mini-Mental State Examination (MMSE) y, en caso de sospecha tras un resultado negativo, también se pueden usar el Test del Reloj (TR) y el Test de Fluidez Verbal (TFV). De todos ellos, los más utilizado por los médicos es el Mini Examen Cognoscitivo, y por las enfermeras el test de Pfeiffer.
4. Batería elemental de pruebas complementarias: hemograma, VSG, bioquímica, pruebas de función tiroidea (TSH), niveles de vitamina B12 y prueba de neuroimagen (TAC sin contraste o RM craneal). Además, si la presentación y tipología

clínica lo precisa, se puede realizar un ECG, el perfil lipídico y/o serología.

Una vez confirmado, se debe comunicar el diagnóstico al paciente y a su familia. Los profesionales de AP no tienen claro si conviene o no informar al paciente de su patología (sobre todo en mayores de 80 años o si existen riesgos negativos para su estado de ánimo) pero, según algunos estudios, los enfermos con demencia quieren conocer su diagnóstico y aconsejan comenzar describiéndoselo como "alteraciones de la memoria fuera de lo normal".

Pese a los buenos métodos de diagnóstico existentes, los resultados del estudio MapEA nos muestran que existe un amplio margen de mejora en el diagnóstico y atención de los pacientes con deterioro cognitivo y demencia en España. No todos los casos detectados son registrados en la historia clínica (determinados estudios estiman un 29% de infraregistro), algunos ni siquiera se diagnostican por falta de concienciación familiar y profesional y en general se tiende a un diagnóstico tardío. Además, los profesionales de AP refieren la necesidad de una formación continuada en este ámbito y se quejan de la falta de tiempo en las consultas para poder desempeñar su rol adecuadamente.

Para mejorar el diagnóstico de la demencia, la Estrategia en Enfermedades Neurodegenerativas del Sistema Nacional de Salud establece las principales líneas de actuación en las que hay que incidir: la prevención, la detección precoz, la atención a la persona cuidadora, la coordinación sociosanitaria, la autonomía del paciente, la participación ciudadana, la formación continuada de los profesionales y la investigación.

- Tratamiento.

El papel de la enfermera de AP en este ámbito es fundamental, ya que es la encargada de elaborar un plan de cuidados específicos para el paciente y su familia, el cual implica educarles, aportarles soporte y los conocimientos y habilidades prácticas necesarias, controlar el tratamiento farmacológico (prescripción y cumplimiento), evaluar periódicamente su deterioro cognitivo y realizar estimulación cognitiva.

El tratamiento farmacológico de la demencia debe ser individualizado y en función del tipo de demencia que se presente: para el Alzheimer se recomiendan fármacos anticolinesterásicos como el Donepizilo, la Galantamina o la Rivastigmina, que en los casos más avanzados se pueden asociar a Memantina; para tratar la demencia con cuerpos de Lewy y la asociada a la enfermedad del Parkinson se re-

comienda la Rivastigmina. Antes de iniciar el tratamiento, es conveniente retirar los fármacos que puedan disminuir el rendimiento cognitivo (antihistamínicos y benzodiacepinas), informar de los riesgos, beneficios y efectos secundarios esperables y obtener un consentimiento informado del paciente. No se recomienda el uso de antipsicóticos para el control del comportamiento salvo que los pacientes desarrollen síntomas psicóticos, distrés emocional o comportamientos peligrosos.

Según la GRC, el tratamiento no farmacológico de la demencia debe trabajar el mantenimiento de la función y la cognición, el manejo de los síntomas psicológicos y conductuales (SPC) y la educación del paciente y de su cuidador/es. Para ello, se deben combinar intervenciones como la estimulación cognitiva, la rehabilitación neuropsicológica, la psicoterapia, la estimulación multisensorial, la musicoterapia, etc.

Para que el paciente mantenga sus funciones y su cognición se recomienda:
- Estimulación cognitiva: consiste en la realización de actividades que entrenan las diferentes funciones cognitivas. Algunos ejemplos: crucigramas, puzles, lecturas, terapia de orientación a la realidad (para trabajar la orientación en el tiempo, espacio y persona), terapia de reminiscencia (intentar recordar eventos relevantes de la vida pasada mediante recursos audiovisuales), terapia de validación, etc.
- Rehabilitación cognitiva: se centra en retrasar el deterioro cognitivo y trabaja sobre todo la memoria. Para ello, se pueden utilizar las nuevas tecnologías, aunque tradicionalmente se recurre más a técnicas como el aprendizaje sin error, el encadenamiento (que va retirando los elementos de estimulación a medida que el sujeto va avanzando), las reglas nemotécnicas y la repetición, entre otras, además de ayudarse de objetos como las agendas, listas, alarmas o diarios.
- Tratamiento de factores desencadenantes o agravantes: supervisar las AVD del enfermo, favoreciendo su participación y aportando reforzamiento positivo; evitar la incontinencia mediante la programación de la micción, retirar barreras o contenciones físicas, etc.

Para el manejo de los síntomas psicológicos y conductuales se recomienda: entrenamiento del personal para saber cómo actuar en caso de comportamientos violentos, medidas de higiene del sueño, terapia cognitivo-conductual para los síntomas depresivos, etc.

Para el abordaje de la demencia es imprescindible apoyar al cuidador principal y a la familia, para lo cual una de las fuentes recomienda lo siguiente:

1. Indagar, desde el inicio, sobre el conocimiento que la familia tiene de la demencia y qué es lo quiere saber.
2. Explorar los sentimientos y el significado que la enfermedad tiene para cada miembro de la familia.
3. Considerar y debatir abiertamente cuáles son las prioridades familiares (preocupaciones financieras, la falta de tiempo o la responsabilidad entre generaciones), tanto individuales como del grupo, en ese momento.
4. Ayudar a la familia a establecer metas realistas y aceptables con respecto al cuidado de su familiar, dándoles la oportunidad de expresar sus prioridades y propósitos.
5. Asesorar a la familia sobre cómo pueden planificarse y organizarse.
6. Educar a la familia, de forma proactiva e integral, sobre la enfermedad y su papel de cuidadora.

Además, como de todos los familiares el que más se ve afectado es el cuidador principal, se recomienda valorar su sobrecarga mediante herramientas estándar como la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit y, en caso de que éste experimente estrés o un impacto psicológico negativo, se le deberá ofrecer terapia psicológica y acceso a servicios de respiro.

En Asturias existe una Asociación de Familiares de personas con Alzheimer y otras demencias (AFA), que considera que la disponibilidad de recursos para el abordaje de la demencia es escasa y que el grado de conocimiento de los mismos por parte de los profesionales y de la sociedad es bajo.

- Seguimiento.

Según la GRC, la primera consulta de seguimiento debe realizarse al mes y medio de la valoración inicial para asentar el diagnóstico y prescribir el tratamiento específico; las posteriores valoraciones quedan a criterio del médico, pero se recomiendan periodos de tiempo no superiores a los 12 meses. Además, durante todo el seguimiento se debe recoger la opinión de los cuidadores.

Sin embargo, según un estudio de 2011, sólo 1 de cada 4 enfermeras y el 34% de los médicos encuestados destinaban espacio en sus agendas de forma específica para el seguimiento de los pacientes con demencia. Según ellos, las principales dificultades para el seguimiento son: el escaso tiempo de consulta, la necesidad de soporte familiar, el manejo farmacológico (sobre todo de los fármacos antipsicóticos, sedantes e hipnóticos), las demandas no propiamente médicas que hacen los

familiares y el manejo de los pacientes en estadios avanzados.

5 Discusión-Conclusión

Atención Primaria supone el primer contacto con los pacientes con demencia, a los cuales se les realiza el diagnóstico mediante la anamnesis, la exploración física y los comentarios de sus familiares, ayudándose también de exámenes de su estado mental como el test MMSE; para el diagnóstico diferencial se realizan pruebas complementarias como la analítica sanguínea y las pruebas de neuroimagen. Una vez diagnosticados, el médico de AP es el encargado de comunicárselo al paciente y a sus familiares y posteriormente la enfermera de AP se encarga de ayudarles en el manejo del tratamiento farmacológico, de apoyarles y proporcionarles la información necesaria y de realizar estimulación cognitiva. Desde mi experiencia personal y profesional, he visto que todo lo expuesto se asemeja bastante a la realidad.

Para que pueda mejorar la calidad asistencial a las personas con demencia resulta imprescindible una mayor formación, tanto de los profesionales como de los ciudadanos, de forma que se puedan establecer diagnósticos más tempranos y así disminuir el rápido avance de la enfermedad.

6 Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Demencia: una prioridad de salud pública. Washinton, DC: OPS; 2013. [Consultado 2 Abr 2018] Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/98377/9789275318256_spa.pdf;jsessionid=55A8DBE68DA9975E8446662118E074E6?sequence=1
2. Prieto Jurczynska C, Eimil Ortiz M, López de Silanes de Miguel C, Llanero Luque M, Villarejo Galende A. Informe de la fundación cerebro. Impacto social de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias. España: Fundación del Cerebro; 2017. [Consultado 2 Abr 2018] Disponible en: http://www.fundaciondelcerebro.es/docs/IS_EA_y_otras_demencias.pdf
3. Dirección General de Innovación Sanitaria, Consejería de Sanidad. Guía de recomendaciones clínicas: demencia. 2013. [Consultado 2 Abr 2018] Disponible en: https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Calidad%20y%20Sistemas/AS_Calidad/PCAIs/2011/demencia%20diciembre%202013.pdf
4. Martínez Lage P, Martín Carrasco M, Arrieta E, Rodrigo J, Formiga F. Mapa de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias en España. Proyecto MapEA. Rev

Esp Geriatr Gerontol. 2018; 53 (1): 26-37. [Consultado 2 Abr 2018] Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0211139X17301725
5. Olazarán J. ¿Puede diagnosticarse la demencia en la Atención Primaria? Aten Primaria. 2011; 43 (7): 377-384. [Consultado 2 Abr 2018] Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656711000047
6. Olazarán J, Hoyos Alonso MC, Del Ser T, Garrido Barral A, Conde Sala JL, Bermejo Pareja F et al. Aplicación práctica de los test cognitivos breves Neurología. 2016; 31 (3): 183-194. [Consultado 2 Abr 2018] Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021348531500184X
7. Coll de Tuero G, Garre Olmo J, López Pousa S, Vilalta J, Limon E, Caja C. Percepción, actitudes y necesidades de los profesionales de atención primaria con relación al paciente con demencia. Aten Primaria. 2011; 43 (11): 585-594. [Consultado 2 Abr 2018] Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656711000679
8. De Hoyos Alonso MDC, Bonis J, Bryant V, Castell Alcalá MV, Otero Puime A. Calidad del registro del diagnóstico de demencia en atención primaria. La situación en España en el periodo 2002-2011 Aten Primaria. 2016; 48 (1): 33-41. [Consultado 2 Abr 2018] Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656715000918
9. Esandi N, Canga A. Atención centrada en la familia: un modelo para abordar los cuidados de la demencia en la comunidad. Aten Primaria. 2016; 48 (4): 265-269. [Consultado 2 Abr 2018] Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656716300403
10. Centro de Publicaciones, Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad. Estrategia en Enfermedades Neurodegenerativas del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad, 2016. [Consultado 2 Abr 2018] Disponible en: http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Est_Neurodegenerativas_APROBADA_C_INTERTERRITORIAL.pdf

Capítulo 425

PAPEL DE LAS ENFERMERAS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA

COVADONGA GARCÍA VEGA

1 Introducción

La OMS define la adherencia terapéutica como "el grado en que el comportamiento de una persona (tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida) se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria". Por otra parte, la OMS también ofrece información que vincula la mala adherencia a los tratamientos crónicos con un problema mundial de alarmante magnitud, estimándose que en los países occidentales el incumplimiento terapéutico a largo plazo es de un 50% aproximadamente. No obstante, hay que tener en cuenta que uno de los principales causantes de la falta de adherencia es la polimedicación.

La falta de adherencia terapéutica puede clasificarse en dos grupos:
- Primaria: aquella prescripción que no llega a retirarse de la farmacia.
- Secundaria: alteración en la dosis correcta, cambio en los intervalos de dosificación, olvido en la administración del fármaco o aumento en la frecuencia.

Existen múltiples consecuencias prácticas asociadas al incumplimiento terapéutico. Las principales son el fallo terapéutico, el aumento del riesgo de complicaciones y hospitalizaciones y el incremento de los costes sanitarios al financiar fármacos que no se toman o se hace de forma inadecuada.

El abordaje de la adherencia terapéutica depende de diversos factores que actúan de forma interrelacionada entre ellos. En consecuencia, este proceso debe ser multidisciplinar y las enfermeras jugamos un papel fundamental para su éxito.

Uno de los roles de las enfermeras de Atención Primaria (AP) es el de educadoras/entrenadoras en autocuidados, jugando un papel fundamental en la labor de informar, motivar y empoderar a los pacientes para que sean protagonistas de su propia salud. Todo ello permite crear vínculos de confianza con el paciente que ayudan a comprender su comportamiento con la medicación, sus miedos y las posibles resistencias que se puede encontrar a la hora de tomar los fármacos.

Con este trabajo se pretende conocer el papel de la Enfermera de Atención Primaria (AP) en la adherencia terapéutica. Para ello, se explorarán las posibles causas de incumplimiento terapéutico, así como las intervenciones de Enfermería que pueden conseguir el éxito y la mejora en la adherencia terapéutica.

2 Objetivos

- Conocer el papel de la enfermera en la adherencia terapéutica.
- Identificar las causas del incumplimiento terapéutico.
- Describir cómo mejorar la adherencia terapéutica desde Enfermería.

3 Metodología

Esta revisión bibliográfica se realizó en abril de 2018 con el objetivo de conocer el papel de la enfermera en la adherencia terapéutica, en el contexto de la asignatura "Enfermería Comunitaria II" del Grado en Enfermería. En concreto, se realizó una búsqueda bibliográfica no rigurosa en fuentes de información primarias y secundarias.

Para la búsqueda de documentos se utilizó tanto lenguaje libre como lenguaje controlado. Los principales tesauros que se utilizaron fueron "Rol de la Enfermera", "Enfermería", "Cumplimiento y Adherencia al Tratamiento" y "Atención Primaria de Salud".

Para la selección de documentos se utilizaron criterios de inclusión y de exclusión. Se aceptaron aquellos documentos que tuviesen menos de 10 años y que estuviesen en español. De esta manera, se excluyeron aquellos documentos de más de 10 años de antigüedad y que no estuviesen en español.

4 Resultados

- El problema del incumplimiento terapéutico:

El porcentaje de incumplimiento terapéutico en la población es bastante elevado. Los principales factores que impiden el éxito de la adherencia terapéutica están relacionados con el paciente y con el propio fármaco, aunque algunas fuentes también consideran a la patología y al proceso asistencial como factores secundarios. Respecto al paciente, los principales factores que intervienen son la edad, la propia negación de la enfermedad, la desconfianza acerca del tratamiento y del personal que lo aplica, las creencias de la persona, etc. En cuanto al fármaco, influye que tenga mal sabor, que sea incómodo de ingerir, que interfiera en los hábitos del paciente (no poder tomar alcohol, por ejemplo) y que tenga efectos secundarios.

Existen una serie de elementos que se deben tener en cuenta para evitar el incumplimiento de la adherencia terapéutica, entre los que destacan los siguientes:
• No culpabilizar: el paciente es uno más de los factores implicados en la etiopatogenia del mismo y no puede descargarse sobre él la responsabilidad del problema.
• Individualización de la intervención: No existe una receta única para abordar el problema. El origen multifactorial del incumplimiento requiere establecer estrategias de intervención individualizadas en función de los factores implicados en la falta de adherencia.
• Fortalecimiento de la relación: La relación paciente/enfermera compone un sistema interpersonal fundamental en el tratamiento de la enfermedad y en la adherencia al tratamiento.
• Participación de distintos profesionales: La prevención, la detección y el abordaje del incumplimiento terapéutico no son competencia exclusiva de los médicos, sino de todos los profesionales sanitarios.

Por otro lado, es importante conocer el punto de vista de las enfermeras. Por ejemplo, algunas enfermeras resaltan como algo negativo el modelo de atención establecido, ya que está enfocado en la patología y tratamiento del paciente antes que en sus propias necesidades. Este tipo de práctica tiende a fomentar comportamientos y actitudes pasivas y dependientes en los pacientes en lugar de promover una mayor implicación y autorresponsabilidad en el manejo efectivo de sus problemas de salud. Además, algunos profesionales utilizan la amenaza como estrategia de persuasión. Apelan a esta actitud para que los pacientes tomen conciencia de las consecuencias del incumplimiento sobre su salud. En general, se

manifiestan indulgentes y tolerantes con los pacientes mayores pasando por alto algunos olvidos o descansos temporales. Dejan entrever una posición paternalista, que expresan en comentarios sobre qué le conviene hacer al paciente, recomendándole cómo hacerlo. En coexistencia con las anteriores posturas existe una actitud más participativa, la cual se exterioriza identificando los problemas causantes del incumplimiento, informando, instruyendo, apoyando y respetando la decisión que finalmente adopte el paciente.

- Cómo valorar el nivel de adherencia terapéutica:

Existen varios métodos para medir el nivel de adherencia terapéutica, pudiendo ser estos directos o indirectos. Los métodos directos consisten en la determinación del fármaco en sangre, en orina o en otros fluidos. Los métodos indirectos están basados en el recuento de comprimidos, el cumplimiento del auto-comunicado, el juicio clínico, la evolución clínica, la asistencia a citas o los conocimientos acerca del proceso. Es importante destacar el número de test que existen para la valoración indirecta de la adherencia terapéutica. Su principal ventaja es detectar al paciente incumplidor, no obstante, este tipo de test no se encuentran integrados en el ámbito técnico enfermero y plantea a su vez el dilema de cuándo considerar a un paciente incumplidor.

Por último, es muy importante realizar un adecuado seguimiento del proceso y de las quejas que puedan manifestar los pacientes. No se debe infravalorar ninguna queja, ya que para el paciente puede suponer un problema lo suficientemente molesto como para no querer continuar con el tratamiento.

- Intervenciones para mejorar la adherencia terapéutica:

Un correcto abordaje de la adherencia terapéutica se debe desarrollar en el marco de los procesos enfermeros y tras realizar una valoración integral por patrones funcionales. De esta manera, se podrá elegir la intervención más adecuada en base a los diagnósticos enfermeros realizados. Existen cinco categorías principales de intervenciones:
• Las intervenciones técnicas, que irán dirigidas a reducir la complejidad del tratamiento y proporcionar habilidad en el manejo.
• Las intervenciones basadas en la entrevista motivacional o la utilización de sistemas de recuerdo.
• La educación, que supone una competencia relevante de la profesión enfermera. Estas intervenciones pueden utilizar el consejo breve, la educación sanitaria in-

dividual o la grupal. A través de estas herramientas se proporciona información, motivación y ayuda de forma personalizada, aprovechando los diferentes encuentros interpersonales. En este sentido, destaca la comprobación del almacenaje de la medicación en la visita domiciliaria. La educación sanitaria grupal permite la interacción con el paciente, promoviendo su participación activa y fomentando el aprendizaje entre iguales.

• El apoyo social y familiar, en el que se destaca la importancia de trabajar con las asociaciones de pacientes, incluyendo la realización de actividades formativas dirigidas a mejorar el cumplimiento terapéutico.

• El sistema sanitario, que es la coordinación entre niveles asistenciales, lleva a cabo intervenciones orientadas a potenciar la continuidad de cuidados tras el alta hospitalaria, promover el adecuado cumplimiento de las indicaciones terapéuticas y prevenir posibles errores de medicación.

En el abordaje de la adherencia terapéutica pueden aparecer múltiples obstáculos que impidan su correcta realización, por lo que también existen una serie de estrategias de mejora que pueden permitir lograr el fin perseguido, las cuales se encuentran divididas en cuatro subgrupos:

1. La formación: este primer paso es fundamental para lograr la adherencia terapéutica y para ello se propone aumentar el número de conocimientos y habilidades en farmacología y metodología enfermera a través de sesiones clínicas de Enfermería y sesiones con el farmacéutico de área.
2. Los sistemas de registro: en este punto se proponen un gran número de estrategias como el uso de etiquetas NIC que recojan las actividades realizadas, consensuar criterios para unificar los registros en la historia clínica, incluir en el informe de continuidad de cuidados el tratamiento farmacológico del paciente, entre otras.
3. Las medidas psicosociales: es necesario una mejora en la coordinación existente con los servicios sociales, organizar grupos de autoayuda en pacientes de edad media con patología crónica, mejorar los conocimientos y habilidades psicosociales, colaborar con psicólogos clínicos y, finalmente, llevar a cabo una selección de la población diana de atención preferente (polimedicados y edad media).
4. La organización: es necesario reconocer la adherencia por parte de la Gerencia como área de interés prioritario, seleccionar indicadores de actividades que visibilicen el trabajo enfermero, motivar/sensibilizar a los profesionales sobre la importancia de mejorar la adherencia y, para concluir, elaborar un protocolo de área que facilite el desempeño de esta actividad, implicando a los farmacéuticos comunitarios en la prevención, detección y mejora del cumplimiento.

5 Discusión-Conclusión

Las enfermeras ejercen un papel imprescindible en el éxito de la adherencia terapéutica mediante la intervención en cinco ámbitos principales: farmacológico, conductual, educacional, social y sanitario. De esta manera, ayudan a los pacientes en el manejo de su tratamiento, les motivan e intentan modificar sus malos hábitos, les aportan la información pertinente, implican a su entorno más cercano, les proporcionan apoyo, se coordinan con el resto de los profesionales sanitarios en la medida de lo posible, etc. Esta interacción con el paciente promueve su participación activa y permite establecer un vínculo de confianza que facilita la detección de errores en la adherencia.

Sin embargo, no se ha demostrado que una intervención, aislada o en conjunto, sea eficaz en todos los casos, por lo que hay que individualizar la actuación y tener en cuenta los factores (el paciente, la patología, el tratamiento y el equipo asistencial) y problemas (culpabilizar al paciente, adoptar una actitud paternalista, amenazar, ...) que intervienen para poder así implementar estrategias de mejora en la formación del personal, los sistemas de registro, las medidas psicosociales y la organización sanitaria.

6 Bibliografía

1. Domínguez S; El papel de la enfermería en la adherencia terapéutica [Internet]. Madrid: Elsevier.es; 2013 [consultado 15 mar 2018]. Disponible en: https://www.elsevier.es/corp/generacionelsevier/el-papel-de-la-enfermeria-en-la-adherencia-terapeutica/
2. Aguado Arroyo O; Intervenciones enfermeras en la mejora de la adherencia al tratamiento farmacológico del paciente en atención primaria: actividades individuales y grupales [Internet]. Barcelona: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC); 2017 [consultado 16 mar 2018]. Disponible en: https://www.semfyc.es/grupos/intervenciones-enfermeras-en-la-mejora-de-la-adherencia-al-tratamiento-farmacologico-del-paciente-en-atencion-primaria-actividades-individuales-y-grupales/
3. Hurtado Hoyos LM, Nájera García JL; La atención enfermera al paciente polimedicado en Atención Primaria [Internet]. Palencia: Escuela de Enfermería de Palencia; 2014 [consultado 16 mar 2018]. Disponible en: http://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/13273/1/TFG-L845.pdf
4. Ferres Carrascosa MT, Bravo Lliñas L, Ortega Justicia EM; Papel de la enfer-

mera en la adherencia al tratamiento; Revista Médica Electrónica [Internet]. 2016 [consultado 17 mar 2018]. Disponible en: https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/enfermera-adherencia-al-tratamiento/
5. Espinosa García J; La adherencia terapéutica [Internet]. Madrid: Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN); [consultado 17 mar 2018]. Disponible en: https://www.pacientessemergen.es/docsArticulos/2_77.pdf
6. Rodríguez García MJ, Del Castillo Arévalo F. Enfermeras de Atención Primaria opinan, analizan y proponen mejoras en el manejo de la adherencia farmacológica. Enferm Glob. [Internet]. 2012 enero [consultado 15 mar 2018]; 11 (25): 207-18. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000100012
7. Rodríguez García MJ, Castillo Arévalo F; Enfermeras y adherencia farmacológica: discurso y conducta. Index Enferm [Internet]. 2011; 20 (3): 160-164. [citado 4 abr 2018] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962011000200005
8. Dilla T, Valladares A, Lizán L, Sacristán JA. Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. Aten Primaria. 2009; 41 (6):342–48. [citado 4 abr 2018] Disponible en: http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-adherencia-persistencia-terapeutica-causas-consecuencias-S0212656709001504
9. Sefac.org; Plan de adherencia al tratamiento [Internet]. Madrid: Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria (SEFAC); 2016 [consultado 17 mar 2018]. Disponible en: https://www.sefac.org/sites/default/files/sefac2010/private/documentos_sefac/documentos/farmaindustria-plan-de-adherencia.pdf
10. Riojasalud.es; Estrategia de atención al paciente crónico de La Rioja [Internet]. La Rioja: Gobierno de la Rioja; 2015 [Consultado 17 mar 2018]. Disponible en: https://www.riojasalud.es/f/rs/docs/estrategia-farmacia.pdf
11. Pfizer.es; La adherencia al tratamiento: cumplimiento y constancia para mejorar la calidad de vida [Internet]. Madrid: Pfizer.es; 2009 [consultado 18 mar 2018]. Disponible en: https://www.pfizer.es/docs/pdf/asociaciones_pacientes/2009/FOROpfizer_2009.pdf

Capítulo 426

MOBBING LABORAL

CARLOS JAVIER POSA GARCÍA

1 Introducción

El acoso laboral también llamado mobbing es el fenómeno que da lugar en el trabajo, donde uno o varios individuos, ejercen violencia psicológica de manera repetitiva sobre otro u otros individuos, durante un tiempo prolongado.

2 Objetivos

Identificar los tipos de acoso laboral que puedan darse en el entorno sanitario.

3 Metodología

Realizamos una revisión bibliográfica utilizando diferentes bases de datos a través de los buscadores como Dialnet, Scielo y PsyInfo

4 Resultados

Podemos clasificar el acoso laboral en dos categorías: según la posición jerárquica y según el objetivo.

Teniendo en cuenta la posición jerárquica diferenciamos entre:
-Mobbing horizontal: acosador y víctima en el mismo nivel.
-Mobbing vertical: acosadores encuentra en un nivel inferior superior a la víctima, pudiendo ser a su vez descendente o ascendente

Teniendo en cuenta el objetivo:
-Mobbing de dirección o gestión; llevado a cabo por superiores para acabar con un trabajador que no se ajusta a sus expectativas.
-Mobbing perverso; se caracteriza por no tener un objetivo laboral, la causa está en la personalidad manipuladora del acosador.
-Mobbing disciplinario; tipo de acoso en el que se infunde miedos la víctima, se advierte a los compañeros de lo que puede ocurrir con un comportamiento parecido.
-Mobbing institucional; forma parte de la estrategia de la empresa para que el acosado prescinda el contrato voluntariamente.

5 Discusión-Conclusión

El acoso laborales una realidad cada vez más reconocida.

Resulta difícil identificar porque no siempre presenta las mismas características.

La variedad de tipos de acoso permite que, en ocasiones, quede camuflado o interpretado como algo que entra dentro de lo normal. Muchas veces se trata de confundir a la víctima para que crea que ella es la culpable, pudiéndose llegar a cuestionarla cordura de quien la padece.

Los ataques sufridos pueden llegar a causar problemas psicológicos serios en la víctima como ansiedad, depresión, estrés, desmotivación laboral y perturbación en el ejercicio laboral.

Aunque se prevea la exención de la carga probatoria para el trabajador, el problema no se elimina y es difícil probar una situación donde existe una aparente normalidad con escasez o sin rastro de pruebas.

Para ello es muy importante recopilar pruebas documentales desde que se tiene conocimiento del caso de acoso laboral y se recomienda ponerlo en conocimiento de la Inspección de Trabajo para que tras un procedimiento de investigación, Levante acta y haga un informe valorando el caso.

6 Bibliografía

- Santana Vega, D.M(2013) El nuevo delito de acoso laboral.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/

- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 427

PERIMENOPAUSIA Y DEPRESIÓN

IZASKUN ARPIREZ ROBLEDO

1 Introducción

La menopausia es la etapa de la vida de la mujer que se determina por el fin de la menstruación, lo que supone la finalización de su ciclo reproductivo y que suele darse rondando los cincuenta años de edad, aproximadamente, si bien su edad de aparición oscila mucho en cada mujer.

Desde un punto de vista clínico, se considera que su presencia viene marcada por la amenorrea, sin motivo aparente, durante un plazo de más de doce meses.

Desde una perspectiva hormonal la menopausia implica un nivel de hormona folículo estimulante (FSH) mayor a 40 IU/L y de estrógenos inferior a 25 pg/ml (4-6). Es popularmente sabido que este momento de la vida de la mujer es especialmente delicado y está ligado a una importante transformación de la persona, tanto desde un punto físico como emocional, a lo que se unen factores culturales que condicionan la forma en que la persona asume esta nueva realidad de su vida.

La llegada de la menopausia vendrá usualmente acompañada de una sintomatología que, aunque cambiante igualmente en función de cada persona, podría glosarse en los siguientes signos:
- Sofocos.
- Insomnio o trastorno en el ciclo del sueño.
- Mayor irritabilidad y alteraciones en el carácter.
- Dolores en las articulaciones.
- Pérdida de densidad ósea.
- Sequedad vaginal.

Antes de la llegada de la menopausia existe un periodo previo durante el cual se producen toda una serie de desarreglos en la menstruación que es llamado perimenopausia. Suele considerarse como perimenopausia el lapso temporal que alcanza desde un año antes hasta un año después a la última menstruación, aproximadamente, aunque algunos textos consideran por tal un periodo temporal de entre cuatro y seis años anteriores a la menopausia. Hormonalmente, se considera que esta etapa está marcada por un nivel de FSH > 25 IU/L y de estradiol < 40 pg/ml (7,8).

2 Objetivos

Describir la relación existente entre la menopausia y los problemas mentales.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La etapa perimenopáusica es un periodo vital especialmente vulnerable emocionalmente y proclive a la aparición de trastornos depresivos en las mujeres.

Además de la irregularidad menstrual y otros signos físicos propios del periodo perimenopáusico, también pueden aparecer durante esta etapa problemas de índole psiquiátrico, ansiedad y depresión fundamentalmente. Muchos estudios indican que las mujeres, después de su etapa adolescente, tienen una mayor probabilidad que las personas de sexo masculino a la hora de padecer depresión, llegándose a considerar un nivel de riesgo respecto de tal patología de hasta tres veces superior al de los hombres. Pues bien, si ello es así con carácter general, la etapa perimenopáusica puede suponer un momento especialmente vulnerable para la aparición de trastornos de tipo depresivo. Lo cierto es que, sin embargo, desde el ámbito académico parece que no se le ha prestado una especial atención a la posible relación entre perimenopausia y depresión.

Sin embargo, parece que sí puede existir algún tipo de relación entre la perimenopausia y la presencia de síntomas depresivos. En este sentido, se han señalado cifras de hasta un 40% de mujeres en edad perimenopáusica que presentan rasgos depresivos. Lo elevado de esta tasa de prevalencia justifica la necesidad de tratar de encontrar las razones de que ello sea así, habiéndose apuntado, fundamentalmente, a los siguientes:

- Factores hormonales o endocrinos.
- Factores culturales y de tipo psicosocial.
- Factores genéticos.

Respecto de los factores de tipo endocrino, se ha venido sugiriendo la existencia de alguna relación entre alteraciones en los niveles de concentración de las hormonas gonadales y los cambios anímicos observados en las mujeres durante esta etapa, postura que parece encontrar apoyo en que ciertos estudios han logrado constatar que aquellas mujeres aquejadas de manifestaciones depresivas durante la perimenopausia lograron una mejoría de sus síntomas al recibir tratamiento con estrógenos, si bien es necesario tomar en consideración que los resultados clínicos al respecto resultan todavía controvertidos.

En cuanto a los factores de tipo cultural y psicosocial que pueden incidir en la presencia de manifestaciones depresivas durante este periodo vital de las mujeres, hay que observar en primer lugar que esta etapa suele coincidir con acontecimientos vitales que de por sí resultan estresantes y que se asocian usualmente con cambios anímicos relevantes. En efecto, esta etapa suele coincidir con el momento en que los hijos acceden a su independencia y se van de casa. No es raro que familiares cercanos como los propios padres hayan fallecido o comiencen a padecer problemas graves derivados de su edad y a necesitar cuidados y, en general, es un periodo de la vida en que resulta más fácil que ocurran acontecimientos negativos que influyan perjudicialmente desde el punto de vista emocional.

Además, el ambiente cultural previo donde se desarrolla la vida de la mujer también es susceptible de tener una influencia relevante en esta materia, pues en aquellos ámbitos socio-culturales en los que se considera que el envejecimiento, lejos de estimarse como un valor, tiene una connotación negativa, la llegada de la menopausia será percibida como algo pernicioso. El nivel educativo, el estado de salud general previo a esta etapa y el nivel económico y social son factores que también podrán incidir, por lo tanto, en el modo en que la llegada de la etapa perimenopáusica afectará emocionalmente a la persona. Además de los ya apuntados, también se viene considerando la influencia de factores genéticos en la

aparición de depresión en edad perimenopáusica, factores genéticos que interactuarían junto con los ambientales.

En este particular, se ha comprobado que las féminas que tienen el alelo corto (SS) del polimorfismo citosina-adenina del gen del receptor B-estrogénico tienen un riesgo hasta 13 veces mayor de síntomas psicológicos que aquellas mujeres que tienen el alelo largo. También se ha desarrollado algún estudio que apunta a que un 15,1% de las mujeres perimenopáusicas no depresivas, comparado con un 44% de las mujeres perimenopáusicas depresivas (p = 0,009), presentaban antecedentes familiares de depresión.

5 Discusión-Conclusión

La perimenopausia supone una en entidad con una presentación no despreciable en nuestro entorno. Un adecuado conocimiento de la de este periodo permitiría realizar un diagnóstico y tratamiento más precoz de las patologías que puedan aparecer en este periodo.

Es importante una buena educación para la salud por parte de los profesionales desde atención primaria.

6 Bibliografía

- Flores Ramos, Mónica; Ontiveros Uribe, Martha. "Hormonas gonadales y depresión en la perimenopausia". Rev. Colomb. Psiquiat., vol. 37 / No. 2 / 2008. Págs. 236-246.
- Flores Ramos, Mónica; Martínez Mota, Lucía. "Perimenopausia y trastornos afectivos: aspectos básicos y clínicos". Salud Mental 2012; 35:231-240.
- García-Portilla González, María Paz. "Depresión y perimenopausia: una revisión". Actas Esp Psiquiatr 2009;37(4):213-221.
- Sesma Pardo, Eva; Finkle, Joshua; González Torres, Miguel Ángel y Gaviria, Moisés. "Depresión perimenopáusica: una revisión". Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. Madrid , v. 33, n. 120, p. 681-691, dic. 2013.

Capítulo 428

ALTERACIONES NEUROLÓGICAS FRECUENTES EN LAS PERSONAS MAYORES: ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

NURIA HUERTA GONZÁLEZ

LAURA MORAIS REY

ANA ISABEL BLANCO ALONSO

1 Introducción

La demencia es un deterioro de las funciones intelectuales, persistente y habitualmente progresivo, que conlleva una incapacidad funcional (social y/o laboral) y que está producido por una causa orgánica. La demencia no es una enfermedad es un síndrome clínico, demencia senil. Es la etapa final de un sinfín de enfermedades que de forma progresiva producen deterioro cognitivo.

Etiología y genética.
Existen demencias primarias, como la enfermedad de Alzheimer (EA) y demencias secundarias que son originadas por otra enfermedad distinta, como las de origen vascular o infeccioso. Existen demencias con una fuerte base genética que dan lugar a la alteración de distintos genes y las demencias no genéticas, de causa más desconocida. En general los expertos coinciden en que la etiología de la demencia depende del tipo de demencia y que puede ser, en el caso de las primarias, la suma de factores genéticos y ambientales. En general, las demencias suelen

aparecer con más frecuencia en personas mayores, debido al envejecimiento del cerebro.

Clasificación y manifestaciones.
- Primarias/degenerativas: enfermedad de Alzheimer; demencia por cuerpos de Lewy; demencia fronto-temporal; parkinson-demencia; otros: huntington.
- Secundarias: vascular; hidrocefalia a presión normal; demencia por priones; lesiones tumorales; trastornos tiroideos; déficit vitamínicos; alcoholismo; enfermedades desmielinizantes; enfermedad por depósito y metabólicas congénitas.

Síntomas y signos.
- Cognitivos: amnesia; afasia (disnomia, parafasias, ecolalia, circunloquios); apraxia; agnosia; desorientación; acalculia; incontinencia.
- Conductuales: afectivos (depresión, maní, ansiedad); delirium; alucinaciones; apatía; agitación psicomotriz; insomnio; desinhibición.

2 Objetivos

Objetivo general.
- Detallar las principales manifestaciones clínicas, fases, criterios diagnósticos y opciones terapéuticas en el paciente con enfermedad de Alzheimer.

Objetivos específicos.
- Describir las principales actuaciones que deben llevarse a cabo en el abordaje del paciente con EA.
- Enumerar los aspectos que deben tenerse en cuenta en la incorporación de la familia a la planificación de los cuidados.

3 Metodología

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica a través de diferentes bases de datos científicas PubMed, Medline, Cuiden, Elsevier y Scielo utilizando como descriptores las palabras clave: enfermedad de Alzheimer, demencia, cuidados, alteraciones neurológicas, anciano. Se seleccionaron estudios publicados en los últimos 20 años tanto en castellano como en inglés. También se consultaron diversos tipos de libros y revistas científicas relacionadas con el tema en estudio. Con una primera búsqueda se encontraron 35 estudios, tras una primera lectura se descartaron 25, seleccionándose finalmente para la presente revisión bibliográfica un total 10 estudios.

Criterios de inclusión:
- Estudios publicados en los últimos 20 años.
- Disponibles en texto completo.
- Idioma: castellano e inglés.

Criterios de exclusión:
- Estudios publicados con anterioridad al límite establecido.
- Publicados en otro idioma.
- No disponibles en texto completo.
- No relacionados estrictamente con el tema de estudio.

4 Resultados

La enfermedad de Alzheimer es un tipo de demencia primaria ocasionada por una degeneración del cerebro de causa desconocida. Es la demencia más frecuente en mayores de 65 años en nuestro medio. Todos los síndromes neurodegenerativos presentan patrones neuropatológicos característicos fruto del acúmulo de proteínas (intra o extracelularmente) anormalmente plegadas, en el caso de la enfermedad de Alzheimer: proteínas Betamiloide y Tau. Existen tres principales hipótesis para explicar el fenómeno: el déficit de acetilcolina, el acúmulo de amiloide y/o tau y los trastornos metabólicos.

En España 650.000 personas están enfermas y más de 100.000 nuevos casos son diagnosticados al año. En mayores de 65 años constituye la causa de invalidez, dependencia y mortalidad más frecuente. Se cree que son más de 2 millones las personas que ven su vida trastornada por la enfermedad (incluyendo cuidadores).

Manifestaciones y evolución.
- Manifestaciones cognitivas: pérdida de memoria: amnesia (eje fundamental); lenguaje, orientación, cálculo, resolución de problemas, manipulación de objetos, reconocimiento visual, atención.
- Manifestaciones conductuales o neuropsiquiátricas: apatía; depresión; delirios; alucinaciones; cambios conductuales: agitación, euforia, ansiedad, reacciones catastróficas, alteraciones de la conducta sexual, conducta alimentaria, conducta nocturna anormal y trastornos del sueño; se clasifican hasta en cuatro estadíos en función de la intensidad y gravedad: fase I o leve, fase II o moderada, fase III o grave, fase IV o terminal.

Diagnóstico y últimos avances.
El diagnóstico clínico se hace preguntando al paciente y a su familia. En un diagnóstico de exclusión hay que descartar causas tratables (5% de las demencias). Es fundamental tener un informador fiable (mejor si convive con el paciente). El diagnóstico definitivo requiere confirmación histopatológica: autopsia. Por ello en vida sólo es posible el diagnóstico de probable/posible. Las pruebas sirven para excluir otras causas de demencia; no existen pruebas que den el diagnóstico sino que lo apoyan.

Se pueden realizar otros estudios complementarios:
- Prueba de imagen cerebral: TAC (scanner) o resonancia.
- Analítica: Hg, bioquímica, VSG, homocisteina, vitaminas, tiroides, sífilis….
- Otras según el caso: electrocardiograma, tomografía computarizada de emisión monofotónica, punción lumbar, etc.

Los nuevos criterios diagnósticos se centran en afectación temprana de la memoria episódica y uno o más de los siguientes criterios:
- Atrofia temporal medial en resonancia magnética (RM).
- Alteración biomarcadores en líquido cefaloraquídeo.
- Alteración en la imagen funcional en tomografía por emisión de positrones (PET).
- Mutación en uno de los genes asociados a Enfermedad de Alzheimer familiar.

Biomarcadores en la enfermedad de Alzheimer.
Los criterios clínicos, anteriormente expuestos suponen un 90% de la exactitud diagnóstica. Sin embargo el objetivo actual de la investigación sanitaria, es poder diferenciar el Alzheimer de otras demencias en estadíos tempranos, cuando aún no es tan evidente la pérdida de memoria. Así, se estableció un consenso acerca de una serie de biomarcadores que tenían en común todos los pacientes enfermos de Alzheimer. Para que un biomarcador se considere de utilidad diagnóstica debe tener una sensibilidad y especificidad de al menos un 80%. Dentro de estos biomarcadores se destacan la proteína tau y la presencia de β-amiloide en el líquido cefalorraquídeo (LCR).

La proteína tau es un componente de los neutotúbulos que actúa como estabilizador para que se produzca con normalidad el transporte axonal. Sin embargo se ha observado que en pacientes que padecen EA esta proteína presente en el LCR está anormalmente fosforilada lo que da lugar a la formación de ovillos neurofibrilares (este hecho no guarda relación alguna según los estudios con el genotipo ApoE). Por otro lado, el β-amiloide es un polipéptido que codifica la APP (proteína

precursora de amiloide) y que se encuentra en el cromosoma 21. Se desconoce con exactitud su función fisiológica, sin embargo su presencia se ha relacionado con la fase inicial de aparición de la EA. Los datos de los últimos estudios confirman que en pacientes con EA, los niveles de β-42 son sustancialmente más bajos que en pacientes sanos, lo cual resulta paradójico puesto que la presencia de placas de β-amieloide se considera esencial para el desarrollo de la EA. Esto se podría explicar por la falta de disponibilidad de β-42, al estar retenida en dichas placas seniles.

La forma más frecuente de EA es de aparición tardía y esporádica. A día de hoy se desconoce el patrón que desencadena la enfermedad, pero si se han llevado a cabo estudios acerca de patrones que sugieren una susceptibilidad de padecer esta enfermedad. El factor genético más conocido hasta el momento, es el locus del ApoE situado en el cromosoma 9. Consta de tres pares de alelos, siendo el par ε4, el que se ha relacionado íntimamente con la EA. La presencia de un alelo ε4 triplica las posibilidades de padecer EA y la presencia de ambos alelos aumenta las posibilidades hasta en nueve veces, de padecerla. También es objeto de estudio el cromosoma 12, aunque en este caso, no está tan claro la relación con la susceptibilidad de padecer EA.

Fases de la enfermedad de Alzheimer.
Podemos distinguir tres fases principales de la EA: leve, moderada y grave o muy grave según herramientas de estadiaje como MMSE, escala FAST, GDS o CDR. MMSE (Mnimental State Examination), es una prueba que consta de una serie de preguntas puntuadas con un máximo de 30 puntos. La función cognitiva "normal" se sitúa en 24, mientras que puntuaciones inferiores a ésta, indican que el paciente presenta funciones cognitivas deterioradas. GDS (Global Deterioration Scale), establece 7 estadios de la enfermedad, siendo el 1 el estado de deterioro "normal" y 7 el deterioro más pronunciado del estado mental global del paciente. "Functional Assessment Staging" (FAST) es una herramienta que generalmente acomapaña al test GDS, que clasifica la evolución de la enfermedad en 16 estadios que corresponden el primero a un estado asintomático y el último al estado de máxima gravedad. Por último "Clinical Demential Rating" (CDR) establece una escala de gravedad de la enfermedad entre 0 y 3, siendo 3 el estado más grave de la misma.

La fase inicial o leve de la EA está caracterizada por fallos de memoria a corto plazo, desorientación y en ocasiones aparición de trastornos de la personalidad y depresión. La memoria a largo plazo se mantiene intacta. Nos encontramos ante

una EA leve cuando MMSE es menor a 18-30 puntos, GDS y FAST se encuentran en la escala 4 y CDR en la 1.

Una fase intermedia o moderada caracterizada por la falta de memoria grave. En este punto se ve comprometida la autonomía del paciente y aparecen trastornos de conducta como agresividad o desconcierto. MMSE entre 12 y 18-30, escala FAST y GDR en estadio 5 y estadio 2 de la escala CDR. Una fase grave o muy grave en la que el paciente pierde por completo la memoria y la capacidad funcional e intelectual. Se produce una limitación absoluta de la movilidad del paciente que da lugar a la aparición de complicaciones que pueden llegar a producir la muerte del mismo. MMSE = 12 puntos, estadios 6 y 7 de las escalas FAST y GDS y fases 3,4 y 5 de la escala CDR.

Principales características de las diferentes fases de la EA.
- Fase I o leve: memoria, desorientación y alteraciones de la personalidad.
- Fase II o moderada: pérdida de independencia, afasia, apraxia, agitación e insomnio.
- Fase III o grave: dependencia absoluta, incontinencia, deterioro motor y deterioro ingesta.
- Fase IV o terminal: inmovilidad, mutismo, infecciones y muerte.

Características de la EA leve.
- Memoria: el paciente olvida acontecimientos importantes y recurre a tomar notas.
- Orientación: se produce un deterioro de la orientación temporal, de esta manera el paciente tiene dificultad en orientarse en sitios poco habituales. También presenta dificultades en algunas actividades que requieren cierta coordinación.
- Conducta: en ocasiones aparecen signos depresivos en el paciente y muy ocasionalmente estadios de delirio.
- Lenguaje: presenta dificultades para mantener una conversación fluida y compleja.
- Funciones corticales: presenta alteración de otras funciones como la atención.
- Signos neurológicos: muy rara vez aparece rigidez corporal y dificultades para la marcha.
- Alteración de las funciones cognitivas: el paciente se presenta más apático, tiene mayores dificultades en el trabajo, en las relaciones sociales, en el empleo del dinero, viajar a sitios desconocidos, etc.

Características de la EA moderada.

- Memoria: el paciente olvida hechos fundamentales, esta función se encuentra muy deteriorada. Así mismo, el paciente ha perdido la capacidad de aprendizaje, hace las mismas preguntas de manera constante, pierde objetos de valor y comienza a olvidar datos de su autobiografía.
- Orientación: pregunta de forma continua las fecha, tiene dificultades para salir a la calle sólo y se desorienta en sitios poco habituales como puede ser la casa de algún familiar.
- Conducta: es más frecuente la aparición de alucinaciones y falsas percepciones. El paciente no se presenta colaborativo y está apático y depresivo. Además comienza a tener trastornos del sueño.
- Lenguaje: se reduce el léxico empleado por el paciente, no encuentra la palabra, no es capaz de intervenir en conversaciones complejas y es necesario repetirle las cosas varias veces.
- Funciones corticales: el paciente presenta apraxia constructiva y de imitación y una leve agnosia visual.
- Signos neurológicos: el paciente presenta una leve rigidez y una mayor lentitud en movimientos como el braceo. Se acentúan signos típicos del Parkinson y se altera la marcha del paciente, lo que aumenta el riesgo de caídas.
- Alteración de las funciones cognitivas: el paciente en este punto se ve incapaz de escoger la ropa, tiene serias dificultades sociales y no es capaz de realizar tareas como cocinar o la compra.

Características de la EA grave o muy grave.
- Funciones cognitivas: el paciente se encuentra totalmente desorientado, no se acuerda de nada. La afasia es grave y tiene serias dificultades de lenguaje. No es capaz de reconocer ni de utilizar objetos.
- Conducta: el paciente sigue padeciendo alucinaciones a lo que se suma agitación, falta de colaboración e incluso agresividad.
- Características funcionales: el paciente requiere ayuda para tareas simples como vestirse y sufre una alteración de las fases sueño-vigilia. Apenas es capaz de caminar.
- Signos neurológicos: es visible la rigidez, bradicinesia y alteraciones posturales. El paciente no es capaz de controlar los esfínteres y tiene serias dificultades para masticar y tragar. En ocasiones el paciente sufre crisis epilépticas, mioclonias y parapesias de flexión.

Abordaje del paciente.
- El paciente con demencia institucionalizado. Una residencia de ancianos no es

un lugar de estancia con calidad, exige medios técnicos y personales entrenados, planificación de actividades y planes de cuidados individualizados. La atención debe ser integral con el soporte de un equipo multidisciplinar.
- El paciente con demencia en un ingreso agudo. Son casi normales los cuadros de delirium, reacciones de huída, inquietud y agresividad y no siempre son adecuadamente diagnosticados, interpretados ni tratados. El personal también sufre por falta de tiempo, información y preparación específica.

Algunas recomendaciones son:
- Evitar órdenes complejas.
- Proporcionar objetos familiares.
- Ofertar a la familia para el enfermo actividades de ocio y orientación.
- Establecer medidas para la promoción de la continencia.
- Llevar una correcta nutrición e hidratación.
- Control del dolor y del sueño.
- Incorporación de la familia a la planificación de los cuidados.

La familia tiene funciones muy importantes como son: aportar información y su experiencia, participar en las actividades, verbalizar y comunicar sentimientos y frustraciones, etc. Por ello, es fundamental incorporar a las familias en la planificación de los cuidados tanto en la prevención como en el tratamiento de las demencias. A continuación se describen algunos aspectos a tener en cuenta en el trabajo con familias:
- Extremar la delicadeza a la hora de transmitir noticias.
- Trasmitir información veraz de las repercusiones.
- Explicar de manera adecuada y amplia en qué consiste la enfermedad.
- Utilizar palabras sencillas y entendibles.
- Aceptar que tienen derecho a no aceptar la enfermedad.
- Respetar las verbalizaciones y sentimientos.
- Involucrar a cuantos más miembros de la familia.

Tratamiento farmacológico en la actualidad.
En la actualidad, el tratamiento farmacológico de esta enfermedad, se basa en el empleo de fármacos anticolinesterásicos (ACOL) cuyo objetivo es mejorar la capacidad cognitiva del paciente y sobre todo mantener la independencia del individuo, así como disminuir los trastornos conductuales.

Estos fármacos son principalmente tres:
- Donepezilo (DPZ): fármaco derivado de la piperidina que se metaboliza en el hígado a través del sistema CYP 2D6. La dosis diaria es de entre 5-10 mg en una

sola toma. Se trata de un inhibidor reversible de la acetilcolinesterasa, que actúa como un inhibidor no competitivo de la acetilcolina (Ach). Es especialmente efectivo en la fase inicial de la EA.

- Rivastigmina (RVT): se trata de un ACOL de segunda generación derivado del carbamato que actúa como un inhibidor pseudoirreversible no competitivo que tiene especial afinidad por el hipocampo y la corteza cerebral. Se metaboliza también a nivel hepático y está indicado en EA leve o moderada. La dosis diaria se sitúa entre 6-12 mg distribuida en dos tomas y supone una mejora sustancial de la capacidad cognitiva y la capacidad para realizar actividades diarias.
- Galantamina (GTM): se trata de una amina terciaria que actúa como un inhibidor selectivo y de forma reversible de la acetilcolinesterasa. En este caso, el fármaco compite con la Ach por la unión al receptor. Además estimula los receptores nicotínicos a nivel cerebral de manera que tiene la capacidad de aumentar la liberación de Ach y por tanto actúa sobre la toxicidad del β-amiloide. La dosis diaria se sitúa entre 16-24 mg y se distribuye en dos tomas. Este fármaco está indicado en EA leve o moderada, sin embargo, debe prestarse especialmente atención en pacientes con alteraciones hepáticas y gástricas.

La segunda opción terapéutica en la actualidad, es el empleo de inhibidores de los receptores de NMDA, que están estrechamente ligados a la neuroplasticidad y la capacidad de memoria. Uno de los fármacos representantes de esta familia es la memantina, un inhibidor del receptor NMDA que actúa disminuyendo las concentraciones en exceso de glutamato en el organismo. Se emplea principalmente en los estadios más avanzados de la enfermedad, tanto solo como en combinación de algún anticolinesterásico.

Una de las principales vías de investigación abiertas para el tratamiento de la EA, es la inmunoterapia. Es decir, el empleo de anticuerpos monoclonales (anticuerpo homogéneo producido por un clon de células a partir de una célula madre), para reducir, por ejemplo, la producción de péptido βA, así como su agregación y promoción de su eliminación. La eliminación de las sustancias tóxicas en el cerebro, se lleva a cabo por la microglía, a través de un proceso conocido como fagocitosis. Sin embargo, en esta enfermedad el proceso de fagocitosis se encuentra bloqueado por lo que dichas sustancias no son eliminadas a priori de forma natural.

Los anticuerpos monoclonales hasta ahora empleados son anticuerpos anti- βA, capaces de unirse a las placas neurofibrilares y desagregarlas, además éstos son capaces de revertir el daño neuronal ocasionado por la formación de dichas placas de tal manera que se recuperan capacidades perdidas como la memoria o el

aprendizaje (mecanismo que aún no se ha conseguido describir con detalle).

Existen tres principales vías de inmunización:
- Inmunización activa: consiste en la administración directa del antígeno en el ser humano, de tal manera que éste produzca anticuerpos específicos frente a dicho antígeno in vivo.
- Inmunización pasiva: consiste en la administración de anticuerpos específicos frente a dichos antígenos que han sido producidos sintéticamente en vivo.
- Vacuna génica: consiste en la transfección (proceso mediante el cual se introduce material genético en células eucariotas a través de plásmidos o vectores) de genes que producen el antígeno en el propio organismo.

5 Discusión-Conclusión

Tras analizar los resultados y la información obtenida acerca de la enfermedad de Alzheimer, podemos concluir que, aunque aún se desconoce la causa que desencadena esta enfermedad neurodegenerativa, sí se han hecho grandes avances en el diagnóstico precoz gracias a tecnologías avanzadas como PET o SPECT, que ayudan a diagnosticar la enfermedad en sus fases iniciales, frenando así el deterioro cognitivo de los pacientes.

Además en la actualidad, la inmunoterapia se ha impuesto en la investigación de nuevos tratamientos como una buena alternativa para el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer. En las últimas décadas, los últimos tratamientos posibles para la enfermedad han sido los anticolinesterásicos y los inhibidores de receptores NMDA que reducían la sintomatología del paciente para que éste fuera más autónomo durante el mayor tiempo posible. Sin embargo, esta nueva propuesta de tratamiento supone la oportunidad de frenar el avance de la enfermedad, incluso en etapas tempranas de la misma, gracias a los anticuerpos monoclonales empleados en lo que se conoce como inmunización pasiva de los pacientes.

Aunque aún queda un largo camino de investigación en este campo, alguno de estos fármacos: azeliragon, solanezumab, aducamumab, ya se encuentran en fases avanzadas de ensayos clínicos y se prevé, que en un futuro próximo, sean lanzados al mercado.

6 Bibliografía

- Devi, J; Deus, J. Las demencias y la Enfermedad de Alzheimer: una aproximación práctica e interdisciplinar. Murcia. Edita Isep. Universidad de Murcia. 2004.
- García, MªV; Toronjo, A; Ponce, C. Enfermería del anciano. Madrid. Ediciones DAE. Paradigma. 2ª Edición, 2009.
- Kristen, L; Mauk. Enfermería geriátrica. Competencias asistenciales. Madrid: MacGraw-Hill. Interamericana. 2008.
- Millán Calenti, J.C. Gerontología y Geriatría. Valoración e Intervención. Madrid. Edita Panamericana. 2011.
- La Enfermedad de Alzheimer. Rev. Chil. Neuropsiquiat. V.41 Supl. 2. Santiago. Nov. 2003.
- H. Niu, I; Álvarez-Álvarez, F; Guillén-Grima, I; Aguinaga-Ontoso. Prevalence and incidence of Alzheimer's disease in Europe: A meta-analysis. Volumen 32. Octubre 2017. Pag. 523-532.
- Escandi Larramendi, Nuria; Canga Armayor, Ana. Familia cuidadora y enfermedad de Alzheimer: una revisión bibliográfica. Gerokomos. Volumen 22. Nº2. Barcelona. Junio 2011.
- Alzheimer's disease: A historical note. Rev. Chil. Neuropsiquiat. V. 41. Supl. 2. Santiago. Noviembre 2003.
- Martínez Cepero, Félix. Necesidades de aprendizaje del cuidador principal para el tratamiento del anciano con demencia tipo Alzheimer. Rev. Cub. Enfermer. V25. N3-4. Ciudad de la Habana. Diciembre 2009.
- Rojas Ochoa, Francisco. Demencias y enfermedad de Alzheimer: una prioridad nacional. Rev. Cubana Salud Pública. Vol 39. Nº4. Cuidad de la Habana. Septiembre-Diciembre 2013.
- García-Ribas g, López-Sendón Moreno JL, García-Caldentey J. Revista de neurología [Internet]. 2014;58(308-317): Medes, medicina en español.
- Alberca Serrano R, López Pousa S. Enfermedad de Alzheimer y otras demencias. 1st ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2006.
- Estudio de biomarcadores biológicos en la Enfermedad del Alzheimer. Revista Electrónica de Biomedicina [Internet]. 2017.
- Criterios NINCDS-ADRDA para el diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer. Neurología de la Conducta y Demencias [Internet]. Demencias.sen.es. 2019

Capítulo 429

EL MASAJE INFANTIL

ROSA MARIA ALONSO MESA

BEGOÑA GARCÍA GONZALEZ

CARMEN QUINTANA IGLESIAS

1 Introducción

El masaje infantil son caricias o fricciones que se dan suavemente en la cabeza, cara, pecho, abdomen, piernas, brazos, manos y espalda que se suelen completar con movilizaciones en brazos y piernas. Este intensifica el crecimiento armonioso del neonato, del lactante y del niño y, a su vez, favorece las relaciones de amor (cariño entre el neonato y los padres). Los efectos que tiene son muy beneficiosos sobre el recién nacido, ya que también favorece el desarrollo afectivo, cognitivo, motriz, regula el sueño, los cólicos, la expectoración, el rendimiento intelectual y sociable.

El masaje se suele aplicar con aceites vegetales (aceite de almendras dulces, pepita de uva, caléndula) o aceite especial para neonato y la duración de este masaje tiene que ser progresiva en función de la edad del bebé que se ira incrementado gradualmente empezando primero de 10, 15, 20 minutos diarios desde que nace hasta los treinta y seis meses que es lo recomendado.

2 Objetivos

- Conocer los beneficios físicos que tiene el masaje infantil desde su nacimiento hasta los treinta y seis meses.

- Conocer los beneficios que aporta el masaje en la relación de apego a través del tacto entre el hijo y sus padres.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica sobre diferentes publicaciones a través de internet, en base de datos como Dialnet en los que aparecen textos y artículos de revistas que valoran los beneficios del masaje infantil desde recién nacidos. Las bases de datos consultadas han sido principalmente Dialnet, Google Académico y Medline. Las palabras seleccionadas en las diferentes bases de datos fueron: masaje, infantil, tacto, amor, beneficios, respeto. Se seleccionaron artículos y documentos en los que se incluyen solo los párrafos disponibles a texto completo y solo en idioma español y destacando lo más importante.

4 Resultados

Los beneficios del masaje infantil son muy importantes porque a través del tacto el recién nacido tiene la necesidad de ser tocado y masajeado para estimular todos sus órganos y funciones. Las necesidades básicas a través de la piel que cubren y como influyen son: calor, apego/ vinculo, soporte, contención, descarga de energía, amor, sensaciones que manda al cerebro (quinestésicas), organización de habilidades, tono muscular, comportamiento.

Los beneficios del masaje son:
- Aumenta el apego y afecto entre padre-hijo.
- Enseña a los padres a aprender sobre el bebé (necesidades, deseo).
- Ayuda a la respiración, circulación sanguínea y linfática del bebe, a conocer al bebe las partes del cuerpo a través del tacto, reduce la hipersensiblidad al tacto.
- Tonifica e hidrata la piel.
- Incrementa la cantidad y calidad de fono-vocalización.
- Aumenta la función gastrointestinal.
- Proporciona relajación general al neonato y al cuidador aliviando estados de dolor.
- Disminuye el estrés del lactante.
- Acelera el proceso de mielinización del cerebro y sistema nervioso.
- Promueve un mejor sueño al ayudar a la relajación y liberar tensiones.

El masaje suele estar contraindicado cuando el bebé esta ingresado y en situaciones especiales como aumento de fiebre (mejor acariciar), enfermedades coronarias, infecciones graves, cáncer, fracturas, quemaduras, enfermedades renales, estados de coma, vacunas, zona punción insulina, desviación ventrículoperitoneal en estos casos es mejor consultar con el médico.

La técnica del masaje más usada, es primero eligiendo el momento más adecuado del día e ir aumentando el tiempo progresivamente y acorde a la edad del infante. Usar los aceites recomendados, tener la habitación a una temperatura ambiente adecuada, preparar la superficie con manta acolchada y una toalla para tapar al neonato, desnudarlo y untar las manos con el aceite y comenzar el masaje por las piernas, pies, abdomen, pecho, brazos, manos, cara, espalda y finalizando el masaje con ejercicios con movimientos muy suaves.

5 Discusión-Conclusión

El masaje infantil es un arte muy antiguo practicado en otra cultura hasta nuestros días y se usaba para estimular los sentidos y el afecto a través del tacto. Aporta grandes beneficios tanto en el vínculo afectivo como en el desarrollo del neonato, como también le ayuda a reconocer las partes de su cuerpo. Es muy importante por los muchos e infinitos beneficios que aporta.

6 Bibliografía

- Johari Harish : ” El Masaje Indio”, Editorial Kairos . Tercera edición Noviembre 2008
- AEMI-Asociación Española de Masaje Infantil 2018
- Cordero, M. (2007) Masaje reduce el llanto y mejora el sueño de los bebés. La Nación. Extraído el 23 de febrero del 2008 desde http://www.nacion.com/ln_ee/ESPECIALES/bebes/02/masajes.html
- Ortiz Jiménez, R. (2006) Masaje Infantil. Enfermería en Costa Rica. Revista Masaje Infantil 27 (2), p.31-34
- Hernández, I. (2008) Aprende cómo dar masaje a tu bebé. Extraído del 13 de abril de 2008 desde: http:// salud.terra.es
- Pacheco da Costa, S. El masaje infantil. Fisioterapia : revista de salud, discapacidad y terapéutica física 1999 ; 21(monográf. 2) : 105-115
- Márquez Doren, F.; Poupin Bertoni, L.; Lucchini Raies, C.; Efectos del masaje en el recién nacido y el lactante. Index de Enfermería 2007 ; 57 : 42-46

- Madrigal, M. (2007) Cariños de Placer; Guía para dar masaje al bebe. Mamá Joven, 3(26), p.76
- Martínez, L. (n. d.) Beneficios del masaje infantil específicos para bebes prematuros, con necesidades especiales y sus padres. Extraído el 2 de enero del 2008 desde:http://www.proyectomama.com.ar/html/beneficios_masaje_infantil_par
- McCormark, F. (n. d.) Historia de la Enfermería. Extraído el 3 abril del 2008 desde: http://essa.uncoma.edu.ar/academica/materias/morfo/historiadelaenfermeria.pdf
- McLure Schneider V. (2002) Masaje Infantil, guía práctica para el padre y la madre.Barcelona:
Editorial Medicina
- Marquez, Francisca, Poupin Bertoni, Lauren y Luchini Raies, Camila. Efectos del masaje en el recién nacido y el lactante. Index Enferm. [online]. 2007, vol. 16, no. 57. Extraído el 15 de marzo.

Capítulo 430

SALUD FEMENINA: MIOMATOSIS UTERINA

ROSA MARIA ALONSO MESA

BEGOÑA GARCÍA GONZALEZ

CARMEN QUINTANA IGLESIAS

1 Introducción

Son tumores pélvicos muy comunes y suelen ser benignos, no presentan riesgo de derivar en cáncer y en muchos casos es un problema de infertilidad. Crecen lentamente y en ocasiones llegan a ocupar el útero. También pueden ser microscópicos, de diferentes formas y tamaños, y a veces puede haber uno o múltiples.

2 Objetivos

Determinar qué es, las causas, los factores de riesgo, los síntomas y diagnóstico de la miomatosis uterina.

3 Metodología

Realizamos búsqueda bibliográfica sobre publicaciones en internet, en bases de datos como Dialnet, en las que aparecen textos completos sobre los problemas de la miomatosis uterina en la mujer. Las bases de datos que consultamos han sido: Cohrane, Latindex, Scielo, Dialnet, Google Académico y artículos de revista

relacionados con el tema. Las palabras que seleccionamos en la base de datos fueron: tumores, miomatosis uterina, infertilidad, miomas. Se han seleccionado artículos en los que se incluyen los párrafos disponibles a texto completo y en idioma español.

4 Resultados

Suelen aparecer en la edad fértil de la mujer o partir de los treinta años. También puede estar relacionados con la predisposición genética o vascular de cada mujer. El crecimiento está asociado a la actividad hormonal ovárica. Suelen aparecer en la edad reproductiva y los miomas suelen crecer durante el embarazo, pero en la menopausia desaparecen debido a la baja carga hormonal de la mujer.

Hay factores de riesgo que no son beneficiosos para los miomas como consumo de alcohol, antecedentes familiares, hipertensión, edad temprana de la primera menarquia, embarazo tardío. Los miomas se clasifican según su localización: intramurales, subserosos, pediculados y submucosos y también se clasifican por su tamaño en pequeños (menor de 2 cm), medianos (entre 2-6 cm) y grandes (mayor de 6 cm). Algunos miomas no presentan síntomas, aunque algunos dan sensación de presión abdominal, dolor menstrual, exceso sangrado, etc.

Se diagnóstica a través del ultrasonido abdominal o intravaginal y con un examen ginecológico. El tratamiento que suelen aplicar va a depender de la edad de la mujer y la cantidad de miomas y donde estén localizados, si son subserosos no son perjudiciales y si son submucosos o intramurales perjudican. El tratamiento suele ser para tratar la infertilidad, la técnica más efectiva es la fertilización in vitro y en algunos casos suelen realizarse miomectomías cuando los miomas no desaparecen.

5 Discusión-Conclusión

Los miomas uterinos suponen una en entidad con una presentación no despreciable en nuestro entorno. Un adecuado conocimiento de la patología permitiría realizar un diagnóstico y tratamiento más precoz, sobretodo en la edad fértil.

6 Bibliografía

- JB. Current role of uterine artery embolization in the management of uterine fibroids. Clin Obstet Gynecol. 2016;59(1):93-102. PMID: 26630074 www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26630074.
- Anales de la Real Academia Nacional de Medicina, ISSN 0034-0634, Nº 4, 2006, págs. 841-861
- José Aurelio Navas Cuéllar, César Pablo Ramírez Plaza, Felipe Pareja CiuróEmergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias, ISSN 1137-6821, Vol. 26, Nº. 6, 2014, pág. 489
- Edgar Guzmán, Betania L. Mancilla Subdiaga, Jesús A. Quintero Nava, María P. González Zerpa, Andrea C. Guillen GarcíaAvances en Biomedicina, ISSN-e 2244-7881, Vol. 6, Nº. 2, 2017 (Ejemplar dedicado a: Agosto 2017), págs. 164-170
- Progresos de obstetricia y ginecología: revista oficial de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, ISSN 0304-5013, Vol. 59, Nº. 5, 2016, págs. 277-282
- Pamela Ivette Pardo RamirezRevista Científica Ciencia Médica, ISSN-e 2220-2234, ISSN 1817-7433, Vol. 12, Nº. 1, 2009, págs. 14-17

Capítulo 431

DELIRIO DE PARASITOSIS O SINDROME EKBON.

BEGOÑA GARCÍA GONZALEZ

CARMEN QUINTANA IGLESIAS

ROSA MARIA ALONSO MESA

1 Introducción

La sensación de tener parásitos en la piel es una alucinación táctil en la que siente una sensación física a pesar de noexistir una causa aparente. Este delirio está relacionado con otras patologías médicas y enfermedades de base, como el dejar de consumir sustancias como alcohol y drogas, parkinson, herpes, fibromialgia, neuropatía diabética, cáncer de piel y esquizofrenia, entre otros. Las personas que sufren este delirio tienen una gran convicción de que en su piel hay parásitos durante bastante tiempo, aunque los exámenes médicos tanto de sangre como microbiológicos hayan dado un resultado negativo.

Las complicaciones que pueden llegar a tener si son propensos a rascarse son: fiebre, trismo, gangrena, sepsis, pérdida de sangre, frustración, cansancio, mala calidad del sueño, depresión, rigidez y pérdida de concentración. Según la causa que lo desencadenó, se deriva al dermatólogo que tratará con un tratamiento tópico y colocará hielo en las áreas afectadas. Si la causa que lo desencadenó deriva de alguna patología que tenga el paciente de base, el médico responsable le administrará el tratamiento adecuado.

Si ningún tratamiento funciona y si el delirio no cesa, se derivará al psiquiatra para efectuar otro tipo de tratamiento.

2 Objetivos

- Conocer las causas y síntomas que desencadenan este delirio en las personas que no tienen una patología de base y a las que tienen patología de base.
- Describir como tratar o qué tratamiento administrar en cada caso para que cese el delirio.

3 Metodología

Se va a realizar una búsqueda bibliográfica en internet, sobre artículos sobre el síndrome de Ekbon en base de datos como Dialnet, en las que expliquen las causas, síntomas y tratamiento de este delirio de parasitosis. Nos vamos a centrar en las siguientes bases de datos: Google Académico, Scielo, Latindex, Dialnet. Las palabras seleccionadas en las bases de datos van a ser: síndrome ekbon, parasitosis, delirio, alucinación.

Se seleccionarán párrafos de artículos en los que incluyan solo los de texto completo y en idioma español.

4 Bibliografía

- Lizardo Cruzado, Renzo Paima RíosActa Médica Peruana, ISSN-e 1018-8800, Vol. 29, Nº. 1, 2012, págs. 35-37.
- Rodríguez-Cerdeira C, Telmo Pera J, Arenas R. El síndrome de Ekbom: Un trastorno entre la dermatología y la psiquiatría. Revista Colombiana de Psiquiatría. 2010; 39(2):440-7.
- Serrano Vázquez M, Arias DM, Díaz del Valle JC, Vázquez Ventoso C, Valle Folgueral JM. Los delirios de infectación parasitarias. Síndrome de Ekbom. Revisión y presentación de un caso. Cuadernos de Atención Primaria. 2001; 8(4):275-85.
- Goddard J. Síndrome de Ekbom o Parasitosis Ilusoria. Semiología psiquiátrica y psicótica. 2001.

Capítulo 432

LA ENFERMEDAD DE LA PIELONEFRITIS

CARMEN QUINTANA IGLESIAS

ROSA MARIA ALONSO MESA

BEGOÑA GARCÍA GONZALEZ

1 Introducción

Es una infección urinaria que afecta a la pelvis y al parénquima renal. A continuación se va a proceder a realizar una búsqueda sistemática para ampliar conocimientos acerca de la patología.

2 Objetivos

- Analizar la bibliografía existente acerca de la pielonefritis.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo se ha realizado una búsqueda bibliográfica sobre publicaciones en internet, en bases de datos como Dialnet, en las que aparecen textos que describen los síntomas, diagnóstico y riesgo de la pielonefritis.

Las bases de datos consultadas han sido: Pubmed, Medline, Google Académico, Dialnet y artículos de revista relacionados con el tema. Las palabras que seleccionamos en el buscador de las bases de datos fueron: cálices renales, parénquima, infección urinaria, uropatía obstructiva, litiasis renal, pelvis renal. Se seleccionaron artículos de revista y textos completos y en diferentes idiomas.

4 Resultados

Algunos de los síntomas con los que cursa son dolor región lumbar, fiebre, cálculos renales, cistitis, náuseas, vómitos, pérdida de apetito, dolor de cabeza, infección vías urinarias, etc. Para diagnosticar la pielonefritis se realizan varias pruebas como analítica de sangre, orina, urinocultivos, hemocultivos, radiografía y ecografía abdominal.

Hay que evitar que esta enfermedad derive en complicaciones más severas como insuficiencia renal, absceso renal o aparición de sepsis. Si se detecta a tiempo y se pauta el tratamiento antibiótico, los pacientes con esta patología suelen evolucionar bien, excepto si tienen alguna otra patología de enfermedad importante como diabetes, cirrosis, ya que entonces puede complicarse.

El tratamiento que se suele pautarse más habitualmente durante unos catorce días es antibiótico, en algunos casos si no hay complicaciones suele pautarse para el domicilio del paciente junto con otras medidas como reposo, ingesta abundante de líquidos en caso de que haya cálculos renales para eliminarlos a través de la orina. En caso de complicaciones el paciente es ingresado para poner tratamiento por vía venosa y tener un mayor control sobre su evolución.

5 Discusión-Conclusión

Es importante determinar a través de las pruebas diagnósticas y los síntomas la enfermedad de la pielonefritis y que tratamiento pautar para evitar que haya complicaciones. La pielonefritis supone una entidad con una presentación no despreciable en nuestro entorno. Un adecuado conocimiento de la patología permitiría realizar un diagnóstico y tratamiento más precoz.

6 Bibliografía

- Alexandra Cruz Arévalo Dilma, David Ruíz Londoño, Luis Gabriel Portilla BurbanoUrología colombiana, ISSN-e 0120-789X, ISSN 2027-0119, Vol. 19, Vol. 2, 2010.
- Silvia Velarde, Julia Velarde, Augusto Poma Carmona, Hernán VelardeAnales de la Facultad de Medicina, ISSN 1025-5583, ISSN-e 1609-9419, Vol. 56, Nº. 2, 1995, págs. 58-60.
- Julio César Murillo Pinto, Luis Eduardo Salgado Sánchez, Enrique Gaona, Natalia Bautista Delgado, Luisana Castillo Carvajal, Pablo Emilio González RodríguezUrología colombiana, ISSN-e 0120-789X, ISSN 2027-0119, Vol. 28, Vol. 1, 2019, págs. 51-55.
- Meritxell Lluís Padierna, Óscar Miró Andreu, Milagrosa Perea, Enric Pedrol Clotet, Mireia Mijana, María Teresa Rodellar, Anna TorrentsEmergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias, ISSN 1137-6821, Vol. 21, Nº. 5, 2009, págs. 325-332.
- Espinosa Fuentes, Mirdo Luis; Pérez Morales, José Miguel; Blanco Balbeito, Nubia; Jiménez Santana, Jersy Rolando; Fabelo Mora, Vicente; Reyes Orama, Yailin (julio a septiembre de 2013). «Pielonefritis aguda recurrente en mujeres». Rev cubana med vol.52 no.3 (en inglés) (Ciudad de La Habana, Cuba: Scielo) 52 (3): 161-172. ISSN 0034-7523. Consultado el 11 de noviembre de 2017.
- Neumann, Ignacio; Moore, Philippa (enero de 2011). «Pyelonephritis (acute) in non-pregnant women» [Pielonefritis (aguda) en la mujer no embarazada]. BMJ Clin Evid (en inglés) (BMJ Publishing Group) 2011: 0807. PMID 21477395. Consultado el 11 de noviembre de 2017.
- Wein AJ, Kavoussi LR, Novick AC, Partin AW, Peters CA (2007). «Infecciones urinarias». Urología, Tomo I (9ª edición). Médica Panamericana. p. 279. ISBN 978-950-06-8267-1. Consultado el 26 de enero de 2011.

Capítulo 433

MONONUCLEOSIS INFECCIOSA O VIRUS EPSTEIN-BARR

CARMEN QUINTANA IGLESIAS

ROSA MARIA ALONSO MESA

BEGOÑA GARCÍA GONZALEZ

1 Introducción

Enfermedad infecciosa causa por un virus de la familia de los herpes y otros virus, se conoce también como la enfermedad del beso y es muy contagiosa. Cursa con inflamación de los ganglios linfáticos, dolor de garganta y fiebre. Es una enfermedad muy extendida y presente en los hospitales de España, por eso es importante conocerla.

2 Objetivos

- Determinar qué lo causa, síntomas, mecanismos de transmisión y tratamiento para combatir el virus.

3 Metodología

Realizamos una búsqueda bibliográfica por internet buscando publicaciones en distintas bases de datos como Dialnet, Pubmed, Medline, Google Académico, en las que aparecen artículos que describen los síntomas y las causas de este

virus. Las palabras seleccionadas que usamos en las bases de datos han sido: citamegalovirus, toxoplasma, anticuerpos heterofilos, linfocitos, herpes, mononucleosis. Se seleccionaron los textos y artículos que nos han parecido más interesantes y en diferentes idiomas.

4 Resultados

Esta enfermedad no solo la causa el virus Epstein-Barr (VEB), también puede ser causada por un citamegalovirus (CMV). Suele transmitirse por secreciones orales, estornudos, útiles de cocina y por transmisión sanguínea (menos frecuente).

El virus no se suele eliminar hasta pasados dieciocho meses desde su infestación y su periodo de incubación es entre diez y quince días, aparece con cefalea, malestar general, astenia, mialgias, dolor en abdomen, inflamación de los ganglios linfáticos, en las cervicales, inflamación de la faringe, y amígdalas, aumento del bazo, alteración de pruebas hepáticas y que pueden dar lugar a complicaciones neurológicas, hematológicas, respiratorias, rotura del bazo, enfermedades hepáticas y renales. Este virus requiere mucho reposo y dormir.

Para poder detectar este virus se realizan varias pruebas como analíticas de sangre (virus o de enfermedades con síntomas similares), requiere de mucha higiene tanto de manos como recipientes y utensilios de cocina y en caso de que haya complicaciones se administrarán antibióticos y antitérmicos.

5 Discusión-Conclusión

El virus Epstein-Barr supone una entidad con una presentación no despreciable en nuestro entorno. Un adecuado conocimiento de la patología permitiría realizar un diagnóstico y tratamiento más precoz.

6 Bibliografía

- R. Lucas Sendra, D. Velilla Antolín, Francisco Jose Mares Diago, M.A. Plaza Miranda, David Navarro OrtegaAnales de Pediatría: Publicación Oficial de la Asociación Española de Pediatría (AEP), ISSN 1695-4033, ISSN-e 1696-4608, Vol. 77, Nº. 3, 2012, págs. 200-202
- Pedro Sánchez DelgadoSeminario médico, ISSN 0488-2571, Vol. 3, Nº. 10, 1955, págs. 675-678

- J. Vives Mañe ;Pediatria catalana: butlletí de la Societat Catalana de Pediatria, ISSN 1135-8831, Vol. 23, Nº. 2, 1962, págs. 154-160
- E. Pou Pradell;Pediatria catalana: butlletí de la Societat Catalana de Pediatria, ISSN 1135-8831, Vol. 23, Nº. 2, 1962, págs. 141-153
- Cristina Remón García, M.Á. Palacios Soria, Manuel Praena CrespoRevista Pediatría de Atención Primaria, ISSN 1139-7632, Vol. 14, Nº. 54 (Abril/Junio), 2012
- Remón García C, Palacios Soria MÁ, Praena Crespo M. Edema palpebral como expresión oligosintomática de mononucleosis infecciosa. Rev Pediatr Aten Primaria. 2012;14:139-43
- Farmacia Pediátrica: Mononucleosis infecciosa. Consultado el 1-9-2010. Archivado desde el original el 13 de agosto de 2011. Consultado el 19 de septiembre de 2010.
- Clapés Ferrán R. Fundació Hospital de Nens de Barcelona. Mononucleosis Infecciosa. 2011. Consultado el 18 de octubre de 2014
- Martín Ruano J, Lázaro Ramos J. Mononucleosis infecciosa en la infancia. Pediatr Integral. 2014;XVIII(3):141-52

Capítulo 434

AUTOCUIDADO EN PROFESIONALES

VERÓNICA FERNANDEZ NUÑEZ

1 Introducción

Implementar estrategias de autocuidado y prevención del burnout, resulta muy necesario para lograr un desempeño eficiente y conservar la salud psicoemocional de los profesionales de los equipos de cuidados paliativos. Estos profesionales echan en falta la formalización de espacios para el autocuidado; esenciales para prevenir los conflictos y garantizar una sostenibilidad emocional de los profesionales y del equipo en su conjunto.

2 Objetivos

Evaluar la satisfacción de los profesionales tras realizar talleres grupales .

3 Metodología

Se realizaron talleres presenciales de exposiciones orales y dinámicas de grupo. Se realizaron en 2018 un total de cuatro talleres de una hora de duración, a los que acudió el equipo completo. Los contenidos fueron los siguientes: reconocimiento de los componentes del equipo, diferencias entre trabajo en equipo y en grupo, habilidades de comunicación dentro del equipo: escucha y feedback, prejuicios dentro del equipo y formas de gestionarlos, emociones dentro del equipo y elementos de autocuidado personales y grupales. Al finalizar se pasó una encuesta de satisfacción.

4 Resultados

La encuesta constaba de 13 ítems con una valoración de 1 a 4 cada uno y con los siguientes apartados y resultados: organización del taller, con media de 3,8; actividad formativa con media de 3,8 y evaluación global con media de 3,9. Las participantes expresaron la utilidad de seguir realizando este tipo de talleres para "reflexionar, compartir, conocernos y cuidarnos".

5 Discusión-Conclusión

Podemos afirmar que los talleres grupales son beneficiosos para los participantes, aportando gran utilidad a los conocimientos del equipo además de favorecer la organización grupal.

6 Bibliografía

- Programa regional de Cuidados Paliativos de Extremadura. https: //saludextremadura.ses.es/paliex/
- Barbero Gutiérrez J, Buscemi V, De Francisco López C et al. Trabajo en equipo en Cuidados Paliativos: Quédicen los Profesionales. Grupo de Trabajo SECPAL "Trabajo en equipo". SECPAL. Madrid; 2014.

Capítulo 435

ATENCIÓN Y CUIDADOS AL PACIENTE CON UN TRASTORNO DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO: ANOREXIA Y BULIMIA

PILAR GRANDA ALONSO

NURIA HUERTA GONZÁLEZ

1 Introducción

La anorexia y la bulimia son dos enfermedades que están de triste actualidad en nuestra sociedad. Cada vez se observan más casos de ambas enfermedades y se dan a edades más tempranas. Afectan a 1 de cada 200 jóvenes entre 12 y 14 años, aunque se presentan más casos de bulimia que de anorexia. Generalmente es más frecuente en la mujer que en el hombre, si bien se encuentran cada vez más casos entre varones jóvenes. Si se realiza una evaluación diferencial de casos de anorexia nerviosa en hombres y mujeres, el porcentaje sería de 5% y 95% respectivamente. Aunque en los últimos años, la diferencia entre sexos se va acortando. Como decimos, estas enfermedades están asociadas a la adolescencia, pero cada vez se observan más casos entre adultos de todas las edades, tanto nuevos casos, como recaídas de una primaria enfermedad. Los medios de comunicación han sido acusados como responsables del desencadenamiento y propagación de estas enfermedades, ya que proponen modelos de hombres y mujeres excesivamente delgados, con ideales de vida poco saludables, a los que se adhieren los jóvenes, tratándolos como prototipos de excelencia dignos de ser imitados.

Aunque en su concepto actual, tanto la anorexia como la bulimia, son entidades propias de la sociedad moderna, hijas por tanto de una economía de opulencia; sin embargo, en la historia de la medicina aparecen casos que de forma tangencial podrían relacionarse, y tener un parecido clínico, con las enfermedades que nosotros ahora nos proponemos analizar. Así, en la oscura edad media se descubren casos ligados a la vida religiosa, en los que las jóvenes novicias se sometían a grandes ayunos y abstinencias, que sólo en algún sentido recuerdan a los que de manera voluntaria, pero con motivación diferente se presentan en la anorexia y la bulimia actuales. En este orden de ideas en 1689, un médico inglés, Thomas Mortón, describe una enfermedad cuyos síntomas coinciden con los de la anorexia.

Dice textualmente "parecía un esqueleto vivo, solamente piel y huesos, no tenía síntomas febriles, y padecía un frío descomunal". En el siglo XIX, el médico londinense, Sir William Withey Gull utiliza por primera vez el término de "Anorexia nerviosa", y describe está enfermedad con un componente psíquico. Este quizá, sería uno de los primeros casos específicos de las enfermedades que nosotros nos proponemos estudiar. Contemporáneo del anterior, el neurólogo parisiense, Charles Lasègue, realizó estudios sobre una enfermedad que denominó "Anorexia histérica", al observar el componente psíquico de la enfermedad, que afectaba especialmente a mujeres adolescentes. De la misma manera, en relación con la bulimia, a modo de antecedentes forzados, sin que de hecho tengan que ver con su concepto actual, podríamos citar los grandes atracones que los humanos preneolíticos se concedían tras una exitosa expedición de caza, que a nuestro modo de ver, tendrían un significado profundo de economía metabólica: eran expresión del temor a no tener que comer en un futuro inmediato. En definitiva eran la expresión de la inseguridad alimentaria en que vivía aquella humanidad primitiva. En la Antigüedad Clásica, Aurelianos describió el "hambre mórbido: apetito feroz con deglución en ausencia de masticación y vómito autoprovocado". Hace referencia a un cuadro clínico que pudiera asemejarse al proceso que hoy llamamos bulimia. Es ya en el siglo XIX cuando los médicos la definen como un apetito voraz seguido de vómito.

2 Objetivos

Objetivo principal-
- Definir la anorexia y la bulimia, y su relación con la sociedad desarrollada.

Objetivos específicos.

- Identificar la etiología de estas enfermedades.
- Proponer diferentes tratamientos para los pacientes.
- Resaltar la importancia de la educación nutricional para la recuperación de los pacientes.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica a través de diferentes publicaciones y de las bases de datos Dialnet, Evidentia, Cochrane Plus, Pubmed y Medline utilizando como descriptores las palabras clave descritas anteriormente. Se seleccionaron artículos publicados en los últimos quince años, tanto en castellano como en inglés.

4 Resultados

Anorexia nerviosa.
Según la OMS es un trastorno caracterizado por la presencia de una pérdida deliberada de peso, inducida o mantenida por el mismo enfermo. Puede ser de dos tipos:
- Restrictiva o típica: tiene un gran autocontrol y logran bajar de peso hasta llegar a ser ello un problema grave de salud y desnutrición.
- Purgativa: se inducen el vómito y/o toman laxantes, enemas y diuréticos para conseguir bajar de peso.

Principales características de la anorexia (según el Instituto Nacional de la Salud de Estados Unidos):
- Emaciación (adelgazamiento patológico).
- Negación a tener un peso saludable.
- Búsqueda de delgadez excesiva, peso por debajo del 85% del ideal.
- Terror a subir de peso.
- Imagen corporal distorsionada (se ven con más peso del que realmente tienen, incluso pueden pensar que padecen obesidad).
- Negación de padecer enfermedad y bajo peso.
- Amenorrea, por más de tres meses, en mujeres.
- Alimentación restringida, racionan la comida y solo comen pequeñas cantidades de ciertos alimentos, los que consideran menos calóricos.

- Puede atravesar periodos de pequeños atracones, seguidos de periodos de dieta estricta, con abuso de vómitos autoprovocados y uso de laxantes, enemas y/o productos diuréticos, y/o ejercicio extremo.

Otros síntomas pueden aparecer con el tiempo, como:
- Osteopenia u osteoporosis (pérdida de masa ósea).
- Caída excesiva y debilitamiento del cabello.
- Uñas quebradizas.
- Lanugo (bello fino que recubre todo el cuerpo, que crece como aislante y protector de la piel, debido a la falta de masa grasa).
- Piel seca y de color amarillento.
- Anemia, que puede ir desde casos leves hasta más graves.
- Debilidad muscular, falta de fuerza.
- Estreñimiento.
- Hipotensión, bradicardia y bradipnea.
- Fallo multiorgánico.
- Daño cerebral.
- Daño en la estructura y función del corazón.
- Hipotermia, lo que provoca que sientan frío continuamente.
- Letargo, cansancio.
- Infertilidad.

Bulimia nerviosa.
La OMS la define como un trastorno caracterizado por episodios repetidos de ingesta excesiva de alimentos y por una preocupación casi obsesiva por el control del peso corporal, lo que lleva al enfermo a adoptar medidas extremas para mitigar el aumento de peso producido por la ingesta de comida.

Características más destacables de la bulimia (según el Instituto Nacional de la Salud de Estados Unidos):
- Los pacientes que padecen este trastorno suelen mantener normopeso o incluso obesidad.
- Negación de enfermedad.
- Pérdida del control sobre la ingesta y necesidad urgente de comer.
- No sienten sensación de saciedad después de las comidas.
- Eligen la comida de los atracones según su facilidad para ingerirla y después regurgitarla.
- Las calorías ingeridas durante los atracones superan de 3 al 27% a las calorías ingeridas durante una comida normal.

- Sentimiento de indignación y/o vergüenza después de los atracones.
- Periodos cíclicos de atracón y purga, que pueden darse desde varias veces en una semana o un mes, a varias veces al día en los casos más extremos.
- Cada atracón puede durar desde 15 minutos hasta varias horas.
- Hacen acopio de alimentos, en distintos lugares de la casa.
- Miedo a engordar.
- Insatisfacción con su cuerpo.
- Obsesión insana por querer perder peso.

Otros síntomas que pueden aparecer, todos ellos relacionados con las conductas purgativas, son:
- De forma crónica, irritación y enrojecimiento de la garganta.
- Glándulas salivales del cuello y mandíbula inflamadas.
- Dientes sensibles, mayor facilidad de padecer caries y esmalte gastado, debido a la exposición continuada de los jugos gástricos.
- Problemas gastrointestinales, como el reflujo gastroesofágico.
- Dolor e irritación intestinal debido al abuso de laxantes y enemas.
- Deshidratación severa, por la pérdida de líquidos que se produce con los vómitos, los diuréticos y los laxantes.
- Desequilibrio electrolítico, producido por lo mismo que la deshidratación, puede haber niveles muy bajos o muy altos de sodio, potasio, calcio y demás minerales, lo que puede llevar a un fallo cardíaco.

Etiología.
Minuchin y los seguidores de la teoría de sistemas, concluyen que los vínculos patológicos entre el sistema familiar (coaliciones, jerarquías y el tipo de cohesión interna) dan como resultado una comunicación disfuncional, indirecta, poco clara y distorsionada, que deriva en una conducta patológica de uno de los miembros de la familia, aplacando superficialmente la conflictiva relación familiar a través de un distractor: la anorexia o la bulimia nerviosas. Keys y Brozek, enfatizan las consecuencias fisiológicas del Síndrome de Inanición. Estudios realizados con personas sanas, sometidas a una dieta restrictiva durante seis meses, mostraron datos importantes y contundentes sobre los efectos psicofisiológicos, con síntomas similares a los de la anorexia nerviosa, como: irritabilidad, ansiedad, dificultad en la concentración, introversión social, preocupación por la comida, depresión, confusión en la imagen corporal, pensamiento obsesivo, conductas compulsivas y déficit en la autoestima. Keys y Brozek se inclinan por la hipótesis de que serían los efectos de la semi-inanición los que provocan la sintoma-

tología de la anorexia nerviosa y no los rasgos de la personalidad subyacentes. Selvini Palazzoli considera las características biológicas, familiares y las influencias socioculturales como las imperantes en la causación de la anorexia y bulimia nerviosas. Este autor destaca la alta necesidad de las personas por lograr la aprobación externa. Se trataría según este autor de personas con expectativas subjetivas altas, que buscan complacer y acomodarse a las expectativas de los demás; agregándose a esto, su relación de dependencia con respecto a determinados miembros de su entorno familiar.

Según la Guía de trastornos de la conducta alimentaria: anorexia, bulimia y obesidad, del Proyecto Vivir en Salud de la Fundación Maphre, para enfermar de anorexia o bulimia no es suficiente una única causa, sino que son varios los factores implicados:

- Factores predisponentes. Los factores que predisponen a la enfermedad. Como los genéticos, personales, emocionales, características de personalidad o características familiares y sociales.
- Factores desencadenantes. Los factores que precipitan o desencadenan la enfermedad. Son los que marcan el momento de inicio de la enfermedad, acontecimientos vitales que son estresantes para la persona y que se relacionan con el inicio de la enfermedad, como el comienzo de la pubertad, las relaciones sociales, familiares, o algún fracaso personal.
- Factores de mantenimiento. Actúan una vez que ha aparecido la enfermedad, favoreciendo que los pacientes queden atrapados en la misma y, a medida que ésta evoluciona, dificulta su curación.

Entre estos últimos reencuentran:

- Influencias culturales: intervienen al transmitir la idealización de la delgadez y diversos intentos para conseguirlo. Siguiendo estos modelos ideales enfocan en la comida la solución a sus problemas.
- Medios de comunicación: son el principal difusor de mensajes a la sociedad. Todos conocemos la obsesión por la delgadez que vive nuestra sociedad y, la gran presión ejercida a través de los medios de comunicación que plantea el canon de belleza, en la veneración a los cuerpos delgados.
- Publicidad: la publicidad y la moda han ido imponiendo ideales de estética muchas veces inalcanzables por sus proporciones y medidas. Todo ello para conseguir el resultado deseado de un cuerpo con el canon de belleza idealizado en este momento; y todo para incitar el consumo de productos que al parecer logran alcanzar el sueño de un cuerpo estilizado y esbelto. Sin considerar el efecto que puede producir el mandar un mensaje de este tipo, sobre todo en la infancia y

adolescencia.
- Culto al cuerpo: el canon de belleza es variable en las distintas épocas y culturas. Es distinto en el modelo occidental que en Latinoamérica que en África. Estudios en 1988 sobre epidemiología de trastornos de la conducta alimentaria y se observó que en Latinoamérica, la India, Sudán, Egipto y Malasia casi no aparecía este tipo de trastornos y que son muy raros en África y en el lejano Oriente. También se observó que cuando jóvenes de estos países eran educadas en Europa o les llegaba la cultura de la delgadez de los países occidentales, la incidencia y la prevalencia, es decir, el índice de aparición de estas enfermedades, aumentaba dramáticamente.
- Familia: numerosos estudios han demostrado que no existe un patrón típico familiar que provoque la enfermedad de anorexia o bulimia. En cambio, se ha confirmado que en las familias en las que ya existe la enfermedad, hay problemas de relación, de desavenencias entre los padres; o que un miembro de la familia, fundamentalmente el padre, presenta problemas de alcoholismo o de depresión. Entre las familias en las que ya existe el problema, se han observado las siguientes dificultades: de comunicación, de expresión afectiva, en la organización y realización de tareas, falta de resolución de conflictos. Es posible que estas características se conviertan en factores predisponentes en la aparición de la anorexia o bulimia, pero no la provocan.
- Mitos sobre alimentación: algunos de los más conocidos son: cualquier grasa de la comida es mala; la redondez no es saludable; la delgadez es saludable; la gordura y la grasa, pueden perderse rápidamente y sin peligro; existe una grasa especial femenina, llamada "celulitis"; la grasa de la celulitis, está causada por toxinas; se puede reducir la gordura de una parte concreta del cuerpo, particularmente de caderas y muslos; ciertos alimentos o ciertas combinaciones de alimentos, pueden activar el metabolismo y acelerar la pérdida de peso; o que el agua adelgaza.

Factores personales.
- Factores físicos: dos factores personales en los que todos los estudios coinciden son la edad y el sexo. Pertenecer al sexo femenino (más del 90% de los casos son mujeres) y encontrarse en la adolescencia o primera juventud (entre los 13 y 18 años) son claros factores de riesgo.
- Factores psicológicos: características de personalidad; que se estimarían como posibles predisponentes para estos trastornos: baja autoestima: los adolescentes, que presentan dificultades para valorarse corren más riesgo; dificultad en las relaciones interpersonales: las expectativas que tienen de sus relaciones están vinculadas con su inseguridad, o su aspecto físico, por lo que pueden llegar a crear

más conductas relacionadas con la comida que conductas que les acerquen a los demás; falta de autonomía: no son capaces de llevar a cabo una necesidad primaria, como es la de alimentarse y nutrirse bien para sobrevivir o funcionar con plenas facultades; problemas en la aceptación de las dificultades de la vida: son personas con muy poca tolerancia a la frustración; y cualquier problema o contrariedad les causa síntomas de ansiedad o de depresión. Por lo mismo, cualquier detalle de su propio cuerpo puede provocarles frustración y malestar; problemas de dependencia: la personalidad dependiente, se caracteriza por una necesidad excesiva de atención. Suele ocasionar comportamientos de sumisión, adhesión y temores de separación; dificultad en percibir su entorno con objetividad: sensación de ineficacia, de fracaso y falta de control, se convierten en factores que predisponen a la enfermedad; acontecimientos estresantes de la vida: son aquellas circunstancias, que dan lugar a cambios, y exigen de la persona una capacidad de reacción, de la que muchas veces no dispone o excede a sus posibilidades.

- La pubertad: en la pubertad se experimentan los cambios biológicos del cuerpo; como aparición de la menstruación, la manifestación de los caracteres sexuales secundarios, como el crecimiento del pecho o el ensanchamiento de las caderas. Puede ocurrir que el adolescente experimente un rechazo a estos cambios involuntarios, que en su conjunto conllevan un incremento del tamaño del cuerpo, y que no logre adaptarse a ellos con plena satisfacción, provocando un malestar psicológico.
- Separaciones y pérdidas: como la muerte de un ser querido o la separación de sus familiares. La separación del adolescente de sus padres, bien por estudio o por trabajo, puede convertirse en un factor que inicie, por la ansiedad que conlleva el hecho de la separación y las exigencias que comporta la nueva existencia autónoma.
- Sensación de abandono por parte de padres o familiares: hay pacientes que han relacionado el inicio de su enfermedad con la percepción del sentimiento de recibir menos atención de algunos de los miembros de su ámbito familiar.
- Exigencias profesionales o familiares, que producen ansiedad, como el inicio de nuevos estudios, o dificultades en el trabajo.
- Las primeras relaciones sexuales, la separación sentimental; situaciones que provocan estados de ansiedad y depresión.
- El cambio de situación como el tránsito al instituto o a la universidad, que comportan nuevas relaciones personales y ambientales.
- Moverse en situaciones competitivas.
- Haber sufrido abusos físicos o psicológicos.
- El exceso de actividad física o practicar algún deporte de competición, en el que

se exigen rígidas dietas y un constante control de peso.
- Como efecto secundario de otras enfermedades, como la diabetes o alteraciones tiroideas, en las que el paciente se ve obligado a llevar un control riguroso de alimentación y experimenta la sensación de la pérdida de control sobre su propio cuerpo.

Diagnóstico.
Según Banker et al de la Academy For Eating Disorders (AED) son indicio de posible enfermedad, que obligan al sanitario a evaluar la situación física y personal del individuo que los aqueja, los siguientes signos:
- Pérdida/ganancia abrupta de peso.
- Pérdida de peso o falta de ganancia de peso/estatura en niños y adolescentes, que continúan en etapa de crecimiento y desarrollo.
- Fluctuaciones importantes de peso.
- Anormalidades electrolíticas (con o sin cambios electrocardiográficos), especialmente hipokalemia, hipocloremia, o CO2 elevado. Un CO2 normal elevado en presencia de un cloro normal bajo y/o un pH urinario de 8.0-8.5 puede ser indicativo de vómito recurrente.
- Bradicardia.
- Amenorrea o irregularidades menstruales.
- Infertilidad inexplicable.
- Exceso de ejercicio o involucrarse en entrenamiento físico extremo.
- Diabetes Mellitus tipo 1 y pérdida de peso inexplicable y/o pobre control metabólico o cetoacidosis diabética. Estos pacientes tienen un riesgo incrementado de desarrollar estas enfermedades (anorexia y bulimia), pues pueden cambiar intencionadamente, las dosis de insulina (utilizar menos dosis u omisión) lo que llevará a una pérdida de peso, pobre control glucémico (hemoglobina A1c mayor), hipoglucemia/hiperglucemia, cetoacidosis diabética, y aceleración de las complicaciones de diabetes.
- Historia clínica en la que aparece la utilización de una o más conductas compensatorias para el control del peso, como son vómitos autoinducidos, dietas estrictas, ayunos o ejercicio excesivo.
- Historia clínica en la que aparece el uso/abuso de supresores del apetito, cafeína en exceso, diuréticos, laxantes, enemas, líquidos excesivamente calientes o fríos, edulcorantes artificiales, goma de mascar sin azúcar, medicamentos de prescripción médica (como insulina, hormona tiroidea), psicoestimulantes, drogas de la calle, o una variedad de suplementos complementarios o alternativos.

El sanitario está obligado a evaluar también, los siguientes patrones de normalidad:
- Rango y cantidad de pérdida/cambio en el peso.
- Estado nutricional.
- Métodos de control de peso.
- Conductas compensatorias.
- Ingesta dietética y ejercicio.
- Historia menstrual en mujeres (terapia de reemplazo hormonal, incluyendo medicación anticonceptiva).
- Historia exhaustiva de crecimiento y desarrollo, temperamento y rasgos de personalidad.
- Historia familiar, incluyendo síntomas o diagnóstico de anorexia o bulimia, trastornos de ansiedad y del estado de ánimo, trastornos de uso y abuso del alcohol y otras sustancias
- Historia psiquiátrica, incluyendo síntomas de trastornos del estado de ánimo y trastornos de ansiedad.

La exploración física debe incluir el análisis de:
- Presión arterial y frecuencia cardiaca en posición supina y de pie.
- Frecuencia respiratoria.
- Temperatura corporal, buscando hipotermia (temperatura menor de 35.6℃).
- Medición de estatura, peso y determinación de índice de masa corporal (IMC); que incluye, registro de peso, talla e IMC en gráficas de crecimiento para niños y adolescentes, evidenciando los cambios de mediciones previas.

Tratamiento. Los objetivos del tratamiento según Banker et al de la AED son:
- Rehabilitación nutricional: reinicio de las menstruaciones (cuando sea apropiado); interrupción de los comportamientos de atracón/purgación; interrupción de las ideas de alimentación disfuncional, incluyendo distorsión de la imagen corporal e insatisfacción; restablecer patrones de alimentación que promuevan la salud y las conexiones sociales; restablecer la socialización.
- Recuperación del peso.
- Estabilización clínica, y prevención de complicaciones, que pueden conducir a la muerte.

Según Ortiz Montcada MR, el tratamiento debe ser interdisciplinario, siguiendo un modelo integrado, que debe incluir las complicaciones orgánicas, la rehabilitación nutricional y la recuperación de las pautas normales de alimentación. El

tratamiento debe abordar el estudio de los posibles problemas psicológicos, familiares, sociales y conductuales que presente cada enfermo, con el fin de establecer intervenciones psicoterapéuticas individuales o familiares; y la valoración de la conveniencia o no de utilizar psicofármacos.

En la medida de lo posible, el tratamiento de los pacientes deberá realizarse en régimen ambulatorio. Será necesario cuestionarse la posibilidad de ingreso, en los pacientes con disminución del peso por debajo del 70% del peso habitual; ante la presencia de complicaciones médicas graves; trastorno psiquiátrico grave; dinámica familiar disfuncional, o fracaso del tratamiento ambulatorio.

El contacto con un psiquiatra o un psicólogo es imprescindible, tanto en el paciente ambulatorio como en el hospitalizado. La psicoterapia irá encaminada a conseguir que el paciente, cambie su conducta, cambie la actitud hacia su cuerpo y a favorecer la autoestima. Es útil informar a los pacientes acerca de los efectos de la inanición y de las posibles complicaciones de la enfermedad. La mayoría de los autores considera que los distintos modelos ensayados de psicoterapia son ineficaces en la fase aguda. Prácticamente todos los programas de psicoterapia incluyen técnicas de modificación del comportamiento, tanto para el paciente como para su familia; incluyen también tratamiento farmacológico y terapia de grupo después del alta médica.

Actualmente, los mejores resultados en el tratamiento se observan cuando se aborda el problema desde una perspectiva multidisciplinar, que incluye la recuperación y estabilización del peso, una adecuada psicoterapia individual y/o familiar. Se demuestra que los aspectos relacionados con la educación para salud son esenciales, tanto para los pacientes como para la familia y su entorno.

Tratamiento de la anorexia nerviosa.
Algunos investigadores sugieren que el uso de medicamentos, como antidepresivos, antipsicóticos o estabilizadores del estado de ánimo, pueden ser efectivos para tratar a estos pacientes con anorexia. Pueden ayudar a resolver síntomas relacionados con el estado de ánimo y la ansiedad. No hay certeza de que los antidepresivos puedan evitar recaídas en pacientes que han logrado recuperar su peso. Sin embargo, aunque las investigaciones continúan, ningún medicamento ha demostrado ser totalmente eficaz en la lucha contra la anorexia.

Diferentes formas de psicoterapia pueden ayudar a tratar las causas psicológicas de la enfermedad. En la terapia familiar del modelo del Maudsley, los padres de

adolescentes con anorexia nerviosa asumen la responsabilidad de la alimentación de sus hijos. Otros investigadores parecen demostrar que el tratamiento combinado de atención médica y psicoterapia de apoyo, diseñado especialmente para pacientes con anorexia nerviosa, es más efectivo que la psicoterapia sola. Aunque en todos los casos, la efectividad del tratamiento es individual. No existe una psicoterapia específica, que sea realmente eficaz en el tratamiento de adultos que padecen anorexia nerviosa.

Tratamiento de la bulimia.
Implica una combinación de opciones que dependen de la situación global del individuo. En todo caso, el paciente necesita un tratamiento combinado de educación nutricional, psicoterapia y farmacológico. Por lo que se refiere a la psicoterapia, en el tratamiento de la bulimia ha tomado carta de naturaleza, por su eficacia, la llamada terapia cognitivo-conductual (TCC); que tiene por objeto enseñar y ayudar al paciente a concentrarse en sus problemas y le ofrece pautas para resolverlos.

El terapeuta ayuda al paciente; enseñándole a identificar sus patrones de pensamiento distorsionado; a reconocer y cambiar las creencias erróneas; a relacionarse de forma positiva con los demás, y, en consecuencia a cambiar el comportamiento. En relación con el tratamiento farmacológico de la bulimia, el Instituto nacional de la Salud Mental de Estados Unidos, en su capítulo, "Trastornos de la Alimentación", recomienda el uso de antidepresivos, como la Fluoxetina (Prozac); por ahora el único fármaco aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los Estados Unidos, en el tratamiento de esta enfermedad.

De acuerdo con la experiencia aportada por los investigadores de esta institución, la Fluoxetina, además de paliar los síntomas de depresión y ansiedad, mitiga el comportamiento alimentario patológico y reduce el riesgo de recaídas.

Educación nutricional en la anorexia nerviosa y la bulimia.
Según un estudio realizado por Gómez Candela et al (2009) el fin de la educación nutricional es la modificación de la conducta alimentaria hacia patrones más saludables. Para alcanzar esta meta es imprescindible el desarrollo de programas de educación nutricional, dirigidos al paciente y su entorno, incidiendo en los diferentes factores que condicionan nuestras elecciones alimentarias y actitudes hacia la alimentación/nutrición.

En la anorexia y la bulimia, la educación nutricional juega un papel fundamental ya que contribuye a que el paciente modifique sus actitudes hacia la comida, pierda miedos y recupere un patrón de alimentación normal. El periodo de normalización del comportamiento alimentario alterado puede resultar más o menos largo dependiendo de dos factores: la motivación y la capacidad del paciente. Inducir la motivación para constituir una correcta alimentación no es suficiente si les falta el conocimiento y la capacidad para hacer esos cambios. Deben atravesar un periodo de estructuración y control de la alimentación, lo que requiere un alto nivel de conocimiento general, que les haría ser capaces de planificar un consumo de alimentos, después de que el miedo a este cambio haya sido reducido.

Una información apropiada por parte del nutricionista puede ayudar a reducir su oposición al cambio, reduciendo el miedo a las consecuencias. Incluso una vez que han aceptado la necesidad de incrementar el consumo, temerán a una ganancia incontrolada de peso. Discutirlo con el nutricionista incluyendo información sobre los cambios en los requerimientos de energía, la fisiología del aumento de peso, y los medios de la regulación dietética pueden ayudar a calmar esos miedos. Es muy importante obtener información de los pacientes sobre sus propios patrones de alimentación, con el fin de individualizar el consejo dietético.

En el caso de la Bulimia Nerviosa, se dará información y consejo nutricional tratando de reducir la excesiva preocupación por las formas del cuerpo y su peso. Se establecerá una alimentación regular estructurada, pero no rígida para ayudar a reducir el deseo de restringir el consumo. Esto ayuda a reducir la posibilidad de que el atracón se dispare. Se deberá enseñar al paciente las diferencias que existen entre el hambre, el apetito y la saciedad para que éste pueda ser capaz de controlarlos cuando aparezcan estos.

En el estudio, después de realizar el programa de educación nutricional, se analizó la variación producida en el IMC y número de grupos básicos de alimentos en la ingesta. Pudo observarse una mejoría en las actitudes y comportamiento en relación a la comida de las pacientes en general y en las conductas bulímicas. El número de comidas al día realizado en estas pacientes resulta fundamental, ya que una adecuada distribución de comidas mejora la calidad global de la alimentación, permite un buen funcionamiento digestivo, mejora el rendimiento físico y mental, facilita el control del colesterol y permite mantener un peso adecuado. Se consideró como patrón de normalidad la realización de 4 o más comidas al día. Mientras que al inicio del estudio, un 70% de las pacientes realizaba menos de 4 comidas, tras la educación nutricional este porcentaje se redujo al 19%. Tam-

bién se observó una disminución en el número de vómitos/semana y del número de atracones por semana.

En los casos de anorexia, al inicio la media del IMC correspondió a un diagnóstico de desnutrición leve, tras la educación pasó a estar dentro de los rangos de normalidad, en los de bulimia, los cambios mostraron una evolución hacia la normalización del IMC, que pasó de 26,4 a 25,5. El requerimiento nutricional es la cantidad mínima de energía, principios inmediatos, agua, vitaminas y oligoelementos necesarios para el desarrollo y funcionamiento normal del cuerpo. Esto tendrá un valor individual de acuerdo con cada sujeto, edad, sexo, condición biológica o patológica y actividad. La distribución calórica recomendada al día es en el desayuno el 25% de las calorías totales, el almuerzo un 10-15%, la comida un 30-40%, la merienda un 10-15% y la cena un 20-30%.

La proporción de nutrientes recomendada en cada comida será:
- Proteínas: dependiendo de las tablas de ingesta se recomienda un 7% de la energía total, pero los objetivos nutricionales permiten un 12-15%.
- Lípidos: entre un 30-35% (debido a que se cocina con aceite de oliva), ácidos grasos monoinsaturados: 15-19%; ácidos grasos saturados y poliinsaturados: 7-9%; colesterol: 300 mg/día.
- Hidratos de carbono: entre un 50-60%. Se recomienda un 10% de hidratos de carbono simples. De fibra, se recomiendan entre 25-30 g/día.

La dieta ideal es aquella que aporta la suficiente cantidad de alimentos para satisfacer muestras necesidades, permite mantener un peso adecuado y realizar las actividades diarias, manteniendo un estado de salud óptimo. Condiciones para ello:
- Tiene que aportar suficiente cantidad de energía para permitir el desarrollo del organismo y su funcionamiento.
- Tiene que contener alimentos formadores que contribuyan al recambio y crecimiento de las distintas estructuras.
- Tiene que contener sustancias reguladoras (minerales, vitaminas y aporte hídrico).

5 Discusión-Conclusión

La anorexia y la bulimia son trastornos alimentarios, que en su concepto actual parecen ser un tributo que muchos individuos pagan por vivir en una sociedad desarrollada. Afectan sobre todo a adolescentes del sexo femenino. No se conoce

la etiología exacta. Los autores piensan en una causación multifactorial. La importancia de los medios de comunicación en su desencadenamiento es muy elevada, ya que proponen modelos de hombres y mujeres excesivamente delgados, con ideales de vida poco saludables, que la sociedad desea alcanzar. Tienen una mortalidad que las estadísticas cifran en un 10% de los casos. El diagnóstico se realiza cuando el paciente experimenta fluctuaciones importantes de peso. También se debe tener en cuenta la utilización de conductas compensatorias para el control del peso.

El tratamiento de estos trastornos debe ser mustidiciplinario, incluyendo el tratamiento psicológico, rehabilitación nutricional y restablecimiento de un estado de salud normalizado. En estos pacientes la educación nutricional es imprescindible para la recuperación de su trastorno. Teniendo en cuenta la naturaleza social de estos trastornos alimenticios, así como la larga duración de sus procesos, que tienden a la cronificación el personal de enfermería es un pilar fundamental en el tratamiento y seguimiento de estas enfermedades. De ahí la necesidad de la profundización en su conocimiento.

6 Bibliografía

- Álvarez Rayón G, Franco Paredes K, López Aguilar X, Mancilla Díaz JM, y Vázquez Arévalo R. Imagen Corporal y Trastornos de la Conducta Alimentaria. Revista salud pública. 11 (4): 568-578, 2009.
- Banker JD, Becker AE, Bermudez O, et al. Trastornos de la Conducta Alimentaria. Puntos Críticos para un Reconocimiento Temprano y Manejo de Riesgos Médicos en el Cuidado de Individuos con Trastornos de la Conducta Alimentaria. Academy For Eating Disorders (AED). 2012. Segunda edición. 32.
- Beato Fernández L, Rodríguez Cano T, García Vilches I. Psychopathological alterations and neuroimaging findings with discriminant value in eating behaviour disorders. Actas EspPsiquiatr 2011;39(4):203-10.
- Buj Álvarez I, Castán-Campanera E, Idini E, Márquez-Medina D, Pifarré J. ¿Son las alteraciones neuropsicológicas de los trastornos de la conducta alimentaria endofenotipos de la enfermedad? Revisión y estado actual del tema. Rev Neurol 2012; 55 (12): 729-736. www.neurología.com.
- Calvo Sargadoy R, Gallego Morales LT, García de Lorenzo y Mateos A. Modelo de capacitación para el tratamiento integral de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria resistentes al cambio. Nutrición Hospitalaria 2012; 27(3):763-770. ISSN 0212-1611. CODEN NUHOEQ S.V.R. 318.

- Cervera M. Riesgo y prevención de la anorexia y la bulimia. Ojos solares. ISBN 84-368-1927-6. Clasificación: 616.89-008-441.
- García Camba E. Avances en trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad. ISBN 8445810685.
- Gómez Candela C, Loria Kohen V, Lourenço Nogueira T, et al. Evaluación de la utilidad de un Programa de Educación Nutricional en trastornos de la conducta alimentaria. Nutrición Hospitalaria 2009;24(5):558-567. ISSN 0212-1611. CODEN NUHOEQ S.V.R. 318.
- Hernández García M. Las influencias familiar y social en la anorexia y la bulimia, el caso de Saltillo, Mexico. Universidad del Valle de México: Rectoría Institucional. Episteme No. 8-9. Año 2, Octubre-Diciembre 2006. Dirección Institucional de Investigación e Innovación Tecnológica.
- Lorán Meler, ME. Comprender la anorexia, la bulimia y el trastorno por atracón. ISBN 987-84-9735-675-6.
- Ortiz Moncada MR. Alimentación y nutrición. Nutrición: trastornos de la conducta alimentaria. Programa de Formación de Formadores/as en Perspectiva de Género en Salud. Universidad de Alicante - Universidad del Atlántico (Colombia).
- Portela Santana ML, da Costa Ribeiro Junior H, Mora Giral M, Raich RM. La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia; una revisión. Nutrición Hospitalaria 2012;27(2):391-401. ISSN 0212-1611. CODEN NUHOEQ S.V.R. 318.
- Retortillo Calvo M.P. La anorexia y la bulimia nerviosa. 2006.
- Salvador J, Mestas L, Gordillo F, Arana JM, Meilán JJG, Pérez E, et al. Toma de decisiones en la anorexia nerviosa. Revista Neurológica 2010; 50: 703-4. ©2010 Revista de Neurología.
- Tiempo de respuestas: Guía de trastornos de conducta alimentaria: anorexia, bulimia y obesidad. Proyecto Vivir en Salud de Fundación Maphre, 2008. ISBN: 978-84-9844-249-6.
- Torpy JM. Anorexia Nerviosa. La Revista de la Asociación Médica Americana. 2684 JAMA, Junio 14, 2006—Vol. 295, No. 22.
- Trastornos de la Alimentación. Instituto Nacional de la Salud Mental. Departamento de salud y servicios humanos de los estados unidos. Institutos Nacionales de la Salud. Publicación de NIH Num. SP 11-4901. Modificado en el 2011.

Capítulo 436

HIGIENE DE MANOS EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

IVAN MORENO VELASCO

NATALIA SOTO MENDEZ

LUIS MANUEL FERNÁNDEZ VAQUERO

1 Introducción

El lavado de manos es la frotación vigorosa de las manos previamente enjabonadas, seguida de un aclarado con agua abundante, con el fin de eliminar la suciedad, materia orgánica, flora transitoria y residente, y así evitar la transmisión de estos microorganismos de persona a persona. Este gesto es trascendental para el control de infecciones nosocomiales en el ámbito hospitalario y es por tanto, justificación suficiente para desarrollar este capítulo.

2 Objetivos

- Determinar la finalidad del lavado de manos en el ámbito hospitalario.
- Establecer la importancia del lavado de manos en la salud.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica

existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Se ha consultado las bases de datos biomédicas y diferentes revistas, publicadas desde el año 2004 hasta el 2015.

4 Resultados

- La finalidad del lavado de manos en el ámbito hospitalario es eliminar la suciedad, materia orgánica y flora transitoria de las manos, evitando las infecciones nosocomiales. Para realizarlo se necesitará un jabón líquido ordinario, en dispensador desechable, con dosificador, pasos establecidos de lavado meticuloso, aclarar con agua y toalla de papel desechable.

El lavado de manos evita transmisión de infecciones y paso de microorganismos de paciente a paciente, incluso de paciente a sanitario. Es por ello que existen campañas como la estrategia multimodal de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Alianza Mundial para la seguridad del paciente fomentan una correcta práctica de la higiene de manos (HM). El lavado de manos es una medida muy eficaz para evitar la transmisión de patógenos multirresistentes reduciendo las tasas de infección nosocomial (IN).

5 Discusión-Conclusión

La realización de una práctica tan básica como la HM es baja en muchas instituciones sanitarias, por lo que deberíamos llevar a cabo líneas de trabajo para incrementar las tasas de adherencia. Dada la complejidad de esta patología, la cual es cada vez más prevalente en la sociedad actual, es necesario el conocimiento de la misma por parte de todos los trabajadores sanitarios, así como su manejo terapétutico y profiláctico. Por tanto, el trabajo del sanitario es fundamental dentro del equipo multidisciplinar para el cuidado integral del enfermo a tratar, siendo importante su formación profesional para ofrecer cuidados sanitarios de calidad.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://medlineplus.gov/spanish/
- https://www.scielo.org/es/

Capítulo 437

ATENCIÓN A PERSONAS DEPENDIENTES EN SU DOMICILIO

MARIA PILAR CABALLERO SÁNCHEZ

DILEY CASARIEGO GARCIA

1 Introducción

Todas las personas están expuestas a necesitar en algún momento de su vida asistencia para realizar los actos más corrientes de la vida diaria, y de forma particular los que se refieren al cuidado personal. Esta necesidad de ayuda se denomina dependencia y a las personas en esta situación, dependientes, siendo los cuidadores de éstas los profesionales y familiares que los atienden en el domicilio. Este capítulo desarrolla la figura de cuidados de dependencia en domicilio.

2 Objetivos

- Establecer la importancia de la atención a domicilio del paciente dependiente.
- Determinar recomendaciones del cuidador respecto a los cuidados en los pacientes dependientes.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La atención domiciliaria, ya sea por familiares o profesionales, previene y evita que la persona dependiente interne en residencias geriátricas o de cuidados medios innecesariamente, pudiendo así permanecer en su medio habitual.

Para que una persona dependiente tenga un bienestar tanto físico como psicológico, el cuidador debe ayudarle sólo en lo realmente necesario. No se debe hacer por esa persona nada que ella pueda hacer por sí misma: hay que enseñarle a realizar por sí misma el mayor número de actividades posibles, potenciar una buena comunicación, estimularle para que siga utilizando las capacidades que todavía posee, no exigirle más de lo que pueda hacer, no provocarle frustración, no exponerlo a riesgos innecesarios, mantener rutinas que favorezcan su autonomía, suprimir barreras arquitectónicas y evitar mecanismos que disminuyan la seguridad en el hogar.

La asistencia de la persona dependiente en el domicilio tiene grandes beneficios, debido a que evitan la desorientación al estar en su entorno, su vivienda, sus vecinos, todo aquello que para la persona es familiar. También tiene un cuidado personalizado, pues el cuidador se dedica únicamente a ella y se establecen rutinas personalizadas que favorece la tranquilidad y la sensación de seguridad de la persona.

5 Discusión-Conclusión

Los cuidados que se le dan a la persona dependiente en el domicilio difieren de los prestados en residencias puesto que en el contexto domiciliario se fomenta la autonomía de la persona, favoreciendo así la integración social del individuo en su entorno habitual. Este trabajo debe fomentarse desde la perspectiva integral de los cuidados al dependiente y deben ser ofrecidos de forma holística.

6 Bibliografía

- scielo.iscii.es htpps//www.cuidum.com

- htpps//grupolasmimosas.com
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://medlineplus.gov/spanish/
- https://www.scielo.org/es/

Capítulo 438

HIGIENE BUCO-DENTAL INFANTIL. LA CARIES

ANA MARÍA GARCÍA SUÁREZ

ANDREA SAN MARTÍN GONZÁLEZ

JULIA ROSA LÓPEZ ARANGO

1 Introducción

La salud buco-dental es muy importante en el desarrollo del niño, por eso debe cuidarse desde la aparición del primer diente. La caries dental, los traumatismos dentarios y el desgaste dentario erosivo, son las tres patologías que se presentan en la infancia. La aparición de las mismas puede dificultar la masticación, alterado a la vez la alimentación y nutrición en los niños. También pueden alterar el recambio dentario, producir dolor e incluso dificultar la pronunciación. En este trabajo nos centraremos en las temidas caries, que son una enfermedad infecciosa que progresivamente destruye el diente.

2 Objetivos

- Determinar los factores que favorece la aparición de las caries: origen bacteriológico, por azucares y/o por susceptibilidad del huésped (puede tener un desarrollo diferente según el niño).
- Identificar los hábitos de higiene oral necesarios.
- Promover unos hábitos alimenticios saludables.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se va a llevar a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se realizará una búsqueda sistemática de libros y también se consultarán artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Se utilizarán palabras claves como ”caries dental infantil”, ”higiene bucodental en niños”.

4 Bibliografía

- R. Navas, C.J. Álvarez, T.R. Morales, O. Zambrano. Ciencia odontológica 2.005
- C. González - Penagos, M. Cano Gómez, E.J. Menesas Gómez, Annie M. Revista latinoamericana de ciencias sociales, niñez y juventud
- G. Tello, J. Abanto, L. Bulini Oliveira, C. Murakami Sato. Revista odontologica 2.016

Capítulo 439

EDUCACIÓN Y PROMOCIÓN PARA LA SALUD

MÓNICA FONT VILLÉN

1 Introducción

La promoción de la salud es proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. Abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a aumentar las habilidades y capacidades de las personas, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas que tienen impacto en los determinantes de la salud.

La educación para la salud comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente destinadas a mejorar la alfabetización sanitaria que incluye la mejora del conocimiento de la población y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la mejora de la salud. Se considera un proceso educativo que tiene como finalidad responsabilizar a los ciudadanos en la defensa de la salud propia y colectiva.

2 Objetivos

- Describir la promoción de la salud y la educación para la salud en el ámbito sanitario.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión sistemática de artículos científicos o estudios de investigación que aborden la educación para la salud, en bases de datos nacionales e internacionales de mayor relevancia.

4 Resultados

La promoción para la salud es un proceso de atención integral que engloba: la asistencia (primaria y especializada), la prevención (primaria, secundaria y terciaria), la adaptación social a un problema crónico (rehabilitación, cuidados, integración) y finalmente la promoción de la salud. En cambio la educación para la salud es un instrumento para la adaptación social, la asistencia, la prevención y la promoción. La educación para la salud, como herramienta de la promoción de la salud, tendrá que ocuparse además de crear oportunidades de aprendizaje para facilitar los cambios de conducta o estilos de vida saludables, para que la gente conozca y analice las causas sociales, económicas y ambientales que influyen el la salud de la comunidad. Por tanto, la educación para la salud se convierte en un potente instrumento para el cambio. Los objetivos del siglo XXI son:
- Mejorar la equidad.
- Mejorar la salud en las transiciones vitales.
- Prevenir y controlar enfermedades y accidentes.
- Orientar al sector sanitario hacia resultados de la salud.

La promoción y educación para la salud pretende:
- Motivar a la población para que consiga hábitos más saludables.
- Propugnar cambios en el medio ambiente que faciliten unas condiciones de vida saludables y una conducta hacia la salud positiva.
- Promover la enseñanza, formación y capacitación de todos los Agentes de Educación para la salud de la comunidad.

Según afirma la evidencia una mayoría de la población no está familiarizada con la educación para la salud, pero si se les motiva a realizar hábitos de vida saludables se pueden obtener resultados positivos. También si se promueven estos hábitos en las escuelas, centro de mayores, centros de comunidades vecinales, la población responde positivamente. Haciendo llegar a la población esta información y haciéndolos partícipes de su salud se llega a un buen resultado.

5 Discusión-Conclusión

Como prioridad está el agrupar y resumir la mayor evidencia en cuidados y conocimientos científicos desarrollados en el cuidado de los pacientes, familias y comunidad que se puedan mejorar con la aplicación de una adecuada y realista educación para la salud basada en la evidencia científica a través de ensayos clínicos, síntesis de evidencias, revisiones sistemáticas…

Según toda la información recogida se llega a la conclusión de que motivando e informando a la población sobre hábitos saludables se consiguen cambios en su conducta y estilo de vida.

6 Bibliografía

- ENE de Enfermería.
- Aibar ramón, C.(2000). La formación en Educación para la Salud en las profesiones sanitarias. Marzo 2000.
- Coll,C.(1992) Psicología y curriculum. Papeles de pedagogía. Barcelona. Paidós.
- Ferrari,A.(2000). La formación en Educación para la Salud. Trabajo social y salud 35 (marco 2000).

Capítulo 440

PLANES DE CUIDADOS EN EL EMBARAZO Y PUERPERIO. EJERCICIO FISICO

MARIA DOLORES LORENZO GARCIA

PATRICIA CORRALES REY

HORTENCIA BEATRIZ MERCHÁN PEÑAFIEL

1 Introducción

Las alteraciones físicas y hormonales que se dan durante el embarazo plantean grandes exigencias al esqueleto y a la musculatura, sobre todo a los músculos abdominales y de la espalda, columna vertebral, piernas y pies. También la respiración se dificulta a la vez que ocurre un trastorno de la circulación por inflamaciones venosas en la pelvis ya que las embarazadas tienden a restringir los movimientos, por todo ello se plantea una gimnasia especial durante y después del embarazo.

La gimnasia del embarazo entrena de modo especial grupos musculares, con objeto de aligerar y preparar para el parto y evitar las secuelas de la gestación, sobre todo varices, estrías y flacidez abdominal. Este tipo de gimnasia tiene que estar siempre autorizada por el especialista, y bajo supervisión de una comadrona o instructora terapéutica .

2 Objetivos

- Describir la gimnasia en la mujer gestante y en el puerperio.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Gimnasia de la gestación. Hoy en día se hace gran hincapié en que la mujer gestante se prepare y estimule todo su cuerpo ante el gran cambio que está por venir, para beneficio propio y el de su hijo. Básicamente las funciones principales y que benefician sumamente el cuerpo con esta práctica son:
- Entrenar la musculatura de la pelvis, abdomen y espalda.
- Relajar y preparar para el parto la musculatura pélvica y abdominal.
- Activar el metabolismo de la gestante.

Todos los ejercicios implican dominar la respiración que tiene que ser profunda y tranquila, ya que el fundamento de todos los ejercicios es que no debe fatigar y no deben presentar dolores ni tensiones, de lo contrario hay que interrumpirla inmediatamente.

Gimnasia del puerperio. Distintos tipos de ejercicios se practican en esta fase, ya que aquí la misión consiste en favorecer los procesos consecutivos al parto que tienen lugar bajo la influencia hormonal. Al final de la cuarentena, cuando el útero recobra su tamaño, y bajo la supervisión del médico se puede comenzar con ejercicios mas fuertes. Las funciones principales y mas importantes de esta práctica son:
- Fortalecer los músculos abdominales y pélvicos, muy fatigados durante el embarazo y el parto.
- Estimular el metabolismo.
- Fomentar la circulación.

Gimnasia respiratoria en ambos casos. La gimnasia respiratoria, pretende lograr una respiración sana y razonable, relajando la musculatura respiratoria, fortaleciendo el diafragma y aflojando las articulaciones costales y vertebrales de la caja torácica, de este modo, no solo se mejora el aporte de oxígeno, que es vital en la gestación, sobre todo para el bebé, sino que influye de modo favorable en el corazón, la circulación y el sistema nervioso, con lo que se logra que desaparezca la angustia, la agitación y las contracturas. El bebé exige mucho esfuerzo y dedicación por parte de la madre y ésta necesita gozar de buena salud para poder responder a las necesidades del bebé, y para adaptarse y gestionar los cambios en su entorno.

5 Discusión-Conclusión

La gimnasia en el embarazo y puerperio tiene como objetivos, los descritos anteriormente: fortalecimiento de músculos abdominales y pélvicos, estimulación del metabolismo, mejorar la circulación, relajación y mejora en la salud. La embarazada encontrará apoyo y ayuda en lo que precise y bajo supervisión estricta, en las zonas básicas de salud, hospitales, matronas, y demás personal sanitario para la educación sanitaria durante su embarazo, a la vez que entrará en contacto con otras mujeres a las que se les ofrecerá realizar las tareas en grupo, por su carácter participativo.

6 Bibliografía

- El médico en casa. Editorial Marin 1982

Capítulo 441

ICTUS: LA IMPORTANCIA DE UNA ATENCIÓN RÁPIDA Y DE CALIDAD, DETECCIÓN PRECOZ Y ANALISIS

REBECA PAJA MARTÍNEZ

1 Introducción

La palabra ictus, se utiliza para describir el resultado de la interrupción repentina del flujo sanguíneo afectando a una parte del cerebro provocando isquemia cerebral. Cuando la sangre deja de llegar de una manera adecuada a una parte del cerebro, ésta queda afectada y se puede alterar de forma pasajera o permanente.

El ictus es una enfermedad cerebrovascular causada por una rotura o taponado de un vaso sanguíneo que lleva sangre al cerebro. Es la causa de muerte más frecuente del mundo. Según los estudios una de cada seis personas tendrá un ictus a lo largo de su vida. Es la principal causa de discapacidad física en personas adultas y la segunda con deterioro cognitivo. Cuando el flujo de sangre a una parte del cerebro se detiene se define como accidente cerebrovascular. Se ha convertido en uno de los motivos de asistencia más frecuente y de extrema gravedad en los servicios de urgencias.

El código ictus (CI) es un protocolo que permite la coordinación intra e interhospitalaria en la que sus profesionales se coordinan y actúan de manera rápida para realizar un diagnóstico adecuado y proporcionar un tratamiento precoz que permita conseguir mayores beneficios para el paciente. Es una de las enfermedades más frecuentes a nivel cerebral, cada año más de 15 millones de personas en el mundo lo padecen. Es la primera causa de discapacidad física y mental del mundo.

Por ello es necesario la detección rápida de los síntomas, conocer los síntomas para poder detectarlos y poder actuar rápidamente. También hay que mirar si hay antecedentes familiares, la edad, el sexo, la tensión arterial elevada, tabaquismo…

2 Objetivos

- Identificar las diferentes señales de alarma para la detección de un ictus.
- Detallar los factores de riesgo que están relacionados con el ictus.

3 Metodología

Se ha realzado una búsqueda exhaustiva en publicaciones científicas sobre ictus, en diferentes bases de datos (Medline, Pubmed, Google Académico,Scielo y Dialnet) y páginas web. Revisión bibliográfica de varios estudios realizados por FEI (La Fundación Española del Ictus).

4 Resultados

Actuar rápida y adecuadamente es fundamental para minimizar sus consecuencias, de ahí que la mejor manera de evitarlas sea conocer bien los síntomas: una sonrisa torcida, hablar con incoherencias, pérdida de visión o visión borrosa, dolor de cabeza. No tienen por qué aparecer todos, a veces solo aparece uno, es suficiente para llamar al servicio de emergencias y describir con detalle lo que sucede. Así evitar secuelas muy graves.

El ictus es la segunda causa de muerte entre los varones y la primera entre las mujeres españolas. Esta enfermedad es más común en personas mayores de 60 años y su riesgo aumenta según aumenta la edad. Muchos de los factores de riesgo de esta enfermedad no se pueden controlar pero la mayoría si, algunos factores de riesgo son: la avanzada edad, enfermedades cardiacas, la hipertensión arterial, fumar, el sedentarismo, la obesidad, el sexo, diabetes, colesterol alto. La hipertensión es la causa más frecuente de padecer un ictus, siendo el 70% de los casos por esta causa. Hay estudios que dicen que los pacientes que tienen la tensión alta durante el ictus tienen mayores secuelas a largo plazo que un hipertenso crónico, siendo más dependientes en las actividades de la vida diaria.

Los ictus pueden ser de dos tipos: ictus isquémico; son los más frecuentes, causados por la disminución del flujo sanguíneo que llega al cerebro. Ictus hemor-

rágico; menos frecuente que los isquémicos pero más mortales, se produce cuando hay ruptura del vaso sanguíneo. Algunos síntomas son la pérdida de fuerza y sensibilidad, dificultad para hablar o entender, vértigo, parálisis de un lado del cuerpo. Para su diagnóstico se utilizan el historial de los hechos y exploración física, también pruebas complementarias, tomografía computadorizada, analítica, electrocardiograma.

Es importante disminuir el tiempo de atención desde el inicio de los síntomas hasta que se tenga acceso a un diagnóstico y tratamiento necesario, trasladando al paciente a la Unidad de Ictus (UI) que corresponda en el menor tiempo posible. De esta forma podremos disminuir la mortalidad y las complicaciones, haciendo posible una mejor recuperación. El objetivo es determinar una asistencia de calidad, en todos sus niveles asistenciales para conseguir en el menor tiempo posible, un conocimiento de la situación del paciente y disminuir las posibles complicaciones.

5 Discusión-Conclusión

El accidente cerebrovascular es extremamente grave, pudiendo llevar a muerte. Haciendo algunos cambios en nuestra vida cotidiana, como, dejar de fumar, tener una diete equilibrada, hacer ejercicio, etc. Podríamos disminuir la probabilidad de padecer un ictus. Es fundamental saber detectar un ictus pronto, ya que un tratamiento temprano reduce el número de muertes y las secuelas serán menores.

La importancia de la rapidez en casos de ictus, accidente cerebrovascular es primordial ya que cuanto más tiempo pase sin diagnosticar, puede haber secuelas irreversibles. Consideramos de gran importancia la formación en este ámbito del personal de enfermería y el trabajo en equipo para poder ofrecer una buena atención al paciente y lo más rápida posible.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 442

DESCUBRIENDO VIOLENCIA DE GENERO.

MARTA VIÑUELA MORAN

MARÍA TERESA CUESTA GONZÁLEZ

1 Introducción

La violencia de género ha sido definida como un problema de salud pública, así como una violación de los derechos humanos que tiene lugar en todos los países, sociedades y culturas, llegando a ser un problema de proporciones epidémicas. Se ha visto también que las mujeres víctimas de violencia de género sufren consecuencias físicas, mentales, sexuales y reproductivas terribles que en algunos casos pueden llevar a una discapacidad permanente y/o la muerte. Además, tienen mayor probabilidad de padecer problemas de salud y comportamientos de riesgo respecto a las mujeres que no han sufrido esta violencia.

2 Objetivos

- Explorar las principales necesidades percibidas por profesionales de la enfermería para el manejo de la violencia de género desde el sector sanitario.

3 Metodología

Se va a llevar a cabo un estudio cualitativo de diseño exploratorio y descriptivo mediante 5 entrevistas personales semiestructuradas a 2 enfermeras de atención

primaria y a 3 de atención especializada con un rango de edad de 40 a 65 años. Se ha escogido la técnica de la entrevista personal para obtener mayor cantidad de información de cada participante, así como profesionales de distintos servicios para obtener mayor variabilidad de puntos de vista que pudieran contribuir al objetivo del estudio.

A partir de la revisión de la literatura se ha elaborado un guión de temas a tratar, sobre la opinión genérica sobre la violencia de género, experiencia en el trabajo con algún caso de violencia de género, dificultades, labor como enfermera, factores que ayudaron en su labor, factores que ayudarían en esa labor y reflexión de las mejorías propuestas. Las entrevistas tendrán una duración de entre 20 y 60 minutos, hasta alcanzar la saturación. Previa a la recogida de datos se explicará a las participantes el objetivo del estudio y el procedimiento de la entrevista y se asegurará la comprensión de éstos.

4 Bibliografía

- Chaib F, Orton J, Steels K, Ratsela K. Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud 2013.
- Ali P, McGarry J, Dhingra K. Identifying signs of intimate partner violence. Emergency nurse: the journal of the RCN Accident and Emergency Nursing Association 2016;23(9):25-29.

Capítulo 443

INSOMNIO EN LA POBLACION.

MARTA VIÑUELA MORAN

MARÍA TERESA CUESTA GONZÁLEZ

1 Introducción

El insomnio es el trastorno de sueño más prevalente en la actualidad en la población adulta. Un insuficiente descanso conlleva efectos en el día a día de los pacientes aumentando la probabilidad de enfermedades subyacentes. Las personas, como cualquier ser humano, necesitan dormir, descansar para poder mantener un estilo de vida saludable y realizar las actividades correspondientes que se nos exigen día a día. Así mismo, todos nosotros dedicamos aproximadamente un tercio de la vida a dormir, por lo que se le debe dar la importancia que merece teniendo el sueño una función protectora y restauradora. De no cumplirse lo anteriormente mencionado, aparecen los siguientes efectos en la vida diaria:

- Agotamiento físico.
- Bajo rendimiento.
- Sueño diurno.
- Incapacidad para realizar las obligaciones individuales, sociales, familiares y la consiguiente frustración e impotencia que se genera.

Por otro lado, la edad parece ser el factor modificador más consistente de la necesidad y de la arquitectura del sueño. Respecto a la necesidad de dormir, se produce una disminución paulatina con la edad. Por ejemplo, mientras que un recién nacido duerme unas 16 horas, el lactante entre 12 y 14 horas, a los 3-5 años unas 11 horas y a los 9-10 años unas 10 horas, ya en la edad adulta el grueso de la población lo hará entre 7 y 8 horas por noche. Esta caída podría ser aún más pronunciada en la senectud

2 Objetivos

- Estudiar el insomnio poblacional desde una perspectiva global, así como las medidas para evitarlo desde el ámbito de la salud.

3 Metodología

Revisión bibliográfica de la literatura gratuita de las principales bases de datos Pubmed, ScienceDirect, Enfermería clínica, Atención Primaria, Medline y Cinahl, basándome en diferentes estudios e investigaciones para conocer las causas, consecuencias, abordaje y factores responsables del trastorno del sueño más común en las consultas de AP: el insomnio. El período de realización fue de Enero a Mayo de 2019, consultando también datos en tablas y gráficas. Además se puedo estudiar el abordaje del insomnio que se está llevando a cabo a la población adulta por atención primaria, los tratamientos más frecuentes (farmacológico vs no farmacológico), las causas y las consecuencias así como conocer la educación sanitaria que se le proporciona a la población acerca de los problemas de descanso.
Criterios de exclusión:
- Estudios de población infanto-juvenil.
- Estudios de pacientes con alguna enfermedad de base que acompaña al insomnio.

Criterios de Inclusión:
- Estudios en pacientes con diagnóstico establecido insomnio.
- Estudios en pacientes mayores de 65 años.
- Estudios en artículos con fecha actualizada en inglés/español.

4 Resultados

En cuanto a las repercusiones, se descubrió por orden de frecuencia las siguientes repercusiones: sensación de descanso nocturno insuficiente, somnolencia diurna, interferencia en labores cotidianas y relaciones sociales, falta de sueño y se acostaban pensando que iban a dormir cómo lo menos frecuente. La mayoría de ellos tienen dificultad para iniciar o mantener el sueño o este no es reparador, y les dura este trastorno al menos 1 mes.

En cuanto a las causas, se encontró que la más común era el dormir durante el día, seguido del consumo de estimulantes como el café, las bebidas alcohólicas o tener un horario de descanso nocturno irregular. Otro hábito en orden decreciente era

el acostarse con hambre, así como el consumo de tabaco, seguido de visualizar la televisión en la cama y el consumo de coca cola. El hábito más común antes de irse a dormir resultó ser ver la televisión entre los que padecen de insomnio.

La alta prevalencia de insomnio en la población anciana y la relación existente con el elevado consumo de fármacos y sus repercusiones tanto en la vida diaria como en el ámbito económico, debe abordarse en las consultas de atención primaria puesto que esta intervención mejoraría la calidad del sueño mediante técnicas de relajación o terapia cognitiva y, por lo tanto y lo más importante, se aseguraría la calidad de vida de nuestros pacientes.

Se ha demostrado que el abordaje no farmacológico aporta beneficios en términos de coste-efectividad, por lo que deben constituir la primera línea de actuación ante el insomnio. Así mismo, se ahorraría un gran gasto sanitario así como una gestión eficaz de los recursos del sistema sanitario Las repercusiones de sufrir trastorno del sueño y en concreto del insomnio, en la población, merma la calidad de vida de las personas, afectando a su vida cotidiana.

Las causas del insomnio son muy variadas y eso nos lleva a la necesidad de un abordaje integral valorando aspectos más relacionados con la higiene del sueño y no sólo el tratamiento farmacológico del insomnio. El tratamiento mayoritario en el insomnio es farmacológico frente al no farmacológico, aunque las principales investigaciones van dirigidas a mayores beneficios cuando estas se combinan.

Se recomienda la elaboración de un protocolo de diagnóstico e intervención como existe en otras enfermedades para abordarlo de raíz y evitar que se haga crónico. Con ello, se conseguiría reducir la prevalencia y proporcionar un abordaje de calidad acorde a la formación instaurada previamente y, para ello, se debe abordar de forma multidisciplinar entre profesionales y paciente en el abordaje y conocimiento de la enfermedad.

5 Discusión-Conclusión

Dada la complejidad de esta patología, la cual es cada vez más prevalente en la sociedad actual, es necesario el conocimiento de la misma por parte de todos los trabajadores sanitarios, así como su manejo terapétutico. Por tanto, el trabajo del sanitario es fundamental dentro del equipo multidisciplinar para el cuidado integral del enfermo a tratar, siendo importante su formación profesional para ofrecer cuidados sanitarios de calidad.

6 Bibliografía

- Viniegra MA, Parellada N, Miranda de Moraes R, Parellada LM, Planas C. Abordaje integrativo del insomnio en atención primaria: medidas no farmacológicas y fitoterapia frente al tratamiento convencional. Aten Primaria [Internet]. 2015 [Marzo 2019]
- Chokroverty S. An overview of normal sleep. En: Chokroverty S, editor. Sleep disorders medicine. Filadelfia: Elsevier Saunders 2009; 5-21
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://medlineplus.gov/spanish/
- https://www.scielo.org/es/

Capítulo 444

ADOLESCENCIA Y EMBARAZO

MARTA VIÑUELA MORAN

MARÍA TERESA CUESTA GONZÁLEZ

1 Introducción

Desde la década de 1980, el aumento continuado de las tasas de nacimiento para mujeres menores de 20 años de edad se ha asociado al incremento de la proporción de adolescentes que son sexualmente activas Esta relación de conceptos sigue vigente en nuestro siglo.
Las gestaciones en edades tempranas son actualmente un problema potencial. Es esencial tener en cuenta el propio contexto de la persona y la familia, existen diversas culturas en todo el mundo; en algunas un embarazo adolescente supone un orgullo y en otras un gran problema, llegando incluso al rechazo familiar y exclusión.

2 Objetivos

Objetivo general.
- Proponer un plan de cuidados dirigido a embarazadas adolescentes en el contexto socio-sanitario español.

Como objetivos específicos.
- Conocer las características de las mujeres embarazadas adolescentes.
- Identificar estudios clave en la literatura reciente relacionados.

3 Metodología

Se trata de un estudio descriptivo basado en datos de registro donde se propone un plan de cuidados a realizar desde la atención primaria de salud, con seguimiento en los tramos de atención hospitalaria requeridos por la mujer que incluye cuidados a la madre y al recién nacido. Fueron revisados estudios relacionados con la gestación en adolescentes, la adolescencia, los cuidados de enfermería, la actitud frente a la salud y los servicios de salud materna. A su vez se hizo una selección más específica por idioma, en este caso español, inglés y portugués, además de por la fecha de publicación, entre 2014 y 2019. El plan de cuidados se estructurará a través de las visitas correspondientes de la paciente a la consulta de la matrona de su Centro de Salud de Atención Primaria. Para la planificación de las consultas y el seguimiento del embarazo se ha consultado el Manual para Profesionales Sanitarios en la Comunidad Valenciana 10 y la Guía de práctica clínica en el SNS de atención en el embarazo y puerperio.

4 Resultados

En este primer encuentro entre el profesional sanitario y la paciente es esencial la escucha activa y de este modo conocer la situación de la adolescente en relación a sus miedos y preocupaciones, estado de ánimo, apoyo percibido y contexto social en el que se encuentra.
En la segunda consulta en atención primaria se analizará:
- Riesgo obstétrico.
- Peso, tensión arterial, presencia de edemas y tiras reactivas de orina.
- Altura uterina y perímetro abdominal.

Finalmente se realizará la prescripción de cuidados de enfermería:
- Uso de sal común en las comidas para evitar el déficit de yodo.
- Se aconseja la administración de ácido fólico durante el primer trimestre de gestación para prevenir los defectos del tubo neural. Dosis diaria según prescripción médica (0,4mg vía oral).
- Alimentación saludable y equilibrada. 300-400 kcal/día más de lo habitual.
- Control del peso semanal: oscilación entre 10 y 12 kg, (<5kg y >15 kg es patológico).
- Suprimir el tabaco, alcohol y drogas durante la gestación.
- Evitar radiaciones y medicamentos sin consultar con los profesionales sanitarios.

- Evitar deportes de riesgo. Se aconsejan paseos diarios y natación.
- Aumentar las horas de sueño y descanso (8-9h)
- A la hora de la higiene corporal es preferible la ducha al baño.
- Utilizar ropa cómoda y zapatos con buena sujeción para evitar caídas.
- Viajes permitidos, siempre y cuando no supongan un cansancio excesivo o actividades físicas de riesgo.
- Debe consultar con un profesional ante la presencia de vómitos repetidos o intensos, desmayos o mareos, orina escasa o molestias, dolor abdominal, calambres o contracciones, dolor de cabeza intenso o permanente, secreción acuosa vaginal, hemorragia vaginal, hinchazón o dolor en zona varicosa y ausencia o disminución de movimientos fetales.

Segundo trimestre.
Durante el segundo trimestre de gestación; entre la semana 13 y 26, se realizarán 2 consultas en atención primaria y una en atención especializada. En la primera consulta en atención primaria, la paciente ya habrá asistido a la consulta de atención especializada, donde se le realiza una valoración de los resultados de las exploraciones y el riesgo obstétrico, además de una ecografía para confirmar la fecha exacta de edad gestacional y de esta forma poder determinar la fecha probable de parto (FPP). Del mismo modo se le informa a la paciente sobre el número de embriones, sacos gestacionales, longitud cefalocaudal y si existe o no actividad cardíaca.

Prescripción de enfermería. Las indicaciones y cuidados del primer trimestre se aplicarán del mismo modo durante el segundo trimestre, excepto algunos cambios realizados:
- Suspensión de prescripción de ácido fólico.
- Inicio de prescripción de suplemento férrico, dosis pautada por médico (30 mg diarios vía oral).

Se recomienda volver a realizar algunas de las escalas de valoración utilizadas en la primera consulta de gestación:
- Test de Richmond. Test de motivación para dejar de fumar: se realizará cuando la paciente mantenga el hábito tabáquico y muestre iniciativa para dejar de fumar. Existen
- Escala de Goldberg. Cribado ansiedad/depresión: su realización es obligatoria.
- Cuestionario de Apgar familiar. Percepción de la función familiar: se deberá de seguir el control de percepción de apoyo familiar a la paciente para un buen control y evolución de la gestación, al igual que el apoyo del entorno social con

el Cuestionario Duke – UNK – Apoyo social percibido o funcional.

Alumbramiento y puerperio
El alumbramiento es la fase final del embarazo y es considerada la que se vive con mayor ansiedad. Es importante que los profesionales sanitarios comprendan que la paciente es una adolescente y la forma de comunicación ha de ser adaptada a su edad.
En el ingreso de la paciente la enfermera es la responsable de entablar contacto directo con ella y saber reconocer sus necesidades, mantener escucha activa y una buena presentación es esencial. En muchas ocasiones se da por sentado que el apoyo familiar es algo necesario e importante, pero si no se conoce a la paciente y su historia familiar, será necesario averiguarlo. Existen casos de adolescentes cuyas relaciones familiares eran conflictivas y el parto ha sido una experiencia traumática para ellas debido a la falta de apoyo o gestos de rechazo provenientes de los familiares momentos previos al alumbramiento. Por ello es de vital importancia prestar atención al lenguaje no verbal tanto de la gestante como su familia.

Tras la búsqueda exhaustiva y revisión de la literatura en las distintas bases de datos no se han encontrado descripciones de casos comparables a la presentada en este trabajo. Los estudios revisados son de tipo descriptivo, enfocados a datos demográficos, perfiles de gestantes adolescentes y experiencias personales durante la gestación. Ninguno de ellos presentaba la elaboración de un plan de cuidados de enfermería individualizado en embarazadas adolescentes.

La mayor parte de los artículos son extranjeros debido a que el predominio de gestaciones adolescentes es mayor en otros países. Tras la obtención de datos demográficos se puede afirmar que el numero de casos de adolescentes que se encuentran en esta situación en España es una cifra importante. Por ello la necesidad de elaborar un plan de cuidados específico para este tipo de pacientes. No se puede comparar el embarazo adulto al adolescente, los factores de riesgo para la madre y el hijo son mayores en la adolescencia.

Por lo general y en situaciones familiares óptimas, el acompañamiento es un aspecto positivo en el alumbramiento y puerperio. Algunos estudios aseguran que el trabajo de parto se vuelve más complicado cuando la mujer se encuentra sola, observándose posibilidades de sensaciones de pánico, pérdida de control e incluso alteraciones en la contracción uterina.

5 Discusión-Conclusión

El propósito de este trabajo era elaborar un plan de cuidados adaptado a las necesidades que presenta una adolescente durante la gestación y al mismo tiempo poder conocer las características propias de las gestantes adolescentes. El embarazo adolescente es un problema que está presente en todas las partes del mundo, presentando un mayor número de casos en África Subsahariana y América Latina debido a las condiciones sociales que tienen los países. El número más alto de gestaciones en adolescentes se produce en zonas de bajos ingresos económicos. Las gestaciones adolescentes no son iguales a las adultas. La adolescencia es una etapa de la vida caracterizada por la presencia de cambios físicos, mentales y emocionales. Es una etapa de inestabilidad a la que se le une la presencia de un embarazo. Lo que implica madurar y centrarse en la responsabilidad de cuidar de sí mismas y de sus hijos.

6 Bibliografía

- Cunningham FG, MacDonald PC, Gant NF, Kenneth J L, Gilstrap LC. Williams OBSTETRICIA. 4th ed. Barcelona: Masson; 1996. 2. OMS | Salud del adolescente. [Accessed Feb 10, 2019]. Available at: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/es/.
Accessed Feb 10, 2019. 3. Adolescent pregnancy. [Accessed Feb 10, 2019]. Available at: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy.
- Palma G. OPS/OMS Chile - América Latina y el Caribe tienen la segunda tasa más alta de embarazo adolescente en el mundo | OPS/OMS. 2018. [Accessed Feb 10, 2019]. Available at:https://www.paho.org/chi/index.php?option=com_content&view=article&id=996:america-latina-y-el-caribe-tienen-la-segunda-tasa-mas-alta-de-embarazo-adolescente-en-el-mundo&Itemid=1005.

Capítulo 445

ATENCIÓN Y CUIDADOS EN LA ENFERMEDAD DE PARKINSON

AURISTELA ACEVEDO SUÁREZ

ARACELI HUERTA FERNÁNDEZ

MARÍA ISABEL GARCÍA FERNÁNDEZ

INÉS RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ

NURIA HUERTA GONZÁLEZ

1 Introducción

La Enfermedad de Parkinson (EP) es la segunda enfermedad degenerativa del sistema nervioso central más frecuente en nuestro medio tras la enfermedad de Alzheimer y actualmente son más de cuatro millones de personas en el mundo los que sufren de esta enfermedad (1).

Esto produce un impacto muy importante en la calidad de vida de los afectados y aumenta a casi el doble su mortalidad. Por lo que existe una creciente concienciación social de la necesidad de una asistencia de calidad y especializada de estos pacientes. Además supone un coste económico muy importante para el país que, con el envejecimiento de la población y de las nuevas terapias, es posible que se incremente. Esta afección tiene una incidencia anual de 8- 18 casos por cada 100. 000 habitantes y es mayor en los países desarrollados probablemente debido a la mayor exposición a pesticidas u otras toxinas y afecta a personas mayores de

60 años, sin distinción sexual. Sin embargo, alrededor del 5-10% de las personas con enfermedad de Parkinson presenta la enfermedad de inicio temprano que comienza antes de los 50 años y suelen tener un importante componente hereditario. En casos muy raros los síntomas parkinsonianos pueden aparecer antes de los 20 años en lo que se conoce como parkinsonismo juvenil (1,9).

Actualmente no se dispone de ningún tratamiento médico ni quirúrgico que retrase su progresión, por ello el principal objetivo es intentar disminuir los síntomas y conseguir la independencia funcional del paciente. Es de gran importancia el prestar una atención multidisciplinar a las diversas áreas de problemas que se le pueden presentar en su vida al enfermo de Parkinson y a su cuidador habitual. El equipo de enfermería es un recurso fundamental para cualquier persona que tenga que tratar con los desafíos asociados a esta enfermedad, pero el dueño más importante, sin lugar a duda es el propio paciente. Debido a que la EP es muy cambiante, la comunicación, la persistencia y la educación van a ser factores claves desde el punto de vista de enfermería para resolver los problemas a los que estas personas van a enfrentarse cada día.

2 Objetivos

Objetivo General.
- Actualizar el papel de la enfermería en un paciente con enfermedad de Parkinson.

Objetivos específicos.
- Definir la enfermedad de Parkinson.
- Detallar el tratamiento en la enfermedad de Parkinson.
- Identificar los principales cambios que produce la enfermedad en la vida del paciente.
- Describir las principales intervenciones de enfermería tras el diagnóstico de un paciente con enfermedad de Parkinson.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica sobre el abordaje enfermero en la EP con un total de dos libros, dos guías informativas y veinte artículos científicos. Para la búsqueda de los artículos se han utilizado diferentes bases de datos y revistas científicas.

- PubMed: se han utilizado para la búsqueda las palabras clave “Patients, Parkinson disease and nursing care”, con filtros de fecha (posteriores a 2010) especie (humans). Los criterios de inclusión que se han utilizado son; artículos con acceso a texto completo libre y posteriores al año 2010, y como criterios de exclusión; artículos que no estuvieran en inglés y aquellos que en su título o resumen no tratasen específicamente de los pacientes con la enfermedad de Parkinson y cuidados enfermeros. Se han obtenido así siete artículos entre los cuales seleccionamos uno. Con las palabras clave “quality of life” y “Parkinson disease” y los mismos filtros y criterios de inclusión y exclusión, se examinaron setenta y cinco abstracts seleccionando un solo artículo para su análisis completo.
- Dialnet: en esta base de datos se han empleado las palabras clave “Enfermedad de Parkinson” añadiendo los filtros: artículo de revista, enfermería, materia de ciencias de la salud, fecha, e idioma español. Los criterios de inclusión/exclusión son los mismos utilizados en Pubmed seleccionando finalmente dos artículos de texto completo.
- Con los mismos criterios, incluyendo además los términos “intervenciones de enfermería” se han examinado ocho artículos encontrados en Google académico y otro, de gran interés, en la biblioteca electrónica Scielo.
- NNNconsult: esta base de datos se ha utilizado para buscar intervenciones y actividades de enfermería en la Enfermedad de Parkinson.
- Se ha buscado también información en las revistas del grupo editorial Elsevier que tratasen temas de neurología, revisando otros nueve artículos científicos.

Palabras clave: enfermedad de Parkinson, papel de enfermería, cuidado enfermero, calidad de vida.

4 Resultados

La enfermedad de Parkinson la describió en 1817, James Parkinson un médico británico que la denomino inicialmente “parálisis temblorosa”. Es una enfermedad neurodegenerativa, crónica, de deterioro progresivo del sistema nervioso central, resultado de la perdida de células productoras de dopamina. Aparece cuando las neuronas de una zona cerebral conocida como sustancia negra, mueren o presentan deterioro. Estas neuronas lo que hacen es producir dopamina, un mensajero químico encargado de transmitir las señales entre la sustancia negra y el corpus striatum, para que la actividad muscular sea voluntaria y fluida.La pérdida de dopamina genera un desorden de todas las células nerviosas del corpus striatum, lo que provoca en el paciente no poder controlar y dirigir sus

movimientos de manera natural. Hay estudios que demuestran que los pacientes afectados por la enfermedad de Parkinson tienen una pérdida del 80 % de células productoras de dopamina. No se conoce la causa exacta del deterioro celular, aunque hay diversas teorías que hablan del daño oxidativo, toxinas ambientales, predisposición genética y envejecimiento acelerado. Suele ser un trastorno degenerativo que tiene una evolución lenta. La escala de Hoehn y Yahr* (escala que se utilizan los neurólogos para medir la gravedad) divide la EP en cinco estadios (2,3):

- Estadio 1: el afectado mantiene aún la postura erecta y conserva su expresión facial. Pueden aparecer síntomas en un solo lado del cuerpo. Al caminar pueden arrastrar un poco los pies, también pueden presentar rigidez y discinesias.
- Estadio 2: la alteración postural comienza a ser más evidente, y la expresión facial esta ya afectada. La realización de las actividades de la vida diaria se complican por la aparición de la bradicinesia.
- Estadio 3 y 4: los síntomas se agravan; la dificultad para caminar y mantener el equilibrio puede ser importante. Suelen provocar caídas, al pararse o girar. Aparecen dificultades en la comunicación y las sensaciones dolorosas y de fatiga se incrementan.
- Estadio 5: necesita ayuda de una tercera persona para todo tipo de actividad y las alteraciones del lenguaje se acentúan.

Los primeros síntomas de la enfermedad son suaves, aparecen de forma gradual en un lado del cuerpo y aunque acaben siendo bilaterales, suelen ser menos graves en un lado que en el otro. Este periodo puede durar largo tiempo antes de que aparezcan los síntomas más específicos y obvios. Los familiares o amigos suelen ser los primeros en observar los cambios, como la perdida de expresión facial, cierta lentitud e inseguridad. Los principales síntomas motores son los siguientes (4,7):

- El temblor: es el principal síntoma característico de la enfermedad. Se presenta en un 79- 90% de los pacientes. Es un movimiento rítmico hacia adelante y hacia atrás. Generalmente comienza en una mano, aunque a veces puede afectar primero a un pie o a la mandíbula. Suele desaparecer con el sueño y mejorar con el movimiento.
- La rigidez: está presente en más del 90 % de los pacientes con EP y es causada por un incremento del tono muscular que afecta a todos los grupos musculares. Los músculos permanecen en tensión o contraídos y el paciente se siente poco flexible y afectado por dolor muscular. Suele ser asimétrica a lo largo de la evolución de la enfermedad y en estadios avanzados es casi siempre bilateral.
- La bradicinesia: es el síntoma más incapacitante de la EP. Produce un retardo y

una pérdida del movimiento espontaneo y automático. Al principio afecta solo a los músculos distales, pero con el tiempo se afectan todos los grupos musculares y causa dificultades en las actividades de la vida diaria. Este síntoma es un poco frustrante ya que el paciente no puede realizar con rapidez movimientos rutinarios.
- La alteración de la marcha/Inestabilidad postural: hace que los pacientes adquieran una inclinación hacia delante o hacia atrás y se caigan con facilidad. Se produce un enlentecimiento de la marcha y una festinación (pasos progresivamente más rápidos y cortos). También se caracteriza por bloqueos o congelación durante el inicio de la marcha. Es el último síntoma de la EP.

El diagnóstico del Parkinson se hace mediante una evaluación clínica de la presencia de una combinación de las cuatro características principales y es fundamental que sea precoz. Actualmente, no se dispone de ningún tratamiento médico ni quirúrgico que retrase su progresión. Por ello, el principal objetivo es intentar disminuir los síntomas y conseguir la independencia funcional del paciente, para así obtener la máxima calidad de vida del paciente. Los pacientes con Parkinson suelen recibir el tratamiento en los centros de atención primaria y solo se dirigen al hospital cuando presentan complicaciones o para iniciar nuevas opciones de tratamiento. Una vez establecido el diagnóstico clínico, se debe decidir si se trata o no, el tipo de terapia más indicada y el fármaco más adecuado. Hay cuatro tipos de tratamiento (5):
- Preventivo: intenta evitar o enlentecer su progresión.
- Sintomático: para restaurar los niveles normales de dopamina.
- Cirugía: a través de diferentes técnicas quirúrgicas.
- Restaurador: son las técnicas actuales que se utilizan para el tratamiento.

En las etapas iniciales de la EP, suele iniciarse el tratamiento con uno o varios de los medicamentos menos potentes como anticolinérgicos o amantadinas. El tratamiento más potente con Levodopa se deja para la época durante la que los pacientes lo necesiten más.

Levodopa o L- dopa es el fármaco por excelencia para tratar el Parkinson (las células nerviosas pueden utilizar levodopa para fabricar dopamina y suplir el suministro decreciente que hay en el cerebro). Tiene la función principal de retrasar el inicio de los síntomas debilitantes y permitir a los pacientes prolongar el periodo en el que puedan llevar vidas normales y productivas. Es un fármaco muy eficaz para reducir los síntomas, pero no detiene la progresión de la enfermedad. Presenta efectos secundarios y hay que tener cuidado con su uso a largo

plazo. Generalmente los pacientes combinan levodopa con carbidopa con el objetivo de intentar evitar o disminuir alguno de los efectos secundarios. Uno de los tratamientos que se está utilizando actualmente es la administración de L-dopa intraduodenal a través de gastronomía endoscópica percutánea (PEG). Esta opción se utiliza como alternativa al tratamiento con L-dopa en comprimidos cuando el paciente, tras buena respuesta al tratamiento por vía oral, presenta un empeoramiento de los síntomas con fluctuaciones motoras (2,6).

En la mayoría de los casos, los fármacos para la EP según la etapa de la enfermedad en la que se encuentre el paciente son; levodopa (el principal y más importante), bromocriptina y pergolida, selegilina, agentes anticolinérgicos, amantadina y rotigotina. En general, el tratamiento de la EP requiere un enfoque integral, centrado en el paciente y una evaluación y aportes multidisciplinarios sólidos.

El pronóstico de vida de un paciente con Parkinson es generalmente el mismo que para quien no padece la enfermedad, sin embargo, el ritmo de progresión de la EP hasta alcanzar una fase avanzada es variable de unos pacientes a otros. Una vez alcanzada esta fase, la enfermedad sigue un ritmo homogéneo y la discapacidad física y cognitiva aumenta a medida en que aparece una serie de complicaciones en las etapas tardías como ahogos, neumonías y caídas que pueden conducir a la muerte (7).

Principales cambios que produce la Enfermedad de Parkinson en la vida del paciente.

Las personas con Parkinson pueden experimentar síntomas motores y no motores y van a dar lugar a numerosos cambios en las actividades de la vida diaria del paciente. Estos cambios serán muy diferentes en cada persona, ya que cada una puede experimentar diferentes síntomas. Los síntomas motores (temblor, rigidez, bradicinesia e inestabilidad postural) llevan a producir cambios importantes en el enfermo relacionados con la movilidad, lo que unido a los cambios por el envejecimiento constituirán un gran reto en el paciente con Parkinson. Estos síntomas causan dificultades a la hora de realizar actividades de la vida diaria como caminar, subir y bajar escaleras, acostarse, bañarse, vestirse, alimentarse y escribir. Suelen ser muy comunes las dificultades para tragar y masticar, en estos casos los alimentos y la saliva pueden acumularse en el fondo de la garganta, lo que podría ocasionar ahogos (1, 8).

También se producen cambios en el habla: los pacientes hablan muy suavemente, arrastran o repiten palabras, o hablan demasiado rápido. Las caídas son también

muy frecuentes en las personas con EP por problemas con el control muscular, la marcha, el equilibrio y las posturas. Los factores de riesgo son los cambios en la vista, los movimientos oculares y el control de la atención. Los síntomas no motores pueden aparecer en cualquier momento de la enfermedad desde los estadios iniciales hasta los estadios finales, pudiendo llegar a dominar la EP a medida que evoluciona. Estos síntomas tienen tendencia a agravarse a medida que evoluciona la enfermedad y por tanto pueden producir también cambios importantes en la vida del paciente. Encuestas recientes ponen en evidencia que cerca del 90% de personas con EP tienen al menos un síntoma no motor, y un 10% presenta hasta cinco síntomas no motores.

Síntomas neuropsiquiatricos: los más importantes que experimenta el paciente durante la enfermedad y que conlleva a producir cambios en él son (9):
- Depresión: ocurre durante largos periodos de tiempo en el 40% de personas con EP. Además del efecto indeseado que la depresión causa en el estado de ánimo, puede empeorar todos los síntomas del Parkinson.
- Ansiedad: se puede presentar al mismo tiempo que los síntomas depresivos o puede parecer de forma independiente. Son muy característicos en la ansiedad los ataques de pánico.
- Demencia y otros problemas cognitivos: suele aparecer en pacientes con EP en fase avanzada. Se produce una pérdida progresiva de las funciones cognitivas que interfieren en las actividades de la vida diaria del paciente. Es habitual que los pacientes tengan problemas de memoria y razonamiento lento.
- Conductas repetitivas (hipomanía): el paciente tiene una fascinación compulsiva con tareas repetitivas y mecánicas y la necesidad de repetirlas.
- Alteraciones en el sueño: los pacientes se despiertan con facilidad, tienen sueño intranquilo y a menudo tienen pesadillas.

Síntomas sensitivos- sensoriales:
- Dolor: puede afectar a un 40- 75% de las personas con EP y puede ser agudo o crónico.
- Alteraciones en el sentido del gusto: afecta al disfrute de los alimentos.
- Alteración en el sentido del olfato: puede ser detectada en algunas personas no tratadas, recién diagnosticadas con el Parkinson. Afecta hasta un 90% de las personas con Parkinson y es uno de los síntomas motores más comunes .

Síntomas relacionados con el sistema nervioso autónomo/ sistema vegetativo:
- Incontinencia urinaria o estreñimiento: en algunos pacientes, pueden producirse problemas con la vejiga y el intestino debido al mal funcionamiento del sistema

nervioso autónomo. Se pueden volver incontinentes o tener problemas para orinar. En otras, puede producirse estreñimiento.
- Hipotensión ortostática: los pacientes experimentan bajadas de tensión, cuando cambian de posición, sobre todo cuando pasan de estar tumbados a levantados.
- Disfunción sexual: a menudo causa disfunción eréctil debido a sus efectos sobre las señales nerviosas del cerebro o a una mala circulación sanguínea.

Otros síntomas no motores que conllevan a producir cambios en el paciente son:
- Visión borrosa y doble: por efectos secundarios de la medicación.
- Cansancio: el paciente presenta una sensación de abatimiento, fatiga o falta de energía. Puede tener una gran repercusión en la calidad de vida, y en la capacidad de llevar a cabo las actividades diarias. La fatiga es uno de los primeros síntomas de la EP en manifestarse.
- Problemas en la piel: en la EP es habitual que la cara del paciente se vuelva grasienta y la piel seca por el mal funcionamiento del s. nervioso autónomo.

Algunos de estos síntomas no motores como: anomalías olfativas, trastornos de sueño, estreñimiento y depresión pueden a menudo preceder a los síntomas motores y actuar como un marcador precoz que pueden ayudar a dirigir hacia el diagnóstico de la EP, pero no pueden utilizarse por sí solos, necesitamos de los síntomas motores (8).

Principales intervenciones de enfermería tras el diagnóstico de un paciente con Enfermedad de Parkinson.
El impacto en la EP en los pacientes y su entorno es multidimensional por lo que su abordaje socio- sanitario debe tener en cuenta todos los factores con la participación de diferentes profesionales, en especial del personal de enfermería. Así la naturaleza crónica y progresiva de la EP, junto a la diversidad de los síntomas, obliga a plantear un abordaje terapéutico, donde el personal de enfermería juega un papel determinante, especialmente en atención primaria (10).

Una vez establecido el diagnóstico y el tratamiento farmacológico, se recomienda realizar una valoración integral por el personal de enfermería de atención primaria sobre hábitos de vida saludable, estado nutricional, autonomía funcional, riesgo de caídas, y patrón del sueño para así establecer un plan terapéutico individualizado (11).

En cada visita del paciente con EP a la consulta de atención primaria, el personal de enfermería debe valorar:
- Estado de salud general, autonomía funcional, y grado de dependencia.

- Adherencia y respuesta al tratamiento.
- Evolución de los síntomas cardinales: bradicinesia, rigidez, temblor y trastornos de la marcha.
- Aparición y evolución de otros síntomas: fluctuaciones motoras, discinesias, dificultad de la deglución, problemas urinarios, estreñimiento, hipotensión ortostática, trastornos del sueño y alteraciones del olfato.
- Nutrición y actividad física.
- También el personal de enfermería debe establecer medidas de protección según el estado funcional: prevención de caídas; prevención de aparición de úlceras por presión, mediante la escala de Norton; cribado de malnutrición mediante la herramienta Must.

Se debe prestar especial atención a la detección precoz, evaluación y tratamiento de los principales problemas clínicos, motores, y no motores que pueden aparecer en el transcurso de la EP.

5 Discusión-Conclusión

Tras la revisión de diferentes artículos científicos, hemos podido comprobar que no se puede establecer un diagnostico basándose en los síntomas no motores, pero estos sí que pueden actuar como un marcador precoz. Además el reconocimiento de estos síntomas va a ser esencial para el tratamiento de la EP, ya que son una causa importante de hospitalización y el principal factor generador de costes en la EP. Por lo tanto podemos afirmar que en la EP es de vital importancia que el diagnostico sea precoz. Un diagnostico precoz permite mejorar la calidad de vida, disminuir la discapacidad, los costes de atención sanitaria, y tener un acceso más rápido al tratamiento.

La degeneración neurológica desencadenada por esta enfermedad provoca de forma paulatina gran incapacidad en los pacientes. Esta progresión se puede disminuir de manera limitada mediante la medicación disponible. Sin embargo, debido a la incurabilidad actual de la patología se muestra indispensable la presencia de una figura enfermera que aborde de manera eficaz las distintas necesidades que presenten los pacientes y sus cuidadores, ya que estas se amplían, además del factor fisiológico, hasta el área social, económica, psicológica y conductual de estas personas.

6 Bibliografía

- 1. Thomas Hutton J, Lynne Dippel R. Guía práctica de la asistencia y cuidado del paciente de Parkinson. Ediciones Témpora S. A.; 2002.
- 2. Carretero M. Enfermedad de Parkinson. Medicación sintomática. Offarm 2006; 25 (8):116-118 [Internet].
- 3. Asociación Parkinson Aragón. La enfermedad de Parkinson [internet].2013.
- 4. Pastor P, Tolosa E. La Enfermedad de Parkinson; Diagnostico y avances en el conocimiento de la etiología y en el tratamiento. Medicina Integral 2001; 37 (3) [Internet].
- 5. Diz L, Ávila P, Diz R. Tratamiento de la enfermedad de Parkinson. Jano 2005; 68: 1146- 9.
- 6. Ballesteros J, Sánchez S, Estrada JM. Caso clínico; Plan de cuidados para el paciente con Parkinson en tratamiento con L- Dopa intraduodenal. Revista Científica Sociedad Española Enfermería Neurológica 2011; 34(2): 50- 53.
- 7. Kulisevsky J, Luquin MR, Arbelo JM, Burguera JA, Carrillo F, Castro A: et al. Enfermedad de Parkinson avanzada. Características clínicas y tratamiento (parte 1). Neurología 2013; 28(8): 503- 521.
- 8. PK Parkinson. Red pacientes [Internet].2014.
- 9. Bloem BR. Atención multidisciplinaria de personas con enfermedad de Parkinson. La vida con Parkinson; European Parkinson's Disease Association (EPDA). Países Bajos. 2011.
- 10. Base de datos NNN Consult, Disponible en http://www.nnnconsult.com/nic
- 11. Mínguez Castellanos A: et al. Proceso asistencial integrado de la enfermedad de Parkinson [Internet]. Sevilla: 1º edición, 2015. Consejería de igualdad, salud y políticas sociales. Junta de Andalucía.
- 12. Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Jameson JL, Loscalzo J: Harrison Principios de medicina interna, 18º Edición. Ed. Mc Graw-Hill 2012. 3 (2): 372.

Capítulo 446

LA IMPORTANCIA DE COMER BIEN

MARIA SOLEDAD PEREZ PEREIRA

ARACELI TOLOSA

ERICA GARCÍA SUÁREZ

1 Introducción

Comer bien es ofrecer al organismo los alimentos y nutrientes necesarios para mantenerse saludable, alimentarnos de forma que nos sintamos conforme con nuestro propio cuerpo, con energía y buen estado físico y mental. Pero, ¿Es lo mismo un alimento que un nutriente?. Claramente no lo es, los alimentos es los que ingerimos diariamente y que nuestro organismo transforma para obtener los nutrientes, ya que estos se encuentran en los alimentos, necesarios para la formación, crecimiento y reconstrucción de nuestros tejidos.

2 Objetivos

- Analizar la bibliografía existente relacionada con una alimentación saludable.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo nos hemos basado en la búsqueda de información en diversas páginas de datos, buscando información basándonos en preguntas de qué es, por qué es importante, cómo nos influye, la importancia de comer bien desde todas las edades, cogiendo lo más importante cada artículo científico. También nos hemos basado en estudios de la OMS y ENKID.

4 Resultados

Nutrientes de los alimentos.
- Proteínas: función principal plástica, ayuda a regenerar la célula. Está en pescado, carne, lentejas, huevos y lácteos.
- Hidratos de carbono: aportan energía a la célula.Están en el pan, cereales, legumbres, pasta. Son de lenta absorción.
- Lípidos: su función principal aporta energía (en reseva primero se utiliza los hidratos de carbono). Son las grasas, las más saludables las de origen vegetal.
- Vitaminas: función reguladora, regula el buen funcionamiento de la célula. Están en las verduras, fruta, leche.
- Sales minerales: su función reguladora y plástica. Calcio, hierro..

Una alimentación sana y equilibrada nos ayudará a tener buena salud. Es fundamental para realizar tareas diarias con energía, además de prevenir enfermedades ya que refuerza el sistema inmunológico. Muchos estudios relacionan la mala alimentación con enfermedades crónicas (hipertensión, diabetes, cardiovasculares, cáncer...). A lo largo de los años la relación nutrición-salud se ha ido afianzando hasta confirmar que estilos de vida y hábitos de alimentación son capaces de prevenir y mejorar muchas enfermedades. Según la OMS de los diez riesgos que mas perjudican en la salud, seis están relacionados con la alimentación, por tanto alimentación y salud están directamente relacionadas.

Influye la alimentación en la salud.
Existen múltiples estudios que relacionan la dieta con las enfermedades crónicas tales como, obesidad, hipertensión, diabetes, algunos tipos de cáncer, etc. gran parte de las enfermedades e incluso muertes están relacionadas con la alimentación. La obesidad y el sobrepeso ha sido la primer patología del tipo no infeccioso catalogada como ”pandemia” y es especialmente preocupante entre niños y jóvenes porque las cifras van en aumento.

Una alimentación saludable de ser:
- Equilibrada: nutrientes repartidos.
- Suficientes: cantidad adecuada.
- Adaptada: sexo-talla-actividad física.
- Variada: a mayor variedad, mayor seguridad tendremos de aportar los nutrientes necesarios.
- Aprender a comer bien es el ”arma” más válida y efectiva que tenemos para proteger nuestra salud.

5 Discusión-Conclusión

Hemos perdido el hábito de cocinar, por motivos laborales se dispone de menos tiempo y el consumo de comida rápida va en aumento, la publicidad y los medios de comunicación favorecen el consumo de la comida basura y bebidas poco saludables.

Debemos y tenemos que tomar conciencia de lo importante que es comer bien, debemos educar desde la primera infancia, padres y madres tenemos que hacer mucho al respecto, educando en hábitos saludables para que estos se consoliden en la adolescencia y se mantengan en la edad adulta, pero nunca es tarde. Una buena alimentación a partir de los 55 años ha demostrado ser eficaz para reducir el riesgo de osteoporosis, hipertensión, enfermedades cardíacas e incluso algunos tipos de cáncer. Una alimentación saludable es buena a cualquier edad y nunca es tarde para adquirir hábitos saludables, es asegurarse calidad de vida hoy y mañana.

Si queremos tener una vida saludable es necesario aprender a comer bien, conocer lo que comemos, cuánto y con que frecuencia, una dieta adecuada a nosotros. Tomar conciencia de lo importante de una buena alimentación. Es salud, para hoy y mañana.

Es importante promover la salud, reducir el riesgo de desarrollar enfermedades relacionadas con la alimentación, sensibilizar a la población de la importancia de una alimentación saludable y la relación de ésta con la salud. Dar a conocer los beneficios de una dieta mediterránea, educación alimentaria y nutricional en todas las etapas de la vida con especial importancia en la etapa escolar y adolescencia por ser éstas donde se forman hábitos saludables. Incrementar las campañas para concienciar a la población.

6 Bibliografía

- vivo sano, salud y alimentación.
- Cuidateplus
- OMS.
- Scielo.
- 65ymas.
- Enciclopedia de la salud.

Capítulo 447

QUEMADURAS QUÍMICAS PARA TCAE

RAQUEL FARPÓN RODRÍGUEZ

1 Introducción

Cuando los ácidos o bases fuertes entran en contacto con la piel se producen cambios similares a los que ocurren por calor, a esto se le llama quemadura química y los profesionales de la salud están sujetos a este riesgo. Es por tanto, motivo de justificación más que razonable para el desarrollo de este capítulo.

2 Objetivos

- Ampliar conocimientos sobre quemaduras químicas para el Técnico de Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE).

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Si bien posiblemente parezca inteligente tratar de neutralizar el ácido o base como parte del tratamiento inicial, probablemente es mejor limpiar concienzudamente la zona con grandes cantidades de agua. con frecuencia se produce lesión por la substancia neutralizante, de modo que es mejor usar grandes cantidades de agua. Cuando una gran superficie del cuerpo ha entrado en contacto con la substancia química, deberá, colocarse al paciente en la regadera y después de quitarle la ropa contaminada. Es indispensable quitarle la ropa contaminada con substancia química tan rápidamente como sea posible.

Las quemaduras extensas por sustancias químicas ocurren sobre todo en accidentes industriales o durante conflictos militares. También se producen por accidentes con quemaduras por sustancias químicas en ciertas desgracias de laboratorio y caseras. Las quemaduras por ácidos son en extremo dolorosas y a a menudo el dolor persiste durante largos periodos porque continúa la reacción química.

El aspecto de la quemadura química es deferente de la quemadura por fenómeno térmico. las lesiones más superficiales están enrojecidas pero este color cambia a un tinte amarillo café o negro si la lesión es más profunda y grave. en los accidentes industriales deberá estarse atengo a descubrir signos de inhalación de humos ácidos que producirán en el paciente traqueobronquitis de origen químico. A menos de que la lesión sea muy pequeña, suele ser bueno limpiar las zonas lesionadas por substancias químicas con grandes cantidades de agua, aplicar algún tipo de apósito o cubierta limpio y llevar el paciente con un médico. en el cuadro dos se encuentran en forma de lista los procedimientos iniciales en el cuidado de quemaduras por substancias químicas.

5 Discusión-Conclusión

Dada la frecuencia y el alto riesgo de quemaduras químicas en el medio sanitario, es importante su concienciación y puesta en marcha de medidas que eviten tales quemaduras. Además de una formación exhaustiva en la materia que pueda garantizar el cuidado holítistico del paciente y el del propio profesional.

6 Bibliografía

- https://www.researchgate.net/publication/280777874_Quemmaduras_producidas_por_agentes_quimicos
- http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0376-78922015000100009
- http://secip.com/wp-content/uploads/2018/06/Protocolo-Quemados.pdf
- http://www.scielo.org.co/pdf/muis/v29n1/v29n1a02.pdf

Capítulo 448

LESIONES POR ELECTRICIDAD PARA TCAE

RAQUEL FARPÓN RODRÍGUEZ

1 Introducción

Las lesiones por electricidad pueden ser desde sensaciones bastante leves de hormigueo con lesión menor en el punto de contacto hasta lesión más extensa y destructiva e inclusive la muerte. En este capítulo se va a realizar una búsqueda de las lesiones más frecuentes producidas por la electricidad y la actuación en ellas.

2 Objetivos

- Conocer las lesiones causadas por electricidad y la actuación que se debe llevar a cabo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Puede haber daño grave al corazón o mecanismo respiratorio en el instante inicial de la lesión. Las causas principales de muerte inmediata son parálisis respiratoria y fibrilación ventricular. Si el paciente no está respirando, deberá comenezarse e inmediato el procedimiento de respiración artificial. La resucitación boca a boca ha salvado muchas vidas. Si el corazón no está cardíaco hasta que el paciente pueda ser llevado al hospital donde es posible hacer la desfibrilación.

Es importante que la persona lesionada por choque eléctrico sea rescatada de la corriente tan rápidamente como sea posible. La persona que hace el rescate debe tener cuidado que la corriente esté desconectada antes de tocar al paciente o se lesionará a sí misma. Puede abrirse el interruptor o pueden cortarse los alambres con un hacha de magno de madero o pinzas adecuadamente aisladas. Sobre todo, la persona que hace el rescate debe tomar todas las precauciones posibles para impedir que la corriente eléctrica lesione su propio cuerpo.

La lesión por electricidad de piel y tejido subyacente es siempre mayor de lo que se pensó en un principio. Por lo regular es bueno llevar el paciente con cualquier tipo de lesión por electricidad importante al médico tan rápido como sea posible. Puede limpiarse y secarse la lesión local y cubrise con un apósito limpio. Por lo regular la quemadura por electricidad no es dolorosa por que ha quemado todas las capas de la piel y ha hecho las terminaciones nerviosas insensibles al dolor. Con frecuencia en el momento mismo de la lesión eléctrica la ropa se prende. En estos casos hay una combinación de lesiones por electricidad y de quemaduras por llama. El manejo inicial de este paciente deberá ser el mismo que para el caso de quemadura por fenómeno térmico.

5 Discusión-Conclusión

Es importante tener una buena educación sanitaria con respecto a la actuación ante quemaduras eléctricas, para ayudar a la persona que está sufriendo o ha sufrido una.

6 Bibliografía

- http://scielo.isciii.es/pdf/cpil/v41n3/original11.pdf
https://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v33n1/1409-0015-mlcr-33-01-00063.pdf

- https://revistachilenadeanestesia.cl/fisiopatologia-de-las-quemaduras-electricas-articulo-de-revision/
- https://medlineplus.gov/spanish/electricalinjuries.html

Capítulo 449

LA ESTIMULACIÓN COGNITIVA EN PACIENTES CON ALZHEIMER

CONCEPCIÓN SUÁREZ GONZÁLEZ

1 Introducción

La estimulación cognitiva es el conjunto de técnicas y actividades usadas para mantener y recuperar las capacidades cognitivas (memoria, atención percepción, comprensión, lenguaje, orientación, gnosias y praxias). Con la función cognitiva en perfectas condiciones tenemos la posibilidad de aprender a poder expresarnos, recordar datos, solucionar problemas, recordar información y poder elegir la opción más adecuada, y todo esto hace que los seres humanos nos podamos relacionar y entender con otras personas.

2 Objetivos

- Analizar los beneficios de los tratamientos y terapias en los ancianos con Alzheimer.
- Describir las fases por las que se encuentra el paciente con Alzheimer.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sobre la estimulación cognitiva en personas mayores y para ello se han consultado diferentes bases de datos como Medline y PubMed, diferentes páginas web y revistas relacionadas con esta temática. Las palabras clave utilizadas han sido ”estimulación cognitiva”, ”ancianos”, ”deterioro cognitivo” y ”rehabilitación cognitiva”.

4 Resultados

El proceso de envejecimiento hace que las capacidades cognitivas se deterioren, si a esto sumamos además las enfermedades propias de la edad, estas hacen que estas capacidades cognitivas se pierdan más rápidamente. En el campo de la estimulación cognitiva tenemos que diferenciar entre entrenamiento cognitivo y rehabilitación cognitiva.

- El entrenamiento cognitivo trata de mantener y mejorar la atención, la memoria, la velocidad para procesar información, la concentración, el lenguaje y la orientación. Se trata de mantener las capacidades de aún no se han perdido realizando ejercicios del tipo: cuentas numéricas sencillas, canciones, vivencias pasadas, recordar actividades realizadas a corto y largo plazo, refranes…
- La rehabilitación cognitiva se centra en la recuperación de las capacidades cognitivas ya perdidas por alguna enfermedad o patología.

El Alzheimer es una enfermedad degenerativa cuyo progreso es inevitable, pero está demostrado que con la estimulación cognitiva el deterioro funcional y cognitivo se retrasa. La enfermedad de Alzheimer se puede dividir en tres fases y en función de la fase en la que se encuentre el enfermo las capacidades cognitivas a trabajar serán distintas.

- En la primera fase aparecen pequeñas pérdidas de memoria, les cuesta aprender cosas nuevas, con lo que los ejercicios irán encaminados a trabajar la orientación temporoespacial y personal para que sepa dónde está y con quién.
- En la segunda fase necesitan ayuda para algunas tareas de su vida diaria.Es aquí donde comienza la pérdida de memoria a corto plazo , con lo que nuestro trabajo irá encaminado a la orientación básica para defenderse en su entorno, que conozca objetos de uso diario, fotos familiares, que se oriente en tiempo y espacio y que consiga mantener su autonomía personal (vestirse, peinarse…).
- En la tercera fase los enfermos de Alzheimer no reconocen quien les rodea y son incapaces de valerse por si solos, por lo que aquí la estimulación será sensorial del tipo musicoterapia, masajes, terapias olfativas…

Estos programas de estimulación cognitiva se pueden poner en practica tanto por profesionales dentro de asociaciones, residencias y centros de día como por los propias familiares del enfermo en el entorno del hogar.

5 Discusión-Conclusión

La implantación en la práctica diaria de los distintos programas de estimulación cognitiva beneficia y retrasa significativamente el avance de la enfermedad de Alzheimer, manteniendo la autonomía personal del anciano durante más tiempo y mejorando su calidad de vida, lo que le permite tener una vejez de calidad.

6 Bibliografía

- www.estevefarma.com
- www.medigraphic.org

Capítulo 450

HOSPITALIZACIÓN INFANTIL: ATENCIÓN PSICOLÓGICA AL NIÑO.

GRACIELA PÉREZ GARCÍA

1 Introducción

La hospitalización es un acontecimiento común en la vida del ser humano, por lo tanto, también natural en la historia del niño, a la que normalmente se adapta adecuadamente. Teniendo en cuenta que, la enfermedad, produce sensaciones internas inusuales, un repentino conocimiento de procesos corporales desconocidos y una inexplicable pérdida de control de algunas partes o funciones del cuerpo. Para aprender y desarrollarse el niño debe percibir, explorar e intentar comprender las situaciones nuevas que le provocan incertidumbre y curiosidad.

El niño experimenta frente a la hospitalización, una experiencia de privación; ya no puede salir a la calle a jugar porque tiene clavos en una pierna, una experiencia de frustración; si ya no puede salir a jugar, siente un impedimento, una imposición de dejar de hacer lo que él quiere, y una experiencia displacentera o álgida; no solo no puede salir, si no que no le dejan y además se siente mal, le duele. También presenta una serie de reacciones psicológicas ante la enfermedad y por lo tanto, afectan hospitalización:

- Reacciones de adaptación: oposición, rebeldía, ira, sumisión, colaboración o inhibición.
- Reacciones defensivas: regresión a etapas anteriores al desarrollo, negación o identificación.
- Reacciones construidas por experiencias mixtas emotivo-cognitivas: temor a la muerte, sentimiento de culpa, sentimiento de impotencia, descenso de la

autoestima, vivencia de abandono, vivencias de fragmentación, mutilación y aniquilación.
- Reacciones de inadaptación y desajuste: angustia patológica, reacciones neurológicas (fobias, histeria, obsesión), reacciones depresivas y anormales.

Para que el técnico en cuidaos auxiliares de enfermería (TCAE) desarrolle una perfecta atención psicológica al niño, ha de tener en cuenta algunas variables que influyen en el modo de percibir del niño los factores estresantes de la hospitalización, condicionando su respuesta y la enfermedad:
- Edad, sexo y desarrollo cognitivo.
- Diagnóstico médico.
- Duración de la hospitalización.
- Experiencias previas con procedimientos médicos y el hospital.
- Naturaleza y tiempo de la preparación para la hospitalización.
- Ajuste psicológico pre- hospitalario.
- Habilidad de los padres a fin de ser un apoyo adecuado para el niño.

2 Objetivos

- Describir las actuaciones del TCAE en el cuidado del niño hospitalizado.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo, se ha realizado una búsqueda de los aspectos más relevantes sobre el tema a tratar. Las palabras clave usadas han sido: niño hospitalizado, hospitalización infantil, TCAE, atención psicológica. Se ha utilizado información y procedimientos específicos y concisos de la manera más respetuosa posible, libros de psicología infantil, así como, diversas revistas médicas nacionales como Ciber Revista, también se han utilizado documentos publicados en bases de datos como Scielo y Pubmed.

4 Resultados

Para realizar una correcta atención psicológica del niño, también debemos de centrarnos en dos objetivos:
- Reducir el estrés y la ansiedad del niño
- Entorno sanitario y el niño

El TCAE, llevará unas determinadas actuaciones para reducir y aminorar el estrés y la ansiedad:
- Mantener la identidad del niño, siempre que hablemos con él nos dirigiremos por su nombre habitual.
- Preparar el procedimiento, explicaremos al niño todas las actuaciones con palabras que pueda entender.
- Evitar descripciones incomprensibles, debemos hacer una explicación ajustada a su edad y situación. No agobiarles.
- Ser sincero con el niño, evitar mentir o engañar. si el procedimiento es doloroso se lo diremos, pero no le asustaremos.
- Regresión, todas las conductas regresivas son normales en el niño y las utiliza para defenderse ante una situación invasora, como es la enfermedad y la hospitalización. Por lo tanto, debemos de tranquilizarle, que llore durante un procedimiento doloroso es normal.
- Darle la posibilidad de expresar dolor, tranquilizándolo.
- Dar posibilidad de elegir, en la medida de lo posible.
- Usar técnicas de distracción y de relajación.
- Eliminar la culpa, aclarar que su situación no es la consecuencia de sus sentimientos y conductas percibidas como negativas.
- Mantener contacto con el niño, lo ayudan a calmarse en procedimientos dolorosos o invasivos.
- Fomentar a los padres que acaricien al niño, sobre todo, si es bebé.
- Minimizar la separación, cuando los padres se vayan, intentar acompañar al niño unos momentos y reiterarle que volverán pronto, sobre todo en niño de 1 a 6 años.
- Alentar la interacción con otros niños, los niños que han pasado por una determinada experiencia (operación) pueden ayudar positivamente a otros niños a superar miedos.

Las actuaciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería, en cuanto al entorno sanitario serán las siguientes:
- Posibilitar que los niños puedan ser visitados por sus hermanos.
- Implicar a los padres en la atención y cuidado del niño enfermo.
- Acoger sus temores y preguntas, y mantenerles informados en los aspectos que conciernen al niño.
- Dejar que los niños tengas consigo algún juguete de su casa en el hospital. Estos juguetes representan las cosas de su casa y ayudan los niños a soportar el sufrimiento por la separación de su entorno.

- Proporcionar al niño, sobre todo si son muy pequeños, una persona que pueda realizar con él el papel de madre sustituta. Se ha comprobado que para el niño tiene efectos muy beneficiosos establecer una relación especial con algún miembro del equipo sanitario (por ejemplo, TCAE), sobre todo, si ven poco a sus familiares.
- Prestar atención a las necesidades emocionales del niño. Hablarle, mostrar interés por él, preguntarle por sus cosas, contestar a sus preguntas, explicarle el porqué de los actos sanitarios.
- Facilitarles medios de distracción y actividades lúdicas.
- Preservar su intimidad, al igual que se hace con el paciente adulto.
- Adecuar el espacio externo a las características y necesidades del paciente pediátrico.

5 Discusión-Conclusión

La hospitalización infantil, cuenta con personal de enfermería especializado, del cual forma parte el TCAE, que presta cuidados específicos al niño, así como, intervenciones de colaboración con el personal de la unidad, promoviendo, previniendo y afrontando los problemas de salud mental. Por lo tanto, la relación terapéutica del personal de enfermería, basada en la confianza establecida entre los profesionales sanitarios, paciente y familia, que juega un papel importante en la individualización, coordinación y cuidados prestados, buscando la priorización de las necesidades sentidas por el niño y su familia.

El niño hospitalizado se encuentra en un medio hostil que en ocasiones le lleva a adoptar conductas de dependencia. El personal de enfermería es el que más tiempo pasa en contacto con los niños y debemos ser conscientes de cómo nuestra relación con ellos va a marcar el modo en que vivan la enfermedad. Por lo tanto el TCAE, ha de poseer las habilidades, conocimientos y actitudes necesarias para poner en práctica una relación terapéutica con resultados exitosos, ya que van a producir un aumento del grado de adaptación a la hospitalización infantil.

6 Bibliografía

- “Psicopatología del niño y del adolescente”. Jaime Rodríguez Sacristán. Editorial Universidad de Sevilla. 1998.
- “El niño hospitalizado. Características, evaluación y tratamiento. María Pilar Palomo del Blanco”. Ediciones Pirámide S.A. 1999.

- “El niño y su cuerpo. Estudio sobre la clínica psicosomática en la infancia”. L. Kreisler, M. Frain y M.Soulí. Amorrortu editores.
- “La hospitalización. Información y sugerencias”. Cuadernillos del Dr. Castrillón de la Rosa, psiquiatra infantil. Hospital Infantil, HHUU Virgen del Rocío, 2008.
- http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/enero2010/pagina8.html
- http://sepho.es/wp-content/uploads/2016/10/SEPHO_Hospitalistas.pdf
- https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/5238/HerreroFernandezN.pdf

Capítulo 451

ERITEMA DEL PAÑAL EN BEBÉS. CUIDADOS DEL TCAE.

VERÓNICA MUÑOZ EIRO

EVA MARÍA GARCÍA MATOS

Mª DEL MAR VALLINA ALONSO

ANA BELEN VALLINA ALONSO

1 Introducción

La dermatitis del pañal es una afección cutánea común que se desarrolla en la zona de piel del bebé cubierta por el pañal (genitales, región glútea, periné, porción inferior del abdomen y parte superior de los muslos) pudiendo causar llagas, rojeces, escamas y dolor. Se trata de un proceso irritativo e inflamatorio provocado por las condiciones de humedad, fricción y contacto con orina, heces y otras sustancias, como detergentes o perfumes. Afecta por igual a ambos sexos y, en términos generales, se suele producir más frecuentemente entre los seis y los doce meses de edad. Del mismo modo, la incidencia de dermatitis de pañal es mayor en los niños con diarrea, con un fondo alérgico, si reciben lactancia artificial o si están siguiendo tratamiento con antibióticos. La mayoría de los casos se resolverán con simples modificaciones en la forma de cambiar los pañales.

2 Objetivos

- Cocer los factores predisponentes de la dermatitis del pañal.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo se realizó una búsqueda bibliográfica sobre el eritema del pañal utilizando diferentes publicaciones en páginas web, artículos de revista y libros. Palabras clave: eritema, dermatitis

4 Resultados

La piel de los recién nacidos presenta numerosas particularidades que la hacen muy sensible y favorecen las dermatitis de la zona del pañal. La epidermis y el estrato córneo, responsable de la función barrera, son más finos y por ello más permeables. La piel del bebé no tiene normalizada la sudoración ni la función termorreguladora, lo que conlleva una sudoración escasa así como una pobre lubricación de la piel que se traduce en una gran ¬tendencia a la sequedad y, como consecuencia, a la fragilidad. Otra de las particularidades es la inmadurez inmunológica que favorece las infecciones. Se puede considerar que el agente irritativo no es el único causante, sino que resulta de la mezcla de diferentes factores, como la fricción, la oclusión, la humedad excesiva o el aumento del pH en la piel del área del pañal. A veces, una enfermedad dermatológica como la dermatitis seborreica del lactante o la psoriasis pueden ser una causa del eritema del pañal. En raros casos esta afección puede ser provocada por infecciones virales, bacterianas o micosis.

Todo ello produce daño en la epidermis conduciendo a la pérdida de la función de barrera que ejerce la piel y provocando una mayor susceptibilidad a la irritación cutánea. Aún no se ha determinado científicamente el papel que tienen las bacterias en este proceso, pero una explicación posible es que transforman la urea en amonio y elevan el pH de la piel. La piel se sobrehidratada debido al contacto prolongado con el pañal húmedo y se vuelve susceptible de ser dañada por la fricción constante a la que está sometida. Esta fricción provoca la maceración del estrato córneo por el agua de la orina y de las heces, lo que hace que la función barrera de la piel se altere y se vuelva más sensible a la acción de los irritantes. La humedad permanente favorece la proliferación de microorganismos. La elevación del pH urinario favorece la actividad de las enzimas presentes en las heces de los niños (lipasas y proteasas fecales). Las enzimas fecales lesionan la piel de forma directa, incrementan la permeabilidad del área ocupada por el pañal y la hacen más susceptible a otros irritantes. Un eritema del pañal se suele curar con el secado al aire libre, cambio de pañal más frecuente y aplicación de pomada (más grasas

que las cremas) o pastas a base de óxido de zinc. También se aconseja limpiar la piel de forma regular con antisépticos suaves o con jabón neutro y aclarar con agua tibia y se desaconseja el uso de los productos con perfumes o compuestos químicos similares. Es recomendable el uso de algodón para limpiar el área del pañal en cada cambio y evitar frotarla para no producir lesiones más graves. En casos complicados, el médico puede prescribir cremas con corticoides para luchar contra el dolor. En caso de infecciones bacterianas, los antibióticos son necesarios. Conviene cambiar frecuentemente el pañal del bebé sin ajustarlo demasiado o, incluso, mantener al niño sin él en algunos momentos del día.

5 Discusión-Conclusión

El eritema del pañal es uno de los problemas más frecuentes en niños menores de dos años causados por diversos factores ambientales e individuales que determinarán su curso y pronóstico. Cambiar los pañales frecuentemente para evitar que la piel esté expuesta lo menos posible a la humedad. Con cada cambio de pañal, lavar bien la piel del bebé con un poco de agua tibia o con una mezcla de agua y jabón neutro. Secar muy bien la piel antes de volver a poner el pañal porque la humedad es una causa del eritema del pañal. Si se utilizan pañales de tela, aclarar bien con agua para eliminar cualquier traza de detergente, ya que puede ser una causa de irritación. Intentar quitar los pañales un tiempo para que la piel esté expuesta al aire libre. Hasta que la erupción desaparezca, bañar al bebé todos los días. Utilizar agua tibia con un jabón suave y sin perfume. No apretar demasiado los pañales.

Es importante conocer los factores de riesgo y como prevenir el eritema del pañal para qué no aparezca esta patología ya que provoca dolor e irritación en el recién nacido.

6 Bibliografía

- Gascón MP, Gallach M. La dermatitis del bolquer. Circular Farmacéutica 1996;(16):16-9.
- Prats M. Dermatitis del pañal. Farmacia Profesional 1989;3(6):32-6.
- Salvatella N, Camps M. Dermatitis del pañal. El Farmacéutico 2001;(265):71-2.
- Vidal L, Moreno GA, Ferrando J. Dermatitis del área del pañal. Acofar 2000; (383):40-4

Capítulo 452

PREVENCION DE FRACTURAS DE CADERA, DISMINUCIÓN DEL GASTO SANITARIO

PATRICIA CORRALES REY

HORTENCIA BEATRIZ MERCHÁN PEÑAFIEL

MARIA DOLORES LORENZO GARCIA

1 Introducción

Las fracturas de cadera son lesiones graves y frecuentes en personas mayores, siendo una de las principales causas de hospitalización así como motivo de pérdida de autonomía y por tanto, de asistencia socio-sanitaria. Tienen un alto coste socioeconómico para la seguridad social y están asociadas a una elevada morbimortalidad.

2 Objetivos

- Determinar las medidas para la prevención de fracturas de cadera.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo se ha realizadouna búsqueda en diferentes bases de datos como Cuiden y PubMed. Se ha realizado una búsqueda

bibliográfica: Biblioteca electrónica Scielo. Ed. Electrónica Elsevier, y Google Académico

4 Resultados

Aunque la genética sea un factor determinante de la estatura potencial y la fuerza del esqueleto humano, los factores de estilo de vida como la dieta y la actividad física pueden influir en la salud de los huesos. Dieta variada y saludable, que incluya verduras, leche, frutas y derivados lácteos; la práctica de ejercicio físico regularmente y las actividades al aire libre (esto favorece la síntesis de la vitamina D) son medidas que deben adoptarse desde edades tempranas y mantenerlas después en la edad adulta. También, abandonar el hábito del tabaco y el consumo de alcohol es uno de los consejos mas frecuentes. Un estudio precoz de la densidad mineral ósea (DMO) en mujeres después de la menopausia o en personas con historial previo de fracturas, permitiría el abordaje precoz del problema mediante tratamientos farmacológicos adecuados. El uso de recursos sanitarios es elevado en el tratamiento de fracturas de cadera, tanto durante en la hospitalización como en el seguimiento posterior. como suelen producirse en personas de edad avanzada, los pacientes requieren cuidados ambulatorios, rehabilitación, ayuda para caminar, asistencia domiciliaria y/o institucionalización después del alta hospitalaria.

5 Discusión-Conclusión

Un estilo de vida saludable así como la detección temprana de desmineralización ósea reduciría el gasto sanitario asociado al tratamiento y rehabilitación de fracturas de este tipo. Es importante una buena educación para la salud para la prevención de las fracturas.

6 Bibliografía

- Google academico,
- Ed. Electronica Elsevier
- Biblioteca electronica Scielo.

Capítulo 453

CUIDADOS NUTRICIONALES QUE DEBEN LLEVARSE A CABO EN EL PACIENTE CON ENFERMEDAD DE PARKINSON

AURISTELA ACEVEDO SUÁREZ

ARACELI HUERTA FERNÁNDEZ

MARÍA ISABEL GARCÍA FERNÁNDEZ

INÉS RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ

NURIA HUERTA GONZÁLEZ

1 Introducción

La enfermedad de Parkinson es un trastorno degenerativo del sistema nervioso central probablemente de origen multifactorial y, sin duda, ampliamente desconocido. Tiene un comienzo generalmente insidioso, aunque evoluciona de forma lenta pero inexorablemente progresiva hasta la incapacitación. Se caracteriza por la presencia de: hipertonía que conduce a la rigidez y actitud de flexión; acinesia caracterizada por la rareza y lentitud de los movimientos; temblor de reposo, y otra semiología neurológica asociada como trastornos vegetativos (sialorrea, hipotensión ortostática), funcionales y psíquicos. Esta enfermedad, a través de múltiples mecanismos, puede llegar a comprometer la ingesta de nutrientes y producir una malnutrición proteico-calórica.

Recientemente, algunos estudios epidemiológicos observacionales sugieren que diversos factores ambientales podrían estar relacionados con el riesgo de desarrollo o progresión de la enfermedad de Parkinson; entre ellos destacan los relacionados con la dieta. Los constituyentes de la dieta implicados en la disminución del riesgo son ciertas vitaminas (B6, B12, folatos, vitamina C y vitamina E) que podrían actuar neutralizando radicales libres o sobre el metabolismo de la homocisteína. Por otro lado, los ácidos grasos de origen animal, el hierro y el manganeso, que favorecen el estrés oxidativo y la perioxidación lipídica, se han relacionado con un incremento del riesgo de enfermedad de parkinson.

Asimismo, sin que aún se conozca lo suficiente el mecanismo de acción, el consumo de lácteos también se ha relacionado con un mayor riesgo de enfermedad. Dada la naturaleza de estos estudios, son necesarios más ensayos clínicos aleatorizados y controlados con placebo que confirmen estas relaciones.

El tratamiento de la enfermedad con L-dopa comporta con frecuencia una gran mejoría del síndrome, aunque la terapia prolongada con este fármaco se asocia en ocasiones a una cierta pérdida de la eficacia del fármaco. Las alteraciones motoras (discinesia, bradicinesia) que aparecen en estas situaciones se han atribuido a alteraciones de la farmacocinética del fármaco.

Ciertos aminoácidos de la dieta pueden llegar a competir con este fármaco en el sistema de transporte intestinal, dificultando su absorción y el paso a la sangre circulante, disminuyendo de esta manera la eficacia del tratamiento pautado. De hecho, la ingesta de una dieta hiperproteica se asocia a un aumento de las concentraciones plasmáticas de aminoácidos neutros de cadena larga (leu, ile, val, met, tyr y phe). Estos aminoácidos compiten con la L-dopa en el sistema de transporte, tanto en el intestino como en la barrera hematoencefálica. Por ello, la administración conjunta en una misma toma de cantidades elevadas de alimentos ricos en proteínas y L-dopa provoca la inhibición de la absorción y el efecto de este medicamento. También se han descrito alteraciones en la sensibilidad de los receptores pre y postsinápticos a la dopamina. Por este motivo se ha recomendado que este medicamento se administre de forma espaciada de las comidas o bien junto con comidas ricas en hidratos de carbono y desprovistas de alimentos proteicos.

2 Objetivos

- Describir las recomendaciones dietéticas que deben llevarse a cabo en el paciente con enfermedad de parkinson.

3 Metodología

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica a través de las bases de datos: Dialnet, PubMed y Cuiden utilizando como descriptores las palabras clave: nutrición, alimentación, parkinson, cuidados nutricionales. Se seleccionaron estudios publicados en los últimos 20 años tanto en castellano como en inglés. Tras la realización de una primera búsqueda se encontraron 53 estudios, tras una lectura crítica de los mismos, finalmente fueron seleccionados para la realización del presente trabajo diez de ellos, puesto que eran los únicos que se adaptaban a los criterios previamente establecidos. Se han seleccionado estudios publicados en los últimos veinte años, en idioma castellano o inglés, disponibles en texto completo y directamente relacionados con la temática en estudio.

4 Resultados

Ingesta de energía.
La pérdida de peso es un síntoma frecuente en la enfermedad de parkinson. Muchas veces ocurre en fases iniciales de la enfermedad, aunque es mucho más frecuente cuando la enfermedad avanza y el paciente presenta fluctuaciones motoras severas. La pérdida ponderal puede deberse a una ingesta calórica insuficiente o a un aumento de las pérdidas.

La ingesta deficiente puede ser secundaria a los siguientes procesos: náuseas o vómitos que producen ciertos medicamentos antiparkinsonianos; alteración cognitiva o depresión nerviosa; pérdida de la capacidad olfatoria; pérdida de la sensación de apetito secundaria al daño hipotalámico producido por la enfermedad; alteraciones motoras que afectan a la masticación o a la salivación; alteraciones en la deglución en estadios muy avanzados, y modificaciones extremas en los hábitos de alimentación realizadas para obtener una mejor eficacia de la medicación.

Ciertos autores han observado un aumento del gasto energético en ciertos pacientes con parkinson que presentan aumento del tono muscular o fases de movimientos involuntarios. Sin embargo, debemos recordar que estos pacientes

presentan generalmente una dificultad para realizar las actividades habituales. Es importante asegurar un aporte correcto de energía en estos pacientes, sea mediante la dieta oral o enteral, y vigilando estrechamente la evolución del peso corporal.

Ingesta de proteínas.
Se han llevado a cabo diferentes estudios que analizan la repercusión de una dieta hipoproteica sobre la eficacia del fármaco. La mayoría coinciden en que las fluctuaciones motoras se relacionan con el contenido proteico de la dieta, mejorando la clínica al restringirlo. No obstante, ciertos autores han analizado el efecto de dietas ricas en hidratos de carbono, ricas en proteínas o equilibradas sin encontrar diferencias importantes en las concentraciones plasmáticas de L-dopa o de aminoácidos neutros de cadena larga, aunque sí mejorías clínicas en los sujetos que ingirieron dietas equilibradas. Otros estudios obtienen mejorías clínicas al modificar la distribución proteica a lo largo del día, restringiendo el aporte proteico desde el desayuno hasta la cena y permitiendo la ingesta de este nutriente a partir de la noche. A la vista de los resultados publicados en la bibliografía hasta la actualidad, parece razonable tomar las siguientes precauciones en los pacientes tratados con L-dopa:
- No es aconsejable el uso prolongado de dietas con menos de 0,8g/Kg/día de proteínas, ya que con ello no se cubren las cantidades mínimas recomendadas.
- No es aconsejable el uso de dietas hiperproteicas durante el tratamiento del enfermo con parkinson y tratado con L-dopa.
- Algunos pacientes pueden beneficiarse de la administración de dietas altamente hipoproteicas durante toda la mañana y mediodía (≤10g) y ricas en proteínas a partir del atardecer. Esto comporta una mejoría clínica del paciente durante la mañana y la tarde y un empeoramiento a partir de la noche. Este tipo de dieta se reservará a pacientes que presentan pérdida de eficacia del tratamiento con fluctuaciones motoras (discinesia-bradicinesia). Igualmente, para evitar la saturación del transportador intestinal de este medicamento por los aminoácidos de la dieta, se intentará que la toma de la L-dopa se realice entre 30 y 60 minutos antes de las comidas. En caso de que no se observe eficacia alguna con este cambio drástico en los hábitos dietéticos del paciente, se abandonará la dieta y se seguirán las recomendaciones precedentes.

Otros factores de la dieta que pueden afectar a la biodisponibilidad de la L-Dopa. Todos los factores que retrasen el tiempo de vaciado gástrico (acidez gástrica, alta densidad energética de la dieta, alto contenido en grasa de la dieta, ingesta de

algunos tipos de fibra dietética, etc) pueden ser responsables de una disminución de las concentraciones plasmáticas de la L-dopa, provocando una disminución o retraso de su acción.

Sin embargo, recientes estudios experimentales que analizan la interacción entre la toma de cáscara de Plantago ovata ,L-dopa y carbidopa demuestran que este tipo de fibra mejora las condiciones de absorción del L-dopa, mientras que cuando este fármaco se administra junto con carbidopa, la cáscara de Plantago ovata podría, además de ayudar a mejorar el tránsito intestinal de estos pacientes, mantener estables las concentraciones de L-dopa plasmática durante un mayor periodo de tiempo, y de esta manera contribuir posiblemente a mejorar los periodos de empeoramiento de los síntomas del parkinson. Son necesarios estudios en humanos que reafirmen los beneficios clínicos observados en estos ensayos. La absorción de L-dopa es rápida y eficiente cuando se administra mediante sonda nasogástrica o por vía duodenal.

Realización de la dieta.
Tanto la administración de dietas altamente hipoproteicas como de dietas pobres en proteínas durante la mañana se asocian con frecuencia a un aporte deficiente en este nutriente, favoreciendo el catabolismo muscular y la malnutrición predominantemente proteica. Por ello, es imprescindible instruir al paciente sobre la necesidad de un aporte de proteínas suficiente y de alto valor biológico. En ciertos casos puede ser útil la administración de suplementos proteicos por la noche, sobre todo en pacientes con serias limitaciones psicosociales dependientes de un cuidador.

Asimismo, es necesario explicar al paciente y a su familia el porqué de las normas o modificaciones dietéticas impuestas. Es importante que el paciente conozca los alimentos que contienen proteínas, cómo y a qué hora debe consumirlos. La redistribución horaria de la ingesta comporta una fuerte modificación de los hábitos y costumbres tanto del paciente como de la familia, que en ocasiones son difíciles de aceptar en la práctica real.

La depresión, la demencia y la disfagia se asocian habitualmente al síndrome, lo cual dificulta una ingesta correcta de líquidos y calorías. En este caso, el paciente necesita un control continuo de su alimentación. En ciertos casos es necesario modificar la textura de la dieta administrada. El estreñimiento también se observa con frecuencia en algunos pacientes. La administración correcta de fibra a menudo se asocia a una mejoría tanto en la frecuencia como en el número de

deposiciones.

5 Discusión-Conclusión

A raíz de la revisión bibliográfica realiza y de los resultados obtenidos se observa la importancia de una adecuado aporte proteico así como una correcta distribución horaria del mismo para optimizar la biodisponibilidad del tratamiento con L-dopa así como para conseguir un buen estado nutricional del enfermo de parkinson, lo cual repercutirá positivamente en la evolución de la enfermedad.

6 Bibliografía

- Anderson C, Chechoway H, Franklin G, Beresford S, Smith-Weller T, Swanson P. .Dietary factors in Parkinson's disease: The role of food groups and specific foods. Mov Disords. 1999;14:21-7.
- Berry EM, Growdon JH, Wurtman JJ, Caballero B, Wurtman RJ. A balanced carbohydrate: protein diet in the management of Parkinson's disease. Neurology. 1991;41:1295-7.
- García JJ, Fernández N, Carriedo D, Díez MJ, Sahagun A, González A, et al. Hydrosoluble fiber (Plantago ovata husk) and levodopa I: Experimental study of the pharmacokinetic interaction. Eur Neuropsychopharmacol. 2005;15:497-503.

Capítulo 454

IMPORTANCIA DE UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE EN LA PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

MARÍA ISABEL GARCÍA FERNÁNDEZ

INÉS RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ

ARACELI HUERTA FERNÁNDEZ

AURISTELA ACEVEDO SUÁREZ

NURIA HUERTA GONZÁLEZ

1 Introducción

Dentro de los trastornos que se consideran enfermedades cardiovasculares (ECV) existe en la mayoría un proceso patológico común: la aterosclerosis. Se caracteriza por una acumulación de grasa y células en la pared arterial formando estrías grasas que se transformarán en placas de ateroma y éstas provocarán un estrechamiento y un mal funcionamiento de los vasos. La aterosclerosis y las ECV son junto con el cáncer la primera causa de morbi-mortalidad en países desarrollados, además de ser una de las causas más importantes de discapacidad y muerte prematura.

Desde enfermería se puede abordar este problema mediante la elaboración de programas de salud que estén encaminados a modificar los hábitos de vida y concienciar a la población de la importancia de mantener un estilo de vida saludable para prevenir y/o tratar estas patologías. El objetivo del trabajo es recopilar información científica existente sobre la relación entre salud cardiovascular, dieta y ejercicio físico, para poder actuar sobre esos factores de riesgo en un futuro como profesionales de la enfermería. Para ello se ha llevado a cabo a través de artículos científicos y libros especializados relacionados con la dieta, el ejercicio y la salud cardiovascular en los últimos diez años. En la sociedad actual ha surgido la necesidad de crear estrategias de intervención, que incidan sobre las conductas de la población, donde la labor del profesional de enfermería es crucial para la educación, prevención y control de las enfermedades cardiovasculares.

2 Objetivos

Objetivo general:
- Analizar la información científica existente sobre la relación entre salud cardiovascular, dieta y ejercicio físico, para poder actuar sobre esos factores de riesgo en un futuro como profesionales de la enfermería.

Objetivos específicos:
- Identificar los factores de riesgo asociados a las enfermedades cardiovasculares.
-. Establecer la relación existente entre dieta, ejercicio y éstas enfermedades.
- Fomentar hábitos de vida saludables.
- Analizar el papel de enfermería en la prevención y/o tratamiento de la enfermedad cardiovascular.

3 Metodología

El presente trabajo consiste en una revisión bibliográfica, para la cual se ha realizado una búsqueda relacionada con la dieta, el ejercicio y la salud cardiovascular en los últimos diez años. El periodo en el que se ha llevado a cabo la búsqueda ha sido entre diciembre de 2007 y diciembre de 2017. Las bases de datos utilizadas han sido: Cuiden, Dialnet, Scielo, Enfispo y Lilacs.

Las referencias encontradas utilizando las palabras clave mencionadas anteriormente han sido:
Cuiden: 166 resultados, utilizados 3 artículos.

Dialnet: 246 resultados, utilizados 10 artículos.
Scielo: 134 resultados, utilizados 2 artículos.
Enfispo: 46 resultados, utilizado 1 artículo.
Lilacs: 33 resultados, ningún artículo utilizado.

El artículo más antiguo revisado es del año 2008 y el libro más antiguo revisado es del año 2005.

Criterios de inclusión:
- Artículos científicos con una antigüedad máxima de diez años.
- Centrados en la población adulta.
- Principalmente en lengua española e inglesa.

Criterios de exclusión:
- Artículos que quedan fuera del tiempo acotado.
- Centrados en población infantil y anciana.
- Lengua diferente a la española o inglesa.

4 Resultados

Sabiendo que las ECV continúan siendo la primera causa de morbi-mortalidad y conociendo los principales factores de riesgo; como profesionales de enfermería, ¿qué debemos conocer sobre la dieta y el ejercicio en relación con la salud cardiovascular? En 2005, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad puso en marcha la Estrategia NAOS (Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad) cuyo objetivo era sensibilizar a la población del problema que representa la obesidad para la salud e impulsar aquellas iniciativas que contribuyen a lograr que las personas adopten hábitos de vida saludables, especialmente a través de una alimentación saludable y de la práctica regular de actividad física.

1. Dieta y enfermedad cardiovascular:
Hay que abordar al paciente con riesgo cardiovascular (RCV) de manera global, ya que controlando todos los factores de riesgo y las comorbilidades asociadas se puede reducir el RCV total del paciente. Una dieta adecuada es fundamental en el tratamiento de estas personas. A pesar de que se conocen los beneficios de una dieta saludable y en qué consiste, muchas personas tienen dudas a la hora de introducirla en su vida diaria. Para subsanar esto, existen guías europeas de prevención cardiovascular que aconsejan que aquellos pacientes que presenten

ECV o riesgo de padecerlas sean asesorados por un profesional sobre alimentos y opciones dietéticas. Estas recomendaciones se tienen que establecer individualmente, teniendo en cuenta los factores de riesgo de cada persona, comorbilidades asociadas y factores psicosociales que puedan influir.

¿Qué modelo de dieta se debe seguir para prevenir las enfermedades cardiovasculares?. Existen diferentes opciones dietéticas:

- Dietas con una restricción del consumo de grasa. Logra una pérdida de peso, sin embargo, no hay que olvidar la importancia de la restricción calórica sobre la de un determinado nutriente.
- Dietas bajas (10-19% del valor calórico total en forma de grasas) o muy bajas en grasa (10%). Éstas últimas pueden ocasionar déficits de vitaminas liposolubles (A, D, E, K).
- Otra posibilidad es la modificación del tipo de grasas, no sólo la cantidad.
- Dietas con restricción de los hidratos de carbono: bajas en Hidratos de Carbono (menos del 45% del total) y muy bajas en Hidratos de Carbono (menos del 10% de las calorías totales). Una de las dietas más conocidas con estas características es la "Dieta de Atkins". Los estudios que han comparado las dietas bajas en grasas con las bajas en hidratos de carbono no han encontrado diferencias significativas en la pérdida de peso y la masa magra, pero sí en cuanto a parámetros metabólicos.
- Dietas con alto contenido proteico: El hecho de aumentar la cantidad de proteínas en la dieta se suele acompañar de una restricción en el tipo y cantidad de alimentos ricos en Hidratos de Carbono (HC).
- Dieta del corazón (Diet Heart): esta dieta se basa en que el aumento del consumo de grasas saturadas y colesterol conducen a la formación de la placa ateromatosa.
- Dieta DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension): Se caracteriza por ser una dieta rica en frutas, vegetales y lácteos descremados; además incluye granos enteros, pollo, pescado y pequeñas cantidades de carnes rojas y dulces. Esta dieta es baja en grasa saturada, grasa total y colesterol y es alta en potasio, magnesio y calcio.

Analizadas todas las opciones dietéticas anteriores, se puede decir que, una dieta ideal para disminuir y/o tratar el RCV sería una en la cual se reduzca ligeramente el consumo de grasa total (especialmente las grasas saturadas); para conseguirlo es aconsejable una disminución de la ingesta de leche entera, carnes grasas, vísceras, embutidos y bollería industrial, además de aumentar el consumo de cereales, legumbres, hortalizas y frutas; uso del aceite de oliva, y sustituir algunos platos de carne por pescado (especialmente los de mayor contenido en omega-3); y un consumo moderado de alcohol.

1.2 Dieta Mediterránea: el estudio de los Siete Países finalizado en el año 1970 fue la base científica que adjudicó las virtudes saludables a la Dieta Mediterránea. En este estudio, los resultados mostraron un menor índice de mortalidad (principalmente por accidentes cardiovasculares) en las poblaciones del área mediterránea. El efecto beneficioso de esta dieta se debe a que aporta factores de protección, nutrientes y demás sustancias de origen vegetal que actúan frente al estrés oxidativo (en especial, el aceite de oliva). La Dieta Mediterránea es el patrón de alimentación propio de la década de los sesenta en los países de la cuenca mediterránea (sur de Italia, Grecia, España y norte de África). En la última actualización se introdujeron dos cambios: Los cereales deberían ser principalmente integrales y los productos lácteos, desnatados. Además se han añadido aspectos relacionados con hábitos de vida como el ejercicio físico, la sociabilidad y compartir mesa con familiares y amigos.
Características de la dieta mediterranea:
- Consumo de grasas, principalmente en forma de aceite de oliva.
- Elevado consumo de cereales no refinados, fruta, verduras, legumbres y frutos secos.
- Consumo moderado-alto de pescado.
- Consumo moderado-bajo de carne blanca (aves y conejo) y productos lácteos.
- Bajo consumo de carne roja y derivados cárnicos.
- Consumo moderado de vino con las comidas.

Hay revisiones que han comprobado que la Dieta Mediterránea es la opción nutricional con mayor probabilidad de tener un efecto protector del sistema cardiovascular de entre varios candidatos de dietas y alimentos saludables. El estudio PREDIMED (PREvención con DIeta MEDiterránea) se inició en el año 2003 y analizó los efectos de la Dieta Mediterránea en la prevención primaria de ECV. Se incluyeron 7447 personas con alto riesgo vascular que se distribuyeron en tres grupos de intervención:
- Dieta Mediterránea suplementada con aceite de oliva virgen extra.
- Dieta Mediterránea suplementada con frutos secos.
- Dieta control (baja en todo tipo de grasas).

Los resultados mostraron efectos beneficiosos sobre la presión arterial, el perfil lipídico, marcadores de oxidación e inflamación y aterosclerosis carotídea, además de una reducción del 30% de riesgo de sufrir infarto de miocardio, accidente cerebrovascular y muerte cardiovascular en los grupos con Dieta Mediterránea en comparación con el grupo de dieta control. De este estudio se deriva que la Dieta Mediterránea es una herramienta útil en la prevención de ECV.
En el ensayo clínico "Women's Health Initiative Dietary Modification Trial", el

cual se comenzó en la década de los 90, se incluyeron a 48.835 mujeres a las que se asignó aleatoriamente a una dieta baja en grasas o a un grupo control; se les siguió durante 8,1 años. En los resultados se observaron 3.445 eventos cardiovasculares mayores, por lo que no se evidenció que una dieta baja en grasas redujese los riesgos de enfermedad coronaria, ictus y ECV total.
Analizados y comparados los resultados de este estudio con el anterior, se deduce que una reducción de la ingesta total de grasas no es la clave para reducir el RCV. Mientras que el patrón alimentario mediterráneo, rico en grasas monoinsaturadas (aceite de oliva), es un buen modelo de dieta saludable, apetecible y más fácil de mantener en el tiempo. Además, si en una dieta se reduce el consumo de grasa excesivamente, la mayoría de energía se obtendría a partir de los HC y las dietas ricas en éstos pueden suponer un aumento del riesgo de resistencia a la insulina y Diabetes Mellitus (DM), que son factores de riesgo cardiovascular.

1.2.1 Nutrientes recomendados

- Vitaminas: las vitaminas C, E y la provitamina A (β-caroteno) tienen actividad antioxidante; evitan la formación de radicales libres, responsables de la oxidación de lipoproteínas plasmáticas, evitando de esta forma la formación de placas de ateroma. Por lo que, alimentos ricos en estas vitaminas disminuyen el riesgo de padecer ECV. El ácido fólico y las vitaminas B6 y B12 son cofactores reguladores del metabolismo de la metionina, aminoácido esencial procedente también de alimentos de origen animal. El exceso de metionina se transforma en homocisteína, aminoácido con capacidad aterogénica, por lo que niveles elevados del mismo constituyen un factor de RCV.
- Minerales: es importante el aporte de selenio, mineral antioxidante, así como de zinc, cobre y manganeso por sus efectos reguladores sobre la enzima antioxidante superoxido dismutasa.
- Polifenoles, fitosteroles y compuestos azufrados: los polifenoles protegen de la oxidación a las partículas de cLDL (colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad), favoreciendo un adecuado funcionamiento del sistema cardiovascular. Alimentos como el chocolate, el vino tinto y el té verde son ricos en polifenoles. El chocolate por su elevada cantidad de polifenoles, posee actividad antioxidante. Se han realizado estudios de intervención en humanos tras su consumo; mostrando una disminución de la oxidación del cLDL y un aumento de la capacidad antioxidante del plasma. El vino tinto, también por su alto contenido en polifenoles se asocia a una reducción del RCV. Un consumo moderado (dos vasos de vino al día) produce un aumento del cHDL (colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad) y reduce el riesgo de enfermedad coronaria; no obstante, el riesgo de enfermedad para un consumidor intenso sería el doble de alto. El consumo de

té verde se ha relacionado con pequeñas reducciones de cLDL y de presión arterial, pero el número de estudios no es concluyente y hay escasez de datos de seguimiento a largo plazo para valorar sus efectos.

Los fitosteroles disminuyen la absorción intestinal de colesterol de dos formas: los esteroles y el colesterol tienen una estructura química muy parecida, compitiendo así por la misma vía de absorción. Por otro lado, parte de los esteroles se unen al colesterol y precipitan en forma de partículas insolubles que se excretan con las heces. De esta forma, se reduce el nivel sanguíneo de cLDL, sin afectar al cHDL, por lo que se reduce el RCV. No obstante hay que tener presente que los fitosteroles son susceptibles de oxidarse, por lo tanto es necesario controlar los procesos oxidativos de los alimentos que los poseen para evitarlo.
Los compuestos azufrados derivados de la cisteína son eficaces por tener capacidad hipocolesterolemiante además de disminuir el riesgo de trombosis y agregación plaquetaria.

- Fibra: se pueden distinguir dos tipos de fibras. Las fibras insolubles (celulosa y lignina) que no son hidrolizables y casi no sufren fermentación; mientras que las fibras solubles (pectina, inulina, guar o betaglucano) no se hidrolizan en estómago pero pueden sufrir fermentación en el intestino. El principal efecto fisiológico tras el consumo de fibras insolubles es la reducción del tiempo de tránsito intestinal, además de la distensión producida que aumenta la sensación de saciedad y contribuye a reducir el consumo calórico.
Por otro lado, los efectos de las fibras solubles son la viscosidad, fermentabilidad y la capacidad de formación de geles. Éstos últimos son capaces de capturar moléculas de colesterol y glucosa reduciendo así su biodisponibilidad. La fermentabilidad ayuda a reducir la concentración de lipoproteínas de baja densidad en la sangre.
Los estudios que existen concluyen que una dieta rica en fibra se asocia a menor riesgo de sufrir ictus, ECV y enfermedad coronaria.
- Grasas cardiosaludables: las grasas son un conjunto de nutrientes químicamente heterogéneos por su diferente composición en ácidos grasos. Los ácidos grasos se clasifican por la presencia o no de dobles enlaces:
Ácidos Grasos Saturados (AGS): sin dobles enlaces.
Ácidos Grasos Insaturados (AGI): con dobles enlaces. Que a su vez pueden ser:
Ácidos Grasos Monoinsaturados (AGM): con un doble enlace.
Ácidos Grasos Poliinsaturados (AGP): con dos o más. Dentro de este grupo se encuentran:
- Omega-3.

- Omega-6.

Evidencias científicas demuestran que el consumo de ácidos grasos omega-3 produce una disminución del RCV por su acción protectora realizada a través de mecanismos relacionados con la prevención de la inflamación sistémica, la mejora del perfil lipídico, acción antiarrítmica y efectos antitrombóticos. Por otro lado, los resultados de estudios19 expresan que un consumo de omega-6 de entre 5-10% de la energía total reduce el riesgo de sufrir enfermedad coronaria.

Efectos de los ácidos grasos:

- AGP: ayudan a la reducción del colesterol total y los triglicéridos en la sangre.
- Omega-3: reducen el cLDL pero no modifica el cHDL.
- Omega-6: reducen ambos tipos de colesterol.
- AGM: disminuyen también el colesterol total, reducen el cLDL, evitan su oxidación y aumentan los niveles de cHDL.

- Frutas y verduras: las frutas y verduras se han considerado alimentos que fomentan la salud por la asociación entre su mayor consumo y la reducción del riesgo de sufrir enfermedades crónicas (como las ECV). Actualmente, las guías alimentarias recomiendan un consumo de ≥ 5 raciones al día. Los resultados de diferentes ensayos18 demuestran la existencia de asociaciones entre aumento del consumo de frutas y verduras y la mejora de la presión arterial y la función microvascular.
- Agua: el agua representa el 60% del peso corporal. Diariamente debemos ingerir entre 1750 y 2550 ml de agua (entre 500 y 900 ml lo deberían aportar frutas y verduras, el resto líquidos, principalmente agua). No obstante estos valores pueden variar según la edad, el peso, la actividad física y las condiciones climatológicas. Para dietas con bajo contenido en sodio, el agua ingerida tendría que presentar un valor igual o inferior a 20 mg/l de sodio.

2. Ejercicio y enfermedad cardiovascular:

Algunos autores consideran el sedentarismo como uno de los problemas de salud pública más importantes del siglo XXI. La actividad física, si se practica con regularidad, reduce el riesgo de padecer cardiopatías coronarias, accidentes cerebrovasculares, Diabetes Mellitus tipo 2, hipertensión, cáncer de colon, de mama y depresión. Además, contribuye a conseguir un equilibrio energético y controlar el peso corporal. La cantidad de ejercicio está inversamente relacionado con el desarrollo de factores de riesgo CV y con la mortalidad a largo plazo por ECV y neoplásicas. Tiene efectos beneficiosos sobre el perfil lipídico (reduce el cLDL, los triglicéridos y aumenta el cHDL), sobre la composición corporal, la capacidad aeróbica y la hemostasia (disminuye el riesgo de trombosis).

A pesar de que los términos actividad física, ejercicio físico y deporte se usan con regularidad, no significan lo mismo. Actividad física es "cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que tiene como resultado un gasto de energía". Ejercicio físico es "un tipo de actividad física planificada, estructurada y repetitiva que tiene como finalidad el mantenimiento o la mejora de uno o más componentes de la forma física". El deporte "comprende el juego organizado que lleva consigo la realización de esfuerzo físico que se atiende a una estructura establecida y está organizado dentro de un contexto de reglas formales y explícitas respecto a conductas y procedimientos. Es una actividad física e intelectual que tiene un componente competitivo y de espectáculo e implica un entrenamiento físico". (Boraita Pérez, A. 2008).

Efectos del Ejercicio Físico sobre los Factores de Riesgo Cardiovascular:

La realización de actividad física regular disminuye la resistencia a la insulina ya que el tejido muscular aumenta su capacidad de captación de glucosa, disminuye el riesgo de DM tipo 2 y una vez que ésta ha aparecido, ayuda a controlar la glucemia. Además regula el metabolismo del glucógeno, reduce las hiperglucemias postprandiales y contribuye a la reducción del peso corporal; todos estos efectos juntos contribuyen al control de la glucosa y la disminución de la hemoglobina glicosilada a medio plazo.

Previene la hipertensión arterial (HTA) y disminuye la presión sanguínea. Es más significativo en pacientes hipertensos, con una reducción media de 6-7mm Hg en las presiones sistólica y diastólica; en cambio, en personas normotensas la reducción es de 3mm Hg. La práctica de actividad física regular, reduce la actividad simpática en reposo, la concentración plasmática de catecolaminas y modifica la homeostasis renal (disminuyendo las resistencias vasculares renales). Si se combina actividad física y dieta hipocalórica, se favorece la prevención y tratamiento del sobrepeso y la obesidad. La realización continua de ejercicio contribuye a reducir el peso corporal (especialmente el porcentaje graso) y a la reducción de marcadores inflamatorios (la proteína C reactiva en personas con sobrepeso u obesidad).

5 Discusión-Conclusión

Una vez realizada esta revisión bibliográfica, se pueden extraer las siguientes conclusiones:

- Las ECV son un problema de salud pública muy importante del siglo XXI con-

stituyendo la principal causa de morbi-mortalidad.
- Los factores de riesgo se distinguen en modificables (tabaquismo, obesidad, sedentarismo, alcoholismo, dieta y estrés), no modificables (sexo, edad, genotipo y postmenopausia) y enfermedades asociadas (obesidad, HTA, dislipidemia y DM).
- Actuando sobre los factores de riesgo se puede disminuir la aparición o las complicaciones derivadas de las ECV.
- Una reducción total de la ingesta de grasas en la dieta no es la solución para reducir el RCV.
- La Dieta Mediterránea es la mejor opción dietética para la salud cardiovascular.
- Las actividades físicas de moderada-alta intensidad con un consumo ≥ 1000 kcal/semana son las que han mostrado un mayor beneficio para disminuir el RCV.
- Practicar actividad física frecuente y constantemente se debe recomendar a toda la población para garantizar una adecuada calidad de vida.
- En la sociedad actual ha surgido la necesidad de crear estrategias de intervención que incidan sobre las conductas de la población, donde la labor del profesional de enfermería es crucial para la educación, prevención y control de las enfermedades cardiovasculares.

6 Bibliografía

- Aguilera García CM, Mesa García MD, De Luis Román DA. Nutrición y enfermedad cardiovascular. En: Gil Hernández A, director. Tratado de nutrición. Tomo IV, nutrición clínica. 2ª ed. Madrid: Editorial médica panamericana; 2010. 491-515.
- Mataix Verdú J. Nutrición en situaciones patológicas. En: Mataix Verdú J, editor. Nutrición para educadores. 2ª ed. España: Ediciones Díaz de Santos y Fundación Universitaria Iberoamericana; 2005. 465-570.
- Gutiérrez Fuentes JA, Gómez Gerique JA, Gómez de la Cámara A, Rubio Herrera MA, Cancelas Navia P, Jurado Valenzuela C. DRECE 1990-2010. Med Clin Monogr. 2011; 12: 1-39.
- Catalán Edo MP, Serrano Ostariz E. El deporte como regulador de factores de riesgo cardiovascular. Diferencias según el género. Nure Inv. 2013; 10(66): 1-7.
- Estruch R. Mortalidad cardiovascular: ¿cómo prevenirla?. Nefrología. 2014; 34(5): 561-569.
- O'Donnell CJ, Elosua R. Factores de riesgo cardiovascular. Perspectivas derivadas del Framingham Heart Study. Rev Esp Cardiol. 2008; 61(3): 299-310.
-Vázquez Martínez C, Calañas Continente A, de Cos AI, Ortega Anta RM, Ballesteros Arribas JM. Aspectos nutricionales en la prevención de la obesidad y la

Diabetes Mellitus 2. En: Consejería de Sanidad, editor. Nutrición y alimentación en promoción de la salud. Cuenca: Consejería de Sanidad; 2007. 236-249.

Capítulo 455

CUIDADOS DEL TCAE EN SALUD MENTAL

MARÍA ISABEL GARCÍA FERNÁNDEZ

INÉS RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ

NURIA HUERTA GONZÁLEZ

ARACELI HUERTA FERNÁNDEZ

AURISTELA ACEVEDO SUÁREZ

1 Introducción

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM, según sus siglas en inglés) es editado por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), y constituye en la actualidad la guía de referencia sobre la clasificación y descripción de los trastornos mentales a nivel internacional. En la actualidad está vigente la versión revisada en 2000 de la cuarta edición, publicada en 1984, el conocido como DSM-IV-TR. El objetivo del DSM-IV-TR es ofrecer una nueva clasificación de trastornos mentales, descritos de forma categorial, en base a unos criterios diagnósticos frutos de la investigación clínica y consensuados por los grupos de trabajo de la APA, para así evitar la variabilidad a la hora de diagnosticar.

El sistema diagnóstico que utiliza el DSM-IV-TR es categorial, es decir, existen una serie de categorías cerradas y para pertenecer a una u otra hay que cumplir una serie de criterios durante un tiempo determinado, y siempre bajo la premisa

de que no se establecerá un diagnóstico si la clínica que presenta la persona puede ser explicada mejor por cualquier otro. Las categorías de trastornos mentales incluidas en el DSM-IV-TR son las siguientes:
- Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia.
- Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos.
- Trastornos mentales debidos a enfermedad médica.
- Trastornos relacionados con sustancias.
- Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
- Trastornos del estado de ánimo.
- Trastornos de ansiedad.
- Trastornos somatomorfos.
- Trastornos facticios.
- Trastornos disociativos.
- Trastornos de la conducta alimentaria.
- Trastornos del sueño.
- Trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados.
- Trastornos adaptativos.
- Trastornos de la personalidad.

En este trabajo nos centraremos concretamente en los trastornos de la personalidad.

2 Objetivos

Objetivo general.
- Determinar los cuidados que debe prestar el técnico en cuidados de auxiliar de enfermería (TCAE) en la unidad de Salud Mental, concretamente a los pacientes que padecen trastornos de personalidad.

Objetivos específicos.
- Conocer la clasificación de enfermedades mentales según el DSMIV y las características de cada una de las etiquetas diagnósticas.
- Clasificar las intervenciones y cuidados del TCAE en el paciente con trastorno de la personalidad.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica a través de diferentes publicaciones y de las bases de datos Dialnet, Evidentia, Cochrane Plus, Pubmed y Medline utilizando como descriptores las siguientes palabras clave: psicopatología, salud mental, trastornos, personalidad, esquizoide. Se seleccionaron artículos publicados tanto en castellano como en inglés.

4 Resultados

Trastornos de la personalidad.
La Personalidad se entiende como el conjunto de modelos internos y externos de adaptación a la vida que posee una persona, determinados en parte por su composición genética y en parte por las experiencias vitales. Para que ese conjunto de modelos nos permita ser unos sujetos "integrados" existen una serie de factores que permiten forjar la personalidad, estos son, el temperamento heredado, el modelado por la influencia de la familia y otros cuidadores, el ambiente, la interacción con iguales, etc., a lo largo de la parte de la vida en la que se consolida nuestra personalidad.

Durante el proceso de desarrollo de la personalidad la persona fija algunas características que le permiten observar, comprender e interaccionar con el ambiente. Si la persona desarrolla un concepto personal positivo, de valía personal y es capaz de relacionarse y funcionar en sociedad, presentará en su vida una personalidad sana. Si por el contrario, manifiesta conductas inflexibles que interfieren con el funcionamiento social y/o laboral, la persona mostrará signos o síntomas de un trastorno de la personalidad.

Según los estudios publicados, factores biológicos, como niveles de hormonas como la estrona o la testosterona, factores genéticos, demostrados con estudios transgeneracionales y de gemelos, factores psicoanalíticos, como el empleo característico de ciertos mecanismos de afrontamiento, y las experiencias en la infancia, como desatención, sobreprotección, educación rígida o traumas, contribuyen a la formación de determinados rasgos de personalidad que podrían resultar patológicos.

Definición y clasificación de los trastornos de la personalidad.
Según la última edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR) un Trastorno de la Personalidad es un "patrón perma-

nente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene su inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o perjuicios para el sujeto".

El DSM-IV-TR clasifica los Trastornos de la Personalidad en el Eje II de la evaluación multiaxial, denominado Trastornos de la Personalidad y Retraso Mental, pues es ésta la categoría para aquellos trastornos que se manifiestan a lo largo de toda la historia biográfica del sujeto. Según las Teorías de la Personalidad, toda persona tiene una personalidad con unas características y unos rasgos únicos, no siendo estos patológicos hasta que provocan, como dice la definición del DSM-IV-TR, malestar o perjuicios para el sujeto, pues se trata de patrones de funcionamiento caracterizados por su permanencia a lo largo de toda la vida del sujeto y por su inflexibilidad ante posteriores remodelados.

El actual DSM, al igual que la CIE-10 vigente, utilizan una sistema categorial para clasificar los diferentes trastornos de la personalidad, de forma que en función de una serie de criterios cumplidos se enmarca a la persona en una categoría diagnóstica u otra. Este sistema presenta ciertas controversias, pues se dan casos de personas que presentan la mayoría de estos criterios, lo cual les conlleva ciertos problemas de adaptación en su vida diaria, pero no cumplen todos los necesarios según estos manuales para categorizarles con una etiqueta diagnóstica. Aun así, la actual clasificación de los Trastornos de la Personalidad se estructura de la siguiente manera:

Cluster A: cluster extraño o excéntrico:
- Trastorno Paranoide de la Personalidad (TPP): se caracteriza por la persistente desconfianza y sospecha de los demás, de este modo, afecta gravemente a las relaciones interpersonales, ocasionando sufrimiento a la persona pues se preocupa mucho por el temor a ser dañado o herido por los demás.
- Trastorno Esquizoide de la Personalidad (TEP): al igual que el anterior se tratará de personas que carecen de relaciones sociales pero, al contrario que el TPP, en este caso esas relaciones interpersonales no son deseadas por el sujeto, que lo vive con indiferencia y sin sufrimiento. El distanciamiento de otras personas es generalizado en todos los aspectos de la vida, y no selectivo de ambientes concretos como la familia o el trabajo. Existe alguna duda sobre la validez de este diagnóstico como un trastorno de la personalidad distinto, pues dependiendo del momento biográfico estas personas pueden ser categorizadas bajo las etiquetas de TEtP o TPE.

- Trastorno Esquizotípico de la Personalidad (TEtP): apareció por primera vez en el DSM III, a partir de estudios de familiares de personas con Esquizofrenia. El patrón de funcionamiento en el ámbito interpersonal es similar al del TEP, se muestran fríos y distantes porque manifiestan una afectividad inadecuada, pero no de una forma tan marcada. Estas personas se caracterizan por un pensamiento mágico que se expresa en forma de supersticiones o telepatía y suelen describir, en relación con esto, algún trastorno de la percepción, como ilusiones o despersonalización, y muestran un discurso peculiar en relación con ideas paranoides.

Cluster B: cluster dramático, emotivo o errático.
- Trastorno Antisocial de la Personalidad (TAP): se observa en personas de entre 15 y 40 años. El diagnóstico de Trastorno de la conducta se utiliza en personas que manifiestan síntomas clínicos antes de los 18 años. Estas personas muestran falta de remordimiento e indiferencia hacia las personas heridas o maltratadas, esperan premios inmediatos por su conducta, son incapaces de aceptar las normas sociales y muestran una conducta irresponsable y agresiva.
- Trastorno Límite de la Personalidad (TLP): constituye un ente diagnóstico polémico, pues marca el límite entre los psicótico y lo neurótico, y su clasificación en el eje I o el eje II está permanentemente en discusión. La persona tiene síntomas que se sitúan entre una neurosis moderada y una psicosis verdadera y casi siempre parece que están en estado de crisis. Manifiestan conductas impulsivas e imprevisibles. Muestran una alteración del autoconcepto y la identidad. En las relaciones interpersonales actúan polarizando los sentimientos, careciendo de la habilidad para integrarlos, y utilizando como mecanismos de afrontamiento como la negación, la proyección, la polarización y la identificación proyectiva.
- Trastorno Histriónico de la Personalidad (THP): se caracteriza por un patrón de conducta teatral o excesivamente dramática, mostrando malestar cuando no es el centro de atención. La persona suele mostrar un aspecto físico y una conducta seductora sexualmente así como una exageración emocional para llamar la atención sobre sí mismo, y será fácilmente influenciable por los demás, tendiendo a considerar las relaciones interpersonales más íntimas de lo que son en realidad.
- Trastorno Narcisista de la Personalidad (TNP): la característica principal es un sentimiento exagerado de grandeza e importancia. Los síntomas se pueden manifestar ya en la primera infancia, mostrando preocupación por fantasías de éxito, poder y belleza sin límite, creyendo que es único y debe relacionarse con otros individuos de categoría elevada. Suelen manifestar envidia, arrogancia y falta de empatía. Las expectativas que estas personas tienen de sí mismos suelen ser irrealistas e inalcanzables, esto les ocasiona sentimientos de frustración que les reportan un gran malestar.

Cluster C: cluster ansioso o temeroso.

- Trastorno de la Personalidad por Evitación (TPE): se caracteriza por una hipersensibilidad al rechazo, la crítica o la humillación, mostrándose gravemente afectado por cualquier desaprobación. Esta sensibilidad extrema interfiere en su vida laboral y en sus relaciones interpersonales a todos los niveles, provocando que la persona se considere socialmente inepta e inferior a los demás. Los sentimientos de ansiedad, ira y depresión son frecuentes, así como la aparición de algún tipo de fobia social.
- Trastorno de la Personalidad por Dependencia (TPD): se trata de personas que carecen de confianza en sí mismos, dejando por ello que otras sean responsables de su vida ante su incapacidad para tomar decisiones de la vida cotidiana, para mostrar un desacuerdo o para iniciar un proyecto por sí solo. Pueden mostrar incomodidad e impotencia si se sienten solos y buscan desesperadamente una relación íntima cuando otra se ha acabado, son incapaces de funcionar por sí solos en sociedad. Como resultado de esto, el sujeto se preocupa de forma excesiva por temores irreales de quedarse solo y de no poder cuidar de sí mismo.
- Trastorno Obsesivo-Compulsivo de la Personalidad (TOCP): se trata de personas con una marcada preocupación por las normas, por detalles de organización a menudo triviales y dedicadas en exceso a la producción de un trabajo, hasta el punto de llegar a olvidar el fin mismo de la actividad por centrarse solo en "la forma correcta de realizarla". Estas personas experimentarán sentimientos de depresión y sus relaciones interpersonales se resentirán gravemente. Es importante, pues da lugar a duda, apuntar que se trata de una entidad diagnóstica independiente y diferente del Trastorno Obsesivo-Compulsivo, clasificado en el Eje I del DSM-IV-TR, y con implicaciones y significación diferente del TOCP.

Cuidados a la persona con trastorno de la personalidad.

Como en otros casos, los cuidados dependerán si no del trastorno concreto, al menos del Cluster o tipo de trastorno del que hablemos, pero paradójicamente, la realidad clínica es que muchos usuarios presentan cuadros mixtos o indiferenciados, ya que presentan rasgos disfuncionales de personalidad que el DSM-IV-TR engloba en diversas categorías. Lo primero a tener en cuenta debe ser la particularidad de que los trastornos de la personalidad no cuentan con la imagen social que tienen otros trastornos mentales, ni si quiera entre los profesionales, donde el hecho de que en ocasiones parezcan personas sin problemas hace que se les califique de malos, tontos, infantiles, envidiosos, vagos, etc. Las personas con trastorno de la personalidad sufren disfunciones principalmente en dos áreas:

- Relaciones interpersonales: varían en su filiación y sienten emociones encon-

tradas hacia la misma persona en diferentes momentos. Esto es especialmente grave en una sociedad como la actual donde las relaciones marcan la vida de cualquier persona.
- Tolerancia a la frustración y otras emociones negativas: para nadie es agradable sentir emociones negativas, pero en mayor o menor medida las personas mentalmente sanas pueden manejar y tolerar esas sensaciones. Las personas con trastorno de la personalidad carecen de esa habilidad.

Desde este posicionamiento la relación terapéutica cobra una especial importancia y es especialmente delicada, pues un exceso de cercanía o de distanciamiento en el momento equivocado puede que no pueda ser reparado con la misma rapidez con que se produjo, y requiera más trabajo en ese sentido.

Es necesario enseñar a la persona con este problema a entender el estado mental de los demás y el suyo propio. Es conveniente hacerles saber cómo hacen sentirse a los demás con sus conductas explicándoles las implicaciones de esos sentimientos que provocan en sus relaciones sociales. No hacerlo de forma brusca, aunque paulatinamente cada vez más directa, para que vayan exponiéndose a niveles de frustración tolerables y empiecen a soportarlos. Otra característica de ciertos trastornos de la personalidad es la conducta autolesiva, con fines suicidas o no. Es importante diferenciar si la conducta ha sido realizada con fines de quitarse la vida o con fines de liberar ansiedad. Garantizar la seguridad será siempre la primera premisa, incluso privando a la persona de la libertad para usar o disfrutar de los objetos o lugares que facilitaron la conducta autolesiva, pero siempre desde la perspectiva del refuerzo negativo, nunca como castigo, y por tanto, realizando refuerzos positivos cuando proceda y se corrija la conducta autolesiva.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión ante todas las clasificaciones de trastornos de la personalidad y sus derivados, se concluye que la diversidad de dichos trastornos hace muy difícil explorar las causas que originan cada uno de ellos. De hecho en muchos casos no se posee la información suficiente para tener una explicación más específica de dichas causas. Lo que sí es un hecho es que estos trastornos están influidos por factores biológicos, psicológicos, sociales y socioculturales, ya que todo lo que nos rodea nos afecta de alguna manera y para las personas que sufren alguno de estos trastornos es un reto muy difícil aprender a vivir con ellos, ya que la personalidad no se puede curar pero si se puede controlar por medio de terapias, para aprender a convivir con el tipo de trastorno que presente la persona y tratar

de tener un estilo de vida lo más adaptable.

Los trastornos de la personalidad son más frecuentes en la población de lo que se cree, ya que suelen presentarse sin mostrar demasiada evidencia como en los demás casos de problemas psicológicos. En todo caso, a efectos de que exista una mayor información sobre estas patologías y de que el individuo pueda dirigirse a un profesional para confirmar sus propias hipótesis, en este trabajo podemos encontrar una amplia información de estas patologías, su diagnóstico y tratamiento, centrándonos especialmente en los cuidados por parte del TCAE a los pacientes con trastornos de la personalidad ingresados en una unidad de Salud Mental.

A lo largo de muchas décadas, aquellas personas involucradas en el terreno de la salud mental han tratado de dar respuesta a preguntas tan sencillas como donde se traza la línea imaginaria entre una personalidad sana o funcional o una personalidad enferma o disfuncional. La observación de la estimación de la frecuencia de estos trastornos en nuestra comunidad indica un grave problema de salud en términos absolutos, probablemente mayor del que se creía, pero de magnitud similar al descrito en otras poblaciones de características parecidas.

6 Bibliografía

- Francés, A.(2001).DSM-IV-TR Estudio de Casos, Guía Clínica para el diagnóstico diferencial. España: MASSON S.A.
- Pichot, P; Lopez, J; Valdés, M.(1995).Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. España: MASSON.S.A.
- Medline.(2010).Trastorno esquizoide de la personalidad. Extraído el 12 de enero de 2020 de http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000920.htm
- Medline.(2010).Trastorno esquizotípico de la personalidad. Extraído el 12 de enero de 2020. http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001525.htm
- Medline. (2010).Trastorno antisocial de la personalidad. Extraído el 12 de enero, 2020 de http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000921.htm
- Medline. (2010).Trastorno limite de la personalidad. Extraído el 12 de enero, 2020 de http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000935.htm
- Medline. (2010).Trastorno histrionico de la personalidad. Extraído el 12 de enero, 2020 de http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001531.htm
- Medline. (2010).Trastorno narcisista de la personalidad. Extraído el 12 de enero, 2020 de http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000934.htm

- Medline.(2010).Trastorno de la personalidad por evitación. Extraído el 12 de enero, 2020 de http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000940.htm
- Medline. (2010).Trastorno de la personalidad por dependencia. Extraído el 12 de enero http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000941.htm
- Medline. (2010).Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad. Extraído el 12 enero http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000942.htm

Capítulo 456

EDUCACIÓN SANITARIA Y PROMOCIÓN DE LA SALUD ANTE PERSONAS DROGODEPENDIENTES

MARÍA ISABEL GARCÍA FERNÁNDEZ

NURIA HUERTA GONZÁLEZ

INÉS RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ

ARACELI HUERTA FERNÁNDEZ

AURISTELA ACEVEDO SUÁREZ

1 Introducción

El crecimiento y la heterogeneidad de las personas que se encuentran cumpliendo penas de privación de libertad, pone de manifiesto la necesidad de individualizar al máximo las medidas penitenciarias y aquellas que se podrían adoptar antes y después del ingreso en prisión, incidiendo, así, especialmente en el ámbito preventivo y en el proceso de reinserción tras el cumplimiento de la pena.

Especial atención merecen aquellas personas que se encuentran inmersas en una conducta delictiva y que padecen enfermedad mental crónica, que, en otro tiempo eran internadas en Centros Sanitarios de larga estancia y que ahora son transeúntes y foco de conflictos para un medio familiar y social con limitada capacidad de soporte y contención, en muchos casos el Centro Penitenciario es para estas personas un Centro de Salud Mental.

En el ámbito de los delitos ligados al consumo de drogas, el cumplimiento en centros de tratamiento y deshabituación es una demanda cada vez más creciente.

2 Objetivos

- Analizar las estrategias de la promoción de la salud.
- Analizar cuán importante es la promoción de la salud para el ser humano en el entorno penitenciario.
- Conocer el marco conceptual de la promoción de la salud que determinan las conductas relacionadas con la salud.
- Desarrollar habilidades para diseñar planificar, poner en marcha y evaluar intervenciones en promoción de la salud.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica a través de diferentes bases de datos: PubMed, Dialnet, Picuida, Elsevier, Medline utilizando como descriptores las palabras clave mencionadas anteriormente. Se seleccionaron estudios publicados tanto en castellano como en inglés en los últimos diez años.

4 Resultados

Comenzamos nuestro trabajo definiendo ciertos conceptos básicos que nos ayudarán en el desarrollo del mismo.

Drogodependiente: El estado psíquico y, a veces, físico causado por la acción recíproca entre un organismo vivo y un fármaco droga, que se caracteriza por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones, que comprenden siempre un impulso irreprimible a tomar el fármaco droga en forma continua o periódica a fin de experimentar sus efectos psíquicos y, a veces, para evitar el malestar producido por la privación.

Podemos diferenciar tres tipos de dependencia; Física, Psíquica y social.
- Dependencia Física: Presencia de un estado fisiológico alterado que se manifiesta cuando se suprime bruscamente el consumo de la droga, pudiendo aparecer intensos trastornos físicos, como el llamado síndrome de abstinencia agudo, y que desaparecen cuando se reanuda el consumo de la misma. Se usa frecuentemente como sinónimo de adicción.

- Dependencia Psíquica: Necesidad irreprimible de buscar, obtener y reiniciar el consumo de la sustancia de forma regular o continuada para producir placer o evitar el malestar, a pesar de los costes personales que ello conlleve. Se utiliza como sinónimo de hábito, es decir, conducta repetitiva motivada en un principio por la falta de sustancia en el cuerpo y posteriormente por la exposición a estímulos y conductas que recuerdan el consumo.
- Dependencia social: Necesidad de consumir como manifestación de pertenencia a un grupo social que proporciona signos de identidad claros.

Según datos de Instituciones Penitenciarias las cárceles españolas cada vez tienen menos presos. Por sexto año consecutivo, la secretaría general de Instituciones Penitenciarias ha vuelto a notar un notable descenso. En concreto, la población reclusa se ha reducido un 5,2%, según revela un informe realizado por el sindicato de prisiones Agrupación de los cuerpos de la administración de Instituciones Penitenciarias.

En España están encarceladas 63.403 personas de las cuales 5.041 eran mujeres (8%), estos porcentajes van en aumento. La prevalencia de la enfermedad mental ronda el 25-40%. De este porcentaje, entre el 4 y 6%, presenta un trastorno mental grave y entre un 30-50% de ellos tendría un trastorno relacionado con el consumo de drogas. Un 17,6% de los presos presenta antecedentes psiquiátricos previos a su ingreso en prisión; Entre ellos: un 2,6% padece trastornos de tipo psicótico; el 6,9% tiene antecedentes de un trastorno afectivo y un porcentaje igual padece algún trastorno de la personalidad.

A estos datos hay que añadir el 9,6% de los internos de las prisiones tiene antecedentes de patología dual al coexistir en un mismo paciente un problema de abuso o dependencia de sustancias psicoactivas unido a cualquier otro trastorno psiquiátrico. A reseñar, que los presos ingresados en los psiquiátricos penitenciarios, no están incluidos en estas estadísticas.
El presente trabajo presenta de forma resumida algunas dificultades y conclusiones a las vamos llegando al tratar a presos adictos a sustancias como las drogas.
Perfil psicológico de un adicto en situación de prisión.

Si al problema de ser un drogo dependiente, le añadimos el problema de ser un preso, nos encontramos con un asunto nuevo. Es un reduccionismo peligroso ver a un adicto preso solo como a un adicto o solo como un preso, pues la situación de encierro en una cárcel con todo su lenguaje particular, su código verbal y corporal, su sistema axiológico, su actitud de sospecha constante a todos, hacen

que al cuadro de la adicción se sume el de ser preso, dando a luz un nuevo perfil al cual se debe abordar con estrategias distintas a las que se utilizan con adictos no presos.
Sobre su imagen de adictos montan su nueva imagen de presos, aumentando su distancia emocional con el entorno y ensanchando su coraza que los separa de los otros.

Por eso, lo que hemos observado es que estas personas pueden mimetizarse con el resto de los presos, compartiendo sus códigos y modelos interacciónales. Pero a su vez conviven con la población de adictos de la cárcel con un nivel de relación más íntima que con el resto. Existen grupos de Autoayuda para adictos, abordan a las familias de esos adictos y la creación de una Red Asistencial dentro de la institución donde cada área encuentre su lugar de apoyo para el sostén de este proyecto. El proceso comienza con al menos dos entrevistas mediante las cuales nos enteramos de la historia del interno y de su relación con las drogas, y de si hizo o no algún tratamiento anterior. También se evalúa aquí la motivación del demandante, y sobre si tiene conflicto con algún otro interno que participa en los grupos.

El mensaje del entrevistador en esta etapa debe dejar bien claro que es el interno quien quiere participar de los grupos, y no de que se lo está tratando de convencer desde la institución.
El adicto debe así sentir que gana su espacio en los grupos, y que por lo tanto debe cuidarlo. Incorporar a estos grupos personas no del todo motivadas a reflexionar sobre su situación de adictos y las consecuencias que les acarreó es una decisión que pone en peligro la estabilidad del grupo. Cuando la motivación es evaluada como insuficiente conviene ofrecer al adicto un espacio de atención individual hasta que el pedido esté claramente formulado.

En la admisión también se presenta qué es un grupo de autoayuda, para ello contamos con una serie de escritos de los mismos presos que invitan a otros a participar de la experiencia. Los Grupos de Autoayuda están coordinados por lo menos por un coordinador y un operador de apoyo. Los primeros temas son más bien presentados desde la coordinación, y tienen que ver con mostrar la filosofía de un grupo de autoayuda.

Parecería como que hay mayor acercamiento en la relación entre adictos que tienen su historia de consumo de drogas con origen en la calle, o sea anterior a la prisión, que entre adictos que comenzaron su consumo en prisión. Es como estar frente a varios tipos de poblaciones, la de los adictos que delinquen y la

de los delincuentes que consumen, si tomamos el grupo base primario al que pertenecen. La de los adictos que vienen de la calle, y la de los adictos que se iniciaron en prisión, si nos guiamos por lugar donde se origina la adicción. Todas estas poblaciones son identificables en la cárcel, y si bien en los trabajos de campo hemos involucrado a todos los adictos en los grupos de manera indistinta, es interesante observar como agrupar a estas poblaciones tiende a respetar la conceptualización mencionada.

Todo lo expresado hasta ahora nos ayuda a ver al drogodependiente preso como un individuo especial dentro de la población carcelaria, y por lo tanto particular, es decir, distinta y especializada debería ser la forma de asistencia que éstos reciban. Vamos a trabajar con el modelo de Grupo de Autoayuda similar pero no idéntico al que utilizamos con los adictos no presos, y del cual diremos algunas cosas más adelante. Si bien lo dicho es algo obvio, deben estar características tenerse en cuenta a la hora de intervenir terapéuticamente sobre esta población. Por lo menos a causa de la necesidad de adaptación social deben mimetizarse con el resto de la población carcelaria, pero sus características distintivas hacen difícil esta convivencia.

Hasta ahora mencionamos características propias de ambas poblaciones por separado, pero: ¿Qué pasa cuando éstas se reúnen y pretenden realizar un trabajo en conjunto?. Ambas poblaciones, presos y equipos técnicos tienen a fuerza de historia, construida una representación mental que define y califica al otro grupo. Los presos ven a la mayoría de psicólogos y asistentes sociales como representantes del sistema penitenciario ante los que conviene tener una serie de cuidados, pues según como ellos manejen la información puede que a uno le vaya mejor o peor en la institución. Esta creencia, más allá de que sea o no verdadera, por lo general lleva al interno a definir la relación con los equipos técnicos en términos más bien estratégicos que terapéuticos.

Pero si bien esto es comprensible desde la situación en la que están estas personas, coloca el quehacer profesional frente a un clarísimo problema, pues ¿Cómo asistir terapéuticamente a personas que no se ubican en situación de asistidos? Y en frente al problema de las drogas el asunto pareciera complicarse más, ¿Cómo hablar de drogas con una población que nos ubica en el lugar de control social dentro de un contexto donde la droga es sancionada? El problema es que el profesional de la cárcel no solo va a hablar con el adicto sobre su historia pasada o sobre sus sentimientos íntimos, más bien intentará entrar en el terreno de la conducta actual de esa persona: si está consumiendo, por qué cree que lo hace,

que ayuda necesita, etc. etc.

Y para poder ingresar a este terreno es necesario que vaya estableciendo una relación más cercana con el interno, que acepte el desafío de ir convirtiéndose en confiable para él, que pueda ir quebrando con distancias emocionales perjudicantes para un quehacer terapéutico.

5 Discusión-Conclusión

- El adicto preso tiene características distintas al adicto en libertad y al preso no adicto.
- Ante problemas y situaciones de las personas que ingresan en prisión la Institución Penitenciaria tiene la misión de orientar y dirigir sus actuaciones hacia la reeducación y reinserción social.
- Es posible la reinserción social y laboral de personas drogodependientes.

6 Bibliografía

- Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad. Gobierno de Cantabria. Estrategia sobre drogas de Cantabria: 2009-2013. Dirección General de Salud Pública. 2010; I(I): 144.
- Díaz de Rada Lizáldez, N. Programa de salud pública para dejar de fumar cannabis. Navarra: Escuela Universitaria de Estudios Sanitarios;2011.
- Nogué S, Antolín A, Claramonte X, Chavarín A, Galícia M, Balanzó X, et al. Urgencias por sobredosis de drogas de abuso. Sección de Toxicología Clínica y Servicio de Urgencias Hospital Clínico Universitario Barcelona; 2008.
- Ríos Martín, J.C. Manual de ejecución penitenciaria: Defenderse de la cárcel (6ª ed.).Madrid: Colex. 2010.
- Vera, M.N. y Roldán, G.M. Ansiedad Social. Manual práctico para superar el miedo (Cap. 3: Terapia Cognitiva: integración de la terapia de Albert Ellis y de Aaron Beck). Madrid: Pirámide.2009.

Capítulo 457

LACTANCIA MATERNA-EL PAPEL DEL TCAE

EVA MARÍA GARCÍA MATOS

VERÓNICA MUÑOZ EIRO

ANA BELEN VALLINA ALONSO

Mª DEL MAR VALLINA ALONSO

1 Introducción

La lactancia materna se considera la alimentación ideal para el recién nacido. Por eso, la Organización Mundial de la Salud (OMS), la recomienda de forma exclusiva durante los primeros seis meses de vida y, junto con otros alimentos, hasta los dos años o hasta cuando madre e hijo lo deseen.

Sin embargo, las tasas de inicio y duración de la lactancia materna caen bruscamente en todo el mundo a partir de 1920 como resultado de, entre otros factores, la introducción de fórmulas para alimentación infantil derivadas de leche de vaca evaporada.

Actualmente se apuesta por la protección y el apoyo a la lactancia materna. Es una prioridad para organizaciones y autoridades sanitarias de todo el mundo. La mayoría de las mujeres dice querer amamantar a sus hijos porque saben de la importancia que ello tiene sobre la salud del bebé y la suya propia. Sin embargo, a pesar de sus esfuerzos, grupos de apoyo, profesionales, gobiernos e instituciones

internacionales, las tasas de lactancia están lejos de lo deseable. Como profesionales debemos conocer la forma de apoyar y facilitar la lactancia en cualquier área del hospital y, siempre que sea posible, animar a la madre a continuar con lactancia materna, respetando siempre sus deseos en caso de no querer hacerlo.

2 Objetivos

- Describir las generalidades del protocolo de actuación con el fin de mejorar la atención a las mujeres sanas que desean amamantar a sus hijos/as sanos y nacidos a término.
- Ayudar a las madres a tomar una decisión informada sobre el modo de alimentación de sus hijos
- Enumerar diferentes consejos que como TCAE podemos dar a las mamás durante su estancia hospitalaria.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica sobre los diferentes aspectos de la lactancia materna. Para ello se utilizaron diferentes publicaciones en páginas web, artículos de revistas y libros.
Se han tenido en cuenta los siguientes criterios de inclusión: Temática sobre lactancia materna. Texto completo y gratuito en idioma español. Sin restricción en año.

- Criterios de exclusión: Texto en idioma distinto del español.

- Palabras clave: lactancia materna, amamantar, calostro, leche materna, recién nacido, lactante, alimentación bebé.

4 Resultados

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y UNICEF lanzaron en 1991 una Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia con el objetivo de animar a los hospitales, servicios de salud, y en particular a las salas de maternidad a adoptar prácticas que protejan, promuevan y apoyen la lactancia materna exclusiva desde el nacimiento.

Según esta iniciativa todo hospital o centro de salud debe:

-Disponer de una normativa escrita de lactancia que fuera conocida por todo el personal.
-Capacitar a todo el personal para que pueda poner en práctica la normativa.
-Informar a todas las embarazadas sobre los riesgos de no amamantar y manejo de la lactancia para facilitar el mejor inicio tras el parto.
- Ayudar a las madres a iniciar la lactancia tras el parto, facilitar la colocación de los bebés en contacto piel con piel y alentar a las madres cuándo están listos sus bebés para amamantar, ofreciendo su ayuda en caso necesario.
- Mostrar a las madres cómo amamantar y cómo mantener la lactancia incluso si tienen que separarse de sus hijos.
- No dar otro alimento a los recién nacidos que no sea leche materna, a no ser que haya una indicación médica.
-Practicar el alojamiento conjunto (madres y recién nacidos juntos las 24 horas).
-Alentar a las madres a amamantar a demanda.
- No dar biberones, tetinas o chupetes a niños amamantados.
- Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital

La práctica del contacto piel con piel entre la madre y el recién nacido inmediatamente tras el nacimiento, tiene beneficios para ambos como una mayor posibilidad de éxito de la lactancia, aumenta el nivel de oxitocina con efecto antiestrés en la madre y mejora de la contractilidad uterina y la eyección de calostro. También mejora el vínculo afectivo madre/hijo.
El bebé se enganchará espontáneamente al pecho. Si no lo consiguiera por sí mismo en la primera hora, como Técnico en cuidados auxiliares de enfermería ofreceremos nuestra ayuda profesional de diferentes maneras:
- Ayudando a las madres a encontrar la postura en la que se encuentren más cómodas y tengan menos problemas con el amamantamiento.
- Quizá duden de su capacidad hacerlo; debemos comentarle que la inmensa mayoría de las mujeres sanas pueden hacerlo si lo desean.
- Amamantar no es doloroso ni precisa de una preparación previa de los pechos. Si aparece dolor en el pecho, grietas,tomas difíciles o largas y frecuentes, sensación de escasa producción de leche, etc., deberá consultar con el personal.
- Comentaremos también la importancia de buscar apoyo y ayuda práctica en la pareja, familiares y amigos.
-Hablarles de la existencia de grupos de apoyo a la lactancia que existen en tu comunidad (Liga de la leche, Doulas). Las experiencias de otras madres también le ayudarán.

Independientemente de la postura elegida, madre y recién nacido deberían estar en estrecho contacto, con la cabeza y el cuerpo del recién nacido bien alineados, con la nariz a la altura del pezón, evitando posturas que obliguen a mantener el cuello girado o flexionado durante la toma. Ofreceremos ayuda con la colocación a las madres que hayan dado a luz por cesárea, ya que puedan tener más dificultades para encontrar una postura cómoda. La lactancia materna debería ser a demanda para todos los lactantes sanos, respetando el ritmo nocturno del lactante. El uso de chupete se debe evitar siempre que sea posible para facilitar el buen inicio de la lactancia materna.

Como TCAE vigilaremos y prestaremos el apoyo necesario a la lactancia materna en aquellos casos en los que se identifique una pérdida neonatal igual o superior al 7%. Se debe estimular a los recién nacidos que no se despiertan espontáneamente a las tres o cinco horas de la última toma, mediante contacto piel con piel, masaje de los pies, cambio de pañal, retirada de ropa, etc. También ayudarles a engancharse al pecho si es preciso. Ante dolor y grietas en el pezón, deberemos identificar la causa y prestar el apoyo necesario hasta conseguir una posición y agarre adecuados. Dar de mamar no siempre es fácil y tanto el bebé como la madre pueden necesitar un periodo de adaptación. Si la madre no puede hacerse cargo de los cuidados del niño, permitir que personas designadas por ella se impliquen, evitando de esta forma sobrecargar al personal sanitario que atiende a la madre.

Pueden darse situaciones en las que la madre se encuentra enferma, le hacen pruebas, exploraciones o un ingreso hospitalario. En estos casos la lactancia materna no se debe interrumpir siempre que sea posible. Si se requiere la separación temporal de la recomendaremos:

-Proponer y facilitar la extracción de leche con antelación, explicar la importancia de almacenarla etiquetada y conservarla en frio (congelada o refrigerada) y así poder seguir dando lactancia materna al niño mientras la madre está ausente
-Facilitar a la madre la información y los medios para extraerse la leche y para que no disminuya su producción.
-Consultar la compatibilidad de fármacos con la lactancia materna con DUE o Médico.

5 Discusión-Conclusión

Los profesionales sanitarios tenemos un papel muy importante tanto para que la lactancia materna sea iniciada con éxito como para que esta se mantenga.

Debemos trabajar para cubrir las necesidades, tanto de la madre como del recién nacido, informar, ayudar y resolver las dudas que sobre la marcha a la madre le vayan surgiendo.

Debería existir una normativa escrita relativa a la lactancia natural conocida por todo el personal del centro que se deberá cumplir escrupulosamente, sin extralimitarnos y respetando tanto la decisión de la mujer de seguir amamantando a su hijo, independientemente de la edad del niño, como la de la que decide no hacerlo y escoger la alimentación artificial, cuidando el lenguaje verbal y no verbal y ofrecerle las ayudas que necesiten.

6 Bibliografía

-Janoy, a. (2001) LA BIOLOGÍA DEL AMOR, Ed. Apóstrofe, Barcelona [consultado diciembre 2020]

-Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. La Lactància Materna a Catalunya: RESULTATS DE L'ENQUESTA DE 2010 I INTERVENCIONS PRINCIPALS. [Consultado enero 2020]Disponible en: http://premsa.gencat.cat/pres_fsvp/
docs/2011/08/02/17/27/43cbe006-f64b-4834-9e0c36f6a0c74900.pdf.

- Organización Mundial de la Salud. ESTRATEGIA MUNDIAL PARA LA ALIMENTACIÓN DEL LACTANTE Y DEL NIÑO PEQUEÑO. 2003 [consultado2020]. Disponible en http://www.who.int/nutrition/
publications/gs_infant_feeding_text_spa.pdf.

-AEP. Asociación Española de Pediatría. CLM, COMITÉ DE LACTANCIA MATERNA. Disponible en: https://www.aeped.es/comite-lactancia-materna

-GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD [Internet].Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna.2017[consultado enero 2020] Disponible en: file:///C:/Users/Eva%20Maria/Desktop/CURSOS%20TCAE-Méritos/Lactancia%20materna/GPC_560_Lactancia_Osteba_compl.pdf

-COMITÉ DE LACTANCIA MATERNA DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA [Internet].Recomendaciones para profesionales sanitarios que atienden madres lactantes que precisan ingreso, pruebas u otras circunstancias especiales. Vitoria-Gasteiz, 2017 [consultado enero 2020]. Disponible en:file:///C:/Users/Eva%20Maria/Desktop/CURSOS%20TCAE-Méritos/Lactancia%20materna/TCAE-madres-lactantes-ingreso.pdf

- ODENT, M. (1990), El bebé es un mamífero, Ed. Mandala, Madrid. Creavida Argentina
- CONTACTO PIEL CON PIEL EN LAS CESÁREAS. ASPECTOS PRÁCTICOS PARA LA PUESTA EN MARCHA. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría 2017 [consultado 2020]. Disponible en: file:///C:/Users/Eva%20Maria/Desktop/CURSOS%20TCAE-Méritos/Lactancia%20materna/CONTACTO%20PIEL%20CON%20PIEL%20cpp_-en_cesareas.pdf

Capítulo 458

RINITIS ALÉRGICA A ÁCAROS DEL POLVO DOMÉSTICO Y DE ALMACENAMIENTO

SANDRA ISORNA GONZALEZ

MARTHA CHAVEZ VILLAVICENCIO

LUCÍA SIABA GARCÍA

KENIA MESA DELGADO

SARA DIAZ LARREA

1 Introducción

La rinitis alérgica es una respuesta inmune del cuerpo ante unos agentes inocuos en el aire que respiramos, su sintomatología puede hacernos creer que es un resfriado, pero es importante diferenciarlos para obtener un tratamiento adecuado. Cada vez es mayor la incidencia de casos de rinitis alérgica desde edades tempranas.

2 Objetivos

Conocer y diferenciar el origen de los síntomas y signos de la rinitis alérgica para aplicar el tratamiento mas adecuado a cada paciente.

3 Metodología

Se lleva a cabo un estudio en 20 pacientes. Mujeres y hombres con edades comprendidas entre los 15 y los 20 años, con síntomas y signos propios de la rinitis alérgica. Se les realizan las pruebas analíticas necesarias y se observa las diferentes reacciones alérgicas.

4 Resultados

Los resultados obtenidos muestran una mayor incidencia de casos de pacientes con rinitis alérgica a los ácaros del polvo doméstico y de almacenamiento (humedad), mientras que a la caspa de mascotas domésticas la incidencia es menor.

5 Discusión-Conclusión

Evitar los espacios hacinados, mantener una correcta limpieza de la casa o el lugar de trabajo, además de aplicar una tratamiento adecuado con antihistamínicos y sprays nasales, ayudara a prevenir y disminuir los signos y síntomas propios de esta enfermedad.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 459

EMBARAZO: PARTO Y PUERPERIO, FIGURA DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

GRACIELA PÉREZ GARCÍA

1 Introducción

El embarazo es el período que transcurre desde que el óvulo es fecundado hasta el momento del parto, durante este período se produce el crecimiento y maduración del feto en el interior del útero. El embarazo suele durar aproximadamente 40 semanas, o poco más de 9 meses, que se calculan desde el último período menstrual hasta el parto. El embarazo se divide en tres trimestres.

PRIMER TRIMESTRE: Semana 1 a Semana 12
Los acontecimientos que conducen al embarazo comienzan con la concepción, donde el espermatozoide penetra en el óvulo producido por un ovario. Luego, el cigoto viaja a través de las trompas de Falopio de la mujer hasta el útero, donde se implanta en la pared uterina. El cigoto es un conjunto de células creadas a partir de la unión del óvulo y el espermatozoide. Estas células forman el feto y la placenta. La placenta brinda nutrientes y oxígeno al feto.

SEGUNDO TRIMESTRE: Semana 13 a 28
- A las 16 semanas, a veces, a partir de las 12 semanas una mujer suele conocer el sexo del bebé. Se han formado los tejidos de los músculos, los huesos y la piel.
- A las 20 semanas, la mujer puede comenzar a sentir que el bebé se mueve.
- A las 24 semanas ya se formaron las huellas de los dedos de las manos y los pies y el feto se duerme y se despierta regularmente.

TERCER TRIMESTRE: Semana 29 a 40
- A las 32 semanas, los huesos son blandos ya están completamente formados y el bebé puede abrir y cerrar los ojos.
- Los bebés nacidos antes de las 37 semanas de gestación se consideran prematuros. Estos niños tienen mayor riesgo de presentar problemas como retrasos en el desarrollo, problemas de visión o auditivos y parálisis cerebral.
- Los bebés que nacen a las 37 y 38 semanas de gestación, se consideran "a término ".Estos bebés enfrentan más riesgos de salud que los bebés nacidos a las 39 semanas o más.
- Los bebés nacidos a las 39 o 40 semanas de gestación se consideran "a término completo". A menos que haya un problema de salud, es mejor que el parto se realice a las 39 semanas o más para darles tiempo a los pulmones, el cerebro y el hígado del bebé a desarrollarse por completo.
- Los bebés nacidos entre las 41 semanas y las 42 semanas se consideran "a término tardío".
- Los bebés nacidos a las 42 semanas o más se consideran postérmino.

El parto es el momento en el que se produce la expulsión del feto y representa el fin de la gestación. Se divide en tres fases: dilatación, expulsión y alumbramiento.

DILATACIÓN:el cuello del útero se dilata progresivamente para permitir la salida del feto de 2 a 10 cm. Puede durar varias horas y se producen contracciones uterinas dolorosas espaciadas. Estas contracciones van progresivamente aumentando tanto en frecuencia como en intensidad. Al final de esta fase, se produce la expulsión del tapón mucoso-sanguinolento que cierra el cuello del útero durante el embarazo, así como, la ruptura del saco amniótico

EXPULSIÓN: las contracciones uterinas son cada vez más frecuentes cada 2 o 3 minutos y la presión producida impulsa al feto hacia el canal del parto. Aparece el deseo de empujar y el feto asoma por los genitales externos, aflorando primero la cabeza y posteriormente el cuerpo, normalmente.

ALUMBRAMIENTO: es el momento de la salida de la placenta, resulta importante su perfecta revisión con vistas a comprobar que ha salido en su totalidad y no ha quedado ningún resto. Todo el mecanismo del parto está regulado por distintas hormonas producidas por la placenta, así como por la oxitocina, segregada por la hipófisis, y que es la responsable de las contracciones uterinas.

El puerperio es el período que se desarrolla desde el final del parto hasta la normalización de los cambios fisiológicos producidos en el embarazo. Tiene una duración aproximada de 6 a 8 semanas. Se asume como un proceso fisiológico, a

continuación del embarazo y el parto, en el cual el cuerpo de la mujer vuelve paulatinamente a la normalidad y van desapareciendo las modificaciones que el embarazo produce en él. Las características más importantes del puerperio son:

- Pérdidas vaginales constituidas por una mezcla de sangre y restos del revestimiento del útero que se han formado durante el embarazo, así como, de las secreciones que se producen al cicatrizar la herida que deja la placenta tras su expulsión. A estas pérdidas se las denomina loquios.
- Aumento del tamaño de las mamas, que comienzan a producir la secreción láctea, que será el alimento del bebé.

2 Objetivos

Explicar y exponer las funciones del TCAE en el embarazo así como en las fases más representativas del mismo.

3 Metodología

Para poder llevar a cabo correctamente este trabajo, he realizado una búsqueda de los aspectos más relevantes, que me han servido de guía para realizar el trabajo final. Se ha utilizado bases de datos como, Instituto Nacional de Salud Infantil y Desarrollo Humano Eunice Kennedy Shriver para la búsqueda y contrastación de referencias, donde las palabras clave más usadas han sido: embarazo, parto, puerperio.

Se ha utilizado información y procedimientos específicos y concisos de la manera más respetuosa posible, siéndome útiles libros de Técnicas Básicas de Enfermería, entre ellos. Así como, revistas médicas nacionales como Revista Médica Electrónica Portales Médicos.

4 Resultados

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería, colaborará en todo momento con el equipo sanitario en lo que se precise para proporcionar los cuidados necesarios tanto a la madre como al recién nacido, en el parto y también durante el puerperio.

Por lo tanto, los objetivos a llevar a cabo por el TCAE serán los siguientes:

Funciones en el parto:
- Preparar el material necesario: batas, gorros, mascarillas, guantes, etc.
- Recibir a la paciente y acomodarla en la cama obstétrica.
- Realizar el rasurado de la vulva y aplicar un enema de limpieza.
- Colaborar en la toma de las constantes vitales y anotar los resultados en la gráfica correspondiente.
- Brindar ayuda a la paciente en todo momento
- Ayudará en todas aquellas labores para las que sea requerido tanto por la matrona, como por el neonatólogo.
- Si está presente en el parto, al finalizar el mismo recogerá el material y seguirá las instrucciones de la matrona en la acomodación de la paciente.

Funciones en el puerperio:
- Nivel de consciencia.
- Diuresis y función intestinal (frecuente el estreñimiento)
- Valoración de la existencia de hemorragias.
- Características uterinas.
- Estado de la episiotomía, se deberá efectuar el lavado específico de la episiotomía, según protocolo.
- Características de los loquios.
- Estado de las mamas.
- Higiene y aseo de la paciente.
- Toma de constantes y registro de las mismas en la gráfica.

EL Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería ha de crear un clima de confianza durante el proceso de parto y el puerperio, ya que es un elemento indispensable que influye en la satisfacción materna. Entre las acciones del TCAE valoradas de forma muy positiva y que contribuyen a mejorar el bienestar físico y psicológico de las mujeres gestantes destacan: ayudar a controlar el dolor, dar apoyo emocional, facilitar información sobre el proceso e incrementar su participación durante los acontecimientos.

5 Discusión-Conclusión

La atención, seguimiento y cuidados, tanto a la madre como al neonato, desde el instante mismo del parto, deben ser realizados por un equipo multidisciplinar formado por un grupo de profesionales sanitarios, entre los que también se encuentra el TCAE.

Éste, será el encargado de realizar los cuidados básicos de enfermería de manera coordinada con el enfermero/a, a quien servirá de apoyo. Esta atención ha de ser integral y continuada. El objetivo primordial es que la llegada al mundo del bebé sea un acontecimiento satisfactorio, gratificante y feliz. El TCAE, como persona profesional y responsable que es, debe estar perfectamente formado para el trabajo que va a desempeñar y ser conocedor de todas las técnicas especiales que puedan ser requeridas en caso de emergencia.

6 Bibliografía

- Técnicas Básicas de Enfermería Editorial: MACMILLAN Profesional https://1enfnocturno.files.wordpress.com/2017/04/tecnicas-basicas-de-enfermeria-1ed.pdf
- Instituto Nacional de Salud Infantil y Desarrollo Humano Eunice Kennedy Shriver https://espanol.nichd.nih.gov/salud/temas/pregnancy/informacion
- Revista Médica Electrónica Portales Médicos https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/puerperio-cuidados-enfermeria/ https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/el-tcae-en-la-unidad-de-neonatologia/2/

Capítulo 460

EL PAPEL DEL TCAE ANTE EL PACIENTE CON DISFAGIA

ANA BELEN VALLINA ALONSO

Mª DEL MAR VALLINA ALONSO

EVA MARÍA GARCÍA MATOS

VERÓNICA MUÑOZ EIRO

1 Introducción

La disfagia es la dificultad para tragar o deglutir los elementos líquidos y/o sólidos por afectación de una o más fases de la deglución. Como consecuencia puede producirse penetración de material alimenticio en vías diferentes a la digestiva, provocando en ocasiones, episodios de aspiración traqueal o bronquial. La actividad de masticación y deglución normal es un rápido y complejo proceso de movimientos voluntarios e involuntarios en el que participan al menos seis pares craneales, los tres primeros segmentos de los nervios cervicales y los 26 músculos de la boca, faringe y esófago. La disfagia orofaríngea es especialmente prevalente en mayores de 75 años, en portadores de cuadros neurológicos (p.ej. accidente vascular encefálico) y en pacientes que han requerido una instrumentación de su vía aérea (intubación orotraqueal y/o traqueostomía).

2 Objetivos

- Analizar el origen de este síntoma, para establecer el pronóstico y el plan de tratamiento.
- Dar a conocer algunas pautas de actuación, que deberán ser adaptadas de manera individual y específica por el equipo de Rehabilitación.
- Establecer una serie de recomendaciones dirigidas a mejorar la calidad de vida del paciente.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica sobre las diferentes patologías que pueden ocasionar disfagia. Para ello se utilizaron diferentes publicaciones en páginas web, junto con artículos de revistas. Se han tenido en cuenta los siguientes criterios de inclusión: temática sobre disfagia y patologías orofaríngeas. Texto completo y gratuito en idioma español. Sin restricción en año. Criterios de exclusión: texto en idioma distinto del español. Palabras clave: disfagia, patología orofaríngea, diagnóstico, alimentación, rehabilitación.

4 Resultados

La disfagia se define como una sensación de dificultad en el avance de la comida desde la boca al estómago. Su prevalencia en la población general es de un 6-9% y aumenta progresivamente con la edad, llegando a afectar a un 60% de los ancianos. Tiene importantes consecuencias sociales, económicas y una significativa morbimortalidad. Más grave aún, la disfagia aumenta el riesgo de desarrollar una neumonía aspirativa, la cual tiene un 40% de mortalidad y sería la 4ª causa de muerte más frecuente en adultos mayores. Centrándonos en la disfagia orofaríngea, consideramos dos grandes grupos de causas:

- Aquellas enfermedades que ocasionan alteraciones en la anatomía de los órganos y la disfagia estructural.
- Las que producen déficits neurológicos y/o neuromusculares, siendo este grupo el más numeroso, y refiriéndonos a este tipo como disfagia neurógena.

Fisiología de la deglución. La deglución se desarrolla en cuatro fases:

- Etapa de preparación oral: tiene una duración variable y es voluntaria. En ella se prepara el bolo alimenticio, a través de la masticación y de su mezcla con saliva.

- Etapa oral: dura un segundo y también es de control voluntario. Aquí se produce una elevación de lengua y el bolo es propulsado hacia posterior.
- Etapa faríngea: es involuntaria y dura hasta un segundo. En esta etapa se producen una serie de modificaciones: Elevación de velo paladar, apertura del esfínter esofágico superior, cierre de la glotis y ascenso laríngeo, propulsión lingual y contracción faríngea. Todas estas acciones deben estar perfectamente coordinadas para guiar el bolo alimenticio desde la boca hacia el esófago superior, atravesando la faringe y evitando su desvío hacia las fosas nasales o la vía aérea.
- Etapa esofágica: dura entre 6 y 8 segundos y también es involuntaria. Las ondas peristálticas y la apertura del esfínter esofágico inferior permiten que el bolo alcance el estómago.

Signos y síntomas de sospecha.
- Tos o atragantamiento al comer, o inmediatamente después, con todas o alguna consistencia.
- Cambios en la voz. Disfonía.
- Babeo, dificultad para el control de la saliva.
- Dificultad para la formación del bolo y el manejo de la comida en la boca.
- Deglución fraccionada. Tragar la comida en pequeñas cantidades, poco a poco.
- Residuos en la boca post-deglución.
- Sensación de retención de alimento en la faringe y necesidad de hacer varias degluciones.
- Carraspeo.
- Emplear excesivo tiempo en comer.
- Pérdida de peso progresiva. Signos de desnutrición y deshidratación.
- Picos febriles de etiología no filiada.
- Infecciones respiratorias de repetición.

La exploración clínica.
El médico va a desarrolla una exploración clínica con el objetivo de recabar información sobre los déficits existentes, sobre el funcionamiento de los procesos neuromusculares de la deglución y en qué grado estos pueden ser modificables. Para ello se valoran los siguientes aspectos:
- Observación de la cara, los gestos faciales, el cuello, la postura y posición de la cabeza. La postura ideal para la deglución es, sentado con la espalda recta y la cabeza erguida y centrada en el tronco.
- Valoración del estado cognitivo, para poder planificar en un futuro las pautas de tratamiento.

- Exploración de los pares craneales. Se le valorara la simetría de los labios y cara, movilidad y fuerza de la lengua, capacidad de manejo de las secreciones, capacidad de toser voluntariamente y se le pedirá que realice movimientos voluntarios de la boca, la lengua y la cara.
- Exploración de la cavidad oral, donde se valorará la capacidad de apertura de la boca, la capacidad de masticación, ausencia de piezas dentarias y cualquier alteración de la anatomía o fisiología de la misma.
- En ocasiones también se realiza una exploración de la deglución por fases. Se pretende localizar alteraciones en los movimientos y sensibilidades de las estructuras que participan en cada fase del proceso deglutorio.

Adaptación de la alimentación y manejo de los trastornos de la deglución.
La severidad de la disfagia puede oscilar entre una dificultad leve con alguna consistencia, hasta una total imposibilidad para la deglución. Si el resultado de la exploración demuestra una disfunción faríngea severa con aspiración severa o deglución ineficaz grave, estaría recomendada la alimentación por vía no oral (sonda nasogástrica o PEG). Hay determinados casos en que la vía oral es suficiente para mantener una nutrición e hidratación adecuadas. En estos casos se tendría que adaptar el alimento solido (en consistencia y textura) y los líquidos (con espesantes o agua gelificada). Se puede realizar unas recomendaciones generales respecto a los alimentos a emplear en caso de disfagia:
- En lo relativo a la textura, es importante que el alimento sea homogéneo, evitar grumos, espinas y que sea jugoso y de fácil masticación.
- Se deben evitar las dobles texturas con mezclas de líquido y sólido.
- Incluir la máxima variación de alimentos para evitar la rutina y procurar que las condiciones organolépticas sean atractivas.
- Respecto a los líquidos: puede ser necesario emplear espesantes comerciales o gelatinas.

Recomendaciones generales. En esta lista se detallan algunas recomendaciones que toda auxiliar de enfermería debe tener en cuenta:
- Procurar un ambiente relajado, sin distracciones y sin prisa.
- Seguir las recomendaciones del equipo Rehabilitador sobre textura y consistencia de los alimentos.
- Realizar una higiene oral y dental después de cada comida.
- Permanecer de pie o sentado tras la ingesta (no tumbado), al menos, 30 minutos después de comer.

- No utilizar pajitas ni jeringas. Utilizar el tenedor o la cuchara, siguiendo las recomendaciones particulares respecto a: tamaño del cubierto; carga de alimento; tamaño de cada trozo y adaptaciones para facilitar la autoalimentación (ej.: cubiertos con mango engrosado, vasos con asa o boquilla especial).
- No hablar mientras se come. En ocasiones es conveniente evitar comidas con mucha gente.
- No dar de comer ni beber si esta adormilado.
- Evitar la hiperextensión de cabeza.
- Esperar a que la boca este sin residuos antes de la siguiente cucharada.
- En general no sobrepasar los 30-40 minutos de duración de la comida.
- Los alimentos deben tener la temperatura adecuada y cuidar la presentación.
- Cuidar la postura. La espalda correctamente alineada y apoyada sobre el respaldo de la silla. La cabeza ligeramente en flexión para tragar.
- Comer sentado, fuera de la cama. Las personas que se alimentan a través de una gastrostomía o PEG, también deben recibir la alimentación sentados, o al menos incorporados en la cama.

5 Discusión-Conclusión

El adecuado estudio de la deglución por parte de los profesionales va a permitir la prolongación de la alimentación por vía oral, para evitar complicaciones nutricionales y complicaciones respiratorias que pueden provocar incluso la muerte. Se deben respetar las costumbres y hábitos individuales, informar sobre los beneficios de seguir una dieta adecuada y llegar a un acuerdo sobre los cambios con el paciente y la familia. Todos los profesionales sanitarios deben conocer e incluir en los protocolos de atención a los pacientes con disfagia, los aspectos dietéticos y nutricionales.

6 Bibliografía

- González Alted C, Casado Romo P, Gómez Blanco A, Pajares García S, Dávila Acebo RM, Barroso Pérez L, et al. Guía de nutrición para personas con disfagia. 1ªed. España: Gobierno de España; 2012. Disponible en: https://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/600077_guia_nutricion_disfagia.pdf
- Gonzalo Nazar M, Andrés Ortega T, Inés Fuentealva M. EVALUACIÓN Y MANEJO INTEGRAL DE LA DISFAGIA OROFARÍNGEA. Rev. MED. CLIN. CONDES. 2009; 20(4): 449-457. Disponible en :

http://www.clc.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2009/4%20julio/449_DISFAGIA_OROFARINGEA-9.pdf
- Iván Caviedes S, Defina Buchi B, Raul Yazigi G, Pablo Lavados G. Patología de la deglución y enfermedades respiratorias. Rev. Chil. Enferm respir. 2002;18(1). Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-73482002000100004
- Alejandro Lendinez-Mesa, María del Carmen Díaz-García, Mónica Casero-Alcázar, Sarah Jayne Grantham, Julio Cesar de la Torre-Montero, Ana Sofia Fernandes-Ribeiro. Prevalencia de disfagia orofaríngea en pacientes con patología cerebrovascular en una unidad de neurorrehabilitación. SEDENE. 2016; 45: 3-8. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2013524616300113

Capítulo 461

EL TCAE CON EL PACIENTE NEONATO

ESTEFANÍA BELLÓN DEL PEÑO

1 Introducción

Un neonato (del latín neo nato) o recién nacido es un bebé que tiene 28 días o menos desde su nacimiento, bien sea por parto o por cesárea. La definición de este período es importante porque representa una etapa muy corta de la vida; sin embargo, en ella suceden cambios muy lentos que pueden derivar en consecuencias importantes para el resto de la vida del recién nacido. El término se ajusta a nacidos pretérmino, a término o postérmino.

Durante los primeros 40 días de vida, se pueden descubrir la mayoría de los defectos congénitos y genéticos. No todas las anomalías genéticas se manifiestan por su clínica en el momento del nacimiento, pero con el manejo adecuado, se pueden descubrir, prevenir y tratar gran parte de las enfermedades del nuevo ser humano. El recién nacido puede presentar aspectos muy diferentes atendiendo a numerosos factores propios, de su madre o del periodo gestacional. Teniendo en cuenta la edad de gestación podemos clasificar al recién nacido como:

- Inmaduro: neonato de entre 21 y 27 semanas de gestación o entre 1.000 y 2.500 gramos.
- Pretérmino: neonato de 28 a 36 semanas de gestación.
- Prematuro: neonato de entre 28 y 37 semanas o entre1.000 y menos de 2.500 gramos.
- A término: neonato de entre 37 y 41 semanas o de 2.500 gramos en adelante.
- Postérmino: neonato de 42 semanas o más.

- De bajo peso: neonato con peso inferior a 2.500 gramos, independientemente de su edad de gestación.

En la actualidad, se usan indistintamente los términos neonato prematuro y neonato pretérmino. Según el peso al nacer y la edad de gestación, los neonatos serían:
- De peso bajo (hipotrófico): cuando es inferior al percentil 10 correspondiente a su edad de gestación.
- De peso adecuado (eutrófico): situado entre el percentil 10 y el 90.
- De peso alto (hipertrófico): cuando el peso es superior al percentil 90.

Podríamos hacer otra clasificación teniendo en cuenta el peso al nacer:
- Muy muy bajo peso nacimiento (MMBPN): menos de 1.000 gramos.
- Muy bajo peso nacimiento (MBPN): 1.500 gramos o menos
- Bajo peso de nacimiento (BPN): 2.500 gramos o menos.
- Macrosómicos: 4.000 gramos o más.

En caso de que el bebé nazca con bajo peso o sea prematuro, deberá pasar a la incubadora correspondiente para que, de este modo, sean controladas sus constantes vitales, peso, temperatura, nivel de oxígeno, respiración, y ritmo cardiaco, entre otros.

Anomalías congénitas.
Algunas de estas enfermedades se pueden prevenir simplemente con medidas profilácticas. Este sería el caso de la administración de ácido fólico para evitar la espina bífida o el yodo para la función tiroidea y el desarrollo neuropsicológico del feto

Signos de infección.
Los recién nacidos son inmaduros desde el punto de vista inmunitario, por lo que son susceptibles de contraer algún tipo de infección a través del canal del parto, como es el caso del estreptococo agalactiae. Del mismo modo, si la madre tiene infección urinaria no tratada adecuadamente o esta padece fiebre durante el parto, hay que vigilar al neonato o hacerle las pruebas analíticas pertinentes, si fuese necesario.

En el presente trabajo nos ocuparemos, fundamentalmente, de aquellos neonatos sanos y nacidos a término.

2 Objetivos

- Identificar las necesidades básicas y primordiales del neonato, los cuidados que este requiere desde el nacimiento y las posibles complicaciones que se pueden presentar.
- Determinar el papel del TCAE en la Unidad de Neonatología

3 Metodología

Se efectúa una revisión sistemática mediante búsquedas en bases de datos electrónicas (BMJ Clinical Evidence, York Centre for Reviews and Dissemination, Cochrane Library, PubMed, Medline, Scielo, Dialnet, Mediagraphic , Intramed y EMBASE). También búsquedas extendidas de páginas web en internet, y de resúmenes de conferencias, manuales de revistas publicados y revisión de los artículos recuperados.

4 Resultados

En la mayoría de los casos, y sobre todo, al manipular un neonato con alto riesgo de infección, debemos seguir el protocolo de Mínima Manipulación. Éste trata básicamente de evitar manipulaciones innecesarias y de concentrar todas aquellas que sí lo son en un solo tiempo. De forma que todas las actuaciones que precisa el recién nacido, tales como la administración de medicación, inicio de alimentación, aspiración de secreciones, cambio de pañal, intentaremos que coincidan con el momento de la toma de constantes, siendo la mayoría de las veces cada 3 o 6 horas. Se intentará también que todo este conjunto de actuaciones los realice una sola persona (enfermero/enfermera).

Se deberá tener en cuenta lo siguiente:
- El personal que realice el cuidado del neonato no deberá llevar anillos, pulseras o relojes, y tampoco esmalte de uñas. También se deberá llevar el pelo recogido.
- En la medida de lo posible se intentará que todo el personal sanitario, realice cambio de uniforme a diario.
- El lavado y/o desinfección de manos se realizará cada vez que esté indicado y las veces que sea necesario según hemos explicado anteriormente.
- Una vez introducidas las manos dentro de la incubadora, no hay que tocar nada del exterior, en el supuesto que sea necesario, se debe solicitar ayuda a un compañero; y si no es posible, desecharemos los guantes y, tras realizar lo que nece-

sitábamos, aplicaremos alcohol glicerinado en nuestras manos y nos colocaremos unos guantes nuevos.
- Se hará uso de otros utensilios de barrera tales como mascarillas, gorros o batas si se precisan mayores medidas de aislamiento según la circunstancia.
- Cada niño debe disponer de material para su uso exclusivo. Si existiera la necesidad de compartir algo entre varios neonatos, se limpiará y desinfectará de forma adecuada.
- Evitaremos dejar material (sobre todo el pesado) encima de la incubadora, ya que producen ruidos que alteran el confort del neonato.
- De la misma forma, se intentará evitar la contaminación acústica innecesaria en la unidad tales como gritos, música alta, alarmas con sonido demasiado elevado, etc. También es importante hacer uso de mantas aislantes específicas para las incubadoras, ya que aíslan bastante del ruido y de la luz.
- El número de visitas y los horarios deben estar claramente establecidos en cada unidad, y es imprescindible su cumplimiento en el cuidado del neonato, ya que uno de sus objetivos es evitar posibles contaminaciones externas.
- Los familiares deberán utilizar batas que desecharán tras su uso.
- Sólo podrán tocar al niño (en las situaciones que se pueda) sus padres (excepto situaciones especiales), lavándose previamente las manos.

5 Discusión-Conclusión

Las primeras horas tras el nacimiento de un bebé son cruciales para su posterior desarrollo. Es esencial que el equipo multidisciplinar, entre los que se encuentra el TCAE, esté altamente cualificado y preparado para afrontar cualquier tipo de complicación que pueda surgir a lo largo del proceso del parto o durante los días posteriores al mismo.

6 Bibliografía

- Guía de actuación en Neonatología. www.hospitalregionaldemalaga.es
- Generalidades sobre las infecciones neonatales www.msdmanuals.com
- Manual de enfermería en neonatos https://pediatraselche.files.wordpress.com
- Estado de seguridad del paciente neonatal https://www.seguridaddelpaciente.es/.../estado-de-la-seguridad-del-paciente-neonatal

Capítulo 462

LA DESNUTRICIÓN EN EL ANCIANO

ARACELI TOLOSA

ERICA GARCÍA SUÁREZ

MARIA SOLEDAD PEREZ PEREIRA

1 Introducción

La desnutrición se produce cuando el cuerpo no obtiene los nutrientes necesarios de los alimentos que consume para funcionar correctamente. En España se calcula que el 12% de la población sufre algún tipo de desnutrición, el 70% de ellos son ancianos, siendo las causas de la malnutrición en ancianos son complejas y suelen ser multifactoriales, las consecuencias son importantes puesto que aumentan la morbilidad, la estancia hospitalaria y la mortalidad. Además, existen herramientas para su detección precoz y estrategias para tratarla y así mejorar la calidad de vida de nuestros mayores.

2 Objetivos

- Estudiar la desnutrición en el anciano desde un punto de vista global, dentro del ámbito sanitario.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica

existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Son muchas las causas que pueden llevar a una persona anciana a un estado de desnutrición, podrían clasificarse en causas fisiológicas, como serían la reducción del apetito, alteraciones del gusto y olfato, cambios en la función gastrointestinal, o en causas no fisiológicas, como son la depresión, las demencias y la salud bucal, también por el efecto de múltiples enfermedades , por efectos secundarios de fármacos o por causas sociales.

Las consecuencias mas frecuentes de la desnutrición en los ancianos son una mayor morbilidad, úlceras por presión, mala respuesta en los tratamientos farmacológicos y en las intervenciones quirúrgicas, hospitalizaciones más prolongadas y mayor mortalidad.
Para poder intervenir y atajar el problema es imprescindible reconocerlo a tiempo, el adelgazamiento es el síntoma más evidente pero hay otros como la mala cicatrización de las heridas o caídas frecuentes.

Para la detección de la desnutrición en ancianos existen herramientas como la valoración nutricional (MNA o MUSK) las mediciones antropométricas, cuestionarios o la determinación bioquímica de valores como la albúmina, linfocitos y colesterol.

5 Discusión-Conclusión

La desnutrición es un problema que afecta especialmente a la población de mayor edad, para prevenirla es imprescindible mantener unos buenos hábitos de alimentación, lo recomendable es hacer al menos cuatro comidas al día, lo más equilibradas posible, esto es especialmente importante en el caso de ancianos con demencias o enfermedades crónicas. Existen herramientas para la detección que nos ayudan a obtener información a cerca del estado nutricional y así manejar el cuidado y poner en marcha las estrategias necesarias contra la malnutrición.

Una vez detectado el problema es necesaria una intervención enfocada en solucionar las causas en la medida de lo posible y a la vez en proporcionar al anciano

una alimentación básica adaptada, consistente en adaptar la alimentación oral a las personas y sus dificultades para alimentarse, modificando la textura de alimentos con alto valor nutricional, usando espesantes, suplementos nutricionales o administrando nutrientes específicos. Esto mejorará sustancialmente la calidad de vida de nuestros mayores a la vez que supondrá una reducción del gasto sanitario.

6 Bibliografía

- 1. Tania García Zenón y J.Antonio Villalobos. Revista de medicina interna de Mexico
- 2. M Dolores Aicart y Antonio Tramontano. Centro de salud Rafalafena, Castellón
- 3. Morillas J. Detección del riesgo de desnutrición en ancianos no institucionalizados
- 4. Cuídate plus

Capítulo 463

ULCERAS

MARIA FANJUL GARCIA

1 Introducción

Se define a la úlcera , en general , como una lesión epitelial abierta y con pérdida de sustancia . Las úlceras pueden tener localización y origen muy variado , varios estadios en los que se indica la gravedad de la misma y varias escalas para medir y tomar ciertas medidas y tratamientos.

2 Objetivos

Abordar el problema de las úlceras de manera general realizando una análisis detallado de las características mas destacadas en cuanto a clasificación y prevención.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Localización:
- Genital: lesión vesiculosa, ulcerosa o erosiva de los órganos genitales, causada por transmisión sexual.
- Corneal: lesión en la córnea o infección ocular cutánea ; lesión de la piel que implica pérdida de la epidermis
- Péptica: (duodenal y estómago) infección por Helicobacter pylori, situada en pared de estómago y duodeno rectal: es un trastorno benigno del recto bucal: localización superficial y abierta y aparecen en la mucosa bucal móvil.
- Esófago: (esófago de baret) ; lesión en mucosa esofagica
- Duodenal: Afecta al duodeno

Tienen también diferentes orígenes: isquemica , presión , venosa , arterial mixta (venosa y arterial), diabética iatrogenica, oncologica.
Creo que nos centraremos en las úlceras por presión , las cuales son las más conocidas.

Les comento que hay una lista por la que según su extensión tienen cierta clasificación que indico a continuación estadios de las úlceras:
I : Piel intacta con eritema no blanqueante de un área localizada, generalmente sobre una prominencia ósea. Decoloración de la piel, calor, edemas, endurecimientos o dolor también pueden estar presentes.
II : La pérdida de espesor parcial de la dermis se presenta como una úlcera abierta poco profunda con un lecho de la herida entre rosado y rojizo, sin esfácelos. También puede presentarse como una ampolla intacta o abierta/rota llena de suero o de suero sanguinolento. Otras características: Se presenta como una úlcera superficial brillante o seca sin esfácelos o hematomas. Esta categoría no debería emplearse para describir desgarros de la piel, quemaduras provocadas por el esparadrapo, dermatitis asociada a la incontinencia, la maceración o la excoriación. El hematoma sugiere lesión de tejidos profundos.
III : Pérdida completa del grosor del tejido. La grasa subcutánea puede resultar visible, pero los huesos, tendones o músculos no se encuentran expuestos. Pueden aparecer esfácelos. Puede incluir cavitaciones y tunelizaciones. La profundidad de las úlceras varía según su localización en la anatomía del paciente. El puente de la nariz, la oreja, el occipital y el maléolo no tienen tejido subcutáneo (adiposo) y las úlceras pueden ser poco profundas. Por el contrario, las zonas con adiposidad significativa pueden desarrollar úlceras por presión de categoría/estadio III extremadamente profundas. El hueso o el tendón no son visibles o directamente

palpables.
IV : Pérdida total del espesor del tejido con hueso, tendón o músculo expuestos. Pueden aparecer esfácelos o escaras. Incluye a menudo cavitaciones y tunelizaciones. La profundidad de la úlcera varía según su localización en la anatomía del paciente. Las úlceras pueden extenderse al músculo y/o a las estructuras de soporte pudiendo provocar la aparición de una osteomielitis u osteítis. El hueso/músculo expuesto es visible o directamente palpable.
V : Pérdida del espesor total de los tejidos donde la base de la úlcera está completamente cubierta por esfacelos (amarillos, canela, grises, verdes o marrones) y/o escaras (canela, marrón o negro) en el lecho de la herida. Hasta que se hayan retirado suficientes esfacelos y/o la escara para exponer la base de la herida, la verdadera profundidad, y por tanto la categoría/estadio no se puede determinar. Una escara estable (seca, adherida, intacta, sin eritema o fluctuación) en los talones sirve como ”una cobertura natural (biológica) del cuerpo” y no debe ser eliminada.

PERCEPCIÓN SENSORIAL.

Capacidad para reaccionar ante una molestia relacionada con la presión:
- Completamente limitada. Al tener disminuido el nivel de conciencia o estar sedado, el paciente no reacciona ante estímulos dolorosos (quejándose estremeciéndose o agarrándose) o capacidad limitada de sentir en la mayor parte del cuerpo.
- Muy limitada. Reacciona sólo ante estímulos dolorosos. No puede comunicar su malestar excepto mediante quejidos o agitación o presenta un déficit sensorial que limita la capacidad de percibir dolor o molestias en más de la mitad del cuerpo.
- Ligeramente limitada Reacciona ante órdenes verbales pero no siempre puede comunicar sus molestias o la necesidad de que le cambien de posición o presenta alguna dificultad sensorial que limita su capacidad para sentir dolor o malestar en al menos una de las extremidades.
- Sin limitaciones Responde a órdenes verbales. No presenta déficit sensorial que pueda limitar su capacidad de expresar o sentir dolor o malestar

EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD.

Nivel de exposición de la piel a la humedad
1. Constantemente húmeda La piel se encuentra constantemente expuesta a la humedad por sudoración, orina, etc.

Se detecta humedad cada vez que se mueve o gira al paciente.
2. A menudo húmeda La piel está a menudo, pero no siempre, húmeda. La ropa de cama se ha de cambiar al menos una vez en cada turno.
3. Ocasionalmente húmeda La piel está ocasionalmente húmeda: requiriendo un cambio suplementario de ropa de cama aproximadamente una vez al día.
4. Raramente húmeda La piel está generalmente seca. La ropa de cama se cambia de acuerdo con los intervalos fijados para los cambios de rutina.

ACTIVIDAD.

Nivel de actividad física:
1. Encamado/a: Paciente constantemente encamado/a.
2. En silla: Paciente que no puede andar o con deambulación muy limitada. No puede sostener su propio peso y/o necesita ayuda para pasar a una silla o a una silla de ruedas.
3. Deambula ocasionalmente: Deambula ocasionalmente, con o sin ayuda, durante el día pero para distancias muy cortas. Pasa la mayor parte de las horas diurnas en la cama o en silla de ruedas.
4. Deambula frecuentemente: Deambula fuera de la habitación al menos dos veces al día y dentro de la habitación al menos dos horas durante las horas de paseo.

MOVILIDAD.

Capacidad para cambiar y controlar la posición del cuerpo:
1. Completamente inmóvil: Sin ayuda no puede realizar ningún cambio en la posición del cuerpo o de alguna extremidad.
2. Muy limitada: Ocasionalmente efectúa ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades, pero no es capaz de hacer cambios frecuentes o significativos por sí solo.
3. Ligeramente limitada: Efectúa con frecuencia ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades por sí solo/a
4. Sin limitaciones: Efectúa frecuentemente importantes cambios de posición sin ayuda.

NUTRICIÓN.

Patrón usual de ingesta de alimentos:
1. Muy pobre:
- Nunca ingiere una comida completa.
- Raramente toma más de un tercio de cualquier alimento que se le ofrezca.

- Diariamente come dos servicios o menos con aporte proteico (carne o productos lácteos).
- Bebe pocos líquidos. No toma suplementos dietéticos líquidos, o
- Está en ayunas y/o en dieta líquida o sueros más de cinco días.

2. Probablemente inadecuada: Raramente come una comida completa y generalmente como solo la mitad de los alimentos que se le ofrecen. La ingesta proteica incluye solo tres servicios de carne o productos lácteos por día. Ocasionalmente toma un suplemento dietético, o Recibe menos que la cantidad óptima de una dieta líquida o por sonda nasogástrica.
3. Adecuada: Toma más de la mitad de la mayoría de las comidas. Come un total de cuatro servicios al día de proteínas (carne o productos lácteos). Ocasionalmente puede rehusar una comida pero tomará un suplemento dietético si se le ofrece, o Recibe nutrición por sonda nasogástrica o por vía parenteral, cubriendo la mayoría de sus necesidades nutricionales.
4. Excelente_ Ingiere la mayor parte de cada comida. Nunca rehusa una comida. Habitualmente come un total de cuatro o más servicios de carne y/o productos lácteos. Ocasionalmente come entre horas. No requiere suplementos dietéticos.

ROCE Y PELIGRO DE LESIONES.

1. Problema: Requiere de moderada y máxima asistencia para ser movido. Es imposible levantarlo/a completamente sin que se produzca un deslizamiento entre las sábanas. Frecuentemente se desliza hacia abajo en la cama o en la silla, requiriendo de frecuentes reposicionamientos con máxima ayuda. La existencia de espasticidad, contracturas o agitación producen un roce casi constante.

2. Problema potencial: Se mueve muy débilmente o requiere de mínima asistencia. Durante los movimientos, la piel probablemente roza contra parte de las sábanas, silla, sistemas de sujección u otros objetos. La mayor parte del tiempo mantiene relativamente

Escala de Arnell: El riesgo de úlcera por decúbito aparece con puntuaciones iguales o mayores de 12 Variable 0 1 2 3 Estado mental Despierto y orientado. Desorientado Letárgico. Comatoso.

Incontinencia (se dobla la puntuacion): No Ocasional, nocturno o por stress Urinaria solamente Urinaria e intestinal

Actividad (se dobla la puntuacion): Se levanta de la cama sin problema Camina con ayuda. Se sienta con ayuda. Postrado en cama.

Movilidad (se dola la puntuacion):
- Completa Limitación ligeraLimitacion importante inmovil Nutrición
- Come de forma satisfactoria
- Ocasionalmente rechaza la comida o deja cantidades considerables (se le debe animar a tomar liquidos
- No suele tomar ninguna comida completa . Deshidratado , ingesta minima de liquidos
- No come
- Aspecto de la piel
- Buena Area enrojecida
- Ulcera grado 1, perdida de continuidad de la piel
- Edema , ulcera grado 2
- Sensibilidad cutanea
- Presente Diminuida
- Ausente en extremidades ausente

Escala Nova 5 puntos estado mental incontinencia movilidad nutrición ingesta actividad:
- 0 alerta no completa correcta deambula
- 1 desorientado ocasional/ limitada ligeramente incompleta ocasionalmente con ayuda deambula con ayuda
- 2 letárgico urinaria o fecal importante limitación incompleta, siempre con ayuda deambula siempre precisa ayuda
- 3 coma urinaria y fecal inmóvil no ingesta oral, ni enteral ni parenteral superior a 72 h. y/o desnutrición previa. no deambula, encamado

Según la puntuación obtenida de la aplicación de la escala se obtienen 4 categorías de riesgo:
- 0 puntos……..sin riesgo.
- De 1 a 4 puntos……riesgo bajo.
- De 5 a 8 puntos……riesgo medio.
- De 9 a 15 puntos……riesgo alto.

CAUSAS DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN.

1. intrinsecas : estado general , salud del paciente, movilidad , estado nutricional , edad , hidratacion
2. extrinsecas : humedad, cizallamiento , presion y friccion los objetivos a lograr deben de ser generales que serian controlar extension y justificar causa y especi-

ficos que serian analizar las causas para lograr detallar niveles y a la vez evitar su formacion

PREVENCIÓN.

Objetivo: Mantener una piel intacta en el paciente.

Cuidados:
• Aseo general cada 24 horas y parcial cuando se precise. Lavar la piel con agua tibia, aclarar y realizar un secado meticuloso sin fricción.
• Utilizar jabones o sustancias limpiadoras con potencial irritativo bajo.
• Mantener la piel del paciente en todo momento limpia y seca. Vigilar incontinencias, sudoración excesiva o exudados que provoquen humedad.
• Examinar el estado de la piel a diario, (durante el aseo, cambios posturales, etc.) buscando sobre todo en los puntos de apoyo, áreas enrojecidas o induraciones.
• Registrar el estado de la piel (estado de hidratación, eritemas, maceraciones, fragilidad, calor, induración, lesiones)
• No utilizar sobre la piel ningún tipo de alcoholes (de romero, tanino, colonias, etc.)
• Aplicar ácidos grasos hiperoxigenados (Corpitol, Linovera o Mepentol) o emulsión cutánea suavizante (Epaderm) , procurando su completa absorción con un masaje suave.
• Valore la posibilidad de utilizar ácidos grasos hiperoxigenados en las zonas de riesgo de desarrollo de ulceras por presión, cuya piel esté intacta.
• No frotar o masajear excesivamente sobre las prominencias óseas por riesgo de traumatismo capilar.
• Evitar la formación de arrugas en las sábanas de la cama.
• Para reducir las posibles lesiones por fricción o presión en las zonas más susceptibles de ulceración como son el sacro, los talones, los codos y los trocánteres, proteger las prominencias óseas aplicando un apósito hidrocoloide, productos barrera o espumas de poliuretano y/o taloneras con velcro.

Exceso de Humedad:

Objetivo: Evitar signos de maceración o infección en la piel por el contacto de incontinencia fecal/urinaria, sudoración, drenajes y exudado de heridas.

Cuidados:
• Cuidados del paciente: sondaje vesical si es necesario, colocar pañales absorbentes o colectores.

Para prevenir el deterioro de la piel de la persona incontinente,es fundamental, en el caso de uso de absorbentes, que éste sea:
1.-Transpirable para que ayude a mantener un microclima de la piel adecuado, para prevenir el deterioro de la misma.
2.-Que la capa que está en contacto con la piel esté siempre seca, para lo que el absorbente debe tener un bajo retorno de humedad, es decir, que la humedad que entra en el absorbente no retroceda para que la piel del paciente esté lo más seca posible.
• Asear al paciente lo antes posible en caso de incontinencia para evitar maceraciones de la piel.
• Reeducar en lo posible los esfínteres.
• En las zonas de piel expuestas a humedad excesiva y continuada, aplicar productos barrera.

Movilización:

Objetivo: Aliviar la presión sobre las áreas de riesgo (prominencias óseas).

Cuidados: Realizar cambios posturales. Todo paciente detectado como de riesgo debe ser cambiado de posición si no hay contraindicación por su patología de base. El periodo de tiempo entre cada cambio no debe exceder generalmente de dos horas y deberá estar definido en el plan de cuidados o historia del paciente. Los pacientes, en los que sea posible, deberán ser educados para cambiar de posición ellos mismos. En general se darán cambios posturales cada 2-3 horas (al menos dos por turno) a los pacientes encamados, siguiendo una rotación programada e individualizada que incluya siempre que se pueda el decúbito supino, la sedestación, el decúbito lateral izquierdo y el decúbito lateral derecho, y registrando la posición en la que se deja al paciente para dar continuidad a los cuidados (ver posiciones terapeuticas y colocación de almohadas). Evitar en lo posible apoyar directamente al paciente sobre sus lesiones. En pacientes en sedestación los puntos de apoyo deberán modificarse con la misma frecuencia que en los encamados. Mantener el alineamiento corporal, la distribución del peso y el equilibrio. Evitar el contacto directo de las prominencias óseas entre si usando almohadas. Evitar el arrastre. Realizar las movilizaciones reduciendo las fuerzas tangenciales. En decúbito lateral, no sobrepasar los 30 grados. Si fuera necesario, elevar la cabecera de la cama lo minimo posible (máximo 30°) y durante el mínimo tiempo. Usar dispositivos que mitiguen al máximo la presión: colchones de aire (pacientes de peso inferior a 75 kg.), cojines, almohadas, protecciones locales, etc. Sólo es un material complementario no sustituye a la movilización.

Posiciones terapéuticas para los cambios posturales: (A continuación se describe la técnica de colocación de almohadas en las distintas posturas terapéuticas; este sistema aparece en la Guía de cuidados enfermeros de úlceras por presión del INSALUD, como la práctica más eficaz en la prevención de este tipo de lesiones.)

Decúbito supino:

Las almohadas se colocarán:
-Una debajo de la cabeza
-Una debajo de la cintura
-Una debajo de los muslos.
-Una debajo de las piernas.
-Una apoyando la planta del pie.
-Dos debajo de los brazos (opcional)
Deberán quedarse libres de presión Talones, glúteos, zona sacro-coxígea, escápulas y codos.

Precauciones:
Las piernas deberán quedar ligeramente separadas.
Los pies y manos deben conservar una posición funcional.
Evitar la rotación del trocánter.

Decúbito lateral. Las almohadas se colocarán:
-Una debajo de la cabeza
-Una apoyando la espalda.
-Una entre las piernas.

Precauciones:
-La espalda quedará apoyada en la almohada formando un ángulo de 45 60°.
-Las piernas quedarán en ligera flexión.
-Los pies formando ángulo recto con la pierna.
-Si la cabeza de la cama tiene que estar elevada, no excederá de 30°.
-En pacientes que pueden realizar algún movimiento en la cama se deberá animar a realizar movimientos activos, colocar soportes y asideros necesarios que faciliten su movilización.
-Los pies y manos deben conservar una posición funcional.

Sentado. Las almohadas se colocarán:
-Región cervical
-Región lumbo-sacra

Precauciones:
-Es importante que estén sentados correctamente manteniendo el alineamiento corporal, la distribución del peso y el equilibrio.
- No utilizar roscos de caucho o flotadores.
- Los puntos de apoyo deberán modificarse con la misma frecuencia que en los encamados.
- Evitar la hiperflexión cervical, la cifosis lumbar, la compresión de los huecos poplíteos que impide un correcto retorno venoso, el pie equino y el estrangulamiento de la sonda urinaria bajo la piel

DESBRIDAMIENTO.

Desbride el tejido desvitalizado en el lecho de la herida o el borde de las úlceras por presión cuando sea apropiado según el estado general de la persona y esté en consonancia con los objetivos generales de la atención.

Seleccione el método(s) de desbridamiento más adecuado para la persona, el lecho de la herida, y el entorno clínico. Los métodos más comunes utilizados para el desbridamiento de las úlceras por presión son:
• Quirúrgico/ cortante,
• Conservador cortante,
• Autolítico,
• Enzimático
• Larval,
• Mecánico (incluyendo ultrasonidos e hidroquirúrgico).

INFECCIÓN.

Considere el diagnóstico de infección aguda diseminada si la úlcera por presión tiene signos locales y / o sistémicos de la infección aguda, tales como:
• Eritema que se extiende desde el borde de la úlcera
• Endurecimiento;
• Nuevo o aumento del dolor o calor;
• Drenaje purulento;
• Aumento de tamaño;
• Crepitación, fluctuación o decoloración en la piel circundante;
• Fiebre, malestar y agrandamiento de los ganglios linfáticos;
• Confusión / delirio y anorexia.

Prevenga la contaminación de la úlcera por presión:

Considere el uso de antisépticos tópicos no tóxicos, en concentración adecuada para los tejidos, durante un periodo de tiempo limitado para controlar la carga bacteriana.

Los antisépticos usados comúnmente en las heridas incluyen:
• Compuestos de yodo (povidona yodada y cadexómero de yodo de liberación lenta),
• Compuestos de plata (incluyendo sulfadiazina de plata),
• Polihexanida y betaína (PHMB),
• Clorhexidina,
• Hipoclorito de sodio,
• Ácido acético.

Considere el uso de antisépticos tópicos para las úlceras por presión que no avanzan hacia cicatrización y están críticamente colonizadas / infectadas localmente.

En general, no se recomiendan antibióticos tópicos para el tratamiento de las úlceras por presión.

Seleccione un apósito para las heridas en base a la:
• Capacidad para mantener el lecho de la herida húmedo;
• Necesidad de abordar la carga bacteriana;
• Naturaleza y el volumen de exudado de la herida;
• Estado del tejido en el lecho de la úlcera;
• Estado de la piel periulceral;
• Tamaño de la úlcera, la profundidad y la ubicación;
• Presencia de tuneles y / o cavitaciones;
• Objetivos personales del individuo con la úlcera

Proteja la piel periulceral (películas barrera, pasta de oxido de zinc..).

5 Discusión-Conclusión

Se necesita un estudio individiualizado de cada paciente y ademas unas soluciones para cada uno ademas de las generales

6 Bibliografía

- Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Ulceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP). Directrices Generales sobre Prevención de las Úlceras por Presión. Logroño. 2003
- Guía de cuidados enfermeros del INSALUD. (Madrid 1996)
- European pressure Ulcers Advisory Panel: Directrices sobre la prevención de úlceras por presión del Grupo Europeo de Úlceras por presión. Gerokomos. 1999. 10(1):30-33.
- Best Practice. Pressure Sores. Part 1: Prevention of Pressure Related Damage. The Joanna Briggs Instituted for Evidence Based nursing and Midwifery. 1997. 1(1):1-6.
- Rodríguez M. et al. Cuidados de Enfermería al paciente con upp. Guía de prevención y tratamiento. Cádiz: Hospital Universitario Puerta del Mar, 2004.

Capítulo 464

CONTROLES DIABÉTICOS

MARÍA OLIVA FERNÁNDEZ ALVAREZ

EVA IRENE GONZÁLEZ ZAPICO

MARÍA JOSÉ NÚÑEZ SUÁREZ

1 Introducción

En esta enfermedad los niveles de glucosa en sangre están alterados, pudiendo hacer que nuestro organismo sufra otras consecuencias graves ligadas a la enfermedad como: dañar la vista, los nervios e incluso los riñones, amputación de miembros, enfermedades cardíacas e incluso derrames cerebrales.

Hay dos tipos de diabetes:
- DIABETES TIPO 1: nuestro cuerpo no produce insulina.
- DIABETES TIPO 2: nuestro organismo deja de producir insulina o simplemente no la usa de manera adecuada. Es la más común.

También existe la DIABETES GESTACIONAL, ésta se desarrolla en mujeres embarazadas, normalmente desaparece después del parto.

2 Objetivos

Identificar el problema y determinar las posibles complicaciones. El análisis de sangre nos da sus resultados para poder manejar adecuadamente su control.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Como aspectos fundamentales hay que destacar:
- Hacer ver al paciente y su entorno más cercano las consecuencias que puede llegar a tener su mal seguimiento y control.
- Analizar sus cuidados para fomentar su confort y estabiliza d de cara a su nueva situación.
- Adaptar sus condiciones físicas y alimentarias siguiendo unas pautas.

5 Discusión-Conclusión

Es fundamental:
- Continuidad asistencial, control de glucosa periódico, ejercicio, respetar la dieta.
- En ocasiones es necesario tratamiento, pastillas o insulina.

6 Bibliografía

- https://www.fundaciondiabetes.org
- https://medlineplus.gov
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 465

PROBLEMAS DEBIDOS A LA HOSPITALIZACIÓN

HORTENCIA BEATRIZ MERCHÁN PEÑAFIEL

MARIA DOLORES LORENZO GARCIA

PATRICIA CORRALES REY

1 Introducción

El mero hecho de estar en el hospital puede originar ciertos problemas, en especial infecciones (denominadas infecciones intrahospitalarias). Otros problemas son:
- Problemas asociados con el reposo en cama prolongado, como las úlceras por presión.
- Desnutrición.
- Confusión y deterioro de la funcionalidad intelectual.
- Incontinencia.
- Incapacidad para orinar.
- Caídas.
- Falta de sueño.

A veces un problema conduce a otro. En algunos casos, en personas que presentan confusión, depresión o están desnutridos, o en las personas ancianas, la hospitalización disminuye su capacidad para cuidar de sí mismos. Los que no pueden cuidar adecuadamente de sí mismos son más propensos a necesitar estancias hospitalarias más largas y a necesitar un ingreso en una residencia tras el alta.

2 Objetivos

- Conocer la opinión de los pacientes acerca de los aspectos de la atención que reciben durante la hospitalización, que son importantes para lograr su bienestar.

3 Metodología

El diseño del estudio fue de tipo cualitativo exploratorio a través del método de la Teoría Fundamentada, por ser el diseño apropiado para describir fenómenos sociales.La población de estudio estuvo conformada por adultos hospitalizados en el servicio de cirugía general de un hospital público, que fueron los informantes claves. La selección de los informantes fue intencional, considerando que tuvieran un mínimo de 72 horas de estancia hospitalaria y con experiencia previa de hospitalización. El tamaño de la muestra fue de 30 pacientes, lográndose la saturación de los datos.

Para conocer la percepción del paciente acerca de su bienestar durante la hospitalización se aplicó una entrevista semi-estructurada a cada uno de los informantes claves que aceptaron participar. Para la realización de la entrevista fue necesario programar una visita con los participantes en su domicilio durante los primeros cinco días posterior a su egreso, respetando la disponibilidad de su tiempo para hacer la entrevista. A todos los participantes se les explicó el objetivo del estudio, así como lo referente a la confidencialidad de los datos.

Durante la entrevista semi-estructurada, los instrumentos utilizados fueron el diario de campo y la grabadora manual. A cada informante se le preguntó respecto a los aspectos de la atención que recibieron por parte del personal de enfermería durante su estancia hospitalaria que son importantes para lograr su bienestar, el resto de las preguntas estuvieron relacionadas con la percepción de los pacientes acerca de las actividades realizadas por el personal de enfermería y qué aspectos les gustaron y disgustaron acerca de la atención recibida. Las últimas dos preguntas estuvieron relacionadas con las expectativas de la atención: se les preguntó qué les hubiera gustado que hiciera el personal de enfermería durante su hospitalización y en caso de requerir de nuevo hospitalización él o algún miembro de su familia qué le gustaría que fuera diferente.

La Teoría Fundamentada fue la herramienta utilizada para el análisis de conceptos con apoyo del análisis de contenido para la presentación de los hallazgos.Este método permite la fundamentación de conceptos que emergen de forma

natural de los datos. Se analizaron los diálogos en detalle (microanálisis de códigos vivos), se analizó esta información para clasificar los datos en subcategorías (codificación axial), posteriormente se establecieron categorías temáticas (codificación selectiva) para clasificar y organizar los datos. Los códigos se tomaron de la conversación con los participantes y de los conceptos teóricos de las variables de estudio. Una vez desarrolladas las categorías temáticas se procedió a explicar el significado de cada una de las narrativas. Respecto a los aspectos éticos, el estudio fue realizado por el equipo de investigación, que no forma parte de la plantilla del hospital público donde se seleccionaron los informantes claves, lo que permitió una mejor participación de los pacientes y facilitó la confianza y empatía. Además, a cada participante se le explicó el objetivo de la investigación y que los datos serían utilizados solamente con fines académicos y de investigación. Cada participante firmó una carta donde autoriza su participación en esta investigación conforme lo señala el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud.

4 Resultados

La edad de los participantes del estudio fue de 18 a 65 años con un promedio de 34 años, predominó el sexo femenino (5 hombres y 25 mujeres) y el estado civil casados (20 casados, 7 solteros, 1 viuda y 2 divorciados). Respecto a la escolaridad, 16 contaban con el grado de primaria, 9 con secundaria, 1 con preparatoria y 4 con Licenciatura. Dentro de las intervenciones quirúrgicas realizadas a estos pacientes se encontraron: laparoscopia, hernioplastia, lobectomía pulmonar, laparotomía exploradora, apendicectomía y colecistectomía, con predominio de la última. Los participantes señalaron de una a tres experiencias previas de hospitalización.

Los pacientes hospitalizados perciben bienestar cuando consideran que las enfermeras están capacitadas en la atención técnica. Para ellos es muy importante el manejo del dolor, el seguimiento en la atención, la competencia del personal de enfermería para realizar los procedimientos y la información que se les proporciona. El cuanto al manejo del dolor, los pacientes valoran que las enfermeras atiendan a su llamada con rapidez y sobre todo les proporcionen el medicamento apropiado: ”Ya se me había quitado el dolor pero me volvió y yo decía ”no me van a hacer caso si les hablo”, yo les dije que tenía dolor y dijeron ”sí señora, ahora vamos a quitarle el dolor”, yo pensé, no van a venir como siempre, pero no, regresaron con medicamento, sí me hicieron caso y eso me gustó”. Por lo tanto,

cuando el personal de enfermería no respondió a la llamada de los pacientes y no realizó las actividades para el manejo de su dolor, ellos expresaron falta de bienestar: "A las enfermeras les hace falta bastante, mi enfermera no había llegado y el medicamento de las 8:00 a.m, me lo pusieron a las 16:00 p.m., no aguantaba el dolor, estaba llorando".

Respecto al seguimiento en la atención, los informantes consideraron que para ellos era importante que las enfermeras estuvieran pendientes de sus cuidados y cubrieran sus necesidades en forma rápida y oportuna: "Siempre estaban atentas, fíjate, yo empecé con tos y le dije a la enfermera que si me podía dar algo, yo pensé que no me iba a traer nada, pero cuál sería mi sorpresa que entra y me dice aquí le traigo para la tos". Sin embargo, para otros pacientes la falta de seguimiento en la atención fue la causa por la que se afectó su bienestar: "A mí me pasó lo del bidel, la enfermera me lo llevó, yo terminé y ella nunca regresó y volví a hacer en el mismo bidel y la enfermera nunca se presentó".

La competencia de enfermería es otro aspecto relevante para lograr el bienestar; pues los informantes señalaron que era muy importante el conocimiento y habilidad del personal: "La atención fue buena porque las enfermeras se preocupan por uno, a mí me dolía la cabeza y un enfermero fue el que me quitó el medicamento, él detectó que era el medicamento el que me estaba haciendo daño y me lo retiró".

Algunos participantes percibieron que los aspectos que no fomentan el bienestar son una deficiente atención y lo atribuyeron a la falta de conocimiento y experiencia del personal en la ejecución de actividades y procedimientos: "Unas saben lo que te están aplicando y otras no, porque me iban a poner un medicamento doble en el mismo rato, a mí me empezaron a salir ronchas en mi brazo y me dijeron que era por un medicamento que se me había aplicado y me iban a volver a aplicar el mismo después de media hora, si yo no hubiera preguntado a lo mejor me hubiera afectado".

Otro aspecto que fomenta el bienestar es el estar informados acerca de las actividades o procedimientos que se les van a realizar; mencionaron que es necesario que se les expliquen los cuidados que deben tener en casa y que la enfermera se coordine con el médico para que pueda contestar las preguntas y dudas que ellos tienen, pues les agrada que la enfermera siempre tenga una respuesta: "Yo les hacía preguntas, porque yo me veía la sonda y a veces tenía mucho líquido y a veces poquito y ellas siempre tenían respuesta y nunca me decían no, pregúntele al doctor, si no sabían preguntaban".

Algunos participantes refirieron que se sentían preocupados, angustiados y con incertidumbre, por lo tanto no percibían bienestar: ”Yo traigo unos parchecitos, yo no sé qué hacer con ellos, me entiendes, yo no sé si me los quito o qué puedo hacer, no me dijeron estos parches le van a durar tantos días, tampoco me dijeron que hacer si se me caen o pasa algo, a mí se me olvidó preguntar, pero pienso que tú como enfermera me debes de decir”.

Otro aspecto relevante en la percepción del bienestar es el trato que les proporciona el personal de enfermería, los informantes mencionaron como necesario que las enfermeras se presenten con ellos, que los traten de manera amable, que sean comprensivas y pacientes, que los animen, que bromeen y platiquen con ellos, dado que esto los hace sentir mejor y percibir una buena atención: ”Conmigo nunca se portaron enojonas ni nada, se portaron bien por el modo en que te tratan y hablan, te platican y ya se le pasa a uno el rato, eso es bueno, que sean amables y que te platiquen, a veces bromeábamos”.

Algunos participantes percibieron un trato inadecuado tales como actitud de molestia por parte de la enfermera cuando algún paciente no asignado les preguntaba o pedía algo. Así mismo señalaron que las enfermeras son impacientes, toscas y descorteses cuando realizan algún procedimiento: ”Había veces que te bajabas de la cama y se tapaba el suero, las enfermeras iban muy molestas y te decían: si no sabe no se baje de la cama, pero si te andaba de la pipí y ellas no iban qué hacías”.

Es importante resaltar que en el bienestar también es relevante la infraestructura. La información revelada por los participantes indica que existen algunos aspectos que aunque no corresponden directamente a la atención que proporcionan las enfermeras si contribuyen en la percepción de su bienestar. Entre estos aspectos destacaron la falta de ropa, de medicamentos y las deficiencias en el mobiliario, en especial las camas: ”No creo que tengan culpa las enfermeras, pero la atención no fue muy buena porque a veces faltaba mucho, lo que eran sábanas, batas y cobertores. Es necesario que haya más ropa pues con la ropa de cama duré hasta tres días y con la bata cinco días”. ”Cuando estuve internada, mi cama nunca funcionó y el técnico nunca fue, nada más se subían los pies, fue mucha incomodidad, yo como quiera me adapto a las circunstancias pero en una cirugía creo que no debe pasar esto”. ”Faltan medicamentos, algunas veces las enfermeras me decían que no les surtían el medicamento y a veces uno tenía que comprarlos, le tenías que decir a un familiar que fuera a comprarlos”.

Otro aspecto relevante en la percepción del bienestar es el servicio que proporcio-

nan otros departamentos tales como seguridad, nutrición, trabajo social, limpieza y personal de enfermería de otros servicios. Esto es importante considerarlo dado que algunas veces, aunque se tenga la percepción de buena atención de enfermería y por lo tanto fomente el bienestar del paciente hospitalizado, esta relación se ve afectada por factores externos: "El trato y atención debe ser igual en todos los departamentos, a mí no me atendieron igual en el otro departamento donde estuve porque yo era cama prestada [cuando en cirugía no hay lugar y se le presta una cama al paciente en otro departamento], yo sentí que no les importaba mi atención porque eso no les contaba en su trabajo".

Por otra parte, el tiempo de espera para la intervención quirúrgica y en ocasiones el tiempo en recuperación fue otro aspecto importante señalado por los participantes que afectaron su bienestar: "Duré una semana para que me pudieran operar, estaba como te digo con medicamento y controlándome el dolor, esperando una oportunidad porque había muchos por delante, eso era lo que me comentaban los cirujanos".

El análisis de datos reveló que la percepción del bienestar está relacionada con la satisfacción de necesidades y expectativas de atención, las cuales para algunos participantes fueron cumplidas: "Las enfermeras me daban mi medicamento, me bañaban, me platicaban, me ponían el suero, me daban el bidel y nunca me lo negaron, me preguntaban si se me ofrecía algo, qué más podía yo pedir".

Un hallazgo importante fue que de acuerdo a la atención recibida surgen expectativas futuras que deben ser consideradas por el personal de enfermería operativo y administrativo para mejorar la percepción general del bienestar: "Yo espero que en otras hospitalizaciones la enfermera te ponga el medicamento a la hora que te toque, pues yo no aguantaba los dolores y tenía que esperarme a que la enfermera le diera vuelta a todos los pacientes de la sala".

Como puede apreciarse, existen expectativas cumplidas de la atención y otras que en el estudio se les denominó expectativas futuras, que surgen de las necesidades no satisfechas por el servicio de enfermería y otros departamentos.

5 Discusión-Conclusión

En la percepción del bienestar de los pacientes hospitalizados destacaron dos aspectos que dependen directamente de la atención proporcionada por el personal de enfermería: la atención técnica e interpersonal. Además, se identificaron

dos aspectos que modulan la percepción del bienestar y dependen del entorno hospitalario: infraestructura y servicios otorgados por otros departamentos. Así mismo, las expectativas de la atención fue un aspecto importante para el bienestar durante la hospitalización.

Los hallazgos de este estudio respecto a que el bienestar es producto de que la atención sea proporcionada por personal de enfermería altamente capacitado, donde se destaque la parte técnica de la atención, son congruentes con lo reportado por otros autores, que señalaron que la atención técnica y el confort en caso de dolor, así como proporcionarle el medicamento a la hora indicada y responder con rapidez sobre todo cuando el paciente tiene dolor, son aspectos que determinan una atención de calidad que permite lograr el bienestar del paciente.Este aspecto es importante de considerar por el personal de enfermería dado que el grupo de pacientes quirúrgicos tiene mayor tendencia a desarrollar dolor durante su hospitalización y su manejo es un factor importante, pues de ello va a depender la forma en que el paciente perciba su bienestar.

Es necesario destacar que la capacitación del personal de enfermería no fue suficiente para que los participantes percibieran bienestar, pues señalaron como esencial la competencia en el cuidado, enfatizando en que el personal demuestre conocimiento y habilidad durante la atención que proporciona. Otros autores mencionan que para los pacientes es importante que, al brindar atención, la enfermera aplique su conocimiento de manera veraz, así como que se anticipe a las necesidades y lleve un seguimiento en la atención.

Además de la capacitación técnica y la competencia del personal de enfermería, los participantes manifestaron que para percibir bienestar se requiere de una interacción con el personal donde se destaque la información respecto a su tratamiento médico durante su hospitalización, así como los cuidados que necesitará con posterioridad a su egreso. En otros estudios los participantes también mencionan como importante que se les notifique acerca del tratamiento y los cuidados necesarios en el hogar.

En este estudio se encontró que en la percepción de bienestar durante la hospitalización es esencial el trato que proporciona el personal de salud, circunstancia que aparece en otros estudios, donde los pacientes que percibieron un trato adecuado reportaron un grado de mayor bienestar. Estos autores encontraron que aunque hubiera notable mejoría en el estado de salud de los pacientes, si percibían un trato inadecuado, mostraban temor e incertidumbre, además de falta de confianza para consultar sobre sus dudas.

Es importante resaltar que los participantes de este estudio, además de señalar la atención que brinda el personal de enfermería como parte importante en la percepción del bienestar, también señalaron como relevante para lograr el bienestar lo relacionado con la infraestructura, la atención proporcionada por otros servicios y el tiempo de espera para la cirugía. Este hallazgo es reportado en la literatura, donde se señala que las características estructurales de los lugares donde se imparte el cuidado tiene una propensión a influir sobre el proceso de atención con aumento o disminución de la calidad, lo que repercute directamente en el bienestar del paciente.

Por otro lado, es importante destacar el hecho de que en la percepción del bienestar de los pacientes hospitalizados, también están inmersas las expectativas cumplidas y expectativas futuras. Este es un hallazgo importante que debe ser considerado por el personal de enfermería operativo y administrativo para mejorar la percepción general del bienestar.

Como puede apreciarse en este estudio se encontró que en la percepción del bienestar durante la hospitalización son esenciales la atención técnica (capacitación y competencia) e interpersonal (información y trato) que proporciona el personal de enfermería, así como la infraestructura, los servicios otorgados por otros departamentos y las expectativas de la atención. Este hallazgo es relevante para los administradores de las instituciones de salud, que tienen como meta mejorar la calidad de la atención que proporcionan para fomentar el bienestar en los pacientes hospitalizados.

Es urgente que el personal de salud tome conciencia de la importancia de lograr el bienestar en los pacientes durante su hospitalización. Es necesario que la atención que se brinda en las instituciones de salud se destaque no solo por la parte técnica, sino también por la interpersonal, donde el trato es un aspecto relevante. Además de considerar las necesidades y expectativas de atención para que el personal de enfermería las incorpore como parte del cuidado planea en cada turno.

Se concluye que para asegurarse de fomentar el bienestar en los pacientes hospitalizados es esencial que el personal de enfermería dirija sus intervenciones hacia el manejo del dolor, lleve un seguimiento en el plan de atención de cada paciente y lo mantenga informado de acuerdo a sus necesidades. Además es elemental que muestre una actitud que se destaque por su competencia profesional. Un hallazgo relevante es que además de la atención de enfermería, para fomentar el bienestar es importante que la institución tenga la infraestructura necesaria para proporcionar la atención y cubrir las necesidades y expectativas de los pacientes.

6 Bibliografía

- Index Enferm vol.21 no.4 Granada oct./dic. 2012
- Google Académico.

Capítulo 466

HIPERTENSIÓN

JESSICA BARREIRO LUTMAN

MERCEDES BARREIRO RODRÍGUEZ

ROSANA RODRÍGUEZ PRENDES

1 Introducción

Hipertensión es el término utilizado para describir la presión arterial alta. En este capítulo, se van a detallar recomendaciones sobre la hipertensión y el estilo de vida relacionado con esta.

2 Objetivos

- Describir las categorías de la mediciones de la presión arterial.
- Detallar recomendaciones para evitar la hipertensión.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de artículos científicos sobre hipertensión, publicados en revistas indexadas en bases de datos como Pubmed, Scielo y Medline, utilizando los descriptores hipertensión, prevenir hipertensión, valores de presión arterial.

4 Resultados

La lectura de la presión arterial se expresa con dos números. El número superior se denomina presión arterial sistólica y el número inferior presión arterial diastólica. Las mediciones de presión arterial se clasifican en cuatro categorías:
- Presión arterial normal: por debajo de 120/80mmHg.
- Presión arterial elevada: presión sistólica entre 120 y 129 mmHg y presión diastólica por debajo de 80mmHg.
- Hipertensión en etapa 1: presión sistólica entre 130 y 139 mmHg o presión diastólica de 80 a 89 mmHg.
- Hipertensión en etapa 2: presión sistólica de 140 mmHg o mayor, o presión diastólica de 90 mmHg o mayor.

El estilo de vida influye de manera importante en la presión arterial. Algunas pautas a seguir para evitar la presión arterial alta son: reducir el exceso de peso y cuidar de la cintura, llevar una dieta saludable, hacer ejercicio físico regularmente, limitar la cantidad de alcohol que se ingiere, reducir el consumo de sodio en la dieta, no fumar, reducir el consumo de cafeína, reducir el estrés y controlar la presión arterial con regularidad. Cuando no se mantiene la presión arterial dentro de valores normales de manera fisiológica, el médico establece un tratamiento para bajar la tensión a valores normales. La hipertensión puede dañar silenciosamente el cuerpo durante años antes de que se presenten síntomas.

5 Discusión-Conclusión

Llevando un estilo de vida saludable y siguiendo las pautas descritas anteriormente, además de realizarse controles de forma periódica, podremos evitar que la presión arterial se eleve y las consecuencias o complicaciones que de ello puedan surgir, tales como daños en las arterias, en el corazón, el cerebro, los riñones, los ojos o disfunción sexual.

6 Bibliografía

- mayoclinic.org.
- quironsalud.es.
- cuidateplus.com.
- Medlineplus.gov.
- tucanaldesalud.es.

Capítulo 467

ENFERMO TERMINAL. SUS CUIDADOS PALIATIVOS

MARÍA JOSÉ RUIDIAZ ÁLVAREZ

LAURA SUÁREZ GONZÁLEZ

1 Introducción

La palabra paliativo viene originariamente de la palabra latina " pallium" q significa manto o cubierta , que hace referencia a la acción de aliviar síntomas y sufrimiento. La OMS define cuidados paliativos como " el cuidado activo total de los pacientes cuya enfermedad no responde ya al tratamiento". La asistencia paliativa no debemos verla como una alternativa al fracaso del tratamiento si no como los cuidados prestados al paciente desde el comienzo del tratamiento de la enfermedad hasta su fallecimiento. En 1992 se creó la sociedad española de cuidados paliativos con el objetivo de fomentar una correcta atención al enfermo terminal. Según la SECPAL Sociedad Española de Cuidados Paliativos la enfermedad terminal queda definida por los siguientes elementos:

- Existencia de enfermedad avanzada.
- Sin ninguna respuesta al tratamiento prescrito.
- Síntomas diversos, intensos, cambiantes y con problemas.
- Repercusión emocional en el paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia de la muerte.
- Pronóstico de vida corto, no superior a los seis meses.

Un ejemplo de estas enfermedades son el cáncer, el VIH y las insuficiencias cardíacas, hepáticas etc. Ante un paciente agonizante se debe procurar que se sienta

acompañado, ayudado y cuidado en todas sus necesidades. Aunque parte importante de las decisiones que han de tomar los equipos de salud en la atención de enfermos terminales corresponde al médico o al equipo médico, no es menos cierto que las consecuencias de esas decisiones afectan de manera muy clara al quehacer diario y la conciencia de las enfermeras y auxiliares de enfermería que deben de cuidar y atender a estos pacientes.

2 Objetivos

- Describir los síntomas de los cuidados paliativos y sus cuidados.

3 Metodología

Para este trabajo se ha realizado una revisión sistemática, para ello se han consultado varios libros de procedimientos de enfermería y necesidades del paciente en los que interviene el técnico auxiliar. La búsqueda de información se completa consultando artículos relacionados y seleccionados para la realización del trabajo en Google Académico, Scielo, Dialnet, World Wide Science, etc.

4 Resultados

Una de las principales consideraciones del enfermo terminal es que el paciente sufre una enfermedad sin posibilidades de curación recibiendo únicamente tratamientos paliativos y su muerte es próxima. Es importante discernir entre el paciente terminal y el paciente en fase final. Este último es el que presenta signos evidentes de muerte inmediata. Paciente terminal no es sinónimo de paciente encamado, ni de persona incapacitada para el trabajo o las relaciones familiares. Muchos de estos pacientes mantienen una situación de autocuidado y son capaces de desarrollar las actividades de la vida diaria (AVDS).

Gran parte de los enfermos en situación terminal atraviesan una fase de deterioro anterior a su fallecimiento y se denomina agonía: es el periodo con cargas de dolor ,deterioro físico, angustia, que evidentemente disminuye la vida de los pacientes. El proceso de la agonía va en aumento con el paso del tiempo. Este tipo de deterioro y la rapidez con que evoluciona depende de la enfermedad, siendo la fase final muy similar en todos los pacientes.

Particularidades de la enfermedad terminal:

- Diagnóstico patología confirmada (enfermedad avanzada incurable y progresiva).
- Sin respuesta al tratamiento curativo (Presencia de síntomas: intensos, multifactoriales y cambiantes).
- Generación de gran impacto emocional en paciente, familia y en el equipo asistencial.
- Pronóstico de vida menor a seis meses.

Los mayores problemas en el paciente terminal son:
Físicos: dolor: síntoma más frecuente en el paciente paliativo y el que más miedo produce; insomnio: relacionado con el dolor y angustia espiritual; náuseas y vómitos: frecuentes en la fase final de la enfermedad; disnea: dificultad para respirar .Es el síntoma principal en la fase adaptada (pronóstico grave a corto plazo); alteraciones de la mucosa bucal: sequedad de la boca, por la escasa ingesta líquida por vía oral; riesgo de afectación del tejido viene al en los ojos :relacionado con el estado de conciencia y disminución de la secreción lágrimas; riesgo de úlceras por presión: la inmovilidad, la afectación a nivel de conciencia y la humedad de la piel, favorecen la presencia de escaras.

Los cuidados físicos a realizar por enfermería son:
- Higiene e imagen: mantener la piel limpia e hidratada, cuidar la limpieza de la cama, cuidados frecuentes de ojos, pies etc, estimularle a mantener buen aspecto (vestido, peinado).
- Alimentación: adaptarla a los gustos del paciente, buscar alimentos apetecibles, aportar líquidos, toma frecuente de comida en número y horario que desee la persona, no forzar la ingesta, dieta blanda, no olvidar los cuidados de la boca.
- Eliminación: favorecer la intimidad, colaborar en la eliminación de fecalomas, observar la regularidad de las eliminaciones.
- Movilización: estimular la movilización fuera de la cama en la medida de lo posible
- Descanso y sueño: favorecer el descanso durante la noche y actividad durante el día, técnicas de relajación, cuidar el entorno (ventilación, ruido) etc.
- Dolor: aplicar el tratamiento farmacológico, masajes, frío, calor, compañía y afecto.
- Atender otros síntomas concretos como disnea tranquilizando al paciente, movilización de secreciones (proporcionar pañuelos, colocar en posición de fowler etc), aparición de vómitos (sujetar la cabeza mientras se le proporciona una palangana, higiene).

Psicológicos. Desde el punto de vista psicológico, normalmente se producen situaciones comunes entre los pacientes como la negación, soledad, ira, enfado o depresión. Pero no todos los enfermos reaccionan de la misma forma, aunque existan dos sentimientos caracterizados en toda enfermedad siendo mas intenso el caso de una enfermedad terminal: son el miedo y la ansiedad. La doctora Kubler-Ros describe cinco etapas por las q pasan la mayoría de los pacientes en la aceptación de la muerte:

- Negación y aislamiento:"no puede ser cierto"," se han equivocado". La mayoría de los pacientes reaccionan rechazando el diagnóstico. A menudo buscan otras opiniones médicas hasta q aceptan la realidad.
- Rebeldía e ira:"por qué yo", quejas dirigidas a sus familiares y al personal sanitario. El paciente se rebela contra la sensación de impotencia para controlar su destino.
- Negociación: intenta pactar con cualquier medio una solución desesperada q le permita un cambio de destino, ya sea con "Dios " o con nuevos tratamientos, intervenciones quirúrgicas etc.
- Depresión: a medida q el paciente toma conciencia gradual de que va a morir y no puede hacer nada para evitarlo, aparece un estado de depresión. La doctora Kubler-Ros identifica dos periodos de depresión: depresión reactiva, el paciente piensa en las cosas q ha perdido, se preocupa de su familia, como se las arreglarán sin el; depresión preparatoria: señala la transición entre la lucha por la vida y la aceptación de la muerte. Esta más tranquilo.
- Aceptación y paz: desprovista de sentimientos y de interés por el entorno. Durante este proceso tiene lugar la decatexis (depresión preparatoria, esta última fase pone fin a toda comunicación).

Los cuidados psicológicos son:

-Ante todo se debe tener una buena disposición para comunicarse con el paciente, cuidando mucho la comunicación no verbal y la verbal. La actitud debe ser de empatía y comprensión poniéndonos en su lugar, para desde ahí actuar de la forma más adecuada. Debe mostrarse disponibilidad, sin interrumpirle. Deben permitirse las manifestaciones de tristeza y llanto. Es muy importante demostrar una actitud de escucha. No debe darse sensación de tener prisa, o de apatía y despreocupación. No evitar la conversación si el paciente necesita hablar. Promover actividades de ocio(tele, leer, etc) así como encuentros entre familiares y amigos. La espiritualidad y la religiosidad tienen mucha importancia en estos momentos. Si el paciente lo demanda, se le facilitará la atención espiritual.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión de este trabajo y lo que pretendemos, es dejar claro que hay que tratar al enfermo terminal desde una perspectiva humana, con el máximo respeto en esta fase tan dolorosa y triste. Hay que apoyarlo, estar ahí para él y atenderlo correctamente. Es un punto muy importante también la atención a sus familiares, que se encuentren arropados y nunca solos. Proporcionarles toda la información de la que somos conocedores que les pueda ayudar. En estas cuestiones es imprescindible el trabajo del auxiliar de enfermería que es el que más contacto tiene con el enfermo.

6 Bibliografía

- MEDICA-CUID, A. R. S.; PALIA, ADOS; TERMIN, OS EN EL ENFERMO. Cuidados paliativos en el enfermo terminal.
- HILARIO QUISPE, Rosmery. Conocimientos y actitudes hacia el cuidado paliativo del paciente con enfermedad terminal de los estudiantes de IV ciclo de la especialidad de Enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2014. 2016.
- BÁTIZ, Jacinto; LONCÁN, Pilar. Problemas éticos a final de la vida. Gaceta Médica de Bilbao, 2006,
- LUEZAS, Paula Martínez. Calidad de cuidados y paciente terminal. 2016.
- BORJABAD HERRANZ, Cristina. Cuidados paliativos y la comunicación enfermera/o-Paciente terminal. revisión narrativa. 2016.

Capítulo 468

EL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO

MARÍA JOSÉ RUIDIAZ ÁLVAREZ

LAURA SUÁREZ GONZÁLEZ

1 Introducción

La atención a las personas que presentan enfermedades crónicas constituye hoy en día una prioridad en las agendas de todos los sistemas sanitarios. Dentro de estas estrategias, merece destacar el abordaje específico que requiere un grupo de población que se caracteriza por presentar pluripatología y comorbilidad asociada. Estas personas son especialmente vulnerables, frágiles, requieren cuidados muy complejos y consumen una elevada cantidad de recursos sociosanitarios. Se estima una prevalencia en España del 1,4% en población general y de aproximadamente el 5% en mayores de 64 años.

La atención sociosanitaria a esta población requiere un enfoque centrado en la persona, como paradigma de atención a pacientes y no a enfermedades. Los modelos deben dar el salto del enfoque segmentado por enfermedades a la visión holística e integral, teniendo en cuenta la situación social, psicoafectiva, la vivencia que la persona tiene de la enfermedad, su contexto familiar y el abordaje de las respuestas humanas que todo ello genera.

Los profesionales sanitarios necesitan herramientas que les orienten y faciliten la toma de decisiones en este grupo de población. Las guías de práctica clínica para el abordaje de pacientes con comorbilidad y pluripatología presentan numerosas limitaciones. Las recomendaciones de expertos en este sentido, nos orientan hacia un abordaje multidisciplinar, con el autocuidado y la gestión de la enfermedad por parte del propio paciente como elemento transversal de la asistencia.

2 Objetivos

- Detallar los cuidados que este tipo de pacientes necesitan para una mejor calidad de vida en un entorno de atención integrada.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión sistemática de artículos científicos en plataformas online como Scielo, Dialnet, Google Académico, con palabras clave como: enfermedades crónicas, fragilidad, complejidad, modelo organizativo, integración de servicios.

4 Resultados

La base de la atención a la cronicidad se encuentra en la atención centrada en el paciente y en la situación de comorbilidad, que puede ser muy compleja. Para abordar esta situación, en los últimos años se han desarrollado distintos modelos en numerosos países, con la finalidad de determinar cómo llevar a cabo el cambio en la provisión de atención sanitaria a pacientes con enfermedades crónicas, rediseñando sistemas que logren una mejor integración de servicios y la continuidad de los cuidados. Estos modelos, aunque desarrollados en su mayor parte en los EEUU, han tenido influencia notable en Europa, a pesar de tener una concepción de la cobertura y del tipo de proveedores de salud radicalmente diferentes.

Podemos distinguir entre modelos teóricos, cuyo objetivo es proponer marcos de trabajo con vocación universal o global, y modelos de provisión, cuya finalidad es establecer un enfoque práctico de cómo implantar los diferentes componentes de los primeros y por lo tanto, de una forma más cercana al contexto sanitario especifico en el que se va a llevar a cabo una experiencia concreta. El modelo Kaiser permanente apareció en 1945 en EEUU. Se basa fundamentalmente en la estratificación de riesgos y clasifica a los individuos en categorías, de acuerdo con la probabilidad de que sufran un deterioro de su salud, que se conoce como la Pirámide de Kaiser y así aplica niveles de intervención, dependiendo de su nivel de complejidad. En la base de la pirámide están los miembros sanos de la población para los que la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad son las prioridades. En los niveles medios aparece la enfermedad crónica, con o sin complicaciones, con lo que cambian los determinantes y los factores de riesgo. En estas etapas es

fundamental el manejo de la enfermedad, la promoción del autocuidado, la administración apropiada de medicamentos y la educación en aspectos sanitarios de la enfermedad; conforme progresa la enfermedad, los aspectos del autocuidado van siendo sustituidos por la intervención de los profesionales sanitarios. Por último, en el nivel quinto aparecen los pacientes identificados como complejos (del 3% al 5% del total) a los que se les asignan planes de cuidados específicos de casos. Conforme el paciente va ascendiendo por la pirámide precisa más intervenciones sanitarias, más específicas y que generan un mayor consumo de recursos.

El modelo de cuidado crónico (CCM) desarrollado en el MacColl Institute por Edward Wagner es quizás el marco más conocido para el cuidado de personas con enfermedades crónicas. El modelo se centra en vincular a personas informadas, activas y con enfermedades crónicas a equipos de profesionales pro-activos. Reconoce que una parte substancial de la atención al paciente crónico ocurre fuera de configuración formal de los sistemas de salud y sugiere que seis son los elementos de importancia en las iniciativas para mejorar la atención crónica: Recursos comunitarios, el sistema de salud, la autogestión del paciente, sistemas de apoyo a la toma de decisiones, rediseño del sistema de asignación de cuidados, y los sistemas de información clínica.

5 Discusión-Conclusión

La construcción de escenarios de atención integrada para pacientes crónicos requiere diferentes acciones. Se requiere que la atención proactiva para pacientes crónicos pase a ser una prioridad en la agenda de las políticas de salud de las consejerías y ministerios. La creación de este nuevo escenario exige una mayor cooperación y el coliderazgo de los profesionales asistenciales entre ellos y con los gestores, combinando una estrategia de arriba abajo (top-down) que aporte una visión clara desde las consejerías a las organizaciones y profesionales y de abajo a arriba (bottom-up) que aprenda y se construya a partir de experiencias locales de innovación y buena práctica.

6 Bibliografía

- ABADES PORCEL, Mercedes Â yÂ RAYON VALPUESTA, Esperanza.El envejecimiento en España: Â¿un reto o problema social?. Gerokomos [online]. 2012, vol.23, n.4, pp.151-155. ISSN 1134-928X.Â
- http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2012000400002.

- https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2013.11.001
https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2013.12.007
- https://blogs.medicinatv.com/medicofamiliajaimebarrio/que-son-las-enfermedades-cronicas/
- https://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/
- https://saludcantabria.es/uploads/pdf/consejeria/PlandeCronicidadBaja.pdf
- Dialnet-LaAtencionAlPacienteCronicoComplejo-4063626.pdf http://hdl.handle.net/10902/7952
- Espallargues, M., Serra-Sutton, V., Solans-Domènech, M., Torrente, E., Moharra, M., Benítez, D.,& Escarrabill, J. (2016). Desarrollo de un marco conceptual para la evaluación de la atención a la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Revista Española de Salud Pública, 90, e20003.

Capítulo 469

INCONTINENCIA DEL PACIENTE EN LA EDAD AVANZADA

SANDRA RODRIGUEZ FERNANDEZ

1 Introducción

La incontinencia urinaria se define como un escape de orina de manera no voluntaria. Se trata de una patología que aparece sobre todo a medida que aumentan los años y con mayor incidencia en el sexo femenino. Las personas que la padecen ven afectada su independencia en la vida ocasionando trastornos familiares, físicos (infecciones urinarias, úlceras y lesiones) psicológicos (ansiedad, vergüenza…) y aislamiento. Es una patología que no se consigue curar de manera total pero si se puede disminuir sus efectos. La incontinencia urinaria supone la pérdida de una función fisiológica.

La incontinencia urinaria afecta en torno al 20%-25% de las personas mayores de 65 años. Existen varios tipos de incontinencia urinaria:
- Según el tiempo de evolución estaría: incontinencia urinaria transitoria o aguda, de menos de 4 semanas de duración; incontinencia urinaria establecida o crónica de mas de 4 semanas de duración.
- Según la situación que la desencadena: de urgencia que es la pérdida involuntaria de orina precedida de una necesidad urgente de orinar y que es difícil contener; de esfuerzo que es frecuente en mujeres que se produce al toser o estornudar; mixta que es la combinación de incontinencia de urgencia y de esfuerzo; incontinencia urinaria por vaciamiento incompleto y por causas potencialmente reversibles.
- Según su severidad: incontinencia urinaria leve, moderada y severa.

2 Objetivos

- Analizar la medidas necesarias para contrarrestar los efectos negativos de la enfermedad en la salud, tratando a la incontinencia urinaria como una patología y no como una forma natural de deterioro en la vejez.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión sistemática de los estudios realizados sobre el tema, se analizó un estudio realizado de tipo experimental, abierto, controlado, durante un mes de duración, de enfermos con incontinencia urinaria tanto de urgencia, como mixta, valorando datos obtenidos antes y después. Además se ha obtenido datos en las siguientes fuentes bibliográficas: Medline Plus, Pubmed y Dialnet.

4 Resultados

Mediante tratamientos adecuados, es posible disminuir el grado de incontinencia urinaria en un porcentaje del 30%-40%, disminuyendo su severidad (frecuencia y volumen) en torno al 40%-50%. Para el tratamiento de la incontinencia urinaria en la persona mayor, es necesario un enfoque personalizado en cada caso.

En el caso de pacientes con demencia severa, o con problemas neurológicos irreversibles, y en aquellos ancianos cuya condición física esté muy deteriorada a causa de enfermedades crónicas evolucionadas, la curación de la incontinencia puede que no sea posible. En estos casos, se debe proporcionar al pacientes aquellos materiales necesarios para mantenerlo seco (pañales, colectores). La utilización de sondas no estaría nunca justificada como tratamiento de una incontinencia urinaria, con excepción de pacientes en situación terminal como medida de confort, o bien en pacientes con grandes úlceras por presión para mantener la piel seca y favorecer la curación de las mismas.

En el caso de personas con estado de salud conservado, con capacidad de colaboración y en todos aquellos que se muestren preocupados por la aparición de la incontinencia, debería efectuarse una evaluación dirigida a efectuarse una orientación diagnóstica y a plantear un tratamiento.

Según los resultados: es importante realizar una entrevista completa al paciente (enfermedades, medicación, valoración cognitiva y grado de movilidad), con el objetivo de conocer el momento en el que comenzó, momento de los escapes y

si existe factores que los precipiten. Los profesionales deberán mostrar interés y preocupación, fomentando la escucha activa y favoreciendo la confianza. La curación de la incontinencia es difícil de conseguir, para mejorar la calidad de vida de los pacientes que la sufren.

5 Discusión-Conclusión

Es indispensable que los profesionales sanitarios conozcan todo lo que implica la presencia de incontinencia urinaria a nuestro paciente geriátrico a nivel personal, psicológico, familiar y de calidad de vida. La incontinencia urinaria debe ser tratada como una patología con gran incidencia en el envejecimiento y no cómo un fenómeno natural que aparece en edades avanzadas.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 470

CUIDADOS EN EL LAVADO QUIRÚRGICO DE MANOS

DILEY CASARIEGO GARCIA

MARIA PILAR CABALLERO SÁNCHEZ

1 Introducción

El lavado quirúrgico de manos consiste en eliminar el mayor número de microorganismos patógenos de las manos y antebrazos por medio del lavado mecánico y desinfección con productos químicos (jabones antisépticos) antes de practicar una intervención quirúrgica o una técnica invasiva con finalidad diagnóstica o terapéutica.

2 Objetivos

- Eliminar al máximo los microorganismos de la piel
- Evitar al máximo la contaminación microbiana del paciente
- Obtener del paciente y/o familia la información necesaria para valorar sus necesidades.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda sistemática en diversas bases de datos y revistas científicas utilizando las palabras clave como descriptores, así como una consulta con el departamento de prevención del hospital de cabueñes.

4 Resultados

Realizando los siguientes pasos pasos haremos un lavado de manos quirúrgico eficiente :
- Coger un cepillo estéril
- Aplicar jabón antiséptico sobre el mismo si este no está impregnado
- Depillado de uñas, espacios interdigitales, todas las superficies de los dedos y las palmas de las manos y los antebrazos hasta 5 cm por el codo.
- Enjuague con abundante agua manteniendo las manos hacia arriba
- Efectuar un tercer y último lavado por fricción
- Aclarado
- Secado con toalla o compresa estéril
- Desechado de las mismas.

5 Discusión-Conclusión

Con el lavado quirúrgico de manos conseguimos la eliminación de la suciedad, materia organica, y microorganismos de contaminación de la piel por medios mecánicos mediante un lavado vigoroso con agua y solución jabonosa de povidona yodada o clorhexidina.

Es una norma de prevención de infecciones intrahospitalarias y debe ser realizada eficazmente por todos los integrantes del equipo de salud. Consiguiendo así prevenir las infecciones causadas a través de las manos protegiendo con ello al paciente, personal sanitario, familia y visitantes.

6 Bibliografía

- www.dvd-dental.com
- www.revista-portalesmedicos.com
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 471

ACTUACIÓN ANTE EL PACIENTE CON INTOLERANCIA A LA LACTOSA

MERCEDES ALVAREZ ANIA

NURIA HUERTA GONZÁLEZ

1 Introducción

Hasta hace relativamente poco, la leche y los derivados lácteos eran uno de los alimentos considerados fundamentales en la dieta del ser humano, tanto de los niños como de los adultos, y formaban parte, en distintas presentaciones, leche, queso, yogures, batidos, etc. del desayuno, comida, merienda y cena de muchas personas.

Sin embargo, cada vez es más frecuente escuchar afirmaciones tales como "la leche es mala", "el resto de mamíferos no toman leche en la etapa adulta, ¿por qué nosotros sí?", "los adultos no digerimos bien la lactosa de la leche", entre otras. Como consecuencia de esta, cada vez más extendida corriente, el consumo de leche ha experimentado un considerable descenso, excepto en el caso de los productos sin lactosa.

De hecho, se trata de la única categoría de leche y derivados lácteos que ha crecido en los últimos años (27% en 2015), mientras que las ventas a nivel global de otros tipos de leche descendían en un 2,5%.

Actualmente es el tercer tipo de leche más vendido en España, únicamente superado por la leche clásica (entera, semidesnatada y desnatada) y la leche con calcio, si bien las ventas de estos dos tipos siguen también una tendencia a la baja.

El sector de la leche, en general, no está pasando por su mejor momento y las ventas en volumen están descendiendo, así como la media de dinero invertido por la población en este tipo de productos.

Sin embargo, llama la atención que sólo durante el año 2013 salieron al mercado más de un millar de nuevas alternativas vegetales y sin lactosa a los productos lácteos tradicionales. Se trata de productos que, generalmente, tienen un precio más elevado que las opciones tradicionales y, paradójicamente, es el sector encargado de su producción el que mayores beneficios obtiene y continúa incrementando las ventas.

Estos datos hacen pensar que las empresas encargadas de su comercialización están aprovechando estas corrientes populares de tendencias alimentarias para incrementar sus beneficios económicos, a costa de engordar estos mitos con publicidad engañosa, datos ambiguos y verdades a medias.

La cuestión es, ¿son ciertas todas esas afirmaciones y creencias cada vez más extendidas que están condicionando los patrones de alimentación?, ¿es realmente la lactosa perjudicial para la salud?, ¿podemos y debemos los adultos consumir leche y derivados lácteos de forma habitual?, ¿en qué cantidad?, ¿qué importancia tiene la intolerancia a la lactosa en la sociedad actual?, como agentes de salud, ¿qué información debemos conocer y transmitir los enfermeros con respecto a este tema?

Debido a la ya comentada creencia de que la leche de origen animal y la lactosa pueden tener efectos perjudiciales en la salud, cada vez es más frecuente que las personas que sufren molestias abdominales, a priori no relacionadas con ninguna otra patología o desorden, se auto-diagnostiquen de intolerantes a la lactosa. Así, los propios sujetos relacionan estos síntomas inespecíficos con el consumo de lácteos y, de forma voluntaria y sin ningún tipo de control médico, los eliminan o sustituyen en su dieta por otro tipo de productos alternativos, sin tener en cuenta las posibles consecuencias que esto puede conllevar, sobre todo a largo plazo.

Además, la tendencia que viene siendo habitual por parte de los profesionales sanitarios que son consultados al respecto es la de aconsejar una dieta exenta o restringida en lactosa. Esto conlleva también un descenso del consumo de productos lácteos por parte de estas personas, ya que las alternativas sin lactosa son más caras y no todas las presentaciones de derivados lácteos existen en un formato sin este azúcar.

Estas personas auto-diagnosticadas de intolerantes o instadas a retirar la lactosa de su dieta habitual pueden limitar el consumo de productos lácteos y otras sustancias que creen responsables de su malestar intestinal, atendiendo sólo a una clínica meramente subjetiva y sin someterse, en la mayoría de los casos, a exámenes médicos y pruebas objetivas que verifiquen la existencia de tal intolerancia. La exclusión de determinados alimentos puede llevar a una dieta excesivamente restrictiva y deficiente en lo que respecta a algunos micronutrientes esenciales, como, en este caso concreto, el calcio.

Una dieta con aportes reducidos de este mineral se relaciona con un incremento de la resorción ósea y, por tanto, un aumento del riesgo de osteoporosis y fracturas. Además, el consumo de lácteos tiene efectos beneficiosos, al reducir la tensión arterial, ayudar a controlar el peso y prevenir la obesidad, el desarrollo de enfermedades cardiovasculares y la diabetes mellitus de tipo 2, el síndrome metabólico y algunos cánceres.

Cada vez más personas acuden a las consultas de enfermería para solicitar orientación acerca de la información que les llega a través de los medios de comunicación y por medio del "boca a boca" sobre temas relacionados con la alimentación, el deporte y la salud en general. Concretamente, el profesional de enfermería es frecuentemente visitado para recibir consejo nutricional por parte de los usuarios que desean perder peso o seguir una dieta saludable y equilibrada.

Es también el caso de las personas que presentan molestias abdominales y, cuando acuden a la consulta, comentan con el enfermero sus síntomas. Es probable que la respuesta que reciban se base en el consejo de retirar la lactosa de la dieta para observar si remiten los síntomas. Así, estas personas retiran esta sustancia de su dieta, lo que puede conllevar una reducción del aporte de muchos otros nutrientes beneficiosos para la salud.

Conviene recordar que los síntomas de la intolerancia a la lactosa son muy inespecíficos y muchas veces están sujetos a factores subjetivos, por lo que pueden confundirse y solaparse con las manifestaciones clínicas de otras patologías, como el síndrome de colon irritable, la enfermedad de Crohn y la enfermedad celiaca, entre otras.

Es importante realizar un diagnóstico diferencial antes de recomendar una dieta libre en lactosa que, además de no ser efectiva si se trata de un problema mayor, puede conllevar a un déficit de micronutrientes esenciales y su consecuente pérdida de calidad de vida a largo plazo.

La lactosa es el carbohidrato principal de la leche y los productos lácteos, pero además es ampliamente empleado en la industria alimentaria para la preparación de múltiples alimentos procesados, como la comida rápida y algunos dulces, y en la industria farmacéutica como parte de numerosos preparados medicamentosos (en forma de excipientes).

La concentración de este azúcar en la leche materna es de 7-7'2g/100ml y en la leche de vaca de 4'7-5g/100ml. Se trata de un disacárido formado por galactosa y glucosa que se produce en la glándula mamaria de la gran mayoría de los mamíferos, en los que constituye la fuente principal de nutrientes y calorías durante el primer periodo de vida. Una vez ingerida, la lactosa es hidrolizada en el intestino delgado, dando lugar a los dos monosacáridos que la componen (glucosa y galactosa), que se absorben por medio de transporte activo. Este proceso de hidrólisis está catalizado por el enzima β- galactosidasa, más conocido como lactasa, presente en el borde en cepillo de las vellosidades de los enterocitos apicales de la primera parte del intestino delgado (yeyuno) y en el íleon proximal.

La actividad de la lactasa en la superficie de la mucosa del intestino humano puede ser detectada desde la semana 8 de gestación y aumenta hasta la semana 34, alcanzando su pico máximo al nacimiento. La capacidad de digerir la lactosa durante el periodo de lactancia es esencial para la salud del bebé, ya que la leche constituye su principal fuente de nutrientes, glucosa y calorías. Desde los primeros meses de vida, la actividad de la lactasa comienza a descender en la mayoría de los humanos como consecuencia de un proceso normal asociado a la maduración del organismo. Por tanto, es importante distinguir entre los términos malabsorción de la lactosa e intolerancia a la lactosa:

- La malabsorción de la lactosa o hipolactasia es una condición habitual causada por una baja actividad de lactasa en el intestino delgado que implica que una significante cantidad de lactosa no sea absorbida en el intestino.

- La intolerancia a la lactosa ocurre cuando esta malabsorción o déficit de lactasa causa síntomas gastrointestinales. Los azúcares no absorbidos atraen osmóticamente líquido y sodio al interior de la luz del intestino, aumentando el volumen y disminuyendo la consistencia del contenido intestinal y acelerando el tránsito. La lactosa no absorbida pasa al colon y es fermentada por bacterias que producen ácidos grasos de cadena corta y gases (CO_2, CH_4, H_2) que pueden provocar síntomas inespecíficos como dolor abdominal, hinchazón, distensión abdominal, retortijones y flatulencia.

Se han descrito tres tipos de deficiencia de lactasa:

- Congénita: es una condición considerada rara para la que se ha identificado un locus concreto (2q21). En estos casos el cuadro clínico aparece en el recién nacido inmediatamente después del primer aporte de leche y consiste en diarrea severa con episodios de heces acuosas. Puede ser fatal si no se reconoce de forma precoz, ya que la deficiencia nutricional asociada causa un retraso del crecimiento, además de una rápida instauración de deshidratación y alcalosis. Se trata de una condición rara.
- Primaria: es una condición autosómica recesiva caracterizada por una reducción gradual de la actividad de la lactasa, nunca antes de los dos años de edad. Se trata de la condición fisiológica normal de la mayoría de los humanos, aunque su prevalencia varía sustancialmente entre diferentes grupos étnicos: en Europa varía entre un 2% en las poblaciones del norte y un 70% en algunas regiones del sur; en los Estados Unidos se encuentra en torno al 20% y Asia cerca del 100%.
- Secundaria: se debe a enfermedades gastrointestinales que causan una atrofia parcial temporal de las vellosidades del intestino delgado. Cualquier enfermedad en este órgano puede conllevar un déficit de lactasa, como la enfermedad celíaca, el síndrome de colon irritable, la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa, pero es más frecuente que se deba a infecciones víricas, bacterianas o parasitarias. Puede darse también como efecto secundario de algunos tratamientos farmacológicos que inducen una pérdida enzimática en la mucosa afectada por el proceso inflamatorio o infeccioso9. La hipolactasia desaparece cuando se completa la curación del trastorno, aunque la recuperación total de la función enzimática puede durar meses, ya que la lactasa es el último enzima que recupera su actividad normal tras una lesión.

Aunque la malabsorción de dosis moderadas de lactosa puede no causar síntomas identificables, los sujetos bajo esta condición no tienen por qué sufrir intolerancia a la lactosa. Solo es necesario el 50% de la actividad de lactasa para una efectiva utilización de la lactosa sin que se presenten síntomas de intolerancia. Sobre el 70% de la población mundial no tiene persistencia de lactasa, pero no todos ellos son intolerantes.

Es cada vez más evidente que se requiere un mayor grado de conocimiento por parte, tanto de la población, como de los profesionales de la salud que permita establecer en cada caso un diagnóstico acertado y un tratamiento adecuado a cada paciente. Es imprescindible que los profesionales sanitarios cuenten con información suficiente y actualizada sobre este trastorno y los ámbitos que abarca para poder abordarlo de forma eficaz. La demanda de información, no sólo en lo que

a la intolerancia respecta, sino también acerca de las posibles consecuencias de una dieta sin lácteos es creciente. Es por esto que resulta de gran importancia que el personal de enfermería esté al tanto de las creencias cada vez más extendidas en la población para poder proporcionar un consejo nutricional adecuado e individualizado a cada paciente. La Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD) y expertos de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG) y la Sociedad de Nutrición Parenteral y Enteral (SENPE) insisten en recordar a la población la importancia de las posibles consecuencias y, por tanto, de la recomendación de contar en todo caso con asesoramiento y control, tanto nutricional como clínico, especializado.

2 Objetivos

Por todo lo anteriormente expuesto y debido a la amplia confusión que existe en lo relativo a este tema entre los usuarios y el personal sanitario, el objetivo de este trabajo es revisar la evidencia disponible acerca de los efectos de la lactosa en la salud y el consejo nutricional adecuado al respecto.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión narrativa mediante la realización de una búsqueda en las bases de datos de Ciencias de la Salud: PubMed, SciELO, Cochrane, Lilacs, Cuiden y Cuidatje.

Para realizar dicha búsqueda se han empleado los descriptores de ciencias de la salud (Decs) y los tesauros de lenguaje controlado (Mesh), en español e inglés respectivamente, todos ellos combinados con los operadores boleanos “AND” y/o “OR” .

DESCRIPTORES EMPLEADOS:
- Mesh: Lactose, lactose intolerance, nurs, knowledge, therapeutics, management, adverse effects, dairy products, diet therapy, diet, risk.
- Decs: Lactosa, intolerancia a la lactosa, enfermería, conocimiento, terapia, manejo, efectos adversos, productos lácteos, terapia dietética, dieta y riesgo.

Para refinar la búsqueda se emplearon los siguientes criterios de inclusión: idioma inglés o español, población mayor de 18 años, publicaciones de los últimos cinco años (2012-2017), estudios realizados en humanos y artículos de estudios

experimentales, observacionales y cualitativos, además de revisiones narrativas y sistemáticas.

Se excluyeron aquellos artículos que no cumplían los criterios anteriormente descritos y aquellos que aborden otros temas relacionados que no se ajustan al objeto de estudio, como el diagnóstico, la etiopatogenia, las bases biológicas o la herencia genética del trastorno.

Para la selección de los artículos se realizó inicialmente una primera lectura del título y resumen. Posteriormente se intentó recuperar los artículos a texto completo y después se realizó una lectura de los mismos seleccionando un total de 19 artículos.

4 Resultados

Tras la búsqueda realizada se obtuvieron un total de 19 artículos. Después de su lectura se establecieron tres categorías de análisis, ya que varios de los documentos seleccionados abordaban el mismo tema. Esta distribución de los artículos se ha considerado pertinente debido a que ayuda a organizar la información.

Influencia de factores individuales y creencias en la presencia y percepción de síntomas de intolerancia a la lactosa.
En cuanto a la interferencia de factores y aspectos subjetivos y psicológicos, así como aquellos rasgos individuales más objetivos en el desarrollo de este tipo de problemas relacionados con la alimentación, O'Connor et al. llevaron a cabo un estudio para determinar si una intervención de 21 días de duración con un consumo de leche diario en cantidades progresivamente incrementadas conseguía revertir o, al menos, reducir la aversión que sentían los sujetos incluidos en la investigación hacia la leche. Además de la reversibilidad del aspecto psicológico de esta asociación, los autores sugirieron que este rechazo podía resolverse mediante una exposición continua ya que el tracto intestinal humano es capaz de adaptarse a la lactosa mediante un incremento progresivo de los aportes de la misma, incluso los individuos intolerantes y aquellos que creen que lo son. Para demostrarlo sometieron a los sujetos incluidos en el estudio a una exposición repetida al consumo de leche con incrementos progresivos de la cantidad ingerida. Después se contactó con los participantes a los 3 y a los 6 meses de finalizar la intervención para realizar un cuestionario de frecuencia alimenticia.

Tanto aquellos con persistencia de lactasa (LP) como los que no eran persistentes

(LNP) mostraron un decrecimiento significativo en la puntuación de la intensidad de los síntomas experimentados en el test realizado al final de la intervención con respecto al test realizado el día 1, si bien aquellos con malabsorción de la lactosa (LNP) experimentaron una mejoría más notable. El consumo total de leche fue superior con respecto a la cantidad de partida en todos los sujetos contactados 3 meses después de la intervención.

Estos cambios observados fueron independientes de otras variables como los factores demográficos y el estado digestivo de los sujetos, de manera que los autores concluyeron que la disminución de la aversión puede deberse a una mejora de la tolerancia.

A este respecto, estudios anteriores han demostrado que la dosis fisiológica de lactosa contenida en un vaso de leche no induce síntomas gastrointestinales en términos de mecanismos asociados a la malabsorción de la lactosa en la mayoría de los sujetos. Este hecho se ha probado con estudios controlados en los que no se han observado mayores síntomas con esta pequeña dosis de lactosa que con placebo en pacientes con LM.

Así se deduce de este tipo de estudios que, en ausencia de esta relación causal, los sujetos con molestias gastrointestinales y, con frecuencia, los profesionales de la salud, asocian este malestar con la ingesta de lactosa de forma subjetiva.

Esta asociación subjetiva de problemas de salud es frecuente y no se considera patológica en la población general, aunque puede derivar en la evitación de determinados alimentos e incidir en la calidad de vida. Así, los pacientes con LI y aquellos auto-diagnosticados de LI, suelen preocuparse por la aparición de síntomas incluso tras la ingesta de cantidades mínimas de lactosa, lo que da lugar a una ingesta de leche y productos lácteos inferior a la necesaria para alcanzar los aportes de calcio necesarios para prevenir la aparición de osteoporosis y otros problemas de salud.

Por otro lado, Vernia et al. analizaron el aporte dietético de calcio en pacientes con síndrome de intestino irritable mediante un cuestionario utilizado para cuantificar el calcio dietético ingerido en relación a la edad y al género. Observaron que el aporte diario de calcio era menor en aquellos sujetos que creían que el consumo de productos con lactosa estaba relacionado con la presencia de síntomas abdominales. De esta manera concluyeron que, al igual que confirmaban estudios anteriores, una proporción de pacientes creen que la leche y los productos lácteos exacerban la enfermedad, por lo que su ingesta diaria de calcio es inferior

a la recomendada para la prevención de problemas relacionados con el déficit de este micronutriente (osteoporosis, fracturas).
Observaron también que esta creencia era compartida por un amplio sector de médicos, que secundan la extendida opinión de que la leche y los productos lácteos deben ser evitados por los pacientes con enfermedades diarreicas, obviando el hecho de que hay numerosos productos lácteos con un mínimo contenido en lactosa que suponen una importante fuente de calcio.

Otros autores defienden también la postura de los investigadores anteriores y sostienen que debido a la tendencia que existe para atribuir síntomas a un alimento que para otros supone un problema, como en el caso de la lactosa, para documentar una intolerancia sería conveniente probarla mediante la ingestión del supuesto agente causante de los síntomas y comparar los resultados obtenidos al ingerir la misma cantidad de una sustancia placebo que parezca y sepa igual.

Como ya se ha comentado, existen diversos estudios que demuestran que la gran mayoría de los individuos LI son capaces de tolerar unos 12 gramos de lactosa, contenidos en un vaso de leche, sin experimentar síntomas gastrointestinales, por lo que algunos autores defienden que los productos sin lactosa o aquellos que contienen sustancias que facilitan su digestión no son necesarios en sujetos cuyo aporte de lactosa diario se limita a unos 250 ml de leche o incluso más si se reparte en varias tomas o se consume conjuntamente con otros alimentos.

En lo referente a este tipo de productos modificados, es importante destacar que algunos productos lácteos presentes en el mercado y producidos por importantes empresas son puestos a la venta bajo eslóganes y nombres que vienen a significar que son "productos amigos" de los intolerantes a la lactosa, cuando en realidad contienen lactosa en cantidades similares o incluso, en algunos casos, superiores, al límite fisiológico que ronda los 12 gramos según diversos estudios.

Se comercializan también preparados que contienen lactasa y se añaden a la leche para hidrolizar la lactosa presente y mejorar la digestión de los productos lácteos. Todo este tipo de productos comerciales incrementan el precio de la leche y derivados lácteos y han mostrado ser del todo innecesarios para aquellas personas que pueden tolerar la lactosa presente en una dosis fisiológica de leche.

Continuando con el análisis de los artículos que investigan las creencias y factores subjetivos predisponentes para este tipo de intolerancia, en 2014, Mobley et al. elaboraron un informe de investigación para determinar las actitudes, creencias y barreras relacionadas con el consumo adecuado de leche en mujeres may-

ores de 60 años con bajos ingresos económicos. Para ello emplearon un cuestionario con preguntas acerca de los factores personales, comportamentales y ambientales asociados con el consumo de leche. A la mayoría de las mujeres incluidas en el estudio les gustaba el sabor de la leche y los productos lácteos, pero se observó una llamativa actitud negativa hacia la leche desnatada y semidesnatada, a las que los sujetos se referían como "leche aguada" o "agua coloreada". La primera razón citada por estas mujeres para consumir leche es que es "buena para los huesos, la prevención de la osteoporosis y para la salud y con frecuencia el médico lo recomienda"; aunque en las mujeres de más edad este valor era a veces cuestionado.

Otro motivo frecuente entre ellas para el consumo de leche es su contenido en calcio, si bien otros componentes nutricionales de la leche raramente fueron mencionados. Algunas creencias negativas destacadas fueron relacionadas con un alto contenido en colesterol y azúcares, propiedades que las encuestadas relacionaban con el aumento de peso.

El yogur, en comparación con el queso y la leche, recibió menores puntuaciones en lo que respecta a sus propiedades organolépticas, algunas incluso se refieren al yogur como un alimento dietético. Los autores concluyen que es necesario educar a los adultos mayores acerca del uso de los productos bajos en lactosa para incrementar el consumo de lácteos en caso de intolerancia a la lactosa o asociación individual de su consumo con síntomas gastrointestinales, lo que podría ayudar a reducir el número de mujeres mayores que recurren a suplementos de calcio para alcanzar las recomendaciones diarias, ya que se desconocen los riesgos para la salud que pueden estar asociados a este tipo de preparados.

La población estudiada, finalizan los autores, conocía los beneficios de la leche en lo que respecta a la salud ósea, pero otros beneficios de los lácteos, tales como la reducción de las cifras de tensión arterial, eran desconocidos, así como otros muchos nutrientes contenidos en estos productos (vitamina D, potasio, fosfatos) y sus efectos beneficiosos para la salud.

Con respecto al desconocimiento patente de los beneficios de otros componentes de la leche y los productos lácteos, es conveniente resaltar que existe evidencia de que la lactosa favorece la absorción del calcio, aunque no se conoce cuál es exactamente el mecanismo responsable. Se cree que puede deberse a un aumento de la permeabilidad intestinal, que facilita la absorción mediante un proceso de difusión pasiva. Por otro lado, la biodisponibilidad del calcio depende de diversos factores que pueden aumentarla o disminuirla. Los derivados lácteos presentan

una importante ventaja en este sentido, ya que sus características únicas los diferencian de otros productos con calcio y de los suplementos: el calcio presente en los lácteos puede ser absorbido en ausencia de vitamina D gracias a la acción de otros elementos, como son la lactosa y la lactoalbúmina.

Por todo ello, aunque es posible cubrir las recomendaciones de calcio con una dieta exenta en lácteos, son muchos los estudios que demuestran que alcanzar esta ingesta recomendada sin incluir lácteos en la dieta resulta complicado en todos los grupos de edad, sin olvidar la posibilidad que conlleva con respecto a los aportes recomendados de otros nutrientes esenciales.

Estos hallazgos ponen de nuevo de manifiesto la ausencia de necesidad alguna de eliminar la lactosa de los productos lácteos.

En cuanto a los efectos de otros componentes de la leche y los productos lácteos que son menos conocidos por la población general, cabe destacar que se trata de la principal fuente de potasio y la segunda fuente de cinc, así como de una fuente importante de fósforo en forma de fosfatos orgánicos e inorgánicos. Contienen también una gran variedad de vitaminas hidrosolubles, entre las que destaca la riboflavina, cianocobalamina y triptófano (aminoácido esencial precursor de niacina), y liposolubles, entre las que destaca la vitamina A, D y E.

El otro tipo de factores supuestamente implicados en la aparición de este tipo de intolerancias alimentarias son los factores genéticos.

En 2014 Baadkar SV, Mukherjee MS y Lele SS28 realizaron un trabajo de investigación para analizar la asociación del genotipo LNP con la presencia de intolerancia a la lactosa (LI) y determinar si los factores edad, género y genotipo afectan al estado de intolerancia a la lactosa. Para ello se llevó a cabo un análisis genético y un test de tolerancia a la lactosa y se recogió el patrón de consumo de leche. De los 205 sujetos incluidos en el estudio (123 hombres y 82 mujeres), 172 dieron positivo en el test de tolerancia a la lactosa, es decir, se consideró que tenían malabsorción a la lactosa (LM). Se separó a la población de estudio en dos grupos, menores de 50 años y mayores de 50 años, y se observó que la frecuencia de síntomas de LI fue mayor en el segundo grupo (42'9% vs 29'7% en adultos jóvenes). La prevalencia de LM fue similar en ambos grupos. La presencia de síntomas de intolerancia tras la realización del test de tolerancia fue mayor entre las mujeres (45'1% vs 27'6%), mientras que la presencia de LM fue similar en ambos géneros. Analizando las respuestas de los individuos al cuestionario dietético los autores observaron que la cantidad y frecuencia del consumo de leche fue menor en los

sujetos con genotipo LNP que en aquellos con genotipo LP. Los investigadores concluyeron que la prevalencia de sujetos que no consumían leche fue mucho mayor en el grupo genotípico LNP (59'7% vs 31%).

Con respecto a la relación de la LI con otros factores intestinales individuales, F. Casellas et al.elaboraron un estudio en 2013 para dilucidar la relación entre el tiempo de tránsito orocecal (OCTT) y los síntomas de intolerancia a la lactosa. Los sujetos estudiados, todos ellos con LM y un test de hidrógeno en aire espirado positivo, presentaron un tiempo de tránsito menor al de la media obtenida en los estudios de validación de la técnica empleada para su medición. Cuanto más corto era el tiempo de tránsito mayor incremento en la excreción de hidrógeno se observaba y más intensos eran los síntomas referidos por los sujetos en condiciones de laboratorio. Sin embargo, no se encontró correlación entre la intensidad de los síntomas reportados en el hogar de los sujetos y el tiempo del tránsito. Los resultados de este estudio mostraron que después de una ingesta de lactosa en el laboratorio, los pacientes con malabsorción de lactosa refieren síntomas más intensos cuanto más corto es el OCTT; pero los síntomas referidos en casa no solo no eran más intensos a menor OCTT, sino que eran más molestos cuanto más lento era el tránsito. Según los autores, estos resultados sugieren que el OCTT no juega un papel clave en la percepción de los síntomas de intolerancia a la lactosa en las condiciones del consumo habitual diario, por lo que los síntomas experimentados pueden estar influidos por factores psicológicos y sociales.

En último lugar, atendiendo a los factores personales, tanto psicológicos como ambientales y sociales, un estudio prospectivo de cohortes realizado por Zheng et al. para determinar la prevalencia y los factores de riesgo para el auto-diagnóstico de intolerancia a la lactosa, así como el impacto de esta condición en la calidad de vida y las elecciones alimentarias, determinó que el auto-diagnóstico de intolerancia a la lactosa era más frecuente en los adultos jóvenes, con un nivel educacional alto y mayores ingresos familiares que aquellos que no se consideran intolerantes. El nivel de ansiedad y depresión detectado en los pacientes con clínica fue elevado.

Además, el 32'6% de los pacientes auto-diagnosticados intolerantes y el 32'9% de los considerados tolerantes tenían problemas psicológicos, si bien la calidad de vida era peor entre los primeros. En la población estudiada, los sujetos auto-diagnosticados intolerantes ingerían menos lactosa de los productos lácteos pero la lactosa consumida procedente de otras fuentes fue similar en ambos grupos. Además, los pacientes con auto-diagnóstico de LI consumían menos legumbres,

vegetales y frutos secos, alimentos que también son ampliamente asociados a síntomas gastrointestinales desagradables. Según los autores, esto demuestra que los pacientes pueden presentar una hipervigilancia a los factores dietéticos que puede, en sí misma, generar malestar.

Del análisis de los estudios anteriormente citados se puede deducir que la publicidad y el perfil actual de las campañas publicitarias en relación a los productos sin lactosa o que ayudan a digerir los productos lácteos, han convencido a la población de que son intolerantes a la lactosa, sin serlo realmente; han logrado que muchas personas crean que desarrollarán síntomas gastrointestinales y malestar incluso si consumen las pequeñas cantidades de lactosa que contiene la leche que añaden al café o a los cereales del desayuno. El resultado es que estas personas eliminan o restringen la leche y los productos lácteos de su dieta habitual.

En otros casos lo que ocurre es que los sujetos con LM pasan a ser sintomáticos después de la ingesta de una gran cantidad de lactosa en alguna ocasión determinada y, desde ese momento evitan incluso ingerir pequeñas dosis por temor a experimentar molestias similares. Hallazgos científicos han demostrado en los últimos años que la prevalencia y severidad alegada actualmente a la intolerancia a la lactosa están notablemente exageradas. El reconocimiento de que existen numerosos factores, tanto fisiológicos como psicológicos, que pueden influir en la tolerancia de esta sustancia ha dado lugar al desarrollo de aproximaciones terapéuticas individualizadas para eliminar o reducir el grado de intolerancia real o percibido en muchos casos de estas personas.

Por último, en cuanto a las creencias, conocimiento y manejo de la intolerancia a la lactosa entre los profesionales de la salud, en 2015 Argüelles-Arias et al. realizaron un estudio con el objetivo de analizar el conocimiento y manejo clínico por parte de los médicos de atención primaria (MAPs) y comparar los resultados con los obtenidos en un estudio previo realizado entre los gastroenterólogos (GEs) españoles. Para ello se envió un cuestionario online a los miembros de la Sociedad Española de Medicina General (SEMG) con diferentes ítems sobre la demografía, características ocupacionales, punto de vista de la intolerancia a la lactosa, tests diagnósticos, tratamiento y seguimiento de esta patología. Según los resultados obtenidos, los GEs tienden a considerar la intolerancia a la lactosa como una condición menor con solapamiento de síntomas de otros trastornos, y los MAPs consideran altamente sugestivo el malestar y los síntomas experimentados tras la ingesta de productos lácteos con mayor frecuencia.

La terapia dietética predomina en ambos grupos de médicos, aunque algo más en los GEs, y la prescripción de lactasa es mayor entre estos últimos (57% vs 25%). Los suplementos de vitamina D y calcio son una recomendación minoritaria sin diferencias significativas entre ambos grupos.

Los autores finalmente concluyen que se requiere más información acerca de este tipo de tópicos e intolerancias alimentarias, ya que la demanda por parte de la población es cada vez mayor, y recomiendan que los comités de médicos generales y digestivos deben tomar nota y desarrollar programas de entrenamiento en protocolos específicos para incrementar la conciencia de los pacientes en el manejo de este tipo de cuestiones para mejorar su calidad de vida.

Relación del consumo de productos lácteos con el desarrollo de enfermedades.
Según Faber et al., Cramer fue el primero en afirmar que el consumo de leche y la tolerancia a la lactosa estaban significativamente relacionados con un aumento de las tasas de incidencia de cáncer de ovario. A partir de ese momento se comenzaron a realizar estudios que analizaban no solo la relación del consumo de productos lácteos en general con el riesgo de cáncer, sino los efectos de componentes determinados de estos productos, como son el calcio y la lactosa, con la incidencia de este tipo de cáncer.

Los resultados en este sentido son contradictorios: algunos estudios muestran un incremento del riesgo relacionado directamente con un alto aporte de lactosa, otros no hallan relación estadísticamente significativa entre ambas variables y otros muestran una relación inversa entre el consumo de esta sustancia y el riesgo de padecer cáncer de ovario. Los mismos resultados se han observado al analizar los efectos del calcio.

A este respecto, Merritt et al. propusieron que los alimentos ricos en lactosa o grasas podían tener un efecto perjudicial mientras que los alimentos con mayores niveles de calcio o vitamina D podrían resultar beneficiosos por medio de la regulación de la hormona paratiroidea circulante, dando lugar a un descenso de la proliferación celular.

Para comprobarlo realizaron un estudio de casos y controles en el que evaluaron el aporte de productos lácteos y sus componentes en relación al riesgo de padecer cáncer de ovario. Tras la realización del estudio observaron que un elevado aporte de determinados productos lácteos (leche desnatada o baja en grasa, yogur y queso) estaba inversamente relacionado con el riesgo de padecer cáncer de ovario, mientras que la ingesta aumentada de otros alimentos (leche entera,

queso crema) fue asociada con un riesgo incrementado. El análisis nutricional determinó una significativa relación inversa entre un elevado aporte de calcio total (calcio ingerido con la dieta y en forma de suplementos) y el riesgo de cáncer de ovario, así como un elevado aporte de vitamina D resultó significativamente protector frente a tumores serosos y endometriales. El consumo de calcio y el de lactosa, así como el de lactosa y vitamina D, estuvieron fuertemente correlacionados.

Sin embargo, un estudio de cohortes realizado por Ji et al. para comprobar si un bajo consumo de productos lácteos en individuos intolerantes a la lactosa pueden ejercer un papel protector frente al cáncer de pulmón, mama y ovario, determinó que el riesgo de padecer cualquiera de estos tres tipos de cáncer era significativamente menor en individuos con LI, mientras que las incidencias entre sus hermanos y padres fueron similares comparadas con las de la población general. Por este motivo, los autores sugieren que la menor incidencia de cáncer de pulmón, mama y ovario en sujetos intolerantes a la lactosa observada en este estudio puede estar relacionada con los patrones de alimentación de estos individuos, pero también pueden contribuir otras variables confusoras que no deben ser ignoradas.

Los resultados de este estudio sugerirían que la asociación puede deberse a un bajo consumo de productos con lactosa, si bien es sabido que la leche y los productos lácteos enteros contienen grandes cantidades de grasas, particularmente grasas saturadas, y determinados factores de crecimiento, componentes que han sido asociados con el desarrollo de varios tipos de cáncer.

Por otro lado, Amiri et al. realizaron en 2015 una revisión de la literatura existente para determinar el efecto adverso o protector de la leche y los productos lácteos con respecto a la incidencia de cáncer colorrectal, de ovarios y de próstata, los tres tipos de cáncer más comúnmente asociados a efectos beneficiosos o perjudiciales de la leche y los derivados lácteos. En este estudio se concluyó que el consumo de leche, pero no de queso, que contiene grasas saturadas, ha mostrado reducir el riesgo de cáncer colorrectal.

Un efecto protector similar ha sido identificado para el calcio y la vitamina D en forma de suplementos, atribuyéndose el efecto anteriormente citado de la leche a estos dos componentes. Según esta misma revisión, un aporte excesivo de galactosa parece ejercer un efecto tóxico en las células germinales, particularmente en los ovarios, debido supuestamente a traumas en su superficie y a la estimulación de la gonadotropina. Los autores concluyen que la evidencia es más consistente

a favor de un efecto protector o, al menos, no adverso, de la leche y los productos lácteos sobre el cáncer colorrectal y el cáncer de ovario. Los efectos adversos de los lácteos sobre el cáncer de próstata son más sugestivos que decisivos y parecen estar más relacionados con el consumo de leche baja en grasa.

Por todo lo anterior, los autores no recomiendan evitar la leche y los productos lácteos en caso de LI, sino que proponen estrategias que los sujetos LNP pueden llevar a cabo para reducir los síntomas asociados, como reducir la cantidad y aumentar la frecuencia del consumo de lácteos, utilizar productos fermentados e ingerir la leche y derivados conjuntamente con otros tipos de alimentos.

Los resultados obtenidos en este tipo de investigaciones son controvertidos y no pueden extrapolarse a otras poblaciones ya que, según muestran otros estudios, los efectos protectores de los productos lácteos en relación al cáncer colorrectal han sido observados en poblaciones con una alta o baja prevalencia de individuos LNP, no en agrupaciones más heterogéneas en cuanto a la frecuencia de genotipos LP y LNP, por lo que es posible que influyan otras variables que pueden actuar como confusoras, evitando determinar la relación exclusiva entre los factores estudiados.

Además, la supuesta relación directa encontrada entre el riesgo de cáncer de próstata y ovario y el consumo de derivados lácteos ha sido desmentida por algunas publicaciones cuyos resultados no sustentan esta correlación e incluso demuestran que el riesgo se reduce.

Existen también artículos que pretenden analizar la relación entre el consumo de este tipo de productos y el desarrollo de otras enfermedades además de los cánceres más comúnmente relacionados.
Szilagyi analizó la literatura existente acerca de la adaptación a la lactosa en personas LNP, los efectos de la LI y la relación entre el consumo de productos lácteos y la presencia de distintas enfermedades.

Según los hallazgos de estos autores, hay muy pocos estudios que evalúen el contenido de lactosa per se y casi ninguno evalúa el consumo de productos lácteos en divisiones heterogéneas de población LP/LNP.

La mejor evidencia de que los productos lácteos se asocian con una menor incidencia de cáncer se encuentra analizando su relación con el cáncer colorrectal. El principal factor supuestamente protector es el calcio, que inhibe el desarrollo de cambios morfológicos precoces en la mucosa del colon. Existe una gran contro-

versia en cuanto a los efectos beneficiosos y adversos del consumo de lácteos en relación al desarrollo del cáncer de estómago, páncreas, vejiga, ovario y mama. Algunos estudios analizados encontraron evidencias de un posible incremento del riesgo de padecer este tipo de cánceres con el consumo aumentado de derivados lácteos, al tiempo que otros mostraban un efecto neutro e incluso beneficioso.

Hallaron también diversos estudios que evidenciaban la presencia de efectos perjudiciales de estos productos en la aparición de cánceres de próstata, testículos y pulmón, aunque según los autores pueden deberse más bien a su contenido en grasas y otros componentes y no tanto al aporte de calcio o lactosa.

Con respecto a la incidencia de estos alimentos en el desarrollo de otras enfermedades, posiblemente relacionada con la microbiota intestinal, existen también resultados contradictorios para la enfermedad inflamatoria intestinal, mientras que la obesidad y los síndromes metabólicos parecen presentar una relación inversa con el consumo de productos lácteos, si bien no se ha estudiado específicamente el impacto de la lactosa en estas patologías.

Otra revisión realizada por el mismo autor, Szilagyi, analiza la literatura para estudiar el posible impacto de la adaptación microbiana en sujetos LNP en algunas enfermedades y la posibilidad de que la evolución de la malabsorción de lactosa haya influenciado los patrones de distribución de algunas enfermedades. El autor explica que cuando las personas LNP consumen leche y productos lácteos con lactosa regularmente durante largos periodos de tiempo ocurre la adaptación bacteriana, que tiene dos consecuencias: los sujetos LNP adaptados son capaces de consumir mayores cantidades de productos lácteos sin experimentar síntomas y una microflora colónica modificada durante largos periodos de tiempo puede influir en el desarrollo de varias enfermedades.

En general, las enfermedades que pueden verse afectadas por mayores cantidades de productos lácteos, en los que el supuesto factor patógeno es la lactosa, pueden tener también impacto en las personas LNP adaptadas, que son ahora capaces de consumir mayores cantidades de estos productos. Sería el caso de enfermedades como el cáncer testicular y el de próstata. Sin embargo, en el caso de aquellas enfermedades en las que una flora intestinal favorablemente modificada puede actuar contra la enfermedad, las personas LNP adaptadas que consuman leche y productos lácteos pueden verse protegidas de algún modo, como ocurriría en el caso del cáncer colorrectal y el cáncer de vejiga.

Aunque, como se ha visto, son varios los estudios que muestran un ligero incre-

mento del riesgo de cáncer de ovario y otros órganos relacionado con el consumo de productos lácteos y el aporte de alguno de sus componentes, es importante recordar que estos productos suponen una amplia variedad de beneficios para la salud, por lo que no se debe reducir su consumo sin hacer balance entre sus beneficios y los posibles riesgos que conlleva.

Efectividad de las diferentes intervenciones y opciones terapéuticas propuestas. Debido al creciente interés de la población acerca de este asunto han surgido numerosas aproximaciones terapéuticas para abordarlo basadas en diferentes estrategias, algunas de las cuales centradas en la microflora intestinal, otras en la adición de enzimas que faciliten la digestión, la reducción del contenido en lactosa, la restricción del consumo de lácteos y la administración de algunos fármacos. Sin embargo, diversos autores coinciden en que el tratamiento de la intolerancia a la lactosa debería estar encaminado a eliminar o reducir los síntomas experimentados por los sujetos intolerantes y no a que la malabsorción desaparezca, ya que en muchas ocasiones no se dan ambas condiciones, sino que cualquiera de ellas puede presentarse en solitario: no todas las personas consideradas intolerantes presentan malabsorción a la lactosa y no todas las personas con malabsorción presentan la clínica que define la intolerancia a la lactosa; de hecho, se estima que únicamente la tercera parte de las personas con malabsorción presentan también intolerancia.

Por otro lado, la restricción del consumo de lactosa y el uso de preparados comerciales con lactasa exógena limitan las opciones dietéticas al existir una escasa variedad de productos de este tipo y requerir una inversión de tiempo importante para su preparación. Es por esto que se han desarrollado productos con lactasa exógena en forma de comprimidos o tabletas de forma que se aumenta la practicidad y se reducen las restricciones alimentarias asociadas a los métodos anteriores.

En cuanto al análisis de la eficacia de este tipo de preparados, un estudio aleatorizado simple-ciego llevado a cabo por Francesconi et al.analizó la eficacia de un producto que contiene lactasa exógena en tabletas y la comparó con la del producto de referencia, de eficacia probada en pacientes con intolerancia a la lactosa.

El producto estudiado dio buenos resultados, demostrando tener una eficacia similar, no inferior, a la del producto de referencia, sin efectos adversos y con una excelente tolerabilidad.

En el artículo realizado por Ibba et al.43 se pretendía establecer si la suple-

mentación con una dosis oral de Beta-Galactosidasa afectaba a la excreción de hidrógeno en el test de hidrógeno espirado en pacientes con malabsorción de lactosa. En el 21'8% de los sujetos estudiados el test de hidrógeno pasó a ser negativo, en el 17'7% siguió siendo positivo aunque con valores significativamente inferiores que en el test de base y en el 60'4% de la población estudiada los niveles de hidrógeno espirado se mantuvieron sin cambios significativos. Sin embargo, los autores concluyeron que esta reducción en los niveles de hidrógeno no estuvo directamente relacionada con la severidad de los síntomas.

Savaiano et al. analizaron la eficacia de un galacto-oligosacárido (RP-G28) mediante un estudio aleatorizado doble-ciego, que logró reducir el dolor abdominal, retortijones y flatulencia en los sujetos tratados con este producto en comparación con los tratados con placebo. Tras completar la intervención, los sujetos fueron preguntados acerca de si se consideraban o no tolerantes a la lactosa, obteniendo los siguientes resultados: el 30% de los tratados con el RP-G28 se consideraban tolerantes frente al 6% de los tratados con placebo.

Un estudio posterior realizado por De Vrese et al. evaluó la eficacia de la administración combinada de lactasa obtenida de Aspergillus y yogur con bacterias vivas en la digestión de la lactosa. Para ello realizaron un estudio aleatorizado doble-ciego administrando a un grupo de personas intolerantes a la lactosa esta combinación de sustancias y a otro grupo un placebo y evaluaron la eficacia de ambos mediante la realización del test de hidrógeno espirado y un cuestionario validado para cuantificar los síntomas. Los resultados del test de hidrógeno demostraron una mejora significativa en la digestión de la lactosa con la administración del preparado con lactasa exógena en comparación con el placebo. En este caso los autores sí observaron una mejora notable de los síntomas referidos con el producto estudiado.

En cuanto a la diferencia de tolerancia entre los distintos tipos de leche, Mummah et al. analizaron si la leche fresca reducía la malabsorción e intolerancia a la lactosa en comparación con la leche pasteurizada mediante la realización de un estudio aleatorizado cruzado. La hipótesis propuesta fue desmentida por los propios autores, ya que el consumo de leche fresca se asoció a mayores concentraciones de hidrógeno espirado en comparación con la leche pasteurizada, aunque no se observaron diferencias significativas en la intensidad de los síntomas entre ambos tipos de leche.

Algunos de estos estudios analizados sugieren que los niveles de hidrógeno espirado no se correlacionan con la severidad de los síntomas referidos. La influencia

de la microbiota intestinal puede resultar favorable o desfavorable, por lo que no solamente habrá que tener en cuenta el resultado del test de hidrógeno, sino también las manifestaciones clínicas. Así, pueden darse falsos negativos debido a una incapacidad de la flora colónica para producir H2 tras la ingesta de carbohidratos no absorbibles o tras la administración reciente de antibióticos; o falsos positivos en casos de sobrecrecimiento bacteriano en el intestino delgado. Además, incluso aunque exista hipolactasia y, por tanto, malabsorción de la lactosa, es importante recordar que este factor no implica necesariamente la presencia de LI, sino que son muchas las variables que pueden influir: la dosis de lactosa ingerida, la actividad de la lactasa presente en la mucosa intestinal, la presencia o ausencia de otros alimentos ingeridos conjuntamente, la sensibilidad visceral individual, factores psicológicos y la impresión subjetiva individual de los síntomas de cada sujeto.

En una revisión narrativa realizada por Deng et al., los autores recomiendan la restricción de la cantidad de lactosa ingerida tras analizar estudios doble ciego que demuestran que pacientes con auto-diagnóstico de intolerancia a la lactosa, incluso aquellos con enfermedad inflamatoria intestinal, pueden digerir, al menos, 12 gramos de lactosa sin experimentar síntomas. Incluso dosis más elevadas parecen ser bien toleradas cuando se ingieren junto con otros nutrientes. Sin embargo, analizaron estudios prospectivos que mostraban que la restricción del consumo de lactosa por sí sola no es suficiente para un alivio efectivo de los síntomas en personas con problemas gastrointestinales funcionales.

Reemplazar la lactasa endógena es otra aproximación importante para pacientes con intolerancia a la lactosa aislada que deseen disfrutar de los productos lácteos. Uno de los estudios revisados demostró que en personas LNP con intolerancia, la lactasa obtenida de Kluyveromyces lactis representa una estrategia terapéutica válida con eficacia objetiva y subjetiva y sin efectos secundarios.

Otra estrategia propuesta por estos autores implica la utilización de probióticos, que alteran la flora intestinal pudiendo ejercer un efecto beneficioso. Como conclusión exponen que, a pesar de que la restricción de lactosa ingerida puede mejorar las molestias gastrointestinales, los efectos a largo plazo de una dieta libre en productos lácteos deben ser tenidos en cuenta. Según defienden, se trata de la fuente principal de calcio de la dieta de la mayoría de los individuos, y ningún estudio ha demostrado la seguridad y efectividad de la suplementación de calcio en pacientes intolerantes, por lo que parece razonable recomendar un incremento del aporte de calcio procedente de otras fuentes en pacientes con restricción de este tipo de productos, sobre todo en presencia de otros factores de riesgo para

el desarrollo de osteoporosis.

Para ello, exponen los autores, es imprescindible la adecuada educación nutricional de los pacientes, de manera que sean capaces de manejar sus síntomas y suplir las recomendaciones dietéticas de cada nutriente conociendo las fuentes en las que encontrarlos. También recalcan impacto negativo de las restricciones dietéticas en la calidad de vida: los pacientes con auto- diagnóstico de intolerancia a la lactosa restringen su consumo no solo de productos lácteos, sino también de otros alimentos asociados a creencias en torno a la salud y sus cualidades beneficiosas y perjudiciales. Los autores sostienen que esto es estresante y puede ser muy caro, además de derivar en malnutrición o desnutrición si se trata de restricciones alimentarias múltiples sin la supervisión profesional adecuada.

Di Rienzo et al., en una revisión narrativa acerca del diagnóstico y el manejo adecuado de la intolerancia a la lactosa, establece que el manejo de este trastorno se basa en dos posibilidades clínicas no excluyentes: la restricción alimentaria y la terapia farmacológica. El autor defiende que este tipo de terapia dietética es recomendable en aquellos individuos que sufran síntomas gastrointestinales de intolerancia y no en todos los que presenten malabsorción de lactosa. En la hipolactasia primaria deben retirarse los productos lácteos durante un periodo de 2 a 4 semanas, hasta que remitan los síntomas, y después, reintroducirlos gradualmente comenzando con productos bajos en lactosa e incrementando el aporte hasta alcanzar el umbral individual de tolerancia.

Sugiere también otras estrategias para reducir los síntomas en estos pacientes y favorecer la digestión de la leche y derivados: consumirlos conjuntamente con otros alimentos, utilizar productos fermentados y quesos o distribuir la cantidad total de lactosa ingerida en varias dosis a lo largo del día, permitiendo al colon adaptarse a su digestión. Por último, menciona la eficacia probada de la suplementación enzimática con lactasa obtenida de fuentes exógenas (Aspergillus oryzae o Kluyveromyces lactis), así como la mejora de la digestión mediante la adición de Beta-Galactosidasa a los alimentos lácteos y la utilización de probióticos que pueden ser añadidos a la leche o al yogur o consumidos en forma de suplementos.

Como ya se ha citado anteriormente, son numerosos los estudios que afirman que las personas con LM y LI son capaces de digerir sin problemas una pequeña cantidad de lactosa y que esta digestión se facilita si se consume con otros alimentos y si cantidades superiores de lactosa se reparten en pequeñas dosis a lo largo del día. Existe evidencia de que los suplementos de lactasa exógena no son

necesarios en aquellas personas LNP, ya que se trata de una condición fisiológica, no patológica, que no tiene por qué ocasionar síntomas.

Es importante que las personas que desean utilizarlos consulten con un profesional de la salud antes de comenzar a consumirlos, ya que algunos grupos poblacionales, como los niños, las embarazadas y las mujeres en periodo de lactancia, deben evitarlos debido a la falta de información existente acerca de su seguridad y posibles reacciones alérgicas en estas etapas del ciclo vital.

En cuanto a la aproximación terapéutica basada en el consumo de productos reducidos en lactosa, existen pocos estudios que hayan evaluado el impacto nutricional y fisiológico de los productos lácteos hidrolizados. Algunos de ellos muestran un efecto favorable de la lactosa en la absorción del calcio, tanto en los sujetos LP como en los LNP24.

Aunque no se han demostrado efectos nutricionales negativos de este tipo de productos, siempre que su única diferencia con los productos convencionales sea su contenido en lactosa, la retirada de la dieta de los productos lácteos convencionales suele estar asociada con un descenso del aporte de calcio, vitamina D y rivoflavina.

Por todo ello, únicamente los sujetos LI que presenten síntomas con cantidades de lactosa superiores a la dosis considerada fisiológica (12-15 gramos) y que deseen consumir más de dos tazas de leche o productos lácteos al día pueden beneficiarse del uso de los productos reducidos en lactosa y los preparados con lactasa exógena.

El análisis de los artículos estudiados hace posible concluir que el comportamiento más usual de los sujetos que experimentan o han experimentado alguna vez síntomas tras la ingesta de leche o productos lácteos es la evitación de estos alimentos, lo que puede conllevar a una reducción del aporte de sustancias como el calcio, fosfatos y vitaminas, que puede estar asociada a una disminución de la densidad ósea.

Por ello, en primer lugar, es importante establecer un diagnóstico claro basado en la evaluación de las distintas pruebas diagnósticas disponibles y la valoración de la clínica de cada sujeto. A partir de ahí, el siguiente paso según diversos autores es encontrar el umbral de tolerancia individual, que es variable entre los sujetos LI, con el fin de asegurar el aporte de calcio y otros nutrientes reduciendo la presencia de síntomas y evitar así la osteopenia derivada de las dietas exentas de

este tipo de alimentos.

Es importante tener en cuenta también algunos posibles beneficios del consumo de otro tipo de derivados lácteos, como el yogur, que contiene Beta-Galactosidasa, producida por sus bacterias endógenas. Estas bacterias internalizan e hidrolizan parte de la lactosa contenida en el lácteo, facilitando su digestión y reduciendo las probabilidades de aparición de sintomatología. Otros productos, como son las leches de soja líquidas y las bebidas de arroz, almendra y avena, no son tan recomendables ya que, aunque son libres en lactosa, no dejan de ser otro tipo de alimento que nada tienen que ver con la leche y los productos lácteos y que, por lo tanto, no presentan las propiedades y nutrientes de este grupo de alimentos.

Existe evidencia de que en la mayoría de los sujetos LM se produce una adaptación de la microflora colónica con el consumo regular de lactosa, de manera que estos sujetos pueden consumir cada vez mayores cantidades de lactosa y beneficiarse de las ventajas nutricionales de los productos lácteos sin necesidad de realizar restricción alguna en su dieta habitual.

Para finalizar, es evidente que es cada vez más frecuente que los profesionales de la salud reciban visitas de sus pacientes para consultar acerca de este tema. En muchos casos, la intolerancia a la lactosa, real o percibida, conduce a estas personas a eliminar o reducir el consumo de productos lácteos, alimentos ricos en calcio y otros nutrientes esenciales que pueden tener un gran impacto en la salud y en la calidad de vida a largo plazo. Por ello es importante determinar si estas personas tienen realmente una deficiencia de lactasa y qué cantidad de lactosa pueden tolerar, es decir, establecer su umbral de tolerancia individual. Es aquí donde los profesionales sanitarios tienen un papel clave y deben ayudar a estos sujetos a disminuir el temor relacionado con la intolerancia a la lactosa haciéndoles entender que los síntomas experimentados no tienen por qué ser consecuencia del consumo de lácteos, sino que pueden ser explicados por otros motivos psicológicos o fisiológicos; que la malabsorción de la lactosa no es una enfermedad, sino una condición fisiológica hereditaria que se da en un porcentaje muy elevado de la población mundial; y que la intolerancia a la lactosa, una vez establecida y diagnosticada, puede ser tratada y mejorar ampliamente mediante la aplicación de una serie de estrategias dietéticas muy sencillas, sin necesidad de consumir productos especiales, suplementos o fármacos.

Con ayuda profesional es posible lograr que la población general comprenda que la intolerancia a la lactosa es una condición mucho menos común de lo que actualmente las campañas publicitarias y las creencias populares extendidas pueden

dar a entender, y que en caso de presentarse no debe asumirse como una enfermedad que sentencia y condiciona la calidad de vida y las elecciones alimentarias para siempre, sino que puede evitarse o manejarse de forma sencilla.

Como limitación encontrada durante la realización de esta revisión cabe destacar la escasez de artículos encontrados que hicieran referencia al conocimiento y el manejo de la intolerancia a la lactosa por parte de los profesionales sanitarios, concretamente de los profesionales de enfermería. Además, no se ha podido acceder a todos los artículos en texto libre, por lo que ha podido ser excluida información relevante.

Los resultados encontrados acerca de la relación del consumo de lactosa y el desarrollo y evolución de las diferentes enfermedades son escasos y contradictorios. Además, la mayoría de los artículos que tratan este tema, hacen referencia al impacto de otros nutrientes de los productos lácteos, como el calcio y la vitamina D, en la salud y el desarrollo de enfermedades, y no a los posibles efectos de la lactosa de forma aislada.

Se necesitan más estudios de investigación que evalúen la presencia de síntomas al administrar productos sin lactosa y placebo de forma aleatorizada y bajo condiciones de doble-ciego para que sea posible establecer el verdadero alcance de los factores psicológicos y las creencias personales en referencia a la presencia de síntomas de intolerancia a la lactosa.

Hay que desarrollar estrategias de información y formación para los profesionales enfermeros basadas en la evidencia, de tal forma que dichos profesionales sepan dar respuestas adecuadas a las creencias populares y suprimir mitos que pueden tener consecuencias perjudiciales para la población.

5 Discusión-Conclusión

- La prevalencia y severidad alegada actualmente a la intolerancia a la lactosa están notablemente exageradas. Existen numerosos factores, tanto fisiológicos como psicológicos, que pueden influir en el grado de tolerancia real o percibido.
- No todas las personas consideradas con intolerancia a la lactosa presentan malabsorción y no todas las personas con malabsorción de lactosa presentan la clínica que define la intolerancia. Se estima que únicamente la tercera parte de las personas con LM presentan también LI.
- El auto-diagnóstico de LI suele conllevar restricciones alimentarias en lo que

respecta al consumo de lácteos que puede causar carencias en otros nutrientes como calcio, zinc, fósforo, vitamina D, etc.

- En la gran mayoría de los sujetos con LM, una dosis de 12-15 gramos de lactosa, equivalente a un vaso de leche, no induce síntomas gastrointestinales asociados a los mecanismos de malabsorción de la lactosa.
- Los síntomas asociados al consumo de lactosa pueden reducirse mediante estrategias sencillas: consumir los lácteos repartidos en distintas tomas a lo largo del día o conjuntamente con otros alimentos e incrementar progresivamente el aporte de lactosa hasta alcanzar el umbral de tolerancia individual; sin ser necesario consumir productos reducidos en lactosa o preparados con lactasa exógena.
- Los resultados acerca de la relación del consumo de lactosa y el desarrollo de distintos tipos de cáncer son contradictorios. Existen pocos estudios que evalúen únicamente los efectos de la lactosa en sí misma.
- Los profesionales sanitarios deben ayudar a estos sujetos a comprender que la intolerancia a la lactosa es una condición mucho menos común de lo que actualmente las campañas publicitarias y las creencias populares extendidas pueden dar a entender.

6 Bibliografía

1. Ministerio de Agricultura, Alimentación y Medio Ambiente [Internet]. Madrid;2015. Informe del consumo de alimentación en España 2015. Gobierno deEspaña.

2. Zheng X, Chu H, Cong Y, Deng Y, Long Y, Zhu Y et al. Self-reported lactose intolerance in clinic patients with functional gastrointestinal symptoms: prevalence, risk factors, and impact on food choices. Neurogastroenterol Motil, 2015;27:1138-1146.

3. Obermayer-Pietsch BM, Gugatschka M, Reitter S, Plank W, Strele A, Walter D et al. Adult-type hypolactasia and calcium availability: decreased calcium intake or impaired calcium absorption? Osteoporos Int, 2007;18:445-451.

4. Vandenplas Y. Lactose intolerance. Asia Pac J Clin Nutr, 2015;24(Suppl 1):S9-S13.

5. Levitt M, Wilt T, Shaukat A. Clinical implications of lactose malabsorption versus lactose intolerance. J Clin Gastroenterol, 2013;47(6):471-480.

6. Deng Y, Misselwitz B, Dai N, Fox M. Lactose intolerance in adults: biological mechanism and dietary management. Nutrients, 2015;7:8020-8035.

7. Infante D. Intolerancia a la lactosa: en quién y por qué. An Pediatr (Barc),2008;69(2):103-105.

8. Francesconi C, Machado M, Steinwurz F, Nones R, Quilici F, Catapani W et al.Oral administration of exogenous lactase in tablets for patients diagnosed with lactose intolerance due to primary hypolactasia. Arq Gastroenterol, 2016;53(4):228-234.
9. Di Rienzo T, D'Angelo G, D'Aversa F, Campanale MC, Cesario V, Montalto M et al. Lactose intolerance: from diagnosis to correct management. Eur Rev Med & Pharmacol Sci, 2013;17(Suppl 2):18-25.
10. Furnari M, Bonfanti D, Parodi A, Franzè J, Savarino E, Bruzzone L et al. A comparison between lactose breath test and quick test on duodenal biopses for35 diagnosing lactase deficiency in patients with self-reported lactose intolerance. J Clin Gastroenterol, 2013;47:148-152.
11. Pawlowzka K, Umlawska W, Iwanczak B. Prevalence of lactose malabsorption and lactose intolerance in pediatric patients with selected gastrointestinal diseases.Adv Clin Exp Med, 15;24(5):863-871.
12. Lins Ponte PR, Quintela Soares de Medeiros PH, Havt A, Afio Caetano J, Cid D, De Moura Gondim Prata M et al. Clinical evaluation, biochemistry and genetic polymorphism analysis for the diagnosis of lactose intolerance in a population from northeastern Brazil. Clinics, 2016;71(2):82-89.
13. Usai-Satta P, Scarpa M, Oppia F, Cabras F. Lactose malabsorption and intolerance: what should be the best clinical management? World J Gastrointest Pharmacol Ther, 2012;3(3):29-33.
14. Fundación Española del Aparato Digestivo, FEAD [Internet]. Madrid; 2017. Entre el 20% y el 40% de la población española podría sufrir intolerancia a la lactosa.
15. Fundación Española del Aparato Digestivo, FEAD [Internet]. Reducir el autodiagnóstico y mejorar el manejo clínico, aspectos claves de la intolerancia a la lactosa
16. O'Connor LE, Eaton KE, Savaiano DA. Improving milk intake in milk-averse lactose digesters and maldigesters. J Nutr Educ Behav, 2015;47(4):325-330.
17. Tomba C, Baldassarri A, Cesana BM, Basilisco G. Is the subjetive perception of lactose intolerance influenced by the psychological profile? Aliment Pharmacol Ther, 2012;36:660-669.
18. Montalto M, Gallo A, Santoro L, D'Onofrio F, Curigliano V, Covino M et al. Low- dose lactose in drugs neither increases breath hydrogen excretion nor causes gastrointestinal symptoms. Aliment Pharmacol Ther, 2008;28:1003-1012.
19. Eirksen HR, Ursin H. Subjetive health complaints, sensitization and sustained cognitive activation (stress). Journal of Psychomatic Research, 2004;56:445-448.
20. Vernia P, Loizos P, Di Giuseppantonio I, Amore B, Chiappini A, Cannizzaro

S. Dietary calcium intake in patients with inflammatory bowel disease. Journal of Crohn's and Colitis, 2014;8:312-317.
21. McBean LD, Miller GD. Allaying fears and fallacies about lactose intolerance. Journal of the American Dietetic Association, 1998;98(6):671-676.
22. Fabrizis L, Suarez MD, Savaiano DA, Levitt MD. A comparison of symptoms after the consumption of milk or lactose-hydrolyzed milk by people with self-reported severe lactose intolerance. N Engl J Med, 1995;333(1):1-4.
23. Silanikove N, Leimer G, Merin U. The interrelationships between lactose intolerance and the modern dairy industry: global perspectives in evolutional and historical backgrounds. Nutrients, 2015;7:7312-7331.
24. European Food Safety Authority (EFSA). Scientific opinion on lactose thresholds in lactose intolerance and galactosemia. EFSA Journal, 2010;8(9):1777.
25. Wahlqvist ML. Lactose nutrition in lactase nonpersisters. Asia Pac J Clin Nutr,2015;24(Suppl 1):S21-S25.
26. Mobley AR, Jensen JD, Maulding MK. Attitudes, beliefs and barriers related to milk consumption in older, low-income women. J Nutr Educ Behav, 2014;46(6):554-559.
27. Moreno Aznar LA, Cervera Ral P, Ortega Anta RM, Díaz Martín JJ, Baladia E, Basulto J et al. Evidencia científica sobre el papel del yogur y otras leches fermentadas en la alimentación saludable de la población española. Nutr Hosp, 2013;28(6):2039-2089.
28. Baadkar SV. Study on influence of age, gender and genetic variants on lactose intolerance and its impact on milk intake in adult Asian Indians. Annals of Human Biology, 2014;41(6).
29. Casellas F, Aparici A, Casaus M, Rodríguez P, Malagelada JR. Impact of orocecal transit time on patient's perception of lactose intolerance. Rev Esp Enferm Dig, 2013;105(1):13-18.
30. Argüelles-Arias F, Rodríguez-Ledo P, Tenías JM, Otero M, Casellas F, Blay-Cortés G et al. The management of lactose intolerance among primary case 37 physicians and its correlation with management by gastroenterologists: the SEPD-SEMG national survey. Rev Esp Enferm Dig, 2015;107(9):554-559.
31. Faber MT, Jensen A, Sogaard M, Hogdall E, Hogdall C, Blaakaer et al. Use of dairy products, lactose, and calcium and risk of ovarian cancer - Results from a danish case-control study. Acta Oncológica, 2012;51(4):454-464.
32. Merritt MA, Cramer DW, Vitonis AF, Titus LJ, Terry KL. Dairy foods and nutrients in relation to risk of ovarian cancer and major histological subtypes. Int J Cancer, 2013;132(5)-1114-1124.
33. Ji J, Sundquist J, Sundquist K. Lactose intolerance and risk of lung, breast

and ovarian cancers: aetiological clues from a population-based study in Sweden.British Journal of Cancer, 2015;1(2):149-152.
34. Wakai K, Naito M, Date C, Iso H, Tamakoshi A. Dietary intakes of fat and total mortality among Japanese populations with a low-fat intake, The Japan Collaborative Cohort (JACC) Study. Nutrition & Metabolism, 2014:11-12.
35. Stattin P, Lukanova A, Blessy C, Söderberg S, Palmquisi R, Kaaks R et al. Obesity and colon cancer: does leptin provide a link? Int J Cancer, 2004;109:149-152.
36. Yu H, Rohan T. Role of the insulin-like growth factor family in cancer development and progression. Journal of the National Cancer Institute, 2000;92(18).
37. Amiri M, Dickmann L, von Köckritz-Blickwede M, Naim HY. The diverse forms of lactose intolerance and the putative linkage to several cancers. Nutrients, 2015;7:7209-7230.
38. Szilagyi A. Nathwani U, Vinoknroff C, Correa JA, Shrier I. Evaluation of relationships among national colorectal cancer mortality rates, genetic lactase nonpersistence status, and per capita yearly milk and milk product consumption. Nutrition and Cancer, 2006;55(2):151-156.
39. Torniainen S, Hedelin M, Aurio V, Rasinpera H, Bälter KA, Bellocco R et al. Lactase persistence, dietary intake of milk and the risk for prostate cancer in Sweden and Finland. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev, 2007;16(5):956-961.
40. Kralek DO, Bertone-Johnson ER, Leitzmann MF, Sturgeon SR, Lacey JV, Schairer C et al. Relationship between calcium, lactose, vitamin D and dairy products and ovarian cancer. Nutrition and Cancer, 2009;56(1):22-30.
41. Szilagyi A. Adaptation to lactose in lactase non persistent people: effects on intolerance and the relationship between dairy food consumption and evaluation of diseases. Nutrients, 2015;7:6751-6779.
42. Szilagyi A. Adult lactose digestion status and effects on disease. Can J Gastroenterol Hepatol, 2015;29(3):149-156.
43. Ibba I, Gilli A, Boi MF, Usai P. Effects of exogenous lactase administration on hydrogen breath excretion and intestinal symptoms in patients presenting lactose malabsorption and intolerance. BioMed Research International, 2014.
44. Savaiano DA, Ritter AJ, Klaenhammer TR, James GM, Longcore A, Chandler JR, et al. Improving lactose digestion and symptoms of lactose intolerance with a novel galacto-oligosaccharide (RP-G28): a randomized, double-blind clinical trial. Nutrition Journal, 2013;12:160.
45. De Vrese M, Laue C, Offick B, Soeth E, Repenning F, Thob A. A combination of acid lactase from Apergillus oryzae and yogurt bacteria improves lactose digestion in lactose maldigesters synergistically: a randomized, controlled, double-blind cross-over trial. Clinical Nutrition, 2015;34:394-399.

46. Mummah S, Oelrich B, Hope J, Vu Q, Gardner CD. Effect of raw milk on lactose intolerance: a randomized controlled pillot study. Annals of Medicina, 2014;12(2).
47. Qiao R, Huang CY, Du H, Seng G, Li L, Ye S. Milk consumption and lactose intolerance in adults. Biomed Environ Sci, 2011;24(5):512-517.

Capítulo 472

LOS SERVICIOS DE AYUDA A DOMICILIO

MARIA CRUZ ALVAREZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

EL paìs pionero en este tipo de ayuda fue Gran Bretaña que desarrollo un sistema para atender a las personas en su domicilio en 1947. Lo orígenes en España se encuentran en la década de los 70.Una de las prestaciones más importantes de la Ley de Dependencia es la AYUDA A DOMICILIO, esta ley da derecho a que las personas sean atendidas por igual por el sistema público.

Los servicios de ayuda a domicilio son realizados normalmente por una persona llamada auxiliar que va a prestar unos servicios a otra persona que los necesita ya sea un minusválido, un enfermo y sobre todo las personas mayores. Este tipo de ayuda se realiza en el domicilio del necesitado por personal cualificado, se trata de que la persona siga viviendo en su medio para que siga integrado en su circulo social.

2 Objetivos

- Conseguir que el usuario siga viviendo en su entorno con su familia, sus amigos, etc.
- Ayudar a la familia para que no tengan que internar al enfermo en una residencia.
- Ver las necesidades que tienen esas personas.

3 Metodología

Conseguir dar una respuesta lo más eficaz a las necesidades que tengan ese tipo de persona ya sea ayundándole a hacer la comida, ayudarle en el aseo, vistiéndolo, dándole la comida, limpiándole la casa, etc.

Lo importante es tratar de mejorar la calidad de vida de la persona a la que va destinada este tipo de ayuda haciendo un análisis para ver los apoyos que necesita ya sean físicos o psicológicos.

El auxiliar tendrá que tener un plan de trabajo que se adaptara a las necesidades que tenga el usuario, viendo a la persona que vive en ese domicilio, el tipo de relación familiar, la situación laboral, cómo esta la vivienda, etc.

Es muy necesario tener en cuenta el grado de dependencia que tiene el usuario.

Existen tres grados de dependencia:
- Grado I , Dependencia moderada.
- Grado II, Dependencia severa.
- Grado III, Grave dependencia.

4 Resultados

El usuario deber aceptar las condiciones que le imponga el servicio ya sea en cuanto a las horas que le irán a ayudar y las tareas que le van a realizar. Será muy importante recibir a la auxiliar cordialmente y colaborar en todo con ella, es importantes que el usuario conozca a la persona que le va ayudar, quien va a formar parte de su intimidad y que servicios va a recibir.

El servicio de ayuda a domicilio esta muy bien aceptado por la gran mayoría de usuarios, sobre todo por las personas mayores ya que es una buena solución para que esta gente siga en sus domicilios.

5 Discusión-Conclusión

Aunque se crea que se está dando un gran servicio como cada día la población envejece más y cada vez hay más demanda de estos tipos de servicios, es necesario que existan más recursos humanos, técnicos y financieros. El modelo de ayuda a domicilio tendrá que ir cambiando para ajustarlo a las necesidades que van surgiendo con el paso del tiempo.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 473

CANDIDIASIS VAGINAL

NATIVIDAD RIESGO RIESGO

REBECA DÍAZ GONZÁLEZ

1 Introducción

La candidiasis vaginal se trata de una infección de la vagina producida por un hongo llamado Cándida. Éste se encuentra normalmente en la vagina en cantidades muy pequeñas, y cuando esta cantidad aumenta, esto lleva a que se presente una candidiasis.

2 Objetivos

El objetivo principal es prevenir las infecciones recurrentes por este hongo. Algunas pautas a seguir para evitarlo son:
-Evitar alimentos con mucho azúcar.
-Limpiarse siempre de delante hacia atrás después de ir al servicio.
-No permanecer con la ropa interior o bañadores húmedos.
-Evitar el uso de desodorantes y productos perfumados en la zona íntima y a su alrededor.
-Evitar el estrés y llevar un estilo de vida saludable para mantener fuerte nuestro sistema inmunitario.
-El uso de prebióticos cuando estamos siguiendo un tratamiento con antibióticos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Se realiza una revisión bibliográfica utilizando los descriptores candidiasis vaginal, hongo Cándida, infecciones vaginal es, prevenir candidiasis y tratamiento de candidiasis vaginal.

4 Resultados

Alguno de los síntomas que presenta la mujer cuando padece una infección por Cándida son:
-Molestias vaginales y dolores
-Enrojecimiento de la zona
-Picazón e irritación
-Sensación de ardor al orinar o mantener relaciones sexuales
-Sarpullido vaginal
-Secreción vaginal espesa, blanca y sin olor
-Secreción vaginal acuosa

Cuando se sufren dichos síntomas es necesario un tratamiento, que generalmente consiste en una buena higiene genital, el uso de pomadas antifúngicas y de óvulos blandos que se introducen en la vagina y poseen las mismas propiedades que las cremas o pomadas.

5 Discusión-Conclusión

Mantener un sistema inmunitario fuerte, junto con el seguimiento de las pautas descritas, pueden evitar que la candidiasis se convierta en una infección recurrente y por tanto, evitar todas las molestias que ésta conlleva.

6 Bibliografía

-Medlineplus.gov
-Mayoclinic.org
-Kernpharma.com
-Cuidateplus.com
-Ginecanes.es
-Ginea.com

Capítulo 474

EL PUERPERIO

ERICA GARCÍA SUÁREZ

MARIA SOLEDAD PEREZ PEREIRA

ARACELI TOLOSA

1 Introducción

Es el periodo de tiempo que dura la recuperación del completa del aparto reproductor después del parto, que suele durar de cinco y seis semanas. Después del parto, suelen aparecer habitualmente algunos síntomas, pero por lo general son leves y temporales. Las complicaciones son raras, pero se concierta un programa de seguimiento en consulta.

Las complicaciones más frecuentes son: Sangrado excesivo (hemorragia puerperal), infecciones (uterina, de vejiga y riñones), mastitis y depresión.

En esta etapa se producen cambios después del parto: Cambios fisiológicos, psicológicos y familiares. Se producen los llamados ”entuertos” que son contracciones dolorosas del útero que suceden en los primeros días del puerperio se agravan cuando se da de mamar al bebé. Son frecuentes y dolorosas a partir del segundo parto. Suelen ceder al cabo de cinco días. También están los ”loquios” que es el sangrado que se produce por el aparato genital, producto de la cicatrización de la herida dejada por la placenta.

2 Objetivos

El enfoque principal del cuidado durante el puerperio es asegurar que la madre esté saludable y en condiciones de cuidar de su recién nacido, equipada con la información que requiera para la lactancia materna, su salud reproductiva y planificación familiar.

3 Metodología

El puerperio comprende diferentes etapas: Puerperio inmediato (dura las primeras 24 horas después del parto), Puerperio mediato (se extiende desde el segundo día al décimo), Puerperio alejado (concluye en torno a los 40-45 días de postparto) y Puerperio tardío (puede alcanzar hasta 6 meses si la madre opta por lactancia materna.

Se sufren una serie de cambios físicos para volver a la normalidad:
- Eliminación de agua (el agua acumulado en los tejidos durante el embarazo, que será expulsada a través del sudor y la orina).
- Perdida de peso (puede llegar a perder hasta un 12%).
- Cambios en el aparato circulatorio (recupera su frecuencia cardíaca normal y las paredes venosas se hacen más resistentes).
- Cambios hormonales (una semana después del parto los niveles hormonales se normalizan y el resto de las glándulas endocrinas recuperan su función)
- Reducción del abdomen (recuperando los órganos su sitio habitual)
- Desaparece la pigmentación de la piel.
- Descenso del sistema inmunitario.
- Recuperación del aparato reproductor a su tamaño normal.
- Reanudación de la menstruación.

4 Resultados

Las recomendaciones básicas de cara a esta etapa pasan por que la madre asuma e interiorice que debe tener una completa disponibilidad para su bebé, descanse lo máximo posible entre tomas, pasee y practique ejercicios que le ayuden en su recuperación física y pida ayuda a los familiares cuando sea necesario.

5 Discusión-Conclusión

El puerperio es un proceso fisiológico. Es necesario reforzar la educación sanitaria de las puérperas. Identificar sus efectos y los cuidados del puerperio, a veces tan desconocidos por las gestantes.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 475

LA OBESIDAD COMO GRAN PROBLEMA EN LA SOCIEDAD

JOSÉ MARÍA SOTO GARCÍA

1 Introducción

La obesidad era considerada hace siglos como un signo de bienestar, tanto desde un punto de vista físico como material, además de formar parte de los cánones de belleza de la época, pero actualmente está considerada como uno de los grandes problemas de nuestra civilización. Se define como el aumento de peso y volumen patológico de una persona y su mantenimiento en el tiempo trae consigo graves problemas de salud, por eso es muy importante empezar a controlar el peso y para ello la alimentación desde la infancia, ya que los niños obesos tienen grandes posibilidades de ser adultos obesos. Anteriormente se consideraba un problema de los países de más alto nivel económico, pero en la actualidad, la obesidad está presente también en los países con menores ingresos, de manera que se ha convertido en una epidemia mundial, debido a la cual mueren unos tres millones de personas al año.. Es evidente que por satisfacer nuestros gustos y ahondar en el placer de la comida, nos olvidamos de la salud y de los gastos que genera a nivel sanitario; porque la obesidad además de ser una enfermedad en sí misma, es factor de riesgo de otras enfermedades muy importantes, puesto que puede dar lugar a enfermedades cardíacas y accidentes cardiovasculares, diabetes tipo 2, problemas digestivos, problemas ginecológicos y sexuales, artrosis y también puede llevar a padecer ciertos tipos de cáncer.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es determinar las causas que conducen a la obesidad.

3 Metodología

El presente trabajo sobre "los problemas de la obesidad", está basado en la búsqueda de información, a través de revisiones bibliográficas de interés relacionadas con el tema a tratar, para intentar dejar constancia de la importancia del problema. Se trata de una investigación cualitativa, ya que trata de analizar el problema una vez obtenida la información deseada e incide en resaltar las posibles soluciones. A la búsqueda de información le sigue un análisis de la misma, resumiendo los campos más interesantes para este proyecto y tras realizar un esquema se procede al desarrollo del trabajo.

4 Resultados

Tras una ardua tarea de recopilación de información sobre las causas que llevan a la obesidad, nos encontramos con factores sobre los que poco podemos hacer, como son las causas genéticas y familiares, ya que la herencia es una de las formas de presentación de la enfermedad, también nos encontramos con ciertas enfermedades, como la depresión o la artritis; esta última por el dolor ante el movimiento, hace que las personas que la padecen permanezcan más tiempo inactivas, tampoco podemos actuar frente a medicamentos para la depresión, esteroides o betabloqueantes entre otros. También existen problemas económicos y sociales, el embarazo o el insomnio; ya que dormir demasiado o no dormir inciden también en el aumento de peso. Hay que tener en cuenta que la edad es un factor determinante, porque aunque la obesidad puede aparecer en cualquier etapa de la vida, a medida que se envejece los cambios hormonales y una vida menos activa aumentan el riesgo. Pero en cambio sí que hay otros factores que están presentes en la obesidad y ante los que podemos actuar nosotros mismos de forma activa; como es el control de nuestra dieta; evitando el consumo excesivo de grasas y azúcares y aumentando el consumo de alimentos ricos en vitaminas y minerales, por ello es necesario eliminar en lo posible la comida rápida, la cual presenta un alto contenido en grasas e hidratos de carbono. Eliminar o reducir la ingesta de alcohol y bebidas edulcoradas y educar desde la infancia evitando golosinas e introduciendo desde el principio una dieta saludable, abundante en

frutas y verduras y fomentando el ejercicio físico, ya que la actividad física es imprescindible para luchar contra la báscula.

5 Discusión-Conclusión

Según la OMS existen actualmente más de 1.900 millones de personas adultas con sobrepeso, de las cuales más de 650 millones son obesos. Ante tan abrumadora cifra, cabe pensar que algo sucede en nuestra sociedad respecto a la alimentación, porque con excepción de las causas de morbilidad por el sobrepeso, somos nosotros mismos los que contribuimos con nuestra falta de hábitos saludables al aumento de las cifras. La explicación más sencilla para el aumento de peso es el aumento calórico. Vivimos en un mundo sedentario en el que el placer que obtenemos comiendo, facilita que lo hagamos más allá de lo necesario para satisfacer las necesidades de nuestro organismo. El resultado que obtenemos es que todas las calorías que no "quemamos" con el ejercicio, se almacenan en el organismo en forma de grasa. Para que el peso del organismo se mantenga más o menos estable, es preciso que exista un equilibrio entre el contenido energético de los alimentos que se ingieren y el gasto total de energía, por eso es tan importante evitar el sedentarismo. Por lo tanto llego a la conclusión de que si nosotros mismos participáramos activamente y en primera persona contra el sobrepeso evitando una malnutrición por exceso y llevando una vida más activa desde el punto de vista deportivo, podría reducirse o en cualquier caso no aumentar el número de personas obesas.

6 Bibliografía

- Álvarez-Uría Manuel /Cortina Llosa Arturo. Dieta y peso. En: F. Álvarez Faustino. La calidad de vida. Asturias: Everest y Dorling Kindersley; 1995. 105-94
- Diccionario de medicina. Barcelona: SPES editorial, 2003
- Meguro, E.N, Tirado, HC (2011) Obesidad y Prediabetes en el niño y el adolescente.

Capítulo 476

CUIDADOS DEL PACIENTE GERIÁTRICO

JOSÉ MARÍA SOTO GARCÍA

1 Introducción

Cuando una persona llega a la vejez, ya no puede cuidar de sí mismo y esto llega a ser una responsabilidad preocupante para él, ya que dependen cada vez más de otra u otras personas. Hay que tener en cuenta que las mismas enfermedades no producen el mismo efecto en personas jóvenes que en ancianos y por lo tanto el tratamiento y los cuidados, tampoco son los mismos, puesto que la respuesta orgánica a los distintos procesos patológicos que padece una persona, marcan el paso del tiempo. Pero no sólo es distinto desde el punto de vista físico, también social y psicológicamente merecen un trato especial, la mayor parte de los ancianos se sienten desplazados y faltos de amor y comprensión y eso se nota especialmente cuando se sienten enfermos, sobre todo si la enfermedad les hace permanecer algún tiempo ingresados en un centro hospitalario. Y es ahí donde los profesionales de la salud, debemos demostrar nuestra capacidad de empatía. Hay que tener especial cuidado porque son personas muy vulnerables respecto a todo lo que tiene que ver con su salud y con su vida, la paciencia y el saber escuchar son virtudes imprescindibles para interactuar con estos pacientes.

2 Objetivos

Enumerar los cuidados que necesitan los pacientes ingresados en la unidad de geriatría.

3 Metodología

Este artículo se basa en gran parte en la experiencia de mi trabajo en un hospital. Para la realización del mismo he estado observando los comportamientos de los pacientes ante diferentes situaciones y mi proximidad y trabajo con ellos han hecho el resto. También he consultado en una base de datos y en distintos manuales sobre geriatría. Una vez extraída la información necesaria he hecho una escala de valores, sobre aquello que más me interesaba mostrar y desarrollando el tema desde un punto de vista personal, trato de mostrar lo importante que es tener en cuenta la situación de este tipo de pacientes desde un enfoque emocional.

4 Resultados

Los pacientes geriátricos necesitan una atención especial debido a sus dificultades a la hora de realizar las actividades de la vida diaria, porque la mayoría de las veces tienen carencias físicas que les impide desenvolverse con soltura en un ámbito hospitalario, por ello hay que tener en cuenta el grado de dependencia que tienen cuando llegan al hospital, cuando el paciente es autónomo se aseará y comerá él sólo, pero habrá que revisar sus acciones y previamente prepararle el baño, prestando atención a la retirada de objetos o material que pueda interferir en sus movimientos y así evitar posibles golpes o caídas. Se le proveerá de la ropa y material de aseo necesario ayudándole en todo aquello que necesite. Cuando el paciente es parcialmente autónomo se le prestará la ayuda que solicite y aquella que nosotros veamos que precisa, aseándole nosotros mismos si él no puede hacerlo y prestando atención a su estado general y en especial al estado de su piel, observando si existe algún tipo de lesión y comprobando el estado de hidratación de la misma. Si el paciente permanece encamado será necesario asearlo en la cama, cuando el paciente tiene poca movilidad o no responde a órdenes, el aseo lo harán dos personas, esto no solo facilita el trabajo, sino que de ese modo será menos traumático para el propio paciente y le hará sentirse más seguro. Es necesario hidratar bien la piel de estos enfermos, porque al permanecer casi todo el tiempo en la cama y generalmente no gozar de movimientos voluntarios, su piel la mayoría de las veces se ve afectada mostrándose seca y a veces macerada por los propios líquidos corporales; sudor y orina. Si el paciente puede levantarse le ayudaremos a sentarse en el sillón, sujetándolo con un cinturón si es necesario y si debe permanecer en reposo se programarán cambios posturales cada dos o tres horas, para evitar la formación de escaras y facilitar su descanso y bienestar. En lo referente a la alimentación también se tendrá en cuenta su grado de autonomía,

prestando ayuda a aquellos que la reclamen o necesiten, bien cortándoles la carne o el pescado o abriéndoles los paquetes de galletas del desayuno o la merienda y si el paciente no puede alimentarse él solo, será el personal el encargado de hacerlo tanto si permanece sentado como si está en la cama, en este último caso, será preciso colocarle en decúbito supino y con la cabecera de la cama elevada, para evitar atragantamientos y broncoaspiraciones. Es muy importante prestar atención a su medicación e indicarles que la tomen, a veces no son capaces de tragar pastillas y en ese caso hay que deshacerlas y dárselas con la comida o con líquido, importante a tener en cuenta si el paciente tiene disfagia, ya que en ese caso habrá que darle líquidos con espesante. Otro de los cuidados que se les debe prestar a aquellos que hacen bipedestación, es el estímulo y la ayuda a caminar, bien acompañados de otra persona o facilitándoles un andador y supervisando su paseo. Todos estos cuidados deben ser realizados con la máxima profesionalidad, mostrando en todo momento disponibilidad y asertividad con el paciente.

5 Discusión-Conclusión

El proceso de envejecimiento trae consigo una serie de cambios tanto físicos como psicológicos, que han de tenerse presentes siempre en el momento de tratar a las personas, por lo que cuanto más anciana es una persona, más especial debe ser la relación que mantenemos con ella, tanto a nivel personal como profesional , ya no sólo por las carencias físicas que limitan o anulan su autocuidado en cuyo caso su atención debe ser más precisa, dependiendo de sus necesidades, sino también por las carencias afectivas y comunicativas que sufren estos pacientes. En su estado psíquico influyen los cambios de salud y de adaptación a su nueva situación, por eso no es extraña su actitud de refugiarse en el pasado y rechazar todo lo que es nuevo, sobre todo si la situación actual que atraviesan no les resulta gratificante, esto hace que muchas veces sea difícil ponerse en su lugar y entenderles, es por ello que debemos esforzarnos, en prestarles toda la ayuda que necesitan y a animarles a ir superando metas, ya que nada envejece más a una persona que carecer de alicientes.

6 Bibliografía

- Fernández Ballesteros Rocío, Moya Fresneda Rosa, Iñiguez Martínez Julio, Zamarrón María Dolores. Que es la psicología de la vejez. Editorial Biblioteca Nueva. Madrid, 1999.

- García Lopez MV, Rodríguezs Ponce C, Torijo Gómez AM. Enfermería del Anciano. Coleccción enfermería S21. 2ª Edición. Madrid; Difusión de Avances de Enfermería (DAE): 2009
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. http: www.imsersomayores.csic.es/documento/legislación/normas/docc
3383.pdf
- Scielo, descriptores: anciano, geriatría, enfermedad

Capítulo 477

LA ENFERMEDAD Y SUS EFECTOS EN EL SER HUMANO

JOSÉ MARÍA SOTO GARCÍA

1 Introducción

La enfermedad produce en el individuo un estado especial, que se demuestra en una serie de cambios emocionales de tensión como: nerviosismo, ira, inseguridad, temor, pena, y desconcierto, entre otros. La persona que se encuentra enferma es muy lábil y sensible ante toda situación relacionada con su enfermedad, ya que está sometida a situaciones desconocidas, que desencadenan alteraciones que atentan contra su bienestar.. Porque no solamente tiene que lidiar con los síntomas que desestabilizan el equilibrio de su salud, sino que también se le presentan situaciones que agudizan aún más su inestable estado, como son; la pérdida de contacto con el exterior; al tener que permanecer en su casa o en el hospital por un periodo de tiempo determinado, el paso de ser un sujeto activo a pasivo, la falta de vínculos sociales, la preocupación por su familia. Por todo ello tiene unas necesidades que necesitan ser atendidas, para poder llevar de la forma más satisfactoria posible ese periodo de su vida.

2 Objetivos

Identificar las necesidades emocionales del enfermo para poder ayudarle a llevar su enfermedad de la forma más liviana posible, contribuyendo de ese modo a una más pronta recuperación.

3 Metodología

El trabajo se realiza previa búsqueda de información en canales habituales: observación de páginas web y recopilación y lectura de artículos y libros relacionados con el tema a tratar. Primeramente se decide el tema sobre el trabajo, se organiza la búsqueda de la información y se selecciona aquella que es útil para el desarrollo del mismo. Se realiza un resumen de las lecturas seleccionadas y se procede a elaborar el trabajo.

4 Resultados

El paciente necesita sentirse integrado en el entorno que le rodea, ya que el miedo al aislamiento le hace a veces exacerbar su actitud; intentando llamar la atención del personal que lo trata o acompaña con necesidades que el mismo crea, pero no se debe rechazar tajantemente su actitud porque eso puede anular su capacidad de comunicación y negarse a colaborar, sumiéndole en la apatía y el desinterés. También es necesario que los pacientes se sientan autosuficientes e independientes, para ello es preciso evitar una actitud paternalista y no anular su capacidad para decidir, así como fomentar su iniciativa y dejarle tomar decisiones, siempre que estas no le perjudiquen. También necesita comprensión y afecto, porque cuando por su enfermedad una persona tiene que alejarse de su entorno debiendo estar hospitalizado, sufre un vacío afectivo y esa falta de afecto hace que se sienta ante una situación de soledad y eso repercute negativamente en las posibilidades de su recuperación.

5 Discusión-Conclusión

Cuando una persona nota que su salud se resiente y se convierte en un paciente, empieza a sentir una serie de sensaciones añadidas a los síntomas y malestar por su enfermedad; ansiedad por el miedo a la muerte o a deterioros irrecuperables, por la pérdida de intimidad, por las molestias del tratamiento, por el dolor, por el temor a la soledad y por la incertidumbre ante su futuro. También siente angustia, lo que le puede hacer tener problemas de conducta; no habla o habla muy poco, llora, esta insomne. Todas estas situaciones anímicas hacen que el enfermo se debilite, porque ante este estado suelen rechazar la alimentación e incluso el tratamiento, y esto conlleva a un retraso en la recuperación de la salud y un mayor tiempo de convalecencia.

6 Bibliografía

- Corbella J. Salud. Concepto, consejos básicos para favorecerla. En: Franco Antonio, director. En forma. Enciclopedia de la salud. Barcelona; Grupo Z 1990. P 76 – 63.
- Abascal Altuazarra María Luisa/ Maimo Vázquez Ventura María/ Negueruela Sanchez J. Francisco/ Díaz Duarte Lourdes. Relaciones con el enfermo. En Larrosa Adrián, director. Técnología sanitaria. 5º ed. León: Everest; 1998. p. 33 – 28.

Capítulo 478

PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR DECÚBITO.

JOSÉ MARÍA SOTO GARCÍA

1 Introducción

Las ulceras por presión son consideradas uno de los problemas más habituales en los enfermos encamados. Son lesiones de origen isquémico localizadas en las piel y en el tejido subyacente principalmente sobre una prominencia ósea, y se producen por la presión de una parte del tejido sobre una superficie dura, o en combinación con las fuerzas de cizalla. También aparecen sobre tejidos blandos que están sujetos a presión externa por materiales sanitarios; como el constante roce de una sonda nasogástrica. Según estudios epidemiológicos de prevalencia de las UPP se manejan cifras entre el 7 y el 28% en centros asistenciales de agudos crónicos, postquirúrgicos o asistencia , estando la media en el 12%. Existen muchos factores de riesgo en su aparición; factores intrínsecos, que son los relacionados con el estado de salud del paciente y factores extrínsecos; los relacionados con su entorno. De entre todos ellos cabe destacar la edad y la movilidad reducida y la fricción y la humedad. Por eso es tan importante controlar de forma constante la piel de los enfermos, tarea que debe hacerse en cualquier caso durante el aseo, y después de secar bien y suavemente al enfermo, se le debe hidratar la piel usando ácidos grasos hiperoxigenados. Las UPP constituyen un importante problema sociosanitario, reduciendo la calidad de vida de forma considerable y aumentando la estancia hospitalaria, produciendo un alto coste sanitario, tanto desde el punto de vista material como de recursos humanos.

2 Objetivos

Identificar medidas para evitar la aparición de las úlceras por presión a través de la calidad y la continuidad de los cuidados que se deben realizar al paciente.

3 Metodología

El trabajo sobre las ulceras por presión se ha realizado siguiendo una búsqueda de información en diversos libros de texto, así como en distintas páginas web como Scielo, empleando para ello varias horas de trabajo. También he utilizado mis conocimientos y observación de mi experiencia como trabajador con personas de la 3ª edad afectadas con estas lesiones.

4 Resultados

Un examen diario de la piel para detectar cualquier alteración y una buena higiene e hidratación del paciente y cambios posturales; para evitar la presión o el roce continuo en caso de que no pueda moverse por sí mismo, son la base para evitar las UPP, es muy importante también que el paciente permanezca seco en todo momento, ya que la humedad macera la piel y este es un factor predisponente. Si el paciente hace bipedestación y puede caminar es importante que lo haga, aunque sean trayectos cortos y hasta donde el pueda. También está demostrado que un buena alimentación rica en vitaminas y proteínas facilita que la piel este sana. Otro factor importante es evitar jabones irritantes así como eliminar los pliegues de la ropa de la cama. Con estas medidas reduciremos el riesgo de lesiones que dan lugar a la formación de escaras.

5 Discusión-Conclusión

Las úlceras por decúbito son un problema multicausal, que dan lugar a una falta de oxigeno y de nutrientes en una zona de la piel, debido al aporte insuficiente de sangre a los tejidos, por una presión prolongada . Se producen en zonas declives del cuerpo que están en contacto continua con una superficie dura. Aparecen, principalmente en áreas con escaso tejido subcutáneo o donde existen prominencias oseas. Primeramente, aparece calor, enrojecimiento, dolor a la palpación y pérdida de sustancia, cuando la piel se rompe, se forma una úlcera que tarda mucho en cicatrizar. Cuando se infecta, puede afectar al músculo y al hueso. Son

heridas crónicas, pero no se trata de una enfermad en sí misma. La existencia de estas lesiones está unida a una mala calidad asistencial, y demuestra la falta de cuidados necesarios por parte de las personas que cuidan del paciente. La prevención es muy importante, ya que su curación es difícil y si se infectan, agravan el estado del paciente. Las medidas a tomar van encaminadas a aliviar la presión, estimular la circulación y conservar la piel en buen estado.

6 Bibliografía

- Verdú Soriano J. Epidemiología, prevención y tratamiento de las úlceras por presión [tesis doctoral]. Alicante. Universidad de Alicante; 2006 [acceso 18 de diciembre de 2019].
- Bermejo Martínez Mariano, Atención integral de heridas crónicas 2ª edición. García Fernández Francisco Pedro, Soldevilla Agred J. Javier, Torra i Bou Joan Enric. Fundación Sergio Juan Jordán 2016.

Capítulo 479

RIESGOS LABORALES EN EL PERSONAL SANITARIO

JOSÉ MARÍA SOTO GARCÍA

1 Introducción

El trabajo en el ámbito sanitario por sus características especiales, constituye un medio adecuado para que los trabajadores del sector, se vean de forma habitual, ante situaciones que ponen en riesgo la integridad de su salud, bien sea por el contacto constante con pacientes portadores de enfermedades o infecciones transmisibles, o por la necesidad de manipulación de material potencialmente peligroso; bisturís, agujas, pinzas, tijeras… todo esto además, entraña un riesgo añadido si está contaminado con residuos; sangre, suero, heces, etc. El medio hospitalario es el que mayores riegos conlleva para el desencadenamiento de enfermedades infecciosas, porque es allí donde los gérmenes encuentran el mejor medio de cultivo para su desarrollo y propagación. Pero el riesgo no está solamente en el contacto directo con los pacientes, existen accidentes en todas las áreas; laboratorios, salas de investigación, de rehabilitación… Porque no podemos hablar solo de riesgo bilógicos, ya que una gran parte de los accidentes laborales, son de carácter físico, como son los riesgos posturales, debidos a posiciones que conllevan una postura forzada y que suelen dar lugar a lesiones por sobrecarga. Existen a su vez los riesgos químicos para el personal que está en contacto con materiales de esterilización; como el óxido de etileno, o el formaldehido, utilizado en las salas de autopsias, los gases anestésicos o los citostáticos usados en quimioterapia. Se deben señalar también los riesgos psicológicos; cargas psíquicas por exceso de trabajo, horarios incompatibles con la vida familiar, exceso de competitividad entre otros.

2 Objetivos

Los objetivos de este trabajo van dirigidos a determinar las medidas necesarias, para evitar o minimizar los riesgos a los que se ve continuamente sometido el personal sanitario y así poder poner a salvo la salud de riesgos innecesarios.

3 Metodología

Se busca información contrastada en diferentes fuentes, el trabajo se realiza en diferentes etapas, teniendo en cuenta la información encontrada, ya que existe mucha literatura al respecto y eso aumentó la labor de selección y resumen de los datos obtenidos.

4 Resultados

Para evitar los riesgos todo el personal sanitario debe estar concienciado de las medidas preventivas necesarias para cada tipo de trabajo y el lugar donde se desarrolla, otro medio de prevención muy útil, es la información; todos los trabajadores deben estar debidamente informados de los potenciales riesgos de su trabajo, información que debe ser impartida por el servicio de medicina preventiva. El propio trabajador debe ser consciente de que el uso del material adecuado para salvaguardar su salud, es prioritario Otro factor importante a tener en cuenta es la ergonomía, es decir, adecuar el puesto de trabajo al trabajador, teniendo en cuenta sus condiciones físicas y psíquicas.

5 Discusión-Conclusión

El servicio sanitario es esencial para la sociedad y son los propios trabajadores los que deben dar ejemplo, mediante su conducta, evitando exponerse a riesgos innecesarios que los pueden llevar a sufrir daños durante el desarrollo de su labor. Tomando las medidas de prevención necesarias, no solo se evita el daño físico del propio trabajador, sino que ganará confianza en su trabajo y se sentirá más cómodo y satisfecho, lo que elimina la frustración y el miedo, y eso, hará que tenga más predisposición para mejorar.

6 Bibliografía

- Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad. Guía de la Bioseguridad para los Profesionales Sanitarios. Sanidad 2015.
- Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo. Estrategia Española de Seguridad y Salud en el trabajo 2015 - 2020.
- Informe de la agencia Europea para la salud y Seguridad en el Trabajo. Riesgos Laborales en el Sector Sanitario.
- Cortés Díaz, JM. Técnicas de Prevención de Riesgos Laborales. Seguridad e higiene del trabajo. 9ª edición. Ed: Tébar Madrid 200
- Augusto Díaz Javier. Prevención de Riesgos Laborales en el sector sanitario. Cap 18. El Trabajo y la Salud: fundamentos éticos y legales

Capítulo 480

EL EJERCICIO FÍSICO EN LA VEJEZ

CONCEPCIÓN SUÁREZ GONZÁLEZ

1 Introducción

La vejez se va produciendo con el paso de los años, empieza a partir de los 65 años y su ciclo termina con la muerte.

La gerontología incide en la calidad y condiciones de vida del anciano mediante el diseño, ejecución y seguimiento de programas y actividades destinadas al beneficio de la población anciana. Es muy importante conocer el estado físico y las limitaciones del anciano a la hora de realizar los ejercicios y así no empeorar el estado de salud inicial, además de poder evolucionar de forma favorable y mantener una mejor autonomía en la vejez. Estas actividades han de llevarse a cabo junto con la familia , ya que es necesaria la comunicación constante con la familia o cuidador del anciano para que estas actividades se realicen en condiciones óptimas.

2 Objetivos

Determinar los beneficios del ejercicio físico en la vejez y las pautas que ayuden a mejorar los cuidados del anciano.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica

existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

LLevar una vida activa en edades avanzadas resulta muy beneficioso en todos los sentidos.

En muchas ocasiones, los mayores normalizan los dolores como síntomas naturales de la edad sin darles la importancia que realmente tienen para poder identificar la causa y poder frenar la dolencia. En enfermedades como la artrosis (una de las enfermedades mas comunes en la población adulta) una de las actividades preventivas a destacar sería el ejercicio físico aeróbico y una correcta higiene postural. También podemos hablar de la importancia de la rehabilitación tras una fractura de cadera, muy frecuente a estas edades.

Para llevar una vida saludable los ancianos necesitan cuidados basados en una buena atención, alimentación equilibrada, un buen aseo e hidratación de la piel así como una buena estancia que les ayude a realizar de forma tranquila las actividades de la vida diaria. En estas tareas los cuidadores desempeñan un papel fundamental, ya que son pilar fundamental para mejorar el bienestar del anciano.

Está mas que comprobado que la implicación del anciano en su recuperación, junto con el trabajo de los profesionales de la salud, es vital para recuperar el mayor porcentaje de movilidad e independencia.

5 Discusión-Conclusión

El envejecimiento es un proceso normal, irreversible, continuo y progresivo. Se caracteriza porque se llevan a cabo una progresiva pérdida de funciones. Se llega en la etapa adulta a una edad en la que las patologías se agudizan y los reflejos se deterioran, lo que hace que se lleve a cabo una vida muy poco activa, y esto es un error muy generalizado, ya que cuanto más sedentaria se haga la vejez peor será la calidad de vida en los últimos años.

Mejorar la vida del anciano adaptándolo a una calidad de vida digna hará que esto le permita seguir viviendo con seguridad y tranquilidad, si olvidar aquí el

papel de cuidadores y familiares, que son un pilar fundamental.

6 Bibliografía

- ”Enfermaría geriátrica”, Carneveli-Patrick, Editorial Interamericana McGraw Hill Madrid, 2001
- ”Gerontología y geriatría, valoración e intervención”, Millán Calenti, Editorias médica Panamericana
- ”Auxiliar de enfermería”, Editorial Mad S.L., Sevilla, 1999

Capítulo 481

LOS BENEFICIOS DE LA MIEL EN UN PIE DIABETICO.

LIDIA SUAREZ GONZALEZ

1 Introducción

La miel es un producto natural elaborado por las abejas a partir del néctar de las flores. Se compone mayoritariamente de hidratos de carbono, sobre todo sacarosa y glucosa; además contiene proteínas, lípidos, fósforo, magnesio, calcio, hierro, sodio, potasio, ácido ascórbico, tiamina, riboflavina, ácido nicotínico y piridoxina. Asimismo puede tener restos de polen, enzimas y otras sustancias vegetales.

- Las abejas añaden además al néctar de las flores una enzima llamada glucosa oxidasa. Cuando la miel es aplicada sobre una herida esta enzima produce a nivel local una liberación lenta de peróxido de hidrógeno, responsable de no dañar los tejidos adyacentes y finos y favorecer la cicatrización. La miel es un producto natural elaborado por las abejas a partir del néctar de las flores. Se compone mayoritariamente de hidratos de carbono, sobre todo sacarosa y glucosa; además contiene proteínas, lípidos, fósforo, magnesio, calcio, hierro, sodio, potasio, ácido ascórbico, tiamina, riboflavina, ácido nicotínico y piridoxina. Asimismo puede tener restos de polen, enzimas y otras sustancias vegetales.
- Las abejas añaden además al néctar de las flores una enzima llamada glucosa oxidasa. Cuando la miel es aplicada sobre una herida esta enzima produce a nivel local una liberación lenta de peróxido de hidrógeno, responsable de no dañar los tejidos adyacentes y finos y favorecer la cicatrización.

2 Objetivos

- Describir los beneficios de la miel sobre la curación de heridas.
- Analizar el uso de la miel como tratamiento en pacientes diabéticos.

3 Metodología

Para llevar a cabo la revisión de la literatura científica, se ha realizado una búsqueda retrospectiva en la siguiente base de datos: "Scielo" y " Pubmed". Utilizando como descriptores: miel, heridas y pie diabético. La búsqueda se restringió al idioma español. Con el objetivo de identificar la evidencia científica más reciente, se han seleccionado artículos científicos del 2017/2019.

4 Resultados

El uso terapéutico de la miel, se ha redescubierto como una alternativa al tratamiento de las úlceras por presión. Principalmente por su acción antibacteriana, en especial, contra las bacterias resistentes a los antibióticos. El uso de miel de abejas sin aguijón presenta mayores beneficios y menor tiempo de curación de las lesiones de los pacientes diabetos. Se observa una mayor tasa de epitelización por día, además su coste es menor que el tratamiento convencional, no siendo necesario combinar la miel con otros medicamentos.

5 Discusión-Conclusión

La miel ayuda a la recuperación de los tejidos en todas las fases de la recuperación, disminuyendo el tiempo de curación. Son escasas sus desventajas, por ello su mayor beneficio es su poder antibacteriano.

6 Bibliografía

- Martínez-López, A. (2018). La eficacia de la sacarosa y la miel en heridas crónicas: Revisión bibliográfica de la literatura.
- http://tauja.ujaen.es/handle/10953.1/6579.
- Grajales-Conesa, J., Ibarias-Toledo, C., Ruíz-Toledo, J., & Sánchez, D. (2018).
- https://scielosp.org/article/spm/2018.v60n1/.

Capítulo 482

BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA.

ALEJANDRA GONZÁLEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

La lactancia materna se define como la alimentación recibida por el recién nacido con la leche materna satisfaciendo así sus necesidades nutricionales y que proporciona otra serie de beneficios como son los lazos afectivos que se generan y que la lactancia artificial no genera.

Este tipo de lactancia es apoyada por la Declaración de Innocenti aprobada por la OMS/UNICEFF en la década de los 90.

2 Objetivos

- Revisar los beneficios y ventajas de la lactancia materna.
- Conocer los procesos desde el punto de vista de un profesional sanitario en relación a la lactancia materna.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se

han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, Scielo, Cuiden y Cochrane plus seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La lactancia materna aporta ventajas tanto a la madre como al niño. Dentro de los beneficios que aporta a la madre destacamos:
- Retracción del útero por la liberación de oxitocina.
- Recuperación del peso y los pechos.
- Amamantar al menos 3 meses puede reducir el riesgo de cáncer de mama y ovarios.
- Se completa el ciclo natural de hormonas que comenzó con el embarazo.
- Se reduce el riesgo de sufrir osteoporosis después de la menopausia.

Beneficios para el lactante:
- Óptima nutrición.
- Protección frente a enfermedades infecciosas y alérgicas.
- Desarrollo psicosocial.
- Excitación de la musculatura bucal y movilización de las estructuras del aparato estomatognático,lo cual influye en su crecimiento y desarrollo.
- Ayuda al crecimiento cerebral por la presencia de ácido doxosahexaenoico (DHA) presente en la leche humana pero no en las fórmulas comerciales.

5 Discusión-Conclusión

Podemos decir que la lactancia materna es la forma ideal de aportar a los niños los nutrientes necesarios tanto para su desarrollo físico como psíquico, además ayuda a la madre a terminar de forma natural con el proceso hormonal que comienza con la gestación,evitando los cambios hormonales súbitos. La OMS recomienda la lactancia materna exclusiva durante seis meses, la introducción de alimentos apropiados para la edad y seguros a partir de entonces, y el mantenimiento de la lactancia materna hasta los 2 años o más.

6 Bibliografía

- Lactancia Materna. Serie Manual Universitario, núm 52. J. Aguayo. Universidad de Sevilla.

- Tratado de Enfermería Infantil. Cuidados Pediátricos. 1ª Edición Elsevier Sciencie. de M.J. Aguilar Cordero.

Capítulo 483

AISLAMIENTO POR CONTACTO FUNCIÓN DEL TCAE.

TATIANA PRIETO PEREZ

DESIRE MARIA FERNANDEZ ABELLA

CRISTINA ISABEL MOUTA CARBALLO

1 Introducción

Contacto directo de persona a persona o contacto indirecto objeto contaminado.(Choque,2017). Disminución del riesgo de infección para el paciente, el personal sanitario y los visitantes mediante la interrupción de la cadena de transmisión.Disminución de la incidencia de infecciones nosocomiales. Prevención y control de brotes. Poder prestar una alta calidad de atención. (Álvarez-Lerma, Guillermo, Peruga, Pont y Eixarch, 2002).

El aislamiento de contacto es una práctica muy habitual dentro del hospital y se utiliza para evitar la diseminación de microorganismos potencialmente infecciosos. Con el empleo del aislamiento se establecen unas precauciones para crean barreras entre las personas y los microbios. Las precauciones de contacto son las medidas indicadas para impedir la transmisión de microorganismos que se extienden mediante el contacto previniendo así la propagación de microbios en el hospital.(Domingo, 2017). Todas las enfermedades que precisen medidas de aislamiento serán notificadas con la mayor brevedad posible al Servicio de Medicina Preventiva, quien valorará la necesidad del aislamiento, así como sus características y duración, junto con el médico responsable del caso y establecerá las medidas de precaución adecuadas.

AISLAMIENTO DE CONTACTO.
El lavado de manos, antes y después, de cualquier contacto con el paciente es la medida más efectiva,se utilizarán guantes y bata adicional cuando se prevea contacto con material infectivo, si es necesario trasladar al paciente las lesiones infectadas / contaminadas deberán estar protegidas. Se utiliza para las enfermedades que se transmiten por contacto indirecto o directo con el paciente Contacto Directo: Piel – Piel. Contacto Indirecto: Piel-Objeto-Piel.

Patologías que requieren aislamiento contacto: Rubéola congénita, gastroenteritis por rotavirus, hepatitis tipo A, impétigo, pediculosis, escabiosis, gérmenes multiresistentes. (García y César, 2002). Algunos de los microbios de los que nos protegen las precauciones de contacto son el C. difficile y el norovirus. Estos microbios pueden causar infección grave en los intestinos. Una vez establecido el aislamiento el Servicio de Medicina Preventiva enviará a la planta correspondiente la hoja informativa detallada sobre medidas de aislamiento y otra hoja resumida y en forma de pictogramas, que se colocará en la puerta de la habitación del paciente infeccioso para que las visitas y el personal conozcan los medios de protección que deben utilizar. El cese del aislamiento se establecerá por parte del Servicio de Medicina Preventiva de acuerdo con el facultativo responsable, informándose de ello al Servicio de Admisión, así como al Supervisor del Servicio correspondiente.

2 Objetivos

- Remarcar las funciones que debe realizan el Tcae en este área para poder prevenir la propagación de las enfermedades transmisibles entre pacientes, personal y visitantes.

3 Metodología

Búsquedas bibliográficas sistemáticas en las principales páginas de salud (Diane, Medline), lectura crítica de los mismos. Segundo trimestre de 2019. Estudio transversal y descriptivo. Revisión bibliográfica en google academico.

4 Resultados

Debemos tener en cuenta la cadena que hay para trasferir las infecciones por contacto. Fuente: pacientes, personal sanitario, visitas, fómites. Huésped: enfer-

medad base, inmunodepresión, procedimientos invasivos, antibióticos. Vía de transmisión.(Sánchez,2015). Los resultados obtenidos estan más bien dirigidos a los protocolos y a tener más información y conocimientos sobre estos mismos.Ya que en este aislamiento, a parte de las precauciones estándar, haremos uso de una bata desechable, indistintamente de cuál sea la vía de transmisión, se informara al paciente y acompañantes de las medidas que se han de adoptar. Colocaremos un cartel en la puerta de la habitación con el tipo de aislamiento y sus precauciones, e intentaremos restringir las visitas a este tipo de pacientes al mínimo. Los acompañantes también tendrán que hacer uso de estas medidas preventivas. Bata en aislamiento de contacto, si el paciente ha de abandonar la habitación, para realizarse una prueba o para su traslado, será él el que lleve la mascarilla, siempre quirúrgica. Insistiremos siempre en la importancia de la higiene de manos.

Se utiliza cuando existe la sospecha de una enfermedad transmisible por contacto directo con el paciente o con elementos de su ambiente. (Rojo, 2019). Es aplicable a las enfermedades infecciosas que se propagan por contacto directo, las cuales se dividen en dos categorías: (Márquez, 2007). Contacto con heridas y lesiones cutáneas. Contacto con secreciones orales. Las precauciones con base en la transmisión son medidas adicionales a seguir para las enfermedades causadas por ciertos microbios. Las precauciones con base en la transmisión se siguen además de las precauciones normales. Algunas infecciones requieren más de uno tipo de precaución con base en la transmisión. (Romero, Leon y Jimenez, 2013). El análisis de la experiencia laboral, y el alto riesgo para el Tcae y para todo el equipo multidisciplinar.

5 Discusión-Conclusión

Cortan la cadena de transmisión del agente infeccioso,disminuyen la incidencia de infección nosocomial,previenen y/o controlan brotes, racionalizan el uso de recursos,mantienen la calidad en la atención. Hemos de remarcar lo necesario para este tipo de aislamiento los recursos materiales necesarios son los siguientes:
- Habitación individual con lavabo.
- Bata, mascarilla y guantes, siempre desechables.

Se deben seguir las siguientes medidas de actuación:
Lavarse las manos antes y después de atender al paciente, todo el personal debe ponerse bata, guantes y mascarilla, aunque para este tipo de aislamiento no es estrictamente necesario, no tocar nunca con las manos las heridas o lesiones, todo el material de aislamiento debe estar dentro de la habitación, las curas de estos

pacientes deben realizarse en último lugar, los Tcae colaborara con el equipo de enfermería si fuera necesario, el instrumental utilizado se procesa como material contaminado.

6 Bibliografía

- Álvarez-Lerma, F., Guillermo, M. G., Peruga, V. A., Pont, M. J. P., & Eixarch, E. T. (2002). Efectividad del aislamiento de contacto en el control de bacterias multirresistentes en un servicio de medicina intensiva. Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica, 20 (2), 57-63.
- Choque Flores, G. (2017). Evaluación de las infecciones asociadas a la atención de salud en el hospital Guillermo Díaz de la Vega Abancay, Apurímac, 2016.
- Domingo, A. C. (2017). La enfermera de UCIP como coordinadora del equipo multidisciplinar. Revista Española de, 73 (Supl 1), 96-98.
- García, E., & César, V. (2002). Medidas de bioseguridad, precauciones estándar y sistemas de aislamiento. Rev Enferm IMSS, 10 (1), 27-30.
- González-Estrada, A., Fernández-Prada, M., Ortega, C. M., Pérez, A. L., & González, M. L. (2016). Cumplimiento de las precauciones de aislamiento de contacto por microorganismos multirresistentes en un hospital de tercer nivel. Revista de Calidad Asistencial, 31 (5), 293 - 299.
- Hernández-Orozco, H. G. (2012). Criterios para aislamiento por enfermedades infectocontagiosas. Acta Pediátrica de México, 33 (2), 89 - 93.
- Márquez, F. C. (2007). TCAE en el servicio de esterilización. Editorial Vértice.
- Rojo Seguí, H. (2019). Implicación de enfermería como vector de transmisión de Clostridium difficile en pacientes en estado crítico. Revisión bibliográfica.
- Romero, P. D. A., Leon, S. G., & Jimenez, C. S. (2013). Higiene del medio hospitalario y limpieza de material. Editorial Paraninfo.
- Sánchez Merino, V. (2015). Diseño de un estudio epidemiológico. Evaluación del grado de conocimiento y aplicación de las medidas preventivas frente a las infecciones nosocomiales por el servicio de Enfermería.

Capítulo 484

DESGASTE PROFESIONAL EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO: SÍNDROME BURNOUT. FACTORES Y PREVENCIÓN.

MARIA DEL MAR BARRO RIVERA

BEATRIZ REQUENA PARADA

DIAMANTINA ESPAÑA ALONSO

LLARA LOBO BARRO

1 Introducción

El término Burnout fue acuñado como tal en 1974 cuando el psicólogo Herbert Freudenberger trabajaba con un grupo de personas que manifestaban síntomas físicos y psicológicos y presentaban un estado de agotamiento y apatía. Conocido como síndrome de estar quemado, es una alteración que afecta al personal generando desinterés en las actividades propias que le ocupan. Es un tipo de estrés laboral, un estado de agotamiento físico, emocional o mental que tiene consecuencias en la autoestima. Es la respuesta a la exposición prolongada a factores laborales estresantes y tiene serias consecuencias para los profesionales de la salud y las instituciones donde trabajan. Es un proceso que se va acentuando en el tiempo, por el cual las personas pierden interés por sus tareas y pueden hasta llegar a profundas depresiones. Es un estrés crónico que se manifiesta además de forma individual y afectando también en el ámbito privado del individuo.

Suele aparecer en personas que se identifican mucho con su trabajo y no tienen un equilibrio entre su vida laboral y personal, intentan asumir cada vez mas tareas, quieren tener bajo control su trabajo y realizan actividades monótonas y rutinarias. En el ámbito sanitario, donde las tareas del personal tienen que ver con la salud un tercero, el desgaste es mayor, ya que tienen una sobrecarga asistencial y unos niveles muy altos de responsabilidad, siendo preciso un esfuerzo continuo, ocasionando fatiga y frustración. Además, mantienen a lo largo de su trayectoria profesional un contacto permanente con el sufrimiento, la enfermedad y, en ocasiones, la muerte, y un alto porcentaje desarrolla su labor realizando turnos rotatorios, que incluyen el trabajo nocturno para poder garantizar la necesaria atención sanitaria a todos los ciudadanos durante 24 horas al día, los 365 días del año.

Podemos atajar el Burnout en la atención sanitaria desde diversos ámbitos:
- La carga de trabajo: la sobrecarga implica poco tiempo para un descanso y recuperar el equilibrio.
- Sensación de falta de control: aportando autonomía y poder para influir en decisiones, reducimos esta falta de control.
- Recompensas: reconocimiento y recompensa aporta satisfacción.
- Comunidad: las instituciones forman una comunidad que hay que fomentar como tal con apoyos y confianza.

Además de fomentar valores como igualdad y equidad entre el personal es un modo de evitar confrontaciones y desconfianzas. El síndrome de Burnout o agotamiento extremo no es un diagnóstico médico sino un fenómeno laboral que obliga a mirar más allá del individuo para hallar soluciones eficaces. Figurará en la próxima Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un problema asociado al empleo o al desempleo.

2 Objetivos

Identificar, analizar y prevenir los síntomas o factores que inciden en la aparición de Burnout en el ámbito laboral de los profesionales de la salud.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica sistemática en distintas bases de datos y buscadores como Medline, Scielo, Dialnet, PubMed y diversos estudios de investigación, realizando un estudio sobre el desgaste profesional, tanto en sus desencadenantes como posibles soluciones. Se usaron descriptores como: "burnout", "síndrome quemado", "agotamiento laboral" y "estrés".

4 Resultados

Son múltiples las circunstancias que pueden ayudar a desarrollar el Síndrome de Burnout, no todas pueden ser modificadas puesto que también influye la personalidad del propio individuo y de las expectativas que tenga el trabajador respecto a su actividad laboral pero, si puede minimizarse de forma significativa: distribuir el trabajo de manera equitativa y sin sobrecargas, permitiendo pausas cortas de descanso que prevenga la fatiga mental y el estrés, rotando en la medida de lo posible en las funciones a realizar, no aceptando trabajos fuera de nuestra competencia, reforzando el desempeño del trabajador…

En definitiva, mejorar la organización del trabajo evaluando las situaciones que generan estrés, pues éste síndrome no afecta solo al trabajador, sino al resto de la comunidad e instituciones. Se trata de determinar que acciones son necesarias llevar a cabo para evitar la aparición de este síndrome, que se da en la mayoría de las unidades hospitalarias. Acciones que pasan por la prevención y formación y por el incremento de personal. La prevención, siempre más deseable que el tratamiento, dará lugar a un entorno laboral más sano.

5 Discusión-Conclusión

El Burnout es un proceso lento y silencioso, que crece de manera exponencial afectando seriamente a la salud. Es una patología cada vez más común y más visible en todo tipo de empresas. Afecta a todos los niveles asistenciales, si bien es verdad que a mayor formación es menor el índice de prevalencia, debido quizás a tareas más especificas y mejor valoradas. Un tercio de la plantilla asistencial está o estará afectado por el síndrome de estar quemado. Se hace necesario establecer más y mejores medidas de prevención y apoyo. La sociedad en general tiene que ser consciente de la presencia de esta enfermedad, por la propia enfermedad y por los costes que ocasiona.

6 Bibliografía

- Martín, Ramos Campos y Contador Castillo (2006) "Resiliencia y el modelo Burnout-Engagement en cuidadores formales de ancianos", Psicothema, vol.18, nº4, pp. 791-796.
- http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112005000600007.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26651324.
- https://www.redaccionmedica.com/secciones/enfermeria/.
- https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=94726.
- https://eprints.ucm.es/8070/1/T29584.pdf.
- https://revistamedica.com/burnout-desgaste-personal-sanitario/.
- https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/sindrome-burnout-personal-sanitario/.

Capítulo 485

CUIDADOS DEL TCAE ANTE EL PACIENTE CON DEPRESIÓN.

SUSANA GUTIERREZ MARTINEZ

MARGARITA HEVIA MOSQUERA

1 Introducción

La depresión es un trastorno de la afectividad, caracterizada por la pérdida de interés por el placer en todo lo que antes se lo producía. Es el trastorno mental más frecuente en países desarrollados, afecta a más de 350 millones de personas en el mundo. El TCAE o cuidador, debe hacer frente a esta situaciones para calmar al paciente y conseguir que se sienta seguro de sí mismo.

2 Objetivos

Detallar las medidas generales que realiza el TCAE.

3 Metodología

Revisión sistemática de artículos relacionados con las funciones del TCAE frente a pacientes con depresión. Se han consultado diferentes páginas como: Google académico, artículos en revistas del ámbito sanitario.

4 Resultados

Contamos con distintos tipos de psicoterapia:
Terapia interpersonal: en la que el terapeuta ayuda a que el propio paciente autoevalue sus problemas de comunicación o falta de ella, de esta forma aprenderá a mejorar su comunicación con los demás.

Terapia cognitiva y conductual: el terapeuta de centra de identificar y modificar las conductas e ideas negativas; con ello se consigue que el paciente reconozca y disfrute de los aspectos positivos de su vida, y aprender a afrontar los problemas con actitud positiva y reparadora.

Terapia psicodinámica: se trata de lograr que afloren sus sentimiento más profundos para conocerlos y comprenderlos mejor. Esta última terapia se considera menos efectiva que las enteriores.

A continuación detallaremos las distintas formas genéricas de prestar ayuda a los pacientes que presentan este trastorno.
- Establecer una buena relación con el entre el paciente y equipo terapéutico, con una escucha activa, animando a la expresión verbal y no verbal de sus sentimientos.
- Aceptar el llanto y no interrumpirlo, evitando paternalismos, desde una relación de adulto a adulto.
- Examinar con el paciente sus fuerzas y recursos para afrontar la crisis, evitar críticas negativas y animarle a cuidar su aspecto físico-Intentar que el paciente identifique el origen del problema.
- Continuidad de los integrantes del equipo terapéutico.
- El uso de un tratamiento farmacológico siempre que su médico lo considere necesario.
- Animarle a la práctica de ejercicio diario, salir a caminar al menos media hora diaria.
- Fototerapia, se ha demostrado que ayuda a modificar determinadas sustancias químicas del cerebro, como la melatonina.

5 Discusión-Conclusión

Cumpliendo los pasos descritos conseguiremos la mejoría del paciente. Es importante su seguimiento para que no recaiga de nuevo. La familia y cuidadores

juegan un papel fundamental tanto en los pasos a seguir en el tratamiento, como en el seguimiento, así como la escucha y el acompañamiento.

6 Bibliografía

- https://digital.csic.es/bitstream/.
- http://scielo.isciii.es/scielo.php.

Capítulo 486

BRONQUIOLITIS: SÍNTOMAS, CAUSAS Y TRATAMIENTO.

SANDRA MORO ESPINEL

MARIA EVA VAZQUEZ HUERTA

ANA MARÍA PELÁEZ CANCIO

VERONICA VILLA CASTRESANA

1 Introducción

La bronquiolitis es una infección pulmonar común en bebés y niños pequeños. La causa es una inflamación y congestión en los bronquiolos del pulmón. Estas vías respiratorias se inflaman, se hinchan y se llenan de mucosidades, lo que puede dificultar la respiración. Casi siempre, la causa de la bronquiolitis es un virus, el más frecuente es el virus sinicial respiratorio (VSR). Más de la mitad de los bebés están expuestos a este virus durante su primer año de vida. Normalmente, el pico de esta enfermedad es durante los meses de invierno. La mayoría de los niños se curan con cuidados en casa, un porcentaje muy pequeño necesita ingreso en el hospital.

2 Objetivos

- Dar a conocer los síntomas, manejo y vía de entrada de la enfermedad.
- Dotar de conocimientos de prevención.

3 Metodología

Para la elaboración de este capitulo se ha llevado a cabo una investigación con una revisión de artículos en Google Académico, utilizando una serie de buscadores específicos de Ciencias de la Salud.

4 Resultados

¿QUIÉN PUEDE DESARROLLAR LA ENFERMEDAD?
Afecta más a menudo a bebés y a niños pequeños, porque sus narices y sus vías respiratorias, de reducido tamaño, se obstruyen con más facilidad que las de los niños mayores y de los adultos. Es más frecuente durante los dos primeros años de vida, sobre todo en bebés de entre 3 y 6 meses de vida, bebés prematuros, niños que no fueron amamantados, que vivan en condiciones de hacinamiento y entre los niños de sexo masculino, la asistencia a guarderías y ser fumador pasivo también aumentan el riesgo de desarrollar bronquiolitis.

SÍNTOMAS.
La bronquiolitis comienza con síntomas similares a los de un resfriado común como:
- Moqueo.
- Nariz congestionada.
- Tos.
- Fiebre baja (no en todos los casos).

Luego de esto, es posible que haya un silbido al respirar y a veces, dificultad para respirar, los síntomas pueden durar varios días, semanas, incluso un mes. Muchos bebés pequeños también pueden sufrir de infección de oído (otitis media). Se debe consultar al médico en los casos en el que sea difícil lograr que el niño coma o beba y si su respiración se torna más rápida o fatigosa. Esto es especialmente importante si el niño es menor de 12 semanas o tiene otros factores de riesgo como nacimiento prematuro o una infección cardíaca o pulmonar.

Los siguientes signos y síntomas son motivos para buscar atención médica inmediata:
- Vómitos.
- Silbido al respirar audible.
- Respiración muy rápida, más de 60 inhalaciones por minuto (taquipnea) y superficial.

- Respiración fatigosa, las costillas parecen succionarse hacia el interior cuando el niño inhala.
- Aspecto de pereza o letargo.
- El niño rehúsa a beber una cantidad suficiente de aporte de líquidos, o la respiración se vuelve muy rápida al comer o beber.
- La piel se torna azul, especialmente los labios y las uñas (cianosis).

CAUSAS.
La bronquiolitis ocurre cuando un virus infecta los bronquiolos, que son las vías respiratorias más pequeñas en los pulmones. La infección hace que los bronquiolos se hinchen y se inflamen. La mucosidad se acumula en estas vías respiratorias, lo que dificulta el flujo libre del aire desde y hacia los pulmones.

Otros virus que también pueden causar bronquiolitis son:
- El rinovirus (resfriado común).
- El virus de la gripe.
- El metapneumovirus humano.
- Los adenovirus.
- El virus de la parainfluenza.

¿LA BRONQUIOLITIS ES CONTAGIOSA?
El virus se propaga si entra en contacto directo con las secreciones de la nariz y la garganta de alguien que tenga la enfermedad. Esto puede suceder cuando otro niño o un adulto tiene el virus por lo que las infecciones que puede provocar una bronquiolitis son contagiosas. Los germenes se pueden propagar a través de pequeñas gotas del líquido procedentes de la nariz y la boca de una persona infectada al estornudar, toser o reírse. Las gotas de líquido infectadas también pueden acabar en objetos que toca la persona infectada, como pañuelos usados, vasos, cubiertos o juguetes, lo denominados fómites.

Los bebés que van a guarderías al estar en contacto directo con bebés, niños pequeños, y los que tienen hermanos mayores, tienen un mayor riesgo de contraer una infección que podría conducir a una bronquiolitis.

La cadena epidemiológica de la enfermeda:
- Agente causal: Virus.
- Reservorio: Hombre.
- Puerta de salida: Vía respiratoria.
- Método de transmisión: Directa: saliva, (estornudos, tos). Indirecta: fómites (pañuelos usados, juguetes)

- Puerta de entrada: Vía respiratoria.
- Huésped susceptible: Hombre no inmunizado.

¿DURACIÓN DE LA ENFERMEDAD?
Suele durar alrededor de 12 días, los niños con casos graves de esta enfermedad pueden seguir tosiendo y teniendo respiración sibilante durante varias semanas.

TRATAMIENTO.
La mayoría de los casos son leves y no requieren ningún tratamiento médico específico. Los antibióticos no son útiles porque la bronquiolitis está provocada por un virus. Los antibióticos sólo son eficaces ante las infecciones bacterianas. Aunque se pueden tomar una serie de medidas que contribuyan a mejorar el estado general:
- Mucho reposo.
- Ingerir mucho líquido, en lactantes leche materna o artificial.
- No fumar en casa.
- Uso de humificador para aumentar la humedad del aire de la habitación.

Si persisten y se agravan las dificultades respiratorias del niño, puede precisar ser hospitalizado para ayudarle a respirar con oxígeno, aplicar líquidos por vía intravenosa y en los casos más graves puede ser necesario un tratamiento con fármacos antivirales.

5 Discusión-Conclusión

Como los virus pueden hacer que la bronquiolitis se trasmita de una persona a otra, la mejor de las maneras de prevenirla, es lavándose las manos con frecuencia, especialmente al tocar a un bebé cuando se tiene un resfriado o enfermedad respiratoria, incluso usar máscara en algún momento determinado.

Si un niño tiene bronquiolitis es recomendable no sacarle que casa hasta que la enfermedad haya pasado para evitar el riesgo de contagio de otras personas.

Otras formas que ayudan a controlar la infección pueden ser:
- Limitar el contacto con personas que tienen resfriado, si el niño es recién nacido, especialmente si es un bebé prematuro, durante los dos meses de vida.
- Limpiar y desinfectar superficies y objetos que las personas tocan con frecuencia, como juguetes, manillas de puertas. En especial si hay un familiar enfermo.
- Cubrirse la boca y la nariz al toser o estornudar, con un pañuelo desechable y lavarse las manos o usar un desinfectante de manos con alcohol.

- Usar vaso propio, sobre todo si hay algún familiar enfermo.
- Lavarse las manos con frecuencia, también las de los niños, usar desinfectante con alcohol cuando se está fuera de casa.
- Las infecciones respiratorias son menos frecuentes en los bebés amamantados, por lo que está práctica es recomendable.

6 Bibliografía

- mayoclinic.org. Bronquiolitis síntomas y causas. 20 abril 2018.
- kidshealth bronquiolitis. Marzo 2019.
- Medlineplus enciclopedia médica (internet). Enero 2020.

Capítulo 487

TRAQUEOSTOMIAS. TÉCNICA E INDICACIONES.

EVA MARIA ALCOBA SUAREZ

1 Introducción

La traqueostomía es un método para la apertura y aislamiento definitivo de la vía aérea a través de un estoma. Asegura además aislamiento y protección contra el paso de cuerpos extraños al árbol bronquial, y facilita la ventilación artificial y la aspiración de secreciones.

Puede ser temporal o permanente de resolverse o no el problema que condujo a realizarla. La traqueostomía precoz es la que se realiza a pacientes con una previsión de permanecer intubados más de 14 días. Es beneficiosa en algunas circunstancias especiales, como pacientes politraumatizados, traumatismo craneal y puntuación baja en la escala de coma de Glasgow. Además algunos estudios muestran que la traqueostomía precoz reduce el tiempo de ventilación mecánica y de permanencia en la UCI y en el hospital y causa menos daños a las vías aéreas.

2 Objetivos

Estudiar y analizar todo los aspectos relacionado con la traqueostomía.

3 Caso clínico

Politrauma en UCI desde hace un mes, tras accidente de trafico, intubado desde entonces, se decide extubar y colocacion de cánula orotraqueal. El procedimiento

debe realizarse en quirófano, o al menos en una Unidad de Terapia Intensiva, para evitar problemas (por ejemplo, sangrado o neumotórax), y en caso de que éstos ocurran, estar en aptitud de resolverlos oportuna y adecuadamente. Deben emplearse, de preferencia, cánulas con globos de baja presión para disminuir al máximo la lesión a la mucosa traqueal. Material:

- En la traqueotomía temporal, no cambiar la cánula en al menos los primeros 7 días (2-4).
- En las traqueostomias permanentes, puede cambiarse a las 48 horas si precisa (2).
- Cambiar la cánula interna las veces que se considere necesario para mantenerla permeable.
- El balón endotraqueal (neumotaponamiento) debe permanecer inflado, al menos, durante las primeras 24 horas postquirúrgicas, siempre que exista riesgo de aspiración y mientras el paciente esté sometido a ventilación mecánica; después de este tiempo desinflar el balón, si la situación del paciente lo permite.

4 Discusión-Conclusión

El momento para cambiar la intubación orotraqueal a traqueostomía debe individualizarse en cada paciente, de acuerdo con la patología de fondo y las posibilidades de extubación temprana. Parece adecuado el lapso de 11 días de intubación para realizar el cambio si no se prevé oportunidad de extubación.

5 Bibliografía

- Gestión Sanitaria: acerca de la coordinación entre niveles asistenciales.
- Med Clin (Barc) 1996;106(5):182-184.
- Informe de Enfermería al alta: el resumen de la historía de enfermería hecho realidad. Rol 1998; 235:17-20.

Capítulo 488

EL TCAE EN LA ATENCIÓN PSICOEMOCIONAL A LA FAMILIA EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS.

BEATRIZ PAÑEDA IGLESIAS

1 Introducción

Dentro de los cuidados paliativos el equipo sanitario centra sus cuidados en el control de los síntomas y en ofrecer apoyo emocional. Los profesionales siempre tendemos a centrarnos en los cuidados del enfermo por ser el que está institucionalizado y solemos olvidarnos de una parte fundamental como es la familia. A los seres queridos del enfermo también deberíamos ayudarlos a superar esos momentos tan difíciles. Intentando comprender su dolor Por ello, todos los profesionales implicados deberian conocer las etapas del duelo de Kubler-Ross: negación, ira, negociación, depresión y aceptación. Ya que estas cinco etapas están ampliamente documentadas, voy a centrarme en las necesidades emocionales del paciente y de su familia.

2 Objetivos

Acercar a los profesionales que trabajen en los cuidados paliativos la importancia de tener en cuenta las necesidades emocionales de las familias

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Es fundamental que el enfermo tenga sentimientos de confianza, seguridad, autoestima, capacidad de toma de decisiones, que sienta que no es una carga para su familia y sobre todo que experimente sentimientos de cariño por los profesionales que le atienden y ante todo , por su familia.

El equipo que atienda a estos enfermos debería tener una serie de cualidades como la empatía, cercanía, saber transmitir tranquilidad y confianza. No deben mostrarse afligidas, sino con actitud positiva, dejando al enfermo transmitir sus sentimientos, no se deben coartar sus momentos de negatividad, hay que escucharle sin más.

Respecto a la familia, los cuidadores deben tener en cuenta una serie de factores como pueden ser: - Se les debe dar un papel más activo en el cuidado del enfermo, lo que puede tranquilizar a ambas partes. Sino quieren involucrarse no se les debe hacer sentir mal por ello. A la familia también se la debe escuchar.
- Si sienten culpabilidad, miedo o angustia no podrán ser un buen apoyo para el enfermo. Es importante destacar que como vivan los últimos momentos de su ser querido también les influirá en su futuro.
- Los profesionales deben saber reconocer el agotamiento no solo físico sino mental de la familia. Deben saber manejar la agresividad producto de la frustración derivada de la situación que viven y su mal manejo.
- El ambiente es clave. El enfermo y sus allegados precisan de intimidad y tranquilidad para sobrellevar estos momentos.

Etapas de la asistencia en el duelo:
- Shock.
- Relajación.
- Resentimiento.

- Recuerdo.
- Reparación.

5 Discusión-Conclusión

Creo que esta cita de Doyle resume bien lo que es el duelo. Y anteponerse a ese dolor e intentar mitigarlo es una tarea fundamental del equipo sanitario, que no solo trabaja sobre el enfermo sino también sobre su familia. “El duelo es como una herida, dolorosa y fea al principio, que se desvanece gradualmente pero que es aún facilmente dañada, nunca desaparece y es siempre un recuerdo permanente de dolor profundo, cambio y temor.”

6 Bibliografía

- https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134248X1200078X.
- https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134248X12000262.
- https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134248X11000176.
- https://www.nia.nih.gov/health/son-cuidados-paliativos-cuidados-hospicio.
- http://scielo.isciii.es/scielo.php.

Capítulo 489

TRASTORNO PSIQUIÁTRICO POR ABUSO DE SUSTANCIAS. PAPEL DEL TCAE.

BEATRIZ PAÑEDA IGLESIAS

1 Introducción

La existencia de sustancias psicoactivas data de muy antiguo. Entre sus fines estaban el de entrar en contacto con los dioses a través de experiencias místicas, intentar mitigar el dolor, incluso se creía que podían aumentar la longevidad.
Su uso siempre ha ido ligado a las culturas. El Rigveda, es un libro sagrado de la tradición Védica en el que se alentaba el consumo de soma, el cuál era considerado como un narcótico divino.

En la Grecia del siglo séptimo antes de Cristo se empleaba un hongo, la amanita muscaria. En occidente el uso de alcohol, cerveza o vino, era extendido, en Oriente sin embargo, preferían derivados de plantas como el cannabis o la adormidera.

Ya en nuestra época aparecen las drogas de diseño, más peligrosas para el organismo, y mucho más si tenemos en cuenta que la edad de inicio de consumo es cada vez más baja.

2 Objetivos

Dar a los tcae una pequeña introducción a la patologia del alcoholismo y a algunas de las consecuencias de esta adicción con la que se pueden encontrar durante

su actividad laboral.
- Conocer las funciones que pueden llevar a cabo durante su trabajo con este tipo de pacientes.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Debido a la gran variedad de sustancias psicoactivas que existen en la actualidad, he decidido centrarme en la más extendida en el mundo, el alcohol.

Circunstancias a atender relacionadas con el alcohol:
- La alimentación se ve alterada. Es muy común la desnutrición.
- También son comunes las úlceras gastrointestinales, la cirrosis, y la hipersudoración.
- Generalmente, los bebedores también son fumadores. Lo que agravan las complicaciones.
- La movilización se ve alterada. Hay falta de coordinación, de equilibrio, de reflejos, temblores,etc. - Debido a una falsa sensación de calor pueden exponerse a bajísimas temperaturas y sufrir hipotermia e incluso congelación. - Aparecen alteraciones del sueño. No es reparador. Es habitual el insomnio. - Si existiera un elevado deterioro, puede que el abandono sea total. Con una absoluta falta de higiene.

5 Discusión-Conclusión

El tcae podrá:
- Dar información respecto al abuso de bebidas alcohólicas y de los recursos disponibles (grupos de apoyo).
- Animar los avances. Sin dar falsas expectativas.
- Intentar la implicación de la familia, sin permitir al paciente que los culpabilice.

- Registrar la ingesta de líquidos y la diuresis. Llevar un control de las comidas.
- Crear un ambiente relajado y seguro en el que no haya ruidos estridentes. Fomentando así el reposo.
- Valorar el uso de contenciones y siempre por el tiempo imprescindible.
- Por las noches, dejar encendida una pequeña luz para evitar desorientación.
- Emplear barandillas acolchadas en los laterales de las camas.
- Ayudar a realizar todas las tareas que no sea capaz de llevar a cabo el paciente debido al deterioro (aseo, comidas, vestir y desvestir, etc).
- Saber mantener la calma en situaciones de irritabilidad o incluso de agresión al personal.
- Siempre estar atentos a cualquier cambio, o conducta extraña para informar de manera inmediata a un responsable.

6 Bibliografía

– https://prezi.com/0hfu7baubngx/.
– https://scielo.conicyt.cl/scielo.php.
– http://www.codem.es.
– https://www.editdiazdesantos.com/.
– https://www.univermedios.com.

Capítulo 490

ALIMENTACIÓN EN PACIENTES TOMADORES DE ANTICOAGULANTES ORALES (SINTROM)

MARIA ROSA GARNICA HERNANDO

ALMUDENA DIEZ CASARES

JACINTA SERAFINA MEGIDO MORO

1 Introducción

Hoy en día, existe un gran número de personas que están recibiendo tratamiento anticoagulante oral. Esto hace necesario que se elaboren guías y manuales que traten de dar respuestas a todas aquellas dudas que pueden surgir tanto al paciente como a sus familiares a lo largo del tratamiento.

El hecho de que los pacientes con TAO tengan un buen conocimiento les permite tener un mejor control sobre su enfermedad. Así, desde atención primaria de salud, los profesionales sanitarios, especialmente los enfermeros pueden y deben llevar a cabo estrategias de educación para la salud, dentro de las que se incluyen sesiones informativas con los pacientes que están tomando anticoagulantes orales.

2 Objetivos

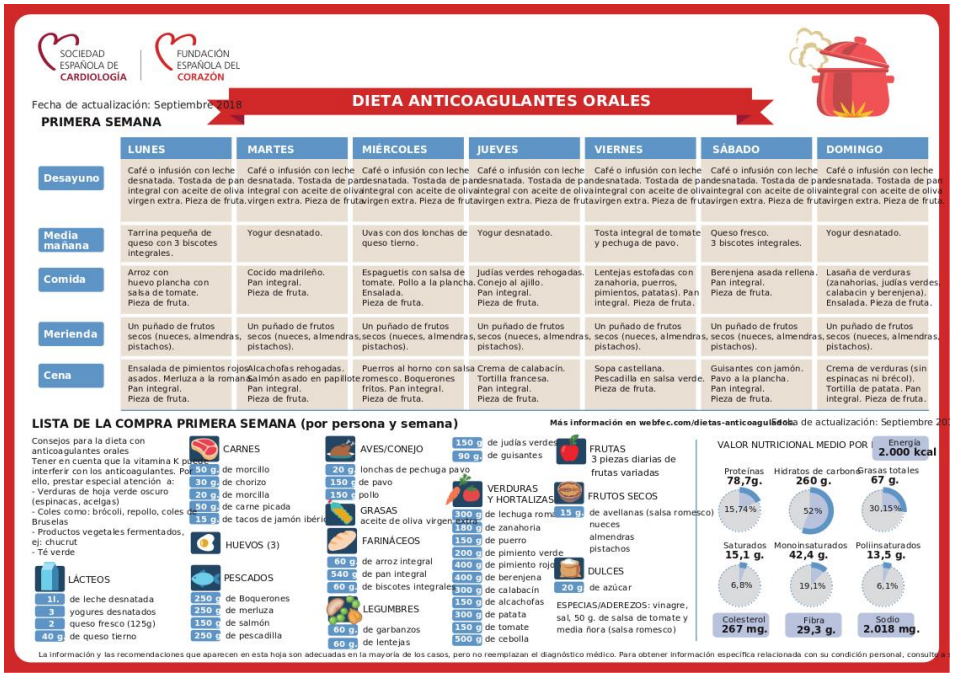
Conseguir que, mediante una adecuada información, el paciente sea plenamente conocedor de su enfermedad, de su tratamiento, y de las limitaciones a nivel de dieta que supone. dicho tratamiento

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Cuiden, Elsevier, Dialnet, SciELO y Google Academic, se seleccionaron aquellos trabajos que analizan las necesidades, recursos sociosanitarios y competencias de enfermería sobre el uso de tratamientos anticoagulantes.

4 Resultados

Durante la investigación se encontraron diferentes dietas tipo donde se tiene en cuenta la vitamina K (anticoagulante) con diferente modo de presentación, por lo que se decidió por una donde la información fuese concisa, clara y visualmente atractiva, como medio de trasmitir a los pacientes esa nueva realidad en la que se encuentran.



5 Discusión-Conclusión

Aunque la edad de los pacientes con tratamiento anticoagulante es muy variada, resulta significativamente mas abundante entre pacientes de edad avanzada, por lo que la incidencia en una información breve, clara y concisa resulta primordial para que esta sea capaz de llevarse a buen termino.

6 Bibliografía

1 NEURORHB, Servicio de Neurorrehabilitación de Hospitales Vithas : https://neurorhb.com/
2 Protocolos de actuacion del Hospital de valdecilla de Santander : http://www.humv.es/
3 Servicios Sociales (IMSERSO) ; http://www.imserso.es.
4 Fundación Española del Corazón : https://fundaciondelcorazon.com/
5 Organización Mundial de la Salud : http://www.who.int.

Capítulo 491

MANEJO DEL ELECTROCARDIOGRAMA

MARIA DE LA PAZ BLANCO SUÁREZ

1 Introducción

El electrocardiograma es una prueba no dolorosa que muestra la función y la actividad eléctrica del corazón a través del electrocardiógrafo

2 Objetivos

Conocer los pasos necesarios a seguir para la correcta realización de un electrocardiograma por TCAE y su importancia

3 Caso clínico

Paciente que acude a consulta de anestesia de atención primaria programado para cirugía menor ambulatoria en la que se pide la realización de un electrocardiograma.

4 Discusión-Conclusión

Gracias a este procedimiento se puede conocer el estado del corazón y la actividad eléctrica , teniendo el TCAE un papel importante el la realización correcta del mismo.

La correcta colocación de los electrodos así como la instrucción al paciente en su realización (no moverse, no hablar) son imprescindibles para un registro adecuado

5 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 492

CUIDADOS DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA PARA PREVENIR LAS INFECCIONES RELACIONADAS CON LOS CUIDADO SANITARIO EN PACIENTES GRAVES.

KATIUSCA POMPA SABLON

MARIA RIESGO RODRIGUEZ

ROSA PEREIRA PEREZ

GRACIELA CARBAJAL BARREIRO

GRACIELA COLODRON TESTA

1 Introducción

La infección relacionada con los cuidados sanitarios (IRCS) se presenta en un paciente internado en el hospital o en otro establecimiento de atención de salud en quien la infección no se había manifestado, ni estaba en período de incubación en el momento del ingreso. Comprende las infecciones contraídas en el hospital, o que se manifiestan inmediatamente después del alta hospitalaria y también las infecciones ocupacionales del personal del establecimiento.

Las provocadas por dispositivos como la intubación endotraqueal, la traqueostomía, el uso de catéteres venosos y arteriales y el sondaje vesical se destacan entre las IRCS y dan lugar a la neumonía asociada a la ventilación mecánica, la traqueobronquitis, la bacteriemia y las infecciones urinarias adquiridas en el hospital.

Los cuidados del equipo de enfermería son vitales para prevenir este tipo de infecciones y reducir su prevalencia y letalidad.

2 Objetivos

-Describir cuidados de enfermería para prevenir las infecciones como neumonía asociada a la ventilación mecánica y la traqueobronquitis
-Explicar las medidas de enfermería para evitar el desarrollo de bacteriemia por uso de catéteres venosos y arteriales
-Caracterizar el rol de enfermería en los cuidados de las sondas urinarias para prevenir la infección secundaria al dispositivo.

3 Metodología

Para el presente trabajo de revisión se realizó una búsqueda avanzada de la bibliografía en bases de datos como MEDLINE, PubMed, SciElo y Cochrane para buscar la evidencia sobre la temática a investigar. Se empleó además buscadores como Google Académico.

En tal proceso se tomaron como criterios de selección de los artículos aquellos basados en estudio con un diseño adecuado o de consenso de expertos que validaron medidas para prevenir IRCS en pacientes graves, en idiomas español e inglés principalmente.

Entre la tipología de los artículos se destacan los de revisión por expertos, documentos de consenso, estudios observacionales y experimentales y metaanálisis y revisión sistemática. Los descriptores empleados para la búsqueda fueron: infección hospitalaria, cuidados intensivos, neumonía asociada al ventilador, infecciones relacionadas con catéteres, bacteriemia, cuidados de enfermería.

4 Resultados

La neumonía es la segunda complicación infecciosa en frecuencia en el medio hospitalario, y ocupa el primer lugar en los servicios de medicina intensiva. El 80 % de los episodios de neumonía nosocomial se produce en pacientes con vía aérea artificial y se denomina neumonía asociada a la ventilación mecánica (NAV). La NAV es la causa más frecuente de mortalidad entre las infecciones nosocomiales en los enfermos graves, principalmente si son debidas a Pseudomonas aeruginosa y Staphylococcus aureus resistente a meticilina (MRSA).

Los cuidados principales que debe proporcionar el equipo de enfermería para evitarlas son:
- Lograr una higiene estricta de las manos y uso de guantes previa manipulación de la vía aérea.
- Poseer un entrenamiento apropiado en la manipulación de la vía aérea.
- No cambiar de forma sistemática las tubuladuras y humidificadores y aplicar cuidados del tubo endotraqueal.
- Higiene estricta de las manos con soluciones alcohólicas antes y después de manipular vía aérea.
-Lavar la cavidad oral con solución de clorohexidina 0,2 % cada 8 horas en pacientes intubados.
- Realizar fisioterapia respiratoria sistemática y adecuada.
- Aplicar un soporte nutricional adecuado, principalmente nutrición enteral.

Posición semincorporada para aplicar la nutrición por sonda nasogástrica, si no existe inestabilidad hemodinámica.

La bacteriemia es, junto con la neumonía asociada a la ventilación mecánica, la infección hospitalaria más frecuente en los pacientes críticos y se asocia a una importante morbilidad y mortalidad. La principal causa de bacteriemia en estos pacientes son los catéteres intravasculares y, por consiguiente, los microorganismos grampositivos se equiparan en frecuencia a los microorganismos gramnegativos como causantes de estas infecciones. El equipo de enfermería para evitar este tipo de infección deberá lograr que se lleven a cabo las medidas siguientes:
1. Preparar al médico condiciones de máxima barrera para colocar catéter venoso.
2. Limpiar la piel para colocación de catéteres centrovenosos con clorhexidina alcohólica al 0,2 % y durante cambios de apósitos.
3. Evitar la canalización por la vía femoral.
4. Higiene estricta de las manos con soluciones alcohólicas antes y después de

manipular el catéter.
5. Las llaves colocadas en las luces del catéter e envueltas en apósito estéril embebido de clorhexidina alcohólica 2 % (en pacientes mayores de dos meses de edad)

La infección urinaria continua siendo una de las infecciones nosocomiales más prevalentes, aunque en la Unidad de Cuidados Intensivos ocupa el segundo lugar por detrás de las Neumonías Asociadas a Ventilación Mecánica (según los datos ENVIN-
UCI la tasa media nacional se sitúa entre 4.08 por cada 1000 días de sondaje vesical).

El rol de enfermería es vital y está dirigido a:
1. Evitar lavados vesicales.
2. Mantener flujo urinario y continuo en pacientes con sondaje vesical
3. Fijación de SV al muslo (cara interna) del paciente, calculando la movilidad de
4. continuo: mantener la bolsa colectora ndilla de la cama nes complementarias) la bolsa y la misma para evitar tirones.
5. Asegurar el flujo de orina descendente y siempre por debajo del nivel de la vejiga.
6. No se separará la conexión de la SV con el tubo colector salvo por causa de fuerza mayor, en caso de hacerlo se hará de forma estéril y previa desinfección de la conexión con clorhexidina.
7. Lavado diario de la región genital y periné con agua y jabón, aclarando con agua.
8. En el momento de vaciar la bolsa colectora (contenido superior a 1500cc) el personal encargado deberá lavarse las manos y cambiarse de guantes entre pacientes.

5 Discusión-Conclusión

- La infección relacionada con los cuidados sanitarios (IRCS) es un problema en la atención al paciente crítico.
-La alta prevalencia de neumonía asociada al ventilador, bacteriemia e infección urinaria demanda de su prevención en el enfermo grave y requiere de cuidados especiales de enfermería.
-Para todas las localizaciones de las IRCS señaladas se deben aplicar por parte del equipo de enfermería medidas higiénicas, lavado de manos, uso de soluciones, técnicas adecuadas y cuidados de máxima barrera.

-Se deben protocolizar las medidas en forma de paquetes para su mejor cumplimiento y evaluación.

6 Bibliografía

-Leblebicioglu H, Erben H, Rosenthal VD, Atasay B, Erbay A, Unal S, et al. International Nosocomial Infection Control Consortium (INICC) national report on device-associated infection rates in 19 cities of Turkey, data summary for 2003 –2012. Annals of Clinical Microbiology and Antimicrobials.2014; 13:51-64.
-Murni IK, Duke T, Kinney S, Daley AJ, Soenarto Y. Reducing hospital-acquired infections and improving the rational use of antibiotics in a developing country: an effectiveness study. Arch Dis Child. 2015; 100:454–59.
- Estudio Nacional de Vigilancia de Infección Nosocomial en Servicios de Medicina Intensiva. Informe 2013. [revista en la Internet]. Madrid.
-Tao F, Jian R, Chen Y, Chen R. Risk Factors for Early Onset of Catheter-Related Bloodstream Infection in an Intensive Care Unit in China: A Retrospective Study. Med Sci Monit. 2015; 21: 550-56.
-Pileggi C, Bianco A, Flotta D, Nobile C, Pavia M. Prevention of ventilator-associated pneumonia, mortality and all intensive care unit acquired infections by topically applied antimicrobial or antiseptic agents: a meta-analysis of randomized controlled trials in intensive care units. Critical Care.

Capítulo 493

CUIDADOS DE LA PIEL. ÚLCERAS POR PRESIÓN: CAUSAS Y PREVENCIÓN

LETICIA FERNÁNDEZ TORRES

MARIA JESUS CASTELAO LOPEZ

1 Introducción

Úlceras por presión o llamadas también úlceras por decúbito o escaras, aunque en la actualidad se ultiliza mas el término presión. Son lesiones de la piel en las que se ve afectada la dermis, la epidermis y capas más profundas con pérdida de sustancia debido a una presión entre una protuberancia ósea y una superficie dura.

2 Objetivos

Dar a conocer las causas que llegan a producir una úlcera por presión así como la prevención de las mismas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Las úlceras por presión aparecen por una larga temporada en la cama, favorecidas por el sudor, falta de movilidad, transtornos nerviosos por compresión, transtornos circulatorios que suponen una presión continua y otras muchas mas causas.

Según la afectación de la piel se clasifican en cuatro estadios, se desarrollan con una rapidez alarmante, en cuestión de pocas horas y en los sitios donde existe presión. La prevención de estas úlceras es una de las consideraciones más importantes, pues resulta mas fácil prevenirlas que curarlas. Muchas de esas medidas de prevención están en mantener una piel intacta, examinar el estado de la piel a diario, aplicar ácidos grasos o alguna otra crema hidratante, evitar la formación de arrugas en las sábanas de la cama y proteger las prominencias óseas mediante apósitos, taloneras, almohadas así como realizar al paciente cambios posturales.

5 Discusión-Conclusión

Por lo general suelen evolucionar y con ello mas dificiles de curar, por lo que lo más importante es evitarlas o si ya se padece una úlcera intentar evitar que pase al siguiente estadio.

6 Bibliografía

1. Tortora J. Principios de anatomía y fisiología. México: Harla; 1987.
2. Francone J. Anatomía y fisiología humana . 4ª ed. México:Interamericana; 1982.
3. Neeson J. Enciclopedia de enfermería . España: Océano/Centrum; 1997.
4. Berkow R. El manual Merck. 9ª ed. EU: Océano/Centrum; 1994.

Capítulo 494

EMBARAZO ECTÓPICO: CAUSAS, SÍNTOMAS Y TRATAMIENTO.

LETICIA FERNÁNDEZ TORRES

MARIA JESUS CASTELAO LOPEZ

1 Introducción

El embarazo ectópico o extrauterino es cuando el embrión se implanta fuera del útero, en las trompas de Falopio , el ovario o la cavidad abdominal.

2 Objetivos

Dar a conocer las causas, síntomas y el tratamiento ante un embarazo ectópico.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La implantación del huevo en las trompas de Falopio es el caso mas común de un embarazo extrauterino. Este tipo de embarazo se produce cuando por una forma u otra el óvulo fecundado no consigue llegar al útero para implantarse y crecer. Esto puede producirse por diferentes motivos:
- El óvulo puede ser mas grande respecto al diámetro de la trompa, no pudiendo desplazarse hasta el útero.
- El desplazamiento del óvulo puede ser lento, no llegando al útero.
- La trompa puede presentar una restricción anormal no permitiendo así el paso del huevo.

Los síntomas de un embarazo ectópico se pueden ya presentar en las primeras semanas de embarazo, como dolores constantes a un lado del abdomen, palidez, tensión baja y hemorragia.

Los tratamientos para el embarazo ectópico pueden ser de dos tipos: quirúrgicos y farmacológicos dependiendo de la situación, aunque en cualquiera de los dos tratamientos la finalidad es interrumpir el embarazo, ya que no hay formas de poder colocarlo dentro del útero.

5 Discusión-Conclusión

Es fundamental un diagnostico precoz para evitar consecuencias graves. Se puede diagnosticar mediante un examen ginecológico, análisis de sangre y una ecografía.

6 Bibliografía

1. Rigol Ricardo O. Sangramiento en obstetricia. En: Obstetricia y Ginecología. La Habana: Ciencias Médicas; 2004. p. 146-55.
2. Cunningham Gary F, Gant NT, Leveno KJ, Gilstrap III LC, Hauth JC, Wenstrom KD. Embarazo Ectópico. En: Williams Obstetricia 21ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana. 2005. p. 757- 76.
3. Ylstra DC. Tubal pregnancy: a review of current diagnosis and treatment. Rev Obstet Gynecol. 2006;53:320-8.
4. Ruiz A, Ñañez H. Embarazo Ectópico. En: Texto de Obstetricia y Perinatologia. Una contribución a la enseñanza del arte, ciencia y tecnología. Universidad

Nacional de Colombia, Facultad de Medicina. Instituto Materno Infantil, Concepción Villaveces de Acosta. Bogotá. 2004: IX(896-905).
5. Murray H, Baakdah H, Bordell T, Tulandi J. Diagnosis and treatment of ectopic pregnancy. Canadian Medical Association Journal. 2005;173 (8):905-12.

Capítulo 495

PSORIASIS: TIPOS, TRATAMIENTO Y ABORDAJE POR PARTE DEL TCAES

CINTIA FERNANDEZ PLATAS

ALBA NIETO LOPEZ

1 Introducción

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel que se caracteriza por la aparición de lesiones rojizas escamosas preferentemente en codos, rodillas y cuero cabelludo, y que tiene la posibilidad de afectar a uñas y articulaciones. No es una enfermedad contagiosa ni hereditaria, y, aunque existe predisposición genética en las personas que la padecen, suelen estar involucrados además otros factores desencadenantes. Se origina debido a una disfunción en el sistema inmune y puede aparecer en cualquier parte del cuerpo.

Se manifiesta en brotes con periodos de mejoría y de remisión o empeoramiento, pero la enfermedad se desarrolla de una manera particular en cada paciente. En ocasiones, dura toda la vida. Aunque no conlleva un riesgo vital, según la Academia Española de Dermatología y Venereología (AEDV), esta enfermedad tiene repercusiones significativas en el ámbito físico, emocional, sexual, laboral y económico del paciente, y disminuye de forma relevante su calidad de vida, con un impacto similar al de la diabetes, la artritis o la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

2 Objetivos

- Conocer la enfermedad de psoriasis y los diferentes tipos que existen.

- Ver los diferentes tipos de tratamiento para poder abordar una enfermedad de este tipo.

3 Metodología

Para la elaboración del siguiente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado la búsqueda sistemática de libros relacionados con dicha enfermedad y también se han consultado artículos en las principales bases de datos. mayoclinic.org, leo-pharma.es, cinfasalud.com. Seleccionando artículos diferentes procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

TIPOS DE PSORIASIS

Psoriasis en placas
Es la forma más frecuente y afecta aproximadamente al 80% de las personas con psoriasis. Puede aparecer en cualquier parte del cuerpo, pero suele hacerlo en los codos, las rodillas, la espalda y el cuero cabelludo. Entre los síntomas se encuentran las placas rojas en relieve cubiertas de escamas entre plateadas y blancas que se desprenden con regularidad.

Psoriasis en el cuero cabelludo
Afecta a entre un 50 % y un 80 % de las personas con psoriasis. Los síntomas son los mismos que para la psoriasis en placas. La psoriasis del cuero cabelludo puede ser muy leve, con escamas muy finas y ligeras. También puede ser muy grave con placas gruesas y que cubren todo el cuero cabelludo, extendiéndose más allá de la línea de inicio del cabello hasta la frente, la nuca y alrededor de las orejas.

Psoriasis guttata
Este tipo afecta aproximadamente a un 10% de las personas con psoriasis, sobre todo a niños y adolescentes. Se presenta en forma de pequeños puntos rojos escamosos que parecen gotas de agua salpicadas por el cuerpo. La psoriasis guttata a menudo la desencadena una infección de garganta por estreptococos. En los casos leves puede desaparecer sin tratamiento. La psoriasis guttata puede transformarse en psoriasis en placas (la forma más común de psoriasis).

Psoriasis pustulosa

La psoriasis pustulosa afecta a menos del 5% de las personas con psoriasis. Puede aparecer como una complicación del psoriasis en placas resultado de tomar determinados medicamentos o por haber interrumpido bruscamente el tratamiento que venía utilizándose de manera continuada durante un largo periodo de tiempo. Las placas del psoriasis pustulosa se caracterizan por tener pústulas, protuberancias elevadas llenas de pus, afectando mayormente a pies y manos. La psoriasis pustulosa tampoco es contagiosa.

Psoriasis flexura o invertida
Menos común, este tipo suele aparecer en las axilas, las ingles, bajo el pecho y en otros pliegues de la piel alrededor de los genitales y los glúteos. Se presenta como placas de color rojo intenso alrededor de los pliegues de la piel, pudiendo aparecer grietas en sus bordes. Dada su localización se puede agravar con el sudor y el roce de la piel.

Artritis psoriásica
Cerca del 30% de las personas con psoriasis también desarrolla artritis psoriásica. Los síntomas de la artritis psoriásica son el dolor, la rigidez y la inflamación en las articulaciones y las zonas que las rodean. Se suele desarrollar con más frecuencia en personas con edades comprendidas entre los 30 y los 50 años. Tanto la genética como factores medioambientales desempeñan un papel importante en el desarrollo de esta enfermedad. La artritis psoriásica sigue el mismo tratamiento que la artritis reumatoide.

Psoriasis eritrodérmica
Ocurre en muy pocos casos. Puede llegar a cubrir el cuerpo con placas rojas con escamas. Es una de las formas más graves de psoriasis y puede poner en peligro la vida ya que afecta a la barrera protectora de zonas extensas de la piel.

TRATAMIENTO
Tratamientos tópicos

Si se usan solas, las cremas y los ungüentos que aplicas en la piel son eficaces para tratar la psoriasis leve a moderada. Cuando la enfermedad es más extensa, es probable que las cremas se combinen con medicamentos orales o fototerapia. Los tratamientos tópicos para la psoriasis comprenden:
- Corticoesteroides tópicos.
- Análogos de la vitamina D.
- Antralina.
- Retinoides tópicos.

- Inhibidores de la calcineurina.
- Ácido salicílico.
- Alquitrán de hulla.
- Cremas humectantes.

Terapia con luz (fototerapia). Este tratamiento usa luz ultravioleta natural o artificial. La forma más simple y sencilla de la fototerapia consiste en exponer la piel a cantidades controladas de luz solar natural.
Otras formas de fototerapia comprenden el uso de luz artificial ultravioleta A o ultravioleta B, ya sea sola o combinada con medicamentos.
- Luz solar.
- Fototerapia de luz ultravioleta B.
- Fototerapia de luz ultravioleta B de banda estrecha.
- Terapia de Goeckerman.
- Psoraleno más luz ultravioleta A.
- Láser de excímeros.

Medicamentos orales. Las personas con psoriasis extensa o resistente a otros tipos de tratamiento, el médico puede recetarte medicamentos orales o inyectables. Esto se conoce como «tratamiento sistémico». Debido a los efectos secundarios graves, algunos de estos medicamentos se usan solamente por períodos breves y pueden alternarse con otras formas de tratamiento.
- Retinoides.
- Metotrexato.
- Ciclosporina.
- Medicamentos que alteran el sistema inmunitario (biosimilares).

5 Discusión-Conclusión

La educación sanitaria de los pacientes con psoriasis tiene que consistir, en primer lugar, en informarles sobre su cronicidad. También es fundamental conocer el posible aumento o disminución de irritaciones y los factores que las predisponen o desencadenan. Asimismo, es clave que sepan las opciones de vida saludables que ayudan a aliviarla o mejorarla, y también las alternativas personalizadas disponibles de tratamiento (tratamientos tópicos, tratamientos sistémicos, fototerapia y fotoquimioterapia).

Una de las funciones más destacadas del auxiliar de enfermería ante esta enfermedad es proporcionar a los pacientes afectados la siguiente información:

- Correcta aplicación de los tratamientos
- Rueda de tratamiento
- Higiene para el paciente con psoriasis
- Cuidado del cuero cabelludo
- Factores que se tienen que evitar
- Control de infecciones
- Hábitos saludables
- Exposición solar
- Afectación psicológica

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 496

CULTURA PREVENTIVA EN EL PUESTO DE TRABAJO Y PREVENCION DE RIESGOS LABORALES.

GRACIELA COLODRON TESTA

KATIUSCA POMPA SABLON

MARIA RIESGO RODRIGUEZ

ROSA PEREIRA PEREZ

GRACIELA CARBAJAL BARREIRO

1 Introducción

La formación en materia de cultura preventiva es prioritario para reducir la tasa de siniestralidad, por eso debemos de prestar una especial atención en la importancia de una buena formación en el ámbito de la prevención de riesgos laborales, también debemos de poner interés en posibles cursos de formación que se implanten en nuestro centro de trabajo, cursos de reciclaje..etc.

En los últimos años se ha incrementado las medidas de obligado cumplimiento que ayudaran a reducir los niveles de siniestralidad que hay en nuestro país. Aun así se cumplirá con el objetivo cuando seamos completamente conscientes de la importancia que tiene las medidas prevención en la realización de un buen trabajo.

La prevención de riesgos laborales (PRL) es la disciplina que busca promover la seguridad y salud de los trabajadores mediante la identificación, evaluación y control de los peligros y riesgos asociados a un entorno laboral, además de fomentar el desarrollo de actividades y medidas necesarias para prevenir los riesgos derivados del trabajo.

Los riesgos laborales son las posibilidades de que un trabajador sufra una enfermedad o un accidente vinculado a su trabajo. Así, entre los riesgos laborales están las enfermedades profesionales y los accidentes laborales. El artículo 40.2 de la Constitución Española encomienda a los poderes públicos, como uno de los principios rectores de la política social y económica, velar por la seguridad e higiene en el trabajo.

Este mandato constitucional conlleva la necesidad de desarrollar una política de protección de la salud de los trabajadores mediante la prevención de los riesgos derivados de su trabajo y encuentra en la presente Ley su pilar fundamental. En la misma se configura el marco general en el que habrán de desarrollarse las distintas acciones preventivas, en coherencia con las decisiones de la Unión Europea que ha expresado su ambición de mejorar progresivamente las condiciones de trabajo y de conseguir este objetivo de progreso con una armonización paulatina de esas condiciones en los diferentes países europeos.

De la presencia de España en la Unión Europea se deriva, por consiguiente, la necesidad de armonizar nuestra política con la naciente política comunitaria en esta materia, preocupada, cada vez en mayor medida, por el estudio y tratamiento de la prevención de los riesgos derivados del trabajo. Buena prueba de ello fue la modificación del Tratado constitutivo de la Comunidad Económica Europea por la llamada Acta Única, a tenor de cuyo artículo 118 A) los Estados miembros vienen, desde su entrada en vigor, promoviendo la mejora del medio de trabajo para conseguir el objetivo antes citado de armonización en el progreso de las condiciones de seguridad y salud de los trabajadores. Este objetivo se ha visto reforzado en el Tratado de la Unión Europea mediante el procedimiento que en el mismo se contempla para la adopción, a través de Directivas, de disposiciones mínimas que habrán de aplicarse progresivamente.

Consecuencia de todo ello ha sido la creación de un acervo jurídico europeo sobre protección de la salud de los trabajadores en el trabajo. De las Directivas que lo configuran, la más significativa es, sin duda, la 89/391/CEE, relativa a la aplicación de las medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud de los trabajadores en el trabajo, que contiene el marco jurídico general en el que opera

la política de prevención comunitaria.

La presente Ley transpone al Derecho español la citada Directiva, al tiempo que incorpora al que será nuestro cuerpo básico en esta materia disposiciones de otras Directivas cuya materia exige o aconseja la transposición en una norma de rango legal, como son las Directivas 92/85/CEE, 94/33/CEE y 91/383/CEE, relativas a la protección de la maternidad y de los jóvenes y al tratamiento de las relaciones de trabajo temporales, de duración determinada y en empresas de trabajo temporal.

Así pues, el mandato constitucional contenido en el artículo 40.2 de nuestra ley de leyes y la comunidad jurídica establecida por la Unión Europea en esta materia configuran el soporte básico en que se asienta la presente Ley. Junto a ello, nuestros propios compromisos contraídos con la Organización Internacional del Trabajo a partir de la ratificación del Convenio 155, sobre seguridad y salud de los trabajadores y medio ambiente de trabajo, enriquecen el contenido del texto legal al incorporar sus prescripciones y darles el rango legal adecuado dentro de nuestro sistema jurídico.

2 Objetivos

- Proporcionar educación del trabajador en la importancia que tiene la prevención para la salud y seguridad, tanto del propio trabajador, como de la población en general, reducir los peligros mediante una adecuada formación continuada.

3 Metodología

En la aplicación de la metodología recalcaremos la importancia de identificar y localizar los factores de riesgo, adoptar medidas correctoras, estos pueden ser unos consejos prácticos para poner en marcha en tu centro de trabajo.
- Revisa de forma periódica tus hábitos de trabajo para detectar posibles actuaciones que puedan generar riesgos.
- Implícate en la Prevención de Riesgos Laborales de tu centro.
- Las salidas, zonas de paso, vías de evacuación y espacios de trabajo deberán mantenerse siempre despejados de objetos y líquidos o sustancias resbaladizas.
- Utiliza las herramientas y equipos de trabajo adecuados al trabajo que vayas a realizar y para el que han sido diseñadas. Respeta las instrucciones de empleo y mantenimiento. Si detectas anomalías en alguna máquina o herramienta durante su funcionamiento, manejo o inspección visual, informa al Responsable en

materia de Seguridad y Salud Laboral del centro.
- Usa aquellos equipos de protección individual (guantes, casco, protectores auditivos,...) que sean necesarios para protegerte de los riesgos a que estés expuesto.
También tendremos que tener en cuenta lo que no debemos hacer:
- No almacenes objetos en zonas de paso, vías de evacuación, ni en lugares que dificulten el acceso a los equipos de lucha contra incendios.
- Nunca retires las protecciones ni anules los dispositivos de seguridad de los equipos de trabajo.
- No sobrecargues, ni manipules indebidamente la instalación eléctrica.
- No almacenes, ni manipules productos inflamables próximos a una fuente de calor.
- No fumes, tomes alimentos o bebidas si trabajas con productos químicos o estás expuesto a contaminantes biológicos.

4 Resultados

Para comprobar los resultados de las medidas tomadas, verificaremos la eficacia de las medidas adoptadas desde el punto de vista preventivo. Para ello se analizan todos los datos relevantes para cada programa en cuestión (desde registros de accidentes y enfermedades, datos de salud, evolución de la técnica o de la normativa, etc.). Se vigilará su efectiva aplicación práctica y se valorará su grado de eficacia. De esta forma, podremos introducir correcciones o buscar otras soluciones en el caso de que con las propuestas iniciales no se obtengan los resultados esperados. Los resultados mas comunes pueden ser: mejorar la salud de los trabajadores mejorar la calidad del trabajo, ya que se mejoran las condiciones laborales prevenir posibles accidentes

5 Discusión-Conclusión

El éxito de una buena implantación de un programa de prevención de riesgos laborales, pasa por la accesibilidad una correcta y continuada formación para el trabajador. Una buena cultura preventiva mejorara el clima laboral y reducción del estrés de tus trabajadores, y en consecuencia, mejora de la motivación y compromiso de los trabajadores.

Los empleados pasan a formar parte del colectivo de embajadores de la compañía al querer difundir las buenas prácticas que has implementado.

Se reducen costes por contratación y despido de personal, además de por bajas.

Se disminuye el absentismo y presentismo.

Se reducen los accidentes laborales, enfermedades profesionales y se reducen los días de convalecencia por los accidentes no laborales y enfermedades comunes.

Se mejora la productividad y competitividad.

Estos son algunos de los beneficios que puedes obtener cuando integras correctamente la prevención en tu sistema de gestión e interiorizas una cultura preventiva real.

Resumiendo, integrar una correcta prevención de riesgos laborales hará que el trabajo sea más seguro, más saludable.

6 Bibliografía

1. IC Consultoría a 22.07.2013 Master en riesgos laborales Universidad internacional de valencia.
2. Europreven.com.
3. Dirección General de fundación Pública. Junta de Extremadura.
4. BOE. Agencia estatal Boletín oficial del estado.
5. Instituto Sidical de trabajo, ambiente y salud. CCOO.

Capítulo 497

EL NIÑO OBESO Y LA DM2

MAR DÍAZ ÁLVAREZ

1 Introducción

La diabetes y la obesidad se han convertido en una epidemia de los países desarrollados.Se presenta en edades más tempranas y el coste social es cada vez más alto.

2 Objetivos

El objetivo es informar a la población y prevenir el origen de la DM2 en niños y las consecuencias que puede tener dicha enfermedad. La diabetes tipo 2 se ha considerado una enfermedad de adultos y cada vez son más los niños y adolescentes afectados debido al sedentarismo y los malos hábitos alimenticios.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La diabetes tipo 2, generalmente aparece en personas mayores de 40, aunque últimamente se ha visto también en niños debido a la obesidad infantil. Elcomienzo es lento y gradual, los síntomas no son llamativos y pasan inadvertidos hasta que se descubre en un análisis rutinario o se manifiesta por complicaciones a largo plazo, retinopatía, nefropatía, neuropatía, polineuropatía, dermopatía.

Las personas con riesgo de padecer DM2 pueden prevenir o retrasar su aparición si:
- Mantienen un peso correcto y una dieta adecuada
- Practican actividad física regularmente
- Los mayores de 45 deben controlar sus niveles de glucosa cada 3 años si el resultado es normal.Antes de los 45 sólo las que presenten algún factor de riesgo
- También ha sido eficaz algún tratamiento. farmacológico

Las bases del tratamiento serian una alimentación sana, variada, equilibrada y ejercicio físico y las medidas terapéuticas serían antidiabéticos orales e insulina y no hay que olvidar la educación diabetológica para la persona afectada y a su familia.

5 Discusión-Conclusión

Por lo tanto la educación en alimentarse bien,hacer ejercicio,no es sólo cuestión del entorno familiar,también es importante inculcar en la escuela este tipo de hábitos para hacer adultos más sanos.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 498

LAS CONSTANTES VITALES EN LOS ADULTOS

ANA MARÍA ARIAS DE HARO

ESTHER PÉREZ MANZANO

1 Introducción

Cuando hablamos de constantes vitales nos estamos refiriendo a la temperatura corporal, la presión arterial, el pulso arterial y la respiración. Estas constantes, como ya indica su nombre, tienen que estar en sus condiciones óptimas en nuestro organismo para sobrevivir. Por ello, es muy importante saber cuales son, como tomarlas y poder reconocer cuando están en perfecto estado y cuando no para tomar las medidas oportunas. Vamos a adentrarnos en el tema para ello.

2 Objetivos

- Reconocer las constantes vitales.
- Examinar las constantes vitales.
- Reconocer unos parámetros peligroso en las constantes vitales del paciente.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Hay distintos momentos en los que es importante tomar las constantes: antes y/o después de una intervención, después de consumir ciertos medicamentos que puedan afectar a alguno de los parámetros y, por supuesto, cuando el paciente muestre o sienta algún tipo de malestar. Cuando las constantes se toman, es importante tener un registro de las mismas para saber como han ido variando a lo largo del tiempo en el que se ha llevado a cabo el mismo y así poder trabajar correctamente con el equipo multidisciplinar.

La toma de estas constantes será labor del auxiliar de enfermería, por orden del médico y/o enfermera. Por otra parte, hemos de saber de que los parámetros pueden variar no solo en función de la persona, sino también según el momento del día, la actividad que se esté realizando, la situación sanitaria y la edad.

Hemos de saber que, en una persona sana, las constantes vitales suelen tomarse en revisiones generales pero, en una persona enferma, estas se toman a menudo para poder llevar un control y evitar cualquier contratiempo. En estos casos, se suele llevar un registro y es la auxiliar de enfermería, por orden de la enfermera o del médico, quien lo hace. Este registro es importante para poder trabajar en equipo y comparar con las constantes vitales tomadas anteriormente. Además, cuando una persona, (sana o no), se empieza a encontrar mal, lo primero que hay que hacer es tomar las constantes vitales, de ahí la inmensa importancia de saber hacer esto correctamente.

A continuación, vamos a detenernos en cada una de ellas.

1) La temperatura corporal. El cuerpo es capaz de controlar la temperatura corporal en su justa medida, la cual varía según los expertos. Cuando tenemos frío, las vasos sanguíneos se contraen, lo que reduce el flujo de la sangre a la piel, manteniendo el calor. Además, tiritamos y los músculos generan calor por ello.

Por el contrario, cuando tenemos calor, los vasos sanguíneos se dilatan llevando el exceso de calor a la piel en forma de sudor. La temperatura se puede tomar en distintas partes de nuestro cuerpo: axila, boca, recto u oído. Ésta varía en función de la zona en la que se tome. La más precisa es en el recto. En función de donde

se compruebe, los valores considerados normales también variarán.
• Axilar: 36,5.
• Oral: 37,5C.
• Recatl: 38C.
• Timpánica: 38C.

La temperatura en nuestro país se mide en grados Celsius y se comprueba con un termómetro. Cuando la toma de temperatura nos muestra unos parámetros fuera de lo normal, se considera que tenemos fiebre, (en caso de que la temperatura sea elevada) o hipotermia, (si la temperatura desciende de la media). Veamos, a continuación, lo que significan cada una de ellas.

La fiebre es la temperatura elevada del cuerpo humano y un signo de que algo va mal. Según la temperatura que se presente podemos considerarla: o Febrícula: 37,1C-37,9C. o Fiebre moderada: 38C-38,9C. o Fiebre alta: 39C-39,9. o Fiebre muy alta: 40C-40,9C. o Hipertemia/hiperpirexia: de 41C en adelante. Además, según como se presente en el organismo podemos distinguir varios tipos: o Constante: permanece igual durante un periodo de tiempo. o Intermitente: cuando la temperatura vuelve a la normalidad en algún momento en 24 horas. o Remitente: cuando la temperatura varía mucho en unas 24 horas. o Reincidente/recurrente: cuando se presentan unos días con fiebre y otros sin ella. Por otra parte, cuando la temperatura corporal desciende hasta ponerse por debajo de los 35C, (entre 33C y 35C).

2) Tensión arterial.
Hoy en día, la tensión o presión arterial se toma con un tensiómetro que consiste en un brazalete inflable que se coloca en el brazo del paciente y que va unido a un medidor de presión. Para hacerlo correctamente, hay que tomarla dos veces y rechazar la primera.

La presión arterial se mide en mm de mercurio (mm Hg) y consta de dos números: un primero que es el mayor, el cual corresponde a la presión sistólica, (mide la presión en las arterias cuando el corazón late); y un segundo y menor que corresponde a la presión diastólica, (mide la presión en las arterias entre los latidos del corazón).

Una presión arterial correcta sería de 120/80 mm Hg. Por encima de eso, estaríamos hablando de hipertensión arterial y, por debajo, de hipotensión arterial. Ambas deben ser tratadas por un médico, (variando la alimentación el ejercicio

o con medicamentos), para que no haya daños en el organismo.

3) Pulso arterial y frecuencia cardiaca.
El pulso es el latido que se general cuando la sangre bombeada por el corazón circula por las arterias y se expande. Un pulso alterial normal en un adulto varía desde los 60 hasta los 100 pulsaciones por minuto, (en función de la persona, la edad, las emociones, la temperatura y la actividad que se esté realizando).

El puslo se mide con el tensiómetro del que hemos hablado anteriormente, (nos indica la tensión arterial y también el pulso), auscultando o palpando, (colocando los propios dedos sobre una parte del cuerpo en la que pase una arteria cercana a la piel, normalmente con el dedo índice y el dedo corazón; evitando el pulgar que tiene pulso propio). Al hacerlo manualmente, se puede tomar en diferentes partes del cuerpo y según en la que lo tomemos recibirá un nombre u otro:
• Pulso humeral: se toma en la parte anterior del pliegue del codo, hacia el medio.
• Pulso axilar: en la parte más profunda de la axila.
• Pulso radial: se toma en la cara lateral y anterior de la muñeca. (El más frecuente).
• Pulso carotídeo: se toma en las arterias carótidas, las cuales se encuentran en la zona del cuello.
• Pulso braquial: superficie interna del bíceps, (donde se mide la tensión arterial).
• Pulso poplíteo: por detrás de la rodilla, (difícil de localizar).
• Pulso pedio: superficie superior del pie.
• Pulso temporal superficial: por el hueso temporal del cráneo, (parte lateral de la cabeza).

Es importante conocer que cuando la frecuencia cardiaca va por encima de los 100l/m estaremos ante un caso de taquicardia mientras que si esta es inferior a los 60 l/m, nos encontraremos con bradicardia. También podremos encontrar una arritmia: alteración del latido.

4) La frecuencia respiratoria.
En el acto de la respiración el aire entra y sale de los pulmones. Al inhalar/inspirar el aire estará entrando en los pulmones mientras que saldrá al exhalar/espirar. El tiempo de ambas depende de diversos factores como ya hemos visto anteriormente, pero suele ser de 1 segundo- 1 segundo y medio la primera y de 2-3 segundos la última.

La frecuencia respiratoria normal de un adulto suele ir entre las 12 y las 18 res-

piraciones por minuto y a esto se le considera eupnea. También podemos encontrarnos distintas alteraciones en la respiración:
• Taquipnea o polopnea: más de 18 respiraciones por minuto.
• Bradipnea: menos de 12 respiraciones por minuto.
• Hiperventilación o hiperpnea: respiración rápida y profunda.
• Hipoventilación: respiración lenta o superficial.
• Hipopnea: reducción durante diez segundos de la respiración.
• Apnea: ausencia de respiración.
• Disnea: dificultad respiratoria.
• Ortopnea: dificultad respiratoria acostado.

Una vez nos hemos adentrado en el tema las constantes vitales del ser humano, podemos entender el por qué de la importancia de conocerlas y saber tomarlas con exactitud para poder desempeñar una buena labor tanto individual como en el equipo multidisciplinar. Es una de las primeras labores que debemos realizar cuando el paciente muestre un estado de salud inapropiado. Como habremos entendido a lo largo del tema, hablamos de constantes vitales en los adultos porque los/as niños/as tienen otros parámetros que se consideran normales en cada una de ellas, distintos a los estos.

5 Discusión-Conclusión

El conocimiento de los valores normales de homeostasis del adulto permitirá identificar cualquier alteración de la normalidad de una manera rápida. De esa manera se podría comenzar antes la sospecha y la instauración del tratamiento preciso.

6 Bibliografía

- http://enfermeriablog.com/constantes-vitales/
- https://medlineplus.gov/
- https://www.cigna.com/
- https://www.mayoclinic.org/
- https://definhttps://books.google.es/
- Intervención en la atención sociosanitaria en instituciones, (Paraninfa, 2014).

Capítulo 499

ESTREÑIMIENTO (ANÁLISIS DESCRIPTIVO REALIZADO POR TCAE)

MARÍA JOSÉ NÚÑEZ SUÁREZ

EVA IRENE GONZÁLEZ ZAPICO

1 Introducción

Cuando se diagnostica el estreñimiento es fundamental saber si es un trastorno puntual, causado por una situación temporal, o bien si es un problema de salud que arrastramos desde hace años. Si se trata de estreñimiento agudo, los remedios naturales pueden ser efectivos. Si sufrimos estreñimiento crónico, debemos analizar distintos factores para determinar cuál puede estar influyendo en nuestro caso.

2 Objetivos

- Definir el concepto de estreñimiento, factores que influyen, las causas principales que lo causan, complicaciones que produce, tratamientos y medidas correctoras.

3 Metodología

Para realizar este trabajo se acudió a distintas bases de datos científicas, se utilizaron los siguientes descriptores en la búsqueda, estreñimiento, laxantes naturales, dieta para evitar estreñimiento, factores que influyen en el estreñimiento.

Se omitieron los datos que ya habían sido obtenidos previamente y aquellos que aparecían en otro idioma.

4 Resultados

El estreñimiento o constipación es un problema muy habitual en las personas mayores, tiene muchas connotaciones sanitarias y psicológicas. El envejecimiento supone la unión de factores que ayudan en la aparición del estreñimiento, como: inmovilidad, deshidratación o simplemente la polimedicación. La inclinación a trivializar, este estreñimiento como enfermedad puede ocasionar complicaciones y problemas físicos en las personas que lo presentan.

El paciente anciano deberá seguir unas normas no farmacológicas iniciales de movilidad, hidratación e ingesta de fibra, y utilizar los laxantes cuando las medidas no farmacológicas no son suficientes.

Cuando sufrimos estrés o cualquier otra situación emocional , el sistema nervioso se altera, lo cual influye de manera negativa en nuestro organismo. No podemos imaginar hasta qué punto los nervios afectan a nuestra salud. En estos casos tomar laxantes no ayuda, hay equilibrar el sistema nervioso. Pueden ayudar suplementos reguladores del sistema nervioso, plantas medicinales relajantes, como la melisa, valeriana etc.. ejercicios y terapias relajantes. Una alimentación variada, rica en frutas, vegetales, alimentos integrales. La falta de proteína en la alimentación también puede ser un factor a tener en cuenta.

Una deshidratación permanente, también causa estreñimiento, nuestro organismo necesita estar hidratado para poder evacuar las heces, si estas tienen forma de bolas pequeñas probablemente la causa es la deshidratación. Las hormonas también influyen, en las mujeres los niveles de estrógeno pueden causar un estreñimiento crónico. La forma de comprobarlo, la mujer deja de padecer estreñimiento durante los días previos al periodo incluso durante este, al disminuir los niveles del estrógeno.

5 Discusión-Conclusión

- El sedentarismo, la falta de ejercicio, estar mucho tiempo sentados, afectan a los movimientos peristálticos del intestino. Hay que moverse, realizar deporte al menos dos veces por semana, mantener una dieta equilibrada y rica en fibra.

- No es bueno abusar de los laxantes y otros medicamentos, pues dañan la flora intestinal, es positivo sustituirlos por alternativas naturales, para regenerar la flora intestinal.

6 Bibliografía

1. Mascaró, J., & Formiga, F. (2006). Valoración y tratamiento del estreñimiento en el anciano. Revista Española de Geriatría y Gerontología, 41(4), 232-239.
2. Serra, J., Mascort-Roca, J., Marzo-Castillejo, M., Aros, S. D., Santos, J. F., Rubio, E. R. D., & Manrique, F. M. (2017). Guía de práctica clínica sobre el manejo del estreñimiento crónico en el paciente adulto. Parte 2: Diagnóstico y tratamiento. Gastroenterología Y Hepatología, 40(4), 303-316.
3. Sanz, M. J., Alcántara, M. C., & Llora, T. S. (2003). Tratamiento del estreñimiento en el anciano. Revista de la SEMG, 58, 603, 606.
4. Lindber, G., Hamid, S., Malfertheiner, P., Thomsen, O., Fernandez, L., & Garisch, J. (2010). Estreñimiento: una perspectiva mundial. Guías Mundiales de la Organización Mundial de Gastroenterología, 1-15.

Capítulo 500

TÉCNICAS PARA LA PREVENCIÓN DE PROBLEMAS MAMARIOS EN LA LACTANCIA

SONIA ARENAS BARRO

SANDRA ALVAREZ MARTIN

PAULA CASAL BOUZA

CRISTINA CABALLERO HERRERA

JÉNNIFER ELVIRA MAROTO MONCALIÁN

1 Introducción

Según la OMS la leche materna es el mejor alimento que una madre puede ofrecer al recién nacido, durante los primeros meses de vida, pudiendo continuar hasta los dos años de vida o más. Aunque la capacidad de lactar es innata e instintiva en los mamíferos, en la mujer, esta capacidad debe estar desarrollada y apoyada mediante educación adecuada para lograr una lactancia exitosa y placentera.

2 Objetivos

- Conocer la importancia de utilizar una técnica eficaz y prevenir posibles problemas mamarios asociados a una mala colocación del bebe.

- Educar y preparar a los profesionales de la salud, para promover y apoyar la lactancia materna, así como, enseñar la forma de hacerlo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Tras la revisión bibliográfica, se establece una relación entre problemas mamarios y el uso de una técnica ineficaz. El éxito de la lactancia materna depende de la aparición de las dificultades que surgen, por eso es importante la preparación de la madre y también disponer de unos profesionales que la puedan orientar adecuadamente.

5 Discusión-Conclusión

Una técnica de amamantamiento correcto es la base para una lactancia exitosa. Los profesionales de la salud deben ayudar en la prevención de estos problemas con una adecuada intervención y observación de las tomas, siendo muy importante también la educación temprana en técnicas de amamantamiento. Todo ello es fundamental para evitar el abandono precoz de la lactancia.

6 Bibliografía

- https://Medlineplus.gov.
- Pubmed.
- https:// www.cochrane.org.

Capítulo 501

ARTRITIS REUMATOIDE

SANDRA MORO ESPINEL

MARIA EVA VAZQUEZ HUERTA

ANA MARÍA PELÁEZ CANCIO

VERONICA VILLA CASTRESANA

1 Introducción

La artritis reumatoide es un trastorno autoinmunitario que ocurre cuando el sistema inmunitario ataca por error los tejidos del cuerpo. Se desconoce la causa que produce la aparición de la artritis reumatoide. Se cree que pude tener origen genético puesto que es el propio sistema inmune el que ataca a las articulaciones que no las reconoce como propias, y por ello se inflaman. Es lo que se denomina como enfermedad autoinmune.

Es un trastorno inflamatorio crónico que puede llegar a dañar no solo las articulaciones, en algunas personas daña distintos sistemas corporales, como la piel, ojos, pulmones, corazón y vasos sanguíneos.

Es una forma de artritis que afecta principalmente al revestimiento de las articulaciones y causa dolor, inflamación, rigidez que puede finalmente causar erosión ósea, deformidad, pérdida de la función de las articulaciones, incluso con el paso del tiempo que las articulaciones salgan de lugar. Afecta a cualquier articulación, pero es más común en las muñecas y los dedos.

- Es mucho más frecuente en el sexo femenino que el masculino y suele aparecer en personas adultas mayores, pero pude iniciarse en cualquier etapa de la vida, a cualquier persona, con independencia de la raza, el sexo y la ocupación.

2 Objetivos

- Identificar los síntomas y conocer posibles tratamientos.
- Enumerar los factores de riesgo y poder evitarlos en la medida de lo posible.
- Detallar las posibles complicaciones.

3 Metodología

Para elaborar este capítulo se ha hecho una selección y revisión de artículos en páginas web, a través de una serie de buscadores específicos de Ciencias de la Salud, utilizando palabras como, artritis, síntomas, causas, diagnostico.

4 Resultados

El síntoma inicial más frecuente es la rigidez articular matutina, sobre todo en las manos y pies, que se presenta tras el reposo nocturno y conlleva una notable dificultad de movimiento. También se puede acompañar de:
- Cansancio
- Fiebre
- Pérdida de apetito
- Debilidad muscular un cuadro que normalmente aparece semanas o meses antes que,
- Dolor
- Inflamación
- Calor
- Enrojecimiento de las articulaciones

La evolución del trastorno es muy variable, ya que en algunas personas el avance de las lesiones se detiene espontáneamente, en otras progresa a lo largo de toda la vida. Lo más habitual, es que evolucione durante muchos años, o a lo largo de toda la vía, alternando períodos en los que se tengan brotes que suelen duración variable y períodos de calma relativa o absoluta.

Cuando la enfermedad es precoz tiende a afectar primero las articulaciones más pequeñas, especialmente las que unen los dedos de las manos con las manos y los dedos de los pies con los pies. A medida que avanza, los síntomas suelen extenderse a la muñecas, las rodillas, tobillos, codos cadera, y hombros, en la mayoría de los casos a ambos lados del cuerpo.

También muchas personas pueden experimentar signos y síntomas que no atañen a las articulaciones, y sí a muchas estructuras no articulares como lo siguiente:
- Piel
- Ojos
- Pulmones
- Corazón
- Riñones
- Glándulas salivales
- Tejido nervioso
- Médula ósea
- Vasos sanguíneos

Se recomienda una consulta con el médico si se tiene molestias persistentes e hinchazón en las articulaciones.

Causas:
La artritis reumatoide se produce cuando el sistema inmunitario ataca el sinovial, el revestimiento de las membranas que rodean las articulaciones. La inflación resultante engrosa el sinovial que finalmente destruye el cartílago y el hueso dentro de la articulación.

Los tendones y ligamentos que mantienen unida la articulación se debilitan y se estiran, poco a poco la articulación pierde su forma y su alineación.

Aunque se cree que es de origen genético, los genes no causa artritis, pero pueden hacerte más vulnerable a los factores ambientales que pueden desencadenar la enfermedad.

Factores de riesgo:
Los factores que pueden aumentar el riesgo de padecer artritis reumatoide son:
- Sexo, las mujeres son más propensas que los hombres a desarrollar artritis reumatoide
- Factores genéticos incrementan el riesgo de que se desarrolle la enfermedad. Varias investigaciones llevadas a cabo en los últimos años apuntan a que es una

enfermedad poligénica (producida por la combinación de mutaciones en varios genes), lo que significa que son varios los genes que estarían involucrados en su origen
- Factores no genéticos, no se conocen bien. Los más relevantes son las infecciones, las hormonas femeninas, el tabaquismo, el estrés, la obesidad y el tipo de alimentación
- La edad, la artritis reumatoide se puede producir a cualquier edad, pero más frecuentemente comienza a mediana edad
- Antecedentes familiares, si un familiar padece artritis reumatoide, el riesgo de que padezcas la enfermedad puede ser mayor.

Complicaciones.
La artritis reumatoide aumenta el riesgo de desarrollar:
- Osteoporosis, la artritis reumatoide en sí, junto con algunos medicamentos utilizados para tratar la artritis reumatoide, pueden aumentar tu riesgo de osteoporosis, una afección que debilita los huesos y los hace más propensos a las fracturas
- Nódulos reumatoides, estos bultos firmes de tejido se forman con mayor frecuencia alrededor de los puntos de presión, como los codos. Sin embargo, estos nódulos pueden formarse en cualquier parte del cuerpo, incluidos los pulmones.
- Sequedad en los ojos y la boca, las personas que tienen artritis reumatoide son mucho más propensas a manifestar el síndrome de Sjogren, un trastorno que disminuye la cantidad de humedad en los ojos y la boca.
- Infecciones, la enfermedad en sí y muchos de los medicamentos utilizados para combatir la artritis reumatoide pueden dañar el sistema inmunitario y provocar un aumento de las infecciones.
- Composición anormal del cuerpo, la proporción de grasa en relación con la masa magra a menudo es mayor en las personas que tienen la enfermedad, incluso en personas que tienen un índice de masa corporal normal (IMC)
- Síndrome del túnel carpiano, si afecta las muñecas, la inflamación puede comprimir el nervio que irriga la mayor parte de la mano y los dedos.
- Problemas de corazón, la artritis reumatoide puede aumentar el riesgo de endurecimiento y obstrucción de las arterias, así como la inflamación del saco que rodea el corazón.
- Enfermedad pulmonar, las personas con esta enfermedad tienen un mayor riesgo de inflamación y cicatrización de los tejidos pulmonares, lo que puede provocar una dificultad respiratoria progresiva.
- Linfoma, la artritis reumatoide aumenta el riesgo de linfoma, un grupo de cánceres de la sangre que se desarrollan en el sistema linfático.

Diagnóstico:
La artritis reumatoide puede resultar difícil de diagnosticar en las etapas tempranas, debido a que los signos y síntomas tempranos son similares a los de muchas otras enfermedades. No hay un análisis de sangre o hallazgo físico para confirmar el diagnóstico. Durante la exploración física, el médico revisará las articulaciones para detectar hinchazón, enrojecimiento y temperatura. El médico también puede evaluar tus reflejos y fuerza muscular.

Se puede realizar un análisis de sangre ya que las personas que sufren esta enfermedad suelen tener una velocidad elevada de erotrosedimentación o proteína C reactiva, lo cual indica un proceso inflamatorio en el cuerpo. Otro tipo de análisis frecuente es para detectar anticuerpos reumatoides y anticuerpos antipéptidos cíclicos citrulinados.

El médico también puede recomendar realizar radiografía para ayudar a hacer un seguimiento de la progresión de la artritis reumatoide en las articulaciones con el tiempo y determinar la gravedad de la enfermedad.

Tratamiento:
La artritis reumatoide no tiene cura. Pero los estudios clínicos indican que la remisión de los síntomas es más probable cuando el tratamiento comienza temprano con medicamentos conocidos como medicamentos antirreumáticos modificadores de la enfermedad. El tipo de medicamento que propongan dependerá de la gravedad de los síntomas y del tiempo que se lleve con la enfermedad.

El tipo de medicamento que te recomiende el médico dependerá de la gravedad de los síntomas y del tiempo que hayas tenido artritis reumatoide.

El médico puede derivar al paciente a un terapeuta ocupacional o fisioterapeuta que puede enseñarle ejercicios para mantener flexibles las articulaciones. El terapeuta también puede sugerir nuevas formas de realizar tareas diarias, que serán más fáciles para las articulaciones. Por ejemplo, es recomendable recoger objetos usando los antebrazos.

Los dispositivos de asistencia pueden ayudar a no esforzar las articulaciones doloridas. Por ejemplo, un cuchillo de cocina equipado con una agarradera ayuda a proteger las articulaciones de la muñeca y dedos. Determinadas herramientas, como abotonadores, pueden ayudarte a vestirse. Las tiendas de suministros médicos y los catálogos son excelentes lugares para buscar ideas.

Otro tratamiento que se puede considerar el médico, si los medicamentos no pre-

vienen ni retardan el daño es la cirugía, que puede ayudar a restaurar la habilidad en la articulaciones, reducir el dolor y mejorar la función. Esto conlleva riesgos de sangrado, infección y dolor. Hay que analizar los beneficios y los riesgos.

5 Discusión-Conclusión

Aún no se dispone de un tratamiento que permita curar la enfermedad, sin embargo en conjunto todas la medidas terapéuticas disponibles en la actualidad permiten aliviar los síntomas y mejorar el pronóstico, lo que supone un impacto muy positivo en la calidad de vida de los afectados.

Los mejores resultados terapéuticos se consiguen cuando se procede a un diagnóstico precoz y se establece el tratamiento en las fases iniciales de la enfermedad. También es muy importante que la persona afectada siga de manera rigurosa las indicaciones impartidas por los facultativos en las visitas de seguimiento periódicas que se programan, precisamente, con el propósito de controlar la evolución de la enfermedad.

Se recomienda:
- Realizar actividad física de forma habitual para favorecer las articulaciones
- Relajarse, evitar llevar una vida agitada. Encontrar maneras de sobrellevar el dolor reduciendo el estrés del día a día, como respiraciones profundas, relajación de los músculos
- Movimientos bruscos
- Trabajos que requieran ejercicio físico intenso
- Mantener una postura adecuada tanto en movimiento como en reposo
- Evitar el sobrepeso para no cargar las articulaciones con una alimentación saludable
- Dormir una media de 10 horas
- Aplica calor o frío, el calor puede ayudar a aliviar el dolor y relajar los músculos doloridos y tensos. El frío puede aliviar la sensación de dolor. El frío también tiene un efecto anestésico y puede reducir la hinchazón.

El dolor y la discapacidad asociados a la artritis reumatoide pueden afectar el trabajo y la vida familiar de una persona. La depresión, la ansiedad son frecuentes, los sentimientos de impotencia y la autoestima baja se dan con frecuencia. El grado en que la artritis reumatoide afecta a las actividades diarias depende en parte de como bien se sobrelleve la enfermedad.

Por lo que es importarte tener en cuanta las siguientes recomendaciones:
- Tomar el control, marcar un plan con el médico para controlar la enfermedad. Ayudara a sentirse a cargo de la enfermedad.
- Conocer los límites, descansar cuando se esta cansado.
- Conectar con otras personas, mantener informada a la familia, al círculo cercano de como te sientes, también con grupos de apoyo con otros enfermos de artritis reumatoide.

6 Bibliografía

- Medlineplus enciclopedia médica (internet). Septiembre 2020 mayoclinic.org (internet) síntomas artritis reumatoide. Junio 2019 mayoclinic.org (internet) diagnostico de la artritis reumatoide. Junio 2019.

Capítulo 502

TÉCNICA PARA HACER LA CAMA DE UN ENFERMO ENCAMADO

MARIA ARGENTINA SUAREZ FERNANDEZ

1 Introducción

El paciente encamado es toda aquella persona, ingresada o no, que debe permanecer en cama como medida terapéutica o debido a un proceso patológico, y que tiene su capacidad de movilidad limitada.

2 Objetivos

- Dar a conocer algunos de los últimos avances, así como de los métodos más empleados.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El material necesario para hacer una cama se coloca en el orden inverso al de su utilización: la funda de Almohada, luego la Colcha, la Manta, la Sábana encimera, la Entremetida y la Sábana bajera.

- Nos lavaremos las manos con agua y jabón y nos colocaremos guantes de un solo uso;
- Prepararemos el material y lo llevaremos a la habitación; teniendo preparada la lencería y perfectamente ordenada;
- Informaremos al paciente y preservaremos su intimidad;
- La temperatura de la habitación debe ser la adecuada, así mismo evitaremos en lo posible las corrientes de aire;
- Debemos proteger al paciente de posibles caídas, para lo cual es importante que esta técnica se realice entre dos personas;
- Si no está contraindicado, colocaremos la cama en posición horizontal (paciente en decúbito supino);
- En primer lugar, debemos aflojar la ropa de la cama;
- Retirar la colcha y la manta. Si están sucias, depositarlas en el carro o bolsa correspondiente;
- Dejar la sábana encimera cubriendo al paciente o colocar una toalla de baño por encima. No dejar nunca al paciente totalmente descubierto;
- Si es posible, se retira la almohada para cambiarle la funda y se coloca encima de una silla;
- Colocar al paciente en decúbito lateral, cercano a uno de los bordes de la cama;
- Enrollar la ropa sucia a retirar (entremetida, salvacamas y sábana bajera) desde el borde de la cama donde nos encontramos, hacia la espalda del paciente;
- Empezar a hacer la cama por el lado contrario al que se encuentra el paciente;
- Colocamos la sábana bajera limpia enrollándola hasta el centro de la cama. Se fija a la cabecera y a los pies y se hace el ángulo o mitra;
- Colocar la entremetida y el salvacamas, si se precisan, hasta la espalda de la misma forma que la sábana bajera y se fija a lo largo de la cama;
- Dar la vuelta al paciente de manera que se sitúe encima de la ropa limpia, en decúbito lateral, y se hace la otra mitad de la cama quitando primero la ropa sucia;
- Estirar la sábana y la entremetida limpias evitando arrugas, remetiéndolas debajo del colchón y efectuando el ángulo o mitra de las dos esquinas restantes;
- Ayudar a colocar al paciente de nuevo en decúbito supino;

- Extender la sábana encimera limpia sobre el paciente y retirar la sucia o la toalla empleada para taparle.
- Después colocar el resto de la ropa (manta y colcha), remetiéndolas con holgura en los pies de la cama de forma que quede floja la ropa para que pueda moverse cómodamente y así evitar decúbitos y posturas inadecuadas;
- Colocar la almohada limpia por debajo de la cabeza del paciente;
- Dejar colocado al paciente en una postura cómoda y adecuada. Que tenga fácil acceso al timbre y a sus objetos personales;
- Recoger el material. La ropa sucia no deberá ser aireada ni colocada en el suelo, sino echada directamente en una bolsa de ropa sucia;
- Nos retiramos los guantes y nos lavamos las manos nuevamente.

5 Discusión-Conclusión

Antes de empezar, como siempre, los expertos recomiendan lavarse cuidadosamente las manos y adaptarla inclinación de la cama. A continuación, retirar la colcha y la manta y procurar que la persona no quede destapada.
Si la sábana está muy sucia quitarla y cubrir con una toalla. Colocar la persona decúbito lateral estabilizada y enrollar la entremetida o el protector y la sábana inferior hacia su espalda con la parte sucia hacia el interior. A continuación, colocar la ropa limpia en el lado que se ha quedado libre, dejándola doblada en la mitad de la cama. Girar a la persona dependiente hacia el otro lado y retirar la ropa sucia sin sacudirla.

Extender la ropa limpia asegurando que quede bien estirada y sin arrugas, ya que en caso contrario puede provocar irritaciones al paciente. Volver a colocar al paciente boca arriba y cambiar la sábana de arriba desde la parte superior a la inferior sin destaparlo. Estirar bien la ropa y dar un pequeño tirón de las sábanas a la altura de los pies para evitar que realicen presión. Por último, colocar la almohada después de poner una funda limpia

6 Bibliografía

-Auxiliar de enfermería. Temario MAD, 5 edición.
- http://scielo.sld.cu.

Capítulo 503

CUIDADO DE PACIENTES CON DETERIORO COGNITIVO LEVE.

DIAMANTINA ESPAÑA ALONSO

MARIA DEL MAR BARRO RIVERA

BEATRIZ REQUENA PARADA

1 Introducción

Unos de los problemas de salud pública protagonistas en los países desarrollados hoy en día son el deterioro cognitivo leve y la demencia. Debido a que la longevidad de la población se encuentra en un aumento constante, la incidencia y prevalencia en relación a estos problemas también se incrementa.

Hace años el deterioro cognitivo leve se detectaba en la población envejecida cuando los síntomas ya eran sustancialmente notables, en cambio, gracias a los avances de la ciencia y la investigación es posible detectarlo en estadíos tempranos de la enfermedad, para así poder intervenir y tomar las medidas adecuadas a tiempo.

En muchos casos, el proceso de envejecimiento va acompañado de cambios a nivel cognitivo, tanto extrínsecos (patologías psiquiátricas, aislamiento social, etc.) como intrínsecos (estructura cerebral, etc.), por ello, es complicado distinguir cuando un síntoma es patológico o normal dentro de la ancianidad.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Informar y verificar sobre cuales son los cuidados más adecuados para este tipo de pacientes.

Objetivo secundario:
- Analizar la importancia del papel del personal de enfermería en el cuidado de estos pacientes.

3 Metodología

Para realizar esta revisión se consultaron varias páginas webs y bases de datos: PubMed, Google Scholar y SciELO.
Se seleccionaron los artículos y contenido más relevantes y relacionados con esta temática, realizando una lectura crítica de los mismos.

4 Resultados

Para confirmar este diagnóstico hace falta una exploración física (cardiovascular, neurológica…), así como una valoración integral mediante las escalas adecuadas (Mini Mental State Examination, por ejemplo) para este tipo de casos. Estos pacientes requieren numerosos cuidados. A nivel físico y del desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria es importante planificar las actividades que se vayan a realizar a lo largo del día, fomentar el autocuidado, seguir una rutina sin cambios bruscos, evitar el aislamiento social o el trato "especial" con el que los pacientes pueden sentirse vulnerables. A nivel cognitivo es importante ejercitar el cerebro: ejercicios de memoria, dominó, ver la TV para mantenerse al día, escribir un diario, etc. Es importante que estos pacientes sigan manteniendo los cuidados de los que son capaces con cierta independencia, para así seguir activos y no caer en la dependencia total y aislamiento social.

5 Discusión-Conclusión

Es de gran importancia controlar a este tipo de pacientes para así poder detectar los mínimos síntomas de la forma más precoz posible, para así intervenir de forma temprana para obtener los resultados más eficaces posibles con ayuda del tratamiento correcto.

Es vital también el adaptar los cuidados a estos pacientes, ya sea su familia/cuidadores o el personal sanitario, saber qué tiene y qué no tiene que hacer el enfermo, para explotar las habilidades e independencia en la medida de lo posible, a la vez que se atienden las nuevas necesidades y demandas que el paciente pueda presentar.

6 Bibliografía

- https://knowalzheimer.com/consejos-para-el-cuidado-de-pacientes-con-deterioro-cognitivo-leve-i/.
- http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v31n3/original2.pdf.
- http://www.scielo.org.mx/scielo.php?.
- http://www.uvsfajardo.sld.cu/demencia-de-alzheimer-y-cuidados-de-enfermeria-revision-bibliografica.

Capítulo 504

LA TERAPIA COMPRESIVA PARA TCAE.

PALOMA BARRIO

1 Introducción

Durante mucho tiempo se ha utilizado la compresión en el tratamiento del edema y de otros trastornos venosos y linfáticos de la pierna, pero siguen sin conocerse bien los mecanismos exactos de acción. Este documento analiza los efectos fisiológicos y bioquímicos de la compresión.

2 Objetivos

Dar a conocer al TCAE nociones básicas sobre la terapia compresiva.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Si se produce un gradiente de presión oncótico a través de una membrana semipermeable, por ejemplo, una pared capilar, el agua traspasa la barrera hasta que se igualen las concentraciones relativas existentes a ambos lados. (La presión oncótica es la presión osmótica creada por los coloides proteicos presentes en el plasma.) La relación entre estos factores se resume en la ecuación de Starling.

La cantidad de linfa formada depende de la permeabilidad de la pared capilar (coeficiente de filtración) y del gradiente de presión hidrostática y oncótica existente entre la sangre y el tejido. La diferencia de presión hidrostática provoca la filtración mientras que la diferencia de la presión oncótica causa la reabsorción.

5 Discusión-Conclusión

Según la presión aplicada, un vendaje de compresión puede influir en el volumen interno de venas, arterias y vasos linfáticos. Las estructuras próximas a la superficie de la piel se comprimen más que los vasos profundos. Esto se debe a que la fuerza compresiva se disipa parcialmente en parte por compresión de los tejidos circundantes.

Ciertas investigaciones de medicina nuclear han demostrado que la compresión elimina más agua que proteínas del tejido, incrementando la presión oncótica del tejido. El resultado es una reacumulación rápida de fluido edematoso si no se mantiene la compresión.

6 Bibliografía

- https://www.eulabor.com/.
- http://scielo.isciii.es/.
- http://www.opolanco.es.
- https://repositori.udl.cat.

Capítulo 505

EPIDEMIOLOGÍA DE LAS ÚLCERAS VENOSAS PARA TCAE.

PALOMA BARRIO

1 Introducción

Las úlceras vasculares son un grave problema de salud con una elevada incidencia en la población, caracterizado, además, por sus importantes repercusiones socioeconómicas y sanitarias. La presencia de úlceras vasculares disminuye notablemente la calidad de vida del afectado. En el presente artículo se abordan los factores de riesgo, la clínica y las principales medidas preventivas para evitar su apariación.

2 Objetivos

Dar a conocer al TCAE información interesante sobre la epidemiología de las úlceras venosas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Según el documento de consenso elaborado por la C.O.N.U.E.I donde se recoge datos de diferentes autores y estudios se recomiendan como datos epidemiológicos, con el nivel más alto de recomendación para las úlceras de extremidad inferior los siguientes:
• Prevalencia: 0,10 a 0,30%.
• Incidencia: 3 a 5 nuevos casos por mil personas y año.
• Ambos deben multiplicarse por 2 cuando se considere el segmento de población de edad > 65 años, y teniendo en gente de este segmento de población.

Dentro de estas úlceras, aproximadamente el 95% son venosas, isquémicas o neuropáticas. Las más prevalentes son las úlceras de etiología venosa, que representan 80 % de las úlceras de la extremidad inferior. La prevalencia es del 0,8 al 0,5 los estudios, y la incidencia es de entre 2 y 5 nuevos casos por mil personas y año, aunque los datos presentan sesgos importantes según el método seguido.

Las más afectadas por este problema son las mujeres de entre 40 y 50 años. En otro estudio, realizado por el GNEAUPP en el año 2002 sobre la prevalencia de úlceras de pierna en España, se obtuvieron estos resultados, la prevalencia fue del 0,15%, de las cuales un 0,09% fueron venosas, el 0,012% arteriales y el 0,027 fueron úlceras del pie diabético.

Otro aspecto a tener en cuenta es su cronicidad y el gran numero de úlceras que recidivan, entre un 40 y un 50% están activas más de superan el año de duración, y un 10% alcanza los cinco años, de lo que se puede decir que son lesiones que se cronifican con asiduidad. De las cicatrizadas, sobre un 25% y un 30% recidiva en un período de un año desde su curación.

5 Discusión-Conclusión

La atención a pacientes con heridas, agudas o crónicas, supone todo un reto al que tienen que hacer frente muchos profesionales de la salud. En general, se admite que las heridas implican un serio problema sanitario con repercusiones a tres niveles: sobre la calidad de vida del afectado, sobre el consumo de recursos asistenciales y sobre el consumo de recursos económicos.

6 Bibliografía

- http://www.madrid.org/cs/.
- https://www.sciencedirect.com/science/.
- https://ulcerasfora.sergas.gal/.
- https://www.aeev.net/.

Capítulo 506

RECOMENDACIONES DIETÉTICAS EN EL PACIENTE CON LITIASIS RENAL.

AIDA FERNÁNDEZ GARCÍA

ELISA CAMINO GALLEGO

MARÍA CONSUELO REY PÉREZ

NURIA HUERTA GONZÁLEZ

1 Introducción

La litiasis renal es una causa muy frecuente de morbilidad de la vía urinaria. El cólico nefrítico es la presentación clínica más frecuente de litiasis renal y una de las principales urgencias urológicas. Las modificaciones de la dieta deben aplicarse en todos los pacientes con litiasis renal ya que la composición de la orina está influenciada por la dieta y la variación de factores dietarios han sido propuestos para modificar el riesgo de nefrolitiasis recurrente.

2 Objetivos

Conocer los nutrientes implicados en la formación de cálculos para reducir el riesgo de litiasis renal recurrente.

3 Metodología

Se llevó a cabo una revisión sistemática en artículos científicos y revisiones bibliográficas. Se consultaron diversas bases de datos como Scielo y National Kidney Foundation. Se emplearon como descriptores las palabras clave: litiasis renal, nutrientes, orina y cólico nefrítico. Se seleccionaron artículos publicados entre el 2010 y el 2017, tanto en castellano como en inglés.

4 Resultados

No se puede explicar por qué algunas personas son propensas a formar cálculos renales, mientras otras no. La litiasis renal es frecuente en ciertas familias indicando así una predisposición genética, pero también hay factores medioambientales que la favorecen, como la baja ingesta de líquidos y la dieta.

La litiasis renal es una de las alteraciones más frecuentes en nefrología después de la infección de orina y la enfermedad benigna de la próstata. Suele ser más frecuente en los hombres.

Se ha demostrado una asociación entre el consumo de sodio y la formación de nuevos cálculos renales. La reducción de la ingesta de sodio disminuye la excreción de calcio, pero el alto consumo de sodio raramente son la única causa de litiasis renal.

Las proteínas de origen animal generan una carga ácida que aumenta la excreción urinaria de calcio y ácido úrico y reduce la de citrato, un inhibidor de la cristalización de cálculos cálcicos, además el ácido úrico participa activamente en la formación de cálculos de oxalato de calcio.

Es aconsejable que en la litiasis renal no se consuma suplementos con vitamina C. Las dietas ricas en magnesio están asociadas con un menor riesgo de formación de cálculos renales en hombres. Los principales alimentos ricos en magnesio son los cereales integrales, vegetales verdes, semillas y nueces.

5 Discusión-Conclusión

La dieta juega un papel importante en la creación de litiasis renales. Conociendo los nutrientes y realizando una correcta modificación de la dieta se conseguiría una reducción en la formación de cálculos renales.

6 Bibliografía

- National Kidney Foundation. “La dieta y los cálculos renales”. 2010.
- https://www.kidney.org/es/atoz/content/diet.
- Vix. “Dieta para tratar cálculos renales”. Lucía Vázquez. https://www.vix.com/es/imj/salud/4593/dieta-para-tratar-calculos-renales.
- Scielo. “La dieta en ell tratamiento de la litiasis renal. Bases fisiopatológicas”. Armando L, Negri, Franciso R. Spivacow 2013. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802013000300015.
- Revista médica Clínica Condes. “Evaluación metabólica y nutricional en litiasis renal”. Dr. Rodríguez Orozco. 2010. http://www.clinicalascondes.com/area-academica/pdf/MED_21_4/08_Dr_Camaggi.pdf

Capítulo 507

ATENCIÓN Y CUIDADOS EN LOS PACIENTES QUE PRECISAN INTERNAMIENTOS POR DEMENCIAS.

ELISA CAMINO GALLEGO

MARÍA CONSUELO REY PÉREZ

AIDA FERNÁNDEZ GARCÍA

NURIA HUERTA GONZÁLEZ

1 Introducción

La demencia es un síndrome que produce un deterioro en la función cognitivo, la cual implica el deterioro de la memoria, el intelecto, el comportamiento y la capacidad para realizar AVD. El número de personas con demencia está aumentando rápidamente, aunque no es una consecuencia del envejecimiento, es una de las principales causas de discapacidad y dependencia en las personas mayores.

En Alzheimer es la forma de demencia que ocupa el mayor número de casos. En una familia con una persona afectada surgen presiones físicas, emocionales y económicas que pueden causar mucho stress, por lo que es muy importante la ayuda y el apoyo al cuidador. La ONS reconoce la demencia como una prioridad de salud pública.

A las personas con demencia hay que proporcionarles una asistencia integral

facilitando de ese modo a las familias su cuidado y retrasando su institucionalización.

Debido a la necesidad de cuidados especializados y al agotamiento del cuidador se recurre a la institucionalización , que es un periodo que puede conllevar dificultades tanto para el enfermo como para la familia y que va a estar en continua evolución debido a las situaciones y cambios que surgen en el proceso de la enfermedad.

2 Objetivos

Objetivos principales:
- Desarrollar y potenciar la labor socio-sanitaria que precisan.
- Favorecer la ralentización del deterioro y potenciar su autonomía.
- Contribuir a mejorar y amortiguar las alteraciones de conductas y anímicas provocadas por la demencia.
- Reducir el aislamiento.
- Mejorar su calidad de vida.

Objetivos secundarios:
- Informar, asesorar y educar al familiar para facilitar el manejo de la enfermedad.
- Intentar disminuir su sobrecarga psicológica física y social.

3 Metodología

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica a través de diferentes libros y revistas sanitarias directamente relacionadas con la temática en estudio, también se consultaron diversas páginas web con el objetivo de ampliar la información encontrada en dicha bibliografía. Se utilizaron como descriptores las palabras clave: Internamientos, demencias, cuidados, TCAE. Se seleccionaron estudios publicados en los últimos 25 años, en español, disponibles en texto completo y que estuviesen directamente relacionados con la temática en estudio.

4 Resultados

Las demencias van dificultando la realización de las AVD, con alteraciones cognitivas y de comportamiento. La persona olvidará las rutinas que tiene que hacer, o como hacerlas, así como dificultades en el movimiento. Por ello necesitan unos

cuidados a todos los niveles, y es la causa principal de los internamientos. En los centros además del individuo, también se trabaja con las familias y cuidadores.

- Cuando la persona es ingresada se debe hacer una evaluación y un diagnóstico lo más preciso posible, un plan de atención Individual realizado por el equipo multidisciplinar que estará compuesto por neuropsicología, medicina, enfermería, fisioterapia, terapia ocupacional y animación sociocultural.

- La intervención cognitiva es eficaz, con independencia de su severidad, con programas de psicoestimulación. También se insistirá en la orientación.

- Programas técnicos, terapéuticos dirigidos hacia las actividades psicomotoras.

- Con la terapia ocupacional intentaremos reducir el impacto de la enfermedad en el funcionamiento diario maximizando en cada fase las capacidades y destrezas de la persona.

- Mediante el ejercicio físico se puede retrasar el inicio y progresión de la demencia. Aumenta la masa muscular, movilidad, velocidad en marcha y tiene un efecto positivo en la agitación, trastornos del sueño, la depresión y el humor.

- Fomentar cualquier actividad que provea disfrute, pasatiempo o diversión.
- Tiempo libre: una actividad para que no se entre en conflicto con lo establecido como obligatorio en el centro.

- Participación social: asociado a patrones de comportamiento, interacción individual y colectiva.

5 Discusión-Conclusión

Tras la realización de la presente revisión bibliográfica podemos concluir que la labor del personal Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE), como miembro integrante del Equipo de Enfermería es fundamental para mejorar la calidad de vida de los pacientes que sufren algún tipo de demencia puesto que forman parte del personal sanitario que tiene un contacto directo tanto con dichos pacientes como con sus familiares.

6 Bibliografía

- Olazarán J Marín. Recomendaciones para la asistencia a personas con demencia en centros de día. Demencias en geriatría. Ergón, 2008.
- Envejecer con salud. Tomás Ortiz. Edición planeta S.A., 2007.
- Beneficios de la actividad física y del sedentarismo. Meel Clin, 2003.
- Sánchez Rodríguez O. Polonio Pérez B., Pellegrini Spangenberg M. Terapia ocupacional en la salud mental. Teoría y técnicas para la autonomía personal. Panamericana, 2003.
- Juan Santiago Martín Duarte J.S (2010). Alzheimer, cuidados al final de la vida. Editorial AFAL contigo.
- Robles, A. 2009. Deterioro cognitivo ligero, enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Manual de información y consejos para los convivientes del enfermo.

Capítulo 508

LA BRONQUIOLITIS DESDE EL PUNTO DE VISTA DEL TCAE.

PALOMA BARRIO

1 Introducción

La bronquiolitis es una inflamación de la vía aérea pequeña de etiología vírica que tiene lugar en lactantes y que cursa con dificultad respiratoria acompañada de crepitantes y/o sibilancias. El principal agente causante es el virus respiratorio sincitial (VRS), y presenta un patrón de incidencia estacional.

2 Objetivos

Dar a conocer al TCAE interesantes datos sobre la bronquiolitis.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El diagnóstico es fundamentalmente clínico, no siendo necesaria la realización sistemática de exámenes complementarios. El tratamiento se basa en medidas generales y de soporte, como la hidratación y la oxigenoterapia. Aunque no se recomienda usar de forma rutinaria, puede estar indicada una prueba terapéutica con broncodilatador inhalado (adrenalina o β2-agonistas). El suero salino hipertónico inhalado ha demostrado relativa eficacia. El tratamiento con corticoides no está justificado. La utilización de oxigenoterapia de alto flujo y/o CPAP evita la intubación endotraqueal en muchos niños con bronquiolitis grave.

5 Discusión-Conclusión

La bronquitis es la inflamación de la tráquea, bronquios y bronquiolos. La bronquitis aguda es de causa mayoritariamente viral y de curso autolimitado. La bronquitis crónica se asocia a patología respiratoria de base y aspiración de cuerpo extraño. La bronquitis bacteriana persistente es una causa habitual de tos prolongada, de diagnóstico clínico y con tratamiento eficaz.

6 Bibliografía

- https://www.msdmanuals.com/.
- https://seup.org/.
- http://www.scielo.org.co/.

Capítulo 509

IMPORTANCIA DE LA REHABILITACIÓN OCUPACIONAL EN LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA DEL PACIENTE AFECTADO POR ICTUS.

ELISA CAMINO GALLEGO

AIDA FERNÁNDEZ GARCÍA

MARÍA CONSUELO REY PÉREZ

NURIA HUERTA GONZÁLEZ

1 Introducción

El ictus es una enfermedad cerebrovascular que afecta los vasos sanguíneos que suministran sangre al cerebro. Ocurre cuando un vaso sanguíneo que lleva sangre al cerebro se rompe o es taponado por un coágulo u otra partícula. Debido a esta ruptura o bloqueo, parte del cerebro no consigue el flujo de sangre que necesita. La consecuencia es que las células nerviosas del área del cerebro afectada no reciben oxígeno, por lo que no pueden funcionar y mueren trascurridos unos minutos.

En función del área del cerebro afectada se producen síntomas diferentes, tales como parálisis de un lado del cuerpo problemas de lenguaje, visuales…

Unos de estos síntomas es la parte funcional, que debe ser evaluada para saber las necesidadesde la terapia rehabilitadora que sería necesaria para poder alcanzar la independencia del afectado en las AVD en la medida de lo posible. Para ello es necesario un plan de actuación, que será solo una parte del trabajo del equipo multidisciplinar.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Obtener el máximo grado de autonomía personal e independencia funcional en las AVD y una mejor calidad de vida con una recuperación efectiva.

Objetivos específicos:
- Reeducar la simetría postural reduciendo las contracturas y rigideces provocadas por la hemiparesia.
- Mejorar su patrón de marcha así como el equilibrio y enderezamiento.
- Disminuir riesgos de caída.
- Mejorar la movilidad en cama y las y en las transferencias.
- Asesorar y ayudar en su utilización con las ayudas técnicas necesarias.
- Mejorar la autoestima.

3 Metodología

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica de la literatura científica existente, se consultaron las bases de datos científicas: Elsevier, Cuiden y Medline utilizando como descriptores las palabras clave: rehabilitación funcional, actividades básicas de la vida diaria, ictus, cuidados. Se seleccionaron estudios publicados en los últimos 30 años, en español, disponibles en texto completo, accesibles de forma gratuita y directamente relacionados con la temática en estudio. También se consultaron diversos libro y revistas sanitarias con el objetivo de ampliar la información obtenida a lo largo de nuestra búsqueda.

4 Resultados

Lo principal es conocer como la enfermedad ha afectado al paciente sus síntomas para realizar actividades dirigidas a la intervención. Para ello es necesario realizar un perfil ocupacional, donde se tenga en cuenta sus patologías principales y otros aspectos a tener en cuenta que mermen su independencia.

VALORACIÓN:
- Observación de las destrezas motoras y praxis, sensoriales y cognitivas.
- Entorno: la independencia de la persona no solo depende de sus capacidades, sino los aspectos culturales, sociales y el entorno físico
- Escalas estandarizadas:
Barthel evalúa las actividades de la vida diaria.
Indice de Lawton &Brody; evalúa las actividades instrumentales de la vida diaria.
Tinetti: evalúa el equilibrio y la marcha.
Escala Daniels: evalúa la capacidad muscular.
- Pruebas complementarias: utlizaremos fichas para determinar si existe algún tipo de apraxia que esté influenciando el desempeño ocupacional de la personas.

INTERVENCIÓN:
Tratamiento motor:
- Disociación de movimientos de cabeza.
- Movilidad en la cama.
- Disociación de la cintura escapular de la cintura pélvica.
- Recuperación del mayor rango articular de los M.M.S.S.
- Aumentar el rango articular y la potencia muscular.
- Reacciones de equilibrio y de enderezamiento.
- Marcha.

- Tratamiento perceptivo cognitivo:
Se reentrenará a la persona afectada en todas aquellas actividades de la vida diaria en las que presente problemas en su realización.

Es importante realizar actividades integrar el miembro afectado en las AVD. Administrar las ayudas técnicas prescritas para mejorar la calidad de vida de la paciente, si fuese necesario. Por ejemplo con adaptaciones en su hogar, bastones para su movilidad, calzadores, velcros… para el vestido, bases antideslizantes para platos en la alimentación, etc.

Asesorar y educar a la familia para conseguir un afrontamiento positivo de la enfermedad explicando aspectos del programa rehabilitador que no aumente la carga física y psicológica a la familia y al afectado.

5 Discusión-Conclusión

Tras la realización de la presente revisión bibliográfica podemos concluir que el personal Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería es un componente fundamental en las tareas y actividades a desempeñar con aquellos pacientes que han sufrido un ictus con el objetivo de conseguir una recuperación funcional lo más pronta posible así como mejorar su calidad de vida, siguiendo las directrices del personal facultativo, enfermería y fisioterapia que son los responsables de pautar el tratamiento que debe llevarse a cabo con este tipo de pacientes.

6 Bibliografía

- Temario de Auxiliar de enfermería . Volumen 2. Editorial MAD. 2019.
- Duarte Molina P; Pedro Tarrés,P (2004).Terapia ocupacional en geriatría: principios y práctica. Editorial Masso. 2004.
- Trombly, C.A. Terapia ocupacional para enfermos incapacitados físicamente. Ediciones científicas La Prensa Médica Méxicana, S.A. de C.V. 1990.

Capítulo 510

EFECTOS DEL CONTACTO PIEL CON PIEL DEL RECIÉN NACIDO CON SU MADRE.

SANDRA ALVAREZ MARTIN

JÉNNIFER ELVIRA MAROTO MONCALIÁN

SONIA ARENAS BARRO

PAULA CASAL BOUZA

CRISTINA CABALLERO HERRERA

1 Introducción

La recomendación de los protocolos actuales es que, tras el parto , el recién nacido se ponga en contacto piel con piel sobre el pecho y el abdomen desnudo de la madre , en la primera hora de vida aprovechando el estado de alerta tranquilo del niño. Existe una evidencia, en aumento, de que el contacto piel con piel justo tras el parto es muy beneficioso tanto para la madre como para el bebé. Con esta revisión bibliográfica , se pretende mostrar la evidencia científica disponible con respecto al contacto piel con piel temprano .

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer los efectos del contacto piel con piel.

Objetivos secundarios:
- Informar de los beneficios del contacto piel con piel.
- Favorecer la calidad de los cuidados de enfermería.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Después del parto, el contacto piel con piel ayuda a la madre y al bebé a relajarse y a conocerse el uno con el otro, además de ayudar a su nuevo entorno. Entre sus beneficios se encuentran que: calma y relaja a la madre y al bebé, regula la frecuencia cardíaca, la temperatura y la respiración del bebé, estimula la digestión del bebé, permite la colonización de la piel del bebé con las bacterias beneficiosas de la madre (proporcionándole así protección contra infecciones), estimula una alimentación temprana y la liberación de hormonas que ayudan la lactancia materna y la maternidad (prolactina y oxitocina).

5 Discusión-Conclusión

La OMS reconoce al método madre canguro como el método ideal para el cuidado de los recién nacidos siempre que su salud lo permita. El contacto piel con piel o método canguro es un método beneficioso tanto para el niño a término como para el pretérmino, en relación a la termorregulacción, duración de la lactancia materna, desarrollo neurológico , interacción madre-hijo, desarrollo infantil y en la disminución de los días de hospitalización. Los profesionales sanitarios lo consideran como un método seguro y posible de implementar. En países desarrollados es una buena alternativa de intervención , puesto que favorece la humanización del cuidado, al permitir que la madre y el niño no se separen.

6 Bibliografía

- Flacking R,Ewald U, Wallin L, Positive Effect of Kangaroc Mother Care on Long
- Term Breastfeeding in Very Preterm Infants; 190-197.
- Marín MA. Ramdomized controlledtrial of early contad effects on the mother and the newborn. Acta pedriática 2014.

Capítulo 511

EL PAPEL DEL TCAE EN EL PROCESO COMUNICATIVO CON EL ENFERMO DE ALZHEIMER

SUSANA RODRÍGUEZ CUERDO

LETICIA RODRIGUEZ CORDERO

VICTORIA BLANCO FERNANDEZ

1 Introducción

Para los enfermos de Alzheimer, las habilidades lingüísticas se deterioran a medida que la enfermedad avanza y la expresión no verbal se convierte en una herramienta imprescindible para comunicarse.

El número de personas mayores en nuestra sociedad ha aumentado aceleradamente en los últimos años. Además, es espera que este incremento sea aún mayor en los próximos, lo que hará aumentar la incidencia de demencia en este grupo poblacional. En estos momentos, 5 de cada 100 personas mayores de 65 años sufren algún tipo de demencia.

La EA está considerada como la principal causa de demencia y es la cuarta causa de muerte en los países desarrollados. Por estas razones, y por el fuerte componente psicológico que ejerce en los familiares de quién la padece, esta enfermedad mantiene un protagonismo preocupante en nuestra vida cotidiana. Cualquier familia tiene hoy en su entorno próximo una persona que padece un síndrome patológico de demencia que necesita compresión, ayuda y dedicación.

Los trastornos del lenguaje constituyen una de las manifestaciones tempranas más prominentes de la EA y se le puede considerar el trastorno cognitivo más frecuente en las fases iniciales después de los problemas amnésicos, aunque debe tenerse en cuenta que no todos los aspectos del lenguaje se hallan afectados. La estimación de su frecuencia varía según las series y los métodos de estudios utilizados, pero se puede estimar que se presentan en el 40% de los casos de deterioro ligero a moderado y en el 100% de los casos de demencia severa.

Desde el punto de vista clínico, la importancia de los trastornos del lenguaje en la EA es variable: desde simples fallos de la evocación nominal que se atribuyen a problemas de memoria hasta una amplia variedad semiológica neurolingüística comprendida entre estas discretas manifestaciones anómicas (dificultad para ponerle nombres a los objetos) y las avanzadas formas clínicas que remedian la semiología de una afasia severa. En general, el déficit del lenguaje es evidente entre el primer y el tercer año después del inicio de la EA y sus características clínicas se van acentuando progresivamente. Solo ocasionalmente los problemas del lenguaje pueden preceder a la restante sintomatología de la EA.

Las personas con EA tienen una serie de deficiencias cognitivas que limitan sus posibilidades de comunicación, tanto en sus vertientes de comprensión como de expresión. Para la gente normal, a veces poder comunicarse puede ser un problema por motivos diversos, puede ser por timidez o por enfado. Para aquellos que padecen Alzheimer, la incapacidad para comunicarse es difícil de gestionar porque produce una frustración extrema.

2 Objetivos

Objetivo general:
- Determinar la labor del TCAE en el proceso comunicativo con el enfermo de Alzheimer.

Objetivos específicos:
- Conocer las dificultades que presenta el enfermo de Alzheimer en el proceso comunicativo.
- Realizar una revisión bibliográfica con el objetivo de determinar y concretar las funciones del TCAE en el proceso comunicativo con el enfermo de Alzheimer.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica a través de diferentes publicaciones y de las bases de datos Dialnet, Evidentia, Cochrane Plus, Pubmed y Medline utilizando como descriptores las siguientes palabras clave: Alzheimer, comunicación, lenguaje, deterioro cognitivo. Se seleccionaron artículos publicados tanto en castellano como en inglés.

4 Resultados

1. DETERIORO PROGRESIVO DEL LENGUAJE.

En las fases tempranas de la EA un análisis cuidadoso puede demostrar la existencia de problemas en la función del lenguaje, antes de aparecer ninguna de las manifestaciones clínicas que evidencian el inicio de su deterioro: se trata de una caída de la producción global que puede ponerse de manifiesto con las pruebas de evocación de vocabulario conocidas como pruebas de fluencia verbal (capacidad para acceder a un determinado léxico), que muestran una disminución del número de palabras evocadas por unidad de tiempo en relación a los sujetos normales.

En general la primera clínica referida al lenguaje que aparece en el transcurso del Alzheimer son estos problemas de evocación nominal que el paciente suele atribuir a fallos de memoria. Durante la entrevista puede observarse bien este fallo nominal, que se manifiesta en forma de pausas en el lenguaje debidas a la búsqueda del nombre, la utilización frecuente de perífrasis y circunloquios, o la utilización de una palabra que pertenece a la misma categoría que la palabra buscada.

Con la progresión del deterioro se va haciendo ostensible una pérdida de la espontaneidad expresiva que se traduce en una falta para hablar y una lentitud para respondernos. Así, un paciente con un deterioro ligero a moderado ya puede presentar un acortamiento considerable de la descripción escrita de una escena dibujada en relación con sujetos normales de la misma edad.

Esta pérdida de espontaneidad lingüística, combinada con la intensificación paulatina de la anomia, hace que el lenguaje del paciente vaya perdiendo calidad de contenido a la vez que se empobrece en volumen de producción, a este empobrecimiento del contenido informacional contribuye en buena medida el deterioro de la capacidad de abstracción, que induce a una expresión verbal basada fundamen-

talmente en la utilización concreta de los términos y un tratamiento tangencial de los temas.

2. EL LENGUAJE ESCRITO.

El análisis del lenguaje escrito indica que éste sigue un patrón similar al deterioro del lenguaje oral, si bien, la alteración de la lecto-escritura en la EA ya puede evidenciarse antes de que se haga ostensible el deterioro del lenguaje oral. Esta regresión precoz puede ponerse de manifiesto simplemente solicitando al paciente una composición escrita sobre algún tema que conozca bien.

Con el tiempo, como en el caso del lenguaje oral, la lecto-escritura adopta características similares a las de la afasia sensorial transcortical: caída de la comprensión lectora (afasia) y de la capacidad para escribir (agrafia), con preservación de la lectura en voz alta.

La caída de la comprensión del material escrito tiende a deteriorarse paralelamente a la severidad del cuadro demencial, pero, en cambio, la preservación de la lectura en voz alta suele mantenerse independientemente de la severidad de la demencia.

La caída de la comprensión lectora es atribuible fundamentalmente a la afectación de los mecanismos neurolingüísticos (alexia léxica) más que por trastorno visuoperceptivo, que sólo intervendría en las fases avanzadas de la EA.

La agrafia puede mostrar dos grandes tipos:
- Agrafia lingüística: basada en una afectación del sistema léxico-semántico y por tanto directamente relacionada con la caída de los mecanismos neurolingüísticos.
- Agrafia apráxica: trastorno del grafismo constituido por un deterioro de los grafemas en base a las alteraciones visuo-espaciales, visuo-constructivas y práxicas que tienen lugar en el curso de la EA.

3. COMUNICACIÓN NO VERBAL.

La comunicación no verbal es muy importante, pues facilita y completa la comunicación verbal. Debe establecerse en un contexto natural en el que intervengan los objetos, los gestos y los mensajes verbales. Así, cuando formulamos una pregunta ante un objeto y a su vez lo señalamos con el dedo, el gesto por sí solo puede tener un gran valor de comunicación.

Las personas de edad con pérdidas sensoriales pueden ser mucho menos receptivas ante la comunicación no verbal y quedar consecuentemente limitadas por la deficiencia de la información aportada por este canal.

Las intervenciones en relación con la comunicación no verbal serían:
- Aportar mensajes no verbales claros y bien definidos, ayudándonos con gestos para evitar malentendidos.
- Evitaremos ser percibidos como una amenaza, nos aproximaremos frontalmente para evitar aparecer bruscamente aparentando agresividad, el lenguaje del cuerpo es fundamental como primera impresión.
- Contactaremos cara a cara de forma calurosa y amistosa con el enfermo.
- Recurriremos si es preciso a un suave contacto físico, como por ejemplo, cogerle la mano mientras le hablamos.
- Procuraremos ser pacientes y receptivos a las comunicaciones no verbales del paciente.

4. CAMBIOS EN EL PROCESO DE LA COMUNICACIÓN.

El enfermo de Alzheimer encuentra que cada vez es más difícil recordar las palabras, expresarse con claridad hasta el punto de tener problemas para entender lo que él mismo dice y escribe. Se siente muy irritado porque aunque se esfuerce mucho por superar esta situación, no logra comunicarse de forma precisa; le suceden cambios como:
- No encuentra las palabras y las sustituye por otras aunque éstas no tengan ningún sentido.
- Tiene problemas a la hora de escribir y no entiende lo que escribe.
- Recuerda lo que le ha sucedido en un pasado muy lejano pero carece de toda memoria inmediata.
- Pierde el sentido de la conversación.
- Tiene problemas de adaptación social. Interrumpe las conversaciones y no contesta cuando se le habla porque ignora a su interlocutor.
- No gestiona bien sus emociones con lo cual puede sufrir cambios de ánimo drásticos de forma súbita: empieza por reír, después llora y finalmente se enfada. Balbuce y utiliza frases inconexas.

5. INTERACCIÓN HUMANA CON EL PACIENTE.

El objetivo que perseguiremos será el desarrollo de unos sistemas que establezcan una interacción humana positiva para que el paciente alcance la máxima

posibilidad funcional, con lo que pretendemos:
- Adoptar técnicas de comunicación tendentes a establecer una mejor interacción humana.
- Facilitar la dignidad, reducir la ansiedad y evitar el abandono.
- Prevenir y/o reducir los trastornos psicológicos y del comportamiento.

El primer gran principio en el trato de personas que padecen demencia es cuidar extremadamente las actitudes y los valores. Las personas que tratan con dementes han de tener en cuenta una serie de aspectos del paciente como persona:
- Identidad personal: el enfermo no es simplemente un diagnóstico médico. Es una persona con pertenencias, familia e identidad personal.
- Dignidad y respeto: la preservación de la dignidad es esencial en el trato y la asistencia a las personas con Alzheimer.
- Capacidad de elección: mientras el paciente tenga capacidades cognitivas hay que facilitar y adaptar su capacidad de elección.
- Independencia: debemos de intentar promover al máximo la independencia del paciente y evitar actitudes sobreprotectoras que eliminen la posibilidad de acción personal.
- Intimidad: la persona que padece demencia sigue teniendo derecho a la intimidad y a sentirse respetada en sus espacios, objetos personales, sentimientos, vivencias y creencias o ideología.
- Evitaremos los enfrentamientos: una persona con limitaciones más o menos graves en su memoria y en sus capacidades mentales tendrá dificultad para entender ciertos razonamientos y explicaciones. Los fallos que cometen son debidos a la enfermedad, intentar darles largas explicaciones y regañarles, puede resultarles humillante.
- Adaptarse y cuidarse: El cuidador recibe el impacto directo de las consecuencias de la enfermedad y corre el riesgo de padecer síntomas de ansiedad y depresión, así como de sufrir enfermedades. Cuanto mejor esté, mejor será su relación con el paciente y mejor resultado de sus intervenciones.

6. TÉCNICAS GENERALES DE COMUNICACIÓN.

Los métodos de comunicación son relativamente sencillos y fáciles de aplicar. La comunicación con pacientes con Alzheimer se puede facilitar en gran medida si se tienen en cuenta una serie de aspectos prácticos generales:
- Hablar clara y pausadamente.
- Realizar las repeticiones pertinentes.
- Dar mensajes claros e inequívocos.

- Realizar comentarios sobre los acontecimientos en curso.
- Usar experiencias antiguas como contacto con el presente.
- Animar a la respuesta.
- Utilizar todos los sentidos (visión, audición, tacto).
- Mantener el contacto ocular para obtener y mantener la atención. Evitar, sin embargo, entrometerse en el espacio privado de la persona.
- Tener en cuenta la comunicación no verbal. Ayudarse con gestos para hacernos entender.
- No apremiar al paciente. Adaptar la comunicación a sus requerimientos.
- Facilitar un clima de buen humor.

7. TRASTORNOS SENSORIALES Y MOTORES.

Las alteraciones sensoriales y motoras ejercen un efecto negativo en las capacidades de comunicación con las personas con Alzheimer. La disminución de la visión y de la audición y la lentificación y reducción de los movimientos hacen que la comunicación y el contacto social se modifiquen y tiendan a reducirse.

La causa de que el paciente se retraiga es la disminución de la autoestima y la reacción psicológica ante las situaciones embarazosas producidas por la reducción sensorial.

Los trastornos auditivos o visuales graves si son fácilmente reconocidos por familiares y cuidadores, por el contrario, los trastornos sensoriales leves o moderados son infravalorados.

Algunas de las intervenciones que se pueden llevar a cabo en relación con dichos trastornos son:
- Corregir los déficits sensoriales, evaluando la visión y la audición.
- Corregir los déficits motores, evaluando el sistema motor, recomendándole el ejercicio en caso necesario.
- Valorar la posible patología oral.
- Mejorar el entorno físico.
- Aplicar técnicas de comunicación.
- Realizar técnicas o ejercicios de estimulación sensorial.

8. DISTANCIA INTERPERSONAL.

La comunicación y la interacción entre las personas están condicionadas por las

distancias y las ubicaciones relativas en el espacio. La proximidad, el contacto ocular, la posición frontal u oblicua y el número de personas que intervienen en un momento dado desempeñan un papel fundamental en el resultado final de la comunicación y de la vivencia psicológica de la misma. Las distancias son fundamentales para mantener la privacidad. Ante el paciente con Alzheimer debemos:
- Establecer una distancia interpersonal confortable, evitaremos la excesiva proximidad y las grandes distancias.
- Favoreceremos las interacciones de grupos de personas con idénticas características y grado de Alzheimer.
- Colocaremos adecuadamente los muebles para que no sean un obstáculo en la comunicación.

9. ADAPTACIÓN DE LOS CONTENIDOS DE LA COMUNICACIÓN Y FACILITACIÓN DE LAS ACTIVIDADES COGNITIVAS

El entorno debe adaptarse cognitiva y funcionalmente a las posibilidades del paciente. La comunicación no escapa a estos principios. La comprensión de las comunicaciones verbales será mejor si se siguen las normas generales de comunicación y si se reduce la carga de memoria y de procesamiento de la información.

9.1 NORMAS DE COMUNICACIÓN QUE FACILITAN LA COMPRENSIÓN:

- Uso de frases cortas y simples.
- Repetición de las informaciones.
- Elección de temas específicos. Mantenerse en el ámbito temático.
- Si las frases son complejas y largas, las partes iniciales deben aportar el máximo de comunicación posible.
- En una expresión larga cuyas primeras partes sean importantes para entender la comunicación, es probable que el paciente olvide estas partes.
- El uso frecuente de pronombres obliga a emplear mayor memoria de trabajo. Esta tarea añadida se puede reducir repitiendo nombres.
- Las preguntas cerradas (aquellas en las que se limitan el número de alternativas) pueden ayudar notablemente a la persona que tiene dificultades en la selección de alternativas.
- El suplemento de los estímulos verbales con imágenes u objetos facilita la comprensión.
- Las comunicaciones gestuales pueden ayudar notablemente en la comunicación.
- El contacto ocular puede ser importante para obtener y mantener la atención.

9.2 LAS TÉCNICAS DE VALIDACIÓN.

La validación consiste en una terapia de comunicación con los pacientes de Alzheimer y enfermedades relacionadas. Fue desarrollada por Naomi Feil. En el presente proyecto se realiza una presentación revisada y simplificada de las técnicas de validación:

- Concentrarse: se trata de que el cuidador se libere al máximo de toda frustración a fin de estar más abierto a los sentimientos de la persona demente.
- Usar palabras que no sean amenazadoras que se refieran a hechos que den confianza.
- Parafrasear o repetir. Repetir lo esencial que acaba de decir el paciente. El enfermo de Alzheimer validado con esta técnica se siente más seguro.
- Usar polaridades: se trata de preguntar a la persona sobre el ejemplo más extremo de su queja. La persona expresa con más fuerza sus sentimientos y libera la ansiedad.
- Imagina lo opuesto. Con frecuencia permite evocar soluciones al problema.
- Realizar reminiscencias. Evocando el pasado se pueden restablecer métodos de control para superar las exigencias de la actualidad.
- Mantendremos el contacto ocular próximo y sincero. Les aporta seguridad.
- Emplear la ambigüedad. La persona mantendrá la comunicación y el contacto, se validará la conducta y se evitará la confrontación.
- Usar tono de voz amable y suave. Evoca recuerdos positivos y reduce el estrés.
- Observar e imitar los sentimientos y emociones de personas. Si se realiza con empatía, la imitación puede ser efectiva y crear confianza.
- Relacionar una conducta con una necesidad humana no satisfecha. Las personas necesitan ser amadas, estar activas y ocupadas, así como expresar sus emociones a una persona que escuche con empatía.
- Modificar y usar el sentido preferido. Valorar cual es el sentido preferido de la persona (visión, olfato, tacto), es una forma de establecer confianza ya que permite al cuidador emplear el mejor sistema para entrar en el mundo del paciente.
- Usar el tacto: si el paciente tiene limitación en los sentidos de la visión y la audición, el tacto le permitirá notar la presencia de otro ser humano. La aproximación táctil se realizará por delante para evitar asustarlo. El tacto constituye un acto de intimidad y los cuidadores deben siempre respetar a las personas que lo eviten. Toda manifestación de resistencia indicará que el tacto no es apropiado.
- Usar la música: Las melodías aprendidas en una edad temprana pueden reaparecer en estados de confusión y demencia moderada. El canto unísono puede reforzar la autoestima del paciente.

5 Discusión-Conclusión

Por todo lo dispuesto anteriormente podemos concluir que es fundamental que el TCAE conozca las dificultades del enfermo de Alzheimer en el proceso comunicativo y la forma en la que debe actuar para satisfacer las necesidades de estos enfermos con el objetivo de mejorar no sólo el proceso comunicativo sino también la calidad de vida de los mismos.

6 Bibliografía

- Borrel, F; Manual de la entrevista clínica para la atención primaria de salud. Doyma 1989 y 1993. Barcelona.
- J. Peña Casanova. ED. Fundación La Caixa. Intervención cognitiva en la EA. 1999 40-49.
- Peitchins, S.A. La comunicación entre el personal sanitario y los pacientes. Ed. Alambra 1982. Madrid.

Capítulo 512

HIGIENE DE MANOS EN EL ÁMBITO SANITARIO

NOELIA GARCIA LOPEZ

LUCIA GARCIA GARCIA

FLORENTINA MARÍA LLAMAZARES GONZALO

MARIA TERESA AVILES SOTO

EVA MARIA FERNANDEZ CANCIO

1 Introducción

Según la OMS el contacto con las manos, en este caso del personal, constituye el principal vehículo de transmisión de infecciones en el ámbito sanitario.

La educación de los profesionales acerca de una adecuada higiene de manos, constituye una medida preventiva fundamental.

Su correcta realización evitará o la menos disminuirá la transmisión de agentes patógenos y por tanto de enfermedades nosocomiales.

2 Objetivos

- Dar a conocer la importancia de una adecuada higiene de manos, presentar recomendaciones acerca del lavado y dar a conocer los diferentes tipos de procedimientos en función de la técnica asistencial a realizar.

3 Metodología

Se hizo una revisión bibliográfica de las principales bases de datos como son Pumbed y Cochrane y también se consultó Google Academic.

4 Resultados

Entendemos por lavado de manos la frotación vigorosa de las manos previamente enjabonadas. Su fin principal es la eliminación de suciedad, flora transitoria, materia orgánica y así evitar la transmisión de microorganismos.

Según la OMS existen 5 momentos clave para la higiene de manos:
- Antes de tocar al paciente.
- Antes de realizar una tarea limpia/aséptica.
- Después del riesgo de exposición a líquidos corporales.
- Después de tocar al paciente.
- Después del contacto con el entorno del paciente.

Entendemos por higiene de manos el procedimiento que se realiza con el fin de reducir los microorganismos. Podemos diferenciar dos métodos:
- Desinfección de manos: Cuando las manos están contaminadas, pero no hay presencia de suciedad. Se realiza con preparados de base alcohólica, como mínimo durante 15 segundos.
- Lavado de manos: Cuando las manos están sucias, se realiza con agua y jabón, mediante frotación durante 15 segundos mas el tiempo necesario para el enjuagado y posterior secado.

El uso de guantes en ningún caso serás sustitutivo del lavado o desinfección de las manos.

Existen diferentes tipos de lavado de manos en función de la técnica asistencial a realizar:
- Lavado de rutina higiénico: Indicado antes y después del contacto con cada paciente, si existe probabilidad de contaminación entre procedimientos diferentes a pesar de ser el mismo paciente, después del contacto con posibles fuentes de microorganismos (fluidos, mucosas, piel no intacta…) y objetos contaminados y después de retirar los guantes. Su duración deberá de ser entre 10 y 15 segundos.
- Lavado especial o antiséptico: Previo a realizar técnicas invasivas y antes del contacto con pacientes inmunocomprometidos importantes. Su duración deberá ser entre 20 y 30 segundos.

- Lavado quirúrgico: Previo a intervenciones quirúrgicas y técnicas invasivas que requieran asepsia total. Su duración deberá ser de 5 minutos.

5 Discusión-Conclusión

El lavado de manos es una de las maneras más efectivas y económicas frente a la prevención de transmisión de microorganismos infectocontagiosos y la seguridad del paciente.

Existen evidencias que demuestran que unas medidas higíenicas correctas disminuyen la mortalidad y morbilidad por infecciones nosocomiales.

En función de la técnica asistencial a realizar procederemos a desarrollar el tipo indicado en tiempo y procedimiento.
No debemos olvidar que en ninguno de los casos el uso de guantes será sustitutivo de la higiene de manos.

6 Bibliografía

1. Alianza Mundial para la Seguridad del paciente. Directrices de la OMS sobre higiene de las manos en la atención médica: resumen. Organización Mundial de la Salud, 2007.
2. Wenzel R, et al. Guía para el control de infecciones en el hospital. Edición Actualizada. Sociedad Internacional de Enfermedades Infecciosas (ISID). Estados Unidos, 2000.
3. Herruzo CR, Vizcaino AM. Usefulness of an alcohol solution of N. duopropenide for the surgical antisepsis of the hands compared with hand washing with iodine-provinode and cholorhexidine: clinical essay. J Surg Res 2004;94(1):6-12.
4. Sánchez CH, Pérez GJ, Reyes GU. López GC. Las manos de los trabajadores de la salud como factor predisponente en las infecciones nosocomiales. Revista de Enfermedades Infecciosas en Pediatría 2000;13(51).
5. González ML, Miranda NG. La importancia del comité de prevención y control de infecciones nosocomiales. Rev Enf Inf Microbiol 2006;26(3):82-5.
6. Organización Mundial para la Salud. Alianza mundial para la seguridad del paciente. Reto mundial en pro de la seguridad del paciente 2005-2006. Una atención limpia es una atención más segura. Ginebra: World Health Organization; 2005.

7. J. Sánchez-Payá, M.D. Galicia-García, R.M. Gracia-Rodríguez, C. García-González, M. Fuster-Pérez, N. López-Fresneda, et al. Grado de cumplimiento y determinantes de las recomendaciones sobre la higiene de manos
Enferm Infecc Microbiol Clin, 25 (2007), pp. 369-375.
8. C. Ferrer, B. Almirante. Higiene de manos: una prioridad para la seguridad de los pacientes hospitalizados
Enferm Infecc Microbiol Clin, 25 (2007), pp. 365-368.
9. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. Directrices de la OMS sobre higiene de las manos en la atención sanitaria (borrador avanzado): resumen. Unas manos limpias son manos más seguras. WHO/EIP/SPO/QPS/05.2. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2005.
10. Estudio de prevalencia de las infecciones nosocomiales en España 2009. Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene, 20° Estudio. [consultado 7 Dic 2010].

Capítulo 513

LESIONES PRODUCIDAS POR EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH).

LUCIA PEREZ ALONSO

1 Introducción

El virus del papiloma humano (VPH) ,es una enfermedad de transmisión sexual que produce una infección; se transmite a través de las mucosas, produciendo una especie de verrugas en el área genital y anal, orofaríngeo, respiratorio e incluso puede producir, lesiones cutáneas, reconociéndolo como el principal responsable del cáncer de útero.

En general habría que prestar especial atención a los cambios de coloración y espesor de la piel, en las zonas de riesgo, que pueden acompañarse de secreción, dolor, sangrado, incluyendo masas y perdida de peso. Esta enfermedad, se diagnostica, tomando una muestra de las células y analizándolas, en el área genital, se aplica una dilución de vinagre (ácido acético),que volverá las zonas afectadas de un color blanquecino, y biopsiando las verrugas.

El tratamiento consiste en tratar los síntomas, aunque muchas de las infecciones producidas por este virus, acaban desapareciendo por sí solas. En el caso de ser portador de alto riesgo, la crioterapia y el tratamiento con corrientes (LEEP), serian una alternativa a la cirugía.

2 Objetivos

- Conocer las lesiones que puede llegar a producir esta enfermedad para poder identificarla y protegerse frente al contagio de la misma.

3 Metodología

Revisados 13 artículos de revista, 2 tesis, 3 artículos de libro por su relevancia en la base de datos de Dialnet, así como en varias paginas web.

4 Resultados

Tal y como muestran los resultados, la mayor parte de las personas que han contraído la infección del virus del papiloma humano (VPH), no presentan síntomas; la revisión ginecológica anual con toma de muestra de papanicolaou, serviría para llevar un control preventivo o detectar algún cambio en las células.

5 Discusión-Conclusión

No cabe duda, que el mejor tratamiento para esta enfermedad es la prevención, tener información de como se produce el contagio es vital, el uso de preservativos en las relaciones sexuales esporádicas, y la vacunacion que nos protege frente a ciertos tipos de VPH, causantes de cáncer de cérvix. Esta vacuna esta incluida en el calendario vacunal, si bien antes se suministraba a los 14 años, en el actual calendario vacunal, se adelanta a los 11 o 12 años, para asegurar su efectividad, antes de que se produzcan las primeras relaciones sexuales.

6 Bibliografía

- Base de datos Dialnet.
- www.mayoclinic.org,www.cancer.gov.

Capítulo 514

LA PRESENCIA DE LA DESNUTRICIÓN EN NUESTROS DÍAS.

LUCIA PEREZ ALONSO

1 Introducción

La desnutrición es una enfermedad que se produce por el consumo de una baja ingesta de alimentos ricos en proteínas y calorías, vitaminas y minerales. Se puede producir la desnutrición, en cualquier etapa de la vida, incluso en el periodo fetal, siendo mas vulnerables de padecerla, los niños y los ancianos, aunque debido al consumo de una mala dieta, se puede producir a cualquier edad.La desnutrición puede producir, fatiga perdida de peso, mareos, palidez, fatiga muscular, ausencia de menstruación, anorexia, depresión, perdida de cabello, estreñimiento o diarrea, astenia, etc.

2 Objetivos

- Detectar el riesgo que puedan tener los pacientes de padecer desnutrición y evitar la progresión de la enfermedad, asegurar la ingesta de alimentos para mejorar su salud, así como educar en nuevos hábitos alimenticios.

3 Metodología

Se encontraron 134 artículos de revista y 59 tesis, en la base de datos de Dialnet, utilizando 19 artículos y revisando 6 tesis por su interés, también se recopilaron datos de algunas paginas web.

4 Resultados

Como muestran los resultados obtenidos de las revisiones sistemáticas, con el diagnóstico, se consigue corregir esta enfermedad, con pruebas analíticas, a través de mediciones del indice de masa corporal (IMC), y observando los edemas que presentan estos pacientes en los miembros inferiores, son datos suficientes para curar esta enfermedad. Siendo la desnutrición una enfermedad causada por déficit de nutrientes, el tratamiento estaría enfocado a cubrir todas las necesidades alimenticias, y paliando los síntomas ,ademas de mantener un control del paciente.

5 Discusión-Conclusión

La nutrición es fundamental para el organismo, una alimentación variada y equilibrada, sería suficiente para evitar este tipo de enfermedades que según el indice de gravedad, puede producir enfermedades graves e incluso la muerte. Ni que decir tiene, que la desnutrición es una enfermedad de extrema gravedad en el tercer mundo. La educación alimentaria, es un método preventivo muy importante en esta enfermedad y en muchas otras que derivan de los malos hábitos alimenticios.

6 Bibliografía

- Base de datos de Dialnet.
- www.urac.org.
- www.unicef.es.

Capítulo 515

CUIDADOS BÁSICOS DEL PACIENTE OSTOMIZADO

CATALINA ALVAREZ SANCHEZ

ROBERTO PASTOR GONZÁLEZ

CRISTINA FERNANDEZ ALVAREZ

1 Introducción

Una ostomía es una práctica común en cirugía, que consiste en la exteriorización de una parte del intestino a la pared abdominal, mediante una apertura que se denomina estoma, creando así una apertura hacia el exterior.

Pueden ser temporales o permanentes, y dependiendo de su localización hay varios tipos:
- Aparato respiratorio: traqueostomía.
- Aparato urinario: nefrostomía, ureterostomía.
- Aparato digestivo: colostomía, yeyunostomía.

Pueden tener varias piezas: una única, en la que la bolsa va pegada a la piel; dos piezas: la bolsa va conectada a un opérculo o placa el cual está pegado a la piel.

Pueden ser abiertas o cerradas: cuando es abierta, no hace falta quitar la bolsa para vaciarla, ya que esta tiene una apertura; cuando son cerradas, no hay más remedio que cambiar la bolsa cuando se llenan.

2 Objetivos

- Dar a conocer lo que es una ostomía y los cuidados sobre un tipo de ellas, así como los problemas que puede causar.
- Analizar e informar tanto a pacientes y cuidadores que realicen estos cuidados en su casa, como profesionales sanitarios que los desconozcan.

3 Metodología

- Se consultaron varias páginas webs y artículos encontrados en la base de datos SciELO.
- Se realizó una lectura crítica de la información, seleccionando así la más relacionada y adecuada para este trabajo.

4 Resultados

A la hora de abordar los cuidados de una ostomía del aparato digestivo, como puede ser una colostomía, por ejemplo, es muy importante los cuidados del estoma, que es la apertura desde el órgano digestivo hacia el exterior. Es básico mantener la piel alrededor del estoma limpia y seca, se puede limpiar con suero fisiológico o agua, y secar con gasas. Los picores, ardores, enrojecimiento o inflamación, son signos de alarma, que nos indican que el etoma necesita una limpieza, y en el caso de no ser suficiente, consultar con un profesional. Indispensable es también usar una bolsa y que la apertura de la barrera para la piel del tamaño adecuado, para que el contenido fecal caiga directamente en la bolsa, sin entrar en contacto con la piel de alrededor, ya que podría dañarla.

Para vaciar la bolsa, en el caso de que sean abiertas, se debe hacer despegando o abriendo la apertura que esta presente, y vertiendo el contenido directamente en el WC o en un recipiente para luego desecharlo al WC. En el caso de que sea un sistema cerrado, se debería desenganchar la bolsa de la placa pegada a la piel, desecharla, y colocar otra nueva.

Se debería cambiar el sistema de la bolsa colectora y placa de forma periódica, cada 72h. Intentado despegar su piel de forma suave de la placa, de abajo hacia arriba.

Pueden existir factores que alteren el sellado de la bolsa, como son la piel grasa y húmeda, realizar ciertos deportes, sudoración, etc.

A la hora de bañarse o ducharse, se puede realizar con toda normalidad con la bolsa colectora o el sistema colector.

Si se diera el caso de que presenta mucho vello alrededor de su localización del estoma, es preciosa rasurarlo o recortarlo con una tijera, nunca con una maquinilla.

Se podría dar el caso de que existiese alguna fuga, entonces sería conveniente despegar todo el sistema, bolsa y placa, y limpiar bien, asegurarnos de que está seco y volver a colocarlo. Existen potentes adhesivos en el mercado, específicamente para colostomías, con el objetivo de reducir la incidencia de fugas.

5 Discusión-Conclusión

Las ostomías del aparato digestivo son totalmente desconocidas para una gran cantidad de la población, e incluso para profesionales sanitarios que nunca tuvieron contacto con ninguna. En cambio, para las personas que se vieron con la necesidad de someterse a esta intervención, los cuidados del estoma es algo totalmente normalizado, como el aseo diario, y llevan una vida prácticamente normal, ocultado (o no) su bolsa en el abdomen debajo de la ropa.

Las ostomías se tienen que dar a conocer, y dejar de verlas como algo "extraño" y sobre todo estar actualizados en cuáles son los mejores cuidados para abordar la situación cuando nos topemos con ellas.

6 Bibliografía

- https://es.wikipedia.org/wiki/Ostom%C3%ADa.
- https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-de-enfermeria-al-paciente-ostomizado/.
- https://www.cancer.org/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/efectos-secundarios-fisicos/ostomias/colostomia/manejo.html.
- http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572001000400008.

Capítulo 516

DROGAS Y SALUD MENTAL

CARMEN CALDEVILLA

1 Introducción

El consumo de drogas está cada vez más presente en nuestra sociedad. Es un problema que apareció hace tiempo y cuyas consecuencias afectan a todos los estamentos sociales y a todas las actividades profesionales. Drogas hay de muchos tipos y sus consecuencias son también muy variadas.

Hay, sin embargo, un aspecto de las drogas que nos ocupa y preocupa y es su influencia en las enfermedades mentales y como poco a poco en las unidades de salud mental el porcentaje alto de pacientes presentan alguna dependencia de sustancias tóxicas. Hoy se aplica el término ”patología dual” para referirse al hecho de que una persona sufra dos patologías, una de ellas una adicción y la otra un trastorno mental.

2 Objetivos

- Ser conscientes de qué hablamos cuando nos referimos a drogas, clasificación de las sustancias que influyen y ocasionan trastornos mentales.
- Discernir la causa y las consecuencias ¿las personas con patologías psiquiátricas tienen mayor tendencia a consumir sustancias adictivas o es la drogodependencia la que lleva al desarrollo de trastornos mentales?
- Plantear la pregunta: ¿Deben los servicios de salud mental ocuparse de la enfermedad mental derivada del consumo de drogas o estos problemas deben solucionarse en otros servicios existentes o crearlos si fueran necesarios?

3 Metodología

La relación entre enfermedad mental y drogodependencia está muy bien documentada, por lo que la metodología seguida nos enlaza y pone en paralelo una realidad con la otra.

Lo primero es clasificar las drogas de las que queremos hablar y que incluyen tanto las que consideramos ”legales” como las que no y que provocan dependencia.

Buscamos también información sobre las enfermedades mentales, las grandes desconocidas del sistema de salud y probablemente las mas estigmatizadas por la sociedad y, sobre todo, no solemos relacionar la enfermedad mental con la droga; tendemos a aislar ambas realidades pero es un tema ampliamente documentado.

Donde encontramos menos bibliografía , seguramente por falta de previsión, es en el tema del futuro de la salud mental y su capacidad para acoger a este tipo de pacientes, aunque bajo el título de ”patología dual” encontramos bastantes aportaciones.

4 Resultados

Con demasiada frecuencia los consumidores de drogas, sobre todo los jóvenes, desconocen los efectos que las drogas pueden tener sobre la salud mental. los datos son claros: ” España es de los países europeos donde mas droga se consume”, según el informe del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones.

Falta conciencia de los efectos y, sobre todo, de que todas las drogas pueden tener algún efecto sobre la salud mental, bien desencadenando un trastorno mental o agravar uno preexistente. Con frecuencia están asociados a trastornos afectivos (depresión, ansiedad...) y, en casos mas graves, a trastornos psicóticos.

Los trastornos por el usos de sustancias generalmente implican patrones de comportamiento en los que la persona continúa consumiendo una sustancia a pesar de experimentar problemas derivados de ello.

Las sustancias involucradas tienden a pertenecer a una de las 10 clases de fármacos que típicamente causan trastornos relacionados con sustancias:
- Alcohol.
- Ansiolíticos y sedantes.

- Cafeína.
- Cannabis.
- Alucinógenos.
- Inhalantes.
- Opiáceos
- Estimulantes (anfetaminas y cocaína).
- Tabaco.
- Otras(esteroides y anabolizantes).

Todas estas sustancias activan directamente el sistema de recompensa al cerebro y producen una sensación de placer. Esta activación hace que la persona anhele la sustancia y descuide su vida diaria.

Los trastornos por usar estas sustancias pueden producirse tanto si la droga es legal como si no.
- El alcohol, por ejemplo, aunque tiene u efecto de desinhibición, su efecto posterior es depresivo. Si hay un cuadro depresivo el alcohol lo agrava.
- El cannabis está muy relacionado con los trastornos mentales psicóticos, es más, la mayoría de los pacientes jóvenes que ingresan por trastornos psicóticos tiene un consumo de cannabis asociado.
- La cocaína, genera una adicción, muy rápida. Se la relaciona con problemas de ansiedad y cuadros depresivos.

Enfermedad mental y drogas suelen ir de la mano. Es lo que se llama ”patología dual”. Estos pacientes presentan mayor gravedad tanto desde una perspectiva clínica como social, que aquellos que solo padecen un tipo de trastorno (adictivo o psiquiátrico). La preguna es qué fue primero el problema psiquiátrico o la adicción. Según la mayoría de los psiquiatras habitualmente surge primero la patología psiquiátrica y después la adicción a las drogas. También existen personas que tienen una predisposición genética a padecer una enfermedad mental, es decir tienen cierta vulnerabilidad y debido al consumo de una sustancia la acaban desarrollando.

La opinión generalizada para el abordaje del problema va orientada a trabajar en equipos multidisciplinares y abordar ambas problemáticas a la vez, desterrando mitos que relacionan drogas con nivel educativo, social o cultural.

El problema cada vez mas acuciante de los servicios de salud mental es que el número de pacientes con problemas de toxicomanías es cada vez mayor. Esto trae consigo mas problemas como es la falta de preparación del propio personal o la

difícil convivencia de los enfermos psiquiátricos con los que presentan además una doble patología psiquiátrica y de dependencia de alguna sustancia.

Es necesario que las unidades de psiquiatría cuenten con áreas dedicadas a esta patología dual, diferenciada del enfermo psiquiátrico propiamente dicho. Debemos de tratar dos problemas: la drogodependencia y la enfermedad psiquiátrica desde un punto de vista multidisciplinar.

5 Discusión-Conclusión

Las drogas y por lo tanto los problemas derivados de su consumo son cada vez mayores en nuestra sociedad, tanto si estas sustancias son legales como si no, y según todos los datos esta problemática va en aumento lo que hace necesario un planteamiento de la asistencia psiquiátrica adaptada a la nueva realidad.

La enfermedad mental derivada del consumo de drogas tiene sus particularidades y por tanto su tratamiento debe tenerlas también y no debería tratarse como una enfermedad psiquiátrica común ni en las unidades psiquiátricas de la mayoría de los hospitales. Son, por tanto, necesarias unidades especializadas para ello.

6 Bibliografía

- Patología dual, situacón actual y retos de futuro. Marta Torrens Mélich 2008.
- Trastornos por el uso de sustancias , Thomas Kosten, MD Baylor College of Medicine/MD Anderson cancer center; Daryl Shorter. 2018.
- Las drogas y la salud pública, ¿Hacia dónde vamos? M.E. Medina-Mora 2013.

Capítulo 517

LACTANCIA MATERNA

ESTHER PÉREZ MANZANO

ANA MARÍA ARIAS DE HARO

1 Introducción

La leche materna es la alimentación más adecuada tanto por su aporte nutricional como por el vinculo afectivo entre madre y bebé. Para llevar a cabo una lactancia satisfactoria es necesario una buena postura y un buen agarre.

La lactancia materna es una forma de alimentación que consiste en la ingesta de leche producida de manera natural en el seno materno.

La composición de dicha leche varia en el tiempo, adaptándose siempre a las necesidades del bebé, lo que asegura una alimentación completa para su óptimo desarrollo.

Alguno de los componentes que encontramos son los que se enumeran a continuación:
- Grasas: Es el componente más variable de la leche materna, su concentración depende tanto del momento de la lactancia que estemos hablando (calostro o lactancia establecida) y variaciones dentro de la misma mamada (la leche final tiene más concentración que la primera).
- Proteínas: Se encuentran centenares de proteínas, entre ellas la caseína o la alfa-lactoalbumina las cuales ayudan al crecimiento , activan el sistema inmune y desarrollan su sistema neurológico.
- Vitaminas y minerales: Favorecen el crecimiento y formación de huesos y dientes.

- Hidratos de carbono: El principal es la lactosa, disacárido compuesto por glucosa y galactosa.
- Enzimas: Ayudan al sistema digestivo e inmunitario y permiten la absorción del hierro.
- Hormonas : Ayudan entre otras cosas a regular el apetito y los patrones de sueño del bebé.
- Agua: Contiene grandes cantidades por lo que permite que el bebé mantenga un perfecto equilibrio electrolítico.

Beneficios de la lactancia materna.
Elegir la lactancia materna como alimentación para el bebé trae consigo una serie de beneficios tanto para él como para su madre. A continuación se explican los más destacados:

Protección inmunológica : Ayuda a formar un eficiente sistema inmunitario sentando así las bases para una buena salud en el futuro.

Facilita la digestión: Por su adecuada composición consigue mejores digestiones evitando estreñimiento y cólicos.

Vinculo materno: El contacto que se establece con la lactancia materna hace que se establezcan las bases del apego.

Desarrollo intelectual del niño: Hay diversos estudios que asocian la lactancia materna con una mejoría en la capacidad de aprendizaje y un mejor desarrollo psicomotor.

Mejora la recuperación de la madre: Beneficia a la madre ayudando a que el útero se contraiga más rápido tras el parto. La madre recuperará su peso previo al embarazo con mayor facilidad. Así mismo también la protege de varios tipos de cáncer y reduce el riesgo de osteoporosis.

Además de lo citado anteriormente cabe destacar que la leche materna siempre está disponible, mantiene siempre la temperatura adecuada, es aséptica y económica.

Situaciones en las que la lactancia materna esa contraindicada .
Aunque se suele recomendar la lactancia materna siempre hay excepciones que pueden ser a causa del bebé o a causa materna.

Afecciones infantiles:
- Galactosemia : Se trata de una enfermedad enzimática hereditaria por la que no se puede descomponer la galactosa. Se necesita una fórmula especial libre de galactosa.

- Fenilcetonuria: se requiere una fórmula especial libre de fenilalanina.

Existen otros casos en los cuales la lactancia materna esta indicada pero los recién nacidos requieren otros alimentos, al menos, durante un tiempo establecido:
- Muy bajo peso al nacer (nacen con menos de 1500g).
- Muy prematuros, (los que nacen con menos de 32 semanas de gestación).
Afecciones maternas que requieren evitar la lactancia o en las que se debe tomar medidas especiales:
Infeccion del VIH.
Madres que toman medicación contraindicada en la lactancia o consumidoras de droga.
Portadoras de hepatitis B.
Portadoras hepatitis C.
Absceso mamario: el amamantamiento debería continuar con el lado no afectado; el amamantamiento con el pecho afectado puede reiniciarse una vez se ha iniciado el tratamiento.
Tuberculosis :la madre y el bebé debe ser manejados juntos de acuerdo a las guías nacionales de tuberculosis.
Mastitis: Si la lactancia es muy dolorosa, debe extraerse la leche para evitar que progrese la afección

Importancia de las posturas para amamantar:
A la hora de escoger una postura es importante valorar la comodidad, se debe escoger un lugar adecuado donde tengamos buen apoyo en la zona lumbar y cervical para evitar posibles lesiones por posturas inadecuadas.

Lo primero que se debe comprobar es el agarre del bebe al pecho para que la succión sea correcta.
Se debe comprobar la apertura de la boca, que los labios estén evertidos, la lengua bajo el pezón y nariz y barbilla toquen el pecho.

Si el bebé no succiona correctamente pueden aparecer diferentes problemas como grietas o mastitis.
- Grietas: Salen cuando el bebé mama solo del pezón, es posible que este bien colocado pero que tenga una succión disfuncional o un problema de falta de movilidad

en la lengua llamada anquiloglosia.
- Mastitis: Cuando hay grietas las bacterias pueden penetrar en la mama produciendo un infección y una obstrucción en los conductos mamarios. La mastitis cursa con inflamación, dolor de pecho y calor. En algunos casos puede producir fiebre, malestar general, cefalea y nauseas.

Pasos a seguir para amamantar:
Ante todo, la madre elige la postura que le resulte más cómoda ya que tendrá que mantenerla durante un tiempo y pone a su alcance todo aquello que crea que va a necesitar.

- Se acerca el niño al pecho y lo coloca perpendicular a la orientación del pezón.
- Colocar el pezón frente a la nariz del bebé
- Cuando abre la boca, acercar al bebé con rapidez.
- Madre e hijos han de quedar cuerpo contra cuerpo (frente a frente).
- El pezón ha de quedar apuntando al paladar del bebé.

A continuación se explican algunas posiciones adecuadas para el amamantamiento, todas son válidas, la elección dependerá de la preferencia materna.

- Postura sentada- Posición "de rugby". El cuerpo del bebé pasa por debajo del brazo de la madre y sus pies apuntan a la espalda.
- Postura sentada – cuna: :El bebé estirado frente a la madre en contacto con su cuerpo, mamando de un pecho y con sus pies hacia el otro pecho. Es la más habitual.
- Postura sentada – Posición caballito: En esta posición el bebé está sentado a horcajadas sobre una de las piernas de su madre
- Postura biológica: La madre se encuentra relajada se estimula al bebe el instinto natural de buscar el pecho
- Postura acostada- posición estirado:. Esta postura facilita el descanso de la madre, esta recomendada especialmente para las tomas nocturnas.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Conocer la composición de la leche materna.

Objetivos secundarios:
- Averiguar los beneficios que proporciona la lactancia materna.
- Conocer situaciones en las que la lactancia materna está contraindicada.

- Reconocer las principales posiciones de amamantamiento.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Bibliografía

- https://albalactanciamaterna.org/.
- www.medela.es
https://www.mamaprolactancia.com/.
- Técnicas básicas de enfermería. (McGrawHill 2008).

Capítulo 518

EL TRABAJO Y LA SALUD, FACTORES DE RIESGO

YANIRA LÓPEZ PARRONDO

MONICA FERNANDEZ FERNANDEZ

ANA BELÉN ÁLVAREZ SUÁREZ

MARÍA JESÚS ALVAREZ SÁNCHEZ

MARIA JESUS GARCIA GONZÁLEZ

1 Introducción

Pretendemos adquirir conceptos fundamentales básicos de trabajo y salud, qué es lo que se entiende en este momento sobre condiciones de trabajo, así como cuáles son sus posibles repercusiones sobre la seguridad y la salud en el trabajo.

Desde los tiempos más remotos de la humanidad, el ser humano ha tenido que realizar una serie de actividades para poder sobrevivir, muchas de ellas, en presencia de riesgos importantes para su seguridad y salud. A medida que ha pasado el tiempo, la sociedad no asume, de la misma forma que antes, la presencia de determinados riesgos en el trabajo, y se demandan mejoras en las condiciones en las que se realiza dicho trabajo.

La evolución en la forma de ejecución de los trabajos ha hecho posible la reducción de un número considerable de riesgos en el ámbito laboral y la aparición

de nuevos, los riesgos emergentes, que es necesario identificarlos, evaluarlos y controlarlos.

Es evidente la existencia de una estrecha relación entre trabajo y salud. En esta unidad didáctica analizaremos las relaciones entre trabajo y salud, identificaremos los factores de riesgo susceptibles de ocasionar trastornos o daños en la salud de las personas trabajadoras y profundizaremos en los métodos de trabajo para alcanzar el de manera que se permita el desarrollo de los individuos a través de su trabajo. Unidad didáctica fundamental, pues contempla interrelaciones positivas y negativas entre el trabajo y salud , bajo el prisma de la seguridad en el trabajo, higiene industrial, ergonomía y psicosociología aplicada y medicina del trabajo.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Evitar los riesgos.

Objetivos secundarios:
- Evaluar los riesgos que no se puedan evitar.
- Combatir los riesgos en su origen.
- Tener en cuenta la evolución de la técnica.
- Sustituir lo peligroso por lo que entrañe poco o ningún peligro.
- Planificar la prevención, buscando un conjunto coherente que integre en ella la técnica, la organización del trabajo, las condiciones de trabajo, las relaciones sociales y la influencia de los factores ambientales en el trabajo. - Adoptar medidas que antepongan la protección colectiva a la individual.
- Dar las debidas instrucciones a los trabajadores.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Aún siendo un concepto no muy sencillo de explicar, se ha llegado a aceptar como concepto de « trabajo », a la actividad social convenientemente organizada que, a través de la combinación de una serie de recursos, como pueden ser principalmente, las propias personas trabajadoras, los materiales, productos, equipos, máquinas, energía, tecnologías y organización, permite al ser humano alcanzar unos objetivos prefijados y satisfacer unas necesidades.

La realización del trabajo por parte del ser humano ha supuesto, y va a seguir suponiendo, con los consiguientes aspectos tanto positivos como negativos que ello comporta, una importante modificación o transformación de la propia naturaleza, mediante el concurso de dos elementos fundamentales en el mundo del trabajo: la tecnificación y la organización del trabajo.

El concepto de salud evoluciona con el tiempo. En su definición influyen factores económicos, culturales y políticos. Es por ello que el concepto de salud está en constante desarrollo. La Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) define salud contemplando no sólo aspectos de salud física sino también aspectos psíquicos y sociales: ”La salud es un estado de bienestar físico, mental y social completo y no meramente la ausencia de daño y enfermedad”.

Al igual que el concepto de trabajo, el concepto de salud tiene diversas acepciones que han ido aflorando a través del tiempo.

Si se quisiera considerar la salud desde un punto de vista médico, dicho concepto se podría interpretar como la ausencia de enfermedad, o el preservar, mantener o recuperar la salud colectiva. Desde un punto de vista social, la salud podría considerarse como un derecho de las personas, como un logro social o como un mero resultado económico.

Salud y Trabajo es, pues, un binomio con multitud de interrelaciones cuyo resultado, en ocasiones, es el deterioro de la salud de la persona que realiza el trabajo que es necesario afrontar a través de la prevención de los riesgos

Según este término las condiciones de trabajo englobarían tres ámbitos diferenciados:
- El medio ambiente de trabajo. Entendiendo como tal el conjunto de aspectos materiales que conforman el entorno donde se realiza una tarea (condiciones de seguridad, contaminantes químicos, físicos, biológicos, etc.).
- Las exigencias de las tareas. El ritmo y la carga de trabajo de la tarea a realizar

(esfuerzos, posturas, atención, monotonía, etc.).
- La organización del trabajo. Forma en la que el trabajo se fragmenta en tareas elementales, así como el reparto entre los distintos individuos, unido a la velocidad de ejecución, estructuras de autoridad y de jerarquía, relaciones establecidas, etc.

Por otro lado, los principales factores de riesgo laboral los podemos agrupar en cinco grupos:

- Factores debidos a las condiciones de seguridad.
- Factores derivados del entorno físico de trabajo.
- Factores de origen químico o biológico.
- Factores derivados de las características del trabajo.
- Factores derivados de la organización del trabajo.

5 Discusión-Conclusión

Que el trabajo puede ser dañino para la salud y que ambos conceptos están relacionados es patente, por eso debemos establecer relaciones positivas y negativas , lo que invita a alcanzar niveles de excelencia en la salud y en la calidad de vida en el trabajo.

6 Bibliografía

- Jesús Felipe Uribe Prado (2016) Psicología del trabajo. Editorial Manual Moderno S.A. de C.V. Capítulo 2.
- Fernando Gil Hernández (2011) Tratado de Medicina en el trabajo, 3ª edición. Editorial Elsevier España, S.L.U. Capítulo 1.
- Méndez Mateo, Inmaculada; Cerezo Ramírez, Fuensanta (2018) La repetición escolar en educación secundaria y factores de riesgo asociados. Editorial Educación XX1. Volumen 21, pág 41-61.
- Laura Ramírez-Landeros, Rogelio Flores Ramírez, Andrés Palacios, Evelyn Van Brussel, Donaji González-Mille, Moisés Vallejo Pérez, Claudia Paz, Fernando Díaz-Barriga Martínez (2018) Programas de ciencias ambientales y salud. Revista de Salud Ambiental , volumen 18, Nº2.
- Mabel Rocío Hernández (2015) Autocuidado y promoción de la salud en el ámbito laboral. Revista Salud Bosque, volumen 5, Nº2.

- Fernando Henao Robledo (2015) Diagnóstico integral de las condiciones de trabajo y salud. ECOE Ediciones Ltda. Pág 18-20.

Capítulo 519

CALZADO DEL PERSONAL SANITARIO PARA TCAE

NATALIA ALEXANDRA LÓPEZ BLANCO

1 Introducción

El trabajo en el ámbito sanitario, y en el hospitalario principalmente, se realizan muchas tareas a nivel asistencial que exigen al trabajador permanecer muchas horas en situación de bipedestación (hasta el 75% de las horas de trabajo), bien sea estática (de pie) o dinámica (caminando, generalmente en distancias de corto recorrido). Esto supone someter al pie a presiones continuas (peso corporal) y a grandes exigencias biomecánicas (flexoextensión continua), y además con actividades de riesgo (cambios de dirección continua, subir y bajar escaleras, manipulando cargas, etc.).

2 Objetivos

- Dar a conocer al TCAE información importante sobre el calzado sanitario.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Riesgos derivados de la estabilidad del calzado:
- Resbalones y/o caídas. El 10% de los AT en el ámbito sanitario, son caídas. Las bajas laborales son el 23,53%, y se deben a: Accidentes in itínere, caídas al mismo nivel (fundamentalmente por calzado inadecuado como zuecos, no usar el pasamanos y tropiezos).
- Esguinces y/o luxaciones.
- Destalonamiento (como un riesgo específico con entidad propia).

Riesgos derivados de la falta de adaptación del zapato (directamente relacionado con la baja calidad del calzado):
- Dolor en MMII y en la Planta del Pie.
- Elevación de la temperatura del pie (por falta de ventilación).
- Sudoración excesiva (por falta de transpiración).
- Falta de flexibilidad (por la calidad del material).
- Mala adaptación del pie (por mal diseño de la horma: rozaduras, erosiones, durezas).
- Hinchazón y cansancio (fatiga muscular).
- Dedos en garra.
- Lesiones en la CV (hernia de disco).
- Otras: uñas encarnada, juanetes, queratosis (callos), pies cansados.

5 Discusión-Conclusión

La importancia de un buen calzado durante el desarrollo de nuestra actividad laboral para nuestra salud, es muy importante. Utilizar un buen calzado es fundamental ya que los pies soportan todo el peso del cuerpo. Cabe recordar que es una parte de nuestro cuerpo compleja por su estructura ósea, articulaciones, ligamentos, nervios y demás.

6 Bibliografía

- https://www.insst.es/documents/94886/96076/calazado+uso+profesional/73a46d03-f4fe-40a3-8869-080d1760cdd6
http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/60365/1/60365.pdf
- https://www.boe.es/boe/dias/2019/07/22/pdfs/BOE-A-2019-10744.pdf.
- https://apps.who.int/iris/bitstream/handle.

Capítulo 520

EL ESTREÑIMIENTO EN LA HOSPITALIZACION DEL PACIENTE GERIATRICO

VERÓNICA VELASCO GARCÍA

ZINOVIA VIERU BULIGA

1 Introducción

Para el buen funcionamiento del organismo, es necesaria la excreción de todas las sustancias nocivas e inservibles que produce nuestro cuerpo.

Estas eliminaciones deben de ser cuidadosamente observadas, ya que nos facilitan datos útiles para conocer o valorar el estado de su enfermedad, en caso de apreciar signos anormales, el paciente deberá informar cuanto antes al personal sanitario para poder tomar medidas al respecto.

El estreñimiento afecta a la calidad de vida, el rendimiento físico y cognitivo y a las relaciones sociales del adulto mayor , donde es más frecuente éste tipo de afección.

Hay una falta de atención importante sobre las pautas para prevenir el estreñimiento: es preciso diagnosticarlo y tratarlo de forma efectiva, desarrollándose actividades para conseguir que todos los ancianos tengan un ritmo intestinal adecuado durante su estancia hospitalaria.

2 Objetivos

- Conseguir los registros de la eliminación intestinal diaria del paciente para poder analizarlos y tomar las medidas higiénicas y nutricionales más adecuadas en cada persona.

3 Metodología

Búsqueda bibliográfica, consultando diversas revistas científicas así como diferentes bases de datos (Pubmed y Clinical Key). Como personal sanitario en un hospital geriátrico, hacemos una comparación durante los meses de Noviembre y Diciembre de 2019 a pacientes hospitalizados en las unidades de agudos, ictus, y ortogeriatría haciendo un recuento del registro de las deposiciones diarias, teniendo en cuenta la medicación que tienen pautada y la capacidad de cada paciente en cuanto a movimiento físico.

4 Resultados

Hay varios factores que afectan a la defecación :
La edad (ancianos) donde se ve afectado el carácter de la eliminación y su control.

La dieta: es necesario una rutina horaria de comidas para que exista un ritmo regular en la evacuación, además de un consumo de alimentos ricos en fibra y una ingesta abundante de líquidos.

Factores emocionales: en personas con depresión el peristaltismo disminuye pudiendo ocasionar estreñimiento.

Fármacos : opiáceos, antidepresivos, hierro, favorecen el estreñimiento.

Patologías: enfermedades musculares o neurológicas que conllevan una disminución de la movilidad pueden dar lugar a este problema.

Factores psicosociales: falta de tiempo o intimidad están asociados a una disminución del número de deposiciones o estreñimiento.

Factores mecánicos producen un impacto negativo en los hábitos intestinales como por ejemplo la presencia de barreras arquitectónicas .

Como norma general, en el momento del ingreso se valorará la alteración o no de la necesidad de eliminación. A todo paciente que pueda comer, se le asignará una dieta pobre en grasas saturadas e hiposódica, añadiendo la especificación "rica en fibra" y , siempre que no haya contraindicaciones, se le asegurará el aporte hídrico necesario (1,5 litros/día).

Con respecto a la actividad física, se iniciará lo antes posible con tal de favorecer la movilidad intestinal, siempre bajo prescripción facultativa.

5 Discusión-Conclusión

En la persona anciana, el estreñimiento es una patología muy frecuente, que desencadena una serie de problemas biopsicosociales, dejando las medidas higienicodietéticas en un segundo plano e interfiere negativamente en la calidad de vida de la persona hospitalizada

6 Bibliografía

- Verdejo C. Estreñimiento crónico: un antiguo problema de salud que precisa nuevas soluciones.
- Juarranz Sanz M, Calvo Alcántara MJ, Soriano Llora T. Tratamiento del estreñimiento en el anciano. Medicina General. 2003.
- Hernando Torre M, Hernández Díaz C. Prevención del estreñimiento en pacientes cardiacos ingresados. Boletín informativo de la AEEC [Enferm Cardiol].1994.
- Alarcón MT, González JL, Bárcena A, Sánchez del Corral F, Muñoz C, Salgado A. Características del paciente geriátrico al ingreso en la unidad de agudos de un servicio de geriatría.

Capítulo 521

FASCITIS PLANTAR PARA TCAE

NATALIA ALEXANDRA LÓPEZ BLANCO

1 Introducción

La fascitis plantar es un problema frecuente de dolor en la región plantar en los adultos. Es un proceso autolimitado aunque de larga evolución. Cuanto antes se diagnostique y se inicie el tratamiento, mayor es la probabilidad de éxito. El diagnóstico se realiza mediante la historia clínica y la exploración física.

2 Objetivos

- Dar a conocer al TCAE información interesante sobre la fascitis plantar.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La presentación clínica típica es dolor en la planta del pie y concretamente en la parte inferior del talón. Suele ser más intenso en los primeros pasos de la mañana

o después de un período de inactividad física, aumenta con la bipedestación prolongada o con actividades que requieren cargar pesos.

No es frecuente que haya parestesias o dolor nocturno.En la exploración física el paciente nota dolor cuando se palpa en la región inferior del talón, la región anteromedial del calcáneo y/o a lo largo de la fascia plantar. El dolor se incrementa con la dorsiflexión forzada del pie y de los dedos, con la extensión de la rodilla al tensar la aponeurosis plantar y al caminar sobre las puntas de los dedos.

Las radiografías simples del pie suelen ser poco útiles, ya que no existe una correlación clínico-radiológica: hasta el 15-20% de las personas con espolón calcáneo en una radiografía no tienen dolor plantar, y sólo el5% de los pacientes con dolor plantar tienen un espolónen la radiografía.

La ecografía y la resonancia magnética son pruebas útiles para visualizar cambios en la morfología de la fascia plantar, como un engrosamiento; sin embargo, no es necesario realizar ninguna prueba complementaria, a no ser que sospechemos otra afección.

5 Discusión-Conclusión

Reposo relativo evitando sobrecarga mecánica y actividades que agravan el dolor: usar zapatos de suela de goma almohadillada, reducir el peso corporal (obesos y diabéticos) y aplicar hielo después del ejercicio. No hay evidencia científica de estas medidas.

6 Bibliografía

- http://svmefr.com/wp-content/uploads/2018/03/Sociedad-valenciana-medicina-fisica-y-rehabilitacion-ejercicios-fascitis-plantar.pdf
http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v88n1/10_revision8.pdf
.
- https://www.medigraphic.com/pdfs/pinar/rcm-2015/rcm152e.pdf.
- https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/5777/TFGO%20159.

Capítulo 522

HISTORIA DE LA VACUNA PARA TCAE

NATALIA ALEXANDRA LÓPEZ BLANCO

1 Introducción

La historia de las vacunas no comenzó con la primera vacuna: el uso por parte de Edward Jenner del material de las pústulas de viruela vacuna para proporcionar protección contra la viruela. Más bien, comienza con la larga historia de enfermedades infecciosas en humanos, y en particular, con los primeros usos del material de viruela para proporcionar inmunidad a esa enfermedad.

2 Objetivos

- Dar a conocer al TCAE información interesante a cerca de la historia de la vacunación.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Existe evidencia de que los chinos emplearon la inoculación de la viruela (o variolación, como se llamaba tal uso del material de la viruela) ya en 1000 CE. También se practicó en África y Turquía, antes de extenderse a Europa y América.

Las innovaciones de Edward Jenner, que comenzaron con su exitoso uso en 1796 del material de la viruela para crear inmunidad contra la viruela, rápidamente extendieron la práctica. Su método experimentó cambios médicos y tecnológicos durante los siguientes 200 años, y finalmente resultó en la erradicación de la viruela.

La vacuna antirrábica de 1885 de Louis Pasteur fue la siguiente que tuvo un impacto en la enfermedad humana. Y luego, en los albores de la bacteriología, los desarrollos siguieron rápidamente. Las antitoxinas y vacunas contra la difteria, el tétanos, el ántrax, el cólera, la peste, la fiebre tifoidea, la tuberculosis y más se desarrollaron durante la década de 1930.

La mitad del siglo XX fue un momento activo para la investigación y el desarrollo de vacunas. Los métodos para cultivar virus en el laboratorio condujeron a rápidos descubrimientos e innovaciones, incluida la creación de vacunas contra la poliomielitis. Los investigadores se centraron en otras enfermedades comunes de la infancia, como el sarampión, las paperas y la rubéola, y las vacunas para estas enfermedades redujeron en gran medida la carga de la enfermedad.

Las técnicas innovadoras ahora impulsan la investigación de vacunas, con tecnología de ADN recombinante y nuevas técnicas de entrega que llevan a los científicos en nuevas direcciones. Los objetivos de enfermedades se han expandido, y algunas investigaciones sobre vacunas están comenzando a centrarse en afecciones no infecciosas, como la adicción y las alergias.

Más allá de la ciencia detrás de las vacunas, estos plazos cubren también aspectos culturales de la vacunación, desde el hostigamiento temprano de los variolladores de la viruela (ver la intimidación de un ministro prominente descrito en la entrada de la epidemia de viruela de Boston de 1721) hasta el establecimiento de mandatos de vacunación, hasta el efecto de la guerra y los disturbios sociales en las enfermedades prevenibles por vacunación.

Edward Jenner, Louis Pasteur y Maurice Hilleman, pioneros en el desarrollo de vacunas también reciben especial atención.

5 Discusión-Conclusión

De acuerdo con cifras de la Organización Mundial de la Salud, las vacunas evitan entre dos a tres millones de muertes al año al proveer protección contra enfermedades como la difteria, sarampión, neumonía, rotavirus, rubeola, tétanos y polio.

6 Bibliografía

- http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v16n4/mgi12400.pdf
http://investigacion.izt.uam.mx/hepa/Vacunas.pdf.
- https://www.analesdepediatria.org/es-las-vacunas-historia-o-una-articulo-S1695403313000829.
- https://www.researchgate.net/publication/256115858_Las_vacunas_historia_y_actualidad.

Capítulo 523

PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA LABORAL EN EL ENTORNO SANITARIO

ZINOVIA VIERU BULIGA

VERÓNICA VELASCO GARCÍA

1 Introducción

La Organización Internacional del Trabajo define la violencia y la agresión en el trabajo sobre la base de los criterios desarrollados por la Unión Europea . Estos afirman que la violencia comprende cualquier acción, incidente o comportamiento en el que el personal es maltratado, amenazado, agredido o perjudicado en circunstancias relacionadas con su trabajo, incluido el desplazamiento hacia y desde el trabajo, y que implica un desafío explícito o implícito a su seguridad, bienestar o salud".

La violencia en el lugar de trabajo es un fenómeno que afecta a todos los países y a todos los entornos laborales. Las condiciones del entorno donde se brinda la atención hacen que los profesionales de la salud sean especialmente vulnerables a las agresiones. Los factores que explican la mayor incidencia de violencia en los entornos de atención médica incluyen mayores niveles de estrés en pacientes y familiares, largas horas de espera, acceso ilimitado de visitantes, hacinamiento. La violencia en el lugar de trabajo puede tener un impacto negativo tanto para el empleado como para el hospital.

Las consecuencias negativas de la violencia incluyen pérdida de autoestima profesional, pérdida de satisfacción laboral, trauma, discapacidad, aumento de los costos de litigios, ausentismo del personal. La prevención de la violencia se centra en 3 aspectos: organización hospitalaria, control del entorno físico, y educación y desarrollo del personal. Algunas de las medidas que pueden contribuir a la prevención de la violencia incluyen: evitar el hacinamiento, imponer horas de visita, personal adecuado de la unidad de Urgencias, capacitación del personal en el manejo de personas violentas.

2 Objetivos

- Revisar la literatura que examina los factores relacionados con la manifestación de la violencia sanitaria, analizar los signos de comportamiento violento y sugerir medidas para el manejo y la prevención de la violencia sanitaria.

3 Metodología

Búsqueda bibliográfica en las bases de datos Cinahl, Medline, Science Direct, PubMed.

Las palabras clave utilizadas fueron: violencia en el lugar de trabajo, agresión hacia trabajadores de la salud, agresiones a proveedores de atención médica. Y los operadores boleanos “And” y “Or”.

4 Resultados

Como señala DiMartino , es difícil proporcionar una definición precisa de violencia y agresión, por las siguientes razones:
- La percepción de lo que constituye un comportamiento violento varía entre culturas y entornos sociales.
- Existe una amplia gama de comportamientos que se pueden describir con el término ’violencia’
- A menudo, los límites entre el comportamiento aceptable e inaceptable pueden ser vagos.

La violencia puede ser física o psicológica y comprende :
- Comportamiento amenazante (expresión de intención de dañar, lenguaje corporal amenazante, expresión de amenazas verbales o escritas)

- Abuso verbal
- Asalto (violencia física, uso de armas, violación, asesinato)
- Robo

La violencia en el lugar de trabajo incluye todos los episodios de amenaza, abuso verbal o agresión que ocurrieron en circunstancias relacionadas con la ocupación de la persona e involucra a pacientes, sus familiares y miembros del público.

Razones de mayor incidencia de violencia en el lugar de trabajo hacia personal sanitario.
Las circunstancias bajo las cuales se brinda atención en entornos de atención médica hacen que los profesionales de la salud sean especialmente vulnerables a la violencia laboral.

Los factores que explican la mayor incidencia de violencia hacia el profesional de la salud se pueden resumir de la siguiente manera:
- Los profesionales de la salud entran en contacto directo con una amplia gama de personas que están bajo estrés debido al dolor o la enfermedad.
- A veces, el personal de atención médica debe brindar atención en áreas apartadas, por ejemplo, durante las intervenciones de diagnóstico o terapéuticas .
- El personal de sanitario a menudo realiza intervenciones que requieren contacto físico cercano
- El personal de atención médica se pone en contacto con las familias de los pacientes que a menudo se encuentran bajo una carga emocional intensa debido a un trauma severo, trastorno mental o duelo.
- Áreas como la unidad de Urgencias se caracterizan por altos niveles de estrés y largas horas de espera, un hecho que afecta negativamente a todas las personas .
- El personal sanitario, como el equipo de ambulancias, debe intervenir en lugares donde todavía se producen eventos violentos, por ejemplo, disturbios callejeros.
- El personal trabaja por turnos, por lo tanto, están expuestos al peligro al tener que desplazarse al trabajo durante la noche y las primeras horas de la mañana.
- A menudo hay escasez de personal, especialmente en las horas punta .
- En los hospitales, puede haber movimiento ilimitado de visitantes en todas las áreas del hospital.
- El personal tiene la autoridad para proporcionar o retener los servicios necesarios para el público.
- Falta capacitación del personal en el manejo y prevención de la violencia y la agresión.

Señales de advertencia de violencia y agresión. A pesar del hecho de que no hay indicaciones definitivas sobre la forma que tomará un evento violento, de hecho, es posible reconocer varias señales de advertencia del comportamiento violento. Estas señales de advertencia se pueden resumir de la siguiente manera :
- Caminata vívida, movimientos nerviosos y gestos.
- Acercarse demasiado a la otra persona.
- Tono de voz elevado
- Golpear paredes u objetos, o golpearse en la cabeza o el pecho.
- Risa inapropiada.
- Sarcasmo excesivo
- Pausa repentina de actividad que sigue a un período de agitación. Tal pausa puede indicar que la persona está planeando una acción violenta.

Por todo lo expuesto, las siguientes recomendaciones pueden resultar útiles en el manejo seguro y efectivo de las agresiones hacia el personal sanitario:
- Establecer límites de manera tranquila pero firme.
- No tratar a los pacientes de manera humillante.
- No dar órdenes.
- No intentar hablar mientras la persona agresiva está gritando.
- No utilizar amenazas.
- Mantener una distancia adecuada de la persona agresiva, es más seguro y es poco probable que la otra persona se sienta amenazada .
- Siempre mantenerse alerta cuando se trate con personas agresivas y asegurarse de que haya una ruta abierta de escape .
- Intenta reconocer la causa subyacente de la agresión.
- No importa cuán agresiva sea una persona, debemos intentar escucharla y tratar de descubrir sus necesidades.
- Verifique su lenguaje corporal, en caso de que transmita mensajes agresivos .
- Para evitar confusiones, es preferible seguir un diálogo uno a uno con la persona agresiva.
- Las personas agresivas deben mantenerse alejadas de otros pacientes, para evitar la expansión de la tensión.
- No ignorar las amenazas.
- Si nos damos cuenta de que no podemos manejar la situación de manera efectiva, es más seguro retirarse de la situación y alertar al personal de seguridad o informar un supervisor .

Prevención de violencia.

Los hospitales son áreas de alto riesgo de manifestación de violencia y agresión hacia los profesionales de la salud; por lo tanto, es esencial que se tomen una serie de medidas para prevenir eventos violentos. Las medidas preventivas se centran en 3 áreas:
- Organización hospitalaria
- Disposición del entorno físico.
- Capacitación y desarrollo del personal.

Con respecto a la organización del hospital , las siguientes medidas podrían ser útiles:
- Gestión oportuna y efectiva incluso de eventos menores de violencia, para evitar la expansión de la tensión.
- Establecimiento de horarios de visita y provisión de identificación de visitante.
- Evitar el hacinamiento.
- Desarrollo de protocolos que se aplicarán en el manejo de personas violentas, especialmente en la Unidad de Urgencias.
- Instalación de circuito cerrado de televisión.
- Enlace con la estación de policía local.
- Establecimiento de criterios para solicitar asistencia policial y garantizar que todo el personal del hospital conozca el procedimiento que debe seguirse para solicitar asistencia policial.
- Personal suficiente en la recepción del hospital para reducir la tensión y el tiempo de espera .
- Proporcionar la información más precisa posible sobre los tiempos de espera y hacer todo lo posible para reducirla.
- Establecimiento de políticas escritas para la protección del personal del hospital contra acciones violentas, creación de un manual de referencia y distribución a todo el personal del hospital.

Además, la disposición adecuada del entorno físico del hospital puede ayudar a prevenir la violencia hospitalaria. Se pueden tomar una serie de medidas para lograr este objetivo, por ejemplo:
- Iluminación suficiente en todas las áreas del hospital.
- Colocación de espejos curvos en pasillos para permitir una mejor visibilidad.
- Colocación de suficientes asientos en la sala de espera de la unidad de Urgencias para garantizar que nadie esperará de pie.
- Provisión de material de distracción, por ejemplo, revistas, televisión para reducir el aburrimiento que a menudo estimula la agresión.

- El mostrador de recepción del hospital debe colocarse en la entrada principal, en un lugar muy visible, de fácil acceso para todos los pacientes y visitantes.
- Los servicios de seguridad del hospital deben ubicarse en la entrada principal.
- Entrada principal individual al hospital.
- Asegurar que el acceso a los baños y taquillas del personal esté restringido al público.

Capacitación y desarrollo del personal.
Como señala el Comité Europeo, la violencia en el lugar de trabajo es un factor de riesgo que el empleador tiene el deber de evaluar, prevenir o minimizar, tomando una serie de medidas.

Un programa de capacitación para la prevención y el manejo de la violencia hospitalaria podría incluir lo siguiente:
- Condiciones médicas, psiquiátricas y sociales que podrían ser causa de comportamiento violento.
- Reconocimiento de personas potencialmente violentas y de todas las situaciones en las que la seguridad del personal está en peligro.
- Uso efectivo de las habilidades de comunicación.
- Métodos para el manejo de personas violentas .
- Técnicas para la intervención en crisis y resolución de conflictos .
- Servicios disponibles para la prevención y gestión de la violencia.
- Informes y documentación de todos los eventos violentos hacia el personal de salud.

5 Discusión-Conclusión

El alcance exacto de los eventos violentos hacia los profesionales de la salud no se conoce completamente, debido a la falta de informes de tales eventos y debido a la documentación y el mantenimiento de registros insuficientes. Los factores que impiden que los profesionales de la salud denuncien tales episodios incluyen el miedo a la estigmatización, el miedo a que la participación en un evento violento se pueda percibir como una indicación de bajo rendimiento o negligencia y la falta de apoyo de la administración del hospital .

Organizaciones internacionales, como el Colegio Estadounidense de Medicina de Emergencia y el Consejo Internacional de Enfermeras han condenado la violencia hospitalaria y sostienen que la única forma en que los profesionales de la salud

pueden proporcionar una atención eficaz es trabajando en un entorno libre de la amenaza de violencia.

Es importante que el personal sanitario conozca y haga todo lo posible para eliminar todas las circunstancias que puedan alimentar la violencia, que reconozcan las señales de advertencia de la violencia y que traten con las personas violentas de manera efectiva y profesional.

Todos los empleados del hospital, pacientes y sus familias comparten la responsabilidad de la creación de un lugar de trabajo seguro.

6 Bibliografía

- Oficina Internacional del Trabajo. Directrices marco para combatir la violencia en el lugar de trabajo en el sector de la salud. Oficina Internacional del Trabajo; Ginebra, Suiza: 2002.
- Di Martino V. Violencia en el lugar de trabajo en el sector de la salud: relación entre el estrés laboral y la violencia en el lugar de trabajo en el sector de la salud. OIT, CIE, OMS, ISP; Ginebra, Suiza: 2003.
- Garnham P. Comprender y lidiar con la ira, la agresión y la violencia. Norma de enfermería 2001.
- Consejo Internacional de Enfermeras. Abuso y violencia contra el personal de enfermería. Declaración de posición del CIE 2000.
- Comisión Europea. Dictamen del Comité consultivo sobre seguridad, higiene y protección de la salud en el trabajo sobre la violencia en el lugar de trabajo. DOC 1564/2/2001.
- Keely B. Reconocimiento y prevención de la violencia hospitalaria. Dimensiones de la Enfermería de Cuidados Críticos 2002.
- Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el trabajo. Violencia en el trabajo 2002.
- Clements P, DeRanieri J, Clark K, Manno M, Kuhn D. Violencia en el lugar de trabajo y política corporativa para entornos de atención médica. Nursing Economics 2005.
- Agencia de desarrollo de la salud. Violencia y agresión en la práctica general. 2001.

Capítulo 524

TERAPIA DE JUEGO PARA CONTROLAR EL DOLOR Y EL SUFRIMIENTO EN ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA

ZINOVIA VIERU BULIGA

VERÓNICA VELASCO GARCÍA

1 Introducción

El cáncer pediátrico es una enfermedad crónica, los tratamientos de enfermedades oncológicas son muy largos y resultan ser unas enfermedades demoledoras para el niño y su entorno, que deben hacer frente a los cambios que produce el avance de la enfermedad unidos a un fuerte golpe psicológico, y donde el personal sanitario tenemos un papel fundamental.

2 Objetivos

El juego mejora el crecimiento y desarrollo físico de un niño y contribuye al dominio del lenguaje y las habilidades sociales. Es esencial para el desarrollo psicológico y la maduración del niño. En este artículo describen técnicas de juego que el personal sanitario puede usar para niños con cáncer, incluido el juego terapéutico.

3 Metodología

Bibliografía relacionada a la psicoterapia aplicada al niño que padece una enfermedad de tipo oncológico durante el diagnóstico, el curso de la enfermedad y el tratamiento médico en diversas bases de datos y el buscador Google Académico.

4 Resultados

En pacientes pediátricos, el dolor ocurre con frecuencia durante los procedimientos de diagnóstico y terapéuticos. Todos los niños tienen un miedo irracional a estas maniobras, particularmente a los pinchazos, que se experimentan como una intrusión física en el cuerpo, a través de la barrera de la piel. La ansiedad y la tensión empeoran el dolor, amplifican la percepción y anulan sus recursos psicofísicos.

Las técnicas de distracción y comportamiento cognitivo tienen como objetivo reducir estos factores correlacionados, ”desplazar” la atención cognitiva y emocional hacia otra cosa y controlar la contracción muscular, las náuseas, los vómitos y las migrañas.

La psicoterapia individual y grupal orientada analíticamente es una técnica no farmacológica utilizada para controlar la percepción del dolor y para comunicar los sentimientos más íntimos relacionados con eventos dramáticos de enfermedad.

En este contexto tendríamos la terapia de juego que podemos definir como una terapia psicológica específica, se centra en la teoría analítica grupal, que también se puede utilizar en los hospitales.

La terapia de juego es una oportunidad ideal donde los niños que sufren suelen representar personajes, compartir experiencias y discutir los temores de ser pacientes.

La psicoterapia propone estrategias para afrontar la enfermedad en niños que padecen cáncer, en cada una de sus fases. Los tratamientos más habituales son: cirugía, quimioterapia, radioterapia, inmunoterapia y trasplante de células madre. La duración del tratamiento depende de la fase en la que se encuentre la enfermedad.

Las consecuencias que se derivan de los tratamientos: presentar problemas de

salud durante meses o años después del tratamiento que se conocen como efectos tardíos, pueden traer consigo efectos físicos y emocionales profundos y duraderos, que varían con la edad del niño, tipo de cáncer y tratamiento.

La psicoterapia en niños enfermos de cáncer es una atención de muchas disciplinas, que permite ayudar a controlar situaciones estresantes emocionalmente y proporciona habilidades para ayudar a los niños a afrontar el tratamiento médico que es largo, duro y doloroso.

Durante un grupo de terapia de juego, podemos observar varias modalidades de juegos, a saber:
- Juegos médicos directos: los niños toman el papel de los diferentes operadores y, al simular la dolorosa maniobra que van a enfrentar, pueden reducir la ansiedad esperada. A menudo, el paciente se identifica con el médico o la enfermera y, al hacerlo, expresa la necesidad de controlar los eventos y somete a los demás (muñecas, títeres o psicólogos) a los mismos tratamientos y maniobras que dan lugar a tanto miedo y angustia. Gracias a la repetición en el juguete de su propia condición, el niño se da la posibilidad y la libertad de cambiar su actitud pasiva y dominar la experiencia frustrante, a su manera.
- Juegos médicos de fantasía: los niños que están asustados por las intervenciones no usan instrumentos médicos falsos o reales, sino que cambian a objetos comunes, que son más familiares y menos evocadores, para sentirse menos involucrados.
- Juegos médicos indirectos: los niños manipulan instrumentos médicos reales, utilizándolos de una manera nueva, para hacerlos menos aterradores y, como tal, la situación menos dramática.
- Dibujo: los niños pueden expresar sus emociones y darles forma, a través de actividades gráficas y pictóricas.

5 Discusión-Conclusión

La mayoría de los estudios consultados encontraron que los pacientes y/o sus familias experimentaron una mejora en el comportamiento o problemas emocionales, habilidades sociales, ansiedad y depresión siguiendo terapias psicológicas que incluyen las terapias de juego en niños con cáncer.

6 Bibliografía

- Organización Mundial de la Salud (OMS). Directrices de la OMS sobre el tratamiento farmacológico del dolor persistente en niños con enfermedades médicas . Ginebra: OMS Press; (2012).
- Rajapakse D, Liossi C, Howard RF. Presentación y manejo del dolor crónico . Arch Dis Child (2014).
- Jankovic M, Van Dongen-Melman JE, Vasilatou-Kosmidis H, Jenney ME. Mejora de la calidad de vida de los niños con cáncer. Grupo Asesor de la Escuela Europea de Oncología . Tumori (1999.)
- Foulkes SH, Anthony EJ. Psicoterapia grupal: el enfoque psicoanalítico .
- Liebre AP. Psicodinámica de las relaciones grupales. Enciclopedia de los sistemas de soporte vital (2002).

Capítulo 525

CUIDADOS DEL PACIENTE OSTOMIZADO

GLORIA PELLO ALVAREZ

MARIA ZULIMA ALVAREZ GONZALEZ

1 Introducción

Una ostomía es una intervención quirúrgica por el que se hace un orificio (estoma) en la superficie abdominal externa que facilita la eliminación del contenido intestinal, dependiendo de los órganos afectados pueden clasificarse en ostomias digestivas: colostomías gastrostomías, yeyunostomias e ileostomías; ostomias urinarias y ostomias respiratorias. Todos estos tipos pueden ser permanentes o temporales.

2 Objetivos

- Conocer la realidad de un paciente ostomizado y sus cuidados.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Una ostomía es la intervención quirúrgica cuyo objetivo es crear una comunicación artificial entre dos órganos o entre una víscera a través de la pared abdominal. Su objetivo es permitir eliminar los productos de desecho del organismo al exterior, así como administrar alimentos o medicamentos.

Esté tipo de intervenciones supone una agresión al cuerpo y a la mente del paciente, ya que producirá un cambio en el estilo de vida de este. Desde entonces las acciones cotidianas podrán verse afectadas, teniendo que realizar modificaciones en su vida personal, e incluso laboral.

La enfermera/o tiene un papel muy importante: ayudar a la adaptación del paciente a su nueva situación, así como la enseñanza del cuidado e higiene del estoma.

5 Discusión-Conclusión

El paciente se debe adaptar al nuevo cambio en su cuerpo y tendrá que pasar por diferentes fases que le provocarán ansiedad, depresión y posibles sentimientos negativos. Los apoyos familiares serán importantes tanto a nivel afectivo, como en las ayudas necesarias en esta situación.

6 Bibliografía

- Gómez Del Río N, Mesa Castro N, Caraballo Delgado C, et al. Los cuidados de enfermería en el impacto psicológico del paciente ostomizado. Revista Ene de Enfermería 7 (3), 2013.
- Pulido Justicia R, Sánchez Garcia J, Baraza Sanz A. Cultura de los cuidados, Año V, n.10 (2 semestre 2001); pp. 100-108, 2001.

Capítulo 526

EL ALCOHOL, ORÍGENES, EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO

MARIA CRISTINA ÁLVAREZ BLANCO

NURIA ALVAREZ ALVAREZ

ESTEFANIA RODRIGUEZ VIÑA

ELVIRA SEÑORANS DIZ

MARIA DEL ROSARIO PONTÓN

1 Introducción

La palabra alcohol proviene del árabe alkuhi (esencia o espíritu), se puede decir que es la droga más consumida. Las primeras referencias sobre el alcohol y su forma de destilación se remonta al siglo XII y más en concreto a la fabricación del aqua vitae (agua de la vida).

Fue durante la Edad Media cuando se le dio un impulso a la fabricación de bebidas con fines medicinales, se buscaba el elixir de la eternidad, intentando purificar productos destilados a través del calor y trabajando con los diferentes puntos de fusión del agua y del alcohol para obtener el deseado elixir poniéndole el nombre de Espirituosos o Aguardiente (agua que arde).

En el siglo XV aparecen algunos de los licores más conocidos como el coñac, el brandy, el whisky o el ron.

Es a partir del siglo XVIII cuando en casi todo el mundo se bebe alcohol. Con lo cual podemos decir que la necesidad o la práctica de beber alcohol es un acto social con el que reflejamos las costumbres y la cultura de los distintos pueblos.

El alcohol se puede considerar como un elemento cultural, forma parte de las costumbres sociales, suele estar presente en cualquier celebración o acto lúdico, era imprescindible para celebrar importantes acontecimientos como tener una nueva casa, la fiesta de la cosecha, las bodas y los funerales. (Hardiman, 11). La realidad es que todos estamos familiarizados con las bebidas alcohólicas y son fáciles de obtener .en nuestra sociedad occidental.

A medida que pasa el tiempo el alcohol se va considerando cada vez más como una droga que altera el estado de ánimo, y cada vez menos como una costumbre social. Aunque el alcoholismo afecta mayoritariamente a los adultos, el consumo por parte de los jóvenes cada día es más preocupante.

El alcoholismo no es un vicio, está considerado como una enfermedad, que se da tanto en hombres como mujeres e incluso en niños, no importando el sexo, la edad o la posición social a la que se pertenezca, cuando existe una dependencia al alcohol también existe un deterioro de la salud física y mental.

La Organización Mundial de la Salud definió el alcoholismo a través del síndrome de dependencia alcohólica: "un estado psíquico y habitualmente también físico resultado del consumo de alcohol, caracterizado por una conducta y otras respuestas que siempre incluyen compulsión para ingerir alcohol de manera continuada o periódica, con objeto de experimentar efectos psíquicos o para evitar las molestias producidas por su ausencia".

La palabra alcoholismo incluye el trastorno por dependencia del alcohol y el trastorno por abuso de alcohol (Asociación Americana de Psiquiatría, 2002). La Organización Mundial de la Salud define el Síndrome de dependencia del alcohol de manera muy parecida pero al trastorno por abuso de alcohol lo denomina Consumo Perjudicial de Alcohol y lo define como el consumo de alcohol que está afectando ya a la salud física o mental (Organización Mundial de la Salud, 1992).

En las personas alcohólicas se muestran cambios bruscos del comportamiento, tienen la necesidad de beber a cualquier hora (día/noche), para ellos lo más importante es conseguir el alcohol sin importarles lo que tengan que hacer, y no tienen ningún interés por su salud, ni por su aspecto físico.

Existen diversidad de test para valorar la dependencia al alcohol, uno de ellos es

el test AUDIT para detectar el alcoholismo. Este ha sido elaborado por la OMS para identificar el abuso del alcohol y el alcoholismo.

A continuación, mostramos una serie de preguntas para saber si eres alcohólico.
- ¿Has consumido alguna bebida alcohólica?
- ¿Qué cantidad de alcohol ingieres normalmente los días que bebes?
- ¿Cuántas veces te tomas más de seis consumiciones de alcohol en un día?
- ¿Cuántas veces no has podido dejar de beber una vez que has empezado?
.- ¿Alguna vez no fuiste capaz de realizar tus tareas por haber bebido?
- ¿Necesitas beber en ayunas para sentirte bien?
- ¿Alguna vez te has sentido culpable por haber bebido?
- ¿Cuántas veces has olvidado lo que hiciste durante el día por haber bebido demasiado?
- ¿Has tenido o causado algún accidente por estar bebido?
- ¿Alguna vez alguien te ha sugerido que sigas algún tipo de tratamiento o terapia para dejar de beber?

Cada pregunta tiene 5 respuestas y una vez finalizado según la puntuación obtenemos:

- En los hombres, si la puntuación es de más de ocho puntos significaría el inicio de un problema con el alcohol. Cuando la puntuación es mayor de los 13 puntos indicaría la existencia de un problema grave con el alcohol.

- En las mujeres, una puntuación mayor de seis nos indicaría posibles problemas con el alcohol, y si esta es mayor de 13 puntos (hasta un total de 40), se diría que existe un problema grave con el alcohol.
De todas formas para determinar si hay un problema con el alcohol y saber su grado se debería acudir a un especialista en adicciones.

El consumo de bebidas alcohólicas es un hábito muy extendido y muy aceptado en la mayoría de las sociedades occidentales. En estas sociedades, beber alcohol no es un hábito que sea exclusivo de la población adulta. Los adolescentes y los jóvenes también lo hacen y cada día son más los adolescentes que se implican con el alcohol sobre todo en el tiempo que dedican al ocio, en la sociabilizar con sus amigos y compañeros de escuela y especialmente durante los fines de semana (Armendáriz, Rodríguez & Guzmán, 2008; Moya, 2007).

Podríamos destacar como característica que cada vez comienza a consumirse a edades más tempranas, y que se asocia en algunas ocasiones con situaciones de

fracaso personal o con conductas antisociales (Elzo, Elorza y La Espada, 1994).

El inicio de consumo de alcohol en la adolescencia incrementa cuatro veces la probabilidad de padecer trastornos de personalidades. (Torres y Forns, 240).

Debido al incremento del consumo de bebidas alcohólicas existen un importante aumento en el número de accidentes de tráfico, más de la tercera parte de conductores fallecidos por accidentes de tráfico presenta una concentración de alcohol en sangre >=0,3 gr/l (Observatorio Español sobre Drogas, Informe 2004).

Se considera persona consumidora de riesgo de alcohol aquella que supera los límites del consumo moderado y que aumenta el riesgo de sufrir enfermedades, accidentes, lesiones o trastornos mentales o del comportamiento (Gunzerath y cols., 2004).

Se define como consumo de riesgo al consumo casi diario superior a 40 gr de etanol al día (más de 4 UBE "unidad de bebida estándar" - en varones-) y superior a 24 gr de etanol al día (más de 2 UBE "unidad de bebida estándar" - en mujeres), que equivale a un consumo semanal superior a 21 UBE para varones y a 14 UBE para mujeres (Rehm y cols., 2004).

2 Objetivos

- Estudiar por qué los adolescentes se inician en el consumo del alcohol y los hábitos de consumo en los jóvenes.
- Determinar los principales tratamientos utilizados las personas con problemas de consumo de alcohol.

3 Metodología

Se lleva a cabo una revisión de artículos sobre el alcohol y también de diversos estudios sobre sustancias nocivas para la salud, para esto se han usado distintos buscadores como: Scielo, Dialnet y Pubmed.

Las palabras claves usadas son: alcohol, adolescencia, conducta antisocial e impulsividad.

Se han revisado un total de 18 artículos descartando los más obsoletos.

4 Resultados

En la adolescencia, los jóvenes al ser más vulnerables están más expuestos al consumo tanto de alcohol como de otras drogas (heroína, cocaína,….) esto nos lleva a pensar en los motivos por los que un adolescente empieza a beber y consumir cierto tipo de drogas.

Es en esta etapa cuando se desarrolla la personalidad, el adolescente empieza a delimitar su propio grupo desligándose así de los lazos familiares, en este periodo de cambios en el que tendrá nuevas experiencias, la mayoría de las veces el adolescente tendrá que tomar decisiones que conlleven ciertos riesgos, como decidir si tomar alcohol o no, si probar cierto tipo de drogas o no, para ser admitidos a formar parte de ciertos grupos. La etapa de inicio en la ingesta de alcohol es la adolescencia. Durante la pubertad se dan ciertos cambios es cuando realmente la persona se siente adulto pero en realidad no ha dejado de ser un niño.

"Erickson en 1968" se refería a la adolescencia como el periodo en que todo joven quiere cambiara su rol social para poder encajar en un determinado grupo.

Para poder conseguir esto los jóvenes tienen que pasar por una fase de maduración demostrando al grupo al cual quieren pertenecer que pueden tomar sus propias iniciativas mostrándose fuertes y confiados al tomar las decisiones.
Generalmente los jóvenes se inician en la experiencia de beber alcohol por alguna de las siguientes razones:
Ser admitidos dentro de un grupo al que desean pertenecer por encima de todo, ya que piensan que si entran a formar parte de ese grupo podrán presumir ante los demás de lo buenos que son.
Poder desinhibirse y tener nuevas sensaciones.

Porque les gusta lo que beben, y la mayor parte de las veces siente la necesidad de hacerlo para quedar bien delante de sus amigos.

Poder disfrutar de cosas que sin estar bebido no harían por timidez o simplemente por vergüenza.
En los últimos años se ha comprobado que la ingesta desmedida de bebidas alcohólicas por parte de los adolescentes durante los periodos vacacionales y también en los fines de semana se ha convertido en un problema grave para salud pública.

Tanto los hombres como las mujeres pueden ser personas adictas, ya que la adicción no es una cuestión del sexo, pero la adicción en ambos sexos cuenta con ciertas semejanzas, pero también con algunas diferencias.

En el caso de los adolescentes tenemos que las chicas, en comparación con los chicos, mantienen una actitud menos tolerante en el consumo de alcohol y, sin embargo tienen una mayor sensibilidad y empatía hacia los alcohólicos, y a su vez que tienen más información sobre las consecuencias de la adicción y una mejor percepción del riesgo que corren con el consumo abusivo.

Hoy en día existe mucha información sobre el consumo de alcohol en la sociedad, debido al gran problema social que plantea. El consumo en la adolescencia va en aumento, tanto en la cantidad consumida como la cantidad de contenido alcohólico. (Pérez, 2004, pág. 29).

El alcohol es una de las sustancias más nocivas para la salud, al ingerir alcohol en exceso se producen secuelas inmediatas en muchos de nuestros órganos como puede ser en el hígado, el páncreas, el estómago o el cerebro y también en el sistema nervioso. También se es más vulnerable a las infecciones, a trastornos psiquíatricos y a la disfunción sexual.

El alcohol ocasiona numerosos problemas sanitarios, en los que se incluye las enfermedades mentales, neurológicas, digestivas, cardiovasculares, endocrinas e incluso el cáncer. En gran parte los daños están relacionados con la dependencia y la intoxicación que produce el consumo excesivo de alcohol.

Las personas que sufren trastornos por el consumo de alcohol tienen un riesgo más alto de padecer:
Presión arterial alta, problemas de hígado, problemas de páncreas, problemas de estómago, problemas del corazón, problema de nervios, derrame cerebral, problemas de sueño, depresión, ansiedad, problemas mentales y lesiones
También pueden padecer infecciones como la neumonía, el VIH, y enfermedades de transmisión sexual.

También pueden padecer diferentes tipos de cáncer, como puede ser el de faringe, laringe y mama entre otros.
Estas personas también pueden padecer anemia, ya que el alcohol disminuye el número de glóbulos rojos, por lo que la persona se siente cansada, esta pálida, y se siente fatigada, en otros síntomas.

También puede ocasionar accidentes provocados como los de tráfico, los accidentes dentro del centro de trabajo o cualquier tipo de caídas. Algunas personas demuestra cierto tipo de violencia y agresiones y otras presentan intenciones suicidas.

El alcohol también es la causa de numerosos embarazos no deseados en los adolescentes, llegando a producir enfermedades materno-natales como puede ser:
- Nacimiento prematuro, bajo peso al nacer, síndrome alcohólico fetal.
- El daño que se produce a los nervios con el abusivo consumo de alcohol puede causar muchos problemas tales como:
Rigidez o falta de flexibilidad en algún miembro del cuerpo.
Disfunción eréctil en los hombres.
Disuria.
En las mujeres puede producirse una suspensión de la menstruación.
El daño que se produce en los nervios por la ingesta excesiva de alcohol se le llama neuropatía alcohólica.

La causa por la que se produce esta neuropatía aún se desconoce. Se piensa que puede darse porque el alcohol intoxica directamente el nervio o también porque la persona tiene una mala alimentación debido a que es tan grande el grado de despreocupación que estas personas suelen suprimir las comidas por la ingesta de alcohol.
Se cree que muchas de las personas que son bebedores en exceso presentan esta enfermedad.

En la mujer embarazada la ingesta de alcohol perjudica el crecimiento y el desarrollo del bebe, puede provocar un aborto espontaneo y también puede darse que el nacimiento del bebe sea prematuro. El bebe puede nacer con algunas alteraciones como son un bajo peso, problemas de corazón, retraso psicomotor, pero también puede tener alteraciones como hiperactividad, problemas del lenguaje y de adaptación. Durante las cuatro primeras semanas del embarazo es cuando el feto corre más riegos, son las semanas más peligrosas para el bebe.

También hay que tener en cuenta que las personas que abusan del alcohol suelen tener un déficit de higiene debido a la despreocupación lo que viene a deteriorar también su salud y ocasionando por lo tanto problemas sociales, corriendo el riesgo de caer en una adicción al alcohol.

La persona que consume alcohol en grandes cantidades y por periodos de tiempo largos puede ver afectada su capacidad para razonar, pero también le puede provocar una pérdida de memoria permanente y llega a alterar su forma de comportarse.

Existen estudios sobre la relación que hay entre la ingesta de alcohol y las distintas conductas antisociales y además también se puede ver cómo influye la

impulsividad en dicha etapa. Se usaron distintas escalas para definir la conducta antisocial que tienen los jóvenes, entre ellas cabe destacar la escala de Rutgers que determina la ingesta de alcohol, esta escala es la que valora la conducta antisocial y delictiva que tienen los jóvenes y también la escala de Barratt que determina la impulsividad con la que los jóvenes reaccionan ante ciertos hechos.

La conducta antisocial que se da en los jóvenes es debida al exceso de alcohol, motivo por el cual se dejan llevar por sus impulsos sin reflexionar, ni pensar en las consecuencias de sus actos. También se puede comprobar que existen diferencias entre los chicos y las chicas, sin tener nada que ver la cantidad de alcohol ingerida, pero si se dieron diferencias bastantes significativas con respecto a la edad y la ingesta de alcohol.

Existen ciertos tratamientos que ayudan a las personas con alteraciones debidas a la ingesta excesiva de alcohol, los fármacos más usados con las personas que tienen una dependencia al alcohol son:
Naltrexona: su principio activo es el hidrocloruro de naltrexona, este medicamento actúa sobre el sistema nervioso y está indicado como tratamiento de apoyo para mantener la abstinencia en personas dependientes del alcohol. La naltrexona disminuye el deseo por el alcohol, también esta disponible en inyectables.
Campral: su principio activo es el acamprosato, actúa al igual que la naltrexona, sobre el sistema nervioso y está indicado para mantener en abstinencia a las personas dependientes del alcohol.
Antabus: su principio activo es el disulfiram, que actúa también sobre el sistema nervioso, se usa en tratamientos de personas que tienen dependencia al alcohol para ayudarles en la deshabituación.

También existen terapias que pueden tratar el trastorno producido por la ingesta de alcohol, se trata de aconsejar y asesorar sobre el alcohol, como cambiar ciertos comportamientos que llevan a las personas a una ingesta excesiva de alcohol.

Estas terapias son: la cognitiva-conductual, la de consejos matrimonial y familiar, la de mejora motivacional, en otras.
Cuando una persona bebe aun cuando han tomado esta medicación, notará, nauseas, mareos, vómitos, taquicardia, etc… Lo que nos sirve es de freno para no seguir bebiendo, o tomarlo como revulsivo de la bebida.

Para la mayor parte de las personas que están a tratamiento por el trastorno que sufren por el consumo excesivo de alcohol es bastante útil. Pero superar esta adicción es un proceso largo en el que la persona tiene que ser constante, y pensar

que aun así puede tener una recaída, con lo cual volvería a empezar a beber de nuevo.

En estos casos hay que considerar las recaídas como algo temporal y no desanimarse, sino no todo lo contrario, se debe seguir trabajando en el proceso de recuperación, muchas son las personas que una vez iniciado el tratamiento recaen, pero esto no significa que uno no se pueda recuperar.

Existen unos grupos de apoyo que ayudan a las personas alcohólicas a enfrentar su problema, uno de estos grupos es Alcohólicos Anónimos, este grupo ofrece un apoyo emocional a las personas que intentan recuperase de la dependencia que tienen con el alcohol, y a sus familias que también necesitan ayuda.

5 Discusión-Conclusión

La ingesta de sustancias alcohólicas son nocivas para la salud y además causan adicción. Toda persona alcohólica debería seguir un tratamiento. Para esto sería necesario y primordial que esa persona reconociese que tiene un problema con el alcohol, pidiese ayuda y se dejase ayudar.

El porcentaje de la personas que buscan ayuda para superar su adicción al alcohol aún es muy pequeño, pero ante esto cabe destacar que son muchas las personas que logran recuperarse por completo de su dependencia del alcohol.

6 Bibliografía

- Pros y contras percibidos para el consumo de Alcohol y consumo de alcohol en adolescentes.
- Consumo de sustancias psicoactivas en una muestra de jóvenes universitarios.
- Programa de intervención para prevención, diagnostico y tratamiento del consumo de alcohol en menores.
- El uso de las bebidas alcohólicas como medicamento en la España contemporánea.
- Origen y evolución del término “alcohol”.
- El alcoholismo en la adolescencia.
- Guías Clínicas socidrogalcohol basadas en la evidencia científica.
- Principales daños sanitarios y sociales relacionados con el consumo de alcohol.
- Diagnóstico y tratamiento de la dependencia de alcohol.

Capítulo 527

CUIDADOS DEL PACIENTE TRAS EL ICTUS

DIAMANTINA ESPAÑA ALONSO

MARIA DEL MAR BARRO RIVERA

BEATRIZ REQUENA PARADA

1 Introducción

El ictus, también conocido como infarto cerebral o embolia, es una enfermedad cerebrovascular. Se produce cuando hay una interrupción del flujo sanguíneo al cerebro (isquemia cerebral) o ante la rotura de una vena o arteria (hemorragia). Debido a que la sangre no llega al cerebro en la cantidad necesaria, las células nerviosas no reciben oxígeno y dejan de funcionar.

Los síntomas se presentan de forma brusca, pudiendo estos ser reversibles en el caso de que se estableciese de nuevo el riego sanguíneo, siendo vital para ello una efectiva actuación de urgencia en el tiempo más reducido posible.

El ictus es causante de casi el 10% de las muertes a nivel mundial, y es la segunda causa después de la muerte por enfermedad coronaria. También es una de las causas protagonistas desencadenantes de la discapacidad y dependencia.

2 Objetivos

- Analizar cuáles son los cuidados adecuados de un paciente tras sufrir un ictus.
- Dar a conocer cómo cambia la vida de un paciente tras un ictus.



3 Metodología

Se realizó una búsqueda en Google como motor principal para páginas webs, añadiendo información perteneciente a artículos de bases de datos: Google Scholar, SciELO.

Se realizó una lectura crítica y comprensiva, seleccionando así la información más apropiada.

4 Resultados

Al ser una patología protagonista para la dependencia, se van a tratar los cuidados básicos que un paciente necesitaría tras este episodio. Para realizar las actividades

básicas para la vida diaria (ABVD) necesitará ayuda en su mayoría, por lo que puede beneficiarse de la terapia ocupacional.
En cuanto al aseo, es muy importante para evitar cualquier tipo de infección, fijando nuestra atención si es incontinente. Se debe fomentar el autocuidado, dejarle que se lave la cara, que se peine, etc., si es posible. Es preferible la ducha (sentado en un taburete) frente a la bañera. Si el paciente no se mueve, se le aseará en la cama, cuidando el secado de los pliegues.
En cuanto al vestido, el paciente se pondrá tantas prendas como le sea posible. Es preferible el velcro a las cremalleras, usar prendas holgadas. Muy importante es usar un calzado que sujete bien el pie.
Seguidamente, a la hora de la alimentación y la nutrición, es importante que si puede hacerse de forma independiente, así sea. Debe ser una dieta equilibrada, aportando los porcentajes de calorías adecuados. Si el paciente tiene problemas a la hora de tragas líquidos, estos se le deben dar con espesante, y si también presenta disfagia para sólidos, triturar los alimentos.
Los cambios posturales y la comodidad postural del paciente también son básicos, se puede ayudar de cojines o almohadas para evitar la presión en huesos y articulaciones. Este punto, junto con la nutrición y la higiene, es clave para evitar las úlceras por presión.
Algo que se suele olvidar es la salud espiritual del paciente. Es común la depresión después de un episodio como este, porque también hay que prestar atención a la esfera emocional del paciente, respetando y fomentando su ocio y tiempo libre en la medida de lo posible.

5 Discusión-Conclusión

La vida de una persona tras sufrir un ictus puede cambiar por completo, así como la de las personas de su alrededor. Es importante por ello estar formados, conocer las ayudas de las que disponemos, para abordar una situación como es el post-ictus de la manera las efectiva posible. Es importante cuidar todas las esferas del paciente, no solamente su enfermedad. Además, también hay que tener en cuenta el rol del cuidador, evitando caer en el cansancio.

6 Bibliografía

- https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/aud/sanidad/.
- http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2016000400004.

- https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/cuidados-casa/cuidados-ictus.

Capítulo 528

LA DIETA

ANA MARÍA ARIAS DE HARO

ESTHER PÉREZ MANZANO

1 Introducción

La alimentación juega un papel primordial en la salud de las personas, ya Hipócrates observó esto hace más de veinte siglos. Esta influye en nuestro organismo generando, o evitando, la mayoría de las enfermedades. Por eso es muy importante conocer los distintos tipos de dietas y lo que conlleva cada una de ellas.

2 Objetivos

- Conocer los distintos tipos d dieta.
- Distinguir los alimentos y nutrientes que las componen.

3 Metodología

Para empezar, vamos a conocer los distintos términos para saber diferenciarlos:
- Alimentación: es el acto de ingerir diferentes alimentos y nutrientes.
- Nutrientes: son las sustancias orgánicas e inorgánicas que nos proporcionan los alimentos y de las que nuestro organismo se sirve para sobrevivir.
- Dieta: es el modelo alimentos y nutrientes que ingiere una persona.

Para que el organismo se encuentre en un estado de salud óptimo la dieta debe ser rica y equilibrada en los nutrientes y calorías necesarios. En algunos casos de enfermedad la dieta variará eliminando ciertos nutrientes o disminuyéndolos.

En nuestro país lo normal es seguir la que conocemos como "dieta mediterránea", que consiste en el consumo de los alimentos propios de las regiones proximas al mar mediterraneo: hortalizas, cereales, leguminosas, frutas, aceite de oliva, pescado, mariscos, carne y pollo en pocas cantidades; especias como el ajo, el orégano y la pimienta. Utilizamos esta dieta porque es baja en colesterol y las técnicas culinarias que más se emplean son el hervido, la plancha, la brasa y el horno.

Además, para que la dieta resulte útil, debemos ingerir nutrientes de los distintos grupos y repartirlos en diferentes momentos del día de la siguiente manera:
- Desayuno: 20%.
- Media mañana, (refuerzo): 10-15%.
- Comida: 25-35%.
- Merienda: 10-15%.
- Cena: 25%.

Es importante, antes de adentrarnos más en el tema que nos ocupa, conocer la clasificación de los nutrientes y de los alimentos. Empezaremos con la clasificación de los nutrientes:
- Proteínas: facilitan el crecimiento y la reparación de los tejidos. (Alimentos de origen animal: carne, huevos, pescado, leche y lácteos.
- Hidratos de carbono: nos proporcionan energía. Son alimentos de origen vegetal: arroz, trigo, maíz, cebada. Pasta y azúcares tambiénentran en esta categoría.
- Grasas o lípidos: proporcionan energía pero si esta no se consume se almacena en el organismo. Son alimentos de origen vegetal como el aceite y de origen animal como distintas carnes, la panceta o el tocino.
- Vitaminas y minerales: ayudan a que las funciones vitales como la digestión se realicen correctamente. Son frutas y hortalizas frescas.
- Agua: tan importante para un buen estado de salud que unas ¾ partes del cuerpo se compone de agua.

Además, como he dicho anteriormente, también debemos conocer la clasificación de los alimentos según la función que estos tengan en nuestro organismo.
- Alimentos plásticos o constructores: contribuyen a la formación del tejido y son las proteínas y los minerales; leche, yogurt y quesos; carnes, pescados y huevos; legumbres, frutos secos y cereales.
- Alimentos energéticos: nos proporcionan energía y son hidratos de carbono y grasas; aceite y grasas; frutos secos; cereales (arroz, harinas, pasta, pan); azúcar, miel, chocolates y dulces.
- Alimentos reguladores: son antioxidantes y regulan los procesos metabólicos.

Son las vitaminas, los minerales y el agua; verduras y frutas frescas; hígado, lácteos y huevos.

Vamos a ver ahora cuales son las dietas terapéuticas para las personas que tienen algún tipo de patología . Las diferenciaremos en distintos grupos.

Dietas según los nutrientes:

Según las proteínas que se puedan consumir la dieta puede ser:
- Hiperproteica ricas en proteínas, para casos de quemaduras, por ejemplo.
- Hipoproteica con pocas o ninguna proteína, para enfermedades en el riñón.
- Hipoglucémica con pocos hidratos de carbono y azúcares para, por ejemplo, personas diabéticas.
- Hiposódica con poca o nada de sal para enfermedades del riñón, del corazón o hipertensión arterial.
- Bajas en grasas para el hígado, por ejemplo.
- Pobre en colesterol para las personas que tienen el colesterol alto.
- Astringente, o sin alimentos ricos en fibra o pocos de estos. Es para el intestino irritable y diarreas.
- Rica en laxantes, que son alimentos ricos en fibra para personas con estreñimiento.

Dietas según el contenido calórico:
- Hipocalórica: bajas en calorías, es decir, pocas grasas, cereales y dulces. (Para perder peso).
- Hipercalórica: alimentos con muchas calorías. (Para ganar peso).
- De 1.500 calorías u horario diabético: para diabéticos que tienen que tener un control exhaustivo.

Además de estas dietas también podemos encontrarnos otras según la consistencia o masa de la misma:
- Absoluta: sin ingerir alimentos ni líquidos durante un periodo de tiempo. (Preoperatorio o análisis de sangre, por ejemplo)
- Líquida: únicamente se consumen alimentos líquidos sin ningún sólido. (Para algún tipo de cirugía, para algún examen médico o por problemas de disfagia).
- Blanda: consistente en alimentos fáciles de masticar y tragar. (Para personas con dificultad al tragar sin cursar disfagia).

Como vemos existen diversas dietas para consumir según las necesidades de la persona y poder mantener así un estado de salud óptimo evitando enfermedades.

De ahí la importancia de conocerlas y distinguirlas aunque será el médico el que las prescriba.

4 Bibliografía

- canalsalud.imq.es/alimentacion-y-salud/
- hfundaciondiabetes.org/infantil/200/grupos-de-alimentos
- https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001982.htm
- Intervención en la atención higiénico-alimentaria en instituciones. (Paraninfa, 2014).

Capítulo 529

CONOCER LA FIBROMIALGIA

MARIA ZULIMA ALVAREZ GONZALEZ

GLORIA PELLO ALVAREZ

1 Introducción

La fibromialgia es una patología que provoca dolor muscular en todo el cuerpo, se caracteriza por producir una sensación de fatiga y rigidez, generando a su vez un incremento de la sensibilidad hacia el dolor. Fué reconocida como enfermedad por la OMS en el año 1992. Desafortunadamente, en la actualidad la podemos considerar un problema muy común en la población y sus causas siguen siendo desconocidas.

2 Objetivos

Conocer la sintomatología y tratamiento de la patología de la fibromialgia, así como sus aspectos psicológicos y psiquiátricos.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión de artículos científicos, así como diversos estudios sobre los mismos. Además, se ha utilizado "Google Académico" como buscador de bibliografía científico-académica del tema a tratar.

4 Resultados

Síntomas de la fibromialgia:
- El dolor es sin duda el principal problema de la fibromialgia, este síntoma se extiende por todo el cuerpo del paciente variando en función de la hora del día, la actividad que se realice, los cambio climáticos, la falta de sueño o el estrés.
- Además, el cansancio puede ser un síntoma a tener en cuenta en función del paciente, junto con una mala tolerancia al esfuerzo físico.
- También se consideran síntomas de la fibromialgia la mala calidad del sueño y la tendencia a tener mayor probabilidad de sufrir ansiedad y depresión que una persona sana.

La correcta utilización de fármacos ayudará a llevar a cabo un tratamiento efectivo de esta patología y aliviar los posibles síntomas del paciente.
Los pacientes con fibromialgia en algunas situaciones sufren ansiedad y depresión, no hay que olvidar que el dolor crónico y las emociones se hacen inseparables y que un dolor mantenido puede conducir a afectar psicológicamente al paciente, repercutiendo en su calidad de vida.

5 Discusión-Conclusión

La fibromialgia tiene un gran impacto sobre la calidad de vida del paciente, de este dependerá la forma de afrontar la enfermedad de una manera u otra. Se han utilizado tratamientos antidepresivos para mejorar la calidad de vida del paciente con terapias psicológicas en las que mejoran de la ansiedad e incluso el dolor. Respecto a las investigaciones de los tratamientos sobre la fibromialgia, avanzan con gran rapidez.

6 Bibliografía

- López Espino M, Mingote Adán JC; Clinica y Salud, 2008, vol. 19, nº3, Pág 343-358, ISSN1135-0806.
- V.L. Villanueva, J.C. Valía, G. Cerdá, V. Monsalve, M. J. Bayona y J. De Andrés Rev. Soc. Esp. Dolor 11: 430-443, 2004.

Capítulo 530

LA DIABETES, DESDE TIEMPOS INMEMORIABLES HASTA EL SIGLO XXI.

ROSA ANA BARTON DEL BARRIO

MARÍA PAULA GIORDANO DI FILIPPO

VANESA GARCÍA VALERO

ANA MEDIO PÉREZ

CRISTINA MARÍA LUIS RODRÍGUEZ

1 Introducción

La diabetes no es una enfermedad nueva ni desconocida; sus registros más antiguos datan de hace más de 3.500 años.
Lo que sabemos a día de hoy sobre ella es aún muy limitado, a pesar de los muchos estudios y avances científicos.

La diabetes es una enfermedad del metabolismo en la que los niveles de glucosa (azúcar) de la sangre están muy altos.
La glucosa proviene de los alimentos que se consumen, particularmente, de los carbohidratos. Normalmente, el estómago y el intestino son los órganos encargados de metabolizar los carbohidratos de los alimentos y transformarlos en un azúcar: en glucosa. La glucosa es la principal fuente de energía del organismo.

Transcurrida la digestión, la glucosa ingresa en la sangre y proporciona energía al cuerpo.

Para que se lleve a cabo este proceso, el páncreas produce una hormona llamada insulina que permite que entre la glucosa al interior de las células y, así, el cuerpo obtenga la energía que necesita.

TIPOS DE DIABETES:

Tipo1: también conocida como diabetes juvenil.
Es una enfermedad en la que el páncreas no produce suficiente insulina.

Tipo 2: Es el tipo más común.
Se desarrolla cuando el organismo es resistente a la insulina y, por ello, el páncreas no puede producir la suficiente insulina para mantener los niveles en sangre. Se pensaba que esta daba comienzo en la edad adulta a partir de los cuarenta, hoy en día, esta creencia está en desuso por la cantidad de niños obesos que la padecen.

Diabetes gestacional: se la conoce también como diabetes mellitus gestacional.
Este tipo sólo se presenta en mujeres embarazadas.

SINTOMAS:
- Micciones frecuentes.
- Sed y hambre extrema.
- Visión borrosa.
- Sensación de cansancio.
- Infecciones frecuentes y recurrentes.
- Perdida de peso sin una causa justificada.
- Entumecimiento y hormigueo en las extremidades.
- Picores en la piel.

PRUEBAS DIAGNOSTICAS:
- Prueba en ayunas de azúcar en sangre.
- Análisis de sangre A1C.
- Test oral de tolerancia a la glucosa.

COMPLICACIONES:
- Neuropatía diabética: daño nervioso.
- Enfermedades de corazón.
- Derrame cerebral.

- Retinopatía: problemas oculares.
- Nefropatía: daño renal.

FACTORES DE RIESGO:
- Tener antecedentes familiares de diabetes.
- Presión arterial alta.
- Sobrepeso u obesidad.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Dar a conocer la diabetes.

Objetivos secundarios:
- Diferenciar los distintos tipos de diabetes que hay.
- Comprender la importancia de una detección precoz.
- Resaltar las principales complicaciones.
- Analizar las repercusiones que esta tiene en la salud.
- La importancia de seguir unas pautas de estilo saludable.

3 Metodología

El trabajo está realizado basándose en bibliográficas sobre la diabetes.
Los soportes de datos empleados son: Pubmed , Scielo y distintas páginas relacionadas con la enfermedad.
La búsqueda fue relizada en inglés y español.

4 Resultados

La diabetes es una enfermedad crónica que afecta a gran cantidad de la población alrededor del mundo y sigue en aumento.

Durante décadas se ha creído que se subdivide en 2 tipos:
Diabetes tipo 1 y diabetes tipo 2.

Un estudio reciente publicado por the Lancet Diabetes & Endocronology demuestra que pueden llegar a ser hasta cinco tipos de diabetes diferentes desconocidos todos ellos hasta ahora.

Es un descubrimiento muy importante que puede ayudar a los expertos a comprender mejor la clasificación de la enfermedad y, así, ofrecer mejores tratamientos.

5 Discusión-Conclusión

Para controlar la diabetes hay que llevar un tratamiento farmacológico.
Los antidiabeticos orales más usados son:
- Sulfonilureas: Estimulan la secreción pancreática de insulina.
- Biguanidas: La recomendada para su utilización es la metformina, administrando dosis de 500 mg a 2g diarios. Ideal para pacientes obesos.
- Inhibidores de la alfaglucosidasa: Administrando dosis de 50 a 100 mg diarios, en 2 o 3 tomas antes de las comidas principales.
- Tiazolidinedionas (TZD): Mejoran la sensibilidad a la insulina, no aumentan el peso y no producen hipoglucemia.
- Y como medicamento novedoso y único para la terapia de la úlcera de pie diabético (UPD), tenemos El heberprot-p.

Además de todos estos tratamientos farmacológicos, es recomendable llevar a cabo unas pautas de vida como:

- Controlar la diabetes una vez diagnosticada.
- Controlar el peso.
- Llevar a cabo un ejercicio de manera regular.
- Controlar la ingesta de carbohidratos.
- Regularidad en los horarios de comidas.
- Limitar el consumo de tabaco y alcohol.
- Controlar la glucemia capilar al día.
- Llevar un control de la medicación de insulina.
- Observar medidas de higiene como prevención (manos, pies higiene bucal, etc).

6 Bibliografía

- Weissberg-Benchell J, Glasgow AM, Tinan WD. Adolescent diabetes management and mismanagement.Diabetes Care1995; 18: 77-82.
- Ortiz M. Factores psicológicos y sociales asociados a la adherencia al tratamiento en adolescentes diabéticos tipo 1.Psykhe.2004; 13: 21-31.

- McCord E, Brandenburg C. Beliefs and attitudes of persons with diabetes.Family Medicine.1995; 27: 276-1.
- https://www.Biblioteca Nacional de Medicina de EE.UU, Diabetes. https://www.Fundacióndiabetes.org.
- https://www.diabetescero.org.
https://www..medigraphic.com https://www..diabetesmadrid.org.

Capítulo 531

EL TCAE Y LAS MOVILIZACIONES A PACIENTES

MARÍA OLIVA FERNÁNDEZ ALVAREZ

EVA IRENE GONZÁLEZ ZAPICO

MARÍA JOSÉ NÚÑEZ SUÁREZ

1 Introducción

Los cambios posturales son movilizaciones que se realizan a los pacientes que están durante un tiempo prolongado encamados y no pueden por ellos mismos hacer sus cambios posturales por diversas patologías.

El TCAE ayuda al paciente a hacer sus movimientos y cambios oportunos manteniendo unas pautas:
- El área se preparará de manera que no entorpezca nada a la movilización, retirando materiales u objetos que nos molesten.
- Nuestra postura debe de ser lo más adecuada para realizar el esfuerzo. Usaremos los músculos de las piernas y brazos.
- Acercarse lo máximo posible al borde de la cama del paciente. El esfuerzo se minimiza.
- Posición de columna erguida.
- Antes de hacer la movilización decir al paciente lo que se va a hacer.
- En la medida de lo posible, siempre que el paciente pueda, pedirle colaboración.
- Evitar zonas de riesgo.
- Los cambios se harán cada 2 o 3 horas.

- No arrastrar al paciente.

Las movilizaciones pueden ser por transferencia, grúa, traslado de cama a sillón, para poner al paciente bien situado en la cama o cambios posturales.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Adecuar la posición correcta al paciente en la cama, su columna debe estar recta.

Objetivos secundarios:
- Evitar las UPPS.
- Establecer la independencia del paciente.
- Mantener la integridad de la piel.
- Darle confort al paciente.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

- Hacer sentirse al paciente cómodo y confortable.
- Respetar las pautas y protocolos de cambios posturales y movilizaciones.
- Hacer que el paciente se sienta seguro y tranquilo.

5 Discusión-Conclusión

- Es fundamental mantener las pautas y protocolo.
- Siempre que el paciente pueda debemos fomentarle la ayuda para movilizarlo.
- Hay que potenciar su autonomía.

6 Bibliografía

- https://medlineplus.gov
- https://auxiliar-enfermeria.com/movilizaciones.htm.

Capítulo 532

ADAPTACIÓN DE LA ALIMENTACIÓN EN EL ENFERMO DE ALZHEIMER

FRANCISCA DEL ROBLEDO VICENTE CASTELLANO

MARIA JESÚS GONZÁLEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

La salud de las personas depende en gran medida de su alimentación, de que el organismo disponga de los nutrientes esenciales para mantenerse y repararse y llevar a cabo todo su metabolismo. Debido a la edad, a los cambios físicos, fisiológicos,a las enfermedades y a demás situaciones asociadas al paso del tiempo, la alimentación debe sufrir tambien cambios y adaptaciones ya que las necesidades del organismo son otras. La nutrición debe ”individualizarse” a cada persona.

El Sistema Nervioso Central y la nutrición están relacionados entre sí de muchas formas como por ejemplo en la regulación del apetito, el trabajo mecánico de la masticación y deglución, la percepción del sabor y el disfrute en el comer, el manejo de utensilios, la coordinación en todo el proceso e incluso la regulación y manejo del bolo alimenticio.

Por todo ello, la alimentación en el paciente de Alzheimer se ve muy afectada siendo la disfagia o dificultad en la deglución una de las principales causas de malnutrición en estas personas agravándose su enfermedad.

2 Objetivos

- Dar a conocer la vulnerabilidad del paciente con Alzheimer en cuanto a la desnutrición y los factores de riesgo.
- Observar qué tipo de problemas van apareciendo según se va desarrollando la enfermedad y de qué manera podemos ir adaptando la alimentación a estas situaciones para que el aporte de nutrientes sea adecuado.

3 Metodología

Para escribir este capítulo se ha llevado a cabo una búsqueda y revisión bibliográfica sobre trabajos científicos avalados que tratan el tema del Alzheimer, así como artículos procedentes de publicaciones científicas.

Palabras clave: Alzheimer, nutrición, disfagia, alimentación.

4 Resultados

Estamos viendo la vulnerabilidad del paciente de Alzheimer debido a que su enfermedad le puede traer problemas de desnutrición. Los principales factores de riesgo son:
- Alteraciones fisiológicas como alteración del sentido del gusto, problemas con los dientes, segregación escasa de saliva, absorción intestinal problemática…
- Patologías relacionadas a la nutrición como diarreas, nauseas, vómitos, diabetes, cirugías digestivas…
- Problemas funcionales tanto para acceder a los alimentos como para llevar a cabo el acto de comer.
- Problemas sociales y económicos que derivan en que el enfermo de Alzheimer no tenga una dieta adecuada.
- Consumo de medicamentos, ya que el paciente de Alzheimer pertenece al grupo de edad que mas se medica (65 años en adelante).

La mayoría de estos enfermos, al tener trastornos cognitivos y una conducta inapropiada en la alimentación evolucionan hacia la pérdida de peso, la malnutrición grave y la ingesta de alimentos cada vez mas escasa. Estas pautas se van desarrollando y evolucionando en los diferentes estadios de la enfermedad:
- En el estadío inicial no suele darse la desnutrición pudiendo desarrollarse tendencias bulímicas o por el contrario inapetencia y desgana por la comida. Al

fallarles la memoria se olvidan de comer, de los horarios etc o comen de manera descuidada.
- En el estadío medio es necesario ayudar al paciente a comer, a beber… mastica poco los alimentos y los deglute con dificultad, disminuye la percepción de olores, sabores, segregan poca saliva aumentando el riesgo de infecciones, rechazan la comida en ocasiones, sufren de disfagia para los líquidos y aparecerá tambien para sólidos, perderán la coordinación de los movimientos o praxias por lo que no podrán usar cubiertos, e incluso dejarán de reconocer los objetos (agnosia) así como los alimentos.
- En el estadío grave la dependencia es completa en la alimentación. La disfagia a sólidos y líquidos es tal que es fácil que se produzca una broncoaspiración y que el paciente llegue a negarse a comer. El aparato digestivo se enlentece, aparece el estreñimiento y es frecuente la aparición de fecalomas. La actitud hacia los alimentos es de indiferencia (anorexia senil).

Estamos viendo que las patologías neurológicas, entre ellas el Alzheimer, requieren antes o después una adaptación de la alimentación para evitar la carencia de algún nutriente. Los tipos de alimentación existentes que nos permiten irnos adaptando a las necesidades del enfermo son:
- Alimentación básica tradicional: la cocina de siempre y la mas recomendable siempre que sea equilibrada, variada, y suficiente y agradable según el paciente.
- Alimentación básica adaptada: fácil de usar conjuntamente con la tradicional, se basa en comidas en forma de purés y papillas de gran nivel nutricional, ricos en proteínas, vitaminas, minerales, y con cantidades de colesterol, sal, azúcar… controladas, son fáciles de ingerir, los líquidos se ingieren con espesantes que evitan la aspiración o en forma de gelatinas de diversos sabores lo que también facilita la toma de medicación. Con esta dieta se consigue buena hidratación gracias a la modificación de la textura de los líquidos con espesantes y gelatinas.
- Suplementos nutricionales: cuando no es suficiente el aporte que se obtiene con los tipos de alimentación ya vistos, se recurre a los suplementos nutricionales que son fórmulas nutritivas de sabores ricos en uno o mas nutrientes que son para consumo oral y en monodosis. Su textura varía de poco espesa a muy espesa según la necesidad de paciente. Los suplementos nutricionales pueden ser de fórmula de dieta completa, con lo que cubren todas las necesidades nutricionales del paciente o de fórmula de dieta incompleta, no tienen todos los nutrientes y se usan como apoyo de la dieta del paciente.
- Nutrición enteral: Es el método a usar cuando las necesidades nutricionales no llegan a cubrirse con los tipos de alimentación vistos hasta ahora. Para poder realizar esta nutrición el paciente debe conservar la función intestinal, y se hará un

estudio de su estado y sus necesidades nutricionales, así como de otras patologías que pudiera tener. La manera más sencilla es usando una sonda nasogástrica pero en el caso de que hubiera que mantener este tipo de nutrición por mucho tiempo o de forma indefinida o bien existiese reflujo esofágico, se recomendaría la colocación de una PEG.

Para este tipo de nutrición existen gran cantidad de fórmulas: completas, que aportan todos los nutrientes necesarios en cantidad suficiente; dietas poliméricas: con proteínas intactas pueden ser normoproteicas (hipocalóricas, normocalóricas e hipercalóricas) y las hiperproteicas (normocalóricas e hipercalóricas); dietas oligoméricas: de proteínas hidrolizadas; fórmulas especializadas: adaptadas a enfermedades concretas (diabéticas, enfermedades intestinales…) se tendrán en cuenta muchos factores a la hora de elegir la fórmula: capacidad de absorción de nutrientes, forma de vida del anciano, formas de presentación y sabores, así como la tolerancia etc…

5 Discusión-Conclusión

En general se considera que cada fase del enfermo de Alzheimer dura tres años aproximadamente, pudiendo durar la enfermedad entre 6 y 15 años. Al ser una enfermedad tan larga, es fundamental estar preparados e informados para las sucesivas adaptaciones al enfermo, una de ellas fundamental: la alimentación y es que en España hay 800000 personas que sufren Alzheimer y cada año se diagnostican 40000 nuevos casos siendo la principal causa de discapacidad en personas mayores.

6 Bibliografía

- De la Rica. Mª, Hernando. I. Cuidadores del anciano demente. Rev.Rol de enfermería 1994; 187: 35-40.
- Envejecer en España. II Asamblea mundial sobre el envejecimiento. IMSERSO Vol 8 Abril 2002.
- Merck & Co. INC. Manual Merck de geriatría. Barcelona: Doyma, 1992
- Programa de atención a las personas mayores. MInisterio de Sanidad y Consumo. Instituto Nacional de la Salud. Madrid, 1999.
- Salgado A. Guillén. F.Manual de geriatría. Masson. Salvat Medicina. Barcelona 1994.

- Schlenker. E.D. Nutrición en el envejecimiento. Mosby/Doyma libros. Madrid. 1994.
- www.alz.org.febrero
2005.
- www.novartismedicalnutrition.com/es.
- www.segg.org
Sociedad Española de Geriatría y Gerontología.
- www.diariomedico.com.

Capítulo 533

CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA LA NUTRICIÓN ENTERAL EN EL PACIENTE GRAVE

KATIUSCA POMPA SABLON

MARIA RIESGO RODRIGUEZ

ROSA PEREIRA PEREZ

GRACIELA CARBAJAL BARREIRO

GRACIELA COLODRON TESTA

1 Introducción

La nutrición enteral (NE) se define como el aporte de nutrientes enterales mediante fórmulas industriales bien definidas, dentro de cualquier porción del tubo digestivo, bien sea a través de sondas (nasogástricas, nasoyeyunales), ostomías (gastrostomía, yeyunostomía) o por vía oral.

El beneficio de la nutrición enteral en el paciente crítico está bien demostrado en varios estudios, especialmente si se inicia precozmente en las primeras 24 o 48 horas en los pacientes graves y en la actualidad esta práctica se recomienda por las principales guías de práctica clínica.

Los cuidados de enfermería durante la aplicación de la NE son importantes para la prevención de complicaciones por este tipo de tratamiento y debe basarse en

la realización de buenas prácticas clínicas para administrar los diferentes nutrientes.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Identificar las vías de acceso de la nutrición enteral.

Objetivos secundarios:
- Describir la colocación y los cuidados de las sondas.
- Describir los cuidados de las ostomías.
- Describir los métodos de administración de nutrientes y las precauciones a tener en el proceso.
- Identificar las complicaciones de la nutrición enteral.

3 Metodología

El trabajo de revisión se realizó a base de una búsqueda avanzada de la bibliografía en bases de datos como MEDLINE, PubMed, SciElo y Cochrane para obtener la evidencia científica sobre el tema. Se empleó además buscadores como Google Académico.

En el proceso definieron criterios de selección de los artículos como que fueran sustentados en estudios con un diseño metodológico adecuado o de consenso de expertos que expusieran los cuidados de enfermería en pacientes graves con nutrición enteral, principalmente en idiomas español e inglés.
La revisión realizada por expertos, documentos de consenso, estudios observacionales y experimentales y metaanálisis y revisión sistemática se tomaron también en consideración.

Los descriptores empleados para la búsqueda fueron: nutrición enteral, paciente crítico, cuidados de enfermería, cuidados intensivos

4 Resultados

El equipo de enfermería para abordar la NE debe definir conjuntamente con el médico y nutricionista las vías de acceso. Entre ellas se destacan, principalmente,

las que se implantan por técnicas no invasivas como sondas nasogástricas, nasoyeyunales y las invasivas a largo plazo tales como gastrostomía, yeyunostomía.

La colocación de la sonda nasogástrica con el objetivo de administrar los nutrientes compete al personal de enfermería, el cual deberá proceder de la forma siguiente:
1. Apoyo sicológico al enfermo y solicitud de consentimiento informado a pacientes y familiares.
2. Colocar al enfermo en posición fowler, semofowler o sentado.
3. Colocación de guantes estériles.
4. Medir la distancia del lóbulo de la oreja a la punta de la nariz y de ahí al xifoides para estimar la longitud.
5. Introducir suavemente la sonda, pidiendo al paciente que trague o respire profundo. Previamente lubricar la punta.
6. Verificar la ubicación de la sonda: inyección de 30 mL de aire a través de la sonda. Auscultar a nivel del epigastrio.
7. Fijar adecuadamente la sonda para evitar su retiro.
8. Anotar en la historia clínica del paciente la realización del proceder y cualquier incidencia.
En general se recomienda para las sondas: comprobar la correcta posición antes de alimentar, verificar la cuantía del residuo gástrico para decidir nutrir, revisar si existe lugar de apoyo de la sonda, cambio de la cinta de fijación diariamente, mantener protegido y cerrado el extremo distal y administrar agua después de cada toma, y mantener medidas higiénicas para evitar la contaminación.

En el caso específico de las ostomías, los cuidados por parte del equipo de enfermería deben ser más minucioso, por las complicaciones que pueden desarrollarse con este tipo de vía, y se recomiendan entre ellos:
-Comprobar diariamente la posición.
-Lavar la piel que rodea el estoma con agua y jabón diariamente o cuando sea necesario.
-Evitar la acumulación de secreciones en el tubo o la piel.
-Acomodar compresas sobre la piel que rodea el estoma o encima de la pomada protectora.
-Proteger la porción distal para la entrada de aire y evitar la contaminación.
-Administrar agua después de cada toma y si es continua cada 4 a 6 horas.

El personal de enfermería y los enfermeros nutricionistas en especial, administran los nutrientes por sondas o ostomías de modo continuo según las cantidades

indicadas por el médico por bomba de infusión y ajustando la velocidad según el caso. Siempre que se administren nutrientes se deberá revisar la fecha de caducidad, la refrigeración si este es líquido, no guardar preparados de una toma a otra y si el producto es muy hipertónico administrar lentamente, para así evitar las molestias abdominales. Diariamente se recomienda cambiar las conexiones y bolsas del infusor.

El equipo de salud, y en especial de enfermería, deberá evitar las complicaciones durante la NE y diagnosticarlas durante el proceso de atención, entre las más importantes se encuentran: molestias nasofaríngeas, sondas no bien colocadas y perforación del esófago. Debe procurarse que no se desarrolle sobrehidratación o deshidratación y evitarse la broncoaspiración. Un punto cardinal es identificar las complicaciones gastrointestinales como náuseas y vómitos, diarreas, cólicos y distensión gástrica, que pueden originar desequilibrios hidroelectrolíticos y ácido-basico.

5 Discusión-Conclusión

Los cuidados de enfermería durante la aplicación de la NE son importantes, de ahí la importancia de que el equipo de enfermería cumpla todos los puntos clave en su atención.

- La colocación de la sonda nasogástrica con el objetivo de administrar los nutrientes compete al equipo de enfermería quien deberá aplicar recursos psicológicos, técnicos y éticos para lograr un exitoso resultado del procedimiento.

-El cuidado de las ostomías demanda de una atención más profesionalizada por el equipo de enfermería dirigida a los cuidados de la piel, las sondas, la higiene local y la administración adecuada de los nutrientes.

-Se recomiendan cuidados específicos para la administración de los nutrientes por las diferentes vías, con énfasis en su preservación, velocidad de administración y cuidados de las bombas de infusión.

-El equipo de enfermería debe diagnosticar precozmente las complicaciones que aparecen durante la administración de los nutrientes de la NE, en especial las provocadas por sondas y las gastrointestinales, sobre las cuales puede actuar previniéndolas.

6 Bibliografía

- Triantafillidis JK, Vagianos C, Papalois AE. The role of enteral nutrition in patients with inflammatory bowel disease: Current aspects. Biomed Res Int. 2015; 2015: 197167.
- Wedrychowicz A, Zaj¸ac A, Tomasik P. Advances in nutritional therapy in inflammatory bowel diseases: Review. World J Gastroenterol. 2016; 22:1045-66.
- León DO. Evaluación del estado nutricional en el paciente crítico. En: León DO. Medicina Intensiva. Nutrición del paciente crítico. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2014. p.17-23. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros/medicina_ intensiva_ nutricion/parte_1/cap.%203.pdf.
- Flordelís Lasierra J, Pérez-Vela J, Montejo González J. Nutrición enteral en el paciente crítico con inestabilidad hemodinámica.Med Intensiva. 2015;39:40-8.

Capítulo 534

INVESTIGACIÓN DE LAS VACUNAS.

MARÍA EUGENIA GARCÍA ALONSO

HONORINA BERDAYES CANAL

MONICA SUAREZ ALVAREZ

ALMA LLENIN MARTINEZ

MARIA DEL PILAR ANTÓN BRAVO

1 Introducción

Las vacunas son proteínas, polisacáridos o ácidos nucleicos de los microorganismos patógenos que son suministradas al sistema inmunitario como entidades simples, como plantes de partículas complejas o por medio de agentes vivos atenuados o vectores con el objeto de inducir respuestas inmunitarias especificas protectoras que inactiven , destruyan o supriman al agente infeccioso patógeno.

En nuestra época actual disponemos de más de 40 vacunas para la prevención de más 25 enfermedades infecciosas en humanos. La vacunación es la estrategia mas eficaz y eficiente de prevención primaria con que cuenta la Salud Publica en la actualidad. Su contribución ha sido fundamental para disminuir la incidencia y morbimortalidad de las enfermedades infecciosas. Alguna de estas enfermedades ya han sido erradicadas (la viruela en 1977) o lo serán próximamente (poliomielitis) y otras que ya han sido eliminadas de amplias zonas geográficas (difteria, sarampión, tétanos neonatal, etc).

2 Objetivos

Los países o áreas sanitarias establecen programas de inmunización, estos programas constan de unas normas y un calendario de vacunaciones que consiste en la secuencia cronológica de administración sistemática de las diferentes vacunas, con el fin e obtener una inmunidad individual y colectiva adecuada a la población frente a las enfermedades para las que se dispone de una vacuna eficaz. Los calendarios que se diseñan para aplicar los planes de inmunización deben cumplir las siguientes características para conseguir resultados eficaces:
- Adaptado a las necesidades de la población y sus características epidemiológicas, demográficas y socioeconómicas.
- Afectado ampliamente por los profesionales sanitarios y la sociedad.
- Sencillo, reduciendo al máximo la dosis y visitas médicas que precisa.
- Seguro, presentando un mínimo de riesgos y desventajas.
- Actualizado permanentemente según el desarrollo de nuevas vacunas, la aparición de nuevas patologías y el resurgimiento o desaparición de enfermedades ya existentes.

La vacunación del adulto no recibe las mismas prioridades que la vacunación infantil, alguna de las causas son la reducida oferta vacunal por parte de sistema de asistencia sanitaria (exceptuando la vacuna antigripal), la limitada educación sanitaria de la población y las oportunidades perdidas de vacunar debido a una insuficiente utilización y formación de las posibilidades de las vacunas por parte de algunos profesionales sanitarios así como una sobre valoración de los efectos secundarios y las contraindicaciones.

La mayor parte de la población, incluidos muchos profesionales de la salud, consideran que la inmunización activa es una practica preventiva de interés limitado a la población infantil, y que solo en circunstancias muy concretas seria recomendable para los adultos. Se olvida que ciertas profesiones, estilos de vida, circunstancias ambientales, viajes internacionales (sobre todo a áreas tropicales y subtropicales) o condiciones médicas hacen a determinados grupos de adultos especialmente susceptibles a enfermedades prevenibles con vacunas.

Hay diversos factores que propician un gran grado de vacunación en adultos:
- Incremento de la longevidad medio de la población quienes cada vez mas demandarán programas preventivos para mejorar su nivel de salud.
- Baja protección inmunitaria por ausencia de vacunación o vacunación incompleta en la infancia o necesidad de dosis periódicas de recuerdo para mantener

una protección adecuada y también la disminución de la protección por vía natural.

- Baja protección inmunitaria por la presentación de casos de enfermedades propias en la infancia en edades mas avanzadas que pueden aumentar la aparición de complicaciones en la enfermedad o presentación de brotes epidémicos en colectivos de adultos no adecuadamente inmunizados con bajas coberturas de vacunación, también la mayor mortalidad en adultos que en niños por enfermedades prevenibles mediante vacunación en los países desarrollados, disponibilidad de vacunas especialmente indicadas en adultos de edad avanzada (gripe y neumococo) y disponibilidad de nuevas vacunas debido a la utilización de tecnológicas modernas de producción de vacunas.

Antes de proceder a la administración del preparado vacunal se debe revisar la historia clínica y el carnet de vacunación del paciente y realizar una anamnesis para identificar la existencia de contraindicaciones y recoger información básica que permita la descripción médica individualizada de inmunizaciones en adulto considerando al menos los siguientes criterios: edad, sexo (mujer en edad fértil), ocupación o profesión, condiciones medicas y tratamientos actuales, viajes internacionales, situaciones ambientales (personas que viven o trabajan en instituciones cerradas) y estilo de vida.

Una vacuna esta contraindicada cuando el riesgo de complicaciones de la misma es mayor que el riesgo de padecer la enfermedad contra la que protege:

- Reacción anafiláctica a dosis previas de una vacuna o hipersensibilidad previa a algún componente de la vacuna.
- Embarazo: contraindicadas las vacunas de microorganismos vivos atenuados.
- Enfermedad aguda grave con o sin fiebre y afectación del estado general (para evitar que la reaccion vacunal, si se produce, puede agravar la enfermedad de base oque pueda considerarse como un reacción secundaria a la vacuna la clínica debida a la enfermedad de base).
- Alteraciones inmunitarias: Inmunodeficiencias, tratamientos inmunosupresor intenso y prolongado, radioterapia: contraindicadas las vacunas de microorganismo vivos atenuados.
- Administración de inmunoglobulinas, sangre u otro producto que contengan anticuerpos que interfieran la respuesta vacunal.

3 Metodología

Se realiza revisión de diversos libros del ámbito sanitario, como también vía Internet con descripciones como: vacunas, infección, bacterianas vivas atenuadas

o inactivas, víricas vivas atenuadas o inactivas,etc.

4 Bibliografía

- Salleras L. pasado, presente y futuro de las vacunas. Eliminación - erradicación de enfermedades infecciosas transmisibles prevenibles mediante vacunaciones. Vacunación antineumocócica en las personas mayores. Vacunaciones preventivas, principios y aplicaciones.
- Grupo de trabajo de vacunación en el adulto, sociedad española de medicina preventiva, salud publica e higiene.

Capítulo 535

EL CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD CELÍACA

VANESA GARCÍA VALERO

ANA MEDIO PÉREZ

CRISTINA MARÍA LUIS RODRÍGUEZ

ROSA ANA BARTON DEL BARRIO

MARÍA PAULA GIORDANO DI FILIPPO

1 Introducción

La enfermedad celíaca (EC) es una patología autoinmune, crónica y sistémica, en ocasiones difícil de diagnosticar, que produce una reacción al gluten a individuos genéticamente predispuestos y que provoca una lesión grave en la mucosa del intestino delgado, con una atrofia de las vellosidades intestinales. Como consecuencia la absorción de nutrientes es reducida, pudiendo llevar a deficiencias nutricionales.

El gluten es una proteína presente en la semilla de muchos cereales como son el trigo, cebada, centeno, cebada y sus derivados. Ciertas personas no digieren bien esta proteína activándose el sistema inmunológico y desencadenando una reacción adversa.
A continuación se muestran diferentes síntomas de la enfermedad celíaca que se van a agrupar en menores y mayores.

Síntomas menores:
- Dispepsia.
- Distensión abdominal.
- Anemia.
- Fatiga.
- Hipertransaminasemia.
- Infertilidad.
- Talla baja.
- Osteoporosis.
- Dermatitis herpetiforme.

Síntomas mayores:
- Malabsorción.
- Esteatorrea y diarrea.

Grupos de riesgo:
- Familiares de primer grado 5-10%.
- Síndrome de Down 5.7%.
- Hepatitis autoinmune 4.6%.
- Síndrome de Turner 6.4%.
- Déficit Selectivo de IgA 7.7%.
- Diabetes Tipo 1, 4.1%.

Clasificación de la enfermedad celiaca:
- Sintomática: El paciente muestra los síntomas claros de la enfermedad. Los individuos presentan anticuerpos positivos, enteropatía y genética HLA DQ2 y HLA DQ8 positiva.
- Asintomática: Corresponde a pacientes asintomáticos en los que la atrofia de las vellosidades y/o serología positiva se demuestra a partir de un cribado. Se le denomina Silente.
- Latente: Aquella en la que tomando una dieta libre no hay síntomas evidentes ni tampoco atrofia de las vellosidades. Han sido celíacos y se recuperaron gracias a la dieta sin gluten, pero pueden volver a ser celíacos en cualquier momento de su vida.
- Potencial: Se incluyen los pacientes positivos de anticuerpos, con genética positiva y la biopsia intestinal no muestra alteraciones, pero puede cursar lesión intestinal de la EC en el futuro.
- Refractaria: Encuadramos a los pacientes con atrofia vellositaria cuyos síntomas no desaparecen después de haber excluido el gluten de su dieta durante, al menos,

un período de 6 meses.

Diagnóstico:
- Marcadores serológicos
El primer paso para descartar la EC consiste en la realización de un análisis de sangre de la determinación de la presencia de los marcadores serológicos de la enfermedad celíaca, que son los anticuerpos frente al gluten. Asimismo, una serología negativa no excluye por completo el diagnóstico de la enfermedad.
Test Serológicos:
Anticuerpos antiendomisio (EMA).
Anticuerpos antigliadina (AGA).
Anticuerpos Anti-Transglutaminasa Tisular (TTGA - IgA).
- Marcadores Genéticos de Riesgo.
La enfermedad celiaca es autoinmune y afecta a individuos genéticamente predispuestos con los alelos HLA-DQ2 y HLA-DQ8.
- Biopsia intestinal.
En muchas ocasiones, los resultados pueden ser negativos. Por ello, para un diagnóstico de certeza de la enfermedad, es necesario realizar una biopsia intestinal. La biopsia consiste en la extracción de una muestra de tejido del intestino delgado para ver si está o no dañado. El diagnóstico de EC debe ser siempre confirmado por biopsia.

Tratamiento:
El único tratamiento eficaz para la EC es la dieta sin gluten (DSG) de por vida, lo cual consiste en la exclusión de la dieta de las proteínas del endospermo de trigo (gliadinas y gluteninas), y de sus homólogos en la cebada (hordeínas), el centeno (secalinas), y la avena (aveninas), así como los híbridos de estos cereales (kamut y triticale), y sus derivados (almidón, harina, etc.).
Los pacientes con EC deben consumir alimentos naturales que no tengan gluten, como leche, carnes, pescados, huevos, frutas, verduras, cereales de arroz, maíz y patatas, y alimentos de alto valor nutricional.

2 Objetivos

El principal objetivo es estudiar y conocer las causas de la enfermedad, así como las formas de presentación clínicas, sus síntomas y signos de la enfermedad, los grupos de riesgo o procesos asociados a la misma y brindar las herramientas oportunas que fomenten el diagnóstico precoz para su remisión o prevención.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica existente sobre las evidencias acerca de la enfermedad celíaca.
En primer lugar, se realizó una búsqueda primaria en bases de datos españolas tales como ISBN, utilizando los Descriptores en Ciencias de la Salud "Celiaquía". Posteriormente, en bases de datos de lengua inglesa como Pubmed, utilizando los Medical Subject Headings "Celiac Disease".
Asimismo, artículos extraídos de publicaciones en la revista de Mazorca, creada por la Federación de Asociaciones de Celíacos de España.

4 Resultados

Hasta hace unos años la EC era considerada una enfermedad poco frecuente y que se manifestaba con un cuadro de malabsorción intestinal. En la actualidad, la celiaquía es un proceso frecuente, de distribución mundial, que afecta tanto a niños como adultos y que puede manifestarse con formas clínicas atípicas o silentes. En Europa afecta a cerca del 1% de la población. La prevalencia es más frecuente en las mujeres con una proporción 2:1. Respecto a la edad, existen dos picos donde es mayor el número de casos, entre 1 y 3 años en niños y 30 -50 adultos.

El cambio conceptual se ha basado en:
- El desarrollo de métodos serológicos sensibles y específicos. La determinación de anticuerpos antitransglutaminasa tisular humana es el método por excelencia.
- El conocimiento de las distintas formas clínicas extradigestivas de presentación de la enfermedad.
- El conocimiento de una serie de condiciones en los cuales el riesgo de padecer EC es más elevado (procesos y grupos de riesgo).

5 Discusión-Conclusión

Ante la sospecha de la enfermedad conviene hacer las distintas pruebas serológicas, biopsias y seguir una dieta libre de gluten. En la mayoría de los pacientes el cumplimiento estricto de la DSG conduce a la recuperación rápida de la función de la mucosa del intestino delgado, así como a la remisión de los síntomas y normalización de las pruebas serológicas. Actualmente, es posible monitorizar la calidad de la DSG, con técnicas que permiten la cuantificación del contenido

de gluten de los alimentos. Asimismo, la información es amplia y actualizada, a través de las asociaciones de enfermos afectados. La realización de la dieta terapéutica de forma correcta va a ser un factor determinante en el curso y evolución de la enfermedad.

6 Bibliografía

- M. Kagnoff. Overview and Pathogenesis of Celiac Disease. Gastroenterology, 128 (2005), pp. s.10-s18
- P. Green, C. Cellier. Celiac disease. N Engl J Med, 357 (2007), pp. 1731-1743
- J. Bai, M. Fried, G. Corazza. World Gastroenterology Organisation Global Guidelines on Celiac Disease. J Clin Gastroenterology 47 (2013), pp. 121-126
- Revista Mazorca. Federación de Asociaciones de Celiacos de España. Editada por FACE.
- Revista Sin Gluten (ACSG). Asociación de Celíacos y Sensibles al Gluten.
- ACEPA. Asociación Celiaca del Principado de Asturias.

Capítulo 536

ENFERMEDAD DEL ARAÑAZO DE GATO.

NATALIA GARCÍA RODRÍGUEZ

1 Introducción

Esta enfermedad es una infección con la bacteria BARTONELA que, se cree, se trasmite por arañazos y mordeduras de gatos y picaduras de pulgas.

La enfermedad del arañazo de gato es causada por la Bartonella Henselae. La enfermedad se propaga a través del contacto con un gato infectado (mordedura o arañazo), o por la exposición a las pulgas de gato. También puede propagarse a través del contacto con la saliva del gato sobre la piel o las superficies mucosas rotas como las de la nariz, la boca y los ojos.

2 Objetivos

Se deben de tomar una serie de medidas para evitar contraer este tipo de enfermedad tan común. Entre ellas podemos destacar:
- Lavarse las manos a profundidad con jabón y agua después de jugar con su gato.
- Juegue delicadamente con los gatos para que no rasguñen ni muerdan.
- No permita que un gato le lama la piel, ojos, boca, o heridas abiertas o cicatrices.
- Utilice un control de pulgas para disminuir el riesgo de que su gato desarrolle esta enfermedad.
- Imprescindible no tocar a los gatos callejeros.

3 Caso clínico

Paciente de 62 años que acude a su centro de salud con pápula en antebrazo izquierdo, enrojecimiento que se extiende hasta el hombro, escalofríos, dolor de cabeza y malestar general.

Tras realizar toma de constantes, se observa que el paciente presenta una temperatura de 38.6ºC, y resto de constantes dentro de la normalidad, sin embargo, después de la exploración por parte del médico se aprecia una inflamación de los ganglios linfáticos en la región axilar y aumento de la temperatura y enrojecimiento completo del MSI.

El paciente refiere haber estado jugueteando con la mascota de su vecino (gato), habiéndole referido éste un pequeño arañazo.
Ante la sospecha de una infección causada por el felino, el médico lo deriva a urgencias hospitalarias para un posible ingreso con pauta de antibióticos iv hasta completar el tratamiento, así como un seguimiento más exhaustivo ante posibles complicaciones y completar el estudio con pruebas complementarias.

4 Discusión-Conclusión

Esta enfermedad a menudo no se detecta debido a que es difícil de diagnosticar. La prueba de inmunofluorescencia indirecta para Bartonella Henselae en la sangre es una forma precisa de detectar la infección causada por estas bacterias. Los resultados de esta prueba se deben tener en cuenta junto con otra información proveniente de la historia clínica, los exámenes de laboratorio o una biopsia.

A veces, un ganglio infectado puede formar un túnel (fístula) a través de la piel y supurar (soltar líquido).

También se puede hacer una biopsia de ganglios linfáticos para buscar otras causas de su inflamación.

Generalmente, la enfermedad del arañazo de gato no es grave. Tal vez no se necesite un tratamiento médico. En algunos casos, el tratamiento con antibióticos, como azitromicina, puede ayudar así como emplear otro tipo de antibióticos existentes en el mercado farmacéutico.

En personas con VIH/SIDA u otras, que tienen un sistema inmunitario debilitado, la enfermedad del arañazo de gato es más seria. Se recomienda el tratamiento con

antibióticos.

5 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 537

PICADURA DE GARRAPATA EN NIÑO MENOR.

NATALIA GARCÍA RODRÍGUEZ

1 Introducción

Las garrapatas son ácaros que se pueden adherir a medida que una persona pasa entre arbustos, plantas y pasto. Una vez que se pegan, las garrapatas a menudo se desplazan hasta lugares calientes y húmedos del cuerpo, como las axilas, la ingle y el cabello. Al llegar, normalmente se adhieren con fuerza a la piel y comienzan a chupar sangre. Evitar las garrapatas es importante, debido a que pueden infectarlo con bacterias y otros organismos que causan enfermedad.Las garrapatas pueden ser bastante grandes, aproximadamente del tamaño del borrador de un lápiz, o tan pequeñas que es casi imposible verlas. Hay cerca de 850 tipos diferentes de garrapatas. La mayoría de las picaduras de garrapatas son inofensivas, pero algunas pueden causar problemas de salud que van de leves a serios.

Son ectoparásitos hematófagos (se alimentan de sangre) y son vectores de numerosas enfermedades infecciosas entre las que están el Tifus y la enfermedad de Lyme. Son los ácaros de mayor tamaño.

Aunque la mayoría de las picaduras de garrapata son inofensivas, pueden propagar una enfermedad llamada enfermedad de Lyme causada por la Borrelia burgdorferi. Esta enfermedad puede desencadenar artritis, trastornos del corazón y del sistema nervioso como encefalitis o meningitis. La época de mayor riesgo para contraer esta enfermedad es al final de la primavera y el inicio del verano. Los síntomas por los que se identifica esta enfermedad son similares a los de una

gripe común (fiebre, dolor muscular, malestar general, cefalea y fatiga), precedidos de un "eritema crónico (mancha rojiza circular o sarpullido) como primer signo de la enfermedad.

El diagnóstico se realiza mediante una demostración de anticuerpos frente a la Borrelia burgdorferi. El tratamiento suele ser tetraciclina o penicilina; macrólidos. Es necesario tratar esta enfermedad a la mayor brevedad, ya que incluso el 15% de los pacientes que reciben tratamiento inmediato sufren complicaciones. En ocasiones esta enfermedad es confundida con artritis reumatoide, meningitis o esclerosis múltiple.

2 Objetivos

Proporcionar información acerca de la picadura de la garrapata, que puede infectar con bacterias y otros organismos que causan enfermedades que van de leves a serios; asi como prevenir la picadura de esta en entornos en los que suele ser habitual.

3 Caso clínico

Niño de 7 años que acude con su madre al centro de salud por ampollas y sarpullido, inflamación en varias zonas del cuerpo: zona genital, axilar y pierna derecha a la altura maleolar interna. La madre refiere haber salido el fin de semana al campo, donde el niño jugó con el resto de sus amigos en una zona de matorrales que hasta el momento de llegar a su casa no refirió ningún tipo de molestias. Tras la ducha, pudo observar zonas enrojecidas y con sarpullido y el niño empezó a llorar por el dolor y picor que sentía.

El médico en la exploración observa que el niño es portador de diversas garrapatas adheridas completamente a la piel, precisa ayuda de la enfermera para proceder a la retirada de las mismas. La enfermera retira con cuidado provista de unas pinzas la garrapata, cuidando de no dejar la cabeza incrustada en la piel. Luego, limpia la zona con agua y jabón.

Posteriormente, el médico pauta tratamiento con antibiótico oral durante una semana, para prevención de infecciones por parte del parásito y cita nueva revisión con el pediatra tras finalizar el tratamiento. Recomienda a la madre del niño un seguimiento del mismo en espera de que no haya posibles complicaciones y le refiere que en caso de observar cualquier síntoma de alarma acuda a urgencias.

El niño tras completar tratamiento evoluciona de forma favorable, sin requerir ningún otro tipo de tratamiento ni seguimiento por lo sucedido.

4 Discusión-Conclusión

Reduzca sus probabilidades de contraer una enfermedad transmitida por las garrapatas usando repelentes, revisándose y duchándose después de haber estado al aire libre. Si después de una picadura de garrapata presenta fiebre o sarpullido, busque atención médica.

Cuando esté disfrutando actividades como trabajar en el jardín, ir de campamento, hacer caminatas o jugar en exteriores, no olvide tomar medidas necesarias para prevenir las picaduras de garrapatas que también están al aire libre. Las garrapatas pueden infectar a los seres humanos con bacterias, virus y parásitos que causan enfermedades graves. Las garrapatas viven en áreas cubiertas de pasto, arbustos o muchos árboles, o incluso en animales, por lo que pasar tiempo al aire libre al acampar, jardinear o cazar podría ponerlo en contacto cercano con las garrapatas.

Los productos que contienen permetrina matan las garrapatas. La permetrina puede usarse en botas, ropa y equipo de campamento, y la protección dura varias lavadas.

Revise su ropa para ver si tiene garrapatas. Las garrapatas pueden llevarse a la casa en la ropa. Debe quitarse todas las garrapatas que encuentre. Ponga la ropa en la secadora a una temperatura alta durante 10 minutos para matar las garrapatas en la ropa seca, después de que entre de áreas exteriores. Si la ropa está húmeda, puede ser necesario dejarla tiempo adicional. Si es necesario lavar la ropa primero, se recomienda usar agua caliente. El agua a temperatura fría o templada no matará eficazmente las garrapatas.

Dúchese pronto. Se ha comprobado que bañarse en las dos horas después de haber estado al aire libre reduce su riesgo de contraer la enfermedad de Lyme. Ducharse ayuda a deshacerse de las garrapatas que no estén prendidas y es un buen momento para revisar que no tenga alguna.

Revísese el cuerpo para ver si tiene garrapatas. Revísese todo el cuerpo cuando regrese de posibles áreas infectadas, incluso su jardín. Use espejos de mano o de cuerpo entero para verse todas las partes del cuerpo. Revise las siguientes partes del cuerpo y las de sus niños para ver si tienen garrapatas:debajo de los brazos,

por dentro y por fuera de las orejas, dentro del ombligo, por detrás de las rodillas, dentro y fuera del pelo, entre las piernas, alrededor de la cintura, etc.

La mayoría de las picaduras de garrapatas son inofensivas. El pronóstico va a depender del tipo de infección que pueda haber portado la garrapata y la prontitud con la que se haya iniciado el tratamiento apropiado. Si le picó una garrapata que portaba una enfermedad y no recibió el tratamiento correcto, pueden presentarse efectos de salud a largo plazo, incluso meses o hasta años más tarde.

Use ropa de protección cuando viaje por zonas conocidas por albergar garrapatas. Revise su piel en busca de señales de garrapatas o picaduras de estas después de dichos viajes.

5 Bibliografía

- https://www.mayoclinic.org/
- https://www.sanitas.es/
- https://medlineplus.gov/
- https://www.fda.gov/
- https://www.cinfasalud.com/

Capítulo 538

LA PSICOLOGIA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DESDE EL PUNTO DE VISTA DEL TCAE

VIOLETA REY FERNANDEZ

NOELIA SANTIAGO BERDASCO

EVA BLANCO RODRÍGUEZ

NIEVES ANTONIA GONZALEZ GONZALEZ

DOLORES MEGIDO BOZA

1 Introducción

En España se reduciría mucho el presupuesto sanitario si se dedicasen mas fondos a la contratación mayor cantidad de psicólogos en atención primaria ya que en éste campo tenemos una precariedad notable en la salud pública en nuestro país.

Seria importante un mayor ratio de profesionales especializados en psicología en atención primaria ya que los psicofármacos no demuestran ser al cien por cien efectivos para este tipo de pacientes.

Distintos estudios realizados en varios países de la Unión Europea han venido demostrando que los enfermos psicológicos prefieren ser escuchados a cualquier medicamento.

2 Objetivos

Ahorro de costes en spicofármacos como psicotrópicos, ansiolíticos, antidepresivos y mas derivados que en la mayoría de los casos son excesivamente caros y costosos por estar el paciente mal diagnosticado al no tener en atención primaria suficientes profesionales en el área de la psicología.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

En la mayor parte de los casos los pacientes acuden a psicólogos privados dando buenos resultados terapéuticos.

Porque no hacerlo desde el punto de vista de la Atención Primaria? , pues no todos los pacientes disponen de iguales posibilidades , bien por economía u otras circunstancias.

Como podemos percibir la salud mental en España tiene una gran precariedad y no lo es por falta de personal notablemente cualificado.

Desde el punto de vista del TCAE muchas veces este tipo de pacientes acuden a nosotros porque necesitan desahogarse emocionalmente sin ser conscientes de que a parte de escucharles y darles algún consejo no podemos hacer mas , dando así por sentado la falta de personal especializado.

Estudios nacionales vienen demostrando que la labor de los psicólogos en los centros de salud para tratar la ansiedad seria tres veces mas eficaz que un tratamiento con ansioliticos y cuatro mas para curar la depresión.

El ensayo clínico PsicAP, en el que han participado doscientos investigadores, 1200 pacientes, 28 centros de salud y 10 Comunidades Autónomas, ha demostrado

que ante casos de ansiedad, estrés o depresión el tratamiento psicológico es cuatro veces mas resolutivo que el que se lleva a cabo habitualmente en Atención Primaria.

Este ensayo clínico también ha hecho visibles las dificultades para acceder al tratamiento psicológico en la población con problemas emocionales. SACIL (Servicio de Salud de Castilla y León) cuenta con 4.03 psicólogos por cada 100.000 habitantes cuando la media europea llega a 18 especialistas. En España estamos a la cola de Europa e Psicólogos Clínicos.

5 Discusión-Conclusión

Tendría una repercusión en la disminución de suicidios, bajas laborales, y una mayor atención a nuestros mayores que debido a la soledad acuden a la atención primaria con dolencias inexistentes que hacen que se colapsen los centros de salud y con ello se dispara el gasto sanitario.

6 Bibliografía

- Sanidad SACYL
- Estudio PsicAP
- Investigador Hidalgo Orozco F. 2005

Capítulo 539

RESOLUCIÓN DE ACCIDENTE DE TRÁFICO CON POLICONTUSIONADA

FERMINA FERNANDEZ LUQUE

MARTA GONZALEZ RUBIO

1 Introducción

Mujer de 48 años que sufre accidente de trafico al dar su coche varias vueltas de campaña, que refiere dolor cervical y abdominal y que tras exploración y pruebas complementarias es diagnosticada como policontusionada. Con tratamiento para el dolor y collarín cervical, es dada de alta y evoluciona de forma favorable, con revisiones en su médico de cabecera y baja laboral.

2 Objetivos

Este caso muestra como una correcta actuación en un accidente de tráfico, desde el lugar del accidente hasta el traslado y la actuación en urgencias, pueden ser decisivos para un alta pasadas unas horas, evitando una hospitalización u otras lesiones que pudieran ser más traumáticas.

3 Caso clínico

Mujer de 48 horas que sufre un accidente de tráfico a las 19:00 de la tarde, dando su coche varias vueltas de campaña. La herida se encuentra consciente y orientada, pero refiere dolor cervical y en costado derecho, además de mareos y palidez.

Se abriga y acompaña hasta la llegada de la ambulancia pasados 30 minutos. El personal de la ambulancia tras inmovilizar, la extraen del vehículo y es trasladada a urgencias.

Allí se le realizan: la exploración donde la paciente presenta 36.8ªC, tensión de 157/86 y 93 de f.c. Además de una exploración neurológica normal con dolor cervical en lado derecho, buena ventilación, abdomen blando con dolor a la palpación en hipocondrio derecho y extremidades con buena movilidad. En las pruebas complementarias se realiza TAC toraco abdominopélvico y cervical, del que no se observan fracturas, ni hemotórax, ni neumotórax, ni complicaciones intrabdominales, salvo un aumento de la grasa de la pared anterior en relación con la compresión por el cinturón de seguridad.

4 Discusión-Conclusión

Ante un accidente de tráfico, la buena actuación desde el mismo momento del accidente hasta el alta, es crucial para una policontusión que puede recuperarse en su totalidad desde casa y con pocas horas del stress propio de la situación y de verse en un servicio de urgencias.

5 Bibliografía

- https://www.maz.es/maz-salud/Paginas/PrimerosAuxilios.aspx
- https://accigest.com/asistencia-sanitaria-accidente-trafico
- https://es.quora.com/Qu%C3%A9-es-una-policontusion
- https://www.orliman.com/collarin-cervical
- www.dgt.es/Galerias/seguridad-vial/unidad-de-victimas-de-accidentes-de-trafico

Capítulo 540

MENINGITIS

MARTA APARICIO ROLDÁN

1 Introducción

La meningitis es una infección caracterizada por la inflamación de las meninges que en muchos casos es causada por virus,en otros casos lo es por bacterias y en el resto de los casos se debe a intoxicaciones, hongos ,medicamentos y otras enfermedades. Se trata de una afección poco frecuente, pero potencialmente letal que puede lesionar el cerebro y ocasionar inconsciencia y provocar la lesión de otros órganos. La meningitis progresa con mucha rapidez por lo que el diagnóstico temprano y el tratamiento precoz son importantes para prevenir secuelas graves y evitar la muerte.

Cualquier persona puede contraer meningitis pero la frecuencia de la enfermedad es especialmente elevada en niños y personas inmunodeprimidas.

Lo primero es saber que la meningitis se puede contagiar a través de la saliva y las gotitas que se expulsan al hablar, estornudar o toser. El contagio a través de objetos no es habitual y ocurre en pocas ocasiones.
Y lo segundo es que una vez contagiada, una persona puede tener los primeros síntomas entre los dos y los diez días posteriores al contagio. En ocasiones tiene un comienzo brusco con síntomas similares a los de un catarro o una gripe.

2 Objetivos

- Conocer una enfermedad que podemos evitar con unas pautas.

3 Caso clínico

Niña de 9 años con fiebre (39ºC) de 5 días de evolución, cefalea frontal intermitente que ha empeorado en las últimas 48h. Además con fotofobia, dolor cervical y vómitos desde 1 día antes. No ha usado ningún tipo de antibiótico durante este período.

Antecendentes personales: Inmunizaciones completas, no historia conocida de alergias. Otros antecedentes no relevantes.

Antecedentes familiares: No relevantes

Exploración:Peso 27kg, T 36.5℃ BEG, normohidratada, buena perfusión. Neurológico: Despierta, orientada, no alteración de pares craneales. Signos de Kernig y Brudzinki positivos. Resto del exámen normal.

4 Discusión-Conclusión

Tenemos que prevenir la meningitis y la mejor prevención es vacunarse. Hasta hace poco sólo existían vacunas contra el Haemophilus tipo b, el meningococo tipo A y C y el neumococo, que habían hecho prácticamente desaparecer estos tipos de meningitis en nuestro entorno.

En España, la vacunación para el meningococo C es obligatoria. Esta vacuna estimula la formación de defensas contra el germen. La protección se produce a las dos semanas de la vacunación. Para niños mayores de un año basta con una dosis, pero para los niños de entre 7 y 12 meses son necesarias dos dosis y en edades cmprendidas entre 0 y 6 meses, tres dosis.

5 Bibliografía

- kidshealth.org

Capítulo 541

LA INTOLERANCIA A LA LACTOSA

HÉCTOR AVILÉS ESPINOSA

EVELIN MARIA BALLADARES PASTOR

ALEJANDRA NUEVO DEL BUSTO

JACQUELINE DEL ROCIO ZÚÑIGA CHIRIGUAYA

ANA BEATRIZ HIDALGO LLERENA

1 Introducción

La intolerancia a la lactosa es causada por la deficiencia de la enzima lactasa presente en el intestino delgado. La lactosa está presente en la leche de todos los mamíferos; normalmente el ser humano es capaz de digerir esa lactosa, sin embargo algunas no lo pueden hacer y son estas los diagnosticados como intolerantes a la lactosa.

La lactosa es el azúcar que está presente en la leche; la enzima (lactasa) que está presente en el intestino delgado descompone la lactosa en azúcares simples (glucosa y galactosa) para ser absorbido por el torrente sanguíneo. Cuando las personas tienen deficiencia de lactosa lo que consumen (alimentos) se desplaza hasta el colon sin procesarse ni absorberse, causando que las bacterias comunes interactúen con la lactosa no digeridas provocando el síntoma de intolerancia.

Actualmente hay tres tipos de intolerancia a la lactosa con diferentes factores que producen la deficiencia de lactasa no diagnosticada. Estos son:

- Intolerancia a la lactosa primaria: Es la más frecuente, se comienza produciendo mucha lactasa al comienzo de la vida necesaria para los bebés que se alimentan a partir de esa leche. La lactasa va cambiando a medida que van cambiando de alimentación los niños y al disminuir drásticamente hace que los productos lácteos sean difíciles de digerir en la edad adulta.

- Intolerancia a la lactosa secundaria: Se produce cuando el intestino delgado disminuye la producción de lactosa cuando han sufrido una enfermedad, lesión o cirugía que afecte el órgano ; como la enfermedad de Crohn, la proliferación bacteriana y la celiaquia, serían las enfermedades de intolerancia secundaria que pueden recibir tratamiento para restablecer los niveles de lactosa, pero puede tardar un tiempo.

- Intolerancia a la lactosa congénita o del desarrollo: Es poco frecuente pero posible que se nazca con intolerancia a causa de una ausencia total de actividad de lactosa y en esta caso se transmite de generación en generación; en su caso ambos padres deben tener la misma variante genética para que los hijos padezcan esta afección.

Existen datos que establece que un 70% de los adultos del mundo no producen lactasa, causando un grado de intolerancia a la lactosa, afectando el 5% a la población blanca en Europa; aunque la mayor parte afectada serían los grupos étnicos de Oriente Medio, India y zonas de Africa 50% - 80% de la población.

Los síntomas no se presentan inmediatamente al ingerir los alimentos, suelen aparecer entre 30 minutos y 2 horas tras la ingestión, pudiendo no asociarse a los alimentos ingeridos varias horas antes o de manera regular y luego van sintiendo síntomas como dolor abdominal, diarrea, flatulencia; que desencadenan una pérdida de peso y malnutrición.

Debemos tomar en cuenta que en ocasiones los síntomas de la intolerancia a la lactosa son parecidos a otras enfermedades y podemos confundirnos; es por ello que se debe acudir al especialista en casa de duda par que se realice un diagnóstico mediante la prueba de hidrógeno esperado o como se le conoce prueba de aliento con hidrógeno.

Otros síntomas inespecíficos que pueden causar la intolerancia a la lactosa son los llamados “sistemáticos” causados por la producción de metabolismos tóxicos como etanol, acetaldehído, etc; síntomas como fatiga, problemas cutáneos, nerviosismo, depresión, cefalea, dolor muscular y articular.

La intolerancia a la lactosa es transitoria y los síntomas desaparecen con la supresión leche en la dieta. Son muchas las personas intolerante a la lactosa que pueden disfrutar de algunos productos lácteos sin padecer síntomas. Esto es posible incorporando poco a poco productos lácteos a la dieta, consumiendo productos sin lactosa y consumiendo diferentes producto lácteos porque no todos contienen la misma cantidad de lactosa.

Existe también la medicina alternativa como los probióticos que son organismos vivos que se localizan en el intestino para mantenerlo saludable, presentes en algunos yogures o suplementos en forma de cápsula. Estos probióticos se utilizan para las afecciones gastrointestinales como diarreas que a su vez permite que el cuerpo digiera la lactosa. Son considerados seguros es posible que su uso sea efectivo al fallar otros métodos utilizados.

Es importante mantener una buena alimentación ya que reduciendo los lácteos no significa que nuestro organismo no pueda obtener calcio suficiente, comiendo productos como brócoli, salmón enlatado, naranjas y muchos otros mas productos podemos obtener una rica fuente de calcio para nuestro organismo.

Las personas intolerantes a la lactosa tienen que tomar precauciones al momentos de ingerir cualquier productos que vaya a consumir o comprar; siempre deben leer bien la etiqueta porque muchos de estos productos pueden tener derivados de la leche como lo son el pan de molde, sopas, fiambre, etc., causando daño a nuestro organismo al no darnos cuenta de su contenido.

2 Objetivos

- Identificar las causas y efectos de la intolerancia a la lactosa.
- Qué medidas adoptar cuando se es diagnosticado.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La intolerancia a la lactosa se debe a la falta de la enzima lactosa que permite digerir el azúcar de la leche y esta afección puede causar un desorden en nuestro organismo como diarreas, dolores abdominales, entre otros que perjudican la salud y bienestar de las personas que lo padecen.

Se deben tomar las precauciones adecuadas cuando se tiene sospecha de poder padecer esta afección ya que sus síntomas son parecidos a otras enfermedades y es por ello que debemos recurrir a los especialistas para que realicen las pruebas necesarias y no autodiagnosticarnos pudiendo causar un daño mayor. Es una afección con la que se puede vivir perfectamente siempre que tomemos las precauciones indicadas al momento de consumir cualquier producto.

5 Discusión-Conclusión

Hoy en día se puede vivir con la intolerancia a la lactosa ya que existen en el mercado una gran variedad de productos con el que podemos llevar una dieta normal; siempre tomando la precaución de que el producto que se consuma no contenga derivados perjudiciales para la salud. Se debe consumir sustitutivos de la leche, yogures y quesos curado o semicurados, que aportan calcio y cuentan con menos cantidad de lactosa y son más fáciles de digerir o productos que no lo contengan, así como alimentos enriquecidos en calcio, vitamina D y riboflavina, que aporten los nutrientes contenidos en los lácteos.

6 Bibliografía

- scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082006000200009
- medlineplus.gov/spanish/lactoseintolerance.html https://lactosa.org/wp-content/uploads/2017/02/ES-2016.pdf
- muysaludable.sanitas.es/nutricion/sintomas-la-intolerancia-la-lactosa
- enfermeriadeciudadreal.com/intolerancia-a-la-lactosa-693.htm

Capítulo 542

EL TCAE EN LA XEROSTOMÍA DEL PACIENTE GERIÁTRICO.

INES PEREZ MOYA

SUSANA CORUJO DÍAZ

1 Introducción

La saliva juega un papel muy importante, incluso esencial, en el mantenimiento de la salud bucal de los pacientes geriátricos. La reducción de la saliva o flujo salival en los pacientes de edades avanzadas es bastante común. Las tomas de muchos medicamentos están directamente conectados con la aparición de la xerostomía, también las enfermedades sistémica, etc.
La sequedad bucal o xerostomía en las personas mayores afecta de una manera muy significativa en su calidad de vida, ya que por su presencia aparecen síntomas tanto bucales como no bucales.
La saliva es necesaria en la cavidad oral para realizar la homeostasis, ayuda en la formación del bolo alimenticio y la deglución de este. Ayuda en la captación del gusto y a iniciar la digestión. Una de las funciones principales de la saliva es la protección de los dientes y de la mucosa de la boca.
La xerostomía, también llamada asialorrea se define como una sensación del tipo subjetiva de la sequedad de la boca, y se puede acompañar o no de la ausencia o disminución de la secreción salival.
La xerostomía afecta a un gran porcentaje de la población, podemos hablar de ¼ de población total, aumenta considerablemente su prevalencia al aumentar la edad siendo más común en el género femenino debido a la aparición de tantos cambios hormonales.

La xerostomía afecta de manera directa en la salud del anciano y es un factor de riesgo para la pérdida de peso de estos.
En la xerostomía las manifestaciones orales son las primeras en dar la cara, entre ellas la dificultad en la masticación, fonación, deglución y gusto. Produce serias alteraciones como afectación de la mucosa oral, caries, enfermedad en el periodonto y halitosis.
A parte de las alteraciones bucales también se sufren a causa de la xerostomía alteraciones en todo el organismo, como: sequedad de la piel y en el resto de mucosas, mala visión…

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo será identificar de manera correcta los principales motivos por los que aparece la xerostomía o sequedad bucal en el paciente geriátrico y determinar los posibles tratamientos existentes y eficaces con los que tratarla, así como también la importancia que toma el personal de enfermería a la hora de tratar este problema que afecta a un porcentaje tan amplio de la población.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se ha realizado una revisión de la literatura relacionada directamente con la xerostomía en el paciente geriátrico.
- Se han realizado consultas en buscadores como Google Académico.
- Se han utilizado diferentes bases de datos como Medplus, Dialmet, etc.

Como descriptores se han utilizado: xerostomía, xerostomía en el paciente geriátrico, tratamiento para la xerostomía, etc.

4 Resultados

La xerostomía o también llamada hipofunción salival se produce por el mal funcionamiento de la glándula salival y esto a su vez tiene que ver con diferentes padecimientos, radioterapia o la toma de muchos medicamentos… La función protectora de la saliva disminuye o incluso llega a desaparecer en los pacientes que sufren de xerostomía, a causa de ello la mucosa oral de vuelve vulnerable a algunos tipos de infecciones como la candidiasis, aftas…
Hay numerosas enfermedades que pueden provocar xerostomía: tuberculosis, hepatitis C, diabetes mellitus, VIH… Sin embargo, la toma de fármacos es lo que

provoca la gran mayoría de casos de xerostomía en personas mayores. Un porcentaje altísimo de medicamento que se recetan a personas ancianas provocan la disminución de la secreción salival. Algunos de los fármacos a señalar son los tan consumidos antidepresivos, antihistamínicos, neurolépticos, etc. Algunas patologías del tipo psicológicas como pueden ser: el estrés, la depresión, la demencia, etc. Son también causantes de la sequedad bucal en el anciano.

Los signos y síntomas son:
- Dolores de orígenes mucosos que se agravan a partir del avance del día.
- Dificultades al tragar, al hablar, alteraciones del gusto.
- Los labios empiezan a manifestar un aspecto muy reseco, con grietas y descamados.
- Es probable la aparición del mal olor, halitosis.

A la hora de iniciar cualquier tratamiento será necesario identificar primero las causas que hicieron que apareciese la xerostomía. Es de mucha importancia establecer un plan de cuidados de higiene bucodental correcto, será necesario acudir al dentista. En cuanto a la alimentación reducir el consumo de azúcares y fomentar el consumo de ciertos alimentos que son muy buenos como la zanahoria, evitar el tabaco y el alcohol, el té, café, etc. Es muy beneficioso el ejercicio regular. Evita lugares con aires acondicionados y con calefacciones.
Cuando la aparición de la xerostomía está directamente relacionada con el consumo de fármacos, deberíamos de eliminarlos en la medida de lo posible o en caso de no poder reducirlos, intentar sustituirlos. Masticar chicle puede ser recomendable para la estimulación glandular.
En casos extremos en los que no hayan sido efectivas otro tipo de medidas será posible la utilización de salivas sintéticas, estas salivas están compuestas por aguas, glucoproteínas, enzimas, edulcorantes, etc.
Los cuidados de enfermería deberán de ser orientados a aumentar la producción de saliva y a proteger las estructuras bucales que podrían ser dañadas a causa de la aparición de la xerostomía. Para ello proporcionaremos confort al paciente en la medida de lo posible, mantendremos la boca limpia y también bien hidratada, ayudaremos a prevenir la aparición de infecciones, a disminuir la halitosis, a mantener el estado de correcta nutrición del paciente, a la comunicación, etc. Hablaremos con el paciente y le propondremos la utilización de chicle sin azúcar para estimular la producción de saliva. La fruta fría y los cubitos de hielo también son beneficiosos al igual que los enjuagues con limón. Será muy importante concienciar de la importancia que tiene la ingesta de líquidos y humedecer la mucosa oral de manera continuada e hidratar los labios.

5 Discusión-Conclusión

Podemos decir que la xerostomía o sequedad bucal va a interferir de manera significante en la salud y la vida del anciano, ya que su aparición causa diferentes afecciones. Sabiendo que los fármacos son los principales causantes de esta aparición será muy importante intentar reducir su consumo y si no es posible intentar sustituirlos.

Por motivo de las repercusiones que origina la aparición de la xerostomía, influyendo en gran medida en muchos aspectos de la alimentación, de la estética, de la esfera psicológica o social, etc. Es de gran importancia recalcar lo necesario que es la formación de los profesionales que se dedican al manejo y cuidado de esta dolencia.

Tener siempre muy claro que es más importante la prevención que nada y para ello será necesario invertir en educación del tipo sanitaria, fomentando las buenas costumbres que impiden su aparición. El papel del TCAE adquiere un papel de suma importancia, pues dentro del equipo de enfermería, será el encargado de realizar muchos de los cuidados.

6 Bibliografía

- Morales-de la Luz, R., & Aldape-Barrios, B. (2013). Flujo salival y prevalencia de xerostomía en pacientes geriátricos. Revista de la Asociación Dental Mexicana, 70(1), 25-29.
- Ortega, E. V., Machuca, E., Márquez, A. M. S., Ríos-Santos, J. V., & Bullón, P. (1994). Xerostomía en el paciente geriátrico. Archivos de odontoestomatología, 10(10), 546-555.
- López, P., & Bermejo, A. (1996). Xerostomía en el paciente geriátrico. Odontoest Geriátrica. Madrid: SmithKline Beecham, 197-210.
- Sánchez, A. M., Sánchez, N. F., & Ortega, P. F. La xerostomía en el paciente geriátrico. Cuidados, aspectos psicológicos y actividad física en relación con la salud Volumen II, 75.
- Martín, Á. C. (2015). Estrategias de enfermería para abordar la xerostomía en personas ancianas. Nuberos Científica, 2(16).
- Chimenos Küstner, E., Ferrer Benaiges, M., Poirier Aldea, C., López López, J., & Caballero Herrera, R. (1997). Xerostomía: diagnóstico y tratamiento. Anales de Odontoestomatología, 1997, núm. 1, p. 30-37.

Capítulo 543

EL SÍNDROME DEL BURNAUT EN EL ÁMBITO SANITARIO: CAUSAS

CRISTINA SAINZ CORAO

JORGE FERNÁNDEZ FIERRO

MEI YU PELAYO SAN JOSÉ

1 Introducción

El síndrome de burnaut es un tipo de estrés laboral que se caracteriza por un agotamiento físico, mental o emocional con graves consecuencias en la autoestima del personal sanitario. Sus causas más comunes son el estrés, la frustración.

2 Objetivos

- Causas que favorecen la aparición del síndrome de Burnout en el personal sanitario.

3 Metodología

Nuestro trabajo se fundamenta en una búsqueda sistemática documental en diversas bases de datos, páginas especializadas como PUBMED, COCHRANE, DIALNET y revistas especializadas de corte científico. En nuestra revisión documental hemos localizado doce referencias de las cuales tres cumplían los criterios de inclusión. Se incluyeron asimismo referencias desde el años 2.012 al 2.017.

4 Resultados

Está demostrado que el síndrome de Burnout es producido por diversas causas que al aunarse facilitan su aparición y desarrollo. Estas situaciones generan ansiedad y estrés en el personal sanitario, deben ser evaluadas intentando reducirlo para que no tenga tanta carga laboral y social. Es importante para ello establecer las causas que producen el síndrome de agotamiento tales como:

- Las jornadas excesivamente largas.
- Tiempo de descansos inadecuados.
- Mal ambiente laboral.
- Distribuir trabajo de manera no equitativa.
- No saber rechazar más tareas de las que pueda realizar.

5 Discusión-Conclusión

El síndrome de Burnout se ha convertido en una patología debido a la excesiva carga de trabajo que soporta el personal sanitario generando un desgaste físico y emocional tan elevado que impide y dificulta el poder realizar un trabajo eficiente y eficaz. El personal sanitario pierde el interés en su trabajo y con ello el sentido de la responsabilidad produciendo una sensación de frustración y agotamiento. Por ello debemos concluir que para prevenir el Síndrome de Burnout debemos conseguir una buena comunicación, evitando conflictos y mejorando así el clima laboral.

6 Bibliografía

- MASLACH, C (1997) . INVENTARIO DE BURNOUT DE Maslach: Síndrome del quemado por estrés laboral asistencial . MADRID: TEA.
- GIL, P.R. (2006) El Síndrome de quemarse en el trabajo (Burnout). Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar. MADRID: PIRAMIDE.
- PEREZ, F. (2009). Intervención psicológica en el estrés laboral, Mobbing y síndrome de Burnout MADRID: CEP.

Capítulo 544

EL SINDROME DE BURNOUT EN EL AMBITO SANITARIO: CONSECUENCIAS

CRISTINA SAINZ CORAO

JORGE FERNÁNDEZ FIERRO

MEI YU PELAYO SAN JOSÉ

1 Introducción

El síndrome de Burnout es un vocablo de origen inglés y es literalmente traducido a nuestro idioma como el síndrome del quemado, agotamiento laboral o degaste profesional. Reconocido recientemente como enfermedad por la OMS (CIE 11), suele padecerlo en su mayoría por personas con trabajos vocacionales, enfermeros, médicos, auxiliares de enfermería, celadores, personal docente.

2 Objetivos

- Analizar las consecuencias del síndrome de Burnout o síndrome del quemado.

3 Metodología

Nuestro trabajo se fundamenta en una búsqueda sistemática documental en diversas bases de datos, páginas especializadas como PUBMED, COCHRANE, DIALNET y revistas especializadas de corte científico. En nuestra revisión documental

hemos localizado nueve referencias de las cuales solo dos cumplían los criterios de inclusión. Se incluyeron asimismo referencias desde el año 2.013 al 2.018.

4 Resultados

La sintomatología se instaura de manera insidiosa en el tiempo produciendo el síndrome de Burnout en el personal sanitario diversos trastornos:
- Trastornos físicos: se manifiesta en cefaleas, insomnios, alteraciones gastrointestinales, palpitaciones, temblores, hipertensión arterial.
- Trastornos psíquicos: caracterizado por agotamiento emocional y mental , pérdida de la autoestima, sensación de fracaso profesional, escasa realización profesional.
- Trastornos afectivos: aburrimiento, hastío, depresión.
- Trastornos conductuales: predominio de conductas adictivas (alcoholismo, drogadicción, farmacodependencia).

5 Discusión-Conclusión

En nuestra vida diaria convivimos con la ansiedad y el estrés y esto nos genera unas consecuencias. En el personal sanitario las padecen doblemente ya que tienen que sobrellevar el trato con los usuarios, pacientes, familiares.

6 Bibliografía

- DE LA GANDARA, J.J. (1998). Estrés y Trabajo: el síndrome de Burnout. MADRID: Cauce Editorial.
- GIL-MONTE, P.; PEIÓ, J.M. (1997): Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse. MADRID: Síntesis.
- MINGOTE, J.C. (1998): Síndrome de Burnout o Síndrome de degaste profesional. Revista Formación Médica continuada en Atención Primaria.

Capítulo 545

USO CORRECTO DE INHALADORES POR EL ANCIANO

ALEJANDRA GONZÁLEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

La aerosolterapia es la administración terapéutica de fármacos por vía inhalatoria. Este tratamiento por inhalación consiste en introducir en el tracto respiratorio inferior una o más de las siguientes formas farmacológicas:gas, líquido nebulizado o vaporizado y/o sólido, finalmente pulverizadas. Muchos de los pacientes ancianos tienen dificultad para usar de forma correcta la medicación inhalada por presentar una menor destreza en manos/dedos, rigidez articular o tener artritis en manos por una reducción de la sensibilidad o por la incapacidad de leer la letra pequeña del prospecto.

2 Objetivos

- Correcto conocimiento por parte del personal sanitario del uso de los diferentes inhaladores.
- Técnica para realizar correctamente todas las maniobras y conseguir una absorción adecuada.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica

existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El uso exacto del inhalador con medidor de dosis puede incluir adaptadores especiales que pueden conectarse al aparato para facilitar el uso del anciano con artritis en manos o dedos o con neuropatía periférica.
Para personas con mala visión, unas instrucciones paso a paso y posteriormente pedirles que hagan una demostración puede hacer que el paciente se sienta más seguro a la hora de usar el inhalador. Actualmente, se han introducido inhaladores con medidor de dosis que se activan con la respiración;estos aparatos colaboran a resolver parte de los problemas que tiene el anciano.

Instrucciones para el uso de un inhalador con medidor de dosis:
- Agitar el inhalador para mezclar el contenido.
- Inspirar a través de la nariz y luego hacer una espiración lenta y completa.
- Poner la unidad de 2,5 a 5cm por fuera de la boca abierta y respirar lentamente y de forma natural.
- Colocar la pipa en la boca.
- Activar el dispositivo ejerciendo presión sobre el inhalador a la vez que inspira simultáneamente de forma lenta y profunda. Mientras hace la inhalación inspire también el aire que rodea a la pipa.
- Aguantar la respiración durante 5 a 10 segundos.
- Espirar a través de la nariz.
- Descansar al menos 2 minutos (o según indicaciones del fabricante).
- Repetir la operación según se indique.
- Aclararse la boca con agua y tragarla.

5 Discusión-Conclusión

Los fármacos por la vía inhalatoria cuentan con muchas ventajas:
- Ejercen una acción directa, generalmente como broncodilatadores o antiinflamatorios.
- Esta acción directa hace que su efecto sea más rápido.
- Son necesarias menos dosis que las necesarias por vía sistémica.

- Y debido a esto último menos efectos secundarios.

Para los pacientes y cuidadores que usan este tipo de vía es fundamental una correcta técnica y formación en el manejo de los dispositivos de inhalación, ya que se ha comprobado que un mayor grado de conocimiento y el correcto uso de los dispositivos conlleva:
- Un mejor control de dicha enfermedad.
- Que trae como consecuencia menos exacerbaciones de la enfermedad.
- Por lo tanto una disminución del número de hospitalizaciones.

6 Bibliografía

- Enfermería Gerontológica,1998. Angela Simon Staab y Linda Compton Hodges. Ed. McGrawHill Interamericana.
- ABC de la Respiración. Carola H.Speads. Ed.: EDAF, S.A.

Capítulo 546

EL TCAE EN LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA EN LA VEJEZ.

INES PEREZ MOYA

SUSANA CORUJO DÍAZ

1 Introducción

El proceso natural del envejecimiento trae consigo un deterioro o desgaste de muchas de las funciones orgánicas del cuerpo humano, por ello para ralentizar este deterioro natural se hace necesario promover una vida saludable, con buenos hábitos alimenticios, ejercicio físico, dormir lo suficiente, evitar el consumo de tabaco y alcohol, disminuir el estrés, las emociones, etc. En la actualidad hablamos de la gran importancia que tiene desarrollar un envejecimiento activo, mantenerse activo es necesario para prevenir enfermedades.
Las actividades de la vida diaria, tambien conocidas como ABVD, tienen mucha relevancia a la hora de medir la calidad de vida de las personas durante el proceso del envejecimiento, estas actividades se refieren a las relacionadas con el mantenimiento personal de las propias personas, con el autocuidado (alimentación, aseo, vestirse, etc.). Cuando un individuo se encuentra en el periodo de vida que comprende la vejez y además padece alguna enfermedad, ésta le dificultará en su día a día, en las actividades básicas. El hecho de que estas personas no puedan realizar actividades muy cotidianas hace que se encuentren en una situación de dependencia. Claro esta qué, según aumenta la edad aumenta la dependencia, es un rasgo típico de la vejez.
Numerosos estudios sobre la dependencia en las ABVD han coincidido que en el género femenino hay mayor índice de dependencia que en el masculino. En la

actualidad la población envejece cada vez más y la dependencia por ello aumenta, esto hace necesario que cada vez existan más planes de ayuda a la dependencia domiciliaria.

2 Objetivos

El objetivo es analizar el listado de las Actividades Básicas de la Vida Diaria y determinar la ayuda que la población envejecida necesita para realizarlas. De igual manera, determinar también las herramientas que existen para analizar el nivel de dependencia para la realización de las ABVD.

3 Metodología

Con el fin de realizar una revisión actualizada sobre el tema objeto de este capítulo se ha llevado una revisión bibliográfica.
Se han realizado búsquedas en las siguientes bases de datos: Medplus, Pubmed, Scopus. Se ha utilizado el buscador Google Académico. La búsqueda se llevó a cabo en enero del 2020 con los siguientes descriptores: actividades básicas de la vida diaria, ABVD, envejecimiento activo, dependencia en la vejez, etc.
Como criterios de inclusión hemos utilizado todos los textos completos, publicados en los últimos años.

4 Resultados

Las actividades básicas de la vida diaria son aquellas más elementales a la hora de vivir, hacen referencia tanto a la necesidad de movilizarse en el hogar como a la necesidad del propio cuidado personal. Dentro de las necesidades de movilización por dentro del hogar encontramos las necesidades de acostarse, de cambiar de postura y también de mantener la propia postura, de levantarse, de permanecer de pie y de poder desplazarse. Dentro del propio cuidado personal está la necesidad de asearse, la necesidad de comer e hidratarse o beber, el control de esfínteres y la necesidad de vestirse.

Tras analizar diferentes datos sobre la dependencia a la hora de realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) , en personas mayores de 65 años se han obtenido diferentes resultados. A la hora de analizar los porcentajes hemos podido observar que hay un porcentaje más mayor de personas que necesitan ayuda o presentan dificultad para realizar dichas actividades que personas que

no necesitan o no presentan dificultad. Si analizamos por separado las ABVD, obtenemos que la que mayor dificultad presentada a nivel general es la actividad de ducharse o lavarse el cuerpo entero, y la que menor dificultad tiene o menor dependencia es la actividad básica de alimentarse. Si hablamos de géneros las mujeres superan en un porcentaje mayor en todos los ítems de las actividades básicas de la vida diaria.

Existen numerosas escalas para la medición de la dependencia a la hora de realizar las ABVD, pero solo algunas de ellas son fiables y están validadas y consideradas instrumentos realmente útiles, las más utilizadas son:

-Índice de Katz de independencia de las ABVD, es uno de los más utilizados en las instituciones de geriatría y en menor medida se utiliza también en la salud primaria para valorar a pacientes con enfermedades crónicas. Evalúa el grado de continencia de esfínteres y la dependencia funcional para levantarse, usar el baño para asearse o ir al retrete, vestirse y comer.

-Índice de Barthel, muy utilizado para valorar la función física, es también conocido como "Índice de Discapacidad de Maryland". Asigna a cada paciente una puntuación según el grado de dependencia a la hora de realizar las siguientes funciones: comer, trasladarse entre la silla y la cama, aseo personal, uso del retrete, bañarse/ducharse, desplazarse (andar en una superficie lisa o en silla de ruedas), subir o bajar escaleras, vestirse y desvestirse, control de heces y de orina. Las actividades se valora asignado 0, 5, 10 o 15 puntos según nivel de dependencia, en el global 0 es totalmente dependiente y 100puntos totalmente independiente o 90 si usa silla de ruedas.

-Escala de valoración de incapacidad física y mental de la Cruz Roja, es probablemente la más ampliamente utilizada en España. Su manejo es muy sencillo y rápido, se cumplimenta en menos de 5 minutos y no es necesario que la realice un profesional. La información se consigue mediante entrevista-observación por parte del cuidador o familiares.

5 Discusión-Conclusión

La calidad de vida de las personas en la vejez se puede medir en torno a las actividades basicas de la vida diaria (ABVD). Tenemos muchas herramientas para medir el nivel de dependencia a la hora de realizar estas actividades. Los achaques de la propia vejez en ocasiones se ven intensificados por la aparición de enfermedades, este es el motivo por el cual se suma dependencia a la vida de las personas en el proceso natural del envejecimiento.

Nos queda muy clara la importancia que toma el envejecimiento activo en nuestra sociedad, mantener activa a la población les traerá grandes beneficios en su día a día y por ello una menor dependencia a la hora de la realización de las ABVD. Llevar una vida sana, con buena alimentación y buenos hábitos de ejercicio diario son totalmente imprescindibles para fomentar la independencia en esta parte de la población. Una vez más la información toma un papel muy importante a la hora de inculcar buenos hábitos. Se hace imprescindible que el personal profesional sanitario impulse a las personas a crear los tan necesarios buenos hábitos.

En España la población está cada vez más envejecida a causa del aumento de la esperanza de vida y el descenso de la natalidad, esto significa que cada vez hay más número de personas mayores dependientes y por ello mayor necesidad de trabajar para poder combatir en la medida de lo posible esta dependencia, para ello será necesario invertir tiempo en informar a nivel general de las ventajas que una vida sana y un envejecimiento activo tienen para todos nosotros. Cuando ya existe una dependencia será muy importante determinarla por medio de una de las tantas herramientas que tenemos para ello y una vez identificada apoyar a la realización de únicamente las actividades en las que la persona necesite ayuda, nunca fomentaremos la dependencia.

6 Bibliografía

- Meléndez, J. C., Tomás, J. M., & Navarro, E. (2011). Actividades de la vida diaria y bienestar y su relación con la edad y el género en la vejez. Anales de Psicología/Annals of Psychology, 27(1), 164-169.
- Reyes Torres, I., & Castillo Herrera, J. A. (2011). El envejecimiento humano activo y saludable, un reto para el anciano, la familia, la sociedad. Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas, 30(3), 454-459.
- Reyes Torres, I., & Castillo Herrera, J. A. (2011). El envejecimiento humano activo y saludable, un reto para el anciano, la familia, la sociedad. Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas, 30(3), 454-459.
- Collado, M. R., & Martínez, J. M. (2003). ¿Indice de Barthel o medida de independencia funcional?. Rehabilitación: Revista de la Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física, 37(3), 152-157.
- Fernández, S. S., Avilés, A. G. P., & Castillo, Y. D. C. M. (2009). Funcionalidad en adultos mayores y su calidad de vida. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas, 14(4), 161-172.
- Fernández, S. S., Avilés, A. G. P., & Castillo, Y. D. C. M. (2009). Funcionali-

dad en adultos mayores y su calidad de vida. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas, 14(4), 161-172.
- Ferrín, M. T., González, L. F., & Meijide-Míguez, H. (2011). Escalas de valoración funcional en el anciano. Galicia clínica, 72(1), 11-16.

Capítulo 547

LAVADO DE MANOS EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO.

HONORINA BERDAYES CANAL

MARÍA EUGENIA GARCÍA ALONSO

MARIA DEL PILAR ANTÓN BRAVO

MONICA SUAREZ ALVAREZ

ALMA LLENIN MARTINEZ

1 Introducción

La higiene de manos se define como el procedimiento mediante el cual aplicamos medidas de descontaminación de las manos. En el ámbito sanitario este procedimiento es la medida primordial para evitar o interrumpir eficazmente la transmisión de infecciones durante la atención sanitaria, denominada como infección nosocomial (IN), infección hospitalaria (IH) o infección relacionada con la asistencia sanitaria (IRAS).

El lavado de manos en los momentos precisos y de forma correcta, es una medida que todo profesional sanitario puede realizar evitando asi una transmisión microbiana que podría causar graves daños al paciente en un futuro, el incremento de la hospitalización o incluso la muerte, pues se ha demostrado a través de diferentes estudios que entre un 10% y un 70% de las transmisiones de agentes infecciosos en la atención sanitaria son evitables.

2 Objetivos

Determinar la importancia de la higiene de manos en el ámbito hospitalario.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Se ha empleado los siguientes descriptores: higiene de manos, atención primaria y comunitaria, nosocomial y prevención.

4 Resultados

Existen diferentes técnicas para realizar la higiene de manos, que van desde un lavado de manos simple, que se realiza con jabón y agua corriente, la antisepsia higienica de las manos, que se efectua con preparados de base alcoholica, siendo esta la manera más eficaz de garantizar una higiene óptima, hasta los lavados prequirúrgicos.

5 Discusión-Conclusión

Toda persona que entra en contacto en el ámbito hospitalario con un paciente a de mantener la higiene de sus manos, debe saber como llevarla a cabo correctamente y además hacerlo en el momento preciso.

6 Bibliografía

- https://medac.es.
- https://www.saludasturias.es.
- https://www.enfermeria21.com.
- https://www.ilerna.es.

Capítulo 548

PAUTAS PARA CONSEGUIR UNA ALIMENTACIÓN SALUDABLE

MAR DÍAZ ÁLVAREZ

1 Introducción

El actual ritmo de vida en las grandes ciudades y los horarios laborales generan estrés y marcan no sólo los horarios de las comidas sino también lo que comemos, productos procesados, azúcares y grasas están presentes en nuestra dieta diaria ,sin embargo, se está produciendo un cambio en nuestros hábitos alimenticios y tendemos a consumir productos más frescos, más naturales y por tanto más sanos.

La alimentación es un elemento fundamental del estilo de vida y capaz de influir en la enfermedad, por tanto, un cambio hacia una alimentación más sana y equilibrada es sinónimo de salud y bienestar.

2 Objetivos

Promocionar hábitos alimenticios adecuados y por tanto prevenir muchas patologías relacionadas con la alimentación.
Abordar aspectos de la alimentación en cada etapa de la vida, así como fomentar la actividad física,tener en cuenta interacciones entre fármacos y nutrientes y aprender a interpretar el etiquetado nutricional de los productos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, Google Académico seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Proyectos como ”Nutriscore”, que es un etiquetado por colores de los alimentos para señalar los más saludables, el cambio por alimentos más sanos en las máquinas expendedoras, o las actuaciones puestas en marcha por la estrategia NAOS (nutrición,actividad física y prevención de la obesidad), tienen como meta invertir la prevalencia de la obesidad mediante el fomento de una buena alimentación y la práctica de ejercicio físico, y por ende, reducir las altas tasas de morbilidad y mortalidad atribuidas a las enfermedades no transmisibles.

La sociedad española de nutrición comunitaria (SENC), en colaboración con otras sociedades científicas de referencia en atención primaria, han elaborado una guía de alimentación saludable en la que se recogen recomendaciones para una nutrición individual, familiar o colectiva, saludable, responsable y sostenible.
Este documento debe ser una referencia para todos los profesionales de la salud,además recoge consejos para la población general que fomentan la educación alimentaria.

5 Discusión-Conclusión

La dieta Mediterránea tradicional está declarada Patrimonio de la Humanidad por la Unesco en 2010.
Se basa en promocionar una alimentación rica en fibra,vitaminas,minerales y antioxidantes,siendo la opción idonea para la prevención de las enfermedades crónicas y promoción de la salud.Es fundamental que basemos nuestros hábitos en la mesa de la pirámide alimenticia. Hoy día es muy importante apostar por la conservación de nuestra Dieta Mediterránea, unida a un equilibrio emocional y actividad física.

Sin lugar a dudas la alimentación es parte fundamental de la salud de la población, por lo que debe ser protegida y fomentada por los distintos agentes implicados en los diferentes ámbitos relacionados con la industria alimentaria.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.
-Cochrane library.

Capítulo 549

SÍNDROME DE BURNOUT.

Mª DE LOS ÁNGELES ROBLES PÉREZ

ROCÍO FERNÁNDEZ MENÉNDEZ

YLENIA FERNANDEZ ALVAREZ

ANA MARÍA FERNÁNDEZ GARCÍA

ISABEL MARTOS VILLA

1 Introducción

El síndrome de Burnout, también conocido como síndrome de estar quemado por el trabajo, es la respuesta al estrés laboral crónico. El trabajador pasa por un proceso paulatino en el que pierde la motivación por su tarea, disminuye su rendimiento laboral y su salud se ve deteriorada. Esto conlleva una serie de consecuencias para el trabajador y su entorno, tanto a nivel laboral como familiar. Actualmente las estrategias para prevenir el síntoma se basan en reducir los niveles de estrés, a través de técnicas fisiológicas, cognitivas y conductuales.

2 Objetivos

Enseñar a los trabajadores la importancia de prevenir los factores de riesgo con el fin de que conozcan el problema. Como aprender a afrontar, manejar y reducir los niveles de estrés y ansiedad.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en diferentes webs, libros, artículos. Las bases de datos utilizadas han sido: Medline, Dialnet, Scielo, Google académico. Los descriptores utilizados han sido: Síndrome de Burnout, Síndrome del agotamiento, Estrés laboral.

4 Resultados

El Síndrome de Burnout se empezó a utilizar a partir de 1977, cuando Maslasch lo conceptualizó como el síndrome del desgaste profesional de las personas que trabajan en diversos sectores de servicios humanos, siempre en contacto directo con los usuarios, especialmente personal sanitario, trabajadores del sector servicios y profesores.
El síndrome sería la respuesta extrema al estrés crónico originado en el contexto laboral, con repercusiones a nivel individual y organizacional.
Las condiciones de trabajo y el entorno laboral son factores que pueden desencadenar el síndrome, cuando el estrés sobrepasa las capacidades del trabajador para poder afrontarlo. Aparecen síntomas a distintos niveles (cognitivos, afectivos, físicos y conductuales). El trabajador, como prevención debe realizar ejercicio físico, practicar técnicas de relajación, controlar y eliminar pensamientos negativos, mejorar las relaciones sociales y desarrollar actividades lúdicas, entre otros.

5 Discusión-Conclusión

La mejor manera de evitar el síndrome es la prevención.
El trabajador debe ser consciente del riesgo al que está expuesto y las instituciones han de concienciar a los profesionales para entender el problema y la forma en que se manifiesta.

6 Bibliografía

- Síndrome de Burnout en profesionales de enfermería en el ámbito hospitalario. Un estudio descriptivo.Localización: Revista Enfermería del Trabajo, ISSN-e 2174-2510, Vol. 7, Nº. 3, 2017.
- https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6112224.

- Neurociencias y Psicobiología del Estrés Laboral; Editorial Brujas, Autor Cólica, Pablo, Año 2017;SBN 978-987-591-849-8
- https://www.redalyc.org/

Capítulo 550

EL LUPUS, ENFERMEDAD AUTOINMUNE.

ELVIRA SEÑORANS DIZ

MARIA DEL ROSARIO PONTÓN

NURIA SOLIS DEVESA

MARIA CRISTINA ÁLVAREZ BLANCO

NURIA ALVAREZ ALVAREZ

1 Introducción

El lupus es una enfermedad autoinmune, crónica y compleja, es decir, el propio sistema inmunitario ataca a las células y tejidos sanos por error. Esto puede dañar muchas partes del cuerpo, incluyendo articulaciones, piel, riñones, corazón, pulmones, vasos sanguíneos y hasta el cerebro.

Tipos de Lupus.

El Lupus Eritematoso: sistémico (LES) es el más común, causa erupciones o lesiones en la piel, por lo general, cuando se expone a la luz solar, este puede ser leve o grave y puede afectar a muchas partes del cuerpo.

El Lupus Discoide: que provoca una erupción en la piel que no desaparece.

El Lupus Cutáneo subagudo: que provoca ampollas después de la exposición al sol.

El Lupus Inducido por medicamentos: es causado por ciertos medicamentos que por lo general desaparece cuando se deja de tomar la medicación.

El Lupus Neonatal: no es común y afecta a los recién nacidos, es probable que sea causado por ciertos anticuerpos de la madre con LES (los anticuerpos son proteínas inmunes que por error atacan y dañan los propios tejidos y órganos de la persona). Mientras que los problemas de la piel, el hígado y la sangre desparecen en seis meses, el problema más grave, que es el bloqueo cardíaco congénito, requiere la colocación de un marcapasos (ficha informativa básica por internet de los CDC´)

Aunque no se sabe que causa esta enfermedad si es cierto que cualquier persona puede padecerla, pero el sexo femenino esta con mayor riesgo, y también está científicamente probado que la enfermedad del lupus es tres veces más común en las mujeres Afroamericanas que en las de raza blanca, siendo esta enfermedad común más liviana en mujer hispanas, asiáticas y nativo americanas en las que aparecen formas más graves del lupus, son en las mujeres hispanas y afroamericanas.

2 Objetivos

El estudio de síntomas, diagnostico y tratamiento sobre la enfermedad autoinmune del Lupus.

3 Resultados

Estudios realizados en determinadas áreas del lupus.

Un estudio publicado en el 2008 en la revista ARTHRITIS&RHEUMATOLOGY descubrió que el costo promedio anual directo de atención medica de los pacientes con lupus eran de 12.643 dólares, este estudio también determino que los costos medios anuales de productividad (horas perdidas de trabajo productivo), para los participantes en edad laboral eran de 8.659.

Por lo tanto, los costos medios anuales (que combinan los costos directos y los costos de productividad para los sujetos en edad laboral) fueron de 20.924 dólares, una encuesta de Membresia de Lupus Foundation Of América encontró que dos de cada tres pacientes con lupus reportaron una pérdida total o parcial de sus ingresos porque ya, debido a complicaciones del lupus no pueden trabajar a tiempo

completo. Uno de cada tres ha sido temporalmente incapacitado por la enfermedad, y uno de cada cuatro actualmente recibe pagos por incapacidad.

Esta misma encuesta encontró que uno de cada cuatro pacientes recibe atención médica a través de un programa patrocinado por el gobierno, como Medicare o Medicaid.

Un estudio realizado por la Asociación Galega del Lupus (AGAL), dice que el tratamiento inmunosupresor combinado es seguro y más eficaz para tratar la Nefritis Lupus, este estudio aleatorio encontró que agregar un agente inmunosupresor oral en hidroxicloroquina a la ciclofosfamida intravenosa de rutina, aumenta significativamente las tasas de respuesta entre los pacientes con nefritis lúpica sin aumentar la tasa de eventos adversos graves. El estudio, tratamiento inmunosupresor combinado (CIST), en la nefritis lúpica un estudio multicentrico aleatorio y controlado, que se publico en Clinical Rheumatology. La nefritis por lupus ocurre cuando hay inflamación en los riñones como resultado del lupus eritematoso sistémico. Por lo general, se trata con terapias inmunosupresoras, que pueden disminuir la actividad inmunológica, los investigadores en este estudio examinaron si la combinación de ciclofosfamida con un inmunosupresor oral como Micofenolato, Mofetilo, Azatioprina o Leflunomida, sería segura y eficaz para tratar la nefritis lúpica.

El estudio incluyo adultos con nefritis lúpica de diecisiete centros de reumatología o nefrología en China. Se les asigno aleatoriamente ciclofosfamida (setenta y siete pacientes), o la combinación (ochenta y siete pacientes) administrada durante un periodo de veinticuatro semanas.

El grupo de combinación también recibió hidroxicloroquina, una terapia antimalarica comúnmente utilizada para el tratamiento del lupus y ambos grupos también recibieron glucocorticoides, hormonas esteroides que también pueden ayudar a regular el sistema inmunológico.

Los pacientes fueron analizados para determinar los marcadores de la función renal, incluida la cantidad de proteína en orina y los niveles de albumina sérica. Se considero que tenían una respuesta completa si sus niveles eran casi normales o una respuesta parcial si experimentaban una disminución del cincuenta por cien en la proteína de la orina, tenían albumina sérica de al menos treinta gramos por litro y una función renal estable. Si con esto no se alcanzo ninguna respuesta, el tratamiento se considera un fracaso.

En general, el ochenta y siete por cien de los pacientes que recibieron la combinación lograron una respuesta en comparación con el sesenta y ocho por cien de los que recibieron ciclofosfamida sola. Las respuesta completas también fueron mayores con la combinación (treinta y nueve por cien versus veinte por cien), lo que demuestra que el tratamiento de combinación fue más efectivo que el tratamiento con ciclofosfamida solo.

Curiosamente, la leflunomida fue el inmunosupresor oral asociado con las mejores tasas de respuesta, con ochenta y nueve por cien de los pacientes respondiendo al tratamiento y el cuarenta y tres por ciento logrando una respuesta completa.

Después del ensayo de veinticuatro semanas, los investigadores siguieron a noventa y seis de los ciento veintiocho pacientes que respondieron al tratamiento de inducción inicial. Después de una media de seguimiento de trece meses y medio se llega a la conclusión de que no experimentaron un brote renal (empeoramiento de los síntomas renales).

Las reacciones adversas también se evaluaron y no se encontraron diferencias significativas de ambos grupos.

Otro de los ensayos que se están realizando actualmente está enfocado en el tratamiento del lupus eritematoso sistémico con células mesenquimales del cordón umbilical, estos resultados se cree que estén listos en un año.

Un estudio multicentro previo realizado en China ya analizo las células mesenquimales con resultados positivos en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES), aunque varios pacientes experimentaron una recaída de la enfermedad después de seis meses lo que indica la necesidad de repetir la transfusión de células mesenquimales tras seis meses.

Sintomas.

Los síntomas que acompañan a esta enfermedad aunque pueden ser muy diferentes en cada persona suelen ser dolor o hinchazón en las articulaciones, dolor en el pecho al respirar de forma profunda, dolor muscular, hinchazón en las piernas o alrededor de los ojos, dedos de las manos o los pies de color purpura, perdida de cabello, dolor muscular, erupciones rojas en la piel generalmente en la cara y en forma de mariposa, glándulas inflamadas, cansancio extremo, fiebre sin causa conocida y sensibilidad al sol, estos síntomas los cuales pueden aparecer y desaparecer suelen ser llamados brotes y los brotes pueden ser leves o severos.

El síntoma más común del lupus es el cansancio extremo el cual así lo identifican entre el cincuenta y el noventa por ciento de las personas que lo padecen, se cree que los factores que provocan el cansancio intenso es la evolución de la enfermedad, los trastornos de ansiedad, la carencia de vitamina D, la falta de actividad física y los trastornos del sueño. Los científicos difieren al respecto de si existe, además, una relación entre el cansancio y la enfermedad en si misma o los tratamientos utilizados para tratarla, lo que sí es evidente es que el cansancio puede afectar de manera considerable la calidad de vida del paciente, lo que incluye una disminución de la capacidad de funcionamiento en el hogar, el trabajo y la vida diaria.

Otro de los síntomas comunes del lupus es la erupción malar casi el cincuenta por cien de las personas que padecen esta enfermedad experimentan una erupción malar roja o un cambio en la coloración en forma de mariposa que puede producirse en las mejillas y en el puente nasal, es una erupción malar tan característica que puede permanecer durante días o semanas y suele ser dolorosa y con bastante picor, otras partes del cuerpo donde pueden aparecer este tipo de erupciones son el rostro y las orejas, el pecho y las manos, la parte superior de los brazos y los hombros y toda la parte del cuerpo que se pueda exponer a la luz solar.

Muchas de las personas que padecen esta enfermedad señalan que la aparición de una erupción en forma de mariposa es señal de que sufrirá un brote de la misma, otro de los síntomas del lupus y muy característico es el dolor e inflamación de las articulaciones, hasta el noventa por cien de ellas desarrollan artritis (Es la inflamación o hinchazón del revestimiento de las articulaciones), los síntomas de la artritis pueden aparecer y desaparecer así como pasara de una articulación a otra, los síntomas sueles ser la rigidez y dolor articular generalmente en las manos y las muñecas, este dolor y rigidez suelen ser peores por las mañanas, mejorando paulatinamente durante el día, los enfermos de lupus también pueden sufrir una artralgia que se definiría como un dolor intenso en las articulaciones sin presentar inflamación y sensibilidad y por ultimo y no menos importante las personas que padecen lupus presentan una febrícula sin causa aparente, una temperatura que oscila (temperatura de más de 37,8° C [100° F]), los médicos normalmente recomiendan medicamentos antiinflamatorios no esteroides como por ejemplo (Naproxeno o ibuprofeno o paracetamol).

Diagnostico.

No existe una prueba única para diagnosticar el lupus, ya que al tener esta di-

versidad de síntomas el médico lo suele confundir con otras enfermedades más comunes, pueden pasar muchos meses o incluso años hasta que su médico le diagnostique este tipo de enfermedad, al final acaba usando herramientas para hacer un diagnostico, como la historia clínica, un examen completo, una analítica, una biopsia de piel e incluso biopsia de riñón. Pensando que no existe una cura para el lupus, si sería bueno recordar que cambios en el estilo de vida pueden ayudar a controlarlo y también ayudado de algún medicamento. Las personas con este tipo de enfermedad no se centrarían en la visita a un medico determinado, es decir tendría que acudir a varios médicos como hablamos en el apartado anterior, esta enfermedad ataca a distintas partes del cuerpo, por lo cual dependiendo de la zona que tenga afectada, deberá ir al médico de atención primaria y un reumatólogo si se tratara de las articulaciones y los músculos, así sucesivamente dependiendo de la parte que afecte el lupus en su cuerpo.

Un papel muy importante juegan los médicos de atención primaria, los cuales deben de coordinar la atención entre los diferentes proveedores de salud y tratar otros problemas a medida que aparezcan, este debe de desarrollar un plan de tratamiento para satisfacer sus necesidades, médico y paciente revisaran el plan para ver que está en pleno funcionamiento, siempre que aparezcan nuevos síntomas, se debe de cambiar el tratamiento si es necesario, los objetivos del plan de tratamiento son evitar los brotes tratar los síntomas cuando se produzcan y reducir el daño a los órganos, los tratamiento pueden incluir medicamentos para reducir la inflamación y el dolor, evitar o reducir los brotes, ayudar al sistema inmunitario a recomponerse reducir o prevenir el daño en las articulaciones y equilibrar las hormonas en su amplio funcionamiento, además de tomar medicamentos para esta enfermedad, es posible que deba tomar para paliar problemas relacionados con el lupus, como colesterol alto, presión arterial alta o infecciones. Es importante que sepa el enfermo a qué tipo de afección se enfrenta, el que tenga un papel activo en su tratamiento le hará aprender más sobre el lupus y detectar señales de alerta ante un brote y de esa manera hacer que los síntomas sean menos severos, tanto en la vida diaria de una persona sana como de una persona con afecciones de lupus es muy recomendable hacer ejercicio físico para evitar el estrés de la rutina diaria, el ejercicio y otras formas de relajación hacen más fácil sobrellevar la enfermedad.

Tratamientos.

En la actualidad los médicos cuentan con más opciones para ayudar a sus pacientes a controlar esta enfermedad de manera efectiva ya que hasta ahora era

bastante desconocida y en la últimas décadas ha mejorado la variedad y efectividad de los tratamientos, hay medicamentos antiinflamatorios no esteroides que disminuyen la inflamación y suelen usarse para tratar a personas con dolor en las articulaciones o el pecho y también con fiebre o inflamación, se pueden usar solos o en combinación con otro tipo de medicamentos según las instrucciones de nuestro medico.

Otra de las opciones del tratamiento del lupus, son los antimalaricos si bien estos medicamentos previenen y tratan la malaria, también sirven para la enfermedad del lupus. Un antimalarico frecuente para el lupus es la hidroxicloroquina, esta medicación se usa sola o en combinación con otros antiinflamatorios para tratar la fatiga, el dolor articular, las erupciones de la piel y la inflamación pulmonar, varios estudios clínicos han descubierto que el uso regular de antimalaricos puede evitar la reaparición de brotes, otro papel importante en el tratamiento del lupus juegan los inmunosupresores, cuando el lupus afecta a los riñones o el sistema nervioso central puede necesitar una terapia con inmunosupresores que esta hace inhibir el sistema inmunitario hiperactivo bloqueando la producción de células inmunitarias, el gran inconveniente de este tratamiento es que los efectos secundarios aumenta con la duración de dicho tratamiento.

Los corticosteroides una familia de medicamentos que también juega un papel importante en el tratamiento del lupus están relacionados con el cortisol, una hormona natural con efectos antiinflamatorios. Los corticosteroides son medicamentos potentes que reducen rápidamente la inflamación pero como sus efectos secundarios son bastante relevantes los médicos intentan usar las dosis más bajas para lograr el beneficio deseado o los usan en combinación con medicamentos menos potentes y de igual resolución.

Además de los medicamentos específicos para la propia enfermedad los pacientes también pueden tomar otros medicamentos para tratar los problemas relacionados con el lupus, como el colesterol alto, la presión arterial alta las infecciones.

4 Discusión-Conclusión

Las células madre mesenquimales del tejido del cordón son células progenitoras no hematopoyéticas multipotentes que se están evaluando como un tratamiento prometedor para la regeneración tisular. Aunque sus propiedades inmunomoduladoras aun no se conocen por completo, su bajo potencial inmunogenico junto con sus efectos sobre la respuesta inmune, los convierte en una herramienta ter-

apéutica prometedora para las enfermedades autoinmunes severas y refractarias.

También se ha puesto en marcha una campaña con el hashtag "#hoysipuedo", como apoyo a todas las mujeres con enfermedades inflamatorias sistémicas y autoinmunes como es el lupus y que quieren ser madres, con el fin de ayudarlas. La falta de información a menudo lleva a las mujeres con enfermedad reumática a no sentirse preparadas para tomar decisiones sobre el tratamiento y la maternidad.

Otro estudio que se realiza sobre las conclusiones de un trabajo previo en el que los autores observan un cambio en la proporción de diferentes bacterias en las heces de pacientes con lupus con respecto a personas sanas. Partiendo de esta premisa y de la posibilidad de que el entrenamiento de las células del sistema inmune en las mucosas pudiera exportarse y tener efecto mas allá del propio intestino, el grupo de investigación propone un estudio invitro que analiza el comportamiento de las células inmunitarias para intentar averiguar si el cambio en la diversidad de bacterias podría sostener o potenciar el estado de activación del sistema inmune característico del lupus.

Esto no significa que el lupus lo provoque una bacteria sino que significaría que la respuesta inmune frente a las bacterias alojadas en el intestino podía influenciar la actividad inmunitaria en órganos distantes y también la relacionada con la enfermedad.

5 Bibliografía

- http://www.mepagetoday.com
- http://medlineplus.gv/spanish/lupus.html
- http://clinicaltrials.gov
- http://www.felupus.org
- http:// www.worldlupusday.org

Capítulo 551

ENFERMEDAD PERIODONTAL

NURIA ALVAREZ ALVAREZ

ESTEFANIA RODRIGUEZ VIÑA

ELVIRA SEÑORANS DIZ

MARIA DEL ROSARIO PONTÓN

NURIA SOLIS DEVESA

1 Introducción

La enfermedad periodontal es una patología que afecta a los tejidos que soportan a los dientes, de carácter infeccioso, causada por bacterias presentes en la boca. La infección bacteriana que se produce coloniza el tejido gingival y los espacios profundos que se forman entre los dientes y las encías. Existen dos tipos de enfermedades periodontales, la gingivitis y la periodontitis, cuyo análisis procederemos a desarrollar en este trabajo.

Si son tratadas a tiempo por el odontólogo sus efectos son reversibles, sin embargo, si a la infección bacteriana se permite progresar, la enfermedad periodontal comienza a destruir las encías y la quijada subyacente pudiendo dar lugar a pérdida del diente. En algunos casos, las bacterias de esta infección pueden viajar a otras áreas del cuerpo vía la circulación sanguínea.

La mejor forma de prevenir la enfermedad periodontal es mantener una correcta higiene bucal, controlando así la cantidad de placa dental presente, es necesario

realizar revisiones periódicas para poder realizar un diagnóstico precoz de la enfermedad en caso de que aparezca, esta es la razón por la cual los chequeos dentales regulares son muy importantes.

La periodontitis puede clasificarse según su extensión y daño a los tejidos afectados:
- Localizada: número de localizaciones afectadas es menos o igual al 30%.
- Generalizada: número de localizaciones afectadas mayor al 30%.
También puede clasificarse según la severidad al tejido de inserción:
- Leve: pérdida de inserción 1- 2 mm.
- Moderada: pérdida de inserción 3-4 mm.
- Severa: pérdida de inserción superior o igual a 5 mm.

2 Objetivos

Objetivo General:
-Analizar el concepto y tipos de periodontitis estableciendo los factores que influyen en su aparición y evolución.
Objetivos Específicos:
-Determinar las técnicas de prevención y de tratamiento.
-Determinar la importancia de concienciar a la población sobre los problemas que se generan al tener una mala higiene dental.

3 Metodología

Para realizar este trabajo se ha recurrido a la consulta de diversos artículos científicos en varias bases de datos como MEDLINE, también se ha usado Google académico y otras webs de interés.

4 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 552

CUIDADOS A UN BEBÉ CON CARDIOPATÍA CONGÉNITA.

SHEILA SANCHEZ ALVAREZ

1 Introducción

La cardiopatía congénita es una anomalía estructural y funcional del corazón que se presenta al nacer.

Las causas pueden ser genéticas, o debido a alguna alteración ambiental que influye en el desarrollo de los órganos, entre estas últimas se puede citar la infección por el virus de la rubeola durante el embarazo, el consumo de alcohol por la madre, la diabetes materna y ciertos fármacos tomados durante el embarazo como la hidantoína, sales de litio y talidomida. En muchas ocasiones no se detecta la causa que ha originado el mal.

Es muy importante saber que los defectos cardíacos congénitos graves, generalmente, se hacen evidentes poco después del nacimiento o durante los primeros meses de vida y que los defectos cardíacos congénitos menos graves, pueden no ser diagnosticados hasta alcanzada la infancia, ya que el niño podría no tener signos perceptibles de un problema.

2 Objetivos

Contribuir al diagnostico precoz de este tipo de enfermedad.

3 Caso clínico

Lactante de 2 meses de edad, que fue llevado a la consulta de su pediatra de Atención Primaria, pues la madre refería que en los últimos días se cansaba y sudaba mucho coincidiendo con las tomas. El embarazo, el parto y el periodo neonatal habían sido normales, y no presentaba antecedentes médico-quirúrgicos personales ni familiares de interés. En la exploración física, el pediatra constató taquipnea , saturación de oxígeno del 98% y un soplo pansistólico grado 3/6 audible en múltiples focos, con máxima intensidad a nivel del tercer-cuarto espacio intercostal izquierdo.

- Peso: 5,750
- Talla: 58 cm
- Tº 36,6
- Saturación: 86%
- Exploración: Taquipnea y dificultad respiratoria.
- Auscultación: soplo sistólico de intensidad elevada, pansistólico y audible en múltiples focos.

El paciente tiene que ser ingresado en la unidad de cuidados intensivos, poniéndole una ventilación no invasiva para mejorar su saturación y haciéndole pruebas para diagnosticar el tipo de cardiopatía que tiene para poder buscar la mejor solución a su afección.

4 Discusión-Conclusión

Debido a que se desconoce la causa exacta de la mayoría de los defectos cardíacos congénitos, es posible que no se puedan prevenir estas enfermedades. Sin embargo, también se puede tomar algunas medidas para reducir el riesgo general de que el hijo sufra defectos congénitos y posiblemente defectos cardíacos; entre ellas:

- Vacunarse contra la rubeola.
- Controlar las enfermedades crónicas.
- Durante el embarazo evitar las sustancias dañinas.
- Tomar suplementos multivitamínicos con ácido fólico durante el embarazo.

5 Bibliografía

- www.wikipedia.org

- www.quironsalud.es
- www.cuidateplus.marca.com

Capítulo 553

DEPORTE Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD

ANA BELEN TRELLES RODRIGUEZ

ANDREA GARCÍA TORRE

JUANA MARÍA VILLAR FERNÁNDEZ

1 Introducción

El deporte tiene muchos beneficios para la salud, entre ellos menor riesgo de enfermedades cardiovasculares, diabetes, obesidad y algunos tipos de cáncer. En la actualidad los estilos de vida tienen a ser sedentarios, empezando ya en la infancia y manteniéndose en la edad adulta. Es importante educar en el deporte desde los años pre-escolares, así como recibir clases de primeros auxilios.

2 Objetivos

Promocionar el deporte y una vida activa, que a su vez mejorara nuestra calidad de vida.

3 Metodología

Revisión bibliográfica en diferentes bases de datos como scielo, pubmed y medline, que tratan sobre salud en el ámbito deportivo. Se eligen 5 artículos de diverso abordaje metodológico que cumplen los criterios de inclusión: formato a texto completo de acceso libre y publicados en los últimos 5 años.

4 Resultados

Hay muchos casos de problemas cardiovasculares mientras se practica deporte en centros especializados como los gimnasios.

La fibrilación ventricular es la principal causa de parada cardiorespiratoria. El uso del desfibrilador automático ha demostrado una eficiencia del 90 % si se usa en el primer minuto.

La mayoría de los entrenadores personales tienen conocimiento en primeros auxilios, pero no es el uso del DESA, siendo necesario más cursos formativos.

5 Discusión-Conclusión

Es imprescindible para la práctica deportiva tener en las instalaciones un desfibrilador automático, así como personal entrenado en primeros auxilios. Se debe formar al personal y hacer cursos de reciclaje con cierta periodicidad, al menos cada dos años.

6 Bibliografía

- Ramírez, William, Vinaccia, Stefano, & Suárez, Gustavo Ramón. (2004). El impacto de la actividad física y el deporte sobre la salud, la cognición, la socialización y el rendimiento académico: una revisión teórica.

- Revista de Estudios Sociales, (18), 67-75. Retrieved January 27, 2020, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-885X2004000200008&lng=en&tlng=es

Capítulo 554

POSTURAS Y/O POSICIONES CORPORALES PARA LAS PERSONAS ENCAMADAS

ANA MARÍA ARIAS DE HARO

ESTHER PÉREZ MANZANO

1 Introducción

La persona encamada debe ir variando de posición para evitar úlceras por presión y para tener una mayor comodidad. Por ello, hay distintas posiciones corporales que debemos conocer para poder colocar de tal forma al paciente.

2 Objetivos

Reconocer las distintas posturas corporales que se pueden emplear en una persona encamada para utilizar la apropiada a cada caso.

3 Metodología

Posiciones corporales:

Se llaman así a las diferentes posturas que el paciente puede adoptar en la cama, camilla, sillón, mesa de exploraciones, mesa de quirófano, etc., que son de interés para el manejo del paciente, por parte del personal sanitario.

A continuación, veremos las más utilizadas:
• Decúbito supino: la persona está tumbada sobre su espalda con las piernas y los brazos estirados. La persona encamada suele estar en esta posición, a no ser que tenga programados cambios posturales. Esta postura se utiliza, además, para comenzar con el aseo del enfermo y para la exploración del tórax, abdomen, piernas y pies así como para la palpación de las mamas en las mujeres.
• Decúbito prono: la persona está tumbada boca abajo, sobre su abdomen y su pecho, con la cabeza girada lateralmente y los brazos y piernas extendidos. Se utiliza para las exploraciones de espalda, así como alternativa para cambios posturales (salvo en pacientes con lesiones torácicas, cardíacas, con respiración asistida, etc., en las que está contraindicada).
• Decúbito lateral izquierdo o derecho: la persona se encuentra colocada de lado, con las piernas y brazos extendidos. En este caso, el brazo del lado hacia el que está girada estará hacia delante para evitar que recaiga todo el peso del cuerpo sobre él. Se utiliza para el correcto aseo del paciente, pues si solo estuviera en una posición no podrían ser limpiadas todas las zonas corporales. Asimismo, se utiliza para poder dejar reposar otras zonas del cuerpo. Para evitar aspiraciones broncopulmonares en una persona con riesgo a vomitar y para aplicar enemas y medicamentos por vía rectal.
Estas posiciones corporales son las más utilizadas puesto que son las que se emplean en los programas de cambios posturales, los cuales se realizan cada 2-3 horas.

Además, hay otras posiciones corporales que también debemos conocer y que se pueden emplear en la cama y/o en una camilla para alguna intervención o exploración:
• Posición de Roser: sería igual que la posición en decúbito supino pero, en este caso, la cabeza la tendría fuera de la cama, sobresaliendo de la parte de arriba del colchón. Se utiliza para la higiene del cabello en personas encamadas cuyo baño tenga que hacerse en la cama, para la exploración faríngea y para la intubación endotraqueal.
• Posición de Sims: es similar al decúbito lateral, pero el brazo que queda en la parte inferior se lleva hacia atrás y el otro se coloca en flexión del codo. La cadera superior y rodilla del mismo lado están flexionadas sobre el pecho. La cabeza está girada lateralmente. Se utiliza para la administración de enemas y medicamentos por vía rectal y para la exploración del recto.
• Posición de Fowler: El paciente se halla semisentado, formando un ángulo de 45º. Las piernas están ligeramente flexionadas y los pies en flexión dorsal. También podemos encontrarnos dos variantes que se denominan posición de semi-Fowler

en la que la inclinación es de 30º, y se utiliza básicamente para cambios posturales y para transporte del enfermo (cuando su estado lo permita) y la posición de Fowler alta en la que la inclinación es de 90º. Utilizada para realizar tareas en la cama como comer, leer, etc., para enfermos con patologías respiratorias, al facilitar la postura la respiración y para exploraciones de la cabeza y partes de ella.

• Posición ginecológica o de litotomía: la persona se halla acostada boca arriba. Las piernas colocadas sobre los estribos. Rodillas y cadera flexionadas 90º. Muslos en abducción. Se emplea para la exploración ginecológica, (como su nombre indica), para el parto y en la cirugía vaginal.

• Posición de Trendelenburg: la persona se coloca en decúbito supino pero el plano del cuerpo no es paralelo al plano del suelo sino que está inclinado 45º respecto al último estando la cabeza más baja que las piernas. Se utiliza en los pacientes con shock hipovolémico, desmayos, shocks, hemorragias, lipotimias, y para intentar restablecer y salvaguardar el riego sanguíneo cerebral.

• Posición Morestín o antitrendelenburg: igual que la postura anterior pero, en este caso, es la cabeza la que está más alta que las piernas. Utilizada para personas con patologías respiratorias y para disminuir el riego sanguíneo en cabeza y extremidades superiores siendo más favorable la cirugía en esta zona.

• Posición genupectoral: el peso del cuerpo descansa sobre las rodillas y la cabeza, quedando el pecho cerca de las rodillas. Se utiliza para exploraciones del recto y del ano.

4 Bibliografía

- https://enfermeriapractica.com
- http://masquemayores.com
- http://tecnicosdocumentacionsanitaria.blogspot.com

Capítulo 555

LA INCONTINENCIA URINARIA EN EL ENFERMO DE ALZHEIMER

FRANCISCA DEL ROBLEDO VICENTE CASTELLANO

MARIA JESÚS GONZÁLEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

Los enfermos de Alzheimer, en su gran mayoría, son personas de edad avanzada. Si estos dos factores se unen (la edad y la enfermedad) es muy frecuente que aparezca la incontinencia urinaria.

La incontinencia urinaria es la pérdida involuntaria de la orina a través de la uretra y para la persona que lo padece puede ser un problema social bastante serio que crea mucha vergüenza; puede afectar a personas de cualquier grupo, sexo o edad y es muy común en las últimas fases del Alzheimer ya que en estos pacientes se dan causas de distinta naturaleza: por un lado la incontinencia puede deberse a la pérdida del control muscular y las lesiones cerebrales que padecen, además pierden la capacidad de reconocer las señales que indican la necesidad de orinar y por otro lado debido a la edad: infecciones urinarias, diabetes mal controlada, prostatitis... Por tanto, es necesario que vejiga, uretra, suelo pélvico médula espinal y nervios periféricos sean funcionales y el estado cognitivo del paciente sea óptimo para reconocer el momento de la micción y tenga la movilidad suficiente.

2 Objetivos

- Dar a conocer esta patología que es tan común en los enfermos de Alzheimer.

- Explicar sus causas y síntomas así como exponer tratamientos y medidas paliativas que ayuden a mejorar y dar calidad de vida a estas personas.

- También ofrecer unas recomendaciones para los cuidadores.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Entre las causas de la incontinencia urinaria podemos destacar:

- Inestabilidad del detrusor de la vejiga, que es el músculo que al contraerse permite el vaciado y la expulsión de orina.

- Incontinencia por rebosamiento .

- Incontinencia por esfuerzo.

- Infección de orina, del sistema urinario…

- Confusión aguda del paciente que puede aparecer en un ingreso hospitalario, a consecuencia de los fármacos… y que se soluciona con la vuelta a la normalidad.

- Hiperplasia protática, o agrandamiento de la próstata que dificulta la evacuación de la orina.
La incontinencia puede aparecer aparejada a enfermedades del sistema nervioso (caso del Alzheimer), vejiga flácida, etc…

- Medicamentos que favorecen y agravan la incontinencia como sedantes, diuréticos…

- Bebidas diuréticas: café, refrescos o té también pueden ser responsables de la incontinencia.

- Tensión: junto con el movimiento pueden provocar que la persona se orine al estornudar, reir, toser…

- Deshidratación: puede provocar incontinencia, así que es importante estar bien hidratado.

- Medio ambiente: hay que propiciar medidas sencillas que favorezcan una evacuación rápida y sin problemas como tener un baño cerca, saber donde está, llevar ropas adecuadas que sean cómodas en el baño, sin botones ni cremalleras …

Esta patología va a manifestarse con unos síntomas como los que vamos a describir y que nos harán sospechar de que algo no va bien:

- Durante la micción el chorro de orina es mas débil tardándose mas tiempo en vaciar la vejiga y en ocasiones el vaciado es incompleto.

- Necesidad de orinar mayor número de veces sin haber infección de orina.

- Incapacidad para la micción.

- Sensación de dolor o molestia cuando se está llenando la vejiga o en la micción sin existir infección.

- Urgencia por llegar al baño ya que si no se sufren ”accidentes”.

- Escapes de orina que provocan que el paciente sufra vergüenza e impida la realización de actividades sociales.

- Infecciones frecuentes de vías urinarias.

También son síntomas: anormalidades en la micción debido a derrame cerebral, ictus, lesión de médula… y cambio al orinar relacionado con el sistema nervioso que es lo habitual en enfermos de Alzheimer.

Para la incontinencia urinaria del enfermo de Alzheimer no hay una cura como tal, sino que se trabaja en la mejora de los síntomas y en la prevención evitando la aparición de complicaciones y así mejorar su calidad de vida, por tanto hay que individualizarlo a cada paciente en acuerdo con su familia o cuidadores. En muchas ocasiones, el disminuir la intensidad de los síntomas permite al paciente ganar en comodidad lo que es suficiente y evita ir a remedios mas agresivos como la cirugía.

Los tratamientos son:

- Medidas dietéticas: controlar la cantidad de líquidos de toma el paciente para que la cantidad de orina que se forme no sea excesiva. Las frutas y verduras tambien son diuréticos. Agua, leche, alcohol e infusiones favorecen la diuresis y es recomendable beber mas por la mañana e ir disminuyendo la ingesta paulatinamente a lo largo del dia.

- Medicación: con tratamiento farmacológico se consigue que durante el llenado la vejiga se distienda y no se contraiga y que la uretra permanezca cerrada mientras para evitar la evacuación. Los fármacos usados para esto son los "anticolinérgicos" que disminuyen la capacidad de contraerse del destrusor, favoreciendo el llenado vesical y la continencia. Sus efectos secundarios son: sequedad de boca, taquicardia, excitación, que en algunos casos son muy graves y obligan a dejar el tratamiento.

Luego pasamos a tratamientos mas agresivos como:

- Cirugía de vejiga o de uretra dependiendo del tipo de incontinencia.

- Autocateterismo: se practica de forma intermitente y consiste en insertar un catéter a través de la uretra hasta la vejiga consiguiendo el vaciado completo de ésta y evitar así los escapes.

Y finalmente, los tratamientos paliativos:

- Son los pañales absorbentes, bolsas y colectores de orina que son los métodos mas frecuentes en estadios avanzados de la enfermedad de Alzheimer.

También se puede considerar como tratamiento el "Prompt Voiding" que es preguntar al paciente si desea orinar a intervalos regulares de tiempo.

Debemos destacar que el uso de catéteres pueden provocar fácilmente infecciones y sepsis, así que cuando todos los métodos son inapropiados y hay que recurrir a un sondaje permanente hay que extremar las condiciones de higiene.

En cuanto al cuidador, tanto si es dentro del ámbito familiar como si es un auxiliar de enfermería en hospital o residencia, debemos seguir unas pautas:

- Intentar que no se orinen encima pero si ocurriera no hacer comentarios inapropiados ni reñirles.

- Proporcionarle ropas cómodas y manejables para ir al baño sin dificultad o para cambiársela fácilmente.

- Preparar el aseo para que su uso sea práctico y sin peligros, quitaremos los pestillos, pondremos asideros para que se agarre, suelos antideslizantes y dejaremos alguna luz nocturna por si se levanta de noche.

- Asegurarnos de que el paciente orina antes de acostarse y reducir el consumo de líquidos a última hora de la tarde-noche.

- Acompañarlo al baño cada dos o tres horas para que orine antes del completo llenado de la vejiga.

- En el caso de llegar al uso de absorbentes para adultos, momento que hay que retrasar tanto como se pueda, proporcionarle los que le sean cómodos en cuanto a talla, marca, etc. así como braga-pañal para el día que son mas discretos y no se notan.

- Es importante la higiene del paciente para prevenir enfermedades pero también el mal olor. Hemos de estar muy pendientes de este tema con las personas con pérdidas de orina, ya que el olor puede delatar estas pérdidas y avergonzar al paciente. Debemos cambiar el pañal con frecuencia y también vigilar el olor de la ropa.

- Y, por supuesto, hacer una buena ventilación de la habitación.

5 Discusión-Conclusión

La incontinencia urinaria es un trastorno mucho mas frecuente que la enfermedad de Alzheimer, pero hay que tener en cuenta que en algún momento de su proceso el enfermos de Alzheimer van a padecer de incontinencia, por ello, son dos patologías íntimamente asociadas.

El paciente de Alzheimer, en fases algo mas avanzadas de la enfermedad, ya no va a poder combatir la incontinencia por sí mismo así que debemos hacer lo posible por retrasar la aparición de la misma. Por tanto las actuaciones quedan mas en manos de los cuidadores que del propio paciente.

El paciente de Alzheimer no es consciente de que no controla la micción, por ello es fundamental no reñirle, ni recriminarle, etc. y una de las mejores armas que tiene el cuidador es crear hábitos y rutinas para acompañar al baño al paciente y

”llegar” a tiempo. El uso de absorbentes es el método mas apropiado en estadios avanzados de la enfermedad.

6 Bibliografía

- Alzheimer’s Association.www.alz.org
- Arnal, R.; Arroyo Anillo, E.; Bermejo, F.;Hernández, M.; Diéguez Flor, J.; Regato, P.; La enfermedad de Alzheimer en la familia.

- Guilló Martínez, P. Comprender el Alzheimer. Cuidadores. 2002

- Harrison. Principios de la Medicina Interna. 1998

- Juarranz Sanz, M.; Terrón Barbosa, R.; Soriano Llora, T.; Villamar Borrego, M.; Calvo Alcántara, MJ.; tratamiento de la incontinencia urinaria. 2002.

- Pablo Marín, P.; Jongsung Lim Shon. Incontinencia urinaria en el adulto mayor. 2000

- Portal de ayuda a nuestros mayores. www.imsersomayores.csic.es
- Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Cuestionarios, test e índices para la valoración del paciente. 2002

- Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. www.segg.or
- www.observatoriodelaincontinencia.es

Capítulo 556

CUIDADOS DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO

ELLEN CARLOS DO AMARAL

1 Introducción

Se define como politraumatizado a aquella persona que sufre un traumatismo múltiple con afectación de varias regiones anatómicas u órganos. El traumatismo severo es la principal causa de muerte en personas <40 años.

Los traumatismos accidentales representas la primera causa de mortalidad con especial predominio de los accidentes de tráfico y los accidentes laborales.

El orden de actuación es fundamental, así como la reevaluación continua del paciente durante las primeras horas hasta su estabilización. La mitad de las muertes del paciente traumatizados graves se produce antes de llegar al hospital y dentro de las muertes intrahospitalarias, el 60% se da en las primeras 4 horas desde la llegada a urgencias. Una actuación rápida y eficaz por parte del equipo de urgencias evitará muchas de estas muertes.

El abordaje inicial del politraumatizado requiere una actuación sistematizada. Hay dos aspectos fundamentales que no se deben olvidar nunca a la atención de un paciente politraumatizado:

- No pasar nunca de una fase asistencial a otra sin haber resuelto el problema o al menos haber iniciado las medidas necesarias para hacerlo.

- Nunca olvidarse de hacer una reevaluación periódica de la vía aérea la ventilación y la circulación. Siempre se debe comprobar de forma frecuente la efec-

tividad de las medidas adoptadas hasta el momento.

2 Objetivos

Saber identificar los signos vitales y aprender a tener una rápida actuación para la valoración del paciente.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Scielo, Cochrane, Google Académico, Medline, se han utilizado criterios de búsqueda en revistas científicas y artículos encontrados de cuidados al paciente politraumatizado, se utilizaron descriptores con las palabras claves utilizadas en la búsqueda: plan de cuidados, politaumatismos, pacientes, rcp, traumismo.

4 Resultados

En un sistema integral de emergencias (SIE) se debe de establecer un orden de prioridad, desde el primer Enfermero y equipo sanitario que asiste al sujeto. El reconocimiento primario y secundario realizado de forma sistemática, constante y protocolizada, cumple la misión de evitar errores y omisiones en la valoración, tratamientos y cuidados. Los profesionales de la Enfermería debemos ser capaces de relacionarnos para poder coordinar y optimizar nuestros esfuerzos dirigidos a cada paciente.

Los cuidados de enfermería deben ser integrados en el SIE para que posean también un esquema lineal, es decir, una continuidad, y no un esquema escalonado.

El centro de nuestro trabajo debe ser el individuo y no las tareas que desarrollamos. Un paciente no cambia dependiendo de la instalación sanitaria en la que se encuentre, pueden variar sus problemas y necesidades por la evolución del proceso o los recursos sanitarios disponibles, pero nunca la persona.

Deben existir Hojas de Enfermería que acompañen al paciente, donde la información de los cuidados se vea reflejada para poder evaluar constantemente sus resultados, optimizar y coordinar nuestros esfuerzos, para poder dar una mayor calidad a nuestros clientes / pacientes, cubriendo mejor sus necesidades. El papel del Enfermero es primordial e imprescindible en la atención inicial al poli-

traumatizado, donde el tratamiento y cuidados deben ser precoces. Aumentando la calidad asistencial aumentamos el grado de éxito, disminuyendo la morbimortalidad de los primeros momentos y posteriores. El enfermero está dentro del equipo sanitario integral, donde todo debe ser coordinado desde el primer momento. Cuando atendemos a un politraumatizado debemos valorar y tratar en primer lugar las urgencias vitales.

Hay que asegurar la vía aérea, control respiratorio y circulatorio. Esto es: ¿respira?, ¿tiene pulso?, collarín cervical y oxigenoterapia, o si fuese necesario reanimación Cardiopulmonar (RCP) y desfibrilación. Se realiza una valoración de las constantes vitales; frecuencia cardiaca y respiratoria, tensión arterial, pulsioximetría y monitorización del individuo si es posible. También valoraremos el color de la piel, relleno capilar, tamaño pupilar y su respuesta a la luz, así como el nivel de conciencia.

Esta primera fase se denomina valoración primaria, en ella se identifican y valoran los problemas que comprometen la vida del paciente, para corregir estos de forma precisa e inmediata. Es el ABC:

A- Control de vía aérea y control cervical

B- Respiración.

C- Circulación con control de hemorragia.

D- Discapacidad.-Estado neurológico.

E- Exposición / Entorno.

La mayoría de los pacientes traumáticos con lesiones ortopédicas pueden someterse a una evaluación segura y organizada tal como la descrita por ATLS y recibir tratamiento definitivo en el hospital inicial. La mayoría de los sistemas tienen protocolos para dirigir el transporte médico de emergencia a la instalación apropiada. Si el hospital inicial no es un centro de trauma, la evaluación inicial del paciente debe incluir la consideración para la transferencia oportuna. Los pacientes traumatizados, críticamente heridos y aquellos cuyas lesiones exceden las capacidades de la institución local deben ser trasladados a un hospital apropiado, idealmente un centro de trauma. Incluso si se reconoce la necesidad de transferencia antes de completar la encuesta primaria, deben iniciarse las disposiciones para la transferencia.

La evaluación inicial y el tratamiento deben estabilizar al paciente lo suficiente para la transferencia. Imágenes y otras pruebas que no cambiarían la gestión inmediata sólo retrasar la transición al nivel adecuado de atención. Para las lesiones apendiculares, una reducción temporal y la fijación de lesiones obvias son apropiadas para aliviar el dolor, descansar los tejidos blandos y proteger la extremidad de lesiones adicionales.

Una falla importante en lesiones ortopédicas es el intento de terminar una evaluación completa con más radiografías o imágenes avanzadas antes de la transferencia.

Las razones principales para transferir pacientes con lesiones ortopédicas específicas a los centros de trauma son para la experiencia específica de un cirujano de trauma ortopédico dedicado o para la atención coordinada de múltiples otras especialidades no disponibles en el hospital inicial.

Del mismo modo, las lesiones de extremidades de alta energía pueden requerir la experiencia de especialistas en trauma ortopédico, cirujanos vasculares y cirujanos plásticos. Los pacientes con traumatismo de las extremidades inferiores de alta energía tienen mejores resultados funcionales cuando se tratan en los centros de trauma.

Aunque las transferencias ”inter facility” apropiadas pueden ser salvavidas o la preservación de la extremidad, el ”overtriaging” puede ser una carga ineficaz en el sistema del trauma.

5 Discusión-Conclusión

Los profesionales de la enfermería deben ser capaces de relacionarse para poder coordinar y optimizar nuestros esfuerzos dirigidos a cada paciente. El centro de nuestro trabajo debe ser el individuo y no las tareas que desarrollamos. Un paciente no cambia dependiendo de la instalación sanitaria en la que se encuentre, pueden variar sus problemas y necesidades por la evolución del proceso o los recursos sanitarios disponibles, pero nunca la persona. La emergencia hospitalaria es uno de los campos donde el trabajo en equipo es más intenso.

Las funciones del equipo de enfermería respecto a otros miembros del equipo es un campo dinámico, mezclándose funciones de Medicina y técnicos de transporte. Esta situación no se produce de forma tan profunda en otros campos de nuestra profesión. Todo ello viene determinado por la gravedad de las situaciones y la

preparación profesional de cada uno de los componentes del equipo sanitario.

Los errores que se cometen en la fase hospitalaria representan entre uno y dos tercios de los errores cometidos en el cuidado de pacientes traumatizados; siendo los ocurridos en cuidado intensivo los más comunes y de mayor repercusión.

6 Bibliografía

- Delgado Reyes M: A, Ruíz Berrio M, Sáenz Montoya X. Prioridades iniciales de enfermería en el paciente con trauma. Av. Enferm, Volumen 30, p. 118-134, 2012. ISSN electrónico 2346-0261. ISSN impreso 0121-4500

- Aviña Valencia J, Control del daño. Volumen 4, Número 1 Ene.- Mar. 2016 medigraphic.com.

- Ramírez P FJ, MD; Raffan S F, MD; Arango G E, MD; Zuluaga D, MD. Cuidado Intensivo y Trauma. Manejo de la vía aérea en el paciente politraumatizado. Capítulo III, 5ta edición Pag. 433. Pdf.

- Maio MR, Burney RE, Gregor MA, Baranski MG. A Study of Preventable Trauma Mortality in Rural Michigan. J Trauma 1996; 41: 83-90. 9.

- Moorhead S.; Johnson M.; Maas M. L.; Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería.

Capítulo 557

CONSECUENCIAS Y PREVENCION DE LA OBESIDAD INFANTIL

ANA MEDIO PÉREZ

CRISTINA MARÍA LUIS RODRÍGUEZ

ROSA ANA BARTON DEL BARRIO

MARÍA PAULA GIORDANO DI FILIPPO

VANESA GARCÍA VALERO

1 Introducción

La obesidad infantil se considera uno de los problemas de salud más importantes de nuestro siglo a nivel mundial. Este problema está afectando progresivamente a muchos países de bajos y medianos ingresos, sobre todo en el medio urbano. La prevalencia ha aumentado a un ritmo alarmante. Se calcula que en 2019, más de 41 millones de niños menores de cinco años en todo el mundo tenían sobrepeso o eran obesos.

La obesidad consiste en una acumulación excesiva de grasa que supone un riesgo para la salud. Es una enfermedad crónica, y los niños con sobrepeso tienden a seguir teniéndolo en la edad adulta. Según un estudio de la Organización Mundial de la Salud, en España alrededor del 40% de los niños tiene sobrepeso u obesidad, un hecho muy alarmante para una sociedad que lleva en su currículo una de las mejores dietas del mundo, como es la dieta mediterránea y en el cual hace solamente cinco años se recogía una incidencia de apenas el 5% de menores obesos.

Se considera una persona con sobrepeso aquella que tiene un índice de masa corporal igual o superior a 25.

Según los especialistas, los cambios alimenticios y las nuevas formas de vida son los principales desencadenantes de que se haya producido un aumento tan notable de la obesidad infantil.

2 Objetivos

Determinar las consecuencias que provocan la obesidad en la población infantil y su prevención.

3 Metodología

Se han consultado diversas bases de datos y buscadores, tales como:
PubMed, Medline, Scielo, Dialnet, Clinical Key, Google Académico, así como distintas páginas relacionadas con la obesidad infantil y destinadas a prevenir una pronta aparición y sus consecuencias.

Las palabras clave utilizadas han sido: Obesidad infantil, sobrepeso en niños, causas de la obesidad infantil, consecuencias de la obesidad infantil, prevención de la obesidad infantil, tratamiento de la obesidad infantil, prevalencia de la obesidad infantil, intervención de la obesidad infantil.

4 Resultados

Las consecuencias de la obesidad en los niños se pueden ver reflejadas a nivel de salud en: hipertensión, colesterol y enfermedades cardiovasculares, diabetes infantil, problemas hepáticos, problemas en articulaciones y huesos, pérdida de agilidad en actividades físicas, alteraciones respiratorias y cutáneas y baja autoestima. Para poder prevenirla se deben llevar a cabo unos factores fundamentales, como son fomentar el consumo de alimentos saludables, así como llevar a cabo una dieta saludable y promocionar la actividad física.

Cuanto menos se consiga cambiar durante la infancia, más difícil será la corrección o el tratamiento en edades posteriores, ya que la niñez es una etapa en la que se ordena la personalidad y se establecen patrones den conducta que serán

la base del comportamiento del niño en la edad adulta, por eso es tan importante en esta etapa crear el hábito en el niño de alimentarse bien.

Los pilares del tratamiento para enfocar la obesidad infantil son la combinación de una limitación en la dieta, la actividad física, la educación nutricional y el cambio de conductas. Todo esto sólo será efectivo si el niño o la niña recibe el apoyo y el estímulo de la familia.

La terapia de conducta del niño empieza con el aprendizaje de autocontrol. Para que la dieta tenga efecto será necesario que el niño reciba refuerzo social y estímulos a través de mensajes positivos, así mejorará su autoestima y se sentirá más seguro de sí mismo. El trabajo inicial se basa sobre todo en hacer frente a la ansiedad y el abatimiento, ya que son los sentimientos que pueden hacer que se produzca un aumento de peso en el niño o la niña. Otro punto muy importante a tener en cuenta son los hábitos alimenticios y de conducta que tiene el niño y la familia, es decir, la manera en que se alimentan, el tipo de alimentos que ingieren, los espacios de tiempo entre una comida y otra, el ejercicio físico que realizan, o las costumbres o rutinas que tienen en cuanto a las actividades de ocio, ya que a partir de estos factores es mucho más fácil poder determinar lo que provoca la obesidad del menor. Será imprescindible un cambio de hábitos a través de la terapia conductual en el tratamiento del niño o la niña con sobrepeso.

Dependiendo de la edad que tenga el niño, la intervención de los padres se verá más o menos incrementada, así, si el niño es menor de 5 años de edad los padres deben de encabezar el tratamiento, respondiendo por el niño en todo lo referente a la terapia. Si el niño tiene entre 5 y 9 años, éste ya tendrá un mayor grado de autonomía, aunque será necesaria la vigilancia por parte de los padres. A partir de los 10 años aproximadamente el niño ya posee mayor grado de responsabilidad y podrá responder al tratamiento con casi total libertad y responsabilidad.

Los ejercicios físicos también deben ser aplicados paralelamente a la dieta, empezando por actividades que al niño le resulten atractivas y que esté mas adaptada a los intereses y posibilidades del niño o la niña, desarrollándolo de forma continua y a diario y resultando divertido e interesante.

5 Discusión-Conclusión

Es una necesidad urgente cambiar los hábitos y estilos de vida de los niños y niñas en cuanto a alimentación y sedentarismo, ya que cada vez están más extendidos

hoy en día. Es un punto muy interesante el hecho de fomentar desde la infancia la costumbre de realizar ejercicio o deporte, así como que los niños reciban una educación alimentaria equilibrada y una dieta rica en frutas y verduras y más escasa en alimentos procesados e hidratos de carbono y grasas.

Cuanto mayor variedad de alimentos exista en la dieta, mayor garantía habrá de que la alimentación es equilibrada y de que contiene todos los nutrientes necesarios. También sería preciso, y muy conveniente, reducir el tiempo que los niños y niñas pasan frente al televisor o las videoconsolas y cambiarlo por la realización de algún tipo de deporte o juego al aire libre.

6 Bibliografía

- Asociación Española de pediatría https://www.aeped.es/
https://www.who.int/end-childhood-obesity/facts/es/
http://www.nutricionhospitalaria.com
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad (NAOS). Madrid: 2005. http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/web/nutricion/seccion/estrategia_naos.htm
- SEEDO –Sociedad Española para el estudio de la obesidad infantil.

- Sociedades Canarias de Pediatría. Programa de intervención para la prevención de la Obesidad. PIPO. Canarias: Sociedades Canarias de Pediatría, Dirección General de Salud Pública del Servicio Canario de la Salud. 2005 [Actualizado 14 de febrero de 2012, citado 10 marzo 2014]. Disponible en: http://www.programapipo.com/
- Alonso Coello P, Guía de Práctica Clínica sobre la Prevención y el Tratamiento de la Obesidad Infantojuvenil. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009 [citado 27 enero 2014]. http://www.guiasalud.es/

Capítulo 558

PREVENCIÓN DEL INSOMNIO EN GERIATRÍA

MARIA LUISA FERNÁNDEZ GARCÍA

1 Introducción

El insomnio se define como la dificultad para tener un sueño suficiente y reparador, es decir, es un sueño de baja calidad. Es uno de los trastornos más frecuentes en pacientes geriátricos. Suele estar asociado a la depresión y ansiedad y también a enfermedades neurodegenerativas.

El insomnio repercute en la esfera social, física y mental del paciente.

No existe una causa definitiva que lo provoque y su origen se puede decir que es multifactorial, aunque en mayores de 65 años suele ser causado por patologías subyacentes, efectos secundarios de fármacos y algunas condiciones ambientales.

El insomnio se clasifica en función del tiempo de evolución en agudo (dura menos de 1 mes), subagudo (dura entre 1 y 6 meses) y crónico (cuando supera los 6 meses).

2 Objetivos

Describir consejos para la prevención del insomnio en el anciano y medidas de higiene del sueño.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión sistemática de diversas revistas y publicaciones de carácter científico. Se han consultado las bases de datos: Medline y Scielo, introduciendo palabras clave.

4 Resultados

La manera más efectiva de prevenir el insomnio en el paciente geriátrico es a través de la implantación de medidas de higiene del sueño, tales como:
-Seguir un horario regular del sueño, siguiendo horarios para acostarse y levantarse siempre a la misma hora.
-Eliminar fuentes de luz o ruido que puedan dificultar el sueño.
-Reconocer las señales de sueño, tales como bostezos, escalofríos, ojos cansados, … y acostarse cuando las sientan.
-Realizar ejercicio físico adaptado a sus capacidades durante el día.
-Mantener una temperatura adecuada en la habitación, ni frío ni calor.
-Evitar dormir durante el día. Se se hace siesta que esta no sobrepase los 20 minutos.
-Evitar la ingesta excesiva de líquidos por la noche para no tener que levantarse a orinar.
-No consumir productos excitantes como té, café, chocolate, alcohol, refrescos de cola o tabaco previamente al sueño.
-Realizar la cena 2 o 3 horas antes de la hora de acostarse.
-Evitar ver la televisión o pantallas de ordenador previamente al sueño.
-Usar almohada y cama que resulten cómodas y agradables.
-Usar pijama o camisón que resulten cómodos.
-Pueden ayudarse de actividades relajantes por la noche, como leer o escuchar música suave.
-Se puede ayudar al sueño con infusiones naturales.Nunca tomar pastillas sin prescripción médica.

5 Discusión-Conclusión

El insomnio es uno de los trastornos geriátricos más frecuentes en la población actual.

El papel del profesional sanitario es importante, la educación sanitaria llevada a cabo por estos profesionales debe ir encaminada a que el paciente adquiera conocimientos extensos sobre como evitar la aparición del insomnio en su vida.

Si el paciente pone en práctica estos consejos puede mejorar notablemente su calidad de vida.

Descansar es fundamental a cualquier edad y llevar una vida saludable es la mejor manera de evitar los trastornos del sueño.

6 Bibliografía

-J.L Gonzaléz de Rivera. El insomnio como queja subjetiva en la población general. An Psiquiatría, 7(1991).

- M.A. García Jiménez, J. L. Núñez Acebron, R. Martínez Linuesa, P. Valera Carrasco, M. Collado Rubio Iniesta, C. Gómez Melero, et al. Prevalencia de insomnio en personas mayores de 65 años de una población rural. V Reunión Científica de la Asociación Ibérica de patología del sueño.(1996).

-A. Merino Fernández- Pellón. Trastornos del sueño. Medicine.2007.

-J. Bobes. No te rindas ante los trastornos del sueño. Ed. Rialp.1992.

Capítulo 559

CÓMO VIVIR CON PSORIASIS

SANDRA CARBAJAL FERNÁNDEZ

MARTA VEGA GUTIÉRREZ

1 Introducción

La enfermedad psoriásica es una patología crónica, no infecciosa, del sistema inmune que puede manifestarse en la piel (psoriasis) y las articulaciones (artritis psoriásica) y que impacta negativamente sobre nuestras emociones, generando ansiedad, estrés, baja autoestima y, en algunos casos, depresión.La psoriasis se caracteriza por la aparición de lesiones rojizas escamosas preferentemente en codos, rodillas y cuero cabelludo, y que tiene la posibilidad de afectar a uñas y articulaciones.

La psoriasis comienza en el sistema inmunológico, concretamente en los linfocitos T. Estas células se activan de forma indebida y originan diferentes respuestas celulares, como la proliferación y dilatación de los vasos sanguíneos. En el resto de las personas, el recambio celular de la epidermis dura 30 días. Sin embargo, en los pacientes psoriásicos, dura cuatro días. Este hecho provoca que se acumulen en la superficie originando placas de piel gruesa, descamada y rojiza que producen picor o dolor.

Se manifiesta en brotes con periodos de mejoría y de remisión o empeoramiento, pero la enfermedad se desarrolla de una manera particular en cada paciente. En ocasiones, dura toda la vida y suele aparecer por primera vez entre los 15 y los 35 años de edad del paciente.

Aunque no conlleva un riesgo vital, según la Academia Española de Dermatología y Venereología (AEDV), esta enfermedad tiene repercusiones significativas en el ámbito físico, emocional, sexual, laboral y económico del paciente, y disminuye de forma relevante su calidad de vida, con un impacto similar al de la diabetes, la artritis o la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Existen muchos tipos de psoriasis:

Según gravedad:
• Psoriasis leve: Cubre un 2 por ciento o menos de la piel del cuerpo. Suelen ser placas aisladas localizadas en rodillas, codos, cuero cabelludo, manos y pies. El tratamiento es de uso tópico (cremas, lociones, champús).
• Psoriasis moderada: Cubre entre el 2 y el 10 por ciento de la superficie corporal. Puede aparecer en brazos, piernas, tronco, cuero cabelludo y otras áreas. El tratamiento que reciben los pacientes es de uso tópico y fototerapia. En algunos casos puede incluir también terapia farmacológica.
• Psoriasis grave: Cubre más del 10 por ciento de la piel del cuerpo. Suele tratarse con fototerapia y medicaciones orales.

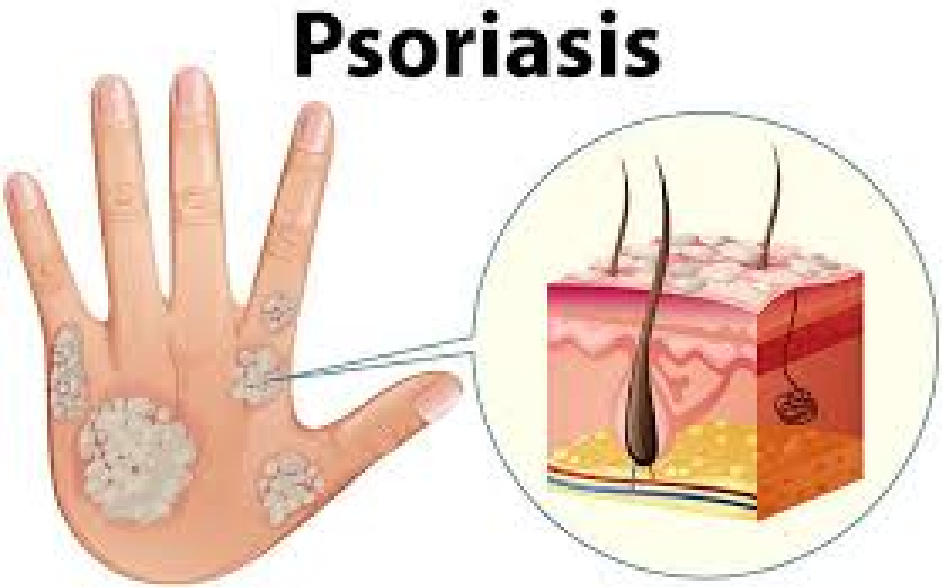
Según la forma y patrón de las escamas:
• Psoriasis en placas: Conocida como 'psoriasis vulgaris'. Esta es la forma más típica de la enfermedad (un 80 por ciento de los casos se corresponden con este tipo). Las escamas que forman la cúspide de la placa se componen de células muertas, que se desprenden de las placas. Otros síntomas también incluyen dolor y picor en la piel, así como resquebrajamientos.
• Psoriasis en guttata o gotular: Este tipo se manifiesta como pequeñas gotas rojizas en la piel que aparecen en el tronco y las extremidades y a veces en el cuero cabelludo. Sin embargo, estas lesiones no son tan gruesas como las de la psoriasis en placas. Puede estar causada por algún tipo de infección y suele aparecer durante la infancia.
• Psoriasis inversa (en pliegues): Aparece en axilas, ingles, bajo las mamas y en los pliegues de genitales y nalgas. Este suele manifestarse en pieles lisas y secas, en forma de enrojecimiento e inflamación, pero no de escamas. La psoriasis inversa es especialmente propensa a la irritación por el roce y el sudor, por eso las personas obesas tienen más problemas.
• Psoriasis eritrodérmica: Es un tipo inflamatorio de psoriasis poco frecuente que suele afectar a la mayor parte del cuerpo. Se caracteriza por un enrojecimiento de la piel muy acusado y agresivo. Dentro de este grupo se encuentra la forma seca y la húmeda o edematosa (más grave).

• Psoriasis pustular generalizada: También llamada psoriasis pustular de Von Zumbusch. Es muy poco común y se manifiesta con grandes áreas de la piel enrojecidas, que duelen y producen pústulas. Cuando estas pústulas se secan vuelven a aparecer de forma cíclica.
• Psoriasis pustular localizada: Cuando las pústulas sólo aparecen en manos y pies.
• Acropustulosis: En este tipo, las lesiones de la piel se localizan en las puntas de los dedos y a veces en los pies. Se caracterizan porque pueden ser dolorosas e incapacitantes, llegando a producir deformidad en las uñas y en los casos más graves, cambios en los huesos de la cara.

• Artritis psoriásica: La artritis psoriásica es una forma de inflamación crónica de las articulaciones que afecta entre al 10 y el 30 por ciento de los pacientes con psoriasis. Esta patología, caracterizada por la rojez, dolor e hinchazón de las articulaciones, puede aparecer en cualquier momento, aunque suele desencadenarse entre los 30 y los 50 años. Las zonas que se ven afectadas son principalmente los dedos de las manos y los pies, la columna lumbar y sacra, las rodillas y las muñecas. En la artritis psoriásica juega un papel muy importante el diagnóstico precoz, ya que si no se trata con rapidez puede provocar daños irreversibles en las articulaciones.

El diagnóstico de la enfermedad requiere de un periodo adaptativo y la aceptación de nuevas responsabilidades, por lo que el aporte de ayuda psicológica al paciente no estaría de más al igual que a sus familiares. Mantener hábitos saludables, ser constante en la aplicación del tratamiento pautado y tener un nivel alto de pensamientos positivos le ayudará a controlar la enfermedad y a vivir sin limitaciones.

Convivir con la enfermedad psoriásica y con sus manifestaciones visibles en su piel provoca sentimientos de vulnerabilidad y angustia ante un posible rechazo social. Aceptar la nueva situación y expresar abiertamente sus miedos y sentimientos les permitirá disminuir el malestar y favorecerá la interacción social. Ver más allá de la piel y compartir sus experiencias diarias con otras personas les enriquece y fomenta pensamientos positivos.



2 Objetivos

Revisión sistemática de artículos sobre la afección de la Psoriasis para conocer la enfermedad, sus cuidados, los tipos que hay y sobre todo los tratamientos.

3 Metodología

Se realiza un protocolo estandarizado de revisión sistemática de artículos, proyectos de investigación y publicaciones científicas y médicas, para encontrar las mejores evidencias disponibles o, en su defecto, los mejores resultados.
La búsqueda se centra en ” la enfermedad de la psoriasis”. Para ello se traducen las palabras naturales a palabras claves a través de los descriptores de ciencias de la salud (DECS) y los Medical Subject Headings (MESH)

Las palabras claves utilizadas son: psoriasis, enfermedad piel, pápulas, lesiones cutáneas, escamas.
Intentamos centrarnos más en los cuidados, conocer la enfermedad, los tipos que hay y sobre todo los tratamientos. Para ello hemos traducido artículos médicos de otros idiomas al nuestro, usando las mismas palabras claves en otros idiomas.

4 Resultados

El diagnóstico de la enfermedad se hace mediante la observación del área donde aparecen las descamaciones y las lesiones cutáneas. A medida que la psoriasis avanza, los médicos pueden reconocer fácilmente su patrón de descamación característico, por lo que, en general, no hace falta hacer pruebas diagnósticas.

En algunas ocasiones, los especialistas realizan una biopsia de la piel para confirmar el diagnóstico y descartar otras patologías que puedan compartir el aspecto y los síntomas.

El tratamiento de la psoriasis depende de cada paciente y del tipo de la enfermedad que tenga. A pesar de que no existe cura para esta enfermedad, sí se puede mantener totalmente controlada y en algunos casos los síntomas (inflamación, enrojecimiento, descamación y picor) no tienen por qué volver a aparecer.

Los diferentes tratamientos que se aplican son:

- Sustancias de uso tópico: El tratamiento de inicio para la mayoría de los psoriásicos suelen ser cremas, lociones, limpiadores y pomadas aplicadas en las zonas.

- Fototerapia: En general, el sol es beneficioso para este tipo de pacientes. Algunos pueden necesitar un refuerzo específico con luz ultravioleta artificial (rayos UVB) o una combinación de luz ultravioleta y medicaciones, denominada PUVA (psoraleno junto con la exposición a luz ultravioleta UVA), también conocida como fotoquimioterapia. Se toma el medicamento por vía oral o inyectado para potenciar los efectos de los UVA.

- Fármacos sistémicos: Normalmente de tipo oral, aunque también pueden necesitar inyectables.

- Medicación de uso tópico (cremas y lociones):
• Esteroides: Entre los más comunes para la psoriasis leve y moderada. Son medicamentos que imitan la acción de ciertas hormonas que produce de forma natural el organismo.
• Alquitranes: Las preparaciones basadas en alquitranes se han empleado durante siglos para tratar la psoriasis. Una de sus principales desventajas es el olor desagradable que desprenden.
• Calcipotriol: es una forma sintética de la vitamina D, que se emplea en el tratamiento de la psoriasis leve o moderada. No actúa de forma rápida, pero a largo plazo es eficaz para controlar la psoriasis. No se recomienda aplicar en la

zona de la cara, donde puede causar irritación.
• Retinoides: Derivados de la vitamina A. Suelen emplearse combinados con esteroides.
• Antralina: Es eficaz en la psoriasis leve o moderada y no plantea efectos secundarios a largo plazo, pero puede ser irritante para la piel.
• Ácido salicílico: El ácido salicílico se utiliza como tratamiento complementario. Se emplea para eliminar las escamas de las placas de psoriasis y dejar preparada la piel para la aplicación de medicamentos de uso tópico.

-Medicación sistémica:
• Metotrexato: El metotrexato limpia de forma espectacular la psoriasis. Entre sus efectos secundarios se encuentran las náuseas, fatiga, pérdida del apetito y llagas en la boca.
• Retinoides orales (iostretinoina): Son eficaces en algunos casos de psoriasis, pero trabajan mejor en combinación con otros medicamentos. Son seguros en el tratamiento a largo plazo.
• Ciclosporina: Controla el sistema inmunológico. Se emplea sólo si el resto de opciones han fallado. Es eficaz y de rápido efecto, pero puede causar hipertensión y dañar la función renal. No puede mantenerse esta medicación durante más de un año.

Aunque solo de manera excepcional la psoriasis se cura definitivamente, adoptar una serie de hábitos puede ayudar a prevenir y/o mejorar los brotes en quienes padecen esta enfermedad:

1. Cuidar la alimentación:
Existen tres aspectos de la alimentación que tienen un efecto importante en la evolución de la enfermedad: mantener un peso adecuado y, si existe obesidad, realizar una dieta baja en calorías para perder peso; potencia los productos vegetales (menos carnes y grasas animales); y consumir abundantemente (más de tres raciones a la semana) fuentes de ácidos grasos omega 3 (salmón, caballa, arenque, sardina, y/o fuentes añadidas a alimentos, como lácteos, margarinas).

2. Mantener una higiene diaria y muy cuidada.
Ducharse todos los días o incluso darse un baño caliente y con sustancias emolientes para reducir el picor, hidratar las placas de psoriasis e, incluso, relajarse. También es fundamental cuidar la piel, hidratándose con lociones que la suavicen y aumentan su elasticidad, y no aplicando colonias ni perfumes directamente sobre ella, ya que la sequedad, además de causar picor e irritación, puede empeorar la psoriasis.

3. Prestar atención a las manos y pies:
El cuidado de estas partes del cuerpo es muy especial: recortar bien las uñas y evitar las manicuras que puedan dañar su superficie; y usa calzado cómodo en los casos de psoriasis plantar, evitando rozaduras que pueden contribuir a agravar el cuadro. Y en general, no utilices prendas de lana o fibras artificiales, ni el abrigo en exceso, porque pueden aumentar el picor de la piel psoriática.

4. Utilizar cosméticos adecuados:
Una elección equivocada puede provocar una piel más seca y tirante, y más picor y descamación, lo que puede dificultar que los tratamientos tópicos actúen eficazmente. El pH de los productos debería estar entre 4 y 4.5, es decir, ligeramente ácido, como nuestra piel. La piel con psoriasis puede oler de una forma especial, por lo que es básica la elección de un buen jabón para lavarse; evita los geles y champús agresivos, así como las esponjas u otros utensilios (guante de crin, manoplas, cepillos, etc.) que puedan irritar la superficie cutánea. Además, para disminuir la hiperqueratosis podemos aplicar productos que renueven la piel como los alfa y beta-hidroxiácidos.

5. Pelos fuera:
Cuando se afeite, optar por un método suave y usar siempre, antes y después, una crema emoliente, calmante y reductora de la descamación. Respecto a la depilación, no existe un sistema mejor para los pacientes con psoriasis respecto a la población general, aunque no se puede realizar fotodepilación en áreas activas de psoriasis por el riesgo de quemaduras.

6. No huir del sol.:
En la mayoría de los casos, la luz solar y los rayos ultravioletas son beneficiosos para la psoriasis, al frenar la hiperproliferación de células en la placa. Por eso, es conveniente exponerse al sol, pero tomando siempre las precauciones adecuadas para no sufrir quemaduras solares ni demasiada sequedad en la piel. Sobre todo, no olvidar aplicarse fotoprotección con un factor mínimo de 30 media hora antes de tomar el sol, ni de renovarla tras el baño.

7. Darle una oportunidad a los balnearios y la playa:
La estancia en un balneario, el reposo, la tranquilidad, la aplicación de sales, barros, emolientes, aguas tratantes, etc… puede ser muy beneficiosa para la enfermedad. Y en la playa, además le beneficiará de los minerales presentes en el agua del mar (el sodio, magnesio, bromo, iodo y calcio) y en la propia arena.

8. Lactancia sí, pero con precauciones:

Si acaba de ser madre y desea dar el pecho a su bebé, informar antes a su médico, pues es posible que algunos medicamentos puedan llegar a la leche tras haber penetrado por la piel en otra parte del cuerpo. Por otra parte, justo antes de la toma, humedecer los pezones con hidratantes intensos para que pueda amamantar sin molestias.

9. Intentar quitarle hierro al asunto:
Si tu hijo tiene psoriasis, no te obsesiones con la enfermedad y ayuda también a tu hijo a entenderla con naturalidad: por ejemplo, jugad juntos con los ungüentos y cremas hidratantes para que no entienda el tratamiento como un castigo. Y, por supuesto, fomenta el contacto físico con él: acariciarlo, besarlo y abrazarlo todo lo posible.

10. Sigue el tratamiento y consulta a tu dermatólogo.
Es muy importante que aprendan cómo y cuándo deben aplicar el tratamiento para conseguir el máximo rendimiento de los productos utilizados y evitar efectos secundarios incómodos y molestos. Para ello, deben seguir fielmente las instrucciones de su especialista y consultar ante cualquier duda.

5 Discusión-Conclusión

Los expertos en psoriasis están de acuerdo en el futuro prometedor de la enfermedad. Pero hay que destacar que la patología no se está curando, se está tratando, y la desaparición total es muy difícil.
Recordar que por eso muchos afectados lo ocultan y tienen problemas de autoestima. Es más, cuentan con un mayor riesgo de ansiedad y depresión. De hecho, en el último informe global de la OMS se señala cómo la psoriasis puede impactar substancialmente en la calidad de vida, incluso cuando afecta a una superficie relativamente limitada del cuerpo.
También recordar que económicamente es una merma, ya que gran parte de los cuidados no están cubiertos por el sistema público, como cremas o champús. En España la prevalencia estimada de psoriasis es del 2,3% de la población, sin diferencias entre sexos, lo que supone más de un millón de personas.

Como sabemos cualquier persona puede contraer esta patología sistémica inflamatoria –con un 20-30% de pacientes que llega a desarrollar artritis inflamatoria–, asociada a diversas comorbilidades, como las condiciones metabólicas. Así, las personas psoriáticas tienen con más frecuencia tensión alta, resistencia a la insulina, sobrepeso, etc. y, como resultado, un mayor riesgo cardiovascular. Lo que

conlleva un gasto en cuidados médicos importante, lo que nos hace plantearnos la idea de que si invirtieramos en investigación para lograr paliar la psoriasis no sería más ventajoso para nuestro sistema de salud pública. En la actualidad la psoriasis no se está curando, se está tratando y la desaparición total es muy difícil.

Los expertos han vivido un cambio radical en los últimos 10-15 años con la llegada de la terapia biológica, que por su eficacia y seguridad están ganando protagonismo como tratamientos de la psoriasis de moderada a grave. Tras varias generaciones, los fármacos más punteros en la actualidad son el inhibidor de la interleuquina 17 (IL-17) y el de la interleuquina 23 (IL-23).

Para esta última molécula, ahora mismo hay en desarrollo tres fármacos: guselkumab – TREMFYA®, de Janssen, cuya comercialización se espera para los próximos meses–, risankizumab y tildrakizumab.

Esperemos que estos nuevos fármacos ayuden a tratar la enfermedad y soñemos con erradicarla, pero lo que no podemos olvidar es que estos pacientes necesitan también un seguimiento psicológico que debería estar recogido en nuestro sistema sanitario, una ayuda farmacológica porque sus tratamientos son de por vida ya que se trata de una enfermedad crónica y que nosotros como sociedad les facilitemos la integración en ella y hagamos su día a día más fácil.

6 Bibliografía

- Academia Española de Dermatología y Venereología (AEDV). “Documento de consenso sobre la evaluación y el tratamiento de la psoriasis moderada/grave del Grupo Español de Psoriasis de la Academia Española de Dermatología y Venereología”.

Clínica Universitaria de Navarra (CUN).

- Sociedad Española de Reumatología (SER).

- Acción Psoriasis.

- Clínica Ruber.

- Centro Nacional de Distribución de Información del Instituto Nacional de Artritis y Enfermedades Musculoesqueléticas y de la Piel (NIAMS). Institutos Nacionales de la Salud (NIH).

-Artículo “La Alimentación y la nutrición en la Psoriasis” Dra. Carmen Gómez Candela y Dra. Viviana Loria Kohen. Unidad de Nutrición Clínica y Dietética. Hospital Universitario La Paz de Madrid Artículo publicado en la revista Psoriasis Nº 65. Enero-marzo 2011.

- Departamento Médico de Laboratorios Cinfa. 27º Congreso de la Academia Europea de Dermatología y Venereología (EADV).

- Armstrong AW, Siegel MP, Bagel J, et al. From the Medical Board of the National Psoriasis Foundation: treatment targets for plaque psoriasis. J Am Acad Dermatol. 2017;76(2):290-298. PMID: 27908543

- Habif TP. Psoriasis and other papulosquamous diseases. In: Habif TP, ed. Clinical Dermatology: A Color Guide to Diagnosis and Therapy. 6th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2016:chap 8.

- Lebwohl MG, van de Kerkhof P. Psoriasis. In: Lebwohl MG, Heymann WR, Berth-Jones J, Coulson IH, eds. Treatment of Skin Disease: Comprehensive Therapeutic Strategies. 5th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2018:chap 210.

- Cinfasalud.com

- Mayoclinica.org

- Medineplus.gov

- Cuidetaplus.marca.com

- Agenciasinc.es

- Grupohla.com

- Correofarmaceutico.com

Capítulo 560

ACTUACIÓN PARA LA DETECCIÓN DE PROBLEMAS OFTALMOLÓGICOS Y CUIDADOS EN SALUD OCULAR

LAURA LEIROS GARCIA

CLAUDIA LEIRÓS DÍAZ

DAMIÁN PASCUAL ÁLVAREZ

JESSICA NUÑEZ BERMUDEZ

BIANCA GONZÁLEZ PINTADO

1 Introducción

La oftalmología es una especialidad de ciencias de la Salud que estudia las enfermedades y posterior tratamiento de los ojos y de las estructuras que lo forman en su conjunto.

El ojo es un órgano del cuerpo humano par, que nos proporciona el sentido de la vista. Casi la mitad de nuestras impresiones sensoriales son visuales. La vista nos orienta en forma, aspecto superficial, tamaño y distancia a la que están los objetos que nos rodean.

Mediante las estructuras físicas que lo forman, ocurre de manera similar al proceso de los objetivos de las cámaras de fotos. El ojo está envuelto en una transparente y delgada película que lo protege, la córnea, y recibe unas impresiones

luminosas, el iris y la pupila, que a través de un sistema de lentes, el cristalino, enfoca las imágenes y las transforma en señales eléctricas en la zona de la retina, éstas señales se dirigen al cerebro mediante el nervio óptico y es allí donde finalmente tiene lugar la visión de los objetos que nos rodean.

Esta disciplina precisa de una gran preparación y técnica del personal sanitario que participa en la prevención, detección y tratamiento de patologías y para comprender los principales signos y síntomas de las enfermedades más frecuentes.

Nos encontramos muchas posibilidades de alteraciones oftalmológicas que diagnosticadas y asistidas a tiempo podríamos detener o disminuir su desarrollo.

2 Objetivos

Objetivos generales:
- Plantear los diferentes tipos de enfermedades oculares más comunes en la población que afectan a la visión teniendo en cuenta las posibles causas.
- Clasificar los tipos de exploraciones que se llevan a cabo para la obtención de un diagnóstico.

Objetivos específicos:
- Describir las características principales de las alteraciones visuales más frecuentes.
- Conocer el procedimiento de los métodos de exploración para una detección precoz y eficaz.
- Analizar las causas de enfermedades oftalmológicas, los signos y síntomas para cada caso.
- Asesorar a pacientes y familiares con enfermedades ya instauradas o para la prevención de su empeoramiento.
- Ampliar conocimientos de medidas preventivas en la salud ocular.
- Describir consejos y recomendaciones para una óptima salud ocular.

3 Metodología

Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica a través de bases de datos científicas como Dialnet y Pub-Med. Utilizando como palabras clave: enfermedad oftalmológica, técnicas exploración, visión, prevención, salud ocular y diagnóstico oftalmológico.

Igualmente, se consultaron diferentes revistas sanitarias y se revisaron los protocolos de actuación existentes en el IOFV y Admira Visión, con la finalidad de desarrollar la información adquirida y vinculada con la materia.

Para la selección del material definitivo se tuvo en cuenta lo siguiente:
- Criterios de inclusión.:
1. Artículos asociados al objetivo de la investigación.
2. Artículos con acceso completo al texto.
3. Artículos en español y en inglés.
4. Los más actualizados con la temática.
- Criterios de exclusión:
1. Artículos no relacionados con la temática del estudio.
2. Artículos sin acceso al texto completo.
3. Publicados en distintos idiomas al español o inglés.
4. Los menos actualizados en la materia.

4 Resultados

La lista de enfermedades más comunes que afectan a la visión es larga, nos centraremos en aquellas que tienen mayor repercusión y más frecuentes en salud ocular, y en las que una intervención precoz hace que prospere satisfactoriamente el avance de la patología.

1. Defectos de refracción:
- Miopía o vista corta, la imagen nítida se forma por delante de la retina, ya que el globo ocular es demasiado largo, se caracteriza por mala visión de lejos y buena de cerca.
- Hipermetropía, las imágenes se proyectan por detrás de la retina y en este caso el globo ocular es demasiado corto, la visión de cerca y de lejos es mala.
- Astigmatismo, anomalía en la curvatura de la córnea, las imágenes no son nítidas, por lo que la visión es borrosa y distorsionada de cerca y de lejos. La captación de la imagen es alargada.

En los trastornos de refracción, es habitual síntomas como fatiga ocular, visión borrosa, irritabilidad ocular y cefaleas.

2. Cataratas, son producidas por la opacidad del cristalino debido normalmente al envejecimiento y otras causas como enfermedades congénitas, traumáticas o metabólicas.

3. Presbicia o mala visión de cerca por la pérdida de elasticidad del cristalino con la edad, en la que no se pueden enfocar los objetos más próximos.

4. Estrabismo, incapacidad de que los ojos coincidan sobre un mismo punto, por lo que en los ejes visuales hay una desalineación. Esto hace que esté perjudicada la estructura ocular, muscular y, también, el campo visual se ve afectado, ya que cada ojo percibe de manera independiente. Puede estar ocasionado por antecedentes familiares, diabetes, ACV o otra enfermedad que cause perdida de visión.

5. Glaucoma, enfermedad degenerativa en la que hay un deterioro del nervio óptico que produce un daño continuo en las fibras nerviosas de la retina. Es asintomático en las primeras fases y la primera causa de ceguera mundial. Causado por factor hereditario, neurológico, diabetes o tensión arterial.

6. Ceguera, es la reducción de la condición visual tan crítica y grave que nos afecta en problemas de distintos ámbitos, personales, laborales, familiares y sobre todo en la propia independencia funcional del paciente.
Normalmente se origina por lesiones en la retina ocasionadas por diabetes o infecciones, aunque también ésta perdida puede deberse a daños en el ojo o el nervio óptico.

7. Enfermedades de retina y vítreo, hay diversas enfermedades de este tejido neuronal que cubre la zona interior del ojo, cualquier problema que le perjudique implicará un grave problema visual. Puede producirse desgaste de los vasos sanguíneos que irrigan a la retina, rotura en la mácula encargada de la visión central, desprendimiento y degeneración de retina. Generalmente influye la diabetes, el factor hereditario, enfermedades congénitas, cardiopatías, tensión arterial.

Después de exponer las enfermedades más habituales, citaremos las pruebas y exploraciones que ante una alteración visual se pueden realizar para obtener una rápida detección:
- Anamnesis, minuciosa recopilación de datos de la persona afectada, que nos facilite la máxima información de una posible enfermedad y obtener un diagnóstico a través de preguntas concretas para reunir información completa y útil, mediante datos identificativos del paciente, motivo de la consulta, enfermedades, antecedentes personales y familiares y exploración física.
- Determinación de la agudeza visual, mediante optotipos para la visión de lejos y de cerca, efectuar la toma de manera independiente en cada ojo. Este reconocimiento es muy significativo para descubrir posibles defectos maculares.

- Motilidad ocular, para analizar la posición primaria de la mirada en la que se podrán detectar desviaciones de los globos oculares y descubrir probables limitaciones en los músculos.
- Examen pupilar, valorar el reflejo fotomotor para descubrir si se obtienen alteraciones nerviosas y se origina una contracción en la pupila mediante una fuente de luz delante de cada ojo.
- Toma de presión ocular, con un tonómetro valorar la tensión ocular presente en ambos ojos, que determinará posibles casos de glaucoma si los datos que aporta están fuera de los límites de referencia.
- Campimetría, prueba de exploración del funcionamiento de la sensibilidad del campo visual, existen variedad de técnicas para su medición, la función es detectar si se descubren defectos de pérdida parcial o total de ciertas áreas. Muy útil en patologías neurológicas.

Además de la importancia del conocimiento de las principales enfermedades oculares y de las técnicas de exploración en una revisión para su diagnóstico, debemos facilitar cuidados prácticos y asesoramiento sobre la salud ocular de los pacientes, especialmente en determinados periodos del año.

Debemos proporcionar a los pacientes los conocimientos en cuanto a precauciones y recomendaciones tanto a los que no padecen patologías, para prevenirlas, como los que si requieren cuidados específicos ya que presentan algún defecto de refracción o enfermedad oftalmológica.

El cuidado de los ojos no debería ser una práctica puntual y tomar medidas solo en el momento que detectamos alguna molestia o lesión, sino una tarea rutinaria en la que prestaremos más atención en épocas del año concretas.

En invierno debido a las inclemencias del tiempo, se reduce la producción de lágrimas y puede aparecer visión borrosa y picazón.

La calefacción elevada y ambientes secos deshidratan nuestros ojos y provoca sensación de sequedad ocular, de escozor y de presencia de cuerpo extraño.

En alta montaña y en la nieve se deterioran los ojos, incluso los párpados, por la intensificación de los rayos UV, y ocasionan problemas desde una ligera irritación a una pérdida de visión temporal conocida como ceguera del esquiador.

- Medidas preventivas:
1. Parpadear a menudo para estimular la producción natural de lágrima.
2. Utilizar lágrima artificial que proporcione una hidratación adecuada.

3. Ventilar y ambientar las estancias con humificadores al 80%.
4. Evitar restregar el ojo y si se introduce algún cuerpo extraño aclarar con agua rápidamente.
5. Emplear gafas de sol homologadas con filtros UV.
6. Reposar la vista después de jornadas al aire libre para evitar fatiga visual.

En verano los días son más largos, con más horas de luz y la radiación es mayor.

Los aires acondicionados y el viento producen sequedad ocular, que deriva en síndrome del ojo seco, que es una anomalía visual que provoca sensación de arenilla, ardor y molestias que se alivian con el uso de lágrima artificial y una correcta limpieza de párpados.

- Medidas preventivas:
1. Gafas de sol personalizadas tanto para el aire libre como para dentro del agua de playa o piscina.
2. Evitar la exposición en las horas de mayor radiación.
3. Usar gorras y sombreros.
4. No utilizar lentillas en piscinas ni aguas embalsadas.
5. Mantener una buena higiene de manos.
6. No abusar de aire acondicionado que incida directamente sobre los ojos.

Igualmente, es aconsejable seguir unos consejos generales durante todo el año que nos ayuden a mantener una salud óptima a lo largo de nuestra vida.
- Cuidar tu alimentación, consumir alimentos ricos en vitamina A.
- Beber mucha agua.
- Aprender a relajar la vista.
- Vigilar la iluminación en las estancias.
- Mantener las pantallas y monitores a una distancia adecuada.
- Evitar la automedicación.
- Acudir al oftalmólogo de manera regular, al menos una vez al año aunque no se presenten síntomas.

5 Discusión-Conclusión

Hemos visto que cualquier persona es candidata de poder experimentar a lo largo de su vida algún problema de visión o en sus ojos, ya sean causados por enfermedades, factores hereditarios, accidentes o por la propia edad.

La práctica de las posibles exploraciones es una técnica a elaborar de manera precisa, determinante en el diagnóstico, tratamiento y evolución del paciente.

Algunas de las patologías serán detectadas a tiempo y con un conocimiento básico se podrá instaurar un tratamiento en el que el paciente recuperará su visión normal y ojo sano o frenar su evolución, así como proporcionar medidas de prevención y consejos en la salud ocular a tener en cuenta.

6 Bibliografía

- Inglis H, Boyle FM, Friedlander ML, Watson SL. Dry eyes and als: If you don't ask you won't find out. Epub. 2015.
- Barber L, Khodai O, Croley T, Lievens C, Montaquilla S, Ziemaski J, McCart M, Lunacsek O, Burk C, Patel V. Dry eye symptoms and impact on visi
- Garza-León M. Prevalencia de síntomas de enfermedad de la superficie ocular en pacientes que acuden a consulta oftalmológica. Gac Med Mex. 2017.
- Orduna Magan C. La radiación UV y su impacto en la salud ocular. Gaceta de optometría y óptica oftálmica. 2018.
- Gómez MJ. 10 consejos de higiene visual. 2015.
- Sanos Santos CL. Importancia del optometrista de atención primaria y terapeuta visual en la clínica oftalmológica. 2015.
- Orduna Magan C. La radiación UVA y su impacto en la salud ocular. Gaceta de optometría y óptica oftálmica. 2018.

Capítulo 561

BIOSEGURIDAD EN EL MEDIO HOSPITALARIO.

RAQUEL LÓPEZ FERNÁNDEZ

M. ESTHER VALLE OTERO

FLORINDA GONZÁLEZ MARTÍNEZ

1 Introducción

La bioseguridad engloba un conjunto de medidas encaminadas a minimizar los riesgos derivados de la exposición a agentes patógenos. Determina una metodología de trabajo encaminada a lograr una actitud que minimice el riesgo previsible y evitable. Por ejemplo, con la aparición de la enfermedad del SIDA, causada por el virus VIH, se despertó una preocupación entre los profesionales sanitarios sobre la importancia de aplicar medidas profilácticas.

2 Objetivos

El objetivo de esta revisión bibliográfica sistemática es identificar las medidas que se pueden aplicar a nivel preventivo para evitar la propagación de contaminación biológica en el medio sanitario.

3 Metodología

Hemos realizado una amplia búsqueda bibliográfica a través de revistas de divulgación digital tales como Elsevier, Revista Médica Electrónica o Medicentro,

entre otras, abordan de forma descriptiva analizando el papel que tienen el uso de los diferentes procedimientos y métodos, así como, la intervención de los mismos a nivel multidisciplinar.

4 Resultados

Hemos podido constatar la efectividad de dichas medidas en la practica diaria de los trabajadores sanitarios y la importancia que tienen para preservar la seguridad en el medio.

La información y la educación sanitaria también son necesarias para divulgar el uso de medidas higiénicas y preventivas también en el paciente y usuario del sistema nacional de salud como medidas de autoprotección.

Los resultados obtenidos de nuestra investigación demuestran que el uso de barreras de protección tales como:

- Uso de guantes ante el contacto directo con sangre o fluidos orgánicos.

- Gafas para evitar salpicaduras en la conjuntiva.

- Mascarillas para proteger las mucosas.

Son solo algunos de los ejemplos necesarios para evitar la propagación de microorganismos que pueden causar en el ser humanos comorbilidad e incluso mortalidad.

El beneficio que supone su uso, beneficia no solo al profesional sino que repercute también el beneficio del paciente. Otro aspecto a destacar es que la aplicación de estas medidas minimiza el impacto que pueda tener sobre la comunidad al poder ser tratado dentro del entorno sanitario, aportando seguridad al conjunto de la población.

5 Discusión-Conclusión

Con la aplicación de medidas correctivas y preventivas en toda la cadena asistencial se consigue una eficacia y eficiencia en el sistema sanitario.

La importancia de la información por parte de las autoridades sanitarias y los protocolos básicos de actuación constituye una herramienta básica para evitar la proliferación de contaminación biológica.

Por otra parte, los protocolos estandarizados de actuación del personal sanitario limitan, en lo posible, la propagación de contaminación biológica fuera del recinto sanitario

6 Bibliografía

- Medicentro Electrónica (vol 20, pp 153-155) Riesgo biológico en instituciones de salud. Autor: Bravo Martín Segundo

- Elsevier (vol 24 nº 1) Justificación de la inversión en material de bioseguridad en la asistencia sanitaria. Autor: J Cores Calvo https:// www semsph.com Estudio de la prevalencia en las infecciones nosocomiales.

- www,coden.es Riesgos biológicos sanitarios. Autor: Mª Jose Menes Escribano

Capítulo 562

IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN EN EL ÁMBITO SANITARIO.

RAQUEL LÓPEZ FERNÁNDEZ

M. ESTHER VALLE OTERO

FLORINDA GONZÁLEZ MARTÍNEZ

1 Introducción

Definimos la comunicación como el intercambio de ideas entre dos o más interlocutores. Si bien le damos más importancia a la que emplea el verbo como forma de comunicación, la no verbal aporta una mayor información de lo queremos transmitir. Esto nos da una idea de la importancia que tiene en un medio como el sanitario donde es fácil que afloren sentimientos tales como miedo, ansiedad o angustia entre otros, resultando imprescindible establecer una comunicación efectiva entre el profesional sanitario y el paciente para poder canalizar estas emociones.

2 Objetivos

Después de consultar varias publicaciones obtenidas a través de diferentes fuentes pretendemos identificar y valorar la importancia de una comunicación sincera y fluida entre el paciente y el profesional sanitario. Los beneficios que se obtienen tanto a nivel físico, psíquico o anímico en el paciente contribuye

enormemente a su recuperación.Esto genera un clima de confianza entre ambas partes.

3 Metodología

Para realizar este estudio hemos consultado una amplia bibliografía digital aborda el tema desde diferentes puntos de vista. Publicaciones tales como enfermería 21,Instituto Técnico de Estudios Profesionales o Dialnet. En todos ellos hemos observado una inclusión de la comunicación como practica rutinaria dentro de la metodología empleada por estos profesionales, obteniendo unos resultados muy satisfactorios en ambas partes.

4 Resultados

El personal sanitario tiene que poseer unos conocimientos específicos y unas determinadas cualidades innatas para desarrollar su profesión. Sumado a todo esto, debe desarrollar otras sobreañadidas tales como la empatía o la escucha activa para conseguir una comunicación que redunda en la salud del paciente y en la satisfacción del profesional. Esto se contrapone al rol tradicional existente en épocas pasadas.

5 Discusión-Conclusión

La comunicación implantada de forma rutinaria en el práctica asistencial produce un beneficio al binomio formado entre profesional y paciente repercutiendo, por un lado en un beneficio terapéutico al paciente y por el otro en una satisfacción y comprensión a nivel personal en el trabajador sanitario. Dada la naturaleza vocacional que implica su dedicación,constituye una herramienta esencial para desarrollar una empatía en el empleo de prácticas cada vez más humanizadas.

6 Bibliografía

- Instituto Técnico de Estudios Profesionales. Cómo conseguir una comunicación eficaz con el paciente
- https:// www enfermería 21.com La comunicación:pieza fundamental para la enfermería.
- https:// www enfermería 21 La comunicación eficaz con los pacientes.

Capítulo 563

INFLUENCIA POSITIVA DE LAS T.I.C. EN EL ENTORNO SANITARIO.

M. ESTHER VALLE OTERO

FLORINDA GONZÁLEZ MARTÍNEZ

RAQUEL LÓPEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

El avance tecnológico y la digitalización de la sociedad es un hecho innegable. Los avances tecnológicos tienen una gran importancia en el campo de la sanidad. La evolución es imparable .

2 Objetivos

El objetivo de nuestro trabajo es identificar y valorar hasta qué punto las T.I.C. (Tecnologías de la Información y la comunicación) aportan un beneficio cuantificable para la mejor gestión de nuestro sistema sanitario.

3 Metodología

El método utilizado para nuestra investigación ha sido la búsqueda documental y bibliográfica en páginas y revistas especializadas.

En nuestra búsqueda hemos utilizado las palabras claves siguientes: salud, paciente, herramientas, digital, avances.

4 Resultados

Los progresos tecnológicos y la digitalización en particular son de tal importancia en nuestra sociedad y economía, que sería impensable un sistema sanitario sin la aplicación y aprovechamiento de estos avances.

Estas nuevas tecnologías de la información y comunicación se utilizan en el entorno sanitario tanto en materia de prevención, evaluación, tratamiento, seguimiento y gestión de la salud.

Aunque en el sector de la salud, estos hayan entrado con lentitud, es inevitable la transformación y adaptación de un sector salud cada vez exigente en resultados, en personalización de los cuidados, en mejor gestión del tiempo, en optimizar los recursos…

Otro apartado importante en nuestro trabajo es que los pacientes y los profesionales de la salud cada vez más quieren compartir los datos, por ejemplo, en un estudio del Eurobarómetro del año 2017, vemos que el 52% de los pacientes quieren tener acceso a su historia clínica, cuando solo el 9% de los centros hospitalarios facilitan este acceso, y en muchos casos de forma parcial.

Un asunto que preocupa mucho a los usuarios de los sistemas sanitarios es la seguridad de los sistemas digitales con referencia al acceso a los datos personales que en ellos se almacenan.

5 Discusión-Conclusión

El aprovechamiento de la Tecnología de la información y la comunicación en el sector salud es ya una realidad. La eficacia de estas herramientas para la gestión correcta y adecuada de nuestro entorno sanitario está demostrada. La dificultad de transformación y adaptación de un sistema sanitario obsoleto como el nuestro que lentifica el aprovechamiento de este potencial tecnológico. La sociedad digital en la que nos movemos, dará el impulso necesario y sinergico para la definitiva adecuación de este.

6 Bibliografía

- https://mrhouston.net>blog>tecno
Artículo: 4 tecnologías que cuidan de los mayores (17 mayo 2018)

- www.ceapat.es
Artículo: tecnología y personas mayores. Autores: Santiago Gil González y Cristina Rodríguez-porrero.

- El diario la vanguardia. Artículo: la tiranía tarea de encontrar un cuidador de fiar para tus mayores. Autor: Carla Gomis (7 febrero 2019)

- www.beprevent.es/
Artículo: tecnologia y personas mayores. Autor: Maite González (universidad de Deusto) (20 febrero 2010)

- Francesc García – Cuyas, Marc de San Pedro y Jordi Martínez Roldan ELSEVIER . La salud digital como motor de cambio hacia nuevos modelos asistenciales y de relación entre los pacientes y los profesionales de la salud. La disrupción de los procesos asistenciales.

Capítulo 564

LOS T.I.C. Y LA POBLACIÓN ANCIANA.

M. ESTHER VALLE OTERO

FLORINDA GONZÁLEZ MARTÍNEZ

RAQUEL LÓPEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

En España, la población de más de 65 años sigue aumentando y representan casi el 20% sobre el total de la población actual. En cuanto a sexo, las mujeres son la mayoría en la vejez.

Para la economía y para la sociedad es una inversión prioritaria mantener las personas ancianas en sus lugares de residencia y retrasar en lo posible el deterioro físico y/o mental que los derive inevitablemente hacia la institucionalización.

2 Objetivos

El objetivo de nuestro trabajo es analizar, identificar y valorar hasta donde una persona mayor puede utilizar adecuadamente una de las herramientas más sencillas de las Tecnologías de Información y Comunicación como es el servicio de Teleasistencia a través de un dispositivo telefónico, para mantenerse en condiciones saludables en su medio comunitario y retrasar de este modo la temida institucionalización

3 Metodología

La metodología utilizada en nuestro trabajo ha sido la búsqueda documental y bibliográfica en revistas y paginas especializadas como Nature, Medline, Pubmed, Cochrane, AsturSalud …

En nuestra búsqueda hemos utilizado las palabras claves siguientes: anciano, salud, tecnología, digital, institucionalización.

4 Resultados

De nuestra revisión bibliográfica podemos destacar que la mayoría de las personas mayores tienen dificultad en el manejo de las nuevas tecnologías de la información y de la comunicación, pero que una herramienta tan sencilla y relativamente poco costosa, como un dispositivo telefónico (móvil, teléfono) puede generar unos grandes beneficios tanto bio-psico-sociales como económicos.

Una persona mayor, por su situación biológica de ancianidad, es una persona candidata a muchos problemas médicos, de salud tanto física como mental. Estas personas son los usuarios que en su gran mayoría disponen de la mayor parte de los servicios socio-sanitarios a todos los niveles, desde los centros de salud hasta los establecimientos residenciales.

Un simple dispositivo electrónico (móvil, teléfono) sirve para poder hacer un seguimiento exhaustivo de este grupo etario desde su propio medio comunitario (vivienda), pudiendo tener un control médico, social…de las personas mayores, con lo que se reduce el uso masivo de los servicios sanitarios, y retrasa de esta forma, cualquier institucionalización precoz, con lo que se abarata de este modo enormemente los costes sociales y sanitarios, que son la lacra de este siglo.

Hay dispositivos móviles adaptados a las personas mayores, con números grandes, gran pantalla, sonidos muy altos… que son idóneos para la utilización por personas cuyos sentidos están en su mayoría deteriorados. Estos equipos les sirven desde para hacer una consulta médica, hasta para hacer un seguimiento sobre el tratamiento farmacológico. Además, estos equipos (móviles, teléfonos…) sirven para muchas de estas personas como nexo de unión con el medio externo, ya que desgraciadamente, para muchos de estas personas es el solo medio de comunicación con el exterior.

Estos equipos, además de proporcionarles una atención, les genera seguridad y

tranquilidad.

5 Discusión-Conclusión

El avance de la T.I.C. en el ámbito sanitario es imparable, pero para un importante sector de la población con son las personas mayores, un simple dispositivo como es un teléfono o un móvil genera mucha más salud y reduce en una parte generosa los importantes gastos socio-sanitarios de cualquier sistema de salud.

6 Bibliografía

- Francesc García_ Cuyás, Marc de San Pedro y Jordi Martínez Roldan. ELSEVIER Med Clin (Barc). 2015; 145(Supl 1):38_42

- Miguel Ángel Navas_ Martín, Laura Alborno _ Muñoz, Cintia Escandell_ García. ELSEVIER Volumen 22,Issue 3, May-June2012, Pages154-158

- Mercedes Caridad- Sebastián, Ana María Morales-García, Fátima García-López. Historia y Comunicación Social-Vol.18.Nº Esp.Octubre (2013) 455-469

- AA Ramírez-researxggate.net.Informatización de la emergencia del sistema integrado de urgencias médicas.

Capítulo 565

ACOSO LABORAL EN EL ÁMBITO SANITARIO

FLORINDA GONZÁLEZ MARTÍNEZ

RAQUEL LÓPEZ FERNÁNDEZ

M. ESTHER VALLE OTERO

1 Introducción

Se define el acoso laboral o mobbing, como el acto de un hostigador o varios conducente a producir terror, miedo, desprecio o desánimo en el trabajador/a afectado hacia su tarea, como el efecto o la enfermedad que produce en el trabajador.
En el ámbito sanitario, como cualquier mundo laboral, dónde hay un gran volumen de personal, es un ambiente propenso a vivirse situaciones de este estilo donde siempre hay abusos de unos sobre otros.

2 Objetivos

- Reconocer las distintas formas de acoso en el ámbito laboral y más concretamente en el entorno sanitario.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica

existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Dependiendo de la posición jerárquica, el mobbing puede ser:
- Mobbing horizontal:
El acosador y la acosada se encuentran en el mismo nivel jerárquico. Es decir, que suele darse entre compañeros de trabajo y las repercusiones a nivel psicológico para la víctima pueden ser muy perjudiciales.

- Mobbing vertical:
El acosador se encuentra en un nivel jerárquico por encima en escalón a la víctima o se encuentra en un nivel inferior a ésta. A su vez se puede apreciar, dos niveles de mobbing vertical: ascendente y descendente.
-Mobbing ascendente: Ocurre cuando un trabajador de nivel superior es atacado por uno o varios de sus subordinados.
-Mobbing descendente o bossing: un trabajador de nivel jerárquico por debajo recibe acoso psicológico por parte del uno o varios empleados que ocupan posiciones superiores en la jerarquía de la empresa.

5 Discusión-Conclusión

Los diferentes tipos de acoso producen un gran impacto, tanto en la calidad de vida del profesional, en sus familiares, en el aspecto psicológico y en la calidad del trabajo.
Es función de los profesionales sanitarios conocer todas las características de este problema y así poder proponer las mejores soluciones y aportar respuestas y medidas para ello sin esquivar el problema.

6 Bibliografía

- https://psicologiaymente.com/organizaciones/tipos-de-mobbing-acoso-laboral
- https://www.modelocurriculum.net/dudas/cuantos-tipos-de-acoso-laboral-existen

Capítulo 566

ACOSO SEXUAL EN EL ENTORNO LABORAL SANITARIO.

FLORINDA GONZÁLEZ MARTÍNEZ

RAQUEL LÓPEZ FERNÁNDEZ

M. ESTHER VALLE OTERO

1 Introducción

Se define el acoso sexual como la intimidación o acoso de naturaleza sexual o violación, promesas no deseadas o no apropiadas por favores sexuales.

En el ámbito sanitario, como cualquier mundo dónde hay un gran volumen de personal, es un ambiente propenso a vivirse situaciones de este estilo.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es reunir datos y recopilar información sobre el acoso sexual en el ámbito sanitario.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Comparando dos encuestas realizadas en la última década, entre dos países de la unión europea, como son Reino Unido y España, sacamos las siguientes resultados:

Entre 1.378 profesionales de Reino Unido revela que:

- Uno de cada 5 profesionales vive estas situaciones.

- La mayoría de los autores son pacientes, pero a veces también son compañeros médicos o de Enfermería, según la encuesta realizada en hospitales y en Atención Primaria en todo el Reino Unido.

- Un 21% de los encuestados había experimentado o visto acoso sexual en los últimos tres años y el 24% había presenciado tal comportamiento. El estudio revela, además, que, en general, el 17% de los encuestados había sufrido acoso sexual por parte de un paciente y el 3% por otra persona en su lugar de trabajo.

En 10 hospitales de España encuestados se obtiene:

- Cada día se produce un caso de violencia de este tipo.

- Uno de cada 3 médicos ha sufrido acoso tanto por parte de pacientes como de sus propios compañeros.

- Las mujeres son las que más lo sufren, un 46% frente a un 41.3 los hombres.

5 Discusión-Conclusión

Este serio problema que acata a toda la población actual, se refleja también en el mundo sanitario y cada vez con más frecuencia. Toda la sociedad debe hacer por evitar que aumenten estas cifras.

Las entidades políticas, por su parte, deberían aumentar las protecciones, de manera legal para y por estos profesionales.

6 Bibliografía

- http://www.juntadeandalucia.es/iamindex.php/servicio-asesoramiento-empresas/preguntas-frecuentes/acoso-sexual
- https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001955.htm

Capítulo 567

EL TCAE ANTE LOS CUIDADOS PALIATIVOS

ALBERTO VILLAR RODRÍGUEZ

1 Introducción

Los pacientes con enfermedad en fase terminal tienen una serie de necesidades que el TCAE debe conocer , además de saber cómo actuar ante este tipo de paciente y sus familiares.

Las diferentes funciones que debe acometer el TCAE, se engloban dentro de lo que se conoce como cuidados paliativos. Estos cuidados son de ámbito multidisciplinar, pero el TCAE tiene unas funciones de suma importancia.

2 Objetivos

- En este trabajo se va hacer una recopilación o guía de los cuidados que debe seguir el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) ante las personas con una enfermedad en fase terminal.
- El objetivo principal será describir los pasos a seguir para cubrir todas las necesidades de este tipo de pacientes y las recomendaciones para estimular al paciente y en conseguir un buen estado emocional.
- Como objetivo secundario, se hará un repaso por las características comunes de estos pacientes, para un mejor conocimiento.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica exhaustiva en diferentes libros, protocolos de actuación, guías prácticas, guías clínicas así como diferentes bases de datos: Pubmed, Medline, Dialnet y Google Académico. Los artículos y guías consultados se recogen en el apartado de bibliografía.

Se han empleado como descriptores: Cuidados paliativos, TCAE, enfermedad en fase terminal, guía de cuidados,. Se han empleado como criterios de inclusión textos en castellano e inglés, y se han excluido aquellos que carecieran de acceso gratuito.

4 Resultados

Enfermedad en fase terminal es aquella que no responde a tratamientos específicos instaurados para curar o estabilizar la enfermedad, que por ello conlleva a la muerte en un tiempo variable (generalmente inferior a seis meses), y que el proceso está caracterizado por provocar, en general, un alto grado de sufrimiento físico, psicológico y familiar.

Según la Sociedad Española de Cuidados Paliativos, la enfermedad terminal queda definida por los siguientes elementos:
- Presencia de enfermedad avanzada.
- No hay posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico.
- Presencia de numerosos problemas de síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.
- Impacto emocional en el paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia, explícita o no, de la muerte.
- Pronóstico de vida corto, no superior a los seis meses.

Los cuidados paliativos se definen como aquellos que intentan mejorar la calidad de vida de los pacientes afectados de una enfermedad en fase terminal. La OMS los define como ”el cuidado activo y total de los enfermos que no tienen respuesta al tratamiento curativo, con el objetivo de conseguir la mejor calidad de vida posible controlando los síntomas físicos, psíquicos, las necesidades espirituales y sociales de los pacientes”.

Los objetivos de los cuidados paliativos son:
- Alivio del dolor y otros síntomas.
- No alargar ni acortar la vida.

- Dar apoyo psicológico, social y espiritual.
- Reafirmar la importancia de la vida.
- Considerar la muerte como algo normal.
- Proporcionar sistemas de apoyo para que la vida sea lo más activa posible.
- Dar apoyo a la familia durante la enfermedad y el duelo.

El confort y la calidad de vida de los enfermos terminales deben ser alcanzados utilizando de forma correcta los instrumentos básicos siguientes:
1. Control de síntomas. Es necesario saber reconocerlos, evaluarlos y tratarlos de la forma más adecuada. Mientras algunos podrán ser controlados, como por ejemplo el dolor, otros deberán ser asumidos por el paciente, de modo que sea capaz de adaptarse a ellos, por ejemplo la debilidad.
2. Apoyo emocional y comunicación con el enfermo, la familia y el equipo terapéutico.
3. Cambios en la organización que permitan el mejor desempeño del equipo de profesionales encargados del cuidado del enfermo, y que a su vez, faciliten la adaptación a los objetivos cambiantes en la fase terminal.
4. Equipo interdisciplinar. Este equipo estará formado por distintos profesionales, cada uno de los cuales darán su propia visión a las diferentes necesidades que demanden el enfermo y/o su familia en esta etapa de la enfermedad.

En resumen, el objetivo de los cuidados del TCAE a la persona con enfermedad terminal es contribuir a mantener el nivel más alto de calidad de vida y ayudarle a resolver o minimizar sus necesidades, así como brindar apoyo para que viva tan confortablemente como sea posible y contribuir a que muera con dignidad. Todo ello en un marco de colaboración con el resto del equipo, que ha de ser multidisciplinar para garantizar unos cuidados integrales.

Un enfermo terminal puede presentar unas características principales en su fase agónica:
- Disminución de las sensaciones, esta situación puede producir visión borrosa, alteración del sentido del gusto y del olfato, somnolencia o adormecimiento, frialdad de manos y pies y palidez en la piel especialmente en la de la cara.
- Pérdida del tono muscular con varias consecuencias como debilidad de la musculatura voluntaria, imposibilidad de tragar, pérdida de los movimientos intestinales e incontinencia fecal e incontinencia urinaria.
- Cambio en los signos vitales, entre los más importantes se encuentra el aumento de la frecuencia del pulso, pero siendo débil e irregular, la tensión arterial disminuye, la respiración tiene fases rápidas y superficiales con fases en que es lenta y

dificultosa.
- Sequedad de mucosas.
- Piel cianótica.
- Sudoración intensa, suele ser fría.

Es importante tener encuentra que a lo largo de la agonía irán disminuyendo y desapareciendo distintas capacidades sensoriales, pero no están entre ellas la pérdida de las capacidades auditiva y táctil.

Cuando se aproxima el momento de la muerte hay signos que anuncian su llegada, son los denominados signos de muerte inminente (desaparecen los reflejos, cianosis intensa, pupilas dilatadas, disminución importante de la tensión arterial, respiración rápida, difícil y ruidosa , piel fría y pegajosa…)

El TCAE cuando prevea que un paciente se encuentra en esta situación, debe procurar que el enfermo se encuentre lo más cómodo posible, prestarle ayuda y atención en todo momento y mantener su dignidad.

El TCAE a través de varias actividades debe afrontar cada una de las necesidades del enfermo terminal.
Necesidades físicas:
- Cambio de postura con frecuencia.
- Arroparlo convenientemente.
- Extremar los cuidados de higiene individual y prestar especial atención a la boca y las fosas nasales debido a que las mucosas se pueden resecar y a los genitales, por las posible incontinencias.
- Cambiar la ropa de la cama las veces que sea necesario, el enfermo suele tener incontinencia y sudar en abundancia.
- Ofrecer la cuña y el orinal a menudo.
- Al administrar los alimentos seremos cautelosos y pacientes porque el enfermo puede presentar dificultad para tragar.
- Durante el tiempo que pasemos con el enfermo hablaremos con un tono de voz normal. Prudencia con los comentarios, aunque el paciente este inconsciente.
- Mantener la habitación convenientemente iluminada, pues el sentido de la vista puede estar afectado, aunque es conveniente preguntar al paciente sus preferencias.
- En la fase final del enfermo agonizante es conveniente posicionarlo en decúbito lateral para facilitar el drenaje de las secreciones.

Necesidades emocionales:

- Permanecer con el enfermo todo el tiempo que éste necesite.
- Adoptar una permanente actitud de escucha, pero nunca proporcionar falsas esperanzas.
- Mantenerse siempre sereno. Debemos ser comprensivos y, cuando no sepamos qué decir, es preferible mantenerse en silencio.
- Si el enfermo o sus familiares nos preguntan por el curso de la enfermedad, les remitiremos al médico.
- Mostrar interés en todo momento por el grado de bienestar del enfermo con preguntas. El sentido del tacto es de los últimos en perderse, así que cuando nos dirijamos a él procuraremos tocarle.
- Cada vez que vayamos a realizar algún procedimiento debemos hablar con el paciente y explicárselo.

5 Discusión-Conclusión

Debe destacarse la importancia del papel de los diferentes profesionales que tratan con los paciente con enfermedades en fase terminal. Destacando las funciones de TCAE, ya que son las personas en contacto primario con estos pacientes.

Es de suma importancia que el personal que atiende a los pacientes con necesidades de cuidados paliativos, tengan una formación apropiada y un conocimiento de las características de este tipo de pacientes, para que reciban los cuidados oportunos y no sufran más de lo necesario.

Reseñar que las personas que se vayan a dedicar a este trabajo, deben ser conscientes de las cualidades que son importantes potenciar para el desarrollo de estas funciones, como la capacidad de escucha, la paciencia, la comprensión, empatía.

6 Bibliografía

- https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000536.htm
- Cruz roja, guía cuidados paliativos. https://www.seapaonline.org
- https://www.saludcastillayleon.es
-https://www.ffis.es
- https://www.sjdhospitalbarcelona.org

Capítulo 568

PROBLEMAS OCULARES PEDIÁTRICOS

ESTHER PÉREZ MANZANO

ANA MARÍA ARIAS DE HARO

1 Introducción

La salud visual juega un papel importante en la etapa infantil, por ello ,es importante detectar los posibles problemas, corregirlos y prevenirlos.

2 Objetivos

- Conocer los diferentes problemas oculares presentes en la etapa infantil.
- Reconocer la sintomatología presente en dichas alteraciones visuales.
- Conocer diferentes técnicas de prevención.

3 Metodología

Los problemas de visión más comunes en la infancia son la ambliopía (ojo vago), la discromatopsia (alteraciones en la visión del color), el estrabismo y los defectos de refracción donde se incluyen la miopía, hipermetropía y el astigmatismo. A continuación vamos a detenernos en cada uno de ellos.

Ambliopía : también denominada “ojo vago” es un problema visual bastante común en la infancia. Se trata de una disminución de la visión que ocurre cuando uno o ambos ojos envían una imagen borrosa al cerebro. Se calcula que afecta

un porcentaje entre el 2 y 5 % de la población , en la mayoría de los casos, la estructura del ojo no está afectada. La ambliopía suele ser asintomática, hay que examinar especialmente niños que fueron prematuros o con antecedentes de ojo vago. Normalmente esta afección se corrige obligando a usar el ojo más débil. El tratamiento puede ser la colocación de un parche sobre el ojo con buena visión o usando gotas que empañen la visión del ojo bueno. En la actualidad existen parches con estampados y dibujos por lo que es importante que el niño/a escoja el que le resulte más atractivo. Es importante también cuidar la piel alrededor del ojo. Para evitar irritaciones se cambiará el tamaño del parche de manera habitual así como el ángulo en la colocación.

Discromaposia o daltonismo: es la alteración de la visión cromática y consiste en una ceguera parcial a los colores. Es un trastorno hereditario asociado al cromosoma X, por lo que las mujeres tienen menos probabilidades de adquirirlo, dentro de este problema visual encontramos grados muy variables. Existen diferentes pruebas para el diagnóstico:

- Test d"Ishihara : creado por el doctor Shinobu Ishihara, profesor de la Universidad de Tokio en 1917. Consiste en una serie de cartas de colores en las que veremos círculos de puntos de colores y tamaños aleatorios. En cada carta podemos ver un número visible para aquellos con visión normal e invisible o difícil de ver para otros.
- Test de Farnsworth : El paciente debe ordenar una serie de fichas de color de forma que los colores queden ordenados formando una transición gradual de los mismos.

Estrabismo: afecta a un porcentaje entre el 3- 6% de la población. Se produce cuando existe una pérdida del paralelismo de los ojos, es decir, cuando un ojo dirige la mirada hacia un punto del espacio, el otro se desvía a otra dirección. Es importante diagnosticarlo a tiempo, sino se corrige durante la llamada época de plasticidad cerebral (hasta los 8 años aproximadamente), la disminución de la agudeza visual en el ojo desviado será irreversible. El ojo vago es la causa más frecuente de pérdida visual unilateral en niños y jóvenes.
Problemas de refracción: aquí se incluye el astigmatismo, la miopía y la hipermetropía , dichos problemas afectan al 20 % de los niños.

Miopía: se trata de un problema de la refracción que se manifiesta cuando se perciben borrosos los objetos que se encuentran a cierta distancia. Aparece a menudo alrededor de los 6 años alguno de los síntomas son los que se detallan a continuación: entornar los ojos para ver a larga distancia, no diferenciar a per-

sonas que se encuentran a cierta distancia, acercarse los objetos para verlos o leer, acercarse mucho a las pantallas (televisión, ordenador, tablet…) y dolor de cabeza entre otros. Dependiendo del momento de su aparición diferenciamos dos tipos de miopía:
1. Miopía hereditaria: se debe a la herencia genética. Los menores pueden nacer con dioptrías y aumentar con el paso del tiempo. A partir de los 3 años suelen comenzar con el tratamiento adecuado.
2. Miopía escolar: es la que suele aparecer en la edad escolar. Pueden ser varios los factores que generan un defecto de este tipo, como por ejemplo escasa iluminación en las aulas, uso de ordenadores, etc.
También existe otra clasificación dependiendo de las dioptrías:
- Miopía simple. Pacientes que tienen menos de 6 dioptrías. La miopía simple es el tipo más frecuente, se suele estabilizar a los 18 ó 20 años.
- Miopía magna : Cuando la graduación del paciente supera las 6 dioptrías. La miopía magna suele estar producida por una elongación excesiva del globo ocular.

Hipermetropía: consiste en la imposibilidad de ver con claridad los objetos próximos y se debe a un defecto de convergencia del cristalino, que hace que los rayos luminosos converjan más allá de la retina. Suele ser fisiológica, está presente en la mayoría de niños al nacer y va desapareciendo a medida el ojo va creciendo. En algunos casos, persiste de por vida. Puede provocar signos como:
- Dolor de cabeza al realizar actividades de cerca.
- Dolor ocular, escozor y lagrimeo que provocan que el niño se frote los ojos, parpadee frecuentemente o arrugue la frente.
- Inclinación de la cabeza hacia atrás.
- Entrecerrar los ojos para enfocar.
- Otras señales de problemas de visión pueden ser el mal rendimiento del niño y la falta de atención y concentración.

Astigmatismo: consiste, en una alteración de la vista provocada por una irregularidad en la curvatura de la córnea. Esta desigualdad desemboca en una mala visión desde todas las distancias. El astigmatismo en niños tiene lugar porque la córnea, en vez de ser redonda, presenta una achatamiento en los polos. El astigmatismo suele ir asociado a otros problemas refractivos, como la miopía o la hipermetropía. La detección de uno o varios de estos síntomas en un niño es indicativo de un posible astigmatismo:
- El niño o la niña tiene problemas para ver la pizarra.
- Guiña los ojos tratando de enfocar mejor.

- Tuerce la cabeza.
- Dolores de cabeza y/o mareos.
- Tiene los ojos rojos.
- Le pican los ojos.

Prevención de los problemas oculares en la infancia: además de las correspondientes visitas al pediatra y al oftalmólogo es necesario establecer unos hábitos para prevenir los posibles problemas visuales. A continuación se enumeran algunos consejos:
- Limitar el tiempo en pantallas (ordenador, tablet, móvil).
- Fomentar el juego en el exterior.
- Adecuar siempre la luz a la actividad que se realiza, evitar habitaciones con sombras.
- Descansar cada hora.
- Mantener posturas ergonómicas en la lectura o al utilizar dispositivos.

4 Bibliografía

https://icrcat.com
https://visioon.es/test-daltonismo-oftalmologia/
https://www.clinicabaviera.com

Capítulo 569

LA INTOLERANCIA AL GLUTEN

CAROLINA MARTÍNEZ ARIAS

NATIVIDAD DEL CARMEN PEREZ MORALES

TEODORA GARCÍA SANJULIAN

MARTA ELENA PANDO CARBAJAL

VANESA SUÁREZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

La intolerancia al gluten o enfermedad celíaca es una enfermedad autoinmune caracterizada por una intolerancia permanente y crónica al gluten. Es una lesión de la mucosa del intestino delgado que provoca una atrofia de las vellosidades intestinales. Produce una inadecuada absorción de los nutrientes de los alimentos que ingerimos al día.

Esta enfermedad es las más frecuente en toda España, tiene una prevalencia de 1 de por cada 100 personas aproximadamente, es decir, un 2 %de la población total la padece está enfermedad. En los últimos años ha incrementado un 15% al año de nuevos pacientes que sufren esta enfermedad y el 70% de la población la padece pero no lo sabe ya que los síntomas son muy parecidos de otras enfermedades.

El gluten es una proteína nutritiva para las personas pero es indigesta. Al ser indigesta nuestro cuerpo no dispone de enzimas para digerirlo todo. Y en consecuencia quedan trozos sin digerir y es entonces cuando esos trozos no digeridos

son los que provocan los problemas intestinales. Para los que padecen esta enfermedad les producen problemas autoinmunes.

Esta enfermedad la sufren las personas que están predispuestas genéricamente. A veces, en la misma familia la pueden padecer varios miembros de la misma, tanto niños como adultos.

La intolerancia al gluten se diagnostica durante la infancia aunque también se presenta a veces en la edad adulta.

Síntomas de la intolerancia del gluten :

Hay muchos síntomas relacionados con esta enfermedad y varían mucho de una persona a otra.

- En la edad infantil los síntomas más frecuentes puede ser distensión abdominal y dolor, diarrea, vómitos, heces pálidas, fatiga…, entre otras.

- En la edad adulta los síntomas más frecuentes puede ser anemia, pérdida de peso, colón irritable…, entre otras.

El diagnóstico de esta enfermedad es difícil, ya que los síntomas que produce aparecen en otras enfermedades.

Para conocer el diagnóstico de esta enfermedad se practican analíticas, una biopsia intestinal que se practica sin haber suprimido el gluten de la dieta.

El tratamiento de esta enfermedad es seguir una dieta sin gluten de forma estricta y de por vida. Ya que esta enfermedad es crónica y no tiene cura.

Se debe evitar consumir cualquier producto que contenga estos cereales trigo, avena, cebada, centeno, triticale y junto con sus derivados.

El paciente tendrá una dieta con alimentación variada y equilibrada. Teniendo mucho cuidado con los productos manufacturados, elaborados y envasados leyendo bien sus etiquetas ya que en algunas contienen gluten que lo añaden como adictivo en el proceso de fabricación.

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo es de identificar los síntomas, para poder tener un diagnóstico precoz y que medidas para adoptar cuando es diagnosticado.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El gluten es la proteína que proviene de algunos cereales como el trigo, la cebada, el centeno, la avena y el triticale.

La intolerancia al gluten es una enfermedad digestiva que daña el intestino delgado. Los pacientes que padecen esta enfermedad no toleran la proteína gluten. Si toman alimentos con gluten su sistema inmune responde y comienza a padecer los síntomas diarreas, anemia, pérdida de peso…

Por eso, debemos de tomar medidas y preocupaciones cuando creemos que padecemos está enfermedad ya que sus síntomas son parecidos a otras enfermedades, por ello tenemos que acudir a especialistas para que realicen pruebas necesarias para diagnosticarnos la enfermedad.

Es una enfermedad con la que podemos vivir, siempre que tomemos medidas y tengamos precauciones antes de ingerir un alimento.

5 Discusión-Conclusión

En esta época de la vida se puede vivir perfectamente con la intolerancia al gluten ya que existe mucha variedad de productos sin gluten en el mercado para una dieta normal. Siempre que tengamos mucho cuidado antes de ingerir un alimento que no contenga derivados perjudiciales para nuestra salud. Consumiendo alimentos sin gluten por ejemplo: fruta, verduras frescas, carne, lácteos… Entre otras.

6 Bibliografía

- https://www.cmed.es/sensibilidad-gluten.php

https://www.alimmenta.com/dietas/intolerancia-al-gluten-celiquia/

- https://www.alimente.elconfidencial.com/bienestar/2019-06-04/celiaquia-alergia-gluten_1517169/

- https://www.asociacionceliacosasturias.org/
https://www.who.int/es

- https://www.elperiodico.com/es/sociedad/20150327/los-celiacos-aumentan-cada-ano-un-15-en-espana-y-ya-representan-el-1-de-la-poblacion-4055324

Capítulo 570

ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE LA DESNUTRICIÓN EN EL ANCIANO

LAURA GARCÍA RODRIGUEZ

NURIA HUERTA GONZÁLEZ

1 Introducción

La desnutrición en los países desarrollados es un problema de salud característico de los mayores. Se llama desnutrición a un desequilibrio negativo entre el aporte de uno o más nutrientes al organismo y las necesidades de esos nutrientes, que produce una alteración en la forma o el funcionamiento del cuerpo. Los ancianos son el grupo de población de mayor crecimiento en todo el mundo.

No significa necesariamente que su calidad de vida sea mejor. Así como ha aumentado el número de ancianos, aparentemente también ha aumentado entre ellos la incidencia de problemas relacionados con su nutrición, como la desnutrición, el sobrepeso y la obesidad. Esto es preocupante, ya que la nutrición es un factor de riesgo para la aparición y/o mantenimiento de enfermedades crónicas y discapacitantes.

2 Objetivos

Objetivo principal.

- Identificar la importancia de la nutrición en esta etapa de la vida.

Objetivo secundario.
- Descubrir las principales causas de desnutrición que se dan en el anciano y actuar sobre ellas en la consulta de atención primaria.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos como Pubmed, Scielo o Dialnet usando como descriptores o palabras claves usadas en la búsqueda: cuidados de enfermería ,nutrición en el anciano, enfermedades crónicas, nutrición y desnutrición. Se realizó un análisis de los documentos obtenidos, lo que permitió extraer información más relevante para la elaboración y desarrollo del trabajo.

4 Resultados

La nutrición en el anciano juega un papel primordial en esta etapa de la vida y existe una gran proporción de ello con problemas de desnutrición e incluso lo contrario (obesidad) que aumenta el riesgo de morbimortalidad y suponen un elevado gasto para la sanidad. Debemos de conocer las principales causas que pueden provocar este tipo de alteraciones.

CAUSAS MÁS FRECUENTES DE DESNUTRICIÓN ESPECÍFICAS DEL ANCIANO:

- Pluripatología: Es frecuente que las personas ancianas presenten varias enfermedades crónicas simultáneamente, que pueden influir en el estado nutricional: diabetes, insuficiencia cardiaca, insuficiencia respiratoria, hipertensión arterial, osteoporosis, colelitiasis, demencia, depresión. Y enfermedades del aparato digestivo que pueden interferir con la digestión y la absorción de los nutrientes o que producen anorexia. También la gastrectomía, tratamiento frecuente para la úlcera péptica hace años puede provocar desnutrición. Cuanto mayor es el número de enfermedades que padece una persona mayor es su probabilidad de padecer alteraciones nutricionales tanto por la enfermedad en sí como por los tratamientos recibidos. (Hablaremos de algunos ejemplos).

- Polifarmacia: Los ancianos son el grupo de edad que más fármacos consumen, aproximadamente el 50% del total del gasto farmacéutico. Existen multitud de

fármacos que pueden influir tanto en la absorción, metabolismo y excreción de nutrientes, como en la sensación de apetito. Es preciso hacer una historia farmacológica completa que incluya todos los medicamentos recetados por el médico y los que el anciano toma por su cuenta (analgésicos, laxantes, ansiolíticos…) Cuantos más fármacos se consumen más posibilidades de presentar problemas nutricionales. (Resumen de listado de fármacos que interfieren en la nutrición).

- Dioxina: náuseas, falta de apetito, pérdida de peso, potencia la pérdida de magnesio.

- Diuréticos: aumentan la pérdida de agua, sodio, potasio y magnesio.

- Antiácidos: Disminuye la absorción intestinal de hierro, vitamina B1, vitamina B12.

- Laxantes: reducen la absorción de agua y de los nutrientes en general.

- Hierro: altera el tránsito intestinal produciendo tanto estreñimiento como diarrea.

- Antidepresivos: los ISRS disminuyen el apetito, los Tricíclicos facilitan el estreñimiento. Colchicina: reduce la absorción de vitamina B12, lactosa y grasas. Colestiramina: reduce la absorción de las vitaminas A, D, E, K y del Ácido Fólico. Anticonvulsivantes: déficit de Ácido Fólico, altera la mineralización ósea. Cefalosporinas: alteran el metabolismo proteico y de las vitaminas D y K. Tetraciclinas: disminuyen la vitamina K y la absorción intestinal de calcio.

- Aislamiento social: Con los cambios que se han producido en los modelos familiares en la segunda mitad del siglo XX cada vez son más los ancianos que viven solos. Puede ser por pérdida de motivación para comer o por desconocimiento para preparar adecuadamente los alimentos. Además el comer en compañía es esencial para mejorar el estado de ánimo.

- Problemas económicos: Con frecuencia los ancianos tienen dificultades económicas que les impiden comprar la comida necesaria. Cuando esto ocurre, los primeros alimentos que se evitan son los más caros que suelen ser los que aportan la mayor cantidad de proteínas, como las carnes y los pescados.

- Incapacidad física: La incapacidad física puede ser a la vez causa y consecuencia de desnutrición en los ancianos. Una persona incapacitada (por ejemplo un anciano hemipléjico con pobre soporte social) puede desnutrirse por no poder

comprar la comida, por no poder cocinarla, por no poder llevársela a la boca, o por no poder tragarla adecuadamente.

- Problemas en la boca, alteración del gusto y olfato: Cualquier alteración en la estructura anatómica o en las funciones fisiológicas de la cavidad oral, que afecten a la masticación o a la deglución, puede hacer que el anciano no siga una dieta adecuada. Las enfermedades dentales (caries, pérdida de piezas, ausencia de prótesis dentales o mal ajuste), periodontales (periodontitis), gingivales (gingivitis), de la lengua o cavidad oral (micosis, úlceras, cáncer), de los labios (queilitis), de la musculatura oral (atrofia, enfermedades neurológicas que producen alteración de la deglución), de las glándulas salivales (boca seca), de la mandíbula y la articulación témpora-mandibular (dolor, limitación de la apertura de la boca), etc. pueden favorecer la aparición de desnutrición. Además se produce una pérdida de papilas gustativas linguales con disminución de la capacidad gustativa y una pérdida de la capacidad olfativa: apetece más lo dulce y lo salado.

- Tabaquismo: El tabaco puede producir desnutrición principalmente al disminuir el apetito, pero también al aumentar las necesidades de determinados nutrientes como por ejemplo la vitamina C. Se ha descrito como los fumadores tienen unas necesidades de esta vitamina hasta 60 veces mayores que los no fumadores.

- Alcoholismo: La prevalencia del consumo de alcohol entre los ancianos se sitúa alrededor del 45%. Los ancianos son más sensibles que los jóvenes al consumo de alcohol porque lo metabolizan de forma más lenta, por el mayor uso de medicaciones que pueden interactuar con el alcohol y por el mayor número de enfermedades crónicas que pueden interaccionar con él.

5 Discusión-Conclusión

La desnutrición no es una consecuencia inevitable del envejecimiento, pero con el aumento de la edad se producen algunos cambios en la composición del organismo. La dieta de cada persona también cambia con la edad, como consecuencia de diversos factores (como el gusto, las preferencias, la disponibilidad, o las dietas terapéuticas). Con el paso de los años, se tienden a consumir menos calorías totales, sobre todo a expensas de las grasas.

Se debe estar alerta ante la posibilidad de una desnutrición en cualquier persona mayor, pero especialmente en aquellos con problemas de salud crónicos, frágiles o debilitados. La desnutrición es uno de los problemas de salud que más veces se

pasa por alto y sin diagnosticar en el anciano.

El tratamiento fundamental de la desnutrición es el tratamiento de las causas subyacentes encontradas, siempre que sea posible. Si se cura o mejora la enfermedad, se retira una medicina que quite el apetito, se educa sobre la dieta más adecuada o se buscan ayudas para que la persona pueda obtener suficiente comida, la nutrición mejorará.

6 Bibliografía

- Morillas, J., García-Talavera, N., Martín-Pozuelo, G., Reina, A. B., & Zafrilla, P. (2006). Detección del riesgo de desnutrición en ancianos no institucionalizados. Nutrición hospitalaria, 21(6), 650-656.
- Ramon, J. M., Subirà, C., & en Gerodontología, G. E. D. I. (2001). Prevalencia de malnutrición en la población anciana española. Medicina clínica, 117(20), 766-770.
- Iraizoz, I. (1999). Valoración geriátrica integral (II): valoración nutricional y mental en el anciano. In Anales del Sistema Sanitario de Navarra (Vol. 22, pp. 51-69).
- Villarroel, R. M., Formiga, F., Alert, P. D., & Sangra, R. A. (2012). Prevalencia de malnutrición en la población anciana española: una revisión sistemática. Medicina Clínica, 139(11), 502-508.

Capítulo 571

CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON DEMENCIA.

Mª DEL MAR VALLINA ALONSO

ANA BELEN VALLINA ALONSO

VERÓNICA MUÑOZ EIRO

EVA MARÍA GARCÍA MATOS

1 Introducción

Hay muchas enfermedades en el anciano que son capaces de producir alteraciones en sus funciones mentales, la demencia es una de ellas, y se caracteriza por la destrucción de las células del cerebro por falta de riego u otras causas. Es un trastorno permanente y los pacientes que la padecen, se ven incapaces de realizar aquellas tareas que necesiten de la memoria, concentración, o aprendizaje, para ser ejecutadas.

Existen un gran número de demencias, pero las más importantes son:
- Demencia tipo Alzheimer: supone el 55-75 % de los casos. En ella se producen graves alteraciones en las neuronas.
- Demencia vascular: supone un 10-20 % de las demencias. Se produce por una falta de riego sanguíneo con la consiguiente muerte celular.

- Demencia mixta: Es muy frecuente en personas muy ancianas y padecen la demencia vascular y Alzheimer de manera conjunta.

Son varios los síntomas que detectan una demencia, entre ellos destacamos:
- Dificultad para recordar los hechos más recientes. Este es el síntoma principal de este tipo de enfermedades. Son capaces de recordar los hechos ocurridos hace años, pero no pueden recordar lo que acaba de ocurrir. Es habitual que te pregunten una y otra vez lo mismo.
- Afasia (alteración del lenguaje oral y escrito). Inicialmente el paciente tiene dificultad para encontrar la palabra adecuada. Pero la enfermedad a medida que avanza lleva al paciente a la pérdida del lenguaje total.
- Apraxia (alteración de la capacidad gestual, entiende lo que se le pide, pero es incapaz de hacerlo).
- Agnosia (no reconoce objetos). Desconoce objetos que están presentes en su vida diaria.
- Desorientación. El paciente acaba perdiéndose en su propia casa.
- Alteración del estado a ánimo. Realiza las actividades muy lentamente, es frecuente el llanto, ansiedad, apatía.
- Alucinaciones.
- Alteraciones en la conducta, agitación, fobia, vagabundeo, etc…

Las personas con este tipo de enfermedades en fases iniciales pueden darse cuenta de lo que les está sucediendo, y la sensación de que algo no va bien, pero a medida que avanza la enfermedad dejan de ser conscientes del problema. La pena y el mayor sufrimiento de estas enfermedades lo padecen por lo general la familia.

2 Objetivos

• Describir los cuidados básicos que un técnico en cuidado auxiliares de enfermería TCAE debe realizar a un paciente con demencia.
• Educación sanitaria al paciente y cuidador.
• Tratar de ralentizar el avance de la enfermedad.
• Ayudar al bienestar del paciente y cuidador.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica sobre el tema en distintas fuentes. Por un lado, fuentes primarias como revistas y libros y por otro, fuentes secundarias, como las bases de datos Medlineplus y Pubmed.

- Criterios de inclusión utilizados: Temas relacionados con las demencias. Textos en español, con disposición completa y gratuita y sin restricción en el año de su publicación.
- Criterios de exclusión: Publicaciones en un idioma distinto del español.

Palabras clave: Demencia, ayudar, dificultad. anciano.

4 Resultados

Para conseguir que el paciente tenga una calidad de vida aceptable, el TCAE debe saber manejar los problemas que esta enfermedad acarrea.

Actuación ante la pérdida de memoria, confusión y desorientación:
• Hacer una lista de actividades diarias.
• Colocar etiquetas con el nombre de los objetos.
• Establecer una rutina para evitar la agitación.
• Darle pistas sobre el nombre de las cosas.
• Proporcionar al paciente un ámbito rutinario.
• Permitirle comportamientos como el vagabundeo o almacenamiento de objetos.
• Evitar reorientarle constantemente.

Deterioro de la comunicación verbal:
• Hablarles de forma abierta, amistosa y relajada.
• Utilizar un tono de voz bajo y relajado.
• Mirarle a la cara y asegurarnos de tener su atención.
• Utilizar frases cortas para comunicarnos con ellos.
• Escucharle atentamente y animarle a que nos cuente historias del pasado.
• Tener un ambiente sin ruidos y tranquilo.

Evitar caídas:
• Los espacios tienen que estar libres de obstáculos y ser luminosos.
• Barandillas en la cama.
• Suela antideslizante de los zapatos y alfombras con tela antideslizante para evitar que resbalen.

• Evitar en las habitaciones, armarios y cajones llenos de cosas para que el paciente no tienda a vaciarlos.
• Orientar al paciente sobre el lugar donde se encuentra (evitar cambios de casa).

Incontinencia fecal:
• Enseñarle donde se encuentra el retrete.
• Fijarnos en sus gestos, para detectar la necesidad de defecar del paciente.
• Ayudarle a limpiarse.
• Mantener un horario de evacuación.

Incontinencia urinaria:
• Enseñarle donde se encuentra el retrete.
• Reducir la bebida de líquidos por la noche.
• Ayudarle a secarse después de orinar.
• Prestar atención a sus gestos para detectar la necesidad de orinar.

Ayudar a que el paciente duerma por las noches:
• Procurar que la habitación y cama tengan una buena temperatura y sin ruidos en la habitación.
• Evitar que el paciente duerma durante el día.
• Enseñar al paciente a relajarse a la hora de acostarse.
• Poner una luz piloto en la habitación para que no se lesione si se levanta por la noche.
• Evitar sujeciones físicas que ocasionarán agitación al paciente.
• Administrarle una bebida caliente y recordarle que es hora de acostarse.

Ayudarle en el autocuidado:
• Proporcionarle las prendas de vestir por su orden de colocación.
• Evitar cordones en los zapatos y botones en la ropa. Estos deben ser sustituidos por velcro siempre que sea posible.
• No usar ropa ajustada.
• A la hora del baño la temperatura del ambiente y agua debe ser agradable. Utilizar una banqueta para desvestirle y si es necesario para ducharse.
• Mantener la boca limpia y vigilar que las prótesis dentales no les hagan rozaduras.
• Ayudarle a la hora de comer, utilizando pajitas y cubiertos grandes si fuera necesarios.
• Enseñar a la familia, para que ellos puedan realizar estos cuidados.

Agitación y ansiedad:

• Colocar al paciente en una habitación.
• Tener cerca objetos personales.
• Dejar la luz encendida por las noches.
• Hablarle con calma, no discutir.
• Intentar distraer su atención a otra cosa.
• No atar al paciente, así solo se alterará más.

5 Discusión-Conclusión

A día de hoy, no existe una terapia farmacológica eficaz contra la demencia. Existen fármacos que permiten una mejoría de los síntomas, pero es muy importante que el ambiente familiar sea seguro, cómodo y cordial. Estos factores son más positivos que cualquier sedante.
El papel del TCAE con estos pacientes es el de educar y ayudar en el día a día a los enfermos y familiares.

6 Bibliografía

• Isidro Ruipérez, Paloma Llorente. El anciano con demencia. En: Begoña Bernad Moreno, editora. Guía para auxiliares y cuidadores del anciano. 1ªed. Madrid: Mc Graw Hill; 2003. p. 276-291.
• Plan de cuidados de enfermería del Alzheime. https://portalgeriatrico.org/plan-de-cuidados-de-enfermeria-del-alzheimer/.
• Cuidados de Enfermería en las Demencias. https://www.alzheimeruniversal.eu/2014/08/09/cuidados-de-enfermeria-en-las-demencias/#.XjDFLWhKiUk.

Capítulo 572

IMPACTO EN LA SALUD DE LA DIETA VEGANA

SHEILA PEREZ BARRANCO

EVA FERRER GONZALEZ

1 Introducción

Aunque existen diferentes opiniones, el ser humano está clasificado en el grupo de los omnívoros, esto quiere decir que se alimenta tanto de alimentos de origen animal como vegetal.

A lo largo de los años, y con la evolución en materia de nutrición, tenemos una gran cantidad de dietas y nuevos estilos en cuanto a tipos de alimentación.

Actualmente, la dieta vegetariana es una de las más aceptadas, nos sólo por su tipos de alimentación, sino también por sus hábitos y estilo de vida.

No obstante aunque cada vez son mas los interesados en disminuir o eliminar los productos de origen animal en el ámbito nutricional, aún no consta acuerdo en que bases se asienta en la dieta vegetariana.

Hoy en día, la evidencia científica nos indica que consumir una dieta reducida en grasas animales y elevada en productos de origen vegetal, ayuda en la prevención de enfermedades cardiovasculares.

2 Objetivos

Los objetivos en esta revisión teórica son delimitar beneficios y contraindicaciones de una dieta vegetariana.

3 Metodología

Se ha realizado un trabajo de revisión teórica, basada en libros especializados, aticulos, guías educativas y bibliografías por medio de distintas bases de datos, como, Google académico, Medline plus, Wikipedia.
Para esto se han utilizado diferentes descriptores, vegetariana, dieta, salud beneficio, enfermedad cardiovascular.
Se ha dado uso a varios informes cuyo acceso no era libre ni gratuito, también a otros a los que su entrada si era libre y se ha identificado minuciosamente la información hallada seleccionando la que mejor se ajustaba al tema de investigación.

4 Resultados

El resultado de esta revisión teórica nos indica, que consumir una dieta vegetariana, conlleva múltiples beneficios, entre ellos:

- Menos problemas en el sistema digestivo, ya que al elevar el consumo de legumbres y cereales de grano integral, frutos secos y verduras, impacta de manera beneficiosa en la microbiota intestinal, haciendo que esta se regenere regularmente por la fermentación de estas dos últimas, principalmente. Por el contrario el consumo de productos de origen animal hace que se acumulen en el intestino restos de putrefacción. Unido todo esto a los últimos estudios que indican la relación entre la salud emocional y mental con las neuronas en el sistema digestivo que se conoce como nuestro segundo cerebro, podemos discernir claramente que los alimentos de origen animal afectan negativamente en nuestro organismo tanto a nivel corporal como mental.

- Menores riesgos cardiovasculares, debido a que alimentos incluidos en la dieta vegetariana, regulan la presión arterial, como pueden la cebolla y el ajo, que influyen positivamente en la vasodilatación de los vasos sanguineos. También podemos encontrar el apio, con un gran factor deportivo y diurético que nos ayuda a la eliminación del sodio. Así, sucesivamente, encontramos múltiples alimentos que aportan una gran cantidad de beneficios a nuestro organismo.

- Efectos antioxidantes.

- Menores problemas del sistema musculoesquelético, con lo cual, menos padecimientos de dolores articulares y mejoras en patologías como la artrosis y la artritis.

5 Discusión-Conclusión

A pesar de la gran controversia generada con este tipo de dieta, visualizando y analizando los resultados de numerosas investigaciones se observa que realmente la dieta vegetariana tiene un efecto beneficioso en la salud del ser humano.

Para comenzar una dieta vegetariana se recomendara la consulta de un medico especialista en nutrición que nos indicará las pautas a seguir.

Es de gran importancia no caer en mitos y en falsas informaciones de fuentes que no sean de máxima confianza. Estas informaciones pueden ser de gran ayuda pero también interpretadas de manera errónea nos darán lugar a confusión y a no lograr los objetivos de mejorar nuestra salud.

Nosotros mismos somos quienes mejor conocemos nuestro cuerpo y como responde a los cambios que efectuamos, dentro de una dieta mas saludable existen numerosas variables y la mas adecuada será la que mejor se adapte a nuestras necesidades, que nos haga sentirnos bien a todos los niveles, tanto el físico, metal como el emocional, con la que nos sintamos identificados y mas llenos de salud.

6 Bibliografía

- Basulto, J., y Cáceres, J. (2016). Más vegetales y menos animales: una alimentación más saludable y sostenible. Barcelona: Edit. Debolsillo.

- Garcia, V., y Martinez-Argüelles, L. (2015). Cocina vegana. Mallorca: Edit Anaya Multimedia.

- Saz-Peiró, P., Morán, M., y Saz-Tejero, S. (2013). La dieta vegetariana y su aplicación terapéutica. Medicina naturista, 7(1), 13-27.

Capítulo 573

PREDISPOSICIÓN A ENFERMEDADES DERIVADAS DE UNA MALA ALIMENTACIÓN

SHEILA PEREZ BARRANCO

EVA FERRER GONZALEZ

1 Introducción

A lo largo de los tiempos el ser humano ha evitado el sufrimiento, el enfermar o la muerte, poniendo los medios disponibles al menos para intentarlo, pero no siempre a lo largo de nuestra historia estos medios eran suficientes, no logrando paliar ni disminuir el sufrimiento de una enfermedad hasta su desenlace final.

En la actualidad en el siglo XXI con el desarrollo de la civilización, avances como las vacunas, técnicas nuevas de producción y distribución de alimentos con sistemas mecanizados y planificación científica que ayudaron a ganar la batalla a muchas de las pandemias y la desnutrición que tantas vidas sesgaron a lo largo de los tiempos pudiendo decir que estos dos grandes enemigos habían sido derrotados.

Por eso en la actualidad el ser humano comienza a interesarse por otras patologías que minan nuestra salud en la edad adulta o minimizan de alguna manera la calidad de vida, entre estas enfermedades se encuentra la obesidad.

La obesidad se puede catalogar como enfermedad metabólica por la cual la persona genera un exceso de grasa en su cuerpo. Es un problema de salud a nivel

mundial que está generando cifras epidémicas, y que lejos de quedarse en una enfermedad de la edad adulta, está incidiendo en la población infantil. Entre los años 1986 y 2002, la estatura de los europeos no ha variado significativamente mientras que el peso medio ha aumentado en 2 kg.

2 Objetivos

Saber qué calidad y cantidad de vida merma esta enfermedad en el ser humano, el riesgo que conlleva la obesidad de desarrollar otras muchas graves enfermedades asociadas, cómo prevenirlas y la manera de abordarlas.

3 Metodología

Se ha realizado un trabajo de búsqueda y comparación de textos basado en libros especializados, bibliografías, guías educativas, a través de diferentes bases de datos, como, Medline plus, Google académico. Para ellos hemos utilizado diferentes descriptores: obesidad, sobrepeso, salud.

Sa ha dado uso a informes cuyo acceso no era libre ni gratuito, otros por el contrario eran de acceso libre y sin costes, se ha analizado minuciosamente la información recabada seleccionando aquella más cercana al tema en cuestión.

4 Resultados

Como resultado de esta revisión teórica he información hallada, observamos que la obesidad es una grave enfermedad que avanza a pasos agigantados en esta sociedad y que lejos de desaparecer las cifras que se observan año tras año dejan a la luz los alarmantes datos de su aumento.

Cuando nacemos, cada ser humano ya tiene un determinado número de adipocitos que son pequeñas cápsulas que tienen como función albergar grasa en nuestro organismo, cuando estas se llenan nuestro cuerpo tiene la capacidad de crear otras, sobretodo en el periodo inicial de nuestra vida. De esto deducimos algo sumamente importante y es que, si en nuestra infancia consumimos un exceso de calorías, no solo se acumularán en nuestro cuerpo, sino que esta aumentara su capacidad para almacenarla, creando nuevos adipocitos que nos estarán predisponiendo a ser obesos en la edad adulta.

La grasa que se acumula por encima de niveles normales entorpece y dificulta el buen funcionamiento de los principales órganos de nuestro cuerpo.

Las patologías más frecuentes que se relacionan con la obesidad son: tensión arterial alta, diabetes, problemas cardiovasculares, hipercolesterolemia, accidentes cardiovasculares, etc.

5 Discusión-Conclusión

Con este estudio llegamos a la conclusión de que la obesidad es una enfermedad de carácter grave, no solo por la propia enfermedad, sino también porque potencia altamente el padecimiento de muchas otras patologías.

Esta disminuye en gran medida la salud de la población, convirtiéndola en un problema a nivel de salud pública que de no detenerse traerá graves consecuencias.

Los mecanismos de prevención y educación son los útiles con más potencia de los que dispone el estado ahora mismo para frenar este problema de salud en la población, un infante con unos buenos hábitos alimenticios que ejerza deporte de manera habitual será en alta probabilidad un adulto que goce de buena salud, y que podrá disfrutar totalmente de su vida, con un peso saludable evitando así la probabilidad de padecer otras patologías asociadas.

6 Bibliografía

-Sanchez, O. (2002). Diario de una dieta. España, Barcelona: Editorial Planeta S.A.
-F.L Ochoa, E.(1996). De la anorexia a la bulimia. España, Madrid: Santillana S.A.
-Campillo, J. (2004). El mono obeso. España, Barcelona: Editorial Crítica S.L.

Capítulo 574

ESTREÑIMIENTO

NATALIA IGLESIAS HEREDIA

1 Introducción

Una función defecatoria saludable es aquella en la que la persona realiza al menos tres evacuaciones por semana, es indolora y se realiza sin un esfuerzo excesivo . Ademas el individuo debe alcanzar una sensación de desocupación completa del recto.

2 Objetivos

Conocer mejor las causas de el estreñimiento , para saber de dónde puede venir y cómo prevenirlo.

3 Metodología

Se considera que un paciente sufre estreñimiento si:
1. Reunir dos o más de los siguientes síntomas:
- Esfuerzo defecatorio.
- Heces duras o caprinas (en forma de pequeñas bolitas).
- Sensación de evacuación incompleta.
- Sensación de obstrucción anorrectal.
- Necesidad de maniobras manuales para facilitar la defecación.
- Menos de tres deposiciones por semana.

2. Pueden haber heces líquidas infrecuentes sin laxantes.
3. No debe reunir criterios para síndrome del intestino irritable.

Estos criterios deben cumplirse en los últimos 3 meses , con inicio de los síntomas al menos 6 meses.

4 Resultados

Tipos de estreñimientos:
- Estreñimiento funcional /crónico /idiopático/simple/primario.
- Estreñimiento secundario a una dolencia orgánica gastrointestinal.
- Estreñimiento secundario a enfermedades que altera la función motora del colon.
- Estreñimiento pasajero.

5 Discusión-Conclusión

Diferentes causas que pueden ocasionar estreñimiento:
- A nivel nutricional: falta de fibra en la alimentación, escasa ingesta de líquidos o cambio de hábitos alimenticios entre otros.
- A nivel psicológico: depresión, estrés, etc.
- Embarazo.
- Ausencia de actividad física.
- Trastornos gastrointestinales.
- Trastornos metabólicos/endocrinos.
- A causa de medicamentos como puede ser suplementos de hierro o calcio.

6 Bibliografía

https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/home.htm

Capítulo 575

USO ADECUADO DE LOS ANTIBIÓTICOS

LAURA ÁLVAREZ REY

1 Introducción

"Los antibióticos son medicamentos potentes que combaten las infecciones bacterianas. Su uso correcto puede salvar vidas. Actúan matando las bacterias o impidiendo que se reproduzcan."

El primer antibiótico y el más conocido es la Penicilina, descubierta por Alexander Fleming en 1928. Constituyen unos de los grandes avances de la medicina, aunque su uso inadecuado provoca efectos no deseados que, en ocasiones pueden ser muy graves.

Nuestro organismo está repleto de bacterias beneficiosas para nuestra salud. Cuando tomamos antibióticos, estamos matando las bacterias patógenas, pero también nuestras propias bacterias beneficiosas, facilitando de esta manera la aparición de infecciones oportunistas.

2 Objetivos

Concienciar sobre el uso adecuado de los antibióticos.

3 Metodología

Los tratamientos con antibióticos deben tomarse siguiendo estrictamente las instrucciones del médico que los ha prescrito, en cuanto a dosis y duración, re-

spetando las horas entre las tomas.

Para evitar resistencias bacterianas es muy importante tomarlos como los haya pautado el médico, aunque eso suponga despertar a un paciente para la toma. Y se debe continuar el tratamiento hasta su finalización, aunque la enfermedad haya remitido antes.

4 Resultados

El uso de los antibióticos constituye uno de los mayores logros terapéuticos de la Historia de la Medicina, gracias a ellos podemos curar enfermedades que hasta principios del siglo XX eran mortales. Antes de su descubrimiento, el 90% de los niños que padecían una meningitis bacteriana moría y los que sobrevivían padecían discapacidades graves, sordera o retraso mental. Las infecciones de garganta y otras como tuberculosis, neumonía o tos ferina provocaban normalmente la muerte. Además, los antibióticos han contribuido de forma significativa al progreso en campos como los trasplantes de órganos, la supervivencia de bebés prematuros y de pacientes inmunodeprimidos o la cirugía de material protésico y los catéteres vasculares, donde las infecciones son especialmente prevalentes e importantes. Sin embargo, las resistencias bacterianas a los antibióticos han pasado de ser una amenaza a ser una realidad y constituyen un problema mundial de salud pública que implica a pacientes, a sanitarios, a las administraciones, a la industria farmacéutica, etc.

El origen de estos antibióticos puede ser: otras bacterias, hongos y mohos, síntesis en el laboratorio o incluso, síntesis en el propio organismo.

Dependiendo de su acción, los antibióticos se clasifican como:
1. Antibióticos de bajo espectro, que afectan a grupos pequeños de gérmenes.
2. Antibióticos de amplio espectro, que afecta a grandes grupos de gérmenes.

Otra clasificación se basa en su mecanismo de acción: si actúan inhibiendo el crecimiento de gérmenes nocivos, se denominan bacteriostáticos y, si los destruyen, bactericidas.

5 Discusión-Conclusión

El mayor peligro de tomar antibióticos cuando no es necesario o de tomarlos de forma inadecuada, es que algunas bacterias logran mutar y hacerse resistentes

al antibiótico y que el fármaco ya no sea eficaz contra ellas. Este es un problema que se ve con mucha preocupación.

El hecho de que alguien haga un uso inadecuado de los antibióticos no sólo afectará a esa persona, si no que fomentará la creación de cepas de bacterias resistentes y cuando se contagie otra persona, será más difícil de combatir.

Las infecciones resistentes a los antibióticos pueden tener efectos colaterales graves, necesitan tratamientos más prolongados, consultas médicas más frecuentes, hospitalizaciones prolongadas e incluso aumentar la mortalidad.

La ONU ha alertado que, en el año 2050, morirá más gente a causa de las resistencias bacterianas que por cáncer.

Los antibióticos no son eficaces frente a infecciones producidas por virus como los catarros o las gripes, de ahí la importancia de:
1. Antes de tomar un antibiótico, consulta con un profesional sanitario.
2. Toma sólo los antibióticos cuando te los prescriba un profesional sanitario y sigue sus indicaciones sobre cómo debes tomarlos.
3. No tomes antibióticos que hayas utilizado en otra ocasión. Tampoco se los des a familiares o amigos.
4. Habla con tu médico, consulte dudas y valora sus consejos.
5. Recuerda, tú si puedes ayudar a evitar la resistencia a los antibióticos.

6 Bibliografía

- Aula de pacientes_sacyl.
- Medline plus.
- Infosalus.

Capítulo 576

EL PROBLEMA DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

NATALIA IGLESIAS HEREDIA

1 Introducción

Las úlceras por presión (UPP) constituye uno de los problemas mas comunes en la practica diaria de enfermería, siendo nuestra responsabilidad tanto su prevención como su tratamiento.

2 Objetivos

Las UPP son evitables en un 95% de los casos, por ello es importante conocer y aplicar correctamente los cuidados orientados hacia la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las UPP, adoptando las evidencias científicas actuales con el fin último de disminuir su incidencia.

3 Caso clínico

Las UPP pueden ocasionar situaciones graves como reducción de la calidad de vida del paciente, pérdida de su autoestima e independencia, incluso son en ocasiones causas directas o indirectas del aumento de la morbi/mortalidad.

4 Discusión-Conclusión

En las personas con riesgo de padecer úlceras por presión lo más importante es su prevención, ya sea en personas encamadas con cambios posturales, utilización

de colchones antiescaras, protectores de tobillos, mantener las sábanas bien estiradas y una buena higiene y hidratación. En personas con movilidad reducida es importante el cambio postural de silla a sillón así como la higiene y la hidratación.

5 Bibliografía

Guía para la prevención, diagnóstico y tratamiento de las úlceras por presión del gobierno de España, mediante el plan de calidad para el sistema nacional de salud.

Capítulo 577

EL DETERIORO DE LA COMUNICACIÓN EN EL ENFERMO DE ALZHEIMER.

FRANCISCA DEL ROBLEDO VICENTE CASTELLANO

MARIA JESÚS GONZÁLEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

Nuestra sociedad está envejeciéndose rápidamente lo que significa que la incidencia de las demencias también se incremente. De entre los tipos de demencia que afectan a la población la más numerosa es el Alzheimer, que no sólo afecta a la persona que la padece sino a su familia, causando en ocasiones verdaderos problemas psicológicos.
Uno de los trastornos tanto para pacientes como familiares que conlleva la enfermedad de Alzheimer es la pérdida de la capacidad comunicativa del enfermo que es como debuta la enfermedad generalmente en el estadío mas temprano. Es el trastorno cognitivo inicial y mas frecuente junto con los problemas de amnesia.
El trastorno del lenguaje abarca un amplio espectro: desde no encontrar la palabra necesaria hasta una afasia severa,es decir, la incapacidad de comunicarse a través del habla, escritura o gestos.
Para una persona con esta enfermedad, la incapacidad de poder expresarse como siempre ha hecho es muy difícil de asimilar llevándole a un estado de frustación extrema.

2 Objetivos

- Explicar como se va produciendo el deterioro del lenguaje en sus diferentes formas: oral, escrito, no verbal.
- Ver qué cambios se producen en el proceso y cuales son las técnicas generales de comunicación.
- Valorar los trastornos motores y sensoriales.
- Establecer unas normas sencillas de comunicación que hagan mas fácil la comprensión.

3 Metodología

Para escribir este capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica sobre trabajos y publicaciones existentes realizados sobre el tema de la Comunicación y el enfermo de Alzheimer usando palabras clave como
Alzheimer, comunicación, lenguaje, trastorno cognitivo.

4 Resultados

-En las primeras fases del Alzheimer ya puede ser perceptible la aparición de problemas leves en el lenguaje oral, incluso antes de que sea apreciable cualquier otro detalle de la enfermedad. Estos problemas iniciales se manifiestan como la pérdida de la capacidad para acceder a las palabras, disminuyendo el número de éstas a las que el enfermo tiene acceso (fluencia verbal disminuida).
Los primeros problemas para encontrar las palabras (evocación nominal) se atribuyen en un primer momento a fallos de memoria y se manifiesta porque el lenguaje es pausado debido a la búsqueda de las palabras y porque es común el uso de perífrasis y la sustitución de unos términos por otros que pueden estar relacionados.
Según avanza el deterioro, la expresividad al hablar se vuelve menos espontánea, se hacen mas lentas las respuestas y las descripciones son mas cortas y vagas.
Ésta pérdida de la espontaneidad y la dificultad cada vez mayor para encontrar las palabras hace que el lenguaje se vuelva pobre y escaso, llegando a reducir la comunicación al uso de palabras muy concretas y a tratar los temas superficialmente.
Al hablar con estos pacientes es interesante cuidar aspactos como la entonación (para expresar admiración, interrogación, sorpresa…), elementos paralingüísti-

cos como la intensidad de la voz, ritmo en la conversación, etc. y segregaciones vocales como onomatopeyas (mmm, oh…) o forma de vocalizar.

- El lenguaje escrito sufre un deterioro similar al oral, aunque en la lectura y escritura es aún mas precoz y se manifiesta antes. La comprensión lectora desciende (afasia) e igual sucede con la capacidad para escribir (agrafía), aunque se conserva la capacidad de leer en voz alta independientemente de lo avanzada que esté la demencia. El descenso de la comprensión lectora es debida a que los mecanismos neurolingüísticos se ven afectados, sin embargo, en fases mas avanzadas del Alzheimer el trastorno tiene un componente mas visual y perceptivo.

La agrafía puede ser lingüística donde está afectado el sistema léxico-semántico o puede ser apráxica, es decir, un desorden selectivo en la formación de las letras, garabateo, letras mal enlazadas unas con otras… y sin embargo conservan la capacidad de escritura a ordenador.

- En cuanto a la comunicación no verbal podemos decir que es de suma importancia porque complementa a las anteriores con gestos y objetos. Si hacemos una pregunta sobre algo físico y a la vez éste está presente y puede ser señalado, la comunicación se hace mucho mas comprensible para el paciente. También los gestos, movimientos de cabeza, gesticular con manos…transmiten sentimientos, emociones e información que enriquecen la comunicación. Las personas con limitaciones sensoriales, vista… se ven desposeidas de una gran ayuda en la comunicación.

En cuanto a la comunicación no verbal, los mensajes no verbales tienen que ser claros, definidos y apoyados con gestos; evitaremos parecer agresivos acercándonos de frente y cuidando el lenguaje corporal en un primer contacto en el que debemos ser (y parecer) amistosos y afables, recurriremos al contacto físico suave como tocarle el hombro o la mano y seremos pacientes.

- Los cambios en el proceso de comunicación para un enfermo de Alzheimer son muy frustantes, ya que por mucho que se esfuerce no logra comunicarse de la manera adecuada, llegando al extremo de tener problemas para entender lo que él mismo dice o escribe. Estos cambios son: no encuentra las palabras y usa otras que no tienen sentido, tiene dificultad al escribir y luego no entiende lo que ha escrito, es incapaz de seguir el hilo de una conversación, carece de memoria inmediata, gestiona mal una conversación interrumpiendo o no contestando cuando debe y sufre cambios de ánimo con lo que puede reir para llorar a continuación o enfadarse.
- Otro factor sumamente importante que afectan negativamente en la capacidad de comunicación son los trastornos motores y sensoriales. Si sufren de visión o audición mermada o bien sus movimientos motores se vuelven lentos y reduci-

dos, la comunicación y las relaciones sociales se resienten y tienden a desaparecer. Sufren de baja autoestima y daño psicológico al verse sometidos a situaciones embarazosas por sus carencias sensoriales. Es fundamental que familia y cuidadores sean observadores y se percaten de estos trastornos visuales, auditivos…para ponerle remedio en la medida de lo posible.

- Existen unas sencillas normas que hacen mas fácil la comunicación evitando las barreras que van mas allá de las dificultades simples que bloquean la comunicación y la relación entre el enfermo de Alzheimer y su familia o su cuidador. Estas normas son: usar frases simples y cortas, repetir la información, establecer un tema y no salirse de él (no saltar aleatoriamente de un tema a otro), en frases largas y difíciles la mayor parte de la información tiene que estar contenida en el inicio y debe estar acompañadas de lenguaje no verbal, eliminar los pronombres de las frases y usar el nombre propio al que sustituye ya que aunque sea repetitivo para el paciente es mas sencillo y fácil de entender, hacer preguntas cerradas, es decir, con un número muy limitados de respuestas para que el paciente no tenga dificultad en decidirse por una de las alternativas, apoyar la comunicación verbal con objetos, imágenes, iconos así como con gestos y mantener contacto visual con el paciente para reclamar su atención.

5 Discusión-Conclusión

El deterioro en el lenguaje y la comunicación de los enfermos de Alzheimer es, probablemente, el factor mas frustrante y de peor manejo no solo para el enfermo sino tambien para su familia. Este síntoma es el que provoca mayor sobrecarga en el cuidador que debe buscar la manera de que exista algún tipo de conexión entre ambos.
La comunicación no verbal es fundamental en circunstancias como ésta, sirviendo de apoyo a la verbal, y será la manera mas acertada para establecer un contacto entre paciente y cuidador.
También destacar que los pacientes de Alzheimer conservan las emociones.
Si bien pueden olvidar hechos puntuales que le proporcionaron felicidad, éste sentimiento perdura en ellos aunque olviden su origen.
Por esto, es prioritario que en el trato con ellos les quede una sensación de bienestar y una buena comunicación (dentro de las limitaciones) es imprescindible para conseguirlo.

6 Bibliografía

- Bailint, M. :El médico, el paciente y la enfermedad. Ed. Libros básicos 1961, Buenos Aires.
- Borrel, F.: Manual de la entrevista clínica para la atención primaria de salud. Doyma 1989 y 1993, Barcelona
- J. Peña Casanova. EA Ed. Fundación La Caixa. 1999. 39-42
- J. Peña Casanova. Ed. Fundación La Caixa. Inervención cognitiva en la EA 1999, 40-49
- José M. Vendrell. EA y lenguaje. Hospital de Santa Cruz y Sant Pau de Barcelona. Escuela de patología del lenguaje.
- Knapp, M. L. : La comunicación no verbal. El cuerpo y el entorno. Paidos 1987. Barcelona.
- Peitchins, S.A.: La comunicación entre el personal sanitario y los pacientes. Alhambra 1982, Madrid.
- Scott, M. D. y Powers, W. G.: La comunicación interpersonal como necesidad. Nancea, 1985, Madrid.
- KnowAlzheimer.com

Capítulo 578

LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO PARA TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA.

ALBA INÉS RAMÍREZ GUILLÉN

1 Introducción

El LES, lupus eritematoso sistémico, es una enfermedad autoinmune de carácter sistémico cuyas manifestaciones clínicas, curso y pronóstico son muy heterogéneos y que obliga a involucrar a un elevadonúmero de especialistas en el proceso asistencial. Es una de las enfermedades autoinmunes más frecuentes, con una prevalencia en nuestro país estimada en 9 por cada 10.000 habitantes.

2 Objetivos

Dar a conocer al TCAE información interesante sobre el Lupus eritematoso sistémico.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El LES es una enfermedad autoinmune crónica, de carácter inflamatorio y afectación multisistémica. La enfermedad puede afectar a cualquier órgano o sistema, aunque los más frecuentemente implicados son las articulaciones, la piel y los riñones, presentando variaciones geográficas y étnicas. En esta enfermedad, el sistema inmunitario del cuerpo ataca por error el tejido sano. Este puede afectar la piel, las articulaciones, los riñones, el cerebro y otros órganos.
La causa del LES no se conoce claramente. Puede estar asociada a los siguientes factores:
- Genéticos
- Ambientales
- Hormonales
- Ciertos medicamentos

El LES es mucho más común en mujeres que en hombres. Puede presentarse a cualquier edad. Sin embargo, aparece con mayor frecuencia en personas entre los 15 y 44 años.

Otros síntomas comunes incluyen:

Dolor torácico al respirar profundamente.
Fatiga.
Pérdida del cabello.
Pérdida de peso.
Úlceras bucales.
Sensibilidad a la luz solar.
Erupción cutánea. Una erupción en forma de ”mariposa” se desarrolla en aproximadamente la mitad de las personas con LES. La erupción se observa principalmente en las mejillas y en el puente nasal. Puede extenderse. Empeora con la luz solar.

En la práctica clínica el diagnóstico se realiza mediante la combinación de síntomas, signos y alteraciones inmunológicas. No existen hallazgos patognomónicos, lo que asociado a la complejidad de la enfermedad, la heterogeneidad en su debut y el tiempo necesario para su pleno desarrollo, puede explicar la dificultad para identificar a las personas con LES en un estadio temprano.

5 Discusión-Conclusión

En relación a las alternativas terapéuticas a las que las personas con LES desearían tener mejor acceso, se enfatiza la necesidad de recibir recomendaciones claras y válidas sobre alimentación, ejercicios y otros estilos de vida saludables; así como recomendaciones claras y fiables (que no varíen entre los profesionales sanitarios) sobre el autocuidado del LES.

6 Bibliografía

- http://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/lupus-eritematoso-generalizado-caractersticas-generales-inmunopatogenia-y-antgenos-de-relevancia.pdf
- http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v69n1/a08v69n1
- http://scielo.iics.una.py/pdf/iics/v14n1/v14n1a14.pdf
https://medicina.uc.cl/publicacion/nuevos-criterios-de-clasificacion-para-el-lupus-eritematoso-sistemico/

Capítulo 579

SISTEMAS FLASH PARA LA DETERMINACIÓN DE GLUCEMIA

ALBA INÉS RAMÍREZ GUILLÉN

1 Introducción

En el paciente con Diabetes Mellitus es determinante en la prevención de las complicaciones asociadas a la enfermedad alcanzar un adecuado control metabólico a través de la hemoglobina glicosilada, que a su vez refleja la evolución niveles de glucemia.

2 Objetivos

Dar a conocer al Técnico Auxiliar de Enfermería (TCAE) los sistemas flash para la determinación de glucemias en diabéticos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Los sistemas de monitorización continua de la glucosa, son pequeños sensores capaces de medir la glucosa intersticial y transmitir esa información a un monitor externo. A finales de la década de los años 90 comenzaron a comercializarse y en los siguientes años han evolucionado aumentando su grado de complejidad, mejorando su funcionamiento y aportando una mayor cantidad de datos que los iniciales dispositivos.

Los equipos más evolucionados pueden conectarse a los sistemas de infusión subcutánea de insulina pudiendo modificar su dosis (incluso deteniendo la administración de insulina de la bomba) en función a los valores de glucosa detectados. Los sistemas de monitorización continua de la glucosa en tiempo real (MCG TR) constan de un sensor que se inserta en la piel de una forma sencilla (el propio paciente es capaz de implantárselo y se mantiene alojado en el tejido subcutáneo) y de un receptor (habitualmente integrado en el dispositivo del sensor) que descarga los datos detectados. La información puede mostrarse dependiendo de cada modelo, en un pequeño dispositivo con una pantalla digital o en dispositivos inteligentes como smartphones, relojes digitales o tabletas, precisando para estos casos aplicaciones informáticas específicas.

Algunos sistemas, más sofisticados, permiten compartir la información con diferentes dispositivos simultáneamente de manera que en tiempo real el paciente y el propio personal implicado en el seguimiento de la enfermedad (facultativos, educadores, padres) pueden estar informados en tiempo real de la situación glucémica.

5 Discusión-Conclusión

Alcanzar y mantener el grado de control metabólico recomendado por las guías en los pacientes con Diabetes Mellitus (DM), es necesario en el objetivo de la prevención de complicaciones asociadas a la enfermedad, sin embargo en numerosas ocasiones resulta difícil de conseguir y un importante número de pacientes no obtiene esas metas. Por este motivo, la intensificación terapéutica parece un camino necesario en la búsqueda del adecuado control metabólico pero también puede conducir a un aumento en la frecuencia de hipoglucemias.

6 Bibliografía

- https://www.clinvetpeqanim.com/img/pdf/1593210821.pdf

- https://www.freestylelibre.es/libre/

- https://www.solucionesparaladiabetes.com/wp-content/uploads/2018/09/Consenso-uso-mcg-SED.pdf

- http://www.areasaludbadajoz.com/images/stories/MONITORIZACIO__N_CONTINUA_DE_GLUCOSA__1_.pdf

Capítulo 580

EL TCAE EN LA UNIDAD DE PSIQUIATRÍA

ALBA INÉS RAMÍREZ GUILLÉN

1 Introducción

Las enfermedades mentales constituyen una de las alteraciones más destacables del ser humano. Las funciones normales se ven interrumpidas, las capacidades de la persona afectada se ven mermadas y su vida en general sufre una parada que puede tener graves consecuencias si no se trata el trastorno a tiempo. En el proceso de curación, el psiquiatra es una figura fundamental y el auxiliar de psiquiatría constituye una ayuda inestimable, algunas veces poco considerada.

2 Objetivos

Dar a conocer al Técnico Auxiliar de Enfermería (TCAE) información interesante a cerca de su presencia en las unidades de psiquiatría.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El auxiliar psiquiatría tiene como función proporcionar el mayor bienestar posible al enfermo, servirle de ayuda en los casos en que alguna de sus capacidades esté afectada y no pueda desempeñar ciertas funciones.
Aquellos pacientes que no puedan realizar estas funciones por si solos cuentan con la inestimable ayuda del auxiliar de psiquiatría. Así, ayudarán a hacer funcionar grifos, armarios, etc., en caso de que su capacidad para realizar esta tarea esté mermada, para emplear material de higiene, etc., siempre con cuidado de no dañar su dignidad ni intimidad.

Ayudar a los enfermos para que utilicen la ropa que dicte la norma del Centro o Unidad es otra de las funciones del auxiliar de psiquiatría. En casos de depresión, la apatía es una situación normal, por lo que estimular al paciente para que tenga una buena presencia y un arreglo personal adecuado es fundamental en este sentido.

Cubrir las necesidades de alimentación en caso de pacientes dependientes. Ayudarles a ingerir alimentos, proporcionarles lo que necesiten en todo momento, etc., es vital para su bienestar.

5 Discusión-Conclusión

La labor del auxiliar de psiquiatría es crucial en el día a día de los pacientes. Se trata de que sus funciones hagan de bisagra entre todos los tratamientos y cuidados psiquiátricos proporcionados por el centro o psiquiatra asignado y los pacientes convirtiendose así en una cara amiga y accesible para el paciente.

6 Bibliografía

- https://orionformacion.com/formacion/sanidad/1122/TCAE/curso-8139

- https://www.astursalud.es/documents/31867/234596/ContencionPacientes.pdf/aff3e9b1-a517-f17f-f0aa-dbde01e6ddb1

- https://www.mscbs.gob.es/ca/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/Atencion_a_la_Salud_Mental_y_Dispositivos-2010.pdf
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942014000300006

Capítulo 581

TERAPIAS NO FARMACOLÓGICAS EN LAS DEMENCIAS

ROSA MARIA GALLARDO EXPOSITO

RICARDO ELORRIAGA CLARACO

ALEJANDRO ARCE RODRIGUEZ

JULIETA ALONSO SOTO

ZAIDA GARCÍA BURON

1 Introducción

Las diferentes terapias no farmacológicas ayudan en la atención de cada paciente y su grado de afectación por la demencia. Se trata de retrasar o mantener el estado cognitivo del paciente con demencia.

2 Objetivos

- Activar las capacidades cognitivas.
- Enlentecer el deterioro.
- Prevenir el declive físico.
- Aumentar el rendimiento psicomotor.
- Ejercitar agudeza sensorial.
- No generar estrés al paciente.

3 Metodología

Revisión bibliográfica, búsqueda de información online. Investigación sistemática en artículos y libros científicos. Lecturas de varios artículos en prensa digital y escrita durante dos años. Asistencia a cursos .Búsqueda sistemática en diversas bases de datos como Pubmed, Scielo y Medline.

4 Resultados

Las terapias no farmacológicas más utilizadas son:

- Terapia de Orientación a la Realidad (TOR): se trata de repasar en tiempo real la parte del día, el día de la semana , el mes del año, la estación del año, así como la ciudad en la que se encuentra, provincia y todos los datos pertenecientes a su entorno como fechas, domicilio o nombres de familiares cercanos. Con ello se conseguirá seguridad y autoestima.
- Terapia de reminiscencia (TR): se activa la memoria remota con recuerdos del pasado, influye positivamente porque tiene el control decidiendo qué contar. Podremos utilizar fotos, vídeos o periódicos.
- Terapia cognitiva específica: se trata de entrenar la conversación, descripción, repetición, reconocimiento y denominación. Todo esto ayudará a mantener un lenguaje cotidiano con su función léxica y semántica. La lectura y escritura ayuda a la fluidez. El cálculo y la gestión del dinero ayudan al reconocimiento numérico y razonamiento.
- Musicoterapia: la utilización de la música para la mejora o mantener el estado físico, psíquico y emocional de la persona. Conseguir crear un ambiente adaptado al estado de ánimo. Los usuarios cantan o tocan algún instrumento, esto propicia un estado de bienestar, afecto positivo y calma en la mayoría de los casos.
- Psicomotricidad: busca favorecer el control del propio cuerpo, ayuda a la comunicación con uno mismo y con los demás. Potencia la capacidad motriz, cognitiva, y social. Gestos como cortar, pintar o montar y encajar piezas, aumenta la destreza manual y concentración. Los ejercicios deben ser adecuados para cada usuario según su movilidad, nunca provocar angustia o cansancio.
- Con animales: los caballos como animales de granja y el perro son los más utilizados. Se demuestra que corrige el comportamiento social y la conducta agresiva.
- La psicoestimulación con nuevas tecnologías: se trata de introducir elementos como Tablet, móvil u ordenador para cada nivel de enfermedad. Ayuda a no romper el vínculo con la vida contemporánea y hacer que se sientan partícipes de ella.

- Danzaterapia: permite la integración de cuerpo y mente, ayuda a mejorar el comportamiento social, a la vez que facilita la rehabilitación, entretiene y estimula.
- Estimulación multisensorial: se mezclan estímulos visuales, auditivos, táctiles y olfatorios. Por medio del agua, luces, aromas o sonidos se transmite al paciente relajación, autoconfianza, diversión y mejora la creatividad y la atención.
- Actividades de la vida diaria (AVD): para mantener las capacidades enfocadas al autocuidado personal. También debemos proponer esta terapia que desempeña tareas de la vida diaria, serán tareas concretas según capacidad del usuario. Estas actividades serán: desde lavar los dientes, peinarse, hacer la cama, hasta ir a la compra o peluquería.

5 Discusión-Conclusión

La base de las terapias no farmacológicas está en la persona: aspectos físicos y sensoriales en la adaptación de su propio entorno. Estas terapias tienen la ventaja que podrán ser aplicadas igualmente en los centros especiales para su enfermedad o en sus propios domicilios con la colaboración de sus cuidadores.

6 Bibliografía

- Artículos en web como nosoloarrugas.com , muysaludable, Geriatricarea , albertia y cvirtual.
- Cursos imserso y profarmacos.

Capítulo 582

CONTROL DEL DOLOR CRÓNICO EN EL ANCIANO.

MARIA MERCEDES GAVADIAN SERANTES

MARIA MENDEZ ALONSO

1 Introducción

Definir el dolor es un proceso complejo, sólo quien lo sufre sabe lo que siente y no existe medio humano ni científico por el que se pueda transmitir a otros todos los detalles y sensaciones que acompañan a la experiencia del dolor. La Internacional Association for the Study of Pain, (IASP) elaboró la definición que más ampliamente se ha adoptado para definir el dolor: "Experiencia sensorial o emocional desagradable asociada a un daño tisular real o potencial", podemos complementar esta definición con otras más recientes: Chapman y Gravin definen sufrimiento como: "Un estado afectivo, cognitivo y negativo complejo".

Para Ramón Bayés: "El dolor es un factor por el cual el hombre puede sufrir".
Para Marta Allué: "El sufrimiento es el tatuaje mental del dolor".

Según la Declaración de Ginebra de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el alivio del dolor es un Derecho Humano Universal. Además, insiste en la adecuada formación de los profesionales de la salud y la disponibilidad de fármacos para el alivio del mismo

Hablamos de dolor crónico cuando se prolonga más allá del tiempo de curación normal, habitualmente esto significa períodos continuos de dolor que superan

los tres a seis meses de duración. Suele no responder a los tratamientos y acompañarse de trastornos psicológicos. Es una de las causas más frecuentes de consulta, particularmente entre los pacientes ancianos mayores de 65 años. El dolor se asocia a una discapacidad notable derivada de la movilidad reducida, la evitación de la actividad, caídas, depresión y ansiedad, deterioro del sueño y aislamiento. Sus efectos negativos se extienden más allá del paciente, ya que afecta tanto a su familia como a su vida social. El dolor crónico en la edad avanzada es un problema que afecta a cerca del 60% de la población mayor.
Otra alternativa es remitir al paciente a un especialista en dolor en casos de problemas psiquiátricos, dolor muy severo y debilitante o dolor que no responda a tratamientos habituales.

2 Objetivos

En este trabajo se va a explicar los diferentes cuidados que el personal de enfermería, concretamente los auxiliares de enfermería, deben de aplicar sobre los pacientes ancianos que padecen dolor.

3 Metodología

Revisión bibliográfica mediante la recopilación de trabajos obtenidos a través de la consulta, vía Internet, en las siguientes Bases de Datos: Medline, PubMed, Dialnet, Cochrane, Google Académico.
Palabras Clave: paciente terminal, dolor, Dolor Total, sufrimiento, control del dolor, tratamiento, barreras, derecho a la salud, intervenciones de enfermería. Se seleccionaron más de 30 documentos publicados en los últimos 20 años.

4 Resultados

El plan de cuidados debe estar dirigido a proporcionar bienestar y calidad de vida e intentar reducir los factores que disminuyen el umbral doloroso:
- Ansiedad es un factor muy importante a tener en cuenta ya que la ansiedad provocada por la incertidumbre, el miedo a lo desconocido, puede provocar un manejo del dolor menos efectivo y puede ser aliviada proporcionando información. El paciente, familiar o cuidador debe ser informado de todo su proceso de manera objetiva, las situaciones a las que se va a enfrentar durante el ingreso y en su domicilio las posibles alternativas.

El manejo del dolor debe tener un enfoque multidisciplinar:

Enfermera: Valora y maneja el dolor, administrando el tratamiento prescrito y siguiendo las pautas del manejo no farmacológico del dolor establecidas en la Unidad.

Médico: Valora y maneja el dolor, estableciendo la pauta analgésica en función del tipo de dolor, intensidad y plan de cuidados.

Auxiliar de enfermería y celador: Colaborarán en el manejo no farmacológico del dolor, así como la movilización del paciente evitando posturas que puedan resultar dolorosas.

Una herramienta muy valiosa es la utilización de manera sistemática de escalas de valoración del dolor validadas, como:
- Escala verbal numérica: El paciente nos dirá el valor del dolor de 0 a 10. No dolor= 0, dolor leve=1 a 2, dolor moderado= 3 a 5 y dolor intenso o insoportable= 6 a 10.

-Escala visual analógica (EVA): Un extremo representa la ausencia del dolor y el otro el máximo dolor. Ambos están unidos por una línea horizontal de 10 cm. El paciente localiza en un punto de la línea horizontal el dolor que tiene. Según el centímetro señalado, el dolor tiene un valor numérico:
No dolor= 0, dolor leve=1 a 2, dolor moderado= 3 a 5 y dolor intenso= 6 a 10

-Escala facial del dolor de Wong-Baker: permite valorar el dolor a los pacientes que no pueden comunicarse (sedación, somnolencia, discapacidad psíquica, deterioro cognitivo…). Se recomienda utilizar esta escala junto a una conductual o con parámetros fisiológicos para mejorar la evaluación. Cada cara está asociada a un valor numérico:
No dolor= 0, dolor leve=1 a 2, dolor moderado= 3 a 5 y dolor intenso= 6 a 10

En pacientes que no puedan expresarse verbalmente, se tendrá en cuenta la información facilitada por la familia
Utilizar el entorno en la terapia proporcionando una atmósfera adecuada, prestando atención a los detalles como luz, temperatura, olores, música, colores, fotografías, postres, plantas. Estas pequeñas cosas pueden hacer que el paciente enfoque su atención en sensaciones más agradables, obteniendo así un efecto positivo sobre la percepción dolorosa que experimenta.

Animarle a combatir el aburrimiento, utilizando los métodos de distracción que el paciente prefiera y que se puedan adaptar a sus posibilidades como ver la televisión, leer, pintar, escuchar música, pasear, etc. Aunque estos métodos nunca serán por sí solos una alternativa a la medicación.

Es labor importante del auxiliar de enfermería la comunicación activa con enfermería sobre el dolor que refiera el paciente durante la movilización, cambio postural o aseo, así como registrar los efectos secundarios del tratamiento farmacológico (diuresis, enemas, náuseas/vómitos, ingestas, deposiciones…). También ayudar con las medidas analgésicas no farmacológicas que paute el facultativo y/o enfermera.

Tipos de analgesia para reducir el dolor:
- Analgésicos no opioides: En este apartado se encuentra el paracetamol y AINEs (antiinflamatorios no esteroideos) Se utilizan para el dolor leve y moderado.

- Analgésicos opioides débiles: Aquí podemos encontrar codeína, dihidrocodeína, tramadol, buprenorfina, etc. Indicados en dolor moderado que no cede a los AINEs.

- Analgésicos opioides fuertes: como la morfina, fentanilo, oxicodona, metadona, etc. Indicados en dolor moderado a intenso que no cede a los AINEs o/y opioides débiles.

- Coadyuvantes o Coanalgésicos: como antiepilépticos, antidepresivos, ansiolíticos,etc. Son fármacos que se utilizan de manera complementaria para ayudar a los fármacos analgésicos en su acción.

Es nuestra labor adpotar medidas complementarias para tratar el dolor si se estima oportuno:

- Estimulación cutánea: el calor, el frío, el masaje, y la estimulación nerviosa eléctrica transcutánea son técnicas que dan buenos resultados en el dolor músculoesquelético debido a osteoporosis, artrosis, poli-artritis, mialgias secundarias a debilidad extrema o a la propia inmovilidad. La aplicación de frío produce vasoconstricción periférica, y con ello la activación metabólica de órganos internos con los escalofríos. En la zona donde se aplica el frío contribuye a bajar la inflamación, optimiza y potencia el efecto analgésico. El frío puede ser húmedo (compresas mojadas) o seco (bolsa de hielo). Debemos explicar el procedimiento

y contraindicaciones al paciente, observar la piel y el estado general del paciente antes y después de la aplicación. En las aplicaciones secas nunca se pone directamente sobre la piel (envolver en una toalla o sábana).

La aplicación de calor produce vasodilatación, incrementa el metabolismo celular y el flujo sanguíneo generando sedación sensitiva y relajación muscular, y como consecuencia una disminución del dolor. El calor puede ser húmedo (compresas, baño de agua, parafina) o seco (manta eléctrica, saco térmico de semillas, bolsas de agua. Debemos explicar el procedimiento al paciente, observar la piel y el estado general del paciente antes y después de la aplicación.

- Los cambios posturales son necesarios para conseguir posturas antiálgicas que mejoran el dolor. Los movimientos pueden modificar la intensidad del dolor bajándola o aumentándola en aquellos pacientes que tienden a la inmovilidad. Si los cambios posturales o movilización del paciente causan dolor, valorar con el médico responsable la utilización de analgésicos antes de este procedimiento

- Medidas ambientales: Es muy importante la temperatura de la habitación, luz ambiental tenue, evitar ruidos, ropa de cama sin arrugas, seca y limpia.
- Técnicas cognitivas-conductuales: relajación (pueden ayudar a conciliar el sueño, a reducir la ansiedad y a tener más energía), refuerzo positivo, musicoterapia (los sonidos musicales producen una relajación física y emocional que ayuda a reducir la ansiedad, el dolor y el miedo), imaginación dirigida, retroalimentación biológica, etc.

Establecer una comunicación adecuada con el paciente:

Debemos demostrar un interés sincero por él y su dolor, escucharle activamente, adoptando una actitud empática, siendo consciente de que los pacientes responden a la conducta verbal y no verbal. Mantener siempre una actitud tranquila, sosegada, serena ofreciéndole una relación afectuosa, preocupada y comprensiva.

Con la familia podemos promover los potenciales de apoyo de la familia implicándoles el cuidado, reconociendo su labor y favoreciendo el acercamiento que, a veces, la hospitalización interrumpe.

Dar información: Proporcionar información al paciente y a su familia o cuidador sobre el dolor y las medidas utilizadas para tratarlo (farmacológicos y no farmacológicos), prestando especial atención a la corrección de falsos mitos, y estrategias para la prevención y el tratamiento de los efectos secundarios. Una familia

que conoce lo que está sucediendo y las medidas que se están adoptando es más eficaz en el apoyo al enfermo. Avisarles que identifiquen cualquier factor ajeno a la enfermedad que pueda contribuir al aumento del dolor y ante signos de depresión, ansiedad, irritabilidad, etc.

Para favorecer una actuación adecuada toda la información que se da al paciente debe estar en concordancia con la que den los demás compañeros, estableciendo objetivos y planes de cuidados consensuados entre todos los miembros del equipo. Además el poder contar con un grupo interdisciplinario y el trabajar en equipo resolverán más eficazmente los problemas y dificultades que surjan.

El auxiliar de enfermería debe reforzar comportamientos adaptativos, esto ayuda a aliviar el estrés, el dolor y a mejorar el bienestar del paciente.

5 Discusión-Conclusión

En este trabajo hemos estudiado algunos de los cuidados que el personal de enfermería puede dedicar a los pacientes que sufren dolor crónico. El auxiliar de enfermería puede hacer mucho en el control del dolor, quizás no siempre se pueda aliviar, pero es importante estar ahí, escuchando al paciente, apoyándolo para que pueda vivir dignamente mientras dure el proceso de hospitalización y reforzar comportamientos adaptativos que ayudará a aliviar el estrés, el dolor y a mejorar el bienestar del paciente.

6 Bibliografía

- Dubois MY. La medicina del dolor es ya una realidad. Rev Soc Esp del Dolor. 2001; 8(1):17-8
- Kopf A, Patel NB (Ed). Guía para el manejo del Dolor en condiciones de bajos recursos. [citado 18 octubre 2017]. Disponible en castellano en: https://www.iasppain.org/files/Content/ContentFolders/Publications2/FreeBooks/GuidetoPainManagement_
Spani
- Vera García MC. La decadencia de la escalera analgésica frente a la efectividad del ascensor analgésico.
- Manejo de opioides en el dolor osteoarticular. Reunión de expertos. Cátedra Extraordinaria del Dolor "Fundación Grünenthal". Universidad de Salamanca, 2003. [citado 18 octubre 2017]

- Ruiz García MV, Gómez Tomás A, Córcoles Jiménez MP, Herreros Sáez L, Segovia Gil MI, López Simón J et al. Valoración y manejo del dolor en pacientes hospitalizados. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, 2013.[citado 18 octubre 2017]

Capítulo 583

LA DISFAGIA

ESTHER ALVAREZ VEGA

CARMEN ÁLVAREZ VEGA

1 Introducción

La disfagia es la dificultad para ingerir los alimentos durante la deglución. La disfagia puede ser dolorosa, llegando a ser imposible tragar.

La disfagia puede ocurrir a cualquier edad siendo mas frecuente en adultos mayores.

Hay dos tipos de disfagia:

- Disfagia orofaringea: provoca dificultad para tragar l comida desde la boca a la garganta y al esófago. Puede producir tos, arcadas, ahogamiento, que los alimentos pasen por la tráqueo o nariz.

-Disfagia esofágica: produce la sensación de que la comida se queda pegada o atascada en la garganta o en el pecho. Puede producir vómitos.

2 Objetivos

Dar a conocer que es la disfagia y sus consecuencias. Así como, dar a conocer como prevenir y evitar el riesgo de parecer dicha enfermedad.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La disfagia puede ser provocada por muchos motivos, por lo que el tratamiento variara según las causas que lo provocan.

Se utilizarán antibióticos en disfagia por infección; medicamentos para minimizar la acidez y reflujo; se aplicará la dilatación manual mediante un endoscopio en acalasia y estenosis esofágica; así como los canceres y tumores se tratarán con cirugía; cuando la enfermedad es muy severa se introducirá una sonda al estómago.

Los alimentos y líquidos se pueden modificar su textura con espesantes y agua gelificada con el fin de facilitar la ingesta.

5 Discusión-Conclusión

La disfagia es una enfermedad que no se puede prevenir pero sí se puede prevenir el riesgo de padecerla comiendo despacio y masticando bien, así como prevenir el reflujo gástrico puede disminuir la posibilidad de parecer disfagia en un futuro.

El objetivo principal es diagnosticar la enfermedad a tiempo y evitar que la disfagia empeore procurando mantener siempre una buena calidad de vida del paciente.

6 Bibliografía

- Institutool-com.com/disfagia

- Mayoclinic.org/es-es

- Wikipedia.org/wiki/disfagia

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/

- https://www.scielo.org/es/

- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 584

LA IMPORTANCIA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN EL SISTEMA DE SALUD

YUREMA PEREZ GUTIERREZ

1 Introducción

La Atención Primaria debe ser considerada como un factor determinante en el sistema sanitario en la actualidad dado el papel fundamental que posee sobre los indicadores del nivel de salud de la comunidad sobre todo por su gran importancia en cuanto a la curación y prevención de la enfermedad y promoción de la salud.

Es importante reseñar que el buen funcionamiento de la atención primaria de la salud viene determinado por el trabajo de un equipo multidisciplinar dentro de los propios centros de salud (auxiliares, enfermeros, celadores, médicos…), que además de trabajar de una forma complementaria entre ellos, deberán llevar a cabo sus tareas y funciones de prevención, curación y promoción de la salud, de forma paralela y complementaria, junto con otros profesionales, los de atención especializada y hospitalaria.

Los centros de salud se caracterizan por:

• El trabajo en equipo.

• Prestación de servicios al individuo, la familia y la comunidad.

• Prestación de servicios mediante programas de promoción, prevención, curación y rehabilitación

2 Objetivos

- Evaluar la eficiencia de la atención primaria en nuestro sistema de salud.

- Evaluar la satisfacción de las necesidades de salud de la población, abordando los principales problemas de la comunidad.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Se ha llevada a cabo la búsqueda de información en el libro de Cuidados del Auxiliar de enfermería en los centros de Salud.

4 Resultados

Las actividades de atención a la comunidad son una característica muy importante a destacar de la atención primaria pues se parte de la base de que muchos de los problemas que tienen lugar en el individuo tienen su origen en la comunidad de la que deriva por lo que se emplean programas de salud, que son actividades programadas y planificadas para actuar sobre grupos de población concretos (niños, ancianos, etc), para prevenir problemas o promocionar la salud (planes de higiene buco-dental, actuaciones de prevención del tabaquismo, etc).

En septiembre de 1978, en la conferencia de Alma-Ata, se estableció oficialmente que la Atención Primaria de Salud es la clave para poder satisfacer las necesidades esenciales de salud en la mayoría de la población.

El Gobierno Español adoptó dicha declaración en 1985, comprometiéndose a fomentar su desarrollo. La Ley General de Sanidad de 25 de Abril de 1986, establece las bases y los criterios de funcionamiento del sector sanitario, dando una gran prioridad a la Atención Primaria de Salud (APS). Existen multitud de definiciones acerca de la Atención Primaria de la Salud.

Por tanto, la APS, basada en el principio de Alma-Ata, comprende el conjunto de los medios materiales y humanos del sistema de salud puestos a disposición de la población para atender al individuo, la familia y la comunidad en sus problemas de salud relativos a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, tratamiento, curación y rehabilitación.

La satisfacción de los usuarios en la atención primaria recibida es el resultado de múltiples factores: los profesionales y los propios pacientes, los cuidados clínicos personales, la accesibilidad, continuidad y una relación medico-paciente óptima determinan una gran parte de la satisfacción final.

5 Discusión-Conclusión

Una salud optima es la base fundamental para el desarrollo de una buena sociedad. Esto es debido al gran sistema de prevención que se desarrolla desde la atención primaria, siendo una labor fundamental para ello la educación para la salud de los usuarios.

6 Bibliografía

- Libro de Cuidados del Auxiliar de enfermería en los centros de Salud. Coordinador: Francisco Cordón Llera. Formación Continuada Logoss, S.L. Primera Edición. Depósito Legal: J-62-2012. ISBN: 978-84-92551-98-9

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/

- https://www.scielo.org/es/

- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 585

LA LABORAL QUE DESEMPEÑAN LOS PROFESIONALES DE LA SALUD DENTAL

YUREMA PEREZ GUTIERREZ

1 Introducción

La odontología (odont-(o), que en español significa diente, -logia que se refiere al estudio) es la ciencia que estudia los dientes, la cavidad bucal y las estructuras relacionadas, incluyendo el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y el restablecimiento del tejido defectuoso o ausente. La estomatología (estoma- proveniente del griego que quiere decir boca), es la rama de la medicina que estudia la boca y sus enfermedades.

En la práctica dental, ambos profesionales realizan los mismos cometidos, aunque el odontólogo, a diferencia del estomatólogo, no posee el título de Licenciado en Medicina y Cirugía.

2 Objetivos

- Promocionar los hábitos saludables de dieta e higiene saludables para la comunidad.
- Evaluar la prevención y promoción de la salud para prevenir enfermedades bucales.

3 Metodología

Se ha llevada a cabo la búsqueda de información en el libro de Odontoestomatología para auxiliares de enfermería. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, Google Académico seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Hoy en día, en el campo de la Odontología se trabaja en equipo. Esto proporciona ventajas importantes al odontólogo, ya que al delegar ciertas labores en otros profesionales se puede dedicar a realizar los trabajos más complejos.

Los profesionales que forman parte del equipo de salud dental pueden ser:
- Cirujano maxilofacial: se ocupa de aquellos procesos patológicos que afectan a la cara y el cuello (tumores benignos y malignos de la cara y cuello, fracturas y heridas de la cara, malformaciones congénitas como el labio leporino, fisura palatina o niños con alteración en la forma del cráneo, etc..).
- Odontólogo-estomatólogo: es un profesional capacitado para llevar a cabo un conjunto de actividades de prevención, atención, diagnóstico y tratamiento de las patologías y alteraciones bucodentales.
- Higienista dental: es un auxiliar que asiste al odontólogo en funciones como la recogida de datos, la realización de exámenes de salud, el consejo de medidas higiénicas y preventivas, individuales o colectiva; y en colaboración con el odontólogo pueden realizar técnicas de exploración odontológicas, técnicas de higiene bucodental, realizar la desinfección y esterilización del instrumental, y conocer sobre el revelado o interpretación de radiografías.
- Protésico dental: cuya labor es diseñar, fabricar, reparar y adaptar las dentaduras postizas y otros aparatos que sustituyen la falta de uno o varios dientes, así como la realización de los aparatos de ortodoncia para corregir las desviaciones de la dentadura.
- Auxiliar dental: tiene un papel muy importante en toda clínica dental, y sus funciones básicas son preparar la sala de trabajo, así como el material e instrumental necesario, procurar el bienestar del paciente y la limpieza, desinfección y esterilización del material.
- Recepcionista: normalmente solo existe en grandes consultas, cuando existe, es él quien transmite la primera impresión sobre el equipo de salud dental.

La salud oral es clave para una buena salud general. No en vano, numerosos estudios han constatado que las personas con una mala salud bucodental presentan un mayor riesgo de enfermedades muy graves y potencialmente mortales. O lo que es lo mismo, una mayor probabilidad de fallecer de forma prematura. La relación entre la falta de cuidado de los dientes y encías y un riesgo tan abrumador de mortalidad precoz se desarrolla varios estudios, concluyendo que las bacterias que derivadas de una infección oral, alcanzan el torrente circulatorio pueden viajar hasta el corazón y provocar un infarto de miocardio. A su vez, también pueden llegar hasta las capas internas del tejido coronario y de las válvulas cardíacas y crear bolsas bacteriana causantes de infecciones e inflamación en el corazón. Todo ello sin olvidar que, entre otras muchas consecuencias negativas para la salud, una mala higiene oral también puede incrementar las colonias de bacterias en los pulmones.

5 Discusión-Conclusión

Una buena educación sobre la salud oral te lleva a prevenir las enfermedades bucales, así como una visita al dentista periódicamente. No es suficiente tener un buen cepillado de dientes y una crema dental si no usas una técnica de cepillado correcto.

Una correcta higiene oral puede prevenir en gran medida todas estas complicaciones, el cepillado de los dientes dos o más veces al día puede reducir significativamente el riesgo de mortalidad por cáncer, enfermedades cardiovasculares, diabetes y enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

6 Bibliografía

- Libro de Odontoestomatología para Auxiliares de Enfermería. Coordinadores: Francisco Cordón Llera y Mª Carmen Esquinas Muñoz. Formación Continuada Logoss, S.L. Tercera Edición. Depósito Legal: J-338-2006. ISBN: 978-84-95869-56-2
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 586

PATOLOGÍA DEL ANCIANO: ARTROSIS.

ALEJANDRA GONZÁLEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

La artrosis u osteoartritis, es la forma más frecuente de enfermedad articular.
Es una afección no inflamatoria, caracterizada por degeneración del cartílago articular, hipertrofia ósea y formación de espolones, causando deterioro de la función articular.

2 Objetivos

A partir de los 65 año, la artrosis es universal, siendo la principal causa de incapacidad.
Por ello nuestro principal objetivo es conocer la enfermedad y así poder poner medidas que mejoren el día a día de los enfermos.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo hemos consultado diferentes revisiones bibliográficas sobre literatura científica referida a este tema y se han consultado diferentes artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo , seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Podemos diferenciar dos tipos principales de artrosis:

-Primaria:
1. No se conocen los factores que la producen.
2. Desgaste anormal del cartílago.
3. Aparece en la vejez.

-Secundaria:
1. A consecuencia de un proceso subyacente.
2. No está relacionado con la vejez.
3. Se caracteriza por la rotura del cartílago.

Los signos y síntomas principales de la astrosis son, el dolor articular, rigidez matutina, deformaciones, crujidos articulares, debilidad muscular, contracturas e inflamación.
El diagnóstico se establece en base a manifestaciones clínicas y a los hallazgos radiológicos, complementándose con estudios de laboratorio (líquido sinovial) y pruebas reumáticas).
El tratamiento principal se compone de:
- Dispositivos de apoyo.
- Medidas dietéticas.
- Fisioterapia.
- Ejercicio diario.
- Aplicación de frío-calor.
- Utensilios ortopédicos para AVD.
- Tratamientos farmacológicos con analgésicos, antiácidos, relajantes musculares, corticoides y AINES.

También puede recurrirse a tratamientos quirúrgicos, que reducen el dolor y aumentan estabilidad.

5 Discusión-Conclusión

La artrosis es la enfermedad más frecuente articular, que afecta en España al 10 % de la población general. La enfermedad puede afectar mayormente a manos, rodillas, caderas y columna vertebral, incapacitando por ello a la persona que la padece. Por ello debemos conocer los síntomas y signos cuanto antes, para

comenzar lo más rápido posible con el tratamiento, retrasando y disminuyendo así la incapacidad.

6 Bibliografía

- Manual Meck de Geriatría Harcourt-Brace.
- Artrosis: Fisiopatología, Diagnóstico y Tratamiento. Editorial Panamericana.

Capítulo 587

DIETA ADECUADA PARA LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

ALEJANDRA GONZÁLEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

La hipertensión arterial es la presión sanguínea elevada, que varía dependiendo de la persona por múltiples factores como edad, sexo, estatura, peso, hábitos, etc. Considerando la tensión normal, la que se encuentra próxima a 140/80 mmHg.

2 Objetivos

Tener un mayor conocimiento sobre la dieta que debe llevar una persona hipertensa, ayudando así a bajar de peso y disminuir la probabilidad de sufrir una cardiopatía y un accidente cerebrovascular.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo hemos consultado diferentes revisiones bibliográficas sobre literatura científica referida a este tema y se han consultado diferentes artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo , seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La elevación de la presión arterial ocasiona que el revestimiento de las arterias, que es liso normalmente se vuelva áspero y facilita que grasas y colesterol se peguen en las paredes de las arterias.
Por eso debemos mantener un peso adecuado, haciendo ejercicio de forma habitual y manteniendo una dieta sana, principalmente en lo que se refiere al sodio, ya que hace que la presión sanguínea se eleve provocando: hipertensión, afecciones cardíacas y retención de líquidos.
El sodio es un mineral necesario en pequeñas cantidades, los requerimientos diarios en adultos son de unos 500mg y en niños de 225 a 500mg.
Una dieta saludable baja en sodio, trata de reducir el consumo de sal entre 1/2 a 1 cucharadita al día y restringir alimentos ricos en este mineral, como son:
- Productos para cocinar ricos en sodio y enlatados.
- Sazonadores.
- Aditivos y conservantes.
- Tener en cuenta el consumo de medicamentos como: antiácidos, laxantes, pastillas para dormir y aspirinas.
- Comida rápida.

5 Discusión-Conclusión

El ritmo de vida actual y los nuevos hábitos alimenticios han llevado al aumento de personas que sufren hipertensión arterial. Una dieta baja en sodio, dejar de fumar y realizar ejercicio de forma habitual, son las primeras formas de defensa que tenemos para evitar sufrir ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares.

6 Bibliografía

- Guías, Circuitos y Educación del Paciente: Área del Corazón, Hospital Juan Canalejo de A Coruña.
- Hipertensión arterial: Diagnóstico, Tratamiento y Control. Joaquín Sellén Crombet.

Capítulo 588

LA MAMOGRAFÍA.

MONTSERRAT FERNANDEZ VIEJO

ANA MARIA FERNANDEZ PEREZ

1 Introducción

El cáncer de mama es una enfermedad en la cual las células de la mama se multiplican sin control. Existen distintos tipos de cáncer de mama. El tipo de cáncer de mama depende de qué células de la mama se vuelven cancerosas. Puede comenzar en distintas partes de la mama, La mayoría de los cánceres de mama comienzan en los conductos o en los lobulillos y puede diseminarse fuera de la mama a través de los vasos sanguíneos y los vasos linfáticos. Este tipo de cáncer es el más frecuente en las mujeres, aumentando su incidencia a partir de los 50 años.

La mamografía es la técnica más eficaz para detectar precozmente el cáncer de mama, se estima que es capaz de detectar el 90 % de los tumores. La detección precoz del cáncer de mama reduce el riesgo de morir por la enfermedad en un 25 % o 30 % o más. Las mujeres deberían comenzar a hacerse mamografías a partir de los 40 años de edad, o antes si consideran que están en alto riesgo.
Dicha prueba consiste en realizar una radiografía de las mamas, la cual es capaz de detectar lesiones en estadios muy incipientes de la enfermedad, hasta dos años antes de que sean palpables. Para realizarte una mamografía, el paciente se colocará de pie frente a una máquina especial de rayos X, donde el radiólogo debe comprimir la mama entre dos placas transparentes. Estas placas están conectadas a una cámara especializada, la cual toma dos fotografías de la mama desde dos ángulos diferentes. Luego, el técnico repite el procedimiento en la otra mama. Es

necesario comprimir la mama porque al aplastarla se reduce su grosor. El haz de rayos X debe penetrar la menor cantidad posible de capas de tejido superpuesto. En total, el procedimiento dura unos 20 minutos aproximadamente.

Existen dos tipos principales de mamografía: la mamografía convencional y la digital. La mamografía convencional, recoge las imágenes en blanco y negro, sobre grandes hojas de película. En la mamografía digital, las imágenes se almacenan directamente en una computadora. Esto permite visualizar las imágenes en una pantalla y agrandar o resaltar zonas específicas. Las imágenes digitales pueden manipularse y almacenarse más fácilmente y emiten alrededor de las tres cuartas partes de radiación que las convencionales, si bien resultan más costosas y no se ofrecen en tantas partes.
Una mamografía puede utilizarse con fines de detección o de diagnóstico en la evaluación de un bulto en una mama. La mamografía de detección se utiliza para detectar cambios en las mamas de mujeres asintomáticas. La recomendación más generalizada es la mamografía de cribado para las mujeres de 50 a 69 años, con una frecuencia de 2 años. Las mamografías de diagnóstico, se utilizan para investigar cambios sospechosos en las mamas, un nuevo bulto, dolor, aspecto inusual de la piel, secreción por el pezón, o para evaluar hallazgos anormales en una mamografía de detección, ya que consta de imágenes de mamografía adicionales.
A pesar de los beneficios que aporta la ejecución de esta prueba de detección, existen algunos riesgos entre los que podemos destacar: Un resultado con un falso positivo, que es cuando un médico ve algo que parece cáncer, pero no lo es. Esto puede llevar a hacerse más pruebas, que pueden ser invasivas, llevar mucho tiempo y causar ansiedad. Un sobrediagnóstico y exceso de tratamiento, que puede incluir tratamientos recomendados para el cáncer de mama, tales como cirugías o radioterapia, los cuales pueden causar efectos secundarios innecesarios o no deseados. Otro riesgo sería un resultado con un falso negativo, ya que las mamografías también pueden pasar por alto algunos cánceres, dando como resultado un falso negativo, que puede retrasar la detección y tratamiento de cáncer.

2 Objetivos

- Concienciar sobre la importancia del examen de las mamas en la prevención del cáncer de mama.
La prevención se debe dirigir a luchar contra las causas del cáncer de mama con el objetivo de reducir su incidencia, siendo la detección precoz la piedra angular

de este tipo de cáncer, tanto en el ámbito individual como poblacional, a fin de mejorar el pronóstico y la supervivencia. Y en este sentido, la mamografía es nuestra principal herramienta.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica y sistemática a través de Google y Google académico, analizando distintas páginas web y textos científicos, utilizando para ellos palabras clave como “prevención”, ”cribado”,“tipos” y “riesgos”.

4 Bibliografía

- https://www.cdc.gov/spanish/cancer/breast/basic_info/mammograms.htm
- https://www.breastcancer.org/es/sintomas/analisis/tipos/mamografias
- https://www.cancer.gov/español/tipos/seno/paciente/prevencion-seno-pdq
- https://www.aecc.es/es/todo-sobre-cancer/tipos-cancer/cancer-mama/prevencion/factores-riesgo-cancer-mama

Capítulo 589

PROTOCOLO PARA LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DE INCUBADORAS NEONATALES PARA AUXILIARES DE ENFERMERÍA.

CARMEN ÁLVAREZ VEGA

ESTHER ALVAREZ VEGA

1 Introducción

La atención en Neonatología, exige que todo el equipo de salud tenga conocimiento de los mecanismos del entorno del recién nacido y la importancia de una buena limpieza y desinfección de la incubadora, debido al tiempo que un recién nacido pasa ahí.

2 Objetivos

- Ayudar al personal de nueva incorporación a conocer este procedimiento.
- Evitar las infecciones cruzadas.
- Minimizar los riesgos de infecciones nosocomiales.
- Promover la adecuada utilización y conservación del material.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Para asegurar un buen resultado en la desinfección seguiremos estos pasos:
1º- Preparar la disolución propia para la desinfección.
2º- Se vacía y se tira el agua del depósito medidor de agua.
3º- Se quitan las gomas de las ventanillas y se introducen en la disolución anterior.
4º- Se desmonta el resto de las piezas de la incubadora.
5º- Se limpian, desinfectan tanto las piezas como la carcasa con una compresa mojada en la disolución.
6º- Aclarar con agua limpia todas las piezas.
7º- Revisar los filtros y sustituir si fuese necesario.
8º- Se seca todo con pistola de aire comprimido o se deja secar ”al aire”
9º- Se procede al montaje de la incubadora. Se enchufa a la red, se comprueba su funcionamiento y se programa la temperatura deseada.

5 Discusión-Conclusión

La desinfección y limpieza de una incubadora está dentro de los elementos primarios y más eficaces para romper la cadena epidemilógica de las infecciones; ya que las infecciones nosocomiales en el recién nacido, la adquisición de gérmenes o bacterias en los hospitales es la causa principal de mortalidad durante el periodo neonatal.

6 Bibliografía

- www.hospitalregionaldemalaga.es
- SERVICIO DE SALUD
- codeinep.org CDIPEDIATRIANONATOLIGIA

- www.chospab.es>publicaciones>protocolosEnfermería
- Tríptico HUCA - SERVICIO NEONATOLOGIA

Capítulo 590

TERAPIAS INTRAOCULARES

SARA DELGADO RODRIGUEZ

PATRICIA FERRERA FERNÁNDEZ

ANA ISABEL MARTÍNEZ GARCÍA

MARTA AMALIA MÉNDEZ GARCÍA

INMACULADA SUAREZ SIERRA

1 Introducción

¿Qué es una inyección intravítrea? Es un procedimiento de terapia intraocular que consiste en administrar fármacos dentro del ojo y que se liberan en la cavidad vítrea actuando localmente sobre la retina, en concreto en la mácula (zona central responsable de la visión de detalle donde más sangre y oxígeno necesita).

Están indicadas en el tratamiento de diferentes enfermedades como: la degeneración macular asociada a la edad (DMAE) edema macular diabético y el edema macular tras trombosis de vena, infecciones del interior del ojo, endofalmitis, uveitis…
Los fármacos utilizados generalmente son:

- Antiangineogénicos: evitan la proliferación de vasos sanguíneos anómalos.
- Corticoides: reducen la inflamación ocular.

La (DMAE) representa la primera causa de ceguera en mayores de 65 años debido al progresivo deterioro del epitelio pigmentario retiniano y de las células de la

mácula. Creando un alto porcentaje de dependencia con respecto a pacientes de la misma edad y sin (DMAE)
La edad es el principal factor de riesgo a lo que se suma la predisposición genética, la influencia de factores ambientales, tabaquismo, obesidad, hipertensión, cardiopatías, exposición directa y prolongada al sol, etc.

Existen dos tipos de DMAE (un mismo paciente puede pasar de uno a otro):
- DMAE seca o atrófica, se produce un lento y progresivo adelgazamiento de la retina. Es la forma de mayor incidencia (alrededor del 85% de los casos) se produce como resultado de la acumulación de desechos de color amarillento, como nódulos de diferentes tamaños (drusas) atrofiando la zona macular y que requieren un control periódico, siendo el especialista el encargado de indicar el tratamiento más adecuado.
- DMAE húmeda o exudativa 20% es menos frecuente, de avance más rápido y peor pronóstico visual ya que se compromete de forma severa la visión, debido al crecimiento de una membrana vascular bajo la retina, debido a la aparición de vasos sanguíneos anómalos, frágiles que sangran y pierden líquido.

El edema macular diabético es la primera causa de pérdida de visión en estos pacientes. Se debe al escape de fluido de los vasos sanguíneos retinianos dañados o anómalos cuyas paredes se vuelven más permeables y delgadas, como consecuencia el líquido se fuga y encharca la mácula. También puede aparecer en el postoperatorio de algunas cirugías oculares o asociado al uso de determinados fármacos.

El examen de fondo de ojo es el método diagnóstico más típico, permite al especialista observar la parte posterior del ojo. "A través de la pupila viendo el interior de éste, la retina y el nervio óptico. Este examen no solo detecta enfermedades oculares también detecta otras alteraciones como la diabetes o la hipertensión incluso se habla que podrían diagnosticar en un futuro enfermedades neurodegenerativas.

La Tomografía de Coherencia Óptica (TCO) es un estudio de imágenes sencillo, rápido. indoloro y no invasivo que utiliza ondas de luz para obtener imágenes en corte transversal de la retina.
La auto florescencia retiniana, prueba complementaria a otras de imagen como la TCO, es una prueba rápida no invasiva y cómoda tanto para el paciente como para el profesional que realiza la exploración.
SECUENCIA DEL PROCEDIMIENTO.

Dilatación pupilar para la visualización del fondo de ojo, no es imprescindible, pero si aconsejable, por si fuese necesaria alguna actuación posterior.
1. Anestesia tópica con colirio estéril: Ya sea lidocaina 2% en ampolla estéril, o colirio de anestésico (tetracaina) abierto en ese momento.
2. Limpieza con povidona yodada: El empleo de povidona yodada al 10% para la piel de los párpados, borde palpebral y pestañas, y al 5% para el saco conjuntival, dejándola actuar durante tres minutos.
3. Aplicación del blefaróstato: Se separan mejor las pestañas, a la vez que aíslan el ojo.
4. Medición de la distancia adecuada: Con un compás o herramienta similar, una distancia normal.
5. Indicar al paciente la posición del globo: Se le indicará al paciente que mire hacia arriba y al lado contrario al punto de la inyección, que frecuentemente se aplica en el cuadrante temporal inferior.
6. Movilización de la conjuntiva en el punto a inyectar con pinza o bastoncillo de algodón.
Trasladaremos unos milímetros la conjuntiva con un bastoncillo de algodón estéril, una pinza o con el mismo instrumento que utilizamos en la medición del punto de infiltración, con cuidado para impedir una hemorragia. Más aún, en paciente anticoagulados.
7. Inserción de la aguja: Perpendicularmente a través de la esclera con la punta apuntando hacia el centro del globo para evitar dañar el cristalino. de manera suave para evitar un efecto difusor. Especial cuidado en no contaminar la aguja por contacto.
8. Extracción suave de la aguja: Para prevenir el reflujo del fármaco o vítreo acuoso, y el sangrado posterior.
9. Administración de un colirio de antibiótico de amplio espectro: Emplearemos un colirio de amplio espectro, dos gotas tras la aplicación de la infiltración y durante unos días después del procedimiento.
10. Exploración de la percepción luminosa y visión de objetos: Caso de ser necesario valorar si hay perfusión de la arteria central de la r

PAUTAS DEL POSTOPERATORIO.

Se puede presentar una hemorragia en la zona de punción sobre el blanco del ojo (si toma anticoagulantes o antiagregantes puede ser mayor).
Se le entregará por orden médica una solución salina, aplicando dos gotas varias veces al día, para lubricar, hidratar y reducir posibles molestias, ya que con frecuencia se produce enrojecimiento, escozor leve o sensación de arenilla de corta

duración y que se considera normal. Dependiendo de la medicación administrada los primeros días se puede tener la sensación visual de cuerpos flotantes móviles (manchas negras) que también se consideran normales.
Se recomienda evitar el consumo de tabaco y alcohol ya que puede influir en la recuperación y en la eficacia de los medicamentos. No es necesario tapar el ojo y el paciente puede marcharse a su domicilio al cabo de pocos minutos.

En los días siguientes el paciente puede hacer vida normal sin grandes esfuerzos físicos procurando que este:
- Evite coger pesos y movimientos bruscos.
- Sea curado con la máxima higiene de manos.
- Evite tocar, frotar el ojo ni apretar los párpados.
- Evite baños en el mar o piscina los tres días siguientes.
- Cumpla las instrucciones de medicaciones, así como las visitas de seguimiento.

SÍNTOMAS DE ALARMA QUE REQUIEREN CONTACTAR CON UN OFTALMÓLOGO.

Disminución de la visión, dolor ocular a la luz, enrojecimiento del ojo diferente al causado por la inyección o secreción purulenta del ojo. Especialmente la pérdida muy importante de visión, con dolor ocular y enrojecimiento pueden ser síntomas de una endoftalmitis.

2 Objetivos

Determinar la eficacia de los tratamientos antiangiogénicos, intentando analizar no solo los resultados de estos tratamientos farmacológicos también la técnica de aplicación de estos, la profilaxis y el seguimiento para identificar, contrastar y corroborar sus resultados.

3 Metodología

Revisión de artículos recientes de Google Académico, así como una búsqueda bibliográfica consultando las bases de datos Scielo, Pubmed y Dialnet, utilizando como descriptores las palabras clave: Terapias intravítreas . Antiangiogénico . Mácula. Edema macular. Degeneración macular asociada a la edad (DEMA

4 Resultados

Las inyecciones intraoculares son necesarias debido a que los efectos de la medicación oral o por vena no alcanzarían el interior del ojo con la intensidad adecuada , se necesitarían dosis más altas lo que podrían resultar dañinas .
Al ser un procedimiento de corta duración , realizado en quirófano o en consulta siempre bajo condiciones de asepsia,con anestesia tópica (gotas),no suele producir molestias.
Debido a la eficacia de los tratamientos antiangiogénicos (bevacinumab intravítreo y ranibizumab intravítreo elaborado en condiciones estériles en el servicio de farmacia a partir del preparado comercial Lucentis). Se logra una mejoría de la agudeza visual con un tratamiento de fácil aplicación, y siguiendo un buen tratamiento profiláctico el riesgo de infecciones es mínimo.

5 Discusión-Conclusión

No hay duda de que la terapia intraocular ha revolucionado el mundo de la oftalmológica. En los últimos años,se han dado grandes avances en la cirugía retiniana, con el perfeccionamiento de técnicas e instrumentos que permiten una cirugía de mínima incisión que mejora los resultados visuales,permitiendo una recuperación más rápida de los pacientes.
La experiencia acumulada con estos fármacos permite trasladar las diferencias existentes en la farmacología a la práctica cotidiana en referencia a la eficacia y tolerancia de estos.
Los nuevos tratamientos sustituyen o complementan la cirugía,mejorando los resultados y evitando riesgos quirúrgicos.

6 Bibliografía

- Archivo de la Sociedad Española de Oftalmología. 2009; 84 (8).
- Damián J, Pastor R, Armada F, Arias L. “Epidemiología de la degeneración macular asociada con la edad. Situación en España”. Atención Primaria. 2006; 38 (1): 51-57.
- Domínguez A. “Dispositivos y medicamentos introducidos intraocularmente para el tratamiento en el consultorio de enfermedades de los ojos”. An Real Acad Nac Med. 1994; 61: 377-385.
- García I, López S, Elosua I. “Actualización en el manejo de la degeneración macular asociada a la edad”. Revista Española de Geriatría y Gerontología. 2012; 47

(5): 214-219.
- Lago-Bouza J, Ruano-Raviña A, Barros-Dios J "Prevalencia de la degeneración macular asociada a la edad en el área sanitaria de Santiago de Compostela". Gac Sanit. 2000; 14:102.
- Ruíz-Moreno J.M. et al. "Guidelines of clinical practice of the SERV: Treatment of exudative age-related macular degeneration (AMD)". Arch Soc Esp Oftalmol. 2009; 84 (7): 333-344.
- Serrano-Garijo P, Ramírez-Sebastián J.M. "Detección de las alteraciones visuales en el anciano". Rev Esp Geriatr Gerontol. 1991; 26:21-8. 23.
- Stewart M. W. "The clinical utility of aflibercept for diabetic macular edema". Diabetes Metab Syndr Obes. 2015; 8: 473-82.
- Yang Y, Bailey C, Loewenstein A, Massin P. "Intravitreal corticosteroids in diabetic macular edema: Pharmacokinetic Considerations". Retina. 2015;35(12):2440-9.

Capítulo 591

ENFERMEDADES INMIGRANTES, ENFERMEDAD DE CHAGAS

LOURDES RUBIO SOTO

1 Introducción

Reconocida por la OMS como una de las 13 enfermedades más desatendidas de mundo, y por la Organización Panamericana de la Salud como una enfermedad de la pobreza, la enfermedad de Chagas ha sido un azote para la humanidad desde la antigüedad, y sigue siendo un problema relevante social y económico en muchos países de América Latina.

El fenómeno mundial de la urbanización cambió el patrón epidemiológico tradicional; hoy es una enfermedad predominantemente urbana (en 2/3 de los pacientes infectados) y las vías alternativas de trasmisión han adquirido, proporcionalmente, más importancia. Por otro lado, por causa del fenómeno de las migraciones, existe un continuo riesgo de exportación de la infección a otros países. Según estudios del Ministerio de Asuntos Sociales, en Enero de 2010 ya había casi 3.000.000 de americanos en territorio español.

La enfermedad de Chagas, también conocida como tripanosomiasis americana o Mal de Chagas Mazza, es una enfermedad parasitaria tropical, generalmente crónica, causada por el protozoo flagelado.

El agente causal de la enfermedad, es miembro del género del agente infeccioso causante de la enfermedad del sueño africana, y del mismo orden del agente que causa la leishmaniasis. Sin embargo, sus manifestaciones clínicas, distribución geográfica, ciclo de vida y su vector son considerablemente diferentes.

2 Objetivos

Analizar y describir el agente causal, la fuente de infección y la patocronia. Es de vital importancia reconocer signos y síntomas de las enfermedades emergentes para evitar nuevas infecciones.

3 Metodología

- Se realizo una búsqueda en base de datos nacionales e internacionales de acceso abierto: SCIELO, DICE, REDALYC.
- Se usaron descriptores boleanos ”and”, y utilizando palabras clave CHAGAS, TRIPANOSOMIASIS.

4 Resultados

- FUENTE DE INFECCIÓN: EL Tripanosoma de cruzi es el agente causal de la tripanosomiasis americana, es transmitido por varias especies de insectos hematófagos triatominos. Estos vectores se encuentran en grandes cantidades en la naturaleza, donde transmiten el parásito a otras muchas especies de mamíferos a partir del reservorio natural. Estos insectos viven en zonas endémicas, en rincones y grietas de viviendas precarias, y se infectan al succionar la sangre de los seres humanos u otros mamíferos que portan Tripomastigotes circulantes.

Dos de las tres especies que infectan a los seres humanos son patógenos, y varias otras pueden causar enfermedades graves en los mamíferos domésticos.

En el 80% de los casos en seres humanos, la enfermedad se debe a la transmisión vectorial, a través de las heces del Triatoma. El protozoo penetra a través de lesiones en la piel, conjuntivas o mucosa, usando como vehículo las heces del insecto.

Transmisión intrauterina o placentaria: infección prenatal, por circulación materna a través de la placenta, con infección aguda o crónica.

Otros Tipos de transmisión:
- Hemato Transmisión: por transfusión sanguínea.
- Transmisión lactogénica: infección durante la lactancia.
- Transmisión oral por ingestión: esta forma de transmisión es muy importante en zonas amazónicas.

- Transmisión por contaminación accidental: infección accidental en laboratorios médicos por manipulación de chinches provenientes de animales infectados.

- PATOGENIA: Tripomastigotes provocan una reacción inflamatoria local en el sitio de entrada, y en poco tiempo empiezan a multiplicarse, ya que son capaces de escapar de sus vacuolas. El daño tisular durante la infección aguda es causado por el parásito mismo y por la respuesta aguda inmunoinflamatoria del anfitrión.

- PATOCRONIA: Crónica: durante la infección crónica, el equilibrio entre la contención de parásito inmune y la inflamación dañina de los tejidos del huésped determina el curso de la enfermedad. Si la respuesta inmunológica es ineficiente, o, paradójicamente conduce a daños en los tejidos, tanto la carga de parásitos como la infección aumenta. Por el contrario, una respuesta inmune bien ejecutada, baja la carga parasitaria y las consecuencias inflamatorias se mantienen al mínimo, el daño tisular es menor.

Aguda: incluyen el parasitismo intracelular de los músculos y otros tejidos subcutáneos, edema intersticial. Los músculos incluido el miocardio, son los tejidos más fuertemente parasitados lo que puede causar miocarditis y necrosis.

Actualmente se utilizan dos fármacos para tratar la enfermedad: Benznidazol y Nifurtimox (antibióticos antiparasitarios). Ambos producen serios efectos adversos y no funcionan en pacientes crónicos. Sin embargo, existen tratamientos para los síntomas producidos por los daños en los órganos como el corazón y sistema digestivo.

En la fase aguda de la enfermedad, la administración de estos medicamentos ayuda a controlar la enfermedad y disminuye la probabilidad de cronicidad en un 80% de los casos.

5 Discusión-Conclusión

-Las medidas de profilaxis y control son altamente efectivas.
-Mejorar la calidad de las viviendas, que no permitan refugiarse a los insectos.
-Mantener la higiene en la vivienda y enseres.
-Utilizar insecticidas que permitan matar la “vinchuca” (chipo, pito).
-Facilitar la tarea a los rociadores de insecticida.
-Exámenes prenatales a las gestantes con posibilidad de estar infectadas.

-Muchas otras medidas terapéuticas (reposo, dieta específica digitálicos, diuréticos, antiarrítmicos, dilatación del cardias, entre otros) pueden mejorarla calidad de vida de los pacientes y aumentar su supervivencia.
-Conocer la vinchuca, aprender a identificarla.
-Si ha sido picado por vinchucas, consultar inmediatamente al médico y denunciar a la autoridad competente.

6 Bibliografía

- Tratado S.E.I.M.C.D de Enfermedades Infecciosas y Micorbiología. Asina RV y Moreno GS org. Editorial Médica Panamericana, 2005.
- Tropical Infectious Diseases. Principles, Pathogens y Practice. Richard L. Gerrant, David. http//:blogs.20minutos.es

Capítulo 592

EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA(TCAE) EN ATENCIÓN PRIMARIA

NAHIR ALCARAZ CASARREAL

1 Introducción

Cuando hablamos de atención primaria nos referimos al primer nivel del sistema de salud y que está caracterizada por prestar atención integral a la salud. Para que la atención primaria funcione adecuadamente es fundamental que el equipo multidisciplinar que hay en los centros de salud (médicos, auxiliares de enfermería, enfermeros, celadores…) trabajen de forma de coordinada y que realicen sus funciones de prevención, curación y promoción de la salud (de individuos, familia y comunidad) de forma paralela y complementaria junto con los profesionales de atención especializada u hospitalaria.

2 Objetivos

- Curar, prevenir enfermedades y promover la salud.
- Diagnosticar y dar tratamiento a tiempo para tratar las enfermedades y evitar complicaciones.
- Satisfacer las necesidades de salud de la población, abordando los principales problemas de salud de la comunidad.

- Elevar el nivel de salud de los ciudadanos y comunidades y también el nivel de calidad del sistema de salud.
- Lograr la participación comunitaria.
- Coordinarse con otros servicios.

3 Metodología

Para realizar este capítulo, se han utilizado descriptores en la búsqueda como: "funciones", "tcae", "centros" y "salud", con los cuales se ha logrado encontrar las fuentes con las que realizar la revisión bibliográfica (diversas páginas web que dan información sobre esta temática).

4 Resultados

Las principales funciones que tienen que realizar los auxiliares de enfermería en este tipo de instituciones sanitarias son:
- Recepcionar volantes y documentos para asistir a los pacientes.
- Recibir y orientar a los pacientes.
- Limpiar el instrumental y las vitrinas.
- Preparar material de curas.
- Ayudar en las labores de prevención, promoción y rehabilitación.
- Colaborar en la aplicación de tratamientos y pruebas diagnósticas.
- Apoyar al personal de enfermería.
- Realizar higiene, ayudar al paciente a vestirse o desvestirse… Si es necesario.
- Colaborar en las campañas de prevención de los centros de salud.
- Mostrar empatía con el paciente y tratarle con amabilidad.

En general, nuestras funciones como TCAE como nos cita textualmente el Artículo 85 del Estatuto del personal auxiliar de enfermería son: "todas aquellas actividades que, sin tener un carácter profesional sanitario, vienen a facilitar las funciones del Médico y de la Enfermera o Ayudante Técnico Sanitario".

5 Discusión-Conclusión

Es fundamental que conozcamos nuestras funciones, como también los límites que la ley nos establece y que como profesionales no debemos ignorar, ya que son competencias que pertenecen a otros profesionales y estaríamos hablando de intrusismo profesional.

Por otra parte, cabe decir que la figura del auxiliar de enfermería en atención primaria es muy importante ya que llevando a cabo sus funciones, que complementan a las del resto del personal sanitario, ayuda a que se logren los objetivos generales que están previstos para este servicio como son: La prevención, la promoción y la curación.

6 Bibliografía

- "Funciones de los auxiliares de enfermería en las instituciones sanitarias abiertas (ambulatorios)" en auxiliar-enfermeria.com
- "Funciones de un auxiliar de enfermería: Ambulatorios" en auxiliarenfermeria.es
- Documento "El auxiliar de enfermería en atención primaria. Organigrama de un centro de salud" de www.logoss.net
- "El auxiliar de enfermería en la atención temprana" de educativo.net
- "Funciones de los auxiliares de enfermería en los centros de salud" de fp-santagema.es

Capítulo 593

PROLAPSO DE VEJIGA EN LA MUJER

ESTHER ALVAREZ VEGA

CARMEN ÁLVAREZ VEGA

1 Introducción

El prolapso de vejiga (o cistocele) ocurre cuando la pared entre la vejiga y la vagina se debilita, la vejiga puede caer o hundirse dentro de la vagina.

Existen tres grados de prolapso de vejiga:
- Grado 1. Leve. La vejiga baja un poco por la vagina.
- Grado 2. Moderada. La vejiga cae en la vagina llegando a su abertura.
- Grado 3. Grave. La vejiga sale por la abertura de la vagina.
- Grado 4. Total. Toda la vejiga desciende por la abertura de la vagina.

Las causas que pueden originar un cistocele son:
- Levantar pesos.
- Tos crónica.
- Estreñimiento.
- Embarazo y parto vaginal.
- Sobrepeso.
- Envejecimiento (disminución de estrógenos).
- Genética (se nace con tejidos conjuntivos más débiles).

El prolapso se manifiesta con una serie de signos y síntomas como:
- Sensación de pesadez o presión en pelvis y vagina.
- Molestias cuando se tose o se levantan pesos.
- Sensación de no vaciar la vejiga cuando se orina.

- Infecciones repetidas de vejiga.
- Dolor o incontinencia urinaria en las relaciones sexuales.
- Notar que el tejido sale a través de la abertura vaginal.

2 Objetivos

Dar a conocer que es el prolapso de vejiga, que síntomas se manifiestan cuando lo padeces y la importancia de acudir al especialista para tratar adecuadamente la patología.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

En el caso de detectar signos o síntomas de padecer prolapso, acudir al médico para someterse a un examen pélvico rutinario, en el caso de sangrado, incontinencia o disfunción sexual se realizarán pruebas mas precisas como cistometria o urodinámica.

El diagnóstico dependerá del grado de prolapso:
- Si es leve, se tratara con ejercicios de Kegel y no cogiendo pesos.
- Si es moderado, se utiliza un pesario, que es un dispositivo de silicona que se introduce en la vagina colocando la vejiga en su lugar. Si lo que tiene es un nivel bajo de estrógenos, se llevará a cabo un tratamiento que lo aumente.
- Si es grave o total, se recomienda el tratamiento quirúrgico.

5 Discusión-Conclusión

El prolapso de vejiga es una patología que afecta a muchas mujeres, aunque es más frecuente en edades avanzadas, puede manifestarse a cualquier edad, pues

los músculos que sostiene los órganos pélvicos se pueden debilitar por diversas causas.

Esta patología se puede prevenir o frenar si no está en una fase muy avanzada, por lo que es importante dar a conocer ciertas medidas que pueden reducir el riesgo de padecer cistocele como son:

- Prevenir el estreñimiento.
- Evitar levantar objetos pesados y levantarlos correctamente.
- Evitar el sobrepeso.
- Controlar la tos.
- Tratar la tos crónica o bronquitis.
- Realizar ejercicios de Kegel, fundamental después del embarazo.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.
- https://es. wikihow.com/diagnosticar-y-tratar-un prolapso-de-vejiga.
- https://mayoclinic.org/es-es/diseasis-conditions/cystocele/synptons-causes/.
- www.urmc.rochester.edu/encyclopedia/.

Capítulo 594

EL RETO DE LA CICATRIZACIÓN DE LAS HERIDAS.

GRACIELA CARBAJAL BARREIRO

GRACIELA COLODRON TESTA

KATIUSCA POMPA SABLON

MARIA RIESGO RODRIGUEZ

ROSA PEREIRA PEREZ

1 Introducción

La definición de heridas crónicas puede ser: aquellas lesiones que desarrollan una escasa o nula cicatrización mientras se mantenga la causa que las produce. Al ser crónicas, este tipo de heridas no siguen el orden normal de la reparación tisular de una herida, ya que el proceso de cicatrización se encuentra alterado. El punto en común de estas heridas es que sufren una prolongación de la fase inflamatoria, un incremento en la producción de metaloproteinasas, degradación de la matriz extra celular y un retraso en la migración celular y en la formación de tejido conectivo. Los pacientes con Heridas Crónicas (HC) precisan curas periódicas bien sea en su centro de salud o en su domicilio si tienen algún tipo de deterioro de movilidad o están postrados en una cama. Estas curas son realizadas por el personal de enfermería de su centro de salud o por el servicio de urgencias en los fines de semana y festivos (para garantizar una continuidad en los cuidados de las heridas). [Hernández, L. 2014] Como existen varios tipos de heridas crónicas,

debemos agruparlas en subgrupos. A continuación, explicaremos los cuatro tipos mas importante, en función de su prevalencia.
Tipos de heridas crónicas:
- Úlcera por presión.
- Úlcera por humedad.
- Úlcera venosa.
- Úlcera arterial.
- Úlcera neuropática.
- Úlcera neoplásica.
- Otras: Otras enfermedades, como la insuficiencia renal crónica que puede provocar calcifilaxis. [Soldevilla, JJ. 2008].

Tratamientos convencionales heridas crónicas.
Las heridas crónicas, como ya se ha demostrado previamente a lo largo de este capítulo, son un problema socio sanitario clave por muchas razones: Los avances en materia de cicatrización de las heridas, han mejorado sustancialmente a lo largo de las últimas décadas, sin embargo, su cuidado sigue siendo el principal reto para los profesionales. Es fundamental que el abordaje de estas heridas de mal pronóstico sea multidisciplinar, ya que es la única manera de agrupar todos los conocimientos para un bien común. Una buena práctica que busque un objetivo común, la cicatrización de la herida tendrá más posibilidades de dar como resultado una cicatrización correcta y por tanto una recuperación favorable del paciente. Para conseguir un tratamiento correcto de las heridas crónicas es básico establecer un diagnóstico diferencial entre los tipos de úlceras además de tener un enfoque que esté condicionado según la etiopatogenia de la lesión. El tratamiento, por lo general, suele ser prolongado y de evolución lenta. Desde hace algunos años está tomando importancia un modelo que se basa en la preparación del lecho de la herida para el abordaje de las heridas crónicas.

Terapia de presión negativa (TPN).
La terapia de presión negativa tópica es un tratamiento no invasivo y activo que actúa positivamente en el ambiente de la herida y que consiste en la aplicación de presión subatmosférica tópica localizada y controlada, acelerando el proceso de curación de heridas. Este método provoca la aceleración de una serie de procesos fisiológicos, como una vaso dilatación capilar que conlleva un aumento de la perfusión por el efecto de ósmosis. Esto se traduce en una estrangulación del lecho de la herida y una angiogénesis mientras se promueve la epitelización de la lesión. El propio efecto físico de la presión negativa conlleva un acercamiento de los bordes de la herida disminuyendo el tamaño de esta. Por otra parte, el

exceso de exudado es retirado por el efecto de succión y aspiración, pero siempre manteniendo el lecho húmedo ya que, como ya se ha demostrado, la cura en este ambiente es un principio básico en la cicatrización de las heridas crónicas.
-Historia de la TPN.
El uso de presión subatmosférica para fines terapéuticos no es una técnica moderna ni mucho menos. Se utilizaba en la medicina tradicional china como técnica accesoria en las sesiones de acupuntura ya que se observó que causaba hiperemia. Muchos años después, se empezó a aplicar la presión negativa mediante tazas de cristal que primero calentaba y aplicaba en la piel sana de sus pacientes para después, cuando el aire del interior de la taza se enfriaba, crear una presión negativa dentro de las tazas que causaba hiperemia. [Junod, 1841] Con este procedimiento, buscaba "estimular la circulación´´. Fue a partir de 1993 cuando se aplicaron la TPN sobre heridas utilizando un apósito de espuma para promover la cicatrización en 15 paciente con fracturas abiertas, observando que las heridas evolucionaban bien, sin infección en el hueso. [Fleischmann et al, 1993] 3.2 Materiales y técnica para la utilización de TPN Además del equipo necesario para el montaje del sistema de presión negativa, se necesitan diferentes materiales para limpiar y curar la herida, además de para colocar correctamente el sistema de succión protegiendo siempre la piel perilesional para evitar la maceración Actualmente existen varios dispositivos diferentes aunque las características de todos ellos son similares, basándose en los mismos principios y apoyándose en objetivos comunes. Las diferencias más significativas están en la interfaz del dispositivo y en pequeños detalles que no suponen un cambio suficiente como para distinguir unos sistemas u otros.

2 Objetivos

Objetivo Principal:
- Exponer y valorar los beneficios del uso de las terapias por presión negativa para el tratamiento de las heridas.
Objetivos secundarios:
- Valorar las causas por las que este tipo de terapias son beneficiosas para curar heridas.
- Comparar la terapia de presión negativa con las terapias de curas convencionales en base a resultados medibles.

3 Metodología

Hemos realizado una revisión bibliográfica de los artículos encontrados en diferentes buscadores como son MEDLINE, PUBMED, CHOCHRANE LIBRARY, DIALNET, CUIDEN... Las palabras clave utilizadas fueron: úlcera, herida crónica, TIME, presión negativa.
Como criterios de inclusión escogimos:
1. Artículos publicados en los 10 últimos años.
2. Artículos en inglés y español.
3. Estudios en humanos.
4. Acceso gratuito.
Como criterios de exclusión tenemos:
1. Artículos que no tuvieran acceso al texto completo.
2. Artículos que no se adecuaran a los objetivos del trabajo.
3. Ensayos clínicoscontrolados no aleatorizados.
4. Ensayos realizados con animales.

En total hemos analizado 9 artículos.

4 Resultados

La mayor parte de los estudios elegidos, valoran los resultados en base al tiempo de curación de las heridas, unos valoran el tiempo total hasta la curación [Vuerstaek et al, 2006] [Blume, 2008] en ambos estudios encuentran una reducción considerable del tiempo de curación. Por otra parte, nos encontramos con [Warner et al, 2003] que no encuentra una diferencia significativa entre el grupo experimental y el grupo de control. Otra variable estudiada es la cicatrización de las heridas.

Los estudios diferencian dos medidas: el porcentaje de superficie de la herida cicatrizada y el cambio de área cicatrizada cada día. En la primera medida mencionada encontramos cinco estudios [Warner et al, 2003] [Joseph et al, 2000] [Akbari et al, 2007] [Ford et al, 2002] [Eginton, 2003] [Moues, 2007]. En la segunda medida encontramos un estudio [Blume, 2008]. Joseph et Al y Eginton et Al observaron una disminución significativa del porcentaje de la herida del grupo tratado con TPN, Ford et al vieron que el porcentaje de profundidad de cicatrización de la herida era algo mayor en el grupo experimental sin que hubiese una diferencia significativa con el grupo de control. Un estudio analizó la variable coste-efectividad [Flack, 2008] en el que se observa una clara dominancia de

efectividad de la TPN frente a las técnicas convencionales.

5 Discusión-Conclusión

La terapia de presión negativa es un método de los más eficaces en la actualidad para la curación de las heridas, úlceras crónicas, amputaciones, úlceras de pie diabético… Hemos encontrado pocos estudios que hagan un análisis económico (coste-efectividad) y también aquellos que hablen específicamente de los efectos secundarios de la terapia estudiada y consideramos que son dos puntos muy importantes para considerar la TPN como un método viable para poder utilizarlo de manera general.
También hemos notado que últimamente hay gran proliferación de marcas que comercializan estos sistemas de curas por lo que vemos recomendable que se hagan estudios comparativos con dichas marcas comerciales para dilucidar si en realidad existe diferencia alguna entre ellos.
Nos habría gustado encontrar artículos con tamaños de muestra más grandes y que los estudios tuviesen seguimientos a largo plazo de los pacientes en los que se ha empleado esta técnica. Aún así, queda clara la efectividad de esta terapia de curación.

6 Bibliografía

- García-Fernández FP, López-Casanova P, Segovia-Gómez T, SoldevillaAgreda JJ, Verdú-Soriano J. Unidades Multidisciplinares de Heridas Crónicas: Clínicas de Heridas. Serie de documentos de posicionamiento GNEAUPP nº 10. Grupo Nacional para el Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Logroño, 2012.
- Allué Gracia, MA; Ballabriga Escuer, MS; Clerencia Sierra, M; Gállego Domeque L; García Espot, A; Moya Porté, MT. Heridas crónicas, un abordaje integral. Huesca. 2012.
- Conferencia nacional de consenso sobre úlceras de la extremidad inferior. Documento de consenso C.O.N.U.E.I.; Septiembre de 2008; Barcelona: EdikaMed; 2009
- Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas. Guía de práctica clínica: Consenso sobre úlceras vasculares y pie diabético. Segunda edición. Sevilla: AEEVH, 2014
- Verdú J, Torra i Bou JE, Blanco J, Ballesté J, Jiménez García JM. Aplicación del concepto TIME en la atención de heridas crónicas. Rev ROL Enf 2007; 30(1): 30-1.

Capítulo 595

LA AUXILIAR EN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA. COMPETENCIAS

MONICA ORRASCO ALFONSO

SILVIA DE LA CALLE VALLINA

VERÓNICA DURRUTI BERROS

JULIO CESAR DEL VALLE CUESTA

MARIA TERESA ARANGO FERNANDEZ

1 Introducción

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) es el profesional encargado de asistir a las funciones del personal facultativo en los centros de salud de atención primaria. Las tareas a realizar comprenden un amplio abanico, tanto sanitarias como administrativas. Estos profesionales requieren un alto grado de responsabilidad y profesionalidad y empatía humana y secreto profesional para cumplir de forma satisfactoria en el campo de sus obligaciones las tareas que le son encomendadas. La atención primaria presta una atención integral de la salud desde el punto de vista de familia con sincronización de los servicios especialistas externos de las distintas áreas de salud de las CCAA, y colabora a su vez en las campañas preventivas, rehabilitadoras y de promoción de la salud del conjunto

de la población, por lo cual el papel del TCAE es muy importante en este servicio de salud.
Sus funciones son participar en las elaboraciones diagnósticas, planificando, organizando y evaluando junto con médico y enfermería los problemas de salud de sus pacientes. Organiza la agenda médica y la consulta del facultativo. Participa en los proyectos de promoción de la salud y prevención de las enfermedades que se organizan desde los distintos centros de salud de primaria. Colabora en la instauración y aplicación de los tratamientos y se ocupa de la higiene de aquellos pacientes que así lo precisan durante la consulta.
Es competencia del auxiliar colaborar con la enfermera en las curas, asistirle los campos estériles y ayudarla en todo lo que necesite. Acompaña también al médico y la enfermera en las salidas domiciliarias, realiza labores de esterilización de los materiales utilizados en consulta y recoge los registros del día en su dossier correspondiente.

2 Objetivos

Analizar las diferentes actividades y competencias realizadas por el TCAE en los centros de salud primaria.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.
Como criterios de inclusión auxiliares del SNS español y textos en español y criterios de exclusión textos en inglés y contratos eventuales.

4 Resultados

Realizadas las distintas valoraciones en las pruebas diagnósticas junto con el médico y enfermería, las competencias realizadas por el TCAE agrupan la colaboración y asistencia técnica en los distintos tratamientos aplicados a los pacientes, el proceso de asistencia a la higiene, vestido y otras necesidades de los

pacientes, la colaboración en campañas sanitarias, planificación administrativa y organizativa de los programas rehabilitadores y preventivos, el apoyo técnico en las prácticas curativas de los centros de salud de su área asistiendo a la enfermera en los procesos que se implementan en los pacientes, recogida de analíticas, pegatinas identificativas en tubos, autoclave del material, limpieza y desinfección preesterilización, anotaciones en los registros, preparación de la consulta para comenzar el servicio, envío de documentaciones a distintos departamentos de la consejería de salud, acompañamiento enfermero a domicilio…se desprende de esta praxis unos resultados excelentes en la calidad de la atención primaria en los centros de salud españoles con auxiliares que cumplen con sus obligaciones y competencias, con formalidad, seriedad, puntualidad y rigor, tratando a los pacientes con empatía, humanidad y un excelente rendimiento de la jornada diaria. Según los informes del ministerio de sanidad del gobierno de España en nuestro Sistema Nacional de Salud trabajan 90410 técnicos en cuidados auxiliares de enfermería a fecha de octubre de 2009 in crescendo por el aumento de la población y la necesidad de estos recursos humanos.

5 Discusión-Conclusión

Los servicios auxiliares de enfermería son complementarios y necesarios en todas las técnicas médicas y de enfermería en el campo sanitario tomando esto relevancia en el sentido de la necesidad de este tipo de recurso humano en las distintas comunidades autónomas de nuestro país. Por eso es de vital importancia las propuestas que desde este colectivo se aportan para mejorar nuestro sistema sanitario y ofrecer una calidad de asistencia por encima de los objetivos planteados a poder ser, ya que estos profesionales de primera mano conocen las opiniones de nuestra población y sus necesidades y asegurar que el ratio es el adecuado y preciso para atender a toda la población por igual.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.
- https://www.administracion.gob.es
https://scielo.org.es.
- https://www.sanidadespañola.es.

Capítulo 596

EL TÉCNICO EN CUIDADO AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA SALUD MENTAL: EL TRASTORNO DEPRESIVO

MARIA ARANZAZU SUAREZ LIBERATO

JULIA COSTALES LOPEZ

TANIA CARCELEN REBOLLAR

1 Introducción

El DSM-5, es la actualización del 2013 del Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales, es la herramienta de clasificación y diagnóstico publicado por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría. El DSM-5 se divide en tres secciones ordenadas en números romanos:

-Sección I: ”conceptos básicos del DSM-5”, aquí se proporcionan pautas para el uso clínico y forense.

-Sección II: criterios y códigos diagnósticos de los diferentes trastornos:

· Trastornos del neurodesarrollo.

· Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

· Trastorno bipolar y otros trastornos relacionados.

· Trastornos depresivos.

· Trastorno de ansiedad.

· Trastorno obsesivo compulsivo y otros trastornos relacionados.

· Trastornos relacionados con los traumas y factores de estrés.
· Trastornos disociativos.
· Trastornos con síntomas somáticos y trastornos relacionados.
· Trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos.
· Trastornos de la excreción.
· Trastorno del sueño vigilia.
· Disfunciones sexuales.
· Disforia de género.
· Trastornos disruptivos del control de los impulsos y de la conducta.
· Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos.
· Trastornos neurocognitivos.
· Trastornos de la personalidad.
· Trastornos parafílicos.

-Sección III: aquí se recogen las medidas para la evaluación de los síntomas, una propuesta sobre la conceptualización de los trastornos y una descripción de las condiciones clínicas que actualmente se están estudiando. En este trabajo nos centraremos más concretamente en el trastorno depresivo.

2 Objetivos

General:

- Determinar qué cuidados presta el TCAE en los cuidados de salud mental y más concretamente en pacientes que padecen depresión.

Específicos:

- Conocer la clasificación de las enfermedades mentales del DSM-5 y sus características y clasificar las intervenciones y cuidados del TCAE en pacientes con depresión.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica a través de diferentes publicaciones y de las bases de datos Pubmed y Medline, Evidentia y Dialnet utilizando como descriptores las palabras claves Salud Mental, Ansiedad, Trastorno mental, Depresión. Se seleccionan artículos en castellano y de cualquier época.

4 Resultados

El trastorno depresivo se caracteriza por una tristeza de intensidad o duración suficiente como para interferir en la funcionalidad y por una disminución del interés o del placer despertado por las actividades. Se desconoce la causa del trastorno, aunque seguramente esté relacionado con la herencia, los cambios en las concentraciones de los neurotransmisores, las alteraciones neuroendocrinas y los factores psicosociales. Se diagnostica mediante la anamnesis y para su tratamiento se utilizan fármacos y psicoterapia.
La palabra depresión se utiliza para referirnos a cualquier tipo de trastorno depresivo, según el DSM-5 se clasifican algunos tipos de trastornos según los síntomas específicos:
- Trastorno depresivo mayor.
- Trastorno depresivo persistente o distimia.
- Otro trastorno depresivo especificado o no especificado.

Signos y síntomas:
La depresión se caracteriza por la falta de concentración, cansancio, abulia, alteraciones del sueño, pérdida del deseo sexual, ideaciones suicidas…Este tipo de paciente tiene más probabilidades de padecer un abuso de alcohol u otras sustancias además de aumentar el riesgo de sufrir infartos de miocardio y accidentes cerebrovasculares ya que durante la depresión se liberan citocinas y otros factores que aumentan la coagulación de la sangre y disminuyen la frecuencia cardíaca.
-El trastorno depresivo mayor: se caracterizan por ser pacientes tristes, llorosos, sin expresión facial, con falta de comunicación, insomnio, fatiga, sentimiento de culpa…Normalmente descuidan su nutrición, en ella debemos intervenir de forma inmediata, descuidan también su higiene personal, incluso la familiar.
-Trastorno depresivo persistente: los síntomas suelen aparecer durante la adolescencia y pueden durar años o décadas, normalmente estos pacientes son negativos, pesimistas, pasivos, sin sentido del humor, introvertidos, hipercríticos y quejumbrosos.
-Otros trastornos depresivos: son aquellos que no cumplen los criterios para otros trastornos depresivos, pero causan malestar significativo y deterioro del funcionamiento, se incluyen los periodos recurrentes de disforia y los periodos de depresión que duran más tiempo, pero no pueden incluirse en el diagnóstico de otros trastornos depresivos. Los tratamientos más utilizados para la depresión varían en función del paciente, en algunos casos los síntomas remiten de forma espontánea, la depresión leve puede tratarse con medidas gen-

erales y psicoterapia. Otros pacientes requieren combinaciones de fármacos. La mayoría de pacientes con depresión reciben tratamiento ambulatorio, aunque los que sufren de ideaciones suicidas suelen requerir hospitalización. La depresión es un trastorno mental grave causado por alteraciones biológicas con buen pronóstico con tratamiento. Debemos alentar al paciente a mantener las relaciones sociales, a no autoinculparse por estar enfermos y a realizar actividades. La psicoterapia, sobre todo la terapia cognitivo-conductual y la terapia interpersonal son las más eficaces en pacientes con trastorno depresivo mayor. Respecto del tratamiento farmacológico debemos destacar que hay varias clases de fármacos que pueden ser utilizados, destacando los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina, los modeladores de la serotonina, inhibidores de la recaptación de la serotonina-noradrenalina, inhibidores de la recaptación de la noradrenalina-dopamina, antidepresivos heterocíclicos y los antidepresivos melatonérgicos. Otros tratamientos pueden ser la fototerapia que mejora la depresión estacional, productos derivados de hierbas, la estimulación del nervio vago, la estimulación magnética transcraneal repetitiva, la estimulación cerebral profunda y los grupos de apoyo, que ayudan a los pacientes a compartir sus experiencias y sus sentimientos.

Cuidados de las personas con trastorno depresivo:
Entre el paciente y el equipo de enfermería se establecerá una relación terapéutica basada en la interacción personal teniendo como fin primordial la recuperación del paciente. Debemos crear con el paciente una relación de confianza para conocerlo y proporcionarle los cuidados personalizados a su situación, aportándole de esta forma un apoyo emocional indispensable. Debemos adquirir los conocimientos necesarios y las habilidades y actitudes eficaces para que nuestra función obtenga los resultados deseados, basándonos en una relación de respeto mutuo y empatía hacia el prójimo. Debemos conocer los tratamientos farmacológicos que toman los pacientes y sus posibles efectos secundarios y hacer que el paciente comprenda la importancia de tomar la medicación diaria para obtener los mejores resultados. La terapia psicológica ayuda a cambiar los hábitos, el estilo de vida y algunas costumbres, con ello lo que pretendemos es disminuir las recaídas. Como técnica psicológica utilizaremos la psicología positiva, estimulando emociones positivas como la alegría, la felicidad y la esperanza, con ello buscamos mejorar la eficacia en la resolución de los conflictos, aprender a afrontar las dificultades de forma positiva, gestionar las emociones y tener unas relaciones interpersonales positivas.

5 Discusión-Conclusión

La depresión es una enfermedad mental que afecta a todo tipo de personas en cualquier momento de la vida, provoca angustia y afecta al desarrollo normal de la vida cotidiana, siendo altamente incapacitante cuando esta depresión no está correctamente tratada, pudiendo llegar incluso al suicidio. La prevención es la principal medida para reducir la prevalencia de la depresión, la detección precoz y un diagnóstico acertado mejora el pronóstico y la recuperación del paciente. Los tratamientos integrales son los que incluyen medidas farmacológicas y psicoterapia y está demostrado que son los más eficaces, el paciente y su familia necesitan sentirse apoyados durante el tratamiento.

6 Bibliografía

- Organización Mundial de la Salud. 2017.
- Comunidad de Murcia. Guía Clínica de los Trastornos Depresivos. Servicio Murciano de Salud. 2010.
- Sociedad Española de Psiquiatría. La terapia cognitivo-conductual. 2017.
- Serrano M.J, Vives M, Mateu C, et al. Adherencia terapéutica en pacientes depresivos en atención primaria. 2014.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 597

AISLAMIENTO PROTECTOR O INVERSO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

ANDREA DE ÁVILA RODRÍGUEZ

ANGELA ROMERO RODRIGUEZ

1 Introducción

El aislamiento inverso o protector se debe aplicar en pacientes inmunodeprimidos y pacientes febriles.

2 Objetivos

Conocer al tipo de pacientes que requieran el aislamiento de adquirir alguna infección o sobreinfección.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica consultando diferentes bases de datos: PubMed, Dialne y Cuiden, así como el uso de las palabras clave como descriptores.

4 Resultados

Se debe utilizar un aislamiento inverso en diferentes casos:
- Pacientes trasplantados.
- Pacientes con Leucemias.
- Pacientes con Linfoma.
- Bebés Prematuros.
- Quemados con más del 25% de superficie corporal.
- Pacientes con menos de 500 neutrófilos (Neutropenia).
- Pacientes que se les administra grandes dosis de medicación inmunosupresora tumoral.

5 Discusión-Conclusión

En el aislamiento inverso o protector se debe:
- Aislar al paciente en una habitación individual
- Uso de guantes , mascarilla, y bata tanto de personal sanitario como de las personas que visitan al paciente.
- Es obligatorio el lavado de manos antes y después de cada visita o contacto con el paciente.
- Depositar la ropa sucia cuando se salga de la habitación y utilizar una limpia cada vez que se entra en la habitación aislada.
- Mantener la puerta cerrada.
- Utilizar manguito individual para el paciente aislado.
- Desinfección del fonendoscopio antes y después de su uso con alcohol de 70° o alcohol yodado.
- Limitar el transporte del paciente y visitas.

6 Bibliografía

www.saludcastillayleon.es
www.medwave.cl
www.hmhospitales.com

Capítulo 598

INFECCIONES RESPIRATORIAS PEDIÁTRICAS

ESTHER PÉREZ MANZANO

ANA MARÍA ARIAS DE HARO

1 Introducción

Las infecciones respiratorias tanto de las vías aéreas altas como de las bajas supone una de las principales causas de consulta en atención primaria. Es por ello que vamos a analizar alguna de ellas.

2 Objetivos

- Conocer las infecciones respiratorias pediátricas más comunes.
- Reconocer diferentes sintomatologías de dichas infecciones respiratorias.

3 Metodología

Las otitis y las faringoamigdalitis generan el 30-40% de los cuadros infecciosos en la edad infantil.

Dentro de la otitis diferenciamos:
- Otitis externa: es una infección de la piel del conducto auditivo externo. Su etiología es múltiple debiéndose en muchos casos a la manipulación del oído con objetos no apropiados, también como consecuencia de un inadecuado secado después del baño. Es frecuente en meses de verano, debido a que los niños pasan

mucho tiempo en el agua. Si hay humedad en el oído, el conducto se puede irritar, lesionando la piel y facilitando que se infecte. El síntoma principal es el escozor y el dolor que empeora si se tira de la oreja o se mastica. En ocasiones aparece una secreción líquida de color claro que puede variar de consistencia. No suele acompañarse de fiebre. Para prevenirla se debe secar las orejas cuidadosamente con una toalla tras el baño, se debe evitar el uso de bastoncillos y se recomienda el uso de tapones para el baño en piscinas.

- Otitis media aguda: es la infección del tramo del oído medio. La infección puede estar producida por un virus o por bacterias. Los síntomas más frecuentes son fiebre, dolor agudo que impide el descanso, irritabilidad, mucosidad nasal y otalgia. En este caso se suele pautar antiinflamatorio y antibiótico.

Las amígdalas son unas masas de un tejido linfoide que cumplen una función defensiva frente a los gérmenes. Cuando éstas se inflaman, normalmente debido a infecciones, hablamos de amigdalitis. Algunas de las características de la amigdalitis son:

- Amígdalas rojas e hinchadas.
- Presencia de una sustancia blanca o amarilla que las cubre.
- Cambio en la voz.
- Garganta dolorida.
- Incomodidad o dolor al tragar.
- Fiebre.

El tratamiento de elección será sintomático (analgésicos, antiinflamatorios, antitérmicos). En la mayoría de los casos tendremos que recurrir a los antibióticos.

Crup es un cuadro producido por diversas inflamaciones de las vías respiratorias que se caracteriza por una tos especial conocida como “tos metálica o perruna”, producida por la inflamación y la estenosis subglótica además de síntomas de dificultad respiratoria como tiraje intercostal, polipnea y estridor laríngeo. Hay diferentes tipos:

- Crup viral: es el tipo más común de crup. Se suele presentar en otoño,es causado por una infección viral de la laringe y la tráquea. Suele comenzar como un resfriado común,la respiración se vuelve ruidosa y comienza con ronquera. En ocasiones se acompaña de un estridor. Normalmente los niños presentan fiebre baja aunque en algunos casos se llega incluso a los 40 grados de temperatura.
- Crup espasmódico: este tipo de crup aparece repentinamente, muchas veces en medio de la noche. El niño puede acostarse bien y despertarse en pocas horas

sin poder respirar. Cursa con ronquera y con estridor al respirar. No suele acompañarse con fiebre.
- Crup estridor: el estridor es común en casos leves de crup, especialmente cuando el niño llora o está activo. Pero si un niño presenta estridor mientras está en reposo, puede ser signo de un caso más grave. A veces las vías respiratorias se inflaman tanto que el niño apenas puede respirar.

En cuanto a las infecciones que se producen en la vía aérea baja encontramos:
1. Neumonía.
La neumonía es una infección de uno o los dos pulmones causada por bacterias, virus u hongos. Se caracteriza por una serie de síntomas generales, como fiebre, dolor torácico, cefalea, vómitos y otros síntomas respiratorios como tos, disnea y/o sibilancias. Representa aproximadamente entre el 7 y el 10% de las infecciones respiratorias. En cuanto al tratamiento se suele usarcon antitérmicos y broncodilatadores, y aunque la mayoría son de origen vírico se suele optar por un antibiótico.

2. Bronquiolitis.
Consiste en una obstrucción inflamatoria de los bronquiolos. La mucosa bronquial se ve afectada y se produce un broncoespasmo, lo que ocasiona un edema inflamatorio que hace aumentar la cantidad y la viscosidad del moco, produciéndose así una obstrucción. Tiene más incidencia en el primer año de vida y en temporada invernal. Su origen suele ser el Virus Sincitial Respiratorio. Normalmente cursa con tos, moco, rinorrea, pérdida de apetito, irritabilidad, signos de dificultad respiratoria, aleteo nasal y sibilancias. La bronquiolitis se contagia al tocar objetos contaminados en los que quedan gotas de saliva o mucosidad y posteriormente llevar las manos contaminadas a los ojos , nariz o boca. Otra forma de contagio es al respirar las gotas que generan los infectados al toser o estornudar. Los bebés que van a guarderías tienen mayor riesgo.

4 Bibliografía

- https://medlineplus.gov
- https://www.hmhospitales.com
- https://www.pediatriaintegral.e

Capítulo 599

COMPONENTE GENÉTICO, ANSIEDAD, HIPERACTIVIDAD Y TERAPIAS EN TDHA

GRACIELA CARBAJAL BARREIRO

GRACIELA COLODRON TESTA

KATIUSCA POMPA SABLON

MARIA RIESGO RODRIGUEZ

ROSA PEREIRA PEREZ

1 Introducción

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad o TDHA, como su propio nombre indica es un trastorno que viene definido principalmente por tres síntomas principalmente: disminución de la atención, impulsividad e hiperactividad. (Pascual-Castroviejo I, 2007) En ocasiones estos estados puntuales de tensión física y emocional se agravan y se cronifican provocando un deterioro de la funcionalidad del individuo y empeorando aún los síntomas de inatención, distractibilidad, agitación e hiperactividad (Wang J, Jiang T, Cao Q, Wang Y, 2007). Durante los seis primeros años de vida, la característica que define a estos niños es su concepto vital, se muestran torpes para psicomotricidad fina, inquietos, caprichosos, entrometidos, acaparadores, egoístas y con poca capacidad de frustración. El índice de fracaso escolar en ellos es elevado, son expulsados de las

aulas e incluso del propio centro. Toda esta situación personal y académica, afecta al entorno familiar provocando una situación de frustración y una elevada carga de angustia. En el proceso de evaluación de este trastorno, se utilizan distintas escalas de valoración, destacamos la "escala de Conners" que fue diseñada por C. Keith Conners en 1969. (Campor A et al., 2002). Esta escala, en un principio fue utilizada para valorar los niños con con hiperactividad y tratamiento.
Las terapias en las cuales se combinan los tratamientos sin medicación y las terapias de comportamiento, se encuentran entre las más efectivas. Un niño puede puede aprender a identificar sentimientos y pensamientos de ansiedad y buscar las herramientas adecuadas para poder frenar a tiempo estos síntomas (De Quirós B, 1987).
De los artículos estudiados vemos que las personas con este trastorno tienen unos síntomas comunes y estos pueden mejorar con medicación y/o terapias alternativas. Los efectos favorables de estas últimas terapias son más tardíos en aparecer pero una vez enlazadas las pautas de conducta se percibe una mejoría notable, bien sea en el ámbito escolar, social, familiar o en el entorno de trabajo (las pautas se tienen que llevar a cabo para mantener el equilibrio en la conducta). Se debe resaltar, que la persona con dicho trastorno, mejora su calidad de vida ,teniendo unos factores favorables. Comprensión por parte de sus padres, profesores y amigos, vivir en un barrio de clase media, proceder de una familia bien estructurada, evitar compañías poco recomendables y una buena elección de pareja. Se observa gran mejoría si se mantienen tanto las pautas de conducta como la medicación y las terapias alternativas, llegando incluso a llevar una vida normal. No se les puede exigir más de lo razonable y deben de aprender a escuchar, tiene que saber dónde están sus límites. En momentos de estrés y de confusión, será donde las habilidades aprendidas, en las terapias alternativas, les hagan salir exitosos de la situación.

2 Objetivos

- Revisión del componente genético del TDHA
- Ansiedad, hiperactividad y terapias en TDHA

3 Metodología

Se ha realizado una revisión sistemática de artículos de Medline, Cochrane, Cinahl, Dialnet, Cuiden, American Psychiatric Association (2002)… Se han con-

trastado publicaciones de revistas científicas, Revista de Neurología del Manual diagnóstico y Estadístico.
Las palabras clave utilizadas fueron: TDHA y tratamiento, ansiedad, hiperactividad, Componente genético.
Como criterios de inclusión: Artículos publicados en los últimos 10 años, artículos de estudio y tratamiento del TDHA, escritos en inglés y español, acceso gratuito y estudios con humanos.

4 Resultados

El TDHA tiene un elevado grado de agregación familiar. Los gemelos en general tienen valores del 50% de concordancia, los gemelos monocigóticos del 80% y en gemelos dicigóticos del 30%. Los datos obtenidos en el estudio nos permiten tener valores de heredabilidad alrededor del 60-70%. La combinación de factores ambientales y la contribución genética, hacen que sea un trastorno de etiología compleja. Este trastorno está asociado al sistema dopaminérgico. El gen más asociado es el gen dopaminérgico D4 que es un gen transportador presimpático de la dopamina. Desde un punto de vista molecular, el sistema serotoninérgico se ve implicado, a través de los genes del transportador presimpático de serotonina (5HTT) y de la proteína neuronal SNAP-25 (Pascual-Castroviejo I, 2008). En los últimos años se está observando un aumento de este grupo, debido al elevado número de niños prematuros, de muy bajo peso y en algunas ocasiones, provenientes de partos múltiples. En los niños adoptados la etiología puede ser combinada (constitucional o genética-adquirida) y pueden heredar mucha patología comórbida (violencia, agresividad, consumo de alcohol y drogas…), un 70% de los drogadictos pueden venir de personas con este síndrome. Es factor a tener en cuenta, las madres que abusan del tabaco, drogas y alcohol durante el embarazo (Castellanos FX, 1997) El estudio realizado a niños y adolescentes, demuestran que hay un alto grado de superposición entre ansiedad y TDHA. En ocasiones, esta tensión física y emocional, desencadena en un deterioro de la funcionalidad del individuo, aumentando los síntomas de intención, distractibilidad, agitación e hiperactividad. (Ferbandez-Jaen AE, 2005). La prevalencia del TDHA es similar en ambos sexos, cabe destacar que en los varones predomina la hiperactividad y en las mujeres el déficit de atención. Los niños con TDHA y ansiedad, pueden manifestar trastornos de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad por separación, estrés escolar, trastorno obsesivo compulsivo (TOC) y fobia social, siendo más frecuente en niñas. No es solo un trastorno de la infancia y adolescencia, la patología persiste en la edad adulta, donde se manifiestan

con más gravedad los síntomas. (Biederman J et al., 1996). Los estudios dieron como resultado una prevalencia de ansiedad del 34% en niños y de un 40% en la población adulta con TDHA. Estos porcentajes fueron obtenidos, a partir de los síntomas más comunes de ansiedad de la población a estudio. Los síntomas más comunes en adolescentes son miedo-pánico a enfrentarse a situaciones difíciles solos, miedo al rechazo. (Mas Pérez C, 2009) Se ha estudiado que para poder abordar este problema y evitar un aumento del riesgo de presentar un trastorno ansioso-depresivo en la edad adulta, se necesita un tratamiento con farmacoterapia y psicoterapia combinado con técnicas de relajación, el paciente tiene una mejoría en su rendimiento y relaciones personales. Otras terapias menos estudiadas, son las terapias cognitiva-comportamiento, las cuales están enfocadas a reestructurar los pensamientos de una forma positiva, para que puedan ser más asertivos y a su vez, poder detectar y afrontar la ansiedad cuando aparece. (Mas Pérez C, 2009) Las terapias en las cuales se combinan los tratamientos sin medicación y las terapias de comportamiento, se encuentran entre las más efectivas. Un niño puede aprender a identificar sentimientos y pensamientos de ansiedad y buscar las herramientas adecuadas para poder frenar a tiempo estos síntomas. (De Quirós B, 1987)

5 Discusión-Conclusión

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad viene marcado en gran parte por un fuerte componente genético y por los hábitos de la madre en el embarazo. Madres fumadoras y las cuales han consumido alcohol en el embarazo, tiene más probabilidades de tener un hijo con TDHA. Los hijos de padres con TDHA tienen más probabilidades de desarrollar dicho trastorno. De los artículos estudiados vemos que las personas con este trastorno tienen unos síntomas comunes y estos pueden mejorar con medicación y/o terapias alternativas. Los efectos favorables de estas últimas terapias son más tardíos en aparecer, pero una vez enlazadas las pautas de conducta se percibe una mejoría notable, bien sea en el ámbito escolar, social, familiar o en el entorno de trabajo (las pautas se tienen que llevar a cabo para mantener el equilibrio en la conducta). Se debe resaltar, que la persona con dicho trastorno, mejora su calidad de vida, teniendo unos factores favorables. Comprensión por parte de sus padres, profesores y amigos, vivir en un barrio de clase media, proceder de una familia bien estructurada, evitar compañías poco recomendables y una buena elección de pareja. Se observa gran mejoría si se mantienen tanto las pautas de conducta como la medicación y las terapias alternativas, llegando incluso a llevar una vida normal. No se les puede exigir más

de lo razonable y deben de aprender a escuchar, tiene que saber dónde están sus límites. En momentos de estrés y de confusión, será donde las habilidades aprendidas, en las terapias alternativas, les hagan salir exitosos de la situación.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 600

INTERVENCIÓN MULTIDISCIPLINAR EN PLANTA HOSPITALARIA ANTES DE UN CATETERISMO CARDIACO

ROSA PEREIRA PEREZ

GRACIELA CARBAJAL BARREIRO

GRACIELA COLODRON TESTA

KATIUSCA POMPA SABLON

MARIA RIESGO RODRIGUEZ

1 Introducción

El cateterismo cardíaco, es un método diagnóstico y terapéutico durante el cual se introduce un catéter radiopaco en el corazón y grandes vasos sanguíneos, a través de arteria femoral o radial mediante fluoroscopia, la cual permite una visualización inmediata "en tiempo real" de las imágenes gracias a la introducción de contraste yodado.
Toda prueba diagnóstica/ terapéutica invasiva requiere una preparación previa, que evitarán la aparición de complicaciones.

2 Objetivos

Determinar qué actuaciones debe llevar a cabo el equipo interdisciplinar de planta antes de un cateterismo y determinar cuáles de estas actuaciones están más consensuadas y cuáles de ellas tienen justificación científica.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión sistemática consultando un total de 20 fuentes, de las que se han seleccionado 12, correspondientes a protocolos hospitalarios, artículos científicos de bases de datos como Pubmed, Scielo y Dialnet, y bibliografía reciente.

4 Resultados

Habitualmente las actuaciones son clasificadas por orden temporal.
El día de antes:
- Confirmar si fuera necesario, que hay petición de transporte con acompañamiento de personal de enfermería.
- Asegurarse de que el paciente es conocedor de la hora del traslado para su preparación.
- Si procediera, confirmar la existencia del consentimiento informado.
- Valorar necesidades de cada paciente en relación con sus antecedentes personales y seguir las pautas dadas por el facultativo en cada caso (paciente con tratamiento anticoagulante o antiagregante, paciente con alergias, paciente que precisa profilaxis de Insuficiencia Renal, paciente diabético que toma Dianben®).
- Tallar y pesar al paciente. Confirmar la existencia de electrocardiograma y analítica completa.
- Rasurado de las posibles zonas de punción radiales (muñecas y dorso de mano) y femorales (pliegues inguinales).

El mismo día:
- Ayunas: Hay controversia en cuanto al tiempo de ayunas de alimentos sólidos. Parece lo más aceptado es mantener dieta absoluta las 6 horas antes.
- Asegurar el correcto funcionamiento una vía venosa periférica que preferentemente se localiza en miembro superior izquierdo lo más proximal posible.
- Asegurar la presencia de pulsera identificativa, que al igual que la vía periférica se localiza en el miembro superior izquierdo o en tobillo.

- Garantizar el aseo del paciente antes de marcharse.
- Retirada de joyas, esmalte de uñas, prótesis dentales…
- Toma de constantes.

5 Discusión-Conclusión

• Pese a que en la bibliografía consultada existen algunas discrepancias en referencia al número de horas que el paciente debe estar en ayunas, en el resto de actuaciones recogidas existe cierto consenso.
• En el protocolo de Hospital "La Inmaculada" se permite un desayuno ligero, en el protocolo del Hospital de Jove se mantiene en dieta absoluta desde las 24 horas del día previo, en el Complejo Hospitalario Universitario de Albacete el paciente permanecerá en ayunas las 6 horas previas al estudio. Como norma más habitual utilizaremos la recogida en el Manual de Procedimientos de Enfermería en Hemodinámica y Cardiología Intervencionista realizado por la Asociación Española de Enfermería en Cardiología

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 601

LAS INFECCIONES POR VULVOVAGINITIS.CUIDADOS AUXILIARES.

MARIA TERESA ARANGO FERNANDEZ

JULIO CESAR DEL VALLE CUESTA

SILVIA DE LA CALLE VALLINA

MONICA ORRASCO ALFONSO

VERÓNICA DURRUTI BERROS

1 Introducción

Los daños vaginales son una de las causas más comunes de las visitas de las mujeres al ginecólogo. Presentan síntomas como picazón, ardor, dolor, sangrado anormal y secreción.

Un problema común es la vaginitis. Otros incluyen enfermedades de transmisión sexual, cáncer vaginal y el cáncer de la vulva. El tratamiento depende de la causa.

La salud de la vagina es una parte importante del estado de salud general de las mujeres. Los problemas vaginales pueden afectar la fertilidad, el deseo sexual y la capacidad de tener orgasmos. Los problemas constantes de la salud vaginal también pueden provocar estrés y problemas en las relaciones y afectar la confianza en una misma.

La vagina es un canal muscular cerrado que se extiende desde la vulva, la parte externa de la zona genital femenina, hasta el cuello del útero. Varios factores pueden afectar la salud de la vagina, incluidos los siguientes:

- Sexo. Las relaciones sexuales sin protección pueden provocar una infección de transmisión sexual. Las relaciones sexuales fuertes o una lesión en el área pélvica pueden causar traumatismo vaginal.
- Algunas enfermedades o tratamientos. Algunos trastornos, como la endometriosis y la enfermedad pélvica inflamatoria, podrían provocar dolor durante las relaciones sexuales. Las cicatrices de una cirugía pélvica y algunos tratamientos oncológicos también pueden provocar dolor durante las relaciones sexuales. El uso de algunos antibióticos aumenta el riesgo de una infección vaginal por hongos.
- Pastillas anticonceptivas y productos de higiene femenina. Los anticonceptivos de barrera, como los preservativos, los diafragmas y el espermicida asociado, pueden provocar irritación vaginal. El uso de aerosoles, desodorantes o duchas vaginales puede causar irritación o empeorar una irritación existente.
- Embarazo y parto.Con el embarazo se deja de menstruar hasta después del nacimiento del bebé. Durante el embarazo, la secreción vaginal con frecuencia aumenta. Los desgarros vaginales son relativamente comunes durante el parto. En algunos casos, es necesario hacer una episiotomía, una incisión que se realiza en el tejido de la abertura vaginal durante el parto. Un parto vaginal también puede reducir el tono muscular en la vagina.
- Problemas psicológicos. La ansiedad y la depresión pueden contribuir a un nivel bajo de excitación y, como resultado, malestar o dolor durante las relaciones sexuales. Los traumas, como el abuso sexual o una primera experiencia sexual dolorosa, también pueden causar dolor relacionado con el sexo.
- Niveles hormonales. Los cambios en los niveles hormonales pueden afectar la vagina. Por ejemplo, la producción de estrógeno disminuye después de la menopausia y durante la lactancia. La falta de estrógeno puede provocar adelgazamiento del revestimiento vaginal (atrofia vaginal), lo que causa dolor durante las relaciones sexuales.

Los trastornos que podrían afectar la vagina incluyen los siguientes:

- Problemas sexuales. Estos podrían incluir dolor recurrente o persistente inmediatamente antes, durante o después de tener relaciones sexuales (dispareunia). El dolor durante la penetración podría ser causa de espasmos involuntarios de los músculos de la pared vaginal (vaginismo). Los músculos del piso pélvico pueden ponerse tensos, lo que provoca dolor crónico y dolor durante las relaciones sexuales. La sequedad vaginal, que con frecuencia ocurre después de la menopausia, también puede provocar dolor durante las relaciones sexuales.

- Infecciones de transmisión sexual. Varias infecciones de transmisión sexual pueden afectar la vagina, incluidos la clamidia, la gonorrea, las verrugas genitales, la sífilis y el herpes genital. Los signos podrían incluir secreción vaginal anormal o llagas genitales.
- Vaginitis. Una infección o un cambio en el equilibrio normal de los hongos o las bacterias vaginales pueden provocar la inflamación de la vagina (vaginitis). Los síntomas incluyen secreción vaginal, olor, picazón y dolor. Los tipos comunes de vaginitis incluyen vaginosis bacteriana, candidiasis y tricomoniasis.
- Relajación del piso pélvico. Si los ligamentos de soporte y los tejidos conectivos que sostienen el útero y las paredes vaginales en su lugar se debilitan, el útero, la vejiga, el recto o las paredes vaginales podrían deslizarse hacia abajo (prolapso). Esto podría provocar pérdida de orina al toser y al estornudar o un bulto en la vagina.
- Otros trastornos poco comunes. Los quistes vaginales pueden provocar dolor durante las relaciones sexuales o dificultar la colocación de un tampón. El cáncer vaginal, que al principio podría manifestarse como sangrado vaginal después de la menopausia o las relaciones sexuales, también es una posibilidad poco frecuente.

2 Objetivos

Determinar y reconocer los síntomas de disfunción vaginal por parte del equipo sanitario de ginecología.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Las infecciones vulvovaginales son un motivo muy frecuente de consulta en Atención Primaria, Especializada y Urgencias Hospitalarias, llegando a represen-

tar el 20% de las consultas ginecológicas.

El 75% de las mujeres experimentan un episodio de vulvovaginitis sintomática a lo largo de su vida y el 40-50%, al menos, un segundo episodio.La prevalencia es alta, aunque las cifras varían según las fuentes debido a la discreción sintomática y a la falta de especificidad de los criterios diagnósticos.

Se calcula que afecta al 8-30% de las mujeres sexualmente activas de los países industrializados.

La vulvovaginitis candidiásica (VVC) es la más prevalente en Europa y la segunda en EE.UU., solo superada por la vaginosis bacteriana (VB). Nuevas formas terapéuticas que, como los probióticos, intentan reconstituir el patrón estándar de la microbiota, a partir del aporte de lactobacilos, están cobrando interés. En forma de producto liofilizado (cápsulas vaginales o tampones), o en otros sustratos, han demostrado eficacia tanto en la prevención como en el tratamiento. Lo avalan algunos estudios clínicos.

Recomendaciones:
- Evaluación continua de Enfermería.
- Exploraciones ginecológicas e isopos de cultivos aislados.
- Metodología del trabajo en equipo.
- Continuidad de los cuidados.
- Asignación de responsabilidades de cuidados por parte del auxiliar de enfermería.
- Aprendizaje al paciente en el modelo de lavado genital.
- Tratamiento con centella asiática, óvulos y antibióticos y antimicóticos.
- Ropa de algodón 100%.
- Evitar las duchas vaginales y el jabón en esa zona.

5 Discusión-Conclusión

La concepción de la vaginosis ha cambiado, pasando de considerarse una entidad monomicrobiana constituida por Gardnerella vaginalis (G. vaginalis), a polibacteriana sin componente inflamatorio, donde además los responsables son comensales habituales de la vagina, como gérmenes anaerobios gramnegativos, Mobilincus y bacilos grampositivos como el Atopium vaginae, considerado comensal habitual de la vagina. La Gardnerella se identifica en el 10% de mujeres sin patología. Hay, no obstante, patrones generales de microbiota vaginal, que tienden

a diferenciarse entre mujeres con y sin vaginosis.

6 Bibliografía

- Aplicación del proceso enfermero.Fomentar el cuidado en colaboración. Alfaro-Le Fevre, R. 2003
- Enfermería Fundamental. Fernández Ferrín, C., Garrido Abejar, M., Santo
- Tomás, M., Serrano Parra, 2003. https://www.pubmed.org/gine/.es
- Vulvovaginal candidiasis and bacterial vaginosis.
- Infect Dis Clin North Am., 22 (2008), pp. 637-652 http://dx.doi.org/Medline 2008

Capítulo 602

LA OBESIDAD INFANTIL EN EL SIGLO XXI.

ROSA PEREIRA PEREZ

GRACIELA CARBAJAL BARREIRO

GRACIELA COLODRON TESTA

KATIUSCA POMPA SABLON

MARIA RIESGO RODRIGUEZ

1 Introducción

El consumo de alimentos con alto contenido en grasa y azúcares ha aumentado junto con la prisa y la falta de tiempo para todo en la sociedad de este siglo siendo uno de los más afectados los niños.

Organización mundial de la salud define como la acumulación anormal o excesiva de grasa que puede perjudicar la salud. En los lactantes y los niños que están creciendo la obesidad se mide según los ”patrones de crecimiento infantil” de la OMS (talla/estatura para la edad, peso para la edad, peso para la talla, peso para la estatura e índice de masa corporal para la edad) y los datos de referencia sobre el crecimiento entre los 5 y los 19 años (índice de masa corporal para la edad.)

Obesidad infantil y sobrepeso. Diferencias:

- Sobrepeso: Aumento del peso corporal, por encima de un patron dado en relación con la talla. No siempre indica un exceso de grasa.
- Obesidad infantil:Enfermedad cronica caracterizada por un exceso de grasa, tejido adiposo y aumento de peso.

Factores de riesgo:
•Factores genéticos: en general, los hijos de padres obesos tienen mayores posibilidades de serlo.
•Dieta inadecuada: la mayoría de los niños con sobrepeso y obesidad siguen una dieta hipercalórica, en la que hay un exceso de alimentos ricos en grasas y azúcares
•Sedentarismo: no realizar ejercicio y estar viendo durante tiempo prolongado la televisión o jugando a videojuegos

Consecuencias de la obesidad infantil:
•Diabetes tipo 2 (la llamada diabetes del adulto),
•Hipercolesterolemia(colesterol elevado)
•Hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares graves.
•Obesidad mórbida al llegar a la edad adulta.
•Problemas respiratorios.
•Sentimientos de inferioridad y baja autoestima.
•Trastornos alimentarios como la anorexia y la bulimia se pueden iniciar en situaciones de sobrepeso.

2 Objetivos

- Concienciar a la población de las consecuencias de la obesidad infantil.
- Fomentar hábitos de vida saludables.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Una buena nutrición y una dieta balanceada ayudan a que los niños crezcan saludables. No importa si su hijo es un niño pequeño o un adolescente, usted puede tomar las medidas necesarias para mejorar su nutrición y formar buenos hábitos alimenticios.

Las cinco mejores estrategias son éstas:

•Establecer un horario regular para las comidas en familia.
•Servir una variedad de alimentos y refrigerios saludables.
•Darle un buen ejemplo siguiendo una dieta nutritiva.
•Evitar las peleas por la comida.
•Involucrar a los niños en el proceso.
•Permita que el adolescente invite a un amigo a comer.
•Involucre al adolescente en la planificación de la comida y la preparación de los alimentos.
•Haga que la hora de la comida sea un momento agradable y donde uno se sienta a gusto, sin discusiones o sermones.
•Desayunar todos los días antes de ir a la escuela.
•Tomar cinco comidas diarias•Establecer horarios en los tiempos de comida.
•Consumir frutas y verduras.
•Evitar los fritos.
•Beber agua.
•Realizar ejercicio.
•Los cuidadores y familiares deberán dar ejemplo y educar en una alimentación saludable.
•Identificar situaciones que impidan a los niños alimentarse equilibradamente.
•Desarrollar estilos de vida saludables.

5 Discusión-Conclusión

Vemos aconsejable, empezar a educar a los niños desde edades tempranas y a sus familiares ,sobre los problemas que pueden traer en la salud el consumo de alimentos con alto contenido en grasas y azucares y llevar una vida con poca actividad. Lo ideal seria, introduccir toda clase de alimentos, tanto frutas como verduras, a edad temprana, para que se empiezen a familializar con este tipo de dieta saludable, basada en un alto contenido de frutas y verduras.

6 Bibliografía

- Revision de varios protocolos en nutricion de distintos centros hospitalarios y consultas de endocrino.

Capítulo 603

BANCO DE LECHE EN NEONATOLOGÍA. FUNCIONES DE TCAES.

CARMEN ÁLVAREZ VEGA

ESTHER ALVAREZ VEGA

1 Introducción

La lactancia materna es el mejor alimento del neonato, sea cual sea su peso y edad gestacional.

Los bancos de leche son centros que están especializados en la recogida, selección, conservación, procesamiento y distribución de la leche donada a los recién nacidos que lo precisen.

2 Objetivos

- El principal objetivo es promover la lactancia materna.
- Educar sobre la importancia de la lactancia materna, para defender los beneficios de la misma.
- Dar a conocer los beneficios de la lactancia materna, sobre la leche de fórmula.
- Captar madres para ser donantes.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Se realizaron distintas investigaciones a través de gooogle, en páginas de distintos hospitales donde hay bancos de leche para neonatos.

4 Resultados

La/las TCAES que trabajan en el banco de leche actúan, junto con la/las enfermeras, de responsables del servicio, realizando las siguientes tareas:
- Recepción de la leche.
- Registro y verificación.
- Congelación y almacenaje.
- Pasteurización y control post-pasteurización.
- Congelación y almacenaje.
- Asignación de receptores.

5 Discusión-Conclusión

La OMS establece que la lactancia materna es la idóneo para el niño sano o prematuro. Recomienda que cuando no se disponga de leche propia de la madre, la opción de alimentar al niño con leche humana pasteurizada obtiene mejores resultados que hacerlo con otras leches de fórmula.

El trabajo que allí se realiza garantiza las condiciones más óptimas y adecuadas para la utilización de la leche donada en niños frágiles.

6 Bibliografía

- www.astursalud.es>documents>bancodelechematerna.pdf
- www.enfermeriaparadesarrollo.es
- mailxmail.com

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 604

APOYO SOCIAL A LOS PACIENTES CON DIABETES

SUSANA BOUSO YÁÑEZ

1 Introducción

El apoyo social es un proceso donde se obtiene ayuda afectiva, emocional e instrumental del ámbito social que origina un efecto protector sobre la salud y el estrés en el paciente.

La diabetes mellitus es una de las principales causas de invalidez y muerte prematura en la mayoría de los países desarrollados y produce un gran deterioro en la calidad de vida de las personas afectadas. Entre los métodos de los pacientes con diabetes llevan a cabo para convivir con la enfermedad están la búsqueda de ayuda y apoyo no exclusivamente de la red sanitaria, sino además y de forma más importante de las personas de su entorno y especialmente de su familia. Se considera que ese apoyo es capaz de paliar el efecto del estrés originado por la enfermedad.

El apoyo social es un factor que tienen un efecto protector sobre múltiples parámetros relacionados con la salud.

2 Objetivos

- Establecer si existe relación entre apoyo social que reciben los pacientes diabéticos y el control metabólico.
- Cómo llevar a cabo esta relación.

- Medir el apoyo social con el que cuentan los pacientes diabéticos atendidos en las consultas de atención primaria de salud.

3 Metodología

- Estudio transversal multicentrico en 200 pacientes diabéticos tipo 2, donde se medirán las siguientes variables: Control metabólico, red social, percepción del apoyo social y acontecimientos estresantes. Se utilizarán instrumentos como la escala de Holmes y Rahe y cuestionario MOS.

RED SOCIAL:
A través del primer item del cuestionario de MOS, el paciente identificará el numero de contactos sociales con los que cuenta: de 0-1 Escasa, 2-5 Mediana y >6 Elevada.

PERCEPCIÓN APOYO SOCIAL:
Cuestionario de MOS que utiliza una escala de 5 variables: Nunca, pocas veces, algunas veces, la mayoria de las veces y siempre.

ACONTECIMIENTOS VITALES ESTRESANTES:
Se utilizará la escala de evaluación de reajuste social, publicada por Holmes y Rahe. Esta escala tiene 43 items.

4 Bibliografía

- Lafuente Robles N et Al. Guía de atención Enfermera a pacientes con diabetes.
- Menendez Villalba C, Montes Martínez A, Nuñez Losada C, Gamarra Mondelo T, Bujan Garmendia S. Estrés ambiental y reactividad cardiovascular: La influencia de los acontecimientos vitales estresantes en paciente hipertensos. Atención primaria, 2002; 30(10): 631-37.
- Heredia Galán, MV. ¿Que influye la adherencia al tratamiento de la diabetes? Rev ROL Enferm, 2004; 27(1): 52-54.

Capítulo 605

LA MENOPAUSIA.

SONIA MESA GONZÁLEZ

Mª ISOLINA ALONSO GARCÍA

NURIA BARRERA ARIAS

1 Introducción

La menopausia se considera un proceso natural que le sucede a todas las mujeres. Es una fase femenina de transición donde básicamente se culmina el final de la capacidad reproductiva de la mujer y se deja de tener menstruaciones. Suele ocurrir entre los 40-50 años dependiendo de cada mujer debido a que el cuerpo deja de producir las hormonas necesarias, estrógenos y progesterona. Se dice entonces que la mujer llega a la menopausia cuando hay una falta de menstruación durante un año.

La menopausia puede verse con diferentes matices dependiendo de su origen, por eso es importante conocer los aspectos históricos que han influido en los diferentes conceptos de la mujer y posteriormente de la Menopausia para poder comprender mejor la situación actual en nuestra sociedad.

La palabra menopausia deriva etimológicamente del griego: meus > menos > mes; pausis > cesación.

Los filósofos y médicos clásicos menospreciaban a las mujeres y las consideraban los seres más inferiores del mundo. Para ellos el ser femenino hace referencia a sufrir trastornos mentales:

• Hipócrates: creía que el útero era un órgano que se movía por el cuerpo de la mujer causando enfermedades.
• Aristóteles y Galeno: consideraban a la mujer como un ser imperfecto, inferior e inacabado. Se creía que la falta de la menstruación les provoca contaminación por no poder expulsar las secreciones, y como consecuencia la mujer se enfermaba y se marchitaba.

• Freud (1912) en su obra "Sobre los tipos de contracción de neurosis" relaciona menopausia con la aparición de angustia y neurosis.

La Psiquiatría en esta época, tiene un papel influyente en relacionar la menopausia con una enfermedad mental y un proceso patológico. La unión de útero-cerebro se asocia con síntomas de irritabilidad y depresión.
Se percibe a la mujer menopaúsica muy vulnerable a enfermedades físicas y mentales.

Por lo tanto, podemos pensar que la menopausia ha sido un proceso que se ha ido creando culturalmente dependiendo de la época y de la cultural que se haya formado. Por ejemplo, en la cultura occidental la menopausia y la menstruación son totalmente opuestas, mientras que, a la menstruación se le asigna desarrollo y vitalidad, a la menopausia se le atribuye la idea de envejecimiento y pérdida de la capacidad reproductiva, pero afortunadamente, no todas las culturas tienen los mismos conceptos.

Menopausia y climaterio son dos términos que suelen usarse como si fueran sinónimos, pero no lo son, por este motivo vamos a distinguirlos:
La palabra menopausia hace referencia a una fecha en concreto: desde la última vez que la mujer tuvo su menstruación transcurrido el año. El climaterio, en cambio, se relaciona con los cambios que experimenta la mujer antes, durante y después de la menopausia. Esta etapa es más amplia y abarca todos aquellos cambios que va sufriendo la mujer y que confluyen en el fin de su etapa reproductiva, es decir, en la menopausia.

El final de la capacidad reproductora puede ser vivido como una liberación de los dolores de la menstruación y de posibles embarazos asumiendo esta etapa con satisfacción, serenidad, sabiduría y orgullo, o por lo contrario como un sentimiento negativo hacia la vejez, el paso del tiempo y a los cambios físicos –fisiológicos que se producirán.

2 Objetivos

La menopausia a pesar de ser una etapa biológica y natural en la vida de la mujer, también es considerado en muchas ocasiones como un problema médico creando una gran dependencia en las mujeres durante esta etapa de la vida.
Nosotros como personal sanitario debemos orientar, informar, dirigir y guiar a la mujer en este proceso, muchas veces traumático por estereotipos negativos ya creados.
Nuestro principal objetivo será orientar y acompañar a la mujer durante esta nueva e importante etapa de su vida para resolver sus dudas y calmar los miedos que puedan surgir durante el climaterio o cuando aparecen los primeros síntomas.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica y electrónica sobre la menopausia desde sus orígenes y sus aspectos históricos para llegar a entender con mayor claridad cómo afecta la menopausia en nuestra sociedad y en las diferentes culturas.
Se han empleado la siguiente base de datos: Scielo, Pubmed, Google académico y Cochrane.
Se utilizaron los términos de búsqueda: Menopausia definición, edad, historia, síntomas, etapas, hormonas: estrógenos y progesterona.
Se consultaron algunas guías como la Guía de Práctica Clínica sobre el abordaje de síntomas vasomotores y vaginales asociados a la menopausia y postmenopausia (Guía Práctica del SNS. 2015).

4 Resultados

La menopausia es un proceso biológico natural que marca el final de los ciclos menstruales. Se produce cuando transcurren doce meses sin que tengas un período menstrual y se manifiesta entre los 40 y 50 años de edad.

Los ovarios dejan de producir estrógenos, los grandes protectores del corazón y de los huesos, por este motivo el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares en la mujer se equipará a la del hombre como: enfermedades del corazón, colesterol elevado, alta presión sanguínea y osteoporosis.
Podemos decir que el principal responsable de la menopausia es el envejecimiento ovárico que repercute en el ciclo menstrual, provocando los primeros de-

sajustes y dando lugar anteriormente al climaterio. Aunque no todas las mujeres experimentan los mismos síntomas ni lo manifiestan de la misma forma ni durante el mismo tiempo, vamos a mencionar los más comunes haciendo hincapié en el más notorio que son los sofocos, a los cuales les dedicaremos un apartado especial para poder profundizar.
Los síntomas más comunes de la menopausia son:

• Periodo menstrual irregular: El periodo menstrual se vuelve más corto, más largo, más o menos intenso e incluso inexistente.

• Sofocos: son sensaciones de calor repentinas, que se extienden a la cara y parte superior del cuerpo
• Sudores nocturnos: son calores que te despiertan durante la noche.

• Problemas para dormir: dificultad para conciliar el sueño o para permanecer dormido.

• Cambios vaginales: La membrana vaginal puede volverse más delgada, más seca o menos elástica. Esto puede generar sequedad o molestias durante las relaciones sexuales.

• Infecciones urinarias o de la vejiga: Es posible que debas ir al baño más a menudo o llegar a tener infecciones urinarias o de la vejiga más frecuentes.

• Cambios en el estado de ánimo: Los cambios hormonales pueden causar ansiedad, irritabilidad o cansancio y disminuir la actividad sexual.

• Debilidad de los huesos: Es posible que los huesos se debiliten durante la menopausia llegando en el caso más extremo a la osteoporosis.

• Dolores de cabeza.

• Vértigos, sensación de mareo e inestabilidad.

• Parestesias, sensaciones de adormecimiento y hormigueo en las extremidades.

En general se observa que los síntomas comunes de la menopausia (como los cambios de estado de ánimo y los calores) son pasajeros y duran solo de 3 a 5 años, pero otros (como la sequedad vaginal y los cambios de la libido) pueden continuar durante y después de la menopausia.

Sofocos.

Los sofocos son una sensación subjetiva de calor, acompañados de enrojecimiento de la piel y sudoración. Afecta siempre a la parte superior del cuerpo: cara, cuello, hombros y parte anterior del tórax. Los calores pueden ser muy molestos, pero suelen durar pocos minutos, aunque pueden aparecer varias veces en un mismo día, en la misma semana o en el mismo mes.
Los calores son muy comunes, 3 de cada 4 personas los tienen durante el climaterio y la menopausia.
Los sofocos o calores que aparecen durante la noche se llaman "sudores nocturnos". Pueden suceder durante la vigilia y el sueño. En ocasiones son tan intensos que resulta difícil conciliar el sueño, despertándose la mujer con angustia y empapada de sudor.
Aunque no desaparecerán por completo, citaremos algunas pautas que pueden ayudar a aliviarlos:

• Reducir la obesidad, al estar relacionada con el aumento de los sofocos y de la sequedad vaginal
• Disminuir el consumo de cafeína, alcohol y otros excitantes. Es muy importante una buena hidratación.
• Alimentación sana y equilibrada aumentando el consumo de frutas, verduras y alimentos que contengan calcio, frutos secos y fibra
• Evitar los ambientes calurosos y el consumo de bebidas calientes, en ambientes fríos los sofocos son menos intensos, y más cortos que en ambientes cálidos.
• Evitar las situaciones estresantes y practicar cualquier método de relajación.
• Adaptar las relaciones sexuales a la nueva realidad.
• Dejar de fumar, pues el consumo de tabaco aumenta el riesgo de aparición de sofocos.
• Ser positiva y aceptar con optimismo los cambios que se van produciendo.

5 Discusión-Conclusión

La principal consecuencia del envejecimiento de los ovarios y el descenso de los estrógenos no son solo los desarreglos menstruales o los sofocos, hay otros de vital importancia como la osteoporosis y las enfermedades cardiovasculares, ya que la carencia de esta hormona femenina deja de ejercer un efecto protector en los huesos y el corazón.

El Día Mundial de la Menopausia, que se celebra el 18 de octubre, tiene como objetivo principal informar y sensibilizar sobre la importancia del bienestar de

la mujer, las alteraciones que se producen en su salud sexual y en general de su calidad de vida.

Hay que olvidarse de los estereotipos y estigmas negativos acerca de la menopausia para sustituirlos por pensamientos más positivos y actuales:

Se acerca una nueva etapa en que la mujer tendrá más tiempo, sin sentirse culpable por ello, para dedicarse a ella misma, para sus hobbies, amistades, familia o cualesquiera intereses que, por circunstancias, siempre han tenido que ser aplazados. Son mujeres más seguras de sí mismas, que hacen las cosas porque realmente quieren hacerlas.
A nivel psicológico, cuidar el aspecto será de gran ayuda para asumir y llevar mejor esta transformación. Como personal sanitario debemos saber transmitir y reforzar que:
"si nos cuidamos con ejercicio, dieta cardiosaludable e ingesta correcta de calcio y vitamina D, nuestra densidad ósea será mayor, habrá menos riesgo de osteoporosis y nuestro músculo cardiaco será más resistente.
La menopausia es un fenómeno natural y, por lo tanto, se debe mantener una actitud positiva frente a él. No hay que convertirlo en algo negativo o patológico, pero, cuanto antes empecemos a cuidarnos más preparadas estaremos para afrontar con objetividad esta nueva etapa de nuestra vida.

6 Bibliografía

- https://medlineplus.gov/spanish/menopause.html
- https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/menopause/symptoms-causes/syc-20353397
- Martínez-Hernáez A. Antropología médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad. Barcelona: Anthropos Editorial, 2008.
- https://www.sabervivirtv.com/ginecologia/climaterio-menopausia-diferencias-sintomas-senales_3434
- https://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/ginecologia/aparato-genital-femenino/fases-menopausia.html
- https://www.clinicalascondes.cl/BLOG/Listado/Ginecologia/Climaterio-y-Menopausia
- https://www.kernpharma.com/es/blog/la-menopausia-una-etapa-vital
- http://www.aeem.es/documentos/descargasm/MenoEFmujer.pdf
- https://www.breastcancer.org/es/tratamiento/efectos_secundarios/menopausia

Capítulo 606

CAMBIOS POSTURALES EN EL PACIENTE HEMIPLÉJICO

SANDRA BEIRO MONTES

SUSANA DÍAZ GONZÁLEZ

1 Introducción

Los pacientes que presentan una hemiplejia pasan la totalidad o gran parte del tiempo tumbados en la cama, por eso es de vital importancia establecer un programa de cambios posturales y prestar especial atención a la colocación para evitar otro tipo de complicaciones.

2 Objetivos

El objetivo principal trata de evitar que debido a una inmovilización prolongada pueda provocar otro tipo de complicaciones tales como:
- Úlceras por presión
- Rigideces y deformidades
- Problemas circulatorios
- Retracciones
- Complicaciones respiratorias

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica

existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Los cambios posturales están orientados a mantener una alineación correcta del cuerpo y evitar posibles complicaciones. Se aconseja que los cambios de postura se realicen cada 2 o 3 horas. El intervalo de tiempo aumentará cuando el paciente sea capaz de girarse o moverse por sí mismo. Para ayudarnos en la colocación del paciente nos serviremos de almohadas y toallas.

Las posturas que se utilizarán serán:

- Decúbito supino: se coloca al paciente tumbado boca arriba, con la cabeza apoyada sobre la almohada, ligeramente inclinada hacia el lado sano y rotada hacia el lado afecto. El lado afecto estará estirado, con el brazo estirado sobre una almohada más alto que el cuerpo para que el codo quede en extensión, la muñeca en flexión dorsal y los dedos extendidos. También se colocará una almohada bajo la cadera afectada, de manera que apoye la cara externa del muslo para evitar la rotación externa del pie, el cual se intentará que quede con los dedos hacia arriba utilizando otra almohada a algún tipo de dispositivo ortopédico.
- Decúbito lateral sobre el lado sano: la cabeza descansará sobre la almohada ligeramente hacia delante, el tronco se alineará formando un ángulo recto sobre la cama, el hombro afectado estará flexionado con el brazo hacia delante sobre una almohada con el codo y los dedos extendidos. La pierna superior se coloca sobre una almohada con el pie completamente apoyado sobre ella y no colgando, la cadera y la rodilla estarán un poco flexionadas. El brazo y la pierna sanas descansan sobre la cama plana con la cadera un poco extendida y la rodilla ligeramente flexionada.
- Decúbito lateral sobre el lado afecto: esta posición permite al paciente tomar conciencia del lado afecto, ya que el peso recae sobre éste. La cabeza se coloca sobre la almohada ligeramente hacia delante con el tronco bien alineado y un poco rotado hacia detrás, se coloca una almohada en la espalda para evitar que se gire. El brazo afectado se extiende formando un ángulo que no supere los 90 grados con el cuerpo y para colocar el hombro correctamente se tira de él hacia delante, la pierna afectada se extiende a nivel de la cadera y se flexiona la rodilla ligeramente. La pierna superior se adelanta sobre una almohada flexionando la

cadera y la rodilla.

5 Discusión-Conclusión

La aplicación precoz y correcta de un tratamiento postural en pacientes que presentan una hemiplejia favorece la recuperación funcional y motora y previene otras complicaciones tales como una hipertonía exagerada, las propias del síndrome de inmovilidad, el pie en extensión o el hombro doloroso.

6 Bibliografía

- Scielo.es
- Neurorhb.com
- Fisioterapianeurologica.es
- Medlineplus.gov

Capítulo 607

ATENCIÓN POR PARTE DEL TCAE EN CASO DE AGRESIÓN SEXUAL O VIOLACIÓN

VANESA PARÍS GARCÍA

ROCÍO PINTOS ALVAREZ

MARÍA ADELAIDA REDRUELLO GANCEDO

CASILDA MARIA FERNÁNDEZ CUESTA

NATALIA RODRÍGUEZ BOLAÑO

1 Introducción

Los casos de violación y abuso y agresión sexual provocan a corto y largo plazo daños en la mujer. Las repercusiones sobre su salud son tales que puede llegar a impedir que llegue a tener una vida sexual plena después de esto (Garrido, 1989). Es determinante el tipo de agresión que haya sufrido, pero sobre todo la atención que reciba en el centro hospitalario y el apoyo familiar.

Una violación supone un trastorno físico, psíquico y social para la mujer. Físicamente puede haber sufrido lesiones por la agresión tanto en su zona genital como fuera. También es posible un contagio de una ETS o incluso un embarazo no deseado.
Los estudios indican que un 32% de las mujeres pueden llegar a sufrir trastorno de estrés postraumático. El impacto psicológico puede presentarse de varias formas,

ya sea con sentimiento de culpabilidad, vergüenza, humillación, rabia o incluso un sentimiento de amenaza por parte del agresor.

A nivel social las repercusiones en su día a día, con su pareja, en caso de tenerla, puede ser complicado seguir la rutina que antes tenía la víctima, el papel de sus más allegados es fundamental (Vallejo, 2012).

El trato a este tipo de pacientes es crucial desde el momento en que llegan al centro, tendremos un protocolo a seguir muy riguroso, ya que no solo hay que tener en cuenta la atención de la paciente si no, también, que se ha cometido un delito y el cumplimiento del procedimiento será determinante en la investigación.

2 Objetivos

- Conocer los procedimientos y protocolos que se deben realizar ante una paciente que ha sufrido una violación.
- Analizar las medidas que se adoptará el TCAE en estas situaciones y su colaboración en el proceso.

3 Metodología

Para responder a esto se ha llevado a cabo una revisión teórica en Scielo y PubMed, con restricción de fecha 2000-2019, combinando los siguientes descriptores: violación, agresión, psicológico, TCAE, sanidad, menores. A través de estos tópicos, se encontraron 52 documentos, se descartaron 27 por no tratar el tema de interés como punto central. En principio se seleccionaron 25 artículos que recogían los criterios de la investigación, de estos, una vez leídos, se excluyeron 13, quedando así 12 que sí se correspondían con los tópicos buscados. Otros 3 trabajos fueron excluidos en la revisión final por no corresponderse con el objeto de estudio de este trabajo. El total de artículos a estudiar finalmente fue de 9.

4 Resultados

Se encuentran las siguientes fases desde la llegada de la paciente al hospital:
1. Recepción: se recibirá a la paciente en un entorno seguro y acogedor acompañada de la persona que quiera. No se le debe preguntar nada ya que una pregunta en estos casos en los que hay daño psicológico puede parar la comunicación. Una vez ha narrado los hechos se procede a la valoración física, psicológ-

ica y social. Se escuchará activamente y se le explica el procedimiento que se va a seguir, explicando para qué servirá cada una de las pruebas que se le va a realizar. Es importante que no haga deposiciones ni orine, tampoco que beba o se quite la ropa antes de la exploración. Se actuará en función si quiere denunciar o no, llamando al Juzgado de Guardia en caso afirmativo y no dando opción a las menores.
2. Actuación clínica: se procurará que al menos una de las personas que va a estar presentes durante el examen sea una mujer. En caso de que exista interés de hacer una denuncia es interesante que el forense esté presente a la vez que el médico que va a realizar la exploración ya que así se ahorra una segunda exploración. El procedimiento será el siguiente:
- Anamesis: deben recogerse datos de fecha y lugar, qué tipo de agresión sufrió, si se cambió de ropa o se duchó antes de acudir a la exploración. Consumo de drogas o alcohol y descartar posibles embarazos previos.
- Estado psicológico: se tendrá especial atención a comportamientos no habituales, como temblor, confusión, alteraciones respiratorias o sudoración excesiva. Desconfianza o sensación de vergüenza, entre otras.
- Estado físico: se hará un examen exhaustivo de todo el cuerpo, anotándose todas las lesiones que pudiera presentar. Ginecológicamente se inspeccionará el vello púbico, labios mayores y menores, himen, la vagina y el cuello uterino, útero, ano y periné. El uso de cámara fotográfica sería el método más útil para dejar constancia de todas las lesiones, si la paciente lo autoriza.
- Laboratorio: tendrán prioridad las muestras de esperma que pueden salir de la vagina, el ano, la boca o de cualquier otra parte del cuerpo o ropa. Se hará una analítica completa para comprobar el contagio de ETS. La recogida de muestras de sangre, si las hubiera, también pelos o recortes de las uñas.
- Tratamiento: se le tratará para las lesiones físicas que muestre y se le proveerá de la profilaxis propia de ETS en caso de contagio y se le ofrecerá tratamiento psicológico. En caso de quererlo se administrará, píldora anticonceptiva.

En todo este proceso el TCAE tiene un papel clave, su labor será acompañar a la paciente desde el momento en el que entra en el hospital. La paciente estará en un lugar reservado junto con personal de enfermería y TCAE. Es importante que la actitud sea siempre de acompañamiento y nunca intentar preguntar ni sonsacar nada que ella misma no quiera contar. No se debe juzgar nunca. El TCAE asistirá en el examen de la paciente ayudando en todo lo que el médico y la enfermera le soliciten, llevando material, documentos. La paciente necesitará una bata y sábanas limpias una vez concluido el examen y se le ofrecerá bebida y comida en la medida que el médico lo ordene. En caso de ingreso tendrá que llamar a un

celador que traiga la cama de planta para el traslado.

5 Discusión-Conclusión

Concluimos que el personal sanitario debe de tener una actitud activa y empática con la paciente. No deben juzgar lo que ha pasado ni dar opinión alguna. Estas pacientes han sufrido un gran shock y por tanto deben sentirse lo más arropadas posibles en el centro.

El conocimiento de protocolo y pautas a seguir por el personal sanitario es decisivo en la posterior investigación del crimen y por eso unas buenas reglas de actuación frente a estos casos garantizarán que esto ocurra. Todo el personal debe saber cuál es su papel en cada momento.

6 Bibliografía

- Groth, A. (1977). Respuesta a un embarazo Las víctimas de violación pueden responder de diversas maneras al enterarse que están embara-zadas: ira, temor, ansiedad, depresión, compla-cencia y demás cosas que se pueda imaginar. Por. Journal of Psychiatry, 134(11), 1239-1243. de la Garza, J., & Díaz, E. (1997). Elementos para el estudio de la violación sexual. Salud pública de México, 39(6), 0.
- Coldstein, B., & Castañeda, M. (2014). Aprendiendo y descubriendo a través de la transmisión de salud sexual respecto al VIH/SIDA. Revista Sexología y Sociedad, 10(26).
- Garrido, V. (1989). Psicología de la violación. Estudios de Psicología, 10(38), 91-110.
- Segato, R. (2017). La estructura de género y el mandato de violación. MUJERES INTELECTUALES, 299.
- Loredo Abdalá, A., Trejo-Hernández, J., & Bustos-Valenzuela, V. (1999). Maltrato al menor: Consideraciones clínicas sobre maltrato físico, agresión sexual y deprivación emocional. Gac Med Méx, 135, 611-20.
- Castro, M. E., López-Castedo, A., & Sueiro, E. (2009). Sintomatología asociada a agresores sexuales en prisión. Anales de - Psicología/Annals of Psychology, 25(1), 55-51. de Corral Gargallo, P., Odriozola, E. E., Sanz, B. S., & Anguera, I. Z. (1998).
- Variables predictoras de fracaso terapéutico en el tratamiento del trastorno de estrés postraumático en víctimas de agresiones sexuales. Análisis y modificación de conducta, 24(94), 175-194.

- Merlo, J. T. (2013). Violencia sexual. Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela, 73(4).
- Redondo, S. (2002). Delincuencia sexual y sociedad (Vol. 48). Barcelona.

Capítulo 608

LA EPIDEMIOLOGÍA, EL CONJUNTO MÍNIMO BÁSICO DE DATOS (CMBD) Y LA CODIFICACIÓN DE DATOS CLÍNICOS.

ANA MARIA VARES GONZALEZ

ZORAIDA GONZALEZ MENÉNDEZ

MARI CRUZ MENENDEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

La Epidemiología es la parte de la medicina que estudia los fenómenos relacionados con la salud, el desarrollo epidémico y la incidencia de las enfermedades infecciosas en la población. En Epidemiología se estudian y describen las enfermedades que se presentan en una determinada población, para lo cual se tienen en cuenta una serie de patrones de enfermedad, que se reducen a tres aspectos: tiempo, lugar y persona: el tiempo que tarda en surgir, la temporada del año en la que surge y los tiempos en los que es más frecuente; el lugar (la ciudad, la población, el país, el tipo de zona) en donde se han presentado los casos, y las personas más propensas a padecerla (niños, ancianos, etc., según el caso). El CMBD está formado por la información personal de los pacientes, los datos de cada proceso asistencial y los datos clínicos del paciente.
Con esta herramienta, se realizan estudios epidemiológicos reales, y mediante la codificación de los procesos asistenciales, rápidos.

El sistema de información basado en el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) al Alta Hospitalaria y de los Procedimientos Ambulatorios Especializados, constituye un importante instrumento de información que permite conocer la casuística atendida, la actividad hospitalaria y su calidad a nivel regional, posibilitando además que esta información sea comparable en el ámbito nacional.
Todo profesional que interviene en la actividad asistencial está obligado no sólo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los deberes de información y de documentación clínica, como así queda contemplado en el artículo 2, principios básicos, de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, que califica a los datos relativos a la salud de los ciudadanos como datos especialmente protegidos, estableciendo un régimen singularmente riguroso para su obtención, custodia y eventual cesión, estableciendo de este modo los derechos y obligaciones de los profesionales sanitarios, de los ciudadanos y de las instituciones sanitarias, tratando de ofrecer en el terreno de la información y la documentación clínicas las mismas garantías a todos los ciudadanos del Estado, fortaleciendo con ello el derecho a la protección de la salud que reconoce la Constitución.
Dicha Ley 41/2002 en su capítulo I, Principios generales, artículo 1. Ámbito de aplicación, dice textualmente que: «La presente Ley tiene por objeto la regulación de los derechos y obligaciones de los pacientes, usuarios y profesionales, así como de los centros y servicios sanitarios, públicos y privados, en materia de autonomía del paciente y de información y documentación clínica». Entendiéndose por, documentación clínica: El soporte de cualquier tipo o clase que contiene un conjunto de datos e informaciones de carácter asistencial. y al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente. Historia clínica: El conjunto de documentos que contienen los datos valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial. Información clínica: Todo dato, cualquiera que sea su forma, clase o tipo, que permite adquirir o ampliar conocimientos sobre el estado físico y la salud de una persona, o la forma de preservarla, cuidarla, mejorarla o recuperarla. Informe de alta médica: El documento emitido por el médico responsable en un centro sanitario al finalizar cada proceso asistencial de un paciente, que especifica los datos de éste, un resumen de su historial clínico, la actividad asistencial prestada, el diagnóstico y las recomendaciones terapéuticas. los principales instrumentos de información para la gestión clínica se basan en la recogida sistemática de datos clínicos, que se materializa en el CMBD, y en la utilización de sistemas de clasificación de pacientes, siendo los AP-GRD los

adoptados en nuestro país por la administración sanitaria. Los datos necesarios para realizar la agrupación en GRD están contenidos en el CMBD y entre ellos están: diagnóstico principal, intervenciones o procedimientos y diagnósticos secundarios, que deben estar codificados con la CIE-9-MC. El sistema GRD es un instrumento de gestión, que permite una contabilidad analítica, a través de los pesos relativos de cada GRD. El uso de una clasificación internacional de enfermedades y procedimientos, es la base necesaria para la normalización de la información clínica que conforma el Conjunto Mínimo Básico de datos (CMBD). En España, el grupo técnico que se encarga de consensuar las reglas que unifican los criterios de la codificación clínica es la Unidad Técnica de Codificación del SNS, integrada por expertos de todos los Servicios de Salud. Dicha unidad, en funcionamiento desde 1994, es la encargada de regular y revisar la normativa de uso de la clasificación en vigor en nuestro ámbito. Para facilitar la aplicación de dicha normativa, la Unidad Técnica ha asumido, desde su creación, la elaboración de manuales y boletines monográficos que abordan las mencionadas normas de codificación, especialmente en las materias de especial complejidad.

El objetivo principal para el conjunto del Sistema Nacional de Salud, al implantar el CMBD, era la obtención de bases de datos normalizados capaces de proporcionar una información asistencial válida, fiable, comparable y oportuna de todos los hospitales integrantes del Sistema Nacional de Salud, como elemento clave del Sistema de Información Asistencial de dichos hospitales y del conjunto del Sistema.
La estrategia de implantación del CMBD se basó en los siguientes pre requisitos:
- Existencia de una historia clínica única por paciente y hospital.
- Garantizar que el CMBD fuera obtenible para todos los pacientes dados de alta en el hospital.
- Garantizar una adecuada extracción, codificación y verificación de los datos.
- Garantizar los recursos informáticos necesarios para la explotación del CMBD.
- Asegurar un adecuado análisis de la información generada por la explotación del CMBD.

Para realizar unos estudios epidemiológicos eficaces para poder prevenir enfermedades como la diabetes Mellitus, el cáncer, enfermedades respiratorias, trastornos músculo esqueléticos, enfermedades coronarias, etc, el lo mas importante es la realización de un CMBD veraz y una buena codificación de la historia clínica, atendiendo a los diagnósticos, los tratamientos pero también a los antecedentes personales de los pacientes.
La mayoría de los datos conseguidos en una entrevista clínica son aportados al

historial clínico del paciente. La longitud, profundidad y naturaleza de los datos de dicho historial varía en función de la especialidad médica. Así, un paramédico limitará su historial a detalles importantes como el nombre, la queja del paciente, alergias, etcétera, mientras que un psiquiatra aportará datos relevantes sobre la vida del paciente que puedan resultar necesarios a la hora de diagnosticar una enfermedad mental.
La información obtenida de esta manera, junto con los datos revelados a partir de un examen clínico, permiten al médico elaborar un diagnóstico y un tratamiento. Si no existe información suficiente como para un diagnóstico seguro, se elabora uno provisional, y otras posibilidades (diagnóstico diferencial) pueden ser tomadas, según su orden de probabilidad. El tratamiento puede, en dicho caso, incluir investigaciones ulteriores con el propósito de clarificar el diagnóstico.
La catamnesis es el conjunto de datos que se pueden suministrar de un(a) paciente, una vez concluido su estudio y tratamiento.

En la anamnesis se recopilan los siguientes datos:
- Datos de identificación: nombres y apellidos completos, ID, edad, género, ocupación, estado civil, escolaridad, dirección, nombre del acompañante o de quien da la información, y teléfono.
- Motivo de consulta: el motivo principal por el cual el paciente acude a la consulta odontológica. Es de especial importancia anotar en la historia clínica el motivo por el que los pacientes y sus familiares acuden a la consulta de ortodoncia. No podemos dar por finalizado un tratamiento si no hemos corregido el problema que parecía ser prioritario para el paciente.
- Enfermedad actual: se usa para ampliar el motivo de consulta, evolución y tratamientos que se está realizando.
Antecedentes personales: qué enfermedades ha sufrido, si es alérgico a algún medicamento, si ha tenido cirugías.
- Antecedentes familiares: se destacan las enfermedades que hayan sufrido padre o madre que sean importantes.
- Revisión por sistemas: es un interrogatorio dirigido cefalocaudal por órganos, aparatos o sistemas.
La exploración física céfalo-caudal (iniciando desde la cabeza hacia los pies) que consta de cuatro partes: Inspección u observación, palpación, percusión (golpecitos en el estómago para ver si hay presencia de aire o de agua), auscultación (se hace por medio del fonendoscopio o estetoscopio).
Esto nos permitirá realizar estudios epidemiológicos rápidos y veraces teniendo en cuenta todos los factores del paciente (edad, sexo, factores sociales externos).

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Definir los problemas e inconvenientes de salud importantes de una comunidad.

Objetivos secundarios
- Describir la historia natural de una enfermedad.
- Descubrir los factores que aumentan el riesgo de contraer una enfermedad (su etología).
- Predecir las tendencias de una enfermedad.
- Determinar si la enfermedad o problema de salud es prevenible o controlable.
- Verificar la validez del CMBD como fuente de vigilancia epidemiológica.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, Google Académico seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Estudios descriptivos
Estos estudios describen la frecuencia y las características más importantes de un problema de salud. Los datos proporcionados por estos estudios son esenciales para los administradores sanitarios así como para los epidemiólogos y los clínicos. Los primeros podrán identificar los grupos de población más vulnerables y distribuir los recursos según dichas necesidades y para los segundos son el primer paso en la investigación de los determinantes de la enfermedad y la identificación de los factores de riesgo (5,6).
Los principales tipos de estudios descriptivos son: los estudios ecológicos, los estudios de series de casos y los transversales o de prevalencia.
- Estudios ecológicos: Estos estudios no utilizan la información del individuo de una forma aislada sino que utilizan datos agregados de toda la población. Describen la enfermedad en la población en relación a variables de interés como

puede ser la edad, la utilización de servicios, el consumo de alimentos, de bebidas alcohólicas, de tabaco, la renta per cápita…Un ejemplo de este estudio sería correlacionar la mortalidad por enfermedad coronaria con el consumo per cápita de cigarrillos. Estos estudios son el primer paso en muchas ocasiones en la investigación de una posible relación entre una enfermedad y una exposición determinada. Su gran ventaja reside en que se realizan muy rápidamente, prácticamente sin coste y con información que suele estar disponible. Así por ejemplo los datos demográficos y el consumo de diferentes productos se pueden correlacionar con la utilización de servicios sanitarios, con registros demortalidad y registros de cáncer.

La principal limitación de estos estudios es que no pueden determinar si existe una asociación entre una exposición y una enfermedad a nivel individual. La falacia ecológica consiste precisamente en obtener conclusiones inadecuadas a nivel individual basados en datos poblacionales. Otra gran limitación de los estudios ecológicos es la incapacidad para controlar por variables potencialmente confusoras. La asociación o correlación que encontremos entre dos variables puede ser debida a una tercera variable que a su vez esté asociada con la enfermedad y la exposición objeto de estudio.

Investigación: Tipos de estudios epidemiológicos.

- Series de casos: Estos estudios describen la experiencia de un paciente o un grupo de pacientes con un diagnóstico similar. En estos estudios frecuentemente se describe una característica de una enfermedad o de un paciente, que sirven para generar nuevas hipótesis. Muchas veces documentan la presencia de nuevas enfermedades o efectos adversos y en este sentido sirven para mantener una vigilancia epidemiológica. Estos estudios aunque son muy útiles para formular hipótesis, no sirven para evaluar o testar la presencia de una asociación estadística. La presencia de una asociación puede ser un hecho fortuito. La gran limitación de este tipo de estudios es en definitiva la ausencia de un grupo control.

Estudios transversales: Este tipo de estudios denominados también de prevalencia, estudian simultáneamente la exposición y la enfermedad en una población bien definida en un momento determinado. Esta medición simultánea no permite conocer la secuencia temporal de los acontecimientos y no es por tanto posible determinar si la exposición precedió a la enfermedad o viceversa. La realización de este tipo de estudios requiere definir claramente: La población de referencia sobre la que se desea extrapolar los resultados, la población susceptible de ser incluida en nuestra muestra delimitando claramente los que pueden ser incluidos en dicho estudio, la selección y definición de variables por las que se va a caracterizar el proceso, las escalas de medida a utilizar y la definición de ”caso”.

- Estudios transversales: se utilizan fundamentalmente para conocer la prevalencia de una enfermedad o de un factor de riesgo. Esta información es de gran utilidad para valorar el estado de salud de una comunidad y determinar sus necesidades. Así mismo sirven como todos los estudios descriptivos para formular hipótesis etiológicas.

Estudios analíticos.
- Estudio de casos y controles: Este tipo de estudio identifica a personas con una enfermedad (u otra variable de interés) que estudiemos y los compara con un grupo control apropiado que no tenga la enfermedad. La relación entre uno o varios factores relacionados con la enfermedad se examina comparando la frecuencia de exposición a éste u otros factores entre los casos y los controles (5,6). A este tipo de estudio que es de los más utilizados en la investigación se le podría describir como un procedimiento epidemiológico analítico, no experimental con un sentido retrospectivo, ya que partiendo del efecto, se estudian sus antecedentes, en el que se seleccionan dos grupos de sujetos llamados casos y controles según tengan o no la enfermedad.

5 Discusión-Conclusión

Los estudios epidemiológicos son útiles para investigar posibles causas, factores de riesgo y la historia natural de las enfermedades, y cada tipo de estudio aporta una información diferente con una utilidad particular, con sus ventajas e inconvenientes. Los aspectos fundamentales a la hora de diseñar o interpretar los estudios epidemiológicos son la correcta definición de la población de referencia sobre la que se desea extrapolar los resultados y de los criterios de selección de los casos y controles.

6 Bibliografía

- Ministerio de Sanidad y Consumo, Explotación de bases del CMBD. Estadísticos de referencia estatal de los sistemas de agrupación de registro de pacientes. Madrid 1995.
- Edición electrónica de la CIE-9-MC, 8ª Edición (Enero 2012), Versión 1.1.0 - 15/12/2011.
- Sendra JM, Sarria-Santamera A, Iñigo J, et al. Factores asociados a la mortalidad intrahospitalaria del infarto de miocardio. Resultados de un estudio observacional. Med Clin (Barc). 2005; 125:641-6.

- Librero J, Ordinana R, Peiro S. Análisis automatizado de la calidad del conjunto mínimo de datos básicos. Implicaciones para los sistemas de ajuste de riesgos. Gac Sanit. 1998; 12:9-21.
- Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. Updates included in the ATC/DDD Index.
- Chapman DG. Some properties of the hypergeometric distribution with applications to zoological simple censuses. Univ Calif Public. Stat, 1951; 1:131-60. Comentario en: Am J Epidemiol. 1992; 135:1060-7.
- Seber GAF. The effect of trap response on tag recapture estimates. Biometrics. 1970; 26:13-22.
- Gejo, J.M. ; Serra, M. ; Santiña, M. (1990). La información clínico asistencial: definición y aspectos a considerar. Todo Hospital. 66 (1990) 13-16.
- Gerneth, F. ; Haux, R. ; Selbman, H.K. (1991). On research subsystems and their integration in the computer supported part of hospital information systems. Med. Inf. Lond.

Capítulo 609

LA EPIDEMIOLOGÍA Y EL CONJUNTO MÍNIMO BÁSICO DE DATOS.

MARÍA DEL CARMEN MENÉNDEZ BARREDO

ZORAIDA GONZALEZ MENÉNDEZ

ANA MARIA VARES GONZALEZ

MARI CRUZ MENENDEZ FERNÁNDEZ

SANDRA MENÉNDEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

La Epidemiología es la parte de la medicina que estudia los fenómenos relacionados con la salud, el desarrollo epidémico y la incidencia de las enfermedades infecciosas en la población. En Epidemiología se estudian y describen las enfermedades que se presentan en una determinada población, para lo cual se tienen en cuenta una serie de patrones de enfermedad, que se reducen a tres aspectos: tiempo, lugar y persona: el tiempo que tarda en surgir, la temporada del año en la que surge y los tiempos en los que es más frecuente; el lugar (la ciudad, la población, el país, el tipo de zona) en donde se han presentado los casos, y las personas más propensas a padecerla (niños, ancianos, etc., según el caso). El CMBD esta formado por la información personal de los paciente, los datos de cada proceso asistencial y los datos clínicos del paciente.

Con esta herramienta, se realizan estudios epidemiologicos reales, y mediante la codificación de los procesos asistenciales, rápidos.

El sistema de información basado en el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) al Alta Hospitalaria y de los Procedimientos Ambulatorios Especializados, constituye un importante instrumento de información que permite conocer la casuística atendida, la actividad hospitalaria y su calidad a nivel regional, posibilitando además que esta información sea comparable en el ámbito nacional.

Todo profesional que interviene en la actividad asistencial está obligado no sólo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los deberes de información y de documentación clínica, como así queda contemplado en el artículo 2, principios básicos, de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, que califica a los datos relativos a la salud de los ciudadanos como datos especialmente protegidos, estableciendo un régimen singularmente riguroso para su obtención, custodia y eventual cesión, estableciendo de este modo los derechos y obligaciones de los profesionales sanitarios, de los ciudadanos y de las instituciones sanitarias, tratando de ofrecer en el terreno de la información y la documentación clínicas las mismas garantías a todos los ciudadanos del Estado, fortaleciendo con ello el derecho a la protección de la salud que reconoce la Constitución.

Dicha Ley 41/2002 en su capítulo I, Principios generales, artículo 1. Ámbito de aplicación, dice textualmente que:
«La presente Ley tiene por objeto la regulación de los derechos y obligaciones de los pacientes, usuarios y profesionales, así como de los centros y servicios sanitarios, públicos y privados, en materia de autonomía del paciente y de información y documentación clínica».

Entendiéndose por:

Documentación clínica. El soporte de cualquier tipo o clase que contiene un conjunto de datos e informaciones de carácter asistencial. y al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente.
Historia clínica. El conjunto de documentos que contienen los datos valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial.
Información clínica. Todo dato, cualquiera que sea su forma, clase o tipo, que permite adquirir o ampliar conocimientos sobre el estado físico y la salud de una persona, o la forma de preservarla, cuidarla, mejorarla o recuperarla.

Informe de alta médica. El documento emitido por el médico responsable en un centro sanitario al finalizar cada proceso asistencial de un paciente, que especifica los datos de éste, un resumen de su historial clínico, la actividad asistencial prestada, el diagnóstico y las recomendaciones terapéuticas. los principales instrumentos de información para la gestión clínica se basan en la recogida sistemática de datos clínicos, que se materializa en el CMBD, y en la utilización de sistemas de clasificación de pacientes, siendo los AP-GRD los adoptados en nuestro país por la administración sanitaria. Los datos necesarios para realizar la agrupación en GRD están contenidos en el CMBD y entre ellos están: diagnóstico principal, intervenciones o procedimientos y diagnósticos secundarios, que deben estar codificados con la CIE-9-MC. El sistema GRD es un instrumento de gestión, que permite una contabilidad analítica, a través de los pesos relativos de cada GRD. El uso de una clasificación internacional de enfermedades y procedimientos, es la base necesaria para la normalización de la información clínica que conforma el Conjunto Mínimo Básico de datos (CMBD). En España, el grupo técnico que se encarga de consensuar las reglas que unifican los criterios de la codificación clínica es la Unidad Técnica de Codificación del SNS, integrada por expertos de todos los Servicios de Salud. Dicha unidad, en funcionamiento desde 1994, es la encargada de regular y revisar la normativa de uso de la clasificación en vigor en nuestro
ámbito. Para facilitar la aplicación de dicha normativa, la Unidad Técnica ha asumido, desde su creación, la elaboración de manuales y boletines monográficos que abordan las mencionadas normas de codificación, especialmente en las materias de especial complejidad.

Para realizar unos estudios epidemiologicos eficaces, para poder prevenir enfermedades como la diabetes Mellitus, el cáncer, enfermedades respiratorias, trastornos músculo esqueléticos, enfermedades coronarias ...etc, el lo mas importante es la realización de un CMBD veraz y una buena codificación de la historia clínica, atendiendo a los diagnósticos, los tratamientos pero también a los antecedentes personales de los pacientes. Realizar una entrevista previa o anamnesis exahustiva, esta alude a la información recopilada por un(a) especialista de la salud mediante preguntas específicas, formuladas bien al propio paciente o bien a otras personas relacionadas (en este caso, también se le denomina heteroanamnesis) para obtener datos útiles, y elaborar información valiosa para formular el diagnóstico y tratar al paciente. Las quejas o indicios médicamente relevantes que aportan el paciente o personas de su entorno son referidas como síntomas, en contraste con los signos clínicos, que son revelados a partir de una exploración

física por parte del personal médico.

La mayoría de los datos conseguidos en una entrevista clínica son aportados al historial clínico del paciente. La longitud, profundidad y naturaleza de los datos de dicho historial varía en función de la especialidad médica. Así, un paramédico limitará su historial a detalles importantes como el nombre, la queja del paciente, alergias, etcétera, mientras que un psiquiatra aportará datos relevantes sobre la vida del paciente que puedan resultar necesarios a la hora de diagnosticar una enfermedad mental.

La información obtenida de esta manera, junto con los datos revelados a partir de un examen clínico, permiten al médico elaborar un diagnóstico y un tratamiento. Si no existe información suficiente como para un diagnóstico seguro, se elabora uno provisional, y otras posibilidades (diagnóstico diferencial) pueden ser tomadas, según su orden de probabilidad. El tratamiento puede, en dicho caso, incluir investigaciones ulteriores con el propósito de clarificar el diagnóstico.
La catamnesis es el conjunto de datos que se pueden suministrar de un(a) paciente, una vez concluido su estudio y tratamiento.
En la anamnesis se recopilan los siguientes datos:

Datos de identificación: nombres y apellidos completos, ID, edad, género, ocupación, estado civil, escolaridad, dirección, nombre del acompañante o de quien da la información, y teléfono.
Motivo de consulta: el motivo principal por el cual el paciente acude a la consulta odontológica. Es de especial importancia anotar en la historia clínica el motivo por el que los pacientes y sus familiares acuden a la consulta de ortodoncia. No podemos dar por finalizado un tratamiento si no hemos corregido el problema que parecía ser prioritario para el paciente.
Enfermedad actual: se usa para ampliar el motivo de consulta, evolución y tratamientos que se está realizando.
Antecedentes personales: qué enfermedades ha sufrido, si es alérgico a algún medicamento, si ha tenido cirugías.
Antecedentes familiares: se destacan las enfermedades que hayan sufrido padre o madre que sean importantes.
Revisión por sistemas: es un interrogatorio dirigido cefalocaudal por órganos, aparatos o sistemas.
La exploración física céfalo-caudal (iniciando desde la cabeza hacia los pies) que consta de cuatro partes:
Inspección u observación.

Palpación.
Percusión (golpecitos en el estómago para ver si hay presencia de aire o de agua).
Auscultación (se hace por medio del fonendoscopio o estetoscopio).
Esto nos permitirá realizar estudios epidemiologicos rápidos y veraces teniendo en cuenta todos los factores del paciente (edad, sexo, factores sociales externos).
Urgencias, cirugías, criterios de comparabilidad y compatibilidad. Gestión, planificación, evaluación

2 Objetivos

- Definir los problemas e inconvenientes de salud importantes de una comunidad.
- Describir la historia natural de una enfermedad.
- Descubrir los factores que aumentan el riesgo de contraer una enfermedad (su etología).
- Predecir las tendencias de una enfermedad.
- Determinar si la enfermedad o problema de salud es prevenible o controlable.
- Verificar la validez del CMBD como fuente de vigilancia epidemiológica.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Los resultados epidemiologicos varían según la forma de estudio que se realice, ya que hay varias formas de ejecución:

- Estudios descriptivos

Estos estudios describen la frecuencia y las características más importantes de un problema de salud. Los datos proporcionados por estos estudios son esenciales para los administradores sanitarios así como para los epidemiólogos y los clínicos. Los primeros podrán identificar los grupos de población más vulnerables y distribuir los recursos según dichas necesidades y para los segundos son

el primer paso en la investigación de los determinantes de la enfermedad y la identificación de los factores de riesgo (5,6).
Los principales tipos de estudios descriptivos son: los estudios ecológicos, los estudios de series de casos y los transversales o de prevalencia.
- Estudios ecológicos: Estos estudios no utilizan la información del individuo de una forma aislada sino que utilizan datos agregados de toda la población. Describen la enfermedad en la población en relación a variables de interés como puede ser la edad, la utilización de servicios, el consumo de alimentos, de bebidas alcohólicas, de tabaco, la renta per cápita… Un ejemplo de este estudio sería correlacionar la mortalidad por enfermedad coronaria con el consumo per cápita de cigarrillos. Estos estudios son el primer paso en muchas ocasiones en la investigación de una posible relación entre una enfermedad y una exposición determinada. Su gran ventaja reside en que se realizan muy rápidamente, prácticamente sin coste y con información que suele estar disponible. Así por ejemplo los datos demográficos y el consumo de diferentes productos se pueden correlacionar con la utilización de servicios sanitarios, con registros demortalidad y registros de cáncer.

La principal limitación de estos estudios es que no pueden determinar si existe una asociación entre una exposición y una enfermedad a nivel individual. La falacia ecológica consiste precisamente en obtener conclusiones inadecuadas a nivel individual basados en datos poblacionales. Otra gran limitación de los estudios ecológicos es la incapacidad para controlar por variables potencialmente confusoras. La asociación o correlación que encontremos entre dos variables puede ser debida a una tercera variable que a su vez esté asociada con la enfermedad y la exposición objeto de estudio.

- Investigación: Tipos de estudios epidemiológicos.

Series de casos: Estos estudios describen la experiencia de un paciente o un grupo de pacientes con un diagnóstico similar. En estos estudios frecuentemente se describe una característica de una enfermedad o de un paciente, que sirven para generar nuevas hipótesis. Muchas veces documentan la presencia de nuevas enfermedades o efectos adversos y en este sentido sirven para mantener una vigilancia epidemiológica.
Estos estudios aunque son muy útiles para formular hipótesis, no sirven para evaluar o testar la presencia de una asociación estadística. La presencia de una asociación puede ser un hecho fortuito. La gran limitación de este tipo de estudios

es en definitiva la ausencia de un grupo control.

Estudios transversales: Este tipo de estudios denominados también de prevalencia, estudian simultáneamente la exposición y la enfermedad en una población bien definida en un momento determinado. Esta medición simultánea no permite conocer la secuencia temporal de los acontecimientos y no es por tanto posible determinar si la exposición precedió a la enfermedad o viceversa.
La realización de este tipo de estudios requiere definir claramente: a. La población de referencia sobre la que se desea extrapolar los resultados. b. La población susceptible de ser incluida en nuestra muestra delimitando claramente los que pueden ser incluidos en dicho estudio. c. La selección y definición de variables por las que se va a caracterizar el proceso. d. Las escalas de medida a utilizar. e. La definición de "caso".

Los estudios transversales se utilizan fundamentalmente para conocer la prevalencia de una enfermedad o de un factor de riesgo.
Esta información es de gran utilidad para valorar el estado de salud de una comunidad y determinar sus necesidades. Así mismo sirven como todos los estudios descriptivos para formular hipótesis etiológicas.

Estudios analíticos.
Estudio de casos y controles: Este tipo de estudio identifica a personas con una enfermedad (u otra variable de interés) que estudiemos y los compara con un grupo control apropiado que no tenga la enfermedad. La relación entre uno o varios factores relacionados con la enfermedad se examina comparando la frecuencia de exposición a éste u otros factores entre los casos y los controles (5,6).
A este tipo de estudio que es de los más utilizados en la investigación se le podría describir como un procedimiento epidemiológico analítico, no experimental con un sentido retrospectivo, ya que partiendo del efecto, se estudian sus antecedentes, en el que se seleccionan dos grupos de sujetos llamados casos y controles según tengan o no la enfermedad.
En los estudios de casos y controles (Tabla 4) tenemos casos expuestos (a), casos no expuestos (c), controles expuestos (b) y controles no expuestos (d). En este estudio la frecuencia de exposición a la causa entre los casos (a/c) se compara con la frecuencia de exposición en una muestra que represente a los individuos en los que el efecto no se ha producido y entre los que la frecuencia de exposición es (b/d).

La estrategia de implantación del CMBD se basó en los siguientes prerequisitos: a) existencia de una historia clínica única por paciente y hospital. Sistemas de información hospitalarios: el C.M.B.D. 123 Scire. 3 : 2 (jul.-dic. 1997) 115-130 b) garantizar que el CMBD fuera obtenible para todos los pacientes dados de alta en el hospital. c) garantizar una adecuada extracción, codificación y verificación de los datos. d) garantizar los recursos informáticos necesarios para la explotación del CMBD. e) asegurar un adecuado análisis de la información generada por la explotación del CMBD.

El objetivo principal para el conjunto del Sistema Nacional de Salud, al implantar el CMBD, era la obtención de bases de datos normalizados capaces de proporcionar una información asistencial válida, fiable, comparable y oportuna de todos los hospitales integrantes del Sistema Nacional de Salud, como elemento clave del Sistema de Información Asistencial de dichos hospitales y del conjunto del Sistema.
El CMBD constituye una base de datos relativos y recogidos al alta de determinar la estrategia de intervención (prevención o control) más adecuada.
- Probar la eficacia de las estrategias de intervención.
- Cuantificar el beneficio conseguido al aplicar las estrategias de intervención sobre la población.
- Evaluar los programas de intervención.

La medicina moderna, especialmente la mal llamada medicina basada en la evidencia (medicina actual o medicina basada en estudios científicos), está basada en los métodos de la Epidemiología.
- Determinar como analizar la incidencia de las enfermedades infecciosas en la población, así como los factores tanto físicos como sociales y medioambientales que influyen, tipificados en la CIE-10, como códigos E (causas externas de lesiones), y códigos V (antecedentes personales y familiares, procedimientos realizados, síntomas y signos, pruebas anómalas nosocomiales) y los códigos M de morfología de las neoplasias.

5 Discusión-Conclusión

Los estudios epidemiológicos son útiles para investigar posibles causas, factores de riesgo y la historia natural de las enfermedades, y cada tipo de estudio aporta una información diferente con una utilidad particular, con sus ventajas e inconvenientes. Los aspectos fundamentales a la hora de diseñar o interpretar los estudios epidemiológicos son la correcta definición de la población de referencia

sobre la que se desea extrapolar los resultados y de los criterios de selección de los casos y controles.

6 Bibliografía

- Ministerio de Sanidad y Consumo, Explotación de bases del CMBD. Estadísticos de referencia estatal de los sistemas de agrupación de registro de pacientes. Madrid 1995. Edición electrónica de la CIE-9-MC, 8a Edición (Enero 2012), Versión 1.1.0 -15/12/2011 (consultado 11-02-2012). Disponible en: http://eciemaps.mspsi.es/ecieMaps/browser/index_9_2012.html.
- Sendra JM, Sarria-Santamera A, Iñigo J, et al. Factores asociados a la mortalidad intrahospitalaria del infarto de miocardio. Resultados de un estudio observacional. Med Clin (Barc). 2005; 125:641-6.
- Librero J, Ordinana R, Peiro S. Análisis automatizado de la calidad del conjunto mínimo de datos básicos. Implicaciones para los sistemas de ajuste de riesgos. Gac Sanit. 1998; 12:9-21.
- Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. Updates included in the ATC/DDD Index. Disponible en: http://www.whocc.no/atc_ddd_index/?code=A10.
- Chapman DG. Some properties of the hypergeometric distribution with applications to zoologicalsimple censuses. Univ Calif Public. Stat, 1951; 1:131-60. Comentario en: Am J Epidemiol. 1992; 135:1060-7.

Capítulo 610

LOS CUIDADOS DEL PACIENTE DEPEDIENTE

MARIA GLORIA MURIAS RICO

MARÍA DEL CARMEN MENÉNDEZ BARREDO

ZORAIDA GONZALEZ MENÉNDEZ

ANA RODRÍGUEZ DEL POZO

ANA MARIA VARES GONZALEZ

1 Introducción

Definimos una situación de dependencia, aquella en la cual el paciente tiene un déficit en el funcionamiento corporal como consecuencia de un accidente o una enfermedad. Todo ello comporta una limitación en la actividad física diaria.

Cuando esta limitación no puede compensarse mediante la adaptación del entorno físico es necesaria la participación de otras personas para ayudar a completar las actividades de la vida diaria (asearse, vestirse, alimentarse… etc.).

2 Objetivos

- Mejorar el bienestar tanto físico como psicológico de la persona dependiente.
- Valorar la necesidad de asistencia.
- Promover la creación y el mantenimiento de centros gerontológicos.

- Reconocer la situación de dependencia y el derecho a prestaciones del Sistema.
- Promover la autonomía en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), dentro de las posibilidades de cada persona.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Mediante la revisión bibliográfica, hemos definido lo que es una situación de dependencia, pero no según la Organización Mundial de Salud (OMS) que la define a groso modo como la perdida de la salud o del estad de bienestar, sino según la ley de dependencia, Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

La atención a la persona en situación de dependencia y la promoción de su autonomía personal constituye una mejora importante en la política social de los países desarrollados. Protege a la tercera edad, en su mayoría, de una exclusión social.

Se intenta dar una prestación de cuidados profesionales y asistencia personalizada. Para la garantía del desarrollo de esta disciplina, participan varias profesiones:
- Trabajadores Sociales.
- Auxiliares de ayuda a domicilio.
- Psicólogos.
- Educadores.

5 Discusión-Conclusión

La situación de dependencia se clasificará en tres grados según la autonomía del paciente y la intensidad de ayuda que requiere. Se realizara dicha clasificación con el cuestionario de Barthel; a menor puntuación mas dependencia.

Aunque la mayor parte de las personas en situación de dependencia se debe al envejecimiento, hay otras causas:
- Síndrome de Down.
- Autismo.
- Lupus Eritematoso Sistémico.
- Hidrocefalia.
- Parálisis cerebral.
- Esclerosis Múltiple.
- Parkinson.

6 Bibliografía

- Asado, D. y G López. Vejez, dependencia y cuidados de larga duración. Situación actual y perspectivas de futuro. Colección de estudios sociales nº 6. Barcelona. Fundación La Caixa. 2001.
- Casado, D. envejecimiento y dependencia: un análisis económico de sus efectos sobre las finanzas publicas. Tesis doctoral. Universidad Pompeu Fabra. 2005.

Capítulo 611

LA ATENCIÓN POR PARTE DEL TÉCNICO EN CUIDADO AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN UN PARTO

NATALIA RODRÍGUEZ BOLAÑO

VANESA PARÍS GARCÍA

ROCÍO PINTOS ALVAREZ

MARÍA ADELAIDA REDRUELLO GANCEDO

CASILDA MARIA FERNÁNDEZ CUESTA

1 Introducción

Desde el momento en que una mujer se queda embarazada se pone a pensar en el momento del parto. Dar a luz es algo personal y un momento que no van a olvidar por eso deben barajar todas las opciones posibles. La asistencia del parto en un centro sanitario sigue siendo la más elegida por las parturientas, asegurándose una asistencia completa durante todo el proceso (Zornosa et al, 2008).
Dicen los estudios que todos los partos son distintos, el desarrollo de cada uno cambia y por eso los profesionales deben estar preparados para todo. El trato al paciente y a su acompañante es fundamental y que todo esté dispuesto también. Se ha demostrado que el conocer antes el entorno en el que la mujer va a dar a luz favorece la relajación de la misma, y por tanto el desarrollo del parto, ya que entrar en una sala que ya se tiene previsualizada es menos estresante que entrar en un lugar nuevo.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Dar a conocer los procedimientos durante todo el proceso del parto, desde antes de que la mujer entre en el paritorio hasta que ya ha dado a luz.

Objetivo secundario:
- Describir el papel que tiene un técnico en cuidado auxiliares de enfermería (TCAE) en todos los escenarios que un parto desencadena.

3 Metodología

Para responder a esto se ha llevado a cabo una revisión teórica en Scielo y PubMed, con restricción de fecha 2000-2019, combinando los siguientes descriptores: parto, TCAE, paritorio, neonato. A través de estos tópicos, se encontraron 18 documentos, descartando los que no trataran el tema de interés. Se eliminaron 4 salidas de la web. En principio se seleccionaron 14 artículos que recogían los criterios de la investigación, de estos, una vez leídos, se excluyeron 7, quedando así 7 que sí se correspondían con los tópicos buscados. Otros 2 trabajos fueron excluidos en la revisión final por no corresponderse con el objeto de estudio de este trabajo. El total de artículos a estudiar finalmente fue de 5.

4 Resultados

Tras analizar los artículos seleccionados se determina que las funciones del TCAE son:
Recibir a la paciente en la sala de parto junto con la matrona previa comprobación de que todo esté limpio y en correcto funcionamiento. A la paciente que llegará desde Urgencias o desde la planta de ingresados se le explicará el procedimiento y se le enseñará dónde puede dejar sus pertenencias y dónde está el timbre por si necesitara algo. Se la proveerá de camisón, compresa y braga y se le acomodará la cama.
Una vez la paciente está lista y cambiada se procurará que se mantenga limpia en los procesos de monitorización.
La paciente queda con un acompañante que desee en la habitación y a su disposición el timbre, a cuya llamada debe acudir el TCAE y atender las peticiones en la medida de lo posible, siendo capaces de hacer sentir cómoda y atendida a la paciente. En cuanto a los mensajes contradictorios, es importante evitarlos, siendo

importante que todos los TCAE sigan unas mismas directrices.
En el expulsivo del parto el TCAE deberá vestirse adecuadamente con gorro, calzas y mascarilla. La matrona será quien indique al TCAE la preparación del paritorio. Para ello se abrirá el material estéril y se preparará la mesa del recién nacido con un paño estéril. Se pondrá la cama en la posición que indique la paciente o la persona que asista al parto, ya sea la matrona o el médico.
Una vez acabado el parto es labor del TCAE mantener la higiene de la paciente y hacer que se sienta lo más cómoda posible. Dentro de su comodidad también se tendrá en cuenta el inicio de la lactancia precoz, se ayudará a que guarde la postura más cómoda. Se le ofrecerán alimentos y se le hará un aseo perianal. El TCAE también será el encargado de avisar que el celador traiga una cama de planta y a la limpiadora que esté en ese momento de servicio para que proceda con la limpieza de la habitación.
Un parto no tiene por qué ser natural, existen diversos factores que pueden llevar a una cesárea, desde que el bebé esté de nalgas hasta una complicación durante el proceso de parto. El TCAE deberá preparar al paciente entonces para la intervención retirando joyas y objetos metálicos, eliminar esmalte de uñas, rasurar la zona de incisión y colaborar en el sondaje vesical.
A la hora de la colocación del catéter epidural el TCAE deberá ayudar a la gestante a acercarse al borde de la cama y a que se siente, colocarle un gorro y ayudar a la matrona con el carro de material. Será labor suya sujetar a la gestante en caso de precisarlo. Acabado el procedimiento procederá a la reposición de material utilizado.
Tarea de ellos será también limpiar aparatos, cuñas, esterilización de material y mantener la habitación limpia y preparada.
El nacimiento del bebé se espera que salga bien y que no tenga ninguna complicación la nueva vida que está a punto de llegar, es por ello que el TCAE se encargará del aseo del bebé y de prepararlo para subir a planta, le pondrán pañal y un arrullo.

5 Discusión-Conclusión

De todas las tareas que realiza el TCAE en un parto podemos concluir que el TCAE debe tener claro los protocolos hospitalarios y realizar la tarea sistemáticamente ya que cualquier pequeña cosa que se olvide podría provocar un retraso e incluso una complicación en el desarrollo del parto.
Debido a que no todos los partos son iguales y no todos los bebés nacen de la misma forma, hay que cuidar todos los aspectos que rodean a la paciente y que

van a rodear al bebé, empezando por la esterilización y la higiene.

6 Bibliografía

- Martínez, P. L., Redondo, L. R., Chico, P. A., Méndez, R. S., Nagua, P. M. O., Mare, F., ... & Fernández, J. S. (2019). El parto hospitalario atendido por matronas y TCAE: mecanismos farmacológicos/hormonales para la inducción al parto y mecanismos mecánicos de preparación al parto. In Intervención e investigación en contextos clínicos y de la salud: Volumen IV (pp. 247-251). Asociación Universitaria de Educación y Psicología (ASUNIVEP).
- Nom, N. O. M. (7). SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.
- Méndez-González, R. M., & Cervera-Montejano, M. D. (2002). Comparación de la atención del parto normal en los sistemas hospitalario y tradicional. salud pública de méxico, 44(2), 129-136.
- Alcaide, A. R. (2015). La atención al parto en España: Cifras para reflexionar sobre un problema. Dilemata, (18), 13-26.
- Garza Elizondo, M. E., Rodríguez Casas, M. S., Villarreal Ríos, E., Salinas Martínez, A. M., & Núñez Rocha, G. M. (2003). Patrón de uso de los servicios de atención prenatal, parto y puerperio en una institución de seguridad social mexicana. Revista española de salud pública, 77(2), 267-274.
- Valenzuela Mujica, M. T., Uribe Torres, C., & Contreras Mejías, A. (2011). Modalidad integral de atención de parto y su relación con el bienestar materno. Index de Enfermería, 20(4), 243-247.
- Cortés, J. A., Gómez, J. E., Silva, P. I., Arévalo, L., Rodríguez, I. A., Alvarez, M. I., & Gómez, P. I. (2012). Guía de atención integral para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio: sección toxoplasmosis en el embarazo. Infectio, 16(4), 230-246.

Capítulo 612

QUE ES EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO Y SU PREVENCIÓN

NOELIA RODRÍGUEZ BARNA

NATALIA TAMARGO LÓPEZ

MARÍA BELÉN GONZÁLEZ HUERTA

MARÍA VICTORIA REIMÚNDEZ ORDÁS

JESSICA RODRÍGUEZ PÉREZ

1 Introducción

El Virus de Papiloma Humano (VPH) es una enfermedad de trasmisión sexual causada por el virus del papiloma humano. Cuenta con más de 100 subtipos de los cuales 15 tienen alto riesgo de provocar cáncer de útero. A veces el contagio es asintomático. Es una enfermedad crónica muy difícil de curar. Los síntomas pueden aparecer en meses o años dependiendo del sistema inmunológico de la persona y de la carga viral en el organismo. El 80% de las mujeres han padecido la infección por algún tipo de VPH. Se trasmite por vía sexual y por vía rectal durante el parto.

Las patologías benignas con las que se relaciona son, en general, verrugas. En cuanto a las lesiones neoplásicas, el 100% de los canceres cervicales se relacionan con los VPH de alto riesgo. También está presente en un 90% de las neoplasias anales, en el 40% de los canceres de vulva y vagina y en un 1% de las neoplasias de orofaringe.

Los factores de riesgo son las relaciones sexuales sin preservativo, el inicio precoz en las relaciones sexuales, las múltiples parejas sexuales, el tabaquismo, la inmunodepresión y la presencia de otras lesiones de trasmisión sexual. La población más afectada son los jóvenes por desconocimiento y por una iniciación en las relaciones sexuales precoz, por lo que es muy importante la información, así como los métodos preventivos (uso de preservativos) y la vacunación.

El diagnóstico del VPH se hace con una revisión rutinaria a través de una citología cervical o prueba de screening, que consiste en un raspado de la superficie externa del cérvix y el cepillado del canal cervical y la extensión a un porta para su posterior examen microscópico. Todas las mujeres deben realizar esta prueba una vez al año cuando comienzan a tener relaciones sexuales.

El tratamiento es la aplicación de pomadas o soluciones para eliminar las lesiones del virus y fortalecer el sistema inmunológico con el consumo de alimentos ricos en vitamina C y la en caso de no estar vacunado, pudiendo hacerlo hasta los 45 años. En caso de que este tratamiento no sea efectivo se recure a la realización de una cirugía de cauterización o conización.

En el hombre representa actualmente un grave problema entre la población joven. La infección por el VPH es la más común asociada al cáncer. Esta infección es más frecuente en los varones muy activos sexualmente y más en los promiscuos.

2 Objetivos

- Conocer una mayor información sobre el virus del papiloma humano tanto en hombres como en mujeres, ya que es uno de los virus más comunes hoy en día, y muchas veces es asintomático, con lo cual sin una revisión médica anual es indetectable pudiendo tener consecuencias nefastas.
- Tener en cuenta la importancia de la vacunación, sobre todo en las niñas dada la temprana edad en la que comienzan a tener las primeras relaciones sexuales y que éstas no son con parejas estables.
- Concienciar a la población del uso del preservativo para evitar el contagio del VPH dada la alta estadística de relaciones esporádicas y promiscuidad

3 Metodología

El método empleado es la búsqueda a través de diferentes bases de datos, así como una experiencia cercana con el VPH que me ha llevado a tener información

y querer contar sus consecuencias.

Las búsquedas en las bases de datos de ciencias de la salud: Tuasaude, Scielo, Google, Medlineplus, mediante el uso de palabras claves. Las palabras clave empleadas fueron: Virus, Infección, Trasmisión sexual, contagio, vacunación, cáncer.

Mediante la búsqueda se localizaron 100 artículos, excluyendo aquellos no escritos en español. Dichos artículos, aunque cuentan con casi 20 años de antigüedad han sido actualizados en fechas recientes siendo seleccionados 8 de ellos.

4 Resultados

Parece estar registrándose un ligero incremento en aproximadamente un 1% en la incidencia del cáncer de cérvix, sobre todo en las mujeres menores de 35 años, tanto que en estas edades supone la 2ª neoplasia detrás del cáncer de mama. Por otra parte, si tenemos en cuenta que España es el país de destino de países con gran incidencia del cáncer de cérvix, es esperable un mayor aumento en los próximos años si no mejoramos sustancialmente nuestros programas de cribado. La prevención básica es valoración de las personas de riesgo. Implantación de vacunas, así como, la concienciación de la sociedad sobre las graves consecuencias y del uso del preservativo.

5 Discusión-Conclusión

Para el VPH en sí no hay terapia, pero en la mayoría de los casos, la infección se resuelve espontáneamente en unos pocos años. Para enfermedades y manifestaciones causadas por el virus, hay terapias específicas disponibles. Este puede tener 2 años de duración.

Son muchas las mujeres asintomáticas que cuando son diagnosticadas presentan ya una displasia de cuello de útero leve a media (Cáncer de Cuello de Útero), son células atípicas en el epitelio escamoso cervical, esto se diagnostica en la pieza de biopsia por el anatomopatólogo y biopsias de útero. Normalmente las personas que no presentan síntomas son las que tienen una remisión del virus.

Algunos de los tratamientos y exámenes médicos incluyen La Colposcopia, que es un procedimiento para observar más de cerca el cuello del útero para ver si

hay células precancerosas.

El uso de pomadas y soluciones locales para eliminar las lesiones o fortalecer el sistema inmune. Estos son:
• Podofilox 0,5% por 3 días seguidos, luego se debe parar por 4 días, y repetir el proceso hasta 4 veces;
• Ácido tricloroacético o dicloroacético de 80 a 90%, 1 vez a la semana;
• Imiquimod al 5%, 3 veces por semana, durante un máximo de 16 semanas;
• Resina de podofilina de 10 a 25%, 1 vez por semana, durante un máximo de 4 semanas;
• Retinoides: compuestos de vitamina A que ayudan en la regeneración de la piel, pudiendo ser utilizados 2 veces al día entre 4 a 8 semanas.

Existen dos vacunas (Cervarix y Gardasil) en el mercado que protegen a las mujeres de las formas de VPH que causan la mayoría de los casos de cáncer cervical:
• El Cervarix, es efectivo para los oncogenotipos VPH 16 y 18, aumenta la respuesta inmune por un periodo de tiempo más largo y generó niveles más altos de anticuerpos que el Gardasil
• El Gardasil, puede prevenir incluso la mayoría de los tipos de verrugas genitales y los tipos VPH 6,11,16 y 18.

Ambas vacunas se recomiendan para las niñas y para las mujeres de 13 a 26 años que no hayan sido vacunadas antes o que no hayan sido completamente inmunizadas. Se administran en 2-3 dosis. Son más efectivas si se reciben antes de comenzar a tener relaciones, es decir, antes de la posible exposición al virus.
En mujeres infectadas se recomienda la vacunación hasta los 45 años.

Estas son las primeras pautas dentro del tratamiento del VPH. En caso de que no haya remisión del virus con este tratamiento se pasaría a tratamientos más agresivos como son:
• La Crioterapia: que es un tratamiento para congelar y extirpar las células precancerosas del cuello uterino.
• el LEEP o procedimiento de extirpación electro quirúrgico de lazo: es un tratamiento para extirpar células precancerosas del cuello uterino por medio de una corriente eléctrica.
• La cirugía puede ser indicada cuando las lesiones son muy grandes y cuando la persona tiene tendencia a sangrar.
• En mujeres embarazadas no se recomienda ningún tipo de tratamiento por el alto riesgo de aborto o parto prematuro, ya que el riesgo de infección es bajo.

Algunas mujeres con verrugas genitales si han recurrido a la cesárea ya que éstas dificultan el parto.

En España, el cáncer de cuello uterino es el sexto más frecuente, constituye el 4,8% de los cánceres en la mujer, una de las tasas más bajas del mundo. La incidencia se ha mantenido constante en los últimos 15 años, aunque analizando por edades, se observa un aumento de incidencia para las mujeres nacidas entre los años 30-40. La tasa de mortalidad es de 2,7 por 100.000 mujeres al año.

En el hombre la población de 14 a 49 años un 1% presenta lesiones genitales detectables clínicamente, un 2% lesiones subclínicas identificables por peniscopia o colposcopia y un 7% infecciones inaparentes, detectables utilizando test de ADN. El contagio es exclusivamente por contacto sexual, llegando a una incidencia del 70%.

El empleo del preservativo masculino disminuye el riesgo de infección por virus del VPH y de verrugas en un 60% de los casos, el preservativo es tan solo parcialmente efectivo para evitar la infección. La reducción de la tasa de infección por VPH se ha observado tanto en mujeres y en hombres utilizando de forma correcta el preservativo en cada acto sexual.

Se considera que existe un 50% de probabilidades de que se transmita la enfermedad por un solo contacto sexual. El hecho de que el condiloma genital se localice en las zonas más habitualmente traumatizadas en el coito permite asegurar que el virus se contagia penetrando por pequeñas fisuras. La circuncisión protege contra el VPH. Es muy común que no aparezcan síntomas y que ésta se resuelva en unos 5/6 meses ya que al estar en la piel del órgano genital sea expulsado naturalmente, el serotipo más habitual que produce el condiloma genital es el VPH 6 y 11, que son de bajo riesgo. El VPH 16-18 es de alto riesgo y está asociado a las lesiones premalignas y malignas de los genitales. En el pene se identifica el VPH en la neoplasia intraepitelial en el 70%, en el carcinoma verrucoso en el 80% y sólo en el 30-40% del cáncer invasivo. El diagnóstico del condiloma genital es visual, Se debe interrogar al paciente sobre el tipo de actividad sexual en homosexuales y revisar la zona anal y perineal, así como realizar siempre un control estricto de la pareja sexual, con mayor motivo si uno está infectado. La peniscopia es la aplicación durante 5 minutos de gasas con ácido acético al 3-5%, ayuda al diagnóstico de las lesiones de VPH; estas se tiñen de blanco. En el diagnóstico y tratamiento de los condilomas intrauretrales está descrita la uretrocistoscopia fluoroscópica. El cistoscopio flexible facilita mucho el estudio de esta uretra posiblemente infectada por el VPH. La vacuna no está indicada en el varón, sólo en algún caso

específico.

Los tratamientos de la infección por el VPH no curan definitivamente esta infección vírica, siendo todos ellos largos, poco efectivos y con un alto índice de recidivas. El paciente, a pesar del cansancio y de las recidivas, debe seguir revisiones periódicas, aunque no visualice condilomas.

6 Bibliografía

1. U.S. National Library of Medicine 8600 Rockville Pike, Bethesda, MD 20894 U.S. Department of Health and Human Services National Institutes of Health. Página actualizada 4 diciembre 2019 Tema revisado 28 diciembre 2018 disponible en: https://medlineplus.gov/spanish/hpv.html
2. Drª. Sheila Sedicias Mastóloga y ginecóloga formada por la Universidad Federal de Pernambuco en 2008, bajo el registro profesional en el colegio de médicos CRM PE 17459, disponible en: https://www.tuasaude.com/es/vph-cura-transmision-sintomas-y-tratamiento/
Última actualización de la web: 20/01/2020 Última actualización de la página web: 22/03/2019
3. Fuente Díez, Elena de la; Mira Ferrer, Luz María. Medicina y Seguridad del Trabajo Sep. 2008, Volumen 54 Nº 212 Paginas 111 – 119. Disponible en: https://search.scielo.org/?
q=virus+papiloma+humano+&lang=es&count=15&from=16&output=site&sort=&format=sun
4. Peyrí Rey, E.. Actas Urológicas Españolas Ene 2010, Volumen 34 N.º 1 Paginas 10 – 11 Disponible en: https://search.scielo.org/?q=virus+papiloma+humano+&lang=es&count=15&from=16&output=site&sort=&format=summary&fb=&page=2&filter%5Bin%5D%5B%5D=esp
5. Diestro Tejeda, M. D.; Serrano Velasco, M.; Gómez-Pastrana Nieto, F.. Oncología (Barcelona) 2007, Volumen 30 N.º 2 Paginas 14 – 31. Disponible en: https://search.scielo.org/?q=virus+papiloma+humano+&lang=es&count=15&from=16&output=site&sort=&format=summary&fb=&page=2&filter%5Bin%5D%5B%5D=esp
6. Google. Disponible en: https://www.medicamentosparaeldolor.com/tratamiento-virus-papiloma/
7. Google. Disponible en: https://www.plannedparenthood.org/es/temas-de-salud/enfermedades-de-transmision-sexual-ets/vph/como-se-trata-el-vph
8. Murcia Salud. El portal sanitario de la Región de Murcia (c) Consejería de Salud de la Región de Murcia. Banco de Preguntas Preevid. ¿Protege el preservativo

contra la infección por el virus del papiloma humano (VPH)? Murciasalud, 2016. Disponible en: http://www.murciasalud.es/preevid/21253

Capítulo 613

MÉTODOS NO FARMACOLÓGICOS EN PEDIATRÍA.

ANA LAGO COLLAR

1 Introducción

El dolor es una experiencia emocional con la que los niños se encuentran muy a menudo en su hospitalización. Puede ser a consecuencia de diferentes técnicas: extracción sanguínea, canalizar una vena, sondaje vesical, etc… O por otros procedimientos: suturas de heridas, quemaduras, etc.
El manejo del dolor se realiza mediante medidas farmacológicas o no farmacológicas (como la distracción)

2 Objetivos

-Informar al niño de lo que se va a realizar
-Manejar el dolor y la angustia del niño en lo mejor posible
-Tener en cuenta: la edad y capacidad cognitiva

3 Metodología

-Palabras clave: dolor, distracción, pediatría.
-Términos que se han utilizado: pediatría, manejo del dolor.
-Fuentes de la información:
I. Secundaria: revisión de la literatura científica: PubMed, Cuiden, Scielo.
II. Terciaria: colaboración Cochrane y guías de práctica .

4 Resultados

-Medidas de apoyo: presencia y contacto físico, información y participación , presencia de familiares, refuerzo positivo.
-Medidas conductuales: respiración profunda, relajación.
-Medidas cognitivas: visualización de vídeos.
-Medidas físicas: aplicación de calor y frío, masajes, estimulación vibratoria y estimulación, neuroeléctrica, transcutánea.

5 Discusión-Conclusión

-Se recomienda su empleo en la práctica diaria ya que son métodos eficaces, baratos y sin efectos secundarios.
-Los métodos de analgesia no farmacológica son útiles para el manejo del dolor y la ansiedad producidos por procedimientos y técnicas dolorosas.

6 Bibliografía

1. E. Gonzáles María, T. Moreno Casbas, P.Gil Rubio, P. Herreros López. Guía práctica para el manejo del dolor en niños con cáncer.2013. Disponible en http://criscáncer.org
2. L Ramírez Zamora , R Meda Lara. Distractor para ”calmar” el dolor por la venopunción en los niños. Rev Mex Pediatr 2014:81 (6): 209-213
3. A. Ballard , S. Le May, C Khadra, J. Lachance Fiola, S. Charrete, M. Charest, H. Gagnon, B. Bayley , E. VilleNeuve, A. T. Simicalis. Distration kits for Pain Management of children Undergoing Painful Procedures in the Emergency Department. A Pilot Study. Pain Manag Nurs 2017 Dec; 18 (6) : 418-426, doi 10.1026 /) pmn2017.08.001
4. C. Chambers, A. Taddio, L . Uman, C. Mcmurtry. Psy interventions for reducing pain and distress during routine childhood immunizations: a sys tematic review. Clin ther . 2009;31 . Sppi 2:S77-S103. doi 10.1016)clinthera.2009.07.023
5. J. Ortigosa, F. Méndez, A. Riquelme. Afrontamiento psicológico de los procedimientos médicos invasivos y dolorosos aplicados para el tratamiento del cáncer infatil y adolescente: la perpectiva cognitivo - conductual. Psincooncología Vol6 Núm 2-3 2009,pp. 413-428

Capítulo 614

ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN SALUDABLE.

ZAIDA LOPEZ FERNANDEZ

1 Introducción

La alimentación es una función vital para el organismo humano, pero también es un fenómeno social y cultural. Es un tema complejo en el que pueden contemplarse numerosas perspectivas, entre las que se pueden diferenciar:

- Como necesidad biológica: ya que es necesaria para el funcionamiento adecuado del organismo, para mantenerlo en condiciones óptimas y en la infancia para el desarrollo físico.
- Como conducta: a partir de estímulos encógenos (hambre) o exógeno (presencia de un alimento) se producen una serie de conductas destinadas a responder a ellos.
- Como aspecto social: el acto de comer puede ser motivo de placer y refuerzo de lazos afectivos.
- Como expresión cultural: a la hora de preparar y presentar los alimentos para ser ingeridos constituye una de las expresiones de las diferentes culturas como las creencias religiosas, las costumbres…etc
- Como acto de consumo: el consumo de alimentos se ve enormemente influenciado por la publicidad que ejercen los medios de comunicación.

Los conceptos de la alimentación y la nutrición se confunden con facilidad y es necesario saber diferenciarlos:

- Alimentación: se le llama a un proceso voluntario y consciente, que suele estar condicionado por factores externos como los hábitos, creencias culturales y

religiosas, la accesibilidad a los diferentes nutrientes, la publicidad, los recursos económicos…etc
Es educable, por eso es importante que intervenga primero la familia y después la escuela en la construcción de los conocimientos y la aptitudes para ayudar a los niños a tomar decisiones sobre la alimentación.
- Nutrición: es un proceso involuntario e inconsciente, que consiste en una seria de mecanismos fisiológicos a través de los cuales el organismo para poder funcionar transforma y utiliza las sustancias contenidas en los alimentos mediante la digestión.

La nutrición depende fundamentalmente de la alimentación. Una persona puede estar bien alimentada, pero su estado de nutrición puede ser deficiente. Es necesaria una alimentación completa, variada, adecuada y suficiente que permita que el organismo funcione con normalidad y cubra por un lado las necesidades básicas y que por otro reduzca el riesgo de enfermedades o de trastornos alimentarios (anorexia, bulimia, desnutrición, obesidad…etc)

La naturaleza nos ofrece una inmensa variedad de alimentos que pueden reducirse de acuerdo a su composición química en seis sustancias fundamentales llamadas nutrientes :
- Agua: es un elemento vital para el ser humano. El cuerpo está formado aproximadamente por el 60% de agua que se encuentra fuera y dentro de las células cumpliendo múltiples funciones como la hidratación de los tejidos, el mantenimiento de la temperatura corporal, el trasporte de sustancias esenciales…etc
- Hidratos de carbono : que proporcionan, almacenan y trasportan la energía para que los órganos funcionen, los músculos puedan contraerse, el cerebro pueda pensar, el corazón pueda latir…etc.
Entre estas sustancias se encuentran los azúcares, el almidón y las fibras.
- Grasas o lípidos : son una fuente concentrada de energía que trasportan muchas vitaminas como la vitamina A, D, E y K. Aportan al organismo los ácidos grasos esenciales que no puede formar y que se necesitan para producir otras sustancias como hormonas y enzimas.
- Proteínas : son las sustancias más abundantes en el cuerpo después del agua. Sirven para formar cada una de las células de cada órgano del organismo. Son nutrientes necesarios para crecer, desarrollarse y evitar enfermedades. Realizan acciones químicas, trasportan sustancias, regulan el metabolismo y son necesarias para el crecimiento y reparación de los diferentes tejidos.
- Minerales : son los constituyentes esenciales de las células y líquidos corporales

que intervienen en diferentes funciones de regulación. Son indispensables para el crecimiento, el mantenimiento de la vida y la reproducción.
El calcio da la rigidez a la estructura de los huesos y de los dientes, el hierro se encuentra en los glóbulos rojos de la sangre y en el músculo y trasporta oxígeno a los distintos tejidos. La carencia de hierro puede producir anemia.
- Vitaminas : son sustancias que se necesitan en pequeñas cantidades pero que son esenciales para la utilización y la regulación de los principios inmediatos (glúcidos, proteínas y grasas).
Las vitaminas se denominan con letras: la vitamina A sirve para ver en la oscuridad, la vitamina C sirve para prevenir enfermedades y defenderse de las infecciones, las del grupo B para obtener la energía de los nutrientes.
La falta de vitaminas en la alimentación nos puede producir estados carenciales específicos, por ejemplo la falta de vitamina A produce ceguera nocturna.

Los nutrientes se encuentran disponibles en los alimentos, que trabajan en conjunto para abastecer de energía, fabricar y mantener las células y regular los procesos metabólicos.

Esto ha permitido una clasificación de los alimentos, agrupándolos según las sustancias nutritivas que predominan en cada uno y según la función que ejercen:
- Cereales: son la fuente principal de hidratos de carbono y fibra. Entre ellos se encuentran el arroz, la avena, el maíz, el trigo y sus derivados. Y luego contamos con las legumbres como los arvejos, garbanzos, lentejas y soja.
- Verduras y frutas: en lo que se incluyen todos los vegetales y frutas comestibles siendo una fuente principal de vitaminas y minerales.
- Leche, yogurt y quesos: nos ofrecen proteínas de alto valor biológico y son fuente principal de calcio.
- Carnes y huevos: son una fuente principal de hierro. Se incluyen todo tipo de carnes comestibles y ofrecen las mejores proteínas.
- Aceites y grasas: incluiremos los aceites de uva, maíz, girasol, oliva y soja entre otros…. Y son la fuente principal de energía de reserva.
- Azúcar y dulces: nos dan energía inmediata, y entre ellos podemos encontrar el azúcar común, todos los dulces derivados de las frutas y el dulce de leche.

La alimentación completa, variada y proporcionada es una fuente de vida nutritiva necesaria para la vida humana, a la vez que refleja cuatro aspectos fundamentales a tener en cuenta en la alimentación diaria como son:
*Consumir una amplia variedad de alimentos.

*Incluir alimentos de todos los grupos a lo largo del día.
*Consumir una proporción adecuada de cada grupo.
*Elegir agua segura como fuente de vida, para beber y preparar alimentos.

Existe un tipo de grasas insaturadas que actúan como grasa saturada, que reciben el nombre de GRASAS TRANS, que se forman cuando los aceites vegetales se procesan y se transforman en más sólidos.
Las grasas trans las podemos encontrar principalmente en alimentos industrializados que han sido sometidos a hidrogenación, al horneado, al frito o a la margarina. La mayoría proviene de alimentos procesados o procesos artificiales (snaks, patatas fritas de bolsa, comida rápida) hechos con aceites vegetales parcialmente hidrogenados.

Las grasas trans no solo aumentan la concentración de Colesterol LDL (colesterol malo) en la sangre sino que disminuyen el Colesterol HDL (colesterol bueno) siendo el LDL el responsable de aumentar el riesgo de sufrir Enfermedades Cardiovasculares.
Estas grasas pueden ser muy peligrosas para el corazón y se asocian con el mayor riesgo de algunos cánceres, así como estudios más recientes también lo asocian con el riesgo de padecer Diabetes de tipo II (insulino dependiente).

2 Objetivos

- Saber la diferencia entre alimentación y nutrición.
- Conocer en qué consiste una alimentación completa, variada y proporcionada.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas

4 Resultados

Para lograr una alimentación saludable diaria deberemos:

- Incorporar diariamente frutas y verduras de estación en las comidas principales.
- Resaltar los sabores propios de los alimentos.
- Utilizar la sal lo menos posible, ya que muchos alimentos presentan sodio en su composición.
- Usar preferiblemente métodos de cocción.
- Es importante que los alimentos tengan buena presencia, que los platos sean coloridos y vistosos para estimular el apetito y permitir que se disfruten los alimentos más sabrosos.
- Leer el contenido nutricional de las etiquetas de los alimentos.
- Consuma ocasionalmente grasas procesadas saladas, fiambres y embutidos.

La importancia de la reducción de la sal en la alimentación diaria, se basa en la idea de relacionar el consumo de sal con diferentes enfermedades entre las que destacan la Hipertensión Arterial y distintas afecciones cardíacas.

5 Discusión-Conclusión

Se debe tener presente que un buen desayuno y una merienda equilibrada incluyan leche, pan, frutas, verduras y cereales, debido a que refuerzan las necesidades nutricionales de los niños/as, adolescentes y adultos.

Se necesita encontrar el equilibrio apropiado entre las necesidades del organismo y los riesgos de los excesos.

Por lo que cuando haya cambios como la disminución del peso corporal, la reducción de la ingesta de alcohol, el aumento de la actividad física, la reducción de consumo de sal y un mayor consumo de verduras, frutas y pescados modificarían los estilos de vida haciéndola más saludable y brindando beneficios en el control de las enfermedades cardiovasculares.

6 Bibliografía

- http://salud.mendoza.gov.ar/wp-content/uploads/sites/16/2014/09/alimentacion_nutricion_saludable.pdf
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 615

LA PRÓSTATA

ESTHER ALVAREZ VEGA

CARMEN ÁLVAREZ VEGA

1 Introducción

La próstata es una glándula del aparato reproductor masculino; situada debajo de la vejiga y delante del recto.
Su principal función es generar el liquido prostático donde están los espermatozoides.

La próstata es del tamaño de una nuez pero con la edad puede ir creciendo y hacerse mucho mas grande.

Las patologías mas frecuentes de la próstata son:
- Prostatitis: Inflamación de la próstata, puede ser infecciosa o no con frecuencia ocasionada por enfermedades de transmisión sexual. La mayoría de los casos aparecen entorno a los 35 años.
No tiene síntomas o estos suelen pasar desapercibidos.
- Hiperplasia benigna de próstata (HHPB) o adenoma prostático: Crecimiento del órgano, aparece a partir de los 40 o 45 años, es frecuente que lo parezca la mayoría de los hombres.
Los síntomas son irritación de la vejiga, dificultad para empezar a orinar, disminución de la fuerza al orinar,ganas de orinar con frecuencia; puede llegar a tener complicaciones como infecciones urinarias, insuficiencia renal o hematuria.
- Cáncer de próstata (CAP): Es el tumor más frecuente en los hombres, pero evoluciona tan lentamente que no es la principal causa de muerte, va por detrás del cáncer de pulmón y colon. Afecta a partir de los 50 años.

No posee síntomas y si aparecen son similares a los de la HPB.

2 Objetivos

- Dar a conocer que es la próstata, que función tiene y que patologías puede padecer.
- Así como, dar a conocer qué medidas tomar si se manifiesta algún síntoma.

3 Metodología

Se ha realizado la investigación con diversos artículos científicos extraidos del buscador google, obteniendo una información clara, fiable y precisa.

4 Resultados

La próstata es una glándula que forma parte del aparato reproductor masculino, que al enfermar aumenta de tamaño.

Las pruebas que ayudan al médico a identificar el problema para poder tratar la enfermedad son:
- Tacto rectal.
- Imágenes radiográficas.
- Uroflujometría.
- Cistoscopia.
- Pruebas de sangre: detecta el antígeno prostático específico (PSA). Si el nivel de PSA es elevado puede padecer cáncer de próstata.

Los tratamientos a seguir son:
- Expectación vigilada.
- Medicinas.
- Procedimientos no quirúrgicos: consiste en administrar calor a zonas pequeñas de la próstata a través de la uretra.
- Cirugía: puede ser cirugía abierta se suele aplicar si la próstata es muy grande; cirugía cerrada (TURP) es la más común.

5 Discusión-Conclusión

La próstata es una glándula muy importante, de la que apenas se sabe su funcionamiento.

Parecer de próstata a partir de los 50 años es muy frecuente en los hombres; esto no implica que vayan a parecer un cáncer de próstata.

Todos los hombres deberían de cuidar su próstata, para evitar una patología.
- Haciendo ejercicio.
- No fumar.
- No beber alcohol en exceso.
- Cuidar la alimentación: disminuir las grasas animales e incrementar las frutas, verduras y pescados.
- Evitar el sobrepeso.
- Hacerse pruebas a partir de los 45 años.

6 Bibliografía

- www. hospitalaleman.org.ar/hombres/sirve-la-prostata/
- Cuidateplus.marca.com/sexualidad/diccionario/prostat.htm/
- https://es.wkipedia.org/wiki/prosata.
- www.middk.mih.gov/health-in

Capítulo 616

BURNOUT O “SÍNDROME DE ESTAR QUEMADO” EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA.

MARIA TERESA AVILES SOTO

NOELIA GARCIA LOPEZ

LUCIA GARCIA GARCIA

FLORENTINA MARÍA LLAMAZARES GONZALO

EVA MARIA FERNANDEZ CANCIO

1 Introducción

El Burnout o síndrome de estar quemado es una patología caracterizada por la pérdida de interés y sentimiento emocional hacia el paciente. Esta situación es cada vez mas frecuente entre profesionales de la salud que mantienen una relación directa con otras personas. Podemos afirmar que el Burnout tiene una relación inversa con el estrés y la satisfacción laboral. Este síndrome provocaría un malestar físico y psíquico, repercutiendo en el trabajo del profesional.

2 Objetivos

El primer objetivo sería identificar la frecuencia de síndrome burnout en el personal de enfermería. Otro objetivo sería determinar los tres componentes del sín-

drome Burnout (cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal).

Estos objetivos se podrían clasificar en dos grupos:
- General: Determinar la prevalencia y los factores relacionados con el Burnout entre los profesionales de enfermería.
- Específicos: Comparar los niveles de Burnout entre los profesionales de distintos servicios y distintas especialidades.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica en la base de datos Google Sholar utilizando y combinando las siguientes palabras clave: enfermería, psiquiatría, salud mental u Burnout.
Además se han filtrado los artículos escritos en español e inglés publicados a partir del año 2009 y que dispongan de texto completo de forma gratuita.
Se han obtenido 6205 resultados, selecionandose finalmente 5 artículos para llevar a cabo la presente revisión bibliográfica.

4 Resultados

El Burnout es un síndrome frecuente en la actividad entre los profesionales de los servicios de salud, generado por un entorno laboral estresante de forma crónica. Los síntomas mas característicos de este síndrome son la aparición de emociones y cogniciones negativas hacia el trabajo y el ambiente del mismo, pudiendo incluso llegar a aparecer manifestaciones conductuales, psicosomáticas, emocionales y sociales.

El Burnout estaría influido por diferentes factores entre los que destacamos:
- Factores personales como el género o la edad.
- Factores laborales como los años de experiencia en el puesto de trabajo, el número de horas dedicadas al trabajo, el número de pacientes o el trabajo a turnos diurno y nocturno.

Como consecuencia de estos resultados podemos encontrar: trastornos depresivos, bajas y jubilaciones anticipadas.

5 Discusión-Conclusión

Los profesionales de la salud están sometidos a un nivel elevado de estrés durante periodos prolongados de tiempo.
Este síndrome se da con mayor prevalencia en profesionales de la salud que en otros profesionales.
El Burnout conlleva unas consecuencias para el trabajador dado que repercute tanto en su estado de salud físico como mental, además de su rendimiento laboral.

También repercute en el sistema sanitario, debido al coste que ocasiona por bajas laborales o jubilaciones.
Hay personas que son más vulnerables que otras a padecer Burnout porque no poseen un bienestar psicológico. Es importante dotar a las personas de estrategias de afrontamiento ante situaciones estresantes para prevenir las consecuencias que el estrés puede llegar a producir.

6 Bibliografía

1-López MJ. Consecuencias psicosociales del trabajo en personal de enfermería como indicadores subjetivos de rendimiento desde el enfoque de la gestión de recursos humanos [tesis]. Departamento de Enfermería (DE): Universidad de Murcia; 2009.
2-A. P. Association. (2013). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. Arlington, USA: Asociación Americana de Psiquiatría.
3-Contreras F, Juárez F, Murrain E. Influencia del Burnout, la calidad de vida y los factores socioeconómicos en las estrategias de afrontamiento utilizadas por los profesionales y auxiliares de enfermería. Pensam. Psicol. [Internet]. 2008 [consultado: 8 de marzo de 2018]; 4 (1): 31-40.
4-1. Girbau García MR, Galimany Masclans J, Garrido Aguilar E. Desgaste profesional, estrés y abandono de la profesión en enfermería. Nursing Ed. Esp. [Internet]. 2012 [consultado: 23 de enero de 2018]; 30 (1): 58-61.
5-. Gil-Monte PR. El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout) en profesionales de enfermería. Rev Elec. Inter Psy [Internet].

Capítulo 617

LOS SERVICIOS DE AYUDA A DOMICILIO, LA LEY DE DEPENDENCIA Y EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA.

PAULA PRESUMIDO DÍAZ

BEATRIZ GALÁN BORREGO

1 Introducción

En los inicios de la ayuda a domicilio no se sabe mucho a ciencia cierta de cuando empezaron a ejercerse y es difícil intentar dar una fecha concreta, porque no se consideraba una labor profesional hasta no hace mucho tiempo. El servicio de ayuda a domicilio como prestación básica es bastante reciente. El origen del Servicio de Ayuda a Domicilio se podría situar a finales del siglo XIX, aunque se hallan antecedentes mucho más antiguos. Hasta la década de los 70 el trabajo con respecto a este servicio, se prestaba de forma más informal desde el punto de vista institucional. El ministerio de trabajo es quien dicta la orden del 19 de marzo, por el que se establece el Servicio Social de Asistencia a los Ancianos, que en su artículo 2, introduce la organización a la asistencia o ayuda domiciliaria a los beneficiarios.
Es a partir de 1979, con la formación de los ayuntamientos de la democracia, cuando tiene el S.A.D una mayor extensión. En los años 80 el S.A.D. se establece en casi todas las localidades.

Las leyes de los Servicios Sociales ofrecen a la Ayuda a Domicilio la conformación de un servicio social comunitario.

¿Qué e el S.A.D?
Los servicios de ayuda a Domicilio o también conocidos como Servicios de Atención Domiciliaria (S.A.D) son ayudas sociales que mediante personal cualificado y bajo supervisión, prestan una serie de actuaciones rehabilitadoras, preventivas, formativas y de atención a las personas, familias o unidades de convivencia en el propio domicilio. Que por cualquier circunstancia, dejan de valerse por sí mismas para llevar a cabo las actividades básicas de la vida cotidiana; normalmente estos servicios se suelen prestar a personas mayores, aunque también van dirigidos a personas que no son de la tercera edad, sino que tienen algún tipo de discapacidad o enfermedad.
La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia de España, más conocida como «ley de dependencia», es una ley española que crea el actual Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, que es el conjunto de servicios y prestaciones destinados a la promoción de la autonomía personal, así como a la protección y atención a las personas, a través de servicios públicos y privados concertados debidamente acreditados.
La persona dependiente lo es bien por sufrir una enfermedad o suceso incapacitante, o por llegar a la vejez.

El T.C.A.E. Es el profesional que tiene la capacidad de ayudar a las personas con necesidades de bienestar físico, mental y social poco comunes en el ámbito de los servicios sociales y medicinales, aplicando los sistemas y estrategias más adecuados para mantener y mejorar su propia autosuficiencia y sus relaciones con el entorno y es el encargado de que el usuario este bien atendido, tanto física como psicológicamente. Las personas que solicitan el Servicio de Ayuda Domiciliaria suelen tener problemas de salud, bien debido a la dejadez de sentirse solos, por su avanzada edad o a diversas enfermedades. Cuando las familias no pueden hacerse cargo de sus seres queridos y requieren de los Servicios Domiciliarios, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería desempeña un papel muy importante en la vida de esas personas, ya que va a ser su aliado y compañero durante (a poder ser) una larga temporada. Las cualidades que debería de tener un T.C.A.E. serian la empatía que sea una persona amable y cariñosa, que tenga una buena formación y experiencia ,tratar con habilidad social a los usuarios, que sea simpático pero sobretodo que tenga vocación es la base de todo trabajo.

2 Objetivos

-Evaluar la dependencia de las personas y valorar la calidad de vida potenciando su autonomía, seguridad, relaciones sociales y sobre todo su salud, mediante el T.C.A.E. en la ayuda a domicilio.
-Analizar los posibles beneficios que tiene el S.A.D. para las personas.

3 Metodología

Se ha realizado un estudio observacional tras 10 años de experiencia y contrastándolo con personal cualificado que ha trabajado, también con personas con la Ley de la Dependencia y en los Servicios de Ayuda a Domicilio, a la vez, se ha realizado una exhaustiva búsqueda en diversas bases de datos como Cochrane plus, slide share, dialnet con las palabras clave: ayuda a domicilio, Ley de Dependencia, asistencia domiciliaria, geriatría a domicilio, tipos de dependencia, grados de dependencia, personas dependientes y objetivos ayuda domiciliaria.
También se ha buscado información en la Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado (BOE).

4 Resultados

Para conseguir los resultados adecuados de los usuarios de la ayuda a domicilio se rige por una serie actuaciones, que las dividiremos en cuatro:
1-Actuaciones de carácter doméstico: Son tareas y actividades de la vida cotidiana dirigidas al cuidado del domicilio, su menaje, apoyo a la autonomía personal y de la convivencia. como son las siguientes: la alimentación del usuario,relacionadas con la vestimenta de la persona(recoger, lavar, planchar..), y las relacionadas con el mantenimiento del hogar(limpieza del hogar (baños, suelos, muebles, cocina…)

2-Actuaciones de carácter personal: Son tareas y actividades de la vida cotidiana que principalmente reinciden sobre el usufructuario de la prestación, van guiadas a fomentar y mantener su bienestar personal y social. En las que destacan: Higiene y aseo personal, ayudar a comer y vestirse, pasear con el fin de obtener relaciones sociales y fines terapéuticos, controlar la alimentación con una dieta variada y correspondiente con sus necesidades, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermaría debe llevar un seguimiento del tratamiento médico en coordinación con el centro de salud, ayudar al usufructuario a moverse dentro del domicilio, acompañar al usufructuario a gestiones y visitas facultativas.

3-Actuaciones de carácter educativo: Son las que van guiadas a promover hábitos de adquisición y conducta de habilidades básicas: Organizar la económica y el núcleo familiar, planificar la higiene familiar y elaborar unos hábitos en la convivencia.

4-Ayudas técnicas y adaptativas del hogar: Son actividades de adecuación práctica del domicilio, esencial para solucionar situaciones específicas y de dificultad, que incrementan las tareas y actividades básicas de la prestación: Actuaciones Especiales, mediación familiar, ayuda psicológica y social, informar y buscar recursos alternativos, servicios de Salud y de Estética.
Y otros servicios necesarios para el inicio o para que este continúe en condiciones adecuadas. (Servicio de ayuda a domicilio (SAD).
Los servicios de ayuda a domicilio o servicios de atención domiciliaria van unidos a la ley de la dependencia que según el BOE (Boletín Oficial del Estado) dice que: Se considera que un 95% de las personas de la tercera edad podrían estar atendidas en sus hogares recibiendo una ayuda a domiciliaria, suplementándolo también con teleasistencia y centros de día. Lograríamos que sólo un 5% de las personas de la tercera edad acabasen solicitando ingresar en un centro gerontológico.

Existen 4 tipos:
1-Tipo de dependencia Física: pueden venir repentinamente o de forma progresiva, la persona empieza a tener algunas limitaciones como pérdida del control de sus funciones corporales y de su interacción con los medios físicos del entorno. Ejemplos: parálisis, esclerosis múltiple..

2-La Dependencia psíquica o mental: Suele aparecer de forma progresiva, la persona pierde la capacidad de solucionar sus problemas y de tomar sus propias decisiones. Ejemplos: síndrome de demencia senil, discapacidad intelectual..

3-La Dependencia sensorial: se ven alterados algunos de los sentidos, principalmente, el oído y la vista

4-La dependencia mixta: Se desarrolla a raíz de una enfermedad que provoca problemas de distinta condición, como dependencia física por afectación de la movilidad afiliada a problemas sensoriales, dificultades para tragar y de comunicación. Ejemplos: parálisis cerebral o la enfermedad de Parkinson.

A raíz del año 2011, es cuando en España, se establece la escala de valoración de

los grados y niveles de la dependencia, que veremos a continuación:
-Grado I. Dependencia moderada: La persona necesita de ayuda para hacer distintas actividades básicas de la vida cotidiana por lo menos una vez al día, necesita de ayuda intermitente o limitada para su independencia personal.
-Grado II. Dependencia severa: La persona necesita ayuda para hacer distintas actividades básicas de la vida cotidiana dos o tres veces al día, aunque no necesita ayuda constantemente de una persona cualificada, o necesita de largos periodos de ayuda para su independencia personal.
-Grado III. Gran dependencia: La persona necesita de ayuda para hacer distintas actividades básicas de la vida cotidiana diversas veces al día, que por su pérdida total de independencia física, intelectual, mental o sensorial, necesita ayuda imprescindible y permanente de una persona cualificada o necesita ayuda generalizada para su independencia personal.

Por parte del T.C.A.E. deberíamos obtener los siguientes resultados:
Que contribuya con la familia cuando estas personas no puedan ocuparse total mente de las necesidades del usuario, Fomente la convivencia del usuario entre los familiares y en su entorno comunitario, Potencie y eduque dentro de las posibilidades de cada persona y ayude a evolucionar al usuario en las actividades de la casa, en el entorno comunitario y la participación en el mismo, ayude a las familias en sus responsabilidades de la vida cotidiana, fomente en el usuario los hábitos saludables como una buena alimentación ejercicios físicos, una higiene correcta, etc. Adecue la vivienda a las necesidades de la persona atendida, por medio de reparaciones, adaptaciones o ayudas técnicas, con el fin de prevenir accidentes y colaborar en el mantenimiento de la persona usuaria en su entorno habitual.

Evaluando la dependencia de cada persona, con una alternativa adecuada y con los cuidados adecuados a sus necesidades, las personas que requieren del S.A.D suelen tener mejor calidad de vida respecto a todo, tanto física como psicológicamente ya que aumentamos la seguridad en las personas ayudándoles y apoyándoles en la realización de las tareas y actividades de la vida cotidiana que no puedan hacer por ellos mismos, sin impedir que ellos puedan decidir, con ello favorecemos y estimulamos el crecimiento de sus habilidades personales y de hábitos de vida apropiados. También ayudamos a favorecer las relaciones sociales, incentivando la comunicación con el exterior y apaciguando los probables problemas de aislamiento o abandono para prevenir el progresivo deterioro de las familias y demás personas reforzando y mejorando los vínculos de amistad,

familiares, de su entorno y personales, ayudando a mejorar el predominio de sentimientos favorables de la vida, por lo que podemos llegar a prevenir, retrasar o incluso evitar el ingreso en residencias de la tercera edad y centros de día. Proporcionándoles la seguridad y el confort que les da su propio domicilio.

5 Discusión-Conclusión

Los servicios de ayuda a domicilio deben prestar simultáneamente ayuda a los familiares y cuidadores primarios de las personas mayores, tales como una cuestión de estricta justicia social.
Se impone un cambio terminológico que implicará sincrónicamente más tolerancia en los servicios que se van a ofrecer, con el principal objetivo de dar respuestas eficaces a las nuevas necesidades que la dependencia nos plantee.
La Coordinación Social y de Salud (sociosanitaria) es una verdadera garantía para una atención coordinada y completa de las personas de la tercera edad.

El Sistema de atención a la dependencia debe de ser competente, de calidad y que sea sostenible; debe dar prioridad a las necesidades de las familias y a las personas de avanzada edad que son más frágiles.
Es de máxima necesidad sacar a la luz las necesidades de los servicios de ayuda a domicilio actuales para la población de personas dependientes. Hay propuestas las siguientes medidas:
-Reducir el aporte de las personas.
-Acelerar el procesamiento necesario para la adjudicación de recursos.
-Adquirir una actitud emprendedora.
-Fomentar la participación de los miembros de la familia y de los bondadosos vecinos que saben las situaciones de mayor necesidad del usuario.

6 Bibliografía

- edite(21/08/2014). Introducción a la dependencia. El rincón del cuidador. Hartmann. Recuperado de http://www.elrincondelcuidador.es/blog/introduccion-la-dependencia/
- Alonso, Mª.L., (2016). La ”ayuda a domicilio” como servicio de proximidad en el contexto social actual. (Tesis doctoral). Recuperado de https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=71597

- Alzate, P. (13-2-2011). Los derechos de las personas mayores o la tercera edad. Am-abogados.com Recuperado de https://www.am-abogados.com/blog/los-derechos-de-las-personas-mayores-o-de-la-tercera-edad/3712/
- Arregi, M., Perfiles profesionales del sector de servicios a las personas dependientes. Recuperado de http://movil.asturias.es/RecursosWeb/trabajastur/completoperfilesdependientes.pdf
- Cerca de ti, (2-3-2017). ¿Cuáles son las cualidades más importantes que debe tener un auxiliar de ayuda a domicilio?. Cerca de ti. Recuperado de http://cercadeti.eu/cuales-son-las-cualidades-mas-importantes-que-debe-tener-un-auxiliar-de-ayuda-a-domicilio/

Capítulo 618

LA DIABETES EN LOS NIÑOS DETECTARLA A TIEMPO ES IMPORTANTE.

MARIA JESÚS GONZÁLEZ FERNÁNDEZ

FRANCISCA DEL ROBLEDO VICENTE CASTELLANO

1 Introducción

La diabetes es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia (aumento del azúcar en la sangre).

- La diabetes de tipo 1 (anteriormente denominada diabetes insulinodependiente o juvenil) se caracteriza por la ausencia de síntesis de insulina. es una de las enfermedades crónicas más frecuente en la infancia. Ocurre cuando el páncreas no produce suficiente cantidad de insulina para regular los niveles de azúcar en sangre. Dar con el diagnóstico no es sencillo, la edad media a la que son diagnosticados los niños son los ocho años. Por eso, es muy importante reconocer a tiempo los síntomas para detectar la diabetes en niños pequeños. Una de las mayores preocupaciones es que en los niños pequeños, los síntomas pasen desapercibidos porque son bastante inespecíficos, no identificarlos podría tener complicaciones para su salud.

Según un estudio realizado por la Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica (SEEP), la mitad de los niños menores de 5 años y casi el 70 por ciento

de los niños menores de dos años diagnosticados con diabetes ya tenían cetoacidosis.
La cetoacidosis es una complicación grave derivada de la falta prolongada de insulina en el organismo y que en el peor de los casos puede llevar al coma diabético.

- La diabetes de tipo 2 suele darse en adultos, aunque han aumentado notablemente los casos en niños y adolescentes con sobrepeso y obesidad. La insulina producida es poco activa y cada vez se debe producir más cantidad para conseguir el mismo efecto.
La enfermedad tiene un importante factor genético, pero no es el único, es necesario un factor ambiental como puede ser un virus, un tóxico, algo en la comida o una causa que aún no conocemos para que la diabetes se manifieste.
Una serie de síntomas que pueden indicarnos la presencia de diabetes en el niño:
-Orina frecuente: un niño con diabetes necesita orinar con más frecuencia y en volúmenes mayores. Un signo que puede resultar sospechoso es que comience a mojar la cama cuando ya no lo hacía.
-Sed constante: debido a que pierde mucho líquido al orinar, el niño se siente inusualmente sediento.
-Pérdida de peso inexplicable: a pesar de estar siempre hambriento, el niño no gana peso y a menudo lo pierde.
-Fatiga y debilidad: el niño se siente cansado pues su cuerpo no puede convertir la glucosa en energía.
-Hambre excesiva
-Irritabilidad: causada por el hambre y la ansiedad que le produce.
-Visión borrosa
-Náuseas, mal aliento, dolor de estómago frecuente y problemas de respiración pueden ser signos de cetoacidosis diabética.
Si el niño presenta alguno de estos síntomas, aunque la sospecha sea mínima, es necesario consultarlo con el pediatra. Él valorará los síntomas y si lo considera realizará los análisis de glucosa rutinarios para confirmar o descartar la enfermedad.

La diabetes puede pasar desapercibida debido a que sus síntomas parecen ser inofensivos, detectarla a tiempo es importante para realizar un diagnóstico precoz y comenzar cuanto antes un tratamiento que disminuya las complicaciones que se relacionan con la enfermedad.
Aunque no existe cura para la diabetes, los niños con esta enfermedad pueden

tener una infancia y adolescencia casi normal si mantienen la enfermedad bajo control. Es esencial controlar la diabetes debidamente para evitar complicaciones. El control se centra en monitorear rutinariamente el azúcar en la sangre, terapia de insulina, aplicada en varias inyecciones al día a través de una bomba de insulina y una dieta sana estricta. Mantener los niveles de azúcar en la sangre en un promedio normal puede reducir la posibilidad de los síntomas de alta o baja azúcar y minimizar el riesgo de problemas de salud a largo plazo relacionados con el control de la diabetes. Además de una dieta sana, 30 minutos de ejercicio al día pueden también ayudar a su niño a controlar la enfermedad.

2 Objetivos

- Identificar a tiempo los síntomas de diabetes en niños.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica en las bases de datos de: Scielo, Medline, Cochrane y Pubmed, utilizando palabras clave: diabetes infantil, enfermedad crónica, páncreas,sintomas

4 Bibliografía

-Guía 'Lo que debes saber sobre la diabetes en la edad pediátrica', grupo de trabajo de diabetes de la Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica (SEEP).
-Fundación para la Diabetes.
-Section on Endocrinology (Copyright © 2014 American Academy of Pediatrics)
-https://diabetesmadrid.org/

Capítulo 619

EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LAS CAMPAÑAS VACUNALES DE LOS CENTROS DE SALUD PRIMARIA.

PAULA MENENDEZ BARRI

ELENA MARTÍNEZ ALVAREZ

ENCARNACION FERNANDEZ QUERO

SUSANA MARIA TUERO RODRIGUEZ

ANDREA SÁNCHEZ ÁLVAREZ

1 Introducción

Las vacunas son productos biológicos que contienen uno o varios antígenos que se administran con el objetivo de producir un estímulo inmunitario específico. Este estímulo pretende simular la infección natural, generando una respuesta inmunitaria específica en el sujeto,para protegerlo en las probables exposiciones al microorganismo. Cuando un porcentaje importante de una población se vacuna, este efecto protector beneficia también a personas no vacunadas, generando lo que se denomina “inmunidad de grupo, colectiva o de rebaño” (siempre en microorganismos que se transmiten solo en la especie humana). Todos los profesionales sanitarios deben poseer, y transmitir a la población, unos conocimientos mínimos sobre vacunas, ya que representan uno de los mejores instrumentos

que existen para prevenir enfermedades. La posible presencia de anticuerpos neutralizantes maternos transferidos por vía transplacentaria y el nivel de madurez del sistema inmune marcan las edades mínimas aceptables de primovacunación (diferentes según el preparado usado).

Así, algunas como la vacuna de hepatitis B pueden administrarse a las pocas horas de nacer, para la mayoría de las inactivadas (difteria, tétanos, tosferina, poliomielitis) y algunas de las conjugadas (Hib, MenACWY y neumococo), la edad mínima son las 6 semanas. Otras conjugadas no se deben administrar antes de los 2 meses de vida (meningococo C) y habrá que esperar a los 12 meses para dar por válidas primeras dosis contra sarampión o varicela. Como regla general, las diferentes vacunas pueden administrarse simultáneamente en la misma visita sin que se afecte su inmunogenicidad. Una excepción a esta regla son las vacunas de la fiebre amarilla y la triple vírica, las cuales no deben administrarse en el mismo acto vacunal.
Cuando no se administran de forma simultánea, cabe tener precaución con las vacunas atenuadas parenterales, las cuales deben separarse, al menos, cuatro semanas. Sin embargo, las inactivadas pueden, en general, administrarse juntas o con cualquier intervalo entre ellas. En la administración simultánea de diferentes vacunas hay que tener en cuenta que deben inyectarse en lugares anatómicos separados por lo menos 2,5 cm, que deben utilizarse siempre jeringas y agujas distintas para cada vacuna y debe registrarse el sitio de inyección de cada una de ellas. Algunas contraindicaciones de las vacunas son: Reacción alérgica anafiláctica a una dosis previa de una vacuna o a algún componente de la misma,

Encefalopatía de etiología desconocida aparecida en los 7 días siguientes a la administración de una vacuna con componente frente a la tosferina. Las contraindicaciones temporales permiten la administración de una vacuna una vez se hayan resuelto:
Embarazo. De forma general, se contraindica la administración de vacunas vivas.
Inmunodepresión. Contraindicadas también, en general, las vacunas atenuadas.
Cualquier enfermedad moderada o grave (crisis asmática, cardiopatía descompensada, diarrea aguda…), con o sin fiebre.
Edad del paciente. Ya se ha comentado que hay edades mínimas para recibir diferentes vacunas con garantías de seguridad y eficacia y, en algunas ocasiones, también hay edades máximas limitantes. En cualquier caso, tras la vacunación, el niño debe permanecer en observación 20-30 minutos en el lugar donde se haya efectuado. Se debe disponer de material adecuado para tratar cualquier reacción

adversa que pudiera surgir.la forma en la que se introduce el preparado vacunal en el organismo. Puede ser oral (rotavirus, fiebre tifoidea atenuada, cólera), intranasal (gripe atenuada), subcutánea (varicela y triple vírica) o intramuscular profunda. Las reacciones locales pueden disminuirse garantizando una correcta administración del preparado o respetando los intervalos mínimos entre dosis del mismo antígeno (tétanos). Algunas vacunas, como la tetraantigénica de meningococo B aumentan la reactogenicidad (por ejemplo, la fiebre) cuando se administran conjuntamente con otros preparados inyectables inactivados, lo cual debe evitarse si se quieren prevenir reacciones, por lo demás habitualmente leves.
El uso de antitérmicos antes o inmediatamente después de la administración de vacunas no está generalmente recomendado. Existen estudios con resultados contradictorios en cuanto a la posible relación entre el uso profiláctico de antitérmicos o antiinflamatorios y el nivel de anticuerpos generados por las vacunas. Existe una excepción: el empleo de paracetamol para prevenir la fiebre en el contexto de la administración de la vacuna de meningococo B conjuntamente con otros preparados.

2 Objetivos

- Determinar las acciones del auxiliar de enfermería en la consulta durante el proceso de campañas de vacunación.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda sistemática en diferentes páginas web y distintas bases de datos (scielo,Dialnet,Pubmed y Lylacs) con los descriptores:campaña de vacunación,prevención de enfermedades y edades de vacunación y operadores boléanos:AND,NOT.
Criterios de inclusión:textos en español y centros de salud españoles
Criterios de exclusión:familias en condiciones éticas y morales condicionadas y textos en inglés

4 Resultados

La primera vacuna antisarampión autorizada en España lo fue en 1965 y, como consecuencia, empezó a ser comercializada a través de Oficinas de Farmacia. la

Dirección General de Sanidad realizó con esta vacuna campañas piloto en algunas provincias españolas. Sin embargo, los resultados no fueron satisfactorios, ya que no fueron infrecuentes las reacciones adversas similares al cuadro clínico producido por la infección natural e, incluso, se dieron algunos casos de encefalitis postvacunal.
Evidentemente, estos resultados provocaron el rechazo generalizado de médicos y padres hacia esta vacuna, lo que obligó al laboratorio fabricante a retirarla del mercado en 1969.En 1975 se autorizó en España una nueva vacuna atenuada, cuyo componente era la cepa Schwartz. En 1978 el Ministerio de Sanidad la incluyó en el calendario de vacunaciones, para su administración a niños de 9 meses de edad.En 1981 se realizó otra modificación del calendario de vacunaciones. En el nuevo calendario se incluye la vacuna triple vírica a los 15 meses de edad.En 1995, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud aprobó un nuevo calendario de vacunaciones que contemplaba la administración de la segunda dosis de vacuna triple vírica a edades que oscilaban entre los 11 y los 13 años.

En el año 1997, último del que se disponen datos, solamente una Comunidad Autónoma tiene una cobertura inferior al 80%, mientras que ocho de ellas superan el 95%
Las competencia de los equipos de atención primaria quedan definidas con unos criterios de actuación estructurados:
Planificar, coordinar y desarrollar la Red de Vigilancia en Salud Pública, incluida la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, en coordinación con los órganos de la Administración General del Estado con competencias en la materia y los servicios de las comunidades autónomas.
Desarrollar el Sistema de Información en Salud Pública y ficheros de cribados neonatales y de cobertura de vacunación.Promover la creación de una red de laboratorios de salud pública.Elaborar y evaluar las Estrategias de Salud para el Sistema Nacional de Salud.
Promover la participación de los pacientes y sus organizaciones en las políticas sanitarias.
Fomentar y difundir buenas prácticas en el Sistema Nacional de Salud.

Desarrollar la metodología y acreditar los centros de referencia del Sistema Nacional de Salud y definir los criterios básicos de autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios para la administración de vacunas,fomentar la evaluación externa e interna de los centros y servicios sanitarios y desarrollar la metodología y acreditar las empresas e instituciones competentes para realizar

auditorías de centros para la promoción y prevención de la salud.
Facilitar la investigación por parte de los propios servicios sanitarios.
Formar al personal de atención primaria para su participación activa en las campañas de vacunación.
Facilitar a los profesionales el servicio a domicilio en zonas rurales de díficil acceso para que toda la población esté inmunizada,habite donde habite.

En España en 2018 el porcentaje de individuos vacunados contra el sarampión fue del 85%. Esta enfermedad provoca fiebre alta y erupciones cutáneas y puede ocasionar ceguera, encefalitis y, en casos graves, incluso la muerte.Se estima que la vacuna antineumocócica de Pfizer, Prevnar 13, obtendrá una facturación de más de 5.700 millones de dólares estadounidenses de cara al año 2022.En España en 2018, la cobertura de primovacunación fue del 97,7% en el caso de la vacuna contra la meningitis C.La cobertura de primovacunación en España en 2018 para la Hepatits C fue del 97,5%.

5 Discusión-Conclusión

El rol del auxiliar de enfermería en las campañas de vacunación en España toma un carácter de suma importancia,en cuanto a su participación activa en dicho proceso.Mantener a la población informada de los beneficios y riesgos que conllevan las vacunaciones y enseñarles la importancia que tiene que depositen en los equipos sanitarios la confianza para acudir al centro de su área e informarse de todo aquello que pueda ser beneficioso para su salud y la de su familia.

6 Bibliografía

-Comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría. Calendario de Vacunaciones de la Asociación Española de Pediatría. Razones y bases de las recomendaciones 2018. http://vacunasaep.org/sites/vacunasaep.org/files/calvac-aep-2018.
- Real Decreto/1977, de 29 de julio, sobre estructuración del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social.
- Real Decreto/1980, de 30 de junio, por el que se reestructura el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social.Instituto nacional de estadisticas de españa

Capítulo 620

ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE LA ANTICONCEPCION DURANTE LA ADOLESCENCIA.

ALEJANDRA MARIA RODRIGUEZ MARTINEZ

MARÍA DOLORES MORÁN MARTÍNEZ

JULIA RETUERTO GARCIA

MARÍA JOSÉ FERNÁNDEZ GARCÍA

MARÍA DEL MAR MARTÍNEZ RODIL

1 Introducción

El inicio de las primeras relaciones sexuales, en España, comienza, cada vez a una edad más temprana. Entorno a los 15 ó 16 años, concretamente un 59,8% de chicas y un 58,1%, en el caso de los chicos. (Encuesta Nacional de Salud Sexual 2009 (MSPS-CIS: estudio nº2780).

En las primeras prácticas con penetración, el método más utilizado, para prevenir embarazos no deseados, es el preservativo masculino, seguido de la píldora (carece de protección de las infecciones de transmisión sexual. (Encuesta Nacional de Salud Sexual 2009 (MSPS-CIS: estudio nº2780).

A esta edad, la inexperiencia, el no saber dónde recabar información, unido a la creencia de "eso a mí no me va a pasar", supone que casi 30.000 adolescentes queden embarazadas sin desearlo.
La anticoncepción en la adolescencia presenta peculiaridades. Desde el punto de vista del TCAE, la primera es, si se puede abordar con los adolescentes, menores de edad, este tema sin la presencia de sus padres o tutores. Por supuesto, otra es la confidencialidad a la que están obligados y sobre cómo ofrecer consejo contraceptivo.

Vamos a tener en cuenta varios hechos, tales como:
. La existencia del derecho a disfrutar de la sexualidad, pero evitando riesgos.
. La merma en el número de embarazos no deseados e infecciones o enfermedades de transmisión sexual (ETS), pero no erradicación, de los mismos, a pesar del trabajo de educación, que los TCAEs realizamos.
. Plantear por qué no son empleados los métodos anticonceptivos, de forma habitual entre los adolescentes, estando presentes al alcance de todos, siendo prescritos con liberalidad y de fácil adquisición.

2 Objetivos

Basándonos en lo anterior, vamos a facilitar información necesaria sobre los métodos anticonceptivos. Para ello establecemos los siguientes objetivos:

Objetivo general: Educar y promover el uso de anticonceptivos, entre jóvenes con edades comprendidas entre 14 y 20 años.

Objetivo específico I: Prevenir enfermedades de transmisión sexual.

3 Metodología

Es necesario establecer un diálogo y un proceso asistencial para conocer las necesidades anticonceptivas del adolescente. Abordar la utilización de los anticonceptivos como evitación de un embarazo no deseado, al mismo tiempo que, para eludir el riesgo de enfermedades de transmisión sexual e infecciones.
Debemos pensar que, los adolescentes no siempre tienen facilidad para acceder a los servicios de atención a la salud. Primero porque muchas veces desconocen los recursos sanitarios donde pueden obtener información y ayuda. Hablamos de personas, que la mayoría, están escolarizadas y el acceso a las consultas médicas

coincide con el horario escolar. Actualmente, los profesionales disponen de un tiempo determinado por paciente. Todo ello lleva a plantear una franja horaria diferente y de mayor duración, que la que se ofrece en una consulta habitual.

4 Resultados

1) Cobertura legal de actuación
Antes de comenzar con nuestro trabajo en sí, hay que establecer una serie de consideraciones.
Por un lado, la mayor parte de los adolescentes son menores de edad, hemos de tener presente, para desarrollar nuestra labor, la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, que establece la mayoría de edad médica en los 16 años y reconoce a los menores de 16 años "maduros", el derecho a la asistencia sanitaria sin necesidad de autorización de sus representantes legales y la capacidad para prestar un consentimiento válido y eficaz.

Por otro, el derecho a disfrutar de la sexualidad, con lo cual debemos entender y atender, al adolescente en su totalidad, como ser biopsicosocial. Es decir, barajar distintos aspectos y todos ellos al unísono: edad, entorno, creencias, para definir el método anticonceptivo, más apropiado para cada joven. Estimar la actividad sexual: frecuencia, existencia o no, de pareja permanente. Si es el caso de un adolescente menor de edad, por supuesto se pueden plantear problemas de tipo ético-legal. También, evaluar el factor económico (disponibilidad económica, de los jóvenes, para acceder a los anticonceptivos) y si se trata de métodos de difícil realización. Es decir, Identificar valores y creencias sobre la sexualidad, anticoncepción, embarazo no deseado…es parte del trabajo del TCAE y para nuestra actuación, en este sentido, también disponemos de cobertura legal.
Los derechos sexuales, como derechos humanos, ya están reconocidos en las leyes nacionales (La Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo) y en otros documentos pertinentes de Naciones Unidas, como por ejemplo, "aplicación de los derechos humanos a la salud sexual y reproductiva" del FNUAP (Fondo de Población de Naciones Unidas).

El objetivo de La Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, es garantizar los derechos fundamentales en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, así como regular las condiciones de la interrupción voluntaria del embarazo y establecer las

correspondiente obligaciones de los poderes públicos. Tiene como meta adecuar nuestro marco normativo al consenso de la comunidad internacional. Al mismo tiempo, su finalidad, entre otras es indicar la necesidad de incluir la salud sexual en los planes educativos y garantizar la igualdad de género en el acceso a servicios sanitarios y educativos.

2) Métodos anticonceptivos

2.1-Existe una amplia variedad de métodos anticonceptivos. A lo largo de la historia se han utilizado métodos anticonceptivos, que no eran siempre tan seguros o eficaces como los de nuestros días. Desde tratamiento con hierbas, a la ingesta de plomo y mercurio para el control de la fertilidad. Centrándonos en los utilizados en la actualidad, de entre los innumerables tipos que existen, podemos clasificarlos en:
-Métodos de barrera: preservativo masculino y femenino, diafragma, capuchón cervical, esponja anticonceptiva, espermicidas, doble método.
-Anticonceptivos hormonales
-Anticoncepción hormonal combinada: gestágenos
-Otras presentaciones de anticonceptivos: implante subdérmico, inyectable AMPD, anillo vaginal
-Anticonceptivos de emergencia: píldora de acetato de ulipristal, píldora de levonorgestrel
-DIU
-Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad: método de la temperatura, método Billings, método del calendario, método de los días estándar, método sintotérmico, métodos bioquímicos.
-Métodos definitivos: esterilización femenina, vasectomía, dispositivo intratubárico.

2.2-La anticoncepción en la adolescencia debe reunir una serie de requisitos especiales, por las circunstancias y características de esta edad:
Abordamos, más profundamente, los métodos, que por su accesibilidad, facilidad de uso e irreversibilidad, son más aceptados entre los adolescentes. Hay que tener en cuenta que, chicos y chicas, priorizan la anticoncepción, ante la protección contra las ETS. Mayormente utilizan el preservativo masculino y la píldora, en el caso de tener pareja estable. Y se utilizan métodos de emergencia, sobre todo, para rectificar prácticas de riesgo como la "marcha atrás".
• Preservativo masculino: se trata de una funda de goma/hule que se desliza sobre el pene. Está especialmente indicado en la adolescencia, en uso exclusivo o

junto con otro método, para evitar embarazos no deseados e ETS. Es un método muy seguro sin prácticamente efectos desfavorables sobre la salud. La tasa de embarazo es de 2 a 12 gestaciones por cada 100 chicas que los utilicen durante un año. Su eficacia va a depender de cómo se utilice el preservativo. La reticencia al uso del preservativo se fundamenta en la alergia al látex, comodidad, interrupción de la relación. Dada la frecuencia de rotura y de inconsistencia en el uso de este método, es conveniente proporcionar una dosis de anticoncepción postcoital. La mayor ventaja es que es barato, y que se adquiere sin prescripción médica.

• Preservativo femenino: es una bolsa con dos anillos flexibles, uno que se fija dentro de la vagina y el otro en el exterior. Cuando se inserta en la vagina, el extremo cerrado protege el cuello uterino, la bolsa cubre las paredes vaginales y el anillado extremo abierto cuelga fuera de la vagina para cubrir los labios vaginales. No necesita prescripción médica, es el único anticonceptivo para mujeres que protege contra las ETS. Es recomendable, al igual que con el preservativo masculino, utilizarlo con una forma adicional de prevenir el embarazo. Presenta cierta complicación para insertarlo, se puede deslizar durante el coito y económicamente hablando es más caro que el condón masculino.

• Anticoncepción hormonal combinada (AHC): es muy recomendado por su alta eficacia en adolescentes sanas que mantienen relaciones sexuales con suficiente frecuencia y no requieren protección frente a ITS.

• Anillo vaginal: Es aconsejado para aquellos adolescentes que consideran incómoda la toma de una píldora diaria o tienen olvidos frecuentes. Se introduce una vez al mes en la vagina, al disponer de hormonas que evitan la liberalización del óvulo. No protege contra ETS. Dentro de las ventajas que proporciona es que el acné puede mejorar, también los períodos pueden ser menos abundantes y sufrir menos calambres menstruales. Por contra, existe la posibilidad de tener más coágulos de sangre, nauseas, dolores de cabeza y hay que no olvidar la sustitución del mismo al mes.

• Parche anticonceptivo: el parche contiene hormonas que se absorben a través de la piel y evitan que los ovarios liberen un óvulo. Necesita ser substituido una vez a la semana durante tres semanas, luego se retira durante una semana. Es aconsejable como método hormonal, y para quienes encuentran inconvenientes en el uso de la píldora y el anillo vaginal. La visibilidad del parche y la posibilidad de despegamiento con el ejercicio físico, van en detrimento de la utilización de éste método. No protege contra ETS.

• Anticoncepción hormonal con solo progestágenos (ASG): es un método muy seguro.

• Píldora: La Píldora es una tableta que tomas una vez al día – existen unos cuan-

tos tipos diferentes de píldoras. La píldora combinada contiene estrógeno y progestina, que impiden que los ovarios liberen óvulos. Es fácil de usar. Permite la espontaneidad sexual y no interrumpe el sexo. Algunas píldoras pueden mejorar las menstruaciones abundantes y dolorosas, o pueden tener efecto positivo sobre el acné. Se debe estar al pendiente del número de días que se ha tomado. Puede causar molestias mamarias, náusea, dolor de cabeza, aumento de peso, provocar cambios en tu ciclo menstrual. Existen muchos tipos diferentes de píldoras anticonceptivas y todas son ligeramente diferentes. Lo importante es seguir exactamente las instrucciones. Es importante no olvidar tomarlas o no tomarlas a tiempo, ya que hace que sean menos efectivas.

• Implante anticonceptivo: es un implante de plástico, delgado y flexible, que contiene un hormona y se coloca debajo de la piel en el brazo superior. No proporciona protección frente a ETS. No necesita ser sustituido hasta los 3 años, el control sobre la natalidad es seguro.

• Anticoncepción intrauterina: DIU (Dispositivo IntraUterino). En el útero es insertado por un médico. Tiene forma de "T", es un dispositivo pequeño y flexible. Hay dos clases DIU T de cobre y Levonorgestrel DIU. El control sobre la natalidad es seguro, no protege contra ETS.

• Anticonceptivo de emergencia (AE): Están disponibles de venta libre, incluso para adolescentes.

• Otros métodos:

- Retirada (marcha atrás): el pene se saca de la vagina antes de la eyaculación. Aunque se realice correctamente, el pene emite secreciones en la vagina antes de la eyaculación, que contienen millares de espermatozoides y a veces virus o bacteria. No protege frente a ETS.
- Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad: la mujer lleva en cuenta sus períodos, se toma su temperatura e inspecciona el color y textura de su mucosa cervical todos los días. Y no mantiene relaciones sexuales durante su ovulación. No protege frente a ETS.
- Espermicida: es un gel, crema o espuma que la mujer inserta en la vagina antes de las relaciones sexuales. No protege contra ETS.

5 Discusión-Conclusión

Se debe transmitir a los adolescentes que convertirse en una persona sexualmente activa y responsable forma parte del proceso normal de desarrollo como adultos. Comunicar es esencial, como TCAEs. Y como profesionales, que somos, además de utilizar la comunicación, para transmitir información, en relación al tema que

nos ocupa, también hay que usarla para educar, con el fin, sean los propios adolescentes quienes utilicen la vía del entendimiento con sus parejas, con el objeto de ser sexualmente responsables.

Así mismo, es de vital importancia, fomentar la información, sobre métodos anticonceptivos y uso y ofrecer la posibilidad de acudir a los servicios sanitarios, ante cualquier incertidumbre. Fomentando la utilización del "doble método" o "doble protección", considerando la protección frente a embarazos y enfermedades de transmisión sexual.
Teniendo en cuenta que el único método anticonceptivo, doblemente eficaz, tanto para prevenir embarazos no sedeados como para evitar la transmisión de cualquier infección de transmisión sexuales el preservativo, se debería hablar de él siempre que se intuya que el adolescente vaya a iniciar o ya mantenga relaciones sexuales con o sin coito. Aquellos métodos que supongan un mayor cuidado, dificultad, intervención médica, pueden ser rechazados por los adolescentes.

6 Bibliografía

- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo).
- "Aplicación de los derechos humanos a la salud sexual y reproductiva" del FNUAP (Fondo de Población de Naciones Unidas).
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- Encuesta Nacional de Salud Sexual 2009 (MSPS-CIS: estudio nº2780)
-Pediatría Integral. SEPEAP. Órgano de Expresión de la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria. Programa de Formación Continuada en Pediatría Extrahospitalaria.
- Planificación Familiar y Salud Sexual. Instituto de Tecnología Sanitaria, S.L.
- Healthy Children.org. American Academy of Pediatrics.

Capítulo 621

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA: EN CUIDADOS PALIATIVOS.

ROSANA DÍAZ-ALEJO ROPERO

ROCIO CABAÑERO CLEMOT

JUAN FERNANDO VILLAMIL CABAL

1 Introducción

El segundo sábado del mes de octubre de cada año, se celebra el día mundial de los cuidados paliativos. Estos cuidados paliativos son la rama de la medicina que se encarga de prevenir y aliviar el sufrimiento así como brindar una mejor calidad de vida.

La definición por la Asociación Europea de Cuidados Paliativos como el «cuidado total activo de los pacientes cuya enfermedad no responde a tratamiento curativo. El control del dolor y de otros síntomas y de problemas psicológicos, sociales y espirituales es primordial». En 1990.

Estos cuidados paliativos intentan dar una respuesta humana a las necesidades de las personas y familiares que tienen una enfermedad en fase avanzada y terminal, teniendo en cuenta la necesidad cada vez más generalizada de una atención centrada en el ser humano, de calidad, que permita una vida y una muerte dignas, proporcionando al paciente y la familia el soporte emocional y espiritual necesarios para que esos últimos días de su vida puedan discurrir con dignidad, ya sea en su casa, o en un entorno lo más cómodo posible y rodeado de las personas queridas.

2 Objetivos

El objetivo principal de este trabajo, es el dar a conocer la importancia que tienen estos cuidados en la fase final con dignidad, tanto al paciente como al entorno familiar.

3 Metodología

Para elaborar este trabajo se ha realizado en una búsqueda de información y revisión de documentos en relación con el artículo, tanto en bases de datos, revistas y artículos especializados.

4 Resultados

La etapa final de la vida puede durar meses, semanas, días u horas. Es un momento en el que se toman muchas decisiones sobre el tratamiento y la atención de los pacientes.
La atención primaria es el primer nivel de salud en el que se ofertan diversos servicios sanitarios que comprenden desde el suministro de la medicación hasta la detección de enfermedades, desde la asistencia a procesos crónicos hasta la atención domiciliaria.

Las principales funciones de todo el equipo son:
- Atención directa: Consensuar los planes de cuidados con las Unidades de apoyo, se encarga de resolver todas la necesidades del paciente y su en su entorno, con un seguimiento continuo suministro de medicación y dando soporte a todo el cuidado integral, como pautas, apoyo emocional, ayuda en el duelo, burocracia de la incapacidad laboral, ley de dependencia y asistencia social.
Nuestro trabajo como TCAE en este tipo de pacientes es:

-Un cuidado personalizado, la calidez en el trato y el cariño, son fundamentales en este tipo de pacientes.

-Ofrecerle al paciente la posibilidad de ayuda religiosa en las horas finales de su vida, si así lo desea.

-No ser demasiado estrictos con las normas y protocolos a la hora de aplicarlos, sino más bien adaptarlos a las necesidades de cada enfermo. Así evitaremos la

pérdida de autocontrol en el paciente y los consiguientes efectos estresantes, depresivos y de indefensión.

-Es fundamental que el TCAE disponga de la capacitación y la formación adecuada para poder afrontar de manera competente las tareas que requiere este tipo de cuidados. De este modo, mediante los cuidados paliativos.

-Proporcionar un ambiente agradable (habitación ordenada, ventilada, luz adecuada…).

-Mantener la buena imagen del paciente higiene personal tanto de la piel como de las mucosas para detección y prevención de upp (úlceras por presión).

-Descargar al familiar o cuidador más cansado física y psíquicamente e involucrar a aquel menos comprometido hasta ese momento.

5 Discusión-Conclusión

El objetivo central de los cuidados paliativos radica en ofrecerle una asistencia total y activa al paciente terminal. Por eso los programas de cuidados paliativos están orientados a aliviar el dolor del paciente y brindar apoyo emocional tanto al paciente como a su familia, dar valor a la vida humana salvaguardando la vida de los demás.

6 Bibliografía

- www.innsz.mx
- www.saludcastillayleon.es
- https://cuidadospaliativos.
- www.auxiliar-enfermeria.com
- ww.educativo.net
- www.aebioetica.org
- www.scielo.br

Capítulo 622

VIOLENCIA EN LOS SANITARIOS.

PAULA RODRÍGUEZ CABALLÍN

ESTEFANÍA FERNÁNDEZ RUIZ

PATRICIA FERNÁNDEZ AMORES

VICENTA DE LOS MILAGROS SÁNCHEZ-MAROTO SÁNCHEZ-ÁVILA

1 Introducción

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) considera que las profesiones relacionadas con el sector servicios, por el estrecho contacto que mantienen con usuarios y clientes, tienen un mayor riesgo de sufrir agresiones o actos de violencia por parte de los ciudadanos. Además, define violencia laboral como "toda acción, incidente o comportamiento que se aparta de lo razonable, mediante la cual una persona es amenazada, humillada o lesionada por otra en el ejercicio de su actividad profesional o como consecuencia directa de la misma".

2 Objetivos

- Describir los tipos de violencia existentes.
- Describir las principales causas de violencia.
- Enunciar recomendaciones ante actitudes violentas.
- Como actuar ante una agresión.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de artículos pertenecientes a estudios, revistas científicas y protocolos de varios hospitales relacionados con el tema tratado a través de bases de datos como Scielo, prevención de riesgos laborales y Dialnet. Se emplearon las siguientes fórmulas de búsqueda: "violencia al personal sanitario", "violencia a los profesionales de la salud " y "agresiones a los sanitarios".

4 Resultados

El Código Penal sanciona en sus diferentes artículos, una serie de conductas, las cuales pueden encuadrarse en las situaciones de violencia o en los distintos incidentes que pueden sufrir los sanitarios durante el ejercicio de su profesión o como consecuencia de ésta:
La naturaleza de los actos de violencia puede ser: física, sexual, psíquica.
La violencia en el trabajo, que incluye no sólo el maltrato físico sino también psíquico. Muchos trabajadores son sometidos al maltrato, al acoso sexual, a amenazas, a la intimidación y otras formas de violencia psíquica. Los actos repetidos de violencia hasta la humillación y el menosprecio de los trabajadores pueden convertirse en casos muy graves por efecto acumulativo.

Principales causas de violencia hacia el personal sanitario:
Las razones para este aumento de las agresiones al personal sanitario son múltiples. a relación entre el paciente y el personal sanitario ha cambiado pasando de ser de autoridad paternalista por parte del profesional hacia el paciente hasta la actualidad, que se ha desplazado a una relación muchas veces de exigencia. El paciente sabe en la sanidad pública que el profesional es alguien que paga con sus impuestos y tiene que atenderle y quiere que se le atienda con calidad, pero también con diligencia. La relación entre el sanitario y el personal tiende a despersonalizarse por varios motivos: la falta de tiempo hace que el profesional no pueda acceder a la parte humana del paciente. Además, la medicina defensiva donde el sanitario se limita a aplicar el protocolo y pone al paciente el peor de los escenarios posibles, para evitar posteriores denuncias, produce una relación fría y distante entre el paciente y el profesional. Esto unido a que en nuestra sociedad se tolera cada vez menos el error médico y que en determinados sectores de la población se sigue recurriendo a la violencia como forma de exigir los derechos o afrontar la frustración y los problemas, son el caldo de cultivo para que

se produzcan estas agresiones.

Otros factores de riesgo de violencia para el profesional sanitario son la posibilidad de tratar con personas psíquicamente alteradas por problemas de salud mental o por adicciones a drogas.
Recomendaciones para seguir ante situaciones violentas:
Lo primero es detectar al paciente potencialmente agresivo, lo cual a veces es fácil por la actitud y el tono amenazante, pero en otras ocasiones hay que fijarse más en la comunicación no verbal: contracción de músculos de la cara, apretar los puños, señalar con el dedo, cambios de postura rápidos y sin finalidad concreta, cabeza baja y mirada directa fija prolongada. También hay que sospechar de cuando el lenguaje es excesivamente calmado, correcto, incluso halagador o irónico.
Ante estas señales se recomienda tratar de mantener la calma y no responder a las provocaciones. Tratar de usar un tono neutro y profesional, comprensivo pero firme.

Si la agresividad continua se pueden intentar las siguientes técnicas:
- Permitir hablar al paciente para liberar su tensión emocional y que explique sus sentimientos, dudas, manteniendo la escucha activa.
- Admitir las posibles deficiencias propias y/o del servicio.
- Pedir la ayuda de otro profesional o compañero que pueda colaborar a solucionar el motivo que ha generado la tensión.
- Manifestar los propios sentimientos al paciente. Se puede hablar de los sentimientos de tristeza y malestar que ha generado el incidente. Intentando conseguir que reflexione y pueda darse cuenta de las posibles consecuencias de su conducta. En estas situaciones es importante evitar:
• La frialdad, el menosprecio o la impaciencia.
• Por supuesto las amenazas, coacciones o insultos.
• Quitar importancia a las quejas o las críticas del paciente ya que puede exasperarle.
• El contacto físico y el exceso de proximidad.

Si se intuye la agresión como inminente o posible:
• Dar por finalizada la conversación.
• Localizar una forma de huida.
• Usar, si se tiene, el timbre de alarma.

Pasos para seguir por el profesional sanitario ante una situación de agresión verbal o física explicada de manera abreviada:
Paso 1. Actitud que debe adoptar un trabajador cuando trata con un agresor, estrategias de contención verbal y solicitud de ayuda.
Paso 2. Alertar a fuerzas y cuerpos de seguridad.
Paso 3. Comunicar el incidente al responsable del centro.
Paso 4. Traslado al Servicio de Prevención o Urgencia, donde se valoran las lesiones y el trabajador cumplimenta el registro de agresiones. Este es el paso previo a la realización de un mapa de riesgos. Todo este procedimiento se desarrollará salvaguardando en todo momento los principios básicos de intimidad y confidencialidad del profesional agredido.
Paso 5. Denuncia ante el órgano competente. El último paso será la denuncia de los hechos ante la Fiscalía, el Juzgado, la Guardia Civil o la Policía. En este punto ha de hacerse notar que muchas de las Fiscalías autonómicas tienen instrucciones para tipificar la agresión al personal sanitario en el ejercicio de sus funciones como atentado. Por ello siempre que sea posible sería la primera elección para la denuncia, seguida del Juzgado de Guardia y como tercera opción la Policía o la Guardia Civil. Debe evitarse la denuncia en más de una de las instancias mencionadas para evitar duplicidades en la tramitación.

5 Discusión-Conclusión

Estamos hablando de un problema multifactorial. Para lograr soluciones efectivas es preciso contar con la colaboración de la ciudadanía en general, de los propios profesionales, de los organismos gestores (sanitarios y judiciales) y de los medios de comunicación.
El personal de Enfermería debe tomar conciencia de la importancia de la tramitación de la denuncia cuando se haya sido víctima de violencia en cualquiera de sus tipos.
Se deben llevar a cabo políticas, por parte de los responsables, de manejo de situaciones violentas y trato al paciente, e identificar situaciones y grupos más vulnerables para incidir sobre ellos.

6 Bibliografía

1. Organización Internacional del Trabajo OIT, Consejo internacional de enfermeras CIE, Organización Mundial de la Salud OMS, Internacional de Servicios Públicos ISP, Programa conjunto sobre la violencia laboral en el sector de la salud

(ILO/ICN/WHO/PSI). Directrices marco para afrontar la violencia laboral en el sector salud. Ginebra-2002.
2. Plan de prevención y actuación ante la violencia en la Agencia Pública Empresarial Sanitaria Hospital de Poniente-Almería. Octubre, 2005.
3. Comité Editorial: "Las agresiones al personal de enfermería en el puesto de trabajo". Revista Excelencia Enfermera, nov. 2005, 2 (11). En: http://www.cge.enfermundi.com/servlet/Satellite? cid=1108971729085&pagename=SiteCGE%2FPage%2FTplPageGenerica& c=page.
4. Vicente Edo, M.ª José." Agresiones y violencia al personal de enfermería". Rev. Noticias de Enfermería. Marzo/Abril. 2005. 46:32-34.
5. Plan de Prevención y Atención de agresiones para los profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Disponible en: http://www.sas. juntaandalucia.es/principal/documentosAcc.asp?pagina=pr_guia_atagresiones.
6. Cantera, L. M., &Cervantes, G., &Blanch,J.M. (2008). Violencia ocupacional: el caso de los profesionales sanitarios. Papeles del Psicólogo, 229(1),49-58.
7. Martínez-León, M., Queipo Burón, D., Irurtia Muñiz, M. J., & Martínez León, C. (2012). Análisis médicolegal de las agresiones a los profesionales sanitarios en Castilla y León (España). Revista Española de Medicina Legal,38(1),5–10.doi.org/10.1016/j.reml.2011.10.00.

Capítulo 623

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA: HIGIENE DE MANOS EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO.

ROCIO CABAÑERO CLEMOT

ROSANA DÍAZ-ALEJO ROPERO

JUAN FERNANDO VILLAMIL CABAL

1 Introducción

Las infecciones relacionadas con los cuidados sanitarios representan un importante problema de salud pública. La propagación de los microorganismos responsables de la infección nosocomial puede ocurrir a través de las manos del personal sanitario.
La prevalencia de morbilidad por gastroenteritis e infecciones respiratorias en los niños son la principal causa de demanda en la consulta externa y de hospitalización; éstas enfermedades se pueden prevenir con tan solo lavarse las manos con agua y jabón.

2 Objetivos

- Evitar diseminación de gérmenes, la transmisión de microorganismos de una persona a otra, protegerse a sí mismo (evitando contaminarse con los usuarios),

evitar la contaminación de material limpio y eliminar la flora transitoria de la piel.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capitulo se ha realizado una búsqueda de información y se han consultado artículos en las principales bases de datos, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas

4 Resultados

El lavado de manos con agua y jabón está indicado cuando están visiblemente sucias, manchadas de sangre u otros fluidos corporales cuando se sospecha o se tiene constancia de haber estado expuesto a patógenos que liberan esporas. El procedimiento de desinfección comienza frotando las manos con un desinfectante a base de alcohol como medio habitual preferente para desinfectarlas cuando no están visiblemente sucias.

Todo personal sanitario debe lavarse las manos ante estas situaciones:
• Antes y después del contacto con cada paciente.
• Entre dos procedimientos en el mismo paciente si hay sospecha de contaminación de las manos.
• Después del contacto con alguna fuente de microorganismos (sustancias y fluidos corporales, mucosas piel no intacta) y objetos contaminados con suciedad.

5 Discusión-Conclusión

Entender la prevención y el control de las infecciones hospitalarias como responsabilidad individual y colectiva. Esta técnica es sencilla, económica y eficaz que ofrece resultados satisfactorios para prevenir y controlar la transmisión de agentes patógenos, fundamentalmente ante la disminución de las infecciones cruzadas.

6 Bibliografía

- www.enfermeria21.com
- www.medigraphic.com

- www.revista-portalesmedicos.com
- www.saludcastillayleon.es

Capítulo 624

ACOSO LABORAL EN EL PERSONAL SANITARIO.

PAULA RODRÍGUEZ CABALLÍN

ESTEFANÍA FERNÁNDEZ RUIZ

PATRICIA FERNÁNDEZ AMORES

VICENTA DE LOS MILAGROS SÁNCHEZ-MAROTO SÁNCHEZ-ÁVILA

1 Introducción

Mobbing o acoso laboral:
La palabra «mob» (del latín «mobile vulgus») ha sido traducido como multitud, turba, muchedumbre y «to mob» como «acosar, atropellar, atacar en masa a alguien.
Se define como un cúmulo de acoso en el trabajo, que tiene por objeto destruir la estabilidad psicológica de una persona a través de una comunicación hostil, sistemática, desprovista de ética, caracterizada por el descrédito, desprestigio social, hostigamiento persistente contra la dignidad del empleado con objeto de perturbar la ejecución de las funciones.
Es más que un acoso psicológico dado que hay perversión en las relaciones que se establecen. Hay una intencionalidad deliberada, una voluntad manifiesta de dañar por parte del acosador, en contra de la ética y la moral. se crea una dialéctica agresor y agredido.

2 Objetivos

• Describir los tipos de acoso laboral.
• Identificar los elementos del fenómeno MOBBING.
• Detectar y actuar frente al acoso laboral.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de artículos pertenecientes a estudios, revistas científicas y protocolos de varios hospitales relacionados con el tema tratado a través de bases de datos como Scielo y Elsevier. Se emplearon las siguientes fórmulas de búsqueda: "violencia entre el personal sanitario", "MOBBING" y "acoso laboral en personal sanitario".

4 Resultados

Podemos clasificar al personal sanitario susceptibles de sufrir Mobbing en tres categorías:
• Personas brillantes y atractivas, pero consideradas como peligrosas o competitivas por los líderes implícitos del grupo, que se siente cuestionados por ellos.
• Personas vulnerables que, por tener alguna peculiaridad o defecto, o por ser personas habitualmente necesitadas de afecto y aprobación, parecen inofensivos e indefensos, siendo por tanto más fáciles de agredir.
• Trabajadores activos y eficaces, que ponen en evidencia lo establecido y predispuesto, permitiéndose el planteamiento de reformas o modificaciones, lo que asusta a los acosadores.
Los principales elementos que identifican el fenómeno MOBBING:
• La continuidad: la exposición a las conductas de acoso no es algo puntual, sino prolongado en el tiempo (se suele hablar de mobbing a partir de una duración de seis meses)
• El sujeto: normalmente suele ser una persona concreta, es decir, una única persona, y muy raramente, varias personas o un grupo de ellas;
• La finalidad: normalmente es la destrucción, el aislamiento de la víctima, su marginación y exclusión del servicio.
• La conducta: suelen ir dirigidas a atacar aspectos de la persona; su dignidad, su capacidad profesional, su vida privada e incluso sus cualidades físicas y morales.

Consecuencias del mobbing;

El mobbing tiene unas consecuencias para la víctima, que si se extiende en el tiempo y el problema no es tratado, pueden llegar a ser muy severas.
En las consecuencias físicas se encuentran diferentes somatizaciones ante el estrés y el malestar que causa el acoso.
• Problemas cardiovasculares: hipertensión, arritmias, taquicardias, dolores en el pecho, dolor de cabeza.
• Dolores musculares: contracturas, dolores cervicales, lumbares.
• Problemas respiratorios: sofocos, hiperventilaciones.
• Problemas gastrointestinales: dolores abdominales, malas digestiones, vómitos, diarreas.
En las consecuencias psicológicas derivadas de sufrir acoso laboral se encuentran un amplio abanico de problemas.
• Descenso de la satisfacción laboral, afectando al desempeño laboral.
• Pérdida de apoyo personal. El aislamiento provocado por el acosador hace que la víctima no busque ayuda y apoyo en otros compañeros.
• Trastornos de ansiedad y estrés. Puede derivar en fobias graves al trabajo o incluso en trastorno de estrés postraumático.
• Depresión, provocada por una pérdida de seguridad y confianza en uno mismo. El acoso produce un deterioro de la autoestima y sentimientos de culpabilidad.
• Insomnio y otros trastornos del sueño.
• La influencia en las relaciones personales, con la familia y amigos. Se pueden producir aumentos en la conflictividad en ámbitos externos al trabajo.

Detección y actuación ante situaciones de acoso laboral:
Detección:
Actitudes que intentan impedir que la víctima se exprese (el superior jerárquico no permite que se exprese la víctima. Se le interrumpe constantemente. Los compañeros no le dejan expresarse. Critican el trabajo de la víctima vida privada. Evitan todo contacto visual. Ignoran su presencia, dirigiéndose exclusivamente a otros).
Aislamiento de la víctima (no hablarle. No dejarle que hable. Prohibir a sus compañeros que le dirijan la palabra. Negar la presencia física de la víctima.
Desacreditar el trabajo de la víctima (no confiarle ninguna tarea. Privarle de toda ocupación y vigilar que no pueda encontrar ninguna. Exigirle tareas totalmente absurdas o inútiles).
Comprometer la salud de la víctima (exigirle trabajos peligrosos o perjudiciales para su salud. Amenazarle físicamente. Agredirle físicamente, pero sin gravedad, a modo de advertencia. Agredirle físicamente).

Actuación:
• Apoyo de la Administración: La administración deberá ofrecer inmediatamente apoyo y protección a aquellos que han sido afectados por un suceso de violencia.
• Apoyo Legal y Representación: Los sindicatos, organizaciones profesionales y otros colegas o compañeros de trabajo, deberán apoyar en caso necesario a la persona afectada, brindando representación y ayuda legal.
• Procedimientos de quejas: Procedimientos que permitan ayudar a resolver problemas entre los empleados, supervisores y directivos son importantes ya que pueden permitir aclarar problemas antes de que se deterioren más las relaciones.

5 Discusión-Conclusión

Son muchos los autores que apuntan consecuencias psicológicas, psicosomáticas, económicas, jurídicas y sociales derivadas del acoso en el trabajo.
El acoso laboral no solo produce efectos sobre los trabajadores, sino que a su vez afecta al funcionamiento del servicio y la atención a los pacientes. Estos efectos negativos redundan en un menor rendimiento del trabajo, al mismo tiempo, se produce un aumento del absentismo. También tienen lugar un mayor número de accidentes de trabajo y se producen bajas de los trabajadores.
La prevención parece por el momento la mejor baza para confrontar el problema y las investigaciones sociológicas el mejor camino para reconocer la realidad social.

6 Bibliografía

1. Dr. Amico H. estudio "valoración del riesgo psicosocial por el mobbing en el personal de salud". Departamento de neurología y enfermería Hospital Diego e. Thompson de la municipalidad de Gral. san martín de buenos aires, argentina; 2009.
2. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (Ed.). (2006). Valencia: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
3. Cardoso dos Santos M. Estudio comparativo sobre el hostigamiento psicológico o mobbing en personal de enfermería de Brasil y España [Tesis Doctoral en Internet].U niversitat de les Illes Balears; 2012 [citado 21 de febrero de 2018].
4. Lorenzo JS. Estudio de prevalencia de mobbing entre los profesionales de enfermería de Cádiz [Tesis doctoral en Internet]. [Cádiz]: Universidad de Cádiz; 2017 [citado 18 de febrero de 2018]. Recuperado a partir de: https://dialnet. unirioja.es/servlet/tesis?codigo=130091.

5. Resolución de 26 de septiembre de 2017, de la Dirección General del Servicio Madrileño de Salud, por la que se aprueba el Protocolo de Prevención y Actuación ante las situaciones de conflictos internos y frente a todos los tipos de acoso en el trabajo en las instituciones sanitarias del Servicio Madrileño de Salud.
6. Moreno B, Rodríguez A, Garrosa E, Morante ME. Antecedentes organizacionales del acoso psicológico en el trabajo: Un estudio exploratorio. Psicothema. 2005;17(4):627-32.
7. Hernández J. Historia de la Enfermería: Un análisis histórico de los cuidados de Enfermería. Madrid: Mc Graw Hill; 1995. 150 p.

Capítulo 625

ALERGIA A LAS PROTEÍNAS DE LA LECHE DE VACA EN LACTANTES.

ANA MARÍA GARCÍA VILLA

NURIA HUERTA GONZÁLEZ

1 Introducción

La alergia alimentaria es la reacción adversa que presenta un individuo tras la ingestión de un alimento, de causa inmunológica comprobada. Se produce sólo en algunos individuos previamente sensibilizados y puede ocurrir después de la exposición a muy pequeñas cantidades del alimento.

Diversos estudios efectuados en España afirman que la alergia ocasionada frente a las proteínas de la leche de vaca (APLV) abarca una cuarta parte de las alergias alimentarias que padece la población infantil; en concreto, ocupa el segundo lugar después del huevo y antes del pescado.

La leche de vaca contiene más de cuarenta proteínas diferentes, y todas ellas podrían actuar como antígenos en la especie humana, siendo los alérgenos principales (denominados epítopos o determinantes antigénicos) las caseínas, α-lactoalbúminas, seroalbúminas y β-lactoglobulinas. Esta última, es una proteína no se encuentra de manera natural en la leche humana, excepto en cantidades de microgramos tras la ingestión de estas por parte de la madre; no obstante, un primer contacto del lactante atópico con estas β-lactoglobulinas, será suficiente para sensibilizarlo, precipitando la que probablemente será su primera reacción alérgica tras la primera toma de biberón de leche de fórmula.

Por otro lado, según la bibliografía estudiada, la prevalencia de la enfermedad se sitúa alrededor del 3% de los niños menores de un año, aunque en la mayoría de casos esta patología desaparece a lo largo de los cinco primeros años de vida5,6. El problema que se presenta en estos estudios es la dificultad a la hora de distinguir entre los conceptos de hipersensibilidad mediada por inmunoglobulinas E (IgE) y la intolerancia a la leche (no mediada por IgE), lo que entorpece valorar con precisión la incidencia y prevalencia real de esta patología.

Para entender este hecho, es importante conocer cómo se produce. Se considera alergia a los alimentos la condición mediante la cual el sistema inmunitario genera una respuesta alterada frente a los alimentos, que conduce a la aparición de efectos nocivos indeseados al ingerirlos. En un primer contacto alérgeno-organismo, se generan IgE específicas frente a él, y se unen a sus receptores de superficie de mastocitos y basófilos, sin generar síntomas. En un segundo contacto, el alérgeno se une directamente a la IgE unida a las células mencionadas, provocando su desgranulación y simultánea liberación de histamina y otras sustancias proinflamatorias que desencadenan los síntomas propios de la alergia.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo será realizar una revisión bibliográfica a nivel general sobre la APLV en lactantes, centrándonos especialmente en los tratamientos más habituales. Además, profundizar en la desensibilización como método inductor a la tolerancia, que se considera la solución del presente y futuro cercano con eficacia en la mayoría de los pacientes con alergia persistente.

3 Metodología

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica sobre la alergia a las proteínas de la leche en lactantes, para conocer su epidemiología, mecanismo inmunológico y diagnóstico, haciendo especial hincapié en los diferentes tratamientos a los que se puede recurrir para prevenir y tratar la alergia, así como el abordaje en caso de anafilaxis.

En primer lugar, se establecieron unos objetivos y se recurrió a bibliografía especializada en alergias alimentarias y pediatría, así como a artículos científicos publicados en inglés, francés y español de diferentes bases de datos.

Posteriormente, se centró la búsqueda en las alternativas de tratamiento de dicha

alergia, que a continuación fue investigado con mayor profundidad. De la misma forma, se analizó el abordaje de las reacciones alérgicas de leves a muy graves en los afectados.

Finalmente, el presente trabajo está estructurado en tres apartados: generalidades de la alergia (mecanismo inmunitario de la alergia, epidemiologia, clínica y diagnóstico), tratamiento (incluso en situaciones de anafilaxia) y abordaje desde la farmacia comunitaria, y por último la desensibilización como método de inmunoterapia y pronóstico.

4 Resultados

1. Clínica

En la mayoría de los casos, los síntomas se manifiestan al iniciar la lactancia artificial minutos después del segundo contacto con la leche. Es importante destacar que, en casos muy sensibles, la reacción alérgica puede darse no sólo por la ingestión, sino también por la inhalación o contacto con el alimento, y es sorprendente la elevada variedad de alimentos que pueden contener leche de vaca además de los lácteos (algunos potitos, papillas y cereales, pastelería, panadería, bebidas como zumos u horchatas, caldos y sopas, atún de lata, numerosos embutidos, algunos medicamentos y vacunas, etc.).

Diversos factores modulan los síntomas producidos en una reacción alérgica, que se clasifican en dependientes del alérgeno, y dependientes del individuo. Los efectos directos de la histamina cursan con picor cutáneo, que es debido a la estimulación nerviosa; calor y enrojecimiento de la piel, causado por la vasodilatación; edema, por el aumento de la permeabilidad vascular, y dificultad respiratoria, consecuencia de la contracción de la musculatura bronquial y elevación de la producción de moco en las vías respiratorias.

Entre todos ellos, los síntomas predominantes son los dermatológicos, aunque la mayoría de los alérgicos presentan además complicaciones respiratorias y/o anafilácticas.

En resumen, las manifestaciones más comunes son las siguientes:

- Dermatológicas: eritema, urticaria y angioedema
- Digestivos: vómitos y diarrea

- Respiratorios: sibilancias, tos irritativa, rinoconjuntivitis, hiperreactividad bronquial o asma.
- Reacción anafiláctica: Se trata de una reacción alérgica de comienzo agudo (generalmente antes de los 30 minutos tras la ingesta de las PLV), potencialmente fatal, que afecta a dos o más órganos o sistemas, por la liberación rápida de histamina, triptasa, leucotrienos, prostaglandinas, factor activador de plaquetas y otros mediadores hacia la circulación sistémica, originando una hipotensión arterial grave que condiciona la llegada de oxígeno a los diferentes órganos, comprometiendo la vida del individuo. Se acompaña de los síntomas anteriormente descritos, siendo, como ya hemos comentado anteriormente, los cutáneos los más habituales, pero también seguidos de los respiratorios y cardiovasculares (pudiendo ser el shock cardiovascular la manifestación primaria de anafilaxia).

Este proceso ocurre con mayor frecuencia en el periodo de lactancia que en otras edades; no obstante, no hay datos reales y suficientemente fiables de incidencia y prevalencia de anafilaxia por PLV, aunque sí se ha demostrado que con los años se ha incrementado su aparición.

2. Prevención

De manera general, la lactancia materna se considera un factor de protección hacia el desarrollo de dermatitis atópica, asma infantil y alergias, debido al valor inmunológico de la leche materna del que carecen las fórmulas artificiales .

Un metaanálisis realizado entre el año 1966 y 2000 concluye que la lactancia materna durante al menos los tres primeros meses de vida del lactante, supone un factor protector para el desarrollo de estas patologías, siendo mayor en los sujetos susceptibles de padecerlas por antecedentes familiares13. Sin embargo, otros estudios consideran que no hay suficientes evidencias para afirmarlo. A pesar de ello, el Comité de nutrición de la Asociación Española de Pediatría (AEP), la Sociedad Europea de Alergología
Pediátrica e Inmunología Clínica y la Sociedad Europea de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica, aprueban unánimemente la lactancia materna como la mejor forma de prevenir las tres patologías mencionadas, entre las que se encuentran las alergias como la APLV.

Dada la segregación intacta de determinadas PLV por la leche materna, en ocasiones se recomienda a la madre evitar o reducir el consumo de lácteos.

De manera global, la prevención se debe acompañar irremediablemente de la re-

stricción de PLV en el afectado, debiéndose reunir para ello una amplia información y educación al individuo y/o familiares, así como a profesionales sanitarios, manipuladores de alimentos, industria alimentaria, etc. Un factor fundamental como medida de prevención en salud pública lo constituye el cumplimiento de la legislación por la Industria Alimentaria, evitando contaminación cruzada y mediante un correcto etiquetado, y centros relacionados con la alimentación, en los que se debe proporcionar información suficiente sobre sus productos, así como asegurar una adecuada manipulación de los mismos.

3. Tratamiento

La base fundamental del tratamiento consiste en una dieta de restricción de PLV, y por tanto de lácteos y derivados, incluso provenientes de la cabra y la oveja. Antes de iniciar la terapia en el lactante hay que averiguar el momento en que se encuentra éste, es decir, la alergia se puede dar en bebés o niños que han pasado de la lactancia materna a la artificial (a los que se les administrara fórmulas de sustitución) o a aquellos en los que la alergia se ha manifestado al consumir lactancia materna; en este último caso, se recomendará seguir con ella y será la madre la que deba llevar una dieta exenta de lácteos durante dos semanas inicialmente y si tras esto el lactante mejora, se reintroducirían los lácteos a las 4 semanas para observar la respuesta. Encaso de que no se halle reacción alérgica, se descarta el diagnóstico de APLV; sin embargo, si reaparecieran los síntomas, se confirmaría y el lactante deberá cambiar (cuando precise el cambio a la lactancia artificial) a fórmulas de sustitución hasta mínimo los 12 meses, que será cuando se valoren otras opciones si es necesario.

Para compensar la restricción de las leches de fórmula, se encuentran disponibles en farmacias los preparados especiales q las sustituyen(enumeradas a continuación), con las que se alimentará al lactante el tiempo que el médico considere oportuno, que ronda en torno a un año, momento en el cual se reevalúa la alergia de nuevo.

4. Fórmulas de sustitución:

- Fórmulas extensamente hidrolizadas con y sin lactosa: son consideradas de primera elección. Las proteínas de la leche de vaca se hidrolizan (por métodos térmicos o enzimáticos) para eliminar los péptidos de mayor peso molecular (todos los péptidos que contenga este tipo de formula deben de tener un peso molecular menor de 6.000 daltons), de esta manera se disminuye considerablemente su

alergenicidad, adaptándose su composición a la normativa vigente.

En general son bien toleradas por la mayoría de los niños con APLV y gracias a sus características propias se absorben fácilmente, el problema es que aunque sean bien toleradas su sabor es desagradable para los lactantes debido a la cantidad de aminoácidos azufrados que contienen en su composición. Por otro lado, en algunos casos puede darse que la modificación de la dieta en el lactante de este tipo produzca un cambio en el aspecto de las deposiciones, siendo ahora verdosas y de consistencia semilíquida, pudiendo confundirse con una posible alteración digestiva aunque ésta en realidad no esté presente.

Por otro lado, suele producirse la aparición de reacciones alérgicas al consumir este tipo de fórmulas en personas extremadamente sensibles, ya que para ellos, las fracciones proteicas no son suficientemente pequeñas y, por tanto, desencadenan una reacción alérgica, bien al inicio de tratamiento o posteriormente.

En este caso serían de elección las fórmulas a base de aminoácidos, también denominadas fórmulas elementales, hasta que cumpla los 6 meses si no los tiene aún, cuando podría valorarse las fórmulas de soja.

- Fórmulas a base de proteínas vegetales (procedentes de la soja):en este tipo de fórmulas la soja es la fuente proteica. El valor biológico de estas proteínas es menor que el de las lácteas y por ello, se requerirá una mayor cantidad de ellas. Además, deberán estar complementadas adecuadamente en metionina, taurina y carnitina, así como estar exentas de estaquiosa y rafinosa, dos polisacáridos que no son hidrolizados por el intestino humano.Como complemento se incorporan numerosas sustancias para mejorar su digestibilidad y hacer estos preparados nutricionalmente completos tal y como marca la normativa vigente.

Debido a la diferencia estructural proteica, estas fórmulas no producen reacción cruzada con la leche de vaca; sin embargo, motivado por el alto potencial antigénico que posee la soja, no se suele administrar a lactantes de corta edad (menos de 6 meses) 16, detectándose esta antigenicidad en al menos un 6% de individuos que tienen un alto riesgo de sensibilización a alimentos.

Por otro lado, recientemente se han presentado en el mercado fórmulas procedentes de hidrolizados de proteínas de arroz, cuyo contenido total y valor biológico es claramente inferior al de las proteínas lácteas y de soja, y por ello debe complementarse con todos los aminoácidos de los que es deficitaria, como por ejemplo lisina, treonina, triptófano y carnitina. A diferencia de las fórmulas

anteriores, tienen mejor sabor y menor precio, pero no se les puede considerar fórmulas de primera elección.

- Fórmulas elementales: se realizan a partir de aminoácidos sintéticos (única fuente nitrogenada, mezcla de aminoácidos esenciales y no esenciales), sin capacidad alergizante. Contienen un perfil basado en la leche humana junto con grasas vegetales y está complementada con minerales, oligoelementos y otros nutrientes esenciales, para adaptarse a la normativa vigente.No existe riesgo de que puedan provocar reacciones adversas aunque, como desventajas, proporcionan una alta carga renal de solutos, mal sabor y tienen elevado coste.Están indicadas para casos de intolerancia o hipersensibilidad frente a un hidrolizado de PLV o fórmula de soja, también en casos de multialergia, malabsorción intestinal o malnutrición grave.

5 Discusión-Conclusión

La aparición de casos de alergias alimentarias en nuestra sociedad ha incrementado notablemente con los años, y entre ellas es de destacar el aumento de la prevalencia de la alergia a las proteínas de la leche de vaca.

Este tipo de alergias pueden llevar a consecuencias graves a los que la padecen y se agrava en el caso de lactantes, que al no poder expresarse, complica su detección y manejo; por esta razón, llevar a cabo un diagnóstico temprano que permita un tratamiento inmediato es de vital importancia.

La base fundamental del tratamiento de esta patología consiste en una dieta de exclusión de PLV. En primer lugar, se recurre a leches altamente hidrolizadas o en determinados casos a fórmulas a base de proteínas vegetales como la soja (en individuos mayores de 6 meses y sin riesgo presumible de sufrir alergia también a estos preparados).

En caso de no mostrarse una mejoría, o individuos de alto riesgo, se puede recurrir a leches elementales a base de aminoácidos. El SNS cubre la totalidad del coste de las leches financiadas hasta los 2 años de edad del alérgico, en casos descritos en la normativa, y con la presentación de la receta en la que aparezca el correspondiente visado de inspección. Finalmente, la reacción alérgica que se expresa como reacción anafiláctica debe ser tratada inmediatamente con adrenalina intramuscular, debiendo para ello disponerse, en determinados casos recomendables, de la misma en formato autoinyectable. Asimismo, en alergia persistente

el médico puede recomendar el programa de
"desensibilización", técnica de inmunoterapia oral, que se considera la solución delpresente y futuro, y permite incrementar la tolerancia al alimento parcial o totalmente en el 80-90% de los casos.

6 Bibliografía

(1) Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid [internet]. La alergia a los alimentos. Colección Nutrición y Salud, volumen 5; 2005.
(2) Martín Mateos MA. Fontán Domínguez M [internet]. Protocolos de la Asociación Española de Pediatría: Inmunología Clínica - Alergología. 2ª Ed. 2013.
(3) Bellanti J. Inocencio M. López H. Martínez O.Alergia: Enfermedad multisistémica. Ed. Médica Panamericana. Pag 219- 224
(4) Marini A. Agosti A. Motta G. Effects of a dietary and enviromental prevention programme on the incidence of allergic symptoms in high atopic risk infants three years follow-up.1996.414:1-22.
(5) Sampson HA. Update on food allergy.2004.113; 805-819.
(6) Skripak JM. Matsui EC. Mudd K. Wood RA. The natural history of IgE-mediated cow's milk allergy. J Allergy Clin Immunol. 2007 Nov;120(5):1172-7
(7) Zubeldía JM. Baeza MJ. Jáuregui I. Senent CJ. Libro de las enfermedades alérgicas de la Fundación BBVA.1ª Ed. Bilbao:Fundación BBVA; 2012.
(8) Bahna SL. Cow's milk allergy versus cow milk intolerance. Ann Allergy Asthma Immunol. 2002 Dec;89 6 Suppl 1):56-60.
(9) Host A. Halken S. Cow's milk allergy: where have we come from and where are we going?
Endocr Metab Immune Disord Drug Targets. 2014 Mar;14(1):2-8.
(10) Echevarria Zudaire LA.del Olmo MR. Santana Rodríguez C. Anafilaxia en Pediatría. Protoc diagn ter pediatr. 2013;1:63-80.
(11) Lee JK. Vadas P. Anaphylaxis: mechanisms and management. Clin Exp Allergy. 2011;41:923-38.
(12) Simons FE. Sheikh A. Anaphylaxis: the acute episode and beyond. BMJ. 2013;346:f602. Doi: http://www.bmj.com/content/346/bmj.f602.long.
(13) Gdalevich M1. Mimouni D. David M. Mimouni M.Breast-feeding and the onset of atopic dermatitis in childhood: a systematic review and metaanalysis of prospective studies. J Am Acad
Dermatol. 2001 Oct;45(4):520-7.
(14) Yang YW1, Tsai CL, Lu CY. Exclusive breastfeeding and incident atopic dermatitis in childhood: a systematic review and meta-analysis of prospective cohort

studies. Br J Dermatol. 2009 Aug;161(2):373-83.
(15) Matheson MC1, Allen KJ, Tang ML.Understanding the evidence for and against the role of breastfeeding in allergy prevention. Clin Exp Allergy. 2012 Jun;42(6):827-51. Doi: 10.1111/j.1365- 2222.2011.03925.x.
(16) Bhatia J, Greer F. Use of soy protein-based formulas in infant feeding. Ped. 2008; 121: 1062-8.
(17) Tormo Carricer R. Martín de Carpi J [internet]. Alergia e intolerancia a la proteína de la vaca
[internet]. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica
(18) Real Decreto 867/2008, de 23 de mayo, por el que se aprueba la reglamentación técnico-sanitaria específica de los preparados para lactantes y de los preparados de continuación.
(19) Goicoechea Manzanares E, Torres Peral R, Lorente Toledano F.Guía para el tratamiento de lactantes con alergia a proteínas de leche de vaca: Ficha comparativa de las fórmulas especiales disponibles en el mercado español. Bol pediatr 2009; 49: 3-15.
(20) Sociedad Española de Inmunología Clínica, Alergología y Asma Pediátrica (SEICAP) [internet]: http://www.seicap.es/

Capítulo 626

ABORDAJE DEL VÍTILIGO DURANTE LA ETAPA ADOLESCENTE.

ARACELI LASARTE IBÁÑEZ

BENEDICTA ALVAREZ IGLESIAS

ANA ISABEL CALVO SUÁREZ

ANA ISABEL ALVAREZ DEL SALVADOR

1 Introducción

El vitíligo es un tipo de enfermedad que afecta a la piel y se caracteriza por manchas blancas como consecuencia de la destrucción de melanocitos, que son los que producen la melanina y dan coloración a la piel. Hay estudios que dicen que puede haber una asociación significativa entre el vitíligo y la enfermedad de la tiroides, también se la relaciona con la vitamina B12. Otros se asocian a una alteración de origen auto inmune e incluso existen autores que lo relacionan muy directamente con el estrés. Existen numerosas hipótesis sobre las causas del vitíligo, pero no hay datos que demuestren una teoría sobre otra.

El vitíligo puede ser cosméticamente muy visible dando lugar a condiciones estigmatizantes, consecuencias biológicas y sociales para los afectados y que podrían conducir a graves problemas psicológicos en la vida diaria, sobre todo durante la etapa adolescente.
Cuando cara y manos están afectadas pueden ser objeto de burlas en la escuela o en el instituto, lo que hace que baje la autoestima y pueda dar lugar al desarrollo de un carácter retraído.

2 Objetivos

- Conocer la repercusión que supone la pérdida de coloración en la piel y sus principales causas.
- Revisar los datos existentes que podrían sugerir que mecanismos es operativo para preparar psicológicamente al paciente que sufre esta patología
- Hallar la manera de concienciar al adolescente para que la aplicación de cremas solares sean una constante en su vida cotidiana. La falta de pigmento de melanina hace que la piel lesionada este más expuesta a las quemaduras solares.
- Estudiar las posibilidades terapéuticas que en cada caso se requieran.

3 Metodología

Revisión sistemática de diferentes bases de datos, tales como Pubmed, Scielo, Medes y otras plataformas de google académico.
También se ha realizado una revisión de diferentes artículos en Bibliotecas virtuales

4 Resultados

Los resultados demuestran que la repercusión de la pérdida de la coloración en la piel, quedan reducidos cuando aplicamos auto bronceadores dando un aspecto natural a la piel. En la actualidad la existencia de protectores solares con un añadido de producto cosmético de camuflaje, reducen el contraste con la piel normal además de protegerla de los rayos solares.
La fototerapia con ultravioleta aplicada como primera línea de tratamiento cuando la extensión de las manchas es generalizada, también demuestra eficacia. Pueden restaurar el pigmento, pero no curarla.

Afortunadamente es una enfermedad indolora. Las manchas de vitíligo pueden aparecer en cualquier parte del cuerpo, siendo más frecuentes alrededor de los orificios corporales (manos, cara, pies, rodillas y codos). También puede aparecer a cualquier edad, aunque es más frecuente en personas menores de 20 años, estadísticamente entre jóvenes de 10 a 20 años, dándose por igual en hombres y mujeres. Tiende a ser crónico y progresivo. La mayoría de los pacientes tienen antecedentes familiares. Se desconocen las causas que lo producen, aunque pueda existir un componente hereditario aún por demostrar.

En cuanto a la repercusión del estado emocional y psicológico de los pacientes en la etapa de la pubertad, hay muy pocos estudios al respecto.

5 Discusión-Conclusión

Es una enfermedad crónica que puede pararse durante años o bien extenderse rápidamente en cortos periodos de tiempo.
Por el momento no se ha encontrado cura que pueda tratar de manera sistemática a los pacientes que padecen dicha enfermedad
El problema del vitíligo se resolvería en gran parte, si hubiera un medicamento que sea bien tolerado por todos los afectados y que detenga la progresión de la decoloración de la piel.

Las modalidades actuales están dirigidas a detener la progresión y lograr la repigmentación para reparar la morfología y las deficiencias funcionales de las áreas de piel despigmentadas.
El tratamiento con cremas especificas y un continuo seguimiento individualizado en consulta, es lo que se está efectuando por parte de los profesionales en dermatología, tratamientos que en algunos casos demuestran escasa efectividad.

6 Bibliografía

- scielo.conicyty.cl medes.com
- clinic cloud.com efesalud.com
- bvgcsalud.a17.csinet

Capítulo 627

LAVADO DE MANOS. MEDIDAS PREVENTIVAS PARA LA TRASMISIÓN DE AGENTES INFECCIOSOS.

EVA GONZALEZ FERNANDEZ

JOSEFINA MARTINEZ GARCIA

MARÍA ENCARNACIÓN RECIO CONDE

ANGELES MORALES REYES

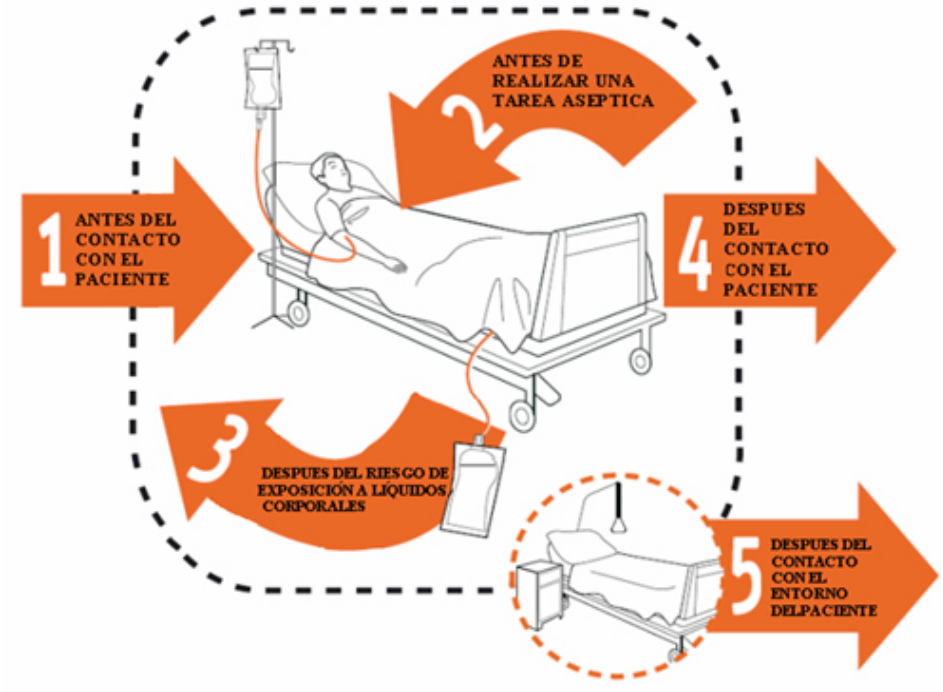
NATALIA VALLINA GONZÁLEZ

1 Introducción

El lavado de manos ya sea personal sanitario o no, es una de las medidas de actuación mas eficaz para la prevención de la transferencia de agentes infecciosos. Con dicho lavado, se pretende la eliminación de la suciedad, la materia orgánica, la flora transitoria (microorganismos que contaminan la piel y que habitualmente no se encuentran en ella), y la flora resistente (microorganismos que normalmente se encuentran en la piel).
Las manos pueden actuar como vehículo de transporte de numerosos microorganismos patógenos y éstas son la vía de transmisión de la mayor parte de las infecciones cruzadas y de algunos brotes epidémicos en el medio hospitalario, de ahí la importancia de una correcta y rutinaria higiene de manos.

2 Objetivos

- Conocer el procedimiento básico relacionados con la técnica del lavado de manos y que demuestren la importancia en la prevención y transmisión de infecciones en el medio hospitalario.
- Saber qué tipo de lavado de manos debemos realizar para las diferentes técnicas y procedimientos.



3 Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos relacionadas con las ciencias de la salud, entre las que se incluyen PubMed, Scielo, Clinicalkey y Google académico. La búsqueda se realizó entre los meses de Diciembre de 2019 y Enero de 2020. Se seleccionaron trabajos publicados en los últimos diez años, para ello se activó el filtro de búsqueda correspondiente en las bases de datos seleccionadas y se escogieron artículos en idioma castellano e ingles. También se consultaron las recomendaciones de la Organización Mundial

de la Salud (OMS).
Como palabras clave se utilizaron lavado de manos, desinfección, limpieza y agente. Los criterios de exclusión: trabajos duplicados, artículos no disponibles y temática no realizada con la investigación.

4 Resultados

1.Lavado rutinario o higiénico:
Este lavado de manos se emplea para eliminar la suciedad, la materia orgánica y la flora transitoria presente en las manos.
Duración 30 segundos (no usar cepillo). Indicado como medida de aplicación en las precauciones estándar. (antes y después de comer, de empezar y terminar la jornada de trabajo, tras el uso del wc, después del uso de guantes estériles, sonarse la nariz..)

2. Lavado antiséptico asistencial:
En este tipo de lavado de manos se consigue la eliminación de la suciedad, materia orgánica, la flora transitoria y parte de la flora resistente presente en las manos.
Duración: 1 minuto aplicando una dosis de jabón antiséptico. (no utilizar cepillo)
Indicaciones: Antes del uso de guantes estériles, técnicas invasivas (curas, aspiración bronquial, catéteres urinarios, extracción de hemocultivos) en el manejo de enfermos inmunodeprimidos, ante brotes o alertas epidemiológicas.

3.Lavado quirúrgico:
Con este tipo de lavado se pretende eliminar, de la superficie de las manos, la suciedad, la materia orgánica, la flora transitoria y en todo lo posible, la flora resistente.Este lavado de manos se realizara previamente a una actuación que requiere un alto grado de asepsia.
Duración: cepillarse las uñas con un cepillo estéril durante 30 segundos cada mano.
Indicaciones: Procedimientos quirúrgicos y técnicas que requieran una extremada asepsia.
La aparición de nuevos productos como las soluciones alcohólicas han contribuido a aumentar la frecuencia y a la adecuada cumplimentación del lavado de manos en los profesionales sanitarios, Las soluciones alcohólicas son soluciones diseñadas para la reducción del número de microorganismos visibles en las manos y que actúan por frotación.

Procedimiento según la OMS:

1. Humedecer bien las manos con la solución, friccionando una contra la otra durante 20-30 segundos.
2. No secar las manos, sino dejar que la solución alcohólica se evapore por sí misma.
Esta recomendado para la descontaminación rutinaria de manos, en todas las indicaciones de lavado antiséptico, y como una de las opciones para el lavado quirúrgico.

5 Discusión-Conclusión

La higiene de manos reduce el riesgo de contraer infecciones asociadas a la atención sanitaria. Adquirir los hábitos del lavado de manos de manera rutinaria, es la mejor medida para reducir la incidencia y propagación de dichas infecciones.

6 Bibliografía

1. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412011000100003
2. https://www.who.int/patientsafety/information_centre/Spanish_HH_Guidelines.pdf.
Directrices de la OMS sobre la higiene de manos.
3. https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775308764625.
Higiene de manos evidencia científica y sentido común.
4. WHO Guidelines Approved by the Guidelines Review Committee.
5.RM Ruiz Delgado, O Urzainqui Zabalza, E Girou Guias de práctica clinica Eficacia del lavado de manos con solución de base alcohólica versus lavado con jabón antiséptico.

Capítulo 628

ESTRABISMO: CAUSAS, CÓMO DETECTARLO Y SOLUCIONES.

SONIA FERNÁNDEZ RATO

MARIA DEL CARMEN SUAREZ CALVIÑO

JULIA MARTINEZ FRADE

1 Introducción

El estrabismo es la pérdida del paralelismo de los ojos siendo incapaces de funcionar juntos como un equipo. Normalmente un ojo es el dominante y el otro se desvía cuando miran a un objeto. Cuando éste se desvía hacia dentro se denomina esotropía, cuando lo hace hacia afuera exotropía, hacia arriba hipertropía y hacia abajo hipotropía.

2 Objetivos

-Conocer los pequeños signos que nos indican que puede haber un estrabismo para poder buscar soluciones rápidas y evitar que se agrave.
-Conocer las causas que provocan esta desviación ocular.
-Tener en cuenta las distintas soluciones al problema.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha recurrido a diferentes revisiones bibliográficas sobre estrabismo infantil y estrabismo en la edad adulta. También se ha

tenido en cuenta la experiencia personal por padecer estrabismo y tener familia que lo sufre.

4 Resultados

El estrabismo aunque es más frecuente en edades tempranas, puede aparecer en la edad adulta. Las causas más comunes por las que aparece en los niños suelen ser:
• El cerebro no controla bien el alineamiento ocular
• Otra patología de la visión, la más común es la hipermetropía.
• Puede provenir de otra patología más grave que el oftalmólogo deberá diagnosticar.
• Genética

Cuando el estrabismo aparece en la edad adulta lo más probable es que lo sufra desde la niñez pero no se percataran por lo insignificante que era y se acaba por agravar con los años. También puede aparecer por la afectación de otras enfermedades como:
• Diabetes mellitus
• Infartos
• ACV
• Traumatismos cefálicos
• Tumores del sistema nervioso central

Es muy importante detectar rápidamente la aparición del estrabismo ya que es mucho más fácil corregirlo a edades muy tempranas. Hay estudios que recalcan que para corregirlo correctamente hay que detectarlo antes de los 7 años.

El primer síntoma es el de una ligera desviación del ojo, le siguen la visión doble (diplopía), fatiga visual, confusión de imágenes, sensación de pesadez, dificultad para ver de cerca (como la lectura), pérdida de capacidad de ver en relieve, de calcular las distancias y la visión en 3D.

Pueden ser varios los tratamientos para el estrabismo. En la mayor parte de los casos la única solución eficaz es la cirugía que consiste en recolocar los músculos posteriores del ojo. También se puede tratar con gafas, parches, ejercicios oculares o con toxina botulínica. En cualquier caso es el oftalmólogo el encargado de valorar cuál es el mejor tratamiento para cada caso.

5 Discusión-Conclusión

Es muy importante conocer qué es el estrabismo y cómo detectarlo ya que es un trastorno ocular muy común que nos puede acarrear muchos problemas y cuanto antes se le ponga tratamiento más fácil será su corrección.

6 Bibliografía

1. Distintas bibliotecas virtuales.
2. Consultas en clínicas oftalmológicas, como Hermanos Vega o IMO.

Capítulo 629

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LOS BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

JUAN FERNANDO VILLAMIL CABAL

ROCIO CABAÑERO CLEMOT

ROSANA DÍAZ-ALEJO ROPERO

1 Introducción

Durante más de veinte años se está haciendo énfasis en la importancia de la leche materna, tal es así que hasta en los propios anuncios de marcas de leches artificiales, se advierte de ello, dando prioridad a la lactancia materna.
Atendiendo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) se conoce la lactancia materna exclusiva como la forma más adecuada de alimentar a un bebé durante, al menos, los seis primeros meses, a través, únicamente, de la leche proporcionada por la madre. Esa edad marca el inicio de aproximado de la alimentación complementaria.
Asimismo, la leche materna suministra al lactante los diversos nutrientes necesarios para tener una salud óptima, por lo que es la gran recomendación de los pediatras. Por lo tanto, son numerosos los beneficios que otorga tanto para el infante como para su progenitora.

2 Objetivos

- Comparar la leche artificial y la materna, estableciendo los factores beneficiosos para el correcto desarrollo de un bebé sustentado con una alimentación basada solamente en la leche proporcionada por la madre.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, Google Académico seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Tras una revisión exhaustiva de diversos estudios e investigaciones se pueden sacar varias conclusiones.
Por un lado, aquellos bebés cuya alimentación está basada en la leche artificial tienen más posibilidades de padecer diferentes enfermedades, tales como las gastrointestinales, las respiratorias, obesidad y ciertas alergias; al contrario de la leche exclusiva materna que proporciona un mecanismo de prevención, disminuyendo alrededor de un 20% la temida mortalidad infantil.
Por otro, también es beneficioso para la madre, ya que ayuda a su pronta recuperación, además de ser un procedimiento cómodo, fácil, saludable y de bajo costo.
Por no hablar del vínculo afectivo que se forma entre mamá e hijo, gracias a las miradas mutuas, los mimos, las caricias y la protección, dando lugar a un apego seguro.

5 Discusión-Conclusión

Hoy en día, cada vez está más a la orden del día la concienciación de la importancia de la lactancia materna. Tanto es así que hay organizaciones, blogs y aplicaciones para los dispositivos tecnológicos que ayudan a realizar una lactancia efectiva, proporcionando información acerca de la misma: definiciones básicas, etapas, posiciones, crisis…solventando las posibles dudas.

Para finalizar destacar una reflexión clara acerca de la lactancia materna: es de gran relevancia para que el bebé se desarrolle y se adapte a la vida (nueva para él) adecuadamente, puesto que proporciona todo lo necesario en los primeros meses de vida.

6 Bibliografía

- https://www.who.int/es.
- http://albalactanciamaterna.org.
- https://www.nestle.com/.
- https://www.aeped.es.
- https://mejorconsalud.com.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 630

INDICACIONES SOBRE LA GRIPE A.

SALUD CUENCO CUELLO

1 Introducción

La gripe A es una enfermedad que cursa de forma leve en la gran mayoría de las personas. Está producida por el virus influenza A/H1N1 del mismo género que el virus de la gripe común. Puede producir fiebre y síntomas como dolor de cabeza y muscular, malestar general, congestión nasal, tos y a veces síntomas digestivos (nauseas, diarrea).

La gripe A tiene los mismos síntomas que la de todos los años.

Como la gripe común, se contagia muy fácilmente porque se transmite a través del aire por medio de pequeñas gotitas que emitimos al hablar, toser o estornudar. Cuando hablamos de "pandemia" queremos decir que hay muchas personas afectadas, en muchos países diferentes. Eso se debe a que se trata de un nuevo virus A, y es más fácil el contagio.

Pero que sea muy contagiosa no quiere decir que sea más grave.
Existe una prueba diagnóstica rápida para distinguir tipos de gripe. Pero para el diagnóstico de la gripe A tienen poca sensibilidad (aproximadamente un 35%). Eso quiere decir que de 100 personas con gripe A sólo detectaremos a unas 35 (test positivo). La mayoría (65) darán un resultado negativo para gripe A. Es decir, que aunque se tenga un test negativo, si se tienen síntomas gripales la causa puede ser la gripe A.Con los datos disponibles de los miles de casos detectados en todo el mundo hasta la fecha, se puede afirmar que la inmensa mayoría de las personas pasan esta gripe con síntomas leves o moderados. Se debe mantener una especial vigilancia de la evolución de los síntomas en personas con enfermedades

crónicas descompensadas, niños menores de seis meses y en pacientes de riesgo más elevado (inmunodeprimidos).

Las recomendaciones básicas son dos:
1. El lavado de manos frecuente (por ejemplo, lavarse las manos 10 veces al día ha demostrado disminuir a la mitad el riesgo de contagio).

2. La higiene respiratoria (toser o estornudar sobre un pañuelo de papel desechable y lavarse las manos a continuación, toser o estornudar sobre el brazo si no se dispone de pañuelo para evitar el contacto con la mano, evitar el contacto cercano o íntimo cuando los síntomas de la enfermedad son evidentes).

No está claro si el uso de mascarillas evita la propagación de la epidemia. Solo se recomienda usarlas a las personas enfermas mientras están en contacto con otras personas y a sus cuidadores. Igualmente no se ha aclarado si el uso de fármacos como oseltamivir (Tamiflu®) o zanamivir (Relenza®) puede prevenir el contagio. Existen algunos estudios en instituciones cerradas y contactos familiares con beneficios muy pequeños. Teniendo en cuenta que se trata de una gripe leve y que estos fármacos tienen efectos secundarios, en general, no se recomienda su uso.

La vacuna contra la gripe común no funciona para la gripe A. Aún no se ha terminado de desarrollar una vacuna para la nueva gripe con totales garantías de seguridad y efectividad. La situación actual, en relación con el número de personas afectadas y el número de muertes, no justifica una alarma social.

De todas formas las autoridades sanitarias recomienda la vacunación a los siguientes grupos de personas:

1- Personas mayores o igual a 60 años de edad.

- Salud y Servicios Sociales recomienda la vacunación de toda la población de 60 años en adelante.

- Se hará especial énfasis en aquellas personas que conviven en instituciones cerradas o que presenten alguna enfermedad crónica.

2- Personas menores de 60 años, que por presentar una condición clínica especial tienen un alto riesgo de complicaciones derivadas de la gripe o porque el padecer la enfermedad pueda provocar una descompensación de su situación médica:

- Niños (mayores de 6 meses) y adultos con enfermedades crónicas cardiovasculares o pulmonares.

- Niños/as (mayores de 6 meses) y adultos con enfermedades metabólicas crónicas, incluyendo: diabetes mellitus; obesidad mórbida (índice de masa corporal ≥40, ≥35 en adolescentes ó ≥3 DS en la infancia); insuficiencia renal; hemoglobinopatías y anemias; asplenia; enfermedad hepática crónica; enfermedades neuromusculares graves; inmunosupresión, incluida la originada por la infección de VIH o por fármacos o en los receptores de transplantes; implante coclear o en espera del mismo; enfermedades que conllevan disfunción cognitiva: síndrome de Down, demencias y otras.

En este grupo se hará un especial énfasis en aquellas personas que precisen seguimiento médico periódico o que hayan sido hospitalizadas en el año precedente.

- Personas que conviven en residencias, instituciones o en centros de enfermos crónicos.

- Niños y adolescentes, de 6 meses a 18 años, que reciben tratamiento prolongado con ácido acetil salicílico.

- Mujeres embarazadas en cualquier trimestre de gestación.

3- Personas que pueden transmitir la gripe a aquellas que tienen un alto riesgo de presentar complicaciones:

- Trabajadores de los centros sanitarios, tanto de atención primaria como hospitalaria, pública y privada. Se hará especial énfasis en aquellos profesionales que atienden a pacientes de algunos de los grupos de alto riesgo anteriormente descritos.

-Personas que por su ocupación trabajan en instituciones geriátricas o en centros de atención de enfermos crónicos especialmente los que tengan contacto continuo con personas vulnerables.

- Personas que proporcionen cuidados domiciliarios a pacientes de alto riesgo o ancianos.

- Personas que conviven en el hogar, incluidos niños, con pacientes de alto riesgo.

4- Otros grupos en los que se recomienda la vacunación:

- Personas que trabajan en servicios públicos esenciales, con especial énfasis en los siguientes subgrupos:
Fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado, con dependencia nacional, autonómica o local.
Bomberos.
Servicios de protección civil.
Personas que trabajan en los servicios de emergencias sanitarias.
Trabajadores de instituciones penitenciarias y de otros centros de internamiento por resolución judicial.
Docentes.
- Viajeros internacionales: Personas que presentan mayor riesgo de complicaciones de gripe, por su edad o por su condición clínica especial, y que se dirigen a zonas tropicales en cualquier época del año o viajen al hemisferio sur entre los meses de abril a septiembre. Asimismo, deberán ser vacunadas todas las personas que se dirijan a zonas donde existen actualmente brotes de gripe H5N1.
- Personas que, por su ocupación, pueden estar en contacto con aves sospechosas o conocidas, de estar infectadas por virus de gripe aviar altamente patogénicos, especialmente:

- las personas que están directamente involucradas en las tareas de control y erradicación de los brotes (destrucción de los animales muertos, limpieza y desinfección de las áreas infectadas).

- las personas que viven y/o trabajan en granjas de aves donde se han notificado brotes, o se sospecha su existencia.

2 Objetivos

- Reconocer quien debe solicitar atención médica.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Sci-

elo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Deben solicitar atención médica aquellas personas que tengan molestias graves: dificultad al respirar, dolor importante en el pecho, alteraciones de la conciencia (sensación de aturdimiento o desmayo), un empeoramiento repentino o un empeoramiento pasados 7 días del inicio de los síntomas. En el caso de los niños, la edad inferior a 6 meses, la respiración acelerada o la fiebre que dura más de tres días (72 horas) hace recomendable evaluación médica.

Pero probablemente la mayor parte de las personas tendrán síntomas leves y acudir al médico no aportará ningún beneficio. Todo lo contrario: la saturación de los centros de salud y hospitales puede dificultar una correcta atención a enfermos graves por la gripe o por otros problemas de salud.

Por ello, las personas sanas que presenten un cuadro gripal sin ningún dato de complicaciones pueden realizar un autocuidado con garantías en sus domicilios con las medidas habituales: buena hidratación, buena alimentación y buena higiene.

Si uno está enfermo, los cinco primeros días conviene no acudir a lugares muy llenos de gente para evitar contagiar a otras personas. Y recordar las medidas recomendadas: no “toserle” a nadie, estornudar en la manga o en un pañuelo de un solo uso y lavarse las manos varias veces al día.

Aunque la fiebre no es peligrosa en sí misma, los antitérmicos como el paracetamol o ibuprofeno pueden ser útiles para aliviar el malestar que produce. Los medicamentos antivirales han demostrado muy poca eficacia en las infecciones por virus gripales comunes, disminuyendo menos de un día la duración de los síntomas. Respecto a esta gripe no hay estudios que demuestren su eficacia.
Por estas razones, su uso deberá ser restringido a los pacientes que sufran complicaciones o aquellos con alto riesgo de sufrirlas. En un paciente sano, los riesgos por los efectos adversos del fármaco pueden superar a sus beneficios.

Tome medidas preventivas todos los días para detener la propagación de microbios.
Trate de evitar el contacto cercano con personas enfermas.

Mientras esté enfermo, limite el contacto con otras personas tanto como sea posible para evitar contagiarlas.
Si usted está enfermo y tiene una enfermedad similar a la influenza, los CDC le recomiendan que haga reposo en su hogar por al menos 24 horas posteriores a la desaparición de la fiebre, excepto para recibir cuidados de salud o por necesidades de otro tipo. (Su fiebre debería haber cesado por unas 24 horas sin haber utilizado medicamentos para bajarla).
Cúbrase la nariz y la boca con un pañuelo al toser o estornudar. Después de usar el pañuelo, tírelo a la basura y lávese las manos
Lávese las manos con agua y jabón frecuentemente. Si no hay agua y jabón, use un limpiador de manos a base de alcohol.
Evite tocarse los ojos, la nariz o la boca. Los gérmenes se diseminan de esta manera.
Limpie y desinfecte las superficies y los objetos que puedan estar contaminados con gérmenes como los de la influenza.

5 Discusión-Conclusión

Durante la pandemia de gripe A seguirá habiendo infartos de miocardio, apendicitis, insuficiencia cardiaca, diabetes, crisis de asma, enfermedades psiquiátricas, fracturas de cadera, accidentes y muchas otros problemas de salud que requieren atención de los profesionales de la salud.

El comportamiento sereno, paciente y tranquilo de los pacientes, los medios de comunicación, los profesionales sanitarios, los dirigentes políticos y los cargos con responsabilidad en planificación y gestión del Sistema Nacional de Salud son esenciales para que funcionen bien los servicios sanitarios y estos puedan dedicarse a los enfermos que lo necesiten.

6 Bibliografía

- Artículo (en castellano) sobre gripe aviar en el New England Journal of Medicine
- Bernd Sebastian Kamps, Christian Hoffmann and Wolfgang Preiser (Eds.) Influenza Report 2006 Editorial Flying 2006.
- Gripe (en castellano). The Journal of the American Medical Association.
- Samuel Baron, et al. Medical Microbiology Cuarta Edición, The University of Texas Medical Branch at Galveston, 1996, ISBN 0-9631172-1-1.

- Cox NJ, Subbarao K. ”Influenza”. Lancet. 1999 Oct 9;354(9186):1277–82. PMID 10520648

Capítulo 631

RESIDUOS SANITARIOS.

SOCORRO ASCENSION IGLESIAS ORDOÑEZ

MARIA BEGOÑA SEGOVIA ALVAREZ

MARIA FIDALGO FRECHILLA

SARA ANDREA LANIO LANEO

MARGARITA CASO DELGADO

1 Introducción

¿Qué son los residuos sanitarios?

Todos los residuos, cualquiera que sea su estado, generados en centros sanitarios y veterinarios, incluidos los envases y residuos de envases, que los contengan o los hayan contenido

Según la OMS:La mala gestión de los residuos sanitarios expone a las personas que los manipulan, los trabajadores sanitarios, los pacientes, sus familias y la comunidad a infecciones que se pueden prevenir, sustancias químicas peligrosas, efectos tóxicos y riesgos de lesiones.

Tal y como se establece en la Nota Técnica de Prevención 838, Gestión de Residuos Sanitarios, del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, los residuos sanitarios son aquellos que se generan en los considerados centros sanitarios.

Buena parte de ellos se encuentran potencialmente contaminados con sustancias o líquidos biológicos, al haber sido utilizados en tratamientos clínicos. Este tipo de residuos, de tratamiento especial, proceden de:

• Hospitales
• Clínicas y sanatorios de medicina humana
• Consultas de profesionales independientes
• Centros de asistencia social
• Laboratorios de investigación médica
• Centros de atención primaria
• Centros de salud
• Centros de planificación
• Cualquier otra que tenga relación con la salud humana
• Centros y servicios veterinarios asistenciales

2 Objetivos

- Conocer el correcto tratamiento de residuos sanitarios.

3 Metodología

El manejo adecuado de los residuos sanitarios se basa en tres principios básicos:

• La reducción de los residuos innecesarios
• La separación entre residuos ordinarios y peligrosos
• El tratamiento de los residuos con el fin de reducir los riesgos para los trabajadores sanitarios y la comunidad.

La gestión adecuada de los residuos es una actividad transversal pues, si bien forma parte de las actividades mundiales en materia de agua, saneamiento e higiene en los centros de salud, se han establecido colaboraciones con equipos especializados en la prevención y la lucha contra las infecciones, la seguridad de las inyecciones, las vacunas, los productos químicos, la energía y las situaciones de urgencia.

Las actividades de la OMS en esta esfera son las siguientes:

• Elaboración de directrices para evaluar las cantidades y los tipos de residuos que se producen en los distintos establecimientos;

• Elaboración de políticas y planes de acción y de directrices nacionales sobre la gestión de los residuos; y
• Fortalecimiento de las capacidades nacionales para mejorar la gestión de los residuos sanitarios en los países de bajos ingresos.

Recursos

• Ventilación natural para el control de las infecciones en entornos de atención de la salud
• Normas básicas de higiene del entorno en la asistencia sanitaria
• Módulos de formación sobre la gestión de residuos sanitarios - en inglés
• Elaboración de estrategias nacionales para la sustitución progresiva de los termómetros y esfigmomanómetros de mercurio en los centros sanitarios - en inglés
• Publicaciones relacionadas con los residuos sanitarios - en inglés
• Centros de salud y residuos sanitarios

Clasificación de los residuos sanitarios

Grupo I.- Son los residuos asimilables a los urbanos, no específicos de la actividad propiamente sanitaria, entre los que se incluyen: papel, cartón, envases, residuos de oficinas y restos de comedores, jardines. Se recogen en bolsas de color negro que se pueden depositar en los contenedores de residuos urbanos.

Grupo II.- Lo forman los residuos no peligrosos derivados de la actividad hospitalaria, pero que debido a sus características no requieren de ningún tipo de gestión especial (pañales, restos de curas…). Se recogen en bolsas de color verde y también se incorporarnal flujo general de los residuos urbanos de recogida municipal, depositándose en los contenedores de residuos urbanos.

Grupo III.- Son residuos sanitarios especiales, producidos como resultado de la actividad clínica y que se deben observar medidas de prevención en la gestión, dado que pueden representar un riesgo para la salud laboral y pública. Se clasifican en: infecciosos, anatómicos, sangre y hemoderivados, agujas y material punzante y cortante, vacunas y citostáticos. Su recogida se realiza a través de un gestor autorizado en bolsas de color rojo y contenedores de cierre hermético, trasladándose para su posterior tratamiento fuera de la Comunidad Autónoma.

Grupo IV.- Lo componen los residuos con normativa específica de gestión: peligrosos no específicos de la actividad propiamente sanitaria (aceites usados, residuos radioactivos…)

Gestión de los residuos sanitarios

• Grupos I y II: como se establezca en las ordenanzas municipales
• Grupos III y IV: mediante su entrega a gestor autorizado de residuos

Obligaciones de los productores de residuos sanitarios

• Estar inscritos en el registro de producción y gestión de residuos.
• Llevar al día un archivo cronológico de control de los residuos generados y entregados a gestor.
• Entregar sus residuos de los grupos III y IV a gestores autorizados de residuos.
• Mantener los residuos almacenados en condiciones adecuadas de higiene y seguridad.
• No mezclar ni diluir los residuos con otros residuos, sustancias o materiales.

El tiempo máximo de almacenamiento de los residuos peligrosos (grupo IV) es de 6 meses. El tiempo máximo de almacenamiento de los residuos especiales (grupo III) es de 1 semana.

Ahora bien, siempre que se garantice la protección de la salud y el medio ambiente, el tiempo máximo de almacenamiento de los residuos especiales (grupo III) podrá ampliarse en los siguientes centros:

• Mutuas, clínicas dentales y residencias de ancianos: 1 mes
• Clínicas veterinarias, podológicas y centros de estética: 3 meses
• Resto de actividades sanitarias menores: 6 meses excepto para el caso de los residuos especiales (grupo III) letra d) Agujas y material punzante y/o cortante, en que podrá ampliarse el tiempo máximo de almacenamiento a 6 meses, en los centros anteriores y en los mismos términos y condiciones.

Normativa

• Ley 22/2011, de 28 de julio, de residuos y suelos contaminados
• Decreto 51/1993, de 11 de noviembre , de ordenación de la gestión de los residuos sanitario.

En primer lugar, con el objetivo de prevenir la generación de residuos sanitarios, los centros sanitarios deben desarrollar planes para minimizar la cantidad de residuos sanitarios que se producen.

Las medidas de prevención en materia de residuos sanitarios se basan fundamentalmente, en la sustitución de productos peligrosos por productos que no con-

lleven riesgos cuando se convierten en residuos y en la aplicación de nuevas tecnologías, como es la digitalización de las placas radiográficas evitando residuos de líquidos reveladores y fijadores y las propias placas o el empleo de técnicas de análisis clínico más sofisticadas que cada vez requieren de menos reactivos químicos.

La gran variedad de residuos sanitarios exige que desde los centros sanitarios donde se generan se lleve a cabo una correcta identificación y separación de las distintas fracciones.
Además, deben envasarse, transportarse y almacenarse dentro del centro productor de forma segura. La gestión a realizar en el centro sanitario depende del tipo de residuos. Por un lado, los residuos domésticos y los sanitarios asimilables a urbanos se separan y recogen de forma análoga a como se hace en los hogares, empleando para estos últimos, bolsas de mayor grosor. Los residuos sanitarios peligrosos se separan por el personal del centro en contenedores homologados que deben de cumplir una serie de requisitos como son ser opacos, estancos, resistentes a la rotura, imperforables en determinados casos… La naturaleza del residuo también va a condicionar el almacenaje del mismo dentro de las instalaciones del centro sanitario, por cuanto afectará a su periodo máximo de almacenamiento, la ventilación del almacén, así como la posibilidad de su limpieza y desinfección, acceso, exposición a la intemperie…
En el caso de residuos con características de peligrosidad, un gestor externo se encargará de la adecuada recogida, transporte, tratamiento y eliminación de estos residuos.

El tratamiento de los residuos recogidos depende de la naturaleza de los mismos, de forma que los residuos sanitarios de riesgo son esterilizados y triturados antes de ser eliminados mediante depósito en vertedero, los residuos químicos se someten a diferentes tratamientos en función de sus propiedades y los residuos radioactivos son gestionados de forma exclusiva por la Empresa Nacional de Residuos Radiactivos (ENRESA)

4 Resultados

La implantación de protocolos para el tratamiento de los residuos sanitarios es de vital interés para la sociedad. Se obtiene beneficios para la salud de las personas y protección del medio ambiente. Es primordial una correcta clasificación de los residuos por parte del personal del centro para un manejo adecuada de dichos materiales.

En diferentes estudios se evidencia la necesidad de hacer hincapié en la importancia de una correcta clasificación de los residuos, en origen, por dos motivos. De un lado, el exceso de celo clasificando residuos asimilables a urbanos o clínicos como residuos especiales, se traduce en una sobrecarga económica para el hospital, especialmente en los grandes centros en que el volumen anual de residuos es considerable. Por otro, la opción inversa, es decir la utilización de envases de rango inferior, especialmente para los residuos de tipo III (de alto potencial transmisor de enfermedades por sí mismos), es absolutamente desaconsejable por el riesgo que implica para la salud del personal

5 Discusión-Conclusión

La buena praxis en la recogida de los residuos es básica para el correcto tratamiento de dichos residuos.

El manejo inadecuado de los residuos sólidos hospitalarios presenta diversos impactos ambientales negativos que se evidencian en diferentes etapas como la segregación, el almacenamiento, el tratamiento, la recolección, el transporte y la disposición final.

Las consecuencias de estos impactos no sólo afectan a la salud humana sino también a la atmósfera, el suelo y las aguas superficies y subterráneas.

Debido a que tradicionalmente la prioridad de la institución ha sido la atención al paciente, por mucho tiempo se ha restado importancia a los problemas ambientales, creando en muchos casos un círculo vicioso de enfermedades derivadas del manejo inadecuado de los residuos, generando contaminación.

6 Bibliografía

• www.larioja.org/medio-ambiente/es/residuos/residuos-gestion-especial/residuos-sanitarios/residuos-sanitarios
• www.who.int/water_sanitation_health/facilities/waste/es/
• www.miteco.gob.es/es/calidad-y-evaluacion-ambiental/temas/prevencion-y-gestion-residuos/flujos/residuos-sanitarios/
• www.aragon.es/-/residuos-sanitarios
• Manual Básico de Gestión de Residuos Sanitarios del SESPA - Principado de Asturias-Marzo 2012.2.

• Plan de Gestión de Residuos. Servicio Andaluz de Salud. Dirección General de Asistencia Sanitaria Edición 2007.3.
• Plan de Gestión de Residuos Sanitarios. Distrito Sanitario de Atención Primaria. Bahía de Cádiz. La Janda. Edición 2. 27/07/2011. 4.
• Plan de Gestión de Residuos Sanitarios. Gerencia del Área de Salud de Badajoz. Badajoz. 2009
• Buenas Prácticas de la OMS para laboratorios de Microbiología farmacéutica. WHO; Geneve. 2011
• Revista Española de Salud Pública
• versión On-line ISSN 2173-9110versión impresa ISSN 1135-5727
• Rev. Esp. Salud Publica vol.71 no.2 Madrid mar. 1997
• Evaluación de la gestión hospitalaria de residuos sanitarios en el Principado de Asturias.

Capítulo 632

CUIDADOS EN LA LACTANCIA MATERNA.

MARGARITA CASO DELGADO

SOCORRO ASCENSION IGLESIAS ORDOÑEZ

MARIA BEGOÑA SEGOVIA ALVAREZ

MARIA FIDALGO FRECHILLA

SARA ANDREA LANIO LANEO

1 Introducción

Comenzaremos este capítulo con una breve introducción sobre la historia de la lactancia materna.

El código de Hammurabi 1800 A.C contenía regulaciones sobre las nodrizas que amamantaban al hijo de otra mujer por dinero. En Esparta, la esposa del rey estaba obligada a amamantar a su hijo mayor. Existen referencias en Babilonia donde los niños eran amamantados hasta los 3 años al igual que en la india y Egipto. Durante los inicios de la era cristiana, se fomenta aún más el cuidado de los niños pues se les consideraba portadores de un alma inmortal. A partir del siglo VI, especialmente, entrada la edad media, empiezan a encontrar documentos en los que hay dos cambios significativos.
El primero, muy conocido desde la prehistoria, por parte de la idea de la lactancia como un alimento importante considerando que se administraba por su propia madre.

La segunda exceptúa de la anterior regla a aquellas madres que no podían hacerlo y delegaban su función alas nodrizas.

La alimentación del lactante y del niño pequeño es fundamental para mejorar la supervivencia infantil y fomentar un crecimiento y desarrollo saludables. Los primeros 2 años de la vida del niño son especialmente importantes, puesto que la nutrición óptima durante este periodo reduce la morbilidad y la mortalidad, así como el riesgo de enfermedades crónicas, y mejora el desarrollo general.
La lactancia exclusivamente materna durante los primeros 6 meses de vida aporta muchos beneficios tanto al niño como a la madre. Alrededor de los 6 meses, las necesidades de energía y nutrientes del lactante empiezan a ser superiores a lo que puede aportar la leche materna, por lo que se hace necesaria la introducción de una alimentación complementaria.

Actualmente, somos conscientes de que la lactancia materna es el alimento más complejo con el que pueden contar los recién nacidos y lactantes. Se debe recomendar a las mujeres el uso de la leche materna frente al uso de leches artificiales.

En la actualidad se ha extendido mucho la utilización de la leche materna en los primeros meses de vida del bebe, esto ha sido posible gracias a la ayuda de distintas asociaciones que asesoran a la madre y familiares sobre la lactancia.
Entre esas asociaciones podemos encontrar:

- La liga de la leche
- Comité de lactancia de la Asociación Española de Pediatría.
- Colectivo de la leche
- Ñuñu.

El inicio de diversas actividades en torno a la protección, fomento, y apoyo de la lactancia materna se puede establecer en la Declaración de Innocenti aprobada por la OMS/UNICEF en la década de los 90.

2 Objetivos

En este capítulo intentaremos reflejar los beneficios que aporta la leche materna, no solo para la salud del niño sino que también aporta beneficios para la salud de la madre, refuerza el vínculo.

3 Metodología

Desde el principio se convino en que la estrategia mundial debería basarse en los logros pasados y actuales, en particular en la Iniciativa «Hospitales amigos del niño», el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y la Declaración de Innocenti sobre la protección, el fomento y el apoyo de la lactancia natural en el contexto global de políticas y programas nacionales sobre nutrición y salud del niño, y ser conforme con la Declaración Mundial y Plan de Acción para la Nutrición.
Sin embargo, debería ir más allá y subrayar la necesidad de que se formulen políticas nacionales integrales de alimentación del lactante y del niño pequeño, con inclusión de directrices para velar por la alimentación adecuada de los lactantes y de los niños pequeños en circunstancias excepcionalmente difíciles, y la necesidad de asegurarse de que todos los servicios de salud protegen, fomentan y apoyan la lactancia natural exclusiva y una alimentación complementaria oportuna y adecuada sin interrupción de la lactancia natural.

A continuación enumeraremos los consejos que se nos brindan desde UNICEF al personal Hospitalario para promover el consumo de leche materna.

• Disponer de una política por escrito relativa a la lactancia materna que sistemáticamente se ponga en conocimiento de todo el personal de atención de la salud.
• Capacitar a todo el personal de salud de forma que esté en condiciones de poner en práctica esa política.
• Informar a todas las embarazadas de los beneficios que ofrece la lactancia materna y la forma de ponerla en práctica.
• Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al alumbramiento.
• Mostrar a las madres cómo se debe dar de mamar al niño y cómo mantener la lactancia incluso si han de separarse de sus hijos.
• No dar a los recién nacidos más que la leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que estén médicamente indicados.
• Facilitar la cohabitación de las madres y los lactantes durante las 24 horas del día.
• Fomentar la lactancia materna a libre demanda.
• No dar a los niños alimentados al pecho chupador o chupete artificiales.
• Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia materna y procu-

rar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital o clínica.

Debemos de apoyar a la madre en todo lo que necesite ya que no es siempre una tarea fácil, estos consejos nos ayudaran a guiarla en los primeros momentos:

• La primera toma: si se coloca al bebé sobre el pecho de su madre nada más nacer, él solo irá buscando su «ración» (desde el primer minuto de vida ya pueden succionar). Pero habrá que dejarle su tiempo: dejar que huela a mamá, que vaya buscando el pezón… Ellos nacen preparados para mamar, así que lo más importante es dejarles hacer. Si la piel de la madre y la del bebé están en contacto directo y ambos están tranquilos, resultará más sencillo.
• La subida de la leche: suele ocurrir a partir de las 48 horas posteriores al parto, y consiste en la transformación del calostro (el primer alimento del bebé, con muchas defensas y proteínas) en otra leche, menos espesa y de color más blanquecino (también con proteínas, vitaminas y minerales, pero más abundante en grasas y carbohidratos que el calostro). La subida de la leche puede conllevar un aumento del tamaño del pecho en algunas madres. Si no ha habido una succión activa del bebé, puede retrasarse.
• El estímulo: no es necesario preparar el pecho para que dé leche ni durante el embarazo ni después. Si has sido madre, ya está preparado. Sin embargo, sí puedes estimularlo para producir más cantidad. ¿Cómo? Poniendo al bebé al pecho. Con su succión, estará estimulando el pecho para que produzca más alimento.
• Cuándo ponerle al pecho: tu hijo llorará cuando tenga hambre, pero se puede evitar llegar a eso. Poco a poco, empezarás a identificar las llamadas «señales tempranas de hambre». Verás que, cuando quiere comer, busca el pecho de quien lo coge, saca la lengua, si alguien le pone un dedo junto a su mejilla intenta chuparlo… Sin embargo, durante los primeros días puede resultar difícil advertir esas señales, así que lo mejor es ponerle con frecuencia al pecho, tanto de día como durante la noche. Si tiene hambre, intentará comer, y si no, seguro que le gustará ser acurrucado por mamá. Cada recién nacido determina cuántas tomas necesita al día: pueden ser 8, 12, 16

Paso a paso para un buen acople:

• La madre se sienta cómoda, con la espalda apoyada e idealmente un cojín sobre su falda, apoya la cabeza del niño sobre el ángulo del codo. Sostiene la mama con los dedos en forma de “C”.

• La madre comprime por detrás de la areola con sus dedos índice y pulgar para que cuando el niño abra la boca, al estimular el reflejo de apertura, tocando el pezón a sus labios, ella introduce el pezón y la areola a la boca del niño. Así su lengua masajea los senos lactíferos (que están debajo de la areola) contra el paladar y así extrae la leche sin comprimir el pezón (por que este queda a nivel del paladar blando) y no provoca dolor.
• El niño enfrenta a la madre; abdomen con abdomen, quedando la oreja, hombro y cadera del niño en una misma línea. Los labios están abiertos (evertidos), cubriendo toda la areola. La nariz toca la mama. Si se puede introducir un dedo entre la nariz y la mama, quiere decir que el niño está comprimiendo el pezón y no masajeando la areola.

4 Resultados

Beneficios de la lactancia en los bebés:

• Aporta la cantidad de carbohidratos y grasas que necesitan.
• Les proporciona proteínas digestivas, minerales y vitaminas.
• Les ofrece anticuerpos que permiten evitar enfermedades: problemas de piel, infecciones, enfermedades respiratorias o estomacales, diabetes u obesidad y síndrome de muerte súbita del lactante, entre otros.

Su bebé tendrá menos:

• Alergias
• Infecciones del oído
• Gases, diarrea y estreñimiento
• Enfermedades de la piel (tales como eccema)
• Infecciones estomacales o intestinales
• Problemas de sibilancias
• Enfermedades respiratorias, como la neumonía y la bronquiolitis

El bebé alimentado con leche materna puede tener un menor riesgo de padecer:

• Diabetes
• Obesidad o problemas de peso
• Síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL)
• Caries en los dientes

Beneficios de la lactancia para la mamá

• Aunque puede ser agotador durante las primeras semanas, una vez que se haya cogido práctica con la lactancia materna, la comodidad se convierte en un beneficio enorme. Se puede alimentar al bebe en cualquier momento y con un esfuerzo mínimo. No hace falta hervir, mezclar, enfriar y desinfectar. Se lleva encima, siempre está disponible a la temperatura adecuada y es gratuita. Además garantiza que el lactante tenga alimento en cantidad suficiente, salvo situaciones excepcionales, las madres producen la cantidad exacta de leche que necesitan sus bebes si el agarre es correcto y la lactancia es a demanda.
• En el momento que existe un contacto piel con piel con el bebé, o cada vez que el bebé succiona el pezón durante una toma, el cuerpo experimenta una subida rápida de los niveles de oxitocina, conocida como «la hormona del amor». La oxitocina tiene un efecto antidepresivo, mayores niveles de esta hormona están asociados con menor ansiedad y menos casos de depresión postparto. Mientras se mantenga la lactancia, la oxitocina ayudará a que la mama se sienta calmada, a reducir su estrés y su presión sanguínea, e incluso aumentará su umbral del dolor.
• La lactancia materna reduce el riesgo de cáncer de mama y de ovario, diabetes tipo 2 y enfermedades cardiacas.
• Durante la lactancia materna, se suprime la ovulación, los periodos se detienen, y esto supone un beneficio para muchas madres. Además, esto significa que la lactancia exclusiva, es decir, no dar al bebé otros líquidos o alimentos y manteniendo las tomas de la noche, también es un buen método anticonceptivo; de hecho, tiene una eficacia de al menos el 98 %, que es una tasa de éxito similar a la píldora anticonceptiva o a los preservativos.
• Con la lactancia se queman hasta 500Kcal al día, aproximadamente las mismas que gastamos pedaleando en bicicleta durante una hora. Si se extrae la leche materna, los resultados son similares. Estas calorías extra que se queman con la lactancia pueden ayudar a perder el peso que la mama ha podido ganar durante el embarazo.

La OMS ha seguido elaborando orientaciones sobre intervenciones nutricionales eficaces, en particular sobre los siguientes temas: proteger, promover y apoyar la lactancia materna en los centros que prestan servicios de maternidad y neonatología; la nutrición en la atención prenatal; la suplementación de micronutrientes (hierro en lactantes y niños, mujeres adultas y niñas adolescentes y mujeres en puerperio); el enriquecimiento industrial y en el lugar de uso con micronutrientes (de alimentos elaborados con harina de maíz para su consumo por lactantes, niños pequeños y embarazadas); la alimentación de lactantes afectados por en-

fermedades transmisibles (enfermedad por el virus de Zika e infección por VIH); y quimioprofilaxis para controlar las helmintiasis transmitidas por el suelo.3 Las directrices de la OMS se divulgan a través del portal web de la eLENA,4 que actualmente contiene 120 títulos, así como mediante la aplicación para teléfonos móviles eLENAmobile5 y reuniones informativas regionales y nacionales. Se han celebrado consultas públicas sobre la determinación de las prioridades en materia de orientaciones para el próximo bienio.
La lactancia materna es un trabajo en equipo. Aunque tradicionalmente se considera que la lactancia materna está en el dominio de la madre, cuando los padres, las parejas, las familias y la sociedad la apoyan, las tasas de lactancia materna aumentan.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que todos los lactantes sean amamantados en exclusiva durante los primeros seis meses y junto con otros alimentos complementarios hasta los dos años de edad o más, mientras madre e hijo lo deseen

5 Discusión-Conclusión

La lactancia materna está llena de beneficios tanto para la madre como para el pequeño, podemos decir que es la mejor indicación que se le puede ofrecer a la madre ya que provee a su bebe de los mejores nutrientes, le ayuda a formar sus defensas que le protegerá de posibles infecciones.

6 Bibliografía

• www.sites.google.com/site/lalactanciamaternaexclusiva/historia-de-la-lactancia-materna
• Aguilar Cordero, M.J. Tratado de enfermería Infantil. Cuidaos Pediatricos.1ªedicion. Editorial Elsevier Scienciene.
• Aguayo, J. Lactancia materna. 1ª edición. Universidad de Sevilla
• Asamblea Mundial de la salud. Nutrición del lactante y el niño pequeño.
• Yalom, M. Historia del pecho. 1ª edición. Barcelona; Tusquets.
• www.who.int/topics/infant_nutrition/es
• www.apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA71/A71_22-sp.pdf

Capítulo 633

LOS CUIDADOS EN LA TERCERA EDAD

MARIA FIDALGO FRECHILLA

SARA ANDREA LANIO LANEO

MARGARITA CASO DELGADO

SOCORRO ASCENSION IGLESIAS ORDOÑEZ

MARIA BEGOÑA SEGOVIA ALVAREZ

1 Introducción

Históricamente el cuidado del anciano ha sido asumido en el entorno de la familia y continua siéndolo en la actualidad.
El proceso de envejecimiento se asocia a una serie de cambios físicos que deben tenerse en cuenta. Estos cambios y diversas patologías que pueden surgir asociadas a la edad se deben de cuidar mediante una serie de hábitos saludables para el anciano.
Los cuidados básicos del anciano se relacionan directamente con las necesidades de la persona mayor y con el mantenimiento de la calidad de vida y el bienestar general. Por lo que no solo se deben de preocupar por los cuidados físicos sino también los psicológicos y sociales.
La última etapa del ciclo vital humano ha despertado enorme interés entre los estudiosos de las más diversas disciplinas científicas, filosóficas y culturales. Según

un informe de las Naciones Unidas, se están produciendo cambios profundos en la estructura de edades de la población mundial.
El ritmo de aumento numérico de las personas mayores de 60 años supera el de todos los otros grupos de edad y se espera que "en el año 2025 habrá más de mil millones de personas mayores de 60 años y por primera vez en la historia de muchos países los ancianos serán más numerosos que los jóvenes"
Podemos pensar que cuando llegamos a ancianos se consigue la paz, la tranquilidad, el descanso, el equilibrio, la sabiduría. Por otra, en forma depresiva o persecutoria, se la considera una etapa desagradable, triste, amarga, de enfermedades. En realidad, los estereotipos hacen difícil la aproximación objetiva a los procesos reales de envejecimiento.

El ámbito en el que se desarrolla el cuidado a los ancianos es muy diverso:
• Residencias.
• Centros de jubilados.
• Centros de salud.
• Hospitales.
• Viviendas comunitarias.
• Principalmente en el domicilio.

El cuidado del anciano está a cargo de un equipo multidisciplinar en el que participan diversos perfiles profesionales.

Cuidados básicos del anciano:
1. Cuidados físicos:
A continuación nos vamos a centrar en los cuidados físicos, sin olvidar que están asociados a los psicológicos y sociales. Estos abarcan:
• El apoyo a la persona en cuanto al bienestar emocional.
• El estado de ánimo,
• La calidad del sueño.
• Las actividades sociales.
• Las funciones cognitivas entre otros.
Los cuidados físicos los podemos clasificar mediante la higiene corporal, la alimentación, la higiene postural, la autonomía y la prevención.
Comenzaremos comentando que una adecuada higiene personal es básica para el mantenimiento de una vejez saludable y la prevención de ciertos problemas como son infecciones, problemas en la piel o malestar general.

2. Higiene corporal:

Comenzaremos por recomendar un espacio de aseo adecuado que proporcione la seguridad de la persona y la dignidad. Si requiere de ayuda y en la medida de lo posible siempre hay que comunicarlo y obtener consentimiento. También es importante si necesitara cierta ayuda el mantener su autonomía en las tareas que pudiera realizar.
En el lugar de aseo y en su caso deben colocarse las ayudas técnicas indispensables para la higiene correcta. La higiene corporal se realizará en el lugar que se precise (la persona está encamada o no). La temperatura ambiental debe ser la adecuada, entre 22 y 25°c. Y se deben tener a mano los productos a utilizar como por ejemplo un gel ph neutro. Éste se utiliza en el lavado corporal para evitar irritaciones en la piel. Tras el aclarado del jabón debe secarse la piel minuciosamente e hidratarse de forma conveniente.

3. Higiene bucal:
La higiene bucal es básica para el cuidado básico del anciano e importante para evitar posibles infecciones. Se realizará después de cada comida o cuando sea preciso. Si la persona mayor no puede hacerlo sola, el cuidador debe realizarlo limpiando cada parte con detalle y aplicando después un protector labial. En caso de utilizar una prótesis dental también deberá lavarse diariamente.

4. Cuidado de los pies:
El cuidado de los pies es muy importante en los cuidados de las personas mayores para evitar futuros problemas. La falta de seguridad al caminar o las caídas son en muchas ocasiones consecuencia de la falta de cuidados en los pies. Una recomendación en el caso de personas mayores sería la de remojarlos en agua caliente cuando los sintamos cansados o doloridos, secarlos bien e hidratarlos a diario, utilizar un calzado cómodo y evitar las prendas ajustadas en esta zona del cuerpo.

5. Alimentación saludable:
En el envejecimiento nuestro cuerpo cambia obviamente y lleva asociados ciertos cambios fisiológicos que modifican las necesidades nutricionales de la persona. Con cierta frecuencia estas necesidades no se alcanzan apareciendo malnutrición y algunas consecuencias. Éstas pueden ser la aparición de algunas patologías, el empeoramiento de enfermedades y de su recuperación, el inicio de una situación de dependencia, el aumento del riesgo de caídas, etc.
Practicar una dieta saludable, variada y equilibrada, es importante siempre, pero cobra mayor relevancia durante la vejez. En la dieta es necesario que aparezcan todos los grupos de alimentos.

La alimentación en la vejez se organiza mediante unas pautas nutricionales coherentes con las necesidades fisiológicas, la actividad física realizada y la salud general. Según los expertos estas pautas deben ser las siguientes:

• Proteínas. Ingerir el 20% de la dieta (pescados, proteínas vegetales o lácteos desnatados).
• Hidratos de carbono. Alrededor del 55%. Se recomienda consumir legumbres, cereales integrales, vegetales y disminuir el consumo de azúcar.
• Aumentar su consumo en la vejez mediante frutas, aceite de oliva, frutos secos, vegetales, etc.
• Beber 2 litros de agua al día. Con la vejez la sensación de sed disminuye, no se debe esperar a tener sed para beber.

6. Higiene postural
Uno de los cambios importantes que presenta nuestro cuerpo en el envejecimiento es, la pérdida de musculatura y masa ósea esto hace que en algunos casos podamos perder estabilidad, lo deseado sería mantenernos autónomos el mayor tiempo posible y ser independientes para la realización de las actividades diarias. Sin embargo, pueden aparecer ciertos problemas fisiológicos que limitan este objetivo. Como consecuencia la persona mayor se sentirá insegura, aumentará el riesgo de caídas y la probabilidad de ser dependiente.
La higiene postural es el conjunto de normas que nos ayudarán a mantener una posición correcta. Ya sea en movimiento o quietos, debemos proteger principalmente nuestra columna vertebral, músculos y articulaciones.
La higiene postural consigue reducir los daños musculoesqueléticos en base a ciertas recomendaciones.

En general, podemos decir que si:
• Nos mantenemos activos.
• Realizamos ejercicio moderado diario.
• Evitamos el reposo excesivo.
Conseguiremos mejorar nuestra forma física, tendremos músculos y huesos más fuertes y resistentes, y adquiriremos una mejor postura tanto en reposo como en movimiento.
En caso de presentarse dolor, es necesario acudir al médico y seguir las recomendaciones que nos indique.

2 Objetivos

Revisión sobre los diferentes protocolos que, como técnicos auxiliares en cuidados de enfermería, nos ayudarán en nuestro trabajo diario con personas de edad avanzada.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, Google Académico seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Un plan de cuidados eficiente para los ancianos:
• Disminuye el número de hospitalizaciones.
• Reduce el nº de ancianos institucionalizados.
• Mejora el estado funcional.
• Mejora la situación cognitiva.
• Mejora la comunicación.
• Promueve la flexibilidad y pensamiento independiente.

5 Discusión-Conclusión

Entre los nuevos problemas a enfrentar en el ámbito de la salud se encuentra no solo el mantenimiento de la funcionalidad de los adultos mayores, la prevención de la enfermedad y de sus consecuencias y el tratamiento adecuado de la población adulta mayor actual, sino también el desafío de promover en la población adulta media estilos de vida saludables que conduzcan a un envejecimiento activo de las futuras generaciones. La enfermería cobra entonces una vital importancia, tanto por su participación clave en el equipo de salud como por su potencial de respuesta a las necesidades de cuidado de la salud de los adultos mayores en todos los niveles de atención, y en forma especial en la atención primaria y cuidados a largo plazo social que conduzca a pautas de comportamiento más tolerantes y solidarias hacia las personas adultas mayores de la comunidad.

Ser anciano no siempre significa ser dependiente.

6 Bibliografía

• "Cuidados básicos del anciano" (2007) Editorial Just in Time S.L.
• Lucy Muñoz de Rodríguez, Marta Lucía Vásquez. Mirando el cuidado cultural desde la óptica de Leininger. Colombia Médica. 2010; 38(4).
• Vásquez ML. Aproximaciones a la creación de competencias culturales para el cuidado de la vida. Invest Educ. Enferm. 2006; 24: 136-142.
• Leininger M. Culture care diversity and universality: a theory of nursing. New York: Nacional League for Nursing Pres; 199.
• Catalogación en la Fuente, Biblioteca Sede de la OPS Organización Panamericana de la Salud Enseñanza de la enfermería en salud del adulto mayor. Washington, DC. OPS: 2012 Serie Recursos Humanos para la Salud N°. 59.

Capítulo 634

BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA Y EL PAPEL DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LOS PRIMEROS MOMENTOS

VIRGINIA DOMÍNGUEZ MARTÍNEZ

CARMEN MIYARES VELAZQUEZ

DENYS SUAREZ DEPETRIS

XANA ARDURA MARTIN

LAURA LAORDEN FERNANDEZ

1 Introducción

Hablamos de lactancia materna exclusiva, cuando el recién nacido se alimenta únicamente de lactancia materna hasta los 6 meses de vida. Es la forma más eficaz de dar al recién nacido un comienzo de vida, lo más saludable posible. Tiene mucha importancia en el futuro ya que ayuda a los pequeños a crecer, impide la desnutrición, promueve el desarrollo cerebral y reduce el riesgo de sobrepeso en la infancia. Pero tampoco olvidaremos que la lactancia materna, aporta también muchos beneficios también para la madre.

El papel de los profesionales sanitarios en relación a la lactancia materna es fundamental dentro de la atención primaria, tanto en su promoción como en que su

instauración sea exitosa. Explicar sus beneficios, realizar un seguimiento y dar apoyo, dejará patente su importancia ya que el personal de enfermería será un referente para la familia, cuando necesitan ayuda y consejo.

Mencionaremos unas nociones básicas para poder ofrecer nuestra ayuda como profesionales sanitarios, lo que ayudará a evitar un abandono precoz de la misma.

Según un informe del Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría, elaborado en 2016, el porcentaje de lactancia materna exclusiva a los 6 meses se situaba en torno al 28,5% en el año 2012, una tasa que queda lejos de las recomendaciones de organismos como la OMS o UNICEF. Y no porque las madres no quieran amamantar –se estima que casi el 90% de mujeres embarazadas en España quiere dar el pecho– sino que, entre otras trabas sería la falta de apoyo y una atención mejorable por parte de los profesionales sanitarios que entran en contacto con la madre y con su hijo, lo que muchas veces provoca el abandono. Así pues es algo que como personal sanitario, deberíamos tener muy en cuenta.
Las madres y las familias necesitan apoyo para que sus hijos reciban una lactancia materna óptima. De acuerdo con lo que dice la Organización Mundial de la Salud (OMS) junto con UNICEF, el personal sanitario debe facilitar y promover la lactancia materna en los centros de salud, ya que tal como han recordado las dos organizaciones, amamantar a todos los bebés durante los primeros dos años salvaría cada año la vida de más de 820.000 niños menores de cinco años. "Los hospitales no sólo están ahí para curar los males, sino también para promover la vida y garantizar que las personas puedan vivir con el máximo potencial sus vidas" dicho por el director general de la OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus.

La organización mundial de la salud, recomienda una lactancia prolongada, es decir, después del periodo de los 6 meses hasta los 24 meses. La leche materna proporciona en un niño de 6 a 12 meses, más de la mitad de nutrientes que necesita e incluso un tercio entre los 12 y los 24 meses.
La mayor duración de la lactancia materna también contribuye a la salud y el bienestar de las madres. Reduce el riesgo de cáncer de ovarios y de mama, la hipertensión, las enfermedades cardíacas y accidentes cardiovasculares. También ayuda a espaciar los embarazos, ya que la lactancia exclusiva de niños menores de 6 meses tiene un efecto hormonal que a menudo induce la amenorrea (ausencia de períodos menstruales).

Se recomienda el inicio temprano de la lactancia materna, este será durante primera hora de vida. Para ello, se debe fomentar la práctica del piel con piel,

que se hará el mismo nacimiento o como mucho media hora después de éste. Ese contacto directo con la madre es algo natural, dentro de la biología humana y siempre que no haya riesgo para el recién nacido, debe realizarse ya que tiene un sinfín de beneficios.

El Contacto Piel con Piel, genera un vínculo madre-bebé. En la primera hora de vida el bebé está en un estado de "Alerta Tranquila" que debemos aprovechar. Está iniciando su período sensitivo, que ayudará a que la LM sea exitosa. A su vez proporcionará al RN una mejor adaptación metabólica, cardíaca y respiratoria, potenciará la calma y reducirá el estrés pasado en el parto; también le protegerá frente a la muerte neonatal, entre otros muchos beneficios. Si la madre y el bebé no son interrumpidos en este momento, el recién nacido tomará el pecho de forma espontánea sin ningún tipo de ayuda.

La primera leche que se produce cuando se inicia la lactancia es el Calostro, su composición está adaptada a las necesidades que tiene el recién nacido. Es amarillento y muy concentrado. Se caracteriza por ser rico en proteínas y sales minerales, con una escasa proporción de lactosa. Es fácil de digerir porque es bajo en grasas y una pequeña cantidad saciará el estómago del bebé de unos 5ml el primer día de vida, equivalente al tamaño de una cereza.

El calostro le proporcionará al recién nacido anticuerpos vitales para combatir infecciones, estimula su sistema inmunitario, ayuda a la función intestinal, evita la ictericia y tiene un gran aporte de vitaminas y minerales.

El olor del calostro se asemeja al del líquido amniótico. Su olor y junto con el color de la areola, le harán de guía al recién nacido, que reptará y cabeceara hasta conseguir el agarre. Después de las 4 primeras horas de vida entrará en un "Periodo de Letargo" en el que costará mucho más trabajo conseguir ese agarre espontáneo. De ahí la importancia de no saltarnos el Contacto Piel con Piel.

Las primeras 24 horas serán importantes para observar la actitud de la madre y le reacción del bebé por si hicieran falta intervenciones que les favorezcan o les sirvan de apoyo con la LM. El principal mensaje que se tiene que dar a entender, es que la lactancia materna, es A Demanda, no tiene horarios ni para la frecuencia de las tomas, ni para la duración de las mismas.

A veces, no tendrán hambre y estar al pecho será simplemente una manera de querer relajarse (no hay que olvidar que el recién nacido, necesita contacto) o de saciar su sed. Esto no querrá decir que el RN no esté siendo alimentado correc-

tamente, (uno de los temores de las madres al no poder ver la cantidad de leche ingerida por su bebé).

Para cerciorarnos de que el recién nacido se está alimentando correctamente, nos fijaremos en que el bebé realice al menos 8 tomas diarias, que haga un número de micciones proporcionales al número de tomas, que haga deposiciones (el número puede variar depende del niño) y que tenga la mucosa, lengua y labios hidratados.

Durante la primera semana de vida, todos los bebés pierden peso, por lo que es conveniente ofrecerles el pecho muy a menudo, conviene estar más pendiente de las tomas del bebé, sobre todo si no estuviera pidiendo al menos 8 tomas diaria.

Se recomienda estar atentos a los momentos en que parece que está un poco más despierto para ofrecerle el pecho, sin esperar a que el bebé lo demande, pero sin despertarle. Esto facilitará el agarre ofreciéndole antes de que esté irritado.

No administraremos nunca agua al bebé, con lactancia exclusiva no es necesaria, la leche materna tiene un porcentaje elevado de agua (80%), sobre todo nada más empezar la toma, así que si el bebé está sediento, la calmará mamando. Dándole agua podemos hacer que el bebé pierda tomas, consuma menos leche materna e incluso tenga diarrea.

No es recomendable el uso de chupete hasta que la lactancia esté realmente establecida, la succión es diferente, el recién nacido no deja de estar aprendiendo y podría provocar un mal agarre del pecho. También se corre el riesgo de que pierda alguna toma y por lo tanto descender a su vez la producción de leche. Al mes ya se puede usar porque se considera que la lactancia ya está instaurada.

El personal sanitario, tiene que ser consciente de que el dolor durante la lactancia, indica que hay un problema, o bien el recién nacido no está bien colocado y está succionando solo el pezón en lugar de la areola, también puede que esté muy separado del pecho, entonces tirará mas del pezón o podría ser que el bebé tuviera anquiloglosia (frenillo lingual corto) y le esté perjudicando a la hora de succionar.

Para una correcta posición, deberemos fijarnos en:
- La espalda del bebé debe estar alineada con la cabeza.
- La madre siempre tiene que verse el pezón.

El mentón y la nariz del bebé tienen que estar lo más pegados al pecho de la madre, situaremos el pezón debajo de la nariz para que lo huela y el bebé subirá ligeramente la cabeza.

La boca tiene que estar bien abierta, debe coger areola y no solo pezón. Es muy importante que el labio de abajo esté evertido.

Para corregir la postura o retirarle el pecho, no se debe tirar del bebé, si no que se debe meter un dedo entre la boca y el pecho de la madre para poder eliminar el vacío.

La cabeza del bebé debe estar sujeta, pero libre, no conviene ponerle la mano detrás justo, si no mejor sujetarle o si hay que empujarle, que sea por la espalda. Cuando el bebé se agobia, quiere respirar mejor, o ha terminado la toma. Apartará la cabeza hacia atrás y si tenemos la mano, no podrá hacerlo.

Una buena postura es realmente importante, se evitarán tomas extremadamente largas, dolor y grietas en los pezones de la madre y ayudará a que el bebé suelte el pecho espontáneamente, lo cual es una señal de que la toma ha sido satisfactoria.

Los primeros días se alternarán las tomas de los pechos cada dos horas; si por ejemplo, el bebé pide dentro de la media hora siguiente a finalizar la primera toma, ésta se considerará la misma toma y seguiremos con el mismo pecho. Las tomas se empiezan a contar desde el inicio de la toma y no desde el final. Si pasan dos horas o más, ya se considera otra toma y recomendaríamos cambiar de pecho. Así se estimularán los dos pechos de igual manera y el bebé aprovechará todos los beneficios de la leche.

Al acabar la toma, conviene que la madre se saque un poco de leche y se la extienda por toda la areola, ya que le ayudará a curtir el pezón y tenerlo en buenas condiciones.

No es necesario colocar al recién nacido para que expulse los gases, con la lactancia materna, el bebé no traga aire debido al vacío que crea con la succión.

Debemos tener en cuenta que las primeras semanas los bebés demandan más tomas por la noche, esto es debido a que el nivel de prolactina, (la hormona que produce la leche) tiene su pico más elevado durante la noche. Por eso los bebés piden más, para estimular y poder tener suficiente leche para el día. De ahí que no sea conveniente saltárselas, si se quiere tener una lactancia materna exitosa.

2 Objetivos

Revisión de los beneficios de la lactancia materna y el papel del personal de enfermería en los primeros momentos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, Google Académico seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Con información y apoyo, la lactancia tiene más posibilidades de ser exitosa, no olvidemos que la llegada a la familia de un nuevo miembro, sobre todo si es algo nuevo, puede ser un cambio muy brusco a nivel emocional, sobre todo con aluvión de hormonas a la que está sometida en ese momento la madre tras el parto. Así pues, unas pequeñas nociones para el personal de enfermería son clave para poder proporcionar esa ayuda inicial que más adelante se verá transformada en SALUD tanto para la madre como para el recién nacido.

5 Discusión-Conclusión

Todas las mujeres tienen leche para poder amamantar a sus bebés, es algo que se tiene que volver a inculcar ya que hay que recuperar esa confianza perdida desde que se instauró la leche artificial.
Todas las mujeres tienen calostro incluso antes del momento del parto, tienen lo que necesita su bebé. Dependiendo de cada mujer, la leche de transición aparecerá entre el segundo y el quinto día, la llamada subida de la leche. Y a los 15 días ya tendrá la leche madura. Es decir, si el calostro es el primer alimento del bebé y la leche madura es su nutrición a largo plazo, la leche de transición sería el puente que une ambas.

Únicamente hay de un 3 a un 5% de mujeres que no tienen leche suficiente para conseguir alimentar a sus hijos de manera exclusiva y que tienen que apoyarse

de una lactancia mixta o artificial. Así que si una mujer quiere dar de amamantar a sus hijos, no debería no poder por falta de apoyo. Sobre todo, que no por falta de apoyo por parte del personal sanitario.

El lactante alimentado con sucedáneos no dispone de factores que estimulen su inmunidad y ejerzan un efecto barrera frente a agentes infecciosos o potencialmente nocivos, por ello padecen mas episodios y de mayor duración y gravedad de algunos tipos de infecciones, gastrointestinales, respiratorias, otitis media aguda y media aguda recurrente, infecciones de orina…

En niños alimentados con lactancia artificial, el botulismo presenta una aparición más precoz y con una detección más tardía. La sepsis y meningitis son más frecuentes e incluso después de terminar el periodo de lactancia. A su vez tienen mayor riesgo de mortalidad postneonatal, peor desarrollo neurológico, enfermedades autoinmunes, e incluso cáncer: según el metaanálisis realizado sobre todos los estudios publicados entre 1966 y 2004 sugiere un incremento en el riesgo de cáncer infantil en los lactantes no amamantados: 9% para leucemia linfoblástica aguda, 24% pata linfoma de Hodgkin y 41% para neuroblastoma.

Por lo tanto la LM es un proceso único que:
- Provee una nutrición inmejorable para los niños y contribuye a un crecimiento saludable y desarrollo
- Reduce la incidencia y la severidad de las enfermedades infecciosas, disminuye la morbilidad y mortalidad infantil.
- Contribuye a la salud de la mujer, reduciendo el cáncer ovárico y de pecho y por aumentar el espaciamiento entre embarazos.
- Posee beneficios sociales y económicos a la familia
- Provee a la mayoría de las mujeres con un sentido de satisfacción cuando la lactancia es exitosa.

6 Bibliografía

- Declaración de Innocenti del 2005 sobre la alimentación de lactantes y niños pequeños, Innocenti Publications (2007).
- Manual de lactancia materna, de la teoría a la práctica. Asociación española de pediatría. Editorial médica panamericana.
- Actualización a la lactancia materna. Ester Muñoz Borreda y David Baz Carmona .World health Organisation. [Internet] Health Topics: Breastfeeding: 2018.

- Lund-Blix NA et al. Infant feeding in relation to islet autoimmunity and type 1 diabetes in genetically susceptible children: the MIDIA study. Diabetes Care. 2015;38(2):257-263.
- Un regalo para toda la vida (Guía de la lactancia materna) por Carlos González. Edit Booket.

Capítulo 635

CUIDADOS DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA A LA PACIENTE MASTECTOMIZADA

CESAR ANGEL CASTAÑON FERNANDEZ

BLANCA FLOR NAVEDA REDONDO

SARAY MARIA SUAREZ FERNÁNDEZ

ANA MARIA PIEDRA SÁNCHEZ

ROSA MARÍA SAN JOSÉ BLANCO

1 Introducción

¿Qué es el cáncer de Mama?
El cáncer se origina por la pérdida del control del crecimiento normal de los tejidos. En los tejidos normales, el crecimiento de nuevas células y la muerte de células viejas se mantienen en equilibrio, es decir, que nacen y mueren el mismo número de células al día. En el caso del cáncer, este equilibrio se altera. Esta alteración puede ocurrir como resultado de un crecimiento celular descontrolado o debido a la pérdida de habilidad que tienen las células normales de someterse a un "suicidio celular" mediante un proceso conocido como «apoptosis». La apoptosis o «suicidio celular», es el mecanismo mediante el cual las células viejas o dañadas se autodestruyen.

El cáncer es capaz de diseminarse a través de todo el cuerpo mediante dos mecanismos: invasión y metástasis.

La invasión se refiere a la penetración directa de las células cancerosas en los tejidos vecinos.
La metástasis se refiere a la habilidad de las células cancerosas para penetrar dentro de los vasos linfáticos y sanguíneos, circular a través del torrente sanguíneo y después invadir los tejidos normales en otras partes del cuerpo. Dependiendo de si se pueden diseminar o no por invasión y metástasis, los tumores se clasifican como benignos o malignos. Los tumores benignos son tumores que no se pueden diseminar por invasión o por metástasis; por lo tanto, ellos sólo crecen localmente. Por el contrario, los tumores malignos son capaces de diseminarse por invasión y por metástasis. Por definición, el término «cáncer» se aplica sólo a los tumores malignos.

El cáncer de mama constituye un importante problema en los países occidentales por su elevada incidencia. En los últimos años se ha detectado una notable mejoría tanto en la prevención, como en el tratamiento de la enfermedad, gracias a los avances científicos y al esfuerzo de todos los profesionales implicados en esta materia.
La técnica quirúrgica más frecuente empleada en el cáncer de mama es la mastectomía.
La mastectomía es el término médico para la extirpación quirúrgica de una o ambas mamas de manera parcial o completa.
Existen 3 tipos de mastectomía en función del grado de extirpación que se realice:
• Mastectomía subcutánea: Si se extirpa sólo la glándula pero se conserva la piel de la mama, la areola y el pezón.
• Mastectomía simple: La extirpación de la mama completa, incluida la piel que la cubre, la areola y el pezón.
• Mastectomía radical: La extirpación de la mama completa acompañada de los ganglios linfáticos de la axila y de porciones variables de los músculos pectorales.

2 Objetivos

Objetivo general:
El objetivo principal de este trabajo es elaborar un Plan de Cuidados de enfermería, dirigido a la mujer con cáncer de mama antes y después de la cirugía, en el contexto de una unidad de hospitalización especializada de mama.

Objetivos específicos:
- Proporcionar al personal de Enfermería una herramienta común para el cuidado durante el tratamiento.
- Garantizar la calidad de asistencia sanitaria y una atención integral e individualizada a la mujer con cáncer de mama.
- Coordinar y orientar las necesidades que puedan presentar estas pacientes, educando siempre en el auto cuidado.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo ha sido aplicado una estrategia de búsqueda bibliográfica.
La búsqueda bibliográfica se ha realizado en diversas bases de datos: Scielo, Dialnet, Medline, Cochrane Plus y Google académico.
Además se han consultado diferentes libros sobre los cuidados a las mujeres mastectomizadas y diversas páginas webs oficiales sobre cáncer de mama y cirugía de mama como son la Asociación Española contra el cáncer (AECC) y la Federación Española sobre cáncer de mama (FECMA), así como, protocolos de planes de cuidados de diferentes hospitales.
Se ha realizado una revisión bibliográfica en la base de datos PubMed utilizando los descriptores: Cáncer, cáncer de mama, mastectomía, prótesis mama.

4 Resultados

Cuidados generales durante la estancia hospitalaria:
Antes de la intervención:
Durante su estancia en el Hospital y para la vuelta a casa es importante utilizar ropa cómoda. Para la vuelta a casa se recomienda ropa ligera que se pueda abrir por delante tipo blusas, camisas o chaqueta, pantalones o falda con cintura elástica, así como batín y zapatillas.
Durante la estancia en el hospital , el personal de enfermería facilitará a la paciente camisones desde el mismo día del ingreso, variando estos en función de la situación, ya que existen distintos tipos, un tipo para el día de la intervención y otro para los días posteriores de recuperación hospitalaria.
No obstante, dado la naturaleza de la intervención y para que la paciente se siente lo más a gusto posible, en los días posteriores se le permitirá usar su propia ropa si con ello su autoestima se mantiene elevada.

La abstinencia previa a la cirugía ha demostrado reducir los efectos nocivos del tabaco en la curación de las heridas casi hasta el nivel de los no fumadores. Revisiones científicas han concluido que es conveniente suprimir el consumo de tabaco durante las cuatro semanas anteriores y las cuatro siguientes a la intervención. De cualquier modo cualquier reducción en el hábito de no fumar en las semanas previas a la operación resulta beneficioso.

Recomendaciones para el día previo a la cirugía:
- NO debe comer ni beber nada desde la medianoche del día de la cirugía programada.
- NO es conveniente comer chicles antes de la intervención ya que estimula la secreción de jugos gástricos en el estómago.
- NO consumir bebidas alcohólicas la noche anterior a la intervención.
- Puede tomar su medicación habitual hasta el mismo día de la intervención si su médico así lo pauta.
- NO depilarse o afeitarse por lo menos dos días antes de la cirugía. Esto evitará erosiones en la piel que puedan aumentar el riesgo de infección de la misma.

Horas posteriores a la intervención:
- Mantener el brazo afectado elevado sobre una almohada, en algunos hospitales se da a las pacientes un cojín para poner debajo del brazo no solo en la cama sino también durante los paseos una vez puede levantarse.
- Evitar siempre que sea posible, la toma de TA, extracciones de sangre e inyecciones en el brazo afecto.
- Comenzar con los ejercicios de rehabilitación cuando le sea indicado por su cirujano/a.
- Para favorecer el proceso de recuperación es muy importante la movilización temprana (levantarse el sillón, ir al baño, pasear…)
- Comentar con el personal de enfermería todas aquellas cuestiones que se le planteen durante su estancia hospitalaria.

Recomendaciones al personal de enfermería hacia la mujer mastectomizadas.
1. Aspectos psicológicos.
2. Cuidados y recomendaciones.
3. Rehabilitación y ejercicios físicos.
4. Prótesis y reconstrucción mamaria.

Aspectos psicológicos
La mama es un órgano externo que tiene la función de amamantamiento e imagen de feminidad.

Por lo tanto la mastectomía distorsiona la imagen que la mujer tiene de sí misma, haciéndola sentir mutilada, deformada e incompleta, supone una importante agresión física, estética y psicológica que puede dejar graves secuelas.
A su vez la sombra amenazante del cáncer la lleva a destruir ilusiones, esperanzas y futuro.
En este punto es muy importante la empatía de la paciente con el personal sanitario, durante el tiempo de hospitalización. Es necesario ofrecer una atención integral a la mujer y mostrarle nuestro interés y apoyo, no solo por su parte enferma, sino por ella como ser humano.
La reacción de la mujer ante una mastectomía depende de tres factores:
1. Grado de identidad femenina, en la constitución de su imagen corporal.
2. De la propia personalidad de la paciente.
3. De la existencia de problemática sexual o de relación de pareja, anterior a la intervención.
La finalidad del apoyo psicológico será conseguir:
• Elevar la autoestima, obtener una imagen satisfactoria de sí misma.
• Aflorar los aspectos de personalidad más maduros de la mujer.
• Preservar la relación de pareja y tratar las frecuentes dificultades en las relaciones sexuales, ya que el rechazo a su propio cuerpo y la ansiedad que acarrea, dado el proceso, dificultan o anulan en ocasiones la vida sexual.
• Apoyar las relaciones con la familia, amigos incluso asesorando a la familia respecto al comportamiento a seguir con la paciente.
• Facilitar la comunicación entre el personal sanitario y la mujer adecuándose la relación terapéutica a las necesidades de la mujer (Centros de salud – Servicio de oncología)

Cuidados y recomendaciones:
Los cuidados generales van a ir encaminados a evitar posibles complicaciones en el brazo afectado y a detectarlas precozmente:
• Evitar en el lado afectado: sacar sangre, poner inyecciones, tomar T.A.
• Evitar compresión en mangas, puños y tirantes del sujetador.
• No usar joyas que puedan oprimir la extremidad: anillos, pulseras…
• Aplicar crema de manos e hidratantes para evitar piel seca.
• Utilizar cremas hidratantes y dar masajes en la zona.
• No dormir sobre el lado afectado.
• Mantener el brazo afectado elevado el mayor tiempo posible, incluso al dormir ponerlo sobre una cojín o almohada.
Rehabilitación y ejercicios físicos:

La mujer mastectomizada sentirá sensación de insensibilidad y acorchamiento, que desaparecerá poco a poco y que es debido a las desinserciones musculares y menos frecuentemente a la sección de terminaciones nerviosas. La rehabilitación se hará a las 24-48 horas de la intervención, (siempre que el médico no diga lo contrario). El objetivo de la rehabilitación es realizar los movimientos del hombro, flexión, extensión, abducción, aducción y rotaciones externas e internas con mayor estímulo.
El personal de enfermería animará a la paciente a realizar los ejercicios y la ayudará en aquello que necesite. Los movimientos deben de ser suaves, progresivos y sin brusquedades, con el fin de evitar el edema del brazo y hemotórax, ya que al hacer un vaciamiento axilar el drenaje linfático y venoso es deficiente.

Los ejercicios pueden ser:
• Posturales: brazo elevado, no dormir del lado operado…
• Respiratorios: Tomar aire por la nariz al mismo tiempo que levanta los dos brazos y luego comience a descender los brazos hasta expulsar el aire- 6 repeticiones, 10 veces al día…
• Específicos: cerrar y abrir el puño con fuerza o apretar una pelota con el lado operado. Intentar peinarse forzando pero sin llegar al dolor. Acostada boca arriba, con las palmas de la mano hacia arriba tocar el hombro con la mano del lado operado, volver a la posición inicial con la palma hacia abajo. Ir subiendo la mano por la pared, haciendo un camino hacia arriba colocándose al lado de la pared, y también cara a la pared, subir poco a poco (equivale a limpiar cristales lámparas estanterías…) Las primeras veces tal vez necesite ayudarse con la otra mano.
Prótesis y reconstrucción mamaria:
Cuando la paciente abandona el hospital, deberíamos intentar que su aspecto exterior sea lo más normal posible, de cara a sí misma y hacia los demás, para lo cual el médico le indicará la existencia de prótesis: las hay internas y externas.
-Reconstrucción con prótesis externas (algodón, silicona).
- Con prótesis internas (silicona, expansores titulares).
-Reconstrucción con colgajos miocutáneos (músculo recto del abdomen, músculo dorsal ancho).

La finalidad de la prótesis y la reconstrucción mamaria es lograr simetría y volumen, es decir, dar seguridad a la mujer para que se vea bien con ella misma.
Es por ello importante ante dudas y preguntas que realice al personal de enfermería, despejarle miedos y animarla dentro de nuestros conocimientos, ya que siendo nosotros quien pasa más tiempo en contacto con la paciente, ésta buscará nuestra opinión y conocimientos en cirugías de reconstrucción mamaria en base

a nuestra experiencia en los cuidados post operatorios.

5 Discusión-Conclusión

Nunca serán demasiados ni el tiempo, ni el esfuerzo que utilicemos en dar consejos, recomendaciones y cuidados, el resultado será aumentar la calidad de vida de la paciente antes, durante y tras el alta hospitalaria.
La cirugía de mama es una de las intervenciones más duras de asumir por una mujer, su pecho es parte de su ser, expresión de su feminidad y lo que la naturaleza le ha dado para la alimentación de los hijos.
La actuación psicológica debe ir dirigida a conocer las características individuales de la paciente, dotarlo de las herramientas adecuadas para hacer frente a su problema y facilitar la superación del proceso de la manera más eficaz, con el menor coste posible.
Los profesionales sanitarios deben ser prudentes en todo momento con los comentarios que hagan delante de la paciente.
Una formación específica en el trato a la paciente sería de gran ayuda para un correcto trato profesional por parte del equipo sanitario.

6 Bibliografía

• Enfermería Global versión On-line ISSN 1695-6141 Pereira Mendes, A.B.*; Da Costa Lindolpho, M.**; Pinto Leite, A.
• Alarcón, A. (1990). Ideas para un enfoque sistémico del cáncer. Psiquis, 11(3), 25-32.
• Rincón Fernández, M.E., Pérez San Gregorio, M.A., Borda Más, M. y Martín Rodríguez, A. (2012). Impacto de la reconstrucción mamaria sobre la autoestima y la imagen corporal en pacientes con cáncer de mama. Universitas Psicológica, 11(1), 25-41.
• López-Abente G, Pollán M, Aragonés N, Pérez Gómez B, Hernández Barrera V, Lope V et al. Situación del cáncer en España: incidencia. An Sist Sanit Navar 2004; 27: 165-173.
• Páginas web AECC y FECMA.

Capítulo 636

LA ACTUACION EN LA RCP

MANUELA RENDAL PRADO

JUAN CARLOS MARTÍN MARTÍN-MAESTRO

MARIA BEGOÑA GARCÍA FEITO

MARÍA MERCEDES QUESADA FERNANDEZ

CRISTINA PEREZ ALONSO

1 Introducción

La reanimación cardiopulmonar (RCP) es una técnica útil para salvar vidas en muchas emergencias, entre ellas, un ataque cardíaco o causa ahogamiento, cuando se detienen la respiración o los latidos del corazón de una persona. La American Heart Association (Asociación Estadounidense del Corazón) recomienda que todos, tanto los observadores sin capacitación como el personal médico, comience la reanimación cardiopulmonar con las compresiones de pecho.

Es mucho mejor hacer algo que no hacer nada en absoluto si temes que tus conocimientos o habilidades no están al 100 por ciento. Recuerda que la diferencia entre hacer algo y no hacer nada podría salvarle la vida a alguien.

Frente a una situación de emergencia, es importante saber cómo actuar y en ocasiones es necesario tener que reanimar a la persona que sufre de dicha emergencia con un masaje cardíaco, o una reanimación cardiopulmonar (o RCP). Es importante saber primeros auxilios para todo tipo de ocasiones, de modo que te explicamos a continuación, cómo realizar una RCP.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Saber realizar una RCP de urgencia.

Objetivo secundario:
- Intentar salvar una vida en la medida de lo posible.
- Aprender las técnicas de rcp.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Medline, Scielo, Pubmed y Google Académico, se han utilizado criterios de búsqueda en revistas científicas y artículos encontrados de actuación de rcp y se utilizaron descriptores con las palabras claves utilizadas en la búsqueda: emergencia, rcp, via aérea, paciente consciente e inconsciente.

4 Resultados

Se Presentan algunos consejos de la American Heart Association (Asociación Estadounidense del Corazón):
• Falta de capacitación. Si no tienes capacitación en RCP, sólo practica la reanimación cardiopulmonar con las manos. Esto significa hacer compresiones de pecho sin interrupción de 100 a 120 por minuto hasta que lleguen los socorristas (se describe en mayor detalle más adelante). No es necesario proporcionar respiración de rescate.
• Con capacitación y preparación. Si tienes capacitación y confianza en tus habilidades, comprueba si la persona tiene pulso y respira. Si no respira o no tiene pulso en 10 segundos, comienza las compresiones de pecho. Comienza la reanimación cardiopulmonar con 30 compresiones de pecho antes de dar dos respiraciones de rescate.
• Con capacitación, pero falta de práctica. Si anteriormente hiciste la capacitación en reanimación cardiopulmonar, pero no tienes confianza en tus habilidades, solo haz las compresiones de pecho a un ritmo de 100 a 120 por minuto. (Los detalles se describen más adelante).

Los beneficios de la RCP están probados por multitud de estudios en el mundo entero y su necesidad se confirma como indiscutible en el medio en que nos

encontramos ya que una intervención rápida aumenta las posibilidades de supervivencia y disminuye las secuelas. la comunidad científica está potenciando la formación en primeros auxilios y RCP a toda la población, entendiendo que cada persona es un eslabón importantísimo de la "cadena de supervivencia".
La RCP está indicada en caso de haberse producido una Parada Cardiorrespiratoria (PCR) o simplemente una de las dos (cardiaca o respiratoria).
La función de la RCP es mantener la circulación de la sangre y aportar una mínima cantidad de oxígeno a los órganos vitales. Esto se consigue a través del masaje cardiaco y de la respiración boca a boca.
Con la RCP podemos evitar la muerte por lesión irreversible de los principales órganos del cuerpo (corazón, cerebro, pulmones) mientras se intenta corregir la causa que originó la parada cardiaca o respiratoria y se avanza en los distintos eslabones de la cadena de supervivencia.

La mayoría de los PCR son de origen cardíaco. En muchas ocasiones la causa se ignora y se clasifican como de origen presumiblemente cardíaco cuando se carece de autopsia, y siempre que hayan sido descartadas otras causas no cardíacas. Sin embargo, no siempre la muerte súbita es de origen cardíaco. Accidentes neurológicos, vasculares o pulmonares pueden producir la muerte en un corto intervalo y confundirse con la muerte súbita de origen cardíaco. Además, la muerte cardíaca no es siempre de origen arrítmico. Puede ser secundaria a rotura cardíaca o disfunciones valvulares agudas graves.
La taquicardia ventricular (TV) y fibrilación ventricular (FV) son responsables del 75% de las muertes súbitas . La reentrada es, con mucho, el principal mecanismo subyacente en el origen de arritmias. Aunque existe la tendencia a ver la muerte súbita como un fenómeno eléctrico, lo más habitual es que tenga lugar por la interacción de un sustrato anatómico-funcional permanente con factores desencadenantes transitorios (alteraciones electrolíticas o estrés). Generalmente confluyen diversos factores al mismo tiempo para que tenga lugar la arritmia grave. Esto explica que siendo tan frecuentes los factores de riesgo de muerte súbita, el fenómeno sea relativamente infrecuente en relación con la incidencia de dichos factores. Para que un solo factor pueda ser responsable debe ser de gran entidad, como son los episodios isquémicos aislados que afectan a gran parte del miocardio y que, aun incidiendo sobre corazones previamente sanos, pueden desencadenar una FV en ausencia de cofactores.
El 80% de PCR de origen cardíaco presentan aterosclerosis coronaria. Del 40 al 86% de los supervivientes presentan estenosis coronarias superiores al 75% . En una serie de 113 casos de muerte súbita, se observó trombosis coronaria aguda en el 48% de los casos e infarto antiguo en el 26% .

Las miocardiopatías constituyen la segunda entidad responsable. La miocardiopatía hipertrófica presenta una prevalencia de muerte súbita del 2 al 4% anual en adultos y del 4 al 6% en niños y adolescentes . Esto se debe a arritmias, deterioro hemodinámico súbito o isquemia. La miocardiopatía dilatada ocasiona el 10% de las muertes súbitas en adultos. La displasia arritmogénica ventricular derecha constituye una miocardiopatía de origen genético causante de arritmias ventriculares graves. La miocarditis es una causa de muerte súbita relativamente frecuente en niños, adolescentes y adultos jóvenes; es habitual en este caso la concurrencia del ejercicio intenso como concausa.
Otra entidad son las alteraciones electrofisiológicas: síndrome del intervalo QT largo, síndrome de Wolf-Parkinson-White (WPW), FV idiopática, síndrome de Brugada, TV idiopáticas o bloqueo AV congénito. Hipertrofia ventricular, cardiopatías valvulares y congénitas son también alteraciones cardíacas relacionadas con la muerte súbita.

5 Discusión-Conclusión

El aspecto más novedoso de las nuevas guías de RCP es quizás, la necesidad de conseguir la implicación de la población en la atención inicial a la prevención de la rcp. Detección de pacientes de mayor riesgo. Equipos de actuación rápida.
No existe evidencia del tiempo de retención de la información teórica y las habilidades adquiridas después de un curso de reanimación. Parece que a partir de los 3 meses se empieza a olvidar información. Actualmente se recomienda realizar cursos de actualización y repaso cada 1-2 años.

6 Bibliografía

1. Pautas recomendadas para la comunicación uniforme de datos en el paro cardíaco extrahospitalario (nueva versión abreviada). El ”Estilo Utstein”. En: Ruano M, Perales N, editores. Manual de soporte vital avanzado. Barcelona: Masson S.A., 1996; 211-229
2. Sudden cardiac death. Circulation 1998; 98: 2.334-2.351
3. Emergency medical treatment. Boston: Little Brown, 1991
4. Sudden cardiac death. En: Alexander RW, Schlant RC, Fuster, editores. The heart arteries and veins. Nueva York: Mc Graw-Hill, 1998; 1.081-1.112
5. Muerte súbita extrahospitalaria en España. En: Bay??s de Luna A, Brugada P, Cos??n Aguilar J, editores. Muerte súbita cardíaca. Barcelona: Doyma, 1991; 13-21

6. Tendencias actuales de la mortalidad por cardiopatía isquémica en España. Rev Esp Cardiol 1987; 40: 311-316

Capítulo 637

ESTUDIO DE LOS EFECTOS DE LA ALIMENTACIÓN EN PROCESOS DE MIGRAÑA

SHEILA PEREZ BARRANCO

EVA FERRER GONZALEZ

1 Introducción

Las migrañas son mucho más que un simple dolor de cabeza, quien las sufre a menudo se ve condicionado en sus actividades de vida diaria. Para la Organización Mundial de la Salud, la migraña encabeza el sexto puesto en enfermedad incapacita a nivel global y el según puesto si hablamos solamente de enfermedades neurológicas.

Según estudios de La Sociedad Española de Neurología en nuestro país, España, se calculan aproximadamente que alrededor de cinco millones de personas son diagnosticadas con algún tipo de episodio migrañoso. De todos estos casos, se estima que alrededor del 70% muestran una grave incapacidad. Suelen aparecer en la pubertad, disminuyendo sus síntomas a partir de los cuarenta y cinco años. Los expertos apuntan que la causa principal se produce por un mecanismo cerebral el cual libera sustancias inflamatorias que son las que afectan principalmente y son responsables del dolor que se produce alrededor de nervios y vasos sanguíneos de la cabeza.

Aunque lo cierto es que aún no se puede determinar con exactitud cual es el factor desencadenante en una crisis de migraña, existen muchos tipos de procesos migrañosos, cada cual con diferentes manifestaciones, con diferentes niveles de

dolor, con diferentes localizaciones, y que pueden afectar en más o menos medida a otras partes del organismo, como pueden ser alteraciones de la sensibilidad, alteraciones visuales, vómitos, etc. Los estudios agrupan las causas en dos tipos, de componente biológico, como pueden ser las hereditarias, o de componente ambiental, como puede ser el estrés, sueño o alimentación.

2 Objetivos

- Determinar la relación existente entre ciertos alimentos con la aparición de una crisis de migraña.

3 Metodología

Se ha efectuado una tarea de ponderación teórica, sustentada en libros especializados, artículos y bibliografías a través de diferentes bases de datos como, Google Académico, Medline Plus y Wikipedia. Para esto hemos utilizado diferentes descriptores, jaqueca, alimentos, dolor, cabeza.

4 Resultados

Como resultado de la investigación y datos obtenidos observamos que en la patología migrañosa existe un componente genético y vascular. Existen diferentes tratamientos que dependerán en función del tipo de migraña que sea diagnosticada, pueden ser desde preventivos, para anteponerse al dolor, hasta analgésicos y AINES, pasando por medicaciones más específicas, como pueden ser los triptanes que actúan favoreciendo la vasoconstricción de las arterias que se encuentran dilatadas durante la crisis migrañosa, entre otras actuaciones también a nivel del nervio trigémino.

Podemos constatar que tenemos dentro de los factores ambientales, el factor de la alimentación, éste afecta y beneficia en muchos ámbitos de la salud, dado que existe una relación muy estrecha entre alimentación y enfermedades, entre ellas destacar la migraña.

Las teorías apuntan y corroboran que alimentos como los quesos grasos, carnes grasas, café, chocolate, embutidos, afectan negativamente al paciente migrañoso, produciendo un efecto negativo sobre el organismo, haciendo que sus crisis se produzcan más cercanas en el tiempo, sean más duraderas y de mayor intensidad.

Especialistas destacan lo beneficioso de seguir una dieta baja en grasas, alimentos procesados y de origen animal para mejorar las crisis de migraña y atenuar su intensidad, en la misma línea se asevera que la dieta de más calidad y más saludable para prevenir las migrañas tiene que ser baja en grasa, baja en carbohidratos, baja en vitamina b6 y rica en omega 3.
Un factor importante de que la migraña se cronifique en el tiempo es tener un índice de masa corporal elevado. La universidad de Navarra concluyó en un estudio que las personas obesas tiene hasta un 27% más de probabilidad de sufrir migrañas.

5 Discusión-Conclusión

La migraña es una enfermedad que constituye un problema de salud a nivel social y sanitario ya que tiene un alto porcentaje de incidencia en la población, podemos observar que no solo el factor hereditario es importante, sino que el ambiental como el tipo de vida y alimentación determinan en gran medida los riesgos de padecer esta enfermedad y de mejorar o atenuar sus síntomas.
En la atención primaria la gran mayoría de las veces la migraña se trata como un dolor de cabeza común, cuando no lo es, y con el tratamiento adecuado se podrían tener menos recaídas y ser menos recurrentes en el tiempo. El paciente es poco informado de lo que él podría hacer por sí mismo para mejorar sus migrañas, como pueden ser los cambios de alimentación dirigiendo la dieta a una bajada del consumo de productos grasos y de origen animal, elevada en vegetales y hortalizas. Evitar el consumo de sustancias como el tabaco o el alcohol y añadir prácticas deportivas, ayudan a relajar el sistema nervioso central, evitando el estrés y la ansiedad, todo ello crucial para sufrir menos procesos migrañosos.
Gestos y acciones pequeños pueden suponer una notable ,mejoría para el paciente con migraña.

6 Bibliografía

1. Ávalos-Huertas, S. (2017). Dieta para un cerebro en forma. Madrid: Editorial RBA Integral.
2. Matos, J. (2017). Buenos días, alegría. Madrid: Editorial Znith.
3. Sacks, O. (2006). Migraña. Nueva York: Editorial Anagrama.

Capítulo 638

ALIMENTACIÓN EN EL PRIMER AÑO DE VIDA

FLORENTINA MARÍA LLAMAZARES GONZALO

NOELIA GARCIA LOPEZ

LUCIA GARCIA GARCIA

EVA MARIA FERNANDEZ CANCIO

MARIA TERESA AVILES SOTO

1 Introducción

Tras el nacimiento comienzan nuevas inquietudes y dudas, el 99% girarán en torno a la alimentación del bebé, comenzando por la lactancia y siguiendo por el orden de introducción de los alimentos.

La dieta de los bebés durante su primer año es vital para su crecimiento. En la actualidad, la OMS recomienda lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad y hasta los dos años como complemento.

Existen alternativas como las fórmulas y preparados. Además de ir introduciendo alimentos sólidos en la dieta.

2 Objetivos

Dar a conocer las diferentes opciones de alimentación en lactantes durante el primer año de vida así como evaluar cuales son más beneficiosas para el bebé.

3 Metodología

Se hizo una revisión bibliográfica de las principales bases de datos como son Pumbed y Cochrane y también se consultó Google Academic.

4 Resultados

LACTANCIA MATERNA:

- La leche materna proporciona la alimentación ideal al lactante y contribuye a un crecimiento y desarrollo favorables.
- Los profesionales de la salud que trabajan con embarazadas deben promocionar la lactancia materna como principal elección ya que la leche materna reduce la incidencia y gravedad de las enfermedades infecciosas y protege al bebé ciertos tipos de alergias e intolerancias alimentarias. También disminuye la morbilidad infecciosa y la muerte súbita del lactante y contribuye a que la relación entre madre e hijo sea más cercana.
- Por estas razones y de acuerdo con la OMS, la Academia Americana de Pediatría (AAP) y el Comité de Lactancia de la Asociación Española de Pediatría, recomienda la alimentación exclusiva al pecho durante los primeros seis meses de vida del bebé.

ADAPTACIÓN DE LA LECHE EN LAS DIFERENTES FASES DE LACTANCIA:

- Leche pretérmino: La mujer que da a luz un bebé, produce una leche con menor cantidad de lactosa y mayor concentración de proteínas, lactoferina e IgA (inmunoglobulina A), para atender la gran demanda del recién nacido.
- Calostro: Se produce a los 3-4 días después del parto. Es un líquido de alta densidad y color amarillento. Se produce, en poco volumen (2 a 20 ml por mamada) de ahí su alta densidad donde los nutrientes se encuentran más concentrados.
- Leche de transición: Se trata de la leche producida entre el 4º y el 15º día. Periodo en el cual hay un notable aumento de la producción (600-800 ml/día al final de esta quincena). Esta leche va variando día a día hasta alcanzar las características de la leche madura.

- Leche madura: La leche materna empieza a madurar aproximadamente a las dos semanas, pero no será totalmente madura hasta las cuatro semanas del bebé. Esta leche empieza a contener cantidades más elevadas de algunos componentes que protegen al bebé contra infecciones bacterianas y virales.

LACTANCIA ARTIFICIAL:
Una vez que se decide la lactancia artificial como sistema de alimentación para el bebé, al igual que con la LM, debe ser exclusiva hasta los 5-6 meses.
Se diferencian dos tipos de fórmulas/preparado:
- De inicio: abarca desde el nacimiento hasta los 4-6 meses de vida.
- De continuación: diseñadas para administrar a partir de los 6 meses de vida.

TIPOS DE FÓRMULAS ESPECIALES:
- Fórmulas elementales: son fórmulas diseñadas para una mayor asimilación en aquellos bebés con alteraciones en la absorción intestinal de nutrientes.
- Fórmulas antirreflujo: son fórmulas a las que se le añaden sustancias espesantes.
- Leche de soja: indicada en aquellos bebés que desarrollan alergia a la proteína de la leche de vaca.
ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA (BEIKOST)
- Periodo de lactancia: comprende los 6 primeros meses de vida, exclusivamente a base de leche materna y en su defecto la leche de fórmula.
- Periodo transicional: es el cual se inicia la alimentación complementaria a la leche incluyendo los semisólidos (beikost) y primeros contactos con los sólidos.

Entre el 4º y 5º mes el bebé es capaz de succionar de forma efectiva, pero es incapaz de deglutir sólidos. Los reflejos masticatorios, aparecen entre el 6º y 9º mes. El tono del esfínter esofágico comienza durante los 6 primeros meses de vida hasta alcanzar su madurez a los 3 años.

En el año 2001 la OMS determinó el 6º mes como ideal para la introducción de la alimentación complementaria en niños amamantados con leche materna.

Comenzar la alimentación complementaria antes de los 6 meses puede causar entre otros:
- Mayor riesgo de toxiinfecciones alimentarias
- Exposición a alimentos que pueden resultar alergénicos
- Riesgo de disminución de LM o LF

5 Discusión-Conclusión

- En la alimentación en el primer año de vida la lactancia es prioritaria y a demanda.
- Durante los primeros 12 meses de vida, el bebé triplica su peso y su estatura aumenta en un 50%. Estos incrementos en peso y estatura son los principales índices utilizados para la evaluación del estado nutricional del bebé.
- Una alimentación inadecuada en la primera infancia es uno de los principales factores de riesgo de mala salud a lo largo de la vida. Entre los efectos a largo plazo cabe citar un mal rendimiento escolar, una menor productividad, alteraciones del desarrollo intelectual y social y diversas enfermedades crónicas.
- La hora de comer debe ser un momento de aprendizaje y amor.

6 Bibliografía

1. Alimentación de los lactantes y de los niños pequeños: Normas recomendadas por la Unión Europea, 2008.
2. La lactancia materna: información para amamantar. Consejería de Salud, Gobierno de La Rioja, 2007
3. Ramos Sáinz M L. La lactancia materna. Un reto personal. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, Gobierno de Cantabria, 2003.
4. Hernández Aguilar MT, Aguayo Maldonado J. La lactancia materna. Cómo promover y apoyar la lactancia materna en la práctica pediátrica. Recomendaciones del Comité de Lactancia Materna de la AEP. An Pediatr (Barc). 2005;63(4):340-56.
5. Rocha AM, Olivera R, Leal I. La influencia de la lactancia materna en la salud infantil, el bienestar y el desarrollo. Una revisión teórica y empírica. Rev Fac Nac Salud Pública. 2014;32(2):103-14.
6. Cáceres Fernández W, Reyes Santana MC, Malpica Alonso E, Álvarez Alonso L, Solís Molinet L. Variables que influyen en el comportamiento de la lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes. Rev Cubana Med Gen Integr [serie en Internet]. 2013 [citado 18 de enero de 2013];29(3).
7. Ruiz Silva MD, Pouymiro Brooks Y, Dumas Nico YA. Lactancia materna.

Capítulo 639

EL ANCIANO: TRATAMIENTO Y TRASTORNOS DEL SUEÑO

MARÍA JOSÉ GARCÍA GARCÍA

ROSA MARÍA GIL OLMOS

JOHANNA CUERVO DE LA NOVAL

ISABEL GONZÁLEZ GARCIA

1 Introducción

El insomnio es muy influyente en la calidad de vida de las personas, la ausencia del sueño, la dificultad para conciliar, la calidad del mismo y el tiempo de descanso depende de cada persona.
El insomnio aumenta con la edad, el sueño sufre variaciones, convirtiéndose en un sueño polifásico, con despertares y dificultad para su conciliación, disminuyendo la latencia en la 1ª Fase REM, produciendo alteraciones en los Ritmos Circadianos, considerando de mala calidad el descanso.

La pérdida del sueño, los trastornos para dormir, afectan al bienestar el anciano, sintiendo un malestar generalizado, irritabilidad, cambios en el humor, aumento de riesgo de caídas, disminución de la memoria, dificultad para poder desarrollar las actividades diarias, incluso en los casos más graves pueden desarrollar trastornos depresivos.

2 Objetivos

- Aprender a diferenciar entre insomnio y cambios del sueño.

3 Metodología

Para el desarrollo de este tema, realizamos una búsqueda en diferentes revistas cientificas, artículos de medicina relacionados con los trastornos del sueño, centrando la búsqueda en el paciente anciano.

4 Resultados

Es muy importante a la hora de diagnosticar, saber diferenciar entre insomnio y cambios del sueño, que pueden deberse a la edad.
Es necesario conocer la historia clínica del paciente, su medicación, antecedentes personales, y habitos de vida (respecto al sueño), hora a la que se acuesta y se levanta, si duerme durante el día, si se siente cansado, el tiempo que tarda en dormirse.

5 Discusión-Conclusión

El insomnio es un trastorno que afecta a un gran número de ancianos, para su diagnóstico se monitoriza al paciente y se realiza un seguimiento de las Fases del Sueño.
Para su tratamiento existen dos alternativas: el tratamiento Farmacológico y el NO Farmacológico.
- El tratamiento Farmacológico: basado en hipnóticos, relajantes y sedantes, pueden crear una gran dependencia. Se recomienda no tomarlos durante periodos largos de tiempo, teniendo cuidado en los efectos secundarios y en la compatibilidad de los tratamientos de otras patologías.
- El tratamiento NO Farmacológico: hacer ejercicio durante el día (dependiendo de la movilidad de cada paciente), no acostarse en la cama durante las horas de sol, tener unos horarios de sueño saludables.

Un buen diagnóstico del insomnio es muy importante.

6 Bibliografía

- Protocolo diagnóstico y terapéutico del insomnio en el anciano. Fuentes de gilbert (2006)
- Tratamiento del insomnio en el anciano. Formación médica continuada en atención primaria. Baena (2006).
- Abordaje terapeutico del insomnio (2012).
- Tratamiento de la agitación nocturna.

Capítulo 640

LA MENOPAUSIA

ANA MARIA FERNANDEZ PEREZ

MONTSERRAT FERNANDEZ VIEJO

1 Introducción

La menopausia es un momento en la vida de la vida de una mujer caracterizado por dejar de tener menstruaciones, representando la transición entre el periodo fértil y la vejez. Se produce porque la mujer comienza a perder progresivamente su función ovárica y por tanto baja la producción de las hormonas femeninas, los estrógenos y progesterona. Suele ocurrir naturalmente entre los 45 y los 55 años y puede durar entre 7 y 14 años.

La pérdida hormonal no suele producirse de manera brusca, sino que es un fenómeno natural y evolutivo que pasa por diferentes etapas: Premenopausia, que corresponde al tiempo entre el primer y el último período de una mujer. Perimenopausia, se comienza a experimentar algunos pequeños cambios. Con el tiempo, la intensidad y duración de estos cambios aumenta, es posible que comencemos a observar que nuestras emociones cambian con facilidad, a sentir las primeras irregularidades menstruales e incluso notaremos que el ciclo menstrual se va alargando hasta llegar al cese definitivo de la menstruación. Menopausia, podemos determinar que una mujer llega a la menopausia cuando no tiene un período menstrual durante un año. Posmenopausia, después de la menopausia el descenso en la producción de estrógenos se consolida. El conjunto de todas esas etapas se denomina climaterio y la duración de las mismas es algo personal y depende de cada mujer.

Se considera menopausia precoz cuando se pierde la capacidad reproductiva antes de los 40 años. Puede aparecer de forma natural, pero también debido a op-

eraciones o enfermedades como el cáncer. La menopausia precoz natural ocurre cuando, antes de los 40 años, los ovarios dejan de funcionar y pierden la capacidad de producir hormonas. Muchas veces la menopausia precoz es producida por tratamientos contra el cáncer o cirugías de extirpación de útero u ovarios. Pero también hay otros motivos por los que puede producirse, como enfermedades autoinmunes, condiciones genéticas o infecciones virales. La menopausia precoz natural es algo poco habitual.

Los especialistas estiman que el 85% de las mujeres presentará trastornos asociados con la menopausia como pueden ser:

1. Cambios en el ciclo menstrual, en los últimos años de la etapa reproductiva, a partir de los 40 años, los ciclos menstruales se hacen más cortos y se reduce la capacidad genésica, mientras que en los años previos a la menopausia los ciclos se alargan y la cantidad de la regla tiende a ser más abundante.
2. Síntomas vasomotores, es el síntoma más notorio, presentes entre el 30 y el 80% de las mujeres, se define como una sensación subjetiva de calor asociada a vasodilatación cutánea y sudoración que se sigue de un descenso de la temperatura corporal y aceleración transitoria de la frecuencia cardíaca, cuya duración y frecuencia es variable, comienzan en la perimenopausia y generalmente desaparecen de forma gradual con los años.
3. Insomnio, los sofocos y las sudoraciones nocturnas pueden provocar alteraciones del sueño y en consecuencia cuadros de fatiga, irritabilidad, disminución de la concentración y falta de memoria.
4. Vaginales / sexuales, la atrofia y pérdida de elasticidad de los tejidos de la vulva y vagina, déficit de secreción glandular y reducción del espesor epitelial, comporta sequedad vaginal y dolor en las relaciones sexuales.
5. Urinarios, la incontinencia urinaria es frecuente en la menopausia debido a la falta de estrógenos que provoca debilidad en el suelo pélvico y cierta atrofia urogenital.
6. Estado de ánimo, puede haber un estado de ánimo más bajo y más propenso a cuadros depresivos, así como experimentar cambios bruscos de humor o sentirse irritable.
7. Aumento de peso, la grasa corporal aumenta consecuencia de los cambios metabólicos que se experimentan y que hacen que se queme menos grasa.
8. Dolor articular, el envejecimiento y la menopausia producen daños en el cartílago, huesos y líquido en las rodillas, hombros, dedos y caderas.
9. Osteoporosis y riesgo de fractura, la pérdida de masa ósea ocurre más tempranamente en las mujeres y experimenta una aceleración al cesar la producción estrogénica, es el síntoma más preocupante.

La menopausia constituye una oportunidad para desarrollar estrategias preventivas para mejora la calidad de vida y aumentar la longevidad. El tratamiento para aliviar las molestias o síntomas de la menopausia varía de una mujer a otra y dependen de la intensidad de los síntomas, ante todo se debe establecer en qué etapa se encuentra la mujer. Dado que todas las mujeres van a vivir la menopausia al ser una etapa natural en su vida, lo que es posible es intentar adaptar el estilo de vida para llevar una vida lo más plena y saludable posible a través de las siguientes recomendaciones: Llevar una dieta saludable en la que abunden los alimentos frescos, rica en calcio y vitamina D; realizar ejercicio con regularidad y adaptado a la condición física; cuidar el suelo pélvico realizando ejercicios de fortalecimiento; moderar el consumo de alcohol y café; realizar controles periódicos de tensión arterial, colesterol y glucosa en sangre para prevenir enfermedades y complicaciones; realizar actividades mentales estimulantes y acudir a todas las revisiones ginecológicas periódicas.
Todo tratamiento para los síntomas de la menopausia tiene efectos beneficiosos, pero también efectos secundarios, por lo que las medidas farmacológicas deben emplearse cuando sean necesarias, sin estar indicadas para prevenir la aparición de los síntomas y sin estar justificadas en las mujeres sin síntomas. La Terapia hormonal sustitutiva (THS) consiste en la administración de estrógenos, asociado a progesterona en las mujeres con útero intacto, lo que se considera el pilar fundamental para el tratamiento de los síntomas vasomotores. Entre los efectos adversos de la THS se encuentra el incremento del riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, accidentes cerebro vasculares, tromboembolismo y cáncer de mama u ovario. Aunque existen serios efectos adversos asociados a la THS, el balance beneficio-riesgo es favorable para el tratamiento de los síntomas vasomotores que afecten negativamente a la calidad de vida, siempre que se utilice la dosis mínima efectiva durante el tiempo más corto posible.

2 Objetivos

- Informar a la mujer sobre su salud y acerca de las medidas preventivas para alcanzar una madurez sana.
- Divulgar, informar y concienciar a la sociedad en general acerca de esta etapa de la vida de la mujer, y secundariamente en el hombre.
- Sugerir estrategias para combatir la menopausia y para mejorar la calidad y la esperanza de vida de las mujeres.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica y sistemática a través de Google y Google académico, analizando distintas páginas web y textos científicos, utilizando para ello las palabras clave “prevención”, “síntomas” y “tratamiento”.

4 Bibliografía

https://medlineplus.gov/spanish/menopause.htm
https://www.webconsultas.com/categoria/salud-al-dia/menopausia
https://www.enfemenino.com/salud/menopausia-en-la-mujer-s1605376.html
https://www.plannedparenthood.org/es/temas-de-salud/salud-y-bienestar/menopausia.
https://aeem.es/aeem/vision-y-objetivo.

Capítulo 641

RELACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA CON LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER VISTA POR TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

ELISA MUÑIZ DELGADO

ANA BELÉN CORTINA MARTÍNEZ

1 Introducción

El deterioro cognitivo es un problema frecuente en la salud publica (Romano, Nissen, Del Huerto y Parquet, 2007).

La enfermedad del Alzheimer (EA) tiene una esperanza de vida paralela de su prevalencia (Boluda, Cala, Ayala, Dalouh y Jiménez, 2017).

Hoy en día hay cerca de 30 millones de personas padecen alguna enfermedad de demencia. Se espera que dicha cifra llegue en 2040 a 80 mil, ya que cada año la fundación de Alzheimer dice que crece y se incrementa en 100.000 personas en nuestro país cada año (Castellani,Rolston y Smith, 2010).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el Alzheimer como una enfermedad progresiva mental, debida a la degeneración de las células nerviosas y la disminución de la masa cerebral. Algunos casos comienzan con pérdidas

de memoria, deterioro intelectual, desorientación temporal y/o no temporal ,etc. (Cala y Boluda, 2019).

Hoy en día se realizan investigaciones enfocadas en los beneficios de terapias que no sean a base de fármacos. Se basan en objetivos para ralentizar o paliar el declive físico y cognitivo y así mejorar la vida de los pacientes.

Uno de estos objetivos es la terapia a través del ejercicio físico como la más importante ya que, se ha demostrado que provoca un aumento de beneficios para la salud puesto que mejora los niveles cognitivos y reduce la depresión (Gallego, Alcaraz, Aguilar-Parra, Cangas, Martínez- Rosales y Martínez-Morillas).

Este capitulo tiene como objetivo exponer porqué la práctica del ejercicio físico podría ayudar a ralentizar el proceso degenerativo de dichas enfermedades (PARRA-ANGUITA, 2018).

Teniendo los múltiples beneficios de estas actividades a nivel cognitivo, físico y/o sensorial, se detecta en realizar nuevas investigaciones que proporcionen una información más detallada sobre los efectos del ejercicio.

Se necesitaría más implicación por parte del personal sanitario o bien de terapeutas ocupacionales para poder llevar a cabo estas terapias tan beneficiosas y así poder mitigar en la medida de lo posible el avance de esta enfermedad, puesto que sería beneficio para cualquier tipo de demencia.

2 Objetivos

Resaltar la importancia del ejercicio físico y la capacidad del técnico en cuidados de auxiliares de enfermería (TCAE) ante estos deterioros cognitivos.

3 Metodología

Se consultó varias páginas web sobre artículos de investigación relacionados con el tema propuesto así como publicaciones en revistas de investigación científica y material didáctico de cursos orientados a la formación del personal de las residencias del principado de Asturias (ERA).

La selección de la información se llevó a cabo también a través de Google Académico así como en bases de datos tipo Pudmed Dialnet entre otros,durante los dos últimos trimestres de 2019.

4 Resultados

Los TCAE son de vital importancia debido al tiempo que pasa con los pacientes, el cual debe de estar altamente cualificado por el tipo de pacientes que son (López, Riera, Simón y Heredia, 2016).

Los preparará para guiarles y enseñarles a llevar una vida sana con ejercicio físico. El TCAE formará parte del equipo multidisciplinario el cual recibirá las órdenes de las pautas a seguir para estos pacientes (Peña-Casanova, 1999).
Les guiará en temas relacionados con el aseo, la comida y sobretodo a estar ocupados y a que sepan guiarse a través de rutinas (Sánchez).

En todos los casos hay que decir que los familiares son un punto de apoyo imprescindible para los enfermos con alzheimer puesto que con éstos conviven la mayoría de las veces y son los primeros en detectar los cambios de la enfermedad (Soltero, Domínguez y Urbano).

Hay que tener en cuenta que algunas personas pueden tener dificultades en la práctica de algún ejercicio propuesto así como también, debido a la enfermedad, pueden ser reacios a la práctica de actividades nuevas o desconocidas para ellos (Stern, 2006).

Los estudios señalan que las intervenciones aeróbicas realizadas a media intensidad son adecuadas para los pacientes con enfermedad leve o moderada.

Realizar ejercicios de estiramientos, respiración, tocar con los dedos nariz o cualquier parte del cuerpo, rodar una pelota, pasear,caminar en diferentes direcciones, seguir un ritmo palmeando y practicar la relajación y respiración,son algunos ejemplos que podemos poner en marcha con los enfermos de alzheimer ya que la práctica de actividad física ha sido asociada con mejoras significativas en las funciones cognitivas.

La actividad física puede tener muchos beneficios en la enfermedad de Alzheimer, retrasando el comienzo y ralentizando la progresión de la enfermedad. Esto sucede porque existen varias razones que avalan estos hechos, algunos cambios metabólicos y neuropatológicos centrados en las causas subyacentes de la enfermedad, pudiendo ser cambiados durante el ejercicio. Algunas anomalías psicológicas y orgánicas que acompañan al curso de la enfermedad, pueden ser mejoradas.

Existen estudios de diversa naturaleza que han confirmado la reducción en la concentración de citoquinas proinflamatorias tras la realización del ejercicio físico

en poblaciones sanas, en la que se analizó el papel de los marcadores inflamatorios. En personas con problemas cognitivos se pudo demostrar que estas personas presentaban niveles más altos de interleucina.

5 Discusión-Conclusión

A través de diferentes terapias relacionadas con el ejercicio físico como puede ser aerobic o gimnasia de mantenimiento hemos descubierto lo beneficioso que puede llegar a ser para los pacientes con Alzheimer realizar deporte.

Cabe destacar que marcarles una rutina en su vida diaria ayuda mucho y es parte de un entretenimiento para ellos el cual también les ayuda a relacionarse con más gente.

Hay que añadir que cualquier persona que no tenga la enfermedad también se puede beneficiar del ejercicio físico.

En conclusión los estudios respaldan la actividad física como una parte a tener en cuenta del tratamiento para las personas con Alzheimer. Según el grado o el avance de la enfermedad podremos obtener unos resultados u otros. En este tipo de enfermedades cognitivas sacamos en conclusión que es una parte fundamental el tratamiento de las terapias aplicarlas en conjunto de los cuidadores ya que ayudaría a empatizar con el enfermo y la familia.

6 Bibliografía

- Boluda, R. M. Z., Cala, V. C., Ayala, E. S., Dalouh, R., & Jiménez, A. J. G. (2017). III Jornadas Internacionales de investigación en educación y salud: Experiencia de investigación con grupos vulnerables (Vol. 79). Universidad Almería.
- Castellani, R. J., Rolston, R. K., & Smith, M. A. (2010). Alzheimer disease. Disease-a-month: DM, 56(9), 484.
- Cala, V. C., & Boluda, R. M. Z. (2019). Educación y salud en grupos vulnerables (Vol. 89). Universidad Almería.
- Gallego, J. A., Alcaraz-Ibáñez, M., Aguilar-Parra, J. M., Cangas, A. J., Martínez-Rosales, E., & Martínez-Morillas, E. 320.-EJERCICIOS PASIVOS EN EL ANCIANO ENCAMADO. LIBRO DE ACTAS, 490.
- López, I. S., Riera, R. R., Simón, E. R., & Heredia, B. G. (2016). Alzheimer (Vol. 13). 3Ciencias.

- PARRA-ANGUITA, L. A. U. R. A. (2018). ELABORACIÓN Y VALIDACIÓN PSICOMÉTRICA DE UNA ESCALA DE CONOCIMIENTOS SOBRE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS. APLICACIÓN EN PROFESIONALES DE RESIDENCIAS DE MAYORES Y EN ESTUDIANTES DE ENFEMERÍA.
- Peña-Casanova, J. (1999). Intervención cognitiva en la enfermedad de Alzheimer. Fundación La Caixa.
- Romano, M., Nissen, M. D., Del Huerto, N., & Parquet, C. (2007). Enfermedad de alzheimer. Revista de posgrado de la vía cátedra de medicina, 75, 9-12. Sánchez, D. P. DETERIORO COGNITIVO LEVE (DCL).
- Soltero, M. A. L., Domínguez, J. A. P., & Urbano, M. C. Enfermedad de pick: Diagnóstico y tratamiento multidisciplinar. VOLUMEN III, 449.
- Stern, Y. (2006). Cognitive reserve and Alzheimer disease. Alzheimer Disease & Associated Disorders, 20, S69-S74.

Capítulo 642

SINDROME BURNOUT EN TÉCNICOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

ANA BELÉN CORTINA MARTÍNEZ

ELISA MUÑIZ DELGADO

1 Introducción

También se denomina síndrome del quemado o síndrome de quemarse en el trabajo, es un trastorno emocional de creación reciente que está vinculado con el ámbito laboral, el estrés causado por el trabajo y el estilo de vida del empleado. Este síndrome puede tener consecuencias muy graves, tanto a nivel físico como psicológico.(Alonso y Ortega,2014).

Los síntomas más comunes son depresión y ansiedad, motivos de la gran mayoría de las bajas laborales.(Sammarro,2017).El principal detonante del síndrome de burnout es el entorno laboral y las condiciones de trabajo.(Vidal y Ferrer,2002). El empleado que está expuesto de manera continua a niveles de estrés, carga de trabajo excesiva, poca autonomía, malas relaciones en el trabajo y ausencia de apoyo en su entorno, falta de formación para desempeñar las tareas, etc., puede llegar a padecer un estrés crónico que acabe provocando el burnout. Por ese motivo, el vínculo entre el estrés y el burnout es muy fuerte.(García,2018).

Sus principales manifestaciones de este síndrome son: baja autoestima,poca realización personal,estado permanente de nerviosismo,comportamientos agresivos,taquicardia,etc.(Puertas,2016).
La OMS define el universo de enfermedades, trastornos, lesiones y otros problemas de salud , es el estándar internacional de clasificación diagnóstica que sirve

para notificar enfermedades y afecciones con cualquier fin clínico o de investigación y constituye la base para seguir la evolución de la salud y obtener estadísticas mundiales.(Castro,2015).

El término ”burnout” fue acuñado por primera vez en 1974 por Herbert Freudenberger, en su libro “Burnout: The High Cost of High Achievement”.(Velázquez,2018).El trastorno es consecuencia de un estrés laboral crónico, y se caracteriza por un estado de agotamiento emocional, una actitud cínica o distante frente al trabajo , y una sensación de ineficacia y de no hacer adecuadamente las tareas, se incluye así entre los principales problemas de salud mental y en la antesala de muchas de las patologías psíquicas.(Carlin,2014).

Una persona afectada por el síndrome de Burnout ante todo debe tomar conciencia de su situación y reconocer que no se encuentra en las condiciones necesarias para seguir llevando a cabo adecuadamente las tareas asignadas a su puesto de trabajo. (Sánchez,2015).

El cuestionario Maslach se realiza en 10 a 15 minutos y mide los 3 aspectos del síndrome:Cansancio emocional, despersonalización, realización personal. Con respecto a las puntaciones se consideran bajas las por debajo de 34, altas puntuaciones en las dos primeras subescalas y bajas en la tercera permiten diagnosticar el trastorno.

2 Objetivos

- Dar a conocer los graves problemas que desata este tipo de enfermedad.

3 Metodología

El objetivo de este trabajo es realizar una revisión bibliográfica de lo publicado en bases de datos: ELSEVIER, SCIENCE DIRECT,CUIDEN,MEDLINE y sobre la relación que existe entre la aparición del Síndrome de Burnout y el trabajo en ciertas unidades de Técnicos en cuidados de enfermería, comprobar que factores de riesgo existen además de determinar el tipo de medidas que se dan para evitar su aparición. Durante el primer trimestre de 2019 y principios de 2020.

4 Resultados

A pesar de que las principales herramientas de diagnóstico no reconozcan el burnout como una enfermedad mental específica, sí que existen tratamientos específicos para luchar contra el burnout solo es preciso buscar un tratamiento para el burnout. Al igual que sucede cuando se trata de otras enfermedades mentales, los síntomas del burnout no desaparecen por arte de magia.

En realidad, el burnout surge debido a los malos hábitos. Y por malos hábitos nos queremos referir a los hábitos que no reducen nuestro estrés. Por lo que la primera fase de un tratamiento de burnout te ayuda a obtener un mayor entendimiento de ti mismo y de tu situación actual.

En la segunda fase de un tratamiento de burnout, es cuando nos ocupamos firmemente del problema en sí, así como de la solución. Esto significa que junto con el especialista vas a observar en qué situaciones experimentas menos estrés y así procurar poner en práctica esta información con el fin de disminuir tu nivel de estrés general.

Numerosas terapias prefieren recurrir a las capacidades de las que tú mismo ya dispones con el objetivo de cambiar tus hábitos negativos y así disminuir tu estrés de forma duradera. Durante esta fase del tratamiento de burnout, tienes que volver a emprender progresivamente diferentes actividades nuevas y tienes que volver a empezar alguna ocupación.En el transcurso de la última fase de un tratamiento de burnout, es cuando vas a aplicar los nuevos hábitos adquiridos con el fin de volver a emprender poco a poco ciertas actividades de manera más constante.

Es importante que lo hagas de forma progresiva, sin prisa, con el objetivo de limitar los riesgos de recaída.

5 Discusión-Conclusión

El Síndrome de Burnout constituye un problema de gran relevancia y repercusión social en nuestros días. Se considera un trastorno adaptativo crónico, en asociación con las demandas de trabajar directamente con personas y requiere de al menos seis meses de período desadaptativo, que puede ocasionarse tanto por un excesivo grado de exigencias como por escasez de recursos, hoy en día en los Tcae existe un gran problema debido a la sobrecarga de trabajo, y dependiendo en que zona del hospital se trabaje ya que unas generan más estrés que otras.

En los últimos 40 años se han realizado numerosas investigaciones desde diferentes aproximaciones sobre el síndrome de burnout, las cuales han intentado, inicialmente, delimitar el concepto y generar modelos explicativos, pasando posteriormente a un acentuado interés por la evaluación y el diagnóstico de esta problemática, lo que permitiría finalmente generar estrategias eficaces de prevención e intervención.

Se encuentran como referencias importantes los estudios de Freudenberg, Maslach, Pines y GilMonte. Freudenberg es citado como el pionero en los estudios del burnout, y se menciona como un referente histórico obligatorio.

Es importante resaltar que el Modelo Multidimensional de Maslach y Jackson es el más abordado, siempre relacionado con las profesiones asistenciales.

Pero si hay estudios que dicen que el contacto social es el antídoto de la naturaleza contra el estrés, hablar cara a cara con un buen oyente puede ayudar a calmar rápidamente nuestro sistema nervioso y aliviar así el estrés.

Abrirse a alguien no es ninguna carga. De hecho, la mayoría de los amigos y seres queridos se sentirán halagados de que confíes en ellos y esto va a fortalecer tu amistad.

Trata de ser más sociable con tus compañeros de trabajo. Entablar amistad con personas con las que trabajas, te puede ayudar a amortiguar el agotamiento por el trabajo.

Si sientes que no tienes a nadie a quien recurrir, nunca es demasiado tarde para construir nuevas amistades y ampliar tu Red social

6 Bibliografía

- Alonso, P. S., & Ortega, V. M. S. (2014). Síndrome de Burnout en el personal de enfermería en UVI. Enfermería Global, 13(1), 252-266.
- Carlin, M. (2014). El Síndrome de Burnout: comprensión del pasado, análisis del presente y perspectivas de futuro. Wanceulen SL.4
- Castro, A. B. S. (2015). Factores relacionados con la conducta de ayuda y su influencia en el ámbito del cuidado enfermero. NURE investigación: Revista Científica de enfermería, 12(77), 9.
- García Colón, L. (2018). El uso de terapias mente-cuerpo en el burnout profesional (Bachelor's thesis).

- Puertas Fernández, I. (2016). Síndrome de Burnout: bases, factores de riesgo y protectores en el ámbito enfermero.
- Sánchez, S. (2015). Prevalencia del síndrome de burnout en profesionales de enfermería de las unidades de cuidados críticos y urgencias del hospital médico-quirúrgico de Jáen. Enfermería del Trabajo, 4(4), 115-125.
- Sammarro, M. (2017). La scuola" oltre le sbarre". L'istruzione e la formazione come recupero della pena.
- Velázquez Moraga, I. (2018). El síndrome de Burnout en profesionales de enfermería de unidades de cuidados críticos (Bachelor's thesis).
- Villa Moya, M. (2019). Síndrome de Burnout en enfermería: estrategias de afrontamiento.
- Vidal, P. H., & Ferrer, A. R. (2002). Síndrome de Burnout en profesionales de enfermería de cuidados críticos. Enfermería intensiva, 13(1), 9-16.

Capítulo 643

LAS REVISIONES GINECOLÓGICAS, UNA DETECCION PRECOZ DE POSIBLES ENFERMEDADES

NATALIA VALLINA GONZÁLEZ

EVA GONZALEZ FERNANDEZ

JOSEFINA MARTINEZ GARCIA

MARÍA ENCARNACIÓN RECIO CONDE

ANGELES MORALES REYES

1 Introducción

Las revisiones ginecológicas nos ayudan a detectar posibles cambios en el aparato reproductor femenino, el comienzo de estas revisiones debe iniciarse con el inicio de una vida sexual activa. No obstante se puede acudir antes con fines preventivos y para realizar un diagnóstico precoz, en el caso de que la mujer tenga factores de riesgo como antecedentes familiares o historial clínica.

Lo ideal es acudir al ginecólogo al menos una vez al año, o si la mujer nota cambios como por ejemplo un bulto en la mama, cambio en la menstruación o en el flujo vaginal o alguna alteración en los genitales… no esperar a la siguiente revisión. Esta frecuencia de revisión periódica está recomendada por la OMS (Organización Mundial de la Salud) y la SEGO (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia).

La revisión ginecológica consta de la exploración interna y externa del aparato reproductor femenino mediante un examen abdominal y pélvico, una palpación de las mamas y una citología o test de Papanicolau; además de una serie de preguntas que le realiza el médico como por ejemplo estado de salud general (mediante una analítica que haya realizado la paciente) antecedentes familiares, fechas mensuales de la menstruación, embarazos, abortos, métodos anticonceptivos, etc.

A continuación explicaremos las pruebas que se realizan en dichas revisiones:
- Citología o test de Papanicolau: Se retira una muestra de tejido para detectar la presencia de células cancerosas en el cuello de útero. Una vez recogida la muestra se manda a analizar y en unos días se obtienen resultados, si está bien hasta la siguiente revisión al año no se repite. Esta prueba se considera una herramienta de prevención temprana esencial, ya que permite detectar cualquier anomalía y descubrir a tiempo el cáncer de cérvix o cuello uterino.

- Ecografía: Prueba que consiste en realizar un estudio por vía vaginal, del estado de los ovarios y útero para descartar quistes, pólipos, miomas…

- Exploración de mamas: Para detectar si hay cáncer de seno palpando y examinando sus pechos. Se recomienda hacer mamografías a partir de los 40 años, y si no hay anomalías repetirlas cada 2 años. Las mamografías tienen sobretodo carácter preventivo para detectar la presencia de alteraciones en el tejido mamario y prevenir el cáncer de mama.

- Densiometría.
- Toma de muestras para detectar el virus del papiloma humano (HPV).
- TAC.
- Resonancia magnética RMN pélvica o de la mama.

Las enfermedades ginecológicas más comunes que pueden afectar la salud de una mujer pueden ser los fibromas o miomas uterinos, los quistes de ovario, la endometriosis, dolor durante el mantenimiento de relaciones sexuales, enfermedades infecciosas, un sangrado excesivo, y la enfermedad inflamatoria pélvica o EPI.

2 Objetivos

- Descartar cualquier cambio en los órganos reproductivos.
- Prevenir el desarrollo de una enfermedad.

- Concienciar de que son imprescindibles para conservar y aumentar la calidad de vida, siendo controles periódicos de gran importancia en la salud de la mujer, ya que protegen su salud sexual y reproductiva.

3 Metodología

Se recopila información científica sobre el tema de estudio a través de una revisión sistemática y bibliográfica existente.

Se han consultado bases de datos importantes en el campo de Ciencias de Salud, tales como Pubmed, Medline, Scielo utilizando el buscador de palabras clave DECS (Descriptores de Ciencias de la Salud); buscando las siguientes palabras : exploración, síntomas, pruebas, rangos de edad.

Se han utilizado textos completos, tanto en español como en inglés y descartando artículos sin autor o sin título o artículos sin evidencia científica.

4 Resultados

A pesar de ello, las visitas al ginecólogo son una asignatura pendiente para las mujeres en España, sobre todo para las más jóvenes: una de cada cinco mujeres de 25 a 35 años no se ha hecho nunca una citología vaginal, y la mitad de las chicas entre 15 y 24 años no ha visitado nunca al ginecólogo.

Es importante saber que se puede realizar una detección temprana del cáncer de mama, y esto es esencial ya que las posibilidades de curación total de las pacientes con cáncer de mama o de cuello de útero dependen fundamentalmente de la rapidez en su diagnóstico.

Algunos de los síntomas que más consultas y revisiones ginecológicas generan son:
- Dolor.
- Trastornos del ciclo menstrual.
- Sangrado menstrual anormal.
- Bultos en los genitales y mamas.
- Flujo vaginal anormal.
- Escozor y picor.
- Acné.
- Seborrea.

- Dolor o dificultad al coito.

5 Discusión-Conclusión

Son un instrumento para prevenir enfermedades, promover el conocimiento de la salud ginecológica y resolver dudas, así como una forma de detectar problemas que, pueden derivar a muy graves.

Las revisiones periódicas ayudan a la prevención de determinadas patologías ginecológicas importantes, entre las que destaca el cáncer de cérvix o de cuello de útero. Este tipo de patología supone el segundo tipo de cáncer más común en las mujeres españolas de entre 15-44 años, según publicó recientemente la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO).

Los programas de detección precoz junto con los avances en diagnósticos y de tratamiento han llevado a un aumento importante de la supervivencia al cáncer de mama y de cérvix en los últimos 20 años, situándose en nuestro país la supervivencia global a los 5 años del diagnóstico en el 82,8% en el cáncer de mama y alrededor del 70% en el cáncer de cérvix, por encima de la media europea.

6 Bibliografía

- EMC - Ginecología-Obstetricia, Volume 46, Issue 2, 2010, Pages 1-27 G. Boutet.
- Asociación Española Contra el Cáncer.
- Progresos de Obstetricia y Ginecología, Volume 55, Issue 4, April 2012, Pages 153-164
Javier Cortés Bordoy, Jordi Xercavins, Rogelio Garrido, Pilar Miranda, Grupo de Estudio CRIVAC VPH España.
- Jiménez Ubieto, I., Zornoza, A. and Tarrío, O. Sangrado de origen ginecológico. Anales Sis San Navarra, 2009, vol.32, suppl.1, p.39-48.
- Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS), Instituto de Salud Carlos III - Ministerio de Sanidad y Consumo. Uso de la mamografía y de la citología de papanicolaou para la detección precoz del cáncer de mama y de cérvix uterino en España. Madrid: AETS - Instituto de Salud Carlos III; 2002; 41.

Capítulo 644

AUXILIAR DE ENFERMERIA EN ATENCION PRIMARIA

MARÍA SOL FERNÁNDEZ ARBESÚ

SONIA HUERTA COTO

ISABEL GARCÍA AGUDIN

MONTSERRAT MARTINEZ RODRIGUEZ

1 Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha abogado en favor de la atención primaria de salud (APS) desde antes de 1978, cuando adoptó como enfoque central la meta de Salud Para Todos en el año 2000.

Desde entonces, el mundo ha cambiado extraordinariamente. Ahora, la finalidad del proceso de renovación de la APS es revitalizar la capacidad de los países para articular una estrategia coordinada, efectiva y sostenible que les permita mejorar la equidad y afrontar los problemas de salud presentes y futuros. Contar con un sistema de APS renovado se considera una condición esencial para poder alcanzar los compromisos de la Declaración del Milenio, aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 8 de septiembre de 2000, pues aborda las causas fundamentales de los problemas de salud y considera a la salud como un derecho humano (1).

Sin embargo, todavía quedan graves problemas por resolver, como el aumento en la incidencia de tuberculosis, la pandemia de VIH/sida y el incremento rela-

tivo de la prevalencia de enfermedades no transmisibles (1). Además, la Región ha experimentado cambios demográficos, sociales y económicos que han tenido efectos importantes sobre la salud, como el aumento de la obesidad, la violencia y los problemas relacionados con el abuso de substancias nocivas (1).

No obstante en la Región de las Américas se han logrado avances importantes en salud y en el desarrollo humano en los últimos 25 años. Por ejemplo, la mortalidad infantil se ha reducido casi una tercera parte, la mortalidad por todas las causas ha disminuido en 25%, la esperanza de vida ha aumentado 6 años en promedio y la mortalidad perinatal se ha reducido en 35% (2).

La atención de salud preventiva y las pruebas de tamizaje para la detección y el tratamiento temprano de las enfermedades se llevan a cabo, en su mayor parte, en los centros de atención primaria de salud (APS), Estos centros, a los que las personas pueden acudir espontáneamente, también son los principales proveedores de manejo y cuidado continuos (3).

Se estima que 80% de los cuidados de salud se prestan en el nivel comunitario, donde los centros de Atención Primaria en Salud constituyen la espina dorsal del sistema de atención sanitaria. Los adultos mayores conforman ya una importante proporción de los pacientes atendidos en centros de Atención Primaria en Salud, y a medida que la población envejezca y las enfermedades crónicas se tornen más frecuentes, dicha proporción aumentará.

Los centros de Atención Primaria en Salud son el frente de la atención de salud y, por tanto, son lugares familiares para los adultos mayores y sus parientes. Dichos centros cumplen muy bien la función de proveer los contactos regulares y prolongados y el cuidado continuo que los adultos mayores necesitan para prevenir o retrasar la aparición de las discapacidades producidas por las enfermedades crónicas (3).

Por otra parte el sistema de salud chileno dice estar basado en la APS, pero en la práctica los esfuerzos están principalmente enfocados al nivel hospitalario, la puerta de entrada al sistema debiera ser la APS y cumplir con su rol preventivo y de promoción de la salud, así como mantener a la población sana, o al menos las patologías de base bajo control (3).

Asimismo, disponer de atención médica para resolver de forma oportuna las consultas agudas de la población, evitando descompensaciones que requieran atención de urgencia. Sin embargo, la escasez del RRHH que se vive en Chile, espe-

cialmente de médicos y profesionales no médicos en el primer nivel de atención, dificulta la provisión de salud. Esto resulta más evidente en zonas rurales y extremas del país (6).

2 Objetivos

Objetivo general
- Identificar el rol del auxiliar de enfermería en la Atención Primaria en Salud.

Objetivos específicos
- Realizar una revisión bibliográfica sobre el rol del Auxiliar de enfermería en la Atención Primaria en Salud.
- Reconocer las funciones del Auxiliar de enfermería en la Atención Primaria en Salud.
- Determinar la finalidad del auxiliar de enfermería en cuanto a la Atención Primaria en Salud.

3 Metodología

La metodología utilizada fue una revisión documental mediante la búsqueda de la literatura acerca de la atención a pacientes politraumatizados disponible en las bases de datos de Scielo, Google Académico, Elsevier y tesis, revistas de enfermería.

Las palabras clave utilizadas fueron auxiliar de enfermería, atención primaria en salud, APS, funciones, rol, actividades.

De esta forma, fueron utilizados para la búsqueda los artículos referidos descriptores en idioma español e inglés.

4 Resultados

Desde hace más de 25 años se reconoce a la Atención Primaria de Salud (APS) como uno de los componentes fundamentales de un sistema de salud efectivo. Las experiencias en países desarrollados y en vías de desarrollo demuestran que la APS puede interpretarse y adaptarse a una amplia variedad de contextos políticos, sociales, culturales y económicos (1).

El personal de enfermería es un elemento esencial de los sistemas de salud ya que representa entre el 60% y el 89% de la fuerza laboral dedicada a la atención de salud y proporciona hasta 90% de los servicios de salud. Está en la primera línea en los servicios de promoción de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación, tanto en las zonas que cuentan con una buena cobertura de servicios como en aquellas subatendidas (2).

Dentro del campo asistencial se enumeran las funciones del auxiliar de enfermería (4):

•Cuidar la salud del individuo en forma personalizada, integral y continua, respetando sus valores, costumbres y creencias.
•Realizar el proceso de Atención de Enfermería, como método científico de la profesión.
•Registrar en la historia clínica toda la información disponible sobre los problemas identificados en individuos, familia y comunidad.
•Valorar la información recogida en la HC para realizar acciones de enfermería.
•Evaluar las respuestas del individuo, la familia o la comunidad al tratamiento y los cuidados de enfermería, registrarlos además en la HC.
•Ejecutar acciones de enfermería en situaciones de emergencias y catástrofes.
•Participar en los programas de vigilancia epidemiológica establecidos por el SNS.
•Formar parte del equipo interdisciplinario e intersectorial participando en el cuidado integral de las personas, familias y comunidades.
•Participar en la confección, análisis y discusión de la situación de salud de su población, detectando grupos vulnerables, factores de riesgo e implementando acciones tendentes a su disminución y/o eliminación.
•Ejecutar acciones que den solución a los problemas de salud, identificados en el Análisis de la Situación de Salud.
•Ejecutar acciones comprendidas en los programas de salud que den solución a los problemas de su comunidad.
•Ejecutar actividades de promoción y fomento de la salud a individuos, familia y comunidad.
•Capacitar al individuo y la familia para que asuma conductas responsables en el cuidado de su salud.
•Ejecutar actividades de prevención y protección de las enfermedades a los individuos, las familias y la comunidad.
•Ejecutar actividades de curación y cuidados paliativos al individuo.
•Ejecutar actividades de rehabilitación y reinserción social a individuos y familias

•Ejecutar técnicas y procedimientos de enfermería en el ámbito de su competencia.
•Realizar acciones encaminadas a mantener la vigilancia en salud y el control de las enfermedades infecciosas a la población.
•Aplicar técnicas y procedimientos de la medicina alternativa en el ámbito de su competencia.
•Ejecutar acciones encaminadas al control del medio ambiente y al logro de un entorno saludable.
•Fomentar la colaboración intersectorial y multidisciplinaria en la gestión de los cuidados de salud a la población.
•Capacitar a brigadistas sanitarias y grupos voluntarios para su participación en la promoción de salud (4).

La atención primaria en salud es la puerta de entrada del sistema de salud y el lugar donde se operativiza la continuidad de la atención para la mayor parte de la población (5). Se conoce que los países luchan por alcanzar este acceso y cobertura universal de la salud, por medio de un reconocimiento de los recursos humanos idóneos, entre ellos el personal de enfermería; no obstante, por las condiciones de salud y asistencia sanitaria que presenta América Latina, la situación se torna compleja, motivo por el que se requiere un proceso de cambio y fomentar un rol más amplio de enfermería en Latinoamérica, cambio que involucra la voluntad política, lo cual implica un apoyo multifacético de los funcionarios de gobierno, legisladores, jefes de hospitales, personal médico y un cambio de perspectiva por parte del personal de enfermería (5).

Otro de los retos actuales del personal de enfermería comunitaria consiste en racionalizar la consulta de enfermería, priorizando la atención en función de la problemática de los usuarios, planificando el tiempo en función de los perfiles de éstos, y organizando las actividades a lo largo de las distintas visitas (7). Con todo ello se puede conseguir liberar tiempo para otras modalidades de atención de mayor crecimiento en la actualidad, como la atención domiciliaria, la intervención comunitaria o para potenciar la propia consulta de enfermería en su versión a demanda, de esta forma se conseguiría desplazar el núcleo de la actuación profesional desde el centro de salud a la comunidad (7).

En todo sistema de atención de salud basado en la APS, la función del personal de enfermería figura en un lugar prominente. En el pasado, la enfermería se ha preocupado siempre de los factores generales que determinan la salud: la educación, los ingresos, el género, el entorno social, etc. Todo sistema basado en la APS

debe tener establecido el apoyo y la ayuda a todo el espectro de las actividades de enfermería (8).

En su concepto más amplio, la APS incluye todos los servicios que tienen una función en la salud, como los ingresos, la vivienda, la educación, y el medio ambiente. En ella se incluyen también la atención primaria, es decir, el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y lesiones. Y comprende también los elementos críticos de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad y de las lesiones. Uno de sus principales aspectos positivos es la participación de los ciudadanos en la identificación de las necesidades, en la prestación de los servicios y en la situación de esos servicios lo más cerca posible de las personas (8).

Las enfermeras son el grupo principal de personal de salud que dispensa APS. Fomentan y mantienen los vínculos entre las personas, las familias, las comunidades y el resto del sistema de atención de salud, trabajando de manera autónoma y en colaboración para prevenir la enfermedad y la discapacidad, y para promover, mejorar, mantener y restaurar la salud. Su trabajo abarca la salud de la población, la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades, los cuidados de bienestar; es el primer punto de contacto para la gestión de la enfermedad a todo lo largo de la vida.

Para poder avanzar, es imprescindible que las enfermeras en tanto que figura central en la prestación de los cuidados de atención primaria de salud participen, dirijan y coordinen los cuidados y que las funciones que desempeñan en la política (8).

No obstante situar al personal de enfermería en el centro significa (8):
• Un mejor acceso a los cuidados. La Comisión de la OMS sobre Macroeconomía y Salud ha afirmado que la primera prioridad para ampliar la cobertura de los cuidados de salud se sitúa en el plano de la comunidad mediante unos servicios "cercanos al cliente" que puedan dispensar las enfermeras (8)
• Mejor prevención de las enfermedades crónicas. La prevención de la enfermedad y la promoción de la salud son ejemplos perfectos de las funciones y del creciente influjo de las enfermeras. Las enfermeras transmiten el mensaje de que una vida saludable es esencial para sostener, recuperar, y mejorar la salud. Las enfermeras fomentan regímenes y estilos de vida saludables; ofrecen asesoramiento a las personas que se sienten confusas o frustradas y ayudan a los pacientes a gestionar estados de salud crónicos para vivir una vida más larga y más sana.
• Mayor eficiencia en costos. Los estudios han demostrado que entre el 60 y el 80% de la atención primaria de salud, prestada tradicionalmente por médicos, puede

ser dispensada por las enfermeras con un costo menor y resultados similares.
• Mejor recuperación en los casos de catástrofes: el personal de enfermería son el grupo más numeroso que responde inicialmente en los casos de catástrofes y deben desempeñar una función aún mayor en la recuperación después de éstas. Están en contacto directo con las víctimas, los prisioneros, los heridos, los enfermos, los desplazados. Sus iniciativas van siempre unidas a acciones que tienen en cuenta la dimensión psicológica y la dimensión física.
• Mejor aceptación de los cuidados por el paciente: El cumplimiento o la adhesión deficientes a las terapias es causa directa de malos resultados de salud y el personal de enfermería puede hacer mucho para remediarlo
• Impulsar la tecnología para la atención primaria de salud: Mediante la teleenfermería las personas pueden permanecer en sus casas o en comunidades alejadas y comunicar sus signos vitales, los resultados de sus pruebas, y sus problemas a las enfermeras que trabajan en la ciudad o a cientos de kilómetros.

5 Discusión-Conclusión

La situación actual requiere de un examen exhaustivo de la atención primaria en salud tanto en la teoría como en la práctica, así como de una mirada crítica acerca de cómo puede ”renovarse” con el fin de que refleje mejor las necesidades contemporáneas en materia de salud y de desarrollo de la población (1).

Actualmente la OPS/OMS está trabajando con sus países miembros para promover estos y otros cambios con el fin de fortalecer el personal del sector de la salud en general y de enfermería en particular (2) La ciencia reconoce a la APS como una estrategia efectiva para promover el desarrollo humano y la equidad en salud. Para ello, es necesario aplicar enfoques integrales, basados en la evidencia y orientados a lograr la atención sanitaria universal, integrada e integral (5).

En la atención primaria de salud y en todo el sector de la atención de salud, la realidad es que las personas desean tener posibilidad de elección y acceso a la información para hacer esas elecciones. Esta tendencia continuará en el futuro y las personas necesitarán cada vez más el apoyo que el personal de enfermería pueda prestarles para acceder a la información y hacer elecciones acertadas (8).

A medida que la prestación de los servicios pasa, cada vez más rápidamente, del hogar al hospital, de los cuidados curativos a los preventivos, de las instituciones a las comunidades, las enfermeras estarán más en el centro de los cuidados de

salud y serán el factor que dé continuidad a los cuidados, el personal de enfermería trabajaran como huéspedes en los hogares y en las comunidades, y para ello precisarán una orientación distinta y otros conjuntos de capacidades además de las aptitudes clínicas. Serán esenciales las capacidades de defensa, de desarrollo de la comunidad y de comunicaciones (8).

Es incuestionable que la evolución de la enfermería en los últimos años ha sido muy importante. A partir de la reforma se amplió el campo de competencia del personal de enfermería, y se entendía el modelo de atención primaria como el ámbito ideal para la aplicación y desarrollo de los contenidos de enfermería, poco a poco se fue consolidando la actuación enfermera en actividades técnicas, en atención a enfermos crónicos y en educación para la salud (9).

Por otra parte hay participantes, principalmente médicos, que consideran que el personal de enfermería es el que tiene menos definido su perfil, lo que se atribuye a la existencia de un vacío normativo en este sentido. Por otra parte, muchos profesionales piensan que se ha ganado autonomía y capacidad de organización. Sin embargo en opinión de los participantes, esta autonomía está limitada por: la dependencia de las órdenes médicas que se derivan de programas y protocolos, la reticencia de unos a ceder funciones y de los otros a asumirlas (9).

En cuanto a la confianza y reconocimiento por parte del equipo de atención primaria, opinan que la falta de contacto, de trabajo en común, el aislamiento de cada uno en su consulta provoca desconocimiento del trabajo del otro y falta de confianza (9).

6 Bibliografía

1. La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. (n.d.). Revista Cubana de Salud Pública. [online] Available at: https://www.scielosp.org/article/rcsp/2009.v35n4/31-33/
[Accessed 8 Jan. 2020].
2. Mitchell, C. (n.d.). OPS/OMS | La OPS/OMS insta a transformar la educación en enfermería en las Américas. [online] Pan American Health Organization / World Health Organization.
3. Hoskins I, Kalache A, Mende S. TEMAS DE ACTUALIDAD CURRENT TOPICS Hacia una atención primaria de salud adaptada a las personas de edad. revista Panamericana de Salud Publica [Internet]. [cited 8 January 2020];. Available from: https://www.scielosp.org/article/rpsp/2005.v17n5-6/444-451/es/

4. Torres Esperón Maricela, Dandicourt Thomas Caridad, Rodríguez Cabrera Aida. Funciones de enfermería en la atención primaria de salud. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2005 Ago [citado 2020 Ene 08] ; 21(3-4).
5. Bustos Alfaro Elena. Enfermería de Práctica Avanzada para el fortalecimiento de la atención primaria de salud en el contexto de Latinoamérica. Enfermería Actual de Costa Rica [Internet]. 2019 Dec [cited 2020 Jan 08] ; (37): 234-244.
6. Aguirre-Boza Francisca, Achondo Bernardita. Towards universal access to health care: incorporation of advanced practice nurses in primary care. Rev. méd. Chile [Internet]. 2016 Oct [cited 2020 Jan 08] ; 144(10): 1319-1321.
7. Del Pino R, Martinez J. Estrategias para mejorar la visibilidad y accesibilidad de los cuidados enfermeros en Atención Primaria de salud [Internet]. 2007 [cited 8 January 2020]. Available from: https://www.researchgate.net/profile/Rafael_Del-Pino-Casado2/publication/28225753_Estrategias_para_mejorar_la_visibilidad_y_accesibilidad_de_los_cuidados_enfermeros_en_atencion_primaria_de_salud/links/0fcfd5077d5bb85ede000000/Estrategias-para-mejorar-la-visibilidad-y-accesibilidad-de-los-cuidados-enfermeros-en-atencion-primaria-de-salud.pdf
8. Las enfermeras al frente de la atención primaria de salud [Internet]. Consejo General Enfermeria. 2008 [cited 8 January 2020].
9. Sancho Viudes Salvadora, Vidal Thomàs Clara, Cañellas Pons Rosa, Caldés Pinilla María José, Corcoll Reixach Josep, Ramos Montserrat María. Análisis de situación y propuestas de mejora en enfermería de atención primaria de Mallorca: un estudio con grupos focales. Rev. Esp. Salud Publica [Internet]. 2002 Oct [citado 2020 Ene 09] ; 76(5): 531-543.

Capítulo 645

ALTERACIONES DE LA GLÁNDULA TIROIDES DURANTE EL EMBARAZO Y CÓMO PUEDE AFECTAR AL FETO Y AL RN

MARÍA CONSUELO GARCÍA GONZÁLEZ

AMALIA MARTINEZ ESPINOSA

ANA ROSA BARAGAÑO GARRIDO

ROSALIA FERNANDEZ BOBELA

MARIA DEL MAR PULGAR ALVAREZ

1 Introducción

La glándula tiroides es la gran desconocida de la mayoría de la población. En el caso de las gestantes pueden confundir su alteración con el estado normal de su embarazo.

La glándula tiroides es un órgano importante del sistema endocrino. Está ubicada en la parte anterior del cuello, justo por encima de donde se encuentran las clavículas. La tiroides produce hormonas que controlan la forma como cada célula en el cuerpo usa la energía. Este proceso se denomina metabolismo.

Si durante el embarazo aumentan los niveles de TSH puede dar lugar a problemas en el crecimiento y desarrollo del feto, por eso es necesario realizar análisis de

esta hormona desde el primer momento del embarazo. El endocrino valorará el tratamiento más adecuado, aunque lo normal es un fármaco con levotiroxina, una hormona tiroidea sintética para el tratamiento de enfermedades y disfunciones de la glándula tiroides. La dosis de este medicamento dependerá de los niveles de TSH. A partir de ese momento se deberá hacer análisis de sangre para medir los niveles de TSH a lo largo de todo el embarazo, y comprobar que se encuentran en cada trimestre en los valores adecuados para asegurar el correcto desarrollo del feto.

Por ello vamos a profundizar en el estudio de las alteraciones de esta glándula durante el embarazo y su influencia sobre el bebé.

2 Objetivos

- Conocer la importancia de la glándula tiroides y como puede afectar a la gestante y al feto.
Describir los trastornos que conllevan los cambios en la glándula tanto para la madre como para el bebé
- Enumerar las alteraciones que puede causar la hormona tiroidea, tanto a la madre como al feto y más tarde RN.
- Resaltar el tratamiento más adecuado que no perjudique al desarrollo del feto.

3 Metodología

Para este trabajo he consultado varios portales y revistas médicas, entre ellos están Elsevier, Scielo, Medline Plus y Google Académico que nos llevan a varios artículos y revistas científicas

Los descriptores utilizados fueron:
Función tiroidea, hipotiroidismo, hipertiroidismo, embarazo, Alteraciones durante el embarazo, feto y RN. La búsqueda se centró en los artículos publicados en los últimos 10 años.

4 Resultados

Entre las alteraciones hormonales que pueden afectar tanto a la gestante y al bebé están el hipotiroidismo y el hipertiroidismo.

Una excesiva producción de hormonas tiroideas provoca hipertiroidismo, por el contrario, cuando es por defecto causa hipotiroidismo, de estos trastornos se consideran subclínicos cuando al hacer una analítica ésta se encuentra alterada y no hay síntomas, o clínicos si el enfermo presenta síntomas.

"Las enfermedades tiroideas pueden aparecer en cualquier momento de la vida. El embarazo no desencadena estas dos patologías, pero no las evita" "En el caso del hipertiroidismo suele mejorar en el embarazo, sobre todo en el último trimestre, pero empeora en el posparto" El embarazo se asocia a cambios fisiológicos y hormonales que afectan la función tiroidea.

El hipotiroidismo: se trata en la actualidad con un medicamento llamado levotiroxina, que se administra lo antes posible, sobre todo en el primer trimestre de embarazo. Esta sustancia sustituye a la hormona producida de forma natural por la tiroides.

El hipotiroidismo durante el embarazo es causado normalmente por tiroiditis de Hashimoto. Se trata de un problema autoinmune en el que se producen anticuerpos que destruyen el tejido de la tiroides, Esto significa que el sistema inmunitario, que generalmente protege el cuerpo y ayuda a combatir enfermedades, produce anticuerpos y ataca a las propias glándulas de la tiroides, ocurre en 3 de cada 1000 embarazos.

Hay casos de mujeres que ya son hipotiroideas y que, al quedar embarazadas, no se hacen los ajustes necesarios en la administración de su tratamiento hormonal. Durante el embarazo, existe mayor necesidad de aumentar la cantidad de hormonas tiroideas, esto se suple con más cantidad de tiroxina. La tiroxina sintética es muy segura y no afecta al bebé.

La población más susceptible de padecer hipotiroidismo son los niños en edad escolar, las mujeres en edad fértil y las embarazadas. De aquí la importancia de prevenir, diagnosticar y tratar los trastornos de tiroides sobre todo en la mujer embarazada y en edad fértil.
El estado hipotiroideo puede afectar a la madre y al bebé de diversas maneras:
•Fallo cardiaco congestivo;
•Pre-eclampsia;
•Anemia;
•Abortos espontáneos; y
•Niños de bajo peso

Debido a que la hormona tiroidea es fundamental para el desarrollo del cerebro y el sistema nervioso del bebé, un hipotiroidismo severo en el primer trimestre puede causar defectos en el desarrollo intelectual y motor del RN.

En casos excepcionales no se produce dicha hormona en el RN. La alteración también se conoce como hipotiroidismo congénito. Significa que está presente desde el nacimiento, también conocido como hipotiroidismo neonatal, lo que significa que nacen sin la glándula tiroides o que ésta no funciona bien. Si no se diagnostica a tiempo y no se trata, los niños pueden sufrir trastornos y puede causar daños irreversibles y problemas de crecimiento.

El hipotiroidismo congénito es dos veces más frecuente en las niñas que en los niños.
Muchos bebés con hipotiroidismo congénito parecen normales al momento de nacer o durante varios meses después del nacimiento. Pero otros pueden presentar estas señales y síntomas:
•Ictericia (coloración amarillenta de la piel y los ojos)
•Estreñimiento
•Falta de tono muscular
•Aletargamiento
•Llanto ronco
•Problemas de alimentación
•Lengua larga y abultada
•Cara con apariencia hinchada
•Abdomen hinchado, a veces con hernia umbilical
•Cráneo con grandes partes blandas

En algunas comunidades como el Principado de Asturias se hace una detección precoz de enfermedades endocrino metabólicas, mediante la prueba del talón se pueden detectar varias enfermedades entre ellas el hipotiroidismo congénito.

Algunas embarazadas (2 de cada 1,000) pueden presentar una tiroides más activa de lo normal, por lo que, entre el tercer y el quinto mes, pueden desarrollar hipertiroidismo. La existencia de este trastorno se sospecha cuando la futura mamá sufre taquicardia, pierde peso, tiene temblores, una función intestinal irregular, intolerancia al calor y se siente débil emocionalmente, esto a veces se puede confundir con el propio embarazo.

Es importante medir la TSH y hacer las pruebas de tiroides en el embarazo.

El tratamiento es con tiroxina, de tal manera que durante la gestación los niveles de TSH sean los adecuados para evitar posibles complicaciones.

Las enfermedades de la tiroides son la segunda alteración endocrina en las mujeres en edad fértil y reproductiva. Asimismo, pueden provocar graves desequilibrios en nuestro cuerpo si no se tratan.
Por ello, las mujeres que desean tener un hijo y tienen un familiar afectado por un trastorno de las tiroides o presentan determinados síntomas, deben someterse a algunas pruebas. Entre ellas, un análisis de sangre para descubrir la posible presencia de los anticuerpos que el propio organismo puede producir contra la tiroides. Este análisis de sangre es importante también para saber la cantidad de tireotropina (TSH). que cuando los niveles de esta hormona se encuentran alterados indican un incorrecto funcionamiento de la tiroides

La patología tiroidea se produce con frecuencia en la gestante, con lo cual existe riesgo de que afecte al RN, por lo cual es importante reconocer este trastorno, para poder disminuir en lo posible lo que pueda repercutir en el desarrollo y crecimiento del bebé

Consecuencias de la TSH elevada
Los niveles demasiado altos de la TSH pueden dar lugar a diversos riegos y problemas:
- Aborto espontáneo en las primeras semanas.
- Parto prematuro.
- Desprendimientos placentarios.
- Crecimiento intrauterino retardado (CIR).
- Retraso mental.

En el embarazo la tiroides tiene un papel fundamental, ya que una alteración en esta glándula puede dificultar que la mujer se quede embarazada, o afectar a la salud del bebé y al desarrollo de su sistema neurológico.

Cuando la mujer está embarazada se produce un aumento en la producción de hormonas y por eso se agranda el tamaño de la glándula tiroidea, aunque sin llegar a ser un bocio, ese aumento en la producción se debe a que el organismo materno al comienzo del embarazo tiene que producir hormonas tiroideas para la mujer y para el bebé que está creciendo dentro de su útero. “Hasta la 12ª semana de gestación no se forma la tiroides en el feto y depende de las hormonas tiroideas de la madre”, esas hormonas le llegan al feto a través de la placenta.

Es un momento crucial del desarrollo fetal, durante esas primeras doce semanas de gestación se produce la organogénesis, y entre los órganos que se están formando están el cerebro y el sistema neurológico, cuyo desarrollo puede verse afectados, si la madre no es capaz de proporcionarle al futuro bebé las hormonas tiroideas que precisa, existe riesgo de daño neurológico, retraso madurativo y de aprendizaje y disminución del cociente intelectual.

El paso de hormonas tiroideas de la madre al feto se mantiene a lo largo de toda la gestación. La madre pasa al feto una parte de sus hormonas, no mucha, pero la suficiente para conseguir un desarrollo normal.

En el embarazo existen dos hormonas que van a tener un impacto importante en la función tiroidea:
•La gonadotropina coriónica o HCG, que se produce en la placenta y caracteriza el embarazo. Tiene un efecto estimulador leve sobre la glándula tiroidea.
•El estrógeno, la hormona femenina, cuyos niveles aumentan en el embarazo. Tiene efecto en las proteínas que transportan la hormona tiroidea en la sangre.

Es importante tener presentes estos cambios para evitar confusiones en la interpretación de las pruebas de función tiroidea que se hagan en una embarazada.

5 Discusión-Conclusión

Durante el embarazo existe varios cambios en la gestante que pueden parecer normales, si no los controla pueden pasar desapercibidos y provocar daños espontáneos, anemia, preeclamsia (Presión alta en el embarazo), infecciones y en algunos casos abortos.

La enfermedad tiroidea aumenta el riesgo de parto prematuro, desprendimiento prematuro de la placenta (la placenta se descuelga de la pared interna del útero antes de que nazca el bebé) o puede ser origen de problemas futuros en el desarrollo y aprendizaje del niño.

Lo ideal sería que las mujeres revisaran su tiroides, al menos, una vez al principio del embarazo. Si ya está recibiendo tratamiento por un trastorno tiroideo y está embarazada, es aconsejable que revise su tiroides cada 6-8 semanas. Esto garantizará que la glándula funcione de forma normal y que la gestante y su bebé estén bien.

La mujer que sufre hipotiroidismo o hipertiroidismo puede tener más dificultad

para quedar embarazada y tiene mayor riesgo de que ocurra un aborto espontáneo y bajo peso en el bebé; hay un mayor riesgo de eclampsia, parto prematuro y placenta previa.

Normalmente, la mujer que está tratando de quedar embarazada debe conseguir normalizar los valores de la tiroides con el uso de medicamentos indicados por el endocrinólogo y mantener un buen control prenatal.
Tanto el hipertiroidismo cómo el hipotiroidismo, pueden tener efectos negativos en el desarrollo del feto y la salud de la embarazada e incluso llegando a afectar al bebé después del parto, en su desarrollo neurointelectual.

Es importante que cada caso sea evaluado en forma individual, considerando los antecedentes y la evolución de la gestación y del periodo post parto.

Teniendo presentes los cambios que pueden ocurrir en la función tiroidea en relación con el embarazo, podemos prevenir mejor, y evitar algunos problemas asociados y, así, cuidar mejor a las futuras madres y a sus bebés.

Descubrir que la glándula tiroides es menos eficiente de lo normal durante el embarazo no debe preocupar, siempre que se efectúen los análisis pertinentes con periodicidad y se siga el tratamiento que el médico considere oportuno.

Esta glándula nos aporta gran cantidad de hormonas que contienen yodo, fundamental para el correcto funcionamiento. Por ello durante el embarazo es normal que el obstetra paute suplementos de yodo porque la glándula tiroides trabaja a un ritmo más intenso.

La hormona tiroidea es sumamente importante para el desarrollo del cerebro del bebé en gestación. Durante el primer trimestre de embarazo, el bebé depende enteramente de la producción de hormona tiroidea de la madre, que le llega a través de la placenta. Entre las 10 y 12 semanas de gestación, el bebé es capaz de producir su propia hormona. Para esto, utiliza el yodo (necesario para la síntesis de la tiroxina) que recibe a través de la dieta de su madre.

La cantidad de yodo en la dieta materna debe ser de 250 microgramos diarios existe suficiente yodo en la dieta para cubrir las necesidades de la madre y el bebé en gestación.

Con un diagnóstico previo y un tratamiento adecuado se puede garantizar un curso normal del embarazo y evitar daños en el niño.

6 Bibliografía

- Álvarez-Castro, P. et al. Hipotiroidismo. 2018. Disponible en: https://www.fisterra.com/guias-clinicas/hipotiroidismo/.
- Reid, SM., et al. Intervenciones para el hipotiroidismo clínico y subclínico durante el embarazo. Cochrane. 2010. Disponible en: https://www.cochrane.org/es/CD007752/intervenciones-para-el-hipotiroidismo-clinico-y-subclinico-durante-el-embarazo.
- L. Vila, I. Velasco, S. González, F. Morales, E. Sánchez, J.M.Lailla, et al., Grupo de trabajo de trastornos por deficiencia de yodo y disfunción tiroidea de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición; Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia Detección de la disfunción tiroidea en la población gestante: ¿está justificado el cribado universal?
- Med Clin (Barc)., 139 (2012), pp. 509e1-509e11 Protocolos de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Enfermedad tiroidea y gestación. Prog Obstet Ginecol. 2015;58:101-11.
- Ibáñez Toda L, Marcos Salas MV. Hipotiroidismo subclínico. En: AEPap, ed. Curso de Actualización Pediatría 2011. Madrid: Exlibris Ediciones; 2011. p.199-207.
- The Cochrane Database [Base de datos en Internet]., Issue 7, 2010 [Acceso el 15 de Abril de 2016]. Reid S, Middleton P, Cossich M, Crowther C. Intervenciones para el hipotiroidismo clínico y subclínico durante el embarazo (Revisión Cochrane traducida). Disponible en: http://www.cochrane.org/es/CD007752/intervenciones-para-el-hipotiroidismoclinico-y-subclinico-durante-el-embarazo.
- Sánchez AM, Moleón FJ, Bailón E. Tiroides y embarazo. FMC [Internet]. 2016 [Acceso el 15 de Mayo de 2016]; 23(2):92-6. Disponible en: http://www.fmc.es/es/pdf/90449346/S300/.
- Donnay S. Diagnóstico, tratamiento y manejo del hipotiroidismo en mujeres gestantes españolas. Estudio tirogest. 201

Capítulo 646

LA DERMATITIS DEL PAÑAL EN NIÑOS

VERONICA RODRIGUEZ BRANDY

TAMARA FERNÁNDEZ NÚÑEZ

1 Introducción

La dermatitis de pañal es un problema que afecta a la zona cubierta del pañal. En ella aparece irritación, descamación, inflamación, enrojecimiento, erupciones, picor y escozor, resulta muy molesta para el bebé, en la mayoría de las ocasiones dolorosa. Se produce principalmente por las especiales condiciones de temperatura, humedad , rozamiento y maceramiento.

2 Objetivos

Determinar los síntomas y los signos relacionados con la dermatitis del pañal en los niños.
Analizar el tratamiento que se lleva cabo en la dermatitis del pañal en los niños.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y

Scielo, Google Académico seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Identificamos que un niño que padece dermatitis de pañal presenta piel enrojecida, irritación o dolor en la piel, manchas o ampollas en la zona del pañal, se identifican como zonas rosadas en la piel y a veces suelen ser de forma mas grande de color rojo brillante y pueden tener llagas abiertas que a menudo son muy dolorosas. El mejor tratamiento para un niño que padece de dermatitis de pañal sería mantener la piel tan limpia y seca como sea posible, aumentaremos la exposición al aire, aplicar pomada, crema o loción y bañar al niño todos los días. En algunos casos la dermatitis del pañal persiste durante algún tiempo, entonces el pediatra puede recetar antibióticos orales o tópicos, crema antifúngica o crema de hidrocortisona. La dermatitis tarda varios días en mejorar y puede volver de manera repetitiva. Si la erupción persiste sería recomendable acudir a un especialista.

5 Discusión-Conclusión

La dermatitis del pañal no solo lo sufren los niños sino también personas que usen pañal como es el caso de los ancianos, lo más importante es mantener la piel limpia y seca y echar algún tipo de pomada igual que en el bebé para prevenir. Del 10 % al 15% de consultas en bebés se debe a este motivo, en adultos los datos son algo más elevados.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 647

CUIDADOS PALIATIVOS EN PACIENTES TERMINALES

YUREMA PEREZ GUTIERREZ

1 Introducción

Los cuidados paliativos son la rama de la medicina que se encarga de prevenir y aliviar el sufrimiento, así como brindar una mejor calidad de vida posible a aquellos pacientes que padecen una enfermedad grave comprometiendo su vida, así como su bienestar y el de su familia.

Normalmente se aplican a pacientes que cursan con enfermedades terminales que se encuentran fuera de un tratamiento médico o en enfermedades muy graves que cursan con tratamientos que prolongan la vida.

En los últimos tiempos estamos presenciando al aumento gradual de algunas enfermedades crónicas, junto al envejecimiento progresivo de nuestra población. Los avances conseguidos en el tratamiento contra el cáncer, han permitido un aumento significativo de la supervivencia y calidad de vida de estos enfermos.

A su vez, enfermedades como el SIDA han irrumpido en nuestra sociedad demandando una gran respuesta sanitaria. A pesar de estos avances, un importante grupo de enfermos morirán a causa de su enfermedad.

2 Objetivos

- Proporcionar una situación de confort a la persona afectada.
- Mejorar la atención de enfermos en fase avanzada y terminal.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo la búsqueda de información en varios libros que tratan sobre las enfermedades terminales y los cuidados paliativos.

4 Resultados

La Sociedad Española de Cuidados Paliativos es una asociación de profesionales, entre cuyos objetivos destacan los de la promoción de una buena calidad de atención de los enfermos terminales, la docencia de los profesionales, la investigación y la ayuda y asesoramiento a la Administración para el desarrollo y la implementación de los Cuidados Paliativos en nuestro país.

Fue fundada en enero de 1992 y tiene multitud de miembros, procedentes de diferentes especialidades y ámbitos de atención, y con diferentes profesiones sanitarias.

La facilitación del uso de analgésicos opioides es también vital para una mejora de la atención, y una medida que recomiendan unánimemente todos los expertos y la Organización Mundial de la Salud.

En la situación de enfermedad terminal concurren una serie de características que son importantes no sólo para definirla, sino también para establecer adecuadamente la terapéutica.
Los elementos fundamentales son:

1. Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva, incurable.
2. Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico.
3. Presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.
4. Gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia, explícita o no, de la muerte.
5. Pronóstico de vida inferior a 6 meses.

Esta situación compleja produce una gran demanda de atención, a la cual debemos responder adecuadamente.

El cáncer, SIDA, enfermedades de motoneurona, insuficiencia renal, cardíaca, hepática, etc, cumplen estas características, en mayor o menor medida, en las etapas finales de la enfermedad.

Clásicamente la atención del enfermo de cáncer en fase terminal ha constituido la razón de ser de las Cuidados Paliativos.

La calidad de vida y confort de nuestros pacientes antes de su muerte pueden ser mejoradas considerablemente mediante la aplicación de los conocimientos actuales de los Cuidados Paliativos, cuyos instrumentos básicos son:

1. Control de síntomas: Saber reconocer, evaluar y tratar adecuadamente los numerosos síntomas que aparecen y que inciden directamente sobre el bienestar de los pacientes. Mientras algunos se podrán controlar (dolor, dísnea, etc.), en otros será preciso promocionar Ia adaptación del enfermo a los mismos (debilidad, anorexia, etc).
2. Apoyo emocional y comunicación con el enfermo, familia y equipo terapéutico, estableciendo una relación franca y honesta.
3. Cambios en la organización, que permitan el trabajo interdisciplinar y una adaptación flexible a los objetivos cambiantes de los enfermos.
4. Equipo interdisciplinar, ya que es muy difícil plantear Ios Cuidados Paliativos sin un trabajo en equipo que disponga de espacios y tiempos específicos para ello, con formación específica y apoyo adicional.

5 Discusión-Conclusión

En esta etapa se necesita más atención en medidas que aseguren su confort, que en instrumentaciones o estudios; en la que el cuidador realiza una parte inapreciable en el acompañamiento a lo largo de todo el proceso.

Es importante disponer de conocimientos y habilidades en cada uno de estos apartados, que constituyen verdaderas disciplinas científicas. Es requisito indispensable el adoptar una actitud adecuada ante esta situación, a menudo límite para el propio enfermo, familia y equipo terapéutico.

6 Bibliografía

- Gómez-Sancho, M., Ojeda Martin, M., Dario García-Rodriguez, E.
- Navarro Marrero, M. A. Organización de los Cuidados del enfermo de cáncer terminal en Las Palmas - Norte. Farmacoterapia, Vol IX, N.° 4: 203-210, 1992.
- Sanz Ortiz, J. Principios y Práctica de los Cuidados Paliativos (Editorial) Medicina Clínica (Barcelona), 1989 92:143-145.

- Sanz Ortiz, J. La comunicación en Medicina Paliativa (Editorial) Medicina Clínica (Barcelona), 1992; 98: 416 –418.
- Sanz Ortiz, J. La enfermedad terminal en el cáncer. En: Medicina General y Cáncer. Manual Clínico. DOYMA (ed). Barcelona. J. Estapé e I. Burgos (Directores), 1991: 173 - 190.
- Gómez-Batiste, X., Borrás, J. M., Fontanais, M. D., Stjernsword, J., Trias, X. Palliative Care in Catalonia 1990 - 95. Palliative Medicine 1992; 6: 321 - 327.
- Cancer Pain Relief and Palliative Care. Technical Report Series 804. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1990.
- Twycross, R. G., Lack, S, A. Therapeutics in Terminal Cancer (2 Ed.) Ed. ChurchillLivingstone, Edinburgo, 1990.
- Saunders, C. Cuidados de la Enfermedad Maligna Terminal. Ed. Salvat. Barcelona 1988.

Capítulo 648

EL MANEJO DE PACIENTES CON DISFAGIA.

MARTA VEGA GUTIÉRREZ

SANDRA CARBAJAL FERNÁNDEZ

1 Introducción

Entendemos como disfagia a la dificultad para tragar alimentos sólidos o líquidos de una forma adecuada, dicha dificultad puede darse a la hora de introducir la bebida o el alimento en la boca, a la hora de masticar o a la hora de empujar la comida o los líquidos hacia la faringe y tragar .
Afecta en mayor medida a ancianos y a personas mayores, a personas con accidente cerebrovascular, personas que han tendido problemas en la tráquea o patologías neurológicas como el alzhéimer o el párkinson.

2 Objetivos

Analizar y determinar cuáles son las causas de la dificultad en la deglución en personas mayores y cómo convivir con la disfagia para poder tener mejor calidad de vida y autonomía en las adquisición de hàbitos saludables para así promover la autonomía del paciente ya que hay efectos asociados a dicha patología como malnutrición , deshidratación, dependencia de otras personas , riesgos de infecciones , broncoaspiración a causa de presencia de líquidos o sólidos en los conductos respiratorios y atragantamientos que puede provocar muerte por asfixia
.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación que ha consistido en revisiones bibliográficas en diferentes guías y revistas científicas centrándonos en la disfagia como tema principal, utilizando para ello los siguientes descriptores: deglución, texturas y hábitos.

4 Resultados

Debemos diferenciar entre disfagia orofaríngea y disfagia esofágica. En la disfagia orofaríngea las causas principales se centran en cambios físicos relacionados con la edad como son la pérdida de peso, pérdida de masa muscular, desajustes en prótesis dentales, cambio en el tono muscular que nos ayuda a tragar, déficit de producción de saliva, pérdida de muelas y dientes.
Por otro lado tenemos las enfermedades neuromusculares como son el Párkinson, Alzhéimer, Diabetes mellitus, Ictus y enfermedades de la musculatura de la faringe. Finalmente tenemos las lesiones estructurales como las infecciones, las cirugías, los tumores, estrechamientos en la faringe o la laringe y las lesiones tanto vasculares como vertebrales .

5 Discusión-Conclusión

Se ha podido observar mediante el análisis realizado la importancia de la adopción de medidas y recomendaciones que ayudan al paciente con problemas de deglución, las más reseñables son:
Una higiene bucal correcta, lo que incluye dentadura postiza, encías y lengua, ya que tener la boca limpia estimula la producción de saliva evitando con ello que el alimento quede pegado y mantiene la mucosa hidratada .
La postura es muy importante: el tronco y la cabeza bien alineados, a la hora de tragar la cabeza debe de estar inclinada hacia delante con la barbilla hacia el pecho lo que protege las vías respiratorias de una posible absorción de alimentos.
En el momento de alimentación es importante tener en cuenta la viscosidad de los alimentos ya que en personas mayores con disfagia esta modificación es necesaria, manejamos 4 niveles de viscosidad: pudding, miel, néctar y líquidos finos, para obtener cada una de ellas utilizaremos espesantes. Las cantidades han de ser pequeñas y no mezclar texturas. Evitar que la cuchara toque los dientes para evitar el acto reflejo de morderla.

Para facilitar la alimentación encontramos en el mercado una amplia gama de utensilios con los que minimizamos el riesgo de atragantamiento, como el vaso con recorte o escotadura lo que permite beber sin levantar la barbilla o vaso con tetina que permite dosificar la cantidad que se introduce en la boca.

6 Bibliografía

- https://www.mayoclinic.org.
- https://www.elservier.es
- https://www.aegastro.es
- https://www.alimmenta.com

Capítulo 649

ACTUACIÓN DEL TCAE EN LA HIGIENE DE LA BOCA DEL PACIENTE ENCAMADO

MARÍA BELÉN MEIRINHO CAMPOS

SANDRA MUÑOZ GARCÍA

1 Introducción

La higiene de la boca es el conjunto de actividades dirigidas a proporcionar una higiene adecuada de la boca.

El personal que desarrolla este cuidado es la enfermera y en especial el TCAE.
El material necesario es: vaso de agua, cepillo de dientes, antiséptico oral, vaselina, gasas, pinza o Kocher para hacer torundas, depresor lingual, batea, toalla y empapador, guantes sonda de aspiración conectada al aspirador y jeringa de 10 ml y de 20 ml.

El procedimiento dependerá de si el paciente es autónomo, si es dependiente consciente, o si es dependiente inconsciente.

Cuando el paciente es autónomo, si está encamado, hay que colocarlo en posición adecuada y colocarle una toalla en almohada y tórax para que no se moje. Darle lo necesario para que haya el paciente su propia limpieza de boca.

Cuando el paciente es dependiente, pero está consciente, cepillarle los dientes así como la lengua y facilitarle agua o antiséptico bucal para que se aclare. Aplicar vaselina y retirar el material utilizado.

Y por último, si el paciente es dependiente y está inconsciente, hay que mojar una torunda en el antiséptico y lavar la zona bucal.

Cambiar la torunda tantas veces como sea necesario. Introducir agua en una jeringa de 10 o 20 ml, aspirando al mismo tiempo con una sonda. Repetir con antiséptico. Aplicar vaselina y retirar el material empleado.

2 Objetivos

- Mantener la boca del paciente limpia y húmeda, y prevenir alteraciones.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Con la higiene bucal se evitan caries e infecciones, halitosis, sequedad de boca, aparición de grietas, se proporciona higiene y bienestar del paciente, etc.

5 Discusión-Conclusión

La higiene bucal tiene relación con las infecciones respiratorias en los pacientes intubados, siendo la neumonía la principal infección, por lo que es muy importante la atención en estos pacientes.

6 Bibliografía

- Auxiliares Técnicas y Protocolos. Cuidados de la boca. http/enfersalud.com.
- Manual de protocolos y procedimientos generales de enfermería. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba 2001.

Capítulo 650

LA MASTITIS

VERONICA RODRIGUEZ BRANDY

TAMARA FERNÁNDEZ NÚÑEZ

1 Introducción

La mastitis es una inflamación del tejido mamario por una infección que produce dolor , hinchazón, calor, y enrojecimiento e incluso fiebre. Es común en las mujeres que están en período de lactancia aunque también la pueden padecer los hombres.

2 Objetivos

El principal objetivo del equipo sanitario (pediatras, matronas ,auxiliares de enfermería…) es evitar la aparición de la mastitis y para ello es fundamental una buena educación a la hora de amamantar indicando la mejor postura ,vigilar un buen agarre al succionar y un completo vaciamiento de la mama.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Ante cualquier síntoma de padecer una posible mastitis y para evitar que el cuadro empeore lo más importante es:
- Descansar evitando el estrés, la fatiga y las tensiones familiares
- Amamantar muy a menudo el pecho afectado
- Dar calor para aliviar los síntomas
- Masajear los pechos para ayudar a que la leche fluya

Los cuidados del equipo de enfermería están orientados hacia la prevención de la estasis de leche y la infección; y como resultado, se intenta tratar rápidamente los primeros síntomas como la ingurgitación, conducto bloqueado y el dolor de pezones. Este seguimiento será clave tanto por parte del equipo de enfermería como del propio paciente.

5 Discusión-Conclusión

Es necesario que tanto las matronas como las auxiliares tanto en atención especializada en hospitales como en atención primaria tengan una buena formación en medidas de prevención de la mastitis puerperal, y así, poder ofrecer un asesoramiento continuo correcto de las medidas existentes para evitar esta patología, contribuir a reducir la incidencia de la mastitis y fomentar la lactancia materna

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 651

TRATAMIENTO DE LA ICTERICIA NEONATAL: FOTOTERAPIA

ANA ROSA BARAGAÑO GARRIDO

ROSALIA FERNANDEZ BOBELA

MARIA DEL MAR PULGAR ALVAREZ

MARÍA CONSUELO GARCÍA GONZÁLEZ

AMALIA MARTINEZ ESPINOSA

1 Introducción

La ictericia es la coloración amarillenta de la piel y mucosas, comenzando por la cara del recién nacido y se va extendiendo por el tronco, pigmentando la piel y el blanco de los ojos. La presentan entre un 25% y 50% de los recién nacidos a término y esta cifra aumentará sensiblemente en los recién nacidos pretérmino. Aparece en el segundo o tercer día de vida y dura una semana como máximo.

Tiene su origen en la hiperbilirrubinemia, formación excesiva de bilirrubina que proviene de la transformación de la hemoglobina procedente de la destrucción de los glóbulos rojos, cuya concentración es mayor en el feto para así poder aprovechar la escasa cantidad de oxigeno disponible en el útero.Al nacer, esa cantidad de hematíes ya no es necesaria por lo que buena parte de ellos, se destruyen. Esta rotura genera gran cantidad de Bb que pasa a la sangre y permanece en el lecho vascular como bilirrubina no conjugada o indirecta (BNC).Al pasar

por la circulación es trasportada por la albúmina, y captada por los hepatocitos, aquí se transforma varias veces para ser excretada por la bilis, y de ahí, eliminada a través de heces y orina.

En definitiva, el hígado del neonato,no puede eliminar la bilirrubina de la sangre con la velocidad suficiente.

Los factores de riesgo en la hiperbilirrubinemia del RN son: la lactancia materna cuando se demuestra que esta es insuficiente, la premeturidad, la incompatibilida sanguínea (ABO o Rh) la infección, el cefalohematoma y las variantes genéticas.

La mayoría de los neonatos con ictericia se encuentran sanos, pero deberán ser estudiados y supervisados para evitar la posible toxicidad de la Bb en el sistema nervioso central, que en casos muy extremos, puede llegar a tener efectos devastadores en el neurodesarrollo.

La Fototerapia, como sustitutivo de la exposición moderada a la luz solar, será el tratamiento de los niños con ictericia y además se emplea como profilaxis en los grandes prematuros y tiene como objetivo reducir la concentración de bilirrubina circulante o evitar que aumente.

La eficacia del tratamiento depende de: la intensidad de la luz emitidas por las lamparas, tener un espectro de emisión próximo al de la absorción de la bilirrubina, la edad postnatal del recién nacido, edad de gestación peso al nacer, causa de la ictericia y valor de la Bb al inicio del tratamiento.

2 Objetivos

- Determinar medidas para la correcta utilización de la fototerapia.
- Proporcionar cuidados de calidad.
- Disponer de unos criterios que faciliten la integración del personal de la unidad para mejorar la eficacia y prevenir complicaciones.

3 Metodología

Para realizar este trabajo, se ha realizado una revisión bibliográfica en diferentes fuentes documentales: bases de datos (Medical, Disclamer, Medline, Cochrane y Likedlin Corporation), Asociación Española de Pediatría.

Los términos incluidos en la búsqueda fueron: fototerapia, ictericia, bilirrubina y neonato.

4 Resultados

Tras la revisión bibliográfica, se deduce que para la correcta aplicación de la fototerapia precisamos y actuamos de la siguiente manera:
-Revisar el correcto funcionamiento de la lámpara, comprobar que no se haya utilizado más horas de las recomendadas, un uso excesivo disminuye la intensidad y efectividad de la luz.
-Revisar la incubadora en caso de que se precise.
-Colocar tela blanca o papel de aluminio en los costados del bebé con el fin de reflejar la luz aumentando así la eficacia del tratamiento, cuando la Fototerapia se realiza en la cuna, la distancia de la luz con el bebé será entre 10 y 15 cm, esta aumentará cuando el tratamiento se realice en incubadora.
-Aumentar la temperatura de la habitación en caso de que sea posible y no se use incubadora
-Introducir al bebé únicamente provisto del pañal, este solo se retirará en caso de aplicación de fototerapia intensiva.
-Retirar cremas y ungüentos corporales sobre todo oleicos con el fin de evitar quemaduras.
-Integrar a los padres en los cuidados habituales de su bebé, cambios de pañal, colocación de gafas, cambio postural, en este sentido la aplicación del tratamiento en las cunas dentro de la habitación de la unidad de hospitalización ha sido muy beneficioso al permitir el contacto permanente de los padres con su hijo.
-Observar las características de las heces y orina.
-Asegurar una ingesta adecuada.La lactancia materna deberá será favorecida con medidas de confort para la madre, permitiendo un acceso 24h al día a la unidad donde esté ingresado el neonato y atendiendo las posibles complicaciones (ingurgitación, lesiones en la areola, mastitis,etc)

5 Discusión-Conclusión

La ictericia o hiperbilirrubinemia, sigue siendo un problema de salud neonatal, prorroga el numero de días de estancia del neonato al nacer en las unidades de hospitalización y es motivo de reingresos y atención en urgencias pediátricas.

La evidencia revidada concluye, que esta técnica correctamente llevada a cabo, finaliza con éxito y apenas pocos efectos secundarios la aparición de la ictericia temprana.

El tratamiento es sencillo y una vez diagnosticado,de escasa intervención por parte del personal sanitario, será importante la observación y como pruebas se limitarán a extracciones sanguíneas. Será la labor mas importante por parte del equipo, informar y tranquilizar a los padres durante la duración del tratamiento de su bebé, teniendo en cuenta el especial momento que viven.

6 Bibliografía

- Revista del Hospital Infantil Ramón Sardá,vol.27,Num.3,2008.
- SESCAM.Protocolo de fototerapia en el neonato.2011.
- Caballero Martín S. Ictericia Patológica en el recién nacido.En: Casado Flores J.,Serrano A.
- Urgencias y tratamiento del niño grave Madrid:Ergon;2007.P 1019-1026.
- Mills JF, Tudehope D.Fototerapia de fibra óptica para la ictericia neonatal (Revisión Cochrane traducida. en: La Bblioteca Cochrane Plus,2008.numero 4.
- Rodriguez Miguélez J.M.,Figueras Aloy J.Ictericia Neonatal.Protocolos diagnósticos-terapeúticos de las Asociación española de pediatría. 20088;38;373-383.

Capítulo 652

RIESGOS ERGONÓMICOS.

ISABEL MARTOS VILLA

Mª DE LOS ÁNGELES ROBLES PÉREZ

ROCÍO FERNÁNDEZ MENÉNDEZ

YLENIA FERNANDEZ ALVAREZ

ANA MARÍA FERNÁNDEZ GARCÍA

1 Introducción

La ergonomÍa es el conjunto de conocimientos multidisciplinares que estudia las capacidades y habilidades del ser humano, analizando aquellas caracterÍsticas que afectan al diseño de productos o procesos de producción.
El area de trabajo debe estar deseñada para satisfacer tanto las necesidades de la empresa como de la persona que desempeñará su tarea en él, dentro del marco normativo que hoy en día regula este aspecto.
Se deberá tener en cuenta aspectos como el emplazamiento, el mobiliario, la iluminación, la accesibilidad a las diferentes instalaciones, el número de puestos de trabajo, la temperatura, las caracteristicas de los materiales que se utilizan y finalmente, las necesidades propias del trabajador en función de la tarea que desempeña.

2 Objetivos

Adaptar productos, tareas, entorno y herramientas, a las necesidades y capacidades de las personas, mejorando la eficiencia, seguridad y bienestar de usuarios y trabajadores.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, Google Académico seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La finalidad del diseño ergonómico de los puestos de trabajo es conseguir una adaptación satisfactoria de las condiciones de trabajo a las caracteristicas fisicas y psiquicas del trabajador con el objeto de salvaguardar su salud y bienestar al mismo tiempo que se mejoran la eficiencia y la seguridad en el trabajo.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el estudio de los factores de riesgos en el lugar de trabajo es una parte muy importante dentro del campo de la ergonomía. Es de vital importancia tener los conocimientos bases de este tema tan amplio para poder desarrollar nuestras propias técnicas y mejoras cuando identifiquemos un riesgo ergonómico, no solo en el trabajo, sino incluso dentro de nuestra vida cotidiana. Así mismo, consideramos que un exhaustivo análisis del puesto de trabajo es un factor del cual nos podemos basar para encontrar los riesgos ergonómicos a los cuales están expuestos los trabajadores.

6 Bibliografía

- https://www.prevencionintegral.com.
- https://www.blogs.imf-formacion.com.

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 653

BENEFICIOS DE LA LACTANCIA ARTIFICIAL.

MARTA SÁNCHEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

La lactancia artificial es una alternativa cuando la alimentación al pecho no es posible o bien la madre decide libremente esta opción.
La leche artificial es una leche de vaca modificada que intenta asemejarse lo más posible a la leche materna. Es decir, se intentan añadir todos los nutrientes presentes en la leche materna, que no están en la leche de vaca, para que el niño pueda obtener efectos parecidos a los del lactante amamantado. Actualmente todavía no se puede añadir la función inmunológica presente en la leche materna.
Hay tres tipos:
- Fórmula de inicio: Son las fórmulas que sus nombres o especificaciones señalan que son la número 1, la cual se le da al bebé hasta los 6 meses aproximadamente.
- De continuación: Los nombres o especificaciones van seguidas del número 2. Se recomienda que esta fórmula se administre al bebé entre los 6 y 18 meses aproximadamente.
- De crecimiento: Son leche artificial que sus nombres o especificaciones van seguidas del número 3, la cual se administra al bebé hasta los 3 años de edad.

2 Objetivos

Analizar los efectos y beneficios de la lactancia artificial.

3 Metodología

Revisión sistemática de artículos relacionados con la lactancia artificial. Se han consultado diferentes páginas como: UNICEF, Medline, OMS.
También se realizaron consultas en libros de ámbito sanitario.

4 Resultados

Hoy en día la lactancia artificial se administra principalmente como refuerzo de la lactancia materna en su mayor parte, aunque debido a la aparición de ciertos problemas exógenos y enfermedades (como VIH, cáncer, drogodependientes, herpes mamario, alcohólica…) por parte de la madre la lactancia materna está desaconsejada y por tanto, la lactancia artificial es el tipo de alimentación escogida.

5 Discusión-Conclusión

La lactancia artificial tiene numerosas ventajas como son:
- No rompe el vínculo entre madre y bebé.
- El padre puede participar activamente en la lactancia.
- La ganancia de peso y talla del bebé.
- El niño tarda un poquito más en digerirla, y los periodos entre tomas son más largos que con la leche materna.
- Tenemos un control exacto de la cantidad de leche que el bebé toma.
- Da más libertad de movimiento a la madre y otra persona puede darle el biberón.
- El padre puede tener mayor protagonismo en la alimentación del bebé.
- El destete es más fácil.

6 Bibliografía

- https://www.somosmamas.com.ar/bebes/lactancia-artificial/
- https://kidshealth.org/es/parents/breast-bottle-feeding-esp.html

Capítulo 654

PREVENCION ÚLCERAS POR PRESIÓN.

CRISTINA MARIA CASTROAGUDIN CIFUENTES

DIANA MARIA GARCÍA SANCHEZ

ENRIQUE ESTRADA SUCO

ELISA FERNÁNDEZ GARCIA

FELICIDAD ALVAREZ QUINTANA

1 Introducción

Hay diversos tipos de patologias y complicaciones que padecen las personas con escasa movilidad, entre ellas se encuentran la aparicion de úlceras , que son las más comunes entre esatas pesonas.
También deberemos saber que hay diversos grados de úlceras dependiendo el grado de afectación, y que hay unas precauciones para prevenir su aparición o disminuir el riesgo de aparición

2 Objetivos

- Idenficar los factores de riesgos y obtener una adecuada información para prevenir el desarrollo de las mismas.

3 Metodología

Revisión bibliográfica en las diversas bases de datos utilizando los descriptores; cuidados, piel, prevención, úlceras, movilización y los operadores booleanos ¨AND¨ y ¨OR¨,

4 Resultados

Las úlceras pueden ser de diversos grados:
Grado1: es la coloración roja de la piel produciendo eritema.
Grado 2: pérdida pacial de la dermis
Grado3:pérdida de la de la epidermis y de la dermis
Grado 4: pérdida total de total de las capas de piel, produciendo incluso la necrosis pérdida celular

Las personas con escasa movilidad es importante realizar unos cambios posturales de forma continuada cada 3 o 4 horas.
Estos cambios consistiran en realizar las siguientes posiciones intercambiando entre ellas:
-Decubito supino, decubito lateral izquierdo y derecho
-Sedestancion.
Todas estas posiciones se intercalaran y se colocaran almohadas para proporcionar comodidad y seguridad y evitar la friccion entre las estructuras oseas
Tambien es imporatnte el cuidados de la piel proporcionando hidratacion

5 Discusión-Conclusión

Tras la revision bibliografica se puede concluir que con cambios posturales continuados , la hidratación de la piel se previene las úlceras

6 Bibliografía

- www.ulceras.net
- www.elsevier.es
estudio realizado hospital mayo clinic medlineplus

Capítulo 655

CUIDADOS POSTMORTEM: EL AMORTAJAMIENTO.

SUSANA DÍAZ GONZÁLEZ

SANDRA BEIRO MONTES

1 Introducción

Cuando se produce la muerte de un paciente, tras la certificación médica de la misma, el equipo de profesionales sanitarios debe realizar una serie de cuidados destinados a la preparación del cadáver.

2 Objetivos

Asegurar los cuidados necesarios para mantener la integridad del cadáver, tratándolo siempre con la mayor dignidad y sensibilidad posible y proporcionar al fallecido y a sus familiares la más estricta intimidad y atenciones necesarias hasta su traslado a mortuorio.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y

Scielo, Google Académico seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Se realiza una revisión bibliográfica utilizando los descriptores amortajamiento, cuidados postmortem, la muerte en el hospital, el personal sanitario ante el exitus.

4 Resultados

Existen una serie de pautas a seguir por los profesionales sanitarios ante el exitus de un paciente:
- El médico debe certificar la muerte y cumplimentar el certificado de defunción, en el que indicará la hora y la causa del fallecimiento.
- Se desalojará la habitación de familiares y si el fallecido compartía habitación y no es posible el desalojo, se aislará mediante cortina o biombo.
- Se retirarán todos los tubos, sondas, drenajes o catéteres que el paciente tuviese puestos, suturando si es necesario o colocando apósitos.
- El cuerpo se alineará correctamente y se procederá a la higiene del cadáver.
- Se taponarán con algodón los orificios, como la boca o las fosas nasales para evitar la pérdida de fluidos.
- Se cerrarán los párpados y la boca, ayudándonos para ello de una venda o toalla que sujete la mandíbula.
- Se introducirá el cuerpo dentro de la bolsa o mortaja.
- Se tapará con una sábana para el traslado al mortuorio.
- Los objetos de valor y pertenencias se entregarán a la familia.
- Se deben colocar identificaciones tanto al cadáver, como a la cama donde es trasladado, para evitar posibles incidencias.
- Se ayudará a los familiares, en la medida de lo posible, en las necesidades que pudieran presentar.

5 Discusión-Conclusión

El fallecimiento de una persona se trata de un momento difícil, y los profesionales deben estar a la altura para proporcionar la dignidad e intimidad necesaria al fallecido y a sus familiares.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.

- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 656

CISTITIS AGUDA EN LAS MUJERES

MARIA EVA VAZQUEZ HUERTA

ANA MARÍA PELÁEZ CANCIO

VERONICA VILLA CASTRESANA

SANDRA MORO ESPINEL

1 Introducción

Es una infección de la vejiga o las vías urinarias inferiores. Aguda significa que la infección comienza de manera súbita.

La cistitis es causada por microbios, por lo regular bacterias. Estos microorganismos ingresan a la uretra y luego a la vejiga y pueden causar una infección.

Las mujeres son más propensas a contraer una infección después de las relaciones sexuales o al usar un diafragma para el control de la natalidad. Son más propensas que los hombres debido a que su uretra es más corta y está más cerca del ano. La menopausia también aumenta el riesgo de infección urinaria.

La mayoría de los casos son causados por Escherichia coli (E.coli). Que es un tipo de bacteria que se encuentra en los intestinos.

Existen diversos factores que inciden en la aparición de la infecciones urinarias y son variables en función de la edad y el sexo(nosotros nos centraremos en las mujeres):

-En mujeres jóvenes: las causas más comunes son la existencia de antecedentes en la madre por ITU(infección del tracto urinario), el uso de espermicidas y tras mantener relaciones sexuales.
-En mujeres postmenopáusicas: son frecuentes en aquellas que tienen antecedentes de ITU previas en la edad fértil.
-En mayores de 80 años: tiene gran impacto que estén hospitalizadas, institucionalizado o sean portadores de sondas permanentes de orina.
En la cisitits aguda es muy importante la prevención, orinando después del coito, evitando la ducha vaginal, cambiandose de bañador después del baño, etc.

SINTOMAS:
Orina turbia o con sangre.
Orina con olor fuerte o fétido.
Febrícula (no todo el mundo tendrá fiebre).
Dolor o ardor al orinar.
Presión o calambres en la parte baja del abdomen o en la espalda.
Necesidad imperiosa de orinar con frecuencia, incluso inmediatamente después haber vaciado la vejiga.
En las personas con edad avanzada, los cambios mentales o la confusión son los únicos signos de una posible infección urinaria.

PRUEBAS:
-Examen físico: el médico palpa la zona abdominal y pélvica del paciente para detectar los lugares con dolor o con enrojecimiento.
-Análisis de orina: se hace para buscar glóbulos blancos, glóbulos rojos, bacterias y evaluar ciertos químicos, como nitritos en la orina.
-Urocultivo: se realiza para identificar la bacteria en la orina y decidir sobre el antibiótico correcto.

TRATAMIENTO:
Para una infección simple: antibióticos durante 3 días (en mujeres), para una infección de orina con complicaciones, como embarazo o diabetes, o una infección renal leve, se deben de tomar antibióticos durante 7 días.

2 Objetivos

- Conocer el proceso de valoración, diagnóstico y tratamiento de una cisititis aguda en una mujer.

3 Caso clínico

Mujer de 30 año, que acude al servicio de Medicina de Familia con dolor y ardor al orinar, calambres en en la parte baja del abdomen y con necesidad imperiosa de orinar con frecuencia, incluso inmediatamente después de haber vaciado la vejiga.

Decidimos realizar un análisis de orina que recogeremos en un bote específico para esta prueba, con la muestra recogida podemos observar que la orina presenta un aspecto turbio y con olor fuerte.

Una vez obtenidos los resultados podemos determinar que padece una infección vesical simple, indicaremos como tratamiento durante 3 días antibiótico por vía oral.

4 Discusión-Conclusión

Es muy importante en el caso de la Cisititis aguda en mujeres la prevención:
-Orinar después de cada coito para eliminar posibles agentes infecciosos.
-Evitar la ducha vaginal como método para reducir la posibilidad de embarazo.
-Cambiarse de bañador después de cada baño y evitar el frío en la zona.
-Tener precaución con algunos preservativos, cremas espermicidas o el diafragma ya que no son recomendables para personas propensas a padecer infecciones urinarias. En este caso se aconseja acudir al especialista para adoptar un método anticonceptivo diferente.
-Utilizar cremas lubricantes durante las relaciones sexuales , la irritación vaginal poscoital es una causa muy frecuente de infección en la vejiga, el uso de lubricante es una forma eficaz de evitar el roce y , por lo tanto, posibles infecciones.
-Llevar ropa con tejidos naturales.
-Corregir el estreñimiento por la proximidad del colon con el aparato urogenital, lo que facilita la infección de orina por contiguidad.

5 Bibliografía

- www.medlinePlus.gov
.
- www.cuidateplus.marca.com.

Capítulo 657

CALIDAD E INFORMACIÓN SOBRE DONACIÓN E INSTRUCCIONES PREVIAS: UN PACIENTE BIEN INFORMADO GENERA UN SISTEMA DE MÁS CALIDAD

ANGELA RODRIGUEZ GARCIA

1 Introducción

España es uno de los grandes donantes del mundo, pero se podría aumentar esa cifra con una información adecuada y al alcance de los usuarios del sistema nacional de salud.

Analizando los datos obtenidos sobre la encuesta , se deduce que los usuarios del sistema de salud no están informados adecuadamente sobre la donación , generando así desconfianza sobre algunos procedimientos y por tanto reduciendo las donaciones.

España lidera a nivel mundial la donación de órganos, según un artículo de Francisco Jódar. En 2016 se alcanzó el número de 2018 donaciones que permitieron 4,818 trasplantes. Aún así, se pueden analizar datos e intentar la búsqueda de estrategias que nos lleven a aumentar esas cifras . Desde luego, somos un referente a nivel mundial pero eso no impide que podamos aumentar las cifras y así conseguir un sistema de más calidad.

INSTRUCCIONES PREVIAS Y TESTAMENTO VITAL:

La ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, regula en su artículo 11 el documento de instrucciones previas. Nos referimos a las instrucciones previas como el documento en el cual una persona, mayor de edad, capaz y libre, manifiesta su voluntad para que esta se cumpla si llegado el momento, por diversas circunstancias, no lo puede expresar. En dicho documento, el paciente puede dejar constancia de los tratamientos que quiere recibir, del destino de su cuerpo en el momento del fallecimiento y la toma de decisiones por parte del equipo sanitario cuando él no las pueda expresar.

Este documento vincula al personal sanitario y ofrece la seguridad de que su voluntad se va a respetar. Por ello, entendemos que para que sea eficaz y pueda ser conocido y ejecutado por todos los profesionales de la salud, se crea un registro nacional de instrucciones previas en el Ministerio de Sanidad y consumo.

2 Objetivos

- Información de calidad a los usuarios del sistema nacional de salud sobre los procesos de donación, instrucciones previas, testamento vital, diferentes técnicas utilizadas en la donación.
- Conseguir a través de una información adecuada el aumento de los donantes y donaciones para así conseguir la mejora del sistema de salud.
- Análisis real sobre la información que tienen los usuarios/pacientes.
- Mejora de la calidad asistencial en todos los niveles y ámbitos dentro del sistema de salud.

3 Metodología

Me he centrado en un estudio analítico transversal que dé datos reales sobre el tema a tratar. Para conseguir los datos y no intervenir directa o indirectamente y la información sea lo más veraz posible he creado una encuesta sobre el tema en cuestión, que he pasado a los usuarios/pacientes para conseguir la objetividad antes mencionada. Dicha encuesta es anónima, se les ha pasado vía telemática a 84 usuarios del sistema de salud, más concretamente al servicio de salud del principado de Asturias (sespa).

Las preguntas realizadas fueron escogidas para que puedan darnos una información lo más fidedigna posible sobre el nivel de conocimientos reales que estos usuarios tienen.

De la encuesta también obtenemos los siguientes datos:
- De las 84 personas encuestadas el tanto por ciento de mujeres es de 71,43% frente a un 28,57 % de hombres. También se hace una estadística de la media de edad de edad de los encuestados siendo el resultado 34,3 años de media.

JUSTIFICACIÓN: Aumentar la información del paciente sobre la donación y el proceso de instrucciones previas y así conseguir un grado más en la calidad asistencial como en el aumento de las donaciones.

DISEÑO: Estudio analítico transversal que permite conocer la información del usuario del sistema nacional de salud sobre donaciones y donantes.

Recogida de datos, encuesta a usuarios del sistema nacional de salud, creación de gráficas , análisis y relación entre los datos recogidos y los resultados de la encuesta.

4 Resultados

RESULTADOS PRINCIPALES: El 63,1 de los participantes de la encuesta no sabe donde y como se realiza un testamento vital y el 96,43 cree que se informa poco del tema.

- Análisis de información obtenida sobre testamento vital e instrucciones previas:

El 57,14% de los encuestados refiere que no saben en que consiste el documento de instrucciones previas por ello desconocen que puedan cumplimentar un documento en el que se respertará en un futuro su voluntad.

Cuando se habla de testamento vital 51% responde correctamente al objetivo de este, es decir, saben que es un documento que recoge su voluntad con respecto a la donación, a los tratamientos a los que quieren someterse y a los que no ,y a que puede dejar designado un tutor que vele por el cumplimiento de su voluntad en caso de ser necesario. Analizando este dato sobre el testamento vital cabe destacar que aunque un 51% si sabe los contenidos recogidos por él un 63,1% no sabe dónde y como se realiza. Estos datos chocan frontalmente con la valoración positiva que tienen todos los encuestados sobre la donación de órganos. Un 100%

de los encuestados creen que la donación de órganos es algo positivo y un 76,86 tiene intención de donar.

En conclusión relacionaremos estos datos, el 76,86 tiene intención de donar, como podemos ver es un porcentaje alto pero aunque la intención es buena podemos deducir que la práctica es otra ya que es interesante observar que 63,1% no sabe como y donde dirigirse para poder dejar constancia de esa intención.

La evidencia de la falta de información del usuario también se hace visible en las respuestas de otras preguntas realizadas como por ejemplo que el 96,34% refiera que se informa poco sobre el tema y sólo el 3,5% crea que hay suficiente información.

En base a los datos que manejamos podemos decir que la mayoría de los usuarios encuestados creen que no tienen información suficiente sobre el tema expuesto pero además podemos vislumbrar por las respuestas obtenidas que esa desinformación no sólo se refiere a conceptos generales sobre donación si no que implica también que están desinformados de como dejar constancia de su voluntad para que se pueda cumplir y respetar.

En base al respeto a la autonomía del paciente, a su poder de decisión, al respeto de su voluntad es muy destacable que aunque la totalidad de los encuestados crean que se debe respetar la voluntad del fallecido, hay un 45,78% que creen que en ciertos casos no se debe respetar la voluntad de el paciente si hay posibilidad de salvarle la vida.

En relación a la donación de sangre y médula, vemos unos porcentajes llamativos, ya que el 32,53 de los encuestados es donante de sangre y sólo un 2,4 lo es de médula. Datos que podemos vincular a que un 61,9% no sabe como es el proceso de donación de médula.

5 Discusión-Conclusión

En el ámbito sanitario una buena información puede ser una ayuda para mejorar la calidad de este, no sólo porque el usuario si tiene toda la información posible se sienta más satisfecho, más cómodo con el personal y valore más positivamente los servicios del sistema de salud.

En este caso además de conseguir una atención de mayor calidad y una visión del paciente más positiva también podemos obtener otros beneficios que repercuten

muy directamente en obtener un servicio óptimo, como puede ser un aumento de las donaciones, y también una atención más humana y respetuosa si podemos cumplir con eficacia la voluntad real del paciente.
Considerando y analizando datos objetivos podemos ver claramente que los usuarios/pacientes se sienten desinformados en relación a este tema y que además en muchos casos, si la voluntad no queda registrada y verificada puede a llegar a no respetarse.

Un paciente bien informado, en la mayoría de los casos ,utilizará los recursos de manera más eficaz y respetuosa.

Los integrantes del sistema de salud tenemos una responsabilidad intrínseca con relación a la información que se pueda dispensar al usuario , además es un tema sencillo que podría dotar de mayor calidad y excelencia al servicio.

En el servicio de salud del principado de Asturias, como en otros servicios, hay una página de internet que nos informa detalladamente sobre el tema a tratar, que ocurre entonces si el tema podía ser conocido sólo con un click en nuestro ordenador, pues que la mayoría de los usuarios desconocen la existencia de esta página al igual que los servicios que ofrece. ¿Y cómo revertir esto? Pues de igual manera que es sencillísimo la obtención de la información también es sencilla la forma en que el personal sanitario puede incluir la información sobre este tema en el día a día, en la atención directa de el paciente, no sólo cuando una problemática o situación lo requiera.

Por todo ello, se puede instar a los profesionales de atención primaria a que den información sobre el tema a tratar a sus usuario. Teniendo en cuenta que la atención primaria es la primera puerta y contacto del usuario con el sistema sanitario, también , en este sistema es el sistema en el que el paciente adquiere una confianza con el profesional de la salud más estrecho y directo , seguramente, esto contribuirá en que la información que este le dé adquiera más importancia para el usuario.
También desde la atención especializada se puede hacer mención al usuario donde puede tener esta información de forma fácil y sencilla, para el trabajador sanitario simplemente es una recomendación más al igual que se pueden realizar otras por ejemplo sobre estilos de vida saludable o como gestionar ciertas patologías concretas.

6 Bibliografía

- Ley 41/2002 de 14 de Noviembre básica reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- Portal del servicio de salud del principado de Asturias, astursalud.

Capítulo 658

ACTUACIÓN SANITARIA FRENTE A LA OBESIDAD INFANTIL

MARIA DEL MAR ESPIÑEIRA DIAZ

CECILIA GONZALEZ SECADES

M LUZ PENAS CABADO

ANA ISABEL VÁZQUEZ SILVA

COVADONGA CANDUELA GARCÍA

1 Introducción

El Comité de Nutrición de la Academia Americana de Pediatría en 1986 resumió los conocimientos disponibles en aquel momento en: 1) la nutrición intraútero (reflejada por el tamaño del recién nacido) tiene una influencia débil, aunque detectable, en el riesgo de la obesidad en la infancia. Los lactantes con percentil más alto de peso durante los primeros 6-12 meses de la vida tienen dos o tres veces más riesgo de convertirse en adolescentes y adultos obesos y 2) existe una mejor correlación entre la obesidad durante la infancia tardía, adolescencia y adulto, que durante el período de lactancia. El 75% de los adolescentes obesos serán adultos obesos.

En general, la mayoría de los lactantes que evidenciaron un rápido incremento en sus ganancias ponderales retornaron a un peso normal durante los años escolares. Sin embargo, los riesgos adicionales, como ciertas influencias familiares,

interactúan con la obesidad del lactante y favorecen la probabilidad de su persistencia en edades posteriores.

Por tanto, la prevención primaria es el arma más eficaz, y los programas de detección e intervención temprana orientados a poblaciones de alto riesgo deben ser iniciados lo antes posible, ya que son más eficaces cuanto más precozmente se realicen.

Las medidas terapéuticas deben ser multidisciplinares, ya que ninguna terapéutica aislada es totalmente satisfactoria. Aunque antiguo, este planteamiento está plenamente vigente, aunque más desarrollado gracias a la investigación más profunda desarrollada por diversos actores ante la auténtica situación de epidemia que se está produciendo en este aspecto.

La obesidad en el niño y en el adolescente es uno de los problemas clínicos más frecuentes en los países desarrollados. La mejoría del nivel de vida ha traído como consecuencia una mayor disponibilidad de alimentos poco saludables, acompañada de una forma de vida que provoca una menor actividad física diaria por múltiples factores que analizaremos más adelante.

La comunidad científica, hoy día, establece el diagnóstico de obesidad por: a) valores del pliegue tricipital y/o de los demás pliegues cutáneos mayores o iguales al percentil 90 de los valores de referencia y b) porcentaje de IMC igual o mayor al 120% al correspondiente para la misma edad y sexo.

En todo el mundo, el número de lactantes y niños pequeños (de 0 a 5 años) que padecen sobrepeso u obesidad aumentó de 32 millones en 1990 a 41 millones en 2016. Solo en la región de África según la OMS, el número de niños con sobrepeso u obesidad aumentó de 4 a 9 millones en el mismo periodo.

En los países en desarrollo con economías emergentes (clasificados por el Banco Mundial como países de ingresos bajos y medianos) la prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil entre los niños en edad preescolar supera el 30%.

Si se mantienen las tendencias actuales, el número de lactantes y niños pequeños con sobrepeso aumentará hasta 70 millones para 2025.

Sin intervención, los lactantes y los niños pequeños obesos se mantendrán obesos durante la infancia, la adolescencia y la edad adulta.

Uno de los estudios más importantes en este aspecto en España es el llamado

ALADINO.
CAUSAS
Se admite el término "entorno obesogénico" como el entorno que favorece y refuerza la aparición de la obesidad y el sobrepeso entre la población. Este entorno está formado por diversos factores, más o menos determinantes, pero que cada uno de ellos es importante como causante de la obesidad y el sobrepeso.

Factores como:
- Dieta inadecuada. Mayor consumo de alimentos procesados, con más azúcares, sal y grasas, y bebidas azucaradas y "energéticas", frente al progresivo abandono de las dietas más tradicionales (la dieta mediterránea en nuestro caso) y el menor consumo de productos frescos, verdura, fruta, etc.
- Hábitos de vida sedentarios y falta de actividad física periódica. Según el estudio PASOS de la Gasol Foundation26, el 63,6% de los niños y adolescentes no cumplen la recomendación de la OMS de realizar 60 minutos al día de actividad física moderada o vigorosa.
- Malos hábitos de sueño. Falta de disciplina horaria y el exceso de tiempo de uso de pantallas de TV, ordenadores, teléfonos y consolas favorecen el desorden del sueño.
- Falta de regulación específica que limitara el tipo de publicidad de alimentos infantiles ricos en grasas saturadas y azúcares. Prácticamente no existe regulación a este respecto. No se limita su venta y consumo en colegios y zonas deportivas. No se limita su venta directa sin un mayor de edad presente ni se limita la exposición de este tipo de alimentos en puntos estratégicos para los niños en las tiendas: junto a los juguetes, a la altura de sus ojos, en áreas que habitualmente se está parado como las cajas etc. En todo esto son los órganos reguladores en cada caso, Ministerio y/o consejerías, los que deberían actuar.
- Factores genéticos. El componente hereditario de la obesidad se comenzó a valorar en la primera década de este siglo, pero sólo en los últimos años se ha empezado a disponer de datos sobre los posibles genes involucrados en el desarrollo de la misma.
- Se han hecho estudios en familiares, objetivándose que cuando los progenitores tienen un peso normal el riesgo de tener hijos obesos es de un 14%. Si uno de los padres es obeso el riesgo aumenta a un 40% y con ambos, llega a ser del 80%.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer la dimensión epidemiológica de la obesidad infantil en España.

Objetivos secundarios:
- Mejorar la nutrición infantil, promover a través de la enseñanza dietas y hábitos de vida saludables
- Identificar las causas y los grupos de riesgo que existen en la población para desarrollar esta enfermedad
- Detectar precozmente el sobrepeso y la obesidad mediante la monitorización del peso/talla/IMC.
- Identificar factores que ayuden a prevenir la aparición de sobrepeso y obesidad.

3 Metodología

Se llevó a cabo una revisión bibliografica, utilizando como bases de datos Scielo, Medline y Cochrane. Para la búsqueda, las palabras claves fueron: obesidad infantil, IMC, actividad física, prevención, alimentación infantil y otras. Una vez realizada la búsqueda, se procedió a seleccionar la información más destacada con referencias bibliográficas más actualizadas y con mayor rigor científico.

4 Resultados

En el grupo de edad de 8 a 17 años, la prevalencia de sobrepeso es del 26% y la de obesidad, del 12,6%; 4 de cada 10 jóvenes sufren exceso de peso. En el grupo comprendido entre los 8 y los 13 años, el exceso de peso supera el 45%, mientras que para el grupo de 14 a 17 años, el exceso de peso es del 25,5%.

Estos factores tienen como resultados:

- Aumento de riesgo cardiovascular
- Aumento de lípidos y de colesterol (tasas de HDL-colesterol más bajas y niveles de LDL-colesterol más elevados).
- Trastornos ortopédicos: enfermedad de Blount (tibia vara o arqueada) y deslizamiento de la epífisis de la cabeza femoral a partir de los 9 años.
-Trastornos gastrointestinales: depósito de grasa en el hígado, esteatohepatitis, pancreatitis; tendencia a desarrollar cálculos biliares; el reflujo gastroesofágico y el estreñimiento también se exacerban por la obesidad.
- Trastornos del sueño: síndrome de apnea obstructiva del sueño que en algunos casos se acompaña de disfunción neurocognitiva con dificultad de atención y

disminución del rendimiento académico (sobre todo en niños y adolescentes con obesidad grave).
- Problemas respiratorios: el asma puede aparecer con más frecuencia en niños obesos y se acompaña de intolerancia al ejercicio y peores condiciones físicas.
- Trastornos endocrinos: además de la diabetes tipo 2, una de las complicaciones más graves de la obesidad infantil, están también la pubertad precoz y el síndrome del ovario poliquístico en la adolescencia.
- Trastornos psicosociales: aislamiento, dificultad para encontrar amigos, inseguridad, depresión y baja autoestima.

Prevención. Actuación sanitaria:
Los factores de prevención son coincidentes en las organizaciones más importantes, públicas y privadas, dedicadas a analizar este problema. Hemos estudiado las propuestas de la UNICEF, OMS, Ministerio de Sanidad, Consumo y Medio Ambiente de España, clínica Mayo y la Fundación Gasol como entidades más representativas y todas ellas incluyen dos aspectos: alimentación y práctica de ejercicio.
Quizá sean las más importantes pero otras entidades incluyen el bienestar emocional, la intervención de la familia y el sueño.

Lo que no cabe duda es que ante este problema la actuación debe ser multisectorial, con la participación de todos los agentes implicados de alguna forma en el ámbito de la alimentación de la infancia: el sector de la educación, la producción y distribución de alimentos, los organismos reguladores y las familias.

Así, la Fundación Gasol afirma: "Creemos que es indispensable un enfoque multisectorial, transversal y coordinado: la implicación, el trabajo y el compromiso conjunto de todos los actores implicados en la sociedad son necesarios para prevenir la Obesidad Infantil".

No obstante, siempre debemos tener presente que la participación de la familia es la base fundamental de todo lo demás: lo que se haga en casa, los hábitos alimentarios y los principios que se promuevan conformarán la actitud del menor. Por lo tanto, no se deberá olvidar el implicar a los padres y educarles adecuadamente en la importancia de la salud y la prevención de la obesidad de sus hijos.

Ante este panorama, planteamos formas de actuación en los principales campos que intervienen en la obesidad y sobrepeso:
Alimentación
1. Pautas generales:

- Desayunar siempre y de forma lo más completa posible.
- Utilizar métodos de cocción saludables como cocciones al horno, al vapor o salteados.
- La OMS recomienda la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida y de continuidad hasta los dos años o más, periodo en el que se deberían introducir progresivamente la alimentación complementaria incluyendo todo el abanico de alimentos.
- Comer en familia. Se ha observado que, realizar un mínimo de tres comidas a la semana en familia, aporta numerosos beneficios para la salud en la etapa infantil y adolescente. Además, las comidas en familia son un espacio educativo excelente para promover hábitos saludables.

2. Incluir en la dieta:
- Cereales (pan, pasta, arroz…), patatas y legumbres.
- Cinco piezas de fruta al día, verduras y hortalizas.
- Alimentos ricos en proteínas: pescado, legumbres, carne magra, huevos.
- Lácteos como leche, queso o yogur sin azúcar o grasa añadida.
- Alimentos ricos en grasas saludables como aceite de oliva y frutos secos.

3. Limitar o evitar:
- Grasas, especialmente las de origen animal.
- Carne roja y productos cárnicos procesados.
- Productos ricos en azúcar como las golosinas, los dulces y los refrescos.
- Sal en las comidas y utilizar, preferentemente, sal yodada
- Bebidas azucaradas que deberían evitarse casi al completo.
- Comer fuera de casa, en especial en restaurantes de comida rápida.

Actividad física.
Es un factor fundamental que, por el tipo de sociedad urbana en que la mayoría de los niños, se hace muy difícil llevar a cabo. Factores como el entorno con pocos espacios verdes y deportivos, la lejanía de los colegios o la inseguridad de las calles para ir caminando a los centros escolares o la dificultad de jugar en la calle promueven la falta de actividad física habitual.
Esto unido a las nuevas tecnologías que han modificado los hábitos de juego de los niños y niñas, incrementa, aún más, este problema.

Por lo tanto, es imprescindible el realizar actividad física que conste de actividades diversas un mínimo de una hora diaria de intensidad moderada o vigorosa y que sea adecuada para la fase de desarrollo.

Sería necesario, desde los organismos reguladores, un incremento de las horas obligatorias de Educación Física desde el periodo de Educación Infantil, así como la facilitación de la práctica deportiva y utilización de espacios deportivos públicos y privados.

La realización habitual de actividad física proporciona beneficios físicos como:
- Incrementa el gasto energético.
- Favorece el desarrollo muscular y óseo.
- Favorece el sueño de calidad.
- Además, aporta muchos beneficios más para el desarrollo personal del menor como:
Reducción del nivel de estrés.
Promoción de la comunicación familiar y con iguales.
Estimulación del desarrollo de habilidades sociales.
Facilitación de la interiorización de la importancia del trabajo en equipo.

Horas y calidad del sueño.
Según la UNICEF, es fundamental el que los niños duerman las horas recomendadas para su edad y que, además, este descanso sea de calidad porque ser un factor importante en el riesgo de sufrir obesidad en la infancia.

Para facilitar que el descanso sea de calidad deberemos tener en cuenta: o Los niños deben tener un hábito de horas de sueño.
- Se debe mantener un horario fijo de acostarse.
- La habitación debe contar con un ambiente tranquilo, oscuro y sin pantallas.
- Antes de la hora de acostarse se deberá evitar el consumo de cafeína, refrescos excitantes, comida en abundancia y alimentos de difícil digestión.

Ambiente emocional.
La UNICEF dice: "Garantizar un entorno afectivo seguro y promover la resiliencia son aspectos claves para conseguir un adecuado bienestar emocional de la población infantil y adolescente clave para prevenir la obesidad infantil."

Prosigue con las recomendaciones para fomentar el bienestar emocional:
- Crear un espacio seguro, de confianza y respeto.
- Mantener unas rutinas diarias.
- Reducir el uso de pantallas y practicar actividades de ocio en familia.
- Comer en familia, con las pantallas apagadas y estableciendo una conversación agradable.

- Aprovechar el momento de antes de ir a dormir para crear un ambiente de confianza y seguridad.

5 Discusión-Conclusión

Ante el problema epidémico descrito, las soluciones deben ser transversales y deben tener un objetivo y, si pudiera ser, un camino conjunto.

La prevención se construye desde el núcleo familiar que debe contar con el apoyo de sectores como la educación, la salud la protección social, los organismos internacionales, los organismos reguladores y hasta los sistemas de producción y comercialización de alimentos que deberían contar con un sistema de autorregulación muy exigente.

Y debemos reiterar que el actor principal y clave es el núcleo familiar que debe propiciar formación y creación de hábitos saludables por parte de los menores.

6 Bibliografía

- OMS, Organización Mundial para la Salud: Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud y Conclusiones de la Comisión para acabar con la obesidad infantil.
- Comité español de la UNICEF: Malnutrición, obesidad infantil y derechos de la infancia en España. Autores: Gabriel González-Bueno (UNICEF Comité Español) y Dr. Santiago F. Gómez (Gasol Foundation).
- Anales de Pediatría Continuada. El deporte en la infancia y en la adolescencia. María Asunción Bosch.
- Departamento de Anatomía y Embriología Humana. Pabellón V. Facultad de Medicina. Universidad de Alcalá de Henares. Centro de Medicina Deportiva de la Comunidad de Madrid. Madrid. España
Fundación Gasol.
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Medio Ambiente: Situación actual y tendencia en España
- UNICEF Comité Español: Malnutrición, obesidad infantil y derechos de la infancia en España
Endocrinología y Nutrición es la revista órgano de expresión de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (SEEN).

Capítulo 659

LA LACTANCIA NATURAL O MATERNA.

MARIA ELIDIA GONZALEZ GARCIA

1 Introducción

La lactancia natural o materna es una de las maneras de alimentación que se pueden proporcionar a un recién nacido. La leche procede del seno materno y es segregada por estos inmediatamente después del parto, está considerada como la forma de nutrición más segura y óptima para los lactantes por el alto valor nutricional (contiene en su composición grasas, carbohidratos, proteínas, vitaminas y minerales) y aporte de energía que proporciona al niño en sus primeros meses de vida. se recomienda que sería conveniente amamantar al recién nacido durante al menos los primeros seis meses de vida, algunos estudios aconsejan mantener la lactancia al menos durante el primer año, otros durante los dos primeros años, en definitiva, no se sabe con certeza cuál sería la duración ”normal” de la lactancia materna en la especie humana.

La lactancia materna es un hecho biológico que ha estado sometido a modificaciones, ya sea por influencias sociales, económicas o culturales, permaneciendo como referente de alimentación para los recién nacidos desde los orígenes de la humanidad hasta finales del siglo XIX. En el siglo XX se llevan a cabo grandes cambios con respecto a la alimentación inicial en el ser humano pues se empieza a experimentar con leches modificadas procedentes de especies distintas a la materna. Como consecuencia de la introducción en la alimentación de los niños de este tipo de leche la frecuencia y duración de la lactancia materna disminuyó rápidamente provocando gran preocupación por el problema de malnutrición infantil derivado de dejar de amamantar. La leche materna está considerada como una

alimentación superior por las ventajas que tiene: prevención de afecciones (gastroenteritis, cólera, enterocolitis necrosante…), según algunas investigaciones la leche materna contiene más de 700 tipos de bacterias beneficiosas, así como prevención de sensibilizaciones alimentarias. Estudios realizados concluyen que hay un menor riesgo de muerte súbita en niños que se nutren con leche materna.

2 Objetivos

Conocer y valorar las principales recomendaciones sobre la lactancia materna.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se realiza la búsqueda en diversas bases de datos: Scielo, Dialnet, basándonos en los descriptores: lactancia materna, recién nacido, maternidad, alimentación.

4 Resultados

Diversos estudios científicos han demostrado que la lactancia materna exclusiva, al menos durante los primeros seis meses de vida, es la forma de alimentación más apropiada para los lactantes. Se recomienda que se inicie en la primera hora de vida; que el recién nacido solo reciba leche materna, sin ningún otro alimento ni bebida, tampoco agua; y que la lactancia se realice con la frecuencia que el niño la solicite, tanto de día como de noche.

5 Discusión-Conclusión

La leche materna va a proporcionar al niño protección contra enfermedades infecciosas y de tipo crónico, va a contribuir a un desarrollo a nivel cognitivo y sensorial importante, así como a reducir la mortalidad del lactante, provocada sobre todo por enfermedades frecuentes como la diarrea y la neumonía. De la misma manera va a contribuir a la salud y bienestar de la madre, reduciendo el riesgo de padecer cáncer de mama y ovarios, entre otras cosas.

6 Bibliografía

- https://www.who.int/es
- https://www.UNICEF.es
- https://www.Wikipedia.org,
- Asociación Española Pediátrica,
- https://www.cuidateplus.marca.com

Capítulo 660

DISTINTOS CAMBIOS POSTURALES DE PACIENTES ENCAMADOS QUE PUEDEN REALIZAR LOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL MEDIO HOSPITALARIO.

LAURA PRADOS DÍAZ

1 Introducción

En el medio hospitalario, es necesario un correcto conocimiento del personal sanitario de las posturas básicas para evitar UPP o en procesos diagnósticos o quirúrgicos. Estos cambios posturales son realizados tanto por TCAES y celadores. Sobre todo son muy convenientes cuando el paciente está encamado, en reposos absoluto. Generalmente estos cambios posturales los valora el personal de enfermería una vez que el paciente es hospitalizado o durante su hospitalización. Es conveniente hacer los cambios posturales cada 4 a 6h.

2 Objetivos

- Difundir entre los trabajadores los diferentes tipos de posturas y cambios posturales hospitalarios.
- Beneficiar al paciente reduciendo al mínimo la aparición de úlceras por presión.
- Evitar lesiones por una mala técnica por parte de los trabajadores sanitarios.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Entre las posturas básicas se pueden encontrar:
- Decúbito supino: Que consiste en que el paciente esté tumbado sobre su espalda, con brazos y piernas extendidas , rodillas flexionadas ligeramente .
- Decúbito lateral: Entre dos personas nos situamos a ambos lados de la cama, se le dobla la rodilla más distal del lado al que se va agirar, con una mano se le coge la rodilla elevada y con la otra el hombro del mismo lado y se tira hacia nosotros, mientras el compañero que está al otro lado tirará de la entremetida hacia él. Para mantener esa postura se le puede poner una almohada de apoyo en la espalda.
- Decúbito prono: El paciente está tumbado sobre su abdomen, la cabeza girada hacia un lado y los brazos flexionados a ambos lados de la cabeza.
- Fowler o semifowler: Elevar la cabeza de la cama en un ángulo de 45º. El paciente debe estar decúbito supino.
- Tredelemburg y tredelemburg invertida: Colocar al paciente en decúbito supino, estando los pies elevados sobre el plano de la cabecera, formando un ángulo de 45º. Y en la invertida: el paciente en decúbito supino, pero la cabeza y el tronco deben de estar en un plano superior al de las piernas en un ángulo de 45º.
- Litotomía o ginecológica: En decúbito supino, con las piernas colocadas sobre unos estribos, manteniendo las rodillas separadas y flexionadas, y los muslos flexionados sobre la pelvis.
- Genupectoral: Las rodillas deben de estar sobre el plano de la cama o camilla , la cabeza ladeada y apoyada sobre la cama o camilla, anteblazos flexionados y las manos situadas delante de la cabeza , una encima de la otra.

5 Discusión-Conclusión

Un buen conocimiento de estas posturas y la técnica, ayudará al personal sanitario a realizar estas posturas sin errores para beneficio del paciente.

6 Bibliografía

- F MC, Jj SA, J VS, T SG, Fp GF, Pl PH. Cuidados de la piel y prevención de úlceras por presión en el paciente encamado. Revista Rol de Enfermería. 2007;30(12):9-17.

- Peris Armero A. Prevención de úlceras por presión en el paciente encamado: revisión integradora. 31 de mayo de 2017 [citado 30 de enero de 2020]; Disponible en: http://repositori.uji.es/xmlui/handle/10234/174581.
- López-Checa C. Prevención de úlceras por presión en pacientes adultos encamados: revisión narrativa. 17 de julio de 2015 [citado 30 de enero de 2020]; Disponible en: http://tauja.ujaen.es/jspui/handle/10953.1/1732.
- Luque Moreno C, Peña Salinas M, Rodríguez Pappalardo F, López Rodríguez L. Prevención de úlceras por presión y lesiones musculoesqueléticas: paciente con ictus. Gerokomos. marzo de 2012;23(1):42-6.

Capítulo 661

ATENCIÓN Y CUIDADOS DEL ANCIANO INGRESADO POR PARTE DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

SUSANA TERRONES VEGA

MARILIA DE FÁTIMA MORAIS DE MELO

ANA ISABEL GARCÍA FERNÁNDEZ

MARÍA AFRICA NIÑO GARCÍA

DELFINA CASTRO RODRÍGUEZ

1 Introducción

La esperanza de vida ha ido en aumento las últimas décadas, es por ello, que cada vez hay personas más ancianos. Los ancianos precisan ayuda de distintos profesionales que tienen como objetivo principal prevenir la aparición de problemas que les impida llevar una vida sana (López, 2009).

El envejecimiento de cada persona es distinto, por eso hay ancianos que experimentan cambios físicos y psíquicos que son imperceptibles con 70 y otros, con 60 ya tienen problemas de movilidad. Las modificaciones que va sufriendo el cuerpo a medida que envejece, el número de células disminuye, se pierden sales

minerales y agua intercelular, se retrasa la multiplicación y el crecimiento celular, disminuye el peso de los órganos y tejidos y aumenta el tejido adiposo. Todos estos cambios que son inevitables son lo que llevan a que la capacidad de hacer cosas vaya mermando y la necesidad de atención médica sea cada vez mayor.

2 Objetivos

- Dar a conocer los cambios que se van produciendo en los ancianos
- Saber los cuidados que tiene que recibir un anciano por parte del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE).

3 Metodología

Para responder a esto se ha llevado a cabo una revisión teórica en Web os Science, Scielo y PubMed, sin restricción de fecha, combinando los siguientes descriptores: ancianos, cuidados, geriatría, vejez, TCAE. A través de estos tópicos, se encontraron 46 documentos, se descartaron 16 por no tratar el tema de interés como punto central, quedándonos con 30 artículos que recogían los criterios de la investigación. Una vez analizados se descartaron otros 12 por no contener como tema principal el tema a tratar. De estos, una vez leídos, se excluyeron 8, quedando así 10 que sí se correspondían con los tópicos buscados. Otros 3 trabajos fueron excluidos en la revisión final por no corresponderse con el objeto de estudio de este trabajo. El total de artículos a estudiar finalmente fue de 7.

4 Resultados

Se encuentra que las manifestaciones de los cambios que se producen por la vejez, en órganos, tejidos y aparatos son:

- En los sentidos se atrofia la lengua y disminución de los receptores, se degenera el nervio olfatorio, disminuye la agudeza visual y la secreción lacrimal. Se degenera el nervio auditivo y la elasticidad del del tímpano. Esto se manifiesta con la disminución de la función de los sentidos.
- La piel pierde elasticidad, hidratación, disminuye el crecimiento del cabello, la vascularización disminuye también.
- Se pierde masa, fuerza y tono por lo que la actividad física disminuye.

- Los huesos y las articulaciones se ven afectados con una disminución de la mineralización, la elasticidad y la flexibilidad y la hidratación de los cartílagos, provocando rigidez articular.
- Las válvulas venosas se deterioran y disminuye el peso y el volumen del corazón, el flujo sanguíneo y el número de latidos. La temperatura por lo tanto disminuye y la tensión arterial aumenta.
- La disminución del número de alveolos, del intercambio de gases y de la elasticidad pulmonar lo que dificulta la función respiratoria.
- La secreción de saliva disminuye junto con los movimientos peristálticos. Se pierden piezas dentales.
- El peso y el volumen de los riñones disminuye y el tono de la vejiga también se ven disminuidos, lo que provoca incontinencia.
- La producción de hormonas disminuye provocando la menopausia y la andropausia.
- El tamaño y el peso del cerebro disminuye, también el número de neuronas por lo que la memoria reciente disminuye, hay alteraciones en el sueño y los reflejos y la coordinación motora se ven afectados negativamente.

Todos estos síntomas no son más que el reflejo del paso de los años y por tanto no se considera enfermo a un anciano que presente cualquiera de ellos.

El TCAE debe de conocer al anciano para poder dar respuesta a sus necesidades ya que tendrá que saber cuáles son sus capacidades y qué puede hacer y que no. Tiene que adaptarse a cada individuo, no por ser anciano hay unas pautas que seguir, cada uno es distinto.

Habrá que fomentar su independencia y su autoestima, estimulando aquello que aún puede y quiere hacer y desechando aquello que no pueda llevar a cabo sin peligro.

Es importante que el TCAE se informe de qué patología tiene el anciano que está ingresado ya que, como hemos visto en párrafos anteriores, puede padecer varios problemas, sin que ello signifique que está enfermo. Deberá preguntarle cómo se encuentra y qué le pasa, cómo lo puede ayudar y si precisa cuidados especiales, sin que esto conlleve a una mala interpretación por parte del anciano. Tendrá que tratarlo con tacto y teniendo en cuenta que no todo el mundo afronta el envejecimiento de la misma forma. Se procurará ser cauto en las preguntas y en los cuidados, no dando por hecho que no es capaz de hacer algo, siempre se le ofrecerá ayuda y se estará pendiente de sus movimientos para prevenir cualquier accidente. Se adaptarán los cuidados y se animará a que desarrolle aquellas ac-

tividades en las que se sienta cómodo, así como facilitarles medios para sacar partido a sus limitaciones.

5 Discusión-Conclusión

Sacamos como conclusión que un anciano no es una persona enferma, simplemente sufre ciertas patologías propias de su edad y completamente normales. Cierto es que se ven limitados en ciertas tareas y que la llegada de esas limitaciones no siempre es esperada lo que lleva a un estado anímico bajo. Ingresan por problemas de corazón, pulmonares, por una mala caída y es ahí donde el TCAE tiene la labor de no hacer que se sientan más viejos de lo que ellos se ven.

El trato con estos pacientes es sin duda complicado porque no siempre reaccionan igual, la ayuda no siempre es la misma y lo que no quieran hoy puede que mañana lo reciban con los brazos abiertos. Sin duda, la pericia del TCAE es determinante en el confort del anciano que ha llegado a la planta de un hospital sin saber todavía muy bien por qué.

6 Bibliografía

- Almeida, M. D. A., Aliti, G. B., Franzen, E., Thomé, E. G. D. R., Unicovsky, M. R., Rabelo, E. R., ... & Moraes, M. A. (2008). Diagnosticos de enfermeria e intervenciónes prevalentes en el cuidado al anciano hospitalizado. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 16(4), 707-711.
- Molina Linde, J. M., Uribe Rodríguez, A. F., & Figueroa Rodríguez, J. (2015). Dolor, calidad de vida y estado anímico, relacionados con la salud de pacientes ancianos hospitalizados.
- Ciampone, J. T., Gonçalves, L. A., Maia, F. D. O. M., & Padilha, K. G. (2006). Necesidades de cuidados de enfermeria e intervenciones terapeuticas en la Unidad de Cuidados Intensivos: estudio comparativo entre pacientes ancianos y no ancianos. Acta paulista de enfermagem, 19(1), 28-35.
- Martín-Sánchez, F. J., Fernández Alonso, C., & Merino, C. (2010). El paciente geriátrico en urgencias. In Anales del Sistema Sanitario de Navarra (Vol. 33, pp. 163-172). Gobierno de Navarra. Departamento de Salud.
- López-Soto, A., Sacanella, E., Castejón, J. M. P., & Nicolás, J. M. (2009). El anciano en la unidad de cuidados intensivos. Revista Española de Geriatría y Gerontología, 44, 27-33.

Ch, J. M. O. (2005). Evaluación geriátrica multidimensional del anciano en cuidados paliativos. Persona y Bioética, 9(2).
- Casado, J. M. R. (2013). Geriatria y cuidados paliativos: algunas reflexiones. Revista Española de Geriatría y Gerontología, 48(2), 89-93.

Capítulo 662

EN QUÉ CONSISTE LA VISITA DOMICILIARIA EN SALUD MENTAL

MARIA VICTORIA BALSA GARCIA

1 Introducción

La visita domiciliaria en Salud Mental se define como la atención proporcionada a los beneficiarios del sistema de salud, portadores de una patología mental y a su familia en el hogar, permitiendo realizar una valoración, seguimiento y atención continua en el domicilio con actividades de prevención y promoción de la salud y actividades de apoyo al cuidador.

2 Objetivos

- Conocer el medio donde se desarrolla la vida familiar(entorno).
- Realizar un seguimiento del estado de enfermedad crónica.
- Determinar roles habituales del paciente dentro del sistema familiar.
- Promocionar de háitos saludables.
- Prevenir enfermedades y accidentes.
- Prevenir de recaídas.
- Determinar si existe insatisfacción o conflicto.
- Instruir en el autocuidado de la enfermedad.
- Valorar el grado de cumplimiento de las indicaciones dadas por el equipo de salud.
- Valorar la reacción emocional de la familia frente a la enfermedad del paciente.
- Realizar rescate a pacientes inasistentes o con dificultades para concurrir al centro de salud.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en base de datos como Scielo, Medlne, Cochrane y Pubmed. Se han utilizando para la búsqueda conceptos como: el papel de técnico en cuidados auxiliares de enfermería al familiar, prevención y promoción o conflicto.

4 Bibliografía

- American Psychatric Association (APA)(2002).
- Barlow.D.h.y Durand,V.M (2003).
- Butcher,J.N.Mineka,S Y Hooley,J.M(2007).

Capítulo 663

APLICACIONES TECNOLÓGICAS Y OBESIDAD

MARÍA JOSÉ ARBAS FERNÁNDEZ

SUSANA PINTO GARCÍA

MARIO FERNÁNDEZ SARIEGO

CARMEN FERNÁNDEZ ÁLVAREZ

INMACULADA VILLAVERDE MIRANDA

1 Introducción

En la red existe un gran número de aplicaciones móviles en el ámbito de la salud que ofrecen al internauta diferentes funcionalidades.
Abordamos el tratamiento de la obesidad a través de las apps que dentro de la m-health, fomentan los hábitos de vida saludable.
La obesidad es una epidemia sanitaria a nivel mundial que afecta a la población mundial, cuyas cifras no ha dejado de aumentar desde que se disponen registros y que se sitúa como germen para otras enfermedades más graves como las cardiacas y diabetes.
La saturación de los servicios sanitarios provoca que el tiempo que los profesionales de atención primaria pueden destinar a sus paciente en tareas de educación sobre hábitos de vida saludable sea muy escaso y por tanto, la población busca soluciones alternativas a través de recursos tecnológicos como la apli-

cación móvil o app, que es un software previsto para su instalación en teléfonos inteligentes.
La m-health o salud móvil cuyo auge y crecimiento en los últimos tiempos ha sido exponencial, engloba el uso de las Apps de salud, entre las que destacan las vinculadas con el control del peso y las que promocionan hábitos de vida saludables, pudiendo clasificarse en: actividad física, dieta, estadística y control de parámetros fisiológicos.

2 Objetivos

- Determinar la utilidad de las aplicaciones móviles para el tratamiento de la obesidad.

3 Metodología

El método utilizado para nuestra investigación ha sido la búsqueda documental y bibliográfica en páginas y revistas especializada, utilizando como palabras clave las siguientes: obesidad, hábitos, m-health, apps.

4 Resultados

A través de uso de apps de salud, los pacientes con obesidad mejoran los niveles de motivación, encuentran información sobre su enfermedad y disponen de una herramienta que les permite establecer sus objetivos y controlar su evolución.
En el caso de las personas sanas, las apps de salud fomentan unos hábitos y una educación que con el paso del tiempo, debería ayudar a reducir el número de personas con obesidad.
Ante la gran proliferación de apps que integran la m-health, es inevitable la intervención de la administración pública así como la implicación de los profesionales de la salud para garantizar la fiabilidad y seguridad de las aplicaciones.

5 Discusión-Conclusión

Las aplicaciones móviles de salud son de gran utilidad para los usuarios y constituyen un recurso asistencial muy potente para el sistema sanitario, dado el acceso a las mismas están muy generalizado.

Los responsables de salud pública tienen el deber de proponer políticas para frenar el avance de la obesidad en la población y la tecnología de la información es oportunidad para promocionar hábitos de vida saludables.

6 Bibliografía

- San Mauro Martín I. et al. Aplicaciones móviles en nutrición, dietética y hábitos saludables: análisis y consecuencia de una tendencia a la alza. Nutrición hospitalaria [Internet]. 2014; 30 (1): 15-24.
Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-16112014000800002&script=sci_arttext&tlng=pt.
- Aguilar Martínez A. et al. Posibilidades de las aplicaciones móviles para el abordaje de la obesidad según los profesionales. Gaceta Sanitaria [Internet]. 2015; 29 (6): 419-424.
Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/gs/v29n6/original3.pdf.
- Tort E. et al. Visión de los profesionales sobre las posibilidades de uso y las funcionalidades de las aplicaciones móviles para el tratamiento de la obesidad y el sobrepeso. Atención Primaria [Internet]. 2016; 48(2): 138.
Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6877829/.
- Carrion C. et al. Utilización del teléfono móvil para el fomento de hábitos saludables en adolescentes. Estudio con grupos focales. Revista Española de Salud Pública [Internet]. 2016; 90
Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272016000100422&script=sci_arttext&tlng=pt.
- López Gallardo L. et al. El autocuidado y las apps, agentes de cambio en enfermedades como sobrepeso, obesidad y diabetes. Revista Digital Universitaria [Internet]. 2017; 18 (8).
Disponible en: http://www.revista.unam.mx/wp-content/uploads/v18_n8_a3_Gallardo-y-Monroy.pdf.
- Cano Moreno M. V. Tecnologías de la Información y las comunicaciones en la prevención de la obesidad= Information and Communication Technologies for the Prevention of the Obesity. Revista Espanola de Comunicacion en Salud [Internet]. 2017; 8 (1): 107-113.
Disponible en: http://e-revistas.uc3m.es/index.php/RECS/article/view/3610/2331.

Capítulo 664

FOBIAS Y REALIDAD VIRTUAL.

MARÍA JOSÉ ARBAS FERNÁNDEZ

SUSANA PINTO GARCÍA

MARIO FERNÁNDEZ SARIEGO

CARMEN FERNÁNDEZ ÁLVAREZ

INMACULADA VILLAVERDE MIRANDA

1 Introducción

La Realidad Virtual (RV) es una técnica innovadora reciente, resultado del imparable crecimiento tecnológico de nuestra sociedad, con aplicación directa en diferentes ámbitos de la vida, y que, en el caso particular de la salud, se utiliza para tratamientos psicológicos derivados de fobias específicas.
La fobia y entre ellas la fobia específica, es un trastorno que se caracteriza por un miedo persistente y desproporcionado ante objetos o situaciones concretas, lo que genera malestar en la vida de las personas.
Hace más de dos décadas, se inició la investigación para el desarrollo de sistemas de realidad virtual para el tratamiento de diversos trastornos psicológicos.
La Realidad Virtual (RV), es una tecnología informática que permite generar ambientes virtuales inmersivos, mediante escenarios tridimensionales reales o imaginarios.
En las terapias expositivas, la Realidad Virtual (RV) convierte al paciente en un agente que puede interactuar mediante una exposición gradual y en tiempo real,

con el estímulo fóbico y puesto que se trata de ambiente virtual, la seguridad del paciente no corre peligro alguno.

2 Objetivos

- Valorar la eficacia de la realidad virtual para el tratamiento de fobias específicas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas, utilizando como palabras clave las siguientes: fobia, realidad virtual, interactuar, exposición gradual.

4 Resultados

Los programas de realidad virtual han demostrado su eficacia en estudios y tratamientos aplicados a fobias específicas, reduciendo los indicadores clínicos como la ansiedad, temor, creencia, etc.
Frente a los métodos tradicionales, la realidad virtual aplicada a la terapia de exposición presenta grandes ventajas, entre las que destacan la relación inversión-beneficio, el control gradual y la seguridad del paciente.

5 Discusión-Conclusión

La realidad virtual es una herramienta útil para el tratamiento de trastornos psicológicos que requieran de una terapia de exposición.
Se han revisado estudios sobre fobias específicas como la fobia a volar, agorafobia y aracnofobia, pero las investigaciones son escasas.
En los próximos años habrá una expansión significativa de la realidad virtual como herramienta terapéutica.

6 Bibliografía

1. Gutiérrez Maldonado J. Aplicaciones de la realidad virtual en psicología clínica. Aula médica psiquiátrica. 2002; 4(2): 92-126.
2. Baños Rivera R. M. et al. Tratamiento mediante realidad virtual para la fobia a volar: un estudio de caso. Clinical and Health. 2001; 12(3): 391-404.
3. Pitti C. T. et al. Agorafobia: tratamientos combinados y realidad virtual. Datos preliminares. Actas Españolas de Psiquiatría. 2008; 36(2).
4. Buenos Sánchez L. et al. Realidad virtual como tratamiento para la fobia específica a las arañas: una revisión sistemática. Psicología: Avances de la Disciplina. 2019; 13(1): 101-109.
5. Botella C. et al. Realidad Virtual y tratamientos psicológicos: Una revisión. Psicología Conductual. 2006; 3: 491-510.
6. Ramos Nava M. C. et al. Creación de ambientes virtuales inmersivos con software libre. Revista Digital Universitaria. 2007; 8(6).

Capítulo 665

ÚLCERAS POR PRESIÓN Y EN ESPECIAL EN PACIENTES GERIÁTRICOS.

DENYS SUAREZ DEPETRIS

VIRGINIA DOMÍNGUEZ MARTÍNEZ

XANA ARDURA MARTIN

CARMEN MIYARES VELAZQUEZ

LAURA LAORDEN FERNANDEZ

1 Introducción

Podemos definir la escara o úlcera por presión (UPP) como aquella herida o lesión que aparece en la piel por el resultado de una presión continua del cuerpo del individuo contra una superficie, encontrándose también diversos factores internos (obesidad o extrema delgadez, diabetes, edad, incontinencia urinaria…) o externos (sudor, orina, excrementos, migas en la ropa de cama…) que influyen en su formación. La úlcera por presión es un evento constante en salud pública, un problema persistente en las unidades críticas y una preocupación ya que es una carga agregada a la enfermedad y una menor calidad de vida para el paciente.
Los pacientes geriátricos son de los más propensos a sufrir su aparición, ya que muchos de ellos son dependientes y pasan muchas horas sentados o en una cama.

Se trabaja en las distintas formas de prevenir las úlceras por presión evitando así la formación de estas o la extensión de las mismas.
Existen distintas Escalas de valoración del riesgo de aparición de la úlcera por presión que sirven para medir según unos parámetros el riesgo que tienen los pacientes de padecer una úlcera por presión. (Escala de Norton, Braden..)
Si existe un riesgo de aparición de úlceras por presión se daría lugar a las medidas preventivas que serían eliminar o disminuir la presión, mantener la higiene junto a la hidratación y la alimentación.
Una de las medidas preventivas más importantes a seguir es mantener la higiene y el aseo del paciente a diario lavando las veces que sean necesarias con jabón pH neutro y secando muy bien todas las zonas en especial los pliegues cutáneos sin frotar y utilizando cremas hidratantes.
Siguiendo con un programa de cambios posturales diario durante las 24h. del día en el que cada 2-3 horas se realizarán dichos cambios para así prevenir las úlceras por presión, también se evitará que el paciente permanezca en la cama en la medida de lo posible y si así es que cambie de posición frecuentemente, si puede, caminar.
A la hora de eliminar o disminuir presión en la piel mediante medios físicos o mecánicos podemos utilizar taloneras, protectores de algodón, cojines, almohadas que colocaremos en las zonas óseas o distintos colchones aptos para esta prevención.
No podemos olvidar las localizaciones más frecuentes de aparición de UPP en España: En primer lugar, el sacro/coxis, en segundo lugar, el talón seguido por el trocánter, maléolo, glúteo y otras localizaciones como isquion, rodilla o pierna, dorso y dedos del pie y otras zonas con una incidencia mucho menor.

Ahora que ya hemos hablado de cómo podemos definir la úlcera por presión, de las escalas para valorar el riesgo que existe, de las medidas preventivas con las que podemos actuar y de las localizaciones más frecuentes es importante conocer en qué punto de la etapa nos encontramos, con el fin de evitar problemas mayores en músculos, huesos o tendones.

- Etapa 1. Hay un eritema que consiste en el enrojecimiento persistente de la zona a pesar de la eliminación de la compresión. Valdría con proteger la zona y usar cojines, almohadas y colchones que favorezcan la distribución de la presión de manera uniforme.
- Etapa 2. Pérdida parcial del grosor de la piel que afecta a la epidermis, o ambas. Lo mejor es aplicar apósitos para humedecer la úlcera. Adoptar diferentes posiciones en el paciente para evitar la presión en la zona y proteger la piel más dañada.

- Etapa 3. Pérdida absoluta del grosor de la piel. Es muy importante desprender el tejido muerto y facilitar la supuración de líquido humoral. Proteger muy bien el hueco.
- Etapa 4. Aparición de necrosis. Uso de antibióticos y valoración con el médico para comprobar el estado del hueso, tendón o músculo.

2 Objetivos

Los objetivos son conocer que es una úlcera por presión, las medidas que podemos tomar para evitar su aparición, cuáles son las zonas más comunes donde aparecen y sus etapas.

3 Metodología

Se realiza una búsqueda sistemática en diversos buscadores y artículos científicos, como PubMed, Scielo, Theramart, C.M.U.C (Centro Multidisciplinares de Úlceras Crónicas), Libros Editorial MAD entre otros. Utilizando palabras clave como prevención, cambios posturales.

4 Resultados

Aunque las úlceras por presión pueden aparecer en cualquier rango de edad, es cierto que los pacientes geriátricos son lo que más las sufren. Sus prolongadas horas inmóviles, o sus diferentes patologías asociadas al paso del tiempo, ayudan a la aparición de las tan temidas úlceras por presión. La suma de una presión constante y un aplastamiento de tejidos, dificulta que la sangre pase con total normalidad, llegando en los casos más graves a provocar necrosis.
Una mala nutrición, la deshidratación, la humedad en zonas específicas influyen también, negativamente, en su aparición. Las zonas más propensas para la aparición de las úlceras por presión son aquellas que están directamente en contacto con superficies externas al cuerpo.

5 Discusión-Conclusión

Sin ningún lugar a dudas, la previsión es la mejor herramienta que tenemos para evitar la aparición de las úlceras por presión. Mantener una buena nutrición, una buena hidratación oral y corporal, facilitar la movilidad, utilizar todos aquellos

elementos que nos ayuden a disminuir las presiones sobre la piel de los pacientes, y un constante control sobre cualquier cambio que pueda aparecer en la piel de los pacientes ayuda a reducir su aparición, con lo que mejoraremos la calidad de vida del paciente.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=ulceras+por+presion.
- https://theramart.com/blogs/de-salud/las-etapas-de-las-ulceras-por-presion.
- https://www.centroulcerascronicas.com/blog/zonas-mas-comunes-de-las-ulceras-por-presion-y-su-tratamiento.
- https://gneaupp.info/plan-de-cuidados-de-enfermeria-para-la-prevencion-y-tratamiento-de-las-ulceras-por-presion/.

Capítulo 666

ABUSO DE MEDICAMENTOS: PROBLEMÁTICA ACTUAL SOBRE LA RESISTENCIA BACTERIANA.

ANGELA RODRIGUEZ GARCIA

1 Introducción

El uso sin control de los medicamentos por parte de la población es un reto para las instituciones sanitarias , no solo por el gasto que genera a el sistema de salud sino porque se está creando una resistencia a algunos fármacos que en un futuro puede acarrear consecuencias importantes en la población y un problema de gran magnitud para los servicios sanitarios, generando complicaciones en el tratamiento de patologías que no deberían tenerlas.

2 Objetivos

- Conseguir un uso adecuado y racional del consumo y utilización de los medicamentos.
Información sobre el abuso de los medicamentos no sólo en humanos sino también en veterinaria.
- Ver consecuencias reales que pueden surgir en un futuro por el uso inadecuado de los medicamentos.
- Concienciar del usuario sobre el uso racional y las consecuencias del abuso y mala utilización de los medicamentos.

3 Metodología

- Estudio descriptivo y formulatorio
- Análisis del consumo de medicamentos en los usuarios.
- Análisis del consumo de medicamentos en veterinaria.
- Análisis de los problemas actuales del abuso de medicamentos y de los problemas futuros.

Todos estos análisis se hacen basándose en bibliografía científica: se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

En la actualidad los profesionales sanitarios nos enfrentamos a muchos retos para mejorar nuestra praxis , la salud y atención de los usuarios e intentar conseguir un sistema de calidad, minimizando el riesgo ,por una parte, y por otra reduciendo el gasto sin que esto perjudique la calidad asistencial.

Uno de los grandes retos de nuestra época en relación al ámbito sanitario es conseguir un uso adecuado y racional de los medicamentos, ya que de no dar importancia a este tema, podemos acarrear consecuencias bastantes nocivas.

¿Cuáles son las causas que generan el uso abusivo y sin control de los medicamentos?
No podemos obviar que nos enfrentamos a una nueva época donde las tecnologías se han desarrollado de una forma muy rápida y con poco control, este desarrollo también ha influido en el consumo y adquisición de medicamentos. A través de la red podemos conseguir medicación sin ningún tipo de control de calidad en su elaboración y evidentemente tomarla sin ningún asesoramiento médico.

Este tipo de prácticas al que nos enfrentamos no sólo nos puede traer consecuencias fatales ,ya que como mencionábamos antes ,ni el proceso de elaboración, ni el uso que el paciente le va a dar se realiza de la forma correcta ,por tanto ,podemos pensar que en algún caso, este uso tan irresponsable y falto de garantía nos puede acarrear consecuencias tan graves como la muerte del consumidor.

Además de esta consecuencia, hay otras, como por ejemplo, el enmascaramiento por parte de ese consumo irregular de patologías, también ciertos fármacos consumidos sin ningún criterio y objetivo puede crear en el consumidor otras consecuencias colaterales como puede ser la adición a este fármaco. Añadiremos como consecuencia directa de un consumos irresponsable, las reacciones alérgicas, no sólo al principio activo del fármaco sino también a los excipientes que lo componen. Todas estas prácticas incontroladas a la larga pueden generar un gasto extra al sistema nacional de salud ya que el uso inadecuado de estos conlleva en algún caso nuevas patologías o el tratamiento de los efectos secundarios de los que hablábamos anteriormente por parte del sistema nacional de salud.

A parte de la complicación que genera lo anteriormente descrito queremos centrarnos más en exclusiva en este trabajo sobre las consecuencias inmediatas y futuras del abuso y mal uso de los antibióticos, para ello haremos una introducción para conocer ciertos conceptos básicos sobre los antibióticos.

EL ANTIBIÓTICO ¿qué es? ¿cómo funciona?
DEFINICIÓN DE ANTIBIÓTICO "es una sustancia química producida por un ser vivo o derivado sintético, que mata o impide el crecimiento de ciertas clases de microorganismos sensibles. Generalmente, son fármacos usados en el tratamiento de infecciones por bacterias, de allí que se les conozca como «antibacterianos»." Fuente Wikipedia.

Los antibióticos se utilizan en medicina humana ,animal y en horticultura para tratar infecciones provocadas por gérmenes. Actúan como potentes combatientes en las infecciones bacterianas ,además de evitar su reproducción.

BACTERIAS, CARACTERÍSTICAS GENERALES
Las bacterias son organismos vivos muy similares a las células , son los organismos más exitosos y los que han evolucionado en millones especies distintas. Las podemos clasificar por su forma como cocos que son esféricos, bacilos con forma de barra y espirilos (espirales).

La reproducción bacteriana se realiza a través de mitosis, es decir, una bacteria se convierte en dos idénticas, división celular, aunque existen otras formas de reproducción esta es la más común.

La alimentación bacteriana crea otra clasificación, las hay autótrofas aquellas que generan su propia energía por ejemplo a través de fotosíntesis o heterótrofas aquellas que consumen materia orgánica procedente de otros seres vivos.

No todas las bacterias causan enfermedades, las hay que son indispensables en algún proceso que produce nuestro cuerpo.

ANÁLISIS DEL ABUSO DE ANTIBIÓTICOS CONSECUENCIAS Y ACTUACIONES PARA COMBATIRLAS
El personal sanitario debe formarse y conocer las consecuencias fatales que puede tener el abuso o uso incorrecto de los antibióticos .

La OMS ha creado una estrategia global de contención de la resistencia a los antibióticos en ella se incluye la importancia de una educación al usuario y al personal sanitario sobre el abuso de los antibióticos o la mala utilización de estos. Además en esta guía añade como objetivo de los sistemas sanitarios la mejora de diagnósticos y elaboración de guías de tratamientos para el uso adecuado de estos, así como recomienda restringir su uso y auditar la prescripción.

¿ y por qué la OMS hace tantas recomendaciones sobre el uso de antimicrobianos? En las últimas décadas el uso de antibióticos ha aumentado de una forma evidente, no sólo para uso humano,si no también para uso veterinario. Ahora ,por diversos estudios científicos sabemos que este abuso y un uso erróneo ha creado resistencia a ellos en algunas bacterias.

Como comentábamos antes, las bacterias son organismos que se adaptan muy bien y por el continuo contacto lo han hecho también a los antimicrobianos.

Factores que hacen posible la resistencia de las bacterias a los antibióticos:
1. Evolución de las bacterias, se produce por las presiones selectivas aplicadas por los antibióticos ,esto quiere decir que disminuye las bacterias no resistentes pero hace que las resistentes comiencen a multiplicarse y creen un depósito, el antibiótico las fortalece.
2. Nuestro entorno más limpio, sí , aumentar la limpieza de todos nuestros espacios está creando que nuestra inmunidad adquirida ,que no es otra que aquella que creamos al estar en contacto con enfermedades o con microorganismos diferentes se este debilitando. Nuestro sistema inmune cuando estamos expuestos reconoce como cuerpos extraños e interactúa con él pero al desenvolvernos e un medio tan limpio hace que las respuestas inmunes no sean las adecuadas y como consecuencia genera enfermedades.
3. Las bacterias son capaces de desarrollar mecanismos de resistencia que impide al antibiótico ejercer su mecanismo de acción.
4. La relación de un uso intensivo de antibióticos en humanos y la resistencia de las bacterias a ellos se ha estudiado y comprobado por parte de la comunidad

científica y sanitaria, pero dichos estudios no sólo se basan en el consumo directo de los antimicrobianos por parte de los humanos si no también su uso abusivo y sin control en veterinaria, que no sólo crea resistencia entre los animales si no que el medicamento llega al humano de manera indirecta a través del consumo y produciendo en el humano un consumo inadecuado de los antibióticos.

Tenemos una problemática real que se agravará más si no nos concienciamos pero también analizando los datos hay un factor muy importante y crucial en la lucha sobre las bacterias resistentes, que es el papel pasivo e interesado de la industria farmacéutica . La producción de antibióticos genera beneficios a las farmacéuticas por ello incentivan el uso de ellos en diferentes ámbitos pero esto contrarresta con su negativa de investigar nuevos antibióticos que sean eficaces contra la resistencia bacteriana , y la pregunta es ¿por qué?, claro que la venta de antibióticos les genera beneficios pero no tantos como otro tipo de medicamentos por ello son reticentes a invertir en investigación de nuevos antibióticos, aún sabiendo a el problema de salud pública al que nos enfrentamos.

En conclusión, invertir ahora mismo en esa investigación no es rentable para ellos por ello no están poniendo toda su maquinaria a disposición para afrontar este problema.

5 Discusión-Conclusión

La comunidad científica ha dado la voz de alarma sobre la proliferación de las bacterias resistentes a los antibióticos , el problema al que nos enfrentamos es grave no sólo porque va en aumento si no porque los intereses de la industria farmacéutica están impidiendo la investigación y desarrollo de nuevos medicamentos contra estas bacterias. En definitiva ,más bien a corto plazo no vamos a enfrentar a colonizaciones bacterianas que van a generar enfermedades sin cura, ya que si no centramos nuestros esfuerzos en encontrar rápidamente un antibiótico que las combata, ellas, las bacterias seguirán adaptándose y haciéndose más y más resistente.

¿Pero qué estrategias podemos utilizar desde el ámbito sanitario para intentar evitar este problema? Pues una y muy importante es la educación sanitaria y la promoción de la salud, como sanitarios podemos ejercer ese papel educador con nuestros usuarios , informar de la importancia de un uso adecuado del medicamento, de que la prescripción médica es importantísima y que respetarla nos ayudará no sólo a acabar con el problema actual que aqueja al usuario/paciente

sino que también a evitar otros futuros.

Como parte del sistema sanitario intentaremos que el uso del antibiótico sea el último recurso, informaremos de que estos no se usar para enfermedades que no son de origen bacteriano, también informaremos de las consecuencias que conlleva la automedicación, no sólo con referencia a efectos secundarios a corto plazo sino que también a las problemáticas asociadas que esta práctica puede tener en un futuro.

Tendremos en cuenta las informaciones de la OMS sobre esta problemática y sus recomendaciones, con respecto al uso racional del medicamento la OMS lo define de la siguiente manera "Uso racional de medicamentos consiste en asegurar que los pacientes reciban la medicación adecuada para sus necesidades clínicas, en las dosis individuales requeridas por un periodo de tiempo adecuado y al más bajo coste para ellos y su comunidad". Creo que es muy importante intentar seguir esta máxima que recomienda la organización mundial de la salud".

El uso de masivo de antibióticos en el sector veterinario, agrícola y ganadero también nos lleva a la conclusión que una forma de evitar el desarrollo de esta problemática sea cambiar no solamente los usos sanitarios si no también los hábitos alimenticios, intentando consumir productos más sostenibles y cuyos productores hagan un uso racional, comedido y óptimo de los medicamentos.

Analizando toda la bibliografía disponible sobre esta problemática podemos llegar a la conclusión que es un problema de Salud Pública que avanza y que debemos tomar medidas eficaces contra él . En nuestro caso con una información veraz y adecuada al paciente, con uso responsable y con hábitos más saludables.

Debemos desde la comunidad sanitaria instar a las instituciones públicas a invertir en investigación para evitar el problema antes de que sea tarde.

6 Bibliografía

- Resistencia Bacteriana A Los Antibióticos: Una Crisis Global , Juan Ignacio Alós.
- Plan Nacional De Categorización De Antibióticos En Veterinaria, Ministerio De Sanidad ,Servicios Sociales E Igualdad.
- Organización Mundial Dela Salud
- Ck12-Org.
- Resistencia Bacteriana A Microbianos: Su Importancia En La Toma De Decisiones En La Práctica Diaria, Daza Pérez R.M.

- Scienciedirect.Com Enfermedades Infecciosas Y Microbiológia Clínica.
- Brennerchildren.Org.
- Recomendaciones Sobre El Uso De Medicamentos, Semfyc (Sociedad Española De Medicina De Familia Y Comunitaria).
- Uso Apropiado De Antibióticos Y Resistencia Bacteriana, Afeme Y Facultad De Ciencias Médicas De La Universidad De Cuenca, Ecuador.

Capítulo 667

EL PAPEL DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LA REDUCCIÓN DEL RUIDO EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS.

YAIZA ARIAS CASTRO

ANA ROSA LOPEZ ALVAREZ

1 Introducción

Los pacientes ingresados en las unidades de cuidados intensivos son seres humanos vulnerables, ya que durante su estancia en la unidad están sometidos a una serie de cambios, como la separación de su hogar, la separación de sus familiares, ven reducida su privacidad. Todos estos factores provocan en los pacientes estrés, depresión o ansiedad, que pueden verse agravados debido a dos factores ambientales, la luz ambiental y el ruido.

Según la Agencia de Protección Ambiental de Estados Unidos, se puede definir el ruido como "cualquier sonido que puede producir un efecto fisiológico o psicológico indeseable en un individuo o grupo". La Organización Mundial de la Salud recomienda que los niveles de ruido en los hospitales no supere los 30 dBA, especialmente durante las horas nocturnas. La propia Organización Mundial de la Salud constata que la mayoría de hospitales superan con creces estos niveles de ruido, con unos niveles medios entre 50-75 dBA y pudiéndose producir picos de ruido de 100 o más dBA (1).

2 Objetivos

Analizar el impacto de la contaminación ambiental, concretamente del ruido, sobre el paciente ingresado en una unidad de cuidados intensivos, para así determinar las causas y origen de estos ruidos para poder concretar medidas y actuaciones encaminadas a disminuir el ruido ambiental y mejorar la calidad de la recuperación del paciente dentro de la unidad, así como concienciar al personal de salud que trabaja en los hospitales de la importancia y necesidad de reducir los ruidos durante la jornada laboral.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión sistemática de la bibliografía sobre las unidades de cuidados intensivos y los factores desencadenantes del ruido en hospitales. Las bases de datos consultadas fueron: PubMed, Scielo y Teseo. Los descriptores utilizados fueron "ruido", "unidad de cuidados intensivos". Con estos descriptores también se realizaron búsquedas en metabuscadores como NHS Evidence o Excelencia clínica. Como criterios de exclusión, se han omitido todos los estudios que sean anteriores al año 2005 y los artículos escritos en cualquier idioma que no sea el inglés o el español.

4 Resultados

A pesar de las múltiples recomendaciones que hacen los organismos encargados de velar por la salud, y de las innumerables evidencias del impacto que el ruido tiene sobre los pacientes hospitalizados, el ruido en los hospitales y sobre todo en las unidades de cuidados intensivos no se ha controlado y rebasa con creces las recomendaciones establecidas. Incluso existen estudios que demuestran que el ruido dentro de los hospitales se está incrementando a ritmo de 0,38 dBA/año durante el día y de 0,42 dBA/año durante las noches, si en 1960 el ruido promedio era de 57 dBA, en el 2005 ascendió hasta los 75 dBA (1) (2) (3) (4).

Según las investigaciones para determinar la contaminación por ruido en las diferentes estancias de los hospitales llevadas a cabo por Falk y Woods, se demostró que los niveles más altos de ruido dentro de los hospitales corresponden con las unidades de cuidados intensivos y los servicios de recuperación postanestésica, oscilando éstos entre 55 y 73 dBA. Que el nivel de ruido fuera más alto o más bajo estaba en estrecha relación con el número de personal pre-

sente en esas unidades. Concluyeron que los niveles altos de ruido afectaban al estado hemodinámico y a la calidad del sueño del paciente (5).

El ruido en las unidades de cuidados intensivos se puede clasificar en operacional y estructural según la fuente del mismo. El operacional es aquel generado por el personal sanitario, por los procesos dentro de la UCI y el equipamiento. El estructural es el generado por el edificio, como la climatización , las puertas o la ventilación. De acuerdo con esta clasificación un estudio determinó que el 34% del ruido se puede evitar y un 28% puede reducirse de forma considerable si se incorporan procesos y medidas para reducir el ruido (6).

El ruido dentro de la unidades de cuidados intensivos no es constante las 24 horas del día, si no que varía a lo largo de este, como han demostrado varios estudios. De acuerdo a sus resultados, los turnos de mañana son los que alcanzan más intensidad del ruido y a partir de este va disminuyendo a lo largo del día. Aunque en el turno de noche el ruido es menor, este generalmente sobrepasa los niveles permitidos. Durante los fines de semana, el ruido disminuye de manera significativa debido al menor número de personal presente. (7) (8)

El ruido es muy nocivo dentro del hospital, y en mayor medida dentro de las áreas críticas de este, como las urgencias, áreas de recuperación postanestésica y unidades de cuidados intensivos. El ruido no afecta sólo a los pacientes, también impacta de manera negativa en el personal sanitario. Los impactos más destacables que tiene el ruido sobre los paciente son el estrés emocional, la disfunción inmune metabólica, la taquicardia sinusal, las arritmias, la desincronización de la ventilación mecánica, disminución de la agudeza auditiva, limitaciones en la comunicación, alteraciones de los patrones del sueño, entre muchas otras (9) (10). Para el personal sanitario los impactos más destacables que produce el ruido son el estrés, un mayor riesgo de padecer “burnout”, disminución de la concentración en el desempeño del trabajo que puede producir un aumento del número de errores, entre otros (9) (10).

5 Discusión-Conclusión

Debido a toda la evidencia científica acerca del impacto del ruido es necesario implementar procesos y medidas encaminadas a disminuir el ruido dentro de los hospitales. Para lograr este objetivo es necesario tener en cuenta y aplicar una serie de recomendaciones:

• Elaborar un informe donde se detallen los niveles de ruido en las diferentes áreas, para poder conocer el punto de partida a la hora de aplicar medidas encaminadas a la eliminación o disminución del ruido.
• Educar y concienciar al personal sanitario sobre la importancia de los bajos niveles de ruido para la recuperación de pacientes y los beneficios que reportan estos bajos niveles sobre el correcto desempeño de su trabajo.
• Incluir dentro del proceso de educación y concienciación a familiares y allegados, puesto que son una importante fuente de ruido dentro de las unidades de cuidados intensivos.
• Reducir en la medida de lo posible el tono de voz en las conversaciones, así como disminuir el volumen de las alarmas de los monitores, abrir y cerrar puertas con suavidad o evitar realizar golpes contra las mesas o el equipo de trabajo.
• El diseño y estructura de la unidad de cuidados intensivos también es decisivo para la propagación del ruido, por lo que hay que considerar si es necesario instalar aislantes en las paredes o reorganizar la unidad para conseguir disminuir el ruido y su propagación.

6 Bibliografía

1. Berglund B, Lindvall T, Schwela DH. Guidelines for community noise. Geneve: World Health Organization; 1999.
2. Busch-Vishniac IJ, West JE, Barnhill C, Hunter T, Orellana D, Chivukula R. Noise levels in Johns Hopkins Hospital. J Acoust Soc Am. 2005;118:3629-3645.
3. Choiniere DB. The effects of hospital noise. Nurs Adm Q. 2010;34(4):327-333.
4. Xie H, Kang J, Mills HG. Clinical review: The impact of noise on patient's sleep and the effectiveness of noise reduction strategies in Intensive Care Units. Crit Care. 2009;13(2):208.
5. Falk SA, Woods NF. Hospital noise. Levels and potential health hazards. N Engl J Med. 1973;289:774-781.
6. MacKenzie D, Galbrum L. Noise levels and noise sources in acute care hospital wards. Building Serv Eng Res Technol. 2007;28:117-131.
7. Matook SA, Sullivan MC, Salisbury A, Miller RJ, Lester BM. Variations of NICU sound by location and time of day. Neonatal Netw. 2010;29(2):87-95.
8. Dube JA, Barth MM, Cmiel CA, Cutshall SM, Olson SM, Sulla SJ, et al. Environmental noise sources and interventions to minimize them: a tale of 2 hospitals. J Nurse Care Qual. 2008;23(3):216- 224.
9. Konkani A, Oakley B. Noise in hospital intensive care units. A critical review of a critical topic. J Crit Care. 2012;27(5): 522.e1-9.

10. Frisk U, Nordström G. Patient's sleep in an intensive care unit. Patients and nurses perception. Intensive Crit Care Nurs. 2003;19(6):342-349.

Capítulo 668

APARATO GENITAL FEMENINO, INFECCIONES, TUMORES Y ALTERACIONES RELACIONADAS CON LA GESTACIÓN

ANA MARÍA GONZALEZ FERNANDEZ

1 Introducción

Veremos algunas de las patologías más frecuentes en el aparato genital femenino, cuáles son, causas, cómo cursan y cómo se detectan.

2 Objetivos

- Describir las infecciones, tumores y alteraciones relacionadas con la gestación.

3 Metodología

La búsqueda de información se ha realizado a través de Internet y bibliografía relacionada con el tema a tratar. Los principales buscadores utilizados han sido Medline y PubMed. Otros buscadores como Cuiden o Cochrane.

4 Resultados

Las infecciones genitales se consideran enfermedades que afectan a la totalidad del aparato genital. Las más destacadas on, vulvitis, vaginitis o colpitis, bartolini-

tis, cervictis y salpingitis. Son causadas por diversos tipos de gérmenes, estafilococos, estreptococos y gonococos. Cursan con escozor, el cuál aumenta con la excreción de orina, olor, irritación local y alteración del moco cervical.

En el caso de los tumores, estos pueden ser benignos, o malignos, los mas frecuentes se localizan en el cuerpo y cuello del útero, y en ovarios. Los tumores de cuerpo de útero benignos (fibromas o miomas) o malignos, se presentan con la aparición de hemorragias y molestias abdominales. En algunos casos no dan síntomas, siendo solo detectados mediante una citología, de suma importancia para el diagnostico precoz. En el cuello del útero pueden detectarse en distintos estadios evolutivos y según estos varían las posibilidades de curación. En etapas muy tempranas la extirpación es prácticamente 100% efectiva como método de curación. En ovarios se presentan como quistes u ovarios poliquísticos, producen dolor abdominal bajo y trastornos menstruales.

En el caso de tumores malignos los síntomas son similares. En mamas se presentan como nódulos palpables, de carácter doloroso. Pueden deberse a una mastopatía fibroquística (tumores benignos de origen hormonal).

Existen unas alteraciones relacionadas con la gestación como el prolapso uterino, amenaza de aborto y embarazo ectópico. Prolapso uterino, es el desplazamiento del útero hacia la vagina, se acompaña de pesadez e incontinencia urinaria al toser o por esfuerzos. La causa múltiples partos seguidos o que no fueron bien atendidos, la solución es quirúrgica.

Amenaza de aborto, cuando se presenta el riesgo de perder el producto de la concepción luego de la confirmación de la gestación, cursa con abundante hemorragia y a veces con dolor. Hay que determinar periódicamente los valores de la gonadotropina coronoica (HCG) así como realizar ecografías seriadas para ver si hay vitalidad ovular o embrionaria.
Embarazo ectópico , es la implantación del huevo fecundado fuera del útero, normalmente en la trompa . Suele presentarse en etapas tempranas con hemorragias genital y dolor abdominal. Al crecer, puede causar una hemorragia interna grave, causando la extirpación tubárica e incluso histerectomía.

5 Discusión-Conclusión

Tenemos que destacar la importancia de prestar atención a todos los síntomas y recurrir a una atención sanitaria que nos permita un diagnóstico certero, precoz y

veraz. En el caso de mamas ante la aparición de nódulos mamarios se debe realizar una mamografía y punción biópsica para llegar aun diagnóstico. En el caso de cáncer de cuello uterino con algo tan simple como un papanicolaou nos lleva a la detección. Cuando se detectan en estadios precoces los procesos de curación son mas elevados. En otros casos la atención y cirugía a tiempo solucionan la alteración o evita males mayores.

6 Bibliografía

-Anatomia clinica del aparato genital femenino, Alarcon Miguel Angel.
-Patologias del aparato reproductor femenino, Julissa Medina Hoyos.
-Tratado de ginecología, enfermedades del aparato genital femenino, Dr Botella LLusia.
-www.asesa.org

Capítulo 669

CUIDADOS DE ESTOMAS INTESTINALES Y URINARIOS.

CLARA ISABEL TOCINO HERNANDEZ

ANA MARIA MILLAN FERNANDEZ

1 Introducción

La ostomía es una abertura artificial (estoma) creada quirúrgicamente que permite el paso de orina y/o heces. Es utilizado para tratar algunas patologías del sistema digestivo o urinario.
Puede ser permanente en caso de la extirpación de un órgano o temporal para proporcionar tiempo de curación a un órgano. Se suele realizar en el intestino delgado, el colon, el recto o la vejiga.

Hay distintos tipos de ostomías dependiendo del órgano en el que se realice el estoma:
- Ileostomía: el íleo, que es la última parte del intestino delgado, se une al estoma evitando así el colon, recto y ano.
- Colostomía: el colon es unido al estoma evitando así el recto y el ano.
- Urostomía: los tubos que llevan la orina a la vejiga (uréteres) se unen al estoma evitando así la vejiga.

Una vez realizado el estoma, los productos de desecho salen al exterior a través de éste y se depositan en una bolsa que va adherida a la piel, por lo que se requieren una serie de cuidados.

2 Objetivos

- Dar a conocer los cuidados necesarios de los estomas en pacientes con colostomía o nefrostomía.
- Conocer la técnica correcta para proporcionar cuidados de calidad.

3 Metodología

Se realiza una búsqueda bibliográfica a través de los motores de búsqueda habituales (Scielo, PubMed y Google académico) utilizando las palabras clave ostomía, estoma y cuidados.
Se consultan también diversos manuales y guías de Servicios de Salud del SNS

4 Resultados

Las indicaciones para realizar los cuidados del estoma son: mantener la integridad de la piel periestomal, evaluar el estado del estoma y proporcionar bienestar al paciente

El procedimiento es sencillo, se deben seguir los siguientes pasos:
1. Identificar al paciente.
2. Informarle sobre el procedimiento a realizar.
3. Si es posible, solicitar la colaboración del paciente.
4. Preservar la intimidad del paciente.
5. Lavarse las manos. Utilizar guantes
6. Colocar al paciente en posición adecuada, que varía según el tipo de ostomía. Siendo para la urostomía en decúbito supino y para la colostomía en decúbito supino o bipedestación.
7. Despegar cuidadosamente la bolsa colectora de arriba hacia abajo, sujetando la piel con la mano no dominante. Si es necesario se puede humedecer un poco la zona.
En caso de urostomía, vaciar previamente la orina que contiene la bolsa
8. Estomas iniciales: Limpiar el estoma y la piel periestomal con antiséptico, secando con gasas estériles con pequeños toques, evitando frotar para no irritar la piel.
9. Estomas tardíos: Lavar suavemente con agua y jabón neutro la zona periestomal y el estoma. Secar con gasas evitando frotar.
10. Valorar el aspecto del estoma.

11. Medir el tamaño del estoma para adecuar la placa de la bolsa, recortándola.
12. Cerrar la pinza, si la bolsa es abierta, y verificar que la piel está seca.
13. Colocar la nueva bolsa de abajo hacia arriba, ajustándolo lo mejor posible al estoma y a la posición del paciente, vertical si camina y horizontal si está tumbado. Poner la mano proporcionando calor en la zona adhesiva, para conseguir una buena fijación a piel pero sin presionar.
14. Comprobar que la bolsa ha quedado bien adherida a la piel.
15. En caso de urostomía, conectar la bolsa colectora de orina.
16. Retirar el material utilizado.
17. Quitarse los guantes.
18. Acomodar al paciente.
19. Lavarse las manos.

Existen distintos tipos de dispositivos, hay bolsas abiertas como las de las urostomias y cerradas, las hay de una sola pieza y de dos piezas. Estas últimas están compuestas por un placa que se adhiere a la piel con un aro que encaja con otro aro que trae la bolsa, por lo que permite cambiar la bolsa sin tener que manipular la piel y por tanto evita en gran medida la irritación de ésta.

Hay que tener en cuenta algunas cosas:
- Si la piel periestomal tiene vello no se debe rasurar ni utilizar cremas depilatorias, se debe recortar con una tijera.
- Si la piel está irritada, se deben utilizar cremas o placas protectoras cutáneas, antes de colocar el dispositivo.
- Al colocar el dispositivo, la piel debe estar bien limpia y seca para asegurar una buena adhesión. Intentar evitar pliegues y deformidades para evitar posibles fugas. Si no es posible existen pastas específicas para rellenar estas zonas y crear una superficie plana,
- Procurar que el orificio del dispositivo se ajuste lo mejor posible al estoma, para evitar la irritación de la piel circundante
- La bolsa de ileostomía y urostomía se vaciará cada vez que sea preciso y se cambiará diariamente.
- La bolsa de colostomía se retirará cuando sea necesario. El disco de los dispositivos de dos piezas se cambiará siempre que esté deteriorado o haya presencia de fugas entre éste y la piel.
- Existe en el mercado tapones u obturadores de colostomía que permiten controlar las descargas fecales y olores desagradables.

5 Discusión-Conclusión

Los pacientes ostomizados requieren unos cuidados concretos del estoma y educación sobre los mismos, dado que en la vida diaria, serán ellos mismos los que los realicen.
Es muy importante preservar la integridad de la piel perilesional, dado que las secreciones intestinales o urológicas son ácidas, por lo que el riesgo de lesión con piel íntegra es alto y las lesiones, cuando se producen, son muy dolorosas.

6 Bibliografía

- Cuidados de una colostomía. Protección de la piel alrededor del estoma. United Ostomy Association, Inc. 2005
- http://www.madrid.org/
Colostomía, ileostomía, urostomía.

Capítulo 670

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA AFECTACIÓN DE ENFERMEDADES EN PERSONAL DE ENFERMERÍA Y TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

PATRICIA GONZÁLEZ ÁLVAREZ

MARIA PAZ RODRÍGUEZ QUINTANA

ELISA ISABEL ROLLÓN DONAIRE

LEONTINA IGLESIAS PRIETO

LAURA MARTÍNEZ PÉREZ

1 Introducción

Actualmente, muchas personas viven de forma acelerada, con un ritmo que se adapta a una sociedad veloz y cambiante, debiendo alternar rápidamente entre el hogar y el trabajo con la carga física y mental que ello conlleva. Estas circunstancias, llevan asociadas una alimentación inadecuada, poco ejercicio físico, altos niveles de estrés y ansiedad cronificada y una baja capacidad de gestión emocional. Todos estos aspectos, y cada vez con más frecuencia, son la base de diversos tipos de patologías, tales como: trastornos mentales, cardiopatías, trom-

bosis, hipertensión… (Sifuentes Contreras, Sosa Gil, Pérez Moreno y Parra Falcón, 2011).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades cardiovasculares serán, en una década, las responsables de la muerte de millones de personas anualmente. Los estudios de los últimos años han permitido detectar múltiples factores de riesgo que predisponen y se relacionan de forma directa con trastornos cardiovasculares en la población general, siendo los principales: la edad, el sexo, IMC, dieta o tabaquismo (Robaina Aguirre, Martínez Aguilera, Robaina Aguirre y Plunket Rowe, 1999).

El personal sanitario, estando su profesión relacionada con altos niveles de ansiedad y estrés, podría presentar un mayor nivel de riesgo de padecer este tipo de patologías en comparación a otros entornos laborales. En especial, el riesgo cardiovascular, dada su elevada incidencia en estos profesionales, ha acaparado la atención de los investigadores en la última década (Camarero et al., 2006). Dicho de otra manera, el personal de enfermería presenta riesgo para su salud por ser una profesión ejercida bajo estrés y desgaste profesional. Por ello, detectar los factores de riesgo que, de forma particular, les predisponen a padecer este tipo de problemas, así como los factores de protección, puede ver mejoradas las previsiones de incidencia para los próximos años (Martínez-Gurrión, Landeros-López, Cortés-Mendoza, Betancourt-Esparza y Venegas-Cepeda, 2014).

2 Objetivos

- Exponer el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares en TCAE y personal de enfermería en función del análisis de factores tales como: ser fumador, presentar diabetes o hipertensión, la edad, el sexo y el nivel de colesterol.

3 Metodología

Para responder a este objetivo, se ha llevado a cabo una revisión teórica a través de la base de datos Web of Science, Scielo y PubMed, con restricción de fecha 2005-2019 y combinando los siguientes descriptores: auxiliar, TCAE, problemas cardiovasculares, cardiopatías, factores de riesgo, sanidad, enfermería. A través de estos tópicos, se encontraron 36 documentos, que se discriminaron de la siguiente manera: se tuvieron en cuenta para su análisis solo los trabajos tipo paper;

se descartaron aquellos documentos que no se relacionaban con el tema de interés.

De este modo, se eliminaron 17 salidas de la web. En primera instancia se seleccionaron, por lo tanto, 19 artículos que recogían los criterios de inclusión de la investigación (de los que, una vez estudiado el texto completo, se debieron eliminar 8 por no corresponderse con los tópicos buscados). Por todo esto, el total de documentos analizados fue de 11.

4 Resultados

Tras analizar los artículos seleccionados, se halla que los factores que predisponen al personal sanitario, y específicamente a enfermería y TCAE, a padecer un problema cardiovascular, son los siguientes:

1. Factor edad

Con respecto a la variable edad, se halla que la mayoría del personal de enfermería y TCAE se encuentra rondando los 40 años, por lo que la probabilidad de sufrir una arteriopatía coronaria es baja. Dicho riesgo aumenta de forma significativa en mujeres de más de 50 años, con la llegada de la menopausia.

2. Factor colesterol

Se determina que el personal con un colesterol en sangre mayor de 240 mg/dl presenta el doble de probabilidades de sufrir un infarto de miocardio. Asimismo, aquellos profesionales con elevado colesterol HDL serán menos propensos a padecerlo, pues este tipo de colesterol elimina las partículas adheridas a los vasos sanguíneos, dejándolos despejados y permitiendo que la sangre circule libremente y con facilidad por ellos. En este sentido, realizar analíticas periódicas puede funcionar como un mecanismo de prevención a tener en cuenta.

3. Factor tabaquismo

Acerca del factor tabaquismo, se halla que el no fumar funciona como un factor protector ante la incidencia de infartos. La relación directa existente entre el tabaquismo y las afecciones coronarias ha sido avalada, de manera significativa, desde hace décadas, determinando que la nicotina provoca, a largo plazo, una formación de coágulos en sangre y reduce el colesterol HDL.

4. Factor presión arterial

Finalmente, la presión arterial ha de ser tenida muy en cuenta en el tema que nos atañe, pues presentar una presión arterial elevada se relaciona de forma muy sig-

nificativa con las enfermedades cardíacas. Esto se fundamenta en que presiones sistólicas elevadas pueden provocar daños en las arterias, cambiando su dureza y grosor, pudiendo causar ateroesclerosis y provocando que el corazón no funcione de manera adecuada.

5. Otros factores
Otros factores mediadores del padecimiento de cardiopatías, son:
- El sexo: en general, ser mujer se ha relacionado, de forma clásica, más frecuentemente con el padecimiento de enfermedades cardíacas, si bien estudios recientes han generado controversia en este aspecto.
- Nivel de estrés y ansiedad.
- Nivel de carga laboral.
- Realización de ejercicio de forma diaria, que funciona como un factor protector.
• Características propias de la jornada laboral.

5 Discusión-Conclusión

Los resultados encontrados detallan que, en general, factores como ser fumador o la hipertensión son aspectos que se relacionan de forma directa con la incidencia de problemas cardiovasculares en personal sanitario. Por otro lado, otras variables a tener en cuenta son las que siguen: el sexo (ser mujer predispone en una mayor medida a padecer una cardiopatía) y la edad (tener más de 65 años supone un factor de riesgo a tener cuenta). Finalmente, otros aspectos mediadores en la aparición de problemas cardiovasculares son: padecer diabetes y los antecedentes familiares.

En general, se encuentra que el nivel de riesgo de los TCAE de padecer una enfermedad cardiovascular en el ámbito sanitario es medio. Futuros estudios deberían valorar en profundidad si este resultado está directamente relacionado con las características de su trabajo, ya que es una profesión que, por sus características, lleva asociada altos niveles de estrés y ansiedad, así como rutinas que pueden perjudicar a la salud (como largas jornadas de trabajo y turnos nocturnos). Por otro lado, la asociación entre diabetes-cardiopatías no está estudiada en profundidad, por lo que atender a esta posible correlación también se percibe esencial.

6 Bibliografía

- Sifuentes Contreras, A., Sosa Gil, E., Pérez Moreno, A. R., & Parra Falcón, F. M. (2011). Riesgo cardiovascular del personal de enfermería en el área quirúrgica. Enfermería Global, 10(21), 0-0.
- Camarero, A. R. A., Pérez, M. C., Liaño, P. C., Iglesias, A. G., Muñoz, I. G., Sánchez, H. G., ... & Maestre, B. S. (2006). Prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular en el personal de enfermería. Enfermería en cardiología: revista científica e informativa de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología, (37), 33-36.
- OMS. (2008). Prevención de las enfermedades no transmisibles en el lugar de trabajo a través del régimen alimentario y la actividad física: informe de la OMS y el Foro Económico Mundial sobre un evento conjunto.
- Martínez-Gurrión, L. A., Landeros-López, M., Cortés-Mendoza, F., Betancourt-Esparza, M. C., & Venegas-Cepeda, M. L. (2014). Riesgo cardiovascular en el personal de enfermería de un hospital de segundo nivel de atención hospitalaria según Framingham. Rev Mex Enferm Cardiol, 22(1), 13-16.
- Juárez-García, A. (2007). Factores psicosociales laborales relacionados con la tensión arterial y síntomas cardiovasculares en personal de enfermería en México. Salud pública de México, 49(2), 109-117.
- Acelas, A. L. R., & Ochoa, A. M. G. (2010). Factores influyentes en adherencia al tratamiento en pacientes con riesgo cardiovascular. Avances en enfermería, 28(1), 63-71.
- Barrera, E., Cerón, N., & Ariza, M. C. (2000). Conocimientos y factores de riesgo cardiovascular y su relación con la presencia de hipertensión arterial. Colombia médica, 31(1), 20-22.
- Robaina Aguirre, C., Martínez Aguilera, R., Robaina Aguirre, F., & Plunket Rowe, D. (1999). Riesgo cardiovascular en trabajadores de la salud. Revista Cubana de Medicina General Integral, 15(2), 115-122.

Capítulo 671

CUIDADO DEL PIE DE DIABÉTICO EN ATENCIÓN PRIMARIA.

MARIA ZULIMA ALVAREZ GONZALEZ

1 Introducción

La diabetes mellitus (DM) es una enfermedad metabólica crónica y compleja que se caracteriza por la deficiencia absoluta o relativa de la insulina, hiperglucemia crónica y otras alteraciones del metabolismo de los carbohidratos y de los lípidos. La organización mundial de la salud (OMS) la define como, la presencia de ulceración infección y gangrena en el pie asociada a neuropatía diabética, y a diferentes grados de enfermedad vascular periférica como consecuencia de la interacción compleja de diferentes factores inducidos por una hiperglucemia mantenida. La diabetes es la primera causa de ceguera, de las amputaciones de miembros inferiores y la primera causa de insuficiencia renal. La diabetes aumenta entre 2 y 6 veces la frecuencia del infarto de miocardio y por encima de 10 veces la de trombosis cerebral.

Los pacientes diabéticos desarrollan a lo largo de su vida problemas en los pies, es una de las complicaciones más frecuentes y más temidas, esta afecta a la calidad de vida de los diabéticos, es la aparición de úlceras y el riesgo de sufrir amputaciones, es la principal causa de hospitalización en el paciente diabéticos. Las complicaciones crónicas más habituales de esta enfermedad es, la neuropatía periférica y la insuficiencia vascular.

La combinación de estos factores, neuropatía, angiopatía, junto con el alto riesgo de infección y las presiones intrínseca y extrínseca debidas a las malformaciones óseas en los pies, constituyen los desencadenantes problemas, el pie diabético. Es un problema de salud importante frecuente y de no fácil solución, mejora

cuando se constituye un equipo multidisciplinar de varios profesionales sanitarios implicados en el diagnóstico y tratamiento como: cirujanos, endocrinólogos, infecciosos, ortopedias, podólogos y enfermeros.
Con respecto a las complicaciones crónicas de la diabetes, el profesional de enfermería debe tener un papel preferente de educador y de identificados de riesgos, ya que todas ellas pueden y deben prevenirse, debe tratar de establecer una relación de confianza con el paciente y proporcionarle toda la información necesaria sobre asuntos muy importantes como son: la dieta, el tratamiento médico, el ejercicio físico y la prevención de las complicaciones agudas y crónicas.
Existen distintas clasificaciones para el pie diabético, la más utilizada es la de Meggitt-Wagner. Este sistema consiste en el uso de 6 grados.
- GRADO 0: Ninguna lesión, pie de riesgo. Callos gruesos, cabezas metatarsianos prominentes, deformidades óseas.
- GRADO I: Úlceras superficiales. Destrucción del espesor total de la piel.
- GRADO II: Úlcera profunda. Penetra la piel, grasa, ligamentos, pero sin afectar al hueso. Infectada.
- GRADO III: Úlcera profunda más absceso (osteomielitis). Extensa y profunda, secreción, mal olor.
- GRADO IV: Gangrena limitada. Necrosis de una parte del pie o de los dedos, talón o planta.
- GRADO V: Gangrena extensa. Todos el pie afectado sistémico.

Una de las pruebas diagnósticas utilizadas en Atención Primaria para la detección del pie diabético es el Índice Tobillo-Brazo (ITB o Índice YAO. Este método tiene como beneficios que no es invasivo, es simple, barato y rápido, permite la identificación precoz de aquellos sujetos con riesgo de desarrollar complicaciones cardiovasculares, y permite establecer medidas terapéuticas en función de los resultados obtenidos.

2 Objetivos

Mejorar la información y formación del personal de enfermería sobre el pie diabético, para una mayor calidad asistencial, así como informar y formar a los pacientes de sus pies y de la diabetes

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, Google Académico seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Una detección precoz de los posibles factores de riesgo de úlceras puede disminuir la frecuencia de estas, por eso es recomendable a todos los pacientes con diabetes se sometan a un examen de pie exhaustivo una vez al año, el la consulta de Atención Primaria cada dos o tres meses.
Las amputaciones en él pie diabéticos son 15 veces más frecuentes entre personas con diabetes mellitus, aunque un 50% de ellas podrían ser prevenidas. Un 10% de los casos que presentan problemas en los pies, requieren largos ingresos hospitalarios y en algunos casos la amputación de la extremidad afectada.

5 Discusión-Conclusión

En la actualidad el número de diabéticos va en aumento y con ello aparecen más casos de pie diabético, por eso es importante que en la consulta de Atención Primaria se enseñe a los diabéticos a identificar factores de riesgo, animarles a modificar los hábitos tóxicos, y a mejorar aquellos que son beneficiosos para su salud.
Un diagnóstico precoz, también favorecerá a que el tratamiento sea el más eficaz y las complicaciones menos graves.

6 Bibliografía

1. Desarrollo de una vida clínica para el paciente diabético. Rev. Calidad Asistencial 2003; 18:235-43.
2. Problemas y tratamiento del pies diabético www.acfas.org/brdiafgp.htm.
3. En prevalencia de diabetes mellitus. www.seav.org/revista/consensodiabetis.htm.

4. Chile, 2000. Disponible en: www.aurasalud.com.
5. El pie diabético Medicinal Integral 1995; 26: 74-86
6. Más de la mitad de las amputaciones no traumáticas se deben al pie diabético. www.diariomedico.com
7. Diabetes pública. HealthKit Resource. La prevención y el tratamiento de complicaciones de la diabetes mellitus; una guía para médicos de Atención primaria. Problemas del pie diabético. www.ede.gov/diabetes/pubs/complications/foot.htm
8. Protocolo de prevención y cuidados del pie diabético. En: Congreso Nacional de Estudiantes de Enfermería: Asociación de Estudiantes de Enfermería EUEP; 2001 25-27 de abril; Ferrol, A Coruña.
9. Martin Muñoz MC, Albarrán Juan ME, Lumbreras Marín EM. Revisión sobre el dolor neuropático en el sindicato del pie diabético. Año Med interna. 2004; 21(9):450-455.
10. Roldán Valenzuela A. Pérez Barrerno D. Ibáñez Clemente P. Navarro Caballero Mª, Alba Moratulla C, spa roza Imas G et al. El pie diabético. asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas. Guía de Práctica Clínica. Consenso sobre úlceras vasculares y pie diabético. 3ª de. 2017p. 58-107.

Capítulo 672

TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA Y PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN EL ADULTO-MAYOR EN EL ÁMBITO DE LA SALUD

LEONTINA IGLESIAS PRIETO

PATRICIA GONZÁLEZ ÁLVAREZ

MARIA PAZ RODRÍGUEZ QUINTANA

ELISA ISABEL ROLLÓN DONAIRE

LAURA MARTÍNEZ PÉREZ

1 Introducción

El envejecimiento poblacional es una realidad de nuestro país que exige la aplicación de medidas, políticas y leyes innovadoras dirigidas exclusivamente a las nuevas necesidades surgidas en los mayores de 60 años. El paciente adulto-mayor y anciano tiene una mayor probabilidad de sufrir accidentes y de padecer patologías asociadas al propio envejecimiento, tales como enfermedades degenerativas, que muchas veces son la causa de los ya citados accidentes (Montes-Castillo, Benítez, Díaz-Barriga y Jasso, 2000).

En este sentido, las caídas son fenómenos frecuentes que afectan a una gran proporción de la población cuyo estudio nos ocupa. Estas, tendrán efectos nocivos a corto y largo plazo, pudiendo afectar a nivel osteomuscular y, en definitiva, a la movilidad final del paciente, con la pérdida de autonomía e independencia que ello conlleva. También serán causa principal de ingresos y hospitalizaciones, con las infecciones nosocomiales asociadas y el desarrollo de posibles complicaciones durante el tiempo de ingreso (Eunice y Joel, 2007).

Por otro lado, las repercusiones a nivel psicológico y emocional también deben ser tenidas en cuenta, siendo habitual encontrar a personas que han desarrollado trastornos depresivos u otros trastornos psicológicos tras verse impedidos a causa de una caída. Por ello, la rehabilitación no va a pasar solo por una intervención a nivel físico, sino también por un abordaje a nivel psicológico y emocional (González-Carmona et al., 2005).

El Técnico de Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE), siendo el profesional que más en contacto está con el paciente hospitalizado, será clave en la prevención de caídas, debiendo conocer en profundidad las características de la persona de cara a aplicar medidas adecuadas. Así, una estrecha colaboración de este profesional con el personal de enfermería, será esencial, valorando en colaboración los riesgos de caída en cada caso y las mejores pautas de actuación, adaptadas de forma individualizada y siempre en consenso con el paciente (Silveira Vidal, 2013).

2 Objetivos

Objetivos principales:
- Determinar cuáles son las principales consecuencias y los principales factores de riesgos asociados a las caídas en el adulto-mayor.

Objetivos secundarios:
- Describir las tareas que desempeña el TCAE y que funcionan como mecanismos de protección y prevención ante posibles caídas.

3 Metodología

Para responder a este objetivo, se ha llevado a cabo una revisión teórica a través de la base de datos Web of Science, Scielo y PubMed, con restricción de fecha 2010-2019 y combinando los siguientes descriptores: caídas, adulto-mayor, prevención,

auxiliar, TCAE, sanidad, anciano. A través de estos tópicos, se encontraron 52 documentos, que se discriminaron de la siguiente manera: se tuvieron en cuenta para su análisis solo los trabajos tipo paper; se descartaron aquellos documentos que no se relacionaban con el tema de interés.

De este modo, se eliminaron 33 salidas de la web. En primera instancia se seleccionaron, por lo tanto, 19 artículos que recogían los criterios de inclusión de la investigación (de los que, una vez estudiado el texto completo, se debieron eliminar 7 por no corresponderse con los tópicos buscados).

4 Resultados

1. Tipos de factores de riesgo
Entre de los principales factores de riesgo que pueden dar lugar a que el adulto-mayor o el anciano sufra una caída, encontramos el estado cognitivo, la movilidad reducida, falta de vitamina D y toma de varios fármacos al mismo tiempo (hipotensivos, diuréticos, anti-epilépticos, que pueden afectar a la estabilidad; sedantes, tranquilizantes, que actúan sobre el sistema nervioso central).

Diferenciar de forma clara, en este sentido, entre factores extrínsecos e intrínsecos, es crucial. Los factores extrínsecos son aquellos en los que influye el entorno, y que suelen provocar caídas accidentales (resbalón, tropiezo). Los intrínsecos son aquellos responsables de las caídas no accidentales, y se encuentran referidos al estado de salud de la persona (dificultad para caminar, alteraciones de estados de conciencia…).

2.Efectos y consecuencias de las caídas
Se halla que, quien ya tuvo una caída previa, es más probable que sufra una segunda y siguientes. Por otro lado, podrá acarrear sufrimiento, restricción de las actividades habitualmente realizadas, incapacidad física o miedo a caerse nuevamente (con la evitación de situaciones que ello conlleva). Asimismo, es habitual que las caídas den lugar a lesiones mayores tales como fracturas, en ocasiones precisando de hospitalización. Las fracturas más habituales suelen ser las de cadera, pelvis, columna vertebral, brazo, mano y tobillo.

3.Funciones del TCAE en la prevención
Entre las funciones desempeñadas por el TCAE y que pueden funcionar como factores de protección ante caídas, se reseñan las que siguen:
- El personal sanitario y el TCAE debe tener la formación necesaria para prevenir

accidentes y, si estos se dan, saber evaluar de forma rápida la situación, disminuyendo así la prevalencia de estas y de consecuencias graves asociadas.
- Asegurar el entorno, en especial en la habitación, ya que es donde más tiempo que está el paciente.
- Vigilar que no haya obstáculos.
- Si el paciente va en silla de ruedas, vigilar que esta esté frenada.
- Si el paciente usa bastón, asegurarse de que este esté a su alcance.
- Cuando esté acostado, mantener la cama baja y los barrotes subidos.
- Asegurarse de que el timbre esté a su alcance para que pueda llamar, tanto desde la cama como desde el baño.
- Ayudar en el aseo siempre que sea necesario, pero sin quitar autonomía.
- Dar formación a la familia o entorno del paciente en medidas preventivas, por ejemplo: que el calzado sea cerrado y con suela antideslizante.
- Si usa gafas o audífono, asegurarse de que lo usen.

5 Discusión-Conclusión

Algunos estudios analizados dan a entender que el personal sanitario, en diversas situaciones, desconoce las medidas preventivas y de abordaje en caso de una caída. Por ello, una formación adecuada y continua en las mismas será fundamental. Por otro lado, tener unos adecuados medios para la correcta movilización del paciente ayudará también a prevenir riesgos de caídas y lesiones, tanto en los pacientes como en los propios profesionales, incidiendo así de forma positiva en las bajas laborales y, a medio-largo plazo, en la inversión económica que se realiza en el SNS.

6 Bibliografía

- Álvarez Rodríguez, L. M. (2016). Síndrome de caídas en el adulto mayor. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica, 72(617), 807-810.
- Alvarez, I. D. L. C. T., Ruiz, L. C., Moro, J. C. B., & Rodríguez, R. M. E. (2015). Factores de riesgo de caídas en el adulto mayor hospitalizado. Correo científico médico de Holguín, 9(2). de Santillana Hernández, S. P., Moctezuma, L. E. A., Beltrán, G. R. M., Ortega, G. G., Espinoza, R. M. C. G., & González, R. M. C. (2002). Caídas en el adulto mayor. Factores intrínsecos y extrínsecos. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, 40(6), 489-493.
- Espíndola, H. (2000). Caídas en el adulto mayor. Boletín de la pontificia Universidad Católica de Chile, 29, 1-5.

- Eunice, H. H. D., & Joel, F. V. (2007). Prevención de caídas en el adulto mayor: Intervenciones de enfermería. Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social, 15(1), 47-50.
- García, M. J. C., Cala, G. L., Martínez, A. R. O., & Lendínez, A. C. (2016). Prevención de caídas en el adulto mayor: revisión de nuevos conceptos basada en la evidencia. EJIHPE: European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education, 6(2), 71-82.
- González-Carmona, B., López-Roldán, V. M., Trujillo-de los Santos, Z., Escobar-Rodríguez, Á. D., Valeriano-Ocampo, J., Sosa, J. M., ... & Guzmán-González, J. M. (2005). Guía de práctica clínica para la prevención de caídas en el adulto mayor. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, 43(5), 425-441.
- Montes-Castillo, M. L., Benítez, M. P., Díaz-Barriga, A. S., & Jasso, A. V. (2000). El balance y las caídas en la tercera edad: consecuencias, evaluación y tratamiento. Revista Mexicana de medicina física y rehabilitación, 12(1), 16-20.
- Silveira Vidal, D. A., Costa Santos, S. S., Rodrigues Andrade Dias, F., Tomaschewski Barlem, J. G., Porto Gautério, D., & Devos Barlem, E. L. (2013). Proceso de enfermería orientado a la prevención de caídas en los ancianos residentes en instituciones: investigación-acción. Enfermería Global, 12(29), 196-206.

Capítulo 673

ENDOSCOPIA DIGESTIVA

ANA MARIA MILLAN FERNANDEZ

CLARA ISABEL TOCINO HERNANDEZ

1 Introducción

La endoscopia digestiva es la herramienta mas efectiva en el diagnostico de muchas enfermedades del tracto digestivo.
Los endoscopios son aparatos complejos, de diferentes tipos dependiendo del tracto digestivo superior o inferior o para el tipo de fin diagnostico o terapeutico: gastroscopio, colonoscopio, enteroscopio…
Una endoscopia es un procedimiento medico complejo e invasivo. El medico lo introduce en el organismo por una cavidad natural del cuerpo: boca, recto…para ver el interior de un órgano hueco.
Se utiliza con fines diagnósticos y/o terapéuticos.
La endoscopia es un factor de riesgo para la transmisión de enfermedades infecciosas, aunque el riesgo se presupone bajo, podría estar inestimado porque no siempre hay un seguimiento del paciente o hay un período largo de incubación de la infección.

2 Objetivos

- Incrementar la limpieza y desinfección del material endoscopio, que debe ser realizado por personal de enfermería y auxiliar entrenado y concienciado en la importancia de esta labor.
- Evitar el riesgo de transmisión cruzada de paciente a personal y a otros pacientes.

- Desarrollar un mejor conocimiento y manejo de los productos químicos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El endoscopio contaminado produce una infección nosocomial que se puede prevenir con procesos seguros de desinfección por ello es fundamental el conocimiento,habilidades y actitud del personal implicado en ello.
Se debe disponer de medios y herramientas que contribuyan al conocimiento,prevención y tratamientos de las infecciones por ello es importante realizar controles microbiológicos del endoscopio y de las maquinas automáticas de lavado periódicamente ,procesados ,documentados y registrados por el laboratorio de microbiología quien certifica si el endoscopio esta preparado para su uso,de esta forma se establece la trazabilidad de cada endoscopio

5 Discusión-Conclusión

La seguridad del paciente es una de las dimensiones de la calidad asistencial.
La mayoría de las infecciones nosocomiales relacionadas con la endoscopia esta causada porque no se cumplen las normas de limpieza y desinfección y ala contaminación o mal funcionamiento de las maquinas de proceso automático.
Para evitar infecciones se debe protocolarizar el proceso de limpieza y su efectividad.
Programas de supervisión y vigilancia epidemiológica para identificar casos e incidencias.
El profesional sanitario debe aplicar practicas basadas en resultados evidentes.

6 Bibliografía

- Elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepática.

- Eufar.com/ayuda/preguntas-fre/como limpiar y desinfectar endoscopios.html www.worldGastroenterology.org>endoscope-desinfection-spanish-2011.

Capítulo 674

DIABETES GESTACIONAL

TAMARA REGUERA GONZALEZ

ANA ISABEL IGLESIAS SANCHEZ

CARMEN MARIA VÁZQUEZ

MARI CARMEN QUINTANA GONZALEZ

1 Introducción

La diabetes gestacional es un tipo de diabetes que aparece por primera vez en el embarazo ,en mujeres embarazadas que nunca padecieron dicha enfermedad, suele aparecer alrededor de la 24-28 semana de gestación.

Teniendo una buena alimentación y una forma de. Ida saludable es fácil de controlar, aunque algunas veces se necesita la ayuda de la insulina. Las necesidades durante el embarazo cambian en cada tramo, el cuerpo de la madre debe acostumbrarse a cambios hormonales y de ingesta con lo que el nivel de azúcar en sangre, puede aumentar siendo incapaz de producir suficiente insulina.

Antes de la introducción de la insulina en 1922 , las pacientes morían durante el embarazo llegando a alcanzar del 45 al 65% de los casos, en México se duplicó en la última década.

Cualquier complicación durante el embarazo es preocupante pero manteniendo una buena alimentación, ejercicio y medicación, controlar el azúcar en sangre puede evitar un nacimiento complicado y mantener la Salud tanto de la madre como del bebé.

Tras el parto, lo normal es que el nivel de azúcar en sangre recupere sus niveles normales, aunque la posibilidad de contraer diabetes tipo 2 es muy posible.

Estudios realizados demuestran que la prevalencia de esta enfermedad es de 1 a 14% de los embarazos normales en todo el mundo ,en México afecta del 8 al 12% de los casos.

Los estudios demuestran que entre los factores de riesgo asociados a la diabetes gestacional está el sobrepeso, multipariedad, antecedentes de óbito ,malformaciones genéticas, antecedentes de intolerancia a la glucosa ganancias de peso materno en más 20 kilos durante el embarazo ,antecedentes de afecciones obstétricas graves, obesidad, grupo étnico o raza, edad materna, glucosuria o abortos previos.

2 Objetivos

- Estudiar los motivos por los cuales una persona que nunca padeció diabetes, comienza a padecerla al quedarse embarazada, es un objetivo para los profesionales ya que no saben por qué algunas mujeres contraen diabetes gestacional y otras no.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Bibliografía

- Mayoclínica.es.
- Nutrí en.es.
- American Diabetes Association.

Capítulo 675

LA NUTRICIÓN EN PACIENTES ONCOLÓGICOS

SUSANA BOUSO YÁÑEZ

1 Introducción

Las dificultades para realizar una dieta correcta son una complicación habitual en los pacientes con cáncer. A las alteraciones generales provocadas por la neoplasia se suman los efectos locales de la misma, especialmente en los tumores del tubo digestivo, y los efectos secundarios de la quimioterapia y la radioterapia que en muchos casos dificultan la alimentación oral del paciente, por esto el control periódico del peso deberá ser una práctica regular en todos los pacientes con cáncer.

Los problemas más frecuentes que requieren modificación en la dieta suelen ser los problemas secundarios del tratamiento (náuseas, vómitos, diarrea, etc). Los tumores del tubo digestivo con frecuencia producen problemas de obstrucción o disfagia que obligan a realizar cambios en la dieta. Aunque la alimentación artificial permite mantener un estado nutricional satisfactorio, siempre debe intentarse la alimentación oral con alimentos naturales. Constituye un complemento importante de la dieta oral, la utilización de suplementos en aquellos pacientes en situación terminal, en los que se ha perdido cualquier esperanza de tratamiento eficaz, la dieta forma parte del tratamiento compasivo y no solo contribuye a aliviar el sufrimiento del paciente, sino que también mejora su estado general.

El mejor método para controla la eficacia de la dieta en el tratamiento nutricional del paciente es el control de peso, siempre que éste no presente edemas o crecimiento tumoral. Cuando un paciente no gana peso o continúa perdiéndolo por

ingesta oral insuficiente es obligado a recurrir a la alimentación artificial por sonda nasogástrica u otro método de acceso al tubo digestivo.

Muchos pacientes con cáncer tienen alteraciones de los sentidos del gusto y del olfato que condicionan la pérdida de apetito y aversión a algunas comidas. Los estudios sobre alteraciones del gusto utilizando soluciones saladas, ácidas, amargas o dulces no han encontrado ningún patrón específico de alteración sensorial, aunque estos pacientes no aprecian de la misma forma el sabor de las comidas y tienen aversión por la carne. Este síntoma puede requerir eliminar la carne de la dieta, especialmente la carne roja, y sustituirla por otra como pollo, pavo o jamón, o bien por alimentos ricos en proteínas, huevos y especialmente productos lácteos que no son rechazados con tanta frecuencia.

El paciente oncológico puede sufrir desnutrición ya que necesita aumentar las necesidades metabólicas; una ingesta insuficiente les puede llevar a la llamada caquexia tumoral, responsable, directa o indirecta, de la muerte de un tercio de los pacientes con cáncer. Los pacientes con cáncer pueden llegar a presentar desnutrición tanto al inicio de la enfermedad (15-20% de los pacientes) como en los estadÍos más avanzados o terminales de su proceso (80-90% de los pacientes).

2 Objetivos

- Evitar la muerte precoz.
- Disminuir las complicaciones de la enfermedad y mejorar la calidad de vida del paciente.
- Ofrecer los alimentos necesarios para llevar a cabo de manera eficaz la intervención nutricional.
- Si el paciente es capaz de ingerir por vía oral, intentar como mínimo, aportarle el 75% de los requerimientos nutricionales que le corresponden.

3 Metodología

Existen muchos métodos de valoración del estado nutricional, pero uno de los más utilizados es el la la valoración global. Este es un método diseñado por Detsky con varios pacientes quirúrgicos y los clasifica de la siguiente manera.
- Bien nutridos.
- Moderadamente desnutridos o con sospecha de desnutrición.
- Gravemente desnutridos.

Es la prueba más simple y se basa en la historia clínica del paciente y el examen físico. La historia clínica incluye cambios recientes de peso y hábitos alimenticios, alteraciones en la ingesta, intolerancia a comidas, fármacos que puedan afectar al apetito y cambios en la capacidad funcional.

El examen físico tiene como objetivo principal detectar síntomas y signos de déficit de comportamientos grasos, musculares o presencia de edemas.

La dieta del paciente oncológico debe seguir las normas de una alimentación saludable, equilibrada, apetecible y suficiente siguiendo unas normas importantes tales como planificar los horarios para realizar 5 ó 6 ingestas diarias en un ambiente agradable y con tiempo suficiente para comer, asegurar una elevada concentración nutricional en pequeños volúmenes y respetar las apetencias del paciente en cuanto a presentación y preparación de los platos.

Hay pacientes que requieren nutrición enteral, aunque esta se asocia con un menor número de complicaciones infecciosas sin que se encuentren diferencias significativas con la otra alimentación en cuanto a mortalidad.

La nutrición en el paciente oncológico expuesto a tratamiento debe ser precoz y formar parte del tratamiento con el fin de disminuir las complicaciones derivadas el proceso, mejorar la calidad de vida y evitar la muerte. Toda la intervención nutricional debe individualizares para cada paciente desde las recomendaciones dietéticas hasta la nutrición artificial.

4 Bibliografía

- Soporte nutricional en el paciente oncológico. (Cap. IX).
- Causas e impacto clínico de la desnutrición y caquexia en el paciente oncológico. Nutr Hosp. 2006;21(3):10-6.
- Revista de medicina . Hospital Clínicoquirúrgico ”Hermanos Ameijeiras” La Habana.

Capítulo 676

LAS INFECCIONES GINECOLÓGICAS Y SU PREVENCIÓN

NATALIA CASADO FANJUL

MONICA HERNANDEZ

RAQUEL ÁLVAREZ MENÉNDEZ

ANA MARÍA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ

MARÍA VIRTUDES SUÁREZ GUTIÉRREZ

1 Introducción

Las infecciones vaginales se producen por microorganismos, pero pueden tomarse precauciones para reducir el riesgo de contraer dichas infecciones, como usar ropa interior absorbente y no demasiado ajustada.Éstas suelen producir una secreción con prurito, enrojecimiento y a veces quemazón y dolor.

Para detectar los microorganismos que pueden causar estas infecciones, se examina una muestra de flujo vaginal o del cuello uterino.

El tratamiento depende de la causa.

Las infecciones vaginales incluyen:
-Vaginosis bacteriana.
-Vaginitis tricomoniásica.
-Infecciones por levaduras (candidiasis).

Por lo general, causan secreción vaginal, malestar y olor vaginal. Sin embargo, estos síntomas no indican necesariamente una infección; en su lugar, pueden ser el resultado de otros trastornos que afectan a la vagina.
Por ejemplo, sustancias químicas u otros materiales (como productos de higiene o de baño, detergentes para la ropa, espumas y geles anticonceptivos o ropa interior sintética) pueden irritar la vagina y provocar una secreción y malestar. En estos casos, la inflamación resultante se denomina vaginitis no infecciosa (vaginitis inflamatoria).

Una secreción vaginal puede tener su causa en un trastorno que afecta a otros órganos reproductores, más que a la vagina. Por ejemplo, determinadas enfermedades de transmisión sexual (ETS), como la infección por clamidia o la gonorrea producen secreción vaginal. Las bacterias que provocan estas enfermedades se pueden propagar desde la vagina hacia el cuello uterino (la parte inferior y estrecha del útero que se abre hacia el interior de la vagina) y el útero, causando enfermedad inflamatoria pélvica. El herpes genital, que puede causar vesículas en la vulva (la zona alrededor de la abertura de la vagina), la vagina y el cuello uterino, también causa secreción vaginal.

Las infecciones vaginales pueden producirse por bacterias, levaduras y otros microorganismos.
Ciertos factores hacen más probable una infección:
-Disminución de la acidez vaginal (aumento del pH): cuando disminuye la acidez de la vagina desciende el número de bacterias protectoras (lactobacilli) que suelen vivir en ella y se incrementa el número de bacterias que pueden causar una infección (ver Vaginosis bacteriana :
Causas:
-Falta de higiene: la falta de limpieza de la zona genital aumenta el número de bacterias y las probabilidades de infecciones bacterianas.
-Ropa interior ajustada y no absorbente: este tipo de ropa puede atrapar la humedad, lo que favorece el crecimiento de bacterias y levaduras.
-Lesión en los tejidos: si existen lesiones en los tejidos de la pelvis, las defensas naturales del organismo se debilitan. La lesión puede deberse a tumores, intervenciones quirúrgicas, radioterapia o anomalías estructurales, como defectos congénitos o fístulas. Las fístulas son conexiones anómalas entre órganos, lo que puede, por ejemplo, permitir que el contenido del intestino (incluidas las bacterias) pase a la vagina.
-Irritación: la irritación de los tejidos vaginales puede dar lugar a grietas o heridas que permiten el acceso de bacterias y levaduras al torrente sanguíneo.

Algunas causas específicas de infección son más frecuentes en ciertos grupos de edad.

- Niñas:

En las niñas, las infecciones vaginales se deben generalmente a bacterias que llegan desde el ano. Estas bacterias pueden trasladarse hasta la vagina cuando las niñas, en particular las de 2 a 6 años de edad, después de defecar se limpian la zona genital de atrás hacia delante, o no lo hacen correctamente. Tocarse la zona genital con los dedos, sobre todo si no se lavan las manos después de defecar, aumenta también las probabilidades de infección. El tocamiento de esta área se realiza, con frecuencia, como respuesta al prurito.

La introducción de un objeto (como un juguete o papel higiénico) en la vagina es otra causa frecuente de infecciones vaginales en niñas.Los oxiuros (lombrices) también pueden causar infecciones vaginales.

- Mujeres en edad fértil:

Los cambios hormonales que se producen poco antes y durante los periodos menstruales o durante el embarazo pueden reducir la acidez vaginal, al igual que las duchas vaginales frecuentes, el uso de espermicidas y el semen. La reducción de la acidez estimula el crecimiento de bacterias que causan infecciones.

Mantener los tampones puestos mucho tiempo puede provocar una infección, posiblemente porque estos proporcionan un ambiente cálido y húmedo donde pueden proliferar las bacterias y porque pueden irritar la vagina.Mujeres posmenopáusicas

- Después de la menopausia, los niveles de estrógenos disminuyen. Como resultado, los tejidos de la vagina se adelgazan, se vuelven más secos y más frágiles. Pueden formarse grietas o heridas, lo que facilita el acceso de bacterias y levaduras. Además, disminuye la acidez vaginal, con lo que aumenta el riesgo de infección.

En caso de incontinencia urinaria o confinamiento en cama puede haber dificultades para mantener la zona genital limpia. La irritación por orina y material fecal puede dar lugar a una infección.

Las infecciones vaginales generalmente causan secreción vaginal, que se diferencia del flujo normal porque se acompaña de prurito, enrojecimiento y a veces quemazón o dolor en la zona genital. La secreción puede oler a pescado. El aspecto y la cantidad de secreción tienden a variar según la causa. Sin embargo, diferentes trastornos a veces causan secreciones parecidas.

El prurito puede dificultar el sueño. Ciertas infecciones hacen que se sienta dolor durante el coito y que la micción sea dolorosa y más frecuente.

En escasas ocasiones pueden adherirse entre sí los pliegues de piel que rodean los orificios de la vagina y de la uretra.

Sin embargo, a veces los síntomas son leves o inexistentes.

2 Objetivos

- Determinar en qué consiste una infección ginecológica y analizar los métodos de prevención y curación.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión sistemática en bases de datos Scielo, Lilacs, y varias páginas web médicas con palabras clave: vaginosis bacteriana, trichomoniosis vaginal, candidiosis vaginal, diagnóstico infecciones vaginales y operadores boléanos AND y NOT.
Criterios de inclusión: año 1998 en adelante.
Criterios de exclusión: textos en inglés y menores de dos años.

4 Resultados

- 3 de cada 4 mujeres sufren infección en la vagina al menos una vez en la vida, pero más de la mitad la padecen incluso entre dos y cuatro veces al año y se deben al hongo Cándida.

Estos son algunos de los datos presentados en el XIV Encuentro Nacional de Salud y Medicina de la Mujer, en Madrid con expertos en medicina de la mujer.

- Evaluacion médica:
Examen y análisis de una muestra de la secreción y/o líquido del cuello uterino. Ante la presencia de secreción vaginal con prurito u otros síntomas vaginales, como enrojecimiento, quemazón, molestias o dolor durante el coito, se debe acudir a la consulta.

Historia clínica (anamnesis):

Para determinar la causa, el médico pregunta por la secreción vaginal (si existe), por las posibles causas de los síntomas y por la higiene. El médico también puede preguntar a la mujer afectada lo siguiente:
¿Ha utilizado lociones o cremas (incluyendo remedios caseros) para tratar de aliviar los síntomas?
¿Cuándo comenzó la secreción?
¿La secreción produce prurito, quemazón, dolor, o una herida en la zona genital?
¿Cuándo aparecen los síntomas en relación con el periodo menstrual?
¿La secreción es intermitente o constante?
¿Ha tenido alguna secreción anómala antes? En tal caso, ¿cómo respondió al tratamiento?
¿Qué tipo de control de natalidad ha usado en el pasado y está usando en este momento?
¿Siente dolor durante el coito?
¿Ha tenido infecciones vaginales antes?
¿Tiene síntomas su pareja sexual?

También se pregunta acerca de la posibilidad de enfermedades de transmisión sexual (ETS). Por ejemplo, el médico puede preguntar a la mujer si es sexualmente activa y, en caso afirmativo, si tiene más de una pareja.
Esta información ayuda a determinar si otras personas requieren tratamiento.

Exploración física y pruebas:
Se realiza una exploración ginecológica. Al explorar la vagina, se toma una muestra de la secreción, si existe, con un hisopo de algodón. La muestra se examina con un microscopio. Con la información obtenida en estos exámenes puede determinarse si la causa es una vaginosis bacteriana, una vaginitis por Trichomonas o una infección por levaduras.

Por lo general, también se utiliza un hisopo para tomar una muestra de líquido del cuello uterino. La muestra se examina para detectar enfermedades de transmisión sexual.

Para determinar si existe otra infección en la pelvis, se exploran el útero y los ovarios insertando los dedos índice y medio (corazón) de una mano enguantada en la vagina y presionando la parte externa del abdomen inferior con la otra. Si esta maniobra causa mucho dolor o la mujer tiene fiebre, puede que exista otra infección.

Una buena higiene:

El uso de agua o hielo para aliviar los síntomas.
Si es necesario, se administran medicamentos para aliviar el prurito

Las medidas empleadas para la prevención, como mantener la zona genital limpia y seca, también ayudan a tratar las infecciones. Deben evitarse los jabones fuertes o perfumados, así como los productos tópicos innecesarios (como los aerosoles higiénicos femeninos).

En algunas ocasiones, colocar hielo sobre la zona genital, aplicar compresas frías o tomar un baño de asiento fresco (con o sin bicarbonato de sodio o sales de Epsom) suele reducir el dolor y el prurito. El baño de asiento se toma en posición sentada con el agua cubriendo solo la zona de los genitales y el recto. Enjuagar la zona genital con agua tibia a chorro procedente una botella también puede proporcionar alivio para el dolor y el prurito.

Si estas medidas no alivian los síntomas, es necesario usar medicamentos.
Los antihistamínicos administrados por vía oral también alivian el prurito, y como además causan somnolencia, pueden ser eficaces si los síntomas dificultan el sueño.

El tratamiento específico depende de la causa.

El hongo Candida forma parte de la flora normal del cuerpo humano, se detecta en el tracto orointestinal en el 50% de los adultos, y puede aislarse en el tracto genital del 20 % de las mujeres asintomáticas.

Los cambios producidos en la flora vaginal normal, colonizada por lactobacilos, pueden dar lugar a un sobrecrecimiento de la cándida y al desarrollo de una vulvovaginitis.

Las causas de ese aumento pueden ser la toma de antibióticos, los niveles hormonales elevados durante el embarazo o los estados de inmunodepresión.

En cuanto al tratamiento, en caso de ser una vulvovaginitis no complicada, comprende la administración de antimicóticos o antifúngicos tanto intravaginales como orales o también en cremas. En el caso de ser recurrentes y complicadas el tratamiento con antimicóticos será más largo.

No obstante, también se recomiendan una serie de medidas higiénicas, como evitar irritantes locales, como jabones o geles de ducha, y también no llevar ropa sintética y ajustada, mejor de algodón, o reducir la ingesta de hidratos de carbono

ya que estos favorecen el hábitat de la Candida

5 Discusión-Conclusión

La prevención incluye los siguientes elementos:
-Mantener la zona genital limpia y seca para prevenir infecciones (se recomienda lavar la zona genital a diario con un jabón suave, no perfumado [como el de glicerina], y enjuagarla y secarla minuciosamente).
-Limpiarse de delante hacia atrás después de orinar o de defecar para evitar que las bacterias procedentes del ano sean transportadas hacia la vagina.
-Enseñar a las niñas una buena higiene.
-El uso de ropa interior holgada y absorbente, de algodón o revestida de algodón, para permitir que el aire circule y contribuir a mantener seca la zona genital.
-Practicar el sexo seguro y limitar el número de parejas sexuales.
-No se aconsejan las duchas vaginales frecuentes ni medicadas. Las duchas vaginales pueden eliminar las bacterias habituales y protectoras de la vagina y reducir la acidez vaginal, lo que aumenta la probabilidad de aparición de infecciones, incluida la enfermedad inflamatoria pélvica.

La vulvovaginitis es muy habitual en mujeres en edad fértil y es poco frecuente en mujeres posmenopaúsicas debido al descenso de estrógenos y al aumento de la atrofia vaginal durante esta etapa.

Su incidencia aumenta con el inicio de la actividad sexual y sus síntomas suelen empeorar una semana antes del ciclo menstrual de la mujer. Entre los síntomas está escozor o picor vulvar, dolor, flujo vaginal y molestias durante el acto sexual o al orinar.

6 Bibliografía

-https://www.manualMSD información médica.
-Cutié M, Almaguer J, Alvarez M. Vaginosis bacteriana en edades tempranas. Rev Cubana Obstet Ginecol. 1999.
- Ortiz C, Ley M, Llorente C, Almanza C. Vaginosis bacteriana en mujeres con leucorrea. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2000.
-Escalante J. Infecciones vulvovaginales. En: Usandizaga J. Tratado de Obstetricia y Ginecología. 12ma. ed. New York: Mc Graw Hill; 1998.

Capítulo 677

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN (UPP). UNA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA.

MIREN LOREA TELLERIA DOMÍNGUEZ

AINHOA DA COSTA

BARBARA REY GARCÍA

AÍDA GUTIÉRREZ CAMPO

YAIZA GÓMEZ MARTIN

1 Introducción

Según la DRAE, una ulcera se define como "solución de continuidad con pérdida de sustancia en los tejidos orgánicos, acompañada ordinariamente de secreción de pus y sostenida por un vicio local o por causa interna". La prevención de las úlceras por presión (en adelante UPP) es política preferente en muchos sistemas sanitarios. Probablemente derivada del alto impacto económico que supone su atención, de las expectativas derivadas de la pirámide poblacional o de ambos factores. Si bien las complicaciones de las úlceras han disminuido su incidencia,

no se ha demostrado si viene de la mano de esfuerzos preventivos o de mejoras terapéuticas. Muchas guías de práctica clínica recomiendan diferentes medidas preventivas. Sin embargo, hay escasas pruebas empíricas disponibles con respecto a la fiabilidad y validez de las medidas recomendadas.

2 Objetivos

- Revisar la evidencia científica que existe en este momento respecto a la prevención de las Ulceras Por Presión (UPP).
- Identificar cuáles son los tratamientos actuales más efectivos en el tratamiento de las UPP.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica tanto en inglés como en español en las principales bases de datos sanitarias como Cochrane Plus, Pubmed, Embase y Google Académio. De los diferentes metanálisis, ensayos clínicos y revisiones existentes referentes a las úlceras también se ha consultado la bibliografía utilizada en dichos estudios.

Se han utilizado los siguientes descriptores boléanos para la búsqueda bibliográfica:
• Palabras clave: Ulceras por presión, heridas crónicas, revisión, evidencias.
• Key words: Pressure ulcers, chronic wounds, review, evidence.

4 Resultados

Se han encontrado 64 resultados. De estas referencias, 7 de ellas tratan sobre la prevención de las UPP. Tres valoran la importancia de la superficie de apoyo, y el resto de forma individualizada la calidad de la nutrición, la eficacia de medidas compresivas y la utilidad de la evaluación de riesgos.

5 Discusión-Conclusión

La mayor carga asistencial que suponen las UPP y el esperado aumento en el futuro de las mismas, secundario a la pirámide poblacional existente, puede jus-

tificar que la mayoría de las revisiones se hayan centrado en intervenciones preventivas en las úlceras por presión.

Las principales conclusiones que se han extraído de este estudio para la prevención de las UPP son:
• El uso de colchones de aire alternante ha demostrado una eficacia superior a los colchones normales para prevenir la aparición de UPP.
• El uso de vendajes de alta compresión es más eficaz que los de compresión normal en la prevención de las úlceras venosas.
• Ninguna de las medidas de suplementación dietéticas probadas ha demostrado mayor eficacia que una dieta normal.
• El uso de escalas de evaluación de riesgos no ha demostrado su utilidad. Hoy por hoy parece que sólo significa un aumento de la carga asistencial.
• Otras intervenciones complejas no han demostrado su eficacia en las Ulceras del Pie diabético.

6 Bibliografía

Bibliografía citada según normas Vancouver:
1. Celeste, Mª. "Guías de práctica clínica y revisiones sistemáticas en la prevención de las úlceras por presión."
2. Prevention, Evidence of their. "Úlceras por presión y heridas crónicas: Revisión de las evidencias científicas sobre su prevención." Revista española de investigaciones quirúrgicas 15.1 (2012): 13-15.
3. Pancorbo Hidalgo, Pedro L., et al. "Conocimientos y creencias de las enfermeras sobre el cuidado de las úlceras por presión: revisión sistemática de la literatura." Gerokomos 18.4 (2007): 30-38.
4. Thomson JS, Brooks RG. The economics of preventing and treating pressure ulcers: a pilot study. J Wound Care 1999;8(6):312-6. 2.
5. Ragnarson Tennvall G, Apelqvist J. Health-economic consequences of diabetic foot lesions. Clin Infect Dis 2004;39(Suppl 2):S132-9. 3.
6. Bennett G, Dealey C, Posnett J. The cost of pressure ulcers in the UK. Age Ageing 2004; 33(3):230-
7. Palma, Manuel Rodríguez. "Rincón científico REVISIONES." GEROKOMOS 21.3 (2010): 108-113.

Capítulo 678

EL PAPEL DE LA ESTIMULACIÓN COGNITIVA EN LA PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD DEL ALZHEIMER

MARÍA COVADONGA ABARRIO NÚÑEZ

JULIA MARIA FERNÁNDEZ MARTÍN

Mª DEL CARMEN ARDURA SANTIAGO

1 Introducción

El Alzheimer es una enfermedad que conlleva un deterioro cognitivo que tiene como consecuencias: la perdida pensamiento, la memoria y el lenguaje. Aunque también genera cambios en los comportamientos y en la personalidad de la persona afectada.

Por ello, la estimulación cognitiva será necesaria y positiva para la evolución de la misma, para ello, se realizarán un conjunto de estrategias y técnicas que ayudarán a mejorar las habilidades cognitivas de las personas con Alzheimer.

2 Objetivos

- Identificar qué actividades y técnicas se llevan a cabo en la estimulación cognitiva con las personas que padecen Alzheimer.
- Saber las señales y síntomas que aparecen en las personas con Alzheimer.

3 Metodología

La información recopilada en este capitulo, ha sido recogida de diferentes fuentes usando como buscador principal ”Google Académico”. Las diversas fuentes que han sido usadas para la realización del capitulo son: la Fundación Pasqual Maragall, el Instituto Superior de Estudios Sociales y Socio sanitarios, la Fundación Alzheimer España y el IMSERSO.

4 Resultados

El Alzheimer va ligado en gran parte a la edad de las personas y sus antecedentes genéticos, aunque también existen una serie de factores de riesgo, entre los que se encuentran: la poca actividad, la hipertensión, la obesidad, entre otros.

Las personas que se ven afectadas por esta enfermedad pueden presentar una serie de señales entre las que se encuentran:
-Los trastornos del sueño.
-Desorientación de tiempo o lugar.
-Cambios en la memoria que complican la vida cotidiana.
-Dificultad para desempeñar tareas habituales.
-Problemas para recordar la localización y ubicación de objetos.
-Cambios de humor y personalidad.
-Problemas con las palabras.
-Menos aseo personal.
-Complicaciones para entender imágenes y la relación de objetos con su ambiente y entorno.
-Problemas para seguir planificaciones.
-Pérdida de integración social e iniciativa.
La detección temprana de la enfermedad junto a la estimulación cognitiva, pueden ralentizar el crecimiento de la enfermedad.

Con la estimulación cognitiva en pacientes con Alzheimer se pretende: mejorar la calidad de vida de las personas afectadas mediante actividades destinadas a la memoria, al lenguaje, atención, funciones, educar en la importancia que tiene unos buenos hábitos de vida saludable.

Por ello, es importante conocer las actividades que van a favorecer la aparición de la enfermedad de una manera más paulatina: llevar un control de la tensión,

evitar consumos de sustancias tóxicas (tabaquismo…), realizar ejercicios diarios., tener una buena alimentación, realizar la estimulación cognitiva.

Dentro de la estimulación cognitiva, es importante destacar algunas técnicas:
-Técnicas para mejorar la memoria (juegos de memoria de palabras, frases, imágenes…)
-Técnicas para estimular la orientación (temporal, espacial y personal).
-Técnicas para estimular el lenguaje (leer, escribir, completar palabras…)
-Técnicas para mejorar las gnosias (reconocimiento facial de familiares, tocar objetos cotidianos para identificarlos, reconocer letras y números en relieve…)
-Técnica para mejorar las praxias (unir puntos numerados para crear un dibujo, dibujar elementos cotidianos…)

5 Discusión-Conclusión

La estimulación cognitiva tiene un papel clave en el avance de la enfermedad, por ello, esta se irá adaptando a las diversas fases que van apareciendo.

-En la primera fase habrá que trabajar con estimulación cognitiva y motora (las relaciones, tareas sencillas como leer y escribir…).
-En la segunda fase se trabajará las tareas más complejas (atención, orientación, memoria inmediata…).
-En la tercera fase la estimulación se vuelve menos intensa y se centrara en gran parte en las familias.

Por todo ello, es necesario ir trabajando la estimulación cognitiva para poder amenizar los efectos de la enfermedad.

6 Bibliografía

- Fundación Pasqual Maragall <https://fpmaragall.org/.
- Instituto Superior de Estudios Sociales y Socio sanitarios <https://www.isesinstituto.com/.
- Fundación Alzheimer España <http://www.alzfae.org/alzheimer.
- IMSERSO: Instituto de Mayores y Servicios Sociales.

Capítulo 679

EL SÍNDROME RETT

TAMARA REGUERA GONZALEZ

MARI CARMEN QUINTANA GONZALEZ

ANA ISABEL IGLESIAS SANCHEZ

CARMEN MARIA VÁZQUEZ

1 Introducción

El síndrome RETT es un trastorno en el neurologico infantil que se caracteriza por un desarrollo normal de las funciones de un niño, seguido por la pérdida del uso voluntario de las manos, crecimiento retardado del cerebro y la cabeza, dificultades para caminar, convulsiones y retraso mental.
Este trastorno identificado por el Dr. Andreas RETT, varía de un niño a otro dependiendo de la edad y la gravedad de los síntomas.
La mayoría de los casos de RETT se debe a un problema en un gen llamado MECP2, gen que se encuentra en el cromosoma x. Las mujeres poseen 2 cromosomas x, cuando uno de los dos tiene un defecto el otro es lo suficientemente normal como para que la niña sobreviva.
Los niños por el contrario, sólo poseen un cromosoma x, por lo que carecen del cromosoma que hace compensar el problema de poseer en síndrome, por lo tanto sufrirán aborto espontáneo o muerte prematura.

2 Objetivos

- Encontrar la mejor manera de que los niños que sufren esta enfermedad tengan una mejor calidad.
- Mejorar sus condiciones de vida mediante la fisioterapia, la rehabilitación, anti convulsivos, psicopedagogia e incluso musicoterapia.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El síndrome RETT se da mayoritariamente en el sexo femenino, durante el periodo natal un desarrollo normal, hasta más o menos los seis meses de vida que comienzan a aparecer los síntomas, aparición posterior de microcefalia, perdida de destreza motora, lenguaje muy deteriorado, estereotipias en las manos, aparición de defectos en el tronco entre los 1 y 4 años de edad, ausencia de atrofia óptica y retinipatías antes de los 6 años de vida.

5 Discusión-Conclusión

Basándonos en este estudio, las cifras de nuevos casos cada año son abrumadoras. Investigar más sobre esta enfermedad debería ser uno de los principales objetivos de investigación de la sanidad española.

6 Bibliografía

- NACINAL INSTITUTE OF NEUROLOGICAL DISORDERS.
- MEDLINE PLUS.
- REDBUBBLE.
- QUIRON SALUD.

- WWW.RETT.ES.

Capítulo 680

INCONTINENCIA URINARIA FUNCIONAL.

BELEN VELAZQUEZ RIESGO

1 Introducción

La OMS define la incontinencia urinaria (IU) como ”la pérdida involuntaria de orina objetivamente demostrable y suficiente como para constituir un problema social e higiénico en quién la padece”.
La prevalencia de la IU oscila en torno a un 15,5-17,4%. Afecta mayormente a mujeres y aumenta con la edad aunque la cifra se iguala en torno a los 80 años superando el 50%. Se considera uno de los grandes síndromes geriátricos. No debe considerarse un proceso fisiológico del propio envejecimiento.
La IU funcional se produce por limitaciones de la movilidad física, de la destreza manual o de la cognición y no por disfunción orgánica del sistema urinario. En este tipo de IU el sistema urinario funciona correctamente y los problemas causantes de la incontinencia están fuera de él.

2 Objetivos

- Conocer las distintas formas y métodos que existen para intentar controlar la incontinencia funcional.
- Analizar las medidas necesarias para paliar los efectos negativos de la enfermedad en la salud.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se crea un grupo de trabajo para hacer una búsqueda bibliográfica a través de bases de datos, comprobando las palabras descriptoras: Incontinencia Urinaria, Escapes. Se ha realizado una búsqueda sistemática en diversas bases de datos como Cuiden, Scielo, comprobando las palabras descriptoras: incontinencia urinaria , funcional y anciano.

4 Resultados

Medidas que ayudan a retrasar la aparición de la incontinencia funcional y ayudan a prevenirla: eliminación de barreras ambientales que pueden dificultar la evacuación de la orina y en el uso de aquellos dispositivos externos que puedan mejorar la recepción de estímulos sensoriales por parte del individuo (gafas, audífonos, etc.). Uso de prendas que faciliten su manipulación (cremalleras, botones automáticos, etc) una vez que se llega al cuarto de baño.
Seguir una dieta equilibrada.Reducir el consumo de bebidas con cafeína, el alcohol y los cítricos. Evitar las comidas picantes. Aumentar el consumo de fibra. Reducir el consumo de productos y medicamentos diuréticos.

5 Discusión-Conclusión

En los ancianos con problemas físicos o incapacidad se eleva la frecuencia de IU funcional, debido principalmente a la existencia de barreras ambientales.
Los profesionales deberán mostrar interés y preocupación, fomentando la escucha activa y favoreciendo la confianza de nuestro mayor y deben conocer todo lo que lleve a la incontinencia a nuestro paciente tanto a nivel personal, psicológico, familiar como su calidad de vida. La incontinencia debe ser tratada como una patología con gran incidencia en el envejecimiento y no como un fenómeno natural que aparece en edades avanzadas. La curación de la incontinencia es difícil de conseguir, pero se puede mejorar la calidad de vida de los pacientes que la sufren.

6 Bibliografía

- Prevención de la incontinencia urinaria en el ámbito de la gerontología. Nuberos Científica 2016, 3(18):60.

- Cuidados básicos: la incontinencia. Álvarez Tello, Margarita; Morales Asencio, José Miguel.
- Guía para cuidadoras de personas dependientes. Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria (ASANEC) 2007 jun (II). Pg. 17-30
- Guías EAU sobre incontinencia urinaria. Thüroff, J.W.; Abrams, P.; Andersson, K.-E.; Artibani, W.; Chapple, C.R.; Drake, M.J.; Hampel, C.; Neisius, A.; Schröder, A.; Tubaro, A..
- Actas Urológicas Españolas ago. 2011, Volumen 35 Nº 7 Páginas 373 – 388.

Capítulo 681

DIETA EN REFLUJO GASTROESOFÁGICO.

BELEN VELAZQUEZ RIESGO

1 Introducción

EL reflujo gastroesofágico (RGE) es un fenómeno fisiológico que sucede fundamentalmente en el período postprandial.
La enfermedad por RGE es el reflujo patológico del contenido gástrico al esófago, en cantidad suficiente para producir síntomas, que afectan a la calidad de vida de los pacientes desencadenando lesiones mucosas esofágicas o riesgo de complicaciones a largo plazo (esofagitis, estenosis esofágica, esófago de Barrett, hemorragia digestiva).
Esto permite que el contenido gástrico pueda pasar al esófago y generar uno o varios de los siguientes síntomas: pirosis (ardor), gases, malas digestiones, náuseas, dificultad respiratoria y/o para tragar, dolor torácico, taquicardias, etc., que pueden derivar en complicaciones más severas, tales como aspiración del contenido gástrico, anemia por hemorragia, afectación de la mucosa esofágica, entre otras. La dieta es un factor importante en el tratamiento de esta enfermedad crónica.

2 Objetivos

Analizar la importancia de la dieta en reflujo gastroesofágico , a tener en cuenta para el aumento de la calidad de vida del paciente, mejora de los síntomas y control clínico de la enfermedad.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Tras el diagnóstico, generalmente mediante pruebas radiológicas con contraste o un estudio endoscópico, hay una serie de recomendaciones que el paciente debería adoptar:

- Elevar la cabecera de la cama entre 15-20 cm. No se aconseja dormir con varias almohadas o colocar la mitad superior del colchón en plano inclinado, ya que esto aumenta la presión intraabdominal por la propia flexión.
- Evitar las prendas ajustada que comprimen el abdomen y posturas que aumenten la presión intrabdominal. Evitar acostarse hasta haber hecho la digestión. Perder peso en caso de obesidad. Dejar de fumar.
- Control de la dieta. En este último nos centramos siguiendo las siguientes pautas: Es importante repartir las comidas en 5 tomas, no tomar comidas copiosas, especialmente antes de acostarse. Hay alimentos aconsejados, son los ricos en proteínas ya que aumentan el tono del esfínter esofágico inferior (carnes magras, lácteos desnatados, pescado blanco, arroz, huevos pasta, patatas, cereales, frutas no ácidas), limitados (legumbres, pescado azul, frutos secos, carnes semigrasas, zumos no ácidos) y desaconsejados (café, alcohol, té, pimienta, carnes grasas, natas, mantequillas, pescados en salazón, verduras flatulentas). Evitar las bebidas con gas, las bebidas alcohólicas y los líquidos muy calientes o muy frías. Reducir la ingesta de líquidos durante las comidas. Se recomienda dieta baja en grasas.

5 Discusión-Conclusión

Siguiendo estas recomendaciones se consigue disminuir el reflujo y mejorar la sintomatología del RGE.

6 Bibliografía

- Manejo del reflujo gastroesofágico. Pediatría Atención Primaria Oct 2019, Volumen 21 Nº 81.
- Tratamiento naturista de la enfermedad por reflujo gastroesofágico. Sanz Peiró, Pablo; Sebastián Domingo, Juan José. Aparato digestivo. Aspectos científicos y medicina naturista. Una visión integral, Prensas Universitarias de Zaragoza (Zaragoza, España), 2007, Pp. 27-30.
- Enfermedad por reflujo gastroesofágico. Sanz Peiró, Pablo; Sebastián Domingo, Juan José. Aparato digestivo. Aspectos científicos y medicina naturista. Una visión integral. Prensas Universitarias de Zaragoza (Zaragoza, España), 2007, Pp. 21-25.
- Enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) Nursing -Ed esp-, 2005 ago-sep, 23(7):38-39
- Reflujo gastroesofágico: diagnóstico, tratamiento y atención de enfermería. Enferm Integral, 1997 abr-jun, 41: VII-X.

Capítulo 682

LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN LOS JÓVENES

RAQUEL BLANCO QUESADA

1 Introducción

Se vienen registrando un preocupante y constante aumento de las ETS en España desde el año 2000. El grupo de edad entre los 15-19 supera en el diagnostico de ETS al de mayores de 35. Según la Academia de Dermatología y Venereología, 1 de cada 4 adolescentes padecerá una enfermedad de transmisión sexual antes de terminar bachillerato. Habiendo observado durante mi estancia laboral en consulta de ginecología y ETS un tanto por ciento elevado de pacientes muy jóvenes, he decidido realizar un breve estudio.
Las Infecciones de transmisión sexual (ITS) son un grupo de infecciosas provocadas por diferentes microorganismos que comparten un mecanismo de contagio relacionado con la actividad sexual y que pueden contagiarse por las relaciones tanto vaginales, orales o anales.

2 Objetivos

Identificar las conductas de riesgo asociadas a las enfermedades de transmisión sexual y a los jóvenes así como las ETS más comunes.

3 Metodología

Datos y gráficas obtenidas a partir de bases y páginas médicas: Academia de Dermatología y Venereorología Española. Medine. OMS. Google académico (art. recientes y palabras claves). Estudios ginecológicos de todas las Comunidades Autonómicas.

4 Resultados

En la década de los 90 había disminuido, debido en gran parte al miedo a contraer el VIH, la prevalencia de la ETS. A partir del año 2000 se observa un aumento significativo en numero de casos de ETS, siendo aún más llamativo entre jóvenes, asociado a sus conductas de riesgo:

- El inicio más precoz en las relaciones sexuales.
- Mayor número de parejas sexuales.
- Conductas más despreocupadas.
- Falta de madurez en el cuello uterino.
- Alcohol y Drogas.
- Falta de comunicación entre las parejas.

ETS más comunes: gonorrea, síflis, clamidia, hepatitis b y c, vph, vih, herpes genital, verrugas genitales, pid, ladillas, tricomoniasis.
La mayoría de estas enfermedades se pueden prevenir con el uso correcto de un condón cada vez que se tiene relaciones sexuales así como una adecuada información y educación sexual más temprana.

5 Discusión-Conclusión

Se concluye que un gran por ciento de los jóvenes tiene vida sexual activa e iniciaron las relaciones entre los 14 y 15 años. Entre los encuestados reconocen no haber usado métodos barrera en la mayoría de sus relaciones y argumentan el no uso de ellos debido a que les resulta incomodo y poco satisfactorio así como la disconformidad de sus parejas a su uso.

6 Bibliografía

- Academia de Dermatología y Venereología española,
- Medine;

- Google académico,
- Estudios ginecológicos diversos.
- Datos y encuesta propios.

Capítulo 683

LA NUTRICIÓN POR SONDA NASOGÁSTRICA EN EL DOMICILIO. CUIDADOS.

LORENA FERNÁNDEZ MÉNDEZ

1 Introducción

La nutrición artificial a través de una sonda nasogástrica consiste en administrar nutrientes mediante una jeringa, por gravedad o en otros casos como suele suceder en el ámbito hospitalario a través de una bomba de infusión.

En este capítulo nos vamos a centrar en la alimentación artificial domiciliaria en pacientes que son portadores crónicos de sondas nasogástricas o de PEG (gastrostomía endoscópica percutánea).

Este tipo de nutrición requiere una serie de cuidados para un correcto mantenimiento de la sonda , así como para evitar las posibles complicaciones que pueden ser desde relacionados con la sonda o con el malestar del paciente.

Cuando se va hacer uso de la sonda , hay que colocar al paciente lo más recto posible para evitar reflujos de comida , medicación o líquidos:
1. Comprobar permeabilidad de la sonda.
2. En ocasiones en necesario comprobar residuo gástrico como indicador de tolerancia a la fórmula así como predecir el riesgo de broncoaspiración.
3. Administrar la comida a un ritmo normal , si son medicamentos deben ser triturados y deshacerse en agua.

4. Después de su uso siempre hay que lavar la sonda introduciendo un poco de agua por la jeringa. Mantener los tapones de la sonda cerrados cuando no se usen.
5. Cuando se trata de sondas insertadas en abdomen como puede ser una gastrostomia o yeyunostomia , debe mantenerse limpia la zona de la piel limitante con suero fisiológico y betadine, cada 2 o 3 días .
6. Vigilar piel circundante a la sonda para evitar heridas.
7. En caso de obstrucción de la sonda , utilizar refrescos de cola o el aceite (poca cantidad)
8. Mantener una correcta higiene bucal
9. Mantener al paciente el posición de incorporación de unos 45 º o sentado al menos una hora para evitar los reflujos.

2 Objetivos

1. Reducir la estancia hospitalaria en pacientes que requieren de nutrición por SNG.
2. Reducir los costes , en comparación con los que supone una asistencia hospitalaria.
3. Notable mejoría en el estado psicosocial del paciente.
4. Mayor sensación de bienestar con similares garantías de seguridad y eficacia que en el hospital.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Aunque la nutrición por sonda nasogástrica no proporciona ningún beneficio en comparación con la alimentación manual, en pacientes mayoritariamente mayores con pluripatología, que no son capaces de tragar por distintas causas, el he-

cho de poder alimentarlos en su domicilio acompañados de sus familiares supone proporcionarles un estado de confort.

5 Discusión-Conclusión

La formación de los cuidadores y familiares es primordial para que esto se pueda llevar a cabo, para ello los profesionales de atención primaria deben mantener una estrecha vigilancia de estos pacientes , estableciendo unas visitas programadas , cambios de la sonda cuando precisen.

Los cuidadores deben avisar a los profesionales sanitarios ante cualquier complicación y estar siempre abiertos a colaborar.

6 Bibliografía

- http://sgxx.org
- http://www.cun.es
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 684

EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LAS COMPLICACIONES DE LA LACTANCIA MATERNA.

ROCÍO CABO FUEYO

MARIA ALICIA FERNANDEZ FERNANDEZ

MAXIMINA GONZÁLEZ GONZÁLEZ

SARA GONZALEZ CARREIRA

MICHELLE BARAGAÑO SOLIS

1 Introducción

La lactancia materna es el periodo de la vida en el que la madre proporciona a su hijo todos los nutrientes necesarios adaptados a sus necesidades a través del seno materno.
La O.M.S. recomienda lactancia materna hasta al menos los dos años siendo alimento exclusivo durante los primeros seis meses de la vida del bebé.
Prácticamente todas las mujeres pueden amamantar pero es básico que dispongan de buena información y apoyo de familiares y sanitarios.

2 Objetivos

El objetivo principal de este trabajo sería identificar las complicaciones más potenciales de la lactancia materna y tener capacidad para resolver aquellas dificultades que puedan surgir.

3 Metodología

Búsqueda sistemática y bibliográfica en distintas bases.
Bases de datos utilizadas Pubmed, SciELO, Dialmet y el buscador de Google académico.
Experiencia personal de madre una lactante hasta los 3 años.
Se encontraron 19 artículos de los cuales 8 fueron seleccionados por haber cumplido con los criterios de inclusión establecidos.

4 Resultados

La lactancia materna a pesar de ser un proceso innato y natural requiere un aprendizaje y una práctica correcta.
La mejor manera de prepararse para la lactancia materna es acudir a un grupo de de apoyo a la lactancia durante el embarazo ya que pueden surgir una serie de complicaciones que ahora pasaremos a enumerar:
- Dolor al inicio de la succión.
- Pezones doloridos y agrietados.
- Ingurgitación mamaria.
- Si no hay cambio discernible en el tamaño de los pechos.
- Congestión mamaria que no mejora amamantando.
- Obstrucción de conductos.
- Mastitis.
- Dermatitis de la mama.

Otros signos de alarma a tener en cuenta observando al bebé son:
- Las duración de las tomas del bebé son muy breves o extremadamente largas.
- El bebé parece tener hambre después de las tomas.
- Menos de 3 pañales mojados a partir del día 4.
- Lactante irritable e inquieto.
- Deglución no audible durante las tomas.

- Lactante que no gana peso después del día 5.
- Lactante que no ha recuperado el peso al nacimiento para el día 14.
- Pérdida de peso continuada después del día 3.
- Heces meconiales después del día 4.



5 Discusión-Conclusión

Cada madre, que informada, toma la decisión de amamantar a su bebé y lo consigue , nos animará a seguir trabajando y formándonos para que las mujeres recuperen esa confianza en su propio cuerpo que nunca debieron perder.

Con un apoyo eficaz por parte de los profesionales sanitarios y el entorno de la madre lactante, serían muy pocas mujeres las que necesitarían recurrir a la fórmula, reduciendo así los costes sanitarios a largo plazo , tanto para las familias como para los países.

6 Bibliografía

- UNICEF. Dra. Javiera Martínez. Problemas en la lactancia.

- Carlos González. Un regalo para toda la vida.
- Comité de lactancia materna de la A.E.P. Informe técnico.
- Manual de Lactancia para profesionales de la salud.
- El parto es nuestro.

Capítulo 685

OBESIDAD Y SOBREPESO INFANTIL: CAUSAS Y CONSECUENCIAS

MARIA DEL PILAR ANTÓN BRAVO

ALMA LLENIN MARTINEZ

MARÍA EUGENIA GARCÍA ALONSO

HONORINA BERDAYES CANAL

MONICA SUAREZ ALVAREZ

1 Introducción

Según la OMS (organización mundial de la salud), la obesidad y el sobrepeso se definen como "una acumulación anormal o excesiva de grasa que supone un riesgo para la vida".
En los adultos, para medir el índice de obesidad y sobrepeso se utiliza el IMC (índice de masa corporal) que es el peso del individuo en kilogramos dividido por el cuadrado de la talla en metros cuadrados. Se utiliza el mismo para ambos sexos.
IMC= Peso (Kg)/ Altura2
Siendo: IMC= 25-30 sobrepeso IMC= >30 obesidad
En niños y adolescentes resulta difícil encontrar una forma simple de medir el peso, ya que su organismo sufre cambios fisiológicos a medida que va creciendo. Así, dependiendo de la edad, existen varios métodos para determinar que es un

peso corporal saludable. La OMS en el año 2016, desarrolló unos patrones de crecimiento para niños y adolescentes en edad escolar:

- Sobrepeso= el IMC para la edad y el sexo con más de una desviación típica por encima de la mediana establecida en los patrones de crecimiento infantil de la OMS.
- Obesidad= el IMC para la edad y sexo con más de dos desviaciones típicas por encima de la mediana en los patrones de crecimiento infantil de las OMS.

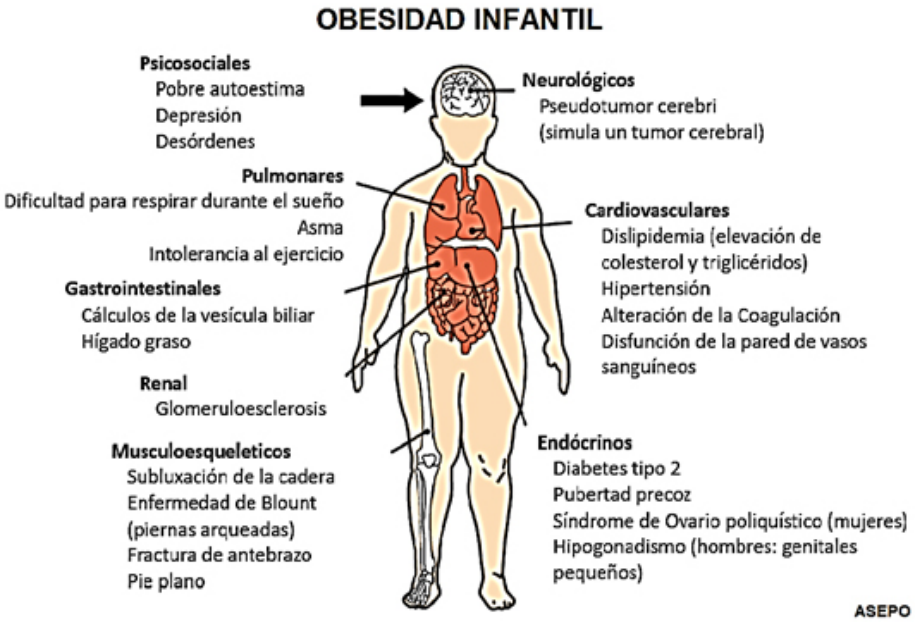
Durante los últimos 25-30 años, la obesidad y el sobrepeso han crecido en todo el mundo de una forma alarmante, convirtiéndose en un grave problema de salud pública, tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo.

Las causas de la obesidad y el sobrepeso son principalmente un balance inadecuado entre la ingesta de comida y bebida y el gasto de energía. Es decir, tener una dieta inapropiada, que aporta un exceso de energía y bajos niveles de actividad física. Sin embargo en investigaciones más recientes consideran además, otras causas relacionadas con factores sociales y económicos que son independientes del sistema de salud, como pueden ser la publicidad, la educación o el ambiente escolar, el transporte y el entorno físico y alimentario.

Siendo en las comunidades más desfavorecidas, las que sufren una mayor desigualdad social, donde el consumo de alimentos no saludables es mayor y donde el acceso a instalaciones deportivas o zonas verdes en las que practicar actividad física es menor.

La obesidad en la infancia y sobre todo en la adolescencia, es predictiva de la obesidad en el adulto. Las consecuencias derivadas de la obesidad infantil, se consideraban poco frecuentes o raras en la infancia, pero hoy conocemos una gran cantidad de problemas en niños y adolescentes con obesidad, que además tienen un gran impacto en la calidad de vida, e incluso pueden llegar a reducir la expectativa de vida.

Entre los problemas médicos asociados a la obesidad infantil, se encuentran las enfermedades cardiovasculares, pulmonares, problemas endocrinos, musculo esqueléticos, gastrointestinales, renales y neurológicos. Problemas psicológicos como la baja autoestima, depresión, aislamiento social, burlas y acoso escolar.



2 Objetivos

- Conocer las causas de la obesidad infantil y sus riesgos.
- Determinar estrategias para su abordaje.

3 Metodología

Se buscan bases de datos bibliográficas, páginas web, artículos y otros sistemas de información oficiales relacionados con la obesidad infantil.
Palabras clave: obesidad infantil, IMC, enfermedades obesidad, alimentación saludable…

4 Resultados

La obesidad y el sobrepeso infantil se han convertido en un problema de salud pública a nivel mundial, siendo los países con ingresos medios o en vías de desarrollo en los que crece más rápidamente, aunque los países con ingresos altos siguen manteniendo porcentajes elevados entre la población infantil.

Los cambios en los hábitos alimentarios de las últimas décadas, con el abandono de las dietas tradicionales y menor consumo de productos frescos, fruta, verduras, etc., frente al aumento de los alimentos procesados, que contienen más azúcares, sal y grasas, es lo que se denomina "transición nutricional".
Esta transición en la alimentación, se inicia desde la forma de producción de los alimentos hasta el consumo de ellos, incluidos el marketing y la publicidad, que propician el cambio de hábitos en los consumidores y condiciona una dieta con más calorías y menos nutrientes.
Unido al cambio de hábitos en la alimentación, están los estilos de vida sedentaria. Los niños y niñas dedican cada vez más tiempo a la televisión, los ordenadores, teléfonos, etc. La ausencia de espacios verdes o la falta de instalaciones deportivas, agravan esta situación, en especial en las ciudades y en familias con menor capacidad adquisitiva.
Aunque estos son los principales factores en la obesidad infantil, los antecedentes genéticos, el peso de la mujer gestante, un alto o bajo peso al nacer, la ausencia de la lactancia materna, el sueño, también son factores que pueden aumentar el riesgo de obesidad durante la infancia.



5 Discusión-Conclusión

En la obesidad infantil influyen muchos factores. La prevención se debe hacer de una forma integral, tanto a nivel individual, familiar y social, como dentro de los sistemas productivos y de publicidad.
Así, los hábitos alimenticios son fundamentales a la hora de prevenir o padecer

obesidad o sobrepeso. Los factores familiares son determinantes para generar una condición de obesidad en los niños, hay una relación directa entre padres obesos y la probabilidad de que los hijos también presenten obesidad o sobrepeso.
Las factores sociales también repercuten, los estereotipos sociales, el bulling, que afectan de manera negativa a la obesidad, generando desagrado en el cuerpo de los obesos y para aquellos que no presentan obesidad de alguna manera también están expuestos a padecerla. La depresión, la no aceptación social puede generar en una persona delgada trastornos alimenticios que lo lleven a tener sobrepeso.
La falta de ejercicio y el sedentarismo son otro de los factores importantes a tener en cuenta en la obesidad y el sobrepeso, ya que al no tener ninguna actividad física, se generan procesos de ansiedad que producen ganas de comer.
Por lo tanto es importante generar programas de prevención contra la obesidad y guías de alimentación adecuada para las familias.
Hay que proporcionar ayuda a las familias obesas, entender de donde proviene el problema que genero la obesidad para que esta no se vea reflejada en sus hijos.
Hay que generar sistemas de información y apoyo dentro de las escuelas, como hábitos saludables de alimentación, promover la actividad física para prevenir la obesidad.
Se debe difundir masivamente los efectos negativos de la obesidad, no solo en el ámbito personal del que la padece, sino las enfermedades asociadas que pueden padecer los niños con obesidad en el futuro.
El control médico del niño obeso es fundamental para que esta condición no se repita cuando sea adulto.

6 Bibliografía

- OMS. https://www.who.int/topics/obesity/es/.
- Unicef. https://www.unicef.es/publicacion/malnutricion-obesidad-y-derechos-de-la-infancia-en-espana
https://www.reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/220/238.

- http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452018000200214&script=sci_arttext&tlng=es
.

- https://eprints.ucm.es/36184/
https://www.asepo.es/index.php/pages/blog-4/85-campana-contra-la-obesidad-infantil
(Figura 1).

- https://www.revistalugardeencuentro.com/wp/2019/02/21/obesidad-mas-alla-de-lo-estetico/(Figura 2).

Capítulo 686

SÍNDROME DE MUERTE SÚBITA EN EL LACTANTE.

JESSICA ALVES GOMES

REGINA SOARES DE FARIA

1 Introducción

La definición de Síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL), también conocida como “muerte blanca” o “muerte en cuna”, es la muerte súbita.

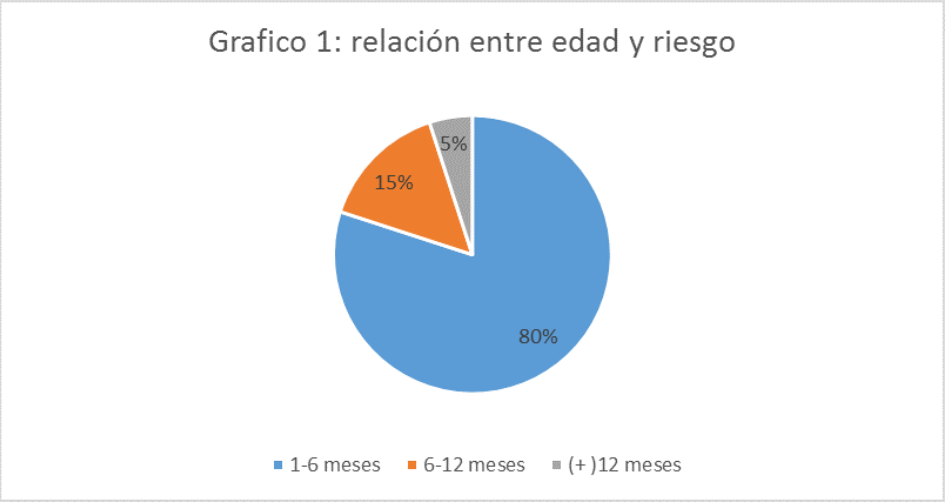
Inesperada durante el sueño, de un niño menor de 1 año, aparentemente sano, donde la historia clínica, el examen físico, la autopsia y el examen del lugar de fallecimiento no demuestran la causa específica de esta. La muerte ocurre en el lugar donde el el bebé está durmiendo (cuna, cochecito…) y no hay señales de antemano indicando que el bebé este en riesgo.
El SMSL no es una enfermedad nueva, y hay informes de ello en las Escrituras y en la Biblia misma. En los siglos VIII y VII a. C. los asirios llevaban la cabeza de bronce de pazuzu para proteger a los recién nacidos y mujeres embarazadas de los ataques de Lamashtu, responsable de abortos espontáneos, mortinatos y muerte de la cuna.

Se cree que el registro del primer caso de SMSL está en la Biblia ”y el bebé de esta mujer murió durante la noche porque lo asfixió con su cuerpo … ”(1 Reyes 3: 19,22). El diagnóstico se realiza por la historia clínica y excluyendo otras posibles causas a través de un cuidadoso examen posterior a la muerte.

1 Epidemiología

En los países desarrollados, el SMSL es la causa más frecuente de mortalidad en los bebés y el grupo de edad con mayor riesgo esta entre los 2 y 5 meses de vida, manteniendo las siguientes proporciones: entre 1 y 6 meses, el 80% de los casos; entre 6-12 meses, 15% de los casos y después de 12 meses, 5%.
Gráfico 1

Los estudios epidemiológicos realizados desde la década de los 60 muestran el perfil de riesgo del SMSL, que se compone de factores maternos y factores peri y postnatales: madre joven, ausencia de atención prenatal, tabaquismos, prematuridad, bajo peso al nacer, hermano de SMSL, predominio de varones (60% de los casos), en ciertas etnias, regiones geográficas, en los meses de invierno y por la noche.



2 Objetivos

- Identificar los factores de riesgo para poder actuar sobre ellos y promover los factores protectores.

3 Metodología

Búsqueda bibliográfica utilizando base de datos, google, google academic, bibliotecas electrónicas como Scielo y palabras clave como: muerte súbita, síndrome muerte, muerte blanca, cuidados bebe.

4 Resultados

1 Etiología
La etiología del SMSL aún se desconoce. Existen varios estudios que investigan las posibles causas del SMSL en función de las hipótesis fisiopatológicas (tabla I). Una de las teorías más aceptadas hoy en día se basa en cambios probables en el mecanismo de despertar de estos bebés. Fueron observados cambios en el desarrollo de la arquitectura del sueño de los lactantes con riesgo de SMSL, estos patrones podrían estar asociados a la incapacidad para despertar en condiciones adversas. Asociado a este aspecto se cree que ocurre un disturbio en la regulación que altera la frecuencia cardíaca o su variabilidad.

2. factores de riesgo: Vamos a clasificar los factores de riesgo en 3 formas independientes: factores maternos, factores físicos y factores ambientales del sueño.

Factores maternos
-Tabaquismo de la madre.
– Edad de la madre (menor de 20 años).
-Consumo prenatal y postnatal de alcohol o drogas.
– Complicaciones durante la gestación y/o en el parto: anemia, desprendimiento precoz de placenta y otros Factores dependientes del niño.
-Ausencia de atención prenatal.

Factores dependientes del bebe
-Prematuridad y bajo peso al nacer.
-Ser hermano de SMSL.
-sexo (más común sexo masculino).

Factores ambientales
– Posición prona (o de lado) durante el sueño.
-Ambiente: dormir sobre superficie blanda, colecho, mantas, dormir en la parte superior de la cuna, etc…
-Fumador pasivo.

2.1 Factores Maternos
- Tabaquismo de la madre: Fumar durante el embarazo y en el primer año de vida aumenta el riesgo de SMSL en 2 - 4 veces.
- Edad de la madre: El riesgo es mayor en madres con menos de 20 años.
- Consumo prenatal y postnatal de alcohol o drogas: Existen estudios que relacionan el consumo tanto en periodo prenatal como postnatal con el SMSL.

- Complicaciones durante la gestación y/o en el parto: Un estudio publicado por Getahun en el 2014 relaciona esos factores con el SMSL.
- Ausencia de atención prenatal: Las investigaciones señalan que si los controles fueron insuficientes o empezaron después de los tres primeros meses de embarazo y si no hubo clases de educación prenatal el riesgo de SMSL se ve incrementado.

2.2 factores dependientes del bebe
- Prematuridad y bajo peso al nacer: Los bebes nacidos con menos de 2500 grs tienen mayor posibilidad de padecer SMSL. Este riesgo se ve incrementado en 17 veces si el bebe pesa menos de 1000grs.
- Ser hermano de SMSL: Hay una pequeña recurrencia, menor del 2%.
- Sexo: Mayor incidencia en el sexo masculino

2.3 Factores ambientales
- Posición prona o de lado: Es el factor de riesgo modificable más importante ya que se ha notado un importante descenso en las muertes por el SMSL desde que se desaconseja acostar a los bebes en estas posiciones.
- Ambiente: dormir sobre superficie blanda, colecho, mantas, síndrome "cabeza cubierta", etc: Una superficie blanda combinado con posición prona puede aumentar hasta en 21 veces el riesgo de SMSL.

3. Factores protectores.
-Lactancia materna.
-Uso de chupete.
-Posición decúbito supino.
-compartir habitación con el bebe pero no la misma cama.
-Poner en bebe en la parte en la parte inferior de la cuna para evitar síndrome de la "cabeza cubierta".
-Acostar al bebe en superficie dura y libre de cosas sueltas (mantas, protectores de cuna, peluches…).
-No abrigar al bebe en exceso.

5 Discusión-Conclusión

El síndrome de muerte súbita del lactante constituye en los países desarrollados, la primera causa de muertes dentro del primer año de vida. Aunque se desconocen las causas del SMSL está comprobado que hay factores que aumentan el riesgo y también hay algunas acciones preventivas. Por tanto, el hecho de que

no se puedan prever futuras víctimas de la SMLS obliga a tener muy presentes estos factores de riesgo y poner en práctica las acciones preventivas.

6 Bibliografía

1. Scielo.isciii.es http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322013000500017
2. Libro blanco de la muerte súbita infantil.
3. http://previnfad.aepap.org/monografia/muerte-subita-lactante
4. American Academy of Pediatrics (Task Force on Infant Positioning and SIDS), Does bed sharing affect the risk of SIDS? Pediatrics 1997; 100:272.
5. http://www.noble-arp.com/src/img_up/12092008.0.htm
6. https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/sudden-infant-death-syndrome/symptoms-causes/syc-20352800
7. Asociación española de pediatría.

Capítulo 687

ENVEJECIMIENTO EN PERSONAS CON SÍNDROME DE DOWN

MARTA SÁNCHEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

El síndrome de down es una enfermedad genética como resultado de la trisonomía del par 21, que tiene una frecuencia mundial de 1 de cada 1000 nacimientos vivos, que aumenta cuanto más avanzada es la edad de la madre.
La esperanza de vida de estas personas va en aumento, debiéndose a una mejoría, tanto en el diagnóstico como en el tratamiento de las complicaciones que este síndrome conlleva, como son:
- Corrección de cardiopatías congénitas.
- Programas de inmunización.
- Tratamiento de infecciones.
- Mejora de problemas específicos de salud.

2 Objetivos

- Enumerar las patologías que provoca el envejecimiento en personas con síndrome de down.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica

existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Las personas con síndrome de down mayores de 45 años, tienen mayor riesgo de padecer:
- Menopausia precoz.
- Epilepsia.
- Hipotiroidismo.
- Demencia.
- Obesidad.
- Osteoporosis.
- Problemas dermatológicos.
- Problemas cardiorrespiratorios.
- Trastornos auditivos .
- Trastornos visuales.
- Apneas del sueño.
- Mayor susceptibilidad a infecciones.

En cambio, la prevalencia de otras enfermedades es menor, como en el caso de tumores sólidos malignos, hipertensión, enfermedad cerebrovascular, entre otras.

5 Discusión-Conclusión

El aumento cada vez mayor de la esperanza de vida de las personas con síndrome de down, que alcanza ya los 60 años, hace que se necesite una atención sanitaria especializada, para abordar el envejecimiento de estos individuos, requiriendo un equipo de profesionales que tengan una formación específica en este ámbito y que trabajen de forma conjunta.

6 Bibliografía

- https://revistascientificas.una.py/index.php/RIIC/article/view/275
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962017000200010.

Capítulo 688

PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL ASEO, ATENCIÓN Y CUIDADOS DEL PACIENTE NO ENCAMADO.

ADA PINTO SAMPEDRO

1 Introducción

La atención y cuidados del paciente hospitalizado, es una labor fundamental que se ha de hacer correctamente. Siempre respetando al paciente, si este no esta encamado y puede bañarse solo, le dejaremos intimidad para que pueda asearse. Si el paciente necesita ayuda, el Tcae le ayudara con el aseo en todo momento. Una buena higiene le ayudará a sentirse mas cómodo y relajado para poder hacer del baño un momento mas agradable durante su estancia en el hospital, teniendo como principal objetivo en el momento del baño: eliminar malos olores, estimular la circulación sanguínea y eliminar microorganismos.

2 Objetivos

- Seguir las correctas pautas del aseo del paciente.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica

existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo y también se revisan diferentes guías y manuales acerca del aseo del paciente., seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Garantizar un correcto aseo del paciente, que no esta encamado, pero si puede precisar algo de ayuda en momentos determinados, como incorporarse en la cama y ayudarle a llegar al baño.

Le prepararemos los siguientes materiales:
Material (champú,esponja)
Informar y ayudar al paciente si nos lo solicita
Preservar su intimidad en todo momento
Temperatura de 24 - 25 grados en la habitación
Evitar corrientes (ventanas y puertas cerradas)
Ayudar a desvestirse (si lo necesita)
Temperatura del agua de 35 - 36 grados
Pautas en el lavado si el paciente nos precisa ayuda:
Primero Lavar la cara con agua sola
Resto del cuerpo de arriba a abajo con esponja y jabón
Por ultimo periné y genitales
Enjuagarlo con agua limpia y secarle
Hidratar la piel

Aunque el paciente pueda asearse por el mismo, puede haber momentos débiles y si este lo solicita al personal sanitario, se le ayudara en todo lo que necesite, para proporcionarle el mejor bienestar posible y hacer del aseo un momento de relax y no de estrés, en un momento tan delicado como puede ser estar ingresado y es estar fuera de tu zona de confort .

5 Discusión-Conclusión

Los pacientes que pueden levantarse, a veces tienen alguna dificultad y necesitan ayuda para llegar al baño,ya sea porque estén débiles, se marean al incorporase

o llevan mucho tiempo en la cama y no se sientan seguros cuando se ponen a caminar.

El Tcae ayudará al paciente en sus cuidados ,aunque este sea autosuficiente en sus aseos ,si este los solicita. Una vez finalizado el baño, recogeremos el equipo y acompañaremos al paciente a su cama para dejarle listo y acomodo, bien sea en el sillón o en la cama como este mas cómodo se sienta.

6 Bibliografía

- www.huca.es
- www.google.es
- www.masquemayores.com
- www.es.slideshare.net

Capítulo 689

ATENCION PRIMARIA.

MARÍA JOSEFA GARCÍA ALVAREZ

MARGARITA COSIO FERNANDEZ

LLUIS IGLESIAS CARCEDO

MARIA CARMEN VILLALUSTRE MARTÍNEZ

GEMMA RODRÍGUEZ LARXE

1 Introducción

La reforma de la atención primaria de salud (APS) no estuvo exenta de controversia. Ciertamente, ayudó que en 1978 se creara la especialización en medicina familiar y comunitaria, al albor de la Conferencia de la Organización Mundial de la Salud en Alma-Ata.

Cuando hablamos de atención primaria hacemos referencia al primer nivel del sistema sanitario, el más básico y elemental. La atención primaria es el nivel básico e inicial de atención, que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente, actuando como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos. Comprenderá actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como la rehabilitación física y el trabajo social.

Todas estas actividades, dirigidas a las personas, a las familias y a la comunidad, bajo un enfoque biopsicosocial, se prestan por equipos interdisciplinares, garan-

tizando la calidad y accesibilidad a las mismas, así como la continuidad entre los diferentes ámbitos de atención en la prestación de servicios sanitarios y la coordinación entre todos los sectores implicados.

La atención primaria, que incluye el abordaje de los problemas de salud y los factores y conductas de riesgo, comprende los apartados anteriores.

2 Objetivos

-Elevar el nivel de salud de los ciudadanos y de la calidad del sistema de salud.
- Integrar la actividad sanitaria y preventiva.
- Promocionar de la salud.
- Prevenir de la enfermedad.
- Asistir a las personas para curarlas.

3 Metodología

- Asistencias.
- Observación.
- Auditoría médica a historias clínicas individuales, familiares o epidemiológicas.
- Encuestas.
- Entrevistas.

Para la aplicación de cada método evaluativo se confeccionarán los instrumentos correspondientes: guías, cuestionarios y tablas de vaciamiento, entre otras.
Ejecución del proceso evaluativo
1. Aplicación de los instrumentos diseñados para evaluar los criterios seleccionados.
2. Determinación de las desviaciones existentes en relación con los estándares preestablecidos.
3. Clasificación de las desviaciones en:
- Problemas de competencia y desempeño que pueden modificarse con la capacitación.
- Problemas de organización: o Uso de recursos disponibles.
- Establecimiento y ejecución de mecanismos de apoyo.
- Funcionabilidad de la estructura organizativa.
- Comunicación entre dirigentes, trabajadores y comunidad.
- Sistema de reconocimiento y estimulación.

- Problemas de liderazgo y autoridad.

4. Determinación de medidas correctoras (programa de mejora continua de la calidad).

- Confección del programa de mejora de la calidad con el criterio del propio personal involucrado en su ejecución, los que tendrán también una participación decisiva en el establecimiento de los plazos para su seguimiento mediante la aplicación de técnicas cualitativas de búsqueda de consenso.
- Determinación de los plazos para monitorización de la mejora de la calidad, incluidos los indicadores que serán objeto de ella, así como los de las evaluaciones periódicas, y los resultados que se espera.

4 Resultados

Se analiza los resultados. Una vez analizados se determina los motivos más frecuentes de insatisfacción por parte de los usuarios. Se concluye que en primer lugar el motivo de insatisfacción es el tiempo de espera, número elevado de pacientes en cortos espacios de tiempo. En segundo lugar, también se detecta duplicación de visitas por el mismo motivo, visitas burocráticas.

5 Discusión-Conclusión

La implantación del modelo de atención primaria ha sido un gran avance para la sociedad. Los programas educativos sanitarios hacen que en muchos casos se pueda prevenir muchas enfermedades, aunque un mal uso por parte de algunos usuarios y en muchos casos ratio de pacientes excesivo por profesional sanitario, hace que pueda producirse una mala calidad del servicio

Un buen médico de familia y una enfermera comunitaria, en su labor de agentes de la salud de sus pacientes asignados, pueden limitar el efecto de una expropiación progresiva de la salud de éstos. Si no hay una APS fuerte que limite el efecto de las alternativas disgregadoras, los pacientes estarán abocados a una atención dispersa y dispensada por múltiples especialistas, con la excusa de proporcionarles mayor autonomía. Convertirá a los pacientes en usuarios, incrementará las posibilidades de iatrogenia y, sobre todo, incrementará los costes públicos y privados de la asistencia sanitaria, hasta hacerla insostenible.

6 Bibliografía

- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.
- Revista Cubana de la Salud Publica-ISSN 0864-3466.
- Fundación Gaspar Casal.
- Atención Primaria, volumen 35.issue 6 Pp 290-294.
- Auxiliar de Enfermería del servicio Riojano de salud Pp12-16.

Capítulo 690

CONOCIMIENTOS EN NECESIDAD DE MOVIMIENTO, TRASLADO Y DEAMBULACIÒN.

MARÍA JOSEFA GARCÍA ALVAREZ

MARGARITA COSIO FERNANDEZ

LLUIS IGLESIAS CARCEDO

MARIA CARMEN VILLALUSTRE MARTÍNEZ

GEMMA RODRÍGUEZ LARXE

1 Introducción

El ser humano es capaz de moverse gracias a un sistema musculo-esquelético, este proporciona sostén y movimiento al cuerpo humano. El esqueleto es una estructura ósea del cuerpo de los animales vertebrados superiores. El esqueleto humano está formado por 206 huesos y sirve de armazón y apoyo, proporcionando las palancas que, mediante la acción de los músculos, hacen posibles los movimientos. También se denomina endosqueleto y exosqueleto.

La musculatura es el conjunto y disposición de los músculos.
El Técnico en cuidados auxiliares de Enfermería deberá conocer las técnicas y procedimientos de la movilización, para ayudar al paciente a conservar y mantener el mayor grado de bienestar y funcionamiento del sistema.

La necesidad de movimiento forma parte del bienestar y la salud de las personas, además de servir como medio de relaciones.
La movilización caso de pacientes encamados será de vital importancia ya que ayudara a realizar cambios posturales lo que previene de posibles ulceras y mejora la circulación.

A continuación veremos las definiciones de movimiento, traslado y deambulación:

Movimiento:
Acción y efecto de mover.
Estado de los cuerpos mientras cambian de lugar o de posición.

Traslado:
Acción y efecto de trasladar.

Deambulación:
La deambulación consiste en la necesidad de caminar de los enfermos. Este término es muy utilizado en el campo de la medicina.
El concepto deambulación no debe confundirse con dar un paseo. Dar un paseo es comenzar a caminar con un objetivo, y al contrario la deambulación consiste en empezar una marcha sin rumbo ni dirección.
Es algo beneficioso, ya que la actividad ayuda a que el paciente se mantenga en un buen estado de ánimo, pero también puede convertirse en algo muy peligroso. La deambulación es muy arriesgada en personas con problemas psíquicos como el Alzheimer, porque estos se pueden dar a caminar y perderse.
.

2 Objetivos

- Concienciar sobre la importancia del movimiento y las diferentes técnicas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La correcta movilización del paciente reducirá las posibles lesiones de dicho paciente y del técnico en cuidados de enfermería.

La realización de la movilización proporciona al paciente encamado una cambio postural beneficioso para la prevención de posibles ulceras por presión.

En primer lugar realizaremos una valoración de la movilidad del paciente que nos dará una idea de la atención que le debemos dispensar.
Para realizar la valoración podremos utilizar una serie de datos subjetivos y objetivos.

De los datos subjetivos debemos obtener la información del propio paciente que nos indique las limitaciones o incapacidades del movimiento de las articulaciones o del sistema musculo-esquelético, de la habilidad para deambular, girar, subir escaleras…

Para la obtención de datos objetivos examinaremos el tono y la fuerza muscular del paciente, la flexibilidad de las articulaciones, el margen de movimiento la posición que adopta, si el paciente emplea dispositivos de asistencia, como puede ser un bastón, andador, muleta o silla de rueda.
La correcta valoración nos facilitara la realización de un plan adecuado de movilización para de este modo evitar posibles lesiones del paciente y facilitar la recuperación.
En función del grado de movilización y autonomía del paciente se le clasificara como movilizaciones activas o movilizaciones pasivas:

- Activas: Son aquellas que el propio paciente podrá realizar bajo la supervisión de un profesional sanitario. Esta movilización podrá realizarse con asistencia o ayuda del terapeuta, o contra resistencia, como puede ser manos polea…
- Pasivas: Son movilizaciones realizadas exclusivamente por el profesional que asiste al paciente.

El conocimiento de los principios del movimiento del cuerpo que indicamos a

continuación será fundamental para la correcta movilización del usuario y nuestra protección ante posibles lesiones:

Utilizando un grupo de músculos grandes se hace menos tensión en el cuerpo que cuando se emplean grupos musculares más pequeños o uno aislado. Por ejemplo, se hace menos esfuerzo cuando se levanta un objeto pesado flexionando las rodillas que cuando se dobla la cintura ya que en el primer movimiento se utilizan los músculos glúteos y femorales grandes, en tanto que en el último movimiento se usan músculos más pequeños como los sacroespinales de la espalda.

Los músculos siempre están en ligera contracción, este estado se llama tono muscular. Si el auxiliar los prepara antes de usarlos los protegerá de lesiones. Por ejemplo, podrá levantar mejor cierto peso si contrae primero los músculos del abdomen, la pelvis y los glúteos

La estabilidad de un objeto siempre es mayor cuando tiene una base amplia de apoyo, un centro de gravedad bajo, y la línea de gravedad es perpendicular al suelo y cae dentro de la base de apoyo. Por ejemplo, al ayudar a moverse a un usuario la posición del auxiliar es más estable, y en consecuencia puede conservar mejor su equilibrio, si se para con los pies separados y dobla las rodillas en lugar de la cintura. En esta posición conserva la línea vertical de su centro de gravedad dentro de su base de apoyo, obteniendo así mayor estabilidad.

El grado de esfuerzo necesario para mover un cuerpo depende de su resistencia y de la fuerza de la gravedad. Utilizando la gravedad en vez de actuar en contra de ella, el auxiliar puede reducir el esfuerzo necesario en el movimiento. Por ejemplo, es más fácil levantar un paciente en la cama cuando está acostado plano y su centro de gravedad ha pasado hacia los pies de la cama que cuando se encuentra sentado y la resistencia de su cuerpo al movimiento es mucho mayor.

La fuerza necesaria para conservar el equilibrio del cuerpo es máxima cuando la línea de gravedad está más alejada del centro de la base de apoyo. Así, la persona que sostiene un peso cerca de su cuerpo hace menos esfuerzo que si lo soporta con los brazos extendidos. Por ejemplo, cuando se pasa a un enfermo de la cama a una silla, es más fácil para quien lo levanta si conserva el cuerpo del enfermo cerca del suyo.

Los cambios de actividad y posición ayudan a conservar el tono muscular y evitan la fatiga. Si una persona cambia de posición, así sea ligeramente, cuando lleva a cabo alguna tarea y varía su actividad de cuando en cuando, conservará un mejor

tono muscular y postergará la fatiga.

La fricción entre un objeto y la superficie en que se mueve influye en la cantidad de trabajo necesaria para moverlo. La fricción es una fuerza que se opone al movimiento. Las superficies muy lisas producen el mínimo de fricción, en consecuencia se necesita menos energía para mover objetos en estas superficies. El auxiliar puede aplicar este principio cuando cambia la posición de un usuario en la cama asegurándose una base lisa en que pueda moverlo.

Deslizar un objeto requiere menos esfuerzo que levantarlo, porque para ello es necesario moverlo contra la fuerza de gravedad. Así, si se baja la cabecera de la cama antes de ayudar al usuario a moverse, se necesita menos esfuerzo que cuando está levantada.

Utilizando el peso propio para contrarrestar el del paciente se requiere menos energía para moverlo. Si un/a auxiliar utiliza su peso para empujar a un/a usuario/a, aumenta la fuerza que se aplica al movimiento.

Las actuaciones del técnico en cuidaos auxiliares de enfermería deben ser suaves, seguros, que no solo ayuden a moverlo con facilidad sino que también le proporcionen una sensación de confianza al paciente.

Ejemplo de protocolos básicos para movilización de paciente:

1.- Traslado del paciente de la cama a la silla:

Usuarios parcialmente dependientes: El auxiliar pasará sus brazos bajo las axilas de la persona, rodeándole el tórax y sujetándole la espalda.
El auxiliar mantendrá los pies separados, trabando con uno de ellos las piernas del sujeto. En esta posición girará al usuario hasta colocarle de espaldas a la silla y flexionará las piernas mientras le sienta lentamente. Si el usuario puede se apoyará mientras tanto en los reposabrazos de la silla.

Usuarios altamente dependientes: Para el caso de personas muy dependientes que, sin embargo, si pueden permanecer sentadas, se hace necesario dos personas para poder levantarlas de la cama. Incorporar al sujeto, colocándoles los brazos en la cintura. Un auxiliar se situará detrás del usuario, apoyando una rodilla en la cama, pasando los brazos bajo sus axilas y sujetándole por los antebrazos. El otro auxiliar se coloca a los pies de la cama y sujeta los miembros inferiores, colocando una mano por debajo de las pantorrillas y otra debajo de los muslos. Una vez

en esta posición y de forma coordinada entre los dos auxiliares se procederá al traslado a la silla.

2.- Traslado del paciente a la cama:

Usuarios parcialmente dependientes: Se sentarán en el borde de la cama, bien adentro para evitar posibles caídas. A continuación elevarán las piernas para introducirlas en la cama haciendo que el peso recaiga sobre los miembros superiores que estarán colocados a ambos lados del cuerpo, situándose seguidamente en el centro de la cama.

Usuarios altamente dependientes: Para acostar a una persona altamente dependiente que se encuentra sentada se necesitan dos auxiliares. Se realizará el siguiente procedimiento: cada auxiliar pasará su antebrazo por debajo de la axila del sujeto, y en esta posición, levantarán al usuario haciendo fuerza con la flexión de sus piernas. Para la descarga se apoyarán en la cama con las rodillas.

5 Discusión-Conclusión

Una correcta preparación del personal que va a realizar la técnica de movilización a pacientes con movilidad reducida es muy importante para la realización de dicha tarea. Evitará posibles lesiones tanto del personal como de los pacientes. La correcta valoración por parte del personal del paciente con movilidad reducida será básica para la realización de una técnica de movimiento u otra. Sera vital el cuidar nuestra higiene postural en la realización de nuestras tareas para poder seguir disfrutando del desempeño de nuestra profesión.

6 Bibliografía

• www.revistamedica.com/higiene-postural-trabajo-diario-tcae
• www.primclinicasortopedicas.es/category/deambulacion
• www.cun.es/diccionario-medico/terminos
• www.dle.rae.es
• www.campus.divulgaciondinamica.es/manuales/307.2014wrvuo.pdf
• Agüera Ortiz, L. (2004) "Aspectos familiares y sociales del paciente con demencia" »Bermejo García L. (2010).
• "Envejecimiento activo y actividades socioeducativas con personas mayores: Guía de buenas prácticas"» Del Riego M.L. y González B. (2002)
• "El mantenimiento físico de las personas mayores"»Fernández Soto, P. (2003)

• “Prevención y atención socio-sanitaria: técnicas de enfermería básicas para el auxiliar de ayuda a domicilio ”»Pérez de la Plaza, E. (2011) “Técnicas básicas de enfermería”
• Long, Philips, Cassmeyer.Enfermeria Mosby, 2000.Medico-quirurgica. Harcourt Brace. Madrid,1977
• Martin Villamor P, Soto Esteban J.M. Enfermeria anatomofisiologica. Ediciones Cientificos y Tecnicas S.A

Capítulo 691

EPIDEMIOLOGÍA.

MARIA CARMEN VILLALUSTRE MARTÍNEZ

GEMMA RODRÍGUEZ LARXE

MARGARITA COSIO FERNANDEZ

MARÍA JOSEFA GARCÍA ALVAREZ

LLUIS IGLESIAS CARCEDO

1 Introducción

La Epidemiología es la ciencia que estudia la frecuencia de aparición de la enfermedad y de sus determinantes en la población. Su interés se centra en la población, para conocer quién enferma, dónde enferma y cuándo enferma, como pasos necesarios para llegar a conocer el porqué de la distribución del fenómeno salud-enfermedad y la aplicación de este conocimiento al control de los problemas sanitarios.

Al epidemiólogo le interesa, primordialmente, saber cómo se distribuye la enfermedad en función del tiempo, del lugar y de las personas. Trata de determinar, a lo largo de los años, si la enfermedad ha aumentado o disminuido; si su frecuencia en un área geográfica es mayor que en otra, y si las personas que tienen una determinada enfermedad muestran características diferentes a los que no la tienen.

Cada estudio trata de poner a prueba la asociación observada entre el factor estudiado y la enfermedad, no sólo frente al posible papel del azar, sino también

frente a posibles explicaciones alternativas ajenas a la exposición a ese factor cuyo efecto se pretende medir.

La epidemiología genera información en tres campos:
1. Sobre la historia natural de las enfermedades y la eficacia de medidas preventivas y curativas que pretenden modificar dicha historia de forma más favorable para el ser humano.
2. Para formular, ejecutar y evaluar planes y programas de salud que mejoren el nivel de salud de las poblaciones.
3. Para mejorar el proceso de toma de decisiones clínicas, dirigidas a mejorar la salud de sujetos enfermos y al desarrollo de protocolos o guías clínicas.

CONOCIMIENTO DE LA HISTORIA NATURAL DE LAS ENFERMEDADES O PROBLEMAS DE SALUD:
- Sugerir hipótesis sobre los posibles factores de riesgo de una enfermedad.
- Identificar y medir el efecto de dichos factores sobre la aparición de la enfermedad.
- Medir el tiempo de inducción de la acción de algún factor de riesgo.
- Medir la evolución (supervivencia, tiempo hasta la desaparición de discapacidad o de secuelas) de una enfermedad.
- Identificar y medir el efecto de dichos factores pronósticos.
- Evaluar la eficacia y efectividad de un abordaje diagnóstico o terapéutico de una enfermedad.

CONOCIMIENTOS PARA EL CONTROL DE PROBLEMAS DE SALUD EN LAS POBLACIONES, INFORMANDO Y EVALUANDO LOS DISTINTOS PASOS DE LO QUE GENÉRICAMENTE SE CONOCE COMO PLANIFICACIÓN SANITARIA:
- Medir la importancia socio-sanitaria de un problema de salud, con alusión especial a la exposición a factores de riesgo o sus consecuencias de morbilidad, discapacidad o muerte.
- Formular objetivos de salud cuantificables y con una referencia temporal.
- Medir recursos sanitarios disponibles, su utilización y los recursos necesarios para satisfacer necesidades de salud.
- Establecer prioridades de actuación.
- Establecer el beneficio esperado de una intervención sanitaria.
- Evaluar el progreso en el control de una enfermedad a nivel comunitario.
- Evaluar un programa de salud o intervención sanitaria.
- Validar un sistema de información sanitaria.

CONOCIMIENTOS PARA EL CONTROL DE PROBLEMAS DE SALUD EN LOS INDIVIDUOS, MEJORANDO EL MANEJO CLÍNICO DE LOS PACIENTES ENFERMOS O DE LOS SANOS DE ALTO RIESGO:
- Establecer la idoneidad de una prueba diagnóstica y el orden en que debe aplicarse en el contexto de otras pruebas.
- Establecer la prueba diagnóstica o el tratamiento más útil para un sujeto concreto.
- Elaborar protocolos clínicos.

Es competencia del TCAE, cumplir una serie de cuidados junto con el personal de Enfermería, los cuales se detallan a continuación:
- Realizar el aseo y limpieza de los pacientes evitando infecciones causantes de complicaciones importantes en su estado de salud.
- Colaborar con el personal de enfermería en el sistema de vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmisibles y no transmisibles de interés de salud pública para la evaluación de riesgos y toma de decisiones.
- Colaborar con el personal de enfermería en la participación en las actividades técnico-administrativas de la Unidad de Epidemiología.
- Participar con el personal de enfermería en la preparación de la intervención en caso de brotes para prevenir.
- Traslado de muestras a los laboratorios referenciales.
- En definitiva, velar por el paciente, su descanso y su seguridad, atento a cada cambio que se produce, observando minuciosamente todo su cuerpo para detectar cualquier signo o síntoma importante que denote una alteración de su situación e informar inmediatamente de dichos cambios.

2 Objetivos

Controlar los problemas de salud.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, Google Académico seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

En general, todos los medicamentos nuevos, vacunas, métodos de diagnóstico, procedimientos quirúrgicos y otras actividades relacionadas con la salud deben evaluarse con relación a su seguridad, eficacia y efectividad antes de recomendar su uso y distribución en los hospitales, las farmacias y otros entornos. La función de la Epidemiología es ayudar en el diseño y análisis de tales estudios.

Recientemente, la Epidemiología se ha utilizado para evaluar la efectividad y la eficiencia de los servicios de salud.

5 Discusión-Conclusión

En el momento actual, no se puede percibir con claridad las corrientes epidemiológicas que se vienen desarrollando en el país. Existen antecedentes importantes en epidemiología Descriptiva, lamentablemente no tomados en cuenta en la actualidad. Así mismo, es de interés la experiencia de los Programas de Salud, que han estado enmarcados dentro de la corriente Epidemiológica Operativa; por ejemplo, los Programas de Control de Erradicación de Malaria, Chagas, TBC.

También se señaló que hay grupos intelectuales que cultivan y desarrollan la Epidemiología Social, aunque en menor escala.

Las razones por las cuales hay poco desarrollo de las modernas tendencias de la epidemiología son:
- Escaso desarrollo teórico-científico de la epidemiología por parte de la Universidad. No hay cursos de posgrado y maestría en la especialidad.
- Falta de formación de epidemiólogos. La mayoría de médicos que se desempeñan como epidemiólogos en el Ministerio de Salud, IPSS, son autoformados.
- Falta de incentivos a los epidemiólogos.
- Influencia político -administrativo en los servicios de epidemiología.

En el país existen recursos potenciales para el desarrollo de un buen nivel en epidemiología:
- La Universidad: en la formación de profesionales, y epidemiólogos, y en la realización de trabajos comunitarios.
- Escuela de Salud Pública: en la formación de epidemiólogos.
- La Comunidad: como usuario y participante.
- El sector educación: implementando cursos de principios de epidemiología para los estudiantes.

6 Bibliografía

- https://www.madrimasd.org/blogs/salud_publica/2007/04/08/63013.
- https://www.salusplay.com/blog/caracteristicas-objetivo-epidemiologia/.
- https://www.isciii.es/QuienesSomos/CentrosPropios/ENS/Documents/2009-0843_Manual_epidemiologico_ultimo_23-01-10.pdf.
- http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/epidemiologia/v01_n2/conclusion2.htm.
- https://www.who.int/topics/epidemiology/es/.
- https://www.riojasalud.es/epidemiologia.
- http://www.maisondesante.org.pe/documentos/Convocatoria_RRHH_201216.

Capítulo 692

LA ENFERMEDAD DE KAWASAKI. VASCULITIS SISTÉMICA.

ANA MARÍA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ

MARÍA VIRTUDES SUÁREZ GUTIÉRREZ

NATALIA CASADO FANJUL

MONICA HERNANDEZ

RAQUEL ÁLVAREZ MENÉNDEZ

1 Introducción

La enfermedad de Kawasaki es una enfermedad rara, de causa desconocida, autolimitada y febril, que afecta principalmente a los niños, y que produce importantes alteraciones de los vasos sanguíneos.

También conocida como síndrome mucocutáneo ganglionar, la enfermedad fue descrita por primera vez en el año 1961 por el médico japonés Tomisaku Kawasaki; en 1965 el médico Noburu Tanaka describe la presencia de un aneurisma en la arteria coronaria de un niño fallecido con la enfermedad. Posteriormente, el mismo doctor Kawasaki publica la primera serie de cincuenta casos en 1967 y le denomina "síndrome linfonodo mucocutáneo febril agudo pediátrico".

La enfermedad de Kawasaki se considera una vasculitis aguda (inflamación aguda de los vasos sanguíneos) que cursa con fiebre, erupción en la piel tipo exantema,

y afectación de las mucosas y ganglios linfáticos. La principal complicación es la formación de aneurismas en las arterias coronarias del corazón, lo que puede causar un desenlace fatal por muerte súbita.

Esta enfermedad es especialmente frecuente en Japón, donde se registra una prevalencia de 108 casos por cada cien mil niños menores de cinco años, lo que se traduce en unos cinco mil a seis mil casos al año. En Estados Unidos la prevalencia es mucho menor, unos diez casos por cada cien mil niños menores de cinco años que no son de origen asiático, porque en los niños de origen asiático la prevalencia aumenta a 44 casos por cada cien mil niños menores de cinco años. En Europa se habla de cinco casos por cada cien mil niños menores de cinco años.

La edad promedio de presentación de la enfermedad de Kawasaki es entre los tres meses y los cuatro años, observándose una incidencia mayor en invierno y primavera.

Hasta el momento, la causa de la enfermedad de Kawasaki es desconocida; sin embargo, varias evidencias científicas han permitido plantear diferentes hipótesis sobre el agente causal de la enfermedad, entre los cuales se mencionan:
- Virus Epstein-Barr.
- Parvovirus B19.
- Bacterias como Staphylococcus aureus y Streptococcus pyogenes mediante la producción de toxinas.
- Lactobacillus casei.
- Coronavirus NL-63.
- Citomegalovirus.
- Mercurio.
- Exposición a ciertos productos para limpiar alfombras.

La fisiopatología de la enfermedad de Kawasaki se caracteriza por ser una vasculitis aguda que afecta a las arterias de mediano calibre, con cierta predilección por las arterias coronarias, aunque también puede afectar a las venas.

Existen cuatro fases que describen cómo ocurre la afectación cardiaca en la enfermedad de Kawasaki:
- Fase 1: 0 a 10 días: Vasculitis de la capa íntima de las arterias coronarias que llevan oxígeno y nutrientes al corazón, con o sin pericarditis, miocarditis, endocarditis, (afectación de las válvulas cardiacas), o afectación del sistema por el que se conducen las señales eléctricas del corazón.
- Fase 2: 11 a 25 días: Vasculitis en todas las capas de las arterias (panvasculitis),

con formación de aneurismas (dilatación patológica de la pared del vaso sanguíneo).
- Fase 3: 26 a 30 días: Remisión espontánea de la inflamación de los vasos.
- Fase 4: más de 40 días: Cicatrización y estenosis (estrechez), con fibrosis de los territorios que han estado inflamados.

La mayoría de los niños con enfermedad de Kawasaki son llevados al médico por un cuadro de fiebre prolongada. Los niños suelen estar más irritables de lo que se esperaría para el nivel de fiebre que presentan. La fiebre aparece de forma abrupta, aunque pueden existir algunos síntomas leves los días previos, tales como irritabilidad, vómitos, diarrea, disminución de la ingesta, tos, secreción nasal, debilidad, dolor abdominal y dolor articular.

La evolución de la enfermedad sigue cuatro fases:

- Fase aguda:

Comienza de forma brusca con fiebre de más de 39-40ºC, que puede durar varias semanas y que no responde a antitérmicos ni a antibióticos. Con un tratamiento adecuado, como aspirina a altas dosis o inmunoglobulinas intravenosas (anticuerpos que se administran para disminuir la respuesta inmunológica del paciente), la fiebre remitiría en menos de 48 horas.
Además de fiebre, en esta fase pueden aparecer otros síntomas y signos como irritabilidad, conjuntivitis bilateral (con enrojecimiento de los ojos), enrojecimiento y tumefacción de manos y pies, enrojecimiento alrededor del ano, lengua roja con aspecto de fresa por la prominencia de las papilas gustativas, trastornos de órganos internos como el hígado, el riñón o el intestino, inflamación del músculo cardÍaco (miocarditis) o inflamación de la membrana que rodea al corazón (pericarditis).

En el 75% de los casos hay un aumento de los ganglios en el cuello que se palpan como nódulos de aproximadamente 1,5 cm de diámetro. Los síntomas en la piel y los ganglios son muy evidentes en esta fase aguda, pero pueden persistir en el resto de fases.

- Fase subaguda:

Es una fase que comienza cuando desciende la fiebre y que puede durar varias semanas. Los signos característicos de esta fase son una descamación que ocurre en la piel de alrededor de los dedos y el aumento notable de unas células que hay en la sangre que facilitan la coagulación que se llaman plaquetas.

Además, en esta fase se desarrollan aneurismas (como pequeños sacos) en las arterias coronarias inflamadas. El riesgo de muerte súbita en esta fase es elevado pues se pueden formar trombos que obstruyan las arterias coronarias dando lugar a un infarto agudo de miocardio. La formación de trombos en esta fase está facilitada por la presencia de aneurismas en las arterias coronarias y la existencia de elevada cifra de plaquetas que favorecen la coagulación.

- Fase de convalecencia:

En esta fase van desapareciendo todos los síntomas de la enfermedad, habitualmente antes de que hayan pasado tres meses del inicio del cuadro. Las alteraciones que se ven en los análisis de sangre también se normalizan.

Sin embargo, aunque los aneurismas de las arterias coronarias más pequeños pueden desaparecer, existe riesgo de que crezcan los aneurismas más grandes. Estos aneurismas se pueden romper o se pueden formar trombos en su interior.

Ambas complicaciones producen la obstrucción de las arterias coronarias y dan lugar a un infarto agudo de miocardio.

- Fase crónica:

Esta fase sólo es importante en aquellos pacientes que han tenido complicaciones cardiacas, pues son complicaciones pueden durar toda la vida. Los aneurismas en las coronarias persisten en la edad adulta y en algunos casos pueden llegar a romperse con graves consecuencias.

Su incidencia varía según la zona geográfica siendo más frecuente en niños asiáticos, con un número de casos entre 138 a 151 por 100.000 niños menores de 5 años en Japón, el cual constituye el país con la mayor incidencia.

2 Objetivos

Reconocer los distintos síntomas y fases de la enfermedad de kasawaki para instaurar tratamiento lo más rápido y efectivo posible por parte de todo el equipo multidisciplinar sanitario y reducir la inflamación que produce.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica en distintos archivos de investigación infantil de base científica sobre la enfermedad de Kawasaki y en bases de datos como dialnet y scielo con las palabras clave: vasculitis aguda, complicaciones cardiovasculares, enfermedad de Kawasaki y vasculitis arterial.

Criterios de inclusión: textos gratuitos en español y criterios de exclusión población adulta.

4 Resultados

A pesar que la enfermedad fue descrita hace más de 40 años, su etiología sigue siendo desconocida. Debido a sus características epidemiológicas como: pico estacional, distribución geográfica y por edad, y su presentación clínica con inicio abrupto de fiebre, exantema, naturaleza autolimitada y bajo porcentaje de recidiva, se sugiere que podría estar implicado un desencadenante infeccioso; sin embargo, no se ha podido determinar un agente específico. Esta teoría se apoya en el hecho de que la enfermedad de Kawasaki (EK) tiene una baja frecuencia en lactantes, niños mayores y adultos, demostrando que los adultos son inmunes y los lactantes se encuentran protegidos por anticuerpos maternos. También se ha mencionado la participación de superantígenos, que son proteínas microbianas que disparan una desproporcionada respuesta inmune no específica, esto debido a las similitudes que presenta con el Síndrome del Shock Tóxico. El diagnóstico de la enfermedad es clínico. El tratamiento con inmunoglobulina intravenosa y aspirina dentro de los 10 días posteriores al inicio de la enfermedad disminuye la incidencia de aneurismas coronarios a menos de 5%.En la actualidad no se dispone de pruebas específicas para el diagnóstico de la enfermedad de Kawasaki, y se recurre a criterios que se basan en que el afectado presente la mayor parte de los signos asociados a esta enfermedad, aunque se realizan exámenes para diferenciar la patología de otras que cursen con síntomas similares.

Criterios clínicos de diagnóstico de la enfermedad de Kawasaki:
- Fiebre de más de cinco días de duración más cuatro de los siguientes cinco criterios principales, sin otra causa que explique la enfermedad
- Inyección conjuntival bilateral.
- Cambios en los labios y cavidad oral.
- Cambios en las extremidades.
- Erupción cutánea.

- Linfadenopatía cervical.

Exámenes complementarios:
- Hemograma: aumento de glóbulos blancos (leucocitosis) con formas inmaduras (cayados), aumento en el número de plaquetas (trombocitosis), anemia moderada.
- Velocidad de sedimentación globular (VSG): acelerada.
- Aumento de la proteína C reactiva (PCR).
- Examen de orina: presencia de abundantes glóbulos blancos sin bacterias (piuria estéril).
- Enzimas hepáticas (GPT, GOT, GGT) elevadas.
- Disminución del sodio en sangre (hiponatremia).
- Cultivos microbiológicos en sangre (hemocultivo), faríngeos (exudado faríngeo), líquido cefalorraquídeo, médula ósea, heces (coprocultivo) y orina (urocultivo) negativos.
- Citología del líquido cefalorraquídeo: aumento de la presencia de células (pleocitosis).
- Electrocardiograma (ECG): se debe realizar para observar la existencia de alteraciones del ritmo cardíaco (arritmias), o bien para descartar isquemia miocárdica (falta de riego en el corazón), observándose alteraciones en la conducción de las corrientes eléctricas por el corazón.
- Ecocardiograma: se deben valorar las arterias coronarias, y se pueden observar derrames pericárdicos (líquido rodeando al corazón), endocarditis, miocarditis.
- Coronariografía: estudio de imagen con contraste (tipo de angiografía) para valorar la presencia de aneurismas de las arterias coronarias.
- Diagnóstico diferencial.

Esta enfermedad se puede confundir con otras patologías, tanto infecciosas como no infecciosas, y es importante que el clínico tenga claros los criterios diagnósticos de esta patología para poder diferenciarla del sarampión, fiebre escarlatina, síndrome de shock tóxico, síndrome de Stevens-Johnson, poliarteritis nodosa, síndrome de Reiter, leptospirosis, adenovirus, o intoxicación medicamentosa, entre otras.

Estos son los puntos clave en el tratamiento de la enfermedad de Kawasaki:
- Reposo absoluto en cama e ingreso hospitalario.
- Aspirina (ácido acetilsalicílico): para disminuir la fiebre. La aspirina actúa como antiagregante plaquetario, disminuyendo así el riesgo de formación de trombos, y también actúa como antiinflamatorio. El uso de la aspirina se mantiene incluso después de que el paciente haya sido dado de alta y se encuentre en su casa, hasta pasados dos o tres meses, o cuando los parámetros de laboratorio se normalicen.

- Inmunoglobulinas (IVIG): anticuerpos que se administran por vía intravenosa en dosis única para disminuir la respuesta inflamatoria del sistema inmune contra los vasos sanguíneos.
- Inmunosupresores como corticosteroides y ciclosporina, se considerarán en aquellos pacientes que no respondan adecuadamente al tratamiento descrito anteriormente.
- Afecciones coronarias: si se presentan, puede ser necesarias intervenciones propias del infarto agudo de miocardio como la revascularización, el uso de terapias fibrinolíticas con estreptoquinasa, angioplastias con stent o, incluso, llegar a la necesidad de un trasplante cardíaco si el paciente cae en insuficiencia cardiaca.

Si la fase aguda de la enfermedad se trata de forma eficaz se logra disminuir la tasa de afecciones cardiacas a menos de un cinco por ciento.
Pronóstico y complicaciones de la enfermedad de Kawasaki.

La enfermedad de Kawasaki es aguda y autolimitada; si se trata de forma precoz el pronóstico es bueno, y al cabo de ocho a diez semanas la remisión puede ser completa.

Pero si hay afectación coronaria el pronóstico puede ser desfavorable. Estos pacientes pueden desarrollar trombosis de las arterias coronarias, aneurismas, estenosis, o estrechez en las zonas post-aneurismas.

Entre otras complicaciones cardiovasculares encontramos fibrosis del músculo cardiaco, disfunción de las válvulas cardiacas, insuficiencia cardiaca, arritmias, etc.

El control periódico de estos pacientes posterior a la fase aguda de la enfermedad es fundamental, y se debe llevar a cabo por un equipo multidisciplinario que incluye pediatras, cardiólogos, radiólogos, hematólogos, e inmunólogos, entre otros. El nivel de riesgo del paciente es establecido por el grado de afectación coronaria y cardiovascular en general.

La tasa de mortalidad de la Enfermedad de Kawasaki fue 3,7% para 1990, y generalmente el fallecimiento de los pacientes con EK ha sido asociado con infarto del miocardio, ruptura aneurismática o disritmias cardíacas durante la fase aguda de la enfermedad, además de acarrear una considerable morbilidad a largo plazo, como resultado de la formación de cicatriz local, engrosamiento de la intima y una acelerada aterosclerosis, asociándose estas secuelas con muerte súbita en

adolescentes. Por consiguiente, consideramos necesario que el pediatra tenga presente este diagnóstico en todo lactante y niño, especialmente si es menor de 5 años, que presente un cuadro febril de más de 5 días de duración y lesiones cutáneo-mucosas como las enumeradas por la "American Heart Association" en sus criterios diagnósticos para EK, para así poder indicar la conducta preventiva de complicaciones potencialmente fatales.

5 Discusión-Conclusión

La enfermedad de Kawasaki es una entidad clínica poco frecuente en nuestra población; no así en comunidades de origen asiático. Para su diagnóstico no existe examen paraclínico o signo patognomónico, por lo que se sustenta con los criterios de la "American Heart Association" y de la exclusión de otras enfermedades. En el caso clínico descrito pudimos evidenciar la presencia de aneurisma de la arteria coronaria izquierda, cinco criterios de Item B, además del Item A y otro hallazgo asociado a la patología. Se realizó diagnóstico diferencial, descartando infecciones por estreptococos, estafilococos, rickettsias y sarampión, además del síndrome de Steven´s Johnson, reacción a medicamentos y artritis reumatoidea juvenil, tal y como lo sugiere la literatura. Todo esto nos permite establecer diagnóstico de Enfermedad de Kawasaki, según los criterios actuales.

6 Bibliografía

- Molina, A. y Mendieta, G. (2010). Enfermedad de Kawasaki: Curso clínico y evolución. Archivos de Investigación Materno Infantil.
- Yanagawa, H.; Nakamura, Y.; Yashiro, M.; Ojima, T.; Tanihara, S. and Oki, Zhang T.: Results of the nation wide epidemiologic survey of Kawasakis disease in 1995 and 1996 in Japan. Pediatrics, Dec;102 (6) E65, 1998.
- Dajani, A.S.; Taubert, K.A.; Gerber, M.A.; et al.: Committee on Rheumatic Fever, Endocarditis and Kawasakis Disease of the American Heart Association. Diagnosis and therapy of Kawasakis disease in children. Circulation,1993.
- Ferrés, M. y Talesnik, E.: Enfermedad de Kawasaki. Meneghello. Tratado de Pediatría. 5ª. Ed. España, 2° Tomo: 1475-1478, 1997.

Capítulo 693

PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL SANITARIO.

MARIA NIEVES PEQUEÑO VERDIN

ELOINA FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

El término Burnout hace relación, a un tipo de estrés laboral generado en profesiones que tienen una relación constante y directa con otras personas, y cuando ésta está catalogada de ayuda (médicos, enfermeros, profesores), su origen se basa en cómo estas personas asumen y llevan a cabo, sus propias fases profesionales ante situaciones de crisis. El término Burnout es descrito primeramente en 1.974 por Fredeunberger aunque es principalmente con los estudios, de Maslach y Jackson, cuando realmente adquiere verdadera importancia el estudio de este síndrome.

El origen más característico, del Burnout, serían, el cansancio emocional, caracterizado por la perdida progresiva de energía, el desgaste, el agotamiento, la fatiga etc.; la despersonalización manifestada por un cambio negativo de actitudes y respuestas hacia los demás con malos modos y perdida de motivación en el trabajo; y la incompetencia personal con respuestas negativas hacia sí mismo y el trabajo.
Entre las consecuencias del síndrome que describe Orlowski: alteraciones emocionales y conductuales, psicosomáticas y sociales, pérdida de la eficacia laboral

y alteraciones leves de la vida familiar. Según Flórez además se probaría el alto nivel de absentismo laboral entre estos profesionales, tanto por problemas de salud física como psicológica, siendo común la aparición de situaciones depresivas hasta la automedicación, ingesta de psicofármacos y consumo de tóxicos, alcohol y otras drogas.

El síndrome de burnout es el resultado de la combinación de factores laborales, personales e institucionales, que llevan al individuo a una situación de estrés mantenida en el tiempo, hasta el punto del agotamiento de sus fuerzas. Las profesiones sanitarias, como profesiones asistenciales, se encuentran expuestas a muchos de estos estas situaciones, siendo consideradas, un grupo de alto riesgo. Las repercusiones del mismo en la salud física y mental del trabajador suponen un gran problema, que afecta a la calidad de la asistencia y eleva las perdidas, debido al absentismo laboral. El Síndrome Burnout se alega como probable causante de la desmotivación que sufren los profesionales sanitarios en la actualidad.

Los síntomas que una persona con Burnout sufre, son palpitaciones, taquicardia, pinchazos en el pecho, aumento de la tensión arterial, dolores musculares, contracturas, dolores de cabeza, dificultades digestivas, inapetencia o malos hábitos alimentarios, disminución del deseo sexual, dificultades en el sueño, comportamientos negativos, tensión permanente, comportamiento de riesgo, conducta violenta y distanciamiento emocional. También pueden tener cambios emocionales: actitud cínica, impaciencia, aburrimiento, irritabilidad, dificultad de concentración, depresión, baja motivación, comunicación deficiente, hostilidad. Todos estos signos, los enumeran, la mayoría de los médicos, que estudian este tipo de síndrome.

El burnout es un momento de colapso, sobre todo emocional, pero también físico. Tiene una duración determinada en el tiempo, que dependerá de los recursos internos y externos con los que el sujeto cuente, es un conjunto de síntomas, que engloba varias enfermedades, pero que en sí mismo, no es una enfermedad.Su consideración como problema de salud viene apoyada por la circunstancia de que la OMS, en la décima revisión de la CIE (clasificación Internacional de Enfermedades), incluido en el capítulo V, referente a los trastornos mentales y del comportamiento, concretamente en el apartado XXI referente a factores que influyen en el estado de salud. Las profesiones más expuestas son aquellas que implican una interacción social constante y que requieren una actitud de cuidado hacia el prójimo. También aquellas que conllevan un acercamiento con riesgos inmi-

nentes, o peligro de muerte: enfermeros, médicos, bomberos, maestros, policías etc….

El síndrome de Burnout en los profesionales sanitarios, nos lleva a un gran coste económico y social, la mayoría de los estudios, se basan en la calidad de la asistencia, sin pararse a pensar en la satisfacción del personal que hace posible que esa asistencia sea buena, gracias a la buena praxis de esos profesionales.
Buena parte de las soluciones, que se proponen, se basan en técnicas de relajación, control del tiempo, ejercicio físico, alimentación…etc, soluciones que pueden disminuir el estrés, pero que en sí no es la cura, ya que las causas no se modifican.
La prevención, sería dirigida a disminuir o eliminar los diferentes factores que hacen que el síndrome aparezca. Es necesario hacer un análisis causal, que se base en la evidencia y estudiar diferentes formas de actuar, frente al síndrome de Burnout.

La carga excesiva de trabajo que tienen que soportar estos profesionales sanitarios, esta haciendo crecer la incidencia de un fenómeno que se conoce como "burnout", o lo que es lo mismo, el síndrome del trabajador quemado.
Tres son las principales consecuencias del síndrome estas serían el cansancio emocional, la despersonalización y la falta de realización personal.
El primero de ellos aparece cuando el trabajador, el auxiliar de enfermeria en el caso que nos ocupa a nosotros, se ve expuesto a grandes demandas emocionales, que van mermando las energías físicas y psicológicas del profesional que llega a situaciones en las que experimenta la sensación de haber llegado a su límite de aguante, esto es, de no poder dar más a los demás, en nuestro caso a los pacientes que trata.

La segunda consecuencia, o síntoma del Burnout, es la más grave por lo que significa en el trabajo diario de un auxiliar de enfermería.. En pocas palabras se traduciría como la pérdida de la empatía con el otro por agotamiento. La empatía es la que hace posible, el correcto desempeño del trabajo de los auxiliares de enfermería, y que, gracias a eso, consigue realizar su trabajo para que el paciente, reciba su tratamiento, y conlleve a su curación.
La falta de realización personal se ve como la sensación, de que ha fracasado a nivel profesional, porque cree que no realiza bien su trabajo. Desde las instituciones pertinentes se debería de trabajar para atajar el ascenso de este fenómeno.
El trabajador para combatir el Burnout, debe recibir la formación que le permita

regular la carga de trabajo para evitarlo en la medida de lo posible.

2 Objetivos

El Síndrome Burnout se expone como probable responsable de la falta de interes que sufren los profesionales sanitarios. Esto sugiere la posibilidad de que este síndrome esté implicado en las elevadas tasas de absentismo laboral que presentan estos profesionales. El estudio pretende aportar una serie de perfiles que permitan una aproximación a la figura de riesgo en esta profesión.

3 Metodología

Estudiamos una muestra de profesionales de atención primaria y atención especializada aleatoriamente. a los que se les aplicó el instrumento de medida del Síndrome de Burnout.
Las palabras claves empleadas: Burnout. Sanitarios. Epidemiología. Variables sociodemográficas.Area de salud

4 Resultados

El Síndrome de Burnout es en estos dias uno de los mayores problemas de salud mental en los profesionales sanitarios y antesala de muchas de las patologías psíquicas derivadas de un escaso control y de la carencia de una prevención primaria, según la web de la Organización Médica Colegial, medicosypacientes.com.

El trastorno es consecuencia, de un estrés laboral crónico, y se caracteriza por un estado de agotamiento emocional, una actitud cínica o distante frente al trabajo, y una sensación de ineficacia y de no hacer adecuadamente las tareas. A ello se suma la pérdida de habilidades para la comunicación con el paciente.
El problema más importante, se centra, en la falta de autodiagnóstico y en la prevención de este tipo de patologías, lo cual supone un riesgo tanto para la salud del profesional como para la del paciente o, incluso, la de sus compañeros.

5 Discusión-Conclusión

Entre las efectos que el síndrome describe: alteraciones emocionales y conductuales, psicosomáticas y sociales, pérdida de la eficacia laboral y alteraciones

leves de la vida familiar. Además, se demostraría, el alto nivel de absentismo laboral entre estos profesionales, tanto por problemas de salud física, como psicológica.
La carga excesiva de trabajo que tienen que soportar los profesionales sanitarios, está haciendo crecer la incidencia de un fenómeno que en la zona anglosajona del planeta se conoce como Burnout, o lo que es lo mismo, el síndrome del trabajador quemado.

6 Bibliografía

-Aspectos epidemiológicos del síndrome de Burnout en el personal sanitario. Juan Carlos Atance Martínez http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-
57271997000300008
-Síndrome de Burnout en el personal sanitario(2018) Lucia Regla Mange, David Muñoz Miguel, Alba Soriano Ariño. https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/sindrome-burnout-personal-sanitario/
-https://www.efesalud.com/sindrome-de-burnout-riesgo-y-amenaza-para-los-profesionales-sanitarios/

Capítulo 694

IMPORTANCIA DEL ÁCIDO FÓLICO EN LA GESTACIÓN.

TAMARA MACARRILLA DE SANDE

1 Introducción

El consumo de ácido fólico es de vital importancia tanto en la gestación como en mujeres que deseen quedarse embarazadas. Si al comienzo de la gestación las reservas de ácido fólico son mínimas se corre el riesgo de que durante el embarazo se agoten por completo.
Consumir dosis correctas de ácido fólico hace que se tenga menos posibilidades de tener un bebé con malformaciones del sistema nervioso central como la espina bífida, desarrollo incompleto del cerebro, defectos del paladar, corazón o riñones.

2 Objetivos

- Conocer la importancia de consumir ácido fólico tanto en la preconcepción como en la gestación.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Se puede miniminizar los defectos del tubo neural de un bebé hasta en un 70% tomando la dosis adecuada de ácido fólico.
También, el aporte de ácido fólico desde las cuatro semanas anteriores al embarazo y hasta las ocho semanas de embarazo se reduciría en un menor riesgo de retraso del lenguaje. Por otro lado, bajos niveles de ácido fólico durante la gestación se han relacionado con una mayor incidencia de hiperactividad y problemas de aprendizaje en los niños.

5 Discusión-Conclusión

No somos capaces de producir ácido fólico en nuestro organismo por lo que es importante que lo consumamos en frutas y verduras. Para asegurarnos que el feto se desarrolla de forma segura es necesario que se le proporcione entre 0.4 Y 0.8 Mg al día de ácido fólico.

6 Bibliografía

- https://www.clinicauandes.cl/shortcuts/novedades/la-importancia-del-acido-folico-en-el-embarazo
- https://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/dieta-alimentacion/nutricion/san041219wr.html
- https://kidshealth.org/es/parents/folic-acid-esp.html

Capítulo 695

NUTRICIÓN, ALIMENTACIÓN SALUDABLE.

MARGARITA COSIO FERNANDEZ

LLUIS IGLESIAS CARCEDO

MARIA CARMEN VILLALUSTRE MARTÍNEZ

GEMMA RODRÍGUEZ LARXE

MARÍA JOSEFA GARCÍA ALVAREZ

1 Introducción

Según la OMS, "La nutrición es la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo. Una buena nutrición (una dieta suficiente y equilibrada combinada con el ejercicio físico regular) es un elemento fundamental de la buena salud.

La nutrición en salud pública (public health nutrition) es la ciencia que estudia la relación entre dieta y salud e implanta las bases para el diseño, ejecución y evaluación de intervenciones nutricionales a nivel comunitario y poblacional con el objeto de mejorar el estado de salud de las poblaciones.

Una mala nutrición puede reducir la inmunidad, aumentar la vulnerabilidad a las enfermedades, alterar el desarrollo físico y mental, y reducir la productividad.

Nutrición viene del termino Nutrire y trata de proceso de digestión, transformación y utilización de los nutrientes presentes en el alimento por el organismo humano.

Una alimentación saludable se obtiene ingiriendo una variedad de alimentos que te proporcionen los diferentes macro y micronutrientes para cubrir la mayoría de necesidades fisiológicas que necesitas para mantenerte sana, sentirte bien y tener energía. Estos nutrientes deben ser las proteínas, los carbohidratos, las grasas, el agua, las vitaminas y los minerales.

2 Objetivos

- Buscar el equilibrio que nos aporta una alimentación saludable.
- Analizar la dieta Mediterránea como ejemplo de dieta saludable viendo los beneficios que ella aporta.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Los resultados de una adecuada dieta para la salud son múltiples y aquí analizaremos algunos de ellos.

Cardiopatía isquémica, enfermedad cardiovascular. El consumo de una dieta tipo mediterránea, rica en ácido α-linolénico produce una reducción del riesgo cardiovascular del 50 al 70%, dependiendo del criterio de valoración analizado disminuye el riesgo relativo de re infarto, manteniendo su efecto protector hasta 4 años después de haber sufrido el primer infarto de miocardio sin alterar el poder predictor independiente de recurrencia que tienen factores de riesgo tradicionales, como la hipercolesterolemia y la hipertensión. Las personas con un consumo rel-

ativamente alto de alimentos de la dieta mediterránea tienen menor mortalidad prematura tras un primer infarto de miocardio.

La dieta mediterránea reduce el riesgo de enfermedad coronaria entre un 8 y un 45% síndrome metabólico y tensión arterial. Esta podría reducir la prevalencia de síndrome metabólico y su riesgo vascular asociado, posiblemente por disminución de la inflamación asociada con dicho síndrome también podría reducirse la concentración de marcadores pro-inflamatorios y pro coagulantes en personas sin antecedentes cardiovasculares, el consumo de una dieta mediterránea se relaciona inversamente con la tensión arterial, sobrepeso u obesidad en diferentes estudios transversales con más de 3000 participantes adultos sin antecedentes de enfermedad cardiovascular se ha demostrado que la adherencia a una dieta mediterránea se asoció con una reducción del 39 al 50 % en la probabilidad de tener sobrepeso u obesidad y con un 59 % menos de riesgo de desarrollar obesidad central tras controlar diversas variables.

Los enfermos con coronariopatía que siguen una alimentación mediterránea podrían estar protegidos frente al desarrollo de determinados tumores, especialmente urinarios, digestivos y de garganta, actualmente están en realización varios estudios clínicos acerca de la dieta mediterránea, el Mediet Project en Italia, cuyo objetivo es investigar el impacto potencial de una dieta mediterránea tradicional sobre el riesgo de desarrollar cáncer de mama.

El estudio Medi RIVAGE (Mediterránea diet, Cardiovascular Risks and Gene Polymorphisms) se está desarrollando en Francia, con dos objetivos: la prevención de la enfermedad cardiovascular mediante el efecto de distintos tipos de dieta y el análisis del perfil lipídico basal y postprandial, así como el de algunos polimorfa s genéticos que influyen en el metabolismo lipídico y energético. El estudio PREDIMED (Prevención con Dieta Mediterránea) es un estudio español a gran escala de prevención primaria de enfermedad cardiovascular en enfermos de alto riesgo aleatorizados a una dieta mediterránea enriquecida con aceite de oliva virgen y nueces.

Se indicará un tipo de alimentación saludable en la que se busquen las siguientes características:

• Ser variada: No hay a nuestra disposición ningún alimento que contenga todos los nutrientes esenciales, por eso es necesario aportar a nuestro cuerpo un aporte diario y variado de todos los grupos de alimentos en las proporciones necesarias

de acuerdo con nuestra condición física.

• Ser equilibrada y adecuada: Las proporciones de los alimentos elegidos deben adecuarse para ayudar a la variedad alimentaria, aportando los nutrientes adecuados de cada persona teniendo en cuenta sus características y circunstancias personales.

• Ser saludable: La alimentación sana incluirá una variedad, equilibrio siempre ayudándonos de un estilo de vida saludable en el que prevalezca el ejerció físico y no incluirá ningún habito toxico que condicione nuestra salud.

El consumo de frutas y verduras se asocia con menor riesgo de enfermedad cardiovascular y coronaria, Un papel primordial en la prevención del ictus.

La mejor combinación equilibrada de antioxidantes que existe es una alimentación variada y equilibrada. Un mayor consumo de frutas y verduras reduce el riesgo de cáncer, también se relaciona con menor riesgo de diabetes mellitus tipo 2. Las frutas y verduras son alimentos de baja densidad energética que aumentan la saciedad y disminuye la ingesta. Existe una asociación inversa entre el consumo de fibra o de frutas y verduras y la ganancia ponderal. Son muy eficaces en dietas para la pérdida o mantenimiento del peso.

Es recomendable evitar un consumo elevado y mantenido de carne roja, embutidos, transformados de la carne, ahumados o fritos por el aumento del riesgo de desarrollar diabetes mellitus tipo 2 y cáncer de colon.
Consumir al menos 3 raciones/día de cereales integrales puede reducir el riesgo de enfermedad coronaria, la incidencia de diabetes mellitus tipo 2.

El consumo de cantidades importantes de cereales integrales, fibra de cereales, fibra total, frutas o verduras disminuye el riesgo coronario en un 30% o más, independientemente de otros comportamientos saludables del estilo de vida.
Este tipo de consumo es importante para la prevención de la diabetes mellitus tipo 2.
El consumo de lácteos protege contra la osteoporosis, todas la personas se beneficia de un consumo adecuado en el contexto de una alimentación saludable, por sus efectos sobre el hueso y el descenso de riesgo de diversas enfermedades.
No es posible establecer un consumo definitivo en cuanto a la ingesta de lácteos y el peso corporal, no es adecuado no tomar estos productos por el miedo a coger peso.

La dieta más estudiada y aconsejada para la protección cardiovascular es reducir

la ingesta de grasas no salubres y la sustitución de estas por grasas saludables como puede ser el aguacate, frutos secos…podremos conseguir un perfil lipídico más cardiosaludable.
Se recomienda la ingesta de pescado rico en ácidos grasos omega-3 o suplementos de dichos ácidos grasos se asocia con un menor riesgo de enfermedad coronaria, de mortalidad global y por coronariopatía, de arritmia ventricular fatal y muerte súbita.
Produce también menor progresión y mayor regresión de la arteriosclerosis coronaria así como menor reestenosis vascular tras el bypass o la angioplastia percutánea coronarios. Este consumo disminuye la mortalidad cardiovascular y total, el infarto de miocardio no fatal y se aconseja un consumo de pescado rico en ácido eicosapentanoico y docosahexanoico.

DIETA MEDITERRÁNEA
La dieta mediterránea nos muestra los patrones dietéticos característicos de diversos países de la cuenca mediterránea en los años sesenta. La asociación entre dieta mediterránea y una mayor longevidad y menor morbimortalidad por enfermedad, coronaria también se ha observado para determinados tumores y otras enfermedades relacionadas con la alimentación, siendo este patrón alimentario el nexo común entre países.

Las investigaciones clínicas, epidemiológicas y bioquímicas han proporcionado unas bases biológicas muy sólidas acerca de los beneficios de la dieta mediterránea. La elevada carga de antioxidantes derivada del consumo de frutas y verduras junto con los beneficios obtenidos por el aceite de oliva extra virgen y el consumo moderado de vino, hacen que la dieta mediterránea tenga múltiples ventajas a pesar de su contenido relativamente alto en grasa.

5 Discusión-Conclusión

La alimentación es la base de nuestra salud, junto con un estilo de vida saludable lo que incluye también el ejercicio físico.
Una correcta alimentación, nos proporcionara defensas contra la enfermedad, mejorara el rendimiento intelectual y mejorara nuestro aspecto físico.
La buena elección de los alimentos está directamente relacionado con la aparición o no de ciertas enfermedades, la esperanza y calidad de vida, debemos de tomar conciencia de la importancia que esta tiene.

6 Bibliografía

• humana. World Health Organization (2002). The World Health Report 2002: Reducing Risks, Promoting
• Healthy Life. Geneva, World Health Organization.
• Diet, Nutrition and Prevention of chronic diseases. Report of a Joint.
• Dirección académica: Amelia Rodríguez Martin. Fco Roses Amat. Dietética y nutrición Centros de estudios superiores IUSC.
• Editora María C. Linder. Nutrición, Aspectos Bioquímicos, Metabólicos y clínicos. Editorial EUNSA.
• Bases científicas de una alimentación saludable
• REV MED UNIV NAVARRA/VOL 50, Nº 4, 2006, 7-14
• Breastcancer.org
• Organización Mundial De La Salud.

Capítulo 696

PLAN DE CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA AL RECIÉN NACIDO

LARA FERNÁNDEZ ANSOTEGUI

MARIA ANGELES FERNANDEZ MARTINEZ

MARÍA DE LAS MERCEDES GONZÁLEZ PEREIRA

1 Introducción

El recién nacido es todo niño desde que nace hasta que tiene el primer mes de vida. La piel es el órgano más extenso del cuerpo humano y en el recién nacido la piel tiene un pH neutro y por lo general, está cubierto de una sustancia natural de color blanco y grisáceo (vermix caseosa), que mantiene la temperatura constante, protege de infecciones y es aislante. La protección y cuidado de la piel es un factor muy importante para su salud.

2 Objetivos

- Identificar los principales cuidados que necesita la piel del recién nacido.

3 Metodología

Se realiza una búsqueda de información en bases de datos como intramed, pubmed y en varias guías infantiles. También se toman de base libros de enfer-

mería y temarios de auxiliar de enfermería. Se buscan palabras clave como: recién nacido, bebe, auxiliar de enfermería, cuidados, piel, higiene y aseo.

4 Resultados

Es importante realizar los cuidados necesarios de la piel, las principales fuentes de cuidado son:
- Proporcionar comodidad, relajación y bienestar al recién nacido.
- Mantener la temperatura corporal.
- Conservar la integridad cutánea y sus anejos, para que puedan realizar sus funciones.
- Mejorar y la estimular la circulación sanguínea y la hidratación de la piel.
- Observar y vigilar cualquier signo que muestra alteración de la piel.
- Prevenir la aparición de infecciones.
- Ayudar y enseñar los cuidados a los padres.

Los auxiliares de enfermería son los responsables de realizar la higiene del recién nacido, las principales pautas a seguir son:
- Material: esponja suave, jabón neutro, gasas, suero fisiológico, toallas, crema hidratante, peine, guantes, pañal, ropa limpia y palangana.
- No realizar en las primeras 24 horas para evitar el enfriamiento del bebe. Al nacer se limpia con un paño caliente.
- Comprobar la temperatura del agua, entre 36ºC y 38 ºC, y a temperatura del ambiente, entre 24ºC y 26ºC.
- Cuidados del cordón umbilical a diario, agua y jabón o clorhexidina según protocolo, e hidratar la piel, crema hidratante. Revisar el estado del cordón umbilical y mantenerlo seco.
- Peinar y revisar las uñas.
- Pesar, colocar el pañal y vestir.
- La nariz se limpia con una gasa humedecida en suero fisiológico.

5 Discusión-Conclusión

Los cuidados del auxiliar de enfermería al recién nacido son fundamentales para favorecer el buen estado general del bebe, además estos profesionales son los encargados de aportar los conocimientos necesarios a los padres para realizar bien los cuidados.

Los cuidados por parte del personal sanitario comienzan desde el paritorio y finalizan cuando el recién nacido abandona el hospital con sus padres. Así que, podemos indicar que los cuidados de enfermería sirven de guía para los padres en los primeros momentos de la vida del bebe, lo cual es muy importante para la salud de éste.

6 Bibliografía

- Bustos Lozano, Gerardo. Guía de cuidados del recién nacido en las plantas de maternidad. Hospital Universitario 12 de Octubre.
- Segovia, Purificación, y otros. Cuidados básicos en el recién nacido. Servicio de neonatología. Hospital Universitario La Fe.
- https://medac.es/articulos-enfermeria/nociones-basicas-en-el-cuidado-del-neonato-para-el-personal-de-auxiliares-de-enfermeria/
- Cantón Cano, Vicente y otros. Guía de actuación en Neonatología para Auxiliares de Enfermería. Servicio Andaluz de salud.

Capítulo 697

LA DIABETES GESTACIONAL

LARA FERNÁNDEZ ANSOTEGUI

MARIA ANGELES FERNANDEZ MARTINEZ

MARÍA DE LAS MERCEDES GONZÁLEZ PEREIRA

1 Introducción

La diabetes gestacional: es un tipo de diabetes que aparece por primera vez durante la gestación en mujeres embarazadas que nunca antes padecieron esta enfermedad. En algunas mujeres, la diabetes gestacional puede afectarles en más de un embarazo, y suele aparecer a la mitad del embarazo. Los médicos suelen realizar estudios entre las 24 y 28 semanas del embarazo.
La diabetes gestacional se puede controlar a menudo con una alimentación saludable y ejercicio regular, pero algunas veces la madre también necesitará insulina.

2 Objetivos

- Realizar una revisión de toda la bibliografía escrita sobre la prevención de la diabetes gestacional.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda sistemática en libros y trabajos fin de grado de enfermería, además de las diferentes bases de datos consultadas como: pubmed,

biomed, uptodate y preevid utilizando una serie de palabras clave como: embarazo, diabetes, diabetes gestacional. Se emplearon como criterios de inclusión: textos de castellano e ingles; y se excluyeron aquellos que carecieron de acceso gratuito.

4 Resultados

Es importante prevenir la diabetes gestacional, pues esta puede tener una multitud de consecuencias negativas para la madre y su futuro hijo, como son:
- Si no se ha controlado la diabetes y el bebe es muy grande, lo probable es que el parto se realice por cesárea, provocando un riesgo para ambos.

El bebe:
- Tiene un mayor número de probabilidades de desarrollar diabetes u obesidad a lo largo de su vida.
- Podría nacer con problemas respiratorios, dificultad para mantener el calor corporal, nauseas o vómitos.
- Puede nacer con más de 4 kilos y nacer con lesiones al atravesar el canal de parto.
- Puede nacer con ictericia.

El medico realizara un test al bebe nada más nacer para comprobar su nivel de azúcar en sangre y se le medicara si es necesario.

Los resultados obtenidos de la revisión bibliográfica, nos indican que las principales consideraciones para tener un embrazado seguro y un bebe sano son:
- El medico correcto .
- Una buena dieta.
- Aumento de peso razonable.
- Ejercicio.
- Descanso.
- Regulación de la medicación.
- Regulación del azúcar en sangre.
- Control de orina.

5 Discusión-Conclusión

Las investigaciones han demostrado que durante el embarazo es posible desarrollar varias enfermedades de carácter temporal o crónico como consecuencia del

esfuerzo del embarazo.
La clave para llevar con éxito un embarazo con diabetes es mantener la glucemia durante la gestación.

6 Bibliografía

- Grupo Español de Diabetes y Embarazo (GEDE): Sociedad Española de Diabetes (SED), Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) y Asociación Española de Pediatría (Sección de Neonatología).

- Guía asistencial de diabetes mellitus y embarazo. o Malpica Alonso E, Pérez Silva M, García Malpioca K. Diabetes Mellitus y embarazo. Revisión bibliográfica. Rev méd electrón[Seriada en línea] 2008; 30(6). Disponible en URL: http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20médica/ano%202008/vol6%202008/tema17.htm.
o Rodergas I Pages J. Cuidados de enfermería al paciente diabético. Madrid: FUDEN o Forcada-Falcón, Mercedes (coordinación)… et al. DIABETES mellitus gestacional. Servicio Andaluz de la Salud.

Capítulo 698

PLAN DE CUIDADOS EN LA UNIDAD DE PARTOS

LARA FERNÁNDEZ ANSOTEGUI

MARIA ANGELES FERNANDEZ MARTINEZ

MARÍA DE LAS MERCEDES GONZÁLEZ PEREIRA

1 Introducción

El parto: es el acto fisiológico de la mujer mediante el cual, el producto de la concepción ya viable, es desalojado del útero a través del canal vaginal y puesto en contacto con el mundo exterior. El proceso del parto natural se categoriza en cuatro fases: dilatación del cuello uterino, el expulsivo y el alumbramiento de la placenta. El parto puede verse asistido con medicamentos como anestésicos o la oxitocina, utilizada ante complicaciones de retraso grave de alumbramiento.

La episiotomía: es la incisión quirúrgica en la zona del perineo, todo esto no debe hacerse nunca de manera rutinaria.
La cesárea: es la extracción del bebé a través de una incisión quirúrgica en el abdomen, se debe realizar en el quirófano en caso de embarazo de riesgo.

Tipos de partos:
- El parto natural: tiene lugar cuando el bebé nace cruzando por la vagina de la madre, con la asistencia de poca o ninguna tecnología y sin la ayuda de fármacos.
- El parto instrumental: es cuando el parto vaginal debe verse asistido con instrumentos especiales, como el fórceps, que sujetan la cabeza del bebé con la finalidad de asirlo y tirar de él fuera del canal de parto.

- La cesárea: se realizan quirúrgicamente mediante una operación abdominal.

2 Objetivos

- Identificar los cuidados que se deben de realizar en la unidad de partos para dar el mejor servicio a la gestante, al neonato y a su familia.

3 Metodología

Las funciones principales del auxiliar de enfermería en la unidad de partos van encaminadas a:
- Que la gestante esta cómoda y aseada durante el tiempo que este en la unidad.
- Que el neonato este en las mejores condiciones posibles, limpio, aseado, caliente, cómodo y tranquilo.
- Que el familiar se encuentre calmado ante una situación de estrés.
- En general darle una buena atención asistencial a la gestante, al neonato y al acompañante.

Las tareas a realizar en la unidad de partos son:
1. Preparar el box de dilatación.
Se presenta la TCAE a la paciente y al familiar, al llegar a la unidad procedente de la planta de hospitalización o urgencias.
Se ayuda a la matrona a la preparación de la paciente y la monitorización.
Se le explica al familiar las normas del servicio.
Se mantiene aseada en todo momento a la parturienta.
Se acude al timbre.

2. Preparar el paritorio y el material necesario para el parto.
- Previamente por indicación de la matrona se prepara la ropa para el neonato.
Colocando el muletón y el gorro debajo del foco de calor.
Se prepara el material para el parto: equipos, instrumental, material desechable.
- Después:
Se ayuda al traslado y colocación de la paciente en la camilla del paritorio.
Se ayuda a vestirse al acompañante: gorro, calzas, bata y mascarilla desechable.
Se asea a la paciente y se rasura si se precisa.
Se colabora con la matrona y el medico en todo lo necesario.
Se realiza, si es posible, el piel con piel.
- Tras el parto:

Se realiza el aseo postparto.
Se ayuda al traslado de la paciente a la cama y a la sala de dilatación, donde permanecerá durante las primeras horas tras el parto.
Se avisa a limpieza.
Se recoge el instrumental y se repone el paritorio.

3. En caso de cesárea.
Se rasura el pubis con la maquinilla, si precisa.
Se retira el esmalte de las uñas y se quitan piercings y objetos metálicos.
Se prepara material para el sondaje.
Se colabora con la matrona en todo lo que necesite.

4. Preparación del traslado a la planta de hospitalización.
Se realiza aseo de la parturienta, se cambia la ropa de la cama, procurando el confort y la higiene de la puerpera.
Se ofrecen líquidos según disponibilidad del servicio.
Se colabora con el celador en el traslado de la paciente de la unidad de partos a la planta de hospitalización.
Se avisa a limpieza.
Se recoge el box y se repone todo el material utilizado.
Se limpian todos los equipos y se repone lo gastado.

4 Resultados

Gracias al trabajo del equipo multidisciplinar formado por la Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE), la matrona y el medico se consiguen la mejor atención asistencial para la gestante, el acompañante y el neonato. Se favorece así, en la medida de lo posible, el confort de la gestante y el contacto con el neonato.

5 Discusión-Conclusión

La función del TCAE es fundamental en la unidad de partos. El desarrollo de una evaluación sistemática permite incrementar la confianza, proporcionar atención continua a la paciente y prevenir la aparición de complicaciones que puedan afectar la seguridad de la madre y el neonato contando con conocimientos y actitudes profesionales del personal de enfermería.

6 Bibliografía

- Audera-López C. Estrategia de la alianza mundial para la seguridad del paciente. Conferencia Internacional: Seguridad del Paciente, Buenas Prácticas y Calidad.
- Organización Mundial de la Salud (1985), Recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento, Declaración de Fortaleza, Tecnología apropiada para el parto, Lancet.
- https://www.enfermeria21.com/revistas/matronas/articulo/134/satisfaccion-de-las-mujeres-con-la-atencion-alparto/
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2007), Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud.

Capítulo 699

LA DIGITALIZACIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS.

SUSANA PINTO GARCÍA

MARIO FERNÁNDEZ SARIEGO

INMACULADA VILLAVERDE MIRANDA

MARÍA JOSÉ ARBAS FERNÁNDEZ

CARMEN FERNÁNDEZ ÁLVAREZ

1 Introducción

Los beneficios de la digitalización de las historias clínicas son múltiples: minimizan el espacio físico de los archivos, permite el acceso desde cualquier parte mediante la introducción de una clave como vía de acceso, permite recuperar los datos de una forma rápida, garantiza la conservación de la historia clínica, reduce el tiempo y los recursos de búsqueda al igual que evita posibles errores.

2 Objetivos

Valorar los beneficios de los avances tecnodigitales.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Todo este acceso a la información médica de un paciente engloba desde: antecedentes de una enfermedad a nivel familiar, medicación que tomar, cirugías practicadas, etc. Esto contribuye a una mejora en la calidad asistencial dado que una misma información la pueden compartir varios facultativos de diferentes especialidades y que no compartan espacio físico ni temporal.
El formato papel existente hasta el momento provocaba un desmesurado volumen en el almacenaje de los archivos clínicos. Esto provocaba una dificultad añadida a la hora de encontrar una historia concreta tanto en el tiempo que se empleaba en ello como en el personal que se necesitaba para recorrer los largos pasillos repletos de papeles.
La digitalización cumple la normativa de protección de datos en vigor dado que puede tener acceso a ella solo personal sanitario con autorización para ello.
Otra cosa a tener en cuenta es el carácter ecológico que supone el ahorro de estas cantidades ingentes de papel. Estamos viviendo un proceso donde cada vez somos más conscientes del impacto medioambiental que sufre el planeta a causa de las acciones del hombre y gracias a las innovaciones tecnológicas hemos descubierto que se puede ser eficaz, rentable o eficiente siendo respetuosos con el medio ambiente.

5 Discusión-Conclusión

La sociedad digital en la que vivimos proporciona un aprovechamiento en el proceso de consulta, promoción y prevención de la salud del paciente imprescindible para su vertiente asistencial y administrativa.

6 Bibliografía

- https://medigest.com/la-digitalización
de las historias clínicas artículo: la digitalización de las historias clínicas, primer paso para la transformación digital (25 abril 2017).
- https://trazals.es.digitalización
de la historia clínica artículo: (14 marzo 2017).
- https://clinic-coud.com
artículo: la digitalización de historias clínicas y su impacto de cara al paciente.
- https://www.grupo valora.es.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 700

TECNOLOGÍA AL SERVICIO DEL ANCIANO.

SUSANA PINTO GARCÍA

CARMEN FERNÁNDEZ ÁLVAREZ

MARÍA JOSÉ ARBAS FERNÁNDEZ

INMACULADA VILLAVERDE MIRANDA

MARIO FERNÁNDEZ SARIEGO

1 Introducción

La tecnología ha desarrollado un amplio abanico de dispositivos de ayuda hacia el anciano con el fin de mejorar su calidad de vida.

2 Objetivos

Evaluar la finalidad que tienen los dispositivos de autoayuda en las necesidades básicas del anciano.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica

existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La pirámide poblacional está invertida, esto es debido a que la esperanza de vida ha aumentado considerablemente en las últimas décadas y esto conlleva unos cuidados. Con este fin se han desarrollado una serie de dispositivos tecnológicos. Hemos ahondado a lo largo de la bibliografía consultada para mostrar algunos ejemplos que nos han parecido útiles para la autonomía del usuario y la confianza del familiar:

- Relojes inteligentes que pueden monitorizar la frecuencia cardiaca, contar los pasos y avisar a través de un dispositivo de alarma en el caso de sufrir caída. Diferentes apps que ayudan a la mejora de la memoria como es el caso de Memory Trainer, a través de la cual se utiliza la gimnasia de cálculo mental con el fin de mantener el cerebro activo.
- FAMZOON una app que comunica en tiempo real a abuelos y nietos para fomentar la comunicación intergeneracional.
- Otro ejemplo destacado sería WIZ WIZ un dispositivo que lee las etiquetas de los productos de los supermercados para los que padecen déficit visual.

Con este trabajo se pudo comprobar el importante beneficio de la aplicación de los equipos de tecnología digital anteriormente citados en el mantenimiento de la salud en la población anciana, contribuyendo ello a su permanencia en su medio comunitario, retrasando de este modo su institucionalización en un centro residencial.

5 Discusión-Conclusión

El envejecimiento implica una merma en nuestras capacidades fisiológicas, funcionales y cognitivas.

Hablamos de envejecimiento activo cuando se mantiene una interacción con el medio y mantiene sus condiciones físico cognitivas entrenadas en todo momento. El número de personas que utilizan internet ha aumentado exponencialmente a lo largo de estas décadas. Hemos de recordar que los primeros dispositivos comenzaron en la década de los 80 y hoy en día ya se ha convertido en cultura tecnológica.

Tras este estudio hemos querido mostrar la utilidad de la tecnología al servicio del hombre en sus necesidades básicas.
En conclusión, vemos que ciertas tecnologías digitales son aplicables con buen provecho en las personas mayores, logrando con ello una mejor calidad de vida de estas personas retrasando con ello el ingreso en un centro residencial. Por los cual los sistemas sanitarios deberían de invertir en el futuro en estas tecnologías (T.I.C.) para mejorar la calidad de vida de este grupo etario a la vez que se disminuiría de forma importante los presupuestos sociosanitarios.

6 Bibliografía

- https://mrhouston.net>blog>tecno,
artículo: 4 tecnologías que cuidan de los mayores (17 mayo 2018).
- www.ceapat.es,
artículo: tecnología y personas mayores. Autores: Santiago Gil González y Cristina Rodríguez-porrero.
- El diario la vanguardia, artículo: la tiranía tarea de encontrar un cuidador de fiar para tus mayores. Autor: Carla Gomis (7 febrero 2019).
- www.beprevent.es/,
artículo: tecnologia y personas mayores. Autor: Maite González (universidad de Deusto), (20 febrero 2010).
- Francesc García-Cuyas, Marc de San Pedro y Jordi Martínez Roldan ELSEVIER. La salud digital como motor de cambio hacia nuevos modelos asistenciales y de relación entre los pacientes y los profesionales de la salud. La disrupción de los procesos asistenciales.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 701

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA CONSERVACIÓN DE LAS MUESTRAS BIOLÓGICAS

MARÍA BELÉN SANTOS CARBAJO

1 Introducción

Las muestras biológicas nos pueden ofrecer una información fundamental acerca de nuestro cuerpo. Las técnicas para obtener las muestras biológicas las realizan en su mayoría el personal médico o de enfermería con los que colabora el TCAE en la obtención y conservación de las mismas.

2 Objetivos

Profundizar en el conocimiento sobre la conservación y manipulación de muestras según las normas generales.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y

Scielo, Google Académico seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El personal técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), tiene la responsabilidad subsidiaria en la recogida de las muestras biológicas. El TCAE debe identificar correctamente las muestras con su petición correspondiente y conservarlas hasta su llegada al laboratorio minimizando el riesgo de contaminación de las muestras y garantizando al máximo su fiabilidad.
Las funciones del TCAE en la recogida, manipulación y transporte de las muestras biológicas debe constar:
- La preparación del paciente (si hay que rasurar, lavar la zona…).
- El material que se necesite para la recogida.
- Preparar la zona del cuerpo en la que se va a obtener la muestra.
- El profesional que va a realizar la recogida.
- La técnica de obtención de la muestra.
- Cantidad de muestra necesaria.
- Identificación correcta de las muestras recogidas.
- Conservación.
- Envío de la muestra al laboratorio.

Conservación:
Para que las muestras se mantengan en buenas condiciones, no debe discurrir más de una hora desde su recogida hasta su análisis, si no es posible analizarlas en ese periodo de tiempo las muestras deben conservarse refrigeradas a una temperatura entre 4 y 6º.

Excepciones:
- Urocultivo: refrigerado 24 horas.
- Heces, esputos y exudados: refrigerados 2-3 horas.
- RCL, gástrico: Inmediato, Tª ambiente, no refrigerar si anaerobios.
- Líquido seminal: menos de dos horas
- Pelos, uñas, piel: varios días a Tª ambiente.
- Sangre: Tª ambiente (2 horas).Refrigerada o congelada si suero y plasma

5 Discusión-Conclusión

La importancia del TCAE es fundamental en la conservación de la recogida de muestras biológicas, siguiendo los protocolos y normas generales para que los resultados obtenidos de los análisis de las muestras tengan la máxima fiabilidad. Se puede rechazar una muestra si no cumple unos requisitos, por eso es importante su obtención, pero también es importante su manipulación, conservación y transporte, ya que así evitamos el rechazo de las muestras, repetición de análisis y un perjuicio para el paciente.

6 Bibliografía

- Manual de Recogida de Muestras. Hospital General Universitario de Elche. Después de 2003.
- Manual de Normas y Procedimientos de Bioseguridad. Hospital de la Victoria. 2011.
- Recogida de Muestras .Complejo Hospitalario de Navarra. 2011; 11: 01-46.
- García Sánchez José Elías, Gómez-Lus Centelles Mª Luisa, Carlos Rodríguez López Fernando, Torreblanca Gil Aurora. Procedimientos de Microbiología: (Recogida, transporte y conservación de muestras). Recomendaciones de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica Editor: Juan J. Picazo. 1993

Capítulo 702

LA ROTURA DE CADERA EN EL ANCIANO.

ANA ISABEL IGLESIAS SANCHEZ

CARMEN MARIA VÁZQUEZ

MARI CARMEN QUINTANA GONZALEZ

TAMARA REGUERA GONZALEZ

1 Introducción

La fractura de cadera es en realidad la rotura del cuello del fémur, es una lesión muy frecuente en personas mayores, sobre todo en mujeres de más de 60 años de edad.
Una fractura de cadera es una lesión grave con complicaciones que pueden poner en riesgo la vida.Las personas mayores corren un mayor riesgo debido a la osteoporosis ,tomar mucha medicación ,mala visión e incluso problemas de equilibrio , hacen que las personas mayores corren mayor riesgo de rotura de cadera por tropezar y caerse.
El 90% de las roturas de cadera ocurren en personas mayores de 64 años de edad.

2 Objetivos

Hacer un estudio sobre los pacientes mayores de 65 años de edad con rotura de cadera, cuáles son las causas que derivan en una rotura de fémur, si es debido a la osteoporosis o otro tipo de causa física o neurológica.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, Google Académico seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Según los estudios realizados, pacientes menores de 75 años de edad, transcurridos 6 meses de la intervención de cadera, llegan a caminar sin ayuda en un 65 % de los casos.
El paciente con una edad comprendida entre los 75 y los 84 años de edad, pasados 6 meses tras la operación de cadera y que son independientes en 2-4 actividades de la vida diaria, llegan a caminar sin ayuda el 53% , mientras que en pacientes mayores de 84 años, los cuales son independientes en 4 actividades básicas, a los seis meses de la intervención, llegan a caminar con independencia el 46,9% de los casos.

5 Discusión-Conclusión

Según esta investigación ,los pacientes con rotura de cadera ,cuanto mayor es la edad, mayor es la probabilidad de recuperar la movilidad total del miembro intervenido.
Además de acarrear otro tipo de problemas derivados de dicha rotura ,como úlceras por presión por la inmovilización , infecciones en la herida…

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 703

LA ENDOMETRIOSIS

ANA ISABEL IGLESIAS SANCHEZ

TAMARA REGUERA GONZALEZ

CARMEN MARIA VÁZQUEZ

MARI CARMEN QUINTANA GONZALEZ

1 Introducción

Durante el ciclo menstrual ocurren varios cambios que preparan al cuerpo para un embarazo como el crecimiento del endometrio ,que es la capa de tejido que recubre el útero en su interior el cual se desprende cuando no existe embarazo y conocemos como menstruación.
Cuando este tejido crece por fuera del útero , en los ovarios , trompas de falopio , vejiga o intestinos , es lo que conocemos como ENDOMETRIOSIS, este se inflama y es lo que provoca los citados efectos anteriormente citados.
Algunos de los síntomas son: olivos menstruales , dolor durante o después del sexo , dolor en el intestino ,fatiga ,cansancio , falta de energía .....
Dependiendo donde se localice el tejido endometrial puede provocar problemas de fertilidad.
Es una enfermedad que no tiene cura ,crónica ,benigna ,incurable y progresiva hasta la menopausia aunque existen tratamientos con ventajas e inconvenientes , en mujeres con síntomas leves quizás sea suficiente con analgesia ,cuando los tumores son pequeños y la mujer no quiere tener un embarazo los tratamientos con hormonas son los más eficaces para paliar los dolores .

En el caso de endometriosis extensa la cirugía es la mejor opción , como la laparoscopia o la laparotomía, aunque la cirugía no garantiza que la enfermedad no reaparezca o que el dolor desaparezca .

1 de cada 10 mujeres sufren endometriosis.

Estudiar la endometriosis es un objetivo para muchos especialistas ya que es una enfermedad difícil de diagnosticar por qué tiene un origen desconocido ,no se sabe por qué ocurre , además de que los síntomas varían de una mujer a otra y es una enfermedad que afecta entre el 10-15% de las mujeres en edad fértil desde la menarquia hasta la menopausia aunque puede durar hasta después de la menopausia y altera la calidad de vida de las mujeres que la padecen ,afectando a sus relaciones de pareja ,familiares ,laborales y de reproducción.

2 Objetivos

Dar a conocer esta enfermedad a través de una revisión bibliográfica sistemática.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se llevará a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se realizará una búsqueda sistemática de libros y también de artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Bibliografía

- https://www.Kermés Pharma.es.
- https://www.Clínica Mayo.com.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 704

EL PACIENTE ONCOLOGICO EN MEDIO HOSPITALARIO.

MARIA DEL CARMEN SUAREZ CALVIÑO

JULIA MARTINEZ FRADE

SONIA FERNÁNDEZ RATO

1 Introducción

La intención de este estudio es denotar las diferencias entre un paciente oncológico con otro tipo de pacientes en el medio hospitalario. Según la Organización Mundial de la Salud el cáncer es una enfermedad definida como proceso de crecimiento y diseminación incontrolada de células que pueden aparecer prácticamente en cualquier localización corporal. Esta enfermedad que se manifiesta en forma de tumor suele invadir el tejido circundante provocando metástasis en puntos distantes del organismo.

2 Objetivos

Determinar la importancia de los cuidados que se deben levar a un paciente oncológico en el medio hospitalario.

3 Metodología

Realizamos una búsqueda bibliográfica de distintos artículos científicos a través de diversas bases de datos y libros sobre la comunicación y compresión del en-

fermo oncológico, manual de oncología medica y medicina paliativa.

4 Resultados

Tras los estudios realizados estimamos que es importante el papel del personal sanitario en el tratamiento con el paciente oncológico, dado que se ocupa de los cuidados integrales de los mismos y familia como parte integrante de un equipo de cuidados. Nos damos cuenta que el personal sanitario que trabaja con este tipo de enfermos debe tener una gran sensibilidad y con capacidad para saber diferenciar cuando se termina la hora de trabajo y tener suma dedicación con este tipo de pacientes.

La afección de la esfera psicológica se relaciona con la evolución del paciente con respecto al avance de la enfermedad oncológica, dada la multitud de decisiones a las que se enfrentara el paciente, familia y sanitarios al respecto. Así pues, el estudio realizado por Forcano se decanta por el establecimiento inicial de un pronóstico general para el paciente sobre el que ir concretando a medida que avance la enfermedad y se obtengan mayor numero de datos clinicos.

La psicooncología, rama de la psicología dedicada concretamente a pacientes oncológicos, aparece en relación a la importancia de la esfera psicológica en estos pacientes y su influencia en el desarrollo de la enfermedad y aceptación. Además, busca ayudar al paciente a gestionar su malestar psicológico, facilitar el afrontamiento y la adaptación a la situación, teniendo en cuenta al paciente, familiares y entorno sanitario. Es de especial importancia cuando la enfermedad se torna terminal ¡, así como el proceso de duelo.

Concretando, el personal sanitario debe focalizarse en promover y servirse de estrategias para la prevención de fatiga emocional cuando trata con personas en situaciones como las expresadas previamente. También es necesaria la concienciación del personal sobre los posibles problemas psicológicos que pueden experimentar cuando atienden tales situaciones.

5 Discusión-Conclusión

Es importante hacer entender al enfermo que la franqueza con los médicos y el personal sanitario en general es de suma importancia para poder proveerle el mejor de los cuidados . Además, hay que tener en cuenta que unas palabras de comprensión y escuchar al paciente son tan importantes como el tratamiento.

6 Bibliografía

- Forcano.Prediccion de supervivencia en el paciente con cancer avanzado.
- Palomo.El paciente con enfermedad terminal en el hospital de agudos.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 705

LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL

PATRICIA SUÁREZ BERLANGA

1 Introducción

Las enfermedades de transmisión sexual o ETS son infecciones que se contagian de unas personas a otras por mantener relaciones sexualessin proteccion o a través de la sangre. Las más comunes en nuestro país son: virus de papiloma humano, clamidia, herpes genital,gonorrea, sífilis y tricomoniasis.

2 Objetivos

-Informar a los jóvenes sobre los diferentestipos de enfermedades de transmisión sexual que existen.
-Concienciar a la población sobre los riesgos que conlleva mantener relaciones sexuales sin proteccion.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

-El virus del papiloma humano o VHP, es la infección sexual transmitida más común en nuestro país. El VHP, por lo general, es inofensivo y desaparece.
-La clamidia es una enfermedad silenciosa. Los signos de la clamidia son tan leves, que las personas no saben que la padecen o directamente no se enteran porque no presentan ningún síntoma. Por este hecho es una enfermedad tan común.
-El herpes genital es una enfermedad de transmisión sexual que la causa dos tipos de virus diferentes, concretamente, el virus del herpes simple tipo 1 o VHS-1 y el virus del herpes simple tipo 2 o VHS-2.
-La gonorrea es una ETS silenciosa al igual que la clamidia, puesto que no se llegan a sentir síntomas y los signos de esta infección son tan leves que en la mayoría de los casos no se notan. Puede llegar a causar infertilidad.
-La sífilis es una enfermedad causada por una bacteria.
-La tricomoniasis es una ETS muy común, la causa el parásito protozoario Trichomonas vaginalis. Los síntomas de esta enfermedad varían, y la mayoría de las personas infectadas no lo saben.

5 Discusión-Conclusión

Las ETS ocasionan consecuencias perjudiciales en nuestra salud y, como hemos visto, muchas de ellas son difíciles de detectar, puesto que no presentan ningun síntoma y los signos son leves. Por ello, deberíamos realizarnos pruebas anualmente, para saber que no padecemos ninguna de estas enfermedades.

6 Bibliografía

- Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial de prevención y control de las infecciones de transmisión sexual:2006 2015: romper la cadena de transmisión. Ginebra: Organización Mundial de la salud 2007.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 706

RECOMENDACIONES PARA PREVENIR LA FORMACIÓN DE CÁLCULOS RENALES.

MARÍA ANA RODRÍGUEZ PÉREZ

1 Introducción

El cálculo renal o litiasis renal es la formación de material sólido dentro del riñón a partir de sustancias que están en la orina.

Estos cálculos pueden ser de diferentes tipos:
- De calcio. Este es el tipo más común. Pueden combinarse con oxalato para formar el cálculo.
- De ácido úrico. Se dan cuando la orina contiene mucho ácido.
- De estruvita. Típicos después de sufrir una infección urinaria.
- De cistina. Son más raros y se dan por enfermedades de tipo hereditario.

Los cálculos renales pueden atascarse a medida que salen del riñón, bien a la altura de uréteres, vejiga o uretra. Su tamaño es variable, pueden bloquear el paso de la orina y causar un gran dolor, llamado cólico renal. Además, pueden originar la aparición de hematuria, polaquiuria, tenesmos y nauseas o vómitos.

2 Objetivos

- Describir una serie de recomendaciones para evitar la formación de cálculos renales en aquellas personas propensas a padecerlos.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha realizado una búsqueda sistemática en diversas bases de datos: Medline, Pubmed y Scielo. Además se han revisado numerosas publicaciones y revistas de carácter científico.

4 Resultados

Las recomendaciones más útiles que el paciente propenso a tener cálculos renales debe de tener en cuenta son:
1. Aumentar la ingesta de líquidos. Es la medida más importante. Debe de beber más de 2.5 litros de líquidos al día, preferiblemente agua o zumos. Se debe de evitar la leche y el té, son ricos en calcio y oxalato. Se debe de beber hasta conseguir una orina casi trasparente.
2. Consumir una dieta ligera y variada, de predominio vegetariana. En función del tipo de cálculo al que sea propenso deberá de tener diferentes cuidados dietéticos:
-Si los cálculos son de calcio: Disminuir el consumo de alimentos ricos en oxalato, como espinacas, remolacha,frutos secos o cacao. Aumentar la ingesta de alimentos ricos en citrato como el limón, naranja, pomelo kiwi o grosella.
-Si los cálculos son de ácido úrico: Disminuir el consumo de mariscos, embutidos, carnes o quesos curados,grasas y alcohol. En general, reducir el aporte de proteínas.
-Si son de cistina: Reducir el consumo de pescado.
3. Restringir el consumo de sal y azúcares refinados.
4. Evitar el sedentarismo, hacer ejercicio físico de forma regular.
5. Evitar situaciones que provoquen excesiva sudoración, como la exposición prolongada al sol.Si no se puede evitar, reponer de forma eficaz la pérdida de líquidos con ingesta abundante.
6. Evitar el estreñimiento porque favorece la repetición de los cólicos.
7. Evitar el exceso de peso corporal.
8. Tomar tratamiento farmacológico si está debidamente prescrito por un médico.
9. Consultar con su médico si aparecen signos de alerta como: Dolor cólico muy intenso, fiebre, retención urinaria, hematuria o escozor importante al orinar o vómitos muy intensos.

5 Discusión-Conclusión

La formación de cálculos renales puede generar una patología muy dolorosa e invalidante en el individuo. De ahí la importancia de seguir los consejos anteriormente descritos para evitar su formación.

El profesional sanitario debe de realizar una adecuada educación sanitaria sobre el individuo para que este tome conciencia de lo importante que es tener una dieta adecuada y tener un estilo de vida saludable. Con ello se pueden evitar la aparición de litiasis renal y las complicaciones que de ella derivan.

6 Bibliografía

1. González G., Trucco C., Zambrano N., Troncoso P., et al. Evaluación metabólica simplificada en nefrolitiasis recurrente: análisis preliminar. Rev. Chil Urol. 2002.
2. Vega M., Mullisaca V. Cálculos renales o nefrolitiasis. Act. Clin. Med.2012.
3. Sarroca M.,De la Arada A. Litiasis renal. Rev. AMF. 2015.
4. Piñero R., Rodríguez M., Pujol P.,Pérez S. Litiasis renal en la consulta de atención primaria. Monografía. Madrid. 2003.

Capítulo 707

PACIENTES CON SINDROME DE WOLFF PARKINSON WHITE

MARIA DEL CARMEN SUAREZ CALVIÑO

JULIA MARTINEZ FRADE

SONIA FERNÁNDEZ RATO

1 Introducción

Entendemos por Síndrome de Wolff Parkinson White como preexcitación de los ventrículos del corazón debido a una vía accesoria conocida como haz de Kent. Esta trascurre por la parte anterolateral de la aurícula y ventrículo derecho (en caso de ser por el izquierdo se conoce como haz de Ohnell) y se cura con una ablación, la cual consiste en introducir un catéter por la ingle del paciente hasta el corazón para quemar dicho conducto ya que si pasara por ahí la sangre se producirían arritmias anormales.

Se desconoce la causa exacta del Síndrome de WPW. Sin embargo, en un pequeño porcentaje de personas está ligado a un gen anormal puesto que hay personas que nacen con el trastorno, no hay nada que pueda hacerse para prevenirlo o evitarlo pero, sí se sabe que existen ciertos factores desencadenantes como la cafeína, los estimulantes o el alcohol cambian su ritmo cardíaco.

Hay varias opciones de tratamiento para el Síndrome de WPW como por ejemplo las maniobras vagales pues son ejercicios que se pueden realizar de forma autónoma para ayudar a reducir su ritmo cardíaco. Estas maniobras incluyen toser o hacer presión como si necesitara realizar una evacuación intestinal. En

caso de que las maniobras vagales no ayuden a desacelerar su ritmo cardíaco, es posible recibir una receta por parte del médico de un medicamento antiarrítmico. En ocasiones, las personas deben recibir un electroshock aunque la cirugía también es una opción.

2 Objetivos

Identificar los signos y síntomas de este síndrome.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado ar;culos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Según los artículos revisados los pacientes con Síndrome WPW suelen ser jóvenes y se diagnostican a través de unos latidos rápidos, mareos y molestias a la altura del cuello. Complementando con un resultado de electrocardiograma, podemos distinguir que es un Síndrome de WPW. Además, hoy en día con una simple ablación se corrige sin apenas secuelas.

5 Discusión-Conclusión

Es importante la prevención y solución de problemas de salud cardíacos, por lo tanto, una vida sana y tranquila es ideal pero si además lo acompañamos de chequeos rutinarios y sobretodo ante cualquier arritmia atípica consultar con el medico seria lo ideal.

En muchas ocasiones, el WPW se manifiesta con palpitaciones, de ahí la importancia de plantearnos el diagnostico diferencial con aquellas entidades que provocan este síntoma como los extrasístoles. En estos casos,la contracción prematura y el latido postprematuro son descritos por el paciente como un vuelco brusco

del corazón o un martillazo en el pecho. Las taquicardias son otra causa de palpitaciones. En las ventriculares de forma infrecuente, en las auriculares si es más característico el inicio gradual y final en minutos. Otras causas son tirotoxicosis, hipoglucemia, feocromocitoma, fiebre y el consumo de estimulantes (cafe, té, etc).

Por último, cabe destacar su presencia en individuos sanos ante determinadas circunstancias (ejercicio, tensión emocional) así como el asociado a los episodios de ansiedad. Los pacientes asintomáticos con WPW tienen un riesgo del 1,7% por año de desarrollar arritmias, de tal manera que el 30% de los casos podría desaparecer la preexcitación a lo largo de la vida. El mayor riesgo en estos pacientes se encuentra en la posibilidad de desarrollar una respuesta ventricular rápida (aleteo y fibrilación auricular) que puede derivar en fibrilación ventricular, debido a la escasa capacidad de la vía anómala en frenar la conducción.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 708

TRASTORNO DEL SUEÑO EN PACIENTES GERIATRICOS

LAURA LAORDEN FERNANDEZ

XANA ARDURA MARTIN

VIRGINIA DOMÍNGUEZ MARTÍNEZ

DENYS SUAREZ DEPETRIS

CARMEN MIYARES VELAZQUEZ

1 Introducción

Al igual que el resto de la población, los pacientes geriátricos están en riesgo de padecer trastornos del sueño, siendo una importante causa de consulta médica. A pesar de su aparente benignidad, deben diagnosticarse y tratarse ya que provocan alteraciones tanto en la calidad de vida del paciente, como en la de sus familiares y cuidadores. Más de la mitad de las personas mayores que viven en su domicilio y hasta dos tercios de las que padecen enfermedades crónicas están afectadas por trastornos del sueño, siendo más frecuente en el sexo femenino, salvo el síndrome de apnea del sueño que es más común en el masculino. Se considera que el 35-45% de las prescripciones de hipnóticos corresponden a ancianos, constituyendo ésta una de las causas más comunes de reacciones adversas a medicamentos que aparecen en este grupo de edad. El impedimento de conciliar o mantener el sueño se denomina insomnio y está presente en un 45% de dicha población. Sus compli-

caciones clínicas, su estado físico y su salud son factores importantes que ayudan al insomnio a empeorar el bienestar de los ancianos.

-Estructura del sueño
El sueño normal progresa en diversos estadios:
— Fase NREM (nonrapid eye movement) y fase REM (rapid eye movement). En condiciones normales, las fases del sueño NREM y REM alternan durante la noche en forma de cinco-seis ciclos. En total, un 75% del sueño nocturno normal es NREM y un 25% REM.
— Fase REM: sucede cada 90 minutos aproximadamente, tiende a incrementarse a lo largo de la noche.
— Fase NREM: también conocida como sueño profundo, facilita el descanso corporal y se compone de cuatro fases variables en cuanto a profundidad

Se divide en 3 tapas:
Etapa 1. Estado de transición, sueño ligero, "se presenta cabeceo", actividad de ondas cerebrales reducida con movimientos oculares lentos.
Etapa 2. Relajación muscular, disminución de la temperatura corporal y de la frecuencia cardiaca, espigas del sueño y complejos K en el electroencefalograma.
Etapa 3. Sueño profundo, ondas cerebrales.

Dentro de las anomalías del ciclo circadiano el síndrome de fase adelantada de sueño es el que con más frecuencia aparece en los ancianos. Consiste en acostarse pronto por la noche y despertarse temprano. El tratamiento se basa en la exposición a luz intensa a altas horas de la tarde, así la fototerapia parece que retrasa la instauración del sueño. La melatonina, neuropéptido segregado por la glándula pineal sincroniza el ritmo interno circadiano y conforme los individuos envejecen se reduce su secreción. Por eso se ha postulado el tratamiento con melatonina para el síndrome de fase adelantada de sueño y para el insomnio en ancianos aunque la terapia con melatonina es controvertida ya que no se conocen las dosis óptimas y algunos datos sobre su seguridad.

La parasomnia que afecta con más frecuencia a los ancianos es el trastorno de conducta del sueño REM (TCSR) que se caracteriza por la ausencia de atonía muscular que caracteriza a esta fase del sueño, los pacientes experimentan una intensa actividad motora durante el sueño REM que oscila de movimientos simples a casi-intencionados y violentos. Esta parasomnia se asocia a diversas entidades clínicas como la demencia por cuerpos de Lewy y la enfermedad de Parkinson. También se ha visto en lesiones isquémicas del tegmento pontino.

2 Objetivos

Dar a conocer que es el insomnio, la prevalencia del insomnio en el paciente geriátrico y que medidas podemos adoptar para mejorarlo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Recomendaciones útiles:
— Acostarse siempre a la misma hora.
— Limitar la permanencia en cama a un máximo de ocho horas.
— Mantenga la habitación en las mejores condiciones posibles (cama confortable, pijama adecuado, temperatura idónea).
— Mantener la habitación a oscuras y sin ruidos.
— Separar la hora de acostarse de la de la cena y evitar cenas copiosas.
— Un vaso de leche o un trozo de queso antes de acostarse puede ser beneficioso (ya que el triptófano que contiene es un aminoácido inductor del sueño).
— Si precisa levantarse muchas veces por la noche para orinar, restrinja los líquidos antes de acostarse.
— Evitar sustancias estimulantes, como alcohol, tabaco, café, etc.
— Evitar también estímulos mentales: preocupaciones, discusiones sobre problemas familiares, económicos, etc.
— No utilizar el dormitorio como cuarto de trabajo ni de televisión.
— Ayudarse si es preciso con medidas relajantes, como lecturas intrascendentes, etc. — Evitar las siestas durante el día.
— Realice ejercicio físico durante el día, pero no antes de acostarse.
— Evite la utilización de hipnóticos sin una prescripción médica.
— Si no concilia el sueño en 30 minutos, levántese y entretenerse con una actividad tranquila.

Tras la respuesta afirmativa a la pregunta sobre la existencia de alteraciones o problemas de sueño en el paciente, se realizó una valoración que incluía las siguientes variables:
– Sociodemográficas: sexo, edad, domicilio habitual.
– Independencia para las actividades de la vida diaria (AVD): medida mediante el índice de Barthel , ampliamente validado y utilizado en población geriátrica, que puede ser obtenido por el propio paciente o por el cuidador principal.
– Estado cognitivo: utilizando la escala de la Cruz Roja, que valora el antecedente o no de demencia, tipo de demencia y estadio evolutivo mediante la escala de deterioro global (GDS) de Reisberg.
– Comorbilidad que puede interferir con el sueño: alteraciones tiroideas, diabetes mellitus, patología reumática, reflujo gastroesofágico, patología prostática, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), cardiopatía isquémica o insuficiencia cardiaca, depresión, ansiedad, enfermedad de Parkinson, ictus.
– Fármacos que pueden interferir con el sueño y actuar como factores de confusión: corticoides, tiroxina, betabloqueadores, alcohol, broncodilatadores, diuréticos, antagonistas del calcio, antidepresivos, neurolépticos, benzodiacepinas, estabilizantes del ánimo, inhibidores de la acetilcolinesterasa (IACE).
– Variables referidas a los hábitos de sueño: horas de sueño diurno/nocturno, hora de acostarse y levantarse.
– Tipo de insomnio: conciliación, despertar precoz, mantenimiento, dificultad para reiniciarlo.
– Tipo de alteración del sueño: sueño diurno, SAOS, SPI, síndrome crepuscular (sundowning), agitación y vagabundeo.
– Tratamiento para el insomnio: hipnóticos, neurolépticos, antidepresivos con efecto sedante, antiepilépticos… Tras la recogida de estos datos se solicitó al paciente o al cuidador (en el caso de pacientes con deterioro cognitivo) que completara el ICSP, cuestionario diseñado por Bysse et al y que se validó al castellano en 1996. Se ha utilizado para valorar el sueño en pacientes ancianos, con patología psiquiátrica. Consta de 24 preguntas, 18 de las cuales autoaplicables (en nuestro caso respondidas por el cuidador). Investiga horarios de sueño, eventos asociados al dormir, calidad del sueño, medicamentos para dormir y existencia de somnolencia diurna. Se califican mediante una escala ordinal con cuatro grados. Se obtienen siete puntuaciones que informan de otros componentes de la calidad subjetiva del sueño: calidad, latencia de sueño, duración del dormir, eficiencia de sueño, alteraciones del sueño, uso de medicamentos y disfunción diurna. La suma de las puntuaciones obtenidas genera una puntuación total de 0 a 21 puntos. El punto de corte en la bibliografía consultada es de 5: una puntuación superior es

indicativa de mala calidad del sueño. Posteriormente se aplicó la escala de somnolencia de Epworth (ESE), desarrollada en 1991 y validada al castellano en 1999, que detecta la excesiva somnolencia diurna y valora la hipersomnia característica de pacientes afectos de SAOS.

Para tratar el insomnio tendremos que acudir primero a medidas que no sean de tipo farmacéutico. Entre las más beneficiosas podemos descartar la realización de ejercicio físico adaptado a cada paciente y sus posibilidades, abandonar el tabaquismo, la ingesta de bebidas que sea estimulante, evitar siestas de larga duración, realizar cenas ligeras como mínimo de 2 horas de antelación antes de irse a dormir, establecer un horario fijo para acostarse y levantarse por las mañanas, mantener el dormitorio a una temperatura adecuada, evitar distracciones en el dormitorio, como pueden ser luces o la televisión, relajarse en la medida de lo posible antes de acostarse, se puede conseguir simplemente con un baño relajante, escuchando música o con la simple lectura de un libro.

Además debemos de tener en cuenta que los ancianos son más propensos a despertarse durante la noche que los jóvenes.

5 Discusión-Conclusión

El insomnio es un padecimiento frecuente, no solo en los adultos mayores, e involucra una gran cantidad de factores: fisiológicos, morbilidades, aspectos psicológicos, sociales o ambientales. El sueño es necesario para el mantenimiento cerebral, ya que se consolidan recuerdos y se produce la eliminación del amiloide, entre otras cosas; permite sentirse bien al día siguiente y no tener problemas de somnolencia, falta de atención, concentración o simplemente falta de deseo de realizar las actividades diarias. Un correcto descanso nocturno es de vital importancia para toda la población para los pacientes ancianos cobra una mayor importancia, ya que los ayuda a afrontar un nuevo día con más energía y vitalidad. El personal sanitario puede ayudar al anciano a poner en práctica estas sencillas pautas, con lo que conseguiremos que su bienestar aumente y su calidad de vida sea considerablemente mejor.

Cuando se trate de personas adultas mayores habrá que considerar muchos otros factores: algunos se quejan de no poder dormir bien, y realmente estamos ante el problema de ocupación del tiempo libre, ya que quieren dormir de 10 a 12 horas porque no tienen actividades o compañía; por lo tanto, hablar, educar y enseñar actividades que les den satisfacción puede ser la mejor terapia. El acostarse a las

8 de la noche y querer levantarse a las 9 de la mañana (dan un sinnúmero de pretextos: "es que hace frío", "no veo bien y no puedo leer o ver televisión", "es que la muchacha que me ayuda se va a las 8 y regresa al día siguiente…) no es sano ni para el cuerpo ni para la mente; hay que convencer y ayudar a buscar alternativas, y no solo ofrecer la tableta para que duerma. Las consecuencias de un mal manejo del verdadero insomnio o del "trastorno" que refieren tener puede llevar a consecuencias graves: caídas, alteraciones de la memoria, confusión, además de boca seca, estreñimiento, retención urinaria o incontinencia nocturna, deshidratación; los efectos medicamentosos propios de la droga de elección, sus interacciones con otros fármacos, así como la automedicación o polifarmacia del paciente adulto mayor requiere de un amplio conocimiento de farmacología. Seamos conscientes de los problemas. Una buena historia clínica, la valoración geriátrica integral, un amplio sentido de humanidad y ética son la base para el manejo adecuado de cualquier persona por parte de un médico preparado.

6 Bibliografía

-Fernández Conde A, Vázquez Sánchez E, El sueño en el anciano. Atención de enfermería. Revista electrónica semestral de enfermería. Enfermería Global 2007; 6(10): 2-17

-Ribera Casado J. Trastornos del sueño en la persona mayor. Madrid: Editores Médicos; 2006.

-Informe 2010: Las personas mayores en España. Datos Estadísticos Estatales y por comunidades Autónomas. Disponibles en ttp://www.inserso.es

-Martínez JM. Psicofisiología. Síntesis psicología, España, 1995.

-Carro García, Teresa; Alfaro Acha, Ana; et al. TRATADO DE GERIATRIA. Sociedad española de geriatría y gerontología. Madrid, 2016. págs. 265-275.

-Guillén F, Pérez J. Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico. Trastornos del sueño. Barcelona: Masson, 1994.

-Rodríguez S, y otros. Intervención clínica y psicosocial en el anciano. Trastornos del sueño en el anciano. Gran Canaria: ICEPSS, 1995.

- Romero O. Insomnio en ancianos: afectación cognitiva y actitudes terapéuticas. Rev neurol, 2000; 30(6): 591-593.

Capítulo 709

VASECTOMÍA BILATERAL. CONSENTIMIENTO INFORMADO (CI).

ANA PATRICIA COTA EIREA

ANGELA MARTOS CANADAS

1 Introducción

La vasectomía es una modalidad de control de la natalidad que corta la provisión de espermatozoides al semen.

Consiste en interrumpir el paso de estos a través del conducto deferente, para ello se han de aislar y ocluir dichos conductos. Se logra empleando diferentes técnicas quirúrgicas y habitualmente se realiza bajo anestesia local. Todas las técnicas seccionan ambos conductos deferentes y la diferencia entre ellas radica en si es necesaria una incisión o dos y la coagulación de los extremos de conducto que quedan seccionados. También existe una técnica en la que no se hace necesaria la sutura posterior ya que el acceso al deferente es muy pequeño. Incluso se están investigando técnicas reversibles en las que se ocluye el conducto deferente con algún material para poder retirarlo en caso de que se quiera recuperar la fertilidad.

Durante décadas viene siendo el método anticonceptivo masculino más fiable y se calcula que aproximadamente entre 40 y 60 millones de varones de los países desarrollados lo han elegido.
Comparándolo con la ligadura de trompas, como método anticonceptivo permanente, la vasectomía es igualmente eficaz en la prevención del embarazo, sin embargo, es una intervención más sencilla, más rápida, más segura y menos costosa,

siendo por tanto uno de los métodos anticonceptivos más rentable, calculando que su coste es aproximadamente una cuarta parte del de una ligadura tubárica. Como se ha mencionado con anterioridad la vasectomía debe ser considerada como un método anticonceptivo definitivo y por este motivo el paciente debe ser informado del procedimiento, los riesgos derivados de este, acerca de la existencia de otras opciones anticonceptivas….

El consentimiento informado (CI) es un proceso gradual, dentro de la relación establecida entre el profesional sanitario, en este caso el urólogo, y el paciente, que consiste fundamentalmente en un diálogo destinado a que el paciente decida sobre el procedimiento, en este caso quirúrgico (catalogado como cirugía menor ambulatoria), al que pretende someterse.

El médico especialista debe informar al paciente y respetar la decisión que éste tome de acuerdo con sus valores y su proyecto de vida.

El proceso de consentimiento informado (CI) consta de dos fases:
• La que se refiere a la información sobre el procedimiento propuesto, que ha de ser acorde con el conocimiento empírico y aportada por el profesional de una manera adecuada a las necesidades de cada enfermo concreto.
• La de decisión libre y voluntaria por parte del paciente, una vez comprendida la información, expresando el consentimiento o rechazo del procedimiento, en este caso quirúrgico, que se le propone.

El artículo 8 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica dice que "el consentimiento será verbal por regla general", pero que "se prestará por escrito en los casos siguientes: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente".

En base a esto el consentimiento informado (CI) para la vasectomía bilateral ha de ser por escrito.

La norma sanitaria, aprobada mediante Ley 14/1986, de 25 de abril, en su artículo 10.5 establece el derecho de todo paciente a que se le dé en términos comprensibles, a él y a sus familiares o allegados, información completa y continuada, verbal y escrita sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento.

Esta información ha de ser en términos adaptados para que el paciente lo comprenda, de manera que sean los datos que se faciliten sobre el acto médico los que hagan al sujeto consentir la realización de esta.

Con la aprobación por las Cortes Generales de la Ley 41/2002 de 14 de noviembre de 2002, Ley de Autonomía del paciente, Información y Documentación Clínica, en vigor desde 16 de mayo de 2003, el consentimiento informado (CI) adquiere una relevancia y fuerza especial en las relaciones clínico-asistenciales con los pacientes y es de uso obligatorio para todos los actos médicos.

Por estas razones y leyes, el tema del consentimiento informado (CI) se ha convertido en uno de los más debatidos dentro del Derecho Sanitario, ya que surgen aún numerosas dudas sobre su alcance, el sujeto pasivo del mismo, quién tiene que redactarlo, etc.

La vasectomía es una intervención quirúrgica cuya indicación, en la mayoría de los casos no viene dada por el urólogo, sino que lo normal es que sea el propio paciente o su pareja los que acudan a consulta solicitando la esterilización voluntaria como método de planificación familiar definitivo, cuando se trata de parejas estables que optan por no tener más hijos (cirugía satisfactiva).

En otros casos (un porcentaje mínimo), su práctica no es voluntaria si no que está condicionada a indicaciones médicas por riesgo para la mujer en la gestación, transmisión de enfermedades hereditarias (cirugía curativa); y excepcionalmente por orden judicial.

El principal objetivo del consentimiento informado (CI) para la vasectomía bilateral es que, al acudir a la consulta de urología, el paciente que ha solicitado dicha intervención sea informado tanto del procedimiento quirúrgico como tal, como de los riesgos derivados del mismo y de las posibles alternativas.

Y que de este modo y tras un tiempo de reflexión sea el propio paciente el que decida si finalmente se opera, o recurre a alternativas propuestas por los médicos especialistas.

2 Objetivos

Revisión de un caso de consentimiento informado en una vasectomía bilateral.

3 Caso clínico

Paciente de 45 años, pareja sexual estable y dos hijos de una relación anterior, solicita consulta con el servicio de urología de su hospital de referencia, a través de su médico de cabecera, para someterse a una vasectomía.
El varón junto con su actual pareja con la que lleva desde 2012 ha sopesado esta intervención durante algún tiempo ya que como hemos comentado tiene 2 hijos, de 11 y 12 años, y ella también tiene una hija fruto de su anterior matrimonio.
Tras la entrevista inicial para cumplimentar datos relevantes y revisar la historia clínica del paciente se realiza una exploración física rutinaria en la cual el doctor comprueba que todo es correcto y procede a entregarle y explicarle la documentación necesaria para seguir con el curso del proceso.
Son un par de folios en los cuales tienen la siguiente estructura:
1) Un encabezado con:
• Los datos del centro hospitalario.
• NHC del paciente, y sus datos personales.
• El nombre del documento con letra mayúsculas y negritas.
• Los datos del facultativo.
• La fecha actual.

2) Una declaración jurada:
"Manifiesto que he sido informado en el día de la fecha (y que me ha sido entregada la información) del procedimiento que a continuación se describe y del tipo de riesgo que comporta su realización (complicaciones más frecuentes), así como de las posibles alternativas basadas en los medios asistenciales del centro.
He comprendido toda la información que se me ha proporcionado y mis dudas han sido aclaradas satisfactoriamente."
3) Datos de información clínica:

• Naturaleza y descripción del procedimiento. En qué consiste y cómo se realiza.

"La vasectomía bilateral es una técnica quirúrgica catalogada como no segura de esterilización masculina. Se realiza con anestesia local a través de dos incisiones en ambos hemiescrotos. Consiste en la interrupción en ambos lados del flujo de espermatozoides, procedentes de los testículos, a través del conducto deferente que desemboca en la uretra a través de los conductos eyaculadores. Esta interrupción se realiza mediante la resección de un fragmento del conducto deferente y ligadura de ambos extremos."

(El especialista puede ir explicando el proceso ayudándose de imágenes o de mod-

elo anatómico del aparato reproductor masculino para facilitar al paciente la comprensión del proceso).

• Finalidad. Objetivos propuestos y beneficios esperados.

"La consecuencia directa va a ser la esterilidad del hombre, aunque no va a ser inmediata, aún después de la operación, quedarán algunos espermatozoides circulando en el líquido seminal. Por ello, los siguientes días será necesaria la utilización de otros métodos para evitar un embarazo indeseado.
Aparte de lo cual cabe recalcar que la intervención no es 100% fiable ya que se producen alrededor de un 5% de recanalizaciones".

• Alternativas existentes.
"Utilizar otros métodos anticonceptivos o quirúrgicos (en este caso ligadura de trompas).
• Riesgos relacionados con las circunstancias personales.
(En este caso este apartado está en blanco dado que el paciente presenta un perfecto estado de salud).
• Riesgos típicos, probables en condiciones normales conforme a la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionados con el tipo de intervención.
a) Complicaciones generales intraoperatorias:
- Reacción alérgica a los anestésicos locales, desde el eritema al shock anafiláctico de graves consecuencias, incluida la muerte.
- Reacciones vagales. Se han descrito algunas con colapso vascular que han precisado reanimación cardiorrespiratoria. Lo frecuente es la reacción vagal con sudoración, bradicardia, o vómitos, provocada por dolor secundario a la tracción del cordón insuficientemente anestesiado. Ceden con atropina i.v. y O2 en gafas nasales, e interrumpiendo unos segundos o minutos el acto quirúrgico y anestesiando mejor. Por ello y dado que se utiliza anestesia local, la operación ha de realizarse en medio hospitalario correctamente dotado y el paciente con vía venosa periférica canalizada. b) Complicaciones precoces:
- Leves:
• Hemorragia de la herida, equimosis, hematoma subcutáneo, etc. Son de aparición precoz y curan con medidas generales.
• Cicatrización por segunda intención. Se suele producir en caso de infección de la herida o absceso cutáneo.
• Epididimitis y deferentitis son secundarias a la manipulación quirúrgica.
• Absceso cutáneo. (Es raro).

- Graves o severas:

• Fístulas deferento-cutáneas (vasocutáneas).
• Abscesos cutáneos escrotales y abscesos profundos.
• Granulomas espermáticos.
• Gangrena de Fournier. (Es rara). c) Complicaciones tardías:
- Alteraciones de la función testicular.
- Síndrome de dolor testicular crónico post-vasectomía. (Dolor crónico testicular o epididimario).
- Deferentitis nodosa (vasitis nodosa).
- Obstrucción epididimaria.
- Controversia vasectomía y cáncer de próstata: "En un reciente artículo el jefe del Servicio de Urología del Hospital Central de Asturias comunico que el 80% de los cánceres de próstata en menores de 50 años, estaban vastectomizados".

4) Contraindicaciones: (En este caso en concreto tampoco aparece reflejado ningún dato ya que como se comentó anteriormente el paciente goza de un perfecto estado de salud).

5) Declaraciones:
"Declaro que he sido informado de los riesgos del procedimiento, que me han explicado las posibles alternativas y que sé que, en cualquier momento, puedo revocar mi consentimiento. Estoy satisfecho con la información recibida, he podido formular toda clase de preguntas que he creído conveniente y me han sido acaradas todas las dudas planteadas".

6) Lugar, fecha y firmas: (Firmas del profesional y de la persona que presta el consentimiento).

4 Discusión-Conclusión

1. La vasectomía es la intervención quirúrgica urológica más practicada en España.
2. Las complicaciones son escasas pero existentes en alrededor de un 10% de casos, siendo graves en un 1%.
3. En el consentimiento informado, lo más importante es informar de las complicaciones y también de que la técnica no es segura al 100%, existiendo la posibilidad remotísima pero real de recanalización espontánea y nuevo embarazo.
4. La mayoría de los pacientes tras la consulta acaban finalmente sometiéndose a la intervención quirúrgica.

5 Bibliografía

• Criterios Médicos De Elegibilidad Para El Uso De Anticonceptivos. O.M.S. Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas. 2003.
• Andrología. Teoría y práctica. Enrique Álvarez González. Ediciones Díaz de Santos, S.A. 1989.
• Planificación familiar. Germán Uriza Gutiérrez. Ed. Pontificia Universidad Javeriana. 2007.
• Fundamentos de reproducción. José Manuel Bajo Arenas/ Buenaventura Coroleu Llegtget. Ed. Médica Panamericana. 2009.
• Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. (B.O.E. n º 274, de 15 de noviembre de 2002).
• Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad. (B.O.E. n º 102 de 29 de abril de 1986).

Capítulo 710

CUIDADOS DEL PACIENTE ENCAMADO

CRISTINA GONZALEZ CABRAL

1 Introducción

El concepto de movimiento es la alteración de la capacidad de movilidad y desplazamiento del individuo en su medio.

Tipos de movimientos relativos a los cambios fisiológicos de enfermedades:

Cuidados de la piel.
• Valorar diariamente del estado de la piel.
• Mantener la piel del paciente limpia y seca.
• Especial atención a zonas de ulceras previas.
• Ropa de cama limpia, seca y sin arrugas.
• Evitar fricciones (arrastre).

Verificar nivel de dependencia según plan de cuidados:
•Explicar al paciente qué se le va a hacer.
•Eespetar la intimidad.
•Evitar corrientes de aire.
•Preparar todo el material a fin de no interrumpir el aseo.
•Comprobar con el paciente que el agua tenga una temperatura adecuada.
•No someter a un aseo prolongado a un paciente que se encuentre fatigado.
•Actuar con rapidez pero sin precipitación. aseo del paciente paciente encamado encamado cuidados básicos del paciente encamado cristina fernández gutiérrez.

d.u.e. clara gómez rodríguez . auxiliar de enfermería unidad del daño cerebral cerebral 2º centro rehabilitación técnicas de realización :
• Aislar al paciente de sus compañeros si los tuviera.
• Lavado de manos
• Colocar guantes desechables.
• Retirar la ropa sucia de la cama y sustituirla por una toalla.
• Solo se expondrá la zona del paciente que se esté aseando. aseo del paciente encamado cuidados básicos del paciente encamado la secuencia debe ser:
Cara. • brazos, manos y axilas. Pecho y abdomen. Piernas y pies. Cambio de agua. Genitales. Cambio de agua Espalda. Perineo y región anal.
• Retirar el cabecero de la cama • colocar al paciente en decúbito supino colocándole la cabeza en el borde superior de la cama. • cubrir los hombros con una toalla • colocar una bolsa de plástico abierta debajo de la cabeza para que recoja el agua. • enjuagar el cabello, aplicar el champú dando un ligero masaje en el cuero cabelludo. • aclarar el cabello con abundante agua limpia. • secar con una toalla. • retirar la bolsa y recolocar el cabecero. • secar el cabello y peinar. complicaciones asociadas/ cuidados de enfermer complicaciones asociadas/úlceras por presión - resultado mala praxis profesional - generan largas estancias hospitalarias - aumenta carga laboral - causa directa o indirecta de morbilidad. - reducen la calidad de vida del paciente. - son indicadores de la calidad asistencial prevención de complicaciones • valorar riesgo (escala de braden) • patogenia, grupos y factores de riesgo. • fijar objetivos. •conservar la alineación adecuada del paciente. •prevenir las lesiones del paciente y del personal que lo movilice. •garantizar el confort del enfermo •estimular y favorecer la independencia del del paciente movilización.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Mantener la limpieza y el confort del paciente durante su hospitalización.

Objetivos secundarios:
- Comprobar estado de la piel.
- Activar la circulación sanguínea.
- Establecer una relación con el paciente.
- Alentar al paciente a que sea tan Independiente como sea posible.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Realizar el aseo del paciente diariamente y cada vez que lo precise,Valorar la colaboración del paciente y familia,Comprobar el grado de autonomía, fomentando el autocuidado. Si el paciente es portador de drenajes, catéteres, etc. se extremarán las precauciones necesarias en su movilización con el fin de evitar desconexiones. En pacientes con el miembro superior inmovilizado ó portador de vía endovenosa, se desvestirá comenzando por el brazo sano ó libre de vía. Para vestirle se comenzará por el brazo afectado. Si el paciente requiere ser afeitado, se avisará al barbero.

5 Discusión-Conclusión

La higiene proporciona satisfacción a los pacientes, estableciendo lazos con la enfermera debido al cuidado que esta ejerce sobre ellos, proporcionándoles bienestar. Se recomienda la higiene oral mediante el uso de clorhexidina para la prevención de la neumonía asociada a ventilación. La higiene forma parte de los cuidados de la piel, los cuales se llevan a cabo para la prevención de lesiones de la piel, como úlceras por presión y lesiones por humedad. La higiene de la piel debe de ser rigurosa, empleando productos que no irriten la piel, para que así esta no pierda su función barrera.

Actualmente, según la búsqueda, se recomiendan las toallitas 3 en 1, así como los jabones sin aclarado. La mayoría de los estudios relacionados con la higiene, se basan en la higiene del personal sanitario, generalmente para evitar las infecciones nosocomiales, y en procedimientos sobre el modo de realizar la higiene. Sin embargo, existe una limitada evidencia sobre los múltiples beneficios de este cuidado sobre el paciente. Por lo tanto, se detecta la necesidad de investigación sobre los beneficios de la higiene en el paciente encamado, así como estudios que

avalen el papel de la enfermera en el ejercicio de esta práctica.

6 Bibliografía

1. Carrascal C, Ramírez M, David J. Higiene: cuidado básico que promueve la comodidad en pacientes críticos. Enfermería Global [revista en Internet] 2015 octubre. [acceso 8 de enero de 2018].
Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v14n40/revision2.pdf.
2. PAE: Virginia Henderson y el Proceso de - Atención de Enfermería. Aprende en Línea – UdeA [Internet]. [actualizada 30 de Abril de 2016; acceso 11 de enero de 2018] Disponible en: http://aprendeenlinea.udea.edu.co/lms/moodle/mod/page/view.php?id=61971
3. Young P, Hortis De Smith V, Chambi MC, Finn BC. Florence Nightingale (1820-1910), a 101 años de su fallecimiento. Rev Med Chil [revista en Internet]. 2011 Junio [acceso 11 de enero de 2018]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872011000600017&lng=en&nrm=iso&tlng=en 4. García Porrero J, Hurlé J. Piel y anejos cutáneos. Anatomía humana. 1ª Ed. Madrid: Mc Graw Hill interamericana; 2005. P. 13-23.
5. Sonia R, Francisco Javier J, Maria del Rocío E. La higiene en los pacientes hospitalizados por parte de Enfermería. Revista Médica Electrónicaportalesmedicos.com [revista en Internet]. 2017 Septiembre [Acceso 12 de enero de 2018]. Disponible en: https://www.revistaportalesmedicos.com/revista-medica/higiene-pacientes-hospitalizados/.
6. Florez Almonacid, Clara Inés; Romero Bravo Á. Higiene y cuidados de la piel. Manual de Protocolos Y Procedimientos Generales de Enfermería. Servicio Andaluz de Salud; 2010 Octubre [acceso 16 de enero de 2018].
7. Mena Tudela D, Manuel González Chordá V, Cervera Gasch Á, Salas Medina P, Isabel Orts Cortés. Cuidados básicos en la higiene. Cuidados básicos de enfermería. 1ª Ed. Castellón de la Plana: Publicacions de la Universitat Jaume I; 2016. P.93-107.
8. Soriano P. Higiene al paciente inmovilizado [Internet]. 2012 Junio. [Acceso 20 de enero de 2018]. Disponible en: https://es.slideshare.net/Sdesalud/higieneal-paciente-inmovilizado
Importancia de la higiene en el paciente encamado Universidad de Valladolid Javier Ortiz Ortiz 35.
9. Rodriguez O. La importancia del aseo personal y la higiene en un centro de atención sociosanitaria. Más Que Mayores [Internet]. 2015 Junio

[Acceso 25 de marzo de 2018]. Disponible en: http://masquemayores.com/magazine/laimportancia-del-aseo-personal-y-la-higiene-en-un-centro-de-atencionsociosanitaria/.
10. Ballesta López , Blanes Compañ F, Castells Molina M, Domingo Pozo M, Fernández Molina M, Gómez Robles F et al. Procedimientos relacionados con el aseo e higiene. Guía de actuación de enfermería. 2ª ed. Valencia: Conselleria de Sanitat; 2007. p. 131-157.
11. Armans Moreno E, Ibañez P. Pie diabético y sus cuidados [Internet]. Aeev.net. 2012. [acceso 19 de marzo de 2018]. Disponible en: https://www.aeev.net/piediabetico.php.
12. Coelho M, Silva Arruda C, Faria Simões S. Higiene de manos como estrategia fundamental en el control de infección hospitalaria: un estudio cuantitativo. Enfermería global [revista en Internet] 2011 Enero [Acceso 25 de marzo de 2018]; 10(21). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412011000100003&script=sci_arttext&tlng=en.
13. ESTUDIO EPINE-EPPS 2017 [Internet] 2017 noviembre [acceso 19 de marzo de 2018]. Disponible en: http://hws.vhebron.net/epine/Global/EPINE-EPPS 2017 Informe Global de España Resumen.pdf
14. Segovia-Gómez T, Bermejo Martínez M, García-Alamino JM. Úlceras por humedad: conocerlas mejor para poder prevenirlas. Gerokomos [revista en Internet] 2012 Septiembre [Acceso 25 de marzo de 2018]; 23(3). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2012000300009&lng=en&nrm=iso&tlng=en.
15. Toledano Blanco, Ruth. Manejo de la trombosis venosa profunda y plan de cuidados. Tú Cuidas [Internet] 2008 Febrero [Acceso 19 de marzo de 2018]. Disponible en: http://tucuidas.laenfermeria.es/archives/705.
16. Romero-García M, de la Cueva-Ariza L, Jover-Sancho C, Delgado-Hito P, Acosta-Mejuto B, Sola-Ribo M, et al. La percepción del paciente crítico sobre los cuidados enfermeros: una aproximación al concepto de satisfacción.

Capítulo 711

EL COLESTEROL Y SU SOLUCCION

JOSÉ ALFREDO TAMARGO

1 Introducción

El problema del colesterol es un problema cada vez mas extendido en la población joven y es algo que debemos tratar de corregir tratando de cambiar los hábitos alimenticios ya que es precisamente por ahí donde debemos de empezar a educar a nuestros jóvenes.Casi el 60 por ciento de la población padece esta enfermedad y no son consciente de ello porque no da síntomas y por eso no son conscientes del riesgo que ello conlleva.

2 Objetivos

Localizar e identificar los tipos de alimentos ricos en colesterol y triglicéridos para elaborar una dieta equilibrada que junto con una actividad física mantenga a nuestro organismo en perfecto estado y evitar así la aparición de enfermedades cardiovasculares que pueden poner en peligro nuestra salud.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Se constata que para bajar los niveles de colesterol es suficiente con eliminar de nuestra dieta alimentos ricos en grasas animales así como bollería industrial y sobre todo el alcohol para disminuir de manera ostensible el colesterol y los triglicéridos que son los causantes de la mayoría de las patologías de origen vascular.

5 Discusión-Conclusión

Por ello, cabe señalar que una educación alimentaria en nuestros niños es una responsabilidad que debemos tener muy en cuenta para evitar que de mayores tengan más tendencia a padecer de estas enfermedades.Enseñar a llevar una dieta equilibrada y a realizar de manera habitual deporte moderado son la mejor solución y la mas sana para evitar el colesterol.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 712

LACTANCIA MATERNA.EL DESTETE.

TAMARA MACARRILLA DE SANDE

1 Introducción

El destete es la etapa en la que se comienza con la introducción de alimentos a la leche materna y se acaba con el abandono completo de la lactancia materna. La Academia Americana de Pediatría (AAP) y la OMS establece una duración mínima entre 1 y 2 años y un máximo de edad según la decisión de la madre o del hijo. Esto debería de ser así pero las lactancias prolongadas en nuestra sociedad no es una práctica muy extendida ni comprendida ya que las mujeres que deciden hacerlo son continuamente cuestionadas y criticadas. El destete es un cambio que implica una modificación en la relación madre/hijo que podría provocar una situación que suponga un trauma en el niño o la madre. Por ello es preferible un destete gradual a un destete brusco. Existen algunos métodos para ayudar al destete como puede ser el no ofrecer el pecho, pero tampoco rechazárselo o jugar con la distracción para que el niño dirija su atención hacia otra cosa nueva.

2 Objetivos

Conocer los beneficios de la leche materna y de seguir dándole de mamar a los niños mayores, tanto para ellos como para las madres.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática de artículos científicos rela-

cionados con la lactancia materna. Se han consultado diferentes páginas como la OMS, Medline, UNICEF.

4 Resultados

Los niños mayores que siguen tomando pecho disfrutan de los beneficios de la leche materna por lo tanto son menos propensos a infecciones. Por otro lado, cuanto mayor es el tiempo de lactancia más ventajas tiene para la madre porque tiene menor riesgo de padecer cáncer de mama o de ovario, diabetes tipo 2, hipertensión e infarto de miocardio.

5 Discusión-Conclusión

El destete debe realizarse de forma progresiva y en el momento que la madre e hijo decidan.

6 Bibliografía

- https://kidshealth.org/es/parents/weaning-esp.html
- https://www.childrensmn.org/educationmaterials/childrensmn/article/16957/la-lactancia-materna-el-destete/
- https://www.infobae.com/tendencias/2017/08/04/destete-respetuoso-como-y-cuando-terminar-con-la-lactancia/

Capítulo 713

EL TCAE ANTE LA GATROENTERITIS AGUDA EN NIÑOS.

NELLY MORA MENENDEZ

1 Introducción

La gastroenteritis es una infección o inflamación de la mucosa del estómago y el intestino que puede estar causada por virus, alimentos contaminados o medicamentos. Cursa cínicamente con un cuadro de deposiciones líquidas en número aumentado que suele acompañarse de vómitos, fiebre y dolor abdominal. Constituye una causa importante de morbilidad. Suele resolverse en un periodo de unos 3 a 5 días.

Los virus más comunes que causan gastroenteritis son: rotavirus, norovirus, adenovirus entérico, astrovirus.

2 Objetivos

- Diagnosticar la patología. Lo más importante es efectuar un rápido diagnóstico y valorar si existe o no deshidratación. Si existe una deshidratacion, valorar su grado y tratarla en la mayor brevedad posible.
- Dar recomendaciones y prestar ayuda en el tratamiento.
- Evitar en la medida de lo posible el contagio.

3 Caso clínico

Niña de 4 años que acude a urgencias por vómitos y diarrea de dos días de evolución, deposiciones muy liquidas malolientes sin sangre ni mucosidad, afebril en el domicilio (en urgencias 38,5º).Diagnosticada de celiaquía hace dos años. No otra sintomatología. Ambiente epidémico (hermana con gea).

Exploración física: Bien nutrida e hidratada. Normocoloracion cutánea. Buena perfusión periférica. No exantemas ni petequias. No rigidez nucal ni signos de irritación meníngea. No signos de dificultad respiratoria. Buena ventilación bilateral sin ruidos sobreañadidos. Abdomen blando, depresible, no doloroso, sin masas ni megalias. Peristalsis conservada. ORL: tímpanos normales,orofaringe normal. No adenopatias.

Se piden como pruebas complementarias: bioquímica, hemograma y estudio básico de coagulación, obteniendo como resultados, todo dentro de parámetros normales.

En urgencias iniciamos tolerancia oral con suero y ademas se pasan un suero glucosado intravenoso.
Tras pasar 12horas en observación se da el alta hospitalaria con las siguientes recomendaciones: dieta absoluta durante 24horas, transcurridas las 24 horas se iniciara nuevamente tolerancia oral con suero. Dieta sin gluten sin forzar. Bivos 9 gotas al día. Si fiebre o dolor apiretal 1,9cc cada 6 horas.

Control evolutivo por su pediatra de atención primaria. Si empeoramiento reacudir.

4 Discusión-Conclusión

La base fundamental del tratamiento es la hidratación con soluciones de rehidratación oral y no se precisa realizar cambios importantes en la alimentación. El tratamiento con probióticos ayuda en la mejoría de los síntomas. Los antibióticos, se deben reservar para determinados casos, generalmente, con clínica importante. La vacuna para el rotavirus juega un papel importante en la prevención de la infección por este virus, el más frecuente en nuestro medio por eso se recomienda en Europa.

5 Bibliografía

Es un caso real, la mayor parte de la información la obtuvimos de los informes médicos de la paciente.
Tambien consulte las siguientes Fuentes:
- King CK, Glass R, Bresee JS, Duggan C. Managing acute gastroenteritis among children: oral rehydration, maintenance, and nutritional therapy.
- Freedman SB, Adler M, Seshadri R, Powell EC. Oral ondansetron for gastroenteritis in a pediatric emergency.
Benéitez Maestre AM, de Miguel Duran F. Gastroenteritis aguda. Pediatr Integral.
- Costa Pages J, Polanco Allué I, Gonzalo de Liria CR. Gastroenteritis aguda en el niño. Guía multidisciplinar.

Capítulo 714

EL TCAE EN LA DIABETES GESTACIONAL, EN MADRE PRIMERIZA.

NELLY MORA MENENDEZ

1 Introducción

La diabetes gestacional, es una enfermedad en donde los niveles de glucosa están muy altos. Aparece por primera vez cuando una mujer está embarazada y nunca antes padecieron esta enfermedad. La mayoría de las veces, esta diabetes desaparece una vez que nace el bebé pero esto aumenta el riesgo de diabetes tipo 2 más adelante.

El niño también está a riesgo de obesidad y diabetes tipo 2. Un nivel alto de glucosa durante el embarazo no es bueno para el bebé. Se hace un examen de detección para la diabetes en el segundo trimestre del embarazo y las mujeres que tienen mayor riesgo pueden ser examinadas antes.

2 Objetivos

- Detectar lo antes posible la diabetes gestacional, para minimizar los riesgos en la gestante y en el feto.

3 Caso clínico

Mujer de 31 años de edad con normopeso, sin antecedentes personales de interés ni familiares. No toma medicación alguna. Acude a consulta de atención primaria por amenorrea de cinco semanas, su medico de atención primaria la deriva a la consulta de ginecología y obstetricia.

Se le practica entre otras pruebas un test de gestación en orina, que resulta positivo, por lo que se la incluye en el Programa Asistencial Integrado de Embarazo. Se solicita analítica de sangre y su resultado presenta hiperglucemias con anomalía de la glucosa en ayunas en dos analíticas del primer trimestre, por lo que se realizó una prueba de O'Sullivan, cuyos valores fueron los siguientes: glucemia basal de 158mg/dl y a los 60min, 284mg/dl, motivo por el cual no se efectuó una prueba de sobrecarga oral de glucosa (SOG) prolongada. Recibió insulinoterapia por no alcanzar los objetivos glucémicos.

Se prescribe tratamiento a la paciente, dieta, ejercicio diario, insulina y controles analíticos y fetales.
El parto tuvo lugar en la semana 40 de gestación, parto natural, eutócico. El bebe de sexo masculino pesó 2.230g (percentil [P] 3) y no presentó ninguna morbilidad en relación con fetopatía diabética. Tras el parto se pauta a la madre controles de reevaluación citandola a las 12 semanas después del parto.

Tras estas revisiones la madre presenta normalidad en glucemias y analíticas, por lo que es dada de alta.

4 Discusión-Conclusión

La mejor manera de prevenir esta patología es acudir periódicamente al obstetra durante el embarazo y pasar todos los controles rutinarios para vigilar el correcto desarrollo del bebé ya que genera riesgo feto-neonatal. El mejor momento para detectar diabetes gestacional se da a partir de las 24 semanas de embarazo.

También es importante el conocimiento de los factores de riesgo maternos para realizar una detección y diagnóstico prematuro de DG, y así poder instaurar el tratamiento y seguimiento de la mujer embarazada.Es indispensable la reclasificación posparto a través de SOG, puesto que un porcentaje de mujeres tienen mayor probabilidad a desarrollar diabetes gestacional en el próximo embarazo, y predisposición en el futuro de desarrollar diabetes mellitus tipo II.

5 Bibliografía

- International Association of Diabetes and Pregnancy Study
Groups Consensus Panel. International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups recommendations on the diagnosis and classification of hyperglycemia in pregnancy. Diabetes Care.
- Maternal diabetes alters birth weight in glucokinase-deficient.
- BIMolecular genetics goes to the diabetes clinic.BLIOGRAFIA.
- Diabetes monogénicas: enfoque diagnóstico y tipos más frecuentes.

Capítulo 715

LAS AGRESIONES AL PERSONAL SANITARIO

MARIA JESUS COSTOYA BELLO

DOLORES GÓMEZ VELASCO

1 Introducción

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) define violencia laboral como "toda acción, incidente o comportamiento que se aparta de lo razonable, mediante la cual una persona es amenazada, humillada o lesionada por otra en el ejercicio de su actividad profesional o como consecuencia directa de la misma".

En los últimos años se ha producido un incremento de la violencia hacia los profesionales sanitarios sin precedentes. En épocas anteriores, los médicos y enfermeras eran muy respetados socialmente. La relación entre el paciente y el personal sanitario ha cambiado, pasando de ser de autoridad paternalista a una relación muchas veces de exigencia. El paciente sabe que en la sanidad pública, el profesional es alguien que paga con sus impuestos y tiene que atenderle y quiere que se le atienda con calidad y con diligencia.

La relación entre el sanitario y el personal tiende a despersonalizarse por varios motivos: la falta de tiempo, la medicina defensiva donde el sanitario se limita a aplicar el protocolo y pone al paciente el peor de los escenarios posibles, para evitar posteriores denuncias, produciéndose una relación fría y distante entre el paciente y el profesional, y si a esto unimos que cada día se tolera menos el error médico y que en determinados sectores de la población se sigue recurriendo a la violencia como forma de exigir los derechos o de afrontar los problemas.

Otros factores de riesgo de violencia para el profesional sanitario son la posibilidad de tratar con personas psíquicamente alteradas, con problemas de salud mental o por adicciones.

Se pueden establecer tres perfiles posibles de usuarios violentos:
- Ciudadanos con cierto perfil de agresividad: usuarios con actitudes delictivas y pacientes con trastornos psiquiátricos o alteraciones que presionan o agreden para obtener de forma ilícita lo deseado.
- Ciudadanos poco receptivos a las explicaciones y/o simuladores, con actitudes que persiguen un beneficio personal fraudulento a través de la asistencia sanitaria.
- Ciudadanos frustrados, cuyas expectativas son superiores o distintas a las que este sistema de salud puede ofrecerle y reaccionan con conductas agresivas ante la no satisfacción.

Lo primero es detectar al paciente potencialmente agresivo, lo cual a veces es fácil por la actitud y el tono amenazantes pero en otras ocasiones hay que fijarse más en la comunicación no verbal. También hay que sospechar cuando el lenguaje es excesivamente calmado, correcto, incluso halagador o irónico.
Ante una actitud violenta debemos de: tratar de mantener la calma y no responder a las provocaciones, usar un tono neutro y profesional, comprensivo pero firme.

Tratar de usar un tono neutro y profesional, comprensivo pero firme y distante.
Si la agresividad persiste podemos:
-Permitir hablar al paciente para liberar su tensión emocional y que explique sus sentimientos, manteniendo la escucha activa.
-Reconocer y admitir las posibles deficiencias propias y/o de la organización.
-Intentar encontrar puntos de vista comunes, señalando aquello en lo que estamos de acuerdo con él.
-Pedir la ayuda de otro profesional o compañero que pueda colaborar a solucionar el motivo que ha generado la tensión.
-Evitar estilos de comunicación que generen hostilidad.
-Evitar las amenazas, coacciones o insultos.
-No transmitirle información que no sea real y/o proponer acuerdos que no se puedan cumplir.
-No hacer señales corporales que se puedan entender como desafío, hostilidad y amenaza.

Si aún así la actitud de violencia persiste se recomienda:
Dar por finalizada la conversación y localizar un forma de huida.

Si el agresor quiere impedir la salida: intentar protegerse con elementos del mobiliario y ponerse lejos del alcance del ataque y ni no es posible, se tiene legitimo derecho a defenderse y repeler la agresión, utilizando la fuerza mínima necesaria.

Como solución más segura, siempre es preferible la huida ante una situación potencialmente peligrosa, y evitar, si es posible, la confrontación física directa. Gritar pidiendo ayuda.

En el caso de personas afectadas de trastorno mental o situación violenta por adicciones se valorará, la necesidad de ser atendido por varios profesionales o en presencia de personal de apoyo (celadores, guardia de seguridad). Si a pesar de todo se llega a producir la agresión, hay que minimizar el daño, defendiéndose si es posible o adoptando un posición de encogimiento fetal.

En todos los protocolos de los planes de agresiones también se regula la actitud que debe tomar el trabajador una vez que ha sufrido la agresión. Los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales deben llevar un registro de estos hechos y tiene que estudiar cada una de las agresiones. También debe recibir notificación la dirección de los centros, para que así administración tenga constancia de ellos y preste apoyo al agredido. Si la agresión ha sido física con lesiones es imprescindible acudir a un facultativo para que realice el oportuno parte de lesiones.

El apoyo jurídico para denunciar el hecho se debe ofrecer a todo agredido. Muchas veces se canaliza a través de los colegios profesionales pero otras la propia institución debe proveer ese apoyo a sus trabajadores e incluso tiene la capacidad de denunciar también a los agresores.

Respecto a las medidas de seguridad que se están implementando y que se pueden proveer a los profesionales están:
- Medidas de seguridad pasiva como:
- Implantación de dispositivos de alarma interna, como teléfonos, interfonos o sistemas fijos, conectados automáticamente con el servicio de seguridad del centro.
- Videocámaras con grabación en espacios comunes, comunicándoselo a los usuarios mediante carteles.
- Cristales irrompibles y otras infraestructuras especiales, en servicios que atiendan a pacientes psiquiátricos en fases agudas.
- Sistemas de comunicación directa con la Dirección del centro y con la Policía.

Medidas de seguridad activa como:
Las Gerencias o Direcciones facilitarán los cauces de comunicación con las

Fuerzas de Orden Público para fomentar actuaciones conjuntas en materia de prevención de agresiones.
En el caso de ciudadanos con antecedentes de comportamientos violentos se recomienda que la atención se realice con el acompañamiento de otro profesional o personal de apoyo, se llame a seguridad o se reciba con la puerta abierta.

El agredido que realice una denuncia verbal ante las fuerzas de orden público deberá ser acompañado por una persona designada por el inmediato superior o por un testigo. La denuncia se interpondrá ante los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado, Ministerio Fiscal, tribunal competente, o juez de instrucción de guardia de la localidad donde se cometan los hechos denunciados.

El agredido debe presentar él la denuncia siempre y en muchos casos es recomendable que también lo haga el servicio de salud o empresa donde trabaja, sobre todo en casos de lesiones dolosas en las que se prevé que se repita la agresión y cuando se quiera considerar como atentado contra la autoridad o funcionario público y alteración del orden público.

Se debe de confeccionar un Plan Integral de Prevención y atención de las agresiones a los trabajadores del sector sanitario, en donde se preverá que exista un registro informatizado de todas las agresiones que se vayan produciendo o detectando, Este plan será confeccionado a través del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales.

Este servicio de Prevención de Riesgos Laborales deberá de:
- Formar mandados directos en tareas de notificación e investigación de accidentes.
- En materia de investigación de los accidentes e incidentes prestar sus servicios.
- Cumplimentar el registro informatizado de accidentes e incidentes de su ámbito de actuación.
- Realizar un análisis anual de siniestralidad en base a la información registrada y proponer las líneas de actuación convenientes para reducir las agresiones al personal sanitario.
- Elaborar protocolos a utilizar frente a las agresiones, que abarque los aspectos preventivos del fenómeno y que ayuden a clarificar como debe el personal reaccionar ante las situaciones de violencia, para evitarlas, o si esto no es posible, que se debe de hacer para minimizar su impacto, como declararla, como actuar legalmente y quien debe de hacerlo y como se debe dejar constancia de que se ha producido la agresión.

Un aspecto fundamental que deberían abarcar los distintos planes y protocolos de prevención de agresiones, es la de modificar las situaciones conflictivas, y para ello hay que cuidar mucho la información que se da al ciudadano.

Hay que fomentar y trabajar en las habilidades comunicatorias y disminuir la burocracia al mínimo para no confundir y enervar a los pacientes.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Prevenir situaciones conflictivas entre profesionales, usuarios, así como también aquellas acciones que pongan en riesgo a profesionales, usuarios y bienes de los servicios sanitarios.

Objetivos secundarios:
- Proteger a los profesionales, usuarios, bienes y servicios de la violencia o agresión, mediante los medios materiales y humanos disponibles, utilizando las ayudad externas si fuese necesario.
- Dar cobertura al profesional, tanto física como psíquica y asistencia letrada a los trabajadores afectados, así como la investigación de la Gerencia en coordinación con el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales.
- Formar a los profesionales en habilidades comunicativas y manejo de conflictos.
- Ayudar a reconocer y entender los condicionantes personales, sociales, ambientales y psicológicos que generan agresividad.
- Sensibilizar al personal sanitario de la importancia de la correcta comunicación asistencial para la prevención de situaciones conflictivas.
- Analizar y conocer los diversos tipos y niveles de la agresividad.
- Conseguir las habilidades necesarias para la prevención, manejo y resolución de las situaciones hostiles y agresivas.
- Dotar a los profesionales de técnicas útiles de autocontrol para reducir el estrés, ya que a veces es el desencadenante de algún tipo de agresividad.
- Educar a la población en el deber de respetar a los profesionales sanitarios y a la instituciones.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica

existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Bibliografía

-Plan de Prevención de las agresiones a los profesionales de la Sanidad de Murcia.
-Plan Director de Seguridad Corporativa y de Protección del Patrimonio del SESCAM. Plan Perseo.
-Plan de Prevención de las agresiones al personal sanitario del SESPA. Principado de Asturias.
-Revistas varias de enfermería.

Capítulo 716

EL TCAE ANTE LA LACTANCIA MATERNA EN MADRE PRIMERIZA.

NELLY MORA MENENDEZ

1 Introducción

La lactancia materna es el proceso por el que la madre alimenta a su hijo recién nacido a través de sus senos, que segregan leche inmediatamente después del parto, que debería ser el principal alimento del bebé al menos hasta los dos años. es una forma de alimentación.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (Unicef) señalan que la lactancia es una forma inigualable de facilitar el alimento ideal para el crecimiento y desarrollo correcto de los niños.

La producción de leche materna (LM) se inicia después del parto y la cantidad producida, dependerá en primera instancia de la succión del niño y la frecuencia en que es amamantado.

2 Objetivos

- Evitar en primer lugar lesiones y dolor en la madre y en segundo lugar prevenir el abandono de la lactancia materna, por una mala postura o falta de conocimientos de la partulienta.

3 Caso clínico

Mujer de 27 años, primípara, que tras parto eutócico hace 2 días de un niño de 2,800 kg de peso, acude a maternidad y presenta grietas y dolor en ambos pezones tras iniciar lactancia materna. Ingurgitación mamaria. Preocupada, duda si está alimentando bien a su hijo. Refiere que piensa en el abandono de la lactancia por el dolor y las lesiones que esta le producen, presenta agotamiento, falta de descanso.

Se cita con la matrona para valoración de los pezones y cura de las lesiones y a su vez con el técnico de cuidados auxiliares de enfermería para enseñarle y ayudarle a la colocación del bebe y el agarre correcto de este al pezón. Transcurrida 8horas en el servicio de maternidad, se observa ala madre mas relajada y con mejor agarre del bebe.

Se le pauta bactroban pomada cada 8horas, higiene diaria y lanolina para hidratación del pezón. Se la cita en 48 horas. Pasadas las 48 horas la paciente presenta curación completa de las grietas y refiere no sentir dolor en el agarre del bebe. Se le da el alta y se le avisa que puede reacudir al servicio siempre que lo precise.

4 Discusión-Conclusión

Con un trabajo eficaz por parte del equipo de maternidad, en especial del TCAE y la matrona, se consigue que las técnicas de lactancia materna, en la colocación y enganche del recién nacido al pecho, se haga de forma correcta y así obtenemos una evolución adecuada de las grietas y el dolor en los pezones y una disminución de la ingurgitación mamaria y correcto vaciado del pecho.

5 Bibliografía

- Lactancia materna: factor protectivo de la dentición/Breast feeding: teething protective facts.
- Fajen C. Nutrición durante el embarazo y la lactación.
- Gamboa EM, López N, Prada GE, Gallo KY. Conocimientos Actitudes y Prácticas relacionados con Lactancia Materna en mujeres en edad fértil en una población vulnerable Sánchez CL, Cubero J, Sánchez J, Chanclón B, Rive.

Capítulo 717

LA ANSIEDAD

ZAIRA VALÍN PALOMO

PAULA BLANCO LÓPEZ

CRISTINA RAMOS CALOTO

LIDIA MARIA BLANCO MENENDEZ

LAURA GARCIA VILASECO

1 Introducción

La ansiedad es un estado desagradable de temor que se manifiesta externamente a través de diversos síntomas y signos, y que puede ser una respuesta normal o exagerada a ciertas situaciones estresantes del mundo en el que vivimos, aunque también puede ser una respuesta patológica y anormal producida por diversas enfermedades médicas y psiquiátricas.

2 Objetivos

- Difundir los conocimientos básicos a nivel social, con el fin de educar y ayudar a prevenir los problemas relacionados con la ansiedad y el estrés, orientar a las personas con estos tipos de problemas en la búsqueda de soluciones.
- Facilitar el intercambio de información y conocimientos entre las distintas disciplinas que atienden temas relacionados con la ansiedad, el estrés o las emociones en generales.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Factores de riesgo de la ansiedad:
- Trauma: Los niños que soportaron maltratos o traumas o que presenciaron eventos traumáticos tienen mayor riesgo de manifestar un trastorno de ansiedad en algún momento de sus vidas. Los adultos que atraviesan un evento traumático también pueden manifestar trastornos de ansiedad.
- Estrés debido a una enfermedad: Tener un problema de salud o una enfermedad grave puede causar gran preocupación acerca de cuestiones como el tratamiento y el futuro.
- Acumulación de estrés: Un evento importante o una acumulación de situaciones estresantes más pequeñas de la vida pueden provocar ansiedad excesiva, por ejemplo, la muerte de algún familiar, estrés en el trabajo o preocupaciones continuas por la situación financiera.
- Personalidad: Las personas con determinados tipos de personalidad son más propensas a sufrir trastornos de ansiedad que otras personas.
- Otros trastornos mentales: Las personas que padecen otros trastornos mentales, como depresión, a menudo también padecen un trastorno de ansiedad.
- Tener familiares consanguíneos que padecen un trastorno de ansiedad: Los trastornos de ansiedad pueden ser hereditarios.
- Drogas o alcohol: El consumo o el uso indebido o la abstinencia de drogas o alcohol pueden provocar o empeorar la ansiedad.

5 Discusión-Conclusión

- Los trastornos de ansiedad deben ser identificados a tiempo para que el paciente se recupere rápido.
- Existe mucha información y muchos centros de ayuda donde puede acudir el paciente para una consulta o simplemente para buscar información sobre la misma.

- Se debe de asumir una conducta de apoyo para estas personas, ya que la mayoría necesita comprensión de sus personas más cercanas.

6 Bibliografía

- Bobes García, J. (2001). Trastornos de ansiedad y trastornos depresivos en atención primaria.
- Echeburúa, E. (1992). Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad.

Capítulo 718

ESTREÑIMIENTO EN EL ANCIANO

MARIA DEL CARMEN GANCEDO SANCHEZ

YOLANDA MERELO ALONSO

CARME DE CON GUTIÉRREZ

CRISTINA PRUNEDA SIERRA

MONICA GONZÁLEZ TAMARGO

1 Introducción

Se puede definir como estreñimiento o constipación cuando tenemos una evacuación intestinal infrecuente, es decir, de menos de tres veces por semana o cuando se produce un esfuerzo al defecar excesivo.

El estreñimiento es un síntoma, no una enfermedad, y representa uno de los grandes síndromes geriátricos por su prevalencia, sus posibles graves complicaciones y su importancia en la calidad de vida del anciano.
Afecta por igual a hombres y mujeres, siendo uno de los problemas más frecuentes en la edad avanzada y supone una consulta médica muy común en los ancianos.

Se estima que entre un 2%-12% de los mayores que viven en la comunidad y hasta un 80% de los ancianos institucionalizados lo sufren, aumentando este porcentaje con la edad.

El estreñimiento se puede clasificar atendiendo a varios criterios como son duración y causa.

Por duración se clasifica en:

• Pasajero u ocasional: aparece en momentos puntuales como consecuencia de cambios en los hábitos alimentarios en las rutinas diaria o a consecuencia de algún fármaco puntual
• Crónico o habitual, se presenta en periodos prolongados en el tiempo, de más de 6 meses o un año. Sus causas pueden abarcar desde malos hábitos higiénicos dietéticos hasta diferentes enfermedades.
Por causa se clasificarían en:
• Causa conocida: entre las más destacadas estarían las siguientes:

1. Ingesta insuficiente de fibra en la dieta
2. Hidratación insuficiente : al menos se deberían ingerir dos litros de liquido
3. Sedentarismo: la ausencia o disminución de la actividad física habitual, que ayuda a regular los movimientos peristálticos es un factor a tener en cuenta en el desarrollo del estreñimiento
4. El acto consciente y repetido de retrasar o retener la evacuación. Cuando se realiza de forma habitual puede llevar a no tener la sensación de ganas de defecar de forma crónica
5. Presencia de enfermedades a nivel digestivo como episodios de intestino irritable, enfermedades de cron, hemorroides, cáncer de colon, fisuras anales… Etc.
6. Presencia de enfermedades de tipo nervioso como demencia, ictus, Parkinson…etc.
7. Causas farmacológicas. En el ancianos la causa más frecuente ya que hay muchos fármacos implicados como pueden ser divertidos, codeína y el abuso de laxantes
8. Causas idiopáticas: se llama así cuando no hay razón conocida que justifique el problema. Suele ser la más frecuente en el anciano a larga duración.

Posibles Complicaciones del estreñimiento.
Estas podrían ser:

• Fecaloma o impactacion. Solas heces permanecen en el recto u largo periodo, pueden convertirse en una masa grande, endurecida y difícil de eliminar. En ocasiones hay un escape alrededor de la masa von la descarga consiguiente de heces liquidas..

• Fisuras anales. Son heridas en el ano debidas al paso de las heces duras con excesivas presiones.
• Hemorroides: son venas dilatadas en el ano y parte inferior del recto
• Megacolon: es una dilatación del intestino grueso que dificulten la eliminación de gases y heces. Se debe a las lesiones en las terminaciones nerviosas del intestino, que hacen que se pierdan los movimientos intestinales y las contracciones de expulsión.
• Riesgo de cáncer: hay estudios que señalan al estreñimiento crónico como un factor de riesgo de cáncer de colon y recto. Esto se debería al aumento de la exposición de la mucosa a sustancias cancerígenas.
• Voluvlo: se define como una torsión del intestino grueso sobre su eje mesentérico, lo que ocasiona una obstrucción intestinal. El inicio suele ser intermitente e insidioso y tiene una alta mortalidad
• Incontinencia fecal: se pierde la capacidad de retener gases, heces o líquidos.

2 Objetivos

- Buscar e identificar las posibles causas del estreñimiento, ya que en el anciano son múltiples y variadas. Así se podrán aplicar las medidas necesarias para el restablecimiento de una eliminación fecal normal.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos como Scielo, Pudmed, utilizando palabras claves en la búsqueda como “estreñimiento en el anciano” “causas del estreñimiento” “la importancia de la fibra en el estreñomiento”.

4 Resultados

Una vez identificado el problema se deben establecer una serie de medidas para el restablecimiento de una eliminación fecal normal.
Las medidas generales más comunes serian:

1. Intentar tener un horario deposicional habitual, convirtiéndolo en una rutina regular, no aplazando la urgencia de defecar y dedicando el tiempo necesario
2. Realizar ejercicio físico, siempre dentro de las posibilidades de cada persona y si no está contraindicado

3. Regular en consumo de fibra en la dieta, apartando salvados, fruta y verduras. También se limitarían los alimentos ricos en azúcares refinados, quesos curados y el arroz
4. Utilizar laxantes naturales tales como pasas, dátiles, ciruelas….
5. Evitar el abuso de laxantes

Pese a todo lo anterior si el estreñimiento persiste, hay dolor agudo, nauseas, vómitos o un cambio repentino en los hábitos intestinales se deberá acudir al medico

5 Discusión-Conclusión

El estreñimiento es uno de los padecimientos más destacados en la población de mayor edad. Esta favorecido por la degeneración propia de la edad. Influye en la calidad de vida de las personas en general y en particular en los ancianos.

6 Bibliografía

- Estreñimiento, más importante de lo que parece, unidad para el estudio y tratamiento del estreñimiento y la incontinencia. Centro médico Teknon. Barcelona. Editorial Doyma.
- Estreñimiento, síntomas y causas. Mayo Clinic.
- Instituto Gerontológico.

Capítulo 719

ESCLEROSIS MÚLTIPLE.

JULIA MARTINEZ FRADE

SONIA FERNÁNDEZ RATO

MARIA DEL CARMEN SUAREZ CALVIÑO

1 Introducción

La esclerosis múltiple (EM) es una enfermedad crónica y de momento sin cura del sistema nervioso central, que se da más en mujeres que en hombres. Es una de las enfermedades neurológicas más comunes entre las personas jóvenes de entre 20 y 40 años y la segunda causa de discapacidad en los países desarrollados.Acortan la esperanza de vida en 10 años
La esclerosis múltiple también es conocida como la enfermedad de las 1.000 caras y se presenta en diferentes síntomas en cada persona. El hecho de tener una diversidad tan grande de síntomas, dificulta el diagnóstico que se realiza a través de distintas pruebas médicas que descartan otras enfermedades.
La esclerosis múltiple es una enfermedad del sistema inmunológico, que ataca estructuras propias del organismo, como es el caso de las vainas de mielina. La mielina favorece la conducción de los impulsos nerviosos, por lo que cuando resulta dañada se produce una interrupción de esta transmisión y aparecen los síntomas y signos característicos de la enfermedad. Estos ataques del sistema inmunológico a la mielina se conocen como brotes. La evolución de la EM es diferente en cada persona.

Existen varios tipos de EM

La esclerosis múltiple remitente-recurrente es el tipo de esclerosis múltiple mayoritario. Los síntomas después de un brote disminuyen o desaparecen espontáneamente en un período que puede durar de días a meses.
La esclerosis múltiple primaria progresiva se caracteriza porque la aparición de los síntomas se produce de forma progresiva. Especialmente los relacionados con la habilidad de caminar y la fuerza motora. La esclerosis múltiple primaria progresiva tiene la misma incidencia en hombres que en mujeres.
Este tipo de EM es más frecuente en mujeres y se suele dar en estadios tempranos de la enfermedad, aunque muchas personas permanecen en esta fase el resto de sus vidas.
Un 25% de las personas que tienen esclerosis múltiple remitente-recurrente evolucionan con un empeoramiento neurológico progresivo que deriva, con los años, con la esclerosis múltiple secundaria progresiva.
La esclerosis múltiple progresiva recurrente es el tipo menos común. Sólo un 3% de las personas con EM tienen el tipo progresiva recurrente. Este tipo de esclerosis múltiple se caracteriza por una progresión constante de la enfermedad, sin remisiones.

2 Objetivos

- Evaluar la importancia del diagnóstico precoz de la EM, de cara a poder iniciar un tratamiento precoz, tanto médico como psicológico, a sabiendas que el tratamiento actual puede retrasar la incapacidad y mejorar el pronóstico de la enfermedad.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, Google Académico seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

- La clínica no siempre corresponde al resultado de la prueba radiológica, por lo que el diagnóstico adecuado precoz permite el inicio del tratamiento si pérdida de tiempo.
Los hallazgos de la RMN obligan estudio por parte de neurología para descartar enfermedad desmielinizante. Por ello solicitan que se realicen más pruebas:
- Analítica general con anticuerpos antinucleares.
- RMN craneal y cervical con contraste.
- Potenciales evocados visuales.
- Estudio de LCR:
- Bioquímica.

5 Discusión-Conclusión

Las causas de la EM son muy variadas, implicando tanto factores genéticos como ambientales (infección por el virus de Epstein-Barr, tabaquismo, latitud, eventos traumáticos, cirugías previas). Pero realmente la causa última continúa siendo desconocida, por lo que en la actualidad no están claramente definidos factores de riesgo que permitan diseñar estrategias de prevención. Es por ello fundamental llevar a cabo un diagnóstico precoz.Cualquier síntoma neurológico en una persona joven que sugiera disfunción neurológica y dure más de veinticuatro horas debe hacernos pensar en una EM. El síntoma de comienzo más frecuente es la alteración de la sensibilidad (parestesias), también es muy frecuente la alteración motora que se caracteriza por la pérdida de fuerza de uno o más miembros o aparición de fatiga con esfuerzos pequeños. Los síntomas como disartria, diplopía, disfagia o vértigo, son algo menos frecuentes como síntoma de inicio de la enfermedad, al igual que las alteraciones visuales, siendo lo más frecuente es la presencia de un escotoma central.
La afectación del cerebelo, se puede presentar como disartria cerebelosa, incoordinación motora o inestabilidad en la marcha. Finalmente, la aparición de síntomas de deterioro mental, como manifestaciones iniciales aisladas, son muy raras y cuando aparecen producen gran incertidumbre diagnóstica, hasta que se presentan otros síntomas. El carácter imprevisible de esta enfermedad produce una elevada tensión emocional en los pacientes pues genera gran incertidumbre y puede traer consigo trastornos psicológicos como ansiedad y depresión, especialmente en los brotes. Por ello son importantes las intervenciones psicológicas que proporciones herramientas de afrontamiento al paciente y sus familias.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.
- Fundación esclerosis múltiple.

Capítulo 720

CÁNCER COLORECTAL.

ROSA MARIA LÓPEZ FEIJOO

1 Introducción

El cáncer colorrectal (CCR) es el cáncer más común del tracto gastrointestinal, la tercera causa más común de cáncer y la segunda causa de muerte por cáncer en España, y el de mayor incidencia, en ambos sexos. Su etiología es compleja, incluyen factores ambientales y genéticos; Los factores de riesgo ambientales incluyen tipo, calidad y cantidad de la dieta y estilo de vida. Los factores genéticos incluyen predisposición hereditaria, y síndromes de poliposis y no pilipósicos, familiares.
Está considerada como cáncer de mortalidad evitable, con medidas de prevención, tratamiento, y actuación correcta del sistema sanitario.

Entre estos factores de riesgo, está el consumo de tabaco y alcohol, la dieta rica en grasas saturadas y pobre en fibras vegetales, el déficit de ácido fólico, el sedentarismo, el sobrepeso y la hiperglucemia, todos estos factores son modificables. Revertir estos hábitos, disminuye la incidencia y mortalidad de ésta neoplasia.
En factores hereditarios y ambientales, debemos aplicar medidas de detección precoz.

En la población sin sintomatología, los programas de detección, se inicia a partir de los 50 años, utilizando diversos procedimientos como el test de sangre oculta en heces que se realiza cada año, ésta es una técnica no invasiva y barata, en caso de que el test sea positivo, se realiza colonoscopia, que se repetirá a los tres años, y en caso necesario, una sigmoidoscopia, que amplia la zona de estudio, ésta se realizará cada cinco años si se requiere.

La sigmoidoscopia y la colonoscopia, son técnicas invasivas y costosas, pero facilita la visualización del colon, y con la sigmoidoscopia, además, la parte distal del colón que es donde se encuentra la mayoría de los pólipos. Estas técnicas permiten resecar y recoger los pólipos para someterlos a estudio. El pólipo es el punto en el que podemos intervenir para evitar el cáncer colorrectal.

Datos epidemiológicos sugieren que las dietas ricas o suplementadas con carotenoides, otro antioxidantes, calcio, vitamina D, folatos o multivitamínicos pueden reducir el riesgo de cáncer colorectal. Basados en estudios epidemiológicos, clínicos, se concluye que una dieta rica en frutas y vegetales, además de suplementos de cereales y una limitada ingesta de carnes, en particular carne roja, puede disminuir el riesgo de desarrollar cáncer colorrectal. En los factores que podemos modificar, se recomienda una dieta equilibrada que contenga ácidos grasos poliinsaturados n3, evitar el sedentarismo, y los hábitos tóxicos.

2 Objetivos

- Hacer hincapié en la educación de la población, para que pueda identificar signos y síntomas, tales como trastornos intestinales, sangre oculta en heces o una pérdida de peso sin razón aparente.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La realización de los exámenes diagnósticos para la detección precoz del cáncer colorrectal es una de las armas más poderosas para prevenir esta enfermedad, se hace necesario instruir la población en el conocimiento de estos exámenes para que acuda a realizárselo, así mejorar los indicadores de morbimortalidad por esta enfermedad. El CCR se considera la neoplasia más frecuente de este siglo y su

morbilidad y mortalidad llevan un ritmo ascendente, debido al aumento de la esperanza de vida.

Cada semana se diagnostican en España más de 500 casos de CCR y fallecen casi 260 personas por la enfermedad. El CCR es un tumor que se puede prevenir, y es curable en el 90% de los casos si se detecta en fases iníciales. Los programas de cribado, reducen la incidencia y mortalidad. La recurrencia después de la cirugía es un problema principal y a menudo la causa definitiva de muerte.
También se debe hacer hincapié en la educación de la población, para que pueda identificar signos y síntomas, tales como trastornos intestinales, sangre oculta en heces o una pérdida de peso sin razón aparente.

La quimioprevención de las neoplasias colorrectales suele considerarse como primaria y secundaria. En la prevención primaria existe una amplia variedad de estrategias que tienen como objeto disminuir la posibilidad de desarrollar la neoplasia por debajo del riesgo promedio. Se ha observado que con algunos cambios dietéticos se puede disminuir la cifra de afectados.El cáncer de colon es una enfermedad que en muchos casos se cura, sobre todo cuando el tumor está localizado en el intestino. La cirugía continúa siendo la forma primaria de tratamiento y da como resultado la curación de aproximadamente el 50 % de los pacientes. Una vez resecado el tumor primario, las posibilidades de que se presente una recurrencia serían las mismas en todos los casos.

En mujeres operadas por cáncer de colon primario, es recomendable realizar una ooforectomía, debido a la alta recurrencia en los ovarios. La inmunoterapia está demostrando una eficacia alta en el tratamiento del cáncer. En el cáncer de colon recurrente, el seguimiento de los pacientes es imprescindible. Tras el tratamiento, las evaluaciones periódicas, conducen a la pronta identificación y control de la enfermedad recurrente; el impacto de tal seguimiento en la mortalidad general, se ve limitado a las recurrencias localizadas y curables.

Una vez diagnosticado el cáncer de colon se realizada el estudio individualizado del tratamiento a aplicar, y el tipo de cirugía que se precisa. Los procedimientos quirúrgicos, son distintos según las zona afectada por el tumor, entre éstas técnicas están:

- Hemicolectomía derecha, incluye la resección de los últimos 8 cm del íleon ter-

minal, colon ascendente, flexura hepática. Está indicado en tumores de la región de ciego y colon ascendente. Las complicaciones pueden ser; lesión ureteral, de duodeno o lesiones en los conductos biliares.
- Hemicolectomía derecha extensible, Incluye lo anterior, más la resección del proximal del colon transversal; ésta resección puede producir evacuaciones diarréicas.
- Colectomía transversa; son lesiones de la región media, son menos frecuentes.
- Hemicolectomía izquierda; la resección implica la zona distal del colon transverso.
- Sigmoidectomía. Incluye la resección de la porción distal del colon descendente
- Colectomía subtotal; La resección es de todo el colon dejando la región rectal.
- Reseciones laparoscópica: ésta técnica mantiene los principios oncológicos pero disminuye el dolor, la estancia hospitalaria, y la pronta recuperación
- Obstrucción de colon; se pretende la resección del tumor, realizando colostomía con bolsa cuando el tumor no es resecable.
- Metástasis hepáticas: la mayor parte de las recaídas de éste tipo de cáncer, ocurre en el hígado.

El manejo quirúrgico del cáncer de colon juega un papel importante en las modalidades de tratamiento actual, gracias a éstas técnicas aumenta la sobrevida. El tratamiento más aplicado, en cancer metástico, de colon y recto, se basa en la quimioterapia con una fluoropirimidina. Hay nuevas drogas que incorporan dos agentes como los derivados de platino y los inhibidores de topoisomerasa. Cuando la fase de la enfermedad está avanzada, la terapia sistemática, es paliativa. El objetivo es paliar la sintomatología y aumentar la sobrevida.

5 Discusión-Conclusión

El CCR se considera la neoplasia más frecuente de este siglo y su morbilidad y mortalidad llevan un ritmo ascendente, debido al aumento de la esperanza de vida. Cada semana se diagnostican en España más de 500 casos de CCR y fallecen casi 260 personas por la enfermedad.

El CCR es un tumor que se puede prevenir, y es curable en el 90% de los casos si se detecta en fases iníciales. Los programas de cribado, reducen la incidencia y mortalidad. La recurrencia después de la cirugía es un problema principal y a menudo la causa definitiva de muerte.

6 Bibliografía

- http://www.cancer.gov
- http://researchgate.net
- http://sciencedirect.com
- http://scielo.slp.org

Capítulo 721

EL MALTRATO INFANTIL

MIRANDA ARANGO BUENO

MARIA CONCEPCIÓN FERNÁNDEZ CELORIO

CRISTINA GARCÍA-MORENO CASTRILLÓN

ALBA ALONSO ÁLVAREZ

ADRIÁN GÁMEZ ROLDÁN

1 Introducción

El maltrato infantil es un problema de salud que representa una causa muy importante de morbimortalidad. Esta circunstancia produce consecuencias para el niño a largo y corto plazo, tanto física como mentalmente.

2 Objetivos

Mejorar la prevención y detección precoz del maltrato infantil.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Las actuaciones de carácter preventivo y la detección precoz constituyen una de las actuaciones principales en los casos de maltrato infantil. Proporcionar la información y formación necesaria a estos profesionales para que puedan identificar estas situaciones en estados iniciales, así como la forma de orientarlas.

5 Discusión-Conclusión

Se llega a la conclusión de que es importante la sensibilización y formación de los profesionales sanitarios con respecto a los factores de riesgo, las señales de alerta y los indicadores de maltrato infantil, para que la detección sea lo más temprana posible.

6 Bibliografía

- https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment
- https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/child-abuse/symptoms-causes/syc-20370864
- http://www.enciclopedia-infantes.com/maltrato-infantil/segun-los-expertos/el-maltrato-infantil-y-su-impacto-en-el-desarrollo-psicosocial
- https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001552.htm

Capítulo 722

EL ENVEJECIMIENTO. ASPECTOS SOCIALES Y PSICOLÓGICOS

JOSÉ JULIO ROLDÁN QUINTANS

1 Introducción

La vejez no es una etapa homogénea porque en ella influyen diferentes factores: la herencia genética, la salud previa, la personalidad, el contexto socio-cultural, o el estatus económico.

Tradicionalmente la visión que se ha tenido es la de una etapa de declive de todas las funciones, ha primado una visión negativa en la sólo parecen tenerse presentes las ideas de enfermedad y de dependencia. Tampoco se debe caer en el error de ver esta etapa vital como algo pleno, basándonos en la experiencia de nuestro entorno, donde la mejora de las condiciones sociosanitarias permiten llegar a edades más avanzadas, con mayores niveles de autonomía y de salud que en épocas precedentes.

Debemos ver a esta etapa de nuestra vida como un proceso que cambia a lo largo del tiempo y que además es heterogénea. La mejor manera de acercarse y estudiarlo como fenómeno debería ser desde diferentes perspectivas: la biológica, psicológica, cultural, social, etc.

2 Objetivos

- Definir el concepto de anciano.
- Conocer los cambios psicológicos en la vejez.

- Conocer los cambios sociales que se han vivido en referencia a la vejez a lo largo del tiempo.

3 Metodología

Se llevó a cabo una revisión de trabajos y materiales bibliográficos, dedicados al envejecimiento y la vejez, sobre los aspectos a los que se refiere el título del presente artículo.

4 Resultados

Al hablar de la vejez y del envejecimiento lo primero que hemos de tener en cuenta es que el envejecimiento es cambio, un proceso natural, pero no supone necesariamente enfermar. Los cambios son de diferente índole: psicológicos, físicos, funcionales, y suponen una disminución en la capacidad de reserva del individuo.

Generalmente tendemos a considerar, como en la mayoría de los países de nuestro entorno, que la vejez comienza a los 65 años, la edad de la jubilación, aunque algunos autores lo hacen a partir de los 60, cuando es evidente el declive físico. Las clasificaciones han ido cambiando, se habla de una cuarta edad, de viejos-jóvenes, de viejos-viejos. Todo esto nos recuerda lo heterogénea que es la población mayor. Las necesidades y capacidades están ligadas a los acontecimientos vividos, que pueden modificarse en ocasiones, lo que permitiría mantener una mayor capacidad funcional.

Cambios psicológicos:
En el envejecimiento normal se produce una disminución de las capacidades cognitivas, no forma parte de un proceso patológico. Cuando se evalúan las funciones cognitivas se ve que están muy ligadas al número de años de educación. Las diferencias de rendimiento, si se comparan con adultos jóvenes, no indican que se produzca un proceso de demencia, muestran que se produce una disminución con diferentes ritmos, nos hayamos ante una población muy heterogénea.

1. Esfera Cognitiva
Existen diferentes factores que influyen en la disminución de capacidades. Los principales:
- Edad. El factor más influyente, y lo hace directamente. A mayor edad la diferencia de rendimiento es más acusada, si se compara con adultos jóvenes, y mucho

más a partir de los 84 años.

- Sexo. No existen diferencias entre los sexos, sobre todo si el factor se corrige teniendo en cuenta el grado de escolarización. Sí se ha observado un deterioro que empieza antes en los hombres que en la mujeres, y este es de tipo verbal, mientras que en ellas es visoespacial.

- Escolarización. A mayor escolarización las habilidades para la realización de los test es mayor, por haber adquirido mayores conocimiento y porque parece que se potencia el desarrollo del cerebro.

- Actividad mental. Está muy ligado con lo anterior, porque es importante la actividad que se haya tenido en el pasado, y también en el presente, pues parece actuar como un factor de protección.

- Psicopatología. La depresión y la ansiedad son capaces de afectar a las capacidades intelectuales. Sin embargo, no parece claro que la depresión actúe como factor de riesgo, y se discute si determinadas patologías pueden ser predictoras de un deterioro cognitivo futuro.

- Capacidad funcional y autonomía. Parece existir una relación inversa entre el estado de salud y la ejecución en pruebas que miden el rendimiento intelectual.

- Genética. En los últimos años se han ido aportando estudios que vinculan los genes con las demencias.
- Actividad física. Los estudios parecen sugerir que hay una relación positiva entre el ejercicio aeróbico y el rendimiento intelectual.

- Efectos generacionales. Puede que sea un sesgo y no un factor implicado en el deterioro cognitivo. Sin embargo, hay que tener en cuenta que las generaciones más recientes obtienen mayores puntuaciones en los test. En ocasiones no resulta fácil distinguir entre el declive cognitivo normal, propio de la edad, y las primeras señales de una demencia. Algunas diferencias pueden ser estas:
En el envejecimiento normal no hay alteraciones de las funciones, el individuo recurre a ciertas habilidades para compensar.
El aislamiento social es más propio de los estados patológicos.
En el envejecimiento normal, a diferencia del patológico, aparecen quejas subjetivas.

- Atención. No suele estar alterada, aunque disminuye el rendimiento cuando se trata de tareas complejas: selección de información, atender a más de una tarea

simultáneamente, cambiar la atención de una tarea a otra alternativamente o evitar la interferencia de los distractores.

- Lenguaje. La expresión verbal no está afectada. La comprensión, el vocabulario y la capacidad lectora se conservan, aunque hay una menor capacidad para asimilar conceptos nuevos que no se puedan ligar a información antigua. También es más frecuente que se de el fenómeno de "la punta de la lengua", cuando se trata de evocar algunos términos.

- Razonamiento y funciones constructivas. Aparece un leve deterioro en la planificación, ejecución y evaluación de secuencias complejas, y también de la capacidad de razonamiento lógico. Presentan más dificultades para orientarse en espacios nuevos.

- Memoria y aprendizaje. No se ven afectadas por igual manera todos los tipos de memoria. La que presenta un peor rendimiento es la memoria reciente. La memoria a corto plazo y la memoria de trabajo parecen alterarse poco. La memoria a largo plazo se conserva intacta. Las estrategias para la codificación y recuperación de la información son menos eficaces, cuando se comparan con adultos jóvenes.

Algunos autores hablan de unos déficit benignos al estudiar la memoria, frente a los malignos que serían los propios de las demencias, las AMAE (alteraciones de la memoria asociadas con la edad). Las características serían la siguientes: aparecen en edades por encima de los 50 años, hay quejas subjetivas de memoria que afectan en la vida cotidiana, comienzo gradual, la puntuación está una desviación media por debajo del valor medio para el grupo de edad, las funciones intelectuales son normales, ausencia de demencia, ausencia de cualquier enfermedad que pueda afectar a la memoria (TCE, enfermedades psiquiátricas o neurológicas).

- Inteligencia. Es un constructo teórico ligado a múltiples funciones. Esto significa que si hay alguna de ellas alterada, se alterará la inteligencia. Parece existir un a tendencia a disminuir las puntuaciones, pero algunos autores discuten si está producido por el cansancio y las dificultades de concentración, más que en un deterioro real de la inteligencia medida con tests.

Cuando se utiliza el test WAIS como medida de la inteligencia se obtienen peores puntuaciones en los subtest que miden la inteligencia fluida (depende de los factores biológicos y del mantenimiento de las funciones del SNC) frente a la

cristalizada (fruto del aprendizaje durante el desarrollo).

2. Esfera Psicológica.
Se produce una disminución de la capacidad psíquica de adaptación al entorno, mostrándose más rígidos y acentuándose las características previas de la personalidad. Junto a ello, puede darse una disminución por el interés del entorno.

Cuando se mantiene el interés por el entorno, pero las alteraciones físicas o el aparato psíquico no permiten la realización se presenta un conflicto, que se resolverá teniendo en cuenta las características de la personalidad, las experiencias previas y las circunstancias sociales.

-Se aceptan los cambios, representando una forma sana de vivir la vejez.

-Adoptar un comportamiento inflexible. Escasa adaptación a las novedades. Aparecen actitudes, o se acentúan, conservadoras, unidas al autoritarismo.

-Regresión narcisista. Al perder la autoestima y la autoconfianza aparece una actitud negativa y derrotista frente a la incapacidad.

-Rechazar la merma en las condiciones físicas, intelectuales y sociales cuando son evidentes, apareciendo sentimientos de frustración y rabia. Cuando se produce un desplazamiento hacia el otro, se espera y exigen atenciones y cuidados. Cuando se dirigen hacia uno mismo pueden aparecer conductas suicidas (más frecuente en esta etapa vital).

-Depresión. Al percibir que lo que se desea y las expectativas no se pueden lograr.

- Afectividad. Desde el punto de vista emocional se observa una disminución de la vitalidad, menor impulso y disminución en el control de la expresión de las reacciones emotivas. Puede aparecer aislamiento cuando el humor es más sombrío y se une a la interiorización.

- Afrontamiento del estrés. Se vuelven más pasivos, más individualistas, y tratar de controlar la ansiedad, más que tratar de resolver el problema que la genera.

- Sexualidad. Generalmente se mantienen el interés y la capacidad para el acto sexual. Los factores presentes en el mantenimiento de las relaciones sexuales son: persiste más el interés en el hombre que en la mujer; la actividad sexual previa; el estado de salud; existencia de pareja. En muchas ocasiones es más importante el efecto de algún tratamiento, o de una determinada enfermedad, que la edad en sí para seguir manteniendo la actividad sexual.

Aspectos sociales del envejecimiento
Las actitudes hacia la vejez tienen un sustrato cultural, en algunas culturas el anciano es una persona respetable, dotado de sabiduría y con autoridad. En el mundo occidental tiende a verse como un grupo pasivo, dependiente y con una escasa posibilidad de autorrealización.

La realidad es que es un grupo que también está sometido a estresores vitales, jubilación, cambios de estatus, pérdidas vitales, es decir, es un grupo no tan pasivo como se puede tender a creer.

1. Cambios Sociales
- Jubilación. En España la edad legal de jubilación es de 65 años, aunque en algunas profesiones se mantienen en activo hasta edades más tardías. Los factores que predicen que se alargue la edad de jubilación son: el buen estado de salud; rechazar la jubilación; el compromiso psicológico con el trabajo.

En muchas ocasiones se percibe la jubilación como una pérdida, sin ver que supone el final de una etapa de obligaciones, por ello en ocasiones se experimentan sentimientos de minusvalía e inutilidad. No es menos cierto que es ocasiones estos sentimientos están ligados a la disminución de las relaciones sociales (fundamentalmente ligadas al entorno laboral), al cambio en el estilo de vida y la disminución de los recursos económico.
Quienes tienen una actitud positiva frente a la jubilación presentan menos niveles de ansiedad y reorganizan su vida de manera más pronta.

- Pareja y duelo. La gran mayoría de los ancianos, con edades un poco por encima de la edad de jubilación, conviven con sus parejas, y una vez abandonadas las obligaciones laborales tras la jubilación y la crianza de los hijos, se obtienen tasas de satisfacción mayores que en las etapas anteriores, y además puede suponer un momento de reencuentro vital con la pareja.
El duelo es un proceso derivado de la pérdida de una persona, y puede ser adaptativo o patológico. La evolución del mismo depende de la personalidad, las circunstancias (son menos traumáticas las pérdidas esperadas) en las que se ha producido la pérdida, el entorno social y familiar.

Existen situaciones que añaden dificultades, como la incapacidad física y menores recursos económicos, especialmente en el caso de las mujeres, pues las mujeres no tienen jubilación propia en la gran mayoría de los casos, porque es bajo el número de mujeres que ha trabajado fuera de casa. Se produce un aumento de la prevalencia de depresión, patologías somáticas, y también fallecimientos durante

el proceso de duelo.

- Familia. El aumento de la esperanza de vida ha llevado a la coexistencia de varias generaciones. La gran mayoría de los ancianos mantiene una relación positiva con los hijos, con contactos frecuentes. Esto no excluye que la reorganización de los roles de grupo no genere conflictos en ocasiones. Se llega a producir una inversión de los roles, en la que los hijos son los cuidadores y los ancianos pierden autonomía, pasando a adoptar un papel pasivo y dependiente. Pero en algunas familias los ancianos tienen un papel más activo, cuando colaboran en la crianza de los nietos, ayudando a los hijos mientras estos trabajan, y en ocasiones llegando a sustituirlos, pudiendo ocasionar un gran desgaste en las personas mayores, aunque esta relación más estrecha también puede producir satisfacciones a los abuelos y los nietos.

Cuando se da una situación de dependencia, los cuidados y las atenciones suelen recaer en la pareja, y en la mayoría de las ocasiones estos cuidados informales los prestan las mujeres, que presentan un gran desgaste físico y psicológico por la sobrecarga, aunque se cuente con la ayuda y apoyo de familiares.

- Amigos. Frecuentemente se produce una disminución de los contactos con los amigos, y en general no es debido a un menor deseo de cercanía, sino por las pérdidas y por las dificultades físicas. Esta situación se da en las edades más avanzadas, por contra en los ancianos que disponen de tiempo libre se establecen o consolidan relaciones sociales.

La soledad es algo que habitualmente se asocia a la vejez, y no cabe una definición única de este concepto porque hay mucho de subjetivo. Es una situación que se vive de forma dolorosa y negativa, y no está ligada al número de relaciones, sino a la calidad percibida de las mismas.

2. Desarrollo Social
Teoría de la desvinculación (Cumming y Henry, 1961). Defiende que se da un distanciamiento reciproco, inevitable y universal entre los ancianos y los otros. Posee dos componentes, el psicológico (propio de cada individuo), la atención se dirige hacia uno mismo, perdiendo interés por los otros; y el sociológico (influencia del entorno en la persona), disminución de las interacciones con las personas cercanas.

Teoría de la actividad (Havighurst y Albrecht, 1953). Este teoría postula que para lograr la adaptación la persona necesita mantenerse activa, mantiene las mismas

actividades que tenía, y cuando no es posible busca otras. En ambos casos lo que se busca es superar la restricción del entorno social. Existe un reconocimiento social ligado a las actividades, y el mayor reconocimiento influye a su vez en la imagen que uno tiene de sí mismo, más positiva, con mayor satisfacción vital.

Teoría de la continuidad (Athcley, 1971). Para esta teoría la personalidad es capaz de explicar las diferencias entre las actitudes y las conductas de los mayores. Existe una estructura básica de la personalidad que se mantiene en el tiempo y permite las adaptaciones. Las experiencias del pasado ayudan a crear estrategias frente a los cambios asociados a la vejez. Existen diferentes grados de continuidad, cuando se da el más bajo hay vivencia de imprevisibilidad frente a los acontecimientos; cuando se da una alta continuidad aparece una dificultad por la ausencia de cambios, entendidos como estímulos enriquecedores; lo óptimo es que los cambios vayan acordes con las preferencias de la persona y de sus capacidades de adaptación.

Maltrato y abuso

La OMS define el maltrato, en su Declaración de Toronto como "la acción única o repetida, o la falta de la respuesta apropiada, que ocurre dentro de cualquier relación donde existe una expectativa de confianza y la cual produzca daño o angustia a una persona anciana". Las formas de maltrato pueden ser: físico, psicológico, abuso financiero, abuso sexual y negligencia (intencionada o no).

Los factores de riesgo y que dificultan la detección del maltrato son: individuales (grado de salud del anciano, abuso de sustancias por parte del agresor, sexo de la víctima, incapacidad física o psíquica para denunciar); relacionales (compartir vivienda; dependencia económica del agresor, relaciones familiares disfuncionales pretéritas, miedo a denunciar por temor a represalias), comunitarios (aislamiento social tanto de los ancianos como de los cuidadores, poca conciencia del personal sanitaria y de los servicios sociales, desconocimiento por parte de los ancianos de los recursos legales); socioculturales (estereotipos basados en la edad, debilitamiento de los vínculos intergeneracionales, menores recursos económicos).

Los factores de prevención para el maltrato son: campañas de sensibilización para el público y los profesionales; detección de posibles víctimas y agresores; programas intergeneracionales en las escuelas; apoyo a los cuidadores; formación de los cuidadores.

5 Discusión-Conclusión

Más allá de la inevitable pérdida biológica asociada a la edad, en la vejez se dan otra serie de cambios importantes. Entre ellos uno de los más importantes es el cambio de rol, sin olvidar los cambios psicológicos, porque no es una etapa estática, es una etapa vital llena de cambios en la que tienen mucho peso el entorno social y la forma de ser previa del individuo. Por ello se ha dedicado el presente artículos a los aspectos psicológicos y sociales presentes en el envejecimiento.

6 Bibliografía

- O.M.S. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud (2015).
- O.M.S. Declaración de Toronto para la Prevención Global del Maltrato de las Personas Mayores (2002).
- O.M.S. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud (2015).
- Guerrero Velázquez, J. Salud mental en el anciano. Editorial Formación Alcalá (2002).
- Ruipérez Cantera, I.; Llorente Domingo, P. Guía para Auxiliares y Cuidadores del Anciano. Fundamentos y procedimientos. McGrawHill (2003).
- Silvestre, N.; Solé; M. R.; Pérez, M.; Jodar, M. Psicología evolutiva. Adolescencia, edad adulta y vejez. Ediciones CEAC (1996).
- Worche, S.; Shebilske, W. Psicología. Fundamentos y Aplicaciones. Prentice Hall (2001).

Capítulo 723

PROTECCIÓN ANTE EL SÍNDROME DE MUERTE SÚBITA DEL LACTANTE.

CRISTINA GARCÍA-MORENO CASTRILLÓN

MIRANDA ARANGO BUENO

ALBA ALONSO ÁLVAREZ

ADRIÁN GÁMEZ ROLDÁN

MARIA CONCEPCIÓN FERNÁNDEZ CELORIO

1 Introducción

Los cambios anatómicos han producido que el recién nacido nazca de forma inexperta. Como resultado los bebés tienen un patrón de sueño diferente al de los adultos, y diferentes periodos de sueño ligero.

Esto puede producir episodios de apnea que pueden llegar a los 15 segundos si no se activa un mecanismo de respiración automático que permita al niño despertar y empezar otra vez su respiración. A veces no pueden despertar y volver a tomar su respiración, y este proceso es conocido como Síndrome de Muerte Súbita del Lactante (SMSL)

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo es recoger información sobre los diferentes métodos que hay para evitar este síndrome.

Además, también queremos conseguir que se facilite información a los diferentes profesionales que están en contacto directo con puérperas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Cuando madre e hijo hacen colecho se realiza una sincronización de los ciclos del sueño entre los dos, aumentando las fases de sueño ligero. Esto ayuda a que aumente la alerta de la madre y la sensibilidad del bebé ante cualquier movimiento, ayudando a prevenir los momentos de apnea.

5 Discusión-Conclusión

El colecho permite la instauración de la lactancia materna, la cual ayuda a prevenir este síndrome.
Existen diferentes momentos en los que no se recomienda el colecho, como cuando la madre es fumadora o consume alcohol o drogas, o si toma medicamentos que alteren su nivel de consciencia.

6 Bibliografía

- https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/sudden-infant-death-syndrome/symptoms-causes/syc-20352800
- https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001566.htm
https://www.aepap.org/sites/default/files/smsl.pdf

Capítulo 724

CUIDADOS A NIÑA CON HERPES ZOSTER.

ADRIANA PRENDES MORO

1 Introducción

El herpes zoster es una infección viral que causa una erupción muy dolorosa. Si bien puede ocurrir en cualquier parte del cuerpo, se presenta, con mayor frecuencia, como una franja de ampollas alrededor del lado izquierdo o derecho del torso. Se presenta a causa del virus de la varicela-zóster, que es el mismo virus que provoca la varicela.

Si tuviste varicela, el virus permanece inactivo en el tejido nervioso, cerca de la médula espinal y el cerebro. Años más tarde, el virus puede reactivarse y causar zóster.

2 Objetivos

Cuando tenemos a un paciente ingresado por esta patología debemos tener en cuenta una serie de cuidados, lo más importante es saber que necesitara un reposo en la cama hasta que no tenga fiebre.

Cuidados de la piel y alivio del picazón:
-Compresas frías y húmedas sobre la piel afectada.
-Baños y lociones calmantes, como los baños de avena coloidal, baños de almidón o la loción de calamina.
-Antihistamínicos para reducir la picazón,tomados por vía oral o aplicados sobre la piel.

Mantenga la piel limpia. Bote los vendajes que se utilizan para cubrir las úlceras en la piel. Tire a la basura o lave con agua caliente la ropa que tenga contacto con las úlceras de la piel. Lave las sábanas y las toallas con agua caliente.
Mientras que las llagas de la piel aún estén abiertas y supurando, evite todo contacto con cualquier persona que nunca haya tenido varicela, especialmente las mujeres embarazadas.

3 Caso clínico

Niña de 11años previamente sana que acude al pediatra por que presenta una erupción eritematosa vesicular en cinturón en lado derecho del tórax de 2días de evolución. El único síntoma referido es prurito.

La madre niega que en la familia halla antecedentes de importancia medica.
Antecedentes patológicos: Varicela a los 11meses de edad. No otras patologías ni intervenciones. Vacunada con todas las vacunas del calendario.

Peso: 29kg
Talla: 134cm
T°:37,8
Examen físico: presencia de erupción vesículo-eritematosa en cinturón comprometiendo los dermatomas T7-T8.

4 Discusión-Conclusión

El principal factor de riesgo para desarrollar zoster es haber tenido varicela antes del año de vida. Esto puede ser explicado por una disminución del desarrollo de inmunidad celular y humoral ante el virus zoster.
El herpes zoster en niños causa mínimo dolor y fiebre y más frecuentemente compromete los dermatomas torácicos. Está raramente asociado a neuralgia post herpética y usualmente se resuelve espontáneamente en menos de 8 días.

5 Bibliografía

- https://faros.hsjdbcn.org
- https://www.elsevier.es

Capítulo 725

CÁNCER DE MAMA EN HOMBRES

LAURA DIAZ MAYO

SANDRA ALONSO FERNÁNDEZ

ROCIO ALONSO FERNÁNDEZ

MARIA BEJAR PEREZ

RAQUEL GONZALEZ GARCIA

1 Introducción

Es un cáncer poco común que forma el tejido mamario del hombre. Es una enfermedad que siempre asociamos a la mujer pero no siempre es así. Puede manifestarse a cualquier edad pero si es cierto que es mas común en personas mayores.
Factores de riesgo:
Los hombres no consideran la posibilidad de desarrollar esta enfermedad por lo que es especialmente importante conocer conocer los factores desencadenantes de esta enfermedad. Algunas de las causas son:

- Envejecimiento: aumenta el riesgo a medida que aumentan los años, al igual que en la mujer.
- Altos niveles de estrógeno: la presencia de estrógeno estimula la multiplicación celular mamaria, tanto la normal como la anormal. Los hombres pueden tener altos niveles a causa de: tomar medicinas hormonales, sobrepeso, haber estado expuesto a estrógenos en el ambiente (ejemplo: hormonas utilizadas para engordar el ganado), consumir grandes cantidades de alcohol, padecer una enfermedad hepática…

- Síndrome de Klinefelter: estos hombres poseen mas hormonas femeninas que masculinas por lo que tienen mayor riesgo a padecer ginecomastia.
- Antecedentes marcados de cáncer de mama en la familia o alteraciones genéticas.
- Exposición a radiación: someterse a terapia de radiación en el tórax.
-Enfermedad o cirugía testicular.

Síntomas:
Son similares a los de la mujer: bulto mama, dolor pezón, pezón invertido, secreciones en el pezón, úlceras, ganglios linfáticos dilatados debajo del brazo, etc.
El aumento del tamaño de ambas mamas a la vez no implica presencia de esta enfermedad.

Diagnóstico:
- Examen físico mediante la palpación.
- Pruebas de diagnóstico por imagen:
1. La mamografía es el primer estudio que se realiza mediante RX. Esta imagen es estudiada por el radiólogo, quien valora si existe algo anomalo.
2. Si existen anomalias lo normal es realizar una ecografía. La ecografía es una prueba inocua y se utiliza para concretar la zona y determinar si el bulto es sólido o de líquido.
3. Biopsia: complemento a todas las pruebas anteriores ademas de determinar el tamaño y el tipo de cáncer.
4. Existen otras pruebas determinantes como TC o TEP.

Tratamiento:
Por lo general el tratamiento implica cirugía para extraer el tejido mamario, dependiendo siempre del caso en particular de cada paciente. También existen casos como radioterapia, quimioterapia.

2 Objetivos

- Dar visibilidad al cáncer de mamá en hombres ya que parece ser una enfermedad desconocida.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre l literatura científica

existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Plumbet, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Aplicando buenos métodos tanto de detección como de tratamiento los resultados siempre serán más positivos.

5 Discusión-Conclusión

Todo el equipo de doctores como el personal que esta en contacto con el paciente deben de mostrar siempre un ambiente positivo, en este caso de sexo masculino, se encuentre cómodo ante esta enfermedad tan desconocida para ellos.

6 Bibliografía

- www.aecc.es
www.medineplus.gov
www.cancer.org
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 726

LEUCEMIA LINFÁTICA CRÓNICA.

PAULA LÓPEZ LEMA

AROA LÓPEZ LEMA

ROCÍO GONZÁLEZ GRANJA

ENCARNACIÓN SÁNCHEZ TOLEDANO

MARTA MARIA GONZALEZ RODRIGUEZ

1 Introducción

La leucemia linfocítica crónica (CLL, por sus siglas en inglés) es la leucemia más común en adultos. Este es un tipo de cáncer que se origina en las células que se convierten en ciertos glóbulos blancos (llamados linfocitos) en la médula ósea. Las células cancerosas (leucemia) se originan en la médula ósea, pero luego llegan hasta la sangre.

En la CLL, las células leucémicas a menudo se acumulan lentamente. Muchas personas no presentan síntomas durante al menos unos años. Pero con el paso del tiempo, las células crecen y se propagan a otras partes del cuerpo, incluyendo los ganglios linfáticos, el hígado y el bazo.
En el año 2010 se logró la secuenciación completa del genoma de la leucemia linfática crónica. En 2015 se logró la secuenciación completa del genoma de 506 pacientes con LLC, identificando 60 genes distintos y nuevas mutaciones recurrentes, que sugieren la posibilidad de mejorar las intervenciones clínicas en el manejo de esta neoplasia y diseñar tratamientos específicos para cada paciente.

La incorporación de nuevos fármacos (anticuerpos monoclonales y terapias dirigidas por inhibidores de la tirosina kinasa) a la quimioterapia tradicional mejora las tasas de remisión de la enfermedad, aumenta la supervivencia y en determinados casos puede cronificar la enfermedad.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Explicar la leucemia linfática crónica.

Objetivos secundarios:
- Explicar los diferentes tipos de leucemia.
- Explicar los tratamientos.
- Explicar cómo afecta esta enfermedad al paciente y a los familiares.
- Explicar cómo se produce la leucemia.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, Google Académico seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Hemos utilizado las siguientes palabras clave, leucemia linfática crónica, tratamientos de la leucemia, diferentes tipos de leucemia, como se produce la leucemia, esperanza de vida, síntomas, tipos de prueba.

4 Resultados

¿Cómo se produce?:

La célula tumoral predominante es el linfocito maduro, que muestra características de "proliferación monoclonal", es decir, que todas las células se parecen una a otra "como gotas de agua" en vez de ser todas ellas un poco diferentes. Ello se debe a que se han originado por mecanismos anormales a partir de la primera célula que enfermó (podríamos decir en lenguaje de la calle que son clónicas y en lenguaje médico se dice de ellas que son "monoclonales").

Las células tumorales linfoides de la LLC-B expresan en su superficie una serie de identificadores a modo de banderas (antígenos) que se pueden detectar por técnicas de citometría de flujo (un método de laboratorio para analizar la superficie de muchas células en poco tiempo), lo que nos permite comprobar que todas ellas parecen copias idénticas.

El momento del desarrollo celular en el que enferma el linfocito y las alteraciones del programa celular que controla el proceso (alteraciones genéticas) influyen en el comportamiento de la enfermedad y en la evolución de la persona enferma.

Dichas variaciones afectan a resultados que tienen gran importancia para las decisiones sobre el tratamiento de la leucemia y que se detectan mediante una técnica de laboratorio que estudia los antígenos de la superficie celular y que se denomina "citometría de flujo" o mediante técnicas que analizan los defectos del programa que controla el funcionamiento celular y que se engloban bajo el término "estudios genéticos".

El método de análisis genético denominado FISH (siglas inglesas de "hibridación in situ") permite detectar en la mayoría de los pacientes anomalías en el programa con que controla el funcionamiento celular.

SÍNTOMAS DE LA LEUCEMIA LINFÁTICA CRÓNICA:

El diagnóstico tiene lugar con frecuencia de forma casual, al encontrar un aumento de los linfocitos (linfocitosis) durante la realización de un análisis de sangre. Muchas personas están asintomáticas en el momento del diagnóstico, aproximadamente 8 de cada 10, y la sospecha se basa en las alteraciones detectadas en un análisis de rutina. Es frecuente observar que las personas que la padecen se mantienen asintomáticas durante un tiempo variable (meses o años), precisando sólo observación y control clínico periódico. Otras presentan en el momento del diagnóstico (y muchas cuando la enfermedad avanza) cansancio, aumento del tamaño de los ganglios linfáticos, infecciones de repetición, reactivación de infecciones previas (herpes zóster), etc. Las infecciones repetidas, especialmente las respiratorias son frecuentes con el paso del tiempo y en muchas ocasiones obligan al ingreso en el hospital.

El médico puede encontrar al explorar al enfermo un aumento del tamaño de los ganglios linfáticos (adenopatías), del hígado (hepatomegalia) o del bazo (esplenomegalia). Pueden encontrarse otras muchas alteraciones, como por ej.: fenómenos autoinmunes (rechazo de algunas células o tejidos propios como si fuesen

del vecino).

¿CÓMO SE DETECTA LA LEUCEMIA LINFÁTICA CRÓNICA?

Se realiza efectuando análisis de sangre adicionales. Antes se estudiaba también la médula ósea, pero cada vez es menos necesario y en la actualidad se reserva a situaciones especiales. Los criterios que se siguen son similares en todo el mundo.

TIPOS DE PRUEBAS

Para que una persona sea diagnosticada de LLC, debe tener más de 5.000 linfocitos/mm3 que deben tener unas características definidas. En el caso más frecuente en el mundo occidental (LLC originada en los linfocitos B), los linfocitos examinados por citometría de flujo muestran características de linfocitos B (CD23, CD19, etc.), otras que en las personas sanas sólo están en los linfocitos T (CD5) y, por último, una gran uniformidad en la pequeña cantidad de anticuerpos que hay pegados en su superficie (que deberían repartirse normalmente entre las denominadas cadenas ligeras kappa y lambda, mientras que en estos linfocitos B enfermos predomina claramente una de ellas al ser "copias del original").

Si se estudiara la médula se observaría que más del 30% de las células allí observadas son linfocitos B enfermos.

TRAS EL DIAGNÓSTICO

Como es habitual, las personas diagnosticadas de Leucemia Linfática Crónica son sometidas a un proceso de estudio del grado de extensión de su enfermedad (estadificación) y a un ejercicio pronóstico que pretende adivinar cómo va a evolucionar su enfermedad (estratificación pronóstica). Se realiza aplicando esquemas aceptados internacionalmente.

Para ello se analiza si tienen o no disminución de los otros glóbulos de la sangre (glóbulos rojos, plaquetas), si se palpan muchos ganglios linfáticos anormales o aumento del tamaño del hígado y el bazo, lo que permite clasificar a las personas en 3 categorías (estadios): A, B y C, de menor a mayor grado de extensión de la enfermedad.

También se analizan las características íntimas de los linfocitos enfermos mediante citometría de flujo (CD38 y Zap70), FISH [del (13q), +12, del (11q), del (17p)] y otros métodos genéticos más sofisticados (biología molecular) que permiten de-

tectar otras anomalías relevantes (ausencia de hipermutación somática, diversos errores en los genes en los que se agrupa la información genética en las células, etc.). Por último, también se tiene en cuenta el ritmo al que avanza la enfermedad (tiempo de duplicación linfocitario) y cómo repercute la enfermedad en la persona enferma (cansancio, fiebre, sudoración profusa, etcétera).

Al final del proceso, se establece un estadio de la enfermedad y un pronóstico vital, que son la base de la toma de decisiones sobre el tratamiento por parte del médico y la persona enferma.

¿CÓMO SE TRATA LA LEUCEMIA LINFÁTICA CRÓNICA?

Los pacientes asintomáticos pueden no necesitar ningún tipo de tratamiento hasta que la enfermedad progrese. En la elección del tratamiento intervienen tanto la situación inicial de la enfermedad (estadio, hallazgos de laboratorio) y su comportamiento (ritmo al que avanza), como el estado de la persona enferma: edad, grado de conservación de las distintas funciones corporales (funcionalidad), enfermedades asociadas (comorbilidad), repercusión de la enfermedad en el momento de la toma de decisiones, etc.

Hay personas que no necesitan ningún tratamiento durante años, mientras que otras necesitan tratamiento intenso o prolongado.

INDICACIONES DE TRATAMIENTO

En general, las indicaciones de tratamiento para leucemia linfática crónica son las siguientes:
- Fallo progresivo de la médula ósea (disminución de los hematíes, las plaquetas o los polimorfonucleares).
- Linfocitosis rápidamente progresiva, con un tiempo de duplicación de linfocitos menor de 6 meses, o aumento de un 50% en dos meses.
- Adenopatías (crecimiento de los ganglios linfáticos) sintomáticas o de gran tamaño.
- Esplenomegalia (aumento del tamaño del bazo) progresiva o sintomática.
- Sudoración profusa nocturna, adelgazamiento mayor del 10% en los últimos 6 meses, fiebre de al menos 38ºC en ausencia de infección.
- Fenómenos autoinmunes que no responden a tratamiento inmunosupresor.

TIPOS DE TRATAMIENTO

- Radioterapia: La radioterapia se va utilizando cada vez menos y son frecuentes las combinaciones de quimioterapia e inmunoterapia.
- Inmunoterapia: La inmunoterapia consiste en la manipulación de la inmunidad a través de la utilización de anticuerpos modificados (anticuerpos monoclonales) o células manipuladas artificialmente en el laboratorio.

La quimioterapia convencional está siendo desplazada por nuevos medicamentos que generalmente son más sofisticados, más eficaces y más caros, aunque en ocasiones (fragilidad, limitaciones logísticas o administrativas) aquella todavía es una buena opción para personas concretas, sóla o combinada con el anticuerpo monoclonal con el que se tiene más experiencia.

Las combinaciones más eficaces con las que mezclan un anticuerpo monoclonal y un quimioterápico novedoso, aunque no son adecuadas para todas las personas ni son necesarias en todos los casos.

OTROS TRATAMIENTOS:

La respuesta al tratamiento se evalúa siguiendo directrices aceptadas internacionalmente.

En las recaídas y en casos especiales se pueden utilizar otros fármacos nuevos, solos o en combinación con anticuerpos monoclonales o fármacos más conocidos.

Con frecuencia son necesarios diversos tratamientos de apoyo para prevenir infecciones, tratar complicaciones o suplir el fallo de la médula ósea.

El trasplante de médula ósea (trasplante de progenitores hematopoyéticos) a partir de una persona sana (alogénico) es una opción de reserva para las personas con peor pronóstico y mejor estado general o que muestran resistencia al tratamiento convencional. El trasplante a partir de células madre propias (trasplante autólogo) no tiene ningún papel en esta enfermedad.

ESPERANZA DE VIDA:

Es muy variable, dependiendo del grupo de riesgo al que pertenecen, pudiendo oscilar la supervivencia entre 2 y 20 años.

Los factores pronósticos relacionados con una mala evolución son: número muy elevado de linfocitos en sangre periférica, patrón difuso de infiltración en médula

ósea, edad avanzada, sexo masculino y los más importantes son las anormalidades cromosómicas, presencia de prolinfocitos en sangre periférica y el tiempo de duplicación leucocitaria corto.

Los pacientes con mejor evolución, con supervivencia similar a las personas de su edad sin esta patología, son los que tienen una cifra de linfocitos menor de 30.000, una hemoglobina superior a 12 g/dl y un patrón de infiltración linfoide en la médula ósea nodular o intersticial.

5 Discusión-Conclusión

Tras exponer los distintos apartados sobre la leucemia podemos concluir que la esperanza de vida ha mejorado con los años, son muchos los pacientes que mueren con la enfermedad y no de ella. La supervivencia ha mejorado mucho en los últimos años y no ha sido solo por los nuevos fármacos, sino también por las medidas de soporte.

6 Bibliografía

- https://es.wikipedia.org/wiki/Leucemia_linf%C3%A1tica_cr%C3%B3nica.
- https://www.aecc.es/es/todo-sobre-cancer/tipos-cancer/leucemias/tipos/leucemia-linfoblastica-cronica.
- https://www.cancer.org/es/cancer/leucemia-linfocitica-cronica/acerca/que-es-leucemia-linfocitica-cronica.html.
- https://www.cancer.net
- https://www.fcarreras.org/es/LLC.
- https://www.cancer.org/es/cancer/leucemia-linfocitica-cronica/tratamiento/tratamieto-por-grupo-de-riesgo.html.

Capítulo 727

HIGIENE EN EL ANCIANO

ANGELA MARTOS CANADAS

ANA PATRICIA COTA EIREA

1 Introducción

La higiene es parte de la medicina que trata de las normas de conservación de la salud mediante el estudio de las relacciones de el ser humano con el medio ambiente con el fin de mejorar las condiciones sanitarias.

La higiene personal en las personas mayores es muy importante, ya que esta directamente relaccionado con la salud. Con estos cuidados podemos evitar la aparicion de determinadas enfermedades y tambien favorecer el bienestar personal del anciano.

El aseo personal en personas de avanzada edad, de los cuales un alto porcentaje son dependientes para este tipo de actividades es donde el personal auxiliar de enfermería tienen un papel muy importante, siempre intentando respetar sus contumbres y sin duda su intimidad, dejándolos hacer las actividades que puedan con el mayor grado de independencia.

Las manos, pies, boca y zonas genitales, son partes del cuerpo a las que hay que prestarles cierta atención. Hay diferentes dispositivos de asistencia donde el auxiliar de enfermeria cubre este tipo de necesidades y algunas otras como:
• Hospital:
- Mantener la habitacion limpia, ordenada y ventilada.

- Higiene y cuidado en la cama del anciano (evitando siempre las arrugas de las sabanas ya que pueden crear la aparición de úlceras por decubito en personas con movilidad reducida.
- Cuidado e higiene del anciano (cabello, uñas, aseo en cama o ducha).
- Facilitar al anciano ropa a diario y lo necesario para mantenerse limpio, así como gel, champú, secador, etc.

• Residencias de ancianos:
- En este tipo de centros el auxiliar cubrirá las carencias del anciano dependiente entre las que se encuentra la higiene.
- Fomentará el autocuidado en ancianos independientes.

• Centros de dia:
- Cuidar personas con enfermedades como demencias y alteraciones de las habilidades.
- Se encargará de la supervisión de el cuidado de su higiene antes y después de las comidas.
- Supervisara y ayudará a usar el baño de una forma adecuada siempre que sea necesario.

2 Objetivos

Los objetivos principales son:
-Evitar malos olores
- Conservar la piel en buen estado
- Promover la independencia
- Colaborar en el mantenimiento de su estado de bienestar físico y psicológico
- Estumular la ciculación sanguínea
- Eliminar las células muertas que hay en la superficie cutánea por descamación
- Eliminar el exceso de grasa y suciedad
- Mejorar el descanso
- Mantener la limpieza en la cavidad bucal es inpresincidible para evitar malos olores, caries , sequedad en los labios y en la lengua, pero sobre todo usando una correcta higiene prevenimos la aparición de infecciones. La limpieza después de cada comida puede evitar todo esto, si hubiera protesis dental, habría que retirarlas para su limpieza. Una regularidad en las visitas al dentista con la pronta detección de las caries podría evitar males mayores. Con la vejez disminuye la función salival y también una disminución muy importante de las encías lo que

provoca sequedad de la boca y lengua pudiendo subsanarlo con un bálsamo para los labios y una buena hidratación para el resto de la boca.

- Manos: Las personas somos el mayor portador de millones de gérmenes y las manos son el principal vehiculo de transmisión, por lo que con una buena higiene eliminaremos un porcentaje muy alto de ellos.

Pies: Son los que soportan el peso corporal y con la higiene mejoraremos la circulación y eliminaremos los restos de sudor, ya que en esta parte es donde abundan las glándulas sudoríparas. Evitaremos también grietas, fisuras y complicaciones en pies diabéticos.
Zona genital: Evitaremos infecciones urinarias que puedan incomodar la vida diaria e ulceraciones proporcionando conocimientos para mantener limpia esta zona y asi favorecer el confort del paciente

3 Metodología

Para hacer un aseo en la cama se procede de la siguiente manera:
- El auxiliar de enfermería deberá lavarse las manos previamente y ponerse los guantes.
- Retirar la colcha dejando el cuerpo al descubierto.

El aseo se realizará por partes, por lo que haremos el enjabonado, enjuague y secado antes de pasar a la zona siguiente, manteniendo el resto de las zonas tapadas. En todos los pasos se colocará un protector en la cama y en la almohada para evitar mojarlo. El orden del lavado es el siguiente:
1. Cara, cuello y orejas: primero mojamos el pico de una toalla en agua tibia y limpiaremos los ojos, evitaremos usar jabon. Después limpiaremos el pabellón auricular y posteriormente el contorno de la boca y las aletas de la nariz. Finalmente, cara y cuello, secándolo porteriormente.
2. Brazos y manos: se coloca una toalla debajo y se lava de arriba abajo, meteremos las manos del anciano en un recipiente con agua tibia para facilitar la limpieza. Luego se lavarán las axilas aplicando desodorante si se desea.
3. Tórax: en las mujeres se limpiará y se secará bien el pliegue submamario. Para limpiar esta zona evitaremos que este descubierto el menor tiempo posible.
4. Abdomen: se procederá igual que las partes anteriores.
5. Espalda y nalgas: colocamos al anciano en decúbito lateral con una toalla extendida a lo largo de su espalda, el lavado también se hace de arriba abajo, la piel se secará con cuidado para evitar lesiones, aprovechando para observar

cualquier anomalía que indiquen la aparición de úlceras. Una vez seca, con crema hidratante se hara un breve masaje con movimientos ciculares favoreciendo así la circulación.
6. Extremidades inferiores: se lavarán los miembros por separado de arriba abajo haciendo hincapié en los pliegues interdigitales.
7. Periné: es el proceso más embarazoso ya que la mayoría de las personas somos bastante pudorosas normalmente si el personal es del sexo contrario por lo que se deben de administrar de manera natural, con abundante agua entre 37-40 grados , se lavará y secará siempre de adelante hacia atrás.

4 Resultados

Se pretende conocer las características de los hábitos higiénicos en las personas mayores de 65 años que no presentan deterioro cognitivo, de la provincia de Guadalajara, residentes en la comunidad y a partir de la hipótesis que estos son deficientes y por ello mejorables.

Se trata de un estudio observacional, analítico transversal, en el marco de la Atención Primaria, diferenciando ámbito urbano y rural. Se encuestó mediante cuestionario (con pilotaje previo y estudio de fiabilidad mediante análisis de estabilidad en las respuestas a partir de coeficiente kappa), a las personas de una muestra aleatoria estratificada, polietápica y proporcional según edad, sexo y núcleos de población. Analizamos las variables:
A. Hábitos higiénicos: a.Higiene personal-aseo diario:
- Procedimiento y periodicidad.
- Cuidados del cabello.
- Lavado de manos siempre antes de comer y después de ir al servicio.
- Afeitado en varones; Higiene bucodental. b.- Higiene del sueño.
B. Variables sociodemográficas. Efectuamos análisis de datos mediante procedimientos propios de la estadística descriptiva, analítica y multivariante por regresión logística.

La pérdida de sujetos de la muestra oscilo entre el 16 y 26% (la negativa aparece como primera causa en la zona rural y la no localización en el medio urbano). La muestra finalmente estudiada incluyo a 388 personas en medio rural y 392 en el urbano. La mitad utilizan la ducha y lavan el cabello al menos una vez en semana. Hasta el 15% no tiene el hábito de lavar las manos antes de ir a comer y hasta el 44% no lo hacen después de ir al servicio. Mas del 50% de los varones se afeitan según el procedimiento correcto. Un alto porcentaje de edéntulos, tanto

parciales como totales, no utilizan prótesis y en aquellos que sí lo hacen la higiene es defectuosa.

5 Discusión-Conclusión

Los hábitos higiénicos en las personas ancianas de esta provincia son manifiestamente mejorables en todos los aspectos analizados y de modo especial en el ámbito rural y en los varones. Hoy en dia habría que estudiar por que en el área rural tienen esa falta de habitos en la higiene ya que en los tiempos que corremos todos tienen los recursos básicos para mejorar esos aspectos. Esta debería ser una tarea prioritaria a cargo de cualquier persona de los EAP.

6 Bibliografía

1. https://www.wayali.es/higiene-en
.ancianos/
2. Lopez Poral, J.B.2008. Cuidados auxiliar. basicos de enfermeria.Ed. vertice (citado 26 de octubre de 2010)
3. Fustero l.cuidado de los pies. Higiene y mantenimiento de los problemas mas comunes.
Farmacia profesional 2003
4. Guia de atencion a la salud del ancian. S.A.S 1992
5. Perez de la plaza, Fdez Espinosa. Auxiliar de Enfermeri.McGrawhill Interamericana, 1999

Capítulo 728

USO CORRECTO DE LOS GUANTES NO ESTERILES.

AINOA MARTINEZ PEREZ

PATRICIA MARTÍNEZ PÉREZ

LOURDES BELEN PEREZ LORENZO

1 Introducción

El uso correcto de guantes no estériles junto con una higiene de manos adecuada suponen medidas simples y eficientes para reducir las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS) y son un factor de protección para los profesionales sanitarios.

Sin embargo, la evidencia parece indicar que no siempre se utilizan de forma correcta.

Observaciones realizadas en diversas investigaciones obtienen elevados resultados de un uso inapropiado de los guantes, lo que puede ser perjudicial a la hora de evitar la transmisión de infecciones, especialmente en el área quirúrgica de un hospital, ya que se trata de un ámbito en el que los pacientes están altamente expuestos a los agentes causantes de las mismas.

2 Objetivos

- Conocer la forma en la que utilizan los guantes no estériles los profesionales sanitarios.

- Reforzar conocimientos a profesionales sanitarios sobre el uso correcto de los guantes no estériles.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda de los aspectos más relevantes en distintas bases de datos como son: SciELO, Google académico; que me han servido de gran utilidad y ayuda para desempeñar el trabajo final. Las palabras claves más utilizadas son: Guantes estériles, personal sanitario, riesgo de infeccion entre otras.

4 Resultados

Según la evidencia los errores más habituales son no cambiarse de guantes entre procedimientos realizados a un mismo paciente, y no realizar una higiene de manos adecuada después de quitarse los guantes.

La utilización de guantes está recomendada en las siguientes circunstancias:
- Exposición directa: Contacto con sangre, fluidos corporales, secreciones y tejidos, con piel no intacta o mucosas de un paciente. En situaciones de emergencia, epidemia.
- Exposición indirecta: Al manipular objetos, materiales o superficies contaminados con sangre o con otros fluidos (vaciado de cuñas, manipulación de deshechos y fluidos corporales, limpieza de instrumental y equipos…).
- Cuando se realicen prácticas invasivas que implican la penetración quirúrgica a tejidos, cavidades u órganos (inserción y retirada de catéteres intravenosos, aspiración de secreciones, exámenes pélvicos y vaginales, extracción de sangre, …). o durante la reparación de heridas por trauma.
- Los guantes estériles se utilizarán siempre al realizar técnicas o procedimientos invasivos (cateterización vascular central, cateterismo vesical, cura de heridas, etc.), y cuando se manipule material estéril, etc.
- Los guantes han de ser limpios y no necesariamente estériles siempre que se manipule sangre, fluidos corporales, secreciones o material contaminado con estos fluidos.
- Es obligatorio el uso de guantes siempre que el profesional sanitario presente heridas, cortes o lesiones cutáneas.
- No es necesario el uso de guantes si el contacto es con piel intacta del paciente.

Los guantes deben cambiarse:

- Cuando se cambie de paciente.
- Cuando se cambie de actividad en un mismo paciente.
- Después de entrar en contacto con agentes químicos cuyo efecto sobre el material de guante sea desconocido.
- En caso de contacto con cremas de base hidrocarbonada u oleica (incompatibles con los guantes de látex).
- Cuando haya contacto con material contaminado porque ocurra una salpicadura, rotura o perforación.

Dependiendo del tipo de guante se recomiendan los siguientes cambios:
- Guantes de examen de látex cada 15 a 30 minutos.
- Guantes de examen de vinilo cada 15 minutos.
- Guantes de cirugía de látex y neopreno cada 1 a 3 horas.
- Guantes de nitrilo cada 15 a 30 minutos.

5 Discusión-Conclusión

El incorrecto uso de guantes no estériles está vinculado a un aumento de infecciones cruzadas. Esto evidencia la necesidad de concienciar a los profesionales de un uso adecuado de los mismos, cuáles de los procedimientos requieren uso de guantes, cuáles no lo requieren y cuándo es preciso cambiarlos. Antes y después del uso de los guantes, siempre se debe realizar una buena higiene de manos.

Es necesario realizar estrategias para mejorar el cumplimiento del uso correcto de guantes en beneficio de los pacientes y de los propios profesionales.

6 Bibliografía

- Medlineplus: https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000452.htm.
- https://es.slideshare.net/mobile/alemaida/uso-de-guantes-no-estriles.
- https://es.m.wikipedia.org/wiki/Guantes_m%C3%A9dicos
- https://www.fisterra.com/ayuda-en-consulta/tecnicas-atencion-primaria/guantes-medico/

Capítulo 729

DESCRIPCIÓN DE LOS PRINCIPALES TIPOS DE DIABETES MELLITUS

SILVIA ALONSO FERNÁNDEZ

ADRIANA TOMA

JORDANIA YELUL RAMOS

1 Introducción

Definimos la diabetes mellitus (DM) como una enfermedad relacionada con el alto nivel de azucar en la sangre (glucosa). La glucosa proviene de los alimentos que consumimos y aporta energía a las células que forman los músculos y tejidos.Los niveles altos de glucosa en sangre se define como hiperglucemia y los niveles bajos hipoglucemia.

En el organismo el nivel de glucosa es controlado por una hormona llamada insulina que se produce en el páncreas. En un cuerpo sin diabetes la insulina es capaz de controlar dentro de unos valores normales el nivel de glucosa, mientras que en un cuerpo con diabetes el nivel de producción de insulina es insuficiente , el cuerpo presenta resistencia a ella o una mezcla de estas dos circunstancias anteriores (Atkinson y Polonsky, 2016).
Las personas que sufren Diabetes mellitus tienen mayor riesgo a sufrir enfermedades cardiovasculare.Es muy importante aprender a aprevenir y controlar la DM para evitar posibles enfermedades cardiovasculares. Los principales tipos de diabetes son:

- Diabetes mellitus tipo 1 conocida como infanto-juvenil o insulinodependente no es muy comun y se da habitualmente en niños y jovenes, se suele diagnosticar antes de los 35 años y se debe a la destruccion de las células encargadas de producir la insulina en el páncreas dando lugar a un nivel deficiente de dicha hormona.
- La DM tipo 2 se presenta en un 85-95% de los casos y se basa en un nivel en declive progresivo de dicha hormona combinado con la incapacidad de las células de asimilarla. La incapacidad de las células de asimilar la insulina o también llamada insulinoresistencia es una menor eficiencia que tiene la hormona para actuar en las células del cuerpo. Esta provoca que la glucosa no pueda ser utilizada por la célula y se queda en la sangre. A este acumulo se le conoce como prediabetes y si continua se genera diabetes.

La diabetes mellitus tipo2 conocida como la del adulto, es la más común y suele afectar a los adultos. En este tipo de diabetes la capacidad de producir insulina no desaparece pero el cuerpo presenta una resistencia a esta hormona. Al principio de la enfermedad, la cantidad de insulina producida por el páncreas es normal o alta. Con el tiempo la producción de insulina por parte del páncreas puede disminuir.

La diabetes gestional se diagnostica durante el embarazo, suele aparecer a mitad del embarazo y puede desaparecer despues del parto. Es detectada mediante una análisis de laboratorio que se le realiza a la embarazada en ayunas y donde se comprueba la capacidad del organismo para asimilar la carga de glucosa suministrada, si el valor es superior a 140mg/dl se considera que es positiva, aunque existe un 10 % de falsos positivos, por los cuales en caso de ser positiva es recomendable repetir la prueba con varias cargas de glucosa y a lo largo de un periodo de tiempo mayor.

En la mayoría de los casos es suficiente que la embarazada tenga un buen control de los nivele de glucosa antes y despues de cada comida, que siga una dieta alimentaria saludable y que realize ejercIcio fÍsico de manera habitual aunque en algunos casos puede ser necesaria la administración de insulina. Reconocer cuanto antes los signos y sintomas de la Diabetes nos proporciona un diagnÓstico y un tratamiento precoz, que nos ayuda a prevenir las posibles complicaciones de la diabetes. Los sintomas mas habituales son:
- aumento de la sed (polidipsia) y miccion(poliuria)
- aumento del hambre
- debilidad, perdida de peso, molestias digestivas

- hormigueo o entumecimiento en las manos o los pies
- llagas de curacion lenta
- visión borrosa

Los síntomas del primer tipo de diabetes, tal y como señalan Dassau et al. (2017) suelen desarrollarse en un periodo breve de tiempo, con lo cual, los pacientes pueden tener muy avanzada la enfermedad en el momento en el que se les diagnostica dicha enfermedad.

Tiempo después de padecer dicha enfermedad puede ocasionar al paciente a otras complicaciones serias de salud, tales como:

• Complicaciones en la vista tales como problemas para ver nocturnamente, fotosensibilidad a niveles altos de claridad e incluso una degeneración total en la capacidad de ver.

• Heridas y procesos infecciosos en las extremidades, inferiores sobre todo en el casos de no ser tratados adecuadamente pueden necesitar incluso cortar dicha extremidad.

• Daños en los nervios que producen dolor, hormigueo, pérdida de las sensaciones, problemas para masticar y tragar los alimentos e incluso problemas de erección.

• Problemas en los riñones pudiendo causar incluso insuficiencia en estos.

• Debilitamiento de la inmunidad en posibles infecciones que pueda padecer el paciente.

• Aumento de padecer un problema en el corazón o un ACV.

Para comprobar el padecimiento de esta enfermedad se requiere practicar una extracción sanguínea, específicamente una glucosa en ayunas y una hemoglobina glucosilada (Álvarez et al., 2009). La primera de ellas se basa en calcular el nivel de glucosa presente en el torrente sanguíneo cuando la persona está en ayunas, si el resultado es de100 a 125 mg/dl se denomina pre-diabetes, de 126mg/dl en adelante se considera diabetes y por debajo de los 99 mg/dl se considera valores normales.

La hemoglobina glucosilada mide el nivel de glucosa que el cuerpo ha tenido a lo largo de los últimos tres meses, por eso, se considera más precisa para diagnosticarla. Si el resultado es menor a un 5.7% se considera normal, si va de un 5.7 a un 6.4% se considera pre-diabetes, y a partir de 6.5% se considera diabetes. Dicho análisis es básico para llevar un control exhaustivo en el proceso de la enfermedad de cada paciente.

La diabetes tipo 2 desde un punto de vista de las investigaciones médicas, se

desarrolla de forma muy lenta (Alfaro, Simal, y Botella, 2000), por lo cual algunas de las personas que lo sufren a pesar de tener niveles elevados de glucosa en sangre son asintomáticos.

El tratamiento depende de los resultados obtenidos en las pruebas realizadas, el tipo de diabetes diagnosticado, el tiempo desde que el paciente padece la enfermedad, y también las posibles complicaciones que padece. El primer paso en el tratamiento de la diabetes es el cambio en el estilo de vida, una dieta saludable y el ejercicio fisico de forma regular.
El tratamiento farmacológico puede ser con:
- fármacos orales, como la metformina, glibenclamida, acarbosa.
- fármacos inyectados, como la insulina.la insulina es el tratamiento indispensable de la diabetes tipo 1, pero en algunos casos tambien se adminisra en pacientes con diabetes tipo 2. Se administra por via subcutanea y hay varios tipos de insulina que se diferencias según el tiempo que tarda en hacer efecto y su duración (ultrarapida, rápida, intermedia y lenta).

2 Objetivos

Destacar principales sintomas y los tipos de tratamiento segun el tipo de enfermedad.

3 Metodología

Para realizar esta revisión bibliográfica, se ha efectuado una búsqueda en distintas bases de datos, como: Google Scholar, Pubmed, Medline y Google academico, buscando artículos de medicina basados en análisis y investigación relacionados con el tema a tratar usando como palabras clave diabetes mellitus, prevención, tratamiento y síntomas.

4 Bibliografía

1. Alfaro, J., Simal, A., y Botella, F. (2000). Tratamiento de la diabetes mellitus. Sistema Nacional de Salud, 24(2), 33-43.
2. Dassau, E., Pinsker, J.E., Kudva, Y.C., Brown, S.A., Gondhalekar, R., Man, C.D.,…Doyle, F.J. (2017). 12-Week 24/7 ambulatory artificial pancreas with weekly adaptation of insulin delivery setting. Effect on Hemoglobin A1c and Hypoglycemia. American Diabetes Association, 40(12), 1719-1726.

3. Aritzmendi, J., Carmona, V., Colmenares, A., Gómez, D., y Palomo, T. (2012). Diabetes gestacional y complicaciones neonatales. Revista Médica de la Facultad de Medicina de Granada, 20(2), 50-60
4. Atkinson, M.A. y Polonsky, K.S. (2016). Type 1 diabetes mellitus. Instituto de diabetes. Universidad de Florida.
5. Sanamé, R., Andrés, F., Pérez Álvarez, M. L., Alfonso Figueredo, E., Ramírez Estupiñan, M., & Jiménez Rizo, Y. (2016). Tratamiento actual de la diabetes mellitus tipo 2. Correo científico médico, 20(1), 98-121.
6. Socarrás Suárez, M. M., Bolet Astoviza, M., & Licea Puig, M. (2002). Diabetes mellitus: tratamiento dietético. Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas, 21(2), 102-108.
7. Hevia, V.P. (2016). Educación en diabetes. Revista Médica Clínica Las Condes, 27(2), 271-276.
8. Socarrás, M.M., Bolet, M., y Licea, M. (2002). Diabetes Mellitus: tratamiento dietético. Revista Cubana Investigaciones Biomédicas

Capítulo 730

EL CRIBADO DE CANCER DE COLON SALVA VIDAS.

MARÍA MONTSERRAT VEGA FERNANDEZ

MARÍA ALEJANDRA MENÉNDEZ IGLESIAS

NICOLE VÁZQUEZ PORTO

1 Introducción

El cribado de cáncer de colon va dirigido a la población mayor de 50 años y antes de esta edad a las personas de alto riesgo por sus antecedentes familiares de cáncer de colon, pólipos o enfermedades que producen inflamación intestinal.

El fin de esta prueba es encontrar sangre oculta en heces, es decir que no se aprecia a simple vista.

Que el resultado de positivo no significa tener cáncer, pueden tratarse de pólipos no malignos, pero se debe hacer una prueba que consiste en explorar el interior del intestino que se llama colonoscopia, se realiza con sedación y no suele tener complicaciones.

Si se detectan pólipos en la colonoscopia se extraen en el momento, porque aunque la mayoría son benignos es sabido que se pueden convertir en cáncer.

Si se detectase un tumor maligno se buscará el tratamiento adecuado.

2 Objetivos

- Detectar y extirpar pólipos evitando la formación de tumores malignos.
- Erradicar los tumores ya formados en fases tempranas.

3 Metodología

Este artículo es creado gracias a la investigación y revisión bibliográfica sistemática, sobre el tema tema tratado. Se ha buscado en libros y artículos en las bases de datos más completas como: Pubmed, Medline y Scielo.

4 Resultados

Esta prueba permite detectar de forma precoz y en fases tempranas la enfermedad por lo que la supervivencia es elevada.

Disminuir el número de casos al evitar que se desarrolle la enfermedad.

5 Discusión-Conclusión

Es indiscutible el valor de esta prueba por su gran eficacia y bajo coste económico.

Permite detectar lesiones en el recto y colon que de otra manera solo serían diagnosticados en fases muy avanzadas con posibilidad de tratamiento y curación bajas.

Es una prueba sencilla que el ciudadano puede hacer en su casa y llevarla a su centro de salud.

Si el cáncer se detecta en fases tempranas hay más posibilidades de cura.

6 Bibliografía

- Doctor Cañada Busto, especialista en medicina general.
- https://www.saludinforma.es
-https://www.Scielo.org/es/

Capítulo 731

TRASTORNOS ALIMENTICIOS: ANOREXIA Y BULIMIA

BELEN ORDOÑEZ ALVAREZ

1 Introducción

Los trastornos de la conducta alimentaria, o TCA, engloban varias enfermedades crónicas y progresivas que, a pesar de que se manifiestan a través de la conducta alimentaria, en realidad consisten en una gama muy compleja de síntomas entre los que prevalece una alteración o distorsión de la auto-imagen corporal, un gran temor a subir de peso y la adquisición de una serie de valores a través de una imagen corporal.

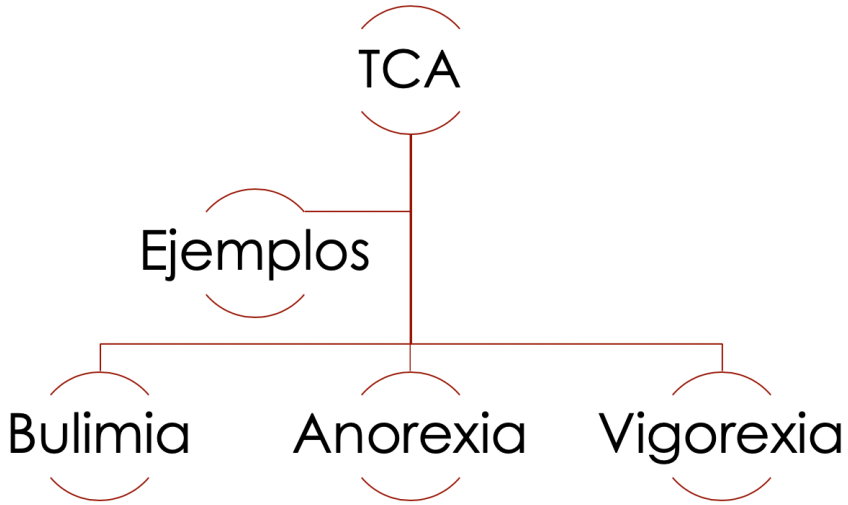
Los trastornos alimenticios se caracterizan por períodos o hábitos incontrolados e impulsivos de ingesta de alimentos más allá de unos límites razonables. Pueden darse episodios esporádicos de ayuno o dietas seguidas de sentimientos de vergüenza o culpa.

Hay varios factores predisponentes como pueden ser factores personales (pubertad temprana, problemas de obesidad, carácter, personalidad, elección de aficiones y carreras), factores familiares (antecedentes de obesidad o desórdenes alimentarios, abuso sexual, sobrevaloración de la imagen corporal, prejuicios y valores distorsionados) o factores socioculturales (el "mito de la belleza", discriminación y rechazo social, medios de comunicación y manipulación).

Existen diversos tipos como el trastorno por atracón, bulimia, anorexia nerviosa, vigorexia, megarexia y otros, centrándonos principalmente en dos de éstos: la anorexia y la bulimia. Las personas que padecen anorexia y bulimia son, a

menudo, demasiado perfeccionistas, con baja autoestima y excesivamente críticas consigo mismo y sus cuerpos, así como sentir emociones y actitudes extremas. Es corriente que dichas personas se encuentren en exceso obesas, aunque estén al límite de la inanición o desnutrición con graves repercusiones para su salud.

El miedo a ganar peso está siempre presente y en las etapas iniciales es común la negación de su problema. En la mayoría de los casos, estos trastornos suelen ir acompañados de otros problemas psiquiátricos como la ansiedad, pánico, trastorno obsesivo-compulsivo y el consumo de alcohol o drogas.



2 Objetivos

- Conocer cuáles son los principales tipos de trastornos de la conducta alimentaria que existen.
- Estudiar la epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria.
- Describir los síntomas de cada uno de los principales tipos de trastornos de la conducta alimentaria.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo se realizó una búsqueda bibliográfica, utilizando las bases de datos Pubmed y Scielo, además de la enciclopedia Medline para las definiciones de cada trastorno.
En la base de datos Scielo se utilizaron las palabras clave ”trastorno de la conducta alimentaria”, ”anorexia”, ”bulimia”, ”causas”, ”síntomas” y ”consecuencias”.

En Pubmed, se utilizaron las siguientes palabras clave: ”eating disorder”, ”anorexy”, ”bulimia”, ”causes”, ”symptom” and ”consequences”.
En ambas bases de datos se utilizaron los operadores boleados ”AND” y ”OR” para combinar las diferentes palabras clave y obtener unos resultados más precisos y más ajustados a nuestras necesidades.
Los criterios de inclusión de artículos fueron: aquellos escritos en español e inglés, que hablasen exclusivamente de trastornos alimenticios en humanos. Se excluyeron todos aquellos artículos que hablasen sobre opiniones personales o subjetivas.

4 Resultados

¿Qué es la Anorexia?

Supone una pérdida de peso provocada por el propio enfermo y lleva a un estado de inanición.
Se caracteriza por el temor a aumentar de peso, y por una percepción distorsionada y delirante del propio cuerpo que hace que el enfermo se vea gordo aun cuando su peso se encuentra por debajo de lo recomendado por ello, inicia una disminución progresiva del peso mediante ayunos y reducción de la ingesta de alimentos.
Normalmente comienza con la eliminación de los hidratos de carbono, a continuación rechazan las grasas, las proteínas e incluso los líquidos, llevando a casos de deshidratación extrema.
A estas medidas drásticas se le pueden sumar otras conductas asociadas como la utilización de diuréticos, laxantes, purgas, vómitos provocados o exceso de ejercicio físico.
Estas personas pueden perder desde un quince a un cincuenta por ciento de su peso corporal.
La anorexia suele asociarse con alteraciones psicológicas graves que provocan cambios de comportamiento, de la conducta emocional y una estigmatización

del cuerpo.

La anorexia nerviosa afecta aproximadamente a una de cada 100 niñas y mujeres jóvenes. Los principales síntomas que determinan su aparición son:
- Rechazo a mantener el peso corporal por encima del mínimo adecuado para la edad y talla del enfermo.
- Miedo al aumento de peso o a la obesidad incluso cuando el peso se encuentra por debajo de lo recomendable.
- Percepción distorsionada del cuerpo, su peso y proporciones.
- Ausencia de tres ciclos menstruales consecutivos en las mujeres (amenorrea).
- Preocupación excesiva por la composición calórica de los alimentos y por la preparación de los alimentos.
- Constante sensación de frío.
- Reducción progresiva de los alimentos.
- Obsesión por la imagen, la báscula, los estudios y el deporte.
- Utilización de trampas para evitar la comida.
- Hiperactividad.

A éstos también se suman otros, como la irritabilidad, la depresión y trastornos emocionales o de la personalidad.
Por tanto, para diagnosticar una persona con anorexia debe cumplir los siguientes requisitos:
- Negativa a mantener el peso corporal en un nivel normal mínimo esperado o por encima de ese nivel para su edad y talla.
- Intenso temor a subir de peso o volverse gorda.
- Perturbación en la manera en que se vivencia el peso, tamaño o forma del propio cuerpo.
- Amenorrea en las mujeres postmenárquicas, por ejemplo, la falta de por lo menos tres períodos menstruales consecutivos.

¿Qué es la Bulimia?

Se caracteriza por episodios frecuentes y recurrentes de comidas copiosas durante las cuales se experimenta falta de sentimiento de control.
Estos “atracones” son generalmente seguidos por comportamientos de compensación como vómitos inducidos o excesivo uso de laxantes y/o diuréticos, así como toma de medicamentos para adelgazar, excesivo ejercicio o ayunos.
Las personas que padecen bulimia mantienen un peso saludable o normal e incluso puede ser que presenten un ligero sobrepeso. A menudo sienten miedo a

ganar peso y un intenso desagrado, vergüenza e infelicidad con respecto a su cuerpo.
El ciclo de comidas copiosas y purgas pueden sucederse en un periodo semanal o incluso diario.
En general, comen con frecuencia y una cantidad asombrosa de alimentos que traga sin casi ni si quiera masticar en un corto período de tiempo, consumiendo calorías con alto contenido en azúcares, carbohidratos y grasas. Los atracones suelen terminar sólo cuando son interrumpidos por otra persona, se quedan dormidos o experimentan un intenso dolor de estómago debido a que éste incrementa en exceso su capacidad normal. La persona está fuera de control y el temor a un aumento de peso les hace decidir el uso de laxantes o producirse el vómito.

El ciclo se puede repetir varias veces a la semana y en casos graves, varias veces al día. Los principales síntomas de la persona con bulimia son:
- Garganta infamada y adolorida por los constantes vómitos.
- Infamación de las glándulas salivares.
- Desgaste del esmalte de los dientes.
- Dientes sensibles como resultado de la exposición al ácido del estómago. Reflujo y otros problemas estomacales.
- Irritación intestinal debido al abuso de laxantes.
- Deshidratación severa.
- Desequilibrio de electrolitos (niveles de sodio, calcio, potasio y otros minerales).
Por tanto, para diagnosticar una persona con bulimia debe cumplir los siguientes requisitos:
- Episodios recurrentes de atracones.
- Comportamiento compensatorio recurrente e inadecuado, para prevenir el aumento de peso, tal como: vómito autoinducido, exceso de laxantes, diuréticos y otros medicamentos, ayuno o exceso de ejercicio.
- Los atracones y los comportamientos compensatorios inadecuados ocurren con un promedio de por lo menos dos veces a la semana, por un período de tres meses.
- La percepción de sí misma está excesivamente influida por la forma corporal y el peso.

Principalmente, la anorexia y la bulimia se diferencian en que el peso del paciente con anorexia nerviosa es inferior a lo normal (además de presentar déficit de calcio, zinc, hierro, valores séricos altos de caroteno y vitamina A y deficitarios de las vitaminas E y B6), y el peso del paciente con bulimia nerviosa puede ser normal o hasta superior al mismo si no alcanza a eliminar en sus episodios de

purga todo lo que ha ingerido durante el atracón.

Tipos de anorexia:
- Tipo restrictivo: la persona no se embarca regularmente en ciclos de atracones y/o purgas, sino que reduce su ingesta de comida al mínimo.
- Tipo atracones/purgas o anoréxico-bulímico: la persona se embarca regularmente en ciclos de atracones y/o purgas (por ejemplo, vómito autoinducido o uso inadecuado de laxantes o diuréticos).

Por lo general estos pacientes comienzan con una disminución de la ingesta, sobre todo de alimentos con alto contenido calórico (hidratos de carbono y lípidos), y muchos de ellos acaban con una dieta muy restringida, que bordea el ayuno, limitada a unos pocos alimentos. El ejercicio físico excesivo también es típico. No reconocen el cansancio y mantienen un alto nivel de actividad, y es el ejercicio parte de esa autodisciplina para no convertirse en obeso. Lograda la pérdida de peso, siguen reduciendo la cantidad de calorías que ingieren al día, y están cada vez más preocupados por pensamientos sobre la comida, y es esta preocupación lo que acrecienta su miedo a no tener control sobre su apetito. Los pacientes tratan de reprimir sus deseos de comer, y en lugar de la aversión a la comida, a menudo se observa en ellos interés por ella, pero hacia los demás.

Los pacientes con anorexia nerviosa destacan por su habilidad para tolerar las sensaciones de hambre, y tienen un límite calórico muy restrictivo, pero se ha detectado que la mitad de los enfermos de anorexia de tipo restrictivo, llegan a un momento en el cual pierden el control sobre sí y ponen en práctica entonces el denominado "atracón", lo que a su vez conlleva el uso del mecanismo del vómito autoinducido (en un principio, lo realizan introduciéndose los dedos en la boca tras la comida, pero más tarde aprenden a vomitar sin la ayuda de los dedos).

Es decir, que los pacientes que padecen esta enfermedad suelen comenzar con anorexia restrictiva y acaban convirtiéndose en anoréxicas compulsivas/purgativas, por el vómito, la ingesta excesiva de lactantes, diuréticos, etc.

Tipos de bulimia:
- Purgativo: la persona se embarca regularmente en vómitos autoinducidos o en el uso excesivo de laxantes y/o diuréticos.
- No purgativo: la persona utiliza otros comportamientos compensatorios inadecuados, tales como ayunar o el ejercicio excesivo, pero no se embarca en vómitos autoinducidos o el uso excesivo de laxantes y/o diuréticos.

¿Quién desarrolla un trastorno de la alimentación?

Factores predisponentes: individuales y familiares.
Problemas con la autonomía:
Una posible predisposición a los trastornos de la alimentación es la dificultad que tienen ciertas personas para funcionar de forma discriminada de la familia o de otros patrones externos. Esto es, jóvenes que viven muy pendientes de lo que otros esperan de ellas, de cumplir con los ideales de sus padres, o de darles satisfacción a los demás. La obligación de ser siempre "adecuada" les deja poco margen de seguridad para desarrollar un pensamiento personal o para hacer los planteos propios de una etapa de crecimiento. Planteos que seguramente mostrarán diferencias con los padres o provocarán distanciamientos o dejarán temporariamente insatisfechos a otros.
Cuando la seguridad está puesta exclusivamente en el exterior, en cumplir con lo que se supone que se espera de uno, en adecuarse a la imagen que otros puedan tener de uno, es inevitable que se tenga una cierta sensación de ineficacia personal, una gran dificultad para resolver las cosas apelando a recursos personales, porque se termina siempre dudando de sí mismo.
En general, las jóvenes que padecen estos trastornos transitan una etapa que naturalmente está llena de situaciones bastante cambiantes: cambios de escuela, de amigos, de barrio, en la relación con los padres o la posibilidad de una relación más íntima con el sexo opuesto, etcétera. Muchas veces, es la dificultad para encarar estas situaciones y resolverlas lo que hace que una persona vulnerable a desarrollar un trastorno de la alimentación convierta su cuerpo en el símbolo y la fuente de autonomía, control, eficacia personal e identidad. Entonces se interpreta erróneamente la delgadez como un signo de ser "especial" y el hacer dieta y bajar de peso, como indicadores de autocontrol.

Déficit en la autoestima:
Las personas desarrollan imágenes sobre sí mismas y fabrican su propio concepto acerca de quiénes son. El grado en que el individuo se acepta a sí mismo es conocido como "autoestima". Cuanto menos parecido a lo que la persona considere como "ideal" es el concepto que tiene de sí misma, más baja estará su autoestima. Los parámetros para la autoestima varían en ambos sexos. En la mujer de nuestra sociedad, en general, la autoestima está más conectada con factores como la imagen externa o apariencia, la aprobación del otro, cumplir con las expectativas y responder a las necesidades de los demás, etcétera.
Esta sensación de baja autoestima que nace de juzgarse a sí misma desde las apariencias, desde lo que los demás consideran valioso, hará que el peso y la figura cobren esencial importancia como formas de lograr elevarla.

Camino a la perfección y el autocontrol:
Tendencia al perfeccionismo es bastante común entre las jóvenes con trastornos del comer. El sufrimiento y la sensación de ineficacia las hace muy exigentes, a tal punto que nunca sienten que lo que hacen es suficientemente bueno. Si no van a poder hacer a la perfección algo que se proponen, directamente no lo intentan. Esa búsqueda de perfección también se desplaza al peso corporal: para alcanzar la perfección es preciso mantener el cuerpo ideal, a cualquier costo. Terminan convenciéndose de que si logran transformar su silueta, también lograrán transformarse a sí mismas. De este modo, lograrán ser seguras y tenerse la confianza suficiente para enfrentar los desafíos que se les presenten en la vida.

Miedo a madurar:
Los trastornos de la alimentación se desarrollan por lo general en el período que va desde la pubertad, pasando por la adolescencia, hasta la juventud. De hecho, es un período de numerosos cambios: a nivel físico, sexual, emocional y social. Algunos jóvenes sienten que son poco hábiles para convivir con estos cambios, que no tienen recursos o que nadie los ayuda a transitarlos.
Los cambios físicos vienen acompañados, entre otras cosas, de un aumento natural del peso corporal, que es lo que finalmente le da al cuerpo una forma más "de mujer". Para muchas jóvenes que tienen trastornos de la alimentación, éste puede ser el factor precipitante. Una intolerancia a esa realidad, una dificultad para aceptar un cuerpo que inevitablemente transmite el mensaje de que ya se ha dejado la infancia.
Generalmente, estas jóvenes están muy "estancadas en la niñez", y tienen temor a crecer y a manejar la independencia que eso implica.

Rasgos familiares:
- Escasa comunicación entre sus miembros.
- Incapacidad para la resolución de los conflictos que se presentan.
- Sobreprotección por parte de los padres.
- Rigidez y falta de flexibilidad para encarar las situaciones nuevas, o regular las reglas familiares adecuándolas a los cambios de etapa.
- Ausencia de límites generacionales (por ejemplo: jóvenes con papel de madres). Expectativas demasiado altas de los padres respecto de sus hijos.
- Historias familiares que incluyen depresión y alcoholismo.
- Existencia en el seno de la familia de abuso sexual o físico.

5 Discusión-Conclusión

Los TCA son bastante frecuentes en nuestro entorno, por lo que conocerlos y saber realizar un buen diagnóstico de los mismos es algo muy importante. La anorexia y la bulimia son dos de los principales trastornos alimenticios que se encuentran presentes a día de hoy, y afectan principalmente a adolescentes y mujeres, principalmente con problemas de autoestima y/o problemas de abusos previos.

Si bien ambas pueden parecer similares, como hemos visto anteriormente su diagnóstico es muy diferente, por lo que se debe realizar una buena exploración de los pacientes para diagnosticar correctamente un tipo u otro.

Es muy importante realizar también un buen tratamiento de estos trastornos, pues pueden tener grandes consecuencias para los pacientes que los sufren, como pueden ser: disminución de la fertilidad, amenorrea, osteoporosis, anemias por déficit de hierro, bradicardia, hipotensión, esofagitis y gastritis.

6 Bibliografía

- Crispo R, Figueroa E, Guelar D. Anorexia y bulimia: lo que hay que saber. Editorial Gedisa, 1998.
- Bravo Rodríguez M, Pérez Hernández A, Plana Bouly R. Anorexia nerviosa: características y síntomas. Revista Cubana de Pediatría, 2000. 72 (4): páginas 300-305. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/ped/vol72_4_00/ped11400.pdf
- Manual de diagnóstico y estadística de los trastornos mentales (DSM-IV). Barcelona: Ed. Masson, 1995:557-9.
- Núñez C, Moreira O, Carvajal M. Pautas para el tratamiento dietético de pacientes con anorexia nerviosa basado en la evolución de su estado nutritivo. Rev Clin Esp. 1995; 195(4): 226-32.
- Bulimia. MedlinePlus: Enciclopedia médica. Disponible en: https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000341.htm
- Anorexia. MedlinePlus: Enciclopedia médica. Disponible en: https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000362.htm

Capítulo 732

CONSTANTES VITALES. LA TENSIÓN ARTERIAL PARA TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

NURIA MORENO FERNANDEZ DE LA BASTIDA

NATIVIDAD CABEZÓN FERNÁNDEZ

1 Introducción

Las constantes vitales son indicadores que nos dan información sobre el estado de salud, además de la observación y el examen físico de un paciente. En este capitulo nos vamos a centrar en la tensión arterial, esta es la presión que ejerce la sangre en el interior de las arterias y se mide la fuerza con la que fluye la sangre.

2 Objetivos

- Adquirir la habilidad para medir correctamente los signos vitales y ser capaz de identificar las alteraciones más comunes en los valores de los mismos en colaboración con la enfermera.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre l literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Plumbet, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La tensión arterial:
Cuando la presión sistólica y la diastólica están entre los valores normales, la tensión sistólica (alta) debe estar entre 10 y 14 cm de Hg y la tensión diastólica (baja) deben estar entre 6 y 9 cm de Hg., se dice entonces que el paciente tiene Normotensión arterial.

Si sus cifras están elevadas se dice que tiene Hipertensión arterial, aumentando los valores normales >140/90 mmHg y si sus cifras son bajas se denomina Hipotensión disminución de la tensión por debajo de los valores normales <120/60 mmHg.

1. Se puede medir manualmente utilizando un esfigmomanómetro y un fonendoscopio. El manguito del primero se ajusta en el brazo de modo que quede a 2,5 cm, por encima de la flexura del codo y por encima de la arteria.
2. Se ajustará bien para que no caiga ni quede holgado, pero sin comprimir demasiado.
3. Comprobar que los tubos de goma que salen del manguito quedan situados en la parte lateral del codo, sin entrecruzarse ni acodarse.
4. Comprobar que el manómetro marque 0mm. de Hg. y la válvula de la pera esté cerrada.
5. Nos colocaremos el fonendoscopio de modo que los auriculares queden perfectamente adaptados a nuestros pabellones auditivos.
6. Localizamos el pulso humeral y colocaremos el diafragma del fonendoscopio en ese punto, manteniéndolo presionado suavemente y oiremos el pulso.
7. Con la mano que nos queda libre, insuflaremos aire en el manguito hasta que dejemos de oír el pulso. Cuando el manómetro llega a 180-200 mm/Hg ya no se oye.

8. Abrimos la válvula lentamente y notaremos que el aire va saliendo, el manguito se va desinflando y el marcador de presión va descendiendo. Cuando oigamos el pulso arteriales el momento en el que la sangre comienza a fluir por la arteria.
9. En este instante, hemos de fijarnos en el valor que marque la aguja o la columna de mercurio del manómetro, y, memorizarlo. Este valor es la presión arterial sistólica o máxima.
10. Mientras seguimos oyendo el pulso y dejamos que el manguito se siga desinflando, hasta que, dejemos de oír el pulso o cambie claramente de tono (pasa de oírse muy bien a muy lejano), justo en ese momento el manómetro nos estará indicando el valor de la presión diastólica o mínima, que también debemos de memorizar.
11. Desinflar completamente el manguito y retirarlo.
12. Registrar los valores memorizados en la gráfica de constantes, anotándolos en color verde.

Otro sistema de medición es a través de monitores de signos vitales que mide la presión sanguínea, la frecuencia del pulso, la saturación de oxígeno y la temperatura de forma mas automática.

5 Discusión-Conclusión

Como norma general, en el hospital se toman y registran al menos dos veces al día, pero si existe algún tipo de alteración, se hará cada cuatro horas, o cuando lo especifique el médico. La enfermera o enfermero es el encargado de medir, interpretar, detectar y evaluar los signos vitales de un paciente. El auxiliar de enfermería colabora con ellos en la medición y registro de los signos vitales

Es por esto que el conocimiento de las indicaciones y la técnica para la medición de las constantes vitales son claves para prevenir complicaciones relacionadas con su uso. Estas acciones contribuirán directamente a una atención adecuada del paciente y creara un ambiente favorable y sobre todo ayudaran a detectar precozmente alguna anomalía de la salud y para prevenir problemas de esta.

6 Bibliografía

- https://issuu.com/pltcae/docs/tbe_tema_08_constantes_vitales?viewMode=doublePage
- http://www.cgtsanidadlpa.org/f/opes/aux_enfermeria/T5-AE-SCS-2007.pdf

- https://inensal.com/constantes-vitales/
https://www.mheducation.es/bcv/guide/capitulo/8448184106.pdf
- http://www.auxiliar-enfermeria.com/tecnicasauxenf.htm
http://famen.ujed.mx/doc/manual-de-practicas/a-2016/03_Prac_01.pdf
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 733

EL ICTUS

MONTSERRAT FERNANDEZ VIEJO

ANA MARIA FERNANDEZ PEREZ

1 Introducción

El ictus es una enfermedad cerebrovascular que afecta a los vasos sanguíneos que suministran sangre al cerebro. Ocurre cuando un vaso sanguíneo que lleva sangre al cerebro se rompe o es taponado por un coágulo u otra partícula. Debido a esta ruptura o bloqueo, parte del cerebro no consigue el flujo de sangre, oxígeno y glucosa, que necesita. La consecuencia es que las células nerviosas del área del cerebro afectada no reciben oxígeno, por lo que no pueden funcionar y mueren transcurridos unos minutos, provocando un daño cerebral permanente que puede comportar secuelas de por vida. Esta patología representa la segunda causa de muerte en nuestro medio (la primera en la mujer), una de las principales causas de discapacidad permanente en el adulto y la segunda causa de demencia tras la enfermedad de Alzheimer.

Los ictus pueden clasificarse en 2 grandes grupos según el mecanismo por el cual se producen: El ictus isquémico y el ictus hemorrágico. El ictus isquémico, es el tipo más común de ictus (80-85% de los casos) y se produce por una reducción de la circulación sanguínea en el cerebro causado por el taponamiento de un vaso a causa de un trombo o un coágulo. Esta falta de sangre, produce una isquemia (sufrimiento celular) y hace que el cerebro no pueda funcionar correctamente, pudiendo producirse de dos maneras: Por la formación de un coágulo que puede acabar de ocluir completamente una arteria cerebral que ya estaba previamente estrechada por un cúmulo de grasa, colesterol y otras substancias; por

desprendimiento de un coágulo procedente del propio cerebro o de otra región corporal (habitualmente del corazón), que se desplaza por las arterias hasta llegar al cerebro.

El ictus hemorrágico, es el ictus más frecuente en pacientes menores de 40 años de edad, se debe a la rotura de un vaso sanguíneo, causada generalmente por la elevación de la presión arterial o por defectos de los vasos cerebrales que los hacen susceptibles a la rotura. Esta hemorragia hace que la sangre fuera de la arteria comprima el sistema y dificulte el riego normal del cerebro y que, al estar en contacto directo con las neuronas, produzca una irritación y consiguiente lesión del tejido sobre las mismas alterando su equilibrio químico, necesario para su correcto funcionamiento.

En general, los ictus son de inicio súbito y de rápido desarrollo y causan una lesión cerebral en minutos, pueden aparecer diferentes síntomas a la vez o sólo uno, en función del área cerebral afectada pero la gran mayoría de personas que sufren un ictus suelen presentar una combinación de varios de estos síntomas:
1. Pérdida de fuerza que afecta un lado del cuerpo o de la cara, es el síntoma más común, se trata de una disminución repentina de la fuerza motora.
2. Pérdida de visión en un ojo o parcial en los dos, una alteración brusca de la visión. 3- Dificultad para hablar, entender o articular lenguaje; produciéndose una alteración del lenguaje espontáneo durante la conversación, o bien alteraciones de la comprensión o repetición en el habla, pudiendo introducir involuntariamente elementos anormales.
4. Pérdida de sensibilidad en la cara, brazo y / o pierna de un lado del cuerpo, que es la sensación anormal de los sentidos o de la sensibilidad general que se traduce por una sensación de hormigueo, adormecimiento, normalmente aparece asociada con debilidad en la misma región. También puede aparecer extinción sensitiva, que es la incapacidad para percibir estímulos simultáneos en ambos lados del cuerpo.
5. Inestabilidad, desequilibrio e incapacidad para andar, pérdida brusca de coordinación o equilibrio, presenta manifestaciones de irregularidad en el ritmo, la amplitud y la fuerza de los movimientos, que se hacen imprecisos y descoordinados.
6. Dolor de cabeza (cefalea) de aparición intensa y repentina, no habitual. Se suele asociar a la hemorragia cerebral.

El ictus está vinculado a determinados factores de riesgo, como pueden ser: Genéticos, el riesgo de sufrir un ictus es mayor si alguna persona de la familia

lo ha padecido. La edad, pasados los 55 años aumenta el riesgo. Los hábitos de vida negativos como el sedentarismo, el consumo de tóxicos como el tabaco, el alcohol y algunas drogas. El haber sufrido un ictus recientemente. Padecer algunas enfermedades como diabetes, hipertensión arterial, dislipemia, enfermedades cardiacas y de la arteria carótida.

El ictus es una enfermedad que se puede prevenir, para ello se recomiendan una serie de hábitos saludables para minimizar los riesgos: Llevar una dieta rica y saludable, tratar de evitar el colesterol LDL, lo que se consigue reduciendo las grasas saturadas y evitando problemas de obesidad. Una persona debe mantener su índice de masa corporal por debajo de 25 para reducir el riesgo de ictus. Realizar ejercicio de forma habitual y moderada, evitando el sedentarismo. No fumar y moderar el consumo de alcohol a niveles moderados. Llevar un control de la tensión arterial de forma regular, en aquellas personas que no hayan sufrido un ictus anteriormente la tensión arterial debería ser inferior a 140/90, y para diabéticos o personas que ya hayan sufrido un ictus, inferior a 130/80.

Junto con el control de los factores de riesgo, otra de las claves en el control del ictus es la atención inmediata y especializada, para ello los objetivos terapéuticos ante el paciente con ictus pasan por preservar la vida de la persona que lo ha sufrido y por preservar la función de las estructuras cerebrales involucradas, siendo de vital importancia acudir al hospital sin demoras, puesto que algunos tratamientos sólo pueden llevarse a cabo en un corto periodo de tiempo tras el inicio de los síntomas, en concreto en las primeras 4,5 horas. El médico trata de establecer la causa exacta del ictus, puesto que es especialmente importante determinar si éste se ha producido por un coágulo que se alojó en el cerebro o por la obstrucción de un vaso sanguíneo debido a una aterosclerosis.

En todo caso, hay algunos pasos que hay que seguir para mejorar la supervivencia:
- Reconocer rápidamente los signos y síntomas del ictus. Activar con rapidez los servicios de emergencia.
- Transporte rápido de emergencia y prenotificación al hospital.
- Llevar al paciente a una Unidad de ictus. Comenzar el cuidado y la evaluación del paciente durante el transporte al hospital.
- Recibir el diagnostico y el tratamiento rápidamente en el hospital para que este bajo vigilancia intensiva.

2 Objetivos

- Conocer los síntomas y los factores de riesgo ya que el 90% de los casos son predecibles y es fundamental para su tratamiento, además de la prevención, la rapidez con que se detecta.
- Tratar de minimizar este problema socio-sanitario, ya que se trata de la primera causa de mortalidad entre las mujeres españolas y la segunda en los varones.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica y sistemática a través de Google y Google académico, analizando distintas páginas web y textos científicos, utilizando para ello las palabras clave “prevención”, “síntomas” y “factores de riesgo”.

4 Bibliografía

1. https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/neurologicas/ictus.html
2. https://ictusfederacion.es/infoictus
3. https://www.infosalus.com/enfermedades/neurologia/ictus/que-es-ictus-29.html
4. https://www.efesalud.com/el-ictus-11-factores-de-riesgo-que-pueden-provocarlo
5. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
6. https://www.scielo.org/es/
7. https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 734

ATENCIÓN INMEDIATA DEL RECIÉN NACIDO

ANA ISABEL GARCÍA GONZÁLEZ

GUILLERMO FERNANDEZ MARTINEZ

1 Introducción

Los cuidados inmediatos del recién nacido son los que realizan inmediatamente después de producirse el nacimiento dentro de la sala de paritorios tras realizar la valoración inicial del neonato y su identificación.
Si no surgen problemas de salud en el bebé, se continúan los cuidados en el Servicio de Maternidad del hospital y en el domicilio familiar.

Para poder catalogar al recién nacido como ”sano” y de ” bajo riesgo” hay que conocer la historia obstétrica, preguntando a la madre sobre los distintos factores de riesgo.

Minutos después del nacimiento, se coloca al recién nacido sobre el vientre materno cubierto por un campo estéril y tibio. Es frecuente que el recién nacido normal se presente cianótico e hipotónico. El llanto puede no ser inmediato. Se le seca y se le estimula si el líquido amniótico es claro. Se debe procurar el contacto ”piel con piel” durante los primeros minutos de vida para evitar la hipotermia, fomentar el apego, estabilizar sus constantes vitales, disminuir el tiempo de llanto y fomentar la lactancia materna. Es conveniente que el bebé se prenda al pecho a los 30 minutos del nacimiento.

Es necesario seguir un protocolo exhaustivo al realizar las atenciones y cuidados del bebé en el momento del nacimiento y en los primeros minutos y horas de vida.

El cuidado del recién nacido tras su nacimiento tiene como objetivo primordial supervisar que el bebé se adapta correctamente a la vida fuera del útero.

Además, hay que ayudar a la madre a que comprenda las características propias de este periodo y de todos los fenómenos físiológicos que se producen que no ocurren en ninguna otra etapa de la vida de su hijo.
Durante la asistencia del parto se controla la respiración del recién nacido, se previene que baje su temperatura, se liga el cordón umbilical, se realiza la profilaxis ocular y se controla que no tenga hemorragias.

Todo esto es prioritario para asegurar que el bebé se encuentra en perfectas condiciones tras el nacimiento y garantizar que su vida no corre peligro.

2 Objetivos

- Entender la importancia de a atención al recien nacido.

3 Metodología

La prestación de todos los cuidados que se realizan en los primeros minutos tras el alumbramiento, siguen este proceso:
- Valoración inicial y las primeras atenciones.
- Identificar al recién nacido en el paritorio:
Colocarle una pulsera identificativa.
Tomar sus huellas digitales.
Poner la etiqueta de la pinza del cordón umbilical.
Tomar una muestra de sangre del bebé y la madre.
- Trasladar al recién nacido a la habitación de planta del Servicio de Maternidad.
- Si el bebé es prematuro debe permanecer en una incubadora por tener bajo peso o alguna enfermedad.
El cordón umbilical es el nexo de unión entre la placenta y el feto y está formado por dos arterias y una vena, rodeadas de una sustancia gelatinosa. Debe ligarse cuando deja de latir para permitir que los depósitos de hierro sean mayores durante el primer año de vida, así se previene la anemia ferropénica. La sección de éste debe realizarse en estricta asepsia y con material estéril. Debe ser pinzado

con seguridad para evitar sangrados. La pinza de seguridad se coloca a 2 cm de la piel. El cordón umbilical es una vía de riesgo de colonización e infección en el recién nacido, por eso es fundamental su cuidado tras el nacimiento, en la sala de alojamiento y en el domicilio. Su higiene se realiza a diario lavando, secando y aplicando alcohol de 70º hasta que se desprenda y cicatrice la herida.
Lo ideal es realizar la valoración inicial del recién nacido sin separarlo de su madre del contacto "piel con piel" para que su temperatura corporal se mantenga entre 36 y 37ºC.
Lo primero que se hace es realizar el test de índice de Apgar. Se evalúa al minuto de nacer y a los cinco minutos. Se trata de un score clínico que permite valorar la adaptación a la vida extrauterina. La suma de las calificaciones indica el nivel de adaptación del bebé y el nivel de intervención que precisa. Se miden la frecuencia cardíaca, respiración, tono muscular, respuesta refleja a estímulos y color de la piel.

A continuación se realiza una inspección general del recién nacido:
- Comprobar la morfología del cuerpo, descartando signos de anormalidad.
- Observar si hay meconio y micción.
- Comprobar si existen tres vasos en el cordón umbilical para descartar enfermedades.
- Auscultar la frecuencia cardíaca.
- Verificar que su respiración es regular y efectiva.

Todos los niveles de atención perinatal, deben permitir diagnosticar situaciones de riesgo y dar la asistencia necesaria para estabilizarlos. El personal sanitario que atiende al recién nacido en el momento del nacimiento, debe disponer de los conocimientos y la experiencia necesarios para reconocer una posible situación de riesgo en el momento del parto y el nacimiento, para establecer los mecanismos necesarios para su tratamiento.

La primera semana de vida es la más vulnerable en cuanto al riesgo de mortalidad neonatal y las primeras 24 horas determinan el futuro del niño.
Se debe realizar la antropometría del recién nacido dentro de las primeras 12 horas de vida. Las medidas antropométricas son la longitud, peso corporal y perímetro craneano.
En el primer examen físico se comprueba si la adaptación a la vida extrauterina se produce de manera espontánea y sin dificultades. Se evalúa el estado morfológico del bebé buscando posibles malformaciones congénitas y detectar complicaciones.

Seguidamente se debe identificar al recién nacido. Se debe realizar lo antes posible y en presencia de los padres. Se le coloca una pulsera plástica con cierre inviolable en el tobillo del bebé donde figura el nombre de la madre y un número que coincide con el de la pulsera de ella y con la etiqueta de la pinza del cordón y del partograma (se indica todo lo ocurrido en el parto). Nunca se debe separar al bebé de la madre sin su identificación.

También se toma una muestra de sangre del recién nacido y de la madre y la huella plantar del bebé y huellas dactilares de ella. Los resultados se registran en la tarjeta de identificación madre-hijo, historia clínica, documento de inscripción en el Registro Civil,…
En el recién nacido existen escasos depósitos de vitamina K. Si presenta éste déficit aparece la enfermedad hemorrágica del recién nacido. Esta vitamina no está presente en la flora intestinal en el momento de nacer, se va adquiriendo a través de la toma de leche materna. Está implicada en la coagulación. Se le administra para prevenir hemorragias.

Hay que realizar la profilaxis ocular administrándole nitrato de plata al 1% para prevenir la oftalmia gonococcica del recién nacido, es decir, una conjuntivitis que suele aparecer entre el 2º y 5º día de vida. Se administra una gota en cada ojo y en la vulva de las niñas.
Es importante mantener un ambiente seguro sin ruido ni iluminación excesivas y extremando las medidas higiénicas para que no exista riesgo de infección. El sistema inmunitario del bebé se está desarrollando y las dependencias y sala de partos deben permanecer con la mayor asepsia posible.

Se debe vestir al bebé tras permanecer en contacto con la piel de la madre.

4 Bibliografía

- Técnicas básicas de enfermería de la editorial Mac Graw Hill
- https://www.minsal.cl/
- https://www.federacion-matronas.org/

Capítulo 735

LA IMPORTANCIA DE LAS VACUNAS

LAURA ÁLVAREZ REY

1 Introducción

Una vacuna es cualquier preparación cuya función es la de generar del organismo inmunidad frente a una determinada enfermedad, estimulándolo para que produzca anticuerpos que luego actuarán protegiéndolo frente a futuras infecciones, ya que el sistema inmune podrá reconocer al agente infeccioso y lo destruirá.
Se trata de un medicamento biológico constituido a partir de microorganismos (bacterias y virus), muertos o atenuados, o productos derivados de ellos.
Antes de nacer, los bebés adquieren a través de la placenta las defensas necesarias para protegerse frente a posibles infecciones durante las primeras semanas de vida. Sin embargo, pierden esa protección en poco tiempo, aunque éste varía en función del microorganismo de que se trate. Así, mientras que en enfermedades infecciosas como la tos ferina, la inmunidad transmitida por la madre se mantiene apenas unas pocas semanas, en otros casos, como el del sarampión, puede prolongarse hasta seis meses o un año, según los niños.

2 Objetivos

- Entender el uso de las vacunas en la actualidad.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica

existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La mayoría de las vacunas se administran hasta los doce años de edad, pero los adultos deben continuar vacunándose contra el tétanos y la difteria cada diez años. Además, hay situaciones especiales por las cuales los adultos deben recibir vacunas: las mujeres embarazadas, los adultos mayores, los pacientes portadores de enfermedades crónicas,los trabajadores de riesgo y cualquier persona en situación de brotes de enfermedades.

La indicación sobre la edad en que se administra cada vacuna surge de la capacidad de lograr una buena respuesta inmune frente al microorganismo que se vacuna. Es importante respetar las edades recomendadas y no retrasarse, para obtener defensas lo antes posible.

Si dejáramos de vacunarnos, las enfermedades comenzarían a reaparecer. La viruela es la única enfermedad contra la cual ya no necesitamos vacunarnos, porque ya se erradicó por completo. Todas las demás enfermedades siguen activas en algún lugar del mundo. Si no continuamos vacunándonos, la enfermedad viajará y regresará. Pronto, habría una epidemia, tal como las que solía haber.
Se han generado muchos malentendidos en torno a las vacunas. Hay mitos que se difunden en internet según los cuales las vacunas causan enfermedades, y otras informaciones que no se ajustan a la realidad.
- Las vacunas no causan autismo.
- Las vacunas no son algo que no pueda tolerar el sistema inmunológico de un bebé .
- Las vacunas no contienen toxinas que le harán daño.
- Las vacunas no ocasionan la enfermedad que deben prevenir.
- Aún necesitamos las vacunas, incluso si las tasas de infección en los EEUU son bajas.

5 Discusión-Conclusión

Antes de que una vacuna se apruebe como inocua y eficaz, se necesitan años de desarrollo y pruebas. Luego, los científicos y los médicos de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los EEUU evalúan la investigación antes de aprobarla. También inspeccionan los lugares en los que se producen las vacunas para asegurarse de que se cumplen las normas. Una vez que la vacuna se lanza al público, la FDA continúa supervisando su uso. También se cerciora de que no haya problemas de inocuidad.
Las vacunas son muy seguras.Los beneficios de su uso superan ampliamente los riesgos de los efectos secundarios.
Cuantas más personas estén vacunadas, mayor defensa existe y, así, se puede prevenirla aparición de epidemias en toda la comunidad, no sólo en los vacunados.

6 Bibliografía

- MINSALUD
- SANITAS
- FISTERRA.COM
- FAMILYDOCTOR.ORG

Capítulo 736

CUIDADOS DE LA AUXILIAR DE ENFERMERÍA A LA MUJER GESTANTE EN PARTOS

LORENA FERNÁNDEZ MÉNDEZ

1 Introducción

Los momentos previos al parto son situaciones en las que se mezcla la ilusión, la alegría, pero también la tensión y el nerviosismo. Esta mezcla tan explosiva no solo la sufre la futura madre sino los familiares que están a su alrededor. Por ello, los cuidados, las atenciones y el apoyo emocional son tan importante para ayudar a mantener la calma en estos momentos en los que la colaboración con los profesionales sanitarios que asisten al parto es fundamental para un buen desarrollo del mismo.

2 Objetivos

- Identificar las necesidades de la parturienta
- Garantizar el apoyo emocional
- Asegurar el correcto acondicionamiento de la sala.
- Proporcionar intimidad.
- Mantener las condiciones de limpieza y asepsia.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La atención prestada antes, durante y después del parto es fundamental para proporcionar un ambiente de tranquilidad, seguridad y bienestar a la parturienta. En el postparto inmediato la madre centra su prioridad en el recién nacido, por lo que es muy importante fomentar el piel con piel y que el niño permanezca con su madre.

5 Discusión-Conclusión

Aunque la preparación al parto comienza meses atrás, el parto es una situación donde la futura madre está expectante y en alerta ante cualquier imprevisto o complicación que pueda suceder lo que puede involucrar inseguridad y miedo. Sentirse arropada en estos momentos, no solo por el apoyo psicológico y el manejo del dolor por parte del personal sanitario, sino por la confianza que se brinda en estas situaciones hace que se sientan la libres para expresar sus inquietudes.

Para cumplir con todo esto, el personal auxiliar de enfermería deberá desarrollar adecuadamente las siguientes funciones:

- Ayudar a vestir, desvestir y asear a la parturienta.
- Ayudarles a pasar a la mesa de partos.
- Ayudar a la matrona a rasurar a las parturientas al igual que deben asistir en la aplicación de enemas.
- Colaborar en caso de anestesia epidural en el procedimiento.
- Asistir durante el proceso de parto aportando el material necesario.
- Recogida y limpieza del instrumental.

6 Bibliografía

- http://es.slideshare.net
- http://www.censanidad.com
- http://docplayer.es.

Capítulo 737

RECOMENDACIONES SOBRE INGRESO Y TRATAMIENTOS INVOLUNTARIOS

LUCÍA SANCHEZ TOYOS

DIEGO GUTIÉRREZ ALONSO

LUCÍA POMAR MARTINEZ

1 Introducción

En los casos, cada vez más frecuentes, en los que cuando ingresa en el centro la persona mayor está muy limitada cognitivamente y se desconoce su historia de vida, se tendrá en cuenta toda la información que nos puedan aportar, aunque sea poca y se valorará sobre todo las expectativas de futuro, la calidad de vida y el mayor confort para ella.

Se busca conseguir que el ingreso de una persona mayor en residencia, ya sea pública o privada, necesariamente sea por su propia y exclusiva voluntad, sin que nadie pueda decidirlo por ella, ni siquiera un familiar, mientras no esté incapacitada judicialmente para tomar decisiones libremente por sí misma; lo mismo ocurre con cualquier tratamiento o intervención sobre ella.

Los Artículos 17.1, 43 y 49 de la Constitución Española (C.E.) establecen que nadie puede ser privado de su libertad ni obligado a someterse a un determinado tratamiento médico. La libertad de rechazar tratamientos terapéuticos, como manifestación de la libre autodeterminación de la persona tiene su cobertura en el artículo 1.1 de la C.E.

Por otro lado, mientras no exista incapacitación judicial, tenemos que considerar siempre en la persona mayor la presunción de plena capacidad de obrar y decidir que le otorga el ordenamiento jurídico. De no ser así y según el artículo 163 del Código Penal, todo ingreso forzoso se considera detención ilegal, y serán responsables de ello tanto las personas que hayan promovido el ingreso como el centro donde se haya realizado.

Puede ocurrir que exista cierta enfermedad mental o trastorno psíquico que impida a la persona decidir por sí misma y que sea necesario un ingreso forzoso y aplicación de ciertos tratamientos en contra de su voluntad en aras de su salud mental

2 Objetivos

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Scielo y Medline, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

3 Bibliografía

- Código Civil. Artículos 199 y 211
- Código Penal. Artículo 163
- Comité de Bioética de Catalunya. (2010). Consideraciones sobre el Documento de Voluntades Anticipadas.
- Comité de Ética de los Servicios Sociales de Cataluña. (2013) Recomendaciones sobre el desarrollo de los derechos y deberes de las personas mayores.
- Constitución Española. Artículos 1.1, 17.1, 43 y 49.
- Rodríguez Álvarez, A. (2012). Sobre el internamiento involuntario de ancianos no incapacitados en centros geriátricos.
- Sastre Campo, A. (2012) Aproximación general al ámbito sanitario desde la perspectiva de la convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. Monografía 18. Aspectos bioéticos, jurídicos y médicos de la discapacidad. Fundación Salud 2000.
- Unidad de gestión clínica Amate (2013). Modelo de atención socio sanitaria: optimización de recurso. Evidencias en gestión clínica y gestión de servicios de salud.

Servicio Andaluz de Salud.

Capítulo 738

EL ESTREÑIMIENTO EN LA PERSONA MAYOR

ALMUDENA SANTIAGO FERNANDEZ

ISABEL RAMOS PALEO

1 Introducción

El estreñimiento es muy común entre los ancianos. Es dificil sin embargo,precisar su prevalencia real,porque muchos ancianos se consideran estreñidos sin serlo y consumen laxantes de forma indebida. Aún está extendida la idea de que lo normal es tener deposiciones diarias. Las cifras de prevalencia varian mucho dependiendo del medio en que se encuentre el anciano. Así, en un estudio reciente realizado en EEUU, un 12% de los ancianos que viven en la comunidad son estreñidos, un 41% entre los ancianos hospitalizados y hasta un 80% de los ancianos institucionalizados en residencias de larga estancia.

Se define el estreñimiento como la emisión retardada e infrecuente (menos de tres deposiciones, ala semana) de heces normalmente duras,secas y, a menudo, difíciles de expulsar (el dolor y el tenesmo también definen el estreñimiento) Es un sintoma y no una enfermedad. La prevalencia del estreñimiento es de un 2,5% en varones y 5% en mujeres, pero si se consideran aspectos subjetivos (lo que el paciente entiende por estreñimiento), la prevalencia aumenta hasta en un 20% y más frecuente en ancianos. Lo que se asocia de manera clara con la edad es una mayor presencia de factores favorecedores dieta pobre en fibra, sedentarismo, aumento del consumo de fármacos y mayor prevalencia de enfermedades crónicas incapacitantes.

La inhibición voluntaria repetida de la evacuación es también causa de estreñimiento. Nuestros mayores habitualmente tienen una idea particular de su hábito intestinal,considerando estreñimiento la emisión de heces infrecuentes, la emisión de heces demasiado duras o pequeñas, dificultad o expulsión de estas o sensación de evacuación imcompleta , por dos criterios:
- Defecación infrecuente menos de 3 deposiciones semanales.
- Esfuerzo defecatorio excesivo cuando esto ocurre en más del 25% de las defecaciones.

No existe evidencia suficiente sobre el papel de los factores sociodemográficos, estilo de vida o factores psicológicos en el estreñimiento crónico, pero no existe evidencia suficiente para establecer cuál de los dos es más efectivo. Estan contraindicados los laxantes con aceite de ricíno, aceites minerales orales y laxantes salinos.

Es importante conocer las posibles causas de estreñimiento de reciente aparición acompañado de síntomas como dolor abdominal,un estreñimiento de reciente aparición acompañado de síntomas como dolor abdominal agudo, fiebre y distensión abdominal, deberán hacer sospechar una obstrucción intestinal, por ejemplo, por bridas. Si además se asocia a anorexia,pérdida de peso y deterioro del estado general,habrá que pensar como primera posibilidad la presencia de un tumor.

Una vez detectadas posibles causas obstructivas,habrá que considerar otros problemas médicos que pueden ocasionar estreñimiento. La polifarmacia es la causa principal en los ancianos. Entre los medicamentos que con más frecuencia producen estreñimiento estan los anticolinérgicos, los antidepresivos, el litio, los antiácidos del tipo hidróxido de aluminio,de hierro, los opiáceos, los AINE y los calcioantagonistas.

Paradójicamente, el abuso crónico de laxantes produce también estreñimiento por la degeneración neuronal de la pared intestinal. En los casos en que finalmente no se encuentra ninguna causa orgánica, se habla de estreñimiento idiopático y seran los hábitos dietéticos inadecuados los principales responsables.

2 Objetivos

Objetivos:

- Comprender por qué no abusar de los laxantes. El objetivo del tratamiento es la reeducación intestinal. No es adecuado abusar de los laxantes ni de medidas

caseras que provocan la defecación rápida (aceite o agua caliente en ayunas). Estas medidas son adecuadas en ocasiones esporádicas ya que , si se abusa, el intestino se acostumbra a funcionar solo cuando existe la provocación.
-Estudiar la importancia de que nuestros intestinos funcionen solos ayudándolos con una dieta rica en fibra que evite el estreñimiento.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 739

EL TRASTORNO BIPOLAR

ALMUDENA SANTIAGO FERNANDEZ

ISABEL RAMOS PALEO

1 Introducción

Es una enfermedad mental importante las personas que tienen este problema sufren estados de ánimo poco comunes pueden pasar de ser muy activos y felices a sentirse tristes y sin ninguna esperanza de nada, y asi volver a empezar el ciclo otra vez. Frecuentemente tienen estados de ánimo normales entre un ciclo y otro. A las sensaciones de euforia y actividad se les llama manías. A las de tristeza y desesperanza se les llama depresión.

Las causas de este trastorno no son del todo claras,pueden ser géneticas o por causa de una estructura anormal de las funciones del cerebro. Este trastorno suele empezar en los últimos años de adolescencia o en el inicio de la edad adulta,pero también pueden sufrirlo niños y adultos.

La enfermedad generalmente dura toda la vida, este trastorno si no se trata puede dañar las relaciones personales,causar un bajo rendimiento en la escuela o trabajo ,incluso el suicidio. Sin embargo, existen tratamientos eficaces para tratar los sintomas medicinas, terapia de conversación, la combinación de las dos suele ser lo que mejor funciona.

2 Objetivos

- Recuperar en la medida de lo posible el episodio, prevenir en la mayor medida de lo posible las sucesivas recaídas también teniendo en cuenta la persistencia de

los sintomas, el deterioro cognitivo, la repercursión funcional, etc.

- Diagnosticar lo antes posible este trastorno para que los pacientes no se automediquen y lleven una vida absolutamente normal.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Las palabras clave han sido trastorno bipolar, deterioro cognitivo, factores de riesgo, etc

4 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 740

EL TCAE COMO UN AGENTE DE AYUDA EN EL DUELO.

MARTA MARIA VELASCO ALONSO

1 Introducción

Unas de las labores menos reconocidas, dentro del poco reconocimiento que tiene nuestra profesión de TCAE y no menos importante, es la de proporcionar el bienestar físico y emocional que el enfermo necesita durante su estancia en el hospital, para que lleve su dolencia lo mejor posible durante su ingreso, además de todos los cuidados que requiera colaborando con enfermería. Cuando es un paciente de larga estancia, sobre todo, esta labor se hace extensible a los familiares y acompañantes del paciente, puesto que el estrecho contacto que mantenemos con los pacientes nos hace recopiladores de valiosa información acerca del estado del enfermo y nos convierte en "cómplices" de su estado emocional que, en muchas ocasiones, no se atreven a compartir con sus familias. Esto hace que se establezca un vínculo que, aunque puede llegar a afectar emocionalmente al profesional, nos convierte en un enlace entre el enfermo y su familia y así, en caso de fallecimiento podamos ayudar, en un primer momento al duelo.

Es por esto muy importante que entendamos como profesionales sanitarios lo que es el duelo, sus procesos y sus tiempos, para poder ayudar a transitar por él a familiares y pacientes en el duelo anticipatorio y en el duelo postmortem a los familiares, para que puedan adaptarse a la nueva situación de la pérdida del ser querido.

2 Objetivos

Perder el miedo como profesional a este proceso para poder ayudar a pacientes y familiares entendiendo que la muerte forma parte de la vida y que no lo podemos tomar como un fracaso profesional.

3 Metodología

Revisión de publicaciones psicológicas centrándose exclusivamente en el proceso del duelo desde varios puntos de vista y guías publicadas con el mismo objetivo.

4 Resultados

Cuando llega la hora de la muerte, en ese primer momento se produce un estallido de emociones y sentimientos por parte de la familia o acompañantes del fallecido. Debemos entonces, estar preparados y deshacernos de todo prejuicio y conocimiento para crear un clima de escucha y acompañamiento. Es necesario humanizar estos últimos momentos de despedida con el enfermo por parte de su familia, simplemente dejándolos estar y haciéndoles saber que tienen nuestra ayuda si la precisan.

Si en nuestro interior reina un estado de contradicción y confusión, trasmitiremos al doliente una sensación de abandono por parte del prefesional y soledad.

Cada persona procesa el duelo de manera distinta, es algo muy personal e intimo y lo expresa también de manera muy personal, por tanto, nunca debemos juzgar a nadie por lo que haga en esos momentos y sobre todo en el instante en el que se le comunica el fallecimiento que es cuando la persona entra en un estado de shock emocional.

Para unos autores hay unas fases en el proceso del duelo, otros hablan de objetivos que hay que ir alcanzando progresivamente y que no tienen porque ser correlativos. En resumen son:
• Aceptación la realidad de la pérdida
• Elaboración de las emociones y el dolor que implica esta pérdida
• Recolocar psico emocionalmente a la persona que ya no está.

Y para conseguir la progresión existen ciertas pautas orientativas como son:
• Hablar abiertamente de la muerte y todo lo que tiene que ver con ella

• Expresar sentimientos y también el dolor por el que se está pasando
• Escuchar todo lo que nuestro interior tenga que decirnos para reconstruirse tras el duelo.

Hay que tener en cuenta que el silencio forma parte del recogimiento de cada persona y que muchas necesitan y tenemos que evitar decir frases que en muchas ocasiones hemos escuchado pero que en realidad no ayudan en nada, si no más bien alejan e incomodan a la persona en duelo, por ejemplo: "el tiempo lo cura todo", "no somos nadie", "solo se van los mejores", "A todos nos llega la hora", etc.

En ocasiones, tenemos la oportunidad de poder acompañar a pacientes y familia en lo que se llama duelo anticipatorio que es aquel en el que el equipo médico les anticipa el fallecimiento inminente, el final de un proceso o en una sedación. Esto permite a la familia ir preparándose para el desenlace final. En este tiempo se intensifican los vínculos puesto que se hace una realidad que serán los últimos momentos para poder despedirse y por esto se mostrarán mas ansiosos por estar más cerca del familiar. En estos momentos nuestro papel no es otro que dar apoyo a los acompañantes, intentar resolver las dudas que les surjan y escuchar sus emociones para que sientan comprendidos. Existe, también, dentro del duelo anticipatorio, un fenómeno que se conoce como "claudicación familiar", que es la falta de actuación por parte de la familia ante las demandas y necesidades del enfermo y la situación en sí. Es nuestro deber intentar redirigir esta situación siempre desde el respeto hacia los sentimientos de los demás.

5 Discusión-Conclusión

Decía Doug Manning: "el duelo es tan natural como llorar cuando te lastimas, dormir cuando estás cansado, comer cuando tienes hambre y estornudar cuando te pica la nariz. Es la manera que tiene la naturaleza de curar un corazón roto".

Es un proceso por el que todo el mundo tiene que pasar. La muerte es la otra cara de la vida. Intentamos retrasarla mediante avances médicos y nuevos tratamientos, pero no podemos vivir de espaldas al hecho de morir y mucho menos nosotros, los profesionales sanitarios que la vemos casi a diario en nuestro trabajo.

Como proceso requiere de tiempo, que no es el mismo para todo el mundo. Unos tardan más y otros menos en resolver su duelo, hay que tener paciencia y saber

esperar. Hay que transitar por distintas etapas para su resolución que nos llevarán a distintos estados de ánimo.

No hay un duelo igual a otro, pero las herramientas para ayudar si son las mismas, la mera presencia, el acompañamiento y el escuchar de manera afectiva, son sin más lo que necesitan las personas que pasan por un duelo.

6 Bibliografía

- www. SECPAL.COM. "Manual del acompañante de una persona en duelo".
- www.fundaciónmlc.org. "guía de duelo adulto para profesionales socio-sanitarios".
- Juliabernalarroyo.com "Guias para frontar el duelo para familiares y profesionales.
- www.lamenteesmaravillosa.com.
" El duelo es una despedida con amor".

Capítulo 741

CUIDADOS A UN PACIENTE CON BARTOLINOSIS

RUBEN CASTELLANOS LORENZO

1 Introducción

La bartolinitis se desencadena por una infección de las glándulas de Bartolino, localizadas a cada lado de la abertura vaginal. Son dos glándulas simétricas que están conectadas con la vagina a través de un conducto situado entre el himen y los labios menores. “Las glándulas segregan un moco claro y transparente que actúa como lubricante”.

Esta enfermedad puede llegar a confundirse con un absceso de Bartolino, que es una acumulación de pus en una de las glándulas. La forma más adecuada de diferenciar ambos casos, según la AEGO, es tener en cuenta que en estos problemas, la glándula está aumentada de tamaño. En el caso la bartolinitis hay signos inflamatorios alrededor de dicha glándula con fiebre y dolor local.

2 Objetivos

No es necesario ningún tipo de cuidado si no se necesita una intervención quirúrgica para drenar y limpiar esa inflamación. Si se interviene los cuidados serán sobre todo el mantenimiento limpio de la zona para evitar posibles infecciones.

3 Caso clínico

Mujer de 28 años que acude al servicio de urgencias ginecológicas por el incremento brusco de volumen en la región vulvar en un punto exacto con mucho dolor y limitación de la función. Refiere que por la mañana no noto nada, fue a la tarde cuando se dispuso a limpiarse después de orinar cuando noto ese incremento. En cambio por la mañana refiere padecer dolor sobre todo a la palpación.

No otra sintomatología.

No antecedentes de importancia medica.

4 Discusión-Conclusión

No hay una forma concreta de prevenir la bartolinitis. Pero es muy importante mantener unos buenos hábitos de higiene en la región, además de extremar las precauciones en las relaciones sexuales, usar protección, realizar chequeos frecuentes para diagnosticar infecciones de transmisión sexual.

5 Bibliografía

- www.mayoclinic.org
- www.sabervivittv.com
- www.wikipedia.org

Capítulo 742

PREVENCIÓN Y ACTUACIÓN DEL TCAE ANTE ÚLCERAS DE PRESIÓN

ANA ISABEL GARCÍA FERNÁNDEZ

MARÍA AFRICA NIÑO GARCÍA

DELFINA CASTRO RODRÍGUEZ

SUSANA TERRONES VEGA

MARILIA DE FÁTIMA MORAIS DE MELO

1 Introducción

Una úlcera por presión es la necrosis que se produce en la piel y en el tejido subcutáneo por el sometimiento de una presión entre dos planos duros como puede ser el hueso del paciente y la camilla. Son lesiones que aparecen en pacientes encamados o con movilidad reducida. Se detectan por la inflamación que sufre la zona en primera instancia, posteriormente es cuando se produce la necrosis.

Los pliegues que se pueden producir en la cama y los consiguientes rozamientos producidos en las movilizaciones del paciente también producen lesiones como las úlceras por presión. La humedad provocada por la sudoración, la incontinencia o un mal secado tras el aseo favorecen la aparición de estas úlceras. Todo esto junto con las estancias hospitalarias largas favorecen el aumento de la aparición de estas úlceras (Blanco, 2003).

La prevención de la aparición de estas úlceras es de máxima importancia ya que la curación de las mismas es costoso al no cicatrizar por primera intención. Los protocolos deben estar claros tanto dentro como fuera del hospital ya que un paciente encamado en casa tiene el mismo riesgo.
Una vez ha aparecido la úlcera su tratamiento será indispensable ya que puede producir serias complicaciones.

2 Objetivos

- Dar a conocer los protocolos de prevención para prevenir la aparición de úlceras o su precoz detención.
- Cuidados que debe realizar el TCAE una vez aparecida la úlcera por presión.

3 Metodología

La metodología que se ha usado para la realización de este trabajo ha sido la revisión bibliográfica relacionada con las úlceras.
La información se ha recopilado de diversas fuentes que se relacionan a continuación:
• Revisión de las bases de datos de Web of Science, Scielo y PubMed.
• Revisión de manuales de actuación de hospitales como el Hospital General Universitario de Alicante, el HUCA, Hospital de Jove
• Revisión de manuales de Consejerías o Servicios de Salud de diferentes CCAA: Asturias, Cantabria, Andalucía.
Para realizar este trabajo se han incluido artículos, protocolos, manuales o guías fechados entre 2010 y 20019 para limitar la cantidad de información y que esta fuese lo más actualizada posible.
Los términos utilizados para la búsqueda han sido “paciente encamado”, “úlceras”, “UPP”, ” TCAE”, “prevención”.

4 Resultados

Se encuentra que las medidas preventivas que el TCAE debe de llevar a cabo para prevenir las úlceras por presión son:
- En caso de lesión por presión: se colocará un sobrecolchón de aire alternamente para paciente con riesgo Branden moderado o alto. Se realizan cambios posturales cada 4 horas si existe riesgo alto y cada 6 horas si el riesgo es moderado.

Utilizar espumas en zonas locales en talones y codos y el alivio de la presión con almohadas.

- Para la dermatitis asociada a la incontinencia los cambios de dispositivos cuando haya humedad por poca que sea, emplear cremas o películas barrera.
- En el caso de las lesiones por fricción la utilización de apósitos hidrocoloides para limitar esa fricción y la correcta movilización serán las medidas a tomar.

Todas estas medidas preventivas deben realizarse con el mayor cuidado y observar con atención si empezase a aparecer alguna rojez en la piel. Estas rojeces son el primer signo de la aparición de las úlceras y por tanto el TCAE tendrá que poner especial cuidado.

Los TCAE son el personal sanitario que más relación tiene con el paciente, es quien lo asea, le ayuda es sus tareas más cotidianas y le aconseja sobre medidas preventivas. Deben ser cuidadosos con la piel, detectando precozmente la aparición de lesiones. Los primeros indicios son los eritemas que no palidecen tras haber quitado la presión en esa zona 30 minutos después. Se debe actuar sobre ellos antes de que vaya a más. Se revisará con especial interés las zonas con prominencias óseas y aquellas que estén en contacto con humedad ya sea por incontinencia o por sudoración. El TCAE debe mantener la piel del paciente limpia y seca evitando la fricción y evitando el uso de alcoholes que resecan la piel. Por el contario sí que se recomienda el uso de cremas hidratantes, en particular ácidos grasos hiperoxigenados que protegen la piel aportándole resistencia al rozamiento.

El TCAE debe favorecer la movilidad del paciente haciendo cambios posturales, esto ayudará a disminuir la presión y por tanto la aparición de úlceras. En caso de que el paciente ya tenga lesiones, el TCAE evitará que se apoye sobre esas lesiones y cuidará que no se friccionen en los cambios posturales. Hay superficies especiales para el apoyo, estáticas y dinámicas para distribuir la presión. Dentro de las superficies estáticas podemos encontrar: colchonetas estáticas de aire, de fibras especiales, de espumas especiales o viscoelásticas. Como superficies dinámicas tenemos colchonetas alternantes de aire o de aire con flujo de aire, de posicionamiento lateral, fluidificadas, bariátricas o aquellas que permiten el decúbito.

Si hablamos de la nutrición del paciente en relación con las úlceras es preciso mencionar que la alimentación adecuada puede evitar la aparición de éstas y favorecer su cicatrización. Una vez ha aparecido la úlcera el tratamiento a seguir será aliviar la presión en la zona afectada en el caso de las úlceras de grado I.

En el caso de las de grado II cuando se pierde parte del grosor de la piel , de las de grado III cuando se ha perdido totalmente la piel y aparece necrosis y de las de grado IV en las que hay destrucción extensa y necrosis del tejido, músculo o hueso, el tratamiento será el mismo, en el que se limpiará la herida y se intentará evitar la infección con antibióticos locales. El tejido necrótico se ha de retirar ya que es un foco de bacterias.

5 Discusión-Conclusión

El TCAE es quien suple las necesidades básicas del paciente y también es parte fundamental en ciertas decisiones que afectan al paciente, siendo una de ellas la prevención y tratamiento de las úlceras por presión.

Es una parte muy importante del cuidado de un paciente y por ello el TCAE debe conocer los procesos y protocolos adecuados para la prevención de la aparición de las úlceras por presión. Es quien observa la piel del paciente, quien lo mueve y procura hacerlo con el cuidado necesario para que no exista demasiada fricción y quien en caso de observar los primeros signos de aparición toma medidas para que ese enrojecimiento que tiene el paciente en la piel no se convierta en tejido necrosado.

La conclusión final que tomamos es que el TCAE tiene un papel fundamental en la prevención de la aparición de las úlceras, que se puede prevenir en el 95% de los casos.

6 Bibliografía

- García Fernández, F. P., Pancorbo Hidalgo, P. L., Soldevilla Ágreda, J. J., & Blasco García, C. (2008). Escalas de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión. Gerokomos, 19(3), 136-144.
- Blanco López, J. L. (2003). Definición y clasificación de las úlceras por presión. El Peu, 2003, vol. 23, núm. 4, p. 194-198.
- Pegenaute, E. A., de Galdiano Fernández, A. G., Ciarrusta, N. Z., Coscojuela, M. Á. M., & Erro, M. C. A. (2005). Úlceras por presión en cuidados intensivos: valoración del riesgo y medidas de prevención. Enfermería intensiva, 16(4), 153-163.
- Pancorbo Hidalgo, P. L., García Fernández, F. P., Rodríguez Torres, M., Torres García, M., & López Medina, I. M. (2007). Conocimientos y creencias de las en-

fermeras sobre el cuidado de las úlceras por presión: revisión sistemática de la literatura. Gerokomos, 18(4), 30-38.
- Fernández, I. C. (2014). Guía de práctica clínica para el cuidado de personas con úlceras por presión o riesgo de padecerlas. Enfermería Dermatológica, 8(22), 50-51.
- Saperas, L. A., Díaz, E. C., Grau, N. G., Zapata, E. M., Biosca, A. R., & Guillén, M. V. (2009). La educación como pieza clave en la prevención y buena evolución de las úlceras por presión. Enfermería intensiva, 20(1), 19-26.
- Martínez Cuervo, F., Soldevilla Agreda, J. J., Verdú Soriano, J., Segovia Gómez, T., García Fernández, F. P., & Pancorbo Hidalgo, P. L. (2007). Cuidados de la piel y prevención de úlceras por presión en el paciente encamado. Revista Rol de Enfermería, 30(12), 9-17.
- Hernández Ortiz, J. Á. (2009). Prevención y cuidados en úlceras por presión:¿ Dónde estamos?. Gerokomos, 20(3), 132-140.
- Manzano Manzano, F., & Corral Rubio, C. (2009). Úlceras por presión en las unidades de cuidados intensivos:¿ inevitables o prevenibles?. Medicina intensiva, 33(6), 267-268.

Capítulo 743

PREVENCIÓN DE INFECCIONES NOSOCOMIALES: LAVADO DE MANOS

MARIA JOSEFA SUÁREZ ÁLVAREZ

MARIA VIOLETA SUÁREZ ÁLVAREZ

DANIEL FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

El lavado de manos es una técnica sencilla, asequible y muy efectiva para evitar la incidencia de infecciones y la transmisión de microbios en el hospital, es decir, las infecciones nosocomiales. Estas se definen como aquellas infecciones adquiridas durante la permanencia en un hospital, no estando presentes, ni en el periodo de incubación, en el momento del ingreso del paciente.
El principal motivo para atribuir la relación entre la prevención de infecciones nosocomiales y el lavado de manos radica en que estos microorganismos se asientan en la microbiótica transitoria que se encuentra en las manos, que surge a partir del roce con personas o materiales contaminados. Sin embargo, mediante un adecuado lavado, estos microbios desaparecen, evitando de esta manera su transmisión.

Ignaz Philip Semmelweis fue el primero en establecer esta relación en 1847, después de observar el registro de fiebre puerperal, que mostraba unas cifras muy altas. Por ello, obligó a realizar el lavado de manos con una solución clorada cada vez que se atendía a un paciente, disminuyendo de esta manera considerablemente la mortalidad maternal.

A su vez, Florence Nightingale es considerada como la promotora del lavado de manos con el fin de evitar infecciones. Afirmaba que las enfermedades producían una cisura en la piel, que favorecía la aparición de microorganismos a través de dicha rotura.
El lavado de manos puede realizarse de dos formas diferentes, cuyas diferencias radican en los productos utilizados, los momentos en los que se deben utilizar cada uno de ellos y la forma de realizar este lavado de manos. Estas dos alternativas serían el agua y jabón o un desinfectante.

2 Objetivos

- Establecer la relación entre la prevención de infecciones nosocomiales y el lavado de manos.
- Concienciar de la importancia de realizar el lavado de manos.
- Conocer las diferentes alternativas para llevar a cabo esta técnica.
- Conocer los momentos en los que se debe realizar este lavado.
- Aprender cómo realizar adecuadamente este procedimiento.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica acerca del lavado de manos.
Para ello, se han consultado numerosos libros y artículos procedentes de bases de datos, tales como PubMed, MedlinePlus y Scielo. Posteriormente, se ha realizado una revisión bibliográfica de los artículos seleccionados, con el fin de contrastar y verificar la información.

4 Resultados

Se ha observado que los profesionales sanitarios no siguen una rutina en el lavado de manos y presentan una baja adhesión a esta práctica tan importante, siendo las manos de las personas que trabajan en el ámbito hospitalario las principales responsables de las infecciones que allí se producen.

Cabe destacar que las principales razones que aportan estos profesionales para no realizar el lavado de manos serían la falta de motivación, escasez de lavabos o productos de alcohol o gel en el entorno de las camas, o inadecuación de estos, reacciones alérgicas a los productos destinados al lavado, falta de tiempo debido a las numerosas tareas que deben llevar a cabo, ignorancia o irresponsabilidad.

Tal y como se ha mencionado anteriormente, el lavado de manos se puede llevar a cabo utilizando agua y jabón o un desinfectante.
En primer lugar, el lavado de manos con agua y jabón debe realizarse en determinados momentos, tales como antes, durante y después de preparar alimentos, antes de comer, antes y después de tratar una cortadura o una herida, después de sonarse la nariz, toser o estornudar, entre otros. Se realiza siguiendo estos 5 pasos:
- Mojar las manos con agua corriente limpia y enjabonarlas.
- Frotar la espuma del jabón por el dorso de las manos, debajo de las uñas y entre los dedos.
- Restregarlas durante 20 segundos.
- Enjuagarlas con agua corriente limpia.
- Secarlas al aire o con una toalla limpia.

Por otra parte, también se puede utilizar un desinfectante de manos que posea un 60% de alcohol. Estos productos eliminan los microorganismos presentes en las manos, aunque es importante destacar que no son eficaces frente a todos los tipos de microbios ni frente a las sustancias químicas perjudiciales, como metales pesados o pesticidas. También su efectividad puede verse reducida si las manos se encuentran sucias o con grasa. Se debe utilizar antes de tocar al paciente, antes de realizar cualquier técnica aséptica, después del riesgo de exposición a líquidos corporales, después del contacto con el paciente y el entorno de éste. Se lleva a cabo en 3 pasos:
- Aplicar el producto en la palma de una mano.
- Frotar las manos.
- Frotar el producto sobre toda la superficie de las manos y los dedos hasta que se encuentren secas, que serían unos 20 segundos.

5 Discusión-Conclusión

El lavado de manos es una técnica fundamental para prevenir la aparición de infecciones nosocomiales, ya que elimina la materia orgánica o los microorganismos que se pueden encontrar en las manos de las personas. Todos los profesionales sanitarios deben conocer el procedimiento y realizarlo adecuadamente para garantizar la seguridad y el bienestar de los pacientes. Se puede llevar a cabo mediante agua y jabón o un producto desinfectante, en función de las actividades que se hayan realizado anteriormente o que vayan a ser realizadas por el profesional.

6 Bibliografía

- Sobrequés, J.; Espuñes, J.; Bañeres, J. Intervención para mejorar el cumplimiento de la higiene de manos en Cataluña, España.
- Med.Clin. [Internet]. 2014 [citado ene 2020]; 143 (1): 36-42. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25128358
- Coelho, M.S.; Silva, C.; Faria, S.M. Higiene de manos como estrategia fundamental en el control de infección hospitalaria: un estudio cuantitativo. Enferm. Glob. [Internet]. Ene 2011 [citado ene 2020]; 10 (21). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412011000100003&lang=es
- Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades [Internet]. Inglaterra. [Oct 2019; citado ene 2020]. Disponible en: https://www.cdc.gov/handwashing/esp/when-how-handwashing.html

Capítulo 744

CAIDAS EN LOS ANCIANOS

JULIA MARTINEZ FRADE

SONIA FERNÁNDEZ RATO

MARIA DEL CARMEN SUAREZ CALVIÑO

1 Introducción

El envejecimiento demográfico es un fenómeno muy importante en los países desarrollados. A medida que la población envejece, los problemas sociales y de salud van en aumento, lo que supone a su vez un aumento de la demanda y del coste de los servicios sanitarios.

Las caídas son un síndrome geriátrico a tener en cuenta por su alta incidencia y su elevada mortalidad. Las caídas en el anciano tienen como consecuencias una disminución de la calidad de vida, además de un gasto en recursos sociosanitarios. Suponen una disminución de la movilidad e independencia de los mayores y un aumento del riesgo de fallecimiento.

2 Objetivos

- Realizar un análisis de las medidas y factores para prevenir las caídas en el anciano, así como identificar la importancia del personal sanitario en la prevención e informar sobre posibles acciones más específicas para dicha prevención.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Las caídas están motivadas por la suma de varios factores:
- Intrínsecos: alteraciones fisiológicas, factores socio-demográficos, deterioro cognitivo, polifarmacia.
- Extrínsecos: se incluyen todos los factores ambientales,todos estos factores se pueden eliminar o modificar realizando una correcta prevención, la cual se puede hacer a distintos niveles: primaria, secundaria y terciaria

5 Discusión-Conclusión

Podemos concluir que todas las acciones para modificar los factores de riesgo están encaminadas a la prevención de caídas en el anciano. Las intervenciones del personal sanitario más adecuadas serán:
-Valoración de los riesgos existentes.
-Promoción de la salud.
-Limitación del daño.
-Rehabilitación temprana

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 745

PARO CARDÍACO Y DESFIBRILACIÓN

MARIA JOSEFA SUÁREZ ÁLVAREZ

MARIA VIOLETA SUÁREZ ÁLVAREZ

DANIEL FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

El corazón presenta un sistema eléctrico en su interior encargado de regular los latidos cardíacos. Sin embargo, en ocasiones puede fallar, ocasionando arritmias, donde el corazón puede latir más lentamente, más rápidamente, o puede dejar de latir. En el momento en el que el corazón deja de latir se produce un paro cardíaco, al que sigue el paro respiratorio.

La causa que produce este fenómeno puede deberse a múltiples razones, tales como el estrés físico, enfermedad cardíaca coronaria, determinadas alteraciones genéticas, o incluso puede ser desconocida. Para revertir esta situación y que el corazón vuelva a latir de forma normal se debe recurrir a la reanimación cardiopulmonar lo más pronto posible. Posteriormente, en el momento en el que la desfibrilación se encuentre disponible, se produce un choque eléctrico que instaure el ritmo cardíaco habitual.

Se conoce que recientemente la supervivencia en los paros cardíacos ha aumentado, debido al aprendizaje por parte de la población y a la instauración de DESA en diferentes lugares en la comunidad.

2 Objetivos

Objetivo principal
- Conocer más acerca del paro cardíaco y la desfibrilación.

Objetivos secundarios
- Aprender qué es un paro cardíaco y sus síntomas.
- Averiguar las causas que pueden producir un paro cardíaco.
- Conocer los DEA y cómo se utilizan.

3 Metodología

Se han utilizado diversos libros y bases científicas, como MedlinePlus, Scielo y PubMed con el fin de realizar una búsqueda bibliográfica sobre el paro cardíaco y su resolución mediante la reanimación cardiopulmonar, contrastando la información para comprobar su veracidad.

4 Resultados

El paro cardíaco es un hecho que se produce cuando el corazón deja de latir de forma repentina. Debido a esto, la sangre tampoco puede llegar al cerebro ni al resto del organismo. Se trata de una verdadera emergencia médica, ya que puede provocar la muerte si no se asiste a los pocos minutos.

Cabe destacar que es importante diferenciar entre un ataque al corazón y un paro cardíaco. Un ataque al corazón se produce cuando una arteria se encuentra obstruida, por lo que no llega sangre al corazón, lo que puede ocasionar daño en el corazón, pero no la muerte. Se puede dar el hecho de que un ataque al corazón derive en un paro cardíaco.

Las causas que producen un paro cardíaco son diversas:
Enfermedad cardíaca coronaria. Esta afección obstruye las arterias del corazón, por lo que la sangre no fluye.
- Ataque al corazón: origina tejido cicatricial que puede provocar una fibrilación ventricular, con el consiguiente paro cardíaco.
- Problemas cardíacos, como alteraciones en las válvulas del corazón o en el ritmo cardíaco.
- Cifras anómalas de potasio o magnesio, ya sea excesivamente altas o bajas, ya que estos elementos regulan la actividad del sistema eléctrico del corazón.

- Excesivo esfuerzo físico, como una elevada pérdida sanguínea o traumatismos.
- Drogas, como anfetaminas o cocaína.
- Determinados medicamentos.

En relación a los síntomas, la persona puede no sentirlos antes de que ocurra. Entre estos se encuentran:
- Pérdida de consciencia de forma repentina.
- Ausencia de pulso y respiración.

En algunas ocasiones, se pueden sentir algunos síntomas una hora antes de padecer el paro cardíaco, tales como falta de aire, náuseas o vómitos, notar el corazón más acelerado de lo normal, dolor en el pecho, etc. Si se produce un paro cardíaco, el mejor tratamiento se basa en el desfibrilador externo automático (DEA). Se trata de un desfibrilador computerizado que analiza el ritmo de la persona que está sufriendo el paro y, si detecta un ritmo desfibrilable, realiza una descarga eléctrica que restaura el ritmo normal.

El procedimiento a seguir para asegurar el correcto funcionamiento del desfibrilador sería:
- Encender el DEA y seguir las instrucciones que indica.
- Colocar los electrodos en el pecho descubierto del paciente.
- Realizar el análisis con el DEA.
- Si esta descarga está indicada, el DEA ofrecerá información a través de las instrucciones de voz acerca de cuándo realizar el choque, que se efectuará presionando un botón. Sin embargo, en otros dispositivos, el DEA dirá que se debe liberar la descarga y la realizará él mismo, sin la participación de la persona que está utilizando el desfibrilador.

Los DEA se encuentran en numerosos establecimientos públicos, como centros comerciales, escuelas, supermercados, etc. Es muy importante instruir a la población acerca del manejo adecuado de estos dispositivos.

5 Discusión-Conclusión

El paro cardíaco es una afección que se produce como consecuencia de la falta de latido cardíaco de forma repentina por parte del corazón. Se trata de un fenómeno muy grave, ya que puede producir la muerte de la persona que lo padece. Debido a ello, es muy importante establecer una correcta actuación lo antes posible. El tratamiento más eficaz capaz de revertir el paro cardíaco mediante una

corriente eléctrica se basa en la desfibrilación, es decir, un DEA. Se debe instruir a la población en la detección rápida de esos paros cardíacos y a familiarizarse con los dispositivos desfibrilables, con el fin de conseguir una respuesta lo más eficaz posible. Estos dispositivos contienen dos electrodos que se pegan en el pecho de la persona, y proporcionan las instrucciones por voz adecuadas para su correcto uso. Además, cabe destacar que se encuentran ampliamente distribuidos por la comunidad, en las escuelas, supermercados, centros comerciales, etc., lo que favorece que la supervivencia por los paros cardíacos haya aumentado en los últimos años.

6 Bibliografía

- MedlinePlus [Internet]. Agost 2018 [Abr 2019; citado Feb 2020]. Disponible en: https://medlineplus.gov/spanish/cardiacarrest.html
- Escobedo Romero, R. Reanimador por un día. Estudio cualitativo sobre las experiencias de reanimadores lego con formación. Revista ENE de enfermería [Internet]. 2019 [citado Feb 2020]; 13 (2). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2019000200005&lang=es
- MedlinePlus [Internet]. [Ene 2020; citado Feb 2020]. Disponible en: https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007640.htm
- FDA [Internet]. [2019; citado Feb 2020]. Disponible en: https://www.fda.gov/consumers/articulos-en-espanol/como-los-desfibriladores-externos-automaticos-dea-en-lugares-publicos-pueden-reanimar-corazones

Capítulo 746

RETENCIÓN URINARIA POSTPARTO

SORAYA OLANO FERNANDEZ

ANA CRISTINA AUGUSTO SARMENTO

JUDIT MORENO SUÁREZ

YOLANDA VIEITEZ GONZÁLEZ

EVA MARÍA RODRÍGUEZ AUGUSTO

1 Introducción

La incontinencia urinaria es la pérdida involuntaria de orina. La causa más frecuente de la retención urinaria posparto es la falta de relajación del suelo pélvico secundario al traumatismo del parto. Este hecho puede verse empeorado por la presencia de una episiotomía especialmente dolorosa, una parto instrumentado o parto de un feto macrosómico. Por tanto, es esencial en estos casos mantener una buena analgesia, tranquilizar a la mujer y adoptar las medidas adecuadas (como el sondaje permanente) que permitan la correcta recuperación de tono-relajación del suelo pélvico y una micción posterior correcta. En caso de no resolución tras seguimiento estándar, la paciente debe ser derivada a una unidad especializada de Urodinamia.

2 Objetivos

- Identificar las manifestaciones clínicas.
- Determinar el manejo y tratamiento de la retención urinaria.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Plumbed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

En las primeras 12 horas posparto debe producirse la primera micción espontánea, tanto de las pacientes que han tenido un parto vaginal espontáneo como después de un parto instrumentado. En una cesárea la primera micción debe ocurrir en las primeras horas después de retirar la sonda permanente (unas 12 horas después de la cesárea). Si no es así, se optimizará el tratamiento analgésico- antiinflamatorio (recomendación de antiinflamatorio pautado) y se procederá de la siguiente forma:

1. Sondaje de vaciado con sonda desechable (sonda verde). Valorar el volumen de diuresis y ajustar la ingesta hídrica.
2. Si no realiza micción espontánea en las siguientes 3-4 horas, se realizará un segundo sondaje con sonda desechable (sonda verde).
3. Si finalmente después de este segundo sondaje la paciente requiere un tercer sondaje, éste se hará con sonda permanente (Foley) que se mantendrá durante una semana. La paciente llevará la sonda pinzada y deberá despinzarla cada vez que sienta la necesidad de orinar. Si no tiene esa sensación, es importante que despince la sonda cada tres o cuatro horas aproximadamente para vaciar la vejiga (todo el proceso, incluyendo la explicación del manejo de la sonda vesical permanente, lo llevarán a cabo las enfermeras). La paciente será dada de alta con la sonda vesical permanente.
4. Debe pautarse a las pacientes con sonda permanente: Fosfomicina 3 g (Monurol sobres cada 72 horas mientras lleve la sonda). Antiinflamatorio pautado para mejorar el factor de inflamación local.
5. Entregar el tríptico informativo y citar en 7-10 días en consulta de suelo pélvico (con ganas de orinar), donde se le retirará la sonda y se realizará un control de orina residual. En función del resultado, será dada de alta, citada para un nuevo control o remitida a la Unidad de Urodinamia.
6. La visita de control de cuarentena de estas pacientes puede realizarse con su

ginecólogo de referencia si no hay ninguna otra patología que justifique una visita al hospital.

Tras todo esto lo normal es que la paciente vaya recuperando la sensación de ir a orinar poco a poco.

5 Discusión-Conclusión

La retención urinaria es común en el puerperio. Se han reconocido varios factores de riesgo, como los desgarros vaginales, la analgesia epidural y el peso del feto. Sin embargo, en la actualidad son pocas las acciones preventivas y los tratamientos encaminados a reducir su incidencia y el restablecimiento de la función vesical.

6 Bibliografía

- http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412017000700457&lng=es&nrm=iso.
file:///C:/Documents%20and%20Settings/usuario/Mis%20documentos/retencion%20urinaria%20
- https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/retencion-urinaria-postparto.html
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 747

GINECOLOGÍA: CIENCIA DE LA MUJER.

REGINA SOARES DE FARIA

JESSICA ALVES GOMES

1 Introducción

La ginecología, o gine-obstetricia es la especialidad médico quirúrgica dedicada al estudio del aparato reproductor femenino, las hormonas que regulan su funcionamiento, el embarazo y el puerperio .
Aunque estés completamente sana y no tengas ningún síntoma, es importante que te realices controles de ginecología, principalmente para realizar algunos estudios de rutina que pueden detectar precozmente algunas enfermedades, como alteraciones en las células del cuello uterino y el cáncer de mama.

2 Objetivos

- Concienciar a las mujeres para que pongan atención a su cuerpo y puedan identificar los signos de advertencia de cáncer ginecológico, con el fin de que busquen atención médica.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica

existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Utilizando descriptores como son las palabras claves indicadas e empleando bases ginecológicas ; campañas de prevención y autoexamen.

4 Resultados

Las células de nuestro organismo se multiplican constantemente de forma ordenada. Cuando este proceso normal de multiplicación de células se realiza de forma desordenada, se produce un tumor. Y cuando este crecimiento celular se realiza de forma incontrolada y anormal, el resultado es un tumor maligno, un cáncer.

Habitualmente, en la consulta de ginecología, el médico realiza o solicitara determinados exámenes: - Papanicolaou: Es el estudio de las células del cuello uterino; todas las mujeres con vida sexual activa deben realizarse este estudio anualmente, o cada dos años.
- Mamografía (mujeres mayores de 35 años): Es el estudio del tejido mamario mediante técnicas de imagenología. Se debe realizar una cada año, especialmente en mujeres mayores de 45 años.
- Exploración ginecológica: tacto vaginal, exploración de útero, ovarios, trompas de Falopio, etc. La realiza el médico ginecólogo en la consulta.
- Palpación de los senos: Se realiza para buscar quistes u otras irregularidades en el tejido mamario. La puede realizar el médico, pero lo ideal es que cada mes, la misma paciente se realice un autoexamen de mamas.

Se aconseja que todas las mujeres en edad reproductiva, entre los 14 y los 45 años de edad, realicen al menos una consulta anual con el ginecólogo.

¿Qué es el cáncer ginecológico?
Un cáncer ginecológico es cualquier cáncer que se origina en los órganos reproductores de la mujer. Los cánceres se identifican de acuerdo a la parte del cuerpo en que aparecen primero ,se originan en diferentes órganos reproductores ubicados en la zona pélvica, es decir, el área debajo del estómago y entre las caderas.

La prueba de Papanicolaou se recomienda para detectar el cáncer de cuello uterino, no para detectar otros tipos de cáncer. La prueba de Papanicolaou ayuda a detectar cambios celulares precancerosos en el cuello uterino que pueden ser tratados. También puede detectar el cáncer de cuello uterino en etapas tempranas, cuando el tratamiento es más eficaz. Los resultados de las pruebas de Papanicolaou y su edad determinarán con qué frecuencia deberá hacerse la prueba.

También se puede usar otra prueba para detectar el cáncer de cuello uterino. Es la prueba de detección del VPH que busca el virus del papiloma humano, el cual causa la mayoría de los cánceres de cuello uterino. La prueba del VPH se puede usar como prueba de detección en las mujeres de 30 a 65 años de edad, o se puede hacer junto con la prueba de Papanicoláu

Tipos de cáncer ginecológico
• El cáncer de cuello uterino se origina en el cuello del útero, que es la parte más baja y estrecha del órgano. (El útero también se conoce como la matriz.) El El cáncer de cuello uterino es el más prevenible y el único cáncer ginecólogo para el que existe una prueba de detección y una vacuna.
• El cáncer de ovario se origina en los ovarios, ubicados uno a cada lado del útero. El cáncer de ovario es el que causa más muertes. No hay sintomatología específica del cáncer de ovario y, habitualmente, se confunde con la que puede producir el aparato digestivo y la vejiga, especialmente si la sintomatología es persistente. Entre los síntomas más frecuentes se pueden citar la hinchazón abdominal, sensación de gases, malas digestiones, estreñimiento o diarrea, ganas de orinar frecuentes.
• El cáncer de útero se origina en el útero, un órgano con forma de pera situado en la zona pélvica, donde se desarrolla el bebé cuando una mujer está embarazada. El cáncer de útero es el cáncer ginecológico más común. Presenta como síntoma cualquier tipo de sangrado genital, flujo vaginal anormal y dolor pélvico
• El cáncer de vagina se origina en la vagina, el canal hueco ubicado entre la parte inferior del útero y el área externa del cuerpo.
• El cáncer de vulva se origina en la vulva, la parte externa de los órganos genitales femeninos.

Cada tipo de cáncer ginecológico es diferente y presenta signos y síntomas específicos, así como factores de riesgo distintos (todo aquello que puede aumentar la probabilidad de contraer la enfermedad) y requiere de estrategias de prevención diferentes. Todas las mujeres tienen riesgo de contraer cánceres ginecológicos y

el riesgo aumenta con la edad. Si los cánceres ginecológicos se detectan en una etapa temprana, el tratamiento es más eficaz.

5 Discusión-Conclusión

Todas las mujeres corren riesgo de contraer cáncer ginecológico. No hay forma de saber quién contraerá algún tipo de cáncer ginecológico. Cada tipo de cáncer ginecológico presenta diferentes factores de riesgo y el riesgo aumenta con la edad.

Esto es lo que usted puede hacer para ayudar a reducir su riesgo: Préstele atención a su cuerpo conozca lo que es normal para usted. Tome mejores decisiones para llevar un estilo de vida saludable (por ejemplo, coma una dieta rica en frutas y verduras, ejercítese regularmente, mantenga un peso saludable, evite fumar y protéjase durante las relaciones sexuales.) Conozca el historial de salud de su familia. Compártala con su médico. Póngase la vacuna contra el VPH, si aún está en la edad recomendada. Hágase las pruebas de detección del cáncer de cuello uterino regularmente.

Aunque no existen pruebas para detectar otros tipos de cánceres ginecológicos además de la prueba para detectar el cáncer de cuello uterino, hay ciertas cosas que las mujeres pueden hacer para detectar estos cánceres en una etapa temprana, cuando el tratamiento puede ser más eficaz.

Los cánceres ginecológicos tienen signos de advertencia. Usted puede reconocer los síntomas, préstele atención a su cuerpo y consulte a su médico si nota cualquier cosa inusual que no desaparece o que empeora. Hay una prueba genética que puede realizarse para predecir si tiene un alto riesgo de presentar cáncer de ovario. Si su familia tiene antecedentes de cáncer de mama o de ovario, es posible que su médico le recomiende hacerse una prueba genética y obtener asesoramiento. Las pruebas genéticas son útiles para un porcentaje reducido de mujeres con antecedentes familiares de estos tipos de cáncer.

No es recomendable para todas las mujeres, pero es importante que todas las mujeres conozcan sus antecedentes familiares y compartan la información con su médico. Ademas debemos de tener em cuenta que cada cáncer ginecológico tiene distintos signos y síntomas.

Los síntomas pueden incluir sangrado anormal o secreción vaginal; dolor o presión en la pelvis; dolor abdominal o dolor de espalda; hinchazón; sentirse demasiado llena rápidamente o dificultad para comer; tener la necesidad de orinar con mayor frecuencia y/o urgencia; comezón, ardor, o sensibilidad en la vulva; y cambios en el color o en la piel de la vulva. Conocer su cuerpo le ayuda a llevar un registro de sus síntomas.

6 Bibliografía

- CDC , Centro para el control y la prevención de enfermedades.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 748

CIRUGÍA BARIÁTRICA

MARÍA MONTSERRAT VEGA FERNANDEZ

NICOLE VÁZQUEZ PORTO

MARÍA ALEJANDRA MENÉNDEZ IGLESIAS

1 Introducción

El término “bariátrico” deriva de la palabra griega βαρύς, “barýs”, que significa “pesado” o “pesadez”, “peso que abruma”, y de ἰατρικός, “iatrikós”, “relativo al tratamiento médico”.

Este tipo de cirugía es la única opción para aquellas personas que tienen una obesidad mórbida y sus intentos de perder peso por otros métodos tradicionales como la dieta, practicar ejercicio e incluso el uso de medicamentos no obtuvieron resultados.

El procedimiento de estas cirugías puede ser:

- Bypass o derivación gástrica, se denomina malabsortivo porque los alimentos se digieren sin pasar por parte del estomago y del intestino delgado donde se absorberían algunos nutrientes y calorías.
- Restrictivos: consiste en una reducción importante del estómago para disminuir su capacidad pero no se alteran sus funciones digestivas.

El paciente debe estar informado de las posibles complicaciones en el sistema endocrino como deficiencia de macronutrientes, micronutrientes, minerales esenciales, pérdida de masa ósea, bajos niveles de glucosa tras las ingesta de carbohidratos entre otras .

2 Objetivos

- Perder peso.
- Mantener el peso perdido.
- Alcanzar niveles óptimos de salud.
- Lograr buena calidad de vida. que disfrute de la nueva vida que puede alcanzar tras los cambios físicos e incluso psicológicos.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado en las principales bases de datos: Pubmed,Scielo. Buscando en artículos científicos de publicaciones revisadas.

4 Resultados

- La presión arterial suele ser elevada en esta población, tras la cirugía mejora e incluso alcanza niveles no patológicos.
- En el hombre se aprecia un aumento de la testosterona.
- En las mujeres aumenta la fertilidad.
- La apnea del sueño se reduce considerablemente e incluso desaparece.

5 Discusión-Conclusión

Este tipo de cirugía es compleja, no exenta de complicaciones cuyo fin no es alcanzar el peso ideal ni curar la obesidad si no reducir las comorbilidades asociadas y mejorar la calidad de vida del paciente.
Es un hecho el ahorro económico para la sanidad ante la mejoría de las múltiples patologías que presentan este tipo de pacientes.

6 Bibliografía

- Doctor José Pablo Vélez , médico especialista en la cirugía bariátrica.
- Hormone Health, cirugía bariátrica y el sistema endocrino.
- https://www.Scielo.org/es/

- https://www.Medline/es/

Capítulo 749

SÍNDROME ALCOHÓLICO FETAL: LA ENFERMEDAD INVISIBLE EXPORTADA DESDE RUSIA

CARMEN MARIA VÁZQUEZ

ANA ISABEL IGLESIAS SANCHEZ

MARI CARMEN QUINTANA GONZALEZ

TAMARA REGUERA GONZALEZ

1 Introducción

Más de 7500 familias sufren las consecuencias de este sÍndrome en nuestro país aunque se desconoce mucho su existencia en los últimos 20 años se han adoptado en España cerca de 15000 niños procedentes de países del este. Los estudios realizados apuntan a que el 50% de estos niños están afectados por este síndrome, el cual se origina por el consumo desmesurado de alcohol por parte de sus madres durante el embarazo.

Una vez que el feto se ve perjudicado por las sustancias nocivas consumidas por su madre los efectos son irreversibles aunque es una enfermedad evitable que cursa con síntomas como hiperactividad, pérdida de control sobre las emociones, dificultad para distinguir un amigo de un desconocido. Los afectados son muy ingenuos y cariñosos, pero tiene problemas para entender que piensan y sienten otras personas, así como normas sociales y dobles sentidos. Todo ello les dificulta la adaptación a la vida cotidiana.

2 Objetivos

Ya que es una enfermedad desconocida, el principal objetivo es formar a los pediatras en dicha enfermedad para poder identificar a un niño que sufre este síndrome.

Ayudar a mejorar la capacidad del niño para desenvolverse y dirigir las políticas sanitarias a la disminución de la morbilidad asociada como a reducir el consumo de alcohol en la población para reducir la tasa de incidencia de síndrome alcohólico fetal.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 750

ADICCIÓN O USO ABUSIVO DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS EN LA ADOLESCENCIA.

RAQUEL BLANCO QUESADA

1 Introducción

Todos estamos de acuerdo que el gran avance tecnológico ha mejorado nuestra vida en muchos aspectos como la de plantear y brindar una nueva forma de concebir la educación, ampliar el acceso a la cobertura educativa,presentar diferentes aplicaciones a enfoques laborales, mejorar sistemas de comunicación etc etc. El gran problema surge con el uso nocivo de Internet. El uso negativo al que los jóvenes es más vulnerable y es más frágil su personalidad en la que la era virtual es más real que la vida cotidiana. La OMS dice que 1 de cada 4 personas sufre trastornos de conducta por el uso de las nuevas tecnologías. España tiene aprox 9% de adolescentes internautas con comportamientos adictivos.

Factores de riesgo:
- La velocidad de poder conectarse con alguien.
- Gran accesibilidad a cualquier tipo de información o necesidad.
- Mucha información.
- Disponibilidad 24h.

Desventajas entre otras:
- Adicciones.
- Valores negativos.
- Descargas ilegales.

- Publicidad negativa.
- Daños en la salud física y psiquiátrica.
- Información errónea.
- Acceso fácil a contenido agresivo y sexual.
- Baja autoestima, inmadurez, depresión
- Fobia social, baja comunicación interpersonal. etc

El 48% de los jóvenes que pasan más de 5h al móvil sufren ha sufrido depresión, aislamiento o tendencias suicidas según un estudio en Washington.

2 Objetivos

- Buscar los síntomas y causas que generan las adicciones al mundo tecnológico.
- Analizar cómo podemos identificar si lo jóvenes o adolescentes sufren obsesión por la navegación en Internet, teléfono móvil o novedades tecnológicas y buscar soluciones para remediar ese problema.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Causas más importantes: el entorno familiar, baja autoestima, vulnerabilidad emocional, utilización de la tecnología ante su inseguridad.Entre otros síntomas se encuentran: aislamiento familiar, ansiedad, irritabilidad,insomnio, bajo rendimiento escolar…

Para solucionar este problema importante es utilizar el ordenador en una zona en común como por ejemplo el salón, horarios de conexión o juego ya que la educación en casa influye de manera trascendental en el uso de una manera adecuada y responsable en su uso.

5 Discusión-Conclusión

Las nuevas tecnologías y la repetición de un sencillo gesto con el dedo sobre una pantalla táctil de un dispositivo inteligente y la gran cantidad de ”Redes sociales” presentan en la actualidad una gran adición generando una crisis de ansiedad si uno no está conectado a Internet o al teléfono móvil, llevando esto a la posibilidad de un futuro ingreso de la persona en un centro de desintoxicación o ayuno de Internet si no se toman medidas anticipadas y adecuadas.

Es importante utilizar estas tecnologías de manera responsable y madura para no producir efectos negativos en la salud.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 751

DORSALGIA CON PARESTESIAS EN MIEMBROS SUPERIORES, A PROPUESTA DE UN CASO

SONIA PARADELA ANTUÑA

1 Introducción

La columna dorsal se encuentra en la parte posterior de la espalda y presenta una ligera cifosis de base, es decir, una curvatura hacia atrás (cóncava hacia adelante y convexa hacia atrás) que se continua a su vez con las costillas por la parte lateral. El esternón es el cierre anterior donde se juntan las costillas para formar la caja torácica.

La caja torácica presenta en su interior vísceras importantes como el corazón y los pulmones, que son indispensables para vida. Son las únicas vértebras que se articulan con las costillas, y por lo tanto son vértebras que tienen menos movilidad que el resto de la columna vertebral. Esta región de la columna vertebral está reforzada por una serie de músculos que se insertan y que describiremos a continuación, los cuales son los responsables del dolor persistente y difuso propio de la dorsalgia. Estos músculos tienden a contracturarse generando fibrosis y espasmo muscular.

Los principales músculos que generan el cuadro doloroso de la dorsalgia son los que se encuentran profundamente al músculo trapecio; se tratan de los romboides menor y mayor y de la musculatura espinal que se encuentra subyacente, por debajo de esta. El angular de la escápula aunque está muy relacionado con

la columna cervical también suele ser un músculo muy involucrado dentro del cuadro de la dorsalgia.

El dolor de una dorsalgia generalmente es causado por una combinación de causas, es muy raro que sea por una sola causa y afecta casi a la mitad de la población adulta en algún momento de la vida. Por lo general, el dolor de espalda o dorsalgia se siente en un lado de la espalda o en el otro, aunque también puede ser bilateral.
Los síntomas más frecuentes de la dorsalgia se encuentran en la zona superior de la espalda, entre los omóplatos, lo que muchos pacientes describen coloquialmente como ”paletillas” .Es un problema con mucha tendencia a la cronicidad, que provoca un dolor sordo y constante más frecuente a última hora del día incluso durante el reposo, que puede empeorar por alguna postura, y es muy característico que el paciente sienta alivio al presionar la zona con fuerza ”hasta notar un dolor que alivia”.

Las causas del dolor de espalda a nivel dorsal son variadas:
• Las dorsalgias, pueden producirse por mantener malas posturas durante un período largo de tiempo sobre todo en sedestación, tos repetitiva, giros bruscos o por exposición al frío.
• El estrés continuado y la somatización emocional suelen ser un motivo de dorsalgia bastante frecuente, ya que al tratarse de una musculatura lisa de carácter tónico y postural, está muy influenciada anatómica y fisiológicamente con el sistema autónomo vegetativo (simpático y parasimpático) lo cual la hace especialmente susceptible a influencias emocionales. Estos casos de estrés que repercuten en la zona dorsal deben tener un tratamiento especial mediante plantas medicinales.
• Deformidades existentes, las personas con una tendencia cifótica, una escoliosis o con un dorso excesivamente plano pueden tener una mayor susceptibilidad a padecer dorsalgia si bien no es un factor desencadenante primordial.
• Puntos gatillos miofasciales a nivel dorsal, los puntos gatillos representan zonas de dolor localizadas e irradiadas a otras zonas. A nivel dorsal existen varios que son relevantes.
• Las enfermedades autoinmunes, como la espondilitis anquilosante o la artritis reumatoide atacan a la columna vertebral y por lo tanto pueden estar relacionadas con los casos de dorsalgia más severos que son fácilmente diagnosticados por el médico.
• Hernias discales o procesos degenerativos discales, si bien es la zona de la columna vertebral con menos predisposición a padecer estos problemas discales,

también ocurren y pueden desencadenar o agravar un cuadro de dorsalgia.

Si bien es muy poco frecuente, es importante que se consulte al médico en caso de que la dorsalgia perpetúe en el tiempo. Se debe descartar algún tipo de patología que no esté relacionada con el campo de actuación del fisioterapeuta, ya que los síntomas también pueden ser causados por enfermedades graves como el cáncer o neumonía.

2 Objetivos

- Revisar un caso real de dorsalgia con parestesias en adulto que acude a servicio de urgencias.

3 Caso clínico

- Paciente de 40 años que acude por dorsalgia que comienza hace dos horas y que aumenta con los movimientos y la respiración profunda. Coincidiendo con el dolor parestesias y sensación de frialdad en la mano izquierda autolimitadas. No disnea, ni fiebre, ni otra sintomatología.
- No alergias conocidas.
- Antecedcentes personales: Trabajador de la construcción. Fumador de 1 paquete /dia. No otros tóxicos. No diabetes. No DLP. En control ded TA por cifras elevadas hasta 150/90 con dieta sosa. Bocio desde niño, hace 1,5 meses le hicieron analítica y desde entonces esta a tratamiento, pendiente de consulta a endocrino (hipotiroifdismo subclínico con TSH 19,43 y T4 de 0,80).
- Medicacion previa: Escitalopram 1-0-0

4 Discusión-Conclusión

- Adulto que presenta dorsalgia + parestesias en MSI, se recomienda reposo relativo y uso de AINEs.

5 Bibliografía

- Brown RO, Compher C. ASPEN clinical guidelines: nutrition support in adult acute and chronic renal failure. J Parenter Enteral Nutr 2010;34(4):366-377.

- Cano N, Fiaccadori E, Tesinsky P y col. ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Adult renal failure. Clin Nutr 2016;25(2):295- 310.

Capítulo 752

ALIMENTACIÓN EN EL ENFERMO DE ALZHEIMER

ANA ISABEL MUÑÍZ DÍAZ

ANA MARÍA SUÁREZ HORTAL

1 Introducción

Para que todo individuo tenga buena salud, deberá de incluir en su alimentación nutrientes que su organismo necesita para formar y restaurar los tejidos, y ajustar los procesamientos del metabolismo. Las exigencias nutricionales de toda persona cambian durante su vida porque hay cambios orgánicos, psicológicos y todo lo perteneciente a la enfermedad.

Los alimentos se deben elegir de una forma individual.

2 Objetivos

Analizar si tienen los enfermos de Alzheimer una alimentación equilibrada para poder manifestar que cubre los valores nutricionales del organismo y determinar que esa alimentación conserve el bienestar físico y psicológico.

3 Metodología

Se realizó un estudio bibliográfico durante 3 años a 300 enfermos de Alzheimer, estando todos ellos en la misma fase de la enfermedad. Se les pautó a todos ellos

una alimentación tanto adaptada a su enfermedad cómo a todas las necesidades de cada uno de los enfermos.

4 Resultados

Para la valoración de si la alimentación que se le está administrando a dichos enfermos de Alzheimer, favorece a su bienestar general, aplicamos la Alimentación Básica Adaptada en la dieta, evitando una malnutrición. La dieta que aplicamos tiene bastante cantidad de nutrientes, siendo de fácil masticación y deglución, usando espesantes en los líquidos para que no se atraganten. De los 300 enfermos de Alzheimer, el resultado fue que el 90% evitan la malnutrición, aplicándoles una dieta adaptada a cada uno de ellos.

5 Discusión-Conclusión

La técnica de utilización de la Alimentación Básica Adaptada es la más acertada para que en el enfermo de Alzheimer se evite la malnutrición. Uno de los momentos más conflictivos en el comportamiento del enfermo de Alzheimer es la hora de comer, facilitándoles la ingesta de alimentos, se logra que no sea un momento conflictivo.

6 Bibliografía

- muysaludable.sanitas.es
- www.mayoclinic.org
- www.vitalzheimer.com
- www.alzfae.org

Capítulo 753

CUIDADOS AL PACIENTE CON PATOLOGÍA RESPIRATORIA.

MARTA SANCHEZ UGARTE

ALICIA PAREDES ANTONIO

LAURA SUÁREZ ARBESÚ

VERÓNICA GRACIELA MORAN ECHEVERRIA

1 Introducción

La sensación de no poder respirar bien, es una de las sensaciones más desagradables para el ser humano. Las enfermedades respiratorias se acompañan, con cierta frecuencia, por la sensación de dificultad para respirar, o incluso con una clara sensación de ahogo, acompañada de angustia vital. Estos síntomas, en particular la falta de aire, pueden llegar a restringir la capacidad de las personas para llevar a cabo sus actividades cotidianas normales, lo cual afecta seriamente la calidad de vida. Muchas infecciones respiratorias virales o bacterianas, pueden ser prevenidas hoy en día a través de vacunas adecuadas: Influenza, neumococo, tos convulsa e incluso con anticuerpos monoclonales, para la prevención del virus sincicial respiratorio, principal agente infeccioso viral en la infancia, otras veces la patología ocurre pues no es prevenible. Es entonces cuando tenemos que ser conscientes que cuidar al paciente con patología respiratoria es más que una suma de técnicas, procedimientos, monitoreos sintomáticos.
Nos encontrarnos con una persona que tiene alterada su autonomía, sus capacidades físicas y en ocasiones psíquicas, de satisfacer sus necesidades básicas por

sí misma.

2 Objetivos

- Proporcionar cuidados de calidad al paciente con patología respiratoria.
- Identificar los diferentes problemas respiratorios.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Medline, Scielo, Cochrane, Pubmed y Google Schoolar, se han utilizado criterios de búsqueda en revistas científicas y artículos encontrados de cuidados del paciente con patología respiratoria, se utilizaron descriptores con las palabras claves utilizadas en la búsqueda: plan de cuidados, paciente, patología, respiración.

4 Resultados

Los enfermos en asistencia respiratoria, ya sea ocupándose desde la simple nebulización con broncodilatadores en la crisis asmática a los complejos sistemas de asistencia respiratoria mecánica en unidades de cuidado intensivo, reúnen características tan particulares que es esencial destacar cual es el rol que le asiste en cada uno.

Las infecciones respiratorias agudas (IRAs) constituyen una importante causa de morbimortalidad, fundamentalmente entre los niños menores de cinco años y las personas de mayores de 65 años o que presentan ciertas condiciones de riesgo para desarrollar complicaciones que pueden derivar en formas graves.

La bronquiolitis o neumonía son provocadas por virus respiratorios como por ejemplo Influenza, Adenovirus, Virus Sincicial Respiratorio; mientras que las neumonías además pueden ser de origen bacteriano, donde el agente etiológico puede ser (entre los más frecuentes) Haemophilus influenzae y el Streptococcus pneumoniae. La prevención de estas enfermedades se realiza a través del Sistema de Salud Pública, lo que ocupa un capítulo aparte.

Toda neumonía es una inflamación del pulmón, causada generalmente por una infección. Los agentes etiológicos pueden ser tres: bacterias, virus y hongos. Estos agentes pueden llegar por distintas vías al tracto respiratorio, por ejemplo, la inhalación accidental de un líquido o una sustancia química, la inhalación de

aerosoles contaminados, a través de elementos contaminados que se introducen tráquea y/o bronquios, etc.
En la neumonía influyen varios factores. Entre ellos, factores que son propios del huésped, si la persona tuvo una cirugía (el dolor interfiere con la buena movilización de las secreciones), el tipo de medicación que recibe (los corticoides predisponen más a la adquisición de las infecciones), si la persona tiene procedimientos invasivos y la condición de los dispositivos que se utilicen en la terapia respiratoria. A todo esto, se suma la colonización de orofaríngе y la colonización gástrica, que a través de microaspiraciones pueden invadir el árbol traqueobronquial, derivando en el desarrollo de una neumonía.
Los cuidados se centran en mejorar el intercambio gaseoso, favoreciendo el libre paso de aire al territorio pulmonar, así como en aclarar las vías respiratorias y mantenerlas libre de secreciones, mejorando la respiración y brindando al paciente una independencia en sus actividades diarias, tanto personales, como en su relación y adaptación al medio, relaciones personales, laborales, etc.
Para prevenir hay que enseñar al paciente a toser en forma eficaz para poder eliminar las secreciones.
- Realizar fisioterapia respiratoria y drenajes posturales.
- Recomendar abundante ingesta de líquidos para hacer más fluidas las secreciones.
- Enseñar al paciente a utilizar los aparatos para la administración de broncodilatadores.
- Enseñar a detectar la aparición de efectos secundarios como arritmias, cefaleas, insomnio y mareos.
- Control de peso, evitar la obesidad, con una alimentación adecuada.
- Proporcionar apoyo psicológico y/o contactar con equipos de salud mental o grupos de ayuda mutua.

5 Discusión-Conclusión

El rol profesional consiste precisamente en suplir la autonomía de la persona, hacer por ella, ayudándolo a mantener y recuperar la salud mediante la realización de tareas que el mismo llevaría a cabo si tuviera la fuerza, la voluntad o conocimiento, previendo las diversas formas de dependencia y prestando especial cuidado a las secuelas o trastornos, muchas veces graves, que pueden aparecer con esta pérdida de su autonomía. Una correcta identificación de los problemas y la respuesta de los pacientes son la base para planificar los cuidados de enfermería más adecuados. Éstos deben ser precisos y en tiempo oportuno, sa-

biendo que la planificación de los mismos ayuda a prevenir las complicaciones asociadas.

6 Bibliografía

- Actualización de recomendaciones en infecciones respiratorias agudas. Argentina 2013. http://www.msal.gov.ar/gripe/descargas/ actualizacion%20Recomendaciones%20IRA%202013.pdf Acceso 4 de septiembre de 2013.
- 2. Goss L. The essentials of hospital – adquired. Nursing made incredibly easy. September/ October 2008.
- 3. Tablan O et al. CDC. GUIDELINES FOR PREVENTING HEALTH-CAREASSOCIATED PNEUMONIA. 2003
- 4. Wip C, Napolitano L. Bundles to prevent ventilator-associated pneumonia: how valuable are they? Current Opinion in Infectious Diseases 2009, 22:159-166.
- Susan F. Wilson; "Trastornos Respiratorios"; Editorial Mosby, edición española 1993.

Capítulo 754

EL PACIENTE HOSPITALIZADO EN AISLAMIENTO.

LAURA MARIÑO RODRÍGUEZ

EUSEBIO NUÑEZ IBAÑEZ

VERÓNICA MENENDEZ VILLAMOR

1 Introducción

Es muy importante que todo el personal tenga claro las prevenciones que hay que tener en un paciente aislado, ya que esto puede evitar futuros contagios.
El factor infeccioso se puede contraer de dos maneras: que el paciente ya se hospedera en el ingreso o que el paciente una vez ya ingresado contraiga el factor contaminante, en ambos casos se produciría al aislamiento.
Por eso mismo es importantísimo que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) informe tanto al paciente como a la familia de la situación, como deben comportarse y lo fundamental que es que se utilicen todas las medidas de prevención indicadas.

2 Objetivos

- Ver las medidas y cuidados que debe de realizar el TCAE.
- Enseñarles a la familia y paciente como actuar de la mejor manera, para correr solo el mínimo riesgo posible de contagio.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

- Lo primero que tenemos que hacer cuando un paciente se va aislar, es saber qué tipo de aislamiento es, y preparar el material necesario dentro de la habitación.
- Vamos a necesitar: termómetro, guantes, una muda de la cama, mascarilla, un cubo para la ropa sucia con doble bolsa, etc.
- A continuación, informaremos al paciente y a su familia del tipo de aislamiento y del procedimiento de este.
- Hay diferentes tipos de aislamiento:

1. Por contacto, en el que se han de utilizar guantes y batas.
2. Por gotitas, en el que se tomará una distancia de aproximadamente un metro entre la persona externa al aislamiento y el paciente. También se utilizará una mascarilla quirúrgica.
3. Por aire, en el cual la puerta y ventanas de la habitación siempre deben de permanecer cerradas y se utilizarán mascarillas de protección respiratoria.

En todos los tipos de contacto es fundamental el correcto lavado de manos antes y después del mismo ya sea indirecto o directo con el paciente y la utilización correcta del uso de guantes.

5 Discusión-Conclusión

Es determinante realizar todas las medidas que nos indique el protocolo del propio centro en el que se está trabajando, ya que esto evitará el contagio de las enfermedades extrahospitalarias e incluso las que se contagian dentro del propio hospital.

Es fundamental realizar un trabajo excesivamente minucioso, con este tipo de pacientes ya no solo por el riesgo que corre el propio sanitario si hace algo equívoco si no por las terceras personas que suelen tener contacto con el hospedero.

6 Bibliografía

- Protocolo aislamiento, SESPA.
- Protocolo de aislamiento, HUCA.
- Precauciones y aislamientos en patologías infecciosas, SALUD CASTILLA Y LEÓN.
- Protocolo precauciones estándar y específicas, MADRID.
- Protocolo de vigilancia, prevención y control de epidemiología, ÁREA DE SALUD PLASENCIA.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 755

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN.

MARIA IRENE GONZALEZ ALVAREZ

1 Introducción

La piel está constituida por tres capas, la epidermis, dermis e hipodermis (tejido subcutáneo o adiposo). Es la primera barrera protectora y natural del organismo frente a las infecciones, al dolor, a las agresiones externas y son estas últimas, las que pueden deteriorar la piel en un periodo corto de tiempo y una repetida agresión.
Las úlceras están definidas como lesiones elementales secundarias, producidas por una pérdida de continuidad de la piel, que se resuelve a través de la cicatrización por segunda intención.
La prevención y el tratamiento de las úlceras en pacientes encamados y enfermos crónicos hace referencia al trabajo diario de enfermería en la atención a nuestros pacientes y su aparición o no, se correlaciona directamente con los estándares de calidad de la atención recibida (y de los cuidados administrados), ya que es parte de una de las funciones básicas de enfermería y, por lo tanto, el no abordarlo adecuadamente puede derivar en problemas éticos y legales.

2 Objetivos

Diferenciar cada una de las categorías clínicas, que se agrupan bajo la denominación de úlcera y exponer cuáles se dan habitualmente en pacientes encamados con enfermedades crónicas y qué circunstancias deben tenerse en cuenta para tratar de evitarlas y tratarlas de manera más adecuada.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.
Las palabras clave utilizadas para el desarrollo de la búsqueda fueron: "úlcera por presión", "lesión por fricción", "lesión por cizalla", "lesión por humedad", "piel", "cuidados de enfermería", "prevención", "tratamiento", "herida crónica".

4 Resultados

Las úlceras por presión (UPP) son lesiones de la piel producidas por la presión prolongada o fricción entre dos planos duros, provocando un bloqueo sanguíneo a este nivel y, como consecuencia de la isquemia, se produce una degeneración rápida de los tejidos.
En la formación de las UPP se identifican tres mecanismos o factores de riesgo primarios:
1. Presión: es una fuerza que actúa perpendicular a la piel como consecuencia de la gravedad, provocando un aplastamiento tisular entre dos planos, uno perteneciente al paciente y otro externo a él (sillón, cama, sondas, etc.). Es la principal causa de formación de UPP, que depende tanto de la presión que se ejerce sobre una zona de la piel como del tiempo que se mantiene ésta.
2. Fricción: es una fuerza tangencial que actúa paralelamente a la piel produciendo roces por movimientos o arrastres.
3. Fuerza externa de pinzamiento vascular o cizallamiento: combina los efectos de presión y fricción.
Junto a estos factores primarios se han identificado otros factores de riesgo que favorecen la aparición de la UPP, siendo los más importantes la inmovilidad, la incontinencia, el déficit nutricional, el reducido aporte hídrico, el deterioro cognitivo y los factores de riesgo asistenciales.
Las UPP pueden clasificarse en cuatro grados:
- Grado I. Piel intacta, eritema cutáneo que no palidece al aliviar la presión. Afecta a la epidermis.
- Grado II. Piel con pérdida de solución de continuidad, vesículas y/o flictenas. Afecta a epidermis y dermis superficial o a ambas.

- Grado III. Pérdida de tejido que se extiende en profundidad a través de la piel. Implica lesión o necrosis del tejido subcutáneo llegando hasta el músculo, pero no se extiende por él.
- Grado IV. Pérdida total del grosor de la piel con frecuente destrucción, necrosis del tejido o lesión en músculo, hueso o estructura de sostén (tendón y cápsula articular).

Las zonas afectadas se localizan en un 90% por debajo de la cintura y dependen mucho de la posición del paciente, siendo la más frecuentes: sacro, trocánter mayor, tuberosidad isquiática, talones y maléolo externo.

Los cuidados de la prevención de las UPP se centran en 4 apartados:

1. Piel. Examinarla a diario, mantenerla limpia y seca. Usar jabones no irritantes, secar sin fricción, no usar alcoholes. Hidratación corporal, extendiendo la crema por todo el cuerpo. Utilizar ropa interior de tejidos naturales para favorecer la transpiración. No realizar masajes si la zona está eritematosa, o en prominencias óseas. En casos de incontinencia extremar la higiene y reeducación de esfínteres, así como uso de cremas protectoras en zona perineal.
2. Movilización. Estimular al enfermo para que mediante un plan de cuidados se fomente y mejore la movilidad y actividad del paciente. Cuando no sea posible, se realizarán movilizaciones pasivas de las articulaciones, sin sobrepasar el umbral del dolor. Realizar cambios posturales cada 2-3 horas en encamados, respetando las horas de sueño. Realizar al paciente cambios de posición más frecuentes si se trata de personas muy ancianas o de obesos. En pacientes en sedestación cada hora. Evitar el contacto directo entre prominencias óseas. Usar dispositivos que mitiguen al máximo la presión. No utilizar dispositivos tipo rueda, anillo o flotador. Evitar el arrastre.
3. Apoyo psicológico. Animar al paciente a realizar las tareas cotidianas que le sean posibles, ayudarle a ocupar su tiempo libre y mantener un entorno agradable.
4. Medios complementarios para la prevención. Utilización de material complementario como cojines, colchones y apósitos protectores. De esta forma no se consigue una eliminación total de la presión sobre una determinada zona, pero sí una disminución de la misma.

Antes de iniciar el tratamiento de una UPP, va a ser necesaria una valoración general del paciente, de su situación física-psicosocial y de la úlcera:

- Prevención de nuevas lesiones por presión.
- Valoración global del individuo y de la lesión
- Cuidados nutricionales. El estadio de una úlcera por presión existente se correlaciona con la gravedad del déficit nutricional, especialmente con una ingesta

dietética baja en proteínas y con hipoalbuminemia.
- Atención a los factores predisponentes y manejo de las cargas titulares. Algunas recomendaciones al respecto:
1. Realizar un plan de cuidados personalizado y escrito.
2. Implicar al cuidador en las actividades dirigidas al alivio de la presión.
3. Evitar colocar al paciente sobre la úlcera.
4. No usar flotadores.
5. Cambios posturales.
6. Usar almohadas u otros dispositivos para elevar los talones.
7. Impedir el contacto directo de las prominencias óseas entre sí mediante almohadas y cojines.
8. En pacientes con úlceras en región sacra o glútea, evitar mantenerlos sentados durante largos periodos de tiempo.
9. Considerar la alineación corporal, la redistribución del peso, el equilibrio, la estabilidad y el alivio de la presión cuando el paciente esté sentado.
10. Aliviar la presión supone evitar la isquemia tisular permitiendo de esta manera la viabilidad de los tejidos blandos y situando a la lesión en unas condiciones óptimas para su curación.
11. En general cada actuación debe ir dirigida a disminuir el grado de presión, rozamiento y cizallamiento.
CUIDADOS LOCALES DE LAS ÚLCERAS:
- Limpieza de la úlcera:
Como norma debe utilizarse suero fisiológico para el lavado. Usar una presión mínima para facilitar el arrastre de detritus, bacterias y restos de curas anteriores, sin dañar el tejido sano. La utilización de antisépticos tópicos no está justificada.
- Desbridamiento de la úlcera:
Un desbridamiento efectivo es esencial para que una herida cicatrice correctamente. El tejido necrótico es un medio de cultivo de bacterias, ya que facilita la proliferación de las mismas, impidiendo por tanto el proceso de curación. La eliminación de éste permitirá que las propias defensas puedan actuar en el proceso de cicatrización.
Existen diferentes tipos de desbridamiento:
1. Desbridamiento quirúrgico o cortante
2. Desbridamiento autolítico a través del uso de apósitos
3. Desbridamiento mecánico
- Prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección.
Sospechamos de una posible infección si observamos inicialmente a nivel local: inflamación perilesional, exudado purulento, eritema, dolor, mal olor. Si después

del lavado y desbridamiento de la lesión cutánea crónica persistiesen algunos de los signos anteriormente mencionados, podemos considerar que la herida está infectada.
El desbridamiento de tejido necrótico es fundamental para reducir la carga bacteriana de la lesión. Si la UPP no evoluciona favorablemente durante 2-3 semanas, tras descartar la presencia de celulitis u osteomielitis, puede iniciarse tratamiento antibiótico tópico
La administración de antibióticos disminuirá la carga bacteriana en heridas crónicas tratadas con un régimen agresivo de desbridamiento. En general, serán realmente efectivos los administrados por vía oral o parenteral.
La aplicación de antibióticos tópicos se debería realizar en ciertas condiciones
Existen grandes complicaciones infecciosas que pueden afectar a todas o a algunas de las heridas cutáneas crónicas más frecuentes:
- Celulitis.
- La infección necrotizante de tejidos blandos.
- Osteomielitis.

Estas complicaciones pueden evolucionar hacia un proceso séptico generalizado, por lo que debemos actuar con urgencia detectando los principales síntomas de una septicemia: fiebre, taquicardia, hipotensión, anorexia, desorientación y letargo. La derivación inmediata de un paciente con septicemia a un centro hospitalario debería ser una práctica de obligado cumplimiento, ya que se trata de una complicación que puede poner en peligro la vida del paciente.
- Selección de apósito:

Una vez que hemos realizado una correcta limpieza y un efectivo desbridamiento hemos de aportar los medios para que la úlcera consiga un tejido de granulación eficaz y una correcta epitelización. Para ello contamos con pomadas y apósitos la mayoría de los utilizados en la actualidad están basados en la cura húmeda.
El apósito ideal debe ofrecer protección mecánica, mantener ambiente húmedo, facilitar eliminación de exudado y tejido necrótico, favorecer la cicatrización, actuar de barrera frente a microorganismos y permitir el intercambio gaseoso:
- Alginatos.
- Apósitos de carbón.
- Hidrocelulares.
- Hidrocoloides.
- Hidrogeles.
- Láminas de poliuretano.
- Apósitos de silicona.
- Pomadas y cremas.

5 Discusión-Conclusión

Las úlceras por presión son un problema de salud de primer orden dado el elevadísimo coste de su incidencia y prevalencia, que repercute de manera global sobre los sistemas de salud.
El éxito terapéutico dependerá de la adecuada identificación y control de las causas que favorecieron la aparición de la úlcera y, por otra parte, de la correcta elección del tratamiento local que empleemos.
Los cambios posturales, el estado de nutrición y el cuidado diario de la piel son los pilares de la prevención.
El cuidado adecuado en el domicilio de los pacientes inmovilizados previene de forma importante la aparición de úlceras por presión. Es necesaria la colaboración estrecha entre el cuidador y los profesionales.
En el caso de presentar úlceras de gran tamaño que no mejoran tras un tiempo de cuidados o signos de infección generalizada, es necesario derivar al hospital.
Antes de iniciar el tratamiento va a ser necesaria una valoración general del paciente, de su situación física-psicosocial y de la úlcera.
Los cuidados locales de las úlceras incluyen: limpieza, desbridamiento, prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección y selección de apósito.

6 Bibliografía

1. Castello i Granell J. Derecho y Enfermería. Enferm Dermatol. 2007; 1(1): 7-13.
2. Rumbo Prieto JM, Arantón Areosa L. Evidencias clínicas e intervenciones NIC para el cuidado de úlceras por presión. Enferm Dermatol. 2010.
3. Delgado R, Pérez A, Rodríguez FJ, Carregal L, Gonzalez R, Souto E, García N, Fontenla LM, Ananín C. Manual de Prevención y Tratamiento de Úlceras por Presión. Santiago de Compostela: Servizo Galego de Saúde. Xunta de Galicia; 2005.
4. García Fernández F, Pancorbo Hidalgo PL, Torra i Bou J, Blasco García C. Escalas de valoración de riesgo de úlceras por presión. En: Soldevilla Agreda JJ, Torra i Bou J (editores). Atención integral al paciente con heridas crónicas. Madrid: SPA SL; 2004.
5. Pancorbo PL, García-Fernández FP, Soldevilla JJ, Blasco C. Escalas e instrumentos de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión por Presión. Serie Documentos Técnicos GNEAUPP nº 11. Logroño: GNEAUPP; 2009.
6. Avilés MJ, Sánchez MM, (coord.). Guía de Práctica Clínica para el cuidado de personas con úlceras por presión o riesgo de padecerlas. Valencia: Generalitat

valenciana. Conselleria de Sanitat, 2012.
7. Torra i Bou JE, Rodríguez Palma M, Soldevilla Agreda JJ, García Fernández FP, Sarabia Lavín R, Zabala Blanco J, Verdú Soriano J. et ál. Redefinición del concepto y del abordaje de las lesiones por humedad. Una propuesta conceptual y metodológica para mejorar el cuidado de las lesiones cutáneas asociadas a la humedad (LESCAH). Gerokomos. 2013.
8. Torra JE. Arboix M, Rueda J, Ibars P, Rodríguez M. Superficies especiales para el manejo de la presión. En: Torra JE, Soldevilla JJ. (eds). Atención Integral de las Heridas Crónicas. 1ª Ed. Madrid: SPA SL; 2004.
9. Instituto Joanna Briggs. Lesiones por presión 1ª parte: prevención de las lesiones por presión. Best Practice 1997.
10. Instituto Joanna Briggs. Lesiones por presión 2ª parte: Manejo de los Tejidos Dañados por la Presión. Best Practice 1997.
11. Zapata Sampedro MA, Castro Varela L. Diferencias entre lesiones por humedad y por presión. Enfermería Docente. 2008.
12. Palomar Llatas F, Fornes Pujalte B, Muñoz Mañez V, Lucha Fernández V, Díez Fornes P, Chover E, Granell Hernandez E, et al. Protección contra la humedad en pacientes incontinentes encamados. Enferm Dermatol. 2009.
13. Hernández E et al. Importancia de los registros en la cura de las úlceras por presión. Gerokomos 2002.
14. Grupo Nacional para el estudio y asesoramiento de úlceras por presión (GNEAUPP). Directrices generales sobre el tratamiento de las úlceras por presión. Arnedillo; 1998.
15. Esperón JA. Los conocimientos de las enfermeras sobre úlceras por presión y sus determinantes. Gerokomos 2004.
16. De Castro A et al. Prevención y tratamiento de las úlceras por presión. Jano: Medicina y humanidades, 2006.
17. Úlceras por presión. Monograf Prof Col of Farm Badajoz 1996.

Capítulo 756

IMPORTANCIA DE LA EMPATÍA EN EL SECTOR SANITARIO TANTO PARA PROFESIONALES SANITARIOS Y NO SANITARIOS

PAULA RODRIGUEZ RODRIGUEZ

1 Introducción

La empatía es un elemento fundamental en la relación profesional sanitario-paciente, tanto a la hora de diagnosticar como en la relación de cuidado a lo largo de la enfermedad.

2 Objetivos

La importancia de la empatía y el altruismo en la formación de profesionales de Ciencias de la Salud viene corroborada en el libro blanco de las profesiones sanitarias (Generalitat de Catalunya, Departament de Santitat i Seguridad Social. Barcelona, 2003), donde se recogen las indicaciones sobre "la relación entre el profesional y el paciente", y se hace eco de la opinión de los usuarios de que la calidad técnica y la relación humana son claves para una relación sanitaria satisfactoria.

Sin embargo, uno de los de déficits en la enseñanza de las profesiones sanitarias, es la formación en las relaciones humanas interpersonales y el entrenamiento de las mismas. La transmisión de conocimientos y el descubrimiento de nuevas

tecnologías es el eje sobre el que gira la formación de los nuevos profesionales asistenciales. No es frecuente, por no decir que no se da la posibilidad de contemplar áreas específicas para la formación en los aspectos más psicológicos de la práctica sanitaria.

3 Metodología

El comportamiento empático favorece una buena alianza terapéutica posibilitando que los pacientes den más información sobre sus síntomas, se muestren más comprometidos con el tratamiento y con mayores niveles de satisfacción, disminuye la ansiedad e incrementa la calidad de vida.

4 Resultados

La empatía, por tanto, es un elemento clave en la relación asistencial. Si bien es cierto que la empatía es una capacidad humana que surgió a lo largo de la evolución, permitiendo a nuestros ancestros no solo sentir lo que otros sentían sino comprender lo que otros podía necesitar, tener la comprensión de que los otros son seres intencionales, también es cierto que dado que los seres humanos son seres sociales, se necesitan contextos en los que se posibilite esa capacidad.

Por decirlo en otras palabras: no existe el gen de la empatía, pero si la disponibilidad para adquirir la capacidad de la empatía y para poder desarrollar esa capacidad tiene que darse en contextos adecuados (agentes socializadores).

5 Discusión-Conclusión

Conectar con el sufrimiento del otro también tiene sus riesgos y esta capacidad tan humana puede verse bloqueada por la ansiedad que generan esos sufrimientos ajenos. Diferentes estudios con estudiantes de medicina en prácticas han demostrado que la empatía disminuye. Una de las explicaciones es que este déficit es una defensa contra la ansiedad que generan las situaciones que se dan en la relación asistencial.

La cuestión es que no se dispone en todo el proceso educativo de espacios que posibiliten el análisis y la comprensión de los aspectos emocionales que intervienen en la relación asistencial, así como una comprensión de los fenómenos

intra e intergrupales que puedan facilitar las tareas asistenciales y las interacciones profesional/paciente.

La creación de estos espacios es uno de los retos de los estudios de ciencias de la salud. Estos espacios permiten conjugar el aspecto educativo y los aspectos emocionales y ofrecer un marco útil donde las experiencias vitales de los alumnos sirvan al desarrollo de recursos personales y afectivos con los que afrontar en la vida cotidiana el ejercicio de su profesión.

6 Bibliografía

- blocs.umanresa.cat/ciencies-de-la-salut/2014/11/13/la-importancia-de-la-empatia-en-las-ciencias-de-la-salud/
- Miguel Pérez Silva, profesor de Psicologia evolutiva, atención clínica y relaciones interpersonales en la Fundació Universitària del Bages
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 757

EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA ALIMENTACIÓN DE PACIENTES CON DISFAGIA.

NURIA FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ

MARÍA LUISA ALONSO CASTAÑON

ALBA CEÑERA MENENDEZ

NOELIA BLANCO CAÑIZARES

LEYLA SOFIA LOPEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

La alimentación, para las personas, no solo es una función primaria que nos permite ingerir los alimentos esenciales (tanto sólidos como líquidos) necesarios para sobrevivir, sino que es una actividad de gran trascendencia integrada en nuestros hábitos sociales (Calleja et al., 2015; 2016).

A pesar de existir un gran entendimiento de la fisiología de la deglución y avances en la evaluación de la disfagia, las alteraciones de la deglución (y por lo tanto de la alimentación del paciente) continúan siendo poco apreciadas tanto por el público en general como por los médicos (Moreno, García y Martínez, 2006).

La disfagia expresa la dificultad para deglutir sustancias de distintas consistencias, incluso hasta la propia saliva. En el peor de los casos puede producirse una aspiración de cualquiera de estas sustancias, es decir, la entrada de ellas por vía aérea. Este hecho puede conllevar daños muy graves para el paciente y en muchos casos la muerte. La disfagia normalmente es consecuencia de una patología neurológica en la cual se alteran las funciones sensoriales y motoras de las fases oral y faríngea de la deglución. La etapa esofágica es la menos comúnmente afectada (González, 2009).

El paciente con una disfagia de origen neurológico puede presentar varias de estas características (López-Hernández, Padín y Beunett, 2004):
- Esfínter labial incompetente con parálisis, hipotonía, incoordinación…
- Reducido cierre labial
- Reducido rango de movimientos laterales y verticales de la mandíbula afectando la masticación.
- Reducción de la movilidad de la lengua comprometiendo así la correcta formación del bolo alimenticio.
- Alteración de la sensibilidad intraoral.
- Déficit de los movimientos del esfínter velofaríngeo retrasando así la respuesta deglutoria y pudiendo producirse regurgitación.
- Reducción de la peristalsis faríngea.
- Disminución de los movimientos de la epiglotis, hioides y laringe comprometiendo así el cierre epiglótico y favoreciendo la temida aspiración del alimento.
- Apertura anómala del esfínter faringoesofágico.

A nivel práctico los pacientes pueden presentar distintos síntomas que la TCAE puede observar cómo (Gutiérrez-Achury, Ruales-Suárez, Giraldo-Cadavid y Rengifo-Varona, 2015):
- Obstrucción o sensación de obstrucción en la zona oral, faríngea y esofágica.
- Dolor en la misma zona o incluso en el oído puede aparecer dolor de forma refleja lo que nos puede sugerir presencia de infecciones
- Regurgitación nasal debido a esas alteraciones del paladar y la faringe
- Halitosis producida por la mala higiene oral, enfermedad periodontal, retención de alimento en la cavidad oral…
- Atragantamiento, tos y neumonía que pueden indicar la existencia de aspiración.
- Reflujo gastroesofágico. Observaremos signos como pirosis, regurgitación, disfonía, tos, asma…

- Dolor torácico en la zona retroesternal

Además de otra serie de síntomas asociados como pérdida de peso, pérdida de apetito, cambio de hábitos alimenticios, alteraciones psicológicas y aislamiento social.

2 Objetivos

El principal objetivo de este trabajo es determinar qué funciones desempeña el TCAE en la alimentación del paciente con disfagia, así como los protocolos y pautas a seguir por este, tanto durante el propio proceso de la alimentación, como con la familia o entorno del paciente.

3 Metodología

Para responder a este objetivo, se ha llevado a cabo una revisión teórica a través de la base de datos Web of Science, Scielo y PubMed, con restricción de fecha 2005-2019 y combinando los siguientes descriptores: disfagia, alimentación, sanidad, paciente, procedimiento, auxiliar, TCAE.

A través de estos tópicos, se encontraron 13 documentos, que se discriminaron de la siguiente manera: se tuvieron en cuenta para su análisis solo los trabajos tipo paper; se descartaron aquellos documentos que no se relacionaban con el tema de interés.

De este modo, se eliminaron 6 salidas de la web. En primera instancia se seleccionaron, por lo tanto, 7 artículos que recogían los criterios de inclusión de la investigación (de los que, una vez estudiado el texto completo, se debieron eliminar 2 por no corresponderse con los tópicos buscados). Por todo esto, el total de documentos analizados fue de 5.

4 Resultados

Las patologías que comprometen la correcta deglución pueden tener orígenes muy diversos, pero en líneas generales el TCAE debe seguir estas pautas para facilitar la alimentación de estos pacientes.

Al igual que las debemos aplicar en nuestro trabajo podemos "instruir" en cierta manera a la familia y transmitirles estos consejos para que los apliquen en el ámbito familiar.

- Se debe proporcionar un entorno tranquilo al paciente, evitando distracciones externas y respetando el tiempo necesario para la comida.
- Es importante que el asiento del paciente y los utensilios empleados para la alimentación estén adaptados a la patología existente.
- La supervisión durante la comida es fundamental para la seguridad del paciente y para favorecer la recuperación de las alteraciones de la deglución ya que aveces son transitorias.
- Asegurarnos de que el paciente mantenga una correcta higiene bucal antes y después de las comidas para evitar infecciones u otros problemas bucales.
- Evitar estímulos externos como la televisión, conversación de grupos, risas durante la deglución…
- No utilizar líquidos para limpiar la boca hasta que no sea tragado todo el alimento.
- Asegurarnos de que el paciente mantiene una posición lo mas correcta posible durante la comida: sentado con la espalda ligeramente hacia delante y los pies tocando el suelo.
- Permitir la autoalimentación, si es posible, ya que el gesto de llevar la mano a la boca supone un estímulo mas para la deglución.
- Tener en cuenta las dificultades cognitivas además de las motoras y sensoriales para comprender la falta de iniciativa en el paciente, apraxia en el uso de cubiertos, heminegligencia espacial…
- Prever el grado de ayuda o de supervisión necesarios para no brindar demasiada ayuda que pueda molestar al paciente en casos en que la capacidad cognitiva está intacta o quedarnos cortos ayudando a personas más afectadas.
- Es importante que el paciente vea la comida, el plato debe estar delante si es posible, para que vea en todo momento lo que va a comer.
- Dar tiempo a que el paciente trague sin someterlo a prisas ni presionarlo.
- Supervisar los movimientos de deglución y controlar que el alimento no se acumule en la boca.
- Estar atento a la voz del paciente pues una disfonía o algún otro cambio en la voz puede indicarnos que se ha depositado alimento en las cuerdas vocales.
- Asegurar un tiempo de descanso después de la comida, sobretodo si el paciente se siente cansado.
- Procurar que las primeras porciones de comida contengan mayor cantidad de nutrientes.

- Aprovechar las primeras comidas del día para animar al paciente a alimentarse pues es posible que hacia la noche esté más cansado y la desidia aumente.
- Estar al tanto de las modificaciones dietéticas que tenga pautadas el paciente y asegurarse de que se cumplen pues la consistencia y volumen del alimento debe variar en función a la alteración del paciente.

5 Discusión-Conclusión

Se concluye por tanto que los problemas de deglución tanto en pacientes en el ámbito hospitalario como en usuarios de centros residenciales es un t7ema que no podemos desdeñar pues una incorrecta alimentación puede derivar en serios problemas como deshidratación, desnutrición o acarrear complicaciones muy graves como la aspiración de algún alimento o incluso la muerte por asfixia.

El TCAE toca este tema muy de cerca pues es la persona más cercana al enfermo a la hora de la alimentación y el que le proporciona un abanico muy amplio de apoyo para alimentarse correctamente, desde pequeñas ayudas a la hora de comer hasta incluso darle la comida si la situación requiere mucha dependencia. Es crucial que el TCAE tenga una formación adecuada en cuanto a las pautas generales que deben seguirse para que el momento de la comida sea satisfactorio para el enfermo, para que se de administre de forma segura y para aprender a solucionar in situ las complicaciones que puedan ir surgiendo derivadas de la alimentación.

6 Bibliografía

- Calleja Fernández, A., Pintor de la Maza, B., Vidal Casariego, A., Villar Taibo, R., Urioste Fondo, A., Cano Rodríguez, I., & Ballesteros Pomar, M. D. (2015). Características técnicas de los productos alimentarios específicos para el paciente con disfagia. Nutrición Hospitalaria, 32(4), 1401-1407.
- Calleja Fernández, A., Vidal Casariego, A., Cano Rodríguez, I., & Ballesteros Pomar, M. D. (2016). Adecuación del código de dietas a las necesidades nutricionales del paciente hospitalizado. Nutrición Hospitalaria, 33(1), 80-85.
- Ferrero López, M. I., Castellano Vela, E., & Navarro Sanz, R. (2009). Utilidad de implantar un programa de atención a la disfagia en un hospital de media y larga estancia. Nutrición Hospitalaria, 24(5), 588-595.

- Gómez-Busto, F., Andía Muñoz, V., Sarabia, M., Ruiz de Alegría, L., González de Viñaspre, I., López-Molina, N., & Cabo Santillán, N. (2011). Suplementos nutricionales gelatinizados: una alternativa válida para la disfagia. Nutrición Hospitalaria, 26(4), 775-783.
- Gómez-Busto, F., Andia, V., de Alegria, L. R., & Francés, I. (2009). Abordaje de la disfagia en la demencia avanzada. Revista Española de Geriatría y Gerontología, 44, 29-36.
- González, E. C. (2009). Consecuencias y tratamiento de la disfagia. Nutrición Hospitalaria, 2(2), 66-78.
- Gutiérrez-Achury,A., Ruales Suárez, K., Giraldo Cadavid, L. F., & Rengifo Varona, M. L. (2015). Escalas de calidad de vida y valoración de los síntomas en disfagia. Revista Med, 23(1), 50-55.
- Irles Rocamora, J. A., Sánchez-Duque, M. J., de Valle Galindo, P. B., Bernal López, E., Fernández Palacín, A., Almeida González, C., & Torres Enamorado, D. (2009). Estudio de prevalencia de disfagia e intervención con consejo dietético, en residencias de mayores de Sevilla. Nutrición Hospitalaria, 24(4), 498-503.
- López-Hernández, M. N., Padín, H. M. C., & Beunett, R. E. (2004). Presencia de la disfagia en los trastornos neurológicos de la comunicación. Rev Mexicana Neurociencias, 5(5), 455-459.
- Moreno, C., García, M. J., & Martinez, C. (2006). Análisis de situación y adecuación de dietas para disfagia en un hospital provincial. Nutrición Hospitalaria, 21(1), 26-31.

Capítulo 758

LA ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA RECOGIDA, MANIPULACIÓN Y TRASPORTE DE MUESTRAS BIOLÓGICAS.

BELEN FERNANDEZ PINTADO

JAIME RIVERA SUAREZ

NOELIA GONZÁLEZ SÁNCHEZ

LAURA PRIERES MELERO

PABLO RIVERA SUAREZ

1 Introducción

Las muestras biológicas son aquellos materiales de seres humanos como:(orina,tejido,heces,esputos,sangre,ADN…) que son utilizadas para análisis o proyectos de investigación. El estudio o análisis del esputo es una herramienta básica y de gran utilidad utilizada habitualmente en los hospitales ya que la de obtención de la muestra es bastante sencilla y segura y su resultado aporta información de suma importancia sobre el estado de salud del paciente

En la mayoría de los casos la recogida de esputos son llevadas a cabo por el propio paciente el cual deberá de recoger la muestra a primera hora de la mañana antes de ingerir líquidos o sólidos Las muestras de esputos son aquellos materiales (secrecciones) que se expulsan a través de la tos y proceden de los pulmones en cuya composición se encuentra moco como elemento principal aunque en determinados casos también puede tener sangre,pus y restos celulares.

Por ello existen varios tipos de esputo:

- Mucosos: Son esputos incoloros y transparentes que puede ser de distinta consistencia; desde muy fluidos hasta sumamente viscosos y densos, de difícil eliminación.
- Serosos: Se muestran como un líquido de color claro y espumoso con un ligero tono amarillento o rosáceo y que puede ser muy abundante.
- Mucopurulentos y purulentos: Suelen ser de color amarillento o verdoso de gran fluidez y opacidad. Su contenido es pus y mucus
- Sanguinolentos: Son los llamados esputos hemoptoicos y son aquellos que en su composición figura sangre aunque esto no quiere decir que su composición total sea solo sangre

2 Objetivos

- Determinar el protocolo de actuación del Tcae en el trasporte,recogida y conservación de muestras de esputo.

- Exponer las medidas a tener en cuenta para evitar una muestra inválida

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: pubmed, medline, y scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La obtención de la muestra se hará en condiciones de máxima asepsia y evitando, en lo posible, la contaminación, por eso lo idóneo es utilizar material estéril. Esto es una medida primordial si lo que se quiere conseguir son resultados fiables

En el momento en que la TCAE van a realizar el procedimiento debe asegurarse que el paciente expulse solamente flema sin que lleve saliva asociada, ya que sino la muestra no sería válida
La cantidad de muestra a recoger no será muy abundante será suficiente que el esputo tenga una dimensión similar a una cucharada de café

Para recoger el esputo mediante la tos es necesaria la participación activa del paciente, por ello nos podemos encontrar ante dos tipos de situaciones :cuando el paciente está consciente y colabora, y cuando está inconsciente o estando consciente no puede colaborar (intubados) en este caso la recogida la realiza el DUE con un dispositivo estéril llamado sifón de Lukin.

Procedimiento a seguir en la recogida de muestra de un paciente colaborador.
- Lo primero antes de realizar la técnica es informar al paciente de la técnica a realizar y animarlo a que sea el quien lo realice por si mismo.
- Seguidamente el TCAE le facilitará al paciente el material necesario para que este pueda realizar la técnica(solamente seria necesario un recipiente estéril para la recogida del esputo); le animará a toser para facilitar la expulsión y una vez que el material se encuentre en el recipiente se asegurará que la muestra es válida(se asegurará que las secreciones que haya en el contenido no procedan de la boca ni la nariz, sino de la tráquea o los bronquios).
- Una vez que se verifica el siguiente paso es cerrar el recipiente herméticamente;posteriormente rotulará e etiquetará la muestra correctamente y la llevará al laboratorio(plazo máximo de 24 horas o en caso de no ser quien trasporte la muestra se asegurará de que esta haya llegado en condiciones óptimas

5 Discusión-Conclusión

Para que la muestra sea lo más fiable posible el personal sanitario debe de tomar o asegurarse de una serie de aspectos a tener en cuenta.

Un buen análisis de esputo necesita una obtención correcta del mismo y se hace

necesario que se mantenga en condiciones adecuadas hasta que se envíe al laboratorio. El tcae tiene que tener los conocimientos suficientes para saber que si la muestra no va a ser enviada de inmediato para su análisis deberá refrigerarse

La recogida de la muestra se hará a primera hora de la mañana y antes del desayuno, ya que tras el descanso se han acumulado bastantes secreciones en la vía respiratoria y en este momento es más fácil que la tos logre arrancar una parte de las mismas. Además el esfuerzo que supone la tos puede provocar náuseas llegando a provocar incluso el vómito

6 Bibliografía

- García Sánchez JE; Gómez-Lus Centelles MªL; 1993. Procedimientos en microbiología clínica. Toma de muestras. Recogida, transporte y conservación de muestras.
- Libro Técnicas Básicas de Enfermería: Macmillan Education.
- MedlinePlus, enciclopedia médica. https://es.wikipedia.org/wiki/Esputo

Capítulo 759

LA PAROTIDITIS: TEORÍA DE ENFERMEDADES PARA TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA.

NATIVIDAD CABEZÓN FERNÁNDEZ

NURIA MORENO FERNANDEZ DE LA BASTIDA

1 Introducción

La parotiditis, popularmente denominadas paperas, es una enfermedad contagiosa que puede ser aguda o crónica, localizada en una o ambas glándulas parótidas, que son glándulas salivares mayores ubicadas detrás de las ramas ascendentes de la mandibula.

2 Objetivos

- Dar a conocer los signos y síntomas de la enfermedad, parotiditis, asÍ como su tratamiento.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han

consultado artículos en las principales bases de datos: pubmed, medline, y scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El principal signo de las paperas es la inflamación de las glándulas salivares que hace que las glándulas salivares se inflamen. Otros síntomas y signos que pueden incluir:

• Dolor al masticar o tragar.
• Fiebre
• Dolor de cabeza
• Dolores musculares
• Debilidad
• Pérdida de apetito

Debe acudir al médico ante la manifestación de los anteriores síntomas o signos mencionados. Las paperas son altamente contagiosas alrededor de nueve días después de que aparecieron los síntomas.
Algunas de las recomendaciones básicas para aliviar el malestar son:

• Reposo
• Utilizar analgésicos para mejorar el malestar general
• Beber líquidos y dieta blanda que facilita la ingesta al estar las glándulas salivares inflamadas
• Aplicación local de frio para disminuir el de las glándulas inflamadas
• Evitar los alimentos ácidos, como la frutas o los jugos cítricos, que estimulan la producción de saliva
• Aislarse en la medida de lo posible para evitar la trasmisión de la enfermedad a otros.

5 Discusión-Conclusión

La mejor forma de prevenir las papera es mediante la vacunación. La inmunización frente a esta infección es una vacuna combinada, conocida como triple vírica que protege frente a tres enfermedades víricas: sarampión, rubeola y parotiditis. Es una vacuna eficaz y muy segura, la pauta de administración son dos

dosis: generalmente, la primera a los 12 meses y una dosis de recuerdo a los 2-4 años de edad

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 760

BANCOS DE LECHE MATERNA

PATRICIA MARTÍNEZ PÉREZ

LOURDES BELEN PEREZ LORENZO

AINOA MARTINEZ PEREZ

1 Introducción

La leche materna es el mejor alimento para el niño al nacimiento, sobre todo en casos de prematuros o enfermedad. Se dan casos en los que la madre no puede proporcionarle la leche a su hijo y la mejor alternativa es la leche humana donada, frente a la artificial.

2 Objetivos

Conocer el funcionamiento de los bancos de leche materna.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda en Medline Plus, Revista Nursing, y en las bases de datos de Dialnet, Scielo, ScienceDirect y PubMed, filtrando la fecha de publicación (últimos cinco años). Los descriptores utilizados para hacer la búsqueda han sido: Banco de leche materna donada, Pasteurización, Donantes leche materna.

4 Resultados

La madre donante es una mujer sana, de vida saludable, que dona leche de forma voluntaria y altruista. No puede haber recibido transfusiones sanguíneas recientes. Se le realizara un análisis de sangre y una entrevista. Debe firmar un consentimiento informado.

Extracción, conservación y transporte de la leche. La extracción puede ser manual o mediante sacaleches. Antes de la extracción se deben lavar las manos, usar gorro y mascarilla y masajear el pecho. Hay utilizar un recipiente de plástico estéril para cada extracción, colocando una etiqueta identificativa, así como la fecha y el volumen y congelándolo a -20ºC.

Recepción y conservación de la leche donada. La leche se registra en la base de datos y se congela a -20/30ºC en un congelador especifico, un máximo de 3 meses. Periódicamente la leche donada cruda es sometida a un proceso de higienización para eliminar patógenos, y se analiza la composición nutricional, y en casi de no cumplir unos estándares es descartada. Todas las manipulaciones tienen que realizarse en condiciones de asepsia, en una cabina de flujo laminar. El etiquetado garantiza la trazabilidad. La leche se manda a lactodietética donde se descongela, registra y se envia a Neonatología.

Receptores de la leche donada: hijos cuya madre tenga insuficiencia de leche, neonatos con problemas de peso, prematuros, o con problemas digestivos graves.

5 Discusión-Conclusión

Gracias al Banco de leche humana se puede proporcionar leche materna a los neonatos que no puedan recibirla de su propia madre.

6 Bibliografía

- Gormaz, M., Roqués, V., Dalmau, J., Vento, M., Torres, E., Vitoria, I. Actividad de un banco de leche humana implantado en una unidad neonatal. Acta Pediatr Esp. 2011; 69(6): 245-251
- Maury, Eduard; Sequera, Silvia; Sánchez, Danilmary; Bravo, Alfonso; Romero, Marlon; Vizcarra, Marcela. Variaciones en la composición proteica de la leche materna madura durante el almacenamiento por congelación. Pediatría (Asunción):

Organo Oficial de la Sociedad Paraguaya de Pediatría, ISSN-e 1683-9803, Vol. 37, Nº. 3, 2010, págs. 187-194
- Zarzuela Blanco, Ana. Beneficios de la leche materna donada procedente del banco de leche. Universidad de Valladolid. Facultad de Enfermería de Valladolid. 2016.
- https://www.aeblh.org/
- https://www.comunidad.madrid/hospital/12octubre/profesionales/banco-regional-leche-materna-aladina-mgu

Capítulo 761

LA GRIPE

MARIA ISABEL MENDEZ PEREZ

SUSANA BLANCO DÍAZ

ELSA BARCIA LEIVAS

1 Introducción

La gripe es una enfermedad aguda de las vías respiratorias que con frecuencia se acompaña de signos o síntomas generales (fiebre, cefalea, mialgias y debilidad) y anualmente produce brotes de intensidad, morbilidad y mortalidad variables. Los virus de la gripe pertenecen a la familia Orthomyxoviridae, se distribuyen en 3 géneros (influenzae A, B y C) según sus características antigénicas. Los virus A incluyen subtipos en base a sus antígenos de superficie (hemaglutinina y neuraminidasa) de los cuales sólo el H1, H2, N1 y N2 han originado epidemias en humanos. Los virus A y B son los más importantes en seres humanos. La gripe origina anualmente epidemias que afectan al 5 - 30% de la población global. La gripe pandémica es consecuencia de las variaciones antigénicas mayores periódicas del virus A, frente a las que la población carece de inmunidad, pueden presentarse durante todo el año y afectar en pocos meses a todo el mundo. Los brotes epidémicos (gripe Inter pandémica) se producen por variaciones antigénicas menores del virus A, habitualmente durante el invierno, de forma repentina y con una duración de entre 2 y 3 meses. Los virus influenza B habitualmente provocas brotes menos graves y menos extensos.
Los virus influenza C, infrecuentemente, producen infecciones asintomáticas o similares al resfriado común.

La gripe se caracteriza por el inicio repentino de signos y síntomas generales :
- Fiebre e entre 37,8 º C. y 40º C.
- Escalofríos.
- Artromialgias.
- Malestar general.
- Cefalea seguido luego de síntomas respiratorios :
- Tos.
- Dolor faríngeo que se hacen más intensos a medida que disminuyen los primeros.

Sin embargo, la variabilidad puede ser muy grande, desde una infección respiratoria leve y sin fiebre, hasta la postración intensa sin prácticamente síntomas respiratorios. Puede aparecer dolor ocular con el movimiento, ardor y fobia. Los signos y síntomas varían según las enfermedade subyacentes, inmunidad y edad. La ausencia de fiebre yla presentación atípica puede ser habitual en niños (cuadro similar a sepsis), ancianos (confusió, mareo, debilidad, hipoxia) o inmunodeprimidos. Las manifestaciones digestivas no son frecuentes en adultos.

2 Objetivos

Evitar una evolución de la gripe a un cuadro más grave, por lo que interesa reconocerla cuando pertenece al grupo A.

3 Caso clínico

Paciente de 65 años, sin alergias a medicamentos conocidas, fumador activo de 2 cajetillas al día, enolismo severo que consulta por tos y distermia. El paciente refiere que desde hace 3 días tiene tos seca, malestar general, escalofríos y diaforesis. Tomó paracetamol pero no le hizo nada.
A su llegada a urgencias, se le realiza exploración de tensión, temperatura, saturación, frecuencia cardíaca, siendo los resultados:
- TA 105/66
- FC 125 p/m.
- FR 20 r/m.
- Tª 39.5 ºC.
- SO2 92%

El paciente está orientado, consciente, lenguaje correcto y fluido. Pares craneales indemnes. Fuerza V/V en las 4 extremidades. Sensibilidad y coordinación conser-

vadas. No rigidez nucal. En la respiración se escucha murmullo vesicular conservado con estertores crepitantes gruesos en todo hemicampo inferior derecho, con aumento local de las vibraciones vocales y percusión mate. Abdomen: blando y depresible, no doloroso, no masas ni megalias. Como exploraciones complementarias se le realiza una analítica: gluc. 132, Cr 0.8, Na+ 123, K+ 3.3, Cl- 89, Hb 14.4, Hct 39.8, leuc. 4950 (90.6S,4.3L), plaq 77.000, PCR 38.9. Gasometría arterial basal: Ph: 7.53, pCO2 31, Bc 25.9 pO2, Sat O2 94%.,Hemocultivo, antienurias en orina. Placa de tórax.
Se sospecha de :
- Neumonía atípica basal derecha FINE III.
- Hiponatremia moderada.
- Hipoxemia hipocápnica.

Se le administra tratamiento antibiótico empírico con ceftriaxona y azitromicina. Se le ingresa en UCI por insuficiencia respiratoria aguda en urgencias y shock séptico.

Al paciente se le administra tratamiento antibiótico empírico con ceftriaxona y azitromicina.

4 Discusión-Conclusión

Se ha demostrado que la vacuna contra la influenza reduce la aparición de enfermedades relacionadas con la gripe y el riesgo de sufrir complicaciones graves a causa de esta enfermedad que puede dar lugar a hospitalizaciones o incluso la muerte en personas mayores. Además, si se vacuna contra el influenza y aún así se contrae la enfermedad, la gravedad del caso puede verse reducida.

5 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 762

BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA.

SARA RODRIGUEZ

1 Introducción

La organización mundial de la salud recomienda la lactancia materna exclusiva debido a los numerosos beneficios que presenta.

2 Objetivos

Conocer los beneficios de la lactancia materna en la mujer y el recién nacido, a corto y largo plazo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

- Resultados en la mujer a corto plazo: Pronta recuperación postparto, pérdida de peso, disminución de anemias, disminución del riesgo de depresión postparto,

estimula el vínculo madre-hijo.
- Resultados en la mujer a largo plazo: Disminución del riesgo de diabetes tipo II, prevención del cáncer de mama y de ovario y del riesgo de osteoporosis tras la menopausia.
- Resultados en el recién nacido a corto plazo: Como en el caso de la madre la estimulación del vínculo madre hijo también es un beneficio en el recién nacido, contiene todos los nutrientes que necesita evitando así el riesgo de malnutrición además es de fácil digestión, contiene anticuerpos que lo protegen frente a infecciones respiratorias, gripe, asma, diarreas, alergias…
- Resultados en el recién nacido a largo plazo: Disminuye la probabilidad de diabetes en la edad adulta, una disminución de la obesidad infantil y adulta.

5 Discusión-Conclusión

Es responsabilidad de los profesionales sanitarios el promover y motivar la lactancia materna dado todos los beneficios que conlleva tanto para la salud de la madre como la del recién nacido.

Para conseguir una lactancia materna exitosa y así conseguir los beneficios es importante iniciarla en la primera media hora después del parto, amamantar sin restricciones cada vez que el bebé lo pida, en los primeros seis meses, alimentar al bebé exclusivamente con leche materna y mantenerla como complemento hasta los dos años.

6 Bibliografía

- Ministerio de Salud. Manual de Lactancia Materna. 2010.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 763

LA CIRCULACIÓN SANGUÍNEA PARA TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA.

MARÍA TERESA FERNÁNDEZ YUGUEROS

1 Introducción

La circulación de la sangre supone su salida del corazón y el recorrido de la misma por todo el organismo a través de los vasos sanguíneos, para volver de nuevo al corazón. Permite a todos los tejidos recibir los elementos nutritivos necesarios para realizar sus procesos metabólicos y eliminar las sustancias de desecho.

2 Objetivos

- Dar a conocer al TCAE nociones básicas sobre la circulación sanguínea.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Cuanto mayor sea el trabajo de las células, más energía y oxígeno necesitarán para satisfacer sus nece- sidades. Existen dos circuitos claramente diferenciados, denominados: circulación mayor o periférica (sistémica) y circulación menor o pulmonar.

Circulación mayor o periférica
Se inicia en el ventrículo izquierdo. Al contraerse, el corazón expulsa un volumen determinado de sangre que pasa a la arteria aorta (se cierra la válvula aórtica) y sus colaterales y se distribuye por todo el organismo. Como el corazón sigue latiendo, la sangre sigue avanzando gracias al impulso cardiaco hasta llegar a los capilares, donde se realiza el intercambio gaseoso (la sangre arterial aporta el oxígeno y los elementos nutritivos a los tejidos y estos eliminan el dióxido de carbono y los elementos de desecho), de tal forma que cuanto menor es la cantidad de oxígeno, mayor es el volumen de sangre que puede atravesar la membrana capilar para llegar a los tejidos. Inmediatamente, la sangre venosa inicia el retorno hacia el corazón partiendo de los capilares y a través de las venas que, progresivamente, van aumentando de calibre hasta llegar a la vena cava superior, a la inferior y al seno coronario, para terminar desembocando en la aurícula derecha.

Circulación menor o pulmonar
Se inicia en el ventrículo derecho y está sometida a los mismos efectos que la circulación mayor. Cuando este ventrículo se contrae, la sangre avanza, saliendo a través de la arteria pulmonar (se cierra la válvula pulmonar), hasta llegar a los pulmones. Una vez allí, se oxigena y pasa de ser venosa a ser arterial; para ello, cede el CO2 y toma el O2 que los pulmones obtienen mediante la respiración (el proceso se realiza en los capilares alveolares), y regresa a través de las venas pulmonares a la aurícula izquierda, donde termina el circuito y se inicia el siguiente.

5 Discusión-Conclusión

En el control de la circulación intervienen el sistema nervioso simpático y parasimpático, el sistema de conducción eléctrica del corazón, la pared cardiaca, las necesidades de oxígeno de los tejidos, la presión arterial y el grado de resistencia al flujo sanguíneo. Su objetivo es conseguir que la sangre fluya de manera continua en función de las necesidades del organismo.

6 Bibliografía

- https://www.mheducation.es/bcv/guide/capitulo/8448175905.pdf
- https://www.edu.xunta.gal/centros/ieschapela/gl/system/files/APARATO+CIRCULATORIO_0.pdf
- https://www.elsevier.com/es-es/connect/medicina/sistema-cardiovascular-anatomia-general-arterias-venas
- http://www.scielo.org.mx/pdf/acm/v79s2/v79s2a20.pdf

Capítulo 764

EL CARRO DE PARADAS PARA TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA.

MARÍA TERESA FERNÁNDEZ YUGUEROS

1 Introducción

Se le conoce también como carro de reanimación cardio- pulmonar o de emergencia. Es un pequeño mueble, provisto de ruedas para facilitar su desplazamiento, que lleva diferentes cajones o bandejas, debidamente identificados o etiquetados, donde se distribuye todo el material, según unas pautas previamente establecidas.

2 Objetivos

- Dar a conocer al TCAE información relevante sobre el carro de paradas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Debe encontrarse obligatoriamente en todos los centros hospitalarios, en todas las plantas de hospitalización y servicios, y especialmente en aquellos lugares que llevan implícito un riesgo de parada cardiaca, como sucede en la unidad de cuidados intensivos (UCI) y en los servicios de urgencias.
Es tarea del auxiliar de enfermería mantener en perfecto estado de uso el carro de paradas, por lo que se debe encargar de limpiarlo con productos que no dañen su aspecto ni su estructura, cuantas veces sea necesario, en función de su lugar de ubicación y de las pautas y frecuencia de utilización.
Revisar y comprobar la cantidad y fecha de caducidad de los fármacos y materiales, para sustituir y reponer aquellos que sean necesarios.
La revisión debe hacerse al inicio de cada turno de trabajo y después de su utilización. Si no se utiliza, debe permanecer cerrado o sellado y tapado para evitar su manipulación y asegurar su estado de asepsia.
Tras cada revisión, hay que registrar la fecha y el nombre de las personas responsables.

5 Discusión-Conclusión

En general, estos carros se utilizan en pocas ocasiones pero, dado que se usan en situaciones de urgencia, es necesario protocolizar el material que deben incluir, cómo debe estar ordenado, revisar caducidades, etc. para que, llegado el momento, esté disponible todo lo necesario minimizando la posibilidad de error.

6 Bibliografía

- https://www.astursalud.es/documents/31867/36150/Protocolo+Carros+Parada+y+DESA.+AREA+VII.pdf/d605d9d4-299d-c6e1-f1c4-27748d5a2539
- https://www.uv.es/previnfad/sesiones/GpapA10_RCP.pdf
- https://www.researchgate.net/publication/28063735_Evaluacion_del_contenido_y_funcionamiento_de_los_carros_de_reanimacion_cardiopulmonar_de_un_hospital
- http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000300011

Capítulo 765

CUIDADOS DE UN PACIENTE INTUBADO.

LAURA SUÁREZ GARCÍA

1 Introducción

El paciente intubado es quizás uno de los pacientes más complejos que nos podemos encontrar en las áreas hospitalarias. Normalmente estos pacientes se suelen localizar en una Unidad de Cuidados Intensivos pero bien es cierto que pueden existir en otras áreas del hospital como quirófano, urgencias, servicio de hemodinámica, etc.

Los cuidados que se dispensa al paciente intubado deben estar orientados a proporcionarle el mayor grado de bienestar y confort, además de brindarle unos cuidados de alta calidad asistencial. Todo ello con el fin de alcanzar la mejoría deseada. Para ello, se deben unir unos cuidados de alta calidad asistencial y la utilización de las tecnologías más avanzadas, teniendo presente en todo momento el aspecto psicosocial del paciente.

2 Objetivos

- Enseñar los cuidados que debe prestar el TCAE en la higiene del paciente intubado.
- Señalar las precauciones que debe de tener en cuentaa la hora de realizar la aspiración de secreciones.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: pubmed, medline, y scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El volumen de aire inspirado y espirado en un hombre joven durante una respiración normal es de 500 ml aproximadamente; este volumen es de un 20% a un 25% inferior en la mujer. La oxigenación sanguínea depende de entre otras cosas, de la capacidad de los pulmones para realizar su función, influida por la permeabilidad de la vía aérea, una adecuada elasticidad pulmonar, la regulación de la respiración a nivel central y la concentración del oxígeno atmosférico.

Para comprender la importancia de la técnica de intubación endotraqueal de un paciente se debe de tener clara la anatomía y fisiología del aparato respiratorio que está formado por las vías aéreas superiores, situadas fuera de la cavidad torácica y comprenden los siguientes órganos: nariz, faringe y laringe. Y las vías inferiores situadas en el interior de la cavidad torácica, excepto la tráquea que está en una posición intermedia, forman parte de estas vías la tráquea, los bronquios principales y sus ramificaciones, los bronquiolos, alveolos, pulmones y pleura.

La función básica del aparato respiratorio es la respiración. El aire entra por la nariz y/o la boca y es conducido a través de las vías respiratorias hasta los alvéolos, donde se produce el intercambio de gases. Así, el oxígeno pasa a la sangre y es transportado a todas las células. A su vez, el dióxido de carbono (CO2) que se produce en las células es transportado hasta los pulmones para su eliminación.

A la hora de comenzar con la maniobra de intubación es necesario hiperoxigenar al paciente durante algunos minutos, con un ambú conectado a un sistema de oxígeno, y es muy importante la colocación del paciente para que la intubación sea fácil y transcurra sin ninguna incidencia para ello, la cabeza se extenderá ligeramente con la mandíbula proyectada hacia delante; en lactantes y recién nacidos se aconseja la posición neutra o la colocación de una almohada debajo

de los hombros para permitir una máxima extensión y alineamiento.

Junto con la persona encargada del procedimiento habrá un ayudante que primero le dará el laringoscopio y después el tubo endotraqueal, y estará preparada para presionar el cartílago cricoideo (maniobra de Sellik) en los casos en que se requiera aumentar la exposición de la laringe.
Una vez colocado el tubo y comprobado que está en el lugar correcto, se fija a la cara o alrededor del cuello con esparadrapo o cinta, según el caso.

Los motivos por los que suele ser necesaria la intubación endotraqueal son todos aquellos que provocan alteración de la normalidad de la función respiratoria, y entre ellos está la parada cardiorrespiratoria; protección de la vía aérea; en el traumatismo craneoencefálico en aquellos casos en que el nivel de conciencia sea bajo y ponga en riesgo la vida del paciente; cualquier paciente que tenga una insuficiencia respiratoria aguda o reagudizada con una frecuencia respiratoria menor de 10 o mayor de 30 respiraciones/min y que comprometa su estabilidad, y disminución del nivel de conciencia con una puntuación de la escala de Glasglow menor de 8 puntos, excepción hecha de aquellos casos en que la causa sea fácilmente reversible, sobredosis por opiáceos, hipoglucemia o intoxicaciones.

Desde que se decide intubar a un paciente hasta que se logra aislar la vía aérea, el TCAE debe estar presente asistiendo a la enfermera y al médico en todo momento.
Los pacientes en los que se ha realizado la técnica, necesitan cuidados especiales, los más generales son las insuflaciones con el ambú hasta que se le conecte el respirador, auscultaciones en ambos hemitórax, desinflar el globo cada dos hora si no se indica otra orden por el facultativo, cambiar la presión del tubo sobre los labios, vigilar los desplazamientos del tubo (se puede marcar con esparadrapo el punto del tubo hasta dónde se introduce).

Mantener la humificación adecuada, observar la permeabilidad, mantener la higiene buco-faríngea, proteger los labios de la sequedad con gasas húmedas y muy importante ayudar al paciente a comunicarse.
La fisioterapia respiratoria es un conjunto de procedimientos físicos utilizados en el tratamiento de pacientes con una incapacidad, enfermedad, ó lesión del aparato respiratorio, con el fin de alcanzar y mantener la rehabilitación funcional y evitar una disfunción.

Los métodos más utilizados para llevar a cabo dicha fisioterapia son el drenaje postural, la percusión y la vibración en la pared torácica, y la hiperinsuflación pulmonar manual. En cuanto a la realización de técnicas como el drenaje postural, la percusión y vibraciones en paciente crí¬ticos agudos, los estudios nos indican que pueden entrañar riesgos como arritmias cardiacas, toilette bronquial, etc.
En cuanto a la hiperinsuflación manual y la presión espiratoria positiva, son beneficiosos, teniendo que realizarse con precaución en aquellos pacientes con riesgo de barotraumatismo o volutraumatismo.

EL TCAE a la hora del realizar el aseo del paciente deberá realizarlo con el mismo protocolo que el de cualquier paciente encamado, pero con la ayuda de el DUE que estará colocado sujetando el tubo endotraqueal. Los movimientos para realizar correctamente el aseo deben estar coordinados entre el DUE, el TCAE y el celador; el DUE es el que indica cuando girar al paciente. Una vez terminado el aseo y cambio de sabanas, el TCAE asistirá al DUE en las técnicas que se realicen a continuación, como en la aspiración de secreciones del tubo endotraqueal, cambio de cinta retorta que se utiliza para su sujeción y cualquier técnica que el DUE necesite la colaboración del TCAE.

La aspiración de secreciones es una parte muy importante para el paciente, por lo que a la hora de realizarlas se debe de tener en cuenta una serie de precauciones:
•No aspirar de forma rutinaria, hacerlo solo cuando sea necesario.
•Aspirar a personas conscientes puede producir náuseas y vómitos y favorecer una broncoaspiración.
•La aspiración produce aumento de la presión intracraneal (PIC). Es necesario valorar el adecuado nivel de sedación y relajación antes de aspirar a enfermos con PIC elevada.
•La aspiración de secreciones puede producir bradicardia e hipotensión arterial por estimulación vagal.
•Los signos y síntomas que indican la necesidad de aspiración en los pacientes no ventilados mecánicamente son: aumento de la frecuencia respiratoria, hipotensión, intranquilidad y ansiedad, secreciones visibles, estertores y sibilancias a la auscultación, tos ineficaz.
•En pacientes con ventilación mecánica pueden aparecer los siguientes síntomas: tos excesiva durante la fase inspiratoria del respirador, aumento de la presión pico, disminución del volumen minuto, desadaptación del enfermo a la ventilación mecánica, disminución de la saturación de oxígeno, presencia de secreciones en el tubo endotraqueal.

•La aspiración está contraindicada en el caso de broncoespasmo, edema laringeo y problemas mecánicos (obstrucción por cuerpo extraño).
•Hay que realizar esta técnica con precaución en el caso de hemorragia pulmonar masiva, alteraciones de la coagulación, hemorragias nasofaríngeas, varices esofágicas, traqueostomía reciente, cirugía gástrica con anastomosis alta y cirugía de vías respiratorias superiores.
•La aspiración de secreciones es un procedimiento necesario en pacientes con vías aéreas artificiales.
La mayoría de las contraindicaciones se refieren al riesgo del paciente de tener reacciones adversas o agravamiento de su estado clínico como consecuencia del procedimiento. Cuando la aspiración endotraqueal está indicada, no hay contraindicaciones absolutas, ya que la decisión de no aspirar con el fin de evitar reacciones adversas puede ser fatal.

El protocolo para la realización de la técnica de asistencia es el siguiente:
- Aseo de manos.
- Explicación del procedimiento al paciente.
- Colocarse guantes y mascarilla y proporcionarle guantes estériles al DUE.
- Colocar al paciente en posición Fowler si no hay ninguna contraindicación.
- Preparar el sistema de aspiración y el sistema de oxigeno.
- Proporcionarle las sondas al DUE de forma estéril y cuando esté preparado para introducir la sonda desconectar el sistema de oxígeno del tubo sujetándolo firmemente para evitar que se mueva y se salga o penetre más de lo debido.
- Conectar de nuevo el sistema de respiración.
- Limpiar las tubuladuras del sistema de aspiración, aspirando a través de la solución antiséptica.
- Recoger el material.
- Observar el estado del paciente y acomodarlo.
- Quitarse los guantes y lavarse las manos.
- Anotar la técnica y el volumen de secreciones.

La técnica se debe realizar cada vez que sea necesario y como normal geneal cada 6 horas. Se debe de oxigenar bien al paciente antes, durante y después de la aspiración. Vigilar el monitor de ECG. Nunca aspirar más de 10 o 15 segundos. La técnica tiene que ser estéril. Introducir la sonda sin succión y retirarla con succión y girándola suavemente.

Hay otro tipo de aspiración que se llamas aspiración por subglótica, consiste en la aspiración de secreciones acumuladas en el espacio subglótico a través de un orificio situado por encima del balón de neumotaponamiento del tubo endotraqueal. El objetivo es disminuir la cantidad de secreciones que podrían pasar entre el balón y las paredes de la tráquea, principal mecanismo patogénico de la neumonía asociada a ventilación mecánica (NAVM). Este mecanismo lo debe de montar la TCAE al igual que el respirador.

La unidad dónde se encuentra este tipo de pacientes, suele ser la UCI que constan de diferentes dispositivos con alarmas de todo tipo, la administración de medicamentos, los controles analíticos, la frecuente medición de constantes vitales hacen que el descanso nocturno del paciente se vea seriamente alterado. La propia actividad de una UCI contribuye en si a aumentar el nivel de ruidos nocturnos y por consiguiente el descanso nocturno de los pacientes. Diversos estudios han demostrado que la interrupción del sueño precede a la aparición de problemas psicológicos.

En el día a día del cuidado a estos pacientes observamos alteraciones como la ansiedad, agitación, apatía, miedo, depresión y delirium. Se han realizado estudios sobre las relaciones emocionales en pacientes sometidos a VM, un 47% de los mismos dijeron sentir ansiedad o temor, y el 90% describía la experiencia como estresante o incomoda cuatro años después de estar sometidos a VM.

5 Discusión-Conclusión

El TCAE es quien vela al paciente, residente, por la noche su descanso y su seguridad, atento a cada cambio que se produce, observando minuciosamente todo el cuerpo del paciente para detectar cualquier signo o síntoma importante que denote una alteración de su situación, le ayuda las actividades básicas que necesitas para su día a día, preocupándose por su estado anímico e intentando hacer feliz su estancia.
Es un profesional que es capaz de ponerse en el lugar del paciente y hacerle más agradable posible esa complicada situación a la que todo/as estamos expuestos o hemos pasado para superar y recuperar la salud.

6 Bibliografía

- Revista portales médicos
-Técnicas básicas de enfermería
- Anestesia.org
- Index
- Fisiorespiración.es

Capítulo 766

CUIDADOS DEL PACIENTE EN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS.

LAURA SUÁREZ GARCÍA

1 Introducción

La enfermedad renal significa que los riñones están dañados, lo cual hace que el riñón no realice bien sus funciones. Perjudicando una de sus funciones principales la de filtrar la sangre, eliminando el desecho y el exceso de agua, convirtiéndolo en orina. Aunque también realiza otras funciones que son importantes como es la de mantener el equilibrio químico del cuerpo, ayudar a controlar la presión arterial y a producir hormonas, todas ellas no se realizarán correctamente. Por lo cual su daño puede perjudicar seriamente la salud de una persona.

Los tratamientos no pueden curar la enfermedad pero si retrasarla, la enfermedad puede empeorar con el tiempo llegando a necesitar realizar la diálisis e incluso podrá requerir un trasplante de riñón.
La hemodiálisis es un procedimiento que se realiza con un monitor que pasa la sangre por un filtro artificial biocompatible en el que se limpia la sangre de las toxinas nocivas y recupera sustancias deficitarias, sustituyendo parcialmente la función de los riñones. Puede efectuarse en el hospital, en un centro de diálisis o en el propio domicilio del paciente (hemodiálisis domiciliaria).

2 Objetivos

- Repasar los cuidados en paciente con tratamiento de hemodiálisis.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: pubmed, medline, y scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La función principal de los riñones es eliminar toxinas y liquido extra de la sangre (para averiguar la cantidad de liquido se utiliza el BTM). Si los productos de desecho se acumulan en el cuerpo puede ser peligros y causar hasta la muerte. El sustitutivo óptimo es el trasplante renal y cuando no se puede o hasta que llegue se utiliza la diálisis que puede ser : hemodiálisis o diálisis peritoneal.

La diálisis es la difusión de moléculas en solución a través de una membrana semipermeable a lo largo de un gradiente de concentración electroquímico. Su objetivo principal es restablecer el medio líquido intracelular y extracelular propio de la función renal normal. La hemodiálisis cumple la función de los riñones:
-Eliminar el agua y los productos de desecho, también la sal.
-Mantener los niveles seguros de minerales y vitaminas.
-Ayudar a controlar la presión arterial.
-Ayudar a producir glóbulos rojos.

Durante la hemodiálisis el paciente y el equipo de atención médica trabajan estrechamente. Cada paciente debe seguir un programa individualizado y estricto de tratamiento, tomar medicamentos periódicamente y hacer cambios en la dieta. Para medir la función renal se usa la tasa de filtración glomerular que se calcula usando los resultados del análisis de creatinina en sangre, sexo, edad y otros factores. El valor normal varia con la edad. Esta medición ayuda a planificar el tratamiento que se diferencia de unos a otros e incluso de cuando comenzar la hemodiálisis.

La preparación para la hemodiálisis comienza varios meses antes del primer procedimiento. Para permitir un fácil acceso a el torrente sanguíneo el cirujano

puede optar por una fistula arteriovenosa que es una conexión entre una arteria y una vena, generalmente en el brazo (este es el tipo preferido debido a su eficacia y seguridad). Aunque también puede acceder a través de un catéter venoso central, que se realiza insertando un tubo plástico (catéter) en una vena larga en el cuello. En cualquiera de los dos métodos se necesita tiempo para que el acceso sane antes de comenzar el tratamiento. Es extremadamente importante cuidar el sitio de acceso para reducir la probabilidad de una infección u otras complicaciones.

Al iniciar el procedimiento de la hemodiálisis en la forma hospitalaria se verifica el peso del paciente, la presión arterial y la temperatura. Se les acomoda en una cama donde se les conecta a la dializadora para que la sangre salga del paciente a través de un tubo por la fistula o el catéter, el dializador filtra la sangre y hace que los desechos y líquidos extras pasen de tu sangre a un liquido de limpieza llamado dializado. Como la presión arterial y la frecuencia cardíaca puede variar a medida que el exceso de líquidos se extrae del paciente se controlan varias veces durante el tratamiento. Finalmente la sangre regresa al paciente a través de un segundo tubo. Sin prisa y con tranquilidad el paciente se incorpora y una vez vestido acude a pesarse.

En la hemodiálisis que se realiza en un centro de diálisis por norma general se suelen hacer 3 tratamientos a la semana. Los cuales duran de 3 a 5 horas dependiendo de cada paciente. El paciente puede sentir cansancio durante varias horas después del tratamiento y aunque la hemodiálisis es eficiente para reemplazar algunas funciones del riñón, se puede experimentar problemas en la salud aunque no en todos los casos.
Antes de cada sesión de diálisis, se debe evaluar el estado fisiológico del paciente, para integrar cada componente del dializado a fin de lograr la velocidad deseada y la eliminación de líquidos y solutos necesaria.

Algunas de las afecciones más comunes causadas por la insuficiencia renal son cansancio extremo, problemas de los huesos, problemas en las articulaciones, comezón y el ”síndrome de las piernas inquietas”.

Anemia y eritropoyetina.
La anemia es una afección en la que el volumen de glóbulos rojos es bajo. Los glóbulos rojos llevan oxígeno a las células del cuerpo. Sin oxígeno, las células no pueden usar la energía de los alimentos, de modo que quien tiene anemia puede

sentirse cansado y lucir pálido. La anemia puede también contribuir a problemas cardíacos.
La anemia es común entre quienes padecen enfermedad renal porque los riñones producen la hormona eritropoyetina, la que estimula la médula ósea a producir glóbulos rojos. Los riñones enfermos a menudo no producen suficiente eritropoyetina y entonces la médula ósea produce menos glóbulos rojos. La eritropoyetina se comercializa y comúnmente se administra a pacientes en diálisis.

Osteodistrofia Renal.
Las alteraciones en el metabolismo de calcio y fósforo, así como la disminución en la producción de vitamina D por el riñón, hacen que las glándulas paratiroideas intenten corregir estos defectos. Las glándulas paratiroideas (son cuatro y se localizan en el cuello, detrás del tiroides) son las encargadas de producir parathormona, que es la hormona encargada de mantener unos niveles de calcio y fósforo normales.
El aumento de parathormona eleva la eliminación de fósforo por el riñón y hace que el calcio del hueso se reabsorba. Esta acción sobre el hueso es la que produce la enfermedad ósea asociada a la insuficiencia renal crónica, conocida como osteodistrofia renal.

Comenzón (Prurito)
Muchas personas tratadas con hemodiálisis se quejan de comezón, que por lo general empeora durante o inmediatamente después del tratamiento. La comezón es común incluso en quienes no padecen enfermedad renal; en la insuficiencia renal, sin embargo, la comezón puede empeorar por los desechos del torrente sanguíneo que las membranas de los dializadores actuales no pueden eliminar de la sangre.
El problema también puede estar asociado con niveles altos de la hormona paratiroidea. Algunas personas han encontrado un gran alivio después de que se les quitaron las glándulas paratiroideas. Las glándulas paratiroideas ayudan a controlar los niveles de calcio y fósforo en la sangre.
Pero no se ha encontrado una cura para la comezón que funcione para todos. Los aglutinantes de fosfato parecen ayudar a algunas personas. Estos medicamentos actúan como esponjas para absorber, o aglutinar, el fósforo mientras está en el estómago. Otros encuentran alivio después de la exposición a los rayos ultravioleta. Y hay quienes mejoran con inyecciones de EPO. Se ha descubierto que algunos antihistamínicos (Benadryl, Atarax, Vistaril) también ayudan; además, la crema de capsaicina aplicada a la piel puede aliviar la comezón calmando los impulsos

nerviosos. En cualquier caso, es importante cuidar la piel seca. La aplicación de cremas con lanolina o alcanfor puede ayudar.

Transtornos del sueño.
Los pacientes en diálisis a menudo sufren de insomnio, y algunas personas tienen un problema específico llamado síndrome de apnea del sueño, que por lo general se reconoce por ronquidos e interrupciones en la respiración. Los episodios de apnea son en realidad pausas en la respiración durante el sueño. Con el tiempo, estas alteraciones del sueño pueden conducir a insomnio por la noche y somnolencia durante el día, dolor de cabeza, depresión y alerta disminuida. La apnea puede estar asociada con los efectos de la insuficiencia renal avanzada en el control de la respiración. Los tratamientos que surten efecto en quienes tienen apnea del sueño, ya sea que padezcan insuficiencia renal o no, incluyen bajar de peso, cambios en la posición para dormir y uso de una máscara que suavemente bombea aire continuamente hacia la nariz. Este último se conoce como presión positiva continua nasal de las vías respiratorias. Los trastornos del sueño pueden no parecer importantes, pero pueden debilitar la calidad de vida del paciente.

Síndrome de las piernas inquietas.
Muchas personas en diálisis también tienen problemas para dormir de noche porque tienen las piernas doloridas, incómodas y nerviosas o "síndrome de las piernas inquietas". El síndrome de las piernas inquietas es una afección que te causa un impulso incontrolable de mover las piernas, por lo general, debido a una sensación incómoda. Suele ocurrir por la tarde o la noche cuando estás sentado o recostado. El movimiento alivia temporalmente la sensación desagradable.
Las causas del síndrome de las piernas inquietas pueden incluir daños en los nervios o desequilibrios químicos.El ejercicio moderado durante el día puede ayudar.
Las personas con el síndrome de las piernas inquietas deben reducir o evitar la cafeína, el alcohol y el tabaco; algunas personas también encuentran alivio en los masajes o los baños tibios. Una clase de fármacos llamados benzodiazepinas, usados a menudo para tratar el insomnio o la ansiedad, pueden también ayudar. Estos medicamentos recetados incluyen Klonopin, Librium, Valium y Halcion. Una terapia más nueva y a veces más eficaz es la levodopa (Sinemet), un fármaco usado para tratar la enfermedad de Parkinson.

Calambres musculares.

Si bien la cosa no está clara, son frecuentes los calambres durante la hemodiálisis. A veces, los calambres pueden aliviarse modificando la receta de la hemodiálisis. Adaptar la administración de líquidios y sodio entre tratamientos también puede prevenir los síntomas.
La hipervolemia (exceso de agua en el organismo),la pericarditis, la hiperpotasemia, hiperfosfatemia y la presión arterial elevada son otros de los problemas de salud que se pueden originar.

Estar sometido a diálisis a largo plazo suele provocar otros problemas más graves en la salud.
-Amiloidosis: La amiloidisis asociada a la diálisis es común en gente que se ha sometido a diálisis por más de 5 años. Esta se desarrolla cuando las proteínas de la sangre se depositan en las articulaciones y los tendones causando dolor, rigidez y líquido en las articulaciones, como en el caso de la artritis.
-Demencia por diálisis por no se controlar los niveles de aluminio, en la actualidad es poco común ya que se controlan estrictamente.
-Neuropatía autonoma.

Calcificación vascular: se produce cuando las células musculares de las arterias acumulan calcio y adquieren características más propias del hueso que del músculo. De esta forma pierden elasticidad lo que deriva en hipertensión y otras alteraciones cardiovasculares.
A pesar de todos estos efectos secundarios la máquina de diálisis alarga la vida del paciente y el equipo de díalisis por medio de los conceptos NANDA, NIC Y NOC consiguen realizar las intervenciones necesarias para evitar en lo que se pueda estos problemas.

La hemodiálisis es un tratamiento desagradable que implica procedimientos invasivos y dependencia a una máquina para poder vivir, lo que altera las actividades cotidianas provocando cambios psicológicos, sociales, familiares, económicos y laborales importantes; a demás de un deterioro significativo de la calidad de vida de la persona y su familia.

La relevancia de la evaluación de la calidad de vida en personas en tratamiento radica en que esta puede convertirse en objetivo terapéutico, por este motivo se llega a la hemodiálisis realizada en el hogar.
La hemodiálisis en el hogar se realiza con máquinas más simples que lo hace menos complicado. Por esta razón y con unos entrenamientos, información y un asesoramiento por parte del equipo de diálisis es posible hacerlo en casa e incluso se puede hacer por las noches mientras se duerme. Esto implica una mejor calidad

de vida, potencia el autocuidado y la independencia del paciente proporcionando un tratamiento de alta calidad con buenos resultados.

5 Discusión-Conclusión

Para la elaboración de un plan de cuidados del paciente sometido a hemodiálisis se debe de diseñar un estudio que permita identificar los problemas que se presentan con mayor frecuencia en estas personas. Esto permitirá limitar los problemas y poder asociar herramientas metodológicas como el proceso de enfermería y los conceptos NANDA, NIC Y NOC; para guiar una práctica de enfermería libre de riesgos, promoviendo la calidad de la atención, considerando que con las mismas intervenciones podemos solucionar total o parcialmente más de un problema.

En la actualidad la hemodiálisis es mucho más segura que en sus comienzos y los fallecimientos relacionados directamente con el procedimiento son raros. Mejores sistemas de administración del dializado, sistemas de monitorización más fiables y mecanismos automáticos de seguridad han disminuido el riesgo de complicaciones. Varios dispositivos permiten el monitoreo dinámico de la velocidad del flujo sanguíneo a través del acceso vascular, de los cambios en el hematocrito y de los cambios en la conductividad eléctrica del dializado.
La insuficiencia renal es un problema de salud pública, con una incidencia y prevalencia que va en aumento, pronóstico pobre y alto costo debido a que requiere tratamiento de sustitución por diálisis o trasplante renal.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 767

LA DEPRESIÓN. UNA ENFERMEDAD CADA VEZ MÁS COMÚN EN NUESTROS DÍAS.

MÓNICA ALONSO ALONSO

LARA RODRIGUEZ FERNANDEZ

CLAUDIA DÍAZ ÁLVAREZ

Mª GLORIA CASTILLO SALMERÓN

ADRIANA SUÁREZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

La depresión es un trastorno mental frecuente. Se define por algo más que por sentirse triste. Es padecida por más de 19 millones de personas entre jóvenes y adultos en EEUU. Los síntomas podrían ser los siguientes:

- Sentirse triste o “vacío”
- Mostrar poco interés en actividades que antes le gustaban.
- Idea recurrente de muerte o suicidio.
- Insomnio o hipersomnia.
- Cansancio abundante.
- No tener esperanzas, estar irritable, ansioso o tener sentimientos de culpa.
- Poco apetito ó él mismo desmesurado.
- Cefaleas, calambres y problemas digestivos.

- Estos síntomas pueden interferir con la vida diaria si persisten.

La depresión se puede definir como un trastorno cerebral. En el cuál pueden estar implicadas muchas causas: genéticas, biológicas, ambientales y psicológicas. Este trastorno se puede dar a cualquier edad, aunque su mayor incidencia de inicio lo tiene la juventud. Es una patología más común en mujeres que en hombres.

Algunos tipos de depresión son los siguientes:
- Depresión mayor: se da cuando hay sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración que dificultan el transcurrir normal de la vida por semanas o temporadas más amplias.
- Trastorno depresivo persistente: consiste en un estado de ánimo depresivo que puede trascurrir dos años desde el comienzo. Durante ese tiempo, pueden presentarse periodos de depresión mayor junto con épocas de remisión.
- Depresión postparto: Mujeres que padecen depresión tras dar a luz, aunque en verdad puede incluso llegar a ser tan intensa que conlleve sintomatología de la depresión mayor.
- Trastorno afectivo estacional: Se duele dar durante las estaciones de otoño e invierno seguramente por la escasez de luz solar y remite en primavera y verano cuando la luz ya es más abundante.
- Trastorno disfórico menstrual: sintomatología de depresión que se da con una semana de antelación a la menstruación desapareciendo una vez que ésta se va.
- Depresión mayor con características psicóticas: Ocurre en personas que padecen depresión con déficit de contacto con la realidad (psicosis).

Causas:

Las causas de la depresión pueden tener muchos orígenes. Puede ser transmitida de padres a hijos de forma genética. Puede ser por alguna causa biológica que pueda provenir de una descompensación de neurotransmisores como la dopamina, serotonina o norepinefrina. También se puede dar por el entorno. Si el entorno en el que se vive es un entorno tóxico con mayor facilidad se dará la enfermedad. Otro factor que puede dar lugar a la enfermedad es sufrir un hecho traumático o padecer estrés de forma muy prolongada. Otros muchos factores que puede predisponer a la enfermedad podrían ser:
- El abuso de sustancias como el alcohol o las demás drogas.
- Padecer cáncer o algún otro tipo de dolor crónico durante periodos de tiempo muy prolongados.
- Acontecimientos en la vida privada que tengan un gran impacto emocional para

la persona.
- En personas de edad avanzada es muy frecuente que la depresión pueda darse a causa de un sentimiento de aislamiento social.
- El objetivo de estudiar esta patología es por la gran incidencia que se puede observar que hay hoy en día y como tratar de prevenirla ya que en algunos casos puede llevar a la persona al suicidio.

Según los resultados de estudios realizados por la OMS, Alemania es el país con mayor tasa de incidencia de esta enfermedad (4 millones de personas), después se situaría Italia con 3 millones y le seguiría Francia. Nuestro país según estos datos se colocaría en la cuarta posición con más de dos millones de personas.

Con los estudios realizados y en base a los datos también se concluye que esta enfermedad afecta más a las mujeres que a los hombres en todos los países. En nuestro país la proporción de mujeres (9,2%) afectadas duplica a la de los hombres (4%). Las edades más vulnerables para padecer la enfermedad son mujeres menores de 29 años y mayores de 55. La pobreza es también un factor desencadenante demostrándose que la tasa de incidencia aumenta en desempleados. Algunos hábitos nos pueden hacer más propensos al padecimiento de la enfermedad como puede ser el abuso de sustancias como las dogas, el alcohol o el tabaco.
La depresión tiene comorbilidad con otros tipos de trastornos mentales, Majadas, Olivares, Galán y Diez (2012) vieron que había una prevalencia del 31% en pacientes que estaban diagnosticados de esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo o trastorno esquizofreniforme en base al DSM-IV-TR.

Las tasas de la enfermedad en pacientes con problemas afectivos en una muestra con pacientes menores (300) fue del 32% (López, Alcántara, Fernández, Castro y López, 2010). En un estudio de personas con dependencia al tabaco se halló una prevalencia 22.3% (Shahab, Andrew y West , 2014). Según la OMS la población infantil tampoco se libra de la enfermedad. Afecta a los niños entre 6 y 12 años en un 2% aumentando a entre un 4 y un 6% entre los 12 y los 14 años.

El tratamiento de la depresión, aunque es eficaz no llega a todo el mundo. Esto se debe a la falta de recursos y de personal sanitario capacitado y sobre todo a la estigmatización que sufrir este tipo de enfermedades conlleva. Los datos en España según la Escuela Nacional de Salud, el número de personas que consume algún tipo de pastilla para dormir es de un 10,7% y un 5,4% busca ayuda en la psicoterapia acudiendo al psicólogo o psiquiatra. El suicidio en nuestro país es la principal causa de muerte no natural por encima incluso de los accidentes de

tráfico. La OMS cifra en 800 mil las personas que se suicidan en el mundo cada año.

Tratamiento:

La prescripción con antidepresivos es el único tratamiento en el que se ha visto efectividad clara en los casos de depresión grave y depresión psicótica. Para depresiones más leves o moderadas son eficaces los antidepresivos, y también estos combinados con terapia. (Jesús Alberdi, Óscar Taboada, Carlos Castro Dono, C. Vázquez Ventoso (2006).

2 Objetivos

- Cambiar los síntomas objetivos, esto quiere decir que hay que tratar los componentes cognitivos, afectivos, motivacionales, fisiológicos y conductuales que son parte de esta enfermedad. Se tratarán en función de la urgencia y acceso de modificación inicial.
- Se analizarán los pensamientos automáticos como productores de las distorsiones y sentimientos negativos para así modificarlos una vez detectados.
- Se identificarán los supuestos personales y se modificarán.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Se busca información sobre la enfermedad en general, con especial interés en nuestro país. Se pretende dar la mayor información lo más actualizada posible acerca del tema para tener un conocimiento lo más veraz a cerca de esta patología que es una de las que más afectan a la población en general en la actualidad.

De toda la información comentada anteriormente se pueden sacar una serie de conclusiones que pueden ayudarnos a comprender mejor esta enfermedad y a tener una serie de pautas para poder prevenirla o poder vivir con ella de una forma óptima. La depresión puede tener un origen multicausal, es imprescindible

saber cuál es este para poder aplicar el tratamiento que mejor se ajuste, bien sea con antidepresivos y/o psicoterapia.

El desarrollo de una serie de pautas es imprescindible para el afrontamiento de la enfermedad. Hay que rodearse de un ambiente saludable y positivo que no nos haga caer en el aislamiento y retroalimentación que perjudica los síntomas y pensamientos negativos. Así como unos buenos hábitos alimenticios acompañados de ejercicio físico. El desarrollo de actividades de ocio que nos satisfagan también es una buena opción de evasión de malos pensamientos.

Los datos que reflejan los estudios de la OMS acerca de la incidencia en esta enfermedad son preocupantes ya que el suicidio es una de las causas por las que más gente muere en el "primer mundo". El suicidio es un problema complejo, en el que intervienes factores psicológicos, biológicos, ambientales y culturales. Este último puede ser el factor que haga que las cifras más altas de este problema se den en países como Alemania, Francia o nuestro país. La vida que hoy en día llevamos hace que aumenten los niveles de estrés. La sociedad en la que vivimos nos exige unos patrones a los que mucha gente no llega, ocasionándoles frustraciones y originando tristeza.

También el nivel de competencia es muy alto por lo que nos sucumbe a las odiosas comparaciones con los demás, esas comparaciones, que como anteriormente se expuso, debemos evitar si queremos conseguir una buena higiene mental. Una medida que se debería tomar para bajar los números tan elevados de esta enfermedad es proporcionar desde la infancia una adecuada educación emocional, que aporte una serie de recomendaciones para hacer frente a situaciones que nos generen desánimo, tristeza, anhedonia, etc.

La educación emocional nos hace desarrollar una inteligencia emocional que si se instruye desde niños se pueden tener unas bases para afrontar el resto de la existencia de la persona. Algunas de esas pautas pueden ser:

- Enseñar al niño que no puede tener siempre todo lo que quiera: Permite dominar los impulsos que como ser humano poseemos. Y ayuda a que el niño entienda que hay unos límites y unas consecuencias. Es una forma para fomentar el autocontrol.
- Dejar al niño expresar sus emociones: Darles seguridad para que nos expresen siempre sus sentimientos y se sientan cómodos, esto reforzará también otros ámbitos de su vida como puede ser el colegio.
-Trabajar la empatía: El ponerse en lugar de otra persona es uno de los elementos más importantes de la inteligencia emocional y es fundamental enseñárselo al

niño desde pequeños ya que esta es fundamental para apartar al niño del egocentrismo.
-Automotivación: Hacerle entender que los fracasos son parte de la vida y que de ellos se aprende y nos hacen crecer como personas. Es una oportunidad para que se vea la vida de una forma más optimista.

Como conclusión, la depresión es una patología muy importante del presente y que probablemente lo sea aún más en el futuro por lo que es conveniente tomar medidas desde edades tempranas para evitar que los factores ambientales y/o culturales nos predispongan más a ella. Es fundamental una buena educación emocional por lo que debería dársele una mayor importancia de la que se le da en la actualidad.

4 Bibliografía

- Jesús Alberdi, Óscar Taboada, Carlos Castro Dono, C. Vázquez Ventoso (2006) Médicos especialistas en Psiquiatría, Servicio de psiquiatría. Complejo hospitalario "Juan Canalejo" A coruña. Guías clínicas 2006; 6 (11).
- Instituto Nacional de Estadística (INE): Gráfico que muestra evolución de depresión en España los últimos años.
- Beck (1979): Journal of Phychologic Nursing and Mental Health Services 17 (11), 14-16, 1979.
- Organización Mundial de la Salud. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor; 1992.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5. Arlington (VA): American Psychiatric Association; 2013.
- Shahab, L., Andrew, S., y West, R. (2014). Changes in prevalence of depression and anxiety following smoking cessation: results from an international cohort study (ATTEMPT). Psychological Medicine, 44(1), 127-141.
- López, C., Alcántara, M.V., Fernández, V., Castro, M., y López, J.A. (2010). Características y prevalencia de los problemas de ansiedad, depresión y quejas somáticas en una muestra clínica infantil de 8 a 12 años, mediante el CBCL (Child Behavior Checklist). Anales de Psicología, 26(2), 325-334.
- Majadas, S., Olivares, J., Galán, J., y Díez, T. (2012). Prevalence of depression and its relationship with other clinical characteristics in a sample of patients with stable schizophrenia. Comprehensive Psychiatry, 53(2), 145-151.

Capítulo 768

MASTITIS: ENFERMEDAD DE LA MAMA

PETRA GIL CARMONA

1 Introducción

Mastitis es un proceso inflamatorio e infeccioso de la glándula mamaria. En mujeres que amamantan se denomina mastitis puerperal. La mujer puede presentar dolor de cabeza, fiebre, o sensación de ardor continuo. Algunos factores de riesgo para padecerla pueden ser : pezones lastimados, lactancias en una sola posición estrés…

2 Objetivos

Determinar el microorganismo que provoca la mastitis y aplicar el tratamiento que corresponda

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El diagnóstico será clínico. En caso de absceso, se realizará una incisión, se frenará y se hará un cultivo. La ecografía puede ser de utilidad. El microorganismo más frecuente que provoca la mastitis es staphylococus aureus. En general la mastitis se resuelve sin tratamiento y tiene buen pronóstico, aunque en algunas pacientes que desarrollan mastitis en mamas previamente reconstruidas , pueden necesitar incluso cirugía.

5 Discusión-Conclusión

Para la prevención de la mastitis sea puerperal o no puerperal, se deberá de cuidar la higiene , evitar ropa interior excesivamente ceñida y aplicar calor húmedo en la mama. En la mastitis puerperal será necesario el vaciamiento regular de la mama y suspender el amamantamiento (no la extracción de leche) . También será necesario en algunos casos analgesia antiinflamatoria e incluso antibióticos (dicloxacilina, eritromicina…) según el grado de infección.

6 Bibliografía

- Han BK, Chorro YH, Parking JM. ” Mastitis, Mamografía y Ecografía” 1999; 173(2): pág 317-320.(Adaptación al castellano: Josefina Linares Lozano, Hospital de Bellvitge , Barcelona.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 769

LA GESTIÓN DE LAS EMOCIONES EN EL ÁMBITO SANITARIO

ALEJANDRO ALVAREZ FUENTES

MÓNICA CRISTINA GONZÁLVEZ PADILLA

MERCEDES MARÍA NAVA TOMÁS

ROSA MARIA AMOR GOMEZ

CARMEN MARIA SUAREZ ESTRADA

1 Introducción

El ámbito sanitario es siempre comunicativo. La comunicación entre el personal sanitario, los/as pacientes e incluso sus familias forma parte del funcionamiento de los diferentes centros.

Esta comunicación si no es gestionada de manera correcta puede desembocar en conflictos y situaciones que no benefician a ninguno de los agentes implicados. Uno de los objetivos del Técnico Auxiliar de Enfermería (TCAE) es conseguir una buena comunicación directa y eficaz con los/as pacientes. Es por tanto, fundamental conocer los factores que influyen en la comunicación y buscar estrategias que la hagan positiva y que aporte beneficios al proceso sanitario que se esté llevando a cabo.

Dentro de esos factores un lugar privilegiado lo ocupan las emociones y la gestión

que se haga de las mismas. Todo ello va a determinar la calidad de la comunicación y contribuirá al bienestar de los diferentes actores.

2 Objetivos

Presentar recomendaciones acerca de la buena gestión de emociones dada la importancia que puede tener para aumentar el bienestar personal y, por tanto, la salud en entornos sanitarios.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica sistemática y de artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y SciELO seleccionando aquellos que se relacionaban con la importancia de la gestión de emociones en entornos comunicativos y su relación con el bienestar personal y la salud. También se han tenido en cuenta diferentes observaciones sistemáticas realizadas en el entorno hospitalario.

4 Resultados

Las recomendaciones para mejorar la gestión emocional implican la puesta en marcha de una serie de estrategias que van a facilitar la obtención de una serie de beneficios importantes en el ámbito sanitario, como se explicita a continuación.

Las estrategias que puede llevar a cabo el personal sanitario que promueven una gestión positiva de las emociones y mejoran la comunicación, son las siguientes:
- En primer lugar tenemos que conocer nuestras emociones para poder identificarlas y controlarlas.
- Comunicar los mensajes con claridad y sinceridad.
- Mostrar interés por lo que dice el "otro".
- Llevar a cabo una "escucha activa", es decir, saber escuchar y entender el mensaje.
- Mostrar empatía, es decir, "ponernos en el lugar del otro".
- Parafrasear, de este modo, comprobamos si realmente estamos entendiendo el mensaje que nos trasmiten.
- Emitir palabras de refuerzo para trasmitir el interés que tenemos en la comunicación.

- Y, por último, resumir para cerciorarnos de que hemos comprendido todo o para constatar la necesidad de alguna aclaración extra.

La aplicación de estas estrategias aportarán, entre otros, los siguientes beneficios:
- Aumenta la comprensión del otro y de sus circunstancias.
- Baja el nivel de estrés y de tensión.
- Ayuda a resolver problemas y conflictos.
- Crea un ambiente distendido.
- Aumenta la satisfacción del personal sanitario.
- Aumenta la probabilidad de una mejor recuperación de los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

La inteligencia emocional es una de las asignaturas pendientes que debería ocupar un lugar privilegiado en cualquier entorno formativo de personal sanitario. La buena gestión emocional nos permite resolver con mayor eficacia conflictos, crear espacios seguros y confortables en los que atender mejor las necesidades de los /as pacientes. Además, mejora las relaciones entre el personal sanitario. Todo ello repercute en una mayor calidad del sistema sanitario en todos sus ámbitos.

6 Bibliografía

- AIBAR, C. (2009). "¿Nos creemos de verdad la necesidad de participación del paciente?", Revista de Calidad Asistencial, Vol. 24, no 5, p. 183-184.
- ALONSO, E, RUBIO, A., MARCH, JC y DANET, A. (2011). "Clima emocional y comunicación interna en una unidad de gestión clínica y dos servicios hospitalarios tradicionales", Revista de Calidad Asistencial, Vol. 26, no 5, p. 281-284.
- CIBANAL L, ARCE MC, CARBALLAL MC. (2010) Técnicas de comunicación y relación de ayuda en Ciencias de la Salud. 2ª ed. Madrid (ES): Elsevier España.
- GARCÍA C, OGANDO B. (2005) Comunicación eficaz para profesionales de la salud. Enfermería Científica. p. 31-39.
- GÓMEZ, B., RODRÍGUEZ GARCÍA, M., Y ALBURQUERQUE, E. (2015). Gestión emocional y hábito reflexivo: en la relación de ayuda para el cuidado holístico del paciente paliativo. Revista Enfermería, p. 356-361
- MARTÍNEZ-SÁNCHEZ, F. Y FERNÁNDEZ CASTRO, J.(1994). Emoción y salud: desarrollos en psicología básica y aplicada. Anales de Psicología, 10(2), p. 101-108.

Capítulo 770

ESTUDIO DE LA INFECCIÓN URINARIA EN PACIENTES CON SONDA VESICAL.

ROSA CRISTINA PEREZ ALVAREZ

MARIA JOSE PEREZ PEREZ

MARÍA MÓNICA ARGÜELLES GARCIA

LORETO DE PAZ MASCIAS

1 Introducción

Las infecciones urinarias son una de las principales causas de infección nosocomial hospitalaria, estando directamente relacionadas con la sonda vesical. Su elevado coste y morbilidad, junto a la limitada comparabilidad de los estudios publicados, obligan a buscar indicadores más precisos para conocer el alcance real de estas infecciones. La densidad de infección podría ser uno de estos indicadore

2 Objetivos

- Establecer la incidencia y la densidad de la infección urinaria nosocomial en pacientes adultos con sonda vesical permanente.

3 Metodología

Se incluyeron 97 pacientes (37,8% hombres y 64,6%mujeres). Edad media de 68,1 ± 15,1 años. Se excluyeron 42 pacientes por pérdida durante el seguimiento (12 éxitus y 30 alta hospitalaria).Grupo estudio definitivo constituido por 55 pacientes de 72,3 ± 11,4 años (36,4% hombres y 63,6% mujeres).

La indicación de la sonda fue en un 54,5% para realizar un control hemodinámico y en un 50,9%como consecuencia de una intervención quirúrgica. La duración media de la sonda fue de 7,5 ± 8,1 días. Se realizó cambio del catéter vesical en 4 pacientes (7,3%). Cuatro pacientes presentaron una infección del tracto urinario.

Criterios de inclusión: edad >15 años, sondaje vesical realizado durante el ingreso hospitalario, duración del sondaje un mínimo de 24 horas, circuito cerrado, consentimiento informado.

Criterios de exclusión: necesidad de realizar lavados vesicales, sondaje previo al ingreso, negativa a entrar en el estudio. Inclusión de pacientes tres semanas. Seguimiento de los pacientes durante 7 días. Criterios de infección urinaria: CDC de Atlanta (1992).

4 Resultados

En total los pacientes fueron portadores de sonda durante 414 días. La tasa de incidencia de infección del tracto urinario fue del 7,3% y la densidad de incidencia fue del 9,7 por mil días de sondaje.

5 Discusión-Conclusión

La densidad de infección, al relacionarnos las tasas de infección con los días de sondaje, nos permite conocer de forma más precisa las cifras de infección nosocomial en estos pacientes.

6 Bibliografía

- https://seimc.org/contenidos/documentoscientificos/eimc/seimc_eimc_v31n09p614a624.pdf

- http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06142007000900001

Capítulo 771

POSTURAS DE LOS EXPERTOS SANITARIOS ANTE LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES EN ESTADO VEGETATIVO.

ROSA CRISTINA PEREZ ALVAREZ

MARIA JOSE PEREZ PEREZ

MARÍA MÓNICA ARGÜELLES GARCIA

LORETO DE PAZ MASCIAS

1 Introducción

La posición vegetativa es una de las situaciones éticamente más conflictivas. Existe poca tradición en nuestro país sobre este tema siendo un tema esencial el de las actitudes de los expertos sanitarios entorno al cuidado de estos pacientes.

2 Objetivos

- Detallar las opiniones sobre la conciencia del entorno, dolor, de los profesionales asistenciales de la Corporación Sanitaria Parc Taulí (CPT) en torno al cuidado de los pacientes en estado vegetativo.

3 Metodología

Utilización de un cuestionario de actitudes a los profesionales que frecuentemente cuidan a los enfermos en Estado Vegetativo de la CPT. Los tamas del cuestionario se efectuaron en base a los dilemas que aparecen mencionados en la literatura y es una adaptación del de Payne et al. Contenía 26 preguntas, las cuales se pueden abarcar en tres periodos:

- Esperanza y seguridad en el tratamiento

- Calidad de vida

- Sobre provisión de tratamientos

Fue mandado en un sobre de correo interno a los expertos asistenciales que, en un momento u otro, podían cuidar a este tipo de pacientes (N = 500). Hubo un único recordatorio a los 15 días del primer envío. Se ha efectuado un análisis estadístico de los datos (test de Chi cuadrado) para establecer si existen diferencias entre los tres colectivos profesionales más abundantes (auxiliares de enfermería, enfermeras y médicos)

4 Resultados

La tasa de respuesta al cuestionario fue del 50%. Un 66% de las personas que han respondido han tratado o cuidado enfermos en Estado Vegetativo más de 4 veces al año (36%) o entre una y tres veces al año (31%)

5 Discusión-Conclusión

Aparecen diferencias estadísticamente significativas en gran parte de los ítems. Éstas diferencias tienen que ver, básicamente, con la desigual respuesta entre el colectivo de médicos y enfermería. Sin embargo, en aquellas preguntas que cuestionan la provisión o retirada de tratamientos, a excepción de una pregunta, hay un importante consenso en los diferentes colectivos.

6 Bibliografía

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000600004

Capítulo 772

EL LAVADO DE MANOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA.

INES FERNANDEZ GUDEREIT

1 Introducción

Lavarse las manos es un gesto simple que puede ser clave para la supervivencia de millones de personas, sobretodo de los mas pequeños. Los niños son especialmente vulnerables a los efectos de la diarrea y de las infecciones respiratorias que causan la muerte de 3,5 millones de niños cada año tanto en paies en desarrollo como en paises industrializados.
Cada 15 de octrubre se celebra el Día Mundial del Lavado de Manos promovido por UNICEF con la finalidad de "concienciar a la población de que un poco de agua y jabón puede salvar muchas vidas"

Las manos son la principal vía de transmisión de gérmenes durante la atención sanitaria.
La Organización Mundial de la Salud ofrece indicaciones a las instituciones sanitarias para la correcta higiene de manos:
1-Mójese las manos
2-Aplique suficiente jabón para cubrir todas las superficies de las manos
3-Frótese las palmas de las manos entre sí
4-Frótes la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos, y viceversa
5-Frótese las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados
6-Frótese el dorso de los dedos de una mano contra la palma de la mano opuesta, manteniendo unidos los dedos

7-Rodeando el pulgar izquierdo con la palma de la mano derecha, frótese con un movimiento de rotación, y viceversa
8-Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación, y viceversa
9-Ejuáguese las manos
10-Séqueselas con una toalla de un solo uso
11-Utilice la toalla para cerrar el grifo
12-Sus manos son seguras
El lavado de manos debe durar entre 40 y 60 segundos.

El contacto con otras personas, superficies y objetos a lo largo del día hace que se acumulen gérmenes. Lavarse las manos frecuentemente es una de las mejores maneras de prevenir infecciones.
Lavarse las manos antes de:
- Preparar comidas o comer.
-Curar heridas o cuidar a un enfermo.
-Poner o quitar lentes de contacto.
Lavarse las manos después de:
-Preparar comida.
-Usar el inodoro, cambiar un pañal o limpiar a un niño que ha usado el inodoro.
-Tocar a un animal, alimentos de animales o un deshecho animal.
-Sonarse la nariz, toser o estornudar.
-Curar heridas o cuidar de un enfermo.
-Manipular basura.

Lavarse las manos es una tarea sencilla y de vital importancia. Las manos siempre deben estar limpias, sin joyas, con uñas cortas y sin esmalte. El jabón será siempre líquido y se utilizará con dispensador. El secado se realizará con papel. Los cepillos tienen que ser estériles o bien desinfectados y secos, sólo se usarán para las uñas. Las cremas hidratantes se podrán utilizar después de haberse lavado las manos. Los grifos y las pilas de lavado se han de limpiar y desinfectar regularmente.

Tipos de lavado de mano:
-Lavado higiénico. Frote breve de toda la superficie de las manos con jabón y enjuague con chorro de agua. Su objeivo es remover la suciedad y eliminarla.
-Lavado clínico o antiséptico. Frote breve y energético de toda la superficie de

la mano con una solución antimicrobiana y enjuague con chorro de agua. Busca remover la suciedad, el material orgánico y diminuir la flora transitoria.
-Sanitización o antisepsia de manos en seco. Frote breve con solución antiséptica. Se usa siempre y cuando las manos estén limpias y sin restos de material orgánico.
-Lavado quirúrgico. Frote energético de toda la superficie de las manos hasta los codos con una solución antimicrobiana y enjuague con chorro de agua. Busca eliminar la flora transitoria y disminuir la concentración de bacterias de la flora residente.
Lávese las manos si están visiblemente sucias, de lo contrario use un producto desinfectante de las manos.

2 Objetivos

- Crear conciencia sobre la higiene de manos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: pubmed, medline, y scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Bibliografía

- https://www.medac.es
- https://www.unicef.es
- https://www.mayoclinic.org
- https://www.europeantissue.com

Capítulo 773

LAVADO DE MANOS COMO MÉTODO DE PREVENCIÓN

JOSÉ ALFREDO TAMARGO

1 Introducción

Todos deberíamos ser conscientes de la importancia de la correcta higiene de nuestras manos, más aún si trabajamos en una institución sanitaria, ya que de ello depende nuestra salud y la de los pacientes ingresados. Existen una serie de protocolos para realizar un correcto lavado de manos según el tipo de actividad que vayamos a realizar y en qué área hospitalaria se realice la actividad.

2 Objetivos

Conocer la importancia de mantener una correcta higiene de manos en el ámbito hospitalario.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Destacamos que, el conocimiento de estos protocolos de limpieza de manos son una barrera de protección tanto para el personal que trabaja directamente con pacientes y para las visitas de los familiares, como para el propio paciente, siempre que se realice de manera correcta, ya que con ello evitaremos la transmisión de enfermedades que podrían poner en peligro el estado de salud de pacientes que ya de por si están con las defensas bajas.

5 Discusión-Conclusión

En definitiva, logrando y manteniendo una buena higiene de manos obtenemos diversos beneficios: logramos disminuir el número de casos de infecciones cruzadas entre paciente y personal tras aplicar los protocolos correspondientes a cada caso y realizando el lavado de manos correcto.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 774

ALARMA: ADOLESCENTES EN LA RED.

ALICIA ALVAREZ FERNANDEZ

JORGE TABOADA ALAMEDA

ROCÍO GARCÍA ÁLVAREZ

NOELIA LOMBARDIA CARBAJAL

MARÍA MARGARITA CASTRO FERNÁNDEZ

1 Introducción

Las tecnologías de la información y la comunicación (conocidas como TIC´s) han crecido de forma vertiginosa en los últimos años, haciendo la vida más fácil a las personas en muchos aspectos Este crecimiento ha favorecido la aparición de aparatos tecnológicos muy atractivos como smartphones, Tablet, que unido a la gran accesibilidad a internet nos abre un mundo de oportunidades y a la vez unos riesgos y problemas a destacar.

Millones de personas están conectadas a la red diariamente y entre ellas un alto porcentaje son jóvenes y adolescentes.
Plataformas como Instagram, Facebook, Twitter han revolucionado la forma de comunicarse de estos jóvenes y les ha despertado conductas de alto riesgo, llevándolos a muchos de ellos a la adicción.
Estas conductas adictivas pueden provocar graves problemas sociales y de adaptación siendo la población joven la más vulnerable.

Estudios recientes exponen que el abuso de las redes sociales entre los jóvenes los puede llevar a: trastornos de sueño, depresión, agresividad, aislamiento hasta incluso bajo rendimiento en los estudios. (1)

Este abuso de las redes sociales es considerado como una adicción , aunque el uso de este término por parte de algunos especialistas en el ámbito de la psiquiatría es aceptado e incluso en sus diagnósticos están utilizando nuevos términos como, Nomofobia(miedo irracional a permanecer un intervalo de tiempo sin móvil),Fomo(temor a perderse algo) y phubbing(ignorar el entorno por concentrarse en la tecnología móvil), para otros no lo es y consideran que este abuso de las redes sociales no es patológico.(2)
Dejando a un lado estas discrepancias, psicólogos, psiquiatras, y expertos en el tema alertan de que el uso de las redes sociales puede llegar a ser adictivo apareciendo comportamientos como irritabilidad, ansiedad, falta de control propios de una adicción a sustancia.

2 Objetivos

-Enumerar los factores de riesgo relacionados con el abuso de las redes sociales.
-Enumerar los peligros que se pueden encontrar en las redes.
-Analizar datos de consumo de nuevas tecnologías.
-Describir Programas de prevención.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: pubmed, medline, y scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La población joven es la mas propensa a conductas de riesgo ya que buscan constantemente sensaciones y emociones nuevas y cuanto más fuertes mejor. Son

los que utilizan más las redes sociales, los que más controlan los móviles y demás tecnologías.
Pero hay que diferenciar, que hay jóvenes más vulnerables que otros a la adicción a estas tecnologías y para ello nos basamos en factores personales, familiares y sociales. (3)

Factores personales
La valoración que tiene una persona sobre sí misma, es la que desarrolla su personalidad. Eso hará que afronte sus objetivos y retos con éxito. Una baja autoestima, frustraciones constantes ante situaciones de la vida diaria o una timidez excesiva aumentan la vulnerabilidad de los jóvenes, a caer en la adicción a las redes sociales. (3)

Factores familiares
El entorno familiar va a condicionar al joven, un entorno muy disciplinado puede llevar a la rebeldía y un incesante deseo de romper las normas exigidas, pero también un entorno permisivo y sin límites definidos, puede generar jóvenes con alto ego y caprichosos.
Estos ambientes familiares no ayudan a las conductas sanas. (3)
Factores sociales
Hay jóvenes que se sienten aislados socialmente, eso puede llevarlos a refugiarse en las redes sociales. (3)

Peligros a los que se exponen los jovenes en internet:
-Grooming: Sucede cuando un adulto se gana la confianza del joven a base de mentiras, falsa amistad, chantaje con el fin de conseguir un abuso generalmente sexual al menor. (4)
Los jóvenes afectados sufren cambios de humor, autoestima baja, depresión, trastornos de sueño e incluso pueden llegar a tener ideas suicidas. (4)
-Ciberbullying: Es un acoso virtual con publicaciones en internet de fotos, videos de las víctimas y causar un daño continuo. Debe ser denunciado y sancionado. (4)
- Sexting: Cuando se comparten imágenes a través del móvil o internet, con contenido sexual, se corre el riesgo que están se vuelvan virales sin permiso, la intimidad se rompe y esto puede traer consecuencias muy negativas para la joven víctima. (4)
- Ciberadiccion: La adicción a internet provoca conductas como el aislamiento, descuido en la salud y la higiene personal, bajo rendimiento escolar. Y como toda adicción genera dependencia, irritabilidad, abandono de amistades. (4)

Analizar datos de consumo de nuevas tecnologías.

Según datos de una encuesta a jóvenes del último año de la ESO, el 50% hacen un uso inadecuado de los móviles, el 28.4% un uso de riesgo y el 8% tienen dependencia con respecto al WhatsApp los datos son 43.5%,21%, y 8%. Por último, en las redes sociales son el 40%,17% y 7%. (6)
Otros estudios como el que se realizó en Chile a 400 alumnos de 14 y 18 años se observan:
- Del 96% de los entrevistados el 63% acepto solicitudes de gente desconocida pero que tenían amigos en común. En cambio, el 74% que recibe estas solicitudes, pero sin amigos en común fueron aceptadas el 22%. (4)
- En este estudio destaca que el uso de las redes sociales son las preferidas. (4)
- El porcentaje de los juegos online en Chile es el mayor de la región. (4)
- El uso de WhatsApp también se incrementa de manera notable. (4)
- Los jóvenes y adolescentes con déficit de habilidades sociales son más vulnerables a caer en la adicción a las nuevas tecnologías. (4)

Describir programas de prevencion:
Con el fin de prevenir el mal uso y adicción a las TIC´s, se han realizado estudios para el desarrollo de programas de prevención enfocados en tres niveles:

Nivel universal:
Dirigido a la educación infantil y primaria, principalmente enfocado a las familias y equipo docente. Con el fin de:
-Animar a las familias para que se involucren en los primeros pasos de sus hijos en internet.
-Enseñarles la importancia de poner límites a sus hijos.
- Proporcionar estrategias adecuadas, para que puedan superar situaciones comprometidas. (5)

Nivel selectivo:
Dirigido a alumnos de la ESO, bachiller y formación profesional. Su objetivo es incentivar el autocontrol y fomentar la relación padres-hijos. (5)

5 Discusión-Conclusión

No podemos evitar que los jóvenes utilicen las TIC´s, los beneficios son infinitos, pero tampoco podemos bajar la guardia pues el mal uso de estas tecnologías los puede llevar a situaciones de riesgo que no podrán gestionar.

Los jóvenes que no estén conectados a las redes sociales, se pueden sentir "bichos raros" y ser aislados por su grupo social, ante esta situación lo que debemos es promover un uso adecuado, moderado, seguro y con responsabilidad.

En esto las familias y los docentes tiene un papel fundamental. Y para ayudarlos hay que formarlos con talleres y programas de prevención.
Tenemos que conseguir adolescentes expertos en las nuevas tecnologías, pero en un entorno real y lo más seguro posible.
Por tanto, hay que estar atentos y seguir con las campañas de prevención para minimizar trastornos futuros.

6 Bibliografía

1 Arnaiz P, Cerezo F, Giménez AM, Maquilón JJ Conductas de ciberadicción y experiencias Cyberbullying entre adolescentes Rev Anales de psicología.2016;32(3):761-769.
2 Pedrero-Pérez E, Ruiz-Sánchez de León JM, Rojo G, Llanero M, Pedrero J, Morales S, Puerta C Tecnologías de la información y la comunicación (TIC): uso problemático de internet, videojuegos, teléfonos móviles, mensajería instantánea y redes sociales mediante el multicage- TIC Rev Adicciones.2018;30(1):19-39.
3 Echeburrúa E Factores de riesgo y factores de protección en la adicción a las nuevas tecnologías y redes sociales en jóvenes y adolescentes Rev Española de Drogodependencias.2012;37(4): 435-447.
4 Arab E, Díaz A Impacto de las redes sociales e internet en la adolescencia: aspectos positivos y negativos Rev Medica Clínica Condes .2015;26(1):07-13
5 Solo A, de Miguel N, Pérez V Abordaje de adicciones a nuevas tecnologías: una propuesta de prevención en contexto escolar y tratamiento de rehabilitación Papeles del psicólogo.2018;39(2):120-126
6 Terán A Ciberadicciones, adicción a las nuevas tecnologías (NTIC)En: Aepap(ed). Congreso de actualización Pediatría 2019.Madrid: Lúa Ediciones 3.0;2019.p.131-141.

Capítulo 775

ESPECIAL ATENCIÓN A LA HERIDA QUIRÚRGICA. EVITAR LA SEPSIS LOCAL Y SISTÉMICA.

LETICIA MARTINEZ PEREZ

1 Introducción

Dentro de las infecciones nosocomiales se encuentran las infecciones quirúrgicas, que son aquellas infecciones relacionadas con una intervención quirúrgica y que aparecen durante los 30 primeros días postoperatorios (si no ha habido inserción de un implante o prótesis), o durante los primeros 3 meses (si ha habido material implantado o prótesis. Son la primera localización de infección nosocomial (una de cada cuatro que se producen)

Para su correcta identificación, se ha establecido una clasificación según su gravedad y nivel de afectación, la cual tiene los siguientes criterios diagnósticos:
Infección superficial: afecta únicamente a la piel o al tejido subcutáneo que rodean a la incisión. Por ejemplo: infección en un punto de sutura de la herida quirúrgica.
Infección profunda: afecta a tejidos profundos de la incisión, como fascia y músculo. Por ejemplo: Infección extensa de una herida que tiene abiertos sus bordes por la infección y que drena abundante pus.

Infección de órgano o espacio: afecta cualquier parte anatómica (órgano o cavidad) del campo quirúrgico (excluyendo la incisión) que haya sido manipulada o abierta durante la cirugía. Por ejemplo: infección de una sutura interna abdominal con infección del peritoneo y líquido peritoneal.Las infecciones quirúrgicas

son de causa multifactorial, es decir, influyen muchos factores para que se produzcan, tales como:
La llegada de micro-organismos a la herida.
La higiene y antisepsia de la piel y de los tejidos a intervenir.
El buen estado de las defensas inmunológicas que posea el paciente.
Otro conjunto de factores.

Los microorganismos responsables de las infecciones quirúrgicas suelen ser mayoritariamente bacterias, las cuales pueden proceder:
1. De la mucosa y la piel de los pacientes (microorganismos endógenos)
2.de otras personas, de un profesional sanitario o del entorno (microorganismos exógenos). Lo usual es que los gérmenes que infectan una herida sean microorganismos residentes en la piel (PE estafilococos) o en las cavidades no estériles del organismo (PE, enterococos o enterobacterias del tubo digestivo).

Los mecanismos de transmisión pueden ser diversos, siendo el más frecuente el contacto con la fuente de infección (directa o indirecta), y menos frecuentes la transmisión a través de gotas o el aire. Para que tenga lugar una infección es necesario que los gérmenes alcancen el interior de los tejidos. Cuando esto sucede, el germen deberá ser capaz de adaptarse a su nuevo hábitat y multiplicarse para que se desarrolle una infección. Esta fase dependerá de tres factores: el tipo de germen (virulencia), el lugar o medio de asiento (respuesta local) y de las defensas del paciente (respuesta inmunitaria).

• Factores de riesgo intrínsecos: son propios de la persona o de su situación y no se pueden modificar, como pueden ser: la edad, las intervenciones urgentes, las patologías asociadas (diabetes, desnutrición, inmunodepresión, tabaquismo, alcoholismo, etc).
• Factores de riesgo extrínseco: dependen de circunstancias ajenas al paciente (actividad del personal sanitario y tratamiento) y son, por tanto, más fáciles de controlar.

Los más importantes serían: el tipo de intervención quirúrgica (se infectan más las operaciones de colon que las hernias), la existencia de implantes o prótesis (mayor riesgo si hay cuerpos extraños), la duración de la intervención quirúrgica (a mayor duración mayor riesgo), la habilidad del cirujano (menor riesgo con profesionales experimentados), la asepsia (higiene general) del quirófano, la esterilización de materiales, la correcta higiene de manos del equipo quirúrgico

y, en general, el óptimo cumplimiento de los protocolos de higiene quirúrgica.

Las infecciones asociadas a la cirugía provocan un aumento de la morbilidad (enfermedad y complicaciones postquirúrgicas), de la mortalidad y de la duración de las estancias hospitalarias, por lo que constituyen, no solo un problema de salud para la persona, sino también una enorme carga económica para todo el sistema sanitario. En promedio, el coste extra de atender a un paciente con infección quirúrgica en hospitales españoles puede estimarse, sólo en costes asistenciales, en más 10.000 euros por paciente infectado.

2 Objetivos

- Determinar las precauciones y cuidados de la herida quirúrgica, y conocer el proyecto IQZ (Proyecto Infección Quirúrgica Zero)

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Elsevier,SNS (Sistema Nacional de Salud) y Sociedad Española Preventiva de Salud Pública e Higiene, con las palabras clave: antisepsia de la herida quirúrgica, el uso de la povidona yodada, y la educación de los pacientes al alta en la asepsia de la herida. Como operadores boléanos se han utilizado AND Y NOT.

4 Resultados

El cuidado de las heridas posquirúrgicas implica limpieza, protección y control de la piel y el objetivo es prevenir complicaciones y permitir una rápida cicatrización de las heridas.En muchos casos, con unos buenos cuidados, las incisiones quirúrgicas cicatrizarán por completo antes de aproximadamente 2 semanas.La mayoría de las heridas quirúrgicas cicatrizan por primera intención.

Características:
• La herida se cierra inmediatamente después de la intervención
• Buena aproximación de los bordes de la herida (suturas, grapas o cinta adhesiva)
• La cicatrización por primera intención se produce después de horas de reparar una incisión quirúrgica de grosor total

• La migración de células epiteliales normales a través de la incisión se produce entre 24 h y 48 h
• Minimiza la cicatrización
• Ejemplos: laceraciones bien reparadas, fracturas óseas bien reducidas, cicatrización después de la cirugía de colgajos
Sin embargo, de 1 a 3 de cada 100 pacientes sometidos a una cirugía desarrollan una infección de la herida quirúrgica.

Por ello, además de la gestión correcta de la herida, es importante controlar las posibles complicaciones de la herida:
• Hemorragias
• Formación de hematomas
• Edema
• Dehiscencia
• Oclusión del aporte sanguíneo que desemboca en necrosis
• Hipergranulación

Signos de infección:
• Eritema
• Aumento del exudado/pus
• Hinchazón
• Dolor
• Temperatura elevada
• Las consecuencias de padecer una infección quirúrgica pueden ser muy variables. Muchas veces ocurre solamente una mínima infección superficial de uno o varios puntos de la herida, que se resuelve pronto con curas locales.

En otras ocasiones, es de mayor gravedad, produciendo una infección profunda, que cursa con abscesos y requiere de tratamiento antibiótico intenso. Finalmente, hay infecciones quirúrgicas muy graves que dan lugar a septicemia (presencia de microorganismos en la sangre) o infección de órganos internos (peritonitis, endometritis, endocarditis, mediastinitis, etc) que son muy graves y ponen en peligro la vida del paciente. Algunas infecciones quirúrgicas no producen efectos graves al principio, pero son el origen de otras complicaciones futuras, que afectan gravemente a la salud del paciente. Por ejemplo: la infección de una prótesis de cadera o rodilla, que obliga a cambiar varios meses después la prótesis, o el caso de las eventraciones abdominales por infección de la herida quirúrgica, que

obligan a llevar faja de modo permanente y reducen la capacidad respiratoria del paciente y su autonomía.

• El Proyecto IQZ es un programa de prevención que reproduce con los pacientes quirúrgicos la misma estrategia de prevención que ha dado tan buenos resultados en otros proyectos "zero",como Bacteriemia Zero y Neumonía Zero, ampliamente conocidos en España. Se basa en los siguientes puntos:
-Identifica y prioriza las principales medidas de prevención de las infecciones quirúrgicas (puntos críticos) que son capaces de prevenir infecciones concretas según la evidencia científica más actualizada y los medios disponibles en hospitales españoles.
-Agrupa todas estas medidas en un paquete o "bundle" para que el cumplimiento de todas ellas tenga todavía un efecto preventivo superior al de cada una por separado.
-Verifica documentalmente (con listas de verificación o check-list) que estas medidas se cumplen realmente en cada paciente y avisa a los servicios cuando éstas no se cumplen.
-Desarrolla un sistema de información a nivel nacional, para que cada hospital conozca sus indicadores de infección quirúrgica y la calidad de aplicación de sus medidas preventivas. Se utiliza la experiencia de los mejores para identificar las mejores prácticas y se revisa continuamente la evidencia científica sobre nuevas fórmulas de prevención.

Las medidas 5 preventivas que incluye el proyecto IQZ en 2016 son:

1. Profilaxis antibiótica antes de la intervención:
Nos aseguramos de elegir el antibiótico más efectivo para los gérmenes que, a pesar de todas las precauciones que hayamos tomado, han logrado llegar a la herida quirúrgica. Se ajusta bien las dosis al peso del paciente, función renal, posibles pérdidas de sangre y perfusión de líquidos. Se pone normalmente 15-30 minutos antes de la intervención. Se tiene preparada una segunda dosis si se prolonga la intervención. ES UNA MEDIDA BÁSICA DE IQZ.

2. Antisepsia de la piel con clorhexidina alcohólica al 2%.
Justo antes de la intervención, aplicamos cuidadosamente, sobre una amplia zona de la piel, una mezcla de antiséptico a base de alcohol al 70% y clorhexidina al 2%. El alcohol elimina rápidamente los gérmenes que hay en la piel y la clorhexidina evita que infecten la herida los gérmenes de las capas profundas de la piel. ES

UNA MEDIDA BÁSICA DE IQZ.

3. Correcta eliminación del vello.
Si no es necesario hacerlo, no eliminamos el vello. Si es necesario, se utiliza máquina cortadora de vello en vez de cuchilla rasuradoa. La cuchilla produce micro-heridas que se contaminan y luego infectan la herida quirúrgica. Se pueden realizar otras depilaciones a base de cera o de láser. Tras el corte del vello, siempre se realizará un baño o ducha completo con agua y jabón. Es una medida básica de iqz.

4. Mantenimiento de la temperatura del paciente.
Es fundamental que mantengamos al paciente caliente para facilitar todas sus funciones vitales, incluída la lucha contra las infecciones. La temperatura corporal no debe bajar nunca de los 35.5 grados. Se abrigará bien al paciente antes de bajar a quirófano y en el tiempo de espera hasta ser operado. Se tomará de modo continuo la temperatura durante la intervención y, si es necesario, se aplicarán colchones de aire caliente o calentadores de fluídos. Cuando salga de quirófano, se le tendrá también bien abrigado en la zona de despertares. Es una medida opcional de iqz.

Mantenimiento de la glucemia del paciente.
Es también fundamental que mantengamos la glucemia del paciente en niveles normales para disminuir el riesgo de infecciones. El nivel de glucosa en sangre no debe subir de 180 mg/dl durante la intervención y se controlará igualmente la glucemia antes y después de la intervención. Se vigilará especialmente la glucemia en pacientes diabéticos y se usará la insulina para controlarla. Se evitarán los ayunos prolongados del paciente antes de la intervención. Los signos o síntomas de alarma podrían ser: escalofríos, febrícula o fiebre (temperatura axilar > 37.5 º C), enrojecimiento de la herida, manchado importante del apósito o supuración de cualquier tipo de líquido por la herida (seroso o purulento), mal olor de la herida, dolor persistente o de nueva aparición, hinchazón, frialdad, entre otros.

Tras ser evaluado por el servicio médico o de enfermería que le corresponda, acuda puntualmente a las citas que le den para revisión y curas, evite cualquier actividad que pueda empeorar su curación y cumpla con las normas de tratamiento y higiene que le den. En todo momento y hasta la resolución de la infección, le servicio médico o de enfermería le hará un seguimiento completo.

5 Discusión-Conclusión

El aumento de la infección nosocomial en el ámbito hospitalario derivada de la localización quirúrgica es un buen indicador de las complicaciones potenciales que pueden surgir durante el proceso perioperatorio en relación a la cura de las heridas quirúrgicas. No obstante, no hay datos concluyentes en los artículos y documentos seleccionados sobre la influencia del cuidado de la herida quirúrgica en la aparición de la misma.

La cura de heridas se trata de un procedimiento que los profesionales de enfermería de todos los ámbitos asistenciales realizan frecuentemente, donde, podemos encontrar una variabilidad introducida por el profesional sanitario muchas veces no guiada o basada en la mejor evidencia científica de la práctica clínica enfermera, entorpeciendo en última instancia la calidad de los cuidados prestados. Existen estudios que nos indican que la correcta protocolización en el cuidado de las heridas quirúrgicas puede disminuir el tiempo de hospitalización y la reducción consecuente del gasto sanitario.La limpieza de la herida quirúrgica forma parte del tratamiento integral de la misma. Se recomienda utilizar una solución salina estéril, generalmente suero fisiológico 0,9% a una temperatura adecuada, alrededor de los 30ºC, nunca fría al retardar el proceso de cicatrización de la herida.

La utilización de agua corriente, en condiciones de potabilidad (por supuesto), es efectiva, no suponiendo un riesgo para la infección de la herida en sí. No obstante, sólo un estudio de potencia baja ha analizado este hecho por lo que son necesarios más estudios para confirmar esta suposición. Por otro lado, las recomendaciones hablan de aplicar una determinada presión al irrigar la solución salina sobre la herida (y no arrastrar con gasa), con el objetivo de no dañar el inminente tejido de granulación que pueda estar aflorando Además, el uso de antisépticos se limita a su aplicación sobre la piel para eliminar o disminuir la flora residente y transitoria de la misma y la selección y utilización inadecuada de estos productos químicos puede producir alteraciones físicas, con un alto riesgo para el paciente.

Con respecto a la entrada o no del carro de curas directamente a la habitación, puede llevarse a cabo siempre teniendo en cuenta la obligatoriedad de limpiarlo y desinfectarlo perfectamente una vez salga de la habitación. No obstante, parece que lo más ideal podría ser la utilización de las bandejas o bateas, en las que se introducen los materiales necesarios para realizar la cura y luego permiten una

limpieza y desinfección mucho más sencilla y rápida.

Por último, una cuestión a tener siempre en cuenta unida a todos estos temas de discusión, viene de la mano de las preferencias y características del paciente. Siempre bien informado y respetando al máximo su intimidad y decisiones, no se puede olvidar que el objeto de las acciones enfermeras van dirigidas a brindarle bienestar, cobrando especial relevancia su seguridad en el ámbito hospitalario. Es imprescindible explicar al paciente el procedimiento a aplicar para conseguir una sensación de tranquilidad, perdiendo el miedo ante lo desconocido, y consiguiendo una adecuada interrelación entre profesional de enfermería-paciente.

6 Bibliografía

-Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene. Grupo de Trabajo de Enfermedades -Infecciosas de la Sociedad española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias.
-Casamada N, Ibáñez N, Rueda J, Torra JE. Guía práctica de la utilización de antisépticos en el cuidado de heridas, ¿dónde?, ¿cuándo? y ¿por qué?. Barcelona: Laboratorios SALVAT, 2002.
-Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2009
-Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Guía de Práctica Clínica para la Seguridad del Paciente Quirúrgico. 2010.

Capítulo 776

BENEFICIOS DE LA ACTIVIDAD FÍSICA EN LA TERCERA EDAD.

MARÍA BEGOÑA PRIETO GONZÁLEZ

RAMONA MÓNICA VLADUT

NEREA DOMÍNGUEZ SÁNCHEZ

ANA MARIA BELTRAN OLMO

1 Introducción

La actividad física es cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija un gasto de energía. Ésta tiene beneficios para las personas mayores siempre que estén adaptadas a sus condiciones físicas
Generalmente, las actividades que se llevan a cabo con este grupo de la población son:
-Actividades recreativas o de ocio.
-Desplazamientos: paseos caminando, en bicicleta u otros.
-Tareas domésticas.
-Juegos, deportes o ejercicios programados en el contexto de las actividades diarias, familiares y comunitarias.

2 Objetivos

-Identificar los beneficios que conllevan las actividades físicas en las personas mayores

-Conocer los ejercicios y actividades más utilizadas.

3 Metodología

La información utilizada para la elaboración de este capítulo ha sido recopilada usando el buscador "Google Académico".
Las fuentes que se han usado son: la OMS (Organización Mundial de la Salud), la Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte y la web "Cuidado Mayor".

4 Resultados

Los principales beneficios que proporciona la actividad física en las personas mayores se dividen en físicos, psíquicos y socioafectivos.

Beneficios físicos:
-Disminuyen las tasas de mortalidad, la cardiopatía coronaria, la hipertensión, los accidentes cerebrovasculares, la diabetes de tipo II, el cáncer de colon y de mama.
-Mejora el funcionamiento de los sistemas cardiorrespiratorio y muscular.
-Mejora la masa y composición corporal.
-Mayor salud funcional
-Menor riesgo de caídas
-Mejor conservación de las funciones cognitivas.

Beneficios psíquicos:
-Ejercitar a memoria y la atención
-Trabajar la autoimagen y la autoestima
-Mejorar el estado de ánimo (prevenir la depresión, la ansiedad …)
-Mantener la autonomía psíquica

Beneficios socioafectivos:
-Ocupar el tiempo libre con actividades saludables
-Evitar la soledad
-Sentirse parte de un grupo.
-Crear nuevos vínculos relacionales intercambiando gustos e ideas diferentes
-Contacto intergeneracional

Por último, algunas de las actividades y ejercicios que se llevan a cabo son:
-Actividades aeróbicas o de resistencia

-Ejercicios de fortalecimiento
-Ejercicios de elongación: ayudan a evitar lesiones y a aumentar la flexibilidad.
-Ejercicios de equilibrio: ayudan a prevenir las caídas.

5 Discusión-Conclusión

Cabe destacar la importancia que tiene fomentar entre las personas mayores la actividad física, ya que, en este grupo, dichas actividades son inferiores al del resto de la población.
Además, estas actividades tendrán beneficios mejorando con ello, su calidad de vida, teniendo así, un importante papel en la prevención y permanencia de las funciones en las personas mayores

6 Bibliografía

- OMS (Organización Mundial de la Salud).
- Aparicio García-Molina, V.A.; Carbonell Baeza, A. y Delgado Fernández, M. (2010). Beneficios de la actividad física en personas mayores. Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte vol. 10 (40) pp. 556-576.
- Cuidado Mayor [https://www.cuidadomayor.com/blog/ejecicio-fisico-tercera-edad/]

Capítulo 777

ENFERMEDAD DE CROHN: SÍNTOMAS, CAUSAS Y FACTORES DE RIESGO.

RAMONA MÓNICA VLADUT

NEREA DOMÍNGUEZ SÁNCHEZ

ANA MARIA BELTRAN OLMO

MARÍA BEGOÑA PRIETO GONZÁLEZ

1 Introducción

La enfermedad de Crohn es una enfermedad intestinal inflamatoria crónica que puede afectar a cualquier parte del aparato digestivo, aunque con mas frecuencia se presenta en la parte final del intestino delgado y en el comienzo del colon.

2 Objetivos

-Distinguir los síntomas de la enfermedad de Crohn
-Identificar las causas y factores de riesgo relacionados con la enfermedad de Crohn.

3 Metodología

La información utilizada para elaborar este capitulo ha sido recopilada de varias fuentes seleccionadas usando el buscador de "Google Académico". Las fuentes que se han usado son: MedlinePlus, MayoClinic y la Confederación ACCU Crohn y Colitis Ulcerosa.

4 Resultados

Los síntomas que aparecen en esta enfermedad pueden ir desde leves a graves y se suelen ir manifestando de manera gradual (aunque a veces aparecen de manera repentina).
Algunos de los síntomas principales que se manifiestan son:
-Diarrea.
-Fiebre.
-Fatiga.
-Dolor y cólicos abdominales.
-Sangre en las heces.
-Llagas en la boca.
-Poco apetito y adelgazamiento.
-Dolor o drenaje cerca o alrededor del ano debido a la inflamación de un túnel hacia la piel (fístula).
-Hinchazón y dolor articular.
-Úlceras o inflamación de los ojos.
-Inflamación del hígado o las vías biliares.
-Retraso en el crecimiento o en el desarrollo sexual, en los niños.

A veces pueden surgir una serie de complicaciones entre las que podríamos destacar: obstrucción intestinal (ya que la enfermedad afecta al espesor de la pared intestinal), ulceras (la inflamación crónica puede producir llagas abiertas), fístulas (pueden llegar a complicarse y formar abscesos), fisura anal (desgarro pequeño del tejido que recubre el ano o en la piel que la rodea), desnutrición (la diarrea, el dolor abdominal y los cólicos puedes afectar a la alimentación), cáncer de colon (aumenta el riesgo de presentar cáncer de colon), puede presentar otros problemas de salud (como la anemia, trastornos de la piel, artritis) y existe un pequeño riesgo de los medicamentos que se usan para tratar la enfermedad.

Las causas por las que aparece la enfermedad del Crohn no se saben con exactitud,

aunque se sospecha que pueden intervenir los factores hereditarios y el sistema inmunitario (no funciona adecuadamente).
-Sistema inmunitario: virus o bacteria desencadena la enfermedad, ya que cuando el sistema inmunológico intenta combatir dichos microorganismos invasores, se produce una respuesta inmunitaria anormal que provoca que se ataque a las células del tubo digestivo.
-Factor hereditario: suele ser más frecuente que las personas que tienen familiares que padecen la enfermedad, la tengan.

Por otro lado, existen unos factores de riesgo (genético, ambiental, estresantes, otros…) para la enfermedad de Crohn, entre ellas están:
-La edad: aunque se puede desarrollar a cualquier edad, suele iniciarse en la juventud (antes de los 30 años).
-Origen étnico: la enfermedad puede afectar a cualquier grupo étnico, aunque hay un mayor riesgo para las personas blancas.
-Antecedentes familiares: tener algún familiar cercano que padezca la enfermedad aumenta el riesgo a contraerla. 1 de cada 5 personas con la enfermedad de Crohn tiene un familiar que lo padece.
-Tabaquismo: es el factor de riesgo controlable mas importante para el desarrollo de la enfermedad, aumenta el riesgo de someterse a una cirugía.
-Medicamentos antiinflamatorios no esteroideos: pueden provocar inflamación del intestino, lo que conllevara a un empeoramiento de la enfermedad.
-Lugar de residencia: aquellas personas que viven en zonas urbanas ven aumentado su riesgo a padecer la enfermedad. Por lo tanto, los factores ambientales podrían jugar un papel importante en la enfermedad.

5 Discusión-Conclusión

Al tratarse de una enfermedad que es crónica y que no hay una cura para poder eliminarla, es necesario saber los síntomas y sobre todo los factores de riesgo que pueden hacer que la enfermedad aparezca o empeore.

6 Bibliografía

- MedlinePlus
- MayoClinic
- Confederación ACCU Crohn y Colitis Ulcerosa

Capítulo 778

CUIDADOS A PACIENTE CON SÍNDROME DE OVARIO POLIQUÍSTICO

RAQUEL GONZALEZ HUERTA

1 Introducción

El síndrome del ovario poliquístico es una alteración hormonal y metabólica que provoca un aumento de la concentración de hormonas masculinas en las mujeres afectadas. Esto causa crecimiento de quistes y alteraciones del ciclo femenino e infertilidad. Es relativamente frecuente. Afecta a aproximadamente al 10% de las mujeres en edad reproductiva. En la mayoría de los casos este sindrome suele aparecer entre los 15 y los 25 años de edad. Las mujeres con síndrome de ovario poliquístico también están en mayor riesgo de desarrollar diabetes, síndrome metabólico, enfermedades del corazón y presión arterial alta.

Este síndrome siempre va acompañado de alteraciones hormonales cuyas causas y mecanismos de generación se desconocen. Dado que el síndrome suele afectar a varios miembros de una familia, se considera que puede existir cierta predisposición genética. Los factores medioambientales también pueden influir.

2 Objetivos

- Analizar y estudiar el síndrome poliquístico y sus consecuencias a través de un caso clínico.

3 Caso clínico

Una paciente de 18 años de edad acudió a la consulta refiriendo un cuadro clínico que inicia a sus 16 años de edad con aparecimiento de acné de localización facial en forma concomitante empezó a notar un aumento en el crecimiento del vello corporal sobre todo a nivel de piernas y antebrazos. En el último año aparecimiento de vello hiperpigmentado en zonas como los genitales, axilas, línea media del abdomen y áreas en donde previamente no tenía vello como la parte superior de la espalda.

Tras la menarquia a sus 14 años de edad empezó a presentar ciclos menstruales irregulares. Sus menstruaciones tenían un promedio de duración de alrededor de siete días, con características normales, pero se intercalaban con períodos de oligomenorrea que se prolongaban hasta por tres meses.

4 Discusión-Conclusión

Si es un ovario poliquístico asintomático sólo se debe llevar a cabo una vigilancia rutinaria; si es un ovario poliquístico asociado a dolores importantes de regla, hirsutismo o acné, se suele prescribir tratamiento hormonal para que se reduzcan los quistes, se regule la regla y descienda la presencia de acné. Todos estos síntomas son derivados del aumento de los niveles de testosterona.

En el síndrome de ovario poliquístico el tratamiento debe comenzar por un control dietético ya que este esta relacionado con la obesidad, el control dietetico debe ser preferiblemente llevado a cabo por un endocrinólogo.

5 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 779

CUIDADOS A PACIENTE CON SARAMPIÓN

RAQUEL GONZALEZ HUERTA

1 Introducción

El sarampión es una enfermedad altamente contagiosa causada por la infección del virus del sarampión que en ausencia de vacunación afecta principalmente a niños, pero también pueden infectarse personas de cualquier edad no inmunizadas.

Cuando una persona padece esta infección queda inmunizada para toda la vida. No obstante, la inmunización es crucial porque puede tener afectaciones y secuelas graves.

2 Objetivos

Lamentablemente el sarampión no puede ser tratado con antibióticos puesto que es una enfermedad de tipo viral. Sin embargo, es preciso atender los síntomas que produce, a fin de mejorar la situación del pequeño, para ello tendremos en cuenta los siguientes cuidados:
-Se recomienda el uso de paracetamol para calmar la mayoría de los síntomas.
-Podemos solicitar al pediatra que nos indique antihistamínicos en caso de picor
-También es conveniente usar soluciones oculares para aliviar la irritación en los ojos
-También ayuda a reducir molestias, el uso de nebulizadores para descongestionar la nariz

-Además, es importante mantener al paciente hidratado con suficiente agua y líquidos. También es conveniente que no deje de comer mientras tenga apetito.
-Como es una enfermedad contagiosa, es muy recomendable mantener al niño con sarampión alejado de otros niños y en general, de la mayoría de las personas no vacunadas.

3 Caso clínico

La paciente es una niña de 2 años que acude al servicio de urgencias por causar cuadro de fiebre de 39º de tres días de evolución que no disminuye con antitérmicos, la madre refiere que la niña lleva unos días con congestión nasal y una tos seca que le interrumpe los periodos de sueño. Ayer por la mañana se levantó con los ojos pegados de secreciones. La madre no refiere otra sintomatología ni comenta antecedente de enfermedades importantes.

4 Discusión-Conclusión

El virus del sarampión es conocido con el nombre de mixovirus, para el cual se ha diseñado una vacuna. Tiene un período de incubación de entre 10 y 14 días, desde que se produce el contacto con el virus. Por su parte el contagio puede variar entre 4 días antes de aparecer los síntomas, o 5 días después de haber cesado la mayoría de estos.

La principal vía de trasmisión es por medio del contacto con fluidos bucales o nasales de una persona infectada. En el caso de los niños prolifera rápidamente si no están vacunados, porque ellos suelen estar en contacto más cercano con otros niños.

5 Bibliografía

- https://www.sanitas.es
- https://www.mayoclinic.org

Capítulo 780

ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA (ELA)

ANA MARIA BELTRAN OLMO

MARÍA BEGOÑA PRIETO GONZÁLEZ

RAMONA MÓNICA VLADUT

NEREA DOMÍNGUEZ SÁNCHEZ

1 Introducción

La esclerosis lateral amiotrófica (ELA) es una enfermedad neurodegenerativa progresiva que daña las neuronas motoras del cerebro y la médula espinal. Estas dejan de funcionar y de enviar mensajes a los músculos, teniendo como consecuencia el debilitamiento muscular e incapacidad de movimiento.

2 Objetivos

-Conocer más acerca de la esclerosis lateral amiotrófica.
-Identificar los síntomas que produce la ELA.
-Diferenciar los tipos de ELA que existen.

3 Metodología

Para la realización del capitulo se ha realizado una búsqueda usando en buscador de “Google Académico” y se han usado las siguientes fuentes para la recopilar la

información más relevante: CuidatePlus, adELA (Asociación Española de ELA), MedlinePlus y la Plataforma de afectados por la ELA.

4 Resultados

La ELA afecta, mÁs concretamente, a las personas que se encuentran entre el rango de edad entre los 40-70 años. Aunque es mas frecuente entre los 60-69 y en varones. La esperanza de vida de una persona con ELA tiene un promedio de dos a cinco años desde el momento en el que se le diagnostica. Aproximadamente el 20% de las personas viven 5 años o mas y pueden llegar a vivir más de 10 años.

Además, se trata de una enfermedad difícil de diagnosticar, ya que hay otras enfermedades que imitan a la ELA. Algunas de las pruebas que se le realizan son: pruebas electrodiagnósticas, que incluyen electromiografías y análisis de la velocidad de conducción nerviosa estudios de sangre; de orina; punción lumbar; radiografías y resonancias magnéticas; mielograma de la columna cervical; biopsias de los músculos y/o nervios y exámenes neurológicos completos. Existen dos variantes:
- ELA esporádica: aparece de manera aleatoria y no se puede identificar ningún tipo de factor de riesgo asociable a ella. Esta es la más frecuente, aproximadamente el 90% de los casos registrados.
- ELA familiar: la variante es hereditaria con un perfil típicamente autosómico dominante, aunque este solo engloba el 5-10% de los casos.

Aunque no es considerada una enfermedad hereditaria, dicho factor se tiene en cuenta.

• Etapas:
1 Comienza con una pérdida de la fuerza muscular en las extremidades que impedirán hacer ciertas acciones cotidianas y también pueden verse afectados los músculos de la boca, disminuyendo la capacidad para tragar, deglutir o respirar.
2. Cuando la enfermedad va avanzando, se extiende por la corteza cerebral y la medula espinal, hasta producir unos daños severos: perdida absoluta de la movilidad y el fallo respiratorio (causa más habitual de fallecimiento).

Los síntomas más comunes que aparecen con la enfermedad y que se van acentuando a medida que la enfermedad avanza son:
- Músculos de la boca: problemas para la deglución y el habla (lentitud o dificultad para articular palabras).
- Cansancio y pesadez en los músculos que son controlados por la medula espinal.
- Rigidez muscular o calambres.

- Contracciones musculares (fasciculaciones).
- Parálisis.
- Pérdida de peso.
- Depresión: algunas personas la sufren a causa de la fatiga que produce la enfermedad y el deterioro progresivo que conlleva la enfermedad.

Se pueden distinguir tres tipos distintos de esclerosis lateral amiotrófica según la región en la que se presentan los síntomas inicialmente:
- Formas bulbares: aparecen en los músculos de la boca y lo presentan el 20-30% de las personas que sufren la enfermedad.
- Formas medulares o periféricas o espinales: los síntomas se presentan en brazos y piernas (extremidades) y lo presentan el 70-80% de los casos.
- Formas respiratorias: síntomas respiratorios que suelen estar presentes desde el principio.

Por último, al ser una enfermedad que no tiene cura, los tratamientos que se llevan a cabo tienen como finalidad, prolongar y mejorar la calidad de vida de las personas con ELA. Debe ser integral y multidisciplinar no reduciéndose solo al tratamiento farmacológico, y por ello, las unidades clínicas dedicadas al manejo de la ELA suelen estar compuestos por: neumología, médicos especialistas en el aparato digestivo, rehabilitación, nutrición, genética, fisioterapia, servicios sociales, psiquiatría y equipos de soporte.

5 Discusión-Conclusión

Al tratarse de una enfermedad neurodegenerativa crónica, es muy importante realizar un seguimiento en todos los ámbitos que se ven afectados, ya que no solo se limita a la persona, sino que también se ve involucrado su entorno mas cercano (familia, amigos, etc.).

Por ello, una buena coordinación entre los distintos profesionales que intervienen en el proceso, es primordial para conseguir une mejor aceptación de la persona afectada y de su entorno.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

- AdELA: Asociación Española de ELA
- Plataforma afectados por la ELA

Capítulo 781

CUIDADOS A BEBE CON LA ENFERMEDAD MANO, BOCA, PIE

MARIA VINAGRE FERNANDEZ

1 Introducción

Es una afección contagiosa causada por diferentes virus. Es común en los bebés y los niños menores de 5 años porque ellos todavía no tienen inmunidad contra los virus que causan la enfermedad. Sin embargo, los niños mayores y los adultos también pueden contraerla.es más común que las personas contraigan la enfermedad de manos, pies y boca en la primavera, el verano y el otoño. Es más común que las personas contraigan la enfermedad de manos, pies y boca en la primavera, el verano y el otoño.

La enfermedad de manos, pies y boca por lo general no es grave y casi todas las personas se recuperan en un plazo de 7 a 10 días sin tratamiento médico. Las personas infectadas podrían, rara vez, presentar una meningitis viral y necesitar ser hospitalizadas por algunos días. Las complicaciones aún menos comunes incluyen parálisis similar a la de la poliomielitis y encefalitis que podría ser mortal.

2 Objetivos

Es importante saber que esta enfermedad es más contagiosa durante la primera semana.

No obstante, a veces puede seguir siendo contagiosa durante varias semanas después de que hayan desaparecido los síntomas. Algunas personas, especialmente

los adultos, podrían no presentar ningún síntoma; sin embargo, todavía pueden transmitir los virus a otras personas. Hay que tomar precauciones si se sabe que se padece esta enfermedad, y si los niños la padecen no enviarlos al colegio para que no se propague.

3 Caso clínico

Niña de 2 años de edad que fue llevado a la consulta pediatrica de su centro de salud por sus padres. Al interrogarlos, estos refirieron que el niño había presentado fiebre elevada el día anterior y que al día siguiente ya aparecieron vesículas dolorosas en la mucosa bucal, por las que la niña rechazaba los alimentos. Y que observaron que la niña tenia unas erupciones rojas en la planta de los pies.

La niña se mostró irritable y poco cooperativo.

T° 38°C

Exploracion fisica: presencia de exantema, de aproximadamente 1-3 mm de tamaño en toda la planta del pie. Asimismo, se encontraron lesiones similares dispersas en región de ambas articulaciones radiocarpianas, en el dorso y palma de las manos,piel de los codos, rodillas y región perianal.

4 Discusión-Conclusión

La denominación de la enfermedad detalla perfectamente la distribución de las lesiones, pero en algunos casos puede haber compromiso de otras zonas de la piel.

El diagnóstico del presente caso se basó, sobre todo, en la historia de la enfermedad y el examen físico general, mediante el cual fueron identificadas las características clínicas de la lesiones, tanto en su apariencia como en su distribución en la mucosa bucal y piel. El diagnóstico precoz también es importante porque permite evitar brotes epidémicos, ya que la enfermedad de mano boca pie es una enfermedad viral de rápido contagio que fácilmente puede diseminarse en poblaciones de edad preescolar y escolar.

5 Bibliografía

- https://kidshealth.org

- https://ihppediatria.com

Capítulo 782

REPROCESAMIENTO DE LOS ENDOSCOPIOS FLEXIBLES EN LA UNIDAD DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA.

MARIA ANGELES BAZ MARTIN

RAQUEL GUTIERREZ TRAPIELLO

ANA ISABEL MARTINEZ FERNANDEZ

INÉS MARÍA COLLAZO ARIAS

MARIA ELENA FERNANDEZ FERNANDEZ

1 Introducción

Las infecciones asociadas a los endoscopios por defectos en su procesamiento aumentado el nivel de infecciones nosocomiales.
Las infecciones nosocomiales (infecciones contraídas tras una prueva endoscópica) Se podrían evitar tras un correcto reprocesamiento del endoscopio, practicándole a este una desinfección de alto nivel (DAN)

Todo el material endoscópico ha de ser sometido a una limpieza y desinfección exhaustiva, para así poder ofrecer un resultado óptimo del material, al tiempo que se evitan riesgos al paciente y al personal sanitario.

2 Objetivos

- Reducir riesgos de infección en las prácticas endoscópicas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: pubmed, medline, y scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Inmediatamente, al finalizar la exploración endoscópica, se realiza una Prelimpieza en la propia sala. Según protocolo de la Unidad de Endoscopias.

A continuación, en la sala de reprocesamiento, hacer Test de fugas y con la ayuda de una gasa empapada en solución enzimática se limpia la superficie externa del endoscópico. Retiraremos las válvulas y cepillaremos minuciosamente los diferentes canales, válvulas y orificios. Seguidamente, aclaramos correctamente e introducimos en la lavadora homologada para realizar D. A. N.
Finalizado el proceso de Alta desinfección, secar completamente el endoscopio, para evitar proliferación bacteriana, mala visión y deterioro del materia, colocar en posición vertical el tubo en el armario adecuado a este.

Con la desinfección de alto nivel se ha conseguido una mejora calidad de limpieza de los endoscopios flexibles.

5 Discusión-Conclusión

El correcto reprocesamiento de endoscopios, previene y evita: Infecciones, riesgos para la salud del pacientes y personal sanitario, deterioro de los delicados y costosos endoscopios.

Para lograr una limpieza y desinfección eficaz del material de endoscopias, ha de seguirse las pautas de limpieza, enjuague, desinfección y almacenamiento indi-

cadas en los protocolos de la unidad de endoscopias, estos protocolos siempre han de seguir las recomendaciones de las principales guías especializadas y hay que hacer especial hincapié en la formación y actualización continuada del personal de endoscopias.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 783

HIPERTENSIÓN ARTERIAL.

CELIA MARTINO GONZALEZ

MARÍA NELIDA GARCIA MARTINEZ

MÓNICA LÓPEZ FERNÁNDEZ

CYNTHIA GEDDES CUETO

MÓNICA ÁLVAREZ TUÑÓN

1 Introducción

La hipertensión arterial constituye un grave problema en la población. Provoca graves daños sobre todo en el corazón, riñones y retina. También se le llama enfermedad silenciosa. La hipertensión se asocia con el sedentarismo y la obesidad. La presión sanguínea se mide por la cantidad de sangre que bombea el corazón y por el grado de resistencia al flujo de sangre por sus vasos sanguíneos. Esta enfermedad se puede combatir con cambios en el estilo de vida y fármacos.

2 Objetivos

- Abordar esta enfermedad de manera global y conocer los cuidados que son necesarios cuando existe la hipertensión.
- Exponer de una manera actualizada soluciones para estos pacientes.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: pubmed, medline, y scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

PALABRAS CLAVES

Hipertensión , causas y pre-valencia.

4 Resultados

La hipertensión arterial en adultos se define como las cifras de presión arterial sistólica y diástola
140/90 mm Hg en reposo. Estos valores se deben de tomar con el paciente en estado de reposo y el paciente no debe de haber tomado café, bebidas alcohólicas ni fumado.

La presión arterial en adultos se clasifica en:
Tensión arterial normal < 120/ 80 mm Hg.
Prehipertension 120-139/ 80-89 mm Hg.
Hipertensión

Grado I – 140-159/90-99 mm Hg.
Grado II – 160-179/100-109 mm Hg.
Grado III – 180/120 mm Hg.

Es muy frecuente en las personas de la tercera edad la hipertensión arterial debido al endurecimiento de las arterias, sin embargo este problema es muy poco en los niños.
La hipertensión puede afectar a casi todos los órganos diana y los sistemas de nuestro organismo, sus efectos sobre el corazón se encuentra entre los mas peligrosos. Estos pacientes suelen presentar síntomas tales como: nauseas, mareos, perdida de la visión, graves dolores de cabeza o confusión

5 Discusión-Conclusión

Es muy importante detectar la hipertensión arterial para evitar complicaciones cardiovasculares.
El personal sanitario puede ofrecer algunas pautas a la población, las mas importantes son:

Dieta equilibrada
Una dieta que contenga los principales nutrientes en las proporciones necesarias es un requisito básico para mantener nuestra salud.
Los pacientes con hipertensión arterial deben evitar el consumo de sal de mesa. Es recomendable cocer y desechar el liquido de la cocción de las carnes y pescados con alto contenido en sodio.
Al contrario que la carne y el pescado, las frutas y verduras frescas contienen muy poco sodio por lo que son muy recomendables para estos pacientes.

Control del peso corporal
Los pacientes con exceso de grasa corporal tienen mas riesgo de presentar hipertensión y diabetes millitus, estos pacientes reducen la hipertensión bajando de peso, la actividad física favorece el mantenimiento o la disminución de grasa corporal.
Las personas con una vida sedentaria aumentan las posibilidades de padecer hipertensión.
Son ejercicios recomendables, nadar, caminar o correr.

Eliminar los habitos tóxicos
El consumo de alcohol en hipertensos aumenta el riesgo de enfermedad vascular encefálica. Se debe eliminar o limitar en estos pacientes.
Se debe desaconsejar el habito de fumar por ser perjudicial para la salud y la incidencia que tiene este sobre el cáncer. Un paciente hipertenso que fuma incrementa el riesgo de mortalidad.

6 Bibliografía

- Comisión Nacional Técnica Asesora del programa de Hipertensión Arterial .MINSA. Cuba Hipertensión arterial guía para la prevención, diagnostico y tratamiento.
- Mancia G.Guia Europea de practica clínica para el tratamiento de la hipertensión arterial. Revista Española de cardiología .2007 ; 60 (9) :968-994 https://search.

scielo.org.
- Https://www.geosalud.com
- Https://www.nia.nih.gov/health/presion-arterial-alta

Capítulo 784

MONONUCLEOSIS INFECCIOSA

ANGELA MARTOS CANADAS

ANA PATRICIA COTA EIREA

1 Introducción

La mononucleosis infecciosa (enfermedad del beso) llamada asi, por que se trasmite por la saliva. Es una enfermedad infecciosa producida por un virus de la familia de los herpes, habitualmente benigna y autorresolutiva. Producida habitualmente por el virus Epstein-Barr. Sintomatologia habitual: Fiebre, generalmente elevada (suele descender en un par de semanas) , debilidad muscular, a menudo con malestar general y fatiga, tumefacción de los ganglios linfáticos cervicales u occipitales. Resulta muy dolorosa, inflamación del revestimiento interno de la faringe y amígdalas, generalmente por infección, aumento del tamaño del bazo (suele descender en tres meses aproximadamente) y del hígado que está presente en aproximadamente un 10 por ciento de los casos.

En muchos casos, el aumento del tamaño de los ganglios es generalizado en ingles, axilas, o en la parte interna del codo. Tambien puede haber alteración de las pruebas hepáticas en un 80 por ciento de los casos, que se considera otra característica del cuadro sintomático. Otros síntomas que pueden aparecer son rinitis.
Afecta fundamentalmente a niños, adolescentes y adultos jóvenes. El periodo de mayor frecuencia es entre los 15 y los 17 años de edad.

La mayor complicación es el riesgo de rotura de bazo. En niños y adolescentes no se puede subestimar la clínica que describen, sobre todo si puede existir compro-

miso respiratorio, habitualmente un dolor de garganta suele ser simple faringitis, pero hay que descartar que no sea una patología mayor.

Se transmite principalmente por las secreciones orales (saliva) mediante intercambio de saliva, es decir, con un contacto personal estrecho, dado su bajo índice de contagio también se puede contagiar por la tos, estornudos, útiles de cocina…".

El virus se elimina hasta 18 meses después de la infección primaria, luego se elimina intermitentemente durante toda la vida (en ausencia de enfermedad clínica). Con menos frecuencia puede contagiarse por transfusión sanguínea.

En raras ocasiones se producen complicaciones pero, dentro de las posibles, destacan las siguientes:
• Neurológicas: meningitis, parálisis de los nervios craneales o encefalitis.
• Hematológicas: anemia hemolítica o trombopenia (disminución de las plaquetas).
• Respiratorias: neumonía.
• Rotura de bazo: es una complicación grave producida por un exceso de la hinchazón pero poco frecuente.
• Hepáticas (ictericia), renales y genitales (orquitis).

No hay tratamiento específico para la mononucleosis, por lo que el objetivo terapéutico consistirá en el alivio de los síntomas mientras dure la enfermedad. Para ello, es conveniente que el paciente guarde reposo, no debiendo realizar ejercicio físico durante 4 a 6 semanas. Se debe aumentar la ingesta de líquidos y se pueden administrar analgésicos-antipiréticos como el paracetamol o el ibuprofeno para combatir la fiebre y el dolor.

En cuanto a las medidas preventivas, no es necesario aislar al paciente, pero dado que se puede producir el contagio hasta pasados varios meses después de haber sufrido la enfermedad, se debe evitar besar y compartir objetos tales como vasos, vajillas o cubiertos con las personas que hayan padecido la enfermedad recientemente.

2 Objetivos

Informar sobre el tratamiento y las medidas preventivas de la mononucleosis.

3 Caso clínico

Chica de 17 años menor de edad que acude al servicio de urgencias acompañada de su pareja de 20 años, por dolor persistente de garganta sobre todo al tragar saliva desde hace 3 dias. Joven en periodo gestacional de 5 semanas, sin antecedentes personales de interés. Calendario de vacunas. Insiste en que no avisemos a su familia, ya que convive con su pareja y padre del bebe, desde hace 6 meses y no tiene relación con su padre, su madre falleció en 2014 en un accidente de tráfico.

Tras la entrevista inicial para cumplimentar datos relevantes y revisar la historia del paciente se realiza una exploración física y rutinaria donde el Doctor comprueba que tiene los ganglios y las amígdalas inflamadas, duro el abdomen y la temperatura corporal es de 38.7 grados.

El doctor solicita analítica y al servicio de ginecología que compruebe la evolución del feto.

Tras las pruebas realizadas y el resultado de la ecografía donde se comprueba que la evolución del feto es normal se observa un crecimiento n el tamaño del bazo porque lo que se deriva a ORL para la confirmación virus Epstein-Barr conocido comúnmente como la enfermedad del beso.

Se le realiza analítica también a su pareja, aunque esta asintomático comprobando que el esta sano. Se le explican las directrices para no contagiarse.

4 Discusión-Conclusión

Canalizar VVP. Administración de tratamiento con analgésicos y antipiréticos, abundante hidratación. Reposo relativo e ingreso en hospitalario para controlar la evolución de la paciente y del feto ya que puede tener graves consecuencias para el bebé si se padece en el embarazo. El estudio demuestra que padecer mononucleosis durante la gestación, podría aumentar las posibilidades de que el bebé desarrollara leucemia en el futuro, especialmente durante el primer año de vida.

El pronóstico de la MI es favorable en la mayoría de los casos, cursando habitualmente sin síntomas o con síntomas muy moderados.

Los síntomas suelen tener una presentación monofásica, no siendo rara la pre-

sentación bifásica (agravamiento de los síntomas después de una franca mejoría. La fiebre y la astenia son los síntomas que más puede alargarse en el tiempo. El aumento del bazo puede palparse durante varios meses.

Como medidas preventivas: medidas de aislamiento normales de cualquier enfermedad infecciosa. Evitar el contacto con la saliva del enfermo. Evitar especialmente el contacto con pacientes con inmunodeficiencias, trasplantados, etc.. No deben donar sangre durante infección reciente, ni acudir al colegio o lugares públicos donde puedan tener contacto directo con mas gente durante la fase aguda de la enfermedad (1-2 semanas).

A pesar de ensayos clínicos, todavía no se ha conseguido desarrollar una vacuna eficaz y segura frente al virus. No es aconsejable la utilización de virus vivos. La proteína gp350 adyuvada con aluminio parece tener buen poder inmunógeno y sería útil en la producción de una vacuna frente a la MI. Esta vacuna debería ser eficaz, no sólo para prevenir la MI, sino también para disminuir la incidencia del linfoma de Burkitt y otras neoplasias. El interferón alfa previene o disminuye el riesgo de infección por el VEB en el trasplante renal.

5 Bibliografía

- https://www.northshore.org/
enfamilia.aeped.es
- https://www.msdmanuals.com/
- https://www.cun.es/

Capítulo 785

CUIDADOS DE LA EPISIOTOMÍA TRAS EL PARTO

ANA ISABEL MUÑÍZ DÍAZ

ANA MARÍA SUÁREZ HORTAL

1 Introducción

La episiotomía es la incisión, de unos cuatro centímetros, que se realiza en la vagina para poder ampliarla y así favorecer el parto. Actualmente se lleva a cabo la denominada "episiotomía restrictiva", e esto significa que solamente se realizará si el profesional que la atiende considera que es necesario para acortar el periodo de expulsivo, evitar desgarros mayores o evitar el sufrimiento del bebé. La incisión suele ser medio lateral, partiendo del introito y dirigida hacia un lado (en general hacia el derecho).

En ocasiones, la mujer no precisa que se realice la episiotomía pero se producen pequeños desgarros que requieren ser suturados. Los cuidados de ambos tipos de herida quirúrgica son los mismos.

2 Objetivos

- Conocer de una serie de recomendaciones para el cuidado y recuperación de la episiotomía tras el parto y evitar así posibles complicaciones.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda sistemática en diversas bases de datos y revistas científicas utilizando las palabras clave episiotomía, cuidado del periné e higiene íntima, como descriptores, así como en la unidad de maternidad del Hospital Universitario de Avilés.

4 Resultados

Se ha demostrado que realizando las medidas que se citan a continuación se consigue un cuidado óptimo de la episiotomía:
- Mantener la zona perfectamente limpia y seca. Es lo más importante. Se debe secar cuidadosamente con tallas suaves, a golpecitos, evitando un secado de arrastre que pueda tirar de los nudos de los puntos.
- No se recomienda utilizar el secador en la zona perineal de forma rutinaria pues los puntos pueden quedar tirantes. Puede ser útil en caso de retraso de la cicatrización, y siempre con aire frío.
- Vigilancia diaria de la herida y lavados con jabón neutro. No es preciso hacer curas ni aplicar productos antisépticos. No usar antisépticos con yodo. El yodo es perjudicial para el bebé y llega a través de la leche materna.
- Uso de ropa interior de fibras naturales, preferentemente de algodón, puesto que la transpiración es mayor.
- Durante los primeros días, las braguitas desechables pueden ser útiles. Se encuentran fácilmente en farmacias o en grandes superficies.
- Uso de compresas de algodón y cambio cada 2-3 horas o cuando se note empapada, de esta manera la herida se mantendrá más seca y no habrá maceración de la misma. Evitar el uso de compresas cubiertas de celulosa (plástico)
- No es recomendable el uso de tampones o copas vaginales durante el postparto para evitar el riesgo de infección por acúmulo de secreciones.
- Es importante evitar el estreñimiento, para ello se aconseja el consumo de alimentos ricos en fibra y beber abundante agua.
- Tras la defecación limpiarse siempre desde delante hacia atrás, en dirección al recto. Posteriormente se recomienda lavar la zona con agua y jabón, para asegurar la limpieza y evitar la infección de la herida.
- La herida se beneficiará de la exposición al aire puesto que así se secan antes los puntos.
- Para aliviar el dolor, dar baños de asiento con agua tibia, asegurando después

que lanza perineal queda perfectamente seca. También puede aliviar tomar analgésicos o antinflamatorios.
- En caso de inflamación es útil aplicar hielo. Debe ir metido en una bolsa de plástico, para no mojar los puntos, y envuelto en un palo o toalla, pues la aplicación directa puede provocar quemaduras.
- Si las molestias son persistentes se debe consultar con el especialista para descartar una complicación.
- Evitar sentarse sobre flotadores o cualquier elemento que deje al descubierto la zona de la herida ya que aumenta la presión en esa zona y hay riesgo de dehiscencia.
- Para que no moleste, se puede probar a sentarse contrayendo las nalgas y apoyando completamente la espalda al respaldo.

5 Discusión-Conclusión

El cuidado del periné deben realizarlo todas las mujeres cuidadosamente, hayan tenido parto vaginal o cesárea, puntos o no. Es una parte de la higiene y recuperación física del posparto. El cuidado de los puntos se realiza igual, se haya tenido un desgarro vaginal o una episiotomía.

Si se nota que los puntos están supurando, o la zona está enrojecida hinchada, hay fiebre o pinchazos, es conveniente que se consulte con la matrona o el médico ya que es posible una infección.

Es importante llevar a cabo unos cuidados adecuados de la herida, si no ocurre ningún problema la herida curará al mes aproximadamente y los puntos reabsorbibles irán desapareciendo.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 786

SÍNDROME DE TOURETTE CON COPROLALIA (TCAE)

ROSA LUZ LEAL FERNÁNDEZ

MARGARITA ALVAREZ HERNANDEZ

TANIA BERNAL ALVAREZ

1 Introducción

El síndrome de Toulette con coprolalia es un trastorno neurológico obsesivo-compulsivo. Este síndrome no tiene cura, le da más a los hombres que a las mujeres y a un 70% de los afectados se les quita cuando llegan a viejos.

La coprolalia es uno de los síntomas más confusos y socialmente inaceptables el síndrome de Tourette (ST). Este síndrome es un trastorno hereditario que se desarrolla durante la niñez y afecta a personas de todas las razas y culturas. Los síntomas incluyen tics motores, vocales y malas palabras de manera repetida.

Cuando esto sucede con expresiones involuntarias de palabras obscenas socialmente inapropiadas o comentarios despectivos podemos hablar de coprolalia, otros ejemplos incluyen referencias a las áreas genitales. Excremento y actos sexuales, aunque es una minoría de pacientes que lo padecen.

Es un síntoma físico y neurológico por naturaleza, aunque hay pocas investigaciones que se enfocan en la coprolalia, existen datos que un tercio de personas con síndrome de Tourette (ST) exhiben este síntoma en algunas etapas de sus vidas. Estas palabras no son dichas en un contexto emocional o social y frecuentemente

son dichas o repetidas convulsivas en tonos muy altos o ritmos vocales diferentes a los que se usan normalmente.

A veces son frases complejas, sin sentido o hasta cómicas, otros en cambio repiten las palabras inapropiadas mentalmente, esto no se ve aparentemente pero llega a ser angustioso.

La causa más común de la coprolalia es que involucra los mismos problemas en el mecanismo inhibitorio en el cerebro que causan movimientos involuntarios. La habilidad que tenemos todos al reprimir movimientos no deseados o sentimientos incoscientes esta discapacitada en persionas que padecen síndrome de Tourette(ST), incrementándose con el stréss, la fatiga y el entusiasmo.

La coprolalia es uno de los síntomas más difíciles que tienen que soportar una minoría de personas con síndrome de Tourette (ST), aunque este síntoma no esta relacionado con la inteligencia o el carácter de la persona.

2 Objetivos

El poder entender este síndrome y aceptar los síntomas del síndrome de Tourette(ST) con coprolalia, es una parte importantísima para la ayuda de personas con esta enfermedad, ya que ayudarían a que puedan ver el día a día de sus vidas llenas y productivas.

La mayoría de estos enfermos tienen tics causados por la afección y vocabulario poco apropiado para la sociedad, pero estos tics y palabras no interrumpen sus actividades diarias no necesitando tratamiento a base de fármacos en muchos casos, aunque si tratamientos conductuales, como informar a la comunidad sobre el síndrome (ST), compañeros de estudio de trabajo, docentes, etc. pudiendo aumentar la comprensión sobre los síntomas, reducir las burlas y disminuir el estréss de esta manera podemos empatizar con estos enfermos, siendo posible disminuir algunos de los síntomas.

3 Metodología

Se trata de un trabajo realizado buscado sistemáticamente en artículos con distintas bases de datos, páginas web, buscadores de Google académico, asociaciones, vídeos, etc. Así como se asistió a charlas de entrenamiento. Todo lo anterior se ejecutó en un periodo aproximado de un mes y el estudio se extendió a otros quince

días descartando contenidos poco creíbles y cotejando toda la información.

4 Bibliografía

- Tourette Association of America. Autoras; -Sue Levi-Pearl, vicepresidente de programas médicos y científicos para TAA.
- Joanne E. Cohen, MSW; LCMSW; trabajadora social con ST, incluyendo coprolalia.
- Vídeos; clinical Couseling; Towards an Understanding or Tourette Syndrome.

Capítulo 787

ENFERMEDAD DE MANOS, PIES Y BOCA

MARI CARMEN QUINTANA GONZALEZ

CARMEN MARIA VÁZQUEZ

TAMARA REGUERA GONZALEZ

ANA ISABEL IGLESIAS SANCHEZ

1 Introducción

La enfermedad manos, pies y boca es común en los niños pequeños: causa fiebre, llagas en la boca y sarpullido. Es una enfermedad de afección contagiosa causada por diferentes virus. Es común en los bebés y los niños menores de 5 años por qué no tienen el sistema inmune desarrollado contra los virus que causan esta enfermedad.

Sin embargo, los niños mayores y los adultos también pueden contraerla, por lo general no es una enfermedad grave y casi todas las personas se recuperan en un plazo de 7 a 10 días sin tratamiento médico. Las personas infectadas podrían, rara vez , meningitis viral y necesitan ser hospitalizadas durante algunos días . Las complicaciones aún menos comunes incluyen parálisis similar a la de la poliomielitis y encefalitis que podría ser mortal.

Los síntomas más frecuentes son fiebre, pérdida de apetito, dolor de garganta, malestar llagas dolorosas en la boca que normalmente comienzan con puntitos

rojos planos, sarpullido formado por puntitos rojos pequeños que pueden convertirse en ampollas, que aparecen en las palmas de las manos y en la planta de los pies y, a veces, en las rodillas, los codos, las nalgas o el área genital. Estos síntomas generalmente aparecen por etapas, no todos juntos, no todas las personas tendrán todos estos síntomas . Algunas podrían no tener ningún síntoma , sin embargo, todavía pueden trasmitir el virus a otras personas .

2 Objetivos

- Indagar la etiología viral y describir las características clínico epidemiólogicas de la entidad.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 788

EL SARAMPIÓN

SUSANA BLANCO DÍAZ

ELSA BARCIA LEIVAS

MARIA ISABEL MENDEZ PEREZ

1 Introducción

El sarampión es una enfermedad infecciosa causada por un virus. Se disemina fácilmente de persona a persona y causa una erupción en la piel de color roja con manchas. Esta erupción suele comenzar en la cabeza y descender al resto del cuerpo. Otros síntomas pueden incluir:

- Fiebre
- Tos
- Moqueo nasal
- Conjuntivitis
- Sensación de dolor y malestar
- Pequeñas manchas blancas dentro de la boca

Algunas veces, el sarampión puede conducir a problemas serios. No existe un tratamiento, pero la vacuna contra sarampión-paperas-rubéola (MMR) puede prevenirlo.

Las complicaciones del sarampión se deben a la replicación viral o a la sobreinfección bacteriana, e incluyen otitis media, laringotraqueobronquitis, neumonía, diarrea y encefalitis. Los niños pequeños malnutridos y los pacientes con inmunodeficiencias presentan un mayor riesgo de complicaciones graves. Una complicación, menos común pero más grave, que se desarrolla años después de la infección es la panencefalitis esclerosante subaguda (1/10.000 -1/100.000 casos). En

los países industrializados, la tasa de letalidad del sarampión se sitúa entre 0,1 y 1 por 1.000 casos notificados. En las zonas templadas la enfermedad ocurre principalmente al final del invierno y comienzo de la primavera.

2 Objetivos

- Realizar el seguimiento continuo y sistemático para la vigilancia integrada de sarampión mediante el proceso de notificación, recolección y análisis de los datos, con el fin de generar información oportuna válida y confiable que permita orientar las medidas de prevención y control del evento y la detección oportuna de la circulación de virus.

3 Metodología

En la infección por este virus, después del periodo de incubación (de 7 a 18 días en el caso del sarampión) se produce la sintomatología clínica. El sarampión comienza con una fase prodrómica (fiebre, conjuntivitis, coriza, tos y manchas de Koplik), de tres días de duración, tras la que aparece un exantema máculo-papular, que comienza en la cara, generalizándose a continuación.

La OMS propone una definición de caso clínico para sarampión, recogida en el Plan Nacional de Eliminación, que incluye fiebre superior a 38 oC y exantema máculo-papular, acompañado de al menos uno de estos tres síntomas: tos, rinitis/coriza y conjuntivitis.

El virus puede ser identificado en la muestra clínica adecuada en los días alrededor del comienzo de los síntomas. Unos pocos días después comienza a producirse una respuesta específica de anticuerpos que, en primer lugar son de la clase IgM (que duran 2-3 meses), seguidos por IgG, que alcanzan el pico a los 15 días y que permanecen detectables durante toda la vida. Así el diagnóstico de laboratorio de sarampión se basa tanto en métodos directos, para identificar el agente que produce la enfermedad, como en métodos indirectos, para determinar la respuesta específica de anticuerpos.

4 Resultados

No existe ningún tratamiento antiviral específico contra el virus del sarampión. Las complicaciones graves pueden evitarse con un tratamiento de apoyo que

garantice una buena nutrición, una ingesta suficiente de líquidos y el tratamiento de la deshidratación con las soluciones de rehidratación oral recomendadas por la OMS (para reponer los líquidos y otros elementos esenciales que se pierdan con la diarrea o los vómitos). Se deben prescribir antibióticos para tratar la neumonía y las infecciones de oídos y ojos.

Todos los niños de los países en desarrollo diagnosticados de sarampión deben recibir dos dosis de suplementos de vitamina A con un intervalo de 24 horas entre ambas. Este tratamiento es eficaz para restaurar los niveles de vitamina A, que durante la enfermedad suelen ser bajos incluso en niños bien nutridos, y puede ayudar a prevenir las lesiones oculares y la ceguera. Además, se ha demostrado que los suplementos de vitamina A reducen la mortalidad por sarampión en un 50%.

5 Discusión-Conclusión

La medida de salud pública más eficaz contra el sarampión es la prevención mediante la vacunación.
La vacuna del sarampión está incluida dentro del calendario vacunal en España en la vacuna triple vírica (sarampión, rubeola y parotiditis). Esta vacuna consta de dos dosis. Con la segunda dosis es cuando se consigue la protección prácticamente completa frente a la enfermedad, con una tasa de seroconversión para el sarampión del 95-98%.

6 Bibliografía

- https:www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https:scielo.org/es/.
- https:medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 789

LA OBESIDAD INFANTIL

RAMONA MÓNICA VLADUT

NEREA DOMÍNGUEZ SÁNCHEZ

ANA MARIA BELTRAN OLMO

MARÍA BEGOÑA PRIETO GONZÁLEZ

1 Introducción

La obesidad infantil significa tener demasiada grasa corporal. Actualmente, tal y como declara la OMS, es uno de los problemas de salud pública mas graves del SXXI, afectando a la mayoría de los países desarrollados.

Este problema viene asociado al estilo de vida propio de la persona (consumo excesivo de comida y/o sedentarismo), aunque también pueden influir otros factores.

2 Objetivos

Concienciar sobre los problemas que derivan de la obesidad infantil.

3 Metodología

La elaboración de este capitulo se ha llevado a cabo a través de una recopilación de información recogida de diferentes fuentes, utilizando como buscador “Google Académico”. Dichas fuentes son: la OMS, Mayoclinic y MedlinePlus.

4 Resultados

Existen una serie de factores de riesgo que hacen aumentar el riesgo a padecer obesidad, entre ellos podemos destacar:
-Alimentación: consumir alimentos hipercalóricos (dulces, bebidas azucaradas…)
-Estilo de vida sedentario: los niños que no llevan a cabo ningún tipo de ejercicio tienen mas probabilidad de aumentar de peso, ya que este les ayuda a consumir más calorías.
-Factores hereditarios: personas en la familia con obesidad/sobrepeso.
-Factores psicológicos: las personas que sufren situaciones de estrés pueden enfrentar ese tipo de emociones consumiendo alimentos.
-Factores socioeconómicos: no tener suficientes recursos a su disposición (limitados)

La obesidad infantil tiene unos efectos/complicaciones para la salud:

1. Complicaciones físicas:
- Diabetes tipo 2: la obesidad y el sedentarismo aumentan el riesgo a padecerla.
- Síndrome metabólico: riesgo de enfermedad cardiaca u otros problemas de salud.
- Colesterol alto y presión arterial alta: puede producir que las arterias se estrechen y se endurezcan.
- Asma
- Trastornos del sueño: apnea obstructiva del sueño
- Enfermedad del hígado graso no alcohólico (NAFLD)
- Mayor probabilidad de sufrir fracturas en los huesos: los huesos se debilitan a causa del peso que soportan.

2. Complicaciones sociales y emocionales:
- Baja autoestima
- Problemas de comportamiento y aprendizaje: algunos tienden a tener más ansiedad y menos habilidades sociales.
- Depresión: a causa de tener una baja autoestima

Para evitar que todo ello suceda, es necesario tener en cuenta algunas acciones preventivas:
-Reducir el consumo de alimentos azucarados/hipercalóricos
-Aumentar el consumo de frutas y verduras
-Fomentar las comidas en familia
-Limitar el consumo de comidas rápidas, precocinadas…

-Reducir el tiempo destinado a las actividades sedentarias (ej.: ver la televisión…)
- Limita la cantidad de bebidas azucaradas que toma tu hijo, o evítalas por completo.
- Dale muchas frutas y verduras.
- Come en familia tanto como sea posible.
- Mantener unos horarios de sueño para que duerma las horas necesarias.

5 Discusión-Conclusión

Puesto que la obesidad infantil se ha convertido en una enfermedad con gran impacto en los países desarrollados o en desarrollo y en aumento en los últimos años, es de gran importancia educar para mantener un estilo de vida saludable y evitar su aparición.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 790

VIRUS DEL ÉBOLA.

ALVARO ESTRADA MARTÍN-CONSUEGRA

1 Introducción

La enfermedad por el virus del Ébola, anteriormente llamada enfermedad hemorrágica del Ébola, es muy joven, solo cuenta con 38 años de evolución desde su descubrimiento. En 1975 un joven viajero, luego de recorrer extensamente Rhodesia, debió internarse en un hospital de Sudáfrica, donde murió víctima del Marburgo. Este minibrote se extendió a un compañero de viaje y a una enfermera, quienes sobrevivieron.

Un año después, casos similares se presentaron, casi simultáneamente, en dos regiones del continente africano. El primer episodio afectó a cientos de personas en Zaire (actual República Democratica del Congo), con una letalidad de 90% el segundo se presentó en la zona sur de Sudán. La mayor diseminación del virus se produjo en forma intrahospitalaria, por contacto persona a persona y por la reutilización de agujas contaminadas.

Las muestras se enviaron a laboratorios de alta seguridad en Estados Unidos, en Bélgica y en Inglaterra, coincidiendo los tres en que el virus era morfológicamente igual al Marburgo, esto es, un Filoviridae, pero serológicamente distinto. Finalmente se concluyó que se estaba ante un nuevo virus. Este se bautizó con el nombre de Ébola, pequeño río de Zaire de donde provenía el paciente del cual se hizo el primer aislamiento del virus. El período de incubación, o sea, el intervalo entre la infección y la aparición de síntomas, oscila entre 2 y 21 días.

Se considera que los murciélagos frugívoros, en particular Hypsignathus monstrosus, Epomops franqueti y Myonycteris torquata, son posiblemente los hués-

pedes naturales del virus del Ebola en África. Por ello, la distribución geográfica de los Ebolavirus puede coincidir con la de dichos murciélagos. El virus del Ebola se introduce en la población humana por contacto estrecho con órganos, sangre, secreciones u otros líquidos corporales de animales infectados. En África se han documentado casos de infección asociados a la manipulación de chimpancés, gorilas, murciélagos frugívoros, monos, antílopes y puercoespines infectados que se habían encontrado muertos o enfermos en la selva.

Las muertes probables por ébola en el noreste de la República Democrática del Congo (RDC) han aumentado a 201, de las que 166 ya han dado positivo en laboratorio, según los últimos datos divulgados anoche por el Ministerio de Sanidad congoleño.Mientras, el número total de contagios alcanza los 326 -de los que 291 han sido confirmados-, a fecha de 9 de noviembre de 2018. Es un brote que aparece en agosto de 2018.

Signos y síntomas.

Tras la infección aparecen las primeras manifestaciones de la enfermedad que son cefaleas, inflamación de garganta, fiebre y cansancio general. Tras ese período, aparecen mialgias, epístaxis y un signo muy prematuro que es el sangramiento abundante por el orificio de un pinchazo por una aguja de inyección hipodérmica.

Seguidamente aparece un sarpullido generalizado, petequias (microhemorragias subepidérmicas), náuseas, vómitos y diarreas sanguinolentas. Sigue una rápida afectación del hígado, bazo, intestinos (con dolores abdominales) y riñones, con hemorragias por todos los orificios naturales con vómitos sanguinolentos. Los ojos se ponen rojos y sale sangre por los lagrimales (los enfermos lloran sangre) pudiendo sobrevenir ceguera. La deshidratación es muy rápida con la postración consiguiente. El enfermo sangra por todos los poros.

Medidas de prevención.
Según las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) el control y prevención del virus del Ébola se basa en tres pilares fundamentales:

Controlar la infección en animales: actualmente no hay vacunas dirigidas a prevenir la infección por virus del Ébola-Reston en animales, es por ello que se deben aplicar métodos químicos de desinfección utilizando hipoclorito de sodio y otros detergentes de forma regular en las granjas de animales como monos y cerdos.

Ante la sospecha de cualquier brote del virus los animales deben ponerse en cuarentena o podrían incluso sacrificarse para evitar la transmisión a seres humanos.

Disminuir el riesgo de la infección humana: al no existir una vacuna para seres humanos ni tampoco un tratamiento específico contra la infección por el virus del Ébola la educación de la población en riesgo es un arma fundamental. Se deben implementar campañas de concienciación sobre los distintos factores de riesgo y las medidas de protección frente a ellos. En ciertos países africanos, al ocurrir un brote de ébola se activan mecanismos de información y difusión de mensajes para reducir los riesgos de transmisión, los cuales deberán enfocarse en los siguientes aspectos:

Disminuir el contacto con animales salvajes que pudieran estar infectados como simios, monos y algunos tipos de murciélagos. Evitar el consumo de carne cruda. Empleo de guantes y prendas protectoras para manipular animales.Utilizar guantes, mascarillas y batas especiales para disminuir el riesgo de transmisión de persona a persona como consecuencia del contacto estrecho con personas infectadas, en particular con sus líquidos corporales.

Lavarse las manos frecuentemente, sobre todo después de visitar a familiares enfermos en el hospital, así como después de haber cuidado a enfermos en el hogar. Difundir mensajes de información a la población sobre las características de la enfermedad y de las medidas de control del brote, en particular la inhumación de cadáveres.

Prevenir la infección del ébola en los centros de salud: esto se refiere al uso de medidas de aislamiento y utilización de equipos necesarios (guantes, tapabocas, batas) para reducir el riesgo de transmisión desde los enfermos hacia el personal sanitario, como médicos, enfermeras, así como técnicos de laboratorio que manipulan sangre y otros líquidos corporales de los pacientes infectados con el virus.

2 Objetivos

- Repasar el orígen del Ébola, así como sus signos y síntomas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica

existente. se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: pubmed, medline, y scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Bibliografía

- https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001339.htm
- https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ebola-virus-disease
- https://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-articulo-enfermedad-por-virus-ebola-actualizacion-S0213005X15004498
- http://www.rtve.es/noticias/20141013/ebola-como-se-transmite-tan-letal/988600.shtml
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 791

APOYO EN LA ALIMENTACIÓN EN PACIENTES PALIATIVOS

LOURDES BELEN PEREZ LORENZO

AINOA MARTINEZ PEREZ

PATRICIA MARTÍNEZ PÉREZ

1 Introducción

Atender los mecanismos fisiopatológicos en las últimas fases de la vida, puede resultar complicado, generando ansiedad en el personal sanitario

2 Objetivos

- Detectar necesidades y alteraciones nutricionales de pacientes terminales.
- Analizar los cuidados en alimentación que precisan los pacientes terminales.
- Exponer los conflictos que pueden aparecer con respecto a la nutrición en los pacientes terminales.

3 Metodología

Revisión bibliográfica sobre el soporte nutricional en pacientes con enfermedad avanzada y cuidados paliativos. Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Pubmed, Scielo. Las palabras clave utilizadas en la búsqueda han sido: cuidados paliativos, apoyo nutricional, alimentacion enteral y parenteral.

Tras la búsqueda, se realiza una lectura crítica de la bibliografía encontrada y se procede a analizar y ordenar la información.

4 Resultados

Tras el análisis de la bibliografía, se observa gran dificultad para la obtención de criterios unificados en cuestiones de nutrición en el paciente terminal debido a la gran variedad de estos pacientes, tanto en la manifestación de síntomas como en las necesidades terapéuticas. En función del estado de paciente la alimentación se administrara preferentemente por víaoral. En ocasiones, aparecen alteraciones que lo impiden, lo que conlleva plantear métodos más invasivos, tales como nutrición enteral por sonda nasogástrica y ostomias, oincluso nutrición parenteral.

5 Discusión-Conclusión

El objetivo principal en los pacientes con enfermedades terminales, es lograr el máximo bienestar del paciente. En el plan terapéutico de este tipo de pacientes surgen conflictos sobre la utilización de métodos más invasivos y las principales recomendaciones son recurrir a los principios bioéticos no maleficencia, beneficencia, y autonomía. Debido a la variabilidad de este tipo de pacientes será necesario valorar de manera individualizada la situación, estableciendo los beneficios que se obtendrán, frente a los perjuicios que se pueden generar en ese paciente.

6 Bibliografía

- https://cuidadospaliativos.info/alimentacion-enfermo-terminal/
- Couceiro A: El enfermo terminal y las decisiones en torno al final de la vida. En: Couceiro, Azucena (ed.): Ética en cuidados paliativos. pp. 263-304. Triacastela. Madrid, 2004.
- Núñez Olarte JM: Una elección básica: tratamiento ¿curativo? o tratamiento paliativo. En: Couceiro, Azucena (ed.): Ética en cuidados paliativos. pp. 109-125. Triacastela. Madrid, 2004.
- Marañón G: Vocación y ética y otros ensayos. Espasa-Calpe. Madrid, 1961.

Capítulo 792

LA DIABETES EN LA VIDA COTIDIANA DE LAS PERSONAS MAYORES

ANA ISABEL ALVAREZ DEL SALVADOR

COVADONGA CELESTINA CAMBLOR VALDES

1 Introducción

La diabetes es una enfermedad muy común en las personas mayores. La diabetes es una enfermedad en la que los niveles de glucosa (azúcar) de la sangre están muy altos. La glucosa proviene de los alimentos que consume. La insulina es una hormona que ayuda a que la glucosa entre a las células para suministrarles energía. En la diabetes tipo 1, el cuerpo no produce insulina. La insulina es una hormona producida por el páncreas para controlar el azúcar en la sangre. La diabetes puede ser causada por muy poca producción de insulina, resistencia a la insulina o ambas.

Para comprender la diabetes, es importante entender primero el proceso normal por medio del cual el alimento se transforma y es empleado por el cuerpo para obtener energía. Una vez se digiere y absorbe el alimento pueden suceder varias cosas:

- Un azúcar llamado glucosa entra en el torrente sanguíneo. La glucosa es una fuente de energía para el cuerpo.
- Un órgano llamado páncreas produce la insulina. El papel de la insulina es transportar la glucosa del torrente sanguíneo hasta el músculo, la grasa y otras células, donde puede almacenarse o utilizarse como fuente de energía.

- Hay dos tipos principales de diabetes. Las causas y los factores de riesgo son diferentes para cada tipo:
- La diabetes tipo 1 es menos común. Se puede presentar a cualquier edad, pero se diagnostica con mayor frecuencia en niños, adolescentes o adultos jóvenes. En esta enfermedad, el cuerpo no produce o produce poca insulina, debido a que las células del páncreas que producen la insulina dejan de trabajar. Este tipo de diabetes necesita para su tratamiento inyecciones diarias de insulina. Aún a día de hoy se desconoce la causa que impide la producción de la insulina.
- La diabetes tipo 2 es más común. Casi siempre se presenta en la edad adulta. pero debido a las tasas altas de obesidad, ahora se está diagnosticando con esta enfermedad a niños y adolescentes. Algunas personas con diabetes tipo 2 no saben que padecen esta enfermedad. Con la diabetes tipo 2, el cuerpo es resistente a la insulina y no la utiliza con la eficacia que debería. No todas las personas con diabetes tipo 2 tienen sobrepeso o son obesas.

Las principales causas de esta enfermedad son: mala alimentación, herencia genética, sedentarismo y alteraciones de las defensas. Los principales síntomas son: necesidad de orinar muchas veces en poco tiempo, mucha sed y hambre, cansancio, mojar la cama, perdida de peso sin motivo aparente y de forma rápida, aliento con olor dulce, visión borrosa, calambres musculares, irritabilidad, sensación de náuseas y vómitos.

Hay otras causas de diabetes, y algunas personas no se pueden clasificar como tipo 1 ni 2. La diabetes gestacional es el nivel alto de azúcar en la sangre que se presenta en cualquier momento durante el embarazo en una mujer que no tiene diabetes.

2 Objetivos

- Ayudar a que el paciente sepa identificar y controlar los síntomas de esta enfermedad.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas

revisadas.

4 Resultados

Es importante un diagnóstico precoz de la diabetes puede producir importantes complicaciones afectando especialmente al sistema cardiovascular (infarto de miocardio y trombosis cerebral), así como al sistema nervioso, riñón, y órganos de la visión. Una vez diagnosticada la enfermedad, será el médico el que prescriba el tratamiento a seguir.

5 Discusión-Conclusión

Se ha demostrado que para tratar la diabetes a parte de la medicación es necesario una alimentación adecuada (sin azúcar, sin grasas, etc), realizar ejercicio diariamente. Si se nota algún síntoma es importante acudir al médico de cabecera antes de que la enfermedad produzca algún daño importante.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 793

DESHIDRATACIÓN DEL ANCIANO

ANA PATRICIA COTA EIREA

ANGELA MARTOS CANADAS

1 Introducción

El agua es el componente mayoritario del organismo, alrededor de un 60 % en jóvenes y disminuyendo a valores del 50% en ancianos. El agua no puede ser sintetizada por nuestro cuerpo, por lo que tiene que ser aportada a diario en cantidades suficientes para compensar las pérdidas sufridas y de esa forma mantener un balance hídrico adecuado.

El mantener este balance en valores nulos es esencial para una vida saludable. Ya que un balance negativo provocará deshidratación, y un balance positivo llevará a una sobrecarga de fluidos. Este equilibrio se produce por la combinación, entre otros, de los siguientes factores:
• El mecanismo de la sed (ingreso de líquidos).
• La acción de los riñones y la de la hormona antidiurética (regulación de la eliminación).
Debe de quedar claro, pues, cuáles son las entradas y las salidas de los líquidos en nuestro organismo.
• Las entradas de líquidos en el organismo (ingresos). Son:

- La ingesta: volumen de líquidos que una persona ingresa al día por vía oral (unos 2500 ml de media). Esta viene detallada de la siguiente forma:
- Ingresos líquidos: 1 500 ml.
- Agua de los alimentos: 700 ml.

- Agua oxidativa: 300 ml.

• Las salidas de los líquidos de organismo a través de las diferentes vías de eliminación (perdidas). Son:
- Diuresis: 1500 ml.
- Pérdidas insensibles:
- Respiraciones: 400 ml.
- Piel: 400 ml.
- Heces: 200 ml.

• Consecuencia o síntoma: es aquello que ocurre en el organismo por estar deshidratado.
Uno de los primeros síntomas es la sequedad en piel y mucosas. En segundo lugar, es muy probable la aparición de estreñimiento, mayor número de latidos del corazón, descenso de la tensión arterial, disminución de la cantidad de orina, entre otros.

Si la deshidratación es más grave ya se puede observar una disminución de peso brusco, que la orina adquiere un tono más oscuro, aumenta la somnolencia, mareo, confusión e incluso síncopes.
• Causa: es lo que lleva a la deshidratación. Algunas de las causas más frecuentes son:
- Diarrea o vómitos. La diarrea que aparece de repente y violentamente ya puede provocar una enorme pérdida de agua y electrolitos en un corto período. Si presentas vómitos junto con la diarrea, pierdes incluso más líquidos y minerales.
- Fiebre. En general, cuanto más alta es la fiebre, mayor es el grado de deshidratación. El problema empeora si tienes fiebre además de diarrea y vómitos.
- Transpiración excesiva. Si hace mucho calor y hay humedad, transpiras más y pierdes más líquidos.
- Mayor necesidad de orinar. Esto puede deberse a una diabetes no diagnosticada o no controlada. Ciertos medicamentos, como los diuréticos y determinados medicamentos para la presión arterial, también pueden provocar deshidratación, generalmente, porque hacen que tengas una mayor necesidad de orinar.
- La ingesta escasa de líquidos: bien sea porque no se sienta la necesidad de beber (como sucede en la demencia y otras enfermedades cerebrales) o porque alguna enfermedad impida beber (como una enfermedad digestiva o el estar inconsciente).

Prevenir o evitar estas situaciones es el principal objetivo ya que esto deriva una mejora en la calidad de vida de los mayores, así como en una disminución tanto

de la tasa tanto de mortalidad del anciano como también en una disminución significativa de ingresos hospitalarios derivado de estas situaciones. Todo ello conlleva una disminución del gasto económico.

Las necesidades de ingesta diaria de agua varían de una persona a otra, siendo la media unos 2000 ml diarios. Cualquier persona puede deshidratarse, pero esta afección es especialmente peligrosa para los niños y los adultos mayores. A medida que envejecemos, el contenido de agua en el cuerpo disminuye y el riesgo de deshidratación aumenta, por lo que las consecuencias son mayores y más graves.

Concienciar y educar a las personas, sus familiares y cuidadores sobre los riesgos de la deshidratación y sus consecuencias es fundamental y es algo que no podemos dejar de lado. En ocasiones, la deshidratación ocurre por razones bastante simples: porque no bebes lo suficiente porque estás enfermo, ocupado o se tiene miedo a la incontinencia, así como evitar urgencias para ir al W.C. si se sale de casa, o por falta de acceso a agua potable con seguridad. Los adultos mayores se deshidratan con más frecuencia durante enfermedades menores como influenza, bronquitis o cistitis. Los signos y síntomas de deshidratación varían según la edad. En adultos algunos de ellos son: Sed excesiva, micción menos frecuente, orina de color oscuro, fatiga, mareos, confusión, etc.

2 Objetivos

- Tener en cuenta las consecuencias de la deshidratación y distinguirlas bien de las causas que la originan.

3 Caso clínico

Varón de 77 años, maestro jubilado, viudo, vive solo (aunque uno de sus 2 hijos vive a 100 m), no hábitos nocivos, completamente funcional e independiente hasta que desde hace 5 días antes presenta un cuadro de gastroenteritis vírica (diagnosticada por su médico de atención primaria).

Es remitido al servicio de urgencias hospitalarias por este, ya que a pesar de llevar varios días siguiendo las recomendaciones en estos casos, el paciente comienza a hablar incoherencias y continúa rechazando los alimentos, tanto sólidos como líquidos. Si bien nos comenta su hijo que para intentar controlar tanto los vómitos como las deposiciones diarreicas desde hace un día se niega a ingerir las cantidades necesarias de sólidos y de líquidos. El sueño esta aumentado y la diuresis

es mínima. En su ingreso de urgencias se observa su estado obteniendo, entre otros, los siguientes datos:
• Febrícula.
• 3 deposiciones líquidas, sin moco ni sangre.
• Vómitos tras la ingesta de líquidos.
• Abdomen blando, no doloroso a la palpación.
• Sequedad de piel y mucosas.
• Presión arterial 90/50 mm Hg.
• Frecuencia cardiaca y respiratorias normales.
• Saturación de oxígeno 93%.
• Somnolencia y leve desorientación.

4 Discusión-Conclusión

El volumen líquido del organismo, en condiciones normales, se mantiene en equilibrio. Las pérdidas han de estar compensadas con los ingresos.La mejor forma, sin ninguna duda, de tratar una deshidratación es evitarla, así que la prevención es fundamental en este caso concreto.

Cuando se tenga fiebre, diarrea o vómitos. No hay que cometer el error de pensar que beber menos evita los vómitos o la diarrea.Un buen consejo que dar a nuestros mayores es el de beber, aunque no se tenga sed. Hay que acostumbrarse a beber unos dos litros de líquido al día. Para pacientes incontinentes se aconsejará una ingesta mayor durante las mañanas.

La deshidratación en mayores se asocia con un aumento de las tasas de mortalidad entre aquellos pacientes hospitalizados que tienen más edad. Esta deshidratación puede precipitar la hospitalización de urgencia y también aumentar el riesgo de repetidos ingresos hospitalarios.

5 Bibliografía

• Ramos Cordero P. Hidratación en los mayores. Vivir sano a partir de los 50. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Número Especial. Año I. Edita Grupo I.C.M..2010.
• Ramos Cordero P., Nieto López - Guerrero J. y Serrano Garijo P. Requerimientos hídricos en diferentes edades y en situaciones especiales: Requerimientos hídricos de los ancianos. Ediciones Cinca. 2006.

• Vivanco F., Palacios J.M. y García Alambra A. Alimentación y Nutrición. Dirección General de Salud Pública. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1984.
• Grande Covián F. Necesidades de agua y nutrición. Fundación Española de Nutrición. Serie de informes. 1993.
• Libro blanco de La nutrición en España. Fundación Española de la Nutrición (FEN).2013.

Capítulo 794

EL SÍNDROME DEL CUIDADOR QUEMADO.

ANA ISABEL ALVAREZ DEL SALVADOR

COVADONGA CELESTINA CAMBLOR VALDES

1 Introducción

El cuidador se desgasta emocional y físicamente, y eso puede generar rechazo hacia el enfermo dependiente. Por tanto es vital que sea consciente de que el mismo debe cuidarse.
El estrés, la fatiga y el agotamiento son consecuencias de la lucha diaria al que el cuidador se ve expuesto al realizar su trabajo. Esta tarea a menudo puede llegar a generar la sensación de ausencia de control. Todo ello puede desembocar en el llamado "síndrome del cuidador quemado o burn-out".

Esta padecimiento se caracteriza por un profundo desgaste emocional y físico de la persona que cuida al paciente. Este desgaste es aún mayor cuando cuidador y dependiente conviven.
La presión que el cuidador soporta puede verse aumentada si el mismo intenta reprimir sus sentimientos y emociones. Esto puede desembocar en actitudes y sentimientos negativos hacia la persona dependiente, además de desmotivación, depresión, angustia, agobio, irritabilidad e incluso violencia. A ello puede añadirse problemas de otra índole como por ejemplo: legal, laboral o económico.

2 Objetivos

- Seguir una serie de directrices para que el cuidador pueda sobrellevar mejor su trabajo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: pubmed, medline, y scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Se pueden seguir una serie de directrices para que el cuidador pueda sobrellevar mejor su trabajo, como por ejemplo:

- Aceptar que el agotamiento puede hacer mella en los cuidados y por tanto generar situaciones violentas. Por eso es recomendable pedir ayuda (a familiares, amigos, profesionales). Si el cuidador llega al límite de sus fuerzas debe asumirlo sin miedo y sin sentimiento de culpa.
- Son muy importantes y necesarios descansos diarios por ejemplo de una hora al día para desconectar del trabajo.
- El sacrificio total no tiene sentido. Por eso, el cuidador nunca debe olvidarse de sí mismo. Tiene que preocuparse por su alimentación y procurar realizar ejercicio físico, para despejar cuerpo y mente.
- Hay que aprender a gestionar el tiempo marcándonos objetivos a corto plazo.
- Es aconsejable fomentar la autonomía del paciente ya que esto beneficiara a ambas partes.

5 Discusión-Conclusión

Podemos llegar a la conclusión que cuidar de una persona enferma es muy duro, estresante y agotador por lo que el cuidador debe pensar en si misma y cuidarse. Dedicarse tiempo a si mismo y no tener miedo a pedir ayuda es beneficioso, no solo para el cuidador sino también para el paciente. Es muy importante que el paciente no nos absorba.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 795

ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR.

ANA MARÍA PELÁEZ CANCIO

VERONICA VILLA CASTRESANA

SANDRA MORO ESPINEL

MARIA EVA VAZQUEZ HUERTA

1 Introducción

Un accidente cerebro-vascular (ACV) ocurre cuando se interrumpe o se reduce el suministro de sangre que va a una parte del cerebro, lo que impide que el tejido cerebral reciba oxígeno y nutrientes, de manera que las células cerebrales comienzan a morir en minutos.
Por ello el tratamiento inmediato es fundamental para reducir el daño cerebral y evitar una discapacidad permanente e incluso la muerte.
Un ACV puede producirse por una arteria bloqueada(accidente cerebrovascular isquémico) o la pérdida o rotura de un vaso sanguíneo (accidente cerebrovascular hemorrágico). Algunas personas pueden experimentar solo una interrupción temporal del flujo sanguíneo al cerebro (accidente isquémico transitorio o ATI) que no causa daño permanente.

Los accidentes cerebro-vasculares suelen ocurrir con más frecuencia en adultos o personas mayores, o al menos eso creemos la mayoría.Pero también pueden afectar a niños de todas las edades, incluidos aquellos que aún no hayan nacido, aunque sean los casos menos frecuentes. En los niños suelen darse sobre todo

en el primer mes de vida y cuando ocurren durante el parto o justo después del parto se denominarían accidentes cerebro-vasculares perinatales o neonatales, los cuales se deben a que el bebé no recibe suficiente oxígeno al pasar por el canal del parto.

2 Objetivos

- Identificar síntomas,manejo de la enfermedad y conocer posibles tratamientos
- Enumerar factores de riesgo y evitarlos en la medida de lo posible, así como dotar de conocimiento de prevención del Accidente cerebro-vascular, tanto a nivel sanitario como particular.
- Evitar posibles complicaciones

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo un estudio descriptivo mediante revisión de artículos y páginas web tomando como referencia las palabras clave: ACV, isquemia, causas, tratamiento, diagnóstico.

4 Resultados

- ¿Quién puede presentar facrtores de riesgo de padecer un accidente cerebrovascular?
Algunos de los factores que pueden predisponer a las personas a padecer un ACV son:
- Presión arterial alta (> 120/80 mmHg)
- Tabaquismo o exposición al humo
- Enfermedades del corazón
- Diabetes
- Nivel de colesterol alto
- Apnea obstructiva del sueño
- Historia clínica o antecedentes familiares de ACV o atque isquémico transitorio
- Sobrepeso u obesidad
- Inactividad física
- Elevado consumo de alcohol
- Consumo de drogas ilegales, como cocaína y metanfetaminas.

Otros factores :

- Edad: las personas de 55 años o más tienen un riesgo de accidente cerebrovascular mayor que las personas más jóvenes.El riesgo aumenta a medida que envejecen.
- Raza: los afroamericanos tienen mayor riesgo de sufrir un accidente cerebrovascular que las personas de otras razas
- Sexo: los hombres tienen mayor riesgo de sufrir un accidente cerebrovascular que las mujeres, aunque las mujeres lo padecen a una edad mayor y tienen menos posibilidades de sobrevivir que los hombres.

- Síntomas:
Los síntomas del ACV suelen presentarse rápidamente, por ello es crucial saber detectarlos a tiempo puesto que de ello depende la afectación del paciente y las opciones de tratamiento
Ante cualquiera de los siguientes síntomas es importante ponerse en contacto con los servicios de emergencia correspondientes:
- Problemas para hablar y comprender: confusión repentina para hablar (arrastre de palabras) o para entender.
- Entumecimiento o debilidad repentina de la cara, brazo o la pierna (normalmente del mismo lado del cuerpo). Si al levantar los brazos al mismo tiempo por encima de la cabeza ,uno de ellos se cae es posible estar padeciendo un ACV
- Dificultades para ver con uno o ambos ojos puede aparecer visión borrosa o ver doble en uno o en los dos ojos.
- Dificultad repentina para caminar, lo cual puede llevar a tropiezos,también pueden aparecer mareos y pérdida del equilibrio o coordinación.
- Dolor de cabeza severo y repentino que puede ir acompañado de vómitos, mareos o alteración de la conciencia, y que también puede ser sin causa conocida.

- Causas:
Las causas pueden ser variadas en función del tipo de ACV que padezca el paciente:
- El accidente cerebro-vascular isquémico es causado por un coágulo de sangre que bloquea o tapa un vaso sanguíneo en el cerebro. Casi el 80 por ciento de los accidentes cerebrovasculares son isquémicos,sobre todo en los niños (falta de oxígeno durante el nacimiento,un defecto o malformación cardíaca presente al nacer, trastornos de origen genético, una infección, como la meningitis o la varicela o incluso problemas que afectan a la madre durante el embarazo)

- El accidente cerebrovascular hemorrágico es causado por un vaso sanguíneo que se rompe y sangra en el cerebro
Además , también se puede dar un ataque cerebral isquémico transitorio (llamado a veces ”mini derrame”) en el que se produce un bloqueo de la irrigación sanguínea al cerebro por poco tiempo, de manera que el daño a las células no es permanente.

- Diagnóstico:

En el caso de los niños y de los bebés puede resultar difícil de diagnosticar siéste no presenta signos ni síntomas evidentes, de manera que en muchas ocasiones sólo se puede sabr poruqe se descartan otras afecciones.
Ante la sospecha el facultativo podría solicitar la realización de las siguientes pruebas:
• análisis de sangre
• resonancia magnética (RM): una prueba segura e indolora que usa imanes, ondas de radio y tecnología para generar imágenes de gran calidad de partes internas del cuerpo, como el cerebro
• angiografía por resonancia magnética (ARM): una resonancia magnética de arterias específicas
• venografía por resonancia magnética (VRM): una resonancia magnética de venas específicas
• tomografía computarizada (TC) o tomografía axial computarizada (TAC): una prueba rápida e indolora que genera imágenes de huesos y otras partes del cuerpo usando rayos X y una computadora
• angiografía por tomografía computarizada (ATC): radiografías de arterias específicas
• ecografía craneal: ondas sonoras de alta frecuencia que rebotan y crean una imagen del cerebro
• punción lumbar

En el caso de los adultos el diagnóstico se basaría en:

• Preguntar por sus síntomas e historia clínica
• Hacer un examen físico, incluyendo una revisión de:
• Su estado de alerta mental
• Su coordinación y equilibrio
• Cualquier entumecimiento o debilidad en su cara, brazos y piernas
• Cualquier problema para hablar y ver en forma clara

• Pruebas como::
• Imágenes del cerebro: Como una tomografía computarizada o una resonancia magnética
• Pruebas del corazón: Pueden ayudar a detectar problemas cardíacos o coágulos de sangre que pueden haber conducido a un ataque cerebral. Pueden incluir un electrocardiograma y una ecocardiografía
• Análisis de sangre
• Ecografía carotidea: para visualizar los depósitos de grasa y el flujo sanguíneo en las arterias carótidas
• Angiografía cerebral: insertar un tubo(catéter) mediante pequeña incisión en la ingle para dirigirlo por las arterias principales inyectando posteriormente una sustancia en los vasos sanguíneos para poder visualizar las imágenes por rayos X.

- Tratamiento:
Los tratamientos a seguir dependen del tipo de ACV que se haya producido (isquémico o hemorrágico). Por lo general suele incluir medicación, cirugía y rehabilitación.
Se pueden dar tres etapas :
- Prevención: para tratar de evitar un primer ataque o, si ya lo ha tenido, prevenir que ocurra otro.
- Emergencia: tratar de detener un ACV mientras está ocurriendo
- Rehabilitación tras el ACV: tratar de superar las discapcidades causadas

• Si se trata de un ACV isquémico,entonces la primera opción es un medicamento trombolítico llamado tPA (activador tisular del plasminógeno) que se inyecta en una vena para lleagr al cerebro y disolver el coágulo, y para que sea efectivo debe administrarse en las tres primeras horas después de sufrir el ataque.
Si es demasiado tarde o el paciente no puede recibir esa medicación entonces se les administrará:
- Anticoagulantes: para mejorar el flujo sanguíneo en caso de coágulo.
- Extracción de coágulo

• Si se trata de un ACV hemorrágico tienen menos opciones de tratamiento dependiendo ,además, de la causa de la hemorragia:
- Medicación: para disminuir la presión arterial
- Cirugía para drenar la sangre acumulada
- Clipaje quirúgico: consiste en abrir el cráneo y cerrar el vaso que se rompió con una pinza de metal.

- Procedimientos para corregir vasos sanguíneos anormales

5 Discusión-Conclusión

Los accidentes cerebro vasculares isquémicos son más frecuentes que los hemorrágicos pero estos últimos tienen un índice mayor de mortalidad, por ello se hace cada día más hincapié en promover estilos de vida saludables y programas de prevención para que aquellas personas que presenten factores de riesgo puedan evitar sufrir un ACV o si ya lo ha tenido prevenir que se repita.

Algunas medidas de prevención son:
- Llevar una dieta saludable
- Mantener un peso saludable
- Manejar el estrés
- Realizar ejercicio físico de manera regular
- Evitar el tabaco o dejar de fumar
- Controlar la presión arterial y los niveles de colesterol

6 Bibliografía

- https://medlineplus.gov/spanish/stroke.html
(2 Enero 2020)
- https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/stroke/symptoms-causes/syc-20350113
(2019)
- https://kidshealth.org/es/kids/stroke-esp.html
(Fundación Nemours) (Diciembre 2018)
- https://espanol.womenshealth.gov/heart-disease-and-stroke/stroke/stroke-treatment-and-recovery/how-stroke-treated
(Septiembre de 2018)

Capítulo 796

LA ESTERILIZACIÓN EN SANIDAD: MATERIALES, MÉTODOS E IMPLICACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA.

DELIA MIRANDA MESA

MONTSERRAT GONZÁLEZ IGLESIAS

NOEMI VILLARES MARTIN

MARÍA BELEN CODINA GONZÁLEZ

ROSARIO MUÑIZ ESTRADA

1 Introducción

Los procesos de limpieza, desinfección y esterilización son fundamentales para garantizar el adecuado funcionamiento de las distintas áreas sanitarias, disminuyendo la exposición al riesgo y previniendo la transmisión de infecciones nosocomiales (Olaechea, Insausti, Blanco y Luque, 2010).

El ambiente sanitario u hospitalario se encuentra contaminado con una gran variedad de microorganismos capaces de producir enfermedades en el ser humano y

que, posteriormente, pueden ser transmitidas. Por ello, es necesario que todo el material clínico reutilizable para el tratamiento de pacientes sea absolutamente seguro en su uso y con el objetivo de disminuir el riesgo de transmisión de enfermedades (Ferreira et al., 2011; Ferreira et al., 2015).

Antes de cualquier proceso de esterilización siempre se debe realizar una adecuada limpieza del material, proceso imprescindible, ya que disminuye un 90% la carga microbiana por arrastre. Se debe tener en cuenta, de manera añadida, que la presencia de materia orgánica disminuye la efectividad de los procesos de desinfección y de esterilización (Jeveau et al., 2002).
Por estos motivos el personal sanitario y no sanitario del hospital (entre otros el auxiliar de enfermería) constituyen uno de los eslabones fundamentales en la cadena de prevención de enfermedades infecciosas.

Entre las principales medidas a aplicar a nivel preventivo, se encuentran (Pedrique, Vizcarrondo y Gutiérrez, 2002):
• Limpieza: Es la eliminación de todos los materiales extraños (detritus, sangre, proteínas, etc.) que se adhieren a los diferentes objetos. Se realiza con agua, detergentes y productos enzimáticos.
• Desinfección: Produce la destrucción de agentes infecciosos o contaminantes presentes en objetos y ambientes diversos. Asegura la eliminación de formas vegetativas, pero no de esporas bacterianas. Posee una seguridad de 1 en 1000.
• Esterilización: Según la OMS, es la técnica cuya finalidad es la destrucción de toda forma de vida, aniquilando todos los microorganismos, tanto patógenos como no patógenos, incluidas sus formas esporuladas, altamente resistente. Supone el nivel más alto de seguridad.

2 Objetivos

El principal objetivo de este trabajo es analizar los distintos tipos de esterilización más frecuentemente usados en los servicios sanitarios. Asimismo, como objetivo secundario, se encuentra describir el trabajo del auxiliar de enfermería dentro de los servicios de limpieza, desinfección y esterilización hospitalaria.

3 Metodología

Para responder a este objetivo, se ha llevado a cabo una revisión teórica a través de la base de datos Web of Science, Scielo y PubMed, con restricción de fecha 2010-2020 y combinando los siguientes descriptores: TCAE, auxiliar, esterilización, desinfección, limpieza, funciones, sanidad. A través de estos tópicos, se encontraron 14 documentos, de los que se eliminaron 6 salidas de la web. Por todo esto, el total de documentos analizados fue de 8.

4 Resultados

Tras analizar los artículos seleccionados, se halla que el material que se va a esterilizar se limpiará de toda materia orgánica y suciedad, se secará, se inspeccionará y se preparará en un paquete apropiado para después esterilizarse y almacenarse hasta su uso. El objetivo de empaquetarlo es interponer una barrera frente a la contaminación y poder manipularlo en condiciones de asepsia (sin gérmenes).

En relación a esto, se deben diferenciar dos tipos de materiales:
• Desechables.- Son materiales de un solo uso hospitalario (gasas, agujas, sueros, Etc…)
• Reutilizables.-Son materiales que se vuelven a utilizar (fonendoscopio, instrumental quirúrgico, endoscopios, textiles…)
También debemos tener en cuenta los tipos de materiales más utilizados en el medio hospitalario: Vidrio, acero inoxidable, plásticos, látex, algodón, textiles especiales…

Dependiendo del tipo de material a tratar seguiremos el medio de esterilización ideal y tendremos en cuenta las siguientes características:
• Máximo poder de destrucción: bactericida, tuberculicida, esporicida, fungicida y virucida.
• Seguro, sencillo y fácil de manejar.
• Inofensivo para la salud de los profesionales.
• Compatibilidad con las características de un material.
• Gran poder de penetración en el interior de los paquetes y en los instrumentales.
• Rápida actividad en poco tiempo.
• Bajo coste y alto rendimiento.
• Válido para esterilizar cualquier tipo de material.

Métodos de esterilización:
No existe un método concreto ideal para todo material e instrumentación. Los más habituales son:

Métodos físicos: Son aquellos que no involucran el empleo de sustancias letales para los microorganismos, sino procedimientos físicos como la radiación ionizante, el calor o la filtración de soluciones con membranas que impiden el paso de microorganismos, incluyendo virus.
• Flameado. - Esta técnica tiene por objetivo pasar el material por la llama de un mechero, hasta hacer lograr su incandescencia. Se suele utilizar en los laboratorios de microbiología para esterilizar asas de siembra, tubos de vidrio o pipetas mediante la aplicación directa de la llama.
• Incinerado. - Es la forma de destruir la carga microbiana por combustión. Más que un medio de esterilización, se utiliza para eliminar residuos biopeligrosos en hornos crematorios o incineradores.
• Autoclave de vapor. - La técnica que se utiliza es la esterilización por calor húmedo. Utiliza vapor saturado a presión provocando alteraciones en las proteínas de las células de los microorganismos infecciosos. Se trata de un recipiente hermético, parecido a una olla a presión. Consta de una cámara de esterilización, que lleva una llave y un manómetro para regular la presión y temperatura que se desea alcanzar.

También tiene una llave de purga para eliminar que exista dentro. El vapor penetra en la cámara y alcanza la presión deseada. Este se condensa por el contacto con los materiales que están fríos. Al mismo tiempo se desprende calor, humedeciendo y calentando simultáneamente el material. Para comprobar que no hay aire dentro existe una prueba en la que se mete una hoja impresa con algodón que durante el ciclo cambia de color si todo es correcto. Este método es el más utilizado en los medios hospitalarios. Ya que es un proceso sencillo, eficaz y rentable económicamente.

Métodos químicos: Son los que involucran el empleo de sustancias letales para los microorganismos
• Óxido de Etileno. - En forma gaseosa es tóxico. Suele mezclarse con Freón, para evitar explosiones, destruye microorganismos en ambiente húmedos. Es un medio de esterilización a bajas temperaturas (30-35ºC), con un tiempo de exposición de 3 a 8 horas; penetra con facilidad en los materiales porosos, pero luego se desprende con lentitud.

5 Discusión-Conclusión

Por todo lo mencionado, el Técnico en Cuidados Auxiliar de Enfermería, junto con el servicio de esterilización, es un eslabón principal en los hospitales. Es fundamental, así como necesario, que el personal tenga los conocimientos necesarios para realizar su trabajo con responsabilidad, ya que de ello dependerá la aparición de infecciones asociadas al uso de cualquier material susceptible de ser esterilizado

Por último, pero no por ello menos importante, la salud de los pacientes y del personal en cualquier servicio médico dependerá en gran parte del trabajo que realice el TCAE en asegurarse y garantizar la correcta limpieza y esterilización de todo el material que reciba, para su posterior uso.

6 Bibliografía

- Casanova, V. (2013). Métodos de limpieza, desinfección y esterilización. Su utilidad en la práctica profesional del Técnico para Bioterio. Primera ed. Buenos Aires: Bioterios.
- Ferreira, A. M., Andrade, D. D., Rigotti, M. A., & Ferreira, M. V. F. (2011). Condiciones de limpieza de superficies próximas al paciente en una unidad de terapia intensiva. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 19(3), 557-564.
- Ferreira, A. M., Andrade, D. D., Rigotti, M. A., Almeida, M. T. G. D., Guerra, O. G., & Santos Junior, A. G. D. (2015). Evaluación de la desinfección de superficies hospitalarias por diferentes métodos de monitorización. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 23(3), 466-474.
- Jeveau, J. Y., Bouix, M., López Gómez, A., Madrid Vicente, A., & Madrid Cenzano, A. (2002). Manual técnico de higiene, limpieza y desinfección.
- Kahrs, R. F. (1995). Principios generales de la desinfección. Rev. sci. tech. Off. int. Epiz, 14(1), 143-163.
- Olaechea, P. M., Insausti, J., Blanco, A., & Luque, P. (2010). Epidemiología e impacto de las infecciones nosocomiales. Medicina intensiva, 34(4), 256-267.
- Pedrique, M., Vizcarrondo, M., & Gutiérrez, S. (2002). Limpieza, desinfección, esterilización y antisepsia. España: Editorial Díaz de Santos, 3(2), 3-6.
- Saavedra, M. J. G. G., & García, J. C. V. (2003). Técnicas de descontaminación: limpieza, desinfección, esterilización. Editorial Paraninfo.
Tarrau, M. G., & en Bioseguridad, D. TEMA I. Generalidades.

Capítulo 797

EL TCAE EN LA UCI PEDIÁTRICA

MARÍA AFRICA NIÑO GARCÍA

DELFINA CASTRO RODRÍGUEZ

SUSANA TERRONES VEGA

MARILIA DE FÁTIMA MORAIS DE MELO

ANA ISABEL GARCÍA FERNÁNDEZ

1 Introducción

La UCI de pediatría es un área en la que los profesionales sanitarios No se lo tienen que enfrentarse al hecho de atender a pacientes, cuyo estado pone en riesgo alguna de sus funciones vitales, sino que además se trata de pacientes cuyas edades oscilan entre el recién nacido y los 14 años En los últimos tiempos, además, se incluye la familia en dichos cuidados, lo que permite ofrecer al paciente una atención completa.

Los grandes avances científicos han supuesto una alta tecnificación en los cuidados de estos pacientes. Esto ha traído como consecuencia la necesidad de mayor especialización y competencia de los profesionales. Es por ello que se forman los equipos multidisciplinares, es decir, conjunto de personas que con diferentes titulaciones y experiencia tienen como objetivo la atención médica intensiva, continuada e integral del paciente. El TCAE forma parte de este equipo multidisciplinar en continuo contacto con el paciente, identificando las necesidades biológicas, psicológicas y sociales del niño y su familia.

2 Objetivos

- Establecer las funciones del TCAE en el servicio de la unidad de cuidados intensivos pediátricos. Con el fin de ofrecer una atención integral y óptima a través de cuidados especializados de la máxima calidad y seguridad.

3 Metodología

La metodología que se ha usado para la realización de este trabajo ha sido la revisión bibliográfica relacionada con la actuación del TCAE en la UCI pediátrica. La información se ha recopilado de diversas fuentes que se relacionan a continuación:

• Revisión de las bases de datos de Web of Science, Scielo y PubMed.
• Revisión de manuales de actuación de hospitales
• Revisión de manuales de Consejerías o Servicios de Salud de diferentes CCAA.

Para realizar este trabajo se han incluido artículos, protocolos, manuales o guías fechados entre 2010 y 20019 para limitar la cantidad de información y que esta fuese lo más actualizada posible.
Los términos utilizados para la búsqueda han sido "UCI", "pediatría", "UCI pediátrica", "TCAE", "cuidados".

4 Resultados

La UCI pediátrica es una especialidad de los cuidados intensivos que se encarga del diagnóstico y tratamiento de enfermedades médicas o quirúrgicas graves. Está reconocida como tal especialidad desde los años 80. El papel del personal técnico en cuidado auxiliares de enfermería ha ido evolucionando hasta formar parte del equipo multidisciplinar atiende a los pacientes en este servicio que se caracteriza por la presión y estrés bajo el que se trabaja. Por ello es necesario que sus acciones se encuadran en conexión con el resto de los estamentos que conforman el equipo. Es necesario definir de manera concisa, las funciones propias y las que competen al resto del equipo asistencial de la unidad. A pesar de que el papel del TC según el hospital en el que se encuentre la UCI pediátrica, hay una serie de funciones que están estandarizadas ya que vienen recogidas en los artículos 74 al 84. Con las prohibiciones digeridas en el artículo 85 del Estatuto de personal sanitario no facultativo de la Seguridad Social. Estas funciones son:
Preparación del box:

• El TCAE debe asegurarse de que el box Este perfectamente equipado con todo el material en su sitio y perfectamente limpio y esterilizado.
• Bolsa de insuflación (neonatal o de adulto)
- Mascarilla para ventilación
- Guantes estériles.
- Kit de receptáculo para aspiración de secreciones.
- Sondas de aspiración de diferentes medidas según la edad.
- Agua para limpiar el circuito de aspiración.
- Empapadores, pañales.
- Guantes no estériles de un solo uso.
- Material intubación.
- Material de monitorización.
- Respirador con tubuladuras según el peso del paciente.
- Material para analíticas.
- Soluciones antisépticas:
• Ubicación del paciente: El TCAE colocará al paciente en la cama asignada, siempre vigilando las constantes vitales y facilitando la pronta atención de facultativos y enfermeras.
• Asistir a médicos y enfermeros en todos los procedimientos y técnicas anticipándose a sus peticiones.
• Atender a las familias del paciente indicarles las normas tanto del hospital como de la unidad.
• Comprobar las medidas de aislamiento e identificar el tipo de aislamiento con carteles indicativos, así como facilitar el material de los equipos de protección
• Atender a la seguridad del paciente.: revisar y comprobar
- Su correcta identificación.
- Medidas de aislamiento.
- Barreras de protección.
- Higiene de manos.
- Sistemas de aspiración y sondas.
Conocer y señalizar las alergias del paciente:
• Atender la higiene del paciente. Al tratarse de pacientes en situación crítica y con un alto nivel de aparataje se hará necesaria la colaboración de DUE y TCAE. El TCAE deberá tener conocimientos específicos sobre los productos y el tipo de higiene a ofrecer a cada paciente dependiendo de su patología.
• Asistir a los pacientes en la alimentación el TC debe conocer los diferentes sistemas y dispositivos de alimentación asistida, así como comprobar alergias alimentarias, conocer dietas según patologías y conocer el proceso de alimentación

enteral tanto de leche materna como con leche artificial.
Hoy en día las unidades de cuidados intensivos pediátricas tienden a la aceptación de las familias como parte importante en el cuidado de los pacientes, es por ello que su presencia constante haga que el trabajo del TCAE se plantee en una constante interacción. Esto hace necesario un aprendizaje y adquisición de competencias en áreas transversales que faciliten y mejoren esa interacción.

5 Discusión-Conclusión

Al realizar la búsqueda de información sobre las competencias del TCAE en la UCI pediátrica observamos una escasa bibliografía, lo que nos indica que es necesaria una puesta a punto del papel imprescindible que estos profesionales desempeñan en un área, la de los cuidados intensivos pediátricos, que ha experimentado grandes avances tecnológicos en los últimos años y que permiten el tratamiento y la cura de enfermedades y patologías antes impensables.

Es necesario que se integre plenamente en la labor de atención sanitaria que ofrece el equipo multidisciplinar. Dado que las funciones que desempeñan suponen un trato constante y cercano con el paciente y sus familias son un elemento valioso para la detección de problemas de diferente índole: física, médica, psicológica o social.

6 Bibliografía

- García, M. R. (2017). El técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la UCI-Pediátrica. Revista Española de, 73(Supl 1), 102-104.
- ROQUE, J. (2013). Cuidados intensivos pediátricos: pasado, presente y futuro. Revista chilena de pediatría, 84(3), 249-253.
- FERNÁNDEZ, A., GARCíA, A., Mercado, S., Menchaca, A., Alberti, M., & GARCíA, D. A. N. I. E. L. (2002). Utilidad de la traqueostomía en la unidad de cuidados intensivos pediátricos: experiencia de tres años. Archivos de Pediatría del Uruguay, 73(3), 137-139.
- Torres, E. V., Giménez, M. I. A., & Isabel, M. (2012). Método canguro y lactancia materna en una UCI neonatal. Revista de l'Associació catalana d'atenció precoç, 33, 1-11.
- Tamez, R. N., & Silva, M. J. P. (2010). Enfermeria en la unidad de cuidados intensivos neonatal/Nursing in the Neonatal Intensive Care Unit: Asistencia del recien nacido de alto riesgo/High-risk Newborn Assistance. Ed. Médica Panamericana.

- Vásquez Torres, A. M. (2016). Importancia del acompañamiento del personal de enfermería a los padres de hijos prematuros en la UCI neonatal (Bachelor's thesis, Universidad de la Sabana).
- Marrese, A. M. (1996). El ambiente de la UCI neonatal y su influencia en el desarrollo del prematuro: un desafío para enfermería.

Capítulo 798

UN RETO INMINENTE

Mª DEL CARMEN ARDURA SANTIAGO

MARÍA COVADONGA ABARRIO NÚÑEZ

JULIA MARIA FERNÁNDEZ MARTÍN

MARÍA BELÉN LUENGO FERNÁNDEZ

ZULIMA ENCARNACIÓN LUENGO FERNÁNDEZ

1 Introducción

No existe una edad concreta que convierta a un individuo en un anciano. Cuando hablamos de vejez nuestra mente lo asocia siempre con enfermedad, soledad, chochez, decrepitud e inactividad… y nada más lejos de la verdad. Existe un gran número de "personas mayores" que se mantienen activas y se implican en el cuidado de su salud, consiguiendo disfrutar de un bienestar físico, social, emocional e intelectual como en cualquier otro periodo anterior de su vida.

Según la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE 2017) España ocupa el 2º puesto, detrás de Japón, en el ranking de los países más longevos. En enero de 2019, el Instituto Nacional de Estadística, publica la existencia de 11.692 españoles que ya han cumplido 100 años. Ya no es inverosímil llegar a ser centenario, pero sería deseable poder hacerlo con la mejor calidad de vida posible. La cantidad de personas centenarias que viven en las zonas rurales es superior a las que viven en zonas urbanas.

Los continuos avances científicos, una sanidad pública que mejora con el paso del tiempo, una mejor higiene y el aumento del gasto en políticas sociales contribuyen favorablemente a lograrlo. El envejecimiento activo es "el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el objetivo de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen" (….) Permite a las personas realizar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de todo su ciclo vital y participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, mientras que les proporciona protección, seguridad y cuidados adecuados cuando necesitan asistencia" (OMS 2002).
El envejecimiento es uno de los grandes retos que tiene la sociedad del siglo XXI.

2 Objetivos

- Conseguir que el envejecimiento deje de ser un periodo "negativo" en la vida de las personas.
- Lograr que se convierta en una etapa donde las ganas de conocer y/o experimentar cosas nuevas sean iguales o mayores a las que hemos tenido durante los años anteriores.

3 Metodología

Se realiza una búsqueda y posterior recopilación bibliográfica de diferentes fuentes fiables relacionadas con el envejecimiento activo. Para ello recabamos información en varias bases de datos de rigor científico como Dialnet, Google Académico y Medline.

4 Resultados

• La realización de una actividad física habitual, teniendo presente siempre las limitaciones propias de cada uno, favorece la prevención de enfermedades cardiovasculares, ayuda al mantenimiento de la masa muscular, mejora la autoestima y aleja el sedentarismo, la dependencia y el aislamiento social.

No es necesario "machacarse" 2 horas diarias en el gimnasio. Hacer la comida, ir a la compra, salir a pasear, subir escaleras, cuidar las plantas son ejemplos de actividades físicas recomendables.

• En personas con escasa o nula movilidad, las nuevas tecnologías sirven de gran ayuda en sus relaciones personales y evitan el aislamiento social al favorecer la comunicación sin tener que salir de sus casas.

• La participación en comedores sociales u otras actividades comunitarias favorece la autoestima ("soy útil") y el bienestar emocional.

• Potenciar las funciones cognitivas: mantenerse mentalmente activo minimiza y/o ralentiza el declive cognitivo. Los juegos de cartas, ajedrez, leer, hacer crucigramas, etc. son una buena opción.

• Si estas actividades no las realizamos solos, estaremos potenciando las relaciones sociales y emocionales que tan importantes son para evitar el aislamiento social y la depresión.
Cabe destacar que las "personas mayores" casadas o que conviven con alguien presentan mejor nivel de salud y un menor número de ingresos hospitalarios.

• La alimentación será completa y variada: ideal comer en cada plato un 50% verduras, un 30% hidratos de carbono (legumbres y cereales) y un 20% de alimentos de origen animal, acompañado de fruta y evitar el alcohol y el tabaco. La ingesta calórica será equilibrada respecto al gasto calórico, evitando el sobrepeso. Mediante los suplementos nutricionales se compensan las carencias que la dieta alimenticia pueda tener (aminoácidos esenciales, Ca, Fe, P, etc.) evitando así la desnutrición y sus consecuencias.

• Siempre es tiempo de aprender: los talleres de manualidades y los ocupacionales, los cursos universitarios para mayores de 65 años, no solo aportan conocimientos, sino que logran crear vínculos afectivos entre "los alumnos", que compensan las carencias emocionales que se puedan producir en su entorno (fallecimiento de seres queridos).

5 Discusión-Conclusión

Debemos de eliminar los estereotipos que existen sobre la vejez. Aunque sea un proceso inevitable en el ser humano, la manera de disfrutar esta última etapa de la vida depende, en gran parte, del afán por mantener un envejecimiento activo. El estilo de vida tiene una gran importancia en la promoción de la salud y en la prevención de enfermedades. Las GANAS DE VIVIR: la ilusión por aprender, explorar lo desconocido, mantener el optimismo y tener proyectos son factores que ayudan a abordar con más fuerza los problemas de salud que puedan surgir.

El entorno donde uno vive también influye en el concepto de envejecimiento activo. La dificultad del acceso a zonas de paseo, bien sea por inseguridad o limitaciones arquitectónicas, puede favorecer la pérdida de masa muscular provocando inestabilidad y el aislamiento personal.

La cantidad de personas centenarias que viven en las zonas rurales es superior a las que viven en zonas urbanas. Los poderes públicos deberán garantizar una vejez digna, al tiempo que estimulan las capacidades de cada persona en el proceso de envejecimiento activo. Una forma podría ser la implantación de:
- Programas de ejercicios para recuperar la fuerza y prevenir la inmovilidad.
- Programas de nutrición y salud que enseñarán como evitar la desnutrición.

Tendremos muy presente las indicaciones de la OCDE, sobre enfermedades como la obesidad, la diabetes y el consumo de opiáceos que están haciendo disminuir el avance de la esperanza de vida en los últimos años. Aun así, la escasez del número de plazas en residencias, viviendas tuteladas, viviendas individuales o bipersonales y el largo periodo de tiempo de espera origina un gran problema que las instituciones deberán solventar.

6 Bibliografía

- http://www.exteriores.gob.es/RepresentacionesPermanentes/OCDE/es/quees2/Paginas/default.aspx
- https://www.ine.es/prodyser/pubweb/anuario19/anu19_completo.pdf
- https:// medlineplus.gov/spanish/healthyaging.html
- https://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/modelosalojamiento.pdf
- https://www.geriatricarea.com/2018/06/27/envejecimiento-activo-concepto-y-terminologia/

Capítulo 799

EL ESTREÑIMIENTO E INCONTINENCIA FECAL EN EL ANCIANO.

NOELIA PELÁEZ SANFIZ

1 Introducción

EL estreñimiento es un síntoma que afecta a una gran parte de la población anciana. tiene una especial relevancia y es considerado por algunos autores, a pesar de no ser una enfermedad, como un síndrome geriátrico por su alta prevalencia que conlleva un elevado coste sanitario y por su asociación con muchas enfermedades en ocasiones graves. todo ello, unido a las posibles complicaciones, influye de manera negativa en la ida del anciano mermando su calidad de vida.

La incontinencia fecal no forma parte del envejecimiento normal, sin embargo es uno de los síndromes geriátricos que más impacto tiene. En la vida del anciano conlleva en muchas ocasiones problemas físicos (úlceras, infecciones, etc.), importante, un gasto añadido y una alteración de su vida social. todo ello en muchas ocasiones deriva en un deterioro importante de las relaciones personales e incluso la institucionalización del anciano.

La continencia anal es una función básica que se relaciona directamente con las características de las heces. Depende del colon sigmoide y del resto que actúan como reservorio de las heces sólidas y de los esfínteres anales que se comportan como barrera. Implica un margen temporal entre el llenado y la necesidad de defecar.

Cuando el contenido intestinal llega a la ampolla rectal se produce un estímulo sobre la pared del recto, aparece el deseo de defecar, se relaja el esfínter anal interno, aumenta la presión y abdominal y el esfínter anal externo se relaja de forma voluntaria.

Se define incontinencia fecal como la incapacidad de retener el contenido intestinal, independientemente de la consistencia que tenga.
La prevalencia en los mayores de 65 años oscila desde el 10% de la población residente en su domicilio, el 15% en los pacientes hospitalizados al 65% en los que se encuentran en unidades de largas estancias.
La impactación fecal es la causa más frecuente de incontinencia fecal en el anciano. Esto conlleva una irritación del recto y la producción de flujo y mucosidad que se filtra a través de las heces duras y compactas, lo que produce una incontinencia/diarrea por rebosamiento.

Otras causas de la incontinencia fecal son:
- Lesiones del suelo pélvico producidas por intervenciones quirúrgicas, obstétricas, traumatológicas o malformaciones congénitas anorectales.
- Efectos secundarios de fármacos laxantes y antibióticos.
- Prolapso rectal completo. Se asocia a patología de suelo pélvico ya que se pierde la sujeción perineal.
- Cáncer de recto.
- Enfermedades neurológicas: de origen central (demencias e ictus), lesiones espinales (tumores, mielopatías, esclerosis) y las periféricas (neuropatías).
- Urgencia defecatoria: colon irritable, diarrea severa.
- Incontinencia de gas: se define como una incontinencia menor.
Tienen poca trascendencia y se combate con dieta qe no contenga alimentos flatulentos ni bebidas con gas.
- Soiling (ensuciar la ropa interior), mala higiene, hemorroides, inmovilidad, demencia

2 Objetivos

- Señalar las causas de la incontinencia fecal.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: pubmed, medline, y scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Ante un anciano que presente un cuadro de estreñimiento el facultativo debe profundizar en la historia clínica ya que el estreñimiento es un síntoma y por lo tanto a la valoración irá encaminada a obtener los siguientes datos:
- Posible enfermedad subyacente
- Utilización de diversos fármacos que favorezcan el síntoma.
- Hábitos dietéticos
- Valoración funcional del anciano
- Valoración mental.
- Valoración social
- Patrón de eliminación habitual.
- Características de las heces (color, olor, tamaño, pus, moco, sangre)
- Exploración neurológica
- Examen perineal
- Tacto rectal si fuese preciso, se pueden realizar otras pruebas complementarias como radiografía simple de abdomen, analítica en sangre y orina y en casos muy concretos pruebas más especializadas como colonoscopia o endoscopia.

La primera medida a cambiar es los hábitos alimentarios, aumentaremos la fibra en la dieta (frutas, verdura, cereales integrales….) y una ingesta de agua abundante (si en el paciente no está contraindicado se fomentará está en ingesta en 1,5 l), puede ayudar a solucionar el problema. El ejercicio físico también nos ayuda a mejorar el ritmo defecatorio. Pero como medida recomendable es adquirir el hábito de las deposiciones, acudiendo al baño a la misma hora.

Una vez identificada la causa que produce el estreñimiento, el abordaje se debe hacer desde distintos ámbitos.
• Higiénico-dietético

Este tratamiento es tanto preventivo como curativo y se relaciona con la ingesta y con la actividad física.
En la dieta se debe incrementar la cantidad de fibra (mejor si es insoluble para conseguir un aumento del bolo fecal. Este incremento ha de ser progresivo, de lo contrario se puede originar un estímulo muy intenso de defecación con dolor tipo cólico y distensión abdominal.
Si el estado del anciano lo permite se debe estimular la actividad física en forma de paseos frecuentes o ejercicios que fortalezcan la musculatura abdominal y pélvica. El personal sanitario debe controlar rigurosamente los fármacos y en el caso de los pacientes encamados estimular al cuidador a realizar al anciano movimientos pasivos.
También es fundamental intentar recuperar el hábito de defecar. Para ello se procurará que el anciano esté 10-15 minutos sentado en el inodoro tras el desayuno con los pies ligeramente sobreelevados para favorecer el vaciado. Si no lo consigue se intentará tras la comida y tras la cena.

• Farmacológico
Este tipo de tratamiento debe ser lo más corto posible en el tiempo. el laxante a utilizar dependerá de la etiología del estreñimiento y será el médico quien paute el más adecuado.
Los cuidados de la incontinencia fecal tienen como objetivo mantener la higiene de los genitales del anciano, prevenir las lesiones de la piel y conseguir la continencia en los casos que sea posible.
El anciano ha de estar motivado para realizar las actividades del autocuidado siempre que su situación lo permita. En caso contrario serán realizadas por el cuidador principal o por personal sanitario dependiendo del ámbito en el que se encuentre.

Unos pasos a seguir son los siguientes:
- Informar al paciente/cuidados de lo que se le va hacer.
- Proporcionar intimidad ante cualquier actuación por parte del personal y en el momento de la defecación
- Aumentar la ingesta de líquidos y controlar la ingesta de fibra.
- Programar la defecación en aquellos ancianos en los que la incontinencia pueda ser reversible. Se recomienda que esté después del desayuno 10-15 minutos en el inodoro para aprovechar el reflejo gastrocólico y lograr deposición. Si no se consigue se intentará nuevamente tras la comida y tras la cena.
- Realizar cuidados perianales lavando la zona con agua tibia, evitando el jabón y

el papel higiénico así como cualquier producto que altere el ph de la piel. Posteriormente se hará un secado de la zona con algodón absorbente. Tras la higiene un producto barrera que aisle la piel de las deposiones. Estas medidas son esenciales para evitar infecciones del tracto urinario y que la piel se vuelva más frágil con la consiguiente aparición de lesiones.
- Eliminar las barreras arquitectónicas y facilitar el acceso al baño.
- Adaptar el baño si fuera necesario.
- Utilizar absorbentes si precisa según el tipo de la incontinencia.
- Valorar diariamente el estado de la piel.

5 Discusión-Conclusión

El tratamiento de la incontinencia va dirigido a tratar, aunque pocas veces es posible, la causa que lo produce. Se puede realizar un abordaje no farmacológico, teniendo en cuenta medidas higiénico-dietéticas como vigilar la dieta y la ingesta hídrica, realizar perianales, o un tratamiento farmacológico.

Siempre que el médico lo considere oportuno se administrarán aquellos fármacos que reduzcan tanto la motilidad intestinal, la defecación imperiosa y el volumen de las heces. Entre ellos están la codeína y la loperamida.
Las causas de la incontinencia son variadas siendo la más destacada la impactación fecal. Entre las complicaciones más importantes se encuentra el fecaloma.

El tratamiento que se lleva a cabo puedes ser farmacológico o no farmacológico. Los cuidados de la incontinencia fecal son:
- mantener la higiene de los genitales del anciano.
-prevenir las lesiones de la piel.
- conseguir la continencia en los casos que sea posible.

Es un problema común que normalmente se pasa por alto en la población anciana, el cual provoca una disminución de la calidad de vida, afectando al apetito, digestiones, humor y se convierta en la principal queja de personas institucionalizadas.

6 Bibliografía

- Andrade Gómez, M.; Fernández, P.: Para la salud ENFERMERÍA GEen el ámbito gerontológico, Madrid: Escuela de Ciencias de la Salud,
- Gallo, J., García , M.; Medina F.J.: Anciano enfermo. Enfermería geriátrica y gerontológica, Madrid: Enfo ediciones, 2010.
- Castanedo Preifer C.; García Hernández, M : Guía de intervenciones rápida en Enfermería Geriátrica. Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica, Madrid:: Ed. DAE, 2004
- TORRES, M.P.: Aspectos generales de la valoración en los ancianos, en tema de enfermería gerontológica. Sociedad de Enfermería Geriátrica y Gerontológica, Logroño, 1999

Capítulo 800

PLAN DE CUIDADO A PACIENTES CON ALZHEIMER POR EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA

MARIA AURORA FERNANDEZ PEREZ

MIRIAM COTO BEGEGA

JUDITH GARCIA BENITO

SUSANA LÓPEZ CARRO

MARIA AMOR QUETZAL GONZALEZ RODRIGUEZ

1 Introducción

El envejecimiento de la población, debido al aumento de la esperanza de vida y disminución de la natalidad hace que aumente la incidencia de patologías derivadas del envejecimiento, como la enfermedad de Alzheimer, patología degenerativa, de lenta evolución y sin cura, cuya asistencia necesita de diversos profesionales, entre los cuales, el personal de enfermería tiene un peso específico desde al atención primaria y especializada.La demencia es un síndrome causado por una enfermedad del cerebro usualmente de naturaleza crónica o progresiva en la cual hay una alteración de múltiples funciones corticales superiores, incluyendo la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el lenguaje, la capacidad de aprender y de realizar cálculos, y la toma de decisiones.

Las diferencias de las habilidades cognitivas están comúnmente acompañadas, y ocasionalmente precedidas, por un deterioro de control emocional, del comportamiento social o de la personas mayores, pero se estima que el 2 al 10% de todos los casos comienzan antes de los 65 años.Para abordar la enfermedad de Alzheimer se precisa de una adecuada coordinación entre los distintos niveles asistenciales y una orientación asistencial desde un equipo interdisciplinar, que fomente la atención integral del individuo y su familia.

Los elementos de trabajo comunes para todas las disciplinas, que intervienen en la atención de los enfermos de Alzheimer, en los diferentes niveles de atención, es la valoración geriátrica integral que consta de la valoración inicial clínica, capacidad funcional física, mental y social y la terapia no farmacológica. Es importante que todos los profesionales que intervienen en la atención dispongan de conocimientos y habilidades suficientes para su prevención, captación, diagnóstico inicial, seguimiento y tratamiento de los síntomas más comunes.

2 Objetivos

Objetivo general:
- Determinar el plan de cuidado de un paciente con Alzheimer.

Objetivos específicos:
- Realizar una revisión bibliográfica sobre casos clínicos de pacientes con Alzheimer.
- Identificar bajo qué criterios se construye el plan de cuidados de un paciente con Alzheimer.

3 Metodología

La metodología utilizada fue de tipo documental porque se realizó una exhaustiva revisión bibliográfica, utilizando buscadores como google académico, Scielo, Dialnet, trabajo de grado de la universidad del país Vasco, se utilizaron palabras clave durante la búsqueda como: enfermedad de Alzheimer, plan cuidado, auxiliar de enfermería.

4 Resultados

En lo que respecta a la evolución de la demencia de Alzheimer, se conoce que es un proceso normalmente lento y que transcurre a través de diferentes fases que

muchos colectivos han acordado en aceptar que son tres : fase I, inicial o leve, fase II, Intermedia o moderada y fase III, tardía o grave. Cada fase se caracteriza por una problemática propia y diferente, de vital importancia de conocimiento por parte de el personal de enfermería, los cuáles le permitiría identificarlas y actuar en consecuencia. El personal de enfermería será una herramienta importantísima a la hora de detectar los síntomas tempranos del enfermo de Alzheimer. Hoy en día mientras más rápido se instaura el tratamiento, mayor es la eficacia del mismo, por lo que se debe insistir en la importancia del diagnostico temprano.

El personal de enfermería puede detectar mediante su trabajo diario, la presencia de síntomas neoropsiquiátricos en las etapas prodrómicas de demencia, con el fin de mejorar el diagnóstico clínico temprano del deterioro cognitivo y funcional. Hallazgos recientes han demostrado que síntomas como la depresión, ansiedad, apatía, irritabilidad, agitación, transtornos del sueño, entre otros síntomas, representan una fase prodrómica de demencia o, al menos, aumentan el riesgo para la conversión de transtorno neurocognitivo leve a transtorno neurocognitivo importante.

5 Discusión-Conclusión

El anciano con la enfermedad Alzheimer es un ser humano, cuyo proceso de envejecimiento se ha comportado de forma anormal y como todo ser humano necesita atención lo que requiere de una gran dosis de humanidad hasta su estadio final. Estos pacientes tienen derecho a estar libres de medios de sujeción mecánica en cualquier caso, debe ayudarse a proteger y promover los derechos de cada paciente en el mantenimiento de la privacidad, en la ausencia de abusos y respetar todos sus derechos.

El deterioro cognitivo puede limitar la comunicación y la autodeterminación, pero los pacientes deben recibir los cuidados y servicios necesarios para alcanzar o mantener el mayor nivel de bienestar físico, psíquico, mental y social, de acuerdo con una valoración exhaustiva y un plan de cuidados establecido, con rigor científico y enfoque humanista.Los cuidados básicos del enfermo, la prevención de complicaciones , las conductas terapéuticas, el manejo de los medicamentos, el conocimiento de sus efectos adversos así como la asesoría a los familiares sobre estos temas, son aspectos de suma importancia en el quehacer diario del enfermero para mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

6 Bibliografía

- http://www.uvsfajardo.sld.es
- http://www.scielo.iscii.es
- http://www.revistacuidarte.edu.es

Capítulo 801

EL PAPEL DEL CENTRO DE DÍA EN NUESTRA SOCIEDAD.

ALBA MARTÍNEZ MENENDEZ

1 Introducción

Es sabido que en los últimos años la población está envejecida motivado por el aumento de la esperanza de vida y el descenso de la natalidad. Ante este aumento de personas mayores en nuestra sociedad surge la necesidad de centros especiales adaptados a las múltiples patológias propias del envejecimiento.

Los centros de día prestan atención socio sanitaria a aquellas personas mayores que tienen algún deterioro físico o cognitivo, discapacidad sensorial o de movilidad siendo asistidos con carácter preventivo y rehabilitador.
Existe un equipo multidisciplinar que coordinado con los equipos sanitarios, sociales, familiares o cuidadores y la propia persona usuaria del centro, valorará las necesidades individuales de cada anciano para poder gestionar las actividades según las mismas.

2 Objetivos

-Proporcionar a las personas mayores el apoyo técnico y especializado para que pueda desarrolllar con la -mayor autonomía posible las actividades de la vida diaria.
-Favorecer que continúe en su domicilio evitando el ingreso en una institución.
-Ofrecer una descarga familiar durante las horas de estancia en el centro de día.
-Dar atención integral y personalizada.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se ha llevado a cabo una investigación bibliográfica sistemática, sobre el tema a tratar. Se ha realizado una búsqueda sistemática en libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed,Medline, y Scielo seleccionando artículos de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El envejecer no tiene por que ser sinónimo de desarraigo, el centro de día consigue que la persona continúe con su vida en el entorno que conoce y conseguir algo tan deseado como es envejecer en casa.
Se favorece el contacto afectivo con la familia o cuidador ya que se refleja en ellos la descarga de trabajo durante las horas de estancia en el centro, pudiendo recuperar su espacio personal que es tan importante para cualquier persona.

5 Discusión-Conclusión

Aunque los beneficios para la persona mayor en el centro de día es indiscutible la función principal es el apoyo a las familias proporcionando durante su estancia en el centro una descarga muy importante ya que muchas patologías propias de la edad avanzada son agotadoras para el cuidador tanto física como mentalmente, llegando a sufrir el síndrome de burt out o síndrome del cuidador quemado, sobre todo en aquellos que sufren enfermedades con deterioro cognitivo ya que necesitan cuidados y atenciones las 24 horas del día.

6 Bibliografía

-J.L. González Montalvo. Unidad de valoración geriátrica Hospital Universitario La Paz.
-Mª del Carmen Martínez Pulleiro. Presidenta de asociación de familiares de alzheimer, A Coruña.
-Gerardo Hernandez Rodriguez. Sociólogo de la Universidad de A Coruña.
-https://www.Scielo.org.es
-https://www.Medline.gov

Capítulo 802

CUIDADOS A UN PACIENTE CON MUGUET ORAL.

MARIA TERESA FERNANDEZ MARTINEZ

1 Introducción

El muguet es una infección en la que el hongo Candida albicans se acumula en el revestimiento de la boca.
Esta afección se manifiesta como lesiones blancas cremosas que, por lo general, aparecen en la lengua o en las mejillas internas. Las lesiones pueden ser dolorosas y sangrar levemente si se rascan. En ocasiones, la infección se propaga al paladar, las encías, las amígdalas o hacia la parte posterior de la garganta.

Aunque esta patología puede afectar a cualquiera, es más probable que la contraigan los bebés, los que utilizan prótesis dentales o corticosteroides inhalados o aquellos que tienen el sistema inmunitario comprometido. Esta enfermedad es un problema menor si gozas de buena salud. Pero si tienes el sistema inmunitario debilitado, los síntomas de esta afección podrían ser más graves y difíciles de controlar.

2 Objetivos

Ofrecer una buena higiene en la cavidad bucal, para ello tendremos en cuenta los siguientes consejos:
- Enjuagues con betadine oral.
- Nistatina (Mycostatin). Se dará tres veces al día, primeramente, una cucharadita mantenida en la boca durante unos minutos, después se escupe y se toma otra

cucharadita tragada. Es muy útil congelar esta cantidad de fármaco en cubitos de hielo, de esta manera hacemos que el paciente se tome un helado y además se refresque la boca. Al mantenerse más tiempo en la boca su acción terapéutica es más duradera.
- Ketoconazol y fluconazol son antifúngicos de acción sistémica.
- Cuidados de la boca, lavado dental suave, tras las comidas con cepillo dental blando y de la lengua.
-Enjuagues con sueros bicarbonatados tras las comidas.
- Evitar enjuagues que contengan alcohol ya que resecan las mucosa.

3 Caso clínico

Mujer de 30 años acude al servicio de urgencias, refiere tener la boca llena placas blanquecinas desde hace una semana, comenta que hace dos días no puede tragar del dolor que padece.
Antecedentes: Refiere haber tomado cortisona para una migraña hace un mes el tratamiento fue tomado durante el periodo de 2 meses

4 Discusión-Conclusión

En condiciones normales, el sistema inmunitario trabaja para expulsar los organismos invasores dañinos, como los virus, las bacterias y los hongos, a fin de conservar el equilibrio entre los microbios «buenos» y «malos» que, por lo general, habitan en tu cuerpo. Sin embargo, en ocasiones, este mecanismo de protección falla, lo que hace proliferar el hongo cándida y producir candidosis oral.

El tipo de hongo cándida más frecuente es el Candida albicans. Hay varios factores, como el hecho de tener el sistema inmunitario debilitado, que pueden aumentar el riesgo de presentar candidosis oral.

Peso: 58 kg
Talla: 1.68 cm
Pulso: 72 ppm
FC: 90 ppm.
FR: 15 rpm
Examen clínico bucal: Se observaron placas blaquecinas en toda la superficie bucal y el la lengua

Cultivo: Candida Albicans
Analitica de sangre: a destacar leucocitos que sobre pasan los 19000

5 Bibliografía

- https://www.sanitas.es
- https://www.tuasaude.com

Capítulo 803

CUIDADOS A PACIENTE CON CLAMIDIA.

MARIA TERESA FERNANDEZ MARTINEZ

1 Introducción

La infección por Chlamydia trachomatis es una infección de transmisión sexual frecuente causada por una bacteria. Es posible que no sepas que tienes infección por Chlamydia porque muchas personas nunca presentan signos o síntomas, como dolor genital y secreción de la vagina o del pene.
La infección por Chlamydia trachomatis afecta tanto a hombres como a mujeres y se produce en todos los grupos etarios, aunque es más frecuente entre las mujeres jóvenes. La infección por Chlamydia no es difícil de tratar una vez que te la detectan. Sin embargo, si no se trata, puede dar lugar a problemas de salud más graves.

2 Objetivos

- Conocer la infección por Chlamydia, prevención.

3 Caso clínico

Mujer de 29 años acude al servicio de urgencias por que que refiere cuadro de una semana de evolución de astenia, anorexia y fiebre (hasta 39º C) con un vómito alimenticio autolimitado. No dolor abdominal, no diarrea, no odinofagia ni otra clínica.

TA: 142/82
Tª 38.8.
Exploracion fisica: Buen estado general, consciente, orientado y colaborador.Cabeza y cuello: no ingurgitación yugular, pequeña adenopatía de 1 cm láterocervical izquierda. Orofaringe normal, no placas ni exudados. AC: rítmica, sin soplos. AP: murmullo vesicular conservado, no ruídos sobreañadidos. Abdomen: blando, depresible, no doloroso, no masas ni megalias, peristaltismo presente. Extremidades inferiores: no edemas ni datos de trombosis venosa profunda.

Laboratorio: Serologías de hepatitis B, C, sífilis, VIH 1/2 negativos.
Exudado uretral:
- Tinción de Gram: diplococos gramnegativos.
- Det. Ag. Chlamydia trachomatis: positivo.
- Cultivo aerobios: positivo. Neisseria Neisseria gonorrhoaea sensible a ciprofloxacino y azitromizina.
- Cultivo de hongos: no crecimiento.
- Cultivo de Tricomonas vaginalis: no crecimiento

4 Discusión-Conclusión

En una etapa temprana, las infecciones por Chlamydia trachomatis pueden causar escasos signos y síntomas, o ninguno. Cuando hay signos o síntomas, en general comienzan de una a tres semanas después de la exposición a la Chlamydia. Incluso cuando se manifiestan, estos signos y síntomas en general son moderados y desaparecen, lo que hace más fácil que pasen desapercibidos.

Para evitar el contagio de la clamidia debemos saber que se contagia a través de las secreciones sexuales como el esperma, el líquido preeyaculatorio y las secreciones vaginales. De modo que la mejor manera de evitar la clamidiasis es no tener sexo vaginal, anal u oral. Sin embargo, esto no funciona para la mayoría de las personas, y ahí es donde los condones y barreras de látex bucales juegan un papel primordial. Realmente sirven para reducir las posibilidades de contagio de una ETS si tienes sexo.
Hacerse pruebas periódicas de ETS es otra buena manera de mantenerte saludable.

5 Bibliografía

- https://medlineplus.go
- https://www.plannedparenthood.org

Capítulo 804

CÓMO PREVENIR EL CANCER DE CERVIX

ALBA MARTÍNEZ MENENDEZ

1 Introducción

El cáncer de cérvix es el segundo tumor entre las mujeres a nivel mundial siendo en los países en vías de desarrollo donde se detectan más casos. En España e índice de esta enfermedad no es elevada pero se observa que en los últimos años aumentan las cifras de personas afectadas.
El virus del papiloma humano (VPH) es factor causal y necesario para el desarrollo del cáncer escamoso de cérvix y de su lesión precursora.

Es necesario la relación sexual, homosexual o heteresexual, para contraer el VPH en el tracto genital, siendo grupos de riesgo personas que se inician en el sexo a edades tempranas,la promiscuidad masculina y femenina , no utilizar preservativo y no estar circuncidado.Si bien es cierto que contraer el virus del papiloma no es suficiente para que se desarrolle el cáncer de cérvix. Existen varias pruebas para detectar este tipo de cáncer:
- Prueba de VPH: consiste en obtener células del cuello uterino de la mujer en ellas se buscan cepas que se relacionan más frecuentemente con el cáncer uterino.
- Prueba de Papa Nicolaou o citología vaginal: Es la prueba más utilizada para detectar cambios tempranos en las células que suelen degenerar en cáncer uterino. Se hace obteniendo células del cuello uterino.
- Inspección visual con ácido acético (IVAA): Se aplica una dilución de vinagre blanco en el cuello uterino, si existiese células anormales se pondrían de color blanco.

2 Objetivos

- Aconsejar el uso de preservativo en grupos de riesgo.
- Buscar el riesgo individual de cada mujer según su vida sexual.
- Promover el cribado entre las mujeres de riesgo medio que nunca o durante los últimos 5 años hayan hecho una citología.
- Reducir el numero de personas que desarrollan este cáncer.
- Reducir o eliminar el número de personas que mueren a causa de este cáncer.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, cancerscreening y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Los estudios confirman algunas medidas para evitar el VPH y por lo tanto el desarrollo del cáncer de cervix:
-Retrasar el inicio de las relaciones sexuales hasta el fin de la adolescencia o después.
-Limitar el número de parejas sexuales.
- Practicar relaciones sexuales con preservativo y barreras bucales.
-Evitar relaciones sexuales con personas que han tenido muchas parejas,
-Evitar relaciones sexuales con personas que presenten verrugas genitales u otros síntomas.
-Dejar de fumar.

5 Discusión-Conclusión

Es necesaria la prevención del VPH informando y haciendo campañas con controles preventivos de mujeres y hombres que puedan estar en grupos de riesgos de contraer este virus por no usar protección en sus relaciones sexuales, sobre todo las que están con múltiples compañeros.

6 Bibliografía

- OMS:Organización mundial de la salud.
- Vanesa Rodriguez-Salés, unidad de infecciones y cáncer del Institut catalá de oncología.
- Silvia de San José, CIBER en epidemiología y salud pública.
- http://www.cancerscreening.nhs

Capítulo 805

CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

MARÍA LOURDES ARGÜELLES ALVAREZ

1 Introducción

El envejecimiento de la población, debido al aumento de la esperanza de vida y disminución de la natalidad hace que aumente la incidencia de patologías derivadas del envejecimiento, como la enfermedad de Alzheimer (EA), patología degenerativa, de lenta evolución y sin cura. Se trata de una enfermedad degenerativa que se asocia a una morbilidad alta y un acortamiento de la esperanza de vida, y tiene un impacto sociofamiliar muy importante.

La edad representa el principal factor de riesgo. La enfermedad es dos veces más frecuente en mujeres que en hombres. Las alteraciones de la memoria suelen ser el primer síntoma en la mayoría de casos. La edad es el principal factor de riesgo para el desarrollo de la demencia. La prevalencia es del 1% en mayores de 65 años, del 25%-30% en mayores de 85 años y más del 50% en mayores de 90 años.

Los síntomas pueden incluir la pérdida de la memoria, el deterioro del lenguaje, la desorientación, los cambios de personalidad y de comportamiento, el deterioro del pensamiento, el razonamiento, la comunicación y la orientación, las dificultades para mantener las habilidades prácticas aprendidas y realizar las actividades cotidianas, la pérdida del cuidado personal, algunos síntomas no cognitivos con agresividad, ansiedad, depresión, delirios y alucinaciones, inquietud motora, desinhibición, problemas de alimentación, incontinencia y dificultades

para la movilidad que pueden provocar caídas y fracturas. Las alteraciones de la memoria suelen ser el primer síntoma en la mayoría de casos.

2 Objetivos

- Ampliar y actualizar conocimientos sobre las causas, los síntomas y el diagnóstico de la incontinencia urinaria en pacientes con EA.
- Describir la actuación del TCAE ante la incontinencia urinaria en pacientes que presentan EA.

3 Metodología

- Se realiza una revisión bibliográfica a través de diferentes bases de datos (Scielo, Pubmed, Cuiden) y en páginas web con el motor de búsqueda Google académico.
- Palabras clave: Demencia, Enfermedad de Alzheimer, Cuidados de Enfermería, Incontinencia Urinaria.

4 Resultados

La incontinencia urinaria (IU) es la pérdida involuntaria de orina que constituye un problema social e higiénico para la persona que lo sufre. La incontinencia puede ser resultado de las lesiones cerebrales y de la pérdida de control muscular, para mantener la incontinencia es básico que estén indemnes las estructuras anatómicas que participan en la micción, vejiga, uretra, músculos del suelo pelviano, también la médula espinal y los nervios periféricos que inervan el aparato urinario. Cualquier alteración en alguno de estos podría provocar la aparición de incontinencia urinaria. Las causas de IU en el paciente con enfermedad de Alzheimer pueden ser múltiples:

• Inestabilidad del detrusor.
• Incontinencia por rebosamiento o esfuerzo.
• Impactación fecal en pacientes de edad avanzada.
• Infección del aparato urinario.
• Confusión aguda por tomar fármacos equivocados, reducir el consumo de líquidos, o estar en lugares desconocidos.
• Hiperplasia prostática.
• Incontinencia funcional.
• Anormalidades anatómicas.

• Realizar esfuerzos físicos
• Desorientación.
• Miedo a caerse.
• Prendas de vestir inadecuadas.

En cuanto a los síntomas que presentan estos pacientes se pueden destacar los siguientes:
• Incapacidad para orinar.
• Dolor relacionado con el llenado de la vejiga o con la micción sin comprobarse infección de la vejiga.
• Debilidad progresiva del chorro urinario con o sin sensación de completo vaciado de la vejiga.
• Aumento de la frecuencia al orinar sin que haya infección.
• Necesidad de alcanzar el baño rápidamente o derrame de orina si no alcanza el baño a tiempo.
• Cambio o anormalidad al orinar relacionados con el sistema nervioso.
• Anormalidades como derrame cerebral, lesión de la médula espinal y esclerosis múltiple.
• Derrame de orina que impide las actividades.
• Derrame de orina que ocasiona incomodidad social.
• Infecciones frecuentes de la vejiga.

Para el diagnóstico de IU en pacientes con EA debe de confirmarse que se trata de una pérdida de orina totalmente involuntaria y demostrable. Hay que establecer factores externos y los trastornos de las vías urinarias que originan la incontinencia. Será necesario una exploración física que incluya estudios analíticos, radiológicos y urodinámicos. Deben tenerse en cuenta los antecedentes personales y las enfermedades neurológicas que repercuten sobre el sistema nervioso central. También se debe controlar la medicación del enfermo. Junto a los análisis de sangre se pueden hacer otras pruebas como: radiografía simple de abdomen, urografía intravenosa, ecografía o estudios urodinámicos. En ocasiones la valoración de la IU se hace con la utilización de diversas escalas.

El TCAE en su actuación ante estos pacientes ha de tener en cuenta las siguientes recomendaciones:
• Recordarle a la persona de ir al baño cada 2 a 3 horas.
• Mostrarle cómo llegar al baño o llevarla.
• Asegurarse que la ropa que lleva e fácil de quitar.
• Acondicionar el aseo, sin cambios.

• Usar un asiento especial para la taza del inodoro que sea estable y que esté a una altura adecuada. Usar un asiento colorido puede ayudar a la persona a identificar el inodoro.
• Procurar que orine antes de acostarse y reducir la ingesta de líquidos en dos horas previas.
• Si la persona tiene sed antes de la hora de dormir, dele fruta fresca en vez de líquidos.
• Descubrir los signos que demuestran ganas de orinar. Estar atento a señales no verbales como inquietud, sonidos inusuales o caras, silencio repentino o esconderse en los rincones. Estas señales pueden indicar la necesidad de ir al baño. Usar palabras adultas y no hablar como un bebé para referirse al uso del baño
• Usar absorbentes de incontinencia específicos para personas adultas.
• Prevenir el mal olor con cambios de pañal antes de saturarse.
• Procurar una buena ventilación de la habitación y usar desodorantes ambientales.
• Mucha higiene.

5 Discusión-Conclusión

La incontinencia significa que una persona no puede controlar su vejiga y/o intestinos. Esto puede pasar en cualquier etapa de la enfermedad de Alzheimer, pero frecuentemente tiende a ser un problema en las etapas más avanzadas. Las causas más comunes incluyen la incapacidad para reconocer los impulsos naturales, olvidar dónde se encuentra el baño o los efectos secundarios de los medicamentos.

A la hora de cuidar a un paciente con EA que presenta incontinencia la limpieza es un aspecto importante. Además, es donde el TCAE puede ejercer una influencia positiva en cuanto a su felicidad y comodidad. La piel de las personas mayores es, de por sí, frágil, y la incontinencia puede debilitarla aún más. Esto puede ocurrir si se mantiene la humedad de la orina y/o las heces sobre la piel. Puede que la piel no sea capaz de formar una barrera protectora y, en consecuencia, empiece a excoriarse. La piel abierta puede ser una vía de entrada para bacterias, que pueden causar una incómoda irritación.

6 Bibliografía

1. Enfermedad de Alzheimer EN Merino, MAC Sendin, JAV Osorio - Medicine-Programa de Formación, 2015 - Elsevier
2. Cuidados de enfermería al anciano enfermo de alzheimer ACLF Camacho, MJ Coelho – Enfermería Global, 2009 – revistas.um.es
3. Portal de ayuda a nuestros mayores.www.imsersomayores.csis.es

Capítulo 806

PREVENCIÓN Y CUIDADOS DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN.

ELIZABETH TUYA CABEZA

1 Introducción

Las úlceras de presión son lesiones de la piel y del tejido que se encuentra debajo, que se producen como resultado de una presión prolongada sobre la piel. En la mayoría de los casos, las úlceras de decúbito se manifiestan en la piel que recubre las partes óseas del cuerpo, como los talones, los tobillos, las caderas y el coxis.

Las personas que corren más riesgo de padecer úlceras de decúbito son las que tienen una enfermedad que limita su capacidad de cambiar de posición o las que pasan la mayor parte del tiempo en una cama o una silla.
Las úlceras de decúbito pueden aparecer rápidamente. La mayoría de las úlceras se curan con tratamiento, pero algunas nunca se terminan de curar por completo. Puedes tomar medidas para ayudar a prevenir y curar las úlceras de decúbito.

Las UPP se clasifican en cuatro grados en relación al aspecto y profundidad de las lesiones:
- Grado I. Eritema cutáneo que no palidece en piel intacta. En pacientes de piel oscura, observar edema, induración, decoloración, calor local.
- Grado II. Pérdida parcial del grosor de la piel que afecta a la epidermis, dermis o ambas, puede tener aspecto de abrasión, ampolla o cráter superficial.
- Grado III. Pérdida total del grosor de la piel que implica lesión o necrosis del tejido subcutáneo, que puede extenderse hacia abajo, pero no por la fascia subyacente.

- Grado IV. Pérdida total del grosor de la piel con destrucción extensa, necrosis del tejido o lesión en músculo, hueso o estructuras de sostén como el tendón o la cápsula articular.

2 Objetivos

- Educar a la familia / cuidadores en la prevención de ulceras por presión.
- Aportar los cuidados de enfermería adecuados para la cura de dichas lesiones.
- Recuperar de la integridad de la piel y mucosas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: pubmed, medline, y scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Prevención

Piel:
Objetivo: Mantener una piel intacta en el paciente.

Cuidados:
• Aseo general cada 24 horas y parcial cuando se precise. Lavar la piel con agua tibia, aclarar y realizar un secado meticuloso sin fricción.
• Utilizar jabones o sustancias limpiadoras con potencial irritativo bajo.
• Mantener la piel del paciente en todo momento limpia y seca. Vigilar incontinencias, sudoración excesiva o exudados que provoquen humedad.
• Examinar el estado de la piel a diario, (durante el aseo, cambios posturales, etc.) buscando sobre todo en los puntos de apoyo, áreas enrojecidas o induraciones.
• Registrar el estado de la piel (estado de hidratación, eritemas, maceraciones, fragilidad, calor, induración, lesiones)
• No utilizar sobre la piel ningún tipo de alcoholes (de romero, tanino, colonias, etc.)

• Aplicar ácidos grasos hiperoxigenados (Corpitol, Linovera o Mepentol) o emulsión cutánea suavizante (Epaderm) , procurando su completa absorción con un masaje suave.
• Valore la posibilidad de utilizar ácidos grasos hiperoxigenados en las zonas de riesgo de desarrollo de ulceras por presión, cuya piel esté intacta.
• No frotar o masajear excesivamente sobre las prominencias óseas por riesgo de traumatismo capilar.
• Evitar la formación de arrugas en las sábanas de la cama.
• Para reducir las posibles lesiones por fricción o presión en las zonas más susceptibles de ulceración como son el sacro, los talones, los codos y los trocánteres, proteger las prominencias óseas aplicando un apósito hidrocoloide, productos barrera o espumas de poliuretano y/o taloneras con velcro.

Exceso de Humedad:

Objetivo: Evitar signos de maceración o infección en la piel por el contacto de incontinencia fecal/urinaria, sudoración, drenajes y exudado de heridas.

Cuidados:
• Cuidados del paciente: sondaje vesical si es necesario, colocar pañales absorbentes o colectores.

Para prevenir el deterioro de la piel de la persona incontinente, es fundamental, en el caso de uso de absorbentes, que éste sea:
1.-Transpirable para que ayude a mantener un microclima de la piel adecuado, para prevenir el deterioro de la misma.
2.-Que la capa que está en contacto con la piel esté siempre seca, para lo que el absorbente debe tener un bajo retorno de humedad, es decir, que la humedad que entra en el absorbente no retroceda para que la piel del paciente esté lo más seca posible. (Ver sección de Lesiones por Humedad).
• Asear al paciente lo antes posible en caso de incontinencia para evitar maceraciones de la piel.
• Reeducar en lo posible los esfínteres.
• En las zonas de piel expuestas a humedad excesiva y continuada, aplicar productos barrera.

Movilización:

Objetivo: Aliviar la presión sobre las áreas de riesgo (prominencias óseas).

Cuidados: Realizar cambios posturales:
Todo paciente detectado como de riesgo debe ser cambiado de posición si no hay contraindicación por su patología de base.
El periodo de tiempo entre cada cambio no debe exceder generalmente de dos horas y deberá estar definido en el plan de cuidados o historia del paciente. Los pacientes, en los que sea posible, deberán ser educados para cambiar de posición ellos mismos.

En general se darán cambios posturales cada 2-3 horas (al menos dos por turno) a los pacientes encamados, siguiendo una rotación programada e individualizada que incluya siempre que se pueda el decúbito supino, la sedestación, el decúbito lateral izquierdo y el decúbito lateral derecho, y registrando la posición en la que se deja al paciente para dar continuidad a los cuidados (ver posiciones terapeuticas y colocación de almohadas).

Evitar en lo posible apoyar directamente al paciente sobre sus lesiones
En pacientes en sedestación los puntos de apoyo deberán modificarse con la misma frecuencia que en los encamados.
Mantener el alineamiento corporal, la distribución del peso y el equilibrio.
Evitar el contacto directo de las prominencias óseas entre si usando almohadas.
Evitar el arrastre. Realizar las movilizaciones reduciendo las fuerzas tangenciales.
En decúbito lateral, no sobrepasar los 30 grados.
Si fuera necesario, elevar la cabecera de la cama lo mínimo posible (máximo 30°) y durante el mínimo tiempo.
Usar dispositivos que mitiguen al máximo la presión: colchones de aire (pacientes de peso inferior a 75 kg.), cojines, almohadas, protecciones locales, etc.

Nutrición e Hidratación

Es necesario asegurar un estado de nutrición e hidratación adecuados, ya que la desnutrición/deshidratación son considerados por diversos estudios como factores de riesgo de formación de úlcera por presión.
El aporte para un estado nutricional adecuado deber ser: calórico (30-35 Kcl / Kgr), proteico (1-1,25 gr / Kgr) y de vitaminas y minerales.
Los pacientes en riesgo de desarrollo de Upp o que ya la presentan requieren de una dieta hiperproteica y el aporta de nutrientes que faciliten la cicatrización.

Cuidados

Limpieza
La mayoría de las úlceras por presión se limpian con agua potable (es decir, el agua apta para el consumo) o suero salino fisiológico.
Considere el uso de soluciones de limpieza con agentes tensioactivos y / o antimicrobianos para limpiar las úlceras por presión con restos, infección confirmada, sospecha de infección, o sospecha de niveles altos de colonización por bacterias. Un ejemplo es Polihexanida y betaína (PHMB) {Prontosan}.
Limpie la piel circundante.

Desbridamiento
Desbride el tejido desvitalizado en el lecho de la herida o el borde de las úlceras por presión cuando sea apropiado según el estado general de la persona y esté en consonancia con los objetivos generales de la atención.
Seleccione el método(s) de desbridamiento más adecuado para la persona, el lecho de la herida, y el entorno clínico.
Hacer uso de antisépticos usados comúnmente en las heridas y seleccionar un apósito adecuado.

5 Discusión-Conclusión

Enfermería tiene un papel decisivo en la prevención y tratamiento de las úlceras por presión. Es fundamental fomentar el autocuidado para conseguir una mejoría en la calidad de vida del paciente así como la realización de una buena valoración para elegir el tratamiento más adecuado y conseguir la resolución de la misma en el menor tiempo posible, reduciendo costes directos e indirectos, tanto humanos como materiales.

6 Bibliografía

- Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Ulceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP). Directrices Generales sobre Prevención de las Úlceras por Presión. Logroño. 2003
- Guía de cuidados enfermeros del INSALUD. (Madrid 1996)
- European pressure Ulcers Advisory Panel: Directrices sobre la prevención de úlceras por presión del Grupo Europeo de Úlceras por presión. Gerokomos. 1999. 10(1):30-33.
- Best Practice. Pressure Sores. Part 1: Prevention of Pressure Related Damage. The Joanna Briggs Instituted for Evidence Based nursing and Midwifery. 1997.

1(1):1-6.
- Rodríguez M. et al. Cuidados de Enfermería al paciente con upp. Guía de prevención y tratamiento. Cádiz: Hospital Universitario Puerta del Mar, 2004.

Capítulo 807

AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE CON URGENCIA HIPERTENSIVA

ISABEL GARCÍA AGUDIN

MONTSERRAT MARTINEZ RODRIGUEZ

MARÍA SOL FERNÁNDEZ ARBESÚ

SONIA HUERTA COTO

1 Introducción

Según la OMS la hipertensión arterial, también conocida como tensión arterial alta o elevada, es un trastorno en el que los vasos sanguíneos tienen una tensión persistentemente alta, lo que puede dañarlos. Cada vez que el corazón late, bombea sangre a los vasos, que llevan la sangre a todas las partes del cuerpo.
La tensión arterial es la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de los vasos (arterias) al ser bombeada por el corazón. Cuanto más alta es la tensión, más esfuerzo tiene que realizar el corazón para bombea. Así mismo la Organización Mundial de la Salud dice que uno de los factores de riesgo clave de las enfermedades cardiovasculares es la hipertensión.

La hipertensión afecta ya a mil millones de personas en el mundo, y puede provocar infartos de miocardio y accidentes cerebrovasculares. Los investigadores calculan que la hipertensión es la causa por la que mueren anualmente nueve mil-

lones de personas. En el mundo, las enfermedades cardiovasculares son responsables de aproximadamente 17 millones de muertes por año, casi un tercio del total. Entre ellas, las complicaciones de la hipertensión causan anualmente 9,4 millones de muertes. La hipertensión es la causa de por lo menos el 45% de las muertes por cardiopatías, y el 51% de las muertes por accidente cerebrovascular.

América Latina vive una transición epidemiológica, con coexistencia de enfermedades infecciosas agudas y enfermedades cardiovasculares crónicas. La mortalidad cardiovascular representa el 26% de las muertes por todas las causas. Factores demográficos, como el envejecimiento poblacional, y sociales, como la pobreza y el proceso de aculturación, condicionan una alta prevalencia de hipertensión arterial. Aproximadamente la mitad de los hipertensos ignoran que lo son, y sólo una pequeña fracción de los tratados están controlados. En Chile, la hipertensión y la obesidad tienen tasas de prevalencia de 12.1% y 21.5%, respectivamente, en el estrato socioeconómico superior y de 21% y 40.1% en el inferior. Además, los años de escolaridad se correlacionan inversamente con la mortalidad cardiovascular y cerebrovascular, correlación más evidente en las mujeres.

Por otra parte, se debe tener en cuenta que la PA varía de unas personas a otras, es menor durante el sueño y está influida por una gran variedad de factores como son la ingesta excesiva de sal en la dieta, la obesidad, la ingesta elevada de bebidas alcohólicas, el hábito tabáquico, el uso de gotas nasales vasoconstrictoras u otros medicamentos y el consumo de sustancias como la cocaína entre otras. Aproximadamente el 1% de los pacientes hipertensos desarrolla una crisis hipertensiva. El común denominador en esos casos es el dolor precordial, siendo además, uno de los síntomas más frecuentes, siendo ese dolor el que los motiva a buscar asistencia médica. Para el logro terapéutico se requiere de cuidado estrecho de enfermería que inicia con la correcta toma de presión. Con la corroboración de los valores de la presión arterial en ambos brazos utilizando un manguito del tamaño apropiado.

El servicio de urgencias constituye prácticamente la puerta de entrada al sistema de salud más importante en nuestro medio y en cualquier otro medio donde todo el personal médico y de enfermería que trabaja en dicho sistema deberá estar plenamente capacitado para desempeñar el papel que le corresponda ante todo paciente aquejado de una crisis hipertensiva, pues las mismas constituyen una causa de consulta frecuente en los servicios de urgencia. En múltiples ocasiones existe alguna dificultad para establecer un diagnóstico diferencial entre lo que supone una emergencia o una urgencia hipertensiva. El abordaje terapéutico di-

fiere en función de cuál sea la presentación de la crisis (urgencia o emergencia), por lo que es importante establecer un diagnóstico correcto.

Es importante tener en cuenta que lo que diferencia una urgencia de una emergencia hipertensiva no es el nivel de tensión arterial, sino la existencia o no de lesión en los órganos diana. De estas 2 entidades, las urgencias son más frecuentes que las emergencias (28 % ante 8 %, respectivamente). Pacientes con hipertensión arterial crónica pueden tener cifras de tensión arterial diastólica en rangos de 120-140 mm de Hg sin que aparezcan síntomas, mientras que en otros casos, como pueden ser las glomerulonefritis agudas, mujeres jóvenes con preeclampsia o individuos que toman cocaína, cifras de tensión arterial diastólica en torno a 105-110 mm de Hg dan lugar a emergencias hipertensivas.

2 Objetivos

• Determinar el rol del auxiliar de enfermería en la atención del paciente con urgencia hipertensiva.
• Realizar una revisión bibliográfica sobre el manejo del paciente en urgencia hipertensiva por parte del auxiliar de enfermería.
• Reconocer el procedimiento adecuado de la toma de presión arterial.
• Identificar los errores más comunes en la toma de presión arterial por el personal de enfermería.
• Diferenciar los signos y síntomas del paciente con urgencias hipertensiva y con emergencia hipertensiva.

3 Metodología

La metodología de investigación utilizada es de tipo documental, porque la información se recopilo de información ya existente en revistas Scielo, Medigraphic, Google Académico, tesis y trabajos de grados. Las palabras claves utilizadas fueron: crisis hipertensiva, emergencia hipertensiva, urgencia hipertensiva, rol auxiliar de enfermería.

4 Resultados

La tensión arterial es la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de los vasos (arterias) al ser bombeada por el corazón, cuanto más alta es la tensión, más esfuerzo tiene que realizar el corazón para bombear. Es una enfermedad de

alta prevalencia. Afecta al 25% de la población aduLa crisis hipertensiva (CH) está definida en La Guía Europea para el Manejo de la Hipertensión (2007) como: "una elevación aguda de la presión arterialsuperior a 180 mmHg de PAS y/o mayor de 120 mmHg de PAD que puede derivar en la lesión de órganos diana", Desde 1984, las crisis hipertensivas se dividen en urgencias hipertensivas (UH) y emergencias hipertensivas (EH) según la clasificación establecida por el Joint National Commitee norteamericano, con diferente pronóstico y tratamiento en función de la presentación clínica y no de las cifras de PA. lta, con porcentajes más elevados en personas de mayor edad.

La PA sistólica (PAS) coincide con la sístole cardíaca mientras que la PA diastólica (PAD) coincide con la diástole. Las urgencias hipertensivas, son "elevaciones agudas de la presión arterial que no provocan afectación de los órganos diana de la hipertensión o, si esta se produce, es de carácter leve -moderado", Las emergencias hipertensivas, son "situaciones que requieren una reducción inmediata de la presión arterial con medicación parenteral debido al elevado riesgo de que se produzca daño agudo o progresivo de órganos diana que puedan quedar irreversiblemente afectados".
El diagnóstico de la hipertensión se basa en las cifras arrojadas por un esfigmomanómetro, el personal de enfermería debe tener las siguientes recomendaciones al momento de tomar la presión arterial:

• Asegurarse de que el paciente no ha realizado ejercicio anteriormente y de que haya guardado reposo al menos 10 minutos antes de la medición de la presión arterial. Para realizar un buen control es preferible que la medición sea matutina y en ayunas.
• El paciente no habrá fumado ni ingerido sustancias estimulantes, como el café o el té, durante la hora previa a la medición y no habrá tomado medicación con efecto sobre la presión arterial
• El paciente debe estar sentado, relajado y con su brazo apoyado en la misma mesa en la que el enfermero realiza la técnica. No debe de haber ropa oprimiendo el brazo y deberá estar colocado a la misma altura que el corazón y sin cruzar las piernas.
• El ambiente debe ser tranquilo y relajado, con una temperatura ambiente de aproximadamente 20℃.
• El manguito debe situarse a la misma altura aproximada que la del corazón del paciente.
• La bolsa inflable del manguito debe de abarcar como mínimo el 80% del perímetro del miembro, sin que se superpongan sus extremos. La anchura del

manguito debe corresponder a dos tercios de la del brazo o la pierna ya que si es ancho da cifras bajas y si es estrecho da cifras altas.
• Su borde inferior debe estar entre 2 y 3 cm por encima de la flexura del codo para poder ubicar el estetoscopio con comodidad sobre la arteria braquial. Ajustar sin holgura y sin que comprima. El centro de la cámara (o la marca del manguito) debe coincidir con la arteria braquial.
• El velcro o sistema de cierre debe sujetar firmemente.
• El aparato de medida debe estar validado y calibrado.
• Repetir la toma de presión arterial después de 5 minutos y obtener la media de las dos medidas. Si entre la primera y la segunda medida existe una diferencia de 5 mm/Hg o más, repetir una tercera medida.
• Si los ruidos son débiles, indicar al paciente que eleve el brazo y queabra y cierre la mano 5-10 veces; después insuflar el manguito rápidamente.
• Por otro lado, los aparatos electrónicos automáticos o semiautomáticos de medida de presión arterial no son óptimos para la medida de la presión arterial en sujetos con arritmias.
También se pueden observar que el personal de enfermería cae en errores como: Ubicar mal el fonendoscopio, centrar mal la cámara del manguito, usar un manguito inadecuado a la circunferencia del brazo, dejar puesta vestimenta que comprima la arteria braquial, sujetar el manguito con las manos mientras se está tomando la presión arterial o pedir al paciente que colabore sujetando el manguito con sus manos e inflar nuevamente el manguito sin haberlo deshinchado por completo y sin haber dejado pasar un pequeño espacio de tiempo.
En un primer momento, en el caso de las Crisis hipertensivas, las intervenciones que realiza el personal de enfermería irán en función de las peticiones del médico para que pueda llegar a un diagnóstico mediante diferentes pruebas y seguir una serie de pasos que consisten en confirmar que se trata de una crisis hipertensiva, diferenciar entre urgencia hipertensiva y emergencia hipertensiva, evaluar al paciente e iniciar la administración del tratamiento pautado.
En primer lugar, el profesional de enfermería colabora en la realización de una anamnesis detallada que recoja información útil como conocer si el paciente estaba diagnosticado previamente de HTA y si es así saber si tiene una buena adherencia al tratamiento. Se indagará sobre su historia clínica para conocer si tiene otras enfermedades o si tiene algún antecedente personal relacionado con la HTA o enfermedades cardiovasculares. También es importante conocer su estilo de vida para saber si tiene hábitos que aumenten el riesgo cardiovascular o si hay repercusión de órganos diana.
A continuación, el facultativo realizará una exploración física del paciente y la

función de enfermería en este apartado será la toma de presión arterial y la valoración de signos y síntomas que nos puedan indicar una afectación de órganos diana tales como disnea o dolor torácico entre otros.
Una vez realizada la entrevista y la exploración física se llevarán a cabo diversas pruebas complementarias para evaluar la afectación de órganos diana. Aquellas de las que se encarga el personal de enfermería son: electrocardiograma y analítica de sangre y orina en la que se incluye bioquímica básica, hemograma y análisis sistemático de orina. Además de estas, dependiendo del resultado de la exploración física, se pueden realizar también radiografía torácica, ecocardiograma, tomografía axial computarizada (TAC) craneal, TAC toracoabdominal o resonancia magnética ante la sospecha de disección aórtica.
Los cuidados de enfermería pueden variar de un acto más sencillo a las medidas más complejas con la atención de pacientes, en el área de emergencia o terapia intensiva o ayudar a la familia satisfacer sus necesidades de salud en el ambiente de una comunidad. Sin embargo, el proceso de enfermería es igual sean los cuidados se proporcionan como una medida básica de primeros auxilios o en una secuencia de actividades complicadas de enfermería (4).
• Controlar y valorar la tensión arterial cada 15 minutos y después de estabilizar la tensión arterial cada 1 hora
• Realizar examen físico para valorar la presencia de manifestaciones neurológicas, renales, vasculares y cardiaca.
• Monitorizar al paciente.
• Realizar electrocardiograma según el estado del paciente y frecuencia establecida.
• Canalizar vena de manera inmediata extremando medidas de asepsia y antisepsia.
• Administrar medicamentos según criterio médico y evaluar su respuesta.
• Brindar apoyo en la esfera afectiva.
• Brindar educación sanitaria (cuando el estado del paciente lo permita y se encuentre fuera de la fase aguda) en relación con: proceso de la enfermedad, régimen terapéutico, y factores que factores que favorecen la elevación de la tensión arterial. (RAHMOUNI K,2005).
También es de suma importancia que el personal de enfermería reconozca las situaciones que se consideran urgencia hipertensiva, como son:
• HTA de rebote tras abandono brusco de medicación hipotensora.
• HTA con insuficiencia cardíaca (IC) leve o moderada.
• Preeclampsia.
• PAD >120 mmHg asintomática o con síntomas inespecíficos

Y las situaciones que se consideran una emergencia hipertensiva cardiacas son:
• Aneurisma disecante de aorta.
• Insuficiencia cardíaca grave o edema agudo de pulmón (EAP).
• Síndrome coronario agudo (SCA)
• Postcirugía de revascularización coronaria.Situaciones que se consideran una emergencia hipertensiva cardiovasculares son:
• Encefalopatía hipertensiva.
• Ictus hemorrágicos.
• o Ictus isquémicos con: presión arterial diastólica (PAD) >120 mmHg o presión arterial sistólica (PAS) >210 mmHg o necesidad de tratamiento trombolítico, en cuyo caso es necesario reducir la PA por debajo de 185/110 mmHg.
• Traumatismo craneal o medular.

Situaciones que se consideran una emergencia hipertensiva renal son:

• Insuficiencia renal aguda.
Exceso de catecolaminas circulantes
• Crisis de feocromocitoma.
• Interacción de IMAOs con alimentos ricos en tiramina o fármacos. o Abuso de drogas simpaticomiméticos (cocaína).
• Eclampsia.
• Epistaxis severa.
• Grandes quemados.
Otras bibliografías coinciden que las intervenciones de enfermería inician con la valoración que se realiza en los servicios de urgencias, con la toma correcta de la presión arterial y en la identificación de cualquier sintomatología en el paciente hospitalizado o en el post-operado, se sugiere:
• Toma de presión arterial (Coloque el manguito alrededor del brazo, que quede ajustado y que el borde inferior esté de 2 a 5 cm por encima del espacio cubital - Mientras palpa la arteria braquial - Insufle rápidamente el manguito hasta 20 a 30 mmHg por encima del punto en el cual desaparece el pulso- Apoye la campana del estetoscopio sobre el área del pulso.-Desinfle el manguito lentamente (de 2 a 3 mmHg por segundo)- Escuchando los tres sonidos de Korotkoff- El primer sonido es la presión sistólica. En ocasiones el sonido desaparece, reapareciendo de10 a 15 mmHg más tarde. Este período de silencio, llamado intervalo auscultatorio, no tiene significado- El primer sonido diastólico está marcado por laamortiguación del primer sonido de Korotkoff y es la aproximación más exacta a la presión arterial diastólica-El segundo sonido diastólico es el punto en el cual todos los

ruidos desaparecen.

• Registrar en el expediente clínico.
• Reportar al médico la cifra obtenida.
• Realizar indicaciones médicas
• Mantener al paciente en reposo absoluto
• Posición semi-Fowler estricta
• Aplicar oxígeno suplementario
• Especificaciones para la toma de presión arterial (La toma de presión arterial cada 15 minutos durante la primera hora, posteriormente cada 30 minutos, cada hora, cada dos horas y cada cuatro horas, hasta su estabilización o bien cifras óptimas)
• Instalas vía intravenosa.
• Monitorización cardiáca continua.
• Toma de electrocardiograma.
• Toma de muestras sanguíneas
• Aplicación de fármacos indicados.
• Identificar signos y síntomas de intoxicación porfármacos.
• Registro de enfermería.
Por otro lado las condiciones del equipo utilizado para tomar la presión arterial deben garantizar:
• Dispositivo de medida:
• Esfigmomanómetro de mercurio mantenido de forma adecuada.
• Manómetro aneroide, calibrado en los últimos 6 meses.
• Aparato automático validado y calibrado en el último año.
• Manguito Adecuado al tamaño del brazo. La cámara debe cubrir el 80% del perímetro.
• Disponer de manguitos de diferentes tamaños: delgado, normal y obeso.
• Velcro o sistema de cierre que sujete con firmeza.
• Estanqueidad en el sistema de aire.

5 Discusión-Conclusión

La mayoría de las personas con hipertensión no muestra ningún síntoma, por eso la participación del personal de enfermería sin duda alguna es una de las más importantes ya que son los que tienen el primer contacto con los pacientes, y la toma de la presión arterial la llevamos a cabo nosotros, identificando las cifras elevadas por encima de los parámetros normales, además aplicamos nuestro juicio

crítico identificando la problemática de salud de los pacientes para evitar posibles complicaciones que ocasionan daños irreversibles. Así, como el tratamiento preparado y administrado por nosotros. También como parte del equipo médico es de suma importancia reforzar los conocimientos acerca de la presentación, dosis y forma de preparación y administración ya que los antihipertensivos son fármacos muy peligrosos, es por ello la importancia de conocer su adecuada utilización.

Es necesario realizar una técnica correcta para la medición de la presión arterial, lo que posibilitará la obtención de un buen diagnóstico, y procurar una buena adherencia al tratamiento así como una modificación de los hábitos de vida del paciente con el objetivo de que no se vuelva a repetir una crisis hipertensiva. Una toma tensional elevada aislada no hace un hipertenso, en las crisis hipertensivas, más que la cifra de tensión, es la sintomatología acompañante.

La hipertensión severa exige una rápida evaluación clínica de los órganos blanco, para determinar si se trata de una emergencia o urgencia hipertensiva, si se encuentra indicada una rápida reducción de la presión arterial la elección terapéutica y el grado de reducción de la presión arterial deberá establecerse en cada paciente individuamente. Es importante el conocimiento de los aspectos farmacodinámicos, farmacocinéticos y efectos adversos de los antihipertensivos disponibles y proporcionar cuidados de enfermería individualizados para cada caso, vigilando siempre a través del monitoréo de presión arterial y cardiáco que no exista un descenso muy brusco ni pronunciado de la presión arterial para evitar hipoperfusión de órganos vitales y causarle más complicaciones.

6 Bibliografía

1. OMS. Https: // wwwwhoint / topics / hypertension / es /. [En línea]. Disponible en: [Acceso el 7 de enero de 2020].
2. Toledo, M. (2017). CUIDADO DE ENFERMERÍA EN CRISIS HIPERTENSIVA. SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL FELIX TORREALVA GUTIÉRREZ - ESSALUD - ICA - 2017. Licenciatura. UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN DE AREQUIPA.
3. Pérez, M. (2016). CRISIS HIPERTENSIVAS Y ENFERMERÍA. licenciatura. Facultad de Enfermería de Soria.
4. Montes, E. (2011). PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA DE CRISIS HIPERTENSIVAS, ATENDIDAS EN EL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL RODRÍGUEZ ZAMBRANO DE MANTA DE 1RO. DE JULIO 2008 A 31 DE

JULIO DEL 2009. Magister. Universidad de Guayaquil.
5. Vasquez, M. (2001). Manejo de enfermería en la crisis hipertensiva. Medigraphic, [online] (vol. 71). Available at: https://www.medigraphic.com/pdfs/archi/ac-2001/acs011at.pdf
[Accessed 8 Jan. 2020].
6. Rodriguez, N. and Muñoz, E. (2015). ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE UNA CRISIS HIPERTENSIVA. CiberRevista, [online] p.unicapagina. Available at: http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/enero2015/pagina1.html
[Accessed 8 Jan. 2020].

Capítulo 808

EL CUIDADOR DE ALZHEIMER.

CLARA ISABEL COLERO FANJUL

MARIA DEL CARMEN SUAREZ SUAREZ

YOLANDA VIÑA RODRIGUEZ

NOEMI SANZ ROCES

1 Introducción

Cuando la enfermedad de Alzheimer entra en la unidad familiar, la vida de todos los miembros se ve afectada en mayor o menor medida. Los que los cuidan pierden parte de su tiempo personal y los que están al lado, sienten miedo, inquietud y rechazo.

Según Oriol Turró Garriga, entre el 70 y el 80% de los enfermos son atendidos por sus familiares, esto implica un desgaste físico y gran presión emocional y psicológica, con gran incremento en el coste económico, que produce sobrecarga al cuidador y disminuye su calidad de vida.

Es de gran utilidad para el cuidador informarse de todo lo relacionado con la enfermedad y su evolución. No agobiarse por lo que sucederá, planear el futuro de su enfermo y de la familia; el cuidador principal debe cuidarse él mismo ya que es el pilar de la familia.

Tiene que descansar lo suficiente, cuidar su salud acudiendo al médico cuando lo necesite; no debe aislarse y continuar de alguna manera con actividades que

antes tenía. Para el bienestar del cuidador es importante la risa, el amor, la alegría y dedicar tiempo para uno mismo.

2 Objetivos

- Aconsejar al cuidador de paciente con alzheimer.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: pubmed, medline, y scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 809

ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN.

MARÍA ÁLVAREZ GONZALEZ

1 Introducción

Úlcera por presión se refiere a un daño de la piel o del tejido que se produce cuando disminuye la circulación sanguínea debido a la presión en una zona específica.
Inicialmente se puede notar un ligero enrojecimiento en la zona afectada (el primer signo de daño tisular). El tejido debajo de esta zona muere debido a un aporte insuficiente de sangre. Pueden estar afectadas varias capas de piel, músculos y huesos. Las regiones que están particularmente en riesgo son el sacro, los talones, los codos y los omóplatos.

2 Objetivos

- Evitar la aparición de úlceras por presión con medidas preventivas como una evaluación del riesgo y una reducción específica del riesgo (alivio de la presión, cuidados preventivos de la piel) minimizando los factores de riesgo. Evitando la aparicion de úlceras mejoramos la calidad del paciente. se hace un ahorro un importante en medicación y cuidados profesionales.

3 Caso clínico

Mujer de88 años con enfermedad de Alzheimer, diabetes tipo 2 dependiente para las ABVD. Vida cama sillón. Los cuidadores principales su marido, un hijo y la mujer de este hijo que es la que se encarga de suplir sus necesidades de Autocuidados, deterioro en la deambulación, no control de esfínteres.

Acuden a su médico de atención primaria y refieren que la paciente desde hace unos 4dias tiene una mancha roja en talón izquierdo. En la exploración se observa una afectación de la epidermis con eritema que no desaparece al retirar la presión, la zona tiene temperatura ligeramente elevada, se le diagnostica ulcera por presión en estadio I. Ese mismo día se cita a la cuidadora en la consulta de enfermería y junto con el tcae se le educa con unas pautas para el cuidado de la zona en concreto y el resto de puntos de apoyo.

Se le enseña a hacer cambios posturales cada dos horas, se le explica la importancia del cuidado de la piel, el uso de taloneras y cojines para no sobrecargar zonas, la importancia de alimentación y la hidratación. La paciente es citada en dos semanas para nueva valoración. Donde se observa que la lesión desapareció y el buen cuidado del resto de la piel.

Tras dos semanas de tratamiento la lesión desaparece por completo. Y sus cuidadores siguen las pautas dadas por su enfermera y la tcae. Hasta la fecha la paciente no ha vuelto a presentar ninguna lesión.

4 Discusión-Conclusión

Una vez desarrollada una úlcera por presión, es importante trazar un plan de tratamiento coordinado para inducir la cicatrización y eliminar todos los factores perturbadores. Deben cumplirse los requisitos previos básicos para la cicatrización de las heridas. Obtener una herida limpia, que funcione la circulación y una alimentación adecuada, junto con la ingestión adecuada de líquidos. Esto último es a menudo un problema en las personas mayores.

5 Bibliografía

- Soldevilla Agreda JJ. Las úlceras por presión en Gerontología.

- Verdú Soriano J, Nolasco A, García C. Análisis de la mortalidad por úlceras por presión en España.
- Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e higiene.
- Alba Moratilla C, Alba Moratilla N, Zafra Pires MJ, Inat Carbonell J, Lanzón Serra T. Prevalencia de úlceras por presión y factores asociados.

Capítulo 810

PIE DIABETICO. CUIDADO Y EDUCACIÓN DIABETOLÓGICA

CARME DE CON GUTIÉRREZ

MARIA DEL CARMEN GANCEDO SANCHEZ

CRISTINA PRUNEDA SIERRA

MONICA GONZÁLEZ TAMARGO

YOLANDA MERELO ALONSO

1 Introducción

La OMS define la diabetes mellitus como un proceso crónico compuesto por un grupo de alteraciones metabólicas caracterizadas por la hiperglucemia.
Es resultante de defectos en la secreción y/o de insulina.
Constituye un problema de la salud pública, ya que es una de las principales causas de invalidez y muerte prematura en países desarrollados y deteriora la calidad de vida de las personas afectadas.
El pie diabético aparece cuando existen niveles inadecuados de glucosa en sangre y otros factores que concurren con frecuencia en personas diabéticas como son la tensión arterial o la hipercolesterolemia.

2 Objetivos

- Tener los niveles adecuados de azúcar, ya que de lo contrario disminuye el flujo sanguíneo y se dañarían los nervios de los pies.
- Prevenir heridas y úlceras.
- Intentar que no pierda la sensibilidad en miembros inferiores.
- Evitar el estrés del paciente que puede hacer que descuide los cuidados que necesita, y puede sufrir modificación de conductas.
- Reducción de factores de riesgo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La enfermedad es diferente en cada caso por eso hay que realizar un estudio del paciente para saber cómo la enfermedad le ha afectado.

Para ello se realizará un estudio que constará de 3 partes:
- Valoración; eliminación, poliuria, tabaquismo, otras enfermedades…
- Exploración; peso, T.A, glucemia basal, dieta farmacológica, estado de dientes, piel, pies…
- Evaluación; determinación de los cuidados a realizar.

Plan de alimentación:
- Es parte fundamental de la educación diabetológica, por lo que se informará a paciente y familiares.
- Se reducirá la ingesta de grasas, la dieta debe ser rica en fibra, controlar la sal y evitar la ingesta de alcohol.
- La ingesta debe ser fraccionada en cinco o seis veces al día.
- Vigilar el aumento de peso, puede derivar en complicaciones cardiovasculares.
- Ejercicio físico.

- Ayuda a metabolizar la glucosa.
- Es importante para no perder masa muscular y debe ser aeróbico, de práctica regular y de bajo impacto osteoarticular.
- Caminar a diario.

Tratamiento farmacológico. Es necesario respetar las pautas de los tratamientos tanto de antidiabéticos orales como de la insulina, realizando controles por si se necesitara un reajuste.
- Higiene y control del pie.
- Lavar diariamente con agua y jabón suave 5.5 ph.
- Secar suavemente especialmente entre los dedos.
- Hidratar el pie con cremas o aceites excepto espacios interdigitales.

Si existen callosidades se deberá hacer un desbridamiento periódico y controlado para evitar úlceras.
- No cortar las esquina de las uñas, cortarlas siempre siguiendo los contornos redondeados del dedo.
- Examinar diariamente para descartar cortes, ampollas, inflamaciones y áreas sensibles y eritematosas.
- Podólogo si fuera necesario. Informar de cualquier alteración.
- Tener en cuenta las deformidades.

Otros cuidados.
- Evitar el tabaquismo.
- Vacunas de gripe y neumonía.
- No utilizar calor directo.
- Eliminar zonas de presión.
- Medias y calcetines de tejidos naturales.
- Elección del calzado; materiales ligeros transpirables, flexibles, sin costuras y mejor con punta redondeada.
- Absorción de la carga mediante plantillas elásticas.
- No caminar descalzo y evitar llevar el talón y los dedos al aire.

5 Discusión-Conclusión

El personal sanitario de enfermería entre los que se encuentran los técnicos auxiliares de enfermería, al igual que el resto de los profesionales, son de vital importancia en el cuidado del paciente diabético. Tanto para la educación diabetologica como para proporcionar al paciente todos los cuidados necesarios en el cuidado

del pie diabético y a la vez asesorar a familiares sobre la enfermedad y las posible complicaciones.

6 Bibliografía

- Mathew, J. Tratamiento de la ulceración del pie diabético. 1993.
- Libro práctico de la diabetes. Juan Madrid Caresa. Espasa libros.

Capítulo 811

LA IMPORTANCIA DE LA VACUNACIÓN EN EL PERSONAL SANITARIO.

NAHIR ALCARAZ CASARREAL

1 Introducción

Pasteur es considerado el padre de la vacunología ya que en 1880 descubrió la vacuna frente a la rabia formando así la vacunología científica.

Pero, ¿Qué son las vacunas? Son unos medicamentos biológicos, que se aplican en personas sanas, para que éstos generen anticuerpos y así poder protegerse de los agentes infecciosos de la enfermedad de la que nos estamos vacunando, evitando de esta manera que enfermemos.

2 Objetivos

- Preservar la salud de los trabajadores sanitarios.
- Proteger a los trabajadores de enfermedades transmisibles que se pueden prevenir mediante la vacunación y así además, evitar que los pacientes u otras personas que estén en contacto, contraigan otro tipo de enfermedades.
- Disminuir el absentismo laboral como consecuencia de estar enfermo.
- Mostrar profesionalidad y predicar con el ejemplo ante la población.

3 Metodología

Para realizar la revisión bibliográfica para este capítulo se han utilizado en la búsqueda las siguientes palabras clave: "importancia", "vacunación", "personal" y "sanitario". De los resultados obtenidos, se han seleccionado las páginas web donde mejor se refleja el concepto de vacunación y donde mejor se exponen los argumentos sobre los beneficios de las vacunas para los profesionales sanitarios.

4 Resultados

Los profesionales de la salud tienen un alto riesgo de adquirir infecciones que pueden prevenirse mediante la vacunación. Además, pueden transmitirlas a las personas que le rodean incluyendo a sus pacientes, que en ese momento van a ser más susceptibles de contraer la enfermedad.

Nueve de cada diez enfermeros está a favor de la vacunación, sin embargo las tasas de vacunación del personal sanitario son muy bajas, entre el 15% y el 25% según el Ministerio de Sanidad. Según el vicepresidente de la Asociación Española de Derecho Sanitario y vicepresidente del Consejo Asesor de Sanidad, se debe incentivar la vacunación del personal sanitario a través de la formación y de la información acerca de la importancia que tiene. Se ha llegado a especular con la imposición de la vacunación a los profesionales, a pesar de que vaya en contra de la libertad personal recogida en el artículo 17 de la constitución, ya que en este caso es por razones de interés público, sobre todo con el riesgo de contagiar a embarazadas, niños, ancianos o en centros sociosanitarios.

Tal y como nos recuerda el Ministerio de Sanidad, tenemos más riesgo de contraer y transmitir ciertas enfermedades que pueden prevenirse mediante la vacunación. Por tanto, estas herramientas terapéuticas pueden ayudar a proteger nuestra salud y evitar ser fuente de transmisión para las personas que estén a nuestro alrededor. El Ministerio recomienda las siguientes vacunaciones a todos los profesionales que operan en el SNS: Sarampión, rubéola y parotiditis (Triple Vírica), tétanos y difteria, la hepatitis B, la varicela y la gripe.

También podrán recomendar otras vacunas en situaciones determinadas u otras vacunas de riesgo no profesional. La indicación de vacunación se hace de manera individual y se tienen en cuenta diversos factores como estado de salud, suscepti-

bilidad del trabajador o actividad profesional que realiza. Además de administrar las vacunas es fundamental que las vacunas que han sido administradas queden perfectamente registradas y que esta información se muestre disponible en la historia clínica del trabajador.

5 Discusión-Conclusión

Según la OMS, las vacunas salvan 3 millones de vidas al año en todo el mundo. Además de estos resultados en salud, a nivel económico se ahorran 5 euros por cada euro que se invierte en vacunación. Gracias a las vacunas se han logrado erradicar enfermedades.

Sabemos que la vacunación es voluntaria pero debemos de tener muy presente que negarse traería como consecuencia que enfermedades como la tosferina, polio, meningitis, rubéola, sarampión o varicela regresaran.
Desde 1796 con la primera vacuna de la viruela, las vidas salvadas se cuentan por millones.

6 Bibliografía

- "La importancia de las vacunas" en riojasalud.es
- "¿Y por qué vacunar al personal sanitario? Prevenir proteger vacunar, la prevención empieza en ti" del 26 de Abril de 2017 en isanidad.com
- "Los profesionales sanitarios deben predicar con el ejemplo y vacunarse" del 16 de Noviembre del 2017 de diarioenfermero.es
- "Sanidad sitúa a los profesionales como primer eslabón de la inmunización" del 25 de Abril del 2017 de diariofarma.com
- "Vacunas salvando vidas desde 1796" del 28 de Abril del 2018 de diariosanitario.com
- "Sanidad anima a los profesionales sanitarios a vacunarse más" del 24 de Abril del 2017 de Redacción médica.

Capítulo 812

TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN EN LA ADOLESCENCIA (ANOREXIA NERVIOSA).

LUCIA EGUREN VELÁZQUEZ

1 Introducción

La anorexia es el principal trastorno de conducta alimentaria (TCA) y está caracterizado por un control obsesivo del peso basado en la restricción de la comida, el uso de medicamentos y una visión física negativa de sí mismo.

2 Objetivos

- Determinar las causas y las principales alteraciones que ocasiona la anorexia nerviosa en los jóvenes.

3 Metodología

Basada en la revisión bibliográfica de 118 documentos publicados en Dialnet sobre el objeto de estudio.

4 Resultados

En el año 2018 los TCA experimentan un cambio de tendencia: se registra en ambos sexos y en edades más tempranas(incrementa en un 15% los afectados

menores de 12 años). Entre las causas destaca el miedo a engordar y mantener un peso inferior al estándar, imagen distorsionada del cuerpo y la presión que ejercen los amigos, la familia, publicidad y las redes sociales. Este desorden alimentario presenta múltiples secuelas: mutaciones endocrinas, dermatológicas , digestivas, cardiológicas (arritmia y muerte súbita), musculoesqueléticas (osteoporosis), psiquiátricas (depresión, ansiedad, trastorno de la personalidad) y psicológicas (baja autoestima, impulsividad, tristeza y agresividad). Las repercusiones obedecerán al avance de los síntomas.

5 Discusión-Conclusión

La anorexia nerviosa es una enfermedad reversible en el 70% de los casos. Para afrontar esta enfermedad el paciente ha de reconocer su trastorno, solicitar apoyo profesional y participar junto a su familia en terapias cognitivas conductuales y nutricionales.Éstas deben estar dirigidas a reemplazar los míticos estereotipos que vinculan el atractivo físico, éxito y felicidad con la delgadez extrema por hábitos de vida saludable representados por un nuevo icono de belleza más natural. Es preciso habilitar unidades específicas para atender este trastorno mental, equipos interdisciplinarios asertivos para favorecer la comunicación con los adolescentes. Asimismo, es fundamental la detección la precoz (test EAT-40, BAT y CIMEC) y la sensibilización juvenil respecto a las secuelas de la anorexia nerviosa.

6 Bibliografía

- http://www.tcasevilla.com/archivos/la_anorexia_nerviosa.pdf

Capítulo 813

FOMENTO DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO.

LUCIA EGUREN VELÁZQUEZ

1 Introducción

El índice de personas mayores se va incrementando durante los últimos años, es deber de la sociedad y de los gobiernos fomentar un envejecimiento activo desde diversas áreas como la educación, la sanidad y la vivienda para mejorar la calidad de vida de la tercera edad.

2 Objetivos

- Identificar los factores que ayuden a mejorar el bienestar y autonomía de las personas de la tercera edad.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: pubmed, medline, y scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Promover hábitos saludables en la tercera edad como la alimentación, realizar ejercicio diario y adecuado (evitando los riesgos como las caídas), cuidar de la salud (controles, citas médicas), relacionarse con gente (familiares, amigos), desarrollar una ocupación que mantengan a las personas mayores activas evitando así la soledad, apatía y con ello padecer enfermedades como la depresión y la ansiedad.

Por ello es muy importante fomentar todo tipo de actividades que mejoren su autonomía así pues existen diversas instituciones como los Centros de Día, Ayuntamientos que organizan talleres, excursiones o viajes destinados para la tercera edad.

5 Discusión-Conclusión

Una persona debe disfrutar de todas las etapas de su vida, la jubilación es una de ellas. El disfrute del tiempo libre, del ocio y de las relaciones interpersonales debe considerarse un objetivo principal por parte de todos para mejorar las condiciones de vida de nuestros mayores.

6 Bibliografía

- https://www.juntadeandalucia.es/organismos/saludyfamilias/areas/salud-vida/mayores/paginas/plataforma-en-buena-edad.html
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 814

DERMATITIS ATÓPICA :CUIDADOS BÁSICOS.

LUCIA EGUREN VELÁZQUEZ

1 Introducción

La dermatitis atópica es una enfermedad crónica de la piel caracterizada por inflamación y eritemas que se suele dar en brotes fundamentalmente en cara, pliegues y manos. Sus cuidados son muy importantes debido al malestar que genera su intenso picor e irritabilidad.

2 Objetivos

- Conocer los cuidados básicos en los pacientes con dermatitis atópica.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión sistemática de la bibliografía sobre el tema y se han consultado bases de datos como SciELO, Google Académico y Dialnet. En ellas se han introducido las palabras clave y se han usado los siguientes criterios de inclusión: estudios desde el año 2000 en castellano o en inglés.
Finalmente se han revisado en profundidad 10 de las referencias encontradas.

4 Resultados

La dermatitis atópica es una enfermedad compleja que requiere de unos cuidados continuos debido al malestar que generan sus síntomas. Con los cuidados básí-

cos se pretende espaciar los brotes y reducir la sintomatología que presente el paciente. Para ello es primordial realizar una hidratación diaria de la piel mediante duchas y cremas, evitar diversos tipos de materiales que pueden empeorar o desencadenar los síntomas (por ejemplo, tejidos de lana), evitar alteraciones emocionales como la ansiedad, ingerir abundante cantidad de agua y sobre todo, durante los brotes, es necesario un tratamiento con corticoides, antihistamínicos o fármacos como la Ciclosporina o el Metrotexate. Además es importante tratar las posibles repercusiones psicológicas que causan sus síntomas ya que se ha descubierto que padecer dermatitis atópica provoca ansiedad, depresión e irritabilidad.

5 Discusión-Conclusión

La dermatitis atópica afecta física y psicológicamente a las personas que la padecen. Es imprescindible realizar unos cuidados exhaustivos de la piel a través de su hidratación, de la evitación de diversos materiales y de alteraciones emocionales y de su tratamiento con antihistamínicos y corticoides, entre otros fármacos.

6 Bibliografía

- https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000418.htm.

Capítulo 815

PATOLOGÍAS DE LA MUJER POR SECTOR DE ACTIVIDAD.

RITA MARIA PEREZ PEREZ

1 Introducción

Desde la incorporación de la mujer al mundo laboral, ha existido la necesidad de realizar un análisis desde la prespectiva de género de las condiciones laborales y daños derivados del trabajo,(son daños derivados del trabajo, las enfermedades, patologías o lesiones sufridas con motivo u ocasión del trabajo), referidas tanto al ámbito productivo, reproductivo, los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales.

2 Objetivos

- Diferenciar las distintas patologías que presenta la mujer relacionadas con el puesto de trabajo y su repercusión a nivel físico y psicológico.

3 Caso clínico

El trabajo realizado en estos años, ha permitido avanzar en la identificación e intervención de los riesgos específicos de género, así como en la incorporación de la dimensión de género en los llamados riesgos tradicionales. Una de las principales medidas para promover la protección desde un punto de vista de genero, es incluir en las evaluaciones de riesgo, estudios específicos y diferenciadores de las condiciones de trabajo y salud entre trabajadores/as.

4 Discusión-Conclusión

El hecho de que existan trabajos realizados mayoritariamente por mujeres, hace que se produzcan patologías con una incidencia mayor en el género femenino, lo que implica que se deben tomar y exigir todas aquellas medidas preventivas específicas para evitarlas en la medida de lo posible. Un diseño no adecuado del puesto, puede suponer una consecuencia en daño corporal. Cuando se actúa sobre colectivos que presentan una mayor desigualdad, se está actuando sobre la mejora de las condiciones de trabajo y salud de la población trabajadora.

Dependiendo del sector de actividad, la mujer se enfrenta a distintos riesgos , químicos, biológicos y musculoesqueléticos. Presenta mayores molestias musculoesqueléticas que los hombres, siendo la localización del dolor la mayor diferencia como puede ser el cuello, zona alta de la espalda, mientras que en los hombres predominan las molestias en las rodillas.

Otro riesgo son los aspectos psicosociales como violencia, acoso y discriminación en el trabajo y también los organizativos . En ambos, hay una clara diferencia entre ambos sexos. Otro de los aspectos, es el asociado a la doble actividad, laboral y doméstica, que produce patologías del ámbito psicológico. Respecto a la exposición de la mujer a químicos, tiene repercusión en cáncer de mama, útero y ovarios o que puede alterar su capacidad reproductiva, generar malformaciones fetales, etc.

5 Bibliografía

- M.T. Vicente Herrero, Ramírez Iñiguez de la Torre MV Salud Laboral y género. Riesgos Laborales

Capítulo 816

ALIMENTACIÓN POR SONDA NASOGÁSTRICA

ANA PATRICIA GUARDADO DÍAZ

YOLANDA ESCALANTE TORRES

MARÍA JIMÉNEZ ROSILLO

NOELIA FRAGOSO GARCÍA

SANDRA PEREIRA GARCÍA

1 Introducción

Una sonda nasogástrica consiste en un tubo especial que se introduce desde la nariz y llega hasta el estómago. Es utilizada en personas que tienen problemas para masticar y tragar los alimentos o medicamentos, sin embargo, no presentan dificultad alguna para digerirlos.

2 Objetivos

- Conseguir y mantener un correcto estado nutricional del paciente, mediante el aporte de las calorías y nutrientes necesarios para lograrlo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Existen distintas formas de administración de la alimentación mediante sonda nasogástrica:

- Mediante bomba: consiste en un dispositivo electrónico que permite regular de forma exacta la velocidad de infusión del alimento. Cuenta con una serie de alarmas que avisan cuando se detecta algún problema, como una obstrucción el vaciado del envase, etc.
- Por gravedad: la fórmula nutricional se conecta a la sonda y esta cae por su propio peso. Se gradúa manualmente a través de un regulador de flujo con ruedecilla.
- Mediante jeringa: Una vez comprobada la posición correcta de la sonda, se vierte la cantidad de alimento necesaria en un recipiente limpio y se aspira con una jeringa sin que haya burbujas, se abre el tapón de la sonda y se introduce la jeringa, se inicia la alimentación de forma lenta para evitar complicaciones y facilitar la tolerancia (lo ideal sería un tiempo de 40 minutos para administrarla). Una vez finalizado el proceso, se introducen unos 50 ml de agua para limpiar los restos de la sonda.

5 Discusión-Conclusión

La administración de alimentos a través de sonda nasogástrica permite que pacientes que presenten alguna patología que les imposibilite la masticación y deglución puedan obtener todos los nutrientes y vitaminas necesarios para conseguir un estado nutricional óptimo.

Es necesario seguir las pautas de administración y los cuidados necesarios para evitar complicaciones que puedan afectar al paciente.

6 Bibliografía

- Medlineplus.gov.
- enfermeriacantabria.com.
- hospitalinfantamargarita.org.
- senpe.com.
- slidshare.net.
- aegastro.es.

Capítulo 817

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA PLANTA DE TRAUMATOLOGÍA.

EMILIA MIRANDA MORA

NURIA MARÍA RUBIERA DÍAZ

FRANCISCO ANTONIO BERDÚN RODRÍGUEZ

1 Introducción

Hoy en día, el sector de la salud en los centros sanitarios, residencias geriátricas, centros de cuidados paliativos e incluso en domicilios particulares, requiere de técnicos en cuidados auxiliares de enfermería debidamente cualificados para atender a los desafíos que los pacientes y sus problemáticas diarias plantean.

2 Objetivos

- El objetivo de este trabajo es definir y conocer la importante labor de estos profesionales sanitarios en la planta de traumatología.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: pubmed, medline, y scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Palabras clave: traumatología, lesión, traumatismo.

4 Resultados

Como norma general destacaremos que para la atención del paciente hay que:
• Respetar las diferencias y prestar una atención en condiciones de equidad.
• Comprender y respetar la intimidad de las personas.
• Mantener la confidencialidad como principio general.
• Ser amables como señal de profesionalidad y respeto.
La atención sanitaria debe ser:
• Continuada y con trabajo en equipo.
• Información a los usuarios.
• Respetar la autonomía de los usuarios.
Con respecto a la organización en la atención:
• Trabajar teniendo en cuenta al usuario como principio.
• Ayudar a los usuarios a orientarse en los servicios de la planta, en este caso, traumatologia
• Ayudar a resolver los problemas de los usuarios.
• Identificación personal. Aprender a actuar en situaciones de conflicto como pueden ser:
• Peticiones no razonables de los usuarios.
• Quejas y reclamaciones

Plan funcional para el personal auxiliar de traumatología

Turno de mañana

8:00 H Cambio de turno y comunicación de incidencias. Control de temperaturas y anotaciones en gráfica aprovechando para saludar a los pacientes. Cada auxiliar tomará y anotará sus temperaturas.

9:00 H Reparto de desayunos (revisando las ayunas.) Ayuda a los pacientes que lo necesiten en la administración del desayuno y de la medicación oral. Envío del material a esterilización y recogida del ya esterilizado.
9:30 H Recogida de desayunos. Aseo de pacientes y arreglo de camas. En pacientes encamados, dependientes totales/parciales ayudadas por el celador y enfermera, promocionando siempre la autonomía del paciente. Colaboración/ayuda (participación activa) en curas de UPP, cuidados de la boca, etc. colocación de sondas etc. cualquier cuidado o técnica que necesite la actuación de dos profesionales Entrega de información de los pacientes nuevos. . Levantar a los pacientes que proceda y vestirlos para la rehabilitación.
11:30 H Reparto de las medias mañanas (atención especial a pacientes con exploraciones pendientes, comprobar cuándo se les han realizado).
13:00 H Reparto de comidas. Ayuda a los pacientes que lo necesiten en la administración de la comida y de la medicación oral.
13:30 H Recogida de las bandejas de la comida, repaso de pañales; realización de cambios posturales Limpieza de los aparatos que dejen de utilizarse, bien por alta, o porque ya no son necesarios (bombas, bipap etc.,) dejarlos limpios y bien colocados, si hubiese alguno que no es de la unidad, se limpiarán y se enviarán a su destino.
14:00 H Recogida y limpieza del material de los pacientes dados de alta, siempre que sea posible, poniendo especial cuidado en los aspiradores, dejando siempre limpio y montado el que hubiese sido utilizado, bien sea por alta o por exitus. Cuidar también los humidificadores del oxigeno de las altas y tirarlos, no si embargo las botellas, cuñas etc. que hay que lavarlas y esterilizarlas y no tirarlas. Recogida de diuresis, control de deposiciones y anotaciones en la gráfica.. Reposición de todo el material. Limpieza de bandejas de medicación, carros. y superficies de trabajo, dejando la estancia de trabajo lo más ordenada posible para el turno siguiente.
14:45 H Anotación de incidencias y cambio de turno.

Turno de tarde
15:00 H Cambio de turno y comunicación de incidencias.
15:30 H Limpieza y reposición de los carros de curas (cada una el carro de su pasillo) ajustándose al listado existente.
17:00 H Reparto de meriendas. Ayuda a los pacientes que lo necesiten en la administración de la merienda y de la medicación oral.
17:30 H Recogida de bandejas de merienda. Cambio de pañales y realización de cambios posturales.

18:00 H Recepción de ingresos, plan de acogida a los pacientes ingresados en sus habitaciones junto con su enfermera referente. (El plan de acogida incluye, recibir al paciente y familia en la habitación, presentarse a los mismos, suministrarles el material que necesiten, como pijama, almohada, toalla etc. Y explicarles el funcionamiento de luz, timbre etc.) Repaso e identificación de pacientes para pruebas diagnósticas (incluidas analíticas) del día siguiente.
19:00 H Control de temperaturas y anotación en gráfica. Acostar los pacientes.
20:00 H Reparto de cenas. Ayuda a los pacientes que lo necesiten en la administración de la cena y de la medicación oral.
20:30 H Recogida de bandejas de la cena.
21:00 H Administrar de enemas prescritos. Repaso de pañales y cambios posturales. Recogida de diuresis y comunicación de ayunas del día siguiente.
21:45 H Anotación de incidencias y cambio de turno. Reposición de todo el material. Limpieza de bandejas de medicación, carros. y superficies de trabajo, dejando la estancia de trabajo lo más ordenada posible para el turno siguiente.

Turno de noche
22:00 H Cambio de turno y comunicación de incidencias.
22:30 H Reparto de las medias-noches. Control de temperaturas y anotación.
00.00 H Repaso de pañales y cambios posturales.. Cooperar/ayudar en la realización del estocaje (El día señalado para tal fin).
04:30 H Repaso de pañales y cambios posturales.
07.00 H Reparto de lencería (sábanas, toalla, pijama…) para la higiene personal del paciente la mañana siguiente. Arreglo de pacientes para pruebas diagnósticas. Recogida de muestras (orina, esputo, heces) para su envío al laboratorio.
07:45 H Anotación de incidencias y cambio de turno. Reposición de todo el material. Limpieza de bandejas de medicación, carros. y superficies de trabajo, dejando la estancia de trabajo lo más ordenada posible para el turno siguiente.
A parte de las actividades específicas de cada turno, existen unas tareas comunes en todos los turnos como atender la demanda de los pacientes (timbres), y siempre que sea posible adelantarnos a ella. Cambios posturales en los horarios establecidos Vaciado de las bolsas de diuresis Limpieza de los utensilios que dejen de utilizarse (bombas, cuñas etc.) Limpieza y reposición del carro de parada, cada vez que sea utilizado. Reposición por turno. Limpieza y orden de las superficies de trabajo por turno Para el aseo de pacientes, cambios posturales etc.

5 Discusión-Conclusión

Resaltar que una buena definición de funciones y responsabilidades facilita las tareas, evita posibles malos entendidos y además destacar que un buen trabajo en equipo redunda en una mejor la calidad y la atención al paciente.

6 Bibliografía

- https://www.campustraining.es/noticias/funciones-del-auxiliar-enfermeria/
- http://www.opolanco.es/documentos/enfermeria/unidad-de-enfermeria-de-traumatologi
- http://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hinmaculada/web/servicios/mi/FICHEROS/PROFESIONALES/FUNCIONESYRESPONSABILIDADES/RESPONSABILIDADES
https://www.ifp.es/blog/que-funciones-tiene-un-auxiliar-de-enfermeria

Capítulo 818

ENFERMO TERMINAL. CUIDADOS PALIATIVOS.

PETRA GIL CARMONA

1 Introducción

Nacer, crecer, morir, forma parte de nuestro ciclo vital. Una enfermedad terminal puede presentarse a cualquier edad. De ahí la importancia de contar con unos cuidados paliativos que faciliten la situación

2 Objetivos

- Proporcionar apoyo psicológico, social y espiritual no solamente al enfermo sino también a su familia.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: pubmed, medline, y scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

A partir de las palabras clave: enfermo terminal, paliativo.

4 Resultados

Se tendrá en cuenta el bienestar físico: náuseas, fatiga, incontinencia, nutrición. El bienestar psicológico: ansiedad, depresión. Y el bienestar espiritual.
En los cuidados paliativos se intenta mejorar las condiciones del enfermo terminal , mejorando la calidad de vida cuando los tratamientos curativos ya no responden.

5 Discusión-Conclusión

Los cuidados paliativos ayudarán a mantener la vida pero sin alargarla ni acortarla.
Dichos cuidados potenciarán el bienestar y la dignidad del enfermo hasta su muerte .
Cuidar, empatizar, y respetar al enfermo y a su familia , es el objetivo final de los cuidados paliativos.

6 Bibliografía

- Carpenito L.J.(2002) Diagnósticos de enfermería, aplicaciones y prácticas clínicas . Mcgraw- Hill. Interamericana.
- Enfermería geriátrica: cuidado de personas ancianas (2003). Internacional Thomson

Capítulo 819

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA CAMA HOSPITALARIA.

FRANCISCO ANTONIO BERDÚN RODRÍGUEZ

NURIA MARÍA RUBIERA DÍAZ

EMILIA MIRANDA MORA

1 Introducción

La cama hospitalaria es un elemento que durante la estancia del paciente en el hospital adquiere una gran importancia, ya que en ella puede pasar la mayor parte de las horas del día dependiendo de su estado vital.

2 Objetivos

- Mencionar aspectos clave que un TCAE debe tener en cuenta a la hora de preparar una cama hospitalaria.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han

consultado artículos en las principales bases de datos: pubmed, medline, y scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Los tipos de camas más frecuentes y que debe conocer el Tcae son los siguientes:
1.- Cama articulada (la más utilizada),
2.- Cama de somier rígido (cada día más en deshuso),
3.- Camas ortopédicas o traumatológicas (pacientes con fracturas o parálisis en extremidades),
4.- Cama electrocircular (grandes quemados, politraumatismos, etc),
5.-Cama o armazón de Foster (como la electrocircular pero más antigua)
6.- Cama Roto-Test (reduce lospuntos de presión).

El Tcae también tendrá que saber las diferentes técnicas de arreglo de lencería ó ropa de cama y cambiará la lenceria tantas veces haga falta, evitando arrugas , humedades y suciedad, el arreglo de la cama facilita la necesidad básica de descanso y proporciona bienestar al paciente. El momento más adecuado para el arreglo de lencería es por la mañana tras el baño o aseo del paciente o durante el mismo si el paciente va a quedar en reposo o en cama durante todo el día. Existen diferentes técnicas de arreglo de lenceria de cama como por ejemplo :

Arreglo de Cama Vacía o Desocupada pudiendo ser de dos formas:
1- Cerrada, es la que permanece vacía hasta la admisión de un nuevo paciente, normalmente se realiza remetiendo por los laterales las piezas superiores: encimera, manta y colcha.
2.- Abierta desocupada, es la que pertenece ya a un paciente, que no se encuentra en su interior en el momento del arreglo de la cama. no se remeten por los laterales las piezas superiores.

Arreglo de Cama Abierta Ocupada, es aquella ocupada por un paciente, en este caso es necesario conocer el grado de colaboración del paciente asi como tener controlados en todo momento los sueros , drenajes y sondas que pudiera portar, si el paciente colabora el Tcae debe indicarle de forma clara que es lo que debe hacer y que movimientos deberá realizar para facilitar el cambio de la lencería, es necesario adaptarse en todo momento a las condiciones de cada paciente y conocer que zonas tiene dañadas para saber como debemos proceder al movilizar.

Arreglo de Cama Quirúrgica o Postoperatoria, es la técnica utilizada después de una operación y más o menos es parecida a la realización de la Cama Abierta Desocupada aunque con algunos cambios como por ejemplo que se coloca un empapador más en la zona del cabecero, además no lleva almohada ni se remeten las tres cubiertas superiores ni se hacen esquinas mitra con estas piezas y estas tres cubiertas quedan dobladas sobre la cama en forma de rombo.

5 Discusión-Conclusión

El buen conocimiento por parte del Tcae de los diferentes tipos de cama y sobre todo del arreglo de la lencería de cama siempre contribuirá a una mejor estancia del paciente y por lo tanto también auna mejor recuperación.

El Tcae se debe de ocupar de mantener la lencería de la cama en perfectas condiciones, y la cambiará tantas veces como sea necesario facilitando así la comodidad del paciente para un mejor restablecimiento de este y previniendo la aparición de lesiones relacionadas con la inadecuada atención en la cama.

Para ello tendrá que estar al día en todo tipo de formas de hacer la cama hospitalaria y los diferentes tipos de esta, además deberá de comunicar de forma directa o comunicándolo a supervisión si la estructura de la cama está sucia para que se ocupe el servicio de limpieza y también si observa mal funcionamiento o deterioro de alguna parte de la cama para que se ocupe el servicio de mantenimiento.

6 Bibliografía

- www.blinklearning.com
- https//:revistamédica.com
- https// auxiliardenfermería
- www.mheducation.es

Capítulo 820

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA PRÁCTICA DEL LAVADO DE MANOS COMO MEDIDA PREVENTIVA PRINCIPAL DENTRO DEL ÁMBITO HOSPITALARIO.

BELEN FERNANDEZ PINTADO

JAIME RIVERA SUAREZ

NOELIA GONZÁLEZ SÁNCHEZ

LAURA PRIERES MELERO

PABLO RIVERA SUAREZ

1 Introducción

Es importante tener en cuenta que la infección hospitalaria o nosocomial, conlleva uno de los más graves problemas de salud pública, debido a su alto índice de tasas de mortalidad y aún aumento importante del coste hospitalario.
Una de las medidas preventivas consideradas mas eficaces para evitar el contacto de enfermedades transmisibles, es el lavado de manos.

La higiene de las manos con agua y jabón es lo más importante en el autocuidado y seguridad del paciente como medida protectora de trasmisión de las infecciones nosocomiales;además de ser eficaz también es económico y un proceso muy sencillo. La higiene de manos es muy importante en cualquier ámbito pero sobre todo es fundamental que sea realizada lo más minuciosamente por todos aquellos profesionales pertenecientes al ámbito sanitario

2 Objetivos

- Identificar cuales son las enfermedades derivadas de una práctica inadecuada del lavado de manos
- Identificar cuales son los momentos clave para el lavado de manos
- Explicar Protocolo como realizar un buen lavado de manos.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en los siguientes buscadores científicos y bases de datos: Scielo, Medline, Cochrane, Lilacs y Cuiden, como descriptores se han utilizado las palabras clave: lavado de manos e higiene de manos.

4 Resultados

Se pueden considerar a la práctica dos tipos distintos de lavado de manos:rutinario o higiénico y antiséptico asistencial
El lavado de manos rutinario es llevado a cabo siempre antes y después de la jornada de trabajo, de extracciones sanguíneas, de usar guantes, de revisar vías urinarias, preparación de la medicación, manipular cuñas, bolsas de diuresis, de realizar técnicas invasivas.
El lavado antiséptico asistencial se recomienda antes del uso de guantes estériles, manejo de enfermos inmunodeprimidos, manejo de enfermos con criterio de aislamiento y antes de realizar técnicas invasivas.

Protocolo lavado de manos OMS:
Lo primero que se debe hacer es lavarse las manos ,echar un pequeña porción de jabón de manera que esta cubra completamente la mano y se frotarán las palmas con el dorso de la mano y entrelazando los dedos. A continuación se frotará el

dorso de los dedos con las palmas de las manos agarrándose los dedos .Seguidamente se frotará con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo atrapándolo con la palma de la mano derecha, y viceversa.

Por último se debe frotar la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda,haciendo movimientos rotatorios. Se deben de secar las manos con toallas desechables y el grifo del agua se cerrará con la propia toalla de tal manera que la mano no toque el grifo.

Por otra parte existen una serie de recomendaciones a tener en cuenta para un lavado de manos eficaz entre las que destacan:utilización de desinfectantes para las manos, disponibilidad de agua, jabón y toallas desechables, educación y formación del personal sobre la forma de proceder correctamente, observación de las prácticas del personal y retroalimentación sobre el desempeño. Uso de recordatorios y carteles informativos en el lugar de trabajo

Entre los beneficios destacables de un buen lavado de manos se distinguen los siguientes:Reducir casi a la mitad la incidencia de la diarrea,disminuir la tasa de infecciones respiratorias y minimizar la incidencia de enfermedades cutáneas. Entre las enfermedades que se pueden prevenir con el lavado de manos destacan: la gastroenteritis, faringitis ,conjuntivitis(bacteriana y vírica), diarrea del viajero,Hepatitis (A y E) y gripe.

5 Discusión-Conclusión

Es importante realzar la importancia que supone una buena higiene de mano llevada a cabo por los profesionales de la salud en el ámbito sanitario para preservar y aumentar la seguridad del paciente, evitando infecciones indeseadas, el alargamiento innecesario de las estancias hospitalarias y un aumento de los costes sanitarios.
Cabe destacar que el uso de guantes en ningún momento excluye de la práctica del lavado de manos.

6 Bibliografía

- Organización Mundial de la Salud. Directrices de la OMS sobre higiene de las manos en la atención sanitaria [Internet]. Ginebra: OMS; 2005 [citado 5 Ene 2014]

- Álvarez FH. El lavado de manos. Prevención de infecciones transmisibles. Gaceta Médica Espirituana [en Internet] 2011 [18 de marzo de 2016]; 13 (1)
- M. (22 de julio, 2003).La importancia del lavado de manos. Consultado el 27 de septiembre, 2017

Capítulo 821

VAGINITIS.

PETRA GIL CARMONA

1 Introducción

Se define la vaginitis como una inflamación de la vagina, casi siempre producida por una infección micótica por levaduras(cándida albicans) que produce flujo vaginal, inodoro, espeso y blanco.
Se manifiesta con prurito, enrojecimiento, sensación de quemazón en la región vulvar, flujo anormal, disuria en el orificio uretral.

2 Objetivos

- Informar sobre el modo de actuar ante una vaginitis.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: pubmed, medline, y scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La primera medida será la eliminación de los factores predisponentes.

- Evitar los factores de riesgo: anticonceptivos vaginales, uso de antibióticos, corticoides e inmunodepresión, obesidad, embarazo, excesivo calor, humedad y transpiración en la zona de las ingles, uso de jabones agresivos , ropa interior demasiada ajustada..

A través del diagnóstico (cultivo de muestras) se aplicará un tratamiento que puede ser intravaginal y oral(clotrimazol, miconazol…..)

5 Discusión-Conclusión

Evitar los factores de riesgo ya mencionados. Prevenir, diagnosticar, tratar y aplicar unas medidas higienico- sanitarias.

6 Bibliografía

- Sobel. J. D. " Vaginitis" (1997-2005)pgs1896-1903.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 822

LAS CAÍDAS EN EDADES AVANZADAS Y COMO EVITARLAS

MÓNICA LÓPEZ FERNÁNDEZ

CYNTHIA GEDDES CUETO

MÓNICA ÁLVAREZ TUÑÓN

CELIA MARTINO GONZALEZ

MARÍA NELIDA GARCIA MARTINEZ

1 Introducción

Una caída es cuando nos precipitamos al suelo en contra de nuestra voluntad. La mayoría se producen en el domicilio o sus alrededores al realizar actividades cotidianas.

2 Objetivos

Evitar las caídas domésticas en personas de edades avanzadas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica

existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Las caídas son precipitaciones al suelo de forma repentina e involuntaria, la mayoría de las veces no son graves, como pequeños moratones pero en otras ocasiones pueden provocar problemas serios como fractura de cadera o incluso agravar otras dolencias ya existentes.

Las caídas pueden ocurrir a cualquier persona en el sito menos insospechado pero las personas mayores son las que más riesgo tienen de caídas y peores consecuencias, tanto las que se producen en la calle como en la propia vivienda.

Para evitar caídas y accidentes domésticos deberíamos tener en cuenta una serie de recomendaciones como por ejemplo las siguientes:
-Disponer de una buena iluminación.
-Evitar pisar suelos húmedos o mojados.
-Quitar las alfombras o mantenerlas bien estiradas y que no resbalen.
-Utilizar calzado que sujete bien el pie y no resbale.
-Evitar subirse a taburetes o sillas para alcanzar objetos altos.
-Mantener ordenada y despejada la zona de paso, especialmente el camino al baño.
-Mantener revisiones médicas para revisar vista, mantener bien ajustada la medicación, etc.
-Cambiar la bañera por un plato de ducha.
-Poner agarraderas para ayudarse en el baño.
-Llevar un dispositivo de ayuda o un móvil.
-Hacer ejercicios para mantener y mejorar la fuerza muscular, la coordinación y el equilibrio.

Son recomendaciones muy simples pero que pueden ayudar mucho en la prevención de dichas caídas en el propio domicilio.

5 Discusión-Conclusión

Muchas personas mayores son reacias a mantener unas condiciones de prevención porque no son conscientes de las consecuencias que pueden tener con una caída, ni se ven tan torpes para necesitar dichas prevenciones. La familia y los amigos tienen un papel importante a la hora de animarlos a ponerlas en práctica.

6 Bibliografía

- https://scielo.org/es/
- https://www.healthwise.org
- https://www.who.int/es
- https://medlineplus.gov/spanish

Capítulo 823

INVESTIGACIÓN SOBRE EL CRIBADO DE CÁNCER COLORRECTAL EN ASTURIAS Y ESPAÑA.

BÁRBARA EGUIZÁBAL SANTOS

1 Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) lo define como "la aplicación sistemática de una prueba para identificar a individuos con un riesgo suficientemente alto de sufrir un determinado problema de salud como para beneficiarse de una investigación más profunda o una acción preventiva directa, entre una población que no ha buscado atención médica por síntomas relacionados con esa enfermedad" (Wald, 2001).

La última definición del UK National Screening Committee (NSC) introduce el concepto clave de equilibrio entre beneficios y riesgos, así como el de beneficio entendido como reducción del riesgo y no como garantía de curación o de no aparición futura de la enfermedad. Define el cribado como "un servicio de salud pública en el que los miembros de una población definida, que no necesariamente perciben tener un mayor riesgo, o estar afectados por una enfermedad o sus complicaciones, son invitados a someterse a preguntas o pruebas para identificar a aquellos individuos con mayor probabilidad de obtener un beneficio que un perjuicio, causado por las sucesivas pruebas o el tratamiento, para reducir el riesgo de la enfermedad o sus complicaciones" (NSC, 2009).

Antes de introducir un programa de cribado es necesario evaluar el impacto

previsto, es decir conocer los beneficios y los riesgos. Se debe realizar una valoración de los potenciales efectos adversos del programa de cribado completo, incluidos los efectos psicológicos, efectos secundarios y complicaciones de los procedimientos, así como la cuantificación del impacto del sobrediagnóstico y sobretratamiento.

El cáncer colorrectal es una de la localizaciones tumorales en las que hablar de diagnóstico precoz tiene más sentido por tratarse de un problema de salud pública de gran envergadura, en el que la supervivencia se relaciona con el estadio y porque la mayoría de los tumores infiltrantes se desarrollan a partir de un pólipo benigno, de este modo la implantación de una técnica que localice precozmente las lesiones premalignas y las erradique lograría un descenso en la incidencia y mortalidad por esta causa.

2 Objetivos

El objetivo de esta investigación es conocer cómo se encuentra actualmente el cribado de cáncer colorrectal en Asturias y en España.

3 Metodología

Normativa del cribado en España En el año 2006 se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización con la siguiente definición:
"La cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud es el conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos, entendiendo por tales cada uno de los métodos, actividades y recursos basados en el conocimiento y experimentación científica, mediante la que se hace efectiva la prestación sanitaria."

En el año 2010 se publica la Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud, resultado del acuerdo del Consejo Interterritorial de 22 de octubre de 2009. En su objetivo 10 recomendaba la organización de cribados de carácter poblacional para la detección precoz del cáncer de colon y recto para la población entre 50 y 69 años, mediante test de sangre oculta en heces y con carácter bienal.

Una orden del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad estableció un cribado poblacional para el cáncer de colon y recto para personas entre 50 y 69

años, mediante test de sangre oculta en heces con carácter bienal.
"3.3.2 Los programas de cribado de cáncer que forman parte de la cartera común básica de servicios asistenciales del Sistema Nacional de Salud son: …. 3.3.2.2 Cribado poblacional de cáncer colorrectal. Con carácter general, se realizará de acuerdo con las siguientes bases: a) Población objetivo: hombres y mujeres de edades comprendidas entre 50 y 69 años. b) Prueba de cribado: sangre oculta en heces. c) Intervalo entre exploraciones: 2 años."

La disposición adicional segunda de dicha orden establece un período de 5 años desde la publicación de la orden para comenzar a invitar a la población diana, y de 10 años para ofertar el cribado al 100% de la población diana.
"La implantación del cribado poblacional de cáncer colorrectal se hará de forma progresiva de manera que en el plazo de cinco años desde la entrada en vigor de la presente orden todas las comunidades autónomas, el INGESA y la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE), Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS) y Mutualidad General Judicial (MUGEJU) hayan iniciado este programa y en diez años la cobertura entendida como invitación a participar, se aproxime al 100%."

4 Resultados

Según los datos comunicados por la Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad del Principado de Asturias, la situación del cribado en Asturias es la siguiente:

Implantación El cribado de CCR en Asturias comenzó en enero de 2015, en fase de pilotaje, en 4 zonas básicas de salud: Castrillón, Cudillero, Llanera y Candás. En octubre de 2016 se implantó en toda el área sanitaria III, estando previsto comenzar el cribado en la totalidad del área sanitaria VII en octubre de 2017.

La elección de las áreas sanitarias en las que se va implantado se debe a motivos del servicio de salud, fundamentalmente los que tienen que ver con los recursos de los servicios de digestivo y la situación de los listados de espera para la realización de colonoscopia. No son debidos a ningún criterio relacionado con la morbilidad por el cáncer de colon.

Tipo de cribado
El tipo de cribado utilizado es test de sangre oculta en heces de tipo inmunológico cuantitativo con muestra única.

Población
La población diana son personas de ambos sexos, entre 50 y 69 años y que no tienen ninguna patología que contraindique la potencial realización de una colonoscopia, ni presenten antecedentes personales o familiares de cáncer colorrectal que aconsejen la realización de un seguimiento más exhaustivo. El número de personas que componen la población diana del área sanitaria III es de 43. 578 personas.

Durante los años 2015 y 2016 se invitó a 11.175 personas (25,64% de la población diana), de las que acudieron a participar 4.442, representando el 39,7 % de las personas invitadas. El cribado del CCR en Asturias sólo cubre, hasta la fecha, a la población de un área sanitaria de las ocho que existen. Y de esa área sanitaria sólo al 25,64% de la población de riesgo.
- Baja respuesta por parte de la población. Poca percepción de la peligrosidad de este tipo de tumor, tal vez porque sea muy silencioso e indoloro hasta que se detecta en los estadios más avanzados. Estas cifras justifican nuevas medidas de divulgación sobre este tipo de tumor para concienciar a la población.
- Los datos revelan la utilidad de esta prueba como herramienta para detectar el cáncer colorrectal, pues en 22 casos se detectaron neoplasias, que si están en un estado inicial tendrán mejor tratamiento y resultado, y en 215 casos se detectaron lesiones pre-malignas que se erradicarían sin más complicaciones.

El cribado en el resto de comunidades autónomas Los datos que tenemos de implantación del cribado para el resto de España se refieren al año 2014 y son los siguientes:
• A principios del 2015 existían más de 8 millones de personas a las que no se estaba llegando para reducir el riesgo de morir por cáncer de colon. Los datos arrojan que apenas se alcanzaba un 20 por ciento de la cobertura tota
• La situación existente en todo el territorio español es una situación de inequidad, puesto que hay comunidades autónomas con casi un cien por cien de cobertura (país vasco) o por encima del 50 por ciento, y otras como Madrid, Extremadura, Castilla-La Mancha o Andalucía que no tenían apenas cobertura o carecían de programa cribado

5 Discusión-Conclusión

Con la implantación del cribado del cáncer colorrectal, se puede reducir la mortalidad de esta enfermedad en enfermos asintomáticos. La estrategia escogida para

realizar dicho cribado es el Test de Sangre Oculta en Heces (TSOH). Así mismo, los marcadores tumorales tienen gran utilidad en el pronóstico, seguimiento y monitorización de los pacientes con esta patología para aumentar la tasa de supervivencia.

6 Bibliografía

- Documento marco sobre cribado poblacional. Ponencia de cribado poblacional de la Comisión de Salud Pública. Acceso: 17/01/2020. Disponible en: https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/Cribado_poblacional.pdf.
- Cribado. Universidad de Cantabria. Acceso: 17/01/2020. Disponible en: http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/medicina-preventiva-y-salud-publica/materiales-de-clase-1/TEMA6_Cribado.pdf.
- Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre publicado en el BOE el 16 de septiembre de 2006. BOE número 222 página 32651
- Situación del cribado de CCR en España. Resultados 2014. Dirección General de Salud Pública. Acceso: 10/01/2020. Disponible en: http://www.cribadocancer.es/images/archivos/PAISVASCO2015/situacionccr2014.pdf.
- Informe anual cifras del cáncer en España, 14 de enero de 2016 y 30 de enero de 2017. Acceso: 10/01/2020 Disponible en: http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/LAS_CIFRAS_DEL_CANCER_EN_ESP_2016.pdf.
- Investigación de la Asociación Española Contra el Cáncer. Disponible en https://www.aecc.es/Investigacion/Paginas/Investigacion2.aspx.
Acceso 4/4/2017

Capítulo 824

LA DIABETES

ANDREA FERNANDEZ SUAREZ

1 Introducción

La diabetes es una enfermedad crónica que se origina porque el páncreas no sintetiza la cantidad de insulina que el cuerpo humano necesita, la elabora de una calidad inferior o no es capaz de utilizarla con eficacia. La insulina es una hormona que se produce en el páncreas y su principal función es el mantenimiento de los valores adecuados de glucosa en sangre, permitiendo que la glucosa entre en el organismo y sea transportada al interior de las células, donde se transforma en energía para que funcionen los músculos y los tejidos. En las personas con diabetes hay un exceso de glucosa en sangre ya que no se distribuye de la forma adecuada, lo que puede ser perjudicial para todo el organismo, pero principalmente para el corazón, el riñón y las arterias.

El momento de aparición de la enfermedad, las causas y los síntomas que presentan los pacientes dependen del tipo de diabetes:
A. Diabetes de tipo 1, aparece generalmente en niños, aunque también puede iniciarse en adolescentes y adultos. Suele presentarse de forma brusca y muchas veces independientemente de que existan antecedentes familiares. Se produce una destrucción de las células que producen la insulina en el páncreas (las células beta) por autoanticuerpos, es decir, el organismo ataca a sus propias células como si fuesen extrañas.
B) Diabetes de tipo 2, es la más frecuente y prevenible, surge en la edad adulta y su incidencia aumenta en personas de edad avanzada, en este tipo de diabetes se produce una disminución de la acción de la insulina, de forma que, aunque haya mucha no puede actuar. Por un lado, hay menos insulina y por otro esta

insulina funciona peor en los tejidos. Su principal causa es la obesidad porque el tejido graso produce determinadas sustancias que disminuyen la sensibilidad de los receptores de la insulina, supone en torno al 90 % del total de los casos de diabetes y su incidencia está aumentando de manera muy llamativa en los últimos años, en relación con los cambios en el estilo de vida, cada vez más sedentario y con una dieta que favorece la ganancia de peso. El 85 % de las personas con diabetes tipo 2 tienen exceso de peso, el porcentaje restante a menudo tiene un defecto hereditario que causa resistencia a la insulina.
C. Diabetes gestacional, durante el embarazo la insulina aumenta para incrementar las reservas de energía. A veces, este incremento no se produce, lo que puede originar una diabetes gestacional. Suele desaparecer tras el parto, pero estas mujeres tienen un alto riesgo de desarrollar diabetes tipo 2 a lo largo de su vida.

Entre los síntomas más comunes que se pueden presentar se encuentran: mucha sed; sensación de mucha hambre; necesidad de orinar continuamente, incluso de noche; pérdida de peso, a pesar de comer mucho; cansancio e irritabilidad sin motive aparente; visión borrosa; hormigueo o entumecimiento de manos y pies; infecciones fúngicas en la piel recurrentes.

Actualmente la diabetes tipo 1 no se puede prevenir, y de momento no es posible saber qué personas van a padecerla, pero existen algunos factores de riesgo conocidos como:
1. Antecedentes familiares, existe mayor riesgo si el padre, la madre, un hermano o hermana tienen diabetes de este tipo.
2. Factores genéticos, varios genes han sido vinculados con el riesgo de sufrir diabetes tipo 1.
3. Infecciones virales, determinados virus pueden desencadenar su desarrollo.
4. Raza o etnia, siendo más común en individuos blancos.
5. Geografía, las regiones con climas fríos son más propicias para su desarrollo.
6. Enfermedades autoinmunes, la propia diabetes de tipo 1 es una de ellas, la enfermedad de Graves, la esclerosis múltiple y la anemia perniciosa, son factores de riesgo.

Sin embargo, prevenir la diabetes tipo 2 sí es posible, Para ello resulta fundamental adoptar un estilo de vida saludable, lo que puede reducir hasta en un 80 % las posibilidades de padecerla. La probabilidad de desarrollar esta diabetes depende de una combinación de factores de riesgo, que podemos diferenciar entre factores de riesgo modificables y no modificables. Los factores de riesgo no modificables son:

1. La edad, el riesgo aumenta con la edad.
2. Raza o etnia, menor riesgo para el grupo étnico caucásico.
3. Antecedentes de diabetes de tipo 2 en familiar de primer grado.
4. Antecedentes de diabetes gestacional.
5. Síndrome del ovario poliquístico.
6. Peso al nacer, los niños con peso elevado al nacer y los prematuros, presentan más riesgo.

Mientras que los factores de riesgo modificables y sobre los que tenemos que incidir para mejora la prevención son:
1. La obesidad, sobrepeso y obesidad abdominal.
2. Sedentarismo, cuanto menos ejercicio más riesgo.
3. Tabaquismo.
4. Dieta, el alto consumo de carnes rojas o precocinadas, productos lectores ricos en grasa, refrescos azucarados y los dulces, aumenta considerablemente el riesgo.
5. Algunos medicamentos, como las estatinas, los anticonceptivos orales, los glucocorticoides y los antirretrovirales.

Cualquier mujer embarazada puede desarrollar una diabetes gestacional, pero son factores de riesgo:
1. La edad, las mujeres mayores de 25 años tienen mas riesgo.
2. Antecedentes familiares o personales, antecedentes familiares de diabetes tipo 2, las que ya hayan tenido diabetes gestacional en un parto anterior, tener un bebe de gran tamaño al nacer, las mujeres que hayan tenido una muerte fetal si causa aparente. 3. El peso, la obesidad o el sobrepeso antes del embarazo.

El tratamiento de la diabetes se basa en tres pilares: dieta, ejercicio físico y medicación. Tiene como objetivo mantener los niveles de glucosa en sangre dentro de la normalidad para minimizar el riesgo de complicaciones asociadas a la enfermedad. La insulina es el único tratamiento para la diabetes tipo 1 que sólo puede administrarse inyectada, siendo preciso ajustar su administración a lo que la persona come, la actividad que realiza y sus cifras de glucosa, por lo que el paciente debe medirse la glucosa de forma frecuente. Para la diabetes de tipo 2, la prevención tiene un papel fundamental y además tiene un abanico terapéutico más amplio, donde los pacientes no siempre van a ser precisa la administración insulina, ya que adoptando un estilo de vida saludable y perdiendo peso, los niveles de glucosa pueden normalizarse y además se pueden combinar uno o más fármacos que ayuden a que la insulina funcione mejor. El uso de uno u otro fármaco dependerá de las características del paciente.

2 Objetivos

- Reconocer los principales tipos de diabetes, así como los síntomas y factores de riesgo asociados a cada tipo.
- Estimular la adopción de medidas eficaces de vigilancia, prevención y control para disminuir los efectos de la diabetes sobre la población.

3 Metodología

Se realiza una búsqueda en Google y Google Académico, analizando distintas páginas web y textos científicos, utilizando como conceptos clave tipos, síntomas, factores de riesgo y tratamientos.

4 Bibliografía

- https://www.fundaciondiabetes.org
- https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/digestivas/diabetes
- https://medlineplus.gov/spanish/diabetes.html
- https://www.fundaciondiabetes.org/prevencion/309/que-es-la-diabetes-2
- https://www.prevencion.adeslas.es/.../Paginas/factores-diabetes.aspx
- https://www.informaciondemedicina.com/factores-de-riesgo-para-la-diabetes

Capítulo 825

DROGAS Y ENFERMEDAD MENTAL, COMBINACIÓN PELIGROSA.

ALBA MARTÍNEZ MENENDEZ

1 Introducción

Según algunos estudios España es uno de los países europeos donde más droga se consume. Estas serían en orden decreciente:

- Alcohol: es la sustancia psicoactiva más popular, siendo la población masculina la que más la consume. Suele usarse como vía de escape aunque a la larga tiene el efecto contrario, la depresión. Si ya existiese un cuadro depresivo previo este se agravaría considerablemente.
- Cannabis: está comprobado la relación del consumo de esta sustancia y el ingresos de jóvenes con trastornos psiquiátricos. Se da el caso de aquellos que consumen alcohol y cannabis son el grupo que padecen más esquizotipia. Hay estudios que determinan el genotipo ATK1 un determinante en el riesgo psicótico asociado al cannabis.
- Cocaína: es excitante y crea adicción en muy poco tiempo. Se relaciona con cuadros de ansiedad y depresivos, aunque también puede tener relación con patologías psicóticas.

Aunque es bueno diferenciar el consumo esporádico al habitual no debemos olvidar el problema que generan las drogas sean cual sea su frecuencia de consumo. Se aprecia una tendencia a consumir múltiples sustancias al mismo tiempo, aunque las más habituales son el alcohol, el cannabis y la cocaína.

2 Objetivos

- Implicar a la familia durante toda el proceso, favoreciendo que conozca la enfermedad y pueda colaborar con los profesionales.
- Aplicar la terapia idónea en cada caso.
- Comprender la enfermedad y abandonar los estereotipos de personas vagas o viciosas.

3 Metodología

Para el cumplimiento de este capítulo se ha realizado una búsqueda bibliográfica basada en una amplia revisión de revistas y documentos que tratan el tema de la patología dual. Para ello se usó el buscador Google Académic y bases de datos como Scielo o Dialnet. Además, es una parte imprescindible la lectura y labor de documentación a través de libros de autores especializados en la materia.

4 Resultados

El tratamiento de estos pacientes no es sencillo, lo prioritario es localizar la patología psiquiátrica para tratarla. Es fundamental encontrar el origen del consumo de drogas ya que suele deberse a una enfermedad mental. Está demostrada la necesidad de trabajar en equipos multidisciplinares para tratar los dos problemas a la vez, la adicción y la enfermedad mental.

5 Discusión-Conclusión

Hay personas más vulnerables ya que tienen una predisposición genética a padecer algún tipo de enfermedad mental, es decir, la enfermedad está dormida pero el consumo de determinados tipos de sustancias hace que se desarrolle la enfermedad. La mayoría de los pacientes jóvenes que ingresan con un cuadro psicótico son consumidores habituales de cannabis.

6 Bibliografía

- Miguel Casas, catedrático de psiquiatría en la Universidad Autónoma de Barcelona.
- Álvarez López, M. Universidad de la Rioja.

- Beltrán Ballester,E. Fundación universitaria San Pablo Ceu.
- http://scholar.google.com/
- http://www.Dialnet.unirioja.es
- http://wwwScielo.org

Capítulo 826

RELACIÓN E IMPORTANCIA DEL SONDAJE VESICAL DE LARGA DURACIÓN Y LAS INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO

BORJA SUAREZ CORRAL

IRENE VIVAS PAREDES

VANESSA GARCIA PINTUELES

1 Introducción

Llamamos infección del tracto urinario a la presencia en las vías urinarias, a un nivel proximal del esfínter de la vejiga urinaria, de microorganimos que en condiciones normales están ausentes.

Un punto importante a tener en cuenta cuándo se habla de infección del tracto urinario es la sintomatología. Principalmente esa sintomatología puede aparecer como, un color anormal en la orina, un olor fuerte o maloliente, necesidad frecuente y fuerte de orinar, presión , dolor o espasmos en la espalda o en la parte inferior del abdomen. Todo esto también puede ir acompañado de fiebre, escalofríos, dolor de costado incluso también cambios mentales o confusión.(1)

La incidencia de infecciones urinarias, viene estrechamente ligada a la técnica de sondaje. Dicha técnica consiste en la introducción de un catéter o sonda en la vejiga, a través de la uretra, para vaciarla de orina, siendo retirada inmediatamente después de alcanzar dicho vaciado.

La relación entre la itu y el sondaje vesical, pueden venir derivadas de múltiples causas. A, continuación, se mencionan las causas más comunes de ITU:
• Tiempo de permanencia de la sonda
• Localización del catéter o sonda (uretra, vejiga, riñón);
• Material que compone el catéter (látex, silicona, etc.);
• Tipo de bacteria infectante y sus mecanismos patogénicos específicos;
• Estado de salud del aparato urinario drenado (radiaciones previas, tumores, etc.);
• Estado de salud del paciente portador de la sonda (diabetes, inmunodeficiencia) y motilidad del mismo;
• incidentes y manipulaciones de la sonda, tales como, obstrucciones, lavados o retirada de la misma. (2)

Existen varios tipo de sondaje con relación al tiempo se permanencia de dicho catéter en el individuo:
• Sondaje permanente de larga duración, con una duración mayor de 30 días, en el que la sonda es mantenida en su lugar por un balón que se hincha con aire o agua al colocarla. Está indicado en casos de pacientes crónicos con retención urinaria.
• Sondaje permanente de corta duración, de iguales características que el anterior pero con una duración menor de 30 días, usándose en caso de patología agudas.
• El sondaje intermitente, que se realiza cada cierto tiempo (en general, cada 6 – 8 horas) y es el principal tratamiento de la incontinencia causada por daño medular o daño de los nervios que controlan la micción, y que producen incontinencia con mal vaciado de la vejiga. (3)

La frecuencia del sondaje dependerá del volumen de orina diario y de la capacidad de la vejiga (3-4 sondajes diarios) y, además del profesional sanitario, la/el paciente o sus cuidadoras/es pueden ser adiestrados para realizarlo en domicilio (autosondaje).

2 Objetivos

- Se pretende investigar sobre la relación, de el sondaje vesical de larga duración y la infección del tracto urinario.
- Se revisará la bibliografía existente para así, poder afirmar o desmentir la relación de dichos conceptos.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica sobre el tema empezando por buscar artículos, ensayos clínicos, revisiones bibliográficas al igual que información en algunos libros de texto.

Una vez realizada la búsqueda inicial para cribar la información obtenida nos hemos centrado en el área relacionada con las infecciones de orina y los sondajes vesicales y hemos excluido todo lo demás. Los criterios de inclusión utilizados han sido principalmente, los artículos que hablaban de infección del tracto urinario, sondaje vesical y la relación en cuánto al tiempo.

De todos los artículos consultados, hemos realizado una selección basada en su contenido escogiendo aquellos en los que la información se ajusta en mayor medida al tema del trabajo realizado. Los trabajos escogidos se incluyen en la bibliografía y habían sido publicados entre 2010-2020.

Las bases de datos consultadas, ha sido: Cochrane Library, PudMed, Web of Science, Dialnet y Google académico.
Las palabras clave utilizadas, han sido: ITU(Infección de orina de tracto urinario), sondaje vesical, sondaje vesical de larga duración…

4 Resultados

En esta revisión bibliográfica se analizaron varios artículos, en varios de ellos encontramos que , uno de los factores de riesgo relacionado con la ITU y asociado al catéter vesical fue, tener dicho catéter colocado un periodo mayor o igual a 15 días.(4)

La colocación de sonda vesical durante un periodo de más de 48 horas en pacientes ingresados en el área de cuidados intensivos del Hospital Teodoro Maldonado Carbo, generó un alto riesgo de adquirir infección de vías urinarias. Por lo tanto se lo puede catalogar como un factor predisponente para el desarrollo de infecciones, que a su vez incrementan las comorbilidades de los pacientes, empeorando el pronóstico de supervivencia de los mismos.(5)

Por otro lado encontramos que hay artículos en los que se mencionan factores de riesgo más concluyentes que el sondaje vesical de larga duración, como pueden ser, ser adultos mayor y de sexo masculino. (6)

5 Discusión-Conclusión

Tras el análisis de los artículos seleccionados, se llega a la conclusión de que hay varios factores de riesgo que predisponen, el adquirir una infección del tracto urinario cuándo se esta sometido a sondaje vesical y no solo va a depender de tiempo de sondaje.

Dichos factores son muy variados, pero en varios artículos coindicen en que el tiempo de sondaje es un factor importante relacionado con la ITU. Se puede concluir que a menor tiempo de sondaje vesical, menos probabilidades de adquirir una infección del tracto urinario.

6 Bibliografía

1. MedlinePlus en español [Internet]. Bethesda (MD): Biblioteca Nacional de Medicina (EE. UU.) [actualizado 31 may. 2018]. Infección urinaria relacionada con el uso de sondas; [consultado 7 feb. 2020]; [aprox. 5 p.]. Disponible en: https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000483.htm
2. Vela Navarrete R, Soriano F, González Enguita C, Ponte L, López MC, Martín Vivas C, Susanibar F, Gómez J. Infecciones del aparato urinario motivadas por la sonda permanente. Historia natural, mecanismos infectivos y estrategias de prevención. Una revisión de conjunto basada en nuestra experiencias clínica e investigaciones. Scielo [Internet] 2017[consultado 6 Feb 2020]; Vol 60 (9): 3-4. Disponible en : http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06142007000900001
3. Jiménez Mayorga, Isabel; Soto Sánchez, María; Vergara Carrasco, Luisa; Cordero Morales, Jaime; Rubio Hidalgo, Leonor; Coll Carreño, Rosario et al. Protocolo de sondaje vesical. Biblioteca Lascasas, 2010; 6(1). Disponible en: http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0509.pdf
4. Proaño Larrea CA. Factores de riesgo para infección del tracto urinario asociado a catéter vesical en el hospital de especialidades de las fuerzas armadas nº1 del ecuador durante el periodo de enero de 2017 a diciembre del 2017. [Grado]. Pontificia universidad católica del Ecuador ,Facultad de Medicina; 2017.
5. Carbonell Castillo DB. Desarrollo de infecciones de vías urinarias presentes en pacientes con sonda vesical por mas de 48 horas en cuidados intensivos. [Licenciatura]. Universidad de especialidades Espíritu Santo; 2017.
6. Mendoza Paz MR, Zúñiga Seclén RH. Protocolo de gestión para disminuir la incidencia de infecciones urinarias en adultos portadores de sonda vesical, clínica

privada, Chiclayo. [Tesis]. Universidad de porsgrado César; 2018.

Capítulo 827

BENEFICIOS DE LOS CAMBIOS POSTURALES PARA LA PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN EL PACIENTE ENCAMADO

BORJA SUAREZ CORRAL

IRENE VIVAS PAREDES

VANESSA GARCIA PINTUELES

1 Introducción

Llamamos ulcera por presión a áreas de piel lesionada por permanecer en una misma posición durante demasiado tiempo. Comúnmente se forman donde los huesos están más cerca de la piel, como los tobillos, los talones y las caderas.
Las ulceras por presión (UPP) siguen siendo un problema serio para el paciente que las padece y que son evitables en un alto porcentaje de los casos.
Dentro de las UPP podemos encontrarlas de distintos grados:
• Grado 1: La piel no está dañada, pero el enrojecimiento no se torna blanco al tocarla
• Grado 2: El daño afecta a la epidermis, la dermis o a ambas. Clínicamente el daño aparece como una abrasión o ampolla. La piel circundante puede estar enrojecida
• Grado 3:El daño se extiende por todas las capas superficiales de la piel, del tejido graso, hacia el músculo e incluyendo a éste. La úlcera aparece como un cráter profundo.

• Grado 4 : El daño incluye la destrucción de todas las estructuras de tejido blando y de las estructuras óseas o articulares. (1)
Requerimos varias estrategias de intervención para evitar dicho daño en la piel, y una de ellas es el manejo de cargas sobre los tejidos blandos Para ese manejo de cargas utilizaremos determinados cambios posturales benefeciosos para que dichas lesiones no aparezcan. Para llevar a cabo dichos cambios posturales, parece importante conocer las diferentes posiciones del paciente encamado.

2 Objetivos

Con esta revisión de la bibliografía se pretende saber si los cambios posturales en el paciente encamado son realmente tan beneficiosos en la prevención de las úlceras por presión en el paciente adulto encamado. Por otro lado como objetivo específico intentaremos concluir con cuánta frecuencia deben de ser realizados dichos cambios.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica sobre el tema empezando por buscar artículos, ensayos clínicos, revisiones bibliográficas al igual que información en algunos libros de texto.
Una vez realizada la búsqueda inicial para cribar la información obtenida nos hemos centrado en el área relacionada con el tema: cambios posturales y úlceras pro presión.

Los criterios de inclusión utilizados han sido principalmente, los artículos que hablaban de úlceras por presión en paciente encamado y la relación en cuánto a la frecuencia con la que se tienen que llevar a cabo dichos cambios.

De todos los artículos consultados, hemos realizado una selección basada en su contenido escogiendo aquellos en los que la información se ajusta en mayor medida al tema del trabajo realizado. Los trabajos escogidos se incluyen en la bibliografía y habían sido publicados entre 2016-2020.

Las bases de datos consultadas, ha sido: Web of Science, Dialnet y Google académico.
Las palabras clave utilizadas, han sido: úlceras por presión, cambios posturales, frecuencia de los cambios posturales…

4 Resultados

En esta revisión se han analizado varios artículos, en la mayoría de la bibliografía analizada los autores coinciden en los beneficios de los pacientes con cambios posturales y su importancia en la prevención de úlceras por presión. Un estudio llevado a cabo por uno de los autores afirma que los pacientes a los que se les realiza cambios posturales frente a los que no tienen 1,7 veces mayor probabilidad de desarrollar las lesiones. (2)

Por otro lado otro de los estudios analizados concluye que la realización de una rutina de cambio postural cada 2 horas frente a la no planificación de cambios posturales reduce en un 9% la incidencia de ulceras por presión en el paciente encamado. (3)

En otro de los artículo se demuestra que la realización de cambios posturales cada 3-4 horas en vez de cada 2 horas suponen una disminución del coste de trabajo del enfermero y a su vez incrementaban el sueño y mejoraban la calidad de vida del paciente. (4)

5 Discusión-Conclusión

Tras el análisis de los artículos seleccionados, se concluye con relación a los cambios posturales de los pacientes, que indudablemente estos reportan un beneficio para los pacientes y son un factor muy importante dentro de los cuidados para la prevención de las úlceras por presión en los pacientes encamados.
Los cambios por presión deben de ser llevados a cabo según se refleja en algunos artículos como mínimo cada 3-4 horas, pero su beneficio aumenta considerablemente si estos son realizados cada 2 horas.

6 Bibliografía

1. Panel Consultivo Europeo para las Úlceras por Presión (EPUAP) y el Panel Consultivo Nacional para las Úlceras por Presión (NPUAP).[Internet].[Consultado 7 de Febrero de 2020].Disponible en : http://www.epuap.org/wp-content/uploads/2016/10/qrg_treatment_in_spanish-1.pdf
2. López Casanova P. Prevención de las úlceras por presión. ¿ cuánto se puede atribuir a los cambios posturales?. Dialnet [Internet] 2016[Consultado 7 de Febrero 2020]. Disponible: https://dialnet.unirioja.es/servlet/dctes?codigo=60896

3. Mozón Ferrer A. Intervalo de tiempo óptimo en la realización de cambios posturales, independientemente de la superficie sobre la que descansa, para la prevención de úlceras por presión en el entorno asistencial[Doctorado]. Universidad de Castilla- La Mancha; 2019.
4. Martinez Mateo M, García Herrera D.¿Qué es más eficaz para la prevención de úlceras por presión : cambios posturales o superficies de apoyo?.[Internet] 2018 [consultado7 de Febrero 2020] ; Vol29(3):6-8. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1134-928x2018000300138

Capítulo 828

APLICACION DE CALOR Y FRÍO, INDICACIONES, EFECTOS Y PRECAUCIONES .

ANDREA SAN MARTÍN GONZÁLEZ

ANA MARÍA GARCÍA SUÁREZ

JULIA ROSA LÓPEZ ARANGO

1 Introducción

El calor y el frío son agentes físicos que pueden ser utilizados como tratamiento en pacientes hospitalizados y ambulatorios. El uso del calor y el frió forma parte de la termoterapia como todo tipo de tratamiento y requiere prescripción medica. La percepción de calor o frío varia de unas personas a otras. En lineas generales podemos decir que los niños y los ancianos son mas sensibles a los cambios de temperatura por otra parte hay unas zonas del cuerpo que son mas sensibles que otras .

Existe la creencia de que este tipo de tratamiento es menor como si las pastillas , comprimidos o viales fueran mucho mas eficaces. La dieta y los ejercicios físicos prescritos por un medico son tan tratamiento como las medicinas . Lo mismo ocurre con la termoterapía tiene sus indicaciones y no esta exenta de riesgos ni de complicaciones. Las aplicaciones de calor y frío cuando exista una indicación medica previa.

El calor y el frío se pueden aplicar en una zona determinada del cuerpo a esto lo llamamos aplicación local y si la aplicación es en todo el cuerpo sera una aplicación general . Las aplicaciones son distintas hablamos de aplicación humedad cuando el agua tibia o el hielo contactan directamente con la piel y de seca cuando el contacto no es directo. Tanto el calor como el frío son agentes lesivos para la piel del individuo , por tanto debemos realizar una serie de precauciones .

No poner en contacto directo con la piel , para ello proteger con algún elemento que impida el contacto directo y que permita al tiempo el efecto beneficioso perseguido . Prevenir la transmisión de la infección de unos pacientes a otros. En pacientes con poca sensibilidad parcial o general , valorar las zonas de aplicación en prevención de posibles lesiones.

En las aplicaciones de calor por radiaciones , en el uso de las lamparas se dejara al descubierto únicamente la zona afectada. Entre el cuerpo y la lampara debe de haber un mínimo de de 60 cm de distancia . El tiempo de exposición sera prescrito por el medico aproximadamente unos 10 - 20 minutos. Se debe indicar al paciente que no debe mirar la lampara ya que provoca opcificación del cristalino las conocidas cataratas. Las radiaciones por ultrasonido están contraindicadas en pacientes con implantes quirúrgicos en huesos o articulaciones, que sean portadores de marcapasos o con infecciones.

El frío provoca una vasoconstricción, mientras que el calor provoca lo contrario una vasodilatación.
El objetivo principal del frío es disminuir el aporte sanguíneo en una o varias zonas , la piel se enfría , se torna pálida e incluso , puede haber un cierto efecto de anestesia local. Si el frío se aplica a todo el cuerpo habrá una disminución de la temperatura corporal y ademas un efecto estimulante.

El frío local provoca anestesia o lo que es lo mismo , se deja de ”sentir” la zona y no es lo mismo que la analgesia . Un efecto analgésico no consiste en quitar todas las sensaciones. con la analgesia solo queremos quitar la sensación de dolor. El frío local se aplica para reducir o prevenir inflamaciones por traumatismos y así disminuir el dolor asociado a esas inflamaciones y controlar pequeñas hemorragias. El frío general se aplica en caso de hipertermia con el fin de disminuir la temperatura.

En el caso de la vasodilatación , al aumentar el flujo sanguíneo en una zona se favorece el aporte de oxigeno y de nutrientes y la eliminación de sustancias de deshecho. ademas tiene un efecto de analgesia local. Si el calor se aplica a todo el cuerpo se produce en él un aumento de la temperatura corporal y a su vez una relajación muscular y un efecto de sedación. En este caso entendemos hablamos de sedación como una tendencia al sueño.

El calor local se aplica para disminuir el dolor en las inflamaciones no traumáticas de las articulaciones como por ejemplo la artritis , acelerar la maduración de procesos infecciosos como por ejemplo conseguir que una cantidad de pus acabe de colocarse y drene al exterior. Relajar la musculatura contraída .
En general se aplica en casos en los que se quiere conseguir una cierta sedación del paciente y así aumentar su sensación de bienestar y como no es casos de hipotermia.

Las aplicaciones de calor local tienen que hacerse durante breves espacios de tiempo de 10 a 20 minutos, ya que una aplicación de más de una hora conduce a la tumefacción del tejido sobre el que se aplica y lo que conseguimos es un efecto contrario al que esperamos. Es preferible repetir la aplicación, si se ha producido alivio de los síntomas a las dos horas que mantenerla continuadamente. Las aplicaciones del calor pueden ser por conducción o por radiación.

El calor por conducción
La aplicación del calor por conducción es cuando se realiza el paso del calor de un objeto a otro, mediante contacto físico directo y para ello podemos realizar diferentes técnicas.
Una bolsa de agua caliente: su aplicación, proporciona calor seco a una región determinada.
El material utilizado es una bolsa de agua caliente con una funda y un termómetro de baño para comprobar la temperatura del agua que debe de estar entre 46 y 51º C y no debe sobrepasar nunca los 60 º C. Se llenara la mitad de la bolsa o las tres cuartas partes con agua caliente se inclinara y se vaciara el aire para continuación cerrar bien el tapón, envolverla en un paño o toalla y colocarla en la zona. Debemos apuntar la hora, el tiempo de aplicación y la región donde se coloca.
Al terminar vaciar la bolsa, escurrirla, limpiarla con agua y jabón, hincharla ligeramente y colgarla con el fondo hacia arriba.

Manta térmica
Su aplicación proporciona calor seco en una región. El material utilizado es un sistema compuesto por una manta o esterilla y una bomba que produce flujo de agua fría y caliente a través de unos tubos de látex , introducidos entre las dos caras de la manta . Si utilizamos agua caliente se aumenta la temperatura y de lo contrario usamos agua fría se disminuye la temperatura.
Puede colocarse por encima y por debajo del paciente separando con una sábana.

Manta eléctrica o almohadilla
Se trata de una manta o almohadilla con una resistencia eléctrica en su interior que va enchufada a la corriente. Debemos evitar que se moje y comprobaremos que las conexiones estén en buen estado.

Baños terapéuticos
Por inmersión del cuerpo o parte de el en una bañera con agua caliente o con la aplicación de sustancias emolientes a una temperatura de entre 37 y 46 ºC y de 10 a 20 minutos. También puede hacerse en forma de asiento .Hay que anotar hora tipo de solución y tolerancia del paciente.

Compresas.
Suelen ser apósitos o paños húmedos calientes y estériles que pueden producir alivio del dolor, de la congestión de los espasmos musculares y también de los gases.
La compresa se moja en agua caliente o en la solución que se nos indique, posteriormente hay que escurrir bien y aplicar sobre la zona. Deben cambiarse con frecuencia ya que se enfrían con facilidad. Si hay que aplicarlas en zonas como ojos, herida, utilizaremos guantes estériles y pinzas. Previamente lubricaremos las zonas para evitar quemaduras.

Calor por radiación
Consiste en unos focos luminosos que aportan gran cantidad de calor, suelen ser rayos infrarrojos.
Onda corta mediante aparatos que emiten ondas electromagnéticas de alta frecuencia que se transforman en calor. Puede aplicarse en huesos y articulaciones.

Ultrasonidos
Emitidos por un aparto que emite sonidos a una frecuencia superior al nivel au-

dible, mediante vibraciones mecánicas. La absorción de la energía que generan se transforma en calor.

Terapia local por frío
El uso del frío se conoce como crioterapia y puede ser utilizado mediante hielo, compresas frías, con alcohol y con chorro de aire frío la crioterapia y el efecto que queremos conseguir es la hipotermia.

Hielo
Mediante bolsas de hielo a temperatura 0 °c durante máximos una hora mínimo 20 minutos en una zona determinada. Se utiliza en casos de cefaleas, para detener hemorragias , disminuir hinchazón , la temperatura corporal o para aliviar el dolor.

Compresas frías
Se procederá como en el caso de las calientes pero en este caso se enfriaran sobre hielo picado y se hará en condiciones de esterilización. Para le reducción de la fiebre en el caso de los niños , se utilizarán compresas tibias o se les introducirá en la bañera con agua tibia durante media hora.

Compresas con alcohol
Se utilizaran sobre todo en casa ya que en hospitales existen colchones térmicos para la reducción de temperaturas al igual que para elevar la temperatura.
Para su utilización se mezclara el alcohol con agua fría o tibia y se friccionara al paciente usando unos paños como si se realizara un baño en cama.

2 Objetivos

El objetivo principal es saber y conocer como actúan al calor y el frío y en qué momento es necesario usar cada uno de ellos .

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han

consultado artículos en las principales bases de datos: pubmed, medline, y scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 829

LA PICADURA DE LAS GARRAPATAS Y SUS SÍNTOMAS.

SOFIA PATALLO ALVAREZ

ISABEL ROLDÁN FERNANDEZ

1 Introducción

Las garrapatas son pequeños ectoparásitos hematófagos (se alimentan de sangre) y son vectores de numerosas enfermedades infecciosas.
El único método de transmisión es el contacto directo y se suelen adherir cuando se camina entre arbustos, plantas y pasto. Se pegan con fuerza a la piel y se desplazan a zonas calientes y húmedas (axilas, ingles, cabeza). La mayoría de las picaduras de garrapatas son inofensivas, pero, aunque no es frecuente, pueden infectarnos con bacterias y otros organismos que nos pueden causar diversas enfermedades.

2 Objetivos

Tratar de reconocer la garrapata, como retirarla, como tratar la picadura y los síntomas que puede producir la picadura de una garrapata infectada

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se

han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, Google Académico seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

En España existen más de 20 tipos de garrapatas y más de 850 tipos reconocidos. La mayoría de las picaduras de garrapatas son inofensivas, pero algunas pueden producir problemas leves o serios. Algunas de las enfermedades que producen son:

- Fiebre por garrapatas de colorado: Es una infección viral. Se transmite por la picadura de la garrapata de bosque de las Montañas Rocallosas. Esta enfermedad generalmente se observa entre marzo y septiembre. Los síntomas se inician de 3 a 6 días después de la picadura de la garrapata.
- Enfermedad de Lyme: La enfermedad de Lyme es causada por la bacteria llamada Borrelia burgdorferi, garrapata de patas negras, tiene que permanecer adherida a su cuerpo durante 24 a 36 horas para transmitir la bacteria a su sangre. Las garrapatas adquieren las bacterias cuando se alimentan de pequeños roedores, como los ratones, que están infectados con B burgdorferi.
- La tularemia es causada por la bacteria Francisella tularensis. Es una infección bacteriana en roedores salvajes. La bacteria se puede transmitir por una de garrapatas infectada.

5 Discusión-Conclusión

Los síntomas producidos por las picaduras de las garrapatas suelen ser:
Dolor de cabeza, dolores musculares y articulares, fiebre, escalofríos, inflamación de los ganglios linfáticos y síntomas parecidos a la gripe. Si camina o hace excursiones al campo o monte se recomienda:

- Usar ropa clara para poder ver las garrapatas y retirarlas.
- Usar camisas de manga larga y pantalones con la parte inferior metida por los calcetines.
- Usar repelente de insectos.
- Quitarse la ropa al llegar a casa, revisar minuciosamente la superficie de la piel y ducharse lo más pronto posible.

En caso de picadura:

- Sujete la garrapata cerca de su cabeza o la boca con pinzas. No use los dedos desnudos. Si es necesario, use una toalla de papel o una servilleta.
- Jale hacia afuera con un movimiento lento y constante. Evite apretar o destripar la garrapata. Tenga cuidado de no dejar la cabeza incrustada en la piel.
- Limpie muy bien la zona con agua y jabón. También lávese las manos cuidadosamente.
- Guarde la garrapata en un frasco.
- Observe con cuidado durante las siguientes una o dos semanas en busca de signos de la enfermedad de Lyme.
- Si no puede retirar todas las partes de la garrapata, busque ayuda médica. Lleve la garrapata en el frasco a la cita con el médico.

6 Bibliografía

- Cameron DJ, Johnson LB, Maloney EL. Evidence assessments and guideline recommendations in Lyme disease: the clinical management of known tick bites, erythema migrans rashes and persistent disease. Expert Rev Anti Infect. Centers for Disease Control website. Lyme disease.
- Steere AC. Lyme disease (Lyme borreliosis) due to Borrelia burgdorferi. In: Bennett JE, Dolin R, Blaser MJ, eds. Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases. 9th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2020:chap 241.
- Blanton LS, Walker DH. Rickettsia rickettsii and other spotted fever group rickettsiae (Rocky Mountain spotted fever and other spotted fevers). In: Bennett JE, Dolin R, Blaser MJ, eds. Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases. 9th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2020:chap 186.
- Bolgiano EB, Sexton J. Tickborne illnesses. In: Walls RM, Hockberger RS, Gausche-Hill M, eds. Rosen's Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice. 9th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2018:chap 126.
- Penn RL. Francisella tularensis (tularemia). In: Bennett JE, Dolin R, Blaser MJ, eds. Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Disease, Updated Edition. 8th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2015:chap 229.
- Schaffner W. Tularemia and other Francisella infections. In: Goldman L, Schafer AI, eds. Goldman-Cecil Medicine. 25th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2016:chap 311.

Capítulo 830

CUIDADOS EN EL PACIENTE TERMINAL.

MARIA IRENE GONZALEZ ALVAREZ

1 Introducción

Se define enfermedad en fase terminal como aquella que no responde a tratamientos específicos instaurados para curar o estabilizar la enfermedad, que por ello conlleva a la muerte en un tiempo variable (generalmente inferior a seis meses), y que el proceso está caracterizado por provocar, en general, un alto grado de sufrimiento físico, psicológico y familiar.

Definimos cuidados paliativos como aquellos que intentan mejorar la calidad de vida de los pacientes afectados de una enfermedad en fase terminal. La OMS los define como" el cuidado activo y total de los enfermos que no tienen respuesta al tratamiento curativo, con el objetivo de conseguir la mejor calidad de vida posible controlando los síntomas físicos, psíquicos, las necesidades espirituales y sociales de los pacientes".

En el ejercicio de las profesiones sanitarias siempre ha habido quienes creían que lo importante era tratar a todos los pacientes hasta sus últimas consecuencias, pero también quienes han defendido que lo importante era tratar y cuando esto no era posible, cuidar a las personas hasta el final. Entre éstas se encontraba Cicely Saunders, fundadora del movimiento de los hospices.

Ella defendía que en la fase terminal de la enfermedad, cuando el deterioro que va a sufrir el enfermo es cada vez mayor y por lo tanto, muy impactante también para la familia y el equipo que le trata, el objetivo debe cambiar y ser sustituido por el cuidado como única meta. Ese cuidado debe virar hacia proporcionar con-

fort al enfermo y a la familia. Porque en esta fase, cada acción positiva realizada sobre uno de ellos es tomada como algo también positivo por el otro.

El equipo sanitario debe transformarse en un equipo cuidador. El cuidado como medio y la calidad de vida y el confort como finalidad son los objetivos que debemos tener los cuidadores durante la fase final de la vida, tal y como promulgó el Subcomité Europeo de Cuidados Paliativos de la CEE, el 5 de mayo de 1991, al definir los cuidados.

En nuestra sociedad, hablar de la muerte es casi un tema tabú. Se suele considerar morboso y es raro que alguien hable sobre ella; nos resulta muy difícil asumir que la vida tiene fin y ver la muerte como "un acontecimiento más" en el proceso de la vida, formando hasta cierto punto parte de ella y cerrándola. La tecnificación progresiva de la atención sanitaria, tan importante en muchos aspectos, al aplicarse al "proceso de morir" se resuelve en una gran deshumanización de éste, que acaba así convertido en algo solitario e impersonal y que en muchas ocasiones se produce en el medio hospitalario.

Reconoce la OMS el derecho de las personas a morir tan dignamente como sea posible, respetando sus valores culturales. También en la Declaración de los "Derechos del paciente con cáncer" firmada por los 39 miembros de la European Cancer League (ECL) se recoge entre otras cosas su derecho a la calidad de vida, a la atención desde el punto de vista médico y psicosocial, a apoyo y cuidados especiales, todo ello de alta calidad; a recibir información adaptada a sus necesidades, etc.

La clasificación de un paciente como terminal debe obedecer a criterios estrictos que dicen relación con un diagnóstico experto de la enfermedad o condición que padece el individuo, su carácter progresivo e irreversible y la ausencia de tratamientos eficaces en el estado actual de los conocimientos médicos. No debe confundirse la gravedad de una enfermedad con el carácter de terminal, ya que enfermedades muy graves pueden ser reversibles con los recursos terapéuticos apropiados. El diagnóstico de enfermo terminal significa para el médico tratante una gran responsabilidad profesional y ética, entre ellas la de asumir plenamente el cuidado del paciente hasta su muerte. La conducta del equipo médico debe orientarse a aliviar al paciente de los síntomas que lo perturban y ofrecerle el mayor bienestar posible en lo que le resta de vida, así como a facilitarle las condiciones para resolver los problemas de orden personal que le preocupen.

Es necesario contribuir a mejorar la atención de los pacientes terminales; se van a revisar aspectos como la comunicación de la enfermedad, la atención a los principales problemas que presentan y la atención a la familia. Según Cicely Saunders, pionera en Cuidados Paliativos, enfermera, trabajadora social y médica, "El que

no se pueda hacer nada para detener la extensión de una enfermedad no significa que no haya nada que hacer".

2 Objetivos

Son objetivos de los cuidados paliativos según la OMS:
- Alivio del dolor y otros síntomas.
- No alargar ni acortar la vida.
- Dar apoyo psicológico, social y espiritual.
- Reafirmar la importancia de la vida.
- Considerar la muerte como algo normal.
- Proporcionar sistemas de apoyo para que la vida sea lo más activa posible.
- Dar apoyo a la familia durante la enfermedad y el duelo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.
Las palabras clave utilizadas para el desarrollo de la búsqueda fueron: "enfermedad terminal", "enfermo terminal", "dolor/quimioterapia", "dolor/epidemiología", "dolor/prevención y control", "dolor/clasificación", "cuidados paliativos", "cuidado", "enfermería".

4 Resultados

En un momento de agotamiento terapéutico como en el que nos encontramos en la enfermedad en fase terminal, donde el deterioro que va a sufrir el enfermo es cada vez mayor, el objetivo del personal sanitario debe cambiar y ser sustituido por el cuidado como único objetivo. Ese cuidado debe virar hacia proporcionar confort al enfermo y a la familia, cada acción positiva realizada sobre uno de ellos es tomada como algo también positivo por el otro.
El equipo sanitario debe transformarse en mayor medida en un equipo cuidador, no en sanadores. El cuidado como medio y la calidad de vida y el confort como

finalidad son los objetivos que debemos tener los cuidadores durante la fase final de la vida. Como muy bien definió el subcomité Europeo de Cuidados Paliativos de la CEE, el 5 de mayo de 1991, los Cuidados Paliativos son: La asistencia total, activa y continuada de los pacientes y sus familias por un equipo multiprofesional cuando la expectativa médica no es la curación. La meta fundamental es dar calidad de vida al paciente y su familia sin intentar alargar la supervivencia. Debe cubrir las necesidades físicas, psicológicas, espirituales y sociales del paciente y su familia.

LA COMUNICACIÓN DE LA ENFERMEDAD.

El momento de comunicar a una persona un diagnóstico fatal es una difícil situación. No hay una forma única de hacerlo, y el profesional debe tener siempre presente los derechos del enfermo y respetarlos, y saber individualizar en cada caso. El paciente tiene derecho a saber la verdad, pero en ocasiones también a no saberla. En cualquier caso, la comunicación de la verdad debe darse de forma paulatina y continuada, respetando el ritmo individual. Hay que mantener siempre en el enfermo una esperanza realista, por ejemplo, esperanza de disminuir los dolores, de ser bien cuidado, etc.

La familia juega un papel fundamental y debe estar correctamente informada sobre la enfermedad y su evolución. Es muy común informar del diagnóstico y pronóstico de una enfermedad fatal antes a la familia que al propio paciente, incluso cuando éste da muestras de querer ser informado plenamente. Esto está en contraposición con lo que ocurre con otras enfermedades en las que se mantiene la confidencialidad y no se informa a otras personas a no ser que el paciente lo desee. La manera de informar a la familia será distinta de la del paciente, así como los contenidos; la información deberá ser reiterada varias veces. En ocasiones tratan de evitar a toda costa que el paciente sepa la evolución de su enfermedad, lo que impide compartir sentimientos, miedos y dudas y hace que éste se sienta cada vez más aislado. Se debe evitar que la familia y los profesionales demos mensajes discordantes; cuando insisten en que ocultemos la información al enfermo, debemos tratar de convencerles que es mucho mejor la sinceridad y trataremos de fomentar una comunicación veraz entre ambos.

VALORACIÓN DEL PACIENTE.

La fase de valoración es básica en la atención, nos va a permitir establecer un plan de cuidados adecuado. Debe realizarse de forma minuciosa e integral y comprenderá los aspectos físicos, psíquicos y socio-familiares.

- Valoración Física:

En las personas en final de vida van a aparecer numerosos problemas que hacen

preciso una minuciosa valoración. Se puede utilizar una guía de valoración por aparatos que permitirá identificar antes los problemas mayores: Estado respiratorio: vías aéreas, ruidos respiratorios, frecuencia y profundidad de la respiración, tos, dolor,… Estado cardíaco: frecuencia, ritmo, ruidos, dolor… Estado circulatorio: ritmo y calidad de los distintos pulsos… Estado neurológico: orientación, reacción pupilar, marcha, coordinación, órganos de los sentidos,… Estado de la piel: color, temperatura, edemas, lesiones, prurito,… Estado musculo-esquelético: tono muscular, fuerza, amplitud de movimientos,… Estado gastrointestinal: boca, distensión abdominal, dolor, ruidos,… Estado genitourinario: color y cantidad de orina, distensión vesical, secreciones, dolor, incontinencia,… Además, se recogerán datos sobre estado nutricional: hábitos, preferencias, dificultades, ingesta de líquidos…y sobre descanso/sueño, actividad/ejercicio.

- Valoración Psicológica:

Se debe atender a los dos principales tipos de reacciones emocionales: depresivas y ansiosas. Dentro de las reacciones depresivas se puede hablar de tristeza, desesperanza, apatía, sentimientos de indefensión, de inutilidad, ideas de culpa, baja autoestima, que se pueden expresar con llanto, pasividad, evitación, aislamiento social, y dificultad para disfrutar de las actividades que antes eran placenteras. Las reacciones de ansiedad comprenden la angustia, miedo e irritabilidad que pueden manifestarse por aumento de la frecuencia cardíaca, tensión muscular, sensación de ahogo, focalización de síntomas…

- Valoración Socio-Familiar:

Se debe valorar: Composición de la familia y los roles que ocupan cada miembro dentro de ella, calidad de las relaciones familiares y el impacto que estas pueden generar en el paciente, reacciones de la familia ante pérdidas anteriores, valorar problemas concretos como disputas familiares, herencias, etc., recursos económicos y sus posibles variaciones durante la enfermedad y tras la muerte, costes que genera la enfermedad: medicación, material, el que algún miembro de la familia tenga que dejar de trabajar… habitabilidad y confort de la vivienda: higiene, agua caliente, calefacción… capacitación cultural de la familia para comprender las indicaciones sobre cuidados y tratamiento que deberán ejecutar.

ATENCIÓN A LOS PROBLEMAS MÁS FRECUENTES.

Los pacientes con enfermedad terminal presentan multitud de problemas. El grupo de síntomas más frecuente lo constituye el llamado síndrome general: astenia, anorexia y pérdida de peso que está presente en el 90% de los pacientes. El siguiente es el dolor que afecta al 80% de los enfermos. Debemos plantearnos objetivos realistas y a corto plazo e ir modificándolos paulatinamente según se modifiquen las necesidades de los pacientes. Algunos síntomas van a ser muy

difíciles de controlar (debilidad, anorexia…) y de lo que se tratará es de conseguir que el enfermo se adapta a ellos lo mejor posible.

TRATAMIENTO DEL DOLOR.

La OMS señala algunos de los problemas que dificultan el tratamiento actual al paciente terminal con dolor, entre ellos: el desconocimiento de los pacientes y de los propios profesionales de la salud acerca de que el dolor puede ser aliviado, y la falta de entrenamiento adecuado de los equipos que se dedican al alivio del dolor. Algunos de los problemas para su utilización por parte de los profesionales son formación inadecuada, motivación, etc. y por parte del paciente y familia miedo a la adicción. El dolor según la IASP (Asociación Internacional para el estudio del dolor) es "una experiencia desagradable sensorial y emocional que se asocia a una lesión actual o potencial de los tejidos o que se describe en función de dicha lesión. El dolor es siempre subjetivo".

El tratamiento del dolor siempre debe ser una prioridad para el médico, tanto cuando es posible y predecible su desaparición por la resolución del proceso causal, como cuando la resolución del proceso etiológico no es posible, o cuando a pesar de la desaparición de la causa desencadenante el síndrome doloroso persiste. El objetivo del tratamiento farmacológico debe perseguir el control del síntoma o su alivio, entendiendo por control su desaparición, y por alivio la mejoría en la percepción del mismo. Existen unas recomendaciones generales a tener en cuenta en el tratamiento farmacológico: uso preferente por vía oral con formulaciones simples, pautados, evitando tomas a demanda, de forma escalonada, desde analgésicos débiles a más potentes. Se deben utilizar los fármacos según la severidad del dolor, nunca en función de la esperanza de vida del enfermo, no mezclar opioides débiles con opioides potentes, ni tampoco los débiles entre sí. No usar preparados de acción muy corta y no prescribir nunca un narcótico antagonista con un narcótico agonista, ya que puede precipitar un síndrome de abstinencia. El dolor se trata según la escala analgésica habitual. Se comienza con dosis bajas, sostenidas y mantenidas, evaluándose la respuesta, se administran fármacos de vida media corta en dosis más bajas pero eficaces.

Han de tenerse en cuenta también, medidas de confort general, como: buscar posiciones confortables ayudándose de almohadas o cojines blandos, evitar movimientos bruscos, distraer al paciente involucrándole en actividades agradables (hace que deje de pensar en el dolor), estas actividades se deberán planificar cuando el paciente se sienta mejor y esté más despierto. Son útiles también las técnicas de respiración que se basan en respiraciones profundas y el utilizar imágenes relajantes.

En algunos casos a pesar de todo lo comentado para el control del dolor hay que

recurrir a terapias antiálgicas más agresivas como bloqueos nerviosos, o procedimientos neuroquirúrgicos. El bloqueo neural consiste en inyectar un anestésico dentro de un nervio, o cerca de él, para bloquear las vías de conducción; puede llevarse a cabo con un anestésico local o con un agente neurolítico permanente. Los anestésicos locales producen alivio del dolor durante horas o días. Los procedimientos neuroquirúrgicos para el control del dolor consisten en interrumpir las vías que lo conducen mediante cirugía o sustancias químicas; es muy importante seleccionar con cuidado a los pacientes y que estos comprendan los riesgos y beneficios.

OTROS PROBLEMAS:
Se van a enunciar otros problemas que con frecuencia nos encontramos en la atención a estos pacientes:
- Deterioro de la movilidad física.
- Déficit de autocuidado para la alimentación, el baño/higiene, uso de aseo, vestido/acicalamiento.
- Trastorno de la imagen corporal.
- Negación ineficaz.
- Alteración de los procesos familiares.
- Ansiedad y depresión.
- Deterioro del patrón del sueño.
- Disnea.
- Deterioro de la mucosa oral.
- Obstrucción intestinal.
- Estreñimiento.
- Náuseas.

ATENCIÓN A LA FAMILIA.
No se puede dar una buena atención al paciente con enfermedad terminal si no se tiene en cuenta a la familia ya que ésta es un elemento clave para el cuidado de sus necesidades físicas y emocionales. Al comunicar a la familia el diagnóstico de la enfermedad y ésta intentar aceptar la pérdida inminente se empiezan a producir una serie de ajustes en las relaciones con el paciente. La adaptación de los sentimientos va a depender mucho de cómo se produjeron adaptaciones ante pérdidas y conflictos previos. La familia también pasa por distintas fases de adaptación a la enfermedad: Negación, sin aceptar la realidad, lo que llevará a visitas a otros equipos, buscar curanderos, etc.; enfado, reaccionando contra el enfermo o contra los profesionales; pacto; depresión ante la próxima muerte; aceptación.

Es importante tenerlo en cuenta para comprenderlos mejor y en ocasiones tener mayor paciencia ante algunas actitudes. A veces pueden surgir conflictos porque se encuentren en distinta fase que el enfermo. Otras veces los conflictos pueden ocurrir por los cambios que se producen en los roles familiares y las readaptaciones que suponen. El equipo sanitario debe establecer una buena relación para compartir ansiedades, temores y preocupaciones.

SEDACIÓN PALIATIVA DEL PACIENTE TERMINAL.

La sedación paliativa no es la eutanasia porque es una intervención proporcionada con la intención de promover el alivio de los síntomas y la muerte del paciente no es un criterio de éxito. La sedación paliativa puede ser clasificada de acuerdo con el grado en leve o consciente, cuando la consciencia se mantiene permitiendo la comunicación del paciente y profunda, cuando el paciente permanece semiconsciente o inconsciente. De acuerdo con la duración se clasifica en intermitente cuando el paciente tiene algunos períodos de alerta y como continua, cuando el paciente queda inconsciente hasta su deceso. Para ser indicada la sedación continua y profunda, la enfermedad debe ser irreversible y avanzada, con la muerte previsible ya en horas o días. La sedación paliativa no causa una reducción del tiempo de sobrevida.

Las principales indicaciones para la sedación son: dolor, delirio, agitación y disnea.

ÚLTIMOS MOMENTOS.

La agonía es el estado que precede a la muerte, es la fase más dura de todo el proceso de la enfermedad y cuando tanto el paciente como la familia requerirán mayor atención. Debemos tratar que suceda de la manera más tranquila posible y con el menor sufrimiento. Los objetivos en esta fase son: Respetar la voluntad del enfermo y sus intereses; mantener la calidad de vida, por medio del control de síntomas y del soporte afectivo; utilizar la medicación necesaria para aliviar los sufrimientos del moribundo, incluso con riesgo de abreviar sus días, sin pretender la muerte; asumir la muerte como una realidad inevitable; propiciar la despedida; implicar a la familia en el cuidado, compañía y expresión de sentimientos; ofrecer soporte y disponibilidad.

Se deben evitar los cambios posturales y procurar la mayor comodidad proporcionando los cuidados de confort precisos como higiene, posición de la cama y almohadas, refrescarle, humedecer la boca. Se suspenderán los fármacos no imprescindibles.

5 Discusión-Conclusión

Se definen cuidados paliativos como aquellos que intentan mejorar la calidad de vida de los pacientes afectados de una enfermedad en fase terminal. La OMS los define como" el cuidado activo y total de los enfermos que no tienen respuesta al tratamiento curativo, con el objetivo de conseguir la mejor calidad de vida posible controlando los síntomas físicos, psíquicos, las necesidades espirituales y sociales de los pacientes".

Los pacientes bajo cuidados paliativos precisan de un abordaje diferenciado del dolor y el uso de técnicas de tratamiento diferentes a las que se plantean en el dolor crónico. Es más importante cómo, que cuáles analgésicos se usan, y el tratamiento debe ser preventivo. Es necesario realizar una elección adecuada del analgésico dependiendo de la etiología, cuantificación e intensidad del dolor, y la edad del enfermo, consideradas estas de importancia capital a la hora de aplicar un tratamiento correcto.

A pesar de que en los últimos años la sedación paliativa sea considerada como una práctica médica normal, todavía existen varias lagunas en nuestra comprensión actual sobre el problema. No existe un consenso sobre cuáles son los fármacos estándares, el mantenimiento o no de la alimentación, la ingesta de líquidos y la hidratación. Además de eso, nos faltan clarificaciones éticas sobre posibles efectos en el acortamiento de la vida y el proceso de toma de decisión. Es importante definir los criterios explícitos y las condiciones para el uso de la sedación en el paciente terminal con el fin de contribuir a una buena práctica médica en esa área. Por ahora, lo que es esencial es generar constantes debates sobre el asunto y que los médicos y los demás profesionales de la sanidad sean conscientes de las normas y de los puntos de partida para, al llegar el momento final, poder ofrecerle al paciente las conductas adecuadas que puedan aliviar su dolor y su sufrimiento.

6 Bibliografía

1. DE LA FUENTE, C. Y COLS. "Síndrome terminal de enfermedad". Master Line, Madrid, 2000.

2. GOMEZ SANCHO, M.; OJEDA MARTÍN, M. "Cuidados paliativos: Control de síntomas". Asta Médica, 1999.

3. LAMELO ALFONSIN, F. "Control de síntomas en el paciente terminal". Nov 2002.

4. ARCE GARCIA, C.; CUESTA CASTRO, B.; FERNANDEZ RODRIGUEZ, I.; Y OTROS. "Control de síntomas" en Jornadas de Oncología y Atención Primaria.

Oviedo. 2002.
5. BENITEZ DEL ROSARIO, MA.; LLAMAZARES GONZALEZ, AI; GARCÍA GONZALEZ, G. "Cuidados Paliativos". Recomendaciones Semfyc. Edide. Barcelona,1998.
6. SAUNDERS, C. "Cuidados de la enfermedad maligna terminal". Salvat. Barcelona, 1998. National Cancer Institute.
7. BONDJALE, T.; ALBURQUERQUE, E., FERRER, M. "Medidas no farmacológicas del tratamiento del dolor" en Cuidados paliativos en Oncología. JIMS, Barcelona,1996.
8. GOMEZ SANCHO, M. "Cuidados paliativos e intervención psicosocial en enfermos terminales". ICEPPS, 1994.
9. ASTUDILLO, W.; MENDINUETA, C.; ASTUDILLO, E. "Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia" EUNSA, Navarra, 1997.
10. MERCADO ARANDA, MC; "Paciente en fase terminal, Intervención de enfermería". DESARROLLO CIENTÍFICO DE ENFERMERÍA. 2001.
11. ANES INIGUEZ, MJ.; DIAZ GONZALEZ, JJ. "Visión enfermera de la unidad de cuidados paliativos". ENFERMERÍA DOCENTE, 2001.
12. MARK L. KNAPP. "La comunicación no verbal, el cuerpo y el entorno". Ediciones Paidos.
13. MARCOS GOMEZ SANCHO. "Avances en Cuidados Paliativos". Tomo III.

Capítulo 831

LA CARGA DEL CUIDADOR NO PROFESIONAL DE PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE.

AMALIA MARTINEZ ESPINOSA

ANA ROSA BARAGAÑO GARRIDO

ROSALIA FERNANDEZ BOBELA

MARIA DEL MAR PULGAR ALVAREZ

MARÍA CONSUELO GARCÍA GONZÁLEZ

1 Introducción

El concepto de enfermedad mental y salud mental ha ido evolucionando, pasando de ser una disciplina casi exclusivamente contenedora y de custodia en régimen de internamiento, hasta ahora existente en manicomios y hospitales psiquiátricos, a ser una ciencia con un soporte multidisciplinar en lo biológico, lo psicológico y lo social, ofreciendo una atención mas humanizada, procurando que el paciente se mantenga en su entorno socio-familiar, facilitando tanto la prevención como su rehabilitación y reinserción y mejorando la calidad de los cuidados.

A lo largo de la historia ha habido diferentes denominaciones para el colectivo de personas con Trastorno Mental Grave (TMG): enfermo mental crónico, enfermedad mental grave y persistente, enfermo mental severo, personas con dis-

capacidades psiquiátricas de larga evolución, discapacidad psiquiátrica grave, paciente mental crónico, etc.
Una definición representativa y que ha alcanzado un consenso, es la que emitió el Instituto Nacional de Salud Mental de EEUU en 1987 (NIMH, 1987) y que incluye tres dimensiones :
-Diagnóstico: incluye a los trastornos psicóticos y algunos trastornos de personalidad.
-Duración de la enfermedad y del tratamiento: tiempo superior a dos años
-Presencia de discapacidad.

El proceso de desinstitucionalización que se inició en la década de los 80 con la Reforma Psiquiátrica, supuso un cambio en la asistencia, pasando de una atención basada en el internamiento, a una orientación comunitaria donde el paciente tiende a vivir en el núcleo familiar como alternativa al hospital psiquiátrico, y buscando la integración en el sistema sanitario general y la equiparación del enfermo mental a los demás usuarios que requieran de servicios sanitarios y sociales.

Entre los TMG se incluyen la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, los trastornos bipolares y los trastornos de la personalidad (sobretodo, el trastorno paranoide de la personalidad, el trastorno esquizoide de la personalidad y el trastorno límite de la personalidad). Estas enfermedades, concretamente, la esquizofrenia y el trastorno bipolar, forman parte de los trastornos mentales que generan una mayor carga por enfermedad (medida en años perdidos debido a la discapacidad) en países con ingresos bajos y medios como España (World Health Organization, 2008).
El trastorno mental grave conlleva un alto grado de discapacidad física, psíquica y social como consecuencia de la enfermedad, reduciendo la calidad de vida de la persona afectada y la de su familia.

El TMG no sólo afecta al paciente que lo padece sino también a las personas con las que convive, quienes no sólo sufren las consecuencias de la enfermedad sino que acaban adoptando la función de cuidadores.
El cuidador principal se define, (según Pollack y Perlick 1991), como el familiar, amigo u otro que cumpla el mayor número (o al menos tres) de los siguientes cinco criterios:
1) Es su cónyuge, su padre o su pareja,
2) Es el que tiene un mayor contacto con el paciente,

3) Se encarga de la situación económica del paciente,
4) Es el responsable de darle la medicación
5) Es la persona que contacta con los servicios sanitarios de emergencia

Se define la "carga del cuidador" como las consecuencias psicológicas (principalmente emocionales y de estrés), físicas, sociales y económicas que se generan en un familiar o amigo que se dedica a la atención y el cuidado de un paciente con una enfermedad mental (Platt, 1985). La presencia del TMG en un miembro de la familia agota física y emocionalmente, mermando además el tiempo y los recursos económicos tanto del enfermo como de otros miembros de la familia.

2 Objetivos

- Rehabilitar y prevenir las recaidas del paciente con TMG
- Identificar el nivel de sobrecarga de los cuidadores y analizar los factores asociados con el cuidado familiar en salud mental.
- Promover acciones terapéuticas en el Centro de Salud Mental.
- Implementar programas dirigidos a prevenir la sobrecarga y el malestar del cuidador.
- Dar orientación y soporte a la familia .
- Atender a la familia en su propio beneficio y en el del paciente y resaltar la importancia de promover y generalizar los grupos psicoeducativos enfocados a familias para tratar de disminuir el sentimiento de sobrecarga.
- Crear espacios asociativos de interacción comunitaria y apoyo mutuo y de talleres psicoeducativos para comprender los procesos de la enfermedad, asi como desarrollar estrategias de afrontamiento del estrés.
- Dar prestaciones sociales.

3 Metodología

La busqueda se ha realizado mediante la revisión en las bases de datos Oceano Medicina y Salud, SCOPUS, Medlina (PubMed), Cuiden ,Scielo, Semantic Scholar y Google Academico.
Las palabras claves empleadas para la búsqueda han sido: enfermedad mental,cuidador, entorno familiar, sobregarga,discapacidad,calidad de vida, repercusiones, psicoeducación familiar,apoyo social….

4 Resultados

Los TMG constituyen un problema por el impacto y la desestructuración que sufren el propio enfermo y su entorno; como consecuencia de los síntomas básicos de la enfermedad, las personas enfermas afrontan dificultades en su funcionamiento normal, en varias áreas: autocuidados, autonomía personal, control de la conducta y capacidad de tener iniciativas y motivación.

Con el cierre de los manicomios y el desarrollo de una red compleja de servicios alternativos, es frecuente que los pacientes diagnosticados con un TMG vivan en sus domicilios y convivan con los familiares. Esto implica, en general, una sobrecarga para la familia, que se ha de responsabilizar del cuidado y ayuda del enfermo. Estos cuidados suelen recaer en alguno de los miembros, particularmente en las mujeres (debido a los roles de género), ya sea la madre, la pareja, una hermana o una hija (Crespo y López, 2007; Wancata et al., 2008). Cuidar es una labor gratificante o satisfactoria para algunas personas (p. ej., Greenberg, Greenley y Benedict, 1994;Greenberg, Seltzer y Judge, 2000; Marsh et al., 1996).

Sin embargo, es también, una labor muy exigente y con costes, a veces muy altos, para el cuidador. A nivel psicológico, los familiares que conviven con el paciente presentan altos niveles de "malestar psicológico", es decir, que experimentan una amplia variedad de sentimientos y emociones abrumadores (p.ej., apatía, dolor, ira, angustia, pena, desesperanza, culpa) (Madianos et al., 2004; Magaña et al., 2007), así como trastornos del estado de ánimo (mayoritariamente depresivos) y de ansiedad (Goldstein, Miklowitz y Richards J.A.,2002)

La sobrecarga es el resultado de la combinación de estrés psicológico, tensión física y la presión emocional en relación con la carga objetiva de la asistencia. La sobrecarga que supone cuidar a un paciente con TMG puede provocar en el cuidador estados de ansiedad, estrés y depresión, además la existencia de un aumento en los gastos derivados de la enfermedad es un factor que se asocia a la sobrecarga personal y que influye en el papel del cuidador dificultando su actividad.

Las principales causas de la sobrecarga del cuidador son el impacto del cuidado del enfermo al cuidador, es decir, la falta de tiempo libre del cuidador, falta de intimidad, deterioro de la vida social, sensación de pérdida de control sobre la

vida, deterioro de la salud, en definitiva una disminución de la calidad de vida La relación paciente-cuidador comporta situaciones de estrés, de presión y de dependencia del enfermo hacia el cuidador.La función principal del cuidador no profesional, es ayudar a satisfacer las necesidades básicas e instrumentales de la vida diaria de la persona en situación de dependencia.

El cuidador principal se expone, cada dia a una gran variedad de retos y factores de estrés, sufriendo una pérdida de control personal que da lugar a alteraciones físicas y emocionales que pueden desembocar en el llamado "Síndrome del cuidador". Algunos autores hablan del "síndrome del cuidador" , como de una sobrecarga física y emocional que conlleva el riesgo de que el cuidador se convierta en un paciente y se produzca la claudicación familiar. Es importante diagnosticar esta situación en la familia, ya que es necesario actuar dada la repercusión que tiene: a) sobre la salud del cuidador principal y especialmente sobre su estado emocional; b) sobre la dinámica familiar; c) sobre la calidad de los cuidados otorgados a la persona discapacitada, y es posible que los cuidados requeridos por la persona no se cubran adecuadamente . Además, la percepción de carga por el cuidador puede ser uno de los mejores predictores de institucionalización del paciente.

La pérdida del trabajo y de oportunidades laborales pueden ser otros de los factores que influyen en la percepción de carga que puede sufrir una persona que dedica la mayor parte de su tiempo al cuidado de un familiar, lo que comporta un empeoramiento de la situación económica debido a los costes directos y al descenso de la productividad familiar; una gran inversión del tiempo de la persona cuidadora, que tiene como consecuencia la reducción del ocio y las relaciones sociales, y proyecta a su alrededor altas fragilidades y la sitúa vulnerable a situaciones de aislamiento y exclusión social. Las situaciones que más sobrecargan suelen ser el elevado número de horas de cuidado directo, y la necesidad de prestar atenciones durante la noche.
Los problemas, dificultades y acontecimientos adversos que sufre una familia como consecuencia de la enfermedad de uno de sus miembros repercute en distintas áreas de la vida del cuidador: las tareas de la casa, las relaciones de pareja, familiares y sociales, el desarrollo personal del tiempo libre, la economía familiar, la salud mental y el malestar subjetivo del cuidador relacionado con la enfermedad. Estas áreas se agrupan en dos grandes dimensiones: la carga objetiva y la carga subjetiva.
La carga objetiva se define como cualquier alteración potencialmente verificable

y observable de la vida del cuidador causada por la enfermedad del paciente y se origina en las labores de supervisión y estimulación del paciente. Está constituida principalmente por sus propios problemas emocionales o somáticos, los problemas económicos, el clima de convivencia en casa,etc.

La carga subjetiva hace referencia a la sensación de soportar una obligación pesada y opresiva originada en las tareas propias del cuidador y en el hecho mismo de que un familiar sufra una enfermedad de estas características. La mayor carga subjetiva familiar está constituida por las conductas del paciente, especialmente por la sintomatología negativa (apatía, anhedonia, abulia…) y también se relaciona con las preocupaciones generales por la salud, seguridad,tratamiento y futuro del paciente .

Otro factor importante a tener en cuenta es que la enfermedad mental esta muy estigmatizada y provoca una complejidad añadida en los cuidados de estos pacientes ya que las actitudes sociales afectan a las personas con enfermedades mentales graves.

Las variables más destacadas son la edad, el sexo, la ocupación y el nivel de estudios de la persona cuidadora, así como el parentesco, la edad, los años de evolución de la enfermedad y la severidad de los síntomas de la persona cuidada.

Es importante el apoyo social como variable que modera el impacto negativo del desempeño del rol del cuidador, como un amortiguador del estrés.

Este apoyo social tiene un efecto protector sobre el cuidador. La calidad del apoyo social ha demostrado ser un buen predictor de salud y bienestar en los cuidadores (Surtees, 1980; Blazer, 1982) y se ha asociado con una mejor calidad de vida (Gutiérrez-Rojas et al., 2008) y menor discapacidad social (Gutiérrez-Rojas, Jurado y Gurpegui, 2011) .

A veces incluso, la falta de apoyo social puede constituir uno de los elementos que más intervienen en el estrés que padece el cuidador. Tener a quien contarle el problema, constituye una de las dificultades principales que encuentra el cuidador, por encima incluso de los aspectos relacionados específicamente con la enfermedad.

Se ha demostrado, tanto en la población adulta (Sher-bourne y Steward, 1991) como en ancianos institucionalizados (Oxman, Berkman, Kasl, Freemam y Barrett, 1992) que el nivel de apoyo social guarda una relación directa con el grado de salud mental. Dichos trabajos han demostrado que no es tan importante la frecuencia de las relaciones sociales como la percepción de interés y de calor humano.

Los cuidadores con mayor grado de sobrecarga han percibido tener menos apoyo social que aquellos que están menos sobrecargados (Perlick et al., 2007; Gonzalez

et al., 2007) de tal modo que, muchas veces, los cuidadores tienen la sensación de vivir solos.

La enfermedad del paciente y el funcionamiento familiar se influyen mutuamente. La importancia del estrés ambiental en la evolución de los TMG, la carga experimentada por los familiares que conviven con el paciente y la demanda de las familias de recibir más información para saber elaborar adecuadas estrategias de afrontamiento, son algunas de las razones que fundamentan la introducción de intervenciones psicoeducativas centradas en el entorno del cuidador principal del paciente con TMG.

Por otro lado la falta de conocimiento sobre la enfermedad genera a menudo desesperación, que puede llevar al desarrollo de concepciones erróneas, que si modificamos positivamente dichas creencias, el nivel de carga mejorará.

Las metas comunes de las intervenciones psicoeducativas incluyen: proporcionar información de la enfermedad y apoyo emocional a los pacientes y sus familias, aumentar el cumplimiento del tratamiento, la profilaxis de recurrencias, evitar el uso de drogas y alcohol, el tratamiento de la ansiedad y del insomnio, administrarle estrategias efectivas de afrontamiento, mejorar el funcionamiento social y ocupacional, así como la calidad de vida.

Diversos estudios sugieren que la intervención familiar junto con el tratamiento farmacológico constituye un recurso eficaz para mejorar la evolución de los pacientes con TMG. La intervención familiar de tipo psicoeducativo pretende dotar a las familias de una serie de conocimientos que les permitan mejorar su comprensión, así como facilitar ciertos cambios en sus actitudes y conductas y optimizar las estrategias de afrontamiento ante la enfermedad; dicha intervención es más eficaz en estadios iniciales de la enfermedad por lo que dicho abordaje debe instaurarse cuanto antes.

En algunos casos la intervención psicosocial se ha centrado en aquellos periodos en los cuales el paciente tiene más probabilidades de recaer, especialmente los primeros días tras ser dado de alta del hospital.

Algunos de los efectos beneficiosos de la intervención familiar son: reducción del nivel subjetivo de sobrecarga, disminución de la sintomatología depresiva de los cuidadores; mejora del conocimiento acerca de la enfermedad; cambio de las creencias sobre el impacto en sus vidas y la enfermedad , reducción del número de recaídas y de ingresos hospitalarios; además aumenta el tiempo hasta la recurrencia y mejora el cumplimiento terapéutico.

También debemos tener en cuenta que estas medidas supondrían un ahorro económico, ya que el incremento del uso de los servicios ambulatorios en un programa diseñado para conocer las necesidades de los pacientes con TMG suele

conllevar una disminución en el uso de los servicios de urgencia, reduciendo los costes de atención a estos pacientes.

5 Discusión-Conclusión

La atención de una persona diagnosticada de algún TMG supone un desgaste económico, psíquico y personal importante para el cuidador. El cuidador principal de un paciente con TMG sufre un gran nivel de sobrecarga que impacta de forma negativa sobre su salud, su familia, su trabajo y su economía.

En la actualidad la familia es la principal fuente de cuidados. Cuidar a un enfermo con TMG implica adquirir un nuevo rol y adaptarse a este. El cuidador se ve afectado por una reducción de su autonomía y pérdida de la intimidad ya que por parte del paciente hay un aumento de la dependencia, esto conlleva una disminución del tiempo libre del cuidador e incluso del tiempo laboral lo que conlleva a una disminución del contacto con la sociedad podiendo aparecer problemas de salud y sociales sobre todo si no hay una red de apoyo adecuada.

La sobrecarga del cuidador se produce debido al exceso de las numerosas funciones que debe realizar para el enfermo, esto produce unos riesgos para el enfermo, además de las repercusiones del cuidador, como el maltrato psicológico y físico o el riesgo de institucionalización, todo esto se puede evitar con una intervención sobre el riesgo de sobrecarga del cuidador.

Los TMG son un problema de salud pública, que repercuten sobretodo en la calidad de vida de las personas que lo sufren y sus familias. Las personas con trastorno mental grave requieren, de apoyo y soporte para la realización de las tareas cotidianas, y la persona que asume el rol del cuidador cuenta con una serie de factores de riesgo asociados a la carga. Los cuidadores no profesionales son un colectivo en riesgo, al encontrarse en situaciones de vulnerabilidad, aislamiento y en ciertos casos, en exclusión.

Diferentes estrategias centradas en la psicoeducación de los cuidadores, en el apoyo social, en el aprendizaje de destrezas para la solución de problemas y en el entrenamiento en habilidades de comunicación (asertividad) , pueden reducir este nivel de sobrecarga mejorando el curso y el pronóstico de esta enfermedad.

La labor de cuidado, apoyo y ayuda a un familiar con TMG suele ser una tarea exigente y el familiar cuidador, en muchas ocasiones, ve afectada su forma y calidad de vida. Hoy en día, a pesar del amplio apoyo empírico de la carga producida por el TMG, en el sistema de salud se sigue teniendo como principal (y a veces único) objetivo al paciente con este trastorno y su recuperación, dejando en un segundo plano al cuidador.

Las intervenciones que favorecen la rehabilitación y la prevención de las recaídas de los pacientes con TMG son tan importantes como las intervenciones con sus cuidadores, pues ellos también están sufriendo. Esta situación está suponiendo altos costes emocionales, físicos, sociales y económicos que requieren especial atención.

6 Bibliografía

- Barrowclough, C. y Parle, M. (1997). Appraisal, psychological adjustment and expressed emotion in relatives of patients suffering from schizophrenia. British Journal of Psychiatry, 171, 26-30.
- Blazer, DG. (1982). Social support and mortality in an elderly community population. American Journal of Epidemiology, 115, 684-694.
- Budd, R. J., Oles, G. y Hughes, I. C. T. (1998). The relationship between coping style and burden in the carers of relatives with schizophrenia. Acta Psychiatrica Scandinavica, 98, 304-309.
- Butzlaff, R. L. y Hooley, J. M. (1998). Expressed emotion and psychiatric relapse a meta-analysis. Archives of General Psychiatry, 55, 547-552.
- Calabrese, J. R., Hirschfeld, R. M., Reed, M., Davies, M. A., Frye, M. A., Keck, P.E., Lewis, L., McElroy, S. L., McNulty, J. P. y Wagner, K D. (2003). Impact of bipolar disorder on a US community sample. Journal of Clinical Psychiatry, 64, 425-432.
- Carlson, G. A., Kotin, J., Davenport, Y. B. y Adland, M. (1974). Follow-up of 53 manic-depressive patients. British Journal of Psychiatry, 124, 134-139.
- Chakrabarti, S., Kulhara, P. y Verm, S.K. (1992). Extent and determinants of burden among families of patints with affective disorders. Acta Psychiatrica Scandinavica, 86, 247-252.
- Crespo, M. y López, J. (2007). El estrés en cuidadores de mayores dependientes. Cuidarse para cuidar. Madrid: Pirámide.
- Goldstein, T. R., Miklowitz, D. J. y Richards, J. A. (2002). Expressed emotion attitudes and individual psychopathology among the relatives of bipolar patients. Family Process, 41, 645-657.

- Greenberg, J. S., Greenley, J. R. y Benedict, P. (1994). Contributions of persons with serious mental illness to their families. Hospital and Community Psychiatry, 45, 475-48.
- Greenberg, J. S., Seltzer, M. M. y Judge, K. (2000). Another side of the family´s experience: learning and growing through the process of coping with mental illness. The Journal of the California Alliance for the Mentally Ill, 11, 8-10.
- Gonzalez, J. M., Perlick, D.A., Miklowitz, D. J., Kaczynski, R., Hernandez, M., Rosenheck, R. A., Culver, J. L., Ostacher, M. J., Bowden, C.L., the STEP-BD Family Experience Collaborative Stuy Group (2007). Factors associated with stigma among caregivers of patients with bipolar disorder in the STEP-BD study. Psychiatric Services, 58, 47-48.
- Johnson, J. H. y Saranson, I. G. (1979). Recent developments in research on life stress. In V. Hamilton y D. M. Warburton (Eds.), Human stress and cognition: An information processing approach. Chichester, England: Wiley.
Madianos, M., Economou, M., Dafni, O., Koukia, E., Palli, A. y Rogakou, E. (2004). Family disruption, economic hardship and psychological distress in schizophrenia: can they be measured? European Psychiatry, 19, 408-414.
- Magaña, S. M., Ramírez, J. I., Hernández, M. G. y Cortez, R. (2007). Psychological distress among Latino family caregivers of adults with schizophrenia: the roles of burden and stigma. Psychiatric Services, 58, 378-384.
- Marsh, D. T., Lefley, H. P., Evans-Rhodes, D., Ansell. Oxman, T. E., Berkman, L. F., Kasl, S., Freemam, D. H. y Barrett, J. (1992). Social support and depressive symptoms in the elderly. American Journal of Epidemiology, 135, 356-368.
- Perlick, D. A., Rosenheck, R. A., Miklowitz, D. J., Chessick, C., Wolff, N., Kaczynski, R., Ostacher, M., Patel, J. y Desai, R. (2007). Prevalence and correlates of burden among caregivers of patients with bipolar disorder enrolled in the systematic treatment enhancement program for bipolar disorder. Bipolar Disorders, 9, 262-273.
- Reinares, M., Vieta, E., Colom, F., Torrent, C., Comes, M., Benabarre, A., et al. (2002b). Intervención familiar de tipo psicoeducativo en el trastorno bipolar. Revista de Psiquiatría Facultad Medicina Barcelona, 29, 97-105.
- Reinares, M., Vieta, E., Colom, F., Martínez-Arán, A., Torrent, C. y Comes, M. (2004). Impact of psychoeducational family intervention on caregivers of stabilized bipolar patients. Psychotherapy and Psychosomatics, 73, 312-319.
- Roldán, G., Salazar, I. C. y Garrido, L. (2014). Aspectos emocionales y estado de salud percibido por los familiares cuidadores de pacientes con trastorno mental grave.
- Robles-García, R., Flores, E., Jurado, S. y Páez, F. (2002). Estudio de efectivi-

dad del entrenamiento asertivo para reducir sintomatología depresiva y ansiosa. Psiquiatría, 18, 176-179.
- Sherbourne, C. D. y Steward, A. L. (1991). The MOS social support survey. Social Science & Medicine, 32, 705-714.
- Steele, A., Maruyama, N. y Galynker, I. (2010). Psychiatric symptoms in caregivers of patients with bipolar disorder: A review. Journal of Affective Disorders, 121, 10-21.
- Trower, P., Bryant, B. y Argyle, M. (1978). Social skills & mental health. Londres: Spottiswoode Ballantyne.
- Vallina F. O. y Lemos G. S. (2000). Dos décadas de intervenciones familiares en esquizofrenia. Psicothema, 12, 671-681.
- Vaughn, C. y Leff, J. P. (1976). The measurement of expressed emotion of families of psychiatric patients. British Journal of Social and Clinical Psychology, 15, 157-165.
- Vaughn, C.E. y Leff, J. P. (1981). Patterns of emotional response in relations of schizophrenia patients. Schizophrenia Bulletin, 7,43-44.
- Wancata, J., Freidl, M., Krautgartner, M. Friedrich, F., Matschnig, T. Unger, A., Gössler, R. y Frühwald, S. (2008). Gender aspects of parents' needs of schizophrenia patients.
- Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 43, 968-974.
- Wells, K. C., Hersen, M., Bellack, A. S. y Himmelhoch, J. (1979). Social skills training in unipolar nonpsychotic depression. The American Journal of Psychiatry, 136, 1331- 1332.
- Wierzbicki, M. (1984). Social skills deficits and subsequent depressed mood in students. Personality and Social Psychology Bulletin, 10, 605-610.
- Williams, J. M. y Stout, J. K. (1985). The effect of high and low assertiveness on locus of control and health problems. The Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied, 119, 169-173.
- Wolff, N., Perlick, D. A., Kaczynski, R., Calabrese, J., Nierenberg, A. y Miklowitz, D. J. (2006). Modeling costs and burden of informal caregiving for persons with bipolar disorder. The Journal of Mental Health Policy and Economics, 9, 99-110.
- Wyatt, R .J. y Henter, I. (1995). An economic evaluation of manic-depressive illness – 1991. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 30, 213–219.
- Zarit, W. R. y Zarit, J. M. (1987). The memory and behavior problems checklist and the burden interview. Pennsylvania State University.

Capítulo 832

ANOREXIA NERVIOSA EN LA UNIDAD DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

MÓNICA BUSTELO FERNÁNDEZ

MARIA ELENA ÁLVAREZ BLANCO

1 Introducción

La anorexia nerviosa (AN) es una enfermedad psiquiátrica que pertenece al grupa de Trastornos de la Conducta Alimentaria. Existen varias teorías que especulan sobre el origen de esta enfermedad no llegando a ser válida ninguna de ellas en su totalidad y concluyendo en que esta enfermedad es de origen multifactorial y todas las teorías sobre ella tienen relación.

2 Objetivos

- Definir el concepto de anorexia nerviosa, los criterios diagnósticos, la terapia, comorbilidades y epidemiologia de dicha patología.
- Determinar los métodos preventivos de la anorexia nerviosa y definir un tratamiento actual para esta y las características de la AN.

3 Metodología

El presente estudio es una revisión bibliográfica sobre la anorexia nerviosa y para su realización se han consultado bases de datos en ingles y español actual-

izadas entre los años 2005 y 2019 como son, Pubmed Medline, estudios clínicos para la atención de los trastornos mentales, ACAB Asociación contra la Anorexia Nerviosa y la Bulimia y la información publicada en revistas medicas y por la OMS. Utilizando palabras clave como trastorno de la conducta alimentaria, anorexia nerviosa, adolescencia, familia, terapia familiar, terapia de emociones.

4 Resultados

Los trastornos de la conducta alimentaria no especificados engloban todos aquellos trastornos que no cumplen ningún criterio del "Diagnostic and Statiscal Manual of Mental Disordes" correspondiente a la anorexia nerviosa y también se conocen como trastornos alimentarios sub-clínicos. (1,2,3)

La anorexia nerviosa (AN) es el más común de los trastornos de la conducta alimentaria datado por primera vez en el siglo XVII "por Murtón , este observo que se trataba más de un estado de malnutrición , documentándolo como una "perturbación del sistema nervioso acompañada de tristeza y preocupaciones". (1)

En la actualidad la AN es definida como un trastorno alimenticio en el que el paciente presenta una incapacidad para mantener un estado saludable del cuerpo a nivel físico en relación del peso que pasa a ser una obsesión al no encontrar satisfacción con el valor numérico aunque este se encuentre por debajo del índice de masa corporal (IMC) indicado para el individuo. Por ello el paciente iniciara una serie de actividades que favorecerán el bajo peso corporal e incluso la disminución de este, como pueden ser, dietas restrictivas, ayunas, ejercicio físico en exceso, etc . (1,2,5)

Al igual que el resto de trastornos de la conducta alimentaria la AN se suele iniciar en la adolescencia afectando mayormente al sexo femenino y la ts de recuperación de la enfermedad se encuentra sobre el 70% tratándose de una patología grave que puede llevar al paciente a la muerte. Suele ser normal que los pacientes que desarrollan AN hayan padecido trastornos de ansiedad e incluso puede persistir un trastorno depresivo después de la recuperación de esta. La anorexia nerviosa produce efectos devastadores sobre todos los sistemas corporales del individuo y sobre su entorno. (1,3,8). Dentro de la AN se encuentran dos subgrupos:

- Anorexia nerviosa restrictiva: el paciente no recurre a atracones o purgas.
- Anorexia tipo compulsivo: el paciente practica de forma regular atracones y

purgas. (2.3.4)

CRITERIAS DIAGNOSTICOS DE LA ANOREXIA NERVIOSA Y OTRAS MANIFESTACIONES DE LA ENFERMEDAD

Las características principales para formalizar el diagnostico de AN se encuentran recogidas dentro de la calificación de la DMS-IV:

- No mantener el peso corporal igual o superior al mínimo considerado normal según la talla y peso del paciente.
- Pavor por ganar peso y convertirse en obeso, aun teniendo un peso , muy por debajo del mínimo establecido.
- Distorsión de la imagen corporal, evaluaciones continuas del peso y negación de la gravedad que conlleva un peso corporal tan bajo.
- Amenorrea o ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (1,2,3,4,5)
- Los criterios diagnósticos en la anorexia nerviosa
- Rechazo a mantener un peso corporal igual o mayor al mínimo según la talla y la edad (peso < al 85% de lo esperado).
- Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso incluso estando por debajo del peso normal.
- Distorsión de la percepción del peso y la imagen corporal, exageración de la importancia de la autoevaluación o negación del peligro de un peso corporal bajo.
- Amenorrea definida por la ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos.

ETIOLOGIA DE LA ANOREXIA NERVIOSA:

La AN es una enfermedad de origen multifactorial cuyas bases predisponentes no se encuentran claramente definidas. (2,5,11)

Alguna de las causas por las que se desarrolla la enfermedad son:

- Bases moleculares: Donde se ha estudiado la gran importancia del hipotálamo, los sistemas dopaminérgicos y opioides son fundamentales para sobrevivir debido a que regulan impulsos amorosos, reproductivos o de la ingesta de alimentos, del mismo modo esta acción dopaminergica regula mecanismos “no naturales” dentro de los que se encuentran las alteraciones alimentarias. En pacientes con AN se ha observado una reducción de los metanolitos de la dopamina en el liquido cefalorraquídeo y que la actividad del sistema dopaminérgico esta aumentada.
- Bases biológicas : defienden una mayor tendencia de padecer TCA en aquellas familias donde algún familiar padece algún trastorno de este tipo. (1,2)

- Bases psicológicas : sugieren que los cambios en la persona enferma influyen directamente sobre la salud del resto de grupo familiar. La relación entre padres e hijos son determinantes en el desarrollo psicosocial así como en el desarrollo de psicopatologías como Trastornos de la Conducta Alimentaria, esta misma relación y estructura familiar influyen tanto en el desarrollo de la enfermedad como en su mantenimiento. Las características de estas familias son: Elevada implicación interpersonal, sobreprotección, rigidez, alta conflictividad y evitación a la hora de resolver conflictos.

Son trastornos habituales en familias desestructuradas con sintomatología obsesivo-compulsiva, hábitos alimenticios irregulares durante la infancia y la niñez.
Se ha definido como factor importante en esta enfermedad la influencia de la sociedad con el culto al cuerpo.
No obstante las pacientes con AN tienen menor autoestima y la influencia de la industria de la moda con modelos extremadamente delgadas es mayor, además de que estas figuras se venden como ejemplo de salud y belleza . Por ello pueden desarrollar pensamientos obsesivos que son continuamente alimentados y no favorecen el estado psicológico de la paciente.

Se han relacionado con los TCA otros factores psicológicos como trastornos afectivos, de personalidad, baja autoestima, retraimiento social y perfeccionismo entre otras alteraciones.

- Acontecimientos vitales estresantes: como crisis vitales, abusos sexuales o criticas sobre el aspecto físico en la infancia. (1,2,8,12)

COMORBILIDAD DE LA ANOREXIA NERVIOSA

La anorexia nerviosa tiene consecuencias devastadoras para las pacientes que la padecen, pueden dividirse en dos grupos :
- A nivel físico: como consecuencia de la inanición, la excesiva restricción de alimentos, el mantenimiento de bajo peso corporal y abuso de mecanismos para lograr bajo peso e incluso disminuirlo.
- Complicaciones ginecológicas : Amenorrea y cambios en el ciclo menstrual. (1,2,5,12)
- Complicaciones cardiovasculares: Se producen bradicardia e hipotensión. Debido a la inducción del vomito, uso de diuréticos, y laxantes se establece un déficit de calcio, potasio y otros digo elementos se generan alteraciones hidroeléctricas

y arritmias pudiendo producirse muerte súbita .
- Complicaciones gastrointestinales: Cuadros de estreñimiento, sensación de hinchazón tras las comidas debido a una baja motilidad gastrointestinales. También es frecuente el dolor abdominal y la diarrea por el uso de laxantes.
- Complicaciones dermatológicas : mayor crecimiento del vello en brazos, piernas, hombros, espalda y cara. Piel seca con arrugas prematuras, pérdida de fuerza y brillo en el cabello que se cae en abundancia y uñas quebradizas .
- Cambios esqueléticos : pueden presentarse osteoporosis e incluso detención del crecimiento.
- Complicaciones renales: incremento de la concentración de urea y descompensación electrolítica. (2,3,5)

Estas complicaciones suelen remitir a medida que el estado nutricional del paciente mejora.

A nivel psicológico y conductual:
- Cambios en la percepción del propio cuerpo: son los principales síntomas de la enfermedad generan pensamientos que producen gran preocupación por los alimentos a ingerir, el peso y la figura, una distorsión de la imagen corporal por la baja autoestima que presentan las personas que padecen esta enfermedad.
- Distorsión de los pensamientos: A medida que el estado del paciente es más grave, la presencia de pensamientos negativos sobre la imagen y el peso aumenta al igual que entorno a la comida y la consecuencia negativa de esta sobre el peso , llegando a ocupar totalmente el pensamiento de la paciente.
- Cambios emocionales y afectivos : Con el avance de la enfermedad las pacientes se sienten más susceptibles ,irritables y ansiosas con cambios bruscos en el estado del ánimo e intensifican pensamientos obsesivos entorno a la comida y el cuerpo .
- Hiperactividad ; La actividad física aumenta en intensidad y frecuencia .
- Maniobras con la comida: Se realizan una serie de rituales o compulsiones en torno a la comida como son la reducción de alimentas a ingerir llegando a disminuir la ingesta de líquidos, estas pacientes también comen mas lento e incluso prefieren comer solos.
- Cambios de conducta hacia el cuerpo : Se pesan frecuentemente y se palpan para determinar la dimensión de su cuerpo, comienzan a producirse conductas purgativas sin la menor reparación sobre las consecuencias que esto pudiera acarrear a nivel físico,. (2,5,12)

EPIDEMIOLOGÍA:

Las cifras de pacientes que padecen anorexia nerviosa son relativamente altas existen grupos de edad donde la cifra se dispara y no debemos olvidar las graves consecuencias de esta enfermedad sobre la salud. (1)

En España las cifras de pacientes que padecen anorexia nerviosa se igualan a las de otros países europeos siendo la tercera enfermedad mas frecuente en adolescentes, entre el 1% y el 2% de estos la padecen. (1,2) Esta enfermedad es uno de los problemas psiquiátricos de mayor frecuencia suponiendo un gran impacto para la salud pública tanto en aspecto medico y psicológico como en el elevado costo para el manejo de la misma.

En el mundo occidental la anorexia nerviosa tiene una prevalencia del 0,3% y a nivel mundial es padecida por 8 de cada 1000000 de habitantes de la población general. (2,4) Las cifras de mortalidad se encuentran entre el 5,9% y el 18%en la población general incrementándose en adolescentes entre 4 y 10 veces mas. (4,10,11)

PREVENCION DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Las estrategias de prevención se encuentran divididas en tres grupos:

- Prevención primaria su objetivo principal es reducir la incidencia de la enfermedad, previniendo la aparición de nuevos casos , actuando sobre la vulnerabilidad de las personas a padecer trastornos de la conducta alimentaria y sobre los factores de riesgo que la desencadenan . Dentro de este grupo se encuentra : La información sobre la enfermedad, la modificación de conductas precursoras de la enfermedad mediante el programa de corrección, identificación de lis grupos de riesgo y actuar sobre los estereotipos culturales . Todas estas medidas deben desarrollarse en distintos niveles de la sociedad, el primero la familia, el segundo el sistema educativo ,el tercer nivel los medios de comunicación el cuarto nivel esta constituido por el deporte y por último la prevención primaria debe desarrollarse en los centros de sanitarios de atención primaria, donde los profesionales deben detectar las conductas de riesgo y modificarlas.
- Prevención secundaria: su objetivo es reducir la duración del trastorno así como el tiempo entre su aparición y el tratamiento. Las estrategias que engloban este nivel son, formación adecuada de los colectivos en contacto con la población de riesgo, buscar desde atención primaria la detección precoz y desarrollar dispositivos asistenciales adecuados.
- Prevención terciaria: busca reducir las consecuencias de la enfermedad mediante un tratamiento adecuado, disminuir la aparición de secuelas asociadas a la patología y evitar la cronificación de la misma.

TRATAMIENTO DE LA ANOREXIA NERVIOSA

Es una enfermedad considerada multifactorial en la que intervienen factores físicos, psíquicos, factores familiares y socioculturales, se debe concluir que el tratamiento de la misma debe requerir una intervención multidimensional donde se relacionan aspectos médicos, familiares y psicológicos.

Es fundamental que la enferma adquiera conciencia de la enfermedad, que sea capaz de aceptar que su estado de salud es patológico y esté dispuesta a cambiarlo

Los principales objetivos del tratamiento son:

- Restaurar el peso y el estado nutricional: las medidas pueden ser dieto-terapia especifica o productivas como nutrición enteral oral y parenteral intravenosa en casos de desnutrición graves. Si la paciente se encuentra en un hospital de día la terapia será más intensa y si esto no bastara se procederá al ingreso hospitalario. (2,3,5,12)
- A tender las complicaciones derivadas de la malnutrición.
- Educación nutricional: una serie de recomendaciones generales sobre la dieta equilibrada y saludable que deben adaptarse a al paciente y el estado de la misma.
- Modificar las disfunciones previas y adquirida: como los pensamientos, purgas, pensamientos inadecuados, etc. con terapias psicológicas y tratamientos farmacológicos combinados entre sí. (1,2,12)
- Tratar las comorbilidades psiquiátricas y físicas
- Prevención de recaídas: situaciones que puedan abordando favorecerlas mediante estrategias de afrontamiento. (1,2,12)
- Tratar aquellos casos que se han vuelto crónicos o se encuentran en situaciones especiales como puede ser un embarazo.
- Conseguir el apoyo familiar: esto es una herramienta fundamental en el tratamiento de la anorexia nerviosa la familia debe recibir asesoramiento y terapia cuando sea necesaria. (1,5,12)

5 Discusión-Conclusión

La anorexia nerviosa es el trastorno de la conducta alimentaria mas común es de origen multifactorial y la tercera enfermedad más común en la adolescencia desarrollándose sobre todo en mujeres. Entre el 5,9% y el 18% de la población puede sufrir esta enfermedad y en adolescentes puede llegar a ser entre 4 y 10 veces superior . al ser una patología de origen multifactorial se han establecido múltiples líneas terapéuticas. Una de las estrategias que ha demostrado gran eficacia en la mejoría de la anorexia nerviosa es la terapia familiar que ayuda no solo a la paciente si no también a su entorno familiar.

6 Bibliografía

1. Rojo S Fernández Linares, T. Grande Arguis.C. Banz Felix-Alcantara,MP. Trastornos de la conducta alimentaria Medicine . Programa de Formación Médica Continuada Acreditado 201511(86):5144-5152.
2.Serra Aliasa M. Los trastornos de La conducta alimentaria. Barcelona: E. 8ditorial UOC: 2015.
3. Basurte Villamor, i. Sevilla Vicente, M. J. Holguera Ortiz .S Ferre Navamete. F. Trastornos de la conducta alimentaria. Medicine 2011,10(86):5817-5824
4. Clínicas para la atención de los Trastornos Mentales
5. Fernandez Lecina. Anorexia Nerviosa y Bulimia ¿Qué puede hacer la familia . 1ST ed. Madrid: Ediciones Eneida,2004. (Consultado el 14 de Feb 2019)
6. Pezard, Laurent Doba, Karin Lesne, Annick NandrinO, Jea-Lous Quantifying the dynamans Research 2017;253:49-57.
7. Holtom-Viesel A, Allan S. A systematic review of the literature on family functioning across all eating disorder diagnoses in comparision to control families. Clinical Psychology Review 2014 Feb,34(1):29-45.
8. ACAB. Asociación contra! Anorexia ! la bulimia (internet)Barcelona : España; (Citado Mar 2019). (aprox. 3p.)
9.Darrow SM Accurso EC. Neumann ER, Goldschmidt AB,Le Grange D. Exploring Types of Family Environments in youth with Eating Disorders European Eating Disorders Review 2017 Sep;25(5):389-396.
10. M. Ángeles Peláez Fernández, Francisco J Labrador Encinas, Rosa M Raich Escursell. Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria: consideraciones metodológicas. International Journal of Psychology and Psychological Therapy 2005 Jul 1; 5(2):131-144.
11. Serra Majem L, Bautista Castaño I. Álvarez –Malé ML. Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. Nutrición Hospitalaria 2015;31(31):2288.
12. Gaete P Maria Verinica,DRA Lopez C Carolina P.Matamala B Marcela D. Trastornos de la conducta alimentaria en adolkescentes y jóvenes. Revistas Medicas Clínica Las Condes 2012 Sep 1,23(5)579-591.

Capítulo 833

CONOCIMIENTOS BÁSICOS SOBRE LA ENDOMETRIOSIS PARA LA TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA .

MÓNICA BUSTELO FERNÁNDEZ

MARIA ELENA ÁLVAREZ BLANCO

1 Introducción

La Técnico Auxiliar de Enfermería forma parte de un equipo sanitario que en el organigrama hospitalario se sitúa jerarquicamente por debajo del Diplomado de Enfermería . Al ocuparse directamente de atender al paciente desde su ingreso hasta su alta es importante que conozca los aspectos básicos de las enfermedades más prevalentes para establecer sinergias con el resto del equipo sanitario en aras a una resolucón mas adecuada de cualquier problema de salud .

En el presente capítulo se realiza una revisión actualizada de una patología que se desarrolla en las mujeres , la Endometriosis , que a pesar de ser muy prevalente , (afecta al 10% de las mujeres en edad fértil) , resulta muy enigmática en muchos aspectos , lo que conlleva a déficits importantes tanto en el diagnóstico como en el tratamiento de la enfermedad. Se trata de una patología ginecológica de comportamiento benigno , aunque crónica , progresiva y recidivante que limita la calidad de vida de la mujer .

Clinicamente la mujer lo manifiesta fundamentalmente por dolor pélvico, dismenorrea e infertilidad , con imporante impacto en su ámbito personal , y en

su entorno familiar y social. Es por ello que cualquier esfuerzo desde cualquier estamento del ámbito sanitario, desde el más básico al más cualificado , merecerá la pena y otorgará beneficios indiscutibles tanto a la evolución como a la imprescindible aceptación por parte de la mujer de la enfermedad que padece.

2 Objetivos

El objetivo prioritario del presente capítulo es proporcionar conocimientos básicos y actualizados sobre esta patología crónica , como paso previo necesario para establecer un Plan de Cuidados de Enfermeria para mujeres con endometriosis que , de forma coadyuvante con el tratamiento médico y/o quirúrgico , permita minimizar el impacto de la enfermedad sobre la paciente y su entorno .
Se trata por tanto de contribuir con ello a la atención integral de las pacientes afectadas de endometriosis y a la sensibilización de la sociedad en general ante esta enfernedad .

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica de la evidencia científica actualizada sobre la Endometriosis en diferentes bases de datos : S.EG.O. , Web del Ministerio de Sanidad del Gobierno de España , Cochrane Plus , PubMed , Dialnet y Google Académico.
Las palabras clave utilizadas fueron : “endometriosis” , “diagnóstico endometriosis” , “tratamiento endometriosis” , “dolor pelvico” , “infertilidad” . El periodo revisado incluye las publicaciones en español e inglés con más impacto y adecuación al nivel básico pretendido entre los años 2012 y 2020 .

4 Resultados

La endometriosis es una enfermedad ginecológica benigna pero crónica , de causa desconocida , caracterizada por la presencia de tejido endometrial (epitelio glandular y estroma), funcionalmente activo , fuera de la cavidad uterina que induce una reacción inflamatoria crónica (1, 2, 3). Es una patología estrógeno dependiente , de forma que el tejido endometrial ectópico responde igual que el endometrio intrauterino durante el ciclo menstrual , produciendose un sangrado que no se elimina a través de la menstruación , acumulandose dentro del abdomen o en el órgano que se localice.Igualmente , en ese endometrio ectópico

, existe una resistencia a la progesterona y una disminución de la cantidad de receptores a la misma (4).

Los asientamentos más fercuentes son el peritoneo pélvico , los ovarios , ligamentos útero-sacros y fondo de saco de Douglas . En estas localizaciones producen reacciones inflamatorias, cicatrices y adherencias entre los distintos órganos pélvicos , originando una alteración y distorsión de la anatomía abdomino-pélvica normal (5).
Con frecuencia pueden estar afectadas otras estructuras intrapélvicas distintas a las genitales , como el intestino , recto , colon sigmoides , vejiga y uréteres . Cuando el tejido endometrial se localiza en el espesor del miometrio uterino se denomina Adenomiosis . Otras localizaciones extrapélvicas (fuera de la pelvis) son más raras , pero pueden afectar a cualquier órgano (meninges , pleura , diafragma ,pulmón, ombligo , cicatrices quirúrgicas o de episiotomia , etc.) (6).

2. Epidemiologia .
Conocer con exactitud la incidencia y la prevalencia de la endometriosis es difícil ya que se requeriría una visualización quirúrgica de la misma para asegurar el diagnóstico. Sin embargo se calcula una prevalencia entre un 5-10% de las mujeres en edad reproductiva , llegando a ser del 40-60 % entre las pacientes que presentan dolor pélvico y del 20-40% entre las que presentan infertilidad (7,8). El pico de incidencia es entre los 25 y los 45 años de edad , aunque también pueden estar afectadas mujeres más jovenes o incluso postmenopáusicas.

3. Etiologia :
No se conoce exactamente la causa de la endometriosis , existiendo varias teorías al respecto (1,7) sin que ninguna de ellas explique por sí sóla todos los aspectos de esta enfermedad. Incluso es probable que una combinación de todas las teorías esté implicada en su causalidad. Entre ellas se encuentran :

- Teoría de la implantación o de la menstruación retrógrada (de Sampson):
Es la más aceptada . Según ella la endometriosis es la consecuencia de que las celulas del endometrio refluyen retrógradamente a través de las trompas de Falopio, durante la menstruación , hasta la cavidad pélvica , instalandose y creciendo en las superficies serosas de la misma (3,7). No obstante se sabe que el 90% de las mujeres tienen menstruación retrógrada y sólo el 15% de ellas desarrollan endometriosis(3), sugiriendo la necesidad de que concurran otros factores adicionales y una susceptibilidad añadida que dependerá de fsctores genéticos , hor-

monales, inmunológicos, y ambientales (1).
- Teoría de la metaplasia celómica (de Robert Mayer):
Consiste en una transformación metaplásica de de las células que recubren el peritoneo en tejido endometrial por estímulo hormono-ambiental (2)
- Teoría de la diseminación vascular o linfática :
Explica los implantes de endometriosis extrapélvica (pulmón, pleura , cerebro) pero no explica las lesiones pelvicas (2).

4. Factores de riesgo :
Aunque no se conozca la causa exacta de la endometriosis , sí se relacionan , con mayor o menor evidenca científica , diferentes factores que pueden influir en su aparición (6) :
- Factores relacionados con la menstruación y la reproducción : la menarquia precoz , la menopausia tardía , el acortamiento del periodo intermenstrual , el mayor volúmen y mayor duración de la menstruación , el retraso en la edad de inicio de la paridad , el reducido número de hijos y el bajo peso al nacer parecen incrementar significativamente el riesgo de endometriosis (3,6,9) . Casi todos estos factores implican un mayor numero de ciclos menstruales y ovulaciones , con la consecuente exposición prolongada a estrógenos endógenos y a mayor cantidad de menstruaciones retrógradas (9). La lactancia materna prolongada y los embarazos se consideran factores protectores por el mecanismo contrario.

- Factores genéticos : existe mayor riesgo de endometriosis cuando existen familiares de primer grado afectados , con un aumento en la prevalencia de un 6 hasta un 15%(10). Igualmente se ha visto que en gemelas univitelinas la edad de aparición de los síntomas y la prevalencia de la endometriosis son similares (3).
- Factores relacionados con hábitos de vida : el ejercicio , el alcohol , el tabaco y la cafeina se relacionaron directa o inversamente y de forma contradictoria con la endometriosis (6). Hay algún estudio que trata de demostrar que el consumo de verduras , frutas y ácidos grasos omega-3 se asocian con disminución del riesgo de endometriosis , disminuyendo los niveles de estrógenos, la inflamación y el dolor . Por el contrario los alimentos procesados , ricos en azúcar, excitantes , grasas saturadas o con elevados aditivos favorecen el aumento de estrógenos y el proceso endometriósico (2,9)
- Factores asociados al fenotipo de la mujer : el sobrepeso , color de piel , color del cabello , se asociaron de forma inconsistente con endometriosis . La etnia también influye , en las mujeres asiáticas es más prevalente y en las africanas se presenta con menor frecuencia, en comparación con las mujeres caucásicas (3).

- Factores ambientales : la exposición a dioxinas , a radiación y a compuestos bifenil-policlorinados (presentes en pesticidas y agroalimentarios) se relacionaron , en la experimentación animal , con endometriosis (10).

5. Clasificación :
El tratamiento y pronóstico de la endometriosis requieren de un sitema de clasificación homogéneo que tenga en cuenta la distribución y la intensidad de dicha afectación (1). Aunque no se ha logrado la clasificación ideal , hasta ahora la clasificación mas utilizada es la de La Sociedad Americana de Medicina Reproductiva (American Society for Reproductive Medicine, 1996) que se realiza en función de la localización de las lesiones , su diámetro, profundidad y densidad de las adherencias objetivadas por laparoscopia . Otorgando una puntuación en base a estos parámetros la A.S.R.M. clasifica la enfermrdad en (11) :
- Estadío I (Mínima) :Implantes aislados y sin adherencias .
- Estadío II (Leve) : Implantes superficiales menores de5 cm. Adheridos o diseminados sobre la superficie del peritoneo y ovarios .
- Estadío III (Moderada) :Implantes múltiples superficiales o invasivos . Adherencias alrededor de las trompas o periováricas que puedem ser evidentes .
- Estadío IV (Severa) : Implantes múltiples , superficiales y profundosque incluyen grandes endometriomas ováricos . Se suelen observar extensas adherencas menbranosas .

De forma más práctica y sencilla para indicar un tratamiento y poder establecer un pronóstico en cuanto a síntomas de dolor y progresión y gravedad de la enfermedad se ha propuesto más recientemente clasificar la endometriois en tres subgrupos (12) :
- Endometriosis superficial peritoneal.
- Endometriomas ováricos: cuando se forman quistes en los ovarios, también llamados quistes de chocolate o quistes endometriósicos .
- Endometriosis profunda : cuando se produce una infiltración bajo el peritoneo que supere los 5 mm de profundidad . Puede afectar al septo recto-vaginal y los ligamentos utero-sacros, hasta el fondo saco vaginal posterior , recto, intestinos, uréteres y vejiga (12) .
Es importante identificar a las pacientes con endometriosis profunda , que afecta al 1% de las mujeres en edad fértil, del resto , ya que presentarán síntomas más severos y pueden requerir un manejo , incluido el quirúrgico, complejo y multidisciplinar (6).

6. Sintomatología :

Un 15-30 % de las mujeres con endometriosis son asintomáticas (1) .En las mujeres con endometriosis sintomáticas el principal síntoma y más frecuente es el dolor pélvico cíclico que puede adoptar diferentes patrones (1,3) :

- Dismenorrea severa (75%) , que suele ser bilateral y progresiva ; puede irradiarse a la espalda baja , las piernas o la ingle. Se acompaña de incapacidad en la vida diaria , con absentismo académico o laboral y con frecuenca sin respuesta adecuada a los analgésicos (13).
- Dispareunia intensa (44%). Suele traducir una afectación de los ligamentos úterosacros , con frecuencia por endometriosis profunda.
- Dolor pélvico crónico (70%).
- Dolor limitado a la ovulación y/o disquecia.

Estos síntomas alrededor de la menstruación pueden asociarse a sangrado uterino anormal en 15-20% de las mujeres con endometriosis siendo lo más habitual el manchado premenstrual o la menorragia. Tambien se pueden asociar a síntomas intestinales (dolor abdominal cíclico,etreñimiento intermitente, diarrea,) y urinarios (hematuria, disuria , poliuria) , infertilidad y/o a fatiga crónica (3,6,13). Un 20% de las pacientes con endometriosis presentan conjuntamente migrañas , cistitis y síndome del colon irritable (3).La presencia de síntomas no ginecológicos con debut o empeoramiento catamenial (rectorragia catamenial , hematuria catamenial, , disquecia catamenial , dolor pleural catamenial, , síndrome miccional catamenial) deben hacer sospechar endmetriosis profunda (6) .

7. Diagnóstico :

El diagnóstico de la enfermedad y su estadificación son fundamentales para poder realizar una correcta toma de decisiones respecto al tratamiento y seguimiento a realizar . Con relativa frecuencia el diagnóstico será de sospecha y , actualmente, no se requiere estudio histopatológico y/o visión directa de los implantes para iniciar tratamiento médico o realizar técnicas de reproducción asistida (1,14,15) .

Hay varias vías de partida para llegar a diagnosticar una endometriosis : algunas pacientes se diagnostican por presentar dolor pélvico , dismenorrea o dispareunia ;otras se diagnostican en el transcurso de un estudio por infertilidad ; y algunas de manera casual durante intervenciones quirúgicas pelvicas no relacionadas (9) .

Los medios y métodos diagnósticos son :

Anamnesis : encaminada a buscar los sintomas relacionados anteriormente, teniendo en cuenta que la gravedad de la enfermedad no está relacionada con el

número y la intensidad de los síntomas , dado que las mujeres con enfermedad avanzada podrían tener molestias escasas o nulas , mientras que las que las que presentan enfermedad mínima pueden presentar dolores incapacitantes (13).

Exploración física : los hallazgos más frecuentes son palpación de pelvis dolorosa , útero fijo en retroversión , ligamentos útero-sacros dolorosos y aumento del tamaño de los ovarios ; entre los signos más específicos se encuentra la palpación de nódulos infiltrativos profundos en los ligamentos úterosacros o el fondo del saco de Douglas y la visualización directa de implantes endometriósicos en el fondo vaginal o el retrocervix (16).
Métodos de diagnóstico por imágen : consiguen una buena estadificación sin la necesidad de realizar laparoscopias diagnósticas en muchos casos.
La ecografía pélvica es el método de primera línea ante la sospecha de una endometriosis, debiendo efectuarse por vía abdominal y endovaginal (3,13). Es de gran utilidad para diagnosticar o descartar una endometriosis ovárica (endometriomas) y tiene una gran sensibilidad y espcificidad para el diagnóstico de la endometriosis profunda y su extensión (14,16,17). La Resonancia Magnética Nuclear abdomino-pélvica complementa a la ecografía como método subsiguiente en la exploración de los quistes ováricos endometriósicos y la endometriosis profunda (3,13).

Otras pruebas complementarias : si se sospecha clinicamente la afección de otros órganos se puede individualizar la realización de otras pruebas como la ecoendoscopia transanal , la colonoscopia , el enema opáco„ la cistoscopia, la urografía , etc.(1,16).

Marcadores tumorales : el CA-125 puede elevarse en enfermedad severa pero tanto su sensibilidad como su especificidad son bajas (3).

Test diagnóstico con análogos de la GnRH : se realiza un tratamiento con análaogos de la GnRH de forma que se suprima la menstruación; si el dolor desaparece el diagnóstico de endometriosis es muy probable (1, 15).

Laparoscopia diagnóstica : sigue siendo el “gold standard” permitiendo visaualizar directamente las lesiones endometriósicas y obtener muestas para estudio histopatológico con una sensibilidad reportada de 94-97% y una especificidad de77-85% (3,9). Sin embargo la laparoscopia diagnostica tiene el inconveniente de que es un método quirúrgico , con utilidad muy escasa desde el punto de vista coste-eficacia , no recomendandose actualmente con fines diagnósticos

, tratando de evitarla dada la alta sensibilidad y especificidad de las pruebas de diagnóstico por imágen en el diagnóstico de la endometriosis (6,16).

8.Tratamiento :
El tratamiento de la endometriosis , médico y/o quirúrgico , tiene como fin óptimo teórico cuatro objetivos básicos: suprimir los síntomas (dismenorrea , dolor pélvico , etc.) restaurar la fertilidad , eliminar la endometriosis visible y evitar la progresión de la enfermedad .En la práctica los objetivos reales serán la reducción o eliminación de los síntomas y/o mejora de la fertilidad (1,6). Este tratamiento debe de individualizarse en función de la edad, la paridad , el deseo genésico , la etapa de la enfermedad, los síntomas asociados , las cirugías previas y las preferencias de la paciente(8). Los tratamientos no actúan sobre los mecanismos fisioptologicos de la enfermedad y son tratamientos a largo plazo.

- Tratamiento médico de la endometriosis :
Se basa en el uso de diferentes pautas terapéuticas que incluyen antiinflamatorios no esteroideos (tipo Ibuprofeno) , analgésicos y terapias hormonales , y es de utilidad en los casos de endometriosis peritoneal y menor en los casos de endometriosis ovárica y endometriosis profunda (1) . En general cualquier pauta que actúe creando un ambiente hipoestrogénico , bloqueando la función ovárica , disminuyendo la secrección de estrógenos y la actividad de los receptores estrogénicos , y activando los receptores de progesterona , implicará que genere amenorrea y/o supresión de la ovulación y/o disminución de la frecuencia de menstruación y/o disminución de la cantidad del flujo menstrual , mejorando por este mecanismo los sintomas dolorosos asociados a la enfermedad (1,4).

Así pues el tratamiento médico más eficaz es el hormonal : anticonceptivos orales combinados , progesteronas , danazol , agonistas de la GnRH , aunque la recurrencia de los síntomas es frecunte tras la supresión del tratamiento (6). En los casos de endometriosis con esterilidad asociada se recomienda realizar técnicas de reproducción asistida (1,6).

Existen tratamientos médicos emergentes , todavía no validados , como los antagonistas de de la GnRH , los moduladorse selectivos de los receptores de estrógenos , los moduladores selectivos de los receptores de progesterona , los inhibidores de aromatasa , los inmunomoduladores y los antiandrogénicos que son muy prometedores (4,18,19).
- Tratamiento quirúrgico de la endometriosis :
La cirugía en la endometriosis tiene tres indicaciones :diagnóstico , infertilidad

y dolor . La laparoscopia es la vía de abordaje de elección , salvo excepciones muy concretas (1). Los procedimientos quirúrgicos laparoscópicos pueden abarcar desde la laparoscopia simple para el tratamiento de la endometriosis peritoneal superficial (exéresis-resección o ablacción de implantes) o quistectomías de los endometriomas , hasta procedimientos muy complejos en la endometriosis profunda que requieren la intervención de equipos multidisciplinares formados por ginecólogos , cirujanos , urólogos.

En general , posteriormente al procedimiento quirúrgico , la calidad de vida mejora en cuanto a la remisión de los síntomas y tratamiento de infertilidad , fundamentalmente en los casos de endometriosis profunda e intestinal (8).

5 Discusión-Conclusión

La Endometriosis es una enfermedad benigna pero invalidante y recidivante , que no tiene cura y que afecta a una de cada diez mujeres en edad fértil . En España se traduce en 1.7000.000 mujeres afectadas , un 25% (425.000) graves , y en el mundo supondria una cifra en torno a los 176 millones. Es muy rara su degeneración maligna (5-8 por mil) y , de suceder , es más frecuente en la perimenopausia (17). Los dos síntomas más frecuentes son el dolor , en sus variados formatos , y la infertilidad , que conducen a limitaciones importantes en el ámbito personal, psicosexual ,laboral y social de la mujer con merma importante de su calidad de vida y a una alta exigencia en su resiliencia ante la enfermedad .

Existen varias teorías para explicar su etiología , pero ninguna se ha podido probar como definitiva , siendo muy probable que la asociación de todas ellas expliquen las diferentes presentaciomnes endometriósicas.
El diagnostico actualmente todavía suele ser tardío , hasta 5-10 años después de iniciar los sintomas que deberían hacer sospechar una endometriosis , y se basa fundamentalmente en las técnicas de diagnóstico por imágen (ecografia , resonancia...), quedando cada vez más relegada la laparoscopia como método exclusivamente diagnóstico.

El tratamiento de la endometriosis tiene como objetivo disminuir la intensidad de los síntomas , mejorar la fertilidad y limitar las recurrencias de la enfermedad . Para ello se dispone de diferentes alternativas de tratamiento médico y/o quirúrgico , individualizando la elección según las caracteristicas , tolerabilidad , necesidades y preferencias de cada paciente . El tratamiento tiene varias opciones :

fármacos no hormonales (analgésicos , AINES ...), medicamentos hormonales convencionales (anovulatorios orales combinados , progesteronas , etc.) , quirúrgicos (por vía laparoscópica) y los emergentes (en experimentación).

En la actualidad se aspira a un diagnóstico precoz de la enfermedad que permita su control con un tratamiento hormonal y que si se precisase tratamiento qurúrgico sea lo más conservador posible , abordado por laparoscopia , por equipos de expertos (incluso en Unidades de Endometriosis) teniendo en cuenta deseos genésicos futuros. Se recomienda preservación ovocitaria (vitrificación de ovocitos) en mujeres con amenaza de perdida relevante de la reserva ovárica tras la cirugía.

6 Bibliografía

1. Protocolo S.E.G.O. Prog Obstet Ginecol. 2014 ; 57(9):436-444
2. Patel BG, Lenk EE, Lebovic DI, Shu Y, Yu J, Taylor RN. Pathogenesis of endometriosis : Interaction between endocrine and inflammatory pathways. Best Practice and Research Clinical Obstetrics and Gynaecology . 2018 07;50:50-60.
3. Hogg S, Vyas S, Endometriosis update. Obstetrics , Gynnaecology and Reproductive Medicine . 2018 03;28(3):61-69.
4. Clemenza S, Sorbi F, Noci I, Capezzuoli T, Turrini I,Carriero C, Buffi N,Fambrini M, Petraglia F. From pathogenesis to clinical practice: Emerging medical treatments for emdometriosis. Best Practice and Research Clinical Obstetrics and Gynaecology. 2018 08; 51: 92-101.
5. Smith RP. NETTER. Obstericia , Ginecología y Salud de la Mujer. Masson S.A;2005.
6. Guía de atención a las mujeres con endometriosis en el Sistema Nacional de Salud (SNS). Ministerioo de Sanidad , Servicios Sociales e Igualdad .2013.
7. Mahomood TA, Templeton A. Prevalence and genesis of endometriosis. Hum Reprod. 1991;6.544-9.
8. Acroverde FVL, Andres MDP, Borrelli GM , Barbosa PDA, Abrao MS, Kho RM. Surgery for Endometriosis Improves Major Domains of Quality of Life: A Systematic Review and Meta-Analysis. Journal of Minimally Invasive Gynecology. 2019 02;26(2):266-278.
9. Shafrir A, Farland L, Shah D, Harris H, Kvaskoff, Zondervan K, Missmer S. Risk for and consequences of endometriosis: A critical epidemiologic review. Best Practice and Research Clinical Obstetrics and Gynecology. 2018 08;51: 1-15.

10. Gordts S,Koninckx P, Brosens I. Pathogenesis of deep endometriosis. Fertility and Sterility. 2017 Dec;108(6): 872-885.
11. American Society for Reproductive Medicine. Revised ASRM classification of endometriois: 1996 . Fertil Steril. 1997;67:817-21.
12. Leone Roberti Maggiore U, Inversetti A, Schimberni M, Viganò P, Giorgione V, Candiani M. Obstetrical complications of endometriosis, particularly deeo endometriosis. Fertility and Sterility, 2017 Dec; 108(6):895-912.
13. Sauvanet E, Petit E, Mephon A. Endometriosis genital y extragenital. EMC-Tratado de MEDICINA. 2018 06;22(4):1-8.
14. Spaczynski RZ, Duleba AJ. Diagnosis of endometriosis. Semin Reprod Med. 2003;21:193-207.
15. Royal college of Obstetricians and Gynecologists. Green-top Guideline n.º24. The investigation and managementof endometriosis; 2006.
16. Koninckx P, Ussia A, Adamyan L. Deep endometriosis : Definition, diagnosis, and treament. Fertil Steril. 2012; 98:564-71.
17. I Curso Endometriosis S.E.G.O. 2ª edición. Murcia ,17 de Enero de 2020.
18. Azoulay C, Bardy C, Laserre M, Brun J. Tratamientos médicos de la endometriosis. EMC-Ginecología-Obstretricia. 2018 03; 54(1): 1-15.

Capítulo 834

EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

LORENA GONZÁLEZ GARCÍA

1 Introducción

Se considera adolescencia al periodo de edad comprendido entre los 10 y 19 años, según la OMS. Es una fase que atraviesa desde la niñez a la edad adulta. Se ha detectado un incremento de embarazos en adolescentes.

2 Objetivos

- Determinar los factores que influyen en el embarazo adolescente e identificar los riesgos que presenta un embarazo durante la adolescencia.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

- El embarazo en la adolescencia conlleva una vulnerabilidad de la madre primigesta.

- Tiene que atender a cambios físicos, psicosociales, cognitivos y además tiene que enfrentarse a un embarazo con más riesgos para la salud del feto y para la madre durante el parto, y riesgos sociales y económicos.
- Es necesario que tengan un gran apoyo familiar, de amigos y educadores.

5 Discusión-Conclusión

Las relaciones sexuales cada vez se desarrollan más precozmente, por lo que incrementa el número de embarazos adolescentes, las principales causas son el acceso al sistema médico, la inmadurez, la falta de uso de preservativos y la ausencia de educación sexual. Esto debe enfocarse además en las ETS.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed
- https://scielo.org/es
- https://dialnet.unirioja.es

Capítulo 835

CUIDADOS AL PACIENTE CON BOTULISMO

LORENA GUTIÉRREZ GÓMEZ

ANGELES REDONDO MORO

LLESICA PEREZ MENENDEZ

1 Introducción

El botulismo es una toxiinfección causada por una neurotoxina bacteriana producida por la bacteria Clostridium botulinum. La vía de intoxicación más común es la alimentaria, generalmente por ingestión de alimentos mal preparados o conservados de manera inapropiada.

También puede adquirirse la enfermedad por la contaminación de heridas abiertas, o como efecto colateral del uso deliberado de la toxina en el tratamiento de enfermedades neuromusculares o en cosmética.

Ante un caso de botulismo debemos hacer una encuesta al paciente siempre que la edad y la situación lo permitan y a los familiares y se deben recoger muestras de todos los alimentos sospechosos para su análisis. La identificación del alimento causal para prevenir casos nuevos se considera prioritaria.

Se sospechará inicialmente de conservas caseras consumidas en los días previos al comienzo de los síntomas, especialmente las de vegetales de baja acidez, y de otros alimentos de baja acidez, pescados ahumados, alimentos preparados en aceite, productos envasados al vacío o en atmósfera modificada, además de productos cárnicos y otros, consumidos en la semana previa al inicio de los síntomas.

2 Objetivos

- Presentar un caso de Botulismo.

3 Caso clínico

Lactante de siete meses, sexo masculino, sin antecedentes mórbidos. Historia de dos semanas de coriza, tos y decaimiento.

Recibió tratamiento con salbutamol,anti-inflamatorios no esteroidales y amoxicilina durante cinco días, sin mejoría de los síntomas.

Tres días antes de ser ingresado, presentó exacerbación de la sintomatología respiratoria, mayor decaimiento, succión débil y llanto disfónico.

El examen fisico a su ingreso es afebril, normotenso, sin requerimientos de oxígeno, destacando un sostén cefálico débil, ptosis palpebral, fuerza disminuida en las cuatro extremidades y escasa signología respiratoria.
Laboratorio: los análisis para perfil hematológico, PCR, sedimento de orina, electrólitos plasmáticos, gases venosos e inmunofluorescencia indirecta para virus respiratorios fueron normales.

4 Discusión-Conclusión

La mayoría de los pacientes que padecen esta enfermedad necesitan el ingreso en la unidad de cuidados intensivos, para estar más vigilados y administrarles el tratamiento.

Después del reconocimiento de la enfermedad y administración de la antitoxina, es importante prevenir las complicaciones mientras se espera la recuperación neuromuscular.

La observación en una unidad de cuidados intensivos con monitorización contínua, por al menos 48 horas, es esencial para determinar la progresión y tratamiento de complicaciones.

5 Bibliografía

- https://medlineplus.gov.

- https://www.mayoclinic.org.

Capítulo 836

ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL.

ANA MARÍA SUÁREZ HORTAL

ANA ISABEL MUÑÍZ DÍAZ

1 Introducción

Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y las infecciones de transmisión sexual (ITS) en general se contraen por contacto sexual. Los organismos que causan la enfermedad de transmisión sexual pueden pasar de una persona a otra por la sangre, el semen, el fluido vaginal y otros fluidos corporales, a veces estas infecciones se transmiten por vías no sexuales, como de madre a hijo durante el embarazo o el parto, por transfusiones de sangre o agujas compartidas. Es posible contraer enfermedades de transmisión sexual de personas que parecen muy sanas y que incluso no saben que tienen la infección.

Las infecciones causadas por bacterias son más fáciles de tratar, las virales se pueden controlar pero no siempre curar. El tratamiento generalmente consiste en una de las siguiente opciones, según la infección:
Antibióticos: pueden curar muchas infecciones producidas por bacterias o parásitos (gonorrea, sífilis, clamidia…)
Antivirales: en los herpes se tendrán pocas recurrencias si se sigue a diario la terapia inhibidora, disminuye el riesgo de infección aunque hay posibilidades de transmisión a la pareja. Los antivirales pueden mantener bajo control el VIH durante varios años pero el virus persiste y se puede contagiar.

2 Objetivos

Recomendaciones para poder practicar relaciones sexuales seguras sin tener que preocuparse después.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Si se tienen antecedentes o signos que sugieren una posible infección, los análisis de laboratorio pueden identificar y detectar las infecciones que s e pueden haber contraído.

- Análisis de sangre, pueden confirmar el VIH y las etapas finales del sífilis.
- Muestra de orina.
- Muestras líquidas, si se tienen llagas genitales activas se analizan líquidos y secreciones.

5 Discusión-Conclusión

Toda persona sexualmente activa estar en riesgo de exponerse en cierto grado a una infección de este tipo. Los factores que pueden aumentar este riesgo incluyen:
- Tener relaciones sexuales sin protección, tanto penetración vaginal o anal.
- El sexo oral puede ser de menor riesgo pero aun así se recomienda el uso de preservativo o protección bucal.
- Tener relaciones con varias parejas.
- Tener antecedentes de ITS.
- Si ya se han tenido es mucho más fácil tener otra.
- Abuso de alcohol o drogas. El abuso de una sustancia puede inhibir y predisponer a tener comportamientos de riesgo.

- La inyección de drogas. Compartir agujas propaga muchas infecciones muy graves.
- Ser joven. La mitad de las ITS ocurren en personas de 15 a 24 años.
- Hombres que solicitan medicamentos para disfunciones eréctiles, como viagra, cialis, levitra; tienen mayor riesgo de contraer una ITS.

6 Bibliografía

- https://medlineplus.gov/spanish/sexuallytransmitteddiseases.html
- https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/sexually-transmitted-diseases-stds/symptoms-causes/syc-20351240.
- https://www.quironsalud.es/blogs/es/mens-health/enfermedades-transmision-sexual-hombre-ets-i
- https://www.fesemi.org/informacion-pacientes/conozca-mejor-su-enfermedad/enfermedades-de-transmision-sexual-o-venereas.

Capítulo 837

PREVENCIÓN CÁNCER DEL CUELLO DE ÚTERO EN ASTURIAS

MARÍA TERESA VÁZQUEZ RODRIGUEZ

1 Introducción

El cáncer de cuello de útero o cáncer de cérvix, es el segundo cáncer más frecuente y prácticamente todos los casos se relacionan con una infección previa por el virus del papiloma humano (VPH). Asturias es una de las comunidades con la incidencia más alta. Aún así, la incidencia y la mortalidad por cáncer de cuello de útero es baja y ha ido disminuyendo en los últimos 10 años.

Tanto la mortalidad como la incidencia de cáncer de cuello de útero han experimentado un descenso entre 1996 y 2010, para la mortalidad ha sido del 2,12% anual y para la incidencia de 1.96 % anual.

La prevención es un pilar fundamental en el cáncer de cuello de útero.
1. Prevención primaria: el objetivo de la prevención primaria del cáncer de cuello de útero es evitar el contagio y la infección por VPH con un abordaje similar al de otras ITS, sobre todo si tenemos en cuenta que la infección por VPH es la ITS más frecuente.

2. Prevención secundaria: se pueden considerar tres niveles estratégicos en la prevención secundaria: el primero, el diagnóstico de la lesiones precoces en población general mediante el cribado. El segundo, la confirmación y vigilancia de los casos dudosos procedentes del cribado y el tercero, la confirmación y tratamiento de los casos diagnosticados y cáncer in situ.

2 Objetivos

- Informar sobre los mecanismos de prevención el cáncer de cuello de útero.

3 Metodología

Revisión bibliográfica de protocolos de actuación de prevención del cáncer de cuello de útero e información referente a la misma en la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias y el Servicio de Salud del Principado de Asturias.

4 Resultados

Se recomienda el cribado sistemático sistemático a mujeres incluidas en la población diana que son, o han sido, sexualmente activas y que tienen cuello uterino. Las recomendaciones clínicas vigentes son:

- Realización de citología convencional (Test de Papanicolaou) como prueba de cribado primario a todas las mujeres de 25 a 65 años, excluyendo a aquellas que no tienen relaciones sexuales o tienen realizada una histerectomía total previa por patología benigna. Se recomienda incluir además las menores de 25 años a partir del tercer año de inicio de las relaciones sexuales y a las mayores de 65 años que no han hecho nunca citologías.
- La periodicidad establecida es cada tres años una vez que dos citologías realizadas con un intervalo de un año han resultado negativas.
- Se recomienda hacer determinación de VPH, junto con la citología, a partir de los 35 años en aquellas mujeres que no han realizado las pruebas de cribado con las pautas recomendadas, cuando los resultados de la citología son anormales y en el seguimiento de lesiones.
- Se recomienda realizar cribado anual en poblaciones con riesgo elevado de desarrollar cáncer de cuello de útero debido a los siguientes factores: inmunodepresión por VIH o Iatrogénica, condilomas acuminados a cualquier edad, antecedentes de VPH en cribado cervical, practicas de riesgo, exclusión social y/o otras infecciones de transmisión sexual.

5 Discusión-Conclusión

Se recomienda que realicen pruebas de detección precoz todas las mujeres residentes en Asturias con edades comprendidas entre 25 y 65 años que son, o han

sido, sexualmente activas y que tienen cuello uterino. Las mujeres menores de 25 años que mantienen relaciones sexuales desde hace más de tres años y las mujeres de 65 años que nunca han realizado una citología cervical, también se incluyen en la población diana. No se recomienda la realización de pruebas de detección precoz de cáncer de cuello de útero a mujeres que no tienen relaciones sexuales, ni aquellas que se han sometido a una histerectomía total por patología benigna.

6 Bibliografía

- Recomendaciones para la detección precoz: Información para profesionales. Dirección General de Salud Pública y Participación. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Oviedo, 2009.
- Detección precoz del cáncer de cuello de útero: Recomendaciones para solicitud de citología ginecológica, recogida y conservación de Muestras, informe y registro de resultados. Documento de Consenso de Anatomía Patológica. 2009.
- El cáncer de cuello de útero y su prevención. Información para la población Consejería de
Salud del Principado de Asturias. Oviedo, 2011.
- Informe del grupo de Expertos sobre concreción De cartera Común de Servicios para Cribado de Cáncer. Madrid, junio de 2013.
- Protocolo de Actividades Preventivas en APS: Protocolo para el registro de actividades de Prevención del Cáncer de Cervix.

Capítulo 838

MALTRATO EN EL ANCIANO.

RITA MARIA PEREZ PEREZ

1 Introducción

El maltrato al anciano emerge como problema social, pero siempre ha existido. Se ha convertido en un problema invisible, convivimos con él, pero no lo queremos ver. Aproximadamente una de cada diez personas mayores ha sufrido malos tratos, pero tanto desde la atención sanitaria, como la OMS, apunta a que esta prevalencia está por debajo de los datos reales.
Definimos el maltrato a personas mayores, como un acto único y repetido que causa daño o sufrimiento a una persona de edad, o a la falta de medidas para evitarlos, que se produce en una relación basada en la confianza.

2 Objetivos

- Conocer los daños que sufren o puedan sufrir las personas mayores con el fin de detectarlos y aplicar las medidas necesarias con el fin de evitarlos, tanto en el ámbito individual, relacional, comunitario y sociocultural.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: pubmed, medline, y scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

En nuestro país, no existen datos fiables para estimar la magnitud del problema. Los trabajos realizados se aproximan al estudio del maltrato y abuso del anciano tanto desde el punto de vista epidemiológico, de la búsqueda de herramientas diagnósticas y de la investigación de factores de riesgo. Como los estudios no se han hecho sobre base poblacional, los resultados no son extrapolables a la población general y tampoco están validadas las escalas utilizadas. Las cifras más altas corresponden a ancianos atendidos en servicios sociales y en hospitalizaciones. No se conocen estudios, en nuestro país, que hayan investigado intervenciones preventivas en el campo del anciano maltratado.

El maltrato en el anciano puede conllevar lesiones físicas, (rasguños, moratones fracturas), etc, que pueden provocar discapacidades y secuelas psicológicas graves, a veces de larga duración (depresión, ansiedad).
Las formas de maltrato más frecuentes son:
1ª Negligencia, que puede ser física, no satisfacer las necesidades básicas como alimentos, vivienda, etc y emocional, que consiste en la negación de afecto, desprecio, etc.
2ª Maltrato físico: golpes, quemaduras, fracturas etc.
3ª Maltrato psicológico: manipulación, amenazas, etc.
4ª Abuso económico, chantaje económico e impedir el uso y control del dinero.
5ª Abuso sexual: relaciones sexuales no consentidas o cuando no puede dar su consentimiento.

Las causas del maltrato son debidas a que el anciano es infravalorado y a veces puede resultar una molestia para la familia con dificultades para cuidarlo.
Factores asociados al maltrato como el estrés del cuidador, problemas socioeconómicos aumentan la probabilidad de que este aparezca.

5 Discusión-Conclusión

La situación actual del problema en España, puede resumirse así:
1º Se desconoce la prevalencia
2º No solo se da en clases sociales desfavorecidas, puede darse en instituciones y familia donde los principales implicados son cuidadores y familiares.
3º No se dispone de legislación específica de protección de los ancianos frente a los abusos.
4º Algunos factores de riesgo aumentan la probabilidad del maltrato.

5º Se debe investigar más sobre el maltrato al anciano.
Hay una serie de recomendaciones para detectar el maltrato en el anciano y con ello evitarlo en la medida de lo posible, como por ejemplo, realizar entrevistas al anciano desde la atención primaria con el fin de detectar lesiones físicas, actitudes y estado emocional etc, para luego establecer un plan de actuación integral y coordinado.

6 Bibliografía

- Cantero Hinojosa J., Rodríguez. M A. Síndrome de abuso en el anciano. Implicaciones de Enfermería.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 839

EL LAVADO DE MANOS EN EL MEDIO HOSPITALARIO.

AMANDA MENÉNDEZ LINDE

SANDRA IGLESIAS HERRERO

1 Introducción

El lavado de manos es una medida de higiene realizada para la prevención y control de la transmisión de enfermedades infecciosas. El lavado de manos es la forma más sencilla y eficaz para evitar la propagación de las infecciones que se transmiten a través del contacto.

El lavado de manos es una técnica que consiste en la frotación de las manos previamente mojadas con agua y jabón seguidas de un aclarado con abundante agua y posterior el secado , con el fin de eliminar toda la suciedad, material orgánico, flora transitoria y resistente con la finalidad de evitar la transmisión de los microorganismos.

Para el lavado de manos previamente mojadas frotaremos con el jabón durante 15 segundos más el tiempo de aclarado y posterior secado. La fricción de las manos con la base alcohólica debe mantenerse hasta que queden completamente secas las manos.

Una buena higiene de manos disminuye el número de microorganismos en las manos , riesgo de transmisión en pacientes ,entre trabajadores y la infeccion de uno mismo.

2 Objetivos

- Definir en qué consiste el lavado de manos.
- Indicar quién debe realizar el lavado de manos y cuando realizarlo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: pubmed, medline, y scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Bibliografía

- www.medwave.com
- www.oms.org
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 840

CUIDADOS A PACIENTE CON HIPERPLASIA ENDOMETRIAL

BEATRIZ PELAEZ GARCIA

1 Introducción

La hiperplasia endometrial es un crecimiento excesivo de las células del endometrio, es decir, la capa superficial del útero de las mujeres, especialmente los componentes glandulares.

Existen dos tipos de hiperplasias endometriales: la hiperplasia endometrial glandular es una proliferación exagerada y anómala de las glándulas, el estroma y los vasos sanguíneos que integran el endometrio y la hiperplasia glandular atípica es una hiperplasia focal y de crecimiento autónomo, con escasa respuesta a las hormonas ováricas. En este caso predomina la proliferación glandular.

2 Objetivos

Facilitar un diagnóstico precoz de la hiperplasia endometrial.

3 Caso clínico

Adolescente de 19 años quien consulta por presentar hipermetrorragia de 6 meses de evolución sin concomitantes. Antecedentes personales: niega patológicos.

Antecedentes ginecoobstétricos: menarquia a los 13 años, ciclos menstruales irregulares de 2 años de evolución iniciando hipermetrorragia en julio del 2011; sexarquia a los 16 años, embarazos 0.

Antecedentes familiares: niega patológicos.

Examen físico: buenas condiciones generales, sin signos de hirsutismo, cardiopulmonar, normal. Mamas simétricas sin nódulos. Abdomen blando depresible no doloroso, sin tumoraciones ni megalias; genitales normoconfigurados, vagina sin lesiones. Exocérvix sin atipias.

Tacto: útero regular de consistencia normal. Anexos no palpables. Resto del examen sin alteración.

Ecosonograma pélvico:útero de contornos regulares, miometrio homogéneo, engrosamiento endometrial de 21,5mm, no acorde con ciclo menstrual. Ovarios sin alteración. Se planifica legrado biópsico que reporta hiperplasia endometrial atípica.

Biopsia endometrial que reporta endometrio proliferativo, sin evidencia de atipias celulares.

4 Discusión-Conclusión

La hiperplasia atípica de endometrio se encuentra altamente relacionada con cáncer de endometrio.

Las pacientes con hiperplasia simple o compleja sin atipia pueden ser tratadas clínicamente, pues el riesgo de progreso para cáncer de endometrio es bajo, mientras que las pacientes con hiperplasia atípica tienen riesgo elevado.

Es muy importante el diagnostico precoz para ello se realizara una exploracion física de la paciente, la histeroscopia, la ecografía, la citología cervico-vaginal y endometrial, la histerografía, y el microlegrado o legrado. El diagnóstico se lleva a cabo mediante anatomía patológica.

5 Bibliografía

- www.tuotromedico.com
- https://es.familydoctor.org

Capítulo 841

EL ALZHEIMER Y SUS CONSECUENCIAS.

ISABEL RAMOS PALEO

SANDRA GONZALEZ RODRIGUEZ

1 Introducción

Esta enfermedad es la causa más frecuente de las demencias en los ancianos la cual genera un deterioro cognitivo importante en la persona, pérdidas de memoria, alteraciones del lenguaje, pérdidas del sentido de la orientación y dificultades para llevar acabó cualquier tarea diaria o resolución de problemas de la vita cotidiana.

Aparte de todos estos síntomas, todo esto puede acompañarse de cambios en la personalidad y el comportamiento, haciéndolos ser muchas veces personas totalmente distintas lo que hace que está enfermedad sea más difícil de llevar para la aparte ”no” afectada, es decir, en los familiares o personas directas con el enfermo a las cuales les cuesta comprender que su pareja, su amigo o su madre ya no es esa persona habitual que conocen y que puede tener comportamientos los cuales no entiendan.

A veces incluso no reconozcan a nadie, y psicológicamente se debe estar preparado para algo así, es algo que afecta socialmente, hablamos de personas que quizás un día se vayan a hacer la compra y no sepan regresar a casa, y como esa situación hay un millón más, para mí quizás sea una de las enfermedades más difíciles de entender.

No existe ningún tratamiento para prevenir o detener la enfermedad, hay ciertos medicamentos que pueden ayudar con algunos síntomas y mejorar algo la calidad de vida de la persona afectada durante los primeros años de la enfermedad, a medida que la enfermedad vaya avanzando su efectividad también ira disminuyendo.

Hay síntomas que pueden pasar desapercibidos y no todas las personas afectadas los manifiestan de la misma forma ni con la misma frecuencia.

2 Objetivos

- Preparar a cada familiar o persona cercana al enfermo de lo que hay, y de lo que puede venir, comprensión y paciencia, hay enfermedades que no se tratan con un método científico, que la ciencia aveces no es capaz de ayudar al 100% y muchas veces es donde debe entrar en factor humano.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: pubmed, medline, y scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 842

EL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL SANITARIO.

MARÍA ROSA FRADE LOPEZ

MELISSA ALONSO FRADE

1 Introducción

¿Es posible que el estrés laboral afecte a la salud de los trabajadores?
El bienestar de la fuerza laboral de la salud está relacionado con los niveles de satisfacción laboral y motivación. Su deterioro puede provocar muchos trastornos, siendo el Síndrome de Burnout (BS) uno de los más frecuentes (1).
El término ”burnout” fue acuñado por primera vez en 1974 por Herbert Freudenberger, en su libro “Burnout: The High Cost of High Achievement” (2).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha procedido al reconocimiento oficial del burnout o “síndrome de estar quemado” o de desgaste profesional como enfermedad tras la ratificación de la revisión número 11 de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos (CIE-11), aprobada en 2018 y cuya entrada en vigor se ha fijado para el próximo 1 de enero de 2022 (3).

BS se destaca y se define como un estado de agotamiento físico y emocional debido a la larga exposición a ambientes de trabajo estresantes y al estrés ocupacional crónico no administrado. Las tres dimensiones principales del síndrome son las siguientes: Agotamiento emocional (EE), Despersonalización (DP), también conocidos como sentimientos de cinismo y distanciamiento del trabajo, y

Logro profesional reducido (RPR), entendido como un sentimiento de ineficacia (4).

2 Objetivos

El objetivo de esta revisión bibliográfica sobre el síndrome de Burnout es dar a conocer este problema, que es muy frecuente en los centros sanitarios y ver si existen claves para detectarlo ,solucionarlo e intentar erradicarlo.

3 Metodología

Para poder responder a la pregunta que nos hemos planteado,se realizó una revisión sistemática de la literatura sobre los distintos estudios publicados sobre el Síndrome de Burnout.
Se consultaron las bases de datos Pubmed, Scielo, MPDI, utilizando los descriptores: "burnout,estrés laboral,enfermedad profesional,estrés ocupacional"
También se realizaron revisiones de informes avalados por la OMS (Organización Mundial de la Salud) reconocida internacionalmente.
Para minimizar el posible sesgo de publicación, la búsqueda no tuvo limitaciones de tiempo o tamaño de muestra.

4 Resultados

Se informó el agotamiento, en mayor o menor medida, en todos los artículos. El síndrome de burnout surge en profesiones centradas en la asistencia, en las que hay una interacción constante con otras personas y en las que los trabajadores están continuamente sujetos a factores estresantes, como por ejemplo el personal sanitario. (5).
Este agotamiento se lleva a cabo en profesiones caracterizadas por una fuerte interacción entre los profesionales y los beneficiarios de su trabajo. Sin embargo, en algunos campos profesionales, como los docentes, la policía y el personal sanitario, este síndrome evoluciona con mayor facilidad y produce mayores niveles de malestar (6)

Todos consideran el cansancio emocional como núcleo principal del síndrome, y es el componente más estable y predictivo de sus consecuencias. Se han desarrollado varios instrumentos para evaluar el agotamiento, uno de los más utilizados

es el Maslach Burnout Inventory (MBI), una escala que consta de 22 elementos agrupados en tres dimensiones: EE, DP y PA (7). Es el instrumento más utilizado para su evaluación y contribuye a sistematizar la investigación sobre el constructo.Christina Maslach considera el Burnout un síndrome tridimensional, aunque algunos autores proponen una estructura bidimensional y otros plantean una estructura factorial de cuatro o más dimensiones.

No existe un criterio unánime sobre los puntos de corte a utilizar para diagnosticar el Burnout y calcular su prevalencia, sino que el instrumento se ha adaptado a distintos idiomas para evitar sesgos en la interpretación de los resultados (8). BS impacta el absentismo, el presentismo, la disminución de la productividad, un mayor riesgo de accidentes laborales, abuso de alcohol y psicotrópicos, tiempo libre y enfermedades cardiometabólicas, entre otros (4).

Además de todo lo anterior expuesto, surgen nuevas asociaciones de las que aunque todavía encontramos poca literatura, algunos estudios han demostrado que el estrés crónico está asociado con el síndrome metabólico en modelos animales y entornos clínicos, pero se sabe poco sobre la relación entre el agotamiento y el síndrome metabólico.Existe evidencia de que el agotamiento tiene un impacto no solo en el estado emocional y la autoestima sino también en el perfil metabólico. (9).

Por todo ello, su prevención podría ser clave.
El riesgo de estrés laboral puede reducirse de diferentes formas, entre las que se figuran:

Prevención primaria: reducción del estrés a través de:
· ergonomía
· definición del puesto de trabajo y diseño ambiental
· perfeccionamiento de la organización y de la gestión

Prevención secundaria: reducción del estrés a través de:
· educación y capacitación de los trabajadores

Prevención terciaria: reducción del estrés a través de:
·desarrollo de sistemas de gestión más sensibles y con mayor capacidad de respuesta, y mejora de la prestación de servicios de salud ocupacional (10).
□

5 Discusión-Conclusión

El desequilibrio generado entre la demanda de atención y el número de profesionales está relacionado además de con la disminución de la calidad de atención recibida y seguridad de los pacientes, con la salud de los propios trabajadores.

Los estudios en los que se basa esta revisión nos permiten reconocer el alcance de este fenómeno y en ellos podemos ver como el Síndrome de Burnout parece depender de múltiples variables. Además, varios estudios están asociando el síndrome metabólico con el estrés crónico laboral. Sería interesante seguir investigando sobre este síndrome y cómo prevenirlo, pues de ello también depende la calidad del servicio ofrecido por los profesionales que recae directamente sobre los pacientes atendidos.

6 Bibliografía

- En t. J. Environ.Prevalencia y predictores de agotamiento en parteras: una revisión sistemática y metaanálisis. Res. Public Health 2020 , 17 (2), 641; https://doi.org/10.3390/ijerph17020641.
- Freudenberger, H. J. (1980). Burnout: The high cost of high achievement. Garden City, New York: Doubleday.
- Médicos y pacientes [Sede web]. Madrid: 2019 [acceso Febrero 2020]72ª Asamblea Ginebra. Disponible en: http://www.medicosypacientes.com/articulo/la-oms-reconoce-como-enfermedad-el-burnout-o-sindrome-de-estar-quemado.
- En t. J. Environ.Prevalencia y factores asociados con el síndrome de burnout entre los profesionales de enfermería de atención primaria de salud: un estudio transversal.Res. Public Health 2020 , 17 (2), 474; https://doi.org/10.3390/ijerph17020474.
- Velando-Soriano,A.;Ortega-Campos,E.;Gómez-Urquiza, J.L.; Ramírez-Baena, L.; De la Fuente, E.I.; Cañadas-De la Fuente, G.A. Impact of social support in preventing burnout syndrome in nurses: A systematic review. pn. J. Nurs. Sci. in press 2019; https://doi.org/10.1111/jjns.12269.
- G.A. Cañadas-de la Fuente, C. San Luis, L.M. Lozano, C. Vargas, I. García, E.I. de la Fuente. Evidencia de validez factorial del Maslach Burnout Inventory y estudio de los niveles de burnout en profesionales sanitarios Rev Lat Am Psicol., 46 (2014), pp. 44-52.
- Maslach, C. & Jackson, S. E. MBI: Maslach Burnout Inventory Manual. Palo Alto,

CA: Consulting Psychologists Press; 1981.
- Maria Jose Merino-Plaza Francisco Javier Carrera-HuesoNuria Arribas-BoscáAmparo Martínez-AsensiEmilia Trull-MaravillaNarjis Fikri-Benbrahim Rev. Saúde Pública 52 03 Mayo 2018 https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000242
- Int J Environment Res Salud Pública .Burnout y síndrome metabólico en enfermeras: un estudio observacional: 2019 junio; 16 (11): 1993; doi:10.3390 / ijerph16111993.
- Leka, S., Griffiths A. & Cox, T. (2004). La organización del trabajo y el estrés: estrategias sistemáticas de solución de problemas para empleadores, personal directivo y representantes sindicales. Serie protección de la salud de los trabajadores. Organización Mundial de la Salud. ISBN 92 4359047 2 - ISSN 1729-3510.

Capítulo 843

EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN PARTOS.

ANDREA LOPEZ RICO

1 Introducción

Son tareas que desarrolla el técnico auxiliar de enfermería junto con otros profesionales sanitarios.

2 Objetivos

Unificar los criterios, desarrollar las tareas de una forma sistemática, la orientación para el personal de nuevo ingreso en el servicio, y mejorar la atención asistencial de la gestante y su acompañante.

3 Metodología

Para la elaboración de este presente capitulo ,se ha llevado a cabo una investigación consistente en revisiones bibliográficas sistemáticas. Se ha realizado una búsqueda sistemática en libros, paginas y consultado varios artículos en las principales bases de datos : Pubmed,Medline..

4 Resultados

Lo primero que tendremos que hacer es la atención al ingreso de la gestante, donde entraría todo el tema de la habitación y todo el material necesario que

tendrá que tener la habitación, incluyendo darle todo el material necesario a la paciente. También estaremos en la atención a la monitorización , en la atención a la dilatación, atención al paritorio y la atención al posparto.

Tenemos también funciones en la preparación para una cesárea, y para la preparación de la gestante para pH intraparto, también prepararemos a la gestante para la colocación del catéter epidural. Y por último repondremos todo el material necesario y el mantenimiento.

5 Discusión-Conclusión

Es fundamental el papel del auxiliar en partos .Por eso el TCAE desempeña un papel importante en el sistema sanitario de salud.

6 Bibliografía

- https://www.clubensayos.com/Ciencia/AUXILIAR-DE-PARTOS
- https://www.elsevier.com/
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed

Capítulo 844

PREVENCIÓN DE LA MUERTE SÚBITA DEL LACTANTE.

MARGARITA TEJÓN DEL CUADRO

1 Introducción

Consejos preventivos para la población en general:
-Evitar la posición en decúbito prono durante el sueño hasta los 6 meses. La más recomendable es decúbito supino. Hay que recordar que se recomienda que el niño esté en decúbito prono durante un tiempo, mientras el niño está despierto y bajo la supervisión de un adulto porque esto beneficia el desarrollo motor del tronco y evita el aplanamiento occipital.
-La madre desde el comienzo de la gestación debe evitar el tabaquismo así como evitar que el niño esté expuesto al humo del tabaco.
-Evitar colchones muy blandos o de lana y cualquier objeto que pueda provocar asfixia durante el sueño.
-Evitar que el calor ambiental sea excesivo, así como el arropamiento. La temperatura de la habitación debe estar rondando los 20ºC.
-La lactancia materna es muy importante así que hay que promoverla.

2 Objetivos

- Conocer las pautas a seguir para poder prevenir el síndrome de muerte súbita del lactante.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: pubmed, medline, y scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Bibliografía

-Grupo de trabajo para el Estudio de la Muerte Súbita Infantil 2013. Editorial: Ediciones Ergon.
-Pérex Gaxiola G. , Guello García CA. El colecho puede incrementar el riesgo de muerte súbita en el lactante. Evid Pediatr. 2011; 8:3.
-Sánchez Ruiz-Gabello. J. Revisar. Perlinfad. Las perlas de Perlinfad [blog en internet]. Lactancia materna y reducción del riesgo de SML 14/Abril.2009] [Acceso agosto 2013].

Capítulo 845

PIEL DE MARIPOSA.

NOEMI SANZ ROCES

CLARA ISABEL COLERO FANJUL

MARIA DEL CARMEN SUAREZ SUAREZ

YOLANDA VIÑA RODRIGUEZ

1 Introducción

Piel de mariposa o epidermolisis bullosa , es una enfermedad poco frecuente crónica e incurable. Se caracteriza por una extrema fragilidad de la piel , en la que aparecen ampollas y heridas a partir del más mínimo roce, se detecta a una edad tremprana, cuando nace el bebé.

En los casos más severos, deben aprender a vivir con largas y dolorosas curas , tras las que gran parte de su cuerpo debe ser vendado. Su principal característica más visible es la extrema fragilidad de aquellas personas que la padecen. La piel es tan frágil como las alas de una mariposa .acciones del día a día como andar y comer pueden ser extremadamente dolorosas .

Según los últimos datos se estima que de 15 a 19 niños están afectados de dicha enfermedad de cada millón de niños nacidos. En españa se estima que existen unos 500 casos. En las personas que sufren dicha enfermedad las proteínas que hacen posible que la piel tenga su elasticidad están ausentes o no funcionan correctamente, dependiendo de la proteína que está ausente les afecta de una manera u

otra. Otras partes de su cuerpo no tan visibles también se encuentran afectadas como las mucosas, tejidos de los ojos, el tubo digestivo, etc .

Las personas con piel de mariposa viven con dolor, no solo por el roce de su piel, si no también a la hora de comer, por ejemplo, los mismo alimentos pueden provocar heridas en la boca o el esófago y posibles complicaciones que les lleva a mantener una dieta específica en alimentos suaves y triturados, así como complementos nutricionales.
Es una enfermedad que no tiene cura, aunque existe un caso documentado de un niño nacido en Siria que fue tratado por un grupo de biólogos especialistas en genética, que tras mantener al niño a tratamiento y tres operaciones distintas, este logró recuperar hasta el 80% de la piel que cubre sus cuerpo.

2 Objetivos

- Saber en qué consiste la patología: Piel de mariposa.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: pubmed, medline, y scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Bibliografía

- Www.enfermeriaendesarrollo.es
- Www.pieldemariposa.es
- Www.efesalud
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 846

ENVEJECIMIENTO ACTIVO

SUSANA DEL VALLE FERNANDEZ

MARIA ÁNGELES SUÁREZ RODRÍGUEZ

JOSEFINA HIDALGO SOBRADILLO

1 Introducción

Envejecimiento activo sustituye a envejecimiento saludable, es el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen. Esto no sólo implica el cuidado de su salud sino también la inserción participativa en la sociedad. El envejecimiento activo tiene tres pilares fundamentales que son: salud, participación y seguridad.

2 Objetivos

- Tratar de que la tercera edad continué siendo partícipe de nuestra sociedad, tanto para su beneficio personal como para el bien de todos en el presente y en el futuro.
- Mantener la autonomía, el bienestar y la salud de nuestros mayores.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica

existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Plumbed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Es necesario el desarrollo de hábitos de vida saludable, a nivel físico, mental y social, así como fomentar la autoestima del mayor y participación social de este. Es necesario que las personas mayores se mantengan activas a todos los niveles. Para lograrlo existen actividades que ayudan a las personas a sentirse integradas y necesarias en la sociedad como son: deporte para la tercera edad, voluntariado, formación tras la jubilación o actividades tales como cuidar un huerto o juego y cuidado de sus nietos.

5 Discusión-Conclusión

En una sociedad cada vez mas anciana, debido a la esperanza de vida cada vez mas avanzada, es importante que nuestros mayores se sientan integrados en la sociedad contribuyendo con los elementos activos de su experiencia y conocimientos adquiridos a lo largo de la vida.

6 Bibliografía

- www. imserso.es
- www.geriatria.es
- www.ateniza.com
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 847

LA RUBÉOLA

ALVARO ESTRADA MARTÍN-CONSUEGRA

1 Introducción

Rubéola fue descrita por primera vez a mediados del siglo. Friedrich Hoffmann hizo la primera descripción clínica de la rubéola en 1740, que fue confirmado por de Bergen en 1752 y Orlow en 1758.
En 1814, George de Maton primero sugirió que se considera una enfermedad distinta de sarampión y escarlatina. Todos estos médicos eran alemanes, y la enfermedad era conocida como Rötheln (el nombre alemán " Röteln"), de ahí el nombre común de "Sarampión alemán". Henry Veale, un cirujano inglés real de artillería, se describe un brote en la India. Acuñó la "rubéola" nombre (del latín, que significa "pequeña roja") en 1866.

Fue reconocido formalmente como una entidad individual en 1881, en el Congreso Internacional de medicina en Londres. En 1914, Alfred Hess Fabian teorizado que la rubéola fue causada por un virus, basado en el trabajo con monos. En 1938, Hiro y Tosaka confirman está pasando la enfermedad a los niños que utilizan filtrado lavados nasales de casos agudos. En 1969 fue autorizada una vacuna de virus vivo atenuado. En la década de 1970, una vacuna triple que contiene sarampión atenuado, paperas y rubéola (MMR) que se introdujo virus. Causada por el virus de la rubeola, un virus de ARN perteneciente al género Rubivirus de la familia Togaviridae.

Periodo de incubación
El período de incubación de la enfermedad es de 14 a 21 días. La mayoría de los pacientes desarrollan el exantema de 14-17 días después de la exposición al virus.

• Período prodrómico. Se suele superponer con el período exantemático de la enfermedad. Su duración es de 24 a 48 horas y es raro que se prolongue. La sintomatología pasa desapercibida. Puede existir fiebre discreta, catarro de vías respiratorias leve que provoca estornudos y conjuntivitis.
El exantema es raro en este período, aunque antes de aparecer, es posible encontrar en la exploración unas pequeñas manchas de aspecto rojizo en el velo del paladar, que a veces pueden tener aspecto petequial.
Son características las adenitis (retroauriculares, cervicales posteriores y suboccipitales).

Clínica signos y síntomas
La rubéola se caracteriza por la aparición de pequeñas erupciones en la piel de un color rosáceo que se inician en la cabeza y progresan hacia las extremidades, haciéndose más numerosas en el tronco. Estas erupciones no provocan picores ni molestias y suelen desaparecer en pocos días. Suelen mostrarse uno o dos días después del contagio.

Junto a las manchas rojizas, los síntomas de la rubéola son bastante similares a los de un síndrome gripal, con malestar general, fiebre poco intensa, enrojecimiento de los ojos, dolor de garganta (faringitis) e inflamación dolorosa de los ganglios, del cuello sobre todo, alrededor de la nuca y en la región posterior de las orejas, también podría provocar anemia hemolítica.

Medidas de prevención:
Desde 1969 existe una vacuna contra la rubéola. Con la administración de la vacuna se introducen virus debilitados en el organismo, de este modo, el propio sistema inmune será capaz de combatirlo sin dar apenas sintomatología. Gracias a que los anticuerpos específicos contra la infección permanecen de por vida en el tejido linfático, el individuo queda inmunizado frente a una nueva infección. Se administra con la triple vírica: paperas, sarampión y rubéola.

2 Objetivos

- Ampliar a la comunidad el conocimiento sobre el virus de la rubeola, su periodo de incubación, síntomas sus medidas de prevención, y dar a conocer su historia.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: pubmed, medline, y scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Bibliografía

- https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/rubella/symptoms-causes/syc-20377310
- https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001574.htm
- https://kidshealth.org/es/parents/german-measles-esp.html
- https://www.webconsultas.com/salud-al-dia/rubeola/tratamiento-y-pronostico-de-la-rubeola-5189

Capítulo 848

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA. CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES EN EL MANEJO DEL ESTOMA.

CLARA ARCE ARROJO

1 Introducción

El término estoma, se refiere a una abertura realizada mediante una intervención quirúrgica, mediante la cual, una cavidad corporal aboca al exterior. Estoma del griego estoma, significa boca.

Zona periestomal, es la porción de piel de entre 8 y 10 centímetros que rodea el estoma.

La colocación del estoma y su tamaño, dependerá de la causa que ocasiona la realización del mismo. Algunos estomas son reversibles y otros permanentes, atendiendo también al agente causal de estos.

Según las características del estoma, atendiendo a la parte del tracto intestinal del que proceden, se llevarán a cabo diversos cuidados de enfermería. Principales causas que nos pueden llevar a portar estoma intestinal alto (yeyunostomía):
- Estoma nutricional
- Fístula duodenal
- Etapa previa a otras intervenciones del tubo digestivo.

Principales causas que nos pueden llevar a portar una enterostomía baja (ileostomía):
- Colitis ulcerosa.

- Enfermedad de Crohn.
- Poliposis familiar.
- Necrosis intestinal.
.- Cáncer de colon.

Principales causas que nos pueden llevar a portar una colostomía:

- Neo de recto y sigma.
- Necrosis intestinal.
- Colitis ulcerosa.
- Diverticulitis.
- Enfermedad de Crohn.

El manejo de una ostomía no siempre resulta sencillo para el paciente o cuidador. La mayor parte de los procesos irritativos de la zona periestomal, son debidos a un mal manejo de la situación. Uso de dispositivos inadecuados, una higiene deficitaria de la zona periestomal y una dieta inadecuada, suelen ser los desencadenantes.

El enfermero debe anticiparse a que esto ocurra, contribuyendo así a prevenir estas complicaciones. Aunque éstas no revisten gravedad, limitan mucho la calidad de vida del paciente.

Los dispositivos relacionados con el estoma que hay en el mercado son muy variados, adecuándose a las necesidades de cada individuo. El profesional de enfermería deberá tener conocimiento acerca de cual es el más indicado en cada situación, a fin de indicar al paciente qué dispositivo es el más adecuado en su caso.

- Dispositivos de una sola pieza: consta de una placa adhesiva y una bolsa colectora con un aro invisible en una sola pieza. Se adhiere a la piel periestomal directamente. Está indicado en pacientes que realicen pocos cambios de bolsa al día, pues en caso contrario se produciría irritación del estoma, por un continuo pegar y despegar la placa del dispositivo. Un ejemplo es la colostomia sigmoidea.
- Dispositivos de dos piezas: consta de una placa adhesiva y una bolsa colectora que se une a la misma mediante un anillo a presión. Está indicado en pacientes con heces líquidas y continúas, ya que en cada cambio solo es preciso retirar la bolsa. De esta forma disminuye el riesgo de procesos irritativos del estoma ya que la placa no se manipula, pudiendo permanecer adherida a la piel durante varios días. Está indicado en ileostomía, colostomia ascendente y transversa.
- Dispositivo abierto: puede ser de una o dos piezas. Es más largo de lo normal y en su extremo distal posee una apertura que se cierra a través de una pinza.

Permite realizar descargas frecuentes de la bolsa sin despegar la placa. Indicado en pacientes con descarga líquida y constante, diarrea.

Para que un dispositivo resulte adecuado debe de reunir los siguientes requisitos:
- Debe ser fácil de utilizar.
- La abertura para la adhesión debe corresponder al tamaño de la bolsa.
- Debe de tener capacidad suficiente para recoger el contenido de heces que pueda surgir ante posibles eventualidades. Diarreas.
- No debe de producir irritación cutánea.
- El adhesivo de la placa debe de ser óptimo, impidiendo que se despegue la placa y que se filtre pegamento a través del estoma, produciendo efectos nocivos.
- Debe de permitir la mayor libertad de movimientos.

Informaremos que existen diversos productos que ayudan a facilitar la vida diaria con el estoma:
- Filtros contra el olor. Son una especie de botones de carbón activado u otra composición. Se acoplan en el interior de la bolsa y disminuyen el olor provocado por la expulsión involuntaria de gases a través del estoma.
- Spray de barrera cutánea. Protegen la piel periestomal, previene la irritación y maceración de ésta en caso de que estuviera en contacto con heces líquidas debido a una fuga.
-Polvos de ostomía. Para pacientes con la piel periestomal ligeramente irritada, contribuyen a mantener seca la zona y disminuyen la irritación.
- Arco de sujeción elástico. Se adhieren a la placa base y la refuerzan, ayudando a que los bordes de ésta no se levanten, previniendo así la aparición de fugas .

El enfermero, dará una serie de pautas que ayudarán a limitar al máximo las complicaciones relacionadas con una higiene del estoma. Debe proporcionar el material preciso para realizar un cambio de bolsa: gasas, suero fisiológico, dispositivo limpio, medidor de estomas, tijeras, espejo de mano, bolsa de basura y los productos que utilice para proteger la piel periestomal o adherir la bolsa.

El aseo de la zona, deberá realizarse cada vez que realice un cambio de bolsa. No es necesario utilizar jabón cada vez que se realiza el mismo, basta con lavar la zona con agua templada.
Es necesario que se le instruya sobre la inspección diaria del aspecto del estoma, qué color tiene, si es más grande, más pequeño, si no sobresale por encima de la piel, si está pálido, negruzco, a fin de identificar precozmente signos de compli-

caciones como el prolapso, retracción, oclusión, isquemia o necrosis del estoma.

Para proceder a realizar el aseo, el paciente, deberá saber que lo primero es lavarse las manos. Se colocará de pie frente a un espejo para poder tener una visión adecuada de la zona. A continuación procederá a retirar la bolsa, sujetará con una mano la piel abdominal próxima a la bolsa, y con la otra mano tirará desde una esquina superior de la bolsa despegándola suavemente, previniendo salpicaduras. Una vez retirada ésta, la meterá en una bolsa de basura destinada a tal fin y la cerrará. Procederá a lavar la zona periestomal con agua templada, utilizando para ello gasas, algodón y guante de algodón. Se realizará sin friccionar la zona mediante movimientos circulares del estoma hacia afuera.

Secará la zona con gasas, dando toquecitos, sin fricción o utilizando un chorro de aire fresco del secador. En ese momento que el estoma está limpio, valorará su aspecto: qué color tiene, si está más grande, más pequeño o si va desapareciendo de la superficie de la piel. Deberá de tener un medidor de estoma para llevar a cabo un registro diario de la medida del mismo. A continuación, procederá a aplicar los productos que precise, crema de protección, spray adhesivo y la bolsa limpia. Centrará el dispositivo en el estoma y lo pegará de abajo hacia arriba. Si el dispositivo es de dos piezas, pegará la placa y luego acoplará la bolsa haciendo ligera presión en el aro.

El paciente sabrá qué dispositivo utilizar en función de las necesidades que se presenten en cada momento: diarrea, dermatitis o heces líquidas. Debe de tener un medidor de diámetro así como un espejito de mano, para adecuar y colocar bien el orificio del dispositivo.
El paciente tendrá que llevar una dieta variada, principalmente mediterránea. El profesional de enfermería tendrá en cuenta que el consumo de determinados alimentos provocarán diarrea así como heces de composición más ácida, que ocasionan irritación de la zona periestomal.

Uno de los mayores temores del paciente es desprender olor debido a la emisión involuntaria de gases que salen por el estoma. Referente a esto, hay alimentos desaconsejados ya que producen flatulencia y mal olor de los gases. El paciente identificará los alimentos aconsejados y desaconsejados en su dieta, con la finalidad de prevenir flatulencia, malos olores, explosión de la bolsa de colostomía y/o diarreas. Deberá de cocinar todos los alimentos de la forma más sana posible. Para ello utilizará técnicas de cocción al vapor, hervido o a la plancha, evitando los guisos y las comidas excesivamente condimentadas.

Evitará consumir ciertos alimentos como:
- Ajo, cebolla, guisantes, col, nueces y los cacahuetes. Estos hacen que se desprenden malos olores a través del estoma, debido a la producción indeseada de gases. También legumbres secas como habas, lentejas, garbanzos. Producen flatulenciaademás las frutas crudas, excepto la manzana rallada y el plátano maduro.
- Carnes grasas, lácteos grasos, quesos curados, huevos fritos.
- Pastelería en general y principalmente los productos que contengan nata o crema y chocolate.
- Pimentón, vinagreta, mostaza y picantes.
- Verduras como la berenjena, colesde Bruselas, coliflor y pimientos.
- Bebidas fermentadas como el vino, la cerveza y los refrescos con gas.

Identificará los alimentos aconsejados:
- Carnes magras, lácteos semidesnatados, pescados blancos, cereales como el arroz y la pasta de trigo, pan blanco, bizcocho o dulce de membrillo.
- Frutas como la manzana, pera, plátano y fresa, preferiblemente en compota o asadas, si no es posible sabrá que las debe de tomar sin pepitas y sin piel.
- Agua y zumos de frutas, fuera de las comidas y en varias tomas.

2 Objetivos

- Conocer los diferentes tipos de dispositivos y materiales según el estoma.
- Distinguir los alimentos más adecuados y los desaconsejados.
- Saber realizar correctamente el aseo del estoma.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Scielo y Medline, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Bibliografía

- Mac.Graw-Hill.interamericana
- Coloplast productos farmacéuticos

- Aecc

Capítulo 849

EL VIRUS DE LA RUBEOLA.

BEATRIZ ALVAREZ BRAVO

1 Introducción

La rubeola es una infección contagiosa producida por un virus, que presenta una erupción de la piel. Su contagio puede producirse mediante el contacto o a través del aire 1 o 2 semanas antes de la aparición de la erupción.
Existe una vacuna contra la rubeola que fue creada en 1969, en España actualmente se administra junto con el sarampión y las paperas en la vacuna llamada triple vírica.

2 Objetivos

- Detectar la sintomatología de la rubeola para evitar su contagio entre otros niños o adultos.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda sistemática por las diferentes Bases de Datos consultadas como Elsevier, PubMed, Cochrane, Dialnet, Biomed usando el descriptor ”rubeola”. También se usaron libros y páginas de internet.

4 Resultados

Los Síntomas aparecen entre los 14 a 21 días de su contagio y suelen mantenerse entre 3 o 4 días. El primer síntoma es una erupción de color rosado de la piel

alrededor primeramente de la cabeza, después extremidades y finalmente por el tronco.

Otros síntomas:
-Malestar general
-Faringitis
-Hinchazón de los ojos
-Inflamación de los ganglios.

Su diagnóstico se realiza mediante un exudado faríngeo o nasal que posteriormente será cultivado. Actualmente no existe ningún tratamiento para esta infección, se le puede recetar a la paciente fármacos que reduzcan la temperatura.

5 Discusión-Conclusión

Es muy importante la vacunación de los niños en la edad temprana y darle una segunda dosis de recuerdo entre los 4 a 6 años coincidiendo en la edad escolar. Se tiene que tener especial precaución con las mujeres en edad fértil, la rubeola puede pasar de la madre al feto mediante la placenta produciéndose complicaciones graves.

6 Bibliografía

- https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001574.htm
- https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/infecciosas/rubeola.html
- https://kidshealth.org/es/parents/german-measles-esp.html
- https://www.cdc.gov/spanish/especialescdc/rubeola/index.html
- https://www.msdmanuals.com/es/professional/pediatr%C3%ADa/infecciones-virales-diversas-en-lactantes-y-ni%C3%B1os/rub%C3%A9ola
- https://enfamilia.aeped.es/prevencion/vacuna-rubeola

Capítulo 850

LA ANOREXIA.

YOLANDA VIÑA RODRIGUEZ

NOEMI SANZ ROCES

CLARA ISABEL COLERO FANJUL

MARIA DEL CARMEN SUAREZ SUAREZ

1 Introducción

La anorexia es un trastorno de la conducta alimentaria, que lleva a una pérdida de peso provocada por el propio enfermo y lo lleva a un estado de inanición.
El 70% de las adolescentes no se sienten a gusto con su cuerpo; 6 de cada 50 creen que serían más felices si están más delgadas y alrededor del 30% revelan conductas patológicas. Junto con la bulimia son las enfermedades crónicas más comunes entre nuestras adolescentes.
Es la enfermedad mental con mayor mortalidad, como consecuencia de complicaciones físicas o por suicidio.
La edad de inicio suele rondar de los 12 años en adelante. Un 95% de los casos, son mujeres, aunque se ha producido un aumento en hombres y en niños.
La moda, la belleza y el culto al cuerpo son las principales causas de la enfermedad.

2 Objetivos

Objetivo principal:

Sensibilizar a la sociedad y detectar la enfermedad de forma precoz para así ponerse en contacto con profesionales adecuados.

Objetivos secundarios:
Bajo el punto de vista médico,
- Desarrollar la autoestima.
- Gestionar las emociones.
- Crear una escala de valores fuera de los estereotipos.
- Transmitir la importancia de unos hábitos alimentarios saludables.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se llevará a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se realizará una búsqueda sistemática de libros y también de artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 851

GLAUCOMA

LOURDES GARCÍA GARCÍA

1 Introducción

El glaucoma es una enfermedad del ojo que le roba la visión de manera gradual. Por lo general no presenta síntomas y puede resultar en la pérdida de la visión de manera repentina. Todavía no conocemos totalmente las causas de esta enfermedad, pero hay una serie de factores de riesgo que debemos tener en cuenta:
• Antecedentes familiares de glaucoma.
• Edad.
• Tener córnea delgada.
• Tener una anatomía anormal del nervio óptico con aumento de la excavación papilar.
• Tener alta miopía.
• Diabetes.
• Presión sanguínea elevada.
• Traumatismo ocular.

2 Objetivos

Generalmente el glaucoma es asintomático hasta sus estadios más avanzados en los que la pérdida de campo visual periférica es evidente. En el caso del glaucoma de ángulo cerrado se puede dar síntomas como los que se mencionan a continuación:
• Hiperemia conjuntival
• Visión borrosa

• Disminución de la visión
• Dolor
• Fotofobia

Otros signos que se observan son la disminución de la profundidad de la cámara anterior (espacio que existe entre la córnea e iris), pupila con dilatación media y poco reactiva a estímulos luminosos y edema corneal.

El diagnóstico precoz del glaucoma posibilita que se evite una alteración visual importante. Las personas que padecen glaucoma necesitan revisarse periódicamente a lo largo de su vida ya que el glaucoma puede empeorar sin que el paciente lo note.

- Tonometría

Con esta prueba se mide la presión intraocular del ojo mediante una ráfaga cálida de aire. El intervalo de presión normal es de 12 a 22mm HG (hace referencia a milímetros de mercurio). Cuando se superan los 20mmHG en la mayoría de casos se diagnostica a un paciente con glaucoma.

- - Paquimetría

Se trata de una prueba diagnóstica que mide el espesor de la córnea del ojo. Se coloca una sonda llamada paquímetro en la parte frontal del ojo (la córnea) para medir su espesor.

La paquimetría puede ayudar a su diagnóstico ya que existe la posibilidad de que el espesor de la córnea influya en las lecturas de presión ocular. Esta prueba dura un minuto para ambos ojos.

- Oftalmoscopia

Este procedimiento de diagnóstico ayuda al médico a examinar su nervio óptico para detectar daños a causa del glaucoma. Se utilizan gotas oftálmicas para dilatar la pupila de modo que el especialista pueda observar a través del ojo y examinar la forma y el color del nervio óptico, el encargado de trasmitir la información visual desde la retina hasta el cerebro.

Posteriormente el oftalmólogo utilizará un instrumento con luz para iluminar y ampliar el nervio óptico. Si la presión intraocular no se encuentra dentro del intervalo normal o tiene un aspecto inusual, se pueden realizar otras dos pruebas más complementarias: perimetría y gonioscopia.

- Perimetría

La perimetría es una prueba del campo visual que genera un mapa de la totalidad de su campo visual. Con ella el oftalmólogo identificará si el glaucoma ha afectado a su vista.

- Gonioscopia

Con esta prueba se determina si el ángulo donde el iris se encuentra con la córnea

es abierto y amplio o estrecho y cerrado. Se coloca en el ojo una lente de contacto portátil. Esta lente de contacto tiene un espejo que le indica al especialista si el ángulo entre el iris y la córnea está cerrado y bloqueado es o amplio y abierto.

3 Metodología

El daño provocado por el glaucoma no se puede revertir. Pero el tratamiento y los controles regulares pueden ayudar a disminuir o prevenir la pérdida de la vista, en especial, si se trata la enfermedad en las primeras etapas.
El tratamiento del glaucoma consiste en reducir la presión del ojo (presión intraocular). Según la situación, tus opciones pueden incluir gotas oftálmicas recetadas, medicamentos orales, tratamiento con láser o cirugía, o una combinación de cualquiera de estas opciones.
Gotas para los ojos
El tratamiento para el glaucoma a menudo comienza con gotas oftálmicas recetadas. Estas pueden ayudar a disminuir la presión ocular, ya que mejoran el drenaje de líquido en el ojo o reducen la cantidad de líquido que produce el ojo. Quizás se receten más de una de las gotas oftálmicas que se mencionan debajo de acuerdo a la necesidad de disminuir la presión ocular.
Las gotas oftálmicas recetadas comprenden las siguientes:
- Prostaglandinas. Aumentan el drenaje de líquido en el ojo (humor acuoso), y así reducen la presión ocular.
- Betabloqueadores. Disminuyen la producción de líquido en el ojo y, de esta manera, reducen la presión dentro del ojo (presión intraocular).
- Agonistas alfa-adrenérgicos. Disminuyen la producción de humor acuoso y aumentan el drenaje de líquido en el ojo.
- Inhibidores de la anhidrasa carbónica. Disminuyen la producción de líquido en el ojo.
- Inhibidor de rho-quinasa. Disminuye la presión ocular mediante la inhibición de las enzimas rho-quinasa responsables del aumento de líquido.
- Agentes mióticos o colinérgicos. Aumentan el drenaje de líquido en el ojo.

Si se han recetado varias gotas para los ojos o se necesita utilizar lágrimas artificiales, se administrarán de forma espaciada, esperando al menos cinco minutos entre cada tipo de gota.
Medicamentos orales
Si las gotas oculares por sí solas no disminuyen la presión ocular al nivel deseado, el médico puede indicar también un medicamento oral, por lo general, un inhibidor de la anhidrasa carbónica.

Cirugía y otros tratamientos.
Otras opciones son tratamiento con láser y varios procedimientos quirúrgicos. Las siguientes técnicas están pensadas para mejorar el drenaje de líquido dentro del ojo y, como consecuencia, la disminución de la presión:
- Tratamiento con láser. La trabeculoplastia con láser es una opción si tienes un glaucoma de ángulo abierto. Se realiza en el consultorio del médico. El médico utiliza un pequeño rayo láser para abrir los canales obstruidos en la estructura de la malla trabecular. Podrían pasar algunas semanas antes de que el efecto total de este procedimiento se pueda notar.
- Cirugía filtrante. Con un procedimiento quirúrgico denominado trabeculectomía, el cirujano crea una apertura en la parte blanca del ojo (esclerótica) y extirpa parte de la malla trabecular.
- Tubos de drenaje. En este procedimiento, el cirujano ocular inserta un pequeño dispositivo para drenaje oftálmico para drenar el exceso de líquido y disminuir la presión ocular.
- Cirugía de glaucoma mínimamente invasiva. El médico puede sugerir que se realice una cirugía de glaucoma mínimamente invasiva para disminuir la presión ocular. Generalmente, estos procedimientos requieren menos cuidados postoperatorios inmediatos y presentan menos riesgos que la trabeculoplastia o la instalación de un dispositivo de drenaje. Con frecuencia se combinan con la cirugía de cataratas. Existen varias técnicas de cirugía de glaucoma mínimamente invasiva, y el médico hablará con el paciente sobre qué procedimiento puede ser el adecuado para él.
Después del procedimiento, se necesitará ver a su médico para realizar pruebas de seguimiento. Con el tiempo podría tener que someterse a procedimientos adicionales si la presión ocular aumenta o si ocurren otros cambios en el ojo.

4 Bibliografía

- https://www.glaucoma.org
- https://www.oftalvist.es
- https://www.fisterra.com

Capítulo 852

PREVENCIÓN EN TRASTORNOS DE SALUD MENTAL .

BEGOÑA GARCIA VELARDE

MARÍA JOSÉ BELDA MARTÍNEZ

EVA DONCEL PEDRAYES

1 Introducción

Según la opinión de la OMS, la Salud Mental es el resultado de la presencia de aspectos psicológicos, afectivos y sociales sobre la salud, necesarios para lograr un completo bienestar. Abarca la prevención, la autonomía, la competencia y la autorrealización de las capacidades intelectuales y emocionales.

2 Objetivos

- Saber cómo intervienen los servicios de Salud Mental.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: pubmed, medline, y scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Los servicios de Salud Mental, impulsados por la Ley General de Sanidad de 1986 trabajan desde la Atención Primaria evitando la enfermedad mental; A tención Secundaria, haciendo diagnóstico para frenar su evolución; y desde Atención Terciaria para conseguir la integración del enfermo psíquico en la sociedad.

Según la OMS existen unos 400 trastornos mentales y del comportamiento y el CIE-10 los clasifica en varias categorias siendo los trastornos de ansiedad y del humor los más frecuentes.

Los Trastornos Mentales pueden ser:
- Orgánicos y sintomáticos (Demencia y delirio)
- Por consumo de sustancias (síndrome de dependencia y abstinencia)
- Psicóticos e ideas delirantes (esquizofrenia, psicosis)
- Del humor o afectivos (trastorno bipolar)
- Neurótico (fobias, ansiedad)
- Trastorno de la conducta(alimentarios)de personalidad y comportamiento tanto en la infancia como en la adolescencia y en edad adulta y retraso mental.

La enfermedad mental también está reflejada en la legislación estatal (art.43 CE .art.20 LGS 14/1986, RD.1030/2006 SNS) y autonómica(art.LO7/1981;art.6 ley171982 SESPA…)

5 Discusión-Conclusión

Los trastornos mentales precisan un abordaje integrador, facilitar que el paciente pueda acceder a los servicios sin obstáculos siempre que lo necesite, asegurar la protección de los Derechos Humanos, reducir los factores de riesgo y promover estilos de vida saludables.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 853

LA DIABETES Y SU COMPLICACIONES.

SANDRA GONZALEZ RODRIGUEZ

ALMUDENA SANTIAGO FERNANDEZ

1 Introducción

Se trata de una enfermedad crónica, en la cual el cuarto no puede regular la cantidad de azúcar en la sangre.
La insulina es la hormona producida por el páncreas, la diabetes puede ser causada por una poca producción de dicha hormona, que haya una resistencia a la insulina o ambas. La glucosa entra en el torrente sanguíneo y es transportado hasta las células donde se utiliza o almacena como fuente de energía.

Las personas con diabetes presentan altos niveles de azúcar en sangre debido a que el cuerpo no puede movilizar el azúcar hasta el músculo y celulas de grasa para quemarla o almacenarla.
Hay 2 tipos de diabetes:
- Tipos 1 : se presenta en niños, adolescentes o adultos jóvenes en este tipos el cuerpo produce poca insulina o ninguna.
-Tipos 2: se presenta en edad adulta, el cuerpo no utiliza la insulina como debería.

Hay otras causas de diabetes , esas personas no estarian en ninguno de estos tipos, como es la diabetes gestacional es un alto nivel de azúcar en sangre durante el embarazo sin ser una persona diabética. Un alto nivel de azúcar en sangre provoca visión borrosa, sed, fatiga, orina frequente, hambre, pérdida de peso.

En la diabetes tipo 1 los síntomas se presentan a corto plazo, en cambio la diabetes tipo 2 al desarrollarse lentamente puede no presentar síntomas. Los problemas que puede provocar la diabetes a largo plazo son problemas oculares, úlceras, problemas renales, aumenta la probabilidad de sufrir un ataque cardiaco y debilita el sistema inmunitario.

Un análisis de orina puede mostrar los altos niveles de azácar en sangre. Para confirmar el diagnóstico se deben realizar exámenes de sangre.
- glucemia en ayunas si es igual o mayor a 126 mg/dl es una persona diabética
- examen de hemoglobina deben ser menos a 5,7 % , entre 5,7% y 6,4% es prediabetes y mas de 6,5% es diabetes.
-prueba de tolerance a la glucosa oral, igual o superior a 200mg/dl 2 horas después de haber tomado una bebida azucarada.

La diabetes tipo 2 se puede controlar con cambios en el estilo de vida, bajando de peso, una buena alimentacion.
La diabetes tipo 1 no tiene cura excepto con un transplante de pancreas, a pesar de un buen estilo de vida es necesario la administracion de insulina.

2 Objetivos

- Tener conocimiento sobre como controlar la diabetes, como vivir con ella, llevar una vida saludable, como te puede afectar en tu vida diaria, ofrecer información a gente que convive con personas dibéticas es tan importante como la información que tiene la persona afectada, ante una situación en la que una persona diabética pueda sufrir cualquier problema los familiares o personas que esten en ese momento con ella deben tener unos conocimientos que le permitan ayudarle.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: pubmed, medline, y scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Bibliografía

- www.mayoclinic.org
- www.niddk.nih.gov
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 854

ACTUACIÓN DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN.

ANDREA LOPEZ RICO

1 Introducción

Las UPP están claramente relacionadas con el inmovilismo, de modo que una persona mayor inmovilizada aparece como un paciente de alto riesgo en desarrollarlas. Existen otros factores de riesgo de upp tales como la incontinencia, la diabetes, la pérdida de peso e infecciones. Los graves problemas que pueden generar estas úlceras tales como infecciones, dolor, retraso en la recuperación de enfermedades y aumento de la morbilidad.

2 Objetivos

- Prevenir la aparición de las UPP en personas de riesgo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: pubmed, medline, y scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Las medidas a tomar serán:
• Actuación sobre factores de riesgo .
• Detención precoz de las lesiones de la piel. Cuando se detecta algo comunícaselo a la DUE
• Limitación de la sedestación y estimulación de la actividad.
• Cambios posturales a la persona que por su inmovilidad lo necesite.
• Protección con almohadillas de los puntos de apoyo.

Los lugares en donde apararecen con mayor frecuencia las ulceras upp son estas de la más frecuente a la menos: sacro, talones, tuberosidad isquiática y por último la cadera.

Hay diferentes estadios upp que de esta forma:
- Estadio I: Es el enrojecimiento cutáneo o eritema que no cambia su coloración en la piel si se deja de ejercer presión durante 30 segundos. Afecta a la epidermis y suele ser indolora
- Estadio II: Es la pérdida parcial del grosor d la piel afectando a la epidermis y a la dermis. Pueden existir flictenas o ampollas en la epidermis y en la parte superior de la dermis, piel agrietada y abrasión.
- Estadio III: Es en la cual supone la pérdida del grosor de la piel implicando daño o necrosis del tejido subcutáneo que puede extenderse hacia dentro. Afecta a la hipodermis y es una lesión con aspecto de cráter muy dolorosa.
- EstadioIV: Es la pérdida del grosor completo de la piel con destrucción extensa, aparece tejido necrótico que daña el musculo, hueso o estructuras de sostén.

Las upp son ulceras por presión, son lesiones o trastornos de la integridad de la piel que se manifiesta como zonas localizadas de necrosis isquémica, en tejidos que cubren prominencias óseas en zonas de apoyo prolongado. Se deben principalmente a la falta de oxígeno y de nutrientes esenciales en un área de la piel, como consecuencia de un insuficiente suministro de sangre a los tejidos y de una presión prolongada. Una vez que se rompe la piel se forma una ulcera que puede ser dolorosa, y que cicatriza con lentitud.

A esa circunstancia favorece la invasión de microorganismos, cuando se infecta la ulcera, el trastorno puede afectar al musculo y al hueso. La variante más común de úlceras por presión son las ulceras por decúbito debido a la postura del cuerpo

en estado de reposo sobre un plano horizontal. Para prever cuales son las personas con más riesgo a sufrir ulceras por presión se han publicado diferentes escalas de evaluación,NORTON, BRADEN, WATERLOW.
La más conocida es norton y según ella una persona se considera en riesgo si suma menos de 14 puntos.

5 Discusión-Conclusión

Higiene de la piel: mantener la piel limpia y seca en todo momento. Lavar la piel con agua tibia, aclarando y secando meticulosamente sin friccionar utilizando jabones con pH neutro sobre ellas o pequeñas heridas, rozaduras, ampollas, especialmente en las prominencias óseas (sacro, talones, caderas, codos etc.).

Aplicar cremas hidratantes hasta su completa absorción (excepto donde haya heridas). Aprovechar el momento del aseo para examinar el estado de la piel en busca de zonas enrojecidas después un rato sin estar apoyado. Identificar si la piel tiene sequedad, eritema, excoriaciones, fragilidad, temperatura, etc. Es importante el mantenimiento del nivel de actividad y de ambulación, así como un abanico de posibles movimientos.

La auxiliar de enfermería será el profesional sanitario de proporcionar cuidados auxiliares al paciente por indicación del personal sanitario titulado (DUE). La (DUE) se encargara de eliminar el tejido necrótico de la ulcera por el método desbridamiento, si se sospecha infección, mandar realizar un cultivo y por prescripción médica administrar un antibiótico y cambio de apósito con frecuencia. En ocasiones las pomadas antibióticas, acaban generando resistencia en tratamientos largos, la herramienta más eficaces son el apósito de plata y desbridamiento.

Es importante informar al cuidador de cómo evitar o prevenir los errores más frecuentes en personas mayores con deterioro importante. Cualquier síntoma que se note a la persona mayor en la zona afectada: cambio de olor, fiebre, enrojecimiento, el exudado sobrepasa el borde del apósito se le informara al equipo sanitario.

6 Bibliografía

- Aranton Arecosa l, Bermejo Martínez M, Manzanero López E, Salvador Moran MJ, Segovia Gómez E, Ulceras por presión Prevención y tratamiento. Madrid: Mayo 2010
- Técnicas básicas de enfermería McGraw-Hill.

Capítulo 855

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA: MÉTODOS DE ESTERILIZACIÓN DEL MATERIAL.

ALEJANDRA DELGADO NIETO

MANUEL CRESPO ALONSO

1 Introducción

Se conoce como esterilización al proceso por el cual se obtiene un productoque esté libre de microorganismos viables. El proceso de esterilización debe ser diseñado, validado y llevado a cabo para asegurar que es capaz de eliminar la carga microbiana del producto o un microorganismo más resistente.

2 Objetivos

- Conocer los diferentes métodos de esterilización del material como TCAE para poder aplicarlo a nuestra función diaria en una central de esterilización.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han

consultado artículos en las principales bases de datos: pubmed, medline, y scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Los métodos de esterilización se pueden clasificar en:
A. Físicos

- Térmicos

• Aire caliente: Con calor seco. La estufa elimina los microorganismos por coagulación de las proteínas, su efectividad depende de la difusión, cantidad y nivel de calor, se usa fácilmente en líquidos no acuosos como aceites, siliconas, vaselinas.
• Con calor húmedo: con vapor. El autoclave.

- Radiaciones no ionizantes
- físicos como microondas.
- Radiaciones ionizantes
- rayos beta, rayos gamma, se utiliza industrialmente y para un solo uso.

B. Químicos
Peróxido de hidrógeno (plasma), ozono gaseoso, óxido de etileno gaseoso (material termosensible), formaldehído gaseoso, solución de ácido paracético, solución activada de glutaraldehído líquido.

5 Discusión-Conclusión

Hemos conocido cuales son los métodos físicos y químicos con los que podemos esterilizar el material para que esté libre de todo tipo de microorganismos. Sabiendo identificar que un autoclave es un proceso de esterilización físico que utiliza vapor húmedo y una estufa es igualmente un método físico que usa vapor seco.

6 Bibliografía

(1) Esterilización, generalidades- web microinmuno- disponible en http://www.microinmuno.qb.fcen.uba.ar/Seminarioesterilizacion.htm

(2) El trabajo del auxiliar de Enfermería en el servicio de esterilización hospitalaria- 13/01/2020- Teresa Díaz Janeiro- disponible en: https://revistamedica.com/auxiliar-de-enfermeria-servicio-esterilizacion/

Capítulo 856

CAMBIOS FÍSICOS Y EMOCIONALES EN LA PUBERTAD Y ADOLESCENCIA.

Mª ISOLINA ALONSO GARCÍA

SONIA MESA GONZÁLEZ

NURIA BARRERA ARIAS

1 Introducción

La OMS define la adolescencia como "el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años".

La adolescencia es por tanto la etapa de transición entre la infancia y la edad adulta. Se inicia con los primeros signos de la pubertad y finaliza cuando se completa el crecimiento, alrededor de los 20 años. Trae consigo importantes cambios no sólo a nivel físico sino también mental y emocional para el niño/a que se encuentra ante el doble desafío que suponen por un lado los grandes cambios que empiezan a producirse en su cuerpo y por otro el comienzo de la búsqueda y consolidación de su identidad adulta, experimentando importantes transformaciones en su forma de pensar, de sentir y de relacionarse con los demás.

2 Objetivos

- Describir los cambios a nivel físico y fisiológico que se producen durante la pubertad.

- Destacar el papel de las hormonas en el crecimiento y desarrollo de los caracteres sexuales.
- Describir los cambios psicosociales en el adolescente.

3 Metodología

Se realiza una revisión sistemática de artículos científicos y bibliográficos del tema a desarrollar consultando bibliotecas electrónicas y bases de datos (SciELO, Medline) y buscadores como Google o Google Académico.

Se incluyeron en el estudio todos los artículos que cumplieron los siguientes requisitos: lengua española o inglesa que reflejasen conocimientos acerca de la adolescencia y la pubertad y sus características a nivel físico y mental.

Se obtuvo información de la página de la OMS.

4 Resultados

Durante la infancia las diferencias físicas entre niños y niñas no son apreciables salvo por los genitales externos, pero cuando comienza la pubertad, desde el hipotálamo se libera la hormona GnRH (hormona liberadora de gonadotropina) que llega a la hipófisis y es la responsable a su vez de la liberación de otras dos hormonas: la hormona luteinizante (LH) y la folículoestimulante (FSH). Éstas actúan en diferentes órganos estimulando la producción de hormonas sexuales y preparando al organismo para la madurez reproductiva. Las principales hormonas sexuales son los estrógenos, la testosterona y la progesterona que están presentes en los dos sexos aunque en distintas concentraciones.

La edad de inicio de la pubertad es variable y está condicionada por factores genéticos principalmente pero también étnicos, nutricionales y ambientales. En general comienza alrededor de los 10 años en las niñas y de los 12 años en el caso de los varones.

En las niñas, generalmente entre los 10 y los 12 años de edad, las hormonas liberadas por la hipófisis (LH y FSH) se desplazan por el torrente sanguíneo hacia los ovarios estimulando la secreción de la hormona estradiol, un estrógeno responsable del desarrollo y maduración de los caracteres sexuales, la redistribución del tejido graso y el aumento de estatura y peso en la pubertad. En respuesta al aumento de estrógenos, los cambios corporales que experimentan las niñas son:

• Aumento del tamaño del botón mamario.
• Cambios en la pelvis y ensanchamiento de las caderas.
• Aumento y redistribución de la grasa corporal especialmente en las mamas, caderas, brazos y muslos.
• Cambios en la vagina, ovarios y útero que aumentan de tamaño y composición para favorecer en el futuro la fecundación y el embarazo.
• Aparición de la primera regla (menarquía) y periodos menstruales irregulares en los primeros años de la pubertad.

La otra hormona sexual femenina es la progesterona, también producida por los ovarios y cuya función es "preparar" el endometrio, que es la mucosa que recubre el útero, para facilitar la implantación del embrión en el caso de producirse un embarazo.

En los niños la presencia en sangre de hormonas LH y FSH hace que los testículos aumenten de tamaño y empiecen a producir testosterona que es la principal hormona sexual masculina. En los varones, este proceso se inicia generalmente más tarde que en las mujeres, entre los 12 y los 14 años aproximadamente. Los cambios físicos y fisiológicos relacionados con el aumento de los niveles de testosterona en los niños son:
• Aumento del tamaño de los testículos y del pene.
• Ensanchamiento de los hombros e incremento de la masa muscular.
• La voz empieza a volverse más grave debido al crecimiento de la laringe y al engrosamiento de las cuerdas vocales. Aparece en el cuello el abultamiento correspondiente a la nuez de Adán.
• Aparición de la primera polución nocturna también llamada emisión nocturna o sueño húmedo que consiste en una expulsión de semen asociada a sueños eróticos. Desde este momento, el varón está preparado para fecundar un óvulo.

En ambos sexos se produce además:
• Aumento de peso y estatura.
• Aparición y crecimiento de vello púbico y axilar y crecimiento de vello corporal.
• Cambios en la piel que se vuelve más grasa y aparición de acné por aumento de la actividad de las glándulas sebáceas.
• Olor corporal fuerte debido a cambios en la composición de los ácidos grasos de la sudoración.
• Aumento de la lívido.

Los importantes cambios físicos y fisiológicos que se producen durante la pu-

bertad vienen acompañados de otros tantos cambios en las esferas intelectual, moral, social y sexual de la persona. Cambios que enmarcaremos dentro del concepto de adolescencia diferenciándolo del término pubertad referido más bien a los cambios puramente biológicos.

Se trata de una década, entre los 10 y los 20 años aproximadamente, en la que se define la personalidad y además, debido a nuestra naturaleza social, el adolescente debe adquirir y desarrollar una serie de destrezas, capacidades y comportamientos que conduzcan a la consecución de una vida independiente y a la creación de un nuevo núcleo familiar.

Podemos dividir la adolescencia en tres etapas: la fase puberal o adolescencia temprana, la adolescencia media y la adolescencia tardía o fase final del periodo adolescente:

1. Adolescencia temprana (10 – 13 años):
• En esta fase se inician los cambios físicos propios del comienzo de la pubertad que muchos adolescentes perciben con cierta preocupación y ansiedad ante la pérdida de su imagen infantil. Se produce una reestructuración del esquema corporal y de la propia imagen.
• Aún se busca el apoyo parental ante la necesidad de compartir los problemas.
• Las relaciones grupales tienden a ser con personas del mismo sexo.
• Son habituales las variaciones en el estado de ánimo.
• Se producen situaciones de avance y retroceso en el abandono de la dependencia de los padres y surge una fuerte autoconciencia de necesidades.

2. Adolescencia media (14 – 16 años):
• Se hace más intensa la necesidad de independencia y de distanciarse del núcleo familiar buscando la aprobación entre el grupo de amigos.
• Se hace más intenso el sentimiento de desafío y desobediencia/resistencia a la autoridad de padres, profesores, etc… sea o no justa la causa que lo provoque.
• Se comienzan a explorar las propias capacidades personales lo que muchas veces coloca al adolescente ante situaciones de riesgo debido a su corta experiencia vital.
• Despierta el interés por los temas de carácter social.
• Aparece la necesidad de afirmar el atractivo sexual y el estatus social.
• Los grupos empiezan a ser heterosexuales.
• Se entiende la pareja como la extensión del yo y surgen los primeros impulsos sexuales.

3. Adolescencia tardía (17 -20 años):
• Se da un paso importante en la construcción del propio yo y se reafirma el proyecto personal y la preocupación/exploración por lo social.
• Desaparece el egocentrismo típico de anteriores etapas y termina de desarrollarse la conciencia social.
• Se produce una reestructuración de la relación con los padres, profesores… El adolescente abandona poco a poco la "rebeldía" propia de las etapas anteriores.
• El locus de control externo característico de la infancia, ha evolucionado hacia un locus de control interno. El adolescente deja de atribuir a circunstancias externas lo que le ocurre y empieza a ser consciente de su capacidad para tomar decisiones y emprender acciones así como asumir los resultados/consecuencias derivados de dichas iniciativas.
• Se desarrollan habilidades para la negociación/interlocución constructiva con los adultos en base a una mayor capacidad de escucha activa.
• Se afianza la orientación sexual y tienen lugar las primeras relaciones íntimas.

5 Discusión-Conclusión

L a adolescencia es un periodo vital de intensos cambios que marcan la transición del niño a persona adulta.
Se caracteriza no sólo por el espectacular crecimiento físico que comienza con los primeros signos de la pubertad, sino también por el desarrollo psicológico de la persona que se va preparando para la adquisición de la futura autonomía social y económica alejándose paulatinamente de la dependencia parental y también comenzando a elegir a las personas de las que desea rodearse.

Es una etapa apasionante, decisiva y crucial de la vida en la que se desarrolla la personalidad del individuo y que debe ser afrontada sin temor por parte de los adultos (padres, profesores…) para facilitar el pleno desarrollo del niño/a y su "ingreso" en la sociedad en su nuevo papel de joven-adulto.

6 Bibliografía

1. Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. Desarrollo en la adolescencia. Disponible en la Pág. de la OMS: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
2. Formación Activa en Pediatría de Atención Primaria. Botón mamario en niñas: no siempre es pubertad precoz idiopática. Disponible

en: https://fapap.es/articulo/479/boton-mamario-en-ninas-no-siempre-es-pubertad-precoz-idiopatica
3. Adolescencia: cambios bio-psicosociales y salud oral. Publicado en: Colombia Médica, vol. 39, núm. 1, enero-marzo 2008, pp. 41-57. Universidad del Valle. Cali, Colombia. Disponible en: https://www.redalyc.org/pdf/283/28339106.pdf
4. Temboury Molina MC. Desarrollo puberal normal. Pubertad precoz. Rev Pediatr Aten Primaria. 2009;11 Sup l16;s127-s142. Disponible en: https://pap.es/articulo/11163/desarrollo-puberal-normal-pubertad-precoz
5. Inducción de la pubertad. R. Barrio, B. Roldán, M. Martín-Frías. Unidad de Endocrinología y Diabetes Pediátrica. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. Disponible en: https://www.endocrinologiapediatrica.org/revistas/P1-E12/P1-E12-S510-A282.pdf
6. El desarrollo psicológico en la adolescencia: las transformaciones en una época de cambios.Lic. Dina Krauskopof. Disponible en: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1409-41851999000200004&script=sci_arttext&tlng=en
7. Empatía y conducta prosocial durante la adolescencia. I. Sánchez-Queija, A. Oliva y A. Parra. Disponible en: https://personal.us.es/oliva/prosocial.pdf

Capítulo 857

LA HIPERTENSIÓN.

SANDRA GONZALEZ RODRIGUEZ

ALMUDENA SANTIAGO FERNANDEZ

1 Introducción

Se trata de un trastorno en el que la presión diastólica es normal si es menos de 80 mmHg, pero es alta si la presión sistólica es igual o mayor a 130 mmHg.

Es frecuente que personas mayores de 65 años tengan una presión arterial alta.

Una presión arterial normal es 120/80 mmHg.

Una presión arterial elevada está entre 120/130 mmHg de sistólica y 80 mmHg de diastólica. La presión arterial elevada tiende a empeorar con el tiempo si no se toman medidas para controlarla.

La hipertensión en etapa 1: es una presión sistólica entre 130-139 mmHg y una diastólica de 80-90 mmHg.

La hipertensión en etapa 2: la presión arterial sistólica es igual o mayor a 140 mmHg y diastólica igual o mayor a 90 mmHg.

La presión arterial varía a lo largo del día, debe medirse en ambos brazos con un brazalete de un tamaño adecuado.

Se debe llevar un registro de la presión arterial para tener información adicional y poder confirmar si se tiene la presión arterial alta. El médico puede recomendar el control de la presión arterial de 24 horas a través de un monitoreo ambulatorio, este dispositivo mide la presión en intervalos regulares durante 24 horas

midiendo los cambios de presión a lo largo del día y de la noche. También son recomendables los exámenes de orina, sangre, colesterol, electrocardiograma o ecocardiograma.

Los cambios en el estilo de vida son muy importantes para controlar la presión arterial, para ello se recomienda una dieta baja en sal, actividad física, un peso saludable y limitar la cantidad de alcohol.

En ocasiones con estos cambios no es suficiente y se requiere de medicamentos.

El valor objetivo del tratamiento para la presión arterial debería ser inferior a 130/80 mmHg si eres un adulto saludable de 65 años en adelante, si eres un adulto saludable menor de 65 años con un riesgo del 10% o más de desarrollar una enfermedad cardiovascular en los próximos 10 años y si tienes enfermedad renal crónica, diabetes o enfermedad en las arterias coronarias.

La categoría de medicamentos que el médico receta depende de la presión arterial y de otros problemas médicos que pueda padecer.

Cuando la presión arterial no se puede controlar con estos medicamentos se debe valorar otros problemas que hacen que estos medicamentos no sean efectivos.

2 Objetivos

- Conocer cuáles son los valores entre los cuales debe estar la presión arterial es necesario para poder llevar un control y evitar cualquier problema provocado por una presión arterial elevada.
- Llevar un control de la presión arterial en casa para confirmar una presión arterial alta o un empeoramiento. Para ello existen monitores al alcance sin necesidad de prescripción médica.
-Saber qué síntomas produce tener una presión arterial alta puede facilitar tanto al médico en el diagnóstico como a la persona que lo sufre para poder controlarla y evitar problemas mayores.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se llevará a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se realizará una búsqueda sistemática de libros y también de artículos en

las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Bibliografía

- Www.quironsalud.es.
- Http//:fundaciondelcorazon.com.
- Http//:cuidateplus.marca.com.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 858

ASEO EN EL PACIENTE ENCAMADO.

DELFINA CALDERÓN ÁLVAREZ

PABLO JESÚS BERNARDO MENÉNDEZ

FRANCISCA DOMÍNGUEZ BERNAL

MARÍA LUISA CORTÉS ESCOSA

ESTHER ÁLVAREZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

El aseo del paciente encamado es una técnica mediante la que se le proporciona al paciente los cuidados necesarios para satisfacer las necesidades de confort e higiene diario, conservando un correcto estado de la piel.

Gracias a este procedimiento, le aportamos innumerables beneficios al paciente: mejoraremos su autoestima, eliminaremos células muertas de la epidermis y evitaremos la proliferación de bacteriana que se pueda acumular en la piel, entre muchos otros.

Para llevar a cabo este procedimiento de una manera correcta, habrá que realizar una serie de pasos en estricto orden.

Antes de comenzar el aseo, cerraremos puertas y ventanas con el fin de reducir al mínimo las posibles corrientes de aire, prepararemos todo el material que vamos a necesitar e informaremos al paciente del procedimiento que vamos a llevar a cabo.

Nos lavaremos las manos, pondremos los guantes y colocamos al paciente en decúbito supino para retirarle el camisón, poniéndoselo estratégicamente para intentar dar la mayor intimidad posible al paciente.

Procuraremos que el agua esté a una temperatura óptima e introducimos las esponjas en la palangana.

Lo primero que vamos a lavar va a ser la cara, evitando el jabón en zonas como ojos, boca o nariz y secamos a toquecitos con la toalla.

Después le lavamos las manos, cuello, axilas, torso, brazos y abdomen, procurando limpiar bien los pliegues cutáneos. Secaremos muy bien, insistiendo en pliegues cutáneos y espacios interdigitales y tapamos con una toalla para evitar que el paciente se enfríe.

Continuamos de la misma manera con las extremidades inferiores, sin olvidar los espacios interdigitales y secaremos de forma minuciosa.

En las mujeres, el lavado de los genitales lo realizaremos con la esponja, de arriba hacia abajo y aclaramos eliminando todos los restos de jabón. Secamos cuidadosamente. En el caso de los hombres, lavaremos también con esponja, retirando el prepucio. Aclaramos eliminando los restos de jabón, secamos correctamente y colocamos el prepucio de nuevo, para evitar el edema de glande.

Tiramos a la basura las esponjas utilizadas y colocamos al paciente en decúbito lateral.

Con una esponja limpia, lavamos cuello, espalda glúteos, muslos y zona anal. Secamos correctamente y aplicamos crema hidratante masajeando hasta su total absorción.

Después, enrollaremos la sábana bajera hacia el centro de la cama y la iremos sustituyendo progresivamente por una limpia.

Pondremos al paciente en decúbito supino, aplicaremos crema de la misma forma que anteriormente y terminaremos de hacer la cama con ropa limpia, le pondremos un camisón o pijama limpio y lo peinaremos y perfumamos.

2 Objetivos

El objetivo principal de realizar este procedimiento de una manera correcta y diariamente, es proporcionarle al paciente una higiene, confort y bienestar adecuados y mantener un correcto estado de la piel.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, Google Académico seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Como hemos desarrollado anteriormente, es de vital importancia realizar este procedimiento a diario al paciente encamado porque así también evitaremos otras patologías que puedan derivar de pasar tanto tiempo en la cama, como úlceras por presión, por ejemplo. Las cuáles empeorarán la patología inicial y probablemente alargarán la estancia en el hospital del paciente.

También hemos dicho que son infinitos los beneficios que le estaremos aportando al paciente realizando este procedimiento: mantendremos la piel en perfecto estado, al mantener las manos del paciente limpias evitaremos infecciones nosocomiales y al verse aseado y peinado, el paciente tendrá una autoestima más elevada.

En caso de que el paciente pudiese colaborar, es preferible que lo haga, pues así le estaremos haciendo partícipe y es algo realmente importante también para la autoestima.

5 Discusión-Conclusión

El aseo diario es realmente importante en cualquier paciente, pero mucho más aún en el paciente encamado, pues realmente es la única manera que tenemos

de asegurarnos que la piel se mantenga en buen estado y que así la situación no derive en otras patologías diferentes a la inicial y que puedan complicarnos ésta.

6 Bibliografía

- http://entornosaludable.com/30/01/2018/evolucion-de-la-higiene-del-paciente-encamado/
- https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000427.htm.
- https://saludcuidadoybienestar.com/banar-una-persona-mayor-la-cama/
- http://www.hospitalinfantamargarita.org/aprendiendocuidar/pagina-de-prueba/prueba2/bano-en-personas-encamadas/
- https://essaeformacion.com/blog/posts-enfermeria/normas-generales-de-aseo-del-paciente.

Capítulo 859

ALZHEIMER Y AVANCES EN LA INVESTIGACIÓN.

MARIA JOSE IGLESIAS LOZANO

MARÍA TERESA FERNÁNDEZ GONZÁLEZ

ANGELA GONZÁLEZ FUEYO

AIDA RODRIGUEZ RIOS

CARMEN DOMINGUEZ NOMPARTE

1 Introducción

La investigación acerca de los biomarcadores fiables del Alzheimer se ha convertido en un área de interés para los investigadores en la patología por la repercusión que está teniendo en la población y que afecta al 20% de la población superior a 80 años.
La enfermedad del Alzheimer es un trastorno cerebral irreversible que afecta a la memoria, pensamiento y otras habilidades de la persona.
Es común en edades de más de 65 años, el cerebro sufre cambios.
Cómo diagnosticarla y tipos de tratamientos junto con nuevos avances en investigación es el objetivo de este trabajo, síntomas de esos cambios y cómo ayudar con metodologías conocidas y nuevas a los cuidadores de una persona con Alzheimer.
Además de exponer todas las herramientas a nuestro alcance para lograr un proceso lo menos traumático posible.

2 Objetivos

Objetivo principal:
Buscar herramientas de localización de la enfermedad, como:
- Evitar desconexión del entorno a la par que estimular las áreas preservadas y fomentar la autonomía.
- Ver herramientas para estimular la creatividad y la memoria emocional: actividades físicas, logopedia, psicomotricidad.

Objetivos secundarios:
- Ayudar a la familia en el proceso de cuidado de persona con Alzheimer.
- Ahondar en los avances médicos y medicaciones actuales y las nuevas investigaciones que se llevan a cabo para avanzar en el proceso de la enfermedad.
- Lograr exponer todos los recursos a nuestro alcance.
- La mentalización en la sociedad de lo importante que es la investigación en éste área, ya que esta enfermedad es una consecuencia del aumento de esperanza de vida en nuestra población.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Para este trabajo de estudio se recicla información de diferentes revistas sobre el Alzheimer y artículos de investigación sobre diferentes vías de actuación, estudios de los nuevos tratamientos tanto médicos como de terapia cognitiva y medicaciones ya existentes y otras en vías de desarrollo, efectos de las mismas en los pacientes y resultados visibles y posibles contraindicaciones de las diferentes medicaciones,
Artículos relacionados con la actuación a seguir en cuidado de la persona cuidadora y herramientas que pueda tener a su alcance.

1. El Alzheimer es la forma más común de demencia entre las personas mayores, trastorno cerebral que afecta gravemente la capacidad de una persona de llevar sus actividades de la vida diaria, dura entre 7 y 15 años desde el diagnóstico durante la cual la dependencia y la afectación del enfermo son cada vez mayores.
2. El Alzheimer, provoca unos síntomas que describiré brevemente.
Cambios en la personalidad, deterioro de la capacidad de movimiento o al caminar, dificultad para comunicarse, bajo nivel de energía, pérdida de memoria, cambios de estado de ánimo, junto con problemas de adaptación y orientación.
Ante todos estos signos y síntomas, cabe destacar las fases por las que pasa dicha enfermedad dependiendo de las capacidades que se vean mermadas,
3. Fases:
Se compone de 3 fases, o etapas de la enfermedad, leve, moderada y grave. No hay un orden ni tiempo preciso, cada persona es un mundo, existen personas que viven los síntomas de forma individualizada.
- Fase leve: duración aproximada de 3 años se produce un deterioro de la memoria episódica, se olvidan eventos recientes, empieza a surgir una típica desorientación de lo que le rodea, no reconoce el lugar donde está, o cómo llegar a su casa, surgen una disminución de la concentración y una fatiga cada vez más notoria, aunque el paciente es capaz de mantener una conversación (gestos, entonación expresión o actitudes) en forma aun dentro de lo normal.
- Fase moderada: fallan progresivamente todos los aspectos de la memoria, dura 3 años con síntomas preocupantes, le cuesta trabajo hablar, explicarse o expresarse, no sabe utilizar los cubiertos o vestirse, le cuesta reconocer las personas con las que convive, se torna descuidado en su higiene personal, pueden aparecer rasgos de tipo psicótico, aumenta la dependencia de su cuidador, acciones repetitivas.
- Fase grave: amplia afectación de las capacidades y facultades intelectuales, se agravan los síntomas cerebrales, temblores y crisis epilépticas, llega a no reconocerse en el espejo, más adelante incontinencia urinaria y fecal, terminando encamada con atenciones especiales.
4. Existen terapias propiamente utilizadas:
- Estimulación cognitiva, que trabaja áreas como la memoria, el cálculo, la percepción la atención o el lenguaje.
- Orientación a la realidad, para que pueda mantener en la medida de lo posible el conocimiento sobre sí mismo y sobre el medio que le rodea.
- Fisioterapia y ejercicio terapéutico, el ejercicio físico es muy importante, ayudándoles a dormir mejor y a adquirir mejores posturas ante el deterioro físico.
- Terapia ocupacional, proporcionándoles motivación e ilusión por el día a día.
- Terapia con perros, mejorando el plano físico social emocional y cognitivo mul-

tisensorial.
- Musicoterapia, para estimular a controlar nuestros órganos ojos boca nariz piel y oídos.
5. Medicaciones ya existentes para paliar los efectos del Alzheimer, deben utilizarse en la primera fase, ayudan a retrasar la progresión del deterioro cognitivo y puede ser efectivo para algunos pacientes entre la primera fase e intermedia, son: Rozadayne, Exelon, Aricep, Cognex, Namenda, el principio activo es donepezil que ayuda a mejorar la función mental pero lamentablemente no es una cura para él.
6. Medicamentos experimentales para el tratamiento: Althaia es una primera línea de tratamientos experimentales contra el Alzheimer en Cataluña, otro experimental demostrado por el CSIC ,hace que evite la formación de los ovillos neofibrilares que distorsionan la arquitectura de las neuronas, otro por la universidad de zurich, ha logrado reducir la proteína tipo beta amiloide asociada al Alzheimer reduciendo así el deterioro cognitivo.
7. El penúltimo punto no quería dejar sin tener en cuenta lo importantes que son las terapias para los cuidadores de pacientes de Alzheimer, existen grupos de ayuda en diferentes fundaciones para evitar el síndrome de sobrecarga del cuidador, es muy importante la agrupación de familiares en terapias, para comprender la enfermedad y aprender a convivir con ella.
8. Existen numerables artículos relacionados con el Alzheimer, avances y progresos, estudios sobre la vinculación del aluminio en el Alzheimer hereditario o la importancia de la vitamina b12 y ácido fólico, pero sería un área de mucha extensión, por lo tanto, solo cabe mencionarlo.
Los resultados de un ensayo clínico en pacientes con enfermedad de Alzheimer leve o moderada confirman que el tratamiento con donepecilo durante dos años se asocia a mejorías cognitivas modestas para reducir así la tasa de institucionalización, en fases más avanzadas la mejoría es modesta a la administración de memantina.
Para el tratamiento de los síntomas neuropsiquiátricos en el paciente anciano con demencia los antipsicóticos atípicos han mostrado una eficacia moderada.
El Alzheimer es una de las enfermedades que más repercusión tendrá en el futuro por el aumento de la esperanza de vida.
Esta enfermedad afecta la evolución y la forma de vida del paciente, pero también del cuidador y su familia por eso a modo de conclusión la mayoría de los estudios se centran en los trastornos conductuales, siendo uno de los factores determinantes para el ingreso en una institución, así como también influyen en la estabilidad psicológica del cuidador, influye en la calidad de vida del paciente.

Por último, y para terminar es uno de los factores que mayor repercusión económica tiene el nivel de gasto en los cuidados del paciente son a tener en cuenta, por eso es necesaria la actuación lo más rápida posible ante los primeros síntomas de la enfermedad para así empezar con todas las terapias disponibles y medicaciones para intentar frenar que no curar los deterioros provocados por la enfermedad.

5 Discusión-Conclusión

Es junto con la demencia la enfermedad del futuro, con lo cual las líneas de investigación deberían centrarse en poder paliar los síntomas y el estudio de nuevas medicaciones.

6 Bibliografía

- Dementia care central.
- https://www.knowalzehimer.com.
- https://www.alcmeon.com.ar.
- https://www.ohsjd.es
neurologiapublicacionmedia.com.
- https://www.drugs.com
cima.aemps.es.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 860

DEPRESIÓN.

ELSA DIAZ CASTILLO

1 Introducción

La depresión es el diagnóstico psiquiátrico y psicológico que describe un trastorno del estado de ánimo, transitorio o permanente, caracterizado por sentimientos de abatimiento, infelicidad y culpabilidad, además de provocar una incapacidad total o parcial para disfrutar de las cosas y de los acontecimientos de la vida cotidiana. Los trastornos depresivos pueden estar, en mayor o menor grado, acompañados de ansiedad.

2 Objetivos

- Sugerir algunas acciones que le ayude a manejar los sentimiento de depresión.
- Facilitar las condiciones para compartir experiencias personales en grupos.
- Motivar en caso necesario en la búsqueda de atención especializada.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Tipos de depresión:
• Depresión mayor.
La depresión mayor es el tipo de depresión más grave.
Se caracteriza por la aparición de uno o varios episodios depresivos de mínimo 2 semanas de duración. Suele comenzar generalmente durante la adolescencia o la adultez joven. La persona que sufre este tipo de depresión, puede experimentar fases de estado de ánimo normal entre las fases depresivas que pueden durar meses o años
• Distimia.
La distimia, también llamada trastorno distímico, se define como un tipo de trastorno afectivo o del estado de ánimo que a menudo se parece a una forma de depresión mayor menos severa, pero más crónica. Sin embargo, las personas que tienen distimia también pueden experimentar a veces episodios de depresión mayor.
• Depresión maníaca: este tipo de trastorno, también llamado Trastorno bipolar, se clasifica como un tipo de trastorno del estado de ánimo. Pese a que podemos incluirlo dentro de los tipos de depresión, combina estados depresivos con estados de manía, es decir, existen altibajos extremos. El trastorno bipolar es una patología seria, y no debe confundirse con un estado inestabilidad emocional. trastorno depresivo estacional (SAD).
Este estado depresivo recibe el nombre de Trastorno depresivo estacional (SAD) y se caracteriza por ocurrir durante una cierta época del año, generalmente durante el invierno.
• Depresión psicótica.
La depresión psicótica es un subtipo de depresión mayor el cual se presenta cuando una enfermedad depresiva severa incluye algún tipo de psicosis. A diferencia de los demás tipos de depresión, se caracteriza por la presciencia de síntomas psicóticos: alucinaciones y/o delirios que alteran cualitativamente el modo en el que se percibe la realidad.
• Depresión posparto.
Dentro de los tipos de depresión, podemos incluir la depresión posparto. Se caracteriza porque puede ocurrir poco después del parto.
Este tipo de depresión puede presentarse hasta un año más tarde de que la mujer haya dado, pese a que es habitual que ocurra dentro de los primeros tres meses después del parto.

5 Discusión-Conclusión

• Trastorno del estado de ánimo, transitorio o permanente caracterizado por sentimientos de abatimiento, infelicidad y culpabilidad.
• Mayor incidencia en mujeres, ancianos y adolescentes.
• El tratamiento no solo se basa en los fármacos también se debe incluir el apoyo y la ayuda familiar.

6 Bibliografía

- Organización Mundial de la Salud. CIE 10. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento.
- Perestelo Pérez L, González Lorenzo M, Rivero Santana AJ, Pérez Ramos J. Herramientas de ayuda para la toma de decisiones de los pacientes con depresión.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 861

DIABETES.

ELSA DIAZ CASTILLO

1 Introducción

La diabetes es una enfermedad que se presenta cuando el nivel de glucosa en la sangre, también conocido como azúcar en la sangre, es demasiado alto. La glucosa en la sangre es la principal fuente de energía y proviene de los alimentos. La insulina, una hormona que produce el páncreas, ayuda a que la glucosa de los alimentos ingrese en las células para usarse como energía. Algunas veces, el cuerpo no produce suficiente o no produce nada de insulina o no la usa adecuadamente y la glucosa se queda en la sangre y no llega a las células.

2 Objetivos

• Analizar totalmente las complicaciones de la diabetes.
• Analizar y comparar los signos y síntomas de la diabetes I,II y diabetes gestacional.
• Aplicar una guia de atencion al paciente com hipo e hiperglucemias.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

- Diabetes tipo 1.
Con la diabetes tipo 1, el cuerpo no produce insulina porque el sistema inmunitario ataca y destruye las células del páncreas que la producen. Por lo general, se diagnostica la diabetes tipo 1 en niños y adultos jóvenes, aunque puede aparecer a cualquier edad. Las personas con diabetes tipo 1 tienen que usar insulina todos los días para sobrevivir.

- Diabetes tipo 2.
Con la diabetes tipo 2, el cuerpo no produce o no usa la insulina adecuadamente. La diabetes tipo 2 puede aparecer a cualquier edad, incluso durante la infancia. Sin embargo, este tipo de diabetes se presenta con mayor frecuencia en las personas de mediana edad y en los ancianos. Este es el tipo más común de diabetes.

- Diabetes gestacional.
La diabetes gestacional afecta a algunas mujeres durante el embarazo. La mayoría de las veces, este tipo de diabetes desaparece después de que nazca el bebé. Sin embargo, cuando una mujer ha tenido diabetes gestacional, tiene más probabilidad de sufrir de diabetes tipo 2 más adelante en la vida. A veces, la diabetes que se diagnostica durante el embarazo es en realidad diabetes tipo 2.

- Otros tipos de diabetes.
Otros tipos menos comunes de esta enfermedad incluyen la diabetes monogénica, que es una forma hereditaria de diabetes y la diabetes relacionada con la fibrosis quística

5 Discusión-Conclusión

• La diabetes es una enfermedad crónica.
• Es controlable.
• Las complicaciones de la diabetes son irreversibles, por lo que la prevención es importante.

6 Bibliografía

- Jordan Valenzuela M, Miralles garcía MD, Ramos Morcillo A, Torres García M. Intervenciones enfermeras ante el paciente diabético.
- Rodergas I Pagés J. Cuidados de enfermería al paciente diabético.

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 862

CUIDADOS DEL TCAE A PACIENTES CON DIÁLISIS PERITONEAL

VANESA MATA RAMOS

ALEJANDRA BARRERO RODRÍGUEZ

TATIANA GARCIA CABALLERO

MARIA LUISA LÓPEZ MENENDEZ

SARA MARIA FERNANDEZ PEREZ

1 Introducción

Las enfermedades del riñón se caracterizan por la disminución de la funcionalidad de dicho órgano. En España, existen en torno a cuatro millones de personas afectadas por ésta enfermedad.
La diálisis peritoneal es una forma de eliminar los desechos de la sangre cuando los riñones ya no pueden realizar esa función adecuadamente. Este procedimiento filtra la sangre de un modo diferente a como lo realiza la hemodiálisis, que es el procedimiento más común para filtrar la sangre.

Durante la diálisis peritoneal, un líquido purificador circula a través de una sonda (catéter) hacia el abdomen. El tejido que reviste el abdomen (peritoneo) actúa como filtro y elimina las impurezas de la sangre. Después de un período de tiempo concreto, el líquido con las impurezas filtradas fluye hacia afuera del abdomen y se deshecha.

Estos tratamientos se pueden hacer en casa o en el trabajo. Pero la diálisis peritoneal no es válida para todas las personas con insuficiencia renal. Se necesita tener destreza manual y la habilidad de cuidarse en casa, o contar con una persona de confianza que se responsabilice de tu cuidado.

- Por qué se realiza
Es necesaria si los riñones ya no funcionan lo suficientemente bien. Por lo general, el daño renal avanza durante varios años como resultado de enfermedades a largo plazo, como:

-Diabetes
-Presión arterial alta
-Inflamación de riñón (glomerulonefritis)
-Varios quistes en los riñones (enfermedad renal poliquística)

En la hemodiálisis se extrae la sangre del cuerpo, se filtra a través de una máquina, y luego la sangre limpia es devuelta al cuerpo. La hemodiálisis normalmente se hace en un centro para diálisis u hospital, aunque a veces puede hacerse en casa. Aunque ambos tipos de diálisis pueden limpiar eficazmente la sangre, los beneficios de la diálisis peritoneal, comparada con la hemodiálisis, incluyen:

Mayor independencia y flexibilidad en el estilo de vida. Especialmente importante si trabajas, viajas o vives lejos del centro de hemodiálisis.
Una dieta menos restringida. La diálisis peritoneal se realiza de manera más continua que la hemodiálisis, lo cual resulta en una acumulación menor de potasio, sodio y líquidos. Esto te permite hacer una dieta más flexible de la que puedes consumir con la hemodiálisis.
Función renal residual más duradera. Es posible que las personas que se someten a la diálisis peritoneal conserven la función renal por un período un poco más prolongado que las personas que hacen hemodiálisis.
Los factores a tener en cuenta para determinar la mejor opción de diálisis son:
-Tu función renal
-Tu salud en general
-Tus preferencias personales
-Tu situación en el hogar
-Tu estilo de vida

La diálisis peritoneal puede ser la mejor opción si:
-No puedes tolerar los cambios rápidos del equilibrio hídrico asociados con la hemodiálisis

-Quieres que tus actividades diarias se alteren lo menos posible
-Quieres trabajar o viajar con más facilidad
-Tienes alguna función renal residual

Es posible que la diálisis peritoneal no sea lo mejor para ti si tienes:
-Cicatrices quirúrgicas extensas en el abdomen
-Un área grande de músculo abdominal debilitado (hernia)
-Capacidad limitada para cuidarte tú mismo o falta de cuidados de apoyo
-Enfermedad intestinal inflamatoria o episodios frecuentes de diverticulitis

También es probable que las personas que se hacen diálisis peritoneal eventualmente presenten una disminución de la función renal que requiera hemodiálisis o un trasplante de riñón.

2 Objetivos

- Determinar las diferentes funciones del TCAE con respecto al paciente con enfermedad renal y a sus cuidados.
- Ampliar los conocimientos acerca de este proceso y de los cuidados que requiere el paciente que necesita hemodiálisis.
- Saber todos los problemas que son específicos de estos pacientes y aprender a resolverlos.
- Enseñar al paciente a realizar estos mismos cuidados para su auto manejo.

En el caso de los TCAE, la información a cerca de los cuidados a los pacientes sometidos a diálisis peritoneal les servirá de ayuda a la hora de cómo enfrentarse a dichos cuidados.

3 Metodología

Atención de enfermería en pre diálisis peritoneal:
–Se realiza la preparación del material a utilizar y del área en cuestión, previo lavado de las manos. Los equipos necesarios que utilizaremos son los siguientes:
– Paños estériles.
– Equipo de anestesia local.
– Catéter peritoneal.
– Equipos de venoclisis estériles.
– Sistema conexión de diálisis.
– Tubo plástico en Y.

– Guantes estériles.
– Antiséptico para uso en piel.
– Esparadrapo, tijera y sostenedores.
– Pinzas montadas
– Portasuero.
– Torundas y apósitos estériles.
– Crema antibiótica para uso tópico.
– Colocar en baño de María, con agua a temperatura de 38 a 40 ºC, las soluciones isotónicas e hipertónicas a utilizar.
– Jeringuillas y agujas.
– Heparina.
– Pesar al paciente antes de comenzar, para hacer el cálculo de la pérdida de peso durante el tratamiento.
– Medir signos vitales.
– Orientar al paciente a vaciar emuntorios (vejiga). Brindar ayuda si lo requiere, para evitar perforaciones en caso de punción.
– Orientar y cooperar en acostar o sentar al paciente.
– Debemos lavar con agua y jabón el abdomen y el área del catéter insertado. Si es un catéter para insertar, lavar solamente el abdomen.
– Apoyo psicológico: es importante que el paciente que se encuentra en una unidad de diálisis, reciba una explicación detallada de todo lo qué se le va a hacer y en qué consiste, además es conveniente que estos pacientes visiten una unidad y observen como se trabaja, así como observar la adaptación de los demás enfermos, lo que los ayuda y los anima.
– Se debe limpiar toda el área abdominal con la solución antiséptica de uso tópico, preferiblemente alcohólica.
– Preparar frascos de dialisol isotónico para infundir. Colocar en el portasuero.
– Conectar la diálisis, dependiendo del tipo de diálisis que se va a realizar, de la técnica y del sistema de conexión empleado.

Cuidados en posdiálisis peritoneal:
– Retirar diálisis.
– Realizar un cultivo de las últimas salidas de los líquidos.
– Revisar signos vitales.
– Limpiar alrededor del catéter y aplicar pomada antibiótica; cubrir éste con apósito estéril.
– Pesar al paciente; comprobando si el balance obtenido fue útil y si éste redujo su peso, acercarlo a su peso seco.
– Ayudar al paciente en el cambio de ropa.

– Registrar en la historia clínica y en el libro de diálisis, las incidencias durante el tratamiento.

4 Bibliografía

- https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/
- https://www.revista-portalesmedicos.com/revistamedica/dialisis-peritoneal-cateter-cuidadoscomplicaciones/
- https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-de-enfermeria-dialisis-peritoneal/

Capítulo 863

LA ENFERMEDAD TIROIDEA. HIPOTIROIDISMO GESTACIONAL

MARÍA DE LAS MERCEDES GONZÁLEZ PEREIRA

LARA FERNÁNDEZ ANSOTEGUI

MARIA ANGELES FERNANDEZ MARTINEZ

1 Introducción

Hipotiroidismo gestacional: es un trastorno marcado por una glándula tiroides con actividad insuficiente; puede presentarse durante el embarazo y permanecer o desaparecer tras el periodo gestacional.

Lamentablemente, muchos síntomas del hipertiroidismo se confunden con síntomas del embarazo, como la fatiga, el aumento de peso y la menstruación anormal. En consecuencia, la enfermedad puede pasar desapercibida y no tratarse, lo que supone un gran riesgo para la gestante y para el neonato.

2 Objetivos

Realizar una revisión de toda la bibliografía escrita sobre las consecuencias y la prevención del hipotiroidismo gestacional.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda sistemática en las diferentes bases de datos consultadas como: pubmed, biomed, uptodate y preevid.

Para ello se utilizaron una serie de palabras clave como: embarazo, enfermedad tiroidea, hipotiroidismo gestacional.

También se revisaron libros de enfermería y trabajos fin de grado de enfermería.

Se emplearon como criterios de inclusión: textos de castellano y en lengua inglesa, y se excluyeron aquellos que carecieron de acceso gratuito.

4 Resultados

Se debe de consultar siempre al ginecólogo o al endocrino y se pondrá un tratamiento lo antes posible para disminuir los riesgos en el embarazo.

Los estudios revisados nos indican que los efectos gestacionales del hipotiroidismo no tratado son:
• Pérdida fetal.
• Alteraciones estructurales.
• Preeclampsia.
• Anemia.
• Desprendimiento de placenta.
• Hemorragia postparto.
• Bajo peso fetal al nacer.

Los niveles bajos de la hormona también se relacionan con la depresión materna durante el embarazo y el postparto.
Es importante ajustar la hormona durante todo el embarazo y para ello se realizan varios análisis.

5 Discusión-Conclusión

La mayoría de las sociedades científicas recomiendan la realización de pruebas analíticas para identificar y controlar la posible disfunción tiroidea en el primer trimestre de la gestación.

La dosis se ira ajustando a lo largo del embarazo y del postparto, para ello se realizaran pruebas medicas durante todo el periodo.
Los documentos revisados también indican que se debe ingerir cantidades de yodo adecuadas con ayuda de alimentos como el marisco y la sal yodada.

6 Bibliografía

- Temboury Molina, Mª Carmen. El hipotiroidismo en la gestante: guía clínica para prevenir alteraciones en el desarrollo cerebral del hijo. Rev Esp Endocrinol Pediatr 2013. https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=hypothyroidism-and-pregnancy-85-P03547
- Dallas J S. Autoinmune Thyroid Disease and Pregnancy: Relevance for the child. Autoimmunity 2003
- Morreale de Escobar G, Obregon MJ and Escobar del Rey F. Role of thyroid hormone during early brain development

Capítulo 864

PLAN DE CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA AL PACIENTE TERMINAL

MARÍA DE LAS MERCEDES GONZÁLEZ PEREIRA

LARA FERNÁNDEZ ANSOTEGUI

MARIA ANGELES FERNANDEZ MARTINEZ

1 Introducción

Un paciente terminal es aquel que se encuentra en la etapa final de la vida (inferior a 6 meses), pues sufre un proceso irreversible y sin cura. Puede ser de tipo ontológico o no ontológico.
Características del paciente terminal:
• Presencia de enfermedad avanzada, progresiva.
• Pronostico de vida inferior a 6 meses.
• Presencia de numerosos problemas o síntomas intensos.
• Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento especifico.
• Gran impacto emocional en el enfermo, en su familia y en los cuidadores.
Cuidados paliativos: enfermedad incurable, con respuesta variable en el tratamiento especifico, de curso progresivo, gradual, con diverso grado de afectación de autonomía y de calidad de vida, que probablemente evolucionara hacia la muerte a medio plazo.

2 Objetivos

- Identificar la posible eficacia de la actuación del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el paciente terminal y en su cuidador.

3 Metodología

- Se realiza una búsqueda de información en bases de datos como biomed, uptodate y preevid. Se utilizan como de base temarios de auxiliar de enfermería.
- Se buscan palabras clave como: paciente terminal, enfermedad crónica, cuidados.
- Se excluyen de la búsqueda las paginas y libros con coste para la consulta y las paginas en inglés.

4 Resultados

Los principales cuidados que se deben de dar al paciente terminal se dividen en varios tipos que son:
1. Cuidados físicos:
Son todos los cuidados que cubren el bienestar físico y moral del enfermo, se sustentan bajo la base de su dignidad, independencia y participación en el proceso.
Las actividades se harán con cuidado y sin prisa, serán:
• Higiene
• Alimentación
• Control del dolor
• Eliminación
• Respiración
• Movilidad
• Descanso
2. Cuidados psicológicos:
El paciente tiene derecho a conocer su estado y pronostico.
Se debe realizar escucha activa y empatía. No se deben de dar falsas esperanzas.
Se debe ofrecer ayuda y apoyo al paciente y a la familia, implicandola en el cuidado.
3. Cuidados sociales:
Ayudando tanto al paciente como a sus familiares.
4.Cuidados espirituales:
Se deben ofrecer al paciente y a la familia según sus creencias.

5 Discusión-Conclusión

Tras la realización de múltiples búsquedas en las diferentes bases de datos se ve que el movimiento de los cuidados paliativos se inicio en reino unido en los años 60-70.

Se debe asumir que la profesión de enfermería brinda la oportunidad especial de ayudar al paciente terminal, así como de proporcionar consuelo y comprensión a sus familiares, en un momento muy difícil y de acuciante necesidad de apoyo humano.

6 Bibliografía

- https://www.secpal.com/.
Sociedad Españoal de Cuidados Paliativos
- Sanz Ortiz, J. La comunicación en medicina paliativa. Medicina Clínica.
- Saunders, C. Cuidados de la Enfermedad Maligna Terminal. Ed. Salvat.
- De Oliveira, Silva, Da Silva. El enfermero frente al paciente sin posibilidad terapéutica: dignidad y calidad en el proceso de la muerte. Enfermería Global.

Capítulo 865

CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON DISFAGIA

MARÍA DE LAS MERCEDES GONZÁLEZ PEREIRA

LARA FERNÁNDEZ ANSOTEGUI

MARIA ANGELES FERNANDEZ MARTINEZ

1 Introducción

Definimos disfagia como todo problema de deglución que producen dificultad del paso del alimento desde la boca hasta el estómago.

El 15% de las personas mayores de 65 años sufre problemas de disfagia. Se presenta de forma repentina y muchas veces las causas de disfagia o molestias al tragar son consecuencia de algunas enfermedades que provocan un mal funcionamiento de la lengua o de los músculos de la garganta y el esófago. Esta enfermedad puede ser peligrosas porque puede provocar problemas respiratorios y nutricionales severos.

2 Objetivos

Los objetivos de este estudio consisten en como tomar medidas para mejorar la vida cotidiana del paciente que padece este problema. En las pautas que debe

adoptar el auxiliar de enfermería en la planta y en como enseñar al paciente y a sus familiares a convivir con esta patología.

3 Metodología

Las funciones del auxiliar de enfermería en la planta, con este tipo de pacientes, pretenden conseguir que:
• Que el paciente no presente obstrucción de la vía respiratoria.
• Que el paciente tenga un estado nutricional adecuado.
• Educar al paciente y a los familiares en los alimentos que son más o menos adecuado para su dieta, mediante unas recomendaciones generales.
• Enseñare al paciente a modificar la consistencia de los alimentos y las bebidas y tomarlos e pequeñas cantidades para tragarlos fácilmente.
• Que el paciente tenga la postura adecuada durante y después de las comidas.

Para ello se realizan:
• Medidas posturales: Sentado con espalda recta de 90º grados. Si esta encamado se debe incorporar al paciente como mínimo 45º grados y la cabeza con ligera flexión.
• Ambiente tranquilo, sin distracciones.
• Reparto en 5 o 6 tomas al día de poco volumen.
• Revisar la cavidad bucal antes de cada cucharada.
• Alimentos a temperatura moderada.
• No mezclar consistencias, platos de única textura.
• Estimular la ingesta: evitar la monotonía y hacer una presentación atractiva.
• Ingesta abundante de gelatinas y uso de espesantes.
• Permanecer incorporado o sentado durante unos 20 minutos después de la ingesta.
• Realizar la higiene bucal adecuada tras las ingestas.

4 Resultados

• Ausencia de broncoaspiración.
• Estado nutricional correcto.
• Registro del tipo de dieta del paciente.
• Registro de las incidencias ocurridas en cada turno.
• Hidratación correcta del paciente.

5 Discusión-Conclusión

La correcta actuación del equipo de enfermería, en general, y la de las auxiliares de enfermería en particular, debido a su contacto directo con los pacientes en las comidas, permite que el paciente mejore su estado nutricional.

Por consiguiente, mejora su estado vital y sus actividades de la vida diaria. También permite que el personal de enfermería pueda enseñar al paciente y a sus familiares las medidas que deben tomar a lo largo de la vida diaria tras el alta hospitalaria.

6 Bibliografía

- González Alted, Carlos, et al. Guía de nutrición de personas con disfagia. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Navamuel Retuerto, Carmen, et al. Intervención enfermera en la disfagia orofaríngea en la consulta de Enfermería neurológica. Revsitamedica.com
- Marcos Ruiz, Salvadora. Ordiz Blanco, Mireya. Alimentación oral. Pacientes con disfagia neurológica. Hospital Universitario Central de Asturias-. https://zonahospitalaria.com/cuidados-del-paciente-con-disfagia/

Capítulo 866

PLAN DE CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON ÚLCERAS

MARIA ANGELES FERNANDEZ MARTINEZ

MARÍA DE LAS MERCEDES GONZÁLEZ PEREIRA

LARA FERNÁNDEZ ANSOTEGUI

1 Introducción

Las úlceras por presión son lesiones localizadas en la piel o el tejido subyacente, por lo general sobre una prominencia osea, como resultado de la presión, o la presión en combinación con fuerzas de cizalla.

En ocasiones también pueden aparecer sobre tejidos blandos o sometidos a presión externa por diferentes materiales.

2 Objetivos

- Reducir lo máximo la aparición de úlceras por presión en cualquier lugar del cuerpo.

3 Metodología

- Se realiza una búsqueda de información en bases de datos como intramed, pubmed.
- También se toman de base libros de enfermería y temarios de auxiliar de enfermería.
- Se buscan palabras clave como: ulcera por presión, cuidados de enfermería, piel.
- Se excluyen de la búsqueda las paginas y libros con coste monetario para la consulta y las paginas en ingles.

4 Resultados

Las principales actividades preventivas irán encaminadas hacia varios campos:
• Combatir ellos efectos de la presión:
1. Restricción del encamaniento
2. Cambios posturales (cada 2 horas)
3. Dispositivos que disminuyen la presión o superficies especiales para el manejo de la presión
Medios físicos como taloneras y protectores de algodón o medios mecánicos como colchón antiescaras.
• Eliminar la fricción:
1. No arrastrar al paciente sobre la cama o la silla
2. Sabana bajera lisa, sin arrugas y seca
• Mejorar la circulación sanguínea localiza:
1. Deambulación precoz
2. Masaje
3. Termoterapia
4. Electro-magneto-terapia
5. Rayo laser
• Mantener la higiene y el aseo de la piel:
1. Cuidados de la piel
• Acciones a nivel general:
1. Alimentación adecuada
El principal tratamiento es estimular la curación, acelerando el proceso de reparación, el desbridamiento del tejido necrosado y la prevención, tanto de la infección como de aparición de nuevas lesiones.
Existen dos tipos de curas:
• Cura seca

• Cura húmeda

5 Discusión-Conclusión

La incidencia de úlceras por presión es un indicador vinculado a la calidad de los cuidados de enfermería.
Consideramos la gran importancia del papel del técnico en cuidados de enfermería, para poder controlar los problemas que puedan ir apareciendo e intentar solucionarlos lo antes posible, debido a su contacto directo con los pacientes durante la realización del aseo diario y de los cambios de pañal.

Este trabajo directo con el paciente le permite ser la primera en observar cualquier variación en la piel y ser quien debe avisar a la enfermara de cualquier anomalía encontrada.

6 Bibliografía

- Guía de cuidados enfermeros. Ulceras por presión. Instituto Nacional de la Salud.
- Guía para la Prevención y Manejo de las UPP y Heridas Crónicas. Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad.
- Guía para la Prevención y Manejo de las UPP y Heridas Crónicas.
- Arufe Jimeno, Iria. Plan de cuidados en paciente con úlceras por presión. Universidad de la Rioja.
- Nieto Carrilero, Remedios et al. Protocolo de úlceras por presión en UCI. Complejo hospitalario universitario de Albacete.

Capítulo 867

PLAN DE CUIDADOS EN ATENCIÓN PRIMARIA EN ODONTOLOGÍA

MARIA ANGELES FERNANDEZ MARTINEZ

MARÍA DE LAS MERCEDES GONZÁLEZ PEREIRA

LARA FERNÁNDEZ ANSOTEGUI

1 Introducción

La atención primaria en odontología es un camino que se está abriendo paso en los últimos años.
La odontología preventiva se centra en evitar que una enfermedad bucodental avance y pueda provocar complicaciones o derivar en otras enfermedades. Esto es posible al diagnóstico precoz del odontólogo.
Además, un seguimiento puede prevenir enfermedades futuras.

2 Objetivos

Se pretende con este trabajo identificar el trabajo y los tratamientos que se realizan en la unidad de odontología, entre ellos son:
• La atención bucodental primaria no solo pasa por el diagnostico, sino que abarca una serie de cuidados de importancia para la boca.
• El médico de familia o el pediatra pueden derivar al especialista en odontología si ven alguna patología en la cavidad bucal.
• Se tratarán los dolores de las articulaciones y músculos de la mandíbula a la hora de comer.

• Una labor de concienciación, impartiendo charlas junto con la higienista dental en los colegios para implantar una rutina de aseo en la boca después de las comidas y una educación alimentaria.
• El seguimiento en el embarazo a las gestantes debido a los efectos que se producen en su cavidad oral durante la gestación.

3 Metodología

Se colabora con el odontólogo en:
• Se ayuda a realizar revisiones periódicas a los niños menores de 14 años y embarazadas.
• Se realizan diagnósticos en la cavidad bucal.
• Aplicación de flúor, sellados y obturaciones en piezas definitivas a menores de 14 años.
• Exodoncias de piezas afectadas.
• Se solicitan pruebas radiodiagnósticos.
• Se esteriliza y limpia el material de odontología.
• Se prepara la consulta diaria y el sofá de odontología.
• Se repone el material utilizad y se realiza pedido de material periódicamente.

4 Resultados

Gracias al trabajo del equipo de odontología formado por el odontólogo, el higienista y el TCAE, se consigue fomentar aquellas actividades de promoción y prevención que se han demostrado eficaces en la reducción de la caries y de las enfermedades periodontales.
Se mejora el abordaje de la atención de los problemas de salud bucodentales en usuarios de riesgos, como menores de 14 años y embarazadas.

5 Discusión-Conclusión

Las unidades que se encargan de la salud bucodental son actualmente una realidad habitual en los centros de salud, que favorece la salud bucodental de la población y fomentar hábitos saludables alimenticios.
La gran mayoría de las afectaciones bucodentales pueden tratarse con la atención odontológica adecuada.

Contar con unos buenos profesionales de confianza es muy importante para mantener una salud bucodental optima, ya que se encargará de realizar los tratamientos preventivos oportunos y de corregir cualquier anomalía en os dientes o encías.

6 Bibliografía

• Cisneros Domínguez Grethel, Hernández Borges Yadira. La educación para la salud bucal en edades tempranas de la vida. MEDISAN

• https://www.astursalud.es/noticias/-/noticias/guia-para-la-atencion-a-la-salud-bucodental-en-atencion-primaria-en-asturias

• https://www.amirsalud.com/conoce-la-atencion-primaria-en-odontologia/

• https://rcoe.es/articulo/8/la-atencion-bucodental-en-comunidades-autonomas-con-modelos-publico-o-mixto-en-espana

Capítulo 868

PLAN DE CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON PARKINSON

MARIA ANGELES FERNANDEZ MARTINEZ

MARÍA DE LAS MERCEDES GONZÁLEZ PEREIRA

LARA FERNÁNDEZ ANSOTEGUI

1 Introducción

La enfermedad de Parkinson consiste en un desorden crónico y degenerativo de una de las partes del cerebro que controla el sistema motor y se manifiesta con una pérdida progresiva de la capacidad de coordinar los movimientos, entre otros síntomas. Se produce cuando las células nerviosas de la sustancia negra del mesencéfalo, área cerebral que controla el movimiento, mueren o sufren algún deterioro.

Los síntomas comienzan gradualmente. A veces, comienza con un temblor apenas perceptible en una sola mano. Los temblores son habituales, aunque la enfermedad también suele causar rigidez o disminución del movimiento. Es la segunda enfermedad neurodegenerativa más frecuente después de alzheimer.

2 Objetivos

- Mejorar la calidad de vida de las personas que se ven afectadas por esta patología, frenar la progresión de la enfermedad y controlar síntomas y efectos secundarios del tratamiento.

3 Metodología

- Se realiza una búsqueda de información en bases de datos como biomed, uptodate y preevid.
- Se utilizan también libros de enfermería y trabajos fin de grado de enfermería.
- Se buscan palabras clave como: enfermedad Parkinson, cuidados enfermería, l-dopa, enfermedad crónica.
- Se dejan fuera de la búsqueda las paginas y libros con coste para su consulta

4 Resultados

El principal objetivo es intentar disminuir los síntomas y conseguir la independencia funcional del paciente. Los pacientes con Parkinson suelen recibir tratamiento a través de atención primaria y sólo recurren al hospital cuando presentan complicaciones de la enfermedad o para iniciar nuevas opciones de tratamiento.

5 Discusión-Conclusión

De momento se desconoce el origen de la enfermedad, exceptuando los casos inducidos por traumatismos, drogodependencias y medicamentos, y algunas formas hereditarias en ciertos grupos familiares. Existen numerosas teorías que intentan explicar el deterioro neurológico que produce esta patología

6 Bibliografía

- González Fernández, Juan. Actuaciones de enfermería en el enfermo con parkinson. Universidad de Cantabria.
- Garnica Fernández, Almudena. García Ruíz-Espiga, Pedro. Guía de buena práctica clínica en Geriatría. Enfermedad de Parkinson. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología.

- Imke, Susan et al. Enfermedad de Parkinson: El Cuidado y la Adaptación Necesaria. National Parkinson Foundation.
- Recomendaciones de Práctica Clínica en la Enfermedad de Parkinson. Grupo Andaluz de trastornos del Movimiento. Sociedad Andaluza de Neurología.

Capítulo 869

CUIDADOS DE LA NUTRICIÓN ENTERAL

ELVIRA LORENZO PRENDES

VERÓNICA RODRÍGUEZ DÍAZ

CRISTINA PELAEZ BANIELA

1 Introducción

La "NUTRICIÓN ENTERAL" es toda forma de soporte nutricional que implica la utilización de alimentos preparados específicamente, para ser administrados a través de una sonda nasogástrica o de un botón de gastronomía directamente en el tracto gastro-intestinal, aunque también pueden tomarse por la boca.

Esta técnica adquiere una gran importancia cuando un enfermo tiene incapacidad para la ingesta de alimentos pero mantiene un buen funcionamiento intestinal con ello se evita el auto-catabolismo proteico,el sobre crecimiento bacteriano,la perdida de defensas inmunológicas del sistema digestivo y la atrofia del enterocito.

Pretendemos poner al día las distintas modalidades, forma, complicaciones y beneficios de la nutrición enteral, ya que actualmente es aceptado que el enfermo que come evoluciona mejor y tiene una menor morbimortalidad.

2 Objetivos

La nutrición enteral está indicada en todos los casos en los que el paciente requiere soporte nutricional individualizado y no ingiere los nutrientes necesarios para cubrir sus requerimientos energético-proteico con una alimentación natural vía oral y cuyo tracto gastro-intestinal es funcional.

3 Metodología

Para la elaboración de este capitulo, se ha buscado información en bases de datos informativas sobre este tema, en laboratorios especializados. Así como una búsqueda en libros y artículos y seleccionando lo más contribuyente a ello.

4 Resultados

Para administrar por gravedad a través de una sonda nasogástrica, debemos tener preparado todo el material necesario, colocar la nutrición en un lugar elevado para por gravedad se pueda administrar la nutrición estará a temperatura ambiental.

Lavarse cuidadosamente las manos y secar mejor con papel desechable. El paciente estará en posición sentado o incorporado en un angulo 30 – 45* Y 30 – 60 minutos después de su administración, así evitaremos que el alimento pueda entrar en los pulmones.

Antes de administrar la nutrición comprobaremos el residuo gástrico “aspiraremos con na jeringa a través de la sonda verificando que no salga alimento, en caso que salga esperaremos 1-2 horas y comprobaremos de nuevo.

Para empezar a administrar colgaremos el producto de nutrición en el soporte adecuado superior a la sonda, con el equipo adecuado regularemos a través de una redecilla incorporada en el equipo , la velocidad que el especialista indicara para la administración sera de gotas por minuto (1ml = 1cc = 20 gotas).

Purgaremos utilizando la ruedecilla y la ajustaremos al numero de gotas por minuto. Conectaremos la linea de administración la linea de administración al extremo de la sonda y proceda a la administración de la nutrición.
Si detectamos algo anormal interrumpiremos la nutrición y consultemos al especialista de referencia.

Una vez finalizada la administración si sobra producto se puede guardar en la nevera. Se vigilara los tiempos de caducidad, conservación, envasado, exposición del producto nutricional.

Si se administra medicamentos, no mezclaremos el medicamento con la nutrición (salvo indicaciones medicas), administraremos la medicina por el orificio mas pequeño de la sonda. Se desconectara el equipo de infusión para poder pasar el medicamento con una jeringa utilizaremos medicamentos líquidos y en caso de comprimidos consultaremos con el especialista.

Cuidaremos la nariz y boca. Se moverá la sonda haciéndose rodar sobre si misma. Limpiar los orificios nasales mínimo una vez al día con un bastoncillo, cepillaremos los dientes y la lengua cuidadosamente con un cepillo suave (Evitar enjuagar la boca con agua).

Es apropiado utilizar cremas hidratantes para la nariz, vaselina o crema de cacao para los labios.
Para cuidados de la sonda: la mantendremos limpia para evitar que se obstruya, administrar 5-10 ml de agua según lo que corresponda y cada 4-6 horas en caso de tener una administración continua, en caso de que este obstruida se tendrá que cambiar cuando no se este administrando nada se cerrara el conector.

Limpiaremos cuidadosamente el tapón externo con una gasa humedecida con agua caliente. Es necesario crear un ambiente agradable y tranquilo. Evitar dar sensación de nervios o prisas,hable con el paciente y explíquele en que consiste el soporte nutricional al que esta sometido.

Se observara si existen síntomas de aspiración especialmente al iniciar la alimentación por sonda y si esto ocurre interrumpir. Vigilar el estado nutricional: (medidas antropometricas) especialmente, peso, aspectos de la piel, ojos labios, lengua.

También controlaremos ingesta y eliminación: orina, líquidos, sed y otros síntomas de deshidratación
Vigilar el estado mental: confusión y letargo pueden indicar deshidratación.

Los síntomas como nauseas vómitos y diarreas no deberán existir cuando la administración por sonda se realiza adecuadamente.

5 Discusión-Conclusión

Utilizar una alimentación por sonda no impide en todos los casos comer por boca y cada paciente debe ser valorado individualmente por su medico o por un especialista en deglución. Si no se le indica lo contrario, intente mantener este habito por la importancia social y psicológica de la comida, por el disfrute que conlleva y para evitar que el paciente "olvide" como se come. Esto es posible sobretodo en el primer año de vida y el mejor tratamiento es la prevención.

La "Nutrición Enteral" como el resto de técnicas de soporte nutricional se incluye dentro del plan de cuidados nutricional que debe comenzar en el mismo momento del ingreso, con el cribado nutricional de los pacientes. Este cribado tiene como objetivo identificar, no solo a aquellos pacientes con mal nutrición proteico-calorica que ingresan si no también a los que tienen riesgo de desnutrirse durante su estancia o presentar complicaciones abordables mediante soporte nutricional. El cribado debe ser realizado rutinamente en las 24 horas de ingreso y permite clasificar a los pacientes en bajo, medio o alto riesgo nutricional,. Existen distintas herramientas diseñados para pacientes.

La "Nutrición Enteral" es capaz de cumplir con el objetivo de prevenir la malnutrición y corregir los problemas nutricionales cuando existen y de este modo evitar el consumo de las propias proteínas.

6 Bibliografía

- Where Nutrition Becomes Therpy
- SENEP´s standardization group, Pedrón Giner C, Martínez-Costa C, Navas-López L, Redecillas-Ferrero S, Moreno_Villares JM, et al.

Capítulo 870

ENFERMEDAD CELÍACA EN PEDIATRIA

AMANDA MENÉNDEZ LINDE

SANDRA IGLESIAS HERRERO

1 Introducción

La enfermedad celíaca (EC) es un síndrome de malabsorcion crónica que consiste en una intolerancia permanente a las proteínas del gluten individuos predispuestos genéticamente. Una enfermedad multisistémica con base autoinmune.

La EC cursa con una atrofia de las vellosidades del intestino delgado.

La EC es una de las enfermedades intestinal crónica de las más comunes y frecuentes.

La EC se caracteriza por presentarse entre los 4-24 meses de edad , cuando se empiezan a introducir en la dieta los alimentos que contienen gluten.

Los pediatras pueden identificar los síntomas de la EC y los pacientes que pertenecen a grupos de alto riesgo.

Estos profesionales desempeñan un papel muy importante para la detención precoz de los signos y síntomas con el consiguiente diagnóstico temprano e inicio de una dieta libre de gluten.

Los síntomas más frecuentes son: pérdida de peso, de apetito, fatiga, vómitos, diarrea, pérdida de masa muscular, distensión abdominal, anemia, retraso del crecimiento entre otras.

Una vez diagnosticado el niño para garantizar una dieta libre de gluten hay que respetarla estrictamente, ya que las exposiciones accidentales pueden llevar a la recurrencia de síntomas ,dolor abdominal y al daño de la mucosa y malabsorción de los nutrientes.

2 Objetivos

- Determinar y reconocer los síntomas de una EC en niños en un diagnóstico temprano, así como un seguimiento mantenido del niño celiaco.
- Aproximar a los padres a grupos locales de celiacos como Face , para que puedan preporcionarles información y apoyos sobre la dieta los alimentos lugares ala hora de salir a comer fuera para llevar la enfermedad del niño.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo , se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Face, celiacos.org seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Bibliografía

- Https celiacos.org.
- Celiaquia.com.
- Face.
- Wwwaeped.es.

Capítulo 871

BENEDICIOS DEL LAVADO DE MANOS EN LAS INSTITUCIONES SANITARIAS EN RELACIÓN A LAS INFECCIONES ASOCIADAS A LA ASISTENCIA SANITARIA

LILIANA ÁLVAREZ GONZÁLEZ

1 Introducción

La medida más importante para la prevención y control de las infecciones nosocomiales es la higiene de manos. Esto es así porque la forma más frecuente de transmisión de microorganismos patógenos entre pacientes se produce a través de las manos del personal sanitario.

2 Objetivos

- Determinar qué estrategias pueden mejorar el cumplimiento de los trabajadores de asistencia sanitaria de las recomendaciones para la higiene de manos.

3 Metodología

El lavado social es aquel que se realiza de forma convencional mediante agua y jabón. No es eficaz para la eliminación de diversos microorganismos. La clorhexi-

dina se utiliza para eliminar suciedad, materia orgánica, flora transitoria consiguiendo cierta actividad antimicrobiana residual.

La antisepsia con solución alcohólica. Se recomienda aplicar una dosis de la preparación a base de alcohol, cubrir ambas manos y frotarlas hasta que estén secas. Éste último procedimiento, permite eliminar la flora transitoria y la residente. La higiene de manos se debe considerar como la medida más eficaz en la prevención de las infecciones nosocomiales. Una buena higiene de manos, aportará grandes beneficios en la salud y en la economía mundial.

4 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 872

MANIPULACIÓN MANUAL DE CARGAS EN EL TRABAJO Y RIESGOS PARA LA SALUD

LILIANA ÁLVAREZ GONZÁLEZ

1 Introducción

Muchos profesionales sanitarios, sufren lesiones músculo-esqueléticas que pueden ocasionar episodios de bajas en el trabajo, debido en la mayoría de los casos, al esfuerzo producido por la carga de pesos de forma habitual y/o continuada.

2 Objetivos

- Determinar situaciones en el personal sanitario en las que la manipulación de cargas pueda suponer un riesgo para la salud.

3 Metodología

Todas aquellas situaciones en las que se incluya levantamiento, descenso, transporte, tracción o empuje de objetos pesados serán las actividades con mayor riesgo de producir enfermedades como fatiga física o lesiones músulo-esqueléticas.
Para prevenir las lesiones, debemos seguir unas recomendaciones:
Emplear adecuadamente los equipos disponibles: grúas, sillas de ruedas, camas regulables…

Usar un vestido y calzado adecuado.
Aplicar las técnicas correctas de movilización manual.
De todas formas, es importante conocer que para proteger a la mayoría de los trabajadores y trabajadoras, no se deberían manejar cargas superiores a 15kg. Y nunca más de 40kg.

4 Bibliografía

- Ley de prevención de riesgos laborales. Reglamento sobre manipulación de cargas R.D 1299/2006 de 10 de noviembre sobre enfermedades profesionales.

Capítulo 873

PRINCIPALES MEDIDAS DE INTERVENCIÓN PARA PREVENIR LAS CAÍDAS EN EL PACIENTE ANCIANO

LILIANA ÁLVAREZ GONZÁLEZ

1 Introducción

Los pacientes geriátricos, debido a los cambios propios del proceso de envejecimiento y/o patologías que lo acompañan, tienen una alta incidencia de caídas con diverso grado de gravedad.

2 Objetivos

- Desarrollar medidas de intervención para evitar o reducir las caídas en pacientes ancianos.

3 Metodología

La edad de los pacientes es un factor que aumenta el riesgo de caídas, también lo es la historia de caídas previas la polimedicación y las alteraciones de la marcha. Para evitarlas o reducirlas se debe:

- Mejorar la fuerza y la resistencia con ejercicios regulares.
- Actuar sobre el medio que les rodea; adecuada iluminación, evitar juguetes y objetos que obstaculicen el paso, cuidado con animales domésticos, etc.
- Utilización de medidas de protección: barras laterales, inodoros adaptados, duchas adaptadas, etc.

- Revisar periódicamente la medicación.
- Utilizar dispositivos tecnológicos, como una alarma para mantenernos informados.

Para evitar las caídas en pacientes ancianos, es muy importante la formación del personal sanitario así como actuar sobre los factores de riesgo.

4 Bibliografía

- Ed. Elsevier.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 874

EL TCAE ANTE OXIUROS (LOMBRICES) EN NIÑOS.

MARÍA ÁLVAREZ GONZALEZ

VANESA MATA RAMOS

1 Introducción

Los oxiuros, también llamadas lombrices, son unos gusanos muy pequeños y finos. Son muy frecuentes sobretodo en niños, y aunque pueden aparecer en cualquier momento de la vida el mayor número de casos se produce en los menores de entre cinco y 14 años. No están relacionadas con la suciedad o falta de higiene y provocan un número considerable de niños infestados en cualquier país. Pueden producirse por la ingestión (o inhalación) de quistes de protozoos, huevos o larvas de gusanos.

Después de entrar en la boca, los huevos atraviesan el sistema digestivo, eclosionando en el intestino delgado, desde donde las larvas de las lombrices avanzan hasta llegar al intestino grueso. Transcurridas unas pocas semanas, las hembras de lombriz progresan hasta el final del aparato digestivo y salen fuera del cuerpo, generalmente por la noche, para realizar la puesta de huevos.

Los huevos mediante una secreción especial se adhieren a las márgenes del ano y piel circundante. Desde aquí, es posible reiniciar un contagio (si el niño se rasca y luego se lleva las manos a la boca). Este proceso suele durar de uno a dos meses.

2 Objetivos

- Detectar la patología en la mayor brevedad posible para pautar el tratamiento y erradicar el gusano. De esta manera reestableceremos la salud de niño y evitamos el contagio y la propagación de la enfermedad.

3 Caso clínico

Niña de 9 años acude a la consulta de pediatría y la madre refiere que lleva unos siete días despertando por la noche con llanto y picor en el ano, dolor abdominal y distensión. En la exploración física se observa ligera distensión abdominal, dolor en la palpación, en fosa iliaca izquierda, ano enrojecido, irritación vaginal y con presencia de larvas. Se recoge Test de Graham durante tres días, y tras la obtención de un resultado positivo se prescriben medicamentos antiparasitarios por vía oral y se cita a la paciente en aproximadamente 3 semanas después de aplicar el tratamiento para determinar si contienen huevos y/o lombrices.

Se indica a la madre que el tratamiento lo debe tomar toda la familia aunque no tenga síntomas y se aconseja bañar al niño por la mañana, conel fin de eliminar gran cantidad de huevos. Cambio de ropa interior, toallas y ropa de cama frecuente. Lavarlas con agua caliente el día que realicemos el tratamiento ya que con ello reducimos el riesgo de reinfección. Lavado de manos frecuente, especialmente debajo de las uñas, que se recomienda tener cortas. En caso de reinfección, realizar el tratamiento correctamente por parte del niño y de los convivientes.

4 Discusión-Conclusión

Aunque no es una enfermedad grave, es muy molesta y de muy fácil contagio. Por ello, el diagnostico precoz es importante, evitando así malestar y propagación tanto en niños como en convivientes. En cualquier enfermedad es mejor prevenir que curar, y a pesar de que este tipo de patologías no conllevan un gasto excesivo en la curación de un individuo, si tenemos en cuenta la fácil propagación el gasto aumenta considerablemente.

5 Bibliografía

Dado que se trata de un caso real, la mayor parte de la información es extraída de los informes médicos de la paciente, también se consultó las siguientes fuentes;

- Fichas de información ciudadana sobre medicamentos. CEVIME Centro Vasco de Información de Medicamentos. (Puedes descargar en pdf: Cuando pican las lombrices.
- Moreno A, Vilardell J. Infecciones oportunistas.
- De Paula FM, de Castro E, Gosalves-Pires M, et al. Parasitological andimmunological diagnoses of strongyloidiasis
- Drugs for Parasitic Infections.
- Martín Sánchez AM, Hernández García A, González Fernández M, Afonso Rodríguez O, Hernández Cabrera M, Pérez Arellano JL. Intestinal parasitosis.

Capítulo 875

ÚLCERAS POR PRESION EN EL ANCIANO

ANGELA MARTOS CANADAS

ANA PATRICIA COTA EIREA

1 Introducción

Las úlceras de decúbito, llagas de decúbito y ulceras por presión (UPP) son los términos empleados para describir la alteración de la integridad cutánea o lesiones de la piel que se origina debido a la aplicación prolongada y constante de una presión donde un plano o prominencia osea. La presión es el agente fundamental en el desarrollo de una úlcera y las estrategias de prevención se encaminan a evitar o reducir al máximo la presión excesiva sobre las distintas zonas corporales ya que esta presión provoca un bloqueo sanguíneo que se traduce en isquemia y posteriormente la necrosis de la piel, del tejido subcutáneo y a menudo también de musculo y hueso.

La piel tiene como misión cubrir y proteger la superficie corporal pero existe una serie de circunstancias que pueden dar lugar a la aparición de lesiones cutáneas importantes. En la mayoría de los casos los factores de riesgo externos pueden ser controlados por los cuidados de la familia o del personal sanitario. El personal auxiliar de enfermería es un eslabón muy importante en la prevención de estas lesiones cutánea ya que es el encargado del aseo diario del anciano y de su higiene a lo largo del día, proporcionando los cuidados como movilizaciones, cambios de pañal, cambios posturales, ropa de cama, etc.

La observación es fundamental en el trabajo diario del auxiliar de enfermería, por que a la hora del aseo es un buen momento para inspeccionar la totalidad de la superficie corporal, buscando signos iniciales de lesiones para poder prevenir el desarrollo de dichas lesiones.

El auxiliar de enfermería debe conocer el proceso de desarrollo de las úlceras así como las zonas mas susceptibles para su aparición, los principios básicos de tratamiento.

Si tenemos en cuenta el nivel de movilidad y actividad del paciente, un método muy eficaz para evitar estas lesiones son los cambios posturales realizados por el personal sanitario. Se hacen cada 2 horas en la cama y si esta sentando en silla no podría superar las dos horas ya que en esta posición se incrementa la presión ejercida sobre las prominencias oseas que es lo que queremos evitar.

Los cambios posturales se irán alternando diferentes posiciones:
- Decúbito supino: tumbada boca arriba, podemos colocar un puente bajo los tobillos para evitar que los talones rocen con las sabanas y se apoyen en el colchón
- Decúbito lateral: apoyado sobre un lado
- Decúbito prono: tumbado boca abajo. Utilizaremos almohadas para apoyar abdomen, muslos y piernas.
- Sedestación: sentado. Se usarán roscos y flotadores ortopédicos para liberar el coxis.

También se podrán utilizar otros dispositivos para reducir la intensidad dela presión sobre la zona como los cojines, almohadas, colchones que con bandas neumáticas que se inflan alternativamente cambiando los puntos de presión, apósitos y vendajes protectores.

2 Objetivos

- Prevenir la aparición de las UPP.

3 Caso clínico

Adulto que llega al servicio de urgencias en ambulancia remitido desde una residencia geriátrica por picos de fiebre. Presenta varias lesiones epidérmicas y una UPP en sacro en estadio IV , la lesión se extiende hasta el hueso con abundantes secreciones purulentas y serosas.

Tras realizar una analítica se confirma una sepsis.

Se procede al ingreso por el servicio de Medicina Interna.

4 Discusión-Conclusión

Existen cuatro factores de riesgo fiscos relacionados con la rotura de la pies y las formación de las UPP, estos factores son:
- Presion.
- Friccion.
- Fuerza de cizallamiento.
- Maceración o humedad.

El principal factor de riesgo es la presión y podemos distinguir la presión directa que es aquella que se ejerce de forma perpendicular y la presión tangencial que es aquella que se ejerce en sentido contrario al desplazamiento del individuo sobre el plano duro. Este tipo de presión lo conocemos como fuerzas de cizallamiento. Se suele producir en los traslados desde una camilla a una cama o a una silla. Las zonas más susceptibles son el sacro y los talones.

La fricción se debe cuando hay una pérdida de células epidérmicas debido al roce de la piel contra otra superficie, las zonas con mayor riesgo son los codos y los talones.

La maceración. Una humedad excesiva produce un reblandecimiento y reducción de la resistencia de la piel, esto suele pasar en los casos de excesiva sudoración, incontinencia urinaria o fecal, drenaje de una herida exudativa, etc. Siendo estos los primeros signos:
- EDEMA: acumulación de liquido en el espacio intersticial.
- ERITEMA: enrojecimiento o inflamación de la piel.
- FLICTENA: acumulación de liquido bajo la piel.
- EROSIÓN: destrucción por desgarre de una superficie.
- ESCARA: costra seca y dura.
- ULCERA: lesión de la piel producida por isquemia o necrosis.

El personal auxiliar de enfermería tiene un cometido muy importante en los diferentes servicios para evitar, revisar y comunicar cualquier posible lesión.

Es necesario que el personal sanitario y la familia conozcan los principios de formación de un UPP, así como qué medidas tomar. Debemos fomentar el

conocimiento y autonomía del paciente e informar de las distintas actividades de la vida diaria que influyen directamente en la conservación de la integridad de la piel como la higiene, intentando mantenerla siempre limpia, libre de sudor y orina. Utilizar un jabón con ph neutro y el secado se realizara con pequeños toques, nunca frotaremos. Utilizaremos también cremas para hidratar y al aplicarla realizaremos un pequeño masaje que favorece la circulación. Mantener un dieta equilibrada y tomar abundantes líquidos. Realizar algo de ejercicio, dentro de las posibilidades de cada uno.

5 Bibliografía

- https://medlineplus.gov/
- https://www.elsevier.es/
- https://www.ulceras.net/
- https://www.bbraun.es/

Capítulo 876

LA ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE UN CASO DE MALTRATO INFANTIL

JULIANA ROSA JIMENEZ

SELENE MATELLÁN ROSA

ANA REY VARELA

1 Introducción

La OMS define el maltrato infantil como los abusos y la desatención de que son objeto los menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder. La exposición a la violencia de pareja también se incluye a veces entre las formas de maltrato infantil.

El maltrato infantil es una causa de sufrimiento para los niños y las familias, y puede tener consecuencias a largo plazo. El maltrato causa estrés y se asocia a trastornos del desarrollo cerebral temprano. Los casos extremos de estrés pueden alterar el desarrollo de los sistemas nervioso e inmunitario. En consecuencia, los adultos que han sufrido maltrato en la infancia corren mayor riesgo de sufrir problemas conductuales, físicos y mentales.

El maltrato infantil en España representa la segunda causa de muerte en los primeros cinco años de vida, excluyendo el período neonatal. La atención ante el maltrato y la desprotección infantil que obliga legalmente a la intervención coordinada de todos los profesionales que sospechen o conozcan estas situaciones. Las dificultades asociadas a la detección y actuación ante el maltrato infantil exigen intervenciones muy protocolizadas, con adecuada celeridad y prudencia y respetuosas siempre del superior interés del menor, interés que ha de prevalecer frente a cualquier otro interés legítimo.

2 Objetivos

- Reconocer los indicadores de maltrato infantil así como su detección precoz.
- Conocer las pautas de actuación del técnico en cuidados auxiliares de enfermería ante dicho maltrato.
- Promover la notificación de los posibles casos de malos tratos, por parte de enfermería, al organismo oportuno.

3 Metodología

Se realiza protocolo estandarizado de revisión bibliográfica, para encontrar las mejores evidencias disponibles o, en su defecto, los mejores resultados. Los descriptores clave utilizadas son las siguientes: maltrato infantil, protocolo de actuación, técnico en cuidados auxiliares de enfermería, signos y síntomas y menor maltratado.

4 Resultados

Se describen los signos y manifestaciones clínicas, así como las conductas del menor que deben hacer sospechar al técnico en cuidados auxiliares de enfermería de la existencia de maltrato en cualquiera de sus variantes. Se detalla el procedimiento que ha de realizar tras detectarlo, con su correspondiente registro, notificación a los servicios sociales y el seguimiento multidisciplinar que resulte oportuno, poniéndolo en conocimiento de la enfermera o de los facultativos para que valoren si el menor precisa un ingreso hospitalario.

Algunos de los indicadores que pueden servir a una primera llamada de atención para los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería son las siguientes:
-El niño es cauto con el contacto físico a adultos.

- Es aprensivo cuando otros niños/as lloran.
- Presenta conductas extremas como agresividad o rechazo.
- Parece que tiene miedo de los padres.
- Informa de que alguno de sus progenitores le ha causado alguna lesión.
- Presenta lesiones cutáneo-mucosas tales como hematomas, contusiones, equimosis, heridas, pinchazos, quemaduras, cauto con el contacto físico a adultos.

Una vez detectado el posible maltrato, para notificarlo no es necesario que el informante posea una certeza absoluta de que esa situación se está produciendo sino que es suficiente poseer indicios razonables de ello.

5 Discusión-Conclusión

Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería con su intervención se convierten en un recurso clave para iniciar el proceso de recuperación del menor. Tienen la capacidad para realizar la detección precoz, identificación y notificación de situaciones de sospecha o certeza de malos tratos tanto en la infancia como en la adolescencia.

Cuando existe sospecha de maltrato, o este es evidente, la atención correcta y la protección de los menores debe gozar de máxima prioridad y se debe asegurar que prevalezca siempre el interés superior del menor sobre cualquier otro interés legítimo, informando a la enfermera o pediatra sobre nuestra sospechas para que poner en sobre aviso a los organismos competentes de la administración de la Junta de Andalucía en materia de protección de menores, la Autoridad Judicial o el Ministerio Fiscal.

La actuación enfermera desde Atención Primaria es la más cercana al niño y a su entorno. Es por ello por lo que juega un papel muy importante en su detección para asegurar una atención integral al menor. El profesional de enfermería debe prestar especial atención a los controles de crecimiento y desarrollo, así como las manifestaciones físicas y las conductas que presenta el menor hacia el sistema de salud. La intervención de enfermería en estas situaciones no es autónoma, por lo que se debe conocer el método de actuación y la legislación vigente para actuar de forma precoz ante la mínima sospecha e intentar evitar que se repita la situación.

6 Bibliografía

- https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/chjaen/files/pdf/1416575260.pdf
- https://www.who.int/topics/child_abuse/es/
- https://www.astursalud.es/noticias/-/noticias/guia-de-actuacion-ante-el-maltrato-infantil
- https://www.savethechildren.es/notasprensa/save-children-calcula-que-en-espana-mas-del-25-de-ninos-y-ninas-han-sido-victima-de
- http://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/10651/17342/1/La%20pr%C3%A1ctica%20de%20la%20enfermer%C3%ADa%20ante%20el%20maltrato%20infantil.pdf

Capítulo 877

LAS FUNCIONES DEL TCAE EN GERIATRIA

GLADYS GUERRA CACHIMUEL

MARÍA MAGDALENA GUERRA CACHIMUEL

1 Introducción

Contemplar las necesidades de los pacientes geriátricos incluye una valoración de todas las áreas que le rodean, puesto que algunas necesidades se encuentran alteradas, no debido al cambio físico y funcional al que se ven sometidos, sino por las barreras arquitectónicas o sociales con las que se encuentran y que van impidiendo que se pueda dar respuesta a esa alteración.

El correcto conocimiento de las necesidades humanas es fundamental para ayudar al paciente anciano a satisfacerlas.

Determinar cuál es la ayuda que necesita el paciente geriátrico en cada momento y saber brindarla es la base de la práctica profesional del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería.

2 Objetivos

- Conocer las funciones del técnico auxiliar de enfermería.
- Proporcionar los cuidados básicos de la vida diaria.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Scielo, Cochrane, Google Académico, Medline, se han utilizado criterios de búsqueda en revistas científicas y artículos encontrados funciones del tcae en geriatria, se utilizaron descriptores con las palabras claves utilizadas en la búsqueda: cuidados, enfermo geriátrico, persona mayor, funciones del tcae.

4 Resultados

El/La técnico auxiliar de enfermería en geriatría se encarga de asistir a las personas mayores en la realización de las actividades diarias que no puedan realizar por sí solas.

Sus funciones consisten en: realizar la asistencia de cuidados de enfermería destinados a las personas mayores; efectuar la limpieza y el mantenimiento de los utensilios de las personas residentes, hacer las camas, recoger la ropa y llevarla a lavandería, etc.; repartir y dar la comida a las personas mayores que no pueden valerse por sí solas; realizar servicios auxiliares como los cambios de postura, masajes de estimulación, etc.; acompañar a los/as usuarios/as en las salidas del centro residencial o del domicilio; etc.

En el ejercicio de la ocupación el auxiliar de enfermería en geriatría debe respetar las normas vigentes en medio ambiente, calidad y seguridad laboral.Todo depende del paciente, pero a rasgos generales estas serán algunas de las principales actividades que desarrollarás en una residencia de ancianos:
• Ayudar a los ancianos a levantarse, lavarse y vestirse.
• Ayudarlos a ir al baño.
• Ayudarlos a comer y a tomar la medicación.
• Aplicar cremas, apósitos o realizar curas.
• Informar a los familiares sobre su estado
• Facilitar la tarea de su desplazamiento y a acostarse.
• Asistencia en cualquier otra actividad diaria que no puedan realizar por ellos mismos
• Detectar cambios en la salud física o mental.
• Ayudarles en la integración con otros compañeros.

Siempre que un paciente pueda realizar una tarea por sí mismo, debemos respetarlo y animarle a ello y a mantener su nivel de independencia y calidad de

vida. Si en algún momento vemos que ya no son capaces de ducharse o ir al baño por sí mismos, sí que debemos intervenir, pero si observamos que se desenvuelven con la suficiente soltura, tenemos que respetarlo, ya que ellos se sentirán más autosuficientes y confiados.

Además de todos estos cuidados físicos, también hay que atender los cuidados psicológicos que todos los pacientes precisan, especialmente las personas mayores. Para que se sientan cómodos a nuestro lado es fundamental que creamos un clima de confianza, en el que se sientan a gusto y cómodos a nuestro lado. Con algunos de ellos compartiremos actividades íntimas como puede ser ir al baño o ducharse, con lo cual debemos hacerles sentir bien, escucharles e intentar comprender todo lo que nos dicen; la empatía, por tanto, es una cualidad básica que un técnico auxiliar de enfermería debe tener, máxime si trata con personas mayores

5 Discusión-Conclusión

El paciente adulto mayor puede precisar ayuda para acostarse o levantarse de la cama, para el aseo y la limpieza personal, e incluso apoyo para la comida o simplemente darles literalmente de comer. Proporcionar los cuidados básicos necesarios para mantener la calidad de vida y evitar o retrasar los síndromes geriátricos, forma parte de los objetivos del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería para la atención a las personas mayores. Es por ello, que estos profesionales deben saber tratar, evaluar, cuidar y asesorar a este tipo de pacientes.

6 Bibliografía

1. Queralt M. Medicina preventiva para mayores. Alimentación y Nutrición. [En línea] [fecha de acceso: 10 de noviembre de 2014].
2. Servicio de Atención Primaria, Planificación y Evaluación. Servicio Canario de Salud. Taller de formación y educación sanitaria para personas cuidadoras.
3. Soriano Martín PJ. Atención al cuidador. Higiene del paciente inmovilizado. [En línea] [fecha de acceso: 10 de noviembre de 2014].
4. Vidal García Alonso J, Valdominos Pastor V, Herrera Santos PA, Rodríguez-Porrero Miret C, Rodríguez Mahou C, Redondo Martín-Aragón JA.
5. Petrina Jáuregui ME. Nutrición en el anciano. XVIII Curso de Actualización en Nutrición Clínica y Dietética.

Capítulo 878

LOS CUIDADOS DE LA DIABETES.

MARÍA MAGDALENA GUERRA CACHIMUEL

GLADYS GUERRA CACHIMUEL

1 Introducción

La diabetes es una enfermedad muy común, que afecta al 60% de la población. La importancia de la diabetes estriba en que, si no está suficientemente controlada, puede dar lugar a frecuentes complicaciones, especialmente de tipo circulatorio y neurológico. La diabetes puede estar presente de dos formas; o bien, porque el páncreas que es el que segrega la hormona insulina, no lo haga. O bien, que disminuya la producción de dicha hormona.
La diabetes mellitus es una enfermedad de tipo metabólica, dado su alto índice de incidencia es muy importante el control de la enfermedad y de sus posibles complicaciones a largo plazo. Es muy importante que el personal de Enfermería esté debidamente cualificado para dar una alta calidad asistencial a este tipo de pacientes. La diabetes aparece cuando el organismo no puede controlar la cantidad de glucosa (azúcar) en la sangre. Esto puede suceder si el organismo no produce bastante insulina (una hormona).Este tipo de diabetes suele estar relacionada con la obesidad.

2 Objetivos

• Conseguir mantener al paciente libre de síntomas y signos relacionados con la hiperglucemia e impedir las posibles complicaciones agudas.
• Evitar o reducir las complicaciones de la enfermedad a largo plazo.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Cochrane, Scielo, Google Académico, Medline, se han utilizado criterios de búsqueda en revistas científicas y artículos encontrados como los cuidados de los pacientes con diabetes , se utilizaron descriptores con las palabras claves utilizadas en la búsqueda: cuidados, diabetes, hiperglucemia, hipoglucemia, mellitus, paciente.

4 Resultados

La unidad de cuidados paliativos procura brindar soporte y bienestar a los pacientes que sufren una enfermedad terminal. Su finalidad es conseguir que los pacientes pasen esta etapa de su vida libres de dolor y con los síntomas bajo control, rodeados de la gente que les quiere.
En la unidad de cuidados paliativos suelen trabajar diferentes personas, en el caso particular del auxiliar de enfermería, es quien se encarga de mantener la higiene personal del paciente y proporcionarle un ambiente agradable, con esto último nos referimos a una habitación ordenada, limpia y luminosa.
Por lo general la programación de las tareas que realiza el auxiliar de enfermería en la unidad de cuidados paliativos comienza con el control de la temperatura del paciente y la medición de diuresis, para ello debe anotar las mediciones correspondientes y comunicar a los enfermeros si observan alguna anomalía. Luego reparte las comidas del día y le da de comer a aquellos pacientes que necesitan su asistencia. Recoge las bandejas y deja un vaso limpio para el enfermo y su acompañante. Para mantener un ambiente agradable, el auxiliar de enfermería realiza un aseo general según el protocolo correspondiente, hace las camas y deja la habitación ordenada. Para ello debe juntar en una bolsa la ropa sucia, cerrarla, etiquetarla y depositarla en el carro indicado para ese fin.
Además de cuidar la higiene del paciente y proporcionarle un ambiente agradable, el auxiliar de enfermería debe colaborar con los enfermeros profesionales en todo aquello que necesiten, ya sea en la administración de medicamentos como en los cuidados que surjan durante el turno.
Debemos plantearnos objetivos realistas y a corto plazo, e ir modificándose paulatinamente según se modifiquen las necesidades de los pacientes. Algunos síntomas van a ser muy difíciles de controlar (debilidad, anorexia…) y de lo que se tratará es de conseguir que el enfermo se adapte a ellos lo mejor posible. En cualquier tratamiento se debe tratar de saber la etiología del síntoma, si es secundario a los tratamientos, si es debido a la propia enfermedad….

• Valorar la necesidad de tratar un determinado síntoma dependiendo de la fase evolutiva de la enfermedad y de la situación del paciente.
• Explicar las causas de los síntomas al paciente y familia con términos sencillos.
• Elegir tratamientos fáciles de cumplir y siempre que sea posible elegir la vía oral.
• Iniciar los tratamientos lo antes posible y si se puede adelantarnos a los síntomas y tratar de evitar que se cronifique.
• No limitarse al uso de fármacos, incluir medidas no farmacológicas. Evitar en lo posible la polimedicación, restringir si se puede a 4 o 5 fármacos e ir retirando los innecesarios, para lo que hay que revisar continuamente el tratamiento.

5 Discusión-Conclusión

Obtener unos niveles de glucemia óptimos es el primer objetivo para poder evitar las posibles complicaciones, debido a que la diabetes es una enfermedad crónica. Para ello será muy importante una exhaustiva y adecuada educación sanitaria por parte del personal de Enfermería. El personal de Enfermería debe enfocar los cuidados al seguimiento de los pacientes diabéticos de acuerdo a cada situación en particular. Cada paciente debe ser capaz de llevar una vida saludable, respaldada emocionalmente por su familia, amigos y el personal de Enfermería, con un acceso a la atención médica y a los tratamientos médicos adecuados. La modificación de los hábitos por parte del paciente es la base para la prevención y el adecuado control de la diabetes, también existen uno grupo de medicamentos (insulina, hipoglucemiantes orales) para disminuir los niveles de glucosa en sangre, sumado a las nuevas terapias puede ayudar a mejorar la calidad de vida de éste tipo de pacientes. Aunque sin olvidar que la parte más importante del tratamiento es modificar los hábitos de la dieta y ejercicio, donde el personal de enfermería participará más activamente.

6 Bibliografía

- T. Dunning. Papel complejo y en constante evolución de los educadores en Diabetes. Diabetes Voice, 52 (2007).
- Cervera Peris M, Crespi Monjo M. Tratamiento farmacológico de la diabetes, de la obesidad, y de otros componentes del síndrome metabólico. Nutr Hosp Suplem. 2010
- Gómez-Huelgas R, Martínez-Castelao A, Artola S, Górriz JL, Menéndez E. Documento de Consenso sobre el tratamiento de la diabetes tipo 2 Med Clin (Barc).

2014.
- Rivas Alpizar E, Zerquera Trujillo G, Hernández Gutiérrez C, Vicente Sánchez B. Manejo práctico del paciente con diabetes mellitus en la Atención Primaria de Salud. Rev. Finlay. 2011

Capítulo 879

EL EMBARAZO Y LA ANSIEDAD

CARMEN ESTELA CAMPAL ORTIZ

1 Introducción

La ansiedad durante el embarazo es bastante habitual sobretodo en primerizas, es un período difícil de miedo y angustia. No todo el mundo siente la ansiedad, pero es normal que, a lo largo del embarazo, aparezcan pensamientos negativos recurrentes y preocupaciones.

2 Objetivos

- Reconocer los síntomas de la ansiedad.
- Informar a las embarazadas de posibles estados de ansiedad.
- Ofrecerles, alternativas y recursos, para mejorar su situación de ansiedad.
-Disminuir el estado de ansiedad, para evitar otras patologías derivadas.

3 Metodología

Reconocer los síntomas de la ansiedad es de vital importancia, ante la duda si no se sabe distinguir es importante acudir al médico.
Los síntomas más frecuentes en el embarazo cuando tienen ansiedad:
- Preocuparse demasiado
- Los pensamientos son muy recurrentes.
- Temblar o convulsionar.
- Adormecimiento de la musculatura.
- Sequedad en la boca.

- Las manos pueden estar frías y húmedas.
- Sudar en exceso.
- Taquicardias.
- Sensación de ahogo.
- Vértigos.
- Sensación de que todo es irreal.
- Náuseas fuera de las comunes.
- Dolor en el estómago.
- Miedo a morir en el parto.
- Preocuparse en exceso sobre la salud el bebé.
- Baja autoestima por los cambios físicos.

4 Resultados

La ansiedad puede provocar problemas en el embarazo como estos:
- Parto prematuro.
- Bajo peso al nacer.
- No atender al niño correctamente.
- Problemas de conducta y emocionales a largo plazo.

El esfuerzo de comprender que le está pasando y la aceptación de tener un problema y buscar un especialista para la ayuda correspondiente, puede llevar a una enfermedad que se denomina la enfermedad del nido, consiste en tener total obsesión por tenerlo todo preparado para cuando llegue el niño, ropa, cuadro, cuna, limpiar obsesionadamente y sin llevar a cabo el descanso que debería tener la última etapa del embarazo.

En el período de embarazo la mujer tiene una serie de necesidades emocionales y personales, que son diferentes y propias del embarazo. Donde se añaden cambios físicos y hormonales, por lo que es habitual en la gestación sentir ansiedad.

5 Discusión-Conclusión

Para mejorar los síntomas de la ansiedad, hay que llevar a cabo conductas y hábitos con actividades, orientadas al refuerzo emocional.

Es imprescindible saber reconocer cada momento que experimenta la mujer para así poder controlarlo.

Es necesario hablar con el especialista, para mejorar la salud de la madre y la del bebé, realizar las terapias y respiraciones correspondientes, que paute el especialista para no llegar al punto de tener ansiedad, ya que esto puede provocar algunas consecuencias negativas.

6 Bibliografía

- Aguirre de Carcer, Álvaro. Educación Maternal: Preparación por sofropedagogía obstétrica . Madrid 1979.
- Akerman,F.J. Embarazo, parto y primeros meses de vida / F.J. Akerman (1994)
- Artal, Raul. Embarazo y ejercicio / Raul Artal (1995)

Capítulo 880

LA LACTANCIA MATERNA.

CARMEN ESTELA CAMPAL ORTIZ

1 Introducción

Los niños tienen que tener una adecuada nutrición para su desarrollo.
La lactancia tiene muchas cosas beneficiosas para el bebé. La leche materna tiene muchos nutrientes y anticuerpos, así protegen o ayudan al bebé contra infecciones. La leche materna sin ninguna duda, es el alimento más saludable para alimentar al recién nacido.

Beneficios:
- Disminuye las infecciones digestivas.
- Menos infecciones respiratorias.
- Menos alergias alimentarias.
- Más económico.
- Para la madre también tiene beneficios.

Se tiene que hacer a demanda, siempre se aconseja que, si el recién nacido pide, darle de tomar.
Los primeros 46 primeros meses, es un periodo de crecimiento rápido, especialmente para el cerebro, la leche materna contiene aminoácidos y ácidos grasos, por eso es ideal para la necesidad del crecimiento. También contiene agentes antibacterianos y anti infecciosos, con ellos inmunoglobulinas que fortalece el sistema inmunológico.
La lactancia materna, se recomienda por motivos fisiológicos, psicológicos y emocionales. Se puede continuar con la lactancia hasta los dos años, es beneficioso tanto para la madre como para el bebé.

2 Objetivos

Dar a conocer los beneficios de la lactancia mediante una revisión bibliográfica.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Es muy importante el papel de la enfermera, a la hora de proporcionar y asesorar en la lactancia materna, por eso se debe informar a las madres con todo, sobre la lactancia desde la primera consulta prenatal.
Hay que informar a las embarazadas sobre los beneficios de la lactancia y sobre las técnicas del amamantamiento. Los cambios de las mamas aumentan de volumen, forma, pigmentación y secreción de calostro, se debe informar para no confundir con alguna patología.
Enseñar las técnicas de extracción de leche, para fortalecer la capacidad para amamantar.
En caso que no quiera amamantar, no hacer que se sienta culpable, es una decisión de la madre.
Siempre poner al recién nacido lo antes posible amamantar, en la medida que se pueda.
Hasta la subida de la leche, no es necesario que se lleve un horario fijo. El bebé tiene que tomar cuando el necesite, la duración en cada pecho será de diez minutos en cada uno, para que los dos estén de igual manera.
La madre debe tener una postura cómoda, su espalda tiene que estar recta y el cuerpo del bebé, tiene que estar en contacto con ella, su nariz debe de colocarse al nivel del pezón.

5 Discusión-Conclusión

El personal, debe estar capacitado para poner en práctica todo el proceso de la lactancia e informar a las embarazadas, de todos lo beneficios que tiene la lactancia natural, ayudándoles a iniciarse en este periodo sin miedos y siempre con mucha paciencia, ya que es un momento en algunas madres les produce mucho estrés. Hay que tener en cuenta, tanto las madres como los bebés tienen que aprender juntos.
Tenemos que incentivar, la lactancia materna, informando a las madres que es mejor que las lactancias artificiales.

6 Bibliografía

- Casado de Frias, E. Lactancia natural (1983). Ministerio de Sanidad y Consumo, D.L. 1983.
- Arias, Diana. Guía de la lactancia : todo sobre la alimentación natural del bebé / Diana Arias (2005) Edición: 2ª ed .Juventud, 2005.
- Eiger, Marvin S. El gran libro de la lactancia / Marvin S. Eiger, Sally Wendkos Olds (1988).
- López Sastre, José (1942-) Importancia del aporte de oligoelementos en la nutrición del lactante / José López Sastre ; contestación de, Juan López Arranz. (2019). Oviedo : Real Academia de Medicina del Principado de Asturias, 2019.
- Rosenthal, M. Sara. Guía de la lactancia materna / M. Sara Rosenthal ; traducción Santiago Cordero Ledo ; revisión Grupo ROS (2002)Producción/Publ.: Madrid : McGraw-Hill, [2002].

Capítulo 881

DONACION DE PROGENITORES HEMATOPOYETICOS

LUCIA MENENDEZ MARTINEZ

VANESA GONZÁLEZ GARCÍA

EVA MARIA LOBO GONZÁLEZ

CARMEN LOBO GONZÁLEZ

FLORINDA ARGÜELLES BLANCO

1 Introducción

El trasplante de progenitores hematopoyéticos, antes denominado trasplante de médula, permite la curación de muchas enfermedades que afectan a la sangre (leucemias, linfomas, aplasia medular, mielomas…) al sustituir las células defectuosas por otras normales procedentes de un donante sano, algo que solo puede realizarse si existe un donante sano compatible con el paciente.

Las posibilidades de encontrar el donante idóneo dentro de la familia son del 30%, pero el 70 % de los pacientes encontraran su donante compatible fuera del ámbito familiar, para aumentar las posibilidades de que esto ocurra se han creado registros de donantes voluntarios en la mayoría de los países, de ahí la importancia de fomentar la donación de médula con la intención de hacer los registros más amplios.

Sin embargo, ser donantes de medula ósea implica un compromiso moral que debe ser cuidadosamente meditado antes de inscribirse en el registro, y se espera que el donante no cambie de idea si de ello pende la vida de otra persona.

La falta de información sobre este tema repercute directamente en la falta de donantes de medula ósea. El papel del personal sanitario en esta materia es de suma relevancia, serán los encargados de educar y concienciar a la población en la importancia de hacerse donante de médula.

2 Objetivos

Dar a conocer al personal sanitario los pasos a seguir para registrarse como donante de progenitores hematopoyéticos, dotándolos de herramientas para su labor de promoción

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo hemos hecho una revisión bibliográfica sistemática sobre protocolos de diferentes Centros de Transfusión, recomendaciones de la Organización Nacional de Trasplantes, de la Fundación Josep Carreas, del Ministerio de Sanidad y hemos realizado búsquedas bibliográficas en base de datos como MedLine Plus, Cuiden…utilizando palabras claves como médula ósea, progenitores hematopoyéticos, trasplante…

4 Resultados

El trasplante de médula ósea es la única esperanza para los enfermos afectados por diferentes enfermedades oncohematológicas, consiste en sustituir las células enfermas del paciente por las sanas del donante, pero 3 de cada 4 pacientes no tendrán un donante familiar compatible, y habrá que buscarlo en el Registro de Donantes de Medula Ósea (REDMO).

Cuantas mas personas se inscriban en el registro mas opciones habrá de encontrar donantes compatibles.

Podrá hacerse donante todo aquel entre 18 y 40 años que no haya padecido enfermedades graves o trasmisibles. Debemos de informarle que las células madre hematopoyéticas se encuentran en la médula ósea que está dentro de algunos

huesos (como el iliaco), NUNCA ES LA MEDULA ESPINAL, también en sangre periférica y las células del cordón umbilical.

Así vamos a tener dos procedimientos diferentes para obtener estos progenitores hematopoyéticos:
• Aspiración de medula ósea: Que se realizará en quirófano bajo anestesia mediante punciones repetidas en las crestas iliacas. La anestesia podrá ser general o excepcionalmente epidural, este procedimiento puede dejar dolor en la zona de punción y anemia que se resuelve en pocos días
• Donación de sangre periférica mediante aféresis: Para ello se administrará durante unos días antes factores de crecimiento, que podrán dejarnos un cuadro similar a un proceso gripal, que cede con analgesia suave, este es un proceso ambulatorio.

Una vez que se está bien informado y se está seguro de la decisión que se va a tomar hay que acudir a un centro de referencia de la comunidad para registrarse, donde tomaran una muestra de sangre para estudiar las características de histocompatibilidad.

El registro como donante no significa una donación inmediata, solo se donará en el caso de ser compatible con un receptor que necesite un donante con esas mismas características de compatibilidad.

La donación es confidencial, gratuita y solo puede tener una finalidad terapéutica, aunque si que se le compensan al donante los gastos que se puedan generar.

5 Discusión-Conclusión

Para que un paciente con una enfermedad oncohematológica que necesita un trasplante encuentre un donante compatible, se necesita incrementar todo lo posible el registro de donantes de medula ósea, aumentando así las posibilidades de encontrar células madre sanguíneas compatibles.

Para conseguir este objetivo, un punto clave es la de informar de forma veraz a la población, tarea que debe llevar a cabo el personal sanitario, haciendo especial énfasis en los mínimos riesgos para el donante y en los beneficios para el receptor.

6 Bibliografía

- www.medulaosea.ont.es
Actualización del plan nacional de médula ósea (Ministerio de sanidad, consumo y bienestar social)
- www.fcarreras.org
Fundación Internacional Josep Carreras
- Padilla-Ramos A. Proyecto de intervención educativa para la promoción de médula ósea. Universidad de La Laguna
- Gonzalez-Martinez S La donación de medula ósea influenciada por su desconocimiento. Universidad Jaén (2016)

Capítulo 882

EL PERSONAL SANITARIO EN LA PROMOCIÓN DE LA DONACIÓN

VANESA GONZÁLEZ GARCÍA

LUCIA MENENDEZ MARTINEZ

EVA MARIA LOBO GONZÁLEZ

CARMEN LOBO GONZÁLEZ

FLORINDA ARGÜELLES BLANCO

1 Introducción

Cada día se realizan miles de transfusiones sanguíneas que ayudan a mejorar o salvar las vidas de quien la reciben.
Para poder afrontar este compromiso se necesitan un mínimo de donaciones diarias que no siempre se consiguen. Durante los últimos años se observa cierto estancamiento, incluso disminución en el número de donaciones.

Para revertir esta tendencia es necesario desarrollar un Plan de Promoción de la donación entre la población, donde el personal sanitario juega un papel fundamental impartiendo educación para la salud y fomentando actitudes adecuadas que inciten a la donación de sangre.

2 Objetivos

Formar e informar al personal sanitario para que pueda transmitir un mensaje de sensibilización sobe la donación de sangre a la población.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo hemos hecho una revisión bibliográfica sistemática sobre protocolos de diferentes Centros de Transfusión, recomendaciones de la SETS y del Ministerio de Sanidad

4 Resultados

El altruismo y la generosidad humana son los valores en los que se basa la donación de sangre, gracias a la cual es posible la curación de muchas personas afectadas de distintas enfermedades.

No se trata de ser un experto en la materia, sino de tener unos conocimientos mínimos necesarios para informar a la población de forma veraz acerca del procedimiento de la donación, mostrando que la sangre no es un bien que se pueda fabricar y que además tiene fecha de caducidad, por lo que es necesario su reposición de forma constante.

En principio puede donar todo aquel entre 18 y 65 años que pese más de 50 Kg y goce en general de buena salud.

Para ello debe presentarse en un centro de donación o una unidad móvil correctamente identificado, allí se le realizara una breve historia clínica, una sencilla exploración física y unos controles analíticos, con la finalidad de proteger su salud y la de los receptores de su sangre. No es necesario ir en ayunas, de hecho, conviene ir desayunado si se va por la mañana.

EL procedimiento de la donación es muy sencillo y seguro, con un pinchazo se extraen aproximadamente 450 ml de sangre que se recogen en un equipo homologado, estéril y de un solo uso. La duración no excede los 15 minutos. En este proceso puede producirse de forma poco frecuente algún efecto adverso leve como hematoma, hipotensión.

Las recomendaciones para después de la donación son sencillas, consisten básicamente en reponer el volumen extraído bebiendo abundante líquido, no efec-

tuando actividades de riesgo en las siguientes 12 horas, no hacer deporte en el día de la donación…

Sin embargo, no siempre se puede donar, hay exclusiones temporales como:
• Endoscopias, piercing, tatuajes… (4 meses)
• Embarazo y lactancia
• Proceso infeccioso de cualquier tipo (15 días)
• Intervención quirúrgica (4 meses)

También hay razones que impiden donar de forma permanente como:
• Enfermedad grave (tumores, diabetes a tratamiento con Insulina…)
• Sida, hepatitis B, hepatitis C
• Haber consumido drogas por vía intravenosa o intramuscular
• Conductas sexuales de riesgo de contraer infecciones trasmisibles

Las mujeres pueden donar un máximo de tres veces al año y cuatro veces los hombres, con un tiempo mínimo de dos meses entre donación y donación.

La sangre donada será transformada en tres componentes sanguíneos o hemoderivados distintos que serán transfundidos a los pacientes que lo necesiten:
• Glóbulos rojos o hematíes
• Plasma
• Plaquetas

Debemos tener en cuentan que las actitudes positivas o negativas sobre la donación entre el personal sanitario influyen de forma clara y contundente entre la población, por ello es preciso no olvidar las actuaciones dirigidas a la concienciación sobre este tema.

5 Discusión-Conclusión

A pesar de los avances científicos y tecnológicos todavía sigue siendo la donación la única fuente de componentes sanguíneos para la transfusión.

El personal sanitario en su obligación de educar para la salud debe promocionar la donación de sangre para el correcto funcionamiento del sistema sanitario, ya que es un paso de vital importancia en la cadena sanitaria.

6 Bibliografía

- Lastra-Felix M. Promoción enfermera de la hemodonación en atención primaria. Revista Enfermería Global nº9 Noviembre 2006
- www.donasturias.org
Cetro comunitario sangre y tejidos de Asturias
- www.centrodehemoterapiacyl.es
Centro de hemoterapia y hemodonacion de Castilla y León
- www.mscbs.go.es
Informes y publicaciones medicina transfusional y salud pública

Capítulo 883

AUTONOMÍA DE MOVIMIENTO EN LA VEJEZ

ANA BELÉN POCEIRO DE LA FUENTE

IRENE VEGA LLAMAZALES

NURIA RODRÍGUEZ GARCÍA

ESTEFANÍA RUIZ ESPINA

MARÍA SOLEDAD FERNÁNDEZ IGLESIAS

1 Introducción

A lo largo de nuestra vida experimentamos cambios en las funciones músculo-esqueléticas, los cuales se acentúan en la vejez, dificultando e incluso llegando a impedir el movimiento autónomo de las personas ancianas.

2 Objetivos

Valorar el grado de independencia de las personas ancianas, cuál es su situación y proporcionar la información y cuidados necesarios para favorecer su autonomía y evitar complicaciones asociadas a una inmovilidad prolongada.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica utilizando los descriptores cambios del movimiento en la vejez, autonomía en la vejez, mantenimiento de la independencia en el anciano, inmovilidad en el envejecimiento.

4 Resultados

Con el envejecimiento el cuerpo experimenta una serie de cambios, tales como:
- Pérdida de masa y tono muscular
- Disminución de la cantidad y elasticidad del tejido subcutáneo
- Desmineralización de los huesos
- Disminución de la estatura
- Disminución de los espacios intervertebrales
- Flexión de las rodillas y las caderas
- Cifosis
- Cambios en la función motora y los músculos
- Fracturas vertebrales por compresión

Los profesionales sanitarios deben valorar el estado físico, emocional, social y personal en el que se encuentra el anciano y respecto a ello intentar fomentar, en la medida de lo posible, su autonomía, para así evitar, que su nivel de dependencia aumente, a la par que su movilidad disminuye.

5 Discusión-Conclusión

Conocer las limitaciones de la persona anciana ayuda a los profesionales de la salud, a poder proporcionarles los cuidados y consejos necesarios para evitar que su movilidad se vea mermada, y se produzcan otro tipo de complicaciones asociadas a una inmovilidad prolongada.

6 Bibliografía

- sanitas.es
- Scielo.es
- cruzroja.es
- elrincondelcuidador.es
- enfermeria.org

Capítulo 884

LOS CAMBIOS POSTURALES EN PERSONAS ENCAMADAS PARA EL TCAE

INES FERNANDEZ GUDEREIT

1 Introducción

Los cambios posturales son otra de las muchas tareas que realiza el auxiliar de enfermería de cara a que los pacientes que pasen por sus manos estén cómodos y puedan afrontar su recuperación de la mejor manera. Al igual que en todo procedimiento sanitario, al realizar un cambio postural, por parte del auxiliar de enfermería, responde a unas necesidades pero también a algunos criterios que el trabajador debe tener en cuenta para llevarlos a cabo de una manera correcta y eficiente. Los cambios posturales se deben llevar a cabo cada 2-3 horas. En pacientes de larga estancia en la cama, se deben evitar prendas con grandes costuras que puedan clavarse y provocar úlceras.

2 Objetivos

- Reconocer la importancia de los cambios posturales en pacientes encamados para evitar la aparición de úlceras por presión (UPP).

3 Metodología

La mayoría de las personas cambian de posición en respuesta a la presión que sienten en las zonas de apoyo. Las personas que no sienten esta presión o que no

se pueden mover, pueden sufrir alteraciones musculares o en la piel (úlceras por presión).

Es conveniente cambiar de postura al enfermo cada 2 horas aproximadamente, cuando éste permanezca en la cama.

- Posición supina: colocar una almohada para apoyar la cabeza (poner varias puede producir una contractura en el cuello por excesiva flexión). Colocar otra almohada debajo de las pantorrillas para que el peso de las piernas no descanse sobre un punto en concreto y para que las rodillas queden ligeramente flexionadas. Se puede colocar también una almohada en los pies que evite una extensión excesiva.
- Posición lateral: colocar una almohada bajo la cabeza para que quede alineada con el tronco. Separar un poco el brazo que quede debajo para evitar que el peso del cuerpo recaiga sobre éste. El brazo que quede encima debe estar algo flexionado y descansado sobre una almohada para liberar presión sobre el pecho. Colocar otra almohada entre las dos piernas para evitar el roce y flexionar ligeramente la pierna que quede encima. Puede ser necesario una almohada en la espalada para que el tronco no caiga hacia atrás.

4 Bibliografía

- https://www.auxiliareenfermería.es
- https://www.auxiliar-enfermería.com
- https://www.enfermeríapractica.com
- https://www.cun.es

Capítulo 885

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN CONSULTAS DE GINECOLOGÍA

ANA REY VARELA

SELENE MATELLÁN ROSA

JULIANA ROSA JIMENEZ

1 Introducción

Los protocolos y procedimientos para el técnico auxiliar de enfermería representan la efectividad y consolidación de un estilo de trabajo. Su último fin es proporcionar una asistencia sanitaria de máxima calidad. Es función indispensable del TCAE asistir al médico en cualquiera de sus funciones.

2 Objetivos

- Recopilar y plasmar los diferentes apartados del protocolo del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en las consultas, más concretamente en el servicio de ginecología.

3 Metodología

Exponer las competencias y los conocimientos necesarios para el técnico en cuidados auxiliares de enfermería para la correcta asistencia en la consulta de ginecología en la recopilación de protocolos en las diferentes páginas y guías mencionadas en la bibliografía.

4 Resultados

Dividiremos las tareas del Técnico en cuidados de enfermería dentro de la consulta en 3 apartados generales para facilitar los procesos de actuación en cada caso.

Dentro de la consulta:
• Control y verificación del listado de pacientes
• Recopilación de documentación, así como contrastar que la información de esta concuerda con el paciente.
• Poner en conocimiento del paciente, familiares o acompañantes la información que resulte oportuna, siempre dentro de nuestras competencias.
• Informar sobre los derechos y deberes del paciente.
• Transmitir al información, haremos de intermediario entre los responsables médicos y el paciente.
• Facilitar el acceso a la consulta del paciente.
• Colaboración con el resto del equipo sanitario.
• Mantener el orden en las salas de espera anexas a la consulta.
• Verificación del paciente, corroborar la concordancia de la cita con este.
• Recopilación de los diversos documentos de la historia, y preparación de la misma.
• Complementar los datos de registro y consulta del paciente en la historia del paciente.
• Formalización de citas y coordinación con otros servicios si la situación así lo requiera.

En relación al paciente:
• Recepción del paciente en la consulta.
• Preparación del paciente antes de la prueba, como puede ser mandar orinar antes de realizar la prueba.
• Recoger y registrar los datos en el programa informático.

• Transmitir la información pertinente al médico previamente obtenida del paciente.
• Auxiliar al médico y asistir al paciente.
• Colaboración en los cuidados de enfermería.
• Relacionarse con el paciente, para crear un ambiente de confianza.
• Intervenir en la comunicación familia/equipo médico con el fin de facilitar esta.
• Actuar en situaciones de urgencia dentro del trabajo del técnico auxiliar de enfermería.
• Explicar y facilitar el entendimiento de las pruebas diagnosticas al paciente.

Mantenimiento de la unidad:
• Limpieza de los carros de curas y reposición de estos.
• Control y reposición de material en el almacén.
• Limpieza diaria de la zona de trabajo.
• Control de lencería.
• Notificar las posibles incidencias del servicio.

5 Discusión-Conclusión

Tener claros los conocimientos, las funciones y los protocolos que debe de seguir el técnico en cuidados auxiliares de enfermería, es fundamental para el correcto funcionamiento de la consulta, a través de esta guía, recopilamos las funciones que deberá desempeñar un Tcae.

6 Bibliografía

- Scielo.sld.cu/scielo.
- https://araucaniasur.cl/wp-content/uploads/2019/07/Protocolo.
- https:/www.astursalud.es.
- https://enfermeria.org/guias-y-protocolos.
- www.auxiliar-enfermeria.com/protocolos_tcae_1b.htm.

Capítulo 886

FARMACOLOGIA: ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS

ANGELES MARIA MUÑIZ CORRALES

1 Introducción

La farmacología es la ciencia que estudia el origen de los fármacos, sus acciones y los efectos fisiológicos y bioquÍmicos ,los mecanismos de acción, que sufre el fármaco en el organismo, y la eliminación y excreción del fármaco.

Podemos encontrar los fármacos de cinco formas distintas:
1. Formas solidas: (polvos, pastillas).
2. Formas liquidas:(jarabes, lociones).
3. Formas semilíquidas: (emulsiones).
4. Formas semisolidas:(cremas y pomadas).
5. Formas gaseosas:(aerosoles).

Todas las formas farmacéuticas tienen color, olor. Producidas por colorantes, saborizantes y conservantes que las preservan por tiempo limitado.

Cuando las funciones del organismo se alteran por una enfermedad se administra fármaco para restaurar la normalidad, aliviar o curar.El seguimiento de cualquier tratamiento busca obtener la máxima efectividad del mismo y en el caso del fármaco, minimizar los riesgos causados por su uso, mejorar la seguridad farmacología, contribuir aun uso racional y mejorar la calidad de vida de los pacientes.La administración de medicación no es una función propia del auxiliar de enfermería pero si puede ser delegada por parte de la enfermera. Debido a esto se deben tener conocimiento sobre las vías de administrativas los materiales

necesarios y las técnicas empleadas, así como de las normas protocolizadas para la administración de medicamentos.

Las vías de administración mas frecuentes son:
-Via oral.
-Via sublingual.
-Via rectal.
-Via intramuscular.
-Via subcutanea.
-Via topica.
-Instilaciones nasales.
-Instilaciones oculares.
-Instilaciones oticas.
-Via inhalatoria
-Via intravenosa.

2 Objetivos

- Lograr una acción especifica mediante la administración de un medicamento, ya sea con fines preventivos, diagnósticos o terapéuticos

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Bibliografía

- Garcia Conde, Esther Riera Muste, practicas sanitarias Ed. Everest 1996. Pag.100-105 Joanne C. La Rocca .Shirley E. otto .Guia clinica enfermeria. terapia intravenosa .
- 2 edición Mosby Doyma 1997 Madrid. https//www. pisa .com. mx/ publicidad portal/enfermeria/ manual/.
Formacion continuada logoss.

- Información en la formación continuada logoss .
- https//www.pisa.com.mx/publicidad/portal/enfermeria/manual/.

Capítulo 887

EL LAVADO DE MANOS COMO MEDIDA PREVENTIVA

MARIA DEL ROCIO IGLESIAS GARCIA

1 Introducción

El lavado de manos es una medida preventiva muy importante frente a las enfermedades de carácter infeccioso dentro y fuera del ámbito sanitario.

2 Objetivos

Explicar de forma detallada cómo se debe realizar la higiene de manos y la importancia que tiene el llevarla a la práctica de una forma adecuada.

3 Metodología

He consultado varias bases de datos y bibliografías localizando artículos con contenidos detallados sobre el lavado de manos que me han resultado muy útiles.

4 Resultados

Tanto en el ámbito sanitario como en el día a día de la vida cotidiana, se debe de tener una escrupulosa higiene de manos ya que estamos expuestos a infecciones y también podemos ser los responsables de transmitirlas. La higiene de las manos debe ser correcta, dedicando el tiempo necesario ya que si lo hacemos de forma

superficial no conseguiremos eliminar en su totalidad los agentes patógenos causantes de enfermedades.

Comenzaremos mojando las manos, muñecas y antebrazos bajo el chorro de agua, dando por entendido que no debemos traer puesto ni pulseras, anillos, relojes o esmaltes de uñas ya que actúan como reservorio de microorganismos e interfieren en el lavado. A continuación, aplicaremos jabón y frotaremos con energía manos muñecas y antebrazo, incidiendo entre los dedos y pasaremos un cepillo a las uñas que deben estar cortas. Con movimientos rotatorios, frotaremos las puntas de los dedos sobre la palma de la otra mano y posteriormente aclararemos el jabón secando las manos con papel, desechándolo posteriormente o usaremos el secador de manos.

Tendremos en cuenta que las manos se deben lavar antes y después de comenzar nuestro trabajo, de tocar alimentos, de usar el baño, de tener contacto con pacientes y objetos de su entorno, incluso después de quitarnos los guantes tras realizar una técnica.

5 Discusión-Conclusión

En las manos se acumulan gran cantidad de microorganismos, si no se realiza una adecuada higiene, tantas veces como sea necesaria, podríamos ser los responsables de transmitir enfermedades o padecerlas nosotros, un correcto lavado de manos es un método muy eficaz para prevenir infecciones dentro y fuera del ámbito hospitalario.

6 Bibliografía

- https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=140333
- https://es.wikipedia.org/wiki/Higiene_de_manos
- https://wwwsaludcastillayleon.es/HSReyesAranda/es/calidad/lavado-higienico-manos
- https://www.seguridaddelpaciente.es/es/practicas-seguras/programa-higiene-manos

Capítulo 888

¿EXISTE RELACIÓN ENTRE EL COLECHO Y EL SÍNDROME DE MUERTE SÚBITA DEL LACTANTE (S.M.S.L.)?

ANA FERNÁNDEZ IGLESIAS

1 Introducción

El colecho se produce cuando la madre y el bebé comparten la misma cama. Esto suele ocurrir cuando se realiza la lactancia materna, ya que al estar en la misma cama, las posiciones para lactar resultan más sencillas de realizar, más cómodas para el bebé y para la madre, sobre todo en las tomas nocturnas.

Por otro lado, el síndrome de muerte súbita del lactante (S.M.S.L.) es una muerte repentina e inexplicable en bebés menores de 1 año, siendo la mayoría de las veces producidas durante el sueño.
Por lo tanto, hay una relación entre el síndrome de muerte súbita del lactante (S.M.S.L.) y la lactancia materna (L.M.).

Los bebés, generalmente, tienen un sueño ligero y pueden tener episodios de apnea (cuando se deja de respirar), que pueden durar hasta 15 segundos. Por lo que, puede aparecer dos situaciones; se dispara el mecanismo automático de la respiración o el bebé se despierta, y así se reinicia la espiración sin problema alguno. Puede ocurrir que ninguna de esos dos procesos se suceda, y que no se inicie de nuevo la respiración, produciéndose el SMSL.

2 Objetivos

- Con la información buscada y recopilada, se determinará si el colecho puede tener alguna explicación fisiológica para la muerte súbita del bebé.
- Se expondrán los beneficios del colecho, que tipo de sincronización, si es el caso, se produce entre la madre y el bebé, y así como también si existen casos en los que realizarlo está contraindicado.
- Se expondrán numerosas recomendaciones para reducir el SMSL para garantizar la seguridad del bebé durante el sueño, y poder así, reducir la posibilidad de sufrir el síndrome.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica en numerosas páginas web, revistas médicas y diferentes bases de datos médicas: PubMed, Academia Americana de Pediatría, KidsHealth, Revista colombiana de pediatría "enColombia". Lectura de libros sobre pediatría y cuidado de recién nacidos.

Las palabras clave utilizadas han sido: colecho, síndrome de muerte súbita, lactancia materna, cuidado lactantes.

4 Resultados

Realizar el colecho favorece un menor nivel de estrés y menos despertares entre la madre y su bebé. También los sistemas cardíacos, respiratorios de los bebés son regulados parcialmente por el contacto piel con piel y el sueño compartido con la madre.

Las madres, al compartir colecho, protegen de manera instintiva a su bebé, y esto hace que el bebé se sienta acunado. Tanto el roce, el movimiento como la respiración de la madre, hacen sobre el bebé una influencia positiva, produciéndose una sincronización entre ambos.

Esto hace que el bebé sea muy sensible a cualquier movimiento de la madre, y por lo tanto, todo ello ayuda al bebé a disminuir los episodios de la apnea. Tanto la madre como el bebé sincronizan sus periodos de sueño y vigilia.

A pesar de los beneficios que se obtienen, tendremos que tener en cuenta unas serie de recomendaciones:

- Demasiado calor ambiental en la habitación aumenta el riesgo de sufrir el SMSL.
- No abrigar en exceso al bebé.
- Tener solamente lo indispensable para el bebé, no llenarlo de mantas y muñecos.
- Siempre poner al bebé a dormir boca arriba, y nunca, boca abajo.
- Usar un colchón firme, en ningún caso se podrá poner al bebé a dormir en colchón muy blando, ya que corre el riesgo de que el bebé se asfixie.

Por último, existen numerosas situaciones en las que el colecho está contraindicado y resulta perjudicial para los lactantes. Esto ocurre en los casos de:
- Madres fumadoras.
- Madres alcohólicas.
- Así como también con síntomas de drogas o medicamentos que puedan alterar su nivel de consciencia.
- Realizar el colecho en el sofá.

5 Discusión-Conclusión

No existen aún, a pesar de tantos casos que existen de víctimas de muerte súbita en lactantes, pruebas ni explicaciones fisiológicas algunas sobre por qué se produce el SMSL y si guarda relación con el dormir en colecho.

Por lo tanto, al no existir dichas pruebas que contraindiquen realizarlo, son numerosos los beneficios que se obtienen tanto para la madre como para el bebé.

Por lo que, siguiendo las pautas recomendadas y un estilo de vida saludable, no se tendrá que prescindir de realizar el colecho si así se desea.

6 Bibliografía

- Ball H.L.: Brreastfeeding, bed-sharing, and infant sleep.
- S. Mosko, C. Richard and J. McKenna: Maternal sleep and arousals during bed-sharing with infants.
- Sweet Sleep: Nighttime and Naptime Strategies for the Breastfeeding Family: La Leche League International, Diane Wiessinger, Diana West, Linda J. Smith, Teresa Pitman.
- Artículos de la Academia Americana de Pediatría.
- Healthy Children: Recomendaciones sobre sobre el sueño seguro y el riesgo de SMSL.
- James McKenna: Dormir con tu bebé.

- Dr. William Sears; Revista científica de pediatría “en Colombia”, El síndrome de muerte súbita.

Capítulo 889

LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y PROTECCIÓN FRENTE A ENFERMEDADES E INFECCIONES

ANA FERNÁNDEZ IGLESIAS

1 Introducción

La leche materna es la forma de alimentación por la cual el bebé se alimenta de la leche producida en el seno de la madre. Es el mejor alimento que se le puede dar al recién nacido durante los primeros meses de vida, ya que es la forma ideal de aportar al bebé todos los nutrientes necesarios que necesita para su crecimiento y buen desarrollo.
Está investigado que, entre los numerosos beneficios que ofrece, está el de proteger al bebé ante enfermedades e infecciones.

El periodo de lactancia exclusiva, es la manera de alimentar al bebé en exclusiva con leche materna, sin ofrecerle ningún otro tipo de alimentos. No es necesario establecer un horario de amamantar, si no que el bebé es alimentado cuando lo necesite y pida, lo que corresponde entre 10 ó 12 tomas al día aproximadamente en un recién nacido, es decir, se realiza a demanda.

La lactancia exclusiva se alargará hasta los 6 meses, momento en el cual se produce la introducción de nuevos alimentos, pudiendo seguir alternando con la lactancia materna sin ningún problema. Se puede alargar hasta los dos años o más, no existe un límite para no hacerlo.

La lactancia no afecta a la vida de la madre, a su alimentación ni a su actividad

física. Sólo ha de alimentarse de forma saludable y llevar una vida sana, evitando el consumo de bebidas alcohólicas y tabaco.

2 Objetivos

Se ha recopilado información y datos de estudios y artículos relacionados con los beneficios de la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida, los efectos positivos que tiene sobre la salud tanto del bebé como de la madre así como también de la protección hacia enfermedades e infecciones.

3 Metodología

Se ha realizado un revisión bibliográfica en numerosas bases de datos médicas de internet, páginas web y en revistas de pediatría, artículos relacionados con la lactancia materna exclusiva: Asociación española de pediatría, Organización Mundial de la Salud, Healthy Children, Medlineplus.

Las palabras clave utilizadas han sido: lactancia materna exclusiva, beneficios lactancia marterna, dar el pecho, alimentación del lactante.

4 Resultados

Está comprobado que la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida es un alimento completo para el bebé, que le aporta todos los nutrientes que necesite para su crecimiento y correcto desarrollo.

Se demuestra que todo son efectos positivos sobre su salud. Los bebés alimentados exclusivamente con leche materna sufren menos infecciones y enfermedades (está llena de inmunoglobinas), así como su gravedad es mucho menor, ya que la leche materna tiene factores y propiedades anti-infecciones.
Se reducen las enfermedades respiratorios y cardiovasculares, además de proteger al bebé de diarreas y resfriados.
También, el bebé que esté alimentado con leche materna, se protege contra el síndrome de muerte súbita, reduciendo así las posibilidades de sufrirlo, así como de enfermedades como el linfoma, enfermedades alérgicas e inmunológicas.

También son múltiples los beneficios para la madre, entre los cuales cabe destacar:

- Se crea un vínculo muy fuerte con el bebé.
- Influye de forma favorable para recuperar el peso que se ha ganado durante el embarazo.
- Supone un ahorro económico, ya que, al ser el único alimento del bebé no se necesita comprar nada más.
- Hay un menor riesgo de padecer cáncer de ovario y de mama, según estudios recientes realizados.

Para que se pueda iniciar y prolongar la lactancia materna, se ha de seguir unas ciertas recomendaciones:
- La lactancia materna se debe iniciar durante la primera hora de vida.
- No se le debe de ofrecer al bebé otros alimentos, incluido el agua, solamente se le ha de ofrecer la leche materna.
- No se le deben de ofrecer chupetes, tetinas o biberones. Los chupetes se podrán ofrecer cuando la lactancia materna ya esté completamente establecida, ya que si no, el bebé podría confundirse y rechazar después el pecho.
- La lactancia debe de ser a demanda, es decir, cuando el bebé lo necesite y pida.

5 Discusión-Conclusión

Por lo tanto, ante los numerosos estudios que existen, explicando los beneficios que se obtienen de la leche materna y los resultados que se concluyen, en los que, los bebés alimentados con leche materna tienen menos riesgos de padecer enfermedades e infecciones, la Organización Mundial de la Salud recomienda la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses.

Ya que además, la leche materna varía según la toma y se va adaptando al crecimiento del bebé, y después de este tiempo, se ha de seguir con la lactancia materna junto con la introducción de nuevos alimentos, sin límite establecido. Además la lactancia materna ofrece beneficios tanto como para el bebé como para la madre.

6 Bibliografía

- Asociación Española de Pediatría; artículos relacionados con la lactancia materna exclusiva.
- Organización Mundial de la Salud (OMS); la alimentación del lactante.
- Healthy Children.org: lactancia materna exclusiva.

- MedlinePlus; lactancia.
- Bebésymas; la lactancia materna protege frente a infecciones respiratorias.
- Revistas sobre cuidado del bebé como Ser Padres, Mi bebé y yo.

Capítulo 890

INMOVILIZACIÓN FÍSICA Y CONTENCIÓN RACIONAL DE PACIENTES

ALEJANDRO RODRÍGUEZ ROZA

ALICIA FERNÁNDEZ MARTÍNEZ

FRANCISCO JOSÉ MOROTE MORENO

LUIS CAPARRÓS SÁNCHEZ

1 Introducción

La contención física es una intervención terapéutica extrema consistente en la aplicación de dispositivos restrictivos inmovilizadores para limitar la libertad de un paciente, habitualmente incapacitado, sus movimientos y el acceso a su propio cuerpo en aras de su mayor seguridad y/o la de otros, personal sanitario incluido.

En las últimas décadas ha existido una considerable preocupación por lograr disminuir la utilización de contenciones físicas en las instituciones de salud. Sin embargo, aunque sea una práctica común en muchos servicios, debiera considerarse como un último recurso para controlar conductas que suponen un alto riesgo tanto para el propio paciente como para otras personas y profesionales de la salud.

La contención física es una práctica controvertida que conlleva dilemas éticos, clínicos y sociales. A pesar de ello, existen algunos factores que contribuyen a

que se continúe realizando, como la creencia de que la inmovilización no puede ser eliminada si no existe suficiente dotación de personal, la falta de conocimiento de otras alternativas por los profesionales, y el temor a que el paciente sufra algún evento adverso si no se encuentra inmovilizado.

Tipos de contención:
Contención mecánica: La contención mecánica se encuentra asociada casi exclusivamente a procedimientos o técnicas utilizados en unidades o servicios de psiquiatría o en geriátricos y centros de tercer nivel. Las sujeciones son utilizadas en el 32% de los pacientes en los hospitales terciarios, y el mayor porcentaje se sitúa en los pacientes mayores de 65 años. En residencias de ancianos se ha descripto un porcentaje de utilización entre 31% y 59% de los pacientes y de un 23% en hospitalizaciones psiquiátricas infantiles. Sin embargo, la práctica y distintos estudios estadísticos indican también un alto uso en unidades clínicas, de terapia intensiva y de emergencias. Una revisión sistemática del uso de contención mecánica en hospitales de agudos y terciarios llevada a cabo en Australia, estimó que entre el 3,4% y el 21% de los pacientes agudos serían contenidos físicamente con una duración promedio que oscila entre los 2,7 y los 4,5 días. En su mayoría se trataba de pacientes con diagnósticos psiquiátricos o con trastornos cognitivos, postrados, con riesgo de caídas y con conductas disruptivas. En instituciones de crónicos, el mismo estudio reportó un promedio de inmovilización que iba de un 12% a un 47%, con una duración promedio de casi tres meses… (86,5 días)

Contención Verbal: Las medidas de contención verbal tienen como finalidad el "enfriamiento de la situación", disminuyendo la ansiedad, hostilidad y agresividad y previniendo posibles ataques violentos. Estas medidas deben utilizarse en aquellos casos en los que la pérdida del control sea moderada. Los profesionales de la salud deben estar atentos a los distintos signos de alerta de una situación inminente que pueda requerir contención: voz, tensión muscular, hiperactividad motora, violencia reciente, agitación creciente, alucinaciones auditivas imperativas, amenazas paranoides.

En estas situaciones, se debe transmitir al paciente, en forma firme y segura, la intención de protegerlo frente a su enfermedad. Debe mantenerse un tono calmado y neutral, aún en situaciones donde se produzcan amenazas o insultos. Se debe procurar reducir o limitar aquellos estímulos que puedan se provocadores de conductas agresivas o violentas, como los excesos de luz o ruido. En ocasiones resulta preciso retirar del entorno a las personas provocadoras, que se enfrentan con el paciente o que lo irriten. A veces es conveniente introducir una figura

de autoridad cuya presencia impida la realización de determinadas respuestas. En otros casos es preferible la presencia de alguna persona significativa para el paciente que le inspire confianza con el fin de disminuir la tensión.

2 Objetivos

Antes, durante y después de la aplicación de contenciones al paciente el equipo sanitario debe cumplir una serie de requisitos.
• Que se respeten en los procedimientos la dignidad del paciente: privacidad, adecuación de medios físicos y humanos.
• Que los familiares o representantes del paciente sean informados del procedimiento y, de ser posible, con carácter previo al mismo.
• Que la contención no se prolongue más allá de lo necesario
• Que se ajuste a un protocolo establecido en el centro de salud.

Recomendaciones
Desde un punto de vista estrictamente legal, las principales recomendaciones son las siguientes:
• Ante la indicación médica de realizar una contención o sujeción física se debe informar al paciente de dicho procedimiento, de modo adecuado a sus capacidades de comprensión.
• Cuando el paciente, según el criterio del médico que lo asiste, carezca de capacidad para entender la información a causa de su estado físico o psíquico, la información se facilitará a las personas vinculadas al paciente, por razones familiares o de hecho, o en su caso, a los representantes legales, quienes deberán brindar su consentimiento.
• Si no existen acompañantes para transmitir la información, el profesional adoptará las medidas necesarias acordes con la Ley Artis.
• El médico responsable de la indicación de contención o sujeción deberá informar la finalidad, naturaleza, riesgos y alternativas del procedimiento
• Esta información se facilitará con carácter previo a la medida terapéutica, siempre que las circunstancias lo permitan, y durante el tiempo que se mantenga la misma.
• También cabe la posibilidad de que sea el propio médico quien decida la intervención, aún contra la voluntad del paciente, cuando exista riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del paciente o para terceros, y no sea posible conseguir su autorización, consultando, siempre que las circunstancias lo permitan, a sus familiares o allegados.

• Toda la actuación relacionada con el procedimiento de contención o sujeción debe quedar registrada

3 Metodología

Los descriptores utilizados en la búsqueda fueron: Contenciones a pacientes psiquiátricos, tipos de contenciones y reducción a pacientes agresivos.

Los criterios de búsqueda fueron: textos de diferentes comunidades a hospitales sobre su utilización y medidas así como ejemplos de actuación en casos de contenciones de pacientes sanitarios.

4 Bibliografía

- http://www.noble-arp.com/src/img_up/27122013.0.pdf
https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134282X16301488
- https://www.inforesidencias.com/resources/public/biblioteca/documentos/reglamentacion/20130614-analisis-juridio-decreto-contenciones-navarra.pdf

Capítulo 891

SOPORTE NUTRICIONAL ARTIFICIAL PARA TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

LUCÍA POMAR MARTINEZ

LUCÍA SANCHEZ TOYOS

DIEGO GUTIÉRREZ ALONSO

1 Introducción

El soporte nutricional artificial mediante sondas de acceso digestivo es un tratamiento médico ampliamente utilizado. La indicación de soporte nutricional prolongado en pacientes terminales y en pacientes con deterioro neurológico irreversible crea conflictos éticos y legales de difícil solución.

2 Objetivos

- Revisar las bases culturales y ético-legales.
- Sugerir líneas de actuación sencillas que puedan servir de orientación clínica.

3 Metodología

Partiendo de este objetivo hemos hecho una recopilación bibliográfica a partir de cursos de formación, revistas de práctica clínica, libros de consulta y a través de

la propia experiencia laboral, obteniendo los resultados descritos en esta comunicación.

4 Resultados

Es la alimentación e hidratación artificial un tratamiento médico o un componente de cuidados humanos básicos? Algunos éticos afirman que la nutrición artificial es un aspecto necesario de los cuidados humanitarios básicos.

Gilbert Melainder se hace la siguiente pregunta:
"¿Debe considerarse que administrar alimentos y bebidas forma parte de los cuidados médicos?" y se responde él mismo: "Mas bien, parecería el tipo de cuidados que los seres humanos se deben unos con otros".

Hay autores que afirman que, si el paciente no puede alimentarse por sus propios medios, debe ponerse en marcha un procedimiento médico tal como la instauración de una sonda nasogástrica (SNG) o gastrostomía y, en el caso de no ser posible la vía digestiva, la alimentación artificial por vía parenteral. Pero hay que tener en cuenta que cada uno de estos procedimientos implica riesgos y complicaciones que a veces serán graves o incluso causa de la muerte, como la broncoaspiración, la perforación gástrica, el taponamiento de la sonda, el déficit de nutrientes, los trastornos hidroelectrolíticos y la incomodidad para los pacientes, que perciben el dolor.

Está claro que existen enfermedades y situaciones en las que la alimentación artificial supone una desventaja o es una técnica inútil o desproporcionada:
- Cuando hay afectación de tubo digestivo por enfermedades que cursan con malabsorción o maldigestión.
- Cuando el trastorno es irreversible y el paciente o la familia solicita la interrupción del tratamiento.
- Cuando las desventajas sean desproporcionadas respecto a los beneficios, como ocurre en pacientes en situación de enfermedad terminal, en los que esta técnica prolonga el sufrimiento y la agonía (encarnizamiento terapéutico).
- Cuando el paciente lo percibe como dolor o afecte a su dignidad y espacio personal.

¿Causan dolor u otras molestias la inanición y la deshidratación?
Tanto las familias de los pacientes como algunos profesionales sanitarios piensan que retirar las SNG o las perfusiones intravenosas en un paciente incapaz de

alimentarse por vía oral causará dolor u otros síntomas, no siendo rara la solicitud de ”poner goteros”.

Conviene tener en cuenta que la anorexia es un síntoma frecuente en el periodo agónico, pero la sensación de hambre no se da. Al contrario de lo que se cree, la inanición completa produce cierta sensación de euforia y analgesia que se explica fisiológicamente por el aumento de opiáceos endógenos en el hipotálamo y en el plasma, según ensayos practicados en ratas sometidas a inanición. También el gamma-hidroxibutirato, producto de desdoblamiento de las cetonas, parece ser un mediador de la analgesia. La inanición parcial puede relacionarse con molestias a veces intensas. Puede experimentarse hambre incluso con raciones pequeñas de alimento, pero la sensación de hambre no aparece con la inanición completa.

Es usual que la deshidratación no cause molestias, salvo cierta sensación de sequedad de boca, con una prevalencia entre el 65% y el 95%, no guardando este síntoma relación directa con la administración de hidratación artificial. A nivel bioquímico se produce hipernatremia, aumento de la urea y la creatinina. A nivel clínico, estas alteraciones originan confusión y letargo, pudiendo llegar al coma. Algunos trabajos señalan que la deshidratación sistémica preterminal sería más agradable para el paciente que la hidratación sistémica; esta última agravaría las secreciones respiratorias agónicas, favorecería las náuseas y los vómitos, facilitaría la presencia de edemas periféricos y daría lugar a una micción frecuente.

5 Discusión-Conclusión

Aunque parte importante de las decisiones que han de tomar los equipos de salud en la atención a enfermos terminales corresponde al médico o al equipo médico, no es menos cierto que las consecuencias de esas decisiones afectan de manera muy clara el quehacer diario y la conciencia de las enfermeras que deben cuidar y atender a esos pacientes. Y, por otra parte, los cuidados de enfermería que deben darse a los enfermos terminales también plantean sus propias tomas de decisiones éticas que han de saber resolver -o intentar resolver- las propias enfermeras. Además, en la fase final de la vida disminuye lentamente la función del médico y se hace más importante la de la enfermera: pasa a ser una importante fuente de información y consulta, y toma cada vez más la iniciativa.

Como señalan expertos en cuidados paliativos, ”el médico, cuando considere que el proceso es irreversible y terminal según los indicadores científicos objetivos,

abandonará la idea de curar y se empleará a fondo en el oficio muy exigente de ciencia, competencia y humanidad, que consiste en aliviar y consolar, en procurar su mayor bienestar material y espiritual, así como prestar su apoyo a los allegados de éste". Desde el punto de vista clínico, es bien conocido que los pacientes que son ayudados a enfrentarse con la muerte y a sobrellevar ese conocimiento, atraviesan esta etapa con más paz y con menos síntomas de alteraciones del comportamiento.

6 Bibliografía

- Azulay Tapiero, E. Hortelano Martínez. Anales de medicina interna. Dilemas éticos. Aran Ediciones S.L.
- Barbero J. Limitación del esfuerzo terapéutico. Medicina Clínica 2001.
- Herrero L, Hernandez H. Legislación Bioética. Complejo Carlos Haya.

Capítulo 892

TIPOS DE CELIAQUÍA

MARIA DE LOS ANGELES FERNANDEZ RUBIO

1 Introducción

La Enfermedad Celiaca (EC) es una enfermedad multisistémica con base autoinmune provocada por el gluten y prolaminas relacionadas, en individuos genéticamente susceptibles, y se caracteriza por la presencia de una combinación variable de: manifestaciones clínicas dependientes del gluten, anticuerpos específicos de EC, haplotipos HLA DQ2 o DQ8 y enteropatía.

Esta definición fue actualizada por la ESPGHAN, Sociedad Europea de Gastroenterología Pediátrica, Hepatología y Nutrición en 2012.

La prevalencia estimada en los europeos y sus descendientes es del 1%, siendo más frecuente en las mujeres con una proporción 2:1.

2 Objetivos

El incremento de número de personas atendidas, tanto a nivel hospitalario como en atención primaria, que son celiacos a sabiendas o sin saberlo, hace necesario que los profesionales sanitarios tengamos unos conocimientos mínimos sobre ellos y sus peculiaridades, con el fin de poder prestarles una asistencia de calidad igual que al resto de usuarios. En base a esto, el principal objetivo de esta revisión bibliográfica es poder aportar dichos conocimientos mínimos, en especial al TCAE, además de poder evitar complicaciones innecesarias que pueden desarrollar los pacientes celiacos por una atención inadecuada.

3 Metodología

Para la realización de la presente revisión bibliográfica, se ha realizado una búsqueda sistemática en diferentes bases de datos como ClinicalKey y Pubbmed, al igual que en diferentes buscadores como Google Académico y Dialnet. En dicha búsqueda se han combinado las palabras con el fin de ajustar la selección de los trabajos al objetivo del presente trabajo. Palabras clave: ”celiaquía”, ”gluten”, ”diagnóstico celiaquía”, ”tratamiento celiaquía”

4 Resultados

Todos los celiacos son celiacos por igual si hablamos de gravedad de la enfermedad, pero si hay tipos de celiaquía según sus características. Vamos a distinguir 6 tipos:

- Clásica: se presenta con síntomas de malabsorción como diarrea ,esteanorrea (grasa en heces), pérdida de peso o retraso del crecimiento.No es la más frecuente.
- No clásica: no da señales de mala absorción .El paciente puede tener estreñimiento o dolores abdominales ,pero no de mala absorción como tal.es frecuente en personas monocromáticas sin diarrea ni estenorrea.
- Subclinica: el paciente no reconoce síntomas de manera digestiva, puede presentar anemia, problemas hepaticos, osteoporosis, pero su medico no lo asocia con la celiaquía.
- Sintomática: es la más evidente ,el paciente reconoce una relación directa entre el consumo de gluten y sus síntomas .Es la más fácil de detectar.
- Potencial: con anticuerpos positivos y biopsia negativa. Se considera que hay un alto riesgo de desarrollar la celiaquía. Comprobar bien la biopsia para descartar un falso negativo.
- Refractaria: A el paciente no mejora con la dieta sin gluten tras 12 meses , se tiene que comprobar que la dieta esta bien hecha. Puede ser de dos tipos subtipo I y II dependiendo del numero de linfocitos intraepiteliales si es normal o alto.

Síntomas de la celiaquía:
Los síntomas de la celiaquía, «pueden darse en todo el organismo porque es una enfermedad multisistémica» según la doctora Isabel Polanco. Sin embargo algunos están más descritos que otros en la literatura médica, y es una evidencia que los síntomas de la celiaquía son diferentes en función de la edad del paciente.

En niños :

- Distensión abdominal
- Diarreas
- Crecimiento por debajo de la media
- Vómitos y nauseas
- Anemia ferropénica
- Aftas bucales
- Apatía irritabilidad,hiperactividad
- Dermatitis Atópica

En adolescentes:
- Baja talla
- Distensión abdominal
- Anemia ferropénica
- Primera menstruación tardía
- Dermatitis atópica

En adultos :
- Muco-cutáneas (psoriasis, dermatitis, herpetiforme, eccemas...)
- Neurológicas (migrañas, ataxia por gluten, ataxia cerebelosa)
- Oseas y articulares (osteoporosis, fibromialgia)
- Hipotiroidismo
- Anemia
- Ansiedad
- Abortos de repetición, infertilidad

Y es que la celiaquía es considerada por los expertos una «enfermedad camaleónica» debido a sus múltiples y variados síntomas, y de ahí que muchas veces el diagnóstico de celiaquía sea complicado y llegue tarde.

La celiaquía es una enfermedad autoinmune y por eso puede guardar relación con otras muchas enfermedades autoinmunes como la diabetes Tipo I, la hepatitis autoinmune, el hipotiroidismo de Hashimoto, y un largo etc (3)

Tratamiento:
Una dieta estricta, libre de gluten para toda la vida es la única manera de controlar la enfermedad celíaca. Además del trigo, los alimentos que contienen gluten incluyen los siguientes:
- Cebada
- Trigo burgol

- Trigo candeal
- Farina (crema de trigo)
- Harina de Graham
- Malta
- Centeno
- Sémola
- Escanda (una forma de trigo)
- Triticale

Un dietista especializado en enfermedad celíaca puede ayudarte a planear una dieta saludable sin gluten. Incluso los restos de gluten en tu dieta pueden ser perjudiciales, aun si no causan signos o síntomas.

El gluten puede estar oculto en alimentos, medicamentos y productos no alimenticios, incluidos los siguientes:
- Almidón modificado, conservantes y estabilizadores alimentarios
- Medicamentos con receta médica y de venta libre
- Suplementos vitamínicos y minerales
- Suplementos herbales y nutricionales
- Lápices labiales
- Pasta de dientes y enjuague bucal
- Obleas de comunión
- Pegamento para sobres y sellos
- Plastilina

Eliminar el gluten de tu dieta reducirá gradualmente la inflamación del intestino delgado, haciendo que te sientas mejor y eventualmente sanes. Los niños tienden a sanar más rápido que los adultos.

Consecuencias de no seguir la dieta:
Las consecuencias de no seguir una dieta estricta sin gluten para un celiaco son muy variadas ,aclarando siempre que se hace referencia a cuando es algo sistemático y no una contaminación puntual de la que nadie se libra de vez en cuando.

Podemos dividirlas en varias categorías o grupos:
- Enfermedades por malabsorción de nutrientes (anemia, osteoporosis, alteraciones neurologicas).
- Enfermedades digestivas (Gastritis ,ulceras ,cáncer).

- Enfermedades dermatológicas (dermatitis herpetiforme, alopecia).
- Enfermedades hepáticas (insuficiencia hepática, cirrosis).
- Otras enfermedades autoinmunes (diabetes tipo1, desordenes tiroideos ,hepatitis autoinmune).
- Enfermedades ginecológicas (infertilidad , abortos de repetición).
- Enfermedades cardiovasculares (infarto cerebral y de miocardio).

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión de este trabajo nos damos cuenta de la importancia que tiene que el personal sanitario este formado y conozca los mitos sobre la celiaquia ,para asi dar tranquiliadad al paciente celiaco durante su ingreso y en el caso de que el paciente no siga una estricta dieta sin gluten ,poder explicarle los riesgos que esto conlleva.

6 Bibliografía

- FACE. Federación de Asociaciones de Celiacos de España.[Internet]. Madrid 2018-2020 [citado 7 feb 2020]. Disponible en: https://celiacos.org/enfermedad-celiaca/que-es-la-enfermedad-celiaca/
- Faccio Dany. Manual ilustrado del singluterista. 1º ed. España: Verkami; 2018: p.38-39
- Celicidad [Internet]. España 2015-2019 [citado 8 feb 2020]. Disponible en: https://celicidad.net/los-sintomas-de-la-celiaquia/
- Mayo Clinic [Internet]. España 1998-2020 [citado el 9 feb 2020]. Disponible en: https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/celiac-disease/diagnosis-treatment/drc-20352225
dia 08/02/2020 a las 18:30
- CeliCity. Gluten Free. Social Network. [Internet]. Barcelona 2018-2020 [citado 8 feb 2020]. Disponible en: http://celicity.com/consecuencias-no-seguir-una-dieta-sin-gluten-largo-plazo/

Capítulo 893

LA ALIMENTACIÓN EN EL PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA. GENERALIDADES.

MARIA REYES ROMAY SUAREZ

NATALIA FERNANDEZ COLMEIRO

CARMEN MARIA VILLA GARCIA

1 Introducción

La insuficiencia renal crónica terminal en pacientes que están sujetos a tratamientos dialíticos crónicos, sufren diversas alteraciones Últimamente, se han reportado en los últimos años la presencia incrementada del exceso de peso en los enfermos nefropatías.

Desde el punto de vista nutrimental es un rasgo característico de este grupo de personas con esta disfunción.

El alto coste del procedimiento de diálisis , aproximadamente unos 200 dólares por paciente y sesión, en un estudio entre este grupo de población tratada con este procedimiento, los nefrópatas mejor nutridos, son capaces a tolerar con mucho mayor éxito la terapia tanto de la diálisis. Y así acortar la estancia hospitalaria, con la reducción sustancial de gastos añadidos
En la gran mayoría de las ocasiones, la nefropatía diabética, es la causa principal de la enfermedad renal crónica.

2 Objetivos

- Pretendemos obtener bibliografía que aporte comprensión del contenido, con la mayor sencillez , así como la asimilación de la seguridad alimentaria por este grupo de población.
- La información aportada sobre la enfermedad renal crónica, nos acerca a la difusión y documentación en la población tanto con este padecimiento como a la familia que convive con dicho individuo.

3 Metodología

El periodo temporal contemplado en esta revisión va desde el año 2000 hasta el año 2019. Durante este tiempo se ha dirigido la búsqueda y cribado las referencias bibliográficas informándonos a través de las bases de datos de ciencias de la salud:-Google académico, Pubmed, Uninet, Scielo.

Además también se ha considerado otras publicaciones fuera del entorno virtual, como se refleja en la bibliografía.
Se consideró un marco lingüístico para la búsqueda el idioma castellano y como palabras clave a la hora de acatar la búsqueda, consideramos “Diálisis”, “Enfermedad Renal Terminal Crónica”, Nefropatía”; con motivo de ampliar las referencia de la información, obtenida según nuestro criterio de búsqueda, en ciertas ocasiones se empleó el marcador Booleano “and”.

La búsqueda de información se realizó con la condición de que fuera una búsqueda de material gratuito, completo y la publicación de las referencias seleccionadas no hayan transcurrido más de de 20 años, en el caso de que la búsqueda hubiera transcurrido más años, esta consulta solo se ha realizado para conseguir referencias relevantes sobre la materia.

En el mundo en el que estamos hay mucha información, todo el que quiere puede consultar la web y obtener todo tipo de dato, sin embargo podemos suponer conocer algo de un tema , pero es un conocimiento superficial. La mayoría de la gente sabe que la insuficiencia renal tiene que ver con el mal funcionamiento de los riñones, pero poca gente más allá del mundo sanitario y los afectados por el tema de esta enfermedad sabe en qué consiste, cómo afecta al paciente, como es su dinámica diaria, etc…

4 Resultados

En la actualidad la alimentación del paciente nefropata, es una actividad de restitución, regida de manera institucional regida por los límites restricciones que se le imponen a la composición nutricional de la figura dietética. El nefrópata está expuesto a dietas restringidas e intercambios dietéticos confinados, que lo colocan en un riesgo que incrementa desnutrición e toxicidad por su problemática de eliminación.

No es extraño escuchar recomendaciones dietéticas para estos pacientes, que limitan y en ocasiones suprimen grupos específicos de alimentos por supuestas acciones sobre el metabolismo celular que pueden conducir a complicaciones no deseadas y también pueden producir interferencias con la terapia sustitutiva, entre la que se encuentra la diálisis.

Según el Programa Mundial para la alimentación(PMA) de la Organización de Naciones Unidas(ONU), la seguridad alimentaria se define como "El acceso de todas las personas, en todo momento a los alimentos necesarios para llevar una vida sana y activa". El concepto de seguridad alimentaria fue introducido por primera vez en la cumbre mundial de la alimentación de Roma (1974), desde entonces muchas modificaciones semánticas o de criterios se han propuesto y sugerido que implican persèctivas correctas para la implementación de una política de seguridad alimentaria según su concepto original.

Cristina Noriega Moran, Enfermera del Hospital de Cabueñes de Gijón , en su obra "La alimentación en diálisis" Nos da una serie de indicaciones para llevar una adecuada elaboración de la dieta domiciliaria, intentando conciliar y facilitar la alimentación con el resto de la familia.

Deberá ser una alimentación apetitosa y variada, lo menos restrictiva posible, que no impida hacer una vida social activa, siempre evitando comer alimentos con alto contenido en sodio y potasio en restaurantes, ya que una de las formas de adecuación de dichos alimentos, es llevar un remojo prolongado en el tiempo de verduras y legumbres, siempre al menos con 2 o tres días cambiando el agua de remojo.Así se eliminaran todos los oligoelementos que el riñón lesionado de los nefrópatas no puede filtrar.

La figura dietética que se prescriba al enfermo debe ser equilibrada, variada, palatable y a la vez garantizar sinergia con la terapia farmacológica y régimen de diálisis. La adherencia al tratamiento y a la prescripción dietética mejora la tolerancia

del nefropata.

5 Discusión-Conclusión

En la actualidad el proceso de prescripción dietética no es una actividad inculturada por el grupo básico de trabajo. El médico puede que sepa reconocer las necesidades nutricionales del paciente que atiende pero tal vez falle en comprender que la prescripción de la dieta que se debe ofrecer al enfermo debe trascender los requerimientos nutricionales basados en los cálculos matemáticos para convertirse en menú alimentario, que reúna las características que se desean para que la alimentación se convierta en un acto saciador y placentero.

La presencia cada vez mayor de los nutricionistas en los programas de de diálisis crónica podría explicar, en parte, el impacto observado y serviría también para prevenir la aparición de la desnutrición en personas como estas a las que hemos ubicado en un contexto asistencial.

El libro de la seguridad alimentaria se revela como un complejo ejercicio en el que deben participar todos los integrantes del equipo de salud que atiende al enfermo nefrópata crónico en diálisis. Para ello se debe disponer en el hospital de alimentos en cantidades y calidades suficientes. Lo prescrito por por el médico lo definido peor el nutricionista, la competencia de la cocina hospitalaria de culminar un producto de conformidad con las normas gastronomicas, la capacidad del paciente de asimilar en términos metabólicos este menú y la idoneidad del personal encargado de servir el menú antes elaborado y animar al enfermo a que lo consuma.

6 Bibliografía

- http://repositori.uji.es/xmlui/handle/10234/174895
- http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/39677
- https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=Alimentaci%C3%B3n+en+di%C3%A1lisis&btnG=#d=gs_qabs&u=%23p%3DIga-aEyZF1sJ
Noriega Morán, C. (1998). La alimentación en diálisis. 1st ed. [S.l.]: [s.n.].

Capítulo 894

TRASTORNO DE ANSIEDAD.

ISABEL RAMOS PALEO

SANDRA GONZALEZ RODRIGUEZ

1 Introducción

Es una preocupación de que los síntomas físicos son signos de una enfermedad grave, incluso cuando no existe ninguna evidencia médica para respaldar la presencia de un padecimiento de salud.

Estás personas tienen miedos intensos, excesivos y persistentes sobre situaciones diarias, estos sentimientos de ansiedad son difíciles de controlar, son desproporcionados con el peligro real y pueden durar un largo tiempo, debido a prevenir eso pueden evitar ciertos lugares o situaciones, o que te aisles socialmente.

Síntomas de la ansiedad:
Sensación de nerviosismo, agitación o tensión, sensación de peligro inminente, aumento del ritmo del cardíaco, respiración acelerada, sudoración, temblores, sensación de debilidad o cansancio, problemas para concentrarse, problemas para conciliar el sueño, padecer problemas gastrointestinales, tener dificultades para controlar las preocupaciones, tener la necesidad de evitar las situaciones que generan ansiedad.

Existen muchos tipos de ansiedad, pero debemos consultar a un médico en los siguientes casos :
- Si sientes que te estás preocupando demasiado y que esto interfiere en tu trabajo, tus relaciones y otros aspectos de tu vida.

- Tu miedo, tú preocupación o tu ansiedad te causan malestar y te resulta difícil controlarlos siempre.

- Te sientes continuamente deprimido, tienes problemas con el consumo de drogas o alcohol, o tienes otros problemas de salud mental junto con la ansiedad.

- Piensas que ese problema viene vinculado a un problema de salud física .

- Tienes pensamientos o ideas suicidas.

Las causas de la ansiedad no están del todo claras, pueden ser por experiencias en la vida, como trastornos traumáticos, pero los rasgos heredados también pueden ser un factor. Pero puede incrementar debido a los traumas, a la acumulación de estrés, a la personalidad de cada persona, a tener otros trastornos mentales, de forma hereditaria o por drogas o alcohol.

Las medidas para reducir el impacto de los síntomas si te sientes ansioso:
- Pide ayuda enseguida, cuanto más tardes es aún más difícil de tratar.
- Mantente activo, participa en actividades que disfrutes y que te hagan sentir bien contigo mismo, disfruta de la integración social y tus afectos, que pueden aliviar tus preocupaciones.
- Evita el consumo de drogas o alcohol.

En mi opinión, considero que la ansiedad es algo que está en nuestra mente, afectada así por el miedo y la inseguridad. Una de las armas más fuertes contra esto es conocernos a nosotros mismos por encima de todo y que seamos capaces de parar un pensamiento, que el intruso en tu cabeza no seas tú mismo, el único intruso es la negatividad que te rodea y a la que puedes dejar fuera si aprendes a abrir esa puerta.

2 Objetivos

- Aportar información breve sobre la ansiedad.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han

consultado artículos en las principales bases de datos: pubmed, medline, y scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Bibliografía

- mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/anxiety/symtoms-causes
- www.google.com
- Medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 895

EL SÍNDROME DE BURNOUT VISTO POR EL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA

MARÍA JOSÉ CASES SANTÍN

1 Introducción

Bournout apareció por primera vez a principios del siglo XX. Cuando un funcionario del cuerpo de seguridad de ese tiempo presentaba una sintomatología concreta. A lo largo del mismo siglo, otros psicólogos como Freudenberger y Maslach lo hicieron más popular denominándole "Síndrome de cansancio emocional.".

Síndrome de Burnout, conocido popularmente como "síndrome de estar quemado", es un tipo de estrés causado por la carga emocional y física de la persona que lo sufre y que no puede sobre llevar, llegando a perder toda ilusión e implicación por las tareas que diariamente tiene que realizar, derivando en un porcentaje alto de depresión en los profesionales que lo padecen.

2 Objetivos

Hacer entender a las administraciones, trabajadores y familiares, las causas que desencadenan el "Burnout" y reseñar las medias de prevención que podemos tener a nuestro alcance.

3 Metodología

A través de portales web, estudios bibliográficos, se intenta transmitir de una forma clara y concisa los programas de ayuda y prevención de dicho síndrome.

4 Resultados

Sabiendo que algunos de los factores del "Síndrome de Burnout" son:
- Malas relaciones entre profesionales.
- Fuertes demandas de trabajo a realizar.
- Tensiones usuario-operario.
- Desorganización en las tareas,
- Etc.

Y que los síntomas físicos/químicos que presentan los trabajadores afectados son:
- Dolores de cabeza.
- Cansancio.
- Trastornos gastrointestinales.
- Frustración.
- Depresión.
- Falta de interés,
- Etc.

5 Discusión-Conclusión

Ofrecemos unos mecanismos de apoyo tales como: (Emocional, basándolo en la confianza, instrumental, en la ergonomía, informático….) y programas de autoayuda, cursos de formación continuada, etc.

Los síntomas de Burnout quedan disminuidos e incluso anulados si las administraciones fomentaran la participación y educación de dichas medidas de prevención anteriormente citadas.

6 Bibliografía

- https://psicologiaymente.com
- https://es.slideshare.net
- https://dspace.ucuenca.edu.ec

- https://dialnet.unirioja.es

Capítulo 896

LA IMPORTANCIA EN LA ALIMENTACIÓN DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA

MERCEDES FERNANDEZ GOMES

LAURA GARAY NOVO

VANESSA GONZALEZ VELASCO

Mª VICTORIA GARCÍA BARRANCO

1 Introducción

El embarazo y la lactancia traen consigo una serie de cambios en el cuerpo de la mujer que hacen aumentar las necesidades de energía agua y nutrientes.

Una adecuada alimentación durante el embarazo es imprescindible ya que reduce el riesgo de aparición de enfermedades en el bebé y en la madre. Una inadecuada alimentación aceptara tanto a la salud embrionaria como a la salud materna la cual puede producir enfermedades crónica como anemias, obesidad ,etc en la madre y en el bebé bajo peso al nacer, prematuridad, etc

2 Objetivos

- Un objetivo importante es informar de los beneficios que trae consigo la lactancia materna y conseguir fomentarla.

- Otro objetivo fundamental sería dar a conocer la importancia de una buena alimentación tanto en el embarazo como en la lactancia para así evitar problemas tanto a nivel del embrión o recién nacido como de la gestante.

3 Metodología

Sean revisado artículos, libros, revistas y documentos publicados entre los años 2010 y 2019. Se han seleccionado diversos artículos en inglés y castellano, revistas sanitarias publicadas por profesionales sanitarios y libros. la información para este trabajo se a llevado a cabo mediante fuentes de información primaria, secundaria y terciarias: artículos ,libros, bases de datos(Dialnet, Pubmed), buscadores científicos (Scielo, Google Académico).

4 Resultados

Definimos el embarazo como un estado fisiológico de la mujer por el que se desarrolla un nuevo ser humano.

La función principal de la placenta es el intercambio de nutrientes, oxígeno y productos de desecho entre la madre y el feto. En ella también se produce diversas hormonas que dirigen los cambios que tienen lugar en la gestación.

A la hora de referirnos a la ganancia de peso, una primípara sana suele ganar entre 9,5 y 12,5 kilos durante el embarazo. Sobre las 20 semanas mas o menos el aumento de peso suele ser entre 3,5 y 4 kilos y es en ese momento cuando se empieza a ganar de 400 a 500 gramos por semana. Una ganancia escasa de peso se relaciona con riesgo de retraso de crecimiento intrauterino y mortalidad prenatal y una excesiva ganancia de peso se relaciona con una mayor incidencia de alteraciones gestacionales en la madre.
Vamos a pasar a destacar las necesidades de los nutrientes:
-Hidratos de carbono y fibra: Suponen la principal fuente de energía para el feto y una ingesta insuficiente puede provocar serios problemas.La fibra ayuda a mejorar y prevenir el estreñimiento, por lo que lo ideal seria tener una ingesta de unos 30-35 gramos al día.
-Grasas: Los ácidos grasos son necesarios para el desarrollo de la retina y el sistema nervioso fetal.
-Proteínas:Se calcula que a lo largo de la gestación entre la placenta, los tejidos maternos y el feto se depositan sobre 925 gramos de proteinas

Algunas de las ventajas de la lactancia materna son: promover el desarrollo de la mandibula y los dientes, obtener beneficios psicologicos al favorecer la interrelación madre e hijo, obtener factores inmunologicos y de crecimiento.

5 Discusión-Conclusión

Una de las cosas mas importante para la gestante es seguir una dieta variada y equilibrada, incrementando el consumo de diferentes alimentos como pueden ser los lácteos. Acordarse que la ingesta de agua debe ser abundante e imprescindible en el embarazo como la lactancia.

6 Bibliografía

-National Academy of Sciencies Institute of Medicine. Food and Nutrion board. Washington DC ; 2008
- Gil A, Mañas M, Martinez de Victoria E. Ingestas dietéticas de referencia, objetivos nutricionales y guías. Madrid: Medical Panamericana; 2010
-Ortega RM. Ingestas recomendadas de agua. Jornada Cientifica Genutren 2010. Universidad complutense de Madrid

Capítulo 897

CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON TRAQUEOSTOMIA

ROCIO ALONSO FERNÁNDEZ

MARIA BEJAR PEREZ

RAQUEL GONZALEZ GARCIA

LAURA DIAZ MAYO

SANDRA ALONSO FERNÁNDEZ

1 Introducción

La traqueostomía es una abertura al exterior por el cuello mediante una incisión quirúrgica creando un estoma,en el cual se introduce una cánula que es un tubo que asegura la comunicación entre la tráquea y la propia piel, que no se cierre o se deforme, propiciando el mantenimiento de la vía aérea

Se realiza dicha cirugía en los siguientes casos:
- Ventilación mecánica prolongada y el fracaso del destete de la ventilación, en este caso se realiza dicha técnica para acortar los tiempos de estancia en cuidados intensivos y la duración de ventilación mecánica.

- Obstrucción de la vía aérea superior, en este caso es una técnica de emergencia, cuando ya se han intentado todos los esfuerzos para ayudar a la respiración y estos han fallado. En está situación dado que es de urgencia lo más importante para realizar la cirugía es tener acceso a la vía superior aérea por debajo de las cuerdas vocales en el menor tiempo posible, dejando a un lado normas de esterilización, hemostasia o anestesia, ya que es de urgencia
- Carcinoma laríngeo dependiendo del caso se realiza una laringuectomía total o parcial.

2 Objetivos

- Conocer los cuidados que debe de recibir un paciente con traqueostomía, ya que esto ayudará al paciente y su entorno a tener una mejor calidad de vida.

3 Metodología

Para realizar la traqueostomía se realiza el siguiente procedimiento:
- Preparar el carro con el material auxiliar: cánulas endotraqueales de números 6, 8 y 10, separador trivalva, fiador, venda de gasa para fijar la cánula al cuello, baberos de traqueostomía, tubo lubricante en spray, antiséptico: povidona yodada, clorhexidina, etc., guantes no estériles, gasas estériles, suero fisiológico, foco de luz, espejo frontal de ORL, carro de curas, jeringas de 10 cc ,sistema de aspiración correctamente preparado, sondas de aspiración, sistema de oxigeno, alargadera y mascarilla de oxígeno para traqueostomías.
- Preparar cánula con babero, venda de gasa, fiador, y lubricante hidrosoluble en cánula externa.
- Preparar la sonda de aspiración conectado a vacío junto con la sonda de aspiración.
- Informar al paciente de la técnica a realizar y valorar si colabora o no.
- Colocación en posición semi-fowler.
- Si precisa, el personal sanitario se colocará bata, gorro y mascarilla.
- Colocación de guantes estériles.
- Aspiración de secreciones si precisa.
- Limpiar estoma con pinza y torunda con suero fisiológico de dentro hacia fuera.
- Desinfectar con antiséptico de la misma manera.
- En el primer cambio estará presente el ORL, enfermera y TCAE.
- Colocar foco de luz a la derecha del paciente.

- Si presenta neumotaponamiento el inflado nunca será mayor de 25 mmHg (5-10 cc de aire). Previo al cambio de cánula se debe desinflar unos minutos antes y comprobar que no hay hemorragia.
- Retirar cánula de traqueostomía.
- Aspirar de nuevo si precisa.
- Visualizar el estoma comprobando que no haya anormalidades.
- Introducir cánula preparada con el fiador lateralizado hacia la izquierda, con la cabeza del paciente en hiperextensión.
- Retirar fiador y colocar macho.
- En los casos de cánula con neumotaponamiento volver a inflar el balón.
- En los casos en que el paciente esté conectado a ventilación mecánica el proceso será el siguiente realizándose lo más rápidamente posible.
- Atar la venda de gasa con dos nudos, sin lazada para evitar enganches.
- En caso de cerrarse el estoma introducir la trivalva para dilatar y posteriormente la cánula nueva.

Tipos de cánulas:
El tipo de cánula lo decide el médico dependiendo de la necesidad del paciente y el tipo de intervención. Se distinguen tres tipos de cánulas: de plata, de plástico o de silicona, y pueden ser:
- Cánula estándar: se usan para traqueostomías transitorias.
- Cánula fenestrada: con uno o varios orificios en la curvatura para permitir el paso de aire hacia la laringe.
- Cánula de laringuectomía: más cortas y anchas y menos curvadas.

Cuidados en el postoperatorio:
- Preparar la unidad para la recepción del paciente.
- Humidificador de ambiente.
- Colocación posición semi-fowler.
- Administración de sueroterapia y medicación prescrita.
- Comprobación de aspiración y disposición de sondas para el aspirado.
- Comprobación oxigenoterapia.
- Control de constantes vitales (tensión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y temperatura corporal).
- Vigilar nivel de consciencia y control del dolor, también los drenajes.
- Vigilar posibles signos de náuseas y vómitos.
- Control de secreciones y dificultad respiratoria.
- Control de signos de sangrado.
- Control de la vía aérea.

- Limpieza frecuente de la cánula de traqueostomía para dejarlo libre de moco.

Cambio de cánula en el paciente traqueostomizado:
El primer cambio de la cánula se realizará a las 48-72 horas de la cirugía o de la traqueostomía. En días posteriores la frecuencia del cambio dependerá del estado del estoma, siendo cada 7 días con el estoma limpio y a diario si está infectado.

La frecuencia de cambio del macho se realizará mínimo cada 12 horas y siempre que sea necesario. En el primer cambio estará presente el ORL, enfermera y TCAE.

4 Resultados

*Enseñanza del paciente en el cambio de la cánula de traqueostomía :
Es importante la enseñanza del cambio de cánula para cuando el paciente se vaya por alta hospitalaria sepa realizarlo en el domicilio. Es recomendable realizarlo en el cuarto de baño con espejo y los utensilios que se van a utilizar estén a mano.

*Material:
- Antiséptico
- Gasas no estériles
-Cánula de traqueostomía del número indicado
- Cepillo de cánulas
- Venda de gasa para fijar la cánula al cuello
- Babero de traqueostomía.
*Instrucciones:
- Lavado de manos
- Colocar la venda de gasa y el babero en la cánula nueva. Comprobar que estén todas las piezas (hembra, macho y fiador)
- Retirar con cuidado la cánula del cuello
- Limpiar con las gasas empapadas en agua y jabón la superficie de alrededor de la ostomía, retirando las secreciones que se quedan pegadas a la piel
- Secar a toques con gasas secas
-Insertar la cánula limpia con el fiador
- Una vez insertada la cánula retirar el fiador y colocar el macho
- Atar la venda de gasa al cuello
- El macho puede lavarse las veces que se precise para evitar que se pueda hacer taponamiento

- Usar el cepillo de cánulas para limpiar bien la que tenemos sucia, enjuagar, Instrucciones:
- Lavado de manos
- Colocar la venda de gasa y el babero en la cánula nueva. Comprobar que estén todas las piezas (hembra, macho y fiador)
- Retirar con cuidado la cánula del cuello
- Limpiar con las gasas empapadas en agua y jabón la superficie de alrededor de la ostomía, retirando las secreciones que se quedan pegadas a la piel
- Secar a toques con gasas secas
-Insertar la cánula limpia con el fiador
- Una vez insertada la cánula retirar el fiador y colocar el macho
- Atar la venda de gasa al cuello
- El macho puede lavarse las veces que se precise para evitar que se pueda hacer taponamiento
- Usar el cepillo de cánulas para limpiar bien la que tenemos sucia, enjuagar, secar y guardar bien.

*Lavado de la cánula
El técnico en cuidados de enfermería es el encargado de preparar el material necesario para las curas y de la limpieza de las cánulas de traqueostomía.
Una vez retirada la cánula se debe sumergir en una solución desinfectante hospitalario durante treinta minutos como mínimo. Una vez pasado este tiempo se debe sacar y aclarar con agua para retirar los restos de contenido desinfectante.
Con el cepillo tubular o hisopo de limpieza se limpiará cuidadosamente y se retira el resto de secreciones que permanecen pegadas a la pared de la cánula. Especial cuidado en las cánulas de silicona porque hay riesgo de erosionar las paredes.
Una vez limpia se deposita en una batea y se cubre con una compresa a la espera de un nuevo cambio. Siempre se identificará con el nombre del paciente que la porta.
La limpieza de las cánulas de plata es diferente: se sumerge en una solución denominada Instrunet®, por fuera se limpia con estropajo y bicarbonato y por dentro con el cepillo tubular. Son las únicas que se podrían esterilizar, las de silicona no

5 Discusión-Conclusión

Después de realizar la cirugía el paciente deberá de realizar una serie de cuidados, algunos durante las primeras horas y otros en su vida cotidiana para su

buen funcionamiento. Por lo que el propio paciente deberá de adquirir algunos conocimientos como conocer cómo se cambia la cánula y también el realizar una adecuada limpieza de la misma. Tanto el paciente como el entorno deben de adquirir estos conocimientos.

6 Bibliografía

- Revista medicina familiar revisión otorrinolaringología.
- Protocolo del cambio de cánula en el paciente traqueostomizado adulto. Unidad de calidad de enfermería Hospital Severo Ochoa de Madrid.
- Técnicas de enfermería clínica. Editorial interamericana. Madrid 1999.

Capítulo 898

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN UN CENTRO DE SALUD.

ROGELIA SIMÓN GARCÍA

MARÍA TERESA ALONSO HERNANDO

MARÍA AURORA FERNÁNDEZ DÍAZ

MARIÁN GARCÍA MENÉNDEZ

1 Introducción

Un hecho probado, y habitualmente olvidado, es que los Centros de Salud (en adelante CCSS) funcionan, en gran medida, gracias al buen hacer del personal en general y de los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (en adelante TCAE), en particular. Esto siempre es posible, por el la utilización de una adecuada sinergia (acción conjunta de varios elementos, donde el todo es superior a la suma de las partes) dentro del equipo de trabajo. Lo que, en los CCSS, se traduce en utilizar todos los conocimientos, capacidades y habilidades de los componentes para alcanzar la meta establecida.

En los CCSS, el TCAE forma parte del Equipo de Enfermería, dentro del equipo global de profesionales que tienen como objetivo fundamental la mejora de la salud de la población. Estos profesionales son muy conscientes de lo que se espera

de ellos y conocen perfectamente su rol y el de los demás. Lo que, obviamente, es la única manera de asegurar una la atención integral de los pacientes, en todas las áreas, de modo que se pueda ofrecer un trato de calidad.

Alcanzar esta situación ideal requiere de la implementación de una serie de condiciones y/o habilidades, como las que a continuación se relacionan:
- Planificación rigurosa.
- Vigilancia o supervisión
- Buena atmósfera de trabajo (relación cordial y respetuosa entre los miembros del equipo)
- Distribución de la información oportuna.
- Evaluación constante del proceso.

2 Objetivos

Revisión bibliográfica para dar conocer las funciones del TCAE dentro de un centro de salud.

3 Metodología

Se ha realizado un análisis de distintos Centros de Salud que integran el Sistema Nacional de Salud y de la información ofrecida por el Servicio de salud del Principado de Asturias (SESPA) para la información de pacientes y usuarios y la formación continua del personal sanitario. Además, de los conocimientos y competencias obtenidos de la propia experiencia laboral en Centros de Salud. Se han utilizado como descriptores: “TCAE”, “Centro de Salud”, “Sistema Nacional de Salud”, “tratamiento” y“funciones”.

4 Resultados

Los TCAE, en el desarrollo de sus funciones, tienen siempre presente que la enfermedad y el sufrimiento son variables que pueden condicionar negativamente el comportamiento y la calidad de vida del paciente, para intentar atenuar el impacto negativo de las mismas.

El modelo ambiental de una persona enferma (paciente) está constituido por tres entornos:

- Entorno físico: corresponde al ámbito en el que se desenvuelve el individuo, como medioambiente, espacio urbano, vivienda, etc.
- Entorno personal: está constituido por su grupo de relación afectiva (pareja, familia), profesional (compañeros de trabajo) y social (amigos).
- Entorno sociocultural: hace referencia a la situación laboral y económica del paciente.

La mayoría de los pacientes que acuden a los CCSS padecen una enfermedad crónica que conlleva un trastorno orgánico o funcional, que les obliga a modificar sus rutinas y altera su calidad de vida habitual.

Dentro de la asistencia sanitaria de los CCSS, podemos distinguir dos tipos de servicios:
- La cura, prestada por el médico.
- Los cuidados suministrados por el personal de enfermería y TCAE, cuyo objetivo es tratar al paciente de manera integral: contribuyendo al restablecimiento de su salud, velando por su estado emocional y facilitando y garantizando su comodidad física.

La dosificación personalizada de medicamentos consigue un cumplimiento terapéutico en 99% de los casos. En este sentido, la Agencia Española del Medicamento ha implantado, desde enero del 2011, en todo el Sistema Nacional de Salud la llamada "unidosis" (venta del número exacto de pastillas o sobres) de antibióticos, analgésicos, antiinflamatorios y otros fármacos de gran consumo que el paciente va a necesitar.

La transformación de la sociedad actual ha generado una redefinición, o modificación, en la relación entre el personal sanitario y los pacientes. Los ciudadanos reclaman más información acerca de sus derechos; los roles tradicionales de médicos, enfermeros o TCAE están cambiando; y las pautas que regían e informaban las relaciones entre unos y otros ya no son aplicables, porque ya no se consideran válidas.

La denominada "distancia terapéutica", es la forma particular del trato que deben de tener el personal de sanidad, incluido el TCAE, con el paciente. Este modo de proceder consiste en mantener una relación cercana y personal, pero a la vez profesional, procurando evitar las consecuencias negativas de un comportamiento emocional que pudiera poner en peligro el correcto desempeño de las funciones profesionales o el mantenimiento del control de la situación, porque esto revertiría en un perjuicio para una óptima atención del paciente.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) constata que la población mundial está envejeciendo a pasos acelerados. Entre los años 2000 y 2050 se estima que el número de personas mayores de 60 años se duplicará y pasará del 11% al 22%. En concreto, aumentará de 605 a 2000 millones en medio siglo, aunque este cambio demográfico será más bajo y menos intenso en países con ingresos medios y bajos.

5 Discusión-Conclusión

Los TCAE son profesionales que, como parte de los equipos de enfermería, tienen como objetivo prestar asistencia sanitaria al paciente. Los factores que contribuyen a un buen desempeño de este trabajo en equipo son:
- Conocimiento de la información útil y precisa para que el equipo funcione.
- Creación de un clima de trabajo adecuado.
- Uso de habilidades sociales como atención, respeto y comprensión del otro (empatía).
- La elaboración de un cronograma de trabajo.

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, recoge en sus artículos 10 y 11 los derechos y los deberes de los usuarios de los servicios del Sistema Sanitario Público.

Los objetivos de la Atención Primaria son:
- Proporcionar salud y prevenir la enfermedad, captando signos y síntomas de riesgo.
- Establecer valoraciones y planes de actuación para controlar las patologías detectadas.
- Contribuir a la independencia del paciente incluyendo el fomento del autocuidado.

Los Centros de Salud desarrollan, además una función fundamental: la educación para la salud. Esta es la principal herramienta para la lograr una vida más saludable y comprende todos los tipos de aprendizaje y fuentes de información disponibles que permiten que la información llegue tanto a los profesionales como a la población en general: Internet, libros, revistas científicas, congresos, jornadas, etc.

El TCAE en los CCSS debe asegurarse de que el paciente dispone de los recursos necesarios para llevar a cabo los objetivos propuestos y de que dichos recursos

son adecuados para solucionar el problema para el que han sido definidos.

La actividad habitual, por ejemplo, en un Centro de Salud del Área V del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA) es la siguiente:
- Cuando abre sus puertas el CS, a las 08:00 horas, el equipo de trabajo debe tener todo preparado (normalmente se deja todo preparado el día anterior).
- El TCAE manejará, a lo largo de la jornada el OMI (Organización Médica Informática), pero comienza utilizando el programa OMILAB (Organización Médica Informática de Laboratorio) en el que aparecerán, por orden de cita, el nombre y los apellidos de los pacientes que acuden a realizar pruebas de las distintas analíticas que han sido pautadas previamente. Es importante que el TCAE verifique que paciente, volante, pruebas requeridas y códigos de identificación son correctos
- A continuación se recepciona cuantas muestras fueron recibidas, se empaquetan en las neveras disponibles a tal fin y se envían al hospital de referencia.

Otras tareas del TCAE en el CS son:
- Lavar el instrumental usado, embolsarlo, sellarlo y poner fecha de esterilización.
- Reponer material y medicación en la sala de urgencias, y en las consultas.
- Reposición en consultas de enfermería según demanda.
- Limpiar y ordenar los carros, siempre que sea necesario.
- Revisar las existencias de oxígeno y pedir más si fuera necesario.
- Revisar las caducidades de los medicamentos.
- Colaborar con el personal de enfermería para revisar el carro de paradas.
- Dispensar material diabético a los pacientes dentro del horario y días indicados para ello.
- Pedir el material pautado para a abastecer las necesidades del CS.
- Antes de terminar la jornada, se decepcionan los volantes y códigos para el día siguiente

6 Bibliografía

- Gérvas JJ. Pérez Fernández MM. García Sagredo P. Acerca de la atención primaria (forma de trabajo y características básicas) y de los registros. En: Gérvas JJ, ed. Los sistemas de registro en la atención primaria de salud. Madrid: Díaz de Santos; 1987. p.6-16.
- Rovere, M. Atención Primaria de la Salud en Debate. Saúde debate. 2012; 36(94): 327-342.
- Zurro, M. Atención Primaria de la Salud. Vol. 2. 16a ed. Madrid: Elsevier; 2008

- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Referencia: BOE-A-1986-10499
- https://www.murciasalud.es/
- https://www.xunta.gal/sanidade?langId=es_ES

Capítulo 899

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL EQUIPO DE SOPORTE DE ATENCIÓN DOMICILIARIA.

ROGELIA SIMÓN GARCÍA

MARÍA TERESA ALONSO HERNANDO

MARÍA AURORA FERNÁNDEZ DÍAZ

MARIÁN GARCÍA MENÉNDEZ

1 Introducción

La asistencia sanitaria, y en particular la asistencia domiciliaria, en los últimos años se han visto sometidas a cambios estructurales y organizativos en la forma de llevar a cabo su cometido principal: la promoción de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad.

La sanidad, como parte integrante de la sociedad, ha evolucionado al ritmo de los tiempos, impulsada por avances económicos que han posibilitado la investigación científica y tecnológica, la inversión en estructuras y medios, y la formación y capacitación de sus profesionales. Todos estos avances han supuesto un cambio significativo para los pacientes, notándose, sobremanera, en el transcurso de su enfermedad. A modo de ejemplo, se pueden citar las patologías que

antes requerían hospitalización y donde, actualmente, o no llega a ser necesario el ingreso hospitalario o este se acorta ostensiblemente.

Los datos estadísticos que aporta el Ministerio de Sanidad, revelan que la población mayor de 65 años alcanza ya el 20% de la población total y que la media de vida es de 83 años. Esto indica que cada vez será más necesaria la asistencia primaria, domiciliaria y de proximidad.

Por tanto, el modelo tradicional donde el enfermo acudía a los Servicios Sanitarios, ha cambiado en gran medida su estructura, tanto hospitalaria como de Atención Primaria, siguiendo una idea de proximidad y, en definitiva, acercándose al paciente.

Si bien aún queda mucho camino por recorrer, es de esperar que la investigación y la evolución tecnológica posibiliten nuevos modelos de asistencia que, por un lado, beneficien a los pacientes y, por otro, al propio sistema. En este sentido, actualmente algunas autonomías están experimentando la consulta online, mediante videoconferencia, aunque aún solamente para cierto tipo de patologías en las que no sea necesaria la exploración directa del paciente o que no requieran de pruebas médicas para un diagnóstico.

2 Objetivos

- Conocer la evolución del Sistema Nacional de Salud y su estructura funcional.
- Dar a conocer el Equipo de Soporte de Atención Domiciliara (ESAD)
- Conocer la ubicación, composición y medios del ESAD.
- Conocer las funciones y competencias del trabajo desempeñado por el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en el ESAD.

3 Metodología

Se ha realizado análisis comparativo de documentación relativa a los servicios sanitarios de atención domiciliara en las diferentes CCAA, y más específicamente, en el Servicio de salud del Principado de Asturias (SESPA); para analizar la oferta y la información disponible para pacientes y usuarios, así como los protocolos para la formación continua del personal sanitario y, más concretamente, para las funciones especificas del TCAE en este tipo de atención y cuidados. Se han utilizado como descriptores: “Atención Domiciliaria”, “Sistema Nacional de Salud”, “Legislación”, “TCAE” y “ESAD”.

4 Resultados

Evolución legistativa del sistema nacional de sanidad
Muchos han sido los cambios habidos en la sociedad española (culturales, tecnológicos, socioeconómicos, de hábitos de vida e, incluso, en las formas de enfermar) en las últimas décadas. Paralelamente, el sistema público de salud español, desde su creación en 1908, se ha ido transformando y adaptando hasta llegar a ofrecer una cobertura universal y gratuita.

Así, el Instituto Nacional de Previsión (INP) da paso, en 1978, al Instituto Nacional de la Salud (INSALUD), que pervive hasta que, en 1986, la Ley General de Sanidad, refundida en el Real decreto legislativo 8/2015 de 30 de octubre (en vigor desde el 2 de enero del año 2016), fija el marco de gestión, la estructura y los principios rectores que conforman el Sistema Nacional de Salud como la suma de los servicios de salud de las Comunidades Autónomas (en adelante CCAA), convenientemente coordinados dentro de un modelo de sistema sanitario, descentralizado, que da respuesta a la nueva organización territorial del Estado, recogida en el Título VIII de la Constitución Española de 1978.

Es decir, con el advenimiento del denominado "Estado de las Autonomías" y el traspaso de competencias en materia de Sanidad, en 2002 se transfieren por Ley las competencias en materia de sanidad a las CCAA, instaurándose el actual Sistema Nacional de Salud, que asume la prestación sanitaria pública a través de los 17 servicios de salud de las CCAA, regulador mediante la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud que fija una serie de medidas de control y coordinación al mismo.

La normativa reseñada nace para dar cumplimiento a los mandatos recogidos en la Constitución Española de 1978 en el artículos 41: "Los poderes públicos mantendrán un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos que garantice la asistencia y prestaciones sociales…", el artículo 43 y concordantes.

Mediante el Real Decreto 1277/2003, se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios, que viene a regular y definir el despliegue de la Red Sanitaria, creando estructuras físicas y funcionales, implantadas para acercar la atención a los ciudadanos y posibilitar el desarrollo de la Atención Primaria, que se realizará en un Centro de Salud, adscrito a una Zona básica de Salud, incluida en un Área de Salud.

Entre la Cartera de Servicios sanitarios que presta el sistema Nacional de Salud

está recogida, la Asistencia Domiciliaria, incluida en la Red de Atención Primaria, con dependencia del Centro de Salud correspondiente, que la alberga y posibilita su existencia apoyándola mediante su estructura física y funcional.

El equipo de soporte de atención domiciliaria
El Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria (en adelante ESAD) está integrado en la Atención Primaria, y adscrito a los Centros de Salud.

Es una asistencia protocolizada y centrada en el domicilio del paciente. Los agentes que entran en juego para dar soluciones integrales son:
- Paciente.
- Personal sanitario.
- Asistentes Sociales.
- Administraciones.
- Familias y/o cuidadores.

En este sentido, cabe señalar que la familia y los cuidadores son la unidad básica de atención y cuidados, y un elemento imprescindible.

El envejecimiento de la población ha traído, como consecuencia, la aparición de múltiples problemas a lo que la Sanidad ha de adaptarse, cubriendo necesidades, acercando los servicios a los ciudadanos y creando, por ejemplo, programas de atención a pacientes terminales, grandes discapacitados, enfermedades crónicas, etc.

El servicio que proporciona el ESAD va dirigido, principalmente, a enfermos en un estado muy avanzado o terminal, con patologías incurables, o con una esperanza de vida muy limitada, como pueden ser:
- Enfermedades oncológicas con metástasis avanzadas.
- Enfermos con pacientes con SIDA en fase terminal.
- Enfermos crónicos avanzados y personas inmovilizadas.
- Enfermedades respiratorias (EPOC…).
- Enfermedades cardiorrespiratorias (insuficiencias graves…).
- Enfermedades hepáticas crónicas en fase avanzada.
- Enfermedades neurológicas (demencias en progresión, Parkinson…).
- Enfermedades renales (insuficiencia sin posibilidad de diálisis y/o trasplante).
- Enfermedades osteoarticulares (artropatías degenerativas).
- Enfermos con dificultad para desplazarse (con patología superior a 2 meses).
- Personas que pasan la mayor parte de su vida encamados.

Ubicación, composición y medios del esad

El ESAD está formado por un equipo profesional que cuentan con recursos formativos y materiales para el desempeño de su función asistencial. Estos equipos se encuentran ubicados, funcionalmente, en un Centro de Salud, cuya situación geográfica permite poder acceder con facilidad a los distritos urbanos y rurales.

En el caso concreto, por poner un ejemplo, del Centro de Salud Laviada, adscrito al Área V del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA), se cuenta con los siguientes recursos materiales en sus instalaciones: dos dependencias administrativas, despacho de Consultas y dos almacenes para albergar el material necesario, inventariable o fungible.

Respecto a los recursos humanos, el ESAD está formado por:
- Dos equipos médicos/as capacitados y con experiencia en el manejo de pacientes terminales, con enfermedades avanzadas e inmovilizados.
- Enfermeros/as con buena formación y experiencia en este tipo de pacientes
- Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (en adelante TCAE), muy cualificados y experimentados, y cuya labor es imprescindible para el cuidado de los pacientes terminales e inmovilizados, así como para dar apoyo tanto a sus familiares como a sus cuidadores.
- Auxiliar administrativo
- Trabajador social.

El ESAD, cuenta con los siguientes medios materiales de dotación:
- Dos vehículos de servicio con capacidad para portar el material de atención directa.
- Aquel otro material que se deja en el domicilio del paciente (material ortopédico, barandillas para las camas, sillas de ruedas, andadores etc.).
- Medios de telefonía móvil para comunicación y localización (para facilitar la coordinación entre la red sanitaria y la coordinación de los equipos con los pacientes).

Funciones generales del esad:
La OMS define los cuidados paliativos como el cuidado integral y activo de los pacientes cuya enfermedad no responde a tratamientos curativos y señala como finalidad de estos: Calmar el dolor. Controlar los síntomas. Proporcionar apoyo psicológico, social y espiritual, intentando mantener la vida, reafirmando su importancia, pero sin alargarla ni acortarla. Apoyar a la familia durante el proceso terminal y de duelo.

Una enfermedad terminal (enfermedad que no puede ser curada), es un proceso

que conduce a la muerte del paciente en un corto espacio de tiempo (unos 6 meses). Se trata de enfermedades como: neoplasias, neurológicas degenerativas, insuficiencias respiratorias, cardiacas, renales, cirrosis hepática terminal, SIDA en fase terminal, etc.

En general, los pacientes que podrían formar parte del plan de cuidados del ESAD, podemos dividirlos en dos grandes grupos: oncológicos (el grupo más numeroso) y no oncológicos, que incluyen todos aquellos trastornos que pueden conducir a la muerte directamente o por complicaciones secundarias.

Los servicios del TCAE se requieren, especialmente, en enfermedades neurológicas degenerativas, enfermedades cerebro vasculares y cardiopatías. La prevalencia de estas enfermedades es muy alta, ya que aumentan con la edad y afectan más a personas ancianas

Funciones del tcae en el esad
Las funciones generales que realiza el TCAE en los cuidados al paciente en su domicilio pueden dividirse en cuatro grupos, dependiendo de a quien vayan dirigidos:
- Bienestar físico: abarca el tratamiento del dolor y el resto de cuidados necesarios y básicos.
- Bienestar psicológico: referidos al apoyo para controlar la ansiedad y la depresión.
- Bienestar social: involucra a familiares y a profesionales sanitarios.
- Bienestar espiritual: incluye la Fe que profese o practique el paciente, así como la empatía hacia los recursos personales internos que la persona utilice ante la incertidumbre, la desesperanza y la búsqueda de un sentido a la enfermedad, el dolor, la vida y la muerte.

Las funciones y competencias del TCAE en el ESAD incluyen, entre otras:
- Conocimiento en técnicas de enfermería tanto diagnostica como terapéutica, ya que se precisa su colaboración en todas las etapas del servicio.
- Auxiliar en los cometidos médicos y de enfermería, ya que posee la habilidad de potenciar los cuidados básicos y específicos del paciente y los realizados por sus familiares.
- Función logística en la petición, recepción, clasificación, anotación en el libro registro (entradas y salidas), control, almacenaje y distribución de productos y material sanitario.
- Preparación para cada visita domiciliaria; reponiendo, tanto en los vehículos del servicio, como en los maletines de médicos y enfermeras, todo lo necesario para

las actuaciones médicas (generalmente esta tarea se lleva a cabo a primera hora de la mañana).
- Velar por una correcta higiene, desinfección y mantenimiento del instrumental.
- Preparar los equipos para paracentesis, sueroterapia, sondaje nasogástrico, sondaje vesical…
- Colaborar con el personal médico y de enfermería cuando sea necesario.
- Poner los enemas con sondas e informar al médico de los resultados.
- Entregar y recoger el material ortopédico así como la instalación del mismo.
- Entrega y recogida de medicación y pañales.
- Informar de todas las incidencias, teniendo en cuenta que cualquier información sobre la evolución de la enfermedad la dará el médico exclusivamente.

Habilidades comunicación del tcae
El TCAE colabora en la transmisión de la información sobre los cuidados que deberá seguir el paciente, para conseguir que adopte un comportamiento adecuado a sus necesidades. Para ello, en las visitas domiciliarias informará a la familia y/o los cuidadores principales, sobre hábitos preventivos, higiénicos y dietéticos, como: aseo personal, higiene bucodental, hidratación de la piel, prevención de úlceras por presión, movilización, cambios posturales, alimentación e hidratación.

El uso de habilidades de comunicación favorece las relaciones interpersonales y es un factor fundamental de cohesión en el proceso de cuidados que los TCAE proporcionan a los pacientes. Para una correcta y eficaz comunicación, la primera pauta es presentarse adecuadamente, dando a conocer su nombre y apellido y su función dentro del equipo.

Los objetivos del TCAE en su comunicación con pacientes y familiares son: disminuir los temores y la ansiedad, acompañar, mantener o mejorar el bienestar, escuchar activamente al paciente y transmitirle la capacidad que se tiene para comprenderle.

5 Discusión-Conclusión

La Asistencia Sanitaria ha sufrido cambios sustanciales en sus estructuras, así como en los sistemas de prevención y tratamiento de la enfermedad. Esos cambios también se han materializado en un trato más cercano y humanizado para el paciente. Esto redunda en una mejor atención y en la percepción de pacientes y usuarios de que se les está ofreciendo una atención sanitaria de calidad (7 de cada 10 pacientes se muestran satisfechos).

La Atención Primaria y, dentro de ésta, la actividad del Equipo de Soporte de Atención Domiciliara (ESAD), tienen como objetivo la prevención y tratamiento de la enfermedad, dando una respuesta integral y multidisciplinar a los pacientes, mitigando el dolor, controlando los síntomas, dando apoyo psicológico y social al enfermo y a su familia, además de informar a los cuidadores de la mejor forma de aplicar los cuidados.

El envejecimiento de la población, las proliferación de enfermedades crónicas e invalidantes, el hecho de haber entrado en la fase terminal de una enfermedad y todas aquellas patologías que requieren de largas estancia de postración en cama, hacen imprescindible un acercamiento a los ciudadanos mediante este servicio de asistencia domiciliaria.

El ESAD cuenta con equipos muy capacitados y experimentados en el manejo de este tipo de pacientes y, si unimos a esto a su estrecha colaboración con familiares y cuidadores, tenemos como resultado una atención sanitaria más eficaz y de mayor calidad.

El seguimiento y atención domiciliaria de los pacientes tiene, como ventajas añadidas:
- Disminuye el gasto de la Sanidad Pública.
- Evita riesgos de posibles contagios hospitalarios.
- Facilita al paciente mantener su entorno habitual.
- Facilita a los familiares poder compaginar su horario laboral con los cuidados del paciente.

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) dentro del Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD), ocupa un papel fundamental ya que colabora activamente con el resto de miembros del equipo y con las familias en todos los ámbitos (información, control logístico, formación…) y se implica con el paciente en su tratamiento físico, psicológico, social y espiritual. Es un profesional bien formado y capacitado, con una gran vocación de servicio, que proporciona cuidados físicos y apoyo psicológico a las personas en los momentos más tristes y dolorosos de sus vidas.

6 Bibliografía

- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Publicado en: «BOE» núm. 102, de 29/04/1986

- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Publicado en: «BOE» núm. 128, de 29/05/2003
- Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios
- Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social. Publicado en: «BOE» núm. 261, de 31/10/2015.20170322125517110945/
- http://www.cuidarypaliar.es/directorio-de-profesionales/equipos-de-soporte-de-atencion-domiciliaria.es
- http://www.ingesa.mscbs.gob.es/estadEstudios/documPublica/ps://www.astursalud.es/
noticias/-/noticias/directorio-de-recurs-1df/atDomiciliaria.pdfad/
- https://elmedicointeractivo.com/luces-sombras-transferencias-sanitarias-15-anos-despues-

Capítulo 900

EL SÍNDROME DE DOWN.

NOEMI SANZ ROCES

YOLANDA VIÑA RODRIGUEZ

CLARA ISABEL COLERO FANJUL

MARIA DEL CARMEN SUAREZ SUAREZ

1 Introducción

El síndrome de down es un trastorno genético causado por la presencia de una copia extra del cromosoma 21, no es una enfermedad sino una alteración genética, los cromosomas con las estructuras que contienen el adn, que es el principal constituyente del material genético de los seres vivos o una parte de el.

Las células del cuerpo humano tienen 46 cromosomas distribuidos en 23 pares mientras que en el caso de las personas con síndrome de down tienen 3 cromosomas en el par 21 en lugar de los 2 que existen habitualmente. Por eso también se conoce como tris oka 21. Esta alteración consiste en que las células del bebé poseen en su núcleo un cromosoma de más o cromosoma extra, es deir, 47 cromosomas en lugar de 46.

De toda la documentación que se posee sobre este síndrome ninguna explica la razón de la aparición de esta alteración de la cual tenemosconstancia desde el año 1500AC. Algunas características físicas comunes del sindrome de down incluyen: cara aplanada especialmente en el puente nasal, ojos en forma de almendra, cuello corto, orejas pequeñas, lengua que tiende a salirse de la boca, manchas

blancas diminutas en el iris del ojo, manos y pies pequeños, un solo pliegue en la palma de la mano, los dedos meñiques pequeños y a veces encorvados hacia el pulgar, tono muscular débil o ligamentos flojos, y estatura mas baja en la niñez y la adúltera.

Existen 3 tipos de síndrome de down:
-trisomia 21
-sindrome de down por translocación
-síndrome de down con mosaicismo.

Algunos sintomas que pueden tener las personas con síndrome de down pueden ser:pérdida auditiva, apnea del sueño, infecciones de oido, enfermedades en los ojos, defectos cardiacos, obstrucciones intestinales, anemia, enfermedades tiroideas, leucemia temprana o enfermedad de Hirschsprung.

Los objetivos principales para los médicos especilista y asociaciones del síndrome de down es realizar actividades que contribuya a mejorar las condiciones de la vida con el fin de conseguir una plena integración familiar y social y desarrollar una vida con el mayor grado de autonomía posible.

2 Objetivos

El objetivo del presente capítulo es proporcionar conocimientos básicos y actualizados sobre el síndrome de down.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: pubmed, medline, y scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Bibliografía

- Www.down21.org

- Www.cdc.gov

Capítulo 901

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA CON HERIDAS CRONICAS EN PACIENTE.

EVA GONZÁLEZ GONZÁLEZ

1 Introducción

Podría también haber daño a los tejidos alrededor. Las heridas crónicas son heridas que no sanan completamente en 6 semanas. Ejemplos de heridas que pueden convertirse en herida crónicas son las úlceras profundas (llagas abiertas), quemaduras grandes, y cortaduras infectadas.(Guarín-Corredor, Quiroga-Santamaría y Landinez-Parra,2013).

Las Heridas Crónicas son un importante problema sanitario, que genera graves consecuencias en la calidad de vida de quienes las padecen y de quienes les rodean, y en la utilización tanto de tiempos asistenciales de los profesionales de enfermería, como de recursos materiales.(González-Consuegra y Verdú,2010). Es una herida que requiere para su cicatrización de períodos muy prolongados de tiempo,ya que cicatriza por segunda intención, en un complejo proceso que elimina y reemplaza el tejido dañado.(Hernández, Piedad,Hernández Cano y Soria Suárez,2014).

Las heridas crónicas están siempre colonizadas o contaminadas por gérmenes, por lo que un adecuado manejo de la carga bacteriana influirá en una mejor evolución de la cicatrización y evitará la infección local.(Restrepo-Medrano y Verdú

Soriano,2011). Las heridas crónicas se diferencian de las heridas agudas, quirúrgicas, traumáticas, porque estas últimas cicatrizan por primera intención, mediante la superposición de planos, en un período comprendido entre los 7 y los 14 días.

Algunas heridas agudas pueden cronificarse, es el caso de complicaciones como la dehiscencia de suturas, heridas que fistulizan o bien heridas con evolución tórpida.(Ferrer-Solà,Chirveches-Pérez,Molist-Señé, Molas-Puigvila,Besolí-Codina,Jaumira-Areñas y Dot-Padrós, 2009). Las heridas crónicas más prevalentes son las heridas infectadas o con mala evolución, seguidas de las úlceras de la extremidad inferior, que comprenden las úlceras vasculares, las úlceras venosas y las úlceras del pie diabético.(Acendra,Aguilar y Amell,2013).

La desnutrición es un factor de riesgo para la formación de heridas, especialmente en UPP, y que, en cualquier caso, retrasa la cicatrización de cualquier tipo de herida.Podemos diagnosticar la desnutrición a través de medidas antropométricas y determinaciones analíticas, como albúmina sérica, contaje linfocitario y proteinas séricas.(Beaskoetxea Gómez, Bermejo Martínez,Capillas Pérez,Cerame Pérez,Garcí,Gómez Coiduras y Segovia Gómez,2013).

Las heridas constituyen un problema de salud que afecta a una amplia población de todas las edades y requieren diferentes intervenciones para asegurar un cuidado óptimo de los pacientes que las presentan. Según el Diccionario de la RAE, herida es» la perforación o desgarramiento en algún lugar de un cuerpo vivo. Las heridas más habituales suelen ser accidentales.

Nunca es lo mismo tratar una upp, donde el alivio de la presión es básico, que curar una úlcera vascular, en la que sin aplicar una terapia compresiva no habrá cicatrización o que una úlcera de pie diabético, donde la descarga es fundamental.Es esencial hacer un adecuado diagnóstico diferencial de las úlceras de pierna, la eficacia de nuestras medidas irá enfocada a tratar la causa de la herida como eje primordial.Pero una vez completados estos pasos, incluso con estas medidas instauradas al 100% hay muchas ocasiones en las que las úlceras no cicatrizan y es normal que nos entre la desesperación.

2 Objetivos

- El objetivo de este estudio bibliografico fue evaluar la presencia de heridas crónicas .
- Valorar y detectar las necesidades que el paciente tiene alteradas para identificar a los que tienen riesgo de desarrollar úlceras.
- Identificar a los pacientes con riesgo de desarrollar úlceras según las escalas de valoración de riesgo.
- Conocer los factores que favorecen la aparición de úlceras.
- Conocer y aplicar los cuidados apropiados a los distintos tipos de lesiones.
- Evaluar las actuaciones realizadas para mejorar los cuidados.
- Curar una herida no es solo limpiarla o colocarle un apósito, lograr cicatrizar una herida implica que lo primero que debemos tener claro es que la etiología siempre debe ser nuestra prioridad de cara a favorecer una mejor cicatrización en menos tiempo.

3 Metodología

Para esta realización revision bibliografica se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica en distintas plataformas online que contenían los siguientes términos: funciones de protocolo de úlceras del Tcae, google academico así como revistas Diatelen.

4 Resultados

El proceso de cicatrización es un conjunto de fenómenos fisiológicos, mediante los cuales, el cuerpo reemplaza los tejidos destruidos por otros de nueva formación, así como su funcionalidad.

5 Discusión-Conclusión

Independientemente del tipo de herida de que se trate y de la extensión que abarque la pérdida de tejido, la curación de las heridas discurre en fases que se solapan en el tiempo y no pueden ser separadas entre sí, pero es necesario hacerlo teóricamente para facilitar su explicación.

Las heridas crónicas van a cicatrizar por segunda intención. El proceso de cicatrización puede prolongarse durante largos periodos de tiempo, desde semanas hasta meses, e incluso años, de acuerdo con las condiciones especiales en cada situación.

6 Bibliografía

- Guarín-Corredor, C., Quiroga-Santamaría, P., & Landinez-Parra, N. S. (2013). Proceso de Cicatrización de heridas de piel, campos endógenos y su relación con las heridas crónicas. Revista de la Facultad de Medicina, 61(4), 441-448.
- González-Consuegra, R. V., & Verdú, J. (2010). Calidad de vida relacionada con heridas crónicas. Gerokomos, 21(3), 131-139.
- Hernández, L., Piedad, M., Hernández Cano, R. M., & Soria Suárez, M. I. (2014). Heridas crónicas atendidas en un servicio de urgencias. Enfermería Global, 13(35), 23-31.
- Restrepo-Medrano, J. C., & Verdú Soriano, J. (2011). Desarrollo de un índice de medida de la evolución hacia la cicatrización de las heridas crónicas. Gerokomos, 22(4), 176-183.
- García Fernández, F. P., López Casanova, P., Pancorbo Hidalgo, P. L., & Verdú Soriano, J. (2009). Anecdotario histórico de las heridas crónicas. Personajes ilustres que las han padecido. Revista ROL de enfermería, 32(1), 60-63.
- Ferrer-Solà, M., Chirveches-Pérez, E., Molist-Señé, G., Molas-Puigvila, M., Besolí-Codina, A., Jaumira-Areñas, E., ... & Dot-Padrós, R. (2009). Prevalencia de la heridas crónicas en una comarca de la provincia de Barcelona. Enfermería Clínica, 19(1), 4-10.
- Beaskoetxea Gómez, P., Bermejo Martínez, M., Capillas Pérez, R., Cerame Pérez, S., García Collado, F., Gómez Coiduras, J. M., ... & Segovia Gómez, T. (2013). Situación actual sobre el manejo de heridas agudas y crónicas en España: Estudio ATENEA. Gerokomos, 24(1), 27-31.
- Acendra, J. J., Aguilar, R. M., & Amell, G. L. (2013). Curaciones de Heridas Crónicas: Reto para el Cuidado en la Enfermería. Ciencia e Innovación en Salud, 1(1).

Capítulo 902

PROMOVER LA ACTIVIDAD FÍSICA EN EL ADULTO MAYOR.

TANIA GONZÁLEZ ORTIZ

ANA MARIA FERNÁNDEZ GASCÓN

IGNACIO RUPERTO MARTINEZ ALVAREZ

1 Introducción

Existen numerosos estudios tanto epidemiologicos como experimentales que confirman que la inactividad física se puede considerar causa de enfermedad y que a su vez, existe una relación de dosis/respuesta entre actividad y/o forma física y mortalidad global. Por lo tanto, podemos afirmar que las personas que procuran mantener unos niveles aceptables de actividad (especialmente en la edad adulta y vejez), tienen una menos probabilidad de sufrir enfermedades crónicas o una muerte prematura.

2 Objetivos

- Analizar la evidencia científica disponible con respecto a la eficacia de la actividad física como prevención primaria para un envejecimiento saludable.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica

existente. se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: pubmed, medline, y scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La fuerza muscular disminuye con la edad por lo que la actividad física es el único tratamiento eficaz para prevenirla o revertirla. Las personas en general, hacen poca actividad física y cuanta más edad tienen menos la realizan.

Los hombres hacen más ejercicio que las mujeres, reduciéndose esta diferencia en los últimos años. Hacer ejercicio aporta una gran cantidad de beneficios dando lugar a una mayor probabilidad de aumentar tanto la calidad (salud fisica y vida social), como la esperanza de vida.

5 Discusión-Conclusión

La actividad física es uno de los aspectos principales entre los hábitos de vida saludables que tienen que ver con una mayor longevidad y con una mejor salud, mejora la calidad de vida por medio de beneficios fisiológicos y sociales.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 903

SEXUALIDAD ANTE LA ENFERMEDAD O LA EDAD.

EVA GONZÁLEZ GONZÁLEZ

1 Introducción

En coherencia con una visión de la vejez como etapa de declive,tradicionalmente se ha pensado que la sexualidad de los mayores no existe,que ya no les importa la actividad sexual, o incluso que es algo sucio o inmoral seguir teniendo intereses de este tipo en edades avanzadas.(Ruiz, Guerra y Oliveros,2012). Sin embargo, los estudios y la propia experiencia nos dicen que muchas personas mayores siguen teniendo intereses sexuales y siendo sexualmente activas.

En cuanto a la forma en la que las personas mayores pueden satisfacer estos intereses, si bien es cierto que las relaciones sexuales con penetración tienden a disminuir con la edad, especialmente en personas con problemas de salud o sin pareja, la sexualidad en la vejez puede canalizarse y mostrarse de muchas otras formas: la masturbación, las caricias, los besos y abrazos o la intimidad emocional son caminos abiertos para la expresión sexual de los mayores.(Batista,Yera,Martínez,Pérez y Aranda,2016).

La sexualidad es una dimensión del ser humano que nos acompaña durante toda nuestra vida.(Lafaurie,2009). Tiene que ver con la forma en la que nos expresamos y nos percibimos como seres sexuados, por lo que incluye la actividad sexual pero no se limita a ésta. Abarca también aspectos tan variados como la identidad y los roles de género, la orientación sexual,el erotismo, la intimidad, nuestros

pensamientos, creencias, actitudes y valores sobre la sexualidad, el deseo y las fantasías, etc.

En consecuencia,que alguien no sea sexualmente activo no quiere decir que carezca de vida sexual.(Ruiz-Peña y Peña Jarava,2001). La Organización Mundial de la Salud (OMS) entiende por salud sexual "un estado de bienestar físico, emocional, mental y social en relación con la sexualidad; no es sólo la ausencia de enfermedades o disfunciones. La salud sexual requiere un acercamiento positivo y respetuoso a la sexualidad y relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras,libres de coerción, discriminación y violencia".(Weller, 2004).

Conocer las circunstancias y el contexto en el que se da cada situación sexual, y recabar el punto de vista obviamente de las personas implicadas,pero además de los otros actores que pueden estar implicados de una u otra manera. (Lebrero,2006). Desde algunas religiones se promueve un rechazo explícito a la homosexualidad, que se contempla como un pecado y un comportamiento reprobable.

En el periodo de dictadura en el que las personas que hoy son mayores vivieron su juventud, ser LGBT era considerado un delito. Los homosexuales que mostraran públicamente su orientación sexual podían ser condenados y sufrir penas de prisión. Algunas asociaciones de médicos o de psicólogos han considerado,hasta hace pocas décadas, la homosexualidad como una enfermedad o como un comportamiento desviado. Catalogar la homosexualidad como un trastorno mental invitó al desarrollo de tratamientos para curarla, que todavía hoy en día son defendidos por algunos profesionales de la salud.

2 Objetivos

- Ayudar a las instituciones y a los profesionales que trabajan en ellas a fomentar la salud y calidad de vida sexual de las personas que viven en ellas, así como a contribuir al reconocimiento de sus derechos sexuales.

3 Metodología

Se han realizado busquedas bibliografícas referidas a la sexualidad en las que forma parte el Tcae como ayuda para aconsejar, ya que es la persona con la que

mas tiempo pasa el paciente.
Recabamos bases de datos en Dialet, así, como en google academico y revistas cientificas. Durante los dos últimos trimestres del año 2019.

4 Resultados

Si bien es cierto que alguno de estos derechos quizá tiene más sentido en unas etapas de la vida que en otras (por ejemplo, decidir si tener o no tener hijos), la gran mayoría de ellos tienen pleno sentido en la vejez y se aplican también a las personas mayores, incluidas aquellas que viven en residencias.

La búsqueda de protección puede dañar la autonomía y los derechos de la persona, y su propia consideración como tal si no tenemos en cuenta su punto de vista y son los profesionales los únicos que toman decisiones y evalúan los riesgos potenciales. Este daño a la autonomía no es potencial (como el riesgo que se pretende evitar), sino real y efectivo.

5 Discusión-Conclusión

Algunos de los criterios propuestos por estos protocolos son difíciles de probar en personas con demencia, y en muchas ocasiones los y las profesionales, por prudencia, optan por interrumpir la relación si una de las personas no puede expresar de forma nítida su capacidad de consentimiento.

6 Bibliografía

- Ruiz, T. M., Guerra, S. I., & Oliveros, M. G. (2012). Intervención de enfermería en la sexualidad del paciente cardiológico hospitalizado. Enfermería en cardiología: revista científica e informativa de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología, (55), 61-66.
- Batista Pereda, Y., Yera Alós, I. B., Martínez Martín, M. I., Pérez Jiménez, D., & Aranda Canosa, S. (2016). El análisis de la situación de salud hospitalaria: herramienta para la gestión de hospitales del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Revista Médica Electrónica, 38(4), 530-542.
- Weller, S. (2004). Sexualidad y servicios de salud: un desafío para la gestión en vih/sida.
- Lebrero, E. (2006). 25 años de experiencia del colectivo Acuario en salud sexual y reproductiva. Medicina naturista, (10), 24-28.

- Lafaurie, M. M. (2009). Mujeres en tratamiento de cáncer, acogidas por un albergue de apoyo: circunstancias y perspectivas de cuidado de enfermería. Revista Colombiana de Enfermería, 4, 79-97.
- Ruiz-Peña Sánchez de Ibargüen, M., & Peña Jarava, M. (2001). Proyecto experimental de Educación Sexual en el ámbito de la Pedagogía hospitalaria. La Educación de las Mujeres: Nuevas Perspectivas (2001), p 319-326.

Capítulo 904

INTERVENCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN UNA COMUNIDAD TERAPEÚTICA DE SALUD MENTAL .

MARÍA JOSÉ LÓPEZ ARNE

1 Introducción

La Comunidad Terapéutica de Salud Mental es un dispositivo asistencial de salud mental dirigido al tratamiento intensivo de pacientes con trastorno mental grave, derivados desde las unidades de salud mental comunitaria de su ámbito de influencia, que requieren una atención sanitaria especializada de salud mental, en régimen de hospitalización completa o parcial, de media estancia.

2 Objetivos

- Prestar atención especializada a pacientes con trastorno mental grave, con el fin de favorecer el desarrollo y mantenimiento de su calidad de vida y aumentar su autonomía.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han

consultado artículos en las principales bases de datos: pubmed, medline, y scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La estancia en la Comunidad Terapéutica es de carácter voluntario. Una vez aceptado el ingreso se deben respetar unas normas referentes a la convivencia y al proceso rehabilitador:

- Respeto.
- Cumplimiento de horarios.
- Participación en las actividades acordadas.
- Compromiso de seguir el tratamiento farmacológico.
- Aceptación de los acuerdos respecto al uso de objetos personales, tabaco y gestión del dinero.
- Prohibición de introducir drogas y alcohol.
- Las familias no podrán acceder a la zona de dormitorios ni traer a los pacientes comida
- Participar en el desarrollo de programas comunitarios de atención a pacientes de alto riesgo o pacientes afectados por trastornos mentales graves, que se desarrollan por las unidades de Salud Mental comunitaria u otros dispositivos asistenciales de Salud Mental encargados de desarrollar los programas mencionados.
- Desarrollar programas de atención parcial en aquellos casos que sean precisos.

5 Discusión-Conclusión

La labor del TCAE es crucial en el día a día de los pacientes. Se trata de que sus funciones hagan de bisagra entre los tratamientos, terapias y cuidados psiquiátricos proporcionados por el centro o psiquiatra asignado y los pacientes, convirtiéndose así en una cara amiga y accesible para el paciente.

Deben tranquilizar al paciente, siendo capaces de detectar los síntomas en cada caso para aportar la seguridad que necesitan. Deben hacer cumplir las normas de convivencia y respeto para que el resultado del proceso de rehabilitación sea positivo.

El TCAE es uno de los elementos que actúa de unión entre el enfermo y el médico. Es el profesional que hace girar de forma eficaz el mecanismo de la curación para

que se consiga el objetivo marcado, la mejoría del enfermo y su reincorporación a la vida normal.

Muchas son las funciones que forman parte de esta figura sanitaria, pudiendo englobarse las principales en funciones relacionadas con el bienestar físico del paciente y funciones relacionadas con el bienestar psiquiátrico del paciente.

6 Bibliografía

- Javier Cabanyes, Miguel Ángel Monge/Eds. La salud mental y sus cuidados.
- Linda Eby, Nancy J. Brown. Cuidados de enfermería en salud mental.
- Equipo docente de ISED , INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDIOS.

Capítulo 905

EL SINDROME DEL BURNOUT

BEATRIZ MARTINEZ ÁLVAREZ

BEGOÑA AMIROLA GOIKOETXEA

ADRIÁN LÓPEZ QUINTANILLA

FRANCISCO JAVIER PEDRACES FRESNO

1 Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha reconocido oficialmente el síndrome del burnout o "síndrome de estar quemado" o de desgaste profesional como enfermedad tras la ratificación de la revisión número 11 de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos (CIE-11).

El síndrome del burnout consiste en un estado de agotamiento físico, mental y emocional causado por el cansancio psíquico o estrés que surge de la relación con otras personas en un dificultoso clima laboral. Es una situación que se va generando progresivamente hasta desembocar, en muchas ocasiones, en un estado de incapacidad para continuar con el trabajo habitual. Suele aparecer en personas cuya profesión implica dedicación y entrega hacia terceros como, por ejemplo, los profesionales de la enseñanza, de la salud y de asuntos sociales.

Las consecuencias pasan por un elevado absentismo laboral, el consumo de medicamentos para conciliar el sueño, sustancias o drogas, así como la adopción de determinadas conductas de riesgo o violentas. Además, pueden aparecer con-

flictos en el ámbito laboral, por una disminución significativa del rendimiento y la motivación, así como de la calidad de los servicios prestados.

2 Objetivos

Determinar la prevalencia del Síndrome de Burnout y los factores relacionados con la presencia de esta enfermedad.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica en bases de datos como Scielo, Cochrane, Google Académico y Medline. Se han utilizado criterios de búsqueda en revistas científicas y artículos encontrados del síndrome del burnout. Se utilizaron descriptores con las palabras claves utilizadas en la búsqueda: salud, síndrome, desgaste profesional, cansancio profesional.

4 Resultados

La persona que padece el síndrome de Burnout suele manifestar algunos de los siguientes síntomas:
• Falta de energía y sensación de abatimiento desde el inicio de la jornada laboral.
• Sentimientos de frustración y fracaso al no conseguir los resultados deseados a pesar del esfuerzo invertido en las tareas.
• Estado de ánimo irritable, impaciente, negativo, irónico y distante, llegando a mostrarse frío e indiferente hacia las personas atendidas y con los compañeros de trabajo.
• Incapacidad para concentrarse en el trabajo y para relajarse o desconectar al finalizar la jornada laboral.
• Sensación de desbordamiento ante las demandas emocionales de los demás, careciendo de fuerzas para seguir involucrándose en las relaciones con ellos.
• Frecuentes dolores físicos, además del desarrollo de enfermedades psicosomáticas, como, por ejemplo, fatiga visual, dolores de cabeza y musculares, mareos, dificultades con el sueño, pérdida de peso, úlceras y otros desórdenes gastrointestinales, afecciones de la piel o infecciones, entre otros.

Un trabajador puede sufrir el síndrome de Burnout al estar expuesto durante un largo periodo de tiempo a situaciones laborales que impliquen:

- Un estado de sobrecarga emocional por permanecer en contacto de forma continuada con personas en determinadas situaciones como, por ejemplo, con un alto grado de dependencia o gravemente enfermas. Por lo tanto, estos trabajadores se hallan inmersos en climas en los que prevalecen emociones como el sufrimiento, la angustia o la desesperanza.
- Horarios de trabajo largos, junto a un ambiente laboral muy deteriorado. El desempeño de un excesivo trabajo físico sin los recursos necesarios para llevarlo a cabo adecuadamente como, por ejemplo, la falta de personal, el escaso margen de tiempo o trabajar bajo condiciones de presión y estrés.
- Un elevado nivel de exigencia y de requerimiento de energía o de recursos personales del trabajador. Esto mismo suele ocurrir en los casos de burnout parental.

Una persona con el síndrome de burnout ante todo debe tomar conciencia de su situación y reconocer que no se encuentra en las condiciones necesarias para seguir llevando a cabo adecuadamente las tareas asignadas a su puesto de trabajo. Por ello, es importante tener en cuenta no excederse en el ritmo de trabajo y respetar las pausas para los descansos y la comida. Aprender a establecer límites ante situaciones en las que haya un exceso de tareas, un escaso margen de tiempo para llevarlas a cabo o deficiencias en los medios al alcance. Cultivar un buen ambiente de equipo entre los compañeros de trabajo, promoviendo la colaboración y una mejora en el clima laboral. Cuidar de uno mismo es imprescindible, lo que incluye aprender a atender e interpretar las señales del cuerpo y las emociones que aparecen.

Así, por ejemplo, ante la señal de tensión puede ser beneficioso permitirse un momento de descanso para relajarse y respirar profundamente antes de retomar la tarea que se estaba realizando. Separar el ámbito laboral del personal, aprendiendo a desconectar al finalizar la jornada laboral realizando actividades que lo faciliten como, por ejemplo, deporte, relajación, o cultivo de determinadas aficiones o hobbies. Buscar apoyo familiar y social, fomentando encuentros y actividades en grupo. Si se percibe que no es suficiente con estas medidas para mejorar o superar la situación, puede ser imprescindible buscar la ayuda profesional de un psicólogo.

5 Discusión-Conclusión

El Síndrome de Burnout (SB) se incluye así entre los principales problemas de salud mental y en la antesala de muchas de las patologías psíquicas derivadas de un escaso control y de la carencia de una prevención primaria de este síndrome.

El Síndrome de Burnout posee una alta incidencia entre el personal que se dedica al cuidado de la salud, a pesar de no ser reconocido por el CIE-10, ni los DSM-IV y V como entidad, es conocida la capacidad que posee de afectar la calidad de vida de los individuos que lo sufren (inclusive puede provocar suicidio en los casos más graves), por lo que es vital entenderlo para poder prevenirlo y tratarlo.

Debido a sus consecuencias en el ambiente y en el rendimiento de las organizaciones, la prevención y tratamiento del SB trascienden lo individual y permiten obtener beneficios significativos (mayores ingresos económicos, mejor trato al cliente, menor ausentismo, entre otros) para el centro de trabajo de los individuos afectados o en riesgo.

6 Bibliografía

1. Aceves, G. A. (2006). Síndrome de burnout. Archivos de Neurociencias, 11, 4, 305-309.
2. Rodríguez, J. (2010). Propuesta: Programa Integral de Autocuidado. Enfermería en Costa Rica, 31, 2-7. 3. Borda, M., Navarro, E., Aun, E., Berdejo, H., Racedo, K. y Ruiz, J. (2007).
3. Síndrome de Burnout en estudiantes de internado del Hospital Universidad del Norte. Salud Uninorte, 23, 1, 43-51.
4. Quinceno, J. M. y Alpi, V. S. (2007). Burnout: Síndrome de quemarse en el trabajo. Acta Colombiana de Psicología, 10, 117-125.
5. Korczak, D., Huber, B. & Kister, C. (2010). Differential diagnostic of the burnout syndrome,GMS Health T echnology Assessment .
6. Echeburúa, E., Salaberría, K. y Cruz, M. (2014). Aportaciones y limitaciones del DSM-5 desde la Psicología Clínica. Terapia Psicológica, 32, 1, 65-74.

Capítulo 906

ÚLCERAS POR PRESIÓN.

MARÍA DE LOS ÁNGELES SUÁREZ CONDE

1 Introducción

Javier Colina, en su artículo sobre úlceras por presión (UPP) publicado en 1988, decía: "La UPP es la lesión de origen isquémico producida por el daño tisular debido a una compresión prolongada de la piel entre una prominencia ósea y un plano duro".

Úlcera iatrogénica es una lesión producida por la combinación de mecanismos de presión y roce secundarios al uso de sondas, mascarillas, cánulas, etc. genralmente resultado de una mala praxis profesional. La localización más frecuente de estas úlceras son la fosa o aleta nasal por el uso de SNG, el meato urinario por las sondas vesicales, nariz y orejas por las gafas de oxígeno, la mucosa oral y la lengua por la intubación endotraqueal.

En todos los casos se produce una interrupción de la actividad fisiológica y anatómica del tejido. Representan un grave problema de salud con repercusiones sanitarias por el riesgo de infecciones y sociales por la influencia en la calidad de vida del paciente.

La mayoría de las UPP son evitables, pueden prevenirse. Hay factores de riesgo que contribuyen a la producción de úlceras y que pueden agruparse en cuatro grupos:
- Fisiopatológicos: Como consecuencia de diferentes problemas de salud.
- Derivados del tratamiento: Como consecuencia de determinadas terapias.
- Situacionales: Como resultado de modificaciones de las condiciones personales, ambientales, etc.

- De desarrollo: Relacionados con el proceso de maduración.

2 Objetivos

Prevenir la aparición de úlceras por presión, por lo que se debe contar con estrategias de educación y prevención.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: pubmed, medline, y scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Shannon describe tres causas que intervienen en la formación de las úlceras por presión: Presión, fricción y prevención. Además existen otros factores favorecedores de la aparición de las úlceras por presión. Una presión mantenida y prolongada, superior a la presión capilar (12 a 32 mm. Hg) disminuye el flujo sanguíneo capilar produciendo isquemia local.

El proceso de formación de úlceras por presión pasa por una serie de estadíos que clasifican a las úlceras en distintos grados. Se clasifican según (AHQR) norteamericana en estadíos (I-IV):
- Estadío I: Eritema cutáneo que no palidece, en piel intacta. Piel rosácea o rojiza que no desaparece al ceder la presión afecta a la dermis.
- Estadío II: Solución de continuidad en la piel, se forman vesículas. Afecta a la epidermis y dermis superficial. Tiene aspecto de ampolla.
- Estadío III: Pérdida total del grosor de la piel, necrosis del tejido subcutáneo. Puede extenderse a la dermis profunda e hipodermis. Con forma de cráter profundo y exudativas, o que estén cubiertas pro tejido necrótico.
- Estadío IV: Pérdida total del grosor dela piel, con destrucción extensa del tejido profundo. Necrosis del tejido o lesión en el músculo, hueso, tendón etc.

En todos los casos que proceda deberá retirarse el tejido necrótico antes de determinar el estadío de la úlcera. se debe hacer una valoración del riesgo de úlceras por presión. Para ello existen unas escalas de valoración que son una herramienta para ayudar a identificar a los pacientes que pueden desarrollar úlceras por presión.

La Escala de Morton establece un plan de cuidados preventivos e incluye cinco aspectos:
- Valoración del estado físico en general.
- Valoración del estado mental.
- Valoración de la acitividad.
- Valoración de la movilidad.
- Valoración de la incontinencia.

La Escala de Braden mide la percepción sensorial, exposición a la humedad, actividad, movilidad, nutrición y peligro de lesiones cutáneas.

Identificar a los pacientes de riesgo utilizando las escalas de valoración del riesgo. A todos los pacientes que la escala determine que tienen riesgo moderado o alto de padecer úlceras por presión se les aplicarán los cuidados preventivos.

Piel limpia y seca, vigilancia del color de la piel, aplicación de cremas hidratantes y aceites, mantener la ropa de la cama bien estirada y sin arrugas, cambios posturales cada dos o tres horas, colocar almohadillas en las zonas de mayor riesgo, una buena nutrición e hidratación.

5 Discusión-Conclusión

Al alta del paciente se debe informar a los familiares de estos cuidados preventivos, educarlos en las técnicas de movilización, y concienciar de una buena higien, nutrición y apoyar psicológicamente al paciente y a los familiares.

6 Bibliografía

- Blasco García C, Juan Jordán S, Martínez Cuervo F, Soldevilla Agreda JJ, Torra I Bou JE, San Sebastián Domínguez JA, "et al ". Directrices generales sobre el tratamiento de las úlceras por presión. (DOC.III. GNEAUPP).

- C. McClokey joanne, m. Bule, Check Gloria. Editorial Síntesis S.A. Madrid 1999-CIE.
- DOCUMENTOS DEL GNEAUPP directrices generales sobre prevención de úlceras por presión.
- Elorriaga Ameyugo B, Royo Pascual D, García Hontoria M, Cuevas Santos C, Martínez Cevantes Y, Cayón Cuarenntal P, et all. Guía de cuidados enfermeros en úlceras por presión. Insalud.
- González García FJ. Atlas sobre cicatrización de úlceras y heridas. Ed. Laboratorios Knoll S.A.
- Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en úlceras por presión y heridas crónicas (GNEAUPP). Directrices generales sobre tratamiento de las úlceras por presión. Logroño 2003.
- Soldevilla Agreda JJ. Guía práctica en la atención de las úlceras de piel. Grupo Masson. Madrid 1998. B. Braun Medical.
- Tratamiento local de las úlceras por presión. EASP Boletín Terapéutico Andaluz (BTA) Nº 21. Granada. Septiembre Octubre 2000.

Capítulo 907

LA EUTANASIA.

BELEN ORDOÑEZ ALVAREZ

1 Introducción

La eutanasia significa la acción médica por la que se provoca la muerte a una persona enferma. Lo que distingue la eutanasia con relación con el suicidio es el hecho de que se trate de una persona con una enfermedad grave e incurable, es decir, para la que la ciencia no ofrece alternativas.

El suicidio asistido se relaciona vagamente con la eutanasia, pues éste se produce cuando alguien le da información y los medios necesarios a un paciente para que pueda terminar con su propia vida. Hoy, la eutanasia significa la acción médica por la que se provoca la muerte a una persona enferma.

Precisamente lo que distingue la eutanasia con relación con el suicidio es el hecho de que se trate de una persona con una enfermedad grave e incurable, es decir, para la que la ciencia no ofrece alternativas. El suicidio asistido se relaciona vagamente con la eutanasia, pues éste se produce cuando alguien le da información y los medios necesarios a un paciente para que pueda terminar con su propia vida.

Hoy, la eutanasia significa la acción médica por la que se provoca la muerte a una persona enferma. Precisamente lo que distingue la eutanasia con relación con el suicidio es el hecho de que se trate de una persona con una enfermedad grave e incurable, es decir, para la que la ciencia no ofrece alternativas.

El suicidio asistido se relaciona vagamente con la eutanasia, pues éste se produce cuando alguien le da información y los medios necesarios a un paciente para que

pueda terminar con su propia vida. Eutanasia: muerte sin sufrimiento físico y en sentido estricto, la que así se provoca voluntariamente.
Formas: Agónica, lenitiva, suicida, homicida, positiva y negativa, Ortotanasia o Distanasia

2 Objetivos

- Definir los conceptos de la eutanasia.
- Conocer sus aspectos legales.
- Describir la medicina paliativa.
- Describir los aspectos éticos y morales a favor y en contra de la eutanasia.
- Describir la medicina paliativa.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo se realizó una búsqueda bibliográfica, utilizando las bases de datos Pubmed y Scielo, además de la enciclopedia Medline para la definición de la eutanasia.

En la base de datos Scielo se utilizaron las palabras clave ”eutanasia”, ” ética”, ”moral”, ”agónica”, ”lenitiva” y ”homicida”,”ensañamiento terapéutico”,”Ramón Sampedro”,”medicina paliativa”.

En Pubmed, se utilizaron las siguientes palabras clave: ”euthanasia”, ”ethics, ” ”palliative medicine, ” cruelty”, ”” and ” suicide”.

En ambas bases de datos se utilizaron los operadores boleados ”AND” y ”OR” para combinar las diferentes palabras clave y obtener unos resultados más precisos y más ajustados a nuestras necesidades.

Los criterios de inclusión de artículos fueron: aquellos escritos en español e inglés, que hablasen exclusivamente de la eutanasia. Se excluyeron todos aquellos artículos que hablasen sobre opiniones personales o subjetivas.

4 Resultados

La eutanasia es la muerte sin sufrimiento físico y la que se provoca voluntariamente.

Cuáles son las formas:
Agónica: provocación de la muerte sin sufrimiento en un enfermo desahuciado.
Lenitiva:es la utilización de analgésicos para aliviar el dolor de una enfermedad mortal y que lleva consigo un cierto acortamiento de la vida.
Suicida: cuando una o varias personas colaboran para suprimir la vida de un enfermo a petición de éste.
Homicida: cuando una persona no tiene inconveniente en eliminar a otra afectada de una enfermedad incurable.
Positiva: provocación de la muerte mediante una intervención generalmente farmacológica.
Negativa, ortotanasia o distanasia: rechaza medios extraordinarios para prolongar la vida artificialmente al enfermo irreversible para evitar el encarnizamiento terapéutico. Es:
- Activa, cuando la acción que causa la muerte en una situación grave e irreversible, provoca inmediatamente la muerte mediante la aplicación de un agente letal.
- Pasiva, cuando produce la muerte por omisión deliberada de un cuidado debido y necesario para la curación o supervivencia.

Desde el punto de vista ético, la cuestión fundamental es el conflicto de valores morales que subyace a la cuestión de la eutanasia. ¿Tiene el paciente derecho a "morir dignamente" o por el contrario la vida es un valor moral que hay que respetar por encima de todo? En el fondo, la pregunta fundamental en el tema de la eutanasia es quién es el sujeto de la decisión última sobre terminar con la vida del paciente terminal.

Aspectos legales sobre la eutanasia:
La situación jurídica española: el Código de 1995
Cabe destacar que el camino hacia una despenalización de la eutanasia ya se inició en el vigente Código Penal, obviando, por cierto, una amplia discusión social. Aunque la despenalización no se realizó de forma total, se abrió el camino a través de la vía habitual de imponer una pena irrelevante respecto al bien jurídico protegido.

El Código penal de 1995 incluye el homicidio eutanásico en la cooperación necesaria al suicidio, constituyendo un tipo privilegiado que, debido a la levedad de la pena, produce que, prácticamente por el primer delito no se cumpla efecti-

vamente la pena y no se ingrese en prisión. En efecto, el artículo 143 del Código Penal de 1995 tipifica la inducción al suicidio en el punto 1. En el 2, la cooperación necesaria, en el 3 la cooperación hasta el extremo de causar muerte, sancionándolo con entre seis y diez años. En el punto 4, reduce la pena en uno o dos grados para: "el que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otro, por la petición expresa, seria e inequívoca de éste, en el caso en que la víctima sufriera una enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte, o que produjera graves procedimientos permanentes y difíciles de soportar, será castigado con la pena inferior en uno o dos grados a las señaladas en los números 2 y 3 de este artículo".
De esta forma, se redirige el homicidio al suicidio y se prefigura un tipo descrito de tal modo que pudiera servir para una posible legalización, una vez que se añadiese la participación facultativa y un procedimiento de control estatal.

La medicina paliativa es el mejor recurso contra la eutanasia
En términos generales, la Medicina paliativa es la especialidad médica que centra su atención en los enfermos terminales, es decir, aquellos cuya expectativa de vida es relativamente corta por causa de una enfermedad que no responde a los tratamientos curativos.

En algunos códigos deontológicos sobre la medicina paliativa se recoge que:
El deber del médico es curar y aliviar en la medida de lo posible el sufrimiento, teniendo siempre a la vista los intereses de sus pacientes. No admitiría ninguna excepción a este principio, ni siquiera en caso de enfermedad incurable o de malformación.

Este principio no impide que se apliquen las reglas siguientes como que el médico puede aliviar al paciente los sufrimientos de la enfermedad terminal si, con el consentimiento del paciente o, en el caso de no poder expresar su propia voluntad, con el de su familia, suspende el tratamiento curativo. Tal suspensión del tratamiento no libera al médico de su deber de asistir al moribundo y de darle los medicamentos necesarios para mitigar la fase terminal de su enfermedad. El médico también se abstendrá de emplear cualquier medio extraordinario que no reportará beneficio alguno al paciente.

En general la Medicina paliativa, se apoya sobre dos pilares básicos de la Ética médica. El respeto ético y protección de la debilidad, que debe ser aceptada y protegida como parte del existir humano. La tradición ética de la Medicina nos

dice que el respeto médico por el paciente ha de ser proporcionado a la debilidad de éste.

La Medicina paliativa, no busca prolongar obstinadamente la vida del enfermo ni acortarla indebidamente con una práctica eutanásica, sino que busca cuidar con dignidad el período terminal de la vida del enfermo y se convierte así en una alternativa válida, ética e irreprochable a la eutanasia y al encarnizamiento terapéutico.
Los cuidados paliativos se aplican a pacientes desahuciados, terminales.

Delante del enfermo terminal se debe resolver el enigma de descubrir y reconocer en el paciente terminal toda la dignidad de un ser humano, ya que la enfermedad terminal tiende a eclipsar la dignidad, la oculta e incluso la destruye.

Se debe tener una idea precisa de que a pesar de su agresividad y eficacia, llega un momento en que nuestros recursos y actuaciones son inoperantes, inevitablemente finitos y comprender que ni la obstinación terapéutica ni el abandono del paciente son respuestas éticas a la situación terminal, siéndolo por el contrario la Atención paliativa.

Existen, además, distintos modelos de asistencia en los cuidados paliativos:
Unidades de cuidados paliativos en hospitales, equipos de cuidados domiciliarios o de soporte de atención primaria, centros de día de cuidados paliativos, sistemas integrales y la asistencia profesional en cuidados paliativos a domicilio.

Por lo tanto, los objetivos de los programas de cuidados paliativos son:
- El control de síntomas, de forma particular en el dolor.
- Prestar al paciente una atención personalizada e integral que abarque todas las fases afectadas por la enfermedad.
- Servir de soporte a la familia y facilitar al paciente la relación y la comunicación dentro de su medio familiar.
- Mantener a los profesionales que realizan el trabajo de cuidar al paciente terminal en condiciones óptimas, evitando el desgaste emocional y otras repercusiones psicológicas negativas.

Los Argumentos éticos y morales a favor de la eutanasia:
Aquellos que defienden la eutanasia, argumentan que en algunas circunstancias

vivir es peor que morir, ya que el dolor y el sufrimiento causado por una enfermedad terminal pueden hacer la vida tan agonizante y difícil de llevar que la muerte puede parecer un ”acto humanitario” y se considera racional que el médico ayude al suicidio como una forma de morir con dignidad.

Los defensores de la eutanasia consideran que el respeto por la autonomía de las personas requiere el reconocer su derecho a decidir cómo vivir sus vidas. Esto incluye el proceso de la muerte y la habilidad de elegir el destino propio. El médico actúa bajo el principio de beneficencia para aliviar el dolor y el sufrimiento de pacientes terminales. Bajo esta forma de pensar, la eutanasia es considerada un acto virtuoso. El no abandonar al enfermo ha sido parte del cuidado tradicional ejercido por el médico.

Los médicos se les permite dar dosis en aumento de narcóticos cuando el dolor es severo o al menos se presume, siempre que la intención sea aliviar el sufrimiento, a sabiendas de que estas drogas pueden afectar la respiración y acelerar la muerte. Se argumenta que si la muerte de la persona que desea morir no es un mal que se inflige a la misma, entonces la doctrina del doble efecto no tiene relevancia para la permisividad de la eutanasia voluntaria.
Argumentos éticos y morales en contra de la eutanasia:
La eutanasia legal favorece una ‘’pendiente peligrosa’’ en contra del derecho a la vida en otros campos. La eutanasia no es solicitada por personas libres, sino casi siempre por personas deprimidas, mental o emocionalmente trastornadas y no es un derecho humano ya no está recogido en el Convenio Europeo de Derechos Humanos.

5 Discusión-Conclusión

La eutanasia es una medida, hasta ahora ilegal, que ayudaría a que todos los pacientes en fase terminal, tengan derecho a morir de una forma digna, acabando así con el sufrimiento que dicha enfermedad provoca en estos pacientes. A pesar de que son cada vez más los pacientes que solicitan la eutanasia, de momento en España no es legal y así está recogido en nuestro Código Penal. Existen como alternativas a la eutanasia, la Medicina Preventiva, la cual ayuda y ampara al enfermo en toda su fase terminal .

6 Bibliografía

1. Benitez Del Rosario, Miguel Angel; Salinas Martín, Antonio. Cuidados paliativos y atención primaria: aspectos de organización. (2000).
2.González Barón, Manuel. Tratado de medicina paliativa y tratamiento de soporte al enfermo de cáncer. Editorial Médica Panamericana. (2007).
3. José Miguel Serrano Ruiz-Calderón. La cuestión de la eutanasia en España: consecuencias jurídicas. Cuadernos de Bioética. 2007; vol XVIII (62).

Capítulo 908

LA LACTANCIA MATERNA.

ROCÍO GUTIÉRREZ ÁLVAREZ

1 Introducción

La OMS recomienda la lactancia materna exclusiva durante seis meses, la introducción de alimentos apropiados para la edad y seguros a partir de entonces, y el mantenimiento de la lactancia materna hasta los 2 años o más. Según la OMS y Unicef, a partir de los dos primeros años la lactancia materna tiene que mantenerse hasta que el niño o la madre decidan, sin que exista ningún límite de tiempo. No se sabe cuál es la duración ideal de la lactancia materna en la especie humana.

La lactancia materna proporciona una gran cantidad de beneficios, gracias a ella aportamos al bebé todos los nutrientes, vitaminas y minerales que necesita. La leche materna lleva los anticuerpos de la madre que ayudan a combatir las enfermedades. El acto en sí estimula la secreción de hormonas para la digestión y para que el bebé se sacie. Crea un vínculo especial entre la madre y el bebé.

Reduce el riesgo de padecer enfermedades graves en el futuro como la obesidad o la diabetes, el colesterol alto, la presión arterial alta, el asma y la leucemia. Además los bebés alimentados con leche materna obtienen mejores resultados en pruebas de inteligencia que los que se han alimentado con leche de fórmula. También aporta numerosos beneficios a la madre, como la reducción de hemorragias posparto, reduce la diabetes tipo 2 y el cáncer de mama, de útero y de ovarios.

Una buena técnica de lactancia permite mantener la producción de leche y evita la aparición de grietas y dolor. La madre debe estar cómoda, el bebé tiene que

estar enfrentado y pegado al cuerpo de la madre y debe agarrarse bien al pecho, introduciendo gran parte de la areola en su boca, para que al mover la lengua no lesione el pezón.

Los signos que nos indicarán un buen agarre son: el mentón del bebé toca el pecho, la boca está bien abierta y abarca gran parte de la areola, los labios están hacia fuera y las mejillas están redondas cuando succiona. La lactancia no es dolorosa si el bebé está bien cogido al pecho. Existen varias posiciones que son recomendables a la hora de dar el pecho al bebé, entre ellas están: posición sentada o de cuna, posición acostada, posición crianza biológica, posición de caballito y posición en balón de rugby o invertida.

También existen otras recomendaciones a la hora de amamantar al bebé:
-Lactancia a demanda, tener un horario flexible sin número de tomas. No debemos esperar a que el bebé llore, debemos observarlo y cuando se chupe los dedos o busque el pecho se lo ofreceremos.
-La leche del final de la toma tiene más grasa, con lo cual deje que el bebé vacíe el pecho.
-Si el bebé está contento y no presenta ningún síntoma de enfermedad es que toma suficiente leche.
Debemos observar las deposiciones del bebé, si no hace en todo el día ni moja al menos 5 pañales, es probable que esté tomando poca leche y debemos acudir al pediatra.

2 Objetivos

- Describir los beneficios de la lactancia materna.
- Enseñar la buena técnica de lactancia.

3 Metodología

Para realizar el siguiente capítulo se llevó a cabo una búsqueda sistemática en diferentes medios y bases de datos como Pubmed, Scielo, Medline. También se consultaron temarios y guías usando las palabras clave: lactancia, técnica.
Se eligieron los artículos más recientes y de mayor interés. Y de ellos se sustrajo información pertinente.

4 Bibliografía

-http://lactanciamaterna.aeped.es/tecnicas-de-lactancia-materna/
-https://www.who.int/topics/breastfeeding/es/
-https://www.aeped.es/sites/default/files/8-lm_andalucia.pdf

Capítulo 909

PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE COLON Y RECTO.

MARÍA JOSÉ LÓPEZ ARNE

1 Introducción

La Consejería de Sanidad desarrolla en colaboración con el Servicio de Salud Pública del Principado de Asturias, el Programa de Detección Precoz de Cáncer de Colon y Recto. Está dirigido a todas las personas residentes en Asturias que tenga una edad comprendida entre 50 y 69 años. Se solicitará cita con el profesional de enfermería al que se está adscrito en el Centro de Salud para recibir la información y si se decide participar, las instrucciones que se deben llevar a cabo.

2 Objetivos

- Invitar a la población de Asturias a participar en el Programa de Detección Precoz de Cáncer de Colon y Recto.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: pubmed, medline, y scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El programa se realiza para detectar el CCR cuando los tumores son más pequeños y no hay síntomas.
Las ventajas son: tratamientos menos agresivos y más personas podrán curarse
Se invita a toda persona entre 50 y 69 años porque el CCR es más frecuente en edad avanzada sobre todo a partir de los 50 años. Cada dos años se realizará una prueba de detección de sangre oculta en heces. Si fuera positiva se le realizaría una colonoscopia.

Los resultados de la prueba se comunicarían por carta en el domicilio si fuese negativa. En el caso de ser positivo, el Centro de Salud se pondría en contacto con la persona y le comunicarían la necesidad de realizar la colonoscopia.
Una colonoscopia es la prueba que se realiza para la observación y detección de posibles tumores en colon o recto. Se hace mediante un laparoscopio, tubo flexible con una cámara incorporada que se introduce a través del ano. Se aplica sedacción para que sea lo menos molesta posible. Algunas veces, durante la prueba se puede eliminar la zona cancerosa.

5 Discusión-Conclusión

El cáncer de colon y recto es un problema de salud importante. Es el segundo tumor más frecuente en Asturias. Se calcula que una de cada veinte personas lo desarrollará. Los programas de detección precoz pretenden mejorar los resultados de tratamientos y calidad de vida de los que lo padecen.

Los programas poblacionales de detección precoz del CCR cumplen los criterios establecidos por la OMS para su implantación: el CCR es un problema de salud importante, dispone de tratamiento eficaz y aceptado, tiene una etapa inicial asintomática y una historia natural bien establecida, hay pruebas de cribado adecuadas y coste-efectivas y está demostrado mediante ensayos clínicos aleatorios que la detección precoz disminuye la mortalidad por CCR.

6 Bibliografía

- Datos e información de la Dirección General de Salud Pública, Gobierno del Principado de Asturias – Consejería de Sanidad.

- G. López-Abente, E. Ardanaz, A. Torrella-Ramos, A. Mateos, C. Delgado-Sanz, M.D. Chirlaque.
- Changes in colorectal cancer incidence and mortality trends in Spain. Ann Oncol, 21 (2010), pp. iii76-iii82

Capítulo 910

LA DIABETES EN EL ANCIANO.

LAURA ÁLVAREZ REY

1 Introducción

La diabetes es una enfermedad grave, y afecta a muchos adultos mayores.Las personas desarrollan diabetes cuando la glucosa en la sangre, también conocida como azúcar en la sangre, es demasiado alta. El organismo transforma muchos de los alimentos que consumimos en azúcar, llamada glucosa ,y esta nos proporciona.Para usar la glucosa como energía, el organismo necesita insulina, una hormona que ayuda a que la glucosa ingrese en las células.

Si un paciente tiene diabetes, es posible que su organismo no produzca suficiente insulina, que no use la insulina de manera correcta, o ambas cosas.Eso puede causar un exceso de glucosa en la sangre, lo que con el tiempo puede generar problemas de salud. El médico de familia puede referirlo a un médico especialista en la atención a pacientes con diabetes, llamado endocrinológo. A menudo el médico de familia trabajará directamente con el paciente para controlar la diabetes.

2 Objetivos

El objetivo prioritario del presente capítulo es proporcionar conocimientos básicos y actualizados sobre el control de la diabetes en ancianos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: pubmed, medline, y scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El plan de control de la diabetes indicará al paciente como:
1_ Mantener un registro de las concentraciones de glucosa.Las concentraciones muy altas de glucosa (conocidas como hiperglucemias) o las concentraciones muy bajas de glucosa (conocidas como hipoglucemias) pueden ser peligrosas para la salud. El plan indicará con qué frecuencia un paciente debe revisarse la concentración de glucosa. Si está controlando la diabetes sin tomar insulina, es posible que el paciente no tenga que revisarse la glucosa con tanta frecuencia.
2_Elegir alimentos saludables. Los alimentos que un paciente consume afectan a las concentraciones de glucosa, por lo que es importante saber que comidas son mejores, y cuánto y cuándo debe comer.Si tiene sobrepeso debe trabajar con el equipo de atención médica para elaborar un plan que le ayude a perder peso.
3_ Mantenerse activo.Caminar y otras formas de ejercicio diario pueden ayudar a mejorar las concentraciones de glucosa en las personas mayores con diabetes. El paciente debe establecer una meta para ser más activo la mayoría de los días de la semana y elaborar un plan para mantenerse físicamente activo que se ajuste a su vida y que pueda cumplir.
4_ Tomar sus medicamentos.El paciente debe tomar sus medicamentos según lo indicado, incluso cuando se sienta bien.Debe informarle al médico si tiene efectos secundarios o si no tiene dinero para pagarlos„ y también si tiene problemas para tomar sus medicamentos o mantener correctamente el horario de los mismos.

Los médicos usan varios análisis para ayudar a diagnosticar la diabetes:
1_Prueba aleatoria de glucosa plasmática, administrada en cualquier momento del día.
2_ Prueba AC1, administrada en cualquier momento del día, indica la concentración promedio de glucosa durante los últimos tres meses.

3_Prueba de glucosa plasmática en ayunas, administrada después de que la persona no haya comido por un período de por lo menos ocho horas.
4_Prueba oral de tolerancia a la glucosa, administrada después de que la persona haya ayunado durante la noche y luego nuevamente, dos horas después de haber tomado una bebida azucarada (esta prueba no se usa regularmente para la diabetes tipo 2).

Uno de los desafíos del manejo de los ancianos con diabetes es la individualización de la atención en aquellos pacientes con múltiples comorbilidades. Pese a que las complicaciones micro y macrovasculares de la diabetes son bien conocidas, existe una falta de reconocimiento generalizada de otras situaciones, como el deterioro cognitivo, la depresión y la limitación funcional. La disfunción cognitiva es especialmente importante, debido a que empeora la calidad de vida y dificulta el auto cuidado en la diabetes.

La causa principal del deterioro del control glucémico en pacientes ancianos con deterioro cognitivo radica en su incapacidad para afrontar el auto cuidado en esta enfermedad. En función del área de cognición que se encuentre alterada(pudiendo ser múltiples en una situación de demencia) se verán afectados diferentes aspectos del auto cuidado en la diabetes. Así cuando exista afectación de la memoria, serán muy frecuentes los olvidos en la toma de medicación. Por su parte, si el paciente presenta una dificultad manifiesta para la resolución de problemas es posible que sea incapaz de responder a una hipoglucemia, pese a que haya recibido educación diabetológica en innumerables ocasiones.

5 Discusión-Conclusión

Datos epidemiológicos recientes señalan que la DM es la quinta enfermedad más frecuente en las personas de mayor edad, tras la artrosis, la hipertensión arterial, las cataratas y las enfermedades cardiovasculares. Se calcula que alrededor de un tercio de los mayores con diabetes no está diagnosticado.

Por lo menos una vez al año, el equipo de atención evaluará, que tan bien se está controlando la diabetes. Es posible que el plan de control necesite cambios, o quizás se necesite más información y apoyo. Un cambio en la salud, como un nuevo diagnóstico o complicación ,o un cambio en la atención médica, como irse a casa después de una estadía en el hospital, también puede provocar cambios en

el plan de control de la diabetes.

Con una prevalecía de diabetes en mayores de 65 años del 26% y una población cada vez más envejecida, es necesario disponer de las herramientas adecuadas para enfrentarse a los desafíos del control de la enfermedad en los pacientes ancianos. De todos ellos , el aspecto que más va a dificultar la labor de los diabetólogos es la existencia del deterioro cognitivo.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/
- Elsevier.es

Capítulo 911

LA COLABORACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA RECOGIDA DE MUESTRAS DE ORINA EN ADULTOS.

ANA LUZ BAYÓN POLA

CARMEN MARIA PIÑEIRO SÁNCHEZ

COVADONGA VEGA VAZQUEZ

1 Introducción

El examen de orina es uno de los análisis más frecuentes en el campo de la medicina, es simple, seguro, de bajo coste y permite obtener información importante sobre el estado de salud del paciente. Consiste en recoger una pequeña cantidad de orina en un recipiente estéril, que posteriormente es analizado en un laboratorio. Los análisis de orina aportan información en gran número de procesos patológicos y su objetivo es la detección de posibles enfermedades de carácter funcional.

El estudio evalúa los aspectos físicos, químicos y microscópicos de la orina, tales como la apariencia, color, olor, densidad, acidez, glucosa y la presencia de bacterias, entre otras variables. Dependiendo del tipo de examen solicitado, este se debe realizar a primera hora de la mañana o también puede ser en cualquier momento del día (por ejemplo cuando se desea identificar una infección). El tiempo de espera de los resultados es por lo general de unas 24 a 48 horas.

Para que la conservación de las muestras estén en condiciones idóneas, no deben transcurrir más de dos horas desde su obtención hasta su análisis, si esto no es posible, deben de mantenerse refrigeradas a una temperatura de 4℃. Si el análisis es de sustancias fotosensibles debe mantenerse la muestra en frascos topacios (color ámbar) o protegida con cualquier otro medio.

2 Objetivos

- Conocer los tipos de recogidas de orina, la cantidad necesaria, la forma de recolección, quien debe realizar la recogida, en qué momento del día y como se debe de conservar.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en equipo, en la que se han utilizado revistas científicas a nivel nacional, se han utilizado buscadores de google académico con la ayuda de bases de datos como Scielo, Pubmed, Cuiden, Web of Science, LILACS , además se ha buscado información en distintos libros de texto de la editorial McGraw-Hill, del ciclo formativo de técnico en cuidados auxiliares de enfermería. Redactamos poniendo en común nuestros conocimientos y las conclusiones del estudio de las diversas publicaciones sobre el tema.

De todos los artículos y publicaciones que hemos consultado se han elegido los más relevantes, para ello se ha procedido a extraer la información que consideramos más necesaria. Se realizó una búsqueda bibliográfica de los estudios cuyos descriptores primarios fueron: “recogidas de orina “ “ tipos de muestras de orina” “protocolos recogida orina”

4 Resultados

Los distintos tipos de recogidas de las muestras de orina en adultos las realiza el propio paciente, siempre que sea válido, en caso contrario, el TCAE realizará la recogida.

La orina se recoge para realizar las siguientes pruebas:
- Análisis elementales o de rutina: son muestras de volumen aproximado a 50 ml de una sola micción aleatoria, recogida a lo largo del día, aunque, es preferible la

de primera hora de la mañana o en su defecto, la orina eliminada pasadas 3 o 4 horas desde la última micción.

Su objetivo es el de analizar y detectar sus características físicas (color, cantidad, densidad, olor, etc), realizar pruebas bioquímicas (presencia de proteínas, cuerpos cetónicos, sangre, etc) y efectuar un examen microscópico del sedimento urinario. Es importante desechar la primera parte de la micción y posteriormente recoger la orina en un frasco estéril.

- Urocultivo o análisis microbilógicos: Su objetivo es la de recoger una muestra de orina en condiciones de asepsia para realizar su estudio bacteriológico y diagnosticar infecciones bacterianas. Importante que la muestra sea recogida de la primera micción de la mañana, desechando la primera y la última parte de la micción y tomar la muestra de la porción media.

Es importante realizar un lavado de los genitales antes de recoger la muestra de orina, si el paciente puede hacerlo por sí mismo, el TCAE le indicara como hacerlo, debe lavar los genitales sin jabón y secarlos con gasas estériles, indicarle que debe recoger la porción intermedia de la micción desechando la primera y la ultima parte.

- Control de diuresis: recogidas sistemáticas de orina durante 12 o 24 horas. Su objetivo es la de determinar la cantidad de orina que se elimina durante ese tiempo para su análisis cuantitativo y la realización de pruebas funcionales. En caso de que el paciente no pueda hacer las recogidas por sí mismo o en el caso de un paciente con sonda vesical, el TCAE procederá según los protocolos establecidos.

5 Discusión-Conclusión

El Técnico en cuidados auxiliares de enfermería juega un papel importante a la hora de realizar la recogida de este tipo de muestra y es necesario que conozca los distintos protocolos de actuación, de este modo, se evitará que se produzca errores de diagnostico.

Una muestra mal recogida no sólo puede resultar una recolección fallida del microorganismo o parásito responsable de la enfermedad, sino que también puede conducir a un diagnóstico y una terapia equivocada.

Para tomar las muestras es preciso utilizar recipientes estériles de boca ancha

y con tapa hermética donde pueda leerse claramente el nombre del paciente, la fecha y la hora de recogida de la muestra.

La muestra, una vez recogida, se tiene que transportar al laboratorio en un tiempo no superior a 2 horas tras su emisión. Cuando no sea posible el transporte dentro de este intervalo de tiempo la muestra se tiene que refrigerar a 4 ℃.

6 Bibliografía

- Recogida, conservación y transporte de la orina https://extranet.who.int/lqsi/sites/default/files/attachedfiles/LQMS%205-3%205-6%20Sample%20collection%20transport_2.pdf
- Hospital universitario Reina Sofía, obtención de muestras de orina https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/procedimientos/procedimientos_2012/rd7_obtencion_muestras_orina.pdf
- Higiene del medio hospitalario, editorial Mc GrawHill.

Capítulo 912

EL TABACO Y LA SALUD

MARIA MENDEZ ALONSO

MARIA MERCEDES GAVADIAN SERANTES

1 Introducción

El humo del tabaco afecta particularmente a los pulmones que es por donde ingresa el humo... El consumo de tabaco daña el pulmón desde que se empieza a fumar. Los adolescentes fumadores ya tienen obstrucción leve de las vías aéreas y una disminución del crecimiento de la función pulmonar.

2 Objetivos

Concientizar e involucrar a funcionarios, docentes y estudiantes sobre la promoción de la salud y la importancia de prevenir el consumo de tabaco; así como también dotar, a quienes lo necesitan, de herramientas para el abandono de dicho consumo

3 Caso clínico

Paciente varón de 40 años que acude a consulta para tratamiento de su dependencia del tabaco. Solicita tratamiento de su tabaquismo motivado por la presión en su entorno laboral y familiar. Soltero, vive con sus dos hermanas y trabaja en una imprenta como contable.

Paciente de 50 años, fumador de 1 cajetilla diaria, 170 cm de altura y 95 kg de peso, obeso con índice de masa corporal de 30 kg/m2., presenta dificultad respiratoria

que achaca a los dos tramos de escalera que ha tenido que subir hasta la consulta. Tensión arterial, 146/105 mmHg, frecuencia cardíaca, 90 lpm, frecuencia respiratoria, 18. Auscultación cardíaca normal. Auscultación pulmonar, roncus dispersos por todos los campos.

4 Discusión-Conclusión

El hábito de fumar perjudica a casi todos los órganos del cuerpo. Ha sido definitivamente vinculado a las cataratas y la neumonía (pulmonía) y ocasiona la tercera parte de las muertes relacionadas con cualquier tipo de cáncer. En general, el índice de muerte por cáncer se duplica en los fumadores y llega a ser hasta cuatro veces más en los fumadores empedernidos. El cáncer de pulmón encabeza la lista de los tipos de cáncer causados por el tabaco. El uso de cigarrillos está asociado con el 90 por ciento de todos los casos de cáncer pulmonar, el cáncer que más muertes causa tanto entre hombres como mujeres. El hábito de fumar también está asociado con el cáncer de la boca, faringe, laringe, esófago, estómago, páncreas, cérvix, riñones, uretra, vejiga y leucemia mieloide aguda.

Las causas de muerte más importantes relacionadas con el consumo de tabaco son: enfermedades del corazón, cáncer y enfermedades respiratorias. La mayoría de los efectos adversos del tabaquismo son dosis dependientes, pero también es cierto que no hay un nivel de consumo “seguro para la salud”.

5 Bibliografía

- Banegas Banegas JF, Diez Gañan, Gonzalez Enriquez, Villar Alvarez, Rodríguez Artalejo. Disminución de la mortalidad atribuible al consumo del tabaco en España. Med Clin 2005; 124(20): 769-71.
- Jiménez Ruiz CA, Barrueco Ferrero M, Solano Reina S, Torrecilla Garcia M, Domínguez Grandal F, Diaz-Maroto Muñoz JL et al. Recomendaciones en el abordaje diagnóstico y terapéutico del tabaquismo. Documento de consenso: SEPAR; SEMERGEN; SEMFyC y SEDET. Arch Bronconeumol. 2003; 39:35-41

Capítulo 913

LA BRONQUIOLITIS.

ISABEL ROLDÁN FERNANDEZ

1 Introducción

La bronquiolitis se trata de una infección causada principalmente por un virus, que afecta a los pulmones, siendo esta tipo de infección más común en bebes y niños pequeños. Constituye la principal causa de ingreso hospitalario de los niños menores de 2 años, afectando al tracto respiratorio inferior.

En definitiva, la bronquiolitis se podría definir como un episodio agudo de dificultad respiratoria con sibilancias y/o crepitantes, precedido por un cuadro catarral de las vías altas, el cual afecta a niños menores de 2 años, teniendo un comportamiento estacional. Se estima, que aproximadamente un 20% de los niños tendrá un episodio de bronquiolitis en su primer año de vida. En España, se producen al año aproximadamente 100.000 casos de bronquiolitis en niños menores de 2 años, siendo este motivo, la principal causa de ingreso hospitalario en pediatría.

Según un estudio realizado por un equipo de científicos de la Universidad de Edimburgo (Reino Unido), en la que también participaron investigadores del Hospital Clínic de Barcelona, entre 1995 y 2009, se estima que cada año se producen 33,8 millones de nuevos casos de bronquiolitis, ocurriendo el 96% de los casos en países en vías de desarrollo (que es donde reside el 90% de este subgrupo de población), y siendo la mayoría durante el primer año de vida.

De este 33,8 millones de casos, se calcula que al menos 3,4 millones (10%), fueron graves y necesitaron hospitalización. En los países desarrollados la mortalidad no es muy frecuente, ya que del 10% que necesita hospitalización, el 1% muere, siendo el 0,7% de los fallecidos ocurridos durante el primer años de vida, y el 0,3% en el

transcurso de los cuatro años siguientes. Este porcentaje de mortalidad asciende al 2,1% en los países en vías de desarrollo.

2 Objetivos

• Dar a conocer en más profundidad, a todo el personal sanitario, la existencia de esta infección respiratoria.
• Identificar los agentes causantes más comunes que provocan esta infección.
• Saber identificar de forma temprana los síntomas que provoca esta enfermedad, para así disminuir los ingresos hospitalarios de los niños.
• Saber cuáles son las medidas que se pueden tomar para prevenir dicha enfermedad.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo, he consultado como base de datos: el buscador genérico de internet: Google, así como el específico: Google Académico, utilizando como palabras clave: Bronquiolitis, Incidencia de la Bronquiolitis en España, causas de la Bronquiolitis, prevención de la Bronquiolitis y tratamiento de la Bronquiolitis.
También he consultado la sección de salud del diario digital elmundo.es, así como el libro "El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en Pediatría", de la Formación Continuada de Logoss. Se han empleado como criterios de inclusión textos en idioma castellano e inglés, y se han excluido aquellos documentos que carecían de acceso gratuito.

4 Resultados

Como se ha dicho en la introducción de este trabajo, la bronquiolitis es una enfermedad frecuente en la infancia, siendo esta la principal causa de ingreso hospitalario, por infección del tracto respiratorio inferior en niños menores de 2 años y con pico máximo en menores de 6 meses (lactantes).
Por lo tanto, la bronquiolitis se puede definir como una infección respiratoria aguda, que afecta a los bronquios o vías aéreas terminales, es auto limitada, y se caracteriza por producir un signo de infección de vía aérea superior, seguida por la aparición de sibilancia, siendo el principal causante, el virus sincitial (VSR),

con una incidencia del 70%-80%; el parainfluenza, tipos 1 y 3 (2%-3%); adenovirus tipo 1, 2 y 5 (2%); rinovirus (1,5%), y entenovirus e influenza (0,4%).
También podemos encontrar bacterias como agente causante, siendo es la Mycoplasma pneumoniae y la Chlamydia, en un 15,9%. La incidencia de esta epidemia, tiene un origen predominantemente estacional, manifestándose en la temporada de lluvia, con periodos de frío, principalmente ente los meses de noviembre y enero. Pero también existen unos factores causante de tipo ambiental, como pueden ser la exposición a humo, padres fumadores, etc…

La transmisión del virus se produce por contacto directo con la secreción nasal, partículas de saliva contaminada y por autoinoculación de material infectado proveniente de superficies, además de las manos e infecciones cruzadas. El VSR tiene una incubación de 2 a 8 días, y la enfermedad puede durar de 7 a 12 días. La enfermedad se manifiesta con una dificultad respiratoria de grado variable, desaturación, sibilancias y crépitos en la auscultación. La fiebre es menor con el VSR, y más alta con adenovirus. Sobre todo, en niños prematuros, puede aparecer la apnea, al igual que en los menores de 2 años.

La respiración es polipneíca, y con la espiración más prolongada que la inspiración. En los casos más severos hay aleteo nasal, al igual que algo característico como es: un ruido espirativo, como susurro. El tórax aparece distendido y la renovación de aire es defectuosa. Predomina la sibilancia espirativa o "pitos". En los casos más graves el niño aparece cianótico (coloración azulada), con sudoración fría en la frente. El diagnóstico es esencialmente clínico, pudiendo ser confirmado demostrando la presencia de antígenos virales en secreción respiratoria (método de ELISA, inmunofluorescencia, cultivo).

Existen una serie de factores de riesgo, como pueden ser:
• La asistencia a guardería.
• Hermano mayor con infección respiratoria.
• Falta de lactancia materna.
• Padres fumadores.
• Bajo peso del niño al nacer.
• Mayor incidencia en el sexo masculino.

También existen unos factores de riesgo por enfermedad respiratoria grave, como son:
• Niños prematuros.
• La displasia broncopulmonar.

• Enfermedad cardiaca congénita.
• Enfermedad respiratoria crónica, como la fibrosis quística.
• Inmunodeficiencias.
• Enfermedades neurológicas o metabólicas.

Como consecuencia pueden ocurrir una serie de complicaciones de la bronquiolitis grave, como pueden ser:
• La piel y labios se vuelven azules (cianosis), causado por la falta de oxígeno.
• Pausas en la respiración (apnea). Más común en bebes prematuros y bebes hasta 2 meses de vida.
• Deshidratación.
• Niveles bajos de oxígeno e insuficiencia respiratoria.

Si se dan estas circunstancias, podría ser aconsejado el ingreso hospitalario, para garantizar una buena oxigenación mediante el aporte de oxígeno humidificado, así como la hidratación por vena (intravenosa). En casos muy graves se podrá insertar un tubo en la tráquea para ayudar al niño a respirar. Al ser causada generalmente por un virus, la bronquiolitis no ha de ser tratada con antibióticos, salvo que exista una infección bacteriana asociada. Por lo tanto lo más recomendado es tratar la bronquiolitis administrando la solución salina de hipertónicos, así como la combinación de salbutamol más salino normal.

En la gran mayoría de los casos, la bronquiolitis va a ser tratada en el domicilio, teniendo en cuenta que esta puede tener una duración de 2 a 3 semanas.
En el domicilio se han de tener en cuenta una serie de consejos, como son:
• Humedecer el aire.
• Mantener al niño erguido, ya que facilita la respiración.
• Darle líquidos para prevenir la deshidratación.
• Administrar gotas de agua salina por la nariz, para aliviar la congestión.
• Administrar analgésicos para tratar la fiebre y el dolor.
• Nos aseguraremos de que no haya humo en el ambiente.
Por todo lo cual, se hace imprescindible seguir investigando para crear una vacuna preventiva y tratamientos específicos, con el objetivo de reducir la incidencia y, sobre todo la mortalidad.

5 Discusión-Conclusión

La realización de este trabajo me ha parecido muy interesante además de didáctico, y espero que sirva a todo el personal sanitario a entender y comprender mejor este tipo de infección.

También espero que sirva para que dicho personal sanitario pueda detectar los casos de bronquiolitis en una fase temprana de dicha enfermedad, para así evitar, en la medida de lo posible, el ingreso de los niños, además de colaborar en el descenso de la mortalidad en los casos más graves.
También me parece muy interesante para los padres, ya que sin duda tienen un papel fundamental en la prevención de esta infección, así como en el tratamiento de la misma en el domicilio familiar.

6 Bibliografía

• Libro "El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en Pediatría", de formación continuada Logoss.
• https://www.elmundo.es/ciencia-y-salud/salud.html
• https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/bronchiolitis/symptoms-causes/syc-20351565
• https://www.neumologia-pediatrica.cl/wp-content/uploads/2017/06/bronquiolitis.pdf
• https://pap.es/articulo/11751/la-bronquiolitis-grave-en-lactantes-menores-de-seis-meses-es-un-factor-de-riesgo-para-las-sibilancias-recurrentes.

Capítulo 914

MENOPAUSIA EN LAS MUJERES EN LA SOCIEDAD ACTUAL PARA TCAE

MARÍA JOSÉ BELDA MARTÍNEZ

EVA DONCEL PEDRAYES

BEGOÑA GARCIA VELARDE

1 Introducción

La menopausia es la fase de transición entre la etapa reproductiva y no reproductiva de la mujer. Este proceso se inicia varios años antes del último periodo, cuando el ciclo empieza a ser menos regular. Nada edad normal del comienzo es entre los 45 y los 55 años. Los cambios son a nivel físico psíquico emocional y social que no siempre son fáciles de asimilar.

2 Objetivos

- Identificar los cuidados de que las mujeres climatéricas necesitan saber para mantener una óptima calidad de vida.

3 Metodología

Revisión bibliográfica en diferentes fuentes como Scielo, cochrane y Cuiden utilizando descriptores como menopausia y climaterio

4 Resultados

Las recomendaciones para mujeres climatéricas son para fomentar de hábitos de vida saludables tales como: actividad física adecuada (adecuada a las limitaciones), alimentación equilibrada y erradicar el uso de sustancias tóxicas. A nivel farmacológico se encuentran la terapia hormonal, el estrógeno vaginal, antidepresivos en dosis bajas, gabapentina, clonidina medicamentos para prevenir o tratar la es osteoporosis como la vitamina D.

5 Discusión-Conclusión

Resulta de vital importancia que los profesionales sanitarios comprendan que hay métodos para disminuir los síntomas de la menopausia y así asesorar pautas para una una alimentación sana y ejercicio físico y para evitar hábitos tóxicos. También tener suficiente información para resolver sus dudas y que no se sientan solas. El resultado será una mejor adaptación a esta etapa.

6 Bibliografía

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Capítulo 915

ROL DEL TCAE CON EL CUIDADOR PRINCIPAL DE PERSONAS DEPENDIENTES

MARIA DEL CARMEN VAZQUEZ ANTUÑA

MARÍA DE LOS ÁNGELES RODRÍGUEZ HEVIA

MARIA JESUS MARTINEZ FERNANDEZ

MARTA ROSA PÉREZ GARCÍA

ISABEL LAFUENTE GARCÍA

1 Introducción

El cuidador principal de personas dependientes es una figura que ha acaparado interés en los últimos años por ser ejemplo claro de cómo el cuidado continuado de personas con enfermedades crónicas o algún grado de discapacidad, puede afectar de manera implacable y determinante en la salud mental y social de quien que se encarga de dichas tareas. El cuidador principal (en adelante CP) se encarga de brindar apoyo permanente y continuado a las personas a su cargo, tanto a nivel físico como emocional o social, con el desgaste físico y mental que esto conlleva para sí mismo (Bohórquez, Castañeda, Trigos, Orozco y Camargo, 2011).

El CP tiene unas funciones que revisten una gran complicación, al ser duras, difíciles y cronificadas en el tiempo, alargándose a lo largo de décadas en muchas

circunstancias. Por ello, es habitual observar que estas personas refieren ver mermadas sus capacidades, encontrándose "anuladas", perdiendo su vitalidad y llegando a una grave despersonalización y carencia de desarrollo personal vital (Toro, Flores, Gil, Domínguez, Marín y Prado, 2007). Este conjunto de signos y síntomas, ha sido denominado por la literatura científica como "Síndrome del Cuidador Principal" (Sánchez, 2004).

El abordaje de este síndrome debe ser de carácter multidisciplinar, pues afecta a todas las áreas de la vida de la persona. Sin embargo, una primera intervención debe realizarse desde el área médica y de enfermería, por lo que estos profesionales deben estar preparados y capacitados para saber detectar los síntomas citados (Prieto, 2000).

2 Objetivos

El objetivo principal de este trabajo es identificar qué características tiene el "síndrome del cuidador principal", así como las posibles tareas que tiene el personal de enfermería y TCAE en su abordaje, siempre dentro de un contexto sanitario y de promoción de la salud.

3 Metodología

Para responder a este objetivo, se ha llevado a cabo una revisión teórica a través de la base de datos Scielo y PubMed, con restricción de fecha 2010-2020 y combinando los siguientes descriptores: auxiliar enfermería, TCAE, atención, cuidador principal, funciones, intervención. A través de estos tópicos, se encontraron 19 documentos, de los que se eliminaron 6 salidas de la web. En primera instancia se seleccionaron, por lo tanto, 13 artículos que recogían los criterios de inclusión de la investigación (de los que, una vez estudiado el texto completo, se debió eliminar uno más por no corresponderse con los tópicos buscados). Por todo esto, el total de documentos analizados fue de 12.

4 Resultados

Tras analizar los documentos y artículos seleccionados, se hallan los siguientes resultados:

1. Características del "Síndrome del Cuidador Principal":

Las características más habitualmente encontradas en personas que padecen el Síndrome del Cuidado Principal, y el que el TCAE y personal de enfermería deben saber detectar e identificar, son las siguientes:

- Alteraciones psicológicas: el cuidador principal se sumerge en la enfermedad de la persona dependiente, perdiéndose a "si mismo", su estilo de vida, modificando sus hábitos y su personalidad para implicarse en el cuidado del paciente. Esto da lugar a una fuerte pérdida de autoestima, estrés cronificado y un cansancio y fatiga mental continuada.
- Alteraciones físicas: el cuidador principal suele acusar una gran falta de sueño y cansancio físico continuado. Asimismo, en muchas ocasiones la persona dependiente no tiene movilidad suficiente, o se le imposibilita -por diversas causas- colaborar con el cuidador. Por ello, el CP deberá encargarse, muchas veces por si solo, de la movilización del paciente tanto en cama, como en sus traslados o de cara a su higiene y aseo. Esto puede derivar en problemas osteomusculares de gravedad al no usarse las posturas adecuadas en dichas movilizaciones, o por cargar un peso para el que no se está preparado.

Por otro lado, el estrés continuado también puede provocar síntomas físicos, tales como: eccemas, dermatitis, psoriasis… También suele ser habitual encontrar en estos pacientes síntomas psicosomáticos, como trastornos intestinales o problemas cardiovasculares derivados de la ansiedad constante.

2. Intervención del TCAE con el cuidador principal:

Desde el área de enfermería, las TCAE pueden intervenir con el CP en distintas dimensiones:

• En primer lugar, se encargará de informar al CP sobre los cuidados básicos que debe dispensar al paciente dependiente.
• Formará acerca de técnicas de movilización adecuadas y en higiene postural, de cara a prevenir posibles patologías musculares o articulares.
• Se promoverá que el paciente haga, en la medida de lo posible, todo lo que pueda por sí mismo, fomentando su autonomía e independencia siempre que se pueda. Esto ayudará a prevenir el rápido deterioro a causa de la enfermedad.
• Se dará información acerca de cuidados más técnicos en casos de paciente encamados o con movilidad reducida (técnicas de baño y aseo, prevención de UPP…), aspectos nutricionales…
• Se valorarán las circunstancias familiares de cara a realizar una adecuada pre-

vención de accidentes, dando información adecuada acerca de las posibilidades de introducir adaptaciones en el hogar.
• En caso de que se considere preciso, también se formará acerca de posibles recursos sanitarios o ayudas de las que la familia pueda disponer, valorando si cumple o no los criterios para solicitarlas.
• Finalmente, se intentará promover el autocuidado del cuidador principal, tanto a nivel físico como psicológico y emocional o social, de modo que la persona recupere paulatinamente su propia identidad.

5 Discusión-Conclusión

Se concluye que fomentar el autocuidado en el cuidador principal es fundamental, no solo por su propia salud, sino también porque dispensará unos mejores cuidados a la persona que esté a su cargo. Por ello, será útil detectar, en estas personas, síntomas de sobrecarga o cansancio extremo. Una adecuada formación o intervención psicológica en caso de que se precise necesario, será fundamental para que estos cuidadores comiencen a cuidar de sí mismos, aprendiendo a delegar si es posible, poniendo a la enfermedad y su dedicación en el lugar que debe ocupar.

Finalmente, la creación de grupos de ayuda externos, participación en asociaciones u ONGs, puede formar y ayudar al CP durante todo este proceso, pudiendo constituir una fuente de apoyo importante que incidirá en el cuidador de forma determinante, a todos los niveles.

6 Bibliografía

- Bohórquez Bueno, V. C., Castañeda Pérez, B. A., Trigos Serrano, L. J., Orozco Vargas, L. C., & Camargo Figuera, F. A. (2011). Eficacia de la intervención enfermera para cuidadores con cansancio del rol del cuidador. Revista cubana de enfermería, 27(3), 210-219.
- Huete, F. Y., Pérez, Z. U., Gutiérrez, M. M., & Herrero, R. M. (2010). Sobrecarga del cuidador principal. RevistaEnfermeríaCyL, 2(1).
- Pérez, J. M., Abento, J., & Labarta, S. (1996). El síndrome del cuidador en los procesos con deterioro cognitivo. Aten Primaria, 18, 82-98.
- Prieto, A. (2000). El síndrome del cuidador principal. AFAL" Una responsabilidad de todos. II Jornadas sobre la enfermedad de Alzheimer". Ferrol. AFAL edit, 43-49.

- Rodríguez, I. M., Carrasco, A. M., Calvente, M. G., Cuadra, P. G., Jiménez, E. G., & Fernández, L. L. (2000). Cuidadores familiares de personas con enfermedad neurodegenerativa: perfil, aportaciones e impacto de cuidar. Atención primaria, 26(3), 139-144.
- Sánchez, M. J. P. (2004). Atención de enfermería hacia el cuidador principal del paciente con enfermedad de alzheimer. Prevencion y cuidados en el" síndrome del cuidador. Enfermería Científica, 264, 16-22.
- Schulz, R., & Beach, S. R. (1999). Caregiving as a risk factor for mortality: the Caregiver Health Effects Study. Jama, 282(23), 2215-2219.
- Toro, L. B., Flores, S. L., Gil, J. R., Domínguez, R. C., Marín, T. G., & Prado, M. A. (2007). Perfil del cuidador principal del enfermo en situación terminal y análisis del riesgo de desarrollar duelo patológico. Medicina paliativa, 14(3), 10-13.
- Tripodoro, V., Veloso, V., & Llanos, V. (2015). Sobrecarga del cuidador principal de pacientes en cuidados paliativos. Argumentos. Revista de Critica Social, (17).

Capítulo 916

PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES EN LA SOCIEDAD

VICENTA FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

Algo fundamental para que las personas de esta sociedad tengan una vida más saludable es, la prevención de las enfermedades a través de un seguimiento, y la utilización de los métodos que tenemos hoy a nuestro alcance como pueden ser, las vacunas entre otros, por lo que se destinan grandes esfuerzos tanto, personales como materiales, para que esto sea efectivo.

2 Objetivos

La realización de analíticas preventivas es determinante para la prevención de enfermedades y conocer las actuaciones destinadas a favorecer la salud de la sociedad es fundamental. Por lo que el objetivo es realizar seguimientos constantes para adelantarse a las consecuencias que pudieran venir por una falta de observación.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Gracias a las analíticas preventivas se localizan y detectan diferentes patologías que aun no han dado señales, en la mayoría de los casos. Cada vez más personas se dan cuenta de estas medidas preventivas, reduciendo así, en gran medida, enfermedades que aun no han hecho acto de presencia e incluso, mitigado los efectos de las que ya existen. Realizando una buena promoción de la buena salud a trasvés de analíticas, de diferentes campañas de vacunación y otro tipo de controles masivos de diferentes enfermedades como pueden ser la hipertensión, el colesterol, etc; también contrastando los resultados con otras comunidades e incluso con otros países, es como se reduce el índice de enfermedades que nos aquejan hoy en día.

5 Discusión-Conclusión

La certeza de llevar una vida más saludable y longeva se consigue, en la mayoría de los casos, con un diagnóstico precoz y su adecuado tratamiento. Con la medicina preventiva se pretende hacer frente, lo antes posible, a complicaciones en la salud que pueden hacer que la vida se vuelva más complicada y con mayor sufrimiento.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 917

LA SALUD COMUNITARIA: COBERTURA VACUNAL

RAQUEL FERNÁNDEZ ARIAS

DESIRÉ MARTÍNEZ GÓMEZ

SARA HAIDA SUAREZ SUAREZ

RICARDO GONZALEZ OVIES

MIGUEL CASTRO PÉREZ

1 Introducción

Se puede definir la salud comunitaria como la «salud individual y de grupos en una comunidad definida, determinada por la interacción de factores personales, familiares, por el ambiente socio-económico-cultural y físico».

En 1796, el Doctor Edward Jenner, observó que los ganaderos que se contagiaban de la viruela vacuna eran inmunes a la viruela humana, a raíz de esto desarrollo un estudio experimental inoculando a un niño liquido purulento obtenido de una pústula de viruela vacuna, pasadas seis semanas, volvió a inocular al niño el virus de la viruela humana, observando que no presentaba ningún signo ni síntoma.

Años después de este descubrimiento, Louis Pasteur reveló que era posible inmunizar a las personas usando microorganismos atenuados de la misma enfermedad y empezó a vacunar contra la rabia, la fiebre tifoidea, la peste, el cólera y la

tuberculosis. Actualmente hay aproximadamente unas veintiséis enfermedades evitables gracias a la inmunización.

Desde ese momento la inmunización con la vacuna ha sido una de las intervenciones en la salud pública más importantes en el mundo, llegando a salvar a millones de personas al año.

Según la OMS: Se entiende por vacuna cualquier preparación destinada a generar inmunidad contra una enfermedad estimulando la producción de anticuerpos. Puede tratarse, por ejemplo, de una suspensión de microorganismos muertos o atenuados, o de productos o derivados de microorganismos. El método más habitual para administrar las vacunas es la inyección, aunque algunas se administran con un vaporizador nasal u oral.

Las vacunas son administradas a las personas para protegerlas de la enfermedad, pero también protegen a las comunidades. Así como la inmunidad individual disminuye la probabilidad de que un individuo desarrolle una enfermedad determinada cuando se expone al agente infeccioso causal, la inmunidad colectiva supone la disminución de la probabilidad de que en un grupo o comunidad la introducción de un agente infeccioso cause una epidemia. A efectos prácticos una persona estará tan protegida con la inmunidad colectiva como con la individual.

No es hasta el año 1.975 cuando aparece por primera vez una secuencia cronológica de vacunas en el país, lo cual conocemos como calendario vacunal.

A partir de ese momento, cada año el Comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría (CAV-AEP) publica un calendario de recomendaciones vacúnales, para niños que residen en España, en relación con la información basada en la evidencia que se aporta anualmente, sobre este tema.

Los cambios en los calendarios vacunales, bien por introducción de una nueva vacuna bien por modificación de la pauta de administración de alguna ya incluida o el uso de vacunas combinadas debe hacerse después de un análisis minucioso que valore si la enfermedad frente a la que se dirige la vacuna es un problema de salud pública y si la vacuna es segura y efectiva así como si puede repercutir el cambio propuesto en el conjunto del calendario actual y cuál será el coste efectividad de la medida.

2 Objetivos

Valorar la eficacia de los programas vacunales e importancia de la cobertura vacunal.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Tras analizar diferentes artículos, la gran mayoría está de acuerdo que la vacunación es una de las intervenciones preventivas más importantes de la sanidad pública, que ha erradicado enfermedades como por ejemplo la poliomielitis o la viruela y ha evitado millones de muertes desde su invención.

Hay que tener en cuenta que la baja incidencia de enfermedades que ocurre con la vacunación así como la erradicación de muchas otras está creando una falsa percepción sobre la gravedad de algunas patologías.5 Por lo tanto, aunque se reconoce a la vacunación como una de las principales medidas de salud pública y en las últimas décadas se ha avanzado considerablemente en el control de enfermedades inmunoprevenibles en todo el mundo, todavía queda mucho por hacer. Las vacunas continúan estando infravaloradas y siendo infrautilizadas en muchos casos, y las enfermedades prevenibles por vacunación siguen siendo una amenaza de salud a nivel mundial.

En los países en desarrollo es necesario facilitar el acceso de la población, sobre todo de los niños, a vacunas seguras y eficaces. Y en los países industrializados, mantener una vigilancia epidemiológica estrecha que permita detectar personas susceptibles y contrarrestar, con la evidencia científica, la influencia cada vez mayor de las ideas negativas sobre las vacunas.

La vacunación sistemática que se administra en la infancia mediante programas de tipo cohorte, persiguen bloquear la transmisión de determinadas infecciones.

Estos programas van dirigidos a conseguir el nivel deseado de inmunidad colectiva, además de lógicamente conferir protección individual. En cambio las vacunas administradas a adultos están orientadas hacia la protección individual.
La cobertura vacunal necesaria para la alcanzar la inmunización colectiva depende de cada enfermedad, en general debe superar el 80%.

La incidencia de las enfermedades frente a las que se vacuna y las coberturas de vacunación son los criterios de valoración esenciales de los programas vacunales. En España la incidencia de enfermedades inmunoprevenibles es baja. En cuanto a las coberturas vacunales son altas en la infancia, pero en adolescentes, adultos y grupos de riesgo no siempre son adecuadas.

Los movimientos anti vacunas siembran dudas acerca de la seguridad y la efectividad de las vacunas infantiles provocando la negativa de algunos padres a vacunar a sus hijos. En España, la ley protege esta capacidad de decisión de los padres al no obligar al cumplimiento del calendario oficial dejando en manos de los profesionales de la salud informar con rigor y claridad, desde la empatía y buscando acuerdos. El respeto a la autonomía no exime de argumentar e intentar conseguir actitudes y decisiones saludables para los niños.

Para conseguir unas coberturas vacunales más elevadas en España, se deben aumentar las campañas sobre vacunación y se tiene que implicar más a los profesionales de atención primaria ya que son los profesionales con mayor capacidad para educar y transmitir información de forma más efectiva a las personas que rechazan la vacunación.

En cuanto a la implicación de profesionales llama la atención que la tasa de vacunación de los profesionales sanitarios en Asturias es similar a la de otros centros en España, pero sigue estando por debajo de la meta planteada por la Organización Mundial de la Salud. Un entorno laboral positivo hacia la vacuna antigripal y el fomento de la información sobre la misma desde los servicios de salud laboral podrían resultar factores favorecedores en la decisión de vacunarse por parte del personal sanitario.

5 Discusión-Conclusión

• Informar a la mayor población posible del beneficio que supone vacunarse y que se vacune al mayor número de personas en la infancia, para que haya un menor número de casos de diversas enfermedades.

• Teniendo en cuenta la información que se encontró con referencia a la salud comunitaria acerca de las vacunas en la infancia, se llega a la conclusión que se mejora la actitud hacia la vacunación y aumenta la vacunación en algunos casos.
• Después de evaluar los estudios, se llega a saber que hay un incremento del conocimiento de las enfermedades que se previenen con vacunas en la infancia, las pruebas que se encontraron son poco fiables para cambiar la actitud de los padres a favor de la vacunación en la infancia.
• El hecho de que las personas no se vacunen se puede atribuir en gran medida a que los profesionales sanitarios y sus prácticas no siempre desempeñan las actividades relacionadas con la promoción de la vacunación de una forma óptima.

6 Bibliografía

1. Gofin J, Gofin R. Essentials of global community health. Sudbury, MA: Jones & Barlett Learning; 2010 p. 269. Google Scholar
2. J. Jimenez. Vaccines: a wonderful tool for equity in health. Vaccine. 2001; 19: 2201-2205.
3. 2. Xavier B. La aportación de las vacunas a la salud; el valor del medicamento. [Internet]. Madrid: Fundación Farmaindustria; 2003. [Acceso 3 enero 2017]. -
4. OMS, UNICEF, Banco Mundial. Vacunas e inmunización: situación mundial [Internet]. 3ed. Ginebra. OMS 2010
5. Cepero López, Cristina. Revisión bibliográfica sobre las vacunas y el movimiento anti vacuna.. 2017
6. Arrazola Martínez MP, de Juanes Pardo JR, García de Codes Ilario A. Vaccination–General concepts. Systematic vaccination schedules for the child and adult in Spain. Impact of vaccination programs. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2015 Jan;33(1):58-65.
7. David M, Francisco José A, Javier A, María José C, José C, Nuria G, et al. Calendario de vacunación de la Asociación Española de Pediatría (CAV-AEP): recomendaciones 2017. An Pediatr. 2016: 9.

Capítulo 918

HIGIENE POSTURAL EN EL ÁMBITO LABORAL .

ALEJANDRO RODRÍGUEZ ROZA

1 Introducción

En la actualidad, llevamos un ritmo de vida muy ajetreado, donde es habitual realizar posturas erróneas debido al cansancio, el estrés. Por lo tanto la educación postural es de vital importancia. Debemos procurar que nuestros movimientos sean correctos y seguros en función de las circunstancias. El TCAE a lo largo de su trayectoria profesional y personal, adopta repetidamente posturas antiálgicas, que provocan sufrimiento en la columna vertebral. Por ello está expuesto a padecer diferentes patologías relacionadas con la espalda.

Debemos evitarlo con el conocimiento y la buena práctica de las medidas de higiene postural básicas en nuestro puesto de trabajo y en la vida cotidiana, con el fin de lograr una buena mecánica corporal que nos ayudará a mantener la integridad de la columna vertebral y a prestar unos cuidados profesionales óptimos y sin riesgos. Muchos de los estudios evidencian una elevada incidencia de patología musculo esquelética entre el personal TCAE tanto en hospitales y geriátricos, siendo el dolor lumbar la principal causa de absentismo laboral, lo que repercute directamente en el ámbito socioeconómico.

La higiene postural es el conjunto de normas, cuyo objetivo es mantener la correcta posición del cuerpo, quieto o en movimiento y evitar posibles lesiones aprendiendo a proteger principalmente la columna vertebral, evitando que se presenten dolores y disminuyendo el riesgo de lesiones. Al aprender a realizar

los esfuerzos de la vida diaria de la forma más adecuada se reducirá el riesgo de sufrir de dolores de espalda.

El análisis de la Higiene Postural requiere el conocimiento del entorno para mantener posturas de trabajo y poder adaptar las medidas y posturas correctas para evitar dolores musculares, de cervicales….por ello es necesario estar en conocimiento de cómo realizar de forma correcta las movilizaciones, cargas y tener una óptima y correcta postura en el ámbito del trabajo y en la vida diaria.

Una vez definidos los factores de riesgo dorso-lumbar se enumeran una serie de normas básicas de Higiene Postural específicas en la prevención de la lumbalgia:
1. Evitar ir encorvado, mantenerse erguido, colocar hombros hacia atrás, cabeza levantada con el cuello recto y contraer los músculos abdominales. Evitar posiciones laxas, tanto sentado como de pie.
2. Evitar hiperextensión de la columna, no estirarse en exceso para alcanzar un objeto.
3. Doblar las rodillas al levantar objetos y manejarles lo más cercano al cuerpo. Si se desea trasladar un objeto siempre es preferible empujar que tirar.
4. Colocarse siempre de frente a la acción que vamos a realizar y utilizar puntos de apoyo seguros.
5. Evitar sobrepeso y realizar ejercicio regular. El ejercicio proporciona fuerza y tono a los músculos y libera tensiones. Son especialmente útiles para la higiene postural y prevención de lesiones posturales.

2 Objetivos

Objetivo General
Analizar la influencia de la Higiene Postural en el trabajo del auxiliar de enfermería, con el fin de evitar una mala práctica y disminuir las lesiones corporales en el ámbito sanitario.

Objetivos específicos
1. Revisar los elementos anatómico-estructurales relacionados con la Higiene Postural.
2. Reconocer la sintomatología específica de los problemas derivados de la incorrecta higiene postural en el trabajo enfermero y prevenir los factores de riesgo.

3. Definir las normas y procedimientos de higiene postural adoptando posturas de seguridad en la vida diaria y durante la jornada laboral.
4. Revisar debilidades formativas ante el déficit de conocimientos frente a la higiene postural en el trabajo.

3 Metodología

Para realizar el siguiente capítulo se llevó a cabo una exhaustiva búsqueda en diferentes medios y bases de datos como Pubmed, Scielo, Medline. También se consultaron temarios y guías usando las palabras clave: higiene postural, higiene postural TCAE, prevención de lesiones. Lumbalgia.
Se seleccionaron los artículos más recientes y de mayor interés. Y de ellos se sustrajo información pertinente.

4 Bibliografía

- https://revistamedica.com/importancia-higiene-postural-tcae/.
- https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/17773/TFG-H484.pdf;jsessionid=01AEFDCB123E56BBFE5485E175930577?sequence=1
- http://auxiliandoenfermeras.blogspot.com/2017/11/higiene-postural.html

Capítulo 919

SALUD BUCODENTAL EN LA EDUCAIÓN INFANTIL

FERNANDO MUÑIZ VARELA

SUSANA MARTÍNEZ HUERTA

Mª JOSÉ GONZÁLEZ BRAÑA

1 Introducción

La higiene bucal, ayuda a llevar una vida sana y limpia para poder evitar diversas enfermedades. Ella nos ofrece una buena imagen personal. No solo es importante que las personas se mantenga en un ambiente higiénico particular, también lo hagan en el ámbito laboral, escolar, entre otros.

La higiene de los dientes es muy importante desde que somos pequeños. El niño utilizará el cepillo dental para introducir el hábito de higiene pero hasta los seis años el cepillado debe ser completado por los padres o adultos responsables, porque no tienen la capacidad motora suficiente para realizar una correcta eliminación de los microbios adheridos a los dientes.

El propósito de éste trabajo es dar unos tips o ayuda teórica que contribuya con el desarrollo de hábitos de higiene bucal durante los primeros años del niño. Estas pueden ser aplicadas por los docentes o por los padres y demás estudiantes responsables de la educación de niños y niñas a temprana edad.

2 Objetivos

- Mejorar la salud bucodental infantil.
- Crear hábitos de vida y alimentación que sirvan para prevenir y promocionar la salud bucodental.
- Favorecer el acceso a los servicios de salud bucodental a los niños de 7 a 15 años.
- El Plan de Salud Bucodental se dirige a los niños y niñas de 7 y 8 años, sin perjuicio de que cada Comunidad Autónoma pueda atender a una población más amplia. (En algunas Comunidades Autónomas este servicio se proporciona ya).
- La instauración del Plan al resto de las edades se hará de forma progresiva en años sucesivos.
- El contenido del Plan se acordará mediante Convenios con cada una de las Comunidades Autónomas, que quieran sumarse al programa.
- Su puesta en marcha tendrá carácter progresivo a lo largo de los años.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Enseñar a los niños los métodos de higiene bucal apropiados es una inversión en salud que les proporcionará beneficios para toda la vida. Es importante darles un buen ejemplo, así, al cuidar nuestros propios dientes el niño recibirá el mensaje de que la salud bucal es algo importante. Todo lo que haga de la higiene dental una tarea divertida, como cepillarse los dientes junto con sus hijos o permitirles elegir sus propios cepillos dentales, fomenta una higiene bucal eficaz y estable en el tiempo.

Para ayudar a los niños a proteger sus dientes y encías y reducir el riesgo de formación de caries, enseñarles a seguir estos simples pasos:

Cepillarse los dientes por lo menos dos veces al día con una crema dental con flúor, asegurándose de que elimina completamente la placa bacteria (que es la

película pegajosa que se adhiere a los dientes y que es la responsable de las caries).

Utilizar hilo dental diariamente para eliminar la placa que se deposita entre los dientes y debajo de la encía, evitando que se endurezca y se convierta en sarro, pues una vez que este se ha formado, sólo puede ser eliminado con una limpieza profesional.

Elegir una dieta equilibrada evitando el consumo de almidones y azúcares. Cuando ingerimos estos alimentos, tratar de hacerlo con la comida y no entre comidas. La saliva adicional que se produce durante una comida ayuda a enjuagar los alimentos de la boca.

Utilizar productos dentales que contengan flúor.

Llevar a los niños al dentista para realizarles revisiones periódicas.

En la última década la incidencia de la caries entre la infancia ha aumentado de forma considerable. Según los resultados de la última encuesta de salud oral en preescolares en España, un 17% de los niños de tres años tienen caries. Cifra que aumenta hasta el 26% a los cuatro años y se dispara hasta más del 36% entre los cinco y los seis años.

5 Discusión-Conclusión

Entre los hábitos de higiene bucal que los niños conocen están: consulta médica anual y el cepillado diario, al menos 3 veces. Entre los conocimientos que poseen están la definición de salud bucal y caries dentales. Los padres deben esforzarse por transmitir al niño una sensación de confianza y seguridad cuando acude al dentista, con el que conviene que llegue a entablar una buena relación, sin los temores que son tan comunes en los adultos. Puede ayudar a todo ello el hecho de acudir a odontólogos infantiles que decoran y adaptan los consultorios según las necesidades y los gustos de los más pequeños.

Hoy en día, las técnicas odontológicas permiten efectuar tratamiento con mínimas molestias para el paciente, pero no cabe duda de que la actuación del dentista no siempre resulta agradable, y en muchas personas, tanto niños como adultos, genera a menudo una reacción de temor

6 Bibliografía

- http://www.auxiliar-enfermeria.com
- https://www.astursalud.es
- http://celadoresonline.blogspot.com
- https://www.ambientum.com

Capítulo 920

LA IMPORTANCIA DE LA AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LA HOSPITALIZACIÓN DEL PACIENTE EN MEDICINA INTERNA.

ISABEL GARCÍA MENÉNDEZ

ANA GONZÁLEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

La auxiliar de enfermería en la unidad de medicina interna tiene como misión proporcionar una buena atención a los pacientes ingresados en la planta y satisfacer sus necesidades y expectativas mediante la prestación de unos cuidados de enfermería con la máxima calidad y seguridad. La Medicina Interna es una especialidad médica que se dedica a la atención integral del adulto enfermo ingresado en un hospital.

Atención clínica integral y completa de los pacientes con problemas de salud en el hospital. Guía al enfermo en su trayectoria por el sistema sanitario hospitalario, dirigiendo y coordinando la actuación frente a su enfermedad y coordinando al resto de especialistas necesarios para obtener un diagnóstico y tratamiento adecuados.

Los médicos internistas son los expertos a quienes recurren los médicos de Atención Primaria y el resto de especialistas para atender enfermos complejos cuyo diagnóstico es difícil, que se encuentran afectados por varias enfermedades o que

presentan síntomas en varios órganos, aparatos o sistemas del organismo. Atender a los pacientes con las enfermedades más habituales que acuden al hospital, ingresados o en consultas ambulatorias.

La extensa formación de los internistas no evita, sin embargo, que sean expertos en el control de los factores de riesgo cardiovascular, enfermedades infecciosas y muy especialmente el VIH, la insuficiencia cardiaca congestiva, la enfermedad tromboembólica venosa y todas las enfermedades reumatológicas.

2 Objetivos

- Describir e identificar la función imprescindible del TCAE.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: pubmed, medline, y scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Turno de mañana: tareas y cuidados que tiene como función la auxiliar de enfermería
1. Repartir de forma proporcionada en número y carga de trabajo los pacientes de la unidad entre varias auxiliares. Tienen que tener en cuenta: las muestras biológicas que están pendientes de recoger, los pacientes que se levantan o permanecen en la cama, aquellos pacientes que tienen pruebas diagnósticas y deben ser trasladados, para tener en cuenta su aseo previo y cuales precisan peso y talla.

Organizar el trabajo coordinándose con las enfermera. Repartir la ropa de cama valorando la autonomía del paciente. Aseo de los pacientes y valoración del estado de la piel y mucosas para detección y prevención de Úlceras por Presión, Comunicar al enfermera si encuentran hallazgos. Después se reparte el desayuno sobre las 9 de la mañana con la enfermera encargada de los mismos pacientes. Las

dos se ocuparán de que la dieta sea la correcta, y valorarán si el paciente precisa ayunas o ayuda para la ingesta y toma de medicación.

Se colaborará en la ingesta del paciente, en caso de que lo precise: por no estar acompañado, o por las circunstancias que así lo requieran.
• Valoración e higiene de la mucosa oral, especialmente tras las ingestas.
• Se continuará con el aseo de los pacientes.
• recogida de bandejas del desayuno.
• Reposición del carro de ropa para su posterior uso.
• Reposición del material y sueros del control de enfermería.

Se anotará en la pizarra del Almacén aquellos artículos cuyas existencias vayan faltando.
• A las 13,00 horas se procederá a acostar a los pacientes dependientes. Se les colocará en la cama, en posición semisentado, preparados para la ingesta.
• A las 13,30 horas se repartirán las bandejas de la Comida.

Se valorará si la dieta es correcta, si precisa ayunas o necesita ayuda.
Valoración e higiene de la mucosa oral
• Se dejarán repuestos y limpios los Carros de Enfermería, y quedará recogido el Control de Enfermería.
• Recogida de las bandejas de la comida.
• Monitorización (toma y registro) de las diuresis y deposiciones del turno.
• A la llegada del pedido de farmacia se procederá a colocar la medicación.

Se procurará colocar de manera que los productos con caducidad más próxima se usen en primer lugar
• A los pacientes dependientes, que deban ser levantados, se les realizarán cambios posturales cada 2 horas.
• Se repondrán los geles hidroalcohólicos de las habitaciones cuando se precisa.

Turno de tarde
Programación de las tareas y cuidados. Repartir de forma proporcionada en número y carga de trabajo los pacientes de la unidad. Se procurará la continuidad en la atención por parte del profesional.
Será necesario conocer:
- Qué altas son efectivas o están pendientes de Ambulancia.

- Qué pacientes se levantan o permanecen en cama (en cuyo caso se harán cambios posturales cada 2 horas)
- Que pacientes tienen Nutrición Enteral para levantarlos en primer lugar de forma que se mantenga el correcto horario de ingesta.

A las 16,00 horas se procederá a la monitorización de la Temperatura (obtención de la variable y registro posterior)

Se repartirán botellas de agua en el caso de que se precise. Para valorar la ingesta hídrica, irán identificadas con número de habitación y fecha. En el caso de que exista riesgo de disfagia se administrarán aguas gelificadas. Deberá anotarse el número de gelatinas que toma al día.

Se rellenarán los vasos humidificadores de Oxígeno con agua destilada. Se habilitará la mesita plegable para la colocación de la bandeja de la merienda. Se levantará a los pacientes junto con el personal de Celadores.

A las 17,00 horas se repartirán las bandejas de la merienda conjuntamente con la enfermera. Se valorará si la dieta es correcta, si precisa ayunas o necesita ayuda.

Valoración e higiene de la mucosa oral

• Recogida de las bandejas con el personal de cocina.

• Preparación y etiquetado de las muestras de orina (Orina de 24 horas, urocultivo), muestras de esputos y heces.

Las muestras de sangre serán etiquetadas y preparadas por las enfermeras

• Limpieza y reposición del aparato de ECG y del desfibrilador.

• A las 19,30 horas se procederá a acostar a los pacientes dependientes. Se los colocará en la cama, en posición semisentado, preparados para la ingesta.

• A las 20,00 horas se repartirán las CENAS, conjuntamente con la enfermera. Se valorará si la dieta es correcta, si precisa ayunas o necesita ayuda

Valoración e higiene de la mucosa oral

• Monitorización de diuresis y deposiciones.

• Una vez utilizadas las grúas se dejarán en la unidad contigua 1ª A

No quedará ninguna bolsa en el pasillo.

No quedará ningún arnés ni bandeja en las ventanas.

• Quedarán repuestos y limpios los Carros de Enfermería y los Carros de Ropa.

Turno de noche

En el caso de que haya dos TCAEs, repartir de forma proporcionada en número y carga de trabajo los pacientes de la unidad. Se procurará la continuidad en la

atención por parte del profesional. Abrir hoja organizativa de la unidad:

Hoja de control diario

A las 23,00 horas se repartirá Recena teniendo en cuenta ayunas, diabéticos, sondas…
A las 24,00 horas se hará el primer cambio de pañal o de posición a los pacientes encamados.
Revisar la necesidad de realizar Hisopos, y cortar/reponer códigos de analíticas (amarillos y rojos)
A las 03,30 horas se realizarán cambios posturales a aquellos pacientes con dependencia moderada y/o grave, junto con el personal de celadores.
A las 07,00 horas, monitorización de la Temperatura, Diuresis y Deposiciones (comentando a la enfermera cualquier dato relevante)
Recogida de las muestras biológicas: Esputos, orinas, heces.
Reposición y limpieza de los Carros de Enfermería.

5 Discusión-Conclusión

• No debe quedar ningún objeto (arneses o bandejas) en las ventanas. si se precisase, se avisaría a cocina para su retirada.
• Las grúas deberán llevarse a la unidad contigua (mientras no esté habilitada). Se solicitará la colaboración del Celador.
• Los carros de ropa que no vayan a ser utilizados en el turno de tarde deberán retirarse a la unidad contigua.
• Los días de pedido de almacén se procederá a la colocación del materia.
• Se deberá procurar el mantenimiento del orden del mismo.
• Se procurará la limpieza y orden de los carros y el control, a diario.
• Durante la última semana de cada mes se limpiará y ordenará el control de enfermería de forma más exhaustiva
• Una enfermera, una tcae y la supervisora realizarán una revisión mensual y otra semestral. Y lo harán durante la primera semana del mes.

6 Bibliografía

Alcaraz López, G. M., Zapata Herrera, M., Gómez Gómez, M. M., & Tavera Agudelo, E. (2010). Funciones del profesional de enfermería en salas de hospitalización de adultos: tratando de dar cuidado directo.

- Blanch, C. J., & Tarazona, C. L. (2004). Técnicas básicas de enfermería: técnico en cuidados auxiliares de enfermería. Editorial Paraninfo.
- Molina, C. I. G. (2000). Las necesidades del cuidado de enfermería: criterios para definir requerimientos de personal de enfermería. Investigación y Educación en Enfermería, 18(1).

Capítulo 921

SALUD PÚBLICA

MARÍA VANESSA SUÁREZ RODRÍGUEZ

MARÍA TERESA GUTIÉRREZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) “la salud es un estado de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones, dolencias o enfermedades”. Y en base a este concepto, la salud pública busca la salud para todos, es decir, se dedica a proteger y mejorar la calidad de vida de toda la población.Trata de promover, mantener y proteger la salud de la comunidad a través de la promoción de estilos de vida saludables, la educación, campañas dedicadas a ciertos colectivos, así como con investigación. Pensamos que es algo de reciente instauración, aunque muchas civilizaciones anteriores fueron marcando distintas pautas para ser lo que hoy es, aunque en las últimas décadas se ha avanzado mucho en esta disciplina. Los gobiernos son los responsables de la Salud Pública y los encargados de elaborar los distintos programas necesarios, después de que los organismos dependientes de estos evalúen las necesidades de salud de la población, investigando y analizando los riesgos y necesidades de la población.

2 Objetivos

- Conocer lo que es la salud pública y lo que abarca, a quien va dirigida, quien interactúa y los determinantes, funciones, para poder realizar programas de salud.

3 Metodología

Revisión sistemática de artículos y páginas relacionadas con la salud pública y la promoción de la salud.

4 Resultados

Para comprender la salud pública y saber cómo actúa es necesario conocer en primer lugar los determinantes de salud que son un conjunto de elementos personales,sociales, económicos y ambientales que influyen en el estado de salud de los individuos o de las poblaciones. Estos determinantes según un informe de Marc Lalonde de 1974 serían:

- Estilos de vida: consumo de alcohol, tabaco, drogas, sedentarismo, dietas ricas en grasas, es decir, el conjunto de hábitos y decisiones que el individuo toma sobre su propia salud y persona.
- Medio ambiente: contaminación física, química, biológica, es decir, contaminación del aire, del agua , de los alimentos, gestión de residuos, etc.
- Biología humana: relacionado con aspectos genéticos y con la edad de las personas.
- Sistema de asistencia sanitaria: la accesibilidad y calidad de los servicios sanitarios, demanda de atención primaria y atención especializada, etc.

En base a estos determinantes realizaremos y enfocaremos la salud pública. Sabemos que el factor de biología humana no es modificable, no podemos modificar la biología de las personas ni su edad, pero si pueden realizarse programas de salud pública a colectivos de diferentes edades o con ciertas predisposiciones genéticas. Incidir en los mas fácilmente modificables y que precisan menos recursos para conseguir un cambio. Prevenir antes de curar , resulta mucho más favorable económicamente. Las cinco premisas básicas de la salud pública entonces serían:

1. Promoción de la salud, que es el proceso que permite a las personas incrementar el control d¡sobre su salud para mejorarla, expresado en la Carta de Ottawa, Ginebra 1986.
2. Protección de la salud, Son las acciones que incidirían sobre el determinante del medio ambiente como sería la vigilancia y control de la contaminación del agua, aire y del suelo. La vigilancia y control de los Alimentos (Control Sanitario de los Alimentos o Higiene Alimentaria).
3. Prevención de la enfermedad. Son las 5 Medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo,

sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecidas. (OMS, 1998). Intento de prevención de las enfermedades a nivel individual y colectivo, mediante acciones específicas como inmunizaciones, educación sanitaria, pruebas de detección, etc.

4. Restauración de la salud: llevadas a cabo en dos niveles:

- Nivel de atención primaria: llevada a cabo en los Centros de Salud, donde los pacientes tienen el primer contacto con el sistema de atención sanitaria y donde se realiza principalmente de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad, así como la vigilancia y control de los factores ambientales que pueden afectar la salud.
- Nivel de atención especializada u hospitalaria: donde acuden o se derivan a los individuos cuando hay pérdida de la salud, suelen ser establecimientos de diferente complejidad.

5. Rehabilitación: Son acciones dirigidas para que una persona con una discapacidad recupere su máxima capacidad e independencia posible.

Para llevar acabo estas cinco premisas es necesario conocer también el proceso de historia natural de la enfermedad y los tipos de prevención que existen, que a continuación se detallan.

- Periodo prepatogénico. El periodo prepatogénico es la fase anterior a la enfermedad. La enfermedad aún no se ha desarrollado, no se presentan síntomas clínicos, ni cambios a nivel celular, de tejidos u orgánicos.Pero aunque el cuerpo se encuentra en equilibrio, es en este momento cuando comienza el proceso de la enfermedaEn este periodo se realiza la prevención primaria, esta actuaría sobre los factores de riesgo modificables, para retrasar o evitar la enfermedad.
- Periodo patogénico. En esta etapa comienzan a darse cambios celulares y tisulares,estos cambios pueden darse de forma rápida o alargarse durante meses e incluso años hasta que finalmente se produzcan signos y síntomas de la enfermedad.

El período patogénico se divide en dos etapas:

1. Periodo subclínico, de incubación o latencia. Estímulo interactúa con el huésped, y el huésped reacciona.Se caracteriza por la aparición de lesiones anatómicas o funcionales, aunque no hay presencia de signos o síntomas de la enfermedad. El paciente todavía no se da cuenta de su enfermedad. Aquí actuaría la prevención secundaria: detectar y aplicar el tratamiento de forma precoz para impedir o retrasar el desarrollo de la misma

2.Periodo clínico. En este periodo la enfermedad ya está establecida, existen signos y síntomas específicos de la enfermedad. Donde pueden aparecer complicaciones , secuelas o muerte. Aquí actuaría la prevención terciaria: su objetivo prin-

cipal es reducir o eliminar las consecuencias en el desarrollo de la enfermedad, ocurre cuando hay fallado o llegado tarde las prevenciones primaria o secundaria.
- Periodo de invalidez o secuelas o de resolución aquí la enfermedad desaparece bien totalmente o dejando secuelas, o se produce la muerte. En este caso actúa la rehabilitación, que ya definimos anteriormente

5 Discusión-Conclusión

En base a todo lo que hemos visto, la salud pública ha de actuar de forma general en toda la población para mejorar la salud de todos, ha de llegar a todo el mundo sin restricciones económicas, sociales o morales. Para que sea eficiente y eficaz ha de actuar sobre los determinantes más fácilmente modificables, e invertir mucho mas en la promoción y prevención de la salud que, cómo hacen actualmente los gobiernos de países desarrollados, en la asistencia sanitaria. Apostar por lo que es más económico que es prevenir, que por lo que es realmente más caro que es curar. Muy importante el desarrollo de programas para una educación sanitaria, de inmunización, de higiene medioambiental, de hábitos saludables y también de diagnóstico precoz de enfermedades.

6 Bibliografía

- Villar Aguirre,M. Factores determinantes de la salud: importancia de la prevención.
- Rapullo Labrador, Jr y Segura Benedicto,A. Salud Pública y sostenibilidad de los sistemas públicos de salud.2006
- Carta de Ottawa, Canadá. 1986. declaración de Yakarta, Indonesia . 1997 wikipedia.
- Virguez , M.A. Historia Natural de la enfermedad: preiodos y prevención.
- Galli,A. Pagés, M. y Swireszkowski, S. Sociedad argentina de cardiología: Factores determinantes de la salud. Buenos Aires ,2017.
- Ministerio de Sanidad.
- Temario de higienistas dentales MAD. Volumen 2.

Capítulo 922

CUIDADOS A PACIENTE CON TOXOPLASMOSIS.

JOSEFINA BALLESTEROS CASTILLA

AZAHARA CASTELLANOS BALLESTEROS

1 Introducción

La toxoplasmosis es una enfermedad parasitaria ocasionada por el protozoo Toxoplasma gondii, un parasito intracelular obligado.T. gondii es un parásito intracelular con una enorme capacidad para invadir células del anfitrión gracias a la forma invasora móvil (taquizoíto o trofozoítos) caracterizada por un complejo apical exclusivo, desde el punto de vista evolutivo, y un mecanismo de motilidad basado en actina.

La toxoplasmosis puede causar infecciones leves y asintomáticas, así como infecciones mortales que afectan mayormente al feto, ocasionando la llamada toxoplasmosis congenita. También puede revestir gravedad cuando afecta a inmunosuprimidos tales como infectados por el VIH sin tratamiento antirretroviral efectivo.

Se considera la enfermedad como una zoonosis, lo cual significa que, de modo habitual, se transmite desde los animales a los seres humanos a través de diferentes vías de contagio, siendo los hospedadores definitivos el gato y otras seis especies de felinos

Los cuidados que debemos tener para no coger esta enfermedad son: Lavar bien las verduras, por que las verduras mal lavadas es una via de contagio. Hay que evitar el contacto con gatos vagabundos pues desgraciadamente no están controlados por veterinarios y constituyen población de riesgo.

Si tiene gato aliméntele siempre a su gato con alimentos comerciales, evite darle carne de caza a su gato. Y ante cualquier duda lleve a su gato al veterinario. Si realiza labores de jardinería, hágalo siempre con guantes y lávese las manos a conciencia .

2 Objetivos

- Informar a la población gestante.

3 Caso clínico

Niña de tres meses de edad, que es traída por su madre al servicio de urgencias con un cuadro clínico de fiebre, llanto fácil, desviación de la mirada e intolerancia a la vía oral con dificultad para el amamantamiento.

Como antecedente de importancia, se señala que la paciente nació de un embarazo pretérmino a las 30 semanas de gestación, a causa de actividad uterina prematura presentada por la madre. La madre fue diagnosticada con toxoplasmosis a la semana 30 de gestación.

Tº: 38ºC
Saturacion 77%
Exploracion fisica:función motora y los reflejos miotendinosos eran normales. Las pupilas se encontraban simétricas y reactivas a la luz, la paciente presentaba una desviación de la mirada hacia el lado derecho. No se encontraron malformaciones físicas.
Analitica:positividad IgM para toxoplasmosis.
El paciente ingresa para poner tratamiento para la toxoplasmosis.

4 Discusión-Conclusión

La toxoplasmosis es una enfermedad poco común en nuestro medio, ya que en las mujeres gestantes se realiza el tamiz obligatorio de enfermedades. Según el

momento de adquisición de la enfermedad durante la gestación, la severidad del caso será mayor o menor. Generalmente, la enfermedad cursa con poca sintomatología; incluso, asintomática .

Cuando existe, se focaliza principalmente en el sistema nervioso central o en la retina. En la toxoplasmosis se describe la tríada clásica que consiste en coriorretinitis, hidrocefalia y calcificaciones intracraneales que ocurren en menos de uno por cada 10 casos. Son pocos los casos donde hay una enfermedad sistémica.

5 Bibliografía

- https://www.msdmanuals.com/es-es/hogar/infecciones/infecciones-parasitarias/toxoplasmosis
- https://kidshealth.org/es/parents/toxoplasmosis-esp.html

Capítulo 923

EL TCAE EN LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS

YOLANDA DÍAZ MENENDEZ

1 Introducción

Los Cuidados Paliativos, o cuidados tipo Hospice, son un tipo especial de cuidados diseñados para proporcionar bienestar o confort y soporte a los pacientes y sus familias en las fases finales de una enfermedad terminal. Los cuidados paliativos procuran conseguir que los pacientes dispongan de los días que les resten conscientes y libres de dolor, con los síntomas bajo control, de tal modo que los últimos días puedan discurrir con dignidad, en su casa o en un lugar lo más parecido posible, rodeados de la gente que los quiere.

La Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) incluye en sus estatutos la siguiente definición: ”Los cuidados paliativos se basan en una concepción global, activa y viva de la terapéutica, que comprende la atención de los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales de las personas en situación de enfermedad terminal: siendo los objetivos principales el bienestar y la promoción de la dignidad y autonomía de los enfermos y su familia, y los medios terapéuticos, el control de síntomas, el apoyo emocional y la comunicación cuando estemos delante de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable, sin posibilidades razonables de respuesta a un tratamiento específico y con una muerte previsible a corto plazo, causada ya sea por un cáncer, SIDA o cualquier otra enfermedad crónica y progresiva.”

2 Objetivos

- Definir los objetivos de los cuidados paliativos.
- Definir la atención llevada a cabo por el TCAE al enfermo terminal.
- Definir las necesidades físicas, emocionales y espirituales del enfermo terminal.
- Atención psicológica a pacientes con enfermedades crónicas avanzadas u oncológicas llevada a cabo por el TCAE. Duelo y atención postmorten.

3 Metodología

Los datos científicos para llevar a cabo este capítulo se han obtenido tras una búsqueda bibliográfica de forma sistemática de artículos relacionados en diferentes bases de datos electrónicas como Cochrane, Medline, Cuiden y Lilacs, así como en el buscador Google Académico, introduciendo los términos de búsqueda combinados con los filtros y palabras claves.

También se han consultado publicaciones científicas difundidas en revistas como la Revista de Enfermería Intensiva y la Revista de Enfermería Clínica.

Se han seguidos los siguientes criterios de inclusión (artículos cuyo año de publicación este dentro de los últimos 18 años, publicaciones científicas accesibles a texto completo de forma gratuita y en idioma inglés y español) y exclusión (artículos cuya antigüedad supere los 18 años).

4 Resultados

Objetivos de los cuidados paliativos:
- Alivio del dolor y otros síntomas.
- No alargar ni acortar la vida.
- Dar apoyo psicológico, social y espiritual.
- Reafirmar la importancia de la vida.
- Considerar la muerte como algo normal.
- Proporcionar sistemas de apoyo para que la vida sea lo más activa posible.
- Dar apoyo a la familia durante la enfermedad y el duelo.

Según la SECPAL la enfermedad terminal queda definida por los siguientes puntos:
- Presencia de enfermedad avanzada.

- No hay posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico.
- Presencia de numerosos problemas de síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.
- Impacto emocional en el paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia explícita de la muerte.
- Pronostico de vida corto, no superior a los seis meses.
- El confort y la calidad de los enfermos terminales deben ser alcanzados utilizando de forma correcta los instrumentos básicos siguientes:
- Control de síntomas. Es necesario reconocernos, evaluarlos y tratarlos de la forma más adecuada.
- Apoyo emocional y comunicación con el enfermo, la familia y el equipo terapéutico.
- Cambios en la organización que permitan el mejor desempeño de los profesionales encargados del cuidado del enfermo y que faciliten la adaptación de los objetivos cambiantes en la fase terminal.
- Equipo interdisciplinar: está formado por distintos profesionales que darán su propia visión de las necesidades del enfermo y su familia.

A continuación, se expondrán las características principales que puede presentar un enfermo terminal en la fase agónica:
- Disminución de las sensaciones.
- Visión borrosa.
- Alteración del sentido del gusto y del olfato.
- Somnolencia y adormecimiento.
- Frialdad de manos y pies.
- Palidez en la piel.
- Pérdida del tono muscular.
- Debilidad de la musculatura voluntaria.
- Imposibilidad de tragar, pérdida de los movimientos intestinales e incontinencia fecal y urinaria.
- Cambio de los signos vitales.
- Aumenta la frecuencia del pulso, pero es débil y regular.
- La tensión arterial disminuye.
- La respiración se hace rápida y superficial, lenta y dificultosa.
- Sequedad de mucosas.
- Piel cianótica. La piel de las partes mas distales de las extremidades se va volviendo cianótica.
- Sudoración intensa. Suele ser fría y pegajosa.

A lo largo de la agonía irán disminuyendo y desapareciendo capacidades sensoriales, pero no auditivas y táctiles.

Cuando se aproxima el momento de la muerte los signos son:
- Desaparecen los reflejos.
- Cianosis intensa.
- Pupilas dilatadas (midriasis).
- Disminución de la tensión arterial.
- Respiración rápida, difícil y ruidosa, como un gorgoteo que se denomina estertores pre-morte.
- Piel fría y pegajosa.

Cuando nos encontramos ante pacientes con esta situación, el TCAE tiene que procurar que el enfermo se encuentre lo más cómodo posible, prestarle ayuda y atención en todo momento y mantener su dignidad.

Necesidades físicas del paciente terminal:
- Cambio de postura con frecuencia. El paciente tiene gran debilidad muscular, no se puede mover y gracias a estos cambios posturales conseguimos que esté más cómodo y prevenimos la aparición de úlceras en la piel.
- Arroparlo convenientemente. Recuerda que el paciente siente frío y que incluso, puede temblar.
- Extremar los cuidados de higiene individual y prestar especial atención a los siguientes:
- La boca: la mucosa se reseca, suelen tener la boca abierta, suele haber acumulación de secreciones mucosas que deben retirarse. Humedecer los labios y la boca frecuentemente.
- Las fosas nasales: limpiaremos con una torunda de algodón con glicerina.
- Genitales: limpiaremos con frecuencia por la incontinencia. La orina y las heces son irritantes.
- Cambiar la ropa de la cama las veces que sea necesario, por la incontinencia y el sudor.
- Ofrecer la cuña y el orinal a menudo.
- Al administrar alimentos seremos cautelosos y pacientes porque el enfermo puede tragar con dificultad.
- Durante el tiempo que pasemos con el enfermo hablaremos con un tono de voz normal. Debemos tener prudencia con los comentarios, si el enfermo está inconsciente, recuerda que el sentido del oído es lo último que se pierde.

- Mantener la habitación convenientemente iluminada, aunque algunos pacientes se sienten muy molestos con la luz, en estos casos atenderemos sus preferencias.
- En la fase del enfermo agonizante es conveniente colocarlo en la posición decúbito lateral para facilitar el drenaje de las secreciones.

Necesidades emocionales de paciente terminal:
- Permanecer con el enfermo todo el tiempo que lo necesite.
- Adoptar una permanente actitud de escucha, pero nunca proporcionar falsas esperanzas.
- Mantenerse siempre sereno. Debemos ser comprensivos y, cuando no sepamos que decir, es preferible mantenerse en silencio.
- Si el enfermo o sus familiares nos preguntan por el curso de la enfermedad, hemos de recordar que no entra dentro de nuestras funciones, es mejor que se dirijan al médico.
- Mostrar interés en todo momento por el grado de bienestar del enfermo realizándole preguntas para saber si se encuentra bien y a gusto. Recuerda que el sentido del tacto también es de los últimos en perderse, asique cuando nos dirijamos a él lo tocaremos, sobre todo cuando esté inconsciente.
- Cada vez que vayamos a realizar un procedimiento, debemos hablar con el paciente y explicárselo.

Necesidades espirituales del paciente terminal: Se hará facilitando al enfermo, según sus creencias religiosas, el apoyo que corresponda, estaremos atentos para preparar todo lo que necesite. Una de las necesidades básicas en la atención al final de la vida es el abordaje sintomático, del que hay que destacar los siguientes aspectos:
- Es esencial realizar una valoración global que permita orientar el tratamiento. La frecuencia y el tipo de síntomas van a depender de cada enfermedad.
- Durante el período del final de la vida, el manejo de la información y la comunicación tiene un papel central en la atención a estas personas. En pacientes en situaciones de cronicidad, es primordial repasar el listado de síntomas de forma sistemática, puesto que en ocasiones se asume que el paciente no presenta algunos de los síntomas cuando en realidad no se le ha preguntado por ellos.
- La situación de final de vida es muy dinámica, con cambios bruscos en el estado de salud que descompensan la situación del paciente y la familia, generando una gran demanda de atención. Es muy importante que el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería mantenga una actitud preventiva y flexible.

Sabiendo esto, la complejidad de la atención es también multifactorial, puesto

que comienza en la identificación de la situación de final de vida, pasa por un abordaje de los síntomas de forma adecuada y alcanza hasta la planificación de los cuidados.

Las fases de la atención psicológica que el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería debe saber para prestar la atención adecuada se produce en cuatro momentos del cuidado de los pacientes y las familias.

Antes del comienzo del proceso de final de la vida: Las personas sanas, como las enfermas, deben aceptar el final de la vida y saber afrontarla, esto implica una preparación emocional, el manejo de los temores, dialogar y expresar los deseos y preferencias de la persona, y facilitar su participación activa en las decisiones y planificar todos los aspectos relevantes. Las voluntades anticipadas, el testamento vital o las instrucciones previas, donde la persona manifiesta sus deseos sobre tratamientos, cuidados y preferencias, en función de sus valores, son instrumentos que dotan de control a la persona. El TCAE debe saber que en esta fase se abarcan los siguientes componentes:

- Información médica sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamientos disponibles.
- Decisión médica compartida y ayuda en la toma de decisiones del propio paciente apoyado por sus familiares.
- Habilidades y competencias para la adherencia y cumplimento de los tratamientos.
- Afrontamiento de los síntomas y complicaciones de la enfermedad y de los tratamientos.
- Mejora de la comunicación entre familia, pacientes y personal sanitario.
- Comunicación y apoyo mutuo entre los miembros de la familia adultos, así como comunicación y orientación acerca de la enfermedad para niños de distintas edades y personas vulnerables del núcleo familiar; asesorando sobre el modo de informar sobre la enfermedad a familiares lejanos, amigos y personas del entorno laboral. Es fundamental que los menores estén informados en función a su edad y nivel de comprensión, haciéndolos partícipes en los cuidados para que se sientan integrados, así como procurar que varíen lo menos posible sus actividades habituales.

Una vez comenzada la fase de limitación de la vida: El momento en el que se da el diagnóstico y notificación de la irreversibilidad de la enfermedad, teniendo como pronóstico la terminalidad de la vida, hace necesario la atención psicológica para manejar la comunicación con el equipo médico, familiares y paciente; tomar de-

cisiones y solucionar problemas; movilizar los recursos de apoyo emocional e instrumental, así como para el afrontamiento de emociones adversas como la ira, tristeza, incertidumbre, miedo, culpa, negación y evitación, así como repercusiones en la autoestima y la sexualidad. En esta fase los objetivos son trabajar la aceptación; mantener el control en la toma de decisiones y disminuir el malestar emocional del paciente y familiares, además de prevenir y tratar síntomas de depresión, ansiedad, ira, ideación suicida, insomnio y astenia, entre otros. Al mismo tiempo, debe fomentarse el autocuidado de los cuidadores.

Durante el proceso de morir: Según avanza la enfermedad y se acelera el final de la vida, se vuelve más prioritario atender los síntomas físicos, capacidades cognitivas, estado emocional, comunicación familiar y necesidades espirituales. El TCAE debe saber que los objetivos en esta fase son: a) manejo de las emociones, tales como incertidumbre, temor, ansiedad y tristeza, y trabajar la aceptación; b) información y comunicación con el personal sanitario; c) comunicación familiar; d) toma de decisiones, solución de problemas y planificación; e) regulación de la actividad, ayudando a hacer frente a los estados psicológicos producidos por los síntomas físicos; y f) necesidades espirituales, que incluyen el legado personal, el análisis de la propia vida, perdonar y ser perdonado, y el significado o sentido de la vida, entre otras. También es necesario prevenir la sobrecarga de la persona cuidadora y la sumisión, manteniendo en los cuidadores hábitos saludables respecto a la nutrición, higiene del sueño, consumo de sustancias y patrones de actividad física, así como identificar los factores de riesgo de duelo complicado e intervenir sobre los mismos.

5.4.4 Después del fallecimiento: Aquí aparece el duelo. El final de la vida de los pacientes marca el comienzo de un gran cambio de vida para los supervivientes. Se precisa psicoeducación y asesoramiento psicológico para que los familiares perciban la normalidad de los sentimientos y síntomas que sienten tras la pérdida, se apoyen y se comuniquen de forma adecuada, así como para la aceptación. Los TCEA deben permanecer atentos a los signos de complicación en el proceso de duelo y orientar en la superación del estrés y en la reanudación paulatina de la actividad. Es fundamental que exista una recuperación del estrés y se reanuden progresivamente las actividades y las conductas y estilos de vida saludables.

Todo el personal es directamente responsable de la atención a los pacientes y, por lo tanto, de su cuidado emocional. El TCAE debe ofrecer apoyo emocional general, basado en habilidades para la comunicación, prestación eficaz de información, cortesía y respeto. El malestar emocional y las necesidades psicológicas tanto del paciente como de los cuidadores deben ser evaluados regularmente a lo

largo de todo el proceso de atención al paciente, especialmente en los momentos más críticos. La intervención psicológica constituye una parte integral imprescindible que el Técnico en Cuidados Auxiliares de enfermería debe prestar a pacientes y familiares.

El TCAE debe tener competencias suficientes para:
- Comunicarse honestamente y con compasión con los enfermos y cuidadores.
- Tratar al paciente y cuidadores con amabilidad, dignidad y respeto.
- Establecer y mantener con ellos relaciones de apoyo.
- Informar al paciente y cuidadores de los recursos emocionales y de apoyo disponibles.
- Saber manejar emociones como ansiedad, incertidumbre, depresión, ira y culpa.
- Manejo de la ideación de muerte y autolítica.
- Saber mantener el control, la autoestima, la dignidad y la autonomía.
- Las habilidades y actitudes que el TCAE debe poseer serán:
- Ser abierto y autorreflexivo.
- Centrarse en la persona a la que trata y aceptarla sin juicios.
- Empatía y respeto, sin ser demasiado formal.
- Capacidad para ofrecer apoyo, aliento y esperanza.
- Ser capaz de motivar, dirigir a metas y reforzar adecuadamente hacia los objetivos en la intervención individual, de pareja, familiar o grupal.
- Capacidad para gestionar el final de la intervención terapéutica.

El entorno cercano a la muerte moviliza muchas emociones intensas y con escenarios difíciles encontrando desde personas que quieren decidir por ellos, por miedo a sentarse y hablar sobre lo que realmente está ocurriendo, hasta experimentar el miedo de quedarse sin apoyos al perder las fuerzas. Por ello, la intervención psicológica del TCAE debe garantizar el respeto a la persona y a sus valores.

5 Discusión-Conclusión

A modo de conclusión, se puede afirmar que conocer las reacciones emocionales de los enfermos y cuidadores, su grado o nivel de malestar o de sufrimiento, o qué aspectos pueden facilitar o dificultar una muerte digna y un buen proceso de duelo posterior, así como cuáles son las mejores herramientas de evaluación y qué estrategias o terapias psicológicas son más eficaces, son objetivos que debe

perseguir el TCAE en la atención a pacientes con enfermedades crónicas avanzadas u oncológicas.

Las reacciones emocionales que manifiestan tanto el enfermo como la familia, en especial el cuidador principal, están relacionadas con el proceso de adaptación a la enfermedad y a la proximidad de la muerte. Por ello, se hace necesario que le TCAE evalúe reiteradamente su bienestar, al ser este el objetivo principal de los cuidados paliativos.

Para poder prestar al enfermo en situación terminal y a sus allegados una atención lo más adecuada posible a sus necesidades y prioridades, es necesario, por una parte, averiguar cuáles son los factores que pueden influir, positiva o negativamente, en un momento determinado, en el bienestar del enfermo, y por otra, conocer su evolución en función del progreso de la enfermedad y la inminencia de la muerte.

6 Bibliografía

- Murray, S. A., Kendall, M., Grant, E., Boyd, K., Barclay, S., & Sheikh, A. (2007). Patterns of social, psychological, and spiritual decline toward the end of life in lung cancer and heart failure. Journal of pain and symptom management, 34(4), 393-402.
- Murray, S. A., Kendall, M., Boyd, K., Grant, L., Highet, G., & Sheikh, A. (2010). Archetypal trajectories of social, psychological, and spiritual wellbeing and distress in family care givers of patients with lung cancer: secondary analysis of serial qualitative interviews. Bmj, 340, c2581.
- Méndez, J. M., Arnedo, C. O., Marcos, B. C., Ribas, R. H., Cosi, C. S., & Moncayo, F. G. Síntomas psiquiátricos Depresión.
- Arnedo, C. O., Méndez, J. M., Marcos, B. C., Cosi, C. S., Ribas, R. H., & Gil, F. L. Síntomas psicológicos y psiquiátricos Ansiedad y miedo.
García-Soriano, G., & Martín, P. B. (2008). Trastornos del estado de ánimo al final de la vida: ¿desmoralización o depresión? Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 13(2), 123-133.
- Reverte, M. L., Gil, J. R., Toro, L. B., García, J., & BATISTE, X. G. (2008). Intervención psicológica en Cuidados Paliativos. Análisis de los servicios prestados en España. Medicina Paliativa, 15(1), 39-44.
- Barreto, P. B., Díaz, J. L., & Saavedra, G. (2013). Acercamiento al sufrimiento a través del counselling. Información psicológica, (100), 171-176.

- García-Soriano, G., & Martín, P. B. (2008). Trastornos del estado de ánimo al final de la vida: ¿desmoralización o depresión? Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 13(2), 123-133.
- Maté, J., Hollenstein, M. F., & Gil, F. (2004). Insomnio, ansiedad y depresión en el paciente oncológico. Psicooncología, 1(2-3), 211-30.
- Payás, A. (2012). Las tareas del duelo: psicoterapia de duelo desde un modelo integrativo- relacional. Paidós.
- Barreto, P., Barbero, J., Arranz, P., & Bayés, R. (2005). Intervención emocional en cuidados paliativos. Modelo y protocolos. Barcelona: Ariel Ciencias Médicas.
- Odriozola, E. E., de Corral Gargallo, P., & Andrés, P. J. A. (2001). Estrategias de afrontamiento ante los sentimientos de culpa. Análisis y modificación de conducta, 27(116), 905-929.

Capítulo 924

INTOLERANCIA A LA LACTOSA.

SILVIA FERNÁNDEZ NÚÑEZ

1 Introducción

La lactosa es un azúcar que está presente en la leche y los derivados, ademas de aparecer también en muchos preparados comerciales de uso alimenticio y medicamentos. Algunas personas tras ingerir la propia leche o alguno de sus derivados siente molestias estomacales, como dolor en el vientre, gases o diarrea. Estos serían algunos de los síntomas más comunes que se manifiestan cuando tienes la dicha "intolerancia a la lactosa". Esto ocurriría por la falta de la enzima llamada "lactasa", que se encuentra en el intestino, cuya función es digerirla.

La enfermedad puede aparecer tras un cuadro de gastroenteritis aguda, prolongados periodos de tiempo sin comer, enfermedad celiaca y demás enfermedades intestinales. El tratamiento nutricional consiste en evitar alimentos que contengan lactosa. Sería importante conocer el nivel de la intolerancia ya que podría ser muy variable en cada situación y cada persona. En caso de que la intolerancia se presente en niños o adolescentes asegurarse de que haya un correcto crecimiento y desarrollo.

2 Objetivos

- Eliminar la ingesta de la lactosa para evitar los síntomas que dicha intolerancia provoca.
- Conseguir un buen adecuado estado nutricional con el apropiado aporte de calcio.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: pubmed, medline, y scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Bibliografía

1. Enattah NS, Sahi T, Savilahti E, Terwilliger JD, Peltonen L, Jär- vellä I. Identification of a variant associated with adult type hy- polactasia. Nat Genet. 2002;30:233-7.
2. Kerber M, Oberkanins C, Kriegshaauser G, Kollerist B, Dos- senbach A, Fuchs D, et al. Hydrogen breath testing versus LCT genotyping for the diagnosis of lactose intolerance: A matter of age? Clin Chim Acta. 2007;383:91-6.
3. Leis R, Tocoian A, Loidi L, Novo A, Vázquez R, Tojo R. Diag- nóstico molecular de la malabsorción de lactosa. Implicacio- nes terapéuticas. 4. 4. 4. Revista Española de Pediatría. 2007;63:417-8.1130-0108/2006/98/2/143
Revista española de enfermedades digestivas. REV ESP ENFERM DIG (Madrid) Copyright © 2006 Arán ediciones, S. L. Vol. 98. N.° 2, pp. 143, 2006

Capítulo 925

VENTAJAS DEL EJERCICIO EN TIERRA VERSUS EJERCICIO EN AGUA PARA POBLACIÓN GERIÁTRICA. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PARA TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE).

FILOMENA FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ

CARLA FERNÁNDEZ AÑEL

ANGELES AÑEL HUERTA

MARIA GEMMA RODRIGUEZ ALVAREZ

DESIRE PEREZ SEREN

1 Introducción

Una de las causas más comunes del deterioro funcional y de la restricción en la participación de las actividades de la vida diaria (AVD) son las caídas o el miedo a caer. Actualmente se producen caídas en el 30 % de las personas mayores de 65 años que viven en la comunidad, aceptándose su incidencia mucho más elevada en las personas mayores institucionalizadas, llegando a situarse como la segunda

causa mundial de muerte por lesiones no intencionales, por lo que constituye uno de los grandes Síndromes Geriátricos. Los estudios epidemiológicos estiman que alrededor de una de cada 3 personas mayores de 65 años que viven en la comunidad, se caen al menos una vez al año, con un incremento progresivo de caídas al ir aumentando la edad de la población.

2 Objetivos

- Identificar las ventajas de realizar ejercicio en medio acuático con respecto del medio terrestre.
- Diseñar un programa de prevención de caídas para personas mayores mediante Terapia Acuática.

3 Metodología

Para la elaboración del trabajo, se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos nacionales e internacionales (Pubmed, Cochrane, Dialnet y Google Académico):
• Palabras clave: caídas. Prevención de caídas. Geriatría. TCAE. Terapia Acuática. Hidroterapia.
• Keywords: accident prevention. Falls. Falls prevention. Hydrotherapy. Acuatic Therapy.

Se han utilizado limitadores en la búsqueda como la fecha de publicación, rango de edad e idioma. También se ha utilizado el Operador Lógico Boleano "AND" para relacionar dos o más términos en la búsqueda.

4 Resultados

Los resultados obtenidos tras realizar la búsqueda bibliográfica destacan importantes ventajas de la actividad en agua respecto de la actividad en tierra.

El sistema propioceptivo nos permite orientar nuestro cuerpo o parte de él en el espacio, sincronizar los movimientos y su velocidad, determinar la velocidad de contracción de nuestros músculos y la cantidad de fuerza que debemos hacer para realizar cualquier acto motor.

Las personas que sufren alguna disfunción propioceptiva participan con gusto

en las actividades acuáticas ya que el medio acuático se comporta como una envoltura permanentemente en movimiento y ofrece resistencia al desplazamiento, proporcionando un estímulo constante a los receptores propioceptivos.

Sistema vestibular: es el órgano que alerta de la posición de la cabeza, mientras que el cuerpo en el espacio informa de la postura y del equilibrio participando en su regulación, pues la información de la variación de postura provoca un impulso eferente (output de datos que va desde el sistema nervioso central hasta fibras musculares) para corregirla de forma inmediata. La hiposensibilidad vestibular hace que la persona no registre, o lo haga pobremente, los estímulos que provienen de este sistema, provocando dificultades en el control postural y la búsqueda constante de movimientos intensos o rotacionales. Por el contrario, cuando existe una hipersensibilidad, la persona percibirá estos estímulos con gran intensidad por lo que se mostraran miedosas ante cualquier actividad y tienden a evitar aquellas que requieran equilibrio y movimiento constante. En el medio acuático la flotación y la sensación de ingravidez experimentadas hacen que el sistema vestibular se beneficie de movimientos que en seco son imposibles. Por esto, la Terapia Acuática aporta a aquellos pacientes con disfunciones vestibulares una oportunidad de tratamiento única, pudiendo realizar movimientos progresivos y suaves que se ajusten a la percepción individual del movimiento.

Rango articular: los movimientos amplios que favorece el medio acuático permiten la aplicación de fuerzas sobre el tejido conectivo, favoreciendo así su posición anatómica normal. Esto puede disminuir la rigidez del tejido y mejorar su reorganización.

Estabilidad articular: en muchos ejercicios de estabilización articular, el punto fijo y el punto móvil están invertidos. Esto ofrece la posibilidad de estabilizarse de otro modo que en tierra, pudiendo cambiar la conciencia corporal de la persona.

Fuerza-resistencia: la resistencia muscular puede trabajarse mediante actividades prolongadas debido a la resistencia que ofrece el agua a los desplazamientos del propio cuerpo. Las actividades que se van a plantear no requieren gran fuerza por lo que todas pueden repetirse con bastante facilidad. De este modo, es posible entrenar la resistencia a lo largo de las sesiones.

Tono: la posibilidad de realizar movimientos grandes de una manera suave y continua, facilitados por los efectos de flotación y de presión hidrostática, ayuda a normalizar el tono. Esto puede contemplarse como requisito para permitir una información cinestésica normalizada al sistema nervioso central, la base de las

adaptaciones mediante neuroplasticidad.

Reacciones de enderezamiento, equilibrio y apoyo: las propiedades físicas del agua crean inestabilidad y minimizan la necesidad de potencia muscular para facilitar el movimiento debido a la velocidad lenta de los cambios posicionales. Estas características son los requisitos de las opciones de intervención que tratan las reacciones de equilibrio y las reacciones de enderezamiento y apoyo.

Patrón de la marcha: andar en el agua difiere de andar en tierra; los parámetros cinéticos y cinemáticos son diferentes. En el pasado, esta diferencia dio lugar a la suposición de que el hecho de andar en agua a poca profundidad no podría usarse para preparar la marcha en tierra. Sin embargo, la investigación clínica ha demostrado que los pacientes son capaces de transferir elementos de su patrón de marcha y mejorar las habilidades en tierra.

5 Discusión-Conclusión

En los últimos años ha aumentado notablemente el número de personas mayores que viven en nuestra comunidad. Esto en parte es debido al aumento de la esperanza de vida por lo que es previsible que en años venideros este número siga aumentando.

Por ello, la prevención cobra un papel cada vez más importante en este colectivo puesto que se podrían reducir, en este caso, el número de caídas. El reducir el número de caídas conllevaría por parte de la persona a disfrutar de un envejecimiento activo en el que la persona fuera participe de su propio proceso de envejecimiento, sin restricciones en la participación ni limitaciones en la actividad de manera autónoma e independiente.

Aquí es donde cobra gran importancia la Terapia Acuática debido a las diferentes propiedades que posee el agua con respecto al medio terrestre. Estas propiedades permiten realizar ejercicios, movimientos y actividades a la persona mayor que normalmente en el medio terrestre serian imposibles o de gran dificultad. Las propiedades de este medio permiten perseguir y lograr objetivos de intervención que serian muy difíciles de alcanzar en el medio normalizado.

6 Bibliografía

1. Daza Diaz, A & Alonso Fraile, M. (2015) El medio acuático como medio sensorial. En Güeitia, J.,Alons, M & Fernández, C. (eds), Terapia Acuática. Abordajes desde la fisioterapia y la terapia ocupacional. Barcelona-Elsevier p.45-57
2. Del Castillo, Manuel Guillén, and Daniel Linares Girela. "Bases biológicas y fisiológicas del movimiento humano." (2002). Capitulo 9.Pag 168-196
3. Lambeck, J. & Güeita Rodríguez, J. (2015) Terapia acuatica especifica (WST)-Programa de 10 puntos. En Güeitia, J.,Alons, M & Fernández, C. (eds), Terapia Acuática. Abordajes desde la fisioterapia y la terapia ocupacional. Barcelona- Elsevier p.45-57
4. De Diego, C. & tornero, A. (2015) Creacion de unidades de Terapia Acuatica. Elaboración y gestión de proyectos. En Güeitia, J.,Alons, M & Fernández, C. (eds), Terapia Acuática. Abordajes desde la fisioterapia y la terapia ocupacional. Barcelona-Elsevier p. 17-27
5. Sanidad MDE, Igualdad SSE. Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor. Estrategia de promoción de la Salud y prevención en el SNS. 2014.

Capítulo 926

INTOLERANCIA AL GLUTEN

SILVIA FERNÁNDEZ NÚÑEZ

1 Introducción

El gluten es una glucoproteina que se encuentra en cereales de consumo habitual, como por ejemplo el trigo, la cebada, el centeno o la avena, también estaría presente en otras de menor consumo habitual como la esbelta o trigo salvaje, y el triticale que es la mezcla de trigo y centeno.
El gluten esta compuesto por dos glucoproteinas: gliadina y gluteína.
El gluten sería el responsable de la elasticidad de las masas de harina, lo que permite la fermentación del pan junto con la levadura, además de la consistencia y la esponjosidad de las masas horneadas.
La intolerancia al gluten o enfermedad celíaca es una enfermedad autoinmunitaria caracterizada por la intolerancia al gluten. La padecen las personas que están predispuestas genéticamente y se caracteriza por una lesión en la mucosa del intestino delgado, provocando una atrofia en las vellosidades intestinales. Esta atrofia es la culpable de la inadecuada absorción de de los nutrientes de los alimentos tomados.
La intolerancia al gluten provoca síntomas como exceso de gases, diarreas o estreñimiento, dolores abdominales vómitos.
La prueba que confirma dicha intolerancia de forma segura seria la biopsia.

2 Objetivos

- Remisión de los síntomas clínicos derivados de la enfermedad.
- Mantener un buen estado nutricional mediante una dieta libre de gluten.

- Resolución de los síntomas asociados ocasionados por la situación de malasorción.
- Capacitar a la persona para elaborar su propia dieta y que adquiera la mayor autonomía posible.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en distintos artículos. Algunas de las palabras claves serias: enfermedad, gluten, intolerancia, etc.

4 Bibliografía

1. Fasano A, Berti I, Gerarduzzi T, Not T, Colletti R, Drago S, et al. Prevalence of Celiac Disease in At-Risk and Not-At-Risk Groups in the United States. Arch Intern Med 2003; 163: 286-92.
2. Horwitz A, Skaaby T, Karhus LL, Schwarz P, Jorgensen T, Rumessen JJ, et al. Screening for celiac disease in Danish adults. Scand J Gastroenterol 2015, en prensa.
3. Gómez JC, Selvaggio GS, Viola M, Pizarro B, La Motta G, De Barrio S, et al. Prevalence of celiac disease in Argentina: screening of an adult population in the La Plata area. Am J Gastroenterol. 2001;96:2700-4.
4. Shamir R, Lerner A, Shinar E, Lahat N, Sobel E, Bar-or R, et al. The use of a single serological marker underestimates the prevalence of celiac disease in Israel: a study of blood donors. Am J Gastroenterol. 2002;97: 2589-94.
5. Riestra S, Fernández E, Rodrigo L, García S, Ocio G. Prevalence of coeliac disease in the general population in northern Spain. Strategies of serologic screening. Scand J Gastroenterol. 2000;35:398-402.
6. García Novo MD, Garfia C, Acuña Quirós MD, Asensio J, Zancada G, Barrio Gutiérrez S, et al. Prevalencia de la enfermedad celíaca en donantes de sangre aparentemente sanos en la Comunidad Autónoma de Madrid.
Rev Esp Enferm Dig. 2007;99:337-42.
7. D'Amico MA, Holmes JU, Stavropoulos SN, Frederick M, Levy J, De Felice AR, et al. Presentation of pediatric celiac disease in the United States: prominent effect of breastfeeding. Clin Pediatr. 2005;44:249-58.
8. Lo W, Sano K, Lebwohl B, Diamond B, Green PH. Changing presentation of celiac disease. Dig Dis Sci. 2003;48:395-8.
9. Dickey W, Bodkin S. Prospective study of body mass index of patients with celiac disease. BMJ. 1998;317:1290.

Capítulo 927

PARTO PREMATURO

ANA MARÍA PELÁEZ CANCIO

VERONICA VILLA CASTRESANA

SANDRA MORO ESPINEL

MARIA EVA VAZQUEZ HUERTA

1 Introducción

Por lo general, un embarazo llega a término normalmente entre las 37 y 42 semanas, de manera que se considera parto prematuro a todo aquel que se produce antes de completarse las 37 semanas de gestación.

El parto prematuro es la causa más común de muerte infantil y de discapacidad a largo plazo en los niños. Muchos órganos, incluidos el cerebro, los pulmones y el hígado, todavía se están desarrollando en las últimas semanas de embarazo,por lo que los bebés prematuros suelen necesitar un ingreso hospitalario más prolongado para terminar de desarrollarlos.

Cuanto más tarde se produzca el parto prematuro, mayor será la posibilidad del bebé prematuro de sobrevivir, y menores serán los problemas de salud que presentará. Los bebés que nacen prematuros tienen más riesgos de sufrir problemas cerebrales, neurológicos, respiratorios y digestivos, retraso en el desarrollo y problemas de aprendizaje en la niñez.

Según la semana del embarazo en la que nazca el bebé éste puede ser:

• Prematuro tardío, si nació entre la semana 34 y la semana 36 completas de embarazo.
• Prematuro moderado, si nació entre la semana 32 y la semana 34 de embarazo.
• Muy prematuro, si nació antes de las 32 semanas de embarazo.
• Prematuro extremo, si nació antes de las 25 semanas de embarazo.
• Antes de la semana 21 se considera aborto.

Dependiendo de los cuidados que requiera el bebé puede ser ingresado en una unidad de cuidados intermedios o en una unidad de cuidados neonatales intensivos donde un equipo especializado (Neonatólogo,Enfermeros,TCAE,Matronas,...) atenderá todas las necesidades del bebé.

2 Objetivos

- Conocer los factores de riesgo y la relación o influencia de éstos con el parto prematuro
- Identificar síntomas para establecer pautas correctas de actuación y posibles tratamientos
- Establecer medidas de prevención adecuadas
- Dar a conocer las consecuencias de un parto prematuro y posibles complicaciones.

3 Metodología

La elaboración de este capítulo se ha basado en una revisión bibliográfica y de páginas web utilizando palabras clave como: parto, prematuro, causas, síntomas, neonatología.

Asimismo, también se ha llevado a cabo la consulta de artículos en Medline,MayoClinic, NIHC, Google Académico...

4 Resultados

Los principales factores de riesgo que consideran los profesionales de la salud son:
• Aquellas mujeres que ya hayan tenido un parto o trabajo de parto de parto prematuro anteriormente presentan más riesgo de repetir la misma situación.

• Estar embarazada de mellizos , trillizos o más (embarazos múltiples) o utilizar tecnología de reproducción asistida.
• Las mujeres con determinadas anormalidades en los órganos reproductores corren más riesgo de tener un trabajo de parto y un parto prematuros. Por ejemplo, las mujeres con un cuello uterino corto o cuyo cuello uterino se acorta en el segundo trimestre.

Además, hay determinadas enfermedades (algunas durante en el embarazo) que favorecen que se produzca parto prematuro:
• Infecciones del tracto urinario.
• Infecciones de transmisión sexual (ETS)
• Determinadas infecciones vaginales como la vaginosis bacteriana y la tricomoniasis.
• Presión arterial alta.
• Sangrado por la vagina.
• Determinadas anormalidades del desarrollo en el feto.
• Embarazo que resulta de la fecundación in vitro.
• Tener peso bajo u obesidad antes del embarazo.
• Período de tiempo breve entre los embarazos (menos de 6 meses entre el parto y el inicio del embarazo siguiente).
• Placenta previa, una enfermedad en que la placenta crece en la parte más baja del útero y cubre toda o parte de la abertura del cuello uterino.
• Tener riesgo de ruptura del útero (cuando la pared del útero se desgarra). La ruptura del útero es más probable si tuvo un parto por cesárea anterior o si se le extirpó un fibroma uterino.
• Diabetes (niveles altos de azúcar en la sangre) y diabetes gestacional (que ocurre solo durante el embarazo).
• Problemas de coagulación sanguínea.

Otros factores son:
• Origen étnico: El parto prematuro se produce con mayor frecuencia en algunos grupos raciales y étnicos determinados, como por ejemplo, en el caso de mujeres afroamericanas.
• Edad de la madre: Las mujeres menores de 18 años y las mayores de 35 años tienen mayor probabilidad, éstas últimas debido a que son más propensas a sufrir prsión arterial alta y diabetes que pueden causar complicaciones.
• Determinados factores vinculados al entorno y al estilo de vida como:
- Recibir atención médica tardía o nula durante el embarazo.
- Hábito de fumar.

- Beber alcohol.
- Consumir drogas ilegales.
- Violencia doméstica, incluido abuso físico, sexual o emocional.
- Falta de apoyo social.
- Estrés.
- Horas de trabajo extensas con largos períodos de pie.
- Exposición a determinados contaminantes ambientales.

SÍNTOMAS:

Algunos de los síntomas son propios y naturales de un embarazo normal, sin embargo cualquiera de ellos puede llevar a sospechar sobre un parto prematuro y se debe acudir al médico ante la duda:
● Contracciones regulares o frecuentes que hacen que el vientre se endurezca como un puño y que pueden o no causar dolor.
● Presión sobre el pubis, como si el bebé estuviera empujando hacia abajo.
●Dolor leve y constante en la zona lumbar.
● Cólicos similares a los menstruales.
● Calambres abdominales con o sin diarrea.
● Aumento de las secreciones vaginales y/o flujo vaginal pardo o sanguinolento.
● Cambio en el flujo vaginal (acuoso, mucoso o con sangre) o más flujo de lo habitual.
● Rotura de la bolsa.

CAUSAS:

Principalmente hay tres situaciones en las que podrían producirse un trabajo de parto y un parto prematuros:
● Trabajo de parto y parto prematuro espontáneos: no intencional ni planificado antes de las 37 semanas de gestación.
● Parto prematuro indicado por razones médicas: si hay una enfermedad grave el médico es probable que recomiende el parto prematuro aunque siempre hará lo posible por mantener al bebé en el vientre materno el mayor tiempo posible.
● Parto prematuro electivo (no indicado por razones médicas), lo más recomendable es esperar al menos hasta las 39 semanas para inducir el parto o realizar cesárea,salvo que haya problemas médicos.

En la mayoría de los partos prematuros no se pueden determinar las causas pero

existen ciertos factores (además de los anteriormente mencionados) que incrementan las posibilidades de que ocurran:
- Problemas de la madre (infecciones urinarias,enfermedades renales,cardíacas,diabetes,anemias graves..).
- Estado de la madre: estrés, depresión, maltrato, carencias alimentarias, fumar, consumir alcohol o drogas.
- Exceso de ejercicio físico.

DIAGNÓSTICO:

Las pruebas y procedimientos utilizados para diagnosticar el trabajo de parto prematuro son:
● Historia clínica,antecedentes y factores de riesgo: se revisa el historial de la paciente y la posible existencia de factores de riesgo, sobre todo en lo referente a otros partos prematuros anteriores, embarazos gemelares o con líquido amniótico abundante.
● Exploración vaginal: el ginecólogo explorará y observará al tacto si el cuello del útero está cerrado y duro, si por el contrario está blando y/o abierto con dilatación entonces las probabilidades de parto prematuro aumentan.
● Ecografía vaginal: permite medir la longitud del cuello uterino y si hay contracciones regulares entonces podría producirse parto prematuro. A mayor longitud de cuello menos riesgo. Además, también permite verificar si existen problemas con el bebé o la placenta, confirmar la posición del bebé, evaluar el volumen de líquido amniótico y estimar el peso del bebé.
● Registro cardiotocográfico: es la monitorización fetal o comúnmente llamado ”monitores” y registra las contracciones. Si éstas están acompañadas de cambios en la dureza y/o dilatación y/o acortamiento del cuello del útero puede indicar riesgo de parto prematuro.
● Fibronectina: es una sustancia proteica que se encuentra en el líquido amniótico, placenta y entre las membranas fetales pero que no se detecta en la vagina a partir de las 18 semanas, por lo tanto si se detectase en una prueba llamada test de fibronectina indicaría parto prematuro.

TRATAMIENTO:

Cuando hablamos del tratamiento del parto prematuro no se hace referencia a parar las contracciones sino a hacer todo lo posible para darle al bebé el mayor tiempo en el vientre materno para conseguir una maduración pulmonar ade-

cuada. Para ello el límite que se suele establecer para poder aplicar el tratamiento correspondiente es en las 34 semanas.

El tratamiento puede ser utilizando medicamentos o determinados procedimientos quirúrgicos:
● Medicamentos:
- Corticoesteroides: Consiste en una inyección de esteroides potentes para acelerar la madures pulmonar del bebé
- Sulfato de magnesio: se aplica cuando la paciente corre el riesgo de ponerse de parto entre las semanas 24 y 32, lo cual puede reducir el riesgo de que el bebé tenga algún daño cerebral si nace antes de la semana 32.
- Tocolíticos: suelen ser dos medicamentos que se administran para retrasar el parto prematuro unos días suspendiendo las contracciones, y se hace por vía intravenosa
- Antibiótico: para prevenir posibles infecciones de la gestante y el bebé por estreptococo Grupo B o por ruptura temprana de la membrana.
● Procedimientos quirúrgicos:
- Cerclaje cervical: consiste en el cierre del cuello uterino con suturas sólidas que se retiran aproximadamente en la semana 37 o antes si fuera necesario. Esto ayuda a mantener el cuello cerrado para impedir que el bebé nazca antes d tiempo.

Los responsables médicos también pueden aconsejar el reposo en cama para ayudar a conservar el embarazo más tiempo, eso significa que la paciente no puede esforzarse hasta el momento en que nazca el bebé , mantener la calma permanecer quieta el tiempo que sea posible.

COMPLICACIONES:

Las complicaciones derivadas de un parto prematuro puede ser muy variadas y pueden manifestarse en el momento del nacimiento o desarrollarse posteriormente:
● A corto plazo:
- Problemas o síndrome de dificultad respiratoria: el bebé aún tiene un sistema respiratorio inmaduro y se le debe proporcionar oxígeno en su incubadora. Además pueden sufrir ”apnea” (pausas prolongadas en la respiración lo que puede reducir su ritmo cardíaco).
- Problemas de corazón: como hipotensión o complicaciones que pueden terminar derivando en soplo cardíaco, insuficiencia cardíaca…

- Problemas cerebrales:sobre todo hemorragia cerebral intraventricular que en muchos casos se resuelve solo, aunque en algunos casos puede causar lesión cerebral permanente.
- Problemas de control de temperatura: los bebés prematuros pierden calor corporal rápidamente debido a que no tiene almacenada la grasa corporal que tendría un bebé que nace a término lo que le impide generar el calor suficiente para compensar el calor que pierde. Ésto puede producir hipotermia.
- Problemas gastrointestinales: al tener el aparato digestivo inmaduro pueden sufrir enterocolitis necrosante (daño en las células que recubren la pared del intestino después de empezar a alimentarse).
- Problemas sanguíneos: como anemia (recuento bajo de hemoglobina en sangre) e ictericia(color de piel y ojos amarillos por exceso de bilirrubina en sangre)
- Problemas del sistema inmunitario: al estar poco desarrollado este sistema puede haber mayor riesgo de contraer infecciones y terminar en septicemia(infección que se extiende al torrente sanguíneo).

● A largo plazo:
- Parálisis cerebral
- Deficiencia en el aprendizaje
- Problemas de visión
- Problemas de audición
- Problemas en los dientes (retraso en la dentición,cambios de color,mala alineación..)
- Problemas de conducta y psicológicos.
- Problemas crónicos de salud(asma,problemas de alimentación,...)

5 Discusión-Conclusión

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) cada año de producen en el mundo en torno a unos 15.000.000 de partos prematuros, aproximadamente un millón de niños prematuros mueren debido a complicaciones en el parto y muchos sobreviven pero padecen algun tipo de discapacidad crónica.

Por ello es fundamental tomar una serie de medidas antes,durante y después del embarazo para evitar que se pueda producir un parto prematuro y ofrecer servicios sanitarios que además ayuden a reducir las complicaciones tanto en el parto como en etapas posteriores (inyeccones de esteroides prenatales para fortalecer los pulmones del bebé, antibióticos para tratar posibles infecciones, aplicar el "método canguro" (contacto piel con piel de la madre /padre y el

bebé),asesoramiento sobre dieta saludable,sobre consumo de tabaco y otras sustancias, revisiones periódicas durante el embarazo.

6 Bibliografía

- https://medlineplus.gov/spanish/pretermlabor.html
- https://espanol.nichd.nih.gov/salud/temas/preterm/informacion
- https://nacersano.marchofdimes.org/parto-y-nacimiento/senales-del-parto-prematuro.aspx
- https://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/embarazo-maternidad/mi-embarazo/sin012216wr.html
- https://cuidateplus.marca.com/reproduccion/parto/diccionario/parto-prematuro.html
(2020)
- https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/premature-birth/symptoms-causes/syc-20376730
- https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth

Capítulo 928

PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ETS).

SILVIA FERNÁNDEZ NÚÑEZ

1 Introducción

Una ETS es una infección que puede estar provocada por bacterias, hongos, parásitos o virus y que generalmente se transmite por la sangre, semen y fluidos vaginales persona a otra a través de las relaciones sexuales, ya sea por vía vaginal, anal u oral. Además de estas formas de contagio, una infección de transmisión sexual también puede transmitirse tanto a través del contacto íntimo como compartiendo los juguetes sexuales con la persona infectada.

Aunque las personas más propensas de padecer una ETS son las personas sexualmente activas, especialmente los jóvenes y quienes tienen varias parejas sexuales, existen otros factores que aumentan el riesgo de sufrir este tipo de infección:

- Relaciones sexuales sin protección
- Antecedentes de ITS.
- Compartir agujas con otras personas

Los tipos de ETS más frecuentes:
1. Herpes genital: esta enfermedad está causada por dos tipos de virus, el VHS-1 y el VHS-2. No existe una cura para el herpes pero es importante acudir al médico para evitar consecuencias como la probabilidad de desarrollar enfermedades tales como el VIH.

2. (VPH): esta infección está causada por el virus del papiloma humano. No existe tratamiento pero es importante acudir al médico en caso de aparición de verrugas en las zonas genitales.
3. Hepatitis: la más común es la hepatitis B, la cual está causada por el VHB.
4. Clamidia: está causada por la bacteria Chlamydia trachomatis y si no se trata puede provocar infertilidad en el caso de las mujeres.
5. Tricomoniasis: es causada por el parásito Trichomonas vaginalis y su falta de tratamiento puede aumentar el riesgo de contraer otras enfermedades o infecciones como el VIH.
6. Candidiasis: es provocada por el hongo Candida albicans y la falta de tratamiento puede agravar los síntomas de esta infección.
7. Gonorrea: está causada por la bacteria Neisseria gonorrhoeae y sino se trata puede producir con el tiempo esterilidad en las mujeres y riesgo de contraer el VIH.
8. VIH/SIDA: es una enfermedad causada por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). La principal consecuencia del VIH si no se trata es la destrucción de las células del sistema inmunitario, conduciendo al síndrome de inmunodeficiencia adquirida o SIDA y dejándonos expuestos a cualquier infección y.
9. Sífilis: está provocada por la bacteria Treponema pallidum y si no se trata a tiempo puede tener consecuencias graves para la salud como daño cerebral (en etapas muy avanzadas).
10. Vaginosis Bacteriana: está provocada principalmente por la bacteria Gardnerella vaginalis.
11. Chancroide: esta infección de transmisión sexual está causada por una bacteria denominada como Haemophilus ducreyi. El principal síntoma es las aparición de úlceras dolorosas (en el caso de los hombres), por lo que si no se trata, éstas pueden afectar al tejido de alrededor y provocar infecciones más graves.
12. Sarna: está causada por una parásito llamado Sarcoptes scabiei y si no se trata puede agravar los síntomas de picazón y sarpullidos en la piel.
13. Piojos púbicos (ladillas): está provocado por un parásito conocido como Pthirus pubis y es importante tratarla para evitar la expansión de estos organismos por el cuerpo.

Otras enfermedades de transmisión sexual menos comunes:
1. Enfermedad inflamatoria pélvica (EIP): es provocada por bacterias que causan la clamidia y la gonorrea.
2. Cervicitis mucopurulenta: esta infección es causada por otras ETS como la clamidia y gonorrea.
3. Molusco contagioso: causado por el virus Molluscipoxvirus.

4. Linfogranuloma venéreo (LVG): causada por la bacteria Chlamydia trachomatis.
5. Campilobacteriosis: provocada por la bacteria Campylobacter.
6. Citomegalovirus: causado por el virus Betaherpesvirinae.
7. Salmonelosis: causada por la bacteria Salmonella.

2 Objetivos

- Prevenir las Enfermedades de Transmisión Sexual a través de una intervención de educación para la salud (EpS)
- Identificar los conocimientos que en materia de sexualidad tiene la población.
- Averiguar el nivel de conocimiento en el manejo, uso y conservación del preservativo como medio preventivo en enfermedades de transmisión sexual.
- Facilitar la comunicación verbal y no verbal para identificar conductas de riesgo.
- Trabajar los comportamientos adecuados y seguros que deben adquirir frente a las relaciones sexuales.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Bibliografía

- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2011). "Cómo prevenir las enfermedades de transmisión sexual" The American Congress of Obstetricians and Gynecologists. Septiembre, 2011.
- Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. (2012). "Enfermedades de Transmisión Sexual". Atlanta, USA, 2012.
- PALMIERI: "Enfermedades Infecciosas". 3a edición.Estrategia Mundial del Sector de la Salud contra las Infecciones de Transmisión Sexual para 2016–2021

Capítulo 929

RCP BÁSICA EN PEDIATRÍA

VERÓNICA RODRÍGUEZ DÍAZ

CRISTINA PELAEZ BANIELA

ELVIRA LORENZO PRENDES

1 Introducción

La RCP (reanimación cardiopulmonar) es el conjunto de maniobras que permiten identificar si un niño está en situación de parada cardiorespiratoria y realizar una sustitución de las funciones respiratoria y circulatoria, sin necesidad de ningún equipamiento específico, hasta que la víctima pueda recibir un tratamiento más cualificado.

La parada cardiorespiratoria suele ser poco frecuente en niños. Se presenta con más frecuencia en lactantes, siendo las causas más habituales:
- el síndrome de muerte súbita.
- las malformaciones congénitas.
- las complicaciones de la prematuridad.
- la enfermedad respiratoria aguda.

Las causas más frecuentes en niños son:
- accidentes: de tráfico, ahogamiento, atragantamiento con objetos, intoxicación, electrocución.
- patologías: enfermedades cardiovasculares, bronquiolitis, asma.
-infecciones graves como la meningitis.

2 Objetivos

- Dar a conocer la importancia de la RCP básica exponiendo qué es y cómo se realiza en niños esta maniobra, imprescindible, tanto en el ámbito sanitario como fuera de éste.

3 Metodología

Para realizar este capítulo se ha realizado una búsqueda sistemática por diferentes bases de datos, se han revisado y consultado libros y guias de pediatría.

4 Resultados

Los pasos para realizar la maniobra de reanimación cardiopulmonar siguen una secuencia lógica para garantizar la efectividad y éxito de la técnica.

-Asegurar la integridad física del niño y del reanimador. Si sospechamos que el niño puede tener lesiones en el cuello deberemos ser cuidados, ante un traslado lo inmovilizaremos.

- Verificar el nivel de consciencia del niño: le preguntaremos como se encuentra y le llamaremos por su nombre. Si no reponde le daremos unas palmadas, lo pellizacaremos… Observaremos si se mueve o emite algún sonido.

- Si está consciente le colocamos en posición de seguridad, siempre que no sospechemos que pueda tener una lesión en el cuello. Para ello colocamos al niño en decúbito supino, con las extremidades estiradas. Extendemos el brazo más cercano a nosotros por encima de su cabeza, manteniendo el codo flexionado formando un ángulo recto. El otro brazo lo colocaremos sobre su pecho situando su mano bajo su mejilla a modo de almohada. Tiraremos de él hasta colocarlo en posición lateral, comprobando que su rodilla esté ligeramente flexionada y tocando el suelo. La cabeza estará apoyada en la mano y con una ligera hiperextensión del cuello. Se cambiará de lado cada 30 minutos. En el caso de niños lactantes le colocaremos de lado, con una manta, toalla u otro objeto semejante a modo de sujeción.
Permaneceremos cerca del niño en todo momento y reevaluaremos su situación para ver si en algún momento necesita ayuda médica.

- Si no responde pediremos ayuda a alguien que esté cerca y llamaremos a los

servicios de emergencia.

- Comprobar si respira. Abriremos la vía aérea a través de la maniobra frente-mentón y observaremos si hay algún objeto extraño y visible que obstruya la vía aérea. Si lo hubiera lo sacaremos con los dedos.
La maniobra frente-mentón consiste en desplazar la frente del niño hacia atrás y elevar la mandíbula hacia arriba con ello evitaremos que la lengua vaya hacia atrás. En menores de 2 años no extenderemos el cuello, tan solo alinearemos cabeza y torax.
-Si no respira comenzaremos la RCP con 5 ventilaciones. Sellaremos la boca del niño con la nuestra pinzando la nariz. En el caso de lactantes sellaremos con nuestra boca su boca y nariz. No volveremos a repetir las ventilaciones aunque nos parezca que no están bien hechas, se da más importancia a las compresiones torácicas ya que supone menos interrupción de la circulacion de la sangre.
- Comprobaremos si responde, se mueve, tose o respira. Si no aparecen signos vitales empezaremos a realizar el masaje cardiaco. Haremos 30 compresiones y 2 respiraciones.
Se realizarán con el talón de la mano en el tercio inferior del esternón con una fuerza que unda un tercio de profundidad del torax.
En el caso de lactantes utilizaremos dos dedos, medio y anular, presionaremos un dedo por encima del apéndice xifoideo.
Cada 30 compresiones realizaremos 2 insuflaciones de aire. Debemos continuar hasta que vuelva a latir el corazón, el niño respire o lleguen los servicios médicos. Si hay más de una persona socorriendo al niño, lo ideal es que se turnen cada 2 ó 3 minutos (5 ciclos de 30 compresiones y 2 respiraciones) para reponer fuerzas y evitar agotamiento

5 Discusión-Conclusión

Al ocurrir una parada cardiorespiratoria los primeros 6 minutos son cruciales para lograr revertir este evento. Si no se restablecen las funciones vitales y el flujo de sangre del niño se detiene, puede ocasionar daño cerebral e incluso la muerte. Por cada minuto de retraso se pierde un 10 % de posibilidades de reanimación. Es muy importante continuar con la RCP hasta que vuelva el latido del corazón y la respiración del niño o hasta que llegue ayuda médica.

6 Bibliografía

-Grupo español de reanimación cardiopulmonar pediátrica y neonatal: Calvo Macías C., Delgado Domínguez M.A., García- Castillo Riesgo L., López-herce Cid J., Loscertales Abril M., Rodríguez Nuñez A., Tormo Calandia C. Normas de reanimación cardiopulmonar básica y avanzada en pediatría.
- Menéndez Suso J.J. Reanimación cardiopulmonar básica en Pediatría. Pediatría integral.
-Protocolos diagnósticos y terapéuticos en urgencias de pediatría. Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. 3° edición

Capítulo 930

ACTUACIÓN ANTE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN.

SARA SÁNCHEZ LOMBARDIA

1 Introducción

Se define a las úlceras por presión como lesiones en la piel producidas por ejercer una presión prolongada sobre una misma zona provocando un bloqueo sanguíneo y una degeneración de la piel causando incluso necrosis .

Aunque la principal causa por la que aparecen dichas lesiones es la presión prolongada existen otros factores que favorecen su aparición; dichos factores los dividiremos en dos bloques: extrínsecos e intrínsecos
- Factores extrínsecos: fricción, humedad .
- Factores Intrínsecos: pérdida de función se sinsita y motora, permanecer durante largos períodos de tiempo en la misma posición.

Definiremos las medidas preventivas como aquellas que sirven para proteger tanto la vida como la salud

2 Objetivos

- Prevenir mediante la utilización de ciertos mecanismos o pautas que dichas lesiones aparezcan en la piel.

3 Metodología

Para realizar el siguiente capítulo se llevó a cabo una exhaustiva búsqueda en diferentes medios y bases de datos como Pubmed, Scielo, Medline. También se consultaron temarios y guías usando las palabras clave: úlceras, prevención.
Se seleccionaron los artículos más recientes y de mayor interés. Y de ellos se sustrajo información pertinente.

4 Resultados

Las personas con más posibilidad de padecer dichas lesiones son aquellas que permanecen mucho tiempo en la misma postura como ocurre con las personas encarmadas o en sillas de ruedas

Estos mecanismos o medidas serán las siguientes:
_Cambios posturales cada dos o tres horas como mínimo
_Utilización de mecanismos de alivio de presión como son: colchones ,cojines .

Una vez que la lesión aparezca nuestro objetivo será evitar su evolución utilizando los tratamientos necesarios y adecuados en cada instante. Entre los tratamientos utilizados encontramos los apósitos; los cuales se podrán utilizar mientras no esté muerta la piel en caso de que esto ocurra eliminaremos la piel muerta. Estos tratamientos o curas deberán ser realizados por personal sanitario.

5 Discusión-Conclusión

La medida preventiva más importante para evitar su aparición o incluso su evolución será: observar diariamente la piel del enfermo mientras se le realiza informando posteriormente a quien corresponda si detectamos cualquier rojez o anomalia que detectemos .

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 931

TCAE: RECEPCIÓN DE UN PACIENTE AL INGRESO EN LA UNIDAD

CARLOTA PATRICIA HOLGUERA ALONSO

1 Introducción

Los ingresos que recibiremos podrán ser programados o venir desde el área de Urgencias y aunque es esencial empatizar con el paciente y su familia, ser amable y comprender la angustia que conlleva un ingreso hospitalario, tendremos especial sensibilidad con los que llegan de Urgencias, ya que en la mayoría de los casos se genera incertidumbre y un desajuste de la dinámica familiar ya que suele ser un ingreso menos previsto.

2 Objetivos

Conocer qué tareas vamos a realizar o qué instrucciones debemos dar al paciente cuando llega nuevo a la unidad, mejorando así nuestra atención como técnicos en cuidados auxiliares de enfermería.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Acompañaremos al paciente y a su familia a la habitación indicada, asegurándonos de que la habitación esté limpia, la cama hecha y que todo funcione correctamente (agua corriente en el baño, tomas de aspiración y oxígeno si las hubiera, timbre, mando de la tv…).

Nos presentaremos al mismo indicándoles que somos su TCAE de referencia en ese turno y a su familia, así mismo presentaremos al compañero de habitación en caso de que lo hubiera, le mostraremos la unidad y la habitación, así como la correcta utilización de timbres, luces y demás elementos del mobiliario.

Informaremos al paciente y su familia sobre los horarios de visita, normas de régimen interno del centro y las propias de la unidad, características y servicios disponibles en el centro hospitalario, etc.

Le proporcionaremos los utensilios de aseo personal, así como pijama o camisón; En caso necesario, le ayudaremos a la colocación de dichas prendas o lo haremos nosotros mismos.

Pondremos en contacto al paciente y/o familiares con la Enfermera responsable de su cuidado.

Los pacientes requerirán ser identificados con una pulsera colocada en su muñeca en la que conste su nombre y apellidos, fecha de nacimiento, número de historia clínica y fecha y hora de ingreso.

5 Discusión-Conclusión

Hemos aprendido cuáles son las indicaciones que debemos de proporcionar tanto al paciente como a su familia cuando llega un nuevo ingreso a la unidad, tomando consciencia de que el paciente normalmente llegará nervioso, intentaremos darle toda la información de forma clara y concisa intentando darle tranquilidad.

6 Bibliografía

- Protocolo de acogida del paciente- 18 Junio 2014- autor web codem- disponible en https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=
- http://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/

- Ingreso del paciente- 2 Enero 2015- Hospital General Universitario Gregorio Marañon- disponible en https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=
- http://www.madrid.org

Capítulo 932

DISLEXIA: CUÁLES SON SUS SÍNTOMAS Y QUÉ TRATAMIENTO EXISTE.

MARÍA PAZ GARCÍA ARGUELLES

ALICIA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ

ANA MARIA MATÉ GONZALEZ

MONTSERRAT CABALLERO SUÁREZ

SUSANA ALONSO POSADA

1 Introducción

Definimos la Dislexia; como un trastorno en el aprendizaje lo que supone cierta dificultad a la hora de leer, a causa de los problemas para distinguir los sonidos del habla y relacionarlos con las letras y las palabras. La dislexia, que también se llama «dificultad de lectura», es porque afecta algunas zonas del cerebro que son las que procesan el lenguaje.

El papel importante aquí lo juegan el apoyo tanto emocional como educativo y el personal cualificado. Aunque para este trastorno no hay cura, una evaluación precoz, así como una intervención adecuada dan lugar a buenos resultados. Muchas veces, la dislexia no cuenta con un diagnóstico precoz, es más, todo lo contrario continúa sin ser identificada hasta pasados los años.

2 Objetivos

- Identificar las causas, factores, síntomas, con la mayor brevedad posible, para poder otorgar un tratamiento adecuado a la persona afectada, y evitar dificultades severas en el aprendizaje.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica de diferentes bases de datos: O.M.S., Pubmed, Laurosse de enfermería, Dialnet, Scielo, google académico, Revistas Neurológicas.
Los descriptores son: dislexia, lenguaje, aprendizaje, causas, síntomas, diagnóstico y tratamiento.
Como criterios de inclusión se tiene en cuenta los textos gratuitos en castellano e inglés, y de exclusión aquellos que carecieran de un acceso libre.

4 Resultados

Como factores de riesgo de la dislexia se pueden considerar:
- Antecedentes familiares de dislexia u otras dificultades de aprendizaje, Bajo peso al nacer o nacimiento prematuro

– El ser vulnerable a sustancias tóxicas (como drogas) o a bebidas alcohólicas o cualquier infección que pueda darse durante la gestación pudiendo alterar el desarrollo cerebral del feto

- Diferencias individuales en las partes del cerebro que permiten la lectura. La dislexia es un trastorno del aprendizaje que da como resultado un problema a la hora de leer, debido a problemas para diferenciar los sonidos del habla y relacionarlos con las letras y las palabras. La dislexia, o «dificultad de lectura», afecta zonas del cerebro que procesan el lenguaje. Una gran parte de los niños con este trastorno suele tener éxito si el diagnóstico es precoz, ya que con la ayuda de un tutor o de un programa de aprendizaje especializado, se va cogiendo soltura y confianza, hay que tener en cuenta el apoyo emocional del entorno, ya que también juega un papel importante.

Aunque para la dislexia no haya cura, una evaluación e intervención a tiempo producen buenos resultados. Hay que recordar que la dislexia, en ocasiones no

se diagnostica durante años y permanece sin ser identificada hasta una edad avanzada. Como tratamiento eficaz para la dislexia, resaltaremos; enfoques y técnicas educativas específicos, ya que se recomienda comenzar la terapia lo antes posible. Los análisis psicológicos ayudarán a los maestros a desarrollar un programa de enseñanza adecuado.

- Los maestros pueden usar técnicas que involucran la audición, la visión y el tacto para mejorar las habilidades de lectura. Ayudar a un niño a usar varios sentidos para aprender (por ejemplo, escuchar una lección grabada y trazar con un dedo la forma de las letras usadas y las palabras pronunciadas) puede ayudarlo a procesar la información.

5 Discusión-Conclusión

A veces la dislexia es detectada cuando las señales tienen que ver con las emociones y la conducta. Las personas tienen dificultades con las habilidades más complejas como comprensión lectora, la gramática, la estructuración de las oraciones.

El problema, es que la dislexia no solo afecta el aprendizaje, puede verse afectada por actividades diarias, como la memoria y el manejo del estrés, sin hablar de la dificultad de la socialización.

No existe ningún método que corrija esta singularidad cerebral, pero la detección y evaluación temprana, harán determinar las necesidades individualizadas para cada afección, mejorando así el éxito en los pacientes con dislexia.

6 Bibliografía

- https://medlineplus.gov/spanish/
- La dislexia origen, diagnostico, recuperación' por Fernanda Fernández Baroja, Ana María Llopis Paret, Carmen Pablo De Riesgo.
- Dislexia aspectos psicológicos y neurológicos por Frank H. Duffy y Norman Geschwind. https://www.scielo.org/es/
- https://www.mayoclinic.org/es
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/

Capítulo 933

EL ASMA.

ANDREA FERNANDEZ SUAREZ

1 Introducción

El asma es una enfermedad inflamatoria respiratoria crónica, en cuya patogenia intervienen diversas células y mediadores de la inflamación, que cursa con una obstrucción variable del flujo aéreo. Cuando se presenta un ataque de asma, los músculos que rodean las vías respiratorias se tensionan y su revestimiento se inflama reduciendo la cantidad de aire que puede pasar por estas. El asma es una enfermedad crónica, que por lo general no tiene una cura definitiva, pero su evolución es variable y en ocasiones se consigue la remisión. Es una enfermedad cada vez más frecuente entre los niños y los jóvenes. Se calcula que la padece el 5 por ciento de la población adulta y el 10 por ciento de los niños y adolescentes en países industrializados, y en muchos casos la enfermedad aparece como respuesta a determinados estímulos que producen alergia.

La mayoría de las personas con asma tienen ataques separados por períodos asintomáticos. Algunas personas tienen dificultad prolongada para respirar con episodios de aumento de la falta de aliento. Los ataques de asma pueden durar de minutos a días y se pueden volver peligrosos si se restringe el flujo de aire de manera importante. Los síntomas del asma incluyen: Tos con o sin producción de esputo (flema); retracción o tiraje de la piel entre las costillas al respirar (tiraje intercostal); dificultad para respirar que empeora con el ejercicio o la actividad y sibilancias. Otros síntomas considerados de emergencia que necesitan atención médica serían: labios y cara de color azulado; disminución del nivel de lucidez mental, como somnolencia intensa o de confusión, durante un ataque asma; dificultad respiratoria extrema; pulso rápido y sudoración. Las características básicas de esta enfermedad son la inflamación, aumentando la sensibilidad bronquial y

la obstrucción. El aumento de la sensibilidad bronquial, tras la exposición a diversos estímulos (humos, gases, olores, aire frío o ejercicio), los bronquios de los asmáticos se contraen produciendo el estrechamiento de la vía aérea. La obstrucción bronquial, que es variable y reversible, bien sea de manera espontánea o con tratamiento, durante las crisis el aire circula con dificultad produciendo pitidos y sensación de fatiga o ahogo.

Los síntomas de asma se pueden reducir evitando los desencadenantes y las sustancias que irritan las vías respiratorias. Para ello se deben de seguir una serie de normas básicas como:

1. Cuando la causa del asma es extrínseca como por ejemplo una alergia, evitar la exposición a los agentes que la originan.
2. Los alérgicos deben tratar de evitar realizar ejercicios intensos en época de polinización, ya que esto puede generar dificultades respiratorias que deriven en un ataque de asma.
3. Los padres deben controlar a los niños en especial cuando atraviesen un proceso viral o si padecen obesidad, poniendo especial atención ante la aparición de pitidos, fatiga y otros signos de obstrucción bronquial.
4. Los asmáticos ya diagnosticados deben seguir un plan de acción para el asma, un plan detallado para tomar el tratamiento y para controlar un ataque de asma, con un seguimiento estricto del tratamiento, incluso cuando experimenten fases de mejoría.
5. Las personas con asma deben abstenerse completamente de fumar.

Existen diferentes clasificaciones del asma. Según los factores desencadenantes, podemos distinguir entre:

A- asma alérgico, aparece en relación con la exposición a sustancias alérgicas.
B- asma estacional, su aparición está relacionada con el polen de las plantas.
C- asma no alérgica, las crisis se desencadenan por sustancias irritantes.
D- asma ocupacional, las crisis se desencadenan por la exposición a sustancias químicas del lugar de trabajo.
E- asma inducida por el ejercicio, desencadenado por el ejercicio o la actividad física.
F- asma nocturna, los síntomas empeoran a media noche, especialmente de madrugada. Según su nivel de control, hablamos de:

A- asma controlado, sin síntomas diarios o nocturnos; no necesita medicación de rescate y las reagudizaciones son poco frecuentes.
B- asma parcialmente controlado, con síntomas diurnos dos o más veces por semana, con algún síntoma nocturno. Es necesario el uso de medicación de rescate y las reagudizaciones son más frecuentes (una o más por año).

C- asma no controlado, con tres o más características del asma parcialmente controlado, las reagudizaciones son semanales.
Según el grado de obstrucción de las vías respiratorias, la gravedad y frecuencia de presentación de los síntomas, se clasifica en:
A- Asma persistente, los síntomas aparecen durante todo el año. Dentro del asma persistente se distingue entre:
- Asma persistente leve, los síntomas aparecen más de dos veces por semana.
- Asma persistente moderado, cuando los síntomas aparecen todos los días.
- Asma crónico, los síntomas son continuos. Las crisis o reagudizaciones son muy frecuentes y graves.
B- asma intermitente: los síntomas aparecen dos o menos veces por semana, y los síntomas nocturnos aparecen dos o menos veces al mes. Las crisis de asma o exacerbaciones suelen ser breves, y entre una crisis y la siguiente el paciente permanece asintomático.
Para realizar un buen diagnóstico de esta enfermedad se debe realizar un diagnóstico clínico, basado en la historia clínica donde se ponen de manifiesto los síntomas; un diagnóstico funcional, se realiza una prueba de función respiratoria (espirometría) con el fin de poder objetivar la obstrucción al flujo aéreo y por último un diagnóstico etiológico, dirigido a buscar la causa que desencadena los síntomas, identificar la causa es el paso más importante para poder controlar la enfermedad. Para establecer un tratamiento se sigue una estrategia global e individualizada, basada en el tratamiento farmacológico óptimo y en las medidas de supervisión, control ambiental y de educación en asma. El tratamiento del asma debe tener en cuenta la inflamación de la mucosa bronquial, el broncoespasmo y las alergias. El tratamiento de la inflamación es la parte más importante del tratamiento, ya que si no se trata la inflamación, los efectos de los broncodilatadores son efímeros. Para el tratamiento inmediato del broncoespasmo se utilizan broncodilatadores. Existen dos tipos fundamentales según la duración de su acción: los broncodilatadores de acción prolongada se toman por la mañana y por la noche todos los días, se tengan o no síntomas, mientras que los de acción corta se suelen reservar para tomar en caso de necesidad. En pacientes en los que se demuestra un componente alérgico, el tratamiento con antihistamínicos puede ser beneficioso, no obstante, lo más eficaz es evitar o reducir en lo posible la exposición a alergenos.

2 Objetivos

Facilitar información para controlar los síntomas y evitar en lo posible la aparición de las crisis para que una persona con asma pueda tener buena calidad de vida y desarrollar sus actividades en la vida diaria.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Palabras clave como “síntomas”, “tipos”, “prevención” y “tratamiento”.

4 Bibliografía

- https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/asthma/symptoms.
- https://www.who.int/respiratory/asthma/es
- https://medlineplus.gov/spanish/asthma.html.
- https://www.webconsultas.com/asma/asma-2037
- https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/respiratorias/asma.html

Capítulo 934

TCAE: FINALIDADES DE LA HIGIENE Y EL ASEO DE UN PACIENTE

SARA VEGA ESTRADA

1 Introducción

La higiene es un conjunto de actividades que se realizan para mantener limpia la piel, el cabello, los dientes, las uñas... y que además el TCAE ayudará al paciente en caso de que lo necesite para prevenir también la aparición de enfermedades dentro de un centro hospitalario.

2 Objetivos

Conocer cuales son las finalidades de la higiene corporal del paciente como TCAE en un centro hospitalario.

3 Metodología

Basada en la evidencia científica, en la búsqueda de bases de datos mas importantes, asi como revisión en libros, artículos especializados y material formativo.

4 Resultados

La higiene del paciente tiene una serie de finalidades:
- Conservar la integridad de la piel.
- Estimular la circulación sanguínea.

● Disminuir la temperatura corporal en casos de hipertermia.
● Mejorar el confort y bienestar del paciente, ayudando a mejorar su autoestima.
● Observar durante el aseo cualquier signo que pueda evidenciar un problema de salud (escaras, conducta del paciente, sistema músculo-esquelético…)
● Evitar que se acumulen secrecciones y la proliferación de bacterias evitando posibles infecciones.
● Eliminar la suciedad y las células descamadas, evitando el mal olor.
● Favorecer la relación con el paciente, por la próximidad que se crea en el momento del aseo con el paciente.

5 Discusión-Conclusión

Hemos aprendido cuales son algunas de las finalidades de la realización del aseo en el paciente como técnicos auxiliares de enfermería, siendo muy importante esta labor ya no solo de forma terapéutica para el paciente si no tambien como labor emocional.

6 Bibliografía

1- La importancia del aseo personal y la higiene en un centro de atención sociosanitaria- Oscar Rodríguez- 25 Junio 2015- disponible en http://masquemayores.com/magazine/la-importancia-del-aseo-personal-y-la-higiene-en-un-centro-de-atencion-sociosanitaria/
2- Higiene como reto de seguridad del paciente- Juani Loro- 4 Mayo 2017- disponible en https://www.google.com/amp/s/www.balancesociosanitario.com/Higiene-como-reto-de-seguridad-del-paciente_a4902.amp.html

Capítulo 935

FUNCIONES DEL TCAE ANTE EL PACIENTE QUEMADO HOSPITALIZADO

CARMEN MORENO GONZALEZ

MARIA JOSE BRAÑA ALONSO

ISABEL GUTIERREZ SALAZAR

1 Introducción

Una quemadura es toda lesión en la piel, resultado de un traumatismo físico o químico, como pueden ser electricidad, radiaciones, calor, frio, etc., que produce una desnaturalización de las proteínas de los tejidos. La quemadura puede afectar a la superficie de la piel, o producir una destrucción total de los tejidos implicados. Además puede dar lugar a una pérdida de líquido, de calor, y a una posible infección debido a la pérdida de la barrera frente a los microorganismos. Ante un paciente quemado lo primero que se debe hacer es valorar el estado general del paciente, obviando en el primer momento la quemadura.

Las quemaduras pueden clasificarse según el grado de la lesión en quemaduras de primer grado, de segundo grado y de tercer grado:
• Quemaduras de primer grado. Afectan únicamente a la epidermis, pero son muy dolorosas. Presentan inflamación pero se mantiene la integridad de la piel, soliendo curarse a los 3-4 días totalmente.

• Quemaduras de segundo grado superficial. Afectan a la dermis papilar, presentan ampollas completas. Son dolorosas con aspecto rosado, y el retorno venoso es normal. Al cabo de los 7-8 días suelen desaparecer.
• Quemaduras de segundo grado profundo. Afectan a la dermis reticular. Se diferencia de las anteriores por la rotura de las ampollas y la disminución de la sensibilidad de la piel, además de por la presencia de un retorno venoso disminuido. Suelen desaparecer alrededor de los 21 días, sino habría que realizar cirugía plástica.
• Quemaduras de tercer grado. Afectan a la todo el espesor de la piel. Son indoloras debido a la afectación de las terminaciones nerviosas. Presentan vasos trombosados y coloración blanquecina. Ocasionan secuelas importantes y en numerosas ocasiones requieren tratamiento quirúrgico.

Las quemaduras también se valoran según su extensión, con la regla del 9 o regla del Wallace, determinando el porcentaje corporal de la quemadura

2 Objetivos

Conocer las técnicas y procedimientos que debe realizar un TCAE en el cuidado de pacientes quemados hospitalizados.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo la revisión bibliográfica de varios artículos y páginas web tanto del ámbito de la enfermería como del de la medicina así como los propios protocolos de actuación del tcae ante un paciente quemado en la unidad de cirugía plastica del HUCA. Posteriormente se ha realizado un cribado de los datos y contenidos.

Las bases de datos elegidas fueron: Cochrane Library, Cuiden, Cuidatge y Pubmed.

Se han usado las siguientes palabras claves en la búsqueda: “quemadura”, “cuidados” , “críticos”

4 Resultados

En primer lugar debemos de informar al paciente de los procedimientos que vamos a realizar. En el caso del aseo vamos a necesitar mínimo a dos TCAE, dos enfermeras, dos celadores y en caso de que la quemadura sea grave también requeriremos una anestesia previa al paciente por parte del equipo de analgesia del servicio de UCI. Estos pacientes son hospitalizados en la planta de cirugía plástica que cuenta con una sala de bañera especial para el aseo y cura de las quemaduras. Se realiza el traslado del paciente a la misma con la ayuda de los celadores y se sitúa al mismo sobre una grúa-camilla que se introduce en la bañera. Se comienza el aseo en las zonas no afectadas, posteriormente se procede a la limpieza de las zonas quemadas con guantes estériles y gasas, mediante toques ligeros, sin frotar y con una solución de clorhexidina al 1%. Se aclara con suero salino y se procede al secado con compresas estériles mediante leves toques. Cubrimos las quemaduras con gasas estériles para su posterior cura por parte del equipo de enfermería.

5 Discusión-Conclusión

Una buena colaboración y coordinación de los profesionales sanitarios favorece el bienestar del paciente durante su estancia hospitalaria; aumento del confort del paciente, limpieza y desinfección para evitar infecciones de las zonas afectadas y preparación para su posterior cura por parte del personal de enfermería.

6 Bibliografía

- Alandro Castañeda M, Diez Gonzalez S. Revision del tratamiento de las quemaduras. Revista de Seapa 2013; XI 12-17
- Hoyos franco M.A. , Jaramillo Gonzalez N.C, Molina Diaz M.E., Valverde Pardo S, Posso Zapata C. Evaluación de la superficie corporal quemada en pacientes del Hospital Universitario San Vicente Paul. Revista Latreia vol. 20 nº1 2007
- Perez Pejenaute F, Gil Casado A, Sesma Sanchez M , Lizar Galindo M.A. Estudio de las quemaduras atendidas en el servicio normal de urgencias de Tudela. Revista pulso nº66 julio nº 66 julio 2011 33-35
- Pérez MT, Martínez P, Pérez L y Cañadas F. (2011) Guía de práctica clínica para el cuidado de personas que sufren quemaduras. Servicio Andaluz de Salud.
- Villanueva B. Resumen conferencia Asistencia de Enfermería de los pacientes con quemaduras.

- Departamento Hospital General de Valencia. Unidad de Enfermería dermatológica, úlceras y heridas. Protocolo de tratamiento de quemaduras en Atención Primaria.
- Povedano M. (2012). Cuidados de Enfermería ante las lesiones producidas por quemaduras. http://www.ceac.es/blog/quemaduras-regla-del-9
- Toribio R. (2010). Cuidados de Enfermería en las quemaduras. Junta de Extremadura Consejería de Sanidad y Dependencia.

Capítulo 936

ATENCIÓN Y CUIDADOS AL PACIENTE CON FIBROMIALGIA.

MARÍA ÁNGELES REPISO VAELLO

FERMINA PROENZA ALVAREZ

NURIA HUERTA GONZÁLEZ

1 Introducción

El nombre de fibromialgia deriva de" FIBROS "=Tejidos blandos del cuerpo "MIOS" = Músculos y "ALGIA "= Dolor musculoesquelético. A esta definición podemos añadir "generalizado crónico y de causa desconocida".
La fibromialgia significa dolor en los músculos, ligamentos y tendones (partes fibrosas del cuerpo). Hace años este proceso se reconocía con el nombre de Fibrositis, sin embargo, no se ha demostrado que haya inflamación periférica, por lo que se ha adoptado el nombre actual.

La fibromialgia (FM) es un síndrome doloroso crónico sin una etiología orgánica totalmente conocida (walfe ,T Y Bruusgaard, 1994 y Peña Arrebola , 1995) que se caracteriza por dolor musculo- esquelético generalizado , aumento de la sensibilidad al dolor , rigidez, fatiga , entendida como cansancio continuo y sueño no reparador (alteraciones en la fase IV) de manera que tienen la sensación de no haber descansado durante la noche al ser un sueño superficial de mala calidad con despertares frecuentes durante la noche .

En una gran proporción de pacientes aparecen asociados otras patologías como el

síndrome de colon irritable, cefaleas tensionales de predominio posterior, fenómeno de Raynaud, parestesias en los miembros superiores, sensación de hinchazón o tumefacción en las manos según va evolucionando el SFM. Con frecuencia aparece una depresión ansiosa, así como anomalías psicológicas de personalidad en mujeres perfeccionistas, muy exigentes consigo mismas y con los demás, que intentan ser muy eficaces con sus quehaceres diarios (Mera Varela, 1991), Rasgos depresivos e hipocondriacos, disfunciones sexuales, dificultades funcionales diversas como lapatología de la articulación temporomandibular.

El reumatólogo diagnostica la fibromialgia cuando encuentra en una persona determinada unas alteraciones que concuerdan con las que han sido recientemente fijadas por expertos para su diagnóstico. La patogénesis de la fibromialgia no está del todo clara, por eso es útil considerarla como una alteración en la modulación central del dolor que es explicable por la deficiente concentración de varias aminas biógenas a nivel del sistema nervioso central. Diferentes estudios sugieren que los pacientes con fibromialgia tienen un estado generalizado de amplificación del dolor con predominio de factores centrales involucrados en el mismo.

Los circuitos de la modulación del dolor incluyen la sustancia gris periacueductal, las áreas corticales somato sensoriales, la ínsula y la corteza prefrontal medial, incluyendo el cínculo anterior. Además, la amígdala, el núcleo Accunbens y varios núcleos de los ganglios basales dependiendo de mecanismos opioides y cannabioides. Pero ¿cuál es la experiencia subjetiva de las pacientes? Según Rainville (2002), las pacientes con FM se quejan de que "les duele todo ". Notan sus músculos fuertemente doloridos acompañado de una sensación de quemazón o fatiga muscular. Aunque la severidad de los síntomas varía en cada persona, la FM se parece a un estado post-vital de cansancio y dolorimiento generalizado. Este aspecto y muchos de los síntomas de la FM tienen gran similitud con otro trastorno llamado síndrome de fatiga crónica, aunque se trata de dos enfermedades diferentes.

La fibromialgia es frecuente ya que la padece entre el 2 y 3% de la población lo que se supone entre 400.000y 1.200.000 personas con fibromialgia en España, siendo actualmente un verdadero reto asistencial , que promueve el trabajo en equipo de diferentes especialistas y estamentos profesionales; constituye la tercera causa de consulta en la unidades de reumatología (precedida por la artrosis y la artritis reumatoide), un 5,7 % de la consulta de medicina interna y una entidad

muy frecuente en las unidades de Rehabilitación.

Tiene mayor predominio en mujeres que en hombres (más de 75%) pudiendo manifestarse a cualquier edad incluso en niños y adolescentes con una incidencia máxima en el grupo de edad entre 20-60 años. Puede presentarse como única alteración (Fibromialgia Primaria) o asociada a otras enfermedades. (Fibromialgia concomitante). La fibromialgia ha sido reconocida por la Organización Mundial de la Salud recientemente y hasta ahora no ha formado parte de las materias que se enseñaban en las facultades de Medicina.La fibromialgia se confunde con otras enfermedades que casi todos sus síntomas son comunes a otras alteraciones sin una causa orgánica conocida.

Es corriente que antes de que se llegue al diagnóstico definitivo se haya acudido a diferentes médicos de diversas especialidades (Digestivo, Corazón, Psiquiatría). Algunas personas con fibromialgia pueden estar disgustadas por que los médicos no consideren que esta entidad sea una verdadera enfermedad Medica. Es más, con frecuencia los mismos familiares acaban dudando de la veracidad de las molestias que el enfermo refiere, puesto que el medico les cuenta que "los análisis y radiografías son normales, consulte con un Psiquiatra".

Siendo fundamental el apoyo familiar, para hacer un afrontamiento positivo de la misma. Las múltiples molestias ocasionan incertidumbre, y ansiedad a quien los sufre, junto con el hecho de que con frecuencia no sea identificado el proceso. Por este motivo, las pacientes con fibromialgia se benefician en gran medida si reciben una explicación adecuada sobre la naturaleza de su proceso y así comprenden sus propias limitaciones y hacen los cambios apropiados en su estilo de vida.

2 Objetivos

• Objetivo General:
- Ampliar los conocimientos adquiridos sobre la Fibromialgia.

• Objetivos Específicos:
- Describir las principales características de la enfermedad.
- Enumerar las manifestaciones clínicas, así como detallar los diferentes tipos de tratamiento existentes actualmente.

- Determinar los cuidados que deben llevarse a cabo ante un paciente con fibromialgia para mejorar su calidad de vida.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda sistemática de guías de práctica clínica en las bases de datos electrónicas PubMed, Cochrane, Dialnet, Elsevier y Scielo; con los términos Fibromyalgia AND (Guideline OR Clinical Practice Guideline) desde Diciembre de 2019 a febrero 2020.

Se seleccionaron las guías según los siguientes criterios: a- Dirigidos al tratamiento de la Fibromialgia en población adulta. b- Basados en evidencia científica, buscada de forma sistemática. c- Incluyen niveles de evidencia y fuerza de recomendación. d- Escritas en español e inglés. e- Publicadas en los últimos 20 años.

4 Resultados

1. Fisiopatología
El procesamiento del dolor es una de las principales funciones fisiológicas que se ven modificadas en la FM. Los pacientes con FM presentan aumento de la sensibilidad dolorosa, y sensación de dolor ante estímulos que no deberían provocarla. Su umbral es inferior al de las personas sanas y la duración del estímulo suele ser mayor.
La presencia de uno o más trastornos asociados a la enfermedad.

Existen numerosas enfermedades asociadas a la FM. Algunas de las más frecuentes son: dolores de cabeza, síndrome de fatiga crónica, síndrome de colon irritable, trastorno del sueño, ansiedad y depresión.
• Dolores de cabeza: La presencia de dolores de cabeza en pacientes con FM es elevada, tres cuartas partes de los mismos refieren estas molestias. Teniendo una mayor incidencia las migrañas (32%) y dolores de cabeza tensionales (18%).
• Síndrome de fatiga crónica: Resulta habitual la existencia entre el dolor y el SCF. Concretamente un 81% de los pacientes con FM notificaron fatiga crónica. Suele llevar asociado trastornos psiquiátricos, con una elevada prevalencia de depresión y ansiedad. Este trabajo tiene una finalidad docente. La Facultad de Farmacia no se hace responsable de la información contenida en el mismo. 10 Se recomienda la

práctica de ejercicio gradual, aunque pueda provocar un incremento de la fatiga a corto plazo.
• Síndrome de colon irritable: Los desórdenes funcionales gastrointestinales están dentro de los más frecuentes en los pacientes con FM. Dos quintos de los enfermos presentan molestias digestivas crónicas. Una terapia eficaz para abordar el IBS debe combinar el tratamiento farmacológico, no farmacológico y terapias alternativas. Para lo que se puede recurrir al uso de antidepresivos tricíclico y es especialmente recomendable el tratamiento psicológico, ya que asiduamente el IBS presenta asociado ansiedad, depresión y estrés.

• Trastorno del sueño: La falta de sueño tiene una repercusión en general en la salud de las personas. Una de las alteraciones que puede producir, es la disminución del umbral del dolor, que puede ser provocada tanto por una insuficiencia de cantidad o de cualidad del mismo. En el caso de la FM cuatro de cada cinco pacientes presentan problemas de sueño. Según un estudio realizado los enfermos de FM mostraban una reducción el tiempo de las fases 3 y 4 del sueño. Cuando a los controles se les privaba de la etapa 4 referían incomodidad musculoesquelético y alteración en el humor similar a la de los pacientes con FM, sugiriendo la influencia de las alteraciones del sueño en la sintomatología de la FM.
• Depresión y ansiedad: La enfermedad psiquiátrica es común en pacientes con FM. El 63 % de las personas afectadas refieren depresión o ansiedad. A pesar de ello, la FM no se puede considerar como un desorden psicológico o psiquiátrico primario. El diagnóstico de ansiedad o depresión es importante, ya que estos pacientes suelen verse afectados por más síntomas y limitaciones físicas. En algunas ocasiones puede ocurrir que se atribuyan estos sentimientos de ansiedad o depresión al dolor, pensando por ello que el alivio del mismo conllevará la desaparición de esta sintomatología patológica.

2. Valoración de la sintomatología
Es fundamental tener instrumentos que permitan realizar una valoración objetiva de la sintomatología para llevar a cabo una elección adecuada del tratamiento, y un seguimiento de los cambios que se puedan producir en los síntomas. En estos momentos se dispone de numerosos instrumentos específicos aprobados para la población española que permiten medir desde la fatiga, hasta la rigidez o las alteraciones del sueño.

3. Tratamiento

El tratamiento de la FM es sintomático, está dirigido a disminuir el dolor, la fatiga, mejorar el sueño, el bienestar psicológico, el mantenimiento de la funcionalidad y el incremento de las habilidades para afrontar la enfermedad. Consta de cuatro elementos fundamentales:

1. información a los pacientes
2. tratamiento farmacológico
3. tratamiento rehabilitador físico y
4. tratamiento psicológico

3.1 Información a los pacientes:

La información sobre el diagnóstico, pronóstico y las posibilidades terapéuticas desempeña un papel importante en las enfermedades crónicas, por lo tanto, debe ser uno de los objetivos del tratamiento. Esta labor se debe hacer dedicando el tiempo necesario por parte del personal sanitario. Es necesario conocer bien el mensaje que se desea transmitir y utilizar las estrategias de comunicación apropiadas. De esta manera el paciente conocerá las características de su enfermedad, pudiendo aportar expectativas positivas y aumentando el seguimiento de los tratamientos recomendados, con la confianza de su posible mejoría.

3.2 Tratamiento farmacológico:

Dado que no existen medicamentos aprobados por la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios, ni por la Agencia Europea de Medicamentos (EMA), se utilizan fármacos que hayan demostrado mejorías en algunos de los síntomas referidos. a) Antidepresivos: Distintos estudios abalan la eficacia de algunos antidepresivos, como la amitriptilina, en el tratamiento del dolor, las alteraciones del sueño y la calidad de vida. Las dosis necesarias en el tratamiento de la FM (12,5 y 50 mg/día) son muy inferiores a las del tratamiento de la depresión (50-150 mg/día) por lo que actúa por un mecanismo independiente del efecto antidepresivo. b) Ciclobenzaprina: está clasificado como relajante muscular, no obstante, su estructura es muy similar a la amitriptilina, antidepresivo tricíclico. Es recomendado en pacientes con FM ya que reduce el dolor a corto plazo y mejora el sueño, se aconseja su administración dos o tres horas antes de acostarse debido a su efecto sedante. Las dosis de utilización oscilan entre los 10-40 mg. Se calcula que el número necesario de pacientes a tratar (NNT) para observar una mejoría tanto en el dolor como en la calidad del sueño es de 4,8. c) Pregabalina: es un análogo del ácido gama-aminobutírico (GABA), cuyo mecanismo de acción no ha sido completamente esclarecido, produce una inhibición

de la excitabilidad central a través de la unión a la subunidad inicial de calcio dependiente de las neuronas del sistema nervioso central. Su recomendación en la FM es para la reducción del dolor y mejora del sueño y la calidad de vida. Su eficacia en los ensayos clínicos ha sido con dosis 300-450 mg/día. d) Analgésicos: Parece obligatoria la presencia de analgésicos en el tratamiento de la FM dada la relevancia del dolor en esta enfermedad. No obstante, la mayoría de los analgésicos estudiados para el tratamiento de la FM no han dado resultados positivos. e) Antiinflamatorios: En cuanto a los glucocorticoides y los AINES (Antiinflamatorio No Esteroideo) no existen estudios que respalden su eficacia. Sin embargo, los AINES sí que pueden ser recomendados como adyuvantes analgésicos junto a antidepresivos tricíclicos, ciclobenzaprina o benzodiacepinas. f) Otros: Algunos fármacos como gabapentina, pramipexol, oxibato sódico, hormona del crecimiento o nabilona necesitan de más estudios que respalden los beneficios de su uso en la FM. Actualmente no se recomienda su uso en el tratamiento de los síntomas de FM.

3.3 Tratamiento rehabilitador físico:
Dentro de los tratamientos no farmacológicos el ejercicio físico constituye una de las mejores alternativas. Puede conseguir una mejora de los síntomas, de la sensación de bienestar y del dolor, fatiga y la calidad del sueño. No obstante, la terapéutica es estrecha, y un exceso del mismo puede repercutir negativamente en el estado de salud de los pacientes. El ejercicio aérobico (caminar, natación, bicicleta) de bajo impacto se plantea como una de las mejores alternativas, seguido de la realización de programas mixtos que combinen ejercicios aeróbicos y de fortalecimiento. En menor medida se recomiendan sólo ejercicios de fortalecimiento

3.4 Tratamiento psicológico:
La terapia cognitivo conductual engloba un conjunto de técnicas que trabajan las respuestas fisiológicas, cognitivas, emocionales y comportamentales (relajación, biofeedback, reestructuración cognitiva, etc), dando lugar a distintas modalidades de tratamiento. En el caso de cada paciente se debe diseñar la estrategia más idónea.

5 Discusión-Conclusión

Respecto al pronóstico de los estudios a largo plazo sobre fibromialgia han demostrado que se trata de una enfermedad crónica, pero los síntomas oscilan y

varían en frecuencia e intensidad. El futuro respecto del tratamiento de esta enfermedad es esperanzador, ya que las investigaciones sobre fibromialgia están progresando con rapidez.

Son especialmente relevantes los avances en el conocimiento de los mecanismos físicos y químicos que se producen en nuestro cuerpo en respuesta a estímulos externos, como el estrés. Es cuestión de tiempo, que estos adelantos se traduzcan en tratamientos más eficaces.

6 Bibliografía

• Busch AJ, Barber KAR, Overend TJ, Peloso PMJ, Schachter CL. Ejercicio para el tratamiento del síndrome de fibromialgia. En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford.

• Manzanera-Escarti, R; Ibáñez-Tarín, C; Sconfalos, S; Arbesi- Prieto, J. Terapéutica en Atención Primaria. Terapia cognitivo-conductual y medicina de familia en el tratamiento. Rev. Semergen, 2007, 33 (8); 425-429.

• Richards SCM, Scott DL. Prescribed exercice in people with fibromyalgia: parallel group randomized controlled trial. BMJ 2002; (325):185-188.

• Collado A, Alijotas J, Benito P et al. Documento de consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de la fibromialgia en Cataluña. Med Clin. (Barc) 2002; 118(19): 745-9.

• https://espanol.womenshealth.gov/a-z-topics/fibromyalgia

• http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742008000300005

• https://www.uv.es/uvweb/master-fisiologia/es/blog/fisiopatologia-todo-lo-debes-saber-1285952573044/GasetaRecerca.html?id=1285953135299

• https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1134804610000972

• https://www.mscbs.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/publicaciones/docs/fibromialgia.pdf

Capítulo 937

CUIDADOS DEL ENFERMO TERMINAL

.

SUSANA ESTRADA SUÁREZ

MARÍA JOSÉ RODRIGUEZ ARIAS

1 Introducción

Enfermedad terminal es la que se encuentra en el último estadio de su evolución y a la que sucederá la muerte de la persona en un plazo medio de seis meses.

La Sociedad Española de Cuidados Paliativos define la enfermedad terminal por los siguientes elementos:
- Presencia de enfermedad avanzada, progresiva e incurable.
- No responde a tratamiento curativo
- Presencia de numerosos problemas de síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes
- Gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico
- Pronóstico de vida inferior a seis meses

2 Objetivos

- Brindar consuelo y paz en lugar de una cura, el tratamiento que reciba tendrá intención de hacerlo sentir cómodo.
Con los cuidados para pacientes terminales , se trata la mente, el cuerpo y el espíritu.

3 Metodología

Para realizar el siguiente capítulo se llevó a cabo una exhaustiva búsqueda en diferentes medios y bases de datos como Pubmed, Scielo, Medline. También se consultaron temarios y guías usando las palabras clave: cuidados paliativos, enfermo terminal, cuidados, bienestar, confort, calidad de vida.
Se seleccionaron los artículos más recientes y de mayor interés. Y de ellos se sustrajo información pertinente.

4 Resultados

El equipo de enfermería no sólo tiene la misión de administrar los medicamentos prescritos sino también de control de síntomas.

Se debe hacer un plan de cuidados específico para cada paciente, que se modificará constantemente teníendo en cuenta las necesidades del paciente.
El plan de cuidados consta de:
- Valoración
- Control
- Detección
- Prevención
- Colaboración.
- Evaluación

El cuidado del enfermo terminal es muy complejo ya que sus necesidades pueden variar en horas.
El manejo de los principios facilitadores (observación, escucha y acción terapéutica) nos permitirá utilizar técnicas y procedimientos necesarios para:
- Control de dolor
- Control de los síntomas.
- El apoyo y soporte emocional l paciente y la familia.
- El consejo espiritual.
- La asesioría profesional.
- El trabajo en equipo
- La planificación de los cuidados post-mortem
- El apoyo y superación de la pérdida a los familiares y al equipo.
- El apoyo y soporte emocional en los trabajos de duelo.

El confort y la calidad de vida de los enfermos terminales deben ser alcanzado utilizando de forma correcta los instrumentos básicos de los que disponen los cuidados paliativos:
- Control de Síntomas
- Apoyo emocional y comunicacion
- Cambios en la organización
- Equipo interdisciplinar

El objetivo común es el bienestar del paciente.
Los objetivos de los cuidados paliativos son:
- Bienestar físico
- Bienestar psicológico
-Bienestar social
-Bienestar espiritual

5 Discusión-Conclusión

El control de síntomas es una de los principales objetivos de los cuidados paliativos. un paciente terminal es un enfermo plurisintomático y multicambiante, los diferentes síntomas están relacionados con el grado de evolución de la enfermedad.

Los principales síntomas el la fass terminal son:
- Dolor
- Síntomas digestivos
- Síntomas respiratorios
- Síntomas neuropsiquiátricos
- Síntomas urológicos

La valoración del paciente terminal debe incluir:
- Valoración clínica
- Valoración funcional.
- Valoración mental.
- Valoración social.

Los cuidados específicos incluirán:
- Cuidados de confort
- Cuidados de alimentación.
- Cuidados de la piel.

- Cuiddos de la boca.
- Problemas de eliminación.

6 Bibliografía

- Angelina Pérez de la Plaza, Ana María Fernández Espinosa, Ed. Mc Graw Hill
- Cuidados paliativos . Recomendaciones de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 1993
- Cuidados paliativos. Proceso Asistencial integrado. Conserjería de Salud Junta de Andalucia,.2002

Capítulo 938

COMUNICACIÓN ENTRE PACIENTE Y TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

MARÍA ISABEL BERMÚDEZ ROBLES

1 Introducción

La tarea de comunicarnos ha existido siempre. Como seres humanos que interactuamos con nuestro entorno, emitimos continuamente mensajes- verbales o no verbales, al mundo que nos rodea. Desde Enfermería, para establecer una correcta relación de ayuda con el paciente, debemos saber comunicarnos. Para ello, debemos de adquirir una serie de habilidades y destrezas que nos aseguren el bienestar del paciente en su aspecto holístico (bio-psicosocial) tales como empatizar o una escucha activa basada en el respeto. En definitiva, saber qué decir, cómo decirlo y qué hacer ante cualquier situación en la que, lo que esté en detrimento no sea el ámbito físico o social del individuo, sino el psicológico.

Una de las principales aportaciones de la psicología social al ámbito de la salud ha sido la de analizar el proceso comunicativo que se establece entre el profesional sanitario y el paciente, con la finalidad de optimizar este proceso y contribuir, de este modo, a un servicio sanitario de mayor calidad y eficacia.

Investigaciones realizadas en muy distintos contextos culturales comprueban que la primera razón por la cual los pacientes se declaran satisfechos de la atención recibida en hospitales y en centros ambulatorios, es el trato humano que reciben por parte del profesional sanitario que los atiende (sea este médico, enfermero/a, auxiliar de enfermería…), destacándose como elementos fundamentales

de este trato la empatía mostrada por los profesionales, la información comprensible que estos aportan y el tiempo que dedican a la relación personal con el paciente.

2 Objetivos

- Comprender e interpretar el concepto y esquema de la comunicación.
- Clasificar y relacionar los tipos de comunicación y entender sus barreras.
- Diferenciar los estilos de comportamiento: agresivo, pasivo y asertivo.
- Conocer las propiedades de la comunicación en enfermería y dominar los instrumentos para conseguir una buena comunicación con el paciente.
- Analizar los aspectos que pueden mejorar la habilidad de escuchar y distinguir las conductas adecuadas de las no adecuadas en la comunicación con el paciente.

3 Metodología

Búsqueda y revisión bibliográfica en las bases de datos más importantes, así revistas científicas y libros especializados.
Investigación bibliográfica a través del COCHRANE PLUS, CUIDEN; revisando las publicaciones y artículos desde 2014.
Los criterios de selección serían aquellos que lleven las palabras clave: ”comunicación”, ”paciente”, ”sanitario”, ”escucha activa”.
Cuyas publicaciones sean españolas y permitan leer el texto completo.

4 Resultados

La comunicación humana es un proceso en el que se establece una relación interpersonal de transmisión y recepción de ideas entre un locutor y su interlocutor. Existe un intercambio de opiniones y emociones. La comunicación es un proceso fundamental en el quehacer diario del personal sanitario. El desarrollo de habilidades de comunicación eficaces y positivas permite establecer una relación un seguimiento del proceso de la enfermedad.
La comunicación es un recurso que asegura que los pacientes perciban unos cuidados de calidad de enfermería.

Reglas de la comunicación:

- No es posible no comunicarse. Cualquier conducta en una relación interpersonal es un mensaje que implica un compromiso, positivo o negativo, entre los participantes. Las posibles respuestas al compromiso establecido incluyen el rechazo, la aceptación, la descalificación o la utilización de un síntoma.
- Toda comunicación tiene dos componentes. Las palabras que decimos para explicar el contenido y las emociones o sentimientos que utilizamos para expresarlo (metalenguaje).
- La comunicación es más que una simple suma de factores aislados.
- Durante la comunicación, los participantes pueden mantener dos tipos de relaciones interpersonales. Simétrica: ocurre cuando la comunicación se realiza en el mismo ámbito organizacional (entre colegas, amigos o familiares). Complementaria: se refiere a una comunicación en la que existen distintos niveles jerárquicos (TCAE y enfermero/a).
- En la comunicación, lo importante es lo que el otro entiende.

Barreras en la comunicación:
Las barreras en la comunicación son el conjunto de obstáculos que impiden que el mensaje sea elaborado, transmitido e interpretado de forma correcta durante el proceso. Podemos dividirlas en:
- Lingüísticas. Se producen cuando no se comprenden los símbolos, el idioma o el vocabulario utilizado. El TCAE debe adaptar su lenguaje a la edad y cultura del paciente.
- Interferencias. Son estorbos que dificultan la comprensión correcta del mensaje y bloquean la comunicación. Pueden ser externos (ruidos, mala vocalización) o internos (dolor de cabeza).
- Psicológicos. Utilizar los estereotipos y encasillar a las personas por su cultura, su estrato social o su edad. Dejarnos influir por la impresión general. Proyectar en el otro nuestra forma de concebir la vida. No escuchar ni dar señale de que escuchamos. Atender solo a una parte del mensaje, según nuestros intereses y preocupaciones. No ser capaz de ponerse en el lugar del otro (falta de empatía). No saber conectar con la otra persona.

Para superar estas barreras, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) debe utilizar todas las alternativas posibles para ayudar al paciente a expresar sus necesidades. Entre estas medidas:
- Usar un lenguaje adecuado a las características de los pacientes.
- Escuchar con atención y comprobar si el mensaje ha sido bien recibido, utilizando la retroalimentación o feedback.

- Presentar una actitud positiva y no crítica que permita la objetividad en el proceso.
- Evitar las ideas preconcebidas y las generalizaciones y aceptar al otro tal y como es, respetando sus sentimientos y creencias, aunque se compartan.

TIPOS DE COMUNICACIÓN

Existen dos tipos de comunicación: verbal y no verbal.

1. Comunicación verbal que consiste en que el emisor realice un esfuerzo consciente de expresarse mediante palabras para facilitar la comprensión del mensaje al receptor. Puede ser:

- La expresión oral: que se lleva a cabo a través del lenguaje hablado y permite una retroalimentación inmediata.
- La expresión escrita: aquella que se efectúa mediante el lenguaje escrito. Para que una comunicación escrita sea comprendida, el texto debe ser claro, breve, gramaticalmente correcto, cuidada presentación.

2. Comunicación no verbal. Se lleva a cabo a través de la apariencia física, los gestos y los movimientos corporales. Sus objetivos son los siguientes:

- Acompañar y modificar la comunicación verbal.
- Expresar las emociones de la persona que la realiza.
- Transmitir actitudes (de dominación/sumisión o de gusto/disgusto).
- Descubrir la verdadera personalidad de cada uno ya que los gestos nos delatan.

Las señales no verbales influyen cinco veces más en el interlocutor que las orales, y cuando estas últimas son incongruentes, se confía más en el lenguaje no verbal.

Tipos de lenguaje no verbal:

A. La quinesia

La quinesia estudia los mensajes que se emiten a través de los movimientos corporales y actitud corporal. Está muy influenciada por la cultura y consta de los siguientes elementos: la mirada y los signos del mentiroso.

B. La proxémica

La proxémica es el estudio de la manera en que los seres humanos organizan su territorio y las consecuencias que se derivan de ello. "Como nos aproximamos a la gente"

En el desempeño de sus funciones, el auxiliar de enfermería se ve obligado a invadir la zona íntima, tocar y manipular a los pacientes. Para evitar que el paciente se sienta amenazado o agredido en su espacio íntima, es preciso explicarle el procedimiento que se le va a aplicar y por qué, ser respetuoso en las maniobras necesarias para llevar a cabo la técnica y solicitarle permiso para que no se sienta molesto, e incluso pedirle disculpas si es inevitable.

C. La paralingüística

La paralingüística estudia cómo conseguir una buena comunicación a través de las distintas cualidades que posee la voz. Nos centraremos en las siguientes:

- La fluidez es saber utilizar las palabras adecuadas
- La articulación consiste en pronunciarlos sonidos que componen las palabras con la corrección y volumen necesarios
- La velocidad: relación entre la cantidad de palabras y el tiempo empleado en expresarlas
- El volumen: es la intensidad de voz
- La entonación: es la curva melódica de la oración. Mediante la entonación podemos expresar distintos estados de ánimo utilizando las mismas palabras.

LA ASERTIVIDAD

La asertividad es la capacidad que tenemos para defender los propios pensamientos y sentimientos sin vulnerar los derechos de los demás.

Una persona asertiva acepta las consecuencias de sus actos y reconoce sus errores, sin sentirse intimidado o coartada por el criterio de los otros. Se trata, pues, de fomentar conductas y pensamientos que aseguran la defensa de nuestras opiniones sin perjudicar ni ser perjudicado.

Atendiendo a la definición de asertividad, en cualquier relación entre dos personas, podemos encontrar tres tipos de comportamiento:

- Actitud agresiva: Respuestas excesivas y fuera de lugar. Impositivo y duro. Mantiene la mirada fija y la voz alta. Suele presentar gestos amenazantes y posturas de intimidación. Sentimientos de culpa y frustración. Es una persona que origina conflictos. Ofende y humilla a los demás pero consigue sus objetivos.
- Actitud pasiva: Respuestas insuficientes que llegan tarde o nunca. Indeciso y apocado. Mirada huidiza y voz baja y vacilante. Sus gestos son nerviosos y su postura indica que trata de evitar la situación. Existencia de sentimientos de enfado y desánimo. Tienen una imagen pobre de sí mismos. Son individuos que crean conflictos, se autolesionan emocionalmente y no suelen lograr sus objetivos.
- Actitud asertiva: Respuesta oportunas, convenientes y en el momento acertado. Sincero y estable. Voz firme y fluida y un contacto ocular directo. Sus gestos son relajados. Dan lugar a personas satisfechas, relajadas y a gusto consigo mismas. Perciben que controlan y responden con niveles de estrés bajos a las situaciones comprometidas. Resuelven los problemas y logran sus objetivos, respetando los derechos de los demás

Conseguir un comportamiento asertivo depende de dos factores susceptibles de perfeccionarse con el entrenamiento: la autoestima y las habilidades sociales.

ELEMENTOS DETERMINANTES DE LA COMUNICACIÓN

1. La autoestima:

La autoestima es la imagen o concepto que se tiene de uno mismo. En la comunicación del personal de enfermería con el paciente, es necesario tener en cuente la percepción que el profesional posee de sí mismo, así como la idea que el paciente tiene de sí mismo y de la situación que vive. La relación que establece con el paciente será más positiva y fluida si está seguro y domina los procedimientos.

2. La imagen que se tiene de los demás:

Cuando las expectativas de los pacientes y de los sanitarios coinciden, se establecen relaciones fluidas y satisfactorias. Sin embargo, frecuentemente los enfermos no se sienten satisfechos con la atención que reciben, pero no son capaces de manifestarlo, enturbiando así su relación con el personal de enfermería. Este comportamiento está relacionado con la aceptación del rol de "buen paciente", que no solicita información ni interviene en su autocuidado.

3. El entorno:

Las características arquitectónicas y de organización de los hospitales interfieren en los procesos de comunicación con el paciente. Por otro lado, la falta de personal de enfermería en los centros de trabajo y la presión asistencial a la que estos se ven sometidos producen una importante sobrecarga de trabajo que les impide conversar con los pacientes.

OBJETIVOS DE LA COMUNICACIÓN EN ENFERMERÍA

En la comunicación verbal buscamos estas finalidades:

- Establecer una relación interpersonal con el enfermo.
- Informar al paciente, orientándole y dándole instrucciones sobre los aspectos de su enfermedad o de su estancia hospitalaria que le producen ansiedad.
- Persuadirle para que colabore de manera voluntaria, generando confianza
- Obtener información sobre el estado físico o emocional de los enfermos
- Transmitir información sobre sus tareas técnicas a otro compañero.

En la comunicación no verbal:

- Mirar al enfermo con actitud positiva y estar a su disposición.
- Mantener el contacto visual con él para reforzar el deseo de sostener la comunicación.
- Acercarse al paciente demostrando interés por sus opiniones.
- Conservar una postura relajada de aceptación y escucha.

Si la comunicación es positiva y eficaz, el enfermo es capaz de expresar sus dudas y sus miedos, ya que confía en el profesional sanitario.

5 Discusión-Conclusión

La habilidad de una persona para comunicarse determina el tipo de relación que establece con los demás y con su entorno, y viene determinado por su capacidad para expresar sus pensamientos con claridad y para escuchar los pensamientos del otro y responder con respeto. Quien sabe comunicarse bien sabe hacer bien su trabajo.
El profesional de enfermería, ante las situaciones diarias a las que se enfrenta, necesita manejar su propia incertidumbre con curiosidad y humildad, sin precipitarse a hacer conclusiones y sin insistir que la ”verdad científica” es más ”verdad” que la del paciente. El trabajar escuchando, con competencia transcultural, con respeto y flexibilidad, puede hacer que una situación frustrante en la relación de ayuda se convierta en un diálogo rico que lleva a ideas y a opciones nuevas. Que el paciente pueda hablar de la experiencia de su enfermedad le ayudará en la importante tarea de adaptarse a los cambios que conlleva esa interrupción. Y para esto, necesita alguien que escuche sus significados con una presencia terapéutica y empática como la del profesional de enfermería.

6 Bibliografía

- Berlo, D. (2000). El proceso de la comunicación: Introducción a la teoría y práctica.
- La comunicación como herramienta básica de enfermería. M.Ruiz Casado.
- Habilidades de comunicación y estrategias asistenciales en el ámbito sanitario. María Patricia Ancias Ancias.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 939

CUIDADOS DE UN PACIENTE OSTOMIZADO

BÁRBARA MÉNDEZ IGLESIAS

1 Introducción

Las ostomías constituyen procedimientos normalizados en la práctica quirúrgica, con gran repercusión sobre los pacientes y sus familiares por los inconvenientes y los efectos psicológicos que repercuten.

Funcionalmente es el resultado de una operación en la que se conforma una comunicación artificial entre dos órganos o entre una víscera y la pared abdominal, mejorando la salida de sustancias orgánicas de desecho. Esta derivación quirúrgica puede tener un carácter temporal o definitivo.

El impacto de una ostomía puede ser devastador, incluso en un período postoperatorio sin complicaciones. El paciente se encuentra, en ocasiones sin conocimiento previo, con un segmento del intestino exteriorizado a través de la pared abdominal, por donde escapan las sensaciones de ventosidades y materia fecal de forma caprichosa, la inadaptación y la depresión resultan comunes. La forma en la que el paciente se ajusta a una imagen corporal alterada.

La adaptación a una ostomía es un largo proceso que comienza antes de la operación y continúa hasta después de que las heridas han cicatrizado.

2 Objetivos

-Desarrollar un plan de cuidados para la actuación ante las necesidades del paciente, mediante la valoración y programación de unos objetivos y actividades.
- Saber las dificultades que pueden tener los pacientes ostomizados y el proceso de afrontamiento ante esta situación.
- Conocer las funciones de la estomaterapéutica.
- Conocerlas complicaciones que puede producir una ostomía

3 Metodología

Se ha realizado una busca bibliográfica en la base de datos Medline, Dialnet y Google Académico.

4 Bibliografía

- Selva Otaolaurruchi J. Material para ostomía. En: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Plan Nacional de Formación Continuada. Productos Sanitarios. Módulo 4. Madrid: Acción Médica; 2004. p. 79-104.
- Pérez García S. Educación sanitaria: Medio para mejorar la salud del ostomizado. Enferm Cient.1991;117 :4-11.

Capítulo 940

AYUDA AL USO DE INHALADORES EN EL ADULTO MAYOR POR PARTE DE LOS TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA, Y LOS ENFERMEROS.

TANIA URQUIOLA CASTAÑEDA

LILIANA SUÁREZ FERNÁNDEZ

BEGOÑA GARCÍA CASTRILLON

1 Introducción

La vía inhalatoria y la administración de fármacos, constituye un paso rápido del medicamento al pulmón, con menos efectos secundarios y una mayor eficacia a pequeñas dosis, en comparación con otras vías, por eso resulta de elección frente a muchos problemas respiratorios en el adulto mayor. Constituye por tanto la base del tratamiento de los pacientes con problemas respiratorios por su acción directa en el árbol bronquial.

Existen múltiples dispositivos en el mercado con la misma función, pero con diferente utilización. Es muy importante conocer el funcionamiento para realizar una administración correcta del fármaco.

Entre los efectos indeseados que pueden aparecer por una mala administración están las infecciones respiratorias o buco-faríngeas, las irritaciones, etc.

En el adulto mayor, la administración correcta se complica por problemas degenerativos, cognitivos, etc. que impiden al anciano, poder realizar solo la técnica.

2 Objetivos

- Evaluar la administración de la medicación por vía inhalatoria en el adulto mayor y conocer los errores más frecuentes para poder ayudarles.
- Conocer los conocimientos que poseen los ancianos sobre una correcta administración de inhaladores.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión sistemática entre 2010 y 2020. Las bases de datos en las que se ha realizado la búsqueda han sido Dialnet, Cuiden y Google scholar.

Las palabras clave utilizadas han sido: adulto mayor, administración inhaladores, técnicas fármacos inhalatorios, enfermería, TCAE y hospital.

4 Resultados

En la mayoría de los estudios revisados, los resultados obtenidos son similares. Los ancianos, reconocen en un 90% que en algún momento han recibido educación sanitaria sobre las técnicas correctas de administración de medicación inhalatoria. Una parte la recibían en el hospital si comenzaban a usarlos durante un ingreso, y otra parte la recibían en su centro de salud por parte de la enfermera que les correspondiera.

No se encontraron diferencias entre los pacientes que utilizaban inhaladores presurizados, frente a los de polvo seco. Sin embargo, si aparecieron diferencias entre los que utilizaban los inhaladores con una cámara espaciadora, obteniendo mejores resultados y una mayor adherencia, en parte, porque les resultaba más fácil para respirar.

Los errores en la administración de estos medicamentos, que se han encontrado en los estudios revisados, se concentraban en la falta de coordinación/sincronización para dar el puff e inhalar el fármaco; en la dificultad en el manejo manual de los inhaladores por problemas generalmente de artrosis y

en segundo lugar de coordinación motora; y por último también son frecuentes los olvidos en cómo realizar bien la técnica.

Hemos encontrado en nuestra revisión que, con un poco de ayuda, mejoran notablemente la sintomatología, ya que se asegura la administración correcta y la dosis prescrita del fármaco. En muchos casos son los familiares del paciente los que se hacen cargo, pero en el ingreso hospitalario en el 80 % de los casos, son los profesionales, los que se encargan de ayudar a los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Existe una falta de adherencia al tratamiento por problemas de adiestramiento en la técnica de utilización, siendo preciso.

Es fundamental que el personal sanitario tenga un buen conocimiento en el manejo de los dispositivos por vía inhalatoria por varios motivos, por ejemplo para poder adiestrar de forma correcta a los pacientes que precisen utilizarlos, para recetar el dispositivo más acorde a su situación personal (edad, capacidad mental, capacidad física, etc) o para poder ayudar a quien lo necesite a su correcta administración.

En aquellos pacientes que presenten falta de adherencia al tratamiento por problemas mecánicos, falta de adiestramiento en la técnica o falta de capacidad, necesitan de nuestra ayuda como profesionales sanitarios, y consideramos que es una medicación muy importante para los pacientes respiratorios.

Debemos de tener en cuenta que, gracias a la administración correcta de los inhaladores, se reduce notablemente la sintomatología en este tipo de pacientes, así como los efectos indeseados (infecciones, irritaciones, etc), y en muchos casos, también se reducen los ingresos hospitalarios por la agravación de la sintomatología.

6 Bibliografía

- Aguilar, A. B. E., de los Ríos, A. A. D., Rubio, V. M., & Gómez, I. R. M. CA 3-105: VALORACION DEL USO DE INHALADORES EN LAS URGENCIAS DE UN HOSPITAL DE REFERENCIA.
- De las Salas Martínez, R. P., Ballesteros, S. P. M., Hernández, N. M., Cantillo, M. M. H., Jiménez, A. K. S., & Agudelo, D. D. (2014). Uso de inhaladores de dosis

medida en pacientes adultos: Necesidad de educación dirigida por enfermería. Salud Uninorte, 30(2), 158-169.
- García-Falcón, D., Lawrence, K. K., & Prendes-Columbié, M. C. (2013). Uso inadecuado de la vía inhalatoria en pacientes asmáticos que utilizan salbutamol. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, 30, 349-350.
- Huartamendia, R., Nappa, A., & Queirolo, R. (2012). Problemas de salud bucal relacionados al uso de medicamentos por vía inhalatoria en trastornos respiratorios. Odontoestomatología, 14(20), 4-16.
- JESUS, M. MANEJO DE INHALADORES POR EL PERSONAL DE ENFERMERIA.
- Robayna, M. M. G., Rubio, C. M., & Ortega, M. G. (2019). Evaluación de la técnica inhalatoria y la adherencia al tratamiento con inhaladores en farmacia comunitaria. Pharmaceutical Care España, 21(1), 41-64.
- Seguí Garrigós, L. (2017). Manejo de inhaladores: conocimientos y cuidados de Enfermería.
- Serrano, J. P. (2016). Uso de inhaladores: detección de errores e intervención por el farmacéutico comunitario. Farmacéuticos Comunitarios, 8(4), 18-25.

Capítulo 941

ATENCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LAS NECESIDADES DEL ANCIANO.

PAULA CASTRO PARIENTE

VANESSA FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

Uno de los profesionales que más tiempo pasa en contacto con el paciente de la unidad cuidándolo y atendiendo las necesidades básicas es el TCAE.

Necesitamos un correcto conocimiento para ayudar al paciente en las necesidades humanas ya que son fundamentales para ayudarlo. Saber con determinación que ayuda necesita en cada momento para poder brindársela cuando la necesite.

El TCAE y el anciano es imprescindible que tengan una comunicación. Se hablará al paciente despacio y ser lo más expresivo posible con frases cortas.

2 Objetivos

- Llevar a cabo las técnicas de los cuidados auxiliares de enfermería para la atención socio-sanitaria y la prevención del anciano. En cualquier esfera sea biológica o psíquico-social.

3 Metodología

Para realizar el siguiente capítulo se llevó a cabo una exhaustiva búsqueda en diferentes medios y bases de datos como Pubmed, Scielo, Medline. También se consultaron temarios y guías usando las palabras clave: anciano, TCAE, cuidados básicos, adulto mayor, geriatría.
Se seleccionaron los artículos más recientes y de mayor interés. Y de ellos se sustrajo información pertinente.

4 Resultados

Los cuidados que va a tener el TCAE con el anciano se repartirán en tres áreas:

-Física: (se intentará dar al anciano la mayor autonomía posible)
-ayudar al paciente anciano en el aseo personal
-controlar que tome la medicación
-vigilar hidratación y alimentación
-vigilar su aspecto que no tenga ninguna alteración en uñas, piel, ojos…
-ayudarlo en su movilidad en desplazamientos como en cambios posturales.

-Social
-animarlo para que realice las actividades diarias
-intentar que ejercite su memoria y orientado en el tiempo

-Psíquica:
-Hay que vigilar al alteraciones que pueda tener en el sueño
-Estado de ánimo
-Motivarlo para que realice las actividades diarias.

-Cuidados Básicos
-La higiene
-El TCAE es el encargado de la higiene del anciano, en todo momento se respetará la intimidad. La higiene se llevará a cabo entre dos personas para poder favorecer la movilización. Se le brindará las veces que lo necesite y mínimo una por día. En todo momento se le dirá lo que vamos hacer para que él colabore.
Los ancianos tienen la piel muy sensible y por eso debemos de utilizar un jabón que no irrite. Es muy importante que siempre se siga el mismo orden para el lavado. Lo primero de todo serían los ojos, y lo último la región genital.

Hay que tener mucho cuidado con todo lo que pueda tener el paciente, como las sondas (vesical, nasogástrica), vías, sueros…

-El cuidado de la piel
-Todos los días se examinará la piel para ver si hay algún cambio. Se prestará mayor importancia en los puntos de apoyo como los codos, talones.. para que no se produzcan úlceras. La piel siempre hay que mantenerla seca y limpia.

-Úlceras por presión
-principales causas:
-Inmovilidad
-diabetes
-Piel: falta de higiene, sequedad…
-comatosos (perdida de sensibilidad)
-fiebre

-Nutrición y Alimentación:
-Alimentos blandos y húmedos, así evitaremos que se dificulte la deglución.
-Olor de los alimentos
-Temperatura
-Insistir en que mastiquen bien la comida
-Ayudar a cortar la comida si ellos no pueden
-Deambulación
-Todo dependerá de como esté el anciano. Podrán utilizar bastón, muletas, andador o silla de ruedas.

-Sueño
-Según va avanzando la edad los ancianos van perdiendo el sueño profundo llegando a un sueño interrumpido y superficial. Por eso es recomendable acostarse y levantarse siempre a la misma hora.

5 Discusión-Conclusión

Los TCAE deben saber evaluar, tratar, cuidar al anciano. Son un papel imprescindible para ellos. Necesitan que proporcionemos esos cuidados básicos que ellos ya no pueden hacer por si solos, como ayudarlos en el aseo, comer, levantarse, acostarse…

6 Bibliografía

- Rodríguez Cabrera Aida, Collazo Ramos Milagros, Álvarez Vázquez Luisa, Calero Ricardo Jorge, Castañeda Abascal Ileana, Gálvez González Ana María. Necesidades de atención en salud percibidas por adultos mayores cubanos. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2015 Sep [citado 2020 Feb 11] ; 41(3): 401-412. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662015000300002&lng=es.
- Rodríguez Rodríguez, J. R., Zas Tabares, V., Jiménez, E. S., López, R. S., & Ramos, M. D. C. C. (2014). Evaluación geriátrica integral, importancia, ventajas y beneficios en el manejo del adulto mayor. Panorama Cuba y Salud, 9(1), 35-41. de Arcaya Vitoria, M. Á. (2007). Calidad asistencial en centros gerontológicos. Revista Española de Geriatría y Gerontología, 42, 75-85.
- Lorés Casanova S, Rodríguez Mañas J , Lorente Aznar T , Pelegrín Valero C , Castillón Fantova A , Marques Lopes I . Actividad fisica y estado nutricional y psicosocial en ancianos no dependientes. Semergen 2020 2 de enero. Pii: S1138-3593 (19) 30445-9. doi: 10.1016 / j.semerg.2019.10.010. disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31902675
- Fernández, L. K. (2010). Valoración geriátrica integral. El residente, 5(2), 55-65.
- Nuñez, R. C., Martínez, M. C., Villanueva, N. H. L., Hernández, R. M. A., Alemán, A. F., & Alanís, M. D. C. V. (2008). Satisfacción con el cuidado de Enfermería del adulto mayor hospitalizado. Enfermería Universitaria, 5(1), 14-20.

Capítulo 942

LA ENFERMEDAD DE PÁRKINSON, QUÉ ES, CUÁLES SON SUS SÍNTOMAS Y ESTUDIOS.

ANA MARIA MATÉ GONZALEZ

MONTSERRAT CABALLERO SUÁREZ

SUSANA ALONSO POSADA

MARÍA PAZ GARCÍA ARGUELLES

ALICIA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

Se define también"mal del párkinson" o "parálisis agitante" se trata de un trastorno de origen neurológico y afecta al sistema nervioso de forma irreversible y progresiva. Su característica principal es la carencia o degeneración de las neuronas. Existe una parte del cerebro donde se produce la pérdida de las neuronas se llama sustancia negra, situada en el centro del cerebro. Hoy en día la enfermedad del Párkinson es el segundo trastorno neurológico, por detrás del Alzheimer. Produce síntomas motores y no motores, debido a que produce muy poca Dopamina, y ésta es la que se encarga de mandar la información, para que podamos hacer movimientos con normalidad.

Cuando el cuerpo nota carencia de Dopamina los movimientos se muestran alterados revelando los síntomas del temblor, cuando el cuerpo se presenta en re-

poso, o la rigidez; hay que tener en cuenta que la enfermedad muestra otros síntomas no motores, que en ocasiones pueden ser más molestos que las propias alteraciones motoras.
En el año 1817 James Párkinson médico ingles hayo el "síndrome parálisis agitans", que luego fue denominada enfermedad de párkinson por Jean-Martin Charcot 1861.

2 Objetivos

- Definir e identificar los síntomas de la enfermedad de Parkinson.

3 Metodología

Se realizó en profundidad una investigación para poder recopilar datos con pacientes y familiares con Párkinson y una búsqueda bibliográfica Wikipedia,Medes, Scielo, Researchgate.net; los idiomas búsqueda como criterios de inclusión: son el español y el inglés. Procedimiento de búsqueda mediante las palabras clave: Síntomas motores y no motores Depresión, Cuerpos de Lewy Párkinson, Dopamina. Así como búsquedas en las páginas web como: Google Scholar Science, Google académico, Wikipedia, , PubMed: tipos de artículos completos y gratuitos.

4 Resultados

Para tratar la enfermedad debemos clasificarla según el grado de afectación, desde el punto de vista clínico los síntomas motores: temblor en reposo y rigidez, y los menos conocidos son los síntomas no motores (SNM) que se producen por la acumulación de cuerpos de Lewy en partes del sistema nervioso, el Párkinson puede deteriorar todas las funciones del cerebro. El sistema Hoehn y Yarhr, se utiliza para describir la progresión de la enfermedad, centrándose en las capacidades motoras, y comprende desde el inicio de la enfermedad hasta el estado más avanzado.

Hay otra escala (UPDRS) que se considera la más completa porque tiene cuatro partes: mínimos, leves, moderados y graves, haciendo evaluación de las actividades diarias. En 2001, La Movement Disorder Society (MDS) modificó la escala con los cuidadores y pacientes y en la actualidad esta escala se llama UPDRS-MDS
Se centra en tres elementos claves del Párkinson que son: aceptación, adaptación

y automanejo que condicionan vivir con esta dolencia. El asumir la enfermedad de manera positiva, hace que un equilibrio y una naturalidad, por contra una convivencia negativa es la baja autoestima y la pérdida de control.

La depresión es una enfermedad mental más usual en las personas mayores, con un alto estado de tristeza, a su vez es uno de los síntomas más frecuentes que aparecen en el paciente con Enfermedad de Parkinson. Los trastornos depresivos suelen ir acompañados de cuadros de ansiedad, cualquier enfermedad mental es compleja ya que influyen factores psicosociales.

La Psico-Neuroinmunología tiene factores biológicos y psicológicos (KruKow M, Juchnowicz, et al 2014) se caracteriza por síntomas como: Desmotivación, aislamiento, rechazo, cambios bruscos de humor, llanto, alteración del sueño, sentimiento de tristeza, culpabilidad, baja autoestima, estar apático. Para hacer un buen pronóstico de una depresión requiere colaboración del paciente, un enfermo de párkinson rara vez expresa lo que siente.

5 Discusión-Conclusión

Se pueden sacar varias conclusiones:
Unos de los principales síntomas de la enfermedad de Párkinson son los cambios en el habla y la voz, carencias asociadas a la EP que afectan al motor que controla la voz y el habla, y otro de los síntomas que se socia es la apatía que a veces es confundida con la Depresión. También existe el Párkinson juvenil.

También son frecuentes los síntomas no motores y cuentan con un gran impacto en la vida cotidiana, por eso es necesario que estos enfermos se reconozcan y tratarlos lo antes posible para ralentizar la enfermedad, ya que a día de hoy, no está claro como estos síntomas no se pueden separar entre ellos. Para algunos enfermos de Párkinson la fatiga la definen como uno de los peores síntomas por la lentitud, rigidez o dificultad para caminar.

Al finalizar este trabajo, me he dado cuenta de lo importante que es investigar sobre esta enfermedad, el recoger información, leer artículos sobre cómo esta enfermedad es capaz de degenerar, he llegado a la conclusión que la enfermedad de Párkinson aún debe siendo un tema de investigación y demostramos en este trabajo la importancia de seguir recogiendo información y estudios para

su tratamiento el cual permita al paciente con la EP la posibilidad de tener una mejor calidad de vida y que el paciente lo asuma y siga un tratamiento para evitar que la incapacidad avance. La enfermedad de Párkinson afecta a más de 120.000 españoles.

6 Bibliografía

1. Medicos especialistas en Psiquiatría, servicio de Psiquiatría. Complexo Hospitalario "Juan Canalejo" A coruña Guía Clínica 2016
2. Real academia y asociados de la academia de la lengua española 2005 Parkinsonismo consulado Mayo 2013.
3.Wennberg AMU. Wu MN, Rosenberg PB Spira AP. (Agosto 2017) Alteración del sueño deterioro cognitivo. Semin Neurol, 37 (4),395-406 Mayo 2019. De Pubmed Base de datos.
4.Weissman M.M…Myers.J .K (1978). Affective disorders in an US Urban Community Arch. Gen. Psichiat. 35.1304- 1311
5.Lachs MS, Becher M Siegal AP Miller RL & Tinetti ME (1992). Delirios y trastornos del comportamiento en personas mayores con deterioro Cognitivo J. Am Geriatr Soc. 40, 768-773 Abril, De Pubmend Base de datos.
6. Rodríguez Pupo JM Díaz Rojas YV, Rojas Rodríguez Y, Ricardo Rodríguez Y,Aguilera Rodríguez R. Actualización en enfermedad de Párkinson idiopática.CCM.2013 [citado 6 Diciembre2015]
7. Titova N Padmakumar. C. Lewis, SIG & chaudhuri KR (2017) Párkinson ¿ un síndrome más que una enfermedad? Trasmisión Neuronal J (Viena). 124(8). 907-914 Mayo 2019. De Pubmed, Base de datos

Capítulo 943

SÍNDROME DE ABSTINENCIA NEONATAL (SAN).

VANESSA FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ

PAULA CASTRO PARIENTE

1 Introducción

El síndrome de abstinencia neonatal engloba una serie de alteraciones médicas que suceden cuando el neonato se expuso durante el periodo de embarazo a drogas adictivas consumidas por su madre. Se puede presentar cuando la madre consume drogas como la oxicodona, la buprenorfina, la metadona, la codeína, la heroína, etc..

2 Objetivos

Conocer qué es el síndrome de abstinencia neonatal, sus síntomas, cómo se diagnostica, su tratamiento y el papel de TCAE.

3 Metodología

Revisión sistemática de artículos publicados en diferentes bases de datos electrónicos. Se han utilizado palabras clave como: síndrome de abstinencia neonatal, neonato, drogas, embarazo.

4 Resultados

• Los síntomas pueden variar dependiendo del tipo de droga que se consumió durante el embarazo, la cantidad y durante cuánto tiempo, si el bebé fue prematuro y también la forma en la que el cuerpo de la madre sintetizó las drogas. La sintomatología en el neonato suele empezar de uno a tres días después del nacimiento. Algunos síntomas son:
-Temblores. -Vómito.
-Nariz tapada, estornudo. -Sudoración.
-Problemas para dormir. -Aumentó lento de peso.
-Respiración rápida. -Convulsiones.
-Irritabilidad. -Mala alimentación.
-Aumentó del tono muscular. -Fiebre
-Reflejos hiperactivos. -Diarrea.
-Succión excesiva. -Piel moteada.
-Llanto excesivo.

• Para ayudar a diagnosticar el síndrome de abstinencia neonatal se pueden hacer dos tipos de examen:
-Sistema de puntuación del SAN.
-Examen toxicológico de orina y del meconio (primera deposición del neonato).

• El tratamiento depende de varios factores. Algunos bebés con síntomas graves pueden necesitar medicamentos como la metadona o la morfina. En algunos casos se le administrará al bebé una droga similar a la que la madre consumió y con el tiempo se irá disminuyendo la dosis.

• El TCAE puede ayudar en el tratamiento, ya que es el encargado de aplicar los llamados “cuidados cariñosos”, que consisten en:
-Crear un buen ambiente, disminuyendo los estímulos sensoriales (reducir el ruido, apagar las luces…)
-Tomar al bebé en brazos, mecerlo suavemente y acunarlo.
-Ofrecer el chupete (este gesto alivia la succión excesiva, que es uno de los síntomas de este síndrome).
-Administrar tomas frecuentes con poca cantidad.

5 Discusión-Conclusión

En los últimos años se ha observado un aumento de recién nacidos con el síndrome de abstinencia neonatal, ya que ha aumentado el consumo de drogas en mujeres que están en edad fértil. Para asegurar el bienestar del bebé así como su pronta recuperación es necesario realizar un trabajo coordinado entre los diferentes profesionales sanitarios.

6 Bibliografía

- Zapata Diaz JP, Rendón Fonnegra J, Berrouet MC. Síndrome de abstinencia neonatal. Pediatr. [Internet]. 12 de septiembre de 2017 [6/2/2020];50(2). Disponible en: https://revistapediatria.emnuvens.com.br/rp/article/view/60
- Moro M, Almenar A, Tapia MC, Roldán M. Protocolos diagnósticos y terapeuticos de Neonatología en pediatría. [Internet]. España; 2002 [6/2/2020]. 340 p. Disponible en: http://ceince.edu.bo/descargas/neonatologia-completo.pdf#page=74
- Barrero Virguetti Marcia Helka, Escalera Solis Claudia. SINDROME DE ABSTINENCIA NEONATAL. Rev. méd. (Cochabamba) [revista en la Internet]. 2008 Jul [6/2/2020] ; 19(29): 54-60. Disponible en: http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2074-46092008002900010&lng=es
- Porcel Gálvez Ana María, Ortega Martínez Sandra María, Barrrientos Trigo Sergio, Ferrinho Ferreira Rogerio, Martínez Lara Concepción. Síndrome de abstinencia neonatal: evolución en los últimos diez años. Enferm. glob. [Internet]. 2014 Oct [6/2/2020] ; 13(36): 337-351. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000400019&lng=es.
- Ortigosa et all. Consumo de drogas durante la gestación y su repercusión neonatal. Análisis de los períodos 1982-1988 y 2002-2008. Med Clin (Barc). 2011; 136(10):423-430.
- Aguilera C; Arguiñe I. Abuso de sustancias tóxicas durante el embarazo. Elsevier. 2010.
- Flores-Ramos Mónica. Uso de sustancias adictivas durante el embarazo. Perinatol. Reprod. Hum. [revista en la Internet]. 2012 [6/2/2020] ; 26(3): 169-171. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372012000300001&lng=es
- Arroyo-Cabrales Leyla María, Canseco-Herrera Mariana, Castillo-Romero María Guadalupe, Belmont-Gómez Aurora. Madres adictas: determinación de niveles de drogas y evaluación del crecimiento y desarrollo de sus hijos en

los primeros seis meses. Perinatol. Reprod. Hum. [revista en la Internet]. 2012 [5/2/2020] ; 26(3): 180-186. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372012000300003&lng=es.
- Gallego Úbeda M., Delgado Téllez de Cepeda L., Campos Fernández de Sevilla M.ª de los A., Lorenzo Pinto A. de, Tutau Gómez F.. Actualización del uso de fármacos durante el embarazo: categorías de riesgo. Farm Hosp. [Internet]. 2014 [5/2/2020] ; 38(4): 364-378. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-63432014000400012&lng=es.
http://dx.doi.org/10.7399/FH.2014.38.4.7395.

Capítulo 944

UNIDAD DEL SUEÑO.

LETICIA LÓPEZ LAMAS

NATALIA DOMINGUEZ MONFORTE

1 Introducción

La unidad del sueño está destinada a la evaluación clínica y diagnostica personas que tienen alteraciones relacionadas con el sueño.

2 Objetivos

El objetivo principal es conocer qué es el servicio de la unidad del sueño.
También descubriremos cual es la técnica que más utilizan en esta unidad e identificaremos las alteraciones que se presentan durante el sueño.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica de artículos científicos publicados en las revistas idexadas en las bases de datos Pubmed, Google académico, Elsevier, Cuiden y Dialnet.
Las palabras claves que se han utilizado para realizar esta búsqueda son: insomnio, unidad del sueño, ronquidos, apnea, narcolepsia.

4 Resultados

- La unidad del sueño está compuesta por un equipo multidisciplinar (especialistas en neurofisiología, medicina interna, medicina familiar y personal de enfermería).
- En la unidad del sueño se analiza un estudio polisomnográfico que consiste en un registro nocturno de la actividad del cerebro, la función cardíaca, la respiración, nivel de oxígeno en sangre, los movimientos que se realizan durante el sueño.. etc.

Para realizar el estudio el personal de enfermería coloca al paciente una serie de electrodos y sensores repartidos por diferentes zonas del cuerpo.

El estudio del sueño esta indicado para personas que presentan los siguientes sintomas:
- Sueño insuficiente, superficial o poco reparador
- Apnea durante el sueño
- Ronquidos muy fuertes
- Somnolencia y cansancio
- Piernas inquietas
- Sonambulismo

5 Discusión-Conclusión

Conocer el grado de alteración que presenta el paciente, nos da información que nos ayuda a minimizar los problemas que se puedan generar por tener anomalías durante el sueño.

Con ayuda del polisomnógrafo, podemos hacer que el paciente tenga mejor calidad del sueño y a su vez mejorar su calidad de vida.

En la actualidad hay un gran número de hospitales que poseen esta unidad ya que son frecuentes los problemas durante el sueño, muchos de ellos derivados del estrés o ansiedad que existe en un sector importante de la población.

6 Bibliografía

- Kawada T. Noise and health -sleep disturbance in adults. J Occup Health 2001; 53: 413-6

- Vela-Bueno A, De Iceta M, Fernandez C. Prevalencia de los trastornos del sueño en la ciudad de Madrid. Gac Sanit 1999; 13: 441-8.

Capítulo 945

VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO. EFICACIA DE LA VACUNA PREVENTIVA

DESIRÉ MARTÍNEZ GÓMEZ

SARA HAIDA SUAREZ SUAREZ

RICARDO GONZALEZ OVIES

MIGUEL CASTRO PÉREZ

RAQUEL FERNÁNDEZ ARIAS

1 Introducción

Los virus del papiloma humano (VPH), son un grupo de virus que provocan lesiones en piel y membranas mucosas una vez infectado el individuo. Existen más de 200 tipos y al menos 58 tipos diferentes de VPH han sido identificados mediante técnicas moleculares, estableciendo su relación con tipos particulares de tumores(1). Se transmiten vía sexual y en numerosas ocasiones es el propio sistema inmunológico el encargado de eliminar dicha infección pero en otros casos, la infección se transforma en persistente con determinadas cepas del VPH provocando anormalidades en las células infectadas: el VPH de bajo riesgo provoca verrugas genitales, mientras que un VPH de alto riesgo, puede causar diferentes tipos de cáncer:

- Cáncer de cuello uterino

- Cáncer de ano
- Determinados tipos de cáncer oral y de garganta
- Cáncer de vulva
- Cáncer de vagina
- Cáncer de pene

Existen varios tipos de virus que pueden causar lesiones más dañinas, HPV 16 y HPV 18, causando cerca del 70 % de los canceres de cuello uterino en el mundo. Para la detección de cambios en el cuello uterino se realiza, en mujeres, la prueba de Papanicolau. Una alteración de las células, detectada mediante esta prueba, conlleva la realización de las pruebas específicas de VPH para la detección de cáncer cervical.

Una las vías de prevención de VPH es la vacunación mediante la inyección de partículas del VPH similares al virus en el músculo, desencadenando la producción de anticuerpos que protegen contra las infecciones del VPH. La protección de estas vacunas es específica para cada tipo de virus y su eficacia, entre otros factores, dependerá del momento de su aplicación, si anterior a la infección del virus o posterior. Son vacunas polivalentes y se aplican en tres dosis: inicial, al mes y a los 6 meses.

2 Objetivos

El objetivo principal de este estudio es analizar la eficacia de una vacunación preventiva para el VPH, analizando los rangos de personas para los cuales, debido a las características del VPH, será más efectiva.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda sistemática de los artículos más destacables en inglés y castellano relacionados con el virus del papiloma humano así como su prevención y tratamiento en distintas bases de datos como Pubmed y Cochrane. Las palabras claves utilizadas han sido VPH, prevención VPH ,cáncer cuello útero y tratamiento VPH.

4 Resultados

Un individuo es más susceptible de estar infectado por el VPH a partir de tener contacto sexual de algún tipo por primera vez, por lo que la vacunación en un primer momento es indicada en edades tempranas.

Se analizan estudios en los que se ve la incidencia de la enfermedad para varios grupos diferenciados:
- En mujeres sin VPH de alto (intervalo de edad entre 15 y 25 años) la vacuna contra el VPH reduce el riesgo de lesión precancerosa causada por las cepas 16 y 18 del virus de manera significativa, pasando de 164 casos a 2 por cada 10000 mujeres.
- Aquellas mujeres que no se encontraban infectadas por las cepas 16 y 18, se diferencian dos resultados diferentes según la edad. Cuando la edad es menos de 25 años, se reduce el número de casos de infección casi al 70% , mientras que para aquellos casos en los que la mujer sea mayor de 25 años el número de lesiones precancerosas se reduce de 45 a 14 casos por cada 10000.
- En el caso de que la mujer en estudio esté o no infectada por VPH, la diferencia de la efectividad viene marcada por la edad de vacunación.

Si la vacunación se produce entre los 15 y 26 años, el número de lesiones precancerosas asociadas al virus queda reducido un 50%. Sin embargo en aquellas mujeres con una edad más avanzada, entre 25 y 45 años, los efectos de la vacuna son más pequeños, debido probablemente a una exposición previa al VPH, reduciéndose el caso por cada 10000 mujeres de 145 a 107.

5 Discusión-Conclusión

Existe una evidencia alta de que las vacunas contra el VPH protegen de las lesiones precancerosas en edades tempranas, comprendidas entre los 15 y 26 años. Asimismo, el efecto es mayor para las cepas de VPH 16 y 18 que para otras lesiones causadas por otro tipo de VPH.

De la misma manera, se observa que el efecto es mayor en las mujeres no infectadas por el VPH de alto riesgo, o el ADN del VPH 16 y 18 al momento del estudio que en aquellas que no se seleccionaron según el ADN del VPH.

En cuanto a efectos adversos, no hay evidencia de efectos adversos graves, el riesgo de estos es similar en estas vacunas que en otras vacunas de control ante otras infecciones causadas por otro tipo de microorganismo diferente del VPH.

La incidencia de muerte en los casos de la vacunación del VPH es de 14 por cada 10000 mujeres siendo el valor de 11 cada 10000 en el resto de casos. Aun así, cabe destacar que las muertes se producen en mayor medida en gente de mayor edad , mayores de 25 años, aunque este dato no se relaciona directamente con la vacuna.

En cuanto al embarazo, la vacunación preventiva no aumenta el riesgo de aborto espontáneo o terminación del embarazo. Sin embargo, no hay datos sobre mortinatos ni recién nacidos con malformaciones.

6 Bibliografía

1. Fazel N, Wilczynski S, Lowe L. Clinical, histopathologic and molecular aspects of cutaneous human papillomavirus infections. Dermatol Clin 1999; 17: 521-36.
2. Kadish A S, Einstein M H. Vaccine strategies for human papillomavirus-associated cancers. Curr Opin Oncol 2005; 17: 456-61.
3. Villa L L Cos, Petta C A, Andrade R P, Ault K A, Giuliano A R, et al. Prophylactic quadrivalent human papillomavirus (types 6, 11, 16, and 18) L1 virus-like particle vaccine in young women: a randomised double-blind placebo-controlled multicentre phase II efficacy trial. Lancet Oncol 2005; 6; 271-78.
4. Rodríguez Costa J, Citología ginecológica. Infecciones fúngicas. Virus del papiloma humano, 2016.

Capítulo 946

CUIDADOS EN HIGIENE BUCAL.

RAQUEL MONTOYA NUÑEZ

1 Introducción

Es importante tener una buena salud bucodental para mantener una buena calidad de vida. Se define como la ausencia de dolor orofacial, infecciones y llagas bucales, cáncer de boca o de garganta, caries, enfermedades de las encías, perdidas de dientes y trastornos que limitan las capacidades de masticar, morder, hablar y sonreír que a su vez afecta a su bienestar psicosocial.

Las enfermedades bucodentales están relacionadas a factores de riesgo como son:
- La mala salud, el tabaquismo y el consumo de alcohol, factores que comparten con las cuatro enfermedades crónicas más importantes, que son: el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes, entre otras. La mala higiene de la boca también es un factor de riesgo para parecer de enfermedades bucodentales.

Estas enfermedades varían dependiendo de la región geográfica de la que se trate y la accesibilidad a los servicios de salud bucodental, ya que tienen mucho peso los determinantes sociales. La prevalencia de enfermedades bucodentales se desarrollan más en países de ingresos bajos y medianos. Es más habitual en las poblaciones más pobres y desfavorecidas.

2 Objetivos

-Fomentar la salud desde la infancia, para mantenerla en el futuro.

-Concienciar sobre el tratamiento y cuidado de los dientes, a través de charlas y actividades educativas, dirigidas a la identificación, control y la disminución de los factores de riesgo que puedan favorecer a la aparición de la enfermedad oral.
-Concienciar sobre la higiene bucal.
-Mantener hábitos para el control de la placa bacteriana.
-Suministrar cepillo de dientes.
-Promocionar el uso de fluoruros tópicos.

3 Metodología

Para realizar el siguiente capítulo se llevó a cabo una exhaustiva búsqueda en diferentes medios y bases de datos como Pubmed, Scielo, Medline. También se consultaron temarios y guías usando las palabras clave: higiene bucal, patología. Se seleccionaron los artículos más recientes y de mayor interés. Y de ellos se sustrajo información pertinente.

4 Resultados

-Prevenir la enfermedad periodontal. Un tratamiento adecuado previene de caries, fracturas dentales, enfermedades periodontal (de encías y soporte de los dientes).
-Mejora la estética de la sonrisa.
-Elimina el mal aliento, halitosis.
-Previene de anomalías dentomaxilares que generan problemas estéticos, como la falta de espacio y oclusales, de mordida.
-Mejora el bruxismo, apriete o rechinamiento dentario, que si no se trata puede generar patologías musculares, dolor, roturas dentarias, gingivitis,etc.
-Una adecuada salud dentaria, mucosa y gingival, previene de enfermedades cardiacas, complicaciones de la diabetes y problemas de embarazo.

Hábitos:
-Cepillarse los dientes dos veces al día.
-Usar hilo dental.
-Usar diariamente enjuague bucal con flúor.
-Acudir a revisión con un profesional, al menos una vez al año.
-Intentar no consumir bebidas gaseosas, los jugos artificiales y las bebidas energéticas.
-Evitar en lo posible, los dulces y las golosinas.

-Eliminar de nuestra dieta la comida chatarra.
-Evitar el consumo del tabaco y el alcohol.

5 Discusión-Conclusión

Mantener, prevenir y evitar ciertos hábitos, ayudará a tener una adecuada salud bucodental. Para ello es necesario educar desde la infancia a tener una buena higiene bucal diaria, que favorecerá a la conservación del buen estado de los dientes y la boca, para el resto de la vida de la persona. De esta manera, se podrán evitar enfermedades bucodentales como son la caries y la enfermedad periodontal.

6 Bibliografía

- https://www.mscbs.gob.es/campannas/campanas08/bucoDental/objetivos_de_salud_bucodental.html
- https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health
https://www.escuelacantabradesalud.es/salud-bucodental
- https://www.infosalus.com/estetica/noticia-boca-sana-cuerpo-sano-relacion-salud-bucodental-salud-general-20181226144120.html

Capítulo 947

ALZHEIMER, LA DEMENCIA MÁS COMÚN EN NUESTROS DÍAS.

MARGARITA ALVAREZ HERNANDEZ

TANIA BERNAL ALVAREZ

ROSA LUZ LEAL FERNÁNDEZ

1 Introducción

Esta enfermedad, es la forma más común de demencia en ancianos, aunque también puede aparecer n edades más tempranas. Es irreversible y progresiva. Un proceso degenerativo, por pérdida gradual de neuronas cerebrales, por lo que se ve afectado el pensamiento, memoria, lenguaje. Al final también se pierden sus habilidades físicas y mentales, transformándose en una persona totalmente dependiente. Tienen dificultad para hablar y expresase o reconocer objetos y familia. Hay un cambio en la personalidad, dificultad para realizar actividades motoras. Existe deficiencia en la memoria de corto y largo plazo.

Actualmente es uno de los problemas sanitarios más importantes de la sociedad. La OMS, la define como ” Dolencia degenerativa cerebral primaria de causa desconocida”. Las prueban complementarias que se realizan son RMN, o Scanner, que visualizan la forma y estructura del cerebro. El diagnóstico se basa en el estudio de la historia clínica, la exploración física y la evolución neuropsicológica del paciente. Por eso el diagnóstico es: probable Enfermedad de Alzheimer.

En esta enfermedad se diferencian tres fases, empeorando progresivamente de

fase en fase Es muy importante el diagnóstico temprano, en la primera fase, para poder intentar controlar o ralentizar la evolución de la sintomatología, mediante el tratamiento con fármacos.

Los signos de alarma de la enfermedad de Alzheimer son:
- Pérdida de memoria. Citas, nombres, números de teléfono
- Problema para realizar tareas cotidianas en el hogar, el trabajo.
- Problemas de lenguaje
- Desorientación de tiempo y espacio
- Problemas de pensamiento y juicio. Se viste inapropiadamente, se olvida del significado del dinero, de la comprensión de refranes
-Pierde cosas o las coloca en lugares inadecuados
- Cambian humor, conducta, personalidad
- Pérdida de iniciativa. Se vuelven pasivos. Necesitan constantemente estímulos

El curso de la enfermedad es lento ente tres y veinte años y se divide en tres fases. Estas son orientativas, tanto para la familia o cuidadores, como para los profesionales. Nos indican lo que es probable que suceda, y en qué fase se encuentra. Si la enfermedad avanza deprisa, o la medicación actúa de forma correcta. La duración de las fases no es homogénea. Hay pacientes que permanecen estables mucho tiempo mientras que en otros esta patología avanza rápidamente.

- La primera fase, de 2 a 5 años, el mayor daño se realiza en la memoria, la percepción del espacio y tiempo comienza a deteriorarse. Se pierde en edificios, calles centros comerciales, por los que siempre transitó. Tiene lagunas respecto al día, hora, año en el que vive. Confunde el día con la noche. Si sigue trabajando el rendimiento laboral disminuye

Pierde la capacidad de concentrarse y tiene cambios de carácter, pudiendo aparecer depresión y ansiedad. Notan que algo va mal, notan su declive y aumenta la irritabilidad. Estas situaciones suelen aumentar al atardecer o en la noche. Suele relacionarse con la falta de luz

En esta etapa, si detecta problemas, para comunicarse o actuar, la resuelve disimulando la dificultad y justificándola, con motivos ajenos. Ante extraños adopta una actitud más comedida y despierta, dando la impresión de que su estado es mejor del que comentan sus cuidadores.

- La segunda fase puede extenderse de dos a diez años. La sintomatología empieza

a ser preocupante. El daño cerebral y el declive de las funciones intelectuales son considerables. La memoria se encuentra muy mermada. Aparecen problemas como Afasia con dificultad en el lenguaje, Apraxia. Incapacidad para desarrollar actos aprendidos, cotidianos y normales y Agnosia. Pérdida de mecanismos, por los que reconocemos a las personas con las que convivimos.

Desatenderá su higiene, empezará a sufrir efectos psiquiátricos. Verá cosas imaginarias, sonios irreales, preguntará por personas desaparecidas como el padre, madre, hermanos, etc. Siente una gran indefensión y desamparo, al no poder, al no comprender el mundo que le rodea e inhibe sus emociones, cerrándose a los demás, volviéndose apático Pueden aparecer en esta etapa síntomas parkinsonianos ,como temblores en manos, pies, brazos

- la tercera fase. Se produce un declive intelectual masivo, aumenta la rigidez muscular, resistiéndose al movimiento o cambio de posición. Los temblores se multiplican, pudiendo tener crisis epilépticas o espasmos.
La dependencia es total, cae en un mutismo absoluto, o en otros casos la respuesta ante el pánico que siente se traduce en insultos, agresiones ya que pretende defenderse de algo que no conoce y le perturba

Sufre incontinencia urinaria y fecal. Un deterioro severo de todas las funciones vitales. Finalmente puede fallecer por neumonía, o por complicaciones derivadas de la inmovilidad.
Muchos piensan que la causas de esta enfermedad son una combinación de factores genéticos, ambientales y del estilo de vida que afectan al cerebro a lo largo del tiempo

La mayor parte de ancianos se apoya en su conyugue o familiares. Éstos son los encargados de buscar los cuidados sanitarios y sociales. Se van agobiando por la falta de información, la angustia y tensión ante la enfermedad, como por las dificultades económicas y legales y la impotencia ante el vacío asistencial. El impacto de la demencia sobre el nivel familiar, va a depender de varios factores como: su nivel económico, de la evolución de la enfermedad, de las alternativas sociosanitarias.

Antes de tomar la decisión de institucionalizar a nuestro familiar, debemos contactar con Asociaciones de Familiares de Enfermos de Alzheimer. Debemos valorar los recursos de los que disponemos, que nos permiten mantenerlo más tiempo en el núcleo familiar. Estos pueden ser el servicio de ayuda a domicilio, las

unidades de estancia diurna o temporales en residencias para respiro familiar.

En las unidades de estancia diurna además de cuidar de los pacientes, se les proporciona tratamiento psicológico, fisioterapia, etc. Son servicios novedosos, que permiten que el anciano permanezca en el propio domicilio, recibiendo cuidados especializados. Su fin principal es mejorar o mantener el nivel de autonomía del enfermo y apoyar a la familia

En la mayoría de los casos, los profesionales e atención primaria van a ser el punto de partida de los familiares o el propio paciente, con el entramado de recursos existentes entorno a esta enfermedad. Se debe:
- Realizar un diagnóstico precoz
- Asegurar un seguimiento del paciente en el centro y en el domiilio

Este equipo compuesto por médico de cabecera, auxiliar de enfermería y trabajador social tienen otras tareas como:
- Garantizar la ayuda. Ayudar en la toma de contacto con el equipo asistencial.
- Informar y asesorar sobre la propia enfermedad y de todo lo que precise; recursos, prestaciones, servicios.
- Ayudar al cuidador principal, para que pueda descansar

El médico de cabecera realizará una evaluación inicial y continuada del cuadro demencial. Realizará supervisión periódica del tratamiento prescrito, para prevenir posibles complicaciones y controlar los efectos secundarios.
El trabajador social realiza una evaluación de la situación socio familiar, de la obtención de recursos y del seguimiento social del caso.

Los recurso sociales de los que disponemos en primera instancia serán las administraciones locales. Será el trabajador social quien gestione los recursos convenientes. También se puede contar con ayudas y recursos económicos e institucionales que subvencionen desde el propio ayuntamiento. Podemos definir estos servicios los más resolutivos para los enfermos y sus familiares. Se pretende conseguir mejorar la calidad de vida del enfermo y cuidador.

Las administraciones públicas o las principales fuentes de recursos sociales que se articulan en torno a la enfermedad de Alzheimer. Otro de los recursos sociales más importantes son la Asociaciones de Familiares de Enfermos de Alzheimer

2 Objetivos

Los objetivos por parte de los profesionales de atención primaria, es detectar estos signos lo antes posible, e informar a los familiares, ponerlos en antecedentes, ante la primeras sospechas, para realizar con premura estudios y aplicar tratamiento, con el in de relantizar el avance de esta enfermedad.

3 Metodología

Se lleva a cabo una búsqueda a nivel bibliográfico en la base de datos Medline, indice médico español, Cinhal, Cochrane y Scielo, para obtener información de este tipo de demencia, que más habitualmente se muestra en la edad más avanzada de nuestra vida.

Se obtiene mucha información que requiere ser seleccionada, con el fin de intentar ayudar a comprender esta patología y el problema que proporciona tanto a pacientes como a sus cuidadores Se pretende ayudar para ponerles en conocimiento de las numerosas ayudas que afortunadamente hoy día existen.

Se seleccionaron como criterios de inclusión que los estudios estuvieran disponibles a texto completo y con una antigüedad menor de diez años, excluyendo los artículos que no cumplían dichas características. El grado de evidencia científica se demostró mediante el sistema GRADE.

4 Bibliografía

- Confederación Española de Familiares de Enfermos de Alzheimer www.ceafa.org.
- Documento de el mundosalud.com,el mundosalud.es.todo sobre el Alzheimer.
- Dr.Roberto Navarro Ortega. Homeopatía en el Alzheimer y otras demencias.
- Harrison. Principios de ls medicina interna 2004
- Joaquín Vera Vera, ABC de los problemas de pérdida de memoria, demencia y enfermedad de Alzheimer 1998
- Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Guía para cuidadores y profesionales de A.P. de Alzheimer. Sevilla 1996
- Portal de ayuda a nuestros mayores. www.insersomayor.es
- Díaz Domínguez, M.; Elorriaga del Hierro, C.; Elorriaga del Hierro, A.;et al. En casa tenemos un enfermo de Alzheimer. Composiciones Rali. Bilbao. 1994

- Fraile, C. Goizueta, L. Veinticuatro horas con la enfermedad de Alzheimer.http: //www.ondasalud.com/edición/noticia/0,2458,454109,00.htm1
- Fraile, C. Residencias temporales para mayores. Mayo 2005 http://wwwconsumer.es/accesible/esssssssssss/salud/enfermedades_y_pro

Capítulo 948

ÚLCERAS POR PRESIÓN (UPP)

BÁRBARA MÉNDEZ IGLESIAS

1 Introducción

Las úlceras por presión (UPP) son zonas de la piel lesionada por permanecer en una misma posición durante un tiempo demasiado prolongado.

Suelen aparecer donde los huesos están más cerca de la piel, como tobillos, talones, y cadera.

Tienen mayor riesgo las personas que están encamadas, que utilizan silla de ruedas o que no pueden cambiar de posición por ellos mismos.

Las úlceras por presión (UPP), pueden causar graves infecciones, en algunos casos poniendo en peligro la vida.

Para prevenirlas, deberíamos mantener la piel limpia y seca, cambiar la posición cada dos horas, utilizar almohadas y productos que alivien la presión.

Tienen una gran variedad de tratamientos, las úlceras más avanzadas se cuidan lentamente y para todas ellas lo mejor es un tratamiento anticipado.

2 Objetivos

-Mejora de la calidad y eficacia de los cuidados prestados a personas con úlceras por presión o en situación de riesgo de desarrollarlas.
-Identificar a las personas con mayor riesgo de desarrollarlas.
-Mantener en buen estado la piel, eliminado o disminuyendo la presión y observando el estado nutricional del enfermo.

3 Metodología

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica de la literatura en las principales bases de datos de las ciencias de la salud y las ciencias sociales.

4 Bibliografía

-Borra Bou JE, Rueda López J, Soldevilla Agreda JJ, Martínez Cuervo F, Verdú Soriano J. Primer estudio nacional de prevalencia de úlceras por presión en España: epidemiología y variables definitorias de las lesiones y enfermos. Gerokomos 2003; 14:37-47.
-Esperón JA, Angueira C et al. Monitorización de úlceras por presión en unidades de cuidados intensivos. Gerokomos 2007; 18(3):142-150.
-Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión. Directrices generales sobre tratamiento de las úlceras por presión. Logroño: GNEAUPP; 2003.

Capítulo 949

REVISIÓN SISTEMÁTICA: PRINCIPALES CAUSAS DE ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA

MARIA DEL CARMEN BEDIA PALMERO

1 Introducción

La OMS recomienda la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses, la introdución de alimentos apropiados para la edad y seguros a partir de entonces, y el mantenimiento de la lactancia materna hasta los dos años o mas.

La leche materna es el alimento idóneo para el crecimiento y desarrollo sano del bebe´; además, lalactancia materna forma parte del proceso reproductivo, y tiene importantes repercusiones para la salud de la madre.

2 Objetivos

Conocer cuáles son las principales causas de abandono de la lactancia materna

3 Metodología

Revisión bibliográfica de las publicaciónes científicas mas recientes consultando las bases de datos pubmed, scielo y dialnet.
Los descriptores utilizados han sido: lactancia materna, abandono lactancia, beneficios lactancia, factores abandono lactancia, riesgo abandono lactancia.

4 Resultados

A pesar de que según la OMS la leche materna es el mejor alimento que la madre puede ofrecer al recién nacido durante los 6 primeros meses de vida,son muchos los factores que impiden que ésta se pueda desarrollar de manera adecuada y permita el buen desarrollo físico e intelectual para el recién nacido y los beneficios recíprocos que se producen en la madre. Factores como: madres adolescentes, hijos previos, el trabajo materno, embarazos no controlados por matronas, cesáreas, prematureidad, biberones, chupetes…

5 Discusión-Conclusión

Es de gran importancia el apoyo y consejo por parte del personal sanitario para el inicio de la lactancia materna, también es importante plantearse si los consejos que se dan a las embarazadoas son adecuados y suficientes.

6 Bibliografía

1.Marta Gómez Fernández-Vegue et al10 Rev Esp Salud Pública. 2019;93: August 2nd e201908060BIBLIOGRAPHy1. Hansen k. Breastfeeding: a smart investment in people and in economies. Lancet Lond Engl 2016;387(10017):416.
2. Bartick MC, Schwarz EB, Green Bd, jegier Bj, Reinhold AG, Colaizy TT et al. Suboptimal breastfeeding in the United States: Maternal and pediatric health outco-mes and costs. Matern Child Nutr 2017;13(1).
3. World Health Organization, UNICEF. Global Nutrition Targets 2025: Breastfeeding policy brief [Internet]. 2014;Available from: https://www.who.int/nutrition/publi-cations/globaltargets2025_policybrief_breastfeeding/en/.
4. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud 2017 [Internet]. 2018 [citado 2019 feb 19];Available from: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176783&menu=resultados&secc=1254736195650&idp=1254735573175
5.Organización Mundial de la Salud

Capítulo 950

EFECTOS DE LA CARGA LABORAL SOBRE LA SALUD MENTAL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO.

PATRICIA OTERO ARGÜELLES

ROCÍO GARCÍA FERNÁNDEZ

ANA BELÉN CERRA IGLESIAS

EVA FARPON FERNANDEZ

1 Introducción

La actividad laboral conlleva, generalmente, exigencias físicas y cognitivas. Ambas se encuentran interrelacionadas y ningún trabajo está exento de ellas. Así, podemos especificar que una actividad laboral está compuesta de (Arquer, 1999):
• Parte física: cuando prevalece el esfuerzo muscular.
• Parte cognitiva: cuando prevalece el esfuerzo cognitivo o mental.

De estas dos, es la carga mental y cognitiva la que más habitualmente suelen referir los trabajadores cuando se les cuestiona sobre aspectos negativos de su ámbito laboral. Este concepto -carga mental- aparece por primera vez en los años 50, momento en el que empiezan a surgir ciertos modelos explicativos que intentan analizar los recursos y estilos de afrontamiento personales (Broncano, 2015).

El Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (2002) define la "carga

mental" como "el conjunto de requerimientos mentales, cognitivos o intelectuales a los que se ve sometido el trabajador a lo largo de su jornada laboral. Es decir, el nivel de actividad mental necesario para desarrollar el trabajo y que supone un tratamiento de información".

Por lo tanto, podríamos decir que la carga mental se explica en función de una serie de dimensiones tales como: la exigencia de la tarea a realizar, nuestra capacidad de afrontar la misma o la relación que tengamos nosotros con la tarea a desempeñar o con nuestro entorno laboral. Por otro lado, las variables personales también pueden mediar en la manera en que realicemos la tarea concreta y el esfuerzo que pongamos en nuestro desempeño (Dalmau, 2008).

Así, como puede deducirse, la carga mental va a referirse exclusivamente a aquellas actividades que implican procesos cognitivos, emocionales, psicológicos o afectivos. En este sentido, tareas clásicas que podrían estar incluidas en esta definición, son aquellas que requieren una alta concentración o nivel atencional, o que implican autocontrol, habilidades sociales y asertividad (Pons y Puig, 2004).

Una adecuada gestión de las herramientas de afrontamiento, permitirá desempeñar las funciones laborales de la mejor manera. Sin embargo, en ocasiones la tarea supone una complejidad o implicación que supera los recursos del trabajador. Estas circunstancias, su abordaje y prevención, vienen contempladas en la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es analizar y exponer las principales características que componen el concepto de "carga mental" así como exponer sus efectos sobre el auxiliar administrativo que trabaja en una institución sanitaria.

3 Metodología

Para responder a este objetivo, se ha llevado a cabo una revisión teórica a través de la base de datos Google Scholar, Scielo y PubMed, con restricción de fecha 2000-2019 y combinando los siguientes descriptores: auxiliar administrativo, factores laborales, carga mental, efectos, consecuencias, sanidad.

A través de estos tópicos, se encontraron 16 documentos, que se discriminaron de la siguiente manera: se tuvieron en cuenta para su análisis solo los trabajos tipo paper; se descartaron aquellos documentos que no se relacionaban con el tema de interés. De este modo, se eliminaron 7 salidas de la web. Por todo esto, el total de documentos analizados fue de 9.

4 Resultados

Tras analizar los artículos seleccionados, se encuentra que los principales factores que determinan la carga mental, son los que siguen:

El primer aspecto que debe tenerse en cuenta a la hora de entender las características de la carga mental, es el tipo de trabajo o tarea que se realiza. De ella van a depender factores asociados, tales como la información a procesar, su complejidad y el tratamiento más o menos sencillo que deba darse a dicha información. Asimismo, esta valoración también dependerá del nivel de responsabilidad que el trabajador tiene sobre la tarea y sobre su control de la misma. Finalmente, también han de contemplarse aspectos temporales, pues un trabajo realizado en turnos nocturnos o con horarios cambiantes, hará que la tarea se torne más pesada y adquiera una mayor complejidad.

En segundo lugar, ha de ser contemplada la variable "tiempo", que puede ser entendida de dos maneras diferenciadas:
• Por un lado, el tiempo entendido como la cantidad que precisamos para ejecutar la tarea. Esto influirá en el esfuerzo aplicado en el desempeño del trabajador.
• Por otro lado, el tiempo entendido a nivel general, desde una perspectiva global de la jornada laboral y la tarea a desempeñar, valorando la posibilidad de poder hacer descansos que prevengan la fatiga mental.

Como ya se ha expuesto previamente, las características personales e individuales del trabajador también han de ser analizadas a la hora de valorar la carga mental. En este sentido, los siguientes aspectos son los más influyentes: el nivel motivacional, las actitudes personales, la autoconfianza, la autoexigencia, la iniciativa… Asimismo, otros aspectos como las cargas familiares, patologías o enfermedades, situación económica, valores personales… serán esenciales.

En cuarto y último lugar, las circunstancias del trabajo afectarán de manera de-

terminante a la carga mental. Las principales que deben ser tenidas en cuenta, son las siguientes:
• Físicas: la iluminación del lugar, las condiciones ambientales (frio, calor, demasiada humedad), ruido excesivo, presencia de olores desagradables…
• Sociales: el tipo de comunicación horizontal y vertical pueden ser factores incluidos en esta categoría.

Asimismo, un buen clima laboral, donde reine la cohesión grupal y la cooperación entre trabajadores, favorecerá una menor afectación al trabajador de la carga de trabajo. El auxiliar administrativo, especialmente aquel que trabaja en el ámbito sanitario y de la salud, está expuesto -según revelan los estudios científicos de los últimos años- a una gran cantidad de los factores de riesgo expuestos previamente.

Entre otros, suelen ser la falta de compañerismo y una mala comunicación con el equipo multidisciplinar y con instancias superiores, los más frecuentemente verbalizados. Finalmente, aspectos como una carga de trabajo excesiva, debiendo simultanear tareas que en ocasiones son cruciales para el buen funcionamiento del SNS, supone una presión añadida que puede degenerar en un trastorno ansioso-depresivo.

5 Discusión-Conclusión

Se concluye que el auxiliar administrativo está expuesto de forma recurrente y repetitiva a diversos factores de riesgo que pueden afectarle, a largo plazo, a nivel de salud mental y física. Por ello, una manera adecuada de abordar todos los puntos descritos con anterioridad, es realizando una adecuada evaluación de los niveles de carga mental que soporta el profesional. En este sentido, diversas medidas preventivas pueden ser puestas en marcha, tales como:

1. Facilitar el proceso de percepción e interpretación de la información.
2. Facilitar la respuesta, es decir, la realización de la tarea, teniendo en cuenta aspectos como el diseño del puesto, o el diseño y la distribución de los controles.
3. Organizar el trabajo de manera que se reduzca la probabilidad de aparición de fatiga y que se permita la recuperación de la persona, estableciendo las pausas cortas y frecuentes.
4. Para los trabajos con pantallas de visualización de datos es recomendable pausas de 10 a 15 minutos cada 1.5 o 2 horas.

5. También puede recurrirse a la rotación de puestos, lo que implica una mayor capacidad de adaptación y una polivalencia del personal, que puede conseguirse mediante una correcta formación.
Un correcto abordaje a nivel preventivo ayudará a detectar posibles casos de riesgo de forma prematura, evitando consecuencias tanto para el trabajador como para el servicio que lo contrata.

6 Bibliografía

- Aguirre Martínez, R. (2010). Evaluación ergonómica de carga mental y factores de riesgo psicosocial del trabajo, en profesionales, técnicos y administrativos de un centro de rehabilitación de salud mental privado. Rev. chil. ter. ocup, 87-99.
- Arquer, I. (1999). Carga mental de trabajo: factores.
- Broncano, M. (2015). La carga mental en el puesto de trabajo.
- Dalmau, I. (2008). Evaluacion de la carga mental en tareas de control: técnicas subjetivas y medidas de exigencia (Doctoral dissertation, Universitat Politècnica de Catalunya (UPC)).
- Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. (2002). La carga mental de trabajo.
- Pons, I. D., & Puig, R. F. (2004). Revisión del concepto de carga mental: evaluación, consecuencias y proceso de normalización. Anuario de psicología/The UB Journal of psychology, 35(4), 521-546.
- Pucumucha, P., & Claver, R. (2016). Carga mental en el personal asistencial y administrativo que laboran en el Hospital Hermilio Valdizan Lima 2016.
- Valdehita, S. R., Moreno, L. L., García, J. M., & Díaz, J. J. (2007). Modelos y procedimientos de evaluación de la carga mental de trabajo. EduPsykhé: Revista de psicología y psicopedagogía, 6(1), 85-108.
- Vicuña Sotelo, M. M. (2013). La carga mental de trabajo y su relación con el dolor cervical en el personal administrativo del Hospital Santa María del Socorro de Ica, 2012.

Capítulo 951

LA ANSIEDAD Y SUS COMPLICACIONES.

SANDRA GONZALEZ RODRIGUEZ

ALMUDENA SANTIAGO FERNANDEZ

1 Introducción

La ansiedad es un mecanismo adaptativo natural que nos permite ponernos en alerta ante sucesos comprometidos.
Un cierto grado de ansiedad proporciona un componente adecuado de precaución ante situaciones peligrosas.
En ocasiones el sistema de respuesta a la ansiedad se ve desbordado y funciona incorrectamente, es desproporcionado con la situación e incluso se presenta en ausencia de peligro. El sujeto se siente paralizado con un sentimiento de indefensión y se produce un deterioro del funcionamiento psicosocial y fisiológico.
Cuando la ansiedad se presenta de forma intensa y duradera se considera un trastorno. Los trastornos de ansiedad son un grupo variado de afecciones que tienen en común la sensación de ansiedad, afectan al 15-20%de la población en algún momento de su vida.
Entre ellos destaca el trastorno fóbico, fobias específicas a animales, objetos, oscuridad y fobias sociales la aptitud para relacionarse socialmente y el trastorno obsesivo- compulsivo y el estrés postraumático.
La ansiedad se convierte en un problema cuando los episodios son seguidos e intense y sin motivo aparente.
En algunos casos las causas de los trastornos de ansiedad no llegan a conocerse, en otros casos hay factores que pueden influir y son las causas genéticas; se

hereda de padres a hijos, las causas circunstanciales; hechos traumáticos, consumo de drogas y experiencias vitales significativas.
Los trastornos de ansiedad se manifiestan a nivel emocional y físico, a nivel emocional existe una preocupación constante, cansancio, insomnio, agitación, irritabilidad y a nivel físico taquicardia, sudoración excesiva, temblores, diarrea, indigestión, mareos.

2 Objetivos

Dar a conocer esta patología mediante una revisión bibliográfica, para un adecuado conocimiento de la misma que permita realizar un diagnóstico y tratamiento más precoz.

3 Metodología

Para evaluar si una persona sufre ansiedad es necesario descartar la existencia de una enfermedad sistémica. Para ello se tiene en cuenta los síntomas físicos que presenta, la historia médica y psicológica del paciente y de su familia y el consumo de sustancias tóxicas.
Existen escalas que sirven para detectar el trastorno, son la escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg y la escala de Hamilton.
Como tratamiento se utiliza la terapia psicológica cognitivo-conductual el terapeuta enseña al paciente a manejar la ansiedad y controlar sus miedos y el tratamiento farmacológico incluye la administración de benzodiacepinas y ansiolíticos.

4 Bibliografía

- www.mayoclinic.or.
- https://clínica de ansiedad.com.
- www.psicoterapeutas.com.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 952

IMPORTANCIA DE UNOS HÁBITOS ALIMENTARIOS SALUDABLES EN LA POBLACIÓN INFANTIL .

MARÍA ÁNGELES REPISO VAELLO

FERMINA PROENZA ALVAREZ

NURIA HUERTA GONZÁLEZ

1 Introducción

Una dieta variada, rica y equilibrada es importante a lo largo de toda la vida, tiene gran influencia sobre la salud actual e influirá en futuras generaciones. Para poder llevar a cabo esta labor con éxito se hace imprescindible conocer los diferentes nutrientes, alimentos, necesidades alimentarias, etc. Es por ello que la relevancia de hábitos alimentarios saludables se debe trabajar desde los primeros años de vida, no solo desde el entorno familiar, sino también desde el escolar iniciando así a los alumnos en prácticas alimenticias adecuadas.

La obesidad infantil y el sobrepeso hoy en día es un problema de Salud Pública, ya que la tendencia de estos niños a sufrir enfermedades crónicas como diabetes, problemas cardiovasculares, etc, en la etapa adulta aumenta considerablemente.

Según avalan estudios recientes como el Estudio Aladino 2015 promovido por la Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición, el sobrepeso en los niños de 6 a 9 años ha pasado de un 26,2% a un 23,2% entre los años 2011 y 2015 y se mantiene en la obesidad de un 18,3% a un 18,1%. Aunque estos datos

indican que se va por el buen camino, aún siguen siendo datos alarmantes y son todavía un riesgo importante no sólo para los niños en la actualidad, sino para su futura salud.

El sobrepeso y la obesidad son problemas en los que influyen varios factores como son entre otros los hábitos alimentarios, la práctica de escasa actividad física, el sedentarismo, saltarse el desayuno a diario o el bajo nivel cutural y económico de los familias.

Debido a que las causas que las provocan son y están identificadas, es posible que con buenas actuaciones se consiga frenar y paliar el problema y todos gocemos de una mejor salud.

Por ello, las actuaciones para incidir en la obesidad y el sobrepeso, se tienen que dar en todos los niveles implicados en la nutrición y alimentación. Es necesario que tanto las Administraciones Públicas como los diferentes agentes implicados (familia, escuela, industria alimentaria…) trabajen coordinadamente y desarrollen estrategias y planes de actuación adecuados.

2 Objetivos

Objetivo general:

- Realizar un análisis sobre la situación actual de la alimentación infantil en España.

Objetivos específicos:

• Explorar las necesidades alimentarias de la niñez.

• Conocer el tipo de alimentación adecuada para los niños en edad escolar.

3 Metodología

Las principales fuentes consultadas han sido sobre todo guías alimentarias promovidas por diferentes Comunidades Autónomas, artículos de revistas recuperadas de Google Académico, libros sobre nutrición y alimentación, etc. Entre los autores de los libros con los que se ha trabajado debemos destacar a Ángel Gil y Javier Serra por sus imporantes aportaciones al campo de la alimentación y nutrición.

También se ha extraído información tanto de instituciones internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), como de nacionales, por ejemplo la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC), etc.

Las fuentes consultadas para la elaboración del presente trabajo se encuentran especificadas en el apartado de bibliografía.

4 Resultados

1. Alimentación adecuada durante la niñez

1. 1 Necesidades alimentarias

Los niños tanto en edad preescolar (de 3 a 5 años) como escolar (de 6 a 12 años) necesitan los miismos nutrientes que los adultos, aunque las cantidades y las proporciones sean diferentes y vayan variando a medida que van creciendo. Durante la etapa escolar continua el crecimiento tanto físico, cognitivo como emocional y además es la antesala para el desarrollo de la pubertad y la adolescencia. Por ello, es primordial una alimentación adecuada que le ayude a cubrir todos sus necesidades de hidratos, grasas, proteínas, vitaminas y sales minerales (Brown, 2014).

Para que los niños crezcan sanos, se desarrollen en buenas condiciones y todas sus necesidades se cubran adecuadamente hay que tener en cuenta varias cuestiones como son: garantizar la ingesta de alimentos de todos los grupos a lo largo del día y que estos sean de calidad, las calorías que se deben consumir hay que repartirlas en 5 comidas, adecuar las raciones y los ingredientes a su etapa de crecimiento, no todos los nutrientes se tienen que comer en la misma proporción, es importante tener en cuenta la época del año y el clima, el agua debe ser la bebida por excelencia (Peña et al, 2010).

Como ya hemos dicho, las cantidades de alimento que necesita consumir un variando en función de su estatura, peso y actividades que realice. A medida que crece sus necesidades nutricionales van cambiando, cuanto más edad más calorías necesita. Al contrario que pasa con los adultos, por ejemplo los niños deben seguir una dieta más alta en grasas o en calcio. Si se consumen menos nutrientes y por lo tanto, menos calorías de las que se necesitan y esta situación perdura en el tiempo puede terminar en una desnutrición y tener consecuencias negativas en el desarrollo tanto físico como intelectual. Si por el contrario, se ingieren más de las que precisa con el tiempo puede aparecer sobrenutrición, dando

lugar al sobrepeso y obesidad.

1. 2. Las diferentes ingestas diarias:

El cuerpo necesita constantemente energía que es proporcionada por los alimentos y estos alimentos tienen que consumirse a lo largo del día, ya que no vale pegarse un "atracyn" dos o tres veces diarias. El cuerpo necesita ser cargado de energía constantemente (Bauer, 2000).

Para que el niño en edad escolar obtenga la energía que necesita para realizar sus actividades diarias y para que no transcurra demasiado tiempo entre las comidas, hay que repartir las calorías que ingiere a lo largo del día proporcionalmente a su gasto energético. Estas comidas recomendadas son 5 y aportan diferentes cantidades de energía (Rodríguez et al., 2007): el desayuno proporciona un 20% de las calorías; el tentempié a media mañana un 5%; la comida del mediodía el 30%; la merienda un 15% y la cena un 30%.

El desayuno es una de las ingestas más importantes y como dice Martínez (2014) está comprobado que las personas que no desayunan apropiadamente tienen mayor riesgo de padecer obesidad, ya que el desayuno ayuda al control del peso. Además, tiene otros muchos beneficios, como son entre ellos: actuar sobre el equilibrio nutricional porque ayuda a la distribución adecuada de la energía a lo largo del día y a cubrir las necesidades nutricionales; suministrar al cuerpo energía para activar su sistema y poder comenzar de forma conveniente después de muchas horas en ayuno y aumentar el rendimiento físico y cognitivo, lo que conllevará a un aumento del rendimiento escolar y del aprendizaje (Iglesias, 2011). Un niño que no desayuna adecuadamente tendrá problemas en su rendimiento escolar y se sentirá cansado debido a la hipoglucemia que se provocará en su organismo (Burgos, 2007). Un desayuno debe ser completo, variado y con aporte calórico suficiente y para ello debe contener por lo menos cereales, lácteos y fruta.

Para poder reponer energía y mantener buenos niveles de glucosa en sangre es conveniente a media mañana y a media tarde tomar un tentempié como comida complementaria, sobre todo a base de frutos secos, fruta o un pequeño bocadillo. Hay que tratar que sea variado para no caer en la rutina (Rodríguez et al., 2007).

La comida del mediodía es el momento del día nutricionalmente más importante, ya que se hace la ingesta más copiosa de alimentos y la más variada. Debe incluir un primer plato de pasta, de arroz, de legumbres… es decir, que aporte hidratos

de carbono; un segundo plato con alimento proteico (carne, pescado, huevos), acompañado de verduras como guarnición; postre en la medida de lo posible fruta fresca del tiempo, pan y agua (Rodríguez et al., 2007). Al finalizar la comida el niño debe de haber recibido el 55% de las calorías diarias necesarias, ya que es en esta franja donde el niño gasta más energía debido a una mayor actividad intelectual y física.

Los alimentos a ingerir en la cena tienen que ser elegidos teniendo en cuenta los ya consumidos durante el día, bien aportando los no consumidos, bien complementándolos. Debido a que tras esta ingesta no se va a realizar ninguna actividad esta debe ser también completa, pero más ligera que la de la comida y fácil de digerir (Muñoz et al., 2007).

2. Importancia de la educación alimentaria

2.1 Tratamiento de alimentación saludable en España y a nivel mundial:

La Declaración Universal de los Derechos Humanos proclamada por la Organización de las Naciones Unidas en su artículo 25 dice: "Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial, la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios". El Gobierno Vasco a raíz de este derecho presentó el Plan de Salud 2013-2020 bajo el lema "Osasuna, pertsonen eskubidea, guztion ardura. Políticas de salud para Euskadi". Con él se pretende mejorar la salud, aumentar la calidad de vida, reducir las desigualdades y propiciar mejoras organizativas. Este plan establece objetivos y estrategias para mejorar la salud contemplando de forma simultánea y prioritaria tanto el nivel de salud como la equidad en salud.

Hoy en día dos tercios de la mortalidad en el mundo es debida a las enfermedades no transmisibles, es decir, a las enfermedades cardiovasculares, los cánceres, las enfermedades pulmonares crónicas y la diabetes. Para paliar el avance de estas y poder reducirlo, la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó en 2011 una declaración política sobre la prevención y el control de dichas enfermedades. Para ello, se subrayó la necesidad de adoptar una política multisectorial coordinada en la prevención de factores de riesgo evitables y comunes a estas enfermedades: consumo de tabaco, uso nocivo del alcohol, mala alimentación e inactividad física.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha sido la encargada de elaborar un marco mundial de seguimiento de las enfermedades no transmisibles y de crear

el Plan de Acción Mundial para la Prevención y Control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020. Entre las metas que se quieren conseguir están una disminución relativa al menos del 10% en el uso nocivo del alcohol, una reducción relativa del 10% en la prevalencia de sedentarismo o actividad física insuficiente y una disminución relativa del 30% en la media de ingesta de sal de la población.

Las soluciones y las propuestas que se proponen para conseguir las metas, por un lado son promover una dieta saludable mediante políticas de nutrición a través de planes de acción como apoyar la lactancia materna, impulsar guías alimentarias, tender a eliminar los ácidos grasos trans y reducir los ácidos grasos saturados… Por otro lado, promover la actividad física, mejorar el rendimiento escolar y la salud mental y social y controlar el uso nocivo del alcohol.

Como bien dijo José Mª Martín Moreno (2013), académico electo de la Real Academia de Medicina de la Comunidad de Valencia, en su discurso de recepción:

Eliminar el tabaco, hidratarse correctamente, ingerir alimentos saludables, minimizar el consumo de alcohol y mantenerse físicamente activo va a condicionar una mayor calidad de vida. Pero es que, además, la prevención de enfermedades del adulto debe hacerse desde una aproximación completa del curso de vida, y se inicia de la forma más efectiva desde la edad pediátrica. De hecho, hay factores de riesgo detectables ya en la infancia, y es posible tener grandes resultados si invertimos en la prevención del riesgo de ECNT desde la edad pediátrica como muestran múltiples evidencias. (p. 47).

2.2 Alimentación en el ámbito escolar:

A lo largo de la historia los hábitos alimentarios han ido cambiando a peor, debido a varias razones o factores: inserción laboral de la mujer, falta de tiempo para cocinar, influencia de los medios de comunicación, diferentes modelos familiares, mayor uso de comidas rápidas o precocinadas… Como dice Nuria Burgos (2007) para paliar esta situación, la alimentación debe ser tratada en la educación en general, pero sobre todo en Educación Primaria para que los buenos hábitos alimentarios se adquieran desde los primeros años.

Los hábitos que se adquieran durante la infancia serán decisivos para un correcto crecimiento y desarrollo tanto físico como intelectual y no solo durante los primeros años de vida, sino que tendrán efectos durante la adolescencia y la edad adulta, es decir en la futura salud.

Unos hábitos saludables desde la infancia pueden prevenir enfermedades crónicas relacionadas con la alimentación (enfermedades cardiovasculares, algunos cánceres, diabetes…) (de Arpe y Villarino, 2011).

La Ley 17/2011, de 5 de julio, de seguridad alimentaria y nutrición tiene en cuenta la creciente importancia de los riesgos nutricionales (obesidad) y así en el artículo 40 se enumeran una serie de medidas especiales aplicables al ámbito escolar para ayudar a reducir estos, como son enseñanza para conseguir una alimentación sana y equilibrada, promover actividad física, garantizar que la comida de los centros sea variada y equilibrada, orientar a las familias sobre menús adecuados… Son varios los factores que influyen en los hábitos saludables de los niños. Primeramente, será la familia, ya que con esta inicialmente socializan y posteriormente, la escuela y los medios de comunicación adquirirán una gran importancia. La escuela además de transmitir conocimientos a través de su currículo (Ciencias Naturales, Ciencias Sociales…) tiene queimportancia. Los comedores escolares, además de ser un entorno alimentario, es decir de aportar alimentos, tienen que ser un entorno educativo (educar para la salud, higiene y alimentación, educar para la responsabilidad, educar para el ocio y educar para la convivencia), ya que pueden transmitir ideas y conceptos. Para ello, deben de formar a los alumnos en hábitos alimentarios saludables, enseñar costumbres educadas en la mesa, proporcionar raciones en función de las necesidades nutritivas según la edad u ofrecer una dieta variada en alimentos, entre otros (Iglesias, 2011).

Debido a los cambios familiares y sociales que se han dado y que se están dando, muchos niños entran en contacto con la escuela cada vez a edades más tempranas. Muchas veces y muchos de ellos realizan la comida principal en el centro e incluso pueden realizar el desayuno o la merienda. Por estas razones y en opinión de Martínez (2011) el comedor escolar también es una herramienta educativa donde los niños aprendan a alimentarse correctamente, aprendan normas sociales y pongan en práctica lo aprendido en las diferentes áreas. Está demostrado que mejorar la alimentación de los niños junto con la realización de actividad física hará que mejoren su rendimiento intelectual y físico y su salud.

5 Discusión-Conclusión

Una vez realizada esta revisión bibliográfica, se pueden extraer las siguientes conclusiones:

• La obesidad infantil, que afecta al grupo de población de 0-17 años, constituye

actualmente uno de los problemas más preocupantes por su enorme crecimiento a nivel mundial.

• La prevención de la obesidad infantil se debe realizar desde los tres niveles básicos de prevención, con el objetivo de disminuir su prevalencia.

• La prevención primaria es la principal arma para combatir el incremento de la obesidad infantil, ya que su tratamiento es muy complicado y muchas veces tiende al fracaso. Ésta se basa en una dieta sana, variada y equilibrada y la práctica diaria de actividad física. Éstos deben ser incentivados desde todas las áreas de la sociedad que se encuentran en el entorno del niño y el adolescente (familiar, comunitario, escolar sanitario y empresarial).

• El papel de los profesionales sanitarios, especialmente el personal de enfermería, es fundamental en los tres niveles de prevención de la obesidad infantil, ya que se encuentran con frecuencia en contacto directo con este colectivo, pudiendo proporcionarles una educación sobre hábitos alimentarios y estilos de vida saludables, detectar y seguir niños con riesgo de esta enfermedad y tratar a aquellos con obesidad, para evitar la aparición de futuras complicaciones.

6 Bibliografía

- Aranceta, J. y Bes-Rastrollo, M. (2016). La forma geométrica de la salud. Eroski consumer 2017. Pag. 30-35.
- Bauer, J. (2000). Aliméntese sanamente. México: Prentice Hall hispanoamericana S.A.
- Brown, J. (2014). Nutrición en las diferentes etapas de la vida. México: MCGrawn-Hill Interamericana Editores.
- Burgos, N. (2007). Alimentación y nutrición en la edad escolar. Revista Digital Universitaria 8(7). Pags. 2-7.
- Cabezuelo, G. y Frontera, P. (2007). Enséñame a comer. Madrid: Edaf.
- Carbajal, A. (2013). Manual de Nutrición y Dietética. Material no publicado. Centro de Investigación y Desarrollo. Educación para la salud y alimentación.
- De Arpe, C. y Villarino, A. (2011). La nutrición y el comedor escolar: su influencia sobre la salud actual y futura de los escolares. En J.R.
- Martínez (Eds.). Nutrición y alimentación en el ámbito escolar (45-56). Madrid: Ergón.
- Garaulet, M., Culebras, J.M. y Serra, L. (2010). Nutrición y salud pública. Tratado de Nutrición. (424-443). Madrid: Médica Panamericana.

- Gil, A., Mañas, M. y Martínez de Victoria, E. (2010). Ingestas dietéticas de referencia, objetivos nutricionales y guías. En A. Gil (Eds), Tratado de nutrición (32-62). Madrid: Médica Panamericana.
- Gobierno Vasco (2014). Osasuna, pertsonen eskubidea, guztion ardura. Políticas de salud para Euskadi.
Iglesias, C. (2011). La nutrición y el comedor: su importancia contrastada sobre el rendimiento escolar. En J.R. Martínez (Eds.). Nutrición y alimentación en el ámbito escolar (37-43). Madrid: Ergón.

Capítulo 953

INFLUENCIA DEL ESTREÑIMIENTO EN LA CALIDAD DE VIDA DEL ANCIANO.

ANA MARÍA MÉNDEZ MÉNDEZ

MARÍA JESÚS MÉNDEZ MÉNDEZ

BEATRIZ CAMBLOR MENDEZ

PATRICIA CAMPORRO CAMBLOR

1 Introducción

Resulta llamativo cómo la realización de deposiciones forma parte de las preocupaciones diarias de las personas mayores. El trabajador que desempeña su labor profesional con este colectivo se encuentra a menudo con expresiones como: "hoy no he hecho del cuerpo" , "tengo molestias en el abdomen", "he hecho pero poca cantidad"…

Unos dicen sentirse hinchados, otros molestos; es fácilmente observable como esta situación es capaz de producirles estrés. El estreñimiento es más predominante en personas de edad avanzada que en el resto de la población siendo los ancianos institucionalizados más propensos a padecerlo; es un síntoma que va aumentando a medida que se van cumpliendo años con un porcentaje que oscila entre el 15% y 50%, siendo más frecuente en mujeres. Esto es debido a múltiples causas y a veces pueden simultanear en el individuo varias de ellas (inmovilidad

física, dieta inapropiada, uso excesivo de fármacos, enfermedades neurodegenerativas, deterioro cognitivo, comorbilidad, depresión, situación psicosocial).

Es de gran importancia aclarar que el estreñimiento "no es ninguna enfermedad", sino que es un síntoma que puede venir derivado de diferentes situaciones clínicas, con el que las personas mayores conviven en el día a día, pudiendo llegar a convertirse para ellos en una verdadera obsesión que afecta no sólo a su calidad de vida sino también a sus relaciones sociofamiliares.

2 Objetivos

- Conocer el impacto del estreñimiento sobre el colectivo anciano y el tratamiento que debe llevarse a cabo.
- Valorar la incidencia, síntomas y factores de riesgo; establecer pautas de prevención del estreñimiento en ancianos.
- Desarrollar un programa de tratamiento individualizado para individuos con estreñimiento.
- Identificar ventajas y desventajas de las distintas modalidades terapéuticas.
- Educar en un estilo de vida más adecuado, modificando hábitos y así reducir los índices que estos tienen respecto al estreñimiento.
- Conocer cómo mejorar la calidad de vida de este colectivo, procurando su confort y bienestar.

3 Metodología

Se basará en una búsqueda bibliográfica sistemática en bases de datos. Entre las consultadas se encuentran: CUIDEN, TESEO, IBECS, PREEVID, LILACS, PUDMED, MEDLINE, INDICES CSIC, entre otras. También se revisarán páginas webs relacionadas con la temática (GEMD. org, FEAD, AEG…).

Se han seleccionado artículos, temas, tesis de varias nacionalidades en idioma español, todos de acceso libre. Para llegar a estos documentos se usaron diversos descriptores como:
Estreñimiento/Epidemiología, Estreñimiento/prevención y control, Estreñimiento/complicaciones, Estreñimiento/etiología, Envejecimiento/patología, Polimedicación, Comorbilidad, Enfermedades/sistema digestivo.

El idioma empleado, castellano e inglés; y se excluyeron aquellos documentos que carecieran de acceso gratuito. El periodo de indagación ha sido abierto, siendo el artículo más antiguo encontrado en nuestro estudio del 2005.
Las variables analizadas han sido temática, causas, factores, hábitos, tipos de cuidados, medidas de prevención y estilos de vida saludables y demás, que se espera que sean de interés para los profesionales de la salud.

4 Resultados

Decimos que tenemos " estreñimiento" cuando se reduce el número de deposiciones habituales o tenemos que realizar grandes esfuerzos para defecar; las heces pueden ser duras y secas, haber obstrucción e incluso se puede tener la sensación de no haber realizado una evacuación completa.
El más habitual es el "estreñimiento funcional" debido a un enlentecimiento en el movimiento del colon; también puede ocurrir que el anciano tenga ganas de ir al baño y no pueda defecar porque se le forme un tapón; existe la posibilidad de que no se produzca una total evacuación del recto y al quedar restos, el anciano sigue teniendo ganas de defecar y no es capaz de hacerlo.

Al envejecer disminuye la sensibilidad del recto y ano, siendo ésta básica para la defecación. Por eso al hacernos mayores el riesgo de estreñimiento también aumenta. Como consecuencias destacar la pérdida de apetito, malas digestiones y dolor abdominal entre otras y como complicación tenemos el FECALOMA , frecuente en los ancianos, que consiste en un tapón de heces duras en el recto que imposibilita la evacuación.

Causas:
El estreñimiento puede deberse a una alimentación pobre en fibra,esto da lugar a que el volumen de las heces sea menor. La falta de dentición, situación común en ancianos, puede ser causa del bajo consumo de alimentos con texturas duras o fibrosas. La hidratación es esencial; la fibra absorbe el líquido y hace así aumentar el tamaño de las heces.

Enfermedades como cáncer de colon, de Crohn, colon irritable, fisuras anales, hemorroides, entre otras también pueden ser motivo de estreñimiento, al igual que el consumo excesivo de fármacos debido a la pluripatología que suele presentar este colectivo anciano; hacer referencia también al uso excesivo de laxantes. La poca actividad física diaria puede ser capaz también de producir estreñimiento,

pues es conocido, que el ejercicio ayuda a regular los movimientos peristálticos. Situación de encamamiento , inhibir la evacuación, depresión , ansiedad, debilidad de musculatura abdominal-pelviana, factores del entorno son otras de las causas del estreñimiento en ancianos.

Diagnóstico:
El diagnóstico va a consistir en la historia clínica y una exploración física. En la historia clínica se obtendrán datos como la cantidad de fibra y líquidos que se ingiere en la alimentación, las enfermedades y medicamentos que consume el anciano, actividad física diaria, consistencia de la defecación y dolor abdominal. En el examen físico se mirará el estado de la dentadura, la tolerancia a distintos alimentos, exploración de abdomen y observar la posible presencia de hemorroides o fisuras.

Tratamiento:
El tratamiento será único para cada caso en particular, haciendo hincapié en la hidratación para conseguir heces fluidas (aconsejable litro y medio de líquido), ejercicio físico adaptado a las características de cada persona y dieta específica y variada, rica en fibra (20-30gr). Se pueden también usar laxantes eligiendo aquellos que sean compatibles con las patologías y fármacos que consume el anciano; se tendrán en cuenta sus efectos secundarios. También son de uso frecuente los supositorios y microenemas, sobre todo en ancianos que se encuentran en residencias.
Como medios no farmacológicos cabe mencionar el masaje abdominal.

5 Discusión-Conclusión

Hemos visto como el estreñimiento influye de manera negativa en la calidad de vida del anciano; es una preocupación con la que se enfrenta cada día. Hemos encontrado mucha documentación que informa sobre este tema resaltando su alta incidencia en los ancianos. Destacamos la importancia de la prevención como medida básica anticipada para evitar o reducir en este colectivo los casos de estreñimiento.

Importante es también facilitar a las personas mayores la información y formación adecuadas para resolver sus dudas sobre este tema; explicarles los beneficios de una dieta saludable, variada y rica en fibra, la importancia de una buena hidratación y la eficacia de la actividad física para una buena motilidad de su intestino.

Todo esto contribuye a afrontar la vejez en mejores condiciones. Hacer referencia también a los laxantes, usados cada vez con más frecuencia, valorar la efectividad y los beneficios que aportan frente a las complicaciones que acarrean.

6 Bibliografía

- Estreñimiento. Dr. Fermín Mearin Servicio de Aparato Digestivo. Centro Médico Teknon. Barcelona.(GEMD)
- Valoración y tratamiento del estreñimiento en el ancianoJordi Mascaró y Francesc FormigaUFISS Geriatría. Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona. 2006
- Guía de buena práctica clínica en geriatría. Estreñimiento en el anciano. Dr. Miguel Bixquert Jiménez, Dr. José Antonio López Trigo, Dr. Jordi Mascaró Lamarca, Dr. Enrique Rey Díaz-Rubio, Dr. Carlos Verdejo Bravo, Dra. Marta Vigara García.2014
- Navarro MS, Llanos C, García E, Moreno L, Flores M, Chávez K,et al. Frecuencia de estreñimiento en pacientes de Atención Primaria. Revista Clínica de Medicina de Familia. 2015;8(1):4-10.
- Estreñimiento. Dr. Antonio Moreno García.Especialista de la Fundación Española del Aparato Digestivo. (FEAD).Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.
- Tratamiento de las enfermedades gastroenterológicas AEG. Asociación Española de gastroenterología.
- Estreñimiento. Evacuación de las heces en el anciano. NIH (Instituto Nacional de la Diabetes y las Enfermedades Digestivas y Renales.
- Intervención nutricional en ancianos con estreñimiento funcional. Salgueiro, Oliveira, Filho, Wilson Jacob, Cervato-Mancuso. Revista Científica Médica.2013
- Tratamiento del estreñimiento en el anciano. Rousseau, Paul. . Artículo en Español | LILACS

Capítulo 954

ATENCIÓN SANITARIA A LA MENOPAUSIA EN EL SIGLO XXI

MARÍA TERESA GUTIÉRREZ FERNÁNDEZ

MARÍA VANESSA SUÁREZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

La menopausia es un fenómeno fisiológico que afecta a las mujeres. La atención sanitaria en esta etapa cobra mucha importancia en las últimas décadas por dos motivos principalmente:

- Ampliación de la esperanza de vida (un tercio de la vida de la mujer transcurrirá en el periodo climatérico).
- Mejorar la calidad de vida durante estos años en los que la mujer experimenta cambios que le pueden influir negativamente tanto física como psicológicamente.

2 Objetivos

- Solucionar los padecimientos crónicos que puedan surgir en esta etapa (Síndrome Climatérico) para que se altere lo menos posible la calidad de vida de la mujer menopausica.

3 Metodología

Revisión sistemática de artículos sobre menopausia en revistas médicas, cursos de formación realizados anteriormente y búsquedas realizadas en Google Académico, poniendo como palabra clave menopausia o climaterio.

4 Resultados

Más del 75% de las mujeres al llegar a la menopausia sufren síntomas propios de este periodo como: sofocos cuya causa es la carencia estrogénica, flacidez en la piel debido al envejecimiento, la deprivación estrogénica y la acción de la radiación solar, atrofia vulvovaginal, grasa corporal, cabello cada vez más delgado e incipiente alopecia, osteoporosis, síntomas cardiovasculares, cefalea, etc.

Todos estos trastornos sufridos unidos al fin de la etapa reproductora influyen negativamente en la mujer provocando estados bajos de ánimo que le condicionan en su día a día.

La menopausia es un periodo que comprende la tercera parte de la vida de la mujer. Los síntomas no se manifiestan igual en todas y se vive de forma diferente dependiendo de su cultura o procedencia.

Según la Organización Mundial de la Salud, la mujer climatérica hoy en día puede ser mental y sexualmente sana. Para ello los profesionales sanitarios deben estudiar y aconsejar los tratamientos más apropiados que permitan a la mujer en esta etapa disfrutar de la vida en plenitud física, psíquica y social.

La menopausia no es el final, sino el comienzo de una nueva etapa larga en la que la mujer tiene menos cargas familiares (los hijos ya tienen su vida) y puede disfrutar de su tiempo y cuidarse adaptándose a nuevos cambios en su cuerpo. Con la ayuda de un profesional sanitario que le proporcione un tratamiento adecuado a su sintomatología, podrá llevar una vida satisfactoria. La preservación de la salud femenina es un objetivo primordial de la medicina.

El climaterio es un hecho fisiológico en la vida de la mujer. Se manifiesta por la pérdida de la función reproductiva y trae consigo otros procesos que ocurren al mismo tiempo. en otros órganos y sistemas.

La menopausia es una parte del proceso natural de envejecimiento y se caracteriza por el cese de la secreción hormonal ovárica. Esto afecta al aparato urogenital, sistema cardiovascular y óseo.

La Organización Mundial de la Salud define la menopausia como el cese permanente de la menstruación, (doce meses consecutivos de amenorrea).

La deprivación de estrógeno a largo plazo trae consigo consecuencias como: aumento del colesterol malo y disminución del bueno, riesgo de enfermedades car-

diovasculares, presión arterial elevada, difícil control de la diabetes si aparece, osteoporosis, etc. Todos estos síntomas pueden remediarse con buenos hábitos de vida y con la ayuda de un profesional sanitario que pueda aconsejar el mejor tratamiento para detener y hasta revertir el daño ocasionado.

Uno de los tratamientos recomendados es el uso de la terapia hormonal de reemplazo (THR) que restablece el nivel de estrógenos en el organismo femenino.

Las vías de administración de la THR puede ser oral, parental, transdérmica (parches e implantes) y local (cremas y óvulos).

Se realizarán chequeos periódicos para controlar los efectos secundarios que puedan surgir del tratamiento.

5 Discusión-Conclusión

Hoy en día las mujeres climatéricas pueden mantener una buena calidad de vida. Para ello deben adoptar una serie de pautas saludables que ayudarán a prevenir algunos trastornos,por ejemplo: realizar ejercicios físicos, evitar el tabaquismo, controlar la obesidad, cuidar la alimentación para evitar la hipertensión arterial y el colesterol así como intentar controlar el riesgo de osteoporosis.

6 Bibliografía

- Botella Lluisá,J.(1990). La edad crítica: climaterio y menopausia.Barcelona:Salvat,1990.
- Cano Sánchez, A.(1996).Climaterio y envejecimiento: medicina basada en la evidencia.Edición:1ª ed. Zaragoza:SEISGE,1999.
- Revista cubana de medicina general integral.Google Académico.
- Coutado A.Menopausia y terapia hormonal.Guías clínicas 2008 http:/www.fisterra.com/guias2/menopausia.asp
- Cano Sánchez,A(1996).Fundamentos básicos y clinicos en menopausia.
- Santiago R.La menopausia y la edad media de las mujeres: un análisis antropológico.

Capítulo 955

ABORDAJE DEL LINFEDEMA SECUNDARIO AL CÁNCER DE MAMA.

SHEILA RODRIGUEZ FERNANDEZ

1 Introducción

El cáncer de mama es el tumor maligno más frecuente entre las mujeres de todo el mundo, tanto en países desarrollados como en aquellos en vías de desarrollo. En España se diagnostican unos 26.000 casos al año, la mayoría de los casos se diagnostican entre los 35 y los 80 años, siendo el máximo entre los 45 y 65. Se estima que el riesgo de padecer cáncer de mama a lo largo de la vida es de aproximadamente 1 de cada 8 mujeres. Aunque en España existe una distribución geográfica de incidencia variable según las provincias, la media nacional se sitúa en 50,9 casos/100.000 habitantes.

Linfedema es la acumulación de linfa en los espacios intersticiales, principalmente en la grasa subcutánea, causada por un defecto del sistema linfático, ya que existe un desbalance entre el filtrado capilar y el drenaje linfático, que ocasiona un edema crónico rico en proteínas. El linfedema que se presenta en el paciente tratado de cáncer de mama está motivado por la acumulación de linfa, producto de la extirpación de los ganglios linfáticos axilares y de la radioterapia o del concurso de ambas. Se estima que uno de cada cuatro pacientes tras la cirugía y en tratamiento con radioterapias, desarrollará esta complicación.

2 Objetivos

El objetivo de esta revisión es conocer las recomendaciones a la hora de realizar el abordaje del linfedema como complicación secundaria al tratamiento del cáncer de mama.

3 Metodología

Revisión de la bibliografía científica en las bases de datos Pubmed, Scielo, Dialnet y guías clínicas desde el año 2005. Los descriptores utilizados fueron "breast cancer", "nursing care", "lymphedema", "cáncer de mama", "cuidados de enfermería", "drug therapy", "quimioterapia", "linfedema".

4 Resultados

Recomendaciones que deben ser la base de la educación sanitaria, con el objetivo de prevenir y evitar un desarrollo mayor del linfedema:
- Vestimenta-Ropa: no colocar el bolso en el hombro afecto, evitar llevar reloj, pulseras, anillos que puedan presionar el antebrazo afectado, evitar utilizar ropa interior que comprima el pecho o los hombros, el sujetador debe tener tirantes anchos y acolchados para evitar comprimir la zona del hombro, sin aro que comprima. Evitar camisas con puños apretados o elásticos, que impidan el retorno de la circulación.

- Aseo personal-cuidados: usar jabones neutros y crema hidratante, secar minuciosamente la piel, pliegues y entre los dedos para evitar infecciones. Cortar las uñas con cortaúñas, no tijeras y no cortar las cutículas. Rasurar la axila/s con máquina eléctrica en vez de con cuchillas o cera. Evitar sauna y baños de sol. En la piscina o en la playa hay que ponerse una camisa ligera que cubra el pecho y el brazo. Ponerse protección solar alta y evitar las horas de máximo sol (12 h a 16 h).

- Alimentación: evitar el sobrepeso, dieta equilibrada y rica en frutas, verduras y legumbres. Evitar el exceso de sal y el alcohol.
- Trabajo y tareas domésticas: no cargar el peso con el brazo afecto, utilizar un carro con ruedas para hacer la compra. No lavar ni fregar los utensilios de cocina con agua muy caliente. Utilizar guantes para manipular el horno, sartenes. Evitar permanecer mucho tiempo con el brazo levantado.

- Actividad física, ocio: hay que evitar sobreesfuerzos y aquellos deportes que utilizan excesivamente los brazos (golf, tenis, esquí). La natación puede ser un buen ejercicio. Si se practica la jardinería, utilizar guantes para evitar heridas.
- Animales domésticos: evitar las mordeduras, arañazos y picaduras en el brazo afecto.

- Procedimientos sanitarios: evitar tomar la tensión arterial en el brazo afecto. Evitar las punciones en este brazo, inyecciones, extracciones de sangre, agujas de acupuntura, etc. En el caso de padecer Diabetes Mellitus, no realizar la glucemia capilar en los pulpejos de los dedos del mismo. Ante cualquier herida lavar con agua y jabón y desinfectarla con antiséptico.

- Sueño: dormir con el brazo por encima del nivel del corazón. Para ello, una forma apropiada sería dormir con almohadas debajo del brazo afecto, de manera que la parte más distal esté más alta que la parte proximal.
Viajes en avión: se han asociado con la aparición del linfedema debido a la disminución de la presión en cabina. Los pacientes deben llevar una venda de comprensión cuando vuelan, incluso aunque no presenten linfedema.

5 Discusión-Conclusión

La prevención ante el limfedema debe comenzar inmediatamente tras la cirugía y requiere de los cuidados anteriormente mencionados de forma diaria, así como de un seguimiento regular. Además de esto, es muy importante realizar un programa de ejercicios que ayude a desarrollar la circulación linfática colateral, basándose en ejercicios limitados, centrados en la mano y antebrazo, que comiencen el primer día del postoperatorio.

6 Bibliografía

- Oriol Díaz Bustamente I, Perote Mendizábal P. Incidencia del cáncer de mama [Internet]. Asociación española contra el cáncer. 2016
- Izquierdo Llanes G. Área de prensa / Notas de prensa publicadas [Internet]. Ine.es. 2017
- Martín Jiménez M, Vera García R. Las cifras del cáncer en España [Internet]. Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). 2017
- Consejería de Sanidad de Cantabria - Buscar [Internet]. Saludcantabria.es. 2016 [citado 20 Febrero 2017].

- Capllonch Teba V. Cuidados de enfermería en pacientes con cáncer de mama sometidas a radioterapia. Inquietudes. 2015; 49(1):35-43.
- Arguelles Otero L, Fernández Prieto T. Atención de enfermería a pacientes con cáncer de mama y en riesgo de desarrollar linfedema. Enferm Comunitaria [Internet]. 2014 [citado 17 Marzo 2017]; 2(4):50-69.

Capítulo 956

NUTRICIÓN DEL NIÑO HASTA EL AÑO DE EDAD, Y SU RELACIÓN CON LA OBESIDAD Y EL SOBREPESO.

SHEILA RODRIGUEZ FERNANDEZ

1 Introducción

La lactancia y la introducción, en el momento adecuado, de alimentos distintos de la leche materna, son fundamentales para el desarrollo y crecimiento del niño, y para retrasar o prevenir la aparición de diferentes enfermedades, con una incidencia en aumento en la sociedad occidental.

La edad infantil es un periodo crítico para el desarrollo presente y futuro del niño. Desde sus primeros meses de vida, comienzan a establecerse los hábitos alimentarios futuros que asegurarán, o no, un crecimiento adecuado y que podrán actuar a largo plazo como factor de prevención o de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles relacionadas, directa o indirectamente, con la alimentación.

Al nacer, el aparato digestivo, el sistema nervioso y los sistemas metabólicos e inmunológicos del recién nacido no han alcanzado la madurez total por lo que es imprescindible la adaptación progresiva de la alimentación del niño al grado de desarrollo fisiológico.

La leche materna cubre todas las necesidades nutricionales del neonato, es más, es el alimento de elección en los 4-6 primeros meses en los que suple y estimula el desarrollo del sistema inmune; favorece el intercambio de estímulos físicos y

afectivos madre-niño y el máximo potencial de desarrollo del niño. El período de la introducción de otros alimentos distintos de la leche materna o maternizada en la alimentación, no debería comenzar antes de las 17 semanas y no después de la semana 22.

2 Objetivos

- Analizar la bibliografía más reciente sobre cómo afecta la nutrición al desarrollo de la microbiota intestinal del niño y su relación con la obesidad y sobrepeso.

3 Metodología

Revisión de la bibliografía científica en las bases de datos Pubmed, Scielo, Web of Science y Dialnet, desde el año 2005. Los descriptores utilizados fueron "Beikost", "infant nutrition", "one year old nutrition", "breastfeeding and obesity", "early exposure to complementary food", "microbiota and breastfeeding".

4 Resultados

La alimentación que recibe el recién nacido, va a ser determinante en la composición de su flora intestinal, que a los dos años ya es similar a la del adulto, y apenas va a presentar variación a lo largo de su vida. Según Sánchez Cruz, el porcentaje alcanzaría al 38,6% de la población infantil española, y según la Encuesta Nacional de Salud a un 27,9%. La leche materna, contiene miles de compuestos biológicamente activos.

Uno de los componentes que más relevancia tiene en el desarrollo de la microbiota son los oligosacáridos, la síntesis de los mismos va a estar determinada por el genotipo de la madre, dependiendo de la enzima transferasa expresada en los lactocitos. Los niños que reciben lactancia materna, presentan una microbiota formada principalmente por Ruminococci spp. y Bifidobacterias, cuyo producto metabólico secundario principal es el folato, molécula imprescindible para una correcta metilación del DNA.

Mientras que la microbiota predominante en un niño alimentado con fórmula tendrá una predominancia de bacterias proteolíticas firmicutes, ya que, la calidad de su proteína es menor; siendo el producto metabólico de estas bacterias

principalmente el butirato, en vez de folato. Son numerosos los estudios que sugieren que la microbiota intestinal es un factor ambiental muy importante que afecta al almacenamiento de energía proveniente de la dieta.

En un estudio con ratas adultas libres de microorganismos en su intestino, y a las que se les suministró microbiota de una rata con microbiota normal, se observó un aumento del 60% en el porcentaje de grasa corporal y una cierta resistencia a la insulina. Los autores también sugieren que esta microbiota promueve la absorción de monosacáridos del lumen intestinal, obteniéndose como resultado la inducción de la lipogénesis hepática. Otros autores han observado que las ratas libres de bacterias intestinales, a pesar de comer una mayor cantidad de alimento, apenas aumentaban de peso, y presentaban menor tendencia a la obesidad aunque tuvieran una dieta con un alto contenido en grasas.

Cuando la microbiota de ratas obesas es transferida a las ratas libres de microbiota, éstas sufren un aumento considerable de peso. Estos cambios en el metabolismo de las ratas pueden tener su explicación en los productos metabólicos, teniendo a su vez influencia en la expresión genética del factor de inducción rápida del tejido adiposo (fasting-induced adipose factor) y el coactivador 1α del receptor peroxisomal (peroxisomal proliferator-activated receptor coactivator 1α) y finalmente, en el metabolismo.

En estudios epidemiológicos y experimentales en ratas (18), se ha mostrado la influencia de la nutrición durante el desarrollo embrionario y fetal, en un posible aumento del riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares y síndrome metabólico, así como el posible desarrollo de cáncer de colon.

5 Discusión-Conclusión

Respecto a la obesidad y el sobrepeso se ha observado como la composición de la microbiota intestinal afecta al almacenamiento de energía proveniente de la dieta. En función del tipo de alimentación (lactancia materna o fórmulas maternizadas) se producirá una colonización u otra de bacterias en el intestino.

Estas bacterias como resultado de la fermentación de azúcares, producirán metabolitos secundarios, que tendrán a su vez influencia en la expresión genética del factor de inducción rápida del tejido adiposo y el coactivador 1α del receptor

peroxisomal y finalmente en el metabolismo. La lactancia materna va a favorecer una mayor lipogénesis.

6 Bibliografía

- Hernández Rodríguez M, Sastre Gallego, A. Alimentación en la primera infancia. En: Tratado de nutrición. Díaz de Santos. 1999. p. 809
- Organización Mundial de la Salud. Conclusiones de la reunión de consenso llevada a cabo 6 al 8 de noviembre de 2007 en Washington, DC, EE.UU. Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño. 2008; 27.
- World Health Organization (WHO). Complementary feeding.Report of the Global consultation.Summary of Guidingprinciples. 2002; (December): 10–3.
- Almarza A, Martínez B. Alimentación del lactante sano. Sociedad Española de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. 2010; p287-295 [Internet]
- Martínez Álvarez JR, Villarino Marín A., García Alcón RM, Calle Purón ME, Marrodán Serrano MD. Obesidad infantil en España: Hasta qué punto es un problema de salud pública o sobre la fiabilidad de las encuestas. Nutr Clin y Diet Hosp. 2013; 33 (2): 80–8.
- Donohoe DR, Garge N, Zhang X, S n W, O'Connell TM, B nger MK, et al. The Microbiome and Butyrate Regulate Energy Metabolism and Autophagy in the Mammalian Colon. Cell Metab [Internet]. Elsevier Inc.; 2011;13 (5): 517–26.
- Turnbaugh PJ, Ley RE, Mahowald MA, Magrini V, Mardis ER, Gordon JI. An obesity-associated gut microbiome with increased capacity for energy harves Title.Nature. 2006; 444 (7122) (t): 1027–131.
- Bäckhed F, Ding H, Wang T, Hooper L V, Koh GY, Nagy A, et al. The gut microbiota as an environmental factor that regulates fat storage. Proc Natl Acad Sci USA. 2004; 101 (44): 15718–23.

Capítulo 957

PROGRAMAS DE DETECCION PRECOZ DEL CANCER COLORRECTAL

MARIA FLOR ROMERO GARCÍA

1 Introducción

El cáncer Colorrectal es un tumor maligno que aparece en la parte final del aparato digestivo, en el colón o en el recto. Se estima que una de cada 20 personas lo desarrollará a lo largo de su vida. En España, teniendo en cuenta ambos sexos, es el tumor más frecuente. Se estima la incidencia anual en unas 35000 personas, asociadas a unas tasas de mortalidad del 50%. Las previsiones futuras que asocian un incremento de la incidencia y de la supervivencia, incidirán en importantes crecimientos de la prevalencia y demanda sanitaria derivada de la enfermedad.

Se lleva a cabo una prueba gratuita de detección de sangre oculta en heces. Si esta prueba resulta positiva, se ofrecerá a la persona la posibilidad de realizarse una colonoscopia, prueba consistente en la observación directa de todo el intestino grueso y también, si es necesario, de la parte final del intestino delgado con un tubo largo y flexible, que se introduce a través del ano, y que lleva incorporada en un extremo una luz y una cámara. Se utiliza a modo de prueba diagnóstica, permite la extracción de biopsias y la realización de terapéutica endoscópica. Se realiza en el hospital con sedacción para que la prueba sea lo menos molesta posible para el paciente.

2 Objetivos

Detectar el cáncer de colón y recto a través del cribado, cuando los tumores son mas pequeños y no hay síntomas, con lo que los tratamientos serán menos agresivos y más personas podrán curarse.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

No suele presentar síntomas en sus inicios y, en la actualidad, no se conoce la forma de evitar que aparezca el cáncer colorrectal, pero si hay algunas cosas que se pueden hacer:
- Aumentar el consumo de frutas y verduras, y reducir el consumo de carnes rojas y procesadas a una o dos veces por semana, sustituyéndolas por carnes blancas.
- Hacer ejercicio físico regularmente.
- Evitar el sobrepeso y la obesidad.
- Moderar el consumo de bebidas alcohólicas.
- Evitar el tabaco.
- Participar en programas de detección precoz si se está entre los 50 y 69 años.

5 Discusión-Conclusión

Los programas poblacionales de detección precoz del Cáncer Colorrectal (CRR) cumplen los criterios establecidos por la OMS para su implantación. El CRR es un problema de salud importante, que dispone de tratamiento eficaz y aceptado, tiene una etapa inicial asintomática y una historia natural bien establecida. Hay pruebas de cribado adecuadas y coste efectivas, y esta demostrado mediante ensayos clínicos aleatorizados que la detección precoz disminuye la mortalidad por CRR.

6 Bibliografía

- https://www.asturias.es/
https://www.sergas.es/
http://www.cribadocancer.es/
https://www.elsevier.es/
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 958

LOS AGENTES SANITARIOS EN LA SALUD COMUNITARIA

MARIA ANGELES GARCIA GOMEZ

MARIA ANTONIA CUETO GARCÍA

GRETA LÓPEZ URÍA

1 Introducción

La salud de personas y grupos está determinada por múltiples factores, los determinantes, algunos de los cuales están muy cerca y otros alejados del control individual, y que existen desigualdades sociales en salud, es decir, un reparto desigual de oportunidades de disfrutar la salud.

El impacto de las intervenciones en los diferentes niveles de determinantes de la salud es variable. Así, las políticas (macroeco-nómicas, de empleo, de derechos, etc.) influyen en mayor medida y sobre más cantidad de personas que las intervenciones más cercanas a los individuos4. Además, la acción simultánea en diversos niveles suele potenciar los efectos de las intervenciones, por lo que conviene alinear las acciones sobre la persona y su entorno próximo, como la familia y el lugar de estudio o de trabajo, con las que actúan más alejadas a ella, como las políticas que influyen en el barrio, el centro de trabajo o el municipio.

2 Objetivos

- Identificar los efectos de la salud pública con la atención primaria.
- Identificar los determinantes de la salud.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Scielo, Cochrane, Google Académico, Medline, se han utilizadocriterios de búsqueda en revistas científicas y artículos encontradosatención primaria y salud pública se utilizaron descriptores con las palabras claves utilizadas en la búsqueda: salud pública, atención primaria, agentes sanitarios.

4 Resultados

El mantenimiento y la mejora de la salud de la comunidad, objetivo de la salud comunitaria, va más allá de la atención a las enfermedades expresadas. La mejora de la salud de la población, especialmente en aquellos países con un sistema sanitario de cobertura universal, como es el Sistema Nacional de Salud en España, es atribuible en gran parte a políticas e intervenciones externas al sistema sanitario. Este hecho se comprende fácilmente si se tiene en cuenta que los determinantes de la salud son factores de diferentes niveles, desde los más cercanos al individuo (el microambiente [la vivienda]) hasta los niveles más alejados (generalmente políticas nacionales o supranacionales), aunque casi todos ellos no relacionados directamente con las acciones de los servicios sanitarios. Un modelo que de forma sencilla describe bien la complejidad de los determinantes de la salud es el propuesto por Dahlgren y Whitehead al cual se pueden añadir los factores políticos, junto a las condiciones socioeconómicas, culturales y medioambientales, tal y como se presenta en el informe de salud anual de Barcelona de los últimos años.

La atención primaria y la salud pública no han tenido trayectorias muy interconectadas; su desarrollo histórico, sus cambios conceptuales y sus desarrollos prácticos se han producido en paralelo, sin demasiados puntos de conexión o reconocimiento mutuo, lo que ha implicado poca coordinación. En gran parte esto se explica por su origen, más lejano, en el cual la Salud Pública sí ha tenido, por definición, una orientación poblacional, pero la Atención Primaria tenía una función eminentemente curativa, sobre los pacientes que acudían a las consultas. Para ampliar los servicios de Atención Primaria con estrategias de salud comunitaria, las habilidades en Salud Pública deben complementarse también con habilidades de comunicación y dinamización comunitaria.

Pueden aparecer problemas organizativos cuando el territorio de una comunidad está servido por más de un servicio de atención primaria, lo cual es más frecuente en poblaciones grandes. El territorio que una comunidad reconoce como propio

es el que es, y son los servicios quienes deben coordinarse y organizarse para dar una respuesta común a las necesidades de la población de ese territorio. En este sentido, los servicios de salud pública pueden desempeñar un papel coordinador.

5 Discusión-Conclusión

La AP y la SP son dos agentes clave en el desarrollo de la salud comunitaria, y la acción de ambas ha de ser coordinada e integrada. Para ello se requiere un establecimiento claro y explícito de objetivos, funciones, recursos y relaciones. La estructura y el sistema de los servicios de salud deben favorecer la acción comunitaria, tanto desde la AP como desde la SP, no dejándola exclusivamente al criterio de buenas voluntades profesionales.

6 Bibliografía

1. J Gervás, M Pérez-Fernández, L Palomo-Cobos, et al.
Veinte años de reforma de la atención primaria en España.
2. Valoración para un aprendizaje acierto/error, Ministerio de Sanidad y Consumo, (2005),GDahlgren, M Whitehead.
3. Policies and strategies to promote equity in health, World Health Organisation, (1991),
4. La salut a Barcelona 2008. Barcelona: Agencia de Salut Pública de Barcelona; 2009. [Consultado 4/1/2010]. Disponible en: http://www.aspb.es/quefem/docs/Salut_bcn_2008.pdf
5. J Gofin, R Gofin.Atención primaria orientada a la comunidad: un modelo de salud pública en la atención primaria.RevPanam Salud Pública, 21 (2007), pp. 177-185

Capítulo 959

CUIDADOS A NIÑA CON UN FETUS IN FETU.

ANA ISABEL LONGORIA SIMON.

1 Introducción

Es una enfermedad muy rara que se caracteriza por la formación de un ser humanoide hospedado en alguna zona del feto que sí ha nacido. El lugar más común en el que se hospeda al feto es el abdomen, aunque también pueden encontrarse casos en los que el hospedaje es en el escroto, en el hígado, en los riñones y en casos extremadamente graves, en la cavidad craneal.

Una buena información a los padre de los niños con esta patología es muy importante ya que muchas veces los padres ignoran la gravedad de esta patología, y no quieren aceptar la situación, y evitan atender médicamente con los tratamientos quirúrgicos posibles que pueden salvar la vida del bebé nacido. Ellos no saben que a medida que el bebé se desarrolla y va creciendo, también lo hace el feto dentro de él, alimentándose y viviendo a sus expensas biológicas.

2 Objetivos

- Detectar la sintomatología de la patología fetus in fetu.

3 Caso clínico

Niña de 15 meses, es traida al pediatra de su centro de salud por su madre para controlar el bajo peso que tiene para su edad,sin ninguna sintomatología asoci-

ada.

La madre refiere que la niña hace las tomas adecuadas a su edad, que la toma es completa, pero la niña no coge peso. Ante la preocupacion de la madre, y que en los controles anteriores es cierto que la niña va por un perceptil mas bajo al de su edad. Se decide el enviarla a un pediatra especialista en el hospital.

Peso: 7kg
Talla: 72cm
- Examen fisico: En el Abdomen se palpa masa a nivel de hipocondrio izquierdo y epigastrio con esplenomegalia. Resto de exploracion dentro de los parametros normales.
- Ecografia abdominal: Hallazgos correspondientes feto parásito intra-abdominal e hidronefrosis derecha con atrofia cortical.
- Urografía intravenosa: Los hallazgos evidencian ectopia renal izquierda sugiriendo la presencia de un fetus in fetu.
- Tomografía de abdomen y pelvis con contraste: Sugieren la presencia de masa intra-abdominal correspondiente a gemelo parásito mal formado residiendo en el cuerpo de su anfitrión a nivel retroperitoneal izquierdo.

4 Discusión-Conclusión

En este caso es diagnosticado un Fetus in fetu y se decide una intervencion quirúrgica para realización de lisis de adherencias peritoneales, resección de tumor retroperitoneal, nefropexia y ureterolisis con buena evolución pediátrica a pesar de la presentación de neumonía bacteriana derecha y síndrome anémico de base.

El tratamiento unico hoy en dia para esta patologia es la intervencion quirurgica para quitar el Fetus in fetu. La intervencion cuanto antes se haga mas posibilidades de sobrevivir el niño es mayor. Ya que si no el fetus in fetu se iria alimentando de los nutrientes de bebe vivo, peligrando asi su vida.

5 Bibliografía

- https://mejorconsalud.com
- https://es.wikipedia.org

Capítulo 960

VISIBILIDAD DE LA FUNCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADO AUXILIARES DE ENFERMERÍA.

MERCEDES FERNANDEZ MENENDEZ

ANGEL GARCIA ALVAREZ

YOLANDA SANCHEZ HERNANDEZ

1 Introducción

Un TCAE o Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería es un profesional de la salud que ha obtenido el título de Grado Medio en Cuidados Auxiliares de Enfermería, lo que le prepara formativamente para proporcionar cuidados a los pacientes y actuar en diversas áreas de la atención sanitaria formando parte de los equipos de enfermería, tanto a nivel comunitario como especializado.

Debemos destacar la importancia de los cuidados y de quienes los prestamos. No somos niñas, ni amigas, ni madres, somos técnicos sanitarios en enfermería, académicamente formadas para prestar esos cuidados, e inmersas en un proceso de formación continua.

Por lo tanto, es necesario recuperar el valor de nuestra responsabilidad en los cuidados que prestamos en el ámbito sanitario, para que se reconozca desde dentro y desde fuera nuestra labor. También, para destacar la parte docente de nuestro trabajo, educando al paciente y al cuidador principal (en un tanto por ciento

altísimo, también otra mujer) en temas como higiene, cambios posturales, administración de alimentación por sonda nasogástrica, manejo de prótesis, etc…

Finalmente, es necesario visibilizar cómo vemos afectada nuestra salud las mujeres que ejercemos esta profesión, TCAES, y las implicaciones que ello conlleva. Por ejemplo, las enfermedades que con mayor frecuencia padecemos no están incluidas en el Catálogo de Enfermedades Profesionales. Se echa en falta una mayor atención a estas patologías derivadas del ejercicio de los cuidados y que sean equiparables a las incluidas en el Real Decreto 1971/1999

2 Objetivos

Dar visibilidad a la función del Técnico En Cuidado Auxiliares De Enfermería TCAE (en su mayoría mujeres) y a sus condiciones de trabajo.

3 Metodología

Estrategia de búsqueda.
Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Marco teórico.
Estudio de tipo cualitativo consistente en la observación participante y en la realización de entrevistas informales. El trabajo consideró un mes de observación en el equipo de trabajo de la investigadora, en el Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA). El equipo está formado por 10 personas 9 de ellas mujeres, en un rango de edad entre 25 y 65 años.

4 Bibliografía

- España, Madrid. Ley Orgánica para la Igualdad Efectiva de Hombres y Mujeres, Boletín Oficial del Estado, 3/2007.
- España, Madrid. Ley General de Sanidad, Boletín Oficial del Estado, 14/1986.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.

- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 961

LAS PERSONAS MAYORES Y EL EJERCICIO FÍSICO.

ANA ISABEL VICENTE CANELA

1 Introducción

En la vejez es más difícil cambiar las rutinas y adquirir nuevos hábitos. Afrontar positivamente los cambios puede suponer una motivación. Es preciso modificar los hábitos de vida para conseguir una buena salud y mantener la autonomía funcional.

2 Objetivos

- Analizar los beneficios que reporta el ejercicio físico para aumentar las expectativas de vida activa, el mantenimiento de la independencia y contribuir a disfrutar de un mayor bienestar funcional y psicológico.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: pubmed, medline, y scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La actividad física es necesaria para el buen funcionamiento del organismo, de ahí, la importancia de conocer los deportes adecuados para evitar caer en el sedentarismo. Una enfermedad degenerativa como el Alzheimer, el envejecimiento del cerebro, incluso otras patologías relacionadas con la vejez, pueden prevenirse realizando una actividad física relacionada con la edad. Con unos programas de actividad física conseguir: mejorar flexibilidad y fuerza, equilibrio y coordinación, la velocidad de reacción, el tono muscular y la función respiratoria y el trabajo aeróbico.

5 Discusión-Conclusión

Con el aprendizaje de estrategias, la readaptación de patrones motores y programas de actividad física adecuados, pueden mejorarse aspectos funcionales, físicos e incluso psicológicos, así como evitar pérdida de funciones, incapacidades y prevenir patologías que aparecen en el anciano.

6 Bibliografía

- https//www.sanitas.es
- https//esfamiliadoctor.org

Capítulo 962

LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL UN TABÚ QUE ELIMINAR.

ENCARNACIÓN MOROTE MORENO

LUIS CAPARRÓS SÁNCHEZ

ALEJANDRO RODRÍGUEZ ROZA

ALICIA FERNÁNDEZ MARTÍNEZ

1 Introducción

Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) son infecciones que trasfieren de una persona a otra mediante el contacto sexual. Las causas de las ETS son las bacterias, parásitos y virus. Existen más de 20 tipos de ETS, las más importantes y reconocidas son:

- Clamidia
- Herpes genital
- Gonorrea
- VIH/SIDA
- VPH

La mayoría de las ETS afectan tanto a hombres como a mujeres, pero los problemas de salud que provocan pueden ser más graves en las mujeres. Si una mujer embarazada padece de ETS, puede causarle graves problemas de salud al bebé e

incluso llegar al aborto. Son muy comunes, y muchas personas que las tienen no presentan síntomas.
Los antibióticos pueden tratar las ETS causadas por bacterias o parásitos. No hay cura para ETS causada por un virus, pero los medicamentos pueden ayudar con los síntomas y mantener la enfermedad bajo control. La buena noticia es que hay diversas pruebas muy eficaces para detectarlas y la mayoría de estas enfermedades son fáciles de tratar.

Muchas infecciones de transmisión sexual no presentan signos ni síntomas (son asintomáticas). Sin embargo, a pesar de que no tengas síntomas, puedes contagiar la infección a tus parejas sexuales. El uso correcto de preservativos de látex reduce enormemente, aunque no elimina, el riesgo de adquirir y contagiarse con ETS. La forma más confiable de evitar la infección es no tener sexo anal, vaginal u oral. Es por eso que vemos tan importante investigar y divulgar este tipo de estudios a que todos estamos expuestos a ellos y saber cómo debemos de enfrentarnos, dejar de ser un tabú social y una estima para el que la padece.

2 Objetivos

- El principal objetivo del estudio es conocer y describir de manera clara las principales enfermedades de transmisión sexual, así como, conocer cómo se contagian y se tratan, como evitar dicho contagio.
- El segundo objetivo es divulgar una guía práctica y sencilla donde recurrir para tener una información veraz y entendible por cualquier persona, dando igual su nivel educativo.

3 Metodología

Estrategia de búsqueda:
Se llevó a cabo mediante una búsqueda electrónica de estudios y revisiones sistemáticas de la literatura en:
La base de datos Medline a través de Entre Pubmed y la Biblioteca Cochrane Plus y de uniovi, limitando nuestra búsqueda a aquellos resultados publicados en inglés o español, sin límite de año de publicación, en aquellas revistas del ámbito de sanitario.

Se utilizaron los siguientes conectores, solos o con los operadores booleanos ETS, enfermedades de transmisión sexual, evitar ETS, tipos de ETS:

- Términos específicos: con los estudios analizados, cogimos las ETS más comunes y las volvimos a buscar de forma individual.
- Se obtuvieron numerosos resultados con la combinación de los que seleccionamos los que mejor nos venían para nuestro propósito.
- Otras herramientas de búsqueda utilizadas fueron:
2. Metabuscador general Google, búsqueda avanzada.
3. Google Académico.
4. Repositorios de internet (Tesis doctorales en red)
5. Fuentes de información secundaria a través de Medline.
Todos aquellos títulos y resúmenes que se seleccionaron, fueron descargados en el gestor de referencias Mendeley (Elsevier Inc, NY, USA)

4 Resultados

La Clamidia
La clamidiasis es una infección bacteriana muy común que se puede contraer por el contacto sexual con otra persona, cuyo tratamiento se resuelve mediante antibióticos. La clamidiasis se transmite a través del sexo vaginal, anales u oral. La bacteria se encuentra en el esperma (semen), el líquido preeyaculatorio y las secreciones vaginales. La clamidia puede infectar el pene, la vagina, el cuello uterino, el ano, la uretra, los ojos y la garganta. La mayoría de las personas con clamidiasis no tienen síntomas y se sienten perfectamente bien, por lo que puede que ni siquiera sepan que están infectadas.

La clamidiasis se contagia a través de las secreciones sexuales como el esperma (semen), el líquido preeyaculatorio y las secreciones vaginales. De modo que la mejor manera de evitar la clamidiasis y otras ETS es no tener sexo vaginal, anal u oral. Sin embargo, esto no funciona para la mayoría de las personas, y ahí es donde los condones y barreras de látex bucales juegan un papel primordial. Realmente sirven para reducir las posibilidades de contagio de una ETS si tienes sexo.

Es una enfermedad de transmisión sexual causada por el virus del herpes simple. Puede causar llagas en el área genital o rectal, nalgas y muslos. Puede contagiarse al tener relaciones sexuales vaginales, anales u orales con alguien que lo tenga. El virus puede contagiarse aún cuando las llagas no están presentes. Las madres pueden infectar a sus bebés durante el parto.

A los síntomas se los llaman comúnmente brotes. Las llagas aparecen usualmente cerca del área donde el virus ingresó al cuerpo. Las llagas son ampollas que se rompen y se vuelven dolorosas, para luego sanar. A veces, las personas no saben que tienen herpes porque no presentan síntomas o éstos son muy leves. El virus puede ser más grave en recién nacidos o en personas con un sistema inmunitario debilitado.
La repetición de los brotes es común, en especial durante el primer año. Con el tiempo los síntomas aparecen con menor frecuencia y son más leves. El virus permanece en su cuerpo para siempre, puesto que a tratarse de un virus no existe su cura y solo pueden tratarse los síntomas, su forma de evitar su contagio es usar protección como los preservativos.

La gonorrea
Es una infección de transmisión sexual muy común que afecta especialmente a adolescentes y personas de entre 20 y 30 años. La gonorrea también es conocida como blenorragia. Esta infección se propaga mediante el sexo vaginal, anal y oral. La bacteria se encuentra en el esperma (semen), el líquido preeyaculatorio, las secreciones vaginales. Puede infectar el pene, la vagina, el cuello uterino, el ano, la uretra, la garganta y los ojos (aunque es raro). La mayoría de las personas con gonorrea no presentan síntomas y se sienten perfectamente bien, de modo que es posible que no sepan que están infectadas.

Por lo general, la gonorrea se cura fácilmente con antibióticos. Pero si no tratas la infección a tiempo, aparecerán problemas más graves de salud en el futuro. Para evitar su contagio es suficiente el uso de condón.

VIH/SIDA
Para explicar de forma correcta necesitaríamos un estudio solo completo de ello, pero intentaremos sintetizarlo de forma clara y concisa. VIH significa virus de inmunodeficiencia humana. Es un virus que destruye determinadas células del sistema inmunitario. Cuando el VIH daña el sistema inmunitario, es más fácil que te enfermes de gravedad e incluso que mueras a causa de infecciones que el cuerpo normalmente podría combatir.

Una vez contraído, el virus permanece en tu cuerpo de por vida. No existe cura para el VIH, pero hay medicamentos que ayudan a que te mantengas saludable durante más tiempo y que disminuyen las posibilidades de que contagies a otras personas con una medicación y pauta correcta de tratamiento puede bajar la

cantidad de VIH en tu sangre tanto que puede no aparecer en una prueba, cuando esto sucede, no trasmitirás el VIH por vía sexual.
El VIH es transportado en el semen, las secreciones vaginales, la sangre y la leche materna. El virus ingresa en el cuerpo a través de cortes o heridas en la piel y a través de las membranas mucosas (como el interior de la vagina, el recto y la abertura del pene). Puedes contraer VIH por:
• Tener sexo vaginal o anal
• Compartir agujas o jeringas para drogarse, hacerse perforaciones en el cuerpo, tatuajes, etc.
• Ser punzado con una aguja que tiene sangre infectada con el VIH
• Tener heridas o ampollas abiertas que entran en contacto con sangre, semen (esperma) o secreciones vaginales infectados con VIH

La forma más común de transmisión del VIH es el sexo sin protección. Puedes protegerte y proteger a tu pareja usando condones y/o barreras de látex bucales cada vez que tienen relaciones sexuales y evitando compartir agujas. Por último, hemos dejado la VPH, que es la ETS más común, con mayor propagación, se cree que el 90% de las personas activas sexualmente han sido contagiadas. La mayoría de las personas con VPH no tienen síntomas y se sienten perfectamente bien, por lo que generalmente ni siquiera saben que están infectadas.
Existen más de 200 tipos de virus del papiloma humano (VPH). Alrededor de 40 tipos pueden infectar el área genital, boca y garganta.

Sin embargo, algunos tipos de VPH pueden provocar verrugas genitales o ciertos tipos de cáncer.
• Dos tipos de VPH (los tipos 6 y 11) causan la mayoría de los casos de verrugas genitales. Las verrugas no son nada agradables, pero son causadas por un tipo del VPH de bajo riesgo, ya que no provocan cáncer ni otros problemas graves de salud.
• Al menos una docena de tipos de VPH pueden provocar cáncer, si bien dos en particular (los tipos 16 y 18) son los causantes de la mayoría de los casos. A estos se los denomina VPH de alto riesgo. El cáncer cervical es comúnmente asociado al VPH, pero el VPH también puede causar cáncer en tu vulva, vagina, pene, ano, boca y garganta.

El VPH se contagia fácilmente por contacto piel a piel cuando tienes sexo con alguien que lo tiene. Te contagias cuando tu vulva, vagina, cuello uterino, pene, o

el ano entra en contacto con los genitales o la boca y la garganta de otra persona, normalmente durante el sexo. El VPH puede propagarse incluso sin que haya eyaculación y sin que el pene penetre en la vagina, el ano o la boca.

El VPH es la ETS más común, pero la mayoría de las veces no representa un gran problema. Suele desaparecer por sí mismo y la mayoría de las personas ni siquiera saben que alguna vez lo tuvieron.
La manera más fácil de evitar el contagio es usar condón como medio de prevención.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos comprobado la mejor manera de evitar contagios por ETS, es la castidad y no mantener relaciones sexuales, o bien, tener una pareja estable sana que no tengan ningún contagio, pero como sabemos que cuando uno tiene una vida sexualmente activa esto es poco frecuente, la mejor prevención hasta hoy en día es el uso del preservativo.
Por lo cual haciendo referencia a la campaña que hubo en su día; PÓNTELO, PÓNSELO

6 Bibliografía

1. WHO, CDS Global prevalence and incidence of selected curable STI.
2. Plan Multisectorial 2001-2005. Infección por VIH y sida. España. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 2001.www.msc.es/sida
3. Plan Multisectorial 2001-2005. Infección por VIH y sida. Indicadores. España. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 2001. www.msc.es/sida
4. Enfermedades de Transmisión Sexual. Centro Nacional de Epidemiología. España, 2002 www.cne.isciii.es
5. Seroprevalencia de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en pacientes de consultas de enfermedades de trasmisión sexual. Med Clin (Barc)2002; 119:249-51.

Capítulo 963

CONSECUENCIAS DE LA FALTA DE HIGIENE EN LAS PERSONAS MAYORES.

ANA ISABEL VICENTE CANELA

1 Introducción

El déficit de higiene en personas mayores como consecuencia de su estado físico o emocional es detectado en el servicio de urgencias o consultas más a menudo de lo que sería deseable. Este factor junto a otros puede contribuir a que aparezcan problemas importantes de salud como la úlceras por presión.

2 Objetivos

- Identificar los factores para determinar los déficit en el autocuidado de las personas mayores para prevenir enfermedades y estimular los hábitos de higiene necesarios.

3 Metodología

Para realizar el siguiente capítulo se llevó a cabo una exhaustiva búsqueda en diferentes medios y bases de datos como Pubmed, Scielo, Medline. También se consultaron temarios y guías usando las palabras clave: ancianos, úlceras, cuidados.
Se seleccionaron los artículos más recientes y de mayor interés. Y de ellos se sustrajo información pertinente.

4 Resultados

Para detectar un déficit de higiene en fijaremos en varios factores: irritable cuando se le pregunta si se duchó o aseó, mal olor corporal, ropa sucia, es continente (esfínter) pero lleva ropa interior sucia y no permite la supervisión durante el aseo.

5 Discusión-Conclusión

El deterioro físico derivado del proceso natural de envejecimiento asociado a la presencia de una o más enfermedades puede provocar que los adultos mayores no consigan realizar por sí mismos las actividades más elementales como el aseo personal o lavar la ropa.

Con una buena higiene conseguimos eliminar de la piel grasa, suciedad, células muertas y mantenerla en buenas condiciones. Crearemos sensación de confort y bienestar. Este proceso en personas mayores puede precisar ayuda o supervisión. Si es así se hablará con los familiares o personas cuidadores.

6 Bibliografía

- https://www.m.infosalus.com
- https://www.geriatricarea.com

Capítulo 964

CONSECUENCIAS DE LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES.

MARÍA DE LOS ÁNGELES SUÁREZ CONDE

1 Introducción

La infección nosocomial, o adquirida en hospital, es aquella que aparece durante la hospitalización del paciente y que no se hallaba presente, o en periodo de incubación, en el momento de admisión del enfermo en el centro, independientemente de que se manifieste o no durante su estancia en el hospital.

Se trata de una infección contraída en el hospital por un paciente internado por una razón distinta de esa infección. Comprenden las infecciones contraídas en el hospital, pero manifiestas después del alta hospitalaria y también las infecciones ocupacionales del personal hospitalario. El 60% delas muertes relacionadas con las infecciones nosocomiales son debidas a neumonías.

La frecuencia de las infecciones nosocomiales varía de unos hospitales a otros, siendo los que tienen mayor número de camas y los hospitales universitarios los que presentan mayor frecuencia. En España, al no ser enfermedad de declaración obligatoria, se está llevando a cabo por los servicios de medicina preventiva.

2 Objetivos

- Actuar sobre la cadena epidemiológica, posibles receptores o huéspedes, sobre las fuentes de infección y sobre los mecanismos de transmisión.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: pubmed, medline, y scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Medidas preventivas en individuos no enfermos, pero con posibilidad de enfermar.
Diagnóstico, tratamiento y registro de portadores enfermos (pacientes).
Aislamiento de enfermos, aislamiento de portadores sanos (personal sanitario y familiares).
Control de manipulaciones de productos críticos, medicamentos, alimentos, nutriciones enterales y parenterales. División de áreas limpias y áreas contaminadas.

Recomendaciones de control de la infección, barreras higiénicas:
- Eficacia probada: Esterilización, lavado de manos, cuidado del equipo de terapia respiratoria(prevención de neumonías), cuidados de catéteres urinarios (prevención infección urinaria), prevención en heridas quirúrgicas, cuidado de catéteres intravasculares.
- Eficacia razonable: Aislamientos.

Las infecciones de las heridas quirúrgicas ocupan el primer lugar de las infecciones nosocomiales.
Neumonías y bronquitis debido a la aspiración de secreciones gástricas y orofaríngeas.
Infecciones urinarias debido a la sonda vesical o sin sonda vesical.

Limpieza, desinfección, esterilización, higiene personal, uso adecuado de los desinfectantes antisépticos, empleo de medidas de barrera, normas de prevención y cuidado de los dispositivos intravenosos, sondas y drenajes y el respeto de los protocolos establecidos por cada área hospitalaria.

5 Discusión-Conclusión

- Importancia del lavado de manos para evitar las infecciones cruzadas.

- Aislar al paciente para evitar la transmisión por contacto, gotas, etc.

- Utilizar medidas de barrera (guantes, mascarilla, bata, etc.).

6 Bibliografía

- Arranz A. Guilladas, C. Gutiérrez, E. Fernando, A. Méndez, Mª.J. Sánches-Csado, G. Tordesillas, L. Técnicas De Enfermería Clínica. Madrid. Editex 1994.
- Barranco a. Preparación De Oposiciones. Jaén. Fuden 2002.
- Diccionario De Medicina. Océano. Barcelona 1957.
- Dossier ERB Olivieri. Fundamentos De Enfermería: Conceptos, Procesos Y Práctica. 4ª Ed. Iberoamericana McGraw-Hill. Madrid 1993.
- Enfermería Médico-Quirúrgica. L.S. Bruner, D.S. Suddarth. 7ª Edición. Ed. Emalsa S.A. 1992.
- Enfermería profesional. Técnicas de enfermería. Wieck, Lyng mcGraw-Hill 1993.
- García García M.J., Saavedra J.C., Vicente García. HIGIENE DEL MEDIO HOSPITALARIO. Madrid. Paraninfo. 1997
- Gálvez R., Delgado M., Guillén J.F. Infección Hospitalaria. Universidad de Granada. Granada 1993.
- Manual De Procedimientos De Enfermería. Servicio Valenciano de Salud.
- Protocolos De Enfermería. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

Capítulo 965

SOSPECHA SAHS.

VERÓNICA LOUGEDO HERNÁNDEZ

MARIA MONTSERRAT MARTINEZ GONZÁLEZ

1 Introducción

El síndrome de apneas - hipopneas del sueño (SAHS) consiste en la aparición de episodios recurrentes de limitación del paso del aire durante el sueño como consecuencia de una alteración anatómico funcional de la Vía aérea superior (VAS) que conduce a su colapso, provocando descensos de la saturación de oxihemoglobina (SAO2) y microdespertares que dan lugar a un sueño no reparador, somnolencia diurna excesiva, transtornos neuropsiquiátricos, respiratorios y cardíacos.

Tanto las apneas como las hipopneas pueden ser: obstructivas cuando se acompañan de un aumento del esfuerzo toracoabdominal, centrales si este esfuerzo está ausente o mixtas cuando se produce una combinación de ambos; es frecuente que comiencen por un componente central y terminen con un componente obstructivo.

2 Objetivos

- Conocer el caso de un paciente que parece presentar SAHS, ver sus síntomas y recomendaciones posteriores al diagnóstico.
- Conocer en que consiste SAHS.

3 Caso clínico

Varón de 69 años, ex-fumador desde los 25 años a los 60 años. No broncopatía conocida. Espirometrías normales. Jubilado por Espondilitis Anquilopoyética. Trabajo como carpintero 25 años. Cardiopatía HTA en seguimiento en cta Cardiología. Holter de arritmias. Miocardiopatía dilatada. Síndrome ansioso-depresivo.

Hipogonadismo hipergonadotrópico con seguimiento en cta de Endocrinología. Intervenido de neoplasia ORL Resección De Adenocarcinoma Tipo Intestinal De Etmoides. Se evaluó poner RXT complementaria pero se desestimó por riesgos de afectación cerebral y nervio óptico. Refiere somnolencia marcada diurna desde meses antes de la intervención. Niega ronquido. Refiere ataques bruscos de sueño desde hace un año aproximadamente.

Atribuye como posible causa el aumento de dosis de Lioresal que pasó de tomar 1 cada 12 horas a 2 por la mañana y 3 por la noche. No nota dificultad para respirar tras la intervención. Nota simultaneamente al ataque de sueño una brusca pérdida de fuerza en los brazos que le hace tirar todo lo que tiene en las manos. Niega cansancio matutino. Ganancia peso de unos 4-5 kg. Espasmos frecuentes por su paraparesia.

Sospecha clínica de narcolepsia con cataplejia. No clínica compatible con SAHS. Procede Polisomnografía Nocturna que solicito de forma preferente.
El paciente tiene el morfotipo típico de SAHS pero no cuenta datos de apnea y sí datos compatibles con Narcolepsia-Cataplejia. Recomendamos perder peso, que siga con el mismo tratamiento e intentar rebajar Lioresal.

4 Discusión-Conclusión

Pese a creer estar ante un caso de SAHS, tras hablar con el paciente y realizar pruebas, se ve que es más compatible con Narcolepsia-cataplejia. Se debería remitir a Neurología para tratamiento de cuadro.
Parece un cuadro posiblemente favorecido por aumento de dosis reciente de Lioresal que se le recomienda rebajar en la medida de lo posible.

5 Bibliografía

- archbronconeumol.org

Capítulo 966

APROXIMACIÓN A LA NUTRICIÓN DEL ANCIANO.

NATALIA FERNANDEZ COLMEIRO

CARMEN MARIA VILLA GARCIA

MARIA REYES ROMAY SUAREZ

1 Introducción

El envejecimiento son los cambios que aparecen en una persona como consecuencia de los años. más concretamente, es el proceso por el cuál se reduce o se inicia y avanza en la pérdida de funciones y/o capacidades que se desarrolla en varios niveles y que va a conducir, como última etapa de la vida a la decrepitud y posteriormente de manera inexorable a la muerte.

A pesar de que cada vez se retrasa más lo que llamamos vejez, esta es una etapa de la vida con unas características propias y sus consecuentes ventajas e inconvenientes. Varios son lo términos con los que comúnmente se nombra a este colectivo de avanzada edad, “personas mayores, Personas de edad avanzada” personas de la “tercera de edad”, “anciano” y “viejo”.

Se hace necesario aclarar que cronológicamente se considera anciano a toda persona mayor de 65 años. Este criterio anterior siendo el más utilizado no tiene en cuenta características individuales cómo: funcionamiento de los órganos vitales, capacidad de adaptación a nuevas situaciones, capacidad de trabajo y capacidad

de valerse por sí mismo. Por tanto se impone la necesidad de establecer una serie de criterios bien definidos de una manera más específica de cara a clasificar a una persona dentro o fuera de esta clasificación.

2 Objetivos

Obtener bibliografía que aporte comprensión del contenido, con la mayor sencillez posible , y pretendemos que se asimile de una forma clara por parte de las personas en general y más concretamente por parte de los cuidadores principales de los ancianos.

La información aportada sobre la enfermedad renal crónica , nos acerca a la difusión y documentación en la población tanto con este padecimiento como a la familia que convive con dicho individuo.

3 Metodología

El periodo temporal contemplado en esta revisión va desde el año 2000 hasta el año 2019. Durante este tiempo se ha dirigido la búsqueda y cribado las referencias bibliográficas informándonos a través de las bases de datos de ciencias de la salud: Google académico, Pubmed, Uninet, Scielo.

Además también se ha considerado otras publicaciones fuera del entorno virtual, como se refleja en la bibliografía.
Se consideró un marco lingüístico para la búsqueda el idioma castellano y como palabras clave a la hora de acatar la búsqueda, consideramos “nutrición”, “anciano” “envejecimiento”; con motivo de ampliar las referencia de la información, obtenida según nuestro criterio de búsqueda, en ciertas ocasiones se empleó el marcador Booleano “and”.

La búsqueda de información se realizó con la condición de que fuera una búsqueda de material gratuito, completo y la publicación de las referencias seleccionadas no hayan transcurrido más de de 20 años, en el caso de que la búsqueda hubiera transcurrido más años, esta consulta solo se ha realizado para conseguir referencias relevantes sobre la materia.

En el mundo en el que estamos hay mucha información, todo el que quiere puede consultar la web y obtener todo tipo de dato, sin embargo podemos suponer conocer algo de un tema , pero es un conocimiento superficial. La mayoría de la gente

tiene conocimientos de nutrición y tiene asimilado mentalmente que es ser anciano pero no por ello quiere decir que ya conozca las particulares de la etapa anciana, poca gente más allá del mundo sanitario y los afectados por el tema de esta enfermedad sabe en qué consiste, cómo afecta al paciente, como es su dinámica diaria, etc….

4 Resultados

El funcionamiento del tracto gastrointestinal determina en gran parte la correcta absorción y asimilación de los distintos nutrientes. Muchas son las alteraciones que se pueden producir en la persona con la consecuencia del transcurso de los años cómo son:

- Pérdida de dientes.
Por deterioro progresivo de las encías. Debido a esto la capacidad masticatoria se ve alterada en las proporciones de la siguiente manera, 33% cuando se ha perdido uno de los molares principales; 44% si se han perdido dos molares y 66% si la pérdida es de tres molares. En resumen puede afirmarse que un anciano aun con una dentadura postiza debe realizar un esfuerzo cuatro veces mayor que un joven para formar de forma correcta el bolo alimenticio.

- Disminución de las papilas gustativas.
El anciano intenta reducir el problema que ocasiona esta disminución, consumiendo alimentos muy condimentados y/o salados, aumentando de esta forma los trastornos gástricos y de presión arterial propios de la edad. La alteración del gusto se relaciona en algunos casos con la baja tasa de zinc en sangre.

- Disminución del olfato.
Se trata de un deterioro progresivo y lleva junto con las anteriores a un cambio de los hábitos alimenticios en las personas de mayor edad. La principal consecuencia de esto es un incremento en el consumo de los carbohidratos que predisponen a la obesidad y sus consecuencias.

- Disminución de la producción de ácido clorhídrico y enzimas digestivas.
Añadido a que todos los individuos con el paso de los años presentan una disminución, su proporción además es diferente para cada uno de los sujetos. Este dato es determinante a la hora de saber el número y la consistencia de los alimentos que deben ser recomendados para evitar agravar problemas o someter al anciano a restricción innecesarias.

- Formación de divertículos.
Se trata de una afección muy frecuente a los ancianos, las molestias que acarrean llevan al anciano en algunas ocasiones a disminuir de manera importante el consumo de alimentos llegando a presentarse incluso desnutrición asociada a esta afección.

Los nutrientes son los distintos componentes que integran los alimentos y son las proteínas los hidratos de carbono, las grasas como macroelementos y los minerales, las vitaminas como microelementos además del agua.
- Hidratos de carbono/Glúcidos: Función primordial consiste en contribuir al aporte energético. HC = 4 kcal/g.
- Grasas/Lípidos: función energética y constituyentes del tejido adiposo y membranas celulares. G = 9 kcal/gr.
- Proteínas: función estructural pero también tienen función energética. P=4 kcal/g.
- Minerales y vitaminas son sustancias moduladoras de las reacciones orgánicas y actúan como reguladores en diferentes procesos.
- Agua, es considerada por numerosa bibliografía cómo no de los nutrientes participando en funciones reguladoras y estructurales en el organismo. No es un nutriente energético.

5 Discusión-Conclusión

En consecuencia, podemos afirmar que cualquier paciente sufre un riesgo de desnutrición por cuanto más si ese paciente es un paciente de avanzada edad. La aplicación de la nutrición al paciente anciano debe realizarse desde una aproximación multifactorial. La desnutrición debe detectarse precozmente y su aproximación debe basarse en una valoración geriátrica complementada con los aspectos médicos, sociales y funcionales.

Inicialmente se debe intentar adaptar la dieta según los gustos del anciano para intentar garantizar la ingesta de alimentos y respetando en todo momento sus costumbres. De no ser así el cumplimiento terapéutico no será el adecuado y perderemos la posibilidad de mejorar una serie de variables claramente demostradas y basadas en la evidencia existente.

6 Bibliografía

1.- https://www.segg.es/download.asp?file=media/descargas/guia NESTLE.pdf
2.- https://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/view/22665/18694
3.- de Ríos Romero, S., Sobrido Prieto, N., Rodríguez Maseda, E., Pichel Guerrero, M. and Movilla, M. ed., (2004). Alimentación y nutrición con personas mayores.. 1st ed. FERROL: Universidad de A Coruña.

Capítulo 967

PREVENCION Y TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD INFANTIL

BEGOÑA GARCIA ORDIZ

1 Introducción

La obesidad infantil es un problema de salud pública a escala mundial y según la Organización Mundial de la Salud (OMS) es uno de los padecimientos epidémicos más graves del siglo XXI. Se caracteriza por la acumulación y almacenamiento excesivo de grasa, principalmente en el tejido adiposo.

Los niños comen más alimentos de lo que realmente su cuerpo necesita, están rodeados de alimentos ricos en contenido de grasa y azúcares que los lleva a comer en exceso.

La genética y los trastornos emocionales también pueden aumentar el riesgo de obesidad en un niño.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Elaborar dietas individualizadas.

Objetivos secundarios:
- Disminuir las posibles complicaciones derivadas del sobrepeso.
- Clasificación de la obesidad y riesgos asociados para la salud.
- Estrategias de acción a nivel profesional y personal en el tratamiento de niños con obesidad

- Realizar intervenciones educativas que permitan la promoción de la alimentación y actividad física para la prevención de la Obesidad Infantil.

3 Metodología

Se realizó una revisión exhaustiva en varias bases de datos como MedlinePlus, Scielo, Elsevier y paginas web de ámbito sanitario sobre obesidad infantil.

4 Resultados

Los niños suelen ser vulnerables por lo general y por lo tanto también en lo que a problemas alimenticios se refiere, es de gran ayuda aconsejar de manera personalizada en la ingesta de alimentos que le beneficien. Ayudando a reducir el peso corporal con un buen funcionamiento del tracto intestinal.

Evitar ayunos , atracones de comida, establecer horarios comida, aumentar consumo agua, reducir consumo de grasas y azúcares, utilizar platos pequeños. La obesidad infantil esta muy relacionada con enfermedades cardiovascualres, diabetes tipo 2, bajo rendimiento escolar y baja autoestima.

5 Discusión-Conclusión

Entre los factores de riesgo atribuibles a estos problemas de salud, se consideran los de tipo genético, malos hábitos alimentarios, poca práctica de ejercicios físicos y sedentarismo, de ahí la importancia de generar conciencia en la sociedad, ya desde la infancia, y una buena educación de los padres para prevenir el sobrepeso y la obesidad promoviendo estilos de vida más saludables, como la dieta mediterránea y el ejercicio físico moderado.

Son muchos los factores de riesgo que se dan en este problema de salud, de ahí la importancia de que se involucren todos los sectores: sanitarios, familiar y educativos para crear hábitos de vida más saludable y la importancia de promover el ejercicio físico moderado.

6 Bibliografía

- Ministerio de Sanidad y Consumo del Gobierno de España, Campaña: !Despierta, desayuna, come sano y muévete!.

- Revista Española de Nutrición Comunitaria.
- Revista médica MedlinePlus.

Capítulo 968

LA PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN.

SANDRA PIDAL MONTES

MARTA FERNÁNDEZ FERNANDEZ

ROCÍO FERNÁNDEZ GARCÍA

JUAN JOSE VELAZQUEZ ÁLVAREZ

MARIA DE LA CRUZ PADILLA LOPEZ

1 Introducción

Las úlceras de decúbito (también llamadas «úlceras de presión» o «escaras») son lesiones de la piel y del tejido que se encuentra debajo, que se producen como resultado de una presión prolongada sobre la piel.

En la mayoría de los casos, las úlceras de decúbito se manifiestan en la piel que recubre las partes óseas del cuerpo, como los talones, los tobillos, las caderas y el coxis. Las personas que corren más riesgo de padecer úlceras de decúbito son las que tienen una enfermedad que limita su capacidad de cambiar de posición o las que pasan la mayor parte del tiempo en una cama o una silla.

Las úlceras de decúbito pueden aparecer rápidamente. La mayoría de las úlceras se curan con tratamiento, pero algunas nunca se terminan de curar por completo. Puedes tomar medidas para ayudar a prevenir y curar las úlceras de decúbito.

2 Objetivos

- Describir el proceso de desarrollo de la salud comunitaria.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Scielo, Cochrane, Google Académico, Medline, se han utilizado criterios de búsqueda en revistas científicas y artículos encontrados en la salud comunitaria y se utilizaron descriptores con las palabras claves utilizadas en la búsqueda: hospital, salud, determinantes, población, atención primaria

4 Resultados

Las UPP se clasifican en cuatro grados en relación al aspecto y profundidad de las lesiones:
- Grado I. Eritema cutáneo que no palidece en piel intacta. En pacientes de piel oscura, observar edema, induración, decoloración, calor local.
- Grado II. Pérdida parcial del grosor de la piel que afecta a la epidermis, dermis o ambas, puede tener aspecto de abrasión, ampolla o cráter superficial.
- Grado III. Pérdida total del grosor de la piel que implica lesión o necrosis del tejido subcutáneo, que puede extenderse hacia abajo, pero no por la fascia subyacente.
- Grado IV. Pérdida total del grosor de la piel con destrucción extensa, necrosis del tejido o lesión en músculo, hueso o estructuras de sostén como el tendón o la cápsula articular.

Se sabe que la mayoría de las UPP podrían haber sido evitadas con la aplicación de un adecuado protocolo de prevención, por eso, cada vez más, el problema de las UPP está teniendo repercusiones legales, ya que el hecho de que un paciente ingrese por una patología determinada y deba prolongar su estancia en el hospital debido a la aparición de una lesión de este tipo lleva cada vez más a los familiares a denunciar la falta de cuidados adecuados para prevenir la UPP.

Es muy importante tener en cuenta que la prevención no sólo se debe realizar a nivel hospitalario, también resulta imprescindible implantar medidas de prevención en el propio domicilio del paciente, cuando sus condiciones así lo precisen.

Una vez se han desarrollado estas lesiones, es necesario llevar a cabo tratamientos efectivos para que no se produzcan complicaciones en los pacientes y además hay que continuar con las medidas de prevención establecidas para impedir que aparezcan nuevas UPP.

Piel
Hay que examinar el estado de la piel, como mínimo una vez al día, para detectar rápidamente la aparición de la lesión. En su fase más temprana consiste en un eritema cutáneo que no palidece en piel intacta tras 30 minutos de haber cesado la presión. Se debe actuar sobre ella de inmediato y evitar que progrese a estadios más avanzados prestando mayor atención a las prominencias óseas (sacro, talones, caderas) y a las zonas expuestas a humedad por incontinencia, transpiración o secreciones.

Ha de mantenerse en todo momento la piel del paciente limpia y seca y se utilizarán jabones o sustancias limpiadoras que no agredan la piel, evitando la fricción cuando se realice su secado. La presión mantenida sobre determinadas zonas del cuerpo es el factor más importante en la aparición de UPP, ya que genera un proceso isquémico en los tejidos implicados como consecuencia de una disminución del aporte de oxígeno y de nutrientes a esa zona.

Para minimizar el efecto de la presión hay que intentar mejorar la movilidad del paciente y realizar cambios posturales cada 2-3 horas cuando se encuentra encamado y, en el caso de que el paciente pueda moverse por sí solo, es conveniente que realice cambios de postura cada 15 min. Se debe evitar que el paciente se apoye directamente sobre sus lesiones, el contacto directo de las prominencias óseas entre sí y el arrastre a la hora de efectuar las movilizaciones para reducir la fricción.

Pueden resultar útiles las superficies especiales de apoyo , en especial, las que permiten manejar y distribuir la presión, como colchonetas-cojines estáticos de aire, de fibras y espumas especiales, alternantes de aire y camas fluidificadas, entre otras.

5 Discusión-Conclusión

Se puede ayudar a prevenir las úlceras de decúbito cambiando de posición con frecuencia para evitar la tensión sobre la piel. Otras estrategias consisten en cuidarse

bien la piel, mantener una buena alimentación y un consumo adecuado de líquidos, dejar de fumar, controlar el estrés y hacer ejercicio a diario.

6 Bibliografía

1. Agencia de Calidad del SNS. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud 2007. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006 [acceso 14 de julio de 2016].
2. Agencia de Calidad del SNS. Estudio EARCAS: eventos adversos en residencias y centros asistenciales sociosanitarios. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011 [acceso 14 de julio de 2016].
3. Rodríguez-Palma M., López-Casanova P., / García-Molina P., Ibars-Moncasi P. Superficies especiales para el manejo de la presión en prevención y tratamiento de las úlceras por presión. Serie Documentos Técnicos GNEAUPP n.º XIII [Internet]. Logroño. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Ülceras por Presión y Heridas Crónicas; 2011 [acceso 14 de julio de 2016].
4. AvilésMartínez M. J., Sánchez Lorente M. M., coordinadores. Guía práctica clínica para el cuidado de las personas con úlceras por presión o con riesgo de padecerlas. [Internet]. Valencia: Consellería de Sanitat; 2012

Capítulo 969

LA EFECTIVIDAD DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA SALUD ORAL DE LOS ANCIANOS CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN UNIDADES ASISTENCIALES

RAQUEL GONZÁLEZ DIAZ

MARÍA ISABEL DÍAZ MENÉNDEZ

1 Introducción

Los residentes de hogares de ancianos con frecuencia requieren asistencia parcial o completa para realizar actividades de la vida diaria, incluido el cuidado bucal. Sin embargo, proporcionar este nivel de cuidados se puede dificultar a causa de las limitaciones cognitivas de los residentes (Estabrooks et al., 2013). Entre el 50% y el 75% de los residentes de hogares de ancianos tienen demencia y una tasa superior al 11% está sin diagnosticar. Actualmente, no existe una terapia efectiva para prevenir, curar o tratar la demencia, y se espera que para el 2050 se triplique el número de personas que vivan con ella, 131,5 millones (Alzheimer´s Disease International, 2015).

Además, se ha podido identificar que la atención prestada por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería en hogares de ancianos, aumentará en función de

que estas personas afectadas permanezcan por más tiempo en la comunidad y retrasen su ingreso en unidades asistenciales solo en etapas avanzadas de la enfermedad. Por ello, se considera importante que estos profesionales adopten estrategias efectivas para satisfacer adecuadamente las necesidades de atención básica de esta vulnerable población (Bartfay, E., Bartfay, W.J., Gorey, K.M., 2013).

La mala salud bucal se ve con frecuencia en los residentes de hogares de ancianos como consecuencia de una atención inadecuada. Entre el 44% y el 76% de los residentes de hogares de ancianos con dientes naturales experimentan caries dental, alta tasas de gingivitis y periodontitis (Harrington, C., Carrillo, H., Garfield, R., 2015).
Las condiciones orales tienen efectos generalizados en la salud física y psicosocial. Los impactos como la baja autoestima asociada con el mal aliento o la falta de dientes/caries, prevalecen en adultos mayores con mala higiene bucal.

El dolor dental puede verse en 3,4%-8%de los residentes de hogares de ancianos. Además, la pobre salud oral eleva los costos de atención médica y el riesgo de desnutrición, infecciones respiratorias, diabetes, enfermedades cardiovasculares e incluso la muerte prematura (Johnson, V.B., 2012).

La provisión de cuidado bucal depende del paciente, teniendo en cuenta por parte del técnico en cuidados auxiliares de enfermería, si los dientes son naturales o utilizan prótesis como implantes y puentes, que requieren un cuidado bucal mayor y más complejo. Independientemente del conocimiento que tengan los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería sobre el cuidado bucal, las conductas receptivas de los pacientes se definen como acciones físicas o verbales, como agarrar, gritar y resistir la atención, en respuesta a un estímulo percibido negativamente (Chami et al., 2012).

Se ha evidenciado que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería puede contribuir en el fomento de conductas receptivas de los residentes y la reducción de su placa dental, aunque no sea estadísticamente significativo. Se ha constatado que los comentarios alentadores, la demostración de una acción y la redirección se correlacionan significativamente con la proporción de tareas de cuidado bucal realizadas por residentes con enfermedad de Alzheimer; no siendo así, la asistencia total de la tarea.

2 Objetivos

- Identificar las posibles estrategias de comunicación que puedan emplear los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería para facilitar la promoción de la salud bucal.

3 Metodología

Se ha efectuado una revisión bibliográfica sistemática utilizando diversas bases de datos y recursos electrónicos como: Pubmed, MeSH, Web of Science, Medline, EBSCO HOST, BVS, LILACS, Biblioteca Cochrane y SciELO. Para dicha búsqueda se emplearon y combinaron entre sí, ciertos descriptores como " Oral Hygiene, Nursing Care, Alzheimer Disease". Tras un análisis exhaustivo de los artículos obtenidos con las estrategias de búsqueda planificadas, se han incluido finalmente 4 artículos que hacían referencia al técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la salud bucal del anciano con enfermedad de Alzheimer.

4 Bibliografía

1. Estabrooks, C.A., Poss, J.W., Squires, J.E., Teare, G.F., Morgan, D.G., Stewart, N., et al. (2013). A profile of residents in prairie nursing homes. Can J Aging, 32(3):223–31. https://doi.org/10.1017/
S0714980813000287 PMID: 23920244
2. Alzheimer's Disease International (2015). World Alzheimer Report 2015: The global impact of dementia—an analysis of prevalence, incidence, cost and trends. London: ADI.
3. Bartfay, E., Bartfay, W.J., Gorey, K.M. (2013). Prevalence and correlates of potentially undetected dementia among residents of institutional care facilities in Ontario, Canada, 2009–2011. International journal of geriatric psychiatry, 28(10):1086–94. https://doi.org/10.1002/gps.3934
PMID: 23382109
4. Harrington, C., Carrillo, H., Garfield, R. (2015). Nursing facilities, staffing, residents and facility deficiencies, 2009 Through 2014. Menlo Park, CA: The Henry J. Kaiser Family Foundation.
5. Johnson, V.B. (2012). Evidence-based practice guideline: oral hygiene care for functionally dependent and cognitively impaired older adults. J Gerontol Nurs, 38(11):11–9. https://doi.org/10.3928/0098913420121003-02
PMID: 23126514

6. O'Connor, L.J. (2012). Oral health care. In: Boltz M, Capezuti E, Fulmer T, Zwicker D, editors. Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice. 4. ed. ed. New York: Springer, p. 409–18.
7. Chami, K., Debout, C., Gavazzi, G., Hajjar, J., Bourigault, C., Lejeune, B., et al. (2012). Reluctance of Caregivers to Perform Oral Care in Long-Stay Elderly Patients: The Three Interlocking Gears Grounded Theory of the Impediments. J Am Med Dir Assoc, 13(1):e1–e4. https://doi.org/10.1016/j.jamda.2011.06.
007 PMID: 21752721
8. Jablonski, R.A., Therrien, B., Mahoney, E.K., Kolanowski, A., Gabello, M., Brock, A. (2011). An intervention to reduce care-resistant behavior in persons with dementia during oral hygiene: a pilot study. Spec Care Dentist, 31(3):77–87. https://doi.org/10.1111/j.1754-4505.2011.00190.x
PMID: 21592161
9. Sloane, P.D., Zimmerman, S., Chen, X., Barrick, A.L., Poole, P., Reed, D., et al. (2013). Effect of a person-centered mouth care intervention on care processes and outcomes in three nursing homes. J Am Geriatr Soc, 61(7):1158–63. https://doi.org/10.1111/jgs.12317
PMID: 23772769
10. Sloane, P., Chen, X., Cohen, L., Barrick, A.L., Poole, P., Zimmerman, S.(2012). Oral health outcomes of person-centered mouth care for persons with cognitive or physical impairment: Mouth care without a battle. Alzheimer's & Dementia: The Journal of the Alzheimer's Association, 8(4):P251–P2.
11. Connell, B.R., McConnell, E.S., Francis, T.G. (2012). Tailoring the environment of oral health care to the needs and abilities of nursing home residents with dementia. Alzheimer's Care Quarterly, 3(1):19–25.

Capítulo 970

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DEL PACIENTE CON TRASTORNO ALIMENTARIO Y SUS FAMILIARES

RAQUEL GONZÁLEZ DIAZ

MARÍA ISABEL DÍAZ MENÉNDEZ

1 Introducción

Los comportamientos anormales en el desempeño de la actividad básica de la vida diaria de la alimentación, pueden dificultar el apoyo para la recuperación de las personas que padecen un trastorno alimenticio (Levine, M.P., 2012). Los factores sociales constituyen un riesgo de mantenimiento de estos trastornos. Esta población es considerada vulnerable e incluyen déficits en la expresión emocional no verbal y sensibilidad a la amenaza y a la comparación social (Krug et al., 2015).

Las relaciones interpersonales son fundamentales en el proceso de recuperación y pueden ser susceptibles de cambio a lo largo de la trayectoria de la enfermedad; también lo es la edad del paciente, el trabajo que desempeñe, el ajuste social y si es o no financieramente y socialmente independiente (Caglar-Nazal et al., 2013). Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería junto a un equipo multidisciplinar brindan atención a personas con trastornos alimentarios. En las etapas

iniciales, el individuo no reconoce que está enfermo, y es ahí, donde estos profesionales deben estar al tanto de los signos que manifiesta y facilitar la adhesión al tratamiento; suprimiendo un factor que afecta negativamente el pronóstico, como es la emoción expresada. Se trata de un estilo de comportamiento crítico, hostil o sobreprotector (Haigh, R.T., 2013).

En consecuencia, es fundamental que estos profesionales de asistencia directa y continua, proporcionen información a los familiares y/o cuidadores principales sobre las reglas del trastorno alimentario, ignorando o encubriendo las consecuencias negativas de los comportamientos. Éstos pueden causar divisiones entre los miembros de la familia, porque unos tendrán una carga demasiado alta y otros no contribuirán a la gestión de la enfermedad. Por lo tanto, el aspecto social de la enfermedad es importante para el bienestar en la dicotomía paciente-red social (Graap, H., Bleich, S., Herbst, F., Trostmann, Y., Wancata, J., De Zwaan, M., 2018).

Existen muchos factores que impactan en la carga percibida y real del rol de cuidador y cómo la manejan las familias. Los tres factores principales que interfieren en el cuidado son: la enfermedad en sí, la reacción social a la enfermedad y los factores del cuidador (incluyendo los costos y las interacciones con los servicios). A causa de ello, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería puede establecer el primer paso esencial y es ayudar al cuidador a sobrellevar la enfermedad para prevenir así, niveles de depresión y ansiedad (Zabala, M.J., Macdonald, P., Treasure, J., 2016).

Los síntomas del trastorno alimentario son penetrantes e intrusivos en la vida familiar y las relaciones interpersonales se vuelven muy complejas; esto se puede ver acentuado por sus dificultades en la cognición social como podría ser la dificultad para apreciar su nivel de terror a causa de su reducido nivel de expresividad facial o su impermeabilidad al impacto que supone la naturaleza de sus síntomas y signos, y que ponen en peligro su vida (Sepulveda, A.R., Whitney, J., Hankins, M., Treasure, J., 2018).

Los cuidadores tienen sus propios aspectos prácticos y emocionales a cerca de la enfermedad, que en su mayor parte puede ser útil, pero puede impedir la recuperación si hay división dentro de la familia (Hibbs et al., 2014). Esto deriva en que, si el afrontamiento es deficiente, conduce a la angustia y a su vez, aumenta la

tendencia a sobreproteger al individuo y acomodarse en la enfermedad o entrar en peleas improductivas (Kramer, B.J., 2013).

2 Objetivos

- Conocer en qué puede contribuir la intervención del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en los pacientes con trastornos alimentarios y en sus cuidadores.

3 Metodología

Se lleva a cabo una revisión bibliográfica sistemática utilizando diversas bases de datos y recursos electrónicos como: Pubmed, MeSH, Medline, BVS, LILACS, Biblioteca Cochrane y SciELO. Se utilizaron descriptores como "Feeding and Eating Disorders, Nursing Care, Behaviour Change".

Tras revisar que los artículos seleccionados cumplieran con los criterios de selección: hablar del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el individuo con trastorno alimentario y su cuidador se han incluido finalmente en este estudio, 6 artículos.

4 Resultados

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería proporciona apoyo nutricional al paciente y capacita a los padres para hacerlo. Este aspecto puede suponer un éxito en la fase temprana, como es mejorar el peso (Lock, J., Couturier, J., Bryson, S., 2016). Puede ser difícil, especialmente si la enfermedad ha estado instaurada durante algún tiempo considerable, pudiendo existir la interferencia de problemas familiares a cerca del afrontamiento de la enfermedad (Doyle, P.M., Le Grange, D., Loeb, K., Doyle, A.C., Crosby, R.D., 2010).

También proporcionan a las familias atención directa, obteniendo así, beneficios (Darcy, A.M., Bryson, S.W., Agras, W.S., Fitzpatrick, K.K., Le Grange, D., Lock, J., 2013). Este modelo enseña habilidades a los cuidadores, como la comunicación positiva mediante entrevistas motivacionales, apoyo de comidas y el manejo de otros comportamientos difíciles (Macdonald et al., 2014).

En consecuencia, se ha evidenciado que la prestación de ayuda por parte de profesionales de asistencia directa a los cuidadores, pueden mejorar el resultado del paciente y reducir la carga del cuidador (Sepulveda, A.R., Lopez, C., Todd, G., Whitaker, W., Treasure, J., 2018). Así hizo referencia un estudio llevado a cabo, donde la intervención del técnico en cuidados auxiliares de enfermería iba encaminada a mejorar la comprensión, la comunicación y la unión de paciente-cuidador (Murray et al., 2015).

5 Discusión-Conclusión

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería dentro del equipo multidisciplinar, debe tener en cuenta, en los pacientes con trastornos alimentarios, la etapa de la enfermedad, los comportamientos de mantenimiento interpersonal como acomodación, emoción expresada o división familiar. Esto le va a permitir modificar el afrontamiento del cuidador en su práctica asistencial.

Para ello, le enseña habilidades para manejar comportamientos presentes en la fase temprana de la enfermedad y a abordar con éxito comportamientos interpersonales. De esta forma, se concluye en que los aspectos psicosociales e interpersonales de los trastornos alimentarios juegan un papel importante en su gestión. Esto supone un trabajo en progreso, que necesita más investigación para comprender las necesidades que requiere este tipo de trastornos.

6 Bibliografía

1. Levine, M.P. (2012). Loneliness and eating disorders. J Psychol, 146(1–2):243–57. doi:10.1080/00223980. 2011. 606435.
2. Krug, I., Fuller-Tyszkiewicz, M., Anderluh, M., Bellodi, L., Bagnoli, S., Collier, D., et al. (2015). A new social-family model for eating disorders: a European multicentre project using a case–control design. Appetite, doi:10.1016/j. appet.2015.08.014
3. Caglar-Nazal,i H.P., Corfield, F., Cardi, V., Ambwani, S., Leppanen, J., Olabintan, O., et al. (2013). A systematic review and meta-analysis of 'systems for social processes' in eating disorders. Neurosci Biobehav Rev. 2013. doi:10.1016/j.neubiorev.
4. Haigh, R.T. (2013)Treasure J. Investigating the needs of carers in the area of eating disorders: development of the Carer's Needs Assessment Measure (CaNAM).

Eur Eat Disord Rev, 11:125–41
5. Graap, H., Bleich, S., Herbst, F., Trostmann, Y., Wancata, J., De Zwaan, M. (2018). The needs of carers of patients with anorexia and bulimia nervosa. Eur Eat Disord Rev, 16(1):21–9
6. Zabala, M.J., Macdonald, P., Treasure, J. (2016). Appraisal of caregiving burden, expressed emotion and psychological distress in families of Curr Psychiatry Rep (2016) 18: 16 Page 5 of 7 16 people with eating disorders: a systematic review. Eur Eat Disord Rev, 17(5):338–49. doi:10.1002/erv.925.
7. Sepulveda, A.R., Whitney, J., Hankins, M., Treasure, J. (2018). Development and validation of an Eating Disorders Symptom Impact Scale (EDSIS) for carers of people with eating disorders. Health Qual Life Outcomes, 6:28. doi:10.1186/1477-7525-6-28.
8. Hibbs, R.R., Rhind, C., Sallis, H., Goddard, E., Raenker, S., Aytonc, B.B., et al. (2014). Confirmatory factor analysis for two questionnaires of caregiving in eating disorders. Health Psychol Behav Med, 2(1):322– 34.
9. Kramer, B.J. (2013). Expanding the conceptualization of caregiver coping— the importance of relationship-focused coping strategies. Fam Relat, 42(4):383–91. doi:10.2307/585338.
10. Lock, J., Couturier, J., Bryson, S. (2016). Agras S. Predictors of dropout and remission in family therapy for adolescent anorexia nervosa in a randomized clinical trial. Int J Eating Disord, 39(8):639–47. doi:10.1002/eat.20328
11. Doyle, P.M., Le Grange, D., Loeb, K., Doyle, A.C., Crosby, R.D. (2010). Early response to family-based treatment for adolescent anorexia nervosa. Int J Eating Disord, 43(7):659–62. doi:10.1002/eat.20764.
12. Darcy, A.M., Bryson, S.W., Agras, W.S., Fitzpatrick, K.K., Le Grange, D., Lock, J. (2013) Do in-vivo behaviors predict early response in family-based treatment for anorexia nervosa? Behav Res Ther, 51(11):762– 6. doi:10.1016/j. brat.2013.09.003.
13. Macdonald, P., Hibbs, R., Rhind, C., Harrison, A., Goddard, E., Raenker, S., et al. (2014). Disseminating skills to carers of people with eating disorders: an examination of treatment fidelity in lay and professional carer coaches. Health Psychol Behavioral Med, 2(1):555–64. doi:10.1080/21642850.2014.908716.
14. Sepulveda, A.R., Lopez, C., Todd, G., Whitaker, W., Treasure, J. (2018). An examination of the impact of Bthe Maudsley eating disorder collaborative care skills workshopson the well being of carers: a pilot study. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 43(7):584–91. doi:10.1007/s00127-008-0336-y.
15. Murray, S.B., Anderson, L.K., Cusack, A., Nakamura, T., Rockwell, R., Griffiths, S., et al. (2015). Integrating family-based treatment and dialectical behavior therapy for adolescent bulimia nervosa: preliminary outcomes of an open pilot

trial. Eat Disord, 23(4):336–44. doi:10.1080/10640266.2015. 1044345.

Capítulo 971

CIRUGÍA ENDOSCÓPICA NASOSINUSAL BASE DE CRÁNEO.

VERÓNICA LOUGEDO HERNÁNDEZ

MARIA MONTSERRAT MARTINEZ GONZÁLEZ

1 Introducción

La cirugía endoscópica nasosinusal (CENS) es un tipo de abordaje quirúrgico mediante el cual se pueden realizar una gran variedad de procedimientos de forma mínimamente invasiva en las fosas nasales y senos paranasales. A través de este abordaje se puede realizar la apertura de los orificios de drenaje natural de los senos paranasales y de esta forma llevar a cabo la limpieza de los mismos. Una vez logrado esto la mucosa nasosinusal tiene la oportunidad de retornar a la normalidad.

Las indicaciones más frecuentes son la patología inflamatoria e infecciosa tipicamente, la sinusitis recurrente o sinusitis crónica que no responde a tratamiento médico, la resección de lesiones como pólipos nasosinuasales, mucoceles o tumores malignos. También está indicada en el tratamiento de patología oftalmológica como descompresión orbitaria en pacientes con oftalmopatía grave, descompresión del nervio orbitario y ladacriocistorrinostomía en pacientes con dacriocistitis crónica. Otros procedimientos que se pueden realizar en una CENS son:

- Cierre de fisuras de líquido cefalorraquídeo,
- Apertura de la atresía de coanas.
- Extracción de cuerpos extraños.

- Control de las hemorragias nasales (epistaxis).

2 Objetivos

- Conocer y comprender en que puede consistir una cirugía CENS, primero de forma un poco científica y a través del caso clínico de un paciente.

3 Caso clínico

Paciente de 69 años derivado de otro hospital por neoformación en FNI. Describe IRN sobretodo por fosa nasal izquierda desde hace aproximadamente 3 semanas. El paciente trabajo con madera durante 25 años.

- Rinoscopia: desviación septal a fosa derecha con signo del hachazo. Gran hipertrofia de cornete inferior.
- Fibroscopia: abundante rinorrea amarillo verduzco sobre lesion excrecente a nivel de meato medio que no permite alcanzar cavum.
- TC senos paranasales: Se objetiva una ocupación prácticamente completa de la fosa nasal izquierda (existe permeabilidad de la narina y no hay crecimiento hacia la coana) por una lesión de partes blandas que muestra discreto realce tras la administración del contraste, que ocasiona erosión completa del cornete medio y asocia ocupación completa de celdillas etmoidales y seno esfenoidal y maxilar izquierdo, esto último probablemente correspondiente a extensión de la lesión, parece menos probable que se trate de ocupación por secrecciones retenidas. Ocasiona un mínimo abombamiento de la lámina papirácea izquierda, sin disrupción de la misma ni afectación intraorbitaria. No hay evidencia de extensión intracraneal mediante esta técnica de imágen. Ausencia de neumatización de senos frontales.

Dada la exploración y resultado de pruebas complementarias, se programa para cirugía (CENS DE BASE DE CRÁNEO). Tras preoperatorio que no contraindica la intervención se realiza bajo anestesia general, sin incidencias.
Postoperatoriocon buena evolución clínica y control del dolor.

Se le recomienda evitar esfuerzos físicos, evitar la ingesta de alimentos o bebidas muy calientes, dormir con el cabecero de la cama elevado y en caso de fiebre, visión doble o cefalea intensa, acudir al servicio de urgencias para valorar. Le

pedimos que solicite consuta en el servicio de Oncología Radioterápica para valoración de radioterapia complementaria.

4 Discusión-Conclusión

Diagnóstico principal: Adenocarcioma nasosinusal.
El manejo terapéutico a largo plazo suele incluir cirugía en los momentos en que no se pueda conseguir una estabilidad con medicación.

5 Bibliografía

-altiorem.com

Capítulo 972

LESIÓN MEDULAR AGUDA.

VERÓNICA LOUGEDO HERNÁNDEZ

MARIA MONTSERRAT MARTINEZ GONZÁLEZ

1 Introducción

La lesión medular traumática precisa una acción multidisciplinar, tanto para el tratamiento especializado de la fase aguda como para las complicaciones secundarias. La sospecha y/o el diagnóstico de una lesión medular es el primer paso para establecer un tratamiento correcto.

En la actualidad el uso de esteroides no es un estándar en el tratamiento neuroprotector, siendo el control hemodinámico y la descompresión quirúrgica precoz pilares fundamentales. Generalmente, se presenta en el contexto de un politraumatismo que puede dificultar el diagnóstico. El examen neurológico y la selección adecuada de pruebas radiológicas evitan que pase desapercibida la lesión medular y otras lesiones asociadas, y ayudan a establecer el pronóstico.

2 Objetivos

- Dar a conocer los posibles síntomas y tratamientos en una lesión medular.

3 Caso clínico

Paciente varón de 63 años que refiere en los últimos 3 años, ”fallos bruscos intermitentes de fuerza” en miembros inferiores. Fué estudiado por los servicios de: cirugía vascular y neurología y diagnosticado de estenosis de canal.

Marcha independiente hasta 6 meses previos al inicio del episodio. Desde entonces usaba 1 bastón para caminar.
Exploración neurológica en MMII: balance articular limitado en caderas al final del recorrido de rotaciones.
Bipedestación en paralelas pudiendo realizar algunos pasos en actitud senil con semiflexión de caderas y rodillas y varo de tobillo izquierdo. Conserva control miccional y fecal.
Ecografía de tobillo: infiltrado edematoso de tejido celular subcutáneo. Resto normal.
TAC de cuello: bocio y alteraciones postquirúrgicas secundarias a traqueostomía sin alteración de vía aérea.
Rx abdomen: columna lumbar en caña de bambú, resto normal.
Rx tórax: ateromatosis aortica calcificada.

4 Discusión-Conclusión

Diagnóstico principal: Paraparesia y síndrome de BrowSequard (es una afección que se distingue por presentar una serie de síntomas neurológicos muy concretos provocados por una lesión en médula espinal. Por regla general perjudica a la mitad lateral. Como consecuencia la persona que lo sufre experimenta, debilidad muscular, entumecimientos y parálisis que puede diferir de una persona a otra y la pérdida de la sensibilidad de distintas zonas del cuerpo.)

El papel de la fisioterápia es fundamental en el tratamiento de lesiones medulares. Los casos de lesiones medulares de causa traumática tales como, accidentes de tráfico y malas caídas, son las que se pueden prevenir más fácilmente. A pesar de que en algunos casos las lesiones medulares son consecuencia de enfermedades. En cualquier caso, ante la sospecha de una lesión medular, debemos llamar siempre a los servicios de emergencia y no mover a la persona accidentada, ya que eso podría agravar su lesión.

Recibió tratamiento con electro-cinesiterapia. Se ha retirado ortesis vertebral y el paciente presenta buena tolerancia en sedestación. Inició bipedestación en paralelas y consigue algunos pasos con ayuda. Ha sufrido como complicaciones por sobrecarga: flogosis en rodilla derecha, tendinitis en primer dedo de mano derecha y dolor mecánico en tobillos, descartando procesos inflamatorios en estructuras periarticulares.

Precisa continuar tratamiento rehabilitador de forma ambulatoria para valorar posibilidad de algunos pasos con andador. Aunque el paciente continuará tratamiento de forma ambulatoria, no se espera independencia del mismo dado la patología de base que presenta, con gran rigidez de tronco, debilidad y artrosis en MMII.

5 Bibliografía

- medintensiva.org
- psicologiaymente.com
-fundacioncaser.org

Capítulo 973

MUERTE SÚBITA DEL LACTANTE. FACTORES DE RIESGO Y PREVENCIÓN.

NURIA MENÉNDEZ LÓPEZ

MAYKA FERNÁNDEZ ÁLVAREZ

ELENA ÁLVAREZ ALONSO

BALBINA FRANCOS GARCÍA

1 Introducción

El síndrome de la muerte súbita del lactante es la muerte sin causa aparente de un lactante aparentemente sano menor de 1 año, normalmente ocurre durante el sueño. La causa es una inmadurez del sistema nervioso y cardiorespiratorio, lo cual produce una parada respiratoria.

2 Objetivos

- Determinar los factores de riesgo del síndrome de muerte súbita.
- Conocer las medidas preventivas del síndrome de muerte súbita.

3 Metodología

Para realizar el siguiente capítulo se llevó a cabo una exhaustiva búsqueda en diferentes medios y bases de datos como Pubmed, Scielo, Medline. También se consultaron temarios y guías usando las palabras clave: “muerte súbita” y “lactante”.
Se seleccionaron los artículos más recientes y de mayor interés. Y de ellos se sustrajo información pertinente.

4 Resultados

Los factores de riesgo que intervienen en la muerte súbita del lactante son:
-Ser prematuro.
-Entre dos y cuatro meses.
-Mientras duerme.
-Ser varón.
-Lactancia artificial.
-En invierno.
-Tener un hermano gemelo.
-Exceso de calor.
-Nivel socioeconómico bajo.
-Bajo peso al nacer.
-Tabaquismo y drogadicción de la madre.

Recomendaciones para prevenir la muerte súbita del lactante son:
-No abrigar en exceso al lactante.
-Aconsejar lactancia materna.
-Acostar sobre superficie firme y rígida.
-Posición supina para dormir.
-Evitar el consumo de tóxicos durante el embarazo y cuando el bebé nazca, en su entorno.

5 Discusión-Conclusión

Debido a que en países desarrollados es la causa más frecuente de mortalidad infantil entre los 2 y 4 meses de vida (80%) se debe de insistir en que se conozcan

los factores de riesgo y se lleven a cabo las medidas preventivas, ya que es habitual que éstas no se lleven a cabo. Es importante, una educación a nivel familiar para poder prevenir este síndrome.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 974

ANÁLISIS DE ORINA: DETECCIÓN PRECOZ DE HEMATURIA

BEGOÑA GARCIA ORDIZ

1 Introducción

La hematuria es la presencia de sangre en la orina. Esta puede ser visible (hematuria macroscópica o macrohematuria) o que solo se ve en el análisis de orina (microhematuria). Tiene su origen en los órganos del aparato urinario: Riñón, vías altas, vejiga, próstata y uretra. Una evaluación rápida es fundamental, ya que cualquier grado de hematuria puede ser síntoma de una alteración genitourinaria muy seria.

2 Objetivos

- Reconocer y confirmar la presencia de hematuria.
- Conocer las causas para determinar el origen de la misma.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Cuando ocurren episodios de sangre en orina y desaparecen sin tratamiento tendemos a relajarnos, ya que pensamos que el problema ha desaparecido. Sin embargo, sigue ahí y se debe averiguar su origen. Cuando se produce escozor al orinar las causas pueden ser benignas, pero cuando se evidencia la presencia de sangre sin ningún síntoma asociado, puede ser debido a otras patologías más graves.

Las pruebas complementarias básicas son esenciales para confirmar la presencia de sangre y para la elaboración diagnóstica de la hematuria. La tira reactiva constituye la primera aproximación para el diagnóstico de hematuria. Se pueden obtener resultados falsos negativos o positivos que siempre hay que tener en cuenta. Dependerán si el paciente es niño o adulto porque la probabilidad de encontrar enfermedades especificas se asocia con la edad.

5 Discusión-Conclusión

La importancia de su estudio desde Atención Primaria se debe a que esta es un motivo de consulta muy frecuente, de ahí la importancia de reconocerla precozmente a través de una buena anamnesis, exploración física y pruebas complementarias que varían en función de la edad del paciente e identificar las causas para poder instaurar el tratamiento adecuado, que lo pautara el especialista.

La hematuria es un proceso patológico del aparato urinario, tiene que ser estudiada e investigar su origen, ya que es un síntoma que indica la presencia de otras enfermedades.

6 Bibliografía

- Carrasco M, de Cea JM. Hematuria. Protoc diagn ter 2014.
- Martínez C, Martínez J, Carballido Rodríguez J. Protocolo diagnóstico de la hematuria macroscópica. Medicine. 2011.
- Tauler Girona MC. Hematuria, proteinuria: actitud diagnóstica. G. Campuzano-Maya, M. Arbeláez-Gómez2013; XVII(6): 412-21.
- Rodrigo MD. Hematuria. Aproximación diagnóstica. An Pediatr Contin. 2011;9:48-54. Disponible en http://www.fisterra.com/guias-clinicas/microhematuria/
revisión 03/06/2011.

Capítulo 975

LAS QUEMADURAS Y SUS GRADOS.

LORENA SUAREZ GUTIERREZ

PURIFICACION CORAL GUTIERREZ GARCIA

1 Introducción

La piel actúa como barrera frente a agentes externos, protege al organismo de posibles infecciones y además, tiene función termorreguladora y de sensibilidad. Cuando la piel se quema, se destruye los líquidos y la queratina del extracto corneo, que evitan la evaporación del agua cutánea, de esta manera, a través de la piel dañada no solo se pierde agua sino también calor corporal, estando esta piel más desprotegida ante una posible infección. Las quemaduras son daños al tejido causados por calor, sustancias químicas, electricidad, luz solar o radiación nuclear. Las más frecuentes son aquellas causadas x líquido o vapor caliente, incendios de edificios, líquidos y gases inflamables.

Las quemaduras se definen según profundidad y el tamaño de la zona que cubran (es probable que una lesión grande x quemadura incluya zonas quemadas de diferentes profundidades). A mayor profundidad la curación es más lenta, son más difíciles de tratar y más propensas a complicaciones (infecciones y cicatrices), siendo potencialmente las más mortales de todas, en determinados casos es necesario la amputación.

Tras una quemadura pueden surgir complicaciones como pueden ser shock hipovolémico, rabdomiólisis, infección, cicatrices y contracturas o retracciones articulares. Siendo muy importante un correcto tratamiento dependiendo de la zona,

profundidad y tamaño; aplicando antibacterianos vía tópica, procediendo a una limpieza periódica, elevando las zonas perjudicadas y en ocasiones injertos cutáneos, siendo necesario ejercicio en todo el rango de movimiento y férulas, en las articulaciones.

2 Objetivos

- Distinguir y clasificar sus grados.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo se realizado una búsqueda bibliográfica sobre publicaciones en internet, en bases de datos utilizando DECS en las que aparecieron textos completos sobre la nutrición enteral. Las bases de datos consultadas han sido: Scielo, DECS, Google Académico, Medline, Pubmed. Las palabras seleccionadas en la base de datos DECS fueron: dermis, quemadura, injerto.

4 Resultados

Para diferenciar los tipos es necesario valorar el grado de daño de los tejidos. La presencia de diferentes síntomas y signos determinaran el grado de quemadura.

- Quemaduras de primer grado: tipo menos grave con daño superficial, solo capa externa (epidermis). Se curan completamente sin dejar secuelas y son, por ejemplo, las quemaduras solares o las producidas por la exposición instantánea a otro tipo de calor. Se distingue por la destrucción de las capas superficiales, produciendo enrojecimiento de la zona afectada, provocando ampollas (flictenas) y ampollas intradérmicas, es decir, microscópicas y con dolor intenso tipo ardor de zona con inflamación moderada. Para su tratamiento se recomienda aplicar compresas frías junto con analgesia si es necesario.
- Quemaduras de segundo grado: daño de la capa externa de la piel (epidermis) y parte de la q hay debajo (dermis). Implica una pérdida de función de la piel. Pueden ser de dos tipos dependiendo de la afectación (superficiales o profundas) presentan diferentes síntomas. Las superficiales presentan dolor intenso con gran sensibilidad en la zona afectada, la superficie es rosada de forma uniforme y si se aplica presión se blanquea, en general regeneran completamente y no queda marcas de la lesión sufrida.

Las profundas presentan un aspecto pálido y no se blanquea si se ejerce presión, puede haber áreas insensibilizadas, su cicatrización es lenta y se forma una escara gruesa durante la misma, aparecen flictenas generalmente de color oscura, que al romperse deja al descubierto la dermis.A las quemaduras profundas de segundo grado pueden asociarse con una pérdida permanente de pelo y de las glándulas sebáceas. Para su tratamiento se recomienda lavar con agua fresca durante 5 o 10 minutos, no romper la ampolla y colocar una gasa limpia y seca.

- Quemaduras de tercer grado: son las quemaduras más graves, se produce la perdida de todo el espesor de la piel (epidermis, dermis y se llega a dañar el tejido graso, los nervios, el musculo e incluso los huesos). La persona puede perder la sensibilidad de la zona afectada. Caracterizada por un aspecto pálido con aparición de escaras claras y oscuras (tejido carbonizado), suelen estar rodeadas de quemaduras de primer y segundo grado, y no presentan dolor ya que las terminaciones nerviosas están destruidas.

En el caso de las quemaduras de tercer grado, es esencial llamar a urgencias inmediatamente. En la espera recomiendan no quitar la ropa quemada, no sumergir las quemaduras en agua fría, comprobar los signos vitales de la persona, elevar la parte del cuerpo quemada y cubrir la zona quemada.

En la valoración del grado de la quemadura es importante tener en cuenta la extensión de la misma, utilizando la regla de los nueve. Dividiendo la superficie corporal en áreas que suponen un 9% de la misma.

. Cabeza y cuello: 9%.
. Brazo: 9%.
. Parte anterior del tronco: 18% .
. Parte posterior del tronco: 18%.
. Pierna: 18%.
. Genitales: 1%

5 Discusión-Conclusión

Las quemaduras se definen según profundidad y el tamaño, siendo así su tratamiento distinto dependiendo del grado.

6 Bibliografía

- www.elservier.es

- www.gruporecoletas.com
- www.msdmanuals.com
- www.nignis.nih.gov
- www.mayoclinic.org

Capítulo 976

ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA (ELA), CUIDADOS PALIATIVOS DEL PACIENTE

OLGA MURIAS GONZALEZ

1 Introducción

La esclerosis lateral amiotrófica (ELA) es una enfermedad producida por un trastorno neuromuscular, degenerativa, progresiva e incurable, con una incidencia de 2 a 5 casos por 100.000 habitantes al año.

Su origen se produce por una afección en las motoneuronas encargadas del movimiento voluntario de los músculos, las cuales se atrofian progresivamente hasta que dejan de funcionar y mueren. Los pacientes presentan síntomas como la fatiga, el dolor, la disnea y la sialorrea. Así mismo, los cambios emocionales y psicológicos de la enfermedad son profundos e incluyen la pérdida de la independencia, la incapacidad para comunicarse y la depresión. La enfermedad debe ser tratada de acuerdo a los protocolos de atención por un grupo multidisciplinar de profesionales del ámbito socio-sanitario, entablando una adecuada relación con el equipo estableciendo pautas para el mayor bienestar posible hasta el final de la vida.

En el 90-95% de los casos se desconoce su origen y así podemos asociar esta enfermedad a factores genéticos y la exposición a metales pesados. También puede originarse por una excesiva actividad física o por el estrés. Avanzada la enfermedad, el personal sanitario puede facilitar apoyo con la dieta, uso de suplemen-

tos, ejercicios y otras intervenciones que mejoran las condiciones de vida del paciente y los cuidadores familiares en su caso.

2 Objetivos

Buscar el mayor bienestar posible del paciente en atención a las necesidades y cuidados que requiere la enfermedad del ELA.

3 Metodología

Para el diseño del conjunto de medidas encaminadas al fin propuesto en este estudio, tomamos como base bibliografía consultada en las bases de datos de Ciencias de la Salud: PubMed, SciELO, y Science Direct; y como complemento, han servido de apoyo determinadas páginas web, guías de práctica clínica, y sedes de asociaciones de ELA.
En este proceso se han utilizado palabras clave como "esclerosis amiotrófica lateral", "enfermedad de la neurona motora", "debilidad", "dolor", y "cuidados paliativos".

4 Resultados

Caso clínico

Paciente de 63 años que refiere dificultad en la movilidad de un brazo y una pierna. Presenta debilidad y dolor en los miembros inferiores, que mejora con el reposo. Ha notado cambios en la voz que relaciona con catarros. No presenta trastorno ocular ni de esfínteres. Refiere calambres ocasionales en los gemelos.

Tras el diagnóstico de ELA el paciente comienza a empeorar.

Antecedentes familiares: tío materno fallecido de ELA.

Síntomas del empeoramiento
• Espasticidad
Le provoca caídas, esguinces y contracturas.
Objetivo: terapia física y ejercicios de estiramiento que se complementan con la medicación proporcionada a tal efecto.

• Disnea y fallo respiratorio

El fallo respiratorio es la causa principal de muerte en ELA, la cual generalmente es puramente mecánica por la debilidad en los músculos de la respiración.
Objetivo: trabajo de los músculos que protegen la vía aérea que ayude a una tos efectiva. En el momento oportuno se preguntará a el paciente qué hacer cuando requiera ayuda externa de un respirador. Así mismo, se le enseña a él y sus familiares a reconocer signos y síntomas sugestivos de afectación respiratoria.

• Sialorrea
Genera frustración y vergüenza en el paciente al mismo tiempo que le produce ahogo y neumonía por aspiración.
Objetivo: Cambios de posición y succión.

• Deterioro de la deglución
Como consecuencia, se origina un desequilibrio nutricional por ingesta inferior a la normal
Objetivo: Revisión periódica del paciente para control.

• Deterioro de la comunicación verbal y trastorno del estado de ánimo
La progresiva atrofia de los músculos pertenecientes al aparato fonador produce un deterioro en la capacidad de comunicación del paciente y la consecuente afectación en su estado de ánimo.
Objetivo: Facilitar apoyo psicológico al paciente, uso de técnicas para fortalecer la musculatura y mejorar el habla y poner en práctica nuevas técnicas que puedan facilitar su comunicación.

• Dolor
El paciente experimenta dolor debido a la inmovilidad, a la atrofia muscular y las alteraciones posturales que tratan de compensar las áreas afectadas. También sufre debilidad en los músculos del cuello que le causa dolor severo y rigidez.
Objetivo: Tratamiento farmacológico, uso de la silla de ruedas con apropiado soporte a la espalda. La silla debe estar adecuada para evitar úlceras por presión y soporte inadecuado de la columna. Uso de colchón para la cama que libera presión, esto ayuda a prevenir úlceras y contracturas. Mantener la movilidad y la independencia funcional tanto como sea posible. Colocación de equipamiento que incluirá regaderas manuales, barras de agarre y tubos de sujeción en el baño, asientos de inodoro elevados y rampas para silla.

• Cuidado del cuidador
Sobre la figura del cuidador recae la carga de toda la casa y cuidado del enfermo. Es estrés y presión pueden llegar a desbordarle. Es clave que si se ve en esa

situación, no dejen de pedir ayuda.
Objetivo: Brindar apoyo psicológico y emocional a los familiares que cuidan al enfermo. Proporcionar y ampliar los conocimientos que tengan sobre la enfermedad, planificar turnos de atención al enfermo para disminuir la carga física y emocional y motivarles para llevar a cabo los cuidados correspondientes, al mismo tiempo que se valorará el nivel de ayuda que necesitan.

EJECUCIÓN
Para llevar a cabo este protocolo de cuidados, será preciso que se implementen las actividades puestas de manifiesto en relación con las intervenciones propuestas.

5 Discusión-Conclusión

La evaluación se realizará de forma mensual después de haber puesto en marcha las actividades. Teniendo en cuenta el proceso degenerativo de la enfermedad, los resultados nunca serán positivos, pero se podrán atenuar, dentro de lo posible, los síntomas que conlleva. Junto con la evaluación, se adaptarán los objetivos y las intervenciones en función del desarrollo de la enfermedad, realizando una observación objetiva de todos y cada uno de los parámetros expuestos.
El paciente y familiares deberán ser informados en todo momento sobre la evaluación del programa para poder tomar decisiones según avanza la enfermedad, teniendo en cuenta que a medida que ésta progresa disminuye la capacidad de comunicación. Tendrán derecho a decidir en relación a la idoneidad y continuidad de las mismas y avanzar en otras tan importantes como el soporte mecánico.

En esta publicación se ha propuesto un plan de cuidados a través de un estudio completo al paciente enfermo de ELA y a sus cuidadores. Las actividades planteadas abordan todos los aspectos clínicos relacionados con la enfermedad, los aspectos emocionales de ésta.

El auxiliar de enfermería es un profesional que va a estar a lo largo de la enfermedad hasta su fin. Su función será una actividad paliativa, informando y apoyando al paciente y a sus cuidadores. Esta publicación pretende conseguir una mayor concienciación sobre la enfermedad y resaltar la importancia de la puesta en marcha de un plan de cuidados de atención al enfermo de ELA, que abarque desde el inicio de la enfermedad hasta su final.

6 Bibliografía

1.- NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación. 2012-2014. Barcelona: Elsevier; 2013 19.Johnson M, Maas L. M, Moorhead S, Swanson E.
2.- Raventós Galcerán M, Ribas Batllori MA, Khouli M. Esclerosis lateral amiotrófica. Una enfermedad de difícil diagnóstico. A propósito de dos casos. FMC. 2011; 18(5):255-8.
3.- Ramírez Puerta R, Yuste Ossorio E, Narbona Galdó S, Pérez Izquierdo N, Peñas Maldonado L. Esclerosis lateral amiotrófica; complicaciones gastrointestinales en nutrición enteral domiciliaria. Nutr Hosp. 2013;28(6):2014-2020. Consultado en: 25/04/18. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-
16112013000600034
4.- Grupo de trabajo de la Guía para la Atención de la Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA) en España. Guía para la Atención de la Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA) en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009.
5.- Prieto Yerro, I. coordinadora. Guía para la atención de la Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA) en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009. Consultado en 25/04/18. Disponible en: https://www.msssi.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/publi
caciones/docs/esclerosisLA.pdf
6.- Quarracino C, Rey RC, Rodríguez GE. Esclerosis lateral amiotrófica (ELA): seguimiento y tratamiento. Neurol Arg. 2014; 6(2): 91-95. Consultado en: 25/04/18. Disponible en: https://www.sciencedirect.com.roble.unizar.es:9443/science/article/p
ii/S1853002814000330
7.- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
8.- https://www.scielo.org/es/
9.- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 977

LACTANCIA EN NEONATOS CON SÍNDROME DE DOWN.

OLGA MURIAS GONZALEZ

1 Introducción

La lactancia materna es la forma ideal de alimentación en los recién nacidos hasta los 6 meses de vida, manteniéndola hasta los 2 años o más junto a la alimentación complementaria.

El síndrome de Down o trisomía del cromosoma 21, es una alteración genética que consiste en la existencia de un cromosoma extra. En más del 90% de los casos, produce hipotonía muscular que, junto con la maloclusión y macroglosia propias de este síndrome, afectarán de manera directa a la alimentación del recién nacido, concretamente a la lactancia materna.

Estas causas exigen un esfuerzo extra en el inicio y mantenimiento de la lactancia, la cual tiene una gran cantidad de beneficios (nutricionales, inmunológicos y psicoafectivos) para el neonato.

La actitud del profesional ante el recién nacido con síndrome de Down tiene una gran importancia en la comprensión y aceptación de la situación por parte de los padres, así como la promoción de la lactancia materna con este colectivo.

2 Objetivos

- Fomentar el inicio y mantenimiento de la lactancia materna en los neonatos con síndrome de Down.

- Proporcionar información sobre la influencia de este síndrome en la lactancia materna a las madres y padres.
- Apoyar psicológicamente y dotar de las técnicas necesarias a la madre lactante para un correcto y satisfactorio resultado.

3 Metodología

Revisión narrativa de la literatura científica en las siguientes bases de datos: SciELO, PubMed y ScienceDirect. Además, se han utilizado guías de práctica clínica sobre lactancia materna como la de la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME) y la del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y Protocolo de intervención de enfermería para favorecer el vínculo afectivo entre el bebé recién nacido con síndrome de Down y su familia (EG Jiménez, MJA Cordero, JÁ Ferre, CAP López (2012) Elsevier.
En este proceso se han utilizado palabras clave como "lactancia materna", "síndrome de Down", "trastorno", "trisomía", "cromosoma", "macroglosia", "succión" y "beneficios".

4 Resultados

El síndrome de Down es una alteración genética que se produce por la presencia de un cromosoma extra. Las células del cuerpo humano tienen 46 cromosomas distribuídos en 23 pares, las personas con este síndrome tiene 3 cromosomas en el par 21 en lugar de los 2 que existen habitualmente, por eso también se conoce como trisomía 21.
Afecta al desarrollo cerebral y del organismo y es la principal causa de discapacidad intelectual. También puede ir acompañada de otros problemas, como trastornos digestivos o enfermedades cardiacas.
El origen es desconocido, la alteración cromosómica se produce durante la gestación y puede originarse de distintas formas:
1) Trisomía 21
2) Translocación cromosómica
3) Mosaicismo o trisomía en mosaico

Aunque las personas con este síndrome pueden tener complicaciones, la salud de muchos de estos niños no tiene por qué diferir del resto de la población pediátrica. Ciertas patologías asociadas son más patentes con la edad y pueden tratarse eficazmente. Algunas de estas patologías son:

1) Cardiopatía congénita
2) Patologías gastrointestinales
3) Trastornos del sistema inmune
4) Apnea del sueño
5) Obesidad
6) Problemas auditivos y de visión
7) Problemas articulares
8) Leucemia infantil
9) Alzheimer en la edad adulta

Los niños con síndrome de Down tienen muchas posibilidades de sufrir infecciones óticas y respiratorias, así como retraso en el desarrollo, por otro lado, la mayor parte de los casos presentan hipotonía muscular que, unido a la la maloclusión y la macroglosia, influirán de forma negativa en la alimentación.

Está demostrado que la lactancia materna en cualquier recién nacido protege frente a infecciones óticas (hasta los 2 años de vida) y respiratorias, disminuye el riesgo de maloclusión y favorece la fuerza motora bucal. El conjunto de estas razones nos permite determinar estos mismos beneficios para niños afectados con síndrome de Down.
Hay que tener siempre en cuenta, que la lactancia materna requiere de un aprendizaje y que los primeros días son un periodo de adaptación, tanto para la madre como para el bebé.

En el caso del niño con síndrome de Down, según la madre va conociendo más a su bebé, irá percibiendo que tiene características físicas que pueden tener repercusiones en la lactancia y necesita comprender las necesidades especiales de su hijo. Es importante que el neonato esté el mayor tiempo posible junto a su madre y mantener un ambiente tranquilo y agradable para establecer un mayor vínculo.

Durante las primeras semanas, estos bebés suelen estar más adormilados, puede ocurrir que no se despierten para comer con la frecuencia necesaria para mantener la producción de la leche, por eso es necesario animarlo a prenderse del pecho y a comer cada 2 horas. Como se ha puesto de manifiesto, es frecuente la hipotonía, por ello, durante la lactancia puede ser beneficioso utilizar posturas como la de “Dancer”, que facilita el agarre del bebé y el vaciado correcto del pecho . En esta posición, la madre se sienta con la espalda recta y coloca al bebé sentado a caballito sobre su muslo.

Lo más importante es la forma en que se debe colocar las manos, una de ellas sujeta al bebé por el cuello y los hombros, y la otra sujeta el pecho junto con la barbilla y la mandíbula, afianzando el mentón del bebé al pecho. En la mano que se encarga de sujetar el pecho, se colocan los dedos primero y segundo para sujetar la barbilla y la mejilla del lactante ejerciendo una ligera presión sobre la mandíbula para crear un buen agarre. Por su parte, los dedos tercero, cuarto y quinto rodean la mama. En caso de que el recién nacido sea incapaz de realizar una succión directa del pecho, existe la opción de dar la leche materna mediante el uso de una cuchara o jeringuilla.

Cuidado de la madre

La llegada de un bebé y más en este caso, es un momento de gran estrés, cambios y adaptaciones, por lo que la madre necesita todo el apoyo y comprensión posible. Una vez que se ha decidido realizar lactancia materna, necesitará de un esfuerzo y atención extra.

Es importante facilitarle el mayor descanso posible, conviene buscar momentos del día para que pueda dormir y recuperarse. El resto de la familia, en especial el padre, debe participar en los cuidados directos del bebé y ayudar en las tareas de la casa.

Ha de tenerse en cuenta que las necesidades de energía son más elevadas en la lactancia, por lo tanto, la alimentación es fundamental, debe ser equilibrada y de calidad.

Lactancia en el centro hospitalario

Es posible, que tras el parto, madre y bebé tengan que separarse debido al ingreso de éste en la unidad de neonatología, retrasando el inicio de la lactancia de forma transitoria. En este caso es importante favorecer el contacto de ambos sin restricciones favoreciendo el vínculo materno-filial. De ser posible, la opción ideal sería que el bebé tomase la leche de su madre, en caso de no poder ser por lactancia directa se puede administrar la leche mediante sonda nasogástrica.

Es evidente que el apoyo de los profesionales sanitarios tiene un papel importante en cuanto a información, atención y ayuda a las familias que opten por la lactancia materna. En este sentido es necesario que los profesionales, en contacto con éstas, estén adecuadamente formados y preparados para atender tanto al recién nacido y a su entorno.

La matrona, como figura experta en este campo, debe conocer diferentes situaciones en cuanto al manejo nutricional que pueden darse en los recién nacidos con síndrome de Down y en especial los que pueden presentar alguna cardiopatía, ya que estos lactantes tienen un aporte calórico disminuido debido a un incremento de los requerimientos de energía, por lo que el manejo nutricional va a ser variable.

5 Discusión-Conclusión

Con esta publicación se pretende dejar constancia que la lactancia materna es la alimentación más adecuada para los bebés con síndrome de Down, al igual que ocurre con el resto de niños. Se aconseja el aprendizaje correcto de técnicas de lactancia indicadas especialmente para estos casos, con el fin lograr un éxito en la misma.

Se facilitará en todo lo posible la lactancia materna en el entorno hospitalario, aunque sea dificultosa por la situación del bebé, al mismo tiempo que se facilitará toda la información, apoyo y soporte posible. Una vez en el hogar, ante posibles dificultades, se aconseja pedir ayuda únicamente a profesionales especializados en la materia. Si, pese a todos los esfuerzos realizados no fuera posible llevar a buen término la lactancia materna, no debe estigmatizarse a la madre ni entenderlo como un fracaso en la crianza.

6 Bibliografía

- Amamantando a un bebé con síndrome de Down. Teresa Board, Publicado por La Leche League International en Chicago, Estados Unidos. Traducido en La Liga de la Leche de España por Victoria Navas, 2008.
- Abordaje de las dificultades más frecuentes en lactancia materna. Evidencia científica. FAME, 2016.
- Lactancia materna exclusiva y su abandono en lactantes con cardiopatía congénita comparada con lactantes sanos. Bobadilla Montes de Oca PV, Mendieta Alcántara GG . Arch Inv Mat Inf. 2013 ;5(2):56-66.
- Buenas Prácticas de Alimentación del Lactante y del Niño/a Pequeño/a en Maternidades. Guía de orientación para equipos técnicos. Mara Castro, Nora d´Oliveira, PNUD/MSP, 2010.
- El recién nacido con síndrome de Down. Bobadilla Montes de Oca PV, Mendieta Alcántara GG. Moreno Vivot E. Rev Esp Pediatr. 2012; 68(6):404-8.

- La lactancia materna en los niños con síndrome de Down. Ana Tejerina Puente, Fundación Síndrome de Down de Cantabria, Santander, España.

Capítulo 978

ESTENOSIS PILÓRICA EN EL BEBÉ.

ANA MARÍA MÉNDEZ MÉNDEZ

PATRICIA CAMPORRO CAMBLOR

MARÍA JESÚS MÉNDEZ MÉNDEZ

BEATRIZ CAMBLOR MENDEZ

1 Introducción

Es normal que el bebé eructe después de las tomas ; pero cuando unos padres observan como su hijo, apenas recién nacido, presenta vómitos intensos y frecuentes, se preocupan y lo natural es que acudan inmediatamente a su pediatra. Puede que después de un reconocimiento el médico les derive a un hospital ya que por los síntomas sospecha la posibilidad de que se trate de un "niño de píloro" (expresión utilizada coloquialmente para designar la "estenosis pilórica" en el bebé).

La estenosis pilórica (engrosamiento del píloro) es una afección que se da en los lactantes con una frecuencia de 2 a 5 casos por 1000 nacimientos vivos. La mayoría de los lactantes que la presentan desarrollan la sintomatología hacia las 3-5 semanas de vida y es poco frecuente en bebés con más de tres meses de edad. Importante destacar que ante los primeros síntomas se acuda rápidamente al pediatra ya que pueden surgir complicaciones que pongan en riesgo la vida del pequeño; es fundamental un diagnóstico y tratamiento precoz.

2 Objetivos

- Realizar un estudio bibliográfico que profundice en las características del bebé con estenosis pilórica como patología frecuente en el recién nacido.
- Describir los factores de riesgo, principales síntomas y causas, diagnóstico y el consecuente tratamiento de la estenosis del píloro en el bebé.

3 Metodología

Estudio descriptivo, utilizando como consulta, libros de texto, artículos de revistas científicas y páginas webs que contienen base de datos (Medline, PubMed, IBECS, CUIDEN, TESEO…). Se han seleccionado los documentos encontrados en idioma español e ingles.
Como ejemplo de descriptores se utilizaran los siguientes: "Estenosis pilórica, píloro, piloromiotomía, lactantes, bebés, vómitos". Como elemento de inclusión la información revisada no superará los últimos 6 años.
Las variables analizadas serán: Semanas de edad, sexo, factores, causas, medidas de prevención, métodos de diagnóstico y tratamiento.

4 Resultados

Podemos encontrarnos con otros términos para nombrar la estenosis pilórica: "estenosis pilórica hipertrófica congénita, estenosis pilórica infantil, obstrucción de orificio gástrico".
La estenosis pilórica es un estrechamiento del canal pílorico; el píloro es una válvula muscular ubicada en la parte inferior del estómago que se vuelve gruesa e impide el paso del alimento al intestino delgado, provocando su salida al exterior en forma de abundantes vómitos explosivos. Los bebés no nacen con ella, el engrosamiento del píloro ocurre después de nacer.

Causas:
No se sabe con exactitud que provoca este engrosamiento, pero si se tiene conocimiento que es más frecuente en niños que en niñas, bebés de raza blanca y prematuros. Estudios realizados han demostrado que los niños con antecedentes familiares de estenosis pilórica son más propensos a padecer esta afección. Fumar y tomar antibióticos durante el embarazo y la toma de éstos por el bebé en las primeras semanas de vida aumenta el riesgo de padecer estenosis pilórica.

La alimentación artificial con biberón puede aumentar también el riesgo. Entre los síntomas, destacar el vómito que hace que el bebé expulse la leche con fuerza al final de las tomas ; suele comenzar alrededor de las tres primeras semanas de vida, aunque puede empezar en cualquier momento entre la primera semana y los cinco meses; el bebé suele tener hambre después de devolver. Dolor abdominal, irritación estomacal, movimiento ondulatorio en el vientre del bebe que se produce cuando el estómago trata de vaciar su contenido a través del píloro.

Se produce una menor cantidad de heces porque llega muy poco alimento o ningún alimento al intestino. El bebé no consigue ganar peso o lo pierde y corre el riesgo de sufrir deshidratación.

Diagnóstico:
El pediatra realizará preguntas sobre cómo son los vómitos del bebé y anotará, cualquier pérdida de peso. A su vez le aplicará una exploración física en la que se puede detectar:
- Síntomas de deshidratación
- Vientre hinchado; el pediatra palpará su abdomen tratando de identificar un bultito en forma de aceituna que suele ser duro y móvil.

Es probable que además el pediatra solicite las siguientes pruebas:
Ecografía abdominal, radiografía y análisis de sangre para valorar un posible desequilibrio de electrolitos.
Tratamiento:
Cuando a un bebé se le diagnostica una estenosis pilórica, se le ingresará en el hospital para practicarle una intervención; se hará necesario, previamente, subsanar cualquier deshidratación u otros problemas en la sangre mediante la administración de líquidos por vía intravenosa. Esta cirugía para dilatar el píloro se conoce como “piloromiotomía” y permite corregir el estrechamiento o la obstrucción del píloro;consiste en la realización de una incisión minúscula para separar y relajar las partes del músculo que han crecido y se han engrosado excesivamente.

Se trata de una intervención que también se puede practicar mediante laparoscopia que es una técnica menos invasiva y que deja una cicatriz más pequeña. No es común que se presenten complicaciones. Después de la cirugía se puede comenzar a alimentar al bebé en un plazo de 12 a 24 horas. La estenosis pilórica es la afección quirúrgica más frecuente entre los bebés durante los primeros meses de vida.

5 Discusión-Conclusión

Es importante un diagnóstico precoz. Los bebés son" personitas" que aún no pueden valerse por sí mismas; son totalmente dependientes de sus padres por lo que son éstos los que deben estar al cuidado de su bienestar. Esencial es observar cualquier cambio en su estado de salud porque puede ser motivo del comienzo de una enfermedad.
En el caso de la estenosis pilórica es de gran importancia el diagnóstico precoz para evitar la deshidratación y desnutrición que puede producirse en el bebé. El tratamiento consiste en una piloromiotomía que es una cirugía que por regla general obtiene resultados satisfactorios. El bebé podrá seguir una vida normal y pronto se observará como comienza a crecer y a desarrollarse sin ningún problema.

6 Bibliografía

- Estenosis pilórica en bebés. MedlinePlus. Hunter AK, Liacouras CA. Pyloric stenosis and other congenital anomalies of the stomach. In: Kliegman RM, Stanton BF, St. Geme JW, Schor NF, eds. Nelson Textbook of Pediatrics. 20th ed.
- Philadelphia, PA: Elsevier; 2016:chap 329.Kanters A, Ponsky T. Pyloromyotomy for pyloric stenosis. In: Delaney CP, ed. Netter's Surgical Anatomy and Approaches. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2014:chap 10.
- Estenosis pilórica, una enfermedad que causa un estrechamiento del píloro. Pyloric Stenosis. Kids Health. [Fecha de consulta: 02/03/2015
- Estenosis pilórica. Revisado por: J. Fernando del Rosario, MD,marzo de 2017
- Estenosis pilórica. Fuente American Academy of Pediatrics Section on Surgery, American Pediatric Surgical Association American College of Surgeons (2019)
- Estenosis hipertrófica de píloro. Por William J. Cochran , MD, Geisinger Clinic Last full review/revision October 2018 by William J. Cochran, MD

Capítulo 979

LA IMPORTANCIA DE LA HIGIENE EN EL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO

ARACELI ESPAÑA CORTES

CECILIA NEILA BLANCO

1 Introducción

El lavado de es la medida de prevención más económica, sencilla y eficaz que aplicada correctamente puede evitare el contagio de muchas enfermedades como la neumonía, la conjuntivitis o la hepatitis entre otras. En algunos casos éstas pueden llegar a provocar el fallecimiento. Este método debe ser aplicado con frecuencia y realizada entre 15 y 30 segundos y debe aplicarse en casos como después de ir al baño, antes y después de manipular alimentos, antes y después de comer o después de toser y estornudar entre otras. A estas medida de prevención el Doctor Simmelweis fue el primero que le empezó a dar importancia. El 15 de octubre se celebra el día mundial del lavado de manos

2 Objetivos

- Determinar el procedimiento que se debe seguir para el lavado de manos dentro del ámbito sanitario, tanto en personal dedicado exclusivamente a la sanidad como para otras profesiones que abarcan los centros sanitarios .

3 Metodología

Revisión bibliográfico sometida a evaluación de fuentes primarias (libros, revistas, artículos) y secundarias (resúmenes y análisis de artículos).

4 Resultados

Humedecer manos y aplicar jabón y fricción de la palma de una mano contra el dorso de la otra mano, entrelazar los dedos de una mano contra la otra y fricción del dorso de los dedos de una mano contra la palma de la otra y luego a la inversa, fricción del pulgar con movimientos giratorios de la otra mano y repetir a la inversa, fricción de las yemas de los dedos de una mano contra la palma de la otra mano y luego repetir a la inversa aclarar y secar. Si fuera necesario volver a repetir este proceso. Debería realizarse las veces necesarias hasta una limpieza y desinfección absoluta.

5 Discusión-Conclusión

Lavarse las manos es la medida de prevención mas sencilla y económica.Se debe educar creando un hábito muy beneficioso para la salud para minimizar el número de enfermedades a padecer provocadas por un mal hábito del lavado de manos. Esto debe ser una rutina diaria y obligatoria para todo el campo sanitario y profesionales del mismo, ya que estas medidas son esenciales a la hora de prevenir contagios y enfermedades.

6 Bibliografía

Baselga Monte, M. Y otros: "Seguridad en el Trabajo". INSHT, Madrid, 1984.
Bestraten Bellovi, M.: "Seguridad en el Trabajo". INSHT. Barcelona, 1990.
Cortés Díaz, 3.M.: "Técnicas de Prevención de Riesgos Laborales. Seguridad e Higiene del Trabajo". 9ª Edición. Ed. Tébar. Madrid, 2007.
Cortés Díaz, J.M.: "La Ley de Prevención de Riesgos Laborales y su desarrollo reglamentario".42 Edición. Ed. Tébar. Madrid, 2006.
Cuenca Álvarez, R.: "Introducción a la Prevención de Riesgos laborales de Origen Psicosocial". INSHT. Madrid, 1996.
D.G.P.C.: "Guía Técnica. Métodos Cualitativos para el Análisis de Riesgos." Madrid, 1994.

D.G.P.C.: ”Guía Técnica. Metodologías para el Análisis de Riesgos”. Madrid, 1994.
D.G.P.C.: ”Guía Técnica. Métodos Cuantitativos para el Análisis de Riesgos.” Madrid, 1994.
Fernández del Pinelo, T. Y otros: ”Condiciones de Trabajo y Salud”. INSHT. Barcelona, 1987.
Generalitat Valenciana: ”Salud y Seguridad en el Trabajo en la Comunidad Europea”. Valencia, 1991.

Capítulo 980

PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES EN CENTROS RESIDENCIALES.

HENAR BLANCO FERNÁNDEZ

MARIA ISABEL ÁLVAREZ DOS SANTOS

1 Introducción

Las infecciones relacionadas con la atención sanitaria (IRAS) son reconocidas como una carga importante para los pacientes, la sociedad y la gestión sanitaria. En 2008, el European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) estimó que, anualmente más de cuatro millones de personas adquieren una infección relacionada con la atención sanitaria, de los cuales aproximadamente 37.000 personas mueren como consecuencia directa de la infección.

En España, según el estudio de prevalencia EPINE, la frecuencia de las IRAS ha oscilado, desde el 8,45% del año 1990 al 7% en el momento actual, por lo cual y a pesar de la mejora conseguida, la prevención y control de las enfermedades infecciosas, se ha convertido en un área prioritaria de trabajo para nuestros sistemas sanitarios y sociosanitarios.

Los centros residenciales son espacios muy propensos a la propagación de infecciones porque concentran numerosas personas que conviven en un espacio relativamente reducido. Se trata mayormente de personas de avanzada edad y en la mayoría de casos, con alguna patología.

Las personas mayores son más susceptibles de padecer formas severas de las enfermedades infecciosas, porque a medida que envejecemos, se disminuyen las defensas de nuestro organismo frente a los agentes patógenos. Algo que se agrava

en mayor medida cuando se dan otras circunstancias: la incontinencia, el deterioro cognitivo, la medicación…El aumento en la derivación de los pacientes desde el ámbito hospitalario a los centros residenciales, ha contribuido al aumento de este tipo de de organismos multiresistentes (típicamente hospitalarios) proliferen en estos centros.

2 Objetivos

- Interrumpir la cadena de transición de las enfermedades infecciosas, protegiendo a su vez a todas las personas involucradas en la vida del centro.
- Disminuir la incidencia de enfermedades infectocontagiosas tanto en el centro, como en la zona en la que se ubica.
- Sensibilizar y educar a la población en general sobre los beneficios de la higiene de manos, así como de la importancia que tiene la profilaxis individual cuando se convive con otras personas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Bibliografía

- Medidas de prevención en enfermedades infectocontagiosas. Servicio de Prevención de Riesgos Laborales. Consejería de Hacienda y Sector Público. Gobierno del Principado de Asturias. Año 2013.
- MARSA en centros psicogeriátricos. Fundación Matia. Gobierno Vasco 2004.
- Guía de enfermedades nosocomiales. 2ª Edición. OMS 2003.

Capítulo 981

EL ACOSO LABORAL AL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO

ARACELI ESPAÑA CORTES

CECILIA NEILA BLANCO

1 Introducción

El acoso laboral es un fenómeno social muy antiguo que ha ganado gran importancia en los últimos años, como así lo demuestran las estadísticas de diversos estudios de investigación. Se contextualiza en el ámbito laboral y se caracteriza principalmente por un acoso psicológico al trabajador, mantenido en el tiempo.

2 Objetivos

- Profundizar en el conocimiento sobre el acoso laboral para saber detectarlo en el medio laboral y poder afrontarlo adecuadamente.
- A partir de lo anterior, actualizar el perfil del acosador y del acosado.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El instituto nacional de seguridad e higiene en el trabajo define el mobbing como una situación en la que una persona ejerce una violencia psicológica extrema, de forma sistemática (como media una vez por semana) y durante un tiempo prolongado (como media unos seis meses) sobre otra persona o personas en el lugar de trabajo. No existe una victima con una personalidad concreta: cualquiera es susceptible de sufrir acoso laboral. Los acosadores poseen unas características psicológicas propias, las cuales hay que comprender para buscar los por qués que le llevan a acosar a un compañero de trabajo.

5 Discusión-Conclusión

Como profesionales de enfermería es nuestro deber y obligación reconocer este tipo de problemática y conocer las estrategias frente al psicoterror laboral. El apoyo social, familiar y cultural es esencial en la evolución del acoso laboral .

6 Bibliografía

- A.. Prieto-Orzanco Hostigamiento laboral (mobbing) y sus consecuencias para la salud. Elsievert. Marzo 2005. Vol 35 nun 4. páginas 213-214.
- Harasemiuc Víctor Adrián, Díaz Bernal Jesús Raúl. Evidencia científica de la relación entre acoso laboral y depresión. Med. segur. trab. [Internet]. 2013 Sep [citado 2019 Nov 06] ; 59(232): 361-371. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2013000300006&lng=es. http://dx.doi.org/10.4321/S0465-546X2013000300006.
- Pando, M. M., Aranda, B. C., Preciado, S. L., Franco, Ch. S. y Salazar, E. J.. Validez y confiabilidad del Inventario de Violencia y Acoso Psicológico en el trabajo (IVAPT- PANDO). Enseñanza e Investigación en Psicología, 2006. Vol. 11, NUM. 2, JULIO- DICIEMBRE, pp. 319-332.
- Sanz-Vergel Ana Isabel, Rodríguez-Muñoz Alfredo. El Efecto del Acoso Psicológico en el Trabajo sobre la Salud: El Papel Mediador del Conflicto Trabajo-Familia. Rev. psicol. trab. organ. [Internet]. 2011 Ago [citado 2019 Nov 06] ; 27(2): 93-102. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1576-59622011000200002&lng=es.

Capítulo 982

EDUCACIÓN DIABETOLÓGICA.

MARTA MUÑIZ

1 Introducción

La diabetes mellitus una enfermedad crónica en la que se considera necesario e imprescindible la realización de programas de educación terapéutica diabetológica para conseguir que las personas afectadas participen de forma activa y responsable en el control. Hay que destacar la necesidad de comprometer a las personas con diabetes y a su familia para que participen activamente en el cuidado y tratamiento de la enfermedad.

La diabetes es una enfermedad crónica que en su evolución puede acompañarse de una elevada morbilidad y mortalidad, así se considera la principal causa de ceguera, insuficiencia renal, de amputaciones traumáticas de extremidades inferiores, también durante el embarazo puede ocasionar alteraciones en el gestante y en el recién nacido. La diabetes se asocia con frecuencia a otros factores de riesgo como son la obesidad, hipertensión arterial, dislipemias.

La importancia del control metabólico reside en el tratamiento optimizado y en reducir o mejorar las complicaciones crónicas.
En la educación diabetológica se deben adquiris los siguientes conocimientos y habilidades:
-Entender su problema de salud y las bases del tratamiento.
-Saber realizar una prueba de glucemia capilar e interpretar y anotar los resultados
-En caso de tomar pastillas, conocer su efecto y cuando tomarlas.

-En caso de inyectarse insulina, conocer su efecto y saber hacer una correcta técnica de inyección, así como las zonas de pinchazos. Igualmente, como conservar la insulina correctamente.
-Saber prevenir, actuar y en qué situaciones consultar al equipo médico cuando existe una elevación de glucosa por encima de los valores normales (hiperglucemia).
-Saber prevenir, actuar y en qué situaciones consultar al equipo médico cuando existe un descenso de glucosa por debajo de los valores normales (hipoglucemia).
-Poder integrar el tratamiento a su vida cotidiana de hábitos diatéticos, horarios y actividad habitual.
-Poder prevenir y/o tratar los factores de riesgo cardiovascular: tabaco, colesterol elevado o hipercolesterolemia, tensión arterial elevada o hipertensión, etc.
-Saber realizar una correcta prevención de lesiones en el pie según riesgo (las personas con riesgo elevado son aquellas que tienen problemas de circulación y/o neuropatía en las extremidades inferiores.
-Conocer la importancia de las revisiones periódicas con el equipo médico habitual y los diferentes especialistas.
-Consejos para analizar la glucemia capilar correctamente y valores de referencia.
-Consejos para realizar una correcta técnica de inyección de insulina y zonas de punción.
-Conservación de la insulina: Un bolígrafo o pluma de insulina es estable a temperatura ambiente durante un mes, siempre que la temperatura no sea superior a 30-35 ºC. En este caso, guárdela en una cajita de corcho, bolsa isotérmica o nevera. Las insulinas de reserva guárdelas en el frigorífico entre 2 y 8ºC (mejor en la puerta de la nevera).
-Consejos para prevenir y actuar ante una hiperglucemia.
-Consejos para prevenir y actuar ante una hipoglucemia.
-Consejos para prevenir o retrasar las complicaciones crónicas de la diabetes.
-Consejos para el cuidado de los pies.

2 Objetivos

El objetivo de la educación diabetológica es conseguir el mejor control posible de la diabetes.
Y conseguir que los contenidos teóricos adquiridos en la educación diabetológica sean llevados a la vida diaria y puestos en práctica.
Asi como reducir la incidencia de la enfermedad y la de sus complicaciones crónicas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: pubmed, medline, y scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Todos los días observamos las diferencias que tenemos unas personas de otras (edad, trabajo, ejercicio, mentalidad, capacidad,...) así que la diabetes y la educación diabetológica tiene que ser personal e intransferible para cada paciente en particular, ya que cada persona somos distintos y las metas y objetivos no pueden ser iguales para todos.

5 Discusión-Conclusión

La educación diabetológica es un proceso dirigido a adquirir conocimientos teóricos , técnicas y habilidades que nos sirven para modificar hábitos y conductas para mejorar la calidad de vida.

6 Bibliografía

-https://www.adigran.org/que-es-la-diabetes/tratamiento-abordaje-integral/educacion-diabetologica/
-http://imc-diabetes.es/
-https://www.avdiabetes.org/servicios/educacion-diabetologica/
-https://www.semesandalucia.es/wp-content/uploads/2015/12/manejo-glucemia-urgencias-V08.pdf
-https://www.semesandalucia.es/wp-content/uploads/2015/12/manejo-glucemia-urgencias-V08.pdf

Capítulo 983

EL BURNOUT.

DAVID GION RAMOS

1 Introducción

Hoy en día todos sabemos el ritmo de vida que llevamos, en cuanto al trabajo, familia, ocio, etc.. Cada vez queremos hacer más cosas en menos tiempo. Si a eso le sumamos las cargas emocionales y físicas de nuestro día a día, nos damos cuenta que muy probablemente padeceremos el "síndrome del burnout" o también denominado el síndrome del quemado, que es un trastorno emonocionla que esta vinculado con el ámbito laboral, el estrés causado por el trabajo y el estilo de vida del empleado, y que puede tener consecuencias graves en las personas.

Prevención del burnout, esta misma debería comenzar desde la propia empresa haciendo evaluaciones periodicas del estrés y la ansiedad de los trabajadores. Y por parte del trabajador adquirir una actitud asertiva y una voluntad positiva hacia su trabajo y compañeros, y tener unas expectativas, ambiciones y aspiraciones ajustadas a la realidad, viendo esto como oportunidades para crecer y aprender en los ámbitos profesionales y personales.

2 Objetivos

- Identificar los síntomas de manera correcta y saber enfocarlos, como pudieran ser: agotamiento, fracaso e impotencia, baja autoestima, nerviosismo permanente, dolores de cabeza , ansiedad.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: pubmed, medline, y scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Vemos después de las entrevistas e investigaciones realizadas, que los trabajadores tienen una visión o unas expectativas respecto a su actividad laboral que no se ajusta a su realidad cotidiana, y eso produce una adaptación muy lenta entre ambas.

Si dichas expectativas son muy altas y no llegan a cumplirse empieza a surgir la ansiedad, apatía, y frustración entre otros síntomas. También observamos que dentro de los perfiles entrevistados, las personas conformistas, inseguras y dependientes tienen más posibilidades de sufrir burnout al enfrentarse a situaciones estresantes o de presión.

5 Discusión-Conclusión

El Burnout o trabajador quemado lo podemos dividir en 2 tipos:
El Activo, el trabajador mantiene una actitud asertiva que se relaciona con los elementos externos a su trabajo.
Y Pasivo que suelen ser sentimientos de apatía que los relacionamos con elementos internos psicosociales.

Este síndrome se caracteriza porque va creciendo de manera pogresiva y provoca un desgaste laboral, dificultad para resolver problemas, frustración constante, y en casos graves lleva a los profesionales a abusar de psicofármacos, alcohol y drogas. Para poder diagnosticar este síndrome, los especialistas deben de realizar unas entrevistas clínicas a los trabajadores, para conocer la situación dentro de la empresa y su organización del trabajo que realizan. Par establecer un tratamiento que vaya encaminado a reducir los niveles de estrés, ansiedad, y otras patologías que se fueran desarrollando.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 984

LA NECESIDAD DE FORMACIÓN PARA LA COMUNICACIÓN DEL PERSONAL SOCIOSANITARIO.

VICENTA FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

La prevención y atención de problemas de la vida cotidiana, además de conflictos relacionados con crisis vitales (counselling), se utiliza para ayudar a las personas a afrontar de forma positiva momentos críticos a los que tienen que hacer frente. La empatía es una de las herramientas fundamentales para generar una atmósfera de entendimiento para facilitar el proceso de relación de ayuda. Se puede crear un conflicto al confundir el ser empático con ofrecer respuestas empáticas adecuadas al problema que se plantea. Hay que poseer cierta capacitación para no caer en estos errores que pueden acarrear un desgaste profesional.

2 Objetivos

- Analizar la relación entre los niveles de empatía y el número de respuesta empáticas dadas por trabajadores del ámbito sociosanitario ante conflictos planteados por usuarios.

3 Metodología

Se realizaron varios cuestionarios a personal que habían desrrollado labores como profesionales dentro del ámbito sociosanitario, donde se medía el nivel

de empatía, definida como la relación a las experiencias que observa de otros y, por otro lado, el tipo de respuesta utilizada ante situaciones de conflicto que los pacientes del ámbito sociosanitario pueden manifestar.

4 Resultados

Los niveles de empatía fueron elevados, sin embargo los estilos de respuesta: consuelo, solución del problema, juicio, empática, investigación e interpretativo, estuvieron por debajo de la media, en algún caso muy por debajo.
No se dio una correlación entre el número de respuestas empáticas y el nivel de empatía, lo que quiere decir que la respuesta empática se debe aprender y practicar para usarla en una situación de conflicto.

5 Discusión-Conclusión

La respuesta empática como herramienta para la relación de ayuda está ampliamente documentada. Se necesita una formación en counselling para llevarla a la práctica. Los profesionales sociosanitarios tiene un perfil empático adecuado, es la respuesta empática lo que eligen como última opción de respuesta ante conflictos. Un mayor uso de esta respuesta redunda en consuelo y solución del problema.

6 Bibliografía

- Bermejo JC. Cuidados paliativos y humanización. Medicina Paliativa 2013
- Bimbela JL. El counselling: una tecnología para el bienestar del profesional: An. Sist. Sanit. Navar. 2001.
- Davis MH (1980). A multidimensional approach to individual differences in empathy. JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology.
- Mestre, MV, Samper, P, Frías, MD. La medida de la empatía: análisis del Interpersonal Reactivity Index. Psicothema, 2004.

Capítulo 985

ADOLESCENTES, REDES SOCIALES, EDUCACIÓN PARA LA SALUD. EDUCAR PARA PROTEGER

VICENTA FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

En la adolescencia definida como "edad que sucede a la niñez y que transcurre desde la pubertad hasta el completo desarrollo del organismo", las redes sociales ocupan el medio de comunicación más extendido, en general, entre los jóvenes. En estas edades se produce un gran cambio en las personas, es una etapa en la que el despertar sexual copa uno de los primeros lugares en esta transición.

2 Objetivos

Analizar si los muchos de los conflictos de los adolescentes tienen que ver con el uso de las redes sociales

3 Metodología

Estudio mediante entrevistas hechas a diferentes adolescentes con edades comprendidas entre los 11 y los 16 años, llevadas a cabo de forma aleatoria. Se pretende evaluar el uso de las redes sociales, y las relaciones con sus progenitores, amigos, compañeros, etc.

4 Resultados

Es evidente que los adolescentes, después de analizar sus respuestas, no utilizan las redes sociales para provocar relaciones íntimas, pero si para mantener las relaciones y los contactos de amistad de su vida cotidiana y formar parte de experiencias sociales. En la relación que mantienen con sus progenitores es donde surgen los conflictos y también de la imagen que tienen de sí mismos.

5 Discusión-Conclusión

En definitiva todos utilizamos las redes sociales, estas son un medio de comunicación que sirven para comunicarnos, relacionarnos y mantener el contacto; se utilizan en la cotidianidad para socializarnos. Debemos ser vigilantes de la forma y uso, que puede ser peligrosa, que algunos adolescentes hacen de las redes sociales.

6 Bibliografía

-Echeburua, E., (2001). ¿Adicciones sin drogas? Las nuevas adicciones. Bilbao:Desclée de Brouwer.
-Ramón-Cortés, F. (2010). ¿Internet amenaza el contacto real? El Pais Semanal, 1736,24-25.

Capítulo 986

EFLUVIO TELÓGENO AGUDO

ANA MARÍA MÉNDEZ MÉNDEZ

BEATRIZ CAMBLOR MENDEZ

PATRICIA CAMPORRO CAMBLOR

MARÍA JESÚS MÉNDEZ MÉNDEZ

1 Introducción

Vivimos en una época donde es habitual observar como los medios publicitarios nos bombardean con productos de belleza (champús, acondicionadores, mascarillas, sérum) que nos hacen replantearnos cada día nuestra imagen. Levantarnos por la mañana y encontrarnos con cabellos en lavabo y ducha, es motivo de preocupación tanto en mujeres como en hombres. Estudios realizados determinan que podemos perder entre 80 y 100 cabellos cada día; esta pérdida entra dentro de la normalidad. Si se observa que la caída es superior y continua, sería conveniente replantearse acudir al dermatólogo pues es probable que exista alguna alteración.

Cada cabello pasa por tres fases, "Anágena" (fase de crecimiento con una duración que ronda los 3 años), "Catágena" (fase de reposo de dos a tres semanas) y "Telógena"(cabellos en fase de desprendimiento de 2 a 4 meses). Nuestros cabellos siempre se van a estar renovando; si el pelo que se cae, es corto y fino puede indicar que la fase anágena se ha interrumpido bruscamente y podría tratarse de una alteración como es el caso del "efluvio telógeno agudo" en el que es habitual notar una gran pérdida de cabello y disminución del volumen de la melena.

2 Objetivos

- Realizar un estudio sobre el efluvio telógeno agudo que sirva de ayuda para distinguir si una caída excesiva del cabello puede ser indicativo de esta posible alteración.
- Describir las causas más comunes que producen la caída del cabello, sus opciones de tratamiento y medidas preventivas relativas a la higiene y cuidado del cabello.

3 Metodología

La metodología utilizada consistirá en una búsqueda de información revisando diversas fuentes como artículos y revistas científicas, libros de texto, páginas online con base de datos (MedLive, Lilacs, CUIDEN, PubMed…), usando palabras claves para su búsqueda como "efluvio", "efluvio telógeno", "efluvio telogénico", "caída de cabello", "alopecia", "efluvio cabello", "efluvio estrés"; la documentación seleccionada aparece en los idiomas español e inglés y será de libre acceso; como principio de inclusión examinar material documental que no sobrepase los últimos cinco años.

Analizaremos y compararemos la información recopilada atendiendo a diversas variables: factores, causas, tratamiento, estilo de vida, medidas de prevención, para proporcionar una versión actualizada de este tema "efluvio telógeno agudo".

4 Resultados

El "efluvio telógeno agudo" es una alteración del ciclo de crecimiento del pelo, con una caída abundante y rápida del cabello durante un periodo de tiempo, no muy largo; se produce porque el folículo piloso que está en fase de crecimiento (anágena) pasa antes de tiempo a la fase de caída del cabello (telógena), de ahí su nombre "efluvio telógeno"; es un proceso reversible, no es hereditario y afecta a ambos sexos, aunque se puede observar su prevalencia en mujeres jóvenes.
Puede deberse a diversas causas concretas: infecciones agudas con fiebre alta, cirugías con pérdida de sangre importante, estrés producido por situaciones traumáticas, déficits vitamínicos, consumo de fármaco (antidepresivos, anticonceptivos, entre otros), cambios hormonales (menopausia, postparto…). Cuando la causa que provoca el efluvio se trata, la caída del cabello se detiene muy pronto volviendo a crecer en pocos meses.

Importante la realización de un buen diagnóstico para establecer la causa; se elaborará la historia clínica del paciente donde se haga constar enfermedades previas, fármacos consumidos, dieta, tiempo transcurrido desde el inicio de la pérdida del cabello y una exploración física. Puede que sea necesario realizar otras pruebas como análisis de sangre, estudios de cabellos por microscopia óptica, cultivos de bacterias, estudios de hongos y otros parámetros según considere el dermatólogo. Se aplicará un tratamiento que reactive el crecimiento del cabello, actuando sobre la causa que provocó el "efluvio telógeno agudo". Entre los tratamientos más utilizados nos encontramos algunos como los suplementos vitamínicos, lociones para fortalecer el pelo, fármacos.

5 Discusión-Conclusión

Resaltar la importancia de establecer un buen diagnóstico para conocer la verdadera causa que provoca el "efluvio telógeno agudo", ponerle fin cuanto antes y así poder recuperar la salud de nuestro cabello. Tomar medidas preventivas también es fundamental, para evitar cualquier tipo de problema con el cabello. Es recomendable su lavado frecuente porque permite eliminar el pelo que está preparado para caer acelerando el comienzo de la fase de crecimiento; una correcta alimentación también ayudará a mantener nuestro cabello sano y fuerte. En muchas ocasiones no se necesitara, ni tan siquiera tratamiento, simplemente con el cese de la causa se produce la desaparición de esta afección.

6 Bibliografía

- Efluvio telógeno agudo. Dr. Sergio Vañó Galván. Dermatólogo, tricólogo y cirujano capilar.2019
- Caída del cabello. Elsevier. María Teresa Alcalde Pérez, licenciada en farmacia. responsable del departamento de i+d y evaluación de productos del centro de tecnología capilar (Barcelona).2018
- Guía clínica de efluvio telógeno. Fisterra. Autores: Carla Blanco Vidal. María Ángeles Nieto Díez. Javier Castellanos Martínez. Juan Pedro Justel Pérez. Médicos Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria.2019
- Pérdida de cabello. Medline Plus. Sperling LC, Sinclair RD, El Shabrawi-Caelen L. Alopecias. In: Bolognia JL, Schaffer JV, Cerroni L, eds. Dermatology. 4th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2018
- Efluvio telogénico crónico, alopecia androgenética femenina : bases clínicas, tricológicas e histológicas para el diagnóstico diferencial. Rosillo Galindo, Montser-

rat. Universidad de Granada. Lilacs.2016

Capítulo 987

LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER.

MARIA ISABEL MENDEZ PEREZ

ELSA BARCIA LEIVAS

1 Introducción

La enfermedad de Alzheimer es la forma más común de demencia entre las personas mayores. La demencia es un trastorno cerebral que afecta gravemente la capacidad de una persona de llevar a cabo sus actividades diarias. El Alzheimer comienza lentamente, primero afecta las partes del cerebro que controlan el pensamiento, la memoria y el lenguaje. Las personas afectadas pueden tener dificultades para recordar cosas que ocurrieron de forma reciente o los nombres de personas que conocen. Un problema relacionado, el deterioro cognitivo leve, causa más problemas de memoria que los normales en personas de la misma edad.

Con el tiempo, los síntomas del Alzheimer empeoran, las personas pueden no reconocer a sus familiares, pueden tener dificultades para hablar, leer o escribir, pueden olvidar como cepillarse los dientes o peinarse. Más tarde pueden volverse ansiosos, agresivos o deambular lejos de casa y perderse. Finalmente, se vuelven dependientes totales, lo quw muchas veces causa estrés en las familias. El Alzheimer suel comenzar a partir de los 60 años, aumentando el riesgo al envejecer y hay más riesgo si se tienen antecedentes familiares. No hay medicamentos para su curación, solo medicamentos para atenuar su avance, controlando sus síntomas.

2 Objetivos

- Detectar la sintomatología del alzheimer cuanto antes para así controlarla y mitigar sus síntomas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: pubmed, medline, y scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Para diagnosticar la enfermedad de Alzheimer, los médicos realizan pruebas para evaluar el deterioro de la memoria y otras habilidades de razonamiento, determinar las capacidades funcionales e identificar cambios en la conducta. También llevan a cabo una serie de pruebas para descartar otras posibles causas del deterioro.
Algunos de los primeros signos y síntomas de demencia de Alzheimer son:

Deterioro de la memoria, como por ejemplo, dificultad para recordar eventos
Dificultad para concentrarse, planificar o resolver problemas
Problemas para completar tareas diarias en el hogar o en el trabajo
Confusión con respecto a los lugares o el paso del tiempo
Dificultades visuales o de espacio, como por ejemplo, no comprender distancias al conducir, perderse o poner cosas en lugares equivocados
Problemas de lenguaje, como por ejemplo, problemas para encontrar palabras o vocabulario reducido al hablar o escribir
Mal juicio al tomar decisiones
Retraerse de eventos laborales o compromisos sociales
Cambios de humor, como depresión u otros cambios en el comportamiento y la personalidad
La demencia de Alzheimer puede afectar varios aspectos de su vida diaria.

Cuando aparecen señales de advertencia de demencia de Alzheimer es importante obtener un diagnóstico rápido y preciso.
Para diagnosticar demencia de Alzheimer, el médico de cabecera, un médico capacitado en trastornos cerebrales (neurólogo) o un médico capacitado para tratar a adultos mayores (geriatra) revisarán su historia clínica, sus antecedentes farmacológicos y sus síntomas. El médico también realizará varias pruebas.

Durante tu consulta, el médico evaluará:

Si presentas deterioro de las habilidades de memoria y razonamiento (cognitivas)
Si presentas cambios de conducta o personalidad
El grado de deterioro de la memoria o el razonamiento o cambios en ellos
La manera en la que los problemas de razonamiento afectan tu capacidad de desenvolverte en la vida diaria
La causa de tus síntomas

Los médicos pueden solicitar análisis de laboratorio o pruebas de diagnóstico por imágenes del cerebro adicionales, o indicarte análisis de memoria. Estas pruebas les pueden brindar a los médicos información útil para el diagnóstico, como el descarte de otras afecciones que causan síntomas similares.

El Alzheimer presenta 3 fases en términos generales, no obstante, no hay un orden ni un tiempo precisos, que son:
- fase leve, fase inicial, tiene una duración aproximada de 3 años y en ella se observa un deterioro paulatino de la memoria episódica, olvida eventos recientes, puede no recordar que ya comió u olvidar una conversación de minutos antes. También, la percepción de su medio ambiente se ve disminuida, lo mismo que la memoria en cuanto al tiempo y el espacio se ve afectada. Empieza a surgir una típica desorientación de lo que le rodea, es común que no recuerde como llegar a algún sitio que frecuentaba o cómo volver a casa. Se olvida la fecha.
También disminuyen la concentración y se hace notoria una fatiga. Hay cambios de humor y síntomas de depresión con apatía, pérdida de iniciativa y falta de interés. Empieza a mostrarse inquieta, mostrando agitación y ansiedad (común al atardecer o en la noche). La persona lleva bien una conversación.
- fase moderada, segunda fase, todos los aspectos de la memoria empiezan a fallar progresivamente, tiene una duración aproximada de 3 años, en la que aparecen importantes alteraciones de la función cerebral con aparición de síntomas más preocupantes, comienzan a surgir problemas de lenguaje (afasia - le cuesta tra-

bajo hablar, expresarse y darse a entender), funciones aprendidas (apraxia: dificultades para vestirse, usar cubiertos) y reconocimiento (agnosia: pérdida capacidad reconocer personas de su entorno directo, y aunque la pérdida no es total, aún reconoce los ambientes familiares y conserva orientación personal -nombre, edad, lugar nacimiento-), se vuelve descuidado con el aseo, no se arregla y no quiere asearse.

Aparecen rasgos de tipo psicóticos, imagina ver gente que no existe, escucha ruídos que no hay y cree que alguien va por él. Pregunta o habla de personas de su pasado, por lo general que ya murieron y se inquieta con lo que su cerebro percibe. La dependencia en esta etapa ya es mucho mayor. Hace cosas repetitivas (colocar varias veces lo mismo.).

- fase grave, tercera y última fase, tiene alteradas todas y cada una de las facultades intelectuales, los síntomas cerebrales se agravan, acentuándose la rigidez muscular así como la resistencia al cambio postural, pueden aparecer temblores y crisis epilépticas. No reconoce a sus familiares e incluso no reconoce su propio rostro en el espejo. Su personalidad cambia en gran medida, se muestra profundamente apático, pierde todas las capacidades (asearse, comer, andar.) y presenta una pérdida de respuesta al dolor. Más adelante tienen incontinencia urinaria y fecal, normalmente terminan encamados y con alimentación asistida. EL paciente ya es totalmente dependiente.

5 Discusión-Conclusión

Lo más importante es que el diagnóstico temprano también les ayuda al paciente, a su familia y las personas responsables de su cuidado a planificar el futuro. Podrá tomar decisiones informadas sobre varios temas, como por ejemplo:
Los recursos y servicios comunitarios adecuados
Opciones de atención residencial y cuidados en el hogar
Planes para manejar asuntos financieros
Expectativas sobre la atención y las decisiones médicas futuras

Al comunicarle al paciente y a sus familiares un diagnóstico de Alzheimer, el médico les ayudará a comprender la demencia de Alzheimer, responderá sus preguntas y les explicará qué pueden esperar. Los médicos explicarán qué capacidades se conservarán y cómo limitar las discapacidades futuras, y procurarán

mantenerle lo más seguro y saludable posible con las más mínimas alteraciones en sus actividades diarias.

Es cierto que los médicos no pueden ofrecer una cura para la demencia de Alzheimer y otras enfermedades relacionadas. Pero el diagnóstico temprano puede ser beneficioso. Saber lo que se puede hacer es tan importante como saber lo que no se puede hacer. Si una persona tiene una enfermedad tratable que le está generando deterioro cognitivo o le está complicando el deterioro cognitivo de alguna manera, los médicos pueden iniciar tratamientos.

Para las personas con demencia de Alzheimer, los médicos pueden ofrecer intervenciones con medicamentos y sin medicamentos que pueden aliviar la carga de la enfermedad. Los médicos suelen recetar medicamentos que relentizan el deterioro de la memoria y otras habilidades cognitivas.

Además, los médicos pueden enseñarle al paciente y a las personas responsables de su cuidado estrategias para mejorar su entorno de vida, establecer rutinas, planificar actividades y controlar los cambios en las habilidades para minimizar el efecto de la enfermedad en su vida diaria.

6 Bibliografía

- www.medline.plus
- www.mayoclinic.org
- www. knowalzheimer.com

Capítulo 988

HIGIENE PARA LA RECOGIDA DE URINOCULTIVOS.

MARIA ARACELI PEREZ GARCÍA

YOLANDA RAQUEL CASTAÑO PASTOR

MARÍA ASUNCIÓN ALVAREZ PANDO

MARÍA TERESA VAZQUEZ RUA

NATALIA VAZQUEZ RUA

1 Introducción

En el ambito hospitalario es común que se recogan diferentes muestras biológicas como la orina para el diagnóstico de enfermedades y proporcionar un tratamiento adecuado.

2 Objetivos

- Identificar y determinar la higiene más adecuada parvrecoger la muestra libre de contaminación

3 Metodología

Para realizar el siguiente capítulo se llevó a cabo una exhaustiva búsqueda en diferentes medios y bases de datos como Pubmed, Scielo, Medline. También se

consultaron temarios y guías usando las palabras clave: cuidado, higiene, protocolo, sedimento, urinocultivo, muestras. Los operadores booleanos ”AND” y ”OR”.
Se seleccionaron los artículos más recientes y que informasen sobre los objetivos marcados. Y de ellos se sustrajo información pertinente.

4 Resultados

Cuando se precisa recoger una muestra de orina es preciso obtener una muestra lo más aséptica posible para que su resultado sea lo más óptimo posible,para ello deberemos diferenciar el estado de cada persona y si es portador de sonda vesical. Personas independientes y continentes deberán realizar una higiene en las partes íntimas con jabón antiséptico,aclarar con agua abundante y secar bien la zona al poder ser con unas compresas estériles.

Personas incontinentes o dependientes será el personal sanitario quien realizará la higiene y se recogerá la muestra con un sondaje evaluador que se recogerá utilizando el protocolo de esterilidad. Personas portadoras de sondas:deben pintarse la sonda una media hora aproximadamente y limpiar alrededor de la sonda con un spray antiséptico y a continuación de forma esteril desconectamos el sondaje y recogemos la muestra.

Es importante que en los casos que sea posible se recoga la muestra de 1 hora de la mañana desechando el inicio de la micion,se debera registrar el método de recogida de la muestra sobre todo en el caso de portadores de sondaje,ya que el resultado puede verse afectado

5 Discusión-Conclusión

Tras la revisión bibliográfica se puede concluir que con unos cuidados e higiene exhaustivos, los resultados serán óptimos y se podrán adecuar un tratamiento proporcional al resultado sin apenas margen de error

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/

- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 989

SÍNDROME DE MOEBIUS.

RAQUEL DE LA MAZA RIOPEDRE

1 Introducción

El síndrome de Moebius o diplejía facial congénita es una enfermedad rara que afecta principalmente a niños y niñas, y que suele presentarse de forma aislada, sin estar relacionada con ninguna otra enfermedad.
En España afecta a uno de cada 120.000 bebés que nacen cada año, aproximadamente. Los pacientes presentan la falta total de desarrollo o, una forma defectuosa de los núcleos craneales VI y VII. Estos nervios son los encargados de dar movimiento a los músculos faciales y oculares, por lo que, al presentarse de forma deficiente, producen una parálisis de los músculos afectados.
El nervio facial VII es el responsable de controlar la mímica de la musculatura facial (párpados, cejas, labios ...) por lo tanto el especialista suele reconocer la enfermedad de Moebius cuando la parálisis produce una falta de expresión en la cara sin sonrisa.
También afecta al músculo orbicular encargado de abrir los párpados por lo que es importante en estos casos evitar la sequedad ocular, que podrían provocar úlceras corneales o conjuntivitis, con una buena lubricación.
Por otro lado, el par craneal VI puede producir estrabismo ya que su función es la de dar motilidad al músculo que gira el ojo hacia fuera (abducción). La agudeza visual suele ser buena.
Otros síntomas que pueden presentar estos pacientes serían: paladar hundido, babeo excesivo, dificultad para sonreír, tono muscular flojo, por lo que favorece en la alimentación vómitos, tos, atragantamientos, baja movilidad de los párpados...

Las causas del síndrome de Moebius se desconocen, aunque la enfermedad probablemente se debe a una combinación de factores ambientales y genéticos. Se está trabajando para identificar y describir los genes específicos relacionados con este proceso. Específicamente, parece estar asociado con cambios particulares en las regiones de los cromosomas 3, 10 o 13 en algunas familias. Ciertos fármacos que se toman durante el embarazo y el abuso de drogas como la cocaína, también pueden ser factores de riesgo del síndrome de Moebius.
Otros investigadores especulan a que puede ser debido a cambios en el flujo sanguíneo hacía el tronco cerebral durante las primeras etapas del desarrollo embrionario.
Sin embargo, no está claro lo que provoca estos cambios y porqué se interrumpen específicamente el desarrollo de los nervios craneales VI Y VII.
La mayoría de los casos son esporádicos, lo que significa que se producen en personas sin antecedentes de la enfermedad en su familia. Un pequeño porcentaje de todos los casos se ha descrito en las familias, sin embargo, el síndrome no tiene un patrón claro de herencia.
En los primeros meses de vida hay dificultad para succionar y tragar, así como infecciones respiratorias.
Algunas de estas características hacen que, en algunos casos se diagnostique erróneamente como retraso mental o parálisis facial.
El hecho unificador lo constituye la falta de expresión facial, junto a la falta de movimiento lateral de los ojos.
El diagnóstico es clínico, los síntomas no progresan con el paso de los años, suelen mostrar una buena calidad de vida.
Se usan terapias de rehabilitación física, logopedia y técnicas quirúrgicas, como la llamada ´´ cirugía de la sonrisa´´, así como la corrección del estrabismo que será necesaria en todos los casos.

2 Objetivos

Analizar los diferentes estudios y publicaciones acerca del síndrome de Moebius, definir sus características principales, así como las diferentes técnicas y terapias utilizadas para mejorar la calidad de la vida de estos pacientes que la sufren.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica

existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

No existe en la actualidad ningún tratamiento que cure esta enfermedad. Una vez que se ha instalado no es reversible en su totalidad.
Sin embargo, será muy importante ayudar y animar a estos pacientes en su integración social y laboral (ya que su principal problema es la exclusión social), por ello un equipo de especialistas en oftalmología, neurología, psicología, logopedia, etc. junto a los familiares supone un papel importante y fundamental para estos enfermos.

5 Discusión-Conclusión

El síndrome de Moebius es una enfermedad que es muy difícil de detectar en los primeros meses de vida por lo que en ocasiones el diagnóstico se retrasa.
La prueba médica que más puede ayudar en el diagnóstico inicial es la Electromiografía facial, que se puede realizar desde los primeros días de vida, y mostrará un patrón de afectación en el territorio inervado por el nervio facial.
No existe ningún tratamiento curativo, por eso es primordial el trabajo de los especialistas de oftalmología, logopedia, etc.

6 Bibliografía

- https://enfermedades-raras.org/.
- https://www.oftalvist.es/es.
- https://www.lifeder.com/sindrome-de-moebius/.
- https://www.diseasemaps.org/es/moebius-syndrome/forum/.

Capítulo 990

LA REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR (RCP)

OLGA MURIAS GONZALEZ

1 Introducción

En Europa se producen alrededor de 350.000 muertes súbitas al año fuera del hospital, en España la cifra oscila entorno a las 30.000, lo cual representa cerca de 1.000 paros cardiacos diarios.

La supervivencia al año, varía de unos países a otros con una media de un 10%. Está demostrado que si se realizan una serie de acciones en cadena que se denomina cadena de supervivencia que podría aumentar de dos a tres veces. Por ello, la concienciación, educación y formación al respecto resultan imprescindibles.

Los eslabones de la cadena de supervivencia son: alerta a los servicios de urgencias, comienzo de las maniobras de reanimación cardiopulmonar, seguido de desfibrilación y apoyo cardiovascular avanzado:

- Si nos encontramos con una persona que no respira, lo primero es llamar a los equipos de emergencia (que es el teléfono 112 en Europa, 911 en Estados Unidos o el del país donde nos encontremos) e indicar que hay una persona inconsciente en parada cardio-respiratoria, señalando el lugar y la hora de la misma.
- La reanimación cardiopulmonar (RCP) es una técnica útil para salvar vidas en muchas emergencias, entre ellas, un ataque cardíaco o ahogamiento, cuando se detienen la respiración o los latidos del corazón de una persona.
- En una desfibrilación se utiliza un dispositivo que analiza y busca ritmos cardíacos desfibrilables, el cual nos indica si existe la necesidad de una desfibrilación

y, de ser así, se debe aplicar una descarga. El dispositivo más utilizado es el DEA (desfibrilador externo automático).

2 Objetivos

- Sensibilizar a la sociedad sobre la relevancia y repercusión de la muerte súbita cardiaca.
- Enseñar a reconocer la parada cardio-respiratoria inmediatamente.
- Potenciar la educación sanitaria de la población en técnicas de RCP.
- Elaborar y difundir recomendaciones para la práctica y enseñanza de la RCP.

3 Metodología

Para el diseño del conjunto de medidas encaminadas al fin propuesto en este trabajo, tomando como base bibliografía consultada en las bases de datos de Ciencias de la Salud: PubMed, SciELO, y Science Direct; y como complemento, han servido de apoyo determinadas páginas web, guías de práctica clínica, y sedes del Consejo Español de Resucitación Cardiopulmonar (CERCP). En este proceso se han utilizado descriptores clave como reanimación cardiopulmonar, parada cardiaca, cadena de supervivencia, maniobra, técnica, desfibrilador, compresión torácica, vías respiratorias, ventilación y ahogamiento.

4 Resultados

Para comenzar, es importante destacar que una parada cardio-respiratoria es un hecho traumático para la persona que la sufre y para el resto de los presentes. Ante esta situación, lo principal es tratar de mantener la calma y pensar que aún no tiendo ningún conocimiento o preparación al respeto, es mucho mejor hacer algo que no hacer nada en absoluto, la diferencia entre hacer algo y no hacer nada podría salvarle la vida a alguien.

Cuando existe falta de capacitación, se recomienda practicar únicamente la reanimación cardiopulmonar con las manos. Esto significa hacer compresiones de pecho sin interrupción de 100 a 120 por minuto hasta que lleguen los servicios de urgencias. No es necesario proporcionar respiración de rescate.

Cuando existe capacitación y preparación y a la vez se tiene confianza en las habilidades propias, comprobar si la persona tiene pulso y respira. Si no respira o

no tiene pulso en 10 segundos, comenzar las compresiones de pecho (30 compresiones de pecho antes de dar dos respiraciones de rescate).

Cuando existe capacitación pero no se ha practicado con anterioridad, realizar únicamente las compresiones de pecho a un ritmo de 100 a 120 por minuto.

Estos consejos se aplican a adultos, niños y bebés que necesiten reanimación cardiopulmonar, pero no a los recién nacidos (bebés de hasta 4 semanas).

Antes de comenzar
Antes de comenzar la reanimación cardiopulmonar, se debe comprobar que el entorno es seguro para la persona y si está consciente o inconsciente. En caso de parecer inconsciente, se debe tocar o golpear ligeramente el hombro y preguntarle si se encuentra bien, si no responde pedir a alguien que llame al 112 o hacerlo nosotros mismos, comenzando la maniobra de reanimación los antes posible.

Pasos de la reanimación cardiopulmonar
- Reconocer la parada cardiorrespiratoria. Hay que sospechar cuando una persona cae de repente sin haber sufrido un impacto y queda inconsciente, sin responder a los estímulos y sin respirar con normalidad. Cuando esto sucede, es vital iniciar la reanimación cardiopulmonar (RCP) en los dos primeros minutos tras el colapso.
- Evaluar y colocar boca arriba. El siguiente paso es colocar a la persona boca arriba, teniendo cuidado para no dañar el cuello. Habría que estimularle y averiguar si hay respuesta de algún tipo.
- Iniciar las compresiones torácicas. Si no respira, no respira con normalidad o se tiene dudas al respecto, se inician las compresiones torácicas y las ventilaciones. Lo ideal sería que alguien se situara detrás para estabilizar el cuello, mientras se realizan las compresiones.

Compresiones:
- Poner la base de una mano sobre el esternón, en el centro del tórax.
- Colocar la otra mano sobre la primera, entrelazando los dedos.
- Mantener los dedos separados del tórax.
- Situar los hombros sobre las manos.
- Poner los brazos perpendiculares al cuerpo.
- Estirar los codos.
- Presionar sobre el talón de la mano, dejando caer el cuerpo sobre ella.
- Hacer compresiones rápidas, unas 100 por minuto; y profundas, 5 centímetros.
- Cambiar de persona cada dos minutos para evitar la fatiga.

Es esencial no interrumpir las compresiones.
La reanimación con compresiones torácicas puede ser suficiente en los primeros minutos. Después se puede iniciar la RCP estándar con 30 compresiones por cada dos ventilaciones.

Ventilaciones:
Para las ventilaciones del masaje cardiaco se realiza el boca a boca. Primero, se aplica la maniobra frente-mentón y, en esa posición, se debe rodear con los labios la boca de la otra persona, cerrar la nariz e insuflar aire. La reanimación debe continuarse con 30 compresiones de pecho antes de dar dos respiraciones de rescate hasta que llegue un profesional sanitario o hasta que se recupere.

Utilizar el desfibrilador automático. Muchos edificios públicos y privados están dotados de un desfibrilador externo automático (DEA), en caso de tener uno debe de encenderse, liberar el torax de ropa, dejando el pecho al descubierto. Posteriormente se seca la humedad o sudor y se colocan los parches en el pecho (el desfibrilador incluye un dibujo claro de dónde deben de situarse). El parche superior se pone en el costado derecho, a la derecha del esternón, por encima del pecho y por debajo de la clavícula. El parche inferior en el costado izquierdo, por debajo del corazón.

Nada más colocarlo se reanudan las compresiones y se espera a que el desfibrilador indique la detención del RCP. el DEA indica si es necesaria la descarga. En ese caso nadie toca a la persona y se aprieta el botón de descarga. Se sigue con las compresiones con ventilaciones hasta que el desfibrilador vuelva a analizar el ritmo cardíaco.
Inmovilización y traslado: Si la persona consigue reanimarse, se la inmovilizará a la espera de la llegada de los equipos de emergencia, los cuales realizarán el traslado en ambulancia.

5 Discusión-Conclusión

La parada cardíaca es un problema de salud pública de primera magnitud que precisa la atención e las Administraciones Sanitarias. Las técnicas de reanimación cardiopulmonar pueden aumentar las tasas de supervivencia hasta un 40% tras una parada cardíaca. Si elevamos el porcentaje de personas con capacidad para aprender e iniciar las medidas de reanimación, se podrían salvar alrededor de 100.000 vidas en Europa cada año. Sería importante fomentar los conocimientos de RCP en la escuela e institutos, tanto en docentes como el propio alumnado,

así como la prevención de las enfermedades cardiovasculares.

6 Bibliografía

- Actuaciones del profesional de enfermería de urgencias ante la RCP: ética, legislación y vivencias. Revisión. Rodríguez Martínez M., Fundación enfermería Cantabria. 2012; 1(7): 9-14.
- Consejo Español de Resucitación Cardiopulmonar (CERCP).
- La conducta humana ante situaciones de emergencia: análisis de proceso en la conducta individual (internet). Fidalgo Vega M. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo; 1993 (citado en 2017 enero 29). http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentación/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/301a400/ntp_390.pdf
- I Plan Nacional de RCP de la SEMIUC. Perales N Ediciones, Cantalapiedra JA, Alvarez JA, Rucabado L (Eds). Unidades Didácticas 1-12. 1ª Edición. ARAN Ediciones. Madrid, 1986-1987-

Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation (CPR) and Emergency Cardiac Care (ECC). American Heart Association (AHA). JAMA 1992;
268: 2171-2302.

Capítulo 991

POSICIONAMIENTO EN LA SILLA DE RUEDAS

DAVID GION RAMOS

1 Introducción

En este capitulo hablaremos de algo muy común para nosotros como es la sedestación, que es la capacidad que tenemos las personas para sentarnos. Siempre que estamos sentados nuestro cuerpo sufre una serie de cambios, que pueden hacer que suframos lesiones. Las personas usuarias de silla de ruedas ya sea de forma definitiva como por un periodo de tiempo determinado y que van a desarrollar su vida cotidiana en sedestación, van a tener que tener en cuenta una serie de factores para conseguir una correcta posición en la silla y así evitar lesiones, al igual que ganar mayor comodidad en su día a día.

2 Objetivos

- Mantener la postura correcta de la columna para conseguir una sedestación con el respaldo de la silla lo menos lesiva posible.
- Prevenir contracturas musculares, la aparición de escaras, y también proporcionar mejor confort y seguridad.

3 Metodología

Se llevó a cabo una investigación vía internet en páginas como Google Académico, Sunrisemedical y Asemgalicia.

Nos asesoramos con la Terapeuta Ocupacional de Aspaym Asturias y consultamos con otras asociaciones de lesión medular como Predif y Aspaym nacional.

4 Resultados

La sedestación de una persona tiene que ser contemplada de forma activa, ya que va a evolucionar en el tiempo junto con la persona y su sistema de sedestación elegido, sabiendo que cada persona tiene una patología y un estado físico, una vida social y un entorno determinado.

Vemos que esas personas que han elegido bien su silla y que mantienen una postura correcta, tiene una mayor calidad de vida, menos desgaste físico, menos lesiones musculares derivadas de los sobresfurezos. Maximiza su funcionalidad cognitiva y, en definitiva, mejorara la manera de interactuar con el entorno.

5 Discusión-Conclusión

Si lasa personas que son usuarias de silla de ruedas, tienen una mala postura (bascula pélvica, rotación pélvica y/o pelvis en retro). Se limita su movilidad, se dificulta su autopropulsión y produce mucho desgaste físico en recolocaciones continuas. En algunas ocasiones las personas pueden recolocarse por si solos de forma correcta y sin ningún tipo de inconveniente, pero en en cambio hay otras que necesitan de una tercera persona para hacerlo y acarrea para ella misma una incomodidad hasta que esa se produzca, la dependencia de esa persona y la pérdida de autonómica que ello conlleva. Es muy importante también saber escoger la silla adecuada para cada persona, ya que independientemente del tiempo que la vayamos a usar, va a ser tu medio de desplazarte y donde vas a realizar tu día a día.

6 Bibliografía

- Google Academico.
- Sunrisemedical.
- Asemgalicia.
- Aspaym.
- Predif.

Capítulo 992

DIFERENCIA EN EL MODO DE ENFERMAR DEL ANCIANO

ISABEL ARTIME RODRIGUEZ

1 Introducción

Las enfermedades en el anciano se presentan de manera diferente respecto a las etapas anteriores de la vida. Algunas enfermedades pueden tener:
1. Presentación ATÍPICA: por ejemplo en la cardiopatía isquémica el síntoma principal es la disnea
2. Presentación INCOMPLETA o FRUSTADA: por ejemplo, la cardiopatía isquémica sin dolor.
3. Presentación SILENTE: no aparecen síntomas, siendo la enfermedad descubierta de manera casual.

2 Objetivos

Identificar cuáles son las diferencias en el modo de enfermar que experimenta una persona en la etapa de la vejez respecto a la edad adulta

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

PRINCIPALES PRESENTACIONES ATÍPICAS:

PATOLOGÍA CARDIOVASCULAR: el IAM puede presentarse sin dolor. La disnea es el síntoma más común en el anciano. También pueden aparecer síntomas neurológicos, como confusión o caídas. La taquicardia puede ser síntoma de patología cardíaca, respiratoria o digestiva.

PATOLOGÍA RESPIRATORIA: es frecuente que lasneumonía curse sin fiebre y sin alteraciones radiológicas. En algunos casos se presenta incluso con hipotermia. La neumonía constituye la principal causa infecciosa de muerte en el anciano.

PATOLOGÍA DIGESTIVA: la disminución de la sensibilidad dolorosa hace que muchas patologías digestivas cursen sin dolor abdominal, retrasando el diagnóstico. El reflujo gastroesofágico es más frecuente en el anciano, pero menos doloroso, debido a que el ph es más alcalino. La úlcera péptica puede cursar sin dolor ni hemorragia visible, apareciendo un cuadro atípico de astenia, vómitos, pérdida de peso y anemia.

PATOLOGÍAS NEFRO-UROLÓGICA: las infecciones urinarias pueden cursar sin fiebre y con molestias inespecíficas como náuseas, vómitos y alteraciones en el nivel de conciencia
La incontinencia urinaria no es un proceso fisiológico por el envejecimiento. Se considera siempre patológico.

PATOLOGÍA GENITAL: se banaliza la aparición de dispareunia y disfunción eréctil, sin embargo estas alteraciones no son fisiológicas.
Las hemorragias postmenopáusicas en la mujer siempre han de ser valoradas para descartar cáncer de endometrio.

PATOLOGÍA NEUROLÓGICA: el deterioro cognitivo no es fisiológico en el anciano y siempre hay que valorar su etiología. La depresión en el anciano es una de las patologías que más frecuentemente pueden simular una demencia. A su vez, la demencia puede ser confundida con la depresión.

PATOLOGÍA ENDOCRINA: la diabetes suele aparecer sin los síntomas cardinales. Su diagnóstico suele hacerse de forma tardía, a consecuencia de alguna complicación.

PATOLOGÍA DE LA PIEL: puede aparecer prurito senil de forma predominante en tronco y zona proximal de las extremidades, sin que exista una causa clínica justificada.

PATOLOGÍA INMUNOLÓGICA: es más frecuente la aparición de neoplasias. Los tumores pueden manifestarse como masas silentes, sin ninguna sintomatología añadida. En ocasiones aparece fiebre

5 Discusión-Conclusión

Los síntomas de la enfermedad en el anciano suelen ser banalizados y se atribuyen al proceso de envejecimiento, no dándoles importancia clínica, por lo que se retrasa su diagnóstico.

Los cambios del envejecimiento, producen que la evolución sea en muchas ocasiones tórpida, con peor recuperación y tendencia a la incapacidad.

Los síntomas mal tratados o mal diagnosticados pueden producir el fenómeno de cascada: el tratamiento de un síntoma interfiere en otros problemas o tratamientos, provocando la aparición de otros nuevos.

6 Bibliografía

- El anciano, la enfermedad, el enlace generacional. Vittorio Cigoli
- Mayores y familia / coord. por Salomé Adroher Biosca, 2000, ISBN 84-89708-81-9, págs. 254-287
- Revista española de cardiología, ISSN 0300-8932, Vol. 64, Nº. 8, 2011, págs. 697-712
- Medicina integral: Medicina preventiva y asistencial en atención primaria de la salud, ISSN 0210-9433, Vol. 23, Nº 8, 1994, págs. 379-382

Capítulo 993

PLAN DE CUIDADOS ADICIONALES PARA EL PACIENTE CON ALZHEIMER.

MARTA RENESES CARCEDO

JOSE MANUEL TEJERO FERNANDEZ

SERGIO MUÑIZ DIAZ

1 Introducción

En 1901 Alois Alzheimer identificó por primera vez un caso de esta enfermedad que lleva su nombre, pero no fue hasta 1910 cuando publicó sus estudios e incluyó la enfermedad de Alzheimer como una "demencia presenil".
La enfermedad de Alzheimer es una enfermedad mental progresiva que se caracteriza por una degeneración de las células nerviosas del cerebro y una disminución de la masa cerebral; las manifestaciones básicas son la pérdida de memoria, la desorientación temporal y espacial y el deterioro intelectual y personal.
Cada año se diagnostican en España unos 40.000 nuevos casos de Alzheimer y de ellos el 80 por ciento de los casos que aún son leves, son precisamente los más difíciles de diagnosticar. A estas cifras habría que añadir los casos sin diagnosticar entre la población española, que se situarían entre el 30% y el 40% de la población española, según las estimaciones de la Sociedad Española de Neurología (SEN).
Uno de los problemas a la hora de cuidar a pacientes con Alzheimer es cómo afecta al personal sanitario, sobre todo al técnico en cuidados auxiliares de enfermería, reacciones físicas, reacciones emocionales, maltrato a la persona demencial…

El enfermo de Alzheimer, dependiendo en la fase en que se encuentre, es muy voluble, puede ser agresivo o dulce y cambiar de repente su actitud, debido a la falta de memoria puede repetir la misma pregunta durante horas, puede tener trastornos del habla y querer conversación, pérdida de la coordinación y un sin fin de síntomas más.

Todos los centros de cuidados sanitarios, ya sean hospitales o centros residenciales públicos o privados tienen un plan de cuidados estandarizado con respecto a la higiene y el arreglo personal, la alimentación, la incontinencia, problemas para caminar, etc.
A todo esto hay que añadir algo más para mejorar la vida del paciente y la salud del trabajador.
Tenemos que buscar un espacio en el que seamos iguales, quizás suene muy idílico pero es necesario que el enfermo de Alzheimer se sienta como una persona normal, y para ello tenemos que buscar los pequeños detalles que nos lleven a ese momento mágico. Como pueden ser:
- En caso de tener que contactar directamente con el paciente acercarse a él lentamente y de frente, dirigirse a él por su nombre, realizar un acercamiento calmado y sin prisas, evitando el contacto directo si sabe que es indeseado.
- Hablar con el paciente siempre de una manera suave y distintiva, a un volumen adecuado.
- Practicar la escucha activa, mostrando interés.
- Potenciar la autoestima, tanto en el paciente como en el trabajador.
- Reforzar positivamente los logros, como vestirse solo.
- Terapia de ejercicios: gimnasia pasiva
- Minimizar los errores, como perder objetos.
- Mantener la tranquilidad a través de la musicoterapia.
- No contradecir ante una acusación de que alguien le roba o que donde vive no es su casa, mejor desviar con calma la conversación a otro tema.
- Apoyo emocional en los momentos críticos.
- Recordar cosas del pasado que reconozca para mejorar la colaboración. Terapia de reminiscencia
- Cuando se den instrucciones, darlas de una en una y dar el tiempo necesario para que se realice.
- La estimulación multisensorial o terapia Snoezelen invita a explorar, interactuar, descubrir y comunicarse. Reduce el estrés mediante la estimulación de los sentidos con luces, sonidos, sabores y olores.
- Podemos usar las nuevas tecnologías para que permanezcan activos, como puede ser el uso de videojuegos.

A esta lista podemos ir añadiendo cosas que vemos en el trabajo diario, hay que tener en cuenta que cada caso es distinto, y lo que funciona con uno quizás no funcione con otro, hay muchos factores en juego.
Lo que está claro es que para mantener la salud en el trabajo tenemos que buscar soluciones sencillas

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Actualizar y mejorar los cuidados del paciente con Alzheimer.

Objetivos secundarios:
- Mejorar la calidad de vida relacionada con la salud, que es aquella que subjetivamente refiere el paciente con enfermedad de Alzheimer, sea cual sea la fase de enfermedad en que se encuentre.
- Identificar los posibles problemas del personal sanitario que se pueden producir en el manejo de los pacientes.
-Evitar, en la medida de lo posible, el efecto quemado en el personal sanitario que realiza los cuidados.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Bibliografía

- El cuidador en España. Contexto actual y perspectivas de futuro. Propuestas de intervención realizado por la Confederación Española de Alzheimer (CEAFA) y la Fundación Sanitas. 2016
- Lewis SM. Enfermería médico quirúrgica. Valoración y cuidados de problemas clínicos. Barcelona: Elsevier, 2004.
- Peter V. Rabins Nancy L Mace. El día de 36 horas: Una guía práctica para las familias y cuidadores de enfermos de Alzheimer. Ed. Paidós. Barcelona 1999

- Nanda. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2012-2014. Madrid: Elsevier.
- Lazaro, A. (2002). Aulas multisensoriales y de Psicomotricidad. Zaragoza: Mira. 2002
- Hulsegge, J. y Verheul, A. Snoelezen another world. Rompa Publications. 1987
- Woods R. La enfermedad de Alzheimer. Instituto Nacional de Servicios Sociales. Madrid; 1992.

Capítulo 994

REVISIÓN SISTEMÁTICA: ACTUALIZACIÓN EN OBESIDAD INFANTIL.

MARIA DEL CARMEN BEDIA PALMERO

1 Introducción

La obesidad es una pandemia mundial y los niños son un grupo vulnerable. Según la OMS la obesidad es una enfermedad crónica que se caracteriza por el exceso de grasa en el organismoy se presenta cuando el índice de masa corporal enel adulto es mayor de 30 kg/m2.En cambio, un niño es obeso cuando su peso sobrepasa el 20 % de su peso ideal.

Otras fuentes definen la obeisdad como una enfermedad crónica, compleja y multifactorial, que suele iniciarse en la infancia y la adolescencia y que tiene su origen en una interacción genética y ambiental, siendo mas importante la parte ambiental o conductual, que se establece por un desequilibrio entre la ingesta y el gasto energético. Se caracteriza por una excesiva acumulación de grasa corporal y se manifiesta por un exceso de peso y volúmen corporal. Los cambios alimentarios y las nuevas formas de vida que conllevan el sedentarismo son las principales causas desencadenantes del aumento de la obesidad en la población infantil, aunque no son las únicas causas. Entre otros factores que intervienen en la obesidad infantilse encuentran los factores hereditarios, los hormonales, los spicosociales y los ambientales.

La obesidad en la niñez y adolescencia tiene un impacto negativo en la salud y carga de enfermedades en esta etapa de la vida y, posteriormente, en la adul-

tez,cobrando un impacto negativo en la economía de un país debido a que se incrementa un riesgo de enfermedades crónicas, los gastos de salud y los costosindirectos como consecuencia de la enfermedad.

La niñez y adolescencia son consideradas periodos críticos porque en estas etapas se instalan los hábitos alimenticios y de actividad física, y porque gran parte de los niños y adolescentes obesos seguiran siéndolo al llegar a adultos, teniendo un mayor riesgo de presentar enfermedades crónicas, aunando a una elevada mortalidad por estos problemas de salud.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Conocer cuales son las principales causas de la obesidad infantil.

Objetivos secundarios:
- Revisar conceptos asociados a la conducta alimenticia.
- Conocer la repercusión de la obesidad en niños y adolescentes en la edad adulta.
- Conocer programas de intervención para la promoción de hábitos alimentarios.

3 Metodología

Revisión bibliográfica de las publicaciones científicas más recientes consultando las bases de datos de pubmed, scielo y dialnet. Los descriptores utilizados son: Obesidad, obesidad infantil, riesgo obesidad infantil, nutrición infantil, sobrepeso, prevalencia obesidad, obesidad adolescencia, obesidad adulted.

4 Resultados

Ciertos cambios socioculturales como el incremento en el sedentarismo y el consumo de alimentos ricos en grasas y azúcares, sumado a características genéticas, han producido un aumento de las cifras de obesidad a nivel mundial. España es el tercer país europeo con mayor prevalencia de obesidad infantil, dando lugar a la aparición de programas de intervención destinados a fomentar hábitos alimenticios saludables y /o de actividad física. Gran parte de los programas de intervención utilizados tuvieron un efecto positivo sobre conductasrespecto a ciertos hábitos alimentarios,como la ingesta de frutas y verduras, y sobre el incremento del nivel de actividad física.

5 Discusión-Conclusión

La obesidad,enfermedad que se puede iniciar desde la infancia, es considerada un problema de salud pública, tanto en paísesdesarrollados como en aquellos en vías de desarrollo. La OMS advirtió que si no se hacía algo al respecto millones de personas a nivel mundial estarían en riesgo de sufrir enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión, ateroesclerosis, enfermedad cardiovascular, etc.) Y esto trería consigoun alto impacto en la morbilidad y mortalidad.

Las practicas de alimentación infantil influyen en el peso del niño. La lactancia, en especial la exclusiva, se ha asociado con menor riesgo de exceso de peso. Introducir alimentos diferentes a la leche materna antes de los 4 meses de edad también se ha asociado con mayor obesidad infantil. La alimentacion en la primera infancia es importante porque las preferencias alimentarias pueden ser innatas o aprendidas, por exposición ambiental repetida a alimentos no saludables: altos en grasa, azúcares, y densamente energéticos. Por otro lado, las golosinas y las entre- comidasaltas en energía, y el incremento de las porciones han contribuido al incremento de la obesidad. De igual manera, las bebidas azucaradas (gaseosas, zumos, refrescos) que, aunque no tienen alta densiadd energética, provee calorias que son asimiladas fácilmente por el organismo.
La actividad física es un componente importante importante en la regulación del gasto energético.

En los últimos años, la obesidad infantil se ha asociado con la aparición de alteraciones metabólicas,además, un niño obeso puede sufrir discriminación social, baja autoestima y depresión, así como tener mayor probabilidad de presentar desordenes de la alimentación. Por otro lado, se han asociado a la obesidad en la infancia y adolescencia con burlas, bullying, marginación y pobres resultados académicos. Asimismo, se ha descrito que niños y adolescentes con obesidad informan mayores limitaciones funcionales, físicas y psicosocialeslo que repercutiría en una baja calidad de vida debido al estigma socialy las consecuencias de la obesidad sobre la salud.

6 Bibliografía

1. Pembrey ME. Time to take epigenetic inheritance seriously. Eur J Human Genetics. 2002;10:669-71.
2. Kaati G, Bygren LO, Pembrey ME, Sjöström M Transgenerational response to nutrition, early life circumstances and longevity. Eur J Human Genetics. 2007; 15:

784-90.
3. De Onís M, Lobstein T. Defining obesity risk status in the general childhood population: Which cut-offs should we use? Int J Pediatr Obes. 2010; 5 (6): 458 - 60.
4. Organización Mundial de la Salud.
5. García A, Huertas FJ, Tercedor P. Programas de intervención para la promoción de hábitos alimentarios y actividad física en escolares españoles de Educación Primaria: revisión sistemática. Nutr Hosp. 2016 33(6):1438-1443.

Capítulo 995

LA HIGIENE DE MANOS EN EL MUNDO HOSPITALARIO.

CLARISA GARCIA AMOR

DAVID GONZÁLEZ MUÑOZ

ANA CRISTINA LORENZO GARCIA

1 Introducción

La higiene de manos es un término que se aplica a cualquier lavado de manos que se realiza en los centros sanitarios para prevenir infecciones relacionadas con la atención sanitaria, de ahora en adelante IRAS.

La higiene de manos constituye la clave en el control de infecciones.

2 Objetivos

El objetivo es mejorar la higiene de manos de los profesionales de la sanidad, pacientes y los familiares de estos, con el fin de reducir las infecciones relacionadas con la atención sanitaria.

3 Metodología

Para realizar el siguiente capítulo se llevó a cabo una exhaustiva búsqueda en diferentes medios y bases de datos como Pubmed, Scielo, Medline. También se

consultaron temarios y guías usando las palabras clave: higiene de manos, beneficios, tipos.
Combinando los operadores booleanos ”AND” y ”OR” para limitar la búsqueda.
Se han tomado como criterios de inclusión: publicaciones y documentos en español, rechazando los que no se ajustaban a los criterios establecidos.
Se seleccionaron los artículos más recientes y que informasen sobre los objetivos marcados. Y de ellos se sustrajo información pertinente.

4 Resultados

Existen varios tipos de lavados,

- Lavado de manos social: es la remoción mecánica de microorganismos que se realiza con agua y jabón común, remueve un 80% de la flora transitoria. Consiste en humedecer las manos con agua y jabón, frotar entre 2-5 segundos y enjuagar las manos con abundante agua entre 5-10 segundos, finalmente secar con toallas desechables.

- Lavados de manos con gel antibacterial: con este lavado eliminamos la suciedad, materia orgánica y flora transitoria y parte de la flora residente en las manos, consiguiendo además cierta actividad microbiana residual.
El lavado es el mismo que el social, pero aplicando jabón liquido antiséptico (solución jabonosa de clorhexidina al 4%) en dispensador desechable con dosificador.

- Lavado de manos quirúrgico: esta técnica abarca manos, antebrazos y entre 5-8 cm por encima de los codos con una duración media de 10 minutos. Se realiza con jabón quirúrgico/antiséptico y con esponja, cepillo estéril y limpia uñas. El objetivo de este lavado es disminuir la proliferación de microorganismos patógenos para reducir el riesgo de contaminación quirúrgica.

Se comprueba según una revisión bibliográfica que la estancia hospitalaria aumenta como consecuencia de las infecciones nosocomiales (IRAS), aumentando por tanto el coste sanitario.
Se comprueba que el personal sanitario no realiza adecuadamente el lavado de manos, siendo este entre el 30%-50%.

Actualmente, puede decirse que la higiene en las instituciones sanitarias no resuelve el problema que tenemos con las IRAS. En España, las IRAS, según el estudio del ENEAS (efecto nacional según los efectos adversos ligados a la hospi-

talización) indica que las IRAS representan el 250005 de los efectos adversarios hospitalarios y considera que el 55% se hubieran podido prevenir.

5 Discusión-Conclusión

Los beneficios que puede provocar un eficaz lavado de manos, que no solo evita enfermedades nosocomiales, son también que se disminuye el coste sanitario evitando gastos como el aumento de la estancia sanitaria.

6 Bibliografía

• https://es.m.wikipedia.org/wiki/higiene_de_manos.
• Plan de calidad para el sistema nacional de salud
• https://www.seguridaddelpaciente.es/es/practicas-seguras/programa-higiene-manos/
• Google académico / The cochrare Library
• https://es.slideshare.net/mobile/yaramabel/lavado-manos-social-40524173
• https://www.saludcastillayleon.es/HSReyesAranda/es/calidad/lavado-higiene-manos
• Revista médica electrónica
• Estudio nacional de efectos adversos ligados a la hospitalización. ENEAS 2005. Madrid. Ministerio de sanidad y consenso; 2006
• https://www.msc.es/organización/sns/plancalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp2.pdf
• Protocolo de higiene de manos de la Cruz Roja de Gijón

Capítulo 996

DIAGNOSTICO PRECOZ DEL CÁNCER GINECÓLOGICO.

CARMEN MUÑIZ ALVAREZ

LAURA GARCÍA FERNÁNDEZ

ELENA RODRÍGUEZ GARCÍA

1 Introducción

La existencia de un elevado porcentaje de cáncer de mama entre la población femenina con un alto porcentaje de curación con un diagnóstico precoz y de un cáncer de cérvix uterino causante de mayor mortalidad entre las mujeres con una edad comprendida entre los 30 y 60 años es muy importante dentro de los programas de atención sanitaria un subprograma para la prevención y diagnóstico del cáncer ginecológico.

Los factores de riesgo del cáncer de cérvix: multiparidad,enfermedades venéreas (herpes genital),higiene genital deficiente, infección persistente de vagina, toma de anovulatorios,etc. Los factores de riesgo de cáncer de mama: antecedentes personales o familiares de enfermedad mamaria, nuliparidad o primiparidad tardía,menarquía precoz o menopausia tardía.

2 Objetivos

- Reducir la morbimortalidad del cáncer de cérvix uterino y de mama a través de la reducción de su incidencia en estadios tardíos mediante la educación sanitaria

con actividades de información, realización de screening y despistaje en grupos de riesgo, detención y captación de grupos de riesgo ,etc

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática,sobre la literatura científica existente.
Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medlinem y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Exploración ginecológica
EL interrogatorio puede ser clave para un diagnóstico exacto :
Filiación, antecedentes personales, antecedentes familiares, historias menstrual, antecedentes obstétricos, motivo de la consulta.

1. Exploración del aparato genital
2. Exploración abdominal
3. Inspección genitales externos
4. Inspección de la vagina y del cuello uterino
5. Tacto vaginoabdominal combinado
6. Tacto rectoabdominal
7. Exploración mamaria

5 Discusión-Conclusión

La colposcopia junto con la citología y la biopsia constituye actualmente la base del diagnóstico precoz del cáncer de cuello uterino. El porcentaje de curación de cáncer ginecológico cuando el diagnóstico se realiza en en el estadio o , supera el 98 %. En el tipo I las tasas de curación se aproximan al 80 %, en el el tipo II descienden al 50 %, el tipo III bajan al 30% , mientras que en el tipo IV las posibilidades de curación son mínimas.

6 Bibliografía

- Educación Sanitaria Luis Salieras Snmarti. Edit. Díaz de Santos. ENFERMERIA PEDIATRICA, Blake, Wrigth y Waechter. Edit. Interamericana.
- Obstetricia. Williams, Pritchard, Macdonald, Eddit. Salvat.
- Obstetricia Schwarcz, Sala, Duvage, Edit. El Ateneo.
- Obstetricia González Merlo. Edit. Salvat.
- Ginecología González Merlo. Edit. Salvat.
- Tratado De Medicina Sexual. C. Kolodny, H. Masters, e. Hohson. Edit. Salvat.
- Guías Para La Elaboración De Programas En Atención Primaria: edit. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Volumen N° 3 programa del adulto.
- Volumen N° 4, programa de la mujer.

Capítulo 997

CUIDADOS BÁSICOS DEL RECIÉN NACIDO.

MARÍA ASUNCIÓN MARTÍNEZ SÁNCHEZ

IGNACIO CRESPO MADIEDO

JACKELYN PEVIDA DÍAZ

MAGDALENA FIGUEIRAS LESTON

JESSICA DIAZ ALVAREZ

1 Introducción

Es necesario informar sobre los diferentes cuidados que se le han de prestar al bebé desde el mismo momento en que es alumbrado. El recién nacido, cuando acaba de producirse su nacimiento y aún se encuentra en la sala de partos, es secado, pesado, medido y posteriormente se procede a su identificación.
Se ha de valorar su frecuencia respiratoria (40-60 respiraciones por minuto) y frecuencia cardiaca (120-160 latidos por minuto), la temperatura se encuentra en torno a los 37º. Se le debe ayudar a entrar en calor, lo más recomendable es colocarlo encima de la madre (muchos especialistas están a favor de colocarle un pequeño gorro para que no se produzca la temida pérdida de calor).
Se lleva a cabo el test de Apgar y primera cura del ombligo.
El test de Apgar mide la vitalidad del bebé en los primeros minutos. Se trata de un examen rápido, no resulta invasivo, que ha de realizarse al primer y quinto minuto tras el nacimiento para poder valorar el estado general en el recién nacido.

Se realiza mientras el bebé permanece con su madre, no es necesario pues su separación para llevarlo a cabo, se observa el color de la piel, la frecuencia cardiaca, el tono muscular, la respiración, sus reflejos…
La puntuación que obtenga en el primer minuto de vida lleva a la evaluación de la tolerancia del neonato al proceso del nacimiento y si se ha producido sufrimiento. Por otro lado la puntuación resultante a los 5 minutos evalúa su nivel de adaptabilidad al medio ambiente y su recuperación. En muy raras ocasiones se ha de repetir dicho test pasado los 10 minutos del nacimiento. La puntuación asignada a cada aspecto estudiado va de 0 a 10.
Con respecto a la aspiración de secreciones del recién nacido, si éste ha nacido en buen estado y no hay rastro de que el resto amniótico esté teñido de meconio, no se realiza aspiración de secreciones de boca y nariz, simplemente se realizará la limpieza con una gasa.
Es contraproducente retirar el vérnix, no se debe aplicar baños al recién nacido y tampoco utilizar jabón, evitando así la irritación o traumatismos en la piel. Con una suave esponja impregnada en una mínima cantidad de jabón neutro sin ningún tipo de aditivo humedecida en agua templada se puede realizar una suave limpieza de los restos del parto que queden en su cabeza así como del meconio que haya quedado adherido a la zona perianal.

No cabe duda de la importancia en la precisión de identificación del bebé nada más nacer. Hay varias posibilidades y métodos de identificación: lo más comunes son la huella digital de la madre, junto con la del pie del recién nacido, las pulseras de identificación, la recogida de sangre del cordón….
Ha de ser pesado y medido, es vital saber su peso y talla en el momento de nacimiento, pues nos orientará en el cálculo de la pérdida de peso del neonato en los días posteriores. Habitualmente los recién nacidos sufren una pérdida de algunos gramos durante las primeras horas porque retienen líquidos y aún no son capaces de tomar una cantidad correcta de leche, de ahí la importancia de partir de un valor real inicial.

El recién nacido necesita calor. Al nacer mojado puede enfriarse si no se le seca, con ello conseguiremos que respire mejor y su corazón genere un latido con más energía. Hay diferentes prácticas para realizar este proceso, en algunos centros se le coloca bajo una lámpara de calor, pero una gran mayoría de especialistas recomiendan ponerlo junto a su madre. Este contacto ayuda a regular tanto la temperatura del bebé como su respiración y corazón, favoreciendo el inicio y mantenimiento de la lactancia materna, que más adelante estudiaremos más a fondo.

Todos los recién nacidos sanos necesitan unas pautas en su cuidado durante los primeros días, que se aplican con procedimientos rutinarios y van desde una valoración del estado general, cuidando la luz y ruido ambiental, adecuada temperatura de la habitación, hasta la instauración de una correcta alimentación.
La estancia hospitalaria ha de ser lo suficientemente larga como para que se puedan identificar problemas, si los hubiese, y asegurar que la madre se encuentra preparada y recuperada para atender las necesidades del bebé una vez se produzca el alta.

Es necesario conseguir desde el primer momento, mediante las pruebas y cuidados que enumeramos a continuación, la información necesaria en caso de que exista algún problema que necesite atención, para así solucionarlo lo antes posible; que se consiga su adaptación a la vida de manera óptima desde el primer momento, y que ésta se desarrolle en las condiciones óptimas.
Durante las primeras horas de vida el mejor cuidado se centra en evitar la pérdida de calor; es contraproducente retirar el vérnix, no se debe aplicar baños al recién nacido y tampoco utilizar jabón, evitando así la irritación o traumatismos en la piel. Con una suave esponja impregnada en una mínima cantidad de jabón neutro sin ningún tipo de aditivo humedecida en agua templada se puede realizar una suave limpieza de los restos del parto que queden en su cabeza así como del meconio que haya quedado adherido a la zona perianal. En cuanto al alimento, hablando de recién nacidos sanos, no requieren la ingesta de más líquidos que los que aporta la leche materna. Salvo prescripción médica no se recomienda ningún suplemento alimenticio (no debe alarmar la situación de que el bebé pierda peso durante los primeros días de vida, siempre que no se supere el 10% y éste se recupere en los 10-15 días posteriores).

Además de tener en cuenta lo indicado en la introducción del capítulo destacamos una serie de cuidados que, debido a su especial importancia, merecen mención especial:

El ombligo.
Una vez cortado el cordón umbilical y tras aplicarle una solución antiséptica con el fin de evitar infecciones y debe envolver en una gasa.

La profilaxis de la conjuntivitis neonatal.
Debido al contacto con las secreciones de la vagina de la madre en el momento del parto se pueden producir conjuntivitis, por lo que habitualmente se aplica un colirio para evitar el crecimiento o desarrollo de gérmenes, esta acción puede hacerse directamente en el paritorio u horas después del nacimiento.

Profilaxis de hemorragias.
En el momento del alumbramiento el bebé aún tiene poco desarrollado el mecanismo que regula la coagulación sanguínea. Puesto que su hígado no está del todo preparado y su vitamina K aún es escasa, con el fin de evitar posibles complicaciones, se le administra la vitamina K en forma de inyección o por gotas a todos los recién nacidos.

Vacuna de la hepatitis B.
En prácticamente la totalidad de las Comunidades Autónomas de España se viene administrando una vacuna frente a la Hepatitis B desde el año 1994 a todos los recién nacidos.

Pruebas para la detección precoz de enfermedades metabólicas.
También conocidas como screening. Son pruebas sencillas cuyo fin es obtener unas gotas de sangre del pequeño. Lo más habitual es realizarlo mediante un pequeño pinchazo en el talón (de ahí que comúnmente también se le pueda conocer como "prueba del talón"). Por medio de las mismas aparece la posibilidad de detectar fielmente si el niño es, o no, portador de enfermedades metabólicas de origen congénito.
Existen infinidad de enfermedades metabólicas, aunque la inmensa mayoría son muy raras, por lo que no todas ellas son motivo de investigación, de hecho en nuestro país actualmente sólo se dedican medios de investigación de forma habitual a las más comunes, que se reducen a dos: el Hipotiroidismo y la Fenilcetonuria que detectadas en los primeros días de vida hacen posible la aplicación de un tratamiento que permite al recién nacido un normal desarrollo. Si por el contrario fracasase la detección precoz pueden producirse daños cerebrales imposibles de reparar, causando retraso mental.

Las primeras horas de vida: horas de gran importancia.
Es en estas primeras horas donde se va a desarrollar el VINCULO. Se podría definir como una experiencia humana de lo más compleja y profunda, que cada pequeño vive de una forma personal, requiriendo siempre de forma ineludible el contacto físico unido a la interacción en las primeras etapas o etapas tempranas de su vida. Por lo que, a no ser que sea absolutamente necesario, como pueden ser circunstancias en las que corra peligro la vida de la madre o del recién nacido, bajo ningún concepto se ha de separar a éste de su madre.
Desde el mismo momento que comienza la etapa final que conducirá al parto, el feto ha de comenzar la adaptación a las circunstancias para producirse el alumbramiento. En el tiempo que ha durado la gestación se ha producido una madu-

ración y crecimiento, pero esta fase es muy complicada, pues de ella dependerá su supervivencia. El cambio que se produce en el momento del nacimiento es muy brusco, en esta fase sus pulmones han de eliminar el líquido que se haya almacenado, sus hormonas de estrés le comienzan a preparar. Este cambio se produce desde el mismo instante en que el cordón umbilical es cortado, en ese preciso momento se produce el cambio en su circulación y en sus pulmones, que empiezan a notar la entrada de aire y a percibir el frío del ambiente. También se produce un gran cambio debido a la gravedad, ya no se encuentra flotando en el líquido amniótico, comienza a percibir infinidad de nuevos ruidos que desconocía, … Todos estos cambios van parejos a su adaptación, todo es muy rápido y todo ello a su vez puede ser favorecido con el sentimiento del calor y olor de su madre, se hace necesario que permanezca junto a su madre… piel con piel, donde ya puede sentirse caliente, confortable, seco, con un acceso directo a la fuente de la que podrá obtener su alimento desde ese mismo instante y el instinto innato de mamar.

Lactancia.

Una vez el pequeño se encuentra sobre el abdomen de su madre suele guiarse por el olor del pecho para acceder a él y así obtener la primera leche, conocida como calostro, que posee sustancias volátiles con olores muy similares a las que forman el líquido amniótico. En ese momento comienza a mamar, es por ello que, insistimos, no se recomienda la separación de la madre en las primeras horas de vida para que este proceso no se vea alterado.

Control de la temperatura.

Respecto al control de la temperatura del recién nacido, se puede conseguir a través del contacto “piel con piel”, también conocido como “método madre canguro” que facilita la regulación térmica del pequeño, inhibiendo la producción de las hormonas que producen estrés en el bebé y favoreciendo el vínculo entre madre e hijo. Todo ello se ha de desarrollar en una estancia que se encuentre entre los 22 y 25º. La correcta temperatura axilar del bebé oscila entre 36, 5º y 37, 5º C, si nos encontramos en medio de esos valores evitaremos la hipotermia que a su vez puede producir hipoglucemia, bradicardias, apneas o un aumento en el consumo de oxígeno.

Los problemas de la termorregulación se pueden combatir si tenemos controladas la temperatura del ambiente, la situación de piel con piel, ropa adecuada en el recién nacido (no conviene tenerlo demasiado abrigado ni con enseres difíciles de manejar, se ha de adecuar la ropa al ambiente en el que se encuentre pero siempre ha de ser de tejidos suaves y no irritantes, en el lado opuesto un arropamiento en exceso puede producir el efecto contrario: la hipertermia) y por supuesto se

ha de vigilar en todo momento la temperatura corporal para así evitar hipotermias. En las primeras 24 horas, es aconsejable vestir al recién nacido solamente con un gorrito de algodón, body y pantalón y calcetines, se ha de evitar poner guantes que dificultan su exploración táctil y que puede introducirse en su boca. Es conveniente mantener el gorro en los días posteriores al nacimiento.
Los recién nacidos necesitan un ambiente tranquilo, no es conveniente que haya demasiada luz o ruido, puesto que puede producirles irritabilidad y alterar tanto los ciclos de sueño como de alimentación del bebé. Son los adultos los que han de adaptarse a los ritmos que va marcando el lactante: han de respetarse sus periodos de sueño y descanso, sus necesidades de alimentación.

2 Objetivos

Enumerar unos conocimientos básicos y generales en la atención del neonato.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Bibliografía

• Bustos Lozano (2008). Guía de cuidados del recién nacido en plantas de maternidad. Madrid. –España. Ed. Tintas y papel S.L.
• Dr. Navsaria (2019). Cómo bañar a su bebé.
• Guía del recién nacido. Cuidados y primeras pruebas del bebé. www.natalben.com
• Ministerio de Sanidad y Política Social (2010). Cuidados desde el nacimiento. Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas.
• OMS. Departamento de Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. Ginebra –Suiza.

Capítulo 998

TIPOS DE ALIMENTOS QUE CONTRIBUYEN A CONCILIAR MEJOR EL SUEÑO EN BEBÉS

VIRGINIA RODRIGUEZ GONZALEZ

1 Introducción

Dentro de los buenos hábitos que se han de adquirir para un buen desarrollo, en el caso de los bebés, está el descanso .Entendemos por descanso ,las horas de sueño y por ello debemos dar suma importancia a que los bebés puedan conciliar lo mejor posible el sueño ya que durante este periodo se van a producir cambios hormonales y bioquímicos (de gran importancia para un buen desarrollo del equilibrio físico). Una de las consultas frecuentes a los pediatras es sobre la dificultad para realizar esta acción o por la interrupción del sueño durante la noche.
La alimentación tiene en este aspecto un papel importante ya que hay una serie de alimentos que nos ayudan a conciliar el sueño.

Algunas de las sustancias que ayudan a este hecho son:

- El Triptófano; una aminoácido esencial que el ser humano debe adquirir en la alimentación ya que no es capaz de sintetizar por sí mismo..Una de sus mayores concentraciones se encuentra en la leche (considerándose también sus derivados). Se suman a este apartado el pescado, los moluscos, los cereales, frutas y verduras. Esta sustancia hace que el cerebro segregue Serotonina y la Melatonina . Dos hormonas con gran relevancia para el equilibrio del sueño y que por ello deben encontrarse en unas cantidades adecuadas.

La Serotonina es un neurotransmisor que se encuentra en una parte del cerebro relacionado con el estado de ánimo y el sueño, por lo que es importante para el bienestar .Podemos encontrarla en cereales, piña, huevos ,pavo, yogur, almendras,etc.

La Melatonina Esta hormona sintetizada a partir de la serotonina, tiene entre otras funciones activar el sueño y sincronizarlo con los ciclos luz/oscuridad. Podemos encontrarla en frutas como cerezas, plátano, fresas, uvas, cereales como el arroz o en los tomates, etc.

Teniendo esto en cuenta unas buenas recomendaciones sería :la combinación, para el biberón de media noche de cereales y leche, el pavo, fruta o alguna ensalada de pasta o arroz integral por su contenido en carbohidratos de absorción lenta.

2 Objetivos

- Conocer los alimentos que ayudan a conciliar el sueño en el caso de los bebes, para que su descanso sea reparador.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Algunos alimentos lácteos (como la leche), los cereales , frutos secos(como las nueces), pescado y algunas legumbres, contienen Triptófano que facilita el sueño y ayudan a que éste sea más reparador.

5 Discusión-Conclusión

Algunos niños tienen problemas para dormir bien. Pueden llegar a dormir mejor si se incluyen en su dieta ciertos alimentos antes de acostarse que se saben, ayudan a regular el ciclo de sueño y vigilia, esto es una solución fácil y sencilla, que esta a la mano de los padres.

6 Bibliografía

- Alimentos para dormir mejor. Alimentación infantil. Borrel, M. (2010). Mi cocina: para el sueño. Hispano Europa Stivill, E. (2014). Alimentos y nutrientes que ayudan a conciliar el sueño. Clínica Cleveland. Alimentos que nos ayudan a dormir mejor. ABC salud. Fortes, M.A., y Montserrat-Gala, A.M. (2013).
- Aprender a dormir. Pediatría Atención. Rev, Pediat, .Aten . Primaria, 15(60), Madrid.ISSNN-7632. Pérez-Santos, C. (2003). Los alimentos y el sueño. Aliza. (2012).
- Posteg in dieta y nutrición alimentos que te ayudan a dormir mejor, vida y salud. Gladys, C., y Tripodi, M.R. (2007). Hábitos de sueño en menores de 2 años. Archivos argentinos de Pediatría. Buenos Aires. Zamora-Álvarez, T. y Lirios, G.P. (2014).
- El papel de la matrona en la higiene del sueño del futuro del bebé. Introducción al sueño y claves principales en la prevención de riesgos durante del sueño del bebé . Experto en Medicina del sueño. Gómez- Peña, I. (2014).

Capítulo 999

LA NUTRICIÓN

CARMEN MUÑIZ ALVAREZ

LAURA GARCÍA FERNÁNDEZ

ELENA RODRÍGUEZ GARCÍA

1 Introducción

La nutrición es la introducción en el organismo y empleo por éste, de las materias plásticas y energéticas necesarias para que pueda desarrollar su actividad vital.

Mediante la digestión los alimentos se descomponen en sus unidades constituyentes hasta conseguir elementos simples llamados nutrientes que nuestro organismo es capaz de asimilar. Los enzimas digestivos rompen los enlaces entre los componentes de los alimentos.

2 Objetivos

- Conocer cómo funciona la nutrición desde que ingerimos los alimentos hasta que llegan a su destino final que son las células de los tejidos para obtener la energía que necesita nuestro organismo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática,sobre la literatura científica existente.

Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medlinem y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

DIGESTIÓN BOCA:
Cuando masticamos mezclamos los alimentos con la saliva que contiene una enzima llamada amilasa salivar que actúa sobre los almidones y los transforma en monosacáridos.

En la saliva se encuentra la lisozima que destruye parte de las bacterias que se encuentran en los alimentos y también está compuesta de moco que convierten el alimento en una masa moldeable y que protege las paredes del tubo digestivo.

DIGESTIÓN EN EL ESTÓMAGO:
El alimento pasa al estómago a través del cardias que es una válvula que permite el paso del alimento del esófago al estómago.

En el estómago sobre los alimentos se vierte el jugo gástrico que mata las bacterias y la pepsina, el enzima que parte las proteínas ya desnaturalizadas en cadenas cortas de sus aminoácidos constituyentes.

Los glúcidos se llevan parte de la digestión estomacal, ya que la ptialina deja de actuar en medio ácido del estómago. Los almidones y azúcares se van mezclando con el ácido clorhídrico del contenido estomacal, su digestión se para hasta que salen del estómago.

Los lípidos pasan inalterados en el estómago, ralentizan la digestión de los demás nutrientes ya que envuelven los alimentos y no permiten el acceso de los jugos gástricos y enzimas a ellos.
Finalizado el trabajo del estómago este vierte el contenido al duodeno a través de una válvula llamada píloro donde continúa la digestión.

LA DIGESTIÓN INTESTINAL
En el duodeno el páncreas vierte más secreciones alcalinas que dejan el quimo con la acidez necesaria para que las diferentes enzimas del intestino delgado actúen sobre el mismo.

El hígado a su vez vierte la bilis que contiene sales biliares que son unos potentes

detergentes naturales que separan las grasas en pequeñas gotas para que las enzimas del páncreas puedan actuar sobre ellas.

Las sales biliares que se descomponen en ácidos biliares que se recuperan al ser absorbidos y vuelven al hígado donde son de nuevo transformados en sales.

Cuando el alimento va avanzando por el intestino se le añaden otras secreciones como el jugo entérico que contiene enzimas que acaban la tarea de romper las moléculas de todos los nutrientes.

Los nutrientes pasan a la sangre y los no digeribles junto con el agua y las sales minerales pasan al intestino grueso
Los nutrientes son absorbidos por las células y una vez en el interior son transformados y utilizados en función de las necesidades y del tipo de célula que se trata.

El sistema central a través de la insulina gestiona el uso que las células hacen de los nutrientes.

5 Discusión-Conclusión

El objetivo final de toda la cadena de sucesos que tienen lugar cada vez que ingerimos el alimento es que nuestras células tengan la materia prima para alimentarse y reconstruir sus partes dañadas.

Cualquier obstrucción que provoquemos en este proceso por no alimentarnos correctamente privará de energía o materiales básicos a algunas de nuestras células. Cuando esto ocurre las células mueren o no se reproducen correctamente, deteriorando los tejidos a los que pertenecen y provocando, en su última instancia, la enfermedad.

6 Bibliografía

- Vademecum de Especialidades Farmacéuticas del CGCOF de 2000.
- Las Bases Farmacológicas de la Terapéutica. Goodman y Gilman. Ed. Panamericana.
- Información de medicamentos USP DI 11th. Edition, 1992. M0 de Sanidad y Consumo.
- Manual de Farmacia. CGCOF. 2a Edición. 1988 PAM. 1987-2000

- Nutrición y Qietética. Aspectos sanitarios. Tomo 2. CGCOF. 1993.

Capítulo 1000

EL VÍNCULO ENTRE EL PACIENTE Y EL TÉCNICO EN CUIDADO AUXILIARES DE ENFERMERÍA.

MARIA DE LA CONCEPCION PRIETO MALLO

ELENA MUÑIZ ALVAREZ

ÁNGELES RODRÍGUEZ GARCÍA

NURIA DÍAZ ARIAS

CRISTINA GONZÁLEZ BERNABÉ

1 Introducción

La relación de ayuda en enfermería se basa en la creación de un vínculo entre el paciente y el Técnico En Cuidado Auxiliares de Enfermería (TCAE), con el fin de ayudarle a afrontar de la mejor manera posible las consecuencias emocionales de la enfermedad. Por lo tanto, esta interrelación se establece entre dos personas:
• El paciente, que está afectado psicológicamente por la enfermedad y necesita herramientas para afrontar su nueva situación,
• El TCAE, que dispone de los conocimientos para proporcionar esas herramientas.
La relación de ayuda es imprescindible para ofrecer unos cuidados de enfermería eficaces y de calidad, ya que aumenta las capacidades del paciente y, por lo tanto, eleva su autonomía y autoestima.

El objetivo fundamental de la relación de ayuda es el cambio en las actitudes negativas del paciente mediante las técnicas utilizadas por el TCAE.
• Lograr disminuir la ansiedad del paciente a través de la comunicación.
• Ayudarle a identificar y reconocer los problemas derivados de su situación para poder afrontarlos.
• Hacerle consciente de que sus actitudes influirán en su estado físico y emocional.
• Ayudarle a buscar razones para darle sentido a su vida.
Para que esta relación sea eficaz han de observarse los siguientes aspectos:
- Tiene que ser una ayuda exclusiva y única, y será diferente dependiendo del tipo de paciente que sea.
- Es una asistencia definida, precisa y eficaz. Se debe involucrar a la familia.
- Los papeles han de estar bien definidos, dejando claro cuáles son nuestras funciones.
- Es importante que el TCAE deje al margen sus sentimientos, y se centre en resolver los que resultan problemáticos para el paciente.
- Si se lleva a cabo correctamente, supone un crecimiento personal tanto para el TCAE como para el paciente, ya que el paciente consigue afrontar con éxito su nueva situación, y el TCAE experimenta una gran realización profesional.
Los pacientes que logran establecer una relación de ayuda exitosa con el TCAE, se encuentran mejor preparados psicológicamente y en relación con su autocuidado, lo que se traduce en una transición y vuelta a su vida normal mucho menos traumática, a pesar de las consecuencias de la enfermedad.

2 Objetivos

Dar a conocer la importancia del vinculo entre el paciente el TCAE con el fin de ayudarle a afrontar de la mejor manera posible las consecuencias emocionales de la enfermedad.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica y retrospectiva en la base de datos Scielo, y de los resultados arrojados en la búsqueda se han tenido en cuenta 5 para documentarnos. Las palabras clave utilizadas son Relación, Ayuda, Counseling.

4 Bibliografía

- La Enfermería y los cuidados del sufrimiento espiritual. Muñoz Devesa, Aarón; Morales Moreno, Isabel.
- Instrumento para valoración del cuidado humanizado brindado por profesionales de enfermería a personas hospitalizadas.
- Satisfacción de los pacientes en dos modelos asistenciales de Atención Primaria distintos, en España y Portugal. Reolid Martínez, Ricardo E.; Flores Copete, María; López García, Mónica; Briones Monteagudo, Fernando; Alcantud Lozano, Pilar.
- Counseling: una herramienta para la mejora de la comunicación con el paciente. Martí-Gil, C.; Barreda-Hernández, ; Marcos-Pérez, G.; Barreira-Hernández, D. Farmacia Hospitalaria Jun 2013, Volumen 37 Nº 3 Páginas 236 – 239.

Capítulo 1001

LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL.

ANDREA FERNANDEZ SUAREZ

1 Introducción

La presión arterial es la fuerza ejercida por la sangre sobre la unidad de superficie arterial, la medimos en milímetros de mercurio. Dado que el corazón bombea sangre hacia la aorta de forma pulsátil, obtenemos dos tipos de presiones, la presión sistólica (cuando bombea al resto del cuerpo) que tiene un valor medio de 120-90 mmHg, y la presión diastólica (cuando el corazón se relaja), es la presión en los vasos sanguíneos entre los latidos del corazón, con un valor medio de 80-40 mmHg. Cuanto más alta es la tensión, más esfuerzo tiene que realizar el corazón para bombear, por lo que podemos decir que la hipertensión arterial es la elevación persistente de la presión arterial de los valores establecidos por consenso. Se estima que entre el 30 y el 45 % de la población general adulta es hipertensa, con un claro incremento relacionado con la edad.

La medición habitual de la presión arterial es la principal herramienta de diagnóstico. Se mide mediante unos aparatos llamados esfigmomanómetros y según los valores que se obtengan, podemos distinguir los siguientes tipos de presión arterial:

- Normal: de 120/80 a 129/84 mmHg;
- Normal alta: de 130/80 a 139/89 mmHg;
- Estadio 1 de hipertensión: de 140/90 a 159/99 mmHg;
- Estadio 2 de hipertensión: de 160/100 a 179/109 mmHg;
- Estadio 3 de hipertensión: mayor de 179/109 mmHg.

En la mayoría de los casos no se conocen las causas específicas que provocan la hipertensión arterial, pero sí se ha relacionado con una serie de factores que

suelen estar presentes en la mayoría de las personas que la sufren. Distinguiendo entre causas no modificables:
A. Factores genéticos, la predisposición a desarrollar hipertensión arterial está vinculada a que un familiar de primer grado tenga esta patología.
B. Edad, la presión arterial aumenta con los años.
C. Raza, los individuos de raza negra tienen el doble de posibilidades de desarrollar hipertensión que los de raza blanca, además de tener un peor pronóstico.
D. Sexo, los hombres tienen más predisposición a desarrollar hipertensión arterial que las mujeres hasta que estas llegan a la edad de la menopausia, a partir de esta etapa la frecuencia en ambos sexos se iguala.
Causas modificables:
- Sobrepeso y obesidad, a medida que se aumenta de peso se eleva la tensión arterial y su frecuencia entre los obesos es entre dos y tres veces superior a la de los individuos con un peso normal.
- Las mujeres que toman anticonceptivos orales puede desarrollar hipertensión.
- Los problemas relacionados con el riñón pueden influir en su aparición.
- El consumo de algunas drogas y tóxicos pueden propiciar la hipertensión (cocaína, alcohol, ciclosporina, nicotina y eritropoyetina entre otras).

La mayor limitación a la hora de detectar la hipertensión es que la mayoría de los casos transcurren sin que haya ningún síntoma y, por lo tanto, la enfermedad pasa desapercibida con el riesgo que eso conlleva, por eso se le conoce como "el asesino silencioso". Los pacientes hipertensos tienen un mayor riesgo de padecer complicaciones cardiovasculares graves como los ictus, infartos agudos de miocardio, muerte súbita, insuficiencia cardiaca, enfermedad arterial periférica, así como la enfermedad renal terminal, siendo de peor pronóstico cuanto más joven sea el individuo. Además, los pacientes hipertensos suelen presentar otros factores de riesgo cardiovasculares asociados, factores como la obesidad, el sedentarismo, el tabaquismo, cifras elevadas de triglicéridos, o de colesterol sérico, diabetes, multiplican el riesgo del paciente hipertenso a padecer una complicación vascular grave. Los profesionales utilizan el sistema SCORE para calcular el riesgo absoluto de morir por enfermedad cardiovascular en 10 años en los pacientes hipertensos.

El mejor tratamiento de la hipertensión es una buena prevención que evite su aparición. Los tres pilares sobre los que debe asentarse tanto la prevención como el tratamiento inicial son: la dieta, el ejercicio físico de manera regular y el abandono del tabaco. Practicar una dieta cardiosaludable; disminuir el consumo de sal y consumir frutas, verduras, legumbres, frutos secos, pan y otros cereales. Usar aceite de oliva como grasa principal e incrementar la ingesta de aves y pescado en

detrimento de las carnes rojas. Debemos controlar el peso, ya que el sobrepeso es una causa de hipertensión. Realizar ejercicio físico de manera regular consigue bajar sus cifras. Controlar el consumo de alcohol, un consumo excesivo provoca el incremento de la presión arterial y otras alteraciones perjudiciales el corazón y otros órganos. Dejar de fumar, El tabaco aumenta la presión arterial y la frecuencia cardiaca, multiplicándose el efecto perjudicial del tabaco en las personas hipertensas. Dejar de fumar tiene unos efectos positivos superiores a cualquier medicación. Respecto al tratamiento farmacológico, su beneficio es máximo en los pacientes de alto riesgo o sobre los que presentan otros factores de riesgo asociados. Los fármacos antihipertensivos están agrupados en varios tipos:
1. Diuréticos.
2. Inhibidores del sistema renina angiotensina (IECA).
3. Antagonistas de los receptores de angiotensina (ARA-II).
4. Calcioantagonistas.
5. Betabloqueantes. El médico indicará el tratamiento que considere más apropiado a las circunstancias concretas del paciente. Como la hipertensión arterial es una enfermedad crónica, el cumplimiento del tratamiento es de vital importancia, pues la reducción del riesgo de sufrir complicaciones va estrechamente ligada a las cifras de presión arterial y no debemos abandonar el tratamiento una vez conseguidas cifras normales.

2 Objetivos

Concienciar del beneficio que supone adoptar unos hábitos de vida saludables para prevenir esta enfermedad.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.
Palabras clave “prevención”, “síntomas” y “tratamiento”.

4 Bibliografía

- https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000468.htm.
- https://www.webconsultas.com/categoria/salud-al-dia/hipertension.
- https://cuidateplus.marca.com/.../hipertension-arterial.html.
- https://fundaciondelcorazon.com/prevencion/riesgo-cardiovascular/hipertension-tension.
- https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/high-blood-pressure/diagnosis

Capítulo 1002

LA VIOLENCIA DE GÉNERO.

BELEN ORDOÑEZ ALVAREZ

1 Introducción

La violencia de género ha sido y sigue siendo una de las manifestaciones más claras de la desigualdad, subordinación y de las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres. Hay varios tipos de violencia de género, la física, psicológica, económica y sexual a través de los abusos sexuales. Cada vez son más los hombres que sufren maltrato, aunque a ellos no se les considera violencia de género.

Los maltratadores suelen presentan características comunes y estas son agresividad, celos, dominio hacia la mujer etc
Es importante conocer que hacer para prevenir una agresión y en caso de sufrirla lo que se puede hacer y a donde ir. Existe la orden de protección para la mujer maltratada y a día de hoy tantos los centros de salud como los hospitales están preparados para reconocer y ayudar a las mujeres que presenten algún tipo de maltrato.

2 Objetivos

- Conocer los diferentes tipos de violencia de género.
- Definir las características del maltratador.
- Describir el maltrato a los hombres.
- Conocer que hacer si se sufre una agresión.
- Citar las medidas de autoprotección.
- Definir la orden de protección.

- Describir el protocolo de actuación en el ámbito sanitario

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo se realizó una búsqueda bibliográfica, utilizando las bases de datos Pubmed y Scielo, además de la enciclopedia Medline para la definición de la violencia de género.
En la base de datos Scielo se utilizaron las palabras clave ”violencia”, ” maltrato”, ”abusos”, ”maltratador”, ”agresivo” y ”autoprotección”, “agresor ”,”orden de protección”, “protocolos en violencia”.
En Pubmed, se utilizaron las siguientes palabras clave: ”abuse”, ”violence, ” ”aggressiveness, ” cruelty”, ”” and ” self protection”.
En ambas bases de datos se utilizaron los operadores boleados ”AND” y ”OR” para combinar las diferentes palabras clave y obtener unos resultados más precisos y más ajustados a nuestras necesidades.
Los criterios de inclusión de artículos fueron: aquellos escritos en español e inglés, que hablasen exclusivamente de la violencia de género. Se excluyeron todos aquellos artículos que hablasen sobre opiniones personales o subjetivas.

4 Resultados

La violencia de género sigue siendo una manifestación de desigualdad, subordinación y de poder del hombre sobre la mujer. La situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres se ejercen sobre éstas por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relacionares similares de afectividad, aún sin convivencia y comprende todo acto de violencia física y psicológica, incluidas las agresiones a la libertad sexual, las amenazas, las coacciones o la privación arbitraria de libertad.

Son varios los tipos de violencia de genero. La violencia física es cualquier acto de fuerza contra el cuerpo de la mujer, con resultado o riesgo de producir lesión física o daño, ejercida por quien sea o haya sido su cónyuge o esté o haya estado ligado a ella por análoga relación de afectividad, aún sin convivencia. También tendrán la consideración de actos de violencia física contra la mujer los ejercidos por hombres en su entorno familiar o en su entorno social y/o laboral.

La violencia psicológica es toda conducta, verbal o no verbal, que produzca en

la mujer menosprecio o sufrimiento, a través de amenazas, humillaciones o vejaciones, exigencia de obediencia o sumisión, insultos, aislamiento, culpabilización o limitaciones de su ámbito de libertad, ejercida por quien esté o haya estado ligado a ella por análoga relación de afectividad, aún sin convivencia.

La violencia sexual y de abusos sexuales, incluyen cualquier acto de naturaleza sexual forzada por el agresor o no consentida por la mujer, abarcando la imposición, mediante la fuerza o con intimidación, de relaciones sexuales no consentidas, y el abuso sexual, con independencia de que el agresor guarde o no relación conyugal, de pareja, afectiva o de parentesco con la víctima. Acoso, violación, penetración de objetos, tocamientos y contactos no deseados, mutilación genital, impide ejercer tu sexualidad libremente.

Algunas características que son comunes en el maltratador son:
• Se muestran violentos y agresivos en el ambiente familiar, mientras que presentan una gran capacidad de seducción y persuasión en los demás ambientes públicos.
• Un factor de riesgo es que hayan sido testigos de violencia en su familia de origen.
• Reitera estas conductas con otras mujeres con la que mantiene relaciones de pareja.
• No asumen su violencia, ni la consideran un problema y tienden a justificarla y minimizarla.
• Suelen ser inseguros, celosos, dominantes y agresivos.
• Mantienen claras actitudes sexistas y se creen todos los estereotipos sobre la mujer.
• Son personas de valores tradicionales respecto al género y al papel tradicional que hombres y mujeres deben cumplir.
• No pertenece a ninguna clase social, económica o cultural, ni religión ni grupo étnico determinado.

El maltrato a los hombres también existe y es igual de cruel que el maltrato a las mujeres. No se considera violencia de género ya que esta sólo se contempla a la violencia ejercida de un hombre hacia una mujer. Es una violencia más silenciosa y posiblemente sea la vergüenza que experimentan, la que les haga no denunciar o admitirlo. La sociedad está poco concienciada al maltrato de los hombres respecto al ejercido sobre las mujeres. Suele ser más el maltrato psicológico, aunque también existe el maltrato físico. También hay diferencias en el aspecto

legal ya que las amenazas o coacciones a una mujer son un delito, mientras que las referidas a un hombre, solo se contemplan como una falta.

Si se sufre una agresión lo primero es acudir a un centro de salud u hospital para que hagan un reconocimiento médico completo. Si no se pudiera acudir por propio pie, llamar al servicio de Emergencias (112). Si ha sufrido una agresión sexual, coméntelo y pida una revisión específica. Es muy importante pedir el parte de lesiones. El siguiente paso es denunciar y pedir la orden de protección. Puede denunciar en la Comisaría de la Policía Nacional, el Cuartel de la Guardia Civil o el Juzgado de Guardia de tu localidad. Es importante solicitar la asistencia de un abogado o abogada, identificar al agresor, aportar el parte médico si existiesen lesiones, mencionar si hay testigos y contar con detalle lo ocurrido (cómo se ha producido la agresión, en qué fecha, hora, lugar, etc).

Si se ha sufrido maltrato en otras ocasiones es importante explicarlo, decir si entonces se puso denuncia o no. Es también vital comentar si usted y sus hijos están en una situación de riesgo. Antes de firmar la denuncia léala atentamente y pida una copia. Puede pedir o solicitar información sobre la orden de protección. Asimismo, en la página Web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad se ha creado una Web de recursos de apoyo y prevención ante casos de violencia de género (WRAP), que permite la localización de los recursos policiales, judiciales y de información, atención y asesoramiento, mas próximos en cualquier localidad.

Medidas de autoprotección:
Fuera del domicilio, lleve siempre consigo un teléfono móvil, guarde los números de emergencia (112, 091) en su teléfono móvil vinculándolos a una tecla de marcación automática. Preste atención en los trayectos rutinarios y a las horas de llegada y salida del trabajo, del colegio de sus hijos/as, etc. No aparque en sitios poco iluminados ni transitados. Si sabe con antelación que existe la posibilidad de coincidir con el agresor (puntos de encuentro, actuaciones judiciales conjuntas, etc.), pida a algún familiar o persona de confianza que le acompañe. Y comunique esta situación a la Unidad policial que, en su caso, valorará qué medida de protección será la adecuada.

La prevención en casa a tener en cuenta es, al entrar y salir de casa, preste atención y compruebe los alrededores de su vivienda. Adopte medidas de seguridad: cambie la cerradura de la puerta, buena visibilidad de la mirilla, etc. Cambie sus

números de teléfonos y solicite a la empresa que no sean registrados en guías públicas. Antes de abrir la puerta, compruebe qué persona está llamando, si no la ve claramente NO abra. NUNCA abra al agresor y advierta a sus hijos, hijas, personas a su cargo o a otras personas con las que comparta el domicilio. Si es él quien llama, máxime si cuenta con una orden de alejamiento, póngase en contacto con la policía. Comunique su situación a personas de su confianza, especialmente vecinos, para que le adviertan si ven al agresor merodeando por los alrededores de su vivienda para que adopte medidas de prevención y, en su caso, avisen también a la policía.

Si se encuentra fuera de su domicilio, diríjase rápidamente a un lugar concurrido y llame a la policía informando de la situación. Si no tiene lugar público a donde ir, llame la atención de personas que estén en la calle o pida auxilio en alguna casa cercana. Si está en el coche y ve al agresor, no detenga el vehículo y diríjase a un lugar que considere seguro (casas de familiares, amigos, dependencias policiales, etc).

La orden de protección es un instrumento legal que ha sido diseñado para proteger a las víctimas de la violencia doméstica y/o de género frente a todo tipo de agresiones. La violencia de género es definida como los actos violentos físicos o psicológicos ejercidos sobre una mujer por un hombre que tenga o haya tenido con ella relación conyugal o de afectividad. Y violencia doméstica, como el mismo tipo de actos ejercidos por hombres o por mujeres sobre familiares directos, a excepción de los casos que sean violencia de género. Para ello, la orden de protección concentra en una única e inmediata resolución judicial (un auto) la adopción de medidas de protección y seguridad de naturaleza penal y civil, y activa al mismo tiempo los mecanismos de asistencia y protección social establecidos a favor de la víctima por el Estado, las Comunidades Autónomas y las Corporaciones Locales.

La orden de protección puede solicitarla, la víctima de actos de violencia física o psicológica por parte de quien sea o haya sido su cónyuge o de quien esté o haya estado ligado a ella por relaciones similares de afectividad, aun sin convivencia. Los descendientes de la víctima, sus ascendientes o hermanos por naturaleza, adopción o afinidad, propios o del cónyuge o conviviente, los menores o incapaces que convivan con la víctima o que se hallen sujetos a la potestad, tutela, curatela, acogimiento o guarda de hecho. El Ministerio Fiscal y las entidades u organismos asistenciales, públicos o privados que tuviesen conocimiento de la

existencia de alguno de los delitos o faltas de violencia de género, deberán ponerlos inmediatamente en conocimiento del Juez/a de Violencia sobre la Mujer o, en su caso, del Juez/a de Instrucción en funciones de guardia, o del Ministerio Fiscal con el fin de que el Juez/a pueda incoar o el Ministerio Fiscal pueda instar el procedimiento para la adopción de la orden de protección.

Para llevar a cabo una solicitud de protección, es necesario realizarlo a través de un formulario normalizado y único disponible en las Comisarías de Policía, Guardia Civil, dependencias de las Policías Autonómicas y Locales, órganos judiciales penales y civiles entre otros. El formulario también puede obtenerse a través de Internet: entre otras, web del Ministerio de Igualdad, web del Consejo General del Poder Judicial. La solicitud deberá presentarse en el Juzgado, en la Fiscalía, en las Comisarías de la Policía, los puestos de la Guardia Civil, las dependencias de las Policías Autonómicas y Locales, en las Oficinas de Atención a las Víctimas o en los Servicios de Orientación Jurídica de los Colegios de Abogados. Una vez recibida la solicitud, ésta será remitida de forma inmediata al Juez/a de Violencia sobre la Mujer o, en su caso, al Juez/a de Guardia.

Las mediadas a adoptar en una orden de protección pueden ser penales o civiles. Medidas penales pueden ser, privativas de libertad (prisión provisional), prohibición de aproximación, prohibición de residencia y prohibición de comunicación Las medidas civiles son, atribución del uso y disfrute de la vivienda familiar, determinar el régimen de custodia, visitas, comunicación y estancia con los hijos, régimen de prestación de alimentos y cualquier medida de protección al menor para evitar un peligro o perjuicio. Las medidas de naturaleza civil deberán ser solicitadas por la víctima o su representante legal, o bien por el Ministerio Fiscal cuando existan hijos menores o incapaces.

PROTOCOLO EN EL AMBITO SANITARIO

Para su abordaje se considera prioritaria la detección precoz desde los servicios sanitarios, es decir, adelantar el diagnóstico y realizar una intervención temprana. Se recomienda que, para llevar a cabo una detección precoz y mejorar la atención, se pregunte sistemáticamente a todas las mujeres que acudan a consulta, tanto si es la primera visita (en la cual se lleva a cabo la apertura de la historia clínica) como si se trata de una consulta habitual y no consta en la historia clínica que se le ha preguntado.

Para ello se realizarán preguntas exploratorias de abordaje psicosocial, incluyendo la violencia de género. Podría iniciarse, además de preguntas de abordaje psicosocial, directamente, informándole dada la alta frecuencia de maltrato para evitar que piense A pesar de estas preguntas, muchas veces identificar la violencia de género es especialmente complicado debido a que las mujeres puedan sentir miedo ante la respuesta de su pareja, de la sociedad, la baja autoestima, sentirse culpables, la dependencia económica, vergüenza, falta de apoyo familiar y/o social, estar acostumbrada a ocultarlo, conflicto para los hijos, etc y por parte del personal sanitario, por miedo a ofender a la mujer o por la escasa formación en habilidades de la entrevista.

Algunos indicadores de sospecha de violencia pueden ser, los antecedentes de violencia, antecedentes personales o de hábitos de vida como las lesiones frecuentes, abuso de alcohol, psicofármacos, problemas gineco-obstétricos(ausencia de control de la fecundidad, lesiones genitales, dismenorrea, historia de abortos repetidos, retraso en la solicitud de atención prenatal , síntomas psicológicos(insomnio, depresión, ansiedad, baja autoestima, irritabilidad, trastornos de la conducta alimentaria, intentos de suicidio), aspectos sociales, síntomas físicos frecuentes(cefalea, dolor crónico, mareos, molestias gastrointestinales, dificultades respiratorias), entre otros.

Una vez que la mujer reconoce estar en una situación de maltrato y/o presenta indicadores de sospecha, se debe proceder a realizar una valoración integral, se evaluará si se encuentra en situación de peligro extremo y se explorarán las expectativas de la mujer y la situación en la que se encuentra en relación a la toma de decisiones de cambios en su vida, aspectos que son muy importantes de cara a adaptar la intervención a la situación de la mujer.
En los servicios de urgencia es frecuente que las lesiones y síntomas de las pacientes sean más graves, por lo que es más probable que reconozcan haber sufrido malos tratos.

Para detectar la posible violencia, es preciso mantener una actitud alerta y prestar atención a los signos y síntomas que pueda aportar la paciente. Es importante que se realice en un clima de confianza adecuado. Se deberá atender el estado de salud de la mujer, tanto físico como psicológico, y establecer un diagnóstico y atención adecuados. La atención a la paciente se realizará en función de las lesiones y síntomas presentados y, en el caso de que no precise ingreso en planta,

se deberá valorar la necesidad de una actuación urgente de profesionales de la psicología/psiquiatría y trabajo social.

Igualmente, se ha de indagar acerca de la existencia de menores o personas dependientes que también puedan estar padeciendo la violencia, por si hubiera que tomar medidas inmediatas. Desde el servicio de urgencias se deberá informar a atención primaria de la situación detectada, a fin de que pueda hacer el seguimiento que proceda mediante la remisión de una copia del informe clínico.

5 Discusión-Conclusión

La violencia de género es un claro síntoma de desigualdad del hombre hacia la mujer. Puede manifestarse de muchas formas siendo estas físicas, psicológicas o de tipo sexual. Cualquier acto de fuerza contra la mujer por parte del cónyuge o que estuviese relacionado con la mujer sin existir convivencia se considera violencia de genero.

Los maltratadores suelen manifestar características comunes pudiendo ser, violentos, agresivos, inseguros, celosos, dominantes y agresivos. Existe también el maltrato a los hombres, pero no se considera violencia de género. Suelen no presentar denuncia por vergüenza y el maltrato es más frecuente en el aspecto psicológico.

Si se sufre una agresión lo primero debe ser, acudir a un centro de salud o a urgencias del hospital para un reconocimiento médico y posteriormente ir a denunciar. Es importante conocer todas las medidas de autoprotección para poder reaccionar en caso de que el maltratador se acerque. También existe la orden de protección que garantizará la protección de la víctima frente a todo tipo de agresiones.

6 Bibliografía

1. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género. Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. 2012. Informes, estudios e investigación. Páginas [41-71]
2. Beatriz Gimeno Reinoso, Violeta Barrientos Silva. Violencia de género versus violencia domestica: la importancia de la especificidad. Revista venezolana de

estudios de la mujer.2009; volumen 32.pp 1-19
3. Sonsóles Mayorga. El maltrato a hombres, una violencia invisible. [En línea] 2013 [fecha de acceso 23 de febrero de 2014]. Disponible en: http://www.rtve.es/noticias/20130811/hombres-maltratados/729222.shtml

Capítulo 1003

DIAGNÓSTICO DE VAGINOSIS BACTERIANA MEDIANTE LA PRUEBA DE PAPANICOLAOU

VIRGINIA RODRIGUEZ GONZALEZ

1 Introducción

La vaginosis bacteriana, es una infección bacteriana que ocurre cuando proliferan más unas bacterias que, en circunstancias normalmente están en equilibrio con otras de diferentes tipos, todas ellas saludables que están en la vagina. Suele ser causada por una bacteria llamada Gardnerella vaginalis, que es el tipo de bacteria más común en la vagina y por tanto es la infección más frecuente.
A lo largo de los años se ha producido cambios para poder clasificar e identificar la Gardnerella Vaginalis. Es una bacteria anaerobia que provoca la Vaginosis Bacteriana, de unos 0´3 micras cuya clínica fundamental es que aparece una secreción de color blanco y gris de mal olor, el pH se encuentra por debajo de 5.
Cuando estas características macroscópicas se dan en conjunto, se debe realizar las pruebas oportunas para ir descartando otra patologías como Candidiasis, Trichomona o Cervicitis purulenta. Y ahí interviene la prueba de Papanicolaou, en la que utilizando un cepillo suave o una espátula plástica se puede tomar una muestra de exudado vaginal que se pòndrá en contacto contacto con el hidróxido de potasio al 10%. El resultado será positivo si desprende un fuerte olor a pescado.
Microscópicamente se aprecia una serie de cambios en la citología que sirven para confirmar el diagnóstico de Vaginosis Bacteriana como una intensa coloración de bacilos cortos, tendencia a colocarse en cierta forma alrededor de células escamosas, etc.

Entre las complicaciones que pueden darse está el caso de mujeres embarazadas puede haber un mayor riesgo de parto prematuro. O puede dar lugar a una inflamación crónica que afecte a las Trompas de Falopio pudiendo provocar embarazos ectópicos.
En el caso de padecer dicha patología se debe llevara a cabo una serie de cuidados personales:

- No utilizar jabón en la zona genital.
- La higiene se realizara solo con agua tibia (no caliente) manteniendo la zona en todo momento limpia y seca.
- No aplicar desodorantes, ni talcos en la zona. No son recomendable la duchas vaginales ya que estas eliminan también otro tipo de bacterias, alterando el equilibrio y rompiendo la barrera que protege de otras infecciones no .

2 Objetivos

- Poder diagnosticar la Vaginosis Bacteriana gracias a una prueba sencilla donde se toma una muestra cervicovaginal, denominada Papanicolaou.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La prueba denominada Papanicolaou, aún no siendo este su fin, puede ayudar a diagnosticar una infección por Gardnerella Vaginalis o también llamada Vaginosis Bacteriana. Ya que permite ver una serie de comportamientos celulares al microscopio que descarta que la infección sea producida por otro tipo de microorganismo.

5 Discusión-Conclusión

La vaginosis Bacteriana tiene una serie de síntomas y comportamientos celulares característicos.Pero son estos últimos los que gracias a una prueba denominada Papanicolaou van a dar un diagnóstico que permita dar un tratamiento precoz. Esta detección temprana influye en que la infección por Vaginosis Bacteriana tenga una incidencia baja, ayudando cambien, a este factor la mejor educación sanitaria y sexual y que se ve reflejado en prácticas sexuales más seguras.

6 Bibliografía

- REVISTA MEDICA DE COSTA RICA Y CENTROAMERICA LXIX (602) 183-187, 2012.
- Por Oluwatosin Goje , MD, MSCR, Cleveland Clinic, Lerner College of Medicine of Case Western Reserve University.
- Rev. Arch Med Camagüey Vol21(6)2017.

Capítulo 1004

CUIDADOS A PACIENTE CON HEMOFILIA

VANESSA CARBAJAL TEMPRANA

1 Introducción

La hemofilia es un trastorno hemorrágico donde la coagulación de la sangre está alterada. Las personas que sufren esta enfermedad sangran durante un periodo más largo de tiempo.
Esta patología implica la falta o deficiencia de factores de coagulación, elementos que, junto con las plaquetas, se encargan de taponar la lesión de los vasos sanguíneos y reducir el sangrado.

2 Objetivos

- Reducir todas aquellas situación que favorezcan la aparición de una hemorragia.
- Educar al niño a la hora de conocer los síntomas que aparecen con el inicio de las hemorragias: aumento de presión, molestia o pinchazo, sensación de calor localizado, cosquilleo, etc. Esto permitirá actuar más pronto al inicio de la hemorragia para poder pararla más rápido.
- Integrar a los niños con este problema en todas las actividades posibles y que no conlleven un mayor riesgo de sangrado. Hacer que se sientan queridos y apoyados. Generar ambiente de confianza para que los niños con hemofilia puedan pedir ayuda cuando sea necesario.

3 Caso clínico

Niña lactante de 5 meses a urgencias por dolor, tumefacción e impotencia funcional, con rotación externa del miembro inferior derecho. La exploración física mostró que estaba hemodinámicamente estable, afebril, sin movilidad activa y llanto a la movilidad pasiva, con aumento de partes blandas en el muslo y la rodilla, y asimetría respecto a la extremidad contralateral. Tenía antecedente de vacunación intramuscular la semana previa en la zona afectada.
Antecedentes familiares tenía al abuelo materno afectado de hemofilia A grave y una hermana de 3 años sin estudio de portadora realizado.

4 Discusión-Conclusión

La educación sanitaria y el consejo genético a los padres son fundamentales. Los niños y sus padres deben conocer el tratamiento de la enfermedad, disponer de un centro especializado que resuelva los aspectos médicos, y de programas sociales y deportivos que excluyan el riesgo traumático. Las vacunaciones deben administrarse por vía subcutánea, si es posible, y debe usarse siempre una aguja de calibre pequeño, y aplicar presión y hielo local sobre la zona. Está contraindicado el uso de ácido acetilsalicílico y deben evitarse los antiinflamatorios no esteroideos.

5 Bibliografía

- https://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/hemophilia/facts.html
http://fedhemo.com/que-es-la-hemofilia/.

Capítulo 1005

LOS CUIDADOS DE ENFERMOS TERMINALES, EL TRABAJO DEL TCAE

AMOR FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ

MARÍA COVADONGA RODRÍGUEZ ESPINA

BEATRIZ MONTES FERNÁNDEZ

MILAGROS FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

La definición en el ámbito sanitario de cuidados paliativos es un concepto que considera la atención integrada de un equipo asistencial multidisciplinar e incorpora, sobre todo, el trabajo del personal médico, los profesionales de enfermería, los técnicos auxiliares de cuidados de enfermería, los psicólogos y los trabajadores sociales, además de profesionales de otros ámbitos: servicios sociales, educativos, asociaciones de pacientes y familiares, etc.

Los cuidados paliativos se consideran un componente esencial de la atención sanitaria en base a los conceptos de dignidad, autonomía y derechos de los pacientes así como una percepción generalmente reconocida de solidaridad y cohesión social. Hoy en día la atención a los pacientes en el final de la vida es un derecho reconocido por organismos internacionales como la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) y se menciona en informes técnicos elaborados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y su oficina europea y en resoluciones del Consejo de Europa. En la actualidad el

aumento de la esperanza de vida y el crecimiento del número de personas con enfermedades oncológicas y crónico-degenerativas supone un gran reto para la sociedad en su conjunto, tanto por su repercusión en todos los niveles de atención como por la necesidad de reorientar y organizar los recursos y las estructuras sanitarias.

El hecho de morir es, sin duda, uno de los acontecimientos más difíciles de afrontar, en el que aparecen situaciones de una gran intensidad física, emocional y espiritual, tanto en el paciente como en su familia. La respuesta que el Sistema Sanitario ofrece ante estas múltiples y complejas necesidades son los cuidados paliativos, que procuran el alivio del sufrimiento para conseguir una buena calidad de vida y morir con dignidad.

La OMS definió en el año 2002 los cuidados paliativos como «Un enfoque de la atención que mejora la calidad de vida de pacientes y familiares, que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades terminales, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación precoz, la correcta valoración y el tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales».

El Ministerio de Sanidad y Consumo puso en marcha, en el año 2007, la Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud, con el objetivo de establecer compromisos viables y medibles en las Comunidades Autónomas, para contribuir a la homogeneidad y mejora de los cuidados paliativos.

2 Objetivos

- Detectar de manera precoz en cualquier nivel asistencial la unidad paciente/familia o cuidador susceptible de atención con cuidados paliativos.
- Realizar una valoración integrada multidisciplinar de la unidad paciente/familia o cuidador, que incluya sus necesidades, valores, deseos y preferencias.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Sci-

elo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Como objetivo fundamental de los cuidados paliativos es mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias, así como prevenir y aliviar el sufrimiento. Im1866 plantar el Proceso Asistencial Integrado (PAI) de cuidados paliativos, con el fin de elaborar un plan de actuación personalizado. La Guía de Práctica Clínica (GPC) de Cuidados Paliativos del Ministerio de Sanidad y Consumo, de 2008, recomienda que los cuidados paliativos comiencen al diagnosticar una enfermedad que amenaza la vida, de forma simultánea con los tratamientos curativos, mientras en las fases finales de la enfermedad, además del tratamiento paliativo, puede ser necesario seguir con medidas activas para mantener o mejorar la calidad de vida del paciente.

Al evaluar la Estrategia en Cuidados Paliativos en el SNS en el año 2009, se comprueba un incremento de dispositivos y recursos, así como de actividades formativas, pero también se pone de manifiesto el reto de proporcionar una atención avanzada, experta y de alta calidad en situaciones de complejidad. De forma que, en la actualización de 2010-2014 de la Estrategia de Cuidados Paliativos en el SNS, se indica de forma explícita que los pacientes que sufren de situaciones complejas pueden requerir la intervención de un equipo específico de cuidados paliativos y establece como cobertura apropiada para ellos el 60% de los pacientes oncológicos y el 30% de los pacientes no oncológicos.

Los cuidados paliativos deben prestarse ante una enfermedad sin tratamiento específico o curativo, avanzada y progresiva, pero para aumentar la precisión de la población diaria y realizar una estimación de las personas susceptibles de recibir cuidados paliativos, se lleva a cabo una revisión de la literatura científica, considerando claves las publicaciones al respecto de McNamara, Murray y Dy por su grado de adecuación a los objetivos planteados.

Para ello y siempre con el fin de mejorar el bienestar, se registra todo ello en la historia clínica, en la cual valoramos los siguientes aspectos biomédicos funcionales y sociales:
1. Se aplicara de forma sistemática en cada episodio de atención una escala cualitativa de valoración del dolor al paciente.
2. Valoración física completa al paciente

3. Valoración de la situación emocional, psicológica y espiritual de la unidad paciente/familia-cuidador.
4. Valoración social de la unidad paciente/familia-cuidador.
5. Detección de posibles necesidades diferenciales en función del género.
6. El nivel de complejidad de la situación se evaluará según instrumento IDC-Pal (Indicador de Complejidad de Cuidados Paliativos).

Elaborar un plan terapéutico y de cuidados, personalizado y actualizado de la 1867 unidad paciente/familia-cuidador, valorando sus preferencias y deseos, para el control de síntomas y los factores de riesgo de descompensación.
1. Se efectuará el control de los síntomas y las descompensaciones.
2. Es preciso ofrecer apoyo emocional durante todo el proceso de atención.
3. Reevaluación del nivel de complejidad ante cambios del paciente, de la familia y el entorno o de la organización sanitaria, según instrumento IDC-Pal.
4. Tratamiento precoz de las posibles complicaciones asociadas a su enfermedad basal.

Garantizar el respeto a la intimidad, la confidencialidad de la información y el respeto a la negativa al tratamiento o la información por parte de la unidad paciente/familia-cuidador.
1. Las entrevistas tanto con el paciente como con la familia y el cuidador principal serán individualizadas para que puedan expresar sus emociones y preferencias ante cualquier cambio respecto a la situación basal.
2. Pautas de comportamiento cuidadoso con respecto al trato de los pacientes y sus familias. 3. 3. Solicitud de autorización para la presencia de profesionales en formación.
4. La información será veraz, continua y comprensible para promover el empoderamiento y la participación activa del paciente y su familia.
5. Respeto a la vida privada y las condiciones acordadas con la unidad paciente/familia-cuidador.

Detectar y atender las necesidades específicas de los familiares a lo largo del proceso de cuidados paliativos.
1. Valoración de la familia para atender de forma adecuada al paciente.
2. Identificación del cuidador principal en el proceso de atención.
3. Valoración y realización de un plan de intervención del cuidador principal.

Facilitar la atención psicológica a los pacientes y sus familiares en cualquiera de los ámbitos de atención sanitaria según sus necesidades.

1. El apoyo emocional básico al paciente y su familia se ofrecerá durante todo el proceso de atención.
2. Ante situaciones de alta complejidad la intervención psicológica será especializada.

5 Discusión-Conclusión

La calidad de la relación del paciente con todos los profesionales que le atienden es vital para el afrontamiento de la enfermedad, tratamiento y evolución y somos conscientes de que a veces no se dan las condiciones ideales para lograr una buena comunicación por falta de tiempo, espacio, estrés y demás condicionantes que nos llevan a dedicarnos casi exclusivamente a actividades que se cuantifican. Como dijo Platón, "junto a los ungüentos para curar las heridas, no olvides dar el ensalmo, pues tu buen decir, tu bello discurso, también ayudarán a cicatrizar las heridas".

Nosotros como técnico auxiliares de enfermería prestamos un cuidado holístico y actuamos como defensores del paciente, colocando los intereses de este en primer lugar y trabajando en colaboración con ellos mismos, es por eso que debemos desarrollar nuestras habilidades de comunicación y reivindicar unas condiciones idóneas que nos permitan llevarlas a cabo. Los cuidados paliativos no terminan con el fallecimiento del paciente; continúan también durante el proceso de duelo de la familia.

6 Bibliografía

- "Morir con Dignidad: Dilemas éticos en el final de la vida". Fundación de Ciencias de la Salud. Serie: Etica y Humanidades. Ed. Doce Calles, Madrid, 1996. - Salud para todos en el siglo XXI. OMS. Ed. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1999. 1869
- OMS. "Alivio del dolor y tratamiento paliativo del cáncer". Serie de informes técnicos 804. Ginebra. 1990.
- "Cuidados paliativos en la fase terminal" American Academy of Family Phisicians. 1999. De la traducción, Medical Trends, Barcelona 2001.
- CARPENITO L. Manual de Diagnósticos de Enfermería. McGraw.
- Hill. Interamericana. 9º edición. Edición en español: 2003. Madrid. 1870, DE LA FUENTE, C. Y COLS. "Síndrome terminal de enfermedad". Master Line, Madrid, 2000.

- GOMEZ SANCHO,M.; OJEDA MARTÍN,M. “Cuidados paliativos: Control de síntomas”.
- BENITEZ DEL ROSARIO, MA.; LLAMAZARES GONZALEZ, AI;GARCÍA GONZALEZ,G. “Cuidados Paliativos”. Recomendaciones Semfyc. Edide. Barcelona,1998 - SAUNDERS,C. “Cuidados de la enfermedad maligna terminal”. Salvat. Barcelona, 1998. National .
- BONDJALE, T.; ALBURQUERQUE, E., FERRER,M. “Medidas no farmacológicas del tratamiento del dolor” en Cuidados paliativos en Oncología. JIMS, Barcelona,1996.

Capítulo 1006

INFECCIONES NOSOSCOMIALES, QUÉ CUIDADOS NECESITAN.

MILAGROS FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ

AMOR FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ

BEATRIZ MONTES FERNÁNDEZ

MARÍA COVADONGA RODRÍGUEZ ESPINA

1 Introducción

Definición para la " OMS" Las IAAS, también denominadas infecciones «nosocomiales» u «hospitalarias», son infecciones contraídas por un paciente durante su tratamiento en un hospital u otro centro sanitario y que dicho paciente no tenía ni estaba incubando en el momento de su ingreso. Las infecciones que ocurren más de 48h después del ingreso suelen considerarse nosocomiales. Afectan al 5% de los pacientes y comportan una elevada morbimortalidad y un mayor coste económico.

Los principales tipos de infección relacionada con el sistema sanitario están relacionados con procedimientos invasivos y son la infección respiratoria, la quirúrgica, la urinaria y la bacteriemia de catéter vascular. Se ha demostrado que la aplicación de listados de verificación y paquetes de medidas son de utilidad en la prevención de estas infecciones.

La vigilancia epidemiológica, entendida como la recopilación de información para emprender una acción, es la base de los programas de control de infección.

Estos han evolucionado desde una vigilancia global de la infección nosocomial a una vigilancia dirigida a procesos relacionados con la prevención y a indicadores (tasas) de infección nosocomial. La comparación de estos indicadores puede ser de utilidad en el establecimiento de medidas de prevención.

2 Objetivos

- Abordar el problema de las enfermedades nosocomiales y circunstancias particulares de las mismas.
- Exponer y explicar los cuidados más importantes que requieren las enfermedades nosocomiales.

3 Metodología

Revisión bibliográfica en bases de datos como Scielo, Medline, Cochrane y Pubmed, utilizando como criterios de búsqueda infección nosocomial, Epine, prevención en enfermedades nosocomiales, Cuidados Auxiliares de Enfermería ante infecciones. Las palabras claves utilizadas en la búsqueda fueron: enfermedad nosocomial, prevención, infecciones quirúrgicas y bacteremias

4 Resultados

La tasa se mantiene estable desde hace años, lo que es positivo dado el envejecimiento de la población y las mejoras en el diagnóstico. Ocho de cada cien pacientes que ingresan en un hospital en nuestro país contraerán una infección en el propio centro. Es lo que se conoce como infección nosocomial, una complicación que, se podría decir, es la contrapartida de la medicina moderna.

Muchos factores contribuyen a su aparición: las personas ingresadas tienen el sistema inmunitario comprometido, se someten a exámenes y tratamientos invasivos y las prácticas de atención de los pacientes y el medio del hospital pueden facilitar la transmisión de microorganismos. A todo lo cual habría, además, que añadirle que el uso intenso de antibióticos favorece la resistencia a esos medicamentos y que se está convirtiendo en un auténtico problema. No obstante, esta cifra apenas ha variado en los últimos 20 años, según se extrae del Estudio de prevalencia de las infecciones nosocomiales en España (Epine). «Es una "fotografía" de lo que está pasando en un momento puntual pero que sirve 1878 para tener una idea de la dimensión del problema.

Esta cifra se ha mantenido relativamente constante desde 1995, de cuando datan los primeros datos disponibles en nuestro país», señala José Ramón Paño, médico adjunto del Servicio de Enfermedades Infecciosas del Hospital Clínico de Zaragoza y portavoz de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (Seimc). En la actualidad la mayor parte de las intervenciones quirúrgicas menores se hacen ambulatoriamente y sólo se ingresa a un paciente cuando realmente es imposible manejarlo fuera del hospital. La edad media de la población también se ha incrementado significativamente.

Por otra parte, el gran desarrollo de la Microbiología Clínica en España hace que muchas infecciones que antes no se diagnosticaban y, por lo tanto no se registraban, ahora sí se detectan, aumentando las tasas reportadas. En un entorno de trabajo y de intercambio que permita aplicar los avances y técnicas desarrolladas a las distintas patologías en menos tiempo sería:
1. Desarrollar técnicas de diagnóstico molecular
2. Diseñar nuevos adyuvantes para inmunoterapia que permitan nuevas vías de administración
3. Estudio de la fisiopatología de algunas enfermedades más prevalentes
4. Elaborar estudios epidemiológicos adaptados a nuestro medio
5. Desarrollar modelos animales que permitan tanto el estudio de análisis genéticos como de la efectividad y seguridad de las formas de inmunoterapia
6. Impulsar el desarrollo de ensayos clínicos promovidos por los investigadores de esta área
7. Ofrecer a países en desarrollo métodos diagnósticos y de tratamiento de bajo coste para el control de zoonosis y desarrollar estrategias de bajo coste para su prevención primaria (inmunoterapia en reservorios)
8. Diseminar en zonas desfavorecidas el conocimiento en los agentes de salud del diagnóstico y tratamiento de zoonosis
9. Diseñar medios para controlar la infección nosocomial
10. Desarrollar un biobanco de muestras de estas enfermedades
11.Formar personal sanitario (clínico, investigador, técnicos, personal de enfermería) para la aplicación de las técnicas de diagnóstico molecular, inmunoterapia y ensayos clínicos
12. Promover el intercambio de nuestros investigadores con centros nacionales e internacionales.

5 Discusión-Conclusión

Prevenir la infección nosocomial es una labor de equipo y así debemos trabajar en los hospitales. Por eso debe favorecerse la creación y operatividad de equipos de vigilancia, prevención y control de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS) y que en estos equipos participen activamente médicos de distintas especialidades (Medicina Preventiva, Microbiología, Enfermedades Infecciosas, UCI) y enfermera/os con experiencia, conocimiento y capacidad de liderazgo en este ámbito. es muy importante incorporar la prevención de las infecciones nosocomiales y de las IRAS a la cultura de seguridad y excelencia de los hospitales, llegando a todos los profesionales.

Desde los que están a pie de cama hasta los gestores sanitarios que definen las prioridades».El problema, en caso de ponerse en marcha medidas de este tipo, estaría en cómo medir la tasa de infección de cada centro. Porque, aunque a día de hoy está el Epine (que mencionábamos al principio), de hecho, pueden existir variaciones significativas entre centros. Uno de los aspectos que condiciona la frecuencia de infecciones es la complejidad del hospital y de las intervenciones que en él se realizan. Por eso, no es esperable la misma frecuencia de infección nosocomial en un centro en el que se realizan procedimientos sencillos y de forma programada, que en otro de referencia donde se hacen procedimientos complejos como trasplantes o cirugía oncológica.

Además, el perfil de la población atendida también influye en el riesgo de infección nosocomial. «Ese tipo de incentivos y penalizaciones tiene como positivo que ponen este asunto en la agenda de los equipos directivos y que, además, le conceden importancia, algo que hasta ahora no había ocurrido y que es muy necesario. No obstante es muy importante ser muy meticuloso en la selección de los indicadores y objetivos a conseguir, puesto que las tasas de infección nosocomial dependen de muchos factores y debemos estar seguros de tener en cuenta no sólo las cifras brutas sino las circunstancias de cada centro para no perjudicar a aquellos en los que se realizan los procedimientos de más alto riesgo o en los que atienden poblaciones más desfavorecidas».

La prevalencia de las infecciones nosocomiales se ha mantenido durante el periodo de 2008 a 2016 con un 8% de pacientes afectados del total de hospitalizados.
- La mortalidad de un 20% de los pacientes y el impacto económico que asciende a 1.000 millones de euros al año hace de las infecciones nosocomiales una problemática importante en el Sistema Sanitario Español.

- La magnitud de las infecciones nosocomiales en España como en Estados Unidos es semejante en prevalencia, incidencia, mortalidad e impacto económico. Desde un punto de 1880 vista positivo España se encuentra a nivel de una potencia mundial como es Estados Unidos para hacer frente a la problemática de las infecciones nosocomiales. Los factores de riesgo extrínseco son determinantes para la aparición de un tipo u otro de infección nosocomial siendo las mayoritarias las infecciones respiratorias, urinarias, quirúrgicas y bacterimias.

6 Bibliografía

- ENVIN-UCI Informe 2008. Grupo de trabajo de enfermedades infecciosas de la sociedad española de medicina intensiva crítica y unidades coronarias (SEMICYUC)
- Bajo JA, Bajo JM, Lailla JM. (2007) Vigilancia de la infección nosocomial, indicador de calidad. Capítulo 12. 2007 (7).
-Olaechea PM, Insausti J, Blanco A, Luque P.Epidemiología e impacto de las infecciones nosocomiales. Med Intensiva. 2010; 34(4):256–267.
- Iñigo J, Sendra JM, Díaz R, Bouza C, Sarría- Santamera A. Epidemiología y costes de la sepsis grave en Madrid. Estudio de altas hospitalarias. Medicina Intensiva vol.30:5 jun/jul. 2006.
-Gasto de la infección nosocomial o como mejorar la calidad: un programa dirigido a clínicos y gestores. Enero-julio 2013. EIDON nº 39:68-75.
-Umscheid CA, Mitchell MD, Doshi JA, Agarwal R, Williams K, Brennan PJ. Estimating the Proportion of Healthcare-Associated Infections That Are Reasonably Preventable and the Related Mortality and Costs. 2011 Feb; 32(2):101-14,Ducel G, Fabry J, Nicolle L. Prevención de las infecciones nosocomiales. Guía práctica 2ª edición. Organización Mundial de la Salud. 2012.
-Informe EPINE-EPPS 1990-2015; 2014; 2015; 2016. Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene (SEMPSPH)
-Mette Koch A, Nilsen Miodini R, Merete Eriksen H, Jane Cox R, Harthug S. Mortality related to hospital-associated infections in a tertiary hospital; repeated cross-sectional studies between 2004-2011. Antimicrob Resist Infect Control. 2015; 4:57.
- Asensio A, Monge D. Epidemiología de la infección por Clostridium difficile en España. Enfermedades infecciosas y Microbiología clínica. Junio-julio 2012; 30(6):333-337

Capítulo 1007

COPIA EXTRA DEL CROMOSOMA 21

MARÍA COVADONGA RODRÍGUEZ ESPINA

BEATRIZ MONTES FERNÁNDEZ

AMOR FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ

MILAGROS FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

No es una enfermedad, el síndrome de Down es la alteración congénita ligada a la triplicación total o parcial del cromosoma 21, que origina retraso mental y de crecimiento y produce determinadas anomalías físicas.

El síndrome de Down es el conjunto de síntomas que se presentan juntos y son característicos de una enfermedad o de un cuadro patológico determinado provocado, en ocasiones, por la concurrencia de más de una enfermedad. El SD se llama así porque fue identificado inicialmente el siglo pasado por el médico inglés John Langdon Down. Sin embargo, no fue hasta 1957 cuando el Dr. Jerome Lejeune descubrió que la razón esencial de que apareciera este síndrome se debía a que los núcleos de las células tenían 47 cromosomas en lugar de los 46 habituales.

Y es que los seres humanos, mujeres y hombres, tenemos normalmente 46 cromosomas en el núcleo de cada célula de nuestro organismo. De esos 46 cromosomas, 23 los recibimos en el momento en que fuimos concebidos del espermatozoide (la célula germinal del padre) y 23 del óvulo (la célula germinal de la madre). De esos 46 cromosomas, 44 son denominados regulares o autosomas y forman pare-

jas (de la 1 a la 22), y los otros dos constituyen la pareja de cromosomas sexuales, llamados XX si el bebé es niña y XY si es varón (Pueschel, 1997).

Es importante saber que el espermatozoide del hombre y el óvulo de la mujer son células embrionarias o germinales que sólo tienen la mitad de los cromosomas de las demás células, es decir, 23. Por lo tanto, cuando se produce la concepción y el óvulo y el espermatozoide se funden para originar la primera célula del nuevo organismo humano, ésta tiene los 46 cromosomas característicos de la especie humana.

A partir de esa primera célula y por sucesivas divisiones celulares se irán formando los millones de células que conforman los diversos órganos de nuestro cuerpo. Eso significa que, al dividirse las células, también lo hace cada uno de los 46 cromosomas, de modo que cada célula sigue poseyendo esos 46 cromosomas. Conviene recordar aquí que la importancia del cromosoma reside en su contenido, es decir, los genes que dentro de él residen. Porque son los genes los que van a dirigir el desarrollo y la vida entera de la célula en la que se albergan.

2 Objetivos

- Identificar la causa, patologías, progresión de la enfermedad, diagnóstico, prevención de medidas funcionales y cuidados de enfermería.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Scielo, Medline, Cochrane, Pubmed y Google Schoolar, se han utilizando criterios de búsqueda en revistas científicas. Las palabras claves utilizadas en la búsqueda fueron: sindrome de Down, Cromosomas, células , espermatozoide.

4 Resultados

Cuando nace un niño con Síndrome de Down se deben tener en cuenta varios factores como la alimentación, la educación y desarrollo. También su salud y ejercicios definidos para mejorar las interconexiones neuronales y favorecer sus expectativas de futuro, disminuyendo el riesgo de padecer problemas secundarios. De 0 a 2 años

- Alimentación: los profesionales recomiendan la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses, siempre y cuando los padres estén de acuerdo con esa decisión. A partir de ahí, la leche materna debe complementarse con alimentos ricos en nutrientes beneficiosos para la salud.
- Educación y desarrollo: la integración entre el trabajo de los padres, los familiares y los profesionales médicos son claves para disminuir el retraso madurativo asociado a esta alteración genética. Los progenitores deben llevar a cabo una rutina de ejercicios que complementen los realizados en un centro especializado. Es importante que se complementen con las rutinas diarias del hogar: viajes, paseos, deporte, etc. Se trata de planificar el tiempo familiar y personal.
- Salud y ejercicios: una correcta alimentación previene enfermedades como afecciones respiratorias, digestivas, gripes, etc. Además, deben realizarse todos los controles de pediatría pertinentes. Mediante ejercicios pautados por fisioterapeutas, logopedas, psicólogos y especialistas en psicomotricidad, entre otros, se ayudará a mejorar las interconexiones neuronales del niño. De 2 a 6 años - Alimentación: se deben fomentar los buenos hábitos alimentarios y favorecer una dieta variada y equilibrada, evitando siempre los productos calóricos.
- Educación y desarrollo: los padres se enfrentan en esta etapa a una decisión importante, escoger entre un centro de educación integrada o uno especial. Debe recalcarse que se trata de que el pequeño aprenda, se desarrolle psicológicamente, se divierta, socialice y llegue a alcanzar hilos afectivos.
- Salud: el pediatra y los especialistas marcarán las pautas a desarrollar, tanto a nivel psicológico como corporal. Es probable que los niños sufran algunas enfermedades con mayor frecuencia debido al contacto con compañeros. La prevención y la vigilancia de la salud es primordial, sin dejar de lado los ejercicios estipulados. De 6 a 12 años: - Alimentación: el crecimiento se ve acelerado, por lo que la dieta debe ser sana y equilibrada, adquiriendo siempre los nutrientes necesarios en un menor de esta edad, con el objetivo de evitar el sobrepeso, la hipercolesterolemia u otras patologías relacionadas con una mala alimentación.
- Educación y desarrollo: aunque los avances en edades tempranas es rápido, es a partir de los seis años cuando un niño con Síndrome de Down comienza a notar un freno en su ritmo de aprendizaje. Gana autonomía y destreza, entre otros, pero con mayor lentitud. Cada pequeño tiene su ritmo. - Salud y ejercicios: los cuidados que se han llevado a cabo hasta este momento deben seguir su curso, sin dejar de lado la importancia de la vigilancia y prevención.

Adolescencia:
- Alimentación: la pubertad puede resultar complicada en cualquier persona. Por ello, es importante inculcar a los niños que padecen Síndrome de Down hábitos

saludables que marquen su futuro.
- Educación y desarrollo: la autonomía es uno de los aspectos en los que hay que hacer mayor hincapié. El adolescente estimulado correctamente desde su nacimiento presenta grandes capacidades que no pueden dejar de ser impulsadas. Deben reforzarse y premiar los conocimientos académicos y las habilidades sociales, entre otros muchos.
- Salud y ejercicio: las revisiones médicas deben ser las habituales en estas edades. Sin embargo, el joven debe ser más consciente de su autonomía y convertirse en responsable de su cuidado, siempre con la ayuda y estimulación de su familia. Se trata de dejar que aprenda por sí mismo, pero con supervisión. Los cuidados de enfermería se centran en la mayor proximidad con todo tipo de pacientes y en este caso con las personas con síndrome de Down y también con sus familias y su entorno. De hecho, el papel del profesional de Enfermería es muy amplio y entre los cuidados están, entre otros:
- Identificar las características de las familias.
- La posibilidad de ofrecer a los padres información fidedigna, sin sesgos, tras el diagnóstico ya sea prenatal o postnatal.
- Dar apoyo emocional tanto al niño como a los padres, facilitando la información necesaria sobre asociaciones y centros para atenderles de forma especializada.
- Coordinar y hacer de puente con es¬tos centros de atención especializada y asociaciones de familias y de ayuda mutua.
- Enseñar hábitos saludables y de higiene tanto a las familias como a las propias personas con síndrome de Down.
- Ganar la confianza del niño con síndrome de Down, para que sienta que su enfermera y su consulta es un lugar seguro, al igual que ganar la confianza de los padres para que sean capaces de expresar a la enfermera sus preocupaciones o dudas.
- Realizar las revisiones periódicas de los niños con síndrome de Down; la administración y puesta al día de su calendario vacunal, así como el resto de actividades habituales en todo paciente.
- Coordinarse y colaborar con las asociaciones.
- Especial implicación con la mujer con síndrome de Down, doblemente vulnerable al sumarse su discapacidad.
- Conocer y atender los problemas de salud que pueden afectar al adulto con síndrome de Down, tratándolo como un adulto más, así como la problemática propia del envejecimiento prematuro.

5 Discusión-Conclusión

Las personas con síndrome de Down necesitan someterse a las mismas exploraciones y normas de atención sanitaria que cualquier otra persona. Por ejemplo, los niños con síndrome de Down necesitan las habituales vacunaciones y los cuidados infantiles recomendados por las autoridades sanitarias. Las prácticas de vacunación evolucionan continuamente, por lo que hay que asegurarse de que se usan los protocolos más actualizados. Del mismo modo, a los adultos con síndrome de Down hay que explorar su salud de acuerdo con las prácticas habituales.

Sin embargo, los niños con síndrome de Down tienen mayor riesgo de presentar ciertas anomalías congénitas, y tanto los niños como los adultos pueden desarrollar ciertos problemas médicos que se dan con mayor frecuencia en las personas con síndrome de Down. Los profesionales sanitarios que proporcionan atención primaria como pediatras, médicos de familia, clínicos y genetistas, así como especialistas, personal de enfermería y otros profesionales sanitarios afines, como terapeutas físicos y ocupacionales, fonoaudiólogos y foniatras.

Además de dirigirse a los educadores y a quienes imparten la estimulación precoz, estas pautas están diseñadas para que los padres y demás cuidadores las usen en conjunción con los profesionales que participan en la atención de la persona con síndrome de Down.

En la atención de la persona con síndrome de Down están claramente respaldadas por el actual conocimiento científico y son :
- Detectar anomalías cardíacas congénitas: Es el caso de las ofrecidas para detectar la presencia de anomalías cardíacas congénitas, que aparecen en alrededor del 50% de los recién nacidos con síndrome de Down. En otros casos las recomendaciones no representan más que nuestras fundadas conjeturas.
- Añadir exploraciones de tiroides a los 6 meses de edad: Al comprobar que en los niños con síndrome de Down hay un aumento de disfunción tiroidea, recomendamos que se sigan realizando pruebas tiroideas cada año por si aparece hipotiroidismo. Pero no tenemos certeza sobre cuál debe ser la periodicidad más 1913 apropiada de este análisis, ni sobre su naturaleza: con qué frecuencia y cuál es el análisis más adecuado.
- Comprobar talla, peso y circunferencia de la cabeza: asegúrese de utilizar las curvas de crecimiento específicas para el síndrome de Down, además de las habituales, para comprobar la talla y peso (desde el nacimiento hasta los 18 años) y

la circunferencia de la cabeza (desde el nacimiento hasta los 36 meses). Si un niño se encuentra por debajo del tercer percentil, o sus valores se encuentran fuera de los percentiles previstos, considere la posibilidad de que haya una cardiopatía congénita, o trastornos endocrinológicos (tiroideos o hipofisarios), factores nutritivos. Puesto que los niños con síndrome de Down tienden a desarrollar sobrepeso, use siempre las relaciones "peso-talla" sobre las curvas de crecimiento de los niños con desarrollo normal; eso le dará un cuadro más realista de lo apropiado que sea el peso del niño.
- Evaluar la audición en el momento del nacimiento y cada 6 meses en adelante hasta los 3 años. - Evaluar la visión a los 6 meses de edad y después cada año.
- Explorar la enfermedad celíaca entre los 2 y 3 años.
- Explorar radiográficamente la inestabilidad atlantoaxoidea una vez entre los 3 y 5 años, y después si lo necesita para Special Olympics.

6 Bibliografía

- Niños y jóvenes con Síndrome de Down. Egido Editorial. ISBN 84-95879-09-3.
- Candel, I. Programa de Atención temprana. Intervención en niños con síndrome de Down y otros problemas del desarrollo. Ed. CEPE, Madrid, 1999. -Flórez J. «El tratamiento farmacológico del síndrome de Down.» En: Síndrome de Down. IAMER, Madrid 1983, p. 209-228. Flórez J. Nuevos tratamientos. Revista 1914 Síndrome de Down 1999
- Pueschel SM. Síndrome de Down. Hacia un futuro mejor. Fundación Síndrome de Down de Cantabria. España: Masson. 1991: 31-36. No obstante, el hijo representado en dicho cuadro llegó a Almirante de la marina británica.
- El cretinismo es el nombre dado a la discapacidad cognitiva de causa tiroidea (déficit de hormonas tiroideas). La confusión es fruto de la alta prevalencia de casos de hipotiroidismo en los niños con SD.
- Carnevale, A. «Aspectos genéticos del Síndrome de Down.» I Ciclo de conferencias sobre Síndrome de Down. México: Instituto John Langdon Down 1973: 42-43.
- Guía de manejo del síndrome de Down. Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria.Consultada el 12/05/2007 - «La formación de los gametos —óvulo u ovocito y espermatozoide—, el proceso de la meiosis y la formación de trisomías por no-disyunción.»] Fundación Iberoamericana Down21.
- Síndrome de Down. Aspectos médicos actuales. Ed. Masson, para la Fundación Catalana del Síndrome de Down.

Capítulo 1008

SALUD COMUNITARIA

EMMA GONZÁLEZ PÉREZ

1 Introducción

La salud comunitaria es la expresión colectiva de la salud de una comunidad definida, determinada por la interacción entre las características de las personas, las familias, el medio social, cultural y ambiental, así como por los servicios de salud y la influencia de factores sociales, políticos y globales. Por tanto, una intervención comunitaria en salud se define como una acción realizada con y desde la comunidad mediante un proceso de participación. La enfermería es de las profesiones más importantes de la atención a la salud, estando especializada en el ámbito de los cuidados, orientados a la salud, su recuperación, promoción y mantenimiento. La enfermería comunitaria responde a un modelo orientado a la racionalidad, la eficiencia y la equidad.

La enfermería además de implicarse en el proceso de salud-enfermedad de forma integral en un conjunto de cuidados al individuo, la familia y la comunidad, también contribuye a fomentar hábitos y conductas para su auto cuidado en la Atención primaria.

2 Objetivos

La enfermería en Atención primaria se ocupa de los individuos, grupos familiares y los diferentes grupos sociales en los centros de salud, en los domicilios de los pacientes y en las urgencias.Para poder afrontar los problemas de salud, se estudian en el medio en el que se desarrollan y se actualiza su desarrollo en el tiempo. Requiere conocer el entorno de las personas y sus comportamientos

saludables o de riesgo, los hábitos alimenticios, las condiciones higiénicas del entorno, los patrones culturales, las condiciones sociales, el entorno profesional, escolar y familiar.

Debido al gran número de enfermedades crónicas que padece la población, los familiares se ven obligados a desempeñar una función cuidadora, que precisa apoyo y asesoramiento sanitario por parte del personal de Atención primaria , que está debidamente formado y cercano al entorno familiar y comunitario. También tiene una labor educativa en los centros educativos, promocionando diferentes temas de salud.

3 Metodología

El modelo de Atención primaria amplió sus competencias y pasó de realizar funciones técnicas y burocráticas a trabajar con programas y protocolos.
Para que la enfermería sea una pieza clave en la Atención primaria debe:
- Fundamentar sus actuaciones en los problemas de salud prioritarios de la población y sus necesidades, elaborandolo de forma participativa.
- Garantizar la atención y los cuidados de salud.
- Utilizar la educación sanitaria como instrumento de su trabajo con las familias y la población
- Promover la participación comunitaria
- Abordar los problemas y necesidades de salud desde la multi-casualidad e interdisciplinariedad.
- Evaluar el impacto de sus actuaciones sobre la salud de la población.Un sistema orientado a la salud en lugar de la enfermedad, debe inculcar el auto cuidado personal y responsabilizar a la población de promover su salud personal y comunitaria. La enfermería familiar y comunitaria es el grupo profesional más capacitado para hacer esto posible desde su formación y competencias.

4 Resultados

El rol de la enfermería en la salud comunitaria, a través de la Atención primaria debe reorientar a capacitar a personas y familias a cuidarse de sí mismos (priorizando en la prevención de la enfermedad), cambiando la dependencia en autocuidados.Para ello es necesario cambiar el actual modo de enfermería asistencial,centrado casi exclusivamente en la atención en personas enfermas.

5 Discusión-Conclusión

España es uno de los países de la unidad europea con una ratio más baja de enfermeras por habitantes, la diferencia es significativa con respecto a países avanzados. Para alcanzar la media europea se necesitarían entre 108.000 y 136.000 enfermeros/as más, sería un incremento del 55%. La escasez de profesionales de enfermería, los recortes de personal, el desempleo y la inmigración, impiden el desarrollo de la enfermería comunitaria, marginando al colectivo y poniendo en peligro la atención y los cuidados a los enfermos.

6 Bibliografía

- www.ibsalud.es
- www.juntadeandalucia.es
- www.seapaonline.com
- ene-enfermeria.org

Capítulo 1009

A PROPÓSITO DE LOS CORONAVIRUS.

OLGA MURIAS GONZALEZ

1 Introducción

Los llamados coronavirus, es un grupo de virus comunes que se descubrieron en la década de los sesenta, pero su origen es desconocido a día de hoy. Alguno de ellos sólo afectan a los animales, pero otros también pueden afectar a los humanos.

Gran parte de los coronavirus no son peligrosos y se pueden tratar de forma eficaz, puesto que únicamente causan infecciones leves o moderadas en las vías respiratorias superiores, como el resfriado común. De hecho, la mayoría de las personas contraen en algún momento de su vida un coronavirus, generalmente durante su infancia. Aunque son más frecuentes en otoño o invierno, se pueden adquirir en cualquier época del año. Por otra parte, también pueden causar enfermedades más graves como bronquitis y neumonía.

Su nombre viene dado por el aspecto que presenta, con putas en forma de corona en su superficie.

En los últimos años se han descrito tres brotes epidémicos causados por coronavirus:

• SRAS-CoV: Síndrome respiratorio agudo y grave (SRAS, también conocido como SARS y SRAG) se inició en noviembre de 2002 en China, afectó a más de 8.000 personas en 37 países y provocó más de 700 muertes. Su mortalidad se cifra en el 10% aproximadamente.

• MERS-CoV: Causante del síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS) fue detectado por primera vez en 2012 en Arabia Saudita. Hasta la fecha constan más de 2.400 casos de infección en distintos países, con más de 800 muertes. La mortandad que causa es del 35%.

• COVID-19: Este nuevo coronavirus es el último tipo conocido y causa enfermedades respiratorias en las personas. Fue identificado por primera vez en la ciudad de Wuhan (China).

2 Objetivos

- Proporcionar información relevante acerca de los coronavirus y en especial el tipo COVID-19.
- Concienciar a la población de la toma de medidas de prevención ante este tipo de coronavirus.

3 Metodología

Para el diseño del conjunto de medidas encaminadas al fin propuesto en este trabajo, se han tomando como base bibliografía consultada en las bases de datos de Ciencias de la Salud: PubMed, SciELO, y ScienceDirect; y como complemento, han servido de apoyo determinadas páginas web, como la del Ministerio de Sanidad (Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias) y de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

En este proceso se han utilizado palabras clave como “coronavirus”, “Wuhan”, “síndrome respiratorio”, “aislamiento”, “virus”, “mascarilla”, “epidemia”, “cuarentena”, “China”, “protección”, “contagio”, “infección”, “tratamiento”.

4 Resultados

El COVID-19 es un nuevo tipo de virus distinto a los conocidos, que afecta a las personas, pero todavía hay muchas cuestiones que se desconocen en relación a él.

La fuente de infección está bajo investigación. Una de las principales opciones es que la fuente inicial sea de origen animal, ya que los primeros casos se detectaron en personas que trabajaban en presencia de animales vivos. Algunos coronavirus son virus zoonóticos, esto significa que se transmiten de animales al ser humano.

Cómo se transmite.
La transmisión del COVID-19 es fácil, pudiendo ser transmitido a través del contacto con animales o personas infectadas por él. En el caso de la transmisión

interpersonal, la infección causada puede ocurrir por medio de la inhalación de gotas de saliva y de las secreciones respiratorias que quedan presentes en el aire cuando la persona contagiada por el virus habla, tose o estornuda. Parece poco probable la transmisión por el aire a distancias mayores de uno o dos metros.

Se han confirmado un número muy elevado de personas infectadas, por lo que la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró estado de emergencia internacional, debiendo adoptar nuevas medidas para evitar una epidemia a gran escala. Asimismo, la transmisión puede ocurrir incluso si la persona no presenta síntomas, es decir, durante el periodo de incubación, que corresponde al periodo en que el virus se multiplica en el organismo.

Síntomas.
Los síntomas principales de las infecciones por el COVID-19 suelen ser:

- Secreción y goteo nasal.
- Dolor de garganta y cabeza.
- Tos y fatiga.
- Fiebre, escalofríos y malestar en general.
- Disnea.

La amplitud de la enfermedad va desde la ausencia de sintomatología hasta la presencia de síntomas respiratorios leves e incluso agudos. Es frecuente que haya neumonía.

Los síntomas más graves, al igual que la mortalidad, se registran en personas mayores, individuos con inmunodepresión y con enfermedades crónicas, cáncer y enfermedad pulmonar crónica.

Diagnóstico.
Para diferenciar entre un simple resfriado o el COVID-19, es necesario realizar un cultivo de nariz y garganta, acompañado de análisis de sangre. Ante una posible sospecha del coronavirus se suele realizar una tomografía de tórax para determinar los síntomas de la neumonía. Todo esto debe de ir acompañado de análisis de coagulación de sangre y un conteo sanguíneo. También se realizan pruebas de anticuerpos y aislamiento del virus.

Por otro lado, con el fin de controlar la transmisión, se evalúa a las personas que presentan los síntomas y pueden ser posibles portadores del virus.

Tratamiento.

Actualmente no existe vacuna contra los coronavirus. En los casos leves, basta con un tratamiento igual que el del catarro común, que no requiere intervención médica, en los que sería suficiente lavarse las manos de forma frecuente, mantener reposo, la ingesta de líquidos de forma abundante y toma de analgésicos para el alivio de los síntomas.

En los casos más graves es conveniente el ingreso hospitalario durante el que se administrarán antivirales, dosis altas de esteroides, oxígeno y antibióticos. En todos los casos, el tratamiento de adapta a la gravedad del paciente.

Prevención
• Lavar bien las manos frecuentemente con un desinfectante de manos a base de alcohol o con agua y jabón, principalmente después de entrar en contacto con personas que padezcan el virus o que tenga la sospecha, ya que el alcohol y agua con jabón destruye el virus si éste está en sus manos
• Evitar ambientes cerrados y con mucha gente, ya que en estos ambientes el virus consigue propagarse fácilmente.
• Evitar tocarse los ojos, nariz y boca. Las manos tocan muchas superficies que pueden estar contaminadas con el virus. Si se tocan los ojos, nariz o boca con las manos contaminadas, se puede transferir el virus de la superficie a uno mismo.
• Usar mascarillas de protección individual para cubrir la nariz y boca y evitar tanto la transmisión como la infección. En caso de no tener mascarilla, al toser o estornudar, cubrir la boca y nariz con el codo flexionado o con un pañuelo, tire el pañuelo inmediatamente y lavar las manos. En regiones con mayor riesgo de infección y para profesionales de la salud que atienden a personas con sospecha de coronavirus, se recomienda el uso de mascarillas N95, N100, FFP2 o FFP3.
• Mantener distancia de al menos un metro de persona a persona, particularmente con aquellas personas que tosan, estornuden o tengan fiebre, dado que al toser o estornudar se proyectan pequeñas gotas que contienen el virus y si se está demasiado cerca se puede inhalar.
• Evitar el contacto con animales salvajes o que parezcan estar enfermos.
• Evitar compartir objetos personales que puedan contener gotas de saliva, por ejemplo, cubiertos y vasos.
• Evitar el consumo de animales crudos o poco cocinados.
Si existe fiebre, tos o dificultad para respirar, practicar cuidadosamente una higiene respiratoria y de manos básica y permanecer en el hogar hasta la total recuperación.

5 Discusión-Conclusión

El coronavirus es una familia de virus que causa alteraciones respiratorias, principalmente la gripe. Sin embargo, cuando el coronavirus es transmitido de un animal hacia una persona, los síntomas de la infección son más graves, pudiendo haber insuficiencia respiratoria.

Desde su aparición, el COVID-19 ha destacado por su elevada tasa de afectación y virulencia, con un alto número de fallecidos. Expertos de todo el mundo trabajan sin descanso para obtener más información acerca del virus, los efectos sobre las personas infectadas, posibles tratamientos, prevención y las medidas a adoptar contra él.

Es importante seguir los consejos de las autoridades y las organizaciones, sobre todo en lo referente a los viajes a los países afectados con casos diagnosticados. A través de centros de salud para viajeros, agencias de viaje, operadores de transporte, los profesionales sanitarios y autoridades de salud pública deben de ofrecer información a los viajeros para reducir el riesgo general de que se produzcan infecciones respiratorias agudas, aunque de momento no se recomiendan restricciones.

6 Bibliografía

- Microbiología y Parasitología Humana. Bases Etiológicas de las Enfermedades Infecciosas y Parasitarias. Romero, R. Editorial Médica Panamericana S.A. Mayo/2018/ 4ª Edición ISBN-13: 9786078546138.
- Mandell, Douglas y Bennet: Enfermedades Infecciosas; Principios y Práctica (8ª edición). John E. Bennett, Raphael Dolin, Martin J. Blaser. 2015.
- https://www.Who.int/csr/disease/coronavirus_infections/es/ perteneciente a la Organización Mundial de la Salud (OMS).
- https://www.Bbc.com/mundo/noticias-51206116.
- https://www.who.int/es/emergencies/.
- https://www.who.int/es/health-topics.
- https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/home.htm.

Capítulo 1010

PIE VALGO

CARLA ELIZABETH SORIA GONZÁLEZ

1 Introducción

Esta afección se caracteriza por la desviación lateral del talón y puede surgir asociada al pie plano. El arco plantar disminuye y la carga se desplaza hacia la zona media del pie. Este trastorno puede desembocar tanto en fascitis, como en juanetes o artritis de rodilla. Esta deformación es una de las mayores causas de lesiones y sobrecargas, y demuestra que los problemas de la planta del pie no afectan al equilibrio de todo el cuerpo.

2 Objetivos

- Revisión de los síntomas, cuidados y tratamientos que tiene que tener una persona con pie valgo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Generalmente el pie valgo es una afección asintomática, si bien en algunas personas puede provocar los siguientes síntomas:
- Dolor de pie, (en arco y el talón).
- Hinchazón en el área interna del tobillo.
- Caídas frecuentes.
- Calambres.
- Aplanamiento de los pies.
- Caminar con torpeza.

Tratamiento
- Quirúrgico: cuando la rehabilitación no cumple su función.
- Ortopédico: el uso de plantillas que obligan al pie a modificar su posición hasta crear un arco en función de la anatomía.
- Fisioterapéutico: conjunto de ejercicios que se emplean a la par del tratamiento ortopédico y su finalidad es fortalecer la musculatura que estimula la formación natural del arco plantar.

Recomendaciones
- Caminar descalzos por la arena y/o terrenos irregulares.
- Calzado adecuado: con libre articulación del tobillo; flexible, ancho y largo para que permita el movimiento de los dedos. Con materiales naturales que permitan la transpiración y sobre todo que se adapten bien al pie.

5 Discusión-Conclusión

Para el manejo del pie valgo es importante realizar a diario una serie de ejercicios para conseguir potenciar la musculatura que carece de fuerza. El calzado es fundamental, no debemos abusar de calzado tipo bota con rigidez en la caña y que ferulice el tobillo.

6 Bibliografía

- https://www.pievital.es/pie-valgo-sintomas-y-tratamiento/
https://cuidateplus.marca.com/ejercicio-fisico/2015/08/04/pies-planos-cavos-valgos-posibles-causas-fascitis-plantar-88675.html
https://www.podoactiva.com/es/blog/ejercicios-para-ayudar-en-la-evolucion-de-un-pie-plano-valgo.

Capítulo 1011

PLAGIOCEFALIA.

CARLA ELIZABETH SORIA GONZÁLEZ

1 Introducción

La plagiocefalia postural es una deformidad de la cabeza del bebé producida por una presión constante en el mismo punto, que impide que la cabeza crezca de manera uniforme.
No afecta al desarrollo intelectual del niño pero se recomienda corregirlo por los problemas estéticos que conlleva.

2 Objetivos

Analizar e interpretar los tipos, causas y tratamientos, así como las pautas a seguir en un caso de plagiocefalia.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Tipos de deformidades craneales en bebés.
Existe varios tipos de deformaciones craneales, aunque en este artículo nos centraremos en la plagiocefalia, está bien conocer algunos de ellos:
• Plagiocefalia, la más habitual, se caracteriza por el aplanamiento del lado derecho o izquierdo de la parte trasera del cráneo.
• Braquicefalia, suele aplanar toda la parte trasera del cráneo.
• Escafocefalia, bastante habitual en bebés prematuros que da lugar un cráneo alto y estrecho
• Craneosinostosis, deformidades craneales debidas al mal cierre de alguna sutura craneal.
¿Cuáles son las causas de la plagiocefalia?
Pueden ser de tres tipos: prenatales, perinatales o postnatales.
1. Prenatales: poco espacio intrauterino para el feto bien por pelvis pequeñas, embarazos múltiples, fetos con cabeza grande, fetos grandes o una posición intrauterina anormal. En estos casos, al haber estado varias semanas con poca movilidad o con una postura anormal, aparte de provocar una deformidad craneal es muy probable que haya provocado un acortamiento asimétrico de los músculos del cuello provocando una tortícolis muscular congénita.
2. Perinatales: la utilización de fórceps o ventosa para ayudar a salir al niño o la niña en el momento del parto o la prematuridad.
3. Postnatales: nos encontramos con la posición supina (boca arriba) prolongada, bien con la cabeza girada hacia un lado o en la línea media, principalmente para dormir, o el uso prolongado de hamacas o sillas de automóvil. Estas posturas incrementan las probabilidades de plagiocefalia. Debemos de tener en cuenta la postura del bebé el tiempo que no está dormido, por ejemplo mantener boca abajo con nuestra supervisión en momentos de juego, cogerle en brazos, portearle, o girar su cabeza alternando los lados cuando duerme. El objetivo principal es disminuir el tiempo que la cabeza está apoyada sobre el mismo lado.

¿Cómo se diagnostica?
En la mayoría de los casos, la simple exploración clínica y un análisis de los antecedentes del niño por parte del pediatra permitirá obtener un diagnóstico fiable.
Existen tres grupos de deformidades del cráneo que pueden crear dudas en cuanto al diagnóstico:
(1) que se cierre una sutura de forma precoz,

(2) la forma de la cabeza del niño prematuro, que se puede confundir con una malformación y
(3) la plagiocefalia tanto de la parte anterior de la cabeza (frontal) como de la zona posterior (occipital) .
En caso de duda, de si se trata de una plagiocefalia postural o una malformación del cráneo las pruebas a realizar son el TAC craneal y la reconstrucción tridimensional.

¿Cuál es el tratamiento?
Lo primero que hay que hacer ante un caso de plagiocefalia es descartar una tortícolis muscular u otras alteraciones de la musculatura del cuello, ya que suele estar asociado en la mayoría de los casos, y si ese es el motivo de esa plagiocefalia no podremos corregir esta deformidad mientras la movilidad del cuello no sea completa hacia ambos lados.
Si el cuello siempre mira hacia el mismo lado, la cabeza no podrá crecer sobre ese lado en el que está apoyado.
En el caso de tortícolis es necesario llevar al bebé a un fisioterapeuta especializado que aparte del trabajo que realice con el bebé dará pautas a los progenitores para realizar en casa.
Las siguientes medidas que tenemos que adoptar para corregir esa plagiocefalia son principalmente posturales, el objetivo es dejar libre de apoyo, el mayor tiempo posible, esa parte de la cabeza que está aplanada.
Pautas generales:
• Cuando el bebé esté dormido, debemos alternar la posición de la cabeza, para ello podemos ayudarnos de alguna toalla para poder así mantener la posición que deseamos. Esta medida es más fácil de aplicar en las primeras semanas de vida del bebé ya que luego será más difícil que nos lo permita.
• Cuando el bebé esté despierto debemos colocarle en posición de decúbito prono (boca abajo) bajo nuestra supervisión, el mayor tiempo posible. En esta posición, además de dejar libre la cabeza de la presión continuada, estaremos fortaleciendo los músculos extensores del cuello y espalda, que son necesarios para tener un buen desarrollo motriz.
• Es beneficioso el porteo, o en su defecto coger en brazos al bebé, ya que cuanto más le mantengamos en esta posición más evitaremos los apoyos prolongados de la cabeza.
• Evitar el uso de hamacas, o sillitas que mantienen la cabeza en una posición fija.
• Cambiar la posición de la cuna para estimular que gire la cabeza de un lado al lado contrario, al igual que cambiar el brazo con el que cogemos al bebé, etc.

• Empezar el tratamiento lo antes posible para que se pueda aprovechar la capacidad de remodelación del bebe por el propio crecimiento del cráneo.
• Además, todas estas medidas podemos y debemos aplicarlas en todos las niñas y los niños, con o sin plagiocefalia, como tratamiento preventivo durante los primeros meses de vida.
Y si después de aplicar estas medidas de manera constante, no se ha reducido la plagiocefalia, debemos consultar con un neurocirujano para que valore el uso de un casco corrector.
La acción del casco consiste en aplicar una presión sobre la parte abombada de la cabeza y dejar libre de apoyo la parte que está aplanada de manera que la cabeza crezca hacia ese lado. Se recomienda ponerlos entre el tercer y cuarto mes de vida, durante 23 horas al día. Hay que revisarlo periódicamente para ir modificando las zonas de presión.

5 Discusión-Conclusión

La realización de los cambios posturales en los bebés nos ayudarán a prevenir posibles deformidades craneales y a su vez ayudará a fortalecer toda la musculatura del cuello y espalda, aumentando así su desarrollo motriz.

6 Bibliografía

- https://clubdemalasmadres.com/como-tratar-plagiocefalia/.
- https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/plagiocefalia-ortesis-craneal.
- https://enfamilia.aeped.es/temas-salud/plagiocefalia-diagnostico-tratamiento.
- https://www.quironsalud.es/blogs/es/neuropediatra/plagiocefalia-tratamiento.
- http://www.infocefalia.com/.
- https://www.plagiocefalia.com/.

Capítulo 1012

ACTUACIONES ANTE LA VIOLENCIA DE GÉNERO.

JORGE GONZALEZ MENENDEZ

CRISTINA PEREZ ALONSO

MARÍA MERCEDES QUESADA FERNANDEZ

1 Introducción

La violencia de género es definida por la OMS como ”todo acto de violencia que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación de libertad, tanto si se producen en la vida pública o privada”

2 Objetivos

- Fomentar la igualdad, promover la autonomía y la dignidad de la mujer, escucharlas, creerlas y tomar en serio lo que cuentan sin juzgarlas o culparlas y ofrecerles la información necesaria para que tomen sus propias decisiones.

3 Metodología

Para realizar el siguiente capítulo se llevó a cabo una exhaustiva búsqueda en diferentes medios y bases de datos como Pubmed, Scielo, Medline. También se

consultaron temarios y guías usando las palabras clave: violencia de género, maltrato a la mujer.
Combinando los operadores booleanos ”AND” y ”OR” para combinar las diferentes palabras clave y obtener unos resultados más precisos y más ajustados a nuestras necesidades.
Se han tomado como criterios de inclusión: publicaciones y documentos en español, rechazando los que no se ajustaban a los criterios establecidos.
Se seleccionaron los artículos más recientes y que informasen sobre los objetivos marcados. Y de ellos se sustrajo información pertinente.

4 Resultados

Existen distintos tipos de violencia que pueden sufrir las mujeres:
- Psicológica: Actos que atentan sobre la dignidad y la integridad emocional de la mujer, tales como, insultos, humillaciones, desprecios, amenazas, etc.
- Sexual: Actos que atentan contra la libertad sexual y la dignidad, tales como, abusos, violación, relaciones sexuales forzadas, presión para mantener sexo o prácticas no deseadas
- Física: Lesiones con el fin de producir daños corporales, tales como, quemaduras, golpes, empujones, patadas, agresiones con armas, etc.
- Abusó económico: Limitaciones o restricciones que afectan a la subsistencia, tales como, impedir tener trabajo, exigir control de las compras, negar el dinero para los gastos de supervivencia familiar, etc.

5 Discusión-Conclusión

Existen distintos tipos de violencia, y todos y cada uno, causan daños de una manera u otra a la mujer, ya sea atentando contra su dignidad, su integridad, su salud emocional o sobre todas ellas y la función de los profesionales sanitarios consiste en brindarles toda la información y apoyo necesario.

6 Bibliografía

- mscbs.gob.es
- violenciagenero.igualdad.gob
- astursalud.es
- diarioenfermero.es

Capítulo 1013

EL PARTO PREMATURO, UN DESAFÍO ACTUAL

ROSA MARÍA CANCIO GARCÍA

1 Introducción

Uno de los grandes desafíos clínicos actualmente en el campo de la Medicina Prenatal es el parto prematuro, siendo causa de un elevado índice de muertes neonatales.

Los principales factores que debemos tener en cuenta al hablar de mortalidad y morbilidad perinatal incluyen partos muy prematuros (10% de aquellos neonatos nacidos vivos), bajo peso (9% de neonatos con peso inferior a 2.500 gr) y anomalías congénitas.

La etiología del parto prematuro es compleja y multifactorial, pudiendo estar implicados factores maternos, ovulares y ambientales.

2 Objetivos

La prematuridad es considerada como la principal causa de mortalidad en niños menores de 5 años
Las principales causas etiológicas de amenaza de parto pretérmino son aquellas de origen idiopático, ruptura de membranas o las de origen iatrogénico. Los signos y síntomas comunes son poco específicos; además de todo lo anterior, algunas complicaciones obstétricas que acaban en un parto pretérmino, se ven influidas por la coexistencia de múltiples factores.

Un primer nivel de atención basado en prevenir y reducir el riesgo presente en la población en edad reproductiva, así como la eliminación de hábitos tóxicos, una correcta salud bucodental, hábitos nutricionales saludables pueden influir en la prolongación del embarazo hasta semanas gestacionales lo más tardías posibles.

La realización de ultrasonido transvaginal en mujeres con factores de riesgo, ayuda a determinar aquellas candidatas que se verían beneficiadas del uso de progesterona para reducir el riesgo de parto prematuro.
El Test de Fibronectina en pacientes de alto riesgo a sufrir un parto prematuro se encuadra en las acciones a llevar a cabo a nivel terciario.

3 Metodología

La presente revisión bibliográfica, se ha realizado a través de búsqueda en portales como Dialnet, Google académico, Discanet, además de artículos y publicaciones científicas que versan sobre la presente temática.

Las palabras clave utilizadas para la búsqueda: parto prematuro, pretérmino, neonato, prematridad.

4 Resultados

Se considera parto prematuro a aquel que tiene lugar entre la semana 21 y 37 de la gestación, siendo la duración normal de un embarazo a término de entre 37 y 42 semanas.

Las clasificaciones que se pueden hacer en función de la edad gestacional son las siguientes:
- Prematuros extremos: menos de 28 semanas
- Muy prematuros: de 28 a 32 semanas
- Prematuro moderado: de 32 a 37 semanas.

Las posibilidades de sobrevivir el neonato aumentarán cuanto más tarde se produzca el parto prematuro.

Entre alguno de los factores que aumentan el riesgo de parto pretérmino durante la gestación, podemos encontrar:
- posibles enfermedades de la madre como diabetes, alguna cardiopatía o una nefropatía.

- sufrir insuficiencia cervicouterina (un cuello uterino debilitado que comienza a dilatarse temprano).
- anomalías congénitas en el útero, antecedentes de cirugía de cuello uterino o conización quirúrgica.
- anomalías en la placenta, desprendimiento prematuro de placenta y placenta previa.
- antecedentes de parto prematuro.
-nutrición inadecuada antes o durante el embarazo.
- preeclampsia: manifestación de tensión arterial y presencia de proteína en la orina después de la semana 20 del embarazo.
- ruptura prematura de membranas.
- tener menos de 16 años o más de 35.
- embarazos múltiples.
- consumo de tabaco u otras sustancias.
- falta de cuidados prenatales.

Podemos encuadrar las causas del parto prematuro en dos grupos:
1. Parto prematuro espontáneo: inicio espontáneo del trabajo de parto o posterior a la ruptura prematura de membranas ovulares.
2. Parto prematuro indicado por el facultativo antes de la 37 semana debido a indicaciones maternas, fetales u obstétricas.

El principal factor para prevenir un parto prematuro sería tener el antecedente de parto prematuro previo, que representa un 15% tras uno y un 30% si preceden dos partos pretérminos.

Para un correcto diagnóstico de antecedentes de parto pretérmino se tendría en cuenta la aparición de los siguientes factores entre las semanas 27 y 37 de gestación:
- contracciones uterina, síntomas de hiperactividad uterina (4 contracciones en 20 minutos u 8 en 60 minutos) antes de la semana 37 de gestación.
- modificación cervical: dilatación cervical mayor de 2 cm y borramiento mayor de 80%
- pruebas diagnóstica recomendadas:
ECOGRAFÍA TRANSVAGINAL Y LONGITUD CERVICAL: realizada entre las semanas de gestación 20 y 34. Una longitud cervical menor de 25 mm, estaría asociadada a riesgo relativo de parto prematuro (en presencia de contracciones es diagnóstico de parto prematuro). La probabilidad de parto pretérmino disminuye ante longitud mayor de ese parámetro independientemente de la frecuencia de

las contracciones.
TEST DE FIBRONECTINA (proteína extracelular presente en las membranas deciduas y líquido amniótico): realizado entre las semanas de gestación 24 y 34. Valores superiores a 50 ng/ml representa riesgo elevado de parto prematuro.
La realización de ambas pruebas nos aportan un alto valor predictivo que nos permite determinar qué pacientes pudieran precisar ser hospitalizadas y recibir tratamiento tocolítico.

Las patologías infecciosas en la gestante, juegan un papel importante en la incidencia del parto prematuro, entre las que se incluyen: vaginosis bacteriana, infección del tracto urinario, sífilis, infección por VIH, colonización materna por Streptococos del grupo B, corioamnionitis, entre otras.

Las intervenciones médicas para detectar una labor de parto pretérmino irán dirigidas a aquellos casos en que un retraso en el parto realmente vaya a generarle un beneficio a neonato y gestante.
Alguna de las medidas a tener en cuenta ante indicios de posible parto prematuro englobaría las siguientes:
- Progesterona : en pacientes con antecedentes previos (en pacientes con cuello uterino corto, su uso ha demostrado una disminución en las tasas de parto prematuro).
Tocolíticos: se intentará prolongar el nacimiento un mínimo de 48 horas, para permitir un óptimo efecto de los glucocortioides antenatales (asociados a la disminución de la morbilidad y mortalidad neonatal estimulando el desarrollo pulmonar a través de la síntesis de factor surfactante). Son candidatas entre otros factores aquellas gestantes que se encuentran entre la semana 24 y 34 y siempre que la amenaza de parto no sea inminente.
- Medidas generales para el manejo preventivo del parto pretérmino, entre las que se incluyen el tratamiento antibiótico para infecciones concomitantes, restricción de la actividad física y la suplementación con Omega 3.

Un adecuado control prenatal se identifica como medida protectora efectiva contra el parto prematuro. Algunos organismos internacionales como la OMS, dan más importancia a determinados indicadores de atención prenatal, que al número de visistas realizadas durante la gestación.

5 Discusión-Conclusión

Las complicaciones relacionadas con la prematuridad, considerándose esta como responsable de la principal defunción de menores de 5 años, provocan anualmente un millón de muertes según la OMS.

La determinación de factores de riesgo ante partos pretérmino, previa a la concepción o de forma temprana durante el embarazo, nos conducirían a llevar a cabo intervenciones preventivas de un parto pretérmino. No obstante, esa identificación temprana, se considera difícil, puesto que más de la mitad de los partos prematuros están asociados a gestantes consideradas de no-riesgo.

El parto prematuro espontáneo es de origen multifactorial, resultado de la interacción de varios factores que activan la contractilidad uterina antes de que se completen las 37 semanas de gestación.

El principal factor de riesgo para sufrir un parto pretérmino es el antecedente de parto prematuro.
Las tres principales causas etiológicas de amenaza de parto pretérmino son de origen idiopático, ruptura de membranas y de origen iatrogénico. Los signos y síntomas comjnes son poco específicos.

La prematuridad es el resultado de una compleja red de determinantes que interactúan. Para su prevención, no bastan solo las medidas de salud, se deben elaborar políticas y planes de acción integral dirigidos a aquellas mujeres en edad reproductiva. De otro lado, se deben realizar intervenciones dirigidas a las mujeres en edad fértil, incluyendo educación sexual, el uso de anticonceptivos, prevención de embarazos en la adolescencia temprana, prevención de embarazos no deseados, así como atención prenatal de calidad. La prevención y tratamiento de la prematuridad, es uno de los principales factores para reducir la mortalidad neonatal e infantil.

6 Bibliografía

- J.A. Usandizaga, P. de la Fuente. Tratado de Obstetricia y Ginecología, Mc Graw Hill, 2ª Edición. 2004
- Zapadiel Gutierrez I., De la Fuente Valero J., Guía práctica de urgencias en obstetricia y ginecología. Ed Habe, 2008, 31-33
- Blencowe H., Cousens S., Oestergaard M., Chou D., Moller A.B., Narwal R., Adler A., García C.V., Rhode S., Say L., Lawn J.E. National, regional and world wide,

estimates of preterm birth. The Lancet, June 2012. 9,379 (9832:2162-72.
- Choherty J.P., Eichenwald E.C., Stark A.R. Manual de Cuidados Neonatales. Bare 2005, 3:50-66.
- Laterra C., Susacasa S., Di Marco I Valenti E. Guía de práctica clínica. Amenaza de parto pretérmino. Rev Hosp. Mat inf Ramón Sardá. 2011, 31(1):25-40
- García A., Rosales S., Jimenez G. Diagnóstico y Manejo del Parto Pretermino. COMEGO. 2008:129-149.

Capítulo 1014

EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN EL PARTO.

JESUS GARCÍA RODRIGUEZ

ESTHER MENENDEZ BARREIRO

1 Introducción

La figura del auxiliar de enfermería está presente en casi todos los ámbitos sanitarios, como urgencias, quirófanos, hospitalizaciones. El auxiliar de enfermería también tendrá participación en el nacimiento de un niño. Desarrollará un trabajo importante en las diferentes fases de este.

El lugar más común para que un Auxiliar de Enfermería desarrolle su trabajo es en un hospital; y dentro del hospital este profesional puede trabajar dentro de diferentes especialidades como es en el paritorio o Departamento de Tocología. Aquí colaborará con el resto de profesionales sanitarios para que tanto las madres como los hijos se encuentren en las mejores condiciones.

2 Objetivos

- Desarrollar las principales labores que desarrolla el TCAE durante el parto.

3 Metodología

Para realizar el siguiente capítulo se llevó a cabo una exhaustiva búsqueda en diferentes medios y bases de datos como Pubmed, Scielo, Medline. También se

consultaron temarios y guías usando las palabras clave: parto, cuidados al bebe, pre-parto, post-parto.
Combinando los operadores booleanos ”AND” y ”OR” para combinar las diferentes palabras clave y obtener unos resultados más precisos y más ajustados a nuestras necesidades.
Se han tomado como criterios de inclusión: publicaciones y documentos en español, rechazando los que no se ajustaban a los criterios establecidos.
Se seleccionaron los artículos más recientes y que informasen sobre los objetivos marcados. Y de ellos se sustrajo información pertinente.

4 Resultados

El auxiliar de enfermería va a estar presente durante todas las fases del parto, antes y después del mismo.
Sus principales funciones serán:
-Recoge y limpia el instrumental y los aparatos médicos. Acompaña a las enfermas y a los recién nacidos a las plantas. Viste, asea y cambia las sábanas a las embarazadas. También, junto con la matrona, rasura y coloca enemas a las embarazadas.
-Recogida y limpieza del instrumental.
-Ayudar al Personal Auxiliar Sanitario Titulado en las atenciones a las enfermas y en la limpieza de pulmotores, ventosas y demás aparatos.
-Acompañar a las enfermas y recién nacidos a los Servicios y plantas que les sean asignados, atendiéndolos y vigilándolos hasta que estén instalados en donde les corresponda.
-Vestir y desvestir a las embarazadas, así como el aseo y limpieza de éstas.
-Pasar a las camas a las parturientas, ayudadas por el Personal Auxiliar Sanitario Titulado.
-Cambiar las camas de las enfermas en los Departamentos de Dilatación, con la ayuda de la Matrona, cuando el estado de la enferma lo requiera.
-Poner y quitar cuñas y limpieza de las mismas.
-Colaborar con las Matronas en el rasurado de la s parturientas y en la aplicación de enemas de limpieza.
-Cambiar las ropas de las camas y las compresas y ropas de las parturientas con la ayuda del Auxiliar Sanitario Titulado, cuando el estado de las enfermas lo requiera.
-En general, todas aquellas actividades que, sin tener un carácter profesional sanitario, vienen a facilitar las funciones del Médico y de la Enfermera o Ayudante

Técnico Sanitario, en cuanto no se opongan a lo establecido en el presente Estatuto.
- Envío de grupos-Rh a banco de sangre de los nacidos en turno.
- Colaboración con las matronas en las dilataciones, anestesia epidural y partos.

5 Discusión-Conclusión

Se seguirán unos procedimientos y unas funciones en cada etapa del parto, siendo las siguientes:
• Trabajador en box de dilatación. Paciente en fase de dilatación. El auxiliar de enfermería se presentará inicialmente a la paciente. Sus funciones en esta fase serán:
- Intentar tranquilizar a la paciente, ya que, durante esta fase se suelen encontrar nerviosas. Su objetivo será que la paciente se sienta a gusto y explicarle como es el proceso y cuándo podrá acceder al paritorio.
- Revisar la cuña de dilatación.
- Ayudar a la matrona en lo que precise, como rotular tubos de analítica, pulseras de identificación, etc.
- Cambiar a la paciente cuando lo precise

• Trabajar en la unidad de paritorio .pacientes a las que hay que poner anestesia epidural. Las funciones del auxiliar serán:

- Preparación de la mesa de la paciente.
- Preparar el campo estéril junto con la matrona del material necesario para la punción.
- Ayudar al celador en la colocación de la paciente.
- Cambiar la cama del paciente si fuera necesario.
- Ayudar a la matrona y al anestesista en lo que precisen.

• Trabajador en la unidad de paritorio. Las funciones del auxiliar de enfermería serán:
- Preparar la mesa de partos.
- Preparar el campo estéril con todo el material necesario para el parto, asistiendo a la matrona en todo lo necesario durante el parto.
- Preparación de la mesa con todo el material necesario para la realización de PH si procede.
- En cuanto al recién nacido se ocupará de recogerlo, pesarlo, vestirlo, recogida de huellas plantar y digital y practicar los cuidados necesarios, en colaboración

con la matrona ó neonatologo.
- Tras el parto la auxiliar se encargará de recoger toda la ropa sucia e instrumental, así como su limpieza y enviado a esterilización.
- Colocación de pulsera identificativa al RN (tobillo).

• Trabajador en la unidad de postparto inmediato: El auxiliar ayudará a la paciente a iniciar la lactancia materna si el trabajo del paritorio lo permite y la paciente lo desea.

6 Bibliografía

- https://www.campustraining.es/noticias/funciones-del-auxiliar-enfermeria/
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 1015

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DE LA ANSIEDAD DEL PACIENTE CON PARKINSON.

RAQUEL GONZÁLEZ DIAZ

MARÍA ISABEL DÍAZ MENÉNDEZ

1 Introducción

La enfermedad de Parkinson es el segundo trastorno neurodegenerativo más común, solo es superado por el Alzheimer. Esta enfermedad afecta a todos los grupos raciales y étnicos, en ambos sexos, con mayor riesgo en los hombres. Se trata de una enfermedad crónica y progresiva asociada con una pérdida severa de neuronas dopaminérgicas en la sustancia negra; por lo que presenta síntomas motores como bradicinesia, temblor en reposo y rigidez; provocando una inestabilidad postural.

Existen síntomas no motores como problemas en la vejiga, estreñimiento, babeo, fatiga, pérdida de olor, hipotensión ortostática, movimiento ocular rápido, trastorno del sueño y trastornos cognitivos y psiquiátricos, incluyendo ansiedad y depresión (Mohlman et al., 2010). Estos síntomas repercuten en una reducida calidad de vida, haciendo que el paciente sea institucionalizado (Postuma et al., 2012).

Existe una variedad de medicamentos e intervenciones para manejar muchos de los síntomas, pero aún quedan muchos, difíciles de tratar. La ansiedad se considera uno de los más angustiantes (Parkinson´s Disease Foundation, 2015). Este síntoma afecta hasta el 50% de las personas que padecen Parkinson y puede ocurrir en cualquier etapa de la enfermedad (Duncan et al., 2014).

El tratamiento farmacológico de la ansiedad es común pero problemático, utilizando antidepresivos y ansiolíticos como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. Sin embargo, el uso de estos medicamentos puede provocar un aumento repentino en somnolencia diurna, disfunción cognitiva, confusión, alucinaciones y caídas relacionadas con la inestabilidad postural existente y problemas de marcha. Además, la evidencia no es concluyente con respecto a la eficacia de los antidepresivos para el tratamiento de la ansiedad (Prediger et al., 2012).

Claramente se necesita enfoques no farmacológicos que sean seguros y eficaces, llevados a cabo por un equipo multidisciplinar (Lyons, 2014). El técnico en cuidados auxiliares de enfermería, tiene un papel importante en la adopción de estrategias de autogestión; entendiéndose ésta como la capacidad del individuo y la supervisión del profesional de salud, para gestionar una combinación de síntomas, tratamientos y recomendaciones para modificar el estilo de vida y manejo emocional de una o más enfermedades crónicas (Weintraub, D., BURN, d.j., 2011).

Las intervenciones de autogestión en la enfermedad de Parkinson, persiguen mejorar la calidad de vida y la función. El paciente es en última instancia el responsable del manejo diario de sus síntomas y los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería sirven como integradores para proporcionar recursos, apoyar la autoeficacia del paciente y evaluar resultados (Zahodne, L.B., Marsiske, M., Bowers, D., 2013).

2 Objetivos

- Identificar la posible eficacia de la actuación del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el manejo de la ansiedad del paciente con Parkinson.

3 Metodología

Se lleva a cabo una revisión bibliográfica sistemática utilizando diversas bases de datos y recursos electrónicos como: Pubmed, MeSH, Medline, BVS, LILACS, Biblioteca Cochrane y SciELO.
Se utilizaron descriptores como "Nursing Care AND Parkinson Disease AND Anxiety".
Tras revisar que los artículos seleccionados cumplieran con los criterios de selección: hablar del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la ansiedad del paciente con Parkinson, se han incluido finalmente en este estudio, 3 artículos.

4 Resultados

La intervención del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el manejo de la ansiedad del paciente con Parkinson, incluyó ejercicio, activación conductual, reconducción del pensamiento, entrenamiento de relajación, higiene del sueño y control de preocupaciones (Dobkin et al., 2011).

En un estudio llevado a cabo, se pudo comprobar que estos pacientes que son institucionalizados en la mayoría de los casos, presentan mayores niveles de ansiedad cuando tienen que desempeñar las actividades cotidianas de aseo, vestido y alimentación, donde sus limitaciones interfieren con las capacidades exigidas (Hamilton, 2016).

Sin embargo, incluyendo factores externos a la asistencia del técnico en cuidados auxiliares de enfermería, como el escuchar música relajante, secuenciar las tareas y mantener una actitud motivacional, facilitó el desempeño de las mismas, mejorando así, la calidad de vida del paciente y la sobrecarga del profesional de la salud, tras cuatro meses de intervención (Beck, A.T., Ward, C.H., Ward,M., Mendelson, J., Erbaugh, J., 2015).

5 Discusión-Conclusión

Existen diversos estudios que identifican que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería dentro del equipo de profesionales de la salud, pueden adoptar estrategias de autogestión no farmacológicas para el tratamiento de la ansiedad del paciente con la enfermedad de Parkinson.

Como consecuencia del poco consenso sobre cuáles son las estrategias de autogestión más proclives a favorecer este manejo, las pequeñas muestras realizadas, y la inespecificidad del tiempo empleado, se identifica necesario realizar futuros estudios que profundicen en el tratamiento no farmacológico por parte de los profesionales de la salud.

6 Bibliografía

1. R. B. Postuma, D. Aarsland, P. Barone et al., "Identifying prodromal Parkinson's disease: pre-motor disorders in Parkinson's disease," Movement Disorders, vol. 27, no. 5, pp. 617–626, 2012
2. J. Mohlman, D. H. Reel, D. Chazin et al., "A novel approach to treating anxiety and enhancing executive skills in an older adult with Parkinson's disease," Clinical Case Studies, vol. 9, no. 1, pp. 74–90, 2010.
3. Parkinson's Disease Foundation, "The economic impact of Parkinson's disease," 2015, http://www.parkinsoninfo.org/
about-parkinsons-disease/economic-impact/.
4. G. W. Duncan, T. K. Khoo, A. J. Yarnall et al., "Health-related quality of life in early Parkinson's disease: the impact of nonmotor symptoms," Movement Disorders, vol. 29, no. 2, pp. 195–202, 2014.
5. R. D. S. Prediger, F. C. Matheus, M. L. Schwarzbold, M. M. S. Lima, and M. A. B. F. Vital, "Anxiety in Parkinson's disease: a critical review of experimental and clinical studies," Neuropharmacology, vol. 62, no. 1, pp. 115–124, 2012
6. K. D. Lyons, "Self-management of Parkinson's disease: guidelines for program development and evaluation," Physical & Occupational Therapy in Geriatrics, vol. 21, no. 3, pp. 17–31, 2004.
7. D. Weintraub and D. J. Burn, "Parkinson's disease: the quintessential neuropsychiatric disorder," Movement Disorders, vol. 26, no. 6, pp. 1022–1031, 2011.
8. L. B. Zahodne, M. Marsiske, and D. Bowers, "A latent class analysis of psychological disturbance in Parkinson's disease," International Journal of Geriatric Psychiatry, vol. 28, no. 10, pp. 1054–1060, 2013
9. R. D. Dobkin, M. Menza, L. A. Allen et al., "Cognitivebehavioral therapy for depression in Parkinson's disease: a randomized, controlled trial," The American Journal of Psychiatry, vol. 168, no. 10, pp. 1066–1074, 2011.
10. M. Hamilton, "The assessment of anxiety status by rating," British Journal of Medical Psychology, vol. 32, no. 1, pp. 52– 55, 2016
11. A. T. Beck, C. H. Ward, M. Mendelson, J. Mock, and J. Erbaugh, "An inventory

for measuring depression," Archives of General Psychiatry, vol. 4, no. 6, pp. 561–567, 2015.

Capítulo 1016

LABOR DOCENTE DEL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA RESPECTO AL CUIDADOR PRINCIPAL.

MERCEDES FERNANDEZ MENENDEZ

ANGEL GARCIA ALVAREZ

YOLANDA SANCHEZ HERNANDEZ

1 Introducción

Esta labor se desarrollará durante el ingreso en planta del paciente, y se intensificará al aproximarse el alta hospitalaria. El cuidador principal se identifica y plantea sus dudas al Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) por ser la persona más cercana al paciente y ser la primera receptora de muchas de ellas. Derivaremos las dudas médicas y las de enfermería a los profesionales que tengan la competencia adecuada.

Podemos observar que en un tanto por ciento altísimo el cuidador principal es una mujer. Por edades, el perfil mayoritario es: mujer de 65 años en adelante (siendo cada vez más avanzada la edad). La situación demográfica, población muy envejecida y la evolución de la sociedad determina este perfil.

Durante el ingreso el apoyo a esta cuidadora principal por parte del TCAE es una labor importante y poco conocida, somos receptoras de sus dudas, miedos y carencias. Es parte de nuestra tarea:

- Familiarizarlas con la nueva situación, normalizando en lo posible, animándolas a participar en la ayuda a dar la alimentación en los casos que el paciente sea por-

tador de sonda nasogástrica, en el cuidado y la limpieza de la cánula en los pacientes traqueostomizados, así como en los cuidados higiénicos, instruyéndolas en el manejo de la silla de baño si fuera preciso .
- Insuflándole confianza y animándolas para que acudan a los servicios sociales:
- Asistenta Social del propio hospital y a la de su Centro de Salud de referencia.
- Haciéndola ver que puede pedir ayuda cuando detectamos su cansancio y un estado anímico bajo.

Esta cuidadora principal por motivos culturales, en muchas ocasiones se cree en la obligación de hacer frente a los cuidados sola, lo que aumenta el riesgo de lesiones, enseñarle las posturas correctas para movilizar al enfermo, ayudará a disminuir su número.

2 Objetivos

Poner en valor la labor docente, el asesoramiento y las orientaciones realizadas por las TCAE respecto a las cuidadoras principales, en base a nuestra formación y experiencia.

3 Metodología

Estrategia de búsqueda.

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Marco teórico.

Observación participativa, con entrevistas informales, en mi lugar de trabajo Hospital Central de Asturias. En una planta con capacidad para 43 enfermos, con gran carga de paciente post quirúrgico. Durante un periodo de tiempo de un mes.

4 Bibliografía

- Género Y Salud, X y XI Jornadas de la Red de Mujeres Profesionales de la Salud.
- Gobierno De España Ministerio De Sanidad Política Social E Igualdad. Secretaria De Estado De Igualdad. Instituto De La Mujer. inmujer@inmujer.es

- Salud y perspectiva de género. Ana M. Guerrero., CCOO Diciembre 2019.
- Casado Marín, López Casanovas,G (2001). Vejez,dependencia y cuidados de larga duración. Situación actual y perspectivas de futuro. Fundación La Caixa. Colección de estudios sociales N 6. Mercedes Fdz.

Capítulo 1017

TIPOS DE ASEO.

MARÍA TERESA VAZQUEZ RUA

MARIA ARACELI PEREZ GARCÍA

YOLANDA RAQUEL CASTAÑO PASTOR

MARÍA ASUNCIÓN ALVAREZ PANDO

AURORA VAZQUEZ RUA

1 Introducción

En el ambito hospitalario el aseo es una función y deber fundamentalmente que se hace a diario y que es de gran importancia

2 Objetivos

- Identificar los tipos aseos y determinar cuándo aplicar el aseo.

3 Metodología

Para realizar el siguiente capítulo se llevó a cabo una exhaustiva búsqueda en diferentes medios y bases de datos como Pubmed, Scielo, Medline. También se consultaron temarios y guías usando las palabras clave: higiene, protocolos, cirugía, encamado.

Combinando los operadores booleanos ”AND” y ”OR” para combinar las diferentes palabras clave y obtener unos resultados más precisos y más ajustados a nuestras necesidades.
Se han tomado como criterios de inclusión: publicaciones y documentos en español, rechazando los que no se ajustaban a los criterios establecidos.
Se seleccionaron los artículos más recientes y que informasen sobre los objetivos marcados. Y de ellos se sustrajo información pertinente.

4 Resultados

En el área hospitalaria la primera función es realizar los aseos,para ello deberemos conocer los diferentes tipos dependiendo las características del paciente o de la patología que presente.
- Aseo en ducha o independiente:es aquella en la que la persona puede asearse por si misma y no padece ninguna deficiencia ni patología que le impida realizarlo por si mismos, el personal le proporcionará la toalla y esponjas para el aseo.
- Aseo ayuda parcial:se realiza en aquellas persona que por su patología o condición física necesitan una ayuda mínima, este aseo se realizará en la ducha
- Aseo encamado: es aquel que se realiza en la cama bien por su condición física o por patología que presenta en ese momento o indicación médica (reposo absoluto, post operado, por derrames, etc..)en este caso se dispondrá de palangana toallas, esponjas, crema hidratante, Colonia, se realizará siempre este aseo entre 2 personas.
- Aseo en bandeja:esta indicado en personas politraumas graves o lesiones cervicales en el cual la inmovilidad de la columna es de extrema importancia para su optima recuperación. En este aseo deberá realizarse entre 3 personas incluyendo celador que es el que manejará la grúa para elevar al paciente.
- Aseo terapeutico: es aquel que se trata de realizar para mejorar las lesiones que el paciente obtiene ejemplo los aseos de quemados,aseos genitales utilizado para grandes infecciones urinarias.

Es importante que el paciente siempre realice todo aquello que pueda secarse,peinarse,etc… Así motivarnos el aparato locomotor y no dejaremos a personas ir perdiendo la movilidad que antes del ingreso tenía siempre hay que estimular al paciente sobre todo en aquellos de avanzada edad que son tendentes a dejarse coloquialmente dicho.
Además de los beneficios terapéuticos de los aseos al paciente,obtenemos sensación de bienestar en el paciente, sensación de higiene corporal que es impor-

tante para la persona como para el resto de usuarios.

5 Discusión-Conclusión

Tras la revisión bibliográfica se puede concluir que con una serie de aseos bien definidos y realizados en cada situación la mejoría del paciente será notable en su recuperación y el ánimo del paciente será más óptimo por su sensación de bienestar.

6 Bibliografía

- Medlineplus.gov
- Redaccionmedica.es
- Salud.net
- Mayoclinic.org

Capítulo 1018

LAVADO HIGIÉNICO DE MANOS.

MARTA PEREZ RODRIGUEZ

PEDRO MIGUEL BRAVO MAYORAL

LAURA DÍAZ LÓPEZ

1 Introducción

El lavado de manos es la frotación vigorosa de las manos previamente enjabonadas, seguida de un aclarado con agua abundante, con el fin de eliminar la suciedad, materia orgánica, flora transitoria y residente, y así evitar la transmisión de estos microorganismos de persona a persona.
El uso de soluciones alcohólicas para el lavado de manos constituye una alternativa a tener seriamente en cuenta en la higiene de las manos en la actualidad.

Material:
- Jabón líquido ordinario, en dispensador desechable, con dosificador.
- Toalla de papel desechable.

Técnica:
- Humedecer las manos con agua corriente, preferiblemente templada.
- Aplicar jabón líquido con dosificador.
- Frotar las manos palma con palma, sobre dorsos, espacios interdigitales y muñecas durante al menos 10 minutos.
- Aclarar con abundante agua corriente.
- Secar las manos con toallas de papel.

- Cerrar el grifo con la toalla de papel utilizada para el secado (los lavabos con sistema de cierre de codo o de pedal ahorran este paso; los de célula fotoeléctrica, además, determinan un importante ahorro de agua).

Indicaciones:
- Antes y después del contacto con cada paciente.
- Entre dos procedimientos en el mismo paciente si hay sospecha de contaminación de las manos.
- Después del contacto con alguna fuente de microorganismos (sustancias y fluidos corporales, mucosas piel no intacta…) y objetos contaminados con suciedad.
- Después de quitarse los guantes.

2 Objetivos

- Disminuir el número de microorganismos en las manos.
- Disminuir el riesgo de transmisión de microorganismos a los pacientes.
- Disminuir el riesgo de transmisión cruzada entre pacientes.
- Disminuir el riesgo de infección entre trabajadores sanitarios.
- Disminuir el riesgo de transmisión de infección a uno mismo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Bibliografía

1. Técnicas de Enfermería. 3ª Ed. L.Wieck, E.M.King, M.Mayer .Editorial Interamericana.
2. Control de las Infecciones en Enfermería. Ediciones Doyma.
3. Enfermedades Infecciosas. Principios y Práctica. 3ª Ed. Mandell/Douglas/Bennett.
Editorial :Panamericana.
4. Procedimientos de Enfermería . H.K.Hamilton/M.B.Rose. Interamericana.

5. Control de la infección en pacientes quirúrgicos. Comité para el control de infecciones quirúrgicas del comité de cuidados pre y posoperatorios. American College of
Surgeon. Fondo Educativo Interamericano.
6. Técnicas en Enfermería Clínica. Vol 1. 4ª Ed. B.Kozier, G.Erb, K.Blais, J.Y. Johnson,
J.S. Temple. Editorial McGraw-Hill-Interamericana.

Capítulo 1019

SALUD BUCODENTAL INFANTIL.

MARIA DEL CARMEN BEDIA PALMERO

1 Introducción

La salud bucodental es parte fundamental de la salud del niño. Para mantenerla es preciso instaurar unos correctos hábitos de higiene oral y de alimentación. La educación para la salud en la etapa de educación infantil es fundamental para que el niño adquiera unos hábitos de alimentación y salud bucodental adecuados.

La caries dental es la enfermedad bucodental más frecuente en la edad infantil, así como la patología pediátrica crónica más prevalente en los países desarrollados. Aparece por la confluencia de varios agentes, principalmente las bacterias que producen ácido, los dientes susceptibles, los hidratos de carbono fermentados y el tiempo (la frecuencia con que los dientes están expuestos a los ácidos derivados del azúcar).

Entre los factores etiológicos, también se incluyen la alimentación frecuente con biberón que contenga líquidos azucarados, la lactancia artificial o materna mantenida durante el sueño de forma habitual, el uso de chupete impregnado en miel, azúcar y zumos de frutas, el consumo exagerado de hidratos de carbono, la mala la higiene oral y la reducción del flujo salival. Otros factores relacionados con la caries son la predisposición genética, los hábitos nutricionales, la educación y el nivel socioeconómico de los padres.

2 Objetivos

- Conocer el estado de la salud bucodental infantil.

- Identificar los factores que influyen en una buena salud bucodental infantil.
- Analizar hábitos tanto de higiene bucodental como de alimentación

3 Metodología

Revisión bibliográfica de las publicaciones científicas mas recientes consultando las bases de datos Pubmed, Dialnet, Scielo,AEP, OMS.
Los descriptores utilizados han sido: caries, salud bucodental, hábitos, niños, alimentación infantil,genética,nivel sociocultural.

4 Resultados

En España, los estudios epidemiológicos ponen de manifiesto que en estos últimos años se está produciendo un importante descenso en la prevalencia de la caries, especialmente en la dentición permanente. Esta disminución se debe, sobre todo, a la aplicación de medidas preventivas adecuadas, así como a un plan de motivación por parte de odontólogos, padres y educadores, que tiene como fin principal la adquisición de hábitos de dieta e higiene bucodental.

Sin embargo, en nuestro país, la frecuencia de los hábitos bucodentales y de alimentación saludables, aunque está mejorando, continúa alejada de las recomendaciones de las sociedades científicas. La sociedad actual ha generado nuevos problemas relacionados con la salud que tienen que ver con los hábitos de alimentación y la vida sedentaria en la escuela. Por tanto, en el periodo de edad de 0-6 años es cuando debe iniciarse esta educación para la salud, basada en la adopción de hábitos iniciales que conlleven la adquisición de actitudes y comportamientos saludables más adelante.

5 Discusión-Conclusión

Se observan relaciones estadísticamente significativas entre determinados hábitos y la caries.
Caries dental: influencia de los hábitos de higiene bucodental y de alimentación en niños en edad escolar. La OMS considera que la educación de la salud dental ha de tener dos grandes campos de acción: la comunidad y el centro escolar .

Durante la infancia se van modelando las conductas que dañan o favorecen la

salud, por lo que esta etapa de la vida es la más adecuada para tratar de potenciar la responsabilidad del cuidado de uno mismo y los buenos hábitos.
Los padres tienen una gran influencia sobre los hábitos alimentarios de los niños, y son ellos los que deben decidir la cantidad y calidad de los alimentos proporcionados durante esta etapa; junto con los padres, en la escuela los profesores ejercen un papel importante en el fomento y la adquisición de hábitos alimentarios saludables a través de la promoción y la educación para la salud.

Los padres con una buena salud bucal y mejores hábitos de salud oral también tienen hijos con mejor salud y hábitos orales. El nivel de estudios materno es la variable del nivel socioeconómico que más discrimina en relación con los hábitos de los niños. Así, las madres con mayor nivel educativo tienen mejores conocimientos y hábitos relacionados con la salud de sus hijos. El especialista de Educación Infantil, por su contacto directo y continuo con el niño, se convierte en un agente importante en la prevención y el desarrollo de la salud. La educación para la salud en la etapa de Educación Infantil es fundamental para que el niño adquiera unos hábitos adecuados de alimentación y salud bucodental.

6 Bibliografía

1.Barriuso L, Sanz B, Hernando L. Preva-lencia de hábitos bucodentales saludables en la población infan-to-juvenil residente en España. An Pediatr. 2011
2.Feathersone J. The caries balance: contributing factors and earlydetection. J Calif Dent Assoc. 2009.
3. Martínez J, Peña T, García A. Importancia de la educación en salud bucal infantil . http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242011000400012.
4.Organización Mundial de la Salud.
5.Asociación Española de Pediatría.

Capítulo 1020

LA CELIAQUÍA.

CLARA ISABEL COLERO FANJUL

NOEMI SANZ ROCES

MARIA DEL CARMEN SUAREZ SUAREZ

YOLANDA VIÑA RODRIGUEZ

1 Introducción

La celiaquía es una enfermedad intestinal crónica que provoca malabsorción, debida a la alteración de la mucosa del intestino delgado proximal, pudiendo presentarse por primera vez en la infancia, que el más común, o en la edad adulta.
Las personas con esta afección del sistema inmunitario no pueden consumir gluten, que es una proteína presente en el trigo, cebada y centeno. En concreto es la gliadina uno de los componentes del gluten la sustancia que resulta tóxica para personas con esta patología.
La enfermedad celiaca afecta a cada persona de una forma diferente, los síntomas más característicos son: irritabilidad que es el más característico en los niños, diarrea, dolor abdominal... e incluso, algunas personas no tienen síntomas. Es una enfermedad genética.
Con un análisis de sangre el médico podría diagnosticar la enfermedad, así como, con una muestra del tejido del intestino delgado.
El tratamiento es una dieta libre de gluten de por vida.
La prevalencia de la celiaquía es variable, las cifras oscilan entre 1:100 a 1:1389 y que está aumentando año tras año. según una investigación realizada en el instituto de Recerca Biomedical (IRB-Barcelona), que abordada en el programa corpo-

rativo de investigación de fisiopatología gastrointestinal de CIBEREHD, liderado por María Esteve. Los estudios demuestran que, en el año 2000 en una población de 1170 sujetos adultos, se detectó una prevalencia de 1:1389. En el 2011 con una inclusión de sujetos de todas las edades, la prevalencia global era de 1:204. Siendo niños menores de 3 años 1:77, mientras que en adultos 1:357, indicando que estas diferencias están relacionadas con la edad y se plantea una hipótesis de inducción de fenómenos de tolerancia a lo largo de los años como posible explicación a estas diferencias de edad.
Este estudio nos indica que el un aumento de diagnóstico gracias a un mayor y mejor acceso a métodos serológicos de diagnóstico y no el aumento de la prevalencia.
Es muy importante la detección precoz para poner el tratamiento adecuado a sus necesidades y así evitar otras patologías asociadas que van de la mano con la celiaquía.

2 Objetivos

Los principales objetivos para los especialistas, teniendo en cuenta que en una enfermedad que no tiene cura, es facilitar la vida de todos los celiacos, a través de:
- Una puesta en marcha de protocolos de actuación integral.
- Jornadas anuales sobre la enfermedad celiaca.
- Difusión de información.
- Creación de herramientas para conocer mejor la enfermedad.
- Diagnosticar precozmente la enfermedad.
- Promover y apoyar estudios de investigación de la celiaquía.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se llevará a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se realizará una búsqueda sistemática de libros y también de artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Bibliografía

- https://celiacos.org.
- https://www.cun.es.
- https://mayoclinic.org.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 1021

PREVENIR LESIONES AL MOVILIZAR PACIENTES EN TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

ÁLVARO FERNÁNDEZ CANTALAPIEDRA

1 Introducción

Cuando hablamos de las tareas de un Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en centros hospitalarios o residencias de mayores una de ellas es la movilización de pacientes, tanto para realizar los aseos, cambios posturales y/o levantar de la cama al paciente. Al realizar dichas tareas estamos utilizando nuestro cuerpo aunque en algunos casos podremos ayudarnos de material, como son las grúas.

2 Objetivos

- Prevenir las lesiones físicas en el trabajo y prevenir las lesiones con paso del tiempo como enfermedad laboral.

3 Metodología

Evitaremos realizar sobreesfuerzos a la hora de movilizar al paciente; para ello debemos antes de nada evaluar la tarea a realizar, comprobar si podemos realizar la solos o con ayuda de otra persona o con ayuda del material que disponemos.

Debemos mantener siempre la espalda recta, piernas flexionadas y pies separados, así como ayudarnos de todos los apoyos externos, del contrapeso del cuerpo. Siempre debemos pedir ayuda en momentos difíciles, como puede ser una caída de un paciente, y ayudarnos del material que disponemos.

4 Resultados

El exceso de peso en nuestra espalda provoca lesiones que derivan en absentismo laboral que puede acabar en una discapacidad del TCAE.

5 Discusión-Conclusión

Para prevenir las lesiones al movilizar al paciente debemos mantener una buena postura y ayudarnos de todas las ayudas externas posibles para evitar tener una lesión o posibles lesiones en el futuro. Es muy importante en el trabajo como TCAE prestar atención a pequeños detalles como puede ser llevar el correcto calzado a la hora de realizar nuestro trabajo, un calzado inadecuado puede hacer que perdamos el equilibrio mientras movilizamos a un paciente o algún material y provocarnos una caída.

La repetición constantes de las mismas tareas es lo que puede provocarnos una lesión en el futuro, por lo que debemos ser conscientes de cualquier señal para tratarla y no acabe convirtiéndose en crónica.

6 Bibliografía

- http://www.auxiliar-enfermeria.com/riesgos_auxiliares.htm
- Manual de ergonomía aplicada a la prevención de riesgos laborales.

Capítulo 1022

MENOPAUSIA.

MARIA DEL CARMEN SUAREZ SUAREZ

YOLANDA VIÑA RODRIGUEZ

NOEMI SANZ ROCES

CLARA ISABEL COLERO FANJUL

1 Introducción

La menopausia se produce porque los ovarios de la mujer dejan de producir las hormonas: estrógeno y progesterona. Una mujer llega a la menopausia cuando desaparece la regla o menstruación de forma permanente. Se trata de un proceso gradual que se puede durar varios años hasta que se instaura de forma definitiva. Se produce de manera natural entre los 45 y los 55 años, aunque en algunos de los casos puede aparecer antes de lo normal. El término menopausia se refiere a la fecha de la última menstruación en la vida de la mujer, para poder denominarse así, se requieren 12 meses consecutivos sin menstruación.
La menopausia es el signo más claro del climaterio. El climaterio es la etapa de la mujer en que se produce el cese de actividad ovárica y por tanto pasa del periodo fértil al no fértil, ello conlleva una serie de síntomas, y cambios morfológicos, funcionales y psicológicos. Pueden dividirse en 3 fases: la premenopausia, la menopausia, y la postmenopausia.
La premenopausia es el periodo anterior a la menopausia. La duración es muy variable y puede durar desde unos meses a unos 5 años. Muchas mujeres tienen alteraciones del ciclo menstrual durante este periodo, por la disminución de la pro-

gesterona producida en el ovario, pero con el mantenimiento de los estrógenos de forma normal.
La menopausia propiamente dicha se corresponde al cese de la menstruación.
La postmenopausia es la etapa posterior a la desaparición de las reglas y por la consecuente falta hormonal de estrógenos y progesterona aparecerán diversos signos y síntomas de forma paulatina.
Los cambios comprenden un fenómeno natural que puede ir acompañado de sintomatología o cursar sin ninguna molestia para la mujer. La calidad de vida de la mujer depende de los síntomas físicos que presente y de la percepción que ella tenga de todo el proceso, por tanto, depende también de un factor psicológico, uno de los síntomas de la menopausia son los sofocos que duran entre 1 y 3 años, aunque hay mujeres que lo sufren entre 10 o 12 años e incluso se cronifican sin llegar a desaparecer las sudoraciones nocturnas, sequedad vaginal, problemas urinarios y otros. En los últimos tiempos se observa un interés científico creciente problema actual no siempre abordado con objetividad suficiente, de hecho, la controversia se basa en la necesidad de tratar de forma racional y con justificación científica un fenómeno natural cuya finalidad es establecer un tratamiento durante el climaterio.

2 Objetivos

Los objetivos principales desde el punto de vista médico es lograr un cambio favorable en el estilo de vida, para atenuar el impacto del síndrome climatérico y para modificar los factores de riesgo de osteoporosis, cáncer de mama y de endometrio, con el fin de que los efectos de estas enfermedades en la salud de las mujeres sean lo mínimo posibles.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se llevará a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se realizará una búsqueda sistemática de libros y también de artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.
- www.fisterra.com
- ssm.gob.mx

Capítulo 1023

RECEPCIÓN Y RECOGIDA DE LAS MUESTRAS BIOLÓGICAS.

BARBARA CASERO FERNANDEZ

MARÍA PILAR SAN JOSÉ TORAL

MARIA SIMON CRESPO

MARÍA LUISA GONZALEZ GARCÍA

CARMEN DOMINGUEZ NOMPARTE

1 Introducción

Antes de realizar en el análisis de las muestras hay un proceso anterior a seguir como es; la petición de la muestra, la recogida, su transporte, el mantenimiento y posteriormente su análisis, que todos estos pasos deberán ser realizados de la forma correcta para obtener unos resultados óptimos.
Por ello es preciso seguir unos protocolos y no saltarse ninguno y que todo el personal lo conozca desde celadores pacientes, tce, due, técnicos laboratorio, médicos etc..

2 Objetivos

- Identificar las muestras y determinar los protocolos a seguir.

3 Metodología

Para realizar el siguiente capítulo se llevó a cabo una exhaustiva búsqueda en diferentes medios y bases de datos como Pubmed, Scielo, Medline. También se consultaron temarios y guías usando las palabras clave: cuidados, higiene, protocolos, temperaturas,transporte,identificación.
Combinando los operadores booleanos ”AND” y ”OR” para combinar las diferentes palabras clave y obtener unos resultados más precisos y más ajustados a nuestras necesidades.
Se han tomado como criterios de inclusión: publicaciones y documentos en español, rechazando los que no se ajustaban a los criterios establecidos.
Se seleccionaron los artículos más recientes y que informasen sobre los objetivos marcados. Y de ellos se sustrajo información pertinente.

4 Resultados

Antes de realizar la recogida de cualquier muestra biológica es importante tener el volante con la petición del médico echa una vez obtenida dicha petición se le explicará el proceso al paciente comprobando la identidad de la persona y el volante, es importante recoger las muestras con la mayor higiene posible e incluso algunas son necesarias que sean totalmente estériles.

Deberemos recoger la muestra en el recipiente adecuado para su analisis. Una vez recogida se pondrá en la rejilla correspondiente par su transporte, mientras la muestra es llevada al laboratorio deberá conservarse en la temperatura que precise dicha muestra y llevarlo lo antes posible al laboratorio.

Ejemplo las heces se deberán mantener en nevera, los hemocultivos en temperatura ambiente, los hisopos por normal general en estufa. Una vez en el laboratorio el tecnico debera comprobar la identidad de la muestra y proceder a su análisis de forma limpia y minuciosa. Siguiendo estos simples pasos las muestras serán obtenidas y mantenidas en buen estado

5 Discusión-Conclusión

Tras la revisión bibliográfica en las diversas bases de datos se puede concluir que con una higiene y un conocimiento adecuado de las técnicas por todo el personal el riesgo de contaminación de la muestra y el margen de error es mínimo, lo que

hará que el diagnóstico y la evolución del paciente sea óptimo y rápido en su tratamiento

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 1024

LA DIFICULTAD DEL CORRECTO DIAGNÓSTICO EN LAS CEFALEAS

ROSA MARÍA CANCIO GARCÍA

1 Introducción

Las cefaleas representan una de las consultas médicas más frecuentes; la mayoría de las personas las sufren en algún momento de sus vidas. Pueden afectar a cualquier persona independientemente de su edad, raza y género.

La OMS (Organización Mundial de la Salud), ha declarado que alrededor del 50% de la población mundial adulta sufrirán cefaleas en algún momento. La etiología de la cefalea, puede estar influida por el estrés el malestar emocional o un trastorno médico, ya sea hipertensión, ansiedad o depresión, aunque pudiendo deberse también a otros factores.

La indicación de un tratamiento eficaz para los diferentes tipos de cefaleas pasa en muchas ocasiones por un proceso largo e insidioso marcado por el fracaso de tratamientos previos.

2 Objetivos

- Evitar falsos positivos a través de hallazgos incidentales mediante pruebas de neuroimagen que pueden generar en el paciente sentimientos de ansiedad e incertidumbre, limitando su uso a aquellos pacientes en los que esté indicado dicho estudio.

- Interconsultas de forma precoz con otros especialistas (oftalmólogos, cirujano maxilo-facial, otorrinolaringólogo…) es esencial en el manejo del paciente debido a las causas multifactoriales de las cefaleas.
Tratamiento precoz de otras patologías asociadas o síntomas derivados de esta afectación como pudieran ser estados de depresión, angustia o estrés, ya que el tratamiento adecado a cada paciente y para cada tipología de cefalea no es conseguido en muchos casos a corto plazo, acompañado de fracaso en los tratamientos preventivos.
- Detección y diagnóstico exacto, tratamietno eficaz y prescripciones sobre modificaciones sencillas acerca del modo de vida, hábitos y educación del paciente para evitar en lo posible la cronificación de la dolencia.

3 Metodología

La presente revisión bibliográfica se ha realizado a través de una búsqueda de artículos y publicaciones tanto en español como en ingles en portales como Google Académico, Dialnet, bases de datos como Medline.

Las palabras clave en esta búsqueda fueron cefalea, migraña, episodios migrañosos, etiologia de las cefaleas, tratamiento preventivo, dolor de cabeza, criterios diagnósticos.

4 Resultados

Podemos considerar las cefalea como un síntoma que hace referencia a cualquier tipo de dolor localizado en la cabeza.
En cuanto a la tipología cabe destacar que existen más de 150 tipos, aunque de forma general se pueden dividir en dos grandes categorías: las cefaleas primarias y las secundarias. Las primarias representan el 90% del total y engloba aquellas en las que el dolor de cabeza tiene unos criterios y características propias. Las secundarias son aquellas que a consecuencia de otra patolgía cursa con dolor de cabeza y generalmente, otra clínica asociada.
La aparición de la cefalea puede darse en cualquier zona de la cabeza, así como de forma bilateral o en una zona concreta.

CEFALEAS PRIMARIAS:
Las cefaleas primarias son enfermedades independientes en el que el dolor de cabeza es el único o principal síntoma de la enfermedad en donde no hay indicios

de que el dolor forme parte de otra enfermedad, causadas directamente por la hiperactividad o por problemas en la cabeza como existencia de zonas sensibles al dolor, en las que se incluyen vasos sanguíneos, nervios y músculos de la cabeza y cuello.
También pueden aparecer por cambios en la actividad química del cerebro.
Las cefaleas primarias más frecuentes incluyen migrañas, dolores de cabeza en racimos y tensionales.

CEFALEAS SECUNDARIAS
Las cefaleas secundarias son aquellas que ante otra patología, se hacen presentes estimulando los nervios de la cabeza sensibles al dolor, es decir, los síntomas de la cefalea atribuyendo sus síntomas a otra causa.
Son múltiples los factores que pueden provocar cefaleas secundarias:
- traumatismo
- patología vascular cerebral
- consumo o abstinencia de sustancias
- infecciones (como la sinusitis)
- ansiedad o depresión
- aumento de la presión intracraneal o tumores
- glaucoma
- uso excesivo de medicamentos para el dolor, dando lugar a cefaleas por efecto rebote
- ...

TIPOS DE CEFALEAS MAS COMUNES

1. CEFALEA TENSIONAL
Causada por tensión muscular, generalmente de la frente y de la nuca, coincide en el tiempo con periodos de estrés.
Esta tipología es manifestada por los pacientes como una presión o una tensión constante a ambos lados de la cabeza, de forma predominante como hemos mencionado en frente y nuca. En estas cefaleas, la intensidad del dolor se describe como más leve y es percibido como menos incapacitante en comparación con la cefalea de la migraña o con las cefaleas de tipo secundario. El inicio del dolor suele ser durante el trascurso del día intensificándose por la tarde, pudiendo cronificarse y estar presente a lo largo del todo el día y con una duración de varios días. Suele ser percibido como ”sensación de casco”.
La analgesia simple y los antiinflamatorios no esriodeos (AINES), son de gran utilidad para la terapia abortiva aguda. Los fármacos antidepresivos son utilizados

como tratamientos de prevención; demostrando los tricíclicos elevada eficacia, de ellos la amitriptilina es considerado el fármaco de elección.

2. MIGRAÑA O JAQUECA

Tiene un caracter hereditario. Su característica principal son los episodios recurrentes de dolor de cabeza. La intensidad del dolor es variable a lo largo de los diferentes episodios, pudiendo llegar a ser muy intensa. El dolor se inicia de forma hemicraneal extendiéndose a continuación a toda la cabeza, de forma pulsatil, pudiendo ir acompañada de nauseas y vómitos, así como malestar general acompañado de fotofobia, fonofobia u osmofobia. La dolencia mejora con el reposo y empeora con la actividad física.

El 20% de los procesos migrañosos van acompañados de aura y el 80% restante sin aura.

En las crisis leves-moderadas están indicadas los AINES, los triptanes se reservan a pacientes resistentes a los primeros. En cuanto al tratamiento para la prevención de la migraña crónica (vía oral) podemos encontrar: Beta-bloqueantes, Metoprolol, Fluracina o Topirámato.

3. CEFALEAS TRIGÉMINO-AUTONÓMICAS

Agrupan diversas situaciones de características clínicas comunes: los pacientes refieren dolor unilateral localizándose este en el territorio inervado por el nervio trigémino, además de síntomas autonómicos craneales (lagrimeo, ojo rojo, congestión o taponamiento nasal, rinorrea, sudoración facial). Son cefaleas de tipo muy intenso y corta duración y con más de un episodio a lo largo del día. Ésta clínica es debida a la activación del nervio trigémino así como del sistema nervioso parasimpático debido a la activación patológica del reflejo trigéminofacial del tronco cerebral.

Se distinguen tres situaciones, cuya duración y frecuencia de los ataques ayudan a distinguirlas y así poder proporcionar el tratamiento específico

- CEFALEA EN RACIMOS (O CLÚSTER). La más frecuente afectando a menos de 1 por mil adultos, siendo la prevalencia hombre:mujer 3:1. Sus episodios son varios y muy intensos a lo largo del día. La duración del brote oscila entre unas pocas semanas y varios meses.

-CEFALEA HEMICRANEANA: Su incidencia es de 1 cada 50.000 habitantes, siendo mayor la prevalencia en mujeres. Consiste en episodios breves (2-30 min.) a la vez que muy intensos y más de 5 veces al día. La localización del dolor siempre es unilateral. Uno de los tratamientos más eficaces es la indometacina.

-CEFALEA NEURALGIFORME UNILATERAL CON INYECCIÓN CONJUNTIVAL Y LAGRIMEO (SUNCT): Es la menos frecuente y de prevalencia desconocida. Sus

episodios son de intensidad moderada a severa y de duración muy breve (de segundos a pocos minutos) repitiéndose a lo largo del día, incluso hasta 200 veces.

En el tratamiento de las cefaleas Trigemino-autonómicas, para crisis agudas son de elección los fármacos con acción inmediata y la vía de absorción la parenteral o la pulmonar. Como tratamientos de transición están los corticoides y como tratamiento profiláctico, el verapamilo, topirámato y en algunos casos el litio, son los que han demostrado mayor eficacia, siendo el verapamilo el de primera elección.

4. CEFALEA TUSÍGENA
Ocasionada por la tos o bien por el aumento de la presión intracraneal al estornudar, defecar…
Se aconseja el estudio por imagen para descartar algún tipo de lesión intracraneal.

5. CEFALEA POR ESFUERZO FÍSICO
Ocasionada por la práctica de ejercicio muy intenso.
Las pruebas de imagen como la RM o la angioresonancia ayudan a descartar causas secundarias. Debuta en la quinta década con predominio en hombres.
La acetozolamida ha sido descrita como efectiva.

6. CEFALEA ASOCIADA A ACTIVIDAD SEXUAL
Preorgásmica u orgásmica, de dolor bilateral y duración de minutos a horas.
Las pruebas de estudio por imagen descartan lesiones tanto vasculares como cerebrales.
La indometacina es el tratamiento de elección.

7. CEFALEA POR CRIOESTÍMULO
Unilateral, de corta duración y de tipo punzante, desencadenado por un estímulo frio que se ingiere, se inhala o bien se aplica en la cabeza.
No requiere de tratamiento específico.

8. CEFALEA HÍPNICA
Aparece únicamente durante el sueño, lo que hace que el paciente se despierte. De duración persistente de 30 a 180 minutos e inespecífica. Comparte ciertas características con la migraña (sensación nauseosa). Si es de aparición reciente, se precisa descartar una causa secundaria.
Buena respuesta a la flunaricina e indometacina.

9. NEURALGIA DEL TRIGÉMINO

Dolor agudo y punzante hemifacial dónde el nervio afectado es el trigémino. Dura unos segundos, de causa desconocida, entre el 5 y el 10% es secundario a tumores u otra patología.
La RM con reconstrucción tridimensional es la prueba de imagen indicada.
Los anticonvulsivos, espasmolíticos y de implementación mas tardía las inyecciones de botox, son los tratamientos que responden eficazmente.

5 Discusión-Conclusión

Las cefaleas no son consideradas por la población como una enfermedad grave, el motivo que lleva a este razonamiento es que generalmente son episódicas, no mortales y no contagiosas; pero esta patología no solo es únicamente dolorosa, además es incapacitante, imponiendo para quienes la sufren una carga personal en forma de intenso sufrimiento y costos económicos.

Se estima que 1/3 de las consultasen el Servicio de Neurología son motivadas por esta patología.
La cefalea tensional es la cefalea de tipo primario más frecuente. La relación hombres:mujeres es de 4:5. Según la OMS, la cefalea de tipo migrañoso es la más frecuente en las consultas del neurólogo.
En una gran mayoría de pacientes coexisten diversas tipologías de cefaleas que no cumplen todos los criterios diagnósticos por lo que un porcentaje importante de personas que padece algún tipo de cefalea no recibe tratamiento eficaz.

Dada la potencial gravedad de una lesión estructural, conviene la realización de técnicas de neuroimagen que ayuden a la correcta evaluación de la patología, para descartar causas secundarias, a pesar de que ciertos datos demográficos como semiológicos, orienten hacia un origen primario.
Aquellos pacientes que sufren de cefalea durante un periodo de más de 15 días al mes, se considera como forma crónica, además un 2.5% de pacientes pasan de la forma episódica a crónica al año.

6 Bibliografía

- Gómez-Aranda F, Casado JL. Clínica del ataque de la cefalea en racimos. Rev Neurol 1995;23 (Suppl4):S500-5
- Noya M. Cefalea en racimos. Definiciones y criterios diagnósticos. Rev Neurol 1995;23 (suppl 4):S479-81

- Sanchez del Rio M, Caminero AB, Escudero J, Irimia P, Pozo P. Fisiopatología, métodos diagnósticos, criterios de derivación y criterios de hospitalización. En: Guía oficial para el diagnóstico y tratamiento de las cefaleas 2011. Pg 19-42. Editor: S Diaz Insa. Comité ad hoc del Grupo de Estudios de Cefaleas SEN. Thomson Reuters 2011
- Cernuda-Morollón E, Pascual J. Algo se mueve en la migraña crónica. Rev Neurol. 2014;58 (1):1-3
- Cohen A, Matharo M, Goadsby P. Trigeminal Autonomic Cephalagias: Current and Future Treatments. Headache, 2007:969-980
- Chen Pk, Fuh JL, Wang SJ: Cough headache: a study of 83 consecutive patients. Cephalagia. 2009, 29-1079-1085
- P. Mulero, A.L. Guerrero-Peral, E. Cortijo-García, N.S. Jabary, S Herrero-Velázquez, S. Miranda et al. Cefalea hípnica: características de una serie de 13 nuevos casos y propuesta de modificación de criterios diagnósticos. Rev. Neurol, 54(2012), pp129-136

Capítulo 1025

LA ATENCION A ENFERMOS TERMINALES

SARA MARÍA GONZÁLEZ GARCÍA

ANA SANCHEZ UGARTE

KIMBERLY YULAY SEVERINO MUÑOZ

JOSE LEONARDO MONTERO SANCHEZ

ADRIANA MARIEL VARGAS CADIMA

1 Introducción

La atención para enfermos terminales es un programa especial para pacientes que están enfermos y viven sus últimos días, y sus familias. La atención para enfermos terminales es una forma de cuidados paliativos. Está destinada a personas que tienen 6 meses o menos de vida.

La atención para enfermos terminales trata de proporcionar la mejor calidad de vida a pacientes moribundos. Esto se hace mediante un enfoque holístico. Ofrece consuelo espiritual, mental, emocional y físico a los pacientes, a sus familias y a sus cuidadores. se puede entender que la enfermedad y la persona enferma van acompañados de una serie de circunstancias cambiantes con unas necesidades variables y una historia personal, familiar y social que hará que cada individuo enfrente la enfermedad de una determinada manera, que no será siempre la misma durante el proceso.

Hablar de la familia es hablar de grupo y, por tanto, de una entidad supra-individual con mecanismos de funcionamiento propios a los que conviene prestar atención como paso previo a la formulación de la evaluación diagnóstica y a la posterior intervención.

2 Objetivos

- Hacer que el paciente se sienta cómodo.
- Aliviar el dolor y otros síntomas.
- Apoyar a la familia en un momento triste y difícil.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Medline, Scielo, Pubmed y Google Académico, se han utilizado criterios de búsqueda en revistas científicas y artículos encontrados de la atención a pacientes terminales y se han utilizado descriptores con las palabras clave como : paciente, hospitalización, duelo, dolor, paciente terminal, apoyo familiar.

4 Resultados

Un equipo de atención para enfermos terminales es un grupo de personas que comprende los objetivos específicos de este tipo de atención. El equipo de atención para enfermos terminales ayuda a los pacientes a vivir sus últimos días con dignidad y la mayor comodidad posible. El equipo puede incluir a las siguientes personas: médicos, enfermeros, trabajadores sociales, consejeros espirituales, asistentes médicos para el hogar, terapeutas de duelo, otros voluntarios. La atención para enfermos terminales puede prestarse en el lugar donde el paciente pase sus últimos días. Puede ser el hogar, un hospital, un hogar de ancianos o un centro de cuidados paliativos. Los miembros del equipo de atención para pacientes terminales intentan ayudarlos a que sientan el menor dolor posible. También intentan ayudarlos a estar en paz consigo mismos y con su enfermedad. Al mismo tiempo, el equipo de atención para enfermos terminales brinda apoyo, educación y asesoramiento a familiares y amigos. Si el paciente está en un hogar de ancianos, el equipo también ofrecerá apoyo al personal y a otros residentes.

Hay varios servicios incluidos en la atención para enfermos terminales. Estas son algunas:

• Brindar cuidado de enfermería las veinticuatro horas del día.
• Capacitar a los miembros de la familia para atender al paciente de ser necesario.
• Ofrecer apoyo espiritual y emocional para el paciente y la familia.
• Asistir en asuntos prácticos relacionados con enfermedades terminales, como testamentos, finanzas y últimos deseos.
• Ofrecer terapia del habla, ocupacional y física.
• Coordinar la atención con el médico de cabecera del paciente.
• Aliviar el dolor y otros síntomas.
• Ofrecer grupos de apoyo sobre el duelo y la muerte para las familias.

El apoyo para el duelo ayuda a las personas a sobrellevar la pérdida de un ser querido. El dolor es una emoción normal que las personas tienen en relación con la muerte. Es común en familiares, amigos y cuidadores cuando fallece un ser querido. No hay fechas ni duraciones fijas para el duelo. Las personas experimentan el dolor de diferentes maneras. Muchas sienten ira, soledad, culpa, confusión y miedo cuando muere un ser querido. Es útil hablar sobre estos sentimientos y sobre la persona que falleció.

La atención para enfermos terminales se compromete a ayudar a las personas que están elaborando el duelo. Los equipos de atención para enfermos terminales ofrecen un apoyo cálido y profesional para ayudar a los miembros de la familia. Los equipos pueden proporcionar sanación emocional o ayudar en los cambios de estilo de vida. La atención para enfermos terminales respeta el proceso de muerte natural. Brinda a pacientes y familiares una oportunidad de crecimiento espiritual durante esta fase final de la vida.

5 Discusión-Conclusión

El equipo que atiende a la familia de una persona con enfermedad terminal, que ha realizado un proceso migratorio, debería ser especialmente sensible a una serie de aspectos: cultura, religión, idioma, duelos anteriores a la migración, la migración como duelo, proceso de adaptación al medio comunitario, red familiar y social, tiempo desde que reside en el territorio… Tener estos datos e interpretarlos adecuadamente puede prevenir la falta de comunicación y el descontento de equipo y familia. Las normas de una institución y la diversidad cultural pueden convivir si se buscan elementos comunes en lugar de trabajar desde la diferencia.

6 Bibliografía

- Ajemian, I. The interdisciplinary team. Oxford Text Book of Palliative Medicine, cap. 3.4. Oxford: Oxford University Press, 1993.
- Alexander, D. Psychological / Social research. Oxford Text Book of Palliative Medicine, cap. 3.4. Oxford: Oxford University Press, 1993.
- Alizade, A.M. Clínica con la muerte. Buenos Aires: Amorrortu, 1995.
-Callenge.F.A.Davis.Philadelphia.1996.
- Bowlby, J. El vínculo afectivo. Buenos Aires: Paidós, 1988.

Capítulo 1026

LA VALORACION DE LOS CUIDADOS DE SALUD MENTAL

ADRIANA MARIEL VARGAS CADIMA

JOSE LEONARDO MONTERO SANCHEZ

KIMBERLY YULAY SEVERINO MUÑOZ

SARA MARÍA GONZÁLEZ GARCÍA

ANA SANCHEZ UGARTE

1 Introducción

Los trastornos mentales severos (TMS) se han constituido en uno de los problemas de salud mental que merecen atención prioritaria, y que exigen el esfuerzo de los Servicios de Salud para la implementación de programas específicos. El desarrollo de la rehabilitación psiquiátrica, en el contexto comunitario y desde un enfoque asertivo, necesita de un tipo de recursos concretos que proporcionen a las personas espacios estructurados y normalizados para un reencuentro con lo afectivo, lo personal, lo social, etc. El paciente tiene asignado una enfermera/o, que se responsabiliza de la toma a cargo integral del paciente, diseñando, interviniendo y evaluando resultados sobre la base de los problemas cotidianos con los que se encuentra el sujeto a lo largo del proceso rehabilitador. Se realiza una valoración inicial, descripción de intervenciones y evaluación a los dos años de trabajo. Así mismo, se pone de manifiesto que con pacientes cronificados, con largo tiempo de institucionalización y patología severa, las intervenciones tienen

que ser focalizadas e individualizadas, dirigidas a objetivos muy realistas y concretos y deben ajustarse a las necesidades e intereses del usuario.

2 Objetivos

Valorar los tipos de valoración psicológica en los procesos de enfermedades mentales.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Medline, Scielo, Pubmed y Google Académico, se han utilizado criterios de búsqueda en revistas científicas y artículos encontrados en la valoración de los cuidados de salud mental y se han utilizado descriptores con las palabras clave como : paciente, hospitalización, salud mental, trastornos psicológicos, enfermedad mental.

4 Resultados

El tipo de valoración utilizada en una situación dada viene determinado por la naturaleza de la historia del paciente, por los problemas actuales y por otras necesidades individuales. Como señala Johnson (2000a), es importante utilizar un formato estandarizado para el registro de los datos, aunque manteniendo cierta flexibilidad.

Diversos propósitos, objetivos y métodos diferencian las valoraciones (Gordon, 1994, 1996; Johnson, 2000a). En este sentido, Johnson (2000a) habla de una valoración amplia, una valoración focalizada y una valoración selectiva (uso de un instrumento o protocolo específico para detectar un problema concreto) y Gordon propone cuatro tipos de valoración: valoración inicial, valoración de un problema focalizado, valoración después de un largo período de tiempo y valoración de urgencia.

De acuerdo con Johnson y Gordon, la valoración es siempre necesaria para iniciar una práctica terapéutica. No obstante, el tipo de situación que se presente, los problemas y posibles consecuencias asociados, así como los objetivos propuestos, constituirán un marco de referencia y un tipo de registro concreto. Generalmente suele ser la valoración inicial, excepto en casos de urgencia. El propósito es valorar el estado de salud del cliente, identificando cualquier problema o disfunción

que pueda presentar para posteriormente establecer un plan terapéutico, ayudándose de, y fomentando las, relaciones interpersonales. Incluye una historia de enfermería psicosocial y cultural completa, exploración física, e información general sobre el cliente en base a criterios a través de los cuales serán evaluados los cambios.

Muchas veces la valoración inicial no puede juzgar desde un principio, sin datos constatables, un problema de salud. En esta fase se debe estar abierta a la información que quiera dar o pueda obtenerse del cliente, para hipotetizar problemas de salud. Es importante que la información quede registrada en un formato estandarizado, con una terminología científica común para que pueda ser comprendida por todos los profesionales del equipo y utilizada posteriormente.

5 Discusión-Conclusión

Las percepciones de una persona enferma de trastornos mentales suelen estar relacionadas con el entramado de referencia propio y desde un punto de vista psicopatológico, las alteraciones no se refieren tanto a deficiencias sensoriales como a alteraciones cognitivas. Las personas con problemas de salud mental pueden tener dificultades para percibir la misma realidad que el resto de la sociedad.

6 Bibliografía

1. Fernández JM (Coord). Programa de Atención a los Trastornos Mentales Severos. Plan Estratégico para el desarrollo de los SS de Salud Mental. SESPA 2001-2003. Oviedo, 2001:4-12.
2. Hernández M. De los tratamientos asertivos al case management. Psiquiatría comunitaria, 1996; 8 (4):246-251.
3. Kuras de Mauer S, Resnizky S. Acompañantes terapéuticos y pacientes psicóticos. Buenos Aires: Editorial Trieb; 1985: 27-30.
4. Fornés J, Carballal MC. Enfermería de salud mental y psiquiatría: guía práctica de valoración y estrategias de intervención. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2001
5. Gordon M. Diagnóstico enfermero. Proceso y aplicación. Madrid: Mosby, 1996.

Capítulo 1027

RIESGOS DEL TRABAJO NOCTURNO

MARIA SIMON CRESPO

MARÍA LUISA GONZALEZ GARCÍA

BARBARA CASERO FERNANDEZ

MARÍA PILAR SAN JOSÉ TORAL

VERONICA GARCIA MACIAS

1 Introducción

Aquellas personas que realizan su trabajo durante el turno de noche conlleva unos riesgos de salud al igual que afecta a la vida personal del trabajador

2 Objetivos

Identificar los problemas personales y de salud y determinar posibles soluciones

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Se han utilizado los descriptores: turnicidad,cuidados,riesgos,soluciones,estudios,salud laboral y los operadores booleanos AND y OR, pubmed.

4 Resultados

Cuando realizamos trabajos en turnos rotatorios en los que nos incluyen noches tenemos unos riesgos añadidos al trabajo realizado dentro de nuestras competencias.

Problemas en la salud: insomnio debido a los cambios horarios continuados, problemas gastrointestinales por no poder llevar una dieta adecuada y comer a diversos horarios,hipertensión,estrés,ansiedad y en además en los últimos estudios realizados se ha detectado el aumento de cáncer en aquellas personas que realizan su trabajo en turno de noche en el que más afectado es la mujer.

Problemas sociales; en estudios realizados se ha aumentado el fracaso sentimental llevando cabo el divorcio por ser incomprendido en nuestro social nuestros turnos y perder fechas claves como cumpleaños, navidades, fiestas escolares conllevando en ello un ambiente hostil,decepción, fracaso.

Soluciones;aunque hay propuestas hechas para disminuir los daños físicos y sociales a día de hoy no hay una determinación de aplicarlas.
Las propuestas más activas son aumentar los descansos y permisos , y adelantar la edad de jubilación.

5 Discusión-Conclusión

Tras la revisión bibliográfica en las diversas bases de datos se puede concluir que procedimiento incentivando más descansos y anticipo la edad de jubilación los riesgos disminuirían considerablemente

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 1028

FACTORES QUE AFECTAN A LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN.

PATRICIA MARIA APARICIO ROBLES

1 Introducción

Una úlcera por presión es una lesión en la piel y en los tejidos subyacentes con pérdida de sustancia cutánea. Es de origen isquémico. Y es producida por una presión prolongada o por una fricción entre dos planos duros y con una escasa o nula tendencia a una cicatrización de la zona.

Después de la anterior definición nombraremos algunos de los factores que la producen, zonas más frecuentes donde se localizan y terminaremos con su clasificación.

2 Objetivos

- Recordar a los cuidadores de las personas con riesgo de padecer úlceras por presión.
- Resaltar la importancia del conocimiento de los factores más relacionados con la aparición de úlceras, para preservar la salud de los pacientes.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Las úlceras por presión son debidas a que la presión en determinadas zonas provoca una menor afluencia de sangre lo que conlleva una falta de oxígeno y de nutrientes. Esta compresión ininterrumpida de la piel causa una presión cutánea superior a la presión capilar, lo que a una isquemia local, que si se prolonga en el tiempo, conduce a una necrosis y posterior ulceración de los tejidos, primero de la piel y si sigue esta presión, del tejido subcutáneo y del músculo.

Los factores de predisposición de las úlceras, se pueden clasificar en dos: factores intrínsecos, y factores extrínsecos.

Factores intrínsecos son los relativos al propio paciente, es decir, dependen de el mismo. Los nombraremos a continuación:
- Edad.
- Estado nutricional. Y de aquí, pueden ser: hipoproteinemia, diabetes, deshidratación, obesidad, delgadez, insuficiencia renal, neoplasias.
- Deficiencias sensoriales.
- Deterioro del estado mental.
- Incontinencia urinaria o fecal.

Factores extrínsecos son aquellos que no dependen del paciente:
- Presión prolongada.
- Inmovilidad.
- Cizallamiento.
- Humedad.
- Escayolas, férulas, atracciones.
- Medicamentos como por ejemplo, corticoides, quimioterapia agresiva.

5 Discusión-Conclusión

La conclusión que sacamos de esta división de factores de predisposición de las úlceras por presion es poder proporcionar una ayuda efectiva a las personas con riesgo de padecerlas. Aún hoy en día nos encontramos con pacientes con lesiones en la piel que con una correcta previsión la mayoría de ellas se podrían prevenir.

6 Bibliografía

- www.geriatricarea.com
- www.menosdiasconheridas.com
- www.elsevier.es

Capítulo 1029

EL SÍNDROME ANGELMAN.

MARIA DEL CARMEN SUAREZ SUAREZ

CLARA ISABEL COLERO FANJUL

YOLANDA VIÑA RODRIGUEZ

NOEMI SANZ ROCES

1 Introducción

El síndrome de angelman es un trastorno genético, se trata de un trastorno neurológico y crónico, causa discapacidad del desarrollo del cerebro y el cuerpo de un niño, es una enfermedad que está presente en el nacimiento, aunque no se diagnostica hasta los 6-12 meses de edad que es cuando se notan por primera vez los problemas de desarrollo.

Desde un punto de vista físico los niños que sufren este trastorno presentan un tamaño pequeño de la cabeza respecto al resto del cuerpo, boca grande y dientes anchos y separados, la tonalidad del pelo, piel y ojos presenta una tonalidad más clara que el resto de su familia pudiendo llegar al albinismo y en ocasiones pueden tener problemas de vista como estrabismo.

Los síntomas neurológicos característicos son, alteraciones en la marcha, movimientos anormales de las extremidades como temblores o sacudidas, epilepsia, trastornos del sueño, alteraciones en la comunicación, rigidez, inestabilidad, talla baja o extremidades pequeñas.

Las personas con este síndrome suelen sonreír y reír con frecuencia, tienen una personalidad feliz y excitable.

Las personas con angelman suelen tener una esperanza de vida normal pero la enfermedad no se puede curar.
Este trastorno es debido a problemas en el gen ubicado en el cromosoma 15 que codifica la proteína ubiquitina ligasa E3A el cual es debido a que la copia genética de la madre está ausente o dañada, rara vez procede de la copia genética del padre.
Es un síndrome poco frecuente y no se sabe la causa de estos cambios genéticos que ocasionan el síndrome de angelman ya que la mayoría de los casos no tiene antecedentes familiares de dicha enfermedad.
Según estudios realizados la gran mayoría de los casos conocidos son de origen caucásico estimando que ocurre en 1 caso por cada 12000-20000 nacimientos.
Los principales objetivos para los especialistas es mejorar la calidad de vida de los pacientes con este síndrome ya que no tiene cura, utilizando métodos como la fisioterapia, la terapia ocupacional y del habla, incluyendo métodos no verbales de comunicación, además de la utilización de medicamentos para tratar las compulsiones características de esta enfermedad y sedantes para los trastornos del sueño.

2 Objetivos

Dar a conocer esta patología mediante una revisión bibliográfica.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se llevará a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se realizará una búsqueda sistemática de libros y también de artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Bibliografía

- Www.webconsultas.com.
- Www.angelman.org.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 1030

CASO CLÍNICO A PROPÓSITO DE UN CASO: TUMORACIÓN OVÁRICA.

LORENA PALACIOS MIGUEL

1 Introducción

Paciente de 28 años acude a la consulta de ginecología por sensación de dolor tipo cólico en fosa ilíaca derecha (FID) con irradiación a región lumbosacra y crestas ilíacas.

2 Objetivos

Intervenir a la paciente para la extracción de la tumoración y su estudio para detectar si es benigno o no.

3 Caso clínico

Antecedentes obstétricos: 4 embarazos, 2 partos eutócicos y 2 abortos (con dos legrados pos-aborto). Menarquia a los 12 años.

Exploración general: abdomen blando y depresible con dolor localizado en FIK apreciándose tumoración dura e irregular a ese nivel. Puño percusión renal bilateral negativa. Resto de exploración normal.

Exploración ginecológica: genitales externos normales de multípara, vulva normal, periné cicatricial, vagina amplia y normal, cérvix sano, útero en posición

media, móvil de tamaño normal. Zona anexial izquierda negativa. En zona anexial derecha. Mediante el tacto se aprecia una tumoración dura, móvil de unos 15x10 cm.

Se realiza estudio preoperatorio habitual que no contraindica intervención.

A la semana se le realiza laparotomía confirmándose la impresión clínica primitiva y extirpándose tumoración ovárica derecha de la que se hace estudio histológico intraoperatorio que nos es informado como benigno. Así mismo se realiza LT izquierda y apendirectomía.

Post-operatorio de la paciente transcurre dentro de la normalidad por lo que se le da el alta en estado satisfactorio.

Diagnóstico: tumoración ovárica benigna.

4 Discusión-Conclusión

En una primera observación de la paciente, se podría haber detectado un cólico de apendicitis, pero las pruebas remitieron a un caso ginecológico, aunque se le procedió a la extracción de la tumoración. Se le extirpó el apéndice al estar un poco inflamada, para evitar una segunda intervención en breve.

5 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/

Capítulo 1031

PLAN DE CUIDADOS DEL TCAE ANTE LAS ÚLCERAS POR PRESION.

PATRICIA MARIA APARICIO ROBLES

1 Introducción

Los cuidados del auxiliar de enfermería se basan en el alivio de la presión, intentad mejorar el estado nutricional, disminuir o eliminar los factores de riesgo que provocan la úlcera por presion.

2 Objetivos

El objetivo del análisis y el constante recordatorio de este plan de actuacion ante las úlceras por presion no es otro que hacer hincapié en que la mayoría de estas lesiones pueden prevenirse con unos cuidados específicos y constantes. Y que abandono o el incorrecto cuidado puede dar lugar a la rapida aparición de una lesión en la piel.

3 Metodología

Recopilando, una vez más , información de planes de actuacion de hospitales y geriátricos, podemos nombrar estos cuidados fácilmente ejecutables en hospitalización y domicilios.

4 Resultados

Vamos a diferenciar dos tipos de cuidados:
- Cuidados generales
- Cuidados locales.

Cuidados generales:
- Tras la valoración inicial, si presenta un alto riesgo, habrá que incluir a la persona en un protocolo de prevención de úlceras por presión.
- Valorar y registrar las características de la lesión. Como sus dimensiones, secreciones, si hay infección, antigüedad y evolución.
- Proporcionar un buen apoyo nutricional que favorezca la cicatrización, llegando a utilizar complementos proteicos.
- Disminuir la presión de las zonas afectadas con cambios posturales o usando superficies que alivien esa presión.
- Ofrecer apoyo emocional y fomentar la autoestima y la autonomía.

Cuidados locales: el procedimiento de curas está basado en 8 puntos que son, alivio de la presión, limpieza, desbridamiento control del exudado, prevención o eliminación de la infección, protección de la piel, alivio del dolor, e intentar favorecer la granulación y epitelización.

Con los cuidados locales y los cuidados generales desarrollamos nuestro plan de cuidados ante las úlceras por presión.
- CAMBIOS POSTURALES PROGRAMADOS CADA 2-3 HORAS
- COMPROBAR QUE EL PACIENTE NO TIENE CONTRAINDICADA NINGUNA DE LAS POSICIONES EMPLEADAS PARA LOS CAMBIOS POSTURALES.
- EVITAR APOYAR AL PACIENTE SOBRE SUS LESIONES
- MANTENER LA ALINEACIÓN CORPORAL
-EVITAR EL CONTACTO ENTRE PROMINENCIAS OSEAS
- EVITAR EL ARRASTRE AL REALIZAR LAS MOVILIZACIONES
- NO EFECTUAR MANIOBRAS BRUSCAS
- EN DECÚBITO LATERAL NO SOBREPASAR LOS 30 GRADOS
- UTILIZAR COLCHONETAS, COJINES DE SILICONA, PERO NO SUSTITUIRLAS POR LOS CAMBIOS POSTURALES
- APROVECHAR LOS CAMBIOS POSTURALES PARA MASAJEAR O REALIZAR OTRA ACTIVIDAD NECESARIA
- COMPROBAR QUE EL PACIENTE ESTÉ CÓMODO EN LA NUEVA POSTURA
- VIGILAR LA APARICIÓN DE DOLOR DURANTE LA MOVILIZACIÓN
- EVITAR LAS COSTURAS Y LA ROPA EXCESIVA.

- ESTIMULAR AL PACIENTE PARA QUE REALICE MOVIMIENTOS EN LA CAMA.

5 Discusión-Conclusión

La conclusión que sacamos de este plan de cuidados es la posibilidad de reducir estas lesiones que merman la calidad de vida de las personas que las padecen. Cuidar de la salud de las personas que no pueden moverse y alimentarse correctamente por si mismos y preservar la salud es la base de nuestra profesión.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 1032

ALIMENTACIÓN EN ESCOLARES

ÁLVARO FERNÁNDEZ CANTALAPIEDRA

1 Introducción

La alimentación en los escolares es muy importante, a esta edad temprana es donde se van adquirir hábitos alimenticios de por vida, por ello una alimentación correcta ayudará a su buen desarrollo y a tener una vida sana en su etapa adulta.

2 Objetivos

Exponer la importancia de una dieta sana y equilibrada desde niños.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Desde el ámbito sanitario se debe familiarizar a padres y niños en una dieta sana y equilibrada, debido a que en la etapa escolar es donde tenemos el mayor desarrollo muscular y esquelético.

Esta etapa que se desarrolla desde los 4 años a los 12 años de edad, se divide en dos etapas de los 4 a los 6 y los 7 a los 12 años; donde hay diferencias de necesidades nutricionales.

Hay que recalcar la necesidad de nutrientes para que no tengan un déficit que está comprobado que se producen mucho en esta etapa, los niños necesitan:
- Hierro: para su correcto desarrollo muscular
- Calcio: para unos huesos fortalecidos
- Zinc: para un buen crecimiento
- Vitamina D: para una buena absorción del calcio

Las necesidades de un niño se dividen en cuatro comidas: desayuno(25% de las necesidades),comida(30%), merienda(15%) y cena(30%); remarcando que el desayuno es la más importante para ayudar en la creación de buenos hábitos.

Hay que fomentar en los niños el consumo de frutas (2-3 diarias) y verduras (2-3 diarias).

Se tendrán en cuenta los gustos de los niños para que la comida sea de su agrado y así sea más fácil llevar una alimentación sana y equilibrada; fomentar el ejercicio y reducir las horas de televisión y evitar siempre caer en la tentación de comer algo rápido y fácil porque siempre se suele caer en comidas procesadas, con grandes cantidades de grasas saturadas y azúcares.

Con la ayuda de los profesionales los niños deberían llevar una dieta sana y equilibrada en su edad temprana y fomentar así la continuación de vida sana en su edad adulta.

5 Discusión-Conclusión

Si enseñamos a los niños a comer fruta, verdura, carnes y pescados desde niños, seguirán el ejemplo de mayores. Hay que fomentar la vida sana desde los centros sanitarios con formación a padres y profesores de los centros escolares para que entre todos ayudemos a mejorar la salud de los niños.

6 Bibliografía

- Vargas A. A comer se aprende: Alimentación sana para tu día a día. Ed. Planeta. 2018.

- https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet
- http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/alimentacion_escolar.pdf

Capítulo 1033

ESTUDIO DE LAS RELACIÓN BIDIRECCIONAL EXISTENTE ENTRE LA SALUD BUCO-DENTAL Y LA SALUD EN GENERAL.

CARMEN MARIA VILLA GARCIA

MARIA REYES ROMAY SUAREZ

NATALIA FERNANDEZ COLMEIRO

1 Introducción

¿ Alguna vez nos hemos parado a pensar en la relación que existe entre nuestra salud dental y nuestra salud general? Pues, según las investigaciones, cada vez es más evidente la conexión que existe entre la boca y algunas de las enfermedades sistémicas más mortales.

Enfermedades como la diabetes, cáncer, enfermedades cardíacas, renales, ansiedad y trastornos digestivos tienen una estrecha relación con nuestra salud bucal.

Hay dos mecanismos que han sido usados hipotéticamente para explicar las asociaciones comentadas anteriormente:
- La inflamación crónica en la cavidad bucal puede aumentar los niveles de los marcadores inflamatorios en el torrente sanguíneo que afectan a la respuesta inmune o aumentan la carga general de enfermedad en el cuerpo.

- La cavidad oral puede actuar como reservorio de bacterias patógenas que pueden ingresar en el torrente sanguíneo y afectar a sitios distantes o dar lugar a patologías sistémicas.

2 Objetivos

- Identificar las principales afecciones bucales y sus repercusiones sobre el estado de salud general.
- Identificar las principales enfermedades sistémicas que pueden influir sobre la salud buco-dental.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una búsqueda sistemática en bases de datos como Scielo y Dialnet.
Se han seleccionado artículos originales , estudios e informes amplios y descriptivos de la interrelación existente entre la salud buco-dental y la salud general que hemos encontrado en revistas académicas y en Google Académico.

4 Resultados

La boca es un foco de problemas sanitarios importante. Está demostrado científicamente que es una puerta abierta a las bacterias, por ello es muy importante cuidar nuestra dentadura si no queremos tener otro tipo de dolencia relacionada con una dentadura en mal estado.

Según Delta Dental hay dos enlaces entre la salud bucal y las enfermedades del corazón.
- En primer lugar hay estudios que demuestran que si existe una enfermedad de las encías, en fase moderada o en fase avanzada , existe un mayor riesgo de padecer enfermedades cardíacas.
- Y, en segundo lugar, porque la salud bucal puede facilitar a los médicos distintas señales e información de posibles enfermedades que el individuo pueda padecer en un momento determinado.

En nuestra boca existen bacterias y gérmenes que se propagan desde la boca a otras partes del cuerpo a través del torrente sanguíneo y cuando estas bacterias llegan al corazón se adhieren en cualquier área provocando una inflamación,

dando lugar a enfermedades cardíacas como la endocarditis, que es una inflamación de la capa que reviste el corazón. Otras condiciones cardio-vasculares como la arterio-esclerosis y la apoplejía también se relacionan con una inflamación provacada por bacterias bucales, según la Asociación Americana del Corazón.

Los pacientes que tienen un mayor riesgo de adquirir una enfermedad cardiovascular, son aquellos que tienen enfermedades bucales crónicas sin diagnosticar, en fase avanzada y sin tratar, como son:
- Gingivitis.
- Enfermedad periodontal.

Según la clínica de Cleveland, aquellas personas que no tienen una inflamación de las encías pero tienen una inadecuada higiene bucal y placa bacteriana acumulada en los dientes, tienen un mayor riesgo de adquirir una enfermedad cardiovascular o un accidente cerebrovascular.

También tenemos que tener presente como enfermedades de nuestro organismo afectan a nuestra salud buco-dental.Puede sorprender el hecho de saber que los cambios hormonales pueden hacer vulnerables a las mujeres a la enfermedad de las encías.

¿Por qué ocurre esta situación? Pues se debe a la presencia de más hormonas femeninas (estrógenos y progesterona) que provocan que las encías reciban mayor flujo de sangre, lo que hace que sean más sensibles y ”sobrerreaccionen” a cualquier cosa que las pueda irritar.

Cuando los niveles hormonales son altos las mujeres tienen más posibilidades de que la placa bacteriana haga presencia alrededor de las encías. La inflamación prolongada de las encías puede acarrear la pérdida de hueso alrededor de los dientes, provocando a su vez, la pérdida del diente.

En el transcurso de nuestra vida como mujeres, debemos de prestar especial atención a nuestra boca, en cinco momentos importantes.
- Pubertad.
- Menstruación.
- Píldoras anticonceptivas.
- Embarazo.
- Menopausia.

En estos cinco momentos de la vida de una mujer la alteración hormonal está

presente, bien por exceso o bien por defecto. Nuestras encías pueden resentirse, hinchazón, sangrado, llagas bucales, sensibilidad, alteración del gusto, sensación de ardor y se producen unos cambios críticos en la etapa de la menopausia. Estos cambios son:
- Sequedad de la boca.
- Pérdida de hueso.

Cuando existe sequedad de boca el riesgo de aparición de caries aumenta porque la saliva es la encargada de limpiar nuestros dientes y de arrastrar las bacterias. La pérdida de hueso puede venir motivada por el descenso de estrógenos, situación que va asociada con la menopausia provocando de esta forma la pérdida de los dientes.

Un signo indicador de pérdida de hueso es:
- La retracción de la encía. Para ayudar a reducir el riesgo de pérdida de hueso debemos de tomar la cantidad apropiada de vitamina C y de calcio.

Otra de las enfermedades que puede influir de forma muy importante en la salud buco-dental es la diabetes. Esta enfermedad mal controlada o no controlada, puede dar lugar a una serie de complicaciones orales, como pueden ser:
- Caries.
- Úlceras orales.
- Candidíasis oral.
- Glosítis.
- Xerostomía.
- Alteraciones en el desarrollo dental.
- Enfermedad periodontal.

La ciencia actual demuestra una relación bidireccional existente entre la diabetes y la periodontitis, de manera que la diabetes influye en la presencia y desarrollo de dicha enfermedad bucal y al mismo tiempo la infección periodontal está asociada con un escaso o nulo control glucémico en pacientes diabéticos. Esta asociación se demuestra empleando los criterios de Bradford Hill.

La periodontitis es considerada actualmente la sexta complicación a causa de la diabetes, por lo que se deduce que debe de existir un control sustancial de la diabetes para que la respuesta del paciente al tratamiento periodontal sea óptima y adecuada.

¿Sabías que también existe una interrelación entre la salud bucal y los riñones?

Esta relación es, a menudo, desconocida. Existen ciertas patologías crónicas de los riñones que pueden afectar a nuestra salud oral. Estas patologías son consideradas como insuficiencias renales crónicas como la destrucción de las nefronas o partes de ellas, del glomérulo , de los tubos renales , etc. Es un síndrome progresivo e irreversible que se caracterizan porque los riñones no pueden realizar correctamente su función, es decir, la producción de orina, filtrado y eliminación de determinadas toxinas.

Según un estudio publicado por Case Western Reserve University, las enfermedades de las encías como la periodontitis y la pérdida de dientes son factores de riesgo no tradicionales que van asociados a las enfermedades renales crónicas.

La Universidad de Birminghan ha realizado un estudio que confirma que la periodontitis aumenta el riesgo de mortalidad en los enfermos renales crónicos y en enfermos diabéticos . Dichos enfermos tienen un riesgo de mortalidad de un 32 % pero si además sufren de periodontitis ese porcentaje se eleva a un 42 %.

Los enfermos crónicos renales suelen tener problemas bucales que afectan a las glándulas salivales, tejidos blandos y dientes.

5 Discusión-Conclusión

Una vez presentada esta pequeña exposición de la relación bidireccional existente entre las enfermedades buco-dentales y las enfermedades generales, debemos de adoptar una estrategia que nos permita adquirir unos estilos de vida saludables.

Esta estrategia debe de estar basada en tres pilares fundamentales , que son:
- Promoción.
- Prevención.
- Educación.

Esta estrategia deberá ser aplicada a nivel individual y conjunta de toda la población. Será una forma de concienciarnos que una buena higiene bucal y que las revisiones periódicas a nuestro dentista, permitirán protegernos de que las enfermedades buco-dentales aparezcan e interfieran con nuestro estado de salud en general, bien porque puedan derivar en otra patología más severa e importante , bien porque puedan ser sintomáticas de otras enfermedades.

Recordar:
- Promoción.

- Prevención.
- Educación.

6 Bibliografía

- http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-93392013000100004&lng=es
- https://clinidiabet.com/es/infodiabetes/educacion/educando/02.htm
- http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-65852002000100002&lng=es
- Taylor GW. Interrelaciones bidireccionales entre diabetes y enfermedades periodontales: una prspectiva epidemiologica. Ann Periodontol. 2001 [citado el 13 de Febrero de 2020]; 6: 99-112.

Capítulo 1034

LOS ASEOS HOSPITALARIOS

ROSA ANGELES GARCIA ESCOBEDO

CARMEN COSI MAMANI

MARIBEL ISABEL QUEIPO SUAREZ

NEREA NORIEGA SEBARES

ANGELA CARNEADO CONDE

1 Introducción

Entre los múltiples cuidados que se realizan en un hospital se encuentran los tipos de aseos.

2 Objetivos

Determinar los tipos de aseos e identificar cuándo se deben realizar.

3 Metodología

Revisión bibliográfica en las diversas bases de datos utilizando los descriptores salud, aseos, higiene, protocolos; con los operadores booleanos and y pubmed

4 Resultados

En el ámbito hospitalario se realizan múltiples aseos dependiendo de las circunstancias:
- Los aseos puede ser en cama si las condiciones físicas o patológicas lo requieren.
- Pueden ser en duchas si el paciente colabora o lo puede realizar por si mismo.
- Aseos terapéuticos como el baño de quemado.

5 Discusión-Conclusión

Tras la revisión bibliográfica se puede concluir que con una higiene exhaustiva de las cavidad corporal disminuye la afectación de infecciones

6 Bibliografía

- Eikipedia
- Medlineplus
- Mayoclinec

Capítulo 1035

LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LA ESTRATEGIA NACIONAL DE PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES Y MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA.

LAURA MARÍA HERNÁNDEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

La promoción de la salud es un proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su estado de salud para mejorar la calidad de vida. Engloba tanto acciones para aumentar las habilidades y capacidades personales como acciones dirigidas a modificar las condiciones ambientales, sociales y económicas que impactan en los determinantes de la salud. La promoción de la salud se extiende también al proceso salud-enfermedad y no solo en el aspecto preventivo.
La Constitución Española recoge en su artículo 43 el derecho a la protección de la salud y establece que los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria. Además, la Ley 14/86 General de Sanidad en su artículo sexto declara que las actuaciones de las Administraciones Públicas estarán orientadas "a la promoción de la salud y a promover el interés individual, familiar y social por la salud mediante la adecuada educación sanitaria de la población".
Por otro lado, desde el punto de vista educativo, las sucesivas leyes de cobertura estatal, como la LOGSE o la LOCE han reflejado los objetivos de salud y han recogido las capacidades a desarrollar en las distintas etapas educativas.
En el ámbito laboral, la Ley 31/95 de 8 de noviembre de Prevención de Riesgos Laborales establece las medidas para mejorar la seguridad y salud de los traba-

jadores, además de establecer un marco de promoción de salud en el lugar de trabajo.

2 Objetivos

Actualizar los protocolos de promoción de la salud en las áreas que permiten abordar las necesidades, como los problemas de salud, el estilo de vida y las transiciones vitales.

3 Metodología

Estrategia de búsqueda.
Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Marco teórico.
- Análisis del marco legislativo español sobre la promoción de la salud y de las políticas públicas que se desarrollan en todos los ámbitos ejecutivos, desde el Ministerio de Sanidad hasta las comunidades autónomas y los centros educativos y de trabajo.
- Análisis transversal con los estándares de promoción de la salud que se aplican actualmente para evaluar si se ajusta a los objetivos perseguidos y, en caso contrario, actualización de los protocolos de actuación.

4 Bibliografía

- Constitución Española. Artículo 43. Derecho a la protección de la salud.
- Ley General de Sanidad 14/86 artículo 6.
- Ley Orgánica General del Sistema Educativo (LOGSE), de 3 de octubre de 1990. Artículo 2.
- Ley Orgánica de Calidad de la Educación (LOCE) 10/2002.
- Ley 31/95 de 8 de noviembre de Prevención de Riesgos Laborales.

Capítulo 1036

EL EJERCICIO FÍSICO Y LA DIABETES.

PAULA DE RON RODRÍGUEZ

1 Introducción

La diabetes es una enfermedad crónica. Existen dos tipos fundamentales:
• La diabetes tipo 1 se da a cualquier edad, ocurre porque el páncreas no fabrica suficiente cantidad de insulina.
• La diabetes tipo 2 se da en personas adultas, aunque está aumentando se incidencia en adolescentes con problemas de sobrepeso, ocurre porque el cuerpo es resistente a la insulina y no la utiliza con eficacia.

2 Objetivos

- Analizar el beneficio del ejercicio físico individualizado en las personas que sufren diabetes tipo 1 y diabetes tipo 2.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: pubmed, medline, y scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El ejercicio físico, hace que nuestro cuerpo sea más sensible a cualquier insulina, ya sea creada por el cuerpo o inyectada por las personas. Una mayor sensibilidad ayudará al cuerpo a utilizarla mejor, bajando los niveles de glucosa.
Los beneficios de practicar deporte son diferentes para las personas diabéticas de tipo 1 y las personas de tipo 2.

Para practicar ejercicio, se deben tomar ciertas precauciones y tener en cuenta ciertos factores; como el momento del día en que se realiza, su duración e intensidad, los niveles de glucemia antes del ejercicio y el tipo y la dosis de insulina utilizada.
Las personas que practican ejercicio con diabetes tipo 1, no tienen un nivel de hemoglobina menor, pero si tienen mejor estado de forma, una menor necesidad de insulina, mejores factores de riesgo cardio- vascular y una menor mortalidad.
El efecto del ejercicio físico diario en las personas con diabetes tipo 2, puede llegar a ser similar al de los medicamentos que se utilizan para tratar la enfermedad, debido a que favorece el control glucémico. Se trata, de un remedio natural.

5 Discusión-Conclusión

El ejercicio físico periódico indicado y guiado por especialistas es, un pilar fundamental en el tratamiento de esta enfermedad crónica. No importa la edad ni el tipo de diabetes.
El tipo de ejercicio y la intensidad debe adaptarse al tipo de diabetes, a la edad y la condición física de cada personas.

6 Bibliografía

• https://www.fundaciondiabetes.org/general/articulo/34/ejercicio-fisicodeporte-y-
diabetes
• http://seramurillo.blogspot.com/2016/05/empezando-en-diabetes-ydeporte.html
• https://www.who.int/topics/diabetes_mellitus/es/
• https://fundaciondelcorazon.com/ejercicio/59-para-enfermos/980-diabetesy-ejercicio.html
• https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001214.htm

• https://cuidateplus.marca.com/ejercicio-fisico/2017/10/19/diabetesdeporte-como-compaginarlo-145918.html
• https://eresdeportista.com/salud/como-afecta-la-diabetes-en-elentrenamiento/
• https://www.clinicalascondes.cl/CENTROS-Y ESPECIALIDADES/Centros/Centro-de-Diabetes/Noticias/Te-puedeinteresar/Deporte-y-diabetes–solo-beneficios

Capítulo 1037

HIGIENE DEL PACIENTE PARA TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

CAROLINA MESURO BAO

1 Introducción

La higiene es una serie de procesos que permiten una mejor defensa de la piel contra las enfermedades y contribuyen a mejorar el bienestar del paciente.

Sin higiene personal, la enfermedad es más grave ya que el organismo se hace menos resistente. Además es fundamental para la prevención de infecciones y de úlceras por presión.

Es importante conocer los pasos a seguir para realizar un correcto aseo, así como las características de la persona que vamos a asear.

2 Objetivos

Exponer algunos de los aspectos más importante de la higiene de un paciente para los técnicos en cuidados auxiliares de enferméria.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica

existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Se han utilizado palabras clave como; higiene, protocolos de higiene.

4 Resultados

Con un correcto aseo del paciente se pretende:
- Proporcionar comodidad y bienestar
- Evitar infecciones
- Eliminar sudor, secreciones y desechos, evitando el mal olor
- Mantener los hábitos de higiene personal
- Observar cualquier anomalía en la piel, así como el estado del paciente
- Estimular la circulación sanguínea
- Evaluar la capacidad de movimiento del paciente
- Reducir la temperatura corporal en caso de fiebre

La higiene es una de las necesidades básicas del paciente, y debe ser cubierta a diario, por él o por el técnico. En la persona enferma la higiene debe hacerse más minuciosamente, para que la piel cumpla todas sus funciones.

Además se deben seguir una serie de precauciones y normas durante el aseo del paciente:
- Preparar el material antes del procedimiento (toallas, guantes, jabón, esponjas, crema hidratante, ropa del enfermo, secador, cubo para ropa sucia)
- Se debe tener en cuenta el pudor de la persona, respetando su intimidad
- Colocar al paciente lo más cómodo posible
- Evitar las corrientes de aire , la temperatura adecuada ambiental es de 22-24ºC
- La temperatura del agua para el baño entre 37-40ºC
- Mover al paciente con suavidad
- Se limpiará cada zona del cuerpo una a una
- Si es necesario realizar el aseo por dos TCAES para evitar cualquier accidente
- Actuar rápidamente para disminuir el riesgo de cansancio
- Secar correctamente
- Reinstalar cómodamente al paciente
- Colocar de nuevo todo en orden

Existen varios tipos de baños higiénicos:
- Baño completo en cama: donde el paciente está encamado y sin movilidad, por lo que se debe realizar el aseo de todas las partes del cuerpo.
- Baño en la cama: el paciente conserva la movilidad pero no puede levantarse,pero colabora en la medida de lo posible,
- Baño parcial: se realiza la higiene de zonas específicas del paciente
- Baño en bañera o ducha: es el más recomendable por su comodidad, y se realizará siempre que el paciente pueda incorporarse de la cama.

Para hacer el baño en cama o completo, se realizará de la siguiente manera:
- El TCAE debe lavarse las manos y colocarse los guantes
- Se solicitará colaboración con el paciente en la medida que este pueda
- Se retiran colcha y manta, y se tapa al enfermo con la toalla
- El aseo se realiza por partes, haciendo enjabonado, enjuague y secado en el siguiente orden: cara,cuello,orejas, hombro, brazos, manos, tórax, mamas, abdomen, extremidades inferiores, espalda, nalgas y genitales externos.
- Se deben tener en cuenta ciertas zonas que requieren cuidados especiales, como son: los pliegues cutáneos, las manos, el cabello, el higiene de la boca, los pies y el aseo perineal
- Una vez acabado todo el procedimiento se recogerá todo lo utilizado, y se anotará en el libro de observaciones el tipo de baño realizado, así como cualquier incidencia detectada.

5 Discusión-Conclusión

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería es el responsable de la limpieza de la enfermo, asegurándonos de una higiene perfecta.

Se debe hacer atención a las necesidades del paciente, según el grado de invalidez o de las capacidades que tenga el enfermo para realizar el aseo. Además nos permite establecer medidas que protegen al paciente de riesgos y amenazas, valorando su movilidad, vigilando el estado físico y emocional del paciente y revisando la piel para evitar cualquier infección o úlceras.

6 Bibliografía

- https://www.sspa.juntadeandalucia.es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

- http://scielo.isciii.es/

Capítulo 1038

EL CÁNCER DE PIEL .

VERÓNICA GANSO FERNÁNDEZ

REBECA FERNÁNDEZ LÓPEZ

MANUELA ÁLVAREZ VELÁZQUEZ

1 Introducción

El cáncer de piel se trata del tipo de cancer más común. Se trata de una afección por la que se forman células malignas (cancerígenas) en los tejidos de la piel. Se puede dar en cualquier parte del cuerpo, pero las zonas más habituales son la cara, la cabeza, el cuello, los brazos y las manos

2 Objetivos

El objetivo principal se trata de identificar cualquier cambio o indicio sospechoso sobre la piel y acudir con la mayor brevedad posible para que los profesionales sanitarios realicen las exploraciones y pruebas necesarias para obtener un diagnóstico.

3 Metodología

Para realizar el siguiente capítulo se llevó a cabo una exhaustiva búsqueda en diferentes medios y bases de datos como Pubmed, Scielo, Medline. También se consultaron temarios y guías usando las palabras clave: cáncer de piel, síntomas

de cáncer de piel, causas de cáncer de piel, tratamiento de cáncer de piel, diagnóstico de cáncer de piel.
Combinando los operadores booleanos ”AND” y ”OR” para combinar las diferentes palabras clave y obtener unos resultados más precisos y más ajustados a nuestras necesidades.
Se han tomado como criterios de inclusión: publicaciones y documentos en español, rechazando los que no se ajustaban a los criterios establecidos.
Se seleccionaron los artículos más recientes y que informasen sobre los objetivos marcados. Y de ellos se sustrajo información pertinente.

4 Resultados

Algunos factores que pueden influir en el desarrollo de un cáncer de piel son:
- Una exposición prolongada al sol o sufrir quemaduras solares
- Tener la piel, los ojos y el cabello claros
- Tener antecedentes familiares de cáncer de piel
- La edad, cuanta más edad más probabilidades

Existen tres tipos principales de cáncer de piel:
- Carcinoma basocelular
- Carcinoma espinocelular
- Melanoma

Otros tipos menos frecuentes son:
- Sarcoma de Kaposi
- Carcinoma de células de Merkel
- Carcinoma de glándulas sebaceas

Algunos de los síntomas que pueden aparecer son bultos cerosos o perlados, manchas marrones o rojizas, úlceras con costras o sangrantes que se curan y regresan, un lunar que cambia de aspecto, una lesión en la piel dolorosa que pica o arde, etc.

5 Discusión-Conclusión

Ante la aparición de cualquier indicio sospechoso en la piel, es de vital importancia acudir a los servicios médicos con el fin de analizarlo y si se confirma el

diagnóstico de un cáncer de piel, poder actuar a la mayor brevedad, ya que cuanto antes se reciba tratamiento mayores probabilidades habrá de curación.

6 Bibliografía

- medlineplus.gov
- mayoclinic.org
- cancer.gov
- cuidateplus.com
- wikipedia.org
- aecc.es
- cáncerdepiel.org

Capítulo 1039

ENURESIS NOCTURNA EN NIÑOS.

LAURA MARÍA HERNÁNDEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

La enuresis nocturna es la emisión de orina durante el sueño. Es involuntaria y no interrumpe el sueño. De no tratarse, puede acarrear consecuencias en el futuro. Está causada por la producción excesiva de orina durante la noche o la capacidad reducida de la vejiga. Con frecuencia pueden aparecer otras enfermedades asociadas como el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) y el Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño (SAOS).
Se puede clasificar en primaria y secundaria en función del momento de los escapes. Si hay alguna patología orgánica, puede ser o no monosintomática.
Se trata de una enfermedad infradiagnosticada e infratratada ya que, según estudios científicos, tiene una prevalencia de entre un 8% y un 15% en las consultas pediátricas de Atención Primaria.

Es importante investigar sobre aspectos como la frecuencia y la situación que producen la enuresis nocturna en niños. Se hace necesaria la anamnesis exhaustiva que incluya antecedentes familiares y personales, para valorar aspectos como el tipo de enuresis, síntomas diurnos asociados, ingesta habitual de líquidos, patrón de escapes nocturnos, así como investigar la actitud de la familia y el niño ante el problema (grado de repercusión y medidas adoptadas previamente).
Adquiere especial importancia cotejar el grado de conocimiento de la enfermedad por parte de los profesionales sanitarios, padres y personal educativo, así como examinar las campañas informativas a emprender para romper tabúes en torno a la enuresis, sin olvidar la repercusión personal y social sobre el niño que padece la enfermedad.

2 Objetivos

Avanzar en el diagnóstico y orientación de tratamiento basados en una historia clínica detallada.

3 Metodología

Estrategia de búsqueda.
Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Marco teórico.
Análisis de la sintomatología, tratamiento y consejos de cuidados en el ámbito familiar de la enuresis en niños en atención a lo que se recoge en los protocolos médicos y recomendaciones de las autoridades sanitarias. Examen, actualización y promoción de campañas formativas sobre la enfermedad en entornos educativos y familiares, sin olvidar los aspectos psicosociales que influyen en el desarrollo y tratamiento de la enuresis.

4 Bibliografía

-'Enuresis nocturna primaria monosintomática en Atención Primaria'. Guía práctica. 2005.
-'Intervenciones conductuales simples para la enuresis nocturna en niños'. 2013.
-Guiasalud.es-Sánchez Chapado M, Sánchez Sandoval A, Romero Aguirre F, Elizalde Amatria A, López López JA, Hernández Calvo P, et al. Enuresis i: Estudio sociológico del fenómeno enurético. Actas Urol Esp. 1983;7:117-22.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 1040

OBESIDAD INFANTOJUVENIL EN ESPAÑA. PAPEL DE ENFERMERÍA. REVISION BIBLIGRÁFICA

SUSANA GRANDE GUTIÉRREZ

MARLENY MOLLEAPAZA CONDORI

ALMUDENA GÓMEZ PONS

MANUEL FRANCISCO MARTÍ MOLINS

MARÍA TERESA RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

El sobrepeso y la obesidad son transformaciones donde la etiología se encuentra presentes genéticamente como los factores medioambientales y el estilo de vida. Debido al carácter multifactorial de su origen, la intervención ha de ser multifocal, tratando ese desequilibrio energético especialmente a través de los hábitos alimentarios, el ejercicio físico y la supresión del sedentarismo, en otras palabras, a través de la Educación para la Salud

2 Objetivos

Objetivo general

El propósito de este trabajo es el de realizar una revisión de la literatura es conocer la dimensión de la obesidad en nuestro país, su expansión sociodemográfica, los factores que la instauran y condicionan así como la relevancia de la enfermería en este ámbito.

Objetivos específicos
- Establecer las competencias de conocimientos, habilidades y actitudes necesarias en los profesionales de enfermería para la intervención en la obesidad infantojuvenil en España.
- Conocer la importancia de una realización eficaz del manejo por parte de enfermería en la obesidad infantojuvenil.
- Mejorar el abordaje multidisciplinar del paciente con obesidad.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica de documentos científicos sobre la contención mecánica en el servicio de urgencias. Para ello, se utilizaron las siguientes bases de datos nacionales e internacionales: Cuiden, Scielo, Cochrane, Scopus . Las búsquedas se realizaron entre septiembre y diciembre de 2019.

Se aplicó una restricción referente al idioma, incluyendo únicamente artículos en idioma español e inglés. Se acotó la búsqueda en los últimos 10 años, desde 2009 al 2019, si bien entendemos que una búsqueda de artículos de los últimos 5 años sería más apropiada, el primer barrido realizado bajo estos términos no proporcionó los suficientes resultados.

La recopilación de los artículos se hizo en base a la relevancia clínica de los mismos con respecto al objetivo del estudio.

Criterios de inclusión:
- Artículos científicos a texto completo.
- Documentos publicados entrevistas científicas.
- Ensayos clínicos aleatorizados.
- Estudios de casos.
- Revisiones bibliográficas.
- Los documentos debían estar disponibles en inglés o español.

Criterios de exclusión:
- Documentos que no cumplían los objetivos que se pretendían.
- Artículos que no fueron conseguidos a texto completo.

- Artículos cuya fecha era anterior a 2009.
- Artículos cuyas muestras no cumplían los estándares exigidos por este estudio.

Selección de documentos
Debido al gran número de documentos obtenidos tras la primera fase de búsqueda, en la primera acción se procedió a la eliminación de aquellos documentos duplicados, tras ello procedimos a identificar aquellos resúmenes cuyos descriptores en el título coincidían con los propuestos en nuestro estudio, posteriormente en una revisión preliminar de los resúmenes se identificaron muchos estudios no relacionados con el tema que fueron eliminados, para finalmente mediante la lectura profunda de los resultados de los artículos restantes nos llevó a eliminar aquellos en los que el número de la muestra era muy pequeño, y aquellos cuya muestra estaba basada en otro tipo de causa diferente de la violencia de género. El número de final de artículos seleccionados fue de 23.

4 Resultados

Se han recogido programas cuyo requisito fundamental ha sido la promoción de hábitos saludables (en alimentación, en actividad física y reducción del sedentarismo) tanto en el niño como en el entorno familiar, teniendo como educador para la salud al profesional de enfermería, obteniendo así una mayor posibilidad de ser eficaces en cuanto a mejora de hábitos y reducción del IMC.

5 Discusión-Conclusión

Incluir todo el ámbito del niño, la promoción de hábitos saludables y la participación de la enfermería en ellas así como la familia como un pilar fundamental. Todas ellas son requisitos comunes en todos los estudios analizados. Es imprescindible que se continúe investigando y encontrar nuevos resultados que nos acerquen en el futuro a una intervención óptima cuyos fundamentos estén consolidados.

6 Bibliografía

- American Academy of Pediatrics. Committee on Nutrition. Prevention of pediatric overweight and obesity. Pediatrics. 2003; 112:424-30.

- AMIGO VÁZQUEZ, Isaac; BUSTO ZAPICO, Raquel; FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ, Concepción. La obesidad infantil como resultado de un estilo de vida obesogénico. Endocrinología y Nutrición, 2007, vol. 54, no 10, p. 530-4.
- DURÁ TRAVÉ T, SÁNCHEZ-VALVERDE VISUS F. Obesidad infantil: ¿un problema de educación individual, familiar o social? Acta Pediatr Esp 2005; 63: 204-7
- SERRA MAJEM, Lluís, et al. Childhood and adolescent obesity in Spain. Results of the enKid study (1998-2000). Medicina Clínica, 2003, vol. 121, no 19, p. 725-732.

Capítulo 1041

PROTECCIÓN DE DATOS.

MARÍA LUISA GONZALEZ GARCÍA

BARBARA CASERO FERNANDEZ

MARÍA PILAR SAN JOSÉ TORAL

MARIA SIMON CRESPO

AURORA VAZQUEZ RUA

1 Introducción

En el ambito hospitalario manejamos diversa documentación por lo que deberemos tener un cuidado exhaustivo con la información a la que podemos aceder. Todo paciente tiene derecho a que quede constancia, por escrito o en el soporte técnico más adecuado, de la información obtenida en todos sus procesos asistenciales, realizados por el servicio de salud.

La protección de Datos personales es un derecho fundamental recogido en el artículo 18.4 de la Constitución Española y regulado por el Reglamento Europeo de Protección de Datos (RGPD), la LOPD y su reglamento de desarrollo.

2 Objetivos

- Determinar e identificar los datos confidenciales.

3 Metodología

Para realizar el siguiente capítulo se llevó a cabo una exhaustiva búsqueda en diferentes medios y bases de datos como Pubmed, Scielo, Medline. También se consultaron temarios y guías usando las palabras clave: confidencialidad, datos, documentos.
Combinando los operadores booleanos ”AND” y ”OR” para combinar las diferentes palabras clave y obtener unos resultados más precisos y más ajustados a nuestras necesidades.
Se han tomado como criterios de inclusión: publicaciones y documentos en español, rechazando los que no se ajustaban a los criterios establecidos.
Se seleccionaron los artículos más recientes y que informasen sobre los objetivos marcados. Y de ellos se sustrajo información pertinente.

4 Resultados

En el ambito hospitalario diariamente recibimos documentación con datos personales, por lo que disponemos de datos que pertenecen a la intimidad de la persona por ello es importante no acceder a documentos que no son de nuestro interés , además de guardar el secreto profesional si por error o circunstancia obtenemos datos.

5 Discusión-Conclusión

Tras la revisión bibliográfica se puede concluir que debemos evitar la propagación de los datos. El secreto profesional es de obligatorio cumplimiento por el personal que tenga acceso a los datos del paciente. Incluso cuando la relación que vincule a las partes haya finalizado. Se obliga a los centros médicos a adoptar las medidas necesarias para garantizar la confidencialidad y el procedimiento legal de acceso.

6 Bibliografía

- https://protecciondatos-lopd.com/empresas/guia-centros-sanitarios/
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 1042

EL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA PÚBLICA

JAVIER LOPEZ ALLER

ÁNGELA GÓMEZ USERO

1 Introducción

Las personas conciben su propia salud de modos diversos como producto de todo lo que el hombre hace y sabe, condicionados también por las variables sociales que interfieren en la definición de cómo será la salud de una comunidad en un momento histórico determinado.

El rol del Estado es primordial para proteger el derecho a la salud, a través del diseño de políticas sanitarias y de lineamientos ejercidos por el Ministerio de Salud de la Nación. La atención primaria de la salud es una estrategia que concibe integralmente los procesos de salud - enfermedad - atención de las personas y del conjunto social, a través de la asistencia, la prevención de enfermedades, la promoción y la rehabilitación de la salud.

Según Ginés González García, la estrategia de atención primaria de la salud puede ser la respuesta social organizada más contundente para defender el más importante de los derechos humanos: el derecho a la vida, con equidad y justicia social. El propósito de la atención primaria de la salud es mejorar el estado sanitario de la población, involucrándola a través de la participación social, brindando cobertura universal mediante actividades de promoción y prevención de la salud.

2 Objetivos

- Conocer las estrategias de atención primaria, la atención de la persona en salud pública.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Scielo, Medline, Pubmed y Google Schoolar, se han utilizando criterios de búsqueda en revistas científicas y artículos encontrados de estrategias de la atención en la salud pública, se utilizaron descriptores con las palabras claves utilizadas en la búsqueda: salud, pública, sociedad y promoción de la salud.

4 Resultados

La estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) impulsó la revisión de muchos conceptos tradicionales sobre salud y enfermedad. Pero también puso en revisión las prácticas personales e institucionales de los equipos de salud, el modo en que las naciones enfocan y organizan el sistema de atención de la salud de la población. La conformación actual del sistema de salud es el resultado de la historia sanitaria de nuestro país. Para aproximarnos al desarrollo del concepto de APS creemos conveniente situarnos en el contexto de nuestro sistema de salud.

La clasificación por niveles de atención es una concepción de tipo técnica y administrativa, basada en la organización del contacto de las personas y comunidades con el sistema de salud, que define objetivos específicos para cada nivel de acuerdo a su ubicación, su nivel de complejidad y las particulares experticias que ha desarrollado. La atención en salud se organiza en tres niveles diferentes:

- Abarca a los efectores que brindan atención ambulatoria y se dedican a la atención, prevención y promoción de la salud y son reconocidos por la población como referentes locales de salud. Por lo tanto, en este nivel se realizan acciones de promoción y protección de la salud, diagnóstico temprano del daño, atención de todos aquellos problemas de salud percibidos por la población por los que realiza la consulta, como así también la búsqueda activa de las personas que nunca llegan a atenderse en el centro de salud. La demanda oculta es lo que habitualmente se trata de la población en condiciones de mayor vulnerabilidad social.
- Las instituciones de salud, con internación en servicios básicos: clínica médica, pediatría, cirugía general y Maternidad.Las instituciones de salud equipadas con

alta complejidad para la atención de problemas de salud que requieren mayor tecnología y mayor aparatología. Estas instituciones cuentan con salas de internación, cirugía, clínica médica, especialidades quirúrgicas específicas (traumatología, neurocirugía, cirugía cardiovascular y otras), infraestructura para la realización de estudios complementarios más complejos y la unidad de terapia intensiva y unidades coronarias. Debe recibir las derivaciones del segundo nivel de atención. Los efectores de salud pueden ser de jurisdicción municipal, provincial o nacional y de administración pública, de la seguridad social o privada

5 Discusión-Conclusión

El Ministerio de Salud de la Nación lleva adelante diferentes programas nacionales. Algunos apuntan a fortalecer los objetivos del primer nivel de atención, sea a través de la formación de recursos humanos, o bien a través de la provisión de insumos o medicamentos. Es importante que identifiques qué dependencia tienen los programas que se implementan en el centro: nacional, provincial o municipal.

Esta información es muy útil a la hora de gestionar o realizar reclamos y saber a quién dirigirse para encontrar la solución a un problema.

6 Bibliografía

- OPS- OMS Incorporación del Enfoque Intercultural de la Salud en la Formación y Desarrollo de los Recursos Humanos (1998).
- OMS - Comisión on Social Determinants of Health, Lograr la equidad en salud: desde las causas iniciales a los resultados justos. Declaración provisional., 2005CASTELLANOS, P: Sobre el concepto de salud enfermedad. Un punto de vista epidemiológico. Cuadernos médicos Sociales N° 42 CESS, 1987.
- Carta de Otawa para la promocón de la salud. Disponible en: http://www.cepis.ops-oms.org/bvsdeps/fulltext/conf1.pdf

Capítulo 1043

CAMBIOS POSTURALES

SARAY VALLINA MONTES

NATALIA CUE ZAPICO

YOLANDA RODRÍGUEZ DIAZ

ALBERTO ALVAREZ GONZÁLEZ

FELICIDAD ALVAREZ QUINTANA

1 Introducción

Entre los múltiples cuidados que se realizan a los pacientes, se encuentran los cambios posturales para prevenir lesiones.

2 Objetivos

- Determinar las posiciones más adecuadas a los pacientes que requieran cambios posturales.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Se han utilizado los descriptores: cuidados, movilidad y los operadores booleanos and y or.

4 Resultados

Los pacientes con poca movilidad necesitan cambios posturales, intercambiando entre decúbito supino decúbito lateral, decúbito prono o sedestación.

5 Discusión-Conclusión

Tras la revisión bibliográfica se puede concluir que con una continuidad en los cambios posturales evitaremos lesiones en la piel del paciente y conformaremos el bienestar del mismo.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 1044

ABORDAJE DE LA LUMBALGIA, POR HIPERTONÍA DEL GLÚTEO MEDIO, MEDIANTE FISIOTERAPIA

DANIEL BUENO GONZALEZ

JOAQUINA COSTA IGLESIAS

ARGENTINA GARCIA GARCIA

ANGEL FUEYO PRIETO

1 Introducción

Vivimos en una época en la que cada vez es más frecuente que los pacientes acudan a nuestra consulta, o la de su médico, por las conocidas y denominadas lumbalgias. Por la palabra ”lumbalgia” entendemos simplemente un dolor en la región lumbar, que puede estar ocasionado por múltiples causas y factores. Dentro de las mismas, además, encontramos varios tipos, dentro de los cuales destacaremos las tres acepciones principales: lumbalgia aguda (si es de aparición espontánea), lumbalgia crónica (si su aparición es paulatina y progresiva en el tiempo), lumbalgia de tipo mecánico (aparece durante el movimiento o actividad y cesa con el reposo, es el tipo de lumbalgia con mayor índice de prevalencia). Y podríamos englobar distintas clasificaciones más, en función de varios parámetros y de varios autores.

Las lumbalgias, además, puede tener orígenes muy diversos, como por ejemplo musculares, ligamentarios, tendinosos, traumáticos, óseos, o de cualquier otra

índole de mayor o menor gravedad. Y está visto que también hay determinados factores que pueden aumentar la predisposición a padecerla, tales como el sedentarismo, alteraciones en la estática, falta de actividad o ejercicio físico, alteraciones morfológicas, esfuerzos repetitivos de elevado nivel, posiciones no adecuadas y prolongadas en el tiempo, determinados trabajos, y un largo etcétera.

En lo que atañe a nuestro caso, en concreto, nos centraremos en la lumbalgia derivada por una hipertonía del glúteo medio. Un tipo de patología que suele pasar desapercibida, ya que presenta dolor en la zona lumbar baja, y suele achacarse directamente a alteraciones o problemas de la propia zona donde se presenta el dolor, y no a la zona donde está el principal foco de dolor referido, como es el glúteo medio. Este será nuestro campo de actuación y el caso en cuestión que desarrollaremos a continuación, basado en un paciente real, con datos puramente verídicos.

2 Objetivos

En cuanto a los objetivos que nos planteamos cuando tememos un paciente de estas características y con este tipo de patología, destacarían los siguientes:
- Hacer un buen diagnóstico diferencial, descartando posibles hipótesis erróneas y llegando al foco primario del origen del problema.
- Disminución del dolor y de la inflamación, si existiera.
- Aumento de los rangos articulares y movilidad general de la zona.
- Aumentar la flexibilidad y elasticidad de los tejidos colindantes y de aquellos pertenecientes la propia zona.
- Instruir unas buenas medidas de higiene postural y medidas ergonómicas.
- Enseñar y fomentar unos hábitos saludables, así como una rutina de ejercicio físico adaptada a las necesidades y capacidades del paciente.

3 Caso clínico

En el caso clínico que nos atañe nos encontramos con un paciente de 34 años, corredor amateur, que acude a nuestra consulta por un fuerte dolor en la zona lumbar baja, que no cede con analgesia y aumenta tras cada entrenamiento y cuando se encuentra en carga, parado en estático. Dicho dolor está localizado en la zona central pero con ligera tendencia a referir hacia la zona derecha, además tiene predominio diurno, pero no cede completamente con el reposo. Le cuesta encontrar posición para dormir, y a veces le despierta.

El paciente aporta pruebas radiológicas de la zona lumbar en las que se observa que no hay ningún tipo de alteración ósea. Durante la exploración física tampoco encontramos ningún tipo de limitación en cuanto a rangos articulares, ni movilidad general, ni de la zona en cuestión, ni de estructuras colindantes (cadera, zona dorsal…). En las pruebas palpatorias se observa un aumento de tono muscular en la región del cuadrado lumbar derecho, con dolor leve, que no se corresponde con el dolor habitual del paciente. El resto de musculatura, y estructuras de partes blandas, de la zona lumbar no presentan mayor problema. Cuando realizamos la exploración en la zona glútea y de cadera, observamos que el paciente interpreta como el propio, y habitual, el dolor que se produce cuando presionamos los diferentes puntos gatillo del glúteo medio. En ambos glúteos medios, aunque notoriamente más en la zona del glúteo medio derecho.

Una vez detectado el origen, a priori, del problema, pautamos y comenzamos el tratamiento de fisioterapia. Se realiza, en primer lugar, una sesión que consiste en aplicación de terapia manual de la zona, y zonas colindantes, así como aplicación de punción seca en los puntos gatillo de ambos glúteos medios, acompañado, todo ello, por estiramientos pasivos de la musculatura lumbar y pelvitrocantérea, así como de la enseñanza de un programa de estiramientos activos y ejercicios terapéuticos para que el paciente realice en su domicilio.

4 Discusión-Conclusión

Una vez detectado el problema, con su correspondiente diagnóstico y diagnóstico diferencial, apoyados en la información que aporta el paciente así como en las pruebas radiológicas que trae consigo, procedemos a pautar el tratamiento que estimamos más adecuado. En este caso nos centramos en la terapia manual, los estiramientos de partes blandas, la punción seca, y la instrucción de medidas de higiene postural y ergonómicas, así como la enseñanza de una serie de ejercicios terapéuticos para que el paciente realice en su domicilio.

Una vez observamos la mejoría de la primera sesión, procedemos a realizar dos más, espaciadas en el tiempo. Y dicha mejoría sigue haciéndose notoria hasta que, tras una tercera sesión y vuelta progresiva al entrenamiento, nos encontramos con un paciente que ya no presenta dolor, ni durante la vida diaria, ni durante su práctica deportiva. Por tanto, damos por finalizado nuestro tratamiento, insistiendo, eso sí, en la importancia de continuar los ejercicios y estiramientos instruidos, así como de visitarnos si tiene cualquier problema, duda, si vuelve a aparecer la sintomatología, o se presenta cualquier otro conflicto que sea de

nuestra índole.

Dicho esto, y expuesto todo lo anterior, podemos concluir con que el tratamiento de una lumbalgia por hipertonía del glúteo medio, tratada mediante terapia manual, estiramientos, punción seca, ejercicio terapéutico, y una serie de pautas de higiene postural y ergonomía, resulta ser efectiva y eficaz. Al menos, en el paciente que nos atañe y en el caso clínico que hemos tratado.

5 Bibliografía

- Josep Maria Haro,Stefanos Tyrovolas,Noe Garin, Cesar Diaz-Torne, Loreto Carmona, Lidia Sanchez-Riera,Fernando Perez-Ruiz, and Christopher JL Murray The burden of disease in Spain: results from the global burden of disease study 2010
- Hartvigsen J, Hancock MJ, Kongsted A et al. What low back pain is and why we need to pay attention. Lancet 391(10137), 2356–2367 (2018).
- Hoy D, Bain C, Williams G et al. A systematic review of the global prevalence of low back pain. Arthritis Rheum. 64(6), 2028–2037 (2012).
- Bardin L, King P, Maher B. Diagnostic triage for low back pain: a practical approach for primary care. Med. J. Australia 206(6), 268–273
(2017).
- Taylor JB, Goode AP, George SZ, Cook CE. Incidence and risk factors for first-time incident low back pain: a systematic review and meta-analysis. Spine J. 14(10), 2299–2319 (2014).
- Coenen P, Gouttebarge V, Van Der Burght AS et al. The effect of lifting during work onlow back pain: a health impact assessment based on a meta-analysis. Occup. Environ. Med. 71(12), 871–877 (2014).
- Foster N, Anema J, Cherkin D et al. Prevention and treatment of low back pain: evidence, challenges, and promising directions. Lancet 391(10137), 2368–2383 (2018).
- Almeida M, Saragiotto B, Richards B, Maher C. Primary care management of non-specific low back pain: key messages from recent clinical guidelines. Med. J. Australia 208(6), 272–275 (2018).

Capítulo 1045

TRATAMIENTO CONSERVADOR EN FISIOTERAPIA DEL HOMBRO CON ARTROSIS ACROMIOCLAVICULAR Y SÍNDROME SUBACROMIAL

ARGENTINA GARCIA GARCIA

ANGEL FUEYO PRIETO

DANIEL BUENO GONZALEZ

JOAQUINA COSTA IGLESIAS

1 Introducción

Cada vez son más frecuentes las patologías de hombro, que casi nunca suelen ser de forma aislada, sino que son la suma de varios componentes, de otras zonas del aparato locomotor.
La articulación del hombro es una de las más complejas del cuerpo, de hecho en lugar de hablar de articulación tenemos que hablar de articulaciones y cintura escapular.

El hombro se compone de 5 articulaciones que son: glenohumeral, acromioclavicular, esternoclavicular, omotorácica y subacromial. El conjunto de todas ellas en ambos lados del cuerpo forma la cintura escapular. Cabe mencionar también, la relación con otras estructuras del cuerpo, a nivel articular, muscular, fascial, inervación, vascularización y sistema linfático como son: todo el miembro superior,

tórax, raquis cervical, dorsal y lumbar e incluso ATM. El anillo osteo-músculo-ligamentario que forman ambos hombros, actúa de forma casi independiente lo cual no contradice lo anteriormente dicho, ya que debido a todas esas relaciones que comentamos lo abarcamos como una unidad funcional. Es necesario comentar todo esto, ya que a la hora de establecer un diagnóstico y tratamiento es necesario valorar en conjunto.

Existen multitud de patologías en el hombro, y casi todas ellas con una prevalencia muy alta. Las más comunes, entre otras, son: tendinitis del manguito rotador, tendinitis calcificante, rotura del manguito rotador, artrosis, síndrome subacromial.

Si bien es cierto, que a partir de los 30 años es casi inevitable, hagamos lo que hagamos, el inicio del degaste en los hombros, los trabajos, la sobrecarga, los malos hábitos, las malas posturas, los movimientos repetidos y forzados, el clima, y otros muchos factores influyen en la aparición y evolución de la patología.

En nuestro caso, nos vamos a centrar en un paciente con diagnóstico de artrosis acromio-clavicular y síndrome subacromial; patología muy típica y limitante en algunos casos.

2 Objetivos

- Realizar un búsqueda del origen del problema, que en algunos casos es bastante complicado.
- Tener en cuenta las restricciones de movilidad, comparando siempre con el lado sano. A veces, nos olvidamos de la propia anatomía y movilidad del paciente, ya que aunque existen rangos establecidos “normales” de movimiento, no siempre se cumplen y eso tampoco es indicativo de un problema que necesita ser tratado.
- Llevar a cabo un buen diagnóstico diferencial.
- Eliminar rigidez articular, relajar la musculatura.
- Revisar el raquis cervical y resto de raquis.
- Revisar todo el miembro superior y el otro hombro.
- Realizar exploración a la ATM.
- Revisar tórax. Primera costilla.
- Proponer ejercicio terapéutico.
- Reeducación postural. Higiene postural. Prevención y mantenimiento.

3 Caso clínico

En nuestro caso clínico nos encontramos con un paciente de 63 años que es minero, jubilado hace varios años.

Acude a consulta, porque presenta dolor en la parte anterior y superior del hombro, que se agudiza en la flexión del mismo por encima de los 90 grados. Nos cuenta además, que a veces presenta dolor nocturno, y que aprecia cierta rigidez en dicha zona y en el cuello. En ciertas actividades de su vida diaria se ve limitado. No presenta pérdida de fuerza. El paciente no aporta ninguna prueba diagnóstica.

Cuando exploramos el hombro, y le pedimos movilidad activa, observamos dolor y limitación justo por encima de 90 grados. Esto, a priori, ya nos hace pensar en la articulación acromioclavicular. Dolor en la abducción de más de 90 grados. Rotaciones limitadas, que impresiona de patología en musculatura rotadora. Mayor rango articular cuando se realiza el movimiento de forma pasiva, los que no hace descartar, en principio, una capsulitis adhesiva, ya que ésta presenta restricción tanto en movilidad pasiva como activa. Realizamos algunos test ortopédicos, como el Drop arm test y nos da positivo, lo que nos orienta hacia un síndrome subacromial. Comparamos con el otro hombro, y tiene buena amplitud articular y no hay ningún tipo de dolor. Seguimos explorando, y encontramos limitación cervical, y nos comenta que cuando mueve el cuello, a veces le "suena" la zona, y pensamos entonces, en artrosis cervical. Leve cifosis torácica, leve rigidez lumbar. Valoramos ATM y todo en orden.

Estamos ante varías patologías existentes, que nos tomarán tiempo para su recuperación o mejoría.
Iniciamos nuestro tratamiento, con una sesión semanal, con el objetivo de liberar la rigidez articular existente en todo el raquis, sobre todo cervical, en hombro y reducir la tensión muscular existente. Todo ello combinando técnicas: articulatorias, musculares, neuromusculares, neurovegetativas. Planteamos ejercicio terapéutico, pero nuestro paciente es reacio a este.

Le comentamos al paciente que sería conveniente realizar una radiografía de hombro y cervical, y una resonancia magnética para visualizar el estado de las partes blandas.

4 Discusión-Conclusión

Desde un principio descartemos la cirugía, (reforzado esto por las pruebas diagnósticas) porque no estábamos ante un brazo sin función y porque el tratamiento conservador fisioterapéutico combinando varias técnicas suele ser bastante efectivo en la patología de un hombro de estas características.

Se demuestra entonces, la necesidad de un tratamiento que no solo abarque la zona donde está el problema, sino todo el conjunto y las relaciones de la misma. La riqueza que obtenemos en la combinación de las múltiples técnicas de las que disponemos para poder tratar una patología y que hay que insistirle al paciente, y tener paciencia para que entienda lo importante que es el ejercicio terapéutico, la actividad física apropiada para cada persona y lo necesario que es el fortalecimiento de la musculatura debilitada, una vez eliminado el dolor.

5 Bibliografía

1. Sizer P, Phelps V, Gilbert K. Diagnosis and management of the painful shoulder. Pain Pract. 2003;3(2):152-85.
2. H. Fukuda Shoulder impingement rotator cuff disease. Current Orthop, 4 (4) (1990), pp. 225-232.
3. Mulligan Concept [Sede Web]. About the Mulligan Concept [acceso el 2 de julio de 2016].
4. Concepto Mulligan. Fisioterapia online [Internet].
5. Blume C, Wang-Price S, Trudelle-Jackson E, Ortiz A. Comparison of eccentric and concentric exercise interventions in adults with subacromial impingement syndrome. International journal of sports physical therapy 2015 Aug;10(4):441.
6. L.A. Michener, P.W. McClure, A.R. KardunaAnatomical and biomechanical mechanisms of subacromial impingement syndrome. Clin Biomech., 18 (5) (2003), pp. 369-379.
7. C.S. Neerii 2nd.Anterior acromioplasty for the chronic impingement syndrome in the shoulder a preliminary report. J Bone Joint Surg Am, 54 (1:) (1972), pp. 41-50.
8. Carolyn Kisner, L. Allen. Ejercicios terapéuticos. Editorial Paidotribo: 2005.
9. Teys P, Bisset L, Collins N, Coombes B, Vicenzino B. One-week time course of the effects of Mulligan´s Mobilisation with Movement and taping in painful shoulders. Man Ther 2013;18:372-7.

Capítulo 1046

OBESIDAD INFANTIL Y EJERCICIO: BENEFICIOS DE LA FISIOTERAPIA

ELISA GRANDA TABOADA

1 Introducción

La obesidad y el sobrepeso se definen como una acumulación excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud (según la Organización mundial de la Salud,OMS 2018). Se produce por un desequilibrio entre el consumo y el gasto energético. La obesidad infantil es un problema de salud pública al que nos estamos enfrentando globalmente y que cada vez afecta a más países de bajos y medianos ingresos, sobre todo en el medio urbano.

El incremento de la obesidad y el sobrepeso en la población infantil va unido a complicaciones que implican riesgos futuros en la salud y calidad de vida. Esto se asocia con mayor probabilidad de obesidad, muerte prematura y discapacidad en la edad adulta. Además de estos riesgos futuros, no hay que olvidar las complicaciones presentes ya que los niños con obesidad o sobrepeso pueden sufrir dificultad respiratoria, mayor riesgo de fracturas, problemas músculo-esqueléticos, posibilidad de padecer enfermedades cardiovasculares e hipertensión a edad temprana, resistencia a la insulina y efectos psicológicos (1).

El Estudio ALADINO 2015 (2) realizado a partir de una muestra representativa de 10.899 niños y niñas de 6 a 9 años (de los que 5.532 eran niños y 5.367 niñas) de todas las Comunidades y Ciudades Autónomas de España establece una prevalencia del sobrepeso del 23,2 % (22,4 % en niños y 23,9 % en niñas), y la de la obesidad del 18,1 % (20,4 % en niños y 15,8 % en niñas), utilizando los estándares

de crecimiento de la OMS. Este estudio refleja una reducción de 3 puntos del sobrepeso respecto al realizado en 2011. La presencia de obesidad y sobrepeso en la población infantil aún es muy alta, conllevando un riesgo importante para la salud futura de los niños y niñas.

Actualmente, se está desarrollando el nuevo Estudio ALADINO 2019.

Si no intentamos atajar este problema se puede convertir en una epidemia en este siglo XXI. La mayoría de las líneas de investigación se han centrado en nutrición y actividad física, pero hay que considerar que el sobrepeso y la obesidad son un problema de gran magnitud en que hay multitud de factores que ayudan a su desarrollo y sobre los que podemos actuar (3). La OMS está muy implicada lograr una solución al problema y en 2004 aprobó la "Estrategia Mundial OMS sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud", donde pide a todas las partes interesadas a que adopten medidas a nivel mundial, regional y local para mejorar las dietas y los hábitos de actividad física en la población. En 2014 se creó la Comisión para acabar con la obesidad infantil que publicó un informe con una serie de recomendaciones para intentar frenar este problema (4).

Los malos hábitos alimentarios y la falta de actividad física son consecuencia de cambios ambientales y sociales asociados al desarrollo ya que con la aparición de nuevos estilos de vida se adoptan conductas más sedentarias que hace unos años.También por la falta de políticas de apoyo en determinados sectores como la alimentación, la salud o la educación. Hay que actuar desde todos los ámbitos y empleando un enfoque multidisciplinar que englobe tanto a padres y profesores como nutricionistas y personal sanitario (médicos, enfermeros, fisioterapeutas, psicólogos…).

En España desde 2005 se desarrolla la estrategia NAOS (Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad) donde su objetivo es invertir la tendencia de la prevalencia de la obesidad a través del fomento de una alimentación saludable y de la práctica de la actividad física. Aunque va dirigida toda la población se centra principalmente en los niños (5).

Nosotros los fisioterapeutas podemos ayudar a atajar este problema a través de la prescripción de ejercicio físico terapéutico cuando ya se ha instaurado la obesidad en los niños. La actividad física ayuda a perder peso y a mejorar la condición física por lo que mejorará la agilidad corporal, y esto favorece la posibilidad de hacer más actividades por lo que el estado de ánimo también se verá beneficiado. Es como un círculo vicioso, cuanto más ejercicio haces mejor te encuentras,te

animas a seguir practicando ejercicio así va mejorando la salud y a la vez se disminuye el sedentarismo tan presente en nuestra vida diaria actualmente.

Para valorar si el ejercicio es beneficioso se utilizan distintos parámetros como el índice de Quetelet o Índice de la Masa Corporal (IMC) que es un indicador antropométrico obtenido al dividir el peso en kilogramos entre la estatura en metros al cuadrado (IMC = kg/m2). Este índice nos permite interpretar con mayor precisión el peso en relación con la estatura y es el criterio internacional más aceptado para la definición de un peso saludable y para expresar un grado de sobrepeso o delgadez (6). El análisis del consumo máximo de Oxígeno (VO2max), que es la cantidad máxima de oxígeno que el organismo es capaz de absorber, trasportar y consumir por unidad de tiempo, es un indicador del grado de acondicionamiento físico (índice de aptitud cardiorrespiratoria) (7) ya que nos ayuda a determinar los efectos del ejercicio sobre nuestro cuerpo. La realización de distintas pruebas de aptitud física y de cuestionarios sobre el estilo de vida también nos ayuda en la valoración de los efectos del ejercicio sobre la obesidad.

Para evitar la aparición de la obesidad es fundamental la implicación de la familia y el entorno modificando el estilo de vida no solo del niño sino de todo el conjunto familiar. Así que fomentando la realización de más actividad física también podemos actuar de manera preventiva ante este grave problema de salud pública, ya que la actividad física de intensidad moderada a vigorosa es esencial para la prevención de enfermedades y la promoción de la salud (8). Las recomendaciones mundiales de la OMS son que niños y adolescentes deberían realizar al menos durante 60 minutos al día actividades físicas de intensidad moderada a vigorosa, principalmente aeróbicas, y fortalecimiento muscular 3 veces por semana.

En un estudio realizado para ver la influencia de la actividad física en la calidad de vida de los niños (9) se determina que los niños realizan más actividad física en horas extraescolares que las niñas, por lo que la percepción sobre su bienestar físico es mayor.

2 Objetivos

Revisar la literatura actual para comprobar si la realización de ejercicio físico realmente es un factor coadyuvante para evitar la progresión de la obesidad y si incluso puede evitar su aparición. Analizar la información disponible sobre si establecer un programa de ejercicio físico en los niños es positivo para evitar que presenten obesidad y sobrepeso o también para actuar sobre ello si ya lo padecen.

Como ya hemos dicho la actuación no puede ser solo sobre un factor causante, en este caso la falta de actividad física, pero aquí nos centraremos los estudios basados principalmente en programas de ejercicio físico ya que es a este nivel en el cual los fisioterapeutas podemos aportar nuestro granito de arena, dejando el resto de los otros factores causantes de la obesidad o sobrepeso a los profesionales correspondientes, pero sin olvidar que es muy importante el desarrollar un trabajo en equipo donde todos colaboremos solidariamente.

Es importante destacar que la etapa escolar se manifiesta como el momento ideal para el desarrollo de buenos hábitos a todos los niveles pero en especial a nivel de la actividad física, ya que favorece que esas actitudes se mantengan posteriormente convirtiéndose en adultos activos, con los beneficios que eso conlleva (9).

3 Metodología

Realizamos una búsqueda en las siguientes bases de datos PEDro, PUBmed, DIALNET, Cochrane library, Scholar Google y Tripdatabase, con las palabras clave (tanto en español como en inglés): "obesidad infantil"- "chilhood obesity", "sobrepeso niños"- "overweight children", "actividad física"- "physical activity", "ejercicio"- "exercise" y "fisioterapia"- "phisioteraphy". Encontramos una gran disparidad de resultados dependiendo del buscador empleado. De todos los documentos obtenidos (566) se seleccionaron los estudios a partir de 2015, escritos en español o inglés, y que tengan en cuenta la realización de ejercicio físico en el protocolo planteado para el tratamiento de la obesidad.

Hay que considerar que muchos estudios tienen en cuenta más factores y no solo la realización de ejercicio físico para su tratamiento, recordemos que la obesidad es una enfermedad multifactorial con muchos componentes que afectan a su desarrollo.

Hay varios ensayos controlados de calidad incierta que hemos desechado ya que presentan calidad de evidencia baja bien porque el número de niños es pequeño o porque abandonan el ensayo antes de finalizar, sobre todo en menores de 6 años. Con esto hemos reducido el número de trabajos a estudio a 12. Algunas son revisiones sistemáticas y bibliográficas pero también hemos analizado ensayos clínicos y tesis doctorales centradas en los beneficios de la actividad física para el control del sobrepeso u obesidad.

4 Resultados

Hay varias revisiones sistemáticas que se centran en un grupo de edad en concreto y ven los efectos de diversas intervenciones en el tratamiento de la obesidad:

- En el grupo poblacional de menores de 6 años (Colquitt 2016) (10), se analizaron 7 ensayos controlados aleatorios (ECA: estudios clínicos en los que los pacientes se asignan al azar en uno de dos o más grupos de tratamiento) de duración variable entre 6 meses y 2 años (solo 1).Debido a la corta duración de los mismos los efectos a largo plazo no están claros, pero se puede afirmar que las intervenciones mutifactoriales (hábitos alimenticios, ejercicio físico, estilo de vida, apoyo familiar…) parecen una opción eficaz de tratamiento para niños con sobrepeso u obesidad hasta la edad de 6 años, teniendo en cuenta que la evidencia en era limitada y la mayoría de los ensayos tenían un alto riesgo de sesgo. En el momento de realizar la revisión se habían publicado más ensayos y había otros en curso por lo en revisiones posteriores se podrá llegar a conclusiones más sólidas.

- En el grupo de niños de 6 a 11 años (Mead 2017) (11), esta revisión incluye 70 ECA duración entre 6 meses y 3 años. Analizaron los efectos de la dieta, la actividad física y las terapias conductuales (que actúan para cambiar o mejorar los hábitos). La edad promedio fue de 10 años. La calidad de la evidencia fue baja o muy baja, pero se llegó a la conclusión de que las intervenciones que incorporan actuaciones sobre la dieta, actividad física y cambio de comportamiento pueden ser beneficiosas a corto plazo. Sería necesario hacer más investigaciones que permitan obtener una mayor evidencia.

- En el grupo de adolescentes de 12 a 17 años (Al-Khudairy 2017) (12), revisaron 44 ECA que compararon dieta, actividad física y terapias conductuales durante un periodo de 6 a 24 meses. La evidencia se consideró baja para la mayoría de los resultados debido a una escasa confianza en la manera en que se realizaron los estudios y a la irregularidad de los resultados, pero se concluyó que las intervenciones que combinan dieta, actividad física y componentes conductuales reducen el peso en adolescentes con sobrepeso u obesidad. En el momento de realizar la revisión había 50 ensayos en curso que podrán ser analizados posteriormente para obtener una mejor evidencia.

- Grupo de edad de 0-18 años (Brown 2019) (13), estudiaron 153 ECA, de ellos, 39 ECA (25%) se dirigieron a niños de 0-5 años, 85 ECA (56%) a niños de 6 a 12 años y 29 ECA (19%) a niños de 13 a 18 años. La duración de los ensayos fue de 12 meses

hasta algo más de 2 años. Los resultados finales los establece por grupos de edad:
De 0 a 5 años: se encontró evidencia moderada de que las intervenciones dietéticas y de actividad física combinadas, reducen IMC pero de manera muy pequeña. Produciendo mayor efecto las acciones realizadas en casa o en la comunidad que en el colegio.
De 6 a12 años: las intervenciones combinadas de actividad física y dieta provocan mayor disminución del IMC (evidencia moderada) que intervenciones dietéticas solamente (evidencia alta).
De 13 a 18 años: intervenciones de actividad física por sí solas, podrían reducir el IMC (evidencia baja). Las intervenciones dietéticas solas o combinadas con actividad física no tienen efecto sobre el IMC, pero la confianza en esta evidencia es limitada.

Se indica que las intervenciones y estrategias para prevenir la obesidad infantil deben incluir un seguimiento durante varios años para poder darnos unos resultados fiables.

- Revisión sistemática sobre el impacto de programas que impliquen juego para el tratamiento de sobrepeso y obesidad (Ameryoun 2018) (14), analizaron 10 artículos de ECA con un enfoque basado en el juego para reducir el peso en obesos o con sobrepeso en un rango de edad de 5 a 18 años. Concluyeron que intervenciones que utilizan juegos activos mejoraran ligeramente el IMC entre los niños con sobrepeso u obesidad y recomienda el uso de ese tipo de intervenciones basadas en juegos.

Una revisión bibliográfica sobre el entrenamiento de la fuerza en niños y adolescentes (15) determino que programas de duración de 16 semanas en niños con obesidad y sobrepeso producen cambios beneficiosos a múltiples niveles como incremento de la sensibilidad a la insulina, cambios favorables en el perfil lipídico y mejora la función cardiovascular. Todos estos beneficios aumentan si se combinan con ejercicios aeróbicos.

En los niños obesos este el ejercicio aeróbico les resulta complejo debido a su falta de acondicionamiento físico, por ello una solución sería comenzar por el desarrollo de ejercicios de fuerza junto con cambios en el estilo de vida. Programas de entrenamiento de la fuerza de intensidad moderada o alta durante 16 semanas seguidos de entrenamiento aeróbico de 6 semanas podían ser el tratamiento de elección para el problema de la obesidad en niños y adolescentes.

También se analizan varios estudios sobre el efecto de la actividad física en la obesidad y así poder analizar si realmente el ejercicio físico es beneficioso para

combatir este problema:

- Estudio en el que participaron 41 niños de 8 a 12 años obesos y poco activos para valorar los efectos de la actividad física en un programa de tratamiento de la obesidad infantil analizando el grado de movimiento y gasto energético durante las sesiones (Ensenyat 2016) (16). La intervención fue desarrollada a través del programa Nereu (17) que es una actuación multidisciplinar donde el programa de ejercicio físico que se les ofrece consiste en 90 sesiones (3 sesiones semanales de 60 minutos de duración) buscando que disfruten mientras practican actividades deportivas.

Los resultados muestran que el programa sirve para aumentar los minutos semanales dedicados a actividad física de moderada y vigorosa intensidad y a incrementar el gasto energético. El análisis del patrón de movimiento durante las sesiones determina que éstas se caracterizan periodos breves de actividad física de moderada-vigorosa intensidad, intercalados con periodos de menor actividad. Este patrón concuerda con las recomendaciones de actividad física para niños sedentarios, con baja condición física. Los resultados también reflejan diferencias en el comportamiento motor entre niños y niñas, los niños son más activos.

- Estudio sobre la asociación de la obesidad con estado físico, actividad física, sedentarismo y dieta en los niños polacos (Czyż SH 2017) (18). El estudio recoge la participación de 641 niños de 3 grupos de edad, 10 - 12 - 14 años, y utiliza distintos marcadores como IMC, el VO2max, cuestionarios y diversas pruebas de aptitud física para valorar los efectos del ejercicio físico. Como conclusión establece que el VO2máx fue el factor más determinante de la relación de sobrepeso y obesidad entre los participantes. Por lo que el establecimiento de programas para aumentar la aptitud física (VO2máx) a través del entrenamiento aeróbico puede ser de ayuda para evitar la obesidad.

También recomienda la medición de la capacidad aeróbica al menos cada año o en cada curso escolar como un indicador de los riesgos asociados con el sobrepeso y la obesidad, y actuando ante la existencia de cualquier valor de VO2máx por debajo de los recomendados para cada grupo de edad y sexo debido al riesgo de presencia de sobrepeso u obesidad. Así se podría actuar desde el inicio sobre este problema.

- Estudio descriptivo transversal en 83 escolares de 6 y 10 años (Martínez Álvarez 2017) (19) que analiza la influencia del sedentarismo en la obesidad y que nos indica que los escolares con obesidad son los que más actividad sedentaria presentan y menos realización de ejercicio físico (87,5% de los escolares obesos presenta

un nivel de actividad física malo). Un dato a destacar es que el 41% de las niñas no practican actividades deportivas extraescolares lo que establece diferencias por sexo a la hora de practicar ejercicio físico.

- Otro estudio realizado en 261 escolares de entre 10 y 12 años de Granada, analizaba la relación entre videojuegos, actividad física, obesidad y sedentarismo (Lozano-Sánchez 2019) (20) llegando a la conclusión que no existía gran prevalencia de obesidad en el grupo de escolares analizados a pesar del gran uso de videojuegos debido a que éstos eran principalmente "activos". También destacan que la gran mayoría realiza actividad física fuera del horario escolar (con similitud en ambos sexos) y que llevan a cabo hábitos alimenticios saludables gracias a la implicación de los colegios en favorecer la dieta mediterránea.

Por último hemos revisado varias tesis que se centran en los efectos del ejercicio físico en la obesidad:

- Análisis de los efectos de un programa domiciliario de ejercicio físico mixto (aeróbico y de fuerza) combinado con dieta mediterránea en niños y adolescentes españoles con sobrepeso u obesidad (21). Comparándolo después con un programa alternativo de ejercicio a través de una plataforma web. Los resultados que nos ofrece son que un programa domiciliario de ejercicio físico mixto administrado en formato tradicional durante seis meses en combinación con la dieta mediterránea actúa positivamente sobre de niños y adolescentes con sobrepeso u obesidad produciendo cambios en su estado de salud, aumentando su fuerza y mejorando su condición física. Asimismo, la implementación de un programa de ejercicio físico mixto de tres meses de duración a través de la plataforma web en combinación con dieta mediterránea, también produce beneficios similares respecto a un programa domiciliario de 6 meses de duración en formato tradicional.

- Efectos del HIIT (entrenamiento interválico de alta intensidad) en escolares con obesidad. Establece que el ejercicio aeróbico más ejercicios de resistencia muscular (8-24 semanas de duración) presentan beneficios a nivel de disminución de la masa corporal, IMC y masa grasa. El problema que presentan estos programas es la falta de adherencia debido a su duración tanto diaria como global. Los ejercicios HIIT pueden provocar respuestas similares o mejores que los otros tipos de ejercicios y requieren menor compromiso de tiempo por sesión por lo que hacen más fácil su seguimiento.

5 Discusión-Conclusión

Una vez analizados todos los estudios podemos afirmar que la realización de ejercicio físico es beneficiosa para atajar este problema de la obesidad y sobrepeso infantil y con ello actuar sobre las futuras consecuencias negativas para la salud. Es importante destacar que no solo el aumentar el nivel de actividad física va lograr solucionar el problema, es necesario actuar desde distintos ámbitos con distintos profesionales implicados. También recordar la importancia de la familia a la hora de ayudar a modificar el estilo de vida de sus hijos y a facilitar el mantenimiento de unas pautas saludables, ya que varios estudios reflejan que una vez finalizado el mismo las mejoras logradas tienden a desaparecer por falta de apoyo familiar sobre todo en los niños más pequeños (23 ,24).

Una opción que podemos usar es aprovechar el uso de las nuevas tecnologías considerando especialmente al tipo de población sobre la que queremos actuar. Los niños y adolescentes son "nativos digitales" y a través del uso de videojuegos podemos promover la realización de ejercicio físico combinándolo así con diversión y entretenimiento. Además al utilizar videojuegos que impliquen movimiento a la vez actuamos contra el sedentarismo ya que disminuiremos el tiempo que pasan sentados delante de la consola. Para favorecer el aumento de la actividad física hay que intentar buscar actividades que a los niños y adolescentes les resulten atractivas.

El programa Nereu comentado anteriormente tiene un potencial importante para que los niños con obesidad puedan incrementar la cantidad de actividad física semanal realizando 35 minutos de actividad moderada-vigorosa, y 20 minutos de actividad ligera, con un periodo de calentamiento de 5 minutos, en 3 sesiones semanales. Lo recomendable es realizar 60 minutos de ejercicio diariamente. Las sesiones constan de periodos cortos de moderada-vigorosa intensidad interrumpidos por periodos cortos de menor intensidad de movimiento que permiten la recuperación de los participantes, algo que favorece que los niños con obesidad puedan completar los entrenamientos, ya que los programas de solamente ejercicio aeróbico son difíciles de realizar por su baja condición física. Se ha comprobado que la combinación de ejercicios cardiovasculares y de fuerza ayuda a eliminar más rápido el sobrepeso.

La inclusión de programas de ejercicio físico supervisado de moderada a alta intensidad es uno de los factores que permite aumentar la eficacia de las intervenciones (25). El ejercicio interválico de alta intensidad (HIIT) puede ser más benefi-

cioso al disminuir la duración de la sesión, ya que emplean ejercicios más intensos, pero durante menos tiempo. Como estos programas de ejercicios demandan un gran esfuerzo al cuerpo, siempre hay que realizar un buen calentamiento previo para reducir el riesgo de lesiones y al terminar realizar un proceso de vuelta a la calma y no frenar repentinamente para evitar agujetas, mareos y demás. A tener en cuenta que en los individuos no entrenados para realizar ejercicios HIIT es mejor esperar hasta obtener cierto grado de acondicionamiento físico.

Nosotros los fisioterapeutas podemos ayudar al establecimiento de estos programas de ejercicio terapéutico en la población infantil donde la obesidad ya se encuentra establecida y así ayudarles a perder peso y evitar las consecuencias negativas para su salud. En estos casos se realizaría una intervención individualizada en función de la condición física del niño y se establecería un programa donde sería muy importante la colaboración de los padres. Siempre se tendrá en cuenta que la evolución debe ser progresiva, se marcarán unos objetivos y según se vayan cumpliendo se irá aumentando la intensidad. En niños muy obesos evitar las actividades de alto impacto hasta que se logre disminuir su peso corporal a valores no perjudiciales para sus articulaciones.

Los programas de intervención de 12 semanas de duración podrían constar de ejercicio aeróbico combinado con pesas. En un plan semanal establecemos 3 sesiones de actividad aeróbica moderada (40-50 % frecuencia cardíaca máxima-FCmáx) durante 30 minutos y otros 20 de actividad de menor intensidad, sin olvidar los 5 minutos de calentamiento y al finalizar los otros 5 minutos de recuperación. Con ello logramos los 60 minutos diarios de actividad física recomendados. Posteriormente según vaya mejorando la condición física iremos aumentando la intensidad pasando a vigorosa (50-70% FCmáx). Incorporaremos 2 días de ejercicio de fuerza (no consecutivos) realizando 1-3 series de 8-12 repeticiones al 60-80% RM (peso máximo que puede mover de una vez). Se trabajarán los principales grandes músculos.

Otra opción en los casos de niños con un gran desacondicionamiento físico sería establecer un programa de ejercicio de fuerza durante 16 semanas y posteriormente realización de ejercicio aérobico durante 6 semanas. Aunque siempre considerando que es mejor la combinación de ejercicio aeróbico y de fuerza en el mismo programa.
A este planteamiento semanal habría que unir recomendaciones de actividades para el fin de semana para evitar sedentarismo durante este periodo. Algunas de ellas pueden ser salir a caminar, ir a nadar,andar en bici e incluso videojuegos

activos donde participe toda la familia.
Para que los efectos beneficiosos perduren en el tiempo es imprescindible continuar con la realización de ejercicio físico una vez finalizados los programas.

A nivel de atención primaria podemos actuar en conjunto con los pediatras, enfermeros y profesores para establecer programas de ejercicio en la población escolar que ayude al fomento de la actividad física en combinación con otras conductas saludables. Animar a la participación de los niños en actividades extraescolares que impliquen la realización de algún deporte, principalmente en las niñas en la adolescencia que es una etapa donde disminuye la actividad física realizada por ellas.

Sería recomendable hacer una valoración anual de los niños en edad escolar, a través de los centros de salud y los colegios, para ver su grado de sobrepeso u obesidad y así poder actuar antes de que aparezcan consecuencias negativas para la salud.

6 Bibliografía

1. Moreira Ochoa, D. C., Rodríguez Ortiz, V. P., Mera Cedeño, J. P., Medranda Zambrano, R. G., Medranda Ortiz, F. J., Avendaño Alonzo, G. C. (2019). Factores de Riesgo más relevantes en el aumento de obesidad infantil. RECIAMUC, 2(4), 24-40.
2. Estudio ALADINO (Estudio de Vigilancia del Crecimiento, Alimentación, Actividad Física, Desarrollo Infantil y Obesidad en España. 2015). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad: Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición (AECOSAN). Madrid; 2016.
3. Domínguez-Fernández S, Valdivieso-Fernández de Valderrama B, Martínez-Ortega RM, Aznar-Laín S, Romero-Blanco C, Villalvilla-Soria DJ. Familias + Activas: Enfermería Familiar y Comunitaria ante el reto de la atención a la Obesidad Infantil en Atención Primaria. RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA). 2019 Agosto; 7 (3): 28-40.
4. Informe de la Comisión para acabar con la obesidad infantil. Autores: Organización Mundial de la Salud. 2016.
5. Estrategia NAOS [sede Web]. Ministerio de Sanidad.
6. GM Moreno Dr. (2012) Definición y clasificación de la obesidad. Revista Médica Clínica Las Condes. Elsevier. Volume 23, Issue 2, March 2012, Pages 124-128.
7. López J, Fernández A. Fisiología del Ejercicio. En Capacidad Funcional

Aeróbica Consumo de Oxigeno: concepto, bases fisiológicas y aplicaciones. Tercera Edición. Madrid, España: Editorial Medica Panamericana, S.A. 2006.
8. Poitras, V. J., Gray, C. E., Borghese, M. M., Carson, V., Chaput, J. P., Janssen, I., Katzmarzyk PT 4 , Pate RR , Connor Gorber S, Kho ME, Sampson M , Tremblay MS y Sampson, M. (2016). Systematic review of the relationships between objectively measured physical activity and health indicators in school-aged children and youth. Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism, 41(6), S197-S239. doi:10.1139/apnm-2015-0663.
9. Calzada, J.L.; Cachón, J.; Lara, A.; Zagalaz, M.L. (2016). Influencia de la actividad física en la calidad de vida de los niños de 10 y 11 años. Journal of Sport and Health Research. 8(3):231-244.
10. Colquitt JL, Loveman E, O'Malley C, Azevedo LB, Mead E, Al-Khudairy L, Ells LJ, Metzendorf MI, Rees K. Diet, physical activity, and behavioural interventions for the treatment of overweight or obesity in preschool children up to the age of 6 years. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 3. Art. No.: CD012105. DOI: 10.1002/14651858.CD012105.
11. Mead E, Brown T, Rees K, Azevedo LB, Whittaker V, Jones D, Olajide J, Mainardi GM, Corpeleijn E, O'Malley C, Beardsmore E, Al-Khudairy L, Baur L, Metzendorf MI, Demaio A, Ells LJ. Diet, physical activity and behavioural interventions for the treatment of overweight or obese children from the age of 6 to 11 years. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 6. Art. No.: CD012651. DOI: 10.1002/14651858.CD012651.
12. Al-Khudairy L, Loveman E, Colquitt JL, Mead E, Johnson RE, Fraser H, Olajide J, Murphy M, Velho RM, O'Malley C, Azevedo LB, Ells LJ, Metzendorf MI, Rees K. Diet, physical activity and behavioural interventions for the treatment of overweight or obese adolescents aged 12 to 17 years. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 6. Art. No.: CD012691. DOI: 10.1002/14651858.CD012691.
13. Brown T, Moore THM, Hooper L, Gao Y, Zayegh A, Ijaz S, Elwenspoek M, Foxen SC, Magee L, O'Malley C, Waters E, Summerbell CD. Interventions for preventing obesity in children. Cochrane Database of Systematic Reviews 2019, Issue 7. Art. No.: CD001871. DOI: 10.1002/14651858.CD001871.pub4.
14. Ahmad Ameryoun, Hormoz Sanaeinasab, Mohsen Saffari, and Harold G. Koenig.Childhood Obesity.Feb 2018.67-80.http://doi.org/10.1089/chi.2017.0250.
15. DE PEDIATRÍA, Sociedad Argentina; SUBCOMISIONES, Comités. Entrenamiento de la fuerza en niños y adolescentes: beneficios, riesgos y recomendaciones. Arch Argent Pediatr, 2018, vol. 116, no Supl 5, p. S82-S91.
16. Ensenyat, Assumpta; Palacios, Ignasi; Serra-Paya, Noemi; Castro-Viñuales, Ivan. (2016). Valoración objetiva de la actividad física en las sesiones de ejer-

cicio físico de un programa multidisciplinar para el tratamiento de la obesidad infanti. Apunts Educación Física y Deportes. 1. 35-52. 10.5672/apunts.2014-0983.es.(2016/3).125.03.
17. Serra-Paya, Noemi; Solé, Assumpta; Real, Jordi; Viñuales, Iván;Zapata, Amalia; Galindo, Gisela; Mir, Eduard; Bosch Muñoz, Jordi; Camón, Jose; Armengol, Concepció. (2013). Evaluation of a family intervention programme for the treatment of overweight and obese children (Nereu Programme): A randomized clinical trial study protocol. BMC public health. 13. 1000. 10.1186/1471-2458-13-1000.
18. Czyż, S.H.; Toriola, A.L.; Starościak, W.; Lewandowski, M.; Paul, Y.; Oyeyemi, A.L. (2017). Physical Fitness, Physical Activity, Sedentary Behavior, or Diet—What Are the Correlates of Obesity in Polish School Children? Int. J. Environ. Res. Public Health 2017, 14, 664.
19. Mariana Martínez Álvarez, Sergio Rico Martín, Francisco José Rodríguez Velasco, Guadalupe Gil Fernández, Esperanza Santano Mogena, Julián Fernando Calderón García. (2017). NURE investigación: Revista Científica de enfermería, ISSN-e 1697-218X, Vol. 14, Nº. 87, 2017.
20. Lozano-Sánchez, Antonio Miguel ; Zurita-Ortega, Félix ; Ubago-Jiménez, José Luis ; Puertas-Molero, Pilar ; Ramírez-Granizo, Irwin ; Núñez-Quiroga, Jose Iván. (2019). Videojuegos, práctica de actividad física, obesidad y hábitos sedentarios en escolares de entre 10 y 12 años de la provincia de Granada. Retos: nuevas tendencias en educación física, deporte y recreación, ISSN 1579-1726, Nº. 35, 2019, págs. 42-46.
21. Bruñó Soler, A. (2016). Intervención de ejercicio físico domiciliario en obesidad infantil: ensayo controlado aleatorizado comparando modalidad tradicional versus plataforma web. Moncada (Valencia): Universidad CEU Cardenal Herrera, Facultad de Ciencias de la Salud, Departamento de Fisioterapia.
22. Delgado Floody, P. (2018). Variables psicosociales relacionadas a la obesidad infantil y adaptaciones al ejercicio físico intervalado de alta intensidad en escolares. Universidad de Jaén. Departamento de Didáctica de la Expresión Musical, Plástica y Corporal. http://hdl.handle.net/10953/937
23. Adab P, Pallan MJ, Lancashire ER, et al. (2018) Effectiveness of a childhood obesity prevention programme delivered through schools, targeting 6 and 7 year olds: cluster randomised controlled trial (WAVES study). BMJ. 2018;360:k211.
24. Wyatt K, Lloyd J, Creanor S, et al. (2018) Cluster randomised controlled trial and economic and process evaluation to determine the effectiveness and cost-effectiveness of a novel intervention [Healthy Lifestyles Programme (HeLP)] to prevent obesity in school children. Public Health Res. 2018;6(1).
25. Connelly JB1, Duaso MJ, Butler G. (2007). A systematic review of controlled

trials of interventions to prevent childhood obesity and overweight: a realistic synthesis of the evidence. Public Health. 2007 Jul;121(7):510-7. Epub 2007 Apr 30.

Capítulo 1047

ABORDAJE DEL TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA EN EL TRATAMIENTO DE EPICONDILITIS EN ATENCIÓN PRIMARIA

LARA ALVAREZ CAMPAL

MARLEN DE LA FUENTE FERNANDEZ

PILAR DEL BOSQUE GONZÁLEZ

CECILIA GONZALEZ ALVAREZ

1 Introducción

En algún momento de nuestras vidas hemos oído la terminología de epicondilitis o "codo de tenista", ¿pero sabemos qué signos y síntomas tiene?

La epicondilitis es una patología que presenta dolor en la cara externa del codo, llamado epicóndilo, que es causada normalmente por una inflación o degeneración de los tendones extensores y supinadores del antebrazo. Se le llama "codo de tenista" porque la frecuencia de cursar esta patología en este deporte es muy alta, aunque hay trabajos como por ejemplo; los electricistas y los peluqueros en los que la prevalencia se ve aumentada considerablemente, ya que, la lesión suele ser provocada por sobrecarga de la musculatura extensora debido a un gesto o postura repetida en el tiempo.

Su síntoma principal es el dolor en la cara externa del codo, aunque dependiendo de la gravedad de la lesión y del tiempo sin tratamiento, hace que los pacientes refieran irradiación hacia el antebrazo e impotencia funcional, tal como: dificultad para agarre de objetos y por consiguiente, pérdida de fuerza asociada.

2 Objetivos

objetivo principal:
- Recuperar la movilidad articular completa sin dolor.

Objetivos secundarios:
- Disminuir el dolor tanto, el localizado como el irradiado.
- Potenciación de musculatura extensora y aumento de esta.
- Prevención y control de postura, aprendizaje de medidas ergonómicas, tanto para la vida diaria como para su puesto de trabajo.

3 Caso clínico

Mujer 43 años de edad, acude a nuestro Servicio de Atención Primaria, derivada de su médico de AP, con diagnóstico de epicondilitis derecha por sobrecarga laboral, descartando otra patología más severa. La paciente desarrolla su labor profesional en peluquería, refiriendo que hace más de mes y medio que padece dolores en la cara externa del codo, al principio, en ciertos giros y al final de su jornada laboral, pero hace mas o menos dos semanas, que el dolor, aumenta de intensidad y frecuencia, siendo ahora su duración de toda la jornada laboral, irradiándose hasta muñeca, y siendo incapaz de realizar una extensión completa de codo sin dolor, también refiere falta de fuerza en el antebrazo.

Comenzamos la valoración, observando ni elementos óseos ni articulares alterados, teniendo estos buena movilidad, epicóndilo y los extremos próxima les de cúbito radios normales.

En la exploración palpatoria, se observa bolsa serosa retroolecraneana con una pequeña inflamación, estructuras ligamentosas, colaterales, y cápsula anterior y posterior normales. Tendones: extensor corto radial del carpo, afectado con moderada inflamación, se aprecia tendinitis en los extensores así como, síntomas de retracción miofascial de los músculos supinadores del antebrazo derecho. No se aprecian cambios patógenos en el comportamiento del nervio radial, como compresión o debilidad.Se le realiza el test de la silla o fuerza de agarre, donde

la paciente refiere dolor y sensación de pérdida de fuerza muscular. También se le realiza un diagnóstico diferencial, para cerciorarnos de que no existe ningún problema en el hombro, ni en la muñeca.

Comenzamos tratamiento: siendo éste en un principio, de 15 sesiones, de lunes a viernes, con duración de 30 min al día. Se le pauta:
- Movilización pasiva de estructuras miofasciales.
- Cyriax en zona de inserción proximal de músculos supinadores y tendones extensores.
- Ultrasonido pulsátil.
- Estiramientos y ejercicios excéntricos (se le enseñan durante 3 sesiones para luego hacerlos en su casa).
- Liberación miofascial.
- Masoterapia.
- Puntos gatillo miofasciales de musculatura supinadora.

4 Discusión-Conclusión

Podemos concluir que ante un buen tratamiento de fisioterapia se resuelve una patología bastante cotidiana. Patología, la cual, se puede establecer que la profesión que se ejerce, es causa/efecto de ser posible candidato a padecerla y que, sobre todo, desde Atención primaria, no solo, se ejecuta el tratamiento con la finalizada de curar la lesión, sino que se habla con la paciente y se le da instrucciones precisas para como prevenir su posible rediciva.

Es importante hacerles entender que si no se resuelve la falta de ergonomía postural en el trabajo y la sobrecarga de él, es muy probable que pueda volver a tener síntomas otra vez.

5 Bibliografía

1. Levin D, Nazarian LN, Miller TT, O'Kane PL, Feld RI, Parker L, et al. Lateral epicondylitis of the elbow: US findings. Radiology. 2005;237:230-4.
2. Struijs PAA, Smidt N, Arola H, Van Dijk CN, Buchbinder R, Assendelft WJJ. Orthotic devices for the treatment of tennis elbow. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2002. Issue 1.
3. Marik T, Valdes K. Clinical Commentary in Response to: The Effects of oscillating- energy manual therapy on lateral epicondylitis: A randomize,

placebo-controlled, and Double- blinded study. J Hand Ther. 2008;10:15-7.
4. 13. Piper S, Shearer H, Côté P, Wong J, Yu H, Varatharajan S et al. The effectiveness of soft-tissue therapy for the management of musculoskeletal disorders and injuries of the upper and lower extremities: A systematic review by the Ontario Protocol for Traffic Injury management (OPTIMa) collaboration. Manual Therapy. 2016; 21:18-34.
5. Travell J, Simons D, Simons L, Cummings B, Mayoral del Moral O. Dolor y disfunción miofascial. Madrid, España: Médica Panamericana; 2002.
6. Loew L, M B, Tugwell L, Wells P, A Welch G, Shea V et al. Deep transverse friction massage for treating lateral elbow or lateral knee tendinitis. Cochrane Musculoskeletical Group. 2002.
7. Cullinane F, Boocock M, Trevelyan F. Is eccentric exercise an effective treatment for lateral epicondylitis? A systematic review. Clinical Rehabilitation. 2014; 28(1):3-19.

Capítulo 1048

TRATAMIENTO CONSERVADOR EN EL SÍNDROME DE TÚNEL CARPIANO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

REMEDIOS CABAÑERO LUJÁN

1 Introducción

El síndrome del túnel carpiano es la neuropatía por compresión más frecuente de todo el organismo. Se debe a la compresión del nervio mediano a nivel de la muñeca en el túnel del carpo, conducto osteofibroso inextensible constituido, por detrás de la concavicad que crean los huesos del carpo y por delante del ligamento anular del carpo.

Se observa sobre todo en la mujer (80 a 90% de los casos) en los años que preceden o siguen a la menopausia. Es un síndrome neurológico troncular y distal, reúne síntomas sensitivos, motores y tróficos.

2 Objetivos

- Analizar la eficacia del tratamiento conservador del túnel carpiano, en una paciente en estado moderado.

3 Caso clínico

Paciente de 57 años de sexo femenino. Antecedente de fractura de carpo. Antecedentes familiares de artrosis. Microtraumatismos por movimientos repeti-

tivos y fuertes de la muñeca durante el trabajo.

La paciente refiere debilidad en en mano derecha (abductor corto, flexor corto y oponente del primer dedo., que provocan dificultad para cerrar el puño, agarrar objetos pequeños o realizar tareas manuales. También nota parestesias y dolor de carácter progresivo de unos tres meses de evolución, principalmente en pulgar, índice, medio y cara radial del anular. De predominio nocturno con afectación del sueño.

Se despierta sintiendo la necesidad de sacudir la mano (síndrome de Flick positivo) y la muñeca dejándola colgar en el borde de la cama. Actualmente, comienzan a agravarse los síntomas durante el día. Conservación de la sensibilidad térmica. Tampoco se aprecian cambios tróficos importantes, salvo ligera inflamación. No se observa atrofia de la eminencia tenar. Leve disminución del balance muscular de abductor corto del pulgar. Dolor a la palpación sobre el nervio con producción de parestesias en los dedos. Prueba de compresión de Durkan y prueba de Phalen positivas. Test de tensión neural para el nervio mediano positivo. Radiografía sin hallazgos significativos. En espera de estudio de la conducción nerviosa mediante electromiografía.

En los casos con sintomatología moderada, sin atrofia en eminencia tenar, es aconsejable:

- Inmovilización mediante posturas, ortesis fabricadas en yeso o material de termoplastico, férulas dinámicas o tracción permanente. Su objetivo es aliviar el dolor nocturno, suprimir la presión en el nervio durante un tiempo limitado, prevenir o corregir, manteniendo las articulaciones en posición correcta evitando las posturas viciosas y favoreciendo una actitud funcional y evitar los edemas que agravan el déficit circulatoria del músculo. Como precaución, en imprescindible la vigilancia estricta de los puntos de apoyo de la contención por la posibilidad de aparición de escaras por compresión o por efecto de borde. Además se debe interrumpir la inmovilización varias veces al día para intercalar movimientos, gesto fundamental en la prevención e rigideces articulares.

- Fisioterapia: durante el tratamiento conservador será esencialmente paliativa.

Enseñar a evitar los movimientos contraindicados: flexión de muñeca y llevar cargas; y a utilizar la ortesis.
Electroterapia antiálgica y antiinflamatoria: iontoforesis, ondas ultracortas, ultrasonidos, corrientes de baja frecuencia (prestar atención a las a las alteraciones y

a la fragilidad cutánea.).
Parafina por inmersión.
Crioterapia mediante masaje con hielo y la aplicación de bolsas de hielo.
Electroestimulación: se basa en la creación de potenciales de acción en las células con la utilización del impulso eléctrico.
Ejercicios tonificantes de extensión, flexión, y rotaciones de muñeca utilizando una mancuerna.
Masaje trófico sin provocar irritación.
Trabajo de cadenas musculares con el objetivo de remodelar e indicar al músculo cómo debe trabajar.
Tratamiento mediante tensión neural. Se pueden realizar maniobras de deslizamiento o movilización y maniobras de tensión
Ergoterapia: formación de la paciente en materia preventiva para conocer posturas correctas durante el trabajo.
Terapias alternativas: se aconseja la práctica de yoga ya que se ha demostrado que reduce el dolor y mejora el pulso en la mano en los pacientes con síndrome de túnel carpiano.

4 Discusión-Conclusión

Podemos concluir que el tratamiento conservador en síndromes del túnel carpiano, es efectivo en fases moderadas, sobre todo durante los primeros meses de evolución. Se obtienen resultados satisfactorios como la disminución de las parestesias, se evita el empeoramiento del balance muscular y se previenen otros trastornos sensitivos y tróficos.

5 Bibliografía

- Seidel H. Manual Mosby de exploración física. 3ª ed. Madrid: Harcourt; 1998.
- Xhardez Y. Vademécum de Kinesioterapia y reeducación funcional. 4ª ed. Buenos Aires: El Ateneo; 2002.
- Múgica L. Rehabilitación funcional por ejercicios. 5ª ed. Madrid: Paz Montalvo; 1984.
- McRae R. Exploración clínica ortopédica. 4ª ed. Madrid: Harcourt; 1998.

Capítulo 1049

FISIOTERAPIA RESPIRATORIA EN NIÑOS CON FIBROSIS QUÍSTICA

OLAYA GARCÍA ESCUDERO

VERÓNICA MARTÍNEZ LÓPEZ

MARÍA JESÚS SOUTO BLANCO

PALOMA GRANA ALONSO

DANIEL GIJON NORIEGA

1 Introducción

La fisioterapia respiratoria «es la especialidad de la fisioterapia que, a través de la aplicación de diferentes técnicas físicas basadas en el conocimiento de la fisiopatología respiratoria, evalúa, diagnostica y aplica los procedimientos fisioterápicos con el objetivo de prevenir, curar y estabilizar las alteraciones del sistema toracopulmonar». (Calvo, 2016)

Las evidencias científicas aparecidas durante la última década están demostrando una eficacia cada vez mayor de la fisioterapia respiratoria para el drenaje de secreciones en diferentes y variados ámbitos de actuación terapéutica como son las patologías crónicas o exacerbadas con hipersecreción bronquial, infecciones respiratorias en pediatría, patologías neuromusculares o pacientes críticos ventilados mecánicamente.

La fibrosis quística (FQ) es un trastorno genético que limita la vida. La obstrucción de las glándulas exocrinas por secreciones viscosas causa cambio patológico en una gama de sistemas corporales. En los pulmones, esto se manifiesta como secreción anormal de moco en las vías respiratorias, que es responsable de la infección y la inflamación persistentes. Este proceso es el mayor factor que contribuye al daño severo de las vías aéreas y al deterioro de la función pulmonar.

El espesor y la cantidad de las secreciones de las vías respiratorias sobrecargan los mecanismos normales de transporte de moco del cuerpo y, por lo tanto, el tratamiento debe ir encaminado a la eliminación de secreciones. (Sánchez et al,2001).

Todo ello favorece la colonización bacteriana crónica asociada a una respuesta inflamatoria neutrofílica alterada y mal regulada. Ambos procesos, la infección y la inflamación crónica, producen un círculo vicioso de destrucción tisular, obstrucción del flujo aéreo, aparición de bronquiectasias y otras complicaciones, que determinan una destrucción del tejido pulmonar y, finalmente, conducen a un fallo respiratorio que produce la mayor parte de los casos de morbimortalidad por esta enfermedad (van der Schans, Postma, Koeter, Rubin,1999.)

Los métodos que mejoran el aclaramiento de moco se consideran esenciales para optimizar el estado respiratorio y reducir la velocidad de progresión de la enfermedad pulmonar.

La incidencia de la fibrosis quística en España es de 1 persona cada 5.000 nacimientos, y se calcula que un 2,85% de habitantes son portadores sanos de la enfermedad.

La fibrosis quística es una enfermedad autosómica recesiva, causada por mutaciones en el gen de la proteína reguladora de la conductancia transmembrana, en el brazo largo del cromosoma 7.

Es característica la variabilidad clínica, con obstrucción e infección en las vías respiratorias, maldigestión y retraso del desarrollo, siendo diagnóstico diferencial de muchos trastornos pediátricos. La afectación pulmonar determina su morbimortalidad.

Presenta multitud de mutaciones genéticas, en continua identificación, que determinan los fenotipos. El diagnóstico no es fácil, pues los criterios clínicos y de laboratorio existentes se redefinen conforme avanza la investigación. Gracias a sospechas diagnósticas precoces y a la implantación del cribado neonatal, que

permiten un tratamiento precoz, la enfermedad presenta mejor pronóstico y supervivencia.

Un tratamiento precoz y adecuado a cada paciente es vital para mejorar la morbimortalidad y las condiciones de vida de las personas con fibrosis quística

2 Objetivos

Objetivo general:
- Conocer la efectividad de la fisioterapia respiratoria en niños con fibrosis quística.

Objetivos específicos:
- Comprobar el efecto de la fisioterapia respiratoria (FR) en la capacidad pulmonar.
- Valorar la movilidad de las secreciones y el aclaramiento mucociliar tras aplicar las técnicas de fisioterapia respiratoria.
- Evaluar cómo afecta la adherencia terapéutica al tratamiento.
- Conocer la influencia de la FR en la calidad de vida de los pacientes.

3 Metodología

Hemos realizado una investigación de revisiones y estudios de intervención, en bases de datos tales como Enfispo, Dialnet, PEDro, Cochrane y ScienceDirect para obtener información sobre el tratamiento de la fibrosis quística en niños y la evidencia que existe para cada uno de los tratamientos.

Criterios de inclusión.
Año de publicación: el período de publicación abarca del año 2010 al 2020.
Idioma: se han utilizado artículos en español, inglés y portugués.
Tratamiento: se incluyen los estudios que analizan los tratamientos de fisioterapia respiratoria
Población: niños y niñas de 0 a 17 años

Palabras clave: fibrosis quística, vías aéreas, fisioterapia, tratamiento fisioterapéutico, infantil, niños, pediatría
Key words: cystic fibrosis, airways, physiotherapy, physiotherapy treatment, childish, children, pediatrics

4 Resultados

Finalmente hemos analizado 6 estudios para nuestra revisión. Estos fueron los resultados obtenidos
El Acapella es un dispositivo de presión positiva diseñado para ayudar al aclaramiento mucociliar. Los resultados sugieren que no existe una diferencia estadísticamente significativa entre el dispositivo Acapella y la máscara de Presión Espiratoria Positiva (PEP) para usar en la FQ durante una exacerbación aguda. Se requieren estudios más grandes para determinar si las diferencias entre la máscara PEP y Acapella observadas en este ensayo son clínicamente valiosas. (West, Wallen y Follet, 2010)

El programa de entrenamiento respiratorio relativamente a corto plazo (8 semanas) utilizado a indujo beneficios significativos en fenotipos de salud importantes de pacientes pediátricos con FQ. El entrenamiento respiratorio es una intervención fácilmente aplicable que podría incluirse, junto con un entrenamiento supervisado en la atención estándar de estos pacientes. (Santana-Sosa et al, 2014)

La fisioterapia de tórax se ha utilizado para tratar a niños hospitalizados con neumonía sin evidencia científica clara que respalde un efecto beneficioso. El objetivo del presente estudio fue evaluar la eficacia de la fisioterapia torácica como tratamiento adyuvante en niños hospitalizados con neumonía aguda adquirida en la comunidad.

Los niños (de 1 a 12 años) con un diagnóstico clínico y radiológico confirmado de neumonía ingresados secuencialmente en un hospital de niños terciarios fueron elegibles para este estudio. Los participantes fueron seleccionados al azar para recibir una fisioterapia respiratoria estandarizada (posicionamiento, vibración torácica, compresión torácica, presión espiratoria positiva, ejercicios de respiración y exhalación forzada con la glotis abierta o 'resoplando') tres veces al día en el 'grupo de intervención' o un grupo no intervenido.. En total, 72 pacientes fueron asignados aleatoriamente a los grupos de intervención (n = 35) o control (n = 37). No hubo diferencias al ingreso sobre la gravedad de la neumonía entre los grupos.

La frecuencia respiratoria y la puntuación de gravedad disminuyeron significativamente entre el ingreso al alta dentro de cada grupo; sin embargo, no hubo diferencias al comparar grupos. Además, no hubo diferencias significativas en la duración de la hospitalización entre los grupos control e intervención. (Lukrafka, Fuchs, Fischer, Flores, Fachel, Castro-Rodriguez, 2012)

El objetivo de este estudio fue evaluar el grado de adherencia autoinformada a las recomendaciones fisioterapéuticas en pacientes pediátricos (6-17 años) con fibrosis quística (FQ) y para determinar si los niveles de adherencia se correlacionan con la función pulmonar, los aspectos clínicos y la calidad. La mala adherencia autoinformada a las recomendaciones de fisioterapia se asoció con peores hallazgos radiológicos, mayor número de hospitalizaciones y disminución de la calidad de vida en pacientes pediátricos con FQ. (dos Santos et al, 2016)

La fisioterapia diaria de las vías respiratorias, junto con el tratamiento antibiótico de las exacerbaciones infecciosas, constituye la piedra angular del tratamiento de los niños con problemas tales como FQ. Para ello se debe contar con profesionales cualificados que conozcan a fondo la enfermedad y cuenten con la suficiente experiencia en la aplicación de las diversas técnicas de fisioterapia respiratoria con que actualmente contamos, tanto manuales como instrumentales.

Por otro lado, se debe favorecer la realización de ejercicio físico sistemático para obtener el mayor potencial en funcionalidad física, emocional y social de los niños afectados por esta enfermedad. (Torres-Castro, Vilaró, & Puppo, 2019)

La fisioterapia es un componente importante de la atención en la población con FQ. Los pacientes deben tener la opción de decidir qué técnica desean usar. Además los autores señalan que la prevención y el tratamiento de los problemas musculoesqueléticos también deben abordarse. Se enfatiza que la fisioterapia respiratoria contribuye a mejorar la salud de las personas con FQ. (McIlwaine, Son, & Richmond, 2014).

5 Discusión-Conclusión

La fisioterapia respiratoria y el entrenamiento inspiratorio son útiles para mejorar la capacidad pulmonar de los niños con fibrosis quística.

Las técnicas de aclaramiento mucociliar (TAM) más utilizadas son: Drenaje postural y percusiones (DP); Drenaje autógeno (DA); Tos asistida; Técnica de espiración forzada; Presión espiratoria positiva (PEP); Chalecos de presión positiva externa; Espiración lenta con la glotis abierta en infralateral (ELTGOL); Flutter y otros dispositivos que utilizan vibración.

El uso de dispositivos como el Acapella y las máscaras de presión espiratoria positiva (PEP) son adecuadas para aumentar la cabida pulmonar en los pacientes con FQ, por el momento no se han encontrado diferencias significativas entre los

diferentes aparatos disponibles.

La adherencia al tratamiento adecuada disminuye el número de hospitalizaciones y mejora la calidad de vida de los afectados por la fibrosis quística.

Es responsabilidad del equipo multidisciplinar de salud la aplicación de integración de diversas técnicas terapéuticas que permitan controlar la enfermedad, evitando el deterioro de la función pulmonar y favoreciendo una calidad de vida y un desarrollo pleno de los niños en su entorno familiar, escolar y de ocio.

6 Bibliografía

- Calvo, J. S. (Ed.). (2016). Métodos específicos de intervención en fisioterapia. Editorial Médica Panamericana.
- Dos Santos Feiten, T., Flores, J. S., Farias, B. L., Rovedder, P. M. E., Camargo, E. G., Dalcin, P. D. T. R., & Ziegler, B. (2016). Fisioterapia respiratória: um problema de crianças e adolescentes com fibrose cística. Jornal Brasileiro de Pneumologia, 42(1), 29-34.
- Lukrafka, J. L., Fuchs, S. C., Fischer, G. B., Flores, J. A., Fachel, J. M., & Castro-Rodriguez, J. A. (2012). Chest physiotherapy in paediatric patients hospitalised with community-acquired pneumonia: a randomised clinical trial. Archives of disease in childhood, 97(11), 967-971.
- McIlwaine, M. P., Son, N. M. L., & Richmond, M. L. (2014). Physiotherapy and cystic fibrosis: what is the evidence base?. Current opinion in pulmonary medicine, 20(6), 613-617.
- Sánchez, D., Perez, H., Angélica, M., Boza, C., Lina, M., Lezana, S., & Isabel, M. (2001). Consenso nacional de fibrosis quística. Revista chilena de pediatría, 72(4), 356-380.
- Santana-Sosa, E., Gonzalez-Saiz, L., Groeneveld, I. F., Villa-Asensi, J. R., de Aguero, M. I. B. G., Fleck, S. J., ... & Lucia, A. (2014). Benefits of combining inspiratory muscle with 'whole muscle'training in children with cystic fibrosis: a randomised controlled trial. Br J Sports Med, 48(20), 1513-1517.
- Torres-Castro, K. R., Vilaró, K. J., & Puppo, K. H. (2019). Kinesiología respiratoria en niños con disquinesia ciliar primaria. Neumol. pediátr.(En línea), 100-104.
- Van der Schans CP, Postma DS, Koeter GH, Rubin BK. Physiotherapy and bronchial mucus transport. Eur Respir J. 1999;13(6):1477-86.
- West, K., Wallen, M., & Follett, J. (2010). Acapella vs. PEP mask therapy: a randomised trial in children with cystic fibrosis during respiratory exacerbation. Physiotherapy theory and practice, 26(3), 143-149.

Capítulo 1050

HIGIENE POSTURAL EN LAS AULAS

XANA CUELLO POSADA

MÓNICA FERNÁNDEZ BARRERA

1 Introducción

La higiene postural consiste en aprender cómo adoptar posturas y realizar movimientos de la vida cotidiana, de forma que la espalda se dañe lo menos posible, ya sea haciendo un ejercicio estático o dinámico.
El escolar realiza la mayor parte de sus actividades sentado: leyendo, estudiando, en el colegio … Por ello, es sumamente importante adoptar una postura adecuada, ya que el adoptar una postura errónea conllevaría a una fatiga y a la larga produciría daños osteoarticulares y osteomusculares.

2 Objetivos

Objetivo principal.
- Conocer la importancia de la ergonomía postural como prevención en la población escolar.

3 Metodología

- Se ha realizado una búsqueda de bibliografía en diferentes libros especializados y en bases de datos como: Dianet, Pudmed y google académico.
- Se han empleado como descriptores : higiene postural, ergonomía escolar, salud.
- Se han empleado como criterios de inclusión textos gratuitos en castellano e inglés.

4 Resultados

DESCANSO:

-A lo largo del día nuestro cuerpo permanecerá tumbado entre seis u ocho horas, por ello es necesario adoptar la postura adecuada. Son recomendables dos posturas:

1. Decúbito supino: manteniendo la espalda recta y colocando debajo de las rodillas una almohada o cojín, con el fin de mantener las rodillas en flexo y disminuir la lordosis lumbar.

2. Lateral: Sería la postura más recomendada ya que es la que adoptamos en el vientre materno. Debemos de mantener la piernas un poco flexionadas, entre las cuales podemos colocar una almohada con el fin de mantener la cadera en posición neutra. La cabeza debe de quedar alineada en el mismo plano que el tronco, por eso, la almohada debe de ser plana.

- También influye las características de los accesorios que utilizamos, por ejemplo, la cama debe ser tan larga como sea la persona y no debería de tener menos de 80 cm.

- Además sería muy importante la forma en levantarnos de la cama, de tal manera que debemos de ponernos de costado y ayudarnos con el apoyo de las manos en la cama para impulsarnos hacia arriba porque así no ejercemos tanta presión en las lumbares y en el abdomen.

CARGAR PESO:

- Para coger algún objeto o peso del suelo es fundamental flexionar las rodillas para así no hacer flexión lumbar, y mantener el peso más cerca posible de nuestro cuerpo.

- Los pies deberán de estar perfectamente apoyados en el suelo.

- Al levantar el peso del suelo es muy importante no levantarlo más alto de nuestro pecho y repartir el peso del objeto entre los dos brazos flexionados para así no descompensar nuestro centro de gravedad y, de esta forma, descompensar el cuerpo.

MATERIAL ESCOLAR

- Los escolares transportan peso en su espalda diariamente, para realizarlo evitando problemas de salud es necesario distribuir correctamente el peso, tanto en la mochila como en la espalda, y prestar atención a las características de los objetos para su transporte.

1. La mochila debe de estar de acorde a la altura del niño, debe de tener buen almohadillo en la parte trasera y los tirantes también deben de estar acolchados.

2. La mochila debe de estar colocada sobre los hombros, por encima de la cadera, bien pegada a la espalda.
3. En el caso que sea una mochila de ruedas nunca debemos de ir tirando de ella, es decir, siempre debe de estar a nuestro lado, nunca deberá quedar por detrás nuestro.
4. La colocación de los objetos dentro de la mochila deberá tener un orden: los objetos más grandes y pesados en la parte de atrás y así siguiendo un orden en cuanto a tamaño y peso.

COGER UN OBJETO EN LA ALTURA:
- Para poder coger un objeto que no esté a nuestra altura debemos de utilizar un accesorio, bien sea un peldaño, escalera, etc., con el fin de no realizar un sobreestiramiento de la columna.
- Los pies deben de estar totalmente apoyados en la superficie, nunca ponerse de puntillas ya que podemos perder el equilibrio y sufrir una caída. Si el objeto que cogemos tiene un peso considerable se deberá de colocar siempre pegado a nuestro cuerpo.

5 Discusión-Conclusión

Debido a la adopción de posturas erróneas en edades infantiles podemos desarrollar lesiones muy importantes y crónicas a lo largo de nuestro crecimiento, por eso es muy importante concienciarnos de adoptar una buena ergonomía postural, en todos los ámbitos descritos anteriormente, para evitar problemas como escoliosis, cifosis y lordosis patológicas en un futuro.
El dolor de espalda en los niños y en los adolescentes es un problema que va en aumento. Hay ciertos estudios que demuestran que el dolor lumbar puede ocasionar grandes discapacidades y limitar actividades de la vida diaria en el niño. Aparecen en torno a los 10 años y por eso es muy importante realizar talleres en los colegios sobre la ergonomía postural para concienciar a los niños de lo que les puede acarrear una mala postura mantenida en el tiempo.

6 Bibliografía

- WEB: rehabilitat.Wordpress.com-Libro ADAN
- Shoucharol, Philippe Emmanuel Reeducación postural global. 2012.

Capítulo 1051

TRABAJO DEL CORE EN LA PATOLOGÍA LUMBAR.

ANGEL FUEYO PRIETO

DANIEL BUENO GONZALEZ

JOAQUINA COSTA IGLESIAS

ARGENTINA GARCIA GARCIA

1 Introducción

En los últimos años está cogiendo gran popularidad en la fisioterapia el trabajo del Core como método de acondicionamiento para mejorar el rendimiento funcional y sobre todo para evitar lesiones.

La palabra Core viene del ingles y significa núcleo por la situación en nuestro centro de gravedad. Es la zona que se encuentra en nuestra región abdominal, parte baja y media de la espalda y en nuestra cadera. Vamos a definir bien que estructuras lo componen y su importancia.

Composición del Core:
Sistema pasivo formado por aquellas estructuras que carecen de capacidad contráctil pero dan estabilidad al cinturón lumbopélvico . Estas estructuras son los ligamentos, articulaciones, huesos, cápsulas articulares, cartílagos y discos. Todas ellas tienen importancia en el balance articular y la capacidad de soportar una determinada carga. Las principales estructuras del sistema pasivo del Core son las vértebras lumbares, sacro, coxis, pelvis y cadera.

Sistema activo compuesto de la musculatura, la fascia y los tendones que son los componentes contráctiles. Los músculos principales del Core son el recto abdominal, oblicuo externo, oblicuo interno, transverso, diafragma, psoas, dorsal ancho, cuadrado lumbar, erectores espinales, multífidos, glúteos y musculatura del suelo pélvico.

Sistema neuromuscular que nos da la información por los neuroreceptores de las variaciones de posición, carga y compresión lumbopélvicas.

Estos tres sistemas forman en conjunto el Core y cualquier alteración de uno de ellos provocará un desequilibrio en el rendimiento de la zona lo que a la larga traerá diversos tipos de lesiones, siendo las más destacadas las de la zona lumbar como lumbalgias, hernias de disco y ciática.

2 Objetivos

- Evitar o tratar cualquier alteración de los componentes del Core para evitar como decíamos futuras lesiones.

3 Caso clínico

Paciente de 54 años que acude al centro de salud diagnosticado de lumbalgia crónica. Es la primera vez que viene ya que acude de otra comunidad. El paciente trabaja en una oficina con lo que no suele hacer esfuerzos de peso y nos comunica que suele hacer algo de deporte entre semana como salir a correr y jugar al pádel.

Ha realizado tratamiento en su anterior centro de salud y en sesiones privadas de fisioterapia y nos comunica que le alivian pero que al mes vuelve a recaer.

El paciente nos trae una resonancia magnética realizada hace un mes donde no se aprecia ningún tipo de lesión.

Realizamos exploración física y vemos:
- Lordosis acentuada zona lumbar, y pared abdominal distendida y prominente.
- Dolor a la palpación de la musculatura de la zona lumbar como cuadrado lumbar y dorsal ancho entre otros, los cuales están sobrecargados y con varias contracturas.
- Poca flexibilidad de la zona lumbar.
- Isquiotibiales acortados.

- Psoas doloroso a la palpación.
- Prueba de lasegue negativa, signo de pace negativo, no presenta ningún dolor irradiado.

Resto de estructuras de la zona lumbar, pelvis y cadera se encuentran dentro de la normalidad.
Se descarta artrosis, estenosis espinal, espondilolistesis, hernia discal o protuberancia y alteraciones de la sacroilíaca ya que no se aprecian en la resonancia magnética.

Con todo esto observamos que el paciente presenta un desequilibrio del sistema activo del Core y enfocamos el tratamiento a recuperar el equilibrio de dicha zona.

Abrimos un proceso de rehabilitación diario en nuestro centro de salud.

4 Discusión-Conclusión

Vemos la importancia en el campo de la fisioterapia de no tratar solo las dolencias sino el origen de ellas, en este caso el paciente había sido tratado en numerosas ocasiones de sus lumbalgias focalizándolas en el dolor y notaba alivio, pero se volvían a reproducir al cabo de un tiempo, es una práctica muy habitual dentro de la sanidad, pero muy poca efectiva.
Por eso el enfoque del Core como terapia en este tipo de lesiones buscando el equilibrio de las estructuras que lo componen y manteniéndolo de forma constante por parte del paciente hacen que estas patologías por desequilibrio muscular se traten de una forma eficaz y se mantengan los resultados en el tiempo.

A tener en cuenta:
- Cualquier desequilibrio de la musculatura componente del Core como son contracturas, debilidad, tonicidad agonista/antagonista y elasticidad.
- Movilidad de las articulaciones, ver si hay bloqueos.
- Curvatura de la columna (lordosis, cifosis y escoliosis)
- Cualquier tipo de lesión ósea (fracturas, fisuras, osteoporosis…), articular (artrosis, desplazamientos…) ligamentosa (esguinces, roturas…) musculares (tendinitis, rotura de fibras…) y de cualquier estructura mediante la exploración y pruebas de imagen.
- Trabajo y actividades de la vida diaria que se suele realizar.
- Estudio de la pisada.

Todos estos factores son fundamentales para descartar o subsanar cualquier patología del Core. Una vez que conseguimos que el Core esté en equilibrio enseñaremos al paciente una serie de ejercicios para mantener la zona en ese equilibrio y así mejorar nuestro rendimiento funcional y evitar patologías. Los ejercicios engloban el sistema muscular y las estructuras anteriormente citadas que componen en su conjunto el Core.

Con todo esto concluimos que el mayor objetivo del fisioterapeuta es conseguir el equilibrio de todos los componentes del Core y una vez llegado a ello enseñar al paciente ejercicios para mantenerlo y recomendarlos como pauta habitual.

Muy importante la buena instrucción al paciente de dichos ejercicios, corrigiéndolos y repitiéndolos hasta que el paciente los realice correctamente y explicándole lo que se trabaja en cada uno de ellos. El objetivo del paciente si quiere obtener resultados será mantener ese hábito de ejercicios.

5 Bibliografía

1. Boyle, M. (2016). New Functional Training for Sports Second Edition. Human Kinetics.
2. Charles , F., & Todd , P. (Abril de 2017). Wolters Kluwer Health, Inc.
3. Tumminello, N. (2019). Your Workout PERFECTED. Human Kinetics.
4. Willardson, J. (2014). Developing the core NSCA. Human Kinetics.
5. Ki-song Kim, One-bin Lim, Chung-hwi Yi, Heon-seock Cynn. Comparisons of Trunk Muscle Activity During Arm Lift in Prone and Standing Positions With and Without Abdominal Drawing-in Maneuver.Phys Ther Kor. 2012; 4(19).
6. Akuthota V. y Nadler S, F. (2004). Core strengthening. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 85(3), 86–92.
7. Arr, K.P., Griggs, M. y Cadby, T. (2005). Lumbar stabilization: Core concepts and current literature, part one. American Journal of Physical & Rehabilitation, 84, 473-480.
8. Lisón, J., Monfort, M. y Sarti, M.A. (1998). Entrenamiento isométrico de la musculatura lumbar. VI Congreso Galego de Educación Física.

Capítulo 1052

DORSALGIA EN LA ADOLESCENCIA

MARIA DOLORES LÓPEZ MARÍN

INMACULADA MÉNDEZ SÁNCHEZ

MARIA LUISA GUTIÉRREZ GARRIDO

1 Introducción

Un gran porcentaje del dolor dorsal en la adolescencia es de causa inespecífica. El uso inadecuado de las mochilas escolares, una higiene postural incorrecta y el sedentarismo son los principales factores que predisponen a presentar dolor en la región dorsal en la adolescencia.

2 Objetivos

- Disminución del dolor en columna vertebral dorsal
- Aumento de tono muscular en columna vertebral
- Realizar una correcta higiene postural y educación para la salud en la paciente.

3 Caso clínico

Mujer de 15 años de edad que presenta dolor dorsal de varios meses de evolución. A simple vista observamos una actitud cifótica (posición de encogimiento de hombros y aumento de la cifosis dorsal). A la palpación presenta dolor en paravertebrales dorsales. El dolor aumenta en clase cuando está muchas horas sentada y es a diario. Además destacar que no realiza actividad física fuera de las

horas pautadas en el horario escolar, comenta que no le gusta realizar deporte y que lleva una vida muy sedentaria.
Se solicita desde el servicio de fisioterapia de su zona de salud radiografía para descartar alteraciones en la columna vertebral. El resultado de la radiografía es normal, no se observan alteraciones en la región dorsal. Tras la evaluación se inicia el tratamiento de fisioterapia que consiste en 5 sesiones de terapia manual para relajar la musculatura y aliviar el dolor. Tras las 5 sesiones incluimos a la paciente en un grupo de educación para la salud grupal donde se realiza reeducación postural global. El grupo de educación para la salud consiste en 2 sesiones semanales durante 5 semanas. Posteriormente, se realiza un seguimiento durante 6 meses.

4 Discusión-Conclusión

Concluimos nuestro trabajo con la importancia de realizar una correcta educación para la salud e higiene postural en la adolescencia para corregir y evitar problemas asociados a un incorrecta estática postural y hacer comprender a los adolescentes de la importancia de no llevar una vida sedentaria.

5 Bibliografía

- J.T. MEADOWS. Diagnóstico diferencial en fisioterapia. Primera edición. Madrid. Mc GRAW-HILL interamericana, 1999
- PHILIPPE EMMANUEL SOUCHARD. Reeducación postural global. Método de campo cerrado. Edición digital. Buenos aires. Booksmedicos.org, 2012
- PHILIPPE EMMANUEL SOUCHARD. Reeducación postural global. RPG. El método. Primera edición. Madrid. Elsevier Masson, 2012
- YVES XHARDEZ. Vademecum de fisioterapia y reeducación funcional. 4ª edición. Buenos aires. Editorial el ateneo, 2002

Capítulo 1053

FISIOTERAPIA EN LA EPICONDILITIS LATERAL

INMACULADA MÉNDEZ SÁNCHEZ

MARIA DOLORES LÓPEZ MARÍN

MARIA LUISA GUTIÉRREZ GARRIDO

1 Introducción

La epicondilitis lateral, comúnmente llamada codo de tenista, es una de las lesiones más comunes de la extremidad superior (en la población adulta, siendo un motivo de consulta frecuente en atención primaria). Es una condición músculoesquelética debilitante y dolorosa que afecta normalmente al brazo dominante. Es generalmente debida a contracciones excéntricas cíclicas, monótonas y rápidas y actividades de agarre de la muñeca y relacionada con cambios degenerativos en el tendón extensor común. Esto a menudo persiste y se convierte en una incapacidad, disminuyendo de forma importante las actividades de la vida diaria, trabajo y ocio.
Con una prevalencia del 1-3% en la población general, la incidencia rápidamente aumenta al 19% entre los 30-60 años y parece ser de mayor duración y gravedad en las mujeres. Un episodio típico de la epicondilitis tiene una duración media de 6-24 meses.

2 Objetivos

- Disminuir la sintomatología y mejorar la función.

3 Caso clínico

Mujer de 30 años que acude a consulta por presentar dolor en codo derecho de 2 semanas de evolución. Ha realizado tratamiento farmacológico con AINES y reposo durante las mismas. Refiere que, tras la realización del mismo, no ha notado mejora significativa, ya que el dolor y la impotencia funcional persisten.
Trabaja como cajera en un supermercado, donde repone además en las estanterías del mismo, realiza actividad física durante 3 veces a la semana en un gimnasio, dónde practica spinning. No refiere alergias conocidas ni otras enfermedades.
Exploración clínica: presenta dolor en la cara externa del codo derecho que aumenta con la actividad, la extensión de la muñeca y la extensión de dedos. Dolor a la palpación del epicóndilo lateral derecho y en el tendón extensor común, se valora la musculatura extensora (extensor del 5º dedo, el extensor cubital del carpo, el extensor largo radial del carpo, el extensor corto radial del carpo, el braquioradial y el ancóneo palpamos uno a uno buscando zonas de dolor y puntos gatillo) Manifiesta dolor a la palpación de la inserción de los músculos extensores (extensor corto radial del carpo) no irradia ni hacia hombro ni muñeca.
Balance articular de codo y muñeca: estando limitados de forma activa en la extensión, aunque a nivel pasivo se encuentran conservados. Dificultad en el agarre y prensión de objetos. Al no presentar parestesias, el nervio radial se encuentra conservado en su trayecto. Test neurodinámico del nervio radial (negativo).
También valoramos la columna cervical (c5-c6) y hombro. Balance articular y muscular conservados.
A continuación, realizamos una serie de test para establecer el diagnóstico:

Test de la silla o fuerza de agarre: se pide al paciente que levante una silla con el hombro en aducción, el codo extendido y el antebrazo en pronación. La paciente manifiesta dolor y debilidad muscular. Test de la silla +.
Prueba de Mill: la paciente en bipedestación y el brazo en ligera pronación con la articulación de la muñeca en extensión dorsal y el codo flexionado. El fisioterapeuta sujeta el codo con una mano y con la otra se sitúa en la parte lateral del antebrazo para resistir la supinación del paciente. Aparece dolor en epicóndilo lateral y en la musculatura extensora. Prueba de Mill+.TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA:
Cyriax: masaje de fricción profunda a nivel del extensor común de dedos y/o el extensor radial corto del carpo durante 15-20 minutos en días alternos.

Movilización con movimiento en codo: Mulligan. Se realiza la extensión- aducción del codo con el movimiento accesorio antero-posterior en la cabeza del ra-

dioen pronación en el límite del reocorrido articular. La paciente coge un objeto y hace extensión resistida de muñeca, sin dolor. Realizando 6 repeticiones de 15 segundos de descanso entre las repeticiones.
Ultrasonido: 1MHz en la zona del epicóndilo lateral durante 10 minutos, 2 o 3 veces por semana durante 6 semanas.

Crioterapia: Cuando el dolor del paciente sea muy incapacitante recomendaremos la aplicación de hielo en la zona del epicóndilo lateral y musculatura extensora durante 10 minutos para un efecto analgésico y de disminución del espasmo muscular.

Liberación miofascial del antebrazo: se realiza sin cremas mediante el deslizamiento suave para relajar los planos superficiales y seguidamente deslizamientos más enérgicos para liberar la tensión de la musculatura profunda. Se realizará tanto en la musculatura flexora como en la extensora de codo y muñeca.

Estiramientos y ejercicios excéntricos y concéntricos de la musculatura extensora. Para los estiramientos debe mantener la posición durante 20-30 segundos y se harán unas 5-10 repeticiones. En cuanto a los ejercicios: pediremos al la paciente que efectúe los ejercicios siempre con flexión de codo y extensión de muñeca, sin extensión de dedos.
La contracción debe ser lenta de unos 8 segundos (rápida al subir y lenta al bajar). Realizar 10- 15 repeticiones. Además de la extensión de muñeca puede añadirse movimientos de flexión,pronación, supinación, desviación radial y cubital. Los ejercicos se realizan bajo la tolerancia del paciente y sin dolor.

Facilitación Neuromuscular Propioceptiva: Kabat. Primero se trabajará la destreza y posteriormente la fuerza. Con el objetivo de integrar el codo en el esquema corporal de la paciente.

4 Discusión-Conclusión

La anamnesis y la exploración del paciente nos permiten realizar un diagnóstico adecuado, siempre debemos realizar un diagnóstico diferencial para que el tratamiento de fisioterapia sea eficaz.
Debemos de integrar la función y el esquema corporal en nuestro tratamiento de fisioterapia.

5 Bibliografía

- Sirvent E. Diagnóstico y reeducación de las lesiones del codo. FECLALII: Extremidad Superior.
Barcelona, Febrero 2013.
- Sande Carril Mª L. Compilador Fisioterapia en traumatología, ortopedia y reumatología. 2º edición.
Barcelona: Masson; 2003. p. 243-244.
- Miralles R. Biomecánica Clínica del Aparato Locomotor. Barcelona: Masson; 1998.
- Whaley AL, Baker CL. Lateral epicondylitis. Clin Sports Med. 2004 Oct; 23(4): 677-91.
- Taylor SA, Hannafin JA. Evaluation and management of elbow tendinopathy. Sports Health.
2012 Sep; 4(5): 384-93.
- Pitzer ME, Seidenberg PH, Bader DA. Elbow tendinopathy. Med Clin North Am. 2014 Jul;
98(4): 833-49
- Salvi AE, Donini MT, Campochiaro G, Corona M, Dakovic I. Epicondylitis: etiology, pathogenesis and therapy. Tunis Med. 2011 Apr;89(4):320-5.

Capítulo 1054

ABORDAJE DE LA DIÁSTASIS ABDOMINAL MEDIANTE FISIOTERAPIA

CECILIA GONZALEZ ALVAREZ

PILAR DEL BOSQUE GONZÁLEZ

LARA ALVAREZ CAMPAL

MARLEN DE LA FUENTE FERNANDEZ

1 Introducción

La diástasis abdominal se define como la excesiva separación entre los dos vientres del músculo recto del abdomen, que puede ocurrir en cualquier punto de la línea alba (punto de inserción central de dicho músculo), entre el apéndice xifoides del esternón y la sínfisis del pubis. Se asocia habitualmente al embarazo, pero también puede estar presente en mujeres nulíparas, menopaúsicas y en hombres.

No hay consenso entre los distintos estudios para realizar el diagnóstico de la diástasis, pero una separación de más de 2.2-2.3 cm identificada con ultrasonido es considerada una diástasis de los rectos abdominales clínicamente importante. Se puede medir con diversos métodos tales como la anchura de los dedos, el compás o el ultrasonido.

La pared anterior del abdomen tiene gran importancia en la estabilidad de la columna vertebral y participa en los movimientos del tronco, la respiración, la defecación; además participa en la sujeción de las vísceras abdominales y adaptarse a los cambios de volumen que se producen en ellas. Un incremento de la distancia entre los rectos abdominales pone estas funciones en peligro y aumenta el riesgo de lesiones.

2 Objetivos

- Diagnosticar mediante exploración manual la existencia de diástasis abdominal.
- Enseñar ejercicios para tonificar la musculatura profunda del abdomen y ayudar a que las estructuras fasciales vuelvan a su posición original.
- Explicar cuáles son las situaciones cotidianas que suponen un aumento excesivo de la presión intraabdominal que puede conducir a esta lesión y cómo evitarlas.

3 Caso clínico

Paciente de 41 años que acude a consulta porque hace dos semanas aprecia, al realizar ejercicios abdominales tipo "crunch" o "sit ups", una separación entre los rectos del abdomen justo por encima del ombligo. Refiere que hace un par de meses que ha aumentado bastante la carga en la realización de ejercicios abdominales. Además sufre de estreñimiento crónico.

La diástasis se puede identificar con la exploración física, que se realiza con el paciente tumbado boca arriba, con las rodillas flexionadas y las plantas de los pies apoyadas. Colocamos nuestros pulgares sobre la línea alba en posición horizontal, justo por encima del ombligo. Se pide al paciente que realice una contracción de los rectos abdominales, solicitándole la elevación de la cabeza. Se aprecia una separación de 2,5 cm (algo más de dos dedos) entre ambos rectos abdominales, lo que supone un diagnóstico de diástasis abdominal.
Se descarta hernia ventral ya que no presenta rotura de las estructuras fibrosas abdominales; no se observa saco herniario.
Se enseña al paciente un plan de ejercicios de potenciación del transverso del abdomen y ejercicios abdominales hipopresivos, para ayudar a las estructuras fasciales a volver a su posición y reforzar la pared abdominal.
Se le indica que elimine los esfuerzos en apnea, evitando todo lo que suponga un aumento de la presión intraabdominal (como los ejercicios abdominales tradicionales que venía realizando).

Se le dan consejos dietéticos y posturales para aliviar el estreñimiento, que es también una causa de hiperpresión abdominal. Los esfuerzos defecatorios que realizan las personas estreñidas en el momento de la evacuación suponen una hiperpresión abdominal que puede aumentar aún más la separación entre los rectos del abdomen.

4 Discusión-Conclusión

La diástasis de los rectos abdominales es relativamente común y puede tener consecuencias negativas para la salud.
El buen resultado obtenido con el tratamiento aplicado demuestra la importancia de eliminar las actividades que supongan un aumento de la presión intraabdominal, que conduciría a una separación entre los rectos.

5 Bibliografía

- Hochschild J., Anatomía funcional para fisioterapeutas. Editorial El Manual Moderno. 2016.
- Mesquita LA, Machado AV, Andrade AV. Fisioterapia para reduçao da diástase dos músculos retos abdominais no pós- parto. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. 1999; 21 (5): 267-272.
- Mota P, Gil A, Sancho F, Carita AI, Kari. B. Reliability of the interrectus distance measured by palpation. Comparison of palpation and ultrasound measurements. Manual Therapy. 2013; 18 (4): 294-298.
- Van de Water ATM, Benjamin D. Measurement methods to assess diastasis of the rectus abdominis muscle (DRAM): a systematic review of their mesurement properties and meta- analytic reliability generalisation. Manual Therapy. 2015; 21: 41-53.

Capítulo 1055

TRASTORNOS INTRÍNSECOS DE LA MÉDULA ESPINAL: EL INFARTO MEDULAR. IMPORTANCIA DE UNA REHABILITACIÓN FISIOTERAPÉUTICA DE CALIDAD.

CAROLINA PÉREZ PÉREZ

ALDARA LEAL ALONSO

MARIA PARRA GARCIA

1 Introducción

El infarto de la médula espinal es un trastorno poco frecuente, puede producirse por diversos mecanismos etiopatogénicos y constituye un desafío diagnóstico (1-4). Clínicamente, se caracteriza por el inicio súbito, dolor en la espalda y en toda la extensión del segmento afectado, seguido de parálisis fláccida bilateral adoptando un síndrome espinal anterior o una sección medular transversa.

La vascularización de la médula espinal se apoya en tres ejes arteriales: la arteria espinal anterior (irriga los dos tercios anteriores de la médula espinal) y las dos arterias espinales posteriores (irrigan el tercio posterior de la médula espinal). La arteria espinal anterior tiene solo algunas arterias nutricias en la región cervical superior y en una arteria nutricia grande (la arteria de Adamkiewicz) en la región torácica inferior. Las arterias nutricias tienen su origen en la aorta.

La circulación colateral para la arteria espinal anterior es escasa en algunos lugares. De ahí que ciertos segmentos medulares son especialmente vulnerables a la isquemia. La lesión de una arteria nutricia extravertebral o de la aorta produce un infarto con mayor frecuencia que los trastornos intrínsecos de las arterias espinales.

Los trastornos de la médula espinal pueden ser de origen extrínseco como son:
- Compresión debido a estenosis medular.
- Disco herniado.
- Tumor.
- Absceso.
- Hematoma.

Menos comúnmente, los trastornos son intrínsecos a la médula. Dentro de estos se incluyen:
- Infarto medular.
- Hemorragia.
- Mielitis trasversa.
- Infecciones.
- Traumatismos (5-10).

El infarto medular es la interrupción aguda, subaguda o crónica del flujo sanguíneo arterial o cualquier territorio medular tiene como consecuencia la aparición de cuadros deficitarios medulares de origen vascular (17). El infarto medular habitualmente es el resultado de la isquemia que se origina en una arteria extravertebral.

Los síntomas incluyen un dolor dorsal súbito e intenso, seguido inmediatamente por una debilidad flácida bilateral rápidamente progresiva de las extremidades y pérdida de sensibilidad, sobre todo para la termoalgésia. El déficit es más marcado en los primeros días y puede mejorar algo con el tiempo en algunos casos, aunque el pronóstico es muy malo (1-7).

Topográficamente se pueden considerar diferentes tipos de infartos medulares que producen diferentes síndromes:
- Síndrome de la arteria espinal anterior bilateral (33%). Presenta déficit motor con déficit espinotalámico bilaterales pero no de sensibilidades profundas.
- Síndrome de la arteria espinal anterior unilateral (22%). El déficit afecta motóricamente a un hemicuerpo y l alteración espinotalámica es contralateral.

- Síndrome de la arteria espinal posterior unilateral (17%). Presenta hemiparesia con déficit de sensibilidades profundas ipsilateral.
- Síndrome de la arteria espinal posterior bilateral (8%). El paciente presenta déficit motor bilateral con déficit de sensibilidades profundas.
- Síndrome del infarto centromedular (8%). Clínica de déficit sensitivo bilateral sin afectación motora.
- Síndrome del infarto transverso completo (5%). Se produce un déficit completo motor, sensitivo y esfinteriano.
- Lo más frecuente es el infarto medular arterial agudo (síndrome de la arteria espinal anterior, y síndrome de la arteria espinal posterior), y menos frecuentes los accidentes isquémicos transitorios, el cuadro crónico y progresivo de claudicación medular, y la mieolopatía hipóxico-isquémica por hipoperfusión global.

La etiología de los infartos medulares es variada: hiperfusión severa, aterosclerosis aórtica, enfermedades sistémicas, causas iatrogénicas, etc… Los grandes mecanismos de producción serían:
- Infartos desencadenados por un movimiento brusco espinal, sobre patología espinal crónica, produciendo más frecuentemente síndromes de la arteria espinal anterior y posterior tanto uni como bilateralmente.
- Infartos de mecanismo hipotensivo o por insuficiencia arterial, produciendo infartos centromedulares o transversos.
- Infartos idiopáticos.

En la mayoría de los casos la clínica aparece de forma súbita pero también se pueden producir las manifestaciones clínicas de forma diferida. El dolor súbito con opresión que irradia circunferencialmente es seguido en minutos por debilidad flácida y pérdida de sensibilidad. Se afecta de manera desproporcionada la sensibilidad termoalgésica. La sensación de posición y vibración, conducida por las columnas posteriores, y muchas veces el tacto leve, están relativamente preservados.
Si el infarto es pequeño y afecta primariamente al tejido más alejado de la arteria ocluida, también es posible un síndrome medular central. Los déficits neurológicos pueden resolverse parcialmente después de algunos días

Muchas veces el único tratamiento posible es sintomático aunque en ocasiones la causa del infarto puede tratarse como la disección aórtica o la porliarteritis nodosa.

La fisioterapia juega un papel muy importante en cuanto a la disminución de las secuelas de la lesión y un mayor aumento de la independencia y la calidad de

vida.
Una vez instaurado el infarto medular el tratamiento es de sostén y de las complicaciones derivadas del daño neurológico. Se plantea según estudios la utilización inicial de esteroides, aunado el uso de anticálcicos, aportes vitamínicos y fisioterapia.

Otras terapias son; el aumento de la presión arterial, el drenaje lumbar del líquido cefaloraquídeo (LCR), la papaverina intratecal, el manitol EV, los barbitúricos, la hipotermia local y el tratamiento de la enfermedad tromboembólica.(11)

2 Objetivos

- Dar visibilidad al infarto medular, patología desconocida para muchos.
- Reconocer la importancia de una evaluación y tratamiento lo más tempranamente posible.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda por las diversas bases de datos Pubmed, Medline y Google Académico así como, la distinta bibliografía que atañe dicho estudio. Se han rechazado aquellos estudios que no trataban el tema principal del trabajo.

4 Resultados

La lesión medular es una de las situaciones clínicas más devastadoras, tanto por la pérdida funcional que supone y, consecuentemente, por la pérdida de independencia del individuo, así como por las limitadas posibilidades de recuperación espontánea unidas a la carencia de un tratamiento curativo.

En las últimas décadas el conocimiento en la asistencia al lesionado medular ha evolucionado de forma muy importante. Desde el punto de vista social, económico y físico, sigue suponiendo un grave problema. Actualmente la investigación en regeneración, neuroprotección y plasticidad medular intenta buscar soluciones que aminoren las consecuencias.

La rehabilitación de los pacientes con lesiones medulares va dirigida a mejorar la calidad de vida. Esto se debe alcanzar mejorando la capacidad de los pacientes para participar en las actividades de la vida diaria.

Según estudios, (Echemendía del Valle y otros, 2018) como los observados en otros (Hinrichs et al 2016 ó Krause & Ricks, 2012) se pone de manifiesto que influye de manera positiva programa de rehabilitación y garantiza que se produzcan cambios funcionales a los pacientes que se someten al mismo, ratificando la importancia de la utilización del empleo de un programa de ejercicios físicos. Además se puedo observar de manera objetiva que estos cambios repercutieron de forma positiva en la motivación de los pacientes brindándoles una mayor confianza para mejorar su calidad de vida (18).

Se pueden constatar tras la rehabilitación, cambios funcionales en los pacientes en los que respecta a las actividades de autocuidado, movilidad, respiración y manejo de esfínteres.

Se demuestra en diversos estudios, ya citados, que la rehabilitación contribuye a atenuar los efectos devastadores de la lesión medular que sufren los pacientes, convirtiéndose en una alternativa de calidad de vida, y la única opción en la actualidad disponible para todos.

Dentro del equipo multidisciplinar de la rehabilitación, encontramos al fisioterapeuta. El éxito de la rehabilitación depende de que los miembros del equipo trabajen de forma conjunta y estrecha unos con otros para asegurar la continuidad y la consistencia en sus enfoques terapéuticos. El objetivo principal de la fisioterapia en pacientes con lesión medular es mejorar la calidad de vida, siendo alcanzado cuando se consigue mejorando la capacidad de los pacientes para poder participar en las AVD, ya que las deficiencias impiden a esas personar realizar actividades como caminar, empujar la silla de ruedas o voltear.

En la fase aguda, en la que los pacientes se encuentran encamados, la fisioterapia debe ir encaminada a prevenir y tratar el dolor, restablecer la función respiratoria deficitaria, la pérdida de movimiento articular y la debilidad. Una vez que los pacientes comiencen la rehabilitación se deberá corregir las afectaciones relacionadas con la falta de destreza o con el estado físico.

La valoración es el primer paso a la hora de diseñar un programa de fisioterapia. Con esa valoración se establecen las bases del proceso y se marcan los objetivos. Se debe realizar una historia clínica detallada y cuando se tenga toda la información médica, social, familiar, planes de vida, etc. se podrá tener una visión clave de los problemas del paciente y así poder establecer las metas.

El programa de fisioterapia y de rehabilitación completo debe estar centrado en

el paciente. Las metas son importantes, aseguran que las expectativas de los pacientes y el equipo son similares y realistas y dan indicaciones claras de lo que uno espera conseguir. Los objetivos también ayudan a orientar al equipo multidisciplinar de rehabilitación sobre las necesidades individuales del paciente e ir todos en la misma dirección, con objetivos comunes.

La fisioterapia está presente en todas las fases del tratamiento en las lesiones medulares, desde el estadio agudo hasta la fase crónica. Se empezará con movilizaciones pasivas, a activo-asistidas hasta llegar a realizarlo de forma activa con entrenamiento de fuerza y resistencia. La fisioterapia también ayudará en el control de la espasticidad, del dolor y demás complicaciones derivadas ya descritas con anterioridad. También tiene un papel importante nivel psicológico ya que el paciente al ir viendo que consigue objetivos le hará estar con mejor estado anímico que le ayudará a afrontar la dura y lenta rehabilitación con mayor positividad y energía (13).

5 Discusión-Conclusión

Tras lo descrito en todo el estudio, concluimos con que los pacientes con infarto medular tienen un cambio de vida muy importante tras el episodio, en el que no saben cuál será la situación final en la que se encontrarán, ni si podrán llegar a alcanzar los objetivos marcados.

Deberán realizar una rehabilitación específica e intentar no decaer, ya que ésta, será larga y en ocasiones, habrá mucho trabajo detrás para conseguir un pequeño objetivo. La fisioterapia estará presente en todas las fases del tratamiento y es importante la pronta intervención ya que se minimizarán las secuelas. También es de suma importancia tener el apoyo familiar y de todo el equipo multidisciplinar, ya que son tratamientos muy largos en el tiempo y en ocasiones los ánimos pueden decaer.

6 Bibliografía

1. Trastornos de la médula espinal. En El Manual Merck de diagnóstico y tratamiento. 11 ed. España: Elsevier SA; 2007. p. 2109–10.

2. Pedro–Pons A, Farreras Valenti P. Trastornos circulatorios y hemorrágicos de la médula espinal. En Tratado de Patología y Clínica Médicas. Barcelona: Salvat Editores SA; 1969. p. 452–74.

3. Novy J. Spinal cord syndromes. Front Neurol Neurosci. 2012;30:195–8.

4. New PW, McFarlane CL. Retrospective case series of outcomes following spinal cord infarction. Eur J Neurol. 2012;19(9):1207–12.

5. Bernal Sánchez–Arjona M, González Pérez P, González Marcos JR. Patología vascular medular isquémica, hemorrágica y malformaciones vasculares. Medicine. 2007 ; 73 (9): 4674–81.

6. Robertson CE, Brown RD Jr, Wijdicks EF, Rabinstein AA. Recovery after spinal cord infarcts: long–term outcome in 115 patients. Neurology. 2012; 78 (2): 114–21.

7. Lynch K, Oster J, Apetauerova D, Hreib K. Spinal cord stroke: acute imaging and intervention. Case Report Neurol Med. 2012; 2012:706–80.

8. Rasmussen P. Anterior spinal cord syndrome after epidural anaesthesia – a case report. Ugeskr Laeger. 2012; 174(21):1446–7.

9. (Autora: Avelina Tortosa i Moreno, profesora titular de la escuela universitaria de enfermería. Universidad de Barcelona. Doctora en medicina. Especialista en neurología. Enfermera virtual. Colegio oficial de enfermeras y enfermeros de Barcelona).

10. Mielopatía isquémica: presentación de un caso. Miguel A. Serra Valdés, Gloria Susana Fabra Aguirre, Especialista de II Grado en Medicina Interna. Máster en Enfermedades infecciosas. Profesor Auxiliar. Hospital General Docente "Enrique Cabrera". La Habana, Cuba, Especialista de I Grado en Medicina General Integral y en Medicina Interna. Instructora. Hospital Provincial Clínico–Quirúrgico "Celia Sánchez Manduley". Manzanillo. Granma, Cuba. Revista Cubana de Neurología. 2013.

11. Lesiones medulares y discapacidad. Revisión bibliográfica. Autor: Claudia Patricia Henao Lema, Julio Ernesto Pérez Parra. Fundación dialnet. 2010

12. Tratamiento de la lesión medular. Guía para fisioterapeutas. Autor: Lisa Harvey. Editorial Elsevier.

13. Intervención terapéutica en lesionados medulares: aportaciones de la biomecánica. Autor Josué Martínez Fernández (2017). Universidad Miguel de Cervantes.

14. Revisión de los trastornos medulares. Michael Rubin, MDCM, Professor of

Clinical Neurology, Weill Cornell Medical College; Attending Neurologist and Director, Neuromuscular Service and EMG Laboratory, New York Presbyterian Hospital-Cornell Medical Center. www.msdmanuals.com.
15. Mielopatía isquémica. Por Michael Rubin, MDCM, Professor of Clinical Neurology, Weill Cornell Medical College; Attending Neurologist and Director, Neuromuscular Service and EMG Laboratory, New York Presbyterian Hospital-Cornell Medical Center.

16. Cambios funcionales en pacientes con lesiones medulares dorsales altas que son sometidos al programa de rehabilitación. Alexander Echemenía del Valle y otros. Revista científica Olimpia Volumen 15, núm. 512018.

17. Hinrichs, t., lay, v., arnet, u., eriks-hoogland, i., koch, h. G., rantanen, t. Brinkhof, m. W. (2016). Age-related variation in mobility independence among wheelchair users with spinal cord injury: a cross-sectional study. J spinal cord med, 39(2), 180-189.

18. Hinrichs, t., lay, v., arnet, u., eriks-hoogland, i., koch, h. G., rantanen, t.. Brinkhof, m. W. (2016). Age-related variation in mobility independence among wheelchair users with spinal cord injury: a cross-sectional study. J spinal cord med, 39(2), 180-189.

19. Middleton, j. W., & kennedy, p. (2010). Información preliminar. In l. Harvey (ed.), tratamiento de la lesión medular. Guía para fisioterapeutas Barcelona: Elsevier.

20. Alcobendas, m. (2010). Conceptos generales sobre el síndrome de lesión medular. In a. R. Esclarin (ed.), lesión medular. Un enfoque multidisciplinario. Madrid: medica panamericana.

Capítulo 1056

SUELO PÉLVICO

XANA CUELLO POSADA

MÓNICA FERNÁNDEZ BARRERA

1 Introducción

El suelo pélvico es un conjunto de músculos y tejidos que aporta soporte, siendo una estructura de suspensión a los órganos abdominales. Su principal componente es el músculo elevador del ano, un músculo que cubre la mayor parte de la pelvis.

Los órganos pélvicos se dividen en tres planos anatómicos:
- Anterior: vejiga y uretra.
- Medio: útero y vagina, próstata y vesícula seminales.
- Posterior: recto, conducto anal y aparato esfinteriano.

La musculatura del suelo pélvico corresponde a un grupo de músculos estriados dependientes del control voluntario.

El musculo elevador del ano en conjunto con un segundo músculo del suelo pélvico, el músculo coccigeo, forman el llamado diafragma pélvico, el cual se extiende hacia el anterior desde el pubis, posterior hacia el coxis y lateral hacia ambas paredes laterales de la pelvis menor.

El elevador del ano es el músculo más importante y extenso de la pelvis. Está compuesto:
- Haz puborrectal.
- Haz pubococcigeo.
- Haz ilio coccigeo.

2 Objetivos

Identificar las principales consecuencias del deterioro del suelo pélvico.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en diferentes libros especializados y en bases de datos, como: Dialnet, Pubmed y google académico. Se han empleado como descriptores: "suelo pélvico", "embarazo", "debilidad", "consecuencias", "prevención", "ejercicio", "salud". Se han empleado como criterios de inclusión textos gratuitos en castellano e inglés.

4 Resultados

Con el paso de los años el deporte se ha convertido en una práctica muy habitual en las sociedades de hoy en día, culturalmente se trataba de una actividad propia del género masculino pero cada vez son más mujeres las que lo practican.

En el año 2005 el Ministerio de Educación, Cultura y Deporte realizó un estudio sobre las prácticas deportivas de la población española.

En él se refleja el aumento del número de personas que realizan deporte siendo más notable el caso de las mujeres entre 15 y 35 años.
1. Los trastornos del suelo pélvico y entre ellos la incontinencia urinaria, incontinencia fecal y prolapso de los órganos pélvicos, afectan a una de cada tres mujeres alcanzando la categoría de problemas de Salud Pública.
2. Las disfunciones pélvicas afectan negativamente sobre la calidad de vida ya que implican repercusiones en las esferas físicas, psicológica y social de las mujeres afectadas.
3. Entre los factores debilitadores de la musculatura pélvica se encuentran procesos inherentes al ciclo vital como la gestación o la menopausia y otros referentes a estilos de vida como son la obesidad o la práctica de deportes de impacto.
4. Los métodos para el fortalecimiento de la musculatura pélvica contemplan pautas acerca de estilos de vida, tablas de ejercicios y utilización de dispositivos intravaginales, entre otros.
5. Enfermería, un papel muy importante en la detención y prevención de las disfunciones en el marco de su rol educador y promotor de estilos saludables.

6. La promoción de la salud pélvica debe comenzar a llevarse a cabo desde etapas tempranas del ciclo vital femenino, dado que las mujeres jóvenes también son un grupo de riesgo. Las universidades son entornos muy favorables para ello.

Para tener un suelo pélvico a tono es necesario trabajar bien la musculatura pelviana, no podemos descuidarla y debemos de ejercitarla de manera recurrente para evitar muchas consecuencias, como la conocida incontinencia urinaria, pero hay otras tantas más importantes. Entre ellas problemas del tránsito intestinal, molestias en la relaciones sexuales, problemas de fertilidad.

El embarazo es uno de los enemigos del suelo pélvico, si no se cuida durante el mismo y no está en buen estado previo. Para cuidar esta zona durante el embarazo, es recomendable hacer ejercicios de suelo pélvico para que no se debilite la musculatura perineal.

Hay causas no relacionadas con la maternidad que también debilitan el suelo pélvico, cómo por ejemplo desde el proceso que provoca una pérdida del tono muscular hasta la herencia genética (2 de cada 10 mujeres heredan los problemas de suelo pélvico). Obesidad, tos crónica,estrés, tabaquismo. Evitar hacer deportes que dañan la musculatura pélvica, por ejemplo cualquier actividad que produzca una sobrecarga de la presión intra-abdominal. Para controlarlo sería necesario tener un buen control en la respiración.

Tipo de ejercicios para fortalecimiento del suelo pélvico:
- Ejercicios de Kegel .
- Gimnasia hipoprogresiva.
- Danza del vientre, yoga.

5 Discusión-Conclusión

El cuidado y el mantenimiento del suelo pélvico debería de estar entre las prioridades de cualquier mujer principalmente, independientemente de su edad o práctica deportiva.

Evitar prácticas deportivas que dañen la musculatura del suelo pélvico y practicar y realizar diariamente ejercicios para el fortalecimiento del periné.

Prevención para las disfunciones pélvicas son muy importantes, no solo después de aparecer un trastorno en la musculatura sino también antes de su aparición.

Hay que tener en cuenta los estilos de vida del paciente, realizar ejercicios, utilizar en caso de necesidad y valorando las condiciones del suelo, dispositivos intravaginales para su fortalecimiento y visitar a facultativos expertos en la materia para que nos ayuden a subsanar el problema dentro de sus posibilidades, utilizando y enseñando técnicas para su fortalecimiento.

Hay que tener en cuenta los siguientes factores de riesgo:
- Embarazo.
- Parto vaginal.
- Menopausia.
- Sobrepeso.
- Estreñimiento crónico.
- Práctica de deporte de impacto.
- Bronquitis crónica.

6 Bibliografía

- Revista médica clínica Los Condes. Vol.24 .Número 2. Tema piso pelviano. Página 185-189 (marzo 2013).
- www.medulardigital.com
- Raqué J.M. Trastornos del suelo pélvico cir.esp. 2005;77(5): 254-7
- Https://www.mundoentrenamiento.com

Capítulo 1057

EPICONDILITIS: OPCIONES DE TRATAMIENTO CON ELECTROTERAPIA Y EFECTIVIDAD DE CADA UNA DE ELLAS

MARIA PARRA GARCIA

CAROLINA PÉREZ PÉREZ

ALDARA LEAL ALONSO

1 Introducción

ANATOMIA
El epicóndilo es una estructura que es fácilmente localizable bajo la piel del miembro superior relajado. Se encuentra hacia lateral, a dos o tres centímetros de la punta del codo, que no es más que el olécranon de la ulna.
En el epicóndilo se insertan 6 músculos pertenecientes a las regiones lateral y posterior del antebrazo.
• Músculo ancóneo:
Se inserta proximalmente en el epicóndilo lateral del húmero y caudalmente en la cara posterior del cubito (ulna), cara externa del olécranon, donde existe una superficie triangular a tal efecto. La inervación del músculo ancóneo corre a cargo del nervio radial común que emite ya sus ramas musculares para él antes de dividirse en radial anterior y radial posterior, en la flexura del codo.

El ancóneo es un músculo extensor del antebrazo sobre el brazo, su acción refuerza la acción del tríceps braquial en la extensión del antebrazo sobre el brazo y representa una quinta parte de la fuerza que se requiere para este movimiento.
• Músculo extensor radial corto del carpo (También llamado segundo radial externo o musculo extensor carpi radialis brevis):
Se origina en el epicóndilo lateral del húmero y ligamento lateral externo del codo y se inserta en la base del III metacarpiano.
Es inervado por el ramo profundo del nervio radial.
El principalmente extensor del carpo, aunque también imprime un movimiento de supinación del antebrazo.
• Músculo extensor común de los dedos:
Se origina en el epicóndilo lateral del húmero, en la región externa del codo. Desde este origen se continúa con un potente vientre muscular hasta llegar al retináculo extensor (en la parte dorsal de la muñeca), tetrafurcándose en 4 tendones y pasando estos a través de la cuarta corredera de este retináculo (se conforman diferentes conductos osteofibrosos en el retináculo extensor para el paso de los tendones de múltiples músculos conocidos como correderas), disponiéndose en esta corredera superior al tendón del extensor del dedo índice. Tras pasar la corredera los cuatro tendones (uno para cada dedo), estos terminan en 4 tendones que se unen a la base de las falanges distales de los dedos 2, 3, 4 y 5 de la mano.
Esta inervado por el nervio interóseo posterior (C7-C8), rama del n. radial.
Cuando se contrae realiza: Extensión de la muñeca y de la falange proximal de los dedos.
• Músculo extensor propio del meñique: (También llamado musculus extensor digiti minimi)
Se origina en el epicóndilo lateral del húmero, en la región externa del codo junto al músculo extensor común de los dedos, y se inserta en la primera falange del dedo meñique y en la porción más cubital del tendón del músculo extensor común de los dedos.
Está inervado por el nervio interóseo posterior, rama del nervio radial.
Cuando se contrae provoca la extensión de la muñeca y la extensión de la primera falange del dedo meñique.
• Músculo extensor ulnar del carpo (También llamado extensor cubital del carpo o cubital posterior):
Se origina en el epicóndilo lateral del húmero, cara y borde posterior del cubito y aponeurosis bicipital; se inserta distalmente, por medio de un largo tendón en la parte interna del extremo superior del quinto metacarpiano.
Lo inerva la rama posterior del nervio radial.

• Músculo supinador corto

La inserción de este musculo se realiza por dos fascículos: humeroradial y radioulnar (cubitoradial)

- Fascículo humeroradial: Se inserta en la parte inferior del epicóndilo lateral del humero por un haz subyacente a los tendones de origen de los músculos extensor radial largo y radial corto del carpo y del extensor común de los dedos y en el ligamento colateral externo de la articulación del codo.
- Fascículo radioulnar (cubitoradial): Se inserta debajo de la incisura radial de la ulna (cavidad sigmoidea menor) hasta una cresta saliente que lo separa de la superficie del ancóneo.

Cuerpo muscular

Así constituido se dispone en dos planos de diferente dirección: una lámina superficial con fibras verticales y oblicuas abajo y medialmente, y una lámina profunda constituida por fibras de dirección transversal que pasan detrás del radio y contornean su cuello.

Inserción radial

Las fibras así dispuestas terminan en la cara anterior del radio, arriba, lateral y debajo de la tuberosidad del radio, hasta la raíz inferior de esta tuberosidad. Se extiende desde el ligamento anular del radio, por arriba, hasta la inserción del pronador redondo por abajo.

Es inervado por la rama profunda del nervio radial, durante su pasaje en el músculo.

Su contracción hace girar al radio de medial a lateral. Asegura solo la supinación y el bíceps braquial añade su acción cuando el movimiento exige fuerza.

¿QUE ES LA EPICONDILITIS?

A la epicondilitis también se le denomina “codo de tenista”, “epicondilitis lateral”, “epicondialgia lateral”, “codo de remero”, “tendinitis de origen en el extensor común” y “peritendinitis en el codo”. La epicondilitis, es una tendinopatia degenerativa que se caracteriza por la aperción de dolor, inflamación y la sensibilidad del epicondilo lateral, principalmente en el origen de la estructura músculo tendinosa de los extensores del carpo.

La epicondilitis lateral puede ocurrir sin ninguna razón o por demasiada tensión en el extensor de la muñeca. Puede causar dolor en la parte externa del codo y el antebrazo o sensibilidad al tacto.

Es causada principalmente por movimientos forzados y repetitivos y por la contracción excéntrica del musculo extensor radial corto o 2º radial. Por esta razón el dolor puede aparecer al realizar una extensión de la muñeca contrarresistencia al tener el codo en extensión o la extensión contrarresistencia del 3º dedo, al

realizar presión, principalmente con pronación del antebrazo a la palpación en la zona epicondilea.

2 Objetivos

Conocer las diferentes opciones que la electroterapia nos ofrece en el tratamiento de la epicondilitis, valorar las indicaciones y las contraindicaciones de todas ellas y así poder decantarnos por la más beneficiosa para el paciente.

3 Metodología

Se ha efectuado una búsqueda sistemática y se han seleccionado 90 artículos: 10 meta-análisis y revisiones, 2 artículos originales de ensayos clínicos, 30 estudios de cohorte o longitudinales, 10 estudios correlaciónales de muestra amplia, 12 descriptivos y 4 libros.

4 Resultados

EPIDEMIOLOGIA
La tendinopatía de los músculos epicondíleos es la lesión más frecuente del codo. El dolor lateral del codo es el más frecuente; la prevalencia en los habitantes es del 1% al 3% y causa considerable de morbilidad y coste económico. La incidencia máxima es entre los 40 y 50 años. En una minoría de las personas los síntomas persisten durante 18 meses a 2 años y en algunos casos mucho más.

DIAGNOSTICO
Con el fin de establecer si una persona padece epicondilitis es necesario averiguar si sufre dolor en la zona del epicóndilo, ha padecido algún traumatismo reciente y si el dolor se agrava después de practicar algún deporte o actividad laboral. Además, debe realizarse una exploración física para determinar si el dolor aparece o se agrava al presionar la zona de inserción de la musculatura extensora con el epicóndilo.
La prueba que se realiza es la prueba de Thomson (signo del codo de tenista):

Procedimiento:
- Paciente con la mano en ligera extensión dorsal, cierra el puño con fuerza y extiende el codo.

- Con una mano el fisioterapeuta fija la articulación de la muñeca del paciente por la cara dorsal, mientras que con la otra sujeta el puño.
- El paciente debe continuar la extensión de la mano venciendo la oposición del fisioterapeuta que intenta hacer presión para flexionar el puño venciendo la oposición del paciente.

Valoración:
- La aparición de dolor intenso en el epicondilo lateral y en la parte radial de la musculatura extensora es muy indicativa de epicondilitis lateral.

A la hora de confirmar el diagnóstico de epicondilitis se pueden utilizar diferentes procedimientos como los rayos x, la resonancia magnética o la electromiografía.

TRATAMIENTO

El tratamiento de la epicondilitis es controversial y suele estar basado en la experiencia profesional de cada fisioterapeuta. Lo más frecuente usado en las consultas de fisioterapia son los ultrasonidos o las ondas de choque.

El tratamiento farmacológico, bien sea con AINES por vía oral o infiltraciones con esteroides está demostrado que disminuye el dolor pero que no soluciona el problema.

ONDAS DE CHOQUE

Los avances tecnológicos en el campo de la rehabilitación han impulsado cada vez más a la utilización de las ondas de choque en el tratamiento de la epicondilitis.

La terapia con ondas de choque es un tratamiento relativamente nuevo, que se basa en la utilización de ondas sonoras de alta intensidad que se aplican de forma focal sobre las estructuras a tratar y general daños celulares y tisulares y una respuesta inflamatoria que producirá la regeneración de los tejidos, con el fin de conseguir una homeostasis por reagudización.

Efectos fisiológicos:
- Estimulación de la producción de colágeno.
- Neovascularización.
- Dispersión de la sustancia P.
- Disolución de fibroblastos calcificados y reabsorción de depósitos de calcio.
- Aumento del metabolismo.
- Inhibición de los nociceptores.
- Liberación de endorfina.

Efectos secundarios:
- Dolor y malestar durante y después del tratamiento.

- Eritema.
- Petequia, inflamación y entumecimiento de la piel en la zona tratada.

Contraindicaciones:
- Tratamiento sobre cavidad torácica y abdominal.
- En tendones con riesgos de rotura.
- Durante el embarazo.
- En pacientes con trastornos de coagulación.
- Tratamiento de pacientes tratados con anticoagulantes.
- No aplicar sobre tejidos tumorales locales o infecciones locales.
- Tratamiento de pacientes con tratados de cortisona.

Hay pruebas que concluyen que el tratamiento de la epicondilitis con ondas de choque proporciona poco o ningún beneficio en cuanto a mejorar el dolor y la función. Mientras que existen estudios indicando que este tratamiento es realmente efectivo, incluso en pacientes que no obtuvieron resultado con ningún tratamiento previo.

ULTRASONIDOS
Los ultrasonidos son ondas acústicas o sonoras únicas pulsadas, que disipan la energía mecánica en la interfaz de dos sustancias con diferente impendencia acústica.
Se pueden distinguir tres tipos de sistemas basados en la fuente de sonido: sistema electrohidráulico, electromagnético y sistemas piezoeléctricos.
Los efectos del ultrasonido terapéutico se clasifican según la base fisiológica propuesta en: térmico y no térmico. Los efectos térmicos mediante el uso de un aplicador de mayor intensidad para conseguir y mantener un ascenso de temperatura de alrededor de 40ºC, los no térmicos se piensa que se deben a dos fenómenos inducidos por ultrasonido: corriente acústica y cavitación.
Aunque la mayoría de los estudios que evalúan la efectividad del ultrasonido carecen de rigor metodológico se encuentra un número aceptable de los mismos con características estadísticas necesarias para sacar conclusiones prácticas.
Según los estudios alrededor del 50% muestran resultados negativos en la eficacia del efecto del ultrasonido en la epicondilitis.
La dificultad para valorar los estudios reside principalmente en la frecuencia usada, el tiempo de tratamiento con ultrasonido y el número de sesiones.

Contraindicaciones:
- Durante el embarazo no aplicar ultrasonidos cerca del útero.
- No aplicar sobre tejido canceroso (ni cerca).

- No aplicar en tejidos en fase de sangrado.
- No colocar ultrasonido en anomalías vasculares significativas.
- Pacientes con hemofilia.
- En pacientes con marcapasos o enfermedad cardiaca avanzada.
- En gónadas o en las epífisis de crecimiento activas en los niños.

5 Discusión-Conclusión

El tratamiento con ondas de choque o ultrasonidos no tiene efectos secundarios significativos, los que pueden aparecer son temporales y locales, en el peor de los casos, el tratamiento no producirá ninguna mejoría clínica en el paciente, pero si resulta efectivo, mejorará considerablemente su sintomatología.
Al tener ambas técnicas una aplicación local y la escasez de contraindicaciones, la mayoría de pacientes con epicondilitis son candidatos a recibir tratamiento con ondas de choque o ultrasonidos.
El tratamiento de esta patología suele ser más eficaz combinando electroterapia, bien sean ondas de choque o ultrasonidos con otras técnicas de fisioterapia.
Las ondas de choque si parecen más efectivas a la hora de tratar epicondilitis cronificadas, debido a la reagudización del proceso que se produce.
La conclusión es que no existe un tratamiento eficaz para la epicondilitis, que con lo un paciente refiere mejoría otro no nota ninguna mejoría y viceversa.
Lo que sí parece claro es que con electroterapia solo no se consiguen grandes resultados, sino que hay combinarlos con técnicas de fisioterapia y en casos más extremos e incapacitantes con infiltraciones de esteroides, aunque hay que aprovechar los momentos de no dolor para tratar el problema.

6 Bibliografía

1. Manuel Guardia Martínez, Manuel Guzmán Gómez, María del Carmen Iruela Llamas e Irene Cortés Pérez. 2010. Eficacia del tratamiento de ultrasonidos en epicondilitis lateral del codo. Una revisión sistemática de ensayos clínicos. www.efisioterapia.net.
2. Buchbinder R, Green S.E., Youd JM, Assendelf W.T.J.J.,Barnsley L., Smidt N. 2008. Tratamiento con Ondas de choque para el dolor lateral en el codo. Cochrane.
3. Rosalía Vargas Sáenz. Ondas de choque en el tratamiento de la epicondilitis: ¿Qué dice la evidencia? www.fisiocampus.com.

4. J. Rioja Toro, A. González Rebollo, M. Alegre Climent, M.J. Antón Andrés, E. Blázquez Sánchez, J. Prada Espinel. 2004. Rehabilitación Elsevier.
5. Grupo de trabajo de ortopedia del colegio oficial de Vizcaya. 2011. Epicondilitis y epitrocleitis. Revisión. Elsevier.
6. Antonio Jurado Bueno, Ivan Medina Porqueres. 2007. Manual de pruebas diagnósticas, Traumatología y Ortopedia. Editorial Paidrotivo.
7. Fabio Salinas Durán, Luz Helena Lugo Agudelo, Ricardo Restrepo Arbeláez. 2008. Rehabilitación en Salud. Universidad de Antioquia.
8. Michelle H Cameron. 2014. Agentes físicos en rehabilitación: de la investigación a la práctica. Elsevier.

Capítulo 1058

LA PROPIOCEPCIÓN COMO FEEDBACK EN FISIOTERAPIA: PREVENCIÓN Y REHABILITACIÓN

ALDARA LEAL ALONSO

MARIA PARRA GARCIA

CAROLINA PÉREZ PÉREZ

1 Introducción

¿Qué es la propiocepción? Del latín propius (propio) y cepción (sensación, percepción), hace referencia a la capacidad que tiene el cuerpo para detectar el movimiento y la posición en las articulaciones. Definido de otra forma, es el sentido de la percepción de la postura y el equilibrio.
Debido a ello, el trabajo de propiocepción ayuda a que ante situaciones inesperadas (como pérdida de equilibrio provocada por una mala pisada) el cuerpo responda recuperando la postura en vez de producir un desequilibrio mayor.

La congruencia articular, la integridad ligamentaria y la compresión de las superficies articulares ocasionada por la contracción muscular se han considerado históricamente los tres pilares básicos para la estabilidad del carpo. En los últimos años se ha propuesto un nuevo factor para explicar los mecanismos de estabilización, la propiocepción y el control neuromuscular. La propiocepción se origina en órganos sensoriales localizados en los ligamentos y cápsulas articulares (los mecanorreceptores). La estimulación de los mismos inicia un reflejo

involuntario que provoca una respuesta muscular selectiva dirigida a proteger la zona articular donde se ha originado la señal aferente.

Entre los objetivos de la propiocepción también está prevenir lesiones, ya que cuando se sufre una de tipo articular el sistema propioceptivo se deteriora produciéndose un déficit de información propioceptiva. De esta forma, la persona en cuestión pasa a ser más proclive a sufrir lesiones. Y es que, aunque una persona considere que se ha recuperado completamente de una lesión, debido a que la misma ya no le ocasiona dolor, puede que todavía tenga un déficit propioceptivo el cual debería eliminar para recuperarse al 100% y evitar la temida recaída.

Por tanto, es más que recomendable realizar un trabajo propioceptivo. Éste se definiría como los ejercicios que buscan la toma de consciencia, sensibilización y potenciación de las estructuras articulares, musculares, tendinosas y óseas más proclives a dañarse. Su objetivo es provocar situaciones inestables, pero controladas, para que las articulaciones se estimulen.

Debe ser enfocado desde el conocimiento de la tipología de la persona que lo va a realizar y del sentido común. Cualquier ejercicio debe adaptar su tiempo de ejecución, periodización y demás variables en función de la adaptación y la progresión.

¿Para qué sirven los ejercicios de propiocepción?
Previene lesiones, evita recaídas y ayuda en el proceso de rehabilitación de las mismas en lesiones, esguinces o fracturas cercanas a las articulaciones entre otros. Es un trabajo específico que se realiza en las consultas de rehabilitación y que luego se prescribe de manera domiciliaria.

Trabaja aspectos como la fuerza, equilibrio, coordinación, flexibilidad, tiempo de reacción ante situaciones determinadas, control postural, estabilidad, interacción sensorial… Además mejora el rendimiento, por ejemplo, desarrollando una pisada más eficiente o fortaleciendo las articulaciones.
Aunque la intención sea trabajar específicamente una zona (por ejemplo, la muñeca) también se ejercitarán otras articulaciones, especialmente las contiguas (hombro, codo…), además de algunos grupos musculares.

2 Objetivos

Determinar la importancia de la propiocepción como piedra angular dentro de la fisioterapia de calidad, fundamental tanto en el proceso prevención de lesiones como de rehabilitación de las mismas, evitando asimismo recaídas.

3 Metodología

La búsqueda se ha realizado en diferentes revistas científicas, así como bases de datos y artículos de actualidad utilizando los siguientes descriptores: rehabilitación propioceptiva, métodos de prevención de lesiones, control neuromuscular y coordinación y feedback.
Los criterios de inclusión de la presente revisión han sido aquellos que nos hablen de los mecanismos que se adaptan a la individualidad de la persona y al momento en que se encuentre.

4 Resultados

- Concepto de propiocepción y control neuromuscular.
El término propiocepción deriva del latín, "proprius" ("que pertenece a uno mismo"), y "-cepción" ("percibir"). Fue introducido en 1906 por el Premio Nobel de Medicina sir Charles Scott Sherrington, quien lo aplicó a las sensaciones originadas en áreas profundas del cuerpo humano.

La propiocepción es uno de los sentidos somáticos más importantes. Los sentidos somáticos son funciones del sistema nervioso que recogen información sensorial, pero que no son ninguno de los sentidos especiales (vista, oído, gusto, tacto, olfato y sentido vestibular). Clásicamente se han descrito tres sentidos somáticos: el dolor, el sentido termorreceptor y el sentido mecanorreceptor. La propiocepción se incluye en el tercero de los sentidos somáticos, y engloba la sensación de posición y el control neuromuscular de las articulaciones. La sensación de posición, a su vez, puede ser estática y dinámica. La sensación estática proporciona información sobre la posición de una parte del cuerpo respecto a otra (para saber cómo tenemos colocada una pierna sin necesidad de mirarla, por ejemplo). El sentido dinámico o cinestesia, por el contrario, proporciona información sobre la presencia y el grado de movimiento en las articulaciones cuando éstas cambian de posición (es el sentido que permite correr sin estar pendiente de cómo colocar la pierna en cada zancada, por ejemplo).

El tercero de los aspectos de la propiocepción es el control neuromuscular, que hace referencia a la respuesta anticipatoria o inmediata de los músculos de alrededor de una articulación para mantener la congruencia articular de la misma. Este sentido permite que una articulación reciba cargas mucho mayores que las que sus ligamentos pueden soportar de forma aislada (es el que explica por qué no se rompe el ligamento escafolunar dorsal, por ejemplo, en cada caída de alta energía sobre la mano con la muñeca en extensión).

La propiocepción es un proceso complejo en el que necesariamente existe una información aferente que provoca una respuesta muscular eferente, originada a su vez a diferentes niveles del sistema nervioso central. Existen dos niveles de propiocepción, el consciente o voluntario y el inconsciente o reflejo. El control neuromuscular pertenece a este último.

- Propiocepción en la rehabilitación.
En cuanto a funciones de los ligamentos, hay que tener en cuenta que también son los encargados de regular la cinemática articular y los receptores sensoriales, informando a la musculatura periarticular de la posición de la articulación, el equilibrio y sus cambios en el sistema muscular; el ligamento es ayudado por articulaciones, tendones y músculos, estos últimos más destinados a proporcionar información sobre la cinestesia.

Algunos de los mecanorreceptores que nos encontramos son: corpúsculos de Paccini (únicamente informa durante la aplicación o la retirada del estímulo, se encuentra en la cápsula, ligamentos y meniscos y son insensibles a estímulos constantes en equilibrio dinámico); corpúsculos de Ruffini (registran variaciones de tensión y estiramiento del tejido, dan señales continuas y señalan los nuevos estados de equilibrio dinámico durante períodos, se encuentra en los ligamentos, cápsula y meniscos, y son complementarios con los anteriores); terminaciones libres (informan sobre deformaciones de tejidos, compresión y distensión, reaccionan a señales nociceptivas y se encuentran en cápsula, ligamentos y superficies articulares); corpúsculos neurotendinosos de Golgi (detectan la deformación mecánica únicamente en la extensión, responden al estiramiento del músculo y se encuentran en tendones, meniscos y ligamentos).

Estos mecanorreceptores se complementan entre sí para poder aportar una información determinada que el sistema nervioso utiliza para analizar la cinestesia de la articulación, que son, la posición, el movimiento y la aceleración. A su vez tienen una estrecha relación con los husos neuromusculares, situados entre las

fibras musculares y encargados de detectar la longitud muscular, la información de este receptor no llega a la corteza sensitiva, sino que llega al cerebelo y se envía una respuesta inconsciente que ayuda en el control de la motilidad.

Dada a esta pérdida de información de los mecanorreceptores, después de una lesión ligamentosa, también se ve afectado el tiempo de latencia de la respuesta muscular, que es casi dos veces más largo en la región lesionada.
Los órganos tendinosos de Golgi y los husos musculares son considerados los más importantes en cuanto a la propiocepción ya que durante el ejercicio existe una laxitud de los tejidos articulares y éstos son considerados como detectores de límite estimulados en el rango final de movimiento aunque dan una información a lo largo de todo el rango de movimiento bajo cargas, siendo esencial en la estabilidad.

- Protocolo de rehabilitación propioceptivo.
Es básico conocer cuáles son los 4 elementos que sustentan una buena estabilidad (articular): la buena congruencia articular, la integridad de todo el sistema ligamentario extrínseco e intrínseco —que constituyen la estabilidad estática—, el mantenimiento de un buen tono muscular, y por último disponer de un buen control neuromuscular y propioceptivo; estos 2 últimos constituyen la estabilidad dinámica y es ahí donde la rehabilitación juega un papel esencial.

Los tratamientos de rehabilitación y las técnicas fisioterápicas específicas en los aspectos sensitivo-motores se pueden llevar a cabo mediante ejercicios concretos y así poder compensar la pérdida de sensaciones ocasionada tras una lesión articular y el periodo de inmovilización, que a su vez ocasiona un borrado del esquema motor.

El diseño y la elección de los ejercicios dependerán de la etapa en que se encuentre el paciente y de su evolución, y variará por supuesto en función del conocimiento de determinadas técnicas por parte del terapeuta y de la disposición de materiales.

Dentro de un programa de entrenamiento propioceptivo trabajaremos:
1. En primer lugar, trabajamos el control propioceptivo de las posiciones de la articulación con la «terapia en espejo» en la que el estímulo propioceptivo es la vista, se intenta lograr la mayor habilidad posible para reproducir una serie de movimientos predeterminados, es decir, aquellos movimientos que estamos viendo en el espejo con la zona sana.

2. Complementaremos con ejercicios acompañados por el fisioterapeuta. Con la «facilitación neuromuscular propioceptiva» (FNP) o diagonales de propuestas por Kabat se pretende estimular los músculos débiles, facilitar la conducción nerviosa, reactivar las vías reflejas y la memoria cinestésica utilizando patrones antagonistas en las diagonales por ejemplo en la propiocepción de las extremidades.
3. En la siguiente fase trabajaremos el control neuromuscular consciente: el fortalecimiento de determinados grupos musculares para mejorar la. Se puede trabajar en isométrico, isotónico, concéntrico y excéntrico.
4. Finalmente, el control neuromuscular inconsciente: ya en las fases finales de recuperación y en ausencia de dolor. La realización de ejercicios pliométricos como movimientos rápidos de extensión-retracción (del tipo lanzamientos) contribuye también a mejorar la capacidad anticipatoria de los distintos grupos musculares.

En cualquier caso, en todo este tipo de actividades, será necesario llevar una readaptación progresiva, coordinada y revisada por un especialista en el tema con la finalidad de poder volver a realizar de nuevo nuestras actividades habituales.

- Sobre el feedback y feedforward.
El feedback es entendido como un estímulo sensorial al que responde la musculatura frecuentemente refleja, aunque en acciones deportivas donde la variabilidad de respuesta es alta su eficacia es limitada y, con la fatiga se ve afectado de manera importante, no deja de ser adecuado en acciones que se desarrollan más lentamente.

En cuanto al feedforward se describe como la capacidad de anticiparse a una situación mediante experiencias anteriores, es decir se planea o se prepara la respuesta con una pre-activación de la musculatura, regulando la tensión muscular y consiguiendo una buena agilidad en funciones específicas, estabilidad articular, la coordinación y el equilibrio.

Es importante evitar aquellas causas que alteren la propiocepción como son el dolor, tanto a nivel central como periférico, como la presencia de líquido, la pérdida de tejido después un traumatismo una vez resuelto el dolor y la hinchazón, y, por último, la fatiga. Es interesante, por lo tanto, realizar un protocolo específico sobre la rehabilitación propioceptiva.

- Método de prevención de lesiones.
Los ejercicios de propiocepción son muy habituales en los tratamientos de fi-

sioterapia, normalmente como parte de la recuperación de una lesión. Pero diversos estudios sugieren la eficacia de estos ejercicios como método preventivo de las lesiones deportivas.

El término propiocepción ha evolucionado; hoy, se conoce como la conciencia de posición y movimiento articular, velocidad y detección de la fuerza de movimiento, la cual consta de tres componentes:
1. Estatestesia (provisión de conciencia de posición articular estática).
2. Cenestesia (conciencia de movimiento y aceleración).
3. Actividades efectoras (respuesta refleja y regulación del tono muscular).

La propiocepción, es entonces, la mejor fuente sensorial para proveer la información necesaria para mediar el control neuromuscular y así mejorar la estabilidad articular funcional.

En el entrenamiento de la propiocepción los ejercicios siempre deben ser supervisados, ya que se ha demostrado que inciden en la eficacia. Los objetivos del entrenamiento de la propiocepción son:
· Facilitar el incremento de la sensibilidad y el uso de impulsos propioceptivos de las estructuras que rodean las articulaciones.
· Evocar respuestas dinámicas compensatorias por la musculatura que rodea la articulación.
· Restablecer los patrones motores funcionales, los cuales son vitales para movimientos coordinados y de la estabilidad articular funcional.

El entrenamiento propioceptivo incide de forma beneficiosa en la fuerza, la flexibilidad y la coordinación.

Cuando sufrimos una lesión la recuperación suele ser lenta y costosa. Acudir al fisioterapeuta es algo obligatorio, por lo que cuando nos recuperamos de la lesión se suele producir una pérdida importante de la masa muscular de la zona afectada. Antes de volver a nuestra rutina habitual tenemos que ser cautos e intentar recuperar parte de la musculatura perdida antes de realizar nuestro deporte para evitar la reincidencia en la lesión o dar lugar a otras lesiones.

El entrenamiento del sistema propioceptivo puede inducir mejoras en aspectos como: recuperación del sistema propioceptivo tras lesiones, prevención de lesiones (incluso sin haber sufrido un accidente anterior) y mejora del rendimiento en deportes de alto nivel.

Los test más usados en los estudios en cuanto a la medición de la propiocep-

ción son test de reproducción de posición articular, tanto activa como pasiva, el umbral de detección de movimiento pasivo, la evaluación de discriminación de extensión del movimiento activo y un dinamómetro para la sensación de fuerza. Tendremos en cuenta:
· La sensación de posición, movimiento y fuerza.
· La intensidad del dolor.
· La inestabilidad articular.

En los ejercicios podemos evolucionar en la dificultad de los ejercicios a través de diferentes pautas, como son: demandar una mayor tensión de la musculatura, disminuir la base de apoyo, disminuir la distancia entre ellas, utilizar superficies de apoyo irregulares, restringir la información que llega a través de otros sistemas para centrarnos en los propioceptores.

Debemos tener claro que antes de evolucionar hacia ejercicios complejos, debemos controlar bien los más sencillos, evaluando al paciente continuamente potencializando sus habilidades. Los materiales usados para ello pueden ser: pelotas, bosu (añade complejidad a la superficie inestable, disco vestibular (para entrenar el equilibrio, la propiocepción y el estiramiento) escalera de coordinación (para la concentración), balón suizo (bases irregulares), bandas elásticas (aumentando la demanda de contracción) y Biometrics E- Link® /G-100-Technologyes SL/ (sistema informático con amplio programa de juegos en los que el estímulo visual va a condicionar la velocidad, la precisión y la calidad del movimiento).

- Entrenamiento propioceptivo de la coordinación.
La coordinación es la acción combinada del sistema nervioso central y de la musculatura esquelética, encaminada al desarrollo de un movimiento planificado.

El objetivo de la coordinación es desarrollar patrones motores más rápidos y que puedan ser desarrollados con mayor precisión, estos patrones son los que regulan los grupos musculares de una forma simultánea y secuencial, es decir que hay un juego entre los músculos agonistas y antagonistas para desarrollar la acción deseada. La coordinación se puede trabajar mediante el entrenamiento propioceptivo, ya que ésta recoge información propioceptiva que es enviada al cerebro para dar una mejor respuesta ante eventos o situaciones inesperadas.

Uno de los factores propios de la coordinación que podemos mejorar con el entrenamiento propioceptivo es la estabilidad postural, también llamada equilibrio.

El equilibrio es el encargado de prevenir posibles caídas, nos ayuda a mantener

el centro de gravedad dentro de nuestra base de sustentación cuando hay fuerzas que actúan sobre nuestro cuerpo. Cuando entrenamos el sistema propioceptivo mediante el mantenimiento de posturas o movimientos sobre bases inestables ayudamos a mejorar el equilibrio y esto es posible gracias a que con ello podemos desarrollar un mecanismo de anticipación y tensión refleja muscular que nos hace desplazarnos a un apoyo más estable y así poder controlar nuestro sistema neuromuscular.

5 Discusión-Conclusión

Las diferentes técnicas utilizadas para entrenar la propiocepción van encaminadas a mejorar las respuestas neuromusculares de nuestro aparato locomotor, esto se puede lograr utilizando fuerzas desestabilizadoras. Todas estas técnicas deben aumentar el nivel de respuestas automáticas y protectoras en cada individuo, desde técnicas de balance hasta entrenamiento de la agilidad, con uso del propio cuerpo o ayuda de superficies inestables, el individuo se ubica sobre estas superficies en donde se pueden realizar acciones encaminadas a sacarlo de su línea media, esto también puede ser aplicado por el fisioterapeuta a través de perturbaciones en diferentes direcciones. Las técnicas son progresivas y pueden ser modificadas dependiendo del estado físico del individuo, pueden ir de lentas a rápidas con aumento de la dificultad. Con esto se pretende mejorar el aprendizaje motor, incrementar la sensibilidad y el uso de impulsos propioceptivos de las estructuras que rodean la articulación, así como aumentar las respuestas dinámicas.

La propiocepción es un aspecto sumamente importante tanto para la prevención como para la recuperación de lesiones (luxaciones, esguinces, tendinopatías...). Existe una alta proporción de lesión de tejidos donde se encuentran los mecanorreceptores, como son ligamentos, tendones, capsulas articulares y por supuesto la musculatura.

El hecho de haber sufrido alguna lesión va a implicar aumentar la inestabilidad articular, por lo que la propiocepción debe ser un aspecto fundamental en nuestro proceso de recuperación ya que va a reentrenar la captación de información de los mecanorreceptores dañados a causa de la lesión, y de este modo aumentar el equilibrio y estabilidad articular para evitar la recidiva.

Actualmente no existe consenso sobre qué tipo de entrenamiento neuromuscular o propioceptivo es el más adecuado, aunque si tenemos en cuenta el principio

de especificidad, cada grupo de población necesitará un tipo de entrenamiento adecuado a sus características y exigencias ya sean deportivas o para la población normal.

Es importante respetar una correcta progresión para no someter a las estructuras implicadas a mayor carga de las que están preparadas en cada fase del proceso de recuperación.

La propiocepción se puede entrenar. Los programas de rehabilitación que mejoran la propiocepción también mejoran de forma objetiva el estado funcional, independientemente de los cambios en la laxitud articular, y esta mejoría ya se consigue mejorando solo un aspecto de la propiocepción, el sentido de la posición. Sin lugar a dudas, aprender a mejorar la velocidad de los reflejos neuromusculares protectivos es un reto mayúsculo para el futuro de la rehabilitación.

6 Bibliografía

1. https://www.elsevier.es/es-revista-revista-iberoamericana-cirugia-mano-134-articulo-el-papel-propiocepcion-el-control-S1698839615000134
2. https://revistas.udca.edu.co/index.php/rdafd/article/view/415/1638
3. https://www.elsevier.es/es-revista-revista-iberoamericana-cirugia-mano-134-articulo-el-papel-rehabilitacion-tras-las-S1698839616300160
4. http://cirugiamanovalencia.com/14507-2/
5. https://repositori.udl.cat/bitstream/handle/10459.1/60465/ipalominor.pdf?sequence=1&isAllowed=y
6. http://fisioterapiaarantxa.com/entrenamiento-propiocepcion-para-prevenir-lesiones/
7. http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/3787
8. http://ri.ues.edu.sv/id/eprint/16811/1/tesis%20prevenci%C3%B3n%20de%20lesiones%20word2003.pdf
9. https://www.slideshare.net/jaironline/posturologa-y-propiocepcin-en-podologa

Capítulo 1059

EFECTIVIDAD DE LA TÉCNICA EASY FLOSSING EN LA DISMINUCIÓN DEL DOLOR POST-PUNCIÓN EN PUNTOS GATILLOS LATENTES EN EL MÚSCULO VASTO MEDIAL.

MIGUEL ÁNGEL SERRANO RODRÍGUEZ

YOLANDA GARCIA ALEGRE

MARTA AGUADO GUERRA

1 Introducción

La técnica Easy Flossing (EF) o también conocida como "Flossband", es una modalidad reciente que implica una compresión tisular y movimiento activo1. Se postula como una nueva herramienta terapéutica gracias a su efecto analgésico2, disminución de DOMS (delayed onset muscle soreness)3, reducción de edema4, mejora del rango articular5, ruptura de adherencias5, modificación de la potencia6, hiperemia reactiva7, etc.

El EF puede ser un complemento a otras terapias como la punción seca profunda (PS). La PS genera un dolor post-punción que ha sido asociado con la reducción de adherencia al tratamiento8 y es considerado capaz de influenciar en la funcionalidad del paciente durante las actividades de la vida diaria9.

2 Objetivos

- Analizar la efectividad de la técnica EF en la disminución del dolor post-punción en puntos gatillos miofasciales (PGM) del músculo vasto medial del cuádriceps.

3 Metodología

Se realizó un ensayo clínico aleatorizado y simple ciego. 20 voluntarios sanos participaron voluntariamente en el estudio y fueron divididos de forma aleatoria en grupo intervención 1 (G1) y grupo control (GC). Todos recibieron un tratamiento de PS, con una aguja de tamaño 0.32x40mm y marca AGUPUNT, durante 30'' con técnica de Hong en un PGM latente en el músculo vasto medial del cuádriceps.

El GC se quedó sentado tras la PS. Al G1, inmediatamente después de la PS, se le realizó el protocolo de tratamiento con EF, que consistió en vendar el vasto medial de distal a proximal, comenzando justo por encima del polo superior de la rótula, con banda de látex morada Snactband®, al 50% de tensión, y realizar durante 2' ejercicio activo de flexoextensión de rodilla en sedestación a una velocidad de al menos 1 repetición por segundo.

Los pacientes completaron la escala visual analógica (EVA) para valorar el dolor post-punción en el post-inmediato, a los 5 minutos, a 1h, 6h, 12h, 24h, 48h y 72h tras realizar la punción seca. Los datos se gestionaron con el programa SPSS v22.0 utilizando los tests T-student o U de Mann Whitney según los test de normalidad. El criterio de significación fue de $p<0.05$.

4 Resultados

Hubo diferencias significativas a favor de la técnica EF en las mediciones a 5' (1.07 ± 0.81 pts vs 5.02 ± 1.77 pts p= 0.000), 1h (2.08 ± 1.36 pts vs 6.45 ± 0.91 pts p= 0.000), 6h (1.07 ± 1.19 pts vs 4.93 ± 2.08 pts p= 0.000) y 12h (0.90 ± 1.31 pts vs 2.70 ± 1.99 pts p= 0.004), mientras que no las hubo para 24h, 48h y 72h.

5 Discusión-Conclusión

Según este estudio, el EF se presenta como una herramienta eficaz para disminuir el dolor post-punción del paciente a corto plazo (5'-12h), siendo una técnica barata y fácil de implementar con el tratamiento de los PGM.

6 Bibliografía

1. Plocker D, Wahlquist B, Dittrich B. Effects of tissue flossing on upper extremity range of motion and power. Int J Exerc Sci: Conference Proceedings. 2015;12(1):37.
2. Starret K, Cordoza G. Becoming a supple leopard: The ultímate guide to resolving pain, preventing injury, and optimizing athletic performance. Las Vegas: Victory Belt; op. 2013. 400p.
3. Prill R, Schulz R, Michel S. Tissue Flossing: A new short-duration compression therapy for reducing exercise-induced delayed-onset muscle soreness. A randomized, controlled and doublé-blind pilot Cross-Over Trial. The Journal of Sports Medicine and Physical Fitness 2018; 08701-7.
4. Kage V., Patil Y. Effectiveness of Vodoo Floss Band versus Crepe Bandage in Subjects with Post-Operative Lower Limb Pedal Edema: A Randomized Clinical Trial. Int J Curr Adv Res. 2018; 7(6): 13498-13501.
5. Hodeaux K., "The Effect of Floss Bands on Elbow Range of Motion in Tennis Players" (2017). Theses and Dissertations. 1948.
6. Driller M., Mackay K., Mills B., et al. Tissue flossing on ankle range of motion, jump and sprint performance: a follow–up study. Physical Therapy in Sport. 2017; 28:29-33.
7. Takano H., Morita T., Iida H. Asada K-i., Kato M., Uno K., et al (2005). Hemodynamic and hormonal responses to a short-term low-intensity resistance exercise with the reduction of muscle blood flow. European Journal of Applied Physiology, 95(1), 65-73.
8. Lai M, Hong C. Additional ultrasound therapy after myofascial trigger point injection for the management of post-injection soreness. J Rehabil Med Assoc ROC 1998;26:111-118
9. American Physical Therapy Association. Physical Therapists & The Performance of Dry Needling. An Educational Resource Paper 2012:1-118.

Capítulo 1060

FISIOTERAPIA EN LA TENDINITIS DEL SUPRAESPINOSO.

MARIA LUISA GUTIÉRREZ GARRIDO

INMACULADA MÉNDEZ SÁNCHEZ

MARIA DOLORES LÓPEZ MARÍN

1 Introducción

La tendinitis del supraespinoso es la inflamación que se produce en el tendón por el roce provocado por los movimientos repetidos de elevación y rotación del hombro lo que provoca un pinzamiento entre la cabeza del húmero y el arco acromial. Es la causa más frecuente de hombro doloroso. Su función es la de estabilizar la articulación de hombro y la de separar (abducción) en los primeros grados.
Cualquier roce entre el tendón y el acromion normalmente es reducido por la bursa subacromial la tendinitis del supraespinoso se asocia con la inflamación de la bursa subacromial dando lugar a una bursitis. Incluso puede haber alguna rotura parcial y a veces completa del tendón. La alteración de la biomecánica del hombro puede provocar alteraciones posturales, sobreuso, calcificaciones o alteraciones por el desequilibrio muscular por el roce dicho anteriormente.
El síndrome del pinzamiento subacromial afecta entre otras estructuras al tendón del supraespinoso.

2 Objetivos

- Disminución del dolor en la cara anterior del hombro irradiado hacia el codo o cuello.
- Disminución del dolor al separar el brazo del cuerpo.
- Aumentar el recorrido articular y aumentar la la fuerza en las actividades de la vida diaria.
- Disminuir el dolor nocturno.

3 Caso clínico

Mujer, de 68 años de edad, ama de casa, acude a consulta por dolor progresivo en el tiempo y limitación de movilidad en hombro izquierdo con años de evolución. Nos cuenta que hace unos años se cayó en la calle pero no se fracturó nada, desde entonces el dolor cada vez ha ido a más. Dolor en el cuello, se señala la zona de trapecios. Dolor al estar acostada sobre ese hombro en la cama. Ha cogido mucho peso por cuidar a su madre que estaba encamada.
En la exploración vemos que no tiene movilidad articular a no ser que se ayude del otro brazo. Dolor a la palpación. Imposibilidad de mantener el brazo en abd de 90º contrarresistencia.
Nos aporta una resonancia magnética en la que nos indica que tiene fibras tendinosas rotas y una ecografía en la que nos dice que el tendón está inflamado.
Con esta documentación y tras la exploración nos ponemos un protocolo de tratamiento en la que empezamos 2-3 sesiones a la semana con los objetivos que hemos propuesto antes para devolver al hombro las características mecánicas tisulares previas sobre los músculos que envuelven el hombro.
Las técnicas que usamos son: la punción seca, para desactivar los Puntos Gatillo Miofasciales del trapecio, terapia manual como es el masaje, el cyriax, los estiramientos, kinesiotaping, etc de toda la musculatura implicada en dicha articulación como es el manguito rotador, la musculatura que acaba en la escapula (pectoral menor, angular de la escápula, romboides mayor y menos, serrato anterior dorsal ancho, redondo mayor) y la musculatura estabilizadora de la cabeza humeral de la cavidad glenoidea como es el bíceps braquial. Poco a poco conforme van pasando las sesiones y el dolor va disminuyendo vamos haciendo ejercicios de fortalecimiento muscular de la articulación para aumentar el rango articular.
Los ejercicios los hacemos con el theraband con resistencia progresiva.

4 Discusión-Conclusión

Concluimos este caso clínico destacando la importancia que una vez disminuido el dolor y que ha bajado la inflamación mantengamos la movilidad y la fuerza muscular con ejercicios domiciliarios a través de Theraband haciendo ejercicios tanto excéntricos como concéntricos.

5 Bibliografía

- Javier Pérez. "Fisioterapia del complejo articular delhombro:Evaluación y tratamiento de los tejidos blandos". Ed Masson.
- Gil Martínez. "Lesiones en el hombro y fisioterapia". Ed. Arán.
- Enciclopedia Médico quirúrgica.: Rehabilitación del hombro no operado (26-210-B-10).
- Platero Rico Domingo, Ruiz Sánchez Francisco y Ruiz Santiago Fernando. Diagnostico y tratamiento en patología del manguito rotador. México.

Capítulo 1061

MASAJE PERINEAL PARA DISMINUIR EL RIESGO DE DESGARRO Y DE EPISIOTOMÍA

PAULA BLANCO DEL VALLE

ISIDRO TORRES PAREJO

1 Introducción

La episiotomía es una incisión realizada en la musculatura del suelo pélvico durante el parto para agrandar la salida de la cabeza del bebé. Antiguamente se realizaba en la mayor parte de los partos ya que se pensaba que esta tenía más beneficios que los desgarros. Pero se ha demostrado que un desgarro natural cicatriza mejor, más rápido y es menos doloroso que una episiotomía, ya que la lesión de un desgarro es menos profunda.

Ya en 1985 la Organización Mundial de la Salud organizó la primera conferencia en Brasil sobre la tecnología apropiada a utilizar en el momento del parto. En ella estableció una serie de recomendaciones específicas, entre ellas, se incluyó la episiotomía: "debe protegerse el periné siempre que sea posible. No está justificado el uso sistemático de la episiotomía" (OMS, 1985. p.3).

Las consecuencias de la episiotomía son numerosas. Las más frecuentes son la lesión perineal, ampliación de la episiotomía por extensión de la incisión, mayor pérdida de sangre y hematoma, dolor, dispareunia, infección de la herida, resultados anatómicos insatisfactorios como asimetrías o estrechamiento excesivo del introito, prolapso vaginal, disfunción sexual y del suelo pélvico. Además existe

un mayor riesgo de producirse una lesión del esfínter anal e incontinencia fecal tras la episiotomía.

El suelo pélvico es un conjunto de músculos y ligamentos que cierran la cavidad abdominal en su parte inferior. Su función es sostener los órganos pélvicos (uretra, vejiga, útero, vagina y recto) en la posición adecuada. Por lo que un suelo pélvico en buen estado previene la incontinencia urinaria, prolapso, dolor y disfunciones sexuales.

Durante el parto, el suelo pélvico puede sufrir lesiones musculares como roturas por desgarros, episiotomía, estiramiento muscular y compresión. Además puede dañar la fascia y provocar lesiones nerviosas.

2 Objetivos

– Conocer la función del suelo pélvico y las consecuencias de su lesión durante el parto, ya sea por episiotomía o por desgarros naturales
- Conocer métodos usados en la actualidad para prevenir la lesión del suelo pélvico durante el parto
- Demostrar que el masaje perineal ayuda a mejorar la extensibilidad de la musculatura del suelo pélvico y así prevenir el riesgo de lesión perineal postnatal.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo se ha realizado una búsqueda bibliográfica a través de las bases de datos Google Académico, Pubmed, Medline y Cochrane. Utilizando los descriptores “episiotomía”, “suelo pélvico”, “masaje perineal”, “parto” relacionándolos con los operadores booleanos “AND” y “OR”. Se revisan artículos en español, francés y en inglés.

4 Resultados

Durante la revisión de varios estudios se ha demostrado que el masaje perineal durante el embarazo disminuye la tasa de episiotomía así como el dolor perineal postparto. No reduce la tasa de OASIS (obstetric anal sphincter injuries) o de incontinencia urinaria postparto.

En algunos estudios se compara el masaje perineal con el uso del dispositivo Epi-No , el cual no muestra beneficios claros para la protección perineal, mientras que el masaje perineal sí.

Se incluye en esta revisión otro estudio, en el cual, se comparan los efectos del estiramiento asistido por instrumentos versus el masaje perineal sobre la extensibilidad y la fuerza de la musculatura del suelo pélvico. Dicho estudio muestra que ambos tipos de estiramiento, tanto el asistido por instrumentos como los realizados con el masaje perineal aumentan la extensibilidad y no influye sobre la fuerza de la musculatura del suelo pélvico en mujeres embarazadas.

Por último se incorpora también un ensayo clínico en el cual un grupo de mujeres recibieron instrucciones para practicar el masaje perineal 10 minutos diariamente desde la semana 34 de gestación hasta el parto. Como resultado se obtuvo que ambos grupos, tanto el de estudio como el de control, obtuvieron una tasa de episiotomía similar. Con lo que en dicho ensayo la práctica del masaje perineal prenatal no mostró ningún efecto protector ni perjudicial sobre la aparición de traumatismos perineales.

5 Discusión-Conclusión

En nuestro país la prevalencia de la episiotomía está por encima de lo recomendado por la OMS, la cual, tiene múltiples consecuencias en el postparto de la mujer como incontinencia urinaria, prolapso, dolor y disfunciones sexuales. Por ello, se debe evitar su práctica en la medida de lo posible.

Además es importante emplear métodos para prevenir la lesión perineal, ya sea por la práctica de episiotomía como por desgarros naturales durante el parto.

A pesar de haber algún estudio que no demuestra una clara eficacia del masaje perineal, la mayoría si muestran un aumento de la extensibilidad de la musculatura del suelo pélvico, lo que puede reducir la incidencia de lesiones que requieran sutura. Por lo tanto, se debe recomendar el masaje perineal durante el embarazo.

6 Bibliografía

- Episiotomía: ventajas e incovenientes de su uso. JR Martínez, M Prado Amián . Matronas profesión; 2002

- Methods of preventing perineal injury and dysfunction during pregnancy: CNGOF Perineal prevention and protection in obstetrics.
Schantz. C . Gynecol Obstet Fertil Senol. 2018.
- Effects of perineal preparation techniques on tissue extensibility and muscle strength: a pilot study de Freitas SS, et al. Int Urogynecol J. 2019
-Masaje perineal durante el embarazo: un ensayo prospectivo controlado.
Mei- dan E, y col. Isr Med Assoc J. 2008.
-Fetal expulsion. Which Interventions for perineal prevention, CNGOF Perineal Prevention and Protection in obstetrics Guidelines.
Riethmuller. D et al. Gynecol Obstet Fertil Senol. 2018.

Capítulo 1062

LA FASCITIS PLANTAR EN EL CORREDOR.

MARIA DEL ROCIO FERNANDEZ MENENDEZ

SILVIA FERNANDEZ MENENDEZ

SANDRA VILLA SÁNCHEZ

SARA FREIJE ZAZO

NOELIA FERNANDEZ GÓMEZ

1 Introducción

El running es uno de los deportes más conocidos mundialmente, con carreras que atraen a miles de personas de todas las edades. Correr es una manera efectiva de mejorar la salud, pero está muy asociado a un alto riesgo de lesiones. Hasta un 50% de los atletas, aseguran tener más de una lesión al año. Alguna lesión puede ir asociada a un accidente o incidente durante la carrera, pero en la mayoría está relacionado por un uso excesivo. Las patologías más frecuentes son síndrome de dolor patelofemoral, síndrome de estrés tibial, tendinitis de Aquiles, síndrome de fricción de la cintilla ilitibial, fascitis plantar y fracturas por estrés de tibia y metatarsianos. Las lesiones de pie y tobillo son las lesiones más comunes en corredores de larga distancia y maratón. El exceso de peso corporal y el número de kilómetros recorridos durante la semana son factores de alto riesgo de lesiones. Una anamnesis detallada y un examen físico son muy importantes para un correcto diagnóstico.

Históricamente, la fascitis plantar (FP) se consideraba una enfermedad crónica inflamatoria, pero recientes estudios histológicos de tejido de las personas con fascitis plantar demuestran que es más similar a la tendinopatía y problemas crónicos de entesopatía. Estas condiciones implican que es un proceso degenerativo y crónico, más que inflamatorio, que afecta a la fascia plantar o aponeurosis plantar que es un tejido fibroso organizado en bandas que se extiende desde la tuberosidad anterior del calcáneo hasta los dedos. Por esta razón, un término más adecuado sería el de faciosis o fasciopatía plantar.
En corredores tiene una prevalencia de un 8%; es algo superior al del resto de población que tiene una variante del 3,6 al 7%. En atletas, está patología puede llegar a ser bilateral y aparecer en edades tempranas, pero lo más común, es que oscile entre las edades de los 40-60 años.
En ocasiones puede tener una relación con un desequilibrio en la biomecánica, con microtraumas de repetición, pero generalmente su etiología es desconocida. Los estudios sobre cadáveres apoyan la teoría que la función de la fascia plantar es proporcionar soporte estático para el arco longitudinal del pie ayudando a la absorción dinámica de choque durante la marcha. En el corredor esto es muy importante, porque las fuerzas que se ejerzan en el pie durante la marcha pueden llegar a superar en 2ó 3 veces el peso corporal.
El síntoma principal es dolor intenso, durante los primeros pasos de la mañana el dolor fuerte se sitúa en la zona del talón. En los casos más graves, los pacientes suelen tener un dolor sordo al final del día, o bien sensación de dolor, simplemente por estar en posición de bipedestación.
En corredores, en los casos más leves la sensación de dolor difuso la suelen presenciar después de un ejercicio intenso. En procesos más moderados el patrón es similar a una lesión por sobreuso, que disminuye a medida que el atleta va calentando con el ejercicio y aumenta el dolor cuando el corredor vuelve a la calma. Durante el sprint y el salto la dolencia es agravada. Asociado al malestar, en ocasiones, el pie del deportista puede presentar rigidez e inflamación localizada en el talón.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Identificar los posibles factores de riesgo asociados a la aparición de la fascitis plantar.

Objetivo secundario:

- Analizar la eficacia de los tratamientos utilizados en dicha patología.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha recurrido a la revisión bibliográfica de artículos científicos y revistas especializadas, en diversas bases de datos tales como PubMed, Cochrane, Fisterra, usando como términos de búsqueda los siguientes: fascia plantar, corredor, fisioterapia.

4 Resultados

La fascitis plantar mayoritariamente tiene un origen desconocido que se asocia a un componente multifactorial, lo que incluye numerosos factores de riesgos que pueden ser tanto intrínsecos (relacionados con factores anatómicos y funcionales) como extrínsecos (no están relacionados con el cuerpo):
Factores intrínsecos:
- Edad.
- Obesidad o aumento de peso.
- Enfermedades sistémicas (artritis reumatoide, diabetes…).
- Infecciones (retroviral y raramente infección gonocócica o tuberculosis).
- Fármacos (quimioterapia).
- Pie plano (arco caído).
- Pie varo.
- Valgo o varo del retropié.
- Alineación de la rodilla.
- Rango de movilidad del tobillo
- Musculatura intrínseca del pie y flexora plantar débil.
- Acortamiento del tendón de Aquiles.
- Dismetría de miembros inferiores.
Factores extrínsecos:
- Prácticas deportivas con material inadecuado.
- Mala ejecución del ejercicio deportivo.
- Superficies de entrenamiento irregulares.
- Posiciones incorrectas durante un periodo de tiempo, (por ejemplo, durante el sueño), que favorezca la sobrecarga de la musculatura de la zona posterior de la pierna.
- Golpes de repetición en la zona afectada (microtraumas).
- Manipulación de cargas excesivas.

- Los atletas en los entrenamientos deportivos, se involucran demasiado rápido en el aumento de la distancia, la intensidad, la duración o la frecuencia de las actividades aumentando el impacto repetitivo en los pies en carga.

Tras realizar una revisión bibliográfica actualizada sobre el tratamiento de la fascitis plantar, se encontró que existen múltiples opciones terapéuticas, pero su eficacia es variable y no hay evidencia fuerte del beneficio de ninguna modalidad tratamiento.

Únicamente se encontró limitada evidencia de beneficio con la utilización de taloneras blandas, junto con la realización de cinesiterapia, principalmente ejercicios específicos de estiramiento de la fascia plantar. Con las infiltraciones y la iontoforesis con corticoides también se ha demostrado beneficio, aunque limitado y a corto plazo.

5 Discusión-Conclusión

Los objetivos del tratamiento de la fascitis plantar son aliviar el dolor, ayudar al paciente a reanudar con seguridad la actividad deportiva y proporcionar educación sobre la prevención de la recaída.

En los atletas es importante el reposo, paciencia y una correcta recuperación para evitar la reaparición de la lesión. Es necesario, en ocasiones, un largo periodo para una recuperación por completo de la lesión y eso es uno de los aspectos que más preocupa al atleta. Sin embargo, esta lesión se puede prevenir teniendo en cuenta diferentes factores.

Lo recomendable para ello es calentar con una carrera suave de 5 a 10 minutos previa al entrenamiento y al finalizar el entrenamiento, además de unos estiramientos generales, es necesario realizar otros estiramientos específicos de la planta del pie. Es imprescindible una buena elección de la zapatilla deportiva. Esta debe ser confortable y del tamaño adecuado. Deberíamos considerar la carga de entrenamiento, el tipo de entrenamiento y la frecuencia del mismo.

La combinación de varias técnicas de tratamiento parece ser más efectiva que la utilización de una de ellas de forma aislada.

6 Bibliografía

1. Schwartz EN, Su J. Plantar fascitis: a concise review. Perm J. 2014; 18(1): e105-7. PubMed PMID: 24626080.

2. Lareau CR, Sawyer GA, Wang JH, DiGiovanni CW. Plantar and medial heel pain: diagnosis and management. J Am Acad Orthop Surg. 2014;22(6):372-80.

PubMed PMID: 24860133.
3. Beeson P. Plantar fasciopathy: revisiting the risk factors. Foot Ankle Surg. 2014;20(3):160-5. PubMed PMID: 25103701.
4. Buchbinder R. Plantar fasciitis. En: Isaac Z, Ramirez Curtis M, editors.
5. Young C. In the clinic. Plantar Fasciitis. Ann Intern Med. 2012,156: ITC1-1-15. PubMed. PMID: 22213510.
6. Rouvière H, Delmas A. Anatomía humana, descriptiva, topográfica y funcional. Vol 3. Barcelona. 11ª ed. Masson 2005.
7. Martin RL, Davenport TE, Reischl SF, McPoil TG, Matheson JW, Wukich DK, et al; American Physical Therapy Association. Heel pain-plantar fasciitis: revision 2014. J Orthop Sports Phys Ther. 2014;44(11): A1-33. PubMed PMID: 25361863.
8. Michael Tuggy, MD, Clinical Associate Professor, University of Washington School of Medicine, and Director, Swedish Family Medicine-First Hill, Swedish Medical Center, Seattle, Washington; Mary Gillam, MD, Contributing Editor, First Consult, Reed Elsevier, Philadelphia, Pennsylvania. Publicado July 31, 2013. Última actualización July 30, 2013.
9. Thing J, Maruthapp M,Rogers J. Diagnosis and management of plantar fasciitis in primaty care. Br j Gen pract. 2012 Aug;62(601):443-4.
10. Yu-Ching Lin MD, John Y. Kwon MD, Mohammad Ghorbanhoseini MD y Jim S. Wu MDRadiologic Clinics of North America, 2016-09-01, Volúmen 54, Número 5, Páginas 951-968.
11. David P. Fessell MD y Jon A. Jacobson MD, Radiologic Clinics of North America, 2008-11-01, Volúmen 46, Número 6, Páginas1027-1043.
12. Bernard M. Abramsy Howard J. Waldman, Electromyography and Evoked Potentials, Practical Management of Pain, 14, 162-184.e4. 2014.
13. S. Brent Brotzman MD. Rehabilitación ortopédica clínica, 5, 315-370. Elservier. España. 2012.
14. Yu-Ching Lin MD, John Y. Kwon MD, Mohammad Ghorbanhoseini MD y Jim S. Wu MDRadiologic Clinics of North America, 2016-09-01, Volúmen 54, Número 5, Páginas 951-968.
15. Francisco B, Giovanni U. Corredores: bases científicas para la elección de calzado y prevención de lesiones. Rev. Med. Clin. Conde-2012: 23(3) 332-336.
16. Días Loper, A.M. Gúzman Carrasco,P Revision Sistemica efectividad de distintas terapias físicas en el tratamiento conservador de la fascitis plantar. Rev.Esp. Salud Pública 88:157-178. Vol.1, enero-febrero 2014.
17. Ayo Guilcaso, Verónica Lorena, Fascitis_plantar; crioterapia, criocinetica,1, mayo 2016.
18. Wright W.G., Ivanenko Y.P., and Gurfinkel V.S.: Foot anatomy specialization

for postural sensation and control. J Neurophysiol 2012; 107: pp. 1513-1521.
19. Bové T. La filosofía del vendaje funcional. Vol.3. Barcelona. 6ª Ed. Elsevier. España. 2016.
20. Torrijos,A.; Abián-Vicén,J.; Abián,P.; Abián,M(2016) Plantar fasciitis treatment.Journal of Sport and Health Research.1(2):123-131.
21. Singapore Med J Publicado February 1, 2017. Volúmen 58, Número 2; Páginas 92-97 Thiagarajah AG1.
22. Días López AM. Guzmán Carrasco, P.Efectividad de distintas terapias físicas en el tratamiento conservador de la fascicits plantar. Rev.Esp Salud Públicca 2014; 88:157-178.
23. Abat, F.; Valles, S.L.… Publicado July 1, 2014. Volume 58, Issue 4. Páginas 201-205. © 2013.
24. Minaya Muñoz, F.; Valera Garrido, F.… Publicado September 1, 2012. Volume 34, Issue 5. Páginas 208-215. © 2012.

Capítulo 1063

TRATAMIENTO FISIOTERAPICO DE LA FIBROMIALGIA

CELESTINO GARCIA CAPILLA

1 Introducción

La fibromialgia es una enfermedad crónica que causa con dolor en múltiples zonas del cuerpo además de un cansancio que se muestra de forma generalizada a quienes la padecen, considerándose una enfermedad reumática más entre las ya existentes.

Se tiene la creencia de que los síntomas de la fibromialgia son causados por la disminución de las sustancias que normalmente protegen a los seres humanos del dolor.

La fibromialgia es una enfermedad frecuente, ya que entre el 1 y 3% de la población la perece, y puede presentarse asociada a otras enfermedades. Sus síntomas suelen ser confusos hasta que es diagosticada de manera definitiva al ser estos muy comunes, son fácilmente confundidos con otras patologías de diversas especialidades cómo digestivo, cardiacos, psiquiátricos….

2 Objetivos

Estudiar el diagnóstico y tratamiento en la enfermedad de la fibromialgia analizando el impacto que tiene en el paciente.

3 Metodología

Se ha realizado una ponderación teórica de diversos artículos, trabajos científicos y bibliográficos para el estudio. Realizamos consultas en diversas bases de datos como: Madline, Pubmed, Scielo. Utilizando los siguientes descriptores, "dolor", "fibromialgia", "fisioterapia".

4 Resultados

Como resultado de esta investigación bibliográfica, se constata que en un paciente diagnosticado de fibromialgia los efectos de la fisioterapia en forma de ejercicio moderado,y tonificante realizado de forma continua en el tiempo ofrecen unos resultados que redundan en una mayor calidad de vida tanto en lo que al plano físico se refiere como al psicológico.

El abordaje de esta patología requiere de un tratamiento multidisciplinar que englobe a diferentes especialidades médicas (reumatología, traumatología, médico rehabilitador, nutriciónista, psicólogo… etc) para asegurar una cobertura total desde los diferentes prismas que se hacen imprescindibles para luchar contra la incapacidad que ocasiona esta enfermedad.

5 Discusión-Conclusión

Debemos tener presente en todo momento y así hacerselo comprender a nuestro paciente que a día de hoy no hay curación total para esta enfermedad.

Esto no excluye que un diagnóstico acertado y temprano de la patología supongan un paso decisivo para su abordaje y posterior éxito del tratamiento elegido.

Es necesaria la colaboración multidisciplinaria entre los diferentes equipos médicos para garantizar el mínimo impacto de la enfermedad sobre el paciente.

Los programas de fisioterapia y ejercicio fisico con entrenamiento de fuerza son imprescindibles y no deben faltar en ningún momento del tratamientos a lo largo de la evolución de la enfermedad.

Es necesario concienciar y mentalizar al paciente del caracter crónico de su enfermedad y hacerle saber que no por ello debe cesar en su enfuerzo diario en mantener las pautas de tratamiento establecidas por sus médicos y fisioterapeuta.

En cuanto al futuro de esta enfermedad podemos decir que las Investigaciones actuales nos muestran grandes avances significativos relacionados entre el cuerpo y la respuesta a estímulos externos, no tardaremos en ver tratamientos mas eficaces.

6 Bibliografía

-Hodgson, C.L, y Tipping, C.J.(2016). Physicoterapy management of intensive care unit-aquires weakness.Journal of Physiotherapy,63,4-10.
-Parece JM. Miofascial pain, fibromyalgia or fibrositis. Eur Neurol 2004;52(2):67-72.
-Estefani GA, Arice MC. Diagnóstico diferencial e a fisioterapia ma fibromialgia e síndrome miofascial. Fisioter Mov 2002;14(2):47-51.
-Ramesey SM. Holistic manual therapy techniques. Prim Care 1997;24(4):759-86

Capítulo 1064

CASO CLÍNICO: EPICONDILITIS LATERAL O CODO DE TENISTA.

SILVIA FERNANDEZ MENENDEZ

SANDRA VILLA SÁNCHEZ

MARIA DEL ROCIO FERNANDEZ MENENDEZ

NOELIA FERNANDEZ GÓMEZ

SARA FREIJE ZAZO

1 Introducción

La epicondilitis, o codo de tenista, es la afectación más común entre las patologías musculoesqueléticas de la articulación del codo, siendo crónica en el 80% de casos. Es una tendinosis que afecta a los músculos que se insertan en el epicóndilo lateral del húmero y se caracteriza por un dolor sobre este que puede irradiar hacia el antebrazo. Los músculos principalmente afectados son: extensor radial corto del carpo, extensor común de los dedos, extensor cubital del carpo y extensor del meñique.

Sintomatología:
Su síntoma principal es el dolor, que aumenta a la palpación, presión y movilización. Su origen es insidioso al comienzo de la actividad, aunque en la mayoría de las pacientes desaparece con el calentamiento. Además, conlleva atrofia muscular y pérdida de funcionalidad.

Etiología y epidemiología:
La epicondilitis tiene una etiología multifactorial, aunque su principal factor de riesgo es el sobreuso. Además, influyen los movimientos repetitivos, las altas cargas, las vibraciones y las posturas fijas. Está altamente relacionada con los factores ocupacionales, siendo frecuente en el brazo dominante de empleados manuales o de fábricas, cirujanos o cocineros, teniendo una prevalencia del 12% en la población trabajadora.

En el mundo del deporte, el 50% de los tenistas y demás jugadores de raqueta padecen esta patología al menos una vez durante su carrera profesional por lo que se denomina "codo de tenista". En ellos, el aumento de la frecuencia y tiempo de juego y/o entrenamientos, el escaso calentamiento y el mayor tamaño del mango de la raqueta son considerados factores de riesgo.

2 Objetivos

- Recuperar la fuerza muscular de los músculos implicados en los movimientos de extensión de muñeca y prensión de la mano.
- Volver a realizar su deporte.
- Conseguir la regeneración del tendón conjunto.

3 Caso clínico

Historia actual
Desde enero de 2019, el paciente padece dolor en el codo derecho al jugar a los bolos, en la modalidad de cuatreada, deporte al que lleva años jugando a nivel amateur, aunque con mucha regularidad y participando en torneos casi todas las semanas.

El dolor le impide entrenar y practicar este deporte. Al principio cuando apareció el dolor, el paciente compró una codera en una ortopedia y le alivió durante unas semanas, siguió entrenando y compitiendo con buenas sensaciones, pero a los quince días el dolor era tan insoportable que tuvo que dejar de realizar el deporte. La primera vez que acude a la clínica de fisioterapia es a principios de febrero por recomendación de un compañero de profesión.

Cuando acude a consulta, el paciente llevaba un mes de evolución y fue diagnos-

ticado de epicondilitis. El paciente creía que el dolor se debía a un sobreesfuerzo por el deporte que practica.
En la modalidad de cuatreada, se coge la bola con la palma de la mano y los dedos en garra, se flexiona el codo con la palma mirando hacia nosotros, y desde esa posición, se realiza flexión palmar de muñeca, supinación máxima del antebrazo e inclinación cubital de muñeca, de manera que los músculos epicondíleos están en máxima tensión. La bola se lanza desde esta posición a los bolos que están a 25 metros desde la zona de lanzamiento.

El paciente lleva 7 sesiones de fisioterapia y a fecha del jueves 15 de marzo cree que está recuperado al 80% de su lesión. Afirma que, pese a que la lesión no le impide realizar ninguna actividad en su vida diaria, quiere recuperarse por completo para poder seguir disfrutando y practicando el deporte que le gusta.
Asegura que va a seguir acudiendo a fisioterapia hasta que se solucione el problema del todo, y posteriormente, una vez que se le dé el alta, va a seguir acudiendo como método de prevención.

Antecedentes
- No presenta antecedentes quirúrgicos ni alergias conocidas
- En 2017 tuvo una caída al salir del garaje donde guarda su coche. Al principio no le da importancia y continúa con su vida normal, pero al cabo de unos días acude a un fisioterapeuta por dolor en el hombro derecho, mismo miembro superior que la epicondilalgia. No va al médico porque afirma que se trata de un dolor muscular y da 5 sesiones en una clínica de fisioterapia privada diferente a la actual, en la que recibe masajes en la cintura escapular y estiramientos de la musculatura implicada. Recibe el alta y no ha vuelto a tener problemas en dicho hombro. El paciente no cree que el problema actual del codo tenga relación con este episodio.

Evaluación Fisioterápica
Valoración Clínica:
- Datos personales: varón de 43 años.
- Ocupación: taxista
- Hobbies: jugador amateur de bolos cuatreada, entrena una vez por semana y compite a nivel regional en un equipo de bolos. El periodo de competición comienza en marzo, y finaliza en octubre-noviembre, la frecuencia de competiciones es 2-3 veces al mes y cada una de ellas dura 2-3 días.
- Dolor: ahora mismo sólo tiene dolor al practicar el deporte, entrenando o com-

pitiendo. En el resto de sus actividades de la vida diaria no tiene dolor, aunque sí que siente ligeras molestias durante su jornada de trabajo, ya que padece dolor cuando tiene que coger las maletas de los clientes para meterlas en el maletero y también le molesta al cambiar de marchas. No tiene molestias al manejar el volante ni en ninguna otra actividad.

Valoración Visual:
- Posición de reposo: en decúbito supino el codo lo lleva en ligera flexión y pronación con rotación interna de hombro. El paciente asegura que en esta posición no tiene molestias.
- En las primeras sesiones se apreciaba un ligero edema en la zona del epicóndilo, el cual ya ha desaparecido.
- En la ecografía se ve que el tendón conjunto de los músculos epicondíleos está degenerado y se puede apreciar hipoecogeneidad en estos músculos, lo que se relaciona con una entesopatía. Se comparó con el codo izquierdo viéndose una imagen diferente.

Valoración Funcional:
El primer día hicimos unos test funcionales específicos para la epicondilitis:
- Prueba de la silla (Chair Test): paciente en bipedestación, con el brazo en extensión y el antebrazo en pronación le pedimos que levante una silla.
- Prueba de Thomson (signo del codo de tenista): paciente en bipedestación, con el codo extendido y la mano en ligera flexión dorsal le pedimos que cierre el puño. Con una mano, el fisioterapeuta fija la articulación de la muñeca del paciente por la cara ventral mientras que con la otra sujeta el puño. El paciente debe realizar extensión de muñeca contra la resistencia del fisioterapeuta que a su vez intenta llevar el puño a flexión ejerciendo presión para vencer la oposición del paciente.
- Prueba de Mill: paciente en bipedestación con el brazo en ligera pronación, el codo en flexión y la mano en extensión dorsal. Con una mano el fisioterapeuta sujeta la articulación del codo y la otra la coloca en la parte lateral del tercio distal del antebrazo. El paciente debe realizar una supinación de antebrazo venciendo la resistencia aplicada por el fisioterapeuta.
- Prueba de estrés con movimiento: paciente en sedestación. El fisioterapeuta se coloca por detrás del paciente y palpa el epicóndilo mientras el paciente realiza un movimiento de flexión de mano y codo y extensión de codo con pronación de antebrazo. La pronación y la flexión de la mano producen una mayor sobrecarga sobre los tendones de la musculatura extensora.
- Prueba de Cozen: paciente en sedestación con el codo en flexión y muñeca en

flexión dorsal (mano en puño). El fisioterapeuta fija la articulación del codo con una mano, y apoyará la otra sobre el puño del paciente. Le pedimos al paciente que realice una extensión de muñeca contra la resistencia del fisioterapeuta o que resista la flexión que intentará realizarle.
- Maniobra de Mills (estiramiento pasivo): paciente en sedestación, fisioterapeuta de pie del lado a examinar. Con la mano distal, el fisioterapeuta prona el antebrazo y flexiona los dedos y la muñeca del paciente a la vez que lleva el hombro a rotación interna y abducción de 90º. La mano proximal asegura la extensión de codo, necesaria para el estiramiento, al mismo tiempo que valora la tensión muscular de la zona.

En todas las pruebas se valora la aparición de dolor intenso en el epicóndilo y/o irradiación hacia la musculatura extensora radial, signo indicativo de epicondilitis. La patología músculo-tendinosa debe diferenciarse de las epicondilalgias producidas por afectación radicular, neuropatía por atrapamiento o artropatía degenerativa.
Estos test el primer día resultaron positivos concordando con el diagnóstico realizado con la valoración visual.

Valoración Manual:
- No hay pérdida del rango de movimiento.
- Hay dolor a la palpación en la inserción de los músculos, es decir, en el epicóndilo.

Diagnóstico de Fisioterapia:
El paciente presenta pérdida de fuerza en la extensión de la muñeca y en la prensión de la mano, las cuales le impiden realizar su deporte, bolos en modalidad cuatreada, y en su trabajo a la hora de coger maletas.

Plan Terapéutico/ Tratamiento:
El paciente acude una vez a la semana a la clínica privada, ya que la EPI solo se puede poner un día a la semana. El tratamiento consistía en:

Masaje:
Se le pautó masaje de descarga de los músculos epicondíleos, para ello se le realizaron maniobras de amasamiento y pases neuromusculares en la zona. A continuación, realizamos masaje transversal profundo o de tipo cyriax, con el fin de

conseguir la correcta reorganización de las fibras.
Cyriax se realiza utilizando el 2º y 3º dedo formando una unidad. Es un tipo específico de masaje de tejido conectivo aplicado precisamente en las estructuras de tejidos blandos tales como tendones. Se debe realizar en el lugar específico de la lesión, en este caso epicóndilo, con una profundidad tolerable para el paciente. Esta técnica se aplica transversalmente al tejido específico involucrado a diferencia del masaje superficial dado en dirección longitudinal.
Al acabar estas técnicas el paciente realiza estiramientos musculares para eliminar la tensión de los músculos de la cara externa y posterior del brazo.

Neuromodulación:
La neuromodulación es una técnica de fisioterapia invasiva que consiste en la estimulación eléctrica a través de una aguja con guía ecográfica de un nervio periférico en algún punto de su trayecto o de un músculo en un punto motor con un objetivo terapéutico, modular de manera directa al sistema nervioso periférico y de manera indirecta al sistema nervioso central y modificar los patrones neurales de reorganización morfológica y funcional electroquímica. Los tejidos diana pueden ser piel, músculos, nervios, ligamentos, tendones, cápsulas, periostio o estructuras vasculares.

Es una técnica que induce neuroplasticidad tanto periférica como central y produce:
- Denervación de terminales nerviosos
- Modificación del microambiente de sustancias sensibilizantes que actúan sobre las fibras aferentes somáticas, eferentes somáticas y posganglionares simpáticas
- Optimización de la fuerza muscular: velocidad de reclutamiento y tiempos de fatiga
- Optimización del sistema sensorial y autonómico.

El dolor es la respuesta a la estimulación de los nociceptores periféricos y produce respuestas adaptativas tanto sensitivas como motoras y autonómicas, por ejemplo, hiperalgesia primaria a nivel periférico o disminución de la inhibición a nivel central. El tratamiento se inicia con una evaluación exhaustiva en la que se tiene en cuenta el dermatoma, miotoma, esclerotoma, SN autónomo y movimiento de la zona a tratar y se establecen objetivos y el procedimiento a seguir.

La neuromodulación produce diferentes efectos asociados a dos elementos terapéuticos, la aguja y la corriente eléctrica:
- A nivel sensorial: Depresión central nociceptiva e inhibición de la actividad

espontánea neuronal y activación de áreas corticales, subcorticales y cerebelosas y modulación de la neuroplasticidad
- A nivel motor: mejora el proceso electroquímico de la sinapsis entre motoneurona y fibras musculares, cambia la respuesta en los aferentes sensitivos musculares y produce una reducción en el tono muscular, velocidad de contracción, fuerza contráctil, patrón de reclutamiento y control motor.

En el caso de la epicondialgia la neuromodulación se realiza en el nervio radial con cinco posibles puntos situados entre el trayecto de éste entre la cabeza del húmero y el codo, en la clínica se hacía en dos puntos, a nivel supracondíleo e infracondíleo.

Punción Seca:

La punción seca (PS) es una técnica invasiva de fisioterapia consiste en el empleo del estímulo mecánico de una aguja como agente físico para el tratamiento del síndrome de dolor miofascial causado por los puntos gatillo miofasciales (PGM) que de acuerdo con la teoría etiopatogénica más aceptada en la actualidad son pequeñas contracturas musculares causadas por placas motoras disfuncionales que dan lugar a la aparición de bandas tensas identificables por palpación.

Las técnicas de PS pueden clasificarse atendiendo a diferentes criterios, aunque la clasificación más habitual se hace en función de que la aguja alcance o no al PGM. Se habla entonces de técnicas de PS superficial cuando la aguja se queda en los tejidos suprayacentes al PGM, o de técnicas de PS profunda cuando la aguja atraviesa el PGM. Ejemplos de la primera son la técnica de Fu y la técnica de Baldry y de la segunda son la técnica de entrada y salida rápidas de Hong. Se ha comprobado en diferentes estudios que esta técnica es capaz de inhibir el ruido de placa en las zonas tratadas y causar una inmediata reducción de la concentración de las sustancias sensibilizantes existentes en la zona del PGM lo cual podría explicar sus frecuentemente inmediatos efectos en la reducción del dolor.

El uso de la punción seca en el tratamiento de las epicondilalgias es uno de los tratamientos de elección, especialmente en aquellas con un alto componente miofascial, tratando los posibles PGM que se encuentren en aquellos músculos que se insertan en el codo. También hay que tener en cuenta que además de la eliminación del PGM es necesario un adecuado control de los factores etiológicos y perpetuadores.

Se aplicó punción seca con la técnica de Hong en los músculos extensor común de los dedos, supinador largo y supinador corto, ancóneo y extensores radiales.

Electrólisis Percutánea Intratisular:
Aplicábamos la técnica EPI en la inserción del tendón conjunto de los músculos epicondíleos. La electrolisis percutánea intratisular (EPI) es una técnica de fisioterapia invasiva que consiste en la aplicación de una corriente continua (galvánica), es decir, ininterrumpida y de intensidad constante, a través de una aguja de punción que actúa como electrodo negativo (cátodo) y que, mediante control ecográfico, va a provocar una reacción electroquímica en la región degenerada.

Los efectos deseados de esta técnica son, por un lado, la eliminación de la porción degenerada del tendón y, por otro lado, el desarrollo de un proceso inflamatorio extremadamente localizado y controlado que puede conseguir un proceso de recuperación del tendón.
La técnica EPI era aplicada en el tendón conjunto de los músculos epicondíleos, con una intensidad de 1mA y en torno a 7 aplicaciones a lo largo del tendón para cubrir toda el área lesionada.

Otros Recursos:
Dentro de este apartado de otras opciones de tratamiento queremos destacar la opción de la terapia física basada en el ejercicio. Tendremos como objetivo principal fortalecer la musculatura para lo que vamos a empezar con ejercicios isométricos, siempre a tolerancia del paciente.

Los ejercicios isométricos han demostrado un efecto analgésico basado en mecanismos endógenos. Gracias a este tipo de ejercicios se consigue reducir el dolor a través de una alteración en la conducción de información aferente nocioceptiva hacia el sistema nervioso central. En los últimos años los ejercicios isométricos de la articulación de la muñeca realizados en el plano sagital han sido bastante populares, por lo que una buena opción sería empezar con las prono-supinaciones, aunque no hay que olvidar trabajar en el resto de planos.

La progresión pautada continuaría hacia los ejercicios excéntricos (también se ha demostrado su eficacia en tendinopatías) y el paso siguiente sería trabajar la fase concéntrica de los movimientos una vez que hayamos conseguido eliminar por completo el dolor, o reducirlo de forma notable. Es común sentir molestias durante la realización de ejercicios, siempre que consigamos que el paciente lo

tolere sin ningún tipo de esfuerzo seguiremos evolucionando, pero en caso de superar un valor subjetivo de 4/10 realizaríamos una regresión o algún tipo de modificación en la intervención.

Otro de los aspectos importantes a tener en cuenta es el estiramiento de la musculatura. Para ello además de estiramientos estáticos, vamos a incluir estiramientos dinámicos con el fin de ganar movilidad. La diferencia entre ambas modalidades reside en los resultados obtenidos. Mientras los estiramientos dinámicos producen un aumento del ROM a corto plazo, la movilidad dinámica nos permitirá mantener estos progresos a largo plazo. Para realizar los estiramientos es importante conocer la anatomía de la musculatura, concretamente las inserciones proximales de los extensores radiales del carpo largo y corto.

El largo se inserta por encima de la articulación del codo, mientras que el corto lo hace por debajo, por lo tanto, los estiramientos que se realizan con la flexión palmar de la muñeca, deben aplicarse tanto con el codo estirado como con él flexionado. En el caso del estiramiento del extensor radial largo del carpo, el hecho de tener el codo estirado también implica un estiramiento de músculo braquioradial o supinador largo, consiguiendo así un estiramiento más global que analítico. Es importante destacar que los estiramientos no deben producir dolor en ningún caso, ya que buscamos sensación de alivio. Dentro de este apartado también podríamos incluir estiramientos realizados con ejercicios excéntricos de una duración entre 3 y 5 segundos, realizando la fase concéntrica de manera asistida o auto-asistida para así no contrarrestar el efecto previo.

4 Discusión-Conclusión

Debemos hacer entender a nuestro paciente que como cualquier lesión y como en cualquier trabajo o entrenamiento debemos introducir un periodo de reposo, y sobre todo en este caso ya que la tendinopatía suele producirse, la mayoría de veces, por sobreuso. Cuando hablamos de reposo no hablamos de un reposo absoluto sino de un empleo, en mayor proporción, de la articulación contralateral sana por ejemplo, o de la aplicación de crioterapia al final del día o de la tarea ya que es muy probable que todo el complejo articular esté sobrecargado.

También nos referimos a la higiene postural dentro de este apartado, por lo que es importante instruir y concienciar al paciente acerca de este punto.
Al empezar y al finalizar cada sesión realizábamos 3 pruebas para testar el dolor y la fuerza muscular del paciente con el fin de comprobar la eficacia del

tratamiento:
- Agarrar la mano del fisioterapeuta y apretar fuerte.
- Con el paciente en decúbito supino y el antebrazo apoyado en la camilla, el fisioterapeuta le pide extensión de muñeca desde flexión dorsal máxima (contracción isométrica), y desde posición neutra le pide una contracción concéntrica resistida de los músculos.

A medida que pasaban las sesiones, el paciente acudía a consulta con menos dolor e impotencia funcional que en la sesión anterior. Al finalizar cada sesión se le volvían a repetir estas pruebas y el paciente mejoraba sus sensaciones respecto a las previas a la sesión. A fecha 15 de marzo, último día que vimos al paciente, este afirma que está recuperado al 80% de la lesión; ese mismo día repetimos los test funcionales específicos para la epicondilitis, resultando todos ellos negativos, lo que objetiva la efectividad positiva del tratamiento.
El fisioterapeuta pronostica que después de 2 sesiones más (es decir, 2 semanas), el paciente podría estar totalmente recuperado.

5 Bibliografía

1. Ahmad Z, Siddiqui N, Malik SS, Abdus-Samee M, Tytherleigh-Strong G, Rushton N. Lateral epicondylitis. Bone Joint J. 2013;95(9):1158–1164.
2. Bisset LM, Vicenzino B. Physiotherapy management of lateral epicondylalgia. Journal of Physiotherapy. octubre de 2015;61(4):174-81.
3. Wilson JJ, Best TM. Common Overuse Tendon Problems: A Review and Recommendations for Treatment. AFP. 1 de septiembre de 2005;72(5):811-8.
4. Gruchow HW, Pelletier D. An epidemiologic study of tennis elbow: incidence, recurrence, and effectiveness of prevention strategies. The American Journal of Sports Medicine. 1979;7(4):234–238.
5. Shiri R, Viikari-Juntura E. Lateral and medial epicondylitis: Role of occupational factors. Best Practice & Research Clinical Rheumatology. febrero de 2011;25(1):43-57.
6. Backup M. Articulación del codo. En: Elsevier España.SL. Pruebas clínicas para patología ósea, articular y muscular. 5ª ed. Barcelona: Masson; 2014. p. 136-52.
7. Jurado A., Medina I. Codo, muñeca y mano. En: Paidotribo. Manual de pruebas diagnósticas: traumatología y ortopedia. Barcelona: Paidotribo, 1ª edición; 2002:133-171.
8. Stasinopoulos D, Johnson M. Cyriax phisiotherapy for tennis elbow lateral epicondylitis. Sports Med. 2004;38:675–677.

9. Castellet A. Guía para el autocuidado de la musculatura. Edika Med S.L. Barcelona, 1º edición 2008; 22-79
10. Valera F, Minaya F. Fisioterapia invasiva. 1ª edición. Barcelona. Elsevier. 2013
11. Sanchez-Ibañez JM, Colmena C, Benabent J, Garcia-Her- reros S, Valles SL. New Technique in Tendon Sport Recovery. Percutaneous Electrolysis Intratissue (EPI®). Int J Phys Med Rehabil. 2013;1(2):1000113
12. Naugle KM, Fillingim RB, Riley JL. A Meta-Analytic Review of the Hypoalgesic Effects of Exercise. The Journal of Pain. diciembre de 2012;13(12):1139-50.
13. Koltyn KF. Analgesia following exercise. Sports medicine. 2000;29(2):85–98.
14. Koltyn KF. Exercise-induced hypoalgesia and intensity of exercise. Sports medicine. 2002;32(8):477–487.
15. Smith A, Ritchie C, Pedler A, McCamley K, Roberts K, Sterling M. Exercise induced hypoalgesia is elicited by isometric, but not aerobic exercise in individuals with chronic whiplash associated disorders. Scandinavian Journal of Pain [Internet]. 29 de diciembre de 2017 [citado 12 de marzo de 2018];15(1). Disponible en: http://www.degruyter.com/view/j/sjpain.2017.15.issue-1/j.sjpain.2016.11.007/j.sjpain.2016.11.007.xml
16. Vaegter HB, Madsen AB, Handberg G, Graven-Nielsen T. Kinesiophobia is associated with pain intensity but not pain sensitivity before and after exercise: an explorative analysis. Physiotherapy [Internet]. octubre de 2017 [citado 12 de marzo de 2018]; Disponible en: http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0031940617300901
17. Koltyn KF, Brellenthin AG, Cook DB, Sehgal N, Hillard C. Mechanisms of Exercise-Induced Hypoalgesia. The Journal of Pain. diciembre de 2014;15(12):1294-304.
18. Naugle KM, Naugle KE, Riley JL. Reduced Modulation of Pain in Older Adults After Isometric and Aerobic Exercise. The Journal of Pain. junio de 2016;17(6):719-28.
19. Murtaugh B, Ihm JM. Eccentric training for the treatment of tendinopathies. Current sports medicine reports. 2013;12(3):175–182.
20. Maffulli N, Longo UG. How do eccentric exercises work in tendinopathy? Rheumatology. 13 de agosto de 2008;47(10):1444-5.

Capítulo 1065

MASAJE TRANSVERSO PROFUNDO COMO TÉCNICA PARA REDUCIR LA ESPASTICIDAD

ISIDRO TORRES PAREJO

PAULA BLANCO DEL VALLE

1 Introducción

El aprendizaje de las causas y efectos de la espasticidad es muy importante para proporcionar un tratamiento eficaz de fisioterapia para pacientes con patología del sistema nervioso. Se define como una resistencia al estiramiento, una hipertonía muscular que provoca una contracción mantenida del músculo. Produce secundariamente cambios en la postura, perdida de motricidad fina, disminución de las amplitudes articulares, dolor, etcétera. Afecta a muy diversas patologías como son la parálisis cerebral, el daño cerebral adquirido, la lesión medular, traumatismos cráneo-encefálicos, esclerosis múltiple, esclerosis lateral amiotrófica y otras muy diversas afecciones.

Para evaluar la espasticidad, las escalas más conocidas que se usan son la escala de Ashworth y la de Tardieu. . Para su tratamiento se usan tradicionalmente técnicas farmacológicas (baclofeno, benzodiacepinas); quirúrgicas (bomba de baclofeno); ortopédicas (férulas); estiramientos; tratamientos posturales; masaje, etc.

El masaje transverso profundo es una fricción que se usa en tejidos blandos, que se lleva utilizando más de 50 años, sobre todo para afecciones tendinosas o mus-

culares. Reduce adherenicas, produce analgesia, hiperemia local y moviliza los planos profundos de las fibras musculares y tendinosas.

2 Objetivos

- Definir la evidencia disponible sobre el tratamiento de la espasticidad con masaje transverso profundo.
- Establecer su utilidad frente a otras opciones de tratamiento disponibles en la actualidad.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica principalmente en Pubmed; también en las bases de datos Scielo y peDRo. Se han utilizado los descriptores: masaje transverso profundo, espasticidad, fisioterapia. Se han revisado artículos en castellano y en inglés.

4 Resultados

En términos generales, no se obtuvieron beneficios significativos a corto plazo, en períodos inferiores a seis semanas, del tratamiento con masaje transverso profundo para la espasticidad si lo comparamos con los grupos de no tratamiento.

El análisis de la espasticidad después de seis semanas sí muestra, sin embargo, beneficios significativos, medidos con las escalas de valoración convencionales. El masaje mejoró la circulación linfática y sanguínea, también alivió el dolor muscular y aumentó la relajación, se puede decir también que disminuyó el reflejo de estiramiento causante en gran parte de la espasticidad. Los beneficios del masaje transverso profundo se encontraron incluso en zonas distales y proximales a los puntos concretos del tratamiento.

Es interesante, de manera paralela a la evaluación de la espasticidad, determinar si se produce un cambio en la funcionalidad de estos pacientes. Los resultados no fueron concluyentes, no cambiaron significativamente entre los grupos estudiados y no se puede afirmar con rotundidad que se produjo un progreso en las capacidades de los pacientes estudiados.

5 Discusión-Conclusión

El masaje transverso profundo tiene efectos locales sobre el músculo ampliamente conocidos (circulatorios, aumento de la elasticidad…) que producen un "feedback" que es capaz de producir cambios en el tono. Por otro lado, también produce efectos centrales sobre el sistema nervioso (cambios en el tono, estimulación del sistema nervioso parasimpático que produce relajación…). Todos estos cambios tienen consecuencia directa sobre la espasticidad.

Los resultados obtenidos de esta revisión indican que el enfoque con esta técnica tiene un beneficio sobre la hipertonía. Sin embargo, el tratamiento correcto no se debe entender a corto plazo, ya que la evidencia solo muestra beneficios a largo plazo.

El masaje transverso profundo, no obstante, nunca debe entenderse como una técnica aislada en el tratamiento del fisioterapeuta. Debe formar parte de una amplia gama de técnicas, que puedan personalizarse para enfocar cada paciente de manera individualizada.

6 Bibliografía

- Dwyer N, Neilson P, Nash J. Reduction of Spasticity in Cerebral Palsy Using Feedback of the Tonic Stretch Reflex; A Controlled Study. Dev Med Child Neurol. 1994; 36:770-86.
- Yoon Y-S, Yu K-P, Lee KJ, Kwak S-H, Kim JY. Development and application of a newly designed massage instrument for deep cross-friction massage in chronic non-specific low back pain. Ann Rehabil Med. 2012; 36:55-65.
- Rasool F, Memon AR, Kiyani MM, Sajjad AG. The effect of deep cross friction massage on spasticity of children with cerebral palsy:A double-blind randomised controlled trial. J Pak Med Assoc. 2017;67(1):87–91
- Martino D, Espay AJ, Fasano A, Morgante F. Disorders of Movement. Springer; 2016. Abnormalities of Muscle Tone; pp. 49–95. doi:10.1007/978-3-662-48468-5_2.

Capítulo 1066

ADHERENCIA A LA REALIZACIÓN DE LA HIGIENE DE MANOS

ELISA SAIZ GIRALDO

ÁLVARO FERNÁNDEZ SÁIZ

ANDREA FERNANDEZ SAIZ

PABLO PEÑA IGLESIAS

1 Introducción

La historia ha demostrado que el uso de una técnica correcta en la higiene de manos en el mundo sanitario reduce en un alto porcentaje la transmisión de infecciones, pero en la actualidad se observa que la adhesión del personal sanitario no siempre es la más adecuada. Esto incide negativamente en el proceso de atención al paciente y en su recuperación.

2 Objetivos

- Evaluar la efectividad del uso de una correcta técnica de higiene de manos aplicada en el lugar de trabajo.
- Observar y controlar la adhesión del personal sanitario a esta técnica.

3 Metodología

Como método para evaluar el cumplimiento del protocolo en la práctica asistencial:

- Se aplicó anualmente el Marco de Autoevaluación de la Organización Mundial de la Salud.
- Se utilizó la observación directa del cumplimiento de la higiene de manos.

4 Resultados

Los resultados de este estudio indican que el apego de los profesionales de la salud a la utilización de la higiene de manos como medida de prevención, en general, es menor al 60% a pesar de la sencillez y la efectividad de esta medida.

De todos ellos, el grupo que presenta mayor adherencia es el personal de Enfermería. Por otro lado, cuando se evaluó si se usaba la técnica correcta, se observó que apenas una cuarta parte de los trabajadores llevaron a cabo los cinco momentos del protocolo de la higiene de manos

5 Discusión-Conclusión

Tras los resultados obtenidos en este estudio se llegó a la conclusión de que la adhesión al protocolo de la higiene de manos entre el personal sanitario tiene que aumentar significativamente y para ello es necesario elaborar planes de mejora específicos, siendo decisiva la implicación de los directivos de los centros sanitarios y el uso de la observación directa como método habitual de trabajo.

Hay que fomentar el cumplimiento de las recomendaciones y el consumo de solución hidroalcohólica, ya que la fricción de las manos reduce el tiempo invertido en el lavado, además de reducir el consumo de agua.

6 Bibliografía

- Rev Esp Salud Pública. 2018;92: 19 de octubre e201810072.
- MerinoPlaza María José, Rodrigo-Bartual Vicenta, Boza-Cervilla Milagros, García-Llopis Ana, Gomez-Pajares Fernando, Carrera-Hueso Francisco Javier et al . Disponible en:http://scielo.isciii.es/scielo.php.

Capítulo 1067

LA SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES EN LA ATENCIÓN SANITARIA

ELISA SAIZ GIRALDO

ÁLVARO FERNÁNDEZ SÁIZ

ANDREA FERNANDEZ SAIZ

PABLO PEÑA IGLESIAS

1 Introducción

Históricamente, al valorar la satisfacción de los pacientes respecto a los profesionales sanitarios no ha tenido un papel relevante la comunicación entre ellos, primando más las competencias técnicas de los profesionales que ella, pero la tendencia está cambiando y actualmente es uno de los factores más importantes que determinan el grado de satisfacción de los pacientes con la atención recibida.

2 Objetivos

- Identificar y dar a conocer cuales son los factores fundamentales que determinan la satisfacción que sienten los pacientes respecto al trato recibido por los profesionales sanitarios.

3 Metodología

La metodología que hemos utilizado para conseguir este objetivo es realizar una búsqueda bibliográfica documental, usando palabras clave como satisfacción del paciente, relación terapéutica, comunicación, etc..Hemos buscado en páginas especializadas como Medline, Cuiden Plus, en revistas de corte científico y en bibliotecas virtuales del ámbito de la salud e identificamos 11 referencias de las cuales solo cuatro cumplen los criterios de inclusión.

4 Resultados

En esta revisión bibliográfica hemos identificado que los factores fundamentales que determinan la satisfacción de los pacientes son: accesibilidad, o sea, poder contactar fácilmente con los profesionales para plantearles sus necesidades, una capacidad de respuesta que sea eficiente y sin esperas injustificadas, profesionalidad y transmisión de credibilidad y veracidad por parte de los profesionales sanitarios.

Pero también consideran fundamental que se les escuche y establezcan con ellos una comunicación afectiva y asertiva en un lenguaje comprensible por ambas partes, que demuestren implicación en sus problemas y sean tratados con dignidad y empatía.

5 Discusión-Conclusión

Actualmente, las relaciones sanitarias entre los profesionales sanitarios y los pacientes han pasado de ser verticales a horizontales y adaptadas a las relaciones propias de la sociedad actual. Los pacientes demandan más información y participan en las decisiones sobre sus tratamientos y es muy importante para que se puedan sentir satisfechos que se establezca una comunicación de calidad entre ellos

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 1068

CASO CLÍNICO: TRATAMIENTO CONSERVADOR DEL SÍNDROME SUBACROMIAL MEDIANTE PROTOCOLO ESTANDARIZADO

SANDRA FERNÁNDEZ ÁLVAREZ

OLIVIA LORENCES FERNÁNDEZ

JAVIER FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ

MARIA JOSÉ GONZÁLEZ GONZÁLEZ

1 Introducción

El conocido como síndrome de pinzamiento subacromial (shoulder impingement syndrome) fue descrito por Neer en 1983 como resultante del pinzamiento mecánico del tendón del manguito rotador debajo de la parte anteroinferior del acromion, por uno o más de los diferentes componentes del arco acromial: acromion, articulación acromioclavicular, ligamento acromiocoracoideo y apófisis coracoides.

El Síndrome subacromial es una causa habitual de dolor de hombro. Engloba diversas alteraciones del espacio subacromial, incluidas:
- Tendinitis del manguito de los rotadores.
- Tendinitis del bíceps.
- Tendinitis calcificante.

- Bursitis subacromial.
- Rotura del manguito.

Existe controversia sobre su etiología, aunque la evidencia más fuerte apoya como causa principal la degeneración del manguito con la edad más que la lesión por sobreuso. De hecho, en un 70% de los casos ocurre en personas sedentarias que realizan trabajos ligeros y resulta frecuente también en el lado no dominante.

El dolor de hombro, que engloba de forma general al síndrome subacromial, es una de las patologías osteomusculares más frecuentes en atención primaria y especializada, llegando a tener una incidencia anual en atención primaria cercana al 1,2%2 o una incidencia estimada en población general entre 9-25 casos por 1000 habitantes/año.

Como factores de riesgo podemos destacar: la edad y la luxación glenohumeral previa, dado que está acompañada de la disrupción del manguito y la ocupación laboral, como en los oficios que mantienen una posición en abducción y levantan pesos, o realizan fuerza con el brazo por encima de su cabeza.

2 Objetivos

El objetivo de este estudio ha sido valorar la efectividad del protocolo de rehabilitación grupal que se aplica en el Unidad de Rehabilitación del H.U.C.A para mejorar la funcionalidad y el dolor en pacientes afectos de síndrome subacromial.

3 Caso clínico

Mujer de 54 años, ama de casa, diestra, sin antecedentes patológicos de importancia, que inicia cuadro de dolor espontáneo en la parte antero-lateral del hombro derecho, por lo que acude al servicio de atención primaria.

En una radiografía de hombro activo no se evidencian alteraciones en los tejidos blandos o a nivel articular, por lo que se maneja con antiinflamatorios no esteroides y reposo.

A pesar del tratamiento empleado, los síntomas persistieron y empeoraron, por lo que fue remitida al servicio de Rehabilitación, donde se solicitó ecografía.

En esta se evidencia un engrosamiento en los tendones del manguito rotador (MR) derecho, con predominio del supraespinoso, dilatación con líquido en la

bursa subdeltoidea (impresión diagnóstica Bursitis subdeltoidea derecha y tendinitis MR derecho).

Se le prescribe tratamiento de fisioterapia.

Exploración:
- Examen general: Hombro derecho más elevado que hombro izquierdo, y escápulas aladas (sobre todo la derecha), con escápula derecha más elevada que izquierda. - Postura antiálgica de rotación interna de hombro, flexión de codo y flexión de muñeca, con brazo aducido al cuerpo.
- Valoración analítica articular mediante goniometría en hombro afecto: limitación en la flexión, abducción y ambas rotaciones. Flexión 120º / ABD 82º/ Rotación interna 10º/ Rotación externa 28º.
- Valoración muscular (Escala Daniels): Supraespinoso 3 / Deltoides 3. Resto 4/5
- Inspección palpatoria: Según los mapas de dolor de Travell y Simons, la paciente presenta puntos gatillo en trapecio superior, medio e inferior, subescapular, romboides, deltoides, pectoral mayor y menor, y escalenos.
- Valoración funcional: Prueba de Yocum positiva, Test de Neer positivo, ya que reproduce dolor en el rango de 60O a 120º de abducción de hombro, Test de Jobe positivo, debilidad del supraespinoso.
- Dolor: Escala EVA 8

Objetivos de tratamiento:
- Reducir el dolor.
- Eliminar los puntos gatillo.
- Ampliar el rango de movimiento, haciendo hincapié en la abducción y flexión de hombro.
- Fortalecer los músculos que están en desuso (musculatura abductora de hombro).
- Mejorar la calidad de vida y la percepción del estado de salud.

Tratamiento:
- 15 sesiones de Lunes a Viernes del protocolo estandarizado para síndrome subacromial, que se divide en ejercicios grupales y la aplicación de Ultrasonidos (US).

Ejercicios:
• Estiramiento capsular anterior.
• Estiramiento capsular posterior.
• Rotación externa isotónica con banda elástica.
• Rotación interna isotónica con banda elástica.

• Fortalecimiento de estabilizadores de escápula con banda elástica.
• Flexiones en pared.

De cada ejercicio se realizan 10 repeticiones en las primeras 5 sesiones, incrementando 5 cada semana.

Ultrasonidos: US pulsante a dosis de 2 W/cm 2 a 1 Mhz, durante 5 minutos con técnica habitual.

4 Discusión-Conclusión

Tras el tratamiento se ha llevado a cabo una reevaluación de la paciente, obteniéndose los siguientes resultados:
- Examen general: Se mantiene el hombro derecho más elevado que hombro izquierdo, y escápulas aladas (sobre todo la derecha), con escápula derecha más elevada que izquierda, pero se ha corregido la postura antiálgica.
- Valoración analítica articular mediante goniometría en hombro afecto: Flexión 160º / ABD 120º/ Rotación interna 50º/ Rotación externa 40º.
- Valoración muscular (Escala Daniels). Supraespinos y Deltoides 4/5.
- Inspección palpatoria: Mantiene puntos gatillo en escalenos y trapecios.
- Valoración funcional: Prueba de Yocum negativo, Test de Neer positivo, ya que aún reproduce dolor en el rango de 60O a 120º de abducción de hombro, Test de Jobe negativo.
- Dolor: Escala EVA 8.

Se ha llevado a cabo un protocolo de fisioterapia en una paciente con síndrome de Impingement. Este incluyó la combinación de US y una serie de ejercicios grupales estandarizados.

Mediante una evaluación antes y después de este tratamiento se ha visto que este ha sido eficaz en el manejo del dolor y en el aumento del rango de movimiento del hombro afecto, aunque persiste cierta limitación.

En conclusión, existe controversia sobre la efectividad de la aplicación de un protocolo estandarizado en este tipo de patologías.

Pese a existir mejoría, esta no es total, y quizás el tratamiento debería combinarse con otra terapia conservadora o bien realizarse de manera individualizada atendiendo a la valoración de cada paciente y no protocolizada, con el objetivo de lograr una mejor calidad de vida.

5 Bibliografía

1. R.M. San Segundo J. Molins M. Valdés T. R. Fernández. Tratamiento conservador del síndrome subacromial. Ultrasonidos frente a placebo. Un ensayo clínico. Rehabilitación Volume 42, Issue 2, April 2008, Pages 61-66
2. Mackenzie T, Herrington L, Horlsey I, Cools A. An evidence-based review of current perceptions with regard to the subacromial space in shoulder impingement syndromes: It is important and what influences it? Clin Biomech, 2015; 30(7):641-8 2.
3. Sanchis M, Luuch E, Nijs J, Struyf F, Kangasperko M. The role of central sensitization in shoulder pain: A systematic literature review. Semin Arthritis Rehum, 2015; 44(6):710-6 3.
4. Tagg C, Campbel A, McNally E. Shoulder Impingement. Semin Musculoskeletal Radiol, 2013; 17(1):3-11 4. Martetschläger F, Rios D, Boykin R, Giphart J, Waha A, Millet P. Coracoid impingement: current concepts. Knee Surgery Sports Traumatology Arthroscopy, 2012; 20(11):2148-55 5.
5. Harrinson A, Flatow E. Subacromial Impingement Syndrome. J Am Acad Surg, 2011; 19(11):701-8 6. Garofalo R, Karlsson J, Nordenson U, Cesari E, Conti M, Castagna A. Anterior-superior internal Impingement of the shoulder: an evidence-based review. Knee Surgery Sports Traumatology Arthroscopy, 2010; 18(12):1688-93 7.
6. Castagna A, Garofalo R, Cesari E, Markopoulous N, Borroni M, Conti M. Posterior superior internal Impingement: an evidence-based review. Knee Surgery Sports Traumatology Arthroscopy, 2010; 18(12):1688-93
7. CALLE, Yonatan; HINCAPIE, Sandra. Síndrome de pinzamiento del hombro: una revisión de tema. (Shoulder Impingement Syndrome: a topic review). CES Movimiento y Salud, [S.l.], v. 2, n. 1, p. 32-44, july 2014. ISSN 2357-562X. Disponible en:<http://revistas.ces.edu.co/index.php/movimientoysalud/article/view/2970>.

Capítulo 1069

EQUIPO MULTIDISCIPLINAR EN PACIENTE CON LINFEDEMA TRAS MASTECTOMIA

URSULA ORIVE ALONSO

MONICA FLOREZ NIETO

1 Introducción

El cáncer de mama sigue siendo el cáncer más comúnmente diagnosticado en mujeres. Afortunadamente, la tasa de mortalidad en pacientes con cáncer de mama ha descendido en los últimos años, lo que se traduce en un aumento de mujeres que superan la enfermedad pero que tienen que lidiar con multitud de síntomas secundarios y limitaciones funcionales.

Uno de los efectos secundarios relacionados con la enfermedad más frecuente es el linfedema. Cuando aparece se convierte en un problema de salud crónico para el resto de la vida. Por ello es tan importante la prevención primaria en el manejo de la paciente mastectomizada.

2 Objetivos

- Evitar debilidad y atrofia que se produce por no usar el miembro afectado tras la cirugía.
- Mantener o aumentar su nivel de autoestima, mejorando su estado psicosocial.

- Establecer cuáles son los factores de riesgo que predisponen a las secuelas en el miembro superior afecto.
- Drenar y disminuir el volumen del brazo, prevenir complicaciones y controlar su evolución en estadíos más avanzados.
- Facilitar la realización a la paciente de las actividades de la vida diaria.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Las medidas preventivas para evitar la aparición del linfedema son fundamentales, ya que una vez instaurado no existe un tratamiento curativo eficaz.

El tratamiento debe comenzar inmediatamente tras la cirugía y requiere cuidados y seguimiento de manera regular por parte del profesional encargado de explicar los hábitos higiénico sanitario adecuados.

Tras la intervención quirúrgica, el profesional debe iniciar un programa de ejercicios respiratorios y de movilidad de las articulaciones distales del miembro superior intervenido. Progresivamente estos ejercicios irán aumentando en número e intensidad, realizados de forma suave y repetitiva inmediatamente después del proceso quirúrgico.

Si el linfedema llegara a instaurarse la intervención del profesional ha demostrado ser eficaz para reducirlo y controlarlo. Su efectividad se basa en cuatro medidas realizada en dos fases:

- Fase I o de descompresión: También llamada fase de ataque o de choque, en esta fase conseguiremos la mayor reducción posible de volumen. El tratamiento consiste en:
1. Drenaje linfático manual.
2. Vendaje compresivo, adaptado a cada caso particular.

- Fase II o de mantenimiento: Se debe continuar con la realización de drenaje linfático manual, complementado o no, según la necesidad de presoterapia (presión neumática intermitente). En esta fase el vendaje compresivo será sustituido por prendas de compresión o recursos ortoprotésicos confeccionados a medida, una vez estudiado cada caso de forma individualizada.

En el cáncer de mama es muy importante la rehabilitación temprana, han de tenerse en cuenta las posibles complicaciones derivadas de las distintas opciones terapéuticas disponibles, ya sea cirugía, radioterapia o quimioterapia y abordarlas con los métodos a nuestro alcance para preparar a la paciente para la siguiente fase de tratamiento y evitar la aparición del linfedema, ya en última instancia tratarlo para mantener o mejorar la calidad de vida de la persona.
En cuanto sea posible, habrá que complementar la rehabilitación con actividad física regular, siendo necesario la realización de un protocolo de fisioterapia que incluya un programa de ejercicios progresivos y controlados en intensidad, tiempo y tipo.

Por lo tanto, podemos llegar a la conclusión de que la realización de ejercicios con el miembro afecto en el post-operatorio inmediato de mama disminuye las posibles secuelas. Por ello se hace necesario la realización de un estudio personalizado en base a las necesidades específicas de cada mujer y tras la cual se decidirá el tratamiento rehabilitador más indicado.

Así mismo, sería aconsejable la realización de una tabla de ejercicios con unas pautas bien marcadas con el objetivo de que las mujeres afectadas por cáncer de mama puedan complementar su tratamiento con un trabajo domiciliario.

5 Discusión-Conclusión

Podemos concluir que el linfedema es una complicación frecuente e importante en el tratamiento de cáncer de mama. Su pronóstico mejora con una detección precoz y el objetivo principal de tratamiento es controlarlo o disminuirlo para mejorar la movilidad, la alteración de la sensibilidad y en definitiva la calidad de vida del paciente. La colaboración y motivación de la paciente son cruciales, de modo que el apoyo emocional debe incluirse como parte esencial del tratamiento.

Este trabajo contribuye a la actualización de conocimientos sobre su abordaje preventivo y terapéutico. Es esencial ofrecer a la mujer mastectomizada un cuidado profesional integral y basado en la evidencia científica.

6 Bibliografía

- Pérez J. A, Salem C., Henning E., Uherek F., Schulz C. Linfedema en miembro superior secundario al tratamiento de cáncer de mama. Cuad. Cir. 2001; 15:107-115
- Martínez F., Briones E., Hermosilla T. Eficacia de la fisioterapia en el tratamiento del linfedema asociado a mastectomía. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETSA). 2004
- Robles J. I. Linfedema: Una patología olvidada. Psicooncología. 2006; 3 (1):71-89

Capítulo 1070

COLICO DEL LACTANTE: ABORDAJE DESDE LA ENFERMERIA Y LA FISIOTERAPIA

URSULA ORIVE ALONSO

MONICA FLOREZ NIETO

1 Introducción

El cólico es un ataque doloroso localizado en el abdomen, de etiología desconocida, que afecta a lactantes sanos, autolimitado y caracterizado por llanto inconsolable.

Las crisis del cólico el lactante preocupa a los padres, que se muestran ansiosos e impotentes porque todos los intentos de calmar en llanto resultan infructuosos.

El llanto del lactante debe cumplir 4 criterios:
- Paroxístico: cada episodio de cólico tiene un inicio y un final claro y sin relación con lo que el bebe estuviera haciendo previamente.
- Hipertonía: se produce una contracción tónica generalizada.
- Inconsolable: es imposible calmar al bebe mientras dura el episodio.
- Cualitativamente diferente del llanto normal: suele ser un llanto más intenso y con tono más alto.

2 Objetivos

- Conocer las posibles causas desencadenantes de este trastorno y las manifestaciones clínicas más relevantes que presente el lactante para poder realizar un diagnóstico adecuado y precoz.
- Proporcionar una visión actualizada del tratamiento del cólico.
- Realizar una revisión sistemática de la evidencia científica en torno a las medidas de tratamiento.
- Conocer que cuidados de enfermería deben realizarse en el cólico del lactante.
- Identificar las diferentes técnicas fisioterápicas susceptibles de ser aplicadas a los lactantes con cólicos.
- Analizar la eficacia de las distintas medidas terapéuticas y determinar cual es la más adecuada, valorando además los posibles efectos tanto primarios como secundarios que pueda sufrir el lactante.

3 Metodología

Existen multitud de fuentes donde puede encontrarse información de interés. Se realiza una búsqueda en diferentes bases científicas: Pubmed y Cochrane. Los artículos se han seleccionado por su contenido en etiología y tratamiento del cólico del lactante excluyendo las menos relevantes.

4 Resultados

Se observa que, aunque se trata de un trastorno, no de una enfermedad, es necesario realizar un tratamiento adecuado para que los síntomas desaparezcan cuanto antes y mejore la calidad de vida del lactante. Es importante que los profesionales de la salud tengan en cuenta este tipo de trastornos para que el diagnóstico sea precoz y poder comenzar lo antes posible con el tratamiento.

Hoy en día, el fisioterapeuta juega un papel fundamental e incluso especializado en el tratamiento de cólicos, éste utiliza la terapia manual como principal método realizando movimientos suaves, de forma no invasiva, que calmará el vientre del bebé disminuyendo la distensión y favoreciendo la eliminación de los gases. Se trata de una técnica terapéutica suave y sin efectos secundarios que se realiza sobre el vientre del bebé, consiste en la realización de un masaje con leve presión con la finalidad de disminuir el dolor producido por el cólico. Para comenzar la

manipulación el bebé debe estar relajado y tranquilo. Las maniobras se realizarán en el siguiente orden:
1. Manos que reposan: se colocan las manos sobre el vientre del bebé para intentar conectar con él.
2. Palas: se realiza un roce superficial, profundo y presión deslizante con la región palmar.
3. Flexión bilateral rodilla-cadera: flexionamos alternativamente y de manera conjunta las caderas y las rodillas de bebé.
4. Arrastre: con los dos pulgares planos deslizarles del centro hacia los costados del vientre.
5. Flexión bilateral rodilla-cadera.
6. El sol y la luna: roce profundo que se inicia en el lado derecho del abdomen del bebé con la mano izquierda (sol), se dibuja un círculo completo en el sentido de as agujar del reloj. La mano derecha (luna) se incorpora cuando la mano izquierda está en la parte inferior del esternón y continúa el círculo hasta el final del intestino grueso.
7. Flexión bilateral rodilla-cadera.
8. I love you: movimiento de arrastre que se realiza con el dedo corazón y con el índice.
9. Flexión bilateral rodilla-cadera.
10. Caminar con los dedos: caminar con la yema de los dedos por todo el abdomen del bebé para movilizar los gases.

Esta técnica es ampliamente utilizada en Europa. Varios estudios han demostrado que el masaje abdominal es eficaz en la reducción de los síntomas, supone un beneficio inestimable en la superación del cólico ya que ayuda al movimiento peristáltico del intestino.

También es importante, como en todos los trastornos y patologías, la prevención. Para ello es fundamental seguir ciertas pautas posicionales del lactante. Por ejemplo, durante el amamantamiento para lograr que la técnica de succión sea la adecuada. Además de la postura, podremos facilitar un mejor agarre al pecho con el masaje orofacial, con esta técnica ayudaremos a relajar las estructuras que han sufrido durante el parto y a la vez estimular el tejido blando para la búsqueda y succión. Este masaje se realizará con roce superficial, suave y relajado, en el mismo sentido de las fibras musculares utilizando los pulgares.

En cuanto al tratamiento dietético:
- Durante la lactancia materna se aconseja a las madres eliminar de su dieta la pro-

teína de la leche de vaca, así como otros posibles alérgenos como huevo, pescado y frutos secos.
- El uso de fórmulas a base de soja no es recomendable ya que existen bebés alérgicos a la proteína de la leche de vaca que también pueden desarrollar intolerancia a la proteína de soja.
- La utilización de fórmulas sin lactosa puede ser recomendable ya que la incompleta absorción de la misma produce una fermentación por parte de las bacterias intestinales y la consiguiente generación de gases.
- Existen numerosos trabajos que demuestran una reducción de los cólicos consumiendo fórmulas suplementadas con alguna cepa determinada de probióticos, concretamente de Lactobacillus Reuteri ya que mejora la función intestinal y la motilidad así como el dolor visceral.
- También ciertas infusiones de hierbas como manzanilla, regaliz o hinojo pueden proporcionar una leva mejoría, pues calma al bebé y reduce la distensión abdominal, aunque su uso no se recomienda por su alto contenido en azúcar.

5 Discusión-Conclusión

Actualmente, no hay consenso sobre qué medida terapéutica es más eficaz para tratar el cólico del lactante.

Queda demostrado que las medidas dietéticas han de ser recomendadas sólo en casos especiales y aun así no están totalmente probadas.

Los estudios indican también que los bebés que reciben terapias manipulativas llorarán menos horas al día que los que no las recibieron.

Un buen asesoramiento es la medida que parece ser más eficaz para aliviar los síntomas. Se debe realizar una intervención individualizada con los padres, explicándoles que se trata de una proceso banal y pasajero y que no conlleva riesgo alguno.

6 Bibliografía

- Calvo Romero C. La prevención y el tratamiento del cólico del lactante. Bol pediatr 2010
- Mos Gunter Zenz EM. Masaje para bebés y niños pequeños. 7ª edición. Madrid: Edaf; 2007

- Garrison M. M, Christakis D. A. Una revisión metódica de los tratamientos para los cólicos. Pediatrics 2004; 106: 184-190
- Barroso Espadero D. Tratamiento dietético de los cólicos de lactante: Una revisión sistemática. Evid. Pedritr. 2013; 9: 54

Capítulo 1071

TRATAMIENTO CONSERVADOR DEL SÍNDROME DE DOLOR MIOFASCIAL.

ISIDRO TORRES PAREJO

PAULA BLANCO DEL VALLE

1 Introducción

El síndrome de dolor miofascial es el conjunto de síntomas sensitivos, motores y autónomos ocasionados por los puntos gatillo miofasciales. Los puntos gatillo miofasciales son zonas hiperirritables ante estímulos mecánicos, localizados dentro de una banda tensa de un músculo esquelético.

La hipótesis más aceptada en la actualidad en cuanto a la fisiopatología de los puntos gatillo miofasciales es la descrita por Simons: su origen estaría en la liberación de acetilcolina por parte de placas motoras situadas en fibras extrafusales. El exceso provocaría la aparición de zonas de sarcómeras muy acortadas. La afectación de numerosas fibras dará lugar al establecimiento de una banda tensa palpable. Las bandas tensas producen isquemia local, que produce hipoxia y una crisis energética secundaria que estimula los receptores nociceptivos. La aparición de dolor referido se explica por la relación de las fibras aferentes nociceptivas con neuronas de otros niveles medulares.

Los criterios diagnósticos son:
- banda tensa palpable
- dolor local a la presión de un nódulo de la banda tensa

- reconocimiento por parte del paciente del dolor habitual al palpar el nódulo sensible
- limitación dolorosa de la amplitud de movilidad al estiramiento completo

Un punto gatillo miofascial latente puede activarse por mecanismos directos: sobrecarga muscular, traumatismo, enfriamiento del músculo. Y por mecanismos indirectos: activación de otros puntos gatillo, enfermedades viscelares, desajustes articulares, estrés emocional, radiculopatías.

Para su tratamiento, se usan actualmente técnicas invasivas como la punción seca y la neuroestimulación eléctrica percutánea y técnicas conservadoras que se van a describir a continuación

2 Objetivos

- Describir los beneficios del tratamiento conservador en el síndrome de dolor miofascial
- Establecer su utilidad frente a otras opciones de tratamiento disponibles en la actualidad.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica principalmente en Pubmed; también en la bases de datos Scielo. Se han utilizado los descriptores: punto gatillo miofascial, fisioterapia, dolor miofascial. Se han revisado artículos en castellano y en inglés.

4 Resultados

El tratamiento conservador consta de una serie de técnicas manuales e instrumentales dirigidas al alivio del dolor o bien a la normalización de la longitud de las sarcómeras acortadas.

- Estiramientos: puede llevarse a cabo de manera activa o pasiva. Hay que tener precaución porque pueden ser dolorosos, hay que efectuarlos de manera cuidadosa y analítica. Un estiramiento brusco puede aumentar la irritabilidad y el dolorosa. Algunas de estas complicaciones se pueden evitar con el uso de spray de cloruro de etilo o hielo; de esta manera creamos un estímulo que bloquea la

transmisión del dolor hacia el sistema nervioso central. Se debe aplicar antes o al mismo tiempo que el estiramiento, paralelamente a la dirección de las fibras musculares y se debe repetir dos o tres veces, hasta alcanzar una nueva barrera de resistencia al estiramiento máximo.

- Compresión: Se aplica presión sobre el punto gatillo y se mantiene hasta que cede el dolor, se aumenta entonces la presión de nuevo hasta que desaparece el dolor. Provocaremos una isquemia seguida de una hiperemia reactiva. Tiene el inconveniente de que provoca isquemia en una zona isquémica de por sí, por lo que puede ser contraproducente. Para evitar esto se lleva el músculo a una posición de alargamiento previa y aplicamos presión hasta que cede la resistencia del tejido, por debajo del umbral del dolor

- Fricción: La técnica más efectiva es la longitudinal profunda, desde el punto gatillo hasta ambas direcciones de la banda tensa, con el objetivo de restaurar la longitud de las sarcómeras y romper los nódulos de contracción. También se puede utilizar de manera transversal, esta técnica consigue analgesia gracias a la respuesta de espasmo local
- Contracción-relajacion: Se pide una contracción muscular voluntaria para disminuir la tensión muscular y conseguir un aumento de la movilidad durante la relajación.

5 Discusión-Conclusión

La evidencia pone de manifiesto de forma clara que ninguna técnica conservadora de manera aislada es útil para el tratamiento de dolor miofascial. El abordaje de fisioterapia debe contemplar un amplio abanico de técnicas, que combinadas consigan el éxito en el tratamiento. No se debe descartar ninguna posibilidad de tratamiento, y se debe personalizar según la evolución del paciente.

La suma de técnicas conservadoras, ya sea combinadas con otras técnicas invasivas, o utilizadas combinadas entre ellas es una técnica de primera elección y sin efectos perjudiciales para el tratamiento de dolor miofascial.

6 Bibliografía

- Simons DG. Understanding effective treatments of myofascial trigger points. J Bodywork Movement Therap. 2002;6:81–8.

- Fleckenstein J, Zaps D, Rüger LJ, Lehmeyer L, Freiberg F, Lang PM, Irnich D. Discrepancy between prevalence and perceived effectiveness of treatment methods in myofascial pain syndrome: Results of a cross-sectional, nationwide survey. BMC Musc Disord. 2010;11:32.
- Desai MJ, Saini V, Saini S. Myofascial pain syndrome: A treatment review. Pain Ther. 2013;2:21–36.

Capítulo 1072

FISIOTERAPIA Y FASCITIS PLANTAR: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO.

JAVIER GARCÍA URRUZOLA

MARTA BLANCO CARRANCIO

ANA BELÉN MARTÍN GONZÁLEZ

1 Introducción

La fascitis plantar es una de las principales causas de dolor en el talón en adultos. Por norma general, entendemos el término de fascitis plantar como aquel proceso inflamatorio existente en dicha fascia, producido generalmente por microtraumatismos repetidos que conllevan microdescagarros y degeneración de esta, así como, una afectación del periostio del calcáneo en su región medial a nivel del tubérculo.

La fascia plantar o aponeurosis es una banda de tejido conectivo que soporta el arco del pie, que se origina en el tubérculo medial del calcáneo anteriormente mencionado y se inserta en las falanges proximales de los cinco dedos del pie.

Esta patología presenta una mayor incidencia en mujeres cuyas edades oscilan entre los 45 y los 65 años, siendo la obesidad, el sedentarismo, la biomecánica del pie (pie plano/pie cavo) y el desempeño de trabajos que requieran permanecer mucho en bipedestación, factores de riesgo para padecerla. Dichos factores producen un incremento de la tensión a lo largo de la fascia que conduce a una alteración del estado de la aponeurosis tanto de forma aguda como crónica.

2 Objetivos

Los objetivos que debemos plantearnos cuando nos enfrentamos a un paciente con este tipo de patología serían los siguientes:

- Identificar el agente causal de la patología.
- Identificar posibles agentes perpetuadores.
- Realizar un adecuado diagnóstico diferencial: Tendinopatía del tibial posterior, tendinopatía aquílea (gastrocnemios y sóleo), posibles neuropatías/atrapamientos nerviosos (neuropatía de Baxter/Sd. Túnel de tarso).
- Establecer un adecuado juicio clínico, Tratamiento específico de la patología: Reducción del dolor y la inflamación, normalización del tono muscular y corrección postural.
- Educar al paciente con el objetivo de corregir el estado físico.
- Reeducar la marcha y medidas ergonómicas aplicadas al puesto laboral.
- Identificar posibles compensaciones o patologías derivadas de dicha afección.

3 Caso clínico

En este caso clínico, nos encontramos ante el tratamiento de una paciente, mujer de 57 años, que acude al servicio de rehabilitación derivada por el médico rehabilitador. Refiere dolor en talón y planta del pie derecho de tres meses de evolución. Dicho síntoma suele ceder al comenzar la deambulación, pero se incrementa al finalizar la jornada laboral. La paciente presenta sobrepeso y trabaja como dependienta en una gran superficie comercial. La paciente nos comenta que el dolor se originó al finalizar sus vacaciones durante el periodo estival, que no ha cedido desde entonces y lo asocia al cambio frecuente de calzado en aquella época.

Previo al tratamiento, decidimos realizar una anamnesis completa para descartar un posible origen traumático. Visualmente, podemos observar una posición ligeramente equina del pie afecto, así como una pronación excesiva de este durante la realización de la marcha, siendo esta antiálgica. Durante la palpación, la paciente refiere dolor en la región plantar del calcáneo principalmente en la cara medial de este. Así mismo, la musculatura posterior de la pierna derecha (gastrocnemios, sóleo y tibial posterior) así como la musculatura intrínseca del pie (abductor y flexor corto del primer dedo y cuadrado plantar), presentan un incremento del tono apreciable durante la palpación.

El estado de estos primeros músculos, conlleva un incremento de la tensión en el

tendón de Aquiles. Realizamos el test de Windlass obteniendo un resultado positivo. Todo esto nos lleva a diagnosticar una posible fascitis plantar. Finalmente, decidimos realizar un estudio radiológico con el objetivo descartar la presencia de espolón calcáneo o una posible patología ósea. El resultado de dicho estudio fue negativo.

En cuanto al plan de tratamiento para este caso, se centró por un lado, en la reducción y normalización del tono de la musculatura de la pierna afecta a través de punción seca profunda, estiramientos analíticos y masoterapia; la normalización del estado de la fascia plantar a través de crioterapia, masoterapia y estiramientos aplicados sobre esta; y la reducción del exceso de pronación durante la marcha mediante un vendaje con la técnica Low-Dye.

Por otro lado, se pautó una serie de ejercicios terapéuticos, automasaje con crioterapia, autoestiramientos y utilización de una ortesis viscoelástica en talón, junto a una educación al paciente para la reducción del peso corporal, como tratamiento domiciliario.

4 Discusión-Conclusión

Tras realizar el tratamiento a la paciente, esta refiere una disminución significativa del dolor en la región afecta desde la primera sesión. Al finalizar la cuarta sesión se produjo una eliminación total del dolor que esta padecía. Fueron realizadas un total de cinco sesiones, realizando una evaluación final en la que se objetivó una normalización del tono de la musculatura anteriormente mencionada, así como una eliminación de la marcha antiálgica. La paciente no ha requerido volver a acudir al servicio de rehabilitación.

Al evaluar el caso clínico que hemos expuesto, podemos establecer una relación entre la sobrecarga muscular, el trabajo desempeñado, las alteraciones en la biomecánica que presenta la paciente y la generación de la fascitis plantar causante de su sintomatología.

La fascitis puede producir algias a nivel del talón o planta del pie, conllevando generalmente una marcha antiálgica. El tratamiento fisioterápico puede producir un alivio de dicha sintomatología y contribuir a su resolución, mediante el uso de terapia manual (masoterapia y estiramientos analíticos), punción seca pro-

funda, crioterapia, vendaje, el pautado de ejercicio terapéutico y medidas tanto ergonómicas como de control del peso corporal. Por lo que la Fisioterapia debería ser uno de los tratamientos de elección en le manejo de esta patología.

5 Bibliografía

- McClinton SM, Heiderscheit BC, McPoil TG, Flynn TW. Effectiveness of physical therapy treatment in addition to usual podiatry management of plantar heel pain: a randomized clinical trial. BMC Musculoskeletal Disorders. 2019;20:630.
- Thompson JV, Saini SS, Reb CW, Daniel JN. Diagnosis and Management of Plantar Fasciitis. The Journal of the American Osteopathic Association. 2014;114(12):900-906.
- Johnson RE, Haas K, Lindow K, Shields R. Plantar fasciitis. What is the diagnosis and treatment? Orthopaedic Nursing. 2014;33(4):198-204.
- Karabay N, Toro T, Hurel C. Ultrasonographic evaluation in plantar fasciitis. Journal of Foot and Ankle Surgery. 2007;46(4):442–446.
- Goff J, Crawford R. Diagnosis and treatment of plantar fasciitis. American Academy of Family Physicians. 2011;84(6):676-682.
- Sullivan J, Pappas E, Burns J. Role of mechanical factors in the clinical presentation of plantar heel pain: Implications for management. The foot. 2019;42(3).
- Cole C, Seto C, Gazewood J. Plantar fasciitis: evidence-based review od diagnosis and therpy- Am Fam Physician. 2005;75:2237-2242.

Capítulo 1073

EL EJERCICIO FISICO EN LA TERCERA EDAD COMO METODO PREVENTIVO EN LAS CAIDAS

NEREA VÁZQUEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

El indicador etario a nivel mundial se ha elevado en los últimos años a un promedio de 65 años. En los países desarrollados la esperanza de vida al nacer ha aumentado, siendo casi de 76 años y pudiendo aumentar hasta los 81 a mediados de siglo.
Con la edad, se acelera el proceso de desgaste físico, biológico y funcional del ser humano, que se traduce en una mayor fatiga muscular así como envejecimiento de los aparatos locomotor, cardiovascular, respiratorio, digestivo y neuropsicomotor.
Estos cambios, por tanto, condicionarán inevitablemente los elementos que intervienen en la regulación del equilibrio y de la postura.

Una de las consecuencias que sufre la población mayor, es que corren mayor riesgo de muerte o lesión grave por caídas, ya que éste aumenta según lo hace la edad; 5 de cada 10.000 personas mayores de 65 años mueren a causa de sus consecuencias, así como un 10% de los que han sufrido una caída la volverán a sufrir.

2 Objetivos

Resaltar la importancia que tiene la actividad física en este grupo de edad, especialmente vulnerable a sufrir caídas, y como esta actuación repercute positivamente en las esferas física, psicológica y social, ya que la actividad física diaria aumenta la resistencia, fortalece los músculos, mejora el estado de alerta y el equilibrio, aumentando la estabilidad del anciano.

3 Metodología

He realizado una búsqueda bibliográfica exhaustiva en las bases de datos scielo, Medline y google académico, además de páginas web especializadas de fisioterapia y libros especializados, con las palabras clave ”geriatría”, ”fisioterapia geriátrica” y ”ejercicio físico en el adulto mayor”. Como criterios de inclusión he empleado población adulta, idioma castellano y texto completo gratuito; de exclusión: aquellos trabajos publicados con anterioridad al 2010.

4 Resultados

El deterioro de la marcha, entendiéndose ésta como la habilidad para moverse de forma segura y eficiente, se asocia con el aumento del riesgo de caídas y lesiones, entre otros factores.

Cuando existen anormalidades en la movilidad articular, la función muscular, capacidad visual o vestibular y propioceptiva, se producen cambios en la marcha con aumento del gasto energético, debilidad muscular y caídas.

La fisioterapia ayuda en la promoción, prevención, curación y recuperación de los individuos, aumentando su independencia.

Los programas que se diseñan para la prevención de las caídas se basan en ejercicios que aumentan la fuerza muscular y la movilidad articular, así como la capacidad aeróbica y el equilibrio. También se tratan los problemas de discapacidad que pueden ser generados por enfermedades como el Parkinson, Alzheimer, artritis, osteoporosis y problemas cardiorrespiratorios entre otros, que pueden tener como consecuencia un mayor riesgo de caída.

La participación en el ejercicio es promovido por las políticas públicas y las intervenciones de la comunidad, siendo la actividad aeróbica y el entrenamiento

de la fuerza muscular, masa ósea y equilibrio las más indicadas.

Dentro del ejercicio aeróbico cabe destacar: actividades de bajo impacto, como son caminar, el ciclismo o bicicleta estática, la natación, hidrogimnasia, baile, yoga y gimnasia aeróbica suave. Si es posible, se realizarán al aire libre y con varias personas para estimular una mayor relación social entre ellas.

En el entrenamiento de la fuerza se busca aumentar la masa muscular, así como trabajando el equilibrio se mantiene un correcto patrón de la marcha. También tiene un impacto positivo disminuyendo el riesgo de fracturas por osteoporosis y, por tanto, de posibles caídas, ya que mejora la densidad ósea entre otros:
• Fortalecimiento de tronco: ejercicios de abdominales y musculatura posterior
• Miembros inferiores: ejercicios de potenciación muscular con ayuda de lastres
• Miembros superiores: ejercicios con mancuernas
• Ejercicios con picas, balones, etc.

Para el trabajo del equilibrio, como factor esencial modificable para la prevención de las caídas, se puede trabajar de forma específica con y sin aferencias visuales, en estático y dinámico:
• Apoyo monopodal sin/con ojos cerrados en base estable/inestable
• Marcha sobre puntas/talones
• Marcha en línea recta
• Marcha hacia atrás
• Marcha lateral/lateral cruzada

En el "Centre Cívic del Major Mare de Déu de les Neus" de Calpe (Alicante), se realizó un estudio durante 7 meses con un diseño longitudinal prospectivo del tipo ensayo clínico, con una muestra de 96 individuos (un grupo control sin intervención, otro experimental con programa de ejercicio físico y un tercero experimental con el mismo programa de ejercicio físico, más trabajo de equilibrio y control postural), donde se pudo comprobar que tras la aplicación de los programas de actividad se redujo el número de caídas en los dos grupos experimentales.

5 Discusión-Conclusión

El proceso de envejecimiento, como etapa natural del desarrollo humano, produce alteraciones funcionales como ya hemos visto. Esto conlleva a una serie de limitaciones o consecuencias negativas para el ser humano, restándole calidad de vida. La buena noticia, es que tenemos a nuestro alcance una poderosa her-

ramienta para evitar en gran medida tales consecuencias, como son las caídas en el anciano, y que está al alcance de todos: el ejercicio físico. Tantos más beneficios se han demostrado si se comienza a realizar desde edades tempranas; al fin y al cabo, es importante cuidar nuestra salud…nuestro cuerpo nos acompañará el resto de nuestras vidas, y de nosotros depende en gran medida como queremos llegar a la vejez.

La actividad física, y más en personas de tercera edad, se podría considerar una potente arma antienvejecimiento.

6 Bibliografía

1. Manejo integral del envejecimiento poblacional desde la especialidad de Geriatría (pgs 325, 326) Integral medical treatment of the populational aging of the point of view of the geriatrics ISSN 1028-9933 324 Volumen 97 No. 2 marzo - abril 2018 Marisina Mansfaroll Rodríguez, Danay Ramos Duharte, Fidel Robinson Jay, Nuria Realín Hernández, Gustavo Betancourt Gainza Universidad de Ciencias Médicas. Guantánamo. Cuba.

2. Investigación en salud y envejecimiento Volumen I (pgs 103, 104) CAPÍTULO 16 La caída en el anciano institucionalizado: valoración y prevención Sandra Sue Torres Giner1, Natalia Sáez Donaire1, Jéssica García González1, Lourdes Inmaculada Quiñonero Hernández2 y María Isabel Ventura Miranda3 Residencia Domingo Sastre de Lorca (España); Atención Primaria de Lorca (España); Hospital Universitario Reina Sofía (España).

3. Valoración geriátrica integral (pg 58) El Residente. Revisión-Punto de vista. Vol. 5 Número 2. Mayo-Agosto 2010 pp 55-65. Lucero Kameyama Fernández* www.medigraphic.org.mx

4. Proceso de envejecimiento, ejercicio y fisioterapia. Aging, exercising and physical therapy. Revista Cubana de Salud Pública versión impresa ISSN 0864-3466 Rev Cubana Salud Pública vol.38 no.4 Ciudad de La Habana oct.-dic. 2012 MSc. Nancy Stella Landinez Parra,I Dra. Katherine Contreras Valencia,I Dr. Ángel Castro VillamilII Facultad Medicina, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia.

Universidad del Rosario. Bogotá, Colombia.

5. Ejercicio físico y entrenamiento del equilibrio en el mayor como estrategia de prevención en las caídas. Publicado el 08/11/2012 por efisioterapia. Concepción Orozco Roselló. Nº colegiado 466. Fisioterapeuta del "Centre Cívic del Major Mare de Déu de les Neus". Calp.

Capítulo 1074

FORTALECIMIENTO DEL CINTURÓN LUMBOPELVICO COMO HERRAMIENTA TERAPEUTICA DEL DOLOR LUMBAR

NEREA VÁZQUEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

El dolor de origen lumbar es un problema que actualmente afecta al 70-80% de la población en algún momento de su vida, generando un alto índice de incapacidades y absentismo laboral. La definición de dolor lumbar es la de un síndrome musculoesquelético o un conjunto de síntomas, siendo el síntoma principal la presencia de dolor que ocasiona una disminución funcional como consecuencia.

El dolor agudo se debe principalmente a lesiones que pueden ir desde las infecciosas hasta las traumáticas, o debido a esfuerzos leves o moderados, entre otros. El dolor crónico es aquel que tiene una duración mayor a 3 meses o que se mantiene a pesar de haberse resuelto la lesión. En este último caso cobran especial importancia los factores emocionales, comportamentales y sociales que puedan perpetuar el dolor (1).

Se ha demostrado una relación entre debilidad del cinturón lumbopélvico y algias lumbares, estando indicado el fortalecimiento de los músculos que lo conforman para prevenir alteraciones raquídeas.

2 Objetivos

- Resaltar que un buen fortalecimiento de la faja lumbo-abdominal como medio terapéutico, así como una adecuada activación tónico postural equilibrada, favorecen la calidad de los movimientos y evitan en gran medida los dolores en la columna lumbar.
- Citar aquellos ejercicios que se ha demostrado que tienen mayor relevancia a la hora de minimizar lesiones a ese nivel.

3 Metodología

He realizado una búsqueda bibliográfica exhaustiva en las bases de datos de: Google Académico, Scielo, con las palabras clave dolor lumbar, prevalencia dolor lumbar, efectos fortalecimiento y ejercicios fortalecimiento core. Como criterios de inclusión he empleado: buscar sólo páginas en español, texto completo gratuito; de exclusión: aquellas publicaciones anteriores al 2002.

4 Resultados

Para la planificación de un plan de fortalecimiento específico, es importante recabar información sobre:
- Localización/momento de inicio del dolor.
- Historia asociada a trauma.
- Irradiación.
- Relación con cambios de posición.
- Historia de episodios previos, etc. (2).

Fortalecimiento del core como opción terapéutica
Estos ejercicios se diseñan para reclutar aquellos músculos del núcleo capaces de aumentar la estabilidad de la columna; se reduce de esta forma el dolor y el riesgo de lesión. Al diseñar los ejercicios tendremos en cuenta:
1. Conservar las curvaturas fisiológicas del raquis.
2. Realizar ejercicios dinámicos lentos con fases estáticas.
3. Evitar posturas hiperlordosantes/rectificaciones lumbares dinámicas no fisiológicas (3).

Algunos de los ejercicios que pueden ser usados para fortalecer el cinturón lumbopélvico son:

- Activación del suelo pélvico y transverso del abdomen (en decúbito supino o cuadrupedia): espirar mientras se realiza una pequeña flexión de la columna intentando acercar el pubis al esternón (retroversión de cadera) e inspirar al relajar o volver a la posición de partida.
- Activación del suelo pélvico y transverso del abdomen (plancha): con apoyo de antebrazos y puntas de los pies o con los mismos apoyos pero elevando alternativamente una pierna y otra en extensión mientras se exhala.
- Flexiones de tronco en decúbito supino: exhalar al "despegar" los hombros del suelo intentando llevar el ombligo hacia la columna e inspirar al regresar.
- Trabajo de oblicuos en decúbito supino (elevando el hombro de un lado del cuerpo hacia la rodilla contraria mientras se exhala) o en decúbito lateral (apoyando el antebrazo y la parte externa del pie del mismo lado con rodillas extendidas mientras se eleva el torso).
- Puente de glúteos: se elevan despegando vértebra por vértebra mientras se exhala hasta formar una línea entre hombros y rodillas. También se puede ejecutar con un balón bajo los pies o apoyando un solo pie sobre el suelo manteniendo la otra pierna en extensión.
- Flexión de hombro y extensión de pierna contralateral en cuadrupedia: evitando la anteversión de la pelvis y manteniendo las curvaturas fisiológicas de la columna (4).

En un trabajo de investigación realizado en el hospital del IESS AMBATO (Ecuador) en diciembre de 2014 y donde se evaluaron a 20 pacientes, se evidenció que el fortalecimiento de los músculos del CORE abdominal alivió el dolor de espalda en un 80%, manifestando los pacientes alivio inmediato después de realizar pocas sesiones de terapia conjuntamente con la aplicación de agentes físicos (5).

En los ciclistas, la estabilidad de estos músculos contribuye a la mecánica en los ciclos de los miembros inferiores, dando menor inestabilidad del tronco sobre el sillín.

En operarios de una planta de producción geotextil para la construcción, disminuyó la fatiga muscular lumbar en un 94%.

En otro trabajo tras 8 semanas de programa de fortalecimiento muscular usando balón, se observaron mejoras en la resistencia y en la fuerza de la espalda así como de los abdominales inferiores.

Se interpreta por tanto que, agregando ejercicios para el fortalecimiento del core en un programa de Escuela de Espalda se contribuye a la prevención y/o control

del dolor lumbar, siempre y cuando haya continuidad en la ejecución de dicho programa (6).

5 Discusión-Conclusión

Se sabe que un abdomen fuerte actúa como una faja natural que mantiene la columna lumbar en una correcta posición, evitando un aumento de la lordosis fisiológica que pueda generar malestar a ese nivel. Los abdominales y los espinales, como músculos antagonistas, además de otros grupos musculares como pueden ser los glúteos, isquiotibiales o cuádriceps, deben mantener un correcto equilibrio entre ellos para evitar sobrecargas y posibles lesiones. Se ha demostrado por tanto, que si esto es así, el número de casos de dolor lumbar desciende considerablemente, así como las repercusiones negativas que pueda generar en el ámbito personal, laboral y social del individuo. La prevención, no sólo en este caso, se considera la mejor herramienta terapéutica.

6 Bibliografía

1. Etiología, cronificación y tratamiento del dolor lumbar Aetiology, chronification, and treatment of low back pain. M.ª Isabel Casado Morales., Jenny Moix Queraltó., Julia Vidal Fernández. Universidad Complutense de Madrid. Universidad Autónoma de Barcelona. Área Humana. Centro de Psicología Clínica y Psiquiatría.
2. Dolor lumbar: una aproximación general basada en la evidencia (pg 514). Revisión de tema. RAFAEL URIBE CÁRDENAS. Universitas Médica. ISSN: 0041-9095 revistascientificasjaveriana@gmail.com. Pontificia Universidad Javeriana, Colombia.
3. "Fortalecimiento lumbo-abdominal en la estabilidad de la columna vertebral" (pg 14). Juan Pablo Aguiar. Universidad F.A.S.T.A. Facultad de Ciencias Médicas. Licenciatura en Kinesiología.
4. Ejercicios básicos para la zona central del cuerpo (core) que favorecen una correcta activación tónico postural equilibrada (pgs de la 23 a la 42). Lina Marcela Zapata Zapata. Trabajo final de énfasis en motricidad comunitaria. Universidad de Antioquia. Instituto Universitario de Educación Física. Medellin, Colombia 2009.
5. https://repositorio.uta.edu.ec/jspui/handle/123456789/9321.
Informe de investigación sobre: "Fortalecimiento del core abdominal para disminuir el dolor en pacientes con lumbalgia crónica en el hospital del iess ambato"

(pg 13). Vásconez Montoya, Ana Cristina. Lic. Sánchez Latta, María Augusta. Ambato – Ecuador. Marzo 2015.
6. Los ejercicios del core como opción terapéutica para el manejo de dolor de espalda baja (pag 261). The exercises of core as a therapeutic option for the management of low back pain. Artículo de reflexión/reflexion article. Andrea Calvo Soto., Esperanza Gómez Ramirez., Salud Uninorte.ISSN: 0120-5552 carvica@gmail.com. Universidad del Norte Colombia.

Capítulo 1075

FISIOTERAPIA Y DOLOR CRÓNICO EN ARTROSIS DE RODILLA

MARTA BLANCO CARRANCIO

ANA BELÉN MARTÍN GONZÁLEZ

JAVIER GARCÍA URRUZOLA

1 Introducción

La artrosis de rodilla afecta a más de 40 millones de personas en Europa. Constituye una de las causas de discapacidad de mayor crecimiento a nivel mundial impulsada por una población cada vez mayor.

La rodilla es la articulación del cuerpo donde se diagnostica artrosis con más frecuencia. Esto es debido a que es una articulación de carga, ya que soporta y amortigua el peso del cuerpo.

La artrosis es un síndrome que se caracteriza clínicamente por dolor, degeneración del cartílago articular, daño tisular periarticular, angiogénesis e inflamación. La artrosis se asocia con cambios radiológicos, aunque no siempre se puede correlacionar con pruebas radiológicas. Un gran número de estudios han demostrado un desacuerdo entre los hallazgos radiográficos y el dolor. La etiología de la artrosis no está completamente clara, pero sí que se puede correlacionar significativamente con la edad y la obesidad. Es decir, el desgaste del cartílago ocasionado por el envejecimiento y el aumento de carga en la rodilla, podrían ser responsables de este cuadro clínico. Esto no quiere decir que no suceda en gente jóven, pero sería rara su aparición sin un antecedente traumático previo.

2 Objetivos

Objetivos principales
- Disminuir el dolor.
- Ganar rango articular.
- Recuperar la funcionalidad.

Objetivos secundarios
- Disminuir el edema.
- Bajar de peso.
- Disminuir la tensión de la musculatura implicada.

3 Caso clínico

Paciente mujer de 64 años que trabaja como administrativo, con antecedente de episodio depresivo hace 3 años con necesidad de tratamiento psicológico, que evolucionó favorablemente. La paciente tiene sobrepeso y lleva un estilo de vida sedentario, no realiza actividad física.

Acude a consulta de fisioterapia por dolor difuso recurrente y restricción de la movilidad de la rodilla derecha, de más de 1 año de evolución, sin antecedente traumático. Diagnosticada en consulta de traumatología de artrosis de rodilla grado II-III, le realizaron una segunda radiografía la cual no tiene en formato físico. Su médico de cabecera le pautó paracetamol 1g para aliviar el dolor, lo toma ocasionalmente por las mañanas.

Hallazgos clínicos y evaluación diagnóstica:
Inicialmente se realizó una inspección de la rodilla a valorar, apreciándose un ligero edema y deformidad de la misma.
Se apreció una limitación de la flexión de rodilla en los últimos grados de movimiento, con final doloroso. El rango de movimiento de la extensión se encontró preservado. Empleando un goniómetro se evalúo la limitación de la movilidad de la paciente, se objetivó 110º de flexión de rodilla. También se encontró una restricción en la movilidad de la rótula y en el deslizamiento antero-posterior de la tibia.

Diferentes estudios sugieren la relación entre la existencia de puntos gatillos miofasciales y la artrosis, teniendo una gran relevancia en el dolor y la discapacidad asociada a la artrosis. Se encontraron principalmente puntos gatillos miofasciales en el gastrocnemio medial (92%) y en el vasto medial del cuádriceps (67%).

La musculatura del miembro inferior fue explorada mediante la palpación manual, donde se identificaron puntos gatillos miofasciales activos en el vasto medial del cuádriceps. La compresión de los puntos gatillos miofasciales reprodujo el dolor de la paciente lo que sugirió su activación.

Se realizaron diferentes test ortopédicos, descartándose así patologías ligamentosas y meniscales.

En la primera sesión de tratamiento se pidió a la paciente que dibujara su gráfico del dolor en un "body-chart", localizándolo principalmente en la cara anteromedial de la rodilla.

Para la valoración de la calidad de vida relacionada con la salud se utilizó la escala WOMAC, obteniéndose una puntuación de 13/20 en la escala de dolor, 4/8 en la escala de rigidez y 40/68 en la escala de capacidad funcional.

El dolor de la paciente se midió a través de la Escala Visual Analógica del dolor (EVA), donde se obtuvo una puntuación de 7/10.

Intervención terapéutica:
El tratamiento de la paciente se estructuró en 20 sesiones, distribuidas en 2 sesiones semanales.
El abordaje terapéutico se realizó desde la combinación de la educación terapéutica, la terapia manual neuro-ortopédica y el ejercicio terapéutico.

En las primeras sesiones se introdujo la educación terapéutica con el fin de obtener un aprendizaje para la mejora de los conocimientos, habilidades y conductas de la paciente para mejorar su salud. Se explicó la neurofisiología del dolor, así como su enfermedad y se eliminaron creencias desadaptativas, ayudándonos de unas diapositivas de PowerPoint.

Se realizaron diferentes técnicas de terapia manual neuro-ortopédica con el fin de generar analgesia y aumentar el rango de movimiento: movilización de la rótula (ascenso-descenso, deslizamiento latero-medial), deslizamientos anteroposteriores para ganar rango de movimiento en flexión combinados con rotaciones a final de rango, movilización con movimiento.

Para el tratamiento de puntos gatillos miofasciales del vasto medial del cuádriceps se utilizó la punción seca.

Tal y como se ha planteado anteriormente la educación terapéutica, la terapia

manual neuro-ortopédica y la punción seca se combinó con un programa de ejercicios para la artrosis. Dicho programa se ejecutó en la clínica con supervisión del fisioterapeuta a partir de la segunda semana. En él se incluyó ejercicio cardiovascular, potenciación muscular de miembro inferior y ejercicios propioceptivos.

Se comenzó con un calentamiento aeróbico de 10 minutos en la bicicleta estática. La modulación de la intensidad se realizó en base al esfuerzo percibido por la paciente, trabajando en torno al 60-70% de su capacidad máxima.
Dependiendo de la sesión se incluyeron diferentes ejercicios, realizando de forma general 3 series x 12 de repeticiones de cada uno de ellos. Algunos ejemplos son: sentadillas con corrientes rusas con apoyo posterior fitball, concéntrico isquiotibiales multipower, propioceptivos monopodales sobre plano estable e inestable, propioceptivo bipodal en bossu durante 30 segundos 3 series o la sentadilla monopodal TRX.

Para finalizar el entrenamiento se realizan otros 10 minutos de bicicleta estática a un 40% de su capacidad máxima para enfriar.

Por último, se diseñó un programa de ejercicios domiciliarios que se entregó al final del tratamiento por escrito a la paciente, incluyendo ejercicios de extensión con gomas elásticas y sentadilla monopodal.

La paciente acudió a todas las visitas de fisioterapia planificadas. Se recuperó el rango articular de movimiento de flexión de rodilla, aunque persiste un ligero dolor en los últimos grados. Se volvieron a administrar los diferentes cuestionarios al final del tratamiento. Se observó una mejora en la calidad de vida relacionada con la salud, obteniéndose la siguiente puntuación en la escala WOMAC: 4/20 en la escala de dolor, 1/8 en la escala de rigidez y 15/68 en la escala de capacidad funcional. Los niveles de dolor de la paciente descendieron a un 2/10 en la EVA. No se produjeron acontecimientos adversos, ni imprevistos durante el tratamiento. Tras el alta se recomienda a la paciente seguir realizando el programa de ejercicios domiciliario.

4 Discusión-Conclusión

Numerosos estudios han demostrado que la educación y el ejercicio terapéutico son efectivos para reducir los niveles de dolor en los pacientes con artrosis. Sin embargo, es un abordaje poco utilizado en la práctica clínica, ya que se estima que tan solo el 36% de los pacientes con artrosis reciben este tratamiento no

farmacológico acorde a las guías de práctica clínica.

Diferentes estudios han utilizado la terapia manual neuro-ortopédica para reducir el dolor y ganar rango articular en la artrosis. En varios estudios se comprueba que diferentes técnicas de terapia manual neuro-ortopédica de concepto Maitland y Mulligan son efectivas para el tratamiento de la artrosis. Y en otros estudios se demostró que la punción seca en combinación con el ejercicio terapéutico pueden producir mejoras clínicamente significativas en términos de dolor, rango articular y funcionalidad.

La combinación de educación terapéutica, terapia manual neuro-ortopédica, la punción seca y la realización de un programa de ejercicio terapéutico ha resultado ser efectivo en el tratamiento de la artrosis de rodilla asociada a síndrome de dolor miofascial en esta paciente.

5 Bibliografía

1. Bellamy N, Buchanan WW, Goldsmith CH, Campbell J, Stitt LW. Validation study of WOMAC: a health status instrument for measuring clinically important patient relevant outcomes to antirheumatic drug therapy in patients with osteoarthritis of the hip or knee. J Rheumatol [Internet]. 1988 [cited 2019 Sep 6];15(12):1833–40. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3068365

2. Dell'Isola A, Jönsson T, Ranstam J, Dahlberg LE, Hansson EE. Education, home exercise and supervised exercise for people with hip and knee osteoarthritis as part of a nationwide implementation programme: data from the BOA registry. Arthritis Care Res (Hoboken) [Internet]. 2019 [cited 2019 Sep 5];acr.24033 DOI: http://dx.doi.org/10.1002/acr.24033.
Available from: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/acr.24033

3. Dor A, Kalichman L. A myofascial component of pain in knee osteoarthritis. J Bodyw Mov Ther [Internet]. 2017 [cited 2019 Sep 6];21(3):642–7 DOI: http://dx.doi.org/10.1016/j.jbmt.2017.03.025.
Available from: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1360859217300505

4. Escobar A, Vrotsou K, Bilbao A, Quintana JM., García Pérez L, HerreraEspiñeira C. Validación de una escala reducida de capacidad funcional del cuestionario WOMAC. Gac Sanit [Internet]. 2011 [cited 2019 Sep 6];25(6):513– 8 DOI: http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.06.003.
Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21945068

5. Ferrer-Peña R, Gil-Martínez A, Pardo-Montero J, Jiménez-Penick V, GallegoIzquierdo T, La Touche R. Adaptación y validación de la Escala de gradación del dolor crónico al español. Reumatol Clínica [Internet]. 2016 [cited 2019 Sep 6];12(3):130–8 DOI: http://dx.doi.org/10.1016/j.reuma.2015.07.004.
Available from: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1699258X15001205
6. Núñez-Cortés R, Cruz-Montecinos C, Vásquez-Rosel Á, Paredes-Molina O, Cuesta-Vargas A. Dry Needling Combined With Physical Therapy in Patients With Chronic Postsurgical Pain Following Total Knee Arthroplasty: A Case Series. J Orthop Sports Phys Ther [Internet]. 2017 [cited 2019 Sep 6];47(3):209– 16 DOI: http://dx.doi.org/10.2519/jospt.2017.7089.
Available from: http://www.jospt.org/doi/10.2519/jospt.2017.7089
7. Rao R V, Balthillaya G, Prabhu A, Kamath A. Immediate effects of Maitland mobilization versus Mulligan Mobilization with Movement in Osteoarthritis knee-A Randomized Crossover trial. J Bodyw Mov Ther [Internet]. 2018 [cited 2019 Sep 5];22(3):572–9 DOI: http://dx.doi.org/10.1016/j.jbmt.2017.09.017.
Available from: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1360859217302413
8. Sánchez Romero EA, Fernández-Carnero J, Calvo-Lobo C, Ochoa Sáez V, Burgos Caballero V, Pecos-Martín D. Is a Combination of Exercise and Dry Needling Effective for Knee OA? Pain Med [Internet]. 2019 [cited 2019 Sep 5]; DOI: http://dx.doi.org/10.1093/pm/pnz036.
Available from: https://academic.oup.com/painmedicine/advancearticle/doi/10.1093/pm/pnz036/5393438

Capítulo 1076

TENDINITIS DEL SUPRAESPINOSO.

LUJÁN BLANCO COUTO

NOELIA MURIAS BLANCO

1 Introducción

Este proceso obedece a una reacción inflamatoria provocada por la degeneración de las fibras tendinosas. El manguito de los rotadores está formado por un tendón común a los músculos supraespinoso, infraespinoso, redondo menor y subescapular, que se desliza por debajo del acromion, entra en contacto con la bolsa serosa subacromiodeltoidea y se insertan en el troquiter humeral. es el responsable de los movimientos de abducción y rotación de la extremidad superior.

2 Objetivos

- Exponer y análizar caso clínico de una tendinitis del supraespinoso.

3 Caso clínico

Descripción caso clínico:
Mujer de 50 años de edad, que trabaja de limpiadora desde hace 23 años en un colegio y que presenta dolor e impotencia funcional en hombro derecho desde hace ya varios meses agudizándose este proceso en las dos últimas semanas.

Exploración y pruebas:

La paciente presenta dolor de tipo inflamatorio que no cede con el reposo y dolor de tipo mecánico con un arco doloroso entre los 60 y los 100 grados de abducción. Dolor a punta de dedo en el tendón supraespinoso que si irradia hacia la V deltoidea. Impotencia funcional a la movilidad activa debido al dolor y la movilidad pasiva está afectada con la realización del arco doloroso. Presenta contracturas en ambos trapecios sobre todo en el derecho y paravertebrales cervicodorsales. La contracción isométrica contra resistencia es dolorosa a la abducción. Test de Jobe positivo.

Juicio clínico:

Tendinitis de supraespinoso.

Plan de tratamiento:
En las primeras sesiones realizaremos un tratamiento dirigido a la disminución del dolor y la inflamación aplicando electroterapia analgésica en la zona además de termoterapia profunda en la musculatura contracturada por la actitud de defensa ante el dolor. También aplicaremos ultrasonido a nivel del tendón. A medida que el dolor vaya cediendo y disminuya la inflamación haremos tratamiento de los puntos gatillo de la musculatura cervicodorsal, cinesiterapia activa asistida y por último fortalecimiento de la musculatura débil. Al finalizar la sesión aplicaremos frío local en la zona del tendón.

Este tipo de patología suele responder favorablemente al tratamiento de fisioterapia, pero una labor muy importante del fisioterapeuta es hacer ver a los pacientes que las medidas de higiene posturas son fundamentales para evitar recidivas, nuevas lesiones.

Algunas de estas medidas posturales son:
- No cargue el bolso solo sobre un hombro.
- Levante y cargue los objetos cerca de su cuerpo. No alzar cargas pesadas por encima cabeza.
- Descansar regularmente en cualquier actividad que sea repetitiva.
- Guardar los artículos de uso habitual en lugares que pueda alcanzar fácilmente.

4 Discusión-Conclusión

Después de los 50 o 60 años de vida este tendón podrá verse afectado por un proceso degenerativo tisular fisiológico agravado por los movimientos repetitivos y por las resistencias que habitualmente habrá tenido que soportar el tendón por ejemplo, limpiar cristales, el transporte de pesos, etc.

Algunas complicaciones encontradas tras el tratamiento de la tendinitis son las roturas parciales del manguito rotador, las calcificaciones en el tendón y las limitaciones de las amplitudes articulares hombro congelado. Debido a todo esto es muy importante iniciar un tratamiento fisioterápico precoz para evitar dichas complicaciones y futuras intervenciones quirúrgicas.

5 Bibliografía

- Dr. Martinez Flores David. Hombro Doloroso. Revista boliviana de Ortopedia y Traumatología. Vol. 13 No 1 Octubre 2005.
- Gil Martínez. "Lesiones en el hombro y fisioterapia" Ed. Arán.
- Enciclopedia Médico quirúrgica.: Rehabilitación del hombro no operado (26-210-B-10)

Capítulo 1077

USO DE ESPIRÓMETRO EN FISIOTERAPIA

GUILLERMO JOSE PARCERO IGLESIAS

1 Introducción

El espirómetro incentivador un dispositivo usado para ayudarle a mantener los pulmones sanos después de una cirugía o cuando se tiene una enfermedad pulmonar como neumonía. Este espirómetro le enseña cómo respirar de manera profunda y lenta.

Respirar profundamente mantiene los pulmones con aire y saludables mientras se recupera y puede ayudar a prevenir complicaciones en los pulmones.

2 Objetivos

Queremos conocer la tasa de uso del espirómetro en las unidades de hospitalización así como los beneficios relacionados con la fisioterapia.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos que versan sobre la fisioterapia y el uso del incentivador. Se seleccionan 4 artículos que cumplen los criterios de inclusión: texto libre, formato a texto completo y publicados en los últimos 5 años.

4 Resultados

Muchas personas se sienten débiles y doloridas después de una cirugía y respirar puede ser incómodo. Un dispositivo llamado espirómetro de incentivo puede ayudarle a respirar profundamente de manera correcta.

Usando el espirómetro de incentivo cada 1 o 2 horas, se pueden mantener los pulmones saludables.

Para utilizar el espirómetro:
• Siéntese y sostenga el dispositivo.
• Colóquese la boquilla del espirómetro de incentivo en la boca. Asegúrese de hacer un buen sellado sobre la boquilla con sus labios.
• Exhale (espire) normalmente.
• Inhale (inspire) LENTAMENTE.

Una pieza del espirómetro de incentivo subirá a medida que usted inhale.
• Trate de lograr que esta pieza suba lo más alto que pueda.
• Generalmente, hay un marcador colocado por el médico que le indica qué tan profunda debe ser la inhalación.

Otra pieza más pequeña del espirómetro de incentivo es similar a una bola o un disco.
• Su meta debe ser asegurarse de que esta bola permanezca en la mitad de la cámara mientras usted inhala.
• Si usted inhala con demasiada rápidez, la bola se disparará hasta la parte superior.
• Si usted inhala muy lentamente, la bola permanecerá en el fondo.

Contenga la respiración durante 3 a 5 segundos. Luego, exhale lentamente.

5 Discusión-Conclusión

La eficacia del espirómetro incentivador es muy alta, obteniendo gran beneficio en la rehabilitación del paciente quirúrgico y en neumonías. Eso se traduce en menor tiempo de ingreso del paciente y en menores costes.

6 Bibliografía

- Miquel-Gomara Perelló J., Román Rodríguez M.. Medidor de Peak-flow: técnica de manejo y utilidad en Atención Primaria. Medifam [Internet]. 2002 Mar [citado 2020 Feb 11] ; 12(3): 76-91. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1131-57682002000300006&lng=es.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 1078

QUISTE DE BAKER O QUISTE POPLÍTEO.

NOELIA MURIAS BLANCO

LUJÁN BLANCO COUTO

1 Introducción

El quiste de Baker es una acumulación de líquido sinovial procedente de la cápsula articular. Este líquido sinovial lubrica la articulación de la rodilla a modo de bisagra. Su acumulación se produce al debilitarse la membrana sinovial que recubre la articulación formando un quiste poplíteo detrás de la rodilla. Cuando la presión se acumula el líquido protruye hacia la parte posterior de la rodilla y puede llegar a ocasionar molestias. El quiste de Baker puede aparecer a cualquier edad incluyendo las etapas tempranas de la vida.

El quiste de Baker es una lesión benigna que no causa daño a largo plazo pero puede ser molesto y doloroso. Es muy raro que se presente una discapacidad ya que la mayoría de los casos se resuelven con el tiempo. Las complicaciones no son comunes pero pueden incluir dolor e inflamación crónica y complicaciones de lesiones asociadas como la rotura de meniscos.

2 Objetivos

- Exponer y analizar caso clínico de un quiste de Baker.

3 Caso clínico

Descripción caso clínico:
Mujer de 50 años de edad, con sobrepeso que presenta inflamación dolorosa detrás de la rodilla derecha desde hace 15 días. Como antecedentes tuvo hace varios años una rotura meniscal en dicha rodilla.

Exploración y pruebas complementarias:
En el examen físico encontramos una masa suave en la parte posterior de la rodilla que limita el movimiento por el dolor y el tamaño del quiste. Test de Apley y test de Mc Murray positivos para menisco interno. En el examen radiológico se muestran signos incipientes de un proceso degenerativo.

Juicio clínico:
Quiste de Baker.

Plan de tratamiento:
En cuanto al tratamiento este se enfocará principalmente a tratar la causa que lo ha originado y con medidas antiinflamatorias que reduzcan la presión que ocasiona en las estructuras cercanas. El tratamiento de la musculatura de la zona posterior de la rodilla será de gran importancia además de los estiramientos globales del miembro inferior basados en los conceptos de la RPG (reeducación postural global) que ayudarán a flexibilizar el tejido junto con las movilizaciones articulares que descongestionan la articulación y alivian la presión. Al finalizar el tratamiento remitiremos al paciente al servicio de traumatología para que valoren las lesiones meniscales.

4 Discusión-Conclusión

Cuando el tratamiento de fisioterapia resulta ineficaz para disminuir la sintomatología inflamatoria y dolorosa de esta patología puede que sea necesario recurrir a una intervención quirúrgica para extirpar el quiste. En estos casos habrá que valorar si realmente la cirugía resultará útil ya que el quiste puede reaparecer si no se elimina la causa que lo origina.

El objetivo del tratamiento debe ser corregir el problema que lo está causando como puede ser la rotura de meniscos, ligamentos, etc. En otras ocasiones el quiste puede llegar a romper causando dolor, inflamación y hematoma en la parte posterior de la rodilla y la pantorrilla. Es muy importante saber si el dolor o la

hinchazón es causada por un quiste de Baker o por un coágulo de sangre, ya que el coágulo sanguíneo o trombosis venosa profunda podría presentar una similitud clínica.

5 Bibliografía

- www.rehabilitacionpremiummadrid.com
- www.elsevier.es
- www.reumatologiaclinica.org

Capítulo 1079

A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO. SOBRECARGA DEL MÚSCULO POPLÍTEO

CELESTINO GARCIA CAPILLA

ANA GAMUNDI OTERO

CARLOS MORGADE FERNÁNDEZ

1 Introducción

El aumento de la práctica deportiva durante las últimas décadas ha supuesto un fuerte incremento en el volumen de participantes en sus diferentes modalidades. Una de las especialidades que más auge y demanda ha experimentado en estos últimos años ha sido la carrera continua o running.

Esto está en relación con la poca exigencia económica que demanda para su práctica y la facilidad para desarrollarla en cualquier ámbito, ya sea urbano o rural. Es un deporte ideal para cualquier edad y que no exige de una condición física previa demasiado exigente para poder comenzar a desempeñarla en ausencia de alguna enfermedad o patología previa que lo impida. Como cualquier práctica deportiva está sujeta a la aparición de lesiones, especialmente aquellas que afectan al tren inferior como es de suponer.

Entre las diferentes patologías con las que podemos encontrarnos durante la práctica de este deporte llaman la atención las relacionadas con el músculo poplíteo

(sobrecarga y tendinitis especialmente) tanto por su frecuencia como por la capacidad que tienen para ser confundidas con otras lesiones si no son objeto de un buen estudio y diagnóstico para su correcta identificación.

La evolución de sobrecarga a tendinitis y el peligro consecuente de cronificación de la lesión son los riesgos que deberemos de evitar. Para ello un buen diagnóstico y un adecuado tratamiento médico y fisioterapéutico serán la clave del éxito en el tratamiento.

- Recuerdo anatómico:
Músculo corto y aplanado de carácter horizontal y forma triangular situado en la parte posterior de la pierna bajo el músculo gastrocnemio y que se extiende desde la tibia por encima de la línea poplítea hasta la superficie lateral del cóndilo femoral externo por debajo del ligamento lateral externo, menisco lateral en su cuerno posterior y cabeza del peroné.

Posee una parte extra-articular correspondiente a su vientre muscular y una intra-articular correspondiente a su tendón.
Su inervación corre a cargo del Nervio Tibial por sus raíces de L5 a S1. Su vascularización depende de la Arteria poplítea.

- Funciones:
Tiene función tanto motriz como estabilizadora. Dentro de la primera realiza flexión de la rodilla y la rotación medial de la tibia controlando la rotación de la rodilla durante la fase de apoyo de la marcha. En los movimientos de flexión actúa sobre el menisco lateral traccionando del mismo y evitando que sea pellizcado.

Con el miembro en apoyo hacer rotación externa del fémur para desbloquear la rodilla iniciando su flexión. En su papel estabilizador va a colaborar junto con el ligamento cruzado anterior para evitar una traslación anterior excesiva del fémur; también actuará como estabilizador al prevenir una excesiva rotación externa y en varo de la tibia durante el movimiento de flexión. Tiene como músculos antagonistas al cuádriceps y como sinergistas principales a los isquiotibiales y gemelos.

2 Objetivos

- Identificar y diagnosticar correctamente la patología por la que el paciente acude a consulta.

- Identificar los factores predisponentes si los hubiere y los causantes de la lesión con objeto de actuar sobre ellos en la medida de lo posible a fin de evitar posibles recidivas.
- Establecer un programa de tratamiento médico y fisioterapéutico que impida la evolución de la patología hacia un cuadro crónico.
- Reincorporar lo antes posible al sujeto a la práctica deportiva.

3 Caso clínico

[10:10, 13/2/2020] Miriams Mi reina paya: Varón de 35 años que acude a la consulta por dolor de dos meses de evolución localizado en la parte posterior de la rodilla con sensación de quemazón a nivel del hueco poplíteo en la zona lateral del cóndilo externo por detrás del tendón del bíceps crural que relaciona con el inicio de una nueva práctica deportiva: carrera continua.
- Deportista habitual (ciclismo, natación y levantamiento de pesas) cinco días a la semana.
- No antecedes médicos relevantes en relación con la patología.
- El sujeto refiere dolor también en la zona posteromedial de la rodilla.
- Dolor a la palpación sobre vientre muscular del músculo poplíteo que se percibe contracturado al tacto.
- Dolor a la flexión resistida y al estiramiento combinado con rotación externa tibial.
- Aparición del dolor: El dolor aparece por primera vez en forma de molestia a las tres semanas de comenzar a practicar carrera continua. Desaparece con el cese de la actividad para volver a presentarse con la reanudación de la misma.
- Los síntomas se agravan al correr cuesta abajo y al aumentar la zancada. Así mismo, presenta dolor en los últimos grados de flexión al hacer sentadillas.
- Ligera dificultad para lograr extensión completa de rodilla y dolor en los últimos grados en el ejercicio de sentadillas.
- Presencia de punto gatillo en el músculo poplíteo con dolor referido a parte posteromedial de la rodilla.
- El sujeto presenta un pie pronador en exceso en el lado de la patología (factor predisponente a la lesión).

Se hace diagnóstico diferencial para descartar patología meniscal, ligamentosa, capsular, síndrome de la cintilla iliotibial, quiste de Baker, etc. Como pruebas complementarias se recurre a la ecografía no hallándose cambios significativos en la estructura del tendón ni signos de rotura muscular o evidencia de

hematomas. Radiología convencional con resultados normales. Tras los hallazgos encontrados en la exploración, los datos aportados por la anamnesis y los resultados de las pruebas radiológicas y ecográficas se llega a la conclusión diagnóstica de una sobrecarga del músculo poplíteo.

Se combinan tratamiento médico en forma de AINES y analgésicos con tratamiento de fisioterapia. Se aconseja también visita al podólogo para confeccionar una plantilla que palíe el carácter pronador del pie de la extremidad afecta y mejore la pisada. Desde el punto de vista estrictamente fisioterapeútico como primera medida se pauta reposo relativo con cese de la actividad durante unos días. Aplicación de hielo como soporte analgésico.
Se practica punción seca sobre el musculo implicado para inactivar el punto gatillo encontrado y se revisan músculos adyacentes en busca de otros puntos gatillo que pudieran contribuir al cuadro doloroso sin hallarse ninguno. Puede aplicarse Diatermia en su modalidad capacitiva.

Posteriormente, pasados unas 48-72 horas podemos empezar con el empleo de ejercicios de estiramiento con rodilla extendida y rotación externa de pierna para estirar el músculo. Masaje decontracturante y uso de corrientes en forma de relación muscular (TENS, Interferenciales…) a la vez que se comienza con el programa de cinesiterapia activa-asistida evitando en todo momento la flexo-extensión excesiva. Diatermia sobre vientre muscular y regiones adyacentes en modalidad capacitiva y resistiva. Pasadas estas primeras fases y en función de la evolución del paciente se progresa desde una cinesiterapia activa hacia ejercicios de fuerza con resistencias variables e incrementadas según evolución del cuadro sin olvidar el trabajo propioceptivo.

Tras la desaparición del dolor en reposo y en función de la tolerancia a los ejercicios de fuerza se introduce la práctica deportiva de forma progresiva con pequeñas distancias y en llano. Hay que evitar las cuestas para no forzar el poplíteo en su papel estabilizador cuando se corre cuesta abajo. En condiciones normales y dada la ausencia de daño tendinoso los problemas derivados de la sobrecarga deberían de remitir en unas dos semanas y estar apto para la práctica deportiva normal en un mes.

4 Discusión-Conclusión

[9:57, 13/2/2020] Miriams Mi reina paya: Ante la aparición de un cuadro doloroso de estas características en un paciente corredor no ha de dejarse de lado la posi-

bilidad de que el responsable de dicho cuadro sea este pequeño pero importante músculo. Muchas veces un mal diagnostico basado en un mal diagnóstico diferencial, mala exploración, falta de pericia por parte del terapeuta y/o ausencia de pruebas complementarias pueden llevar a una cronificación de la lesión al equivocar el objetivo o diana de nuestro tratamiento.

Una vez identificado el origen de la patología deberá cesarse la actividad deportiva con el objeto de no empeorar el cuadro y que su evolución derive en una tendinitis o tendinosis que implicaría una cronicidad y requeriría de un tratamiento más exigente. Mentalizar al paciente es fundamental para que cese en su actividad ante la aparición de los síntomas. Esto no implica que tenga que abandonar la práctica deportiva ya que podría realizar sin ningún problema natación o bicicleta. Es necesario identificar la presencia de posibles factores predisponentes como pudieran ser en este caso un pie en exceso pronador, el cambio de calzado deportivo, el cambio de superficie o cambio de práctica deportiva (por ejemplo empezar a correr habitualmente cuando antes de practicaba otro deporte) sin el acondicionamiento previo necesario.

El uso de la fisioterapia en forma de estiramientos, masaje y posterior fortalecimiento de la musculatura son suficientes en este estadio de la lesión, cuando solo estamos ante una sobrecarga y deben tomarse en serio y realizarse de forma habitual por el paciente, especialmente el programa de estiramientos que habrá de mantenerse aún cuando la patología esté superada.

5 Bibliografía

-www.fisioterapia-online.com
-www.corporefisioterapia.com
-www.clinicash3.es
-www.fisioterapia.net
-www.fisiocampus.com
-Fisioterapia invasiva del dolor miofascial. Orlando Mayoral. Isabel Salvat. Editorial Médica Panaméricana.2017
-Punción seca de los puntos gatillo. Jan Dommerholt. César Fernández de las Peñas. Elsevier. 2013
-Tratamiento fisioterápico de la rodilla. Basas García, A. Fernández de las Peñas, C. Martin Urrialde. McGraw-Hill. Interamericána.2003
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/

- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 1080

INCONTINENCIA URINARIA EN EL POSTPARTO. TRATAMIENTO DEL SUELO PÉLVICO Y PREVENCIÓN.

BEATRIZ LLANO MENÉNDEZ

1 Introducción

La incontinencia urinaria (IU) se define como "la pérdida involuntaria de la orina que supone un problema social o higiénico". Es un problema que afecta principalmente a mujeres, su prevalencia aumenta con la edad, aunque también puede aparecer en mujeres jóvenes. Se trata de una disfunción de carácter físico, que además conlleva una repercusión a nivel social y psicológico que afecta a las actividades de la vida diaria y a la calidad de vida de las personas que la padecen.

Dentro de la incontinencia urinaria, se encuentran varios tipos: la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE), la incontinencia urinaria de urgencia (IUU), la incontinencia urinaria mixta (IUM), entre otros:

- La incontinencia urinaria de esfuerzo es la pérdida involuntaria de la orina asociada a un esfuerzo físico que provoca un aumento de la presión abdominal (tos, estornudos, risa) y se produce como consecuencia de un fallo en los mecanismos de resistencia uretral, por hipermovilidad uretral o por un defecto en las paredes interiores de la uretra que origina una disminución de la resistencia a la salida de la orina.
- La incontinencia urinaria de urgencia es la pérdida involuntaria de la orina asociada o precedida por un fuerte deseo de orinar/miccionar que provoca un aumento de la contractilidad de la vejiga.

- La incontinencia urinaria mixta es la pérdida involuntaria de orina relacionado tanto los síntomas de la incontinencia de urgencia como la de esfuerzo.

Cabe destacar que las incontinencias de urgencia y mixta son más frecuentes en mujeres de edad avanzada, y que la incontinencia de esfuerzo predomina en mujeres jóvenes o de mediana edad, sobre todo por los efectos del embarazo y el parto. En España se estima que cerca de 3 millones de personas presentan incontinencia urinaria, de las cuales tres cuartas partes son mujeres.

Los factores de riesgo que provocan o contribuyen a la aparición de la debilidad o a la pérdida de fuerza del suelo pélvico son diversos, y los clasificamos en dos grupos: factores de riesgo obstétricos y no obstétricos.

Dentro de los factores de riesgo obstétricos, hay que señalar los siguientes:
- El embarazo, el parto y el postparto. Durante estas tres etapas, el suelo pélvico se encuentra: más débil debido a que el útero soporta mayor peso (embarazo), dañado o perjudicado debido al esfuerzo realizado y a la salida del feto (parto), por lo que, no es conveniente realizar ejercicio o esfuerzos físicos precoces después del parto (postparto).
- La paridad. El número de partos vaginales influye en la aparición de las disfunciones del suelo pélvico.
- Los desgarros perineales y la episiotomía.
- La utilización en el parto de instrumentales como el fórceps o la ventosa.
- Realizar cierto tipo de maniobras durante el parto, como por ejemplo la Maniobra de Kristeller, generando un aumento de la presión intraabdominal.
- La macrosomía del feto, cuando el peso supera los 4000 gramos.
- El expulsivo prolongado.
- La posición de la mujer en el período expulsivo.
- La denervación parcial del suelo pélvico por la afectación del nervio pudendo durante el parto vaginal.

Por otro lado, los factores de riesgo no obstétricos son: la edad, el estrés, los antecedentes familiares de disfunciones del suelo pélvico, la menopausia, el índice de masa corporal, el sobrepeso, la obesidad, el estreñimiento, realizar profesiones de riesgo (ejemplos: cantantes, músicos que tocan instrumentos de viento, etc.), realizar deportes de impacto para el suelo pélvico (ejemplos: el baloncesto, aerobic, correr, gimnasia rítmica, atletismo, etc.), padecer algún tipo de patología respiratoria (ejemplos: asma, bronquitis, alergia, etc.), la tos crónica, el tabaquismo y los distintos hábitos cotidianos no recomendables.

El tratamiento conservador habitualmente es el primer abordaje terapéutico, aquí se incluyen medidas farmacológicas y la fisioterapia uroginecológica.

La fisioterapia específica uroginecológica engloba: técnicas manuales endocavitarias, técnicas instrumentales, ejercicios de contracción voluntaria del SP, técnicas de reeducación postural ante esfuerzos, ejercicios abdominopélvicos y técnicas de educación terapéutica comportamentales

Durante el embarazo es recomendable informar a las mujeres sobre los beneficios que pueden llegar a producirse si se llevan a cabo una serie de actividades y, además, enseñar cómo realizarlas. Estas actividades serían las técnicas conservadoras de: el masaje perineal y los ejercicios musculares del suelo pélvico (Ejercicios de Kegel).

El masaje perineal tiene como objetivo aumentar la elasticidad del periné y evitar el riesgo de traumatismo perineal durante el parto. Por otro lado, los ejercicios de Kegel que son un conjunto de ejercicios musculares del suelo pélvico, consistentes en contraer y relajar los músculos a distinto ritmo, pauta y postura; tienen como objetivo fortalecer y mejorar la coordinación de los músculos de soporte del suelo pélvico para facilitar las acciones y las funciones del mismo. De esta manera, a medida que avance el embarazo y se realicen estos ejercicios, en la zona perineal se disminuirá la sobrecarga y la presión a la que está sometida.

A lo largo de esta etapa, se realizan un conjunto de actividades que son: la valoración perineal a partir de las seis semanas postparto, la valoración del tono y la fuerza a través: del tacto vaginal y rectal, la revisión de cicatrices perineales y el estudio acerca de la existencia de algún tipo de incontinencia.

Dentro de las técnicas conservadoras que se incluirían en esta etapa, habría que mencionar: la gimnasia abdominal hipopresiva (GAH) y las esferas vaginales o tubos de pirex. La GAH, se realiza con el objetivo de tonificar la faja abdominal y consiste en un conjunto de técnicas posturales basadas en la acción conjunta de los músculos abdominales y pélvicos, que conducen a una disminución de la presión intraabdominal y a una activación refleja de la cincha abdominal y del periné. Y en relación a los conos vaginales o tubos de pirex, son dispositivos encargados de reforzar la musculatura del suelo pélvico y que generalmente se utilizan añadiéndoles un aumento del peso progresivo que la mujer ha de retener en su cavidad vaginal.

2 Objetivos

- Evaluar la efectividad del entrenamiento muscular del suelo pélvico para la prevención y el tratamiento de las disfunciones del mismo, en concreto de la incontinencia urinaria asociada al embarazo y al parto.
- Identificar el efecto del entrenamiento muscular en la prevención de la incontinencia urinaria postparto.
- Identificar qué medidas son efectivas en el tratamiento de la incontinencia urinaria.
- Analizar la repercusión de disfunciones del suelo pélvico en la calidad de vida de la mujer.
- Ampliar el conocimiento actual sobre las técnicas empleadas en Fisioterapia Obstétrica y Ginecológica como prevención de futuras incontinencias urinarias y episiotomías durante el parto para determinar cuáles son las técnicas más efectivas.

3 Metodología

Para la realización de este estudio se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de la literatura publicada en las bases de datos Medline, Pubmed, Web of Science, PEDro y Scielo.

La búsqueda se realizó principalmente en inglés y español utilizando las siguientes palabras clave para realizarla: urinary incontinence, pelvic floor, y pregnancy y sus correspondientes términos en español para la búsqueda en las plataformas PEDro y Scielo. Se realizó una búsqueda avanzada utilizando diferentes combinaciones de los descriptores con los operadores booleanos (AND, OR).

Además, se realizó una búsqueda manual a partir de la bibliografía de los artículos encontrados en la primera búsqueda, en la que no se encontró ningún artículo relevante para esta revisión.

Tras la búsqueda inicial se encontraron en las diferentes bases de datos un total de 630 citaciones que coincidían con los criterios de búsqueda.

Primero se procedió a una lectura de los títulos y los resúmenes de todos ellos para identificar aquellos que pudieran ser relevantes para esta investigación. Tras realizar este proceso y remover duplicados se encuentran los artículos que cumplen todos los criterios y se considera que pueden ser relevantes.

4 Resultados

La pérdida de orina es más común en los años de reproductividad y se produce como resultado de la debilidad del suelo pélvico; la edad, embarazo, tipo de parto, IMC, estado hormonal, estreñimiento y/o tos crónica son los factores más comunes o de riesgo para padecer IUE, aunque mujeres jóvenes y nulíparas también pueden padecerla.

En general, las mujeres con IUE reportan cambios en las actividades sociales, ocupacionales y, domésticas que influyen negativamente en los aspectos emocionales y sexuales.

Cabe decir que, junto con toda la batería de técnicas existentes, es necesario incorporar nuevos comportamientos en las actividades de la vida diaria. Los cambios de postura y movimientos favorecen el mantenimiento principal de la actividad muscular. Dichos cambios resultan en posturas fisiológicas que pueden mejorar su rendimiento muscular del suelo pélvico durante las actividades diarias.

Respecto al tratamiento fisioterápico de entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico, existen varias técnicas y/o maneras con las que poder trabajar.

Todos los autores están de acuerdo en que el entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico tiene un papel esencial para para la prevención y tratamiento de la IUE. El objetivo de los protocolos de tratamiento del EMSP consisten entre otras cosas en mejorar la fuerza muscular y la activación la cual conduce a una elevación permanente en reposo de la placa del elevador del ano a una posición más alta dentro de la pelvis, las vísceras y la restauración de la normalidad refleja de la actividad y otros mecanismos de continencia de protección. Las contracciones de los músculos pueden comprimir la uretra, por lo tanto aumentar la presión intra-uretral ante aumentos significativos de la presión intra-abdominal y así evitar una pérdida de orina ante ese aumento de presión.
Existen otras intervenciones, como biofeedback, el cual además de controlar la contracción muscular puede ser utilizado como elemento para ser conscientes de los músculos incluidos en dicha contracción, midiendo así su intensidad y resistencia. Se puede entrenar a través de bolas chinas o conos vaginales.

Otra alternativa es la electroestimulación, donde se encuentra un 35-65% de mejoría en las mujeres tratadas con esta terapia. Así mismo, con respecto al tratamiento de IU se exponen varias técnicas, las cuales mantienen resultados positivos; así mismo se ha presenciado que la combinación de estas terapias

destaca dichos resultados.

Además, las técnicas hipopresivas denominadas como ejercicios de "aspiración diafragmática", son consideradas como otro método de intervención que genera beneficios sobre la IU y recuperador del suelo pélvico en el postparto. Existiendo claros beneficios del tono de la musculatura abdominal y pelviana con respecto a la rehabilitación postnatal. El mejor método para tratar la IU, siendo éste, un problema de tan elevada importancia y trascendencia a nivel médico y a nivel psicosocial, es mediante un sistema elemental de salud, como es la prevención. Con las técnicas hipopresivas, se genera un cambio de ejemplar sobre rehabilitación postnatal que debe ser transmitida por la enfermera y/o matrona dadas las mejoras que se obtienen de su experiencia. Sin embargo, se trata de una práctica novedosa la cual requiere de mayor investigación

5 Discusión-Conclusión

El entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico es efectivo para la prevención y el tratamiento de la IU durante el embarazo y el postparto. La realización de ejercicios de Kegel o EMSP durante la gestación y el postparto disminuye o resuelve la IU postparto en un gran porcentaje de mujeres.

Las técnicas hipopresivas, es un método innovador el cual genera resultados positivos sobre el suelo pélvico en la etapa puerperal, pero se requiere mayor estudio sobre ello.

Se obtienen mejores resultados en aquellos grupos que son supervisados por un profesional de la salud, debido a que el nivel de conocimiento y adhesión al entrenamiento es mayor.

La IU tiene repercusiones sobre la calidad de vida de la mujer, generando una mejora en aquellas mujeres que llevan a cabo el EMSP antes y después del parto.

Actualmente las alteraciones del suelo pélvico en general son patologías con grandes avances tecnológicos y manuales para su tratamiento, capaces de obtener resultados positivos para mejorar la clínica sufrida por los /las pacientes. A pesar de ello hay un gran número de personas que no aparecen en las estadísticas porque no acuden a consulta y no son valorados, diagnosticados ni tratados adecuadamente.

Se puede decir que el siglo XXI, la IU en los países industrializados, es una pa-

tología de muchos, con tratamientos personalizados adecuados a cada paciente, gracias al amplio equipo de profesionales médicos, fisioterapeutas, matronas, monitores deportivos entre otros, dedicados por y para mejorar la salud de quien la padece.

6 Bibliografía

1. Murillo J.A., Walker C. Anatomía descriptiva y funcional de la cavidad abdominopelviana. Walker C., Fotoletra, SA. Fisioterapia en obstetricia y uroginecología. 2º Ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2013. p.1-53.
2. Memon H, Handa V. Pelvic floor disorders following vaginal or cesarean delivery. Curr Opin Obstet Gynecol. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3681820/pdf/nihms470817.pdf
DOI: 10.1097/gco.0b013e328357628b
3. Kocaöz S, Eroğlu K, Sivaslıoğlu AA. Role of pelvic floor muscle exercises in the prevention of stress urinary incontinence during pregnancy and the postpartum period. Gynecol Obstet Invest. 2013;75(1):34-40.
4. Hodges PW, Gandevia SC. Changes in intra-abdominal pressure during postural and respiratory activation of the human diaphragm. J Appl Physiol Bethesda Md 1985. septiembre de 2000;89(3):967-76.
5. Reilly ET, Freeman RM, Waterfield MR, Waterfield AE, Steggles P, Pedlar F. Prevention of postpartum stress incontinence in primigravidae with increased bladder neck mobility: a randomised controlled trial of antenatal pelvic floor exercises. BJOG 2002 Jan;109(1):68-76.

Capítulo 1081

EJERCICIO TERAPEÚTICO

MÓNICA FERNÁNDEZ BARRERA

1 Introducción

El ejercicio terapéutico es la ejecución sistemática y planificada de movimientos corporales, posturas y actividades físicas.

Al hablar de ejercicio terapéutico debemos de tener en mente una serie de conceptos tales como:
- Fuerza
-Resistencia
- Isométrico
- Excéntrico
- Concéntrico
- Intensidad
- Velocidad
- Aeróbico
- Anaeróbico

Se debe realizar ejercicio por los cambios que provoca en el sistema músculo esquelético. Durante la realización de las actividades de la vida diaria, con la repetición de movimientos, suponen una clave del ejercicio. Durante estas actividades debe tenerse en cuenta la alineación postural para que el movimiento sea óptimo. Teniendo en cuenta que en la sociedad actual el estilo de vida tiende a ser sedentario y por lo tanto se presenta un sistema músculo esquelético deficientemente desarrollado por la ausencia de demanda física y de esta forma los tejidos se encuentran más débiles y por lo tanto más predispuestos a lesionarse. .Así por

ejemplo, uno de nuestros objetivos debe ser el mantenimiento o recuperación del movimiento preciso o de segmentos concretos para prevenir o paliar el dolor músculo esquelético

Un programa de ejercicio terapéutico se realiza con el fin de dar las pautas al paciente para prevenir alteraciones, recuperar su nivel anterior de funcionamiento,prevenir o reducir factores de riesgo, mejorar , restablecer o potenciar el funcionamiento físico. Se deben realizar también cambios en el estilo de vida mejorando así la salud y bienestar general del paciente. Consiste en la ejecución sistemática y planificada de movimientos corporales, posturas, actividades física con el objetivo de:
* Prevenir o corregir alteraciones y factores de riesgos relacionados con la salud
* Mejorar, restablecer o potenciar el funcionamiento físico y
* optimizar el estado general de salud, acondicionamiento físico o sensación de bienestar

Por lo tanto, Las estrategias adoptadas pueden ser tanto para prevenir, para corregir, potenciar la calidad de vida como para restablecer parcial o totalmente la independencia del paciente.

Los beneficios pueden observarse en diferentes campos, como por ejemplo:
- El ejercicio puede llegar a evitar una cirugía o si se llega a ella , el ejercicio terapeútico previo ayuda a una recuperación postquirúrgica más rápida y eficaz.
- Ayuda hacer más efectivas cierto tipo de terapias médicas. Como en el caso de la hemodiálisis.
- Previene lesiones física incluidas las deportivas y acelera la recuperación de las mismas.
- Mejora el equilibrio y por la tanto evitará que se produzcan caídas
- Actúa en ante las alteraciones normales como en el embarazo o envejecimiento.
- Interviene en el proceso doloroso. Reduciendo, eliminando o evitando, restaurando la función muscular y/o articular.
- Mejora la capacidad respiratoria

Se debe hacer responsable al paciente de la adhesión al tratamiento, siguiendo las pautas que le indique su profesional.

2 Objetivos

Identificar la importancia del fisioterapeuta en el ejercicio terapeútico y la importancia del mismo en la mejora de la calidad de vida.

3 Metodología

- Se ha realizado una búsqueda sistemática en diferentes páginas web, libros especializados y en bases de datos: Dialnet, Medline y google académico.
- Se han empleado como descriptores: ejercicio terapeútico, calidad de vida, alineación,resistencia
- Se emplearon como criterios de inclusión textos en castellano e inglés, y de exclusión aquellos que carecieran de acceso libre.

4 Resultados

En el ejercicio terapeútico debe hacerse responsable al paciente. Como dice Lori Thein Brody además de aumentar la seguridad del programa de ejercicio, la formación del paciente sobre los efectos del programa de ejercicio sobre síntomas específicos, puede permitirle controlar la situación. Cuanto mejor entiendan los pacientes las relaciones de las distintas actividades (programa de ejercicio) y sus síntomas, mejor podrán regular sus niveles de actividad. Esto convierte al paciente en un colaborador del programa.

Gahimer y Domholdt llegaron a la conclusión de que los terapeutas enseñaban a los pacientes sobre todo aspecto de las enfermedades, ejercicios domiciliarios y, proporcionaban consejos e información.Además los pacientes refirieron cambios de actitud o comportamiento entre el 83,8% y el 86,5% como resultado de esta educación.

La actividad física moderada regular reduce el riesgo de muerte cardíaca del 20 al 25% entre las personas con una enfermedad cardíaca probada (Merz y Forrester, 1997).

Según la bibliografía consultada, se defienden las siguientes posturas:
-El fisioterapeuta es la persona indicada para pautar y hacer seguimiento del plan de ejercicio terapeútico. Teniendo en cuenta siempre la frecuencia cardíaca y la saturación de oxígeno para basarse en la ejecución de los ejercicios.

-Ante un paciente que necesita un programa de ejercicio terapeútico, el fisioterapeuta debe valorar inicialmente al paciente, programarse unos objetivos y seleccionar los ejercicios adecuado a tales fines.
-La exploración proporciona las bases para determinar los ejercicios correctores, pues cuando el fisioterapeuta encuentra las alteraciones que hay que modificar o lo que hay que prevenir, realizará un programa de ejercicio terapeútico.
-Desde el primer momento de este programa hay que hacer al paciente protagonista y responsable de él, educándolo.
-Tanto en la realización de ejercicios terapeúticos como en una alineación y movimientos correctos y adecuados en las actividades de la vida diaria como en una correcta alimentación y respiración adecuada. Entrenando de forma específica al paciente.
- La ejecución en casa de los ejercicios y pautas de corrección son la principal vía de ejecución del programa terapéutico con revisiones periódicas que variarán según el momento del programa en el que nos encontremos.

Estos programas son también preventivos, es decir, actúan antes de que se produzcan los síntomas, corrigiendo los patrones que pueden llevar a las alteraciones, cambiando el estilo de vida,para mejorar la salud y el bienestar general.

Someter el organismo de una persona a un programa de entrenamiento planificado, contribuye a mejorar la capacidad funcional de múltiples sistemas orgánicos; los programas de ejercicio dirigidos a la población mayor pueden generar un ahorro en los costos sanitarios por disminución de caídas, accidentes cerebrovasculares, infartos del miocardio o enfermedades crónicas propias del proceso de envejecimiento. Revista Cubana de Salud Pública 2012; 38(4): 562-580

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, se deben de seguir una serie de pautas para que los programas de ejercicio terapéutico sean efectivos:
- Realizar una exploración concreta y sistemática
- Formular un diagnóstico de fisioterapia
- Programar unos patrones terapéuticos a seguir
- Hacer responsable al paciente
- Evaluar el resultado de las estrategias adoptadas.

Se debe tener en cuenta una serie de factores para aplicar en las distintas fases

de recuperación del paciente:
• Dosis (frecuencia, repeticiones, series,
• Posición en la que se realizan los ejercicios
• Tipo de ejercicios y orden de los mismos
• Velocidad
• Carga

6 Bibliografía

- Ejercicio terapeútico. Recuperación funcional. Carrie M Hall, Lori Thein Brody. 2006
- Diagnóstico y tratamiento de las alteraciones del movimiento. Shirley A. Sahrmann,2002
- Revista Cubana de Salud Pública 2012; 38(4): 562-580
- Revista Española de Geriatría y Gerontología (Vol.37.Núm.S2. Páginas 74-105 (Agosto 2002)

Capítulo 1082

ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR DE UNA LESIÓN MOTÓRICA.

MARIA QUIJORNA SOLIS

ALMA MARIA RODRIGUEZ MANJON

MARÍA JESÚS LÓPEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

En este trabajo analizaremos todo lo que se refiere a la parálisis cerebral infantil y su tratamiento desde todos los puntos posibles de tratamiento. La PCI es un trastorno neurológico en un cerebro en desarrollo, inmaduro, como es el caso de los neonatos, el cual provoca una disfunción cerebral y se expresa en multitud de anomalías, resultando de múltiples causas. El trastorno en sí mismo no es progresivo, pero la aparición de lesiones neuropatológicas puede variar con el tiempo (Miller, 2014).

Afecta a un organismo que está en desarrollo e intenta actuar con otros sistemas en maduración (Campbel, 1999).
La prevalencia exacta no se conoce, debido a la falta de seguimiento; siendo mayor en nacido prematuros que en nacidos a término, y aumenta a medida que disminuye el peso al nacer y la edad. En cuanto a las características sindrómicas decir que en el 100% de los casos presentan alteración del tono muscula, alteración del mantenimiento de la postura y movimientos involuntarios. Más del 50% de los casos presentan alteración del lenguaje, defectos y visuales y trastornos emocionales.

En torno al 30% presentan defectos auditivos, ataques y convulsione. Y solo en un 5% de los casos se observan defectos óseos y articulares. Los factores etiológicos son distintos, dependiendo de la etapa en la que se produce la lesión. Una lesión similar en dos bebés distintos puede provocar diferentes problemas (Shepherd, 1995).
Existen multitud de clasificaciones de la PCI, pero la más aceptada es la de la Academia Norteamericana de PCI que los divide en dos grupos:

1. Según la alteración neuromotriz predominante:
- espástico
- atetósico
- rígido
- atásico
- tembloroso
- mixto

2. Según la distribución topográfica de las alteraciones neuromotoras:
- monopléjicos y parapléjicos
- memipléicos
- tripléjicos
- hemipléjicos
- tripléjicos
- tetrapléjicos

Podemos decir que existe una afectación leve, cuando hay dificultad para la coordinación y el movimiento; afectación moderada, cuando hay limitación de la marcha y de la sedestación; afectación grave cuando la actividad independiente está restringida y existe poca actividad manual. Se sabe que la espasticidad, junto con la hiperreflexia o resistencia al movimiento pasivo son las mayores barreras para un movimiento funcional.

En cuanto al pronóstico, se sabe que la mayoría de niños con PCI sobreviven hasta la edad adulta (Westbom et al., 2011). La supervivencia de los adultos depende del grado de discapacidad (Strauss y Savelle, 1998).
Para un diagnóstico y su posterior tratamiento debemos hacer una exploración minuciosa del paciente:
- antecedente familiares
- embarazo y parto
- hábitos educacionales
- escala de maduración

- manipulación
- lenguaje
- reflejos
- audición
- lenguaje
- convulsiones

En cuanto al tratamiento, decir que se debe realizar desde un abordaje multidisciplinar cuya finalidad sea mejorar la calidad de vida del paciente en todos los aspectos de su vida; desarrollo social y emocional, comunicación, educación, nutrición, movilidad e independencia. Se debe atender todas las necesidades médicas, sociales, psicológicas y terapéuticas. Los medicamentos y la cirugía pueden ayudar a mejora la espasticidad, pero no mejoran la debilidad muscular ni la coordinación de movimiento. Además, los efectos secundarios de ciertos medicamentos como confusión, letargo, hipotonía… están presentes en más del 50% de los pacientes.

El tratamiento quirúrgico para tratar la espasticidad consiste en una rizotomía dorsal selectiva. Las intervenciones ortopédicas buscan sobre todo evitar la deformidad. Importante también el terreno que se ocupa de la eliminación y nutrición ya que muchos pacientes tienen problemas relacionados con la deglución de alimentos. El babeo, que muchos niños presentan es un problema de aceptación social, aunque disminuye con la edad y con la toma de ciertos medicamentos, como la toxina botulínica.

Decir que existen muchas técnicas fisioterapéuticas, unas con escuela propia y otra que usan una mezcla de las existentes. El Método Bobath es el más utilizado en Europa. El tratamiento se basa en que la lesión provoca una interrupción del desarrollo o motor y en la presencia de patrones anormales de la postura y la marcha. Se pretende que el niño tenga una sensación normal de movimiento, mediante la repetición de los mismos para que acaben saliendo de forma espontánea y automática. Existen otros métodos importantes como el de Vojta, mediante el cual se pretende conseguir u control automático de la postura, apoyo correcto de las extremidades y coordinación muscular, mediante la reptación refleja y el volteo reflejo.

2 Objetivos

- Insistir en la necesidad de un abordaje en equipo para el tratamiento y recuperación de este tipo de lesiones motóricas.

Las técnicas de fisioterapia por separado no son tan efectivas como se quisiera, y para obtener buenos resultados el tratamiento debería ser prolongado en el tiempo, lo cual es muy costoso para las familias. Sería de gran importancia el subvencionar centros de abordaje multidisciplinar para estos pacientes.

3 Metodología

Se lleva a cabo una revisión bibliográfica de bases de datos, revistas y artículos. Las bases de datos consultadas son PubMed y PEdro. Tenemos en cuenta un intervalo de tiempo de 25 años para contrastar datos lo más actuales posibles. Hemos basado la búsqueda en artículos en español, traducidos del inglés, francés y alemán.

4 Resultados

La PCI es un trastorno neurológico en un cerebro en desarrollo. El trastorno es progresivo, pero las lesiones que aparecen pueden variar en el tiempo (Miller, 2014).
La prevalencia es mayor en nacidos prematuros y aumenta a medida que disminuye el peso al nacer y la edad gestacional (Lorenz et al., 1998). Existen distintos grados de afectación.

5 Discusión-Conclusión

La eficacia de la educación terapéutica es difícil de demostrar, debido a los pocos estudios y lo complicado de seguir la evolución de un paciente a lo largo del tiempo. Hoy día, prácticamente el 100% de los casos recibe tratamiento lo más temprano posible.

Se debe realizar un examen exhaustivo y minucioso del paciente para conocer la etiología de la lesión y las alteraciones que ha producido, y así determinar el tratamiento más adecuado para casa caso. Concluir diciendo la gran importancia

que tiene el abordaje multidisciplinar, porque es muy distinto llevarse un vaso a la boca, a decir que tenemos sed, coger el vaso y beber.

6 Bibliografía

- Aparaicio, JM, (2009). Neurología pediátrica.
- Camacho-Salas, A., (2008). Parálisis cerebral infantil. Importancia de los registros poblacionales.
- Macías, L., (2003). Fisioterapia en pediatría.
- Quiles, C., (2007). Parálisis cerebral infantil. Clases de residentes.
- Votja, V., (1992). El principio Votja. Volteo y locomoción refleja.

Capítulo 1083

ABORDAJE DE LA ENFERMERMEDAD DEL PARKINSON DESDE LA FISIOTERAPIA

ROBERTO MARTÍNEZ ÁLVAREZ

1 Introducción

La enfermedad de Parkinson fue descrita por primera vez por James Parkinson en 1817 y actualizado su concepto posteriormente por Charcot. Es una entidad clínica caracterizada por 4 signos: temblor, rigidez, acinesia y alteraciones posturales (TRAP).

2 Objetivos

Realizar una revisión de las técnicas de fisioterapia utilizadas en el tratamiento de la Enfermedad del Parkinson.

3 Metodología

Revisión bibliográfica a través de las bases de datos: Elsevier, PEDro, TESEO Y Scielo utilizando las palabras clave: Parkinson, Parkinsonismo, demencia, fisioterapia, tratamiento.

4 Resultados

DEFINICIÓN:
Es una enfermedad neurodegenerativa de presentación esporádica y de carácter crónico y progresivo. Afecta al sistema extrapiramidal, clasificándose dentro de los trastornos del movimiento o TRAP, cursando con manifestaciones no motoras también.

La vía extrapiramidal es la encargada de proveer de tono y movimientos coordinados y precisos, del control de la postura y del equilibrio y de los movimientos automáticos y estereotipados como son el braceo durante la marcha, por lo que una lesión en esta vía ocasiona rigidez no espástica, movimientos involuntarios anormales, alteración del tono muscular y del equilibrio y la postura.

Todo esto debido a una disminución de Dopamina de los centros del Locus Níger (sustancia negra) y por lo tanto un aumento en el porcentaje de Acetilcolina.

EPIDEMIOLOGÍA:
Es el segundo trastorno neurodegenerativo más frecuente (después de la Enfermedad de Alzheimer) y el segundo trastorno del movimiento por detrás del Temblor esencial. La presencia en el sexo masculino es superior (3:2) .Se produce en un 1% de las personas mayores de 65 años, aumentando la prevalencia con la edad.

ETIOLOGÍA:
• Enfermedad de Parkinson Esporádica: es desconocida, siendo su origen multifactorial, con diferentes factores de riesgo como son el envejecimiento por la disminución del número de neuronas de la sustancia negra durante la edad, producido una menor concentración de Dopamina. Factores genéticos en un 15% de los casos. Factores ambientales como la concentración de herbicidas y pesticidas , el consumo de aguas de pozo , la exposición a metales y el contacto con determinados virus durante las primeras edades de la vida.es característico la presencia de Cuerpos de Lewy intracitoplasmarios. En todas estas hipótesis hay en común la disminución de dopamina en el nucleo Neoestriado (Putamen).
• Parkinson Secundario: producido por traumatismos, drogodependencias, intoxicaciones medicamentosas, secundaria a enfermedades del SNC, enfermedades vasculares, tumores, enfermedades metabólicas, infecciones.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS:

Las manifestaciones son debidas a dos alteraciones por la disminución del nivel de Dopamina como son los cambios compensatorios en los Ganglios Basales y la inclinación de la balanza Dopamina-Acetilcolina hacia esta última.

Las manifestaciones clínicas las podemos dividir en síntomas motores y no motores.
1. Síntomas motores:
A) Temblor, la manifestación más conocida pero no las más invalidante, el temblor parkinsoniano se presenta en un 70% de los casos, es un temblor de reposo y la actividad voluntaria, reemergente, aumenta con la ansiedad, el estrés, el cansancio, la marcha y la actividad contralateral, disminuyendo durante el sueño. Tiene una frecuencia de 4-6Hz de forma rítmica, denominado "de contar monedas", con predominio distal asimétrico comenzando en la extremidad superior y avanzando al miembro homolateral, en, en ocasiones comienza por la mandíbula. Las afectaciones con predominio de temblor son denominadas Tremóricas.
B) Rigidez, es un aumento del tono muscular con el movimiento, se denomina en "rueda dentada"/signo de Negro) si ha temblor superpuesto y "en tubo de plomo" sino lo hay. Aumenta con los movimientos voluntarios del lado contrario (signo de Froment), predominio en los músculos flexores. La variedad de la enfermedad en la que predomina la rigidez es denominada Rigidocinetica.
C) Acinesia, es la pérdida de movimiento espontáneo y automático, también presenta Bradicinesia o retardo en el movimiento e Hipocinesia o menor arco articular de movimiento. Es el síntoma más incapacitante. Presente en características de la enfermedad como la mirada de reptil, la hipofonía, la sialorrea, la micrografía, y las alteraciones de la marcha, como son la ausencia de braceo, marcha vacilante, dificultad en los giros y al sentarse, el bloqueo motor y la congelación de a marcha.
D)Alteraciones posturales, son alteraciones de la postura y el equilibrio, con disminución de las reacciones de enderezamiento, postura simiesca y alta probabilidad de caídas.

2. Síntomas no motores como son: síntomas psicológicos como bradipsiquia ,alteración de la atención, déficit visual, disminución del habla, depresión, ansiedad, trastornos del sueño, apatía, alteración del olfato, dolor , fatiga, parestesias ,estreñimiento, mareo ,disfunción eréctil ,disautonomía ,frecuencia urinaria.

ESTADIOS DE LA ENFERMEDAD:
Para clasificación de la fase en que se encuentra la enfermedad, la escala internacional más utilizada en la Enfermedad de Parkinson es la Clasificación de Moehn

Yahr que se divide en 5 estadios:
0. No hay enfermedad.
1. enfermedad exclusivamente unilateral.
1.5. Alteración unilateral y axial.
2. afectación bilateral sin afección del equilibrio.
2.5. Afectación bilateral leve con recuperación en la prueba de la retropulsión.
3. afectación bilateral leve o moderada, cierta inestabilidad postural, es independiente.
4. incapacidad grave, capaz de caminar y mantenerse de pie sin ayuda aun.
5. permanece en silla de ruedas o encamado.

DIAGNÓSTICO:
El diagnóstico es clínico, siguiéndose los criterios del UK Parkinson´Disease Society Brain Bank, centrándonos en descartar otras formas de Parkinsonismo. Se recurren a pruebas complementarias como el TAC, RMN, PET.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:
La Selegilina se utiliza como tratamiento preventivo de la EP. El tratamiento sintomático para mejorar la incapacidad funcional con precursores de la Dopamina, agonistas dopaminérgicos, anticolinérgicos, amantidina.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO:
Las técnicas más utilizadas son la palidotomía, estimulación cerebral profunda, y el trasplante de células nígridas fetales.

TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO:
En el tratamiento de fisioterapia nos fijamos unos objetivos generales como son:
1. Mantener la actividad.
2. Estrategias para superar las dificultades motoras.
3. Facilitar las AVD.

Los objetivos específicos a conseguir son:
1. Reeducar la postura.
2. Mejorar la función respiratoria.
3. Incrementar la fuerza.
4. Mantener el equilibrio y la coordinación.
5. Mejorar el patrón de la marcha, y evitar los bloqueos motores.

En el proceso diagnóstico y de valoración recurrimos a una anamnesis, exploración física de las alteraciones sensitivas, físicas, alteración de la postura, transferencias, alcance, equilibrio (test Time Up and Go, escala Tinetti), antecedente de caídas, valoración de la marcha.

Las técnicas utilizadas en el tratamiento son cinesiterapia pasiva, asistida y con pequeña resistencia; estiramientos, fortalecimiento muscular, trabajo postural, trabajo de equilibrio, entrenamiento orientado a las tareas, estimulación sensorial, fisioterapia respiratoria.

En cada trastorno específico nos servimos de diferentes tratamientos:
• Bradicinesia, iniciando los movimientos con órdenes breves y precisas, orientando el movimiento hacia un objeto determinado, aumentando la velocidad con órdenes verbales
• Fluctuaciones motoras: nunca tirar del enfermo durante las fases on/off, la movilización debe de ser suave y rítmica asociando a maniobras de viven y tracción.
• Acinesia: reemplazando los mecanismos motores inconscientes por un programa motor voluntario, entrenamiento para evitar el obstáculo reemprender la marcha, marcha de sonámbulo.
• Trastornos de la persistencia de la acción con ejercicios de mantenimiento del ritmo impuesto por la voz
• Trastornos de la función de ejecución mediante acciones simples y precisas.
• Pérdida de fuerza muscular, con un programa de ejercicios.
• Alteración de la postura, con un programa de estiramientos personalizado según la fase de la enfermedad.
• Dolor: con Masoterapia, termoterapia superficial, cinebalneoterapia….

Las sesiones de hidroterapia en grupo favorecen la marcha, el tono muscular y la socialización. Nos ayudamos también de la terapia ocupacional, siempre dentro de un ambiente de equipo multidisciplinar.

Se ha constatado las múltiples variantes de tratamiento fisioterapéutico que se realizan en el tratamiento de la enfermedad del Parkinson.

5 Discusión-Conclusión

En la enfermedad del Parkinson el tratamiento de fisioterapia va a variar según la fase evolutiva de la enfermedad, debiendo adaptarnos a sus características. Las técnicas utilizadas son muy variadas, lo cual nos puede hacer pensar que no hay

una única técnica a seguir, sino que se deben utilizar la combinación de varias de ellas. Siendo de gran importancia la comunicación con el resto del equipo asistencial y la familia.

6 Bibliografía

- Tratado de Medicina Geriátrica. Fundamentos de atención sanitaria a los mayores, Elsevier, 2015, Abizanda Soler P, Rodríguez Mañas L.
- Vademecum de kinesioterapia y de reeducación funcional: técnicas, patología e indicaciones de tratamiento, Yves Xhardez, El Ateneo, 1993.
- Escalas de valoración y tratamiento fisioterápico en la enfermedad de Parkinson, RC de la Cuerda, AIM Jiménez, VC Sánchez... - Fisioterapia, 2004 – Elsevier.
- Papel del fisioterapeuta en una asociación de Parkinson, MJG Cárdenas, M Peña-Salinas - Fisioterapia, 2001.
- Marta Bisbe Gutiérrez, Carmen Santoyo Medina,Vicenç Tomás Segarra i Vidal. Fisioterapia en Neurología, Panamericana, 2012.

Capítulo 1084

ELECTROTERAPIA EN EL TRATEMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN.

ROBERTO MARTÍNEZ ÁLVAREZ

1 Introducción

Las úlceras por presión son lesiones cutáneas que afectan a las diferentes capas de la piel y tejidos blandos, produciendo la isquemia del tejido por la presión sobre una estructura ósea. La circulación sanguínea disminuye y por tanto también la oxigenación de los tejidos, a la larga puede llegar a producir anemia, infección y largos periodos de ingreso hospitalario.

Factores De Riesgo:
Pueden ser tanto externos como la fricción, fuerza de roce, humedad y presión; como internos que pueden ser alteraciones circulatorias, desnutrición, déficit sensorial, incontinencia urinaria, edad.

Valoración:
Se clasifica en 4 grados en función de la profundidad:
1. Grado 1, eritema con piel ilesa, calor local, sin presencia de ulceración.
2. Grado 2, úlcera superficial afectando la epidermis y dermis o ambos
3. Grado 3, pérdida de tejido cutáneo hasta la fascia
4. Grado 4, pérdida total de tejido cutáneo y subcutáneo.
Con respecto al aspecto la podemos clasificar:
1. Estadio 1 , con edema cutáneo, coloración rojiza

2. Estadio 2, aparición de ampolla pérdida parcial de dermis y epidermis.
3. Estadio 3, pérdida total del grosor de la piel
4. Estadio 4, pérdida total de tejido subcutáneo afectando a tejidos blandos.

La cicatrización de la herida pasa por varias fases: a) Fase de inflamación, reacción inmediata en la herida con calor y enrojecimiento. Los macrófagos actúan sobre a herida para la eliminación del tejido muerto. b) Fase de proliferación, aumentando la vascularización, oxigenación y nutrientes de células endoteliales. La proliferación de fibroblastos aumenta la formación de colágeno c) Maduración y remodelación: disminución de tamaño y formación de cicatriz en la herida

2 Objetivos

- Realizar una revisión de las técnicas de fisioterapia válidas en la lucha contra las UP.

3 Metodología

Para realizar el siguiente capítulo se llevó a cabo una exhaustiva búsqueda en diferentes medios y bases de datos como Pubmed, Scielo, Medline. También se consultaron temarios y guías usando las palabras clave: úlceras por presión, fisioterapia, tratamiento, prevención, anciano. Combinando los operadores booleanos ”AND” y ”OR” para combinar las diferentes palabras clave y obtener unos resultados más precisos y más ajustados a nuestras necesidades.
Se han tomado como criterios de inclusión: publicaciones y documentos en español, rechazando los que no se ajustaban a los criterios establecidos.
Se seleccionaron los artículos más recientes y que informasen sobre los objetivos marcados. Y de ellos se sustrajo información pertinente.

4 Resultados

Tratamiento Preventivo:
• Cambios posturales que deben de realizarse cada 2 horas cambiando la postura sistemáticamente y llevando un registro de ellos, aprovechando esos momentos para la vigilancia del estado de la piel.
• Cuidado de la piel, vigilando su aspecto y coloración, limpia, seca e hidratada.
• Movilización de las articulaciones de forma sistémica, suave, evitando las fricciones para mejorar la circulación y evitar las presiones.

Corriente Eléctrica:
La corriente eléctrica es un movimiento de cargas negativas y positivas por un circuito cerrado. El cuerpo humano es un buen conductor de la electricidad por su acuosidad. Buscamos los efectos metabólicos, de aumento de la circulación y analgésico de la corriente eléctrica.

• Corriente Tens (electro estimulación nerviosa transcutánea):
Es una corriente de baja frecuencia modulada que produce reacciones químicas con efectos analgésicos y motores. Sus impulsos de forma cuadrangular, sinusoidal, triangular o rectangular de tipo monofásico o bifásico con frecuencias entre 1 y 200Hz.

Los efectos del TENS son elevación del umbral del dolor, analgesia local por la estimulación de las fibras A y C, efecto relajante, aumento de la circulación y mejora del metabolismo. Utilizamos una onda cuadrangular monofásica o bifásica con un impulso entre 2,05 y 0,3 ms, una frecuencia entre 1 y 150 Hz, la intensidad ente 0 y 100 mA, que el paciente puede llegar a sentir contracción muscular.

Los electrodos utilizados pueden ser de ventosa, planos o de lápiz, los colocamos el electrodo activo en el punto de dolor sino hay herida y el otro más distal, en caso de existir herida el activo en las proximidades de ella.
La dosificación será de dos veces al día, unos 30 minutos cada vez con una duración que va desde las 10 sesiones a 20 según el caso sea crónico ya.

Fototerapia:
La fototerapia es uso terapéutico de la luz, conformado por ondas de radiación electromagnética que se dividen en 3 franjas: visible (400-770 nm), infrarrojo (770 nm-100micro), ultravioleta (322nm).
Las propiedades de la luz sobre la piel son reflexión, dispersión y absorción.
La Radiación Ultravioleta con una longitud de onda menor, menor energía y frecuencia, posee efectos fotoquímicos, síntesis de vitamina D la podemos dividir en:
• Radiación ultravioleta A con longitud de onda entre 380 a 315 nm se utiliza en el ámbito dermatológico.
• Radiación ultravioleta B con longitud de onda entre 315 y 280 nm produce eritema y pigmentación, se utiliza en eritema, acné.
• Radiación ultravioleta C con longitud de onda de 280 a 100 nm es la que mayor energía tiene de las tres, produciendo reacciones fotoquímicas, muerte bacteriana.

La producción de luz ultravioleta se consigue mediante aparatos de arco, lámparas ultravioleta (de cuarzo caliente, cuarzo frio, lámparas solares de mercurio, lámparas de luz negra, lámparas fluorescentes), y aparatos de tubo fluorescentes. La dosificación se realiza a una distancia de 60-80 cm de forma perpendicular, un tiempo de unos 20 minutos. Se consiguen unos efectos de esterilización, bronceado, hiperplasia epidérmica, efecto bactericida, efecto eritematoso. La electroterapia es una herramienta utilizada y valida en el tratamiento de las ulceras por presión.

5 Discusión-Conclusión

Las UP son un problema de gran importancia en la población anciana. El tratamiento preventivo es base del protocolo.
La fisioterapia tiene herramientas muy válidas en el tratamiento de las UP. La aplicación de estímulo eléctrico combinado con fototerapia alcanza mejores resultados que su utilización aislada.

6 Bibliografía

• Electroterapia Práctica, Electroterapia práctica: Avances en investigación clínica Albornoz Cabello, Maya Martín & Toledo Marhuenda.
• Electroterapia en Fisioterapia. 2004, de José María Rodríguez Martín, Panamericana.
• Electroterapia, termoterapia e hidroterapia, Celedonia Igual Camacho; Emilio Muñoz Díaz; Cristina Aramburu de Vega, Editorial Síntesis, S.A.
• Innovación en cuidados de úlceras por presión: Aplicación de electroterapiaSP Navarro, FR Puerta - Revista ROL de enfermería, 2013 - dialnet.unirioja.es.
• Estimulación eléctrica y láser de baja potencia en cicatrización de úlceras plantares en pacientes diabéticos, MMF González, JHA Treviño, FAL Ortiz... - Revista Mexicana de..., 2005 - academia.edu.
• Ulceras por presión, CA Salazar, OF Duque, BT Moreno - Gerontología Desgay. Tratado de Gerontología, 2007

Capítulo 1085

GUÍA DE ACTUACIÓN FISIOTERAPÉUTICA EN LA PARÁLISIS BRAQUIAL OBSTÉTRICA

ROBERTO MARTÍNEZ ÁLVAREZ

1 Introducción

DEFINICIÓN:
La parálisis braquial obstétrica (PBO) se define como una lesión traumática del plexo braquial, provocada por la tracción de las estructuras nerviosas durante el momento del nacimiento, desencadenando una parálisis flácida en el miembro superior del neonato.

RECUERDO ANATÓMICO:
El Plexo Braquial está formado por las raíces nerviosas C5-D1, algunos autores integran dentro de él C4 y T2. Las ramas anteriores C5 y C6 forman el Tronco primario superior (TPS), la rama anterior de C7 forma el Tronco primario medio (TPM) y las ramas anteriores de C8 y D1 forman el Tronco primario inferior (TPI). Estos troncos se dividen a su vez en una rama anterior y una rama posterior. La unión de las ramas posteriores da lugar al Tronco secundario posterior (TSP). Las ramas anteriores del TPS y del TPM se unen conformando al Tronco secundario antero externo (TSAE) o fascículo lateral y la rama anterior del TPI pasa a ser el Tronco secundario antero interno (TSAI) o fascículo medial.

EPIDEMIOLOGÍA:
La incidencia de la PBO se sitúa en unos 1,4 casos por cada 1000 nacidos vivos variando según el estudio revisado. Es mayor en los países menos desarrollados

lo que puede indicar una correlación con las medidas de cuidados prenatales, constatándose una disminución en los últimos años.
Es mayor en varones y en el lado derecho.

FACTORES DE RIESGO:
Entre los factores de riesgo podemos incluir la prematuridad, el aumento de peso de la madre durante el embarazo superior a 20Kg, la presentación cefálica por el tiempo del parto, la presentación de nalgas por la dificultad de la maniobra, pesos superiores a 4Kg en el recién nacido con distonía de hombros, madre diabética y antecedentes de PBO.

CLASIFICACIÓN:
• Lesión superior o de Erb-Duchenne se ven afectadas las ramas C5-C6, en algunas ocasiones se extiende a C7.
• Lesión inferior o de Dejerine-Klumpke, afectando a C8-D1.
• Lesiones totales en la que todas las ramas se ven afectadas desde C5 a D1 y en ocasiones hasta C4.

LESIONES ANATÓMICAS:
Las lesiones anatómicas en la PBO las podemos clasificar siguiendo 2 clasificaciones para la intensidad del daño nervioso descritas por Seddón y Sunderland.

Seddon:
1. Neuropraxia: bloqueo de la conducción nerviosa. El tipo más frecuente y de mejor pronóstico.
2. Axonotmesis: interrupción en la continuidad axonal.
3. Neurotmesis: pérdida completa de la continuidad nerviosa (daño en el perineuro, endoneuro y epineuro).
4. Avulsión: aparece una pérdida de la continuidad anatómica en el nacimiento de las raíces nerviosas. Es la más grave.

Sunderland:
1. Pérdida de la conducción Axonotmesis.
2. Pérdida de la continuidad axonal.
3. Pérdida de la continuidad endoneural y axonal …
4. Pérdida de la continuidad perineural con disrupción fascicular Neurotmesis.
5. Pérdida de la continuidad del epineuro.

2 Objetivos

Los objetivos del estudio es identificar las diferentes técnicas de fisioterapia utilizadas en el tratamiento de la Parálisis Braquial Obstétrica.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

DIAGNÓSTICO:
En un examen clínico encontramos la extremidad flácida, hipotónica y colgante. Recurrimos a la exploración de reflejos primitivos, posturales y osteotendinosos, como el reflejo de Moro, el reflejo tónico asimétrico del cuello, el de prensión y al método de Le Métayer.

También a diferentes escalas como por ejemplo:
• Medical Research Council Scale (MRCS): en este test se valora la fuerza muscular del miembro superior.
• Assisting Hand Assessment (AHA).
• Escala de Sensibilidad de Narakas
- S0: Sin reacción a estímulos dolorosos
- S1: Reacción a estímulos dolorosos, pero no táctiles
- S2: Reacción a estímulos táctiles
- S3: Sensibilidad aparentemente normal).
• La Escala de Mallet. Es una escala para niños mayores de 3 años que valora la funcionalidad del hombro.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO:
Las técnicas quirúrgicas utilizadas en los casos de PBO son diversas como por ejemplo las artroscopias, los alargamientos tendinosos (subescapular), transferencias tendinosas (dorsal ancho), y osteotomías tendinosas del húmero.

TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA:
El tratamiento fisioterapéutico debe de ser precoz debido a que las secuelas evolucionen rápidamente.

Los objetivos de dicho tratamiento son:
• Recuperación nerviosa.
• Prevención de acortamientos y deformidades.
• Entrenamiento del control motor.
• Recuperación funcional.

Primeras dos semanas:
- Tratamiento postural: evitando el brazo colgando y variando las posturas para evitar ala actitudes viciosas.
- Manejo adecuado del niño.

De la tercera semana al cuarto mes:
- Cinesiterapia pasiva: la movilización pasiva debe de ser prudente con tomas firmes, pero flexibles para adaptarse a los movimientos del niño. Incidiremos más en os movimientos más afectados que son la abducción, antepulsión, retropulsión y rotación externa del hombro, flexión de codo, pronosupinación, extensión de muñeca y dedos.
- Movilización activa: se complementa con trabajo de propiocepción y estimulación sensorial, para enfocar más la acción en la musculatura deficitaria. Se emplean técnicas globales de PNF, así como actividades bimanuales para la integración de la extremidad en el esquema corporal del niño.
- Posturas: para evitar actitudes viciosas que se puedan instaurar, siempre combinando las posiciones de manera alterna y discontinua, priorizando la abducción y la rotación externa del hombro.
- Ergoterapia: para facilitar las actividades de la vida diaria (AVD) del niño, con consejos de material adaptado con velcros por ejemplo.
- Electroterapia: La utilización de corrientes de estimulación muscular no se encuentran demostradas formalmente, aun siendo una técnica a la que se recurre con asiduidad.
- Ortesis: Ortesis dinámicas para la abducción de hombro y extensión de codo, que no son muy bien toleradas por las familias, por lo que son abandonadas.

Se ha registrado las diferentes técnicas de fisioterapia que se utilizan en el tratamiento de las Parálisis Braquiales Obstétricas.

5 Discusión-Conclusión

En relación a los resultados se puede afirmar que la PBO necesita un enfoque multidisciplinar, con diferentes profesionales sanitarios y el apoyo de la familia. Que se pueden utilizar múltiples técnicas de fisioterapia en el transcurso del tiempo, pero comenzando por un tratamiento conservador.

6 Bibliografía

- María Lourdes Macías Merlo, Joaquín Fagoaga Mata, Fisioterapia en Pediatría.
- Vademecum de kinesioterapia y de reeducación funcional: técnicas, patología e indicaciones de tratamiento, Yves Xhardez, El Ateneo, 1993.
- Rodríguez Díaz M, Amigo Castañeda P. Una mirada a la parálisis braquial obstétrica. Rev. Méd Electrón [Internet]. 2011 Jun-Ju.
- Alfonso I, Papazian O, Grossman JAI. Presentaciones clínicas, diagnóstico diferencial y manejo de la parálisis braquial obstétrica. Rev. Neurol. 1998
- Allende CA, Gilbert A. Forearm supination deformity after obstetric paralysis. Clin Orthop Relat Res. 2004 Sep.

Capítulo 1086

REVISION BIBLIOGRÁFICA, LA FISIOTERAPIA EN LA DEMENCIA.

ROBERTO MARTÍNEZ ÁLVAREZ

1 Introducción

La definición actual de Demencia como síndrome es un conjunto de signos y síntomas de carácter orgánico integrado por múltiples enfermedades diferentes con un comportamiento común, con una disfunción cerebral difusa o multifocal. Suele relacionarse directamente con el envejecimiento humano, siendo el tiempo un factor de riesgo.

Mientras que por Deterioro Cognitivo entendemos el grupo de trastornos que implican una disminución en el rendimiento intelectual en un sujeto (memoria, lenguaje, orientación, pensamiento abstracto, juicio…, conservando otras funciones superiores) por debajo de un nivel cognitivo superior previo con respecto a al grupo de sujetos de su edad.

El DSM-IV (Manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría) habla de 3 categorías: Delirium-demencia-trastorno amnésico; Trastornos mentales por enfermedad medica; Trastorno por consumo de sustancias.

La Demencia es un síndrome clínico adquirido de etiología múltiple, de curso crónico, que está definida por el déficit de al menos dos funciones cognitivas, provocando una discapacidad con repercusión en los ámbitos laboral, social y familiar. La prevalencia en España de la Demencia oscila entre un 5% y un 16%

según el estudio., la prevalencia va aumentando con la edad, del 1-2% a los 65 años al 32% a los 95.

Según un tipo de vista etiológico las podemos dividir en: a) Primarias o Degenerativas: enfermedad de Alzheimer, cuerpos de Lewy, enfermedad de Huntington, Parálisis Supra nuclear Progresiva, DLFT. b) Demencias Secundarias: vascular, infecciosas, metabólicas, toxicas, neoplásico, traumático, psiquiátrico c) Mixtas.

Sintomatología:
Se define por las "4 A", amnesia, afasia, agnosia, apraxia.
Se producen gran número de manifestaciones clínicas desde alteraciones de la memoria, cambios de la personalidad, depresión, rigidez, apraxias, agnosias, prosopagnosia, trastornos del contenido del pensamiento, trastornos conductuales.

Fases:
Hay varias escalas para seguir el curso de la enfermedad, en este caso nos vamos a guiar por la escala GDS, (Global Deterioration Scale)
FASE 1, confusiones, olvidos, desorientación espacio-temporal, menor capacidad de adaptación, alteración juicio, razonamiento, cambios de personalidad, alteraciones del estado de ánimo.
FASE 2, mayor afectación, deterioro mas grave de la memoria, desorientación espacio-temporal grave, agnosia, apraxia severa, alteraciones del lenguaje, anomias, afectación comunicación no verbal , perdida de emotividad, deresion,modificacion de la sexualidad,alteacion del patron del sueño, incontinecia.
FASE 3: aumento de los sintomas neurologicos, rigidez , hipertonia, aparicion reflejos primitivos, trastorno grave del equilibrio,perdidad de reflejos posturales, alteracion de la marcha,apraxia total,perdida total de la memoria,menos afectiva,dependencia total en las AVD.
FASE 4: paciente encamado, en posicion fetal,acinetico, trastornos graves de la degluc¡ion, problemas cardiorrespiratorios graves que pueden llevar ala muerte

2 Objetivos

- Realizar una revisión de las técnicas de fisioterapia utilizadas en el tratamiento de las Demencias.

Objetivos Generales:
• Mantener vida independiente el máximo tiempo posible.

• Retardar avance enfermedad.
• Prevenir problemas relacionados con la enfermedad.
• Orientar a los familiares.

3 Metodología

Para realizar el siguiente capítulo se llevó a cabo una exhaustiva búsqueda en diferentes medios y bases de datos como Pubmed, Scielo, Medline. También se consultaron temarios y guías usando las palabras clave: demencia, fisioterapia, tratamiento.
Combinando los operadores booleanos ”AND” y ”OR” para combinar las diferentes palabras clave y obtener unos resultados más precisos y más ajustados a nuestras necesidades.
Se han tomado como criterios de inclusión: publicaciones y documentos en español, rechazando los que no se ajustaban a los criterios establecidos.
Se seleccionaron los artículos más recientes y que informasen sobre los objetivos marcados. Y de ellos se sustrajo información pertinente.

4 Resultados

Evaluación En Fisioterapia:
1. Historia clínica: antecedentes personales, familiares, medicación, cirugías, pruebas diagnósticas, otros tratamientos.
2. Inicio y curso enfermedad: escalas GDS, escala demencia Blessed, CDR.
3. Exploración física: actitud postural, valoración articular y muscular,
4. Evaluación neurológica: equilibrio (escala Berg, Time up and Go; valoración sensitiva, tono, reflejos, coordinación, esquema muscular.
5. Valoración funcional: Tinetti, Katz, Barthel…
6. Valoración función respiratoria.

Tratamiento De Fisioterapia:
El tratamiento de fisioterapia debe de ser integral ya que es un síndrome que afecta a numerosas funciones superiores y va asociado a múltiples patologías por lo que debe de ser también interdisciplinar. Debemos adaptarlo a la persona y a la fase de la enfermedad.

A) Fase 1 (GDS 1 a 3):

En esta fase los síntomas son escasos, se realiza una vida normal por lo que los objetivos deben ser retrasar la perdida de capacidades físicas, mantener autonomía, prevención de complicaciones.
La las técnicas de fisioterapia que aplicamos son:
• Técnicas de Relajación como las de Jacobson y Schütz
• Hidroterapia, tanto individual , como grupal
• Cinesiterapia activa, para prevenir atrofias, con ejercicios sobre todo globales.
• Ejercicios de coordinación como los de Frenkel
• PNF.
• Actividad física general, ejercicios aeróbicos
• Potenciar la deambulación.
• Fisioterapia respiratoria, ejercicios de flexibilización torácica.
• Otras terapias: musicoterapia. b) Fase 2 (GDS 4-5):

La enfermedad va avanzando por lo que la colaboración será menor, el tratamiento ira enfocado a mantener la independencia posible, manteniendo las capacidades funcionales y evitando complicaciones médicas. Las técnicas empleadas son:
• Técnicas de relajación.
• Mantenimiento de la movilidad, cinesiterapia activa, gimnasia de mantenimiento, estiramientos suaves
• Reeducación de la marcha.
• Ejercicios de coordinación , Frenkel
• Fisioterapia respiratoria, reeducación respiratoria, coordinación, flexibilización.
• Musicoterapia. d) Fase 3 (GDS 5-6):

Es la fase terminal de la enfermedad por lo que nos centraremos en mantener las máximas capacidades funcionales, prevenir alteraciones cardiorrespiratorias, prevención de accidentes, asesorar a la familia. El tratamiento puede constar de:
• Ejercicios de relajación como los anteriores.
• Tratamiento postural, tanto del paciente, como educando a la familia y cuidadores de las diferentes técnicas de movilización. Con ejercicios de flexibilización de columna, autocorrección postural, estiramientos,
• Cinesiterapia, dentro de lo posible activa o asistida.
• Reeducación de la macha.
• Trabajo esquema corporal.
• Fisioterapia respiratoria. Conciencia respiratoria, flexibilización, drenaje postural, tos dirigida, respiración diafragmática,
• Masaje circulatorio. e) Fase 4 (GDS 7):

Fase caracterizada por el inmovilismo debido al deterioro cognitivo severo, con grandes deficiencias de colaboración y ejecución de órdenes. Los objetivos a marcarse seria disminuir el encamamiento, prevención de complicaciones por la inmovilidad, manteniendo la movilidad articular, el tono muscular, la capacidad respiratoria y el cuidado de la piel.

El tratamiento propuesto es:

• Cambios posturales, cada 2 horas, para la prevención de las ulceras por presión combinado con masaje suave circulatorio.
• Cinesiterapia suave para mantener los rangos articulares y evitar las deformidades
• Fisioterapia respiratoria para conseguir la respiración naso-diafragmática, clapping y vibraciones, y espiración asistida.
Hay múltiples planes de tratamiento para las Demencias, variando según el estadio de la enfermedad en la que se encuentra el paciente.

5 Discusión-Conclusión

Para el tratamiento de fisioterapia en las demencias es de vital importancia una buena valoración del paciente, para así poder ver las necesidades de este y adaptar el tratamiento a él. La combinación de las diferentes técnicas así como de la coordinación con el resto del equipo asistencial y la familia so pilares de nuestra intervención en las Demencias.

6 Bibliografía

• Guía de Práctica Clínica sobre la Atención Integral a las Personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias. Conserjería de Sanidad, Servicio Canario de Salud, 2011.
• Nuevos criterios diagnósticos de la demencia y la enfermedad del Alzheimer: una visión desde la psicogeriatría, 2015, Jorge López-Álvarez, Luis F. Agüera-Ortiz.
• La enfermedad del Alzheimer y otras demencias. Detección y cuidados en las personas mayores. Dirección General de Salud Pública y alimentación. Comunidad de Madrid. 2007.
• Tratado de Medicina Geriátrica. Fundamentos de atención sanitaria a los mayores, Elsevier, 2015, Abizanda Soler P, Rodríguez Mañas L.

• Vademecum de kinesioterapia y de reeducación funcional: técnicas, patología e indicaciones de tratamiento, Yves Xhardez, El Ateneo, 1993.
• Revisión de las escalas de valoración de las capacidades funcionales en la enfermedad de Alzheimer, SM Mendoza, MAP Molina - Fisioterapia, 2010 – Elsevier.
• Eficacia de la fisioterapia en el tratamiento de pacientes geriátricos con enfermedad de Alzheimer. MF Lara - 2017 - dialnet.unirioja.es.
• Escalas de valoración del dolor en pacientes con demencia. Instrumentos de ayuda para el fisioterapeuta, el médico, el enfermero y el terapeuta ocupacional
• J Rodríguez-Mansilla, M Jiménez-Palomares. Española de Geriatría. 2014 – Elsevier.

Capítulo 1087

CÓMO ABORDAR LA ENFERMEDAD PERIODONTAL: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO.

ELSA COTO GONZALEZ

1 Introducción

La enfermedad periodontal se considera una de las enfermedades no contagiosas más frecuentes. Se caracteriza por la presencia de inflamación de los tejidos de soporte del diente, la formación de bolsas periodontales y la destrucción del ligamento periodontal y del hueso alveolar, que puede llevar a la pérdida del diente. Tiene un origen multifactorial. Un correcto diagnóstico y una adecuada planificación del tratamiento son necesarios para obtener éxito a largo plazo. Es imprescindible realizar una completa exploración clínica y radiográfica. El tratamiento periodontal es un tratamiento predecible, muy estudiado en la literatura y con eficacia probada en la bibliografía científica.

2 Objetivos

- Establecer pautas y protocolos adecuados para el control de una enfermedad crónica muy prevalente como es la enfermedad periodontal.
- Detectar a tiempo esta enfermedad y llevar a cabo el tratamiento adecuado lo antes posible.

3 Metodología

Se realizó una revisión narrativa, no sistemática, sobre criterios de diagnóstico y tratamiento de la enfermedad periodontal. Los criterios de búsqueda fueron: "periodontitis", "diagnóstico", tratamiento". Se incluyeron artículos en inglés y en español, seleccionados de bases de datos como Pubmed, Scielo, Google, Sepa.

4 Resultados

ETIOPATOGÉNESIS DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL
La periodontitis es una enfermedad multifactorial y biológicamente compleja.
La presencia de bacterias periodontopatógenas inmersas en el biofilm (como P.gingivalis, T.forsythia y T.dentícola) no implica necesariamente la manifestación de la enfermedad. Pero sí es necesaria su presencia, esto sumado a un desequilibrio en la relación huésped-biofilm, el aumento de organismos oportunistas o la depresión de las defensas del huésped, dan como resultado la aparición de la enfermedad periodontal.

Se va a desencadenar una respuesta inmunoinflamatoria en el huésped. Esta respuesta está modulada por factores genéticos (muchos de los mediadores de la inflamación son proteínas cuya síntesis está codificada genéticamente) y por factores medioambientales (tabaco, estrés) y factores adquiridos (diabetes, inmunosupresión, neutropenias, alteraciones hormonales…). Se desencadena entonces el metabolismo óseo y del tejido conectivo que va a traer consigo la reabsorción ósea, migración del epitelio de unión que se reestablece más apicalmente, formación de bolsas periodontales.

La progresión de la enfermedad estará condicionada por la interacción entre bacterias, respuesta inmune del huésped y factores ambientales.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS
Según la evolución natural de la enfermedad periodontal:
Alteración del color, la textura y el volumen del margen gingival.
Sangrado al sondaje.
Reducción de la resistencia del tejido blando marginal al sondaje (aumento de la profundidad de bolsa).
Pérdida del nivel de inserción.
Recesión de la encía marginal.
Pérdida de hueso alveolar.

Exposición de furcas radiculares.
Aumento de la movilidad del diente.
Desplazamiento del diente
Caída del diente.
Estas condiciones se alcanzarían gradualmente si no se instaura un adecuado tratamiento a tiempo.

ENFERMEDAD PERIODONTAL Y ENFERMEDADES SISTÉMICAS:
Está ampliamente demostrada en la literatura científica la relación entre la enfermedad periodontal y algunas enfermedades sistémicas como:
- Accidentes cerebro-vasculares
- Neumonía
- Diabetes
Y situaciones como:
- Embarazo

DIAGNÓSTICO:
Historia médica y dental
Examen clínico intra y extraoral

Examen periodontal:
- Posición del margen gingival: en salud se encuentra a nivel de la línea amelocementaria. Cuando hay recesión gingival está situado más apicalmente dejando ver parte del cemento radicular. Cuando hay hipertrofia gingival el margen gingival crece y se sitúa cubriendo parte de la corona del diente formando una pseudobolsa.
- Profundidad de sondaje: distancia en milímetros del margen gingival al fondo de la bolsa. Se mide con sonda Florida o con sonda CP12.
- Nivel clínico de inserción: será igual a la profundidad de sondaje, si hay recesión gingival será entonces la suma de ambas; si hay hipertrofia gingival hay que restar ésta de la profundidad de sondaje.
- Indice de placa.
- Sangrado al sondaje: nos indica si hay inflamación clínica en los tejidos, si más del 25-30% de localizaciones con sangrado indica que hay más riesgo de progresión de la enfermedad.
- Furcas: se miden con sonda Nabers.
- Movilidad: grado I, II ó III.

Examen radiográfico:
- “Gold standard”: radiografías periapicales con técnica paralela.

- Ortopantomografía.
- Fotografías: intraorales y extraorales.

Otros métodos:
- Microbiología: sólo se utiliza en determinadas situaciones como casos refractarios o resistentes.
- Análisis de respuesta del huésped.

TRATAMIENTO:
Los objetivos del tratamiento periodontal son: la mejora y la estabilización de los parámetros periodontales, el establecimiento de un equilibrio entre el huésped y los microorganismos, el mantenimiento a largo plazo de los dientes y la mejora de la salud, el bienestar y la estética. Por tanto:
Reducción del índice de placa a menos del 25%.
Reducción del índice de sangrado a menos del 25%.
Profundidad de sondaje menor de 5 mm.
No dolor.
Función.
Estética.

Las fases del tratamiento periodontal establecidas en 1953 por Ramjford son:
- Fase sistémica: el objetivo es eliminar o reducir la influencia de factores modificadores de riesgo por ejemplo monitorizar enfermedades como la diabetes o eliminar hábitos tóxicos como el tabaco.
- Fase etiológica, higiénica o de control de la infección: en esta fase el objetivo es establecer una microbiota compatible con la salud periodontal y eliminar factores retentivos de placa bacteriana.

Controlar infecciones agudas, eliminar factores retentivos, ajuste oclusal, ferulizaciones.
Instrucciones de higiene oral.
Profilaxis supragingival.
Raspados y alisados radiculares: este tratamiento ha mostrado resultados predecibles y estables a largo plazo en la literatura, pero no siempre es capaz de producir un cambio profundo en el biofilm subgingival principalmente en los casos más avanzados. La presencia de bacterias en zonas de difícil acceso, la capacidad de las bacterias de invadir tejidos duros y blandos de las bolsas así como la incapacidad de ciertos individuos de responder al tratamiento convencional, hacen necesario el uso de terapias adicionales. Estas terapias incluyen el abordaje quirúrgico y los agentes antimicrobianos de uso local o sistémico.

Esta fase no quirúrgica concluye con una reevaluación a las 8 semanas en la que se revisan los parámetros periodontales y se valorar la necesidad de terapias adicionales incluidas en la siguiente fase de tratamiento.

- Fase correctiva: el objetivo en esta fase es enfrentar las secuelas de la periodontitis a través de tratamientos como la cirugía periodontal, colocación de implantes, endodoncia, ortodoncia y prótesis.

Localizaciones con profundidades de sondaje mayores de 5 mm tras una fase de tratamiento básico se consideran factor de riesgo para la futura progresión de la enfermedad. La repetición del RAR según algunos autores tiene resultados muy limitados, por ello a veces es necesario realizar una fase quirúrgica.

Los objetivos de la fase quirúrgica son:
- Reducción de la profundidad de sondaje
- Acceso a un adecuado RAR
- Establecimiento de una morfología del complejo dento-gingival compatible con la salud.

Se puede realizar una cirugía de acceso, resectiva, o regenerativa, según las necesidades y el pronóstico de cada caso. Por tanto, la cirugía periodontal se considera una herramienta adicional cuando la fase no quirúrgica no sea suficiente para llegar a los objetivos del plan de tratamiento.

- Fase de mantenimiento: el fin de esta fase es prevenir la reincidencia de la enfermedad.

Reevaluación.
Motivación
Instrucciones higiene oral.
Profilaxis e instrumentación.
Tratamiento de localizaciones reinfectadas.
Pulido y aplicación de flúor.
Programación de la próxima visita.

El primer año será cada 3- 4 meses e ir espaciando según el tipo de paciente. Control radiográfico completo a los 2 años.

5 Discusión-Conclusión

Una de las preocupaciones principales del odontólogo actual debe ser realizar un diagnóstico precoz de la enfermedad periodontal, dado que es una enfermedad

con una elevada prevalencia que puede controlarse si se diagnostica y trata adecuadamente en la mayoría de los casos. Se debe contribuir a promover la salud periodontal de los pacientes, motivándoles e instruyéndoles en el proceso de autocuidado. Una buena conducta del paciente junto y una estrategia terapéuticas adecuada pueden cambiar el pronóstico de los dientes y mantenerlos a largo plazo. El tratamiento periodontal no quirúrgico, a pesar de sus limitaciones, ha demostrado su eficacia para el control a largo plazo de la periodontitis.

Recientemente, el uso de instrumental mínimamente invasivo y de magnificación han demostrado buenos resultados al reducir el trauma en los tejidos. Aún así, en ocasiones se hace necesaria la aplicación de técnicas adicionales como cirugía periodontal o el uso de agentes antimicrobianos para lograr el control y estabilización periodontal.

La enfermedad periodontal tiene una elevada prevalencia en nuestra sociedad. Es de suma importancia una adecuada formación del odontólogo y de su equipo para realizar un adecuado diagnóstico y tratamiento. Además, es necesario que el paciente sea plenamente consciente del rol que tiene en el éxito o no del tratamiento; una motivación adecuada y una actitud participativa del paciente son imprescindibles para conseguir la estabilización y el control de la enfermedad.

La terapia periodontal básica ha demostrado su eficacia en el control de la enfermedad periodontal pero, en algunos casos, se hace necesario aplicar técnicas adicionales para conseguir mejorar los parámetros clínicos.

La reevaluación constante de nuestros pacientes en un programa de mantenimiento personalizado es una pieza fundamental para el mantenimiento a largo plazo de los dientes y para el éxito del tratamiento periodontal.

6 Bibliografía

1. Peña M., Vaamonde C., Vilarrasa J., Vallés C., Pascual A., Shapira L., Nart J. Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades periodontales: de lo imposible a lo posible. Periodoncia clínica. ISSN 2386-9623. 2018; 11: 10-19.
2. Dietrich T, Ower P., Tank M., West NX., Walter C, Needleman I., Hughes FJ., Wadia R., Milward MR, Hodge PJ., Chapple ILC.; British Society of Periodontology. Periodontal diagnosis in the context of the 2017 classification system of periodontal diseases and conditions - implementation in clinical practice.Br Dent J. 2019 Jan 11;226(1):16-22.

3. Franch Chillida F., P.Lang N. Criterios y relevancia de la fase de reevaluación de los pacientes periodontales tras la fase no quirúrgica. A propósito de un caso. Periodoncia clínica. ISSN 2386-9623. 2018; 11: 42-49.
4. Baeza M, Morales A, Cisterna C, Cavalla F, Jara G, Isamitt Y, Pino P, Gamonal J. Effect of periodontal treatment in patients with periodontitis and diabetes: systematic review and meta-analysis. J Appl Oral Sci. 2020 Jan 10;28.
5. Echeverría J.J., G. Caffesse R. El componente psicológico en el mantenimiento periodontal. Periodoncia clínica. ISSN 2386-9623. 2018; 11: 128-135.
6. Echeverría Manau A., Feres M., Retamal-Valdés B., Guerrero A. Antibióticos sistémicos en el tratamiento de la periodontitis. Periodoncia clínica. ISSN 2386-9623. 2018; 11: 30-41.
7. Kinane DF, Stathopoulou PG, Papapanou PN. Periodontal diseases. Nat Rev Dis Primers. 2017 Jun 22;3:17038.

Capítulo 1088

HALITOSIS, MEJORAR EL BIENESTAR DE NUESTROS PACIENTES.

ELSA COTO GONZALEZ

1 Introducción

La halitosis se define como el conjunto de olores desagradables que proceden de la cavidad oral independientemente de su origen. Afecta al 30-60% de la población adulta, igual a hombres que a mujeres. Mayor incidencia a mayor edad.

Para los pacientes afectados supone un problema en las relaciones sociales, en su vida diaria, en las relaciones afectivas y profesionales. Es causada por bacterias que producen ciertos gases sulfurados responsables del mal olor. El éxito en la terapia de halitosis depende de la reducción de los niveles de CSV, en consecuencia, la mayoría de estas terapias se centran en las opciones mecánicas y químicas relacionadas con tratamiento periodontal.

Existen dos tipos de halitosis según su origen: intraoral y extraoral. En el caso de la halitosis intraoral es el odontólogo el profesional más indicado para llevar a cabo el diagnóstico y tratamiento de la misma.

Si entendemos la salud como el ”completo estado de bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades”, implica que el enfoque de nuestro trabajo debe abarcar también la mejora de la calidad de vida de nuestros pacientes. La halitosis es un tema delicado ya que afecta directamente a la seguridad y autoestima del paciente, quien, tras invertir importantes sumas de dinero en productos para el control del olor bucal, no siempre consulta al odontólogo por ello. Creemos que esto se debe al pudor que puede representar para el paciente, al momento de expresar su preocupación frente al tema de la halitosis.

2 Objetivos

- Encauzar el abordaje de los pacientes con halitosis, mejorando así no solo su bienestar físico sino también mental y social.

3 Metodología

Se llevó a cabo una revisión de la literatura científica, introduciendo como palabras clave: ”halitosis”, ”tratamiento”, ”diagnóstico” y ”clasificación”; la búsqueda se realizó en bases de datos como Pubmed, Medline y Scielo.

4 Resultados

PREVALENCIA DE LA HALITOSIS:
Afecta al 30-60 %de la población.
Afecta por igual a hombres y mujeres, aunque suelen ser las mujeres las que más solicitan consulta al respecto.
Aumenta la incidencia con la edad, por los cambios que se producen en la cantidad y calidad de la saliva, pero suelen consultar más los jóvenes al respecto.
El 90% de las veces tiene un origen intraoral, las causas extraorales corresponderían al 10% de los casos de halitosis aproximadamente.
En los últimos años ha habido un aumento de las consultas por este tema en las consultas odontológicas.

CLASIFICACIÓN DE LA HALITOSIS:
Se han descrito diferentes clasificaciones de la halitosis, la más aceptada es la de Miyazaki:
Halitosis genuina: se percibe de manera obvia mal olor bucal por encima de los niveles socialmente aceptables. Dentro de ésta se clasifica en:
- Halitosis fisiológica (transitoria, esporádica o matinal): hay salud oral y el origen del problema está en la región dorso-posterior de la lengua, es autolimitada, no necesita tratamiento. Dentro de esta condición podemos reconocer las siguientes situaciones:
- “Aliento matinal”: debido a la disminución del flujo de saliva durante la noche, esto facilita el crecimiento de bacterias anaerobias que producen un gas maloliente y putrefacción de ácidos con la posterior producción de productos sulfurados.

- Edad: el aliento cambia con la edad. Desde la adolescencia a la mediana edad se hace progresivamente más áspero. En los ancianos los cambios regresivos de las glándulas salivales afectan a la calidad y cantidad de saliva, incluso con buena higiene dental. El aliento de los ancianos tiende a ser intenso y desagradable, y también se ve afectado por el uso de protésis.
- Saliva: el nivel de halitosis es inversamente proporcional al flujo de saliva. La masticación aumenta el flujo de saliva, lo que produce una limpieza de la cavidad oral y se reduce el mal olor. La hiposialia o boca seca causada por el sueño, tras largas conversaciones, por efecto secundario de medicación o por respiración nasal, también contribuye al mal olor. La sensación subjetiva de disminución o ausencia de la secreción salival se define como xerostomía.
- Aparatos de ortodoncia: puede también acumular restos de alimentos.
- Tabaco.
- Ayuno prolongado: puede ser causa de halitosis al igual que dietas hipocalóricas. Durante el ayuno, el metabolismo general se modifica de manera significativa.
- Halitosis transitoria por factores alimentarios: ajo, cebolla, etc.
- Halitosis patológica: halitosis genuina permanente que no se soluciona por los métodos habituales de higiene y que dificulta al paciente llevar una vida "normal". Que a su vez puede ser:
- Oral: origen en la región dorso-posterior de la lengua, a la que se unen condiciones patológicas de la cavidad oral como periodontitis, gingivitis, caries, reconstrucciones dentales deterioradas, pericoronaritis, ulceraciones mucosas, necrosis pulpares expuestas, etc.
- Extraoral: Las causas de origen extraoral incluyen alteraciones patológicas del sistema respiratorio, ya sea del tracto superior, como la sinusitis crónica, la obstrucción nasal, el absceso nasofaríngeo y el carcinoma de laringe, o del tracto inferior, como la bronquitis, bronquiectasias, neumonías, abscesos pulmonares y carcinomas de pulmón; también puede ser debido a patologías del aparato digestivo, como los casos de gastritis y úlcera. Existen otras alteraciones del metabolismo enzimático y de transporte capaces de producir compuestos volátiles causantes de halitosis. Aquí se incluyen causas como la cetosis diabética, alteraciones renales y hepáticas, carcinomas y leucemias.

La mayoría se transmiten por vía hemática: las sustancias volátiles malolientes son absorbidas al torrente sanguíneo en cualquier parte del cuerpo (boca, estómago, intestino, hígado) y por sangre llegan a los alveolos pulmonares, pasando así al aire alveolar y produciendo halitosis si se encuentran en concentraciones suficientes. Ejemplos de estos casos son: fallo hepático y cirrosis, uremia y fallo renal, cetoacidosis diabética, diabetes mellitus; desórdenes metabólicos, fármacos

como disulfiram, dimetilsulfóxido, etc.

Las no transmitidas por vía hemática proceden del tracto respiratorio y la nariz.
Pseudohalitosis: el paciente se queja de halitosis no objetivable. Algunos de estos casos pueden ser debidos a una disfunción quimiosensorial, o pacientes que perciben niveles muy bajos de compuestos sulfurados volátiles y otros, a través del olfato retronasal. En otros casos se trata de pacientes con tendencias psicosomáticas latentes o depresión.
Halitofobia: afecta al 0,5-1% de la población adulta, el paciente aún cree que padece halitosis incluso tras tratar la halitosis genuina o como derivación de una pseudohalitosis. Son pacientes con necesidad de atención psicológica o psiquiátrica.

ETIOLOGÍA:
Se considera que existe una etiología multifactorial.
La mayor parte de los casos de halitosis (90%) son de origen intraoral, los principales focos causantes se encuentran en: dorso lingual, saliva, bolsas periodontales, caries y amígdalas.

El llamado "proceso de putrefacción bacteriana" comienza con la hidrólisis de péptidos y proteínas de la saliva, restos de alimentos, fluido crevicular gingival, placa interdental, células epiteliales descamadas, goteo postnasal, sangre. Allí las bacterias anaerobias degradan aminoácidos que contienen azufre (metionina, cistina y cisteína) y producen compuestos sulfurados volátiles causantes del mal olor.

Estos compuestos son, sobre todo, sulfuro de hidrógeno y metilmercaptano.
Compuestos sulfurados volátiles:
- Sulfuro de hidrógeno: presente en todos los pacientes con halitosis, cantidades elevadas tienen relación con mala higiene oral; la mayor parte del dorso de la lengua, menos en placa bacteriana, gingivitis, periodontitis.
- Metilmercaptano: niveles elevados guardan relación con mala higiene y sobre todo si la proporción con el anterior está elevada sirve como indicador de enfermedad periodontal.
- Dimetilsulfuro (DMS): presente en inflamación periodontal, lengua, encías, aparato respiratorio y digestivo. Puede asociarse a enfermedades sistémicas, trastornos metabólicos, medicación, alimentos…

Los dos primeros se relacionan más con la halitosis de origen intraoral y el tercero más con la de origen extraoral, aunque también se encuentra en menor cantidad en la intraoral.

Por tanto, la halitosis intraoral está producida fundamentalmente por estos compuestos sulfurados volátiles, pero también, aunque en menor medida por: otros compuestos volátiles olorosos y aminas y ácidos grasos.
Todavía no se ha podido asociar qué bacterias se relacionan específicamente con la halitosis, aunque hay una que aparece en sujetos con halitosis y no en sanos: "Solobacterium moorei". Esta bacteria es gram positiva, se aisló originalmente en heces humanas. Se ha asociado con bacteriemia, casos refractarios de infecciones endodónticas y con infecciones mixtas de heridas quirúrgicas.

Además de las bacterias influyen:
Condiciones físico-químicas: ph neutros y alcalinos favorecen el mal olor y los ácidos lo inhiben. Esto lo determina el número y la especie bacteriana y los sustratos. Los carbohidratos fermentables al metabolizarse producen ph ácido y los compuestos nitrogenados producen ph básico.
Sustratos proteicos y aminoácidos: presentes en la saliva y el fluido crevicular.

Otros factores modificadores:
- Saliva: hay componentes que inhiben el metabolismo bacteriano, la adhesión y la división bacteriana, por tanto dificultan la formación de un biofilm bacteriano.
- Disminución de la saliva: por estrés, medicación o durante el sueño (debido a los ritmos circadianos y al cese de la masticación y otras actividades orales mecánicas), produce aumento de los compuestos sulfurados volátiles.
- La saliva como modificador del ph de la cavidad oral.
- Ciclo menstrual y embarazo: puede haber un aumento de los compuestos sulfurados volátiles con lo que sus concentraciones basales matutinas pueden verse aumentadas de 2 a 4 veces.

DIAGNÓSTICO:
El protocolo de actuación ante un paciente que acude a la consulta con motivo de halitosis sería:
- Cuestionario:
Frecuencia con que nota la halitosis
Momento del día en que aparece
Cuándo empezó el problema por primera vez
Preguntar si otros han identificado el problema (con el fin de descartar un caso de halitofobia)
Historia médica: medicación, enfermedades pulmonares, hepáticas, renales, de estómago, páncreas. También descartar: obstrucción nasal, respirador bucal, goteo postnasal, alergia, amigdalitis, disfagia…

Historia dental: frecuencia de visitas al dentista, enjuagues, si es portador de prótesis y qué mantenimiento realiza, higiene oral y elementos que utiliza para ello, limpieza interdental, cepillado lingual.
Hábito tabáquico, alcohólico y dietético.

- Exámenes orales y periodontales:
Valoración organoléptica: la nariz puede distinguir 10.000 olores, esta valoración debe ser previa a cualquier medición. La prueba se realiza por lo menos 2 horas después de que el paciente haya comido, bebido, fumado, cepillado o utilizado colutorios.
Olor de la respiración nasal, con boca cerrada. Si mal olor y en la boca no puede ser un problema otorrinolaringológico.
Olor de la cavidad oral: abre la boca sin respirar y el valorador aspira el olor a 10 centímetros de la boca del paciente.
Olor de la cavidad oral: el paciente cuenta de 1 a 10, favorece el mal olor por la sequedad de paladar y lengua.
Cubrimiento lingual: con cuchara de plástico o raspador se recoge una muestra del dorso lingual y se valora el olor a 5 centímetros de la nariz del valorador.

Los valores de este juicio van del 0 al 5 según la "escala de intensidad de Rosenberg" donde:
0- no olor
1- apenas se percibe
2- mal olor ligero pero claramente percibido
3- mal olor moderado
4- mal olor fuerte
5- olor extremadamente desagradable

Ejemplos característicos de olores serían:
"a sulfuro": puede tener un origen intraoral
Además "dulce": puede ser un problema hepático (por cetonas)
"a manzanas podridas": podría relacionarse con una diabetes mellitus no controlada
"a pescado": podría deberse a una insuficiencia renal
Las desventajas de esta valoración son: subjetividad, poca fiabilidad y que no es reproducible
Las ventajas: es económica y es rápida.

Medición de compuestos sulfurados volátiles:

Halimeter: mide los compuestos sulfurados volátiles pero no distingue entre ellos, es poco sensible al metilmercaptano y al dimetilsulfuro.
Oralchroma: se considera hasta ahora el "gold standard" para el diagnóstico de halitosis. Distingue entre los tres compuestos sulfurados volátiles más habituales. Si se detectan altas concentraciones de metilmercaptano respecto al sulfuro de hidrógeno sugiere presencia de enfermedad periodontal. Si sólo está elevado éste último está relacionado con mala higiene oral. Ventajas: resultados claros, fácil manejo, reproducible, se pueden mostrar y explicar los resultados al paciente.

- Examen orofaríngeo:
Amígdalas, faringe, dientes, periodonto y lengua.
Caries, impactación de comida, restauraciones desbordantes.
Bolsas periodontales, encías inflamadas, pericoronaritis.
Cubrimiento lingual.
Anatomía lingual: surcos profundos, papilas circunvaladas grandes…
Examen en la consulta:
Test de BANA: detecta 3 tipos de bacterias: Porphyromona gingivalis, T. forsythia, T. dentícola.
Test de la beta- galactoxidasa.
Método de la ninhidrina.

Estos test detectan bacterias o productos de la proteolisis.

CUBRIMIENTO LINGUAL:
La lengua está formada por tejido muscular cubierto por mucosa con epitelio escamoso estratificado queratinizado en el dorso. Presenta cinco tipos de papilas: filiformes, fungiformes, caliciformes, foliadas y coloriformes. Allí se produce retención de bacterias y detritus.

Puede presentar irregularidades adicionales: fisuras, surcos, zonas de papilas degeneradas lo que supone más retención de bacterias y detritus. Se considera un fenómeno normal: el 8% de las personas no lo presentan, el 40% presntan una capa fina y el 52% una capa gruesa. Se suele encontrar en la zona media y posterior de la lengua.

El cubrimiento lingual está constituido por bacterias, grandes cantidades de células epiteliales descamadas, metabolitos sanguíneos, restos de comida y leucocitos de bolsas periodontales. Tiene un espesor y color variable (en pacientes periodontales es más grueso, en ancianos tiene otro color).

Es el factor más relacionado con la halitosis tanto en pacientes sanos como en periodontales (aunque influye la profundidad de las bolsas, es más determinante el mayor cubrimiento lingual que presentan).

El biofilm lingual está poco estudiado, se considera determinante en la flora del resto de la boca, hay bacterias distintas en pacientes con y sin halitosis. Existen distintas clasificaciones: valoran espesor, color, etc.

ELIMINACIÓN DEL CUBRIMIENTO LINGUAL
- MECÁNICA: no disminuye la carga microbiana, disminuye el olor por eliminación de nutrientes bacterianos.
Con cepillo o mejor con raspador
Empezar lo más posterior que se pueda..
Repetir varias veces hasta que no haya nada que eliminar.
El reflejo nauseoso se da más con el cepillo, con la práctica disminuye. Conveniente tirar de la lengua con gasa.
Suave para no producir microtraumatismos y microhemorragias que agravarían el problema.
El efecto no dura más de 30 minutos, por eso se puede complementar con enjuagues. Es fundamental pero insuficiente.

QUÍMICA: como complemento a la eliminación mecánica
- Ventajas: llegan a zonas más inaccesibles, más aceptación social, más fáciles de usar.
- Requisitos:que su uso prolongado no altere el equilibrio natural de la microflora oral, no facilite la colonización por organismos exógenos, no genere resistencias microbianas, no produzca efectos adversos importantes (aunque siempre va a haber alguno).
- Los mejores: clorhexidina y cloruro de cetilpiridinio (disminuyen las bacterias productoras de halitosis), dióxido de clorina y enjuagues con Zinc (neutralizan los compuestos odoríferos).

TRATAMIENTO DE LA HALITOSIS:
Los objetivos del tratamiento son:
- disminuir el número de bacterias productoras de mal olor del dorso lingual y de los surcos o bolsas periodontales.
- disminuir los sustratos proteicos disponibles.
- neutralizar los compuestos sulfurados volátiles.

Miyazaki y col. 5 , el año 1999 establecieron distintas necesidades de tratamiento,

divididas en 5 categorías según la etiología, para proporcionar tanto guías clínicas de actuación como la necesidad derivación a otro especialista: de TN-1 a TN-5 (TN del inglés, Treatment Needs).

Halitosis genuina fisiológica: NT-1
Halitosis genuina patológica intraoral: NT-1 y 2
Halitosis genuina patológica extraoral: NT-1 y 3
Pseudohalitosis: NT-1 y 4
Halitofobia: NT-1 y 5

Clasificación de Necesidad de Tratamiento (NT) de Miyazaki:
NT-1: Explicaciones sobre halitosis y factores de riesgo; instrucciones y motivación sobre higiene oral (cepillado; hilo dental; limpieza de lengua). Instrucciones precisas, explicar los límites anatómicos de la lengua que se deben limpiar (por delante de la V lingual), consejo alimentario (eviat ajo, cebolla), eviat alcohol, tabaco, buena hidratación, etc.
NT-2: Profilaxis y tratamiento de condiciones o enfermedades orales: enfermedad periodontal, caries, prótesis mal ajustadas, obturaciones…
NT-3: Derivación a otro especialista médico (excepto psicólogo o psiquiatra): otorrino, digestivo…
NT-4: Explicación sobre los resultados de los exámenes, educación y garantizar el origen psicológico de su halitosis, explicar que su halitosis no está por encima de los niveles aceptados socialmente, instrucciones higiénicas.
NT-5: Derivación al psicólogo o psiquiatra. Instrucciones de higiene oral. Tras explicarles lo anterior no van a aceptarlo. Creen de forma persistente que tienen halitosis.

5 Discusión-Conclusión

Se ha detectado un aumento de las consultas relacionadas con halitosis en la consulta dental en los últimos años. Esto puede deberse al aumento en importancia que se le da a la apariencia estética y a las relaciones interpersonales. Aún así muchos pacientes intentan “enmascarar” el problema y no acuden al odontólogo para investigar la causa y llevar a cabo un adecuado tratamiento. El espectro de las repercusiones que esta situación puede generar en muy variable: para algunas personas puede afectar a su autoestima y seguridad personal desencadenando incluso una depresión. Por eso es importante una adecuada formación en el tema de los odontólogos e higienistas dentales.

No existe consenso en cuanto a la prevalencia exacta de esta entidad, tampoco existe consenso en cuanto al método diagnóstico más adecuado aunque la mayoría de autores señalan el Oralchroma como el "gold standard" hasta el momento.

Existe confirmación de que la aplicación de unas correctas medidas de higiene oral y tratamientos odontológicos necesarios mejoran sustancialmente la halitosis, pero aún no está demostrado qué elementos auxiliares (raspadores linguales, colutorios…) son mejores en el tratamiento de la misma.

La halitosis es una condición desagradable para el paciente, que afecta por igual a hombres y mujeres y que aumenta con la edad.

Su control debe empezar por un correcto diagnóstico para adaptar el tratamiento a las necesidades del paciente en cada caso. Esto implica una adecuada formación por parte de los odontólogos e higienistas dentales para tratar correctamente al paciente y poder así mejorar su salud y su calidad de vida.

El punto clave del tratamiento es el de informar e instruir al paciente en una correcta técnica de higiene oral, así como llevar a cabo los tratamientos odontológicos necesarios, que en muchos casos implican tratar la enfermedad periodontal.

Son necesarios más estudios para determinar qué agentes antimicrobianos pueden ayudar al tratamiento y control de la halitosis.

6 Bibliografía

1. Fernández Amézaga J., Rosanes González R.. Halitosis: diagnóstico y tratamiento en Atención Primaria. Medifam [Internet]. 2002 Ene [citado 2020 Ene 24] ; 12(1): 46-57.
2. Monfort Codinach M., Jané Salas E. Halitosis: Diagnosis and treatment. Avances en odontoestomatología. 2014; 30; 3: 155-160.
3. G. Winkel E., Tangerman A. Causas de halitosis intra y extraoral. Periodoncia y osteointegración. 2014; 24; 1: 25-29.
4. Roldán S. Halitosis oral: importancia, prevalencia y clasificación. Factores etiológicos asociados. Periodoncia y osteointegración. 2014; 24; 1: 7-14.
5. Roldán S., Serrano J., Herrera D. Protocolos terapéuticos para el manejo de la halitosis oral: productos de higiene oral utilizados y nuevas estrategias terapéuticas. Periodoncia y osteointegración. 2014; 24; 1: 41-49.
6. Van Tornout M., Laleman I., Dadamio J., Degeest S., Vancauwenberghe F. Halitosis y cubrimiento lingual. Periodoncia y osteointegración. 2014; 24; 1: 17-23.

7. Laleman I., Dadamio J., Degeest S, Vancauwenberghe F., Quirynen M. Diagnóstico de la halitosis. Periodoncia clínica. 2014; 24; 1: 33-38.

Capítulo 1089

MANIFESTACIONES ORALES DE LA SÍFILIS.

ELSA COTO GONZALEZ

1 Introducción

La sífilis es una infección bacteriana producida por el Treponema Pallidum. Sus lesiones se asemejan en ocasiones a las lesiones propias de otras enfermedades, lo que nos lleva a realizar diagnósticos y tratamientos incorrectos. Las manifestaciones orales pueden aparecer en todas las etapas, aunque son más comunes en la etapa secundaria.

Con frecuencia se asocia la presencia de sífilis con otras enfermedades de transmisión sexual, por tanto, en casos positivos, será necesario descartar otras enfermedades como VIH. Un diagnóstico precoz y tratamiento correcto mejoran el pronóstico. El odontólogo debería estar capacitado para detectar estas lesiones e identificarlas como posibles manifestaciones orales de sífilis.

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo es realizar una revisión de las manifestaciones orales propias de la sífilis, en sus diferentes etapas; la identificación de las mismas nos puede conducir a la detección de la enfermedad y la posibilidad de instaurar un tratamiento eficaz.

3 Metodología

Se llevó a cabo una revisión sistemática de la literatura científica de los últimos 5 años, en bases de datos como PubMed, Medline o Embase. Se usaron palabras clave como "sífilis", "diagnóstico", "diagnóstico diferencial", "manifestaciones orales", "tratamiento".

4 Resultados

La sífilis es una infección bacteriana producida por el Treponema Pallidum. Se conoce a esta enfermedad como la "gran simuladora", ya que imita a otras enfermedades en sus manifestaciones clínicas. Se transmite, sobre todo, a través de las relaciones sexuales no protegidas; también a través de la placenta, por contacto accidental con las lesiones o por transfusiones de sangre. La incidencia de la sífilis ha ido aumentando con los años y puede coincidir con otras enfermedades de transmisión sexual como el VIH o la hepatitis.

La sífilis puede ser congénita o adquirida. La sífilis congénita es la que se transmite de madre a hijo en el útero; puede provocar abortos o lesiones en el recien nacido como la pseudoparálisis de Parrot, dientes de Hutchinson, nariz en silla de montar, tibias en sable, frente olímpica y fisuras periorales. La adquirida puede ser primaria, secundaria o terciaria. La sífilis primaria afecta a la piel y a las membranas mucosas. La lesión típica de esta etapa es el "chancro sifilítico", úlcera de bordes elevados, no dolorosa, que aparece semanas después del contacto en la zona de inoculación. Pueden aparecer también adenopatías satélites. El chancro resuelve entre 3 a 6 semanas independientemente del tratamiento. Puede haber localización extragenital del chancro y la cavidad oral es uno de los lugares más comunes.

La sífilis secundaria se inicia de 2 a 4 semanas tras el contacto, y se caracteriza por una erupción máculo-papulosa generalizada de tronco y extremidades, así como palmas y plantas (roséola sifilítica). Las lesiones orales que pueden verse en esta etapa son tipo máculas eritematosas, placas opalinas, pápulas, fisuras, condilomas sifilíticos, depilación lingual, queilitis angular y angina sifilítica. Después de estas etapas el paciente entra en la fase de sífilis latente, la infección continúa en los pacientes no tratados y puede durar años. Esta fase latente se divide, a su vez, en precoz y tardía. En la fase latente precoz puede haber una recaída de sífilis secundaria como consecuencia de una disfunción inmunológica. La sífilis terciaria

se produce años después en pacientes no tratados, con alteraciones vasculares, lesiones cutáneomucosas denominadas “gomas”.

Las lesiones orales pueden aparecer en la sífilis primaria y secundaria, pero son más comunes en esta última. El chancro de inoculación de la sífilis primaria puede ocurrir en la boca y región perioral pero es infrecuente (sólo 8 % de los casos). Se observan manifestaciones orales en el 30% de los casos de sífilis secundaria, pero rara vez como únicas manifestaciones de la infección. Se trata, en estos casos, de lesiones eritematosas, erosivas, papulosas o ulcerosas, incluso vegetantes. Las lesiones de la sífilis primaria y secundaria son muy contagiosas.

En la sífilis terciaria aparece el “goma”, se produce por una endarteritis obliterante, especialmente de las arteriolas, dentro de las mucosas, sobre todo en paladar duro, lengua o amígadalas. Puede aparecer glositis intersticial que se caracteriza por atrofia del dorso lingual, que puede llevar al desarrollo de leucoplasias y carcinomas.
El diagnóstico de la sífilis se confirma con la serología, mediante pruebas no treponémicas (VDRL) o treponémicas (FTA-ABS, MHA-TP). También existen pruebas directas como la visualización del treponema en microscopio y fluorescencia directa. Los exámenes serológicos en combinación con el examen clínico son fundamentales para el diagnóstico de la enfermedad .

El tratamiento de elección en la sífilis es una dosis intramuscular de 2.400.000 UI de penicilina G benzatina en la etapa primaria. En la etapa secundaria y terciaria la misma dosis se repite semanalmente durante tres semanas. En pacientes alérgicos a penicilina la alternativa sería la administración oral de doxiciclina 100 mg dos veces al día durante 14 días o 500 mg de tetraciclina cuatro veces al día durante 14 días. El pronóstico de estos pacientes se fundamenta en un diagnóstico precoz y tratamiento efectivo.

5 Discusión-Conclusión

Las enfermedades venéreas pueden tener manifestaciones orales con frecuencia; sin embargo, en ocasiones no se diagnostican o este diagnóstico es incorrecto por desconocimiento del profesional. Además como esta enfermedad se conoce como la “gran simuladora”, puede llevarnos a error y confundir las lesiones con las propias de otras enfermedades.

Esto nos lleva a un tratamiento incorrecto o tardío. Para realizar un diagnóstico correcto hay que combinar la historia clínica completa con la serología. Debido a la frecuente asociación entre VIH y sífilis, en los casos positivos de sífilis habría que aconsejar a los pacientes que realicen otras pruebas serológicas que descarten otras enfermedades de transmisión sexual.

6 Bibliografía

1. Molina Ávila I.J., Pimentel Sola J.M., Giménez Grimab L. Lesiones orales de sífilis secundaria limitada a la cavidad oral. Informe de un caso. Rev Asoc Odontol Argent 2018;106:30-34.
2. Moreira KC., Pavan V, Huaman Garaicoa F. Sífilis secundaria: lesiones orales como única manifestación. Informe de caso en adolescente. Rev Asoc Odontol Argent 2015;103:168-72.
3. Souza B. Manifestações clínicas orais da sífilis. RFO UPF 2017;82-5.
4. Navazo-Eguía A.I., Rioja Peñaranda E, Echebarría Iturbe C., Terán Muñoz D., Cordero Civantos C., Ibáñez Muñoz C. Manifestaciones orales de la sífilis. Caso clínico. Rev. ORL; 2017; 8(4): 253-257.

Capítulo 1090

CARIES DEL BIBERÓN, TEORÍA DE ENFERMEDADES PARA HIGIENISTA DENTAL.

NURIA MORENO FERNANDEZ DE LA BASTIDA

NATIVIDAD CABEZÓN FERNÁNDEZ

1 Introducción

La caries es una enfermedad infecciosa de los dientes en la cual se destruyen gradualmente el esmalte, la dentina y eventualmente la pulpa, pudiendo tener como consecuencia la pérdida de la pieza dentaria.

Generalmente no se presta demasiada atención a la salud dental en niños pequeños, porque la dentición primaria no se considera tan importante como la definitiva. Aunque sean temporales, los dientes de leche del niño son importantes y siguen siendo propensos a las caries.

La caries infantil o caries del biberón , es una enfermedad de evolución rápida y agresiva que afecta a la dentición temporal de niños de corta edad y que suele tener su inicio en las superficies lisas del diente, poco susceptibles a padecer caries en circunstancias normales, y como la del adulto, no tiene un único agente etiológico, en su aparición están implicados diferentes factores que las afectan.

El Higienista Dental puede ayudar a los pacientes a prevenir esta patología mediante la educación para la salud bucodental, ofreciendo los consejos adecuados

para prevenir su aparición. El objetivo será, evitar, en lo posible, la aparición de todos estos inconvenientes, pero las posibilidades terapéuticas, en muchos casos, se encuentran limitadas por lo avanzado de las lesiones y por la corta edad de los pacientes, cuya colaboración se hace muy difícil en tratamientos tan laboriosos como los que precisan.

El mejor tratamiento es la prevención, evitando los hábitos de succión y controlando la aplicación de flúor cuando sea necesaria. La mejor prevención debe instaurarse alrededor de los 6 meses de edad del niño y consiste en las siguientes prácticas:
- Utilizar cuanto antes el vaso o taza en vez del biberón.
- Usar pasta de dientes fluorada y buenas técnicas de cepillado.
- No dar al niño alimentos ni bebidas azucaradas.
- Utilizar medicamentos (jarabes) sin azúcar.
- Visitar al dentista a partir de la erupción de los dientes temporales.
- Fluoración de las aguas de abastecimiento público.

Otra buena medida de prevención son los programas de educación a los padres.

2 Objetivos

- El objetivo prioritario del presente capítulo es proporcionar conocimientos básicos y actualizados sobre la prevención de caries infantil.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: pubmed, medline, y scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Es una enfermedad que afecta a los niños en las primeras etapas de la vida, aunque no afecta directamente a la dentición definitiva. Se trata de la aparición

brusca de caries en los incisivos superiores, caninos y molares temporales, relacionada con la succión prolongada del chupete o biberón impregnados en sustancias cariogénicas.

Una característica importante es que no afecta a los incisivos inferiores, debido al papel protector de la posición lingual durante la succión. El pico más elevado ocurre entre los 13 y los 24 meses, siendo su primera manifestación la lesión de "mancha blanca". Estas lesiones siguen la forma del margen gingival de los incisivos superiores, en forma de "media luna" o semicircular.

Estas lesiones producen dolor al comer, al beber e incluso al dormir, dolor por afectación pulpar, problemas estéticos, dificultad para la fonación y la masticación, instauración de hábitos nocivos como la interposición lingual o labial y malposición dentaria por alteración de la erupción de los dientes permanentes que les suceden, causando en el niño diferentes trastornos nutricionales y del sueño, así como un enlentecimiento en su crecimiento.

Este cuadro clínico se presenta, sobre todo, en niños que suelen dormir con el chupete impregnado en sustancias azucaradas (miel, azúcar, leche condensada, etc.) o en aquéllos que toman el biberón de leche o zumo acostados.
El niño se duerme y la leche o líquido azucarado se acumula alrededor de los dientes, brindando un excelente medio de cultivo para los microorganismos acidógenos (estreptococo mutans), aunque esta bacteria no está presente en la cavidad oral de los recién nacidos, en condiciones normales coloniza la boca del niño entre los 9 y los 12 meses, edad que coincide con la erupción de los primeros dientes temporales.

Diversos estudios afirman que la colonización de la cavidad oral del niño siempre es a partir de la madre o el cuidador y esto, unido a la disminución del flujo salival que se produce durante el sueño, agrava la situación y da lugar a un ambiente altamente cariogénico que propicia así la aparición de caries agresivas, de localización preferente en el maxilar superior, siendo los incisivos superiores los dientes más afectados. Cuando el hábito es diurno, se afectan menos los incisivos superiores y aparecen caries en lingual de molares mandibulares.

La bajada del pH de la placa se normaliza en la media hora posterior a la última ingestión de alimentos. Pero si se mantienen azúcares en la boca (consecuencia de una deficiente higiene bucal o de una alta frecuencia de consumo) este pH se

mantiene ácido y la desmineralización continúa. Si los períodos de desmineralización del diente son largos o demasiado frecuentes, se favorece más fácilmente la aparición de caries. Así, la llamada caries del biberón está muy condicionada por este factor.

Las leches de fórmula que contienen lactosa son menos cariogénicas que las que llevan sacarosa. También son de baja cariogenicidad las fórmulas sintéticas basadas en soja o en proteínas hidrolizadas. Sin embargo, la leche materna es la que tiene más baja cariogenicidad y, además, contiene agentes protectores, como inmunoglobulinas y anticuerpos contra Streptococo Cuando su uso se prolonga más allá de los 12 meses de edad, aumenta la incidencia de caries.cus.

Las Sustancias cariogénicas impregnadas en las tetinas del biberón o del chupete pueden aumentar considerablemente el riesgo de caries. Otros factores que incrementan el riesgo son:
- Higiene deficiente.
- Aportación de flúor insuficiente.
- Abuso desmesurado de azúcares.

5 Discusión-Conclusión

Aunque el tratamiento no es fácil, en caso de no existir éste se puede producir una rápida destrucción del tejido dental e incluso afección de la pulpa, por eso es conveniente llevarlo acabo. El tratamiento variará, según se trate de dientes anteriores o posteriores. Las lesiones leves que afectan a los dientes anteriores normalmente no se tratan, en espera de su recambio. Las de dientes posteriores han de tratarse con obturaciones o incluso con coronas metálicas, con el fin de mantener el espacio de recambio dentario y restablecer la función masticatoria.

En algunos casos, el tratamiento más indicado es la extracción seguida de la colocación de un mantenedor de espacio. Los dientes que más se extraen son los incisivos superiores, seguidos de los primeros y segundos molares.

En la prevención de la caries del biberón es primordial la concienciación de los padres acerca de la etiología del problema y brindarles consejos tales como:
• Intentar evitar la alimentación nocturna (biberón o pecho) a partir de la erupción del primer diente o, en su defecto, realizar la higiene bucal siempre después

de las tomas.
• Indicar a los papas que levanten el labio superior del bebé al menos una vez al mes, para buscar signos iniciales de caries.
• Evitar el uso del biberón con líquidos que no sean agua.
• Nunca mojar el chupete en líquidos azucarados, azúcar o miel.
• Eliminar alimentos con sacarosa entre comidas.
• Reducir al máximo la ingesta de "azucares ocultos": zumos industriales, bollería industrial (croissants, galletas), yogurts líquidos, pan de molde suave, snacks dulces o salados, bebidas de cola, bebidas gaseosas, etc. La OMS recomienda no dar azucares refinados antes de los dos años de edad y en cualquier caso siempre deben tener un "consumo inteligente" acompañado de una eficaz higiene oral.
• Es obligado comenzar la higiene de los dientes, con cepillo dental, coincidiendo con la erupción del primer diente temporal o "de leche".

6 Bibliografía

- https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-nutricion-caries-accion-preventiva-13042395
- http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2008000200010
- http://colegiohigienistasmadrid.org/blog/?p=171

Capítulo 1091

ENDOCARDITIS BACTERIANA EN ODONTOLOGÍA.

FRANCISCO RODRIGUEZ HERRERA

MARIA GARCIA GUAZA

LORENA POSADO CARRO

1 Introducción

La endocarditis bacteriana la define el profesor Blanco Carrión como " una enfermedad producida por la asociación de alteraciones morfológicas del corazón y una bacteriemia proveniente de distintos orígenes, a veces sin descubrir (endocarditis infecciosa)"(1).

La endocarditis se produce como consecuencia de una proliferación de microoorganismos en la zona endotelial del miocardio, presentándose como lesión característica la "vegetación" que no es ni más ni menos que una acumulación de plaquetas, productos inflamatorios y agregados de microorganismos que tienen como principal diana las válvulas cardiacas(2).

Dentro de la consulta dental, casi todos los tratamientos que realizamos son bastante seguros, sin que pongan en peligro habitualmente la vida del paciente. La endocarditis según mi modesta opinión es la enfermedad que todo profesional de la odontología (tanto odontólogo como higienista dental) deben conocer de principio a fin, ya que podemos ser los causantes de que se desencadene la enfermedad si no adoptamos las medidas de prevención adecuadas.

Las diferentes endocarditis se clasifican en (3):
1) Endocarditis de válvula nativa.
2) Endocarditis protésica.
3) Endocarditis en adictos endovenosos.
4) Endocarditis nosocomial.
5) Endocarditis con hemocultivos negativos.

La incidencia a día de la endocarditis se sitúa entre 40 y 60 casos al año por cada millón de habitantes.
En el ámbito odontológico, según los criterios establecidos se debe realizar la profilaxis de la endocarditis en los supuestos específicos siempre que vayamos a realizar un procedimiento que conlleve sangrado. Ese sangrado va a producir una bacteriemia que puede ser la desencadenante de la colonización del endotelio cardíaco. Por ello debemos ser conscientes de que procedimientos rutinarios como por ejemplo puede ser una tartrectomía , deberían ser realizados con la prevención de haber realizado la correcta profilaxis antibiótica previamente.

2 Objetivos

- Determinar la necesidad de realizar la profilaxis de la endocarditis bacteriana previa a todo procedimiento odontológico que conlleve sangrado en aquellos pacientes que por su patología sea necesaria.

3 Metodología

Para determinar si es preciso realizar la profilaxis se ha procedido a revisar 2 publicaciones que presentan una alta evidencia científica.
Por una lado se ha revisado publicación realizada en Cochrane en 2013 (4),donde se realizó una revisión de la literatura científica específicamente sobre el uso de la profilaxis de endocarditis bacteriana en el ámbito odontológico y por otro lado se ha revisado la Guía clínica de prevención de la endocarditis bacteriana publicada por la Sociedad Española de Cardiología en 2016 (5), basada en la guía publicada por la Asociación Europea de cardiología.

4 Resultados

Tras la revisión bibliográfica en Cochrane, las conclusiones finales de los autores literalmente son "Aún no hay pruebas acerca de si la profilaxis con antibióticos es efectiva o no contra la endocarditis bacteriana en pacientes con riesgo a los que se les realizará un procedimiento dental invasivo. No está claro si los efectos perjudiciales potenciales y los costos de la administración de antibióticos superan cualquier efecto beneficioso. Desde el punto de vista ético los médicos deben tratar los efectos beneficiosos y perjudiciales potenciales de la profilaxis con antibióticos con sus pacientes antes de decidir acerca de su administración" (4).

En cuanto a la recomendación que encontramos en la guía de la Sociedad Española de Cardiología, encontramos que se trata de una recomendación de clase IIa en la que se indica que la profilaxis en todo proceso que ocasione sangrado a nivel odontológico debe ser:

1.- En pacientes no alérgicos a la penicilina o ampicilina: Amoxicilina o Ampicilina
- Adultos: 2 gr. Vía oral(60 min antes) o intravenosa(30 min antes)
- Niños: 50 mg/kg. Oral(60 min antes) o intravenoso (30 min antes)

2. En paciente alérgicos a la penicilina o ampicilina: Clindamicina
- Adultos: 600mg. vía oral(60 min antes) o intravenosa(30 min antes)
- Niños: 20 mg/kg. Oral(60 min antes) o intravenoso (30 min antes).

Los paciente susceptibles de profilaxis son (5):
- Paciente con cualquier válvula protésica, incluso transcatéter, o aquellos en los que ha usado mucho material protésico para la reparación valvular cardíaca
- Pacientes que hayan sufrido previamente endocarditis
- Pacientes con cardiopatía congénita cianótica

5 Discusión-Conclusión

A día de hoy sigue siendo un tema que debemos tener muy presente hasta que se demuestre que no existe relación entre los procedimientos dentales y la aparición de endocarditis en los pacientes que precisen de la profilaxis, por lo que deberíamos ser muy cautos y escrupulosos en el tratamiento de este tipo de pacientes ya que con un simple administración de antibiótico podemos evitar que se

desencadene una patología que puede suponer un compromiso vital importante para la vida de nuestros pacientes.

Conclusión
1.-A día de hoy es fundamental la identificación de pacientes que precisen la profilaxis de la endocarditis bacteriana y la administración de la misma previa a tratamientos odontológicos intrusivos
2.- Se precisan más estudios para poder determinar si los tratamientos odontológicos y la bacteriemia que pueden ocasionar son factores etiológicos de la aparición de endocarditis bacteriana.

6 Bibliografía

1. Blanco Carrión A. Profilaxis de la endocarditis bacteriana. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2004;9:37-51.
2. Fajardo Leizelar FA. Endocarditis infecciosa. Rev Med Hondur. 2005;73(2):83-9.
3. Mansur AJ, Creusa MR, Eukushima JT, Issa VS, Grimberg M. Relapses, recurrences, valve replacements, and mortality during the long term follow up after infective endocarditis. Am Heart J. 2002;141:78-86.
4. Glenny A-M, Oliver R, Roberts GJ, Hooper L, Worthington HV. Antibiotics for the prophylaxis of bacterial endocarditis in dentistry. Cochrane Oral Health Group, editor. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 9 de octubre de 2013 [citado 10 de febrero de 2020]; Disponible en: http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD003813.pub4
5. Habib G, Lancellotti P, Antunes MJ, Bongiorni MG, Casalta J-P, Zotti F del, et al. Guía ESC 2015 sobre el tratamiento de la endocarditis infecciosa. Rev Esp Cardiol. enero de 2016;69(1):69.e1-69.e49.

Capítulo 1092

RELACIÓN ENTRE LOS HÁBITOS DE SUCCIÓN NUTRITIVOS Y NO NUTRITIVOS Y EL DESARROLLO DE MALOCLUSIONES

SONIA CASQUERO LUCENA

ALICIA DIAZ GONZALEZ

LETICIA CUELI ARENAS

PAULA CUELI ARENAS

JUAN ANTONIO LEAL MEDIAVILLA

1 Introducción

La succión es un comportamiento innato en el desarrollo de los niños en las etapas intrauterinas y neonatal. Se ha observado que el feto empieza a chuparse el dedo a las 12 semanas de edad gestacional. Esto, junto con algunos movimientos respiratorios, se piensa que prepara la musculatura orofacial del feto para la función respiratoria y la deglución(1).

La OMS recomienda lactancia materna exclusiva al menos durante los 6 primeros meses de vida, ya que reduce el riesgo de enfermedades infecciosas del tracto gastrointestinal y del sistema respiratorio(2). Los movimientos de los labios y la lengua durante la lactancia materna hacen que el bebé obtenga la leche mediante

"una acción de exprimir", mientras que en la lactancia artificial el niño realiza un movimiento más pasivo para obtener la leche, lo que conlleva una menor estimulación de las estructuras orofaciales(3). Además, la lactancia materna (LM) promueve la respiración nasal por el uso adecuado de la función de succión, donde los labios permanecen completamente en contacto con el pecho de la madre y la nariz se estimula para iniciar los movimientos respiratorios de inspiración y espiración(4).

Otra posible explicación de los efectos beneficiosos a largo plazo de la lactancia materna es que una alimentación a largo plazo reduce el riesgo del niño de adquirir hábitos de succión no nutritivos, como el chupete o la succión digital(5).

Además, la ausencia de lactancia materna conlleva un menor desarrollo del complejo masticatorio, deglución atípica, respiración oral o mixta, y consecuentemente, la aparición de maloclusiones(6).

El uso del chupete como objeto reconfortante en la primera infancia constituye una práctica ampliamente extendida; sin embargo, el hábito prolongado del mismo puede tener serios efectos nocivos en el desarrollo de las estructuras bucales en función del tipo de hábito, su duración, intensidad y frecuencia, así como de las características biotipológicas del paciente(7).

Hábitos orales en el bebé

"Hábito" es una práctica adquirida por la repetición frecuente del mismo acto, que se produce de manera consciente al principio y luego inconscientemente(8). Los hábitos de succión en los niños se diferencian en la literatura en dos tipos: no-nutritivos y nutritivos. Se consideran hábitos de succión no-nutritivos la succión del dedo/s o la succión de un chupete. Se consideran hábitos de succión nutritivos la LM y la LA(9).

La prevalencia de los hábitos de succión no-nutritivos en niños se ha estimado entre el 61-90%. Proporcionan al niño una sensación de seguridad y confort y puede incluir desde la succión del chupete, hasta uno o más dedos o lo que es menos común, juguetes o una parte de una manta(10).

Efectos de los hábitos de succión en el desarrollo de maloclusiones

La maloclusión se define como un desorden dental relacionado con cambios en el crecimiento y desarrollo del sistema craneofacial que puede afectar tanto a la función como a la estética, y por lo tanto ejerce una influencia en la calidad de vida y en las interacciones sociales(11).

El mayor riesgo de los hábitos de succión no-nutritivos es que la lengua, se mantiene en una posición baja por el chupete o por el dedo, lo que evita que se encuentre aplicando la presión necesaria en el paladar para conseguir un crecimiento y desarrollo transversal del maxilar(12).

Las maloclusiones en la dentición primaria deberían ser consideradas un problema de salud público debido a las altas tasas de prevalencia y la necesidad de tratamiento(13).

Los efectos beneficiosos de la lactancia materna sobre la LM son bien conocidos, así como los efectos de los hábitos de succión no-nutritivos. Varios estudios demuestran que los hábitos de succión no-nutritivos están relacionados con el desarrollo de maloclusiones en dentición decidua(14).

Maloclusiones más comunes como consecuencia de los hábitos
Las maloclusiones que aparecen más habitualmente debido a la presencia de un hábito de succión son la mordida abierta anterior, la mordida cruzada posterior y la clase II(3).

La mordida abierta anterior (MAA) se define como una disminución del grado de sobremordida o como el contacto borde a borde o una apertura clara entre los incisivos. Por su frecuencia y consecuencias nocivas, los hábitos de succión constituyen un aspecto de especial interés en la etiopatogenia de la mordida abierta. Eliminado el hábito, hay una tendencia a la remisión espontánea de la dismorfia. Todo hábito de succión prolongado más allá de los 3 primeros años de vida deja una secuela en la oclusión; si hay hábito succional en los primeros meses, pero se abandona pronto, no suelen observarse efectos oclusales permanentes. Tiene importancia decisiva el tipo de succión digital que se superpone a una determinada morfología. En algunos casos, la persistencia de la succión digital más de 10 años no provoca una maloclusión florida porque el patrón facial no muestra una predisposición constitucional ni a la distoclusión ni a la mordida abierta. La mordida abierta dental o falsa sería el tipo de mordida que se produciría a consecuencia de los hábitos de succión. La mordida abierta dental está más localizada y no se extiende más allá de los caninos. Suele ir acompañada de unos signos característicos en la arcada inferior. La interposición de partes blandas y, sobre todo, de la lengua, es un signo acompañante de la mordida abierta. Las alteraciones de la oclusión en el plano horizontal o transversal se conocen como maloclusiones transversales. Existen dos tipos de anomalías transversales; la mordida cruzada posterior y la mordida en tijera(15).

La presencia de un hábito de succión digital durante varias horas al día actúa sobre los dientes igual que lo haría un aparato de ortodoncia. La gravedad de los efectos producidos dependerá de la intensidad y duración del hábito. Los efectos pueden también resultar en asimetría intraarcadas, dependiendo del modo en que se practique el hábito(16).

El objetivo de la presente revisión bibliográfica es examinar la evidencia actual de la relación entre los hábitos de succión nutritivos y no nutritivos con el desarrollo de maloclusiones en dentición decidua teniendo en cuenta factores como la frecuencia y la duración del hábito.

2 Objetivos

Entre los objetivos que tenía la presente revisión se hallaba encontrar la respuesta a las siguientes preguntas: - - ¿Es la LM un factor de protección frente a las maloclusiones?
- ¿Afecta la duración de la LM y de la LA en el desarrollo de las maloclusiones?
- ¿Qué efecto tienen los hábitos de succión digital y uso de chupete en el desarrollo oclusal?
- ¿Qué relación existen entre los hábitos de succión nutritivos y no nutritivos?

3 Metodología

Se realizó una búsqueda en las bases de datos PubMed y Scopus. La estrategia de búsqueda que se siguió fue: breastfeeding AND bottlefeeding AND malocclusion, digit-sucking AND pacifier use AND malocclusion, nutritive AND non-nutritive AND habits AND malocclusion. Tras la lectura de los títulos y resúmenes, se eliminaron por razón de idioma aquellos que no estaban en inglés o español, aquellos con una antigüedad mayor a 10 años y las revisiones bibliográficas.

Extracción de datos: Se extrajeron los siguientes datos de los estudios incluidos para su análisis: autor, año de publicación, tipo de estudio, tamaño de la muestra, edad de la muestra, tipo de hábito de succión, duración del hábito, maloclusión relacionada con cada hábito.

Características de los estudios incluidos:
Se incluyeron 35 artículos para la revisión bibliográfica. De ellos 23 son estudios transversales, 1 transversal en cohorte, 4 de cohorte, 1 retrospectivo, 2 de casos y controles, 3 longitudinales y 1 prospectivo. De estos 35, 12 examinan los hábitos

de succión nutritivos, 13 los no nutritivos y 10 examinan tanto hábitos de succión nutritivos como no nutritivos.
El tamaño de las muestras de los estudios varía entre 30 y 2060 niños y el rango de edad está entre 0-6 años en dentición decidua y hasta los 15 años en dentición mixta.

Diagrama de flujo:
Para la selección de los artículos se empleó un diagrama de flujo PRISMA (Fig. 1). Se extrajeron 190 artículos de las bases de datos Pubmed (118) y Scopus (72) y se eliminaron 80 que aparecían duplicados. Tras la lectura de los títulos y los resúmenes, se eliminaron 62 y tras la lectura de los textos completos se seleccionaron 35 y se eliminaron 53 por razones de idioma, revisiones bibliográficas y artículos anteriores al 2008.

4 Resultados

Finalizada la búsqueda de la información, se realizó una clasificación de los artículos según el tema a tratar y una síntesis de los resultados que se desarrolló en dos parte. En la primera parte se analizaron los resultados de los 20 artículos que trataron sobre los hábitos de succión nutritivos (LM y LA) y su relación con el desarrollo de maloclusiones.

En la segunda parte se analizaron los resultados de los 22 artículos que investigaron sobre la relación entre el desarrollo de maloclusiones y los hábitos de succión no nutritivos (succión digital y uso de chupete).
Análisis de los resultados de los artículos que analizan la relación entre los hábitos de succión nutritivos y el desarrollo de maloclusiones:
Kobayashi y cols (18)-2010: Encontraron una relación entre la duración de la LM exclusiva y la prevalencia de MCP. Los niños que nunca habían sido amamantados presentaron una mayor prevalencia de MCP en comparación con los que habían sido alimentados con LM entre 6-12 meses o más de 12 meses.
Lopes-Freire y cols (9)-2016:No encontraron relación entre la LM y la presencia de ningún tipo de maloclusión (p=0,739). Los resultados también indicaron que no hay relación entre la LA y la presencia de maloclusión (p=0,716). También han observado que la LM tiene un efecto protector y disminuye el riesgo de adquirir hábitos de succión no-nutritivos (p=0,001)
Caramez da Silva y cols (19)-2012: La alimentación con LM durante más de 12 meses está relacionada con una menor prevalencia de distoclusión (p=0,001)

mientras que la alimentación con LA más de 24 meses está relacionada con una mayor prevalencia de distoclusión (p=0,028).
Romero y cols (20)-2011: Encontraron que la MAA era 5 veces más prevalente en los niños que nunca habían sido amamantados en comparación con aquellos que habían sido alimentados con LM durante más de 12 meses (p<0,01). La MAA era 5,35 veces más prevalente en aquellos niños que habían sido amamantados durante menos de 6 meses en comparación con aquellos que fueron alimentados durante periodos mayores de 12 meses.
Moimaz y cols (8)-2014: La alimentación con LA durante más de 30 meses está relacionado con una mayor prevalencia de MCP (p=0,04).
Los niños alimentados con LM durante cortos periodos de tiempo, tienen más prevalencia de mordida abierta anterior y sobremordida aumentada.
Galán-González y cols (21)-2014: Los niños alimentados con LA mostraron un aumento significativo de la presencia de escalón distal (p=0,034), clase II canina, MAA y apiñamiento. Los parámetros relacionados con una mejor oclusión (clase I canina, diastemas interincisivos, espacios de primate, menor apiñamiento) tienen mayor prevalencia en niños alimentados con LM exclusiva, siendo una relación significativa en el caso del plano terminal recto (p<0,05).
Agarwal y cols (22)-2014: Los niños alimentados con LM exclusiva menos de 6 meses tuvieron una mayor prevalencia de adquisición de hábitos de succión no nutritivos (p<0,05) en comparación con los niños amamantados más de 6 meses. No hubo diferencias estadísticamente significativas en la presencia de MAA en los niños alimentados más de 6 meses y menos de 6 meses (p=0,085); sin embargo, en la MCP hubo diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos (p=0,001), un 12,7% de los niños alimentados con LM menos de 6 meses presentaron MCP mientras que tan solo la presentaron un 1,9% de los niños alimentados con LM más de 6 meses.
Glazer Peres y cols (24)-2015: Encontraron una mayor prevalencia de resalte aumentado y MAA en niños alimentados con LM durante 6 meses y uso de chupete en el mismo periodo (p<0,001) así como de MCP (p=0,019). Aquellos niños alimentados exclusivamente con TLM entre los 3 y los 6 meses y más allá de los 6 meses presentaron un 41% y un 72% respectivamente menor prevalencia de una maloclusión severa que aquellos que nunca han sido amamantados.
Jabbar y cols (4)-2011: Encontraron una mayor prevalencia de relación de clase II canina y de resalte aumentado en niños alimentados con LA o lactancia mixta que en niños alimentados con LM durante menos de 6 meses.
Thomaz y cols (26)-2012: Existe una relación entre una corta duración de la LM (<6 meses) y Clase II de Angle.

Vasconcelos y cols (34)-2011: Encontraron relación entre la ausencia de MAA y la alimentación con LM exclusiva (p<0,001).
Corrêa-Faria y cols (11)-2014: Encontraron relación entre la alimentación con LA y el desarrollo de maloclusiones (p<0,001) y entre la alimentación con LM y la ausencia de maloclusión (p=0,007).
Germa y cols (12): 2016. No encontraron relación entre la MCP y la alimentación con LM. Hallaron relación entre una mayor prevalencia de MAA en aquellos niños alimentados con LM menos de 6 meses (p<0,001).
Amaral y cols (36)-2014:Los resultados incluyeron una menor prevalencia de MAA y de sobremordida aumentada en aquellos niños alimentados con LM más de 24 meses (p<0,05).
Chen y cols (38)-2015: Encontraron una asociación entre una mayor prevalencia de clase II canina en aquellos niños alimentados con LA durante más de 18 meses, en comparación con aquellos niños que usaron biberón entre los 6 y los 18 meses. También hallaron relación entre aquellos niños que nunca han sido alimentados con LM o lo fueron menos de 6 meses y una mayor prevalencia de MCP. También concluyeron que aquellos niños alimentados con LM menos de 6 meses, tienen una probabilidad 4 veces mayor de contraer un hábito de succión de chupete que aquellos que fueron alimentados más de 6 meses con LM.
Da Costa y cols (39)-2018: Hallaron que aquellos niños que nunca han sido alimentados con LM y han usado chupete tienen mayor posibilidad de desarrollar una maloclusión moderada o severa, 19 veces mayor que aquellos que han tomado LM durante 6 meses y nunca han usado chupete.
Limeira y cols (40)-2014:Los resultados muestran que hay relación entre la duración de la LM y el desarrollo de una MCP. Los niños que nunca han sido alimentados con LM tienen una mayor prevalencia de MCP y esta prevalencia disminuye a medida que aumenta la duración de la LM. También confirmaron que la prevalencia de MCP es mayor en los niños alimentados con LA.
Corrêa-Faria y cols (41)-2018: Concluyeron que los niños que han sido alimentados con LM hasta los 9-12 meses de edad, tienen menor prevalencia de maloclusión a los 5 años que aquellos que han sido alimentados con LM menos tiempo o solo han tomado LA.
Carvalho y cols (42)-2014: No encontraron relación entre MAA y uso de biberón. Aquellos niños que nunca han tomado LM o lo han hecho durante menos de 6 meses, tienen mayor probabilidad de presentar una MAA que aquellos niños que han tomado LM durante más tiempo.
Sum y cols (14)-2015: Los niños que fueron alimentados con LM tienen menor posibilidad de desarrollar una clase II que una clase I. Los niños alimentados con

LM más de 6 meses tienen menor prevalencia de resalte aumentado (p=0,021). No encontraron relación entre la duración de la LM exclusiva y la presencia de MAA o el desarrollo de MCP en dentición primaria.
De Sousa y cols (13)-2014: Los niños alimentados con LM durante menos de 12 meses se han relacionado con una mayor prevalencia de MCP (p<0,001).
Bueno y cols (6)-2013: La probabilidad de tener una MAA en aquellos niños amamantados menos de 6 meses es 2,78 veces mayor que en aquellos que fueron amamantados más de 6 meses.
Análisis de los resultados de los artículos que analizan la relación entre los hábitos de succión no nutritivos y el desarrollo de maloclusiones:
Carvalho y cols (42)-2014: Los resultados mostraron que aquellos niños que prolongaron la succión digital y el uso del chupete hasta los 3 años de edad, tienen 14 y 65 veces, respectivamente, más posibilidad de presentar una MAA que aquellos que nunca han tenido hábitos de succión no nutritivos (p<0,001).
Vasconcelos y cols (34)-2011: Encontraron relación entre la succión digital y la presencia de MAA (p<0,001).
Caramez da Silva y cols (18)-2010: El uso del chupete durante menos de 6 meses está relacionado con una menor prevalencia de distoclusión (p=0,001) mientras que no encontraron relación significativa entre succión digital y distoclusión (p=0,221).
Moimaz y cols (8)-2014: Observaron que los niños con hábitos de succión no nutritivos tienen una mayor prevalencia de resalte aumentado (p=0,0001) y de MAA (p=0,0002). La succión digital está relacionada con una mayor prevalencia de resalte aumentado (p=0,017) y de MAA (p=0,0008). El uso del chupete hasta los 30 meses está relacionado con mayor prevalencia de resalte aumentado (p<0,0001) y de MAA (p<0,0001).
Bueno y cols (6)-2013: Observaron que niños que usaron el chupete durante más de 3 años tenía una probabilidad 2,77 superior de tener un resalte mayor de 5 mm y un 12,32 superior de tener una MAA. La probabilidad de tener una MCP es 5,26 veces mayor en aquellos niños que han usado chupete durante más de 3 años.
Montaldo y cols (23)-2011: Concluyeron que los hábitos de succión no nutritivos están asociados con un mayor riesgo de MCP, MAA y relación de clase II molar (p<0,01). El porcentaje de MCP no fue significativamente mayor, aunque la duración de los hábitos de succión no nutritivos continuara más allá de los 3 años (p>0,01); sin embargo, el porcentaje de MAA fue significativamente mayor si la actividad de succión no nutritiva continuaba más allá de los 3 años (p<0,01).
Ling y cols (25)-2018:Observaron que los niños que usan chupete a diario durante más de 1 año tienen mayor prevalencia de MAA (p<0,05) y sobremordida

reducida (p<0,05) y aquellos con un hábito de succión digital durante más de un año tienen mayor probabilidad de desarrollar una relación de clase II incisal (p=0,008) y canina (p=0,036), resalte mayor de 3,5 mm (p=0,000) y MAA (p<0,05). No encontraron relación entre la frecuencia y duración del uso del chupete o de succión digital con el desarrollo de una MCP.

Jabbar y cols (4)-2011:Los niños con una historia de uso de chupete o de succión digital tienen una probabilidad 4,42 superior de presentar un resalte aumentado en comparación con aquellos sin historia de hábitos de succión no nutritivos y un 4,02 superior de presentar una relación de clase II canina.

Roscoe y cols (27)-2018: No encontraron relación entre el uso del chupete y la presencia de resalte aumentado, MCP y la relación canina o molar. La presencia de MAA fue mayor en los niños que usaban chupete, pero no fue estadísticamente significativo.

Melink y cols (28)-2010: Los resultados indican una relación entre el uso prolongado de chupete y la MCP (p=0,001). El límite para desarrollar una MCP a consecuencia del uso del chupete es de 18 meses. Los odds ratio entre el grupo mordida con MCP y el grupo sin MCP es de 3,6 para el hábito de succión de chupete entre 18 y 35 meses y de 21,9 para más de 36 meses.

Nogueira y cols (29)-2014: Encontraron relación estadísticamente significativa entre la succión digital y el desarrollo de MAA (p<0,05).

Heimer y cols (30)-2008: Encontraron una relación estadísticamente significativa entre MCP y la persistencia de hábitos de succión no nutritivos a los 4 años (p=0,0027) y la prevalencia de MAA fue mayor en aquellos niños con hábitos de succión no nutritivos (p<0,01).

Luzzi y cols (31)-2011: No encontraron relación estadísticamente significativa que relacione los hábitos de succión no nutritivos con las maloclusiones. No encontraron diferencias en cuanto al tipo de hábito en los niños que presentaban una MAA; sin embargo, se encontró una prevalencia superior de niños que habían usado chupete y tenían una MCP y de niños que habían succionado el dedo y tenían un resalte aumentado.

Góis y cols (32)-2008: 150 con al menos una maloclusión y otros 15 sin maloclusiones. Encontraron relación entre los hábitos de succión no nutritivos y la presencia de maloclusión (p<0,001); sin embargo, la relación con la succión digital no fue estadísticamente significativa (p>0,05).

Los niños que han usado chupete tienen más prevalencia de relación de Clase II y MAA que aquellos niños sin hábitos de succión no nutritivos.

Los niños que dejan el chupete más allá de los 2 años tienen 13,6 más posibilidades de desarrollar una maloclusión en comparación con aquellos que no han usado

chupete. No encontraron relación entre el desarrollo de maloclusiones y aquellos niños que dejaron el chupete antes de los 2 años (p>0,05).
Franco Varas y cols (7)-2012: Encontraron un aumento significativo de las MAA (p=0,004) y de las MCP (p=0,0001) si el hábito de succión se mantenía, en comparación a los que lo dejaban o nunca lo habían tenido.
Duncan y cols (10)-2008: No se encontraron relaciones entre el hábito de succión digital a los 15 meses y la presencia de mordida abierta a los 31 y a los 43 meses (p>0,055). Si hallaron relación entre los niños con hábito de succión digital y la presencia de MAA a los 61 meses (p<0,001). Solo el 26,8% de los niños que tenían MAA a los 31 meses la seguían teniendo a los 61 meses. Encontraron una relación estadísticamente significativa entre el uso de chupete a los 15 meses y la presencia de MAA a los 31, 43 y 61 meses (p<0,003). No existe relación entre la presencia de MCP De Sousa y cols en ningún control y la succión digital a los 15 meses (p>0,118) pero si existe relación si la succión digital sigue presente a los 36 meses (p<0,001). Existe relación entre el uso de chupete hasta los 3 años y la presencia de MCP a los 43 meses y 61 meses (p<0,001).
Dimberg y cols (33)-2013: Encontraron que a los 3 años existe relación entre los hábitos de succión no nutritivos y maloclusión: clase II (OR=21,5), sobremordida aumentada, MAA, MCP (p=0,0001); sin embargo, a los 7 años, esta relación no es estadísticamente significativa. En comparación con los succionadores digitales, los niños succionadores de chupete y mordida abierta anterior o resalte excesivo tuvieron una tasa de corrección espontánea significativamente mayor.
De Sousa y cols (13)-2014: Encontraron que la prevalencia de MAA era mayor en aquellos niños que usaron chupete durante más de 36 meses (p<0.001). La prevalencia de MCP fue mayor en niños que han usado chupetes.
Germa y cols (12)-2016: Encontraron que la MCP es más frecuente en niños que continúa con hábito de succión digital o uso de chupete a los 3 años (p<0,001).
Amaral y cols (36-2017: Encontraron una menor prevalencia de MAA, MCP y relación de clase II canina en aquellos niños que nunca han usado chupete (p<0,05).
Lopes-Freire y cols (37)-2016: Encontraron relación entre el uso de chupete y la presencia de MCP (p=0,044) y entre la succión digital y la MAA (p=0,001). Además, concluyeron que los niños con hábitos de succión no nutritiva tienen un mayor riesgo de desarrollar una maloclusión en comparación con aquellos niños que no tienen hábito de succión (p=0,004).
Mistry y cols (35)-2010: Encontraron relación entre una mayor prevalencia de MAA en aquellos niños con hábito de succión digital (p<0,001); sin embargo, no hallaron relación entre el hábito de succión digital y la presencia de MCP.

5 Discusión-Conclusión

En general, la mayoría de los estudios revisados, creen que la LM ejerce un efecto protector del desarrollo de determinados tipos de maloclusiones (10, 11, 18, 19, 20, 21, 36, 37) ya que disminuye el riesgo de adquirir hábitos de succión no nutritivos; sin embargo, Lopes Freire(10) añade que no encontraron relación entre la LM y la LA, independientemente de su duración, y la presencia de ningún tipo de maloclusión.

Distintos autores (18, 22, 24, 38, 40). coinciden en que hay una mayor prevalencia de MCP en aquellos niños que nunca han sido alimentados con LM o la duración de la misma fue menor a 6 meses, De Sousa (13) asegura que la prevalencia de MCP es mayor en niños alimentados con LM menos de 12 meses, mientras que otros autores (12, 14) no encontraron ninguna relación entre el desarrollo de una MCP y la duración de la LM.
Moimaz (8) y Limeira (40) coinciden en que la alimentación con LA durante más de 30 meses está relacionado con mayor prevalencia de MCP.

En cuanto a la MAA, los resultados son contradictorios. Hay ciertos autores (12, 14, 20, 34, 42) que afirman que ésta es más prevalente en niños que nunca han sido amamantados o que la duración de la LM fue inferior a 6 meses; sin embargo, Glazer Peres (37) confirma la relación entre la mayor prevalencia de MAA en niños alimentados con LM menos de 6 meses, pero tienen en cuenta que hayan usado chupete en el mismo periodo. Por el contrario, Agarwal(22) no encontró relación entre la presencia de MAA en niños alimentados con LM independientemente de la duración y Amaral(36) afirma que hay una menor prevalencia de MAA en niños que tomaron LM>24 meses.

Además, la LM favorece el desarrollo de la musculatura por el esfuerzo que tienen que hacer para extraer la leche del pecho materno mientras que con la LA el movimiento es mucho más pasivo, por lo que la mayoría de los autores (4, 14, 19, 21, 38) coinciden en que la alimentación con LM está relacionada con una menor prevalencia de distoclusión, al contrario que la LA prolongada que está relacionada con una mayor prevalencia de distoclusión. Estos autores establecen el límite para el desarrollo de la maloclusión en el uso del biberón hasta los 18-24 meses; sin embargo, Moimaz (8) y Limeira (39) afirman que la alimentación con LA durante más de 30 meses está relacionada con una mayor prevalencia de MCP y Corrêa-Faria (40) afirma que tienen una menor prevalencia de maloclusión a los 5 años aquellos niños que han sido alimentados solo con LA.

Los hábitos de succión no nutritivos son más habituales en aquellos niños alimentados con LM durante menos de 6 meses (22, 38). Aquellos niños que nunca han sido alimentados con LM y además han usado chupete, tienen una posibilidad de desarrollar una maloclusión moderada o severa 19 veces mayor que aquellos que han tomado LM durante 6 meses y nunca han usado chupete (39).

En general, la mayoría de los autores coinciden en que los hábitos de succión no nutritivos favorecen el desarrollo de determinados tipos de maloclusiones. El uso del chupete durante más de 30 meses está relacionado con una mayor prevalencia resalte aumentado y MAA (4, 6, 7, 8, 10, 12, 13, 23, 25, 30, 32, 33, 34, 36, 42, 43), MCP (6, 7, 10, 23, 30, 33) y distoclusión (7, 9, 12, 13, 19, 23, 30, 32, 36); sin embargo, otros autores no encontraron relación entre el uso del chupete y la presencia de MAA (27, 31) , ni entre uso de chupete y MCP (25, 27, 31). La mayoría de los autores (7, 28, 32) coinciden en que el límite para desarrollar una maloclusión a consecuencia del uso del chupete es entre los 18-24 meses, mientras Duncan(11) afirma que el uso del chupete a los 15 meses está relacionado con la presencia de MAA a los 31, 42 , 61 meses, y que para la presencia de MCP ese límite se amplía hasta los 3 años; sin embargo, otros autores (12,13,40), establecen el límite en 36 meses para ambas maloclusiones.
La succión digital, si permanece como hábito más allá de los 3 años, está relacionada con una mayor prevalencia de desarrollo de MAA (6, 9, 11, 22, 24, 28, 29, 33, 35, 42); sin embargo, existen contradicciones en cuanto a la prevalencia de la MCP. Mientras que algunos autores (22, 24, 33) no encontraron relación entre la MCP y la succión digital independientemente de la duración del hábito, otros (9, 11, 29), afirman que la MCP es más frecuente en niños que continúan con el hábito de succión digital a los 3 años. En cuanto a la distoclusión, hay ciertos autores (4,25,32) que afirman que existe una mayor probabilidad de desarrollar una distoclusión con un hábito de succión digital durante más de un año mientras que Caramez da Silva(19) no encontró relación entre el hábito de succión digital y distoclusión.
Dimberg(33) afirma que los niños succionadores de chupete que han desarrollado una MAA o un resalte excesivo tienen una tasa de corrección espontánea significativamente mayor que los succionadores digitales.
Luzzi(31) no encontró relación entre el uso de chupete y el hábito de succión digital y el desarrollo de maloclusiones. Conclusiones:
1. Una lactancia materna exclusiva prolongada en el tiempo provee un efecto protector frente al desarrollo de maloclusiones.
2. El uso del chupete hace desaparecer el efecto positivo que ejerce la LM en los parámetros oclusales.

3. Los niños alimentados con LM prolongada tienen menor probabilidad de adquirir hábitos de succión no nutritivos y por tanto, de desarrollar maloclusiones.
4. Los niños alimentados con LA durante más de 18 meses tienen mayor probabilidad de desarrollar una maloclusión.
5. Los hábitos de succión no nutritivos están relacionados con el desarrollo de MCP, MAA y distoclusión.
6. Se ha sugerido que si el hábito de succión digital y el uso del chupete se dejan antes de los 2 años, la maloclusión podría autocorregirse y si por el contrario, dura más allá de los 3 años, la maloclusión podría ser permanente.
7. Son necesarios estudios que especifiquen si la LM era o no exclusiva, y que tengan en cuenta factores de confusión como puede ser que durante dicha LM el niño succione el dedo o el chupete.

6 Bibliografía

1. Gederi A, Coomaraswamy K, Turner PJ. Pacifiers: a review of risks vs benefits. Dent Update. 2013 Mar 2;40(2):92–101.
2. World Health Organization (WHO). 10 Facts on Breastfeeding. 2015.
3. Boronat-Catalá M, Montiel-Company JM, Bellot-Arcís C, Almerich-Silla JM C-PM. Association between duration of breastfeeding and malocclusions in primary and mixed dentition: a systematic review and meta-analysis. Sci Rep. 2017;11(7 (1)):5048.
4. Jabbar NSA, Bueno ABM, Silva PE da, Scavone-Junior H, Inês Ferreira R. Bottle feeding, increased overjet and Class 2 primary canine relationship: is there any association? Braz Oral Res. 2011;25(4):331–7.
5. Thomaz EBAF, Alves CMC, Gomes E Silva LF, Ribeiro de Almeida CCC, Soares de Britto E Alves MTS, Hilgert JB, et al. Breastfeeding Versus Bottle Feeding on Malocclusion in Children: A Meta-Analysis Study. J Hum Lact. 2018;34(4): 768-788.
6. Bueno SB, Bittar TO, Vazquez F de L, Meneghim MC, Pereira AC. Association of breastfeeding, pacifier use, breathing pattern and malocclusions in preschoolers. Dental Press J Orthod. 2013;18(1):30.e1-6.
7. Franco Varas V, Gorritxo Gil B. Hábito de succión del chupete y alteraciones dentarias asociadas. Importancia del diagnóstico precoz. An Pediatría. 2012;77(6):374–80.
8. Moimaz SAS, Garbin AJÍ, Lima AMC, Lolli LF, Saliba O, Garbin CAAS. Longitudinal study of habits leading to malocclusion development in childhood. BMC

Oral Health. 2014 Dec 4;14(1):96.
9. Lopes-Freire GM, Cárdenas ABC, Suarez de Deza JEE, Ustrell-Torrent JM, Oliveira LB, Boj Quesada JR JR. Exploring the association between feeding habits, non-nutritive sucking habits, and malocclusions in the deciduous dentition. Prog Orthod. 2015;16(1):43.
10. Duncan K, McNamara C, Ireland AJ, Sandy JR. Sucking habits in childhood and the effects on the primary dentition: findings of the Avon Longitudinal Study of Pregnancy and Childhood. Int J Paediatr Dent. 2008;18(3):178–88.
11. Corrêa-Faria P, Ramos-Jorge ML, Martins-Júnior PA, Vieira-Andrade RG, Marques LS. Malocclusion in preschool children: prevalence and determinant factors. Eur Arch Paediatr Dent. 2014;15(2):89–96.
12. Germa A, Clément C, Weissenbach M, Heude B, Forhan A, Martin-Marchand L, Bonet M, Vital S, Kaminski M NC. Early risk factors for posterior crossbite and anterior open bite in the primary dentition. Angle Orthod. 2016;86(5):832–8.
13. de Sousa RV, Ribeiro GLA, Firmino RT, Martins CC, Granville-Garcia AF, Paiva SM. Prevalence and associated factors for the development of anterior open bite and posterior crossbite in the primary dentition. Braz Dent J. 2014;25(4):336–42.
14. Sum FHKMH, Zhang L, Ling HTB, Yeung CPW, Li KY, Wong HM, et al. Association of breastfeeding and three-dimensional dental arch relationships in primary dentition. BMC Oral Health. 2015;15(1):30.
15. Canut Brusola J. Ortodoncia clínica y terapéutica. 2000. 465-571 p.
16. Bravo González L. Manual de Ortodoncia. 2007. 506-525 p.
17. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J AD. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. The PRISMA Group. PLos Med 6 (7). 2009.
18. Kobayashi H, Scavone Jr H, Ferreira RI GGD. Relationship between breastfeeding duration and prevalence of posterior crossbite in the deciduous dentition. Am J Orthod Dentofac Orthop. 2010;137(1):54–8.
19. Caramez da Silva F, Justo Giugliani ER, Capsi Pires S. Duration of Breastfeeding and Distoclusion in the Deciduous Dentition. Breastfeed Med. 2012;7(6):464–8.
20. Romero CC, Scavone-Junior H, Garib DG, Cotrim-Ferreira FA, Ferreira RI. Breastfeeding and non-nutritive sucking patterns related to the prevalence of anterior open bite in primary dentition. J Appl Oral Sci. 2011;19(2):161–8.
21. Galán-Gónzalez AF, Aznar-Martín T, Cabrera-Domínguez ME, Domínguez-Reyes A. Do Breastfeeding and Bottle Feeding Influence Occlusal Parameters? Breastfeed Med. 2014;9(1):24–8.

22. Agarwal SS, Nehra K, Sharma M, Jayan B, Poonia A, Bhattal H. Association between breastfeeding duration, non-nutritive sucking habits and dental arch dimensions in deciduous dentition: a cross-sectional study. Prog Orthod. 2014;15(1):59.
23. Montaldo L, Montaldo P, Cuccaro P, Caramico N, Minervini G. Effects of feeding on non-nutritive sucking habits and implications on occlusion in mixed dentition. Int J Paediatr Dent. 2011;21(1):68–73.
24. Peres KG, Cascaes AM, Peres MA, Demarco FF, Santos IS, Matijasevich A, et al. Exclusive Breastfeeding and Risk of Dental Malocclusion. Pediatrics. 2015;136(1):e60–7.
25. Ling HTB, Sum FHKMH, Zhang L, Yeung CPW, Li KY, Wong HM, et al. The association between nutritive, non-nutritive sucking habits and primary dental occlusion. BMC Oral Health. 2018;18(1):145.
26. Thomaz, EB; Cangussu, MC; Oliveira Assis A. Maternal breastfeeding, parafunctional oral habits and malocclusion in adolescents: a multivariate analysis. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2012;76(4):500–6.
27. Roscoe MG, da Silva Bonifacio SV, da Silva TB, Pingueiro JM, Lemos MM FM. Association of Breastfeeding Duration, Nonnutritive Sucking Habits and Malocclusion. Int J Clin Pediatr Dent. 2018;11(1):18–22.
28. Melink S, Vagner MV, Hocevar-Boltezar I, Ovsenik M. Posterior crossbite in the deciduous dentition period, its relation with sucking habits, irregular orofacial functions, and otolaryngological findings. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2010;138(1):32–40.
29. Nogueira Fialho MP, Pinzan-Vercelino CRM, Nogueira RP, Gurgel JA. Relationship between facial morphology, anterior open bite and non-nutritive sucking habits during the primary dentition stage. Dental Press J Orthod. 2014;19(3):108–13.
30. Heimer MV, Tornisiello Katz CR, Rosenblatt A. Non-nutritive sucking habits, dental malocclusions, and facial morphology in Brazilian children: a longitudinal study. Eur J Orthod. 2008;30(6):580–5.
31. Luzzi V, Guaragna M, Ierardo G, Saccucci M, Consoli G, Vestri AR, et al. Malocclusions and non-nutritive sucking habits: a preliminary study. Prog Orthod. 2011;12(2):114–8.
32. Góis EGO, Ribeiro-Júnior HC, Vale MPP, Paiva SM, Serra-Negra JMC, Ramos-Jorge ML, et al. Influence of nonnutritive sucking habits, breathing pattern and adenoid size on the development of malocclusion. Angle Orthod. 2008;78(4):647–54.
33. Dimberg L, Lennartsson B, Soderfeldt B, Bondemark L. Malocclusions in chil-

dren at 3 and 7 years of age: a longitudinal study. Eur J Orthod. 2013;35(1):131–7.
34. Vasconcelos FMN de, Massoni AC de LT, Heimer MV, Ferreira AMB, Katz CRT, Rosenblatt A. Non-nutritive sucking habits, anterior open bite and associated factors in Brazilian children aged 30-59 months. Braz Dent J. 2011;22(2):140–5.
35. Mistry P, Moles DR, O'Neill J, Noar J. The occlusal effects of digit sucking habits amongst school children in Northamptonshire (UK). J Orthod. 2010;37(2):87–92.
36. Amaral CC, Pereira da Costa VP, Sousa Azevedo M, Tavares Pinheiro R, Fernando Demarco F GM. Perinatal health and malocclusions in preschool children: Findings from a cohort of adolescent mothers in Southern Brazil. Am J Orthod Dentofac Orthop. 2017;152(5):613–21.
37. Lopes Freire G.M, Espasa Suarez de Deza J.E, Rodrígues da Silva I.C, Butini Oliveira L, Ustrell Torrent J.M BQJR. Non-nutritive sucking habits and their effects on the occlusion in the deciduous dentition in children. Eur J Paediatr Dent. 2016;17(4):301–6.
38. Chen X, Xia, B, Ge L. Effects of breast-feeding duration, bottle-feeding duration and non-nutritive sucking habits on the occlusal characteristics of primary dentition. BMC Pediatr. 2015;15(46):1–9.
39. Costa, CT, Shqair AQ, Azevedo MS, Goettems ML, BonowML RA. Pacifier use modifies the association between breastfeeding and malocclusion: a cross-sectional study. Braz Oral Res. 2018;32(101):1–7.
40. Limeira, AB, Aguiar CM, Bezerra NS CA. Association between breast-feeding duration and posterior crossbites. J Dent Child (Chic). 2014;81(3):122–7.
41. Corrêa-Faria P, Nogueira MH, Moraes Ribeiro L, Matias Freire MC RCL. Association of breastfeeding and malocclusion in 5-year-old children: Multilevel approach. Int J Clin Pediatr Dent. 2018;1(6):1–6.
42. Carvalho Cardoso A, González de Bello M, Vellini-Ferreira F F-SR. Sucking habits and anterior open bite among Venezuelan and Brazilian children. Braz J Oral Sci. 2014;13(3):219–24.
43. Glazer Peres, Karen, Morales Cascaes Andreia, Giacomelli Nascimiento, Gustavo, Gomes Victora C. Effect of breastfeeding on malocclusions: a systematic review and meta-analysis. Acta Paediatr. 2015;104:54–61.

Capítulo 1093

PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN IMPLANTOLOGÍA ORAL

FRANCISCO RODRIGUEZ HERRERA

MARIA GARCIA GUAZA

LORENA POSADO CARRO

1 Introducción

Cada día más, en nuestra práctica diaria, utilizamos como tratamiento rehabilitador de espacios edéntulos la implantología dental.

Nos aporta múltiples ventajas con respecto a los métodos clásicos rehabilitadores mediante prótesis fija dentosoportada e infinitas ventajas con respecto a la rehabilitación con prótesis parcial removible.
El tratamiento mediante implantología presenta múltiples ventajas, siendo la más destacable la falta de necesidad de sacrificar parte de la estructura dental sana de los dientes que van a terminar siendo pilares de la prótesis.
A día de hoy, son tratamientos relativamente sencillos de realizar (si el terreno de soporte del implante está en condiciones óptimas), que no presentan un periodo postoperatorio extenso y con una molestias relativamente bien toleradas por parte del paciente. El único pero que puede presentar a día de hoy es el elevado coste en comparación con los tratamientos alternativos, pero que cada día más va reduciéndose ese diferencia de precio, lo que hace que aumente el número de rehabilitaciones orales que se realizan mediante cirugía de implantes dentales.
En cuanto a la técnica quirúrgica hay una diversidad importante, debido en parte, a la existencia de una variedad importante de diseños de los implantes dentales,

teniendo la mayoría de casa comerciales su propio protocolo de realización de la cirugía.
En lo que sí que queremos centrarnos es en si es necesario prescribir un tratamiento antibiótico , bien de manera previa y que permanezca durante unos días después de la intervención, bien de manera profiláctica, administrando una única dosis antes de la realización de la cirugía o si por el contrario no existe la necesidad de utilizar este tipo de fármacos, lo que disminuiría el uso de los antibióticos evitando, o más bien disminuyendo la probabilidad de aparición de resistencias a microorganismos.

2 Objetivos

Valorar la necesidad de realizar profilaxis/tratamiento antibiótico en cirugía de implantes unitarios

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica utilizando la base de datos pubmed. Los descriptores empleados fueron “antibiotic prophylaxis” AND “dental implant”. Se delimitó la búsqueda a los últimos 5 años y en humanos. Se obtuvieron un total de 22 referencias bibliográficas.

4 Resultados

En un número importante de los trabajos de investigación se sugiere que el uso de profilaxis antibiótica aumenta la tasa de éxito del implante, aunque indican que no interfiere en los procesos infecciosos curiosamente.

Se ha reducido el uso de ciclo completo de antibiótico con respecto a hace 10 años, por lo que como máximo se recomienda dosis única de antibiótico de forma profiláctica.

Sólo uno de los artículos no recomienda la utilización de profilaxis antibiótica de forma sistemática antes del tratamiento con implantes dentales(8), además indicando que según los resultados obtenidos se objetiva un uso excesivo de la misma.

5 Discusión-Conclusión

Poco a poco se va evolucionando en el uso del tratamiento antibiótico junto con el tratamiento rehabilitador mediante cirugía de implantes dentales.

Se ha pasado de dar un ciclo completo de antibióticos de forma sistemática a todos los pacientes que iban a someterse a este tipo de cirugía a ir evolucionando de forma que cada vez hay más controversia en el uso de estos fármacos de forma rutinaria, ya que a día de hoy no existe ningún estudio que demuestre de forma tajante que la profilaxis aporta más beneficios que riesgos en su administración.

A la vista de los resultados, deberíamos plantearnos usar sólo la profilaxis como dosis única en aquellos casos en los que vayamos a encontrarnos con problemas durante la cirugía, con lechos quirúrgicos con posibles infecciones residuales no controladas o en aquellas cirugías que se estime que vayan a tener una duración mayor de lo normal.

Entiendo que haya estudios en los que se aprecie que de forma sistemática se esté administrando la profilaxis en todas cirugías de implantes (9) debido a que los profesionales de la odontología nos solemos guiar en gran medidas por aquellas situaciones que en el pasado nos han funcionado, minimizando los posibles problemas que puedan derivarse de la intervención. Además existe el componente "paciente", que en ocasiones hace que prescribamos un antibiótico sin ser estrictamente necesario sólo por la insistencia o por evitar que si el implante termina fracasando no puedan argumentar que ha sido por no haber tomado la "pastilla mágica" que lo cura todo (idea de la que por mucho que nos empeñemos nunca vamos a cambiar hasta que la educación sanitaria mejore en ciertos aspectos).

6 Bibliografía

1. Kashani H, Hilon J, Rasoul MH, Friberg B. Influence of a single preoperative dose of antibiotics on the early implant failure rate. A randomized clinical trial. Clin Implant Dent Relat Res. abril de 2019;21(2):278-83.
2. Romandini M, De Tullio I, Congedi F, Kalemaj Z, D'Ambrosio M, Laforí A, et al. Antibiotic prophylaxis at dental implant placement: Which is the best protocol? A systematic review and network meta-analysis. J Clin Periodontol. marzo de 2019;46(3):382-95.
3. Krasny M, Krasny K, Zadurska M, Fiedor P. Evaluation of treatment outcomes

and clinical indications for antibiotic prophylaxis in patients undergoing implantation procedures. Adv Med Sci. marzo de 2016;61(1):113-6.
4. Keenan JR, Veitz-Keenan A. Antibiotic prophylaxis for dental implant placement?: Question: Does an antibiotic prophylaxis regimen prior to implant placement have any effect on the prevention of implant failure rate and post-operative infection in a healthy patient? Evid Based Dent. junio de 2015;16(2):52-3.
5. Veitz-Keenan A, Keenan JR. Antibiotic use at dental implant placement: Question: Is there a beneficial or harmful effect from the use of systemic antibiotic prophylaxis for dental implant placement versus no administration or use of a placebo? And which type, dose and duration is the most effective? Evid Based Dent. junio de 2015;16(2):50-1.
6. Arduino PG, Tirone F, Schiorlin E, Esposito M. Single preoperative dose of prophylactic amoxicillin versus a 2-day postoperative course in dental implant surgery: A two-centre randomised controlled trial. Eur J Oral Implantol. 2015;8(2):143-9.
7. Khalil D, Hultin M, Andersson Fred L, Parkbring Olsson N, Lund B. Antibiotic prescription patterns among Swedish dentists working with dental implant surgery: adherence to recommendations. Clin Oral Implants Res. septiembre de 2015;26(9):1064-9.
8. El-Kholey KE, Wali O, Elkomy A, Almozayen A. Pattern of Antibiotic Prescription for Oral Implant Treatment Among Dentists in Saudi Arabia: Implant Dent. junio de 2018;27(3):317-23.
9. Arteagoitia I, Rodriguez-Andres C, Rodriguez-Sanchez F. Antibiotic prophylaxis habits in dental implant surgery among dentists in Spain. A cross-sectional survey. Med Oral Patol Oral Cirugia Bucal. 2018;23(5):608-18.

Capítulo 1094

CARIES DE BIBERÓN.

CORAL REBOLLAR ÁLVAREZ

1 Introducción

La caries del biberón es un proceso rápidamente destructivo que afecta a la dentición primaria y está caracterizada clínicamente por la rápida progresión de lesiones en superficies lisas poco susceptibles a la caries. Cursa con gran afectación pulpar y alto índice de extracciones.

Causas principales:
- Uso prolongado del biberón
- Chupete impregnado en sustancias azucaradas
- Lactancia materna prolongada
- Multifactorial

El primer paso en la etiología de este proceso sería una infección primaria por Streptococcus mutans; estos organismos se acumularían alrededor de las superficies de los dientes a unos niveles patológicos, que posteriormente, y como consecuencia de la exposición a sustancias con alto poder cariogénico, provocaría la rápida desmineralización y cavitación de las superficies dentarias, dando lugar a caries sumamente agresivas.

Existe:
- Afectación temprana de los dientes antero-superiores y de los primeros molares temporales superiores e inferiores.
- Debido a la secuencia normal de erupción dentaria, los caninos y segundos molares se afectan con menos frecuencia, por llevar menos tiempo expuestos al medio.

- Los incisivos inferiores por lo general no están afectados ya que están protegidos por el labio inferior y la lengua. Cuentan también con otro mecanismo protector que es el que desempeña la saliva proveniente de las glándulas salivares sublinguales en íntima proximidad.



2 Objetivos

Mostrar causas y afectaciones de esta temprana patología originada, fundamentalmente, por malos hábitos de uso diario que pueden pasar desapercibidos.



3 Caso clínico

Niño de 4 años, que nunca ha visitado al dentista y acude a nosotros por que la madre cree que no tiene muy buena salud dental. A la exploración observamos gran afectación de la mayoría de las piezas salvo el grupo incisivo inferior y caninos y segundos molares superiores, por lo que diagnosticamos caries del biberón.
Nuestro tratamiento consistirá en:
- Pulpotomía de primeros molares superiores e inferiores y segundos molares inferiores
- Pulpectomía de grupo incisivo superior
- Obturaciones composite caninos superiores
- Obturaciones amalgama de plata en segundos molares superiores

Se identifica una correlación entre el uso del biberón/chupete y la lactancia materna prolongada con la aparición de caries tempranas y muy patológicas en pacientes con dentición temporal.



4 Discusión-Conclusión

Con nuestro tratamiento debemos conseguir que el niño no adquiera hábitos perniciosos y pueda cumplir correctamente con las funciones de:
1. Masticación
2. Fonación
3. Mantenimiento del espacio y de la estética

5 Bibliografía

- Navarro AB, González A, Gil FJ, Rioboo R. Caries del biberón. Revista Pediatría de Atención Primaria. Volumen I. Número 4. Octubre/diciembre 1999.
- http://www.slideshare.net/sofela_jb/la-caries-rampante-y-caries-de-bibern
- http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/002061.htm
- http://www.slideshare.net/natalimirellachaconmedina/caries-rampante-o-enfermedad-del-bibern

Capítulo 1095

LA COMUNICACION ENTRE EL ODONTOLOGO Y EL PACIENTE.

CARLOS OSCAR GARCIA TUSSO

1 Introducción

Desde Hipócrates la relación médico/odontólogo -paciente ha cambiado mucho.

Históricamente el modelo imperante era el paternalista, el cual el médico, que es el que sabe, decide con autoridad casi absoluta lo mejor para el paciente. Este modelo rígido priva al paciente de su autonomía y restringe su libertad de elección ante las prescripciones del profesional. A mediados del siglo XX pasan a tomar vigencia conceptos como autonomía, libertad, respeto, confianza y confidencialidad, se pasa a un modelo más humanista, no utilizando términos muy técnicos que confunden y hasta pueden atemorizar al paciente, donde su participación es clave durante su enfermedad.

Cuando una persona llega a una clínica dental, se sienta en el sillón, el Odontólogo tendrá que pedir permiso al paciente para llevar a cabo la exploración bucal ya que la boca para muchas personas tiene algo de íntimo y es nuestro primer vínculo con el mundo. Por ello, en ocasiones el paciente siente pudor e invadido en su intimidad al estar con un foco encima de su cabeza con un alto grado de luminosidad en toda su cara, teniendo que abrir su boca y dejar que le introduzcan objetos, aspiradores, agujas, espejos, entre otros y mientras tanto ser observado por personas que no conoce, (aunque sea un profesional). Este ritual previo tiene tremenda importancia, nos ayudará a conectar con nuestro paciente debido al contacto físico, que suele ser lo que despierta mas ansiedad.

El Odontólogo tiene que buscar una dinámica comunicativa flexible en función del tipo de paciente al que se dirija. Es conveniente y positivo crear un clima de tranquilidad y serenidad en la consulta, con ello conseguiremos una comunicación clara, comprensiva y efectiva.

Establecer una buena comunicación significa obtener y disfrutar de todo una serie de ventajas tanto para el paciente como para el desarrollo del trabajo del profesional, teniendo en cuenta que nuestro trabajo no se limita únicamente al caso clínico, sino también a lo emocional y a lo físico, no son pocos los pacientes que acuden a la consulta con ansiedad y otros con verdadero pánico, estas circunstancias las podemos abordar desde la anamnesis, ejercicio que hace nuestro inconsciente al traer al presente nuestros recuerdos y malas experiencias del pasado.

La importancia de cómo relacionarse, del lenguaje que escoja el dentista, permite, cuando es directo y eficaz, llegar al paciente en forma deseada, haciendo que éste sea más responsable con las recomendaciones y las terapias que se le aconsejan, además de bajar la tensión que asocia a la visita al dentista, como así también reduce notablemente los episodios de desmotivación profesional, de los que a menudo son victimas aquellos que no son capaces de establecer una conversación apropiada, en lo profesional como en lo humano.

Las personas empáticas tienen una mayor facilidad para la comunicación ya que son capaces de detectar inmediatamente las sensaciones que tiene el paciente adelantándose a las objeciones de manera eficaz y reduciendo la ansiedad, en su caso.

2 Objetivos

Prevenir, diagnosticar y tratar las anomalías y enfermedades de los dientes, boca, mandíbulas y tejidos correspondientes y, en general, lograr una atención correcta de la salud bucodental. Para ello el Odontólogo requiere una serie de conocimientos, destrezas y aptitudes como base indiscutible de su buen hacer, resultado del estudio de diversas disciplinas (medicina oral, cirugía bucal, propedéutica y terapéutica).

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda sistemática y bibliográfica en distintas bases de datos médicos.

Descritores: Odontología, comunicación, pacientes, información.

4 Resultados

Decálogo para una buena comuncación:
- No hablar distraídamente con otros compañeros (si no es del tratamiento), el paciente sentirá que no es el centro de atención.
- No contar al paciente sus problemas, a él no le interesan.
- Distraer: al paciente cuando se muestre nervioso, desviando el tema hacia sus hijos, deportes, etc.
- La auxiliar: acompañará en todo como abordamos la comunicación con el paciente.
- La auxiliar: recibirá al paciente, hará la historia clínica con mucha sutileza a la hora de indagar en temas íntimos y personales.
- Presentará al Odontólogo y a su equipo si fuese necesario, esto creará un clima más cálido. Es aconsejable que todo el equipo se trate de Usted incluyendo al paciente, salvo que ellos den el permiso para no hacerlo.
- No agobiar al paciente, ir poco a poco, presentarle los estímulos de manera secuencial.
- Adaptarse al ritmo de cada paciente. Darle sus tiempos.
- Informar: cuanto tiempo tendrá que esperar.
- Respeto y tolerancia: base de cualquier relación, mantener una actitud cordial y considerada en las recomendaciones de sus malos hábitos. (ganar su confianza).
- Trabajo en equipo: todos los integrantes participantes de la atención, deberán conocer las características y particularidades del paciente, como su nombre, el tratamiento que se va a realizar, sus inquietudes y expectativas.

La Comunicación puede definirse como el conjunto de procesos físicos y psicológicos mediante los cuales se efectúa la operación de relacionar a una o más personas, llamados emisor del mensaje, otro receptor y un canal de comunicación es una de las necesidades primordiales del ser humano. Cuando un paciente puede contar con claridad sus síntomas y sus sensaciones, ayuda al profesional y podrán trabajar en conjunto en la solución de su problema. Debemos evitar las barreras que se nos presentan en ocasiones que dificulta dicha comunicación.

Es aquí donde una buena base en habilidades sociales favorece la relación odontólogo-paciente y promueve la colaboración, cuando una de estas habilidades fallan se produce un clima de desconfianza, insatisfacción y puede fracasar

la acción terapéutica y/ o el abandono por parte del paciente.

En todo este proceso de atención no debemos olvidar que además de la comunicación verbal existe y con un grado muy alto de importancia es la comunicación no verbal (lenguaje corporal) y diferentes tipos de estilos para comunicarnos.

La comunicación asertiva es el ideal para la comunicación en líneas generales pero especialmente en las consultas ya que utilizamos un lenguaje firme y directo, inclusivo y participativo como…."deseo, opino que, ¿qué opinas?"

Una persona que viene a mejorar la estética dental, confía en su odontólogo y esa confianza va más allá de cambiarse la sonrisa, Eso es lo aparente, lo que se ve. Pero detrás hay mucho mas. Hay una historia personal, con sus miedos, complejos e inseguridades y muchas veces con sus dramas.

Hay que dar verbalmente todas las explicaciones necesarias al paciente respecto a la patología y el plan de tratamiento, empleando un lenguaje claro y comprensible para él, apoyándonos en cuantos medios diagnósticos estén a nuestra disposición, orales, escritos, visuales.

En todas las culturas y razas los antropólogos han concluido que los gestos que expresan estos sentimientos son perfectamente identificables, el conocimiento de la comunicación no verbal aporta una cuantiosa información si se sabe interpretar, transmite más y más sinceramente. Es muy importante observar la comunicación no verbal del paciente ya que recoge la información que quiere y que no nos quiere proporcionar, este refleja su desinterés, rechazo, miedo, ilusión, motivación, disgusto, sonrisas, entre otros.

Por otro lado el odontólogo también tiene que controlar su expresión no verbal, pese a que esta "escondido" detrás de una mascarilla debe templar su mirada ya que esta es un reflejo de su estado de ánimo.

La odontología es una profesión racional. Por lo tanto, el odontólogo deberá:
- Utilizar un lenguaje sencillo y adaptado al nivel sociocultural del paciente para la explicación del diagnóstico y su tratamiento.
- Ser versátil, en su desempeño diario, ya que cada persona es diferente y tendrá que comunicarse con diferentes perfiles de personalidad: ansiosas, sumisas, depresivas, escépticas, entre otras. Hay pacientes que precisan de un mayor refuerzo positivo en el proceso del tratamiento, mientras otros una mayor escucha por parte del odontólogo, otros presentan cuadros de odontofobia que hay que

abordar desde el comienzo de la relación médica, otros necesitan un estilo más empático. Saber manejar la comunicación es fundamental, todos sabemos hablar pero lo esencial es aprender a comunicar; esto nos facilitará obtener un mayor éxito en el logro de los objetivos.
- Deberá asegurarse que el paciente entendió y comprendió la explicación (según el estudio de Bodenheimer en el año 2007, revela que el 50% de los pacientes no comprenden lo que su médico les dijo).

No son pocos los odontólogos que argumentan la falta de tiempo como una de las razones que les impiden estar el tiempo suficiente con cada paciente, pero a corto plazo, esta dedicación retorna con creces, porque los pacientes aprecian mucho ese tiempo didáctico para logar entender su tratamiento y diagnostico en detalle. Clave también para el éxito de su buen nombre dentro de la profesión.

Hoy en día, desde la dimensión pedagógica tanto el odontólogo desde la Sanidad Pública y Privada, se han de centrar en poner en valor la importancia de tomar conciencia de la importancia de la salud bucal. Las visitas al dentista se suelen demorar, porque con frecuencia y de manera incorrecta no se ve como salud. La odontología es una rama de la medicina, y las repercusiones que acarrea una salud bucal incorrecta van desde cefaleas crónicas hasta problemas de cervicales o incluso cáncer. Cabe destacar la integración social, la gente con una deficiente estética dental, sin dientes o con halitosis puede sufrir rechazo.
Evitemos las siguientes palabras:
- No.
- Dolor.
- Prohibiciones absolutas.
- Preferiblemente elaborar mensajes de forma positiva.

El uso del lenguaje positivo (relación con la neurolingüística) posee un enorme poder sobre nuestras emociones, hábitos y la manera de afrontar las dificultades. No es positivo repetir demasiadas veces ni exagerar los aspectos negativos derivados de un mal hábito, podemos mencionar en este caso, una deficitaria higiene bucal y las terribles consecuencias que le llevara a perder literalmente todos sus dientes en poco tiempo.

Respecto al humor, la psicología positiva ha llevado a cabo estudios muy interesantes de cómo el humor es fundamental en la sanación de las personas y en el desarrollo de la resiliencia de los pacientes durante su enfermedad.

Terminología de odontología emocional:
- Agresividad: comportamiento comunicacional en el cual la persona provoca, con su conducta, incomodidad, irascibilidad y malestar en el que recibe su comunicación. El paciente agresivo está preparado para el ataque y a todo lo que se le plantee le va a poner complejidad.
- Atributos intangibles: características de un servicio Odontológico que lo definen en la mente del paciente, transfiriendo en él una satisfacción añadida como seguridad. Confianza, prestigio, entre otras.
- Banco de imágenes: archivo de imágenes fijas o animadas, en soporte fotográficos, digitalizado, que podamos emplear para mejorar la comunicación con los pacientes.
- Identidad corporativa: percepción y representación afectiva o racional que los pacientes tienen una Clínica Dental.
- Sumisión: comportamiento en la cual la persona se somete a la voluntad de otras. A este tipo de pacientes le cuesta dar su opinión y la cambiará al escuchar la nuestra.

5 Discusión-Conclusión

Saber interactuar, garantiza al dentista una relación de mayor confianza con sus pacientes que tenderán a confiar con mayor facilidad en sus palabras, asociándolas con autoridad y competencia.

Por lo tanto la calidad del servicio Odontológico no puede limitarse a los conocimientos teóricos y a la experiencia práctica del profesional, sino que debe complementarse necesariamente con una capacidad de comunicación inmediata y transparente para no crear falsas alarmas ni falsas expectativas, la relación debe ser cuidada y llevada con máxima excelencia, para así, de esta forma, lograr objetivos comunes para ambos y una mejora general de la salud oral de toda la comunidad.

6 Bibliografía

- Mediavilla H (2002) Sabe como comunicarse con su paciente? Relación con el paciente en Odontología . Editorial Bellisco. Madrid.
- Utrilla M, Mediavilla H. (2014) Manual de comunicación en Odontología . Ediciones Mayo. Barcelona.

-Enfoque Dental. com / nueva –relación –Odontólogo-paciente. Pedro Morchon, Marzo 2018.
- Ley 41/2002, 14 de Noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- Dr. Mario Utrilla Trinidad , Doctor en Odontología –MBA en Gestión Sanitaria. Director del Máster en Gestion y Dirección de Clinicas Dentales de PsicoDent. Secretario general de la Sociedad Española de Gerencia y Gestión Odontológica (SEGGO). Colaborador: Dra. Helga Mediavilla Ibañez, Psicóloga Clínica – Consultora en Odontología. Coaching Oodntológico individual y corporativo, certificado por AECOP-EMMCC- ISCP – Acreditación Europea EuroPsy-EFPA – Fundadora y Directora de Psicodent.

Capítulo 1096

IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO EN LAS UNIDADES DE SALUD BUCODENTAL DE ATENCIÓN PRIMARIA, PARA EL DIAGNÓSTICO DE PACIENTES CON PATOLOGÍA DE LA ANSIEDAD FRENTE AL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO.

LEIRE SÁNCHEZ TEJEDOR

1 Introducción

La ansiedad, del latín anxietas, según la Real Academia de la Lengua (1) se define como un estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo. Una segunda definición de la RAE, referida más al ámbito médico, la describe como la angustia que suele acompañar a muchas enfermedades, en particular a ciertas neurosis, y que no permite sosiego a los enfermos. Son muchos los trabajos que relacionan los factores psicológicos con la vulnerabilidad ante la enfermedad, mostrando una peor recuperación en aquellos pacientes que presentan un mayor grado de ansiedad antes de someterse a una intervención quirúrgica (2-15).

Diferentes expertos (16-19) han obtenido a lo largo de sus investigaciones que, pequeñas modificaciones en la infraestructura del centro sanitario o de la zona

quirúrgica (más zonas verdes, ventanas, música, etc.) ayudarían a reducir el grado de ansiedad. La evaluación de la rutina hospitalaria permite realizar pequeñas modificaciones (mayor acceso de los familiares, compartir habitación con un paciente que ya ha sido intervenido y se recupere favorablemente) que ayudarían a disminuir la ansiedad y mejorar la recuperación postquirúrgica sin ocasionar repercusión económica.

Un correcto apoyo psicológico genera grandes beneficios al usuario y al sistema de salud en general.
Dada la importancia de este dato a la hora de garantizar el bienestar del paciente, así como mejorar el ámbito laboral de los profesionales y optimizar la administración de los recursos, es importante identificar a aquellos pacientes que podrían presentar estados patológicos de ansiedad cuando entra en contacto con el ámbito sanitario y abordar la situación desde un punto de vista integral.

Según la teoría tridimensional de la ansiedad, (20) las alteraciones se originan en tres niveles:
- A nivel cognitivo-subjetivo, la ansiedad se caracteriza por sentimientos de malestar, preocupación, hipervigilancia, tensión, temor, inseguridad, sensación de pérdida de control, percepción de fuertes cambios fisiológicos (cardiacos, respiratorios, etc.)
- A nivel fisiológico, la ansiedad se caracteriza por la activación de diferentes sistemas, principalmente el Sistema Nervioso Autónomo y el Sistema Nervioso Motor, aunque también se activan otros, como el Sistema Nervioso Central, el Sistema Endocrino, o el Sistema Inmune.
De los cambios que se producen, el individuo percibe algunos de ellos, tales como la tasa cardiaca, tasa respiratoria, sudoración, temperatura periférica, tensión muscular, sensaciones gástricas, etc.
La persistencia de estos cambios fisiológicos puede conllevar una serie de desórdenes fisiológicos transitorios, como cefalea, insomnio, contracturas musculares o las disfunciones gástricas entre otras, que alterarían la recuperación postquirúrgica (16,20).
- A nivel motor, la ansiedad se manifiesta como inquietud motora, hiperactividad, temblor, movimientos repetitivos, dificultades para la comunicación (tartamudez), evitación de situaciones temidas, consumo de sustancias (comida, bebida, tabaco, etc.), llanto, tensión facial, y otros que podrían, en caso de no tomar medidas, entorpecer la labor del cirujano.

La compleja relación que presenta el nivel de activación biológica (ansiedad) y capacidad adaptativa (rendimiento), es conocida como Ley de Yerkes-Dodson. Ésta refleja que la ansiedad per sé, no siempre resulta perjudicial para el individuo, encontrándonos que los rendimientos frente a un examen (21,22) se optimizan a medida que se incrementa la activación hasta llegar a un punto máximo, a partir del cual se enfrenta al organismo al umbral de fracaso adaptativo.

Este proceso, sin embargo, en pacientes que precisan someterse a un tratamiento odontológico, conlleva un estado emocional negativo que genera una activación fisiológica para la preparación del organismo ante el peligro que el paciente percibe, pudiendo perjudicar el correcto desarrollo del procedimiento quirúrgico, sin reportar las ventajas que presenta en otras situaciones, como el caso descrito de la prueba o examen. Controlar las manifestaciones de ansiedad, requiere del aprendizaje de una serie de herramientas psicológicas para afrontar correctamente la situación desencadenante.

Entre ellas destacan las habilidades del paciente de autocontrol fisiológico (respiración profunda y/o relajación), las herramientas para controlar los pensamientos generadores de ansiedad (detener el pensamiento o sustituirlo por otro más adecuado), y conocer las situaciones exactas o desencadenantes por parte del profesional, para evitarlas en la medida de lo posible. Para afrontar adecuadamente la situación, además de controlar las respuestas de ansiedad, es recomendable la valoración mediante herramientas como el test STAI, para dilucidar la patogenia del estado ansioso (23, 24).

Los expertos inciden en la existencia de un punto crítico, a partir del cual los incrementos de ansiedad resultan disfuncionales. Es decir, la relación se invierte rápidamente, de manera que aumentos mínimos de ansiedad ya no facilitan la consecución del problema sino que interfieren, disminuyen y hasta bloquean esta posibilidad en la cual, a partir del óptimo, mínimos aumentos de la ansiedad generan disminución rápida, a veces drástica, del rendimiento que puede llevar a otros casi nulos e incluso negativos (23, 24). Esto puede entenderse por el hecho de que el nivel de ansiedad regula la incorporación de la memoria, las influencias hormonales como las proporcionadas por la hormona adrenocorticotropa (ACTH), las catecolaminas circulantes y la vasopresina que modulan la memoria por acciones a nivel de la formación reticular y controlan el valor homeostático dado por la posibilidad de fijar u olvidar (25).

Ha habido un rápido crecimiento en el interés y la adaptación de la saliva como muestra de diagnóstico durante la última década, y en los últimos años en particular, ha habido desarrollos importantes que involucran la aplicación de la saliva como una muestra clínicamente relevante. La saliva proporciona una ”ventana” a la salud oral y sistémica del individuo, y al igual que otros fluidos corporales, la saliva puede analizarse y estudiarse para diagnosticar enfermedades. Con el advenimiento de nuevas tecnologías más sensibles para detectar concentraciones más pequeñas de analitos en la saliva en relación con los niveles en sangre, ha habido una serie de desarrollos que permiten detectan pequeñas concentraciones de sustancias en el líquido oral (29).

Según Spunch (30) es posible evaluar objetivamente los procesos biológicos y patológicos, así como la respuesta a una intervención terapéutica o farmacológica. Según su investigación, publicada en 2.018, es posible diagnosticar la patología del sistema nervioso central a través de mediciones de biomarcadores, en saliva entre otros. La saliva es un ultrafiltrado del plasma, y contiene más de 1.000 proteínas y 19.000 secuencias peptídicas.

Este biofluido no solo proporciona lubricación, protección, defensa oral y ayuda al habla, sino que también ha sido reconocido como uno de los fluidos corporales más importantes para el diagnóstico de enfermedades, tanto orales como sistémicas. Es en este punto donde podemos encontrar su aplicación al diagnóstico de la ansiedad prequirúrgica (Figura 12):

El cortisol y citoquinas podrían utilizarse para evaluar el estado de estrés. La α-amilasa en saliva se relaciona con la ansiedad en jóvenes (37,38).

2 Objetivos

Objetivo general
Generar un protocolo de actuación en el paciente odontológico ansioso.

Objetivos secundarios:
1. Identificar a los pacientes con ansiedad rasgo y estado que acuden para someterse a intervención quirúrgica oral.
2. Valorar el efecto de la visita informativa.
3. Valorar la ansiedad por doble vía: cuestionario STAI y detección salivar de cortisol.

4. Comparar los resultados de una y otra técnicas.

HIPÓTESIS:
En consonancia con lo anterior, la expresión operativa de las hipótesis planteadas sería la que sigue:
1. La ansiedad pre y postquirúrgica puede evaluarse mediante el test STAI.
2. La ansiedad pre y postquirúrgica puede evaluarse mediante los test de detección de cortisol salivar.
3. La creación y aplicación de un protocolo para la elección de la modalidad anestésica y el correcto manejo de la ansiedad, repercutiría en una reducción del gasto sanitario.

3 Metodología

MATERIAL Y MÉTODO:
Diseño del estudio:
Se diseñó un estudio prospectivo, de simple ciego no aleatorizado monocéntrico, que incluyó a 165 pacientes que acudieron al Centro de Salud del Parque-Somió entre el 1 de febrero de 2.019 y el 28 de febrero de 2.019, para ser tratados de patología odontológica que precisaba de cirugía oral.
Todos los pacientes que participaron en el estudio firmaron dos consentimientos informados:
- uno relacionado con la propia cirugía del tercer molar
- y otro de aceptación como participante en el estudio.

Los 165 pacientes fueron divididos en dos grupos:
- Grupo 1. Pacientes que presentaban patología derivada de la ansiedad (n=75 pacientes)
- Grupo 2. Pacientes que no presentaban patología derivada de la ansiedad (n=90 pacientes).

Todos los pacientes fueron intervenidos por una única odontóloga con experiencia (LST).

Diseño de la muestra:
La muestra se obtuvo mediante muestreo no probabilístico consecutivo, de forma que incluimos a todos los pacientes vistos consecutivamente que cumplían los criterios de inclusión.

Criterios de inclusión:

- Pacientes mayores de 18 años.
- Sin patología sistémica añadida al trastorno de ansiedad.
- Precisar la extracción de uno o más dientes en mal estado.

Técnicas de anestesia y cirugía:
Todos los pacientes fueron infiltrados con Ultracaín® inyectable cuya composición es la que sigue: hidrocloruro de articaína 40 mg - 72 mg, epinefrina 0,005 mg - 0,009 mg y excipientes (metabisulfito de sodio (E-223) 0,5 mg - 0,9 mg).
Este producto no contiene metilparabenos, codeína, lactosa, sacarosa ni látex. La esterilización es terminal.
La articaína tiene un tiempo de latencia menor que la lidocaína y proporciona un periodo de acción más prolongado, lo que permite al profesional la realización de extracciones más complejas bajo AL.
Para lograr una correcta analgesia de la zona a intervenir, es recomendable lograr un bloqueo troncal del nervio dentario inferior y así como del nervio lingual, y adicionalmente anestesiar el nervio bucal, infiltrando una cantidad de anestésico en el fondo de vestíbulo y mucosa del trígono retromolar.
Se utilizó la técnica troncular clásica, con refuerzo para el bloqueo del nervio bucal. El mínimo de anestésico local administrado fue de 1,8 ml por paciente. Ninguno de los enfermos fue refractario al efecto anestésico, posibilitándose una exodoncia sin dolor y sin complicaciones.
Tras esperar un tiempo adecuado para que la solución anestésica iniciara su acción, se procedió con la intervención quirúrgica.

Evaluación de la ansiedad:
Para la determinación cuantitativa de los valores de ansiedad se empleó el inventario State-Trait Anxiety Inventory, STAI (197) y el test de detección de cortisol salivar Salivette® del Laboratorio Sardtedt.
El inventario STAI consiste en un cuestionario de autoinforme con dos escalas separadas que miden conceptos independientes de la ansiedad: el estado (E) y el rasgo (R). Se ha mostrado útil para medir ambos conceptos tanto en escolares de estudios medios y superiores como en pacientes adultos de diversos grupos clínicos.

Está compuesto por 40 ítems, 20 por cada subescala, de respuesta múltiple tipo likert dónde 0 es casi nunca y 3 es casi siempre Las propiedades psicométricas son aceptables y los índices alpha de consistencia interna para la subescala A-E oscilan entre 0,90-0,93 y entre 0,84-0,87 para la subescala A-E. La fiabilidad

hallada por el procedimiento de las dos mitades es de 0,94 en A-E y 0,86 en A-R y para el test-retest en A-R es de 0,65-0,86. Esta escala ha sido ampliamente empleada como medida de resultado primaria de ansiedad en la investigación en psicoterapia y goza de difusión internacional.

Una vez rellenados los formularios por el paciente, se procedió a la determinación cuantitativa de los valores obtenidos utilizando un modelo de plantilla registrado. Para la interpretación de los resultados se atendió a los baremos internacionalmente admitidos que permiten diferenciar una puntuación de 1 a 10 decatipos, en función creciente a los niveles de ansiedad que sufre el paciente. También se puede hacer una clasificación por cuartiles o en función del valor absoluto obtenido en el test del paciente. En el presente trabajo, para simplificar las comparaciones los resultados se valoraron mediante dos grupos, a saber, alta y baja ansiedad.

Considerándose pacientes con alta ansiedad aquellos con ansiedad rasgo por encima del valor de referencia, o ansiedad rasgo y ansiedad estado por encima del mismo. El cuestionario se entregó a los pacientes el día de la primera visita antes de ser informados acerca de la cirugía. El test se repitió el día de la intervención, tras haber sido informados, antes de la aplicación de la anestesia, pudiendo así establecer qué pacientes presentaban grados elevados de ansiedad, discerniendo así entre pacientes con ansiedad rasgo o ansiedad estado. En la figura subyacente se detalla el formulario utilizado.

El test de recolección salivar se entregaba al paciente con las siguientes instrucciones:

Análisis estadístico
El resultado de los cuestionarios fue volcado a Excel. Se solicitó apoyo estadístico a la Plataforma de Bioestadística y Epidemiología del ISPA (Instituto para la Investigación Sanitaria del Principado de Asturias).
El estudio de los datos se llevó a cabo mediante modelos de regresión logística univariante y multivariante y mediante inferencia bayesiana.
Se utilizaron los programas SPSS en su versión 25.0 (66) y R en su versión 3.5 (67).

4 Resultados

RESULTADOS:
Análisis descriptivo:
De los 165 pacientes seleccionados, 5 no acudieron a la cita de revisión y no entregaron el cuestionario cubierto, 2 no lo cubrieron correctamente. Los resultados obtenidos corresponden, por lo tanto, a una muestra de 158 pacientes que precisaban la extracción de los cuatro cordales incluidos sintomáticos.
De los 158 pacientes de la muestra, 70 fueron pacientes diagnósticados de ansiedad rasgo y estado y 88 no dieron positivo en las pruebas utilizadas:

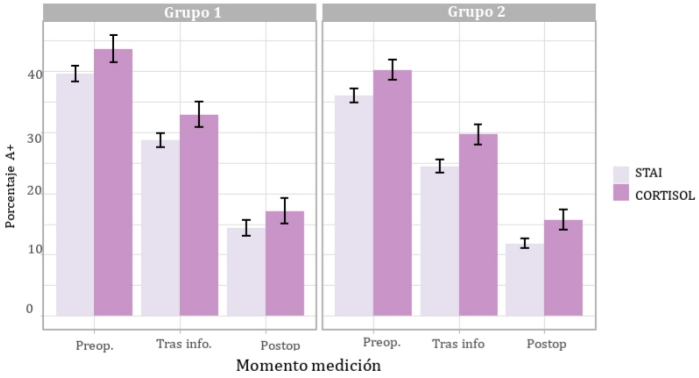
La muestra consta de 92 varones y 66 mujeres.
El grupo grupo 1 estaba constituido por 36 varones 34 mujeres. El grupo 2 lo configuraban 56 varones y 32 mujeres. No existían diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos para la variable género.

La edad media de los pacientes del grupo 1 fue de 21,51 años y la del grupo 2 de 21.64 años, sin diferencias estadísticamente significativas.
En la muestra investigada, 62 pacientes presentaron niveles elevados de ansiedad pre y 96 presentaban niveles normales de ansiedad. En el grupo 1 se identificaron 54 pacientes con ansiedad. En el grupo 2 se reconocieron 42 pacientes con ansiedad.
Los días de baja laboral incapacidad temporal o falta al centro de estudio fueron los siguientes:

Los pacientes del grupo 1 (con ansiedad) presentan períodos de incapacidad temporal durante 1 día o más tiempo que los pacientes sin ansiedad patológica.
No hay diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la variable género para los períodos de IT.
El resultado de los test STAI y cortisol se evaluó en la primera visita, tras la visita informativa y 15 días tras la intervención:

Los valores del STAI son mayores en el grupo 1, así como los valores de los test de cortisol salivar.
Los pacientes que presentan niveles de ansiedad rasgo y estado en el test STAI, presentan niveles de cortisol elevados incluso tras la visita informativa.
La visita informativa reduce los valores del STAI y el cortisol salivar entre un 10 y un 17%.
La visita informativa es más eficaz en los pacientes sin ansiedad patológica.

El resultado de los test STAI y cortisol se evaluó en la primera visita, tras la visita informativa y 15 días tras la intervención:



5 Discusión-Conclusión

Diseñar un protocolo de identificación del paciente ansioso, para su gestión y tratamiento:
Objetivos secundarios:
1. Es posible identificar a los pacientes con niveles patológicos de ansiedad mediante el test STAI y el test de detección de cortisol salivar Salivette.
2. La visita informativa genera una reducción de la ansiedad en la muestra estudiada.
3. La valoración de la ansiedad presenta resultados muy similares con el uso del test STAI y el test de detección de cortisol salivar Salivette.

DISCUSIÓN:
La misión que la Consejería de Sanidad requiere a las diferentes áreas de salud exige configurar de la manera más eficiente aquellos servicios cuya finalidad es satisfacer las necesidades en salud de los usuarios, a través de la mejora continua y la innovación de los modelos de atención sanitaria. Esta importante tarea, supone adaptar los equipamientos asistenciales a la evolución determinada por la organización para la mejora de los servicios de salud, en consonancia con las necesidades y expectativas de ciudadanos y profesionales.

La remoción de dientes es probablemente la operación oral más común llevada a cabo en la población, principalmente en adultos jóvenes y adolescentes (40,41,42).

En Reino Unido existen guías de práctica clínica, incluso sociedades nacionales (Third Molar Association) que recogen y explotan a través de plataformas digitales, los datos de la actividad odontológica, tanto pública y privada. Obtienen así, datos estadísticos nacionales reales, y no inferenciales, ello les permite implementar protocolos de actuación hospitalaria y de atención primaria.

Entre 1996 y 1999 se registraron ocho muertes en el Reino Unido como resultado de la anestesia general aplicada para tratamiento odontológico. A continuación, el Consejo General de Odontología (GDC), el Real Colegio de anestesistas y el Departamento de Salud, emitieron unas directrices estrechamente relacionadas para los estándares de atención en odontología bajo anestesia general.

Las pautas enfatizaron que la anestesia general siempre está acompañada de cierto riesgo y debería limitarse a los siguientes supuestos:
• Pacientes que no pueden cooperar debido a inmadurez o discapacidad física / mental
• Pacientes en los que el anestésico local ha demostrado repetidamente que no tiene éxito o que es poco probable que funcione debido a la extensión de la cirugía o la presencia de una infección.
• Pacientes con antecedentes de hipersensibilidad al contenido de la ampolla de anestesia local.
• Pacientes extremadamente nerviosos que se niegan a someterse a un tratamiento dental mientras están conscientes.
Es este último grupo de pacientes, sobre los que entendemos que existe un potencial para ser reconducido, y lograr su intervención mediante anestesia local.

Algunos autores (68) defienden que planificar la intervención bajo sedación o anestesia general en base a la evaluación de la ansiedad utilizando un test de valoración de ansiedad, como el test STAI, se considera un método que promueve una intervención más segura y que no incrementa la ansiedad previa del paciente. Si tenemos en cuenta que los pacientes ansiosos, generan más desgaste al profesional al precisar un tiempo mayor de consulta y un mayor número de ellas (68), quizá sea ésta una de las claves para lograr una mejora en el aumento del grado de satisfacción de la asistencia odontológica.

Para poder desarrollar herramientas eficaces en una institución, es imperativo conocer los datos asistenciales.

Es por ello que esta investigación ha tomado los datos de los pacientes atendidos en atención primaria, para poder valorar una muestra real de la población a estudio. Según publicaciones de la Revista Internacional de Cirugía Oral y Máxilofacial, la ansiedad dental está considerada un factor determinante en la necesidad de sedación intravenosa o de anestesia general, así como de la actitud del paciente frente al tratatamiento, siendo uno de los "gold standart" o estándar de oro para evaluar la ansiedad preoperatoria el Inventario de Ansiedad Estado -Rasgo de Spielberg, en inglés el Stait Trait Anxiety Inventory (STAI).

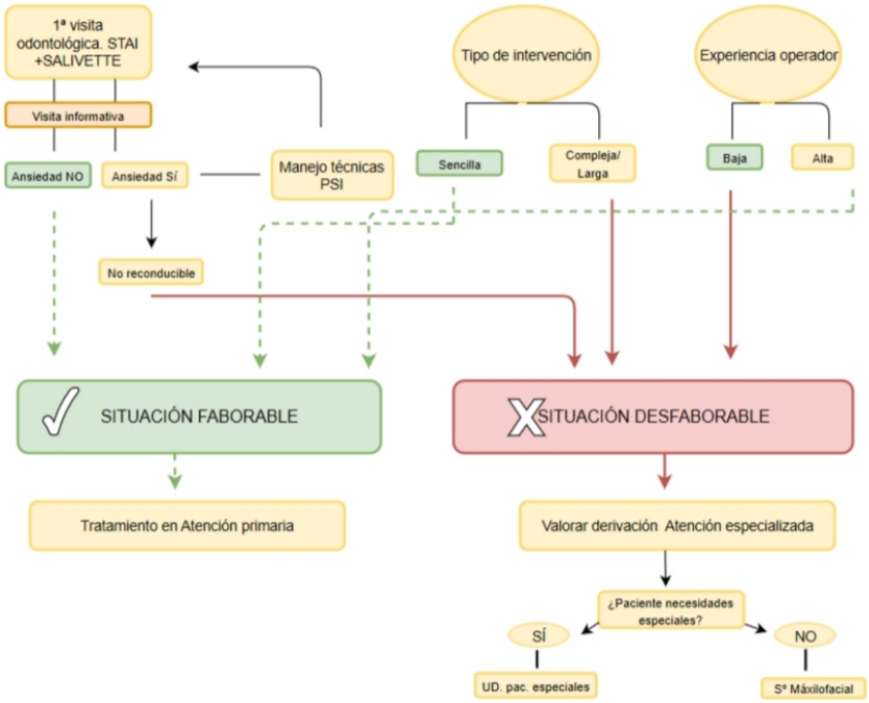
La mayoría de las cirugías orales que se atienden en las unidades de salud bucodental, podrían, por su delimitado campo de actuación, realizarse bajo anestesia local, evaluar correctamente al paciente para determinar la necesidad de utilizar métodos más complejos de sedación adquiere una gran importancia en el ámbito bucodental. Así mismo, la repercusión del estado psicológico, en lo que a grado de ansiedad se refiere, es estudiada y reconocida desde hace décadas (8-10).

El problema radica en que no existen muchos estudios que correlacionen los resultados de los test de valoración de la ansiedad con la aplicación de medidas destinadas a reducir la misma previamente a la asistencia odontológica, por lo que la mayor parte de los profesionales realiza una valoración física, dejando de lado la psicológica. Nuestro estudio y la revisión de la bibliografía, pretende aportar luz a esta necesidad, generando una herramienta objetiva a tal fin, un protocolo de detección del paciente ansioso en la consulta odontológica.

La relación entre el grado ansiedad dental y la experiencia de tratamiento recibida es controvertida. Para minimizar este efecto en nuestro estudio, se seleccionaron pacientes SANOS que no hubieran sido sometidos previamente a intervención oral, por lo que no presentaban la experiencia previa de extracción dentaria. En base a los datos que se han explotado, se infiere que existe un ahorro potencial y una mejora asistencial de los pacientes que acuden a realizarse una extracción en el ámbito de atención primaria.

La valoración por parte de los pacientes de la por entidades externas e internas, es muy elevada, lo que pone de manifiesto, la calidad profesional y humana de los equipos estudiados. Desde una perspectiva más estratégica, la organización de los procesos sanitarios a través de la protocolización y aplicación de herramientas digitales, permite configurar unidades mejor gestionadas e impulsar y potenciar la calidad asistencial.

En este entorno de implementación de los sistemas de auditoría y mejora de la eficiencia en el entorno sanitario, es donde el estudio DAFO de nuestro plan de trabajo, aporta una visión de las posibilidades del mismo.
De él se extrapola que la aplicación del protocolo propuesto, precisa de una serie de herramientas con las que ya cuenta el SESPA, por lo que la inversión sanitaria sería menor que la eficiencia de las medidas que se han estudiado. Así mismo permitiría monitorizar los resultados para desarrollar y ordenar estrategias futuras que permitan impulsar la salud oral poblacional.



6 Bibliografía

1. Real Academia Española. Diccionario de la lengua. 22 ed. Madrid: 2.001.
2. Conrad SM, Blakey GH, Shugars DA, Marciani RD, Phillips C, White RP Jr.

Patients´perception of recovery after third molar surgery. J Oral Maxillofac Surg 1999; 57: 1288-94.
3. Osborn TM, Sandler NA. The effects of preoperative anxiety on intravenous sedation. Anesth Prog. 2004; 51:46-51.
4. Marrs JA. Stress, Fears and Phobias: The Impact of Anxiety. Clinical Journal of Oncology Nursing. 2006; 10(3): 319-22.
5. Vaughn F, Wichowski H, Bosworth G. Does preoperative anxiety level predict postoperative pain? AORN J 2007; 85:589-604.
6. Ramos MI, Cardoso MJ, Vaz F,Torres MD, García F, Blanco G, González EM. Influencia del grado de ansiedad y el nivel de cortisol sobre la recuperación posquirúrgica. Actas Esp Psiquiatr 2008; 36(3):133-137.
7. Lago L, Diniz M, Senra C, Seoane C, Gándara JM, García A. Dental Anxiety Before. Removal of a Third Molar and Association With General Trait Anxiety. J Oral Maxillofac. Surg 2006; 64:1404-1408.
8. Eitner S, Wichmann M, Paulsen A, Holst S. Dental anxiety: An epidemiological study on its clinical correlation and effects on oral health. J Oral Rehabil 2006; 33: 588- 93.
9. Lago L, Diniz M, Senra C, Seoane G, Gándara J, García A. Postoperative recovery after removal of a lower third molar: Role of trait and dental anxiety. Oral Surg Oral. Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2009; 108(6):855-860.
10. Eli I, Schwartz D, Baht R, Ben H. Effect of anxiety on the experience of pain in implant insertion.
Clin Oral Implants Res 2003; 14:115–8.
11. De Jongh A, van Wijk AJ, Lindeboom JA. Psychological impact of third molar surgery: a 1- month prospective study. Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, 2.011, 69(1), 59-65.

Capítulo 1097

TRATAMIENTO DE LA CLASE III ESQUELÉTICA EN NIÑOS.

SONIA CASQUERO LUCENA

1 Introducción

La clase III tiene varias formas clínicas:
- Clase III dentaria: situación en la que las bases esqueléticas están bien relacionadas entre sí y no existe ningún problema alveolodentario, lo único fuera de lo normal es la relación molar.

Tienen que tener:
- Clase III molar
- No mordida cruzada anterior, borde a borde.
- ANB/WITS dentro de la normal.
Casi siempre es debido a caries en molares deciduos inferiores que permiten la mesialización de los molares definitivos.

- Síndrome de clase III dentoalveolar: Las bases esqueléticas están bien relacionadas entre sí y todo el conjunto dentoalveolar superior y/o inferior está afectado y anormalmente implantado sobre la base ósea maxilar. Consta de: o Clase I o II molar o Mordida cruzada anterior o borde a borde producido por incisivos superiores lingualizados/linguoversión o por incisivos inferiores vestibulizado/vestibuloversión.

- Clase III funcional: Caracterizadas por un adelantamiento funcional de la mandíbula en el cierre oclusal. Existe un contacto prematuro oclusal fisiológico y fuerza a los cóndilos a mesialiarse para lograr establecer la oclusión máxila o

habitual. El punto de contacto prematuro suele estar en los incisivos, como consecuencia de una retroinclinación de los incisivos superiores o la proinclinación de los inferiores o un ANB disminuido. o Clase III molar o Mordida cruzada anterior o Buena relación anteroposterior de las bases óseas o Correcto torque de las piezas anteriores

- Clase III ósea:
Displasia ósea mandibular y/o maxilar. ANB disminuido.
Clase I, II o III molar
Mordida cruzada anterior o mordida borde a borde

En el síndrome de clase III esquelético en el adulto si queremos tratar los cinco objetivos de tratamiento hay que hacer ortodoncia y cirugía ortognática. Si hacemos enmascaramiento dentoalveolar porque es un caso leve o moderado entonces sólo se solucionarán las tres primeras: alineación, oclusión, rehabilitación miofuncional.
La displasia ósea siempre permanecerá igual y el perfil, dependiendo del caso se podrá modificar leve o moderadamente.

Los objetivos del tratamiento interceptivo de clase III:
- Corrección del resalte invertido.
- Corrección de la relación intermaxilar.
- Corrección de la mordida cruzada posterior.
- Quitar hábitos nocivos y funciones anómalas de la lengua.

Los estadíos de Baccetti se basan en la maduración de vértebras cervicales. Tienen en cuenta la concavidad del cuerpo borde inferior de la vértebra y la morfología de la vértebra (especialmente C3 y C4).
En CS1 y CS2 es cuando tiene lugar un mayor crecimiento en 3D del maxilar, la mayor parte de la dimensión transversal y el desarrollo sagital se produce en este tiempo porque las suturas palatina media y la palatina transversa (que se cierra a los 9 años) aún continúan completamente abiertas, por lo tanto, en pacientes que necesiten una terapia de avance maxilar conseguiremos resultados más satisfactorios en estas etapas de maduración.

2 Objetivos

Los objetivos del presente proyecto de investigación consisten en realizar un seguimiento de los resultados obtenidos en el tratamiento de la clase III en

crecimiento a nivel esquelético y dentoalveolar para resaltar la necesidad del tratamiento ortopédico de las clases III esqueléticas a edades tempranas.

3 Metodología

Se realizará un seguimiento en varias clínicas a todos los pacientes de entre 4 y 8 años que presenten una clase III esquelética con un ANB disminuido y una mordida cruzada anterior o mordida borde a borde.
Se realizará un estudio de ortodoncia previo al tratamiento, y se aplicará a todos el mismo tratamiento consistente en un disyuntor de McNamara y una máscara facial con más de 450 gr de fuerza.
Tras un tratamiento de un mínimo de 8 meses, que pararemos en cuanto se haya saltado el resalte, volveremos a realizar un estudio con un trazado cefalométrico para comparar la evolución tras el tratamiento.

4 Bibliografía

- Canut JA. Ortodoncia Clínica. Ed. Salvat. Barcelona. 1988.
- Graber TM. Ortodoncia: Teoría y práctica. Ed. Elsevier Mosby. España. 2006.
- Roberts CF Subtelny JK: Use of the face mask in the treatment of maxillary skeletal retrusión. Am J ORthod Dentofacial Othpo 93:388-394. 1988.
- McNamara JA Jr. Huge SA. The functional regulator of Frankel. AM J Orthod 88: 409-424. 1985.
- Westwood PV, McNamara JA Jr, Baccetti T, et al. Long-term of early class III treatment with rapid maxillary expansión and facial mask therapy. Am J Orthod Dentofacial Orthop 123: 306-320. 2003.
Baccetti T y cols. The Cervical Vertebral Maturation (CVM) Method for the Assessment of Optimal Treatment Timing in Dentofacial Orthopedics. Semin Orthod. 2005: 11:119-29.

Capítulo 1098

ENFERMEDAD PERIODONTAL EN POBLACIÓN TRABAJADORA ADULTA JOVEN DEL LEVANTE ESPAÑOL .

CRISTINA SAURA MORENO

ANA FERNANDEZ MESEGUER

JUAN CARLOS LLODRA CALVO

1 Introducción

La enfermedad periodontal es una de las enfermedades crónicas no transmisibles más frecuentes en el mundo, ocupando el sexto lugar en prevalencia, por detrás de la enfermedad de caries que es la más común. La salud de la cavidad oral y la salud general están estrechamente relacionadas. Se ha demostrado la relación bidireccional entre periodontitis y diabetes mellitus, incluso comparten factores de riesgo. Igualmente la periodontitis por su carácter inflamatorio puede ayudar a la formación de placas de ateroma y a su separación facilitando que pueda producirse patología cardiovascular. Por lo tanto la periodontitis tiene repercusiones no sólo a nivel oral en cuanto a dolor, masticación, estética y perdida de autoestima que la falta de dientes pudiera ocasionar sino también afecta de manera negativa a nivel sistémico es decir a la salud general y a la calidad de vida.

A nivel poblacional, identificar la situación de enfermedad periodontal de una comunidad posibilita entre otras acciones desarrollar estrategias de intervención, como programas preventivos dirigidos a toda la población o a un determinado

grupo de riesgo, con el fin de reducir la carga de esta enfermedad infecciosa inflamatoria.
Los estudios epidemiológicos sobre salud oral en adultos no son muy numerosos. En España la evolución del estado de salud oral en población adulta ha sido estudiada en 5 encuestas epidemiológicas nacionales. Son las realizadas en 1993-94 (1), 2000 (2), 2005 (3), 2009-10 (4) y 2015 (5). Aunque existen unos pocos estudios (6,7) anteriores a estas encuestas, al no seguir los criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su diseño y ejecución (8,9,10), no son útiles para su comparación.

Si los estudios en población adulta son escasos, sobre población trabajadora eran inexistentes hasta el estudio WORALTH (Workers' Oral Health) de Cualtis, basado en el Plan de Investigación de Salud Bucodental de la Sociedad de Prevención de Ibermutuamur (11,12,13) puesto en marcha en 2008, del que este trabajo forma parte.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo fue analizar el estado de salud periodontal en la población trabajadora adulta joven, 35-44 años, del Levante español.

3 Metodología

Descripción del estudio
Se ha realizado un estudio observacional transversal orientado al análisis epidemiológico de la enfermedad periodontal en adultos de 35-44 años en una muestra representativa de trabajadores del Levante español, que fueron seleccionados entre junio de 2009 y abril de 2010, cuando acudían a realizarse un examen de salud laboral a la Sociedad de Prevención de Ibermutuamur, actualmente denominada Cualtis. Se utilizó un procedimiento de muestreo estratificado aleatorio, definiendo estratos en función del sexo, la edad y la ocupación laboral de los trabajadores, de acuerdo con la Encuesta de Población Activa del 2º trimestre de 2008 (a fijación proporcional).
Procedimiento de inclusión

Cuando los trabajadores acudían a realizarse un examen de salud laboral y se cumplimentaban los datos administrativos de admisión, en la aplicación infor-

mática destinada al efecto, se procedía a un emparejamiento automático en las variables utilizadas para realizar la estratificación de la muestra. Si el sexo, la edad y la ocupación de un trabajador coincidían con el perfil necesario para completar alguno de los estratos de la muestra, el trabajador era seleccionado y se le proponía participar en el estudio. El orden de selección era el orden de llegada hasta conseguir completarse el número de trabajadores establecido para cada uno de los estratos (admisión consecutiva). Por último, para poder ser seleccionado, el trabajador debía tener un nivel de conocimiento del español, suficiente como para permitirle comprender la información proporcionada y contestar un cuestionario.

Una vez seleccionado un potencial participante, se le ofrecía información verbal y escrita acerca del estudio al mismo tiempo que se solicitaba el consentimiento informado. Finalmente, fueron incluidos todos aquellos participantes que aceptaron voluntariamente participar y firmaron la Hoja de Información y Consentimiento Informado. Tras proporcionar el consentimiento se conducía al trabajador a la sala de examen bucodental (equipada con sillón dental con lámpara de iluminación integrada), donde cumplimentaba, en primer lugar, un Cuestionario sobre Salud Bucodental y, a continuación, se le realizaba un examen bucodental por un único odontólogo (que previamente realizó un programa de entrenamiento y calibración, siguiendo las indicaciones de la OMS). El examinador fue ayudado por una auxiliar para la anotación de los datos en unas Fichas de Registro Clínico.

Variables de salud oral utilizadas
Para valorar la enfermedad periodontal se empleó el Índice Periodontal Comunitario (IPC) y la Pérdida de Inserción (PI) siguiendo las directrices marcadas por la OMS para la realización de encuestas de salud oral.

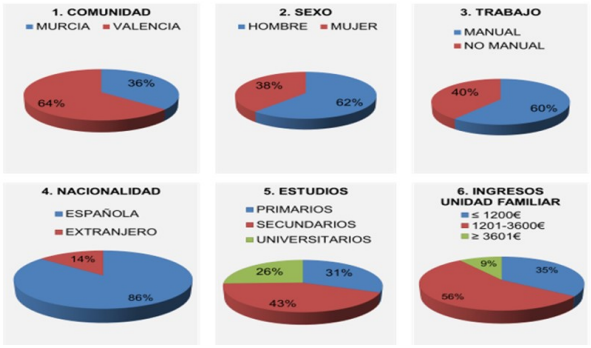
Variables sociodemográficas
Comunidad Autónoma (Valencia / Murcia), Sexo (Hombre / Mujer), Trabajo (Manual / No manual), Nacionalidad (Español / Extranjero), Nivel de estudios (Primarios, Secundarios, Universitarios) e Ingresos de la unidad familiar (≤ 1200€ / 1201-3600€ / ≥ 3601€).

Aspectos éticos y legales
Se cumplieron todas las consideraciones éticas y legales.

Estadística

Para el análisis estadístico de los datos se empleó un gestor de base de datos de Oracle y el paquete estadístico SPSS Windows 22.0.0.0 (IBM, Chicago, Illinois, EEUU). El nivel de significación estadística se estableció en $p< 0,05$.

Imagen1. Características sociodemográficas de la muestra



4 Resultados

Las características sociodemográficas de la muestra constituida por 458 trabajadores de entre 35-44 años fueron las siguientes: el porcentaje de hombres y el de las ocupaciones manuales fue claramente superior al de mujeres (61,6% hombres vs. 38,4 mujeres) y al de las ocupaciones no manuales (60,5% manuales vs. 39,5 no manuales). Respecto a la nacionalidad, el 82,1% de los trabajadores fueron españoles.

Por último, predominaron los trabajadores con estudios secundarios (43,5%) y con un nivel de ingresos netos de la unidad familiar entre 1.201 y los 3.600€ mensuales (55,7%), seguido de los trabajadores con estudios primarios (31,0%) e ingresos de hasta 1200€ (34,7%). (Imagen 1) La muestra efectiva para el cálculo del índice periodontal comunitario y de la pérdida de inserción fue de 456 trabajadores al presentar dos de ellos, seis sextantes excluidos (código 5). Más de la mitad de los trabajadores presentaron enfermedad periodontal en forma de bol-

sas moderadas o profundas. Sin embargo sólo un 13% de los trabajadores presentó algún grado de pérdida de inserción. (Tabla 1)

Tabla 1. Índice Periodontal Comunitario y Pérdida de Inserción (35-44 años)

IPC (%)	Código 0 Sano	Código 1 Hemorragia	Código 2 Cálculo	Código 3 Bolsas 4-5mm	Código 4 Bolsas ≥ 6mm
	2,9	11,2	34,4	40,8	10,7
PI (%)	Código 0 0-3 mm	Código 1 4-5 mm	Código 2 6-8 mm	Código 3 9-11 mm	Código 4 ≥ 12 mm
	87,1	10,7	1,8	0,4	0

5 Discusión-Conclusión

Como señalan algunos autores (11,13) la incorporación de las revisiones orales a los exámenes rutinarios laborales es una medida muy pertinente para la prevención y promoción de la salud en su globalidad.

El estado de salud periodontal en la población trabajadora adulta joven de 35- 44 años del Levante español es peor que en población general española. La presencia de bolsas periodontales es el doble que en población general.

Agradecimientos

Este estudio ha sido financiado por CUALTIS (anteriormente denominada Sociedad de Prevención de Ibermutuamur), dedicada específicamente a la prevención de enfermedades y accidentes y a monitorear y promover la salud de los trabajadores.

6 Bibliografía

1. Noguerol Rodríguez B, Llodra Calvo JC, Sicilia Felechosa A, Follana Murcia M. La salud bucodental en España. 1994. Antecedentes y perspectivas de futuro. Madrid: Ediciones Avances;1995.
2. Llodra JC, Bravo M, Cortés F. Encuesta de Salud Oral en España (2000). RCOE.2002;7:19-63.
3. Bravo-Pérez M, Casals-Peidró E, Cortés-Martinicorena FJ, Llodra-Calvo JC, Álvarez-Arenas I, Hermo-Señariz P, et al. Encuesta de Salud Oral en España 2005. RCOE 2006;11:409-456.
4. Llodra JC. Encuesta de Salud Oral en España 2010.RCOE.2012;17(1):13-41.
5. Bravo M, Almerich J, Ausina V, Avilés P, Blanco J, Canorea E et al. Encuesta de Salud Oral en España 2015. RCOE 2016;21(1): 8-48.
6. Gimeno de Sande A, Sánchez B, Víñez J, Gómez F, Mariño F. Estudio epidemiológico de la caries dental y patología bucal en España. Rev Sanid Hig Publica (Madr). 1971;45:361-433.
7. Cuenca E. La encuesta de la O.M.S. sobre la salud buco-dental en España: Una aproximación personal. Arch Odontoestomatol. 1986;2:15-22.
8. WHO. Calibration of examiners for oral health epidemiological surveys. Geneve: World Health Organization; 1993.
9. WHO. Oral health surveys: basic methods. 4th edition. Geneva: World Health Organization; 1997.
10. WHO. Oral health surveys: basic methods. 5th edition. Geneva: World Health Organization; 2013.
11. Carasol M, Llodra JC, Fernández-Meseguer A, Bravo M, García-Margallo MT, Calvo-Bonacho E, et al. Periodontal conditions among employed adults in Spain. J. Clin. Periodontol. 2016;43(7):548-556.
12. Saura-Moreno C, Cortés-Arcas MV, Fernández-Meseguer A, Calvo-Bonacho E, Llodra-Calvo JC. Root caries analysis in working population of 35-44 years of age (Spain). Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2017;22(5):e527–e535. Published 2017 Sep 1. doi:10.4317/medoral.21685
13.Gelpi-Méndez JA, Calvo-Bonacho E, Armesto-Prada Y, Arauzo-Esteban S, Fernández-Meseguer A, Álvarez-Fernández, FJ. La salud bucodental de los trabajadores de la Comunidad de Madrid. Gac Dent. 2011;226:198-208.

Capítulo 1099

LA IMPORTANCIA DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

NAZARET SUÁREZ BOTO

NATALIA LÓPEZ PÉREZ

1 Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adherencia al tratamiento como el cumplimiento del mismo, es decir toma la medicación de acuerdo con la dosificación y el programa prescrito. Pero además se considera la persistencia, que es tomar la medicación a lo largo del tiempo del tratamiento indicado. Según la Organización Mundial de la Salud, los porcentajes de falta de adherencia de cualquier tratamiento farmacológico varían entre 15% y 93%, con un porcentaje promedio calculado en 50%.

Generalmente, la adherencia al tratamiento se estima como una variable binaria: cumplidor/no cumplidor, adherencia/ no adherencia, y los factores que la determinan se clasifican en 4 áreas:
- Relación médico-paciente
- El paciente y su entorno
- La enfermedad
- La terapéutica

2 Objetivos

Determinar cuales son las causas más frecuentes de no adherencia al tratamiento, las consecuencias de no adherirse y cuales pueden ser algunas estrategias para

mejorar este problema.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Han pasado muchos años desde los primeros datos y la no-adherencia se mantiene en cifras preocupantes (59%), al igual que la proporción de hospitalizaciones derivadas del incumplimiento con el tratamiento (33 al 69%), y la mortalidad registra cifras alarmantes que se mantienen en la misma proporción desde hace más de 15 años.
También se sabe que la causa más común de falla terapéutica es una pobre o inadecuada adherencia a la terapia y que factores como la edad, poseer más de una enfermedad crónica y la prescripción de un alto número de medicamentos se correlacionan directamente con la no-adherencia a la terapia.

La naturaleza compleja de la adherencia a la terapia sugiere una solución multifactorial, definida en el tiempo y con la participación activa de todos los miembros del equipo de atención en salud. De manera ideal, las directrices deberían ser desarrolladas e implementadas en el ámbito institucional, con protocolos y manuales de manejo; sin embargo en la práctica esto puede ser de difícil ejecución, por ello, cada profesional debe concienciarse de la importancia del tema e incluir en sus procedimientos cotidianos evaluaciones del nivel de adherencia de sus pacientes y medidas correctivas en casos de fallo.
Aunque el médico generalmente proporciona instrucciones para el beneficio del paciente, con relativa frecuencia son los pacientes quienes voluntaria o involuntariamente adoptan actitudes que afectan negativamente su salud.
Para mejorar la adherencia a la terapia, el clínico debe informar ampliamente al paciente e involucrarlo activamente en la negociación y decisión de las medidas terapéuticas; así, logrará que se apropie de dichas medidas. Adicionalmente, el equipo de salud deberá asesorar al paciente para que implemente herramientas

de utilidad para disminuir la no-adherencia, cuando las circunstancias están fuera de control del paciente.

Dada la magnitud e importancia de la pobre adherencia a la medicación, la Organización Mundial de la Salud ha publicado una guía basada en la evidencia para médicos, personal de salud y directivas en salubridad para mejorar las estrategias de adherencia a la terapia

5 Discusión-Conclusión

A medida que la edad avanza, existe una mayor probabilidad de sufrir enfermedades crónicas, lo que conlleva a una mayor utilización de fármacos por parte de las personas mayores, son los pacientes polimedicados. La adherencia terapéutica de los mayores, se define como un problema de salud pública en el que los profesionales sanitarios deben implicarse. Existe una asociación entre mayor número de medicamentos y menor grado de adherencia terapéutica, si bien no hay unanimidad de criterios para definir la adherencia terapéutica de los mayores. La educación sanitaria, es uno de los métodos mejor valorados para aumentar la adherencia terapéutica en la persona mayor, aunque se recomienda la combinación de dos o más estrategias de mejora para conseguir mejores resultados. Es necesario un abordaje interdisciplinar para optimizar los resultados en cuanto a la adherencia terapéutica de la persona mayor.

6 Bibliografía

- Adherence to long-term therapies. Evidence for action. World Health Organization 2003.
- Palop L, Martínez M. Adherencia al tratamiento en el paciente anciano: Inf Ter Sist Nac Salud 2004; 28:
-Merino SJ, Guillén VFG. El incumplimiento factor clave en el control de las enfermedades. En: VF Gil GVF, Merino SJ, Palop LV, coords. El incumplimiento, factor clave en el control de las enfermedades. Madrid; International Marketing and Communications, 2003: 9-16. 13-20.
- Puras A. ¿El tratamiento no funciona o el paciente no cumple la prescripción? Med Clin (Barc) 1997; 109: 709-11.

Capítulo 1100

RELEVANCIA Y DIAGNÓSTICO DE LA TOXOPLASMOSIS EN LAS GESTANTES

RAQUEL GARCÍA PANDIELLA

MARIA LUISA CUELLO ANTUÑA

1 Introducción

La toxoplasmosis es una zoonosis de distribución mundial, es decir, se trata de una enfermedad parasitaria transmitida desde los animales a los humanos por medio de diferentes vías de contagio. El agente causal es el Toxoplasma Gondii, un protozoo perteneciente al grupo denominado Apicomplexa que se caracteriza por su obligada parasitación intracelular. El gato es el hospedador definitivo, y la transmisión al hombre y a otros vertebrados se produce a partir de los ooquistes excretados en las heces e ingeridos con carnes, verduras, frutas, agua, huevos, leche, u otros alimentos contaminados. También se transmite por la ingesta de carne cruda o insuficientemente cocida.

En la mujer gestante puede ser transmitido al feto por vía transplacentaria, dando lugar a una forma de toxoplasmosis conocida como toxoplasmosis congénita. Cabe destacar que ésta es la única forma de transmisión interhumana. Respecto a la clínica, la toxoplasmosis se caracteriza por tratarse de una infección inocua en el adulto que con frecuencia se resuelve de forma asintomática (más del 80% de las infecciones son asintomáticas). En caso de presentar síntomas y signos éstos suelen ser de poca entidad, tales como cefaleas, mialgias, inflamación de los ganglios linfáticos, malestar general, etc. Es importante tener en cuenta que esta situación se plantea en individuos inmunocompetentes, siendo muy diferente

en individuos inmunocomprometidos, ya que en éstos se han observado formas clínicas muy severas como leucemias, enfermedades del tejido conectivo, etc.

2 Objetivos

- Analizar las consecuencias que pueden tener en el feto según el momento de la gestación en que éstas adquieran la toxoplasmosis y establecer cuáles son los métodos para el diagnóstico de la misma.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de artículos científicos sobre las principales consecuencias de la toxoplasmosis en el embarazo, así como una revisión de los métodos para el diagnóstico de la toxoplasmosis en las gestantes a través de las bases de datos de Pubmed, Scielo y Medline.

4 Resultados

La infección en la embarazada inmunocompetente es habitualmente asintomática, aunque ocasionalmente puede presentar astenia, anorexia, febrícula acompañadas de adenopatías cervicales y cuadro faringo-amigdalar, que puede ser similar a una mononucleosis infecciosa. El riesgo de infección del feto por vía transplacentaria está en relación con el momento en el que ocurre la infección materna. Se calcula que el riesgo de infección fetal llega al 15% en el primer trimestre de gestación, al 30% en el segundo trimestre y alcanza el 60% en el tercer trimestre de gestación con una afectación y gravedad de las secuelas inversamente proporcional al tiempo de embarazo.

Así, si la infección se produce y transmite durante el primer trimestre, el recién nacido puede presentar la denominada Tétrada de Sabin, característica de la toxoplasmosis congénita y caracterizada por coriorretinitis, hidrocefalia, calcificaciones intracraneales (“en perdigonada”) y convulsiones. La gravedad de la enfermedad es mucho mayor si ocurre en estas primeras 12 semanas ya que es en este periodo donde se registra un mayor número de abortos y de embriopatías graves. Las infecciones fetales que ocurren en el último trimestre del embarazo se presentan, a menudo, como retinocoroiditis. La mayoría de los niños infectados nacen asintomáticos, pero hasta el 80% desarrolla secuelas visuales o neurológicas durante su infancia y adolescencia.

El diagnóstico de la toxoplasmosis es muy complejo, siendo difícil en muchos casos diferenciar la infección aguda o activa de la crónica. El diagnóstico microbiológico se basa principalmente en métodos indirectos, como los serológicos mediante enzimoinmunoensayo (EIA) que se realizan en la primera visita prenatal y determinarán la presencia de anticuerpos específicos de tipo IgG o IgM. En caso de madres sin anticuerpos, se repite la serología en el segundo y tercer trimestre de gestación para detectar posibles seroconversiones asintomáticas. Son indicativos de una infección activa una IgG creciente o una IgM positiva. Esta serología se utiliza como método de screening, es decir, como un cribado sistemático para poder llevar a cabo un diagnóstico precoz y una actividad preventiva.

En todas las pacientes con sospecha o diagnóstico confirmado de infección materna, está indicado realizar un seguimiento ecográfico detallado para detectar posibles lesiones fetales. La ventriculomegalia y las calcificaciones cerebrales (nódulos hiperecoicos) son las anomalías ecográficas más frecuentes. Se trata de marcadores que indican un mal pronóstico ya que sólo se dan cuando la enfermedad se encuentra en un estadio avanzado y existe daño fetal.

El diagnóstico definitivo se obtiene a través de una muestra de líquido amniótico o de sangre fetal, determinando IgM, PCR o cultivos. Es importante tener esto en cuenta, ya que aunque la madre se haya visto afectada, no tiene por qué haberlo hecho a su vez el feto. Gracias a esta prueba confirmamos o descartamos la posibilidad de una transmisión materno-fetal y podemos adecuar las pautas de tratamiento en función del resultado.

5 Discusión-Conclusión

Viendo las nefastas consecuencias que la toxoplasmosis puede generar en el feto, se pone de manifiesto la relevancia de la prevención que puede ser de tres tipos:
- Primaria: para evitar la infección en la gestante y basada en la adopción de medidas higiénico-dietéticas.
- Secundaria: basada en el screeening serológico durante el embarazo para detectar la infección, con el fin de instaurar un tratamiento que reduzca las posibles secuelas en el feto.
- Terciaria: basada en el diagnóstico precoz de la infección fetal con el fin de instaurar un tratamiento que permita mejorar, o evitar las secuelas en los niños afectados.

La infección por toxoplasmosis en gestantes supone una entidad con una pre-

sentación no despreciable en nuestro entorno. Un adecuado conocimiento de la patología permitiría realizar un diagnóstico y tratamiento más precoz.

6 Bibliografía

- F. del Castillo Martín. Toxoplamosis congénita. An Pediatric (Barc) 2004.
- MUÑOZ C, GUARDIÀ C, JUNCOSA T, et al. Toxoplasmosis y embarazo. Estudio multicéntrico realizado en 16362 gestantes de Barcelona. Med Clin 2004.
- ORY F, DELGADO-IRIBAREN A, FUERTES A, GARCÍA I, SIERRA M. Estudios serológicos en la prevención de la infección congénita y perinatal (García-Bermejo I, coord). En:Cercenado E, Cantón R (eds). Procedimientos en Microbiología Clínica, num 4a.Madrid: Sociedad de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica, 2004.
- SIERRA M, BOSCH J, JUNCOSA T, MATAS L, MUÑOZ C (Grupo de Microbiólogos para el Estudio de las Infecciones de Transmisión Vertical en el Área de Barcelona). Diagnóstico serológico de las infecciones por Toxoplasma gondii. Bol Control de Calidad SEIMC 1998.
- WILSON M, SCHANTZ PM, NUTMAN T, TSANG VC. Clinical immunoparasitology . En: Rose NR, Hamilton RG, Detrick B (eds). Manual of clinical laboratory immunology, 6ª ed.Washington DC: ASM Press, 2002.

Capítulo 1101

SALUD BUCAL. ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE ATENCIÓN DE PERSONAS CON DIABETES

BEATRIZ JIMÉNEZ NIETO

1 Introducción

La hiperglucemia puede causar varias complicaciones relacionadas con diferentes sistemas de órganos, especialmente los ojos, riñones, nervios, corazón y vasos sanguíneos. Aunque no se discute comúnmente en el cuidado de la diabetes, las personas con diabetes no controlada también tienen un mayor riesgo de desarrollar problemas de salud bucal, particularmente la enfermedad periodontal (de las encías) [1]. La enfermedad periodontal, que incluye tanto la gingivitis como la periodontitis, es un trastorno inflamatorio común causado por la microflora patógena en la biopelícula que se forma diariamente junto a los dientes.

La gingivitis es la forma más leve de enfermedad periodontal en la que la inflamación se limita a la encía, y puede ser reversible con una higiene oral efectiva, mientras que la periodontitis es la etapa avanzada donde la inflamación se extiende profundamente en los tejidos y causa la pérdida del tejido conectivo de soporte y el hueso alveolar [2]. La destrucción del tejido en la periodontitis provoca la descomposición de las fibras de colágeno del ligamento periodontal y conduce a la formación de bolsas periodontales entre la encía y el diente. La periodontitis es una enfermedad que progresa lentamente, pero la destrucción del tejido es en gran medida irreversible. Además, las bacterias ubicadas dentro de las bolsas periodontales son patógenas y altamente inflamatorias, y algunas

tienen la capacidad de sobrevivir en el torrente sanguíneo e infectar otras áreas del cuerpo. La periodontitis moderada afecta aproximadamente al 40-60% de los adultos en todo el mundo [3].

2 Objetivos

- Evaluar la evidencia actual sobre el conocimiento, las actitudes y las prácticas de las personas con diabetes en relación con su atención de salud bucal.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.
Los criterios de inclusión fueron: 1) publicado en español o inglés; 2) de 2000 a noviembre de 2019; 3) realizado en personas con cualquier tipo de diabetes y de todas las edades; 4) exploró al menos un resultado del estudio (conocimiento, actitud o prácticas hacia el cuidado de la salud bucal); y 5) utilizaron métodos cuantitativos de recopilación de datos. No se impusieron restricciones a la calidad y al entorno del estudio.

4 Resultados

La mayoría de los estudios informaron que más de la mitad de las personas con diabetes desconocían el vínculo entre la diabetes y la salud oral y su mayor riesgo de diversas complicaciones de salud oral, incluida la enfermedad periodontal [5]. Por el contrario, pocos estudios mostraron que la mayoría de los participantes tenían conocimiento sobre el vínculo y los riesgos para la salud oral y esta información se recibió principalmente de dentistas, médicos y medios de comunicación. Además, algunos estudios mostraron que aquellos que estaban mejor informados o tenían un buen conocimiento del vínculo entre la diabetes y la salud oral tenían más probabilidades de adoptar buenas conductas de salud oral [8]

Las actitudes de las personas con diabetes hacia la salud bucal se informaron en 15 estudios. Los ítems de actitud relevantes relacionados con la necesidad percibida

y la importancia de la salud bucal, la autoevaluación del estado de salud bucal, el acuerdo / desacuerdo sobre el vínculo entre la diabetes y la salud bucal, y las razones para rechazar las referencias / visitas dentales. Los estudios informaron que la necesidad percibida [7] y la importancia de la atención de la salud bucal en relación con la diabetes era pobre entre las personas con diabetes. Algunos estudios revelaron que los pacientes con diabetes calificaron su estado general de salud bucal como pobre y esto fue más bajo en comparación con aquellos sin diabetes. La comparación entre las naciones reveló que los participantes de las naciones de altos ingresos percibieron su estado de salud bucal más alto que los de las naciones de bajos ingresos [6].

El cuestionario y los métodos utilizados para realizar encuestas en esta área fueron muy variados y, por lo tanto, la confiabilidad de los estudios incluidos en esta revisión puede verse comprometida. Más de la mitad de los estudios tampoco proporcionaron información sobre la validez de las herramientas utilizadas para medir el conocimiento, la actitud y las prácticas. Además, casi todos los estudios utilizaron muestras de conveniencia y la mayoría no informó la tasa de respuesta ni ninguna comparación entre los encuestados y los no encuestados. Del total de estudios incluidos en esta revisión, solo cuatro fueron calificados como de buena calidad.

5 Discusión-Conclusión

En general, los resultados de esta revisión muestran que la mayoría de las personas con diabetes desconocen el vínculo bidireccional entre la diabetes y la enfermedad periodontal y tienen un conocimiento limitado de sus riesgos de problemas de salud oral. Como era de esperar, se descubrió que el conocimiento de los riesgos para la salud bucal se asocia significativamente con una mejor atención y prácticas de salud bucal. Sin embargo, la mayoría de las personas con diabetes no recibió información sobre los riesgos para la salud oral en relación con su diabetes ni consejos sobre la atención de la salud oral por parte de los proveedores de atención de la diabetes [7]. Este hallazgo es similar a los resultados de una revisión de alcance reciente que exploró el conocimiento y las prácticas de los proveedores de atención de la diabetes en la atención de la salud oral y descubrió que, en general, no brindan ninguna información sobre la atención de la salud oral a sus pacientes en los entornos de atención de la diabetes. Según la revisión, las principales barreras que enfrentan los proveedores de atención de la diabetes en esta área incluyen un conocimiento inadecuado sobre la relación bidireccional

entre la salud oral y la diabetes, la falta de disponibilidad de herramientas / pautas de evaluación de la salud oral y vías de derivación para promover la salud oral [4].

Uno de los factores clave es la limitada educación y motivación en salud bucal que se brinda a estos pacientes durante el cuidado de la diabetes. Es evidente que la educación en salud oral puede mejorar el conocimiento, las actitudes y las prácticas con respecto a la salud oral y, por lo tanto, es muy importante incluirla en la educación del paciente con diabetes, que es un componente vital e integral del cuidado exitoso de la diabetes. Dicha educación debe incluir aspectos de buenas prácticas de higiene oral, ya que son importantes para prevenir la gingivitis (etapa inicial de la enfermedad de las encías) y el control de lesiones periodontales avanzadas [9]

También es importante tener en cuenta que, si bien el cuidado de la diabetes involucra un equipo multidisciplinario que incluye médicos generales, endocrinólogos, educadores en diabetes, dietistas, podólogos y fisioterapeutas, los dentistas generalmente no están incluidos como parte de este equipo de atención, a pesar del impacto de la mala salud bucal en la diabetes controlar. Teniendo en cuenta los resultados de esta revisión, tanto los proveedores de atención diabética como los dentistas tienen una excelente oportunidad para colaborar y aumentar la conciencia entre los pacientes con diabetes sobre su mayor riesgo de problemas de salud bucal y motivarlos a tener buenos comportamientos de higiene bucal y visitas regulares al dentista. La participación de los dentistas en equipos multidisciplinarios ha demostrado tener un impacto positivo en otras áreas clínicas como la atención prenatal [10].

Como conclusión, esta revisión sistemática confirma que las personas con diabetes tienen un conocimiento inadecuado de la salud bucal, una actitud de salud bucal deficiente y un menor cumplimiento de los comportamientos recomendados de higiene bucal y las visitas al dentista. Tampoco reciben información adecuada sobre salud bucal y consejos de atención de los proveedores de atención de la diabetes. Es importante que las personas con diabetes estén informadas acerca de su mayor riesgo de complicaciones de salud bucal y se las aliente a buscar chequeos dentales regulares. Se necesita un enfoque multidisciplinario que involucre a profesionales de la salud bucal para desarrollar capacidades en los proveedores de atención de la diabetes para promover la salud bucal y alentar a sus pacientes a buscar atención dental junto con el establecimiento de vías de derivación dental apropiadas y accesibles.

6 Bibliografía

- 1. Taylor GW, Borgnakke WS. Enfermedad periodontal: asociaciones con diabetes, control glucémico y complicaciones. Dis oral 2008; 14: 191–203.
- 2. Pihlstrom BL, Michalowicz BS, Johnson NW. Enfermedades periodontales. Lanceta. 2005; 366: 1809–20.
- 3. Chapple ILC, Genco R. Diabetes y enfermedades periodontales: Informe de consenso del taller conjunto EFP / AAP sobre periodontitis y enfermedades sistémicas. J Clin Periodontol. 2013; 40 Supl. 14: S106-12.
- 4. Yuen HK, Wolf BJ, Bandyopadhyay D, Magruder KM, Salinas CF, London SD. Conocimiento y comportamiento de la salud oral entre adultos con diabetes. Diabetes Res Clin Pract. 2009; 86 (3): 239–46.
- 5. Orlando VA, Johnson LR, Wilson AR, Maahs DM, Wadwa RP, Bishop FK, et al. Conocimientos y comportamientos de salud oral entre adolescentes con diabetes tipo 1. Int J Dent. 2010; 2010: 942124.
- 6. Lee HK, Choi SH, Won KC, Merchant AT, Song KB, Jeong SH, et al. El efecto de los cuidados intensivos de higiene oral sobre la gingivitis y la destrucción periodontal en pacientes con diabetes tipo 2. Yonsei Med J. 2009; 50: 529–36.
- 7. Bowyer V, Sutcliffe P, Irlanda R, Lindenmeyer A, Gadsby R, Graveney M, et al. Conciencia de la salud oral en pacientes adultos con diabetes: un estudio de cuestionario. Br Dent J. 2011; 211: E12.
- 8. Bangash RY, Khan AU, Manzoor MA. Pacientes diabéticos; Nivel de conciencia sobre el conocimiento, la actitud y las prácticas de salud bucal. Pakistan Oral & Dent J. 2011; 31 (2): 292–295.
- 9. Petersen PE. El informe mundial de salud oral 2003: mejora continua de la salud oral en el siglo XXI: el enfoque del Programa mundial de salud oral de la OMS. Comunidad Dent Oral Epidemiol. 2003; 31: 3–24.
- 10. George A, Lang G, Johnson M, Ridge A, De Silva AM, Ajwani S, et al. La evaluación de un programa de educación en salud bucal para parteras en Australia. Mujeres y nacimiento. 2016; 29: 208–13.

Capítulo 1102

EFECTOS DE LOS MÉTODOS DE MOTIVACIÓN SOBRE LA HIGIENE BUCAL DE PACIENTES DE ORTODONCIA.

BEATRIZ JIMÉNEZ NIETO

1 Introducción

Durante el tratamiento de ortodoncia, los aparatos ortopédicos fijos impiden severamente el cepillado dental y, por lo tanto, crean una condición favorable para que la placa se adhiera y acumule rápidamente. Cuanto mayor sea la superficie del diente cubierta con brackets y los componentes de electrodomésticos más complejos utilizados, más difícil será para los pacientes limpiar adecuadamente sus dientes (1).

Como resultado, la desmineralización del esmalte y la gingivitis se han considerado las consecuencias más frecuentes de la formación de biopelículas entre los pacientes de ortodoncia, que afectan del 50% al 70% de los pacientes con aparatos fijos. Los estudios han demostrado que una mala higiene bucal podría prolongar la duración del tratamiento e incluso poner en peligro los resultados del tratamiento. Peor aún, la progresión de las lesiones de gingivitis a enfermedades periodontales podría conducir a una pérdida irreversible de los tejidos de soporte. Estos posibles efectos secundarios no deseados podrían conducir a resultados insatisfactorios o incluso a la finalización prematura de la terapia de ortodoncia. Los académicos evaluaron que del 5% al 10% de los pacientes de ortodoncia no pudieron completar su tratamiento debido a problemas de higiene oral (2,3).

En general, los médicos brindan instrucción de higiene oral de rutina (OHI) a pacientes de ortodoncia, pero la eficacia del OHI puede ser limitada. Por lo tanto, la motivación de los pacientes juega un papel crucial y decisivo para mantener una higiene bucal favorecida. Hasta la fecha, es de esperar que un número creciente de estudios se haya centrado en cómo los ortodoncistas pueden motivar a sus pacientes en la salud oral, con esfuerzos de motivación adicionales realizados a pesar del OHI de rutina (4).

Sin embargo, estos estudios difieren en gran medida en términos de contenido, diseño y duración y dan como resultado conclusiones contradictorias. Higgins y Green (10) habían publicado una revisión sistemática sobre las interacciones para mejorar la adherencia entre los pacientes de ortodoncia donde incluían la higiene oral como uno de los 4 aspectos de la adherencia.

2 Objetivos

- Sintetizar cualitativa y cuantitativamente la evidencia sobre las formas de mejorar la motivación de la higiene bucal entre pacientes de ortodoncia con aparatos fijos.
- Identificar los efectos de los métodos motivacionales mediante la comparación de la condición de higiene bucal antes y después de las motivaciones.

3 Metodología

Se realizaron búsquedas en PubMed, Ovid y Embase en estudios para mejorar la motivación sobre la higiene dental de los pacientes de ortodoncia. Además, se obtuvieron estudios relevantes adicionales mediante búsquedas manuales y las listas de referencias de artículos relacionados. El período de búsqueda se realizó hasta el 2019. Se utilizaron los siguientes descriptores: Salud oral, higiene oral, ortodoncia y motivación. Los criterios de exclusión fueron los siguientes: pacientes con dispositivos removibles; no se aplicaron métodos motivacionales; informes de resultados que no ilustran el estado de salud oral; revisión, informe de caso, carta o documento de conferencia; artículos disponibles en español e inglés.

4 Resultados

Los resultados demostraron que los esfuerzos adicionales realizados por ortodoncistas o higienistas orales podrían motivar efectivamente a los pacientes de ortodoncia para mejorar su higiene bucal. PI se redujo significativamente en el grupo experimental que en el grupo control en los 3 intervalos de tiempo, mientras que GI mostró una ventaja estadística en el grupo de estudio a los 3, 6 meses.

Los enfoques motivacionales aplicados en los estudios incluidos generalmente se pueden clasificar como educación presencial, recordatorios de mensajes, modificación del comportamiento y efecto Hawthorne. El OHI modificado del lado de la silla fue el método más utilizado para mejorar la motivación de la higiene bucal entre los pacientes de ortodoncia. En detalle, los académicos utilizaron información verbal y escrita, fotos o catálogos, videos y demostraciones visuales con modelos o equipos experimentales para explicar la composición y el mecanismo de formación de la placa, advirtieron el riesgo de una mala higiene bucal, recomendar técnicas de cepillado, y brindar asesoramiento personalizado. El OHI modificado y mejorado fue realizado principalmente por higienistas y ortodoncistas (5,6).

A pesar de llevar mucho tiempo, la educación profesional requería materiales y equipos preparados de antemano en las clínicas. A pesar de la divulgación de la placa con tabletas, a las que se accedió con relativa facilidad, Peng et al (7) mostraron a los participantes cambios de color del ácido teñido de la placa y mostraron bacterias móviles vivas bajo el microscopio. Es posible que estas demostraciones educativas no se tomen fácilmente en general en la práctica de ortodoncia de rutina en todo el mundo, debido a su alto costo y al espacio limitado en clínicas u hospitales, especialmente en países en desarrollo y subdesarrollados.

Los estudios han demostrado que el recordatorio activo utilizado en medicina y odontología podría mejorar la asistencia a las citas, el cumplimiento de los horarios de medicación y los cambios de comportamiento positivos. Acompañado con la popularización de teléfonos inteligentes y diversos programas informáticos, se han intentado ampliamente medios técnicos que incluyen servicio de mensajes cortos y aplicaciones de mensajería en los campos médicos, particularmente útiles en la educación de los pacientes y el manejo de pacientes externos. Sin embargo, la mayoría de los teléfonos inteligentes han desarrollado la función de proteger los mensajes no deseados, por lo que ciertos textos enviados con frecuencia desde las clínicas pueden estar protegidos por ciertos pacientes cuando

se sienten molestos (8).

5 Discusión-Conclusión

Queda demostrado el valor y el efecto de la motivación en la higiene bucal. La motivación podría aplicarse no solo entre pacientes de ortodoncia, sino también entre pacientes con enfermedades periodontales o planes de implantes, que probablemente tendrían múltiples visitas al dentista y una larga duración del tratamiento. Por otro lado, dio una idea completamente nueva para futuros estudios en este campo, porque los efectos de la motivación del lado de la silla en la clínica, el recordatorio enviado durante los intervalos entre visitas, la modificación del comportamiento y los efectos de Hawthorn podrían realizarse simultáneamente en un estudio individual, para que su eficacia se pueda comparar directamente en un solo estudio en el futuro.

Vale la pena que los ortodoncistas obtengan logros adicionales para mejorar la motivación de la higiene dental de sus pacientes. PI reveló ventajas estadísticamente significativas en los grupos experimentales a 1, 3 y 6 meses, mientras que GI mejoró significativamente a los 3, 6 meses. Es muy recomendable que los ortodoncistas tomen al menos un método, o idealmente usen una combinación, para mejorar la motivación de la higiene oral entre sus pacientes, con refuerzo a lo largo del período de tratamiento.

6 Bibliografía

- 1. Balenseifen JW, Madonia J. Estudio de placa dental en pacientes de ortodoncia . J Dent Res 1970; 49: 320–4.
- 2. Palomares NB, Celeste RK, de Oliveira BH, et al. ¿Cómo afecta el tratamiento de ortodoncia a la calidad de vida relacionada con la salud bucal de los adultos jóvenes? Am J Orthod Dentofac 2017; 141: 751–8.
- 3. Beckwith FR, Ackerman RJ, Cobb CM, et al. Una evaluación de los factores que afectan la duración del tratamiento de ortodoncia . Am J Orthod Dentofac 1999; 115: 439–47.
- 4. Higgins JPT, Green S. Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.1.0 [actualizado en marzo de 2015].
- 5. Ay ZY, Sayin M, Özat Y, et al. Método apropiado de motivación para la higiene oral para pacientes con aparatos fijos. Angle Orthod 2007; 77: 1085–9.

- 6. Lalic M, Aleksic E, Gajic M, et al. ¿El asesoramiento sobre salud oral mejora efectivamente la higiene oral de los pacientes de ortodoncia ? Eur J Paediatr Dent 2012; 13: 181–6.
- 7. Peng Y, Wu R, Qu W, et al. Efecto del método visual frente a la revelación de la placa para mejorar la higiene bucal en adolescentes y adultos jóvenes: un ensayo controlado aleatorio simple ciego. Am J Orthod Dentofac 2014; 145: 280–6.
- 8. Eppright M, Shroff B, Best AM, et al. Influencia de los recordatorios activos sobre el cumplimiento de la higiene oral en pacientes de ortodoncia . Angle Orthod 2017; 84: 208–13.

Capítulo 1103

ESTUDIOS RADIOGRÁFICOS MÁS COMUNES DE LA PELVIS

ISABEL REGO GONZÁLEZ

1 Introducción

En el estudio de la cadera o articulación coxofemoral debe contener los siguientes elementos anatómicos:
- El extremo superior y parte de la diáfisis femoral.
- La pelvis menor.
- Proyección de ambas caderas comparadas en antero-posterior.

2 Objetivos

- Describir la radiografía de pelvis y las proyecciones más comunes en la práctica diaria.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El objetivo de una radiografía de pelvis es visualizar los elementos antes mencionados, así como diagnosticar fracturas. Para ello la pelvis se instalará sobre la mesa de examen de forma que quede simétrica. La rotación del miembros sobre su eje ha de realizarse desde la articulación coxofemoral, ya que en pacientes normales la posición del pie sirve de referencia para apreciar la relación anatómica entre el caput, el cuello femoral y el acetábulo.

Las proyecciones más comunes de pelvis son:
- Proyección anteroposterior de cadera.
Se posiciona al paciente en decúbito supino sobre la mesa horizontal con los pies juntos. El anatómico de referencia de centrado se realiza justo por debajo del caput de moral. Los criterios de calidad nos permiten evaluar la articulación coxofemoral, el fémur proximal sin acortamiento del cuello y no se visualiza el trocánter menor.

- Proyección L de cadera (en pata de rana o método de Lauenstein). Se posiciona al paciente en decúbito supino y, colocándose ligeramente de lado, con la pierna flexionada y apoyada sobre la mesa de la cadera homolateral lesionada, y con cierta abducción del muslo hasta que contacte con el plano horizontal de la mesa.

5 Discusión-Conclusión

Se emplea para valorar la totalidad de la articulación y la porción superior del fémur. Visualizándose el cuello femoral en el centro de la placa y superpuesto parcialmente al trocánter mayor.

Es importante que el técnico conozca la posición correcta para realizar dichas proyecciones para ayudar al diagnóstico de la fractura.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 1104

CRITERIOS DE CALIDAD Y ANATOMÍA RADIOLÓGICA DE LA PROYECCIÓN PA DE TÓRAX

MARIA LUISA TOCINO SANCHEZ

1 Introducción

La proyección de tórax se hace siempre que sea posible en bipedestación, se realiza en apnea después de una inspiración tan profunda como el paciente pueda, las manos se colocan en jarra, los codos se desplazan ligeramente hacia delante, de forma que conseguiremos que las escápulas queden fuera de los campos pulmonares, con el plano torácico anterior más cercano a la placa radiográfica.

2 Objetivos

- Describir como debe realizarse correctamente la radiografía de tórax.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La radiografía de tórax debe ser:
- La radiografía debe estar bien penetrada, es decir, que se debe observar toda la trama pulmonar, hasta la periferia, incluyéndose los vasos de la base izquierda por detrás del ventrículo izquierdo, la tráquea y bronquios principales y deben insinuarse los cuerpos vertebrales.
- Debe estar bien centrada, esto se comprueba si existe equidistancia entre los extremos internos de la clavícula respecto a la línea formada por las apófisis espinosas de la columna dorsal, si no aparece así se indicará que la radiografía está rotada.
- Bien colimada, para ello la placa debe incluir toda la caja torácica, desde los senos costo diafragmáticos hasta la primera costilla.
- Bien inspirada, se debe poder contar los seis arcos costales anteriores y los 10 posteriores.
- Las escápulas deben quedar fuera de los campos pulmonares.
- Comprobar que la radiografía se ha realizado en posición erecta, para ello debe observarse el aire que se encuentra en la cámara gástrica.
- Siempre que sea posible se realiza esta radiografía en posición erecta, ya que de esta manera las vísceras abdominales descienden por el efecto de la gravedad poniéndose de manifiesto una mayor extensión pulmonar.
- Los pulmones se van a mostrar mucho mejor cuando están bien aireados por lo que la radiografía se realiza en inspiración máxima, ya que en este momento, además, el diafragma se encuentra descendido y se observa una mayor expansión pulmonar.
- Se realiza con respiración contenida para evitar la borrosidad que se produciría con el movimiento de la respiración.

5 Discusión-Conclusión

Es importante que el técnico de rayos conozca las pautas a seguir para realizar una correcta radiografía de tórax.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 1105

PREVENCIÓN DE LA CARIES CON DIETA SALUDABLE

MÓNICA FONT VILLÉN

1 Introducción

La caries dental es una enfermedad dinámica en la que intervienen diversos factores y está mediada por la formación del biofilm, que causa la desmineralización de los tejidos duros del diente. Según estudios, está claramente comprobada la peligrosidad de la dieta con respecto a la aparición de la caries tanto en la dentición temporal como en la permanente. Estos estudios lo atribuyen a la sacarosa y a los hidratos de carbono fermentables. Ahora bien, a la hora de elaborar el efecto local de la dieta en el desarrollo de la caries es necesario también tener en cuenta todos los factores en la dieta de que depende, y no solo el tipo de hidrato de carbono ingerido. Con ello debemos valorar también el momento en el que se toma, la frecuencia y el modo de preparación. Muchos estudios apuntan a la frecuencia en el que se toma como el factor de mayor importancia.

2 Objetivos

- Conocer la importancia de la prevención de la aparición de la caries mediante una dieta saludable.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica

existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Con el análisis de los artículos consultados se observa que con una dieta saludable, consumiendo alimentos protectores y evitando aquellos cariogénicos podemos prevenir o por lo menos retrasar la aparición de la caries, sin olvidar que eso también depende de otros factores.

5 Discusión-Conclusión

Se puede concluir que una dieta saludable es importante en la prevención de la caries. Por tanto, el trabajo del sanitario es fundamental dentro del equipo multidisciplinar para el cuidado integral del enfermo a tratar, en especial en su alimentación, siendo importante su formación profesional para ofrecer cuidados sanitarios de calidad.

6 Bibliografía

- Reyes Hernández, DL. Manifestaciones orales de las enfermedades sistémicas. Reflexión médica y revisión bibliográfica. Acta Medica del Centro.2016.
- Bravo M, Cortés J, Casals E, Llena C, Almerich-Silla JM, Cuenca E. Basic oral Health goals for Spain 2015/2020. Int Dent J. 2009;59;78-82.
- Bagan JV. Medicina Bucal.3 º medicina oral SL. ISBN;978-84612-7381-2.2008.

Capítulo 1106

RADIOGRAFÍA SIMPLE DE ABDOMEN

CARMEN NIÑO ANTOMIL

1 Introducción

Por lo general, será suficiente la realización de una de las radiografías AP con el paciente en decúbito supino.
Pueden realizarse también proyecciones adicionales cuando existiera duda de si una calcificación abdominal se encuentra verdaderamente en el aparato urinario o, por el contrario, son debidas a calcificaciones de cartílagos costales o vesiculares.

En estos casos, la radiografías oblicuas ayudarán a conocer la localización de las calcificaciones.

Aunque la técnica radiográfica utilizada dependerá de cada paciente, hay una serie de requerimientos que son comunes a todas las radiografías simples de abdomen y de la cavidad pelviana.

Hay que lograr la máxima nitidez y contraste posible de la imagen, de modo que puedan diferenciarse entre sí los tejidos blandos que se encuentran adyacentes.

El paciente debe estar totalmente inmovilizado, con la respiración detenida, generalmente en espiración.

Siempre que sea posible se deberán emplear los protectores gonadales tanto en pacientes masculinos como en pacientes femeninos.

Debe estar bien centrada: es decir, que la columna lumbar debe estar centrada en la placa y debe haber una reproducción simétrica de la pelvis. Por último debe

estar bien penetrada: es decir, que se observen los contornos renales, se visualice el músculo psoas y se observen con nitidez el hueso sacro, la ramas del isquión y pubis y la articulación sacroilíacas.

2 Objetivos

El objetivo es explicar la realización de una radiografía de abdomen simple.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Bibliografía

- https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0014256508763902
- https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0009739X01718209

Capítulo 1107

EL SERVICIO DE RADIOLOGÍA Y LAS CONSULTAS DE ALTA RESOLUCIÓN

MARIA JOSEFA FERNÁNDEZ ROSAL

1 Introducción

Las Consultas de Alta Resolución (CAR) son utilizadas cada vez con mas frecuencia en nuestro Sistema de Salud para dar respuesta a la urgencia y/o necesidad de atender en el menor tiempo posible, a pacientes que precisan de un rápido diagnóstico de su patología. Esto tiene una única finalidad, poder ser tratados con la mayor prontitud y eficacia.

2 Objetivos

- Analizar las CAR en neumología y su funcionamiento dentro del ámbito sanitario.
- Establecer el número de radiografías torácicas diarias en el CAR a pacientes por primera vez, y a aquellos que ya presentaban otra dentro del plazo de un mes.

3 Metodología

Se realiza estudio descriptivo donde se analiza de forma retrospectiva y aleatoria, un total de 423 pacientes que han acudido a las CAR de Neumología durante el último año. Además se cruzan estos datos con el Archivo Digital de las Imágenes (PACS) del Servicio de Radiología con el fin de conocer (exponemos nuestra experiencia en las CAR de Neumología.):

Cuántos de estos pacientes de CAR han requerido la realización ese mismo día de una radiografía de tórax.
Cuántos de los pacientes a los que fue precisa una radiografía de tórax, tenían realizada otra radiografía de tórax hacía menos de un mes.

4 Resultados

- Las Consultas de Alta Resolución (CAR) tienen como objetivo reducir el tiempo de los diferentes procesos asistenciales mediante la realización de todas las pruebas complementarias necesarias en un solo acto médico. Su puesta en marcha requiere del desarrollo de un protocolo o instrucción técnica y de una adecuada gestión de las agendas de citación con el fin de evitar sobrecargas de trabajo.
- El 45 % de los pacientes que acuden a CAR de Neumología requieren la realización de una radiografía de tórax el mismo día de la consulta.
- El 30 % de estos pacientes ya tenían hecha la radiografía en un periodo inferior a un mes.

5 Discusión-Conclusión

La puesta en marcha de CAR de Neumología en un Hospital requiere ajustar las Agendas de Radiología con el fin de dejar los "huecos" necesarios en la agenda de trabajo y evitar una sobrecarga de trabajo para el técnico especialista en radiodiagnósitco (TER). El alto porcentaje de pacientes de las CAR que ya tienen radiografías previas hechas recientemente (30%) obliga a una "justificación" por el radiólogo previa a su realización.
Todo ello nos lleva a optimizar nuestro trabajo conjuntamente con las Consultas a las que van dirigidos nuestros estudios con un resultado final positivo para el paciente y consiguiendo un óptimo funcionamiento de nuestro Servicio de Radiodiagnóstico, evitando pruebas innecesarias que supondrían la exposición del paciente a la radiación.

6 Bibliografía

- Montijano Cabrera, Á. M., & Caballero Güeto, J. (2007). La consulta de acto único en cardiología. Revista Española de Cardiología, 7(Supl. C), 30-36.
- Carbonero, M. C., López, R. S., & Ramos, C. M. (2005). Mejora de la comunicación entre niveles asistenciales: derivación directa de pacientes a una consulta de alta

resolución de cirugía mayor ambulatoria. Atención primaria, 35(6), 283-287.

Capítulo 1108

VIRUS DE LA GRIPE A

INMACULADA PEREZ MONTIEL

1 Introducción

La gripe A es una infección adquirida en la comunidad causada por influenzavirus A. Es un virus de ARN de la familia Orthomyxoviridae. Cada año en España se producen epidemias debido a este agente, y según la virulencia de la cepa y otros factores de riesgo de la población, pueden ocasionar infecciones respiratorias graves.

2 Objetivos

- Conocer el agente etiológico del virus de la influenza A, transmisión del virus, cuadro clínico, prevención y diagnóstico.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El virus de la gripe A (H1N1) está compuesto por núcleo de ARN encapsulado y cubierto por una membrana de glicoproteinas y presenta en su superficie una hemaglutinina (HA) y una neuraminidasa (NA), antígenos que le confieren al virus la variabilidad antigénica.

La transmisión se produce por:
- Diseminación por gotas grandes; toser o estornudar.
- Contacto directo con secreciones o contaminación.
- Transmisión por microgotas en corrientes de aire.

La infección por este agente produce una serie de signos y síntomas; estos son: fiebre alta de 38-40ºC, dolor de garganta, dolor muscular, secreción nasal, fatiga y escalofríos.

En cuanto a la prevención se dispone de vacunas contra la gripe estacional indicadas en pacientes de riesgo y principalmente la práctica de medidas higiénicas generales como el lavado de manos y además otras como el uso de mascarilla, bata y guantes en ámbito sanitario.

Para el diagnóstico, se requiere una muestra de secreción respiratoria en un hisopo con medio de transporte o un aspirado nasofaríngeo. Se puede aislar el virus mediante cultivo, pero es un proceso lento. Sin embargo la técnica más sensible y específica es la reacción en cadena de la polimerasa (PCR), aunque esta presenta el inconveniente de tener un coste elevado. Existen otras técnicas que consisten en la detección de antígenos como las técnicas de inmunofluorescencia directa (IFD) e indirecta (IFI); y otras como la técnica rápida basada en inmunoanálisis (RADTs Rapid antigen detection test) las cuales son más rápidas y permiten instaurar un tratamiento de forma más precoz.

5 Discusión-Conclusión

Entre el año 2018-2019 se detectaron en España 2562 detecciones centinela de los cuales un 99,7% fueron gripe A. Cabe destacar la importancia de la prevención así como de un diagnóstico precoz en su caso para no desencadenar ciertas complicaciones que pueden resultar fatales.

6 Bibliografía

- http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942010000100030
- https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/capitulo_3.pdf
- http://vgripe.isciii.es/inicio.do

Capítulo 1109

TREPONEMA PALLIDUM. PATOLOGÍA Y DIAGNÓSTICO.

MARIA LUISA CUELLO ANTUÑA

RAQUEL GARCÍA PANDIELLA

1 Introducción

Treponema pallidum es una espiroqueta compuesta por entre 8 y 20 espiras enrolladas, lo que le da un movimiento con patrón en espiral (similar a un sacacorchos). Su aparato locomotor interno está compuesto normalmente por tres fibrillas. Presenta extremos afilados. Son bacterias microaerófilas, son muy delgadas por lo que no se pueden ver en preparaciones en fresco con el microscopio óptico de luz transmitida, pero sí con microscopia de campo oscuro o contraste de fases. No se tiñen con la tinción de gram, especialmente las especies patógenas.

Las especies patógenas no crecen en cultivos celulares artificiales. Son parásitos obligados, su reservorio es humano, son muy sensibles a las condiciones ambientales, fuera del organismo mueren rápidamente por desecación, por lo que la transmisión de la enfermedad sólo se produce por contacto directo. El Treponema pallidum es el agente causal de la sífilis, enfermedad infecciosa de transmisión sexual y declaración obligatoria, y responsable también de la sífilis endémica de transmisión no sexual. Teniendo en cuenta las consecuencias que ocasiona la enfermedad podemos distinguir:

1. Sífilis precoz.

De menos de tres años de evolución, es muy contagiosa por el alto número de Treponemas en las lesiones. Se contagia vía sexual y transplacentaria. Dentro de la sífilis precoz podemos destacar:

- Sífilis primaria: el periodo de incubación tras el contagio va entre 2 y 12 semanas, en este periodo existe una bacteriemia demostrable. Las lesiones clínicas del periodo primario son el chancro sifilítico o chancro duro y la adenopatía regional. El chancro duro es una lesión generalmente única que se desarrolla en la zona de inoculación ocasionando una pápula que forma una úlcera indolora, con exudado seroso en cuyo fondo hay gran cantidad de espiroquetas que se pueden diseminar a los ganglios linfáticos y a la sangre. Esta lesión se asienta generalmente en la mucosa genital: labios, vagina y cérvix en la mujer, y pene del hombre (prepucio, surco balanoprepucial). Pueden existir también chancros extragenitales en cavidad oral, ano o dedos, entre otros. En ocasiones el chancro puede pasar inadvertido (por ejemplo en el cérvix). En este caso la enfermedad seguirá su curso sin diagnosticar. Las adenopatías suelen ser inguinales, bilaterales e inmaduras y sin supuración, excepto que exista sobreinfección bacteriana. En esta etapa, el diagnóstico de la enfermedad es demostrar la presencia de T. pallidum en el exudado del chancro o adenopatía. La serología se hace positiva hacia los 10-15 días del inicio de las lesiones primarias.
- Sífilis secundaria: los signos clínicos de esta fase se manifiestan entre las 2 o 10 semanas de aparición de chancro, son de afectación general ya que la enfermedad se está diseminando. Las manifestaciones clínicas incluyen fiebre, postración, mialgias, anorexia y erupciones cutáneo-mucosas. En primer lugar aparece un síndrome pseudogripal y linfoadenopatías seguido de lesiones cutáneas. La erupción es variable: exantema cutáneo, erosiones mucosas, condilomas planos verrugosos localizados sobre todo en zonas húmedas. Durante este estadio secundario, las lesiones pueden remitir hacia la curación, permanecer la enfermedad latente o desarrollar manifestaciones terciarias en varios meses o años más tarde. El diagnóstico en esta etapa puede establecerse por demostración de los treponemas en las muestras de las lesiones y por la serología que siempre es positiva.

2. Sífilis terciaria o tardía: aparecen unas lesiones granulomatosas llamadas gomas, que provocan la destrucción de cualquier tejido. Puede afectar a la piel, mucosa nasofaríngea, meninges y sistema nervioso central pudiendo provocar en el individuo demencia gradual, caquexia y muerte.

3. Sífilis congénita.

Esta enfermedad se desarrolla tras el paso transplacentario de T. pallidum de una madre infectada en un estadio infectivo al feto. Provoca abortos, malformaciones,

erupción maculopapular diseminada y lesiones óseas.

2 Objetivos

- Describir la serología de la sífilis.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente sobre el Treponema pallidum, diagnóstico, formas de contagio y consecuencias de la enfermedad, a través de las bases de datos de Pubmed, Scielo y Medline.

4 Resultados

La serología de la sífilis usa diferentes métodos que ponen de manifiesto distintos antígenos presentes en el microorganismo, su estructura es muy compleja. Se conocen cuatro grupos antigénicos en los Treponema:
- Cardiolipina o hapteno lipídico de Wasserman, es una molécula lipídica que se encuentra en la membrana bacteriana. Implica la producción de anticuerpos ligados a IgM, IgG e IgA.
- Antígeno proteico específico de grupo. Se encuentra en las fibrillas del aparato locomotor interno.
- Antígenos proteicos específicos de los Treponema patógenos, con fenómenos de hipersensibilidad retardada en el curso de la enfermedad.
- Antígenos polisacáridos, son específicos de Treponema patógenos.

El diagnóstico microbiológico puede ser directo cuando se refiere a la observación del microorganismo, lo que puede dar lugar a falsos negativos, o indirecto, también denominado serológico. Éste último consiste en detectar los anticuerpos, posible excepto en el chancro primario, se subdivide a su vez en dos métodos: treponémicos y no treponémicos.

Los métodos no treponémicos (reargininas) utilizan un antígeno, la cardiolipina. No son específicos de la sífilis se usan como método de cribaje (screening) y para el seguimiento postratamiento. Destacan la RPR o prueba de aglutinación en porta (cualitativa y semicuantitativa) y el VDRL, buen indicador de fase aguda

y muy útil en el seguimiento del tratamiento, ambas son reacciones de floculación/aglutinación. Las reargininas son altamente sensibles para seguimiento y eficacia de tratamientos, pero poco específicas, pudiendo darse falsos negativos en función de la etapa de la enfermedad en la que se realice la prueba y a que no siempre se generan anticuerpos. También pueden darse falsos positivos en individuos con cuadros patológicos diversos como cuadros infecciosos, hepatitis, cáncer o diabetes. Las pruebas no treponémicas se informan de forma cualitativa. Si estas pruebas dan positivo se confirmarán con pruebas treponémicas.
Los métodos treponémicos utilizan antígenos de la cepa del Treponema, por lo que son mucho más específicos, empleándose como métodos de confirmación. Destacan FTA-ABS (anticuerpos treponémicos fluorescentes con suero absorbido) y el TPHA (microhemaglutinación). Estas pruebas tienen un bajo índice de falsos positivos y de falsos negativos porque buscan anticuerpos, sin embargo no son útiles para el seguimiento de tratamientos ya que suelen permanecer positivos en el 85% de pacientes tratados y curados. La prueba de microhemaglutinación (TPHA) se considera positiva si el título es mayor o igual a 1/160 y se confirma por FTA-ABS. El valor 1/80 se considera como reacción límite. La prueba FTA-ABS se informa como positivo, negativo o reacción límite.

5 Discusión-Conclusión

La sífilis tiene una distribución universal, siendo la tercera enfermedad bacteriana de transmisión sexual y la más importante de todas las ETS por su clínica puede pasar desapercibida implicando un mayor número de contagios, y por sus consecuencias en la etapa terciaria. La sífilis se transmite casi exclusivamente por vía sexual, por contacto directo entre mucosas (oral, genital y anal). La prevención se basa en el uso de profilácticos.

El diagnóstico durante la etapa primaria es primordial para comenzar el tratamiento antibiótico, evitar contagios y los daños que la enfermedad ocasiona en el individuo infectado. El tratamiento con penicilina es altamente efectivo para eliminar la espiroqueta, siendo necesario un tratamiento precoz para evitar secuelas. En la etapa terciaria la penicilina debe estar en forma g-sódica para que se difunda por el líquido cefalorraquídeo, que es donde se localiza el patógeno en ese momento.

Se realiza como screening a las mujeres embarazadas las pruebas de la sífilis para poder tratar a la madre de forma adecuada y prevenir la enfermedad en el niño en caso de ser positivo. La profilaxis en esta enfermedad es muy difícil debido:

- Escasa educación sobre sexualidad y enfermedades de transmisión sexual.
- Síntomas débiles al comienzo de la enfermedad a la vez que una infectividad muy alta en estos períodos precoces.
- Consideración social peyorativa de la enfermedad.
- No existen vacunas.
- En el caso de un valor positivo de la pruebas se debe estudiar los contactos sexuales del paciente, algo que puede resultar difícil.

6 Bibliografía

- Rafael Rotger Anglada."Microbiología sanitaria y clínica".Madrid. Editorial Sintesis. 1997
- Jose Angel Garcia Rodriguez. Juan J. Picazo. "Microbiología médica". Madrid. Editoral Mosby-Doyma libros. Volumen I: microbiología médica general.
- Thomas de Brock y Michael T. Madigan. "Microbiología". 6ª edición. Mexico. Editorial Prentice Hall.
- A. Pumarola. A. Rodriguez-Torres. J.A. Garcia Rodriguez y G. Piédrola Angulo. " Microbiología y parasitologia médica" Barcelona. Editorial salvat.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL. Guidelines for evaluation and acceptance of new syphyilis serology test for routine use. Morbid Mortal Week Report, 1977.
- MULLER F, LINDENSCHMIDT EG. Demonstration of specific 19S(IgM) antibodies in untreated and treated syphylis. Comparative studies of the 19S(IgM) FTA test, the 19S(IgM) TPHA test, and the solid phase haemadsorption assay. Br J Vener Dis 1982; 58: 12-17.
- LARSEN SA, PETIT DE, PERRYMAN MW, HAMBIE EA, MULLALLY R, WHITTINGTON W. EDTA-treated plasma in the rpr card test and the toluidine red unheated serum test for serodiagnosis of syphylis. J Clin Microbiol 1983; 17: 341-345. LUGER A, SMIDT BL, STEYRER K, WIDER G. Screening for syphilis with the AMHA-TP test. Eur J Sex Trans Dis 1982; 1:25-27.

Capítulo 1110

SCREENING DE MAMA; PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER DE MAMA

ANA ISABEL MENENDEZ MENENDEZ

JORGE ALVAREZ RODRIGUEZ

1 Introducción

El screening de mama es un programa mediante el cual, por medio de mamografías, una caudal y otra craneocaudal de cada mama. Valoramos la importancia de la detección precoz del cáncer.

2 Objetivos

- Conocer la opinión del screening del cáncer de mama a través de una encuesta.

3 Metodología

Realizamos una encuesta entre las 15 pacientes citadas el día 17 de enero de 2019, en el Hospital Carmen y Severo Ochoa. La encuesta consistía en recoger datos como edad, antecedentes familiares de cáncer de mama, opinión del programa de screening. La forma de obtener la muestra para nuestro estudio ha sido aleatoria, se han ido seleccionando conforme han llegado a la consulta. Para saber los porcentajes usaremos una regla de tres simple, puesto que será la forma mas rápida.

4 Resultados

De las 15 pacientes citadas, se presentan 14. La persona que no asiste sería su segunda cita, aunque tampoco ha asistido a la primera. El programa se realiza entre mujeres de entre 50 y 70 años, siendo la media de edad de este día 57 años. De las 14 que acuden, para 2 es su primera cita (14.285%), 3 su segunda cita (21.43%), y para el resto, ya es más de su tercera participación en el programa (64.285).

Un 92.86% de las pacientes no tienen ningún antecedente en la familia, coincide que solo el 7.14%, es decir, una paciente dice que la hermana de su padre falleció de ello. La mayoría de las pacientes acuden a la cita nerviosas, inseguras, con miedo al resultado, desahogándose con el técnico encargado del programa. Confiesan que el tiempo que tarda en llegar el resultado están impacientes. Solo una, coincidiendo con la de más avanzada edad, llega a la consulta tranquila. Todas ellas están de acuerdo y satisfechas con participar en el programa.

5 Discusión-Conclusión

Llegamos a la conclusión de que el programa está siendo relevante entre las mujeres, siendo muy importante para ellas. Las pacientes que no acuden a la cita, se cree que es por falta de información, ya que las que acuden confiesan que la primera vez que les llego la cita dudaron de si presentarse o no, sin embargo, ahora no dudan en hacerse las mamografías. Es muy satisfactorio conocer más sobre este tema tabú como es el cáncer, que cada día desgraciadamente está más presente en la vida de los individuos. Siendo este tumor el que más afecta a las mujeres, aunque también existe un porcentaje pequeño que afecta a los hombres.

6 Bibliografía

- Pubmed.
- Scielo.

Capítulo 1111

EFECTIVIDAD DE LAS INTERVENCIONES DE TERAPIA OCUPACIONAL PARA APOYAR INDIRECTAMENTE LA INGESTA DE ALIMENTOS Y BEBIDAS EN PERSONAS CON DEMENCIA

BEATRIZ RAMOS LORENZO

1 Introducción

La demencia se está convirtiendo en uno de los desafíos más apremiantes para el cuidado de las personas mayores y el principal contribuyente a la discapacidad y la dependencia. La mitad de las personas mayores que necesitan cuidado personal tienen demencia, llegando al 80% de los que viven en hogares de ancianos [1]. Los riesgos y la prevalencia de la desnutrición y la deshidratación son altos en las personas mayores, pero aún mayores en las personas mayores con demencia [2].

Las intervenciones para ayudar a las personas mayores a comer y beber varían: cambiar el color de un plato, aumentar el ejercicio, alterar el entorno o cambiar el conocimiento o las actitudes, [4] y la gama completa de intervenciones puede ser útil para las personas con demencia. Algunas intervenciones alteran la comida / bebida directamente (a través de suplementos de nutrición oral, modificación de alimentos, manejo de la disfagia, asistencia alimentaria y / o apoyo al elemento

social de comer y beber) y algunas tienen como objetivo afectar la ingesta de alimentos o bebidas o experimentar indirectamente (alterando el ambiente del comedor o servicio de alimentos, educación o capacitación para personas con demencia o sus cuidadores, intervenciones conductuales, programas de ejercicios y combinaciones de estas, intervenciones de múltiples componentes) [3].

Una encuesta internacional con el objetivo de establecer prioridades de investigación en hogares de ancianos encontró que tanto el cuidado de la demencia como la nutrición son áreas cruciales de exploración [5]. Este documento de revisión sistemática informa sobre intervenciones indirectas, y su informe asociado evaluó las intervenciones directas [6]. Juntos, proporcionan la evidencia de investigación subyacente al revisar sistemáticamente la investigación existente sobre todas las intervenciones destinadas a mejorar, mantener o facilitar la ingesta de alimentos o bebidas (directa o indirectamente) en adultos con demencia de cualquier etapa y en cualquier entorno.

2 Objetivos

Evaluar la efectividad de las intervenciones destinadas a mejorar, mantener o facilitar la ingesta de alimentos o líquidos por vía oral, a través del servicio de alimentos o la modificación del entorno gastronómico, educación, ejercicio o intervenciones conductuales en personas con deterioro cognitivo o demencia (en todos los entornos, niveles de atención y apoyo, tipos y grados de demencia).

3 Metodología

Se realizó una búsqueda manual limitada a artículos en español e inglés publicados entre 2009 y 2019 en las bases de datos Medline y PubMed. Los términos de búsqueda utilizados para identificar los artículos relevantes para el tema incluyeron los descriptores: ”Efectividad”, “ingesta”, “alimentos”, “bebidas” y “demencia”.

Se resumieron los resultados de los estudios seleccionados, y luego se realizaron comparaciones para proporcionar un retrato claro del estado actual y la importancia de la ingesta de alimentos o líquidos por vía oral, a través del servicio de alimentos en personas con deterioro cognitivo o demencia.

4 Resultados

Se evaluó la efectividad de 56 intervenciones indirectas que incluyen: intervenciones ambientales, educativas, conductuales, de ejercicio y multicomponentes con el objetivo de mejorar, mantener o facilitar la ingesta de alimentos o líquidos por vía oral en adultos con demencia de cualquier tipo o etapa y en cualquier entorno. Si bien casi todos los estudios incluidos se realizaron en instituciones, variaron enormemente en el tipo, la intensidad y la duración de las intervenciones, así como los resultados registrados. En general, la validez del estudio fue baja: solo 19 (34%) de las intervenciones se evaluaron en ECA, de estos, cinco intervenciones tenían un bajo riesgo de sesgo de selección, ninguna tenía claramente un bajo riesgo de sesgo de rendimiento y 13 tenían un bajo riesgo de detección parcialidad. Consideramos que dos intervenciones son de bajo riesgo de sesgo en general, [7] ambos investigaron intervenciones de ejercicio. Este alto riesgo de sesgo junto con un pequeño número de participantes incluidos que evalúan muchas intervenciones significa que ninguna intervención puede descartarse claramente o descartarse como efectiva. Es posible que veamos tamaños de efectos exagerados donde vemos efectos significativos, pero las intervenciones importantes y efectivas pueden tener poca potencia (y de muy corta duración) para proporcionar tamaños de efectos estadísticamente significativos, por lo que podemos estar perdiendo intervenciones importantes. Es probable que no sea solo lo que las personas comen y beben lo que es importante para su bienestar nutricional, compromiso y calidad de vida, sino también cómo y dónde comen y beben, la atmósfera, el apoyo físico y social ofrecido, la comprensión de lo formal y cuidadores informales, apoyo para usar el baño, , [8]. Sin embargo, las intervenciones prometedoras, que justifican una reevaluación temprana en ECA de alta calidad y bien potenciados.

5 Discusión-Conclusión

La desnutrición está asociada con una mala calidad de vida y los problemas de desnutrición, deshidratación, mala alimentación y consumo de alcohol son comunes en personas con deterioro cognitivo, por lo que entender cómo ayudar a seguir comiendo y bebiendo bien es muy importante para apoyar la salud y la calidad de vida de las personas con demencia. Sin embargo, encontramos que los estudios eran pequeños y no hubo intervenciones claramente efectivas, o claramente ineficaces. Las intervenciones prometedoras incluyeron: comer comidas con cuidadores, comidas de estilo familiar, música relajante a la hora de la co-

mida, refrigerios constantemente accesibles y horarios de comida más largos, educación y apoyo para cuidadores formales e informales, recuperación espaciada y actividades Montessori, clubes de desayuno facilitados, ejercicio multisensorial y Intervenciones multicomponentes.

6 Bibliografía

1) Alzheimer's Disease International: World Alzheimer Report 2013: Un análisis de la atención a largo plazo para la demencia.
2) Meijers JM, Schols JM, Halfens RJ. Desnutrición en residentes de hogares de ancianos con demencia. J Nutr Health Envejecimiento. 2014; 18: 595–600
3) Jesus P, Desport JC, Massoulard A, Villemonteix C, Baptiste A, Gindre-Poulvelarie L, et al. Evaluación nutricional y seguimiento de residentes con y sin demencia en hogares de ancianos en la región de Lemosín en Francia: una iniciativa de red de salud. J Nutr Health Envejecimiento. 2012; 16: 504–8.
4) Keller H, Beck AM, Namasivayam A. Mejora de la ingesta de alimentos y líquidos para adultos mayores que viven en cuidados a largo plazo: una agenda de investigación. J Am Med Dir Asoc. 2015; 16: 93–100.
5) Morley JE, Caplan G, Cesari M, Dong B, Flaherty JH, Grossberg GT, et al. Encuesta internacional de prioridades de investigación en hogares de ancianos. J Am Med Dir Asoc. 2014; 15: 309–12.
6) Abdelhamid A, Bunn DK, Copley M, Cowap V, Dickinson A, Gray L, et al. Efectividad de las intervenciones para apoyar directamente la ingesta de alimentos y bebidas en personas con demencia: revisión sistemática y metanálisis. BMC Geriatr. 2016; 16:26.
7) Carlsson M, Littbrand H, Gustafson Y, Lundin-Olsson L, Lindelof N, Rosendahl E, et al. Efectos del ejercicio de alta intensidad y el suplemento de proteínas sobre la masa muscular en personas mayores dependientes de ADL con y sin desnutrición: un ensayo controlado aleatorio. J Nutr Health Envejecimiento. 2011; 15: 554–60.
8) Amella EJ. Problemas de alimentación e hidratación para adultos mayores con demencia. Enfermera Clin N Am. 2009; 39: 607–23.

Capítulo 1112

BENEFICIOS PSICOSOCIALES DE LAS INTERVENCIONES CULINARIAS EN EL CAMPO DE LA TERAPIA OCUPACIONAL

BEATRIZ RAMOS LORENZO

1 Introducción

Según la hipótesis de la cocina, aprender a cocinar probablemente evolucionó como un mecanismo de supervivencia; los individuos aprendieron que cocinar aumenta la digestibilidad de los alimentos y reduce las bacterias dañinas, mejorando en última instancia la supervivencia y la aptitud nutricional para una población (Carmody y Wrangham, 2009). La evidencia antropológica sugiere que la cocina influyó no solo en la biología sino también en las relaciones sociales y un sentido de comunidad en los primeros humanos en que la cocina contribuyó y fortaleció los lazos de pareja hombre-mujer. Hoy en día, las personas cocinan en casa con menos frecuencia, principalmente porque no tienen el tiempo necesario para cocinar (Smith, Ng y Popkin, 2013), y no es necesario cocinar en casa para que una persona acceda a alimentos nutritivos y fácilmente digeribles. Sin embargo, las personas siguen ansiosas por aprender sobre la cocina y buscar instrucción en la televisión, revistas, Internet y clases de cocina. Los programas de televisión de cocina son populares, y hoy son uno de los métodos principales que las personas aprenden a cocinar (Wolfson, Bliech, Clegg Smith y Frattaroli, 2016). El contenido de estos programas no es completamente nutricional, lo que sugiere que puede haber características de la cocina más allá de la nutrición, estimulando a las personas a aprender a cocinar.

Particularmente en los campos de la terapia ocupacional y de rehabilitación, la investigación sobre las intervenciones culinarias se ha centrado en la cocina como una herramienta para la evaluación y el desarrollo cognitivo y físico. La cocina se utiliza porque es una tarea familiar de la vida diaria, utiliza el compromiso físico e implica la utilización de funciones ejecutivas (Godbout, Grenier, Braun y Gagnon, 2005). Las tareas de cocina se han utilizado para evaluar las habilidades motoras en poblaciones clínicas, incluidas aquellas con enfermedad pulmonar obstructiva crónica, derrames cerebrales, enfermedades cardiovasculares y en los ancianos frágiles. La evaluación de la capacidad de realizar tareas de cocina también se utiliza para evaluar la planificación de la función ejecutiva en individuos con lesión cerebral traumática, abuso de sustancias derrames cerebrales y en los ancianos (Provencher et al., 2013)

2 Objetivos

Las intervenciones de cocina se utilizan en entornos terapéuticos y de rehabilitación; sin embargo, se sabe poco sobre la influencia de estas intervenciones en los resultados psicosociales. Esta revisión sistemática examina la evidencia de la investigación con respecto a la influencia de las intervenciones culinarias en los resultados psicosociales.

El propósito de esta revisión es evaluar el estado de la literatura de investigación actual con respecto a la influencia de las intervenciones culinarias en los resultados de salud psicosocial y ofrecer recomendaciones para futuras investigaciones y prácticas.

3 Metodología

Una revisión sistemática de la literatura examinó la investigación revisada por pares utilizando Embase y PubMed, con los siguientes términos de búsqueda: cocina, culinaria, horneado, preparación de alimentos, cocina, terapia ocupacional, salud mental, estado de ánimo, psicosocial, afecto, confianza, autoconfianza, autoestima, socialización y rehabilitación. Los criterios de inclusión fueron los siguientes: adultos, español e inglés, influencia de las intervenciones culinarias en los resultados psicosociales.

4 Resultados

La búsqueda arrojó 127 artículos; y 9 finalmente cumplieron con los criterios de inclusión y fueron revisados. En general, la calidad de la investigación fue débil debido a la no aleatorización, las herramientas de investigación no validadas y los tamaños de muestra pequeños. Sin embargo, las intervenciones de cocina para pacientes hospitalizados y comunitarios produjeron influencias positivas en la socialización, la autoestima, la calidad de vida y el afecto.

Las intervenciones de cocina basadas en la evidencia se han utilizado para mejorar el estado nutricional, los resultados relacionados con el peso y las habilidades de cocina, a menudo en poblaciones de bajos ingresos y / o minoritarias y en poblaciones específicas de pacientes como diabetes tipo 2, enfermedades cardiovasculares y cáncer (Aycinena et al., 2017). Una revisión de 28 estudios de investigación encontró que las intervenciones de cocina condujeron a cambios favorables en el estado de salud y la ingesta dietética de grasa, fibra y sodio, y estas intervenciones arrojaron cambios positivos en la autoeficacia de la cocina, así como actitudes y comportamientos hacia la cocina (Reicks et al. ., 2014) Del mismo modo, los grupos de cocina se han utilizado para mejorar los comportamientos alimentarios y la autoeficacia de la cocina en poblaciones específicas de pacientes. Los grupos de cocina guiada también se han utilizado en pacientes con trastornos alimentarios, como la anorexia nerviosa, para mejorar la motivación relacionada con la cocina y la capacidad de preparar y comer comidas saludables (Lock, Williams, Bamford y Lacey, 2012).

5 Discusión-Conclusión

Encontrar beneficios para cocinar que se extiendan más allá de lo nutricional puede ser útil para aumentar la motivación y la frecuencia de la cocina. Esta revisión sugiere que las intervenciones culinarias pueden influir positivamente en los resultados psicosociales, aunque esta evidencia es preliminar y limitada. Se necesitan más investigaciones cuantitativas rigurosas y cualitativas para identificar los mecanismos por los cuales las intervenciones de cocina pueden mejorar los resultados psicosociales.

Particularmente en los campos de la terapia ocupacional y de rehabilitación, la investigación sobre las intervenciones culinarias se ha centrado en la cocina como una herramienta para la evaluación y el desarrollo cognitivo y físico. La cocina se utiliza porque es una tarea familiar de la vida diaria, utiliza el compromiso

físico e implica la utilización de funciones ejecutivas (Godbout, Grenier, Braun y Gagnon, 2005). Las tareas de cocina se han utilizado para evaluar las habilidades motoras en poblaciones clínicas, incluidas aquellas con enfermedad pulmonar obstructiva crónica, derrames cerebrales, menfermedades cardiovasculares, y en los ancianos frágiles (Provencher, Demers, Gelinas y Giroux, 2013). La evaluación de la capacidad de realizar tareas de cocina también se utiliza para evaluar la planificación de la función ejecutiva en individuos con lesión cerebral traumática, abuso de sustancias, derrames cerebrales y en los ancianos (Poncet et al., 2015).

6 Bibliografía

1. Aycinena A, Jennings K, Gaffney A, Koch P, Contento I, Gonzalez M, … Greenlee H. Development of a culturally-based nutrition education curriculum for Hispanic breast cancer survivors using a theory-driven procedural model. Health Education & Behavior. 2017;44:13–22.
2. Carmody RN, Wrangham RW. The energetic significance of cooking. Journal of Human Evolution. 2009;57:379–391.
3. Godbout L, Grenier MC, Braun CM, Gagnon S. Cognitive structure of executive deficits in patients with frontal lesions performing activities of daily living. Brain Injury. 2005;19:337–348.
4. Lock L, Williams H, Bamford B, Lacey JH. El grupo de preparación de comidas del servicio de trastornos de la alimentación de St George para pacientes hospitalizados y pacientes de día que buscan una recuperación completa: un estudio piloto. European Food Disorders Review. 2012; 20 : 218–224.
5. Poncet F, Swaine B, Taillefer C, Lamoureux J, Pradat-Diehl P, Chevignard M. Reliability of the cooking task in adults with acquired brain injury. Neuropsychological Rehabilitation. 2015;25:298–317.
6. Provencher V, Demers L, Gelinas I, Giroux F. Cooking task assessment in frail older adults: Who performed better at home and in the clinic? Scandinavian Journal of Occupational Therapy. 2013;20:374–383.
7. Reicks M, Trofholz AC, Stang JS, Laska MN. Impact of cooking and home food preparation interventions among adults: Outcomes and implications for future programs. Journal of Nutrition Education and Behavior. 2014;46:259–276.
8. Smith LP, Ng SW, Popkin BM. Trends in US home food preparation and consumption: Analysis of national nutrition surveys and time use studies from 1965–1966 to 2007–2008. Nutrition Journal. 2013;12:45.
9. Wolfson JA, Bliech SN, Clegg Smith K, Frattaroli S. ¿Qué significa cocinar para ti? Percepciones de cocina y factores relacionados con el comportamiento de

cocina. Apetito. 2016; 97 : 146-154.

Capítulo 1113

HEMOGLOBINA GLICADA

ANA ISABEL MENENDEZ DE LA CERA

1 Introducción

La diabetes es una enfermedad crónica que se produce por una mala síntesis de la hormona insulina por parte del páncreas. Como consecuencia directa, los pacientes afectados de ésta patología, tienen en sangre niveles de glucosa elevados (hiperglucemia). Se pueden diferenciar distintos tipos como la diabetes mellitus tipo I, tipo II o la diabetes gestacional.

Para el seguimiento de éstos pacientes ya diagnosticados con anterioridad; los especialistas facultativos de Atención Primaria solicitan de forma rutinaria al laboratorio de análisis clínicos la cuantificación de la Hemoglobina glicada o también conocida como HbA1„ de forma que el resultado obtenido les servirá para la posterior evaluación de la enfermedad

A continuación nos disponemos a desarrollar los aspectos básicos y metodológicos de las técnicas utilizadas por parte del laboratorio.

2 Objetivos

Los principales objetivos de éste trabajo son conocer y desarrollar las técnicas más relevantes de la HbA1c y los métodos más usados para su cuantificación; así como la correcta manipulación de la muestra para su posterior análisis e interpretación de resultados por parte de los facultativos de atención primaria.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda de los aspectos más relevantes en diferentes bases de datos como SciELO, MetLine, SciencieDirect o Cuiden Plus que me han servido de gran ayuda para poder realizar correctamente el trabajo final.

Además de utilizar procedimientos específicos y concisos de revistas médicas nacionales como Ciber Revista,también se ha echado mano de manuales técnicos de casas comerciales como ADAMS A1c;en ambos casos tratados de manera estrictamente respetuosa.

Los descriptores más usados han sido DeSC "hemoglobina glicada" o "diabetes" limitando la búsqueda a publicaciones y documentos pdf en español e inglés de las últimas décadas.

4 Resultados

Para el análisis de la hemoglobina glicada el laboratorio de bioquímica precisa de una muestra de sangre del paciente, obtenida por venopunción en un tubo de EDTA. Para la cual no es necesario el ayuno. Tras su correcta identificación por parte de la DUE encargada de la extracción,llega al laboratorio donde se conducirá a su procesamiento. La muestra por lo general es estable durante un periodo de una semana conservada a 4ºC.

En la actualidad la cromatografía de alta eficacia de intercambio catiónico (HPLC o high performance liquid chromatography) es considerada como el método de referencia y el mas usado por todos los hospitales de nuestra geografía. Se basa en la separación de las especies de hemoglobina según sus diferentes cargas, que eluyen de las micro columnas en distintos tiempos mediante la aplicación de buffers que incrementan la fuerza iónica. Generalmente éstos aparatos utilizan un hemolizante para eliminar las interferencias por leucocitos y tres eluyentes diferentes: A,B y C como reactivos; y son capaces de analizar entre 100-150 tubos/hora. La concentración de cada fracción de Hb es medida por un espectrofotómetro. No está de mas mencionar que para emitir un resultado fiable por parte del laboratorio en cuestión son necesarios realizar las calibraciones oportunas y procesamiento de controles de calidad internos antes de comenzar cada día la puesta en marcha del aparato; de tal manera que garantizaremos unos resultados exactos y completamente fiables.

El proceso de formación de la HbA1c estable depende de la vida media de los

hematíes, que es de aproximadamente 100 a 120 días,por lo cuál, la concentración de HbA1c determinada refleja el nivel promedio de glucemia en los 2-3 meses previos al análisis, donde los niveles de glucosa más recientes influyen primordialmente en el resultado final de ésta.

Cada laboratorio clínico debe establecer su propio intervalo de referencia según la técnica utilizada, pero se podría decir que los valores normales oscilan entre 4.5-6.5% ; también vamos a informar de la fracción de Hb fetal donde los valores normales se enmarcan entre un 0.0-1%.

Un paciente diabético debe someterse a una prueba de HbA1c por lo menos dos veces al año, para un adecuado control y seguimiento de la patología.

A día de hoy para facilitar las cosas, los centros más modernizados y avanzados disponen de aparatos que con una muestra de sangre capilar permiten conocer el valor de la hemoglobina glicada.

5 Discusión-Conclusión

El resultado del análisis de la HbA1c proporciona la médico solicitante una idea de la cantidad de glucosa en sangre del paciente en los últimos 2-3 meses, lo que ayudará a regular la medicación en caso de ser necesario o saber si existe un correcto control de la enfermedad. En definitiva la medición de la hemoglobina glicada sigue siendo en la actualidad el mejor marcador disponible para la monitorización y el control glicémico a largo plazo.

La solicitud de dicha prueba está indicada principalmente por el médico de Atención Primaria o en su defecto el de especializada, y el laboratorio de bioquímica clínica receptor de la muestra, la procesará según sus protocolos establecidos y normalizados para la posterior impresión de los resultados obtenidos.

6 Bibliografía

1.American Diabetes Association. Provider notes 2000;1:1-4
2.Sicard DA, Taylor JR Comparasion of pont-of-care HbA1c test versus standardized laboratory testing. The Anna of phararmacotherapy 2005;39:1024-1028
3.http:/globin.cse.psu.edu/globin/hbvar
4. International Diabetes Federation. Diabetes Atlas, 7th ed. Belgium: IDF; 2015. ISBN: 978-2-930229-81-2

5. Abebe SM, Berhane Y, Worku A. Barriers to diabetes medication adherence in North West Ethiopia. Springerplus. 2014;3:195. doi: 10.1186/2193-1801-3-195
6. Soriguer F, Goday A, Bosch-Comas A, Bordiú E, Calle Pascual A, Carmena R et al. Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose regulation in Spain: The Di@bet.es Study. Diabetologia. 2012;55:88-93.
7. Menéndez E, Delgado E, Fernández Vega F, Prieto MA, Bordiú E, Calle A, et al. Prevalencia, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial en España. Resultados del estudio Di@bet.es. Rev Española Cardiol [Internet]. 2016 [citado 29 de marzo de 2017];69(6):572-8.

Capítulo 1114

HISTEROSALPINGOGRAFIA

ANA ISABEL MENENDEZ MENENDEZ

JORGE ALVAREZ RODRIGUEZ

1 Introducción

La histerosalpingografía es una prueba radiológica en la que se usa un contraste yodado para observar el útero (matriz) y las trompas de Falopio.

2 Objetivos

El objetivo que nos ponemos es saber que es, como se realiza, para que sirve.

3 Metodología

Hablamos con 3 pacientes que la han realizado para saber sus opiniones, y resultados. Así como procedemos también a buscar información y aplicar nuestros conocimientos sobre el tema.

4 Resultados

Esta prueba se realiza en una sala de rayos x, donde el material con el que se realiza debe ser estéril. El paciente estará tumbado en una mesa de radiología donde colocará los pies en unos estribos, como durante un examen pélvico. Se realizará una radiografía simple de pelvis antes de comenzar con la prueba. La paciente

debe estar tumbada encima de un paño estéril. Se procederá a desinfectar el periné. Una vez desinfectado se le introducirá un instrumento llamado espéculo en la vagina, para visualizar el cuello uterino. Después de limpiar el cuello uterino, se introduce una sonda delgada, por medio de la cual se le introducirá el contraste. El contraste fluye a través de esta sonda, llenando el útero y las trompas de Falopio. Se toman radiografías. El medio de contraste hace que estas zonas sean más fáciles de ver en las radiografías. Una vez finalizado el examen se retirará la sonda y el especulo.

Con las pacientes que hemos hablado han coincidido que no es una prueba dolorosa, aunque si molesta. Nos comentan dos de ellas que poco después de realizar dicha prueba ha conseguido quedarse embarazada. La tercera paciente tenia una trompa obstruida y gracias a esta prueba lo ha sabido y ha podido poner solución y quedarse embarazada.

5 Discusión-Conclusión

Es una prueba, que, aunque la radiación es mas elevada que en otras pruebas, tiene sus beneficios puesto que las pacientes al realizarla y saber que no tienen obstrucción en las trompas y que todo esta bien se quedan tranquilas. Gracias a nuestros conocimientos sobre la materia y la búsqueda de información hemos conseguido nuestros objetivos.

6 Bibliografía

- U.S. National Library of Medicine 8600 Rockville Pike, Bethesda, MD 20894 U.S. Department of Health and Human Services National Institutes of Health Página actualizada 06 enero 2020
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 1115

CÁNCER DE MAMA. PROGRAMA DE DETENCIÓN PRECOZ: SCREENING.

LLARA LOBO BARRO

MARIA DEL MAR BARRO RIVERA

1 Introducción

El cáncer de mama es un problema de Salud Pública a nivel mundial. Es un tipo de cáncer que se forma en las células de las mamas, éstas crecen sin control formando un tumor que a menudo se puede palpar como una masa o bulto con la mano en las exploraciones rutinarias mensuales que cada mujer debe realizarse y que se observa en una radiografía o ecografía. Es importante saber que la mayoría de los bultos en los senos son benignos. Los tumores no cancerosos de los senos (benignos) son crecimientos anormales, pero no se propagan fuera de los senos. Estos tumores no representan un peligro para la vida, aunque algunos tipos de bultos benignos pueden aumentar el riesgo de una mujer de padecer cáncer de seno. Cualquier bulto o cambio en el seno debe ser examinado por un profesional de atención médica para saber si es benigno o maligno (cáncer), y si podría afectar en un futuro de padecer cáncer, un bulto nuevo en la mama o la axila (debajo del brazo), aumento del grosor o hinchazón de una parte de la mama, irritación o hundimientos en la piel de la mama ó enrojecimiento o descamación en la zona del pezón o de la mama.

El cáncer de seno se puede propagar cuando las células cancerosas alcanzan la sangre o el sistema linfático y llegan a otras partes del cuerpo. Las tasas de supervivencia del cáncer de mama han aumentado, y el número de muertes asociadas

con esta enfermedad está disminuyendo constantemente, en gran medida debido a factores como la detección temprana, un nuevo enfoque de tratamiento personalizado y un mejor entendimiento de la enfermedad. Y todo ello pasa por un estudio clínica, una autoexploración y unas mamografías periódicas. Según el Centro de Control y Prevención de Enfermedades la mamografía es una radiografía de la mama que permite detectar de forma precoz la presencia de cáncer. Es una radiografía especial, pues emite una dosis muy baja de radiación, y es capaz de detectar lesiones sospechosas de cáncer incluso menores a 100 micras de tamaño, cánceres en etapas muy tempranas, a menudo antes de que puedan palparse, y antes de que se presenten síntomas. La detección periódica es clave. En España, al igual en que otros países europeos, los programas poblacionales para la Detección Precoz del Cáncer de Mama son una realidad consolidada desde que comenzara su implantación a partir de los años 90.

El cáncer de mama se puede producir tanto en hombres como en mujeres; sin embargo, es mucho más común en las mujeres.

2 Objetivos

El objetivo principal del Programa de Cribado es conseguir una reducción de la mortalidad por cáncer de mama, ya que lo que se pretende es avanzar, lo máximo posible, en el diagnóstico de la enfermedad en aquellas mujeres que todavía no les ha dado ningún síntoma ni signo (mujeres que todavía no son conocedoras de su enfermedad), lo que significa que se encuentra en una fase inicial en la cual los tratamientos son más efectivos y, por tanto, hay más probabilidades de curación. Eso pasa por técnicas de autoexploración y observación de cualquier cambio o signo, pero principalmente por la realización de mamografías periódicas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Se revisaron revistas y trabajos científicos y se usan palabras clave: cáncer de

mama, atención primaria, prevención, mamografía y bulto mama.

4 Resultados

El cáncer de mama es el cáncer más frecuente en el sexo femenino y se observa mundialmente una tendencia ascendente en su incidencia. La prevención del cáncer de mama se basa exclusivamente en la propuesta de programas de detección precoz. Para una detención precoz, desde atención primaria se proponen tres pruebas de cribado para el cáncer de mama: examen clínico, autoexploración y mamografía. En el examen clínico la eficacia es variable en función de la experiencia del profesional que la efectúa. La autoexploración mamaria es una prueba de aplicación sencilla y de muy bajo coste, aunque su realización correcta requiere un adiestramiento adecuado y válido cuando ya hay signos de la enfermedad y la mamografía, que se realiza con un aparato radiológico específicamente dedicado a esta técnica de alta resolución y baja radiación. El valor del screening de cáncer de mama con mamografía es la alta sensibilidad, probabilidad de detectar cáncer cuando ya está presente. Se recomienda la realización de una mamografía periódica a todas las mujeres entre 50 y 64 años.

En atención primaria, tanto el médico como la enfermera deben dar información sobre la enfermedad, explicando los factores de riesgo (edad mayor de 40 años, nulípara, menopausia tardía, antecedentes personales y familiares de cáncer), signos de alarma y beneficios de la autoexploración mamaria.

Por su bajo coste y los beneficios que puede repercutir, explicaremos la técnica de autoexploración. Frente a un espejo observar ambos senos tanto el tamaño y la posición simétrica. Ver cambios en la textura de la piel. Observar el pezón si tiene desviaciones o secreciones. Este procedimiento debe realizarse con los brazos sobre los costados y después con los brazos levantados sobre la cabeza. De decúbito realizaremos la palpación del seno derecho con la mano izquierda y el izquierdo con la mano derecha. Con la yema de los dedos se inicia la exploración en dirección de las manecillas del reloj y en zig-zag.

La mamografía es una prueba que toma de imágenes de los senos utilizando rayos X de baja dosis para detectar en forma temprana el cáncer (antes de que la mujer presente síntomas) momento en el que es más tratable.

5 Discusión-Conclusión

Los factores de riesgo clásicos explican menos del 50% de los casos, siendo la mayoría de ellos no modificables (predisposición genética). Por el contrario la detección precoz ha demostrado ser un método eficaz para disminuir su mortalidad. Los resultados de los estudios realizados hasta el momento son consistentes. Programas de detección precoz de cáncer de mama europeos confirma el beneficio del cribado en términos de muertes evitadas, y muestra que este beneficio compensa el daño causado en relación a sobre diagnóstico.

El cáncer de mama es uno de los canceres más comunes en las mujeres. Con el aumento de la edad se ha demostrado que aumenta el riesgo de padecer cáncer, sobre todo a partir de los cuarenta. Para el diagnostico temprano de cáncer de mama se especifica la importancia del médico y del personal de enfermería para la realización de prevención primaria y secundaria. La autoexploración que se explica en atención primaria hace que las mujeres identifiquen abultamientos de 0,5 a 1 cm. en el seno. Con el autoexamen de mama se estima que un alto porcentaje de las lesiones pueden ser detectadas precózmente.

El screening anual- mamografías- de las mujeres es primordial para la detección en estadios precoces de esta enfermedad. Según literatura consultada, la probabilidad de que un cáncer de mama se cure si se diagnostica en su etapa inicial y dependiendo del tipo de tumor es alrededor de un 90-95%.

6 Bibliografía

- https://seom.org
- https://www.cancer.org/es/saludable.html
- https://www.cdc.gov/spanish/
- https://nordic.cochrane.org/
- http://conexioncancer.es/tipos-de-cancer/

Capítulo 1116

ESTUDIO HCG EN LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS

ANA ISABEL MENENDEZ DE LA CERA

1 Introducción

La gonadotropina coriónica humana (hCG) también conocida como "hormona del embarazo" es sintetizada en las células trofoblásticas de la placenta y posee dos subunidades:
- "α" compuesta por 92 aminoácidos.
- "β" compuesta por 145 aminoácidos, siendo la más específica.

Es una hormona glicoproteica compuesta por 244 aminoácidos y es producida durante el periodo del embarazo por el embrión en desarrollo y posteriormente en la parte del sincitio trofoblasto de la placenta. Además también es producida en la hipófisis de los hombres y mujeres sea cual sea su edad.

Su misión es producir progesterona, la cuál estimula el engrosamiento del útero preparándolo para la implantación del embrión y que estimula el desarrollo de las glándulas mamarias en la producción de leche.

Al principio del embarazo el embrión en desarrollo produce la hormona y posteriormente es producida por la placenta cuando ya está formada. Los valores varían según la semana gestacional; mientras que en ausencia de embarazo las concentraciones séricas de ésta hormona son inferiores a la sensibilidad del método de estudio (2mU/mL).

2 Objetivos

Exponer los aspectos más destacados del estudio HCG en laboratorio de análisis clínicos.

3 Metodología

Para poder hacer un correcto diseño he seleccionado los estudios más llamativos y destacados en la búsqueda realizada en las diferentes bases de datos que me han servido de guía y ayuda en mi trabajo definitivo. Las más demandadas han sido Pubmed, Ibecs o Medline donde las palabras claves más utilizadas han sido: hormona hCG, embarazo ectópico y análisis hCG.

Además se echa mano de libros como Química Clínica (IV edición) de la editorial McGraw-Hill Interamericana o el libro específico de Técnico Especialista en Laboratorio (volumen 3).

Finalmente se recurre a procedimientos específicos, actuales y concisos sobre el tema en cuestión, tratando la información obtenida siempre de manera respetuosa

4 Resultados

Normalmente el estudio de la hormona hCG se utiliza como test de embarazo, aunque también se puede administras de forma exógena en enfermedades ginecológicas para favorecer la maduración del óvulo en lo que respecta a la mujer, y en la producción de testosterona en los hombres.

Además sus niveles se ven alterados en tumores de ovario, de testículo, neoplasia trofobástica del embarazo (principalmente en le carcinoma) y también en tumores mediastínicos.

También cabe destacar su utilidad en procesos oncológicos siendo la subunidad "β" la que se cuantifica debido a su especificidad; ya que la alteración de los niveles se ve afectada en presencia de metástasis.

Por último, otras de sus principales utilidades es para el diagnóstico de embarazos ectópicos y también para averiguar la semana de embarazo en que se encuentre la paciente.

En el laboratorio de análisis clínicos distinguimos dos formas de estudio de la hormona hCG, una cualitativa y otra cuantitativa:

1) El estudio cualitativo se realiza en muestras de suero u orina mediante el conocido "test de embarazo" donde obtenemos un resultado pasados 3-5 minutos (dependiendo de la casa comercial utilizada). Detecta la hCG entre 6-12 días después de la ovulación, aunque hay que tener en cuenta que los niveles totales pueden variar ampliamente durante las cuatro primeras semanas de gestación; y en consecuencia dando resultados falsos durante dicho periodo de tiempo. La técnica es mediante inmunoensayo cromatográfico donde los umbrales van desde 20-100 mU/mL dependiendo de la marca utilizada como hemos mencionado anteriormente.

Para éste test es preferiblemente usar orina de primera hora de la mañana, ya que la concentración de hCG es más elevada. Si nos encontramos ante un resultado dudoso es preferible y recomendable volver a repetir el análisis pasado unos días, ya que la hormona se duplica cada 48-72 horas.

2)El estudio cuantitativo se realiza en muestras de suero o plasma (EDTA) adquirida mediante venopunción, y donde el ayuno no es necesario. Las técnicas utilizadas son de inmunoensayo, quimioluminiscentes o fluorimétricas que detectan hasta niveles de 5mlU/mL.

Si el embarazo se desarrolla con normalidad las concentraciones de hCG en sangre se duplica cada 48 horas.

Los niveles de ésta hormona aumentan de forma drástica durante el primer trimestre de embarazo tanto en la orina como en sangre, por lo que las nauseas y vómitos están relacionados con su presencia, siendo también la responsable del sueño durante el embarazo, de la irritabilidad, de los cambios de humor y cansancio.

En otros casos tras un tratamiento de fecundación asistida, el ginecólogo también suele pedir un análisis de cuantificación de la hCG para comprobar el resultado de la intervención antes de que se confirme el embarazo mediante ecografía.

Además tener unos valores de esta hormona son de gran utilidad en el seguimiento de un aborto involuntario, en el monitoreo de células germinales y tumores trofobásticos, así como en el diagnóstico y seguimiento de un embarazo ectópico donde la falta de un feto visible mediante ecografía vaginal y

unos niveles de 1500mU/mL nos confirman dicha sospecha.

Habitualmente unos valores inferiores a 4 mUI/mL indican la ausencia de embarazo.

A continuación indicamos los valores normales de hCG en el periodo de embarazo:
•3-4 semanas: 9-130 mUI/mL
•4-5 semanas:75-2600 mUI/mL
•5-6 semanas: 850-20800 mUI/mL
•6-7 semanas: 400-100.200 mUI/mL
•9-10 semanas: 100.000-199.999 mUI/mL
•11-14 semanas: 200.000-299.999 mUI/mL
•Segundo trimestre: 24.000-55.000 mUI/mL
•Tercer trimestre: 6000-48.000 mUI/mL

Cabe destacar que estos valores nos indican el desarrollo fetal, pero la semana de gestación debe ser confirmada mediante la primera ecografía; ya que a partir del segundo trimestre de embarazo los niveles de hCH bajan.

Unos valores por encima de lo normal pueden ser indicio de embarazo gemelar, mola hidatiforme uterina, coriocarcinoma uterino u de otro tipo de cáncer o desarrollo celular anómalo. Por lo contrario, unos valores por debajo de los rangos de referencia nos hacen pensar en aborto incompleto, amenaza de aborto natural, embarazo ectópico, muerte embrionaria etc

5 Discusión-Conclusión

Después de las revisiones realizadas se puede decir que el análisis de la β-hCG llevado a cabo por parte del laboratorio de bioquímica clínica, es de mucha utilidad, y de gran ayuda para la especialidad de ginecología. No solo sirve su análisis cualitativo para confirmar o no un embarazo; sino que su cuantificación realizada de forma automatizada sirve para el diagnóstico de enfermedades de infertilidad así como en complicaciones que puedan surgir durante la gestación (abortos, embarazo gemelar etc).

También cabe mencionar su gran utilidad a la hora de diagnosticar carcinomas o el desarrollo celular anómalo tanto en los ovarios como en los testículos.

6 Bibliografía

-Gayton, Arthur C. Tratado de Fisiologia Médica. Octava Edición. Interamericana McGraw-Hill
-Manual de Tecnicas de Diagnóstico. Abbott Laboratorios Diagnostics Division. USA.2001
-Yarbrough ML, Stout M, Gronowski AM. Pregnancy and its disorders. In: Rifai N, ed. Tietz Textbook of Clinical Chemistry and Molecular Diagnostics. 6th ed. St Louis, MO: Elsevier; 2018:chap 69.
-Técnico Especialista Laboratorio. Volumen 3. Editorial MAD
-www.https://medlineplus.gov.Biblioteca.Nacional
de los EE.UU
-www.https://urecentrogutenberg.es.
Nov.2017
-www.https://labtestsonline.es/tests/hcg-marcador-tumoral

Capítulo 1117

PREVENCIÓN: LA IMPORTANCIA DE LA VACUNACION ANTIGRIPAL.

LLARA LOBO BARRO

MARIA DEL MAR BARRO RIVERA

1 Introducción

La gripe es una enfermedad vírica infecciosa con una alta transmisión y contagiosidad que puede afectar a cualquier persona. Suele actuar en forma de brotes estacionales coincidiendo normalmente con épocas frías y tiene un gran impacto para la Salud Pública debido a su alta morbilidad y mortalidad, especialmente en las personas que forman los grupos de riesgo: trabajadores sanitarios, mayores de 65 años, menores de 5 años, mujeres embarazadas y personas inmunodeprimidas o con enfermedades crónicas. La transmisión de la gripe puede llegar a ser muy rápida, especialmente en lugares de trabajo concurridos, colegios, residencias de ancianos, ... ésta puede ocurrir por el contacto con las manos infectadas o por la inspiración de las microgotas expulsadas por las personas con el virus. Es así como el personal sanitario se convierte en vehículo transmisor de la gripe y como método eficaz de prevención contamos con la vacunación antigripal. Es pieza clave para prevenir o disminuir la transmisión nosocomiales (infecciónes producidas en el ámbito sanitario), minimizar la morbilidad y mortalidad de sus pacientes, y de paso disminuir el absentismo laboral. Sin embargo, no es una práctica habitual. Es muy bajo el número de sanitarios que se vacunan y la mayoría lo hacen porque creen que el riesgo de padecer la enfermedad es peor que el de los efectos adversos de la vacuna, y por miedo a contraer la gripe en su actividad laboral. No están concienciados de la importancia de la vacunación, no

tanto para evitar la propia enfermedad como la responsabilidad que poseen en su trasmisión y propagación.

Esto es factible extrapolarlo al resto de colectivos. Por lo tanto, y pese a la alarma creada en diversas épocas por la pandemia de la gripe, la mayoría de los casos que se atendieron en nuestro país fueron leves. No hay duda de que es un problema para la salud pública pero la percepción que se tiene de la enfermedad no es tan grave.

2 Objetivos

Analizar el seguimiento de la vacunación antigripal en el personal sanitario, así como sus motivos para no hacerlo.

3 Metodología

En este estudio hemos realizado una búsqueda sistemática de la bibliografía en las bases de datos Cuiden, Dialnet, Scielo, y Medigraphic. Los descriptores utilizados fueron:"vacuna", "vacunación antigripal", "gripe". Revisamos estudios relacionados con la vacunación antigripal, la incidencia en el personal sanitario y los efectos adversos más prevalentes sin límite de fecha.

4 Resultados

Indistintamente del tipo de gripe que sea, el seguimiento por parte del personal sanitario es bajo, alrededor del 40%, tanto en intención de vacunación como luego en el hecho en sí.

El personal sanitario que sí decide vacunarse frente a la gripe estacional lo hace principalmente para protegerse a sí mismo, para proteger a su familia, por la preocupación de adquirir la gripe ejerciendo su actividad laboral, para proteger al paciente y por la creencia que es inferior el riesgo de la administración de la vacuna que el riesgo de padecer la enfermedad. En el otro extremo nos encontramos a los trabajadores del mundo sanitario que deciden no ponerse la vacuna antigripal.

En el caso de los trabajadores sanitarios que no quieren vacunarse frente a la gripe, las causas argumentadas son que no hay suficientes ensayos clínicos, no

creer en la eficacia vacuna o preferir la resistencia natural a la resistencia artificial, no haber tenido nunca la gripe, que la información no es clara, miedo a posibles efectos adversos, y no considerarse transmisor del virus.

5 Discusión-Conclusión

Este trabajo pretende, mediante la revisión sistemática de numerosos artículos sobre el tema, dar a conocer el seguimiento de la vacuna antigripal centrándonos en el personal sanitario, pero perfectamente posible extrapolarlo a cualquier colectivo, así como los motivos para no hacerlo. Es llamativo ver que el miedo a los efectos adversos es siempre mencionado en casi la totalidad de los estudios, siendo curiosamente la mayoría de las reacciones adversas de carácter leve, trastornos generales (malestar general, fiebre o febrícula, etc.) y alteraciones en el punto de administración (dolor, induración, edema y enrojecimiento).

Siendo el personal sanitario un vehículo de transmisión de diversas enfermedades y grupo de riesgo por su trabajo, creemos que es de obligado cumplimiento utilizar todas las estrategias a nuestro alcance para evitar la propagación, de entre otras infecciones, de la gripe. Se ha demostrado que la vacunación antigripal es efectiva y apenas conlleva riesgos para nuestra salud, en todo caso, reacciones leves, por lo que el seguimiento tan bajo que tiene hace pensar que algo está fallando. Por lo tanto, se hace indispensable campañas de concienciación en las que se insista en la vacunación, tanto a nivel de empresa con cursos y talleres, como a la población en general, a través de los medios de comunicación.

La comunidad científica, basándose en la evidencia, tiene claro que las vacunas son necesarias para evitar la propagación de enfermedades, pero la sociedad está bajando la guardia al no considerar éstas un riesgo serio. Es mayor el miedo a los efectos secundarios de las vacunas que a la propia enfermedad. Protegiéndonos y cuidándonos nosotros mismos logramos proteger a los nuestros y, por ende, a la sociedad.

6 Bibliografía

- Picazo, J.J., Romo, F.G., Sanmartí, L.S., Rodríguez, J.B., y Pasquín, M.Á. (2012). Encuesta sobre la vacunación de adultos en España. Gripe y neumococo. Vacunas, 13(3), 100-111.

- Sánchez-Payá, J., Hernández-García, I., Barrenengoa-Sañudo, J., Camargo-Angeles, R., Rincon, A., y RomeroCandeira, S. (2010). Frecuencia de reacciones adversas y factores asociados tras la administración de la vacuna de la gripe en personal sanitario durante la temporada 2009-2010. Revista española de salud pública, 84(6), 851-859.
- Sarría-Santamera, A., y Sandín-Vázquez, M. (2008). Vacuna de la gripe: seguimos publicando, pero no mejoramos las coberturas. Gaceta Sanitaria,22(3), 291-291.
- Tuells, J., Caballero, P., Penadés, E.M., Gomar, J.P., Paramio, M.G., García, M.M y Bonmatí, A.N. (2009). Conocimiento y actitud hacia la inmunización en profesionales sanitarios de atención primaria. Vacunas, 10(3), 78-84.

Capítulo 1118

TÉCNICAS DE AGLUTINACIÓN SECUNDARIAS

MACARENA RODRIGUEZ RICO

1 Introducción

Las técnicas secundarias valoran de forma indirecta los complejos inmunes, atendiendo a los cambios físicos producidos en el medio. En las reacciones de aglutinación un anticuerpo puede unirse a varios antígenos y cada uno de estos antígenos a varios anticuerpos. Esto provoca la formación de una red de antígenos y anticuerpos que provoca una aglutinación en el medio.

2 Objetivos

- Provocar una agregación de partículas o células recubiertas de antígeno o anticuerpo mediante una reacción inmunoquímica.

3 Metodología

Analizar la capacidad que presentan los antígenos particulados multivalentes para unirse a los anticuerpos complementarios dando lugar a la formación de inmunocomplejos o agregados visibles a simple vista.

4 Resultados

El antígeno (Ag) es cualquier sustancia que provoque una respuesta inmunitaria, estimulando la producción de anticuerpos (Ac) mientras que el Ac son la sus-

tancia segregada para combatir infecciones de virus o baterias que afectan al organismo.

En estas técnicas de aglutinación podemos observar los complejos anticuerpo-antígeno (Ac-Ag) por la aglutinación producida por los Ac, cuando el Ag forma parte o ha hecho una unión artificial a la superficie de plaquetas, leucocitos, glóbulos rojos, partículas de latex etc. Normalmente se utilizan glóbulos rojos (hemoaglutinación) o partículas de látex.

Podemos diferenciar dos tipos de técnicas de aglutinación, la aglutinación directa e indirecta:

- La aglutinación directa se basa en detectar la reacción de aglutinación que provoca la formación de inmunocomplejos. Se utiliza una suspensión de Ag formes (esporas,bacterias,protozoos) que en su pared celular o en su membrana expresan los determinantes antigénicos o epítopos que van a intervenir en la formación de complejos inmunes. Cuando esta suspension antigénica es enfrentada a un suero problema (contiene Ac frente a esos epítopos) se producirá la correspondiente aglutinación por la formación de inmunocomplejos. La forma de visualizarlos depende del soporte donde se realice; si se realiza sobre un soporte plano y observamos la formación de grumos, es una reacción positiva. Si se realiza en una placa de microtitulación, se formará un velo en la superficie del pocillo correspondiente, lo que evidencia la positividad.

- Por otro lado encontramos la aglutinación indirecta, que se diferencia por el empleo de Ag solubles que hay que insolubilizar mediante fijación a un soporte sólido inerte (carbón activo, gelatina,bolas de látex etc.) o a una célula. De esta forma se conforma un Ag particulado, es decir, partícula sensibilizada con el Ag.

5 Discusión-Conclusión

Estas técnicas de aglutinación muy utilizas a día de hoy, se empezaron a utilizar para identificar bacterias o tipificar eritrocitos (grupo sanguíneo), pero debido a su simplicidad y sensibilidad se empezaron a aplicar para la identificación de Ac, para el diagnóstico de procesos infecciosos.

6 Bibliografía

- Libro: técnicas de inmunodiagnóstico (Carmen Cuéllar del Hoyo y Alicia Gomez-Barrio) Editorial Altamar.
- https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002223.htm.
- https://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2004/gms043p.pdf.

Capítulo 1119

MAMOGRAFÍA. DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER DE MAMA.

COVADONGA DE LA HERA RAPOSO

1 Introducción

El cáncer de mama es una de las principales causas de muerte en mujeres en España. Aunque no existe aún una prevención primaria, sí que se puede hacer un diagnóstico precoz. La detección precoz del cáncer de mama resulta más efectiva en la disminución de la mortalidad pudiendo iniciar un tratamiento adecuado a tiempo. La mamografía de rayos x es un método simple y preciso para detectar el cáncer de mama.

2 Objetivos

- Determinar cómo realizar una correcta mamografía para la detección precoz del cáncer de mama y qué beneficios se obtiene de ella.

3 Metodología

Se realizaron búsquedas en las bases de datos de Scielo, Google Académico y Medline con los descriptores “mamografía” “detección precoz” “cáncer de mama”. Se realizó búsqueda en libros específicos.

4 Resultados

Existen dos tipos de exploración mamográfica. La mamografía de diagnóstico se realiza en pacientes con síntomas o factores de riesgo elevados. Dos o tres proyecciones de cada imagen pueden ser necesarias. La mamografía de detección se realiza en mujeres asintomáticas utilizando un protocolo de dos proyecciones, normalmente la oblicua lateral medial y la craneocaudal, para detectar un cáncer no sospechado.

Para realizar correctamente una mamografía hay que tener en cuenta varios factores:
La anatomía de la mama, las características de su tejido hacen que la toma de imágenes sea más difícil.
En una mujer premenopausica, los tejidos fibroso y glandular están estructurados en varios conductos, glándulas y tejidos conectivos. Éstos están rodeados de una fina capa de grasa y es más difícil conseguir una imagen. El tejido glandular y conectivo es muy denso.

En una mujer posmenopáusica la mama tiene degeneración del tejido fibroglandular y un incremento del tejido adiposo. El tejido adiposo es menos denso radiológicamente y requiere menos exposición. Es más fácil tomar una imagen de ella. La presencia de malignidad aparece como una distorsión de los patrones normales de los conductos y del tejido conectivo. Aproximadamente el 80% del cáncer de mama se produce en los conductos y puede tener asociados depósitos de microcalcificaciones que aparecen como pequeños granos de tamaño diferente.
La compresión a la hora de realizar una mamografía es especialmente relevante. Una fuerte compresión ofrece muchas ventajas, aunque no siempre se pueda realizar por las molestias que pueda sentir la paciente. Una mama comprimida tiene un grueso más uniforme y por lo tanto la densidad óptica de la imagen es más uniforme. Los tejidos cerca de la pared torácica tienen menos probabilidades de ser infraexpuestos y los tejidos cerca del pezón tienen menos probabilidades de ser sobreexpuestos. La comprensión reduce la borrosidad del punto focal, aproximándola al receptor de imagen, reduce la borrosidad y dispersión de la radiación. Mejora la calidad de la imagen, reduciendo la radiación dispersa y mejorando el contraste.

En la mamografía convencional la imagen se obtiene usando detectores pantalla-película, que graban los fotones de radiación que pasan a través de la mama.

Uno de los protagonistas, en esta imagen analógica son los detectores pantalla-película, que en la práctica determinan entre otras cosas, la resolución espacial. Algunas pantallas con más actividad que otras, tendrán más material fosforescente que al interactuar con los fotones de radiación permitirán una exposición más corta disminuyendo la posibilidad de borrosidad por movimiento y además reducirán la dosis glandular, sin embargo, la calidad se verá afectada por el aumento de la borrosidad resultante de la producción e interacción de una mayor cantidad de luz.

Un problema importante del sistema detector pantalla-película es el hecho que las películas no tienen capacidad de respuesta inmediata a los fotones que la inciden, es así como obtenemos en las áreas de mayor densidad, mayor absorción de radiación, que en la imagen aparecen más blancas, quedando un rango muy pequeño para que la atenuación de la radiación en los tejidos se exprese en términos de contraste. Este hecho debe tomarse en cuenta sobre todo cuando constatamos que aunque con la película se obtenga una alta resolución, al no acompañarse de un adecuado contraste, determinara que algunas lesiones sean subdiagnosticadas.

La mamografía digital es un sistema para obtener imágenes de la mama en el que la película radiográfica ha sido reemplazada por detectores de radiación en estado sólido, que transforman los rayos X en señales eléctricas. Estos detectores son sustancias fosforescentes que en contacto con los rayos X liberan electrones y se vuelven inestables guardando una imagen potencial de la mama, cuando los electrones son estimulados vuelven a sus órbitas y liberan energía en forma de luz, la cual es transformada a impulsos eléctricos de diversa intensidad por unos detectores de luminosidad y luego convertidos, por una computadora, en una imagen digital (binaria), la que después es transformada a puntos luminosos, con una gama de tonos de grises, desde el negro puro hasta el blanco puro, y que finalmente, se nos muestra en un monitor de alta resolución.

Está demostrado que la mamografía digital es mejor que la mamografía convencional para detectar lesiones sospechosas en mujeres jóvenes (menores de 50 años), y en aquellas que tienen un tejido mamario muy denso, ya que sus imágenes digitales pueden manipularse para una mejor visualización. Es posible notar con mayor facilidad diferencias sutiles entre los tejidos normales, los anormales y que se encuentran en período premenopáusico.

5 Discusión-Conclusión

La mamografía es una técnica segura, de alta sensibilidad y buena especificidad para la detección temprana de tumores de mama. Con el paso del tiempo ha ido mejorando la imagen diagnostica de las mamografías. Gracias a esta técnica, se consigue detectar en sus fases mas tempranas el cáncer de mama y de esta manera conseguir que menos mujeres fallezcan por esta enfermedad.

6 Bibliografía

- Wechter D, Zieve D. Fibroadenoma de mama. Editorial Medlineplus. [Sede Web] 2013.
- Juan Manuel Carmona Torres, Ana Isabel Cobo- Cuenca, Noelia Maria Martin Espinosa. Prevalencia en la realización de mamografías en España: Analisis por comunidades 2006-2014 y factores que influyen. Elsevier. Abril 2018.
- Jorge Guerrero. El rol de la mamografía en el diagnóstico del cáncer de mama. Vol 1 N2. Diciembre 2011.
- José Asua Batarrita. Mamografía y detección precoz del cáncer de mama. Scielo. Revista española de salud publica. 2014.
- Stewart C. Bushong. Manual de radiología para técnicos. Octava edición. Madrid. Elsevier.
- Manuela Corujo. La mamografía en la detección de los fibroadenomas mamarios. RIUC. Mayo 2015
- Dra. Julia ortega, TM Marta Taborga, TEC. Daphne Osses, Dra. Alejandra Lopez. Mamografía digital: El desafío del presente. Vol 10 N1. Revista chilena de radiología. 2004.

Capítulo 1120

EL ENEMIGO INSIDIOSO Y SILENTE: ESTRATEGIAS DE LABORATORIO EN EL CRIBADO Y DETERMINACIÓN DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2

CARMEN ROMANO LINDE

MARÍA SAMPEDRO PUERMA

1 Introducción

La diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) es una enfermedad sistémica porque afecta a múltiples órganos y se puede considerar como un síndrome metabólico. Constituye una autentica epidemia debido a la elevada morbilidad y mortalidad que ocasiona y es también un grave problema de Salud Pública (Vicente Sánchez, Vicente Peña, Delgado, & Cruz, 2015, p. 149).

"La diabetes mellitus tipo 2 ha sido catalogada como la epidemia del siglo XXI tanto por su creciente magnitud como por su impacto en la enfermedad cardiovascular, primera causa de mortalidad en las sociedades desarrolladas" (Valdés, Rojo-Martínez, & Soriguer, 2007; Palacios, Durán, & Obregón, 2012; American Diabetes Association[ADA] 2014).

"Afecta a un elevado porcentaje de la población (alrededor del 6%), y se estima un incremento progresivo relacionado con la mayor esperanza de vida de la población y los hábitos de vida no saludables" (Pons & Fernández, 2003).

"Actualmente se puede estimar que entre el 10 y el 15% de la población adulta española tiene diabetes" (Valdés, et al., 2007; Mata-Cases, y otros, 2015).
"Datos de otros países indican que cerca del 50 % de los pacientes con DM2 no saben que lo son y, por lo tanto, no han sido diagnosticados" (Arnold , Arnold , Alfonso , Villar , & González, 2012, p. 386).

Su prevalencia ha aumentado debido, por un lado, a la modificación del criterio diagnóstico de DM (disminución de 140 mg/dl a 126 mg/dl), (Pons & Fernández, 2003) y, por otra parte el creciente envejecimiento de la población y los cambios en los estilos de vida, que conllevan el sedentarismo y los hábitos dietéticos no saludables que propenden a patologías como la obesidad y el síndrome metabólico (SM) (Navarrete, Rojas, & Guzmán, 2012, p. 39; Paredes, y otros, 2014, p. 35).
La diabetes tipo 2 se caracteriza por la hiperglucemia (niveles altos de glucosa en sangre), la resistencia de la célula a la acción de la insulina, combinada con la defectuosa secreción de insulina pancreática. Se suma a esto la hiperglucagonemia y el "efecto incretina".

La hiperglucemia crónica se relaciona con lesiones a extenso plazo tanto microvasculares
(retinopatía, nefropatía, neuropatía) como macrovasculares (enfermedad cardiovascular, enfermedad cerebrovascular, enfermedad arterial periférica, lesiones cutáneas) (Barquilla, 2017).

Una de las repercusiones principales de la DM2 es la aparición de las complicaciones crónicas
(macro y microvasculares) que representan la causa primordial de la morbimortalidad de estos pacientes y la disminución de su calidad de vida. Además, estas complicaciones son responsables del alto coste sanitario y social generado por la enfermedad.

En el riesgo de desarrollarla incide el aumento de peso, el sedentarismo, la dieta inadecuada, la genética y los antecedentes familiares.

Constituye el 90% de la población de diabéticos (Bassan, y otros, 2018).

A diferencia de la Diabetes Mellitus tipo 1, es consecuencia de la progresiva deficiencia en la secreción de insulina, de la resistencia periférica a la insulina, en principio no es insulinodependiente, se presenta en la edad adulta y su incidencia crece elocuentemente con la edad.

La hipótesis de esta revisión es que debido a que se pone de manifiesto que el inicio de la diabetes tipo 2 tiene en muchos casos un largo período asintomático (por cada paciente diabético conocido, existe otro desconocido) y no hay evidencia científica sobre si el cribado y la detección precoces pueden prevenir las complicaciones debemos poner el énfasis en intervenir sobre los factores de riesgo modificables y tener siempre presente que los cambios del estilo de vida son el pilar fundamental (ADA, 2014).

2 Objetivos

- Analizar la utilidad de las estrategias para evitar el retraso en el diagnóstico de la DM2 y las recomendaciones de cribado y de intervención en los factores modificables en las poblaciones con factores de riesgo (población diana).

3 Metodología

La metodología sancionó una búsqueda sistemática de la evidencia científica en las bases de datos: Elsevier, ScienceDirect, Scielo, Medigraphic, Guías de práctica clínica DM2. De un total de 37 trabajos consultados, se han seleccionado 11, y se han utilizado descriptores en los idiomas inglés y español, en el período comprendido entre 2003-2018.

En los Criterios de Exclusión no se contemplan los siguientes temas: El manejo especifico de las complicaciones agudas y crónicas en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 y el manejo específico del tratamiento del paciente diabético.

En los Criterios de Inclusión se contemplan: “Criterios de cribado y diagnóstico de diabetes mellitus, “Cribado y prevención DM2”, “Actualización en diabetes para Atención Primaria”, “Factores de Riesgo”, “Detección y manejo de la prediabetes”, “Aplicación del test Findrisk”,
“Evolución y Prevalencia”.

4 Resultados

La DM2 presenta un extenso período asintomático (inicio silente o insidioso), lo que se traduce en poner el énfasis en las poblaciones de riesgo para el cribado y la detección de la DM2.

El creciente riesgo de desarrollar la enfermedad en las poblaciones diana consigue justificar el cribado. El cribado consiste es identificar personas con riesgo de sufrir la enfermedad con o sin síntomas de la misma (Barquilla, 2017, p. 58).
Pruebas para el Diagnóstico de la DM 2.

Glucemia Basal. Glucemia en ayunas (al menos 8 horas). Glucemia basal en plasma venoso (GBP). Método recomendado para el diagnóstico. Valores ≥ 126 mg/dl.

Glucemia al Azar. Glucemia en cualquier momento del día. Glucemia plasmática ≥200 mg/dl en pacientes con síntomas clásicos de hiperglucemia o crisis de hiperglucemia.
Sobrecarga Oral de Glucosa (SOG) con 75 gr. Test de tolerancia oral a la glucosa (TTOG).

Determinación de la glucemia en plasma venoso a las dos horas de una ingesta de 75 g de glucosa en los adultos. Valores ≥ 200 mg/dl (Paredes, y otros, 2014, p. 35; Arnold , et al., 2012, p. 381).
La prueba de TTOG, se recomienda:
- Fuerte sospecha de diabetes y existan glucemias basales normales.
- Personas con glucemias basales alteradas (GBA) repetidas, o con tolerancia alterada a la glucosa (TAG) (Pons & Fernández, 2003, p. 335).

Las 3 pruebas son válidas para el diagnóstico (Pons & Fernández, 2003, p. 335).
En el diagnóstico se considera la duda clínica, el encuentro oportunista y el cribado en pacientes con factores de riesgo.
Valoración en el Estudio Inicial y en el Seguimiento Anual.
Glucemia basal (ayuno de 8 horas).
Hb A1c
Perfil lipídico (evalúa factores de riesgo como la enfermedad cardiovascular)
Creatinina (evalúa la función renal)
Sedimento y Sistemático de orina
Microalbuminuria (evalúa las complicaciones microvasculares) (ADA, 2014).

Las técnicas de Detección tanto del Cribado como del Diagnóstico de la DM2. Son:
- La Cuantificación de la Glucemia Basal. En ayunas y en plasma venoso, y el valor igual o mayor a 126 mg/dl obtenido en días diferentes se relaciona con el diagnóstico de DM.
- La Determinación de la Hemoglobina Glicosilada. Analítica de sangre, > de 6,5 %.

- La Sobrecarga Oral a la Glucosa de 75 gr (SOG). Glucemia plasmática a las 2 horas del test ≥ 200 mg/dl (ADA, 2014).

La HbA1c se utiliza para el diagnóstico de diabetes y prediabetes, no necesita ayuno previo, presenta mayor estabilidad preanalítica y es un buen predictor de la morbimortalidad cardiovascular (Pons & Fernández, 2003, p. 336; ADA, 2014). Es la prueba recomendada para el control de la diabetes.

Cribado. Para la estrategia de cribado, se considera correcto utilizar la glucemia en ayunas como primer paso y la HbA1c como segundo paso.
- Cuando el objetivo del cribado es detectar a personas con DM2 desconocida, las tres pruebas son válidas, pero la HbA1c establece el diagnóstico en un menor número de casos.
- Cuando el objetivo de cribado es detectar la presencia de complicaciones microvasculares, las tres pruebas presentan capacidad predictiva equivalente.
- Cuando el objetivo del cribado es detectar a personas con alto riesgo de enfermedad cardiovascular, la HbA1c se ha mostrado mejor predictor (ADA, 2014).

Entre las estrategias se encuentra el cribado oportunista, consiste en la realización de glucemia sobre personas que tienen un mayor riesgo de padecer prediabetes o DM2, por ejemplo a partir de una edad, de un índice de masa corporal, midiendo el perímetro de cintura por debajo de las costillas, personas con hábitos de vida no saludables; la utilización de registros de bases de datos o historia clínica informatizada para la detección de personas con riesgo de DM2, y el uso de escalas o cuestionarios para la detección de prediabetes y DM2.

Escalas de riesgo: FINDRISC, Cambridge, ARIC, QDScore, DANISH, ASIAN INDIAN, Dutch, DESIR.

En relación con las escalas Paredes, y otros, recomiendan: se puede considerar que la Escala de FINDRISK es un método que, al evaluar los factores de riesgo para Diabetes Mellitus, sirve como herramienta preventiva para disminuir el riesgo de padecer DM y se recomienda implementar medidas orientadas al cambio del estilo de vida, conjuntamente con la utilización de manera rutinaria de dicho test en los servicios de salud de atención primaria. (Paredes, y otros, 2014, p. 40)
El Cribado Oportunista. La estrategia consiste en el cribado de otros factores de riesgo cardiovascular (ADA, 2014):
Pacientes de > de 45 Años. Cribado de DM tipo 2 mediante GB en plasma venoso cada 3 años, íntimamente relacionado con la prevención cardiovascular.

Pacientes con Riesgo. HTA, GBA, DMG, TAG, dislipemia, obesidad, patología obstétrica, cribado DM2 anual, mediante glucemia basal en plasma venoso (GBP).

"El «cribado oportunista», mediante la realización de glucemia sobre poblaciones que presentan un mayor riesgo de padecer prediabetes o DM2" (Mata-Cases, y otros, 2015).

"Esta estrategia permite conocer una situación de prediabetes prevalente, así como una diabetes no diagnosticada" (Mata-Cases, y otros, 2015).

El desarrollo de la DM2 depende de una combinación de factores de riesgo, como la genética y el estilo de vida. Como no se pueden cambiar ciertos factores como los genes, la edad o el origen étnico, pero sí se pueden cambiar aspectos como la alimentación, la actividad física y el peso (Palacios, et al., 2012; Paredes, y otros, 2014, p. 35). Estos cambios en el estilo de vida pueden influir en la probabilidad de desarrollar DM2 (Palacios et al., 2012, p. 35).

Factores de Riesgo de DM2.
- Sobrepeso u obesidad.
- Familiares de primer grado con diabetes.
- Tener más de 45 años.
- Presión arterial alta (HTA).
- Dislipemia.
- Etnia de alto riesgo.
- Diabetes Mellitus Gestacional (DMG).
- Síndrome de ovario poliquístico (SOP).
- Sedentarismo.
- Prediabetes.
- Antecedentes de enfermedades del corazón o accidentes cardiovasculares.
- Acantosis nigricans (Navarrete, et al., 2012, p. 40)

En general, el estilo de vida se refiere a dieta y ejercicio, que, combinados, son más eficaces que por separado. Las intervenciones sobre estilos de vida reducen la progresión a DM2 (Valdés, et al.2007, p. 11).

En la intervención preventiva a los pacientes con riesgo alto de desarrollo de DM2, se debe reforzar el comportamiento saludable:
- Mantenimiento del Normopeso. El factor determinante en la mayoría de los estudios es la pérdida de peso.
- Actividad Física Regular.

- Dieta Saludable.
- La asociación de dieta y ejercicio consigue mayores reducciones de peso.

Recomendaciones para Disminuir el Retraso en el Diagnóstico. La presencia de cualquiera de los siguientes factores de riesgo debe ser motivo para realizar el escrutinio en un paciente que busca atención médica por cualquier causa: antecedente familiar de DM, obesidad, HTA, concentraciones altas de triglicéridos o bajas de colesterol HDL, GBA y antecedente de DMG (Navarrete, et al., 2012).

Recomendaciones para la Prevención de la DM. Reforzar el monitoreo y la evaluación de los programas de prevención en el primer nivel de atención (ADA, 2014). La prevención es la suma del cribado con un estilo de vida saludable, una alimentación equilibrada, así como la actividad física regular y perder al menos 7% del peso corporal.
Las complicaciones microvasculares (retinopatía, nefropatía y neuropatía) vienen determinadas en mayor medida por el grado de control glucémico, mientras que las complicaciones macrovasculares (enfermedad cardiovascular, enfermedad cerebrovascular y arteriopatía periférica) se atribuyen a la agregación de factores de riesgo en el paciente diabético
(hipertensión, dislipemia, tabaquismo y obesidad). Debemos destacar la importancia sobre la intervención en los factores de riesgo modificables, así como el control glucémico en las complicaciones microvasculares, ambas dentro de las estrategias de prevención.

Prevención Mediante la Intervención en los Factores de Riesgo Modificables en Poblaciones Diana. En la etiología de la enfermedad intervienen factores genéticos, metabólicos y ambientales (Bassan, y otros, 2018).

Los factores de riesgo modificables sobre los que se debe intervenir son:

Obesidad. La DM2 se relaciona regularmente con el sobrepeso y la obesidad, además de con otros componentes metabólicos. En cualquier edad, el riesgo de modificación de la tolerancia a la glucosa o la DM2 crece con el aumento de peso (Palacios, et al., 2012, p. 35).

Cambios Alimentarios. Los usos alimentarios inadecuados, como el consumo de un gran número de calorías, colesterol, grasas saturadas, están relacionados con un aumento de la DM2. Los objetivos del procedimiento dietético en la DM incluyen el logro de un peso adecuado, con el mantenimiento de los niveles de glucosa lo más cercanos al nivel de normalidad, y la mejoría del perfil lipídico y

de la presión arterial (ADA, 2014).

Las dietas hipocalóricas que incluyen los hidratos de carbono entre 55% y 60% de las calorías contribuyen a la pérdida de peso moderada, y mejoran el perfil lipídico y el control glucémico. Las recomendaciones para el paciente diabético son iguales que para la población general: disminuir la ingesta de grasa saturada (Palacios, et al., 2012, pp. 35-36).

La Actividad Física Regular. Mejora la resistencia insulínica mediante la regulación del transporte de glucosa en el músculo, disminuye el riesgo de DM, mejora el perfil lipídico, refuerza la pérdida de peso y ayuda al control metabólico. El ejercicio físico de intensidad aeróbica y anaeróbica es efectivo para ayudar al control glucémico y a la mejora de la respuesta insulínica y los niveles de triglicéridos.

Se recomienda la práctica de ejercicio físico regular, aeróbico o anaeróbico, o una combinación de ambos. La periodicidad recomendada es: tres sesiones semanales en días alternos, graduales en duración e intensidad (ADA, 2014). Las modificaciones dietéticas, el ejercicio y las terapias conductuales son eficaces en la disminución de peso y control glucémico de la DM 2. La asociación mejora la eficacia.

Se recomiendan programas organizados que combinen actividad física con tratamiento dietético, ingesta de fibra, con disminución de la ingesta de grasa, y contenido de hidratos de carbono entre 55%-60% de la ingesta diaria.
En la DM2 existe un largo período asintomático, por ello Arnold, et al., recomiendan:
Es el caso de una persona asintomática (…) En estas circunstancias el clínico debe tener en consideración los factores de riesgo de diabetes y realizar acciones de salud encaminadas a eliminar, o al menos disminuir, aquellos factores que sean modificables con el objetivo de prevenir o retardar la aparición de este síndrome. (Arnold , et al., 2012; ADA, 2014).
Intervenciones en Personas con Prediabetes para Prevenir o Demorar la DM2. Se trata de la prevención de la diabetes en pacientes con hiperglucemias intermedias. Las hiperglucemias intermedias (o etapas prediabéticas) se relacionan con la glucemia basal alterada (GBA) e intolerancia a la glucosa (TAG).

En pacientes con TAG o GBA se aconsejan los programas estructurados de fomento de actividad física y dieta. Las intervenciones en los estilos de vida en las personas con prediabetes han demostrado que pueden prevenir o retrasar la

aparición de DM tipo 2 (ADA, 2014).

En la intervención preventiva a los pacientes con riesgo alto de desarrollo de DM2, se debe reforzar el comportamiento saludable:
- Mantenimiento del Normopeso. El factor determinante en la mayoría de los estudios es la pérdida de peso.
- Actividad Física Regular.
- Dieta Saludable.
- La asociación de dieta y ejercicio consigue mayores reducciones de peso.

Recomendaciones para Disminuir el Retraso en el Diagnóstico. La presencia de cualquiera de los siguientes factores de riesgo debe ser motivo para realizar el escrutinio en un paciente que busca atención médica por cualquier causa: antecedente familiar de DM, obesidad, HTA, concentraciones altas de triglicéridos o bajas de colesterol HDL, GBA y antecedente de DMG (Navarrete, et al., 2012).

Recomendaciones para la Prevención de la DM. Reforzar el monitoreo y la evaluación de los programas de prevención en el primer nivel de atención (ADA, 2014). La prevención es la suma del cribado con un estilo de vida saludable, una alimentación equilibrada, así como la actividad física regular y perder al menos 7% del peso corporal.

"La modificación de estas conductas de riesgo constituye una de las metas primordiales de la prevención de la enfermedad" (Arnold , et al. , 2012, p. 380).
Prevención Mediante la Intervención en los Factores de Riesgo Modificables en Poblaciones Diana. En la etiología de la enfermedad intervienen factores genéticos, metabólicos y ambientales (Bassan, y otros, 2018).

Los factores de riesgo modificables sobre los que se debe intervenir son:
Obesidad. La DM2 se relaciona regularmente con el sobrepeso y la obesidad, además de con otros componentes metabólicos. En cualquier edad, el riesgo de modificación de la tolerancia a la glucosa o la DM2 crece con el aumento de peso (Palacios, et al., 2012, p. 35).

Cambios Alimentarios. Los usos alimentarios inadecuados, como el consumo de un gran número de calorías, colesterol, grasas saturadas, están relacionados con un aumento de la DM2.

Los objetivos del procedimiento dietético en la DM incluyen el logro de un peso adecuado, con el mantenimiento de los niveles de glucosa lo más cercanos al nivel de normalidad, y la mejoría del perfil lipídico y de la presión arterial (ADA, 2014).

Las dietas hipocalóricas que incluyen los hidratos de carbono entre 55% y 60% de las calorías contribuyen a la pérdida de peso moderada, y mejoran el perfil lipídico y el control glucémico.

Las recomendaciones para el paciente diabético son iguales que para la población general: disminuir la ingesta de grasa saturada (Palacios, et al., 2012, pp. 35-36).

La Actividad Física Regular. Mejora la resistencia insulínica mediante la regulación del transporte de glucosa en el músculo, disminuye el riesgo de DM, mejora el perfil lipídico, refuerza la pérdida de peso y ayuda al control metabólico.

El ejercicio físico de intensidad aeróbica y anaeróbica es efectivo para ayudar al control glucémico y a la mejora de la respuesta insulínica y los niveles de triglicéridos.

Se recomienda la práctica de ejercicio físico regular, aeróbico o anaeróbico, o una combinación de ambos. La periodicidad recomendada es: tres sesiones semanales en días alternos, graduales en duración e intensidad (ADA, 2014).
Las modificaciones dietéticas, el ejercicio y las terapias conductuales son eficaces en la disminución de peso y control glucémico de la DM 2. La asociación mejora la eficacia.

Se recomiendan programas organizados que combinen actividad física con tratamiento dietético, ingesta de fibra, con disminución de la ingesta de grasa, y contenido de hidratos de carbono entre 55%-60% de la ingesta diaria.

En la DM2 existe un largo período asintomático, por ello Arnold, et al., recomiendan:
Es el caso de una persona asintomática (…) En estas circunstancias el clínico debe tener en consideración los factores de riesgo de diabetes y realizar acciones de salud encaminadas a eliminar, o al menos disminuir, aquellos factores que sean modificables con el objetivo de prevenir o retardar la aparición de este síndrome. (Arnold , et al., 2012; ADA, 2014).

5 Discusión-Conclusión

La DM2 suele ir antecedida por una extensa etapa de prediabetes (Mata-Cases, y otros, 2015).

La intervención preventiva demora o previene la DM2 y sus complicaciones (Bas-

san, y otros, 2018, p. 173). Las ventajas de su diagnóstico temprano se disfrutan si se emplean las intervenciones preventivas (Palacios,et al., 2012, p. 39).

El paciente diabético tipo 2 debe recibir una atención de calidad, lo cual se traducirá en un diagnóstico precoz, para ello es fundamental reforzar el monitoreo y el cribado en los pacientes con factores de riesgo, interviniendo en los factores de riesgo modificables y en la educación sanitaria de las poblaciones diana con la finalidad del diagnóstico precoz y oportuno para un mejor control metabólico y una disminución en la presentación de las complicaciones asociadas a mediano y largo plazo (Barquilla, 2017, pp. 59-60; Navarrete, et al., 2012; Arnold , et al., 2012; Pons & Fernández, 2003, p. 335).
El cribado activo organiza un procedimiento de trabajo de la atención primaria de salud
(Vicente Sánchez, et al., 2015). Con esto se certifica diagnosticar la enfermedad en estadios iniciales y el tratamiento precoz y adecuado, así como la prevención temprana de las complicaciones.

Los objetivos de la educación de las personas con diabetes es conseguir el control de factores de riesgo, incluidos la glucemia, lípidos, presión arterial, tabaquismo, calidad de vida, control glucémico y promoción de hábitos saludables: dieta, control del peso y actividad física (Vicente Sánchez, et al., 2015, p. 157; ADA, 2014; Mata-Cases, y otros, 2015).

6 Bibliografía

- American Diabetes Association. (2014). Standards of medical care in diabetes. Diabetes Care
2014;37(Suppl 1):S14–S80.
- Arnold Rodríguez, M., Arnold Domínguez, Y., Hernández, Y. A., Guerra, C. V., & González Calero, T. M. (2012).
- Screening and prevention of diabetes mellitus type 2 in risky population. Revista Cubana de Higiene y Epidemiología, 50(3), 380-391.
- Barquilla García, A. (2017). Actualización breve en diabetes para médicos de atención primaria. Revista Española de Sanidad Penitenciaria, 19(2), 57-65.
- Bassan, N., Vinuesa, M., Soldano, O., Sciarresi, E., Bruera, G., Di Sipio, A., & Venecia, S. (2018). Diabetes Tipo 2, Herencia Multifactorial y Prevención Primaria. Acta Científica Estudiantil, 6(4), 168-178.
- Mata-Cases, M., Artola, S., Escalada, J., Ezkurra-Loyola, P., Ferrer-García, J., Fornos, J., & Rica, I. (2015). Consenso sobre la detección y el manejo de la predia-

betes. Grupo de Trabajo de Consensos y Guías Clínicas de la Sociedad Española de Diabetes, 47(7), 456.
- Navarrete, M. D. S. L., Rojas, H. C., & Guzmán, L. R. (2012). Weighting of the Risk Factors for Diabetes mellitus type 2 in a Family Medicine Unit. Atención Familiar, 19(2), 38-42.
- Palacios, A., Durán, M., & Obregón, O. (2012). Factores de riesgo para el desarrollo de diabetes tipo 2 y síndrome metabólico. Revista Venezolana de Endocrinología y Metabolismo, 10(1), 34-40.
- Paredes, N., Materano, M., Ojeda, A., López, J., López, A., Rosales, J., ... & Chacón-Lozsán, F.
(2014). Aplicación del test Findrisk para cálculo del riesgo de padecer diabetes mellitus tipo 2. Medicina Interna, 30(1).
- Pons, M. B., & Fernández, I. F. (2003). Criterios de cribado y diagnóstico de diabetes mellitus. Atención Primaria, 31(5), 334-336.
- Valdes, S., Rojo-Martínez, G., & Soriguer, F. (2007). Evolution of prevalence of type 2 diabetes in adult Spanish population. Medicina clínica, 129(9), 352-355.
- Vicente Sánchez, B., Vicente Peña, E., Delgado, A. A., & Costa Cruz, M. (2015). Identification of individuals at risk of developing type 2 diabetes. Revista de Enfermedades no Transmisibles Finlay, 5(3), 148-160.

Capítulo 1121

TEST RÁPIDO DE EMBARAZO EN ORINA

MARIA TERESA MARTÍNEZ SUÁREZ

MARIA DELIA ALONSO RODRÍGUEZ

VIRGINIA LINARES FERNANDEZ

1 Introducción

La gonadotrofina coriónica humana (hCG) es una hormona glicoproteica que sintetizan las células trofoblásticas de la placenta y se detecta precozmente en orina tras la implantación del óvulo, entre los 7 y 10 días después de la concepción.

2 Objetivos

Detección cualitativa del metabolito de la hormona gonadotrofina coriónica humana en orina.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre test inmunocromatográficos rápidos en orina.
Se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed y Scielo.

4 Resultados

El test de embarazo se trata de un procedimiento inmunocromatográfico donde la muestra de orina reacciona con el conjugado coloreado (anticuerpos monclonales anti hCG - partículas de látex coloreadas).

La muestra de orina para la prueba se recogerá en un recipiente limpio y seco. Se recomienda usar la primera orina de la mañana, ya que contiene una concentración más alta de hCG, pero se puede usar una muestra recogida en cualquier momento del día.

Previamente a su uso, se centrifugará para obtener una muestra clara para la realización del test.

Sustraemos la placa del test del envoltorio que la protege. Seguidamente, depositaremos 4 gotas de orina en el pocillo correspondiente y pondremos en marcha el cronómetro 3 minutos. Durante el transcurso de dicho tiempo, la orina por capilaridad avanza por el soporte del test para reaccionar con el conjugado coloreado.

Finalmente podremos observar:
- Valor positivo: aparece una línea de color rojo en la zona de respuesta del test y una línea de color azul en la zona correspondiente a la zona de control.
- Valor negativo: ausencia de línea de color en la zona de respuesta del test y una línea de color azul en la zona correspondiente a la zona de control.
- Valor no válido: no aparece línea azul en la zona correspondiente al control, independientemente de que aparezca zona coloreada en la zona de respuesta del test.

5 Discusión-Conclusión

- Se esperan valores negativos en mujeres no embarazadas y en hombres sanos.
- Este test es cualitativo.
- Una muestra de orina muy diluida puede no contener niveles representativos de hormona.
- Se puede presentar un valor positivo en la prueba en individuos que presentan enfermedades trofoblástica y ciertas neoplasias no trofoblásticas.
- Si el test determina un resultado positivo de embarazo, éste debe de confirmarse por un médico especialista.

6 Bibliografía

- https:// www.huggies.com
- https:// www.es.clarblue.com
- https:// mibebeyyo.elmundo.es
- https:// monlab.es

Capítulo 1122

COLONOTAC

JORGE ALVAREZ RODRIGUEZ

ANA ISABEL MENENDEZ MENENDEZ

1 Introducción

El colonotac es una prueba de imagen que nos permite visualizar el interior del colon o del intestino grueso. Usada como técnica diagnostica para el cribado del cáncer colorrectal, la detección de pólipos, divertículos o malformaciones.

2 Objetivos

- Conocer su funcionamiento y sus riesgos y beneficios en relación a la colonoscopia convencional.

3 Metodología

Se realiza una búsqueda bibliográfica en distintas paginas web y artículos sobre radiología, también en bases de datos como pubmed y medline, con los descriptores ” colonotac, colonoscopia, beneficios, técnica diagnóstica”

4 Resultados

El técnico coloca al paciente en la mesa boca arriba, se le coloca una pequeña cánula rectal por la que se insufla aire lentamente para distender el colon, cuando este suficientemente distendido el paciente permanecerá inmóvil y manteniendo

la respiración mientras la mesa se mueve por el dispositivo de exploración para realizar el TAC abdominal. Esas imágenes que toma el TAC se recojen e interpretan en una computadora para formar las imágenes tomografícas.
La toma radiográfica no dura mas de un minuto, teniendo en cuenta toda la preparación que conlleva podemos hablar de unos 25-30 min de duración total.
Es importante tener en cuenta que se trata de una prueba diagnóstica, nunca terapéutica. En caso de precisar tratamiento ya tendríamos que recurrir a la colonoscopia o a la cirugía.

5 Discusión-Conclusión

El colonotac fue aceptado en el 2008 como técnica de cribado del cáncer colorrectal y consiste en un examen minimanente invasivo que proporciona imágenes que pueden describir pólipos y tumores. Reduce el riesgo de perforación del colon y se tolera mejor que la colonoscopia convencional, también las imágenes son mas detalladas. Como punto negativo podemos decir el riesgo de desarrollar un cáncer que conlleva cualquier tipo de radiacción.

6 Bibliografía

- radiologyinfo.org https://webcir.org
https://cun.es
https://medlineplus.gov
https://google.es

Capítulo 1123

TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA. EVOLUCIÓN Y TIPOS.

COVADONGA DE LA HERA RAPOSO

1 Introducción

El sistema de imagen de tomografía computarizada (TC) es un aparato de rayos X, en el cual la placa radiográfica ha sido sustituida por detectores. El tubo de rayos X emite un haz colimado que atraviesa al paciente. De dicho tubo emerge el haz atenuado remanente, que es recibido por el detector mientras el sistema efectúa un movimiento circular. La información recogida en los detectores es analizada por un ordenador, que reconstruye la imagen digital mediante ecuaciones matemáticas (algoritmos) y la muestra en un monitor.

2 Objetivos

- Tipos de tomografía computarizada existen.
- Como han evolucionado.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La tecnología en el diseño de los equipos de TC ha evolucionado rápidamente desde sus comienzos. Las innovaciones introducidas han conseguido acortar el tiempo de exploración y mejorar la calidad de la imagen.
En los tomógrafos de primera generación, se producían rayos paralelos gracias a un movimiento de traslación a lo largo del objeto, y este proceso se repetía con pequeños incrementos rotacionales hasta barrer 180 grados.
Los equipos de segunda generación funcionaban bajo un principio de traslación-rotación similar; sin embargo, podían realizar el proceso un poco más rápido, gracias al uso de un mayor número de detectores, y una fuente que emitía rayos en forma de abanico , además, aprovechaban mejor la potencia de los rayos X emitidos.

La búsqueda de una mayor velocidad de adquisición de las imágenes hizo que se eliminara el movimiento de traslación y así aparecieron los equipos de tercera generación en 1975. En este tipo de escáneres, el tubo de rayos X y el detector rotan simultáneamente, cubriendo el paciente con un haz de rayos X en forma de abanico. Los primeros prototipos de tercera generación contaban con arreglos (unidimensionales) de hasta 250 detectores y permitían tiempos de adquisición de sólo 5 segundos. A pesar de una ganancia considerable en los tiempos de adquisición, esta geometría presentaba un problema: dado que los tubos de rayos X estaban firmemente unidos a los detectores, cada detector sólo puede medir los rayos que pasan a una distancia específica del centro de rotación, dependiendo de la ubicación del detector en el arreglo. Cualquier error en la calibración de cada detector con respecto a los demás, se retro-proyectaba a lo largo de estos rayos, y resultaba en la formación de un artefacto en forma de anillo en las imágenes reconstruidas. Otro problema adicional era la dispersión de rayos X, que se produce a causa de las proyecciones en forma de abanico del sistema.
En 1976, aparecieron los tomógrafos de cuarta generación, que consistían en un arreglo estacionario de detectores en forma de anillo, que rodeaban completamente al paciente, de modo que la rotación se limita al tubo de rayos X. En este caso, cada detector podía medir los rayos que se encontraban a cualquier distancia del centro de rotación y podían ser calibrados dinámicamente, lo que evitaba la presencia de artefactos en forma de anillo. No obstante, el tamaño del anillo necesario para mantener una distancia adecuada entre la piel del paciente y la fuente de rayos X, y la cantidad de detectores requerida para alcanzar una resolución espacial aceptable, hicieron que este diseño resultara particularmente costoso.

Hasta 1989 sólo se podía adquirir en TC axial. En 1989, la adquisición de datos con el tubo de rayos X rotando continuamente y con la camilla desplazándose simultáneamente dio origen a la adquisición helicoidal o espiral. La introducción de la adquisición helicoidal ha mejorado considerablemente el rendimiento de la TC.

Algunas de las ventajas de la TC helicoidal: se acorta el tiempo de exploración, y se obtiene una información más coherente para reproducir imágenes en 3D del volumen explorado. La desventaja principal de la TC helicoidal fue la aparición de algunos artefactos asociados (molinos de viento, etc.). La trayectoria circular del tubo de rayos X se transforma en una hélice desde la perspectiva del paciente. La adquisición helicoidal posibilitó la obtención de datos de un gran volumen del paciente en apnea, lo que constituía un requisito previo para el desarrollo de la angiografía con TC (angio-TC) de alta calidad. El desplazamiento de la camilla se expresa generalmente en relación con la anchura nominal del haz (igual a la anchura de corte en equipos de corte único); el cociente entre el desplazamiento de la camilla en una rotación de 360° del tubo y la anchura nominal del haz se denomina factor de paso o pitch.
Diez años después de la introducción de la TC helicoidal, con la introducción de escáneres multicorte de rotación rápida, se produjo un enorme avance en la tecnología de TC que facilitó la aparición de nuevas aplicaciones clínicas. Los primeros equipos con 4 filas contiguas de detectores activos, dieron paso a los de 16 y 64 filas respectivamente, lo que hizo posible la adquisición simultánea de perfiles de un gran número de secciones. Además, el tiempo de rotación se redujo desde 1-2 s, típicos en equipos de corte único, hasta valores muy inferiores (0,3-0,4 s). En consecuencia, en estas condiciones es posible escanear prácticamente todo el cuerpo de un adulto en una inspiración con espesores de corte muy por debajo de 1 mm. Con los equipos de TC multicorte las adquisiciones se suelen hacer en modo helicoidal. Las excepciones se dan para TC de alta resolución de, por ejemplo, los pulmones, y la adquisición secuencial en TC cardíaca, ya sea para el cálculo del calcio coronario o para angiografía coronaria por TC.

5 Discusión-Conclusión

La tomografía computarizada de rayos X ha tenido múltiples avances científicos y tecnológicos. Resulta interesante saber que los avances de esta técnica, han estado marcados por cuatro parámetros comunes: la constante búsqueda de una mayor velocidad de adquisición (resolución temporal), aumentar la resolución

espacial, mejorar la calidad de la imagen, y minimizar las dosis de radiación ionizante.

6 Bibliografía

- A. Calzado, J. Geleijins. Tomografía computarizada. Evolución, principios técnicos y aplicaciones. Revista Física Médica. 2010.
- S. Hernandez Muñiz, M. Mitjavila Casanovas. Introducción a la tomografía computarizada. Revista especial Medicina Nuclear. 2006.
- Stewart C. Bushong. Manual de radiología para técnicos. Octava edición. Elsevier. 2008.
- Juan Carlos Ramírez Giraldo, Carolina Arboleda Clavijo, Cynthia H. McCollough. Tomografía computarizada por rayos X: fundamentos y actualidad. Revista Ingeniería Biomédica. 2008.

Capítulo 1124

«LA SALUD BUCODENTAL EN LA ATENCIÓN PRIMARIA»

JENNIFER GARCÍA LÓPEZ

1 Introducción

La salud bucodental impartida en la atención primaria de nuestro sistema nacional de salud (SNS) puede ser de tres modelos dependiendo de la comunidad autónoma, el modelo PADI (programa de asistencia dental infantil) se lleva a cabo en las comunidades de País Vasco, Navarra, Aragón, Andalucía, Extremadura, Murcia, Islas Baleares y Canarias, se tratan de financiación pública y provisión mixta; el modelo mixto con una parte de la provisión pública y otra parte provisión privada como son Castilla la mancha y castilla y león; y otras comunidades apostaron por el modelo de financiación y provisión totalmente públicos como La rioja, Comunidad valenciana, Madrid, Cataluña, Galicia, Asturias, Cantabria, Ceuta y Melilla, basándose todas ellas en las normas de la "Ley general de sanidad" del 14 de abril de 1986 y el real decreto "RD 1030/2006.

La salud bucodental en atención primaria en España comprende las actividades asistenciales, diagnósticas y terapéuticas de la cavidad bucodental así como la promoción de la salud, educación sanitaria y preventiva de la misma.

Anatomía de la cavidad oral: La cavidad bucodental o cavidad oral está formada por los labios, el revestimiento de las mejillas, la lengua, las encías, el piso de la boca, el paladar duro y la dentición.

La mayoría de las patologías se suceden en la dentición siendo la más común "La caries", definiéndose como tal por la organización de la salud (OMS) como un

proceso patológico, localizado, de origen externo, que se inicia tras la erupción y que determina un reblandecimiento del tejido duro del diente, evolucionando hacia la formación de una cavidad.

A lo largo de la vida se tiene dos tipos de denticiones, en la edad de niño donde se llega a tener 20 dientes y la edad adulta donde se tienen 32, 16 por arcada (arcada superior y arcada inferior), los podemos distinguir en incisivos, caninos, premolares y molares, donde cada uno de ellos ejerce una función.

Procedo a comentarlos, siendo por lo tanto la suma de 16:

- Los incisivos son 4, 2 incisivos centrales y 2 incisivos laterales, su función es cortar y partir los alimentos.

- Los caninos son 2, su función es desgarrar algunos alimentos duros o elásticos.

- Los premolares son 4, cuya función es triturar los alimentos.

- Los molares que son 6, también se encargan de triturar y moles los alimentos más duros.

- La encía también tiene sus patologías siendo la más común la gingivitis o inflamación de las encías, es el inicio de la enfermedad periodontal se debe a los efectos a corto plazo del acumulo de placa bacteriana en los dientes si esta no se quita con una buena higiene, acaba convirtiéndose en sarro inflamando las encías.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Analizar los conocimientos sobre la salud bucodental y el grado de educación en la misma, para evitar las consecuencias que conllevaría una mala higiene centrada sobre todo en la edad pediátrica y comprobar su efectividad a corto y medio plazo. Para evitar en mayor medida las patologías comentadas previamente.

Objetivos secundarios:

- Fomentar las actividades de promoción y prevención que se han demostrado eficaces en la reducción de caries, gingivitis y enfermedad periodontal, a través de los programas preventivos dirigidos a los escolares y embarazadas.

- Mejorar el abordaje de la atención de los problemas de salud oral que se realiza desde los centros de salud, como el tratamiento de la caries, la cirugía bucal, la consulta del adulto o la atención a la discapacidad.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la salud bucodental en nuestro sistema nacional de salud (SNS) en general y en lagunas comunidades autónomas en particular. Se realiza una búsqueda sistemática de artículos en bases de datos como elsevier, RCOE, SCIELO, Medlineplus,... para comparar los estudios que demuestran la eficacia de las modificaciones realizadas en estos últimos años.

4 Resultados

La salud bucodental en atención primaria abarca varios ámbitos como pueden ser:

- La formación, educación y adiestramiento de materia de higiene y salud bucodental. La promoción de hábitos saludables, la prevención de principales patologías bucodentales y su detección precoz mediantes revisiones periódicas.
- Tratamientos de procesos infecciosos y/o inflamatorios, traumatismos oseodentarios, heridas y lesiones de la mucosa oral, Patologías de la articulación témporomandibular (ATM), exodoncias, exodoncias quirúrgicas, revisiones orales para la detección precoz de lesiones premaligneas y en su caso biopsias de lesiones mucosas.
- Mujeres embarazadas: instrucciones sanitarias en materia de dieta y salud bucodental tanto para la madre como para el bebé, aplicación de flúor y realización de una higiene bucodental durante el segundo trimestre de embarazo.
- En edad pediátrica (hasta los 14 años): A través de programa de promoción de la salud bucodental (PSBD), desarrollado en los centros escolares de enseñanza sobre las técnicas del cepillado en los centros educativos, así como en la atención primaria aplicación de flúor, revisiones anuales, sellados de los molares definitivos, obturaciones dientes definitivos, realización de ortopantomografía, etc.

Las intervenciones sanitarias en los centros educativos resultan eficaces en la mejora del conocimiento y los hábitos dietéticos de los alumnos.

Uno de los estudios en los que nos hemos basado para demostrar nuestra teoría es el realizado en Madrid en 2012 con 50 niños entre los 9 y 10 años, donde queda constancia la importancia de la educación sanitaria en edades tempranas, antes de la educación sanitaria impartida por odontólogos e higienistas los niños y niñas el 78% sabían que era la caries y que se podían prevenir pero solo el 20% sabía que se debía de acudir a la consulta odontológica una vez al año, el resto pensaban pensaba sólo cuando hubiera alguna patología.

Todo eso, junto con el número de veces que hay que cepillarse al día y el uso de la seda dental al menos una vez al día aumentó considerablemente tras la educación impartida en el centro escolar.

5 Discusión-Conclusión

A pesar de la notable evolución y la mejora considerable en la salud bucodental que se está consiguiendo en los últimos años con los métodos de prevención utilizados en todo el país orientados a los más pequeños, aun existen evidentes desigualdades entre las diferentes comunidades autónomas, tanto en la organización como en las prestaciones públicas odontológicas.

Los conocimientos de los niños sobre la salud bucodental así como la calidad del cepillado dental han mejoraron significativamente después de la intervención educativa con la incorporación de estos nuevos sistemas de prevención.

A día de hoy se continúa luchando por hacer cada vez más visible la necesidad de la financiación por parte de nuestro sistema nacional de salud (SNS) de más problemas odontológicos y hacer ver a la población de que tanto odontólogos como higienistas están ahí para ayudarles, creo que si a día de hoy se hiciera una encuesta habría un tanto por ciento muy elevado que no conoce el abarque de esta ayuda por falta de información.

6 Bibliografía

- https://rcoe.es/articulo/8/la-atencion-bucodental-en-comunidades-autonomas-con-modelos-publico-o-mixto-en-espana
- http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322011000300010
- “Átlas básico de fisiología” de parramón, página 18.

- https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001056.htm.
- https://www.astursalud.es/en/noticias/-/noticias/guia-para-la-atencion-a-la-salud-bucodental-en-atencion-primaria-en-asturias
- https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-avance-resumen-atencion-primaria-promocion-salud-bucodental-S0212656717308429
- http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852012000100003

Capítulo 1125

ESTUDIO DE LA ENFERMEDAD DE PARKINSON. CASO CLÍNICO

MARIA LUISA FERNANDEZ DEL CERRO

JESSICA SUÁREZ JIMÉNEZ

ZARA REGINA GONZÁLEZ LÓPEZ-FDEZ

ELSA ARGÜELLES IGLESIAS

MARÍA NOEMI RODRÍGUEZ ESPINA

1 Introducción

1. Introducción.
1.1 El cerebro humano.

Intentar conocer el cerebro humano es algo que a lo largo de la historia se han propuesto muchos científicos. Los estudios que hasta ahora se han realizado nos demuestran que la utilización consciente que se hace del cerebro tiene un porcentaje similar a la parte emergente de un iceberg 5/10 %, pues el 90 % restante está debajo de la superficie, y es lo que llamamos el inconsciente. También se le compara con un ordenador, pues éstos simulan las redes neuronales de nuestro cerebro, pero nunca un ordenador se podrá comparar con las posibilidades que ofrece este (hoy por hoy es ciencia ficción).

Sus funciones son tan admirables como misteriosas, en él se producen las emociones, los pensamientos, se almacenan los recuerdos, el comportamiento, el es-

tado de ánimo, la imaginación, la invención, las creencias, en él está la sede de la inteligencia, el control de todo el funcionamiento del organismo, coordina los movimientos, el tacto, el olfato, la vista, nos comunicamos y relacionamos con los demás, comprendemos las matemáticas, componemos, creamos música y arte, e incluso está dotado de la capacidad para planificar con antelación cualquier cosa, nuestro cerebro dirige nuestra conducta…

Tanta complejidad y sofisticación tiene un precio, pues necesita una alimentación constante con una demanda de flujo sanguíneo y oxígeno elevada y continua, y supone un 29% de la sangre que sale del corazón el volumen craneal medios de 1400 cm^3 su peso es de aproximadamente el 2% del peso corporal y viene a consumir el 20% de los recursos energéticos del organismo.

2. Enfermedad de Parkinson.

La enfermedad del Parkinson (EP) fue por primera vez descrita por James Parkinson en 1817 pero fue en 1960 cuando Edinger & Hornykiewicz descubrieron la pérdida de unas células cerebrales, localizadas en la sustancia negra. Éstas sintetizan un neurotransmisor- la dopamina- que contribuye a regular la actividad muscular. Es una enfermedad que persiste y progresa a lo largo del tiempo, no contagiosa, ni usualmente se hereda. La enfermedad de Parkinson es la forma más común de parkinsonismo nombre de un grupo de enfermedades con características similares.

El uso de la levodopa, precursor de la dopamina, se introdujo en 1961, mejorando considerablemente síntomas y la calidad de vida de los afectados. La efectividad de este fármaco no es uniforme, pasados entre 2 a 7 años de promedio, aparece una serie de complicaciones que empeoran con el tiempo. Estos trastornos (dicinesias, fluctuaciones "on-off" y las alteraciones mentales) son fuente de incapacidad severa. Además hay una serie de síntomas colaterales que pueden resultar tanto más incapacitantes como la depresión, el estreñimiento, las alteraciones en la deglución, los trastornos urinarios y la dificultad progresiva para la realización de las actividades de la vida diaria. De ahí la importancia de la observación y vigilancia de estos pacientes para solucionar lo antes posible estas complicaciones y ajustar el tratamiento según sus necesidades.

2.1. Etiología.
2.1.1. Estructuras anatómicas implicadas.

En la enfermedad de Parkinson (EP), existe una degeneración de las neuronas

en un área del cerebro conocida como sustancia negra del tronco cerebral. Esta área es la generadora de dopamina y a través de la vía nigroestriada actúa como neurotransmisor en los ganglios basales (entre otros el globo pálido, el putamen y el núcleo subtalámico), haciendo que los movimientos musculares se ejecuten con precisión y eficacia. Las causas de las actividades motoras anormales que componen la EP se relacionan con la pérdida de secreción de dopamina dejando de inhibir la vía nigroestriada. De esta forma predominan las neuronas que segregan acetilcolina y emiten señales excitatorias a todos los núcleos de la base, entre ellos el núcleo basal de Meynert, la amígdala y los núcleos hipotalámicos, responsables en su conjunto de los procesos motores y algunas funciones cognitivas.

La causa de la degeneración de la sustancia negra no se conoce con seguridad, existiendo varias teorías: daño oxidativo, toxinas ambientales, predisposición genética o envejecimiento acelerado. A nivel microscópico, muchas de las estructuras cerebrales afectadas están atróficas o muestran signos de degeneración, y otras contienen uno o varios cuerpos de inclusión en el citoplasma, llamados cuerpos de Lewis.

2.1.2 Trastornos neuroquímicos de la EP.

• Sistema dopaminérgico; Existe una disminución de la concentración de dopamina y de la actividad de sus enzimas de síntesis. Éstos cambios en los sistemas de transmisión dopaminérgica, serán los principales responsables de los trastornos motores en la EP.

• Sistema colinérgico; Importante en la memoria, en el control motor y en otras funciones mentales superiores. En un cerebro normal los niveles de dopamina y acetilcolina, se encuentran en equilibrio e igualados el primero en sus funciones inhibitorias y el segundo en las excitatorias. Cuando se reducen los niveles de dopamina, la acetilcolina comienza ejercer un exceso de actividad que altera las funciones anteriormente citadas.
• Sistema Andrenérgico-noradrenérgico: Se cree que la reducción de las concentraciones de adrenalina y noradrenalina expliquen determinados aspectos del deterioro mental y de los trastornos autonómicos.
• Sistema serotonérgico: Las alteraciones en este sistema es posible que jueguen un papel relevante en la depresión síntoma más frecuente en la EP.

2.2. Manifestaciones físicas de la EP.
2.2.1 Síntomas motores.

- Bradicinesia.
- Temblor.
- Rigidez muscular.
- Trastorno de los reflejos de enderezamiento.
- Anomalías posturales.

Éstas alteraciones van a generar trastornos de:

- Movimientos automáticos del cuerpo: parpadear, gesticular, tragar saliva e incluso balancear los brazos al caminar.
- Movimientos voluntarios: el habla y la voz se hacen más débiles e ininteligibles. Controla mal el movimiento y el equilibrio, tienen problemas para comer y deglutir, la escritura se hace muy lentamente y con la mano temblorosa.

2.2.2 Síntomas no motores.

- Dolores musculares y osteoarticulares.
- Estreñimiento.
- Micción imperiosa y nicturia.
- Crisis de sudoración y seborrea.
- Trastorno del sueño.
- Trastornos oculares.
- Problemas respiratorios.
- Trastornos afectivos. Son ansiedad y depresión. Esta última puede definirse como un trastorno del humor que dura más de dos semanas, caracterizado por tristeza, asociado a modificaciones en el apetito y el sueño, así como la pérdida de interés en actividades. Un 50% pueden sufrir cuadros depresivos.
- Trastornos cognitivos.
- Trastornos sexuales.

3. Tratamiento farmacológico.

3.1. Fármacos orales

La levodopa es el fármaco por excelencia en la EP. Es un producto químico simple que se haya naturalmente las plantaciones y en los animales.

En la enfermedad de Parkinson hay un déficit de dopamina cerebral. Ésta, administrada por vía oral, produce muchos efectos secundarios y se degrada, en su mayoría, antes de llegar al cerebro. Por este motivo, se utiliza L-dopa asociado con un inhibidor de la dopa-decarboxilasa (carbidopa o benseracida) para impedir el paso de L-dopa a dopamina a nivel periférico. Como este inhibidor no

puede atravesar la barrera hematoencefálica, a nivel cerebral en la enzima dopa de carboxilación puede transformarla L-dopa en dopamina.

A medida que progresa la enfermedad, se van perdiendo más neuronas de la vía negro nigroestriada, con ello va disminuyendo la capacidad que tiene el cerebro para almacenar dopamina y la duración del efecto de L-dopa es menor. Dado que ésta tiene una vida media de aproximadamente 90 minutos, el paciente empieza a no llegar a las dosis siguiente, por lo que las tomas tienen que ser más frecuentes. En ocasiones el uso de la levodopa/carbidopa retardada por la noche suele ser útil.

3.2. Fármacos subcutáneos.
3.3. Fármacos intramusculares intradérmicos.
3.4. Fármacos de administración duodenal.
3.5. fármacos transdérmicos.

4. Actuación quirúrgica.

A día de hoy, la intervención quirúrgica está indicada en pacientes con una edad límite de 70 años, que no tengan deterioro cognitivo que impida la colaboración durante la intervención de lógica, y que presenten respuesta a L-dopa.
Mediante la cirugía se aspira, en el mejor de los casos, a mantener al paciente el mayor tiempo del día con los mejores momentos de la fase ON.
Existen dos técnicas, una lesión de la diana (más barata de peor control) que se encuentra ya en desuso. La otra es la estimulación cerebral. Las técnicas de neuroestimulación tienen la ventaja con respecto a la lesión de que son reversibles con mínima lesión cerebral.

5. Etapas de la enfermedad: Etapas de Hoehn y yahr:

- Etapa uno: síntomas solamente de un lado del cuerpo.
- Etapa dos: síntomas en ambos lados del cuerpo. Deterioro del equilibrio.
- Etapa tres: Deterioro del equilibrio. Enfermedad leve a moderada. Independiente físicamente.
- Etapa cuatro: Incapacidad grave, pero aún es capaz de caminar o estar de pie sin ayuda.
- Etapa cinco: En silla de ruedas o en la cama a menos que reciba ayuda.

2 Objetivos

Revisión del estudio de la enfermad de Parkinson.

3 Caso clínico

Mujer de 76 años de edad. Deterioro de equilibrio, bradicisnea, temblor en ambos lados del cuerpo, incontinencia urinaria. Deprimida. Posible diagnostico de enfermedad de Parkinson.

Descripción de la patología del paciente;

Los síntomas tempranos de la enfermedad son muy suaves y se van produciendo gradualmente, se sienten cansados, les cuesta levantarse de una silla, se sienten deprimidos sin razón aparente…En nuestro caso la paciente ya lleva muchos años con estos síntomas, que pueden deberse a un simple envejecimiento pero en los últimos meses se ha ido agravando.

Sus temblores en ambos lados interfieren en su actividad diaria, su familia nota estos cambios, cada vez es más dependiente y necesita la ayuda de su entorno. Asearse o vestirse puede llevarle horas, sus movimientos son muy lentos (bradicinesia), la paciente es consciente de ello y se siente muy deprimida al verse dependiente de sus familiares. Además, tiene incontinencia urinaria, necesita el uso de pañales.
Diagnostico:

Ante la clara sospecha de Parkinson, realizaremos un estudio analítico completo. Además de las determinaciones rutinarias, debemos incluir aquellas que nos permitan descartar enfermedades metabólicas que pueden causar un síndrome rígido similar a la enfermedad de Parkinson como la insuficiencia hepática crónica, hipoparatiroides, enfermedad de Wilson, enfermedades infecciosas del sistema nervioso central como VIH, etc. La anamnesis y la exploración neurológica sigue siendo la base del diagnóstico neurológico por mucho que los últimos años se hayan desarrollado pruebas diagnósticas la exploración.

El médico valorará:
- El nivel de conciencia a través de estímulos verbales, táctiles, visuales y dolorosos como por ejemplo responder a ordenes complejas y estar en el tiempo espacio y con las personas.
- Atención y lenguaje.

- Examen del sistema motor.
- Exploración de la sensibilidad.
- Coordinación de la marcha.
- TAC.
- Pruebas de laboratorio para descartar las anteriormente mencionadas enfermedades parecidas.

Tras los exámenes y pruebas se diagnostica PARKINSON en estadio 4, por lo que se pauta un tratamiento farmacológico con levodopa. La paciente se quedará ingresada hasta derivarla a una residencia donde tenga asistencia profesional 24 h. De esta forma estará con los mejores cuidados posibles y no dependerá de sus familiares.

4 Discusión-Conclusión

A día de hoy seguimos sin saber cuál es la causa de la enfermedad de porque nuestro cerebro deja de producir dopamina, solo existen tratamientos para aliviar los síntomas de la enfermedad pero no su cura, al igual que no sabemos la causa no hay una prueba diagnóstica clara que nos lo confirme.

Es una enfermedad grave, que puede durar hasta incluso 20 años y que no solo afecta a la persona que lo padece sino que implica a todo su entorno al volverse personas totalmente dependientes.

Se debería invertir en investigación y avanzar, estamos estancados.

5 Bibliografía

1. Valles Rusiñol, A. Curso de formación integral de la enfermedad de Parkinson para el personal sanitario. Módulo uno: enfermería. 2009.
2. Molina J a, Berbel A, porta J. Enfermedad de Parkinson: clínica y diagnóstico. En: Jiménez-Jiménez S.J., Luky MR, Molina J, RS. Tratado de los trastornos del movimiento. Madrid: y M y C 1998.
3. Vallès, Belmonte S, Delgado S. Enfermedad de Parkinson. Orientaciones prácticas para el cuidador. Edición: Federación española del Parkinson, Barcelona 2009.
4. Prats París a, Vallés y Rossinyol A. Consejos sobre trastornos cognitivos para pacientes con enfermedades de Parkinson Bristol-millors Skip 2004.

5. Casanovas M, Vallés a. Consejos sobre alimentación para pacientes con enfermedad de Parkinson. Millors Skip 2004.
6. Ibarra, a. Nanda (diagnósticos enfermeros) 2018.
7. Apuntes TCAE, Ilerna.
8. Intervenciones de enfermería al paciente con alteraciones neurológicas. Formación continuada de loggos.

Capítulo 1126

HIDATIDOSIS EN ESPAÑA

MARIA TERESA MARTÍNEZ SUÁREZ

MARIA DELIA ALONSO RODRÍGUEZ

VIRGINIA LINARES FERNANDEZ

1 Introducción

La hidatidosis o equinococosis es una ciclozoonosis producida por helmintos del género Echinococcus, dentro del cual existen dos especies holoárticas, representadas por E. granulosus y E. multilocularis, y dos neotropicales: E. oligarthus y E. vogeli. De las cuatro especies, la más importante es E. granulosus con un complejo de cepas genéticamente muy distintas, distribuidas en diferentes áreas geográficas.

E. granulosus es un parásito heteroxeno (tiene dos huéspedes). El perro, huésped definitivo (donde alcanza la forma adulta) y el huésped intermediario (donde desarrolla la fase larvaria), que incluye ganado ovino, bovino y también el hombre.

Cuando el hombre u otro huésped intermediario ingiere huevos embrionados de E. granulosus adquiere la enfermedad hidatídica, hidatidosis o equinococosis. Ésta se caracteriza por el desarrollo de larvas hidáticas (hidátides) en órganos o tejidos.

2 Objetivos

Evolución de la hidatidosis en España.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La Orden SSI/445/2015, de 9 de Marzo, modifica los anexos I, II y III del Real Decreto 2210/1995, de 28 de Diciembre, por el que se crea la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, relativos a la lista de enfermedades de declaración obligatoria, modalidades de declaración y enfermedades de ámbito regional. La hidatidosis se encuadra dentro de las enfermedades de declaración obligatoria con declaración numérica semanal con envío de datos epidemiológicos básicos.

Así mismo, el Real Decreto 1940/2004, de 27 de septiembre, sobre la vigilancia de las zoonosis y los agentes zoonóticos, encuadra la equinococosis en el anexo I dentro de las zoonosis y agentes zonóticos que deben de ser objeto de vigilancia.

Según se observa en la tabla adjunta la distribución de la enfermedad no es similar en todo el país, hay una diferencia geográfica clara que se manifiesta por el aumento de la incidencia a medida que se avanza hacia el centro del país. Las zonas costeras son las que menor incidencia presentan a excepción de la Comunidad Valenciana.

Casos notificados de hidatidosis por Comunidades Autónomas [1]			
Aragón	*7*	*10*	*2*
Cantabria	*1*		
Canarias	*1*		
Castilla-León	*28*	*17*	*10*
Castilla-La Mancha	*10*	*17*	*8*
Cataluña	*8*	*13*	*5*
Comunidad Valenciana	*23*	*7*	*17*
Extremadura	*4*	*3*	*12*
Madrid	*17*	*8*	*12*
Murcia			*2*
Navarra	*12*	*6*	*2*
País Vasco		*1*	
	Año epidemiológico 2016	*Año epidemiológico 2017*	*Año epidemiológico 2018*

[1] Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (declaración individualizada). Red Nacional de Epidemiología. Centro Nacional de Epidemiología.

5 Discusión-Conclusión

La ejecución de un programa de control y prevención de esta zoonosis debe de estar basado principalmente, en la educación sanitaria, previniendo la infección de los perros y reduciendo la biomasa parasitaria de éstos.

6 Bibliografía

https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Paginas/Informes.-Casos-y-tasas-por-CCAA.aspx
https://www.boe.es
https//fundacionio.com https://elsevier.es

Capítulo 1127

PREVENCIÓN DEL PIE DIABETICO

LAURA CAMAFREITA BEATO

MARIA DEL CARMEN CUERVO ALVAREZ

1 Introducción

El pie diabético es una de las complicaciones de la diabetes mellitus, caracterizada por la neuroisquemia, infección o deformidad del pie.

Clínicamente puede derivar en complicaciones neurovasculares por lo que la clínica del pie diabético ha de abordarse de forma multidisciplinar, aunque tiene especial importancia la prevención y la educación en pacientes con riesgo de pie diabético.

2 Objetivos

- Identificar los factores de riesgo tempranamente, así como revisar los pies del paciente periódicamente.
- Formación de pacientes y familiares, proporcionándoles los conocimientos necesarios para el auto cuidado y saber reconocer la aparición de complicaciones.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se llevará a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se realizará una búsqueda sistemática de libros y también de artículos en

las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Con esta metodología se busca una comunicación participativa, que analice las necesidades de los pacientes afectados, y enseñarles conocimientos básicos para reconocer y evitar el avance de las lesiones.

4 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 1128

TÉCNICAS BÁSICAS DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR.

DAMIÁN PASCUAL ÁLVAREZ

LAURA LEIROS GARCIA

JESSICA NUÑEZ BERMUDEZ

BIANCA GONZÁLEZ PINTADO

CLAUDIA LEIRÓS DÍAZ

1 Introducción

La reanimación cardiopulmonar puede mantener el flujo de sangre oxigenada al cerebro y otros órganos vitales hasta que el personal médico pueda restablecer el ritmo cardíaco normal.

Cuando el corazón se detiene, la falta de sangre oxigenada puede causar daño cerebral en solo unos minutos. Una persona puede morir en 8 o 10 minutos. La persona que va a realizar el masaje cardiaco debe tener claro el momento en el que va a realizar su labor, ya que por cada minuto que pasa sin que a una persona se le realice dicha maniobra, las posibilidades de supervivencia bajan un 10%. Las acciones de resucitación básicas deben comenzarse en menos de cuatro minutos para que el paciente tenga unas posibilidades aceptables de éxito, y las avanzadas en menos de ocho minutos.

2 Objetivos

Objetivo principal.
- Aprender una formación básica para saber responder ante una urgencia de una parada cardio-respiratoria.

Objetivo secundario.
- Determinar a un profesional sanitario como enfrentarte a una emergencia en situaciones críticas.

3 Metodología

Se llevo a cabo una revisión de la literatura científica a través de:
RCP. Manual de soporte vital avanzado en trauma. Alfonso Canabal Berlanga, Narciso Perales Roodríguez de Viguri, Pedro Navarrete Navarro y José Ángel Sánchez-Izquierdo Riera. 2ª edición. Editorial Elsevier. 2008.
Primeros Auxilios. Andrés Maza Iglesias y Beatriz Maza Muela. 2ª edición. Editorial Síntesis. 2019.
Los criterios de selección de la literatura han sido los siguientes:

Criterios de exclusión: Por antigüedad de las ediciones, por estar publicados en otro idioma o por tener una temática distinta a la buscada

Criterios de inclusión: por tener ediciones actualizadas, por estar publicados en castellano o por tener una temática orientada a la buscada.

4 Resultados

RCP corresponde a las siglas de reanimación cardiopulmonar. Es un procedimiento de salvamento que se realiza cuando la respiración o los latidos cardíacos de alguien han cesado. Esto puede suceder después de una descarga eléctrica, ahogamiento o un ataque cardíaco. La RCP involucra:
- Respiración boca a boca, la cual provee oxígeno a los pulmones de una persona.
- Compresiones torácicas, las cuales mantienen la sangre de la persona circulando.

Se puede presentar daño cerebral permanente o la muerte en unos pocos minutos si el flujo de sangre en una persona se detiene. Por lo tanto, se debe continuar con la RCP hasta que los latidos y la respiración de la persona retornen o hasta que llegue ayuda médica entrenada.

Para fines de la reanimación cardiop ulmonar, la pubertad se define como el desarrollo de los senos en las mujeres y la presencia de vello axilar (axilas) en los hombres.
El tiempo es muy importante cuando una persona inconsciente no está respirando. El daño cerebral permanente comienza después de tan solo 4 minutos sin oxígeno y la muerte puede ocurrir de 8 a 10 minutos más tarde.

En los adultos, las principales razones para que los latidos del corazón y la respiración se detengan incluyen:
- Sobredosis de drogas.
- Sangrado excesivo.
- Problemas cardíacos (ataque cardíaco o ritmo cardíaco anormal, líquido en los pulmones o que comprime el corazón).
- Infección en el torrente sanguíneo.
- Lesiones y accidentes.
- Ahogamiento.
- Accidente cerebrovascular.

Existen muchos factores que provocan que los latidos cardíacos y la respiración de un niño mayor o un adolescente se detengan, por ejemplo:
- Atragantamiento.
- Ahogamiento.
- Choque eléctrico.
- Sangrado excesivo.
- Traumatismo craneal o una lesión grave.
- Enfermedad pulmonar.
- Envenenamiento.
- Asfixia.
- Síntomas.

Se debe practicar RCP si una persona tiene cualquiera de los siguientes síntomas:
- Paro respiratorio o dificultad para respirar (jadear).
- Ausencia de pulso.
- Pérdida de conocimiento.

Primeros auxilios:
- Verifique si hay respuesta de la persona. Sacúdala o dele palmadas suavemente. Observe si se mueve o hace algún ruido. Pregúntele en voz alta "¿Te sientes bien?".

- Llame al número local de emergencias si no hay respuesta. Pida ayuda y envíe a alguien a llamar al número local de emergencias.
- Coloque a la persona cuidadosamente boca arriba. Si existe la posibilidad de que la persona tenga una lesión en la columna, dos personas deben moverla para evitar torcerle la cabeza y el cuello.
- Realice compresiones torácicas:
Coloque la base de una mano en el esternón, justo entre los pezones
Coloque la base de la otra mano sobre la primera mano
Ubique el cuerpo directamente sobre las manos
Aplique 30 compresiones. Estas deben ser rápidas y fuertes. Presione alrededor de 5 centímetros dentro del pecho. Cada vez permita que este se levante por completo. Cuente las 30 compresiones rápidamente: "1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, ya".
- Abra la vía respiratoria. Levántele la barbilla con 2 dedos. Al mismo tiempo, inclínele la cabeza hacia atrás empujando la frente hacia abajo con la otra mano.
- Observe, escuche y sienta si hay respiración. Ponga el oído cerca de la nariz y boca de la persona. Observe si hay movimiento del pecho. Sienta con la mejilla si hay respiración.
- Si la persona no está respirando o tiene dificultad para respirar:
Cubra firmemente con su boca la boca de la persona afectada.
Ciérrele la nariz apretando con los dedos.
Mantenga la barbilla levantada y la cabeza inclinada.
Dé 2 respiraciones boca a boca. Cada respiración debe tomar alrededor de un segundo y hacer que el pecho se levante.
- Repita las compresiones torácicas y las respiraciones boca a boca hasta que la persona se recupere o hasta que llegue ayuda. Si hay un AED para adultos disponible, utilícelo lo más pronto posible.
Si la persona comienza a respirar de nuevo, colóquela en posición de recuperación. Revise periódicamente la respiración hasta que llegue la ayuda.
Si la persona presenta alguno de los siguientes síntomas no se debe realizar la maniobra:
Si la persona tiene respiración normal, tos o movimiento, no inicie las compresiones cardíacas. Hacerlo puede hacer que el corazón deje de latir.
A menos que usted sea un profesional de la salud, no verifique si hay pulso.

Para la reanimación cardiopulmonar en niños o recién nacidos:
Los pasos de la RCP siguen una secuencia lógica para garantizar la efectividad y éxito de la técnica. Por ello no debemos saltarnos ningún paso:

- Verificar el nivel de consciencia del niño. Podemos preguntar cómo se encuentra o practicarle leves sacudidas o palmadas, siempre y cuando tengamos la certeza de que no padece ninguna posible lesión en el cuello o en la cabeza debido a un accidente. Se debe observar si se mueve o emite algún ruido.
- Si obtenemos respuesta. Si el niño responde moviéndose o verbalmente, deberemos dejar al niño en la posición en la que lo hemos encontrado (a menos que esté expuesto a algún peligro adicional), comprobar su estado y pedir ayuda si fuera necesario.
- Si no obtenemos respuesta, pedir ayuda. Si el niño está inconsciente debemos pedir ayuda a alguna persona cercana. Si no hay nadie cerca no debemos dejar solo al niño.
- Colocar al niño boca arriba. Debemos tumbar al niño sobre una superficie dura y plana, con la cabeza boca arriba y las extremidades alineadas. Es importante evitar torcerle la cabeza y el cuello, ya que si el niño ha sufrido un accidente podría tener lesiones cervicales.
- Abrir las vías respiratorias. Para la abertura de las vías respiratorias se realizará la maniobra frente-mentón destinada a facilitar la entrada de aire por la boca. Para evitar que la lengua caiga hacia atrás, debemos levantar la barbilla con la cabeza fija y con una mano. A la vez, con la otra mano inclinaremos la cabeza del niño hacia atrás empujando la frente hacia abajo con la otra mano. En caso de presencia de un cuerpo extraño visiblemente y fácilmente extraíble en la boca, se intentará retirarlo con la punta de los dedos, pero nunca deberemos realizar un barrido a ciegas de la cavidad bucal.
- Valorar y comprobar la respiración del niño. Debemos poner el oído cerca de la nariz y boca del niño y observar el tórax para comprobar si respira. Observaremos, escucharemos y sentiremos durante no más de 10 segundos antes de decidir si la víctima respira con normalidad. Si hay alguna duda actuaremos como si no fuera normal.

5 Discusión-Conclusión

La problemática, que originan las paradas cardiorrespiratorias obliga a que las sociedades avanzadas desarrollen una política decidida de prevención, complementada con la estructuración de una respuesta asistencial eficiente. Esta respuesta debe basarse en una cadena de socorro/supervivencia, cuya efectividad va a depender de la que alcance su eslabón más débil.

Por tanto, las posibilidades de sobrevivir a una parada cardiorrespiratoria van a

depender no sólo de la enfermedad subyacente, sino también de la combinación de los tiempos de respuestas con la calidad de las maniobras aplicadas. Por ello los conocimientos sobre reanimación cardiopulmonar deben estar ampliamente difundidos, a nivel básico entre la población, a nivel intermedio entre los miembros de los cuerpos de seguridad, salvamento y rescate y a nivel avanzado entre el personal sanitario titulado.

La fibrilación ventricular es la responsable del 85% de las paradas cardiorrespiratorias de origen cardíaco, disminuyendo las probabilidades de éxito del tratamiento según se retrasa la desfibrilación. Por ello se subraya la necesidad de poder disponer de una monitorización y una desfibrilación precoz, destacándose la importancia del tratamiento eléctrico.

6 Bibliografía

- RCP. Manual de soporte vital avanzado en trauma. Alfonso Canabal Berlanga, Narciso Perales Roodríguez de Viguri, Pedro Navarrete Navarro y José Ángel Sánchez-Izquierdo Riera. 2ª edición. Editorial Elsevier. 2008.
- Primeros Auxilios. Andrés Maza Iglesias y Beatriz Maza Muela. 2ª edición. Editorial Sintesis. 2019.

Capítulo 1129

ESTRÉS, RIESGO PSICOSOCIAL EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO.

MARÍA BELÉN LUENGO FERNÁNDEZ

ZULIMA ENCARNACIÓN LUENGO FERNÁNDEZ

ENCARNACIÓN SÁNCHEZ TOLEDANO

ROCÍO GONZÁLEZ CASTRO

LUCIA PIQUERO CASADO

1 Introducción

Los riesgos laborales, podemos decir que existen desde el comienzo de la civilización, desde el momento en el cual, los hombres tuvieron la necesidad de proveerse de alimentos o medios para subsistir. Fue en estos inicios cuando surge el trabajo, y por tanto donde podían surgir los accidentes en este ámbito. Se puede decir que Hipócrates (1) fue el primero en hacer referencia, desde sus inicios como padre de la medicina, sobre enfermedades laborales. En España, fue el descubrimiento de América en 1492, cuando surgió la necesidad de regular la protección y la salud de los trabajadores, las malas condiciones laborales que se daban, con la mano de obra indígena, llevaba a los mismos a tasas muy altas de mortalidad, dando lugar a las "Leyes de Indias" en 1563, que controlaba el trabajo indígena.
Aunque la Organización Internacional del Trabajo (OIT), fue fundada en 1919, hasta mediados de los 90 del siglo XX, no se desarrolla el primer sistema normativo de prevención. La directiva Marco (2) 89/391/CEE del 12 de junio de 1989

establece los fundamentos que dan lugar a la Ley 31/95 de Prevención de Riesgos Laborales, donde se explican los diferentes tipos de riesgos laborales, así como las medidas preventivas a tomar.
Los riesgos psicosociales son las condiciones que se dan en el ámbito laboral, relacionadas con la organización y el contenido del trabajo que pueden afectar desde el bienestar, hasta la salud de los trabajadores, como incluso al desarrollo de su labor profesional. Uno de los mayores riesgos psicosociales que se puede producir entre los trabajadores es el estrés. La OMS (3) (Organización Mundial de la Salud) define el estrés como "el conjunto de reacciones fisiológicas que prepara el organismo para la acción". Cierto estrés, ayuda a alcanzar objetivos, pues estimula al organismo, sin embargo, debe cesar con brevedad, el problema surge, cuando se mantiene y produce malestar en el trabajador.

2 Objetivos

En esta revisión bibliográfica vamos a tratar de definir el estrés. Así como explicar cómo afecta en el ámbito laboral sanitario, tanto hospitalario como extrahospitalario (centros de salud, centros sociosanitarios, …) a los trabajadores que están en contacto con el paciente (médicos, enfermeras, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, celadores…) como en aquellos que deben realizar con premura las distintas pruebas diagnósticas (técnicos de laboratorio, técnicos de anatomía patológica, técnicos de rayos…).
Definir cuáles son las principales causas que generan el estrés e indicar las medidas preventivas a tomar para que estas no se den.

3 Metodología

Se realizo una búsqueda bibliográfica a través de distintas bases de datos como Medline, Wok, Psicoinfo, SciELO, Dialnet y PudMed, además de en los buscadores Google Académico y Jurn. El periodo para la búsqueda es desde 2010 hasta la actualidad.
Para la estrategia de búsqueda hemos utilizado las siguientes palabras clave en castellano, estrés laboral, estrés sanitario, estrés en hospitales, estrés en trabajadores sanitarios, riesgos psicosociales, riesgo laboral: estrés, trabajo hospitalario y las siguientes en inglés, stress, work stress, hospital worker.
Tras obtener más de doscientas publicaciones hemos excluido aquellos que solo hablaban del síndrome del "trabajador quemado" o síndrome de Burnout, así como opiniones, o todas las que no se referían al ámbito sanitario.

4 Resultados

Los riesgos psicosociales, durante el siglo XX, han pasado a convertirse en un fenómeno en aumento, que se vincula al ámbito laboral y a la actividad laboral, reconocible por la sociedad (4).

Es a partir de una reunión celebrada en Ginebra en 1984 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), cuando este organismo decide identificar y controlar los factores psicosociales que influyen nocivamente en el ámbito laboral, pues pueden influir en el bienestar tanto físico como mental del trabajador. En nuestro país, a partir de 1999, en las Encuestas sobre Condiciones de Trabajo, se incorporan los factores psicosociales por parte del INSHT (Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo).

El termino estrés procede terminológicamente de la física y de la arquitectura, pues se la conoce como la fuerza que puede soportar un objeto antes de romper o deformarse (4).

Según la OMS (5) el estrés laboral se define como "la reacción que puede tener el individuo ante exigencias y presiones laborales que no se ajustan a sus conocimientos y capacidades y que ponen a prueba su capacidad para enfrentar la situación". Así mismo dice la OMS (6) que "se considera que el estrés laboral afecta negativamente a la salud psicológica y física de los trabajadores, y a la eficacia de las entidades para las que trabajan".

Según algunos de los estudios consultados (7) el estrés se ha convertido en un síndrome de gran prevalencia en todo el mundo, pues afecta a uno de cada cinco trabajadores. En las profesiones sanitarias y no sanitarias que trabajan en centros asistenciales las consecuencias son mas graves si cabe, como visibles porque están expuestos al publico (pacientes, familiares) por su trabajo. Las relaciones con familiares y pacientes son difíciles y conllevan estar preparados manteniendo una distancia a la vez que se debe mostrar empatía y compromiso con ellos.

Como podemos observar son muchas y de diferentes tipos las causas que dan lugar a situaciones de estrés en una persona, esos "estímulos" o "causantes de estrés" se les conoce como estresores pues van a producir o favorecer el estrés.

Los estresores, como factores de estrés en los trabajadores de ámbitos hospitalarios o asistenciales se pueden dividir en tres grandes grupos (7):

Factores referentes a la persona, algunos estudiosos indican que algunas características de las personas influyen en la producción de estrés, pues les hace más vulnerables a padecerlo, algunos ejemplos son:

- Perfección. Las personas perfeccionistas suelen tener metas elevadas en todos los aspectos, incluso en su trabajo, lo que les hace estar en una tensión constante,

sin conseguir en ningún momento relajarse y mirando al reloj, pues viven con la intranquilidad de que nunca hay tiempo suficiente. Suelen ser personas competitivas, activas, impacientes e incluso con cierto grado de agresividad.

- Dependencia: Las personas dependientes trabajan mejor ante un mando estructurado, pero les cuesta tomar decisiones, lo que les provoca incertidumbre y preocupación, lo que también los hace propensos al estrés.
- Rigidez. Estas personas son poco flexibles, los que hace que no se adapten a ciertas circunstancias creando conflictos, tanto con compañeros como con pacientes y familiares.
- Introversión. Las personas introvertidas tienen dificultad para reaccionar, y pedir ayuda, pues les cuesta relacionarse.
- Formación, capacidad (física y psicológica), experiencia. Son importantes ante una situación de estrés, pues la persona con mayores conocimientos tiene menos dificultad ante una situación problemática para salir airosa, la experiencia también ayuda pues se repiten muchos problemas y ya se sabe actuar ente ellos. A veces también puede ocurrir que la persona más formada y cualificada, pero que trabaja en una categoría más baja, porque es el trabajo al que accedió, se vea frustrada e insatisfecha, por no poder demostrar su valía profesional.

Factores laborales y de tipo organizativo, son todos aquellos que tienen que ver con la estructura del entorno laboral, así como con las características del trabajo que se va a desempeñar. Son muchos los autores (8) que creen que este tipo de factores son los que más influyen en el trabajador a la hora de padecer estrés laboral, de ahí, que se intente regular desde la dirección de Prevención Laboral de los centros.

- Sobrecarga o infracarga laboral. En la actualidad, por los recortes, el trabajo de los trabajadores es mayor, por lo que hay más pacientes para el mismo número de trabajadores e incluso menos, hay que realizar más tareas y se tiene menos tiempo, lo que da lugar que el trabajador no se encuentre capacitado para realizarlo, y lleve a situaciones más frecuentes de estrés. Sin embargo, en algunos servicios, como pueden ser los paritorios, con el descenso de natalidad, la falta de trabajo en ocasiones puede dar lugar también a situaciones de estrés.
- Repetitividad. Los trabajos rutinarios, llegan también a provocar desasosiego en el personal.
- Turnicidad. El trabajo en el entorno sanitario implica en la mayoría de los trabajadores el trabaja en turnos. La turnicidad y todo lo que conlleva, da lugar a cambios en el ciclo vital, pues hay que dormir a horas donde nuestro cuerpo debería estar despierto, y mantener comidas en horarios diferentes, lo que también afecta al organismo del trabajador.

- Inseguridad y promoción. El primero, por no dar estabilidad en el trabajador, se convocan pocas plazas en los procesos selectivos, lo que continúa dando que existan mucha interinidad en el entorno sanitario. Así mismo no se ayuda mucho a la posibilidad de ascenso, a las personas que continúan formándose cuando están en categorías inferiores.
- Control y organización. Los cambios continuos organizativos, que se dan en los centros asistenciales, como el actual con la reducción de la jornada a las 35 horas semanales, dan lugar a cambios de grupos, de formas de trabajo, que llevan al trabajador a situaciones de estrés hasta que se habitúa a ellos. Además, el control de los cargos superiores, en ocasiones, demasiado estrictos produce insatisfacción o preocupación en el trabajador.
- Contexto físico. A veces la sobrecarga de pacientes, la falta de medios provoca situaciones adversas en el entorno físico de trabajo, camillas que molestan, familiares en lugares de acceso, espera por materiales, para la realización de técnicas (varios trabajadores pueden necesitar los mismos aparatos para seguir con sus técnicas-
- Responsabilidad. Un ejemplo es cuando un trabajador necesita realizar técnicas peligrosas (trabajo con ciertos productos, o en el laboratorio con muestras infecciosas) o por responsabilidad sobre los pacientes, que le hace tener que estar con demasiada tensión.

Otros factores, dentro de este apartado se encontraría tanto la apreciación que la persona puede tener a nivel cognitivo de la situación que está viviendo (percepción o evaluación), pues son los que están asociados a la alteración emocional que el individuo vaya a sufrir. El trabajador dependiendo de su historia personal, puede percibir de forma diferente a otra ante la misma situación, el problema que se le plantea, pues aquí los factores anteriores pueden llevar a posturas distintas. También ocurre que el proceso de respuesta y el paso por las distintas fases del estrés (fase de alarma, fase de resistencia, fase de agotamiento) depende de la reacción orgánica que se produce en el organismo del trabajador, y que va a depender de la situación física y de cómo actúe tanto su eje hipofiso-renal como su sistema nervioso vegetativo, pues son los desencadenantes de como actuara la "hormona del estrés" o cortisol.

Todos los factores que acabamos de describir son parte de las causas que provocan, junto otras como estar en contacto con pacientes, que en ocasiones pasan con los trabajadores largos periodos (ingresos frecuentes por enfermedades complejas), a los que se les "coge cariño", y que, al verlos sufrir, también les afectan.

Parece contradictorio que, aunque los trabajadores hospitalarios tengan como su mayor meta, el cuidado del paciente, según estudios9 no se preocupen de su

propio cuidado tanto físico como psicológico.
Los factores anteriores indican la necesidad de promover medidas o estrategias para que ayuden al personal laboral a evitar el estrés laboral.
Las estrategias empleadas para el afrontamiento, que se define como el proceso por el que la persona intentara evitar las diferencias entre la situación que percibe y los medios que cree disponer y que dan lugar a la situación estresante. Un mismo problema puede tener varias maneras de afrontarse con un resultado igual o parecido.
En la actualidad y tras muchos estudios se cree que las estrategias de afrontamiento (10) del estrés se deben dividir en dos puntos, uno que actuaría sobre la fuente del estrés y el segundo que lo haría minimizando las emociones negativas, buscando apoyo, expresiones emocionales y evitándolas.
Este tipo de estrategias de afrontamiento dan lugar a diferenciar entre prevención primaria, secundaria y terciaria. Vamos a definirlas brevemente a continuación.
- Prevención primaria, es la más importante, pues se aplica antes de que surja la enfermedad. Diseñar lugares de trabajo adecuados, buscar ambientes agradables, definir cada puesto de trabajo y las competencias que conlleva, son algunas de ellas. Este tipo de prevención debe realizarse en todos los ámbitos, desde las organizaciones directivas hasta las educativas, puesto que formar a los trabajadores, para que sepan actuar ante las diferentes situaciones que se pueden dar, evitara el estrés laboral.
Esta prevención primaria se clasifica en técnicas generales (una dieta adecuada, ejercicio físico diario, distracción en el tiempo libre); técnicas cognitivo-conductuales (estas ayudan al profesional a descubrir su potencial, mejorando la valoración que tiene de si mismo), algunas de estas reestructuran cognitivamente para evitar pensamientos inadecuados, entrenar para controlar la tensión y técnicas de relajación, los autores (11) basan este tipo de técnicas en la respiración y en la muscular, que se puede realizar en cualquier momento y lugar. Desde hace unos años, se utilizan yoga o mindfulness, técnicas de autoconocimiento personal.
- Prevención secundaria y terciaria, en este caso el trabajador ya está diagnosticado de estrés, por lo que estas medidas se aplicaran para que se pueda recuperar y si ya mejoro, que no vuelva a sufrir una recaída.
Dentro de estas medidas se encontraría una organización adecuada, que elimine momentos de estrés, pues sin falta de medios materiales, y entornos adecuados, se evitarían.
Otra medida es enseñar a exteriorizar emociones, compartiendo con compañeros y familiares, problemas y sentimientos. Descansar adecuadamente, el autocon-

trol, hacer ejercicio son también algunas de ellas.

5 Discusión-Conclusión

Tras leer los distintos artículos podemos concluir que las medidas preventivas para evitar el estrés están totalmente vinculadas con la calidad de vida, una adecuada dieta, ejercicio físico diario, buenos hábitos de descanso, meditar, evitar sustancias nocivas (drogas, alcohol, café o tabaco) o dedicar tiempo libre en uno mismo, en su familia y amigos, pues mejoran considerablemente la capacidad del trabajador ante las situaciones complicadas.
Respecto al entorno laboral prevenir y revisar las formas de trabajo, con medidas adecuadas, disminuyen considerablemente el absentismo, la mala productividad y losa accidentes.
Realizar los trabajos con calma y tranquilidad, es bueno para un mejor entorno.

6 Bibliografía

1. https://prevencionar.com/2016/01/14/historia-de-la-seguridad-industrial/amp/
2. https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/recopilacion-normativa/salud-publica/salud-laboral/directiva-89-391-cee-consejo-12-junio-1989-relativa-aplicac.ficheros/22980-Di391-89.pdf
3. OMS | La organización del trabajo y el estrés [Internet]. Who.int. 2020 [cited 27 January 2020]. https://www.who.int/occupational_health/publications/stress/es/
4. Aguado Martín J, Bátiz Cano A, Quintana Pérez S. El estrés en personal sanitario hospitalario: estado actual. 2020.
5. Griffiths, Amanda, Leka, Stavroula & Cox, Tom. (2004). La organización del trabajo y el estrés : estrategias sistemáticas de solución de problemas para empleadores, personal directivo y representantes sindicales / Stavroula Leka, Amanda Griffiths,Tom Cox. Ginebra : Organización Mundial de la Salud. https://apps.who.int/iris/handle/10665/42756
6. World Health Organization. (2010). Entornos laborales saludables: fundamentos y modelo de la OMS: contextualización, prácticas y literatura de apoyo. Ginebra : Organización Mundial de la Salud. https://apps.who.int/iris/handle/10665/44466
7. García-Moran, María de Carmen, Gil-Lacruz, Marta, El estrés en el ámbito de los profesionales de la salud. Persona [Internet]. 2016; (19):11-30. Recuperado de: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=147149810001

8. Gómez Esteban Rosa. El estrés laboral del médico: Burnout y trabajo en equipo. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. [Internet]. 2004 Jun [citado 2020 Ene 28] ; (90): 41-56. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352004000200004&lng=es.
9. Arrogante O. Estrategias de afrontamiento al estrés laboral en Enfermería. Metas Enferm dic 2016/ene 2017; 19(10): 71-76.
10. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal and coping. New York: Springer Publishing Company; 1984.
11. Roca, E. Técnicas de relajación. Técnicas para manejar la ansiedad. Valencia: Gráficas Papallona; 2007.

Capítulo 1130

EL ”MOBBING ”EN EL SECTOR SANITARIO

DOLORES GÓMEZ VELASCO

MARIA JESUS COSTOYA BELLO

1 Introducción

El acoso laboral o acoso moral consiste en un conjunto de acciones deliberadas o no contra uno o más trabajadores que no lo desean, causándoles humillaciones, ofensas y distrés que pueden intervenir tanto en su actividad laboral como también en su vida privada. Puede provocar un entorno de trabajo desagradable y llenando a la persona que lo sufre a graves problemas de salud física, psicológica o ambas.

Estas actuaciones pueden ser intentos de desprestigiar o controlar injustificadamente la actividad de la persona mediante amenazas, humillaciones publicas o bromas vejatorias pudiendo llegar en ocasiones a agresiones físicas o psicológicas, daños a la propiedad, exclusiones de los grupos de trabajo, etc.
Todo ello puede llevar a unos efectos negativos de la salud y la autoestima de la persona que lo sufre.

Es un problema latente. Se estima que entre un 15-20% del personal de sanidad sufre ”Mobbing”. El sector de sanidad es de los sectores que presentan más casos de violencia, tanto es así que cada día se produce un caso de violencia en la sanidad española y lo peor de todo es que el numero va en ascenso . La situación se agrava por la ausencia de denuncias, bien sea por desconocimiento o por miedo a emprender cualquier tipo de acción.

El acoso laboral o mobbing supone una falta de respeto básico a los derechos humanos de cualquier profesional o trabajador. Hay que evitar el silencio tolerante o cómplice del entorno donde ocurre. No hay que soportar presiones injustificadas de nadie.
Lo que más vemos son conflictos de jerarquía entre dos iguales o con un superior, generalmente después de un choque se inicia el proceso de acoso, empieza con un rechazo a la comunicación directa por parte del acosador para seguir con todo tipo de artimañas con el fin de lograr descalificar, desacreditar y aislar a la victima. También son frecuentes otros conflictos por motivos personales como embarazo, religión, edad, sexo, ideas políticas, etc.

El mobbing es una forma de estrés laboral que ocurre por causas relacionadas directamente con el desempeño en el puesto de trabajo o su organización . Su origen esta en las relaciones interpersonales .

Las causas que pueden dar lugar al acoso son muy variadas:
- La dirección: tener una dirección autoritaria que busca optimizar y tener mejores resultados sin tener en cuenta el factor humano puede causar conflictos que desemboquen al final en acoso laboral.
- Las tareas: la monotonía y repetición constante pueden producir malestar y conflictos en el grupo de trabajo. Si el trabajo no supone un reto a nivel laboral o personal puede acabar creando una presión y/o frustración que en ocasiones lleva a este trabajador a canalizar su malestar con alguna forma de acoso hacia otro trabajador.

El acosador puede limitar las comunicaciones del acosado impidiendo que le llegue toda la información que debería recibir y así disminuye las oportunidades de la víctima para comunicarse con el equipo de forma correcta. Emite críticas sobre su trabajo o su vida privada, incluso hacer burlas, imitaciones sobre su voz ,posturas, etc., para ridiculizarlo y desprestigiarlo ante sus compañeros.
Cuando una situación empeora lleva al acosado a sufrir depresión o ansiedad.

El acoso es una situación complicada que desgasta a la víctima produciendo alteraciones en el desarrollo de su actividad, creando mal ambiente en el trabajo y en ocasiones aumentando el absentismo laboral.
El acoso laboral puede llegar a ser muy grave y frustrante para la persona que lo padece.

Algunos efectos que puede producir en la persona acosada son:
- Insomnio, ansiedad, depresión, estrés, irritabilidad, fatiga, cambios de personal-

idad y/o problemas de relación con la pareja.
- Baja autoestima.
- Retraimiento de la víctima con sus familiares y relaciones de amistad.
- Deterioro en la productividad laboral.
- Desarrollo de la culpabilidad. El acosado puede llegar a creer que realmente hizo algo para ser agredido.

Entre los tipos de acoso laboral podemos destacar:
- Acoso laboral horizontal: se produce entre compañeros de trabajo de una misma categoría. Los motivos pueden ser diversos: competencia, envidia, problemas personales.
- Acoso laboral ascendente: se genera desde una persona con un nivel jerárquico menor hacia uno mayor. Estos casos de acoso laboral se dan en menor medida pero suelen ocurrir cuando una persona entra a una empresa directamente a un puesto directo.

El maltrato laboral puede producirse de distintas formas. A continuación encontrarás las formas más comunes en las que se efectúa el mobbing, para que puedas detectarlo a tiempo:
- Gritar, o insultar a la víctima en presencia de otras personas.
- Sobrecargar de trabajo a la persona.
- Amenazar constantemente a la víctima.
- Ignorar o excluir a la persona.
- Discriminar. Tratar de manera diferente a la persona.
- Difamar a la persona, difundir chismes.
- Bloquear el desarrollo profesional, entorpeciendo el acceso a promociones, cursos, capacitaciones o ascenso.
A veces, cuando el acoso es ejercido por un superior, puede parecer que no lo es, que solo se trata de exigencia laboral.

Presta mucha atención porque nadie, por más que sea tu jefe, tiene derecho a denigrarte, insultarte, maltratarte por cuestiones laborales. A veces puede ser muy delgada la línea entre ser exigente y estar traspasando el límite del respeto por el empleado.

Los acosadores son personas con muy poca autoestima, que necesitan expresar su enfado y frustración con otra persona.
Debes ser lo más asertivo posible. Debes responder con inteligencia y dejar claro que no dejarás que te acosen.

El mobbing a veces no te sucede a ti, pero le puede estar sucediendo a algún compañero de trabajo. No permitas que suceda, debes ser solidario. Descubre señales que te indicarán que alguien es un acosador para que puedas evitar el problema a tiempo.

En el caso de estar ante acoso laboral, una de las formas de actuar son las siguientes:

- Acude a estamentos superiores: a veces por vergüenza, o temor a que los acosos empeoren, las personas no se dirigen con sus superiores para contar el problema. No dudes en hacerlo.
- Analiza tu situación, analiza tus sentimientos y si sientes que están siendo injustos, puedes estar sufriendo maltrato.
- Registra las agresiones: cuando las palabras no sirven, la vía judicial puede ser un vehículo para terminar con el acoso laboral. Trata de registrar las agresiones, si te es posible grábalas, y si te lastiman acude a un médico laboral para que quede asentada la agresión. Todas las pruebas son necesarias si decides iniciar una demanda por acoso.
- Controla tus enojos: no debes perder los nervios. El acosador lo único que busca es hacerte enojar. Además que, si el acosador resulta ser un superior, cualquier tipo de enojo de tu parte que puede poner en juego el puesto de trabajo. Evita reaccionar a los ataques, mantén la cordura en lo posible.
- No te aísles: es importante que no te guardes el problema. Si existe alguna persona con la que puedes hablar del tema, hazlo. Si existe algún jefe o superior que pueda ayudarte a solucionar el problema, no dudes en hacerlo.
- Solicita asesoramiento psicológico y legal: si la situación se está tornando insoportable, no dudes en recurrir a un psicólogo para mejorar tu autoestima y a un abogado para resolver legalmente la situación, lo más probable es que te recomiende realizar una demanda por acoso laboral.
- Guarda tus herramientas de trabajo y documentos: evita llevarte una mala pasada por no ser precavido. No le des excusas a los acosadores para hacerte la vida más imposible. Guarda todas las cosas importantes de tu trabajo bajo llave. Intentar prevenir las situaciones de acoso y abuso laboral puesto que todo acoso es previsible.
- Hay que promover un ambiente laboral saludable mediante una adecuada mentalización de trabajo en equipo, crear mecanismos que ayuden a la resolución de los conflictos que puedan surgir en la actividad profesional.
- Fomentar una adecuada formación en habilidades sociales así como la garantía de seguridad ante cualquier denuncia de comportamiento de acoso.

- Promover la sensibilización ante esta problemática y que se instale el respeto apostando.

Es importante tener en cuenta y aportar información sobre ciertos puntos, entre los que podemos destacar:
- Indicar dónde y cómo se pueden obtener ayuda si se está sufriendo acoso laboral.
- Garantizar el derecho a formular quejas sin temor a represalias.
- Explicar el procedimiento que sea más eficaz para formular quejas.
- Especificar cual es la función que cada integrante del equipo sea el director, el supervisor, el compañero de contacto-apoyo o los representantes sindicales.
- Proporcionar datos sobre los servicios de asesoramiento.
- Poner toda la ayuda a disposición de la víctima y del acosador.
- Mantener la confidencialidad siempre, no exponer innecesariamente a la víctima a careos con su agresor.
- Escuchar a ambas partes de forma objetiva y no formar juicios anticipados.
- Es conveniente establecer los objetivos a los que queremos llegar.
- Realizar la distribución efectiva de normas y valores en todos los niveles de la organización, bien sea , a través de manuales de personal, reuniones informativas, boletines, etc.
- Asegurar vías que ayuden en la resolución de los conflictos de forma objetiva y democrática.
- Garantizar que todos los empleados conozcan y respeten las normas para evitar estos comportamientos.
- Mejorar tanto la responsabilidad como la competencia de la dirección para abordar los conflictos y la comunicación.
- Establecer algunos contactos individuales con los trabajadores.
- Implicar tanto a los trabajadores como a sus representantes sindicales para la evaluación de riesgos y la prevención del acoso laboral.
- Es importante tanto el apoyo social como el familiar para la victima, tanto por parte de la familia como de los compañeros.
- Una buena comunicación tanto con la jefatura como con los compañeros pueden evitar la aparición del acoso.
- Un ambiente de trabajo agradable y libre de estrés es un buen bálsamo para paliar los roces que el día a día puedan producir entre compañeros, evitando malos entendidos, redecillas, envidias o cualquier situación que pueda hacer que aparezca el acoso.

Las personas que han sufrido acoso pierden la ilusión en el trabajo y en la sociedad en general, se vuelven desconfiadas dando lugar a un ambiente enrarecido

y desagradable .

2 Objetivos

- No hacer cargo del acoso: muchas son las cosas que un acosador puede decirte y hacerte sentir. Mantén tu espíritu fuerte y no respondas a las agresiones. Si no existe diálogo para resolver los problemas es porque esa persona no vale la pena.
- Aprender a detectar acoso laboral en tu trabajo y cómo aportar para solucionarlo.
- Solicitar el traspaso o renuncia: el acoso laboral puede llevarte a la depresión, al estrés y la ansiedad.

3 Metodología

- Aumentar la información sobre los objetivos de trabajo.
- Ofrecer a cada empleado la posibilidad de elegir cómo puede realizar sus tareas.
- Evitar especificaciones poco claras de funciones y tareas.
- Identificar el problema: nadie tiene derecho a insultarte, gritarte o maltratarte por cuestiones laborales.
- Solicitar asesoramiento psicológico y legal ayudará a recuperar tu autoestima.
- Fomentar el apoyo entre los trabajadores y nunca el aislamiento o la competitividad. Un buen ambiente consigue mayor productividad y mejor calidad, menor tasa de absentismo y mayor fidelidad de los trabajadores a la empresa.
- Definir con claridad los puestos de trabajo, las tareas asignadas, los objetivos y el margen de autonomía de los trabajadores. Evitará conflictos y permitirá que los trabajadores se centren en sus funciones y no en las de los demás.
- Promover la negociación en los conflictos laborales. Muchos conflictos podrían resolverse dialogando. Desde la dirección se debe promover la negociación y facilitar la puesta en marcha de los acuerdos a los que se llegue.
- Garantizar el respeto y el trato justo a los trabajadores de la empresa. La dignidad de las personas que integran la empresa ha de ser siempre considerada por encima de cualquier incentivo económico.
- No esperar a que la salud del trabajador se vea dañada. No se debe esperar a que haya una agresión física o a que la víctima solicite la baja laboral. Ante un caso de acoso laboral siempre se debe actuar de forma rápida.
- Determinar los niveles de acoso laboral en el entorno de trabajo .
- Favorecer la difusión de lo que significa el acoso laboral.

- Investigar cual es el alcance y naturaleza del problema que dio lugar al acoso laboral.
- Establecer los valores y normas de la organización así como las consecuencias y sanciones del incumplimiento de las normas.

4 Bibliografía

- Acoso laboral en el ámbito sanitario ”Formación logoss www. medicosypacientes.com
- ”Guía del acoso sexual” USMR-CC.OO www.consalud.com

Capítulo 1131

EL SARAMPIÓN

TAMARA FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

¿Qué son los virus? Son agentes genéticos que poseen una región central de ácido nucleico, ADN o ARN (genoma) rodeado por una cubierta de proteína o cápside y, en algunos casos, por una envoltura lipoproteica. Contienen toda la información necesaria para su ciclo reproductor, la cual solo puede ocurrir dentro de las células vivas, apoderándose de las enzimas y de la maquinaria biosintética de sus hospedadores.

Los virus difieren entre sí por el tamaño, la forma y la composición química de su genoma. Dentro de las características generales de los virus encontramos:
1. Son entidades no celulares (agentes infecciosos).
2. Sólo contienen un tipo de ácido nucleico.
3. Son parásitos intracelulares obligados para poder originar nuevas partículas infectivas.
4. Presentan una fase extracelular en la que se comportan como partículas inertes, capaces de cristalizarse.
5. Infectan a células procariotas y eucariotas.

Son los agentes infecciosos más numerosos del planeta. Dentro de su estructura , distinguimos tres partes en los virus:
- Genoma vírico. Se compone de una o varias moléculas de ADN o de ARN, pero nunca los dos simultaneamente. Se trata de una sola cadena, abierta o circular, monocatenaria o bicatenaria.
- Cápsida. Es la cubierta proteica que envuelve al genoma vírico. Está formada por proteínas globulares o capsómeros que se disponen de una manera regular

y simétrica, lo que determina la existencia de varios tipos de cápsidas. Existen varios tipos de cápsidas: icosaédricas, helicoidales y complejas.La función de la cápsida es proteger el genoma vírico y, en los virus carentes de membrana, el reconocimiento de los receptores de membrana de las células a las que el virus parasita.
- Envoltura membranosa. Formada por una doble capa de lípidos que procede de las células parasitadas y por glucoproteínas incluidas en ella cuya síntesis está controlada por el genoma vírico.
Las glucoproteínas sobresalen ligeramente de la envoltura y tienen como función el reconocimiento de la célula huésped y la inducción de la penetración del virus en ella mediante fagocitosis.

Se puede realizar una clasificación de los virus según:
- La célula que parasitan: virus animales, vegetales o bacteriófagos.
- Por su forma: helicoidales, poliédricos o complejos.
- Por tener o no envolturas: virus envueltos o desnudos.
- Por su ácido nucleico: ADN monocatenario; ADN bicatenario; ARN monocatenario o ARN bicatenario.

El Sarampión es causado por un virus de la familia de los paramixovirus que normalmente crece en las células de revestimiento de la faringe y los pulmones. Se trata de una enfermedad humana que no afecta a los animales. El sarampión es una de las principales causas de muerte entre los niños pequeños, a pesar de que hay una vacuna segura y eficaz para prevenirlo.

2 Objetivos

- Detectar el sarampión en sus fases inciales.
- Diagnosticar la enfermedad de sarampión.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

¿Qué es el diagnóstipo por PCR? es un método rápido que permite sintetizar millones de copias de una secuencia discreta de ADN o de ARN. La reacción consiste de tres pasos que constituyen un ciclo:
1. Desnaturalización por el calor del ADN de doble hebra, (separación de las dos hebras).
2. Unión de ”amplímeros” específicos a las secuencias complementarias (o casi complementarias) del ADN.
3. Acción de la ADN que extiende las secuencias del ADN.
La amplificación por PCR requiere de dos oligonucleótidos sintéticos, ”primers”, del ADN blanco con la secuencia deseada, de cuatro deoxirribonucleótidos y de ADN polimerasa.

En el primer paso, la desnaturalización por calor del ADN blanco deja dos hebras simples de ADN que actúan como molde.
En el segundo paso, los primers, que poseen las secuencias complementarias de una u otra hebra del molde de ADN, se unen al sitio que flanquea la región a ser amplificada.

Al final del primer ciclo, la extensión en direcciones opuestas de los dos primers unidos, producida por la polimerasa en el tercer paso, produce hebras complementarias de un segmento de secuencia deseada, delimitadas por los primers en el ADN blanco. El número de amplificaciones de secuencias de ADN blanco producidas por PCR se duplica después de cada ciclo.
El uso de una ADN polimerasa termoestable obvia la necesidad de agregar enzima después de cada ciclo, simplificando el procedimiento, permitiendo su automatización.

Se requieren cantidades mínimas de ADN para comenzar la reacción (1 picogramo, que es el material genético equivalente a una bacteria).Se puede decir que una sola copia de la secuencia de ADN genómico humano puede ser amplificado a partir de una muestra de menos de 50 nanogramos de ADN.

Diagnóstico por Serología. Cuando un individuo se pone en contacto con un antígeno por primera vez ocurren los siguientes fenómenos que se relacionan con el diagnóstico serológico:
1. Aparición precoz de anticuerpo específico de clase IgM. La concentración de este anticuerpo no es muy alta y su persistencia es generalmente corta. Su detección se identifica habitualmente con infección aguda, aunque en algunas in-

fecciones se correlaciona no solo con la fase temprana de la enfermedad sino también con la actividad de la misma en estadíos crónicos (Hepatitis B, delta). Este marcador no es siempre detectable en la fase aguda de la infección.
2. Aparición algo más tardía de anticuerpo específico de clase IgG. La concentración de este anticuerpo va creciendo hasta alcanzar, en 3-6 semanas, una meseta que muy lentamente desciende.

Su persistencia suele ser muy prolongada, mucho mas allá de la curación del enfermo y en ocasiones es detectable durante toda la vida. Este hecho de mantenerse positiva después de la curación limita su interpretación cuando se detecta aisladamente. Estos dos datos relativos a la respuesta inmune nos permiten un uso más apropiado para el diagnóstico.

Efectivamente, la detección de IgM específica a unas concentraciones determinadas y dada la brevedad de su duración nos faculta para realizar un probable diagnóstico de la infección aguda.

Por otra parte, la observación de un incremento en la concentración de IgG específica en dos muestras separadas en el tiempo - una en fase aguda y otra convaleciente (habitualmente dos semanas) - nos indica la presencia de un estímulo antigénico en ese momento, o lo que es lo mismo, la existencia de una infección aguda.
Este incremento en la concentración de anticuerpos específicos cuando comparamos dos muestras de suero en un paciente recibe el nombre de seroconversión, y para buscarla, el estudio se realiza; con dos muestras de suero del mismo enfermo con objeto de comprobar el aumento de la concentración de anticuerpos.

Manifestaciones clínicas: el primer signo del sarampión suele ser la fiebre alta, que comienza unos 10 a 12 días después de la exposición al virus y dura entre 4 y 7 días.

En la fase inicial, el paciente puede presentar:
- Rinorrea.
- Tos.
- Ojos llorosos y rojos.
- Pequeñas manchas blancas en la cara interna de las mejillas.
- Al cabo de varios días aparece un exantema, generalmente en el rostro y la parte superior del cuello, que se extiende en unos 3 días, acabando por afectar a las manos y pies.

El exantema dura 5 a 6 días, y luego se desvanece. El intervalo entre la exposición al virus y la aparición del exantema oscila entre 7 y 18 días (media de 14 días).

La mayoría de las muertes se deben a complicaciones del sarampión, que son más frecuentes en menores de 5 años y adultos de más de 20 años. Las complicaciones más graves son:
- Ceguera.
- Encefalitis (infección acompañada de edema cerebral).
- Diarrea grave (que puede provocar deshidratación).
- Infecciones del oído.
- Infecciones respiratorias graves, como la neumonía.

Los casos graves son especialmente frecuentes en niños pequeños malnutridos, y sobre todo en los que no reciben aportes suficientes de vitamina A o cuyo sistema inmunitario se encuentra debilitado por el VIH, SIDA u otras enfermedades.

En poblaciones con altos niveles de malnutrición y falta de atención sanitaria adecuada, el sarampión puede llegar a matar al 10% de los casos.

La infección también puede provocar complicaciones graves en las mujeres embarazadas e incluso ser causa de aborto o parto prematuro.

Quienes se recuperan del sarampión se vuelven inmunes de por vida

5 Discusión-Conclusión

Poblaciones en riesgo:
1. Los niños pequeños no vacunados son quienes corren mayor riesgo de sufrir el sarampión.
2. Las mujeres embarazadas sin vacunar.

Sin embargo, puede infectarse cualquier persona que no esté inmunizada (es decir, que no haya sido vacunada y no haya sufrido la enfermedad).

El sarampión sigue siendo frecuente en muchos países en desarrollo, sobre todo en algunas zonas de África y Asia. Más del 95% de las muertes se registran en países con bajos ingresos per cápita e infraestructura sanitaria deficiente.

Los brotes de sarampión pueden ser especialmente mortales en países que estén sufriendo desastres naturales o conflictos.

Los daños a la infraestructura sanitaria y a los servicios de salud interrumpen la inmunización sistemática, y el hacinamiento en los campamentos de refugiados y desplazados internos aumenta mucho el riesgo de infección.

Respecto a la transmisión, es muy contagioso y se propaga por la tos y los estornudos, el contacto personal íntimo o el contacto directo con secreciones nasales o faríngeas infectadas.

El virus presente en el aire o sobre superficies infectadas sigue siendo activo y contagioso durante periodos de hasta 2 horas, y puede ser transmitido por un individuo infectado desde 4 días antes hasta 4 días después de la aparición del exantema.

En países donde el sarampión ha sido prácticamente eliminado, los casos importados de otros países siguen siendo una importante fuente de infección.

No existe ningún tratamiento antiviral específico contra el virus del sarampión.

Las complicaciones graves del sarampión pueden evitarse con un tratamiento de apoyo que garantice una buena nutrición, una ingesta suficiente de líquidos y el tratamiento de la deshidratación con las soluciones de rehidratación oral recomendadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (para reponer los líquidos y otros elementos esenciales que se pierdan con la diarrea o los vómitos). Se deben prescribir antibióticos para tratar la neumonía y las infecciones de los oídos y los ojos.

Todos los niños de los países en desarrollo diagnosticados de sarampión deben recibir dos dosis de suplementos de vitamina A con un intervalo de 24 horas entre ambas. Este tratamiento es eficaz para restaurar los niveles de vitamina A, que durante la enfermedad suelen ser bajos incluso en los niños bien nutridos, y puede ayudar a prevenir las lesiones oculares y la ceguera. Además, se ha demostrado que los suplementos de vitamina A reducen la mortalidad por sarampión en un 50%.

En cuanto a su prevención, la vacunación sistemática de los niños contra el sarampión, combinada con campañas de inmunización masiva en países con elevada incidencia y mortalidad son estrategias de salud pública fundamentales para reducir la mortalidad mundial por sarampión.

La vacuna contra el sarampión, que se viene utilizando desde hace 50 años, es segura, eficaz y barata. Inmunizar a un niño contra el sarampión cuesta aproxi-

madamente menos de US$ 1.

La vacuna contra el sarampión suele juntarse con las vacunas contra la rubéola y/o la parotiditis en países donde estas enfermedades constituyen un problema. Su eficacia es similar tanto si se administra aisladamente como si se combina con estas vacunas. Añadir la vacuna contra la rubéola a la vacuna contra el sarampión no supone más que un pequeño incremento en el costo y permite compartir los gastos de vacunación y administración.

En 2013, aproximadamente un 84% de la población infantil mundial recibió a través de los servicios de salud habituales una dosis de vacuna contra el sarampión antes de cumplir un año de vida. En 2000, ese porcentaje fue del 73%. Para garantizar la inmunidad y prevenir posibles brotes, se recomiendan dos dosis de la vacuna, puesto que aproximadamente un 15% de los niños no adquieren inmunidad con la primera dosis.

Objetivo de la OMS para finales de 2015 son:
- Reducir la mortalidad mundial por sarampión como mínimo en un 95%, en comparación con los valores de 2000.
- Alcanzar los objetivos regionales de eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita.

Para finales de 2020 la OMS tiene como objetivo lograr la eliminación del sarampión y la rubéola al menos en cinco regiones de la OMS.

La estrategia se centra en seis componentes básicos:
1. Alcanzar y mantener una elevada cobertura vacunal con dos dosis de vacuna que contengan antígenos del sarampión y la rubéola.
2. Llevar a cabo una vigilancia eficaz de ambas enfermedades y evaluar las medidas programáticas para garantizar los progresos y el impacto positivo de las actividades de vacunación.
3. Desarrollar y mantener la preparación ante los brotes, la respuesta rápida cuando se produzcan y el tratamiento eficaz de los casos.
4. Mantener la comunicación y la dedicación para lograr la confianza de la población y su demanda de inmunización.
5. Llevar a cabo las actividades de investigación y desarrollo necesarias para respaldar medidas costoefectivas.
6. Mejorar la vacunación y los instrumentos diagnósticos.

6 Bibliografía

- Dr. Juan J. Picazo y Dr. Antonio Fuertes Ortiz de Urbina.Protocolo de diagnóstico serológico.1996.
- Murray PR.,Baron EJ, Pfaller MA, et al.Manual of Clinical Microbiology. 6a ed., American Society for Microbiology, Washington DC, 1995.
- Antibody-Mediated Hot Start PCR Protocol.
- Curtis H., (1990).Invitación a la Biología, Ed. Panamericana. Bs.As.
- Protocolo de salud publica del Sarampión. Principado de Asturias. 2001.
- Curtis H., (1996). Biología.
- Villé; C., (1994). Biología Ed. Interamericana. Buenos Aires.
- Ministerio de educación.
- Artículo Pamela González, Wiki How.
- Web Biodiversidad microbiana.
- Organización Mundial de la Salud.

Capítulo 1132

CLÍNICA Y PARÁMETROS DE LABORATORIO DE LA CELIAQUÍA EN LOS ADULTOS: ENFERMEDAD CAMALEÓNICA CON CIFRAS EN AUMENTO

CARMEN ROMANO LINDE

MARÍA SAMPEDRO PUERMA

1 Introducción

La enfermedad celiaca es una patología sistémica autoinmune que causa una inflamación en la mucosa intestinal (como enfermedad sistémica afecta a otros órganos distintos del intestino delgado, que constituye la diana principal). Esta enfermedad digestiva provoca una intolerancia al gluten del trigo, del centeno, de la cebada y de la avena en personas que tienen una predisposición genética (individuos susceptibles). Provoca una reacción inflamatoria crónica que altera la absorción de los nutrientes de los alimentos, lo cual puede producir diversos estados carenciales (Remes-Troche, et al., 2018).
Se establecen dos grandes grupos de pacientes: sintomáticos (la punta del "iceberg") y asintomáticos o de riesgo.

Los genes afines con la enteropatía sensible al gluten son los del sistema HLA, principalmente, son los haplotipos HLA-DQ2, HLA-DQ8 y Half DQ2. Pero no es

una patología hereditaria estricta, poseer esta predisposición genética no representa desarrollar la patología (Rodrigo Sáez, 2006).
Las manifestaciones clínicas son múltiples y variadas, digestivas y extradigestivas y suelen variar considerablemente dependiendo de la edad y de una persona a otra. Con frecuencia, la enteropatía sensible al gluten se presenta de una manera silenciosa, con escasos signos o síntomas, con síntomas atípicos, y predominan las manifestaciones extradigestivas que pueden ser múltiples y de naturaleza muy variada. Está claro que la EC es una patología infradiagnosticada (Rodrigo Sáez, 2006).

En la infancia predomina la sintomatología digestiva, mientras que la sintomatología extraintestinal es más frecuente en adolescentes y adultos. Las manifestaciones digestivas más frecuentes son la flatulencia, distensión y dolor abdominal, diarrea y/o estreñimiento. Los síntomas extraintestinales más frecuentes en adultos son la anemia, lesiones cutáneas como la dermatitis herpetiforme, la osteoporosis, depresión o ansiedad, migrañas, cansancio, problemas bucales, etc.

En su etiología debemos considerar: predisposición genética, el gluten, factores ambientales y factores inmunológicos. En la predisposición genética encontramos dos genes HLA de clase 2: HLA-DQ2, HLA-DQ8. Pero la presencia de estos marcadores no es suficiente para diagnosticar la EC. No obstante, están presentes en prácticamente todos los pacientes con EC.

"El estudio genético se ha incorporado a las diferentes vías propuestas para el diagnóstico de la EC de forma que trabajos recientes apoyan la detección de HLA DQ2 y DQ8 para el screening y la toma de biopsias en caso de positividad" (Fernández Salazar, et al., 2008).

El principal desencadenante de la enfermedad está formado por un grupo de proteínas contenidas en el grano de trigo. Existen cuatro clases en función de su solubilidad: albúminas, globulinas, gliadinas y gluteninas. Las gliadinas y gluteninas constituyen las prolaminas. Son estas proteínas las que conceden el carácter inmunógeno al gluten.

La respuesta inmunitaria se produce en la mucosa del intestino delgado evidenciándose una lesión inflamatoria y el desarrollo de una lesión intestinal en diferentes grados. La respuesta inmunitaria (innata y adaptativa) lesiona las vellosidades intestinales (atrofia de las vellosidades e hiperplasia de las criptas). Esta respuesta inmunitaria esta mediada por los linfocitos T, que aumentan la producción de citoquinas inflamatorias y activan la liberación de anticuerpos por

parte de los linfocitos B (Cerda-Contreras, et al., 2018; Arranz & Garrote, 2010).

Resulta interesante cómo la EC no sólo depende de una predisposición genética, sino que existen una sucesión de factores ambientales que establecen su desarrollo y desencadenan la intolerancia al gluten (proteína presente en cereales como cebada, centeno, trigo, avena) (Cilleruelo, et al., 2006).

En la actualidad solamente un 1-2% de la población desarrolla la patología. En la generalidad de los individuos afectados, la EC está sin diagnosticar, pero los diagnósticos están aumentando. (Rodrigo Sáez, 2006).

La EC es la patología crónica del intestino delgado más habitual en la infancia. Se ha incrementado en los últimos años y se aproxima en este momento al 1/100 - 1/150 de la población usual. El incremento se expondría por la aparición de novedosas técnicas diagnósticas más sensitivas y concretas que diagnostican manifestaciones clínicas extrañas o con insuficientes síntomas que antes no se detectaban. Es muy importante la instauración temprana del tratamiento idóneo, que es la eliminación del gluten de la alimentación, como premisa principal para impedir las complicaciones peligrosas de la EC: patologías autoinmunes, esterilidad, neoplasias, etc. Es obligatorio que el médico de Medicina Familiar este al tanto de la sintomatología de la EC y solicite las pruebas analíticas oportunas para una detección precoz que suele ratificar una biopsia intestinal. (Pavón, Monasterio, & Guillán, 2003).

El número de enfermos celiacos ha crecido considerablemente y han aumentado en la franja de edad que corresponde a personas adultas. Las manifestaciones clínicas de la enfermedad celiaca (EC) en adultos son disimiles a los que refieren los niños celiacos y con frecuencia la celiaquía aparece en una versión, asintomática, como una enfermedad silenciosa (Pelegrí Calvo, Soriano del Castillo, & Mañes Vinuesa, 2012).

"En los adultos se suele presentar en diferentes rangos de edad: en los hombres aparece entre los cincuenta y los sesenta años y en las mujeres entre los cuarenta y los cincuenta años" (Cabral, Arrieta, Vicente, Cordobés, & Moreno, 2004).

La hipótesis de este estudio es revisar los datos disponibles para verificar que es una enfermedad infra-diagnosticada, cuyas cifras están aumentando, centrándonos en la franja de la edad adulta, ya que a consecuencia de que los síntomas suelen ser diferentes de la etapa infantil, múltiples, muy variados y silenciosos, es más difícil de detectar (Navalón-Ramon, Juan-García, & Pinzón-Rivadeneira,

2016; Comas, García, & Guillem, 2013).

2 Objetivos

El objetivo de esta revisión es analizar la heterogeneidad de los diferentes patrones en la presentación de la EC en el adulto, debido a que predominan las formas atípicas o suelen estar ausentes, para realizar el diagnóstico de una forma mucho más precoz, asimismo definir y analizar el diagnóstico y manifestaciones clínicas de la celiaquía en los adultos, contrastar la forma de presentación diferente en el adulto y en el niño, y corroborar la gran variedad y pluralidad de sus síntomas y signos, la manera silente o asintomática de presentarse que pueden confundirla con otras patologías (Jiménez Gómez, 2016).

3 Metodología

Se han analizado diferentes artículos y publicaciones científicas, en el período comprendido entre 2004 y 2018, utilizando documentaciones de los siguientes bancos de datos: Scielo, Pubmed y Elsevier.
Las fuentes utilizadas en la revisión sistemática se han limitado a artículos en inglés o en español y su contenido se ha basado en la EC y/o en alguno de sus aspectos más relevantes: diagnóstico, manifestaciones clínicas, síntomas en el adulto, síntomas de la etapa infantil, incremento de cifras en el adulto.
De un total de 36 artículos, se han seleccionado para este trabajo 13. En los criterios de inclusión se tuvieron en cuenta estudios de la EC diagnosticada durante la edad adulta y en menor medida estudios de EC diagnosticada en la edad infantil como punto de comparación y diferenciación. Se han excluido los estudios de pacientes diagnosticados de EC en la adolescencia.

4 Resultados

En el diagnóstico de la EC, el médico debe tener en cuenta las manifestaciones clínicas más habituales en los adultos, en estos los síntomas con frecuencia aparecen en una versión, asintomática, como una verdadera enfermedad silenciosa (Cabral, et al., 2004; Navalón-Ramon, et al., 2016).
Es fundamental conocer sintomatología de la enfermedad en todas las franjas de edad y comprobar si la serología es negativa o positiva. La serología no es excluyente, pues la clínica es primordial. La presentación clínica de la EC en el

adulto difiere considerablemente del patrón clásico de la infancia (Pavón, et al., 2003, pp. 7-10; Arranz & Garrote, 2010).
La EC del adulto se presenta con mayor asiduidad por un patrón no clásico representado por variados síntomas gastrointestinales inespecíficos: dispepsia (plenitud y dolor), malestar abdominal, meteorismo, distensión abdominal y ritmo intestinal alternante, que se confunden con trastornos digestivos, de ahí la problemática y retraso del diagnóstico. Esto complica sobre todo el diagnóstico de los seronegativos, pues ya no se prescriben nuevas pruebas (Jiménez Gómez, 2016, p. 7).
Sí los síntomas mejoran tras la eliminación del gluten de la dieta, esto no indica que el paciente padezca un trastorno autoinmune, puede tratarse de una intolerancia al gluten.

En el diagnóstico se tienen en cuenta datos clínicos, serológicos, genéticos e histopatológicos
(Remes-Troche, et al., 2018).
En los adultos, la biopsia intestinal es imprescindible (Cabral, et al, 2004).
Manifestaciones Clínicas. Síntomas de la Celiaquía en Niños.
Distensión abdominal. La inflamación del intestino induce este abdomen hinchado.
Diarreas. Es de los síntomas más coligados con la celiaquía. Este signo constituye el más habitual, pero no se da en todos los celiacos. Se debe a que la EC se da en el intestino delgado distal. En algunos pacientes, está afectado el intestino delgado proximal y la diarrea, no se produce. También aparecen las diarreas con episodios de estreñimiento.
Retraso del crecimiento y/o desarrollo (Herrera, 2016).
Náuseas y reflujo gastroesofágico. Los vómitos y las náuseas son manifestaciones clínicas comunes.
Anemia ferropénica. La anemia es un síntoma muy común de los celiacos, equiparable a la diarrea en la enfermedad. La anemia, entendida como malabsorción del hierro en el intestino.
Con EC las funciones de absorción intestinales disminuyen, a raíz de la atrofia de las vellosidades intestinales (Herrera, 2016).
La estomatitis aftosa. Las aftas bucales son lesiones que suelen aparecer en las encías. La estomatitis aftosa recurrente se puede definir como una manifestación mucocutánea de la EC.
Tiene un componente genético notable.
Apatía, irritabilidad, hiperactividad (Pavón, et al., 2003, pp.7-8).

Síntomas de la Celiaquía en Adultos.

La celiaquía es una enfermedad infradiagnosticada. Las múltiples manifestaciones extradigestivas complican su diagnóstico. La anemia ferropénica es la complicación extradigestiva más habitual de la celiaquía en el adulto y también en la etapa infantil. En los adultos puede aparecer con diarreas crónicas, distención y dolor abdominal, merma de peso, astenia y malestar, se coliga habitualmente con "manifestaciones extraintestinales", estas pueden mostrarse de manera relacionada con las manifestaciones digestivas o aparte de estas (Jiménez Gómez, 2016, p.19).

Entre las muchas manifestaciones clínicas en adultos, podemos destacar:

- Manifestaciones hematológicas: anemia, trombopenia, leucopenia (Jiménez Gómez, 2016, p. 35)
- Manifestaciones hepáticas: nivel elevado de transaminasas, hepatitis autoinmune.
- Trastornos musculares: tetania debido a malabsorción de calcio, vitamina D o magnesio; sarcopenia; y debilidad por atrofia muscular.
- Manifestaciones muco-cutáneas: eczemas, psoriasis, edemas, petequias, equimosis, la dermatitis herpetiforme (DH). La DH conforma una de las manifestaciones extra-digestivas de EC (Jiménez Gómez, 2016, pág. 35). Es la forma de presentación mucocutánea por excelencia de la sensibilidad al gluten y de la EC. Tanto la EC como la DH, tienen un origen inmunogénico común. El diagnóstico se lleva a cabo por inmunofluorescencia directa.
- Manifestaciones ginecológicas: abortos recurrentes, infertilidad (en hombres y mujeres), menstruaciones irregulares, amenorrea secundaria, menopausia precoz, etc. (Fernández Salazar, et al., 2008).

Trastornos neurológicos y psiquiátricos.

Se cree que hay relación entre el consumo de gluten con ciertos trastornos neurológicos y psiquiátricos: migrañas, ataxia por gluten, ataxia cerebelosa, neuropatía periférica, epilepsia, depresión/ansiedad, etc. (Rodrigo Sáez, 2006).

Problemas en huesos y articulaciones como osteoporosis, osteopenia, fracturas, dolor óseo asimismo pueden ser afines con la EC sin diagnosticar (Pelegrí Calvo, et al., 2012). La malabsorción y la inflamación logran la pérdida de la densidad y alteraciones del hueso.

Los pacientes con enfermedades asociadas a la enteropatía sensible al gluten (enfermedades autoinmunes, cromosomopatías, etc.) junto con los familiares de primer grado de los pacientes celíacos, forman parte del grupo de riesgo de desarrollar la enfermedad y que son objeto de atención por parte del médico de familia (Comas, et al., 2013; Jiménez Gómez, 2016).

Estudio Serológico.
En general, se determinan los anticuerpos (Ac) específicos:
- Anticuerpos antigliadina (AntiAGA). Tienen menor sensibilidad y especificidad. De manera rutinaria se detectan anticuerpos de clase IgA e IgG. No tienen interés clínico en el diagnóstico.
- Los Anticuerpos Antiendomisio (Anti-EMA). Los resultados obtenidos con estos anticuerpos son muy concluyentes, pero se consiguió aislar el antígeno responsable de que el EMA fuera positivo: la tTG (antitransglutaminasa) y sus anticuerpos (Anti-tTG). Por eso, hoy en día, estos anticuerpos son los más utilizados. Son coste-efectivos. Son Ac de la clase IgA. La detección de estos Ac se realiza mediante técnicas de inmunofluorescencia, que son sensibles y específicas. Los niveles elevados de EMA se armonizan con la gravedad de la lesión intestinal.
- Anticuerpos Antitransglutaminasa (AATGt). Son los de elección para el cribado de la EC. Son anticuerpos muy sensibles y específicos. Se realizan por ensayo basado en la tecnología ELISA, y por lo general detectan Ac de clase IgA, debido a lo cual es preciso efectuar la determinación de los anticuerpos de tipo IgG por la alta prevalencia del déficit selectivo de IgA en estos enfermos (Herrera, 2016).

Estudio Genético.
La principal predisposición genética la encontramos en dos genes HLA de clase 2: HLA-DQ2, HLA-DQ8. (Cilleruelo, et al., 2006). "HLA-DQ2 y HLA-DQ8 son los más frecuentes" (Cerda-Contreras, et al., 2018).

Datos Histopatológicos.
El diagnóstico serológico posee una alta sensibilidad y especificidad y debe ser confirmado, mediante examen histopatológico de biopsias de mucosa duodeno yeyunal después de endoscopia. Mediante la biopsia es posible confirmar la atrofia de las microvellosidades intestinales.

Diagnóstico Diferencial.
Debemos descartar otras enfermedades capaces de producir síndrome de malabsorción o diarrea crónica con pérdida de peso:
- Síndrome de Intestino Irritable.
- Síndrome de fatiga crónica.
- Colitis microscópica.
- Estrés.
- Anemia.

No debemos confundir la EC y la sensibilidad al gluten no celiaca (SGNC) que tienen muchos síntomas en común. Tampoco debemos confundir éstas con la

alergia al trigo. Existen varios síntomas gastrointestinales comunes de la EC y SGNC, como diarrea, estreñimiento, dolor de huesos o articulaciones, cefalea, fatiga crónica, etc. El tratamiento de la EC y la SGNC es el excluir el gluten de la dieta.

5 Discusión-Conclusión

En los pacientes adultos, el diagnóstico de la EC suele ser más tardío (sintomatología variada o asintomáticos) y crea complicaciones a largo plazo que se impedirían con un diagnóstico más precoz, por ello es importante hacer el esfuerzo de una búsqueda intencionada de la EC en aquellos pacientes con múltiples o variados síntomas y en aquellos con mayor riesgo (pacientes diana) de desarrollar la enfermedad (Rodrigo Sáez, 2006).
En el adulto predominan las formas atípicas o suelen estar ausentes, siendo más frecuente la presencia de manifestaciones clínicas extradigestivas (Pavón, et al., 2003; Comas, et al., 2013).
Con frecuencia, al paciente celíaco se le cataloga de paciente con un "trastorno funcional". Se sugiere una vigilancia cuidadosa en estos pacientes, en particular, si conjuntamente refieren síntomas como astenia, irritabilidad, depresión, SII, distensión o dolor abdominal, estreñimiento, neuropatía periférica, ataxia, epilepsia, etc. (Pelegrí Calvo, et al., 2012).
En definitiva, en el adulto predominan las formas atípicas, existen menos positivos en serología, formas histológicas más leves, son más habituales las patologías autoinmunes asociadas y se produce un diagnóstico más tardío. Es importante recordar que la celiaquía como enfermedad sistémica puede afectar y originar lesiones a cualquier órgano mucho más allá del aparato digestivo. Por estas razones es una enfermedad infra-diagnosticada en todo el mundo (Remes-Troche, et al., 2018).
"La enfermedad celíaca es una condición subdiagnosticada en nuestro entorno, especialmente entre los adultos, por lo que es necesario el conocimiento y la conciencia sobre esta enfermedad por parte de los médicos generales" (Navalón-Ramon, et al., 2016).

6 Bibliografía

- Arranz, E., y Garrote, J. (2010). Inmunología de la enfermedad celíaca. Gastroenterología y hepatología, 33(9), 643-651. doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.11.003

- Cabral Rodríguez, R., Arrieta Blanco, F., Vicente Sánchez, F., Cordobés Martín, F., & Moreno Caballero, B. (2004). Enfermedad celíaca oligosintomática del adulto. Anales de medicina interna 21, (12), 35-37.
- Cerda-Contreras, E., Ramírez-Cervantes, K., Granados, J., Mena, L., Núñez-Álvarez, C., & Uscanga, L. (2018). Is celiac disease better identified through HLA-DQ8 than through HLA-DQ2 in Mexican subjects? Revista de Gastroenterología de México (English Edition), 83(4), 410-413. doi: 10.1016/j.rgmx.2018.01.005
- Cilleruelo , M.L., Jiménez, J., Román, E., Bornstein, B., Arranz, E., y Garrote, J.A. (2006). Estudio coste-efectividad de la aplicación del diagnóstico genético en la valoración de la enfermedad celíaca. Mapfre Medicina, 17(4), 266-272.
- Comas, M., García, A., y Guillem, M. (2013). Peculiaridades de la enfermedad celíaca en el adulto. En I. Polanco. (Ed.). Enfermedad celíaca presente y futuro (pp. 23-28). Madrid, España: Ergon
- Fernández Salazar, L., Ferrera, T., Velayos Jiménez, B., Nocito Colón, M., González Hernández, J., y Garrote Adrados, J. (2008). Problemas diagnósticos en la enfermedad celiaca del adulto. Revista Española de Enfermedades Digestivas, 100(1), 24-28.
- Herrera, L. (2016). Enfermedad celíaca: una nueva perspectiva enfermera desde la atención primaria de salud (tesis de pregrado). Universidad de Cantabria, Cantabria, España.
- Jiménez Gómez, M. (2016). Aspectos clínicos, diagnósticos y terapéuticos de la enfermedad celíaca del adulto (tesis doctoral).Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España.
- Navalón-Ramon, E., Juan-García, Y., & Pinzón-Rivadeneira, A. (2016). Prevalence and features of coeliac disease in the Mediterranean area of Spain. Semergen, 42(8), 514-522. doi: 10.1016 / j.semerg.2015.09.016.
- Pavón, P., Monasterio, L., y Guillán, B. (2003). ESTADO ACTUAL DE LA ENFERMEDAD CELÍACA. Unidad de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición. Departamento de Pediatría del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. Recuperado de http://sonudiga.org/assets/enf-celiaca2.pdf.
- Pelegrí Calvo, C., Soriano del Castillo, J., y Mañes Vinuesa, J. (2012). Calidad de vida y proceso diagnóstico en celíacos adultos de la Comunidad Valenciana. Nutrición Hospitalaria, 27(4), 1293-1297. Recuperado de http://dx.doi.org/10.3305/nh.2012.27.4.5871.
- Remes-Troche, J. M., Uscanga-Domínguez, L. F., Aceves-Tavares, R. G., de la Barca, A. C., Carmona-Sánchez, R. I., Cerda-Contreras, E., ... & Morales-Arámbula, M. (2018). Clinical guidelines on the diagnosis and treatment of celiac disease in Mexico. Revista de Gastroenterología de México (English Edition),

83(4), 434-450. DOI 10.1016/j.rgmx.2018.05.005
-Rodrigo Sáez, L. (2006). La enfermedad celiaca en el adulto. Revista Española de Enfermedades Digestivas, 98(6), 397-407.

Capítulo 1133

PRINCIPALES MICROORGANISMOS CAUSANTES DE INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO EN 2019.

SARA MATILLA IGLESIAS

SILVIA FERNÁNDEZ LÓPEZ

1 Introducción

Las infecciones del tracto urinario (ITU) se definen como la colonización y la multiplicación de un microorganismo, generalmente una bacteria, en el aparato urinario.

Después de las infecciones respiratorias, las ITU representan la segunda causa de infección más frecuente. Su incidencia varía con el sexo y la edad: desde los primeros meses de vida y hasta los 65 años aproximadamente, las mujeres son más propensas a sufrir ITU que los hombres. A partir de esta edad, y coincidiendo con la aparición de patología prostática, la incidencia es más marcada en el sexo masculino.

Las ITU son la principal causa de infección en el área de geriatría, centros de larga estancia y rehabilitación. Su incidencia en estos sectores se debe sobre todo al uso de sondas urinarias y sistemas de drenaje, así como los cuidados por parte del personal sanitario. Aproximadamente el 18% de las bacteriemias son secundarias a ITU, siendo la segunda causa de bacteriemia nosocomial después del catéter vascular central.

Los principales uropatógenos son bacterias presentes en la materia fecal, que acceden al sistema urinario a través de la uretra, dada su proximidad con el ano. También son frecuentes gérmenes del perineo o introito. Esta colonización se ve favorecida por factores de virulencia del microorganismo, la presencia de fimbrias, que se adhieren a las mucosas. La adhesión se ve favorida a su vez por determinantes genéticos expresados en el epitelio de la mujer. La deficiencia de estrógeno altera el trofismo genital, así como su flora y también favorece la colonización por bacterias oportunistas. Los siguientes factores podrían explicar la mayor incidencia de ITU en la mujer: menor longitud de la uretra, menor recorrido entre ano y meato urinario, ambiente periuretral más húmedo, etc.

Las fuentes bibliográficas consultadas posicionan a Escherichia coli como el agente causal de la gran mayoría de las cistitis y pielonefritis no complicadas. Se diferencian principalmente 6 serogrupos: A, B1, B2, C, D y E. Por lo general, las cepas relacionadas con ITU pertenecen al serogrupo B2 y poseen distintos factores de virulencia.

En ITU recurrentes y complicadas, los principales causantes son enterobacterias como E. coli o Proteus mirabilis. Es último se aísla con especial frecuencia en ancianos o pacientes con sonda vesical permanente. No es de extrañar el hallazgo de Providencia spp, Morganella spp., Citrobacter spp., Enterobacter spp. o Serratia spp. Pseudomonas aeruginosa se aísla sobre todo en infecciones nosocomiales asociadas al uso prolongado de catéter.

En mujeres jóvenes es habitual aislar Staphylococcus saprophyticus, Klebsiella pneumoniae o Proteus mirabilis.

Los gérmenes Gram-positivos son menos frecuentes. Entre ellos, cabe destacar Streptococcus agalactiae que puede hallarse en gestantes o recién nacidos, así como diabéticos. Enterococcus spp, Corynebacterium urealyticum y Staphylococcus aureus son aislados en pacientes con sonda vesical. Este último puede ser causante de pielonefritis vía hematógena. Aerococcus spp. está tomando especial relevancia en los últimos años, considerándosele un uropatógeno emergente.

El aislamiento de levaduras como Candida spp. suele tenerse en cuenta como una contaminación, siendo necesaria la recogida de una nueva muestra para confirmar candiduria. En pacientes asintomáticos no se considera patológico el hallazgo de cándidas.

Por lo general, las ITU están causadas por un solo germen, pero es habitual que dos patógenos coexistan en pacientes con sondaje prolongado.

2 Objetivos

El objetivo del estudio es determinar cuáles son los principales microorganismos causantes de infección urinaria en las muestras procesadas durante el año 2019 en el Laboratorio de Microbiología del Hospital Universitario San Agustín de Avilés, Asturias.

3 Metodología

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica en las bases de datos de Pubmed y Scielo, así como en el Procedimiento de Microbiología Clínica de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC).

Por otro lado, se han recabado datos estadísticos acerca de los urocultivos patológicos procesados en el Hospital Universitario San Agustín de Avilés (Asturias) desde el 1 de enero de 2019 al 31 de diciembre de 2019.

4 Resultados

La población muestral comprende sujetos de ambos sexos, de entre 0 y 102 años de edad. A lo largo del año 2019, se han enviado al laboratorio de microbiología un total de 11243 peticiones para urocultivo, de las cuales 3319 (29.52%) se han considerado positivas para infección de tracto urinario con recuentos comprendidos entre 1000 y 1000000 UFC/mL.

En la siguiente tabla se detallan cuáles han sido los 20 gérmenes aislados más frecuentemente. Se representan en color azul o rojo en función de si son Gram positivos (azul) o negativos (rojo). El hallazgo de levaduras se representa en color verde:

	MICROORGANISMO	NÚMERO DE CASOS	PORCENTAJE
1	*Escherichia coli*	1850	55,7%
2	*Klebsiella pneumoniae*	300	9,0%
3	*Proteus mirabilis*	244	7,4%
4	*Enterococcus faecalis*	183	5,5%
5	*Pseudomonas aeruginosa*	110	3,3%
6	*Streptococcus agalactiae*	107	3,2%
7	*Staphilococcus saprophyticus*	58	1,7%
8	*Klebsiella oxytoca*	54	1,6%
9	*Staphylococcus epidermidis*	42	1,3%
10	*Citrobacter koseri*	39	1,2%
11	*Enterobacter aerogenes*	37	1,1%
12	*Morganella morganii*	33	1,0%
13	*Citrobacter freundii*	22	0,7%
14	*Staphylococcus aureus*	21	0,6%
15	*Enterobacter cloacae*	21	0,6%
16	*Candida albicans*	21	0,6%
17	*Aerococcus urinae*	20	0,6%
18	*Providencia stuartii*	14	0,4%
19	*Streptococcus mitis / oralis*	13	0,4%
20	*Serratia marcescens*	11	0,3%

5 Discusión-Conclusión

Las fuentes bibliográficas consultadas proponían a Escherichia coli como agente causal del 75% de las ITU. En nuestro estudio representa un 56% aproximadamente, si bien es cierto que muchas de las muestras procesadas proceden de pacientes hospitalizados, sondados o con ciertas particularidades, por lo que quizá esto pueda interferir ligeramente en los resultados. Corynebacterium urealyticum, pese a citarse en diversas fuentes, no se encuentra entre los 20 gérmenes más predominantes.

Lo que sí queda de manifiesto es que la familia de las enterobacterias (Escherichia coli, Klebsiella pneumoniae y Proteus mirabilis) junto con Enterococcus faecalis y Pseudomonas aeruginosa se hallan entre los 5 principales patógenos causantes de infección del tracto urinario.

6 Bibliografía

- Jiménez Cruz JF, Broseta E. Infecciones urinarias complicadas y no complicadas. Jano, 2003.
- Piera M. Infecciones urinarias, prevención y tratamiento. Farmacia Profesional,

2003.
- Zboromyrska Y., Cueto López M., Alonso-Tarrés C., Sánchez-Hellín V. Diagnóstico microbiano de las infecciones del tracto urinario. SEIMC, 2019.

Capítulo 1134

INFECCIÓN ALIMENTARIA POR SALMONELLA.

MARIA DELIA ALONSO RODRÍGUEZ

VIRGINIA LINARES FERNANDEZ

MARIA TERESA MARTÍNEZ SUÁREZ

1 Introducción

La infección por Salmonella, denominada salmonelosis , es una enfermedad bacteriana de origen alimentario que afecta al aparato intestinal; éstas son las responsables de aproximadamente el 55% de los brotes de enfermedad de transmisión alimentaria que se identifican en España.
La OMS señala que la salmonelosis es una de las enfermedades de transmisión alimentaria más comunes y ampliamente extendidas en el mundo y agrega además que la mayoría de los casos de salmonelosis son leves, aunque en ocasiones la enfermedad puede causar defunción.

Son bacterias pertenecientes a la familia Enterobacteriaceae, formada por bacilos Gramnegativos intracelulares, anaerobios facultativos , móviles por flágelos peritricos, no poseen cápsula(excepto S. Typhi),ni esporas, producen ácido sulfídrico y fermentan la glucosa pero no la lactosa, no producen indol, no degradan la urea y descarboxilan lisina y ornitina. Se desarrolla entre 8 y 45 ºC y a un pH de 4 a 8, pero no sobrevive a temperaturas superiores a 70 ºC.
La bacteria de la Salmonella, generalmente, vive en los intestinos de animales y humanos y se libera mediante las heces siendo la puerta de entrada a la vía

digestiva donde el bacilo debe sobrepasar la barrera digestiva de la acidez gástrica antes de adherirse e invadir las células del epitelio intestinal y penetrar en su interior, donde se multiplica y produce alteraciones histopatológicas.
La forma más frecuente de contraer la infección es mediante el agua o alimentos que han sido contaminados, como carne vacuna, aves de corral(sobre todo pollo y pavo),huevos o productos a base de huevo que estén crudos o poco cocidos como la mayonesa, tortillas, salsas, helados, cremas, natillas, etc., y, algunas veces, frutas y verduras sin lavar.
Cualquier alimento puede estar infectado por Salmonella, ya que si es manipulado por una persona infectada con las manos sucias o si el alimento entra en contacto con otros que estén contaminados, se contaminaría también; es lo que se llama contaminación cruzada. Los alimentos contaminados tienen generalmente un aspecto u olor normal.

Algunas salmonelas son comunes en la piel de tortugas y de muchos reptiles, como lagartos e iguanas, por lo que se deben de tomar precauciones cuando se manipulan esas mascotas a la vez que los alimentos. De ahí la importancia de lavarse las manos al preparar la comida, sobre todo después de usar el baño, cambiar pañales o tocar las mascotas.
Los síntomas pueden comenzar entre las 6-72 horas después de la ingesta del alimento contaminado de Salmonella. Algunos de ellos pueden ser los siguientes:
• Nauseas
• Vómitos prolongados que no permiten que mantenga los líquidos en el cuerpo
• Sensibilidad o calambres abdominales
• Diarrea por más de 3 días que no desaparece y que suele ser acuosa o sanguinolenta
• Fiebre mayor de 38 ºC
• Escalofríos
• Dolor de cabeza
• Cólicos
• Sangre en heces
• Signos de deshidratación, como producción escasa de orina, sequedad de boca o garganta y mareos al ponerse en pie

La mayoría de los casos suelen producirse en verano debido a que las altas temperaturas favorecen el crecimiento y desarrollo de la Salmonella. En esta época deben extremarse las precauciones en el almacenamiento, preparación y cocinado de los alimentos. Se debe de asegurar la refligeración o congelación de los

alimentos perecederos, los alimentos preparados y las sobras, en el intervalo máximo de tiempo de 1-2 horas.
El tiempo de supervivencia de la bacteria en alimentos a temperatura ambiente es de varios días o incluso meses.
Habitualmente la enfermedad dura entre2-7 días tras el inicio de los síntomas.
La gente con salmonelosis puede contagiar la infección durante varios días a varias semanas después de haberse contaminado, incluso aunque los síntomas hayan desaparecido o se haya tratado al paciente con antibióticos.

2 Objetivos

- Identificar en el laboratorio la bacteria causante de la salmonelosis en los alimentos y prevenir la contaminación.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La mayoría de los pacientes no necesitan atención médica por la infección de Salmonella, así, en los casos leves o moderados en pacientes sanos desaparece por si sola en unos días sin necesidad de tratamiento específico. Unas medidas básicas como la reposición de líquidos y una alimentación suave durante los días que dure la sintomatología suelen ser suficientes para pasar esta infección. Son útiles los sueros orales que se encuentran en las farmacias, así como el agua y las infusiones de té y manzanilla.

Conviene evitar las frutas y verduras crudas, con excepción de las que son astringentes, y también legumbres, productos integrales y , en definitiva, todos aquellos alimentos que contengan altas cantidades de fibra. Los lácteos y las bebidas con cafeína pueden intensificar la pérdida de líquidos.
Si se tiene fiebre se puede tomar paracetamol para bajarla.

En caso de agravamiento debe de ser tratado en un hospital. El tratamiento consiste en la reposición de electrolitos, perdidos con los vómitos y la diarrea, y la rehidratación e incluso podría precisar tratamiento con antibióticos, en el menor de los casos. La OMS precisa que "la terapia antimicrobiana sistemática no está recomendada para casos leves o moderados en personas sanas. Esto se debe a que los antimicrobianos podrían no eliminar completamente la bacteria y seleccionar cepas resistentes, con lo cual el fármaco se volvería ineficaz"

Los grupos de riesgo, especialmente, lactantes, ancianos, pacientes que toman medicamentos para suprimir las secreciones ácidas del estómago, carecen de bazo o tienen un bazo que no funciona bien, padecen una enfermedad de las células falciformes o pacientes inmunodeprimidos como pueden ser los que realicen tratamientos para curar el cáncer o tratar el VIH podrían necesitar tratamiento antimicrobiano, necesario durante 2 semanas o incluso varios meses. Loa antibióticos les permiten deshacerse de la infección y prevenir recaídas.

Lo más común es que los médicos receten ciprofloxacino, o bien algún antibiótico procedente de la familia de las cefalosporinas, en casos complicados o resistentes. Igualmente, es vital que se lleve a cabo una correcta reposición de líquidos intravenosos en la afectación grave, para evitar y combatir la posible deshidratación que puede sobrevenir en algunos casos de gastroenteritis, ya que se puede perder mucho líquido en las deposiciones y vómitos, sobre todo en niños y ancianos.
Existen varios métodos diagnósticos diferentes que pueden detectar la Salmonella, sin embargo el estudio microbiológico en el laboratorio es la prueba más comúnmente empleada para el aislamiento de la bacteria a partir de las heces.

Un método ideal es aquel que posee una alta sensibilidad y especificidad, y ser al mismo tiempo simple, rápido y económico. No hay ningún método que cumpla con todos los criterios y ninguno es óptimo para todas las condiciones, por ello es aconsejable apoyarse también en nuevos métodos de diagnóstico como es el uso de pruebas serológicas y moleculares como ELISA y PCR.
También se puede realizar, además del análisis de heces, un análisis del alimento que se cree que ha sido el causante de la salmonelosis y así poder realizar pruebas sobre el mismo y valorar la presencia de las bacterias en su interior.
Veremos, brevemente, como se realiza un coprocultivo(examen de laboratorio para encontrar microorganismos en las heces).
Las heces se cultivan con el fin de detectar la presencia de bacterias patógenas, es decir, que provocan la enfermedad.
A diferencia de la mayoría de los análisis de laboratorio, la muestra de heces

suele ser recolectada en casa y no por un profesional de la salud en una clínica u hospital.

El laboratorio necesita la muestra de heces recién obtenida o bien guardada en la nevera. Un técnico de laboratorio realizara una siembra de la materia fecal en la placa con el medio de cultivo que contiene los nutrientes que favorecen el crecimiento de la Salmonella. La siembra se realizara por estría con agotamiento, para obtener colonias aisladas. Posteriormente se incuban las placas sembradas a una temperatura de 37ºC,en aerobiosis y durante 24 horas.
Para la siembra se utilizan medios diferenciales y selectivos, lo que facilitara la selección de las colonias sospechosas de Salmonella, ya que inhiben el crecimiento de otras bacterias patógenas o de la flora intestinal saprófita.
Se siembra las heces en medio de cultivo como EMB (Eosina azul de metileno, Levine) y agar MacConkey que son medios escasamente selectivos. Ambos inhiben el crecimiento de la mayoría de las bacterias Grampositivas y algunas Gramnegativas y muestran si las Gramnegativas que crecen fermentan o no la lactosa. Asi, en el medio EMB la Salmonella aparece como colonias transparente y en el agar MacConkey se producen colonias de incoloras a color beige, ya que no fermentas la lactosa.

Además se siembra en medios moderadamente selectivos como agar Hektoen entérico y XLD(Agar xilosa-lisina-desoxicolato).El agar hektoen, que posee sales biliales, nos permite diferenciar Salmonella de Shigella. La Salmonella aparece como colonias verde-azuladas con la formación en el centro de la colonia de un precipitado negro con un halo transparente alrededor que le da un aspecto de ojo de pescado; esto es debido a que Salmonella produce ácido sulfídrico.En el medio XLD se forman colonias rojas con centros negros, debido a la producción de sulfídrico.
Y, por último ,dentro de los medios sólidos, se siembra en medios altamente selectivos como SS(agar salmonella-shigella) donde crecen colonias de salmonella y shigella produciendo colonias transparentes que podemos diferenciar en el caso de Salmonella por la evidencia de ácido sulfídrico en colonias con centro negro debido a la formación de sulfuro de hierro. .Todos los medios citados son diferenciales, además de selectivos.

Además, debe inocularse la muestra en un medio líquido de enriquecimiento selectivo con el propósito de incrementar la recuperación de salmonelas si están en escasa proporción en la muestra. Entre los de esta categoría cabe destacar el medio de Selenito que se incubara a 37º C durante 18 horas y posteriormente se

sembrara en medios sólidos (selectivos y moderadamente selectivos) para poder aislar los microorganismos investigados.
Tras la incubación de todas las placas, se observa si se ha producido crecimiento de colonias. La salmonella solo crecerá si ya está presente en la muestra de heces. Si hay crecimiento se realiza un aislamiento en agar no selectivo de las colonias seleccionadas mediante una estría por agotamiento en una placa de agar nutritivo. Después de 24 horas se realiza una confirmación de las colonias presuntivas de Salmonella con la prueba de la oxidasa y en caso de resultado negativo se realiza una confirmación bioquímica para poner de manifiesto la presencia de la bacteria.

En general a Salmonella se le realiza un conjunto de pruebas bioquímicas que incluyen producción de indol, rojo de metilo, Voges- Proskauer,Citrato, TSI, hidrólisis de la urea, desaminación de la fenilalanina, decarboxilación de lisina, arginina y ornitina, motilidad, hidrólisis de gelatina, utilización de malonato, fermentación de glucosa con producción de ácido y gas, fermentación de lactosa, sacarosa, manitol, dulcitol, salicina, adonitol, inositol, sorbitol, arabinosa, rafinosamaltosa, xilosa, trehalosa, celobiosa, eritritol, hidrolisis de esculina, fermentación de melibiosa, de arabitol, de glicerol, utilización de acetato, lipasa, AD-Nasa, transformación nitrato-nitrito, oxidasa y fermentación de manosa ..
Si no se forman colonias bacterianas ,el análisis es negativo, esto quiere decir, que no hay infección por Salmonella.

5 Discusión-Conclusión

La OMS aconseja el control de todas las etapas de la cadena alimentaria, desde la producción agrícola hasta la elaboración, fabricación y preparación de alimentos, tanto en establecimientos comerciales como en hogares.
En los hogares la prevención comienza con un buen almacenamiento de los alimentos y continua con aspectos como lavarse las manos antes de cocinar y usar guantes al manipular excrementos de animales domésticos.
Se recomiendan métodos destinados a evitar la proliferación de Salmonella en los alimentos, por ejemplo , destruir la bacteria en los alimentos mediante la cocción, evitar la contaminación cruzada durante la manipulación y almacenar los alimentos a baja temperatura para evitar la proliferación de estos microorganismos.
Unas reglas generales serían:
• Lavarse las manos a conciencia con agua jabonosa tibia después de ir al baño,

cambiar pañales, tocar animales o sacar la basura.
• No lavar la carne de vacuno o de ave, o los huevos, antes de cocinarlos ya que los microbios se pueden propagar a otros alimentos, utensilios y superficies.
• Lavar las tablas de cortar, las encimeras y los cuchillos después de manipular alimentos por cocinar, para evitar la contaminación cruzada.
• Lavar frutas y verduras bien antes de consumirlos.
• Separar la carne, pescados , mariscos y huevos crudos de los demás alimentos, sobre todo de los alimentos ya listos para comer como los embutidos y ensaladas.
• Asegurarse que los alimentos estén debidamente cocidos y aún calientes al servirlos.
• Evitar la leche cruda y los productos elaborados con ella, solo beberla si esta pasteurizada o hervida.
• Mantener la temperatura del frigorífico por debajo de 4ºC y la del congelador por debajo de -18ºC.

6 Bibliografía

-OMS | Salmonelosis - World Health Organization.
-Farreras Valentí P. Medicina interna. Madrid: Elsevier.
-MedlinePlus - Enciclopedia Médica.
-Lesser, Cammie F.; Miller, Samuel I. Harrison. Principios de medicina interna. Madrid: McGraw-Hill Interamericana.

Capítulo 1135

LA CISTOGRAFIA

JORGE ALVAREZ RODRIGUEZ

ANA ISABEL MENENDEZ MENENDEZ

1 Introducción

La cistografía es un estudio detallado de la vejiga para el que se utiliza un colorante y rayos X, una prueba de imagen que nos ayuda a diagnosticar problemas en la vejiga.

2 Objetivos

Conocer en qué consiste éste estudio, como llevarlo a cabo y que información podemos conseguir con él, así como sus riesgos.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo un estudio bibliográfico en páginas web y bases de datos (pubmed), tambien en artículos de urología relacionados con el tema. De un total de 15 referencias hemos escojido 5 para un estudio más detallado.

4 Resultados

Para realizar la prueba se introduce en el meato del paciente un catéter urinario por el que se deja fluir un colorante. Cuando la vejiga está llena, se retira el catéter y se toman los rayos X. Esta tintura permite ver la vejiga con más claridad.

Las causas habituales para recomendar realizar esta prueba son: sangre en orina, ITU de repetición, reflujo urinario, incontinencia, problemas para vaciar la vejiga, o si se sospecha estrechamiento de los uréteres o la uretra…

5 Discusión-Conclusión

La vejiga es un órgano hueco en la parte inferior del abdomen donde se almacena la orina. Hay muchas afecciones que pueden causar disfunciones en ella. La cistografía es una de las pruebas que nos permite visualizar de forma detallada mediante RX el interior de la vejiga. No requiere preparación previa ni cuidados especiales.

6 Bibliografía

www.pubmed.gov.
www.aeu.es.
http://www.san.gva.es/documents/151744/512072/Cistografia.pdf.
www.cun.es.
https://medlineplus.gov

Capítulo 1136

LA OBLIGACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD ÁMBITO SANITARIO.

MARIA DEL MAR BARRO RIVERA

BEATRIZ REQUENA PARADA

DIAMANTINA ESPAÑA ALONSO

LLARA LOBO BARRO

1 Introducción

La intimidad, la confidencialidad y el secreto, son conceptos que en ocasiones se utilizan para designar a aspectos similares de una realidad relacionada con la singularidad de la persona, lo que ocasiona que a menudo se utilicen como si fueran sinónimos, aunque no son términos superponibles entre ellos, ya que indican aspectos diferentes de la mencionada realidad.

La intimidad tiene que ver con los valores que nos definen como seres humanos, y con la libertad de cada individuo para gestionarlos en su vida. La Constitución Española reconoce los derechos a la intimidad y confidencialidad como fundamentales, con el fin de preservar la esfera íntima de las personas. Adquieren especial importancia en el ámbito sanitario, para poder prestar atención sanitaria, los pacientes proporcionan datos sobre su estado físico o salud, y los profesionales son depositarios de unos datos considerados sensibles.

La responsabilidad que conlleva vulnerarlos puede suponer sanciones administrativas, indemnizaciones civiles e incluso, penas de prisión e inhabilitación.

2 Objetivos

- Conocer las medidas de seguridad aplicadas para garantizar el derecho a la confidencialidad de los pacientes.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.
Palabras clave: confidencialidad/asistencia sanitaria, confidencialidad: medidas de seguridad. Se escogieron 10 publicaciones en español posteriores a 2003. Criterios de inclusión: acceso online a texto completo, idioma: español.

4 Resultados

La obligación de guardar la confidencialidad afecta tanto al personal sanitario, como al personal de atención al usuario. Afecta incluso a todo el personal que trabaja en el centro: personal de limpieza, informáticos, etc.
Medidas de seguridad más adecuadas:
Formación sobre la confidencialidad, consecuencias del incumplimiento.
Usar contraseñas seguras, no compartirlas.
No compartir información personal de pacientes en correos.
Cerrar la sesión o bloquearla cuando la ausencia del enfermero/a sea de más de 5 minutos.
Evitar que queden datos desplegados en pantalla y sean vistos.
Cerrar la puerta de la consulta cuando estemos reunidos con un paciente o hablando con otro profesional acerca de alguna persona; explorando o llevando a cabo alguna actividad.
Pedir el consentimiento informado a los pacientes para las investigaciones.

5 Discusión-Conclusión

Prevenir, formando al personal, es de vital importancia para garantizar el derecho a la confidencialidad. Así, todo el personal al servicio de la Instituciones Sanitarias cumplirán con un deber imprescindible y a veces olvidado: velar por la intimidad de las personas.

6 Bibliografía

- http://www.enfermerialeon.com/docs/comision_deo/GuiaConfidencialidadDatosJCyL.pdf
- http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272006000600006
- http://www.madrid.org/cs/BlobServer?blobcol=urldata&blobtable=MungoBlobs
blobheadervalue1=filename%3 Dconfidencialidad.pdf
&blobkey=id&blobheadername1=Content-Disposition&blobwhere=1196186784947&blobheader=
https://es.slideshare.net/docenciaalgemesi/confidencialidad-e-intimidad-en-el-mbito-sanitario
- https://www.cgcom.es/sites/default/files/guia_confidencialidad.pdf
- https://bibliosaude.sergas.es/DXerais/594/intimidade-CAST_170913.pdf

Capítulo 1137

LOS DAÑOS DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL (HTA) EN LOS RIÑONES

HENAR FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

Los riñones desempeñan un papel clave para mantener la presión arterial de una persona dentro de los límites saludables, y a su vez, la presión arterial puede afectar la salud de los riñones.
Por lo general no hay señales ni síntomas de que la presión arterial está demasiado alta. Se la conoce como “el asesino silencioso” porque puede tenerla durante años sin saberlo. Es una de las principales causas de ataques cardíacos, derrames cerebrales y enfermedad renal crónica.

La presión arterial mide la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de los vasos sanguíneos cuando esta es ”lanzada” por el corazón. La presión arterial alta hace que el corazón trabaje más duro y, con el tiempo, puede dañar los vasos sanguíneos por todo el cuerpo. Si los vasos sanguíneos de los riñones se dañan, es posible que dejen de eliminar los desechos y el exceso de líquido del cuerpo. Entonces, puede que el exceso de líquido en los vasos sanguíneos aumente aún más la presión arterial. Es un ciclo peligroso.
Todas las personas corren algún riesgo de padecer insuficiencia renal a causa de la presión arterial alta. No obstante, los africano americanos tienen más probabilidades que los caucásicos de sufrir de presión arterial alta y los problemas renales relacionados. Las personas con diabetes también corren mayor riesgo de padecer insuficiencia renal.

La elevación de la tensión arterial se relaciona con la progresión de la ER a través de dos factores:
1. Transmisión del incremento de la tensión arterial sistémica a la microvascularización renal.
2. Presencia de proteinuria.
En el riñón sano existe un proceso de autorregulación que mantiene constante el flujo de sangre y la presión capilar intraglomerular, a pesar de fluctuaciones en la tensión arterial media entre 80 y 160 mmHg. Este mecanismo de autorregulación del flujo y la presión hidrostática glomerular constituye un elemento importante en la protección glomerular.
Los mecanismos de autorregulación están alterados en diversos trastornos como la HTA y la ERC. En el riñón dañado, la disfunción de los mecanismos de autorregulación a nivel de la arteriola aferente da lugar a que el incremento de la tensión arterial sistémica se transmita al interior del glomérulo. La hipertensión en el capilar glomerular está asociada con el desarrollo de esclerosis glomerular y deterioro progresivo de la función renal.
Por otra parte, la proteinuria, marcador de daño renal asociado con la HTA, es por sí mismo un factor de progresión de la ER. El acúmulo de proteínas filtradas en las células tubulares activa rutas proinflamatorias, pro fibróticas y citotóxicas que contribuyen a la lesión túbulo-intersticial y fenómenos de cicatrización renal. Así, la HTA favorece la progresión de la ER mediante el empeoramiento de la función renal y el aumento de la proteinuria. La proteinuria a su vez favorece el daño renal.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Dar visibilidad a otro problema asociados a la HTA no tan visible y bastante importante como es la enfermedad renal (ER).

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, Google Académico seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

1- Cada año, la presión arterial alta causa más de 25.000 casos nuevos de IR.
2- Dos grupos de medicinas, llamados inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (ACE) y bloqueadores de los receptores de la angiotensina (ARB), disminuyen la presión arterial y surten un efecto adicional de protección sobre los riñones.
3- Las personas con CKD deben intentar mantener su presión arterial por debajo de 130/80.
4- Otro signo de CKD es la presencia de más de 30 miligramos de albúmina por gramo de creatinina en una muestra de orina.
5- La insuficiencia renal crónica (CKD) se presenta cuando la tasa de filtración glomerular estimada (TFGe) es inferior a 60 mililitros por minuto (mL/min).

5 Discusión-Conclusión

La mortalidad por Enfermedad Renal Crónica (ERC) ha crecido casi un 30% en la última década en España. De seguir su ritmo actual de crecimiento se convertirá en la segunda causa de muerte en nuestro país en pocos años.
Las personas con HTA deben acudir a su médico para controles rutinarios, ya que como he comentado con anterioridad es una enfermedad silenciosa.

6 Bibliografía

- Federación Nacional ALCER.
- National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases (NIDDK).
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 1138

DIAGNÓSTICO DEL SÍNDROME DEL ATRAPAMIENTO DEL NERVIO PUDENDO (SANP): ASPECTOS CLÍNICOS Y ENFOQUE TERAPÉUTICO

SILVIA GAITERO NOVAL

BEGOÑA MILAGROS DEL VALLE MENENDEZ

MARÍA TERESA RODRÍGUEZ FAZA

CARMEN SARA SUAREZ JIMENEZ

BEA PENA ARTIME

1 Introducción

Comenzaremos con un breve recuerdo anatómico del nervio pudendo (NP); el cual es una estructura alojada en la pelvis. Inerva a los genitales externos de ambos sexos, así como también los esfínteres de la vejiga urinaria y del recto.

El nervio pudendo se origina de los segmentos medulares sacros: S2, S3, S4 y presenta 3 zonas:
- Primer segmento: comprendido desde su origen en los segmentos medulares S2,S3 y S4 hasta la región presacra.
- Segundo segmento: corresponde al canal intrapiriforme el nervio penetra la región glútea bajo el músculo piriforme y cruza alrededor del extremo final del

ligamento sacroespinoso y aquí entra en contacto con el ligamento sacrotuberoso. Esta relación anatómica reviste gran importancia; ya que en esta ubicación de los ligamentos; se compartan como una verdadera pinza que puede comprimir el NP; causando su "atrapamiento".

- Tercer segmento: corresponde al canal pudendo o de Alcock (1.Shafik A,); después de pasar alrededor del ligamento sacroespinoso; el NP se desplaza bajo el músculo elevador del ano, a lo largo de la tuberosidad isquiática; en una vaina de la aponeurosis del músculo obturador interno que forma el canal de Alcock.

La anatomía de las terminaciones nerviosas es muy compleja y tiene muchas variantes. Sin embargo; el conocimiento de las áreas sensitivas inervadas por el NP nos va a permitir relacionar el dolor con su posible origen pudendo.

El NP posee 3 ramas terminales (2. Robert R, et al.):

- Nervio rectal inferior. En la mayoría de los pacientes comienza en el canal de Alcock. Sus ramas terminales sensitivas inervan el canal anal, el tercio caudal del recto, y la piel posterior de la zona vulvar y perianal. Las terminaciones nerviosas llegan al nivel anal del elevador y el esfínter externo del ano.
- Nervio perianal. Emerge del NP a la salida del canal de Alcock. Sus ramas sensitivas envuelven el tercio inferior de la vagina y de la uretra, y los tres labios mayores y menores. Las ramas motoras cruzan el diafragma perianal ventral y terminan en el esfínter estriado de la uretra.
- Nervio dorsal del clítoris/pene. Comienza también en la salida del canal de Alcock. Este nervio posee 2 ramas; la rama clitorídea o peneana y la raba pubiana, que tienen terminaciones que van más allá de la sínfisis púbica, y que alcanzan al conducto inguinal. Además el nervio pudendo inerva los músculos bulboesponjoso, isquiocavernoso, elevador del ano y los transversos superficiales profundos (revista cubana de obstetricia y ginecología. 2013; 39 (2)167-175).

Las tres ramas terminales poseen en diferente proporción fibras motoras, sensitivas y autonómicas. Por ello, su atrapamiento puede causar signos y síntomas de expresión en cualquiera de los 3 ámbitos. En total se estima que el 30% es autonómico y el 70% es somático (el 50% sensitivo y el 20% motor).

La inervación del nervio pudendo será (3.Rouviere.):

* Sensitiva: piel del perineo y genitales.
* Motora: esfínter anal externo; músculo elevador del ano, músculos bulbo e isquiocavernoso, esfínter uretral estriado y músculos perineales profundos y superficiales.
* Vegetativa: erección y sensación de necesidad urinaria.

El síndrome de atrapamiento del Nervio Pudendo (SANP); fue descrito por el neurólogo Dr.Amarenco en 1987. Poco después en el año 1991; el Dr. Shafik describió la técnica para la descompresión del nervio pudendo.
Este síndrome se suele dar con más frecuencia en las mujeres y se caracteriza por dolor vulvar, perianal (es el más frecuente); trastornos de la incontinencia fecal y urinaria, disfunción sexual, dificultad al miccionar/defecar y frecuentemente dolor quemante en el talón; se encuentra también dolor rectal o en el área del clítoris/pene; incluso pueden llegar a producirse cambios en el flujo (vaginal y semen: olor, densidad,...); y puede ser unilateral o bilateral. Muchos pacientes presentan dolor paroxístico o persistente independientemente del estímulo.

El nervio pudendo puede lesionarse de diferentes formas: estirándolo, comprimiéndolo, mala praxis en cirugías, e interacciones viscerales-somáticas.

Tiene características neuropáticas como son sensación de hipostesia, entumecimiento, hormigueo perianal e incluso fuertes descargas eléctricas (4.Robert, et al.) y puede depender de la actividad del sistema nervioso simpático. En muchos de estos pacientes aparece característicamente la modificación de la sintomatología con los cambios posturales; dolor al sentarse, alivio al levantarse y desaparición al acostarse.

Presenta una sintomatología tan variada que puede simular otras patologías, especialmente el síndrome miofascial del suelo pélvico.

La similitud entre los síntomas del SANP y el síndrome miofascial van a ser una constante. Unas veces coexistirán y otras veces cada una de estas entidades llevará a la otra; y los dolores característicos de ambas se solapan, haciendo difícil el diagnóstico y posterior tratamiento.

Nunca debe considerarse el compromiso pudendo como neuropático hasta haber descartado totalmente la posibilidad de patología orgánica, como endometriosis, estreñimiento de larga evolución, tumores invasivos de órganos adyacentes, metástasis o varices pelvianas.

Hay 2 causas por las que se origina el síndrome del nervio pudendo:
- Compresión de los vasos sanguíneos: los vasos sanguíneos que inervan las estructuras inervadas por el nervio pudendo se comprimen, por lo que no llega la suficiente cantidad de sangre a los tejidos de la zona.
- Compresión nerviosa: estructuras musculares, fascias, tendones, puntos de gatillo, etc. asfixian al nervio y no permiten que este transmita el impulso

nervioso con regularidad.

Algunos factores de riesgos o desencadenantes de esta neuralgia son:
- Trauma directo (ciclismo, hípica, sillas de ruedas o cirugía pélvica).
- Infecciones, herpes, fístulas anales.
- Estiramiento del nervio durante el parte; y combinación de trauma y estiramiento (5.Lien KC,).
- Inestabilidad de la articulación sacroilíaca.
- Prostatodinia o Prostatitis crónica.
- Puntos Gatillo en M.piriforme o piramidal; también en elevador del ano y obturador interno (6.Pessis E,).
- Estreñimiento crónico, incontinencia fecal y prolapso rectal.
- Cirugía previa de incontinencia urinaria (cistocele).

2 Objetivos

- Dar a conocer la existencia del SANP a los profesionales de las distintas especialidades; a través de posibles métodos de diagnóstico basados en la historia clínica, la exploración física del suelo pélvico y las pruebas neurofisiológicas confirmatorias; como son: estudio de la vía motora; estudio de la vía sensitiva somática; estudio de la vía autonómica; electromiografía de músculos dependientes del NP; reflejos sacros, etc.
- Conocimiento de bibliografía y el tratamiento; además de las distintas técnicas que se pueden utilizar para la descompresión del nervio pudendo y para paliar el dolor producido.

3 Metodología

Para recopilar los materiales de estudio, se ha realizado una búsqueda exhaustiva sobre el tema en las bases de datos de Google Académico; diferentes fuentes documentales en internet; y también en revistas digitales como Scielo; Rev.neurol.2010; Elsevier Doyma…etc, enciclopedias anatómicas como Sobotta y Editorial Panamericana. Se analizan y revisan textos de bibliografías y textos de estudios exclusivamente en español.

Se han utilizado como términos de búsqueda las siguientes palabras claves: ”nervio pudendo (NP)”, ”síndrome del atrapamiento del nervio pudendo (SNAP)”,

”dolor neuropático”, ”canal de Alcock”, ”síndrome miofascial de suelo pélvico”; principalmente.

4 Resultados

Los resultados para el tratamiento de la NP; tanto conservadores como quirúrgicos son más que aceptables, pero siempre tendremos presente comenzar por el menos invasivo y ha de ser secuencial:

- Tratamiento médico: tratamiento sintomático del dolor (antidepresivos, antiepilépticos, lidocaína…); tratamiento con infiltraciones corticoideas; tratamiento fisioterapéutico; tratamiento con aguja seca o infiltraciones locales de lidocaína.
- Tratamiento quirúrgico: técnica transperineal (7.Shafik A.); técnica trans glútea (8.Robert R, et al.); técnica transvaginal o trans isquiorrectal (9.Bautrant E, et al.) /10.Mauillon J,).

5 Discusión-Conclusión

Como deducción principal sacamos; que los atrapamientos del NP son más frecuentes de los que pensamos y diagnosticados.

La diversidad de sus síntomas convierte a menudo al paciente que los sufre en un peregrino en busca de soluciones; implicando a distintas especialidades médicas; como son: urología, ginecología, proctología, neurología, etc.; que deben promocionar la difusión de este síndrome tan invalidante y tan poco conocido; además de sus medidas terapéuticas.

También se debería hacer un llamamiento a las instituciones sanitarias para que pongan los medios necesarios para aliviar a los sufridos pacientes, para la necesidad de optimizar la detección precoz de casos y su búsqueda de soluciones; haciendo uso de los medios de diagnóstico que confirmen la existencia, extensión y gravedad del cuadro; y adecuando los recursos terapéuticos disponibles.

6 Bibliografía

1. Shafik A, Doss SH. Pudendal canal: surgical anatomy and clinical implications. Amer Surg 1999; 65:176-180.

2. Robert R, Prat-Pradal D, Labat JJ, Bensignor M, Raoul S, Rebai R, et al. Anatomic basic of chronic perineal pain: role of the pudendal nerve. Surg Radiol Anat 1998; 20:93-8.
3. Rouviere. Anatomia Humana. vol. 2, tronco. Editorial Masson; 2005.
4. Robert, et al. Neurophatic pain: a tunnel syndrome. Surg-Radiol Anat. 1998;20:93.
5. Lien KC, Morgan DM, Delancey JO, Ashton-Miller JA, Pudendal nerve stretch during vaginal birth: a 3-d computer simulation. Am J. Obstet Gynecol 2005;192 (5):1669-76.
6. Pessis E, Drapé JL, Guérini H, Bach F, Feydy A, Chevrot A. Never and vascular entrapment in athletes. J Radiol.2007 jan; 88(1 pt 2):156-71.
7. Shafik A. Pudendal canal decompression in the treatment of erectile dysfunction. Arch Androl 1994; 32: 141-9.
8. Robert R, Labat JJ, Lehur PA, Glemain P, Armstrong O, Le Borgne J, et al. Clinical, neurophysiologic and therapeutic remarks from anatomic data on the pudendal nerve in some cases of perineal pain. Chirurgie 1989; 115: 515-20.
9. Bautrant E, De Bisschop E, Vaini-Elies V, Massonnat J, Aleman I, Buntinx J, et al. La prise en charge moderne des névralgies pudendales, à partir d'une série de 212 patientes et 104 interventions de décompression. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) 2003; 32: 705-12.
10. Mauillon J, Thoumas D, Leroi AM, Freger P, Michot F, Denis P. Results of pudendal nerve neurolysis transposition in twelve patients suffering from pudendal neuralgia. Dis Colon Rectum 1999; 42: 186-92.

Capítulo 1139

MAMOGRAFÍA CON TOMOSÍNTESIS: EL NUEVO AVANCE EN EL DIAGNÓSTICO DE PATOLOGÍAS MAMARIAS.

SILVIA GAITERO NOVAL

BEGOÑA MILAGROS DEL VALLE MENENDEZ

MARÍA TERESA RODRÍGUEZ FAZA

CARMEN SARA SUAREZ JIMENEZ

BEA PENA ARTIME

1 Introducción

Después de la mamografía digital directa, la Tomosíntesis de mama digital (TDM) es el siguiente paso para la evolución del screening de mama ya que el uso combinado de ambas ha llevado a una mayor exactitud diagnóstica.
Si bien los principios físicos de la Tomosíntesis se conocen desde los años 30, no ha sido hasta este último decenio cuando esta técnica ha comenzado su auténtico desarrollo, gracias a la introducción de los detectores digitales en el diagnóstico mamográfico.
Las primeras imágenes de Tomosíntesis de mama fueron demostradas por Niklason et al. en 1997 (3.Jemal A, Siegel R, Ward E, et al.) y en 2011 la FDA (Food and

Drug Administration) aprobó la tomosíntesis para uso en screening de cáncer de mama (4. U.S. Food and Drug Administration)
La Tomosíntesis es el último avance en el diagnóstico precoz y es complementaria de la mamografía digital directa; diferenciándose básicamente por un tubo de rayos X que hace múltiples disparos. Es una técnica de imagen tridimensional, basada en una modificación de la mamografía digital.
El mamógrafo con Tomosíntesis tiene el potencial de superar la limitación de la superposición de tejido fibroglandular que tiene la mamografía digital tradicional.
Permite una evaluación más precisa de las lesiones a través de una mejor diferenciación del tejido fibroglandular superpuesto que puede oscurecer un cáncer de mama o simular un pseudo-tumor; aumentando la sensibilidad para detectar cánceres de mama y disminuyendo la tasa de falsos positivos. (1.Soo Hyun Lee, Mi Jung Jang.et. al.)
Durante el exploración; el tubo de rayos X se mueve describiendo un arco alrededor de un centro de rotación localizado cerca del detector, para obtener un conjunto limitado de proyecciones (imágenes 2D y 3D) con distintos ángulos, que pueden variar en rango de 15º, 25º y 40º, haciendo múltiples disparos de bajas dosis de radiación, que son absorbidos por la mama (2. Chevalier del Rio.M.) mientras permanece comprimida.
Se obtienen múltiples planos de la mama, eliminando el tejido que está por delante y por detrás de la imagen elegida. Esto supone la eliminación del ruido condicionado por la superposición de estructuras.
Existen dos modos de adquisición de imágenes en un mamógrafo con Tomosíntesis. Una es "step and shoot", es decir, el tubo de rayos se para al adquirir cada imagen. Esta técnica tiene unos pros que son que el foco emisor de rayos no se mueve en el momento de adquirir una nueva imagen. Sin embargo, aumenta sensiblemente el tiempo de adquisición del estudio. El otro modo de adquisición es modo continuo, en el cual el tubo de rayos está emitiendo radiación mientras se mueve. A su vez, el panel adquisidor también está obteniendo imágenes de manera continua.
Posteriormente las imágenes son procesadas en un computador mediante algoritmos de modo de producir un set de imágenes paralelas a través de toda la mama, con un grosor de 1mm.
A partir de las distintas proyecciones, se genera un conjunto de planos paralelos al soporte de la mama; de forma que en cada uno de ellos se tiene un alto contraste de las estructuras en él contenidas y desenfocadas todas aquellas que se encuentren en planos por encima o por debajo, reduciendo el ruido anatómico.

La Tomosíntesis presenta ventajas con respecto a la mamografía digital, especialmente en mamas densas; ya que permite reconstrucciones tridimensionales, entre ellas destacamos:
- Permite el diagnóstico de nódulos no visibles y reduce el efecto de solapamiento que ocurre en la imagen de mamografía convencional.
- Incrementa la visibilidad de la forma de los márgenes, el tamaño y la forma de una lesión mamaria tipo masa.
- Permite caracterizar áreas distorsivas.
- Posibilita una mejor estimación de estructuras vasculares, ductos ectásicos y calcificaciones.
- Los radiólogos pueden mejorar la precisión del diagnóstico, al ser capaces de diferenciar con mayor exactitud entre características benignas y malignas en la mama.
- Disminuye la necesidad de realizar estudios complementarios.
- Mejor definición del tamaño tumoral (5.Andersson I, Ikeda DM, Zackrisson S, et al.)
- No se necesita una compresión vigorosa de la mama, basta con inmovilizarla.

También puede presentar algunas desventajas; en las que podemos incluir la posibilidad de tener más artefactos de movimiento por la duración del estudio, artefactos por grandes calcificaciones e interpretación más lenta de los estudios por el número de imágenes a leer.
Podríamos decir que según los últimos estudios publicados en la literatura médica; ha aumentado en más del 30% la detección del cáncer de mama.
En relación a la dosis, la recibida en la mamografía digital con Tomosíntesis, es el doble que en la mamografía tradicional; aun así, se muestra por debajo del límite aceptado por la FDA. La dosis de radiación dependerá del tamaño de la mama y la estructura del parénquima.
El número de imágenes de Tomosíntesis varían de acuerdo con el espesor de la mama de la paciente.

2 Objetivos

- Valorar la efectividad y seguridad de la Tomosíntesis digital de mama en términos de precisión y/o validez de la prueba: sensibilidad, especificidad, valores predictivos, cocientes de probabilidad.

3 Metodología

La metodología se ha basado en una búsqueda estructurada en bases de datos científicas como: PubMed, Medline, Scielo y Seram. También se revisaron diferentes fuentes documentales en internet y en Google académico.
Con las palabras clave "Tomosíntesis", "screening", "mamografía digital", "cáncer de mama".
Se analizaron y seleccionaron principalmente los estudios en idioma castellano.

4 Resultados

A pesar de que la mamografía convencional es la técnica de elección para el cribado mamográfico de la población a partir de 50 años, se han ido desarrollando nuevas técnicas que en la actualidad son superiores; como es el caso de la mamografía digital y la Tomosíntesis. Esta última presenta; a su vez, ventajas respecto a la mamografía digital ya que permite realizar reconstrucciones después de adquirir la imagen y se puede observar diferentes planos de la mama y comprobar si la patología está más superficial o si es profunda.
La TDM ha mejorado la tasa de detección de cáncer; permite la visualización de pequeñas lesiones no vistas en 2D y presenta mayor precisión en el tamaño tumoral.
El rendimiento, la sensibilidad, la especificidad y valor predictivo positivo, es mayor cuando se combina la mamografía digital y la Tomosíntesis, tanto en mamas densas como en las más grasas.

5 Discusión-Conclusión

La TDM es una nueva herramienta complementaria de la mamografía digital y ha generado un impacto positivo en el diagnóstico; ya que permite mejorar la detección de nódulos reduciendo los efectos de solapamiento tisular y facilita el análisis morfológico de los mismos, principalmente en mamas densas; en las que el riesgo de cáncer es mayor. Se está implantando en los estudios de cribado y sobre todo para el diagnóstico una vez detectada la lesión por otras técnicas.
La disminución del llenado mediante esta nueva técnica tendría un valor significativo en costos, atención oportuna y disminución del nivel de ansiedad en las pacientes.

6 Bibliografía

1. Soo Hyun Lee, Mi Jung Jang. Sun Mi Kim, Bo La Yun, Jiwon Rim, Jung Min Chang, et. al. Factors Affecting Breast Cancer Detectability on Digital Breast Tomosynthesis and Two-Dimensional Digital Mammography in Patients with Dense Breasts. Korean Journal of Radiology. 2018 Diciembre.
2. Chevalier del Rio.M. Nuevas tecnologías en mamografía y su impacto en los valores de dosis. Radiología.
3. Jemal A, Siegel R, Ward E, et al. Cancer statistics, 2009. CA Cancer j Clin. 2009;59:225-49.
4. U.S. Food and Drug Administration. Selenia Dimensions 3D System- P080003, Approval Letter.
5. Andersson I, Ikeda DM, Zackrisson S, et al. Breast tomosynthesis and digital mammography: a comparison of breast cancer visibility and BIRADS classification in population of cancers with subtle mammographic findings. Eur Radiol.2008;18:2817-25.

Capítulo 1140

EL PAPEL DE LAS TRANSAMINASAS EN EL HÍGADO SANO

VIRGINIA LOPEZ VILLABRILLE

MARGARITA MARÍA GÓMEZ SANZERI

EVA FERNÁNDEZ MUÑIZ

1 Introducción

Las transaminasas son un grupo de enzimas que se encuentran principalmente en el interior de las células del hígado. También están ampliamente distribuidas por nuestro organismo, en el riñón, en la musculatura esquelética, encéfalo, corazón, cerebro etc.
Tipos:
1. Transaminasa (GOT): glutamato-oxalacetato, llamada también (AST) Aspartato aminotransferasa.
2. Transaminasa (GPT):glutamato-piruvato ,llamada también (ALT) Alanina aminotransferasa.
3. Transaminasa (GGT): gamma glutamil transpeptidasa.

Estas enzimas son de gran valor diagnóstico a la hora de investigar determinadas patologías, principalmente hepáticas, aunque el hecho de tenerlas alteradas no quiere decir necesariamente que el problema sea hepático, en general depende del cuadro clínico que presente el paciente.
El estudio de estas Enzimas debe estar siempre valorado junto a otras pruebas diagnósticas, para concluir en una patología firme y sin error.

2 Objetivos

Desenmascarar patologías principalmente hepáticas a través de los valores de transaminasas.

3 Caso clínico

En este caso clínico, vamos a investigar por qué un paciente aparentemente sano, tiene las transaminasas elevadas.
Paciente de 32 años deportista no bebe alcohol no fuma, acude a su consulta de atención primaria para realizarse un control rutinario. El médico solicita al Laboratorio una analítica completa que conste de un análisis hemático y bioquímico.

4 Discusión-Conclusión

Después de este estudio completo ,llegamos a la conclusión de que este paciente puede haber pasado por una infección leve sin síntomas y esta elevación de las transaminasas y el positivo en el anticuerpo de Epstein-Barr así no los indicarían descartando con la demás analíticas y ecografías, males mayores .

Al paciente se le recomendará una pauta a seguir como no consumir bebidas alcohólicas, realizar deporte, si tiene sobrepeso, realizar una dieta sana y equilibrada, beber agua para mantener el organismo hidratado, no fumar y continuar con sus controles periódicos anuales en su centro de salud.

5 Bibliografía

https: //www.webconsultas.com
https://www.transaminasas.com
https://www.m.infosalus.com
https://www.lineaysalud.com

Capítulo 1141

LA TELEMEDICINA

NEREA DIAZ ALVAREZ

SARA MARTÍNEZ GARCÍA

ANDREA MARTÍNEZ ÁLVAREZ

ELENA FERNANDEZ RIVERA

GRACIELA GARCIA SUAREZ

1 Introducción

La telemedicina, esta definida por la OMS, como la prestación de salud (en lo que las distancias es un factor determinante) por parte de profesionales sanitarios a través de la utilización de tecnologías de la información y la comunicación (TICs) para el intercambio de información valida para el diagnostico, el tratamiento, la prevención de enfermedades, la investigación y la evaluación para la formación continuada de profesionales sanitarios, todos ello con el objetivo final de mejorar la salud de la población y de las comunidades.

El progreso en las tecnologías de la información y las comunicaciones aplicadas a la salud ha sido fundamental, todo ello junto con el uso generalizado de internet en los hogares y el incremento de las capacidades de los teléfonos móviles y otros dispositivos, que han propiciado el desarrollo de la actual Telemedicina.

Tipos de telemedicina:
- Monitorización de pacientes a distancia: esto permite controlar en sus casa a los pacientes con enfermedades crónicas.

Se consigue a través del uso de dispositivos que recopilan datos sobre niveles de azúcar en la sangre, presión arterial y otros signos vitales. Los cuidadores pueden revisar esos datos al momento desde el hospital, y decidir si es necesaria algún tipo de acción.

- Tecnologia de almacenamiento y envío: consiste en el almacenamiento de datos clínicos para su envío a otros centros médicos. Por ejemplo, así se pueden tomar imágenes de rayos X en el ambulatorio y enviarlas al momento a un centro especializado para su interpretación.

- Telemedicina interactiva. Este tipo de telemedicina permite a médicos y pacientes comunicarse en tiempo real. Básicamente se trata de una videoconferencia, para la cual el paciente puede quedarse en su domicilio o acudir al centro de salud mas cercano. Como el campo de la telemedicina sigue creciendo, esta definición puede que cambie con el tiempo.

- Teleconsulta: facilita el acceso al conocimiento y consejo del experto remoto.

- Trabajo cooperativo. Red de grupos de profesionales que comparten recursos de conocimiento, bases de datos e información para ayudar en toma de decisiones.

- Telepresencia. Asistencia de un profesional sanitario remoto a un paciente, como, por ejemplo en el caso de telediagnostico mediante sistemas de videoconferencia en tiempo real.

- Teleasistencia. Provisión de cuidados de salud a pacientes en condiciones de vida diaria, como en el caso de ancianos que viven en su hogar. Normalmente es interactiva, e incluye tele alarmas como detectores de inundación, presencia, agua gas etc.

- Telecirugía . Que cuenta con un numero creciente de realizaciones experimentales haciendo un uso importante de telerrobotica, visión artificial y realidad virtual.

- Formación e información a distancia del profesional sanitario.

- Información sanitaria a la población. Se pretende informar y divulgar temas de interés para la salud de la población en general.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Hacer una sanidad mas sostenible y mejorar la salud de las personas:ahorro de costes y mayor eficiencia a nivel asistencial, además de suponer una importante mejora de la prestación sanitaria en regiones consideradas inaccesibles o de difícil acceso a la asistencia sanitaria.

Objetivos secundarios:
- Brindar servicios de asistencia sanitaria a quien lo requiera, independientemente del momento o la ubicación geográfica del paciente el centro asistencial.
- Ofrecer ayuda para el diagnostico y control a distancia.
- Crear colaboracionismos en tiempo real para el manejo del paciente a distancia
- Educar y difundir información medica a publico en general, estudiantes, y profesionales. La telemedicina, es su faz educaticativa,constituye un recurso formidable para la enseñanza y el aprendizaje a distancia.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Bibliografía

- Atryshealth.
- http://ocw.uv.es/ciencias-de-la-salud/farmacologia-clinica-aplicada-a-la-enfermeria/leccion16.anestesicos_generales.pdf.
- http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S2304-37682012001200009&script=sci_arttext.
- https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/aoccc/vol-302/otorrino30202-revanestesia2/.
- http://www.scartd.org/arxius/santiveri02.PDF.

Capítulo 1142

LOS NUEVOS AVANCES EN EL TRATAMIENTO DE RADIOTERAPIA PARA EL CÁNCER DE MAMA

ARIANA GONZALEZ OBESO

YOLANDA BALSERA FERNÁNDEZ

KATRINA ESPINAR HERRANZ

1 Introducción

El cáncer de mama es un proceso oncológico que además de poner en peligro su vida, en el que células sanas de la glándula mamaria degeneran y se transforman en tumorales, proliferando y multiplicándose posteriormente hasta constituir el tumor también incide en su imagen y puede tener repercusiones psicológicas sobre la misma.

El origen del cáncer de mama es desconocido, afecta a una de cada ocho mujeres. Es un problema social y científicamente relevante. No se puede afirmar que el cáncer de mama afecta con preferencia a una tipología de mujer determinada. Se han determinado diferentes factores que pudieran indicar una mayor probabilidad de sufrir esta enfermedad y los ha denominado factores de riesgo:
- Edad.
- Menstruación precoz y menopausia tardía.
- Ausencia de embarazos.
- Embarazo tardío.

- Predisposición genética (historia familiar).
- Tabaquismo.
- Dieta no equilibrada.
- Estrés.

Para la detección de esta enfermedad se pueden utilizar diferentes pruebas para el diagnóstico como pueden ser:
-la mamografía
- la ecografía
-los análisis clínicos
- la biopsia
- la tomografía computarizada (TAC)
- la resonancia magnética.
La prueba principal para el cáncer de mama por excelencia es la mamografía.

En la actualidad, se están empezando a incorporar campañas de cribado, screening en mujeres de 45 a 49 años y para el resto de mujeres, la recomendación general es realizarse una mamografía cada dos años. A las mujeres cuya edad no hace necesaria la realización de una mamografía, se les puede sugerir que se auto examinen las mamas una vez al mes, como alternativa.

Uno de los tumores más frecuentes en el cáncer de mama es el carcinoma ductal invasor o infiltrante representa el 80% de incidencia. Se inicia en los conductos galactóforos, atravesando la pared basal de los mismos invadiendo el tejido graso mamario. Con menor frecuencia tenemos el carcinoma in situ o intraductal y por último el carcinoma lobulillar con 8-10 % que suele manifestarse bilateralmente.

Existen varios métodos mediante los cuales es posible tratar el cáncer de mama como son: la cirugía, la radioterapia, la quimioterapia, la terapia hormonal y la terapia biológica, pero será un equipo multidisciplinar, compuesto por oncólogos, cirujanos, expertos en patología mamaria, ginecólogos y radioterapeutas.

Uno de los tratamientos oncológicos en el cáncer de mama es la radioterapia. Mediante esta técnica se persigue destruir las células cancerosas en el área en la que se administra. Se puede administrar como tratamiento exclusivo o asociada a otros tratamientos como cirugía, quimioterapia, etc.

La radioterapia es un tratamiento local o loco-regional (cuando se incluyen ganglios o estructuras cercanas a la zona a tratar), es decir, trata el cáncer o la zona afecta en su lugar de origen.

Durante el siglo XX la radioterapia era bastante simple, utilizando uno a cuatro campos de tratamiento, que podían ser laterales, antero-posteriores o bien "cajas" de cuatro campos. La técnica convencional de irradiación de la mama utilizaba dos haces de radiación tangenciales opuestos, que incluían toda la glándula permitiendo una buena cobertura del tejido mamario. El uso de filtros de cuña lograba mejorar la homogeneidad de la dosis en la mama.

Para la simulación del tratamiento se dibujaban los campos del tratamiento en una radiografía convencional o en un simulador, utilizando referencias óseas. La dosimetría consistía en el dibujo manual de las curvas de isodosis del equipo sobre el contorno del paciente en un solo plano central bidimensional (2D), con poca homogeneidad en el resto del volumen.

La incorporación de las nuevas tecnologías a la radioterapia ha permitido el desarrollo de diversas técnicas de tratamiento, incluyendo la radioterapia conformada 3D (3D-CRT) y la intensidad modulada (IMRT).

2 Objetivos

- Describir el tratamiento de radioterapia para el cáncer de mama, así como las nuevas técnicas y sus beneficios.

3 Metodología

Para la elaboración del capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica existente.

Descriptores: cáncer, tratamiento y radioterapia.

4 Resultados

La ventaja de los tratamientos radioterapia 3D sobre la técnica convencional es más evidente para los casos de cáncer de mama izquierda (proximidad del corazón) y en pacientes que hayan sufrido cirugía conservadora, de la que algunos autores hablan de una reducción de hasta un 50% de exceso en el promedio de mortalidad cardíaco.

La radioterapia con intensidad modulada (IMRT), como la 3D-CRT, utiliza múltiples haces de radiación conformada que confluyen sobre el objetivo tumoral

desde varios ángulos de entrada. Pero a diferencia de ella, cada campo de tratamiento está formado por la suma de varios segmentos, de modo que se generan diferentes niveles de intensidad de dosis en los distintos puntos de cada campo. Este efecto se logra con un colimador de multiláminas, dispositivo diseñado para dar forma al haz de radiación mediante múltiples bloques motorizados.

5 Discusión-Conclusión

La IMRT supone un gran avance en los tratamientos radioterápicos tiene varias ventajas dosimétricas evidentes sobre la radioterapia convencional 2D y conformada 3D.

Permite reducir significativamente la cantidad de tejidos normales sometidos a altas dosis de radiación, tiene la capacidad de conformar la dosis de una forma muy ajustada al volumen blanco con la potencial reducción del riesgo de complicaciones agudas y crónicas. Es capaz de producir distribuciones de dosis mucho más homogéneas y conformadas a la anatomía de los volúmenes involucrados, reduciendo las zonas de penumbra en los límites del volumen blanco.

6 Bibliografía

- Colaboradores de Wikipedía. Radioterapia.
- Colaboradores de Wiki pedía. Cáncer de mama.
- https://www.aecc.es/sites/default/files/ebooks/GuiaRadioterapia_2018_INTERACTIVO.pdf
- https://www.master-mastologia.com/wp-content/uploads/2014/07/DOCUMENTO-PDF-LIBRO-FEMA-web.pdf.
- https://www.libertaddigital.com/opinion/silvia-perez-rodrigo/todo-lo-que-debe-saber-del-cancer-de-mama-que-afecta-a-1-de-cada-8-mujeres-88975/.
- https://www.aetsa.org/download/publicaciones/antiguas/AETSA-2007_11_IMRT.pdf.

Capítulo 1143

LA ACONDROPLASIA.

NEREA DIAZ ALVAREZ

SARA MARTÍNEZ GARCÍA

ANDREA MARTÍNEZ ÁLVAREZ

ELENA FERNANDEZ RIVERA

GRACIELA GARCIA SUAREZ

1 Introducción

La acondroplasia es la forma más frecuente de enanismo. Se trata de una alteración ósea de origen cromosómico, caracterizada porque todos los huesos largos están acortados simétricamente, siendo normal la longitud de la columna vertebral, lo que provoca un crecimiento disarmónico del cuerpo.
Hay una serie de problemas derivados de la acondroplasia, a lo largo de la vida, como otitis frecuentes, problemas con la columna, torcedura de piernas, apneas en ocasiones, etc, pero la calidad de vida de los niños puede mejorar con un seguimiento médico adecuado.
Desde un punto de vista social, las personas con acondroplasia conviven siempre con una serie de problemas debidos a la existencia en nuestra sociedad de clichés y prejuicios culturales e históricos que aún persisten hoy en día. Un halo cómico o farandulesco rodea a las personas acondroplásicas, que puede ser doloroso y traer consigo problemas vitales muy serios para todas ellas.

La acondroplasia es debida a un cambio en la información genética que recibe

el factor receptor de crecimiento de fibroblastos, células que hacen que los huesos crezcan a lo largo. Esto produce una malformación en el desarrollo de los cartílagos, con una calcificación acelerada que impide el crecimiento normal de los huesos. Las personas con acondroplasia tienen un torso de medida normal, las extremidades cortas y la cabeza ligeramente más grande, además de otras características fenotípicas más o menos regulares.
Existe un elevado riesgo de muerte en la infancia debido a la comprensión de la médula espinal y obstrucción de las vías respiratorias. Los casos homocigóticos de acondroplasia son generalmente letales en el período neonatal y llegan a afectar al 25% de la progenie de parejas en donde los dos padres son heterocigotos para la enfermedad.
Existe relación en muchos de los casos entre la edad paterna en el tiempo de la concepción de los individuos afectados y la acondroplasia.
Si una persona acondroplásica se une con una persona normal, la probabilidad de que el hijo sea también acondroplásico es del 50%, cifra que sube al 75% si ambos padres lo son (en este caso, hay un riesgo del 2,5% de aparición de la acondroplasia homocigota, que suele ser letal al nacimiento).
La acondroplasia aparece como una mutación espontánea, que tiene lugar por azar cada veinte mil nacimientos aproximadamente. Alrededor del noventa por ciento de los niños con acondroplasia no tienen historia de ella en sus familias. receptor. Las mutaciones en acondroplasia inducen activación excesiva del fragmento catalítico del receptor, la quinasa dependiente de tirosina. El resultado es una elevada actividad en las señales producidas por el receptor, originando una placa de crecimiento defectuosa, en la cual las células no mantienen su patrón organizado y, finalmente, no completan el proceso de diferenciación, lo que causa un bloqueo en el crecimiento de los huesos.
La restauración del crecimiento normal en acondroplasia podría, por lo tanto, obtenerse mediante la regulación específica de las señales inducidas por el receptor en las células específicas dentro de la placa de crecimiento, permitiendo, de tal manera, una ordenada y sincronizada elongación ósea. Hasta el momento, no existe ningún tratamiento farmacológico para la acondroplasia.
En la actualidad se ha localizado el gen transmisor en el cromosoma 4. P 16.3 (brazo corto del cromosoma 4).

2 Objetivos

Dar a conocer dicha enfermedad, en la cual la expectativa de vida y el coeficiente intelectual de las personas con acondroplasia son los mismos que los de las per-

sonas de talla normal, a pesar de que los niños con este problema suelen tener un desenvolvimiento motor lento cuando son bebés, a causa de las proporciones de su cuerpo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se llevará a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se realizará una búsqueda sistemática de libros y también de artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Bibliografía

- https://www.acondroplasia.com.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 1144

CRANEO BIFIDO O ENCEFALOCELE

ELENA FERNANDEZ RIVERA

GRACIELA GARCIA SUAREZ

NEREA DIAZ ALVAREZ

SARA MARTÍNEZ GARCÍA

ANDREA MARTÍNEZ ÁLVAREZ

1 Introducción

Interpretamos como cráneo bífido o encefalocele a una deformidad natal del encéfalo o tegumentos, en la que el cráneo no se completa en lo que dura el desarrollo fetal, por lo que causa que fracciones del elemento y sus sustancias rebasen a través de esas costuras hacia fuera. Además, ahí se componen la gran parte de las anomalías congénitas del sistema nervioso central.

Suele causar un deterioro cognitivo bastante importante y el retardo en el crecimiento por lo que genera un retraso en la persona. La anomalía de la cerradura del conducto neuronal tiene dos perfiles que son los mas habituales:
- La raspa bífida.
- La anencefalia.

El encefaloceles están distribuidos en dos clases:
- Anterior
- Posterior

El emplazamiento mas frecuente donde se ubica la encefalocele es el área occipital, después esta la región fronto-etmoidal y por último la parietal.

Su causa tiene múltiples factores. De tipo genético o ambiental.
Su cura tiene sus cimientos en el ámbito quirúrgico, con la extracción de la hernia y la restauración de sus superficies malformadas.

Su predicción varia en la magnitud y la colocación de la masa cerebral que tiene la hernia, puede ser:
- Encefalocele intensivo de la bóveda (imposible su tratamiento).
- Encefalocele Occipital (tiene buena predicción).
- Encefalocele Fronto-etmoidal (buena predicción, se puede tratar).

Hay comprobaciones que afirman que tomar un añadido de ácido fólico antes del embarazo y durante los dos primeros meses de gestación disminuye ampliamente la manifestación de imperfecciones del conducto neural.

Para que esta valoración sea eficiente, debe preexistir al momento del engendramiento y, de alguna manera debe reproducirse hasta la confirmación de la gestación. Las chicas que ya hayan engendrado un retoño con este problema corren el riego de que su segundo hijo también lo tenga, se da sobre todo en chicas diabéticas y en pacientes que tomen medicación contra la epilepsia.

La calidad de vida de los pacientes que son tratados de esta dolencia no es una buena calidad de vida a largo plazo por lo que muchos de los niños necesitan rehabilitación neurológica y su correspondiente hostigamiento por personas especializadas en esta materia.

Los signos que causa en encefalocele son:
- Falta de energía en brazos y piernas.
- La forma de la cabeza es demasiado pequeña respecto al cuerpo.
- Amontonamiento de mucho líquido en el cerebro.
- Falta de coordinación en el movimiento.
- Discapacidad.
- Convulsiones.
- Problemas de vista.

A través de la ecografía se puede ver el resultado aunque solo se puede realizar en neonatos, ya que, como aún no tienen unidos los huesos del cráneo se pueden observar las anomalías en el conducto neural. El encefalocele se puede descubrir

justo después del nacimiento del bebe menos los encefaloceles pequeños como los de la frente o la nariz.

2 Objetivos

- Exposición de los rasgos e indicios de encefalocele.
- Reconocer los elementos de peligro.
- Encuadrar las primordiales certezas diagnósticas que sirvan para la diagnosis antes y después del nacimiento sobre esta enfermedad.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El examen más óptimo para saber con certeza que la criatura viene con deformidades medulares es la resonancia magnética. Desde el mismo momento en el que la persona nace, es de manifiesto si tiene encefalocele. Por ello se puede proceder a una valoración pasando de la semana 14 de embarazo midiéndose la alfa-fetoproteína en el suero materno y haciendo una ecografía.

5 Discusión-Conclusión

Es conveniente realizar las pruebas pertinentes para tener un buen diagnóstico sobre el defecto del tubo neural. Se pueden realizar pruebas especiales para la detección de tal anomalía durante el proceso de gestación.

6 Bibliografía

-Neurocirugiacomtemporanea.com/scielo:revistachilena.
- https://psicologiaymente.com/clinica/encefalocele.

- https://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/birthdefects/encephalocele.html.

Capítulo 1145

REVISIÓN DE LAS TÉCNICAS DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEN EN EL ESTUDIO DE LAS ENFERMEDADES DE LA MAMA EN LA ACTUALIDAD.

MARTA DÍAZ FERNÁNDEZ

CARLA FERNÁNDEZ SUÁREZ

BEATRIZ MATILLA MEDIAVILLA

NURIA GARCÍA RUBIO

DIANA GONZÁLEZ GARCÍA

1 Introducción

El cáncer de mama en la actualidad es el tumor más frecuente en la población femenina y es una de las causas de muerte de las mujeres en nuestro país. La mayoría de los casos se diagnostican entre los 45 y 65 años aproximadamente. Para reducir la frecuencia de aparición de cáncer de mama en España se realiza un screening en mujeres desde los 50 hasta los 75 años, que consiste en realizar un control cada dos años realizando una mamografía.

La técnica más utilizada para detectar el cáncer de mama es la mamografía, ya que es la primera prueba que solicitan los médicos para detectar el cáncer de mama y con esta prueba se reduce la mortalidad producida por esta enfermedad.

La técnica más novedosa es la tomosíntesis junto con la mamografía digital, una característica muy importante es que tiene la capacidad de detectar tumores pequeños y así poder evitar repetirla.

Existen varios factores de riesgo que, aunque no son planeados para su crecimiento, pueden ayudar a manifestarse.
Pueden ser de dos tipos:
- Los que se pueden controlar: Estrés, ansiedad ejercicio, consumos de alcohol, tabaco, ejercicio, dieta, uso reciente de anticonceptivos orales y peso.
- Los que no se pueden controlar: Edad, sexo, raza, antecedentes familiares con cáncer de mama, radiografías de tórax en edad temprana, alteraciones en las células mamarias, exposición al estrógeno, embarazo y lactancia.

En este trabajo se va a revisar y comprobar las técnicas que se utilizan en la patología mamaria.

Las técnicas utilizadas en la actualidad siguiendo el orden de elección son la mamografía, tomosíntesis, ecografía, resonancia magnética y que son las utilizadas para el diagnóstico y para la comprobación del diagnóstico se utiliza la biopsia.

2 Objetivos

Objetivo General:
- Identificar los métodos de estudio utilizados para el diagnóstico por imagen de la patología mamaria.

Objetivos Específicos:
- Relacionar los métodos identificados con cada patología.
- Describir las técnicas diagnósticas utilizadas en cada caso.
- Establecer las técnicas de primera y segunda elección.
- Comparar las técnicas de diagnóstico para la detención con los exámenes diagnósticos de confirmación de la patología mamaria.

3 Metodología

Comprobar toda la bibliografía acerca sobre el cáncer de mama y patología mamaria. Describir las técnicas de estudio (mamografía, tomosíntesis, ecografía, res-

onancia magnética y gammacámara) y explicar las técnicas de primera y segunda elección.

El método para buscar la información que voy a necesitar debe ser en buscadores científicos como: Google académico, Pubmed, Redined, Medline, ELSEVIER, SERAM. Al revisar toda esta información es importante quedarse con la más actual.

Al encontrar la información antes de elegir debo seguir unos pasos imprescindibles:
- Los artículos deben ser actuales.
- Es necesario que el contenido tenga palabras clave ("cáncer mama"," patología mama", "mamografía", "ecografía", "RM").
- Me voy a centrar en información que pueda usar sin ningún tipo de problemas y entienda.
- La información que encuentre siempre la voy a enfocar a la radiología diagnóstica.
- El contenido que encuentre va a ser tanto en español como en inglés, este último lo voy a traducir a nuestro idioma.

Por último, una vez recogida la información necesaria, voy a comenzar a comentar cada uno ellos y comentar las conclusiones al final siempre y cuando siguiendo estos pasos.

4 Resultados

1. SINTOMATOLOGÍA
La secreción del pezón es uno de los síntomas más peculiares de la patología mamaria. Si aparece este signo se tiene que encontrar indicios preocupantes para saber si la secreción es natural, serosa (tumoral en la mayoría de las secreciones), o si la secreción viene de un canal. Por lo tanto, lo más significativo es cómo sucede la secreción, el tipo y determinar el conducto.

2. PALPACIÓN Y AUTOEXPLORACIÓN
Para realizar una palpación adecuada se recomienda que se realice con la yema de los 3 dedos, ya que es el lugar donde más sensibilidad tenemos, y la autoexploración se recomienda realizar frente al espejo mirando las mamas (forma, tamaño y aspecto de la piel), axilas (abultamientos) y pezones (reducción, secreción o alteración), se debe realizar 1 día al mes durante 10 minutos, 2 días después de la

menstruación y en las mujeres menopáusicas 1 día al mes.

3. MAMOGRAFÍA

Es una técnica que aplaza a la radiología convencional, debido a que la glándula mamaria está compuesta por tejido mamario y esto hace que se dificulte el estudio ya que con una radiografía no se distinguiría apenas casi nada.

Con el paso del tiempo los equipos fueron avanzando cada vez más y se empezaron a sustituir por los mamógrafos digitales. La mejora de los equipos fue cada vez a más por lo que presentan unas ventajas y desventajas frente a los equipos convencionales.

PROTOCOLO PARA REALIZAR UNA MAMOGRAFÍA Y TOMOGRAFÍA

Para la realización de una mamografía se pide a la paciente que tiene que desvestirse de cintura para arriba y también es importante realizarle una encuesta. La paciente tiene que realizar la prueba de pie en la medida de lo posible y para ello se debe llevar a cabo un procedimiento. Se coloca la mama sobre el detector. Luego, se presiona fuertemente la mama con el compresor para favorecer la comprensión de la mama. La mamografía se toma desde varios ángulos, para ello es importante que la paciente adopte una posición adecuada para evitar el movimiento y evitar que salga movida.

Una vez que la mama esté centrada el técnico elegirá el protocolo correcto en el ordenador. Normalmente se hace la mamografía y tomosíntesis a la vez, por lo tanto, se cogen los dos protocolos a la vez. Primero se realiza la mamografía en el primer disparo y acto seguido empieza a hacer los cortes de tomosíntesis.
Para obtener un buen diagnóstico se realizan dos proyecciones estándar una cráneo caudal y otra oblicua medio lateral.

Proyección Cráneo Caudal se realiza comprimiendo la mama desde la zona más superior, no se angula el tubo, el pezón debe quedar paralelo al detector y perpendicular al haz de rayos X, para evitar imágenes confusas y no confundirlos con nódulos. La paciente se debe colocar de pie apoyando la mama al detector, girando la cabeza hacia el lado contrario de la mama a examinar. Explicar a la paciente que se va a comprimir la mama y comprimimos hasta que ella sienta molestias (se debe comprimir entre 100 y 130 N). Por último, una vez colocada le decimos que no se mueva nada y se realiza el disparo.

Proyección Oblicua Medio Lateral el tubo se angula 45º en dirección contraria a la mama a explorar, es decir si vamos a explorar la mama derecha se angula hacia el lado izquierdo. Se debe comprimir desde el cuadrante inferior interno

hasta el cuadrante superior externo. Es importante explicarle a la paciente que relaje los hombros para que no tenga en tensión el pectoral. La mama se eleva proyectándola hacia delante, colocando a la paciente de una forma que la axila quede apoyada en el detector. Una vez que tengamos la colocación se comprime la mama quedando el pezón paralelo al detector. Por último, una vez colocada le decimos que no se mueva nada y se realiza el disparo.

4. ECOGRAFÍA
Se trata de una prueba de segunda elección que utiliza ultrasonidos para poder ver el tejido de la mama en toda su totalidad. Con esta prueba se puede diferenciar una masa líquida que en la mayoría de las ocasiones es benigna y una masa sólida que puede ser cancerosa.

La paciente no hace falta que vaya en ayuno, se requiere que la paciente se desvista de cintura para arriba, si la paciente trae crema, polvos de talco sobre la zona de las mamas lo hay que limpiar. La posición que debe adoptar la paciente es decúbito supino, lateral izquierda, lateral derecha y con los brazos por encima de la cabeza.

Para realizar una correcta ecografía sobre la mama es imprescindible seguir unos pasos para el estudio. Se suele empezar por la mama derecha, reconociendo el cuadrante superior externo, superointerno, inferointerno e inferointerno. A continuación, se hace lo mismo en la mama izquierda y así se evitan posibles errores y no olvidarse de nada.

Se pedirá a la paciente que se incline hacia el lado contrario de la mama que se desea explorar unos grados para el cuadrante superior externo, el brazo del lado ha explorar se mantendrá por encima de la cabeza y el otro puede permanecer a lo largo del cuerpo. Esta posición facilita la penetración del transductor, permitiendo visualizar el pectoral y costillas.

Se deberán realizar varios cortes tanto cortes axiales, sagitales y oblicuos.
La lesión localizada debe ser estudiada en más de un corte y se tendrá que medir su diámetro, también es importante comprimir la mama con el transductor para reducir el espesor.
El radiólogo durante la exploración puede usar técnicas Doppler que consiste en evaluar el flujo sanguíneo o la falta de flujo en cualquier masa mamaria.

5. RESONANCIA MAGNÉTICA
La resonancia es un estudio radiológico que utiliza imanes y ondas de radio para

el estudio del cuerpo. Las imágenes obtenidas se denominan cortes, cuando finaliza el estudio se pueden obtener muchas imágenes y estas son guardadas en un ordenador. Está compuesta por un Gantry, una camilla, bobina de radiofrecuencias y el imán.

PROTOCOLO UTILIZADO EN EL ESTUDIO DE PATOLOGÍA MAMARIA
La paciente debe ir en ayuno 4 horas previas a la realización de la prueba por si se necesita contraste, en este caso Gadolinio. El técnico le hará una encuesta preguntando a la paciente si lleva algo metálico en el cuerpo, si realizó alguna vez alguna resonancia, si está operada de algo, talla y peso (imprescindible para los niveles del SAR), etc.

La paciente se debe colocar decúbito prono (para minimizar el efecto de los movimientos respiratorios), con los brazos situados a lo largo del cuerpo para aumentar la cobertura anatómica de la bobina. Las bobinas empleadas son de superficie receptoras específicas para el estudio de mamas. Estas bobinas son multi-elementos y ofrecen mayor relación señal-ruido y una imagen en paralelo.

La cobertura anatómica debe incluir desde la región supraclavicular hasta el pliegue inframamario y el estudio incluirá las dos mamas.

Las mamas deben estar centradas de forma simétrica en el interior de la antena.

El radiólogo nos indicará el protocolo que debemos seleccionar ya que para el diagnóstico de un tumor se utiliza uno y para las prótesis mamarias otro.

Si se utiliza el protocolo para valorar la prótesis es sin contraste. Las secuencias diferencian el agua, grasa y la silicona ante posibles complicaciones(roturas). Como la frecuencia de resonancia de la silicona es menor que la del agua y grasa se puede suprimir un elemento u otro modificando el Tiempo de Inversión.
Si se utiliza el protocolo para el resto se emplean secuencias sin contraste y luego con contraste.

Se comienza obteniendo un localizador de 3 planos para comprobar que la mama está bien centrada con la antena, la posición de los pezones de perfil, que no existan pliegues ni artefactos.

Las secuencias T2 sin contraste son útiles para valorar quistes ya que presentan valores muy superiores al resto de estructuras de la glándula mamaria. También permiten evaluar lesiones sólidas, ganglionares y los cambios postratamiento.

Las secuencias STIR son una alternativa a las secuencias T2 FSE cuando se quiere suprimir la grasa.
Cuando se lanzan las secuencias T1 3D EG con saturación grasa, sin contraste y acto seguido se repite la secuencia varias veces con contraste cada una de ellas con una sustracción respecto a la grasa. Con los datos obtenidos se realiza una gráfica que representa la captación de contraste por la lesión.

MÉTODOS DIAGNÓSTICOS DE LA PATOLOGÍA MAMARIA PARA SU CONFIRMACIÓN:
1. Biopsia Core guiada por US (tru cut).
2. Biopsia estereotaxia.
3. Biopsia quirúrgica con marcación radiológica.
4. Biopsia por escisión.

1. BIOPSIA CORE GUIADA POR US (TRU CUT).
Es una técnica utilizada frecuentemente con guía ecográfica, es un método preciso, seguro y no doloroso.
El radiólogo emplea una aguja gruesa para poder obtener tejido mamario de la zona que se ha palpado o realizado estudios previos. Emplean agujas de corte(trucut) capaces de obtener alteraciones en tejidos tanto inflamatorios, infecciosos, tumoral o canceroso.
La aguja está conectada a un instrumento con una influencia automática que hace mover la aguja muy rápido hacia adentro y acto seguido hacia afuera del tejido en el que se extraen, es un método tan rápido que los pacientes no llegan a enterarse en la mayoría de las ocasiones.

2. BIOPSIA ESTEREOTÁXICA.
Es el principal procedimiento percutáneo con guía mamográfica en el momento actual. Se obtienen varias muestras representativas de la lesión para así poder analizarlas. Se realizará a través del diagnóstico de alguna lesión de la mama.

Es una técnica de localización espacial en la cual el equipo de rayos x está conectado a un sistema de punción y a un ordenador que calculará las coordenadas de localización de la lesión en los 3 planos del espacio, obtenidas al valorar los desplazamientos de la lesión en dos imágenes mamográficas obtenidas con angulación de +/- 15º, situando la aguja en la zona de estudio.

Una vez que se explica en que consiste la prueba a la paciente se comienza el estudio que se realizará con la paciente en un sillón y colocando la mama en el detector y comprimiendo la mama para evitar su movimiento durante todo el

estudio. Se selecciona el centro del estudio que debe coincidir con el grado de angulación del tubo. Se obtiene una placa preliminar en la cual se realizarán dos disparos, con el mamógrafo angulado +/-15º.

Una vez localizada la lesión del seno se marca con un rotulador el contorno del compresor en la piel. El equipo marca por defecto los dos primeros disparos que sirven de guía para localizar la lesión. Se coloca la placa preliminar en el aparato estereotáxico, se marca la señal para guiarse y luego en el centro de la lesión, que será ahí donde se inserte el arpón. Se introduce en el equipo estereotáxico la longitud de la aguja que se va a utilizar y ésta se debe colocar encima de la zona marcada y en la profundidad adecuada. Al comenzar la aspiración varias veces con cuidado de no parar de succionar hasta que se retire la aguja. A continuación, cuando se finaliza se descomprime la mama y se realizan unas radiografías a las muestras para sacar las que se vayan a analizar. Por último, la enfermera comprime la maman para evitar hemorragia o hematoma.

Consiste en la extirpación quirúrgica de lesiones no palpables, sirve tanto como de procedimiento diagnóstico como terapéutico, es imprescindible la realización de procedimiento tanto estereotáxicos (marcadores fenestrados).

En la actualidad es una técnica diagnóstica y está siendo una técnica con fin terapéutico de lesiones malignas. Después de realizar la biopsia se realizarán controles radiográficos mediante mamografía en la que se verán las piezas y se comprobará si la lesión está estacionada o vuelve a aparecer.

4. BIOPSIA POR ESCISIÓN.
Es una técnica dirigida a la obtención de un único cilindro de gran calibre que incluya la lesión, deberá medir menos de 2cm. El dispositivo tiene una cánula de un calibre de unos 22cm aproximadamente, que contiene una cuchilla que extirpa toda la masa o área de sospecha para hacer un diagnóstico.

5 Discusión-Conclusión

Cualquier patología de la mama es muy fácil de detectar en etapas tempranas ya que existen técnicas muy avanzadas que se diagnostican con rapidez.

La mamografía es la técnica más utilizada en la actualidad como método de screening para detectar el cáncer de mama, y disminuir su aparición. Es una técnica que nos permite diagnosticar con una imagen sola. Permite una excelente representación de la mama que nos permite distinguir las diferentes estructuras

de la mama.

La tomosíntesis es una técnica que se utiliza junto con la mamografía, ésta sustituye a la tomografía ya que es parecida y se realizan cortes y es muy útil ya que se pueden ver las imágenes en los tres planos y en el corte que se quiera.

La ecografía es una técnica de segunda elección y es también indispensable para el diagnóstico de la patología mamaria. Mejora la capacidad de diferenciar lesiones benignas de las malignas a diferencia de la mamografía. También es una método útil, fácil y económico para establecer un diagnóstico fiable.

La biopsia es un método complementario importante que sirve para un mejor diagnóstico y más a fondo sobre la patología mamaria.

La Resonancia magnética es una técnica complementaria que nunca puede ser sustituida por la mamografía ni por la ecografía para una valoración de la patología mamaria. Es la técnica de imagen de elección para la evaluación de prótesis mamarias. Su empleo debe plantearse cuando la mamografía y la ecografía no resultan concluyentes o satisfactorios.

La realización de esta técnica en el cáncer de mama diagnosticado por otras pruebas complementarias, permiten conocer la extensión de la enfermedad.

Después de revisar la bibliografía he llegado a una conclusión que, de todas las técnicas utilizadas para la patología mamaria, la mamografía es la prueba de detención que goza de más beneficios probados.

Por último, durante mi paso en las prácticas por la mamografía he observado que es la que más estudios recoge diarios, ya que se realizan más de 60 diarios frente a la resonancia que hay semanas que no se llegan a realizar ningún estudio sobre la patología mamaria.

6 Bibliografía

- aecc. (s.f.). aecc.es. Obtenido de https://www.aecc.es/es/todo-sobre-cancer/tipos-cancer/cancer-mama.
- Alvarez Benito, M. (s.f.). INTRODUCCIÓN AL DIAGNÓSTICO POR LA IMAGEN DE LA MAMA . En Radiologia Basica de la Mama (pág. 21). Sedim.
- ASCO. (2017). cancer.net. Obtenido de https://www.cancer.net/es/desplazarse-por-atención-del-cáncer/pruebas-y-procedimientos/mamografía.

- C. Bushong, S. (2005). Manual de radiología para técnicos. Madrid: Elsevier.
- Camps Herrero, J. (16 de mayo de 2010). Radiología. Obtenido de http://webcir.org/revistavirtual/articulos/junio12/espana/esp_espanol.pdf
cancer.org. (2017). cancer.org.
- https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/afecciones-no-cancerosas-de-los-senos.html.
- Carreira Gómez, M. (s.f.). AVANCES EN DIAGNÓSTICO E INTERVENCIONISMO MAMARIO. En Radiología basica de la mama (pág. 19). SEDIM. cirugia de la mama. (17 de diciembre de 2017).
- Elizalde Pérez, A. (2018). Tomosintesis mamaria. Revista de senología y patologia mamaria, 7. Obtenido de ile:///C:/Users/marta/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_-8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/S021415821400067X_S300_-es%20(1).pdf.
- Manchon, P. (mayo de 2014). Pilarmanchon.es. Obtenido de https://pilarmanchon.es/2014/05/27/para-que-sirve-la-resonancia-magnetica-de-mama/.
- Radiology. (s.f.). radiology.org. Obtenido de https://www.radiologyinfo.org/sp/info.cfm?pg=breastbixr.
- Radiology. (s.f.). radiologyinfo.org. Obtenido de https://www.radiologyinfo.org/sp/info.cfm?pg=breastmr.
- RADIOLOGYINFO.ORG. (s.f.). Obtenido de https://www.radiologyinfo.org/sp/info.cfm?pg=mammo.
- Rivas, P. (s.f.). Webconsultas.com. https://www.radiologyinfo.org/sp/info.cfm?pg=tomosynthesis.
- https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007360.htm.
- https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003379.htm.
- https://www.radiologyinfo.org/sp/info.cfm?pg=breastbixr.
- https://www.radiologyinfo.org/sp/info.cfm?pg=breastbius.
- https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2009/gom096b.pdf.
- https://www.redalyc.org/pdf/3716/371637115001.pdf.
- https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0033833810003450.

Capítulo 1146

UNA ENFERMEDAD DESMIELINIZANTE: LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE .

SARA MARTÍNEZ GARCÍA

ANDREA MARTÍNEZ ÁLVAREZ

ELENA FERNANDEZ RIVERA

GRACIELA GARCIA SUAREZ

NEREA DIAZ ALVAREZ

1 Introducción

La esclerosis múltiple es una enfermedad crónica y degenerativa del sistema nervioso central que afecta al cerebro y la médula espinal.
Su origen es autoinmune, ya que es el propio organismo quien agrede a la sustancia que envuelve las fibras nerviosas o neuronas: la mielina. Estos ataques provocan una inflamación, con su consiguiente deterioro y cicatrices (conocidas como esclerosis), haciendo que los impulsos nerviosos se vean entorpecidos o finalmente interrumpidos. Esto ocasiona en el organismo los síntomas característicos de la enfermedad: entumecimiento o debilidad en una o más extremidades, fatiga, dolor, alteraciones visuales y cognitivas, falta de equilibrio, etc.
No se puede conocer con claridad su pronóstico, ya que es una enfermedad muy inestable y puede variar mucho de un paciente a otro: depende de su localización,

extensión, gravedad y número de las lesiones (por ello se la conoce como la "enfermedad de las mil caras"). Algunas personas pueden perder la facultad de caminar, bien sea con ayuda o por completo, mientras que otras pueden pasar ciertos períodos sin experimentar nuevos síntomas de la enfermedad.
Cabe destacar que su aparición se da con mayor frecuencia en mujeres que en hombres (más del doble) siendo el rango de edad más común los 20-40 años. Está presente en todas partes del mundo: 55.000 personas en España; 770.000 en Europa y alrededor de 2.500.000 de población mundial la padecen.
A día de hoy, no se conoce causa ni cura.

2 Objetivos

- Llegar a un diagnóstico fiable en el caso clínico que se explica a continuación, así como conocer la magnitud de las lesiones producidas por la esclerosis múltiple, pautando un tratamiento y unas recomendaciones que hagan que la paciente tenga la mejor calidad de vida posible.

3 Caso clínico

Mujer de 24 años. Fumadora. Sin metabolopatías crónicas conocidas ni antecedentes personales ni familiares de interés. Acude al servicio de Urgencias por un cuadro de hormigueo y torpeza en miembros derechos de varios días de evolución. No presenta otra sintomatología. Preguntada la paciente, refiere haber presentado un cuadro hemisensitivo previo hace dos años.
Lenguaje y habla normales, pupilas isocóricas, MOE y campimetría por confrontación normal. Sin asimetría facial y el resto de pares craneales explorados normales. Balance muscular conservado en las cuatro extremidades. Hipoestesia facio-braquio-crural derechas. ROT +++/+++ en los cuatro miembros, salvo aquíleo derecho con clonus. Bipedestación y marcha normales.
En la analítica sanguínea (bioquímica) se destaca una hipovitaminosis B12 y una alteración de las proteínas en suero (perfil de inflamación aguda); en la determinación de BOC en el LCR se observan 10-15 bandas de IgG (quedando pendiente de IgM).
En el TAC craneal se aprecian dos pequeñas áreas hipodensas milimétricas: una de ellas en la región dorsal del centro oval derecho y otra en la región central de la corona radiata izquierda, difíciles de caracterizar. No hay patología expansiva ni hemorragias; los surcos y ventrículos son de calibre normal.

Estudio Neurofisiológico (potenciales): los hallazgos obtenidos en las exploraciones muestran: PEV normalidad en la conducción por la vía visual en ambos lados. PESS: alteración en la conducción por la vía somatoestésica cordonal posterior para miembros derechos, más evidente para extremidad inferior derecha, de probable localización cervicodorsal; los miembros izquierdos cursan con normalidad.
La RM craneal-medular muestra múltiples lesiones hiperintensas en las secuencias T2 y Flair, localizadas en la sustancia blanca supratentorial periventricular, cuerpo calloso y sustancia blanca subcortical frontoparietal, así como una de localización yuxtacortical frontal izquierda. Estas lesiones presentan una morfología y distribución típica de una enfermedad desmielinizante, cumpliendo criterios de esclerosis múltiple. Tras la administración de contraste endovenoso, se objetiva la captación de contraste de una de estas lesiones localizada en la sustancia blanca periventricular parietal izquierda. La carga lesional total es de aproximadamente de 15; el resto de estructuras infra y supratentoriales son de morfología y señal de resonancia normales. No se objetivan lesiones en el cordón medular.

4 Discusión-Conclusión

La esclerosis múltiple es la segunda causa de discapacidad entre los jóvenes tras los accidentes de tráfico.
Además, como la enfermedad se suele revelar en los adultos jóvenes, estos se ven forzados a orientar de otra manera sus proyectos vitales y laborales, pudiendo llevarse a cabo un notable descenso de su calidad de vida.
Como hemos mencionado anteriormente, se desconoce la causa de esta enfermedad, aunque los últimos estudios editados indican que puede deberse a dos factores, el componente genético, y este a su vez asociado a factores ambientales.

Recientemente, este pasado mes de enero de 2020 se publicó en la página web de la Fundación GAEM (Grupo de Afectados de Esclerosis Múltiple) un artículo realmente interesante sobre la investigación de un biomarcador en sangre que permitirá predecir la evolución de la esclerosis múltiple:
"Los biomarcadores siguen siendo la asignatura pendiente de la esclerosis múltiple. Hay un largo camino que recorrer para poder abordar la enfermedad en estadios iniciales que eviten la progresión de la esclerosis múltiple y sus consecuencias en los pacientes, familiares y en el sistema de salud público". https://fundaciongaem.org/investigacion-biomarcadores-en-

sangre-para-la-esclerosis-multiple/
(La noticia original fue publicada en IMMEDICO)

Así lo cuenta Jordi Tomás, investigador principal del estudio sobre biomarcadores del Institut d´Investigació Biomèdica de Girona Dr. Josep Trueta (IDIBGI). Mediante una simple extracción sanguínea se podría tener un pronóstico mucho más fiable sobre la enfermedad, prediciendo su evolución, brotes, lesiones producidas… Además de cooperar con el diseño de fármacos que mejoren la calidad de vida de los pacientes afectados.
Se pretende que esta investigación finalice en el año 2022.

5 Bibliografía

El caso clínico expuesto ha sido diagnosticado en el Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA), además de buscar información sobre la enfermedad en diferentes fuentes fiables de internet. https://www.esclerosismultiple.com/esclerosis-multiple/que-es/
https://fundaciongaem.org/que-es-la-esclerosis-multiple/
https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/multiple-sclerosis/symptoms-causes/syc-20350269
https://www.immedicohospitalario.es/noticia/18143/nuestra-investigacion-aportara-mas-herramientas-para-predecir-la-e#.XhssomntxNk.twitter

Capítulo 1147

DENERVACIÓN FACETARIA LUMBAR PERCUTÁNEA POR RADIOFRECUENCIA

GRACIELA GARCIA SUAREZ

NEREA DIAZ ALVAREZ

SARA MARTÍNEZ GARCÍA

ANDREA MARTÍNEZ ÁLVAREZ

ELENA FERNANDEZ RIVERA

1 Introducción

El dolor de espalda, en especial en columna lumbar, afecta a una gran parte de la población (un 70-80% en países desarrollados) y se estima que el dolor crónico de causa articular facetaria representa el 15-31% . La lumbalgia y lumbocitalgia constituyen el motivo de consulta más frecuente tanto en atención primaria como en otras especialidades provocando a su vez alta tasa de bajas laborales.

Las articulaciones facetarias son las articulaciones o conexiones entre las vértebras en la columna. Como cualquier otra articulación, permiten los movimientos de la columna de inclinarse o retorcerse.

El dolor facetario se caracteriza por ser un dolor de predominio matinal asociado a rigidez, que con el paso del tiempo y aumento de la actividad diaria va dismin-

uyendo en intensidad y que característicamente aumenta con las posiciones y actividades en extensión, al igual que las rotacionales.

No hay un marcador específico del dolor lumbar de origen facetario; no obstante, los parámetros clínicos clásicos son:
- Dolor lumbar irradiado a nalgas, ingles o caderas de forma inespecífica sobre miembros inferiores pero nunca hasta los pies.
- Dolor que se incrementa con la bipedestación y la sedestación prolongada.
- Dolor brusco a la palpación de la articulación zigoapofisiaria.
- Disminución de la movilidad lumbar en todos los planos, especialmente la extensión y la extensión más rotación lumbar.
- Exploración neurológica y maniobra de Valsalva negativos.
- Signo de estrés facetario o signo de Acevedo.

El mejor marcador de dolor lumbar de origen facetario se encuentra al combinar de forma adecuada clínica, pruebas por imagen (radiografía simple, Resonancia Magnética (RM) y Tomografía Computarizada (TC)) y bloqueo anestésico facetario, pudiéndose ofrecer entonces una mayor probabilidad de alivio del dolor mediante la denervación facetaria lumbar percutánea por radiofrecuencia.

Las unidades especializadas tratan el origen del dolor mediante el análisis individualizado del paciente, aplicando nuevos tratamientos entre los cuales destaca la radiofrecuencia continua percutánea como el más efectivo y mínimamente invasivo del síndrome facetario lumbar y siempre que otros tratamientos conservadores no hayan dado el resultado esperado y las molestias sean de larga duración, intensas e impidan llevar una vida normal.

La ablación o eliminación por radiofrecuencia lumbar es un procedimiento recomendado habitualmente desde las Unidades del Dolor para mejorar a medio y largo plazo el dolor de las articulaciones facetarias de la parte baja de la espalda.

Cada paciente responde de una manera distinta y si los resultados son positivos permiten reducir o variar el tratamiento farmacológico o incluso retirarlo.

En definitiva, se consigue mejorar el estado físico, desapareciendo el dolor y recuperando la calidad de vida.

La radiofrecuencia es un procedimiento médico sencillo realizado en quirófano, en régimen ambulatorio, obteniendo el alta a domicilio aproximadamente pasada una hora del procedimiento.

Como todos los tratamientos médicos y quirúrgicos tiene sus riesgos, como molestias de la anestesia y también pueden aparecer hematomas en la zona de la intervención.

Recordamos que antes de realizar una técnica intervencionista se debe obtener consentimiento informado.

Procedimiento:
Con el paciente en decúbito prono, con monitorización estándar y bajo anestesia local o sedación y con una almohada debajo del abdomen para disminuir lordosis, se procede a la antisepsia y la colocación de campos estériles.

Se usa un electrodo en forma de aguja para transmitir corriente eléctrica a los nervios de la faceta articular. La corriente eléctrica genera calor que lesiona el nervio. Al "bloquear" los nervios, estos no podrán conducir las sensaciones dolorosas hasta la médula espinal.
Las inyecciones facetarias normalmente se emplean usando el control fluoroscópico, con aparato tipo "arco en C".

Antes de producir la lesión, se realiza una doble estimulación sensitiva y motora, con el fin de comprobar la correcta ubicación de la punta del electrodo.
No basta con destruir una parte de la raíz y se deben hacer al menos dos o tres lesiones en cada una. Es como si temporalmente "cortasemos un cable eléctrico".

Imágenes que identifican a las facetas articulares:
- Iniciamos fluoroscopia y localizamos el área en la que procederemos (identificar nivel).
- Posición oblicua del arco, derecha y/o izquierda, donde se identificará la imagen radiológica del "perrito escocés". Ello consiste en aproximar la columna facetaria y la apófisis espinosa al lado contralateral.
- No utilizamos visión oblicua para L5-S1. El ramo posterior de L5 se aborda siguiendo las mismas referencias, pero en este caso la zona súpero-interna de la apófisis transversa será sustituida por igual posición del ala sacra.
- En visión lateral, comprobamos profundidad de las agujas (no más allá del macizo articular)

En resumen, los movimientos radiológicos que se deben realizar son:
1. Rx AP: localización lugar a tratar.
2. Rx axial: borrar doble contorno. Se elimina el doble contorno de la parte inferior del cuerpo vertebral con un movimiento del arco de fluoroscopia en dirección

cráneo-caudal.
3. Rx oblicuo: localizar el punto diana. Visión entre 10-30°
4. Rx lateral: comprobar la localización final de la aguja.
5. Rx AP: para localizar L5-S1.

El nervio pasa en la unión de la apófisis transversa y el macizo articular superior. Con visión oblicua se dirige la aguja en "visión túnel" hacia el punto adecuado. Es importante una visión lateral comprobando que no se avanza más allá del macizo articular. Se comprueba con estimulación sensitiva (50 Hz): < 0,7 v y no debe aparecer estimulación motora (2 Hz) hasta 2,5 V (no estimulación radicular, pudiéndose ver estimulación de músculos multifidus). Después se realiza la lesión a 80° durante 90 segundos (radiofrecuencia convencional).

Se recomienda una posición tangencial de la aguja al nervio ya que mejora los resultados. Pueden realizarse varios niveles a la vez y también la lesión puede ser bilateral.

2 Objetivos

- Reducir dolor y aumentar la efectividad en los tratamientos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La mejoría será gradual y se podrá medir la eficadia de la técnica pasadas unas semanas. Los estudios más recientes publican una tasa de buenos resultados en torno al 70-80% tras la selección de los pacientes, manteniéndose la mejoría sintomática en torno al 71% durante más de seis meses.

Lo que sí resulta un hallazgo común es el deterioro de los buenos resultados a lo largo del tiempo y la reaparición de los síntomas ya que los nervios afectados por la radiofrecuencia se suelen terminar regenerando.

La duración media del alivio tras la rizolisis o denervación por radiofrecuencia es de 10,5 meses (Rango entre 4-19 meses).

Se puede repetir, al ser éste un tratamiento sintomático, siempre que se guarden los mismos criterios. Tanto la duración del alivio sintomático, como la tasa de buenos resultados se mantienen constantes en cada una de las rizolisis repetidas.

5 Discusión-Conclusión

La denervación percutánea lumbar por Rf es una eficaz herramienta para el tratamiento del dolor lumbar de origen facetario, siempre que la selección de pacientes se lleve a cabo con eficacia.

El procedimiento es mínimamente invasivo y las molestias mínimas, pudiendo ser realizado en unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria y el paciente abandonar el hospital al rato de la intervención.

6 Bibliografía

- http://www.tuvidasindolor.com
https://www.revistaneurocirugia.com.
- https://www.radiologyinfo.org/sp/info.cfm?pg=facet-joint-block#generalidades.
- https://www.drugs.com/cg_esp/ablaci%C3%B3n-por-radiofrecuencia-lumbar.html.
- https://www.radiofrecuencia10.com/lumbar/.
- http://www.espalda.org/divulgativa/dolor/como_tratar/informacion_paciente/rizolisis.asp.
- http://clinicadeldolorhuelva.com/la-radiofrecuencia-de-facetas-lumbares-y-o-toracicas/.
- http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462011000400007.
- https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchradiol/v23n1/art03.pdf.
- http://www.mapfre.com/fundacion/html/revistas/patologia/n02/pag03_09_con.html.

Capítulo 1148

RADIOGRAFÍA DE TÓRAX

ESTEFANIA BLANCO GARCÍA

PATRICIA MARTINEZ GARCÍA

MARTA MARIA MORENO FERNÁNDEZ

RAQUEL RUIZ TURRADO

ELIZABET GARCIA GRANDA

1 Introducción

La radiografía de tórax es el examen de diagnóstico por imagen que se realiza con mayor frecuencia. Una radiografía de tórax nos muestra proyecciones del corazón, los pulmones, las vías respiratorias, los vasos sanguíneos del mediastino y los huesos de la columna.

Por lo general, se toman dos proyecciones torácicas, una posterioanterior (PA) y otra proyección lateral (L), mientras el paciente pertenece de pie frente a la placa de registro de las imágenes. A los pacientes que no pueden permanecer de pie se les puede realizar proyecciones en Anterioposterior (AP) y también en sedestación, dependiendo de la calidad del paciente y la patología que tenga, siempre marcando esta información en la radiografía para que sea vista por el médico.
El paciente debe permanecer inmóvil y en inspiración, con la finalidad de tener una calidad de imagen valorable para que sea una radiografía diagnóstica.

2 Objetivos

- Identificar los motivos que llevan a una solicitud de radiografía de tórax y cuáles son los diagnósticos, junto con la clínica, que suelen desencadenar.

3 Metodología

Se realiza búsqueda de información en distintas bases de datos:Scielos,Google académico y Pubmed, empleando como descriptores: ”radiografía”,”Tórax”.

Se emplean como criterios de inclusión textos gratuitos en castellano, y como criterios de exclusión aquellos textos publicados previamente al año 2000.Se han revisado los principales artículos ordenados por relevancia.

4 Resultados

Una radiografia de tórax es generalmente el primer examen utilizado para ayudar a diagnosticar cuando el paciente presenta determinados síntomas, tales como:

-Dificultad para respirar.
- Tos frecuente o persistente.
- Dolor torácico por lesión de tórax (con posible fractura de costillas o complicación pulmonar) o problemas cardiacos.

Según los documentos analizados, los médicos utilizan este examen para ayudar a diagnosticar o controlar tratamiento de patologías como:

- Neumonía.
- Insuficiencia cardíaca u otros problemas del mediastino.
- Enfisema pulmonar.
- Cáncer de pulmón.
- Colocación de aparatos médicos.
- Otras enfermedades clínicas como signos de tuberculosis.

Para seguir el tratamiento adecuado se pueden hacer radiografías seriadas de tórax, que consiste en realizar radiografías de control de la zona para vigilar evolución de los hallazgos encontrados.

5 Discusión-Conclusión

La radiografía de tórax es un examen de mucha utilidad, pero cuenta con sus limitaciones. Como algunas condiciones del tórax no pueden detectarse en una imagen de rayos x convencional, este exámen no necesariamente descarta todos los problemas torácicos, aunque en muchas patologías muestra signos indirectos, pero no siempre aparecen en fases precoces de la enfermedad.
Pueden requerirse estudios de imágenes adicionales para clarificar los resultados de una radiografía de tórax o para buscar anormalidades no visibles en una radiografía, como puede ser la tomografía computarizada de tórax, que suele ser el más frecuente cuando la radiografía no muestra la sospecha diagnóstica.

6 Bibliografía

- Radiologyinfo.org.
- Mayoclinic.org.
- Guía básica de interpretación de la radiología de tórax.conde Sánchez M.A.
- https://www.elsevier.es

Capítulo 1149

ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC).

CARMEN SARA SUAREZ JIMENEZ

BEA PENA ARTIME

SILVIA GAITERO NOVAL

BEGOÑA MILAGROS DEL VALLE MENENDEZ

MARÍA TERESA RODRÍGUEZ FAZA

1 Introducción

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica o también conocida por las siglas EPOC, como la llamaremos durante nuestro articulo, se trata de una enfermedad pulmonar crónica inflamatoria de los pulmones, muy común, que obstruye el flujo de aire y dificulta la respiración. (1. Medlineplus)

Esta enfermedad es debida a diversos factores como por ejemplo partículas nocivas y gases, principalmente derivados del humo del tabaco. En España el estudio EPI-SCAN estima que 2.185.764 españoles padecen EPOC lo que representa un 10,2% de la población con edad superior a 40 años. (2. J.M. Figueira Gonçalves, A. Pérez Rodríguez)

Para entender correctamente de que se trata la EPOC hay que conocer cómo funcionan los pulmones.

El aire que respiramos baja por la tráquea a unos tubos que van hacia los pulmones llamados tubos bronquiales o vías respiratorias. Estos tubos bronquiales se dividen en tubos más pequeños y delgados formando los bronquiolos y éstos a su vez, terminan en racimos de diminutos sacos llamados alvéolos. Por las paredes de los alvéolos pasan unos vasos sanguíneos llamados capilares y en este punto es donde se lleva a cabo el intercambio gaseoso, introduciendo oxígeno en el cuerpo y eliminando el CO2.

En la EPOC la cantidad de aire que entra y sale por las vías respiratorias disminuye por una o más razones:
- Los bronquios y alvéolos pierden su elasticidad.
- Las paredes que separan los alvéolos están destruidas.
- Las paredes de los bronquios se vuelven gruesas y se inflaman.
- Los bronquios producen más mucosidad que en condiciones normales y éstas pueden obstruirse.(3. National Heart, Lung and blood institute)

La enfermedad de la EPOC presenta un patrón y unos síntomas como toda enfermedad. Algunos de esos síntomas son:
- Tos (con flema o sin flema).
- Fatiga.
- Infecciones respiratorias.
- Disnea.
- Dificultad para tomar aire.
- Sibilancias (4. Medline plus).

La enfermedad de la EPOC se puede diferenciar en dos tipos:
1. Enfisema:
En el enfisema las paredes que separan los alvéolos están lesionadas y los alvéolos pierden su forma normal. Este tipo de lesión también puede destruir las paredes de los alvéolos, lo cual da lugar a que haya menos alvéolos y que se disminuya el intercambio gaseoso.

2. Bronquitis crónica:
En esta modalidad, la capa que cubre el interior de las vías respiratorias se encuentra constantemente irritada e inflamada y eso produce que se produzcan grandes cantidades de mucosidad dentro de las vías respiratorias y se dificulte la respiración.

La mayoría de las personas que sufren la EPOC combinan el enfisema y la bronquitis crónica al mismo tiempo, pero la afección varía según la persona. (5. Na-

tional Heart, Lung and blood institute)

2 Objetivos

Conocer la mejor técnica para la detección de la enfermedad de la EPOC y sus posibles tratamientos curativos o paliativos.

3 Metodología

Para la realización de la revisión bibliográfica se han consultado diferentes fuentes documentales en internet. Las bases de datos basadas en páginas de internet han sido en Medlineplus, national heart y las bases de datos recogidas de revistas digitales serían revista de calidad asistencial.

4 Resultados

El primer paso para detectar la enfermad de la EPOC, es acudir a su médico de cabecera. Éste le preguntará si fuma o si ha estado en contacto con gases irritantes para los pulmones, aire contaminados, vapores químicos o polvo. Tras realizar estas preguntas, el médico lo examinará y auscultará el pecho con el estetoscopio en busca de sibilancias (silbidos o chillidos al respirar) o de otros ruidos anormales. Tras estas pruebas física, es posible que el médico pueda ordenar la realización de pruebas complementarias como pueden ser: radiografía de tórax, TAC de tórax, análisis de gases arteriales o una espirometría.

A continuación pasamos a explicar cada una de las técnicas para conocer cuál es la más efectiva.

En una radiografía de tórax y en un TAC de tórax se obtienen imágenes de las estructuras del interior del pecho como el corazón, pulmones y vasos sanguíneos. En estas modalidades se puede saber si se sufre una EPOC o una insuficiencia cardíaca que provoca la EPOC pero son pruebas que se realizan bajo la ya sospecha de sufrimiento de EPOC.

En un análisis de gases arteriales se mide la concentración de oxígeno de la sangre en una muestra que se obtiene de una arteria. Esto permite conocer cómo de grave es la EPOC y si se necesita oxigenoterapia o no. Este método es muy

efectivo gracias a que podemos conocer si existe la EPOC y su gravedad, pero es una prueba que también se realiza bajo la ya sospecha de EPOC.

La espirometría es una prueba indolora que consiste en respirar profundo y coger aire para posteriormente soplar con la mayor fuerza posible por un tubo conectado a una máquina llamada espirómetro. El espirómetro mide la cantidad de aire que exhala y la rapidez con la que lo hace.

Tras realizar esta prueba, el médico puede volver a mandarle hacer lo mismo para poder comparar con las primeras medidas obtenidas.

Esta técnica puede detectar la EPOC mucho antes de que se presenten síntomas. Además, también se puede averiguar la gravedad de la EPOC y ayudar a fijar las metas del tratamiento gracias a esta prueba. (6. National Heart, Lung and blood institute)

Hoy en día, la enfermedad de la EPOC no tiene cura, por lo que no existen tratamientos curativos si no paliativos. Algunos de estos tratamientos pueden ser:

- Cambios en el estilo de vida

El más importante es dejar de fumar y evitar los irritantes pulmonares.
Cuando una persona sufre la EPOC en la forma más grave es posible que tenga dificultades para comer lo suficiente a causa de los síntomas por lo que es posible que no se reciban las calorías y nutrientes necesarios y esto agrava aún más la enfermedad. Por eso, en este caso se ha de hablar con su médico para que le aconseje un plan alimenticio y deportivo adecuado a su situación actual y poder avanzar hacia una mejoría.

- Medicamentos : El tratamiento a base de medicamentos puede llevarse a cabo a través de Broncodilatadores y broncodilatadores combinados con glucocorticosteroides (esteroides) inhalables.
La elección del tipo de medicamento dependerá de la gravedad de la EPOC.
- Vacunas: Vacuna contra la gripe y vacuna antineumocócica ya que las personas que sufren una EPOC corren mucho más riesgo de sufrir complicaciones en caso de padecer gripe o neumonía.
- Rehabilitación pulmonar: La rehabilitación pulmonar es un programa que ayuda a mejorar el bienestar de las personas con EPOC a través de la realización de ejercicio, asesoría psicológica y de nutrición, y a sobrellevar la enfermedad.
- Oxigenoterapia: En la oxigenoterapia se administra oxígeno mediante cánulas nasales o una mascarilla.
- Cirugía: La cirugía puede beneficiar a algunas personas que sufren EPOC

aunque por lo general, para las personas que tienen síntomas graves y que no han mejorado con la medicación suele ser el último recurso. Para las personas que sufren enfisema pulmonar, la cirugía más óptima suele ser bullectomía y LVRS, reducción de volumen pulmonar. Para las personas con EPOC muy grave suele realizarse trasplantes de pulmón. (7. National Heart, Lung and blood institute)

5 Discusión-Conclusión

La EPOC es una enfermedad que puede aparecer a cualquier persona, aunque esté directamente relacionada con el tabaco. Hoy en día, es fácil que una persona no fumadora la posea por los gases contaminantes a los que estamos expuesto, cada vez más, diariamente. Gracias a las técnicas de diagnóstico, podemos conocer si sufrimos o no una EPOC y su gravedad. Desde mi punto de vista, aunque todas las técnicas de diagnóstico son efectivas a la hora de detectar una EPOC, la espirometría es la mejor forma de detectar la enfermedad ya que es una prueba que se realiza en controles rutinarios y en reconocimientos médicos y no solamente cuando se sospecha de padecerla como en las demás técnicas diagnósticas.

Actualmente este tipo de enfermedad no tiene una cura, por lo que no existen tratamientos curativos si no paliativos, anteriormente citados, que harán que la calidad de vida mejore a pesar de padecer una EPOC.

6 Bibliografía

1. Medline Plus. “Enciclopedia médica⟶ Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)”.
2. J.M. Figueira Gonçalves, A. Pérez Rodríguez “La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC): ¿esa gran conocida? Reflexiones sobre cómo mejorar la calidad diagnóstica”. REVISTA DE CALIDAD ASISTENCIAL edición: Elsevier, Vol. 32 núm. 6 Pág. 350-352 (Nov-Dic 2017).
3. National Heart, Lung and blood institute “¿Qué es la enfermedad pulmonar obstructiva crónica o EPOC?”
4. Medline Plus. “Enciclopedia médica⟶ Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)” “SÍNTOMAS”.
5. National Heart, Lung and blood institute “¿Qué es la enfermedad pulmonar obstructiva crónica o EPOC?”.
6. National Heart, Lung and blood institute “Diagnóstico”.

7. National Heart, Lung and blood institute “Tratamiento”.

Capítulo 1150

PACIENTES CON VIH EN LA CONSULTA DENTAL.

NURIA ALVAREZ ALVAREZ

LIDIA FERNANDEZ VILLABRILLE

1 Introducción

El sida (síndrome de inmunodeficiencia adquirida) es el estado avanzado de la enfermedad producida por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).
Este virus destruye de manera progresiva el sistema inmunitario de la persona que lo padece, en concreto afecta a las células denominadas linfocitos T4 también se llaman CD4. Una persona infectada por el VIH se denomina seropositiva, cuando el virus se encuentra en su organismo pero no presenta síntomas y desarrolla un cuadro del sida cuando el recuento de linfocitos T4 es menos de 200 células por mililitro cúbico de sangre y presenta manifestaciones clínicas de la enfermedad.
Esto provoca que el organismo se quede desprotegido frente a las infecciones oportunistas, que son aquellas infecciones que no se producirían en un individuo sano, debido a que su sistema inmunitario es capaz de luchar contra los organismos que las originan y también puede provocar la aparición de cáncer.
Todas las personas que tienen en su organismo el virus ya sean seropositivas o hayan evolucionado a sida son portadores y pueden transmitir el virus.
El VIH se contagia a través del semen, las secreciones vaginales, la sangre y la leche materna, por tanto hay tres vías mediante las cuales el virus del sida se contagia:
• Vía sexual

• Vía sanguínea
• Vía vertical (madre-hijo): Una embarazada con VIH puede tomar medicamentos que reducen considerablemente las posibilidades de que el bebé se contagie.

El sida atraviesa diversas etapas:
Fase inicial depende de una serie de factores :
• Dosis infectante: cantidad de virus transmitido al organismo.
• Virulencia de la cepa: capacidad de producir daño que tiene el virus con el que se ha infectado.
• Capacidad de respuesta de la persona infectada: cada persona reacciona de una manera diferente ante una misma enfermedad.

Fase crónica:
• Esta etapa tiene una duración variable, estimada en años en la que el virus se va multiplicando.
• Los afectados suelen permanecer sin síntomas.

Fase final:
• Aumento de la multiplicación del VIH.
• Aparición de graves infecciones oportunistas.

Hay que tener en cuenta que no todas las personas manifiestan la enfermedad de la misma manera, algunas pueden no presentar síntomas iniciales al infectarse con el virus, mientras que otras presentan síntomas que no son específicos, sino comunes a otras enfermedades como: erupción cutánea, inflamación de los ganglio linfáticos e irritación de garganta.
Hay personas que permanecen años sin síntomas, en ese tiempo el sistema inmunitario se va debilitando por la actuación del virus, de manera que a medida que va disminuyendo el recuento de células CD4 aumenta la posibilidad de que se vea afectado por enfermedades.

Los pacientes infectados por VIH están médicamente comprometidos y su estado de salud puede cambiar rápidamente, haciendo especialmente importante que los profesionales dentales obtengan un historial actualizado y completo de salud. La cuidadosa evaluación de la salud del paciente puede ayudar a determinar las influencias potenciales de la etapa de la enfermedad de VIH, en la planificación dental del tratamiento.
Para ayudar a determinar la etapa de la enfermedad de VIH, se debe obtener del paciente toda información posible ,los pacientes están generalmente informados en cuanto a su condición y estado y la mayoría puede proveer con certeza infor-

mación sobre sus medicamentos, su último contaje CD4, la carga viral y cualquier cambio en su salud total.
Para preparar una evaluación médica completa, puede ser necesario obtener información del médico de cuidado primario del paciente.
En general, la evaluación de la salud del paciente permite que se descubran problemas médicos, se evalúen los riesgos del paciente asociados con la provisión de tratamiento dental, y la evaluación de condiciones y enfermedades que puedan requerir la modificación del tratamiento dental.
Los principios del buen cuidado de la salud oral son los mismos para las personas con VIH que para todo paciente dental. No hay evidencia que apoye cambios en el cuidado de la salud oral basado únicamente en la condición VIH.
Al planificar el tratamiento para el paciente VIH, los dentistas deben considerar primero la condición física actual del paciente y el pronóstico para la progresión de la enfermedad VIH.
Esta es una consideración necesaria, similar a la que se realiza al evaluar a otros pacientes médicamente comprometidos con enfermedades potencialmente terminales, proveer cuidado y tratamiento dental al paciente VIH positivo puede afectar su calidad de su vida y las prioridades del tratamiento deben ser ajustadas debidamente.

2 Objetivos

Planificar el tratamiento para el paciente VIH.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se llevará a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se realizará una búsqueda sistemática de libros y también de artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 1151

LA URETROCISTOGRAFIA RETROGRADA

CARMEN SARA SUAREZ JIMENEZ

BEA PENA ARTIME

SILVIA GAITERO NOVAL

BEGOÑA MILAGROS DEL VALLE MENENDEZ

MARÍA TERESA RODRÍGUEZ FAZA

1 Introducción

La uretrocistografía retrógada estudia las características anatómicas y funcionales de la vejiga y la uretra, conducto que comunica a la vejiga con el exterior. (1. Alemana.cl)

Este tipo de prueba es propia del servicio de rayos de un hospital por lo que, para su correcto desarrollo, estarán presentes en dicha prueba el radiólogo y/o urólogo, enfermero/a, técnico de radiodiagnóstico y un celador.

Para la correcta realización de la uretrocistografía retrógada hay que darle una serie de indicaciones a seguir al paciente. Algunas de estas indicaciones son:
-Higiene corporal completa
-Consentimiento informado y firmado tanto por el paciente como por el facultativo que solicita la prueba diagnóstica.
-Profilaxis antibiótica según procotolo médico.

-Aconsejable hacerse la prueba en ayunas, aunque no obligatorio.
-En niños aportar urocultivo realizado con 10 días de antelación. Si éste es positivo, no se podrá realizar la prueba hasta obtener un cultivo negativo tras aplicar un tratamiento adecuado. (2. C. Fuster Acebal, J.F. García Abia, A. Moreno Salcedo, M.A. Roldán Zorrilla, A. Lopez Vázquez)

Para poder realizar correctamente este tipo de prueba necesitamos ayudarnos de una serie de materiales, algunos de ellos son:
- Antiséptico
- Sonda de Foley nº12
- Contraste yodado
- Gasas y guantes
- Empapador
- Campo esteril
- Jeringa de 5 a 10 cc para insuflar el globo de la sonda
- Jeringa de cono ancho de 60cc para la introducción del contraste
- Lubricante para introducir la sonda
- Batea
- Pinzas de kocher
- Botella para micción
- Prendas de radioprotección adecuadas para el personal sanitario

Tras la preparación del material, procederemos a realizar la prueba. El procedimiento de realización sigue una serie de pasos y se divide en dos partes. La primera parte del estudio consiste en la introducción del contraste a través de la sonda de Foley hasta la vejiga. Lo primero de todo, ordenaremos al paciente que orine antes de empezar el estudio para tener la vejiga totalmente vacía.

Después, se le pasará al vestuario del servicio de rayos y se le mandará que se desvista de cintura para abajo y se le mandará que se ponga una bata o camisón. Después, colocaremos al paciente en decúbito supino sobre la mesa radiológica. Bajo el paciente colocaremos un empapador para no dañar la mesa radiológica e inmediatamente después, colocaremos el campo fenestrado sacando el pene por encima del paciente.

La enfermera, limpiará los genitales del paciente con la ayuda de unas gasas, las pinzas de kocher y antisépticos. Una vez desinfectada la zona, introducirá la sonda de Foley nº12 por la uretra del paciente, preguntándole en todo momento al paciente si le molesta o le hace daño. Una vez que la sonda hay llegado a la

vejiga, con la jeringa de 5 a 10 cc se inflará el globo de la sonda para fijarla y comprobaremos con unos leves tirones que la sonda no se mueve.

Una vez comprobada la sonda, cargamos la jeringa de 60cc de cono ancho con el medio de contaste y empezamos a introducir el contraste por la sonda. Mientras se realiza esto, la enfermera ha de ir preguntándole al paciente si siente molestias o dolor y si aguanta la presión. Lo ideal, es intentar introducir 100ml de contraste o en su defecto lo que el paciente aguante. Mientras la enfermera introduce el contraste, el técnico de radiodiagnóstico realizará una serie de placas radiográficas que son AP, OPD y OPI.

Una vez que el contraste está introducido, pasaremos a la segunda parte del estudio que consistirá en radiografiar al paciente mientras micciona y post micción. La enfermera retirará la sonda al paciente y mandaremos a éste poner de pie y le daremos una botella para miccionar mientras se realizan las placas radiográficas necesarias. Estas placas radiográficas serían OPD y OPI hasta que el paciente sienta que ya no tiene más ganas de orinar. Una vez que el paciente dice que no tiene ganas de orinar, se pasaría a realizar las placas post micción que, dependiendo del médico, mandará hacer unas o otras, pero las más importantes serán OPD y OPI.

Este tipo de prueba es muy efectiva en detectar distintas patologías o problemas del tracto urinario. Pero como todo tipo de pruebas, puede llevar una serie de complicaciones y contraindicaciones. Este tipo de prueba está contraindicada cuando se tiene una infección en período agudo y cuando se tiene una obstrucción completa uretral.

Las complicaciones que más pueden darse son:
- Molestia, ardoz o ganas de orinar que persisten tras acabar la prueba
- Sangrado de la uretra
- Infección de del tracto urinario
- Divertículo uretral
- Estenosis uretral
(4. “Uretrocistografia Retrograda en adultos y niños”)

Para que estas complicaciones no se produzcan, o se reduzcan al mínimo, hay que darle al paciente después de la realización de la prueba una serie de indicaciones como son:
- Avisarle de las probables complicaciones que puede llegar a tener
- Ingesta de agua abundante

- Higiene adecuada de la zona genital
- Tomar la dosis antibiótica pautada por el facultativo
(5. C. Fuster Acebal, J.F. García Abia, A. Moreno Salcedo, M.A. Roldán Zorrilla, A. Lopez Vázquez)

2 Objetivos

- Conocer si existe:
Enuresis o incontinencia urinaria.
Malformaciones del sistema urinario.
Control y reflujo vésico-ureteral.
Estudio de alteraciones funcionales de la vejiga y vejiga neurogénica.
Controles pre y post quirúrgicos de agrandamientos vesicales.
Estudio de patología de la uretra.
(3. Alemana. cl).



3 Metodología

Para la realización de la revisión bibliográfica se han consultado fuentes documentales en internet. Las bases de datos basadas en páginas de internet han sido en Alemana.cl y slideshare.net y las bases de datos recogidas de revistas o

trabajos digitales han sido en “protocolos de cuidados de enfermería a paciente sometido a uretrocistografía”

Además de todo esto, nos basamos en la experiencia adquirida gracias al trabajo que se realiza en el Clínica Asturias.

4 Bibliografía

- “URETROCISTOGRAFÍA” http://www.alemana.cl/plantillas/pop_up/RADIO_URETROCISTOGRAFIA.html.
- “PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTE SOMETIDO A URETROCISTOGRAFÍA”
Aprt. 6 “preparación del paciente”. Autores: Casilda Fuster Acebal, Juan Fernando García Abia, Angelines Moreno Salcedo, Ma Amparo Roldán Zorrilla y Agustín López Vázquez. http://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/8dd850efb00ec61127103d828607212b.pdf.
- “URETROCISTOGRAFÍA” Aprt. “Indicaciones” http://www.alemana.cl/plantillas/pop_up/RADIO_URETROCISTOGRAFIA.html.
- “Uretrocistografia Retrograda en adultos y niños” Pág. 10. https://es.slideshare.net/mairiquelme/uretrocistografia-retrograda-en-adultos-y-niños.
- “PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTE SOMETIDO A URETROCISTOGRAFÍA”
Aprt. 8 “recomendaciones al paciente”. Autores: Casilda Fuster Acebal, Juan Fernando García Abia, Angelines Moreno Salcedo, Ma Amparo Roldán Zorrilla y Agustín López Vázquez. http://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/8dd850efb00ec61127103d828607212b.pdf.

Capítulo 1152

CALIDAD ASISTENCIAL

SUSANA DIAZ REVUELTA

LAURA DIEZ GONZALEZ

1 Introducción

La calidad es un concepto que ha ido evolucionando a lo largo de la historia; ha sido definida y percibida de maneras diferentes, las cuales no son producto del azar sino que existe una estructura conceptual subyacente.

Las definiciones de calidad son variables, y su variabilidad radica en la relación que tiene en cada momento con los valores de la sociedad. Han existido numerosas interpretaciones de lo que podemos denominar "calidad de la atención". Dependiendo de quien la intérprete se hace énfasis en un componente u otro del proceso de atención, no obstante una definición posiblemente aceptada por todos sea decir que calidad es "hacer bien las cosas correctas".

Inicialmente la calidad en el sector sanitario ha estado ligada a la perspectiva científico técnica de la práctica médica, sin embargo la concepción actual de la calidad está enfocada hacia la satisfacción del paciente sin olvidar sus necesidades y valores como persona, el cumplimiento de especificaciones técnicas (estándares), la implicación de todos los profesionales de la organización en la mejora continua de los procesos y la implicación y compromiso firme de los líderes de los centros sanitarios. Según Rodríguez P, el enfoque de un proceso asistencial apropiado a la evidencia científica, junto a las nuevas dimensiones que conlleva entender los servicios sanitarios como empresas, la necesidad de reorganizar los procesos para conseguir mayor capacidad de respuesta, accesibilidad, seguridad y competencia

de los servicios sanitarios, así como el entendimiento de las necesidades de los pacientes han contribuido a que se hayan incluido nuevos atributos o dimensiones de la calidad.

2 Objetivos

- Analizar los factores que influyen en cada uno de los determinantes y componentes de la calidad.
- Destacar las técnicas de evaluación disponibles para conocer el nivel que alcanza cada uno de ellos, así como las estrategias para mejorarlos.

3 Metodología

Herramientas de evaluación de la calidad:

1. La metodología de la evaluación y mejora de la calidad se basa en el seguimiento de los pasos del ciclo de mejora continua de la calidad. La herramienta básica en calidad es el ciclo PDCA (plan, do, check, act).
- Plan: que incluye identificar los problemas, formular objetivos, analizar las causas y planificar las medidas correctoras del problema.
- Do: es la ejecución propiamente dicha de las medidas correctoras y la medición de los resultados.
- Check: es la comparación de los resultados con los objetivos, la realización de feed-back a los profesionales y analizar las causas de no cumplimiento.
- Act: Actuar para eliminar las causas de las desviaciones, modificar el plan de nuevo o institucionalizarlo.

Existen diferentes versiones de lo que es un ciclo de mejora (ciclo PDCA: plan, do, check, act; FOCUS-PDCA: focus-organize, clarify, understand, select-PDCA; FADE: focus, analyze, develop, execute; IMPROVE: identify, mesasure, prioritize, research causes, outline solutions, valídate, execute) no obstante, todas tienen elementos en común, siendo su recorrido:

2. La identificación y priorización de los problemas o la identificación de oportunidades de mejora.

3. La identificación de oportunidades de mejora es una de las características de la mejora continua de la calidad que realiza un enfoque de los problemas desde un punto de vista no punitivo ni culpabilizador, así las posibilidades de mejora las

entendemos como problemas reales de la organización o problemas potenciales (puntos débiles) de la misma.

4. La priorización de los problemas es el siguiente paso a realizar pudiendo utilizar para ello la parrilla de priorización de Hanlon y Williamson que tiene en cuenta: el número de pacientes a los que afecta el problema, el riesgo que este supone para el paciente, el coste que supondría implantar la solución respecto del coste del problema y la capacidad del equipo para resolverlo.

5. El análisis de las causas: la fase de análisis causal sirve para detectar las posibles causas de un problema y su influencia en la aparición del mismo. Las herramientas utilizadas en esta fase son el diagrama de causa-efecto o Ishikawa, el diagrama de flujo y el diagrama de Pareto.

6. La definición de los criterios de evaluación. Cuando la fase anterior no permite averiguar la totalidad de las causas se definen criterios de evaluación. Estos criterios son juicios de buena práctica que se miden durante los estudios de evaluación.

7. La evaluación que incluye la evaluación del cumplimiento de los criterios definidos en la fase anterior.

8. La implantación de acciones de mejora que pasa por la elección de la solución más adecuada (su eficacia para solucionar el problema, su coste, su factibilidad y aceptabilidad) y la puesta en marcha de una estrategia para su implantación.

9. La reevaluación. Supone la comprobación de la efectividad de las soluciones implantadas.

En ocasiones las dificultades de la puesta en marcha del ciclo de mejora continua radican en la propia definición del problema. Preguntarnos sobre qué tratamos de conseguir, conocer si los cambios realizados han supuesto una mejora y si no ha sido así, cuales son los cambios que se pueden hacer para conseguirlas es el modelo de mejora a seguir.

Otras Herramientas en calidad.

1. Herramientas para la identificación y detección de problemas: para la detección de problemas se utiliza como posibles fuentes a los profesionales mediante las técnicas de grupo (Grupo nominal, brainstorming) o las individuales (encuestas de opinión, observación directa), a los clientes externos mediante los estudios de

satisfacción y las entrevistas, y a los estudios de monitorización.

2. La técnica del grupo nominal: consiste en la identificación de los tres problemas más importantes del área a estudiar por parte de los diferentes miembros de un grupo. Inicialmente se nombra un coordinador. Después hay una primera fase de reflexión individual para la detección de los problemas. Posteriormente se dictan al coordinador los problemas identificados eliminando los repetidos o redundantes para después discutir la importancia de los problemas, las discordancias y los acuerdos. Finalmente se procede a la votación de los problemas por orden de importancia.

3.La técnica de brainstorming o tormenta de ideas: consiste en identificar los problemas de forma individual y después mediante la tormenta de ideas seleccionar los problemas más relevantes para finalmente priorizar los seleccionados mediante una parrilla de priorización (en función de pacientes a los que afecta el problema, el riesgo que supone el problema para el paciente, su coste y la factibilidad de la solución) escogiendo los dos más puntuados.

4.Herramientas para el análisis causal:
- El diagrama de Ishikawa o de causa-efecto: denominado también diagrama de espina de pescado, el diagrama de Ishikawa se utiliza para realizar el análisis causal del problema detectado. Para su realización se precisa nombrar las diferentes categorías que pueden originar el objeto de estudio (organización, profesionales, entorno de trabajo, clientes, tecnología, etc.) pudiendo añadir las que se consideren oportunas. Mediante una tormenta de ideas o brainstorming o mediante la técnica de grupo nominal, se genera un listado de las posibles causas del problema. Se dibuja la espina y se coloca el problema detectado a la derecha, se van agrupando las posibles causas en las diferentes categorías situadas a la izquierda. Una vez finalizada se debe proceder a la priorización de la causa sobre la que se va a actuar.
- Diagrama de Pareto: esta técnica nos permite determinar qué problemas tenemos que resolver y en qué orden. Es útil cuando disponemos de datos cuantitativos y se basa en la premisa de que muchos son triviales y pocos son vitales, lo que quiere decir que habitualmente la mayor ocurrencia de un problema se explica por contadas causas.

4 Bibliografía

1. http://www.index-f.com/tesela/ts1/ts6362.php

2. Ayuso Murillo D. La gestión en enfermería y la división médica como dirección asistencial. Ediciones Díaz de Santos. Madrid. 2007.
3. Ayuso Murillo D, Grande Sellera RF. La gestión de enfermería y los servicios generales en las organizaciones sanitarias. Ediciones Díaz de Santos. Madrid. 2006.
4. Ayuso D, Gómez P, García A, Marrugat M, Salas M, Erroz MJ. Balaguer F. Evaluación de la puesta en marcha de la comisión de cuidados en el Hospital Universitario Son Dureta. Gestión Hospitalaria 2004; 15(3):93-97.
5. Cortes Sanz M, Fernández Collado E. Signo II: Club de enfermería. Manual. Dirección General Insalud. Madrid. 1995.
6. Escribano MA, Abad I. Grupos relacionados por el diagnóstico: patrones de comparación intrahospitalaria entre servicios. Rev Calidad Asistencial 2004; 19:61-68.
7. Espallargas MP, Royuela C, Ayuso D. Organización y gestión de los servicios de enfermería en la FHA. Gestión Hospitalaria 2000; 11:29-37.
8. Frías Osuna, A. Enfermería Comunitaria. Masón. Barcelona. 2000.
9. García Martín-Caro, C, Sellán Soto M. C. Fundamentos Teóricos y Metodológicos de Enfermería. Editorial Lebosend. Madrid. 1995.
10. Gordon, M. Nursing Diagnosis. Process and Application. 3ª ed. St Louis, Missouri. Editorial Mosby, 1994.
11. Jonson M, Bulechek G, McCloskey J, Maas M, Moorhead S. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. Harcourt Mosby. Madrid 2013.
12. Luís MªT, Fernández C, Navarro MªV. De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. 3ªedición. Ed. Masson. Barcelona. 2005.
13. Mompart MP. Administración de Servicios de Enfermería. Ed Masson. Barcelona 1997.
14. Muñoz Mella MªA, De La Peña Cristiá Mª M. Estrategia de aproximación al coste de cuidados por paciente. Determinación de la unidad ponderada de cuidados. Todo Hospital. 1996;128:43-50.
15. North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2001-2002. Harcourt. Madrid. 2001.
16. Oerman MH, Dillon SL, Templin T. Indicators of quality of care in clinics: patients' perspectives. J Health Qual 2000;22:9-11.
17. Orem D. E. Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica. Editorial Masson-Salvat. Barcelona. 1993.
18. Perea Quesada R. Educación para la salud. Reto de nuestro tiempo. Ediciones Díaz de Santos S.A. Madrid. 2004.

19. Riu I Camps, M y col. Producto enfermero medida del tiempo por procesos. Revista de Enfermería Rol. Diciembre 1996.
20. Rivero A, Pajares C, Pacheco E, Rodríguez JA, Cózar R, Cobos JL et al. Proyecto NIPE: normalización de las intervenciones para la práctica de la enfermería. Ministerio de Sanidad y Consumo. Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Enfermería de España. Madrid. 2002.
21. Saguer M, Gómez A. Estancias medias alargadas y grupos relacionados con el diagnóstico como indicadores de eficiencia en la gestión clínica. Rev Calidad Asistencial 2003;18:575-579.
22. Sanz Villorejo J. Organización y gestión de los servicios de enfermería. Gestión Hospitalaria 1998; 3: 23-37.
23. http://www.seguridaddelpaciente.es/
24. Más que palabras: Marco Conceptual para la Clasificación Internacional para la seguridad del Paciente, (2009) World Health Organitation.
25. Construcción y validación de indicadores de buenas prácticas sobre seguridad del paciente. (2008). Ministerio de Sanidad y Consumo.
26. Merino, P., Bustamante, E., Campillo-Artero, C., Bartual, E., Tuero, G. and Marí, J. (2014). Certificación en seguridad del paciente en un Servicio de Medicina Intensiva: nuestra experiencia con la norma UNE 179003:2013. Medicina Intensiva, 38(5), pp.297-304.
27. Estrategia de Seguridad del Paciente 2015-2020 Comunidad de Madrid (2015). Observatorio Regional de Riesgos Sanitarios. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.
28. http://www.seguridaddelpaciente.es/es/informacion/publicaciones/2015/estrategia-seguridad-del-paciente-2015-2020/
29. Millar J, Mattke S et al. Selecting Indicators for Patient Safety at The Health Systems Level in OECD Countries. (2014) . OECD health technical papers NO. 18. París.
30. Indicadores de buenas practices sobre seguridad del paciente. Resultados de su medición en una muestra del Sistema Nacional de Salud (2009). Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Política Socilal.
31. Servicios Sanitarios: Gestión de Riesgos para la Seguridad del Paciente UNE 173009:2013. AENOR.
32. Mayer, M. (2005). Las actividades de prevención y cuidado de los pacientes crónicos: un reto sanitario para este siglo XXI. Atención Primaria, 35(4), pp.183-184.

Capítulo 1153

LA LEUCEMIA MIELÓGENA

PILAR FERNÁNDEZ NÚÑEZ

ELENA FERNANDEZ RIVERA

MARIA NUEVO SILVA

CLAUDIA SUÁREZ FERNÁNDEZ

NOELIA GONZALEZ TANDA

1 Introducción

La leucemia mielógena es un tipo de cáncer de los tejidos de la médula ósea que forman la sangre, destacado por el aumento de glóbulos blancos incipientes. Existen 8 categorías: desde la M0 hasta la M7, depende de las células sanguíneas que estén afectadas.

Este tipo de cáncer se puede presentar a cualquier edad pero afecta más comúnmente a personas mayores de 30 años y niños de 12 meses. Las células de la sangre que pertenecen al sistema inmune, pierden su capacidad de diferenciación y maduración, y más tarde se reproducen ligeramente y reemplazan a las normales, generando más células anormales.

La mayoría de las células malignas genera una gran debilidad del sistema inmunitario, aumentando la tendencia a virus y bacterias en el cuerpo, puesto que en el caso de tener una herida, se pueden introducir bacterias y microorganismos y al no tener desarrollados los glóbulos, no pueden atacarlos.

Existen dos tipos de leucemia mielógena:
- Leucemia mielógena aguda: cuando son afectadas las células mieloides y se desarrolla de forma rápida. Suele afectar a personas a partir de los 65 años y también a niños y adolescentes pero es menos común.
- Leucemia mielógena crónica: cuando son afectadas las células mieloides, al comienzo se desarolla lentamente. Más del 50% de los pacientes tienen 65 años o más, y afecta a un porcetanje muy pequeño de niños y adolescentes.

Principales causas:
Muchos sucesos de leucémia mielógena no tienen una causa concreta. Es un tipo de cáncer más común en hombres que en mujeres.

La causa principal que se cree que puede ocasionar este tipo de leucemia son las anomalías genéticas, que son hereditarias.

Otras posibles causas son: los trastornos sanguíneos, como la trombocitemia esencial, la mielodisplasia y la policitemia vera. Ciertos químicos como el benceno uno de los componentes del tabaco. Algunos fármacos quimioterápicos, incluido el etopósido y otros conocidos como alquilantes. La radiación y un sistema inmunitario debilitado por un transplante de órganos.

Signos y síntomas:
-Fatiga
-Dolor de huesos o espalda
-Sensación de empacho
-Dificultad para respirar o falta de aire
-Fiebre
-Bajada de peso
-Moratones que se forman espontáneamente o sangrados que no se detienen con facilidad
-Palidez
-Debilidad
-Sudores nocturnos

Los tratamientos empleados para la leucemia dependen principalmente del tipo de leucemia mielógena que presente el paciente. Incluye estos procedimientos:
-Quimioterapia combinada.
-Terapia dirigida con anticuerpos monoclonales.
-Trasplante de células madre usando sus propias células o las de un donante.

2 Objetivos

- Describir la enfermedad de la leucemia mielógena y cuales son las personas más afectadas en este tipo de cáncer.
- Someter a la persona a una serie de pruebas y exámenes para confirmar o descartar el diagnóstico. Entre las diferentes pruebas para detectarlo están análisis de orina, sangre y médula ósea. También se realizarán pruebas radiológicas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Con el resultado de las exploraciones que se le hagan al paciente se determina el estadio de la leucemia, su ubicación, y si existe extensión a otras áreas del cuerpo. Tenemos varios tipos de estadíos:

-Estadio 0: el paciente presenta una linfocitosis con más de 5000 linfocitos con microlitro de sangre, pero no tiene ningún otro signo físico.

-Estadio I: el paciente tiene linfocitosis y ganglios linfáticos agrandados. Pero no tiene ni el bazo ni el hígado aumentados, ni tiene anemia ni niveles bajos de plaquetas.

-Estadio II: el paciente presenta linfocitosis y aumento de bazo e hígado. Y puede presentar o no los ganglios linfáticos inflamados.

-Estadio III: el paciente presenta linfocitosis y anemia. El paciente puede o no tener aumentados el bazo y el hígado, y puede tener o no los ganglios linfáticos inflamados.

-Estadio IV: el paciente presenta linfocitosis y niveles bajos de plaquetas. El paciente puede o no tener aumentados los ganglios linfáticos el hígado o el bazo agrandados o anemia.

5 Discusión-Conclusión

La gran importancia de coger a tiempo la enfermedad y realizar el tratamiento adecuado. El pronóstico varía mucho con la edad y en función del subtipo. Los pacientes jóvenes con un riesgo estándar que reciben un trasplante de familiar o donante tienen una curación de hasta el 65-70% mientras que un paciente con una edad más avanzada que no alcance la remisión completa con la quimioterapia no tiene opciones de curación.

6 Bibliografía

- https://www.fcarreras.org/es/leucemiamieloideaguda.
- https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000542.htm.

Capítulo 1154

COMPLICACIONES ORALES DE LA RADIOTERAPIA Y QUIMIOTERAPIA.

PILAR FERNÁNDEZ NÚÑEZ

1 Introducción

Los tratamientos más usados para tratar del cáncer son la Quimioterapia y Radioterapia Externa. Dichos tratamientos tienen varios efectos secundarios, locales y sistémicos como es la mucositis. La mucositis oral es una inflamación de los tejidos de la bucales, sus síntomas son: dolor, úlceras, infecciones, dificultad para tragar y hablar, sequedad y ardor bucal, llagas en encías y lengua y sangrado si además de radioterapia está recibiendo quimioterapia. Su origen es consecuencia de los efectos citotóxicos de la quimioterapia y los efectos locales de la radiación sobre la mucosa oral y que se manifiesta como eritema o ulceraciones.
La mucositis por la radioterapia puede durar entre 6 y 8 semanas dependiendo de la duración del tratamiento. Suelen padecerlo el entre el 50 y 60% de los pacientes. Al ser lesiones dolorosas los pacientes tienen que recibir interrupciones en sus tratamientos lo que hace que se prolonguen aumentando la asistencia hospitalaria e incrementando el coste sanitario.
Su localización suele ser en los labios, suelo de la boca, mucosa del paladar blanco y las caras laterales e inferiores de la lengua.
Para manejar dicha enfermedad se utilizan escalas, la más utilizada es la escala de la Organización Mundial de la Salud.

ESCALA DE TOXICIDAD DE LA OMS
0 No hay síntoma.

1 Dolor y eritema.
2 Eritema, úlceras, capacidad para comer una dieta sólida.
3 Úlceras, eritema extenso, precisa de dieta a base de líquidos.
4 Úlceras que hacen imposible una alimentación. Se precisa alimentación por sonda.

En el campo de la prevención y control de estas lesiones, se debe asegurar que a través del uso correcto de las herramientas, cuando un paciente es expuesto a los tratamientos antineoplásicos se consiga una prevención y reducción de la misma y sus complicaciones para mejorar la comodidad y seguridad del paciente.

Existen diferentes tratamientos para mejorar la mucositis:
- Escamas de hielo: aplicar frío en la mucosa oral en forma de hielo durante la aplicación de fármacos citotóxicos de vida corta en bolo, 5-Fluorouracilo administrados por vía intravenosa podría reducir la absorción del mismo y por tanto prevenir o mejorar la mucositis.
- Bencidamina: Se trata de un citoprotector con actividad antiinflamatoria, analgésica y antimicrobiana.
- Manzanilla: Se trata de una hierba natural con acciones anti inflamatorias, espasmolíticas antibacterianas y propiedades antifúngicas.
- Enjuagues bucales con diferentes antisépticos (Clorhexidina-Povidona Yodada-Bicarbonato-peróxido de hidrógeno)
- Miel: Sus propiedades antibacterianas y epitelizantes sobre la mucosa pudieran justificar un nuevo enfoque en la prevención y tratamiento para la mucositis.

2 Objetivos

- Identificar los mejores hábitos para la prevención y reducción de la severidad de la mucositis en los pacientes oncológicos.
- Instaurar cuidados y hábitos de higiene bucales, para no incrementar las bacterias bucales que desencadenan infecciones que puedan extenderse a otras partes del cuerpo, mejorando la calidad de vida de los pacientes.
- Realizar un protocolo de hábitos y cuidados con los pacientes oncológicos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica

existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Protocolo de hábitos y cuidados con los pacientes oncológicos.
Higiene bucal:
- Cepillarse los dientes con un cepillo de cerdas suaves.
- Usar pastas de dientes con flúor.
- Enjuagar la boca 5 o 6 veces diarias con 1 cucharada de sal y 1 cucharada de bicarbonato en 4 tazas de agua.
- Usar hilo o cinta dental 1 vez al día.
- NO usar nunca enjuagues que contengan alcohol.
- Evitar comer alimentos azucarados.
- Masticar chicles y beber sorbos de agua para disminuir la sequedad bucal.

Dieta:
- Realizar pequeñas y frecuentes comidas.
- Evitar los alimentos calientes y fríos, que sean preferiblemente a temperatura ambiente.
- Alimentos con fácil masticación.
- Evitar los alimentos picantes y ácidos.
- Tomar abundantes lácteos.
- Evitar el consumo de tabaco y alcohol.

Para aliviar los dolores:
- Utilizaremos fármacos con saliva artificial.
- Analgésicos.
- Enjuagues.

5 Discusión-Conclusión

No existen grandes avances en los tratamientos de la mucositis que sean eficaces, ya que no hay ningún principio activo que suponga una mejora de la enfermedad. Elegir un tratamiento para mejorar la sintomatología de la mucositis, depende de lo complejas que sean las lesiones y del poder económico que se tenga. Se deben adoptar hábitos que mejoran su sintomatología. Opciones que están al alcance de todos son realizar una correcta higiene bucal para reducir la incidencia y una

dieta restringida de alimentos irritantes. Se debe instaurar la prevención a esta enfermedad en nuestros centros sanitarios.

6 Bibliografía

- https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=64053
- http://www.seor.es/
- https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000047.htm
- https://es.oncolink.org/

Capítulo 1155

NEUROBLASTOMA INFANTIL

ELENA FERNANDEZ RIVERA

NOELIA GONZALEZ TANDA

PILAR FERNÁNDEZ NÚÑEZ

MARIA NUEVO SILVA

CLAUDIA SUÁREZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

El neuroblastoma es uno de los tumores más usuales en niños menores de cinco años y simboliza la mitad de los tumores en los lactantes. El neuroblastoma es un tumor embrionario que representa el 10% de los tumores infantiles. Es un cáncer que tiene su formación a raíz de células nerviosas inmaduras que se encuentran en varias áreas del cuerpo. En la actualidad aún se desconoce su fundamento. Los tumores pueden conformarse en el tejido nervioso de la glándula suprarrenal (el lugar mas habitual), aunque igualmente pueden formarse en el cuello, tórax, abdomen o pelvis. Así mismo, pueden estar esparcidos en diferentes superficies o sistemas del cuerpo, como por ejemplo los huesos o la médula ósea.
El neuroblastoma se sucede cuando los neuroblastos se desarrollan y se fraccionan de manera incontrolada en vez de desenvolverse hasta que llegan a transformarse en células nerviosas.
Los signos preliminares del neuroblastoma son muy imprecisos como la irritabilidad, la fatiga y la falta de apetito. Son signos confusos en un niño de tan corta edad. Algunos de los síntomas se pueden confundir con cuadros víricos como la

gripe, infección digestiva o respiratoria. Pero según la enfermedad se va prolongando empiezan a aparecer síntomas definidos por la ubicación del tumor:
- Si se ubica en el abdomen, puede manifestarse una tripa más hinchada de lo normal, dolor de barriga, astricción y descomposición.
- Raras es la vez que está localizado en el pulmón, pero da una impresión de problema respiratorio.
- Si incumbe a la médula espinal, será debilitamiento muscular y un obstáculo andar.
- Si el tumor se ubica en el sistema nerviosos central provoca dolor de cabeza, problemas de vista o perturbación en la dimensión de los ojos.

2 Objetivos

- Localizar con la mayor agilizad y eficacia posible los síntomas de esto en el niño.
- Llevar a cabo su sanación con eficacia.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El tratamiento contra el neuroblastoma se puede compaginar con quimioterapia y radioterapia externa. También existe la posibilidad del auto trasplante de médula ósea u otros tratamientos como la inmunoterapia.
Si el cáncer no se ha desarrollado a otras diferentes partes del cuerpo, puede servir sólo con la cirugía.

Las comprobaciones mencionadas anteriormente se usan para determinar el estadio del neuroblastoma, es decir, la ubicación, y la prolongación. Existen varios tipos de estadios:
- Estadio 1: El cáncer está localizado en su región de origen, sin factores de riesgo.
- Estadio 2: Tumor limitado con resección insuficiente. Con factores de riesgo.

- Estadio 3: El tumor empapa la línea media con o sin daño ganglionar.
- Estadio 4: Expansión del tumor hasta llegar a los ganglios linfáticos, médula ósea, hueso, hígado… Se convierte en enfermedad metastásica.

5 Discusión-Conclusión

Con el tratamiento adecuado, muchos pequeños que sufren el neuroblastoma tienen gratas posibilidades de sobrevivir. El neuroblastoma tiene una predicción mas deseable si el tumor no se ha expandido o si el bebé tiene menos de un año de vida en el instante del diagnóstico. El neuroblastoma de riesgo alto es mas complicada su curación y es posible que se vuelva férreo a los tratamientos convencionales o que recurra después de haberse llevado un proceso de medicación preliminar exitoso

6 Bibliografía

- https://hospital.vallhebron.com/es/enfermedades/neuroblastoma-infantil
https://kidshealth.org/es/parents/neuroblastoma-esp.html
http://asociacion-nen.org/asociacion-nen-neuroblastoma-la-enfermedad-9/conoce-el-neuroblastoma/.

Capítulo 1156

CANCER DE TIROIDES

ELENA FERNANDEZ RIVERA

NOELIA GONZALEZ TANDA

PILAR FERNÁNDEZ NÚÑEZ

MARIA NUEVO SILVA

CLAUDIA SUÁREZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

Esta dolencia, se produce en las células de la tiroides, que es una glándula con apariencia de polilla la cual se ubica en la base del cuello, pesa mas o menos unos 30 gramos, está compuesta por un par de lóbulos bilaterales, conectados en el centro por un itsmo estrecho. La glándula tiroidea crea hormonas que regulan la frecuencia cardiaca, presión arterial, peso, la temperatura corporal y ayudan al cuerpo a funcionar con normalidad. La glándula tiroidea es fundamental para el progreso normal del organismo en la niñez y su extirpación disminuye los procesos oxidativos del cuerpo. Es el cáncer endocrinológico más frecuente. La mayor parte de los tumores de tiroides tienen cura a través de la cirugía. Una de las señales mas evidentes del cáncer de tiroides es la palpación de un bulto en el cuello pero también se pueden notar otros tipos de causas como por ejemplo dolor en el cuello, en la mandíbula o en el oído. Si el tamaño del tumores grande, puede llegar a producir dificultad al tragar, un cosquilleo en la garganta o impedimento para respirar si el tumor está presionando la tráquea. Si el cáncer irrita

algún nervio que se dirige a la laringe, es capaz de producir ronquera. Existen diferentes tipos de cáncer de tiroides:

- Cáncer papilar: Es el mas frecuente, entre el 70% y el 80% de todos los tumores de tiroides. Tiene un pronóstico favorable, que no se ve damnificado por su propensión a extenderse a los glanglios linfáticos del cuello.
- Cáncer folicular: Entre el 10% y el 15% de todos los tumores de tiroides. Se produce en enfermos de mayor edad que el caso del cáncer papilar. Se puede extender hacia los ganglios linfáticos y los vasos sanguíneos y, a partir de ahí, esparcirse hacia áreas distantes como por ejemplo los pulmones o los huesos.
- Cáncer medular: Entre el 5% y el 10% de los tumores tiroideos. Se suele manifestar en personas con antecedentes familiares y se relaciona con otro tipo de enfermedad endocrina. Es el único tumor que se puede determinar a partir de pruebas genéticas de las células sanguíneas.
- Cáncer anaplásico: Su incidencia es muy baja, ya que solamente afecta a menos del 5% de los enfermos con cáncer de tiroides. Es el más avanzado y agresivo.

La mayor parte de los tumores de tiroides son tratados con la extirpación de la glándula tiroidea (TIROIDECTOMIA), aunque los cánceres de menor tamaño que aún no se han extendido externamente de la glándula tiroidea podría ser tratados al menear sólo el lado de la tiroides que abarca el tumor (LOBECTOMIA). Si los ganglios linfáticos están aumentados o enseñan signos de difusión del tumor, también serán extirpados.
Estudios actuales de tal dolencia, han registrado que los enfermos con este tipo de cáncer micro papilares, es decir, cáncer de tiroides muy pequeños se pueden tratar con mucho control mediante ecografías rutinarias en vez de optar por la cirugía inmediata.

2 Objetivos

- Acabar con cualquier tipo de tejido maligno de la tiroides y tratar de extinguir cualquier ápice de malignidad en el cuerpo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El tratamiento tras la cirugía depende de la etapa en la que este el tumor:

- El procedimiento con Yodo radiactivo (RAI): Se utiliza en ciertas ocasiones tras la tiroidectomía para tumores en estadíos iniciales (T1 o T2). Si el tumor se vuelve a reproducir, se podría seguir tratando con yodo radiactivo. Es mas recurrente utilizarlo en tumores mas avanzados como tumores T3 o T4, o tumores que se han extendido a los ganglios linfáticos o a áreas alejadas.
- Radioterapia externa, para tratar el tumor de tiroides que no funciona con yodo radiactivo.
- Quimioterapia.

5 Discusión-Conclusión

Los médicos especialistas no saben a ciencia cierta qué es lo que puede provocar la mayor parte de los casos de tumor de tiroides, por lo que no hay una manera de evitar la dolencia en los seres humanos que tienen riesgo de padecerlo. Igualmente, en cuanto se detecta la dolencia hay varias formas de tratarlo, cirugía la principal.
A las personas que se les ha realizado una tiroidectomía necesitarán tomar pastillas de hormona tiroidea todos los días.

6 Bibliografía

- https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-tiroides/deteccion-diagnostico-clasificacion-por-etapas/senales-sintomas.html
https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/thyroid-cancer/symptoms-causes/syc-20354161.
- https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/cancer/cancer-de-tiroides.html.

Capítulo 1157

CARCINOMA ESPINOCELULAR.

CLAUDIA SUÁREZ FERNÁNDEZ

MARIA NUEVO SILVA

NOELIA GONZALEZ TANDA

PILAR FERNÁNDEZ NÚÑEZ

ELENA FERNANDEZ RIVERA

1 Introducción

El carcinoma de células escamosas es un cáncer que se origina en las células escamosas de la piel.
- Se trata de protuberancias gruesas y escamosas que aparecen en la piel y no sanan.
- Para diagnosticar el cáncer, los médicos llevan a cabo una biopsia.
- El tratamiento con cirugía, los fármacos quimioterápicos aplicados a la piel y, a veces, la radioterapia, pueden curar el cáncer a menos que se haya diseminado.
- Si el cáncer se disemina a otras partes del organismo, puede ser mortal.

El carcinoma de células escamosas, el segundo tipo de cáncer de piel frecuente después del carcinoma de células basales, generalmente se desarrolla en áreas expuestas al sol, pero puede crecer en cualquier parte de la piel o en la boca, donde la exposición al sol es mínima. Sin embargo, las personas cuya piel ha sufrido mayor exposición solar corren un riesgo más alto de desarrollar cáncer de piel de células escamosas. Las personas de piel clara son mucho más susceptibles al carcinoma de células escamosas que las personas de piel más oscura.

El carcinoma de células escamosas puede desarrollarse en la piel normal, pero es más probable que se desarrolle en la piel dañada.
Los médicos tratan el carcinoma de células escamosas raspando y quemando el tumor con una aguja eléctrica, extirpando quirúrgicamente el tumor, destruyéndolo con la aplicación de frío extremo o aplicando fármacos quimioterápicos a la piel. Para tratar el carcinoma de células escamosas, los médicos también pueden utilizar la terapia fotodinámica.
Las personas cuyos carcinomas de células escamosas han vuelto a aparecer o son de gran tamaño deben ser tratadas con una técnica llamada cirugía de Mohs. Después de la cirugía se puede aplicar radioterapia.
Estos tratamientos acostumbran a ser eficaces y la mayoría de los afectados sobreviven.
El carcinoma de células escamosas que se ha diseminado a solo una o pocas otras partes del cuerpo se trata con radioterapia. Si el cáncer está diseminado, no se puede usar radioterapia y la quimioterapia generalmente no es efectiva.
El tratamiento y el seguimiento deben ser controlados de cerca porque existe un mayor riesgo de metástasis que con el carcinoma de células basales.

2 Objetivos

Diferenciar el cáncer de enfermedades similares cuando los médicos sospechan que la lesión puede ser un carcinoma de células escamosas practicando una biopsia.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El pronóstico para los pequeños tumores que se eliminan precoz y adecuadamente suele ser excelente. El tratamiento es generalmente eficaz, y la mayoría

de las personas afectadas sobreviven. La mayoría de los carcinomas de células escamosas afectan sólo el área que los rodea, penetrando en los tejidos cercanos. Sin embargo, algunos metastatizan a partes distantes del cuerpo, cerca de la piel y los ganglios linfáticos, y a los órganos cercanos, en cuyo caso pueden ser fatales. Si el cáncer se trata antes de que metastatice, la persona generalmente se cura. Sin embargo, si el cáncer ha hecho ya metástasis, la probabilidad de sobrevivir en los próximos 5 años, incluso con el tratamiento, es sólo del 34%.

5 Discusión-Conclusión

Debido a que el carcinoma de células escamosas puede ser causado por la exposición al sol, puede contribuirse a su prevención tomando las siguientes medidas como:
- Evitar el sol.
- Vestir ropa protectora.
- Utilizar protector solar.

6 Bibliografía

- https://www.msdmanuals.com/es/hogar/trastornos-de-la-piel/c%C3%A1nceres-de-piel/carcinoma-espinocelular.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 1158

PANCREATOBLASTOMA

CLAUDIA SUÁREZ FERNÁNDEZ

MARIA NUEVO SILVA

NOELIA GONZALEZ TANDA

PILAR FERNÁNDEZ NÚÑEZ

ELENA FERNANDEZ RIVERA

1 Introducción

El pancreatoblastoma es una neoplasia epitelial pancreática maligna rara, más frecuentemente hallada en niños que, por lo general, se presenta con síntomas inespecíficos de masa palpable, dolor abdominal, vómitos, ictericia, y pérdida de peso, falta de crecimiento, y caracterizado histológicamente por múltiples líneas de diferenciación y por la presencia de nidos de células escamosas.

2 Objetivos

- Conocer el pancreatoblastoma.
- Anticipar su detección.
- Desarrollar y mejorar su tratamiento.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El diagnóstico se basa en las características histológicas. El pancreatoblastoma constituye, por lo general, una gran masa encapsulada, con una imagen histológica de nidos de células escamosas compuestos por un conglomerado en espiral de células fusiformes que permite la confirmación diagnóstica del tumor. Muestra una diferenciación celular acinar significativa pero también ductal, mesenquimal y neuroendocrina. El marcador tumoral alfa-fetoproteína (AFP) está elevado en el 68% de los casos, independientemente de la edad. Es necesario realizar el estadiaje completo, incluyendo estudio de imagen con ecografía ultrasonido y tomografía computarizada (TC) o resonancia magnética (RM) del tumor primario, así como un TC de tórax para detectar cualquier metástasis. El diagnóstico diferencial incluye los adenocarcinomas pobremente diferenciados, los tumores sólidos pseudopapilares, el carcinoma pancreático, los tumores neuroendocrinos pancreáticos y la pancreatitis autoinmune.

El tratamiento implica la resección quirúrgica completa del tumor. Los procedimientos incluyen una pancreatectomía distal con o sin esplenectomía, para tumores en el cuerpo y la cola del páncreas y una pancreaticoduodenectomía, para aquellos en la cabeza del páncreas. La quimioterapia y la radioterapia se utilizan en el caso de tumores no resecables, recurrentes o metastásicos con resultados variables.

5 Discusión-Conclusión

El pronóstico en casos pediátricos es por lo general bueno si el tumor es resecable, aunque pueden producirse recurrencias. En el caso de tumores no resecables y en presencia de metástasis, el pancreatoblastoma tiene un curso agresivo y un

pronóstico malo. Los casos en adultos generalmente presentan un peor pronóstico, con una mediana del tiempo de supervivencia de 15 meses.

6 Bibliografía

- https://www.orpha.net/consor/cgi-bin/OC_Exp.php?lng=ES&Expert=677.
- © everythingpossible / Fotolia.

- © Orphanet versión 5.33.0 - Última actualización: 2020-01-27.

Capítulo 1159

CITOLOGÍA E HISTOLOGÍA DE LAS LESIONES PRENEOPLÁSICAS ASOCIADAS AL VPH

GIORDANA LÓPEZ VALLE

1 Introducción

Actualmente el cáncer de cuello de útero supone la cuarta neoplasia femenina más frecuente a nivel mundial. Su estrecha relación con la infección por algunos genotipos del Virus del Papiloma Humano ha convertido a este último en la diana de los programas de cribado y detección precoz del cáncer cervical. En la mayoría de los casos la infección por VPH es asintomática y transitoria pudiendo cursar con manifestaciones clínicas muy diversas: desde verrugas y otros procesos benignos, hasta neoplasias severas como cáncer de cuello de útero, cáncer anal, cáncer de pene, cáncer de vagina, cáncer de orofaringe y cáncer de la cavidad oral. La infección persistente por algunos tipos de VPH, supone el factor de riesgo de mayor relevancia para su desarrollo.

Son numerosos los estudios que han establecido una clara relación entre los genotipos de VPH calificados de alto riesgo por su alta probabilidad de derivar en una neoplasia y el carcinoma cervical. Asimismo las estadísticas revelan que la infección por VPH es la Enfermedad de Transmisión Sexual más frecuente en todo el mundo. Inquietada por la sólida base que suponen estos conocimientos he querido investigar aquellas técnicas que se llevan a cabo en un laboratorio de Anatomía Patológica para identificar la presencia del virus así como los cambios que producen en las células los genotipos de bajo y de alto riesgo. Asimismo

pretendo dar a conocer e insistir sobre la importancia de seguir el programa de cribado aconsejado por la Sociedad Española de Patología Cervical y Colposcopia con el fin de prevenir y controlar el desarrollo de una neoplasia que afecta a tantas mujeres en el mundo.

El VPH es un agente microscópico con tropismo por el epitelio escamoso y mucosa. Generalmente se adquiere por vía sexual, aunque también puede contagiarse vía transplacentaria, de madre a hijo por contacto con la mucosa cervical durante el parto y menos frecuentemente por transmisión horizontal durante la infancia. La infección por VPH es considerada actualmente como la Enfermedad de Transmisión Sexual más frecuente en el mundo .

En la mayoría de los casos, la infección por VPH es una condición necesaria si bien no única para el desarrollo de una neoplasia intraepitelial cervical o CIN, que puede derivar en carcinoma infiltrante si el crecimiento celular sobrepasa la membrana basal del epitelio.

Actualmente se han registrado más de 200 genotipos distintos de VPH que pueden ocasionar daños de distinta magnitud a nivel celular. Dependiendo de la probabilidad de desarrollar una neoplasia se dividen los distintos genotipos en dos grupos: los VPH-BR o VPH de bajo riesgo oncogénico (genotipos 6, 11,42, 43 y 44) y los VPH-AR o de alto riesgo oncogénico (genotipos 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 67 y 68). El mecanismo de acción de los primeros se diferencia de los segundos por un lado en el número de copias del ADN viral que se generan y por otro en el efecto que ejerce sobre la célula que infecta. Mientras que los VPH-BR inducen la replicación del ADN viral en forma episómica y no integrada utilizando la maquinaria de replicación de la célula huésped, los VPH-AR actúan, generalmente, integrando su ADN en la célula huésped provocando sobre ella cambios que la llevan a perder sus características de célula epitelial así como el control sobre su ciclo de división celular. De esta manera, al no generar copias masivas de su ADN, el virus no llamará la atención del sistema inmune. Esta estrategia le permite permanecer más tiempo infectando a las células epiteliales huésped conduciéndolas hacia formas malignas que, además crecerán de forma descontrolada.

2 Objetivos

- Conocer qué es el VPH.
- Estudiar las consecuencias asociadas al VPH.

- Investigar la prevalencia en la sociedad del VPH.
- Estudiar cómo prevenir el VPH.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre l literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Plumbet, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El VPH entra en la célula epitelial del tejido escamoso estratificado por endocitosis y puede llegar a las células más profundas bien por presencia de microtraumas, o bien en aquellas zonas en las que fisiológicamente existe un cambio del tipo de epitelio, como es el caso de la zona de transición entre el epitelio escamoso estratificado del ectocérvix y el cilíndrico simple del endocérvix. En el interior celular, viajan hasta el núcleo donde el ADN viral puede bien utilizar la maquinaria de replicación de la célula huésped para fabricar muchas copias del mismo, o bien integrarse en el ADN de la célula huésped. Esta es la diferencia fundamental entre la mayoría de los VPH-BR y los VPH-AR, respectivamente.

Un examen anatomopatológico incluye por un lado el estudio citológico, que permite reconocer lesiones características que muestran las células desprendidas por exfoliación durante un procedimiento sencillo y muy poco agresivo para la paciente. Y por otro lado un estudio histológico a partir de una biopsia del tejido de interés. Así, se habla de un CIN 1 cuando el estudio histológico corrobora que presentan displasia un tercio del grosor total del tejido. Esto es, las células del estrato basal no guardan del todo esa polaridad característica de los tejidos epiteliales estratificados. Además estas se observan deformadas por haber aumentado en número y no tener suficiente espacio.

En un CIN 2, las células displásicas ocupan hasta dos tercios del grosor total del epitelio. Lo que se observa en estos casos son células mal organizadas, con núcleos hipercromáticos debido a la anómala gran cantidad de cromatina presente y pleomórficos ocupando el estrato basal y parte de los estratos superiores.

Mientras que en un CIN 3, todo el grosor del epitelio contiene células inmaduras con muchas anomalías nucleares como hipercromasia, cromatina con distribución en forma de grano grueso, anisocariosis, cariomegalia y pleomorfismo. También se visualizan anomalías citoplasmáticas como vacuolas o queratina, que en condiciones normales no se sintetiza por no ser necesario su papel protector ante erosión mecánica.

En un estudio citológico se estudian células sueltas o en pequeños grupos que se han desprendido por exfoliación utilizando material adecuado. La clasificación se establece de acuerdo al grado de displasia del núcleo y el citoplasma. Las LSIL son identificadas por células maduras de forma poligonal y con un tamaño similar a las células epiteliales normales de los estratos intermedio o superior, con un aumento de la relación núcleo/citoplasma de entre 3 a 4 veces el tamaño del núcleo de una célula intermedia normal, un patrón cromatínico en grano grueso son distribución uniforme, la membrana nuclear engrosada y un engrosamiento de la membrana plasmática bastante característico. Además es frecuente la binucleación.

En las HSIL se observan células inmaduras similares a las presentes en los estratos inferiores en un epitelio ectocervical normal. El aumento de la relación núcleo/citoplasma en estos casos es mucho más marcado que en los HSIL de manera que el núcleo ocupa prácticamente todo el espacio celular. La membrana del núcleo es irregular y el aspecto del núcleo hipercromático. Es destacable el polimorfismo nuclear entre células.

En cuanto al estudio de las citologías citológicas cabe destacar la técnica de la doble tinción inmunohistoquímica p16/ki 67. Esta tinción utiliza anticuerpos frente a las proteínas p16 y el marcador de proliferación celular ki 67 para indicar la sobreexpresión de p16 asociada con la actividad transformadora de una de las proteínas que expresan los genotipos de alto riesgo y la presencia o ausencia de actividad mitótica, respectivamente.

5 Discusión-Conclusión

El cáncer de cuello de útero es el cuarto cáncer femenino más común. Su estrecha relación con la infección recurrente y/o de larga duración por el Virus del Papiloma Humano, han convertido a este último en la diana de los estudios preventivos y diagnósticos de esta grave enfermedad.

Debido al alarmante incremento de la tasa de incidencia de infección por VPH así como la elevada tasa de mortalidad por CCU sobre todo en países subdesarrollados, se han ido estableciendo a lo largo de los años protocolos de pruebas analíticas para valorar la presencia del VPH con el fin de prevenir el desarrollo de CCU.

El método de cribado de la citología cervico vaginal es una prueba muy específica, puesto que las lesiones de alto y bajo grado oncogénico se identifican con cambios celulares concretos y además muy poco agresiva para la paciente. Conocer las distintas etapas del desarrollo del virus y los cambios que durante ellas se generan en las células epiteliales, permite la identificación de la presencia del virus. Ello supone el primer paso para el tratamiento y control del desarrollo de las lesiones sobre todo las neoplásicas.

6 Bibliografía

-Mateos-Lindemann, Maria Luisa, et al. Diagnóstico microbiológico de la infección por virus del papiloma humano. Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica, 2017, vol. 35, no 9, p. 593-602.
-Harden, Mallory E.; Munger, Karl. Human papillomavirus molecular biology. Mutation Research/Reviews in Mutation Research, 2017, vol. 772, p. 3-12.
-Bladé, Aureli Torné, et al. Guía de cribado del cáncer de cuello de útero en España, 2014. Progresos de obstetricia y ginecología, 2014, vol. 57, p. 1-53.
-de Sanjosé, Silvia; Brotons, Maria; Pavón, Miguel Ángel. The natural history of human papillomavirus infection. Best Practise & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology, 2018, vol. 47, p. 2-13.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 1160

DIAGNÓSTICO DE LA SINUSITIS MEDIANTE IMAGEN RADIOGRÁFICA.

JAVIER CABEZA ANTUÑA

VANESSA GARCIA PINTUELES

IRENE VIVAS PAREDES

1 Introducción

La sinusitis es el desarrollo inflamatorio más frecuente de los senos paranasales.

Los senos son cavidades llenas de aire situadas en la cara y la cabeza. Están ubicados por detrás de las cejas y los pómulos, y entre los ojos. Los senos están unidos a las fosas nasales y recubiertos con una membrana mucosa. Esta membrana produce y hace circular la mucosidad normal en la nariz, ayuda a filtrar el polvo y humedece el aire que se respira. Hay ocho senos paranasales agrupados en cuatro pares. Dos senos maxilares, dos senos frontales, dos senos etmoidales y dos senos esfenoidales.

Los senos paranasales presentan múltiples variaciones individuales acentuadas por el desarrollo prenatal y postnatal. El seno maxilar es el primero en desarrollarse sobre el tercer mes de embarazo. Al nacer tiene una forma rudimentaria que se llena de aire. Está localizado hacia el centro, extendiéndose hacia los laterales de forma simétrica hasta ocupar todo el maxilar sobre los doce años de edad. Los siguientes senos en formarse son los senos etmoidales. Son los de mayor variabilidad y se desarrollan en el cuarto mes de gestación. Al nacer su interior está ocupado por líquido, su desarrollo se completará a los doce años. Cada

seno etmoidal está formado por celdillas, agrupadas en anteriores y posteriores. Los senos esfenoidales son los próximos en originarse sobre el cuarto mes embrionario, al venir al mundo es un bosquejo, su mayor formación se inicia a los tres años finalizando sobre los doce años. Los senos frontales son los últimos en crearse sobre el primer año de vida, son una extensión de las celdillas anteriores etmoidales y alcanzan su desarrollo completo a los doce años. Estos senos son asimétricos, pueden tener un crecimiento pequeño o incluso estar ausentes. Los senos paranasales drenan en los cornetes nasales superior y medio.

Cuando alguno de los senos se inflama se produce la sinusitis. Esto sucede al provocar un virus o una alergia un hinchamiento de las membranas mucosas que bloquean la vía de drenaje de los senos. Los principales síntomas son taponamiento alrededor de la nariz, detrás de los ojos o entre éstos y la frente. Otros indicios son congestión nasal, disminución del sentido del olfato y secreción nasal espesa y decolorada. Si la duración de la sinusitis es inferior a cuatro semanas recibe el nombre de sinusitis aguda, si su duración es superior a los tres meses y se repite varias veces al año se denomina sinusitis crónica. El inicio de la mayoría de los casos de sinusitis aguda está en un virus de resfriado que se transforma en una infección bacteriana, cuya prolongación en el tiempo con síntomas de un resfriado continuado se convierte en sinusitis crónica.

La sinusitis afecta normalmente a un solo seno o a un conjunto de ellos unilateralmente. Los senos que más frecuentemente sufren la sinusitis son los maxilares, seguidos de los senos frontales y por último los complejos etmoidales. No suelen verse afectados los senos esfenoidales. Cuando la sinusitis se extiende a todos los senos recibe se convierte en pansinusitis.

Si la sinusitis no recibe el tratamiento adecuado puede extenderse a estructuras vecinas, como la órbita, o a distancia, como el absceso frontal.

2 Objetivos

Revisión bibliográfica para visualizar la importancia de contar con un diagnóstico preciso sobre la ubicación y la extensión de dichas enfermedades para realizar un correcto enfoque terapéutico.

3 Metodología

Tras una revisión bibliográfica, se empleó Google Académico y diferentes bases de datos usando los siguientes descriptores de búsqueda: sinusitis, afecciones inflamatorias, síntomas, senos, imagen radiográfica.

4 Resultados

En las radiografías simples de los senos paranasales se detectan niveles hidroaéreos. El engrosamiento de la mucosa así como posibles anomalías anatómicas o la valoración de los drenajes no se evalúan correctamente.

Las proyecciones radiológicas específicas para el estudio de los senos paranasales son la proyección de Caldwell (en la que se visualizan los senos frontales y etmoidales), la proyección de Waters (para ver los senos maxilares), una proyección lateral para observar los senos esfenoidales y una proyección submentovertical para visualizar los senos esfenoidales y los senos etmoidales. Es importante que alguna de las proyecciones se realice con el paciente en bipedestación para detectar los niveles hidroaéreos.

En todas las proyecciones se deben retirar los objetos de metal o plástico de la cabeza y el cuello. Se procurará que la posición del paciente sea erguida.

La proyección de Caldwell es una proyección postero-anterior. Se colocará la nariz y la frente del paciente sobre el Bucky vertical o sobre la mesa horizontal con el cuello extendido para poder elevar la línea orbitomeatal 15º con respecto a la horizontal. Se alineará el plano medio sagital perpendicular a la línea media de la parrilla. El rayo central permanecerá horizontal y centrado en el nasion. Si es posible se inclinará el Bucky 15º. Se evitará la rotación. Se suspenderá la respiración durante la exposición. Se colimará al área de las cavidades sinusales. La técnica a utilizar será de 70 a 80 KV y 24 mAs.

La proyección de Waters es otra proyección postero-anterior. Se colocará la barbilla y la nariz del paciente sobre el Bucky vertical o la mesa horizontal. Se ajustará la cabeza para que la línea mentomeatal sea perpendicular al receptor de imagen y la línea orbitomeatal este a unos 37º respecto a dicho receptor. El rayo central permanecerá horizontal y centrado en el acantión. Se evitará la rotación. Se suspenderá la respiración durante la exposición. Se colimará al área de las cavidades sinusales. La técnica a utilizar será de 70 a 80 KV y 28 mAs.

En la proyección lateral se situará la cara sobre la superficie del Bucky o de la mesa horizontal con el lado de interés apoyado. Se girará el cuerpo y se colocará la cabeza para obtener una posición lateral verdadera. Alinear la línea interpupilar perpendicular al receptor de imagen. El rayo central se dirigirá horizontalmente y centrado en un punto intermedio entre el canto externo y el meato auditivo externo. Se evitará la rotación y la inclinación. Se suspenderá la respiración durante la exposición. Se colimará al área de las cavidades sinusales. La técnica a utilizar será de 65 a 75 KV y 5 mAs.

La proyección submentovértex es una proyección antero-posterior. Se elevará la barbilla y se hiperextenderá el cuello hasta que la línea orbitomeatal sea paralela al Bucky o a la mesa horizontal y la cabeza repose sobre el vértice del cráneo apoyado en el Bucky. El rayo central se dirigirá horizontalmente y centrado en el punto intermedio entre los ángulos de la mandíbula. Se evitará la rotación y la inclinación. Se suspenderá la respiración durante la exposición. Se colimará al área de las cavidades sinusales. La técnica a utilizar será de 70 a 80 KV y 34 mAs.

5 Discusión-Conclusión

La sinusitis aguda es una causa frecuente de consulta en los centros de atención primaria, debido a su alta incidencia y su amplia variedad.

La realización de la proyección de waters es suficiente en la mayoría de los casos en que es requerido el estudio de los senos paranasales. Por otra parte si se sospechase de una sinusitis frontal o etmoidal se realizaría la proyección de Caldwell.

Las radiografías de los senos paranasales detectan los niveles hidroaéreos pero no valoran correctamente el engrosamiento de la mucosa, las posibles anomalías anatómicas o la valoración de los drenajes.

En la imagen obtenida por la proyección de Caldwell se visualizarán los senos frontales y las celdillas aéreas etmoidales por fuera de cada hueso nasal y por debajo de los senos frontales. Por su parte en la proyección de Waters se verán los senos maxilares, el borde orbitario inferior y una vista oblicua de los senos frontales. En la proyección lateral de los senos paranasales se mostrarán los senos esfenoidales, los senos frontales, los senos etmoidales y los senos maxilares superpuestos. Además de la silla turca y los techos orbitarios. Por último en la proyección submentovértex se visualizarán los senos esfenoidales, los senos etmoidales,

las fosas nasales y los senos maxilares. Se verán los cóndilos mandibulares y la sínfisis de la mandíbula.

Actualmente se emplea la tomografía computarizada helicoidal para el estudio de los senos paranasales ya que ofrece una excelente delineación de la anatomía ósea de las cavidades paranasales. Por otra parte la alta resolución, la baja dosis de radiación y el bajo coste que aporta la tomografía computarizada de haz de cono ha convertido a esta prueba en una buena opción para la adecuada visión de los senos paranasales.

La resonancia ofrece una buena visión de las partes blandas pero no muestra con claridad la estructura ósea. Se usa para estudiar las complicaciones en los procesos inflamatorios y para ver la extensión de los tumores.

6 Bibliografía

- https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=79340
- https://www.medigraphic.com/pdfs/medisan/mds-2018/mds184b.pdf
- https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/31623
- https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/viewFile/31623/31647
- https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0716-10182003000300006&script=sci_arttext
- https://scielo.conicyt.cl/pdf/rci/v20n3/art06.pdf

Capítulo 1161

EL CARCINOMA BASOCELULAR

PILAR FERNÁNDEZ NÚÑEZ

ELENA FERNANDEZ RIVERA

MARIA NUEVO SILVA

CLAUDIA SUÁREZ FERNÁNDEZ

NOELIA GONZALEZ TANDA

1 Introducción

Cuando hablamos de carcinoma basocelular nos referimos a un tipo de cáncer de piel. Este comienza en las células basales. Éstas son un tipo de células que se encuentran en la piel y que producen las nuevas células cutáneas según mueres las viejas.

El carcinoma basocelular suele presentarse en forma de un bulto transparente en la piel, pero también puede tomar otras formas. Suele ocurrir con más frecuencia en zonas de la piel que están expuestas al Sol como cabeza y cuello.

La mayoría de los carcinomas basocelulares se cree que se deben a la exposición prolongada a la luz solar. Evitar la exposición al sol y usar protector solar son modos de protegerte contra el carcinoma basocelular.

Síntomas.
El carcinoma de células basales suele manifestarse en las partes del cuerpo expuestas al sol, sobre todo en la cabeza y el cuello. Aparece con menos frecuencia

en partes del cuerpo protegidas del sol como los genitales.

El carcinoma de células basales aparece como, un crecimiento o una llaga que no sana. Estas lesiones en la piel generalmente tienen una de las siguientes características:
• Un bulto perlado o color piel, que se puede ver parcialmente a través de su superficie. Los pequeños vasos sanguíneos suelen ser visibles. En las personas con tonalidades de piel más oscuras, la lesión podría ser más oscura, pero igualmente será traslúcida. Esta lesión es el tipo más común de carcinoma de células basales y, con frecuencia, aparece en el rostro y las orejas. Es posible que la lesión se desgarre, sangre y que luego se forme una costra.
• Una lesión marrón, negra o azul con bordes traslúcidos y levemente levantados.
• Un parche plano, escamoso y rojizo con un borde levantado es más común en la espalda o el pecho. Con el tiempo, estos parches pueden crecer bastante.
• Una lesión blanca, de aspecto ceroso y similar a una cicatriz sin un borde claramente definido, llamada carcinoma de células basales morfeiformes, es la menos frecuente.

En cuanto se tiene la mínima sospecha de padecer alguna de estas lesiones anteriormente descritas, se debe someter a la persona a una serie de pruebas y exámenes para confirmar o descartar el diagnóstico. Entre las diferentes pruebas para detectarlo están:
-Un exámen médico donde se va a observar el tamaño, la forma, el color y la textura de la zona, si sangra, supura o se descama.
-Se observará el resto del cuerpo para ver los ganglios linfáticos que se pueden sentir como protuberancias bajo la piel.
-Si su médico le examinó y sospecha que usted tiene cáncer de piel, es posible que le pida consultar a un dermatólogo y este le haga:
Biopsia de piel: si hay una sospecha de ser un cáncer de piel, se extraerá el área y se enviará a un laboratorio para observarla al microscopio.
Biopsia por raspado (tangencial): El médico raspará las capas superiores de la piel con una pequeña navaja de bisturí. El sangrado que surge en el lugar de la biopsia se detiene al aplicar un ungüento un producto químico que detiene el sangrado, o al aplicar una pequeña corriente eléctrica para cauterizar la herida.
Biopsias por escisión o incisión: esto sirve para examinar un tumor que puede haber crecido en las capas más profundas de la piel, el médico puede que utilice una biopsia escisional.

Las biopsias de la piel se enviadas a un laboratorio donde un patólogo las exam-

ina con un microscopio. A menudo, las muestras se envían a un dermatopatólogo.

Según la etapa del tumor, entre las diferentes opciones de tratamiento se encuentran:
- Cirugía
- Tratamientos locales
- Radioterapia
- Quimioterapia
- Terapia dirigida a cánceres de piel de células basales
- Inmunoterapia

Las decisiones sobre el tratamiento dependerá de:
- La edad y estado general de salud
- La etapa del cáncer
- Los efectos secundarios
- La probabilidad de que el tratamiento combatirá el cáncer como podría beneficiarle de alguna otra manera

2 Objetivos

- Describir la enfermedad de carcinoma basocelular y cuales son las personas más afectadas en este tipo de cáncer.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Con el resultado de las exploraciones que se le hagan al paciente se determina el estadio del tumor, su ubicación, y si existe extensión a otras áreas del cuerpo.

5 Discusión-Conclusión

La gran importancia de coger a tiempo tumor y escoger un adecuado tratamiento. El carcinoma basocelular tiene un pronóstico muy bueno ya que se suele eliminar con una simple extirpación quirúrgica. Son tumores de crecimiento lento y que muy rara vez metastizan.

6 Bibliografía

- https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/basal-cell-carcinoma/symptoms-causes/syc-20354187.
- https://www.fesemi.org/informacion-pacientes/conozca-mejor-su-enfermedad/carcinoma-basocelular.

Capítulo 1162

LOS TÉCNICOS DE FARMACIA EN LA AUTOMEDICACIÓN Y SU REPERCUSIÓN EN LA SALUD

ANA MEDIO PÉREZ

1 Introducción

La automedicación ser refiere al uso de medicamentos por iniciativa propia, sin que exista ningún tipo de intervención por parte del profesional de la salud en el diagnóstico, en la prescripción ni en la supervisión del tratamiento.

La automedicación podría considerarse responsable cuando consiste en administrarse por su propio medio un determinado fármaco con el único objetivo de tratar síntomas menores como pueden ser el dolor moderado o la fiebre, pero únicamente por un tiempo muy limitado. Los medicamentos de venta libre no se convierten por eso en seguros e inocuos, dado que ningún medicamento lo es cuando se toma fuera del contexto y del propósito para el que fue fabricado. La publicidad masiva del rápido alivio hace incrementar el riesgo de caer en la automedicación no responsable. La automedicación es un hábito muy frecuente y peligroso y está muy extendido en la población.

Según estudios realizados, el 70% de los ciudadanos se automedica. La mayoría de estas personas lo hacen aconsejados por amigos o familiares o por tratamientos anteriores. Además, debido a la influencia de Internet, cada vez se busca más información por este medio sin saber que todo lo que está en la red ni es verdad ni es real, sin darse cuenta de las grandes consecuencias que esto puede acarrear para la salud.

2 Objetivos

El principal objetivo que se busca es dar a conocer la importancia y los riesgos que corren los pacientes y la población en general con la práctica de una automedicación no responsable, y que sean conscientes del grave peligro al que están exponiendo su organismo con esta práctica. Muchas de las veces incluso podemos estar causando un efecto contrario y tapar una verdadera enfermedad que pretendemos aliviar pensando que es otra.

3 Metodología

Se hizo una revisión bibliográfica en bases de datos como PubMed, Medline y Scopus.
Se realizó una búsqueda en varias páginas web como Scielo y Medine Plus.

Se consultaron artículos en revistas de ciencias de la salud.

Las palabras clave que se han utilizado han sido: automedicación, riesgos de automedicación, reacciones adversas, antibióticos, analgésicos, antiinflamatorios, farmacia, salud pública.

4 Resultados

Sin tener conocimientos sanitarios, muchas personas toman la responsabilidad de su propia salud y la de sus amigos o familiares en sus manos. Sin ningún reparo sugieren remedios contra toda clase de dolencias sin tener en cuenta el peligro y las graves consecuencias que pueden ocasionar.

Debemos concienciar a la población para que se modere e incluso se acabe con esta práctica tan extendida y a la vez tan normalizada en la actualidad y sobre todo que seamos conscientes de los efectos secundarios que puede conllevar para nuestra salud, desde una falta de efectividad, síntomas de dependencia o adicción, resistencia a antibióticos, enmascaramiento de la enfermedad o agravamiento de ésta, y en algunas ocasiones hasta la muerte.

5 Discusión-Conclusión

Los grupos de medicamentos más utilizados son los analgésicos, los antiinflamatorios y los antibióticos. En el momento en el que suframos alguna dolencia, la

mejor elección es dirigirnos a un profesional de la salud, ya que el organismo de una persona no es igual que el de otra y podrían reaccionar de maneras muy distintas, por lo tanto la mejor opción es no poner en riesgo nuestra vida ni la de los demás con estas prácticas peligrosas para la salud.

La educación sanitaria y la información al paciente también deben ser herramientas primordiales del profesional para que la automedicación responsable sea una conducta adquirida por el paciente.

6 Bibliografía

- Automedicación: riesgos y beneficios. CADIME (Centro Andaluz de Información de Medicamentos) 1996.
- Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Campañas de Salud de 2005, 2006 y 2007. Uso racional de los medicamentos. Disponible en:http://www.msc.es/campannas/campanas08/home.htm.

Capítulo 1163

UNIDAD DE TRABAJO SOCIAL

RAQUEL GONZALEZ GARCIA

LAURA DIAZ MAYO

SANDRA ALONSO FERNÁNDEZ

ROCIO ALONSO FERNÁNDEZ

MARIA BEJAR PEREZ

1 Introducción

La Unidad de Trabajo Social Hospitalario es un servicio especializado que atiende a la localidad agregada al entorno Hospitalario, que presente riesgo de equívoca social o equívoca social implantada, y que tienen en conjunto ”la enfermedad y las consecuencias que se derivan de la misma”, pudiendo ser de diferentes cánones comunes como atención personal, emocional, de relación con el entorno u otras.

Se centrará primero en el paciente y su familia, y se desempeñará mediante la intervención individualizada y en el apoyo familiar.

Los trabajadores sociales médicos representas muchas funciones y responsabilidades, dependiendo del tipo de problema con el que están trabajando. Algunas de las funciones a las que están expuestos son:
- Evaluaciones: Se evalúa las necesidades y la salud de los pacientes, mental como física. Con esto se orienta el proceso de la atención de principio a fin.

- Coordinar los recursos y apoyos: Hay ayudar a los pacientes a encontrar los recursos sanitarios o apoyos comunitarios que se necesitan para mejorar su estado, pueden ayudarse entre sí otros servicios y ONG.
- Asesoramiento al paciente: Se explican las diferentes opciones a los pacientes, para que puedan tomar una buena decisión al problema.
- Referencias profesionales: Donde cada uno puede recomendarse para otros profesionales que también puedan ser de ayuda al problema.
- Intervención en crisis: Pueden hacer frente a situaciones de emergencia que requieran la intervención y la atención rápida.
Consejería y terapia: Cuando los pacientes y sus familias tienen problemas los trabajadores pueden ayudarles con situaciones y decisiones difíciles.
- La planificación del alta: El trabajador social médico maneja el proceso del alta.
- Trabajar con el equipo de tratamiento: Los trabajadores sociales médicos son siempre parte del equipo que incluye a médicos y otros especialistas, todos trabajando juntos para garantizar un tratamiento integro.
- Representación: Trabajadores sociales en salud son la voz de sus pacientes. Deben asegurarse de que se cumplan todas sus necesidades mentales, emocionales y físicas.
- Trámites: Llevan el plan de tratamiento, mantener documentación necesaria puesta al día, y escribir informes o recomendaciones formales.

2 Objetivos

El objetivo principal sería ayudar a los pacientes en todo lo relacionado con la ciudadanía en los servicios sociales y todo lo que representan en el entorno.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Los resultados obtenidos se mantienen en las ayudas a pacientes en riesgo de exclusión social, ya que proporcionan la información, orientación, valoración y asesoramiento con todas las dudas que puedan surgir durante el tratamiento proporcionado.

También se derivan a otros servicios de protección social si fuera necesario.

5 Discusión-Conclusión

Partimos de la conclusión de que los trabajadores sociales tienen la mayor responsabilidad respecto a la organización, paciente y sociedad; por lo tanto, ejemplos como la discriminación y el lucro van en contra de la ética moral de dichos trabajadores.

6 Bibliografía

- https://www.oviedo.es/vive/asistencia-y-proteccion-social/-necesitas-ayuda-/unidades-de-trabajo-social
- https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/docs/proteccion08.pdf
- https://www.areasaludcaceres.es/organigrama/servicios/15-unidades-de-area/253-unidad-de-trabajo-social-hospitalario.html
- https://www.saludcastillayleon.es/CHLeon/es/carteraservicios/servicios-sanitarios-atencion-ciudadano/trabajadores-sociales

Capítulo 1164

PROMOCIÓN DELA SALUD

ROSANA FERNANDEZ PEREZ

SARA MÉNDEZ GARCÍA

EVA GONZALEZ LOPEZ

MARCO ANTONIO LÓPEZ CHACÓN

LUCÍA LÓPEZ SAMA

1 Introducción

La promoción de la salud permite que las personas tengan un mayor control de su propia salud. Abarca una amplia gama de intervenciones sociales y ambientales destinadas a beneficiar y proteger la salud y la calidad de vida individuales mediante la prevención y solución de las causas primordiales de los problemas de salud, y no centrándose únicamente en el tratamiento y la curación.

Podemos diferenciar tres partes que siempre van ligadas:

- Componente biológico: la herencia genética determina nuestra estructura física, algunas enfermedades .

- Componente químico: tiene su importancia de herencia genética pero también adquirida a lo largo de nuestra vida.

- Componente social: las relaciones del ser humano con las personas que le rodean también dejan marcado su entorno.

No podemos olvidar que la mayoría de las personas a las que atenderemos tiene limitaciones y dificultades en uno varios de los componentes.

2 Objetivos

Objetivos principal:
- Atender a las personas de manera integral cuando se conozcan sus necesidades, aunque todos somos diferentes tenemos las mismas necesidades básicas.

Objetivos secundarios:
- Transformar las condiciones de vida que puedan estar influyendo negativamente sobre la salud.
- Estimular hábitos saludables de vida.
- Posibilitar el acceso a oportunidades de información, económicas, científicas y tecnológicas que favorezcan el control sobre la propia salud.

3 Metodología

Revisión bibliográfica, búsqueda de información online. Investigación sistemática en artículos y libros científicos. Lecturas de varios artículos en prensa digital y escrita durante dos años.
Asistencia a cursos. Búsqueda sistemática en diversas bases de datos como Pubmed, Scielo y Medline.

4 Resultados

Varios modelos nos hablan de las necesidades tanto fisiológicas y psicológicas del ser humano.

MODELO DE MASLOW (PIRAMIDE):
Agrupa las necesidades humanas en cinco niveles, a medida que satisfacemos las necesidades el ser humano progresa como persona, crece y desarrolla más necesidades pasando a desarrollar el nivel superior , en la base las básicas y en lo más alto las más refinadas.

MODELO DE KALISH: dividió las necesidades fisiológicas en dos niveles:

1. Necesidades de supervivencia.
2. Necesidades de estimulación.

Es útil para ayudar al profesional sanitario en la recogida de datos. Kalish modificó la pirámide de Maslow.

MODELO DE VIRGINIA HENDERSON:
Modelo más divulgado en el entorno sanitario, 14 necesidades básicas, no jerarquiza las necesidades como los modelos anteriores, necesidad libre para practicar la fé.

5 Discusión-Conclusión

Se recomienda aumento de las áreas verdes, esto esta demostrado que anima a realizar actividad física por lo tanto una mejor calidad de vida. En la actualidad, todo proyecto urbanístico tiene entre sus prioridades definir y crear zonas verdes.

Creación de gimnasios al aire libre; desde hace varios años, en el contexto español, se han visto surgir los llamados gimnasios al aire libre, espacios en los que gratuitamente las personas pueden realizar deporte. De esta forma se estimula la actividad física y todos los beneficios para la salud que trae aparejada.

Campañas antitabaco; son muy numerosas las acciones que tienen por objetivo evitar o eliminar la adicción al tabaco. Desde las leyes que prohíben fumar en espacios colectivos que no están al aire libre, hasta los programas específicos de prevención que existen en los centros hospitalarios.

Información alimentaria que se facilita al consumidor; desde hace algunos años es obligatoria que los productos alimenticios procesados lleven información nutricional detallada sobre el aporte energético, las grasas saturadas, los azúcares y la sal. Con esta medida se persigue que los consumidores tomen decisiones más informadas sobre lo que consumen desde el punto de vista nutrición.

6 Bibliografía

- www.paho.org.
- www.who.int.
- www.insst.es.

Capítulo 1165

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE PULMÓN

SARA MARTÍNEZ GARCÍA

ANDREA MARTÍNEZ ÁLVAREZ

ELENA FERNANDEZ RIVERA

GRACIELA GARCIA SUAREZ

NEREA DIAZ ALVAREZ

1 Introducción

El cáncer de pulmón es uno de los más comunes en el mundo, siendo la causa de aproximadamente 1.200.000 muertes en el año 2002: la primera causa de muerte por cáncer entre los hombres (22,3% del total de fallecimientos por tumores malignos) y la segunda entre mujeres, tras el de mama (11,3% del total de muertes por cáncer) aunque en muchos países europeos y de Norteamérica la mortalidad femenina por cáncer de pulmón ya supera al de mama.

En España se detectan 28.645 nuevos casos cada año y fallecen unas 18.000 personas: 16.000 hombres y unas 2.000 mujeres, recalcando que, si se compara la mortalidad con el resto del mundo, se puede considerar alta para el sexo masculino, solo superada por los países de Europa del Este. Se estima que sin las medidas preventivas adecuadas, se llegará a cifras de 2.300.000 fallecimientos en 2030.

Según los últimos datos publicados, un 10,7% de los pacientes sobreviven más de 5 años. Es uno de los tumores con peor pronóstico (junto con el cáncer de hígado, páncreas y esófago) debido a la agresividad del tumor en sí y la dificultad de realizar un diagnóstico a tiempo.

Aunque cabe destacar que esto último es cada vez más preciso, ya que ha mejorado el proceso de estadificación con el avance de nuevas técnicas endoscópicas y de imagen. También se ha progresado a nivel anatomopatológico y molecular con el uso de nuevos biomarcadores, y en el estudio de la relación del tumor con el cuerpo del paciente (vascularización, sistema inmunológico, etc).

Se pueden enumerar varias causas o factores que tienen relación con el cáncer de pulmón:
- Tabaco: entre el 80-90% de estos tumores se dan en fumadores o personas que lo hayan dejado recientemente. Este hábito suele corresponderse más concretamente con el carcinoma epidermoide y con el cáncer de células pequeñas, y se da con menor frecuencia en el adenocarcinoma; son datos meramente estadísticos, ya que no hay evidencia de que fumar esté asociado a un tipo específico u otro (histológicamente hablando). Los fumadores tienen un riesgo de 10 a 20 veces mayor de padecer esta enfermedad que los no fumadores.

- Las ocupaciones laborales: las personas que, debido a su trabajo (minería, aislamientos, textil…) han mantenido contacto con sustancias consideradas carcinógenas como el asbesto, el plomo o el níquel, presentan unas cifras más altas con cáncer de pulmón y pleura.

- Edad y sexo: el riesgo es más alto a medida que aumenta la edad, y son los hombres los que poseen una tasa de incidencia tres veces mayor que las mujeres.

- Determinadas enfermedades: los pacientes diagnosticados con EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica) tienen mayor riesgo de padecer un cáncer de pulmón.

- Factores genéticos, contaminación, etc.

2 Objetivos

- Llegar a un diagnóstico correcto y fiable en un paciente con varios factores de riesgo, el cual padece síntomas de algún tipo de enfermedad en las vías respiratorias.

3 Caso clínico

Paciente de 66 años jubilado. Trabajó como minero picador durante 25 años. Ex fumador desde 2009 de 25 cigarros/día. Bebedor aprox. de 50 g/día.

Factor de Riesgo Cardiovascular (FRCV): hipertensión arterial. Cardiopatía isquémica tipo SCASEST con revascularización y angioplastia coronaria transluminal percutánea + stent coronario en 2009.

Disnea habitual grado III mMRC. En seguimiento en Neumología por EPOC GOLD II y neumoconiosis simple.

Refiere cuadro de dos meses de evolución de tos con hemoptisis color rojo fresco todos los días de al menos 20 cc, en ocasiones con coágulos. Ya había presentado varios episodios hace un año que se trató con antibioterapia con mejoría parcial.

Dada la hemorragia, el paciente presenta anemia en analítica sanguínea hecha anteriormente.
Ingresa en Medicina Interna, con posterior trasladado a Neumología.

Se le practica una embolización bronquial, realizada mediante punción de la arteria femoral común derecha, sin complicaciones durante la realización del procedimiento.

Se realiza una radiografía para descartar una posible neumonía y posteriormente, un TC de tórax tras la administración de contraste intravenoso en el que se observan varios infiltrados parenquimatosos, situándose los de mayor tamaño en el lóbulo superior derecho y língula, de 8 y 20 mm respectivamente, teniendo una citología de esputo sospechosa de malignidad.

Tras el hallazgo de estas lesiones pseudonodulares en TC, se realiza PET-TC. En esta prueba, se objetiva un gran infiltrado parenquimatoso hipermetabólico a nivel de língula y a nivel del segmento posterior del lóbulo superior derecho.

Aunque los hallazgos pudieran ser compatibles con afectación maligna, el ligero hipermetabolismo de las mismas y su morfología orientarían más a un proceso inflamatorio.

Ante la imposibilidad de PAAF, se opta por BAG de língula y lóbulo superior derecho guiadas por TC. Los cilindros obtenidos son enviados al servicio de Anatomía Patológica para su análisis histológico.

4 Discusión-Conclusión

Las distintas especialidades de la medicina que trabajan juntas en estos casos (neumólogos, radiólogos, oncólogos, etc) debaten sobre el perfil y los biomarcadores que deben tener los afectados por esta enfermedad para que se les practique esta nueva modalidad de tratamiento llamada inmunoterapia.

De manera sencilla, se puede describir la inmunoterapia (también denominada como terapia biológica) como el uso de medicinas para que las defensas naturales de la persona se estimulen, reconozcan y destruyan las células cancerosas con mayor eficacia. Utiliza sustancias producidas por el propio organismo o bien en un laboratorio, para mejorar o restaurar la función del sistema inmunitario.

Recientes estudios están barajando la posibilidad de administrar en personas que no pueden ser operadas, inmunoterapia junto a radioterapia, ya que se cree que se podría reducir aún más el tamaño del tumor y tal vez ayudar a los pacientes a vivir más tiempo.

Los profesionales del Grupo Español de Cáncer de Pulmón subrayan que este tipo de tumor es uno en los que más ha aumentado la supervivencia en el último lustro, ya que puede beneficiarse de los hallazgos realizados en inmunoterapia, biomarcadores y terapias personalizadas.

5 Bibliografía

- Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA).
- https://www.aecc.es/es/todo-sobre-cancer/tipos-cancer/cancer-pulmon/evolucion-cancer-pulmon.
- https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-pulmon/acerca/nuevas-investigaciones.html.
- https://www.gecp.org/2019-ano-clave-para-elevar-los-recursos-en-investigacion-del-cancer-de-pulmon-segun-el-gecp/.
- https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-pulmon/tratamiento-no-microcitico/inmunoterapia.html.

Capítulo 1166

ANÁLISIS E HISTORIA DE LA REALIZACIÓN DE UNA MAMOGRAFÍA.

ANDREA GONZALEZ ALVAREZ

1 Introducción

El cáncer de mama es un problema de salud pública a nivel de todo el mundo. Su alta incidencia, implicaciones biológicas, diferentes procesos psicológicos y físicos hacen de esta enfermedad un problema de la sociedad desde tiempos inmemoriales hasta la actualidad.

La historia de la mamografía empezó en una simple radiografía de una pieza de mastectomia.
En 1937 Hicken presenta un nuevo método de diagnóstico por imagen al que llama mamografía.

2 Objetivos

- Promover la detección precoz del cáncer de mama y reducción de la incidencia del mismo en estado avanzado. La tasa de supervivencia para las mujeres con cáncer de mama de incrementa drásticamente cuando se diagnostica en una etapa temprana.

3 Metodología

Existen dos tipos de mamografías, la mamografía convencional y la mamografía digital.
- La mamografía convencional es la más antigua y utiliza chasis y películas radiográficas.
- La mamografía digital. Es la más moderna y mejorada que no utiliza película, se puede manipular ya archivar las imágenes en formato digital.

Posiciones y proyecciones:
Es muy importante obtener un buen posicionamiento de la paciente.

Posiciones:
Bipedestación o sedestación. Posición de la mamá:pezón paralelo a la placa, evitar pliegues cutáneos y una buena comprensión para poder visualizar correctamente el tejido mamario.

Proyecciones:
Craneocaudal, oblicua medio lateral a 45°. Estás son las más comunes.
Las proyecciones complementarias son la lateral pura, medio lateral, lateral medial, localizada y magnificada.

4 Resultados

Cómo resultado obtenemos unas imágenes correctas para un buen diagnóstico.

5 Discusión-Conclusión

Indicaciones:
- Detección precoz.
- Sensibilidad por encima del 90%.

Contraindicaciones:
- Utilización de radiación ionizante.
- Es un estudio molesto por la comprensión.
- Falso positivo.

6 Bibliografía

- Manual de Masson y Elsevier.

Capítulo 1167

EL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN RADIOLOGÍA EN EL TAC

ROBERTO RECHE LÓPEZ

JAVIER AGUADO SALAMANCA

1 Introducción

El consentimiento informado es el método mediante el cual los profesionales sanitarios pueden garantizar que el paciente comprenda, entiende y aprueba para la realización de la prueba diagnóstica, se encuentra detallado toda la información acerca del estudio que se realiza, los objetivos de éste, sus beneficios, sus contraindicaciones y sus posibles efectos secundarios como puede ocurrir en la utilización de los contrastes.

2 Objetivos

- Analizar la importancia del consentimiento informado para el paciente y para el profesional sanitario en la realización de pruebas radiológicas con contraste en el TAC.

3 Caso clínico

Realización de la prueba diagnóstica radiológica a un hombre de mediana edad en el hospital central universitario (realización del TAC).

4 Discusión-Conclusión

Es fundamental informar a los pacientes de forma adecuada y correcta sobre los posibles efectos que pueden producir el uso de medios de contraste intravenoso en la realización de la prueba.

El paciente debe conocer porqué se le realiza la prueba, la utilización del medio de contraste y los riesgos que implica dicho contraste.

El consentimiento informado es una constancia por escrito de que el paciente ha sido correctamente informado, conoce los riesgos de la prueba y su aprobación para realizar el estudio radiológico (TAC).

5 Bibliografía

- www.seram.es.
- www.scielo.org.
- www.medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 1168

DETECCION DE LA FRACTURA DE CADERA MEDIANTE RAYOS X

VANESSA GARCIA PINTUELES

IRENE VIVAS PAREDES

JAVIER CABEZA ANTUÑA

1 Introducción

Los pacientes que padecen una fractura de cadera, suele ser por una caída previa y acuden al servicio de urgencias. El 90% de este tipo de fracturas ocurre en pacientes de más de 64 años. Estas fracturas suponen a día de hoy un gran coste económico y gran impacto social y sanitario por el número de elevados casos en pacientes ancianos. En muchos casos, la sospecha de este diagnóstico es evidente ya que en la exploración se ve que son incapaces de caminar y sufren un acortamiento y rotacion externa de la extremidad donde sufren la rotura. En otros casos menos ocasionales solo sufren dolor mínimo en la ingle, gluteo o rodilla y pueden caminar. En muchos casos, el diagnóstico por radiografía es poco apreciable y se necesitan estudiosmas precisos como el TC Y RM. La fractura de cadera es la complicación mas importante de la osteoporosis, En muchos casos, no siempre se cumple que el paciente debido a la caida, rompe la cadera, sino que rompe la cadera previamente debido a la osteoporosis que presenta y después se cae. Los principales factores de riesgo son: sexo femenino, alcohol, antecedentes previos de fractura de cadera, demencia etc.

Teniendo en cuenta la localización de la fractura, estos se clasifican en varios tipos: Fracturas intracapsulares y extracapsulares. Las intracapsulares son aque-

llas que afectan al cuello femoral y en casos mas raros que se asocian a mas a luxaciones, las de las fracturas de la cabeza femoral. Las fracturas quebafectan al cuello femoral se clasifican según el metodo Garden en cuatro tipos. El primero fractura imcompleta en valgo, las de tipo dos, fractura completa sin desplazamiento, las de tipo tres, fractura con desplazamiento pacial y las de tipo cuatro, fractura completa y totalmente desplazada. Las fracturas tipo uno y dos sufren menor riesgo de necrosis avascular(NAV).

Las fracturas extracapsulares, son aquellas llamadas intertrocanterias y subtrocanterias. Se localizan, sobre hueso que esta vascularizado. Estas fracturas, producen mas inestabilidad hemodinámica y dolor a diferencia de las intracapsulares. Las hay de dos tipos, las estables son aquellas que una vez reducidas, poseen contacto cortical posterior y medial y las inestables son, el resto de fracturas y las de trazo invertido. El tratamiento para las fracturas de cadera pueden ser, ortopédico o quirúrgico dependiendo del tipo de paciente. No todos los pacientes son aptos para realizar un tratamiento quirúrgico. El tratamiento mediante cirugía va a depender del tipo de fractura, de la edad, y del grado de desplazamiento. El tipo de protesis a utilizar dependiento de todo lo anterior será de tornillo canulado, tornillo-placa deslizante o clavo endomedular.

2 Objetivos

- Diagnosticar la fractura.
- Identificar el tipo de ella mediante radiografia.
- Proceder al tratamiento correspondiente.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Para diagnosticsr la fractura de cadera mediente rayos procederemos a realizar una primera proyeccion AP de pelvis o de cadera bilateral y después una oblicua de la cadera afectada. La proyeccion AP bilateral de cadera o pelvis se muestran las posibles fracturas, artropatias degenerativas y lesiones oseás. El paciente para esta proyeccion se colocara en decubito supinoen la mesa de rayos x y los brazos cruzados sobre el toráx. No debemos rotar las piernas del paciente a rotación interna porque ante todo estamos ante una sospecha de fractura de cadera. Debemos dejar la pierna tal y como esta. La técnica que usaremos sera de 80-85kV y 12mAs. Debemos asegurarnos que la pelvis no este rotada. El rayo central ira dirigido perpendicular al receptor de imagen a un punto medio entre el nivel de la asis y la sínfisis púbica. La distancia entre el foco-película será de un metro. En la imagen final debemmos visualizarla cintura pélvica, la L5, sacro y coxis, cabezas y cuellos femorales y los troncanteres mayores. Sabremos que la posición es correta si en la imagen no se ven los trocanteres menores de ser así, el paciente estaria rotado.

En la proyección unilateral en "anda de rana" se muestra en la imagen un vista lateral para examinar la articulación de la cadera y el fémur proximal. El paciente se colocará sobre la mesa de rayos x en decubito supino, brazos cruzados sobre el torax. Le colocaremos flexionandole la rodilla sobre la cadera del lado afectado con la planta del pie contra la parte interna de la pierna opuesta. El ángulo que debe formar el fémur es de 45 grados. En caso de que el paciente no pueda realizar esto se le colocarán unas almohadillas sobre la extremidad opuesta a la altura de la cadera de tal manera que, la cadera afectada quede oblicua. La técnica a usar será de 80-85 kV y 12 mA. El rayo central debe ser perpendicular al receptor de la imagen e irá dirigido a la parte media del cuello femoral. La distancia foco-película es de un metro. En la imagen final de esta proyeccion se deben visualizar las vistas laterales del acetábulo y de la cabeza y cuello femoral, el area trocantérea y el tercio proximal del femúr. La posicion del paciente será correcta si en la imagen observamos el cuello femoral de perfil con superposición del trocanter mayor.

5 Discusión-Conclusión

En ocasiones, debido al tipo de fractura o bien fisura, la imagen radiografica resulta dudosa por lo que, debemos realizar pruebas más específicas como el TC o

la RM.

6 Bibliografía

- https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0211139X12000728?via%3Dihub
- http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-71992002000800002&script=sci_arttext&tlng=pt
- https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=92818
- https://www.ucm.es/data/cont/docs/420-2014-02-18-21%20Fracturas%20de%20cadera.pdf
- https://www.msdmanuals.com/es-es/professional/lesiones-y-envenenamientos/fracturas/generalidades-sobre-las-fracturas?gclid=CjwKCAiA98TxBRBtEiwAVRLqu69N250A-liYyzo6EkqygDYuBvMr_2R3P3Z7muNwh1nOXF6I7JUR9RoCyFQQAvD_BwE
- Kenneth L. Bontrager & John P. Lampignano. Proyecciones radiológicas con correlación anatómica. Editorial Elservier Mosby.

Capítulo 1169

EL PAPEL DE LA RADIOLOGIA EN LESIONES DEPORTIVAS.

JORGE ALVAREZ RODRIGUEZ

ANA ISABEL MENENDEZ MENENDEZ

1 Introducción

La creciente preocupación por la salud ha derivado en un incremento de las prácticas deportivas, lo que conlleva un aumento tambien en el número de las lesiones. En este área de la medicina deportiva, la radiología ha adquirido un papel fundamenteal gracias al rápido avance que han sufrido las pruebas de imagen, ya que éstas son la base de un diagnóstico acertado.

2 Objetivos

Conocer la importancia de un buen diagnóstico en las lesiones deportivas para aplicarles así el tratamiento adecuado.

3 Metodología

Para el estudio sobre lesiones deportivas y su relación con la radiología se ha realizado una búsqueda en bases de datos como medline, y páginas web relacionadas , así como artículos deportivos. De toda la información recogida se han elegido 6 artículos para un estudio más detallado.

4 Resultados

Las RX convencionales siguen siendo útiles en el caso de fracturas evidentes, pero son insuficientes a la hora de diagnosticar fracturas pequeñas o multifracturas en un solo hueso. Para esto el TAC se presenta como la prueba de elección.

La ecografia es imprescindible para el diagnóstico y control de la evolución de las lesiones musculares, asi como para visualizar taponamientos causados por golpes.

La RMN es la más empleada en la detección y control de lesiones deportivas: para traumas articulares,ligamentosos y tendinosos.

La dosis de radiacción es un factor a tener en cuenta cuando se realizan técnicas de imagen de lesiones deportivas, sobre todo dada la juventud de la mayoría de los jugadores.

5 Discusión-Conclusión

No solo se trata de detectar la lesión, si no de hacerlo antes de que el tratamiento sea mas difícil. El tratamiento varia según la gravedad de las lesiones, por lo general se resuelve con fisioterapia,hielo, analgésicos, AINES, descanso..y en última instancia la cirugia.

La prevención tambien juega un papel muy importante, con calentamiento adecuado, una alimentación e hidratación adecuada, ropa y cálzado comodo..

Para el deportista es crucial un diagnóstico adecuado, su pronóstico y saber cuando podrá volver a competir.

6 Bibliografía

- www.zonahospitalaria.com
- www.fifamedical.es
- www.seram.es
- www.topdoctors.es

Capítulo 1170

LA CONVIVENCIA CON EL PACIENTE ONCOLÓGICO.

MARIA NUEVO SILVA

CLAUDIA SUÁREZ FERNÁNDEZ

ELENA FERNANDEZ RIVERA

NOELIA GONZALEZ TANDA

PILAR FERNÁNDEZ NÚÑEZ

1 Introducción

El día a día de cada persona implica dedicar todas nuestras fuerzas a conseguir nuestros objetivos y compartirlos con amigos y familiares. Pero, desafortunadamente, estos objetivos se ven truncados en algunos momentos por la aparición de una enfermedad. Una grave enfermedad nos separa de nuestros amigos, de nuestra familia y de nuestros objetivos y planes de futuro. Las reacciones ante una enfermedad por parte de quien la padece suelen ser negación y actitud negativa. Esta también puede despertar sensaciones como rabia, tristeza, decepción…

Estas reacciones impiden ver a la persona que enferma que los que están a su alrededor solo intentan ayudarle, pero su pensamiento no es claro ni racional, lo que alarga el proceso de aceptación.
El mayor sufrimiento para los pacientes oncológicos es el psicológico, puesto que ven mermadas sus capacidades para llevar a cabo su vida diaria, seguir desempeñando su trabajo, dejan de lado el ocio y navegan en la incertidumbre sobre

cual será el final de su enfermedad. El dolor también ocupa un importante lugar entre las preocupaciones del paciente.

2 Objetivos

- Ayudar al paciente a aceptar una enfermedad conociendo las mejores técnicas y actitudes en el trato diario con él.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Algunos autores como Shelen, Söller relatan que por patologías y géneros los mayores niveles de ansiedad son experimentados por mujeres con cáncer de mama y, por edad, aquellos pacientes entre 45 y 60 años. En lo referido al cancera de mama encontramos un 1% de mujeres con cuadros ansioso-depresivos en grados moderado a severo. En torno al 40% de dichas mujeres manifiestan abiertamente su necesidad de recibir ayuda o tratamiento psicológico. En el lado opuesto están los pacientes que minimizan o niegan la existencia de sufrimiento emocional.

En el trato diario con los pacientes del servicio, se observa, como bien refieren estos autores, una mayor afectación de pacientes femeninas en el anterior rango de edad antes mencionado, coando por parte de los hombres suele detectarse mas preocupación por el sufrimiento físico o los efectos secundarios.
Acercamiento del paciente-sanitario: Aunque se trate de una intervención breve, es diaria. El profesional debe de evitar ser el que mas hable o limitarse a dar únicamente indicaciones al paciente para la aplicación del tratamiento. También se debe de evitar sugerencias poco prácticas como (tranquilícese, relájese…)

Relajación: ayudar al paciente a que se sienta relajado es diferente a pedirle que se tranquilice. Una de las técnicas mas efectivas es guiarle para que controle su respiración, guiándola hasta el estómago por la zona de debajo del ombligo, con inspiraciones lentas y rítmicas e indicándole expulsar el aire lentamente

Podría decirse que en algunos casos los resultados son discordantes, ya que en ocasiones se consigue que el paciente no abandone sus actividades diarias, pero no que disminuya las emociones negativas. En otros casos disminuye la ansiedad con la información pero no hay certeza de que aumente el conocimiento sobre el tratamiento y sus efectos secundarios.
Centrándono en el caso de la radioterapia un elevado numero de pacientes manifiesta rapidamente sensación de cansancio, que puede atribuir a la radiación, a su negatividad, a la reactivación de la enfermedad, a los desplazamientos diarios al hospital o a los efectos secundarios de la misma. Existe también otro grupo de pacientes que no encuentra explicación para estos síntomas, lo que también podría derivar en un estado depresivo.

Por ello los pacientes que reciben una información clara y detallada, cálida y cordial por parte del personal sanitario presenta un mejor bienestar psíquico
En el caso del los sanitarios que tratan con un paciente oncológico el trato es diarios y se debe de interactuar cordialmente con el, y no solo poner en prácticas las habilidades específicas, sino también las de comunicación. Que el paciente sienta confianza, que sepa que se le escucha y que sepa que sus dudas pueden ser resueltas en cualquier momento por los profesionales que forman el servicio

5 Discusión-Conclusión

Pare poder ayudar al paciente oncológico debemos intentar entender su sufrimiento, las circunstancias personales y familiares que le rodean y nunca juzgarlo..

6 Bibliografía

- Humanizacion del paciente https://www.radioncologa.com
- http://www.buromedicos.com
- www.aecc.com

Capítulo 1171

PROTECCION AL PACIENTE DURANTE UNA SESION DE IMAGEN PARA EL DIAGNOSTICO

SILVIA RODRÍGUEZ ALGORA

1 Introducción

Los procedimientos de imagen para el diagnóstico , rayos X o medicina nuclear, suponen un gran avance para la prevención, tratamiento y diagnóstico de enfemedades , especialmente el cáncer. Pero a su vez representan un riesgo para el paciente, por lo que el Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico y Medicina Nuclear deben llevar a cabo un estricto protocolo de protección.
Los estudios deben programarse con la suficiente antelación para que la sala esté preparada y el paciente se encuentre en las mejores condiciones.

2 Objetivos

- Prevenir la radiación innecesaria.
- Proteger contra la radiación.
- En la admisnitración de contrastes aplicar medidas de seguridad específicas para cada paciente.
- Vigilancia exhaustiva de la zona de radiación.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Dado que no todos los pacientes que se exponen a una radiación presentan los mismos riesgos hay que individualizar en cada caso . La masa corporal, la edad, patología de paciente, la exposición previa a radiaciones son factores a tener en cuenta .
Los niños y las mujeres embarazadas o con lactancia materna requieren especial atención.
Por tanto, para reducir la radiación externa es necesario controlar los siguientes parámetros:
-DISTANCIA: debe ser la máxima posible respecto de la fuente emisora de la radiación. La dosis disminuye con la distancia.
TIEMPO: debe ser el menos posible. La dosis es directamente proporcional al tiempo de exposición.
BLINDAJE : cuando la combinación de tiempo y distancia no reduce la dosis a niveles permisibles hay que interponer una barrera de material absorbente entre la fuente y el usuario.

5 Discusión-Conclusión

Es muy importante que los usuarios sean conocedores del riesgo que supone exponerse a radiaciones a veces innecesarias.
Pero debido a los protocolos de screening de tumores que hoy día se llevan a cabo por ejemplo del cáncer de mama que requiere de la realización de mamografías, los TAC de control en pacientes oncológicos , las radiografías de control en postoperados de traumatología , los avances en tratamientos con el uso de la radiología intervencionista es primordial extremar las precauciones y concienciar a los usuarios y al personal sanitario que está en contacto con radiaciones

de la importancia de la medidas de prevención y del uso de los dispositivos de protección.

6 Bibliografía

- www.seguridaddel paciente.es www.csn.es
radioproteccion.org.ar http://servei.org

Capítulo 1172

EL SÍNDROME DE JOUBERT.

BEGOÑA MILAGROS DEL VALLE MENENDEZ

MARÍA TERESA RODRÍGUEZ FAZA

CARMEN SARA SUAREZ JIMENEZ

BEA PENA ARTIME

SILVIA GAITERO NOVAL

1 Introducción

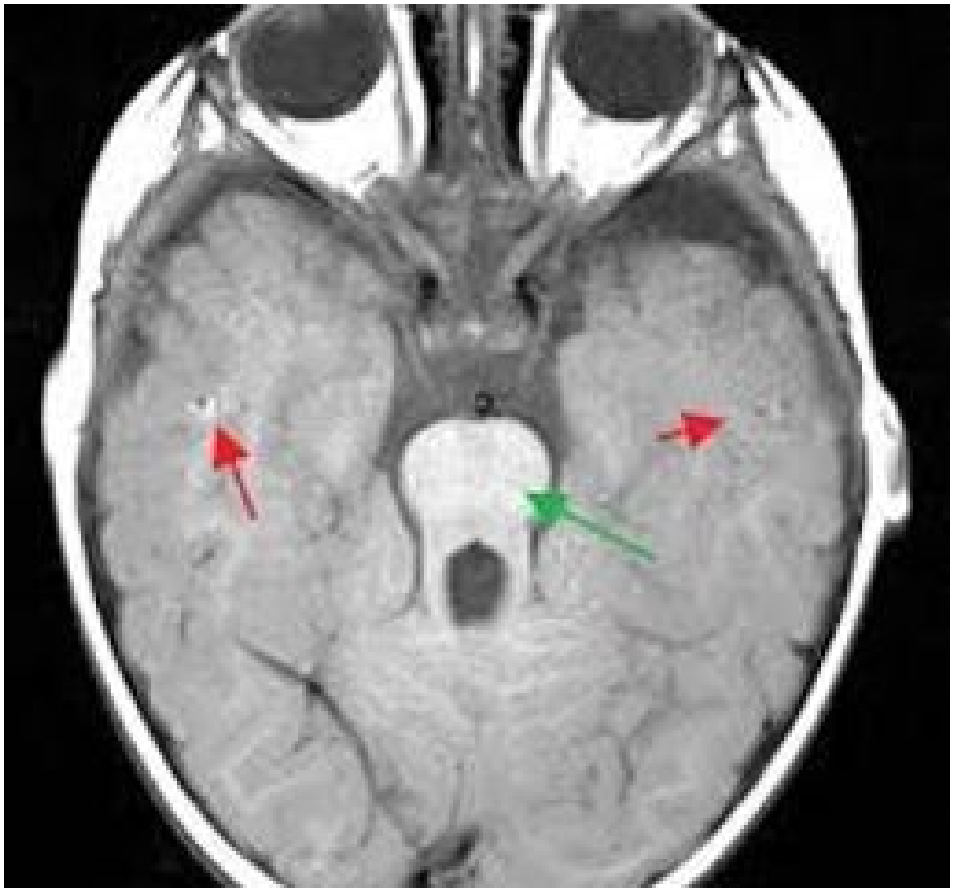
El síndrome de Joubert es una enfermedad neurológica cognitiva que se caracteriza por una malformación en estructuras cerebrales (mesencéfalo y cerebelo) con un grado variable de disgenesia del vermis cerebeloso, por agenesia (desarrollo defectuoso) o por hipoplasia (desarrollo incompleto).
Este síndrome fue descrito por primera vez en 1969 y debe su nombre a Marie Joubert, neuróloga y pediatra.
La enfermedad es una afección autosómica recesiva (tienen que estar presentes dos copias del gen anormal para el desarrollo de la enfermedad) y es clínicamente heterogénea, ya que se puede presentar en algunos pacientes otros trastornos o anomalías como la amaurosis congénita de leber (enfermedad de la retina), nefronoptisis (enfermedad renal) y/o enfermedad renal medular quística.
Se estima que este síndrome puede afectar a 1 de cada 80.000 o 100.000 recién nacidos, aunque esta estimación puede ser demasiado baja, ya que este síndrome posee múltiples características y signo clínicos por lo que puede ser posible que no se diagnostique lo suficiente.

Las mutaciones genéticas que causan esta afección son más comunes en ciertos grupos étnicos, como las poblaciones judías ashkenazi, los francocanadienses y los huteritas.
Una de las características distintas del síndrome de Joubert es lo que se llama o se conoce como "signo del diente molar" que pueden apreciarse en los estudios de neuroimagen, como por ejemplo en estudios de resonancia magnética cerebral.
En esta prueba se puede observar un aumento de los pedúnculos cerebelosos superiores y en posición horizontal y junto a la unión puente-mesencéfalo elongada producen esa imagen del diente molar o muela.
En el periodo neonatal este síndrome se manifiesta con frecuencia por una respiración irregular (taquipnea episódica y/o apnea) y nistagmo (movimiento incontrolado e involuntario de los ojos)
En la etapa de la infancia puede aparecer una hipotonía (disminución del tono muscular) y más tarde, el paciente puede llevar a desarrollar ataxia cerebelosa (Marcha inestable y desequilibrio) y puede presentar también un retraso en el desarrollo motor.
También se pueden ver afectadas las facultades intelectuales pudiendo tener desde un déficit intelectual grave o una inteligencia normal o estándar.
En otras ocasiones al realizar un examen neuro oftalmológico al paciente es posible que se le detecte una presencia de apraxia oculomotriz o síndrome de Cogan (incapacidad para ejecutar movimiento oculares horizontales voluntarios).
Los pacientes pueden presentar un rostro característico:
- Cabeza grande.
- Frente prominente.
- Cejas altas y redondeadas.
- Pliegues del epicanto.
- Ptosis.
- Nariz respingona.
- Boca abierta.
- Movimiento rítmicos de protrusión de la lengua (sacar la lengua espontáneamente).
- Orejas de implantación baja.

Otras manifestaciones clínicas del síndrome implican:
- Distrofia retiniana.
- Polidactilia.
- Convulsiones.

Este síndrome puede originarse por mutaciones en más de 30 genes distintos.

Los estudios realizados apuntan a que las proteínas producidas a partir de estos genes, jugarían un papel importante con las estructuras celulares llamadas cilios primarios. Los cilios son vellosidades microscópicas del vermis cerebelar que sobresalen por la superficie de las células y están implicados en la detección del ambiente físico y la señalización química.
Las alteraciones de esta enfermedad vendrían de la ausencia o el bajo grado de desarrollo de la parte del cerebelo, el vermis y de los cilios localizados en la membrana plasmática de las células de esta estructura del cerebro que mueven el líquido cefalorraquídeo.



2 Objetivos

Conocer las distintas pruebas para el diagnóstico de esta enfermedad.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El diagnóstico del síndrome de Joubert se basa en datos clínicos y radiológicos. Este síndrome posee una variada sintomatología clínica que en algunos casos puede llevar a diagnósticos erróneos, para ello se realizan distintas pruebas clínicas para su diagnóstico correcto.
Algunas de estas pruebas son:
- Resonancia magnética de cráneo.
- Evaluación neurológica.
- Evaluación genéticas.
- Evaluación oftalmológica.
- Evaluación endocrina.
- Ecografía abdominal.
- Pruebas de función renal y hepática.

En cuanto a la clasificación radiológica de este síndrome, éste se puede dividir en disgenesia del vermis leve, moderada y severa. También existen otros 2 grupos con anomalías del cerebro y cerebelo o tronco cerebral y el otro, donde están ausentes las características radiológicas del síndrome.
A la hora de realizar una resonancia nuclear en las imágenes se pueden observar la ausencia parcial o completa del vermis cerebeloso, la fosa posterior normal o disminuida y una ausencia de la decusación piramidal (cruce de las fibras piramidales).
La realización de una ecografía abdominal tiene el objetivo de evaluar la fibrosis hepática o quistes renales y/o hallazgos compatibles con nefronoptisis.

5 Discusión-Conclusión

El síndrome de Joubert está catalogado como enfermedad rara caracterizada por síntomas que afectan a casi la totalidad del cuerpo (enfermedades respiratorias, neurológicas hepáticas… etc) de ahí la amplia realización de pruebas diagnósticas de gran variedad, citadas anteriormente, que contribuyen a descartar otras patologías comunes y llegar a la conclusión de este síndrome.
Este tipo de síndrome es una enfermedad con pocos casos diagnosticados, a dia de hoy se conocen 16 casos en España, y no existe un tratamiento curativo.

6 Bibliografía

1. “SÍNDROME DE JOUBERT:SÍNTOMAS CAUSAS Y POSIBLES TRATAMIENTOS”, Aprt. “¿Qué es el síndrome de Joubert?”, Autor: Unai Aso Poza https://psicologiaymente.com/clinica/sindrome-de-joubert.
2. “SÍNDROME DE JOUBERT:SÍNTOMAS CAUSAS Y POSIBLES TRATAMIENTOS”, Aprt. “Signos y síntomas clínicos”, Autor: Unai Aso Poza https://psicologiaymente.com/clinica/sindrome-de-joubert.
3. “SÍNDROME DE JOUBERT:SÍNTOMAS CAUSAS Y POSIBLES TRATAMIENTOS”, Aprt. “Causas”, Autor: Unai Aso Poza https://psicologiaymente.com/clinica/sindrome-de-joubert.
4. “SÍNDROME DE JOUBERT:SÍNTOMAS CAUSAS Y POSIBLES TRATAMIENTOS”, Aprt. “Diagnóstico”, Autor: Unai Aso Poza https://psicologiaymente.com/clinica/sindrome-de-joubert.
5. “EL SÍNDROME DE JOUBERT”, Aprt. “Recomendaciones médicas”, https://asociacionfabert.wixsite.com/fabert/blank-1.

Capítulo 1173

BIOPSIA DE MAMA (ESTEREOTAXIA) GUIADA POR EL MAMÓGRAFO

BEGOÑA MILAGROS DEL VALLE MENENDEZ

MARÍA TERESA RODRÍGUEZ FAZA

CARMEN SARA SUAREZ JIMENEZ

BEA PENA ARTIME

SILVIA GAITERO NOVAL

1 Introducción

La biopsia de mama por estereotaxia utiliza el estudio de mamografía para ayudar a localizar cualquier anomalía o patología en el seno mamario, mediante el estudio se extrae una muestra de tejido para su examen por el servicio de anatomopatología del centro sanitario.

Esta prueba se utiliza para diversos casos como pueden ser: una masa sospechosa, una distorsión en la estructura del tejido mamario o para microcalcificaciones (depósitos de calcio agrupados). Este tipo de prueba se realiza bajo la supervisión de un radiólogo, utilizando un proceso fácil e indoloro y menos invasivo para el paciente, a través del mamógrafo. La realización de la prueba consiste en una prueba ambulatoria con el paciente, la mayoría de las veces, en decúbito lateral y en raras ocasiones en posición sentada. Se coloca la mama afectada en el mamógrafo estereotaxico, se comprime la zona donde se localiza la lesión y se realizan

varias imágenes mamográficas preliminares a 0º, +15º y -15º y estas imágenes son evaluadas por el radiólogo.
Una vez identificada la lesión o anomalía por parte del radiólogo el ordenador genera una información con unas coordenadas y éstas se envían al aparato de la biopsia. A continuación, se inyecta anestésico en la piel y a nivel más profundo del tejido mamario. Después, se realiza una pequeña incisión con un bisturí para insertar la aguja de biopsia, se introduce la aguja en la mama y se confirma nuevamente, con la realización de placa de mama, si la aguja está correctamente colocada dentro de la lesión. Una vez comprobado que la aguja está en la lesión, se realizan varios disparos utilizando distintas coordenadas para obtener bastante material para su posterior estudio, se retira la aguja, se ejerce presión sobre la zona para evitar su sangrado, se desinfecta la zona y ponemos un apósito. Las muestras obtenidas, se disponen en un tubo con formol. Si la lesión a realizar fuesen microcalcificaciones se tomará una radiografía del tejido extraído para saber si se obtuvieron suficientes depósitos de calcio. En algunas ocasiones, se puede dejar un marcador en la lesión para ser localizada, si fuese necesario, en un futuro.
Una vez finalizada la prueba, se le darán a la paciente una serie de indicaciones a seguir en las 24h posteriores a la prueba. Estas indicaciones son:
- Poner hielo en la zona estudiada 5 veces cada 10 minutos alternando con descansos de 10 minutos.
- Tomar un paracetamol de 1g.
- No realizar ejercicios con el brazo de la lateralidad de la mama estudiada.
- Echarse trombocid en caso de hematoma.

Este tipo de prueba, aunque conlleva un beneficio también tiene riesgos. Estos riesgos suponen el 1% de los pacientes que se someten a este tipo de prueba. En muy pocas ocasiones suelen aparecer molestias, aunque existen casos aislado en los que se pueda presentar una mínima infección en la zona donde se penetra con la aguja. También existe una pequeña posibilidad de no valoración porque la muestra tomada no sea suficiente para el estudio en el servicio de anatomopatología. Otra complicación que puede sumarse a este apartado de riesgos es que cuando la lesión está ubicada muy cerca de la pared torácica se corra un riesgo leve de que la aguja traspase la pared torácica provocando un neumotórax.

Para este tipo de prueba existen una serie de limitaciones las cuales pasamos a enumerar:
- Seno muy delgado y pequeño.
- Lesión cerca de la pared torácica.

- Lesión de masa o nódulo sean poco definidos para identificarlos en la prueba.
- Microcalcificaciones dispersas por todo el seno (1).

2 Objetivos

- Conocer a través de la biopsia de mama si la lesión estudiada necesita intervención quirúrgica o no, como sucede en casos de lesiones benignas.

3 Metodología

Para la realización de la revisión bibliográfica se han consultado dos fuentes documentales en internet. Las bases de datos basadas en páginas de internet han sido en radiologyinfo.org y las bases de datos recogidas de revistas digitales en edición elsevier :intervencionismo diagnóstico en patología de mama. Además de todo esto, nos basamos en el trabajo diario que se realiza en el Centro médico de Asturias.

4 Resultados

La biopsia de mama por estereotaxia tiene una seguridad muy alta a la hora de diagnosticar la lesión producida en el seno. No obstante, como cualquier tipo de prueba, conlleva unos márgenes de errores que pueden desembocar, por ejemplo, en falsos negativos. En los casos de calcificaciones es posible una infravaloración de la lesión ciando el resultado de la punción es de hiperplasia atípica o carcinoma intraductal (en aproximadamente 50 y 30% de casos respectivamente, puede tratarse de un carcinoma intraductal o infiltrante en la cirugía) (2).

5 Discusión-Conclusión

En mi conclusión, la biopsia de mama por estereotaxia es un método de diagnóstico sencillo y eficaz, que no supone ningún riesgo para el paciente y evita una intervención quirúrgica innecesaria y que además, aporta mucha información para el tratamiento de la lesión en sí.

Aunque, como toda prueba conlleva unos márgenes de errores éstos son mínimos y en raras ocasiones se crean los falsos negativos por lo que en la mayoría de los

casos los diagnósticos son correctos y en pocos casos se generan complicaciones. Por lo que se demuestra que es una técnica de diagnóstico muy efectiva.

6 Bibliografía

1. Biopsia de mama estereotáctica (guiada en forma mamográfica): https://www.radiologyinfo.org/sp/info.cfm?pg=breastbixr
2. Vega bolívar. Intervencionismo diagnóstico en patología de mama.Vol. 53 nº6 pag 538. Edicion: Elsevier: https://www.elsevier.es/es-revista-radiologia-119-articulo-intervencionismo-diagnostico-patologia-mama-S0033833811002207

Capítulo 1174

BIOPSIA DE MAMA POR ESTEREOTAXIA GUIADA POR MAMÓGRAFO.

1 Introducción

La prueba de la biopsia de mama por estereotaxia utiliza el estudio de mamografía para ayudar a localizar cualquier anomalía o patología en el seno mamario, mediante el estudio se extrae una muestra de tejido para su examen por el servicio de anatomopatología del centro sanitario.
Esta prueba se utiliza para diversos casos como pueden ser: una masa sospechosa, una distorsión en la estructura del tejido mamario o para microcalcificaciones (depósitos de calcio agrupados).

Este tipo de prueba se realiza bajo la supervisión de un radiólogo, utilizando un proceso fácil e indoloro y menos invasivo para el paciente, a través del mamógrafo.
La realización de la prueba consiste en una prueba ambulatoria con el paciente, la mayoría de las veces, en decúbito lateral y en raras ocasiones en posición sentada. Se coloca la mama afectada en el mamógrafo estereotaxico, se comprime la zona donde se localiza la lesión y se realizan varias imágenes mamográficas preliminares a 0º, +15º y -15º y estas imágenes son evaluadas por el radiólogo.

Una vez identificada la lesión o anomalía por parte del radiólogo el ordenador genera una información con unas coordenadas y éstas se envían al aparato de la biopsia. A continuación, se inyecta anestésico en la piel y a nivel más profundo

del tejido mamario. Después, se realiza una pequeña incisión con un bisturí para insertar la aguja de biopsia, se introduce la aguja en la mama y se confirma nuevamente, con la realización de placa de mama, si la aguja está correctamente colocada dentro de la lesión. Una vez comprobado que la aguja está en la lesión, se realizan varios disparos utilizando distintas coordenadas para obtener bastante material para su posterior estudio, se retira la aguja, se ejerce presión sobre la zona para evitar su sangrado, se desinfecta la zona y ponemos un apósito. Las muestras obtenidas, se disponen en un tubo con formol. Si la lesión a realizar fuesen microcalcificaciones se tomará una radiografía del tejido extraído para saber si se obtuvieron suficientes depósitos de calcio. En algunas ocasiones, se puede dejar un marcador en la lesión para ser localizada, si fuese necesario, en un futuro.

Una vez finalizada la prueba, se le darán a la paciente una serie de indicaciones a seguir en las 24h posteriores a la prueba. Estas indicaciones son:
- Poner hielo en la zona estudiada 5 veces cada 10 minutos alternando con descansos de 10 minutos.
- Tomar un paracetamol de 1g.
- No realizar ejercicios con el brazo de la lateralidad de la mama estudiada.
- Echarse trombocid en caso de hematoma.

Este tipo de prueba, aunque conlleva un beneficio también tiene riesgos. Estos riesgos suponen el 1% de los pacientes que se someten a este tipo de prueba.
En muy pocas ocasiones suelen aparecer molestias, aunque existen casos aislado en los que se pueda presentar una mínima infección en la zona donde se penetra con la aguja. También existe una pequeña posibilidad de no valoración porque la muestra tomada no sea suficiente para el estudio en el servicio de anatomopatología.
Otra complicación que puede sumarse a este apartado de riesgos es que cuando la lesión está ubicada muy cerca de la pared torácica se corra un riesgo leve de que la aguja traspase la pared torácica provocando un neumotórax.

Para este tipo de prueba existen una serie de limitaciones las cuales pasamos a enumerar:
- Seno muy delgado y pequeño
- Lesión cerca de la pared torácica
- Lesión de masa o nódulo sean poco definidos para identificarlos en la prueba

- Microcalcificaciones dispersas por todo el seno

2 Objetivos

- Evitar el paso del paciente por el quirófano dándole un diagnóstico de esa lesión gracias a las muestras extraídas en la prueba. Y tras el posterior estudio de estas muestras, conocer si la lesión necesita intervención quirúrgica o no, como sucede en casos de lesiones benignas.

3 Metodología

Para la realización de la revisión bibliográfica se han consultado dos fuentes documentales en internet. Las bases de datos basadas en páginas de internet han sido en radiologyinfo.org y las bases de datos recogidas de revistas digitales en edición elsevier "intervencionismo diagnóstico en patología de mama"
Además de todo esto, nos basamos en el trabajo diario que se realiza en el Centro médico de Asturias.

4 Resultados

La biopsia de mama por estereotaxia tiene una seguridad muy alta a la hora de diagnosticar la lesión producida en el seno. No obstante, como cualquier tipo de prueba, conlleva unos márgenes de errores que pueden desembocar, por ejemplo, en falsos negativos. En los casos de calcificaciones es posible una infravaloración de la lesión ciando el resultado de la punción es de hiperplasia atípica o carcinoma intraductal. (en aproximadamente 50 y 30% de casos respectivamente, puede tratarse de un carcinoma intraductal o infiltrante en la cirugía) (2. Vega Bolívar)

5 Discusión-Conclusión

En mi conclusión, la biopsia de mama por estereotaxia es un método de diagnóstico sencillo y eficaz, que no supone ningún riesgo para el paciente y evita una intervención quirúrgica innecesaria y que además, aporta mucha información para el tratamiento de la lesión en sí.
Aunque, como toda prueba conlleva unos márgenes de errores éstos son mínimos y en raras ocasiones se crean los falsos negativos por lo que en la mayoría de los

casos los diagnósticos son correctos y en pocos casos se generan complicaciones. Por lo que se demuestra que es una técnica de diagnóstico muy efectiva.

6 Bibliografía

1. “Biopsia de mama estereotáctica (guiada en forma mamográfica)” https://www.radiologyinfo.org/sp/info.cfm?pg=breastbixr
2. Vega bolívar. “intervencionismo diagnóstico en patología de mama” Vol. 53 nº6 pag 538. Edicion: Elsevier https://www.elsevier.es/es-revista-radiologia-119-articulo-intervencionismo-diagnostico-patologia-mama-S0033833811002207.
3. Radiologyinfo.org

Capítulo 1175

SÍNDROME DE BARLOW

MARÍA TERESA RODRÍGUEZ FAZA

CARMEN SARA SUAREZ JIMENEZ

BEA PENA ARTIME

SILVIA GAITERO NOVAL

BEGOÑA MILAGROS DEL VALLE MENENDEZ

1 Introducción

El Síndrome de Barlow, también conocida como prolapso de la Válvula Mitral, es una enfermedad congénita en la cual, la válvula mitral (una de ellas o ambas) no cierra herméticamente.
El término de prolapso de la válvula mitral fue acuñado por el DR. John Michael Criley en el año 1964. 1.(medicina.ufm).

La insuficiencia de la válvula mitral, es llamada también “Regurgitación mitral”, “Insuficiencia mitral” o “Incompetencia mitral”.Esta insuficiencia produce que la sangre regrese al corazón,si esto se produce de forma considerable, la sangre no puede circular por el corazón ni hacia el organismo de forma eficiente.
La válvula mitral está situada en la cavidad cardíaca superior izquierdo (aurícula izquierda) y la cavidad inferior izquierda (ventrículo izquierdo) que al no cerrar correctamente provoca fugas de sangre.
Las posibles causas de esta insuficiencia pueden ser:
- Prolapso de la válvula mitral.

- Fiebre reumática.
- Endocarditis.
- Ataque cardíaco.
- Anomalías en el musculo cardíaco.
- Traumatismos.
- Defectos congénitos.
- Uso prolongado de ciertos medicamentos (Ergotamina).
- Radioterapia.
- Fibrilación Auricular. 2. (Mayo Clinic)

Muchas personas con prolapso de la válvula mitral no tienen síntomas. Un grupo de síntomas encontrado, en ocasiones, en pacientes con prolapso de la válvula mitral se ha denominado "síndrome del prolapso de la válvula mitral" e incluye:

- Dolor torácico (no causado por arteriopatía coronaria o ataque cardíaco)
- Vértigo
- Fátiga
- Ataques de pánico
- Sensación de percibir los latidos cardíacos (palpitaciones)
- Dificultad para respirar después de una actividad o al acostarse (ortopnea)
- No es clara la relación exacta es entre estos síntomas y el problema de la válvula. Algunos hallazgos pueden ser coincidencias.

Cuando se presenta regurgitación mitral, los síntomas pueden estar relacionados con esta filtración, especialmente cuando son severos. 3. (Medilne Plus).El tratamiento de la insuficiencia de la válvula mitral depende de la gravedad de la afección, de la presencia de signos y síntomas, y de si la afección está empeorando. El objetivo del tratamiento es mejorar la función cardíaca y, al mismo tiempo, minimizar los signos y síntomas, además de evitar complicaciones futuras.

La atención médica estará a cargo de un médico especializado en enfermedades cardíacas (cardiólogo). Si padeces insuficiencia de la válvula mitral, considera la posibilidad de tratarte en un centro médico que cuente con un equipo multidisciplinario de especialistas y personal médico capacitado y con experiencia, tanto en la evaluación como en el tratamiento de la enfermedad de las válvulas cardíacas. Este equipo puede trabajar estrechamente contigo para determinar cuál es el tratamiento más adecuado para tu afección.

Es posible que algunas personas, en especial, las que padecen insuficiencia valvular leve, no necesiten tratamiento. Sin embargo, es posible que el médico deba

controlar la afección. Tal vez, necesites evaluaciones regulares, cuya frecuencia dependerá de la gravedad de la afección.

El médico también te puede recomendar que hagas cambios saludables en tu estilo de vida. Es posible que el médico recete medicamentos para tratar los síntomas, aunque los medicamentos no pueden tratar la insuficiencia de la válvula mitral. Los medicamentos pueden comprender:
- Diuréticos. Estos medicamentos pueden aliviar la acumulación de líquidos en los pulmones o piernas, que suele presentarse con la insuficiencia de la válvula mitral.
- Anticoagulantes. Estos medicamentos pueden ayudar a prevenir la formación de coágulos sanguíneos y pueden usarse si tienes fibrilación auricular.
- Medicamentos para la presión arterial alta. La presión arterial alta empeora la insuficiencia de la válvula mitral, por lo que si sufres de presión arterial alta, tu médico puede recetarte medicamentos para bajarla.
Es posible que se necesite una reparación o un reemplazo de la válvula mitral. Los médicos podrían sugerir una reparación o un reemplazo de la válvula mitral incluso si no presentas síntomas, ya que, de este modo, se pueden prevenir complicaciones y mejorar los resultados.
La cirugía de válvula mitral se suele llevar a cabo a través de un corte (incisión) en el pecho. En algunos casos, los médicos pueden realizar una cirugía cardíaca mínimamente invasiva que supone incisiones más pequeñas que las que se realizan en una cirugía a corazón abierto.

Los médicos de algunos centros médicos pueden realizar la cirugía cardíaca asistida por robot, que es un tipo de cirugía cardíaca mínimamente invasiva. En este tipo de cirugía, los cirujanos observan el corazón con una vista tridimensional amplificada en alta definición en un monitor de video y utilizan brazos robóticos para replicar maniobras específicas que se usan en las cirugías a corazón abierto.4.(Mayo Clinic)

2 Objetivos

-Conocer las técnicas que hay a nuestra disposición, para diagnosticar y en su caso paliar de la forma más correcta el Síndrome o enfermedad de Barlow.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Una vez diagnosticado el Síndrome de Barlow a través de un examen físico realizado al paciente mediante auscultación de corazón y pulmones con un estetoscopio, se realizan pruebas complementarias. La prueba mas común que se realiza es la ecocardiografía, que es una técnica no invasiva y no conlleva el uso de radiación. En esta prueba se ve la circulación del flujo sanguíneo a través de la válvula y así se determina la fuga. En algunos casos esta prueba se realiza a través del esófago (transesofagica).
También puede realizarse:
- Radiografía de tórax para observar si el corazón está agrandado.

- Prueba de esfuerzo.
- Electrocardiograma para la detección de irregularidades en el ritmo cardíaco.
- Cateterismo cardíaco (angiografía coronaria), en la que mediante Rx se ven los vasos sanguíneos a través de un catéter que se introduce por la ingle o la muñeca y va hasta el corazón. 5 (Medine Line)

La mayoría de los pacientes diagnosticados no suelen tener síntomas o no requieren tratamiento. En el caso de presentar síntomas, el médico le puede recetar al paciente:
- Betabloqueantes.
- Diuréticos.
- Reguladores del ritmo cardíaco.
- Anticoagulantes.
- En casos graves o muy graves puede requerir tratamiento quirurjico para reparar o reemplazar la válvula.6.(Mayo Clinic)

5 Discusión-Conclusión

El Síndrome de Barlow es una enfermedad congénita que en la mayoría de los casos es asintomática, pero en el caso de producir síntomas, en la actualidad existen medicamentos que controlan dichos síntomas y mejoran la calidad de vida del paciente.

A nivel de diagnóstico, se utiliza en algunos casos pruebas, que aunque conlleva el uso de radiación, esta en ínfima y en el balance uso/daño, es más beneficioso su uso por la precisión a la hora de hacer el diagnóstico y, por ende, el tratamiento a seguir o las actuaciones a seguir son más exactas.

6 Bibliografía

1. Universidad Francisco Marroquin. Facultad de Medicina. Enfermedad de Barlow. https://medicina.ufm.edu/eponimo/enfermedad-de-barlow/
2. Mayo Clinic. Atención al paciente. Insuficiencia de la válvula mitral. https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/mitral-valve-regurgitation/symptoms-causes/syc-20350178
3. Medline Plus. Temas de salud. Enciclopedia Médica. Prolapso de la válvula mitral. https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000180.htm
4.Mayo Clinic. Atención al paciente e información sobre salud. Insuficiencia de la válvula mitral. Diagnostico y tratamiento. https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/mitral-valve-regurgitation/diagnosis-treatment/drc-20350183
5. Medline Plus. Temas de salud. Enciclopedia Médica. Prolapso de la válvula mitral. https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000180.htm
6. Mayo Clinic. Atención al paciente. Insuficiencia de la válvula mitral. https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/mitral-valve-prolapse/diagnosis-treatment/drc-20355452

Capítulo 1176

TEST DE WADA

MARÍA TERESA RODRÍGUEZ FAZA

CARMEN SARA SUAREZ JIMENEZ

BEA PENA ARTIME

SILVIA GAITERO NOVAL

BEGOÑA MILAGROS DEL VALLE MENENDEZ

1 Introducción

La epilepsia es una enfermedad crónica del Sistema Nervioso Central, que se manifiesta en forma de crisis que aparecen de repente al haber una excesiva actividad eléctrica de unas neuronas que se excitan con demasiada facilidad. Algunos pacientes que sufren estas crisis pueden ser candidatos a cirugía para disminuirlas, por ello se les realiza este test. El test de Wada, es un test que se realiza para evaluar a pacientes epilépticos candidatos a cirugía. Desempeña aun hoy un papel importante en esta evaluación.

Este test contribuye a establecer la lateralización de los hemisferios y determinar los centros del lenguaje y la memoria, consiste en una inyección intracarotidea de barbitúricos (Amital Sódico) con el fin de deprimir los hemisferios y localizar los centros anteriormente citados (1).

La epilepsia puede deberse a un trastorno de salud o a una lesión que afecte el cerebro. O, la causa puede ser desconocida (idiopática). Las causas comunes de epilepsia incluyen:

- Accidente isquémico transitorio, Accidente Cerebrovascular.
- Alzheimer, Demencia.
- Lesión cerebral traumática.
- Infecciones.
- Problemas cerebrales presentes al nacer (anomalía cerebral congénita.
- Lesión cerebral que ocurre durante o cerca del momento del nacimiento.
- Trastornos metabólicos presentes al nacer (Feniceltonuria).
- Tumor cerebral.
- Vasos sanguíneos anormales en el cerebro.
- Otra enfermedad que dañe o destruya el tejido cerebral.
- Trastornos epilépticos congénitos (epilepsia hereditaria).

Las crisis epilépticas por lo general empiezan entre los 5 y 20 años. También hay una mayor probabilidad de convulsiones en adultos mayores de 60. Pero las convulsiones epilépticas pueden suceder a cualquier edad. Puede haber un antecedente familiar de convulsiones o epilepsia (3).

Los procedimientos que se realizan en esta técnica van dirigidos a determinar la lateralidad de los centros de lenguaje y memoria para decidir si se opta por la cirugía (2).

2 Objetivos

- Dar a conocer la importancia de tener localizados los centros de lenguaje y la memoria con el fin de poder realizar la posterior intervención, si se dan las condiciones y con ello minimizar los riesgos de secuelas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Esta prueba se realiza mediante caracterización de la carótida interna a través de la vía de la arteria femoral, administrando el anestésico Amital sódico. Un momento antes de inyectar el anestésico se le pide al paciente que levante los brazos y que empiece a contar. A cabo de unos segundos de la inyección el anestésico hace efecto y el brazo contra lateral al hemisferio anestesiado cae. El paciente muestra una hemiplejia de este lado. Antes de la anestesia se presenta al paciente material verbal, como frases, etc. y material pictórico, como dibujos de objetos, etc., para que los memorice.

Entonces se le anestesia y se examina la presencia o ausencia de lenguaje espontáneo; la capacidad de comprensión de órdenes verbales que tiene la persona; la capacidad de realizar gestos; la capacidad de evocar nombres; la capacidad lectora y la capacidad para memorizar nueva información, tanto de tipo verbal y como de tipo pictórica.

Después de la anestesia se le pide al paciente que intente recordar qué sucedió minutos antes. Con esto se evalúa su memoria episódica. También se le pregunta si recuerda la frase leída o los objetos presentados visualmente. Con esto se evalúa su memoria semántica (3).

5 Discusión-Conclusión

Los medios radiográficos en este caso, la radiología intervencionista permiten la realización de estas pruebas con mucha precisión y para la obtención de los mejores diagnósticos y resultados. En este caso cabe destacar que el uso de radiación (aun no siendo perjudicial para el paciente) supera satisfactoriamente a no utilizarla, ya que el uso de la misma mejora notablemente el éxito de la prueba. Aun así este test no esta exenta de complicaciones a nivel cerebral, como puede ser la comunicación fetal de las arterias ICA , coagulopatías y complicaciones a nivel de la punción, como puede ser la hemorragia en la zona (5).

6 Bibliografía

1. Neurología.com. Revista Neurología/Formación. Test del Amital Intracarotídeo para evaluar la cirugía de la Epilepsia. W. Westerveld, D. W. Loring. https://www.neurologia.com/articulo/2001223

2. Medline Plus. Enciclopedia Médica. Generalidades sobre la epilepsia. https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000694.htm
3. Enciclopediasalud.com. Cerebro y Sistema Nervioso. Lateralidad del lenguaje. Test de Wada. https://www.enciclopediasalud.com/categorias/cerebro-y-sistema-nervioso/articulos/lateralidad-del-lenguaje-test-de-wada

Capítulo 1177

EDUCACIÓN BUCODENTAL

ANGELA MARTINEZ LOPEZ

1 Introducción

Por educación bucodental se entiende informar a los pacientes sobre técnicas de prevención oral para mantener una buena salud oral. También consiste en informar sobre las patologías bucodentales más comunes. La educación bucodental es muy importante durante la infancia, pero también en la época adulta.

Establecer unos buenos hábitos de limpieza, reduce las posibilidades de desarrollar patologías bucodentales en un futuro. Para conseguirlo es fundamental que sean conscientes de los riesgos de descuidar la salud oral.

Una buena educación bucodental facilita a todos adquirir una rutina de higiene oral. Si bien la boca debe cuidarse en todas las edades, durante esta etapa de niños los dientes se encuentran en pleno desarrollo. Por ello una buena educación bucodental puede ser clave para evitar algunas patologías en el futuro, como la caries. En este sentido es recomendable que los padres cuiden la salud oral de sus hijos incluso antes de la erupción de los primeros dientes. Durante este periodo se pueden limpiar las encías de los pequeños con un paño húmedo.

2 Objetivos

- Motivar una higiene bucodental correcta.
- Desarrollar una conducta y actitud positiva.
- Identificar la placa bacteriana (microorganismos) y su relación con la producción de caries y sangrado de las encías (gingivitis).

- Identificar los alimentos cariógenos y su relación con la producción de caries.
- Valorar las consecuencias, a largo plazo, de una deficiente higiene bucodental (caries, gingivitis, enfermedad periodontal) y las consecuencias estéticas.
- Conocer la técnica correcta del cepillado y de utilización de la seda dental.
- Conocer la importancia del flúor en la prevención de caries.
- Conocer el pilar fundamental de la dentición: "el molar de los 6 años", una muela para toda la vida.
- Comenzar el cuidado de la boca desde la infancia (primer diente).
- Conocer que se debe acudir al odontólogo anualmente.
- Disminuir el número de caries en la adolescencia y las gingivitis infantil y dela pubertad.
- Conocer la técnica correcta de prótesis removibles y fijas

3 Caso clínico

• Presentación de la paciente
- Nombre: Valentina
- Edad: 5 años
- Sexo: femenino
• Motivo de la consulta: caries y revisión general
• Comportamiento frente al tratamiento odontológico: niña receptiva, cooperadora, muy temerosa. Aceptó el procedimiento a realizar sin ningún tipo de restricción.
• Educación para la salud: se orienta a la paciente sobre la técnica de higiene bucal adecuada y hábitos alimenticios saludables, para propiciar un cambio en la flora bacteriana de la cavidad bucal, impidiendo la proliferación de agentes patógenos causantes de la caries dental.
• Examen clínico odontológico y tratamiento : Se realizó el examen clínico de la cavidad bucal con instrumental de exploración identificando los dientes con caries.
• Diagnóstico: Lesión de caries amelodentinaria con cavitación en elemento dentario en varias piezas y mucha placa, mala higiene.
• Control clínico: Al año se realiza revisión general.
- Examen clínico odontológico y tratamiento: paciente con mejor higiene y sin caries.

4 Discusión-Conclusión

Según la OMS, la educación sanitaria para la salud dental y para la prevención de la caries en particular debe tener como objetivos:
1. Hacer que la salud dental sea valorada por los individuos, grupos y colectividades de nuestra comunidad.
2. Modificar los hábitos negativos que prevalecen en la comunidad.
3. Promover los hábitos positivos en cuanto a salud dental.
4. Promover la modificación de los factores ambientales que inciden negativamente en las conductas relacionadas con la salud dental.
5. Promover la aceptación por parte de la población de las medidas preventivas adoptadas a nivel comunitario.El Comité de Expertos de la OMS considera que la educación sanitaria de la salud dental ha de tener dos grandes campos de acción: a) La comunidad: Se incide también sobre el niño, pero casi siempre indirectamente mediante la familia, y los agentes son el personal de asistencia primaria (entre ellos, el pediatra), los estomatólogos e higienistas dentales, y el personal de los medios de comunicación. b) La escuela: Se incide directamente sobre el niño y el agente de acción educativa es el maestro o profesor.

El examen sistemático y anual de los escolares permite hacer un barrido rápido y de bajo coste, de toda una población que señala la existencia de desviaciones de salud corregibles.

5 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 1178

COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA

GRACIELA GARCIA SUAREZ

NEREA DIAZ ALVAREZ

SARA MARTÍNEZ GARCÍA

ANDREA MARTÍNEZ ÁLVAREZ

ELENA FERNANDEZ RIVERA

1 Introducción

La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) es un método que viene usándose desde hace aproximadamente 30 años en el diagnóstico y manejo de una variedad de desórdenes hepatobiliares y pancreáticos y además proporciona procedimientos terapéuticos.

Se trata de un procedimiento para el que se usa un endoscopio para examinar y tomar radiografía de los conductos biliares, que son las vías que llevan la bilis desde el hígado hasta la vesícula y el intestino delgado. Dichos conductos se enumeran a continuación:
1. Los conductos biliares intrahepáticos.
2.El conducto hepático común.
3. La vesícula biliar.
4. El conducto cístico .

5. El conducto colédoco.

Los conductos intrahepáticos se van uniendo entre sí y confluyen para formar el conducto hepático derecho y el conducto hepático izquierdo. De la fusión de ambos conductos surge el conducto hepático común, el cual se continúa con el colédoco en el sitio donde desemboca el conducto cístico. El conjunto de conducto hepático y colédoco recibe el nombre de vía biliar principal, mientras que la vesícula y el conducto cístico reciben el nombre de vía biliar accesoria. En la porción final del colédoco, dentro del parénquima pancreático surge la unión con el conducto pancreático (Wirsung).

Un endoscopio es un instrumento delgado en forma de tubo, con una luz y una lente para observar. El endoscopio se introduce por la boca hasta el primer segmento del intestino delgado (duodeno). Una sonda más pequeña (catéter) se inserta luego a través del endoscopio hasta las vías biliares y los conductos pancreáticos, todo ello siempre bajo control fluoroscópico. Por lo tanto, la CPRE se realiza habitualmente en una sala provista de rayos X.

Una vez canulada la papila, se inyecta un contraste radiológico a nivel de la ampolla de Vater a través del catéter, de esta forma se dibujan los conductos que pueden observarse con radiografías fijas o bien de forma dinámica (fluoroscopia).

El objetivo, por tanto, es canular la papila y uno o los dos conductos (colédoco, Wirsung). La canulación de la papila y del conducto deseado (colédoco y/o Wirsung) es una maniobra muy compleja, de hecho, la CPRE se considera como una de las intervenciones más difíciles de la Endoscopia Digestiva.

La CPRE se usa para tratar cálculos, tumores o áreas estrechas de los conductos biliares.

- Cálculos biliares: Son piedras que se forman en la vesícula biliar y pueden salir a la vía biliar, produciendo obstrucciones que se pueden complicar con acúmulo de bilirrubina , pancreatitis y dolor abdominal. Cuando las piedras están en la vesícula la mejor solución es extirparla mediante cirugía, pero si los cálculos ya han pasado a la vía biliar la CPRE puede detectarlos y alcanzarlos con ganchos, canastas o pequeños balones que barren la vía biliar dejándola libre. En algunas situaciones la CPRE es capaz incluso de destruir los cálculos uno a uno, para ello los atrapa y ejerce presión con fuerza hasta que se pulverizan.
- Estenosis de la vía biliar: Son estrecheces que se producen en la vía biliar después de inflamaciones y manipulaciones. Se pueden producir por cirugías, pero también hay enfermedades que las provocan. La CPRE coloca stents que dilatan

la vía biliar, estos son unos pequeños muelles que separan las paredes de los conductos.
- Esfinterotomía: La vía biliar se separa del intestino delgado por una válvula que se llama esfínter de Oddi, músculo circular que se abre y se cierra según sea necesario o no el paso de contenido de la vía biliar al duodeno. Para poder realizar cualquier procedimiento en la vía biliar (como los antes mencionados) es necesario realizar un corte que abra este esfínter y deje paso al extremo final del endoscopio, esto se conoce como esfinterotomía.
- Toma de biopsias: El páncreas o el intestino delgado, pueden verse afectados por tumores malignos de difícil acceso. La propia vía biliar padece cánceres como el colangiocarcinoma, y gracias a la CPRE podemos alcanzar estas zonas y tomar biopsias.

2 Objetivos

- Llegar al diagnóstico de enfermedades de la vía biliar y el páncreas y si fuera necesario, realizar tratamiento endoscópico.

3 Metodología

1. Para que el paciente esté tranquilo durante la CPRE, pueden utilizarse distintos tipos de sedación: anestesia general, sedación profunda o sedación consciente.
2. Se introduce una cánula o catéter a través del esfínter de Oddi y se administra el medio de contraste.
3. Se utiliza contraste yodado hidrosoluble isoosmolar que se introduce en la ampolla de Vater a través del endoscopio (boca, duodeno, ampolla de Vater) para replecionar de forma retrógrada el arbol biliar y el conducto pancreático (Wirsung), siempre bajo control fluoroscópico.
4. El paciente se coloca en posición lateral izquierda, para realizar proyecciones oblicuas evitando la superposición de los conductos colédoco y pancreático.
5. Una vez en el esfínter de Oddi se puede aprovechar para hacer una esfinterotomía.

La CPRE es un procedimiento que requiere de una técnica compleja, para lo cual es imprescindible un adecuado entrenamiento y un profundo conocimiento de las maniobras a realizar. El uso de equipos e instrumentales diferentes a la endoscopia convencional le otorgan características propias que deben ser conocidas y dominadas por quien realiza esta técnica. A su vez, la CPRE requiere el uso de

rayos, para lo cual se debe estar familiarizado con la fluoroscopía, conociendo sus potenciales riesgos y dominando la interpretación de las imágenes radiológicas.

Se aplicarán las normas básicas de protección radiológico:
- Utilización de delantales, collarines, guantes y gafas plomados.
- Utilización de dosímetros personales de solapa y de muñeca.
- Colimación del campo de rayos X al mínimo tamaño compatible con la exploración.
- Interrumpir el disparo tantas veces como sea necesario cuando exista el riesgo de acercar las manos al haz.
- Minimizar el tiempo de uso de radioscopia.
- Advertir siempre antes de realizar el disparo de registro con altas dosis para que el personal se aparte al máximo del paciente o salga de la sala.

Es un procedimiento con innumerables tácticas a ser aprendidas, la cual ha evolucionado de un estudio diagnóstico a un procedimiento cada vez más terapéutico. La duración es variable. Puede durar desde unos minutos hasta más de una hora. Suele durar más tiempo si se realizan técnicas complejas.

Si se le realizó una CPRE como paciente ambulatorio, quedará en observación para detectar complicaciones, hasta que los efectos de los medicamentos hayan desaparecido y pueda volver a casa. Puede sentir hinchazón abdominal o tener gases causados por el aire que se le ha introducido durante la exploración. Puede reanudar su dieta habitual a menos que reciba otras indicaciones. Es necesario que alguien le acompañe a volver a su casa después del procedimiento, a causa de los sedantes que recibió durante el estudio.

4 Resultados

Esta prueba es un éxito en el 90% de los casos. En el restante 10%, se pueden presentar complicaciones como: hemorragia, pancreatitis, lesión del tubo gastrointestinal, infección e incluso perforación de las vías biliares. El éxito y la morbimortalidad para drenar la vía biliar mediante CPRE son similares en los pacientes con edad geriátrica y en los de edad inferior. La coledocolitiasis es más frecuente en los pacientes mayores. No se debe excluir a ningún paciente que precise de una CPRE sólo por la edad. Esta técnica tiene baja mortalidad y morbilidad.

5 Discusión-Conclusión

La CPRE en la actualidad prevalece como una herramienta terapéutica de gran utilidad en la resolución y manejo de enfermedades biliopancreáticas, con una baja morbimortalidad. Frente a otras técnicas, es costosa ya que requiere de más personal y más tiempo para la realización.

Es un procedimiento que conlleva riesgos y efectos secundarios, lo que nos debe inducir a seleccionar a los pacientes que más se beneficien, en función de su gravedad y por la persistencia de la causa que desencadenó el cuadro clínico desde el punto de vista fisiopatológico: la obstrucción de la vía biliar.

6 Bibliografía

- Juan Montero Reyes, M.ªCarmen Prieto Falcón, Daniela de Araujo Martins-Romeo. Técnicas de Radiología Especial. Editorial Síntesis. 2017
- https://www.elsevier.es/es-revista-endoscopia-335-articulo-experiencia-realizacioncolangiopancreatografia-retrograda-endoscopica-X0188989312839941
- https://www.webconsultas.com/pruebas-medicas/colangiopancreatografia-retrograda-endoscopica-cpre-14079
-
- http://cirujanogastroenterologo.com/cpre-colangio-pancreatografia-retrograda-endoscopica/
- https://www.aegastro.es/sites/default/files/recursos_enfermeria/01_PE_Colangiopancreatografia_retrograda_endoscopica.pdf
- http://www.scielo.org.pe/pdf/rgp/v33n4/a06v33n4.pdf
- https://www.asge.org/home/for-patients/patient-information/c%C3%B3mo-comprender-la-cpre
-
- http://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/d07631b2571ffac93b591f48e1629fdd.pdf
https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/def/cpre
-
- http://www.san.gva.es/documents/151744/512091/Colangiopancreatografia+retrograda+endoscopica.pdf
-
- https://www.fundacionsigno.com/bazar/1/06.%20Prot%20CPRE%20SIGNO.pdf

Capítulo 1179

INFECCIONES INTRA-HOSPITALARIAS Y SU PREVENCIÓN.

MARIA NUEVO SILVA

CLAUDIA SUÁREZ FERNÁNDEZ

ELENA FERNANDEZ RIVERA

NOELIA GONZALEZ TANDA

PILAR FERNÁNDEZ NÚÑEZ

1 Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud es ”Cualquier enfermedad microbiológica o clínicamente reconocible, que afecta al paciente como consecuencia de su ingreso en el hospital o al personal sanitario como consecuencia de su trabajo”

Los CDC americanos (centers for Desease Control and Prevention) la definen como ”toda infección contraía en el hospital, reconocible clínica o microbiológicamente, que afecta al enfermo por el hecho de su ingreso, como resultado de los cuidados que haya recibido durante el periodo de hospitalización o durante tratamiento ambulatorio, y que no se hallaba presente o en periodo de incubación en el momento de su admisión en el hospital, independientemente de que los síntomas aparezcan o no durante la hospitalización.

La epidemiología vería dependiendo de las características própias de cada uno de los hospitales, siendo los universitarios y aquellos en en los que hay un mayor número de camas los que presentan más frecuencia. Pero es la unidad de cuidados intensivos la que ostenta mayor prevalencia (30%) Hematología, rehabilitación, infecciosos, oncología.Son servicios donde la incidencia también es importante.

2 Objetivos

- Disminuir el numero de infecciones nosocomiales.
- Conocer las causas.
- Conocer como se producen, sus causas y su prevención.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: pubmed, medline, y scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Los síntomas clínicos a veces, no se manifiestas hasta que el paciente se encuentra fuera del hospital (por cirugía pueden aparecer desde el alta hasta un mes después)
- Afecta al 5-10% de los pacientes ingresados.
- Se estima que el 32% son evitables

Provoca que la estancia del paciente se alargue de 2 a 11 días, aumenta los costes extras. En lo referente a fallecimientos del 1 al 1,5 % son muertes directas y del 3 al 4% muertes indirectas.

La prolongación media de estancias hospitalarias por causas de estas infecciones es de 5 a 10 dias, variando esta cifra entre un 4% y un 23% mas según la gravedad de la infección. A estos gastos directos hay que añadir otros gastos económicos sociales indirectos (absentismo labora, pruebas diagnósticas, tratamientos…) El

60% de las muertes relacionadas con infecciones nosocomiales son debidas a neumonías.

En cuanto al agente responsable, se ha observado que el 70% de las muertes son debidas a bacteriemias por Gramnegativos. Las bacteremias por cándidas cursas con una mortalidad del 38%. Estas cifras varían dependiendo del método de vigilancia empleado, de la localización del proceso infeccioso, del agente causal responsable y de las características del paciente ingresado.

El servicio de Medicina Preventiva es quien se ocupa de los estudios de vigilancia epidemiológica de las infecciones hospitalarias.
" La vigilancia consiste en recoger, procesar, analizar, interpretar, presentar y difundir de manera sistemática y continua los datos sanitarios, incluidos los estudios epidemiológicos relativos a las categorías de enfermedades transmisible, en particular los relativos a la forma de propagación temporal y espacial de estas enfermedades y el análisis de los factores de riesgo de contraerlas, con objeto de poder tomar las medidas de prevención y lucha pertinentes.

La prevención y control es la forma de tratar estas enfermedades y estas serán indicaciones a seguir.
- Prohibir comer beber o fumar a los trabajadores en zonas donde exista dicho riesgo
- Usar prendas de protección adecuadas
-Disponer de retretes y cuartos de aseo apropiados para los trabajadores, que incluyan productos para la limpieza ocular y antisépticos para la piel.
-Disponer de un lugar adecuado para para el almacenamiento de equipos de protección, verificar su limpieza y funcionamiento.
-Al salir de la zona de trabajo el trabajador deberá de quitar sus ropas de trabajo y los equipos de protección personal que puedan estar contaminados por agente biológicos y deberá guardarlos en lugares que no contengan otras prendas
- Los trabajadores no podrán llevarse equipos ni prendas a su casa para responsabilizarse del lavado.

5 Discusión-Conclusión

La prevención es la mejor forma de controlar y evitar las enfermedades intrahospitalarias. El personal sanitario ha de estar bien formado y entrenado para contribuir a ello.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 1180

GINGIVITIS ULCERATIVA NECROTIZANTE

ANGELA MARTINEZ LOPEZ

1 Introducción

• Es una infección bacteriana que causa mucho dolor debido tanto a la inflamación como a las úlceras.
Hay dos tipos de enfermedades periodontales necrotizantes:
- la gingivitis ulcerativa necrotizante aguda
- la periodontitis ulceronecrotizante aguda.

• Gingivitis Ulceronecrotizante Aguda:
La gingivitis ulceronecrotizante aguda es una enfermedad gingival aguda con afectación de estructuras profundas.

• Periodontitis Ulcerativa Necrotizante Aguda (PUNA):
La periodontitis ulceronecrotizante aguda es enfermedad periodontal aguda que cursa con pérdida de inserción. Puede manifestarse a cualquier edad en presencia de enfermedades sistémicas, malnutrición o desórdenes hematológicos. Cuando la progresión de la enfermedad sobrepasa la línea mucogingival se denomina estomatitis necrotizante.

• Síntomas de la Gingivitis Ulcerativa Necrotizante Aguda:
- Es una enfermedad Inflamatoria que cursa con ulceración papilar y de los márgenes gingivales.
- La papila puede estar cubierta por una pseudomembrana amarilla-grisácea compuesta por fibrina, tejido necrótico, leucocitos, eritrocitos y bacterias.

- La remoción de esta membrana causa sangrado y exposición de los tejidos ulcerados.
- Hay lesiones dolorosa, olor fétido, necrosis interproximal, sangrado.

• Histológicamente se observan 4 capas desde el diente a tejido gingival:
- Una capa bacteriana compuesta por espiroquetas.
- Una banda de células polimorfonucleares.
- Otra capa de necrosis tisular con predominio de espiroquetas.
- Y una capa de infiltrado de espiroquetas en los tejidos gingivales en la que predomina la porphyromona intermedia.

• Factores desencadenantes de la GUNA
- Higiene oral pobre.
- Presencia de placa bacteriana.
- Gingivitis preexistente.
- Estrés: aumento de corticoesteroides.
- Tabaco: alteración de la flora bacteriana, disminución de céls-T y función de PMN (quimiotaxis y fagocitosis).
- Disminución de la respuesta del huésped.
- Malnutrición: disminución de la función de los leucocitos T.
- Pacientes con VIH o leucemia.
- Tratamiento de la gingivitis ulcerativa Necrotizante aguda
- A menos que hayan indicios de afectación sistémica los casos de gingivitis ulceronecrotizante aguda.



2 Objetivos

Los objetivos del tratamiento de la gingivitis ulcerativa necrotizante aguda es eliminar los microorganismos causantes y evitar que la necrosis se extienda lateral y apicalmente. Tenemos que tener en cuenta:

- Datos del paciente: enfermedades, edad, hábitos, higiene.
- Si tiene inflamación, sangrado, sensibilidad y/o acumulación de sarro: En este caso (gingivitis leve o moderada) aconsejaremos productos específicos para la gingivitis y recomendaremos una revisión al odontólogo.
-Si tiene movimiento de piezas dentales: este es un caso de gingivitis severa o periodontitis, que requiere una cita urgente.
- Si ha dejado de fumar en los últimos tres meses: Es normal que las personas que han dejado de fumar presenten gingivitis, ya que el tabaco enmascara los problemas bucodentales, de manera que unos meses después de la deshabituación tabáquica no es raro que se desarrolle gingivitis.

-Si está embarazada: la gingivitis grave o periodontitis puede aumentar las posibilidades de desarrollar preeclampsia en mujeres embarazadas. Las mujeres con periodontitis tienen el doble de probabilidades que las sanas de sufrir esta dolencia. Los investigadores han sugerido que es posible una migración del microorganismo bacteriano causante de la infección oral a los vasos sanguíneos de la placenta o del útero, con la generación del daño consiguiente.
- Si está tomando algún medicamento: hay ciertos fármacos que potencian la aparición de gingivitis, como fenitoína, anticonceptivos y metales pesados; por ejemplo, el plomo y el bismuto.
- Si lleva aparato de ortodoncia: Está demostrado que con los aparatos de ortodoncia las encías se irritan e incluso llegan a inflamarse. Por esta razón es muy importante que los productos dentífricos que utilicen las personas con ortodoncia estén indicados específicamente para mejorar el estado de la encía sin dañar el esmalte, ya que algunos activos pueden colorear la pieza dental.
- Si se ha realizado algún tratamiento de blanqueamiento dental: es normal que después de un tratamiento de blanqueamiento dental profesional las encías queden más sensibles y puedan llegar a irritarse. Esto es debido a que el peróxido de hidrógeno a altas concentraciones en contacto con la membrana mucosa puede producir irritación e incluso llagas. Por esta razón es muy importante que después de un blanqueamiento dental profesional, desde la farmacia recomendemos productos específicos para fortalecer la encía.

3 Caso clínico

Paciente del sexo masculino de 19 años de edad, estudiante, quien acude a un odontologo, por presentar dolor intenso y sangrado en las encías.

El examen intrabucal evidenció, un tejido gingival de color rojo intenso marginal y papilar generalizado, agrandamiento moderado, de consistencia blanda y depresible, pérdida del festoneado y del puntillado, migraciones apicales en las zonas anterosuperior y anteroinferior, sangrado constante a la leve presión, fuerte halitosis, presencia de cálculo dental en maxilar inferior y abundante placa bacteriana generalizada presenciándose también en zona palatina se observa la pseudomembrana alrededor de las encías marginal y papilar.

Durante el interrogatorio, relató sus hábitos al tabaco, té, café y alcohol, y estar pasando una situación de tensión emocional, relacionada con sus responsabilidades de estudios. Se practicaron exámenes de laboratorio de rutina, que reportaron valores dentro de los límites normales.

Así como también se le realizaron pruebas microbiológicas tales como: cultivos de exudado ginival, tinción de Gram y antibiogramas para confirmar el diagnóstico de GUN y aplicar la terapéutica indicada respectivamente. Las pruebas microbiológicas (cultivos, examen directo) arrojaron como resultados:
- linfocitos polimorfonucleares (LPMN) 0-2xc,
- cocos gram +, cocos gram -, bacilos gram +
- bacilos gram – en forma de espiroquetas y fusiforme. Microorganismos aislados: Fusubacterium sp (anaerobiosis) y desarrollo de Prevotella Melaninogenica.

La evaluación clínica-radiográfica y las pruebas microbiológicas realizadas al paciente permitieron obtener el diagnóstico de Gingivitis Ulcero Necrotizante (GUN), cuyo tratamiento fue planificado en tres fases:
- Fase higiénica o inicial: basada en la motivación de la paciente, instrucción sobre la técnica de cepillado, uso del hilo dental y enjuague bucal, tartrectomía mecánica y manual, raspado y alisado radicular. Se le indicaron enjuagues bucales dos veces al día con clorhexidina al 0,12% y medicación sistémica con Augmentine por vía oral durante 10 días.
- Fase de reevaluación: se realizó tres semanas posteriores al tratamiento, encontrándose características clínicas que fueron compatibles con un estado óptimo de salud periodontal.
- Fase de mantenimiento: planificado en un programa de control de placa adecuado y visitas periódicas a nuestra consulta, reforzando en todo momento, la importancia que tiene la eliminación de los factores predisponentes.



4 Discusión-Conclusión

- Es necesaria una higiene bucal adecuada después de una limpieza dental profesional para que se mejoren los resultados, reduciendo el sangrado y la sensibilidad gingival en una o dos semanas. Para disminuir la placa y ayudar al tratamiento de la gingivitis se recomienda el uso de dentífricos y enjuagues bucales específicos para el cuidado de las encías, que contribuirán notablemente al alivio de las molestias.

- Los productos indicados para mejorar la gingivitis tienen que estar formulados con activos que combatan los tres problemas principales que se asocian a la pe-

riodontitis inicial: placa, sangrado e inflamación.

Activos antiplaca:
- Clorhexidina. Se usa a concentraciones de 0,12%, 0,2%, y al 0,05% es bacteriostático y bactericida. Actúa sobre el Streptococcus mutans, causante de la caries, y sobre la Candida albicans, causante de las micosis orales. Presenta una elevada sustantividad, esto es, el tiempo de actuación es de unas 7-12 horas. No se han descrito resistencias, ni alteraciones del equilibrio bacteriano oral por el uso de clorhexidina. A concentraciones superiores al 0,12% provoca tinciones en los dientes que son reversibles al suspender el tratamiento. Estas coloraciones se acentúan si el paciente bebe vino tinto, café, té y si se es fumador. En la actualidad, los productos específicos para el cuidado gingival están formulados con concentraciones de clorhexidina al 0,05%, unida a otras sustancias antiplaca, como son el cloruro de cetilpiridinio o el triclosán que, al potenciar su acción, permiten reducir los efectos secundarios de la clorhexidina.
- Triclosán. Es un derivado fenólico que tiene una acción antibacteriana de elevada sustantividad, ya que permanece durante 14 horas. Está muy indicado en pacientes con enfermedad periodontal, debido a su acción antiplaca y antiflogística. Es un activo que puede utilizarse diariamente, ya que no produce tinciones en las piezas dentales aunque su acción antiplaca es algo menor que la de la clorhexidina. Es muy eficaz la unión del triclosán con copolímeros de metoxietileno y ácido maleico o con compuestos de cinc, sulfato o citrato de cinc.
- Hexetidina. La hexetidina es un activo antiséptico catiónico muy usado, con acción antiplaca que aumenta su efectividad si se une a sales de cinc.
- Sales de cinc. Son el citrato, el sulfato, el cloruro y el lactato de cinc. Las sales de cinc tienen un efecto anticálculo que minimiza la calcificación de la masa bacteriana evitando la formación de placa. Su acción se potencia si se unen al triclosán o la hexetidina.
- Fluoruro de sodio. Actúa remineralizando las piezas dentales, mejorando así la resistencia del esmalte frente a la acción bacteriana y evitando la formación de caries. Las sales de flúor transforman la hidroxiapatita en fluorapatita. Esta transformación se consigue mientras las piezas dentarias están en fase formativa de calcificación. Además el flúor es una sustancia que no sólo reduce la sensibilidad dentinaria, sino que también presenta una acción contra la placa bacteriana. Por tanto, se hace imprescindible que en todos los productos destinados al cuidado buco-dental estén presentes la sales de fluor.
- Xilitol. Es un activo que protege el esmalte dental reduciendo la adhesividad de la placa a la pieza dental.
- Cloruro de cetilpiridinio. En los últimos años los laboratorios están eliminando

este compuesto de amonio cuaternario de sus formulaciones, a pesar de su acción antiplaca.
- Vitamina E. Por su capacidad antirradicales libres protege las encías de la acción bacteriana evitando la formación de placa.

Activos antisangrado gingival:
- Sulfato de cinc. Es un buen astringente que atenúa el proceso congestivo y mejora el estado de las encías.
- Salvia. Es una planta antihemorrágica y antibacteriana que no sólo reduce el sangrado gingival sino que también evita la formación de placa bacteriana.

La inflamación de las encías es uno de los signos más característicos de la gingivitis. Para combatirla disponemos de los siguientes activos:
- Enoxolona. De excelente eficacia en procesos congestivos, mejora el estado de las encías inflamadas y enrojecidas. Las concentraciones a las que se formula oscilan entre el 0,2% y el 1%.
- Alantoína y dexpantenol. Son activos muy utilizados para mejorar el estado de las encías por su acción descongestiva.
- Extractos de plantas. Entre los más empleados están los de camomila, áloe vera y equinácea.

Por mucho que hagamos los profesionales, no sirve de nada si el paciente no es consciente que el mayor trabajo lo tiene que realizar en con su higiene bucodental, por eso es fundamental una educación de técnicas y productos dentales.

5 Bibliografía

- https://www.propdental.es/periodontitis/gingivitis-ulceronecrotizante-aguda/
- https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-gingivitis-X0213932410485638
- https://www.redalyc.org/pdf/2052/205216378006.pdf
- https://www.dentaly.org/es/limpieza-dental/tartrectomia-curetaje-alisado/

Capítulo 1181

SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO

ANDREA MARTÍNEZ ÁLVAREZ

ELENA FERNANDEZ RIVERA

GRACIELA GARCIA SUAREZ

NEREA DIAZ ALVAREZ

SARA MARTÍNEZ GARCÍA

1 Introducción

El túnel carpiano es un canal o corredor en la cara anterior o flexora de la muñeca, situado entre los huesos de la muñeca y el ligamento anular del carpo, por el cual pasan los tendones flexores de los dedos y el nervio mediano.

El síndrome del túnel carpiano es una enfermedad que produce daño del nervio mediano. Si existe, por cualquier causa, un aumento de la presión dentro de ese túnel carpiano se puede producir una lesión en dicho nervio.

Es más común en mujeres de 30-60 años ya que tienen el túnel carpiano más estrecho, también es más frecuente en embarazos y en periodo de lactancia. El síndrome del túnel carpiano también puede asociarse a enfermedades endocrinológicas, reumáticas, tratamiento con estrógenos, algunos tumores, etc.; es por eso por lo que, si existe la sospecha de estas enfermedades, el diagnóstico puede complementarse con pruebas analíticas o de imagen que ayuden a encontrar la causa.

Se suele producir con movimientos repetitivos de mano y muñeca (en tareas del hogar, frente a un ordenador en el uso del ratón) por lo que se recomienda el uso de elementos ergonómicos para evitar la flexión y extensión máxima de la muñeca. Sus síntomas más frecuentes son la pérdida de fuerza, el hormigueo en el dedo pulgar, índice y medio; también produce calambres en la mano, muñeca y antebrazo.

Los casos leves pueden evolucionar favorablemente con tratamiento mediante inmovilización de la muñeca o con la inyección de corticoides, pero en los casos más avanzados la solución siempre es quirúrgica, liberando el nervio atrapado en el túnel del carpo.

Tras la sospecha clínica, se deberá realizar una exploración de la sensibilidad y fuerza de la mano, así como maniobras que desencadenen la sintomatología.

Para confirmar el diagnóstico y valorar el grado de afectación del nervio mediano (leve, moderado o severo) habitualmente se solicita un estudio neurofisiológico consistente en una electromiografía (EMG) y un estudio de conducción nerviosa (ECN).

2 Objetivos

El objetivo de realizar este trabajo es explicar qué es el túnel carpiano, sus causas y su tratamiento ya que ésta patología afecta a un gran sector de la población.

3 Metodología

Se hace una búsqueda bibliográfica en la cual aparezcan palabras clave como: Muñeca, Túnel Carpiano, síndrome, nervio médio. Se recopila una serie de artículos e información por internet sobre el tema tratado y se reconstruye un resumen de todas las bases de datos elegidas.

4 Resultados

Tras identificar la patología e identificar el grado de compresión de la lesión, si es leve se intentará solucionar el problema durante 2-3 meses mediante otros tratamientos antes de valorar la cirugía.

Una de las posibles soluciones es la mejora postural, en el trabajo y en las rutinas diarias aconsejando el uso de elementos ergonómicos como la férula nocturna para evitar la flexión y extensión máximas de la muñeca. Otra posible solución de tratamiento sería la inyección de esteroides si la causa del STC es la inflamación de las vainas de los tendones (3 inyecciones en un periodo de 10 días para disminuir la inflamación).

Si después de estos posibles tratamientos de mejora sigue la patología igual, se valorará y se procederá a la realización de la cirugía.

La cirugía es el tratamiento más efectivo ya que consiste en seccionar el ligamento carpiano, se puede realizar de dos formas : Abierta (El cirujano hace una incisión en la palma de la mano sobre el túnel carpiano y luego hace un corte transversal en el ligamento para liberar el nervio) y Percutánea o endoscópica (en la cual el cirujano utiliza un endoscopio para ver dentro del túnel carpiano, posteriormente corta el ligamento mediante una o dos incisiones pequeñas en la mano o en la muñeca).

Tras la cirugía podrían surgir riesgos entre los que se podrían comprender los siguientes:
• Liberación incompleta del ligamento.
• Infección de la herida.
• Formación de cicatrices.
• Lesiones nerviosas o vasculares.

No siempre queda bien , y hay que sopesar los riesgos sobre los beneficios.

Durante el proceso de curación después de la cirugía, se debe colocar un vendaje en la muñeca durante dos días y tendrá que mover mucho los dedos y utilizarlos sin esfuerzos durante 3 semanas. Los tejidos del ligamento vuelven a crecer y unirse de forma gradual, a la vez que dejan más espacio para el nervio. Este proceso de curación interno suele tardar varios meses, pero la piel se cura después de unas semanas.

Por último, se le recomendará al paciente realizar ciertos ejercicios seguidos de tratamiento de rehabilitación.

5 Discusión-Conclusión

Considero de vital importancia la explicación del procedimiento del Síndrome del Túnel Carpiano ya que afecta a gran parte de la población y con una cirugía endoscópica se puede solventar de forma ambulatoria el problema que tanta frustración da a quienes lo padecen por sus tipos de funciones en el trabajo y en su vida cotidiana. Hay que tener en cuenta que no todos los pacientes son iguales ni sus lesiones, y que deben tener cierta paciencia en la recuperación. Ahora bien , la opción de pasar por la cirugía recae en la opinión de cada uno.

6 Bibliografía

- https://www.sabervivirtv.com/traumatologia/que-es-sindrome-tunel-carpiano-causas-tratamiento_1484
- https://espanol.ninds.nih.gov/trastornos/tunel_carpiano.htm
- https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/sindrome-tunel-carpiano
- https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/carpal-tunnel-syndrome/diagnosis-treatment/drc-20355608
- https://lopezburbano.com/tratamientos/tunel-carpiano/

Capítulo 1182

ENUCLEACIÓN PROSTÁTICA: CIRUGÍA HOLEP.

ANDREA MARTÍNEZ ÁLVAREZ

ELENA FERNANDEZ RIVERA

GRACIELA GARCIA SUAREZ

NEREA DIAZ ALVAREZ

SARA MARTÍNEZ GARCÍA

1 Introducción

La Cirugía HoLEP o Enucleación Próstatica con Láser Holmium es la única técnica láser prostática en la actualidad recomendada por las guías clínicas de los países con Servicios de Salud más avanzados para tratar patología como la Hiperplasia Benigna de Próstata.

También se puede emplear en algunos casos de cáncer de próstata como cirugía desobstructiva. Ésta intervención endoscópica hace que el operatorio y el postoperatorio sean relativamente cortos con menores riesgos.
El objetivo de esta intervención endoscópica es la extirpación de forma definitiva del núcleo de la próstata, que es el tejido que progresivamente ha ido creciendo hasta producir una obstrucción para la salida de la orina durante las micciones. Se conserva la cápsula prostática, y por ello con la intervención no se origina ningún tipo de disfunción eréctil.

La enucleación de la próstata con láser holmium aporta varias ventajas frente a otras intervenciones:

1º.- Se extirpa de forma definitiva el tejido obstructivo de la próstata del paciente.
2º.- Se lleva a cabo un análisis del tejido extirpado con lo que se puede detectar de forma precoz un adenocarcinoma en caso de que éste exista. Esto no es posible con ninguna otra técnica láser, muy publicitadas, pero en la práctica con grandes limitaciones.
3º.- La desobstrucción es muy superior a la obtenida con el laser verde u otras técnicas de vaporización.
4º.- El paciente obtiene unos resultados definitivos de forma más rápida y eficaz. Tras retirar la sonda, la desaparición de la frecuencia y de los síntomas irritativos de la micción es mucho más rápida.

La enucleación con láser de holmium mimetiza la cirugía abierta, es decir, es capaz de eliminar la totalidad del tejido hiperplásico que obstruye la uretra como se haría con los dedos, y no vaporiza el tejido mediante el efecto térmico de la energía láser, pero con la enorme ventaja de que se realiza a través de la uretra. Es la única técnica que puede comparar sus resultados funcionales con la cirugía abierta, pero con los beneficios de la cirugía mínimante invasiva: no hay herida, sangrado mínimo, es excepcional la transfusión, sonda vesical e ingreso en el hospital una media de 36 horas.
Ésta técnica puede solucionar otras patologías secundarias o asociadas a la HBP, ya que es el láser de elección para romper piedras de la vía urinaria, se pueden tratar tumores de vejiga, es ideal para abrir o tratar estenosis o estrecheces uretrales.

La cirugía de HBP consiste en eliminar el tejido adenomatoso que ha ido creciendo a lo largo de la vida. Clásicamente cuando este tejido no es muy grande, menor a 60 gramos, se puede resecar a través de la uretra, se realiza lo que se denomina una resección transuretral de próstata. Cuando este tejido era mayor se tenía que recurrir a la cirugía abierta. Esta intervención tradicionalmente es la que consigue los mejores resultados funcionales, en términos de que es la que más desobstruye, pues se extirpa todo el tejido adenomatoso. El problema es que presenta una importante morbilidad: herida quirúrgica, sangrado abundante y requiere con frecuencia transfusión, ingreso de 4-5 días, sondaje vesical durante 10-15 días.

Los láseres aterrizaron en la urología para intentar resecar la mayor cantidad

de tejido posible a través de la uretra, así podríamos evitar cirugía abierta con toda su morbilidad asociada. El láser verde fue el que más se extendió porque es una técnica más fácil de aprender, pero la experiencia nos ha enseñado que como vaporiza tejido, deja tejido adenomatoso y esos pacientes pasado un tiempo pueden volver a requerir tratamiento. De manera adicional, este tipo de láser no permite el análisis histológico de la próstata para poder descartar un cáncer de próstata. El láser de holmium permite acceder a todo tipo de tamaño prostático siendo el más recomendado para próstatas con un volumen superior a 80 gramos siempre que el cirujano esté entrenado en la técnica.

2 Objetivos

- Enumerar las ventajas de la enucleación prostática.

3 Metodología

para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: pubmed, medline, y scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Bibliografía

- https://www.agustinhuescar.net/enucleacion-prostatica/
- http://www.sanatoriocovadonga.com/blog/2019/03/curugia-endoscopica-laser-la-prostata-holep/

Capítulo 1183

CONSECUENCIAS DEL BURNOUT EN LOS PROFESIONALES SANITARIOS.

ÁLVARO FERNÁNDEZ SÁIZ

ANDREA FERNANDEZ SAIZ

PABLO PEÑA IGLESIAS

ELISA SAIZ GIRALDO

1 Introducción

El Burnout o síndrome del trabajador quemado es una enfermedad cuya prevalencia entre los profesionales sanitarios está aumentando.
Se caracteriza por la presencia de un agotamiento físico, mental y emocional que lleva al que lo padece a un sentimiento de incapacidad y baja autoestima y a adoptar una actitud fría y despersonalizada hacia los demás, especialmente hacia los pacientes y sus familiares.

2 Objetivos

- Identificar y dar a conocer las consecuencias que se derivan de esta enfermedad tanto para la salud física y mental del trabajador que la padece, como para la calidad de la labor profesional que desempeña que se va a ver seriamente afectada.

3 Metodología

Hemos realizado una búsqueda bibliográfica documental en bibliotecas virtuales de la salud, en páginas especializadas como Scielo, Pubmed y DIalnet y en revistas de corte científico. Se usaron palabras clave como Burnout, fatiga laboral, stress laboral crónico, etc.

En esta búsqueda identificamos 12 referencias de las cuales solo 4 cumplen los criterios de inclusión. En base al objetivo planteado se extrajo la información después de una lectura a texto completo.

4 Resultados

Según hemos identificado se establecen múltiples consecuencias del Burnout en los profesionales sanitarios. A nivel personal se producen alteraciones somáticas, en ocasiones graves, como arritmias cardiacas y alteraciones mentales como estados de nerviosismo, apatía, depresión, aparición de sentimientos de culpa, irritabilidad y un comportamiento hostil en el trato con los pacientes.

A nivel laboral otras consecuencias derivadas del padecimiento del Burnout son el ausentismo laboral, retrasos en el trabajo, altas tasas de accidentes laborales debido a la dificultad de concentrarse y una disminución de la cantidad y calidad de la productividad. En los casos más graves se puede llegar al abandono del puesto, a la incapacidad total para volver a trabajar e incluso al suicidio.

5 Discusión-Conclusión

El síndrome de Burnout ha pasado de ser considerado por la OMS como un factor de riesgo laboral en el año 2000 a introducirlo recientemente en la clasificación internacional de enfermedades. El padecimiento de esta enfermedad tiene múltiples consecuencias tanto a nivel personal como organizacional por lo que resulta imprescindible su correcto diagnóstico y tratamiento y promover estrategias de prevención en los profesionales sanitarios.

6 Bibliografía

- www.scielosp.org/article/res/2004.v78n4/505-516/es
- www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=94726

https://
- www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1135-57271997000300008&script=sci_arttext&tlng=es
- www.redaccionmedica.com

Capítulo 1184

LA AGRESIVIDAD EN EL MEDIO HOSPITALARIO

ÁLVARO FERNÁNDEZ SÁIZ

ANDREA FERNANDEZ SAIZ

PABLO PEÑA IGLESIAS

ELISA SAIZ GIRALDO

1 Introducción

La violencia contra los profesionales sanitarios se ha convertido en un problema de salud pública creciente, por ello es necesaria una formación en estrategias de afrontamiento de conductas agresivas que les permita reconocer cuando una situación puede desembocar en una agresión para intentar prevenir y resolver el conflicto antes de que se produzca.

2 Objetivos

Con esta revisión bibliográfica hemos pretendido reconocer e identificar las principales estrategias y actuaciones más inmediatas que se deben llevar a cabo cuando nos encontramos en una situación de agresividad o agitación que puede desembocar en un acto violento.

3 Metodología

La metodología que hemos usado para conseguir este objetivo es realizar una búsqueda bibliográfica documental, en bibliotecas virtuales de la salud y páginas especializadas como Scielo, Pubmed, Medline y en diversas revistar de corte científico. Para dicha búsqueda hemos usado palabras clave como pacientes agresivos, agresión agitación, etc…

4 Resultados

En este estudio hemos identificado las principales estrategias y actuaciones que se deben llevar a cabo cuando nos encontramos ante una situación que presenta riesgo potencial de convertirse en violenta:
- Es muy importante detectar las conductas agresivas.
- Es imprescindible tomar medidas que garanticen la seguridad del personal, pacientes, familiares y del entorno material.
- Intentar la contención verbal, fomentando la verbalización del problema por parte del paciente.
- Utilizar las estrategias de comunicación verbal y no verbal más convenientes para intentar calmar al paciente y controlar la situación.
- Contención mecánica: medida expcepcional que se usa cuando fallan las otras estrategias aunque en situaciones graves puede ser la primera opción.

5 Discusión-Conclusión

Tras los resultados obtenidos en este estudio hemos llegado a la conclusión de que los profesionales sanitarios tienen que formarse adecuadamente para poder afrontar situaciones de riesgo e intentar minimizar sus consecuencias, con el fin de evitar que se llegue a la violencia física por parte de los pacientes o familiares de éstos.

6 Bibliografía

- https://academica-e.unavarra.es/
- S Arroyo – Psiquiatría. Com, 2003 – academia.edu https://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/5899
- https://www.researchgate.net/profile/Carmen_Angulo2/publication/28264007_Manejo_inicial_del_paciente_agitado

- https://www.clinica-unr.com.ar/2015-web/Especiales/47/Especiales%20Exitacion%20psicomotriz.pdf

Capítulo 1185

ECOBRONCOSCOPIA .

ROCÍO LÓPEZ GONZÁLEZ

SIRA MORO MELGAR

SANTIAGO ALONSO MARTÍNEZ

BEATRIZ PAREDES

1 Introducción

La ecobroscoscopia, también llamada ultrasonografía endobronquial (EBUS), es una técnica de diagnóstico mínimamente invasivas, que se realiza bajo sedación profunda, sin necesidad de que el paciente sea ingresado.
La EBUS se considera una técnica indispensable para el estudio de la patología respiratoria.

2 Objetivos

El objetivo principal de esta técnica es el diagnosticar el cáncer de pulmón y determinar su estadificación.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han

consultado artículos en las principales bases de datos: pubmed, medline, y scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La EBUS es un broncoscopias flexible, el cual en su extremo inferior tiene un transductor que permite localizar y visualizar en tiempo real los ganglios del mediastino. Para ello, el neumólogo introduce el ecobroscoscopia a través de la vía aérea, lo que permite la visualización del árbol bronquial. Una vez localizados los ganglios patológicos, se introduce una aguja a través del brocoscopio y se procede a la punción y aspiración de los mismos.

El técnico especialista en anatomía patológica es el encargado de procesar las muestras extraídas, para ello realizará extensiones sobre portaobjetos, previamente identificados con el número d historia y el nombre del paciente. Estos portaobjetos los teñirá de manera rápida con la tinción de Diff- Quick, por lo que el anatomopatólogo podrá dar un diagnóstico de manera casi inmediata.
En la mayoría de ocasiones se extraen, además, cilindros de mediastino, los cuales se meten en formol para su posterior procesado como una biopsia.

La rentabilidad que se puede conseguir con la EBUS es muy alta, con una sensibilidad entre el 85 y el 100%, y una especificidad del 100%.

5 Discusión-Conclusión

Conocer el estadío del cáncer de pulmón es muy útil para determinar el pronóstico de la enfermedad y decidir sobre qué tratamiento es el más adecuado para el paciente.

6 Bibliografía

- www. barnaclinic.com
- Carles Agustín García-Navarro. 30/ setiembre 2010 www.neumologiaysalud.es
- Julio Pérez Izquierdo. Julio 2014 www.neumosur.net
- Estefania Luque Crespo, Agustín Válido Morales. 2017

Capítulo 1186

MEDIDAS PREVENTIVAS EN EL MANEJO DE PACIENTES EN AISLAMIENTO EN LOS SERVICIOS DE RADIOTERAPIA Y DE DIAGNÓSTICO CLÍNICO

SONIA SUAREZ RODRIGUEZ

DANIEL MARTINEZ MENENDEZ

MARCOS ALVAREZ BLANCO

MARIA TERESA MORAL GORGOJO

MARIA CRISTINA SANTIRSO MENENDEZ

1 Introducción

Los pacientes son aislados antes la sospecha o confirmación mediante diagnóstico de padecer una enfermedad infecciosa altamente transmisible. Podemos diferenciar diferentes tipos de aislamiento que son clasificados según la vía de transmisión.

El aislamiento de contacto es cuando la infección se transmite por contacto, puede ser de persona a persona o a través de un objeto contaminado. tipos de aislamiento:

- El aislamiento aéreo cuando hay diseminación de partículas en el aire menores de 5 micras permaneciendo en el aire largos periodos de tiempo y pudiendo inhalarlas otras personas.
- El aislamiento por gotas, se generan al toser, hablar, estornudar, etc., son mayores a 5 micras y quedan suspendidas en el aire, el contacto tiene que ser inferior a 1 metro.
- El aislamiento inverso, en este caso el paciente se encuentra inmunodeprimido por lo que corre el riesgo de coger una enfermedad altamente infecciosa, en este caso al que hay que proteger es al paciente.

2 Objetivos

- Prevenir, durante el manejo de pacientes aislados cuando acuden a realizar tratamiento de radioterapia o a realizar pruebas de diagnostico clínico la transmisión de la infección tanto al propio personal como a otros pacientes

3 Metodología

Se ha realizado la búsqueda sistemática y bibliográfica en diversas bases científicas.

4 Resultados

Hay una serie de medidas estándar para la prevención de las transmisiones como son el lavado de manos tanto antes como después del contacto con el paciente, el uso de bata no estéril para proteger la piel y la ropa, el uso de guantes no estériles si se prevé el contacto con fluidos y el uso de mascarillas si se pueden generar salpicaduras.

Cuando los pacientes salen de la habitación a realizar tratamiento o pruebas diagnósticas se tomaran medidas preventivas que dependerán del tipo de aislamiento. Si el paciente está aislado por contacto, la zona contaminada y las lesiones cutáneas deben ser tapadas siempre que sea posible con apósitos limpios. Durante la realización de pruebas o tratamiento el personal que tenga contacto directo deberá usar guantes y bata.

Si el aislamiento es producido por gotas, se le colocara al paciente una mascarilla quirúrgica bien ajustada y se aplicaran las medidas estándar. En caso de que

durante las pruebas o tratamiento sea necesario quitar la mascarilla quirúrgica al paciente, el personal deberá usar mascarilla quirúrgica si se acerca a menos de un metro.

Si el aislamiento es aéreo, el paciente vendrá con mascarilla quirúrgica bien ajustada y medicas estándar. Si hay que retirar la mascarilla, el personal tendrá que utilizar mascarilla de alta eficacia (FPP2). En los pacientes en los que sea necesario un aislamiento inverso, tendrá que venir protegido con mascarilla quirúrgica, bata y guantes, ya que en este caso son ellos los que corren el riesgo. Después de la exploración o tratamiento se deberán de desinfectar las superficies y utensilios utilizados con una solución de aldehídos.

En el servicio de radiodiagnóstico las sondas del ecógrafo se deben de proteger con fundas, la mesa de diagnóstico se puede cubrir con sábana desechable y los chasis se pueden cubrir con bolsas de plástico desechables y posteriormente se procederá la desinfección.

En los servicios de radioterapia cubriremos los inmovilizadores y la mesa de tratamiento que es lo que estará en contacto con el paciente con sábanas desechables, y una vez finalizado el tratamiento se procederá a la desinfección tanto de la mesa como del inmovilizador.

5 Discusión-Conclusión

Hay que evitar al máximo el traslado de estos pacientes ya que evitaremos transmisiones, pero en el caso de tratamientos como la radioterapia y la realización de algún estudio de imagen como resonancias magnéticas, TAC o pruebas en medicina nuclear, no es imposible la realización en la habitación, por lo que hay que trasladar el paciente a esos servicios. Intentaremos organizar las agendas para que estos pacientes sean los últimos evitando que se crucen con otros pacientes y también se evitara que esperen tendrían que ser atendidos según llegan. Se deber tener claro el tipo de aislamiento para tomar las medidas preventivas correctas.

6 Bibliografía

- https://www.saludcastillayleon.es/HSReyesAranda/es/calidad/precauciones-aislamientos-patologia-infecciosa

- https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/hd_publicaciones/es_hdon/adjuntos/Protocolo31AislamientoEnfermedadesTransmisiblesC.pdf
- https://seguramentemejor.files.wordpress.com/2015/08/usp-pc-fr185-01-traslado-pacientes-aislamiento-s-radiodiagnc3b3stico.pdf
- Modulo I manual del técnico superior en radioterapia, editorial mad, ISBN: 978-84-676-4422-7

Capítulo 1187

FACTORES DE RIESGO DE PADECER BURNOUT

ANDREA FERNANDEZ SAIZ

PABLO PEÑA IGLESIAS

ELISA SAIZ GIRALDO

ÁLVARO FERNÁNDEZ SÁIZ

1 Introducción

El Burnout o síndrome del trabajador quemado es uno de los grandes problemas a los que se enfrenta el personal sanitario en la actualidad. Consiste en una situación total de agotamiento, fatiga, desmoralización y disminución del rendimiento laboral y se produce cuando no hay equilibrio entre las expectativas personales como profesionales y la realidad diaria de su trabajo.

2 Objetivos

- Dar a conocer e identificar los factores de riesgos fundamentales de esta enfermedad cuya prevalencia, sobre todo en el ámbito sanitario está en claro aumento, especialmente en los trabajadores que mantienen un contacto constante con los pacientes y sus familiares y que les lleva en muchas ocasiones a tener actitudes negativas e insensibles hacia ellos.

3 Metodología

La metodología utilizada para conseguir este objetivo es realizar una búsqueda bibliográfica en páginas especializadas como Medline y Pubmed, en revistas de corte científico y en bibliotecas virtuales del ámbito de la salud. Las búsquedas se realizaron usando indicadores y palabras clave como Burnout, estres laboral, etc. y en ella se identificaron 14 referencias de las cuales solo 5 cumplen los criterios de inclusión.

4 Resultados

Según hemos identificado se consideran factores de riesgo de padecer Burnout la edad (tener más de 30 años), una situación marital inestable, llevar más de 20 años en la misma profesión sobre todo si es en la misma empresa, la rutina y la monotonía, la pobreza de rol, la sobrecarga laboral y el trabajo nocturno.

Los profesionales más proclives a quemarse son aquellos que son más empáticos, sensibles, idealistas, altruistas, con una gran dedicación profesional y susceptibles de identificarse con los demás. Respecto al sexo, parece ser que las mujeres son más susceptibles a padecerlo que los hombres aunque no existe unanimidad respecto a ello. Tampoco hay acuerdo entre estudios que consideran que tener hijos es un factor de riesgo y otros que consideran lo contrario.

5 Discusión-Conclusión

El síndrome de Burnout es un trastorno muy frecuente entre los profesionales cuyo trabajo está enfocado en el bienestar de los demás. En su desarrollo intervienen varios factores de riesgo ya mencionados antes y presenta una serie de síntomas concretos que ayudan a definirlo y diagnosticarlo.

Las consecuencias de este problema son múltiples, tanto a nivel personal como organizacional por lo que resulta imprescindible su correcto diagnóstico y tratamiento así como el formular estrategias de prevención en los trabajadores de la salud.

6 Bibliografía

- Ministerio de Sanidad consumo y bienestar social.

- www.redacciónmédica.com
- www.consalud.es
-www.scielosp.org/article/resp/2004.v78n4/505-516/es/
- Revista CES Salud Pública. ISSN 2145-9932 Volumen 3, Número 2, Julio-Diciembre 2012, pág. 184-192

Capítulo 1188

CONSECUENCIAS DE AUTOMEDICARSE.

ANDREA FERNANDEZ SAIZ

PABLO PEÑA IGLESIAS

ELISA SAIZ GIRALDO

ÁLVARO FERNÁNDEZ SÁIZ

1 Introducción

La automedicación es la toma de medicamentos por iniciativa propia sin ninguna intervención por parte del médico, constituye un problema a nivel mundial por su alta incidencia y el riesgo que entraña para el bienestar de las personas que la practican.

2 Objetivos

- Identificar los riesgos y consecuencias de automedicarse.

3 Metodología

A partir de la observación en mi ámbito laboral, de los efectos negativos que ocasionaba los medicamentos en los pacientes con riesgo, se examinó en diversas bases de datos especializadas los estudios referidos al tema de estudio para conocer las expectativas viables.

4 Resultados

- Agravar o alargar la enfermedad
- Crear resistencia al antibiótico
- Provocar efectos adversos o indeseables.
- Riesgo de intoxicación por dosis incorrecta
- Ocultar un problema de salud grave.

5 Discusión-Conclusión

Los medicamentos más utilizados por cuenta propia son los antibióticos, anti-inflamatorios y los analgésicos .
Es importante siempre tomar medicación bajo prescripción medica ya que evitaremos poner en peligro nuestra salud.

6 Bibliografía

- Barbero-González A, Pastor-Sánchez R, del Arco-Ortiz de Zárat.e, et al..Demanda de medicamentos de prescripción sin receta médica..Aten Primaria, 37 (2006), pp. 78 Automedicación [Internet]. Bethesda: U.S. National Library of Medicine;2012[citado 10 Feb 2012]. Disponible en: http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/.

Capítulo 1189

SELLADORES DE FOSAS Y FISURAS DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA HIGIENISTA BUCODENTAL

AROA TEJÓN GONZÁLEZ

LAURA DACOSTA ALONSO

1 Introducción

La salud bucodental es un indicador clave de la salud, el bienestar y la calidad de vida en general. La OMS (2018) define la salud bucodental como: "un estado exento de dolor bucodental o facial crónico, cáncer de la cavidad bucal o la garganta, infección oral y anginas, periodontopatías, caries dental, pérdida de dientes y otras enfermedades y trastornos que limitan la capacidad de una persona para morder, masticar, sonreír y hablar, así como su bienestar psicosocial".

Según esta misma organización (2018), la caries es uno de los problemas que nos encontramos a nivel mundial con mayor prevalencia, encontrando que entre el 60% y el 90% de los niños en edad escolar presentan esta patología.
Para conseguir reducir el porcentaje de caries en niños de edad escolar es muy importante la figura del higienista bucodental, ya que juega un papel decisivo en las medidas de prevención primaria y promoción de la salud informando a padres, tutores o cuidadores y aplicando medidas preventivas, como los selladores de fosas y fisuras (García-Godoy, Harris y Helm, 2005; Vera y Vanessa, 2011).

2 Objetivos

- Describir la importancia de los sellados de fosas y fisuras desde el punto de vista del higienista bucodental, determinando y exponiendo su eficacia e importancia.

3 Metodología

Para responder a este objetivo, se ha llevado a cabo una revisión teórica a través de la base de datos Scielo y PubMed, con restricción de fecha 2010-2020 y combinando los siguientes descriptores: sellados, fisuras, higiene bucodental, eficacia, tratamiento.

A través de estos tópicos, se encontraron 28 documentos, que se discriminaron de la siguiente manera: se tuvieron en cuenta para su análisis solo los trabajos tipo paper; se descartaron aquellos documentos que no se relacionaban con el tema de interés.

De este modo, se eliminaron 11 salidas de la web. En primera instancia se seleccionaron, por lo tanto, 17 artículos que recogían los criterios de inclusión de la investigación (de los que, una vez estudiado el texto completo, se debieron eliminar 5 por no corresponderse con los tópicos buscados). Por todo esto, el total de documentos analizados fue de 12.

4 Resultados

Se encuentra que los selladores de fosas y fisuras han sido reconocidos como una medida preventiva muy eficaz frente a la caries de fosas y fisuras. Este tipo de caries es la que mayor prevalencia tiene en dientes posteriores, representando un 80-90% del total.

Los sellados son un tipo de material, normalmente resinas, que una vez aplicados a las fosas y fisuras de dientes susceptibles a la caries actúan como una barrera protectora evitando el acceso a bacterias cariogénicas.
Sin embargo, basándonos en las recomendaciones de las Sociedades Científicas, y de las recomendaciones clínicas, se detecta que es muy importante un buen diagnóstico y una buena técnica de aplicación para que los sellados sean eficaces.

Las recomendaciones actuales para este tipo de procedimiento nos indican que los dientes a tratar tienen que estar totalmente erupcionados, y no haber pasado

más de 4 años de su erupción en la boca, ya que en un diente erupcionado parcialmente no conseguiremos un buen sellado.

Se da prioridad a los primeros molares permanentes, ya que son los primeros dientes permanentes que aparecen en la cavidad oral y son los más vulnerables a la caries. La literatura científica actual también recomienda realizar sellados en segundos molares permanentes, siempre que el profesional lo considere necesario, incluso en ciertos casos en dentición primaria.

Hay que valorar además el índice de caries del paciente, siendo totalmente recomendables en niños con alto índice de caries, sin olvidar que, en este tipo de pacientes, las revisiones, el cambio de higiene bucodental, el control de la dieta e incluso la combinación con aplicaciones de fluoruros, que son muy importantes. Los sellados estarían totalmente contraindicados si el diente ya tiene una caries rampante en cara oclusal o en interproximal. Si la caries es incipiente y bajo un control por parte del profesional, el sellado si estaría indicado.
La técnica de aplicación, aunque es sencilla requiere de cierta destreza para que el sellado funcione:
• Se realizará una limpieza previa del diente a tratar para quitar los restos de placa. Es muy importante un buen aislamiento, ya que la saliva puede impedir una buena adhesión del material. Normalmente usaremos el aislamiento relativo con rollos de algodón que absorben los fluidos, y podemos ir cambiando por rollos secos según se van empapando.
• Procederemos al grabado con ácido ortofosfórico durante 30 segundos, comprobaremos que está bien grabado si al secar el diente ha adquirido un color blanco tiza. Lavamos y secamos.
• Sobre este paso hay diferentes opiniones: en algunos estudios afirman que es mejor usar adhesivos para que el material de sellado se adhiera mejor al diente; en cambio, los protocolos actuales recomiendan la aplicación del sellado directamente, ya que la penetrabilidad de este material y el tipo de fisura es lo que realmente asegura la efectividad del tratamiento.
• Fotopolimerizamos el material.
• Y, como último paso, comprobar presencia de oclusión y que no hay ninguna interferencia.
Son muy importante las revisiones, ya que una perdida parcial o total del sellado hace que pierda eficacia y aumente el riesgo de caries.

Este tipo de tratamiento no solo nos ayuda con los pacientes en edad escolar, sino con pacientes psiquiátricos y con discapacidades, ya que debido a una peor

higiene habrá una mayor susceptibilidad a la caries.

5 Discusión-Conclusión

A día de hoy, ya nadie duda que una buena prevención es indispensable para evitar problemas en un futuro. Los sellados de fosas y fisuras han demostrado su eficacia siempre y cuando se realicen con la técnica correcta y se sigan las pautas indicadas por el profesional sanitario.

Basándonos en múltiples estudios y viendo la eficacia de los mismos, podemos asegurar que potenciando una buena educación bucodental y tomando las medidas necesarias, se consigue reducir el índice de caries.
No debemos olvidar que la caries es una enfermedad de origen multifactorial presente en todo el mundo, y nuestra labor como profesional sanitario es intentar reducir su incidencia, informar y motivar a nuestros pacientes para que sean conscientes de la importancia de una buena salud bucodental.

6 Bibliografía

- Diéguez, F. J. P. E., Vela, C. J., & Visuerte, J. M. (2009). Selladores de fosas y fisuras para higienistas dentales: Indicaciones y técnicas de colocación. Ideaspropias Editorial SL.
- García-Godoy, F., Harris, N. O., & Helm, D. M. (2005). Selladores de fosas y fisuras. Odontología preventiva primaria, 205.
- Navarro Montes, I., Peso de Ojeda, L., Ballesteros, H., & González Sanz, A. (2004). Evaluación de la aplicación de selladores en el marco asistencial de un programa público de salud bucodental. Avances en Odontoestomatología, 20(1), 33-40.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018). Salud Bucodental.
- Padrón, M. D. L. Á. G., Guzmán, M. S., Hernández, D., & González, E. (2002). Los Sellantes de Fosas y Fisuras: Una alternativa de tratamiento" Preventivo o Terapéutico" Revicion de la literatura. Acta odontológica venezolana, 40(2), 193-200.
- Protocolos de la Sociedad Española de Odontopediatría. Recomendaciones para la utilización de los sellados de fosas y fisuras. http://www.odontologiapediatrica.com/selladores_de_fosas_y_fisuras.
- Simancas Pereira, J. (2007). Microfiltración y capacidad de penetración de los selladores de fosas y fisuras: influencia de la técnica de aplicación. Rev. Ateneo Argent. Odontol, 28-33.

- Sol-Segarra, E., Espasa-Suárez de Deza, E., & Boj-Quesada, J. R. (2005). Influencia de diferentes sistemas de profilaxis en la adhesión de un sellador de fisuras al esmalte. RCOE, 10(2), 177-182.
- Vera, P., & Vanessa, D. (2011). Selladores de fosas y fisuras (Bachelor's thesis, Universidad de Guayaquil. Facultad Piloto de Odontología).

Capítulo 1190

TÉCNICAS DE IMAGEN PARA LA DETECCIÓN DE LITIASIS RENAL .

JENNIFER RODRÍGUEZ APARICIO

1 Introducción

La litiasis renal es una enfermedad que afecta mayoritariamente a personas de raza blanca con proporción 4:1 y al sexo masculino con una tasa de recidiva del 50%, con síntomas como: dolor en la zona lumbar irradiada hacia el abdomen y genitales, náuseas, vómitos, hinchazón abdominal, sudoración, hematuria e incluso cistitis.

En general, hablamos de litiasis renal cuando encontramos cálculos en alguna zona del aparato urinario pero si los cálculos se localizan en el riñón se habla de nefrolitiasis y si aparecen en otro punto del aparato urinario hablaremos de urolitiasis.

No todos los cálculos tienen la misma composición. Los más habituales son los de oxalato de calcio que están formados por calcio y un ácido orgánico. También son comunes los compuestos por fosfato cálcico y los de ácido úrico, además de los derivados de la rotura de proteínas que se suelen dar a edades tempranas. Aproximadamente el 90% contienen calcio como principal componente.

Los principales factores que favorecen la formación de los cálculos son: un pH de orina bajo, volumen urinario bajo, calcio, sodio, oxalato y urato. El cuerpo también posee sustancias tanto orgánicas (por ejemplo: magnesio, citrato…) como inorgánicas (glucosaminoglucanos, osteopontina…) que inhiben el crecimiento de estas sustancias. Por tanto, la predisposición de tener o no esta afección depende de las concentraciones que tengamos de estas sustancias.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Conocer los diferentes tipos de diagnóstico por imagen de las litiasis urinarias.

Objetivos secundarios:
- Conocer la diferencia entre nefrolitiasis y urolitiasis.
- Conocer los diferentes tipos de cálculos.
- Determinar los factores de riesgo de esta enfermedad.

3 Metodología

Base de datos
Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sistemática en diferentes bases de datos como: PubMed, Elsevier, Scielo, Google Académico, Google Scholar así como a los diferentes asociaciones radiológicas como la Seram.

Descriptores
Se utilizaron los siguientes descriptores: "litiasis", "litiasis urinaria", "nefrolitiasis", "uro-TC ", "diagnóstico litiasis", "métodos diagnósticos para litiasis".

Fórmulas de búsqueda
Para la realización de la búsqueda bibliográfica, se asociaron los descriptores mencionados anteriormente. Siendo incluidos artículos de investigación, capítulos de libros, guías y diferentes documentos entre los años 2007 y 20120. Se buscaron documentos tanto en castellano como en inglés.

Se revisaron todos los textos relacionados con el diagnóstico de litiasis renal comprendidos entre el espacio de tiempo citado. Del mismo modo, los criterios de exclusión utilizados, fueron: la no utilización de documentos encontrados y que no hubiesen sido publicados en el periodo de tiempo citado, además de todos aquellos que no tuvieran relación con los contenidos de la investigación.

4 Resultados

En el momento que se sospecha de enfermedad litiásica es muy importante conseguir un buen diagnóstico diferencial para conseguir un buen tratamiento. Analizaremos los diferentes métodos de imagen utilizados en radiología para el diagnóstico de litiasis urinaria.

Tomografía Computarizada Helicoidal sin contraste
Según diversos estudios es el método de elección ya que ante pacientes con cólico nefrítico se ha conseguido una sensibilidad y especificidad para diagnosticar litiasis de hasta un 92% a 99%. las ventajas del TAC sin contraste es que elimina la necesidad de preparación previa del paciente, bajo tiempo de exploración, permite la localización y medición exacta de la litiasis si es que la hubiese, así como la visualización de signos secundarios de obstrucción . Además de todo esto permite diagnosticar otras patologías que se encuentren en el campo de estudio como diverticulitis, apendicitis…

Como desventajas podemos encontrar que al tratarse de tomografía, emite radiación, pero habría que valorar el coste-beneficio. Por esto mismo, no suele ser considerado método de elección para pacientes pediátricos o embarazadas.

Uro-TAC (con contraste intravenoso)
Existen diferentes protocolos para la realización de dicho estudio según el centro en el que se trabaje. Se trata de obtener el mejor estudio de manera que se minimice la dosis de radiación. La característica común es que se administra contraste intravenoso y se realizan varios barridos a diferentes tiempos obteniendo así diferentes series (basal, nefrográfica, tardía…) .

El uro -TAC evalúa el tracto urinario completo desde el sistema colector hasta la vejiga, pasando por los uréteres de manera que se puede diagnosticar diferentes patologías como neoplasias malignas de urotelio, litiasis urinarias, tumores renales, lesiones, malformaciones congénitas… además como ventaja, se puede evaluar el resto de la zona que se incluyó en el exámen.

Por tanto, como ventaja es que se puede detectar prácticamente cualquier patología que se encuentre en la zona a estudio y como desventaja es que se utiliza contraste intravenoso, por lo que el paciente necesita una preparación (ayunas de unas 5h, analítica para comprobar la creatinina y el filtrado glomerular) y al tratarse de un TAC el paciente recibe radiación).

Ecografía
Los cálculos en la ecografía se ven como un foco muy hiperecogénico con sombra acústica posterior. Se pueden localizar cálculos de 4mm en adelante, inferiores a esta medida, no se aprecian bien.
Normalmente, se se produce la obstrucción a nivel renal, por tanto hablamos de uropatía obstructiva. La ecografía es muy sensible a esta patología.
Por tanto, como ventajas de este método diremos que es barato, rápido e inocuo,

por lo tanto, apto para niños y embarazadas. Además tiene una sensibilidad para la detección de uropatía obstructiva del 80-90%. Como desventajas, se trata de un método médico-dependiente, por lo que el resultado dependerá del médico que la realiza y la valora, no localiza exactamente los cálculos y es muy difícil explorar los uréteres, ademas, no muestra cálculos de muy pequeño tamaño.

Radiografía
Ventajas: Técnica barata y rápida. Puede mostrar la presencia de cálculos y patología obstructiva. Muestra la localización exacta. Como desventaja, es una técnica poco sensible y específica, pero sirve para localización o como prueba complementaria a otras.

5 Discusión-Conclusión

La patología litiásica es una patología común, que necesita de un buen diagnóstico para evitar recidivas. Como hemos visto existen muchas técnicas para su localización, cada cual con sus ventajas y desventajas. Si bien es cierto que generalmente se lleva un protocolo: radiografía, ecografía y finalmente TAC, hay siempre que valorar el tipo de paciente con el que se trabaja y según esto y su anamnesis, valorar el de cada técnica y utilizar la más adecuada.

6 Bibliografía

- Jenny Badilla García, Jorge Andrés Herrera Corrales;Med. leg. Costa Rica vol.36 n.1 Heredia Jan./Mar. 2019, Litiasis urinaria en pediatría https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152019000100118&lang=es
- Adela-Emilia Gómez Ayala , Litiasis renal. https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-litiasis-renal-13116003
https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152019000100118&lang=es
- Dr. Miguel Ángel Ochoa Figueroa,1 Dr. Ángel J. Ochoa Cuevas, Anales de Radiología, Mexico.La Tomografía Computarizada Helicoidal (TCH) como primera opción diagnóstica de litiasis urinaria https://www.medigraphic.com/pdfs/anaradmex/arm-2007/arm072l.pdf
- Drs. Karina Hermosilla M, Roberto Cabrera T ,Benjamín Horwitz Z, Rodrigo Raurich S, Marco Barbieri H, Samuel Gac H, Pablo Soffia S, Claudia Páez A, Oscar Morgado H.Rev. chil. radiol. v.15 n.2 Santiago 2009. UROGRAFIA POR TOMOGRAFIA COMPUTADA MULTICORTE (UROTAC): Estudio descriptivo uti-

lizando la técnica de ”Split Bolus” https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-93082009000200004&script=sci_arttext
- Marcos Luján Galán, Alvaro Páez Borda. Diaz de Santos. Ecografía abdominal Urológica. https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=TM-cAwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA169&dq=litiasis+urologica+ecograf%C3%ADa&ots=_Af4raIMZu&sig=C42nODsjCJ1woZZQgO7Tix132uc#v=onepage&q=litiasis%20urologica%20ecograf%C3%ADa&f=false

Capítulo 1191

EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA: SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA Y SU DIAGNÓSTICO ANALÍTICO.

CARMEN ROMANO LINDE

MARÍA SAMPEDRO PUERMA

1 Introducción

Las inmunodeficiencias son un conjunto de patologías ocasionadas por defectos en el sistema inmunológico (SI), representadas por un acrecentamiento de la posibilidad de padecer una infección grave y periódica.
Existen deficiencias primarias y secundarias del sistema inmune, las secundarias son las más habituales.
Actualmente la inmunodeficiencia secundaria de más importante es la referente con la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), este virus es el responsable del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) (Codina, Martín, & Ibarra, 2002); de León Naranjo, 2014).

"La pandemia causada por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) es apreciada como una prioridad política a nivel mundial y un problema de salud

pública que ha ocasionado demoledoras consecuencias desde 1981" (Del Valle, Moscol, Landivar, & Vega, 2018).
En las últimas reseñas divulgadas por la OMS en 2018, que hacen referencia a las cifras epidemiológicas del año 2017, en todo el mundo existen infectados con el virus VIH un total de 36,9 millones de personas de todos los rangos de edades. (Moriano, 2018)

El total de individuos en el mundo que han contraído el virus desde el comienzo de la epidemia se sitúa en 77,3 millones. Sin embargo, la epidemia se ha estabilizado o está manifestando signos de recesión. La mayoría de nuevos casos se agruparon en las poblaciones de riesgo, esto es, mujeres en el continente africano, hombres homosexuales, prostitutas o drogadictos. (Moriano, 2018)

El VIH, agente causal del SIDA pertenece a la familia retroviridae (retrovirus de forma esférica), que son virus con cubierta con cápside de simetría icosaédrica cuyo genoma es un ARN monocatenario lineal diploide. Los retrovirus son virus de ARN que se replican utilizando un ADN intermediario, que depende del ADN polimerasa o retrotranscriptasa, derivado del ARN y que se localiza dentro del virión (Lamotte Castillo, 2014; Rodríguez, 2017; Cordeiro, Taroco, & Uruguay, 2008). Entre la cápside y la cubierta coexiste una matriz proteica. Son virus que muestran tropismo por los linfocitos T y por los monocitos- macrófagos. Originan infecciones agudas.

El VIH después de la transcripción inversa forma ADN bicatenario que se une al genoma de la célula y puede originar infecciones crónicas (Rodríguez, 2017; Moriano, 2018);
EL VIH, es un virus que infecta LT CD4 en los que se replica de una manera muy agresiva (linfotropismo) (Soto Ramírez, 2004; Boza Cordero, 2018). Esta afinidad por los LT CD4 provoca defectos en el sistema inmunitario y el aumento de las infecciones oportunistas (Alcamí & Coiras, 2011).

2 Objetivos

- Comprender la etiopatogenia del virus del VIH, analizar su ciclo biológico, describir las fases de la infección y conocer el diagnóstico analítico del SIDA.

3 Metodología

Se efectuó una revisión sistemática de la literatura concerniente con el VIH/SIDA, utilizando los siguientes descriptores: VIH/etiopatogenia; Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida; ciclo de vida del VIH; fases en la infección por el virus VIH; diagnóstico, patogenia, etc.

Se ejecuto una exhaustiva búsqueda de información en los principales bancos de datos bibliográficas:
Google Académico, Pubmed, Scielo, Scopus, Medigraphic, etc.

Por tal motivo se consultaron 15 referencias bibliográficas, de las cuales se seleccionaron 8, utilizando descriptores en los idiomas ingles y español. El criterio de exclusión manejado fue el tratamiento de la infección por VIH.

4 Resultados

Etiopatogenia. El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), es el responsable del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) (Moriano, 2018). El sida es un síndrome (conjunto de síntomas y signos), resultado de un trabajo defectuoso del SI y tiene una iniciación viral (labor tóxica del VIH en las células del SI).
El VIH consigue infectar diversas células, como las células epiteliales del sistema reproductor o del epitelio del intestino. Pero su primordial diana son los linfocitos CD4 (Moriano, 2018).

El VIH corresponde a la familia de los retrovirus (subfamilia lentivirus) (Codina, et al., 2002). Los lentiviridae provocan inmunodeficiencia, originan la destrucción lenta y sucesiva de las células que infectan. En la subfamilia lentivirus los que inducen la afección en los seres humanos son el VIH- 1 y 2, descubiertos 1983 y 1986 (Soto Ramírez, 2004; Lamotte Castillo, 2014; Rodríguez, 2017).

Está formado por una cubierta glucoproteica con glucoproteínas coligadas denominadas espículas (De León-Naranjo, 2014). Esta cubierta envuelve una cápsula de proteínas llamada nucleocápside (con forma de cono) (Soto Ramírez, 2004). Dentro de la nucleocápside, tenemos: una molécula de ARN bicatenario y la enzima denominada transcriptasa inversa, que transcribe el ARN viral en ADN vírico de doble cadena, que se une al genoma celular y puede ocasionar

infecciones crónicas (De León-Naranjo, 2014; Del Valle, et al., 2018; Cordeiro, et al, 2008; Boza Cordero, 2018).

Ciclo de Vida del VIH. El VIH ingresa en el organismo como partículas víricas libres o como células infectadas y a través del contacto estrecho con líquidos biológicos, de personas infectadas: sangre y semen (contacto con secreciones contaminadas) (Moriano, 2018).

Existen 3 mecanismos de transmisión: parenteral, sexual y transversal (Cordeiro, et al., 2008).
La vía sexual encarna la primordial vía de infección a nivel mundial. Engloba las relaciones heterosexuales, y también la penetración vaginal, anal y el sexo oral. La vía parenteral corresponde a la sangre y hemoderivados contaminados. La vía transversal es la trasmisión de la madre al feto o trasmisión vertical, que contiene 3 instantes: vía transplacentaria, en el compromiso de parto por contaminación en el canal y la lactancia materna (Lamotte Castillo, 2014; Rodríguez, 2017; Moriano, 2018; De León-Naranjo, 2014); Del Valle, et al., 2018).

El VIH consigue infectar diversas células, como las células epiteliales del sistema reproductor o del epitelio del intestino. Pero su primordial receptor son los linfocitos CD4 (linfotropismo). Destruye a los LT CD4 (Alcamí & Coiras, 2011).
La molécula CD4 de los LT se acopla a la Glucoproteína gp120 de la cubierta del VIH (Codina, et al., 2002; Alcamí & Coiras, 2011; Boza Cordero, 2018). Se rompe el nucleocápside y deja suelto el ARN. La transcriptasa inversa origina ADN vírico de doble cadena. El ADN vírico se acopla en el ADN celular, creándose un provirus (Soto Ramírez, 2004).
Tras la integración, el VIH puede persistir latente en las células infectadas durante años. Al cabo del tiempo puede activarse. El ADN proviral provoca la formación de ARN vírico y de moléculas de ARNm, lo que ocasiona la síntesis de proteínas virales. Después el ARN y las proteínas virales se acoplan y crean nuevas partículas virales.

Las partículas salen de la célula por gemación, con la consiguiente muerte celular (Alcamí & Coiras, 2011).
Fases en la Infección por el Virus VIH.
- Primoinfección o Infección Aguda Retroviral. Síndrome retroviral agudo muy inespecífico y el enfermo infectado puede permanecer asintomático o mostrar

un cuadro clínico representado por un síndrome mononucleósido (fiebre, linfadenopatía, faringitis, odinofagia, mialgias, exantema, artralgias, etc.) (Codina, et al., 2002; Moriano, 2018). Surgen a las 4 a 8 semanas de exposición. No se manifiestan Ac específicos frente al VIH durante un período de 4-12 semanas (periodo ventana) (De León-Naranjo, 2014; Del Valle, et al., 2018). Se produce la seroconversión, que es el período de tiempo durante el cual se desarrolla un anticuerpo específico y se vuelve detectable en la sangre. Se obtiene una carga viral basal tras la primoinfección que supone un dato de gran valor pronóstico en la evolución de la infección (Soto Ramírez, 2004).

Entre la 12 y la 16 semana se instaura una respuesta inmunitaria humoral y celular (los linfocitos B, linfocitos T CD8+ citotóxicos, los linfocitos T CD4+, y células NK (natural killer) (De León-Naranjo, 2014; Boza Cordero, 2018).
En esta fase la respuesta inmune celular se revela por la activación de los CD8+ (Boza Cordero, 2018).
A diferencia de otras infecciones virales, el VIH origina una evidente y duradera activación de CD8+ no solo directamente por medio de receptores específicos o indirectamente por citoquinas e interleuquinas emanadas durante la respuesta inmune, así como por la desregulación de Threg. (Boza Cordero, 2018)

- Fase Crónica Asintomática. Entre la seroconversión y el sida. Fase en la que el virus se replica masivamente en distintos sectores orgánicos. La viremia disminuye, pero el virus continúa la replicación viral constante, principalmente en tejido linfoide (1000000000 viriones / día). Esta fase persiste de meses a años. Los niveles de CD4+ se conservan comparativamente estables, pero van disminuyendo gradualmente. Es la fase asintomática o de linfadenopatía extendida persistente (con esplenomegalia o no) (Del Valle, et al., 2018). El diagnóstico en esta fase es mediante la serología VIH (Lamotte Castillo, 2014).
- Fase Sintomática Precoz u Oportunistas Menores. Se presentan los primeros síntomas o las patologías relacionadas con la inmunodeficiencia subyacente. Surgen las primeras infecciones oportunistas y los síntomas constitucionales: candidiasis orofaringea, herpes zoster, fiebre, pérdida de peso, astenia constante, anemia y trombocitopenia, diarrea, dermatitis seborreica, herpes simple recidivante, verrugas genitales, polineuropatía, síndrome ansioso depresivo, meningitis, etc. (Lamotte Castillo, 2014). Su persistencia radica en distintos factores, como el tipo de cepa infectante y la respuesta inmune del organismo de la persona infectada (Del Valle,et al., 2018).

SIDA. El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es una patología del SI

humano producida por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Incorpora una inmunodepresión severa. Limita la efectividad del SI, haciendo que los individuos afectados sean más sensibles a las infecciones. Es la fase más avanzada de la infección. Se define por las infecciones oportunistas más graves y descenso del número de linfocitos CD4+ (menor de 200/µl) y desde el punto de vista de la virología acrecentamiento de la carga viral (Alcamí & Coiras, 2011). El diagnóstico en esta fase tan avanzada, se relaciona con elevada mortalidad por escasa respuesta a la terapia antirretroviral, reacciones desfavorables, el avance de la infección oportunista y la difícil recuperación del SI (Codina, et al., 2002).

Entre las infecciones oportunistas que pueden llevar a la muerte tenemos: neumonía por P. jiroveci, hepatitis C, sarcoma de Kaposi, candidiasis, criptosporidiasis con diarrea, tuberculosis, histoplasmosis, infección por citomegalovirus, etc. (Rodríguez, 2017; Cordeiro, et al., 2008).
Hoy en día, la tuberculosis sigue siendo la primordial causa de muerte entre los individuos que viven con el VIH (es responsable de una de cada tres muertes concernientes con el SIDA), le siguen la neumonía y la candidiasis. En lo que concierne a las neoplasias emergentes como resultado del fracaso inmunológico, las más frecuentemente concernientes con el VIH son el sarcoma de Kaposi y ciertos linfomas. (Moriano, 2018)

Determinación Analítica del SIDA. El dictamen determinante de la infección por VIH debe efectuarse mediante parámetros de laboratorio clínico (Moriano, 2018; De León-Naranjo, 2014; Del Valle,et al., 2018; Cordeiro, et al., 2008).
Las pruebas analíticas revelan la presencia de anticuerpos contra el VIH en los fluidos biológicos.
En la determinación del VIH se utilizan:
- Pruebas Moleculares. RT-PCR en la amplificación y localización del genoma viral y RT-qPCR en la cuantificación (calcula la carga viral) (Moriano, 2018).
-Pruebas Inmunológicas. ELISA. Análisis de la sangre que estudia si la persona ha producido anticuerpos frente al VIH. Es la prueba más habitual y barata. Es preciso de dos a tres meses tras la exposición al VIH para que los resultados sean positivos. Si hay anticuerpos es seropositivo, muestra infección por el virus (Lamotte Castillo, 2014; Rodríguez, 2017); de León-Naranjo, 2014).
- Test Western-blot. Análisis de la sangre para confirmar la infección por VIH. para detectar proteínas virales específicas del virus (Lamotte Castillo, 2014; Del Valle,et al., 2018).

La analítica contiene dos resultados a los que convendría prestar especial vigilancia:
Recuento de LT CD4. Análisis de sangre que determina la concentración de células CD4 para comprobar el estado del SI. A mayor número de linfocitos CD4, mejor fortaleza del sistema inmune (Lamotte Castillo, 2014; Rodríguez, 2017).
Nivel de Carga Viral. Muestra la cantidad de VIH que contiene la sangre (número de copias de RNA del virus). Lo ideal es que no sea detectable (Lamotte Castillo, 2014; Rodríguez, 2017;
Del Valle, et al., 2018).

Actualmente existen las Pruebas Rápidas de Diagnóstico. se puede tomar una muestra de saliva (menor sensibilidad) o una gota de sangre, para determinar si el individuo ha producido anticuerpos (Moriano, 2018). Se maneja mucho en el cribado de poblaciones. Si da positivo, exige una confirmación por la técnica de localización de anticuerpos en un examen de sangre
(ELISA).

5 Discusión-Conclusión

La infección por VIH y el SIDA no son lo mismo. Cuando una persona se infecta por el VIH, nuestro organismo origina anticuerpos contra el mismo, cuyo diagnóstico definitorio debe efectuarse mediante pruebas de laboratorio clínico (Moriano, 2018). No obstante, pueden pasar meses y años hasta que surgen los primeros síntomas de la infección. El SIDA es una etapa avanzada de la infección por VIH, en la que surgen signos y síntomas de la patología cuando acontece una rigurosa inmunodepresión.

En conclusión, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es una patología ocasionada por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). El VIH agrede esencialmente el SI, destruyendo las protecciones del organismo y provocando que el individuo infectado sufra patologías y tumores (Codina, et al., 2002). Es de vital importancia entender un proceso de gran complejidad como es la infección por el VIH (Soto Ramírez, 2004; de León-Naranjo, 2014). Comprender la etiopatogenia, el ciclo biológico, las fases de la infección, la respuesta inmunitaria en las distintas fases, los componentes de escape a la respuesta inmunitaria, los mecanismos celulares y moleculares de latencia y reactivación vírica, y los mecanismos de destrucción de los LT CD4 (Boza Cordero, 2018).

Conseguir una vacuna preventiva eficiente y eliminar la infección son dos grandiosos desafíos a los que los estudios de investigación sobre el VIH afrontan y se ha visto obstaculizado por la significativa variación genotípica del VIH junto con su alta tasa de mutación y recombinación ejercitada durante el proceso de replicación (Alcamí & Coiras, 2011; Moriano, 2018; Cordeiro, et al., 2008). Debemos comprender por qué el SI naufraga en el control de la replicación viral y saber qué dianas víricas es imprescindible descubrir para aumentar la eficacia y elaborar los instrumentos fundamentales para crear vacunas y tratamientos para la cura de la infección (Soto Ramírez, 2004; Del Valle, et al., 2018).

6 Bibliografía

- Alcamí, J., & Coiras, M. (2011). Inmunopatogenia de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. Enfermedades infecciosas y microbiología clínica, 29(3), 216-226. Recuperado de https://doi.org/10.1016/j.eimc.2011.01.006
- Boza Cordero, R. (2018). Patogénesis del VIH/SIDA. Revista Clínica de la Escuela de Medicina de la Universidad de Costa Rica, 7(5), 28-46.
- Codina, C., Martín, M. T., & Ibarra, O. (2002). 21. La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. fundacionvencer.org.py. Recuperado de http://www.fundacionvencer.org.py/uploads/la-infeccion-por-el-vih-1508959669.pdf.
- Cordeiro, N., Taroco, R., & Uruguay. Universidad de la república. Facultad de Medicina. Instituto de Higiene. (2008). Retrovirus y VIH. Recuperado de http://higiene1.higiene.edu.uy/html/bacvir/materiales/cefa/2008/retrovirus.pdf
- De León-Naranjo, F. L. (2014). Infección por el VIH (I). Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado, 11(49), 2893-2901.
- Del Valle, V. A. L., Moscol, G. B. T., Landivar, N. D. R. V., & Vega, M. B. G. (2018). Algunas consideraciones sobre el VIH/SIDA. RECIMUNDO: Revista Científica de la Investigación y el Conocimiento, 2(4), 48-69. Recuperado de https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6731151
- Lamotte Castillo, J. A. (2014). Infección por VIH/sida en el mundo actual. Medisan, 18(7), 9931013. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930192014000700015&lng=es&tlng=es.
- Moriano, C. F. (2018). Infección por VIH. Panorama actual del medicamento, 42(419), 1133
1167.
- Rodríguez, E. C. (2017). Revisión bibliográfica sobre VIH/sida. Multimed, 17(4). Recuperado de http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/340

- Soto Ramírez, Luis Enrique. (2004). Mecanismos patogénicos de la infección por VIH. Revista de investigación clínica, 56(2), 143-152. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034 83762004000200005&lng=es&tlng=es.

Capítulo 1192

EVALUACIONES RADIOGRÁFICAS DE LA ESCOLIOSIS.

LAURA FERNANDEZ FERNANDEZ

TATIANA GARCÍA DÍAZ

CARMEN MÉNDEZ GONZALEZ

1 Introducción

La columna vertebral también llamada raquis se define como el conjunto de huesos (vertebras) situados en la parte media y posterior del tronco corporal, desde la cabeza a la pelvis, formando una compleja estructura osteocartilaginosa articulada y resistente que permite la sostenibilidad erguida del cuerpo así como sus movimientos, ejerce la función de protección de la médula espinal y permite a los vertebrados mantener el equilibrio.

Esta compuesta en su totalidad por 33 vértebras: 7 vértebras cervicales, 12 vértebras dorsales , 5 vértebras lumbares , 5 vértebras sacras y 4 vértebras coccígeas, todas ellas dispuestas en un eje longitudinal relativamente recto en el plano coronal y ejes ligeramente curvos en el plano sagital (lordosis y cifosis).

La escoliosis: es una curvatura lateral anómala de la columna vertebral haciendo que esta, en vez de estar en el eje longitudinal correcto se presente con forma exacerbada de “S” o de “C”. La escoliosis puede ser de origen congénita (anomalías presentes al nacer), ideopática (causa desconocida) o neuromuscular (secundario de otra enfermedad o debido a un trauma físico).

Es una patología que se presenta aproximadamente en un 3% de la población y más frecuentemente en mujeres que en hombres y en etapas de desarrollo y crecimiento óseo (niñez y adolescencia) la curvatura se suele agravar.
Puede producir múltiples síntomas como dolor de espalda, debilidad o sensación de cansancio, hombros o cadera descompensados o dismetría de los miembros inferiores, entre otros.

En función del grado de curvatura de la columna, se tomaran diferentes decisiones de tratamiento, si el grado de escoliosis no es muy elevado un simple corsé puede reducir el problema, pero cuando las curvaturas son más elevadas (superiores a 45º) la mejor opción es la cirugía que tendrá como objetivos principales evitar que la curvatura empeore y corregir la deformidad vertebral.

2 Objetivos

- Identificar la escoliosis mediante pruebas radiográficas existentes.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: pubmed, medline, y scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La serie radiológica escoliótica incluye:
1: Telerradiografía : es una radiografía de toda la columna en una sola imagen radiográfica.
Primero se realiza una proyección en bipedestación, preferiblemente postero anterior (para reducir la radiación sobre las mamas)
El paciente deberá estar descalzo con los pies y rodillas juntos lo que permitirá ver la verdadera posición de la columna vertebral y a una distancia de 1,80 a 2m del tubo de RX. Hay que resaltar que se puede realizar la imagen en decúbito supino en aquellos casos en los que el paciente no pueda mantenerse bien de pie.

En ambos posicionamientos, se centra en la parte superior, en los conductos auditivos externos, y en la inferior en las espinas iliacas anterosuperiores.

Tras obtener la primera imagen se realiza una proyección lateral. El paciente se colocará de lado con los brazos levantados entre 90 y 60 ° y centraremos desde la unión occipital-cervical hasta la vertebra s1.
En ambas proyecciones trataremos de colimar lo máximo posible a la columna para reducir la dosis que el paciente recibe y evitar la mayor cantidad de radiación dispersa.
Siempre que se pueda se usarán protecciones gonadales tiroideas y mamarias.

2: Bending test: aplicado mayoritariamente para estudios prequirurjicos y caracterización de las curvas escolióticas.Se realiza una radiografía dinámica en decúbito supino, fijando la pelvis y en máxima inclinación lateral derecha e izquierda , lo que permitirá valorar el grado de flexibilidad de la columna.

3: Radiografía lateral de la región lumbosacra: para la detección de espondilolistesis (deslizamiento hacia delante de una vértebra sobre la otra, habitualmente una vértebra inmediatamente inferior o sobre el sacro) asociada.

4: Radiografía de la mano izquierda : el paciente deberá apoyar la palma lo mas estirada posible y alinear la muñeca longitudinalmente a ella.

5 Discusión-Conclusión

Para la identificación y diagnóstico de esta patología existen numerosas pruebas radiográficas entre las que destacan la teleradiografía de columna total o escoliograma y test de Bending, los cuales pueden además ser complementadas por radiografías simples de las distintas partes afectadas de la columna.
- El escoliograma nos muestras en una sola radiografía, la columna vertebral completa, incluyendo todas las vertebras, permitiendo así visualizar las desviaciones, curvaturas anómalas y posibles lesiones o deformaciones que la columna puede estar sufriendo.
- El Test de Bending se compone de las proyecciones empleadas en radiología (incurvación/flexión o extensión) para el estudio de la flexibilidad del raquis.
- El papel fundamental de este conjunto de pruebas de imagen es cuantificar los daños que esta patología produce y bajo este conocimiento encontrar la solución más favorable para el afectado.

6 Bibliografía

- https://www.upreddd.es/2019/02/27/escoliosis-definicion-y-sintomas-de-esta-patologia/
- https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-93082009000300007
- https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/musculos-y-huesos/escoliosis.html

Capítulo 1193

LA ESTIMULACIÓN CEREBRAL PROFUNDA: UNA GRAN AYUDA AL PARKINSON.

LAURA FERNANDEZ FERNANDEZ

CARMEN MÉNDEZ GONZALEZ

TATIANA GARCÍA DÍAZ

1 Introducción

El Parkinson es una enfermedad crónica que se produce por una degeneración progresiva de las células nerviosas cerebrales (neuronas) que no producen la suficientes cantidad de dopamina (sustancia química esencial en el cerebro).
Afecta a varios sistemas corporales pero principalmente al sistema nervioso central (SNC), produciendo una alteración motora que se caracteriza principalmente por la falta de coordinación corporal, lentitud en los movimientos, problemas de equilibrio, temblores (que se suelen agravar con el paso del tiempo), agarrotamiento y rigidez de los músculos, especialmente en brazos y piernas, o dificultades en el habla y la deglución .
También es frecuente la aparición de síntomas promotores como son la depresión (estados de ánimo muy bajos y prolongados en el tiempo) y los trastornos de sueño (dificultad de su conciliación) así como dificultad de la concentración.
A día de hoy aún se desconoce su causa y como prevenirla ; Su mayor incidencia suele ser en personas mayores de 60 años y es mucho más común la aparición en hombres que en mujeres.

El Parkinson es una enfermedad crónica que no tienen una cura definitiva, puede ser tratada con medicación pero gracias a la intervención quirúrgica (que permite la estimulación cerebral profunda) los pacientes pueden experimentar prácticamente de inmediato unos grandes resultados, con una mejoría notable en muchos de sus síntomas, principalmente mejora de la motricidad y coordinación, desechando así mucha de los fármacos que serían necesarios para sobrellevar la enfermedad.

Desde el nacimiento de este tipo de intervención , en la década de los años noventa, la estimulación cerebral profunda se ha impuesto como una variable terapéutica muy segura y eficaz para la enfermedad de Parkinson.
Algunos de los objetivos principales de la estimulación cerebral profunda son: definir con la mayor exactitud posible, las características quirúrgicas que se llevan a cabo (con la ayuda de aparatología de rayos X) y que condicionan la evolución de la sintomatología de la enfermedad, así como realizar unas revisiones actualizadas de la literatura médica sobre los aspectos más importantes que se llevan a cabo en esta cirugía funcional.

Una vez que se ha realizado la identificación de la patología y se decide escoger la estimulación cerebral como método para paliar la enfermedad, se procederá a la intervención quirúrgica.

Esta intervención consta de las siguientes partes :
El paciente sera sometido a la realización de un TC o resonancia magnética de cráneo para ubicar, exactamente, mediante coordenadas , aquella zona o zonas, donde el cerebro emite aquellas señales nerviosas “defectuosas” que provocan todos los síntomas que caracterizan la enfermedad. Una vez realizado el marcaje, el paciente será trasladado para realizar la intervención quirúrgica.

Una vez dentro de quirófano, el equipo de neurocirujanos procederá a realizar en la zona previamente marcada del cráneo del paciente, una pequeña incisión, a través de la cual se introducirán, guiándose por Rx en el cerebro del paciente, dos miccroelectrodos hasta la zona concreta del cerebro donde la señal electriconerviosa cerebral genera los síntomas de la enfermedad.
En el momento que los electrodos estén en el lugar concreto, se colocarán unas extensiones subdérmicas de los mismos, las cuales irán conectados a una pequeña batería, denominada neuroestimulador, que se colocará mediante otra incisión en la parte trasera del cráneo o bien en la parte del torso del paciente, que el cirujano

considere.

Una vez realizada la intervención, y y situados y conectados todos los componentes, tras unos días de la cirujía, el médico podrá programar con facilidad el generador de pulso implantado (neuroestimulador), el cual empezará a enviará distintos impulsos eléctricos, a través de las extensiones, a los electrodos situados dentro de la cavidad cerebral, interfiriendo y bloqueando aquellas señales eléctricas que producen los síntomas de la enfermedad de Parkinson, consiguiendo así una estimulación personalizada para cada paciente.

Tras la cirugía pueden aparecer diferentes efectos secundarios asociados como pueden ser: dolores de cabeza, desorientación, dificultad de concentración, dolor temporal o inflamación en el lugar del implante entre otros. Dichos efectos, en condiciones normales, desaparecerán a los pocos días tras la cirugía.

2 Objetivos

- Revisar información sobre métodos quirúrgicos que permiten la estimulación cerebral profunda.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: pubmed, medline, y scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Palabras clave “cirujia de Parkinson”, “Parkinson” “neuroestimulación”, “cirujia cerebral profunda”.

4 Bibliografía

- Micheli, F., Luquin, M. R., & Rosso, A. (2002). Enfermedad de Parkinson. Micheli F; Nogueras MA; Asconapé JJ; Fernández MM; Biller J (Eds). Tratado de Neurología Clínica. 1ra Ed. Panamericana, 501-530

- https://espanol.ninds.nih.gov/trastornos/estimulacion_cerebral_profunda.htmS
https://medlineplus.gov/spanish/parkinsonsdisease.html
https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4688133

Capítulo 1194

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL .

SILVIA COSTALES PARRONDO

1 Introducción

Enfermedad inflamatoria intestinal
La Enfermedad Inflamatoria Intestinal engloba dos patologías, la colitis ulcerosa y la enfermedad de Crohn.
Las dos se caracterizan por ser enfermedades del intestino esencialmente, autoinmunes, inflamatorias y crónicas, que evolucionan en brotes y periodos de remisión. Ambas alteran la capacidad del organismo para digerir los alimentos y absorber los nutrientes y comparten además características clínicas y patológicas. Algunos síntomas comunes son: diarrea, sangre en las heces, cansancio, dolor abdominal, pérdida de apetito, pérdida de peso y fiebre.

Aunque también existen diferencias clínicas y patológicas entre las dos. Por ejemplo, la zona de afectación. La colitis ulcerosa se caracteriza por lesiones inflamatorias crónicas en la pared del intestino grueso, mientras que la enfermedad de Crohn puede aparecer en cualquier parte del aparato digestivo.
Solo se puede tener una u otra, no ambas a la vez.
La enfermedad de crohn
La enfermedad de Crohn es una patología inflamatoria crónica de origen autoinmune que puede afectar a cualquier parte del aparato digestivo . Normalmente se presenta con mayor frecuencia en la parte final del intestino delgado y en el comienzo del colon. La afectación suele ser de todo el espesor de la pared intestinal. Dadas las diversas posibilidades de afectación, los síntomas pueden ser tremendamente variables de un paciente a otro.

Síntomas

La aparición de los síntomas, duración e intensidad depende de la localización y extensión de la zona afectada. Se manifiesta de manera discontinua sin que la zona deteriorada tenga que estarlo de principio a fin. De hecho es frecuente encontrar ”parches” de inflamación que se intercalan entre porciones sanas de intestino.

Los síntomas más frecuentes en la enfermedad de Crohn son los intestinales y los que se derivan de ellos:

- Dolor abdominal
- Diarrea con o sin moco y sangre, a veces estreñimiento
- Fisuras y úlceras
- Cansancio y fatiga
- Fiebre
- Falta de apetito y pérdida de peso
- Malestar general y debilidad

También puede haber manifestaciones fuera del intestino como, inflamación en los ojos, dolor en las articulaciones, placas rojas en la piel, piedras en el riñón o la vesícula.

Sin embargo, y aunque la enfermedad de Crohn es una patología crónica, las personas que la tienen experimentan los síntomas intermitentemente. Es decir, en períodos de brote que se intercalan con etapas en las que los síntomas están en remisión.

Colitis ulcerosa

La colitis ulcerosa también es una patología inflamatoria crónica, de origen autoinmune, que tiene su actividad más localizada que la enfermedad de Crohn.

La enfermedad afecta al colon que incluye el recto y el ano, dañando el revestimiento interno del tejido intestinal. Suele presentarse de manera continua. Comienza siempre en el ano y se extiende más o menos hacia el resto de colon, según cada paciente Al igual que la enfermedad de Crohn, cursa con etapas de brote y de remisión.

Síntomas

Los síntomas más frecuentes en la colitis ulcerosa son:

- Diarrea con moco y sangre. A veces puede haber estreñimiento
- Dolor abdominal
- Pérdida de peso
- Anemia

• Fiebre
• Malestar general y debilidad
También hay manifestaciones extraintestinales como dolores articulares, piedras en la vesícula, manchas en la piel e inflamación en los ojos.

Causas de la EII
La causa de la EII se desconoce, aunque se cree que puede deberse a la interacción de factores genéticos, ambientales y a cambios en la microbiota intestinal.
Es decir, no hay una sola causa que produzca Crohn o colitis ulcerosa. Aparecen en personas genéticamente predispuestas en las que inciden ciertos factores ambientales e, incluso, las propias bacterias intestinales, que provocan una alteración del sistema inmune desencadenando una respuesta inflamatoria anómala que se perpetúa en el tiempo y que termina produciendo la enfermedad. De lo que se desprende, por lo tanto, que los pacientes no son culpables de la aparición de su enfermedad porque esta no se desencadena por algo que se hace o se deja de hacer, como la dieta o el estrés.

¿Dónde, cuándo y quién puede desarrollar una EII?
Se desconocen las causas que la provocan, pero algunos datos indican que:
• La EII es más común en los países desarrollados y en las zonas urbanas.
• España ha aumentado el número de casos de EII en las últimas décadas.
• Puede afectar a cualquier raza o grupo étnico.
• Afecta por igual a hombres y mujeres.
• Pueden diagnosticarse a cualquier edad, pero con mayor frecuencia antes de los 30 años.
• La enfermedad de Crohn se ha duplicado en niños menores de 10 años desde 1996.

Evolución
La enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa son patologías crónicas sin un tratamiento definitivo. Es decir, no curativo. Hay que tener en cuenta que la evolución de estas patologías puede variar en función de los tratamientos que se administren, aquellos que han demostrado producir cambios positivos en el pronóstico y evolución de la enfermedad a corto y a largo plazo.
La evolución y la respuesta a los tratamientos existente es individual. La eficacia de estos tratamientos varía de unos pacientes a otros y a veces es necesario probar con distintos medicamentos hasta dar con el más efectivo para el paciente.

El perfil del paciente

La enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa son enfermedades que se manifiestan en edades tempranas. La edad media de diagnóstico se sitúa alrededor de los 30 años aunque la incidencia infantil, es decir, el número de casos que aparecen nuevos cada año en edad pediátrica, sigue en aumento. A pesar de esto, actualmente la mitad de los pacientes son adultos jóvenes entre 20 y 39 años y un 25% de los pacientes inician el proceso inflamatorio antes de los 20 años. Un hecho de gran impacto en la calidad de vida de los pacientes al ocurrir en una etapa de cambios en su desarrollo personal y profesional.

Diagnóstico

El diagnóstico de la enfermedad inflamatoria intestinal puede ser complicado y tardío, especialmente en pacientes con enfermedad de Crohn porque la inflamación puede localizarse en cualquier punto del tubo digestivo y presentar una sintomatología variada, inespecífica y atribuible a otras enfermedades. En este sentido, estudios recientes en Europa han revelado que aproximadamente en el 45% de los nuevos casos de EII se tarda más de un año en recibir un diagnóstico definitivo y que en el 17% del total de pacientes el periodo es superior a 5 años; lo que se considera un gran problema porque:

• Existen pacientes que presentan sintomatología durante años antes de ser diagnosticados.

• Cada vez existe una mayor evidencia que apunta a que el éxito del tratamiento aumenta si se administra en fases tempranas.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es realizar una revisión bibliográfica sobre la Enfermedad Inflamatoria Intestinal, los tipos de tratamientos y como afecta al paciente en su vida diaria.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha buscado información en varias páginas web como se indica en la bibliografía. La búsqueda se ha hecho usando las palabras clave, EII, Enfermedad de Crohn, Colitis ulcerosa, tratamiento, y un dato importarte, donde y como se puede recibir apoyo e información sobre como te cambia la vida tras ser diagnosticado de EII.

4 Resultados

Tratamiento médico
Actualmente no existe una cura para la Enfermedad Inflamatoria Intestinal, pero el curso de la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa se puede alterar por los tratamientos disponibles que han demostrado producir cambios a corto y largo plazo en la evolución de la enfermedad. El objetivo del tratamiento, por tanto, es controlar la actividad de la enfermedad, favorecer la remisión y ayudar a evitar las complicaciones.
Existe una amplia variedad de tratamientos disponibles e indicados según la gravedad del brote (leve, moderado o grave) que pueden ser usados por separado o, incluso, combinándose entre sí. Destacan, por orden de menor a mayor complejidad, los tratamientos farmacológicos convencionales, las terapias biológicas y la cirugía. Otros métodos más innovadores, como el trasplante de células madre, se emplean en un limitado número de pacientes cuando han fracasado todas las opciones previas de tratamiento.

Tratamiento quirúrgico

En la enfermedad de Crohn
A veces las personas con Enfermedad Inflamatoria Intestinal requieren cirugía. Sin embargo, debido a que la enfermedad de Crohn puede afectar a cualquier parte del tracto digestivo, el tratamiento quirúrgico va a variar en función de la zona afectada.

Por ejemplo, a veces es necesaria la cirugía para drenar un absceso o para hacer una resección intestinal (extirpación de una parte del intestino) con el fin de solucionar una estenosis (estrechez intestinal o una obstrucción). En algunos casos, se puede realizar una estricturoplastia en la que en lugar de extirpar, se realiza un ensanchamiento de la estenosis. También es necesaria la realización de una ostomía en determinados casos, aunque cada vez es menos frecuente este tipo de cirugía.

Además de la cirugía específica del intestino delgado, los pacientes con enfermedad de Crohn también pueden someterse a una intervención quirúrgica para tratar las complicaciones de la enfermedad. Por ejemplo, si has desarrollado una fístula (algo especialmente habitual), hay procedimientos disponibles para reducir el dolor y facilitar su curación.

En la colitis ulcerosa

La primera opción que tiene en cuenta el cirujano es la creación de un reservorio ileoanal. Es decir, una bolsa interna realizada con el íleon terminal unido al recto o al ano. En estos casos las heces se expulsan por el ano en lugar de por una bolsa de ostomía. Una cirugía posible si el recto se encuentra en buenas condiciones y sin problemas de incontinencia.

Si esas condiciones no se dan, se considera la extirpación del colon y el recto (protocolectomía total) que elimina los síntomas de la colitis ulcerosa.

Como consecuencia, el paso natural de las heces cambia, por lo que el cirujano puede realizar una ileostomía (conexión del intestino delgado con el abdomen). En este caso hay que utilizar una bolsa que irá adherida a la piel del abdomen y que recogerá las heces que se eliminen.

Tratamientos nutricionales

Nutrición enteral
Es el soporte nutricional a través de alimentos preparados específicamente para ser administrados por vía oral, por sonda nasogástrica o gastrostomía. Estos preparados están compuestos por grasas, hidratos de carbono y proteínas que se obtienen artificialmente de los alimentos por diferentes procesos industriales y son complementados con vitaminas y minerales.

En la Enfermedad Inflamatoria Intestinal puede ser utilizada como tratamiento complementario para restaurar el estado nutricional en caso de desnutrición, para promover el crecimiento en niños y como tratamiento primario para inducir la remisión en casos pediátricos.

Ésta última utilidad es utilizada en niños y adolescentes con enfermedad de Crohn, de diagnóstico reciente y con el intestino delgado afectado. Aunque la tasa de remisión sea algo menor al uso de corticoides, es compensada por la relación riesgo/beneficio. Se suele administrar por vía oral y pueden tener distintas presentaciones, en forma de batidos o de yogures de distintos sabores para adaptarse a los gustos del paciente.

Suplementos
La Enfermedad Inflamatoria Intestinal puede interferir con la absorción de los nutrientes de los alimentos. La inflamación, la extirpación de determinados tramos intestinales y la menor ingesta de alimentos cuando hay brote y/o dolor, provocan malabsorción intestinal y la pérdida de proteínas.

Además, algunos de los medicamentos que tomamos para la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa también pueden interferir en esta absorción.

Los déficits más frecuentes en los pacientes de EII son los siguientes:
• Calcio. Ocurre principalmente en pacientes tratados con corticoides y es importante complementarlo con vitamina D ya que ayuda a la absorción del calcio.
• Hierro. La causa más habitual de este déficit son las hemorragias intestinales (es la causa más habitual. También pueden ocurrir por un déficit de aporte con la alimentación, por un déficit de vitamina B12 y ácido fólico y por malabsorción.
• Vitaminas B12. Ocurre cuando existe inflamación o extirpación del íleon terminal.
• Ácido fólico. Ocurre por un déficit de aporte en la alimentación, por inflamación o extirpación del yeyuno y por la toma de sulfasalazina.
• Sodio y potasio. Ocurre cuando existe inflamación o extirpación del intestino grueso.

Vivir con la enfermedad: alimentación
Una dieta equilibrada es fundamental para tener una vida saludable. Las personas con enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa, deben prestar especial atención a la alimentación para evitar problemas de desnutrición y deshidratación.

A pesar de esto, no hay una dieta especial y estándar para la enfermedad inflamatoria intestinal. Cada persona es diferente, por lo que la tolerancia dependerá del momento de la enfermedad en que se encuentre y la zona afectada.

Hay algunos consejos generales que te pueden resultar útiles. Cuando estés en remisión, puedes seguir una dieta lo más variada posible. No hay necesidad de evitar alimentos específicos o de llevar una dieta restrictiva. Sin embargo, hay ciertos alimentos que son más difíciles de digerir, como los que contienen fibra insoluble, semillas, frutos secos, así como determinadas frutas y verduras.
Durante un brote por el contrario, la situación cambia y es posible que comiences a restrigir tu dieta para evitar o reducir el dolor y los síntomas intestinales.
Hay ciertas cosas que puedes hacer estando en brote:
• Identificar los alimentos a los que asocias los síntomas.
• Identificar los alimentos que te causan menor sintomatología.
• Tomar porciones de comida más pequeñas y frecuentes durante todo el día.
• Tratar de consumir productos sin lactosa si eres intolerante o desconoces que lo eres.

• Evitar el alcohol, la cafeína, la fructosa, el azúcar y los edulcorantes artificiales si te hacen sentir peor.
• Evitar beber líquido durante una comida. Mejor tomarlo entre horas.
• Reducir el consumo de grasas, ya que podrían ser difícil de digerir (y pueden provocar el aumento de las deposiciones).

5 Discusión-Conclusión

Diagnosticado ¿y ahora qué?

Dudar es lo habitual.
Te acaban de diagnosticar una Enfermedad Inflamatoria Intestinal y tendrás muchas dudas. Es normal.
Por ejemplo, si no lo has hecho ya, podrías cuestionarte si de verdad tienes la enfermedad o incluso, dudar de si el diagnóstico que te hicieron es correcto. Igualmente te puedes preguntar por qué te ha tocado a ti y lo injusto que ha sido todo.
Y no solo eso. Tarde o temprano también aparecerán dudas sobre el impacto que producirá la enfermedad en tu vida. Bien porque te lo plantees o porque te pregunten los que te rodean.
Además, cuando la enfermedad está activa y es problemática, es fácil caer en el desánimo o acabar perdido entre la información que recibes. O peor aún, podrías terminar cayendo en soluciones con las que eludir lo que nos disgusta. Porque…
¿Qué no haríamos por evitar sentirnos mal y/o conservar aquello que deseamos? Un trabajo, una pareja o el que creemos el evento más importante de nuestra vida.

Los trastornos psicológicos más frecuentes en la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa, son la depresión (45%) y la ansiedad, que en las etapas de brote afecta a cerca del 80% de los enfermos.

¿Cómo afecta a nuestra calidad de vida?
Nuestra vida cambia notablemente:
- Visitas a médicos: son frecuentes las visitas a médicos, pruebas diagnósticas molestas y, en ocasiones, intervenciones quirúrgicas, etc.
- Emociones negativas: nos sentimos derrotados, con ansiedad, depresión, miedo, preocupación, rabia, vergüenza ante la enfermedad, estamos en estado de alerta (nos obsesionamos con los síntomas), etc.
- Cambios en nuestros comportamientos: dejamos de salir para protegernos del

cansancio, dejamos de hacer cosas que nos gustan (deporte, viajar, ocio…), contamos las veces que vamos al baño, evitamos lugares si no hay baño cerca, etc.
- Cambian las relaciones: la familia también sufre la enfermedad, nos aislamos de los amigos, se tienen ausencias escolares, frecuentes bajas laborales o pérdida del trabajo, con consecuentes problemas económicos.

¿Necesito tratamiento psicológico si tengo colitis ulcerosa o enfermedad de crohn?
Desde el tratamiento psicológico basado en la evidencia científica, se planifican las acciones más indicadas para que el paciente consiga:
- Adaptarse mejor a las consecuencias de la enfermedad.
- Aceptar las molestias y limitaciones que la enfermedad conlleva.
- Afrontar las demandas de la enfermedad, por el estrés que la propia enfermedad produce.
- Disminuir el miedo, la ansiedad, depresión y otras emociones negativas.
- Reducir el dolor y otros síntomas propios de la enfermedad.
- Aprender cómo comunicarse con la familia, los amigos, tu pareja o los compañeros de trabajo, acerca de lo que te pasa.

Decálogo De Recomendaciones Psicológicas
1. Cada paciente con Enfermedad de Crohn o Colitis Ulcerosa es distinto, no pienses que lo que le pasa a otro paciente de la sala de espera, te va a pasar a ti.
2. El tratamiento psicológico te va a beneficiar. Ten en cuenta que el no ser consciente de cómo nos afecta una enfermedad es común en las personas y, por supuesto, también en pacientes con EII.
3. Aceptar las molestias y limitaciones de la enfermedad mejorará tu bienestar.
4. Hablar sobre tu enfermedad y expresar tus sentimientos es bueno, pero hablar sólo de ella o quejarte constantemente, es contraproducente.
5. Identificar las situaciones más difíciles para ti con respecto a tu enfermedad y buscar soluciones para resolverlas.
6. No pensar que cualquier sensación o signo de la enfermedad que aparezca (cansancio, dolor, heces más líquidas…) son peligrosos y provocarán un brote.
7. Asumir que irás con frecuencia al baño y no obsesionarte con contar las veces que vas o mirar las heces. Todo ello no es signo de que estés empeorando, sólo un síntoma de tu enfermedad.
8. No evitar actividades, ni sitios donde pueda ser difícil encontrar un baño.
9. Seguir haciendo una vida lo más normal posible, sin obsesionarte con la enfermedad, reincorporando actividades agradables (salir con amigos, hacer deporte,

viajar, etc.) y prestar más atención a todo lo bueno que hay en tu vida.
10. Contar con un tratamiento psicológico basado en la evidencia científica, es una decisión importante para afrontar tu enfermedad.

Testimonio de una paciente con enfermedad de crohn

Testimonio: Mi vida con la enfermedad de Crohn por Noemí López https://youtu.be/fxGBT_9WCdI?t=40
Información, asociaciones y ayudas
La Asociación de Crohn y Colitis Ulcerosa, además de información sobre la enfermedad, ofrece servicios al paciente como: encuentros para jóvenes, formación, campañas de sensibilización, orientación y acompañamientos, servicios especiales…
Está formada por el conjunto de todas las asociaciones repartidas por todas las Comunidades Autónomas.

Asociación de Enfermos de Crohn y Colitis Ulcerosa del Principado de Asturias

En la web de la Asociación de EII en Asturias:

OKEII, la app de nutrición para pacientes con EII
OKEII es la primera aplicación de nutrición pensada específicamente para responder a las dudas que los pacientes con enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa puedan tener sobre el tema.

Esta aplicación para móvil, elaborada por el laboratorio Takeda, ofrece a las personas con enfermedad inflamatoria intestinal unos consejos prácticos para que sigan una alimentación sana y equilibrada.
También contará con otros contenidos relevantes que ayudarán a mejorar la calidad de vida de los pacientes: noticias de actualidad sobre estas patologías y contará con recetas de cocina, un localizador de aseos y el directorio de las asociaciones ACCU.

6 Bibliografía

- http://www.ansiedadyestres.org/sites/default/files/Triptico-Enfermedad-Inflamatoria-Intestinal.pdf
www.accuesp.com
www.accuasturias.org

https://youtu.be/fxGBT_9WCdI?t=40
- https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/inflammatory-bowel-disease/symptoms-causes/syc-20353315
https://accuesp.com/crohn-y-colitis/la-enfermedad/que-es

Capítulo 1195

NECESIDAD DE LA PROTECCIÓN RADIOLÓGICA.

ELENA DÍAZ ALONSO

MONICA VILELA GAFO

1 Introducción

El descubrimiento de los rayos X en octubre del año de 1895 por Wilheim Conrad Röentgen marcó un hito en la historia de la medicina, al descubrir inadvertidamente la proyección de los huesos de la mano de su mujer, al pasar corriente por un tubo de Crookes, estudiando las descargas eléctricas en tubos de rayos catódicos y ver como aparecía la imagen de la mano en una película fotográfica por casualidad.

Los rayos X son radiaciones ionizantes, tienen el efecto de ionizar la materia y los materiales con los que actúan. Los Rayos X se generan dentro de un tubo llamado tubo de rayos X gracias a la aceleración de electrones, esto se consigue aplicando una diferencia de potencial a dicho tubo y a la radiación que genera su choque contra un blanco cuyo número atómico debe ser elevado.

Cuando los rayos X chocan con la materia, parte de ellos son absorbidos por la misma, otros son refractados y otros la atraviesan, estos últimos que consiguen atravesar la materia y la ausencia de los que no lo hacen es lo que en radiología se utiliza para la formación de la imagen.

Pero la interacción de los rayos X con el cuerpo humano produce una serie de efectos negativos sobre las células y los tejidos y es por ello la gran importancia de la protección radiológica en el campo de la radiología.

Con el fin de proteger al hombre contra los efectos nocivos de las radiaciones ionizantes (RI) sin detrimento de los beneficios asociados con su aplicación en los distintos ámbitos, la radioprotección tiene como objetivo impedir la aparición de efectos determinísticos en pacientes y en operadores y disminuir tanto como sea posible la ocurrencia de efectos probabilísticos.
Para ello se trabaja con el fin de obtener una imagen óptima, manteniendo los niveles de exposición a la radiación "tan bajos como sea razonablemente posible", principio ALARA (as low as reasonably achievable) introducido por las directivas 97/43/Euratom.

La radioprotección se fundamenta sobre tres principios básicos:
• La justificación
• La optimización
• La limitación de las dosis.

La protección radiológica del paciente se sustenta en los dos primeros principios. La justificación de una práctica diagnóstica se fundamenta en que la información esperada a partir de ella contribuirá a confirmar un diagnóstico u orientar la estrategia terapéutica. Además, debe ser superior a la que aportaría otra técnica alternativa que involucre dosis menores o que no implique exposición a radiaciones ionizantes. Para prevenir los riesgos mencionados debemos conocer las dosis límite por debajo de las cuales la probabilidad de ocurrencia de un daño sea mínima.

Para controlar los riesgos debidos a la exposición a las radiaciones se han establecido unos límites de dosis ponderada a todo el cuerpo recibida por los trabajadores o miembros del público:
– Límite para trabajadores: 100 mSv durante un periodo de 5 años
– Límite para el público: 1 mSv/año.
Desde el punto de vista de la radioprotección, los efectos biológicos de las RI se pueden clasificar en estocásticos y determinísticos.

Los efectos estocásticos son eventos probabilísticos, no tienen un umbral y su

probabilidad de ocurrencia aumenta con la dosis, Se consideran graves. Se producen por daño al ADN (mutación en un oncogén o en un gen supresor de tumores), el cual puede derivar en la producción de cáncer o teratogénesis. Los efectos determinísticos son aquellos cuya frecuencia y gravedad dependen de la dosis y tienen un umbral por debajo del cual no se observan.

Hay que mencionar la importancia de la dosimetría radiológica.
La dosimetría radiológica es la técnica que se emplea para medir la exposición a la radiación ionizante. Se encarga de medir la absorción que realizan los tejidos corporales de esta radiación. Estudiar esta absorción nos sirve para determinar posibles consecuencias que puede llegar a tener la radiación y cuáles son los límites razonables de exposición. Para realizar esta medición se hace uso del dosímetro.

Existen dos tipos de dosimetría.
- La dosimetría personal: es aquella que se encarga de cuantificar las dosis recibidas por las personas expuestas a radiaciones ionizantes. Para su medición nos encontraremos con dosímetros corporales, dosímetros de extremidades y dosímetros de abdomen.
- La dosimetría no personal: se encarga de medir la exposición a la radiación que existe en un lugar concreto. Dentro de esta dosimetría podemos encontrar diferentes tipos. Por un lado, la "dosimetría de área para la asignación de dosis personales, la dosimetría de área para la evaluación de las zonas y por último la dosimetría de control.

Las medidas para incrementar la prevención se sustentan en los controles de calidad y en el control de la dosis durante el procedimiento, así como en el control de parámetros relevantes: tiempo total de exposición, número total de imágenes obtenidas, dosis por imagen, tasa de dosis, etc.

También es recomendable un registro dosimétrico personalizado de cada paciente y de cada trabajador profesionalmente expuesto.

Las zonas de los servicios de Radiodiagnóstico de los Hospitales están acotadas y señalizadas en función del riesgo de irradiación.
Estas se dividen en:
• Zona de acceso libre
• Zona controlada, que a su vez se divide en: zona de permanencia limitada, zona

de permanencia reglamentada y zona de acceso prohibido.
• Zona vigilada.

Las distintas zonas vendrán señalizadas mediante un símbolo internacional denominado trisector, es un trébol enmarcado por una orla rectangular del mismo color que el símbolo, este estará rodeado de puntas radiales si el riesgo es de irradiación externa o con fondo punteado si el riesgo es de contaminación.

2 Objetivos

- Difundir información relevante sobre protección radiológica. Medidas preventivas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: pubmed, medline, y scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Bibliografía

- Velásquez García, E. (2007). La máscara de" rayos X": Historia de un artilugio iconográfico en el arte maya. In Anales del Instituto de Investigaciones Estéticas (Vol. 29, No. 90, pp. 7-36).
- Cascón, A. (2009). Riesgos asociados con las radiaciones ionizantes. Revista argentina de cardiología, 77(2), 123-128.
- Google Académico.
- Ramírez, M. P., & Cano, V. L. (2010). Medidas básicas de protección radiológica. Instituto Nacional de Cancerología, Cancerología, 5, 25-30.

Capítulo 1196

“MOBBING”EN INSTITUCIONES PÚBLICAS SANITARIAS.

PABLO PEÑA IGLESIAS

ELISA SAIZ GIRALDO

ÁLVARO FERNÁNDEZ SÁIZ

ANDREA FERNANDEZ SAIZ

1 Introducción

El ”mobbing” es un problema de gran actualidad, dentro del Departamento de Sanidad Pública; se compone de una serie de actuaciones hostiles y un comportamiento negativo entre compañeros o entre superiores e inferiores jerárquicos, a causa del cual el afectado/a es objeto de acoso y ataques, un fenómeno extendido que envuelve muchas facetas de la sociedad moderna. Como término referido a una conducta social detectada en el ámbito laboral existe en nuestras sociedades desde tiempos pasados pero en España o EEUU es predominante estas últimas décadas.

2 Objetivos

- Identificar ,localizar y determinar el mobbing con el fin de conocer el Alcance del problema dentro de la institución pública sanitaria.

3 Metodología

Búsqueda bibliográfica: en diferentes bases de datos y bibliotecas virtuales del ámbito de la Salud y revistas de enfermería:Dialnet,Science,Scielo.
Palabras clave: mobbing, acoso laboral, violencia en el trabajo.

4 Resultados

• Promoción de un sistema para la detección precoz del problema.
• Conocimiento de los problemas de mobbing en el Comité de Seguridad y Salud.
• Que se refuerce el Servicio de Prevención.
• Manuales de "prevención de riesgos laborales". para la detección y tratamiento de las víctimas de mobbing.

5 Discusión-Conclusión

Es necesario mucho apoyo ciudadano, promovido por los sindicatos y por asociaciones de víctimas del mobbing. Los principales organismos internacionales, entre ellos la Organización Mundial de la Salud; la Organización Internacional del Trabajo; la Agencia Europea de seguridad y Salud en el Trabajo y el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, apuestan por la legitimación de códigos de buenas conductas y fomento de políticas preventivas.

6 Bibliografía

• Camps Del Sanz, P.; Martín Daza, F.; Pérez Bilbao, J., y López García Silva, J. A.: «Hostigamiento psicológico en el trabajo: el mobbing», Salud y Trabajo, 1996: 10-14.
• Psicopatología Clínica Legal y Forense, Vol. 7, 2007, pp. 63-76

Capítulo 1197

LA IMPORTANCIA DE LOS PROBLEMAS PERIODONTALES.

LAURA DACOSTA ALONSO

AROA TEJÓN GONZÁLEZ

1 Introducción

Según los expertos, la historia de la periodoncia empieza en el año 3000 A.C. Se tiene constancia de que en Mesopotamia ya se practicaba la higiene dental, teniendo como prueba los palillos dentales de oro que se han encontrado en yacimientos de la zona. Por otro lado, se ha demostrado que la enfermedad periodontal fue una de las más frecuentes en Egipto (Tortolini y Fernández, 2011).

Gracias a Pierre Fauchard (¨el padre de la odontología¨) la odontología moderna nació en Europa. Este médico publicó libros detallando la anatomía y funciones orales básicas, estudió y recogió síntomas de problemas bucales y planteó tratamientos para curar las enfermedades periodontales (Bartolucci, 2008).

Según este mismo autor, en los últimos años del siglo XIX y principios del XX, se consiguen avances esenciales en la detección de las causas de las enfermedades de las encías y el tratamiento de la periodoncia. Un cambio clave fue reconocer las bacterias como causantes de las patologías periodontales. Pero no es hasta 1947 cuando, finalmente, se reconoce la periodoncia como especialidad dentro de la odontología.

Según estudios realizados por la Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración, la gingivitis y la periodontitis son dos de las enfermedades más comunes, ya que más de la mitad de la población española lo sufre (Gómez-Moreno, Guardia, Cutando, y Calvo-Guirado, 2009).

La gingivitis es una inflamación de la encía debida a los depósitos de biofilm. Es una enfermedad reversible que afecta a los tejidos blandos de la encía, pero que si no se controla y se frena puede derivar a periodontitis, que afecta también al ligamento periodontal y al hueso del alveolo (Pérez Barrero, Rodríguez Mediaceja, Pérez González, Rodríguez García y Paneque Gamboa, 2009).

2 Objetivos

El principal objetivo de este trabajo es describir la importancia de los problemas periodontales, haciendo especial hincapié en su tratamiento, clasificación y, finalmente, identificando unas pautas preventivas eficaces.

3 Metodología

Para responder a este objetivo, se ha llevado a cabo una revisión teórica a través de la base de datos Scielo y PubMed, con restricción de fecha 2010-2020 y combinando los siguientes descriptores: periodontitis, enfermedad periodontal higiene bucodental, eficacia, tratamiento.

A través de estos tópicos, se encontraron 26 documentos, que se discriminaron de la siguiente manera: se tuvieron en cuenta para su análisis solo los trabajos tipo paper; se descartaron aquellos documentos que no se relacionaban con el tema de interés.

De este modo, se eliminaron 12 salidas de la web. En primera instancia se seleccionaron, por lo tanto, 14 artículos que recogían los criterios de inclusión de la investigación (de los que, una vez estudiado el texto completo, se debieron eliminar 5 por no corresponderse con los tópicos buscados). Por todo esto, el total de documentos analizados fue de 9.

4 Resultados

Tras analizar los artículos y trabajos seleccionados, se hallan los siguientes resultados:

1. Problemas de la enfermedad periodontal
Se halla que la gingivitis puede estar asociada a factores locales, tales como: higiene oral deficiente, ortodoncia o prótesis, malposiciones dentarias, tabaco, etc; o a factores sistémicos, como el embarazo, la pubertad o la diabetes no controlada. También pueden afectar a la gingivitis algunos fármacos o la malnutrición.
La enfermedad periodontal puede hacer incrementar el riesgo de padecer algunas enfermedades, como la diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares y pulmonares. Si una gingivitis no se controla, puede derivar en periodontitis. De manera añadida, en la actualidad y con el incremento de pacientes que llevan implantes, también se debe hacer una mención especial a la periimplantitis, que es la enfermedad que afecta al implante dentario.

2. Tratamiento
Se encuentra que, una vez que hay biofilm, este ha de ser eliminarlo por medios físicos y químicos. Para ello, se realizará una tratrectomia o raspado, dependiendo del avance de la enfermedad, y se darán técnicas de higiene para realizar en casa, tales como: correcto cepillado, tipo de cepillo más adecuado y tamaño del cabezal, uso de hilo dental o cepillos interproximales. Por otro lado, como medios químicos se recomendará una pasta y colutorio específico que ayude con el problema.
En el caso de una periodontitis más avanzada, se deben de hacer raspados o una cirugía periodontal según se precise. Extraer los dientes que no se puedan salvar, así como concienciar muy bien al paciente sobre la enfermedad y sobre la necesidad de su colaboración. Finalmente, se debe realizará un seguimiento al paciente cada pocos meses, procediéndose a un tratamiento u otro según lo detectado en las revisiones.

3. Clasificación según el estadio de la enfermedad
Una encía sana es una encía que, al sondaje, no supera los 3mm, tiene las papilas interdentales intactas, tiene un tono sonrosado y fibroso, no sangra al sondaje y no tiene movilidad dentaria. Además, a la exploración radiográfica se ve la cresta alveolar intacta.

Desde hace años que se están clasificando las enfermedades periodontales dependiendo del avance de la enfermedad. Hasta una época reciente se clasificaba como gingivitis y periodontitis ligera, moderada o severa según su avance. Recientemente, ha aparecido un nuevo método de clasificación:
• El primer paso es clasificar si es periodonto sano y encía sana, gingivitis producida por biofilm o gingivitis no inducida por biofilm (enfermedades sistémicas, problemas metabólicos, lesiones traumáticas…).
• En segundo lugar, hay que identificar si es periodontitis: si es una periodontitis necrosante o si es una periodontitis manifestada por problemas sistémicos.
• A continuación, se toma una decisión clínica dependiendo del grado y el estadio de la enfermedad.

En un nuevo paciente se deben tomar radiografías y hacer un sondaje periodontal. Si tiene sondaje de más de 3 mm o sangrado en alguna pieza concreta, sería una gingivitis localizada, pero si el sondaje es mayor a 3mm o el sangrado supera el 30% de las piezas, hablaríamos de una gingivitis generalizada.

Si además tiene pérdida alveolar, procedemos al paso 2. En este paso controlamos que no haya lesiones endo-perio, fracturas, obturaciones desbordantes o algún otro factor que pueda producir esa perdida. Si tiene un sondaje mayor a 4 mm, pero no tiene ningún factor de los anteriores, estamos hablando de un caso periodontal y hay que estudiar el grado y estadio de la enfermedad. Si no tiene lesión de furca y el sondaje es de 3-5mm, es un estadio I o II; si tiene lesión de furca, pérdida de piezas dentales o sondaje mayor a 5 mm, es un estadio III o IV
Los grados se clasifican en A, B o C, dependiendo de si hay perdida alveolar, de si fuma más de 10 cigarrillos diarios o de si tiene diabetes.

5 Discusión-Conclusión

Es muy importante concienciar a la gente de las enfermedades periodontales y de la importancia de una buena higiene oral para tener unas encías sanas, ya que los dientes no solo se pierden por caries. En este sentido, se debe educar a niños y adultos mediante charlas sobre la higiene dental, y concienciar a las personas que tienen diabetes sobre la importancia de una correcta higiene bucal ya que tienen más riesgo de sufrir enfermedades periodontales, deben tener una adecuada prevención y tratamiento.

Una higiene bucal correcta elimina la placa bacteriana que se forma al ras de la encía, que, si no se elimina bien ni se trata, con el tiempo se formará sarro por debajo de ella y se depositará en las bolsas entre la encía y el diente, provocando daños en el hueso del alveolo y los tejidos.

Se concluye que, si no mantenemos una correcta higiene, se pueden producir enfermedades periodontales que nos pueden hacer perder los dientes. Estas enfermedades se pueden tratar con limpiezas, raspados o incluso operaciones quirúrgicas. Lo recomendable, en todos los casos, es hacer revisiones y limpiezas periódicas en la clínica dental.

6 Bibliografía

- Ash, M. M., Gitlin, B. N., & Smith, W. A. (1964). Correlation between plaque and gingivitis. Bartolucci, E. (2008). Atlas de la periodoncia.
- Blanco, J. J. A., Villar, B. B., Martinez, E. J., Vallejo, P. S., & Blanco, F. J. A. (2003). Problemas bucodentales en pacientes con diabetes mellitus (II): Indice gingival y enfermedad periodontal. Med Oral, 8, 233-47.
- Gómez-Moreno, G., Guardia, J., Cutando, A., & Calvo-Guirado, J. L. (2009). Pharmacological interactions of anti-microbial agents in odontology. Med Oral Patol Oral Cir Bucal, 14(3), E123-8.
- Gómez-Moreno, G., Guardia, J., Cutando, A., & Calvo-Guirado, J. L. (2009). Pharmacological interactions of anti-inflammatory-analgesics in odontology. Med Oral Patol Oral Cir Bucal, 14(2), E81-E89.
- Linares, S. G. (2003). Nueva clasificación de la enfermedad periodontal. Odontología sanmarquina, 6(11), 48-50.
- Pérez Barrero, B. R., Rodríguez Mediaceja, G., Pérez González, A., Rodríguez García, B., & Paneque Gamboa, M. R. (2009). Principales factores de riesgo de la gingivitis crónica en pacientes de 15 a 34 años. Medisan, 13(4), 0-0.
- Pérez Hernández, L. Y., de Armas Cándano, A., Fuentes Ayala, E., Rosell Puentes, F., & Urrutia Díaz, D. (2011). - Prevalencia de enfermedad periodontal y factores de riesgo asociados. Policlínico Pedro Borrás, Pinar del Río. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río, 15(2), 53-64.
- Stamm, J. W. (1986). Epidemiology of gingivitis. Journal of clinical periodontology, 13(5), 360-366.
- Tortolini, P., & Fernández Bodereau, E. (2011). Ortodoncia y periodoncia. Avances en odontoestomatología, 27(4), 197-206.

Capítulo 1198

MOBBING:CONSECUENCIAS.

PABLO PEÑA IGLESIAS

ELISA SAIZ GIRALDO

ÁLVARO FERNÁNDEZ SÁIZ

ANDREA FERNANDEZ SAIZ

1 Introducción

El acoso laboral o mobbing es un riesgo psicosocial que afecta a la salud mental ,esto genera en las víctimas problemas de salud experimentando una importante disminución de su productividad. También se refiere a actos negativos y hostiles en el trabajo por parte de compañeros/as (entre iguales), de subalternos (en sentido vertical ascendente) o de superiores (en sentido vertical descendente), que tiene el efecto de crear violencia psicológica, cuando la misma se produce de forma sistemática y recurrente durante un tiempo prolongado, a lo largo de semanas, meses e incluso años.

2 Objetivos

- Diagnosticar las consecuencias que ocasionan la presencia del acoso laboral en la convivencia en una institución pública.
- Identificar todos aquellos efectos y consecuencias en las personas que causan que este no cumpla con sus objetivos de trabajo esperados.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica: en diferentes bases de datos y bibliotecas virtuales del ámbito de la Salud, tales como: Lilacs, Cuiden, Dialnet, Astursalud, Scielo, y revistas de enfermería relacionadas con el objetivo. Indicadores y Palabras clave: acoso laboral, mobbing, salud laboral, riesgo psicosocial.

Como criterios de exclusión se ha tenido en cuenta la bibliografía que no cumpliese los criterios anteriores y publicaciones con dudoso valor científico.

4 Resultados

Consecuencias a nivel psicológico:
• Baja autoestima
• Bajo rendimiento laboral
• Tensión nerviosa ,Estrés
• Depresión
• Ambiente laboral hostil
• Pérdida de empleo
• Problemas con la familia
• Aumenta la probabilidad de accidentes
• Suicidios

En las Consecuencias físicas se da una amplia lista de somatizaciones:
• trastornos cardiovasculares (hipertensión, arritmias, etc.)
• trastornos musculares (dolores lumbares, cervicales, etc.)
• trastornos respiratorios (sensación de ahogo, sofocos etc.).
• trastornos gastrointestinales (náuseas, vómitos etc…)

5 Discusión-Conclusión

El acoso laboral o mobbing no sólo provoca consecuencias sobre la víctima, pues son las más notables en un principio , pero esto no es así, sino que las consecuencias del acoso laboral o mobbing trascienden, a su vez, a la organización de la institución y a la sociedad. Conllevan absentismo, abandonos del puesto de trabajo, incremento de accidentalidad, disminución de la cantidad y de la calidad del trabajo, etc. Creando un entorno de trabajo intimidante, humillante, hostil u ofensivo, no apto para persona alguna.

6 Bibliografía

• Leymann H. Contenido y desarrollo del acoso grupal (mobbing) en el trabajo. Eu J Work Organizational
Psychol. 1996; 5:165-184. Disponible en: www.acosomoral.org
Matud
• Acoso Laboral en Mujeres y Hombres: Un estudio en la población española. Salud de los Trabajadores,
21(1), 19-30.
•https://www.google.com/searchq=consecuencias+y+objetivos+del+acoso+laboral&oq=consecue&aqs=chrome.3.69

Capítulo 1199

HIGIENE DE MANOS EN EL MEDIO SANITARIO.

PABLO PEÑA IGLESIAS

ANDREA FERNANDEZ SAIZ

ÁLVARO FERNÁNDEZ SÁIZ

ELISA SAIZ GIRALDO

1 Introducción

La práctica de la higiene de manos es la medida más eficaz para reducir las infecciones ya que son un vehículo de los profesionales sanitarios de transmisión de microorganismos. Es de suma importancia lavarse las manos; aun cuando parece una medida de bioseguridad mínima en realidad es una defensa fundamental. Y para mantener vidas muy saludables debemos aplicar y fomentar esta medida de higiene personal

2 Objetivos

- Comprender qué es la higiene de manos
- Identificar los 5 momentos para llevar a cabo una buena higiene de manos.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica en diversas bases de datos como son Dialnet; scielo utilizando como descriptores las palabras claves: Higiene de manos, Estrategia multimodal de la Organización Mundial de la Salud.
Observación directa del cumplimiento de la higiene de manos, Solución hidroalcohólica.

4 Resultados

Es la medida preventiva más importante, para reducir el riesgo de adquirir y transmitir enfermedades infecciosas.
1. Antes del contacto con el paciente
2. Antes de realizar una tarea aséptica.
3. Después del riesgo de exposición a líquidos corporales.
4. Después del contacto con el paciente.
5. Después del contacto con el entorno del paciente.

5 Discusión-Conclusión

Lo importante de educar, motivar y sensibilizar a los profesionales de la salud, de la importancia de una buena higiene de manos, como un punto clave para reducir las infecciones contribuyendo así a mejorar la calidad asistencial. De no realizar un adecuado lavado de manos; la piel sufrirá una colonización de patógenos capaces de causar infecciones y transmitir a otras personas las patologías. La OMS anualmente desde 2014 lanza la campaña mundial "Salve Vidas: Limpie sus manos" con el objetivo de mejorar las prácticas de higiene de manos.

6 Bibliografía

- Revista Española de Salud Pública
- ISSN: 1135-5727ISSN: 2173-9110 Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar social.
- Guía de aplicación de la estrategia multimodal de la OMS para la mejora de la higiene de las manos.
- Https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- Https://www.scielo.org/es/.
- Https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 1200

PRUEBAS DIAGNOSTICAS EN EL PROTOCOLO DEL CÁNCER DE MAMA.

ELSA VARELA FUERTES

LILIANA FERNANDEZ RODRIGUEZ

Mª PAZ ALVAREZ FERNANDEZ

PATRICIA FERNANDEZ FERNANDEZ

1 Introducción

El cáncer de mama es un crecimiento descontrolado de las células mamarias. Se puede producir tanto en hombres como en mujeres, aunque es mucho más común en las mujeres.
Según el Sistema Europeo de Información del cáncer (ECIS), el 30% de los cánceres diagnosticados tienen su inicio en la mama, siendo así el más frecuente entre mujeres. Este tipo de tumor suele aparecer sobre todo entre los 35 y 80 años, aunque los cambios peri y post-menstruales suelen afectar siendo la franja entre los 45-65 años en los que más común es su aparición.

2 Objetivos

- Estudiar las pruebas de imagen necesarias para la detección temprana del cáncer de mama, según marca el protocolo.

3 Metodología

Se han usado descriptores tales como mama, cáncer, técnico, biopsia, mamografía, ecografía, resonancia en buscadores como scielo, elsevier, geicam y medline.

4 Resultados

La primera prueba que se realiza es una mamografía. La mamografía utiliza RX de baja densidad para formar imágenes de los senos. Las proyecciones más habituales son la obicuo-medio-lateral (OML) y la cráneo-caudal (CC), aunque si es necesario se pueden hacer otras proyecciones adicionales como la proyección cráneo-caudal exagerada lateralmente, proyección de prolongación axilar o proyección de Cleopatra, proyección del surco intermamario y proyección medio lateral pura.

Gracias a la mamografía se pueden detectar zonas de mayor densidad, masas o calcificaciones que puedan sugerir la presencia de un tumor. Una vez realizada la mamografía por parte del Técnico Especialista y revisadas por el radiólogo, se verá si es necesaria la realización de otra prueba complementaria, que en este caso sería la realización de una ecografía de mama.

La ecografía es una técnica indolora y no invasiva, que usa los ultrasonidos para dar imágenes del seno mamario. A través de un transductor y del gel conductor se ven las imágenes de la mama. Gracias a estas imágenes se pueden detectar con mayor precisión fibroadenomas, quistes, además de poder realizar el estudio de la axila, de gran importancia para valorar los ganglios linfáticos y la posible relación con el cáncer de mama.
Una vez realizadas ambas pruebas y ante la aparición de un nódulo con sospecha de malignidad el siguiente paso del protocolo es realizar una biopsia.

La biopsia con aguja gruesa (B.A.G), se realiza con la ayuda de la imagen por ecografía.
Esta técnica consiste en la extracción de una pequeña muestra del tejido mamario, o cilindro, para llevarlo a analizar a anatomía patológica. La aguja usada en este tipo de procedimiento es una aguja hueca que es la que permite extraer el cilindro. Para la prueba no se necesita una preparación previa, salvo suspender tratamientos anticoagulantes.Se pone un poco de anestesia local. Con ayuda de la imagen

por la ecografía, el médico localiza el nódulo y consigue ver hacía donde dirige la aguja para poder tomar la muestra. Después de recogida la muestra, esta se envía al laboratorio para proceder a su análisis. Después el médico ejercerá un poco de presión en la zona de la punción y se aplicará frío local. Esta técnica no requiere ningún cuidado posterior ya que no suele producir complicaciones, aunque la zona puede salir un pequeño moratón.

Después de realizar la B.A.G y ante la sospecha de la malignidad del nódulo, el siguiente paso en el protocolo es la realización de una resonancia magnética de la mama. La resonancia usa un campo magnético, ondas de radio y un programa de ordenador para producir imágenes detalladas de las estructuras internas de la mama. Para realizar la prueba se acuesta al paciente boca abajo en la mesa de exploración. Se le pone un cajón para que la mama quede colgando y así poder realizar un mejor estudio al no estar estas comprimidas.

Después se introduce la mesa dentro de la resonancia, que tiene forma de tubo un poco estrecho, lo que en ocasiones puede generar algo de angustia. Durante el estudio la maquina puede generar ruidos algo molestos, así que el técnico le dará unos tapones para los oídos. Por lo demás la prueba es indolora, y no tiene ningún efecto secundario, pero la duración es entre 30 y 60 minutos y durante este tiempo el paciente ha de estar sin moverse.

Para la resonancia se utiliza como contraste el gadolinio, que ayuda a la captación de las imágenes.
Después de realizar todo el proceso que lleva este protocolo, se citará a la paciente en la unidad de mama, para comentar con ella los resultados y su posterior tratamiento en caso de ser necesario.

5 Discusión-Conclusión

1 de cada 8 mujeres padecerán cáncer de mama a lo largo de su vida. Gracias a los avances en las pruebas diagnosticas que ayudan a una temprana detección del cáncer de mama, se ha conseguido que las tasas de supervivencia hayan aumentado y que las muertes asociadas a este tipo de enfermedad estén disminuyendo constantemente.

6 Bibliografía

- Agency for Healthcare Research and Quality [Internet]. Rockville (MD): U.S. Department of Health and Human Services; Having a Breast Biopsy; 2016 May 26 [cited 2018 Mar 14]; [about 2 screens]. Available from: https://effectivehealthcare.ahrq.gov/topics/breast-biopsy-update/consumer
- American Cancer Society [Internet]. Atlanta: American Cancer Society Inc.; c2018. Breast Biopsy [updated 2017 Oct 9; cited 2018 Mar 14]; [about 3 screens]. Available from: https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/screening-tests-and-early-detection/breast-biopsy.html
- American Cancer Society [Internet]. Atlanta: American Cancer Society Inc.; c2018. Breast Cancer Survival Rates; [updated 2017 Dec20; cited 2018 Mar 25]; [about 3 screens]. Available from: https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/understanding-a-breast-cancer-diagnosis/breast-cancer-survival-rates.html.
- Protocolo de actuación del servicio de diagnóstico por la imagen del Área V del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

Capítulo 1201

EXTRACCIONES DENTALES E INDICACIONES POST-EXTRACCIONES.

LIDIA FERNANDEZ VILLABRILLE

NURIA ALVAREZ ALVAREZ

1 Introducción

Una extracción dental es un tratamiento odontológico que se realiza ante una pieza dental a la que no se puede tratar de forma conservadora y que puede llegar a suponer un riesgo para la salud oral de la persona.
Es decir, es un tratamiento por el cual se extraerá una pieza dental con daños irreparables. Estos daños pueden estar causados u originados por:

- Caries

- Procesos infecciosos

- Pérdida de las estructuras de soporte dental (consecuencia de la periodontitis o piorrea)

- Fracturas dentales irreparables (consecuencia de caries o traumatismos)

Una extracción dental puede estar indicada ante un tratamiento de ortodoncia por la ausencia de espacio en los maxilares para conseguir el correcto posicionamiento de los dientes.

Antes de cualquier extracción dental, el profesional deberá valorar no sólo el estado general de las piezas dentales, sino también los antecedentes médicos del paciente y realizar un estudio radiográfico que permitirá visualizar la longitud, forma y posición de la pieza dental que se va a extraer, información vital para poder planificar de manera correcta y segura la extracción. Normalmente, para la realización de una extracción dental se aplicará anestesia local, con lo que se consigue que el paciente no note molestias ni dolor durante el tratamiento.

Una extracción dental debe llevarse a cabo ante:

• Una gran caries o una caries subgingival. Estas no podrán ser tratadas de forma conservadora, es decir, habrá una imposibilidad de tratamiento.

• Procesos infecciosos apicales no tratables (quistes o granulomas). Las piezas dentales que presenten infecciones radiculares no tratables.

• Una fractura dental a nivel subgingival. Resultado de un golpe o una contusión y que produzca la fractura a nivel de la raíz del diente.

Dientes impactados y/o incluídos.

Falta de espacio maxilar para el correcto alineamiento de los dientes en el tratamiento de ortodoncia. Normalmente se extraerán los primeros premolares.

En los casos de infección, realizar la extracción de la pieza impedirá la extensión de este proceso infeccioso a los demás dientes y lo más importante, al resto del cuerpo (un proceso infeccioso oral y dental puede afectar de manera grave e importante a nuestra salud general). Además evitará la pérdida o destrucción ósea y una agudización de la patología periodontal.

En los casos de caries muy avanzada o de una caries subgingival, se deberá realizar lo antes posible la extracción. De igual manera ocurre en casos de fractura dental ya que podría conllevar un proceso infeccioso.En algunas circunstancias o contraindicaciones, por motivos ligados al estado dental, una extracción podrá ser retrasada temporalmente, para poder así tener unas condiciones óptimas de seguridad en el tratamiento.
Estas situaciones especiales podrán ser:
• Leucemia aguda.
• Un infarto de miocardio. Una extracción dental se deberá realizar siempre después de un año de haber padecido un infarto. Realizarla antes está contraindi-

cado.
• Sinusitis aguda. La extracción se podrá realizar cuando esta remita.
• Procesos inflamatorios y/o infecciosos agudos. En estos casos será precisa antes de la extracción prescribir una pauta de medicación adecuada.
• Estomatitis (patología de la cavidad oral).
• En mujeres gestantes. Las extracciones se deberían retrasar hasta haber dado a luz.
• Personas que sigan tratamientos anticoagulantes, radioterapia, quimioterapia.

En el caso de que el proceso infeccioso se encuentre en la raíz del diente, dependiendo del tamaño de este, se podrá optar por una serie de tratamientos:

• Apicectomía. Consistirá en la extirpación del ápice dental y del tejido infectado óseo.
• Amputación radicular. Se eliminarán una o varias raíces del diente, las que estén infectadas, dejando la corona dental. Es una técnica muy poco frecuente.
• Cirugía periapical. Es un tratamiento quirúrgico que consistirá en la eliminación del tejido infectado circundante a la región periapical del ápice dental.

Podemos diferenciar entre dos tipos de extracciones dentales: las simples y las quirúrgicas.

• Extracciones simples
Son aquellas en las que la pieza a extraer se encuentra visible en la boca. No precisan técnicas quirúrgicas.

El diente a extraer será luxado por los elevadores para posteriormente ser retirado por el fórceps adecuado.En algunas ocasiones puede ser necesaria la colocación de sutura.

• Extracciones quirúrgicas
Son aquellas en las que son necesarias técnicas quirúrgicas en la extracción del diente. La pieza a extraer no será fácil por su posición, estado eruptivo o anatómico, relación con las demás piezas dentales o estructuras orales.
En casi la mayoría de los casos se colocarán suturas y también puede ser habitual una prescripción medicamentosa.
En cualquier exodoncia se pueden dar complicaciones intraoperatorias o postoperatorias.

Las principales complicaciones intraoperatorias son:

•Lesiones de tejidos blandos. Sino protegemos y retraemos debidamente podemos provocar lesiones de mucosas, lesiones y abrasiones en los labios y la lengua, lesiones por el calor de la pieza de mano, un hematoma por la injeccion o bien una hemorragia intraoperatoria.

• Fracturas óseas. Si con la mano izquierda no fijamos correctamente la mandíbula o el maxilar podremos provocar una fractura del hueso alveolar, una fractura de la tuberosidad maxilar, una fractura de la cortical lingual mandibular, una comunicación oro-sinusal o bien una fractura mandibular.

• Afectaciones del nervio. Si no tenemos en cuenta la salida, entrada y localización de los nervios podremos causar una lesión a nivel de los nervio infraorbitario, dentario inferior y lingual.

• Daño a los dientes vecinos y gérmenes dentarios. Sino ejercemos la fuerza indicada para cada caso podremos dañar los dientes vecinos, ya sea una luxación, una avulsión, una fractura o rotura de la prótesis fija.

• Complicaciones del diente a extraer. Sino tenemos en cuenta el tipo de diente que vamos a exodonciar podremos provocar una fractura de la raíz. Ya sea maxilar o mandibular o una fractura a nivel del cuello. También podemos desplazar algún fragmento al seno maxilar, al canal mandibular o al espacio pterigomandibular.

Las principales complicaciones postoperatorias son hemorragias, equimosis, infección o dolor (este puede ser tanto a nivel muscular, como del diente vecino o ser un dolor facial atípico.

2 Objetivos

- Explicar las extracciones dentales y la importancia de las indicaciones postextracción.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también de artícu-

los en las principales bases de datos: Medline, Scopus y Pubmed. Seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas

4 Bibliografía

- https://www.colgate.com/es-ec/oral-health/procedures/tooth-removal/ada-03-tooth-extraction
- https://www.matiassanmartin.com/indicaciones-post-exodoncia/
https://www.dentaly.org/es/odontologia-general/extraccion-dental/

Capítulo 1202

ACTUACIÓN DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL, COMO MIEMBRO DEL EQUIPO INTERDISCIPLINAR, EN LA DISFUNCIÓN OCUPACIONAL ASOCIADA A LA DEPRESIÓN.

ELIA GARCÍA GALAN

1 Introducción

Superados los 65 años, la depresión afecta al 10.6% de la población española, aumentando hasta un 13.73% a partir de los 75 años. Se caracteriza por "decaimiento del ánimo con reducción de su energía y disminución de su actividad. Se deterioran la capacidad de disfrutar, el interés y la concentración, y es frecuente un cansancio importante incluso después de la realización de esfuerzos mínimos."

Una de sus consecuencias es la pérdida de las relaciones sociales. Algunas personas mayores de 65 años reducen su actividad diaria a la vez que el contacto con el mundo exterior hasta permanecer prácticamente la totalidad del tiempo diario dentro de casa. Esto repercute en su esfera social, como es lógico, pero también en la esfera cognitiva al reducirse la estimulación y la conexión con la información proveniente del medio y en la esfera física, con la consecuente pérdida de hábitos y rutinas que desembocan en un sentimiento de incompetencia.

Estas personas comienzan a necesitar apoyo de terceros para satisfacer sus necesidades diarias, como resultado, su sistema familiar se ve modificado y requiere a

su vez un reajuste en los roles de sus miembros con la aparición de la figura del cuidador principal y el mayor dependiente.

En la intervención con la población mayor dependiente con depresión es necesario, además de un adecuado tratamiento médico, un conjunto de actuaciones con una visión integral de la mano del equipo de atención y rehabilitación interdisciplinar. Un recurso que pone fácilmente a disposición del mayor estos servicios es el de Centro Residencial, donde actúa un equipo formado por: médico, DUE, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional y TCAE.

2 Objetivos

- Mostrar cómo es el trabajo interdisciplinar en un centro residencial para el abordaje de un caso de discapacidad física por desuso o inactividad inducido por depresión.
- Desarrollar el enfoque de la terapia ocupacional como técnica socializadora y socio-recreativa que favorece la integración.

3 Caso clínico

Antecedentes personales:

Mujer de 83 años que presenta los siguientes antecedentes clínicos:
- HTA
- Dislipemia.
- Pancreatitis.
- Colecistectomía.
- Sd. Depresivo hace 2 años.
- Intentos autolíticos (medicamentosos y autolesivos)
- Gonartrosis.

Situación basal:
- Vive sola en casa en un segundo piso con ascensor, es dependiente para la ducha y aseo, necesita ayuda para el vestido y uso del w.c. Incontinencia miccional ocasional, utiliza compresas para pérdidas de orina.
- Deambula apoyándose en muebles y paredes de casa, sufre dolor habitual en rodillas, tratado con paracetamol.

- Tiene dos hijas que viven próximas a ella y se ocupan de las tareas domésticas y la preparación de comidas, igualmente llevan sus rutinas médicas y medicamentosas (preparan sus cajetines)
- Ha tenido un intento autolítico hace dos meses por ingesta inapropiada de benzodiacepinas que ha requerido ingreso hospitalario.
- Se encuentra en estudio de deterioro cognitivo por parte del servicio de geriatría ya que refiere quejas de memoria frecuentes que interfieren en su rutina diaria.

Valoración :
- Valoración al ingreso: Aparece en la consulta médica deambulando del brazo de una de sus hijas, con un marcado balanceo de tronco, pero con estabilidad. Se sienta utilizando los reposabrazos de la silla.

Se observa sobrepeso, buen estado de conciencia, está orientada en tiempo y espacio, mantiene una conversación coherente respondiendo a los requerimientos médicos y del personal de enfermería. En algunas ocasiones necesita que sus familiares le recuerden acontecimientos clínicos del pasado.

En la primera valoración física por parte del equipo de rehabilitación se observa que entiende las órdenes de repetición de movimientos sin ningún problema, presenta dolor a la flexión y rotación externa del hombro derecho en los últimos grados sin que suponga una merma en la función habitual del miembro superior.

Buen control de tronco. No refiere dolor significativo en caderas pero sí en ambas rodillas debido a artrosis, por lo que comenta que ha reducido sus salidas a la calle y las actividades domésticas que requieren largos periodos de bipedestación.
Mantiene un balance muscular en las cuatro extremidades aparentemente correcto, solo limitado por el dolor en la flexo-extensión de rodillas.

Se detecta edema en ambos tobillos, ella refiere que los mueve y ejercita mientras está sentada.

A la exploración de la marcha resultan: pasos cortos y simétricos con carga proporcional en ambos MMII, necesidad de apoyo y carga parcial de peso en la persona que la acompaña.

Pruebas estandarizadas:

En el área funcional:
Índice De Barthel: 60 /100 Dependencia severa. Dependiente para ducha y aseo,

precisa ayuda para el vestido /desvestido de MMII y uso del w.c. En el centro necesita ayuda para realizar transferencias, utilizar escalones y deambular, por riesgo de caída. Es incontinente ocasional de orina y continente fecal. Independiente en la alimentación.

Ecala de Lawton y Brody: 4/8. Dependencia moderada. Utiliza el teléfono para marcar a números familiares, lava pequeñas ropas, maneja sus asuntos económicos cotidianos pero no se prepara la comida ni realiza compras y precisa ayuda para preparar su medicación y realizar las tareas de la casa. Utiliza taxi o vehículo si va acompañada.

Cuestionario de Actividad funcional de Pfeffer (FAQ): 20/33. Alteración funcional.

Escala de Tinetti: Parte I: Equilibrio: 8/16. Parte II: Marcha: 2/12. TOTAL: 10/28. Alto riesgo de caída.

En el área cognitiva: MEC (lobo): 26/30. No indicativo de deterioro cognitivo.

En el área afectivo-social:
- Escala de depresión de Hamilton: 21. Depresión severa.
- Escala familiar de Gijón 10/25. Existe riesgo social. Buen apoyo familiar pero se niega a salir de casa y no se relaciona con otras personas fuera del núcleo familiar.

Observación del desempeño ocupacional:

En las actividades básicas de la vida diaria:

Funciones conservadas:
- Es capaz de movilizarse sola en la cama: cambia de postura y se sienta al borde de la cama.
- Mantiene el aseo e higiene en el inodoro.
- Realiza de forma normalizada la alimentación.
- Es capaz de vestirse el MMSS, tiene buena movilidad para colocarse las prendas de cintura para arriba.

Áreas deficitarias:
- Dependiente para el baño o ducha. En casa tiene plato y silla de ducha con reposabrazos pero lleva a cabo la actividad con ayuda de una de sus hijas por miedo a caerse. Para entrar debe salvar escalón de unos 10 cm (según me señala).

No ha colocado asideros.
- Vestido: Grave dificultad para el vestido de la parte inferior del cuerpo por falta de flexibilidad de tronco que le impide llegar a la parte más inferior y por pérdida del equilibrio en la flexión del tronco y en la fase de bipedestación si no se agarra a un soporte.
- Aseo, movilidad funcional, transferencias, uso del w.c: con riesgo de caídas por falta de equilibrio que, sin embargo, está mantenido en la bipedestación estática con aumento de la base de sustentación.

En Ocio y tiempo libre:
Comienza a explorar nuevos intereses en el centro. Se le ha explicado la programación de actividades y en estos primeros días ha accedido a asistir a varias de ellas.

Durante la valoración, al ser interrogada por sus hábitos de ocio responde que últimamente ha dejado de hacer ganchillo por dolor en manos (de tipo artrósico), que anteriormente a la muerte de su marido acudían al hogar del jubilado, donde jugaban a las cartas y al dominó.

En comunicación e interacción social:
Muestra buenas habilidades de comunicación, tiene un carácter pacífico y conciliador. Al ser preguntada por sus compañeros de mesa, responde que está contenta, empatiza con la situación personal de cada uno de ellos y puede observarse que se relaciona la mayor parte del tiempo con usuarios diferentes. Igualmente, el trato con el personal es muy bueno.

Elaboración del Plan individualizado de intervención:
Puesta en común de las respectivas valoraciones con el resto del equipo y establecimiento de objetivos comunes. A cada problema o necesidad detectada por los miembros del equipo interdisciplinar le seguirá un objetivo tendente a conseguir su mejora y un plan de intervención en el que se señalan los profesionales encargados de proveerlo.

Problema 1: La usuaria se enfrenta a una nueva situación en un contexto diferente del que viene experimentando y está diagnosticada de grave depresión con dificultades para relacionarse e interactuar.

Objetivos:

- Conseguir una buena adaptación al medio físico, social y cultural del centro de día.
- Fomentar las relaciones personales.
- Crear un buen vínculo de los profesionales con la usuaria. Transmitir un clima social adecuado y seguro para poder expresar disconformidades o propuestas de mejora.

Plan de intervención:
- Incluirla en los programas del centro a la mayor brevedad.
- Supervisión por parte del gestor de casos de su participación, nivel de interacción, estado de ánimo, etc.

Profesionales encargados: Es función de todos los profesionales del centro asegurar un ambiente de confort y confianza con los usuarios del servicio. El supervisor de casos (en este caso, enfermero) con mayor detenimiento en un principio.
Fecha de revisión de los objetivos: En la próxima revisión de casos dentro de un mes.

Problema 3: El equipo de enfermería refiere IMC elevado que corresponde con obesidad y dificulta la movilidad e incrementa el dolor articular.

Objetivos:
- Perder peso.
- Mantener adecuadamente los niveles nutricionales.

Plan de intervención:
- Se intentará acordar con la usuaria y familiares una dieta hipocalórica.
- Aumento de la actividad física en el centro. Los profesionales encargados de las actividades físicas y de rehabilitación: la fisioterapeuta y la terapeuta ocupacional pautarán su inclusión en los programas adecuados para la mejora de sus condiciones físicas. En este caso y para este objetivo, serán:

Programa de gerontogimnasia: a diario durante 45 minutos.

Programa de paseos: a realizar con apoyo del personal auxiliar, en turno de tarde bajo las especificaciones de la fisioterapeuta.

Profesionales encargados:
- El personal de enfermería y médico hablarán con la usuaria y familia y, si responden positivamente a la propuesta, el médico pautará la nueva dieta que será supervisada en su cumplimiento por el personal de enfermería.
- La fisioterapeuta y la terapeuta ocupacional llevarán a cabo sus programas.

- El personal auxiliar de geriatría intervendrá en la realización y registro de los paseos.
Fecha de revisión del objetivo: En la próxima revisión de casos dentro de un mes.

Problema 5: Inestabilidad de la marcha. Alto riesgo de caídas.

Objetivos:
- Conseguir una marcha segura y autónoma con andador
- Aumentar gradualmente la tolerancia al esfuerzo físico.

Plan de intervención:

Inclusión por parte de la fisioterapeuta en los programas:
- De rehabilitación de la marcha para el entrenamiento con andador.
- De rehabilitación fisioterápica para control del dolor articular, (TENS, termoalgesia, etc) mejora de las destrezas motoras y equilibrio.

El programa de paseos se llevará a cabo con el andador para reforzar la adquisición de las habilidades y afianzar la futura autonomía.

Profesionales encargados: Será la fisioterapeuta la encargada del entrenamiento de la marcha. El personal auxiliar será el encargado de apoyar y supervisar los paseos.

Fecha de revisión del objetivo: En evaluación semestral.

Problema 6: Dependencia moderada en las actividades básicas de la vida diaria.

Objetivos:
- Conseguir independencia en el uso del w.c. con ayuda de andador.
- Conseguir independencia en el aseo y arreglo personal.
- Mejorar el nivel de realización de la actividad del vestido.
- Aliviar el dolor articular en muñecas y manos que facilite la motricidad fina.
- Aumentar la seguridad en el domicilio.

Plan de intervención:

Inclusión por parte de la terapeuta ocupacional en los programas:
- De rehabilitación en AVD.
- Baños de parafina.

Proporcionar los productos de apoyo necesarios para garantizar la seguridad.

Trabajar conjunto con la fisioterapeuta para mejorar flexibilidad, fuerza muscular, equilibrio y coordinación.

Profesionales encargados: la terapeuta ocupacional será la encargada de realizar el entrenamiento de las actividades y contará con el apoyo del personal auxiliar para la elaboración del plan de actuación y seguimiento. Igualmente es la terapeuta ocupacional la responsable del programa de parafina.

Fecha de revisión del objetivo: En evaluación semestral.

Problema 8: Ausencia de actividades de estimulación cognitiva y socio-recreativas gratificantes.

Objetivos:
- Mejorar la autoestima, favorecer una imagen personal de competencia.
- Dar espacio para la expresión de emociones y sentimientos.
- Contribuir al desarrollo personal y artístico.
- Impulsar la ayuda mutua y favorecer los lazos sociales con otras personas del entorno.
- Disfrutar de momentos lúdicos, que no requieran esfuerzo significativo ni supongan retos a batir.

Plan de intervención:

Inclusión por parte de la terapeuta ocupacional en los programas:
- De ergoterapia: 2 días por semana.
- Ludoterapia: 2 días por semana.
- Psicoestimulación grupal: Grupos de conversación, cine fórum, reminiscencias, etc

Profesionales encargados: la terapeuta ocupacional llevará a cabo sus programas y se encargará del seguimiento y evaluación de los resultados.

Fecha de revisión del objetivo: evaluación semestral.

Evaluación mensual del Plan Individual de intervención:

Seguimiento de los objetivos y acciones planteadas:
La usuaria y su familia son informados del plan de intervención interdisciplinar, comprenden y aceptan las actuaciones planteadas por el gestor de casos que devuelve esta información al equipo en la reunión mensual.

Se relaciona con compañeros y personal de forma satisfactoria, ha mejorado aparentemente el estado de ánimo (se le repetirá el Test de Hamilton dentro de 6 meses.) participa en los programas de entretenimiento y artísticos expresando satisfacción. El gestor encargado de su caso corrobora su buena adaptación al servicio.

El médico informa de que ya se encuentra siguiendo una dieta hipocalórica.

No se han observado conductas o tendencias autolesivas, todo lo contrario, parece encontrarse integrada en las rutinas del centro y ha desarrollado hábitos congruentes con ellas.

Se encuentra igualmente asistiendo con regularidad a los programas planteados por el equipo de rehabilitación: terapeuta ocupacional y fisioterapeuta, que exponen los siguientes cambios:

Demuestra una marcha con andador estable y se reduce el riesgo de caídas. Pasa de un Tinetti 10/28 al ingreso, a un Tinetti 16/28. Actualmente deambula de manera autónoma por el centro, continúa con gonalgia, pero tiene mayor resistencia a la fatiga.
Acude sola al w.c. con seguridad gracias a la utilización del andador. Sigue entrenando la actividad del vestido con productos de apoyo: calzador largo, pinza de alcance y calzador de medias

Es capaz de asearse y arreglarse frente al espejo con seguridad, nuevamente gracias a la utilización del andador como ayuda a la estabilidad.

Refiere sentir menos dolor en las muñecas y manos tras la aplicación de la parafina.

Evaluación semestral del Plan Individual de intervención:

Seguimiento de los objetivos y acciones planteadas:

Medico /enfermería:
- Tras valoración en geriatría descartan sintomatología relacionada con deterioro cognitivo mas allá de las alteraciones de memoria asociadas a la edad.
- Buena adhesión al tratamiento.
- Estabilidad en los valores de glucosa.
- Pérdida de peso en estos seis meses: 3kg.
- Sin incidencias reseñables en su estado de salud.

Fisioterapia:
- Actitud colaboradora.
- Asiste con constancia al programa de gerontogimnasia para la activación del movimiento y el ejercicio físico regular.
- Ha conseguido marcha estable. Es dada de alta en el programa de paseos puesto que ya deambula con independencia en el centro.
- Continúa en el programa de rehabilitación fisioterápica para mantenimiento de las capacidades físicas y funcionales.
- Pese a que en un principio el dolor de rodillas persistía e incluso se agudizaba con el entrenamiento de la marcha, en la actualidad se turnan periodos álgicos con otros en que los síntomas se mitigan.
- Pruebas estandarizadas: Tinetti: 18/28

Terapia Ocupacional:
- Mantiene los logros conseguidos de independencia para el aseo, arreglo personal y uso del wc. No consigue, de momento, realizar el vestido independiente, precisa ayuda para introducir la ropa interior y los pantalones por los pies, también para ponerse los calcetines, una vez hecho esto, se sube la ropa, se pone de pie y se coloca y abrocha los pantalones. Es capaz igualmente de calzarse utilizando un calzador largo.
- Tras colocar asideros en la ducha se introduce de manera independiente, se sienta en la silla, se enjabona y aclara. Precisa ayuda para llegar al brazo de la ducha si está colgado y asir la toalla. Suele realizar esta actividad con supervisión del auxiliar de geriatría.
- Se muestra satisfecha con los logros obtenidos en su autonomía, también valora positivamente las actividades de terapia ocupacional más lúdicas y creativas.
- Se relaciona con facilidad, no ha presentado conflictos significativos con los compañeros.
- No hay evidencia de cambios en su cognición ni síntomas de pérdida importante de la memoria o la orientación.
- La familia refiere buenas relaciones en el ámbito familiar.
- Pruebas estandarizadas: BARTHEL: 80/100. Dependencia moderada. MEC (Lobo): 27/30 No D.C. Escala de depresión de Hamilton: 5. No deprimido.

Listado de nuevos problemas:
Una vez comprobada la evolución en estos seis meses, y repetida la valoración interdisciplinar, se recabarán una serie de nuevos objetivos con sus respectivos planes de acción y el seguimiento de los resultados se hará a los meses, si, previa-

mente no hay incidencias reseñables o el gestor del caso no solicita una reunión al equipo para exponer una nueva demanda.

4 Discusión-Conclusión

Como se puede observar, el trabajo del equipo interdisciplinar es una metodología de trabajo por objetivos que dista mucho de las tradicionales intervenciones multidisciplinares donde cada profesional realizaba las acciones que, por su razonamiento clínico estimaba oportunas buscando conseguir sus propios objetivos. En aquellos modelos de intervención, el espacio de la reunión se destinaba a poner en común la línea de actuación de cada profesional y los resultados conseguidos.

Con una metodología de revisión continuada del plan de intervención y de la situación personal del usuario gracias al gestor de casos, queda garantizado el cuidado continuo y la atención integral a la persona usuaria del centro residencial.

5 Bibliografía

- Statista Research Department. (09/07/2019)
- Statista. https://es.estatista.com
eCIE-Maps-CIE-10 Gobierno de España.
- Ministerio de sanidad, consumo y bienestar social. Eciemaps.mscbs.gob.es
- Durante, P. & Pedro, P. (2010) Terapia Ocupacional en geriatría. Principios y Práctica. Barcelona. Elsevier Masson
- Polonio, B (2003). Terapia ocupacional en Discapacitados físicos. Madrid. Médica Panamericana
- SEGG Sociedad española de Geriatría y gerontología. Bermejo, C. & Rodríguez, J. (2017). Manual terapéutico en Geriatría (2 ed.). Medica Panamericana
- SEGG Sociedad española de Geriatría y gerontología. Manual de buena práctica en cuidados a las personas mayores. Madrid. IMC

Capítulo 1203

INTERVENCIÓN DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL EN LA ADQUISICIÓN DE NUEVOS ROLES ADAPTATIVOS

ELIA GARCÍA GALAN

1 Introducción

El acceso a los recursos residenciales por parte de las personas mayores de 65 años a veces es la solución inmediata en casos de discapacidad de presentación aguda que, además reúnen falta de apoyo social, familiar y de recursos económicos. Esta serie de factores unidos, muy probablemente impedirán la permanencia en su entorno comunitario.

Es sencillo comprender que las personas que se encuentran en esta situación tienen varios frentes abiertos: por un lado, la aceptación de su discapacidad, una nueva imagen personal con limitaciones inesperadas en sus funciones psicofísicas , en su desempeño ocupacional o en las interacciones sociales, entre otros. Por otro lado, deben abandonar su entorno, es decir, vivienda habitual, vecinos, barrio donde se desempeña etc. A todo ello se le une la carga emocional de plantearse que esta nueva vivienda, con sus limitaciones estructurales y normas de funcionamiento, puede ser permanente.

Ahora bien, los centros residenciales cuentan con profesionales centrados en la atención personal e individualizada de los casos, y con una metodología de trabajo interdisciplinar y basada en objetivos que es la base de la atención integral. La visión holística de la terapia ocupacional hace que sea un servicio impre-

scindible para acompañar en las transiciones a los nuevos estadios desencadenados por eventos personales.

2 Objetivos

Ofrecer la visión de un centro residencial como escenario creador de oportunidades para el desarrollo de un nuevo proyecto vital, como inicio de una nueva etapa en un contexto que cuenta con las características materiales, personales y psicoafectivas adecuadas para la generación de nuevos roles.

3 Caso clínico

Antecedentes personales:

Varón de 72 años que presenta los siguientes antecedentes clínicos:
- Hernia inguinal Izquierda (2006)
- Bronquitis crónica.
- Epilepsia.
- Hemiplejia izquierda secundaria a traumatismo en tráfico.
- Hepatitis B pasada.

Situación basal:
Vivía solo en un domicilio alquilado, era independiente para todas las actividades de la vida diaria, incluido el manejo de dinero y gestiones bancarias, realización de viajes de ocio etc.
Había sido taxista y anteriormente, zapatero (se encargaba se fabricar y reparar calzado) y propietario de un bar.
Hace 8 meses tuvo un accidente de tráfico mientras conducía, sufrió un TCE con resultado de hemiplejia izquierda. Posteriormente permaneció cuatro meses en un hospital de rehabilitación de media estancia.
Es divorciado y tiene dos hijos, probablemente ninguno conoce su situación actual porque hace más de 7 años que no tienen ningún tipo de contacto.
Antes del accidente mantenía una relación sentimental con una mujer que ocasionalmente le ha llamado por teléfono pero no ha acudido a visitarlo
Tiene un hermano, mayor que él, se encuentra enfermo y no lo ha visto desde que lo ingresaron tras el accidente, pero hablan con frecuencia por teléfono. Los sobrinos (hijos de éste) son los que más cercanos se han mostrado en el proceso de recuperación.

Valoración :
Valoración al ingreso:
Ingresa caminando con ayuda de un bastón, presenta "marcha de segador" o hemiparética con el miembro superior izquierdo en aducción, pronación y semiflexión. Para sentarse deja el bastón apoyado en la pared y camina hasta la silla. Se sienta con ayuda del reposabrazos.
Está consciente y orientado en las tres esferas, responde de manera coherente y ofreciendo gran cantidad de detalles. Se emociona mientras rememora su proceso.
Expresa que no es su deseo vivir en una institución, que le gustaría volver al domicilio habitual pero ha cesado el contrato de alquiler asesorado por su familia, en la que confía para que tome las mejores decisiones para su vida.

Pruebas estandarizadas:
En el área funcional:
Índice De Barthel: 100 /100. Independencia. Realiza las ABVD de manera independiente. Para la ducha se sirve de asideros colocados en el interior. Tiene mucha destreza para cortar el alimento y pelar la fruta con una sola mano (alimentos de textura blanda)
Escala de Tinetti: Parte I: TOTAL: 19/28.
No tiene sentido pasar la escala de Lawton y Brody puesto que no opción de preparar su comida, salir a realizar compras habituales o realizar las tareas domésticas, sin embargo, seguramente podría realizar algunas de estas actividades de manera independiente en un entorno no institucional.

En el área cognitiva:
MEC (lobo): 29/30. No indicativo de deterioro cognitivo.

En el área afectivo-social:
GDS (Yessavage): 8/15 Indicativo de ánimo deprimido.

Observación del desempeño ocupacional:
En las actividades básicas de la vida diaria:
Funciones conservadas:
- Ducha: acceder a la ducha, enjabonarse, enjuagarse, secarse y salir sin utilizar silla de ducha.
- Vestido completo sin productos de apoyo
- Aseo y arreglo personal (excepto cortar las uñas de la mano derecha)
- Utilización del w.c.
- Desplazamientos y transferencias con uso de bastón.

- Subir/bajar escaleras con ayuda de barandillas y portando su bastón.
- Realiza de forma normalizada la alimentación sin productos de apoyo.
- Continente.

En las AIVD:
Por la evaluación de sus capacidades cognitivas y funcionales y por su forma de interaccionar con los demás, es de suponer que tendría éxito en muchas de las áreas que no se pueden valorar dentro del centro, como es la realización de pequeñas compras, sin embargo esta observación se podrá realizar en las salidas que hay programadas para los usuarios.
En Ocio y tiempo libre:
En el centro, durante estos primeros días a comenzado a asistir al programa de gerontogimnasia, mostrando muy buena colaboración y ejecución.
En ocasiones sale a pasear por el jardín, normalmente solo.
Durante la entrevista relata gran cantidad de aficiones como viajar, jugar a la petanca y a las cartas, conversar con los amigos, ir al cine y a pasear, etc.
Cuando se le indica que algunas de esas actividades puede seguir realizándolas en el centro, como jugar a cartas o a la petanca, responde que, en este entorno, con las personas usuarias que hay en él, no se siente animado a hacerlo.
Habrán de explorarse, por tanto, nuevos intereses.

En comunicación e interacción social:
No presenta problemas para relacionarse con los demás, el trato es respetuoso y cordial. El resto de residentes agradece su conversación y le devuelven las atenciones.
Normalmente le gusta estar solo, en ocasiones pasa largas temporadas en la habitación y no quiere participar en los programas de ergoterapia ni ludoterapia, sin embargo, acude a la sala de terapia mientras se preparan las sesiones, ayuda a colocar el material y entabla conversación con los profesionales.
Se evidencia que se siente más cómo poniendo sus capacidades al servicio de los demás que recibiendo asistencia.

Elaboración del Plan de intervención:
Objetivos que se proponen:
- Conseguir que dedique parte de su tiempo libre a una nueva afición.
- Incrementar las relaciones sociales desde la asunción de nuevos roles.
- Aumentar la autoestima.
- Conseguir una adaptación verdadera al recurso.
- Favorecer el mantenimiento de relaciones sociales con su familia y amigos.

- Animar y proveer de oportunidades para salir fuera del centro y utilizar los recursos comunitarios.

4 Discusión-Conclusión

Las oportunidades que tiene el ser humano para seguir descubriéndose como ser social y ocupacional brotan en cualquier contexto, también en el institucional. La labor de los profesionales pasa por ser consciente de los procesos, a veces arduos, que llevan a cabo los usuarios para descubrir y ocupar nuevos papeles y modificar o deshacerse de otros que han conformado su personalidad.

En este sentido es importante facilitar, valorar y reconocer estas pequeñas aproximaciones que van llevando a cabo hasta ocupar su nuevo estatus.

5 Bibliografía

- Rodríguez, M (2011). Habilidades de comunicación para la vida cotidiana. Editorial Artes Gráficas
- Blesedell, E, Cohn, Ellen.S. & Boyt, B.A. Willard & Spackman Terapia Ocupacional (10ª ed). Editorial Médica Panamericana
- Durante, P. & Pedro, P. (2010). Terapia Ocupacional en geriatría. Principios y Práctica. Barcelona
Elsevier Masson.
- De las Heras, C.G. Modelo de Ocupación Humana (Terapia Ocupacional). Editorial Síntesis
- SEGG Sociedad española de Geriatría y gerontología. Manual de buena práctica en cuidados a las personas mayores. Madrid. IMC.

Capítulo 1204

SÍFILIS Y PRUEBAS DE DETECCIÓN.

PILAR YOLANDA TOLEDO GUERRA

KATIA LOPEZ CORTE

SARA GONZÁLEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

La Sífilis es una enfermedad infecciosa de transmisión sexual producida por el Treponema Pallidum, que al penetrar en la piel o en mucosas genitales provoca la enfermedad.
Las edades más vulnerables para contraerla son entre los 20 y los 35 años.
El período de incubación es d 14-21 días.
Es característica la aparición de una úlcera llamada Chancro en los genitales, piel, boca o recto que se cura sólo entre 4 y 6 semanas.
Otros síntomas: Fiebre con indisposición general, dolores musculares, inflamación de ganglios linfáticos…

2 Objetivos

Describir las distintas pruebas de laboratorio realizadas en muestras sospechosas de Sífilis.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científi-

fica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, Google Académico seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Las pruebas que se hacen en laboratorio son:
- Exámenes en sangre para encontrar el Treponema Pallidum.
- Se realizan también pruebas como: RPR, VDRL o TRUST.

Si estas pruebas dan positivo habrá que realizar otras para la confirmación, como: FTA-ABS (examen de Anticuerpos treponémicos fluorescentes), MHA-TP, TP-EIA, TP-PA.

5 Discusión-Conclusión

Es de vital importancia un tratamiento con el antibiótico adecuado lo más pronto posible así como la realización de las pruebas de laboratorio oportunas, de lo contrario la enfermedad se agravará.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 1205

LESIONES MAMARIAS: IMAGEN DIAGNÓSTICA.

LILIANA FERNANDEZ RODRIGUEZ

Mª PAZ ALVAREZ FERNANDEZ

PATRICIA FERNANDEZ FERNANDEZ

ELSA VARELA FUERTES

1 Introducción

Para determinar la existencia del nódulo mamario pues a menudo pueden ser confundidos con tejido mamario glandular,si el examen clínico plantea duda diagnóstica se indicarán estudios como una mamografía o ecografía .En aquellos casos en los que las pruebas de imagen no sean concluyentes se podrá realizar una punción para realizar un estudio anatomopatólogo y establecer el diagnóstico definitivo. Si el caso lo requiere, se discute en la sesión de tumores de la unidad de mama.
Para tipificar las lesiones de mama existe un sistema de clasificación llamado BI-RADS (Breast Imaging Reporting an Data System), que caracteriza los hallazgos de la imagen en varias categorías que van desde la normalidad hasta la confirmación histológica de malignidad.La clasificación es la siguiente:
- Categoría 0: Se requieren estudios complementarios de imagen.
- Categoría 1: Mama normal.
- Categoría 2: Lesión benigna.
- Categoría 3: Lesión probablemente benigna.

- Categoría 4: Lesión sospechosa.
- Categoría 5: Lesión maligna.

2 Objetivos

Confirmar o descartar la existencia de una lesión maligna de mama mediante técnicas de imagen como son mamografía, ecografía e intervencionismo como la B.A.G. (Biopsia con Aguja Gruesa) y P.A.A.F. (Punción con Aguja Fina).

3 Metodología

Para la elaboración de esta revisión bibliográfica se realizó una recopilación de fuentes como artículos, libros y revistas científicas, buscadores digitales como google y google académico, descriptores de ciencias de la salud para identificar nódulo, mamografía, lesión mamaria, Biopsia, Punción.
Bases de datos consultadas: Scielo, MedlinePlus, Elsevier., con criterios inclusivos desde 2006 hasta la actualidad.

4 Resultados

Distinción entre lesiones palpables y lesiones no palpables, según sea la lesión y edad de la paciente se establecerá un protocolo de actuación.
- Lesión palpable:
Si la paciente es mayor de 35 años se realizará una mamografía, en esta prueba se podrá apreciar mamas densas o nódulo de características benignas, el siguiente paso sería realizar una ecografía, con este estudio por ultrasonidos se identificará la lesión; donde en la imagen hay veces que no se identifica la lesión, con lo cual puede ser de baja sospecha clínica o alta sospecha clínica, en este último caso estará indicada una punción, es decir una PAAF ; Cuando se identifica la lesión como quiste, se valora como quiste simple o complicado en este último caso, también estaría indicado realizar una PAAF; y la tercera lesión a identificar sería un nódulo, se valorará según la clasificación BI-RADS, si el nódulo es de categoría 2 y 3, se hará un seguimiento de éste, si se clasifica de 4 a 5, procederá hacer una B.A.G.
Cuando en la imagen de la mamografía se identifica un nódulo de características malignas, donde se aprecia una distorsión de la arquitectura, directamente se procede a hacer una Biopsia BAG guiada por ecografía, para ser analizada

por anatomía patológica. Si no fuera identificable en Eco se realizará biopsia estereotáxica.
Si la paciente es menor de 30 años, la primera prueba de imagen sería la ecografía, si del resultado de esta técnica aparece una lesión no identificable se realizará una mamografía, el resultado de este estudio puede aparecer imagen de lesión identificable, que si es de categoría 2 se hará punción y seguimiento y si es de categoría 3 se realizará una BAG. Si al contrario se trata de una lesión no identificable puede ser de baja sospecha o alta sospecha en este caso se realizará una PAAF.
- Nódulo no palpable visible en mamografía:
Los nódulos no palpables pueden ser de características benignas o probablemente benignas o de características malignas en la escala BI-RADS, categorías 4 y 5, en este caso el protocolo indica una BAG, guiada por ecografía inmediata.
Cuando las características son de benignidad, el protocolo contempla otros pasos a seguir: una vez identificado el nódulo no palpable (Bi-Rads 2 y 3) en una imagen de mamografía, se debe completar el estudio con una ecografía, las imágenes resultantes de esta prueba probablemente se identificará un quiste o un nódulo sólido.
- Quiste: puede ser simple o complicado:
Si el quiste se considera complicado, se realizará una punción con aguja fina (PAAF), que consiste en introducir una aguja de calibre fino en el quiste. Lo utilizamos para aspiración de lesiones líquidas (quísticas) o diagnóstico de tumores probablemente benignos. El material extraído se enviará a anatomía patológica donde se analizará.
- Nódulo sólido:
Si el nódulo en la escala Bi-rads es 4 y 5, se realizará una Biopsia con aguja gruesa (BAG), es el método más utilizado en lesiones sólidas mamarias. Consiste en introducir una aguja gruesa para extraer tejido.
El material que obtenemos son algunas células aisladas del tejido que nos permiten deducir el tipo de lesión que es. Básicamente nos indica si hay células malignas o benignas. El resultado nos habla de células y por eso se llama citología. El patólogo analizará la muestra y enviará un informe.
Si el nódulo en la escala Bi-rads es categoría 2 y 3, se le hará un seguimiento con revisiones periódicas, si a los 2 años no hay cambios se dará el alta a la paciente; si en ese período de tiempo existieran cambios, se le realizará una BAG, para analizar la naturaleza de esta lesión.

5 Discusión-Conclusión

Importancia de la distinción entre las lesiones palpables y no palpables. Las lesiones palpables deben ser correlacionadas con los hallazgos en imagen y en caso de no ser identificadas en ésta, se decidirá su punción en función de la sospecha clínica de malignidad.

6 Bibliografía

• Patología de mama (Carmen Yano, Luis Echevarría 2006).
• Diagnóstico por ecografía (Rumack, Carol M. 1999).
• Blog de la Dra. Pilar Manchón.
• Técnicas de exploración de la mama. Anatomía radiológica,semiología general e indicaciones (Torres Tabanera M. 2010).

Capítulo 1206

LA ENFERMEDAD DE CROHN SU DIAGNÓSTICO, RECURSOS Y TRATAMIENTOS

MARÍA ELENA CABERO FERNANDEZ

CRISTINA SUAREZ RODRIGUEZ

PATRICIA FERNÁNDEZ AMORES

LUCIA GÓMEZ GONZALEZ

1 Introducción

La enfermedad de Crohn es una patología inflamatoria crónica de origen autoinmune, que se produce cuando él propio sistema ataca al tejido corporal sano del tubo digestivo. La inflamación puede comprometer cualquier parte de este, aunque se presenta con mayor frecuencia en la parte final del intestino delgado y comienzo del colón.

La enfermedad de Crohn puede ser dolorosa, debilitante y algunas veces, provocar complicaciones que pueden poner en riesgo la vida. Los síntomas pueden ser muy distintos entre un paciente y otro, los más comunes son: diarrea, dolor abdominal, cansancio, fatiga, pérdida de peso, fiebre, sangrado rectal…. Estos pacientes, además de los síntomas físicos pueden tener una gran afectación psicológica, que repercutirá de manera importante en sus relaciones sociales, familiares y laborales, lo que hará que disminuya su calidad de vida y su bienestar social.

Es una enfermedad que no se conoce ninguna cura, por lo que es fundamental un diagnóstico precoz, un buen tratamiento y algunas terapias pueden reducir, en gran medida los signos y síntomas e incluso, provoca una remisión de la enfermedad. En la actualidad el Crohn ha aumentado considerablemente siendo su pico de máxima incidencia entre los 20 – 35 años.

2 Objetivos

- Conocer mejor la enfermedad de Crohn, su diagnóstico, recursos terapéuticos y tratamientos de la enfermedad.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de artículos relacionados con la enfermedad a través de bases de datos de Medline, Scielo.

4 Resultados

Es un hecho que las tasas de incidencia de la enfermedad de Crohn en España han sufrido un notable incremento, ya que se estima que cada año se dan 116,5 casos por cada 100.000 habitantes. La edad en la que se diagnostica es aproximadamente entre los 20 y 35 años, sin embargo, puede aparecer a cualquier edad.
Clasificación de la enfermedad dependiendo de la zona de inflamación:
• Ileocolitis: es la forma más común, afecta al íleon y colón.
• Enteritis: afecta al intestino delgado en general.
• Ileitis: afecta al íleon o porción final del intestino delgado.
• Enfermedad de Crohn gastroduodenal: causa inflamación estómago y duodeno.
• Yeyunoileitis: afecta al yeyuno e íleon.
• Colitis de Crohn (granulomatosa): afecta al colón.
El Crohn en estado crítico (cuando no responde a ningún tratamiento) se procederá a la cirugía si el área no es muy extensa.
También existen otras clasificaciones como la de Montreal, dependiendo de la edad, localización, comportamiento de la enfermedad.
Existen otros factores que favorecen su desarrollo:
• Factores genéticos.
• Factores ambientales (factor de riesgo más importante es el tabaco).

Para su diagnóstico utilizaremos varias pruebas:
• Análisis clínicos nos informan de indicios de inflamación e infección, así como de anemia deshidratación y si hay algún agente infeccioso que lo produce (También incluye análisis de sangre).
• Estudios microbiológicos.
• Marcadores fecales de inflamación (más utilizado es la Calprotectina).
• Pruebas de imagen (ecografía, tomografía computerizada).
• Pruebas de Endoscopia con Biopsia (la cápsula de endoscopía, enteroscopía asistida por balón y colonoscopia, ésta última la más utilizada).
El tratamiento consistirá en la administración de diferentes fármacos que servirán para reducir y disminuir la inflamación y los síntomas de la enfermedad. Dentro de los fármacos encontraremos corticoesteroides, antibióticos, inmunosupresores, aminosalicilatos. Hay un porcentaje de pacientes que no consiguen controlar la enfermedad con el tratamiento por lo que se usara: cirugía, aféresis selectiva de granulocitos y monocitos es un nuevo tratamiento consiste en eliminar las células que intervienen en la inflamación es bastante inocuo y produce pocos efectos secundarios.

5 Discusión-Conclusión

Actualmente la enfermedad de Crohn sigue siendo de etiología desconocida, pero gracias a los numerosos estudios se ha avanzado en su conocimiento y patogenia de la enfermedad. Por ello se realizarán las pruebas diagnósticas para su detección precoz. Hoy en día la técnica de elección para la mayoría de los facultativos es la Colonoscopía, también son importantes la detección de anticuerpos en suero para su diagnóstico, las terapias aplicadas, aunque no curativas, son paliativas y su tratamiento tiene como finalidad lograr una remisión clínica.

No siempre obtenemos el resultado que queremos, lo que nos hace seguir estudiando nuevas alternativas terapéuticas y así poder establecer un rápido diagnóstico y un buen tratamiento, que minimice los síntomas de la enfermedad y los prevenga aumentando la calidad de vida y bienestar de los pacientes.

6 Bibliografía

- Medlineplus.gov/spanish/crohndiesease.html. www.Msdsalud.es.recursos
- Enfermedad de Crohn. (internet).es.wikipedia.org 2019 (cited 2 June 2019). Available from: hpttps/es.wikipedia.org/wiki/enfermedad de Crohn.

- Enfermedad de Crohn. Diagnóstico y tratamiento. Mayo Clinic (internet) Mayoclinic.org2019 (cited 2 June 2019). Available from: https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases
conditions/crohn-diseage/diagnossis-tratmen/are-20353309

Capítulo 1207

ECOGRAFÍA: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ABSCESO HEPÁTICO.

LILIANA FERNANDEZ RODRIGUEZ

Mª PAZ ALVAREZ FERNANDEZ

PATRICIA FERNANDEZ FERNANDEZ

ELSA VARELA FUERTES

1 Introducción

Un absceso hepático es una lesión focal hepática que se define como una colección localizada de pus con destrucción de parénquima hepático y estroma que puede estar causada por bacterias, hongos o parásitos. Esta lesión puede desembocar en complicaciones serias si no se trata adecuadamente.
Para la localización , diagnóstico y tratamiento de esta lesión hepática es fundamental el diagnóstico por imágen siendo la ecografía la técnica más utilizada aunque puede complementarse el estudio ecográfico con una T.A.C.

2 Objetivos

Describir el protocolo a seguir para la detección, localización y tratamiento de un absceso hepático.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión sistemática de las publicaciones disponibles sobre el tema en castellano e inglés consultando las siguientes bases de datos scielo, slideshare y Medline.
En castellano se aplicaron los siguientes descriptores: Ecografía, Ultrasonido, Ultrasound ultrasonography, absceso hepático , lesión focal.

Los criterios de inclusión utilizados fueron manuales y artículos sobre principios básicos de la ecografía, estudios ecográficos con contraste, intervencionismo en drenajes percutáneos. Fueron seleccionadas 14 de un total de 39 referencias.

4 Resultados

La ecografía abdominal es el método de elección de imagen en el diagnóstico de abscesos hepáticos, con el cual se localiza y detecta el tipo de lesión, y se obtienen mediciones. En el caso concreto de los abscesos hepáticos los hallazgos en ecografía en escala de grises son variados, permitiendo llegar a un diagnóstico de certeza cuando el aspecto ecográfico es típico pero en ocasiones el aspecto es inespecífico. La ecografía con contraste permite valorar el patrón de realce de los abscesos en tiempo real y definir su arquitectura interna, de la cual depende la elección del tratamiento(drenajo o cirugía).

Hay casos que debido a lo inespecífico de la imagen, conviene realizar un T.A.C. con contraste que confirme el diagnóstico de absceso hepático. Una vez diagnosticado, el tratamiento consiste en drenar el absceso, para ello se realizará un drenaje percutáneo, guiado por ecografía, que consiste en vaciar una colección a través de la piel realizando una mínima incisión, para finalmente dejar alojado en el interior del absceso un catéter multiperforado conectado a una bolsa de recogida.

5 Discusión-Conclusión

La ecografía permite detectar el absceso hepático y es un método utilizado como guía para la punción del drenaje percutáneo. La ecografía con contraste permite definir la estructura interna y el grado de licuefacción del absceso.

6 Bibliografía

• Diagnóstico y diagnóstico diferencial de abscesos hepáticos mediante ecografía con contraste.(Echeveste, Mendo González, Cañas Maciá P. Arangüena, Velasco Marcos, Cortés León 2009).
• Manual para Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico y Medicina Nuclear. (J. Azpeitia, J.Puig, R. Soler 2014)

Capítulo 1208

ESTUDIO DE LA ESCOLIOSIS EN RADIOLOGÍA

AURORA RAMOS BOBES

1 Introducción

La columna vertebral es la estructura encargada de proporcionar estabilidad y movimiento a la región del cuello y el tronco, a la par que protege la médula espinal. Presenta una serie de curvaturas fisiológicas en el plano sagital que proporcionan una mayor resistencia del raquis a las fuerzas de compresión axial. Estas curvaturas se dividen en dos lordosis, la cervical y la lumbar de convexidad anterior, y dos cifosis, la dorsal y la sacra, con convexidad posterior. Las curvaturas observadas en el plano frontal se denominan escoliosis y suelen ser patológicas, aparecen más frecuentemente durante el periodo de crecimiento anterior a la pubertad.

2 Objetivos

Describir los pasos para el estudio y seguimiento de la escoliosis a través de la radiología cuando se perciban uno o varios de los siguientes signos: hombros desparejos, un omóplato más prominente que otro, cintura despareja, un lado de la cintura más alto que otro, costillas prominentes, caderas y hombros desiguales o desplazamiento del tronco hacia un lado.

3 Metodología

La búsqueda de información se lleva a cabo en diferentes buscadores académicos (Google académico, Scielo.) empleando como palabras claves "escoliosis", "radiología de columna", "test de bending". Se emplean como criterios de inclusión textos gratuitos en castellano e inglés y de exclusión aquellos con actualización previa al año 2000. Se analizan los artículos más relevantes.

4 Resultados

Las teleradiografías de columna servirán para confirmar un diagnóstico de escoliosis, establecer el tipo, la gravedad, el grado de la curvatura, y también para realizar un seguimiento periódico en caso necesario.
El estudio diagnóstico o inicial consta de una proyección posteroanterior y una lateral con el paciente en bipedestación, se incluirá toda la columna dorsolumbar desde los ángulos mandibulares hasta los trocánteres mayores, se incluirá además en el estudio inicial la caja torácica y la pelvis, puesto que pueden existir deformaciones relevantes. En los estudios de control o seguimiento se deberá colimar para incluir solamente la columna y reducir así la dosis de radiación.
Debe escogerse la proyección posteroanterior frente a la anteroposterior para reducir la dosis de radiación en las regiones más radiosensibles, como pueden ser el tiroides, o la mama. Esta proyección permitirá valorar las curvaturas laterales de la columna vertebral, se realiza con el paciente en bipedestación, brazos a los lados del cuerpo, rodillas juntas y extendidas y distribuyendo el peso entre ambos pies de forma uniforme.
La proyección lateral posibilita el estudio de cifosis, lordosis y espondilolistesis. Se realiza también en bipedestación, con los brazos elevados y rectos delante del paciente mejor que en la cabeza, se puede utilizar un soporte para los brazos para minimizar los artefactos por movimiento.
La distancia fuente-receptor (DFR) será de 180 cms. y se indicará al paciente que mantenga la respiración en espiración en ambas proyecciones. Para obtener una densidad radiográfica uniforme en toda la columna, puede ser necesario utilizar filtros compensadores.
En el caso de estudios preoperatorios, se incluye frecuentemente la prueba de "bending", un estudio de flexibilidad de las desviaciones de la columna en el plano coronal. El test de bending se realiza con el paciente decúbito supino, fijando la pelvis y movilizando la columna lateralmente al máximo hacia el ápex o la convexidad. La curva que no se normaliza en el test de bending es una curva

estructurada y por lo tanto debe ser tratada. La curva que se normaliza en el test de bending es una curva compensadora, que aparece en un intento del cuerpo por recuperar el balance corporal.

5 Discusión-Conclusión

Hay tres momentos de necesidad de pruebas de imagen en el estudio de la escoliosis:
- El primero es el diagnóstico, donde se realizarán dos teleradiografías tras la exploración física inicial. Estas dos proyecciones (PA y lateral) incluirán además las estructuras adyacentes a la columna, para valorar posibles deformidades.
- El segundo momento es el seguimiento de la evolución, se volverán a hacer dos proyecciones, en PA y lateral, esta vez bien colimadas, limitándose solo a la columna vertebral. Se realizarán con una periodicidad establecida por el especialista.
- El último estudio de imagen es el realizado previo a un tratamiento quirúrgico de la curvatura, para lo cual se realizará el llamado test de bending que permitirá diferenciar una curvatura estructurada de una compensadora.

6 Bibliografía

- Andrades Romero H., Rodríguez Polo R. Exploración radiológica de la columna vertebral: Técnicas especiales. En: 7 Editores. Temario parte específica vol. 3 Técnico especialista en radiodiagnóstico. Sevilla. Editorial MAD; 2019 p.35-36.
- Kliegman RM, et al. The spine. In: Nelson Textbook of Pediatrics. 21st ed. Philadelphia, Pa: Elsevier 2020.
- Llopis San Juan E. Radiología de los trastornos de alineación de la columna vertebral. En: Tardágila Montero FM, del Cura Rodríguez JL editores. Monografía SERAM: Radiología ortopédica y dental: una guía práctica. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2005 p. 47-62.

Capítulo 1209

PRUEBAS DE LABORATORIO PARA EL DIAGNÓSTICO DE GONORREA.

SARA GONZÁLEZ RODRÍGUEZ

PILAR YOLANDA TOLEDO GUERRA

KATIA LOPEZ CORTE

1 Introducción

La gonorrea es una enfemedad de transmisión sexual causada por la bacteria Neisseria gonorrhoeae, también llamada gonococo. Afecta al tracto genital, la boca y el ano.

La presencia de ésta enfermedad puede ser un factor de riesgo para la aparición de otras enfermedades si no se trata rápidamente. Es una enfermedad frecuente, especialmente en personas jóvenes.

2 Objetivos

- Describir las distintas pruebas usadas para la identificación de Neisseria Gonorrhoeae

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica

existente. se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: pubmed, medline, y scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Los medios de cultivo utilizados para la identificación de Neisseria gonorrhoeae son : Agar chocoolate,Tayer Martín que es similar al anterior pero con antibióticos(vancomicina, colistina y nistatina) que lo hacen mas selectivo, También puede utilizarse el New York City. Las muestras que provienen de las mucosas deberán ser sembradas en medios selectivos como Tayer Martín. Las muestras habitualmente estériles pueden sembrarse directamente en agar chocolate. Los cultivos se incuban a 35ºC en una atmósfera 3-5% de Dióxido de Carbono.

La Neisseria Gonhorreae es una bacteria Gram -,al observarla al microscopio se ven diplocos, es inmóvil, oxidasa positiva y se utiliza para su diferenciación con otros tipos de Neisseria pruebas de azúcares.

La tinción Gram : es una tinción diferencial que se utiliza para observar bacterias, tanto su morfología, como para diferenciar las Gram positivas (se tiñen de color azúl) de las Gram negativas(se tiñen de color rojo).
Las bacterias Gram positivas y negativas se diferencian en los componentes de su pared. La pared de las Gram negativas como es el caso tiene una capa de peptidoglugano as delgada y tienen una membrana exterior formada por proteínas, fosfolipidos y polisacáridos.

Procedimiento:
1. Realizar una extensión y fijarla
2. Agregar cristal violeta y dejar un minuto.
3. Enjuagar con agua.
4. Agregar lugol y y dejarlo un minuto
5. Agregar alcohol acetona y esperar sobre 30 segundos (las gram - se decoloran, las gram + no)
6. Enjuagar con agua.
7. Agregar safranina o fucsina básica y esperar un minuto. Este tinte dejará de color rosado-rojizo las bacterias gram negativas.
7. Lavar con agua.

Para observar al microscopio óptico es conveniente hacerlo a 100x con aceite de inmersión.
Oxidasa: se utiliza para diferenciar anaerobios obligados del resto de gérmenes. Se pueden utilizar tiras dicha prueba que cambian de color(a azúl, morado) al agregar un poco de colonia
También se puede realizar en placa, añadiendo el reactivo a colonia directamente, generalmente viran a negro las positivas Todas las especies de Neisseria producen oxidasa. Para diferenciar los distintos tipos de Neisserias por la prueba de fermentación de los carbohidratos, ya que sólo fermenta la glucosa.

5 Discusión-Conclusión

Ante una sospecha de gonorrea es muy útil tomar una muestra de la mucosa correspondiente y hacer una identificación con las distintas pruebas de laboratorio.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 1210

EL SIDA EN NUESTRA SOCIEDAD

MARÍA ELENA CABERO FERNANDEZ

CRISTINA SUAREZ RODRIGUEZ

PATRICIA FERNÁNDEZ AMORES

LUCIA GÓMEZ GONZALEZ

1 Introducción

El VIH es un virus de inmunodeficiencia que ataca a nuestro sistema inmunológico, en especial a las células CD4 o células T; éstas tienen un papel muy importante en la defensa contra las infecciones. Las personas con un sistema inmunitario normal, que adquieren el VIH tienen suficientes células T para enfrentar las enfermedades. Sin embargo, las personas que adquieren el VIH teniendo un sistema inmune más debilitado, desarollan el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), teniendo más riesgo de desarrollar enfermedades.

En la evolución de la enfermedad se pueden distinguir:
1. Etapa detección: 1 – 3 meses: la detección ocurre de 15 días a 3 meses después de la entrada del virus en nuestro organismo. En esta fase podremos detectar Anticuerpos del virus en sangre.
2. Etapa VIH positivo: menos de 1 año hasta más de 10 años: hay diferentes test de detección de
Anticuerpos positivos. Es una etapa donde no hay muchos cambios en el estado de salud, pero hay capacidad de transmisión de la infección.

3. Etapa SIDA: 3 – 5 años: se considera persona con SIDA cuando se observan algunos criterios médicos sobre el número de virus en el organismo, estado del sistema inmunológico y la manifestación de enfermedades oportunistas (ej: neumonias, meningitis, cáncer, etc.).

Los virus transmitidos por vía sanguínea suponen un riesgo para los trabajadores sanitarios. Debemos tener en cuenta que las personas infectadas por VIH, pueden ocultar su serología por miedo a ser estigmatizados o discriminados.

Este riesgo se puede prevenir por medio de la aplicación de procedimientos generales o específicos de control de las infecciones.

2 Objetivos

Con este trabajo se pretende dar a conocer la actuación de medidas de preveción de la infección y toda la información posible sobre el VIH.

3 Metodología

Se ha usado la búsqueda en internet de palabras claves, como artículos, protocolos y estudios encontrados en la base de datos de Medline, Scielo, así como otros documentos técnicos.

4 Resultados

El VIH se transmite solo a través de ciertos fluidos corporales de una persona infectada. Estos fluidos son: sangre, semen, líquido preseminal, secreciones rectal y vaginal, y leche materna.

También se propaga por medio de las relaciones sexuales o del uso compartido de equipos de inyección de drogas (agujas) con una persona seropositiva.

Los mecanismos de prevención universal son:
- Uso del preservativo. Su uso adecuado garantiza la protección contra el VIH y otras enfermedades infecciosas.
- Limitar el número de parejas sexuales.
- Evitar contacto con materiales infectados de personas seropositivas (compartir jeringillas, cuchillas de afeitar….).

- Una buena profilaxis de preexposición (PrEP). Es una píldora que se toma una vez al día para prevenir el VIH.

Existen medidas más específicas para los trabajadores sanitarios, entre las que encontramos:
- Adecuado transporte y desecho de materiales cortopunzantes.
- Lavado de manos antes y después de estar en contacto con fluidos potencialmente infecciosos.
- Uso constante de equipos de protección personal: guantes, ropa protectora o vendajes para pieles dañadas.
- Manejo seguro de desechos contaminados.
- Desinfección rutinaria de instrumentos o equipos contaminados.
- Vigilancia de la salud, mediante reconocimientos periódicos.

Ya en caso de contacto con el VIH, tomariamos otra clase de medidas, como la profilaxis post exposición
(PEP), que consiste en una serie de píldoras que se comienzan a tomar para reducir las probabilidades de contagio del VIH, en las 72 primeras horas tras la exposición.

También tendríamos la terapia retroviral (TARV). Es una combinación de medicamentos que retarda los síntomas del VIH en el cuerpo, lo que hace disminuir, incluso detener, la transmisión del virus a otras personas.

5 Discusión-Conclusión

La prevención del VIH debe formar parte del plan de identificación de peligros y control de riesgos que el centro de trabajo deberá realizar como parte del ciclo de gestión de salud y seguridad en el trabajo.

Es indudable que el personal sanitario es conocedor de las posibles consecuencias de una infección por VIH, y que es un tema que en general preocupa a todos, siendo conveniente insistir en campañas informativas y formativas, que faciliten el conocimiento y concienciación de los trabajadores; ya que es un sector donde existe un elevado riesgo de exposición a este tipo de infección.

Como conclusión, con estas medidas preventivas, tanto las específicas como las generales, lo que se pretende, es la disminución del riesgo de transmisión del virus y garantizar así, la seguridad tanto del trabajador sanitario como del paciente.

6 Bibliografía

- https://infosida.nih.gov/understanding-hiv-aids/fact-sheets/20/48/conceptos-básicos-sobre-la-la-prevención-de-la-infección-por-el-vih.
- https://es.wikipedia.org.
- https://medlineplus.gov.
- https://www.revistamultidisciplinardelsida.com.
- https://www.cdc.gov/hiv/grahia/suverill.html
- https://www.medigraphic.com.
- Scielo.isciii.es

Capítulo 1211

COLONOSCOPIA VIRTUAL EN TCM

CARMEN MARIA LOPEZ MANCEBO

MÓNICA LÓPEZ GONZÁLEZ

1 Introducción

La colonoscopia virtual, también denominada Colonografía por TAC, es un tipo de examen radiológico que emplea la modalidad de imagen de la tomografía computarizada (TAC) de última generación para obtener una visión interna de la totalidad del colon.

Este examen, en condiciones adecuadas de preparación, con equipamiento de última generación y con personal experimentado, puede llegar a encontrar pólipos u otras lesiones clínicamente significativas con una sensibilidad similar a la obtenida por la colonoscopia convencional.

La colonoscopia virtual, que también se llama la colonografía de tomografía computarizada, es un procedimiento que utiliza una combinación de radiografías y tecnología por computadora para crear imágenes del recto y de todo el colon.

2 Objetivos

El objetivo de la colonoscopia es detectar posibles anomalías en las paredes del intestino grueso, el recto o el íleon, producidas por enfermedades.

3 Metodología

La colonoscopia es un examen en el que se visualiza el interior del colon (intestino grueso) y el recto, mediante un instrumento llamado colonoscopio. El colonoscopio tiene una pequeña cámara fijada a una sonda flexible que puede alcanzar toda la longitud del colon.

4 Resultados

Dectención temprana de:
- Cáncer colorrectal.
- Colitis ulcerosa.
- Enfermedad de Crohn.
- Pólipos del colon.

5 Discusión-Conclusión

Los exámenes de detección temprana son pruebas que se realizan para detectar la presencia de una enfermedad en personas que no tienen ningún signo o síntoma. El objetivo primario de la detección temprana del cáncer es la detección del cáncer en su etapa más temprana, cuando todavía existe la opción de tratarlo. Sin embargo, el objetivo principal de la detección temprana del cáncer colorrectal es identificar crecimientos anormales, conocidos como pólipos, mucho antes de que los pólipos se conviertan en cáncer. Para ser avalado por la comunidad médica, un programa de detección temprana debe cumplir con una serie de criterios, incluyendo la reducción del número de muertes por la enfermedad.

Existen muchas opciones para aquellas personas que están interesadas en someterse a un examen de detección temprana del cáncer colorrectal, que incluyen:
- La colonografía por tomografía computarizada, también llamada colonoscopia virtual, un examen en el que se producen imágenes del colon y del recto mediante el uso de la exploración por TAC de dosis bajas.
- La colonoscopia, una prueba que examina el recto y todo el colon mediante el uso de un instrumento largo que tiene una luz, llamado colonoscopio.
- La sigmoidoscopia, una prueba que examina el recto y colon inferior utilizando un instrumento con luz propia llamado sigmoidoscopio.
- Un examen de control para la detección del cáncer colorrectal solamente incluye:

- La prueba de sangre oculta en heces (FOBT, por sus siglas en inglés) o la prueba inmunoquímica fecal que comprueba la existencia de sangre oculta en la materia fecal (heces).
- El examen de ADN en materia fecal que detecta ADN (o material genético) anormal de células mutadas que se desprenden hacia la materia fecal.

6 Bibliografía

- https://www.radiologyinfo.org/sp/info.cfm?pg=screening-colorectal
- https://www.aecc.es/es/red-social/testimonios/mi-paso-por-doble-c-cancer-colon
- http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082018000500008
- https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/digestivas/colon-irritable/2015/12/23/colonoscopia-105581.html

Capítulo 1212

MARCADORES DE PREECLAMPSIA EN EL LABORATORIO

KATIA LOPEZ CORTE

SARA GONZÁLEZ RODRÍGUEZ

PILAR YOLANDA TOLEDO GUERRA

1 Introducción

La Preeclampsia es un síndrome específico de la gestación que cursa con hipertensión y proteinuria a partir de las 20 semanas en mujeres gestantes. Si bien, es poco frecuente, la preeclampsia también puede presentarse tras las 48 horas posteriores al parto: Preclampsia Postparto.

2 Objetivos

- Conocer los aspectos clínicos, analíticos, factores de riesgo y tipos de preeclampsia según su gravedad.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Podemos distinguir dos tipos de preeclampsia: Leve y Severa.
Leve: Presión arterial sistólica igual o mayor 140 mm de Hg y/o Presión arterial diastólica igual o mayor a 90 mm de Hg en al menos dos ocasiones con un intervalo de medición igual o mayor a 6 horas.
Proteinuria: Proteínas en orina igual o mayor a 0,3 gramos/24horas.

Severa: Ademas de lo anterior debe haber alguna de las siguientes alteraciones analíticas:
- Presión arterial sistólica igual o mayor a 160 mm de Hg y/o presión arterial diastólica igual o mayor a 110 mm de Hg (en 2 ocasiones en un intervalo igual o mayor a 6 horas).
- Proteinuria: Mayor a 5 gramos de proteína/ 24 horas o tira reactiva igual o mayor a 3 + en dos muestras de orina de orina recogida en un intervalo de 4 horas como mínimo.
-Deterioro función renal.
-Oliguria.
-Edema pulmonar.
-Deterioro función hepática.
-Síntomas neurológicos.
-Trastornos hematológicos.
-Crecimiento intrauterino restringido.
Fisiopatología: Alteración placentaria, lesión endotelial, desequilibrio de los factores reguladores de la angiogénesis.
Factores de Riesgo: Edad materna (aumenta a partir de los 34 años), nuliparidad (75% de los casos se da en madres primerizas), etnia (mayor en mujeres de raza negra), herencia familiar (antecedentes de preeclamsia), embarazos mediante técnicas de reproducción asistida, gestación múltiple, obesidad, dislipemia, abortos previos expontáneos, factores genéticos, hipertensión crónica, diabettes mellitus, enfermedad renal, lupus eritematoso sistémico, alteraciones de la coagulación…
Tratamiento:
P.Leve:

Gestantes pretérmino: Tratamiento hospitalario o ambulatorio, controles de la presión arterial, proteinuria, función renal y hepática y recuento de plaquetas.Control del crecimiento del feto, índice de líquido amniótico y perfil biofísico.
Gestantes a término: No continuarla más allá de la semana 40.
P.Severa: Tratamiento hipotensor endovenoso y valoración del estado de la madre y del feto. Si persiste la hipertensión arterial o hay signos de sufrimiento fetal agudo deberá finalizarse la gestación inmediatamente.

5 Discusión-Conclusión

Actualmente se hace un cribado de preeclampsia con el fin de identificar a las gestantes que pueda beneficiarse de las medidas profilácticas. Esto se debe a que hoy en día no existe un tratamiento efectivo a nuestra disposición.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 1213

LOS ASTROCITOMAS

NOELIA GONZALEZ TANDA

PILAR FERNÁNDEZ NÚÑEZ

CLAUDIA SUÁREZ FERNÁNDEZ

ELENA FERNANDEZ RIVERA

MARIA NUEVO SILVA

1 Introducción

Los astrocitomas forman parte del grupo de los gliomas (tumores gliales), es un tipo de cáncer que puede localizarse en cualquier punto del neuroeje (cerebro y médula espinal), si bien es especialmente frecuente a nivel de los hemisferios cerebrales. Son células en forma de estrella que protegen las neuronas, se denominan así porque nacen de células llamadas astrocitos que proporcionan apoyo a las neuronas.

Los astrocitomas presentan un grupo heterogéneo de tumores cerebrales benignos y malignos que pueden presentarse a cualquier edad, son los tumores cerebrales más frecuentes y representan más de la mitad de todos los tumores cerebrales primarios, aproximadamente el 40% de todas las neoplasias del SNC de la edad pediátrica, aproximadamente 15 a 25% son astrocitomas de bajo grado y 10 a 15% de alto grado, 10-20% son astrocitomas de tallo cerebral y 12-20% son astrocitomas cerebrales.

Los signos y síntomas del atrocitoma dependen de la ubicación del tumor, los presentes en el cerebro pueden provocar convulsiones, dolores de cabeza, náuseas…,los que se forman en la médula espinal pueden provocar debilidad y discapacidad en la zona afectada por el tumor en crecimiento. Los astrocitomas pueden ser de crecimiento lento o puede ser un tipo de cáncer agresivo que crece con rapidez. La agresividad (el grado) determina el pronóstico y las opciones del tratamiento. Los astrocitomas conforman un grupo heterogéneo clasificado por la OMS en 4 grados, basándose en sus características histológicas:

-Grado I (astrocitoma pilocitico), crecimiento lento con escasa tendencia a infiltrar el tejido cerebral circundante, mas frecuentemente en niños y adolescentes. Tumores circunscritos, de lento crecimiento y bajo potencial de conversion a un tumor de mayor malignidad.

-Grado II (astrocitoma difuso), crecimiento bastante lento, con cierta tendencia a infiltrar el tejido cerebral circundante, observado en su mayor parte en adultos jóvenes(fibrilar, protoplasmico, gemistocitico). Tumores de borde difuso, lento crecimiento y algunos con tendencia a progresar a tumores de mayor malignidad.

-Grado III (astrocitoma anaplasico/maligno), estos tumores crecen con bastante rapidez infiltran el tejido cerebral circundante, puede evolucionar hacia glioblastoma multiforme.Tumores infiltrantes con células atípicas o anaplasicas y mayor numero de mitosis.

-Grado IV (glioblastoma multiforme), forma muy agresiva y mortal del cáncer de cerebro, por desgracia se trata de la forma mas frecuente del tumor cerebral en los adultos.Tumores de rápido crecimiento con alta tasa mitotica, pudiendo presentar vasos de neoformacion y areas de necrosis.

Los tumores de grado I: a menudo llamados benignos o de grado bajo. Están mas cerca de lo normal y crecen lentamente.

Los tumores de grados II, III, IV: todos son cancerosos. Cuanto mas anormales se vean las células bajo el microscopio mas alto es el grado.

Los tumores de grados III y IV : son los tipos mas agresivos de astrocitoma/glioma.

2 Objetivos

- Ayudar a conocer mejor los astrocitomas/gliomas, sus características, sus síntomas y los mecanismos utilizados para estos tumores astrociticos.
- Someter al paciente a una terapia específica y a un tratamiento para el alivio de los síntomas: dolor de cabeza, crisis convulsivas, perdida de funciones motoras, sensitivas….

3 Metodología

Se ha realizado una revisión sistemática y bibliográfica en diversas bases científicas, tales como Pudmet, Dialnet, y Scopus, utilizando palabras clave cono descriptores. También se utilizó un método exploratorio con una metodología observacional no participativa en ámbitos de neurología.

4 Resultados

Los astrocitomas son un 70% de los tumores cerebrales, el resto son oligodendrogliomas y gliomas mixtos.
-DE BAJO GRADO (I y II)
- Tumores generalmente localizados y de crecimiento lento
- Tipos:
-Astrocitoma (AP) o astrocitoma pilocitico juvenil (APJ) que son tumores de grado I.
-Astrocitoma pilomixoide (AON) que es de grado incierto
- Astrocitoma fibrilar (AF) que es de grado II
-Xantoastrocitoma pleomorfico (XAP) que es de grado II
-Astrocitoma difuso , que son tumores de grado II
- Tratamiento principal Cirugía
- .Radioterapia solo en mayores de ocho años con enfermedad en progresión y/o sintomatología o en aquellos en los que la quimioterapia ha fracasado.
- Dosis: 50-54 Gy a 1,8 Gy/fx
-DE ALTO GRADO(III y IV)
- Tumores que crecen rápidamente y se propagan por el cerebro. Son agresivos y requieren de un tratamiento intensivo lo antes posible.
.Tipos:
- Astrocitoma anplasico (AA), que son tumores de grado III.
-Glioblastoma Multiforme(GBM), que son tumores de grado IV.
- Tratamiento: Cirugía + Quimioterapia+ Radioterapia más o menos terapias moleculares.
- Dosis: 54 Gy mas o menos Boost hasta 59,4 Gy a 1.8 Gy/fx.
El tratamiento específico consistirá en cirugía con o sin radioterapia, radioterapia si no es posible la cirugía y puede estar también indicada la quimioterapia, habitualmente en asociación alas otras formas de tratamiento.

En general las opciones de tratamiento incluyen cirugía, radioterapia, quimioterapia, terapia dirigida y ensayos clínicos, experimentales, también inmunoterapia. La protonterapia que son terapias de protones de alta precisión, se usa en astrocitomas pilocitico, tanto en niños como en adultos.

5 Discusión-Conclusión

Los tumores cerebrales no se pueden prevenir, sus causas son desconocidas. La relativa rareza de estos tumores requiere el manejo de los pacientes en ensayos prospectivos destinados a mejorar el pronóstico y la calidad de la supervivencia , que depende de la histología del tumor(benigno a maligno) y de su ubicación (operable o no).

Las secuelas neurológicas e intelectuales de estos tumores y sus tratamientos pueden ser graves especialmente en niños pequeños y pacientes que requieren irradiación extensa. En bajo grado la resección quirúrgica amplia ofrece excelentes tasas de supervivencia sin necesidad de tratamientos adicionales, sin embargo en alto grado el pronóstico continua siendo pobre, estos tumores por lo general producen incapacidad progresiva y llevan a la muerte en la mayoría de los casos.

En niños la mayoría de los astrocitomas son de bajo grado. En adultos la mayoría son de alto grado. En los últimos años han aparecido diferentes líneas de tratamientos tales como la inmunoterapia, las vacunas, etc. si bien todas ellas están en una fase de evaluación.

6 Bibliografía

- https://www.cancer.net/es/tipos-de-c%C3%A1ncer/astrocitoma-en-la-ni%C3%B1ez/tipos-de-tratamiento
- https://seom.org/info-sobre-el-cancer/tumores-cerebrales?start=8
- https://www.cancer.gov/espanol
- https://psicologiaymente.com/clinica/astrocitoma
www.mayoclinic.org
› diseases-conditions › astrocytoma › cdc-20350132

Capítulo 1214

URGENCIAS ONCOLÓGICAS EN RADIOTERAPIA

NOELIA GONZALEZ TANDA

PILAR FERNÁNDEZ NÚÑEZ

CLAUDIA SUÁREZ FERNÁNDEZ

ELENA FERNANDEZ RIVERA

MARIA NUEVO SILVA

1 Introducción

Una urgencia oncológica en radioterapia, supone una situación de riesgo vital para la persona, producido por su enfermedad o por su tratamiento. Es necesario informar al paciente y a la familia de la situación y de las opciones terapéuticas. La radioterapia (RT) va a tener un papel importante en el tratamiento paliativo del cáncer; dicha patología supone entre un 15 y un 50% de los casos atendidos y la responsabilidad asumida es igual a la de los tratamientos curativos. Según la etiología, las urgencias oncológicas pueden ser divididas en tres grupos:

-Provocadas por la enfermedad tumoral
-Provocadas por los tratamientos antitumorales
-Presencia de emergencias no oncológicas en pacientes que tienen cáncer. Estas últimas requieren un esfuerzo de diagnóstico diferencial con las emergencias oncológicas propiamente tales y su atención es igualmente con sentido de urgencia.

Sin embargo, la clasificación más práctica es aquella que se refiere a los órganos o sistemas involucrados. Podemos así, distinguir emergencias cardiovasculares, neurológicas, metabólicas y hematológicas.
Las situaciones de urgencias en oncología son:
-Dolor
-Agitación. Claudicación familiar.
-Complicaciones metabólicas o la insuficiencia funcional orgánica por infiltración masiva tumoral (hígado, pulmones).
-Alteraciones cardiovasculares (taponamiento cardiaco, síndrome de vena cava superior, linfedema maligno y obstrucción linfática).
-Trastornos neurológicos (compresión medular, infiltración leptomeningea, hipertensión intracraneal, metástasis cerebrales, infiltración de nervios o plexos).
-Problemas abdominales (urológicos-digestivos).
-Alteraciones hematológicas.
-Trastornos respiratorios (obstrucción de la vía aérea, hemoptisis y derrame pleural maligno).
Según la fuente de irradiación:
-Radioterapia externa: en el acelerador lineal. Es la más frecuentemente utilizada
-Braquiterapia: Colocación de fuentes radiactivas en contacto íntimo con el tumor. Menos usado en tratamiento paliativo.
Según su forma de administración:
-Tratamiento reglado: a diario, de 1 a 3 semanas, según la situación del enfermo.
-Tratamiento en "FLASH": sesión única diaria que puede repetirse semanalmente, quincenalmente.
La radioterapia juega un papel esencial en el tratamiento activo de los procesos neoplásicos. Con la indicación adecuada puede ser muy eficaz en el tratamiento paliativo de muchos tumores. Produce un alivio de los síntomas relativamente rápido y sencillo participando en la mejora de calidad de vida del enfermo.

2 Objetivos

Su misión es aliviar síntomas específicos ("aliviar sin curar") y mejorar el estado funcional del paciente, aportando mejor calidad de vida sin alargar la agonía. Los síntomas deben ser lo suficientemente severos y no ser controlados por otros tratamientos farmacológicos más simples.

Los objetivos del tratamiento son: mejorar el síntoma urgente y conseguir el resultado terapéutico lo antes posibles sin añadir efectos secundarios. Sus princip-

ios generales son:
-Establecer la no indicación de tratamiento curativo
-Definir síntoma a tratar
-Establecer comunicación equipo- familia -enfermo
-Definir objetivos realistas
-No asociar tratamientos con idéntico objetivo
-Evitar efectos secundarios importantes
-Administrar la irradiación de forma preferente
-Establecer la pauta más adecuada a la situación del enfermo

3 Metodología

También se utilizó un método exploratorio con una metodología observacional no participativa en ámbitos de oncología. Se ha realizado una revisión sistemática y bibliográfica en diversas bases científicas, tales como Pudmet, Dialnet, y Scopus, utilizando palabras clave como descriptores.

4 Resultados

Urgencia oncológica: situación en la que el crecimiento del tumor provoca clínica que puede comprometer la vida.
Urgencias oncológicas y sus indicaciones especificas en el tratamiento con radioterapia:
.SÍNDROME DE VENA CAVA SUPERIOR (SVCS)
El SVCS, lo constituyen los síntomas y signos derivados de la obstrucción parcial o completa del flujo sanguíneo hacia la aurícula derecha.
Se produce por la progresión intratoracica de un tumor. El oat-cell pulmonar es el principal causante del SVCS.
-Tratamiento con radioterapia:
No es un tratamiento urgente, pero si preferente
Se recomienda en pacientes con tumores radiosensibles, principalmente en el cáncer de pulmón, y que no hayan recibido anteriormente radioterapia.
Se utilizara en caso de escasa o nula respuesta al tratamiento médico (de elección en c. epidermoide de pulmón), en situaciones graves solo con la sospecha diagnostica.
Los volúmenes de tratamiento se delimitan por TAC:
-GTV: masa tumoral visible
-CTV y PTV: variables según paciente y tipo de tumor (+ 0,5 hasta +2 cm).

-volumen a irradiar: masa mediastinica +margen
La dosis utilizada depende de la situación del paciente:
- Mal estado general: Flash de 6-8 Gy.
-Beg: valorar 30 Gy en 10 fx VS 40/15. Dosis únicas semanales
Reduce los síntomas en las primeras 72 horas, con desaparición completa a las 2 semanas.
Respuesta: 70% carcinomas
90-95% linfomas

.HEMORRAGIAS: sangrado ginecologico y hemoptisis

Múltiples localizaciones: cabeza y cuello, mama, pulmón (control 80%), rectales (control 85%),esófago, ginecológicos, digestivos, Urológicos (control 65%)… las hemorragias son salida de sangre de las arterias, venas o capilares por donde circula, especialmente cuando se produce en cantidades muy grandes. Ocurren en el 5-10% de los pacientes con tumores avanzados y suponen riesgo para la vida (hemoptisis, hematuria, metrorragia…), sus causas son el daño vascular, la invasión tumoral y la alteración de la coagulación (plaquetas…).
La hemoptisis es la espectoracion de sangre proveniente del árbol traqueobronquial.

-tratamiento con radioterapia
Es la última opción, por lo general, la radioterapia se utiliza cuando se han agotado el resto de opciones terapéuticas
Inicio preferente de la radioterapia. Rápido y eficaz.
Volúmenes muy ajustados a GTV en general, CTV Y PTV.
Dosis y tiempos variables:
Mayoría de los casos : Flashes de 6-8 Gy (mal estado general)
Casos seleccionados: valorar 30/10 vs 40/15 (sangrado escaso y beg.).
-Radioterapia: dosis más altas que en el fraccionamiento convencional: flash único de (8-10 Gy) o 15 Gy que serían 5 Gy por 3 fracciones o 4 Gy por 5 fracciones que serían 20 Gy., es decir esquemas muy hipofraccionados con los que se obtienen los mismos resultados que con un fraccionamiento estándar, aunque la dosis optima y el fraccionamiento continúan siendo un tema de controversia. Los tratamientos hipofraccionados únicamente deben aplicarse en los casos muy avanzados y con una supervivencia esperada muy corta, debido al alto riesgo de reacciones agudas y tardías de los tejidos sanos que rodean al tumor, que son limitantes de la dosis.
-Braquiterapia : Posibilidad de braquiterapia endocavitaria (ginecológicos) , en-

doluminal (bronquial, esofágico) en casos seleccionados con alta tasa de dosis (HDR). Los síntomas de obstrucción o sangrado debidos a una masa pueden mejorar con la braquiterapia de alta tasa, utilizando un esquema terapéutico de 2 fracciones de 8 Gy o de 3 tracciones de 5-7 Gy.

.COMPRESIÓN MEDULAR

Es la 2ª causa más frecuente de complicación neurológica oncológica y una fuente de morbilidad muy importante, cuyo diagnóstico y tratamiento precoz es el arma más importante para garantizar la efectividad terapéutica. La parálisis y la disfunción de los esfínteres son los estadios clínicos finales que están relacionados con un menor tiempo de supervivencia.
La compresión medular maligna ocurre por invasión directa del tumor primario o por sus metástasis.
Se considera una urgencia oncológica.
Los tumores que la causan con más frecuencia son : pulmón, mama y próstata.
Más frecuente por tumores metastasicos (97%) y C. dorsal.
La localización más frecuente es la epidural (90%), torácica(70%), lumbar(20%), cervical(10%), discontinua(10-38% de casos).
Fisiopatología: destrucción axonal, desmielinizacion, congestión vascular, edema e isquemia progresiva.
Hay distintas posibilidades de afectación de la médula espinal por tumores
Lo más frecuente es el dolor local o radicular (90%) y puede preceder en semanas o meses a los síntomas motores. Comienza en l zona afecta (puño percusión+).
Se produce una pérdida de fuerza lentamente progresiva y luego otros síntomas (sensitivos, trastorno esfínteres, liberación medular…)
Los objetivos son la mejoría clínica neurológica, control del dolor, estabilización columna y control local del tumor si área exclusiva afecta).

-tratamiento con radioterapia
Debe usarse en todos los casos.
Inicio entre 12-24 horas de inicio de síntomas motores
Si no se trata, paraplejia o tetraplejia irreversible(50%).
Pasadas 72 horas la recuperación funcional es prácticamente nula.
Siempre antes de la parálisis completa (sino, solo tratamiento del dolor).
Volúmenes limitados a GTC visible con margen de 1-2 cm para CTV/PTV.
Dosis variable según la situación del enfermo:
.30/10 o 20/5 si BEG o estimación larga de supervivencia (ca. mama).

.FLASHES de 6-8 Gy (único o repetido según respuesta): pacientes con mal estado general.

5 Discusión-Conclusión

Es esencial una buena comunicación entre profesionales para conseguir los mejores resultados posibles.
El objetivo de la radioterapia urgente es aliviar los síntomas con la mínima dosis y el menor número de tratamientos, manteniendo estado funcional y calidad de vida sin pretender aumentar la supervivencia .Las dosis utilizadas no producen efectos secundarios importantes.

En determinadas patologías (compresión medular, metástasis óseas o cerebrales, SVCS…), el papel de la radioterapia es indiscutible, pero debe sentarse adecuadamente la indicación de tratamiento. La pauta de tratamiento debe adaptarse a las condiciones del paciente.

6 Bibliografía

- http://www.aclo.es/wp-content/uploads/guiaurgenciasoncologicas.2014.pdf
- http://www.seor.es/wp-content/uploads/LIBRO_ONCOURG.pdf
- https://www.euskadi.eus/informacion/publicaciones/web01-s2ing/es/adjuntos/ProtocoloUrgoncologicasC.pdf
http://www.comsegovia.com/paliativos/pdf/curso2014/sesion1/SESION1.URGCP%202014.pdf

Capítulo 1215

BIOPSIA DE AGUJA GRUESA DE MAMA GUIADA POR ECOGRAFIA.

MÓNICA LÓPEZ GONZÁLEZ

CARMEN MARIA LOPEZ MANCEBO

1 Introducción

La biopsia de aguja gruesa de mama guiada por ecografía es un procedimiento que se utiliza para localizar una lesión y extraer una muestra de ésta para examinarla y analizarla posteriormente. Es un procedimiento muy requerido por el radiólogo ya que no es invasivo y no hace falta pasar por quirófano y así no exponerse a radiación ionizante.

Se utiliza una aguja hueca de 14 o 18g para extraer la lesión. Se introduce anestesia y a continuación introduce la aguja mientras se va guiando con la ecografía, para saber la dirección en la que va a entrar la aguja. Suelen extraer varias muestras de la lesión, metiéndolos en un bote con suero fisiológico y mandarlos a analizar.

2 Objetivos

Describir la técnica de biopsia de aguja gruesa de mama guiada por ecografía.

3 Metodología

Para la realización del siguiente capítulo se ha realizado una búsqueda en bases de datos como: Pumbed, Google académico, Scielo, Cuiden, utilizando como cri-

terios de búsqueda palabras clave: biopsia, mama, ecografía.

4 Resultados

La biopsia de aguja gruesa de mama guiada por ecografía puede causar sangrado, hematoma o hinchazón si no se siguen los procedimientos que le indica el profesional, como guardar reposo, no hacer esfuerzos y colocar hielo en la zona 15min cada 2 horas. Es muy importante indicar cómo poner el hielo sobre todo como colocarlo, ya que tiene que ir en la dirección en la que entró la aguja.

Este tipo de biopsia se utiliza para examinar microcalcificaciones sospechosas, masas pequeñas, áreas de cambio anormal en el tejido, etc…

5 Discusión-Conclusión

El objetivo principal de esta técnica es la obtención de una muestra de tejido con un fin diagnóstico: descartar alguna patología cancerígena.

Para ello se realiza unas mamografías previas y una ecografía previa para saber dónde está la lesión, y una posterior para saber si queda algo.

En ocasiones colocan un marcador en la zona donde extrajeron la muestra de la lesión para saber el punto exacto donde estaba y controlarlo en estudios posteriores.

6 Bibliografía

- http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272004000500006
- https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=74078
- https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=74078

Capítulo 1216

CAUSAS DE ERROR EN RECUENTO DE GLÓBULOS ROJOS.

ANA ESMERALDA LÓPEZ TERRAZAS

1 Introducción

El glóbulo rojo o hematíe es un tipo de célula sanguínea que se produce en la médula ósea y se encuentra en la sangre, contiene una proteína llamada hemoglobina, la cual transporta oxígeno desde los pulmones a todas las partes del cuerpo.

2 Objetivos

- Conocer cuales son las diferentes causas por las que se puede producir un mal recuento de glóbulos rojos como técnicos en laboratorio.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: pubmed, medline, y scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Las posibles causas de error en el recuento de glóbulos rojos son las siguientes:
- Agitado imperfecto.
- Suciedad del material.
- Error en la aspiración de sangre y dilución hasta las marcas correctas.
- Desecamiento del líquido en la cámara de recuento.
- Errores en el recuento y en el cálculo.
- Olvido de descartar el líquido de dilución de la pipeta antes de cargar la cámara.
- Carga excesiva de la cámara.

5 Discusión-Conclusión

Hemos aprendido como técnicos de laboratorio cuales son las posibles causas de error en el recuento de glóbulos rojos para intentar que no se produzcan y poder hacer el proceso de forma eficaz. Debemos cargar hasta la línea de llenado, descartar el líquido de dilución de la pipeta y evitar el resto de errores.

6 Bibliografía

1- ¿Qué son los glóbulos rojos, hematíes o eritrocitos?- Asociación Española de afectados por mieloma, linfoma y leucemia- 2013- disponible en http://aeal.es/dialmc2013/2-3-1-que-son-los-globulos-rojos-hematies-o-eritrocitos/
2- hematocrito técnicas de laboratorio- rosmatri- sin fecha de publicación- disponible en https://es.slideshare.net/mobile/rosmatri/tecnicas-de-laboratorio-19633375

Capítulo 1217

ANÁLISIS PATOLÓGICO DE FETO ACARDIO

VERÓNICA PIEDRA FERNÁNDEZ

1 Introducción

En la actualidad el embarazo múltiple ha aumentado en forma importante, debido fundamentalmente al empleo de técnicas de reproducción asistida. Esto trae como consecuencia un incremento de los embarazos de alto riesgo, debido a las complicaciones maternas y fetales propias del embarazo múltiple, como preeclampsia, rotura prematura de membranas, restricción de crecimiento intrauterino, prematuridad, polihidroamnios. Complicaciones menos frecuentes corresponden a fetos unidos o siameses y anomalías congénitas.

El feto acardio corresponde a una malformación congénita que se presenta en embarazos múltiples monocigóticos, caracterizado por la ausencia total o parcial de tejido cardiaco en uno de los fetos. Se estima que aproximadamente el 1% de los embarazos múltiples monocoriales y 1 de cada 35.000 embarazos presenta este tipo de malformación.

2 Objetivos

El feto acardio se desarrolla in útero en forma separada de su gemelo homólogo, el cual es habitualmente normal. Sin embargo, se produce una condición denominada secuencia de riego arterial gemelar invertido, en la cual el feto acardio desarrolla severas malformaciones incompatibles con la vida y el feto sano es sometido a un esfuerzo cardiaco extremo, pudiendo desarrollar insuficiencia cardiaca con un aumento del riesgo de mortalidad entre 50% a 70%.

3 Caso clínico

Paciente de 24 años, multípara de 2. Sin antecedentes mórbidos. Durante su tercer embarazo a las 29 semanas de gestación. Acude a urgencias por que anteriormente fue diagnosticada de Síndrome Hipertensivo severo del embarazo, con cifras tensionales de 162/90, administrándole sulfato de magnesio y corticoides. Por el riesgo de muerte de la madre se decide hacer una interupcion el embarazo mediante operación cesárea, a las 30 semanas, con diagnósticos de Síndrome Hipertensivo severo del embarazo, RCIU severo, presentación transversa, comprobando durante la intervención quirúrgica la presencia de meconio en el líquido amniótico. Recién nacido femenino de 925 gramos, apgar 7-8. Placenta y membranas de 980 gramos, con zonas tumorales y quísticas e inserción velamentosa del cordón.

4 Discusión-Conclusión

El estudio anatomopatológico macroscópico, revela placenta que impresiona corresponder a dos discos unidos: el mayor mide 18,5 x 15 x 4,5 cm con superficie fetal gris blanquecina y superficie materna con cotiledones desgarrados y múltiples vesículas de 1 a 2 cm de eje mayor. Superficie fetal con vasos gruesos que confluyen hacia cordón umbilical de inserción velamentosa a 4 cm del borde del disco. Uno de los vasos que convergen hacia este cordón se dirige (o proviene) al disco más pequeño que mide 13 x 8,5 x 3 cm en la que se encuentra adherida área ovoide de 4,5 x 2,5 cm pardusca, macerada.

En la superficie fetal cercana al borde del disco menor, se observa un área granular violácea de 8 cm de diámetro. No se identifica tabique o membrana separando ambos discos placentarios. Cordón umbilical troncal, presenta tres vasos sanguíneos, mide 20 cm de longitud y 1,1 cm de diámetro.

Diagnóstico anatomopatológico:
- Muestra constituida por dos discos placentarios unidos, con un cordón de inserción velamentosa, con tres vasos sanguíneos.
- Tejido vellositario con dismadurez acentuada y degeneración hidrópica de vellosidades coriales
- Hemangioma (Corioangioma) de 8 cm de diámetro (disco menor)
- Tejido fetal con maceración acentuada de 4,5 cm de eje mayor, en relación a disco menor
- Hallazgos compatibles con embarazo gemelar con feto acardio.

El caso presentado, describe una malformación infrecuente denominada feto acardio, en la cual uno de los fetos presenta ausencia total de tejido cardiaco (holocardio) o tejido miocárdico rudimentario (pseudocardia), mientras que el otro tiene función cardiaca normal.

Se sostiene que que la falla primaria sería la falta de fusión de los tubos cardiacos primitivos, entre los días 14 a 21 del desarrollo embrionario, período en el cual se fusionan los primordios cardiacos. Otros piensan que se debería a una comunicación vascular anormal, con atrofia secundaria de las estructuras ya formadas, producida por una inversión del torrente sanguíneo en el feto anormal por anastomosis entre los vasos de los cordones umbilicales de ambos fetos.

5 Bibliografía

- http://www.conganat.org/3congreso/cvhap/comunicaciones/076/index.htm
- https://www.umamanita.es/la-autopsia-perinatal-el-patron-de-oro-en-la-investigacion-de-la-muerte-intrauterina/

Capítulo 1218

PROTOCOLO ANTE EL MALTRATO INFANTIL EN EL SERVICIO DE RADIOLOGÍA.

NURIA GARCÍA RUBIO

ISABEL GARCÍA MENÉNDEZ

1 Introducción

El maltrato infantil se define como los abusos y la desatención de que son objeto los menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder.

2 Objetivos

El papel de la imagen en los casos de sospecha de malos tratos no es solo identificar el grado de lesiones físicas, sino también valorar todos los hallazgos de imagen que apunten hacia diagnósticos alternativos. Se hace preciso pruebas clarificadoras que nos lleve a un diagnóstico seguro y evite por un lado errores diagnósticos y por otro mantener una situación de riesgo de nuevos episodios de maltrato de consecuencias impredecibles.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en diversas bases de datos, utilizando como descriptores las palabras clave relacionadas con el tema tratado. Se consultaron distintas búsquedas por Internet, así como revistas con acceso abierto y revistas de investigación científica.

4 Resultados

La tríada formada por hematoma subdural, fracturas metafisarias y fracturas costales posteriores se ha demostrado como muy característica del síndrome del "niño zarandeado". La detección de lesiones agudas y crónicas, o en diferentes estadios de curación, en un mismo paciente es altamente específica de trauma no accidental. Fracturas de huesos largos en pacientes que aún no deambulan también son lesiones de alarma en el diagnóstico del maltrato.

Lesiones con alta especificidad para maltrato, como las lesiones metafisarias clásicas o las fracturas costales posteriores, pueden ser difíciles de demostrar radiográficamente y son, de forma habitual, clínicamente ocultas. De acuerdo con los protocolos de la American College of Radiology (ACR), se recomienda que cada extremidad, superior e inferior, sea valorada en tres radiografías distintas. Es importante utilizar sistemas radiográficos de alta resolución con bajo kilovoltaje (50-70 kvp) y miliamperaje adecuado.

El estudio mediante seriada esquelética se recomienda en todos los niños menores de 2 años con sospecha de maltrato. La seriada esquelética de seguimiento, en torno a las 2 semanas del estudio inicial, es útil para la detección de nuevas fracturas y para valorar la consolidación de otras, lo que facilita la datación de las lesiones.

La lesión craneoencefálica es la principal causa de muerte en el niño maltratado. Pese a que la tomografía computarizada suele ser la primera técnica de neuroimagen en el trauma no accidental, la resonancia magnética craneal aporta una mejor caracterización de los hallazgos presentes en la tomografía así como una mejor estimación de la cronología de la lesiones.

5 Discusión-Conclusión

El maltrato infantil o trauma no accidental es un problema de primer orden a nivel internacional que se calcula afecta a cerca de 12.000 niños/año en España. La existencia de lesiones específicas, así como de hallazgos no congruentes con el trauma referido, hacen que en muchas ocasiones sea el radiólogo el facultativo responsable de dar la voz de alarma sobre el abuso.

6 Bibliografía

- https://www.who.int/topics/child_abuse/es/
- http://scielo.isciii.es/pdf/cmf/n43-44/02.pdf
- https://www.elsevier.es/es-revista-radiologia-119-articulo-el-papel-del-radiologo-ante-S003383381600062X

Capítulo 1219

RETOS DE UNA POLÍTICA EFICAZ EN PREVENCIÓN DE RIESGOS DE TME

MARIA GARCIA GUAZA

LORENA POSADO CARRO

FRANCISCO RODRIGUEZ HERRERA

1 Introducción

Los riesgos laborales están generalizados en todas las profesiones, y dependiendo de estas los riesgos serán de niveles más o menos elevados. Lo que asumimos es que el solo hecho de trabajar entraña un riesgo por parte del que desempeña la labor.

La actividad laboral en el medio sanitario implica enfrentarse a una serie de riesgos genéricos como por ejemplo el nivel de ruido, la climatización, la ventilación, la iluminación, el trabajo a turnos o la nocturnidad, el estrés, los agentes biológicos, las radiaciones, la utilización de sustancias químicas, las posibles agresiones de pacientes y en las que nos vamos a centrar en este trabajo: las deformaciones posturales, la ergonomia.

En el ámbito laboral del profesional sanitario, los riesgos ergonómicos están asociados a la principal causa de enfermedades profesionales más frecuentes. Estos son los denominados TME (trastornos musculoesqueléticos), lesiones en músculos, tendones, ligamentos, articulaciones, cartílagos, nervios, huesos o vasos sanguíneos de la espalda, cuello, la cabeza, piernas o brazos que se producen por la propia tarea laboral o se agravan por la misma. Entre los síntomas que se dan

están, además del dolor, la rigidez, cosquilleo, adormecimiento e hinchazón o inflamación. Estas dolencias originan un absentismo importante porque son bajas de larga duración y su rehabilitación es lenta.

2 Objetivos

- Conocer la relación entre la formación en prevención de riesgos ergonómicos y los trastornos músculo esqueléticos.

3 Metodología

Se ha procedido a la búsqueda y revisión de diferentes estudios, artículos y trabajos en diversas bases de datos. Se han tenido en cuenta los de los últimos 7 años. Los descriptores de búsqueda fueron: ergonomía personal sanitario, lesiones musculares, absentismo laboral, prevención de riesgos laborales en personal sanitario. De todos ellos se han comparado 10.

4 Resultados

En varios de los estudios revisados la muestra se realiza en mujeres, siendo las lesiones de espalda las que encabezan la lista seguidas por las de cuello. Estos estudios se centran más en personal de enfermería debido al esfuerzo por manipulación de peso y posturas forzadas. También relacionan el dolor de espalda con la carga física a la que se está sometida.

Se observa que estos riesgos laborales producen unos efectos perniciosos no solo para los trabajadores sino también para sus familias, para la Seguridad Social y para la sociedad tanto personalmente como económicamente. Esta observación es válida en general, pero al centrarla en el sector sanitario se hace visible que no interesa solamente a los trabajadores que prestan sus servicios en el medio sino también a los pacientes que reciben la atención.

5 Discusión-Conclusión

La evaluación del riesgo nos servirá para establecer medidas preventivas que permitan una óptima adecuación ergonómica y con ello una mejora en las condiciones de trabajo. Un adecuado y eficaz planteamiento de la materia de preven-

ción de riesgos laborales, en este caso ergonómicos, no solo va a producir consecuencia positivas de cara a los trabajadores del sector sanitario, sino que también va a afectar de buena medida a los pacientes y en su caso a los familiares también.

Por todo lo expuesto, es absolutamente necesario avanzar aún mucho más y poner en práctica esta cultura preventiva. La sanidad cuenta con su particularidades con lo que conviene entender y abordar de modo individualizado.

6 Bibliografía

- Alberto Villarroya López. Técnico de ergonomía. Barcelona 2013.
- C. Taramuel, M. Belen 2019. Repositorio.utm.edu.es.
- S.G. León. Revista reduca vol.1 nº2, 2019.
- Revista salud pública.

Capítulo 1220

REALIZAR UNA B.A.V (BIOPSIA ASISTIDA POR VACIO) MEDIANTE MAMÓGRAFO DIGITAL

PAULA DE LA BALLINA HERNANDEZ

SILVIA FIDALGO MARTINEZ

YOLANDA FERNANDEZ GUTIERREZ

PATRICIA CUERVO VEGA

1 Introducción

Técnica radiológica (utiliza radiación X), que se realiza mediante una mamógrafo digital y una aguja gruesa hueca especial conectada a un sistema de vacío.

2 Objetivos

- Obtener una muestra de una lesión de la mama que no es posible verla mediante ultrasonidos.

3 Metodología

La paciente deberá de dirigirse al servicio de radiología, además deberá suspender anticoagulantes 3 días antes de la prueba para evitar sangrados. El técnico deberá

asegurarse de que no haya ninguna posibilidad de embarazo ya que ésta técnica utiliza rayos X.

Se realiza en la misma sala que la mamografía, el técnico programará el mamógrafo para realizar la biopsia por estereotaxia, esto significa que mediante un programa en la consola del mamógrafo hay que calcular unas coordenadas, que vienen determinadas por las letras X, Y, Z. En la parte del tubo de Rx, se colocará una pala compresión fenestrada, donde se colocará la mama afectada y mediante imágenes se localizará la lesión a estudiar.

Una vez localizada la lesión se envían las coordenadas desde la consola donde se visualizan las imágenes al mamógrafo dónde se conectará la aguja de la biopsia, en éste caso la aguja es hueca y tiene incorporado un bisturí, importante para adquirir las muestras necesarias. Debemos explicar el procedimiento a la paciente para intentar que esté lo más tranquila posible ya que una vez que comencemos el estudio deberá permanecer muy quieta. Sentada en frente del mamógrafo se comprime la mama afectada con la pala fenestrada.

A continuación se prepara un campo estéril donde colocará todo el material necesario para realizar la biopsia.
Para éste procedimiento se utiliza anestesia local. Una vez localizada la lesión, gracias a los cálculos que realizamos el radiólogo puede determinar el punto exacto donde insertará la aguja y que tipo de aguja usar (dependiendo de la profundidad).

Se hará una mínima incisión en la piel donde introducirá la aguja, debe colocar la punta de la aguja se irá girando obteniendo múltiples muestras en todo su recorrido, dicha aguja está conectada a un mecanismo de vacío, con lo cual a la vez que va cortando el tejido va aspirando y recogiendo las muestras para luego ser analizadas.

Ésta técnica es muy útil para tomar muestras de microcalcificaciones que puedan ser sospechosas de malignidad.
Es muy común que después de obtener la muestra gracias a un coaxial que queda situado en el mismo sitio se aloje un marcador de titanio, para dejar marcada la zona donde concretamente se realizó la biopsia. Éste marcador quedará para siempre en la mama sin ocasionar ningún problema para la paciente. A continuación se extrae el coaxial y se deberá de comprimir muy bien la zona y poner frío para evitar hematomas e hinchazón.

Es un procedimiento que apenas deja marca, aunque es muy normal que unos días posteriores a la biopsia salga un hematoma.

4 Resultados

Es el procedimiento más útil para obtener muestras de lesiones mamarias no ecovisibles.

5 Discusión-Conclusión

- Técnica muy útil para obtener muestras de lesiones de la mama que no son posibles verlas con ultrasonidos, como microcalcificaciones.
- Sustituye a la biopsia quirúrgica.
- Mínimamente invasiva. Se realiza de forma ambulatoria. Tiene una duración de 30-40 minutos.
- La cicatriz es mínima o incluso nula.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 1221

ESTUDIO TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTERIZADA DE HÍGADO MULTIFÁSICO.

SILVIA FIDALGO MARTINEZ

YOLANDA FERNANDEZ GUTIERREZ

PATRICIA CUERVO VEGA

PAULA DE LA BALLINA HERNANDEZ

1 Introducción

Técnica radiográfica destinada al estudio del hígado en diferentes fases tras la administración de contraste yodado intravenoso.

2 Objetivos

Objetivo principal:
Definir y dar a conocer el funcionamiento de esta técnica mediante una revisión bibliográfica.

Objetivo específico:
Aprender cómo realizar un scanner de hígado en diferentes fases para poder estudiar diferentes lesiones así como, su morfología y comportamiento.

3 Metodología

Estrategia de búsqueda.
Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.
Marco teórico.
Instrucciones al paciente:
Debe dirigirse al servicio de radiología en ayunas de al menos 4 horas.
Asegurarse de que no existe posibilidad de embarazo, preguntar por alergias conocidas o si es sabedor de tener insuficiencia renal. Además para realizar la prueba debe firmarnos un consentimiento.
El técnico deberá explicarle en qué consiste la prueba y los pasos a seguir.

El paciente se coloca en decúbito supino sobre la mesa del scanner con los pies en dirección al gantry (tubo en forma de anillo) y los brazos estirados por encima de la cabeza. Se canaliza una vía con calibre 20G. A continuación se realiza un scout que comprendería desde las sínfisis del pubis hasta las bases del pulmón (útil para posteriormente poder determinar la zona concreta a estudiar).

Desde la consola del scanner se coloca una caja que incluya en su totalidad el hígado; se introduce mediante un inyector un émbolo de suero para comprobar la fiabilidad de la vía y a continuación se introduce un émbolo de entre 100 y 140 ml de contraste yodado con una concentración de 300 mg y un caudal de 3 ml/seg.
A continuación se realizan cortes axiales o transversales del hígado en 4 fases que serían:
- Fase sin contraste o simple: se realiza con el paciente en apnea, realizaremos cortes sin contraste yodado, ésta primera fase es importante para descartar sangrados, líquido libre y posibles patologías no esperadas. Además de ser muy útil para planificar las siguientes adquisiciones y aportarle información al radiólogo para después poder estudiar la morfología y comportamiento del hígado tras la administración de contraste yodado.
- Fase arterial: consiste en la obtención de imágenes a los 30 segundos tras la inyección del medio de contraste. En ésta fase se detectan tumores llamados hipervasculares, que se nutren a partir de las ramas de la arteria hepática; fase clave

para la detección del hepatocarcinoma.
Fase venosa o portal: se obtienen imágenes a los 60 segundos de la administración del contraste yodado. Fase donde se - detectan lesiones hipovasculares, cuya irrigación depende de la vena porta; como metástasis y quistes hepáticos.
- Fase de eliminación o tardía: se realiza aproximadamente a los 4 minutos una vez administrado el contraste yodado. Fase donde el contraste introducido ya se ha distribuido por el intersticio y ya se ha perdido la captación portal y arterial.

Por último todas las imágenes obtenidas se envían a un servidor donde el radiólogo especialista puede reformatear y estudiar con detalle.

4 Resultados

Examen utilizado para valorar diferentes patologias y lesiones del higado y su comportamiento tras la administración de contraste yodado.

5 Discusión-Conclusión

- Técnica que se realiza en breve periodo de tiempo, mínimamente invasiva, se realiza de forma ambulatoria.

- Es imprescindible para valorar forma, tamaño y localización de las posibles y variadas lesiones hepáticas.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 1222

LA IMPORTANCIA DE LOS IMPLANTES DENTALES

LAURA DACOSTA ALONSO

AROA TEJÓN GONZÁLEZ

1 Introducción

Los dientes son indispensables, tanto para la masticación, como para tener una buena fonación, así como estéticamente.

Desde que tenemos datos sobre la historia de la humanidad, se encuentra que ya hace miles de años nuestros antepasados se preocupaban por sustituir los dientes que perdían. Incluso estando la persona fallecida, en ocasiones se colocaba algún tipo de prótesis para darle mejor aspecto al cadáver (Castell, 2009).

El primer implante del que se tiene constancia pertenece al neolítico, hace unos 9.000 años, y consistía en un trozo de falange de un dedo implantado en el alveolo de un premolar. Los siguientes datos que tenemos sobre implantes colocados en pacientes vivos, es en la cultura maya, donde se encontraron tres trozos de concha incrustados en la zona de los dientes anteriores. Por otro lado, en la cultura egipcia se utilizaban también piedras, metales preciosos y dientes de otras personas o de animales, sabiendo que su uso se produjo en vida ya que se detectó formación de hueso alrededor de dichos materiales. Durante la edad media, tenían por costumbre trasplantar dientes de la gente de menor nivel social o sirvientes a la nobleza y militares importantes, pero la transmisión de enfermedades y el fracaso de la implantación dejaron en el olvido esta técnica (Rivera, 2003).

Fue a finales del siglo XIX y principios del XX cuando comenzaron a introducirse materiales diferentes al diente natural, como el plomo o la cerámica. En la edad contemporánea se continuaron utilizando diferentes metales, pero fracasaban a causa de la toxicidad del metal en el cuerpo. Así, el principal problema era encontrar el material idóneo que se integrase en el hueso. La evolución de la implantología ha tenido momentos de estancamiento y momentos de grandes avances (Lemus Cruz, Almagro Urrutia y Claudia León Castell, 2009).

2 Objetivos

El objetivo principal de este trabajo es analizar el recorrido histórico que los implantes dentales han tenido en la historia, así como identificar su eficacia y seguridad, detectando posibles factores de riesgo y cuidados que se deben aplicar en su mantenimiento.

3 Metodología

Para responder a este objetivo, se ha llevado a cabo una revisión teórica a través de las bases de datos Scielo y PubMed, con restricción de fecha 2010-2020 y combinando los siguientes descriptores: higienista bucodental, dentista, implantes, historia, seguridad, eficacia. A través de estos tópicos, se encontraron 14 documentos, de los se eliminaron 7 por no corresponderse con los tópicos buscados. Por todo esto, el total de documentos analizados fue de 7.

4 Resultados

A. Breve recorrido por la historia de los implantes dentales:

En el año 1960, el Dr Branemark y sus ayudantes descubren por accidente el mecanismo de adhesión de un metal al hueso. Mientras estaban haciendo un experimento para observar la cicatrización ósea, introdujeron un tornillo de titanio en la pata de un conejo y, cuando terminaron el experimento, no pudieron retirar el tornillo implantado porque se había formado hueso alrededor de él. Así, denominó a este proceso ¨osteointegración¨.

Branemark comenzó a experimentar en ortopedia y cirugía plástica con su nuevo descubrimiento, y fue en 1965 cuando coloca por primera vez a una persona un implante moderno y en 1982 cuando presenta una conferencia con los resultados

del estudio que llevó a cabo durante 15 años. Poco tiempo después se comenzó a formar a los investigadores de Estados Unidos en los métodos usados.

Durante el último siglo, la atención se ha centrado en los materiales y técnicas para mejorar el anclaje de los implantes, siendo a partir de 1980 cuando se hacen importantes mejoras en la implantología dental (por ejemplo, se diseñó un implante cilíndrico semejando la raíz del diente).

B. Eficacia y seguridad en los implantes dentales:

En sus inicios, se esperaba entre 3 y 6 meses a que cicatrizase el implante en el hueso para colocar la pieza, pero más recientemente se están haciendo tratamientos de una sola fase, lo que quiere decir que se coloca el implante y la prótesis sobre el implante en el mismo momento, si se puede.

Los implantes son la opción más natural y terapéutica en la reposición total o parcial de dientes, pero hay factores que pueden incrementar el riesgo de fracaso que se deben tener en cuenta:
- La edad, algunas enfermedades sistémicas como la diabetes, enfermedades cardiovasculares, hipotiroidismo o incluso el sexo, ya que a las mujeres les afecta más la osteoporosis con la edad debido a la bajada de estrógenos.
- Algunos medicamentos como los antidepresivos, los corticoesteroides o los bifosfonatos también afectan a la osteointegración.
- Hábitos como el alcohol y el tabaco repercuten perjudicialmente a la salud del implante.

También hay factores de riesgo relacionados con el tratamiento implantológico, como la calidad del hueso.

Al igual que un diente puede tener enfermedades, en los implantes hay una patología similar llamada periimplantitis. Esta enfermedad afecta a los tejidos y hueso que bordea el implante. Generalmente se produce por no aplicar unos cuidados adecuados.

En la periimplantitis, la primera fase se asemeja a la gingivitis y se llama "mucositis". Es fácilmente reversible: en boca se ve enrojecimiento y sangrado de encía, pero si no se trata a tiempo, la enfermedad seguirá deteriorando los tejidos y la pérdida del soporte óseo podría producir el rechazo del implante dental.

La periimplatitis se origina al igual que la periodontitis, por una acumulación de

placa bacteriana, y se puede prevenir con una buena higiene oral, usando además del cepillo después de cada comida, cepillos interproximales, seda dental o irrigador dental. También es recomendable visitar al dentista y hacer una profilaxis al menos una vez al año

Evitar el tabaco también ayuda a prevenir infecciones.

5 Discusión-Conclusión

Un implante es la forma más biológica y menos agresiva de reponer un diente, ya que no se tocan los demás dientes como ocurre en el caso de los puentes. ‘

Para asegurar la calidad de un implante, hay que acudir a un profesional que valore con pruebas la calidad y cantidad del hueso y si se necesitase injerto. También se debe avisar al paciente de los cuidados que debe mantener y los hábitos que debería evitar mientras el implante se está integrando al hueso. Una vez integrado, debe tener una buena higiene para que no se genere ningún problema y, mínimo una vez al año, dependiendo de la persona y de su higiene, hacer una profilaxis y una radiografía para ver que esta todo bien.

Al igual que con las enfermedades periodontales, es muy importante concienciar a la gente de que, si un implante no se cuida, se puede perder. Muchos pacientes creen que un implante dental es para toda la vida, pero para eso se necesita aplicar los cuidados que citamos anteriormente.

Se concluye que se debería dar más importancia en las clínicas dentales a enseñar al paciente a mantener una correcta higiene bucodental, darles unas técnicas de cepillado adecuadas y formarles en la importancia de usar seda dental o cepillos interproximales que ayuden con la limpieza.

6 Bibliografía

- Castell, C. (2009). Origen y evolución de los implantes dentales. Rev Haban Cienc Méd [revista en Internet].
- Domínguez, J., Acuña, J., Rojas, M., Bahamondes, J., & Matus, S. (2013). Estudio de asociación entre enfermedades sistémicas y el fracaso de implantes dentales. Revista clínica de periodoncia, implantología y rehabilitación oral, 6(1), 9-13.
- Lemus Cruz, L. M., Almagro Urrutia, Z., & Claudia León Castell, A. (2009). Origen y evolución de los implantes dentales. Revista Habanera de Ciencias Médicas,

8(4), 0-0.
- Lindhe, J., Karring, T., & Lang, N. P. (2009). Periodontologia clinica e implantologia odontologica/Clinical Periodontology and Implant Dentistry. Ed. Médica Panamericana.
- Mahesh, L., Lahori, M., Narayan, T., Schwarz, D. M., & Placer, J. L. Á. (2011). Manejo del fracaso de implantes en zona estética con injertos y reimplante: a propósito de un caso. Revista española odontoestomatológica de implantes, 19(1), 42-45.
- Martínez-González, J. M., Cano Sánchez, J., Campo Trapero, J., Martínez-González, M. J. S., & García-Sabán, F. (2002). Diseño de los implantes dentales: Estado actual. Avances en Periodoncia e Implantología Oral, 14(3), 129-136.
- Rivera, R. R. (2013). Historia de la implantología y la oseointegración, antes y después de Branemark. Revista Estomatológica Herediana, 23(1), 39-43.
- Smith, R. A., Berger, R., & Dodson, T. B. (1992). Risk factors associated with dental implants in healthy and medically compromised patients. International Journal of Oral & Maxillofacial Implants, 7(3).
- Zitzmann, N. U., Krastl, G., Hecker, H., Walter, C., & Weiger, R. (2009). Endodontics or implants? A review of decisive criteria and guidelines for single tooth restorations and full arch reconstructions. International endodontic journal, 42(9), 757-774.

Capítulo 1223

BIOPSIA DE MAMA GUIADA POR ECOGRAFÍA.

ANA MARIA FERNANDEZ GARCIA

SUSANA MENDEZ REDONDO

ANDREA CASTRO APARICIO

LAURA MAJO RODRIGUEZ

1 Introducción

En la actualidad, la Biopsia con aguja gruesa guiada por ecografía (BAG) es el tipo de biopsia más frecuentemente realizada. Se trata de un procedimiento rápido, seguro y bien tolerado por las pacientes. Se emplean agujas de corte o tru-cut que son capaces de obtener un cilindro de tejido histológico.

Se pueden utilizar bajo cualquier guía de imagen: esterotáxia, RM y ecografía, aunque, con el desarrollo de los sistemas de biopsia de vacío, lo habitual es que se empleen bajo guía ecográfica. Este procedimiento, en la mayoría de los casos, no es doloroso.

2 Objetivos

- Lograr una muestra válida en situación y tamaño del tejido sospechoso, para poder proporcionar un diagnóstico adecuado y preciso que pueda ser estudiado

al microscopio correctamente. Toda lesión sólida con características de sospecha aunque sea baja o indeterminada, si muestra representación ecográfica, va a ser subsidiaria de biopsia con este método.

3 Metodología

El paciente permanece acostado en una posición cómoda pues deberá permanecer inmóvil mientras se realiza la biopsia. Tras limpiar bien la zona y marcar el que será el punto de entrada de la aguja se inyecta una pequeña cantidad de anestésico local.

Luego se hace una pequeña incisión con la hoja de un bisturí en el seno por donde entrará la aguja. La aguja de la biopsia se coloca en el tejido mamario a través de este corte para extraer la muestra de tejido. Una vez más, se emplea la ecografía para guiar la aguja al lugar preciso.

Una vez en el sitio se acciona el sistema de corte y se obtiene uno cilindro. La operación suele repetirse de 3 a 5 veces pues el número de cilindros es variable en función de cada caso. Una vez que se extrae el tejido, se retira la aguja. No se necesitan puntos de sutura. El área se cubre con un vendaje estéril. Puede que se aplique presión por un corto tiempo para ayudar a limitar el sangrado.

Después de la biopsia se le pide al paciente que límite la actividad vigorosa durante más o menos un día, y luego de este tiempo podrá regresar a sus actividades habituales. Las muestras de tejido obtenidas se depositan en un recipiente con formol y se llevan a anatomía patológica donde un patólogo las interpretará entonces al microscopio.

4 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed
- https://www.scielo.org/es
- https://medlineplus.gov/spanish
- https://www.cancer.org

Capítulo 1224

DIAGNOSTICO RADIOLÓGICO ANTE EL MALTRATO INFANTIL .

CARLOTA ÁLVAREZ CARBAJAL

1 Introducción

El maltrato infantil o trauma no accidental es un problema de primer orden a nivel internacional que se calcula afecta a cerca de 12.000 niños/año en España. La existencia de lesiones específicas, así como de hallazgos no congruentes con el trauma referido, hacen que en muchas ocasiones sea el radiólogo el facultativo responsable de dar la voz de alarma sobre el abuso. Así pues, la tríada formada por hematoma subdural, fracturas metafisarias y fracturas costales posteriores se ha demostrado como muy característica del síndrome del "niño zarandeado".

2 Objetivos

- Valorar todos los hallazgos de imagen que apunten hacia un posible maltrato.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: pubmed, medline, y scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El papel de los rayos X en aquellos casos en que se sospecha maltrato infantil no es solo identificar el grado de lesiones físicas, sino también valorar todos los hallazgos de imagen que apunten hacia un diagnostico diferencial, cuyo objetivo sea el orientar al médico hacia un diagnóstico seguro y evite por un lado errores diagnósticos, logrando con ello poner en evidencia dichos casos de agresión infantil, evitando que se presente en los menores nuevas situaciones de riesgo.

Exige al clínico que se enfrenta a un diagnóstico de sospecha de maltrato físico, conocer cuáles son las lesiones más específicas de confirmación diagnóstica, así como cuál es la técnica más indicada de acuerdo con la clínica y edad del paciente.

El maltrato infantil es un problema frecuente, que debe ser sospechado para ser diagnosticado. Los niños víctimas de maltrato infantil pueden presentar virtualmente cualquier tipo de lesión, sin embargo, existen lesiones comúnmente asociadas a un trauma inferido que constituyen patrones radiológicos diagnósticos altamente específicos para abuso.

Entre ellas están las lesiones metafisiarias, fracturas costales posteriores y del primer arco costal, fracturas de la unión toracolumbar, fracturas sin explicación aparente, fracturas en diferente estadio de evolución, hematoma subdural, hemorragia subaracnoidea, contusión intraparenquimatosa y lesión axonal difusa; las cuales, combinadas con la historia del trauma, la edad, el desarrollo de habilidades mentales, así como a la lesión y al mecanismo de producción orientan al diagnóstico.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la agresión infantil es un tipo de fenómeno especial que se observan en todas las clases sociales, sin distinción de nivel económico, social o cultural, la cual está produciendo menoscabo en la integridad física, sexual, psicológica o patrimonial de las víctimas del abuso, por lo que ha dejado de ser una patología exclusiva del área de la medicina, para transformarse en un hecho social, donde deben intervenir múltiples disciplinas para brindar un manejo multidisciplinario.

6 Bibliografía

1.El papel del radiólogo ante el niño maltratado. Protocolo de imagen y diagnóstico diferencial- I.Delgado Álvarez- 2016 -Enlace web: https://www.elsevier.es/es-revista-radiologia-119-articulo-el-papel-del-radiologo-ante-S003383381600062X#fig0010

2.Aporte de los rayos x en el sindroma de niño agredido- Laura Quirós Abarca- 2012- https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152012000200007

3.Maltrato infantil: diagnóstico radiológico- Caso clínico MedUNAB - 2006 - https://revistas.unab.edu.co/index.php/medunab/article/view/159

Capítulo 1225

SINDROME DE RETT

BEA PENA ARTIME

SILVIA GAITERO NOVAL

BEGOÑA MILAGROS DEL VALLE MENENDEZ

MARÍA TERESA RODRÍGUEZ FAZA

CARMEN SARA SUAREZ JIMENEZ

1 Introducción

El síndrome de Rett es un trastorno genético neurológico y del desarrollo poco frecuente que afecta la forma en que se desarrolla el cerebro y causa una pérdida progresiva de las habilidades motoras y del habla. Este trastorno afecta principalmente a las niñas.
La mayoría de los bebés con síndrome de Rett parecen desarrollarse normalmente durante los primeros 6 a 18 meses de edad, y luego pierden habilidades que tenían, como la capacidad de gatear, caminar, comunicarse o usar las manos.

Con el paso del tiempo, los niños con síndrome de Rett tienen cada vez más problemas con el uso de músculos que controlan el movimiento, la coordinación y la comunicación. El síndrome de Rett también puede causar convulsiones y discapacidad intelectual. Los movimientos anómalos de las manos, como frotar o aplaudir repetidamente, reemplazan el uso intencional de las manos.
Aunque no existe cura para el síndrome de Rett, se están estudiando posibles tratamientos. El tratamiento actual se enfoca en mejorar el movimiento y la co-

municación, tratar las convulsiones, y brindar atención y apoyo a niños y adultos con síndrome de Rett y a sus familias.

Los bebés con síndrome de Rett por lo general nacen después de un embarazo y parto normal. Aparentemente, la mayoría de los niños con síndrome de Rett crecen y se comportan de manera normal durante los primeros seis meses. Luego de eso, los signos y los síntomas comienzan a aparecer. Los cambios más fuertes generalmente se producen a los 12 o 18 meses de edad, en un período de semanas o meses. Los síntomas y su gravedad pueden variar bastante de un niño a otro.

2 Objetivos

- Dar a conocer los distintos tipos o tipo de métodos para el diagnóstico del síndrome de Rett

3 Metodología

Para la realización de la revisión bibliográfica se han consultado diferentes fuentes documentales en internet. Las bases de datos basadas en paginas de internet han sido en Medlne Plus, National Heart y las bases de datos recogidas de revistas digitales y revista de calidad asistencial.

4 Resultados

Análisis de sangre:
La evaluación genética de una muestra de sangre puede identificar si el niño tiene una de las mutaciones que se sabe causan el síndrome de Rett. Incluso si un niño tiene una mutación del gen MECP2 (proteína fijadora de la metilcitosina 2), los síntomas del síndrome de Rett no siempre se expresan, por lo que los profesionales de la salud también necesitan evaluar los síntomas del niño para confirmar el diagnóstico.

Síntomas clínicos:
Un niño debe cumplir con los siguientes cinco criterios para recibir un diagnóstico de síndrome de Rett clásico:
- Un patrón de desarrollo, regresión y luego recuperación o estabilización.

- -Pérdida parcial o total de habilidades de uso intencional de las manos, tales como agarrar con los dedos, tomar objetos o tocar cosas con un propósito específico.
- Pérdida parcial o total del lenguaje hablado.
- Movimientos repetitivos de las manos, como estrujarse las manos, frotarlas entre sí (como al lavarlas), apretarlas, aplaudir o restregar.
- Anormalidades en el andar, como caminar en puntas de pie o con las piernas separadas y rígidas o caminar de manera inestable.
- Entre los tres meses y los cuatro años, el crecimiento de la cabeza se enlentece, lo que causa microcefalia, otra característica del síndrome de Rett que requiere considerarse para el diagnóstico.

5 Discusión-Conclusión

El síndrome de Rett es un trastorno genético poco común. El síndrome de Rett clásico, al igual que varias variantes con síntomas más leves o más graves, puede ocurrir debido a la mutación genética específica. La mutación genética que causa la enfermedad ocurre al azar, generalmente en el gen MECP2. Solo en unos pocos casos este desorden genético es heredado. Parece que la mutación causa problemas con la producción de proteína que es fundamental para el desarrollo del cerebro. Sin embargo, la causa exacta no se entiende por completo y todavía se está estudiando.

Debido a que los hombres tienen una combinación cromosómica diferente de la de las mujeres, los varones con la mutación genética que provoca el síndrome de Rett se ven afectados con consecuencias devastadoras. La mayoría de ellos muere antes de nacer o en los primeros años de vida. Una cantidad muy pequeña de varones tiene una mutación diferente que provoca una forma menos destructiva del síndrome de Rett. Al igual que las niñas con síndrome de Rett, estos niños probablemente lleguen a la edad adulta, pero aún tendrán el riesgo de sufrir muchos problemas intelectuales y de desarrollo.

6 Bibliografía

- https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/rett-syndrome/symptoms-causes/syc-20377227
-
- https://espanol.nichd.nih.gov/salud/temas/rett/informacion/diagnostica

- https://www.rettsyndrome.org/about-rett-syndrome/

Capítulo 1226

ENFERMEDAD DE HUNTINGTON.

BEA PENA ARTIME

SILVIA GAITERO NOVAL

BEGOÑA MILAGROS DEL VALLE MENENDEZ

MARÍA TERESA RODRÍGUEZ FAZA

CARMEN SARA SUAREZ JIMENEZ

1 Introducción

La enfermedad de Huntington es también conocida como enfermedad de Corea de Huntington. Este tipo de enfermedad es de tipo hereditario y neurodegenerativa marcada por una alteración genética de las células nerviosas del cerebro, causada por una expansión en serie de tripletes (CAG) en el gen de la huntingtina en el cromosoma 4, y puede heredarse tanto en mujeres como en hombres.

Se hereda de forma autosómica dominante, por lo que cada hijo de un afectado tiene un 50% de probabilidades de desarrollar la enfermedad. Los portadores de esta enfermedad conviven con ella desde que nacen, pero no es hasta los 35-45 años cuando los síntomas de ésta empiezan a manifestarse. Una vez que la enfermedad se manifiesta la esperanza de vida es de unos 15-20 años ya que dicha enfermadad, actualmente, no tiene cura.

La mutación del gen de la huntingtina conlleva la muerte de las células nerviosas del cerebro (neuronas) y en gran parte de las áreas de éste. Por ello, afecta a di-

versos factores como puede ser deterioro físico, trastorno del movimiento, cognitivos y psiquiátricos. Explicando cada uno de ellos, el trastorno del movimiento se incluyen movimientos involuntarios y el deterioro de movimientos voluntarios como por ejemplo; destreza manual, dificultada para hablar y tragar y pérdida de equilibrio.

En cuanto al trastorno cognitivo ésta se caracteriza por una reducción de la velocidad y la flexibilidad en procesamiento mental, por ejemplo; pérdida de memoria y de capacidad de lenguaje. Si hablamos del trastorno psiquiátrico debido a la enfermeda éste es menos predecible. Las personas con este tipo de enfermedades pueden experimentar condiciones que se presentan en la población en general sin falta de tener una enfermadad como puede ser depresíon, trastorno obsesivo compulsivo (TOC), manías o diversas formas de psicosis.

Sin embargo, si tiene en común, la gente que padece esta enfermedad una manifestación de cambios en su personalidad y comportamiento tales como apatía, irritabilidad, impulsividad y obsesión. Hoy en día, en España, se estima que más de 4.000 personas sufren este tipo de enfermedad y más de 15.000 afrontan el riesgo de haberla heredado de algún familiar.

Actualmente no hay ninguna cura para la EH pero existen recursos que pueden mejorar la calidad de vida de los afectados. Estos tratamientos se dividen en farmacológicos (medicamentos) y no farmacológicos. Los farmacológicos controlan algunos síntomas de la enfermedad (tratamientos sintomáticos). Los tratamientos no farmacológicos pueden mejorar tanto los síntomas físicos como los psicológicos de la enfermedad, y entre ellos se cuentan la psicoterapia, la fisioterapia, la terapia respiratoria, la logoterapia o la terapia cognitiva.

2 Objetivos

El objetivo de la realización de este trabajo es dar a conocer los distintos tipos o tipo de métodos para el diagnóstico de la enfermedad de Huntington o enfermedad de Corea de Huntington.

3 Metodología

Para la realización de la revisión bibliográfica se han consultado diferentes fuentes documentales en internet. Las bases de datos basadas en paginas de internet han sido en Medlne plus, national heart y las bases de datos regocijas de revistas digitales serian revista de calidad asistencial

4 Resultados

Para el diagnóstico de esta enfermedad es necesario que se consulte a un neurólogo en caso de creer que se poseen síntomas para que éste realice las pruebas diagnósticas, clínicas y genéticas pertinentes.
Si por el contrario, no se tienen síntomas pero sí riesgo de padecerla por unos de sus familiares tiene la enfermedad, el diagnóstico se basará únicamente en la realización de la prueba genética.

Este tipo de test consiste en un análisis genético del ADN que determinará el número de repeticiones (CAG) del gen de Huntington y detecta la mutación de la enfermeda. Este tipo de análisis no puede determinar cuando aparecerá la enfermedad, pero distinguimos 4 resultados distintos:
- Menos de 27 repeticiones CAG, significa que se es una persona totalmente sana sin ninguna posibilidad de desarrollar o transmitir la EH.
- Entre 27 y 35 repeticiones, significa que se es una persona con riesgo de que el número aumente a través de sus descendientes en generaciones futuras.
- Entre 36 y 39 repeticiones, el resultado es anormal, pero hay posibilidad de que la enfermedad se desarrolle a una edad avanzada o de que no llegue a hacerlo. Sus descendientes están en riesgo de haberla heredado.
- Por encima de 39 repeticiones, el gen es anormal y se padecerá la EH si la persona portadora vive lo suficiente para desarrollar síntomas

Todas las personas que padecen la enfermedad tienen el 50% de probabilidades de darla en herencia a sus hijos, e incluso las que, sin padecerla, tienen más de 27 repeticiones en su gen, tienen cierto riesgo de transmitirla a su descendencia. La EH no se salta ninguna generación, pero los síntomas de la enfermedad sí pueden hacerlo; por ejemplo, si la persona portadora de la enfermedad fallece antes de que estos empiecen a manifestarse.

Hoy en día hay técnicas genéticas que minimizan o incluso eliminan el riesgo de traspasar a los hijos esta enfermedad. Una de ellas permite realizar el análisis al feto, antes del nacimiento, y poder conocer si éste es portador o no de la EH, y así poder evaluar la continuidad. Sin duda, la forma menos intrusiva y menos traumática, es la de concebir un hijo que no tenga el gen de la EH.

La técnica empleada se denomina análisis genético preimplantacional (PGD), y es un procedimiento que se combina con la técnica de fertilización in vitro (FIV) donde los embriones se analizan antes de proceder a su implantación. Así solo se implantan aquellos que no tienen el gen alterado de la EH, por tanto, el PGD proporciona la posibilidad de concebir un hijo sin el gen mutado de la enfermedad, con independencia de que sea la madre o el padre el portador de la mutación.

5 Discusión-Conclusión

La enfermedad de huntington hoy es día es una enfermedad que afecta tanto a mujeres como hombres y que no tiene cura pero aun así existe un gran estudio sobre ella. Hoy en día conocemos diferentes tipos de pruebas que determinan si se tiene riesgo o no de padecerla y también algunos métodos para no trasmitir dicha enfermedad a nuestra descendencia ya que dicha enfermedad es hereditaria. A su vez, aunque tal enfermedad no tenga cura existen distintos tipos de tratamiento que mejoraran los síntomas de una persona durante los años que se mantenga con vida.

6 Bibliografía

- http://www.fundaciondelcerebro.es/index.php/enfermedades-neurologicas/125-la-enfermedad-corea-de-huntington
- http://hdsa.org/wp-content/uploads/2015/03/14_Guia-para-Medico-sobre-el-Manejo-de-la-enfermedad-de-Huntington..pdf
- https://medlineplus.gov/spanish/huntingtonsdisease.html

Capítulo 1227

CONTRASTES EN RADIOLOGÍA.

TATIANA GARCÍA DÍAZ

CARMEN MÉNDEZ GONZALEZ

LAURA FERNANDEZ FERNANDEZ

1 Introducción

Del descubrimiento de los rayos X y del avance a pasos agigantados, del desarrollo de la radiología, surgió la necesidad de crear sustancias capaces de resaltar determinadas estructuras de la anatomía y por supuesto, algunas patologías, con el fin de tener una mayor precisión en el diagnóstico. Así, aparecieron los medios de contraste. Que constituyen para el profesional especializado una herramienta fundamental en la detección y diagnóstico de diferentes patologías, el seguimiento de tratamientos y algunas prácticas intervencionistas.

Dichas sustancias no son totalmente inocuas, pueden producir reacciones adversas, pudiendo en algunos casos ser mortales. Los medios de contrastes son administrados a diario a centenares de pacientes, por lo que se necesita conocer sus contraindicaciones, indicaciones en el procedimiento, mecanismos de acción en caso de alergia, vías de administración y, tener en cuenta, los antecedentes y alergias de cada paciente. Además es necesario proporcionar la información al médico y notificar al paciente de todo el procedimiento y de las posibles reacciones adversas, para evitar posibles riesgos.

Podemos añadir a modo de anotación, que lo más importante para evitar reacciones no deseadas al contraste es informar y prevenir al paciente y seguir el

protocolo establecido en el caso en el que éstas aparezcan. Las reacciones al contraste yodado podemos dividirlas en dos tipos;

-Reacciones Anafilácticas, son parecidas a las reacciones alérgicas comunes y pueden ser:

Menores; urticaria, prurito, conjuntivitis, rinitis.

Mayores; urticaria generalizada, angiodema (broncoespasmo).

Potencialmente letales; shock, broncoespasmo severo o edema laríngeo.

-Reacciones Quimiotóxicas, se relacionan con las características del contraste. Los signos pueden ser de varios tipos de gravedad e incluyen sensación de calor, náuseas, vómitos, convulsiones, hipertensión, insuficiencia renal, arritmias y parada respiratoria, en algunos casos.

La mayoría de estas reacciones no va a precisar tratamiento, la utilización de adrenalina, antihistamínicos y esteroides son la base del tratamiento en reacciones anafilácticas y de este tipo.

Las reacciones adversas generales a los medios de contraste de administración intravenosa no son frecuentes, aunque si, relevantes, debido al número cada vez mayor de exploraciones radiológicas que emplean medios de contraste yodados o de gadolinio. Aunque en su mayor parte son de carácter leve, algunos pacientes pueden tener efectos considerables que el radiólogo, el especialista en radiología y el personal de enfermería deben saber prevenir y eventualmente, tratar.

Estos son los tipos de contraste que existen en la actualidad; Yodados, Bario, Gadolinio y Aire.

- Contrastes Yodados; como tal, el yodo no puede producir alergia, y lo que se conoce como alergia al yodo suele responder, a los medios de contraste yodado (oral o intravenoso). Éstas reacciones adversas al contraste yodado pueden darse en formas muy leves o llegar a amenazar incluso la vida de los pacientes. El contraste intravenoso yodado se utiliza para mejorar las imágenes en de Rayos X y Tomografía Computarizada.
- Contraste de Bario; el sulfato de bario es una sólido cristalino blanco que es inodoro, por eso es el mayormente empleado para los contrastes administrados oralmente. Es utilizado con una simple prueba de Rayos X para descubrir anormalidades en el esófago, estómago e intestino usando la proyección de la imagen de radiografía. Las imágenes producidas son fluoroscópicas y se pueden ver en tiempo real como las radiografías.
- Contraste de Gadolinio; la mayoría de los efectos secundarios del Gadolinio son

leves e incluyen cefalea, dolor en la zona de la punción, frialdad, náuseas, vómitos o erupción cutánea. La existencia de reacciones alérgicas de mayor gravedad es muy baja (0.001 a 0.1%). El contraste de Gadolinio se utiliza para mejorar las imágenes en Resonancia Magnética. Ya que, es una sustancia paramagnética o ión metálico con electrones no pareados. Esta sustancia, el Gadolinio, es tóxica si se administra directamente, por lo que habría que modificarla.
- Contrastes de aire; son los contrastes naturales por aire.

También podemos clasificar los distintos tipos de contrastes dependiendo de la forma de administrarlos, de ese modo tendríamos:
-Contrastes administrados de forma Oral.
-Contrastes administrados por enema.
-Contrastes inyectados de forma intravenosa.

La forma de administración de los contrastes es también muy importante, puede aumentar o disminuir los riesgos de reacciones adversas, un contraste intravenoso siempre conlleva un mayor riesgo. Se utilizan, como ya hemos introducido anteriormente, para mejorar la visualización de las estructuras normales o de las patologías en las imágenes producidas por Rayos X, Resonancia Magnética (RM), Tomografía Computarizada (TC) y Ecografía. Siendo muy importante y podríamos decir clave, en muchos de los diagnósticos.

2 Objetivos

El objetivo es hacer una revisión y clasificación de los medios de contraste utilizados diariamente en los distintos métodos radiológicos, abarcando todos los conceptos, reacciones adversas, prevención y tratamiento, así como también una serie de situaciones especiales. Es imprescindible consultar antecedentes médicos antes de llevar a cabo ninguna administración de contraste, entraremos en esto, y lo resaltaremos a lo largo de todo el trabajo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han

consultado artículos en las principales bases de datos: pubmed, medline, y scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Bibliografía

- García JJ Aguilar, et al. Reacciones adversas generales a los contrastes. Clasificación y conceptos generales. Radiología 2014, vol.56 p.3-11.

Capítulo 1228

ESTRÉS LABORAL EN EL AMBITO SANITARIO Y METODOS DE RELAJACIÓN

MARIA TERESA ALONSO SUAREZ

1 Introducción

El estrés puede afectar a personas de cualquier edad, género y circunstancias personales y puede dar lugar a problemas de salud tanto física como psicológica. Por definición, el estrés es cualquier "experiencia emocional molesta que venga acompañada de cambios bioquímicos, fisiológicos y conductuales predecibles.".

Según la American Psychological Association: El estrés se describe con frecuencia como una sensación de agobio, preocupación y agotamiento. El estrés puede afectar a personas de cualquier edad, género y circunstancias personales y puede dar lugar a problemas de salud tanto física como psicológica. Por definición, el estrés es cualquier "experiencia emocional molesta que venga acompañada de cambios bioquímicos, fisiológicos y conductuales predecibles." (Baum, A., 1990). A veces, un poco de estrés viene bien porque da el empuje y la energía que se necesitan para sobrellevar ciertas situaciones, como tomar (hacer) un examen o cumplir con algún plazo en el trabajo.

Sin embargo, una cantidad excesiva de estrés puede tener consecuencias sobre la salud y afectar aversivamente al sistema inmunitario, cardiovascular, neuroendocrino y nervioso central. (Anderson, N.B., 1998).

¿Cómo el estrés daña su salud? El exceso de estrés puede causar, además, graves daños emocionales. La gente puede superar bien episodios leves de estrés sirvién-

dose de las defensas naturales del cuerpo para adaptarse a los cambios. Pero el estrés crónico excesivo, es decir, aquél que es constante y persiste por un largo período de tiempo, puede ser extenuante tanto en lo físico como en lo psicológico (American Phychological Association).

Según el Instituto Superior de Estudios Sociales y Sociosanitarios: Es conocido que los profesionales asistenciales son de los que más sufren los efectos del estrés laboral continuado. Los profesionales sociosanitarios no son una excepción, y debido a la naturaleza de su trabajo a menudo se ven atrapados en este tipo de situaciones de estrés crónico, sufriendo tanto por los efectos del estrés diario, como a largo plazo, con todas las consecuencias nocivas sobre la salud que esto conlleva.

2 Objetivos

- Conocer dos técnicas de relajación que están demostrando que son particularmente útiles para combatir el estrés; a saber: la autocompasión y la meditación o el mindfulness.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Siguiendo a Yela (2019) y a Neff (2003), se puede definir la compasión hacia uno mismo o autocompasión, como la apertura al sufrimiento propio, experimentando sentimientos de afecto y amabilidad hacia uno mismo y aceptando las limitaciones propias que se tienen en tanto que persona (Hervás y cols., 2016). De acuerdo con el modelo de Neff (2016), la autocompasión incluye tres elementos, que denomina afecto y amabilidad hacia uno mismo (self-kindness), mindfulness y componente común de humanidad (common humanity).

Estos tres elementos se combinan e interactúan mutuamente para crear un modo autocompasivo de acción. La autocompasión es relevante, especialmente cuando hay que afrontar dificultades, problemas, fracasos o situaciones vitales dolorosas que están fuera de nuestro control.

En términos coloquiales, somos bondadosos con los demás, cuando les deseamos el bien, y somos compasivos con los demás, cuando deseamos que dejen de sufrir. Seríamos bondadosos con nosotros mismos, cuando deseamos que las cosas nos vayan bien; seríamos compasivos con nosotros mismos cuando estamos sufriendo, y deseamos que ese sufrimiento cese.

Veamos: a.- La actitud de afecto y amabilidad hacia uno mismo supone ser comprensivo, benévolo y no enjuiciarse rígidamente, con exigencias cuando se sufre o se experimentan fracasos o sentimientos de incompetencia (en contraposición a practicar una autocrítica excesiva poco autocompasiva). b.- En la definición de autocompasión de Neff (2003), el componente de mindfulness se refiere a ser plenamente consciente y estar abierto a los sentimientos dolorosos o perturbadores, en lugar de sobreidentificarse con pensamientos o emociones negativas y reaccionar de forma aversiva intentando evitarlos o escapar de ellos automáticamente. El efecto que produce la aproximación con atención plena hacia nuestros pensamientos de dificultad y sensaciones desagradables, sin juzgarlos, nos permite adquirir una mayor claridad, perspectiva y ecuanimidad (Baer, 2003), observándolos y apreciando que realmente son transitorios. c.- Con respecto al componente común de humanidad, la autocompasión conlleva una nueva perspectiva sobre el dolor y el sufrimiento. Las experiencias dolorosas son parte de nuestra condición humana, no son ajenas a ella. En este sentido, la autocompasión implica un sentimiento de estar conectado con otros seres en tanto que en algún momento todos los seres humanos también sufren, en contraposición a sentir vergüenza por sufrir y aislarse y sentirse separado por ello (Neff, 2003, 2016).

La autocompasión ayuda a las personas a afrontar sus dificultades vitales. No trata de apartar las emociones negativas ni que éstas desaparezcan (eso sería de nuevo emplear la autocompasión como una estrategia de escape/evitación). Más bien, en lugar de reemplazar los sentimientos negativos con otros positivos, se observa el efecto de contemplar sin juzgar y con actitud de bienvenida a las emociones negativas (Yela, 2019).
Pero la autocompasión no sólo está centrada en uno mismo, sino que también influye en la mejora del funcionamiento interpersonal de las personas. Las per-

sonas autocompasivas son descritas por sus parejas como más conectadas emocionalmente, aportando aceptación y apoyo a la autonomía, menos individualistas, controladoras y agresivas que las personas que carecían de autocompasión (Neff y Beretvas, 2013). Finalmente, la autocompasión también está relacionada con una preocupación más empática, altruismo, toma de perspectiva y perdón hacia los otros (Neff y Pommier, 2013).

Siguiendo a Yela 2019, la definición más utilizada para definir mindfulness o atención plena es la de Kabat-Zinn (2009) que entiende que se trata de un estado que implica la consciencia que emerge al prestar atención de forma intencionada, en el momento presente y sin establecer juicios o valoraciones.
Supone también que el sujeto mire atentamente hacia su interior (Davis, Mckay, Eshelman, 1985).
El empleo de estrategias de atención plena han generado un gran interés en la comunidad científica. Desde el año 2003, hasta la actualidad, aparecen 12.470 publicaciones (Yela, 2019).

¿Qué es el mindfulness?
El mindfulness (o Concentración plena o Atención plena), es una sencilla forma de ayuda para aliviar ese sufrimiento. Lo podríamos definir como el arte de hacer consciente sensaciones de nuestro cuerpo que normalmente nos pasan desapercibidas; ya que pese a que poseemos esta habilidad, raramente la usamos de forma consciente y casi nunca por más de unos segundos de tiempo. El mindfulness no es algo nuevo y nos remonta a la tradición budista de la meditación con más de 2500 años de antigüedad (Instituto Superior de Estudios Sociales y Sociosanitarios).
Intervenciones basadas en mindfulness: en adultos con VIH/sida, jóvenes con ansiedad, mejora en alexitimia, desórdenes psiquiátricos, trastorno bipolar, cuidadores de personas con demencia, embarazo y periodo perinatal, rumiación cognitiva, reducción del estrés en profesionales de la salud, juego patológico, ancianos con insomnio, salud mental en estudiantes universitarios, prevención de trastornos de la alimentación, entrenamiento con empleados de empresas, estrés postraumático, cognición y salud mental en niños y adolescentes, mejora de la fatiga en accidentes cerebrovasculares, traumatismo cerebral y esclerosis múltiple, profesores, enfermos de Párkinson y enfermedad de Huntington, depresión, estrés postraumático en soldados y veteranos, dolor crónico, ansiedad, diabetes (Yela, 2019).

Hay dos grandes protocolos sistemáticos de Mindfulness: el de manejo del estrés

(MBSR de Kabat Zinn) y el terapia cognitiva para la prevención de recaídas en depresión (MBCT) de Segal y cols. Esto es interesante, en el sentido de que ayuda a que la gente vea que existen protocolos sistematizados concretos (8 semanas de duración, tareas para casa, etc.) que han sido muy investigados y que se han mostrado útiles en ámbitos también concretos.

Estas intervenciones han mostrado su utilidad en el tratamiento de problemas psicológicos, de salud y en la mejora del bienestar psicológico. Autores como Bishop, Andrews, Lau, Shapiro, Carlson, Anderson, Carmody y Devins (2004) también han definido mindfulness como un proceso que fundamentalmente implica la autorregulación de la atención, mantenida en la experiencia inmediata y acompañada de una actitud de amabilidad y aceptación.

Del mindfulness como práctica, tenemos prácticas formales y las informales. La práctica meditativa o formal supone activar y mantener un estado y un proceso de mindfulness cuando la persona no está ocupada en otras tareas. La práctica informal supone una implicación a nivel conductual en la que la persona lleva a cabo alguna tarea a la vez que activa un estado de mindfulness (por ejemplo caminar conscientemente, ingerir un alimento con atención plena, tomar un baño fijándose en la temperatura del agua, olor del jabón, masajeo, etc.) (Yela, 2019). A través de la meditación se puede aprender a enfocar acríticamente la atención sobre una cosa cada vez (Davis, Mckay, Eshelman, 1985).

Existen distintos tipos de meditación, nosotros vamos a destacar "la que supone contar respiraciones". Se trata de ir respirando lenta y conscientemente y al tiempo vamos contando respiraciones (ejemplo: 1, 2, 3). Cuando el cuentéo de respiraciones se ve interrumpido por pensamientos de divagación, los dejamos fluir acríticamente (sin establecer valoraciones) y volvemos al cuenteo, cuando podamos y nos demos cuenta (4, 5, 6, 7…), y así sucesivamente (Davis, Mckay, Eshelman, 1985). Cuenteo, divagaciones, cuenteo, divagaciones… y así sucesivamente.

Siguiendo al Instituto Superior de Estudios Sociales y Sociosanitarios, el mindfulness supone varias ventajas para la salud:

- Ayuda a mejorar la inteligencia emocional.
- Potencia la creatividad en la personas que lo practican.
- Su práctica mejora la capacidad de concentración.
- Combate el insomnio.
- Fulmina (o al menos reduce) el estrés y la ansiedad

¿Quién puede beneficiarse de la práctica del mindfulness?

Cualquiera puede obtener beneficios de practicar mindfulness.
Desafortunadamente no todos los profesionales disponen de estrategias de afrontamiento del estrés adecuadas y efectivas. El Mindfulness es una de las estrategias que se ha mostrado una mayor eficacia a la hora de paliar y prevenir los efectos del estrés continuado. Es una habilidad que se puede desarrollar con el entrenamiento adecuado. Esta técnica hunde sus raíces en las tradiciones milenarias, y actúa eliminando los efectos de los agentes estresantes, permitiendo enfrentarnos a ellos de forma diferente (Instituto Superior de Estudios Sociales y Sociosanitarios).

Principales beneficios del mindfulness sobre la salud mental y física (según el Instituto Superior de Estudios Sociales y Sociosanitarios): a.1. El mindfulness ayuda a mejorar la inteligencia emocional
Diversos estudios muestran que la práctica del mindfulness al mejorar la autoconsciencia, ayuda a mejorar el autoconocimiento. Esto nos lleva a un mejor reconocimiento de las emociones, tanto propias como ajenas, lo cual deriva en una mejor gestión de las relaciones interpersonales. a.2. El mindfulness potencia la creatividad en la personas que lo practican.

Al llevar a la mente a un estado de calma, el mindfulness ayuda a que las nuevas ideas tengan más espacio en la actividad mental, desplazando así a las emociones negativas, como las preocupaciones. Al estar centrado en el momento actual, hace que la persona se sienta más libre y creativa. a.3. La práctica del mindfulness mejora la capacidad de concentración.

Uno de los principales beneficios de la concentración plena es que favorece la concentración en una sola cosa. Esta capacidad se generaliza a todo aquello que la persona pueda hacer, ya sean tareas complicadas o sencillas. El mindfulness nos enseña a mantener las distracciones a raya proporcionando mayor nivel de concentración en lo que estamos haciendo en ese momento preciso. a.4. El mindfulness combate el insomnio
Como hemos indicado la práctica continuada de mindfulness lleva al organismo a un estado de relajación y ayuda a alejar las preocupaciones. Esto se ve reflejado en un menor nivel de activación cortical que lleva a un estado favorable para incitar al sueño y mejorar la calidad de este. a.5. Practicar mindfulness fulmina el estrés y la ansiedad.

Este es quizás el efecto más estudiado y por el que el mindfulness es más conocido. Como ya sabemos el estrés puede causar hipertensión, problemas cardíacos, enfermedades coronarias, trastornos del estado de ánimo, ansiedad, etc. El mind-

fulness ayuda a combatir el estrés y la ansiedad porque nos lleva a un estado de calma, serenidad y claridad mental, reduciendo los niveles de cortisol (la hormona que se libera en situaciones de estrés) y ayudando a detectar las respuestas de estrés y ansiedad en sus primeras fases.

5 Discusión-Conclusión

Los ciudadanos en general y las trabajadoras y trabajadores de ámbito sanitario en particular, están expuestos a múltiples situaciones de estrés. Para controlar a diario tales vivencias estresantes, la autocompasión y la meditación se nos ofrecen como técnicas terapéuticas de autoadministración, que nos permiten vivir más tranquilos y relajados, centrándonos en el control de pensamientos, conductas y hábitos constructivos.

6 Bibliografía

- American Phychological Association. https://www.apa.org/centrodeapoyo/estres-cronico
- Anderson, N.B. (1998). "Levels of Analysis in Health Science: A Framework for Integrating Sociobehavioral and - Biomedical Research," Annals of the New York Academy of Sciences, Vol. 840, pp. 563-576.
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. Clinical Psychology: Science and Practice, 10(2), 125-143.
- Baum, A. (1990). "Stress, Intrusive Imagery, and Chronic Distress," Health Psychology, Vol. 6, pp. 653-675.
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. Carmody, J…Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. Clinical Psychology: Science and Practice, 11, 230-241.
- Davis, M., Mckay M., Eshelman E.R. (1985): "Técnicas de autocontrol emocional". Capítulo 5: Meditación. pp. 43 – 60. Editorial Martínez Roca. Barcelona..
- Hervás, G., Cebolla, A. y Soler, J. (2016). "Intervenciones psicológicas basadas en mindfulness y sus beneficios: estado actual de la cuestión". Clínia y Salud, 27, 115-124.
- Instituto Superior de Estudios Sociales y Sociosanitarios: https://www.isesinstituto.com/noticia/el-mindfulness-y-sus-ventajas-para-la-salud
- Kabat-Zinn, J. (2009). Full catastrophe living. Nuerva York: Bentam Dell. (trad. castellano: Vivir con plenitud las crisis (ed. revisada y actualizada), 2016. Madrid: Kairós)

- Neff, K. D. (2003). Self-Compassion: An Alternative Conceptualization of a Healthy Attitude Toward Oneself. Self and Identity, 2(2), 85-101.
- Neff, K. D. (2016). The self-compassion scale is a valid and theoretically coherent measure of selfcompassion. Mindfulness, 7(1), 264–274
- Neff, K. D., y Beretvas, S. N. (2013). The role of self-compassion in romantic relationships. Self and Identity, 12(1), 78-98.
- Neff, K. D., y Pommier, E. (2013). The relationship between self-compassion and other-focused concern among college undergraduates, community adults, and practicing meditators. Self and Identity, 12(2), 160-176.
- Google, Definición de estrés: https://www.google.es/search?sxsrf=ACYBGNRzdhjcja19-QhM5aMLnmXuU2s6Nw%3A1572606678700&source=hp&ei=1hK8XbC1KN-ZjLsPj9Sg4AQ&q=estres+definicion+psicologia&oq=ESTRES+defi&gs_l=psy-ab.1.1.0l10.1967.11713..16444...0.0..0.108.1122.3j8.....0....1..gws-wiz.....
- Yela Bernabé J. R. (2019): "Cómo influyen el entrenamiento en atención plena (mindfulness) y la autocompasión sobre nuestra salud y bienestar psicológico". Lección Inaugural Curso Académico 2019-20. Universidad Pontificia de Salamanca.

Capítulo 1229

CARCINOMA LOBULILLAR INVASIVO.

Mª PAZ ALVAREZ FERNANDEZ

PATRICIA FERNANDEZ FERNANDEZ

ELSA VARELA FUERTES

LILIANA FERNANDEZ RODRIGUEZ

1 Introducción

El cáncer de mama tanto en hombres como en mujeres, aunque más casos hay de mujeres, es un riesgo a tener en cuenta, ya que en ocasiones no presenta signos ni síntomas aparentes durante el diagnostico. Es un enemigo silencioso a tener en cuenta
La mayoría de los cáncer de mama son esporádicos, solo entre el 5% y el 10% de los casos son de cáncer de mama hereditarios, aparecen cuando se transmiten cambios genéticos(mutaciones) dentro de una familia.

2 Objetivos

En el caso del cáncer de mama hay factores que pueden elevar el riesgo de que una mujer lo desarrolle, algunos son:
Edad:-El riesgo aumenta con la edad, en la mayoría de los casos se desarrolla en mujeres de más de 50 años.
Antecedentes personales de cáncer de mama:- Si se ha tenido cáncer en una mama tiene más riesgo de presentar un nuevo cáncer en cualquiera de las mamas.

Antecedentes familiares con cáncer de mama:
–Puede ser hereditario por parientes de primer grado; madre, hermana, hijo y todos ellos hayan sido diagnosticados antes de los 50 años, 2 parientes de primer grado con cáncer de mama.
– el promedio de riesgo es de 5 veces mayor.
Por todo ello es muy importante las revisiones periódicas y más si se tienen factores de riesgo de padecerlo.
La mamografía es una prueba diagnóstica básica para detectar posibles anomalías en el tejido glandular mamario y poder determinar si bien son benignas o malignas, así como para poder comparar su posible crecimiento o extensión.

3 Caso clínico

Un caso en concreto para comentar es el carcinoma lobulillar invasivo que de ser diagnosticado requiere de un seguimiento periódico. Mujer de 65 años de edad con antecedentes familiares de primer grado (madre) de cáncer de mama(y padre con cáncer de estomago). Se le realiza revisiones periódicas cada 2 años en el programa de cribado para su seguimiento ya que presentaba una mayor densidad de forma difusa y extensión de 4cm en mamografías anteriores.

En el estudio monográfico actual dicha densidad difusa y de extensión de 4cm del tejido retroareolar de la mama derecha, se ve incrementada de los 4cm anteriores a los 6cm actuales así como engrosamiento cutáneo afectando al complejo areola pezón sin apreciar otras afecciones nodulares, asimetrías, ni distorsión del tejido fibroglandular.

En la ecografía complementaria se confirma la presencia de focos hipoecogenicos mal definidos a nivel de unión cuadrantes superiores de mama derecha afectando a ambos cuadrantes superiores, próximos al complejo areola pezón, con una extensión máxima de 5cmm y se objetivan además adenopatías axilares múltiples en el nivel uno
Se le practica una primera punción con aguja gruesa (BAG-14G) de uno de los focos sospechosos de la mama y otra segunda punción (BAG -18G) de una de las adenopatías axilares, remitiendo ambos especímenes a Anatomía patología para su análisis

Informa de carcinoma lobulillar invasivo grado 3 e infiltración ganglionar por carcinoma de mama

Se le realiza RM de mama con cte. IV. donde se confirman dos captaciones :
1- Localización retroareolar, en el tercio medio una captación tipo no masa de 3cm de longitud
2-Una segunda lateral al areola pezón agrupadas en un diámetro de 1.5 cm.

Ambas lesiones presentan restricción a la difusión y sus curvas de captación de cte. son rápidas en fase inicial
DIAGNOSTICO: BI-RADS 6 masa neoplasica de 7cm ocupando ambos cuadrantes superiores de la mama derecha con adenopatías axilares derechas en el nivel uno.

4 Discusión-Conclusión

No se puede afirmar las causa que pueden originar el carcinoma lobulillar invasivo. Se sabe que comienza por la formación de mutaciones de las células en una o más glándulas que producen leche. Este cáncer se origina en los lóbulos. Las células del carcinoma lobulillar en lugar de formar un bulto firme tienden a invadir, a diseminarse de forma diferente. No se aprecia como un bulto reagrupado de células cancerígenas.

Factores que pueden aumentar el riesgo de padecer un carcinoma lobular invasivo pueden ser entre otras:
- Ser mujer. Mujeres mayor probabilidad de desarrollar cáncer de mama, pero lo hombres también pueden padecerlo.
- Edad avanzada. El riesgo aumenta con la edad. Mujeres con carcinoma lobular invasivo pueden ser unos años mayores que a las que se les diagnostica otros tipos de cáncer de mama.
- Síndromes genéticos de cáncer congénito. Mujeres con ciertos genes congénitos, como el denominado síndrome hereditario de cáncer gástrico difuso tienen un mayor riesgo de padecer tanto cáncer de estómago (gástrico) como el carcinoma lobular invasivo.

Con la realización de biopsia se determina el GRADO del tumor. Este grado hace referencia a la diferencia existente entre las células cancerosas y las células sanas así como si son de crecimiento rápido o lento.
Existen 3 GRADOS dependiendo de la diferenciación entre las células cancerígenas y las sanas:
Grado 1- mucha diferencia
Grado 2- diferencia moderada

Grado 3-poca diferencia

.

En cuanto a las categorías de BI-RADS se utiliza un sistema estándar para describir los resultados y hallazgos de las mamografías. Este sistema (llamado Breast Imaging Reporting and Data System o BI-RADS) clasifica los resultados en categorías numeradas de 0 a 6.

Así los facultativos pueden describir lo que encuentran en una mamografía utilizando las mismas palabras y términos. Esto facilita la comunicación sobre los resultados y el seguimiento de las pruebas. En este caso en concreto se le diagnostico BI-RADS 6 que es Resultados de biopsia conocidos con malignidad demostrada. Por lo que se presentara el caso en sesiones para poder tomar las acciones adecuadas.

Quedando demostrado la importancia de la detención precoz del menor cambio de forma , tamaño, bulto, o secreción ..entre otras causas, es realmente importante para los posteriores seguimientos periódicos en mujeres tanto con sospecha como las que no , de padecer cáncer de mama por varios factores como la edad, antecedentes personales o familiares .

5 Bibliografía

1.Cáncer . net american society of clinical oncology(asco) https://www.cancer.net/es/tipos-de-c%C3%A1ncer/c%C3%A1ncer-de-mama
2. American cáncer society https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/pruebas-de-deteccion-y-deteccion-temprana-del-cancer-de-seno/
3. Tipos histologicos de cancer de mama http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/PONENCIA
_25_09_2013_Dr_Arg%C3%BCelles.pdf
4. Mayo clinic https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/invasive-lobular-carcinoma/symptoms-causes/syc-20373973

Capítulo 1230

RETRACCIÓN MAMARIA POR CÁNCER DE MAMA.

Mª PAZ ALVAREZ FERNANDEZ

PATRICIA FERNANDEZ FERNANDEZ

ELSA VARELA FUERTES

LILIANA FERNANDEZ RODRIGUEZ

1 Introducción

El cáncer de mama es una preocupación para todas las mujeres, independientemente de su edad, en ocasiones cualquier cambio repentino en la apariencia, tamaño o forma de los senos supone una alarma a tener en cuenta.
Se produce cuándo células mamarias crecen de forma anormal dividiéndose más rápidamente que las células sanas agrupándose y dando lugar de esta forma a un bulto o masa.

Este tipo de masa o bulto suele comenzar en las células de los conductos galactóforos, llamándose en ese caso carcinoma de conductos invasivo, pero a veces también puede comenzar en el tejido glandular (lobulillos) denominándose carcinoma lobulillos invasivo .Las células cancerosas pueden extenderse a otras partes del cuerpo dando lugar a metástasis a distancia.

Hay pacientes que no presentan signos o síntoma en el momento del diagnostico y otras pacientes pueden observar cambios en una o ambas mamás. Estos cambios

puedes tener relación con otras enfermedades o afecciones distintas al cáncer x lo q es necesario realizar las pruebas necesarias para llegar a un buen diagnóstico

2 Objetivos

Algunos de los síntomas más frecuentes en diagnostico del cáncer mamario a tener en cuenta a analizar con el médico son:
- Bulto nuevo en mama o axila
- Aumento de grosor o hinchazón de una parte de la mama
- Descamación o enrojecimiento en la mama o pezón
- Cambios en pezón su inversión o retracción (el pezón se dirige hacia dentro de la mama apareciendo hundido, como si hubiera una hendidura que forma una línea recta)

3 Caso clínico

Mujer de 70 años de edad, con pezón junto aureola izquierda retraída de varios meses de evolución en la que se fue incrementando dicha retracción. No antecedentes familiares, ni estudios previos realizados para su comparativa.
Se le solicita, por petición de su médico del centro de salud, a petición de la paciente por el cambio morfológico de la mama, una mamografía para el estudio de ambas mamas en proyecciones oblicua madiolateral y craneocaudal.

Tanto la mamografía como la ecografía que se le realizo destaco la presencia en la región retroaerolar izquierda tercio medio de un nódulo espiculado de 2,5 cm de diámetro máximo antero posterior pero con un diámetro cráneo caudal de 4cm con retracción del complejo aureola pezón Se le realiza puncion con aguja gruesa (BAG- 14G), sin complicaciones y se remite espécimen al servicio de Anatomía patológica para su estudio.

Informa de carcinoma ductal invasivo grado 3 con in situ grado intermedio. Elastosis mamaria.
Posteriormente se le solicito RM de mama con contraste en la que se le realizo secuencias spin eco axiales potenciadas enT1 y 3D CUBE T2 sin saturación grasa; estudio de difusión y posteriormente DINAMICO 3D con cte. IV (quelato de gadolinio) con secuencias axiales minutadas potenciadas enT1 con saturación grasa, finalizando el estudio con secuencia sagital tardía T1de la mama afectada.

El estudió demostró restricción a la difusión compatible con proceso neoplasico maligno.

DIAGNOSTICO: Bi- rads 6- nódulo maligno en tercio medio retroaerolar.

En este caso concretamente presentaremos un cambio en un pezón retraído, unilateral, sin haber tenido proceso previo de inflamación, quirúrgico o infeccioso.

4 Discusión-Conclusión

El pezón invertido o hundido es aquel que no sobresale de la areola sino que se queda oculto dentro de esta. Esta variación no tiene por que implicar un problema de salud, pero cuando aparece de forma espontanea después de la pubertad pueden ser señal de alguna enfermedad inflamatoria-infecciosa, consecuencia de alguna cirugía o uno de los primeros síntomas del cáncer de mama y conviene su consulta con un facultativo.

Hay dos factores clave que afectan a un potencial diagnostico benigno o maligno:
- Cuando apareció la anomalía y tipo de inversión del pezón

- Aproximadamente un 3% de los pezones invertidos son congénitos, se manifiestan en la pubertad o adolescencia cuando se produce el desarrollo mamario y son benignos un 100%

- Anomalías en pezones adquiridas después de la pubertad pueden ser benignas o adquiridas con pezón invertido o retraído, pueden ser señal de alguna enfermedad inflamatoria-infecciosa, consecuencia de alguna cirugía o uno de los primeros síntomas del cáncer de mama.

- Razones benignas de un pezón repentinamente invertido o retraído pueden ser entre otras mastitis, fistulas, cirugía…

- Razones malignas de pezón retraído puede ser uno de los síntomas de un cáncer de mama que se esta desarrollando y se produce la retracción o inversión unilateral en un solo pezón incluyendo también la retracción de la aureola, de forma rápida , no de manera progresiva ,y no vinculado con ningún proceso inflamatorio, infeccioso o quirúrgico

- La inversión del pezón por cáncer mamario suele producirse rápidamente, en cuestión de meses .Es el tumor el que genera dicha retracción del pezón y parar

que se haga evidente visualmente tiene que retraerse bastante pezón junto con aureola

5 Bibliografía

1. Doctora María José del Río, ginecóloga mastóloga y directora de la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología. BBC Mundo. https://www.bbc.com/mundo/noticias-39578310
2. © linktomedia.com 2020 https://www.onsalus.com/pezon-invertido-o-hundido-causas-19337.html
3. https://www.geicam.org/cancer-de-mama/el-cancer-de-mama-se-puede-prevenir/sintomas-del-cancer-de-mama
4. American cáncer society https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/pruebas-de-deteccion-y-deteccion-temprana-del-cancer-de-seno/
5. Cáncer . net american society of clinical oncology(asco) https://www.cancer.net/es/tipos-de-c%C3%A1ncer/c%C3%A1ncer-de-mama

Capítulo 1231

AMEBIASIS: ENTAMOEBA HISTOLYTICA.

DANIEL CORDERO CHOI

1 Introducción

La parasitología es una rama de la biología que se encarga de estudiar a los parásitos y los efectos que producen en sus hospedadores. En este grupo se incluyen protozoos, helmintos y artrópodos.

Amebiasis es el término con el que se refiere a la infección causada por el parásito Entamoeba Histolytica, capaz de vivir en el intestino grueso o invadir la mucosa intestinal causando lesiones y diseminarse a diferentes órganos (hígado, pulmones…). Este parásito infecta a más de 50 millones de personas al año, de los que un 10% desarrollan la enfermedad, produciendo la muerte en aproximadamente 100.000 casos. La infección se contrae a través de agua y alimentos contaminados con los quistes, y también por contacto directo con heces contaminadas.

2 Objetivos

Dar a conocer esta patología mediante una revisión bibliográfica y cómo diferenciarla de la infección por Entamoeba dispar.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica

existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 1232

LA MAMOGRAFÍA.

ANDREA CASTRO APARICIO

LAURA MAJO RODRIGUEZ

ANA MARIA FERNANDEZ GARCIA

SUSANA MENDEZ REDONDO

1 Introducción

Un examen de mamografía, también llamado mamograma, es una herramienta de exploración mamaria, para detectar de manera temprana el cáncer de mama en pacientes asintomáticas, diagnosticar enfermedades mamarias en pacientes que presentan síntomas (bultos, dolor, hundimientos en la piel, secreción del pezón, etc) o la detección de pequeños crecimientos de tejidos anormales en los conductos lácteos (carcinoma in situ).

La probabilidad de supervivencia en los cánceres de mama detectados en su etapa inicial (in situ) es del 100%. Gracias a las campañas de diagnóstico precoz, la mortalidad ha disminuido de un forma muy significativa.

Un equipo mamográfico consiste en una caja rectangular que contiene el tubo que genera rayos X y puede girar hasta 90º, con unos accesorios especiales que permiten que únicamente la mama que expuesta a la radiación. Conectado a dicha unidad hay un dispositivo que sostiene y comprime la mama, posicionándose para poder obtener imágenes desde diferentes ángulos. Una mamografía se realiza de pie frente a la máquina, un/a TSID colocará la mama en el soporte plano, para luego comprimirla.

Durante el estudio la mama es comprimida gradualmente para extender el tejido de tal manera que sea menos probable que las anormalidades pequeñas puedan quedar ocultas por tejido mamario superpuesto, reduciendo el grosos de la mama se usará una dosis menor de radiación, mantiene la mama firme para minimizar la borrosidad por movimientos y para reducir la dispersión del haz de rayos X y aumentar la agudeza de la imagen.

Hay que procurar no hacerse una mamografía durante la menstruación o la semana previa, ya que las mamas pueden estar más sensibles al tacto o hinchadas. El día de la mamografía, no se debe usar desodorante, perfume o talco, ya que estos productos pueden aparecer en la imagen radiográfica como manchas blancas.

Tipos de mamografías:
- De exploración: Importante para la detección temprana de cáncer de mama, ya que muestra cambios años antes de que se adviertan los síntomas.
- De diagnóstico: Se usa para evaluar a pacientes con resultados clínicos anormales (nódulos mamarios o descargas de los pezones) y también tras una exploración anormal para poder evaluar el área conflictiva en el examen de exploración.
- Mamografía digital de campo completo (MDCC): Es un sistema mamografía dónde la película radiográfica se sustituye por sistemas electrónicos que transforman los rayos X en imágenes mamográficas. Permiten obtener mejores imágenes con unas dosis más bajas de radiación. Se transfiere a una computadora para su revisión y posterior almacenamiento.
- Sistemas de detección asistida por computadora (AC): buscan imágenes digitalizadas mamográficas para encontrar áreas anormales de densidad, masa o calcificación que puedan indicar la presencia de cáncer. Este sistema resalta dichas áreas en las imágenes, alertando al radiólogo sobre la necesidad de revisar cuidadosamente este área.
- Tomosíntesis digital del seno (DBT) o 3D: Es una forma avanzada de toma de imágenes, en las que múltiples imágenes de los senos, tomadas desde diferentes ángulos, son capturadas y reconstruidas en grupos de imágenes tridimensionales.Se ensamblan una serie de cortes finos para crear una reconstrucción 3D del cuerpo. La dosis de radiación es levemente más alta que la usada en la mamografía estándar.

Posibles riesgos: Existe una mínima probabilidad de padecer cáncer como consecuencia de la exposición a la radiación. Sin embargo, el beneficio de un diagnóstico exacto y precoz es ampliamente mayor que el riesgo.

Las limitaciones de la mamografía:

- Aunque es una de las mejores herramientas de detección precoz de cáncer de mama, no es válida para todos los tipos de cáncer. Las exploraciones a menudo no son suficientes por sí sólas para determinar con exactitud si la anormalidad es benigna o maligna. En estos casos, se suele recomendar estudios adicionales (ultrasonidos).
- La densidad incrementada en las mamas dificulta la visualización del cáncer y puede incrementar el riesgo de padecerlo.
- Las prótesis mamarias pueden impedir una lectura exacta del mamograma, ya que los implantes salinos o de silicona no son transparentes en los rayos X y pueden bloquear la visualización clara de los tejidos circundantes.

Campañas de SCREENING de cáncer de mama:

Están dirigidas a mujeres de mayor riesgo, con edades comprendidas entre los 50 y 65 años, realizando una mamografía cada 1 ó 2 años. Recientemente, se están incorporando al programa, mujeres de edades comprendidas entre 45/ 49 y 65/69 años. Ya que no está demostrado un beneficio en mujeres con edades superiores a los 69 e inferiores a los 45 años. Las mujeres entre los 40/45 años, únicamente es aconsejable si existen factores de riesgo elevado, como sería el caso genético.

2 Objetivos

Definir el funcionamiento de esta técnica.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Bibliografía

- https://www.cdc.gov

- https://www.radiologyinfo.org
- https://www.aecc.es
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 1233

CONSEJOS PARA EL CUIDADO DE LAS PRÓTESIS DENTALES PARA T.S. EN HIGIENE BUCODENTAL

NATIVIDAD CABEZÓN FERNÁNDEZ

NURIA MORENO FERNANDEZ DE LA BASTIDA

1 Introducción

Es muy importante saber como cuidar las prótesis dentales removibles, tanto para mantenerla impecable durante años como el primer dia, como para evitar que las encías y mucosas se dañen asi como para que los dientes naturales que la apoyan, no se pierdan.

2 Objetivos

- Dar a conocer una serie de consejos para mejorar el funcionamiento y mantenimiento de las prótesis dentales, asi como una buena salud bucal.

3 Metodología

Para realizar el siguiente capítulo se llevó a cabo una exhaustiva búsqueda en diferentes medios y bases de datos como Pubmed, Scielo, Medline. También se consultaron temarios y guías usando las palabras clave: cuidados, prótesis dental, higiene.

Se seleccionaron los artículos más recientes y de mayor interés. Y de ellos se sustrajo información pertinente.

4 Resultados

A continuación indicamos que puede encontrar durante los 30 primeros días de la colocación de una prótesis removible.
- Día 1: El mas difícil. Debe empezar a comer alimentos blandos que no dañen las encías y los dientes.
- Día 2-14: Es posible que note exceso de saliva, zonas doloridas y mas doloridas durante este periodo de curación.
- Día 15: las zonas doloridas deben ir reduciendo, al igual que la producción de saliva, pero es posible que aún tenga dificultad para hablar con claridad y comer.

Para un buen cuidado de las prótesis:
- Quitar y lavar la prótesis después de comer. Enjuagar con agua para eliminar restos de comida.
- Manipular la prótesis con cuidado, no doblar ni dañar los soportes cuando se haga la limpieza.
- Limpiar la boca después de quitar la prótesis.
- Cepillarse la prótesis al menos una vez al día.
- Poner a remojo la prótesis durante la noche. Casi todos los tipos de prótesis deben permanecer húmedas para mantener su forma.
- Enjuagarse bien la prótesis antes de colocársela de nuevo en la boca, especialmente si se utiliza una solución de desinfección ya que pueden contener sustancias químicas.
- Programar controles dentales periódicos. El dentista recomendara la frecuencia con que se debe visitar para asegurar que la prótesis está bien colocada, evitando desplazamientos o molestias y también revisar el interior de la boca y verificar que está sana.
- Visitar al dentista si la prótesis está floja, ya que puede causar irritación, llagas e infección.

Se debe evitar:
- Productos de limpieza abrasivos. Evitar cepillos con cerdas dura, los limpiadores fuertes y el dentífrico áspero; son demasiado abrasivos y pueden dañar la prótesis.
- Dentífricos blanqueadores ya que suelen contener peróxido que es poco eficaz para cambiar el color de los dientes de la prótesis.

- Los productos que contengan lejía . Los productos blanqueadores pueden debilitar la prótesis y cambiar el color.
- El agua caliente. Evitar usar agua caliente o hirviendo ya que podría deformar la prótesis.

5 Discusión-Conclusión

Como podemos observar hay que seguir ciertas pautas para mantener las prótesis en perfecto estado y que estas duren en el tiempo. Siempre tendríamos que dar a nuestros pacientes estos consejos para que queden contentos con nuestros servicios. No solo es importante la prótesis si no también su mantenimiento.

6 Bibliografía

- https://www.dentalcare.es
- https://www.mayoclinic.com
- https://www.escolapejoan.com

Capítulo 1234

BRAQUITERAPIA PROSTÁTICA CON SEMILLAS DE I-125

BEATRIZ GARCÍA GARCÍA

CARMEN MAQUEDA VILLAREJO

FELIPE MERINO IGLESIAS

1 Introducción

La braquiterapia es el tratamiento contra el cáncer que utiliza radiaciones ionizantes, posicionando el material radiactivo en las proximidades o en el interior del tumor. Hay varios tipos de Braquiterapia:
- Según la Técnica aplicada:
• INTERSTICIAL: las fuentes atraviesan el tejido tumoral.
• ENDOCAVITARIA: las fuentes se colocan en el interior de las cavidades, orificios o conductos naturales.
• PLESIOTERAPIA: las fuentes se colocan en contacto con el tumor cutáneo.

- Según la tasa de dosis:
• Alta tasa de dosis (HDR): tasa de dosis > 12 Gy/h.
• Media tasa de dosis (MDR): tasa de dosis entre 2-12 Gy/h.
• Baja tasa de dosis (LDR): tasa de dosis entre 0.4-2 Gy/h

- Según el método de carga de la fuente:
• MANUAL: confección de longitudes activas, enfundar y colocar en el aplicador directamente. Sólo en baja tasa de dosis.

• AUTOMÁTICA: un dispositivo mecánico coloca las fuentes, ya predeterminadas, en los aplicadores

- Según la duración de la liberación de la dosis serán:
• TEMPORAL: se utilizan implantes que se quitan una vez finalizado el tratamiento.
• PERMANENTES: se utilizan implantes, también denominados semillas, del tamaño de un grano de arroz que se insertan directamente en el tumor a través de agujas finas y huecas. Estos implantes se dejan colocados una vez finalizada la aplicación de la radiación.

La Braquiterapia prostática con semillas se utilizará la braquiterapia intersticial con implantes permanentes, pero el método podrá ser con carga manual o automática. Para su aplicación prepararemos al paciente realizando la adquisición volumétrica, determinaremos los órganos de interés, calculáremos la de distribución de dosis, cortaremos y cargaremos las semillas dentro de las agujas e insertaremos estas.

2 Objetivos

Evaluar las ventajas e inconvenientes del TERT en el tratamiento del cáncer de próstata con implantes permanentes de semillas de I-125 mediante dos sistemas de carga distintos, uno de carga manual (Iso Cord® de Eckert & Ziegler) y otro de carga automática (Seed Selectron® de Nucletron).

3 Metodología

Las herramientas utilizadas para la realización de esta revisión bibliográfica han sido consultadas en diferentes bases de datos MEDLINE, PUBMED, Cochrane Plus, Google Académico, ENFISPO, así como la revisión y visualización de múltiples artículos y videos.

4 Resultados

- ISOCORD ®
Mesa de medidas y control calidad: cortar un tren de 5 semillas de cada uno de los cartuchos que intervienen en el implante y depositarlos en la cámara de ionización. Realizar distintas medidas y anotarlas.

Preparar mesa estéril con: cera de huesos para sellar el bisel de las agujas, agujas de inserción, estación de corte con sus accesorios, contenedor de agujas, cartuchos de semillas, guantes estériles, compresas estériles y bata estéril.
Corte de semillas y carga de agujas: colocamos el cartucho en la estación de corte y una aguja en el extremo destinado a ello. Se gira la rueda en sentido "aguja-needle" (izquierda), se localiza en el visor las semillas necesarias y se cortan con el botón de corte. El tren creado se empuja con el fiador para que se introduzcan en la aguja y se almacenan en el contenedor según el número de semillas que contiene cada aguja.

- FIRST ®
Preparar la mesa de campo estéril y montar el Seedloader. Colaborar en el control de calidad de las semillas: mediante el programa informático que controla el Seedloader, conseguimos una semilla que se deposita en un contenedor el cual conectamos al extremo del hilo conductor. A continuación, se extrae la semilla del contenedor y se introduce en el inserto de la cámara de pozo para realizar distintas medidas.
Montaje del kit de emergencia y carga manual de los trenes de semillas y espaciadores según la dosimetría, en caso de fallo del sistema automático.

5 Discusión-Conclusión

El sistema a utilizar es indistinto, varia la forma de alcanzar la dosimetría deseada

Clínicamente en los tratamientos no hay grandes diferencias entre los dos sistemas.
A favor:
• La radioprotección con First® es mayor para el TERT y el OR
En contra:
• El procedimiento con First® es más laborioso, requiere mayor incremento de tiempo de quirófano

6 Bibliografía

- Protocolos del Hospital General Universitario Gregorio Marañón.
- https://www.cancer.gov/espanol/cancer/tratamiento/tipos/radioterapia/braquiterapia
- https://www.rtanswers.org/How-does-radiation-therapy-work/Brachytherapy

- https://imor.org/tratamientos/localizaciones/cancer-de-prostata
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 1235

PRINCIPIOS DE RADIOLOGÍA TORÁCICA.

TATIANA GARCÍA DÍAZ

LAURA FERNANDEZ FERNANDEZ

CARMEN MÉNDEZ GONZALEZ

1 Introducción

La radiografía de tórax, que puede ser llamada placa de tórax más comúnmente, es el examen de diagnóstico por rayos X más realizado. Se trata de un examen médico no invasivo que ayuda a los profesionales sanitarios a diagnosticar y tratar las enfermedades o dolencias. Supone la exposición de una parte del cuerpo, en este caso, el tórax, a una pequeña dosis de radiación. Las radiografías de tórax son pruebas diagnósticas fáciles y rápidas, resultan muy útiles para un buen diagnóstico y para el seguimiento e indicación de tratamientos en situaciones de paciente crítico o en urgencias. No requieren una preparación especial, ni mayor colaboración por el paciente más que mantener una apnea durante la exploración. En general, se considera un método inicial clave en el diagnóstico y seguimiento del tratamiento de patologías pulmonares, cardiacas y de la pared torácica.

La radiografía de tórax genera imágenes de los pulmones, el corazón, las vías respiratorias, los vasos sanguíneos y los huesos de la columna y el tórax que son útiles a los médicos para el diagnóstico, pero también se puede utilizar para determinar si un tratamiento específico está dando resultado. A algunos pacientes, les toman una serie de radiografías torácicas, con el paso de los días, para ver si su salud está evolucionando favorablemente o no.

Esta técnica, expone parte del cuerpo a una pequeña dosis de radiación ionizante para producir imágenes del interior del mismo cuerpo. La dosis típica de radiación en adultos de una placa de tórax es de, 0.002 mSv para una vista PA y de unos 0.04 mSv para una vista Lateral.Los Rayos X son, posiblemente, la forma más antigua y la más usada, para producir imágenes médicas.
La realización de una exploración radiográfica del tórax no requiere de preparación especial, y el paciente únicamente necesita mantener durante unos segundos una apnea para una adecuada calidad de imagen de la radiografía. Generalmente se obtiene dos proyecciones, posteroanterior y lateral, aunque pueden indicarse proyecciones oblicuas en casos que el radiólogo considere necesarias (ej. búsqueda de placas pleurales en exposición a asbestos).
La radiografía de tórax suele realizarse en inspiración máxima, aunque también son habituales las radiografías en espiración, especialmente indicadas por el radiólogo cuando se busca patología por atrapamiento aéreo o neumotórax de pequeña cantidad. También pueden obtenerse radiografías en decúbito lateral para búsqueda de pequeños derrames pleurales.
Solamente las mujeres, deben avisar al técnico o al médico en caso de embarazo. El médico evaluará si la radiación puede ser peligrosa para el feto, o si es necesario igualmente, hacer la radiografía a la madre. En caso de que sea necesario el examen de RX, se tomarán las medidas de protección necesarias para minimizar la exposición del feto y la madre a la radiación. La colimación dentro de lo posible y los protectores plomados (mandil plomado sobre el abdomen de la gestante) serán los métodos a seguir para proteger a la madre y al feto de la radiación. Ésta sería la única contraindicación clara, a la hora de hacerse una radiografía de tórax.
La radiografía de tórax puede ser llamada placa de tórax más comúnmente, es el examen de diagnóstico por rayos x más realizado. Se trata de un examen médico no invasivo que ayuda a los profesionales sanitarios a diagnosticar y tratar las enfermedades o dolencias. Supone la exposición de una parte del cuerpo, en este caso, el tórax, a una pequeña dosis de radiación.

2 Objetivos

Definir el funcionamiento de esta técnica.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica

existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 1236

TIPOS DE CONTRASTES UTILIZADOS EN LA ESPECIALIDAD DE DIGESTIVO EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO Y MEDICINA NUCLEAR.

PABLO VALDÉS PALACIOS

1 Introducción

La opacificación del tubo digestivo en la prueba realizada para determinar el tipo de patología del paciente es esencial para un buen diagnóstico y así dar con el tratamiento adecuado para el paciente. En la unidad de digestivo de imagen para el diagnóstico y medicina nuclear es una de los gabinetes con mas pruebas diagnósticas .
Hay tres tipos de contrastes , positivos , negativos y neutros .

- Positivos: atrapan una gran cantidad de rayos x, tienen un número atómico alt . Son los contrastes que más se utilizan (yodo y bario), la imagen es blanca ya que es una sustancia más densa que el hueso, mayor absorción que las partes blandas.
- Negativo : Tienen menos absorción que las partes blandas y la imagen que plasman es negra por su menor absorción (oxígeno y aire) .
- Neutros : se utilizan para la dilatación de la mucosa. Reciben el nombre de isdondensos .

2 Objetivos

- Utilizar un diagnóstico precoz y adecuado para determinar la patologia del paciente, utilizando el contraste más adecuado para cada prueba diagnóstica, en este caso en la unidad de digestivo .

3 Metodología

Hemos realizado un estudio de las patologías mas habituales en el Hospital para poder determinar el uso de un medio de contraste u otro, incluyendo la valoración de las pruebas diagnosticas. También se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El uso del contraste adecuado en cada prueba diagnostica nos ayuda a determinar mejor la patología y así evitar falsos positivos y falsos negativos. La detección precoz es muy importante para un buen tratamiento .

5 Discusión-Conclusión

El uso de un contraste es fundamental para un diagnóstico adecuado, incluso a veces es esencial para la detección de las patologías producidas en el paciente. En la mayoría de los casos necesitamos este tipo de material para realizar la prueba.

6 Bibliografía

- Bushong, S.T. Manual de Radiología para técnicos. Física, biología y protección radiológica. 6ª edición. Harcourt. 1999.
- Cabrero Fraile, F.J. Imagen radiológica. Principios físicos e instrumentación.Masson, 2004.
- Dendy, P.P. & Heaton, B. Physics for diagnostic radiology. 2nd. edition. Institute of Physics Publishing. 1999.

- Harold Elford Johns & John Robert Cunningham. The physic of radiology. Charles C Thomas · Publisher. Springfield, Illinois, USA. 1983.
- Stewart C. Bushong. "Manual de Radiología para técnicos". Harcourt Brace. Madrid. 1998.
- William R. Hendee. "Medical Radiation Physics". Year Book Medical Publishers, Inc. Chicago. London. 1979.

Capítulo 1237

PRUEBAS DE CALIDAD OSEA EN LOS GABINETES DE IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO Y MEDICINA NUCLEAR

PABLO VALDÉS PALACIOS

1 Introducción

La densitometría ósea es una prueba diagnóstica que se hace en los gabinetes de radiología hospitalaria para diagnosticar la calidad osea del paciente. Suele utilizarse para el diagnóstico de osteoporosis y el riesgo de fracturas.

2 Objetivos

- Determinar la calidad osea del paciente, para determinar si sufre de osteoporosis o de una tendencia superior a las fracturas osea mayor que el resto de la población.
- Determinar el avance de dicha patología y buscar un diagnóstico lo más rápido posible .

3 Metodología

Suele utilizarse con rayos X, una radiación utilizada muy baja que apenas daña las células, aunque también se pueden utilizar ultrasonidos o isótopos radioactivos.

4 Resultados

Los resultados de la densitometría ósea se obtienen en el mismo momento de la realización de la prueba.

- T-score. Indica la densidad del hueso en unas condiciones óptimas en una persona de una edad similar a la del paciente.
- Z-score. Indica :Refleja la densidad de ciclo que tiene el hueso del paciente en comparación con la población en general de personas que corresponden a su edad, talla, peso y sexo, para el diagnóstico de la osteoporosis y la tendencia a las fracturas.

5 Discusión-Conclusión

La densitometría ósea es una prueba diagnóstica. En ningún caso cura al paciente, pero si que da un diagnóstico temprano para mejorar la calidad de vida del paciente en su día a día y evita tratamientos posteriores mas agresivos .

6 Bibliografía

- Thomas S. Curry III, James E. Dowdey, Robert C. Murry. "Christensen´s Physics of Diagnostic Radiology". Lea & Febiger. Philadelphia. London. 1990.
- Edward E. Christensen, Thomas S. Curry III, James E. Dowdey. "An Introduction to the Physics of Diagnostic Radiology". Lea & Febiger. Philadelphia. 1978.
- Harold Elford Johns, John Robert Cunningham. "The Physics of Radiology". Charles C Thomas Publisher. Springfield, Illinois, USA.
- Perry Sprawls Jr. "Physical Principles of Medical Imaging". Medical Physics. Publishing. Madison, Wisconsin.
- The physics of radiology, Fourth edition. Johns HE, Cunningham JR. Charles C Thomas – Springfield 1983.
- The essential physics of medical imaging. Bushberg JT, Seibert JA, Leidholdt EMJr, Boone, JM. Williams & Wilkins 1994.

Capítulo 1238

HIGIENE ORAL.

ALBA FERNANDEZ RODRIGUEZ

NOELIA RODRIGUEZ ALVAREZ

1 Introducción

La higiene oral va dirigida fundamentalmente , a controlar la placa dental(deposito de materiales blandos sobre la superficie del diente) ,puesto que es el desencadenante de las alteraciones mas frecuentes de la patología bucal.
Una correcta higiene bucodental deberá incluir dos condiciones básicas:
1. higiene diaria individual
2. visitas periódicas al dentista

Tiene como objetivo el control de la flora microbiana asociada a los residuos orales y el cálculo.
La eliminación de la placa dental para prevenir la caries y la enfermedad periodontal debe hacerse: realizando un cepillado correcto, utilizando pastas dentífricas y colutorios bucales que complementan la accción mecánica del cepillado y a todo ello debemos de sumarle la visita al odontólogo qué juzgará la eficacia de la higiene individual y procederá a la eliminación de los depósitos que no pueden ser arrastrados por el cepillado convencional.

2 Objetivos

Dar a conocer las técnicas específicas del cepillado para la educación sanitaria. El procedimiento más importante que debe dominar el paciente es el alcanzar de forma minuciosa todas las áreas de la boca, ningún método por si sólo es mejor

que otro. Guiar al paciente hacia unos métodos que satisfagan las necesidades individuales es mas importante que insistir en una técnica en particular.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: pubmed, medline, y scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Productos para la higiene buco- dental.

- Pastas Dentífricas.

Puede definirse como una suspensión de partículas abrasivas, insolubles en un sistema liquido humectante.Contiene: abrasivos (limpian la superficie del diente por fricción) gigantes o gelificantes (aumentan la viscosidad de la fase liquida), humectantes (impiden que las pastas se sequen) , tesioactivos (contribuyen a repartir la pasta dentífrica por. toda la boca) , aromatizantes (responsables del sabor) y finalmente edulcorantes y conservantes.

- Enjuagues Bucales

Son soluciones liquidas para la higiene bucal que proporcionan una distribución homogénea por toda la cavidad bucal.

- Geles Bioadhesivos

Permiten la máxima adherencia sobre la superficies orales, se consigue una precisión en la aplicación tópica

- Cepillo dental.

Es el instrumento primario para la eliminación de la placa dental que no daña los tejidos duros blandos orales. el cepillo recomendado por ADA tendrá un cabezal se superficie 2,5 -3cm de largo 0,5-1cm de ancho , 2-4 hileras de fibras y 5-12penachos por hilera

- Seda dental

Es el elemento idoneo de higiene interproximal.

Son hilos de seda o de materiales resistentes (nylon), que pueden estar encerados para facilitar el deslizamiento entre las superficies de los dientes.

5 Discusión-Conclusión

El cepillado dental periódico y minucioso, es el elemento básico para la higiene bucodental.
Los cepillos dentales tienen tres finalidades:
1. Eliminar los residuos alimentarios
2. Eliminar o arrastrar la placa dental bacteriana
3.Sistema de aplicación de las pastas dentífricas que potencian la higiene bucal.
Se recomienda el cepillado dental tres veces al día, después de cada comida y , de forma especial, por la noche antes de acostarse.

6 Bibliografía

- libro Mad temario Especifico higienistas dentales
- libro SALUD E HIGIENE BUCODENTAL Instituto Lacer s.a
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 1239

BARRERAS DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA.

SILVIA CAMPA RODRIGUEZ

1 Introducción

La protección radiológica es una disciplina científico técnica que tiene como objetivo la protección del medio ambiente y la humanidad en su conjunto contra los riesgos derivados de las tecnologías que utilizan radiaciones ionizantes en actividades como las médicas, teniendo como prioridad optimizar la radiación y llegar a valores que supongan un riesgo mínimo para la salud, y prevenir la producción de los efectos biológicos no estocásticos o deterministas manteniendo la dosis que reciben las personas por debajo del umbral de los valores en que estos efectos se producen.

2 Objetivos

- Conocer las medidas razonables para reducir la aparición de efectos biológicos estocásticos a niveles aceptables ya que no podemos prevenir o evitar su aparición puesto que la probabilidad de que sucedan nunca va a ser cero.

3 Metodología

Se realizó una revisión de guías de práctica clínica, artículos científicos, publicaciones, y consultas en bases de datos como PubMed, Scielo, Cochrane y Medline, usando como descriptores; protección radiológica, rayos X, radiología intervencionista y prevención.

4 Resultados

Se ha demostrado que la utilización de barreras dispositivos y prendas de protección radiológica tales como colimadores, bandejas, paredes plomadas, gafas, protectores gonadales, mandiles, collares de tiroides, guantes, etc., así como la utilización de técnicas adecuadas reducen considerablemente la exposición a las radiaciones ionizantes.

5 Discusión-Conclusión

Cuando trabajamos con radiación es muy importante tener en cuenta 3 principios generales:

- La justificación de toda exploración radiológica.
- La optimización de las instalaciones y de la imagen aplicando el criterio "ALARA" (Mantener todas las exposiciones tan bajas como sea razonablemente posible).
- La limitación de la dosis recibida por el paciente y el profesional.

6 Bibliografía

1. Andisco D., Blanco S., y Buzzi A.E. Dosimetría en radiología. Rev. Argen de Radiol, 2014; 78 (2): 114-117.
2. La protección radiológica en el medio sanitario del Consejo de Seguridad Nuclear. Madrid, 2012.
3. Guía de seguridad 7.3 (rev. 1) del Consejo de Seguridad Nuclear. Bases para el establecimiento de los servicios y unidades territoriales de protección radiológica. Madrid, 1998.
4. Real Decreto 815/201 sobre justificación del uso de las Radiaciones Ionizantes para la Protección Radiológica de las personas con ocasión de exposiciones médicas. BOE, del 14 de Julio de 2001.

Capítulo 1240

ANALIZAR Y CONOCER LA INFECCIÓN POR HELICOBACTER PYLORI.

SILVIA FERNÁNDEZ LÓPEZ

SARA MATILLA IGLESIAS

1 Introducción

El H.Pylori, se trata de un bacilo gram negativo de entre 0,5 -1um de ancho y 2,5-4 um de largo, curvo y microaerófílico. Tiene morfología de sacacorchos en espiral. Se entiende por gastritis al término utilizado de forma general para referirse a un grupo de enfermedades que tienen como punto en común, la inflamación del revestimiento del estómago. Esta inflamación se produce generalmente por la misma infección bacteriana que provoca la mayoría de las úlceras estomacales.

La gastritis puede ser aguda (puntual) o crónica(de larga duración). La gastritis crónica puede estar asociada a infección por Helicobarter pylori o ser de tipo autoinmune. Helicobacter pylori es una bacteria gram negativa muy resistente al medio ácido del estómago.Se encuetra en la mucosa gástrica. La infección por Helicobacter pylori provoca inflamación mediante respuesta inmunitaria innata y sistémica.

La importancia de la infección por H.Pylori toma importancia en el año 2005 tras el decubrimiento de este microorganismo y su relación con las ulceras gastroduodenales por parte de B.J Marshall y J.R Warren.

2 Objetivos

- Ser conocedores de las pruebas diagnósticas que detectan Helycobacter Pylori en el laboratorio.
- Conocer la influencia del H.Pylori.

3 Metodología

Para realizar el siguiente capítulo se llevó a cabo una exhaustiva búsqueda en diferentes medios y bases de datos como Pubmed, Scielo, Medline. También se consultaron temarios y guías usando las palabras clave: H.Pylori, Gastritis, análisis laboratorio.
Combinando los operadores booleanos ”AND” y ”OR” para combinar las diferentes palabras clave y obtener unos resultados más precisos y más ajustados a nuestras necesidades.
Se han tomado como criterios de inclusión: publicaciones y documentos en español, rechazando los que no se ajustaban a los criterios establecidos.
Se seleccionaron los artículos más recientes y que informasen sobre los objetivos marcados. Y de ellos se sustrajo información pertinente.

4 Resultados

Existen técnicas invasivas y no invasivas que comentaremos a continuación:

- Serología:
Estas técnicas son generalmente simples, reproducibles y económicas, pero además, son las únicas que permiten realizar estudios epidemiológicos y determinar la prevalencia y la edad de adquisición de la infección por H. pylori en diferentes poblaciones. Las pruebas séricas consiste en la detección de anticuerpos séricos de tipo IgG o IgA contra antígenos específicos de este microorganismo.

Las técnicas más empleadas para la detección de anticuerpos son: ensayo inmunoenzimático de enzima ligada (ELISA), aglutinación en látex, inmunoensayos sobre papel de nitrocelulosa (immunoblotting) e inmunocromatografías (ICM), entre otras.La más utilizada es el ELISA estándar y sus variantes.

El principal inconveniente de ésta técnica es la incapacidad para distinguir entre la infección activa y una previa con H. pylori, dado que los niveles de anticuerpos

no desaparecen hasta pasados unos 6 meses en sangre, obteniendo así posibles falsos positivos.

- Prueba del aliento con urea:
Puede indicar si tiene una infección por H. pylori . Se coger una muestra de aliento respirando en una bolsa recolectora. Esta prueba se basa en la actividad de la ureasa de H. pylori, pero con urea marcada con C13 o C14 lo que da lugar a la hidrólisis de la urea y forma anhídrido carbónico que se absorbe en los tejidos, se difunde a la sangre y es transportado a los pulmones y de allí es exhalado a través del aliento.

Existe una relación directamente proporcional de CO2 exhalado con la intensidad de la hidrólisis de la ureasa del microorganismo.
Los principales inconvenientes son entre otros, que puede generar falsos negativos por la presencia de atrofia gástrica y además elevado coste de la prueba .

- Prueba de antígenos en materia fecal:
Sustancias que desencadenan el sistema inmunitario para combatir una infección por H. pylori mediante técnicas inmunoenzimáticas.

- Biopsia de estómago.
A través de una endoscopia , se toma una pequeña muestra (biopsia) del revestimiento del estómago y del intestino delgado.El profesional de la salud le insertará un tubo delgado llamado endoscopio por la boca y la garganta. El endoscopio tiene una luz y una cámara. Esto permite que el médico vea bien los órganos internos,generalmente, después se hace una biopsia (una pequeña muestra de tejido) para examinarla.

La técnica invasiva de ureasa es una técnica cualitativa que determina la actividad de la enzima ureasa en una muestra ínfima de mucosa gástrica, dicha prueba es universalmente empleada para detectar la presencia de este microorganismo. Se realiza colocando la pieza de biopsia en un tubo con urea que además contiene un indicador de cambio de pH. SI presentara actividad, se forman iones de amonio que hacen que ascienda el pH de la solución y cambie de color.Esta prueba tiene alta especificidad.

Para determinar la sensibilidad de agentes antimicrobianos , es necesario la realización de un cultivo microbiológico. El aislamiento del H. pylori se realiza en diferentes medios de cultivo como son todos aquellos que contienen agar, como

caldo cerebro-corazón, Columbia, Brucella, Wilkins-Chalgren y Mueller-Hinton, todos ellos estan suplementados con 5-10 % de sangre de caballo, carnero o humana u otros aditivos.Para que pueda crecer este microorganismo debe darse atmósfera microaerofilia, alta humedad, temperatura de 35-37 ℃ y un tiempo de incubación de 5 a 10 días.

- PCR Reacción polimerasa en cadena:
La gran mayoría de los métodos basados en esta técnica tienen 100 % de sensibilidad. Mediante esta técnica de PCR es posible detectar el ácido desoxiribonucleico (ADN) de H. pylori en concentraciones mínimas, a partir de biopsias gástricas para lo cual se utilizan diferentes cebadores para amplificar varios genes como: ureA que codifica la subunidad A de la enzima ureasa,el genglmM que codifica para una fosfoglucosamina mutasa.

El principal inconveniente de estsa técnica es la presencia de restos de tejido gástrico, lípidos u otros componentes en la muestra extraída.Esto da lugar a que se pueda inhibir la reacción de la PCR y que por tanto aparezcan falsos negativos. Por otro lado, la desigual colonización de la mucosa gástrica afecta negativamente a la sensibilidad de la PCR, al igual que ocurre en los cultivos.

5 Discusión-Conclusión

La infección por Helicobacter pylori es la causa más frecuente de gastritis y de úlcera gastroduodenal (úlcera péptica) en todo el mundo. La infección es muy común y aumenta con la edad.

Se puede encuentra en las heces, la saliva y la placa dental. Las infecciones por H. pylori se pueden transmitir de persona a persona, especialmente si las personas infectadas no se lavan las manos minuciosamente después de cada deposición.

Prácticamente todas las personas con infección por H. pylori desarrollan gastritis, que puede afectar la totalidad del estómago o solo la parte inferior (antro). Esta infección puede a veces derivar en gastritis erosiva, y tal vez incluso en una úlcera gástrica (estomacal).

La bacteria H. pylori contribuye a la formación de úlceras porque aumenta la producción de ácido, altera las defensas normales del estómago contra el ácido gástrico y produce toxinas.

6 Bibliografía

- Gatta L, Ricci C, Tampieri A, Vaira D. Non-invasive techniques for the diagnosis of Helicobacter pylori infection. Clin Microbiol Infect. 2003
- Megraud F, Lehours P. Helicobacter pylori Detection and Antimicrobial Susceptibility Testing. Clin Microbiol Rev. 2007
- Alarcón T. Diagnóstico microbiológico de la infección producida por Helicobacter pylori. Enferm Infecc Microbiol. 1994

Capítulo 1241

LOS FACTORES AMBIENTALES EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

LAURA VEGA PONTIGO

1 Introducción

Los factores ambientales de trabajo en el hospital (iluminación, ruido, temperatura, y humedad) son el ambiente que el empleado se encuentra a su alrededor cuando ocupa su puesto para desempeñar sus funciones laborales.

2 Objetivos

- Conocer los factores ambientales que pueden influir en la ejecución de nuestro trabajo en el hospital.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una búsqueda en bases de datos científicas, como Pubmed, Scielo, Medline, también se han utilizado las siguientes palabras para la búsqueda factores ambientales, ruido, temperatura, humedad. Todo ello se ha realizado durante los meses de septiembre a diciembre del año 2019.

4 Resultados

Algunos de estos factores ambientales son:

- La iluminación. Si la iluminación es tanto excesiva como defectuosa y nos exponemos durante mucho tiempo a ella, el sujeto puede acabar sufriendo problemas visuales.
- El ruido. Con el control de los ruidos se pretende la eliminación de estos, o por lo menos que se reduzcan lo más posible. Si esto no fuese posible el siguiente paso sería proteger a los trabajadores proporcionándoles equipos de protección individual, como pueden ser: tapones auditivos o audífonos.
- La temperatura y humedad. La temperatura apropiada en nuestro puesto de trabajo es un factor importante. Por otro lado un grado adecuado de humedad garantiza la salud y bienestar de los empleados.

5 Discusión-Conclusión

Los factores ambientales influyen en el desarrollo de la actividad laboral. La iluminación debe de ser la apropiada para cada tipo de trabajo, ya que tanto un defecto como un exceso de esta puede provocar tanto problemas en la visión, como estrés físico y mental; la exposición a un ruido puede ocasionar problemas auditivos y también afectar al equilibrio psíquico y a la tensión muscular; y una temperatura y humedad adecuadas hacen que nos sintamos cómodos para desarrollar nuestro trabajo.

6 Bibliografía

- Ferrón, Mª., B., Jiménez, J., Otero, J., J., Ortíz, Mª., Odriozola, J., C., (1999). INFLUENCIA DE LOS FACTORES AMBIENTALES EN EL NÚMERO DE INGRESOS POR URGENCIAS EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO «JUAN CANALEJO» DE A CORUÑA: ELABORACIÓN DE UN MODELO DE PREDICCIÓN. Recuperado de https://www.scielosp.org/pdf/resp/1999.v73n1/45-60.
- Boscha, A., Falcob, A., Santaolalla, M., Dominguez, Mª., C., Jordana, I., (2016). Factores ambientales de luz y ruido en las unidades de cuidados intensivos. Recuperado de https://www.analesdepediatria.org/es-factores-ambientales-luz-ruido-unidades-articulo-S1695403316302272.

Capítulo 1242

LA IMPORTANCIA DEL LAVADO DE MANOS EN LOS PROFESIONALES SANITARIOS.

LAURA VEGA PONTIGO

1 Introducción

Realizar un lavado de manos adecuado por parte del personal sanitario es la medida más simple y a la vez más importante que podemos adoptar para prevenir infecciones cruzadas en el medio hospitalario. Promover unos protocolos adaptados y proveer de los medios adecuados al personal para llevarlo a cabo correctamente será responsabilidad de los centros hospitalarios para reducir la propagación de infecciones.

2 Objetivos

- Conocer como disminuir la transmisión de infecciones nosocomiales al realizar un lavado de manos adecuado y efectivo por parte del personal hospitalario.

3 Metodología

Se ha realizado mediante la referencia bibliográfica en estudios realizados por Servicio de medicina preventiva de un hospital. Y también mediante el empleo de bases de datos científicas como lo son Jurn, google académico, y Pubmed entre otros. Se ha realizado durante los meses de julio a septiembre del año 2018 y se

han empleado los siguientes descriptores: sanidad, lavado de manos, profesionales, sanitarios.

4 Resultados

Los resultados que se han obtenido nos indican que con un adecuado y efectivo lavado de manos por parte del personal hospitalario (entre 40-60 segundos, frotando palma sobre palma haciendo hincapié en espacios interdigitales y pulgares y haciendo uso de toallas desechables) se disminuirían las transmisiones de infecciones nosocomiales.

5 Discusión-Conclusión

La Organización Mundial de la Salud asegura que un gran número de infecciones nosocomiales podría evitarse con el simple gesto de lavarse las manos. El lavado y secado de manos realizado de la manera correcta disminuirá las infecciones entre pacientes evitando muertes cada año, esto implicaría no solo salvar vidas sino evitar el importante gasto sanitario que acarrea.

6 Bibliografía

- Anaya-Flores, V., Ortiz-López, S., García-Hernández, A., Jiménez-Bravo, L., Ángeles-Garay., U., (2019). Prevalencia de lavado de manos y factores asociados al incumplimiento. Estudio de sombra. Recuperado de http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_enfermeria/article/view/542
- Pittet D, Hugonnet S, Harbarth S, Mourouga P, Sauvan V, Touveneau S, et al. Effectiveness of a hospital wide programme to improve compliance with hand hygiene. Lancet. 2000; 356(9238):1307-12.

Capítulo 1243

ACTUACIÓN SANITARIA FRENTE AL MALTRATO INFANTIL

MARIA ELOINA AVENDAÑO

1 Introducción

El personal sanitario tiene un papel muy importante en la detección del maltrato infantil, cuando los profesionales tengan una minima sospecha tienen que activar un protocolo y coordenarse con el resto de profesionales, tienen que ser cautelosos y actuar con prudencia y en estos casos siempre prevalecera el interés del menor antes que el de cualquiera.

Un niño que sufre malos tratos ya sean fisicos o psicologicos, está viviendo un acontecimiento traumático y puede tener efectos en su desarrollo evolutivo y en su salud. El profesional sanitario con su intervencion pasa a convertirse en una persona clave en el proceso de recuperación del menor. Según el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, se reconocen cuatro tipos de maltrato infantil:
1. Maltrato físico
2. 2. Maltrato emocional
3. 3. Negligencia
4. 4. Abuso sexual

Pueden existir distintos tipos de maltrato, el maltrato puede ser Intrafamiliar, esto quiere decir que el maltratador es uno de las personas de su familia. Cuando la persona maltratadora es el cuidador o cuidadora principal del menor, dicho menor está en una situación de desprotección y se requiere la intervencion sanitaria y social URGENTE.

El menor también puede ser maltratado por un familiar pero que dicho familiar no sea su cuidador o cuidadora habitual, pero cuando el menor queda con ese familiar lo dejamos en una situacion de desprotección, este tipo de casos requiere la intervencion sanitaria y social para garantizarle al menor la protección. Y también se puede dar el caso que el menor sea maltratado por una persona que no pertenezca a su familia, esto seria un maltrato extrafamiliar, en este caso los responsables serian los tutores legales del niño porque son los responsables de poder garantizarle al menor una protección, requiriendo también una intervención sanitaria y/o social.

2 Objetivos

El principal objetivo que tenemos el personal sanitario ante una de estas situaciones es detectarlo y actuar cuanto antes. Es muy dificil determinar la indicencia real del problema, ya que solemos detectar los casos de riesgo social o de maltrato mas graves y evidentes, pero se nos escapan muchos casos. Cuando un niño llega con un moraton, golpe en el labio, fractura de alguna extemidad, etc.

El familiar que acompaña al menor en ese caso relata su versión de lo ocurrido, junto a la información insuficiente que tenemos en ese momento los profesionales y el miedo a la denuncia pues muchas veces entorpece el procedimiento y termina favoreciendo al que puede ser el maltratador y terminamos pasando por alto algunas cosas que se nos escapan de las manos. No podemos activar un protocolo de maltrato cada vez que un menor viene con una fractura y eso termina desfavoreciendo a algunos menores en los que se pasan por alto casos de maltrato.

3 Metodología

Búsqueda de datos en paginas web y diferentes libros, así como estudios o artículos contrastados por médicos. Después de recopilar la información sobre el tema tratado se reconstruye un tema con todos los datos.

4 Resultados

El personal sanitario se puede encontrar con distintos casos de maltrato y deberia de saber actuar ante cada uno de ellos de la mejor manera posible para que el menor sufriera emocionalmente lo menos posible:

Maltrato fisico:
- cualquiera lesión fisica que sea intencionada
- Lesiones cerebrales que se producen al sacudir a un bebe en repetidas ocasiones lo que conocemos como el sindrome del niño zarandeado.El motivo más frecuente suele ser un llanto inconsolable que provoca la frustración y el enfado y finalmente zarandea al niño
-maltrato psicologico o emocional: · cuando alteras negativamente e intencionadamente el vinculo afectivo con el menor, puede ser ; 1.PASIVO : abandono emocional, carencia afectiva . 2.ACTIVO : Castigos excesivos, aislamiento social, criticas desproporcionadas, bajarle la autoestima, hacerle sentir de menos…
- negligencia: ignorar la atencion de las necesidades basicas del menor como puede ser su higiene, alimentación, salud…
-abuso sexual: cualquier alteración que implique un estimulo sexual sobre el menor, el agresor o terceras personas.

5 Discusión-Conclusión

El personal tiene que tener cuidado y actuar con cautela, las personas que en este caso se sienten atacadas y juzgadas son los dichos maltratadores, pudiendo llegar a ponerse agresivos con el personal y queriendo sacar al menor del centro. Debemos activar todos los protocolos y llamar a los servicios de protección de la guardia civil para poder garantizar la seguridad del menor y la de dicho trabajador.

6 Bibliografía

- https://www.psicologia-online.com/el-maltrato-infantil-tipos-causas-consecuencias-y-prevencion-3136.html
- https://www.educo.org/Tipos-de-maltrato-infantil-y-consecuencias

Capítulo 1244

INTRODUCCIÓN A LA PATOLOGÍA TIROIDEA.

DANIEL CORDERO CHOI

1 Introducción

La glándula tiroides está situada en la parte anterior del cuello, tiene forma de mariposa y su función es la regulación de los metabolismos del cuerpo a través de la producción de hormonas tiroideas (T3 y T4). Estas hormonas se transportan por la sangre y va a todas las células que componen el organismo donde realiza sus funciones. Su actividad está regulada por la hormona TSH, secretada por la hipófisis, por lo que una alteración en la producción o en la funcionalidad de la TSH afectará de forma directa en la producción y secreción de hormonas tiroideas produciendo enfermedad.

Las alteraciones cuantitativas y cualitativas de las hormonas tiroideas tienen gran repercusión sobre el organismo, y la mayoría son muy frecuentes en el departamento endocrino.

2 Objetivos

Ofrecer una introducción de las patologías tiroideas a los técnicos sanitarios.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica

existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Bibliografía

-http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812016000400018.
-http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1025-55832004000100006&script=sci_arttext.
- Manual de patología tiroidea. Año 2018, Fundación Merck Salud. ISBN: 978-84-16813-65-0

Capítulo 1245

LABORATORIO DE MICROBIOLOGÍA

LUCÍA QUIRÓS VÁZQUEZ

1 Introducción

Un laboratorio de Microbiología es un lugar habilitado para manejar y estudiar microorganismos. El trabajo debe realizarse de acuerdo con los estándares técnicos y de seguridad propios de un laboratorio de Microbiología Clínica.

Es importante recordar que la finalidad es determinar los microorganismos presentes en la muestra por lo que es preciso extremar las precauciones para evitar contaminaciones que den lugar a resultados erróneos. Todas las muestras deben ser manejadas con precaución por su potencial patogenicidad.

Para deshacerse del material contaminado se deben utilizar recipientes adecuados que deben ser esterilizados posteriormente. Nunca se puede tirar nada contaminado por el fregadero o al cubo de la basura común sin haber sido esterilizado previamente.

El el laboratorio deben existir unas recomendaciones generales de limpieza y en caso de vertidos realizar procedimientos de limpieza de superficies externas mediante papel humedecido con solución desinfectante (alcohol 70%, desinfectante fenólico diluido, etc.). Aclarar con agua los restos de desinfectante.

En caso de usar soluciones de hipoclorito en zonas metálicas, limpiar posteriormente para evitar el efecto corrosivo.

En caso de derramamientos de material peligroso o formación de aerosoles: evitar inspiraciones de esos aerosoles, esperar 30 minutos hasta que las partículas se hayan depositado y limpiar con mascarilla, guantes y otros útiles protectores.

En caso de vertido de materiales, cubrir la superficie con desinfectante y posteriormente cubrir con papel humedecido con desinfectante. Dejar durante 15 minutos y limpiar. En caso necesario aclarar con agua.

En caso de derramamientos menores limpiar el material vertido mediante papel humedecido y posteriormente aclarar, cuando sea necesario.

Los laboratorios deberán disponer de los aparatos e instrumental necesario para el correcto desarrollo de su actividad. Es imprescindible la existencia de un procedimiento sobre medidas de protección personal en el manejo de equipos y aparatos.

Debe existir un procedimiento de control de calidad en el laboratorio de Microbiología Clínica que implique la monitorización de los medios e instrumentos, con el fin de asegurar la adecuada realización de los aislamientos, identificación y caracterización de los patógenos y la realización precisa de las pruebas de sensibilidad a los antimicrobianos como referencia terapéutica. El sistema de la calidad deberá contemplar la existencia de registros de formación de personal.

Los equipos del laboratorio deben funcionar de forma que se asegure la reproducibilidad de los resultados de las pruebas diagnósticas.

El laboratorio deberá estar bajo la dirección y responsabilidad de un facultativo con la especialidad correspondiente, legalmente capacitado para realizar aquellas determinaciones clínicas que el laboratorio tenga autorizadas.

El personal técnico y sanitario del laboratorio deberá disponer la titulación adecuada para las funciones que desarrolla de conformidad con la legislación vigente.

2 Resultados

Estructura del laboratorio:
- Área administrativa.
- Área de recepción de muestras.
- Área de extracción.
- Área de trabajo: análisis y procesado de muestras.
- Área de esterilización.
- Área de preparación de medios.
- Almacén de reactivos.

- Área de seguridad microbiológica.

-Fase preanalítica. Solicitud de análisis.
1.Toma de la muestra. Las muestras enviadas al laboratorio de microbiología deben ser idealmente obtenidas en el período donde haya mayor excreción del agente infeccioso, desde un sitio representativo de la infección y en una cantidad suficiente que garantice su buen procesamiento en el laboratorio, usando técnicas apropiadas que eviten la contaminación.
2.Transporte de la muestra al laboratorio. La demora debe ser mínima. Se debe mantener la viabilidad de los microorganismos durante el transporte (medios de transporte, refrigeración, anaerobiosis, etc.). Por otro lado, los sistemas de recolección utilizados deben ser estériles, herméticos y apropiados al tipo y volumen de muestra que se desea obtener.
3. Recepción y registro de la muestra en el laboratorio: las condiciones de transporte de las muestras deben ser mantenidas cuidadosamente, desde su recolección hasta su recepción en el laboratorio, ya que permiten mantener su integridad. Éstas deben llegar rotuladas perfectamente y con la información completa, idealmente con una etiqueta adherida al envase, conteniendo los mismos datos de la orden de examen. Se deben incluir en la orden o solicitud de examen, todos aquellos datos del paciente, que permitan elegir el mejor procedimiento para el aislamiento del patógeno.

-Fase analítica.
El diagnóstico microbiológico directo permite evidenciar directamente el microorganismo o parte de su estructura en una muestra. La observación directa de la muestra entrega una información rápida a través de la examinación microscópica de la misma, donde es posible observar bacterias, hongos, algunas estructuras parasitarias e inclusiones virales.

Una de las tinciones más utilizadas en el laboratorio de microbiología es la tinción de Gram la cual permite agrupar a las bacterias según su reacción tintorial (Gram negativo o Gram positivo), morfología (cocos, bacilos, cocobacilos) y agrupación (racimo, cadena, diplo, empalizada). La tinción de Gram también permite observar células y levaduras.

El cultivo de la muestra constituye una técnica básica para poder aislar y posteriormente identificar los microorganismos presentes, a través de la siembra e incubación en medios de cultivo artificiales. El éxito del procedimiento es depen-

diente de las condiciones de incubación.

Susceptibilidad Antimicrobiana. El estudio de susceptibilidad antimicrobiana (antibiograma o antifungigrama). Es un método que determina, in vitro, la susceptibilidad de las bacterias y hongos, respectivamente, a los antimicrobianos, bajo condiciones específicas y estandarizadas de laboratorio.

La difusión con disco (método de Kirby-Bauer) es una técnica económica, que entrega información cualitativa de la sensibilidad de un microorganismo a un determinado antimicrobiano (sensible, intermedio o resistente).

La Epsilometría o E-test, entrega información cuantitativa de la sensibilidad del microorganismo, determinando la Concentración Inhibitoria Mínima (CIM) de un antimicrobiano.
La Dilución es la metodología estándar de oro para obtener la susceptibilidad antimicrobiana.

Diagnóstico directo no tradicional:
1. Los métodos inmunológicos, los cuales detectan antígenos del microorganismo utilizando un anticuerpo específico, el cual está unido a un sistema de detección. Según la técnica de inmunodiagnóstico que se utilice, es posible detectar el antígeno directamente desde la muestra o a partir de un microorganismo ya aislado desde un cultivo.
2. Los métodos basados en ácido nucleico han tenido un gran avance en la última década, apareciendo técnicas altamente sensibles y específicas, capaces de detectar y cuantificar pequeñas cantidades de ADN (Ácido Desoxirribonucleico) o ARN (Ácido Ribonucleico) de microorganismos no cultivables in vitro o desde un microorganismo aislado desde un cultivo. La técnica más utilizada en microbiología para realizar la amplificación de ácidos nucleicos es la Reacción de Polimerasa en Cadena (RPC). La secuenciación de productos de RPC, permite la identificación de bacterias a través de la comparación del resultado de la secuenciación con secuencias ya conocidas en bases de datos.
3. La espectrometría de masa es una metodología recientemente incorporada al diagnóstico microbiológico. Ésta permite una rápida detección de un microorganismo aislado desde un cultivo a través del análisis de sus proteínas y posterior búsqueda y comparación de su espectro de proteínas en una base de datos, donde se identifica el microorganismo a nivel de género y especie.

El diagnóstico microbiológico indirecto o estudio serológico permite detectar indirectamente un agente patógeno a través de los anticuerpos específicos produci-

dos por el hospedero frente a dicho patógeno. Además permite diferenciar una infección primaria de una reinfección o infección crónica, debido a que la respuesta serológica en cada una de estas situaciones es diferente. Las técnicas empleadas para la detección de anticuerpos utilizan antígenos conocidos, que se unirán de forma específica a los anticuerpos presentes en la muestra del paciente. Los laboratorios de microbiología utilizan principalmente:
- Las técnicas de ELISA.
- Inmunofluorescencia indirecta.
- Floculación. La técnica de floculación es utilizada para realizar las pruebas de VDRL y RPR: para diagnosticar infección por Treponema pallidum, una bacteria que no es cultivable.

Fase postanalítica.
Esta fase comprende la distribución de informes y el archivo de muestras. Se suelen incluir en esta fase procesos transversales como la gestión del almacén, la gestión de la calidad y el análisis estadístico.
- Archivo de muestras. En este proceso se gestionan las muestras procesadas por el técnico de laboratorio que las destruye, las almacena (seroteca) por requerimientos legales o clínicos, o bien las reprocesa debido a que la la analítica no esta completa o el facultativo ha ordenado ampliar o repetir alguna prueba durante el proceso de validación.
- Informes. Se distribuyen los informes analíticos con los resultados previamente validados: mediante impresión tradicional, consulta on-line, o exportación a otros sistemas.
- Estadísticas. Toda la información generada en el laboratorio puede ser analizada por los gestores del centro y los responsables del laboratorio. Se demandan estadísticas de gestión (actividad, tiempos de respuesta, incidencias, indicadores de calidad) y estadísticas clínicas que analizan los resultados de las pruebas. Una parte importante de las estadísticas clínicas son las específicas de microbiología, que analizan gérmenes y antibióticos para estudios de epidemiología y salud pública.
- Repositorio de datos. El sistema informático de laboratorio contiene toda la información relativa a las analíticas de los pacientes y puede ser visto como un repositorio de datos que suministra información a otras aplicaciones, bien con fines clínicos o estadísticos.

Existen otros procesos que se efectúan en el laboratorio y que son comunes a todas las fases, aunque se suelen incluir en la fase postanalítica.

- Almacén. Gestión de existencias y pedidos de reactivos y otros materiales fungibles.
- Gestión de la calidad. Además de los controles analíticos, los sistemas de aseguramiento de la calidad requieren del registro de incidencias, procedimientos normalizados de trabajo (PNT), indicadores, acciones correctivas y preventivas, mantenimiento de los equipos, etc.
- Facturación. Aunque un programa de laboratorio no es una aplicación de contabilidad, si que es necesario generar las facturas de las analíticas, pues la aplicación de las tarifas es un proceso complejo que no suelen contemplar los programas de contabilidad.

Los resultados de cada análisis se deben informar de forma exacta, clara, sin ambigüedades y de acuerdo con las instrucciones específicas de los procedimientos de análisis:
- El laboratorio debe definir el formato y el soporte del informe (es decir, electrónico o en papel) y la manera en que es comunicado desde el laboratorio.
- El laboratorio debe tener un procedimiento para asegurar la exactitud de la transcripción de los resultados del laboratorio
- Los informes deben incluir la información necesaria para la interpretación de los resultados del análisis.
- El laboratorio debe tener un procesos para notificar al solicitante cuando se retrasa un análisis que podría comprometer el cuidado del paciente.

El laboratorio debe asegurarse que los siguientes atributos se informen eficazmente en los resultados del laboratorio y satisfacen las necesidades de los usuarios:
- Observaciones sobre la calidad de la muestra que pudiera comprometer los resultados del análisis.
- Observaciones sobre la idoneidad de la muestra con respecto a los criterios de aceptación/rechazo.
- Los resultados críticos cuando sea aplicable. d) Comentarios interpretativos sobre los resultados, cuando sea aplicable, que puede incluir la verificación de la interpretación de los resultados automáticamente seleccionados e informados en el informe final.

El laboratorio debe establecer procedimientos documentados para la liberación de resultados, incluyendo detalles de quien puede liberar los resultados y a quién. Los procedimientos deben asegurar que se cumplen las siguientes condiciones:
- Problemas de calidad de la muestra que pueden influir en el resultado.

- Resultados entran en intervalos de “alerta”o “críticos”.
- Resultados legibles, sin errores de transcripción entregados a personas autorizadas.
- Todo informe provisorio es seguido de un informe final.
- Resultados vía oral deben ser seguidos de un informe escrito.
- Registrar todos los resultados orales provistos.

3 Discusión-Conclusión

• Un error es un evento adverso que puede darse en cualquier fase del ciclo de laboratorio.
• La postanalítica es la segunda fase donde más errores ocurren (19-47%).
• Es imposible eliminar completamente los errores pero se pueden reducir los mismos.
• La normalización de los procesos del laboratorio facilita la identificación y disminución de errores.

4 Bibliografía

- https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864014700720
- https://alkemi.es/blog/laboratorio-de-microbiologia/
- http://campus.usal.es//Practicas_odontologia/unidades/labv/LabMicro/practica1.html
- https://slideplayer.es/slide/3474794/

Capítulo 1246

LA ORTODONCIA EN LA POBLACIÓN.

MARIA BELEN VEGA MENENDEZ

LIDIA FERNANDEZ VILLABRILLE

NURIA ALVAREZ ALVAREZ

1 Introducción

La ortodoncia es la especialidad de la Odontología que se encarga del estudio, prevención, diagnóstico y tratamiento de las anomalías en cuanto a la forma, posición y función de los dientes y maxilares y así corregir las posibles alteraciones para mejorar tanto a nivel de funcionalidad como de estética repercutiendo en nuestra salud oral.

El origen etimológico de la palabra ortodoncia proviene de los siguientes vocablos griegos: ortos, que puede definirse como “correcto”; odon “diente”; y el sufijoia cuya traducción es “acción”.

Debido a que el desarrollo definitivo de las estructuras faciales y dentales dura entre 18 y 25 años esto permite que factores genéticos y ambientales influyan sobre la dentición y la armonía facial. Por ello no existe un acuerdo total sobre el momento en el que debe tratarse una maloclusión pero las intervenciones tempranas pueden ser más beneficiosas que cuando haya cesado el crecimiento craneofacial ya que en este caso el tratamiento terapéutico sería más limitado.

Tipos de ortodoncia
En términos generales, podemos hablar de ortodoncia fija y removible.
- Ortodoncia fija.

Consiste en la colocación de una aparatología fija en los dientes. Normalmente es conocida como brackets, que son los aparatos que van sujetos a los dientes. Es la más utilizada actualmente. Esta aparatología fija pueden ser metálica o de porcelana que es más estética. Se recomienda a partir de los 12-13 años de edad ya que el niño ya ha completado la etapa de transición de dientes de leche o temporales a dientes definitivos.
Los pacientes adolescentes normalmente prefieren los brackets metálicos ya que pueden elegir las ligaduras de colores en cada revisión y esto les resulta algo más ameno de llevar facilitando así su colaboración y su motivación.
La ortodoncia fija puede ser de dos tipos:
Brackets externos: se colocan en la parte externa de la arcada dental por lo que son claramente visibles. Pese a ello, son los más utilizados por ser de menor coste y de mayor resistencia en el caso de los niños y adolescentes. Sin embargo, también hay brackets a los que se denomina estéticos, ya que son menos visibles al estar fabricados con materiales plásticos, cerámica o zafiro.
- Ortodoncia Lingual: los brackets se colocan en la parte interior de la arcada dental, quedando libre la superficie externa de los dientes. De ahí que sea la opción más adecuada para aquellas personas que se preocupan de su estética.
- Ortodoncia Removible.
Hay dos tipos:
- Ortodoncia infantil: son aparatos fabricados en materiales acrílicos y que se fijan mediante unos ganchos a los molares. Se usan especialmente en niños de 7-8 años, que deben llevarlos al menos durante la noche y entre 4 y 6 horas al día, aunque cuanto más tiempo se lleven más rápida será la corrección.. Tienen la ventaja de que se pueden quitar, por ejemplo, para comer y lavar los dientes, lo que facilita la higiene bucal y la limpieza del aparato.
- Ortodoncia invisible o sin brackets: es la última novedad en ortodoncia. Son férulas fabricadas en silicona o materiales similares al plástico y son casi imperceptibles para los demás. Se pueden quitar y poner siempre que sea necesario. Para su fabricación se escanea minuciosamente la dentadura del paciente en 3D y esto permite simular los cambios que se producirán semanalmente en la corrección de los dientes. Por ello se fabrican distintos moldes que el paciente irá cambiando en la medida en que se vayan consiguiendo los objetivos establecidos en la simulación.

El tiempo de duración del tratamiento dependerá de cada caso, suele oscilar entre un año a dos años.
La ortodoncia tiene un tiempo de adaptación en los pacientes ya que los dientes y las mucosas detectan ese "cuerpo extraño", y esto puede provocar algunas mo-

lestias durante la primera semana.

2 Objetivos

- Ampliar información sobre la ortodoncia ya que es un tratamiento odontológico muy común.
- Destacar los beneficios de esta técnica.
- Concienciar a los usuarios de llevar una buena higiene bucal y de seguir las recomendaciones y revisiones fijadas por el ortodoncista.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Bibliografía

- https://www.consejodentista.es
- https://www.tesisenred.net
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 1247

ACTUACION DEL PERSONAL NO SANITARIO CONTRA LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN EL ENTORNO SANITARIO

CRISTINA GONZALEZ

1 Introducción

Podemos definir la violencia de género como recoge la ley, en violencia física, psicológica, amenazas, coacciones, privación de la libertad y agresiones sexuales. Hoy día la violencia contra las mujeres es uno de los mayores problemas que existe en nuestra sociedad a nivel mundial, años atrás era catalogado como un problema o conflicto familiar pero a lo largo de los años la presión social ejercida por las mujeres a través de las asociaciones feministas se hizo muy visible la gravedad del asunto haciendo que los gobiernos tomaran conciencia de ello y fue en el año 2004 que se creó la primera ley Orgánica 1/2004 de medidas de protección integral contra la violencia de género, en esta ley se evidencia un maltrato a la mujer por el mero hecho de ser mujer. La finalidad es darle un tratamiento integral al maltrato familiar pero enfocado a la violencia de la mujer que pueda estar regulado.

La Organización Mundial de la Salud afirma que la violencia de género es el problema principal en salud pública, y por ello es importante las intervenciones desde todos los ámbitos educativos, sociales y sanitarios. Según diversos estudios realizados el patrón de mujer maltratada son aquellas que han sido testigos o víctimas de violencia en su infancia, que pueden estar sufriendo o han sufrido un

aislamiento social, que dependen económicamente y también que poseen un bajo nivel educativo. En especial aquellas mujeres que tienen interiorizado los valores tradicionalmente ”femeninos” como son el silencio y la obediencia; mujeres que no han podido por sus circunstancias desarrollar proyectos de vida propios y cuya vida está en función de su pareja de la que dependen tanto social como económicamente.

2 Objetivos

- Describir la situación actual acerca de la lucha contra la violencia de género.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica en la base de datos de Dialnet, referente a publicaciones y artículos más relevantes en estos últimos años sobre la violencia de género de mujeres, maltrato a mujeres, problemas de pareja, violencia intrafamiliar con enfoque de género. Se han consultado los protocolos y guías de actuación por el personal sanitario y no sanitario ante la violencia de género creados en el seno de la comisión del Consejo Interterritorial así como la ley orgánica 1/2004 sobre la violencia de género llegando a conclusiones sobre la coordinación en planes de actuación.

4 Resultados

El tipo de violencia que sufren puede ser física, psicológica, sexual, aislamiento social y familiar y un control total sobre su persona. La violencia de género se considera un problema muy complejo para la salud y no un problema íntimo de la pareja. Los servicios sanitarios es lugar perfecto para la detección de la situación de maltrato ya que las mujeres acuden a consultar las secuelas del maltrato pero no el maltrato que en muchas ocasiones queda oculto para el personal sanitario y no sanitario.

Detectar un maltrato cuando una mujer no quiere colaborar es complicado para un profesional, pero dentro de su responsabilidad está la de esclarecer el caso y llegar a una conclusión. Para ello debe aislar todo lo que evidencia el maltrato y hondar en los sentimientos de la mujer. Es la ley orgánica 1/2004 donde establece en su artículo 15 que sean las Administraciones Sanitarias, en el seno del

Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, quienes promuevan las actuaciones en las que los profesionales sanitarios permitan la detección precoz de la violencia de género y establecerán las medidas necesarias para mejorar la eficacia en la lucha contra este tipo de violencia mediante el desarrollo de programas de sensibilización y formación continuada del personal sanitario y no sanitario para impulsar un diagnóstico prematuro ante la asistencia y la recuperación de las mujeres maltratadas.

Es evidente que la violencia de género contra las mujeres es un problema que surge a lo largo de la historia que se presenta de diferentes formas y aptitudes pero es un problema de todos. Los servicios de salud son los responsables de establecer protocolos de actuación ante estas situaciones que se presenten. No todas las situaciones de maltrato que se presentan en los servicios de salud son iguales por lo que los profesionales deben determinar qué protocolo deben de seguir que más se adecue a esa situación. Debe existir una buena coordinación tanto entre el personal, no sanitario y sanitario, que asiste ese maltrato como todos los servicios del sistema sanitario que intervienen en el proceso, donde la mujer sienta tranquilidad, confianza y que sienta que va a ser entendida en todo momento dando el apoyo necesario para crear ese clima en el que ella de una forma libre y respetada pueda hacer frente a su gran problema, además coordinación con los distinto organismos que intervienen en el proceso.

Es por tanto que la administración pública debe:
- Sensibilizar al personal sanitario y no sanitario sobre la gravedad del impacto en la salud de la violencia de parejas sobre la mujer.
- Mejorar la detección y prevención del maltrato de la mujer.
- Establecer protocolos de actuación para la detección del maltrato de una mujer cuando acude a un centro de salud.
- Establecer circuitos de actuación entre los diferentes niveles asistenciales.
- Actualizar el conocimiento basado en la evidencia y experiencia científica de los últimos años.

Ante una situación de maltrato, siempre respetando tanto el momento como el espacio, nuestro deber es hacerle una exploración que evidencie el maltrato y una entrevista donde ella pueda mostrar sus sentimientos o aptitudes que comprueben el maltrato. También debe ser observada la conducta de estas mujeres entre las que podemos destacar olvido reiterado de citas de consulta, vestir ropa inadecuada para la época del año, mostrar agresividad sin causa justificada, salida repentina de la consulta, defienden cualquier conducta agresiva de sus parejas.

Existen unos protocolos de actuación en todo el servicio sanitario que se han ido adecuando y adaptando a lo largo de los años ya que en el maltrato ha habido una evolución.

5 Discusión-Conclusión

Es importante una formación continuada, en el que el personal tanto sanitario como no sanitario, estén actualizados en los protocolos de detección y actuación que deben seguir cada uno en su competencia profesional para llevar acabo una buena coordinación entre todo el personal para que el resultado sea satisfactorio, sobre todo para la mujer que lo sufre.

6 Bibliografía

- Aguar Fernández, M; Delgado Sánchez, A, Castellano Arroyo, M; Luna del
- Castillo, JD. Prevalencia de malos tratos en mujeres que consultan al médico de familia. Aten Primaria 2006; 37:241-2.
- Aretio, Antonia. Aspectos éticos de la denuncia profesional de la violencia contra las mujeres. Gaceta Sanitaria 2007, Vol. 21(4):273-7.
- Protocolo de actuación sanitaria contra la violencia de genero 2012
- Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género
- Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del SNS y el procedimiento para su actualización

Capítulo 1248

TRASLADOS DE PACIENTES POR EL CELADOR

YOLANDA RODRÍGUEZ NAVA

NOELIA ALVAREZ FERNANDEZ

NATALIA NORIEGA LOREDO

PATRICIA SANCHEZ LOZANO

1 Introducción

El celador es personal no sanitario de una institución sanitaria, que se encarga de vigilar el mantenimiento y orden del hospital o centro de salud y está como apoyo al personal sanitario. Entre sus funciones el celador es la persona responsable de los traslados de los residentes tanto en centros de salud, hospitales, consultas, podría ser para hacer pruebas como radiografías, escáner, resonancias, colonoscopias, dar altas, ingresos, traslado del triaje de urgencias, interconsultas, subir a habitación tras estar en reanimación, cambio de plantas, traslado a quirófanos desde las habitaciones, pasar al paciente de la camilla a la mesa de operaciones y a la inversa…

Los traslados siempre deben de hacerse de la manera más adecuada, explicándole al paciente a donde se le va a llevar y de qué modo, evitar zonas concurridas de gente y corrientes para que no pase frío. El celador debe permanecer con el paciente hasta que llegue alguien y se responsabilice en el nuevo servicio al que vaya. Los traslados se realizan en cama, camilla, silla de ruedes o por su propio pie.

2 Objetivos

- Analizar las pautas de actuación en el traslado en cama y en sillas de ruedas por parte del celador.
- Describir las reglas básicas para el traslado correcto.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Traslado en cama.
Las camas pueden ser de muchas maneras rígidas, articuladas, traumatológicas, circoeléctrica, de levitación, dependiendo el tipo de paciente que la ocupe. Las camillas son las camas de exploración y también para realizar traslados cuando no es factible hacerlo en silla de ruedas debemos de cubrirlas con una sábana antes de acostar al paciente. Hay dos tipos que son las rígidas y las articuladas que nos permite elevar el cabecero hasta 90 °. En un traslado de una zona plana como puede ser un pasillo el paciente siempre irá de cara a la marcha que llevamos. Y el celador empujará la cama o camilla desde el cabecero. A la hora de subir una rampa con cama o camilla el celador empujará por el piecero subiendo primero la cama o camilla y después el celador. A la hora de bajar una rampa el celador caminará hacia atrás desde el piecero de la cama o camilla, delante del paciente y de espaldas a la pendiente. En ambos casos tanto al subir como bajar una rampa la cabeza del paciente siempre irá más elevada que los pies. A la hora de entrar en un ascensor entrará primero el celador tirando del cabecero de la cama o camilla, entrando los pies del paciente lo último. Para salir del ascensor el celador empujará por el cabecero de la cama o camilla por lo que los pies del paciente saldrán los primeros. En el caso de pacientes asistidos que precisen control por personal sanitario el celador dejará para estos la zona del cabecero y empujará la cama o camilla desde el piecero. En caso de que los traslados sean en camas eléctricas el celador debe asegurarse que no esté conectada al enchufe.

Traslado en sillas de ruedas:
Las sillas de ruedas tienen varias partes que se deben de revisar para la comodidad del paciente durante el traslado en posición de sedestación como son los apoyabrazos, ruedas, frenos, anchura del asiento, altura del respaldo y los apoyapiés. En este caso el celador empujará la silla de ruedas por la parte de atrás abriendo paso los pies del paciente. A la hora de entrar en un ascensor el celador entrará primero tirando de la silla de ruedas de espaldas al ascensor, y siempre que sea posible para salir igual saliendo primero el celador salvo que no se pueda dar vuelta en el interior del ascensor. A la hora de subir una rampa el celador empujará la silla por detrás y el paciente irá de cara a la pendiente. Si fuera muy elevada la rampa se subirá tirando de la silla de espaldas a la pendiente y primero el celador. A la hora de bajar una rampa el celador caminará de espalda a la pendiente siendo el primero en bajar y estar pendiente de no chocar con ningún objeto. A la hora de cruzar puertas abatibles pasará primero el celador antes que el paciente caminado este hacia atrás.

Hay unas reglas básicas para que los resultados de traslados de los pacientes se realicen correctamente:
- Que el paciente vaya cómodo durante todo el traslado.
- El celador compruebe siempre que el paciente esté sujeto para evitar caídas durante el traslado.
- El celador hará los movimientos suaves durante el traslado y no bruscos.
- El celador no abandonará al paciente hasta que llegue una persona y se haga responsable del mismo.
- El celador no dejará al paciente en corrientes de aire.
- El celador debe de empujar en vez de tirar.
- El celador usará puntos de apoyo externos.
- El celador pedirá la colaboración del paciente.
- El celador se ayudará de medios mecánicos si lo precisara o de la ayuda de otro compañero.
- El celador debe de saber el estado del paciente para poder movilizarlo.
- El celador en caso de pacientes con bolsa de orina, sueros, redones, oxígeno, deberá de comprobar que están en su sitio y tener cuidado con ellos durante el traslado que no entorpezcan o se enganchen con techos, puertas, ascensores…

5 Discusión-Conclusión

El celador suele ser de las primeras personas que el paciente y la familia toman contacto por lo que debe de ser paciente, saber escuchar y tener habilidades sociales como empatía y no hacer juicios de valor. Porque las circunstancias por las que pasan los familiares y pacientes suelen ser de angustia por malas noticias, por cansancio por tiempos de espera, por preocupación por no saber que le ocurre a un ser querido…

Los celadores no pueden hacer comentarios con los familiares y visitas sobre las exploraciones, tratamientos, diagnósticos o pronósticos de los pacientes, ante cualquier pregunta se le remitirá al médico responsable del paciente. Los celadores estarán atentos de que los pacientes cuiden el estado y no deterioren los útiles de los servicios, o el mobiliario como las sillas de ruedas, camillas, que usan para los traslados.

6 Bibliografía

- Celadoresonline.blogpost.com
- https://elblogdelcelador.files.wordpress.com
- www.auxiliar-enfermeria.com
- https://www.campustraining.es

Capítulo 1249

COMUNICACIÓN ASERTIVA EN EL AMBITO SANITARIO POR PARTE DEL PERSONAL NO SANITARIO

CRISTINA GONZALEZ

1 Introducción

La comunicación es la forma de intercambiar información entre dos o más personas, que permite establecer unas relaciones sociales entre los que nos rodean. En los entornos sanitarios tanto centros de salud como hospitales o cualquier otro medio sanitario, la comunicación es importante pero aún más importante es la forma en la que se realiza esa comunicación y la información que se transmite ya que estamos ante personas con sentimientos muy encontrados.

No todas las personas desarrollamos las mismas habilidades para comunicarnos entre nosotros, que es algo muy importante en determinados trabajos a los que estamos más expuestos ya que disponemos de información muy delicada. Una técnica importante que se debería tener en cuenta en toda comunicación es la asertividad que es una habilidad social en la que se transmite una información de una forma adecuada.

2 Objetivos

- Describir en qué consiste la comunicación asertiva y las pautas a llevar a cabo para llevar a cabo esta comunicación.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de distintas publicaciones en la base de datos de Dialnet sobre estudios y artículos en el trato a pacientes, formas de comunicación, capacidad comunicativa asertiva obteniendo como resultado poder encontrar la satisfacción del paciente.

4 Resultados

La información que se maneja en los entornos sanitarios es muy importante y delicada para la persona que la recibe, el personal que maneja esa información tiene que desarrollar unas habilidades sociales como la asertividad, comprensión, sensibilidad empatía, que le ayudan a desarrollar su trabajo de forma profesional.

Con la comunicación asertiva se desarrolla unas habilidades para transmitir la información de una forma concisa, clara, objetiva, honesta y transparente. Con el apoyo de la empatía por la otra persona poniéndote en su lugar y poder sentir y entender su conducta y razonamiento. Para desarrollar una comunicación asertiva es importante conocer un poco al paciente como edad, sexo, nivel cultural, nivel educativo, nivel socioeconómico para que desde la posición del profesional pueda ajustar sus habilidades sociales a las del paciente para llegar a él en igualdad de condiciones acompañándolos de una comunicación no verbal como gestos, señales, sonrisa, en el que el paciente se encuentre en un clima de confianza.

Una persona que domine la comunicación asertiva hace respetar sus derechos pero también respeta los de los demás, su habla es fluida utiliza un tono de voz adecuado no usa muletilla al hablar por ejemplo “eh, eh, eh..”, “ mmmm”, para apoyar su explicación, es correcto su trato, utiliza la comunicación no verbal para mostrar contundencia en su relato, expresa sus sentimientos tanto buenos como malos. La conducta asertiva la podemos situar entre una comunicación con un comportamiento entre pasivo y agresivo es una persona que sin estar en posesión de la verdad, escucha con calma y razona mediante la discusión respetuosa sobre otros puntos de vista distintos para poder llegar a un acuerdo.

En el trato con los pacientes, la negociación, en muchas ocasiones es muy necesaria para hacerle ver y entender determinados sucesos que son importantes en su recuperación, la comunicación debemos establecerla desde un rol terapéutico

en el que una persona ayuda a otra. Es importante que el paciente entienda toda la información para que pueda tomar una decisión que afecta a su recuperación.

En muchas ocasiones el llevar a cabo una buena comunicación asertiva es culpa de tiempo y paciencia por parte del personal ya que no se dispone de todo el tiempo que se necesita para conocer al paciente para así transmitirle la el información de una forma adecuada y en cuanto a la paciencia no todo el personal tiene habilidades de comunicación de una forma natural sino que se deben trabajar.

El personal de administración del ámbito sanitario es muy necesario poseer unas habilidades sociales en las que puedas transmitir la información de una forma clara, concisa pero además respetuosa, porque las personas que acuden son pacientes que en una u otra medida sus capacidades emocionales están distorsionadas con sentimientos encontrados y es responsabilidad del personal sanitario y no sanitario establecer un clima de confianza y respeto en el que se encuentren bien para recibir las noticias que les espera.

El personal de administración en el entorno sanitario es la primera persona que el paciente o usuario se encuentra cuando llega al centro, establecer una comunicación asertiva con un paciente es el modo más respetuoso de proceder ya que se encuentra en una situación de desconcierto por desconocimiento del medio, por miedo al diagnóstico, por la espera. En ocasiones las formas no lo acompañan pero el profesional es el encargado de reconducir la situación mostrando empatía pero sobre todo estableciendo una comunicación asertiva reconduciendo la situación de forma que el paciente o usuario que recibe esa información la entienda creando un clima de diálogo en el cual el paciente se encuentre cómodo para realizar preguntas.

5 Discusión-Conclusión

La mejor comunicación es aquella que llega al paciente y este se encuentra satisfecho es responsabilidad del profesional prepararse y estar al corriente de las diferentes técnicas que puede utilizar para que este encuentre esa satisfacción. Discutir sobre las personas pueden cambiar o no su forma de ser es complicado de resolver pero lo que sí es posible es adquirir unas formas y un saber estar mediante la formación. La educación es la base del ser humano y a partir de ahí nos podemos ir formando y moldeando en función de nuestras necesidades.

No todas las personas tienen las habilidades comunicativas desarrolladas pero si pueden llegar a ellas mediante la formación. Establecer una formación a lo largo de la vida profesional en la que se traten diferentes formas de actuar ante determinadas situaciones que se pueden dar en el día a día con pacientes y estudiando personalidades diferentes puede ayudar al profesional a saber cuál es la mejor forma de proceder. También es importante que el profesional pueda disponer de tiempo en el que pueda conocer al paciente o usuario para valorar cual es la forma de proceder ante esa persona para hacerse entender y que quede satisfecho con la forma de actuar del profesional.

6 Bibliografía

- Henderson V. "podemos dar un papel estelar a los pacientes. Invest. Educ.emferm.2000; 18(1):125-130
- Ríos Castillo J. Ávila Rojo T. "algunas consideraciones en el análisis del concepto; satisfacción del paciente. Invest. Educ.enferm. 2004;22(2):128-137
- J. Jovell.Medicina basada en la afectividad.Med Clin (Barc), 113 (1999), pp. 173-175

Capítulo 1250

CONSERVACIÓN Y ALMACENAMIENTO DE MATERIAS PRIMAS

CESAR CASAL CHICO

1 Introducción

Todas las materias primas tienen una temperatura ideal para su conservación y almacenamiento, claro está que hay diferentes métodos par su conservación (envasado al vacío), para evitar la oxidación en la medida de lo posible y garantizar la duración con las propiedades organolépticas de los alimentos el mayor tiempo posible por medio de la cadena de frío, tanto frío positivo como negativo.

2 Objetivos

- Describir los diferentes métodos de conservación de alimentos.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión sistemática de artículos científicos sobre los métodos de conservación, publicados en revistas indexadas en bases de datos como Cochrane y Scielo.

4 Resultados

Hacer mención que hay diferentes métodos de conservación como son: conservación por frío, por calor, por químicos, por deshidratación, por uso de adictivos y por irradiación. En este caso hablaremos de las temperaturas de conservación en frío (positivo o negativo).

- Refrigeración: consiste en mantener el alimento a bajas temperaturas sin que llegue a congelarse (2 - 8 ºC). A esta temperatura los microorganismos se multiplicarán muy lentamente.
- Congelación: consiste en someter el alimento a temperaturas inferiores al punto de congelación durante un tiempo reducido (18 ºC o menos). Este proceso provoca que parte del agua del alimento se convierta en hielo, de este modo los microorganismos existentes previos a la congelación no crecen, pero tampoco mueren. En este proceso es importante que la congelación se produzca en el menor tiempo posible para no afectar a las cualidades organolépticas del producto.
- Ultracongelación: se somete el alimento a una temperatura de entre -35 y -150 ºC, de nuevo, durante un breve periodo de tiempo.

Estos dos últimos son los procesos de conservación que menos alteraciones provocan en el alimento, especialmente la ultracongelación, puesto que los cristales de hielo que se forman durante el proceso son más pequeños y no llegan a lesionar los tejidos del alimento.

5 Discusión-Conclusión

Se consigue una mayor duración del producto manteniendo las cualidades organolépticas y sin peligros de proliferación de bacterias que harían que la inocuidad del alimento se viera afectada. La conclusión final es que es vital el buen conocimiento de los métodos de conservación temperaturas en diferentes tipos de alimentos, para que su conservación sea exitosa sin peligros para el comensal y sin que se modifique las propiedades del alimento.

6 Bibliografía

www.aesan.es

Capítulo 1251

IMPORTANCIA DEL SEGUIMIENTO E IDENTIFICACIÓN DE LAS MATERIAS PRIMAS

CESAR CASAL CHICO

1 Introducción

El seguimiento e identificación de una materia prima (trazabilidad) de la cadena de suministro, supone una serie de beneficios y mejoras prácticas como pueden ser la garantía de la entrega exacta y la mejora y agilización del proceso asociado a la expedición y recepción de la mercancía. Un sistema de trazabilidad bien implantado permite en caso de una crisis alimentaria acortar el tiempo de reacción lo que disminuye los costes y la producción a retirar.

2 Objetivos

- Describir los tipos de trazabilidad existentes.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una revisión sistemática de artículos científicos sobre la trazabilidad publicados en revistas indexadas en bases de datos como Scielo y Cochrane.

4 Resultados

La trazabilidad sirve para controlar individualmente cada partida y lote lo cual mejorará la gestión de stocks y producto almacenado y controlar la evolución del producto. Por ello es importante hacer de la trazabilidad una herramienta fundamental del sistema de calidad. Una buena gestión de trazabilidad permitirá detectar, acotar y analizar problemas con gran celeridad, y retirar selectivamente productos con alguna incidencia.

Podemos decir que existen tres tipos de trazabilidad :
- Trazabilidad ascendente (hacia atrás): saber cuales son los productos que son recibidos en la empresa, acotados con alguna información de trazabilidad (lote, fecha de caducidad/consumo preferente), y quienes son los proveedores de esos productos.
- Trazabilidad interna o trazabilidad de procesos: trazabilidad dentro de la propia empresa.
- Trazabilidad descendente (hacia delante): saber cuales son los productos expedidos por la empresa, acotados con alguna información de trazabilidad (lote, fecha de caducidad/consumo preferente) y saber sus destinos y clientes.

5 Discusión-Conclusión

El seguimiento de la cadena de suministro supone una serie de beneficios y mejoras prácticas como pueden ser la garantía de la entrega exacta y la mejora y agilización del proceso asociado a la expedición y recepción de la mercancía. Un sistema de trazabilidad bien implantado permite en caso de una crisis alimentaria acortar el tiempo de reacción lo que disminuye los costes y la producción a retirar.

La conclusión es que gracias a la trazabilidad, la gestión de materias primas se optimiza y sobre todo se identifica el recorrido de dicha materia desde que sale de los productores hasta cliente final, lo cual es fundamental en caso de algún tipo de incidencia .

6 Bibliografía

- www.aecosan.es

Capítulo 1252

FUNCIÓN Y TIPOLOGÍA EN LAS DIETAS DE PACIENTES

CESAR CASAL CHICO

1 Introducción

Las dietas hospitalarias son planes de alimentación mediante las cuales se seleccionan los alimentos más adecuados para cada enfermo. Son de naturaleza individualizada dependiendo de las necesidades o restricciones de cada paciente. El principal objetivo de las dietas hospitalarias es cubrir las necesidades fisiológicas (apetito, energía y hedónicas), pero también las necesidades nutricionales, por tanto deben de ser siempre individualizadas dependiendo de las características fisiopatológicas de cada paciente. Se diseña por tanto un sistema de dietas con múltiples combinaciones que cubran todas las necesidades nutricionales y las particularidades de cada paciente velando por su adecuado funcionamiento.

2 Objetivos

- Analizar el tipo de dieta existente en el ámbito hospitalario, así como su importancia en el enfermo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Para facilitar la labor de creación de dietas equilibradas y su consiguiente aplicación, se crean códigos de dietas hospitalarias dependiendo de la patología de cada paciente, creando así menús que se intenten acercar lo más posible a una alimentación sana y equilibrada. Estos códigos abarcan todas las dietas de uso más habitual, existiendo códigos especiales según patologías como: insuficiencia hepática, insuficiencia renal, celiaquía, intolerancia gástrica, gastroenteritis, etc. Las dietas más habituales son: basal, líquida, semiblanda, blanda, 1000 Kcal, 2000 Kcal y 3000 Kcal. Existen también dietas especiales de fácil digestión, al igual que dietas individuales para prescripciones muy complejas.

Es trabajo del sanitario darle la importancia que se merece al cuidar de la alimentación de los pacientes hospitalizados, no sólo para que estos se mantengan bien alimentados, sino para que puedan disfrutar de su momento y de su comida. Lo que se pretende conseguir con una dieta adecuada para cada enfermo es que estos se recuperen antes y mejor de sus patologías .

5 Discusión-Conclusión

La alimentación en los centros hospitalarios, es un reto para los profesionales de la salud que tienen la responsabilidad de diseñar, planificar, programar y controlar la elaboración de dietas. Uno de los múltiples factores más importantes es el nutricional sin hacer olvido al gastronómico, un equilibrio que logra finalmente que el acto de comer se realice de manera espontánea y satisfactoria. La comida hospitalaria más que ninguna otra, requiere de la colaboración de nutrición y dietética con cocina y alimentación, ya que deben ir encaminadas hacia el mismo fin: la correcta alimentación de los pacientes ingresados y de la manera culinaria más agradable posible.

6 Bibliografía

- www.universidadviu.es
scielo.isciii.es www.nutricionhospitalaria.org

www.aulamedica.es
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
https://medlineplus.gov/spanish/
https://www.scielo.org/es/

Capítulo 1253

GESTIÓN DEL ASEGURAMIENTO SANITARIO EN ATENCIÓN PRIMARIA DE ASTURIAS

MARIA DE LA PAZ LARUELO RODRIGUEZ

1 Introducción

A principios de los años noventa comienza la implantación de la Tarjeta Sanitaria Individual (TSI) en todo el territorio nacional.
Las unidades administrativas de los Centros de Salud y Consultorios son la puerta de entrada de los ciudadanos/as a nuestro sistema de salud. Por ello es muy importante la información que se le proporciona para orientarle adecuadamente.

2 Objetivos

- Establecer las actuaciones generales a realizar por la Unidad de Administración del Centro de Salud (UACS).
- Incrementar el conocimiento sobre determinados aspectos relacionados con el Aseguramiento Sanitario.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Actuaciones generales a realizar por la Unidad Administrativa del Centro de Salud (UACS):
En cualquier procedimiento:
- Identificar correctamente la demanda y situación del ciudadano/a.
- Consultar si existe un registro previo en SIPRES (Sistema de identificación poblacional y de recursos) y, en caso afirmativo, comprobar su situación.
- Revisar y verificar la documentación aportada.
- Realizar el alta/modificación en SIPRES.

Si requiere asignación o cambio de médico:
- Ofrecer la elección de facultativo según procedimiento del R.D. 1575/1993 ("Libre Elección de Médico").
- Una copia del documento de cambio de médico/a o del impreso se le entregará al solicitante y la otra quedará en poder de la Administración.

Si requiere emisión de Tarjeta Sanitaria (TSI):
- Imprimir dos copias del formulario de solicitud (solo para emisión inicial de Tarjeta Sanitaria; para emisiones sucesivas imprimir una copia); ponerles sello y fecha.
- Entregar una copia al usuario y ofrecerle la otra para que la firme y quede en poder de la Administración (esta última solo para emisión inicial de Tarjeta Sanitaria).
- Informarle de la validez provisional de la copia hasta que se reciba la TSI.
- Retirar las TSI que obren en poder del ciudadano/a (sean de nuestra Comunidad Autónoma o de otra) y remitirlas a la Unidad de Tramitación.
- Si se trata de un ciudadano extranjero informarle que la renovación de la TSI cuando caduque no será automática, deberá solicitarla en su Centro de Atención Primaria.

Si requiere emisión de Documento Temporal (desplazamiento o beneficiario de pensionista):
- Imprimir dos copias del documento (solo para emisión inicial; para renovaciones imprimir una copia); ponerles sello y fecha.

- Entregar una copia al usuario y ofrecerle la otra para que la firme y quede en poder de la Administración (esta última solo para emisión inicial).
- Informarle que el Documento Temporal debe acompañar a la Tarjeta Sanitaria siempre que acuda a los servicios sanitarios (a falta de TSI: resguardo de haberla solicitado o documento que acredite su situación de aseguramiento).
- Informarle de la caducidad y posibilidad y forma de renovación.

5 Discusión-Conclusión

Al ser el personal administrativo uno de los primeros en tomar contacto con el paciente resulta de suma importancia conocer e informar correctamente del procedimiento a seguir y de los requisitos necesarios que deben cumplir los ciudadanos. Por tanto, el trabajo del administrativo es fundamental dentro del equipo multidisciplinar para el cuidado integral del enfermo a tratar incluyendo los trámites de emisión de tarjeta sanitaria, siendo importante su formación profesional para ofrecer cuidados sanitarios de calidad

6 Bibliografía

- www.astursalud.es
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://medlineplus.gov/spanish/
- https://www.scielo.org/es/

Capítulo 1254

FUNCIÓN DE TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA VIGILANCIA DEL PACIENTE PSIQUIÁTRICO CON CONTENCIÓN MECÁNICA

ANA MILLAN GARCIA

1 Introducción

Entre las funciones del auxiliar de enfermería destacan la de proporcionar los cuidados de calidad y evitar que los pacientes se hagan daño a si mismos o a otros.Siempre y cuando se disponga de una orden medica aprobada,se podrá inmovilizar al paciente diferentes medidas de contención. La mayoría de las veces su aplicación es una intervención urgente que se realiza en contra de su voluntad para contener una conducta que es el resultado de una patología psiquiátrica. Hay que intentar que su duración sea lomas breve posible y su aplicación se desarrolle en condiciones optimas para el paciente.

2 Objetivos

Determinar las pautas de utilización de la contención como recurso terapéutico garantizando la seguridad del paciente y de todos los que les rodea.Y valorar el seguimiento de la intervención por parte de los profesionales implicados en la contención mecánica.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Cuando los pacientes están contenidos,el personal sanitario debe ser consciente de que se encuentran en una situación vulnerable con el fin de prevenir complicaciones debido a su inmovilización. Debido a esto,tal y como muestran los resultados,se debe vigilar toda la zona de contacto con la cama,aplicar medidas de prevención de ulceras de presión para evitar lesiones y mantener al paciente con el cabecero elevado a 30º.

5 Discusión-Conclusión

Tras la revisión bibliográfica revisada,podemos concluir que debemos respetar la intimidad y confidencialidad y vulnerabilidad de las persona con una contención mecánica.Para conseguirlo consideramos necesaria una formación continuada y entrenamiento del personal que aplicara contenciones.

6 Bibliografía

- Gallego Riestra,Gutierrez Rodriguez,J Fernández Guzman,MF aspectos legales del uso de medios de contención mecánica en los diferentes ámbitos asistenciales y sanitarios.Especial referencia a los ingresos por patologías no psíquicas en instituciones sanitarias abiertas. DS volumen 23 numero 1
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 1255

EL CELADOR FRENTE A LA MANIPULACION MANUAL DE CARGAS.

JESÚS BERMUDEZ GUTIERREZ

1 Introducción

La manipulación manual de cargas es una de las labores más habituales y rutinarias a realizar por los celadores, ya que entre sus funciones esta la movilización de enfermos y mobiliario. A la ejecución de estas tareas están asociados unos riesgos ergonómicos derivados de la aplicación errónea de los procesos establecidos, como pueden ser las posturas forzadas, el exceso de peso, el entorno y el equipo inadecuado, esfuerzos prolongados, reposo insuficiente, etc, que acarrea una merma en la calidad y bien estar laboral del celador. Todo esto, desemboca en lesiones físicas que pueden convertirse en crónicas a lo largo de su vida laboral.

2 Objetivos

- Establecer si una correcta técnica de manipulación de cargas, mejora la calidad laboral del celador.

3 Metodología

Nos hemos documentado a través de revisiones bibliográficas en bases de datos como google académico, dialnet y publicaciones de carácter sanitario, utilizando

como descriptores de referencia los siguientes términos: celadores, manipulación, manual, cargas, riesgo y ergonómico, en un periodo de tiempo acotado de cuatro años (2016/2020).

4 Resultados

La aplicación correcta de las técnicas de manipulación de cargas por parte de los celadores supone una mejora notable en la prevención de los riesgos asociados, tanto para el celador como para la seguridad de los pacientes, lo que repercute en la salud, bienestar del celador y como consecuencia, en la disminución del absentismo y las bajas laborales.

5 Discusión-Conclusión

En numerosas ocasiones no nos damos cuenta que muchos de los factores en los que podemos incidir para mejorar nuestra actividad laboral, están a nuestro alcance, depende de nosotros mismo y de nuestra actitud. A veces, solemos alzar la vista hacia las nuevas tecnologías y hacia procesos que no dependen de nosotros, para exigir mejoras y una mayor calidad laboral, obviando los pequeños detalles cotidianos que repetimos infinidad de veces cada día.
Con un poco de disciplina, actitud y constancia pueden ejecutarse de una forma más saludable y beneficiosa para nuestro organismo. Por ello se hace imprescindible el conocimiento de estas técnicas y su puesta en practica por parte del celador ya que el bienestar físico implica también el psicológico y a su vez la mejora en la relación con los pacientes y el servicio que les prestamos.

6 Bibliografía

- Celadores en las Instituciones Sanitarias, Editorial MAD.
- Ley 31/1995 de 8 de Noviembre de Prevención de Riesgos Laborales. B.O.E. nº 269 de 10 de Noviembre.
- Conocimientos básicos y funciones del celador, Formación continuada LOGOSS.
- WWW.porexperiencia.com. Articulo (Revista Salud Laboral ISTAS-CCOO)
- Dialnet.unirioja.es. Articulo (Ergonomia aplicada a la movilización de pacientes).
- WWW.celadoresonline.blogspot.com.movilización de cargas.

Capítulo 1256

PROCESOS ADMINISTRATIVOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

JAVIER SANTOVEÑA SUÁREZ

1 Introducción

Nuestro actual Sistema Nacional de Salud (SNS) se basa en el derecho constitucional a la protección de la salud reconocido en nuestra Carta Magna, derecho que articuló y desarrolló la Ley General de Sanidad en 1986. En el periodo transcurrido desde entonces son innumerables y muy importantes los avances y mejoras que se han producido en el SNS y que han hecho posible ese derecho. Pero, sin lugar a dudas, uno de los más relevantes ha sido la reforma y desarrollo de la Atención Primaria de Salud, que se ponía en marcha con el Decreto de Estructuras Básicas de Salud en 1984 y que diseñaba un nuevo modelo, un nuevo concepto de atención primaria que, inspirado en la Declaración de Alma-Ata (Conferencia de la OMS-Unicef de 1978), creaba los Equipos de Atención Primaria, conjunto de profesionales sanitarios y no sanitarios que, actuando en un nivel territorial definido se responsabilizan del conjunto de los cuidados de salud que pueden ser prestados desde este nivel asistencial.

Los cambios, las mejoras introducidas por el nuevo modelo de atención primaria han sido espectaculares y han supuesto un salto cualitativo sin precedentes para los cuidados de salud de la población española. Sin embargo, no es menos cierto que, a lo largo del tiempo, han aparecido algunas variables que han venido a dificultar el buen desarrollo de la atención primaria. Así se puede recordar el importante incremento de las cargas de trabajo fruto, fundamentalmente, del incremento y del envejecimiento de la población, así como de cierta tendencia

a medicalizar a la sociedad, lo que ha generado un notable aumento de la frecuentación en las consultas de atención primaria, no siempre acompañada de la necesaria y ágil respuesta en lo que a recursos y adaptación organizativa se refiere. Por otro lado, la excesiva carga asistencial ha hecho que temas como la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, señas de identidad de la atención primaria, hayan perdido protagonismo en los quehaceres cotidianos de los profesionales.

2 Objetivos

- Familiarizarse con el concepto y la estructura de la atención primaria, para comprender mejor la importancia del trabajo administrativo que se desarrolla en dicho entorno.
- Describir conceptos como zona de salud, centro de salud, equipo de atención primaria y documentación sanitaria, y cómo se lleva a cabo su gestión.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica en enero de 2020, con búsqueda en las bases de datos de "Scielo" y "Dialnet", así como en el buscador Google académico, utilizando las palabras clave: "procesos administrativos", "atención primaria" y "documentación sanitaria". Asimismo se han consultado textos legales y guías informativas publicadas por organismos oficiales. Como criterios de inclusión se han empleado: centros de atención primaria en España, idioma castellano y texto gratuito; de exclusión: trabajos publicados previamente al año 2005.

4 Resultados

En el ámbito de la atención primaria de salud, mediante fórmulas de trabajo en equipo, se atiende al individuo, la familia y la comunidad, desarrollándose funciones de promoción de salud, prevención, curación y rehabilitación.

La Zona Básica de Salud es el marco geográfico y poblacional básico de atención primaria, accesible desde todos los puntos, y debe posibilitar la prestación de una atención integral y continuada. El Centro de Salud es la estructura física y funcional de referencia para las actividades de atención primaria en la Zona Básica de Salud. Tendrá las siguientes funciones:

- Albergar la estructura física de consultas y demás servicios sanitarios.

- Servir como centro de reunión para potenciar las relaciones entre la comunidad y los profesionales sanitarios.
- Facilitar el trabajo en equipo de los profesionales sanitarios.
- Mejorar la organización administrativa y funcional de la atención sanitaria en la zona.

En la Zona Básica de Salud podrán existir locales diferenciados del centro de salud para la prestación de atención sanitaria, denominados consultorios locales, que son las estructuras físicas y funcionales para la atención primaria en los municipios, localidades o barrios donde no se asiente el centro de salud. Actúan como consultorio médico y de enfermería, conexo, funcionalmente, al centro de salud correspondiente, y en las unidades funcionales que puedan configurarse se posibilitarán también funciones de atención continuada. El Equipo de Atención Primaria es el conjunto de profesionales con responsabilidad en la prestación de atención de salud integral y continuada en la zona de salud, que tiene como centro de referencia y coordinación el centro de salud. Estos equipos de atención primaria cuentan con un Coordinador que asume la dirección funcional, y un Coordinador de Enfermería. Asimismo disponen de un reglamento interno que regula su organización y funcionamiento. La provisión de servicios de Atención Primaria parte de la premisa de que éste es el nivel básico e inicial de atención, que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente, actuando como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos.

Comprende actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, de cuidados, así como actividades de rehabilitación física y trabajo social. La atención primaria comprende:
- Asistencia sanitaria a demanda, programada y urgente, tanto en la consulta como en el domicilio del enfermo.
- Indicación o prescripción y la realización, en su caso, de procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
- Actividades en materia de prevención, promoción de la salud, atención familiar y atención comunitaria cuya naturaleza aconseja que se realicen en su ámbito.
- Actividades de información y vigilancia en la protección de la salud cuya naturaleza aconseja que se realicen en ese ámbito asistencial.
- La rehabilitación básica.
- La atención y servicios específicos relativos a la mujer, la infancia, la adolescencia, los adultos, los mayores, los enfermos crónicos y los grupos de riesgo.
- La atención paliativa a enfermos terminales.

- La atención básica a la salud mental.
- La atención a la salud bucodental.
- La atención a urgencias.

Para el desarrollo de estas actividades los Centros de Salud se organizan en Unidades funcionales que trabajan por programas, bajo la dependencia jerárquica del Director, con la misión de asesorarlo técnicamente y facilitar su labor. Las Unidades funcionales son las siguientes:

- Unidad de Atención Directa. Asume la responsabilidad de la coordinación de las actividades dirigidas a la atención tanto de los individuos como del medio donde éstos se desenvuelven. Está constituida por los Directores de los Programas de Salud y por el Asistente-Trabajador Social del Centro.
- Unidad de Apoyo Administrativo. Asume las tareas administrativas del Centro, incluyendo recepción, información, archivo, registro y administración general de recursos. Estará constituida por el personal administrativo del Centro de Salud.
- Unidad de Docencia e Investigación. Asume la responsabilidad de la coordinación de las actividades de formación continuada e investigación, así como de los programas de formación pregraduada y postgraduada en los centros acreditados. Estará constituida por el Director del Programa de docencia e investigación, cuyas funciones serán asimilables a las del resto de los Directores de Programas.
- Unidad de Enfermería. Asume la responsabilidad de la coordinación de las actividades de los profesionales de Enfermería de la Zona Básica de Salud. Está constituida por el Coordinador de Enfermería.

Las funciones a desarrollar por las Unidades de Apoyo Administrativo exigen que éstas se instalen y ordenen de forma adecuada para que se cumplan las funciones de recepción del usuario, información y canalización de reclamaciones.

- La función de recepción se desarrollará a través de las siguientes actividades mínimas: apertura de historias clínicas, entrega de números para las consultas de demanda, citación de consultas programadas, ordenación de la circulación de los usuarios en Centros, recogida de avisos para la asistencia al domicilio del usuario y la verificación del derecho a la asistencia sanitaria.
- La función de información se desarrollará a través de las siguientes actividades mínimas: informar y asesorar sobre las actividades y normas del Centro, contestar al teléfono durante el horario de trabajo, entregar material divulgativo de los programas de salud, informar de los derechos y deberes del usuario, asesorar sobre el Reglamento y tramitación administrativa, signo de la normativa de la Seguridad Social, sin perjuicio de las que puedan establecerse en el Reglamento de Régimen Interior o por la Dirección del Centro.

- La función de canalización de reclamaciones se desarrollará a través de las siguientes actividades mínimas: asesorar en la realización de las reclamaciones de los usuarios, recibir las reclamaciones que efectuaran por escrito ajustadas al modelo oficial y cursarlas a la Dirección del Centro, que será la responsable de tramitarlas mediante comunicación escrita al reclamante. Asimismo, en el Centro de Salud de la Zona Básica existirá un Libro de reclamaciones oficial.

En todos los Centros de Atención Primaria existirán archivos unificados de documentación sanitaria que garanticen la consideración y confidencialidad de la información que contengan. Es importante recordar que para recibir asistencia en los Centros de Atención Primaria, los beneficiarios de la Seguridad Social deberán presentar los documentos que acrediten el derecho a las prestaciones, así como aquellos otros documentos en que conste la identificación personal. También los usuarios no beneficiarios de la Seguridad Social podrán recibir asistencia en las situaciones y condiciones que se determinen en la normativa vigente. Para finalizar conviene hacer mención especial al programa de implantación de cita previa, que se ha desarrollado en todos los Centros de Salud y Centros Periféricos de Especialidades, y que consiste en un procedimiento dirigido a programar la atención sanitaria de modo más racional mediante la ponderación de los recursos personales y tiempo a emplear en la asistencia en base al número de enfermos. Su fundamento es prestar una asistencia tanto administrativa como sanitaria más eficaz.

5 Discusión-Conclusión

A pesar de los múltiples avances y mejoras que se han producido en la Atención Primaria, se hace necesario desarrollar ciertas líneas de actuación para hacer frente a los retos que se han ido generando en los últimos tiempos, derivados fundamentalmente del cambio demográfico que está transformando nuestra sociedad hacia un envejecimiento progresivo y por ello modificando el patrón epidemiológico al que el sistema sanitario debe dar respuesta. Un patrón que se modifica además con la llegada de personas con patrones sociales y culturales diferentes al nuestro. A continuación se citan varias líneas estratégicas a seguir, haciendo luego especial mención a los aspectos relacionados con el personal administrativo:
- Revalorizar la función y el papel de la Atención Primaria.
- Adecuar la estructura de los equipos de Atención Primaria a los retos demográficos y epidemiológicos.

- Optimizar la organización y gestión en el contexto de los equipos de Atención Primaria.

Varias categorías profesionales desarrollan su trabajo en el área administrativa de los centros de salud. La estrategia en Atención Primaria plantea la necesidad de que el área administrativa pueda dirigir a las personas que solicitan asistencia al recurso o proceso más adecuado complementando la labor del resto de profesionales de los equipos de Atención Primaria. Parece necesario en consecuencia analizar y adecuar en su caso las necesidades de estos profesionales desde la perspectiva de las competencias que deben desarrollar ajustando los procedimientos de selección de personal a la formación y capacitación necesarias para trabajar en estas áreas. Un análisis que permitirá establecer la oportunidad o no de un sistema de gestión de listas de contratación diferenciando la Atención Hospitalaria y la Atención Primaria por las diferentes tareas que se desarrollan en cada ámbito. Otra cuestión a tratar es la relativa a la burocratización de las consultas médicas. Es preciso analizar cada tarea y el valor que aporta al proceso asistencial para replantear su distribución, de manera que las tareas administrativas, en base a la entidad de las mismas recaigan en el personal más adecuado, es decir, en el que tenga competencias y habilidades para gestionarlas; y de manera también que se evite su gestión en el contexto de la Atención Primaria cuando o bien, no es este el nivel asistencial que debe gestionarlas o cuando dicha gestión pueda ser realizada o resuelta en un ámbito no asistencial.

6 Bibliografía

- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Proyecto AP21 (2006) Atención Primaria del siglo XXI: estrategias de mejora.
- Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco. Departamento de Salud (2019) Estrategia para la Atención Primaria en Euskadi.
- Luis Palomo, Joan Gené Badia, Juan José Rodríguez Sendín (2012) La reforma de la Atención Primaria, entre el refugio del pasado y la aventura de la innovación. Informe SESPAS 2012.
- F.J. Luque Mellado, M. Gili Ribes, R. Berenguer Gascón, F.J. Martos Molines, S. Oriach Alonso, X. Quesada Couceiro, L. Gallego Alvarez (2010) Mejora de la gestión de la demanda en un equipo de Atención Primaria.
- Instituto de Información Sanitaria. Subcomisión de Sistemas de Información del SNS (2015) Organización Administrativa y de Gestión. Sistema de Información Atención Primaria Sistema Nacional de Salud (SIAP).

- Ley 14/1986, de 25 de Abril, General de Sanidad. BOE núm. 102 de 29 de Abril de 1986.

Capítulo 1257

USO DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS PARA PERSONAL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DEL SISTEMA DE SALUD

MÓNICA SÁNCHEZ ANTUÑA

1 Introducción

El desarrollo tecnológico es una realidad cada vez más afianzada en nuestra sociedad. Las tecnologías de la información y de la comunicación han transformado nuestro mundo. La profesión del auxiliar administrativo también tiene que adaptarse a esta nueva era de cambios.

Las Administraciones Sanitarias, como no podía ser de otra manera, se encuentran incursas en este proceso de transformaciones y han ido implementando una serie de medidas y acciones para adaptar su organización así como sus actuaciones, a las nuevas tecnologías.

Los auxiliares administrativos sirven de centro de información y comunicaciones entre el personal del centro sanitario y también entre el centro sanitario y el mundo exterior. Si bien esa responsabilidad se ha mantenido a lo largo del tiempo, lo que sí ha cambiado y mucho son las herramientas con las que realizarla.

Los aparatos electrónicos y digitales son hoy un medio de trabajo, un soporte y un recurso de gran peso en la actividad diaria. La confiabilidad y el rendimiento de éstos, repercuten de manera directa en los distintos aspectos de la actividad

sanitaria y es de vital importancia contar con el respaldo de la tecnología con el fin de optimizar los resultados.

Este tipo de tecnologías permiten un acceso y una utilización más sencilla de la información de que disponen las Administraciones sanitarias combinando con cambios organizativos y nuevas aptitudes, con el fin de mejorar los servicios públicos.

Las tecnologías de la información y comunicación (TIC), han proporcionado a la Administración unas posibilidades que carecen de precedentes para almacenar grandes cantidades de datos y transmitir instantáneamente la información de un lugar a otro.

Las TIC, se están imponiendo a través de nuevas herramientas y de los cambios metodológicos que ofrecen: aplicaciones multimedia en diferentes formatos y soportes, paquetes específicos de software, Internet y sus diferentes recursos, correo electrónico, fax…..favoreciendo unos Servicios de Salud más integrados y más interconectados.

2 Objetivos

-Ahorrar tiempo y ser más eficiente en el trabajo.
-Mejorar la relación entre la Administración sanitaria y la ciudadanía.
-Obtener servicios públicos de mayor calidad.
-Creación de una Administración electrónica segura, sencilla para dar una mejor información y un mejor servicio.
-Simplificación administrativa.

3 Metodología

Este trabajo se enmarca dentro la investigación documental y el análisis de contenido para establecer qué se ha dicho sobre el tema propuesto, desde qué punto de vista y con qué resultados. Consecuentemente, se utilizaron los resultados de dicha búsqueda, gestionando los conocimientos de las diferentes páginas documentales.

4 Resultados

-Mejora la Administración, dando lugar a servicios de mayor calidad.
-Ha facilitado las tareas específicas, reduciendo los errores y transmitiendo rápidamente la información.
-Aumenta la eficiencia, la productividad y ofrece información en tiempo real.
-Mejor eficacia.
-Ha mejorado notablemente la productividad de cada auxiliar administrativo.
-Disminución del tiempo que los auxiliares administrativos dedican a tareas repetitivas.
-Aumento de la transparencia.
-Creación de nuevos servicios.
-Mejora general de la interacción entre los ciudadanos y la Administración sanitaria.
-Gracias a la tecnología se han derribado barreras como la distancia o la inaccesibilidad.
-Los sistemas digitales sirven para ahorrar espacio, papel y costos de impresión.

5 Discusión-Conclusión

El uso de los medios electrónicos, permite a las Administraciones sanitarias, recopilar una gran cantidad de información y tenerla siempre disponible de una forma mucho más rápida y eficiente que las usadas hasta ahora. Pueden prestar sus servicios de manera más ágil y eficaz y pueden relacionarse con los ciudadanos de manera más transparente, abierta y participativa; incluso pueden prestar nuevos servicios que anteriormente parecían inalcanzables.

Las tecnologías han mejorado la comunicación en el lugar de trabajo. El uso de sistemas informáticos permite realizar correcciones al instante. Los recursos como archivos electrónicos y al acceso a tecnologías de la información están disponibles con sólo pulsar un botón. En resumen, la tecnología ha contribuido a hacer más fácil el día a día tanto a la Administración Sanitaria como a los auxiliares administrativos, que son más eficientes y productivos.

Las TIC, se han revelado como instrumentos que refuerzan, ayudan y mejoran el actual modelo sanitario. Los auxiliares administrativos pueden y deben aprovecharse los medios tecnológicos existentes, adaptándolos al ámbito sanitario, para conseguir una mejora en la atención al usuario. Deben de disponer

de herramientas que favorezcan la comunicación entre los diferentes profesionales de los centros sanitarios así como hacia los usuarios, mejorando con ello la calidad del servicio asistencial.

Las TIC crecen cada día a un ritmo vertiginoso, manifestando un gran impacto en el sector de la salud. Se impone preparar a los auxiliares administrativos para que puedan asumir este reto. Debe apoyarse en las herramientas más actuales y adaptarse a una sociedad cambiante, todo ello para poder basar la atención al usuario en la mejor manera posible. Por todo ello, la Administración, necesita flexibilizar las estructuras sanitarias con el fin de adoptar y adaptarse a los avances tecnológicos.

6 Bibliografía

-http://www.eumed.net
-http://www.uv.es.
-http://www.logoss.net
-http://www.redalyc.org
-http://scielo.isciii.es
-http://intramed.net

Capítulo 1258

FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DENTRO DEL DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS DEL SERVICIO DE SALUD

RAÚL GUTIÉRREZ PRADO

RAQUEL CASADO DEL RÍO

MARTA MARTÍNEZ GALÁN

PATRICIA SUÁREZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

Dentro de una empresa con una magnitud tan significativa como el Servicio de Salud, el departamento de Recursos Humanos es uno de los más importantes, ya que encargado de gestionar y organizar a los empleados, siendo de vital importancia la administración de forma efectiva de todos los recursos humanos de que dispone.

El auxiliar administrativo es una pieza clave en el engranaje de este departamento, ya que sobre el recaen una serie de funciones claves para el buen funcionamiento del mismo.

2 Objetivos

Definir las funciones que lleva a cabo el auxiliar administrativo del servicio de salud dentro del departamento de Recursos Humanos, a fin de proponer una serie de protocolos de actuación para mejorar el perfil profesional de este puesto.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El auxiliar administrativo del departamento de Recursos Humanos es un profesional, dentro del Servicio de Salud, que a diferencia de la mayoría de sus compañeros de categoría, no interactúa de forma directa con los pacientes y usuarios de la sanidad, si no que desarrolla sus funciones dentro de un equipo multidisciplinar, relacionándose directamente con compañeros de trabajo.

Sus funciones más relevantes son las siguientes:
- Tareas administrativas de gestión de personal: la gestión del personal será una de las tareas que impliquen una mayor carga de trabajo. Elaboración de contratos, seguros sociales, nóminas, redacción de sanciones y su correspondiente tramitación.
- Funciones dentro de la contratación de personal: el auxiliar administrativo es el encargado de realizar las llamadas para la contratación de nuevo personal, gestionando, en su caso, las listas de demandantes de empleo del Servicio de salud. En este punto la responsabilidad es máxima.
- Tareas burocráticas: los trámites más generales del puesto de auxiliar administrativo, como son la recepción de llamadas, correos electrónicos, u la organización de la documentación del departamento.

5 Discusión-Conclusión

Las funciones del auxiliar administrativo dentro del departamento de Recursos Humanos son de suma importancia para el buen funcionamiento del departamento y de la entidad. Por ello, es sumamente importante que este profesional este formado en los siguientes campos:
- Contratación y nominas
- Seguridad Social
- Ofimática
- Gestión de recursos humanos
- Habilidades sociales y de comunicación

Es necesario establecer protocolos de actuación que establezcan una formación continuada del profesional, para que el puesto de auxiliar administrativo de recursos humanos se especialice, debido a la importancia que tiene dentro del sistema de salud.

6 Bibliografía

- Operaciones administrativas de Recursos Humanos (2019). S. Ruiz López.
- Fundamentos de Recursos Humanos (2018). María Del Carmen De La Calle Durán.
- Técnicas de gestión de recursos humanos por competencias (Manuales) (2011). Santiago Pereda Marín, Francisca Berrocal Berrocal.
- Un nuevo modelo de régimen jurídico y de los recursos humanos en la sanidad (Monografías) (2017). Francisco Soriano Cano

Capítulo 1259

COMPETENCIAS DE LOS CELADORES EN ATENCIÓN PRIMARIA.

ROSA ANA FERNÁNDEZ PIECHO

MARIA DEL CARMEN GUTIERREZ GONZÁLEZ

SUSANA MENENDEZ BLANCO

1 Introducción

Las funciones del celador están reguladas en el Estatuto de Personal No sanitario al Servicio de las Instituciones sanitarias de la Seguridad Social (art. 14.2 O.M/1971, de 5 de julio). Posteriormente se ha promulgado la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, Estatuto Marco que concierne al personal estatutario del Sistema Nacional de Salud y deroga los estatutos vigentes hasta la fecha, sin embargo, las competencias del Personal no sanitario incluidas en el Estatuto de 1971 continúan vigentes.

Los celadores en Atención Primaria, debido a la diversidad de tareas que realizan, han sido caracterizados por varios autores como auxiliares multidisciplinares, encargados de conseguir el bienestar del paciente y velar por el cumplimiento de las directrices del centro.

2 Objetivos

Determinar las principales funciones que realiza el celador en Atención Primaria.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica en diversas páginas web sanitarias, basada en los descriptores relacionados con la normativa, funciones y ámbitos de actuación de este colectivo. A continuación, se examinó la documentación obtenida y se sintetizó en el siguiente trabajo.

4 Resultados

La Atención Primaria constituye el primer nivel de acceso de la población al Sistema Sanitario de Salud, en el se oferta una cartelera de servicios que favorecen la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades, la curación y la rehabilitación.

Este sistema asistencial dispone de un conjunto de medios materiales y de un equipo multidisciplinar, donde cada categoría profesional que lo integra desarrolla un papel preciso.

Las funciones específicas del celador en Atención Primaria, son similares a las que realizan los celadores de puertas en un Hospital, sintetizadas en el siguiente esquema adjunto.

Vigilancia: velar por conseguir el mayor orden y silencio posible celar la apertura y el cierre de los diferentes accesos del centro sanitario; la circulación de usuarios, enfermos, visitas y personal ajeno encender y apagar la iluminación; comprobar el estado del mobiliario de equipos, dando cuenta a sus inmediatos superiores sobre los desperfectos o anomalías.

Asistencia / ayuda al personal sanitario: en la movilización de pacientes, pequeñas intervenciones, en el traslado y distribución de documentación, historia clínicas y materiales cuando les es solicitado atender y derivar las llamadas telefónicas y comunicados de los médicos y de las enfermeras durante las guardias del Servicio de Urgencias de Atención Primaria reponer materiales participar en las reuniones del equipo de Atención Primaria.

Información: el celador orientará a los usuarios, pacientes y familiares de este último sobre los servicios sanitarios, los requisitos necesarios para su uso, las actividades y normas del centro, pero no deberá aportar ninguna información sobre el estado del paciente, sino deberá dirigirla atentamente hacia el personal facultativo. conducir las quejas, reclamaciones y sugerencias de los usuarios y sus fa-

miliares disminuir la preocupación, para ello es necesario que domine unas habilidades sociales: escuchar, mostrar respecto y aprecio, sonreír, dedicar el tiempo necesario, identificar el problema, despedirse amablemente.

5 Discusión-Conclusión

La aportación del celador en el equipo multidisciplinar de Atención Primaria es imprescindible en las tres esferas descritas: asistencia a los miembros del equipo multidisciplinar al que pertenece, vigilancia e información a los usuarios y familiares.

Por esta razón, es necesario implementar la formación continua del personal Sanitario y No Sanitario para aumentar la calidad del servicio de salud y la satisfacción del equipo multidisciplinar.

6 Bibliografía

- Orden de 5 de julio de 1971, del Ministerio de Trabajo. Estatuto de Personal no Sanitario al Servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social (BOE nº 174 de fecha 22/07/ 1971).
- Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los servicios de salud.
- BOE nº 301 del 17/12/2003.
- Millán Durán, JM. Que la fuerza te acompañe celador. Ed. Cegal. Principado Asturias. (2020).

Capítulo 1260

LAVADO HIGIÉNICO DE MANOS PARA CELADORES

BRAULIO GARCIA SANCHEZ

1 Introducción

Las infecciones nosocomiales suponen un importante porcentaje en el ingreso hospitalario. Más de la mitad de estas infecciones se pueden evitar de forma simple y eficaz a través de manos del personal. Sin embargo, el cumplimiento de los protocolos de higiene no siempre es adecuado, debido fundamentalmente a razones organizativas y a factores relacionados con los propios profesionales.

2 Objetivos

- Disminuir el número de microorganismos en las manos
- Disminuir el riesgo de transmisión de microorganismos a los pacientes
- Disminuir el riesgo de transmisión cruzada entre pacientes
- Disminuir el riesgo de infección entre trabajadores sanitarios
- Disminuir el riesgo de transmisión de infección a uno mismo

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Un método adecuado para realizar un lavado de manos correcto sería:
- Humedecer las manos con agua corriente, preferiblemente templada.
- Aplicar jabón líquido con dosificador.
- Frotar las manos palma con palma, sobre dorsos, espacios interdigitales y muñecas durante al menos 10 minutos.
- Aclarar con abundante agua corriente.
- Secar las manos con toallas de papel.
- Cerrar el grifo con la toalla de papel utilizada para el secado (los lavabos con sistema de cierre de codo o de pedal ahorran este paso; los de célula fotoeléctrica, además, determinan un importante ahorro de agua).

Las principales indicaciones para el lavado de manos son:
- Antes y después del contacto con cada paciente.
- Entre dos procedimientos en el mismo paciente si hay sospecha de contaminación de las manos.
- Después del contacto con alguna fuente de microorganismos (sustancias y fluidos corporales, mucosas piel no intacta…) y objetos contaminados con suciedad.
- Después de quitarse los guantes.

El uso de soluciones alcohólicas para el lavado de manos constituye una alternativa a tener seriamente en cuenta en la higiene de las manos en la actualidad.

La infección por contacto es de las más frecuente. La higiene de manos reduce la transmisión cruzada. Una buena higiene de las manos por parte de los profesionales de la salud protege a los pacientes de las infecciones.

5 Discusión-Conclusión

En la evaluación realizada por observación directa de los celadores ofrece malos resultados, probablemente, por falta de conocimientos sobre aspectos relacionados con la higiene de manos.

6 Bibliografía

-https://www.saludcastillayleon.es/HSReyesAranda/es/calidad/lavado-higienico-manos
-Técnicas de Enfermería. 3ª Ed. L.Wieck, E.M.King, M.Mayer .Editorial Interamericana
-Protocolo de lavado de manos. C. Pérez, B. Fernández, A. López, M.J. Fernández. Hospitales Puerta de Hierro, Guadarrama, Clínico y El Escorial, de Madrid

Capítulo 1261

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO COMO PARTE DEL EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

RAÚL GUTIÉRREZ PRADO

RAQUEL CASADO DEL RÍO

MARTA MARTÍNEZ GALÁN

PATRICIA SUÁREZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

Los centros de salud son los centros de referencia de las Zonas Básicas de Salud y, en ellos, con el fin de prestar una atención continuada y de urgencia, prestan sus servicios los equipos de atención primaria. Estos equipos están compuestos por profesionales sanitarios y no sanitarios.

El auxiliar administrativo juega un papel importante dentro de los equipos de atención primaria como personal no sanitario, dentro de la unidad administrativa de cada centro.

2 Objetivos

Definir las funciones que lleva a cabo el auxiliar administrativo del Servicio de Salud dentro del equipo de atención primaria, a fin de proponer una serie de protocolos de actuación para mejorar el perfil profesional de este puesto.

3 Metodología

Revisión bibliográfica y análisis de diferentes estudios y legislación sobre las funciones de los equipos de atención primaria y del auxiliar administrativo dentro de los mismos.

4 Resultados

El auxiliar administrativo en atención primaria, forma parte de un equipo multidisciplinar que funciona de forma coordinada para prestar la atención sanitaria a los ciudadanos.

En el día a día del auxiliar administrativo de atención primaria la información al usuario y la gestión de citas tienen un peso relevante en su quehacer, pero además, este profesional tiene las siguientes competencias y funciones como parte del equipo de atención primaria:
- Atención directa, de carácter no asistencial y administrativo, a los usuarios del Servicio de Salud.
- Prestar información general
- Gestión de la agenda del centro. Citación
- Realizar la facturación a terceros
- Atender y gestionar la tramitación de la tarjeta sanitaria
- Recibir y tramitar las reclamaciones, agradecimientos o quejas
- Visado de recetas
- Gestión de derivaciones a otros centros
- Canalización, recepción y entrega de documentación
- Gestión, dentro del marco legal, de la documentación clínica

5 Discusión-Conclusión

El trabajo del auxiliar administrativo dentro del equipo de atención primaria debe tener como premisa fundamental la consecución de los objetivos comunes, medi-

ante el desarrollo correcto de los procesos no asistenciales a su cargo, con unas funciones delimitadas y bien definidas, fomentando el trabajo en equipo.

Es necesario incorporar procesos que posibiliten minimizar la burocracia en determinadas tareas, para lo que el auxiliar administrativo debe de prestar una colaboración activa y con lo que se lograría acelerar gestiones que en la actualidad lastran el funcionamiento de los centros de atención primaria.

El auxiliar administrativo debe seguir siempre criterios de efectividad, eficiencia y eficacia para lograr una mejora de la calidad asistencial, por lo que es necesario establecer un protocolo de formación continuada que le permita mantener la competencia profesional y adaptarse a las nuevas situaciones y cambios legislativos.

6 Bibliografía

- Ley 14/1986, de 25 de abril, general de sanidad.
- Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud.
- Ley del Principado de Asturias 7/2019, de 29 de marzo, de Salud
- Administración de Servicios de Salud (1998). Lenín Sáenz Jiménez
- Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria de Salud. (2007-2012). Ministerio de Sanidad. Proyecto AP21.
- Contexto actual de la atención primaria: dificultades y oportunidades para las actividades comunitarias (2008). Elena Aguiló Pastrana

Capítulo 1262

COMUNICACIÓN HOSPITALARIA

SONIA ANTUÑA IGLESIAS

1 Introducción

La calidad en la gestión y la comunicación de un hospital hoy en día es una tarea indispensable. Los gestores hospitalarios se centran cada día más en la atención al paciente, en la promoción de su bienestar y en la posibilidad de hacerle partícipe de esta mejora .

Las encuestas de calidad cada vez son más necesarias para la mejora de la comunicación entre el personal y el paciente y también la comunicación entre diferentes departamentos hospitalarios. Esta mejora de la calidad hospitalaria tanto en atención como en comunicación es un coste añadido cada día más exigente en los hospitales. Esto exige a cada servicio hospitalario añadir nuevos medios de comunicación como Internet e intranet y por consiguiente nuevas medidas de seguridad que protejan los datos de los pacientes y del personal.

Estas nuevas tecnologías tan vulnerables hacen que se tengan que adoptar medidas muy costosas para poder hacer cumplir las leyes de protección de datos impuestas necesariamente por los organismos oficiales.

2 Objetivos

- Identificar cuáles son los medios necesarios para una buena comunicación entre profesional y paciente.
- Extraer las pautas a seguir para una comunicación eficiente entre distintos departamentos.

- Analizar los canales utilizados para una buena comunicación entre jefes de departamentos y su personal.
- Conocer las mejoras para una buena gestión en la Protección de Datos.

3 Metodología

Búsqueda en bases de datos PubMed y Scielo, publicaciones en libros utilizando palabras clave como: comunicación hospitalaria, atención al paciente, protección de datos, seguridad, gestión hospitalaria.

Se ha estudiado la Ley básica reguladora de la autonomía del Derecho a la información sanitaria. ley orgánica 15/1999de protección de datos de carácter personal, ley 33/2011 de 4 octubre ley general de salud pública.

4 Resultados

Existen varios tipos de comunicación en los hospitales. De entre todos haremos especial atención a la comunicación entre profesionales o interna y la comunicación con el paciente o usuario.

La comunicación interna
La calidad de un hospital viene determinada por la atención a la comunicación entre los distintos departamentos, lo que hace que la gestión y la fluidez de un hospital funcione y el resultado sea un hospital más dinámico, económico y comunicativo. Esta gestión cada vez más informatizada hace que todos los profesionales de los hospitales se vean involucrados en la importancia de la comunicación intrahospitalaria, gestión económica y asistencia personal. Los canales de comunicación deben de ser seguros y fiables. Los usuarios deben de poder confiar en esos canales y se les debe de dar seguridad a la hora de utilizar sus datos.

Los canales utilizados en un hospital son tan variados que la seguridad debe de ser de calidad, ya que estos datos son utilizados tanto por profesional sanitario, como por personal no sanitario, por ello se debe de exigir a todo el personal el cumplimiento de la ley de protección de datos.

Comunicación con el paciente o usuario.
Todos los centros sanitarios deben de tener:
- Un departamento de atención al usuario.

- Una política de calidad, en la que se establezcan fines, normas, incidencias.
- Coordinación entre los distintos departamentos ágil y eficiente.
- Coordinación entre los distintos centros sanitarios (atención primaria y atención especializada).
-Facilidad para obtener una información real en casos de que el paciente tenga que elegir entre dos tratamientos.

5 Discusión-Conclusión

En cuanto a la comunicación intrahospitalaria podemos deducir que habiendo una buena gestión, fluidez y calidad en la comunicación entre departamentos y entre profesional sanitario y no sanitario, se reduciría el tiempo de respuesta y los costes y aumentaría la calidad de la respuesta al paciente.

Refiriéndonos a la comunicación profesional-paciente u hospital-paciente, según la ley 41/2002 de 14 de noviembre, las personas que reciban prestaciones tienen derecho a la información y documentación sanitaria y asistencia. Estas prestaciones son tanto en atención primaria, atención especializada, atención socio sanitaria y atención de urgencias , así como la atención farmacéutica, ortopédica, productos dietéticos y transporte sanitario.

Según el art. 4 la ley 41/2002 de 14 de noviembre. La información clínica debe de ser verdadera y se comunicará de forma comprensible y adecuada a las necesidades del paciente ayudándole a tomar las decisiones por libre voluntad.

Es de vital importancia el acercamiento del personal en cuanto a la comunicación se refiere y el poder de empatía facilita el entendimiento del usuario haciendo que sea más fácil su decisión así como su estancia en un centro hospitalario.

Volviendo al artículo 4 de la ley 41 /2002 de 14 de noviembre, los pacientes tienen derecho a conocer, en el ámbito de la salud, toda información disponible sobre la misma, salvando los casos exceptuados por la ley. A respetar su voluntad de no ser informado y a que la información se proporcione verbalmente dejando constancia en la historia clínica de la finalidad y la naturaleza de cada intervención así como de sus riesgos y consecuencias.
Los canales informativos de atención al paciente son instrumento de ayuda al usuario y una forma de hacerle partícipe de una mejor gestión y comunicación hospitalaria.

En cuanto a la comunicación digital, según la ley orgánica 15/1999de protección

de datos de carácter personal, esta ley garantiza y protege en lo que concierne al tratamiento de datos personales, las libertades públicas y los derechos fundamentales de las personas físicas, y especialmente de su honor e intimidad personal y familiar. Estos datos de carácter personal no podrán ser usados para finalidades incompatibles con aquellas para las que los datos hubieran sido recogidos.

Por todo ello Esta nueva forma de comunicación exige unas medidas de seguridad con unos costes muy elevados no sólo en cuanto al material utilizado si no de personal y de software , departamento jurídico, tecnológico, etc.

Los centros sanitarios se han tenido que actualizar y adaptar a las nuevas tecnologías para hacer así más fluida y más eficiente la comunicación con el paciente y entre los distintos departamentos.

Por ello se han desarrollado páginas web que ayudan a los pacientes a estar en comunicación directa con las mejoras hospitalarias, la información de sus profesionales, blogs a los que poder acceder para información sobre enfermedades, descubrimientos y publicaciones científicas.

Estas prestaciones comprende la información y vigilancia en la salud pública y en los sistemas de alerta epidemiológica .

6 Bibliografía

- Ley 41/220 de 1 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del Derecho a la información sanitaria.
- Ley orgánica 15/1999de protección de datos de carácter personal, ley 33/2011 de 4 octubre ley general de salud pública.

Capítulo 1263

ACOSO LABORAL EN CENTRO SANITARIO

MARIA ROSARIO CASERO DÍAZ

1 Introducción

En el transcurso de nuestra vida en el trabajo, podemos sufrir en algún momento, una situación compatible con acoso laboral, lo cual no puede ser verdad.

Según INSHT define el acoso como la "exposición a conductas de violencia psicológica, dirigidas de forma reiterada y prolongada en el tiempo, hacia una o más personas por parte de otra/s que actúan frente aquella/s desde una posición de poder. Dicha exposición se da en el marco de una relación laboral y supone un riesgo importante para la salud".

El acoso laboral desgasta psicológicamente a la víctima, también disminuye la producción, favorece el absentismo destruye el ambiente de trabajo En el transcurso de nuestra vida en el trabajo, podemos sufrir en algún momento, una situación compatible con acoso laboral, lo cual no puede ser verdad.

Según INSHT define el acoso como la "exposición a conductas de violencia psicológica, dirigidas de forma reiterada y prolongada en el tiempo, hacia una o más personas por parte de otra/s que actúan frente aquella/s desde una posición de poder. Dicha exposición se da en el marco de una relación laboral y supone un riesgo importante para la salud".

El acoso laboral desgasta psicológicamente a la víctima, también disminuye la producción, favorece el absentismo destruye el ambiente de trabajo

2 Objetivos

Exponer el problema del acoso laboral en el trabajo así como sus principales consecuencias.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Debemos de saber reconocer aquellos signos que nos pueden indicar que una persona está siendo víctima de acoso laboral, los más frecuentes son:
- Si comparamos el trato que reciben otros empleados el acosado recibe un trato diferente, ya sea por exclusión o indiferencia.
- Padece agresiones verbales, recibe insultos, gritos.
- Para perjudicar su imagen y reputación el acosador no para de difundir rumores y falsedades.
- El acosador reparte más volumen de trabajo al acosado y le instiga a que lo realice en corto tiempo para hacerlos lo que implica que le resulte imposible hacerlo.

Los signos que nos pueden indicar que una persona está siendo víctima de acoso laboral, los más frecuentes son:
- Si comparamos el trato que reciben otros empleados el acosado recibe un trato diferente, ya sea por exclusión o indiferencia.
- Padece agresiones verbales, recibe insultos, gritos.
- Para perjudicar su imagen y reputación el acosador no para de difundir rumores y falsedades.
- El acosador reparte más volumen de trabajo al acosado y le instiga a que lo realice en corto tiempo para hacerlos lo que implica que le resulte imposible hacerlo.

Es en el sector sanitario, y sobre todo en el ámbito sanitario debido a las condiciones de la organización y del tipo de trabajo conlleva una gran carga mental y física y donde mayor probabilidad hay de sufrir estrés laboral y síndromes relacionados con el acoso laboral.

Los efectos de este acoso afectan directamente en los siguientes factores:
- Hay un menoscabo en la calidad de los cuidados dispensados al paciente
- Hay un deterioro en las relaciones entre compañeros
- Más estrés y enfermedades
- Baja moral
- Sentimientos de ira, impotencia, vergüenza
- Depresión, pérdida de confianza en uno mismo
- Insomnio
- Mayor ausentismo
- Dimisiones

5 Discusión-Conclusión

El acoso en el lugar de trabajo, que tienen su origen en la violencia, tienen por objetivo provocar daño deliberado a otra persona, con devastadores consecuencia en su salud física y mental y que también afecta a su entorno, familia , comunidad.

Debe ser conocido este problema por todos los profesionales para que se pueda intervenir en forma oportuna previniendo que se produzca, por lo que es muy importante reconocer sus efectos y reconocer sus alarmas. Son necesarias campañas de información y que se trabaje en temas de integración de equipos, eficacia en el trabajo.

Hay que crear conciencia de que todos en algún momento de nuestra vida podemos sufrir esta conducta indeseada

6 Bibliografía

- Artículos de revista :CC.OO y Secretaría de Salud Laboral, Guía Básica de riesgos laborales específicos en el sector sanitario. Castilla y León. Acción en Salud Laboral
- Costa, M. y López, E. Los secretos de la dirección Madrid: Pirámide; 1996
- Dirección General de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social con la colaboración del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Guía de actua-

ciones de la inspección de trabajo y seguridad social sobre riesgos psicosociales. Edita Ministerio de Empleo y Seguridad Social . Madrid: 2012
- Irigoyen, M, El acoso moral en el trabajo Barcelona : Paidós ; 2001
- Ovejero Bernal , A. Psicología social en un mundo global: cómo hacer frente al estrés y al mobbing. Madrid. Biblioteca Nueva; 2006
- Vidal Casero, M.C El mobbing en el trabajo, su problemática. Valencia: Facultad de Farmacia : 2003
- Página web:Dra. Dolores Crespo. Los profesionales sanitarios son especialmente vulnerables al estrés y el acoso laboral . PAYME. Noticias FPSOMC (Internet)

Capítulo 1264

PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES POR PARTE DEL CELADOR.

SARA JARDÓN PEDRERO

1 Introducción

El entorno laboral donde el Celador desarrolla sus funciones está lleno de riesgos o peligros para el paciente. Por ello, el Celador debe de garantizar la seguridad del paciente. Al ingresar los pacientes en el hospital y encontrarse fuera de su círculo de seguridad, conlleva un alto riesgos de caídas, por resbalones, tropiezos a igual o diferente altura.

Es de vital necesidad, que el celador que es quién se encarga del traslado, esté formado en este ámbito , identificando cada riesgo de caída que haya a su paso y asegurándose que no haya nada interrumpiendo su camino. De este modo se mejora la calidad hospitalaria, haciendo del hospital, un sitio seguro, accesible y adecuado.

2 Objetivos

- Determinar los riesgos para evitar las caídas en los pacientes por parte del Celador.
- Conocer las medidas preventivas para evitar riesgos de caída.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El celador dentro de la institución sanitaria está sometido a diversos riesgos, tanto externo a él como los propios del desarrollo de su actividad diaria con el paciente. Para evitar estos sobreesfuerzos el celador debe entre otras cosas, evaluar el trabajo y utilizar la técnica correcta de elevación y transporte, comprobará el peso, determinará el agarre óptimo, analizará que el recorrido esté libre de obstáculos, verificará si se pueden utilizar medios mecánicos de elevación y transporte, valorará la necesidad de utilizar equipos de protección individual: guantes, calzado de seguridad, etc.

Y con respecto a la carga, se aproximara a la carga, apoyará los pies firmemente separándolos a una distancia igual a la de sus hombros, se agachará doblando las rodillas para recoger la carga, cogerá la carga por la parte más segura y sujétela de forma equilibrada, mantendrá la espalda recta durante toda la maniobra, levantará suavemente la carga enderezando las piernas. No realizará tirones bruscos, mantendrá la carga lo más próxima posible a su cuerpo con los brazos extendidos. Si el peso o las dimensiones de la carga son excesivos, pedirá ayuda a un compañero.

A la hora de transportar, es mejor empujar que tirar de la carga. Deslizar un objeto requiere menos esfuerzo que levantarlo. Revisará que la superficie sobre la que va a realizar el desplazamiento de la carga sea lo más lisa posible. Utilizará medios mecánicos siempre que pueda (traspaletas, carretillas, mesas móviles, carritos, etc.)

Alguna de las medidas preventivas para evitar los riesgos son:
- Mantener un buen nivel de orden y limpieza, dejando los pasillos y áreas de trabajo libres de obstáculos.
- Utilizar calzado sujeto al pie, con suela antideslizante y homologado con marcaje

CE.
- Limpiar inmediatamente cualquier producto derramado accidentalmente.
- Prestar atención especial cuando el suelo haya sido tratado con productos deslizantes.
- El suelo debe ser un conjunto homogéneo, fijo y estable; de pavimento no resbaladizo, y correctamente iluminado.
- Ante cualquier deficiencia, extrema las precauciones e informar al personal de mantenimiento.
- Los cables deben distribuirse de forma que queden fuera de las zonas de paso. En caso contrario, deberá protegerse y/o fijar los cables en el suelo con tal de evitar tropiezos.

Si todas estas medidas se llevasen a cabo se disminuirían los accidentes en el trabajo.

5 Discusión-Conclusión

Con los resultados obtenidos se puede decir que gracias a los Celadores y su formación en prevención de riesgos laborales se ha reducido el número de lesiones y la morbimortalidad producidas por este tipo de riesgos , haciendo así del hospital una institución segura y dándole al paciente una confianza aún mayor.
Si el Celador hace una correcta movilización de enfermos su espalda no le dolerá, se cansará menos e incrementará la seguridad del paciente.

6 Bibliografía

- http://www.sanidad.ccoo.es/comunes/recursos/1561/doc142620_Guia_Basica_de_riesgos_laborales_en_el_sector_sanitario.pdf
- http://www.auxiliar-enfermeria.com/riesgos_celadores.htm
- http://www.chospab.es/recursosHumanos/prevencion/docs/NORMASDETRABAJOSEGUROCeladoresyazafatas.pdf

Capítulo 1265

SINDROME DE BOURNOUT.

MARIA DEL PILAR DE LA COBA ACEÑA

1 Introducción

Burnout o síndrome de estar quemado en el trabajo, es un trastorno emocional causado por el estrés laboral, el estilo de vida del individuo que lo padece… Este síndrome puede desencadenar trastornos a nivel físico y psicológico, está caracterizado por un proceso paulatino, por el cual las personas pierden interés por sus tareas, el sentido de responsabilidad y pueden hasta llegar a profundas depresiones.

2 Objetivos

Conocer las repercusiones del síndrome de Burnout en las personas.

3 Metodología

Se realizo una revisión bibliográfica sobre el síndrome de Burnout, utilizando bases de datos como Scielo o Pubmed, se utilizaron solamente publicaciones en castellano y posteriores al 2008. Se descartaron publicaciones que no estuviera el texto completo.

4 Resultados

De acuerdo con los resultados obtenidos sobre Burnout, está demostrado que este síndrome repercute más en el sexo femenino. En el mayor de los casos tienen un

mayor agotamiento emocional que en el sexo masculino, también depende de otros factores como la edad o el nivel educativo de la persona. Las mujeres presentan un mayor agotamiento y sobrecarga, derivado por la carga que la mayoría desempeñan además de su empleo, en el hogar y cuidado de familia. Esto repercute en que son mucho más vulnerables al burnout. El método más común es valorar los problemas causantes que pueda tener la empresa y compañeros del trabajado afectados por este síndrome,. Así pues hay que tomar las medidas oportunas para intentar erradicar el problema.

El personal de enfermería está más despersonalizado y menos realizado que el grupo de auxiliares/técnicos. Cuando se analizaron los resultados de las 4 escalas por servicios comprobamos que el agotamiento es superior en los trabajadores de oncología y urgencias, la despersonalización en urgencias y el Burnout es de nuevo más alto en las áreas de oncología y urgencia. Los profesionales que respondían que su labor asistencial era poco reconocida obtenían las peores puntuaciones en el Burnout y sus tres dimensione. A menor grado de satisfacción laboral más altas son las puntuaciones en las 4 escalas.

5 Discusión-Conclusión

Podemos concluir que el sujeto afectado de Burnout se corresponde con el de un profesional con experiencia laboral que sin embargo manifiesta un escaso grado de reconocimiento a su labor asistencial y un alto nivel de insatisfacción con la gestión de su centro de trabajo.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 1266

IMPORTANCIA DE LA ALIMENTACIÓN EN EL EMBARAZO.

MARIA DEL PILAR DE LA COBA ACEÑA

1 Introducción

La alimentación es un proceso muy importante a lo largo de nuestra vida; mas aun si cabe durante el proceso de la gestación, ya que la alimentación juega un papel muy importante en el desarrollo del futuro bebe. Son muchos los errores a la hora de las pautas seguidas durante la alimentación en la gestación, no es cierto que se deba comer por dos.

Es muy importante los cambios en la alimentación en la etapa de la gestación si los que se tienen hasta ese momento no son los adecuados, aunque lo correcto seria que la futura gestante empezase con los cambios en la alimentación meses antes de la futura gestación. La alimentación debe ser equilibrada en los nutrientes y variada, que aporten todas las sustancias necesarias y déficits de vitaminas.

2 Objetivos

Conocer la importancia de la alimentación durante el embarazo.

3 Metodología

Buscar información sobre pautas a seguir para una correcta alimentación durante el proceso de la gestación. Se utilizaron bases de datos como Scielo o Pubmed, y

solamente se usaron textos completos y en castellano.

4 Resultados

Una mala alimentación durante el embarazo puede provocar problemas de prematuridad y morbilidad en el bebe.

5 Discusión-Conclusión

1. Asegurar el consumo adecuado de energía que asegure un adecuado incremento de peso según el peso previo al embarazo.
2. Asegurar el consumo diario de alimentos de origen animal fuentes de hierro, ácido fólico, calcio, vitamina A y zinc.
3. Promover el consumo diario de frutas y verduras. Las frutas y verduras tienen fibra que ayuda a corregir el estreñimiento de la gestante.
4. Evitar el consumo de café, gaseosas, golosinas, durante la gestación.
La cafeína es un álcali que cruza fácilmente la barrera placentaria y puede interferir en el crecimiento y desarrollo de las células fetales y compromete la oxigenación fetal, cuando su consumo excede los 300 mg/día, es decir más de 3 tazas al día, por lo que se recomienda limitar su consumo a no más de 1 taza al día. Las gaseosas, golosinas y dulces pueden conllevar a un exagerado incremento de peso; además, no son considerados alimentos saludables.
5. Recomendar el uso de la sal yodada en las comidas.
Los desórdenes por deficiencia de yodo (DDI) son graves e irreversibles cuando ocurren durante la gestación.

6 Bibliografía

1. http://www.scielo.org.pe/scielo.php.
2. Recomendaciones de la OMS sobre alimentación en el embarazo.

Capítulo 1267

LA HISTORIA CLÍNICA DIGITAL.

MARÍA PILAR RODRÍGUEZ GONZÁLEZ

1 Introducción

La Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud tiene como finalidad garantizar a ciudadanos y profesionales sanitarios el acceso a la documentación clínica más relevante para la atención sanitaria de cada paciente. Se incluye documentación que se encuentre disponible en soporte electrónico en cualquier lugar del SNS, asegurando a los ciudadanos que la consulta de sus datos queda restringida a quien esté autorizado para ello.

2 Objetivos

Dar a conocer al auxiliar administrativo un nuevo estandar sanitario como es el Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Para ciudadanos. El sistema ofrece para ellos tres tipos de funcionalidades: a) Acceso a los conjuntos de datos personales sobre su salud.

El ciudadano tiene acceso a todos y cada uno de los informes que conforman su HCDSNS, que se encuentran custodiados en cada una de las Comunidades Autónomas en que se han generado.

Todo ciudadano incluido en el registro de usuarios (Base de datos de TSI de su Comunidad) y que se haya dotado de firma electrónica reconocida (o DNI electrónico), podrá acceder a los documentos electrónicos que estén disponibles, a través de la web habilitada por su Servicio de Salud, imprimirlos o descargarlos en un dispositivo de almacenamiento local. b) Registro de Accesos producidos a sus conjuntos de datos.

El ciudadano puede realizar el seguimiento de los detalles de los accesos realizados desde este sistema a sus propios conjuntos de datos, a fin de poder verificar la legitimidad de los mismos. Dispondrá para ello de información relativa al momento en que se realizó el acceso, Servicio de Salud, centro sanitario y servicio desde el que se realizó cada acceso, así como las características del documento electrónico accedido. c) Ocultar aquellos conjuntos de datos que no deben ser conocidos por profesionales distintos de quienes habitualmente le atienden

El reconocimiento de la capacidad del ciudadano de limitar el acceso a parte de sus datos de salud a determinados profesionales ha despertado controversia, por cuanto que no es un derecho explícitamente recogido ni en la legislación española de protección de datos, ni en la legislación sanitaria.

5 Discusión-Conclusión

El Proyecto de Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud es una iniciativa del Ministerio de Sanidad que surge para responder a las necesidades de los ciudadanos cuando éstos requieren atención sanitaria fuera de la Comunidad Autónoma en la que habitualmente son atendidos.

6 Bibliografía

- https://www.gestion-sanitaria.com/1-historia-clinica-electronica.html.

- https://www.comunidad.madrid.
- http://scielo.sld.cu/scielo.php.

Capítulo 1268

SALVAR VIDAS ESTÁ EN TUS MANOS. RCP EN EL PERSONAL ADMINISTRATIVO

VANESA MARTINEZ MARTINEZ

1 Introducción

La reanimación cardiopulmonar (RCP) es el conjunto de medidas secuenciales encaminadas a revertir el estado de parada cardiorrespiratoria, sustituyendo primero las funciones circulatorias y respiratorias, e intentando restaurarlas después.

La muerte súbita es cuando una persona cae repentinamente al suelo; el corazón para de latir y también de respirar. Cuando pasa una cosa así, hay que actuar lo más rápido que nos sea posible. En cada minuto de demora se pierde 10% de vida, de ahí la importancia iniciar el proceso de reanimación lo antes posible, además de salvarle la vida, limitará el daño al corazón.

Cualquier persona puede sufrir un paro súbito en el momento que menos se piensa. Le puede ocurrir a todo el mundo, vecinos, amigos y familiares. Al aprender las habilidades de RCP (resucitación cardiopulmonar) puede aumentar la probabilidades de supervivencia de una persona en paro cardíaco. Está en nuestras manos ayudar para poder salvar la vida de una persona.

2 Objetivos

- Disminuir las cifras de muerte súbita y convertir a la Cartera en una institución cardio protegida.

1- Dictar cursos de RCP al personal de salud (médicos. enfermeras, auxiliares y técnicos):
* Soporte Vital Básico
* Soporte VItal Cardiovascular Avanzado
2- Dictar cursos de RCP a la comunidad y personal administrativo :
* Salva corazones
* RCP para familiiares y amigos

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Si la RCP es de calidad efectivamente salva vidas ya que aumenta el índice de superviviencia tras una parada cardiaca.
La reanimación cardiopulmonar debe practicarse sobre toda persona en parada cardiorespiratoria, es decir:
- No responde.
- No respira: no se observa ningún movimiento respiratorio.
- Ante la duda, inicie compresiones cardiacas.

Se recomienda que todo paciente en paro cardíaco reciba reanimación, a menos que:
- Haya ordenes válidas de no ser reanimado.
- Esté muerto.
- No se pueda esperar un beneficio fisiológico, dado que las funciones vitales de la víctima se han deteriorado a pesar de un tratamiento máximo.

En el caso de un adulto con pérdida brusca de consciencia y cuando se está solo, la primero es llamar al 112 antes de comenzar la RCP para así realizar la desfibrilación lo antes posible. La RCP sirve solo para mejorar las posibilidades de supervivencia mientras se espera a ayuda ya especializada. Debido a la gran cantidad de casos súbitos en adultos, se está incrementando el uso de desfibriladores automáticos en sitios estratégicos, estadios, centros comerciales o aviones y permiten que una persona con un mínimo entrenamiento sea capaz de realizar maniobras de reanimación.

5 Discusión-Conclusión

Poner en práctica de forma rápida y eficiente los conocimientos adquiridos o actualizados en este curso puede salvar la vida de alguien que esté sufriendo una parada cardiorrespiratoria.

Se estima que a partir de cuatro minutos sin maniobras de RCP básica, las secuelas que dejará la parada cardiorrespiratoria en el paciente que la está sufriendo serán muy importantes.

6 Bibliografía

- Revista científica de medicina y seguridad del trabajo.
- Web Anmtas.
- INSHT.

Capítulo 1269

ACTUACIÓN DEL CELADOR CON PACIENTES TERMINALES

RICARDO ALONSO SUAREZ

1 Introducción

El cuidado paliativo es la atención que se proporciona a los adultos y a los niños con enfermedades graves que se enfoca en aliviar el sufrimiento y mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias, pero que no tiene el objetivo de curar la enfermedad en sí.

2 Objetivos

- Proporcionar los conocimientos en la etapa final de la vida, de manera que se mantenga la calidad de vida de los pacientes.

3 Metodología

Revisión sistemática en las bases de datos de PubMed y Scielo, Los artículos revisados están en castellano. Revisión sistemática en las bases de datos de PubMed y Scielo, Los artículos revisados están en castellano.

4 Resultados

FUNCIONES DEL CELADOR CON PACIENTES TERMINALES
- Con el enfermo

Cuidados físicos
Cuidados psicológicos

- Con los familiares
Cuidados psicológicos

CUIDADOS DEL ENFERMO TERMINAL

Físicos
Dolor. Su tratamiento consiste en calmantes o sedantes.

Estreñimiento. Agua / Zumos / Laxantes / Cuña / Enemas

Nauseas y Vómitos:
Ambiente limpio, agradable y sin olores
Limpieza profunda tanto del paciente como de la cama
Limpieza bucal del paciente

Infecciones en la boca:
Sequedad bucal. Mayor ingesta de líquidos e hidratando los labios
Infecciones. Fármacos antifúngicos

Anorexia:
Se alimentara con pequeñas cantidades de comida
Repartir la comida en seis o siete tomas

Insomnio:
Evitar las interrupciones del sueño
Sedantes y Tranquilizantes
Infusiones de Tila o Valeriana

Disnea:
Administración de Oxigeno y otros medicamentos que mejoren la función respiratoria

Ulceras por presión:
Cambios posturales
Activación de la circulación de la zona
Tratamientos antisépticos, pomadas antibióticas y apósitos cicatrizantes

Diarrea
Dieta astringente

Higiene perianal
Administración de medicamentos

Incontinencia:
Uso de pañales
Hules en la cama
Higiene perianal
Sondaje vesical

Alteraciones del tejido corneal:
Limpieza de ojos con solución salina isotónica estéril

Anuria y Retención
Sondaje vesical

Psicológicos.
Shock – Bloqueo del paciente
Negación – Negación de la propia realidad
Cólera – Rabia / Enojo / Enfado
Negociación – El enfermo negocia con las creencias
Depresión – Etapa necesaria para aceptar la muerte
Aceptación – El paciente esta preparado psicológicamente para morir y es la familia quien necesita ayuda para superar y afrontar la situación

5 Discusión-Conclusión

- Se debe tratar a los familiares de forma cordial y respetuosa, atender cualquier peticion, orientarles y proporcionarles comodidad en su estancia en el hospital.

- Es importante no solo la comunicación verbal, sino también la no verbal (tacto).

- No se deben dar respuestas evasivas a las preguntas del enfermo o las de la familia.

6 Bibliografía

- https://celadorsanitario.wordpress.com/2011/11/29/8-actuaciones-del-celador-con-pacientes-terminales/.

Capítulo 1270

LA RELACION ENTRE EL PROFESIONAL Y EL PACIENTE

FUENCISLA VAQUERO IGLESIAS

1 Introducción

Con frecuencia en los Centros Hospitalarios nos encontramos con pacientes o con sus familiares que abordan a los profesionales de la sanidad y no sanidad con una actitud hostil o amenazante, debido a algún contratiempo que surge, por ausencia de información adecuada, mala interpretación o gestión inadecuada de sus emociones, lo que interfiere de forma negativa en la solución de los problemas que plantean y es considerado como generador de estrés y de mala relación.

Se evidencia que las relaciones humanas en sí provocan muchas tensiones y estrés para quien las vive y, unido a situaciones de tensión y preocupación por la salud o situaciones de incertidumbre y miedo hace que nazca la hostilidad, y que no se gestionen las emociones de forma positiva sufriendo un secuestro amigdalar.

La interacción del enfermo con los profesionales sanitarios desde que comienza la primera consulta hasta que todo el proceso finaliza crea una serie de emociones, impresiones que puedan derivar en el cumplimiento o incumplimiento de las expectativas por parte del paciente, que variarán dependiendo de su experiencia durante el proceso de la salud.

TIPOS DE INTERACCIÓN

- Relación centrada en el profesional

- Relación centrada en el paciente

Cuando el paciente desea y espera mayor información y participación de la que el profesional quiere dar, se producirá un conflicto interpersonal que probablemente llevará a la disolución de la relación. Cuando es a la inversa, la situación también es incómoda y puede conducir a una disolución de dicha relación.

LA INFLUENCIA SOCIAL

Es ejercida en la vida diaria con las personas con las cuales nos relacionamos cuando tratamos de influirles con el objetivo de realizar una actividad y no otra.

En el ambiente sanitario es de gran importancia ya que los profesionales ejercen un tipo de influencia social encaminada a producir cambios en los pensamientos y por tanto comportamientos del paciente, sobre todo cuando los pacientes desconocen los beneficios del tratamiento y/o por presentan indicadores contaminantes de la relación con el profesional que repercute en su mejora.

AFRONTAR LA HOSTILIDAD

Existen estrategias a adoptar para afrontar correctamente las reacciones hostiles por parte del enfermo y/o familiares y que también nos son útiles en la relación con los compañeros de trabajo.

Conviene saber que una reacción emocional intensa tiene una duración concreta en el tiempo, que antes de realizar cualquier tipo de acción es conveniente reducir la intensidad de la reacción emocional y conocer las causas de las reacciones hostiles.

No conviene decir al paciente que se calme y que la reacción emocional puede activarse de nuevo.

La mejor estrategia para reducir la hostilidad es sencillamente escuchar con serenidad y firmeza sin dar muestras de inseguridad ni de temor.
No se debe hacer juicios sobre lo que debería o no debería hacer la persona hostil.
Mostrarse sensible ante el estado emocional de la otra persona.

Usar estrategias que sean incompatibles con la hostilidad como Invitarle a sentarse u ofrecerle agua.

Mantener una actitud abierta ante el problema que plantea bajo un buen autocontrol personal y si vemos que no podemos afrontar la situación, siempre es

útil pedir ayuda.

Saber afrontar esas reacciones de cólera e ira es una habilidad que puede evitar a los profesionales situaciones desagradables a nivel personal, profesional y en definitiva controlar una fuente de estrés que como decimos es desgraciadamente demasiado frecuente.

CONCLUSION

Ofrecer al paciente un trato empático y de alta calidad es un compromiso ético de la profesión sanitaria, y que resulta de gran utilidad para poder diseñar mejor los procesos terapéuticos y asistenciales.

Conociendo las pautas y estrategias de actuación a llevar a cabo ante las reacciones de hostilidad del ser humano se afronta con éxito cualquier situación lo que repercute en un ambiente positivo de trabajo y en una mejora en la relación profesional – paciente.

La existencia de un protocolo o una guía que pueda orientar sobre las pautas a seguir ante situaciones de conflicto relacional. Hacer frente a las hostilidades de los pacientes y su familiares es una de las tareas con mayor dificultad y más habituales que se encuentran los profesionales de la sanidad.

Una coordinación efectiva es la solución para prevenir cualquier situación conflictiva que genere estrés y además mejore la relación profesional-paciente.

2 Objetivos

- Analizar y valorar debidamente la interacción del enfermo con los profesionales sanitarios desde que comienza la primera consulta hasta que todo el proceso finaliza.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Bibliografía

- Rodriguez Marín, Jesus(1995) psicología social de la salud. Ed. Síntesis.
- Watzlawick P(1994): El lenguaje del cambio. Ed. Herder.
- Coca Pereira, Cristina (2001): Taller de Counselling: Habilidades de comunicación con el enfermo oncológico y su familia.- COP. Galicia.

Capítulo 1271

FOMENTO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES ENTRE MUJERES Y HOMBRES

FUENCISLA VAQUERO IGLESIAS

1 Introducción

El principio de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres y su posterior aplicación, se constituye como un pilar básico de la democracia europea.

Con el tratado de Ámsterdam se fija como objetivo primordial, la integración de la dimensión de igualdad en la elaboración, aplicación y seguimiento de todas las políticas públicas. En este sentido, se hace necesario planificar desde todas las Administraciones públicas y junto con todos los agentes responsables del bienestar social, unas directrices que sirvan de guía para la elaboración de planes, programas y protocolos de actuación para conseguir una real igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres desde todos los ámbitos de actuación (sanitario, educativo, social etc.).

Normativa vigente:
A nivel Internacional
- Declaración universal de los Derechos Humanos.
- Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra las mujeres (CEDAW).
- Declaración de Naciones Unidas sobre la eliminación de la violencia sobre la mujer (1993).

- Declaración y Plataforma de Acción de la IV Conferencia Internacional sobre la Mujer de Beijing (1995).
- Manual de Naciones Unidas sobre Legislación en materia de Violencia contra la Mujer (2012).

Desde la Unión Europea

- Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea.
- Comunicación de la Comisión Europea "Integrar la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres en el conjunto de las políticas y acciones comunitarias. Comisión Europea, 1996.
- Tratado de Ámsterdam por el que se modifican el tratado de la Unión Europea, los Tratados Constitutivos de las Comunidades Europeas y determinados actos conexos. Comunidades Europeas, 1997.
- Directiva 2004/113/CE de 13 de diciembre de 2004 por la que se aplica el principio de igualdad de trato entre hombres y mujeres al acceso a bienes y servicios y su suministro. Diario Oficial de la Unión Europea, 2004.
- Reglamento (CE) nº1922/2006 de creación del Instituto Europeo de la Igualdad de Género. Diario Oficial de la Unión Europea, 2006.
- Convenio del Consejo de Europa para prevenir y combatir la violencia contra la mujer y la violencia doméstica de 2011. (Convenio de Estambul).
- Reglamento 1303/2013, del Parlamento Europeo y del Consejo, por el que se establecen disposiciones comunes relativas a los Fondos de la Unión Europea. Diario Oficial de la Unión Europea, 2013.
- Web de EU JUSTICE- Legislación de la Unión Europea sobre Violencia de Género.

A nivel Nacional:

- Constitución Española. (BOE 29-12-1978).
- Ley 39/1999, de 5 de noviembre, para promover la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras. (BOE 6-11-1999).
- Ley 30/2003, de 13 de octubre, sobre medidas para incorporar la valoración del impacto de género en las disposiciones normativas que elabore el Gobierno. (BOE 14-10-2003).
- Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. (BOE 29-12-2004).
- Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. (BOE 23-3-2007).
- Resolución de 20 de mayo de 2011, de la Secretaría de Estado para la Función Pública, por la que se publica el Acuerdo del Consejo de Ministros de 28 de enero de 2011, por el que se aprueba el Plan de Igualdad entre mujeres y hombres en

la Administración General del Estado y en sus Organismos Públicos. (BOE 1 de junio de 2011).
- Resolución de 26 de noviembre de 2015, de la Secretaría de Estado de Administraciones Públicas, por la que se publica el Acuerdo del Consejo de Ministros, por el que se aprueba el II Plan de Igualdad entre mujeres y hombres en la Administración General del Estado y en sus organismos públicos. (BOE 10 de diciembre de 2015).
- Trabajando por la Igualdad. II Plan de Igualdad entre mujeres y hombres en la Administración General del Estado y en sus organismos públicos.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Transmitir un compromiso coordinado con la igualdad de género desde todas las áreas de actuación.

Objetivos secundarios:
- Sensibilizar a las mujeres y hombres con acciones que recojan la perspectiva de género y cuiden el uso del lenguaje e imágenes para que no sean sexistas.
- Sensibilizar a todos los profesionales del ámbito sanitario y no sanitario, sobre acciones que cuiden el uso del lenguaje y que las imágenes no sean sexistas.
- Elaborar campañas de información, comunicación o sensibilización dentro de los Centros Sanitarios.

3 Metodología

La campaña de información y sensibilización de la igualdad de oportunidades entre hombre y mujeres y lenguaje no sexista incluye las siguientes actuaciones:
- Elaboración y difusión de material relativo a la utilización de un lenguaje no sexista, ofreciendo alternativas prácticas.

Este material consiste en varios carteles divulgativos con información práctica y en mensajes concretos sobre las consecuencias de un uso no sexista del lenguaje (en la publicidad, en los medios de comunicación, en la vida cotidiana, etc.) difundidos a través del correo electrónico y de carteles y que llegue de manera directa a todo el personal del Centro donde se lleve a cabo.

La campaña de divulgación tendría la duración que se estime oportuna, utilizando, la divulgación de carteles de información y sensibilización y mensajes

concretos a través del correo electrónico y exposiciones físicas en el Centro.

4 Resultados

Uso del lenguaje no sexista:
Una de las prácticas para fomentar la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres es el fomento del uso del lenguaje no sexista.

Estamos inmersos en una sociedad en la cual el uso sexista del lenguaje es habitual, ello se realiza cuando el mensaje que se transmite resulta discriminatorio debido a las palabras y formas lingüísticas que se utilizan.
Algunas de las pautas básicas que podemos tener en cuenta para llevar a cabo un lenguaje no sexista, que no discrimine ni a mujeres ni a hombres, son:
- Utilización de sustantivos genéricos (abstractos, colectivos) que no concreten el sexo de la persona que realiza la acción.
- Usar ambos géneros gramaticales en aquellas palabras y/o nombres que lo permitan.
- Utilizar el término “hombre” tan sólo cuando se haga referencia al sexo masculino.
- Adaptación del nombre de los cargos profesionales al género de la persona
- Utilización de un tratamiento igualitario para hombres y mujeres al dirigirse a ellos.
- En lo que respecta al orden de las palabras, cuando se mencionen los dos sexos, se debe nombrar primero el femenino.
- Usar las formas impersonales de verbos y pronombres.
- Cuando se desconoce el sexo de la persona se deben utilizar barras en documentos administrativos.
- Omitir el determinante.
- Utilización del sustantivo ”persona”.
- Debe evitarse el “@” ya que es impronunciable y no es un signo lingüístico.

5 Discusión-Conclusión

La utilización de un lenguaje que no discrimine ni a mujeres ni a hombres es una de las acciones que debemos, entre todos, realizar a favor de la igualdad y sobre todos los profesionales que estamos en contacto diario con las personas, profesionales de la sanidad, de la educación, de lo social, de las administraciones, etc.

Gracias a actuaciones desde dentro de cada centro, área y departamento de trabajo a todos los niveles, hace que se llegue a todas las personas de un sector y la utilización de las redes sociales y la publicidad consigue que sea llamativa y así influenciar a cada vez más personas.

6 Bibliografía

- Ley 7/2004, de 16 de julio, gallega para la Igualdad de Mujeres y Hombres. Boletín Oficial del Estado, núm. 149, de 3 de agosto de 2004.
- Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la Igualdad Efectiva de Mujeres y Hombres. Boletín Oficial del Estado, núm. 71, de 23 de marzo de 2007.
- Comisión Europea (2010). Comunicación de la comisión al parlamento europeo, al consejo, al comité económico y social europeo y al comité de las regiones. Estrategia para la Igualdad entre Mujeres y Hombres 2010-2015. Bruselas.

Capítulo 1272

ACOSO LABORAL EN EL TRABAJO

VANESA MARTINEZ MARTINEZ

1 Introducción

Cada día se produce un caso de acoso laboral en la sanidad española. El acoso laboral no es un caso aislado en el sector sanitario dado que cada día se produce un caso. Se han registrado 260 incidentes en el primer semestre.

El número de casos de acosos laboral en el entorno sanitario va creciendo, y ese dato es muy importante ya que hay una falta de información al respecto de estos temas y el miedo que tiene la persona acosada de emprender cualquier tipo de acción.

Los casos de acoso se dan más habitualmente por parte de los superiores (40,5 por ciento de los casos) que entre compañeros (13,4 por ciento), lo que evidencia que el acoso laboral es más común de manera vertical que horizontal en el sector sanitario. Asimismo, las mujeres son las que más lo sufren (46 por ciento de las encuestadas, frente al 41,3 por ciento de los hombres); y también los menores de 40 años (más del 50 por ciento).

Esta situación se agrava más teniendo en cuenta la ausencia de denuncias. La mayoría de las personas que se encuentran en una situación de acoso laboral prefiere no denunciar porque no le parece grave la situación, porque tiene miedo a las represalias o porque le parece normal este tipo de situaciones en las instituciones sanitarias.

Por todo ello, hay que “atajar este tipo de conducta anómala y perversa” que se está instalando de forma normalizada en todos los ámbitos de vida del profesional y que interfiere, además de en su trabajo, también en su salud.

La exposición de la víctima al acoso laboral provoca una gran tensión en los trabajadores que son acosados, y ello genera un malestar de la víctima que le sitúa en una posición de indefensión.
Las consecuencias sobre la salud de las víctimas son devastadoras, pudiendo sufrir, entre otros efectos, ansiedad generalizada, inquietud, fatiga, dificultades para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular, trastornos de sueño, depresión, sensación de impotencia, apatía, melancolía, estrés postraumático o desmotivación laboral

Los efectos del acoso laboral sobre la salud del trabajador pueden llegar hasta tal punto que pueden acabar en un desenlace tan drástico como puede ser el suicidio del trabajador acosado.

Los efectos del acoso no acaban en la vida laboral de la víctima, sino que trascienden al ámbito personal y familiar del trabajador, al hablar de consecuencias como el insomnio, la depresión o la insatisfacción familiar generando un conflicto en la esfera trabajo, que a su vez influye en la esfera familiar, lo que a su vez provoca problemas en la salud del trabajador.

Asimismo, la víctima tiene tan mala imagen de sí misma que, en muchas ocasiones, se ve imposibilitada a la hora de buscar un nuevo trabajo. Ante las conductas violentas del acosador, la única solución que encuentra la víctima es vivir con la marginación dentro de la empresa, o bien, en el peor de los casos, abandonar voluntariamente la empresa.

Cuando se ha producido una situación de acoso, todo dependerá de los implicados, del tipo de conductas que se han llevado a cabo y las actuaciones que se han emprendido. El desenlace del mismo irá desde la sanción al acosador hasta el abandono del puesto de la persona acosada por no poder soportar la situación que está soportando. En muchos casos, se resolverá con la separación de las partes implicadas como medida provisional, que finalmente pasará a ser definitiva.

Las situaciones de acoso se enmarcan en las relaciones personales y por tanto, nunca pueden descartarse en el contexto laboral. Por ello, es conveniente la adopción de políticas que se anticipen a estos riesgos antes de su aparición.

Cada vez son más habituales los procedimientos para prevenir y abordar los conflictos que se originan en el ámbito laboral. Esto supone un importante avance, ya que permite detectar los problemas antes de que se agraven y afrontar aquellas situaciones que no puedan ser resueltas por los implicados generando así, una

cultura de tolerancia cero al acoso. Estas políticas deben ser conocidas por toda la organización y constar de un modelo de comunicación, garantías de anonimato y un tiempo de resolución.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Adoptar medidas de organización que disminuyan una presión excesiva en el trabajador para evitar situaciones que le generen estrés.

Objetivos secundarios:
- Fomentar que haya un trabajo en equipo evitando el aislamiento y la competitividad.
- Hacer planes de igualdad.
- Tener claramente definidos los puestos de trabajo, así como las tareas y objetivos a cumplir.
- Mejorar la comunicación con la empresa.
- Dar formación para evitar este tipo de situaciones.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Se hace evidente la necesidad de investigación específica en el campo de las relaciones que se establecen entre el personal sanitario y no sanitario, debe orientarse a la comprensión del fenómeno del acoso laboral, así como de las implicaciones que tiene para los profesionales, pacientes y la propia organización. Por otro lado, la aplicación práctica derivada del análisis del fenómeno se traduce en el diseño de intervenciones para la mejora del clima organizacional en el ámbito de la salud, y la consecuente optimización en la atención a los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Las consecuencias del acoso laboral son devastadoras. Las conductas constitutivas del acoso provocan graves daños a la salud de la víctima, tales como ansiedad, fatiga, disminución de la concentración, depresión, etc.

Asimismo, no solo produce efectos negativos sobre la víctima, sino que también afecta a la esfera económica de la organización empresarial, provocando un mayor nivel de absentismo, así como una disminución de la calidad, eficiencia y productividad empresarial.

6 Bibliografía

- https://www.academia.cat/.../Fundamentosfarmacologicosenanestesiaintravenosa.pdf.
- http://www.fcn.unp.edu.ar/sitio/farmacologia/wpcontent/uploads/2011/04/ANEST-GRAL.pdf.
- http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S2304-37682012001200009&script=sci_arttext.
- https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/aoccc/vol-302/otorrino30202-revanestesia2/.
- https://es.slideshare.net/kenyaefi/anestesicos-intravenosos-11168038.
- http://www.scartd.org/arxius/santiveri02.PDF.

Capítulo 1273

EL CELADOR Y LA IMPORTANCIA DE LA HIGIENE DE MANOS

MARÍA JOSEFA MATO AMAYA

CRISTINA ÁLVAREZ SUAREZ

1 Introducción

Las manos son la principal vía de transmisión de gérmenes durante la asistencia sanitaria. La higiene de las manos es la medida más importante para evitar las infecciones asociadas a la atención sanitaria. Todo el personal que participe, directa o indirectamente, en la atención a un paciente cómo puede serlo el celador, debe mantener la higiene de sus manos y saber cómo hacerlo correctamente.

Cuando las manos estén visiblemente sucias, manchadas de sangre u otros fluidos corporales, antes del contacto con el paciente, antes de realizar una tarea aséptica, o después de usar el inodoro, se deben lavar las manos con agua y jabón líquido.

Cuando las manos no estén visiblemente sucias, se utilizará una solución alcohólica para su desinfección, procedimiento más rápido, eficaz y mejor tolerado por las manos que lavarlas con agua y jabón. Esta solución alcohólica, que puede ser líquido, gel o espuma, es un producto diseñado para ser aplicado en la manos con el fin de reducir la propagación de microorganismos. Pueden contener uno o varios tipos de alcohol con excipientes, otros principios activos y humectantes.

2 Objetivos

- Fomentar que el celador preste una especial atención a la higiene de manos y le dé la importancia que tal hecho constituye para evitar la propagación de gérmenes infecciosos que pueden llegar a resultar muy peligrosos para los pacientes que, por nuestra labor, debemos de manipular.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Se ha consultado el Programa de Higiene de Manos del SNS e información publicada a través del sitio web de la OMS.

4 Resultados

La prevención de las infecciones proporciona al paciente unas condiciones de seguridad que deben existir en todas las instituciones sanitarias.

Los pacientes pueden contraer infecciones asociadas a la atención sanitaria, sobre todo durante una intervención quirúrgica (Ej.: la infección de las vías urinarias causada por un catéter contaminado). Por ello debe existir una perfecta higiene de manos en los actos quirúrgicos.

TIPOS DE LAVADO DE MANOS

Existen distintas técnicas para la higiene de manos. A continuación, las reflejamos:

- Lavado higiénico o rutinario

Con este tipo de lavado de manos se elimina la suciedad, la materia orgánica, los microorganismos que infectan la piel, para ello es necesario el uso de agua y jabón.

- Lavado antiséptico

Se consigue eliminar la suciedad, la materia orgánica, los microorganismos que infectan la piel y aquellos que no se eliminan fácilmente con el lavado higiénico, utilizando jabón líquido antiséptico o bactericida.

- Lavado quirúrgico

Se realiza antes de cualquier intervención quirúrgica por los miembros del equipo estéril.

El procedimiento de lavado quirúrgico estéril dura aproximadamente 5 minutos.

Lavado de manos y antebrazos con jabón antiséptico (solución jabonosa de clorhexidina al 4% o povidona yodada al 7,5%) y cepillado de las uñas. Secado de manos con toallas estériles.

Orden de lavado: - Dedos - Espacios interdigitales - Palma y dorso de la mano - Muñecas - Antebrazo.

Las manos, una vez secas, se mantendrán por encima de los codos.

5 Discusión-Conclusión

Los pacientes, cuando acudan a cualquier institución sanitaria, debe tener la seguridad de que su estado de salud no será empeorado por falta de higiene de manos por parte de los profesionales que van a atenderle. Es por eso que la higienización en las manos es tan importante, puesto que además de prevenir futuras infecciones con este protocolo, también aumentará la satisfacción de los usuarios de estos servicios y la imagen de la institución sanitaria en cuestión.

6 Bibliografía

- Programa de Higiene de Manos del SNS. Disponible en https://www.seguridaddelpaciente.es/es/practicas-seguras/programa-higiene-manos/.
- http://celadoresonline.blogspot.com/.
- Protocolo del Lavado de Manos. Disponible en http://www.auxiliarenfermeria.com/esquemas/esquema_lavado_manos.htm.
- Indicaciones para la higiene de manos, redactado por la OMS (Organización Mundial de la Salud) Disponible en https://www.who.int/gpsc/tools/Five_moments/es/.

Capítulo 1274

EL CELADOR EN LAS CONSULTAS DE ATENCIÓN PRIMARIA. TRABAJO E INTERVENCIÓN

MARÍA JOSEFA MATO AMAYA

CRISTINA ÁLVAREZ SUAREZ

1 Introducción

El celador es la persona con la que primero se contacta cuando se acude, ya sea como usuario o como paciente, a un establecimiento sanitario. En las consultas de Atención Primaria, es fundamental que el celador tenga conocimiento de prácticas innovadoras de primer nivel asistencial en cuanto se refiere al trabajo en equipo, promoción de la salud y continuidad asistencial; para conseguir esto es importante que el celador sepa las limitaciones del paciente y para ello debe acceder a la información médica de los mismos.

2 Objetivos

- Intervenir para que tanto el celador y el personal sanitario de Asistencia Primaria formen un equipo en el que el paciente se encuentre en un ambiente relajado y cómodo para lograr que los distintos problemas de salud se afronten con una mejor actitud y así ayudar a la relación médico-paciente.

FUNCIONES
Son funciones y responsabilidades del celador:

Vigilancia y control del buen funcionamiento y uso del centro, mobiliario, equipos y utillaje.
Informar y asesorar sobre las actividades y normas del centro, vigilancia del acceso y circulación de los usuarios, así como colaborar en tareas de apoyo en el traslado y desplazamiento de pacientes con limitaciones.
Trabajar coordinadamente con el resto del equipo y participar en las reuniones del equipo.
Colaborar en las tareas organizativas, informativas..., del equipo que se les indique, en especial el traslado de historias clínicas a las consultas, así como otra documentación.
Apertura y cierre de los Centros de Salud, transporte de material, correspondencia y otros afines.

En la coordinación con el resto del equipo de Atención Primaria se entiende la ayuda al personal sanitario facultativo y no facultativo en distintas tareas como, por ejemplo, vestir y desvestir a los pacientes que sufran cualquier tipo de limitación con la intención de conseguir los objetivos señalados en el apartado anterior.

3 Metodología

Para la redacción de este capítulo he consultado múltiples publicaciones por Internet, así como distintas leyes de salud, entre ellas, la Ley 10/2001, de 28 de junio, de Salud de Extremadura.

4 Resultados

Los pacientes al llegar al Centro de Salud debe sentir que existe un apoyo asistencial dentro del establecimiento sanitario, más aún si padecen limitaciones físicas o psicológicas. Esa función la debe realizar el celador y para llevar a cabo su tarea de manera más sencilla, correcta y eficaz es importante que se informe sobre los pacientes que acceden a la consulta o si alguno de ellos carece de ayuda familiar y son trasladados en ambulancia. En este último caso, el celador debe llevar un seguimiento del mismo desde que accede hasta que se marcha de la institución sanitaria.

5 Discusión-Conclusión

Para que las consultas de Atención Primaria se desarrollen con la profesionalidad requerida por los pacientes y evitemos situaciones incómodas es fundamental que la información sea conocida, y nosotros, como celadores, debemos preocuparnos por estar informados en todo momento.

6 Bibliografía

- Funciones del celador en la Atención Primaria [Internet] Disponible en http://celadoresonline.blogspot.com/p/anexo-iv-temario-celador-ses.html.
- Ley 10/2001, 28 de junio, de Salud de Extremadura. Disponible en https://www.boe.es/buscar/pdf/2001/BOE-A-2001-14418-consolidado.pdf.
- Clima laboral en Atención Primaria: ¿qué hay que mejorar? Disponible en https://www.sciencedirect.com/science/JL.
- El valor de la gestión clínica como herramienta [Internet] Disponible en http://www.sas.juntaandalucia.es.

Capítulo 1275

EL TRABAJO DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

MARÍA JOSEFA MATO AMAYA

CRISTINA ÁLVAREZ SUAREZ

1 Introducción

Urgencias es la unidad asistencial que, bajo la responsabilidad de un médico (medico coordinador de urgencias), está destinada a la atención sanitaria de pacientes con problemas de etiología diversa y gravedad variable, que generan procesos agudos que necesitan de atención inmediata.

Al servicio de urgencias acuden personas solicitando asistencia médica urgente, motivada por diversas causas, por lo que debemos distinguir entre lo que es una Urgencia y lo que es una Emergencia.

Emergencia es una situación crítica que implica un riesgo vital para el paciente y requiere una actuación inmediata
Urgencia es una situación que implica un riesgo para el paciente cuya atención no se debe demorar más de 24-48 horas.

El servicio de urgencias funciona todos los días del año las 24 horas del día en Atención Especializada y en Atención Primaria.

2 Objetivos

- Concienciar a que el celador ayude con su labor, junto al resto del personal sanitario al ágil funcionamiento del Servicio de Urgencias, y que contribuya al orden y el silencio necesario en los distintos recintos que conforman esta unidad hospitalaria.

FUNCIONES:
El celador saldrá siempre a recibir a los pacientes, ya vengan en ambulancia o en vehículos particulares, dirigirá y orientará al enfermo al servicio de admisión, siempre que la situación lo permita, o directamente lo lleva a la zona de triaje, mientras que un familiar proporciona los datos administrativos. Transportará a los pacientes en silla de ruedas, cama, camilla o por su propio pie y avisará al personal sanitario cuando sea preciso.

Mantendrá las entradas de urgencias provistas de sillas de ruedas y camillas y vigilará las entradas al área de urgencias, permitiendo el acceso sólo a las personas autorizadas para ello. También ayudará al personal sanitario en las funciones que les sean propias, por ejemplo, sujetar a un niño mientras el personal sanitario lo sutura, contención a un paciente mientras se le practica un lavado gástrico o sujeción del paciente mientras se le practica una punción lumbar, entre otras tareas, así como las que le sean ordenadas por médicos, supervisores o enfermeros.

El celador deberá trasladar a los pacientes a los distintos servicios y unidades hospitalarias que sea preciso, así como la documentación a los distintos laboratorios, al banco de sangre, a la farmacia, al servicio de admisión, etc. y recogida de resultados. Igualmente cuidarán que los familiares y visitantes no deambulen por los pasillos y dependencias del servicio de urgencia y velarán continuamente por conseguir el mayor silencio en las salas de espera, así como avisar a los familiares de los pacientes cuando se realice un traslado del enfermo, ya sea para la realización de pruebas fuera del servicio de urgencias o cuando se efectué el ingreso en una planta hospitalaria. Y ante todo, jamás comentarán con los familiares de los pacientes sobre diagnósticos, exploraciones o tratamientos.

Es fundamental que el celador domine las distintas posiciones para el traslado de los pacientes para no provocar lesiones nuevas.

Las posiciones en el traslado según la dolencia que presente el paciente son las siguientes:
- Fowler alta en casos de insuficiencia respiratoria, disnea de origen cardiaco.

- Semi-fowler adecuada para pacientes estándar y embarazadas en situación de parto.
- Trendelenburg en casos de hipotensión o shock (hipovolémico y hemorrágico), embarazadas con hemorragia vaginal.
- Antitrendelenburg en casos de traumatismo cráneo encefálico, sospecha de hipertensión intracraneal.
- Decúbito lateral izquierdo en embarazadas a partir de la semana 26.
- Decúbito supino (una de las posiciones mas habituales en el traslado) sin almohadas en casos de pacientes traumatizados.
- Decúbito lateral de seguridad pacientes con bajo nivel de conciencia ó con vómitos continuados.
- Decúbito prono (menos habitual) posición indicada para quemaduras o heridas en la espalda, problemas vertebrales.
- Decúbito supino con piernas flexionadas (almohada debajo de las rodillas) en casos de dolencias abdominales.

Sedestación, la más idónea para pacientes con edema agudo de pulmón, insuficiencia cardíaca.

3 Metodología

Para la redacción de este capítulo he consultado distintos escritos publicados en Internet así como el Real Decreto 836/2012, de 25 de mayo.

Se ha llevado a cabo a su vez, una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Tanto el paciente como los familiares que acuden al Servicio de Urgencias deben sentir el acogimiento y apoyo asistencial de un profesional sanitario, en este caso el celador, para guiarles en las instalaciones y facilitar así la labor de otros profesionales tales como los auxiliares administrativos que trabajan en Admisión como los enfermeros y médicos que conforman la Unidad de Urgencias.

5 Discusión-Conclusión

El celador es un elemento de nexo necesario e imprescindible en el Servicio de Urgencias entre los facultativos y los familiares de los enfermos que requieren asistencia en esta unidad. Velan por el orden en las salas de espera y llegan a colaborar en el manejo de los enfermos en los traslados, bien a ambulancias o a distintas dependencias especializadas del hospital.

6 Bibliografía

- El Real Decreto 836/2012, de 25 mayo, por el que se establecen las características técnicas, el equipamiento sanitario y la dotación de personal de los vehículos de transporte sanitario por carretera.
- Actuación del celador en Urgencias [Internet] Disponible en http://celadoresonline.blogspot.com/.

Capítulo 1276

LA IMPORTANCIA EN EL TRABAJO DE CELADOR DE LA MANIPULACIÓN DE CARGA

MARÍA JOSEFA MATO AMAYA

CRISTINA ÁLVAREZ SUAREZ

1 Introducción

El celador tiene que tener un conocimiento exhaustivo acerca de la manipulación de cargas, puesto que uno de sus funciones es ayudar a la auxiliar de enfermería en el aseo de enfermos encamados o ayudar al personal sanitario a colocar y retirar el paciente de la mesa de operaciones. Por tanto, es fundamental que el celador tenga asimiladas las medidas protectoras a la hora de la manipulación de cargas.

RIESGOS Y AYUDAS EN LA MANIPULACIÓN DE CARGAS

La carga se define como cualquier objeto susceptible de ser movido, incluyendo personas (como los pacientes en un hospital) y animales.

Cualquier objeto que manipulemos se puede considerar carga a partir de 3 kg, el peso de la carga es uno de los principales factores a la hora de evaluar el riesgo en la manipulación manual de cargas.

El peso máximo que se recomienda no sobrepasar en condiciones ideales de manipulación es de 25 kg.

Si los trabajadores expuestos son jóvenes, mujeres o mayores, no se deberían manejar cargas superiores a 15 kg.
En condiciones excepcionales, los trabajadores sanos y entrenados físicamente podrían manipular cargas de hasta 40 kg, en condiciones seguras y de forma ocasional.

El mayor peso teórico recomendado es de 25 kg, que corresponde a la posición de la carga más favorable, es decir, pegada al cuerpo, a una altura comprendida entre los codos y los nudillos.

El manejo de personas con enfermedades o discapacidades que les impiden moverse, pueden causar problemas de espalda, produciendo lesiones en los celadores. Es preferible pedir ayuda a otro compañero o ayudarse de grúas u otros equipos (ayudas mecánicas), siempre que sea posible.

Las ayudas mecánicas facilitan el manejo del paciente, reduciendo el esfuerzo y evitando riesgos dorsolumbares a los celadores.

El peso teórico recomendado en función de la zona de manipulación es el siguiente:
A la altura de la cabeza y pegado al cuerpo es 13 kg.
A la altura del codo y pegado al cuerpo es 19 kg.
Entre los codos y los nudillos pegado al cuerpo es de 25 kg.
Por debajo de los nudillos y pegado al cuerpo es de 20 kg.
El uso de ayudas mecánicas para cargas superiores a 25 kg consiste en:
Reducción del peso de la carga
Levantamiento en equipo
Rediseño de las tareas de forma que sea posible manejar la carga pegada al cuerpo, entre la altura de los codos y la altura de los nudillos.
Utilización de mesas elevadoras que permitan manejar la carga a la altura ya recomendada, etc.
No se deberían manipular cargas de más de 5 kg en postura sentada, siempre que sea en una zona próxima al tronco, evitando manipular cargas a nivel del suelo o por encima del nivel de los hombros y giros e inclinaciones del tronco.
En general, en un equipo de dos personas, la capacidad de levantamiento es dos tercios de la suma de las capacidades individuales. Cuando el equipo es de tres personas, la capacidad de levantamiento del equipo se reduciría a la mitad de la suma de las capacidades individuales teóricas.

MOVILIZACIÓN DE PACIENTES

Este tema es muy extenso, y solo nos vamos a detener en las dos situaciones generales que pueden darse cuando el celador tiene que movilizar un paciente. Cuando el paciente colabora la manera de actuar es la siguiente:
Pedir la colaboración del paciente, flexionando las rodillas del paciente y agarrándose al cabecero de la cama.

El paciente se impulsará hacia el cabecero de la cama, mientras el celador lo sujeta y realizan el movimiento los dos al mismo tiempo. Hay que evitar que el paciente se golpee la cabeza con el cabecero de la cama.

Si el paciente se encuentra en una cama traumatológica o que la cama posea triángulo de Balkan (trapecio), se ayudará agarrándose a él.

Si el paciente no colabora debemos actuar es la siguiente:
Se puede realizar este movimiento con la ayuda de la entremetida, si el paciente la tuviese. Se coloca una persona por cada lado de la cama, sujetando bien la entremetida, enrollándola y bien pegada al cuerpo del paciente, y al unísono se desliza hacia la cabecera de la cama. (La entremetida se colocará desde el hombro hasta el muslo del paciente).

De igual manera, una persona por cada lado de la cama, agarrando al paciente por las axilas, deslizándolo hasta la cabecera. El celador pondrá uno de sus brazos debajo de las axilas y el otro debajo del cuello del paciente.
Si fuera un paciente politraumatizado, el desplazamiento se realizaría en bloque.

2 Objetivos

- Determinar, por parte del celador, qué postura correcta deberá adoptar a la hora de realizar su trabajo, sin que le ocasione un daño dorso-lumbar.
- Adaptar el puesto de trabajo a la persona, reduciendo los efectos negativos sobre la salud del trabajador (ruidos, posturas, movimientos, carga mental y física, etc.), por lo que podemos decir que la ergonomía se ocupa del confort posicional de trabajador.

3 Metodología

Para la redacción de este capítulo he revisado publicaciones por Internet que abordan este tema y el Real Decreto 487/1997, de 14 de abril, del Ministerio de Empleo y Seguridad Social· Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.

4 Resultados

Es deber del celador tener claro el peso teórico aconsejado para las cargas de distinto peso, puesto que esta faceta es una parte importante del trabajo en esta categoría profesional, a pesar de que no se le de la relevancia que realmente tiene, ya que así podremos evitar dolencias propias y daños a los pacientes cuyo peso, a veces, es necesario cargar.

5 Discusión-Conclusión

Para evitar lesiones dorso-lumbares es imprescindible conocer los límites de la manipulación de cargas, así como las posturas más favorables para el trabajador a la hora de cargar con un determinado peso.

6 Bibliografía

- Real Decreto 487/1997, de 14 de abril, sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas a la manipulación manual de cargas que entrañe riesgos, en particular dorso lumbares, para los trabajadores.
- Ministerio de Empleo y Seguridad Social.
- Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.

Capítulo 1277

ESTRÉS LABORAL Y SINDROME DE BURNOUT

HÉCTOR FERNÁNDEZ REA

SONIA BARREIRO SUÁREZ

MARIA BEGOÑA ÁLVAREZ MENÉNDEZ

1 Introducción

El síndrome de Burnout, o síndrome del trabajador quemado, es una afección psicológica en la que muchos trabajadores viven en un estado de estrés crónico y ansiedad y se caracteriza por un estado de debilidad y cansancio físico y mental permanente.

Es una dolencia que se produce como respuesta a tensiones que se extienden en el tiempo y que una persona padece ante factores estresantes emocionales e interpersonales relacionados con el trabajo. Cuando se hace referencia a esta afección podemos pensar que quien lo padece, sufre de cansancio o extenuación sin embargo la cuestión es más compleja y no y no suele ser restaurada con un corto periodo de reposo .

2 Objetivos

- Analizar determinar y conocer como y por qué se desarrolla en las organizaciones públicas que es donde se presenta con mayor frecuencia este tipo de síndrome y habitualmente donde el trabajador tiene en contacto asiduo con el

usuario , como sucede en las profesiones sanitarias, y mas concretamente en el ámbito hospitalario ya que es muy frecuente, y cada vez mas diagnosticado y registrado, llegando a alcanzar tal magnitud que la OMS lo ha declarado como un riesgo laboral .

3 Metodología

Se ha hecho una revisión bibliográfica en la que se han consultado varias bases de datos como Scielo, Cegesti, Medigrafic y Files SLD.cu. Se consultaron también publicaciones de psicología como la Revista de Psicología del trabajo y de organizaciones.

4 Resultados

Se podría decir que este síndrome es un desorden de adaptación crónico, relacionado con el inapropiado afrontamiento de las exigencias psicológicas del trabajo que altera la calidad de vida de las personas que lo padecen y causa un resultado adverso en la calidad de la asistencia de los servicios en el sector sanitario.

Muchos autores coinciden en que este síndrome afecta más a profesionales que requieren un contacto directo con las personas y con un modo de proceder empático en el trabajo, es decir las que necesitan alta dosis de entrega implicación. Este síndrome es un factor que influye en la disminución de la calidad de atención a los pacientes y la falta de implicación en el ámbito hospitalario.

El origen del término Burnout se debe a la novela de Graham Greene A burnout Case publicada en 1961 en el que se cuenta la historia de un arquitecto agotado emocionalmente que decide dejar su profesión y retirarse a la selva africana. Posteriormente empezó a usarse este termino en la literatura especializada en estrés laboral. En 1982 la psicóloga Cristina Maslach y el psicólogo Michael P. Leiter, crearon el Maslach Burnout Inventory (MBI), que desde 1986 es el instrumento más importante en el diagnóstico de esta patología. Durante muchos años ha habido trabajos relacionados con servicios humanos dónde se establece una relación de ayuda, tales como médicos enfermeras profesores abogados o policías siendo el resultado de este trabajo un cansancio emocional que los hace sentirse agobiados por los problemas de otros que ha sido descrito como síndrome de burnout por Cornel en 1982.

Tendremos muy en cuenta este síndrome ya que no solo afecta la calidad de vida y salud mental del profesional que lo padece sino que, a causa de este síndrome, también se puede llegar a poner en peligro la salud de los pacientes
Se han nombrado varias causas de riesgos para que se desarrolle este síndrome entre los cuales cabe destacar el trabajo relacionado directamente con el usuario, la sobrecarga laboral, los horarios de trabajo, la turnicidad o ciertos rasgos de personalidad como el altruismo, la filantropía o personas con expectativas optimistas elevadas o con deseo de prestigio pero sin duda el factor de riesgo más prevalente importante es el de la sobrecarga de trabajo.

Existen varios señales de atención que nos pueden llevar a percibir que una persona puede estar padeciendo este síndrome:
- Depresión
- Ira: pérdida del control manifestando un enojo exagerado en relación a la causa que es motivo del disgusto al tratar con compañeros con el resto del personal o con los pacientes.
- Desinterés por el trabajo
- Temor a acudir al centro de trabajo
- Aislamiento
- Aceptación de cargas excesivas de trabajo
- Negación: la persona afectada tarda en aceptar su problema
- Abandono físico dejadez en la higiene y en el arreglo personal cambios en los hábitos alimenticios perdida o ganancia de peso
- Desorganización
- Desilusión

A la hora de elaborar un diagnóstico se puede concluir que el síndrome de Burnout puede seguir la siguiente secuencia
En una primer momento se detecta una descompensación entre demandas laborales y los recursos materiales y humanos, de forma que los primeros exceden a los segundos lo que genera una circunstancia de estrés agudo. A continuación el sujeto realiza un sobre esfuerzo para adaptarse a los requerimientos. Pero esto no suele resultar , y aparece el cansancio, la ansiedad, la tensión y la fatiga. Posteriormente aparece el síndrome propiamente dicho. El sujeto deteriorado física y mentalmente se convierte en una amenaza más que en una ayuda para los destinatarios de sus servicios.

Se pueden señalar dos tipos de consecuencias de este síndrome: unas consecuencias para el individuo

(riesgo de sufrir enfermedades psiquiátricas, depresión, ansiedad, irritabilidad dificultad de concentración; problemas conductuales como las adicciones, o dificultad para trabajar en grupo, disminución del rendimiento laboral, mayor posibilidad de errores, alteración de la memoria y del aprendizaje; insomnio deterioro cardiovascular úlceras pérdida de peso dolores musculares migrañas desórdenes gastrointestinales fatiga crónica incluso daños a nivel cerebral) y otras para la institución (propensión al absentismo, deterioro de la calidad del servicio, generar cierto grado de hostilidad y resentimiento).

Varias cuestiones concretas para evitar el síndrome de Burnout son:
- La formación
- La conformación de las metas laborales con el fin de determinar que sean realizables y accesibles para los trabajadores
- Fijar procedimientos que fomenten la seguridad laboral
- Encontrar la igualdad entre el tiempo dedicado a la familia, amigos, aficiones, descanso y trabajo
- Apoyar y crear un buen clima en el equipo de trabajo
- Reforzar las relaciones sociales entre los trabajadores
- Ajustar la agenda laboral

5 Discusión-Conclusión

El síndrome de burnout es un cansancio y agotamiento del profesional con consecuencias en el ámbito laboral y familiar por fatiga mental del individuo con la respectiva pérdida de desarrollo y oportunidad tanto en el aspecto personal como profesional este síndrome es un mal que podemos ver qué afecta y repercute en la calidad de vida de las personas presentando síntomas psicosomáticos de conducta emocionales y laborales.

Las evidencias que afectan al individuo en el inicio de la aparición de esta enfermedad se reconocen en varias etapas y son exceso de trabajo, demasiado esfuerzo que llevan a estados de ansiedad y fatiga, desmoralización y pérdida de ilusión, pérdida de vocación y decepción de los valores hacia los superiores.

Conseguir entidades exentas de Burnout puede parecer una entelequia, sin embargo es necesario trabajar para que este síndrome aparezca lo menos posible en las empresa y así no llegue a ser una de las enfermedades profesionales de este siglo.

6 Bibliografía

- Cegesti.org.
- Medigraphic.com.
- Files.sld.cu.
- Scielo.sa.cr.
- Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones - 2003. Volumen 19, n.º 2.

Capítulo 1278

EL PAPEL DEL CELADOR EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

ANA MARÍA BALLESTEROS PEREZ

ALFREDO JOSE ÁLVAREZ VEGA

GRANDELINA MIGUEL GARCIA

ADRIANA BUENO PRIETO

CASTO BARRO FERNÁNDEZ

1 Introducción

Según lo dispuesto en la Ley General de Sanidad, el Sistema Nacional de Salud es ”el conjunto de los Servicios de Salud de la Administración del Estado y de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas”.
Siguiendo con los criterios establecidos en dicha ley, las Comunidades Autónomas han delimitado su territorio en Áreas de Salud, siendo éstas las estructuras fundamentales del Sistema Sanitario.

Las Áreas de Salud constituyen el ámbito de actuación de la Atención Especializada. Cada Área de Salud, se divide en Zonas Básicas de Salud, que constituye el marco territorial de la Atención Primaria. Dicha Atención se prestará en los Consultorios y en los Centros de Salud.

El Equipo de Atención Primaria estará formado por un conjunto de profesionales sanitarios y no sanitarios cuyo ámbito de actuación es la Zona Básica de Salud.

Según el Real Decreto sobre Estructuras Básicas de Salud, la composición de los Equipos de Atención Primaria será la siguiente:
- Los Médicos de Medicina General y Pediatría, Puericultura de Zona, Ayudantes Técnicos Sanitarios o Diplomados en Enfermería, Matronas y Practicantes de Zona y Auxiliares de Clínica, adscritos a la Zona.
- Los Funcionarios Técnicos del Estado al servicio de la Sanidad Local adscritos a los Cuerpos de Médicos, Practicantes y Matronas titulares radicados en la Zona.
- Los Funcionarios Técnicos del Estado al servicio de la Sanidad Local adscritos a los Cuerpos de Médicos, Practicantes y Matronas titulares radicados en la Zona.
- Los Veterinarios titulares radicados en la Zona podrán integrarse en el Equipo de Atención Primaria, aplicando criterios operativos y de colaboración en la forma en que se determine.
- Los Trabajadores Sociales o Asistentes Sociales.
- El personal preciso para desempeñar las tareas de administración, recepción de avisos, información, cuidados de mantenimiento y aquellos otros que se estimen necesarios para el mejor funcionamiento del Centro. En este último grupo se encuadraría al celador.
- El personal del Equipo de Atención Primaria dependerá funcionalmente de un Coordinador Médico.

2 Objetivos

- Conocer las funciones y las características de los celadores destinados a cumplir funciones en el Centro de Salud, como parte del Equipo de Atención Primaria.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

De la información consultada se pude extraer que las funciones del celador en un Centro de Salud (como lugar en el que se presta la Atención Primaria) serán las siguientes:
- Apertura y cierre del Centro de Salud.
- Vigilancia y control del buen uso del centro, así como del mobiliario y los equipos existentes en él.
- Informar sobre las normas del centro, por ejemplo, hora de apertura y cierre, horarios de las consultas, lugar de las mismas, etc.
- Colaborar en las tareas de traslado y desplazamiento de usuarios con limitaciones.
- Traslado de documentación como, por ejemplo, las historias clínicas que sean solicitadas en las consultas, reparto de recetas de enfermos crónicos al médico correspondiente y reparto de correspondencia.
- Transporte de material de enfermería al almacén.
- Ayudarán al personal sanitario en curas y pequeñas intervenciones cuando sea requerido.
- Enviar partes de incidencia a la empresa encargada del mantenimiento cuando detecte o sea informado de algún desperfecto; previamente informará a su superiores.
- Participar en las reuniones de equipo.
- Trabajar coordinadamente con el resto del equipo.
- Realizar todas aquellas funciones que le correspondan de acuerdo a su categoría.

5 Discusión-Conclusión

Las funciones que realiza un celador en un Centro de Salud son similares a las que desempeñaría un celador de puertas de un hospital. Además de las funciones comunes a las que realizaría en otro destino, como son el traslado de pacientes, transporte de documentación y materiales, adquiere importancia la función de información al usuario, por lo que son fundamentales unas buenas estrategias de comunicación, para conseguir mejorar la percepción de los servicios por parte de los usuarios.
Los celadores en particular, y los profesionales de la sanidad en general, tienen que tener buena disposición para ayudar al usuario y demostrar que son competentes en su trabajo. Deben ser capaces de inspirar seguridad y confianza, mostrar

empatía, comprender las emociones del paciente y utilizar un lenguaje adecuado, evitando el uso de tecnicismos.
En conclusión, el celador en su atención a los usuarios del Centro de Salud debe transmitir seguridad, confianza, amabilidad, eficacia, cortesía, discreción y profesionalidad.

6 Bibliografía

- BOE núm.102 de 29 de Abril de 1986. Ley 14/1986, de 25 de Abril, Ley General de Sanidad.
- BOE núm.27 de 1 de Febrero de 1984. Real Decreto 137/1984 de 11 de Enero, sobre Estructuras Básicas de Salud.
- Celador del Servicio de Salud del Principado de Asturias. 7 Editores. Edición 2018.

Capítulo 1279

HABILIDADES, CUALIDADES Y APTITUDES QUE DEBE REUNIR UN CELADOR

JOSE GUSTAVO CARBAJOSA FERNANDEZ

1 Introducción

Muchas veces en los hospitales y centros de salud, vemos celadores y sabemos que son celadores por que llevan una tarjeta identificativa en la que trae su profesión pero no sabemos que habilidades, cualidades o aptitudes tiene, debería tener o sería bueno que tuviese para desempeñar mejor su labor. En este capitulo trataremos de verlas y explicarlas.

2 Objetivos

- Conocer las habilidades, cualidades y aptitudes que debe tener un celador para que su trabajo sea en definitiva de más calidad de cara al trato con el usuario.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La habilidad es la capacidad que tiene una persona para hacer una cosa correctamente y esta hacerla con facilidad. Cuando un jugador de fútbol empieza a hacer malabares con el balón, hace regates y muchos controles se dice que es muy hábil con la pelota.

Las cualidades son unas características que diferencian o hacen distinto a alguien y puede una persona tener como cualidad (la puntualidad por ejemplo).

La aptitud es la capacidad que tiene una persona para realizar una actividad o función (cuando nos presentamos a un examen de conducir y lo aprobamos nos dice nuestro examinador que estamos aptos para conducir).

Un celador tendrá habilidad comunicativa puesto que trabaja con pacientes, familiares y resto de personal sanitario. Será amable, simpático y prudente y será capaz de integrarse en un equipo de trabajo y adaptarse a sus instrucciones.

En cuanto a cualidades tendrá básicamente 4:
- Cualidades intelectivas con un nivel intelectual con capacidad para pensar y decidir en cada momento y un nivel cultural que le permita asimilar conocimientos para desempeñar su trabajo.
- Cualidades físicas que consistirá en mantener una buena salud para poder realizar la cantidad de movimientos que se demandan y que estos a su vez sean coordinados.
- Cualidades psíquicas con un control nervioso ante situaciones que se le puedan presentar complicadas y un control emotivo que no le permita exteriorizar determinadas emociones.
- Cualidades personales mediante las cuales mantendrá un buen trato humano y continuo con las personas, será amable y demostrara simpatía , delicadeza, paciencia, discreción y empatía.

Y finalmente en cuanto a aptitudes contara básicamente con 3:
- Inteligencia para poder clasificar y llegar a comprender todo lo que observe y llegar a razonarlo y esta inteligencia también la usara para memorizar protocolos.
- Una capacidad de percepción para poder captar por sus sentidos datos que emanen del paciente.
- Tener aptitud para el trabajo actuando con serenidad y aplomo.

5 Discusión-Conclusión

La profesión del celador no es fácil y como se demuestra en este capítulo es muy vocacional pues ayudas a mucha gente, convives con mucha gente, te relacionas con mucha gente y en definitiva conoces a mucha gente nueva. Escuchas penas y dolores y sus satisfacciones y el celador tiene que estar dispuesto a todo esto intentando le afecte lo menos posible emocionalmente

6 Bibliografía

- Http://es.wikipedia.org.
- Http:// dialnet.uniroja.es.
- Http://www.logoss.net.
- Libro temario celador (Sespa) Editorial CEP.

Capítulo 1280

LA IMPORTANCIA DEL TRABAJO EN EQUIPO

HÉCTOR FERNÁNDEZ REA

MARIA BEGOÑA ÁLVAREZ MENÉNDEZ

SONIA BARREIRO SUÁREZ

1 Introducción

El trabajo en equipo aún parece una entelequia en el entorno de Sanidad ya que, durante mucho tiempo, el logro personal de méritos laborales era el principal objetivo de la medicina . Sin embargo, la asistencia sanitaria es una tarea complicada que no puede incidir en un solo profesional, cada uno de los profesionales tiene papel diferente según su profesión, pero todos tienen el mismo fin y compromiso que es la restablecimiento del enfermo. Hay estudios que nos dan a entender que la imagen que tienen los usuarios de los cuidados que reciben mejora notablemente cuando los profesionales sanitarios trabajan en equipo.

En este caso trataremos de considerar como un equipo de trabajo a un grupo de profesionales que interactúan entre sí para conseguir un fin o solventar ciertas demandas y analizar como un alto porcentaje de las actividades que se realizan dentro del ámbito sanitario se llevan a cabo gracias al trabajo en equipo, a la convergencia, la coordinación y la cooperación entre sus miembros que permiten lograr objetivos comunes.

2 Objetivos

El principal objetivo del trabajo en equipo en el ámbito sanitario es conseguir la salud y el bienestar del paciente y está demostrado que se obtiene mejores resultados trabajando en común que si cada miembro del equipo trabajará por separado y después se reunieran con sus resultados individuales.

3 Metodología

Se ha consultado y hecho una revisión bibliográfica en la que se ha acudido a fuentes de información como son Scielo, celadores on line, google académico, Isanidad, blogs FUNIBER, publicaciones de psicología y publicaciones universitarias.

4 Resultados

Para llevar a cabo una buena asistencia sanitaria no hay duda de que los equipos de trabajo forman un punto muy importante dentro de las instituciones sanitarias que vendrá refrendado por una serie de beneficios y hay que tener también en cuenta unas condiciones para que el grupo tenga éxito.

Beneficios del trabajo en equipo:

- Cuando las habilidades que tiene cada profesional que se fusionan los objetivos que se pretendía alcanzar siempre resultan más próximos.

- El tiempo utilizado en realizar una tarea siempre es más corto cuando dicha tarea se realiza trabajando en equipo.

- Hay una disminución muy considerable de la carga de trabajo de cada miembro del equipo.

- La motivación personal también se ve incrementada por la sensación de pertenencia a un grupo de los miembros del equipo.

- Trabajar conjuntamente hace que resolver cualquier problema sea mucho más fácil.
- El usuario está mejor atendido.

El triunfo de un equipo viene condicionado por varios puntos a tener en cuenta:

- El número de miembros ideal de un equipo no existe pero que esté formado por 10 personas es lo más indicado.

- Que los fines del equipo sean los mismos.

- Que los procedimientos y normas de funcionamiento sean afines.

- La competencia laboral de cada uno de los miembros es también un punto importante.

- Como siempre, la empatía entre los componentes del equipo juega un papel destacado.

- Que exista un ambiente confianza entre los integrantes del grupo: la confianza es el elemento principal del trabajo en equipo. Hay que fomentar un clima donde los miembros entiendan y conozca las facultades de los demás y tiendan a ayudarse mutuamente.

- Que entre los componentes del equipo haya una buena comunicación.

- Que las tareas estén bien delimitadas y adecuadas a la competencia de cada uno de los integrantes del equipo, evitando que está delimitación derive en individualismos que nos hagan olvidarnos del objetivo común, que es el paciente.

- Que el guía del grupo sea admitido y aprobado por todos los integrantes. La persona que tome el rol del liderazgo debe tener la capacidad de motivar e influir en todos los miembros del equipo. El líder debe definir la misión y el papel del equipo y de cada uno de sus miembros como infundir positividad al equipo, favorecer el interés por la creatividad y ordenar y controlar controversias que surgieran.

- Que todos los componentes del equipo antepongan el éxito del grupo al personal.

- Que cada miembro del equipo tenga la capacidad de anticiparse a las necesidades de otros miembros mediante el conocimiento preciso de los roles de los integrantes y de los conocimientos de los procedimientos a realizar.

- Que los miembros del equipo tenga capacidad de adaptación ante los obstáculos que pudieran surgir.

- Que todo el equipo se involucre en la toma de decisiones. Hay pocas cosas que afecten tanto como que las decisiones se haga de manera arbitraria por un líder autoritario. Para que esto no suceda hay que fomentar la generación de ideas y que cada integrante exponga su opinión.

5 Discusión-Conclusión

Con todas esos puntos a tener en cuenta, y sabiendo lo beneficioso que puede resultar tener formado un buen equipo de trabajo, surgen muchas dificultades a la hora de realizar el trabajo diario: individualismo, alta rotación de personal, falta de autonomía, relaciones verticales de poder, falta de tiempo para las reuniones etc., lo cual nos lleva a corroborar la importancia de un buen diseño del equipo para que estos obstáculos que surgirán casi de manera inevitable sean superados con éxito y se lleve a cabo de manera provechosa y útil la atención al usuario trabajando en equipo.

6 Bibliografía

- Académica unavarra.es

- Blog funiber.org: Las ventajas del trabajo en equipo en el ámbito sanitario.

- Isanidad.com: Medicina y enfermería: trabajo en equipo: sí o sí.

- Crónica global el español.com: Enseñar a trabajar en equipo en el ámbito de la salud.

- Scielo: Trabajo en equipo: ¿es posible formar equipos médicos expertos a partir de profesionales expertos?
Celadores online.com

Capítulo 1281

EL CELADOR EN SU RELACIÓN CON LOS ENFERMOS MENTALES.

ELENA SUÁREZ TALAVÁN

MARIA MAR TALAVÁN GARCÍA

GUILLERMO VAQUERO PIEDRA

CRISTINA MUÑIZ FERRERO

MONTSERRAT BARRERO

1 Introducción

La salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades. Asimismo, la psiquiatría es la rama de la medicina que estudia, diagnostica, trata y previene las enfermedades mentales. La mayoría de las veces los trastornos mentales no son adecuadamente detectados, es por ello que pocas personas pueden acceder a tratamientos.

2 Objetivos

Conocer la actuación del celador frente a los enfermos mentales y saber cómo actuar ante un paciente agitado o agresivo, así como la clasificación y las funciones del celador en las unidades de psiquiatría.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capitulo, se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos tales como Elsevier y se han tenido en cuenta y destacado los artículos y textos más interesantes y que mejor se adapten a este trabajo.

4 Resultados

El celador en la unidad de psiquiatría ante un paciente agitado actuará, en primer lugar, llamando de inmediato a la enfermera de la unidad, separando al paciente agitado del resto de los pacientes, y deberá mantener la seguridad tanto del paciente como del personal. Es importante conocer las formas por las cuales se puede reducir a un paciente, entre las que destacan la reducción farmacológica, física y la reducción verbal. Por otro lado, se debe conocer la actitud que debe adoptar el celador frente a este tipo de pacientes, manteniendo una actitud positiva, controlando el volumen y modulando la voz, y evitando amenazas, además de evitar los movimientos bruscos. Es importante que, tanto el celador como el resto del personal, escuche y tenga empatía frente al enfermo.

Asimismo, existe una clasificación de las unidades de psiquiatría, en las que destacan las unidades de hospitalización total, se trata de las unidades de salud mental que se encuentran en el hospital general. En los hospitales generales podemos encontrar una planta destinada a los pacientes psiquiátricos que necesitan un régimen de internamiento para su asistencia.

Por otro lado, están las unidades de hospitalización parcial, dentro de estas unidades podemos encontrar varias como:

- Hospital de día: se trata de una estancia diurna para estos pacientes donde podrán pasar unas horas durante las que realizarán una serie de actividades sin estar internados.
- Centro de día: posee unas características muy parecidas al hospital de día, donde el paciente podrá estar más horas al día. En los centros de día hay un contenido más rehabilitador y socializador.
- Hospital de noche: se trata de un espacio de hospitalización dedicado a aquellos pacientes que durante el día realizan su vida normal, pero que por la noche transitoriamente poseen dificultades para permanecer en su domicilio por cualquier razón psicosociológica.

Y por último las unidades no hospitalarias, en estas unidades no hospitalarias nos encontramos con las unidades de rehabilitación, las unidades de salud mental infantil y las unidades de docencia y psicoterapia.
Asimismo, el celador en la unidad de psiquiatra tendrá funciones tales como:
- Cuidar el acceso a la unidad de psiquiatría evitando que entren personas no autorizadas, además de evitar que se introduzca comida o bebida a las dependencias, así como cualquier objeto que pueda considerarse peligroso o no autorizado.
- Se encargarán del entorno ambiental de los pacientes como puede ser la bajada y subida de persianas dependiendo de las horas, así como de las luces.
- Colaborarán con el aseo de los pacientes que lo requieran y vigilarán que los pacientes que no quieran realizar su aseo lo hagan.
- Recogerán los pedidos de almacén, medicamentos y otros productos de la farmacia. Trasladarán las funciones de traslado de documentación u otros objetos que les requieran.
- Ayudarán al personal sanitario a administrar la medicación a aquellos pacientes que lo requieran. Además, ayudarán a este personal en la reducción de pacientes agitados.
- Vigilarán que las estancias se encuentren en su debido orden y armonía vigilando la compostura de los pacientes, así como controlando también el acceso y la circulación de las personas por la unidad.
- Podrán acompañar a los enfermos en las salidas externas para su vigilancia.
- Cuidarán que los enfermos no hagan un uso indebido de los enseres y las ropas de la unidad, evitando así su deterioro.
- Trasladarán los aparatos y mobiliario que se requiera.

5 Discusión-Conclusión

Es importante conocer las medidas de actuación en la unidad de psiquiatría, así como la actitud que se debe de tomar y las medidas de contención. Asimismo, el celador destinado a la unidad de psiquiatría debe estar familiarizado con el tipo de paciente, por lo que es útil que conozca algunas de las patologías que pudiera padecer, ya que existen diferentes trastornos mentales manifestándose de forma distinta cada uno de ellos, si bien todos ellos destacan por la combinación de alteraciones del pensamiento, la percepción, las emociones, la conducta, así como las relaciones con los demás. Por otro lado, sería interesante diseñar programas de atención en salud mental en el hospital.
En definitiva, la asistencia sanitaria en salud mental también debería de ir encaminada hacia una relación asistencial en la que el eje central sea el paciente, sus

necesidades y valores. Los pacientes con enfermedades mentales deberían poder escoger entre las diferentes opciones asistenciales posibles.

6 Bibliografía

- elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-psiquiatria-379-avance-resumen-salud-mental-el-hospital-general-S003474501460069X
- elblogdelcelador.files.wordpress.com/2012/07/manual-de-actuacic3b3n-del-celador-en-los-distintos-c3a1mbitos-sanitarios.pdf
- consaludmental.org/publicaciones/Relacion-medicos-pacientes-salud-mental.pdf
- El celador del servicio de salud del Principado de Asturias. Editorial MAD

Capítulo 1282

USO DEL LENGUAJE NO SEXISTA EN EL ENTORNO DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

MARÍA DE LOS ANGELES GONZÁLEZ GARCIA

MARÍA EUGENIA DIAZ BERMEJO

JESÚS BERMUDEZ GUTIERREZ

1 Introducción

Actualmente las administraciones publicas están poniendo énfasis a través de planes de igualdad en la incorporación del lenguaje inclusivo dentro de las estructuras estatales, como es en este caso el ámbito sanitario. A través del lenguaje nos comunicamos con el mundo y este lenguaje refleja en parte los valores y la forma de pensar de la sociedad, de ahí la importancia de utilizar un lenguaje inclusivo que no discrimine, oculte ni estigmatice la diversidad personal y social del se humano. Así por ejemplo, nos encontramos con el uso del masculino genérico, entre otros, que producen ambigüedades y suelen dar lugar a la discriminación de la mujer en forma de ocultación e invisibilidad.

2 Objetivos

- Destacar la importancia de la incorporación paulatina del lenguaje inclusivo.
- Concienciarnos de que todos y cada una de nosotros somos responsables del lenguaje que utilizamos.

- Como afecta a nuestro entorno.

3 Metodología

Se han consultado bases de datos como google academico, dialnet y biblioteca cochrane-plus, en las que se han consultado publicaciones y artículos relacionados con la temática. Como descriptores se han utilizado los siguientes: administración publica, sanidad, inclusivo, lenguaje no sexista, mujer, y discriminación, en un periodo de tiempo acotado de 4 años (2016/2020)

4 Resultados

Es de destacar a través de las publicaciones revisadas que existe la voluntad por parte de las administraciones publicas de promover el empleo del lenguaje inclusivo a través de diferentes planes de igualdad promovidos en las comunidades autónomas, pero aun existiendo la voluntad no se pone el suficiente interés ni los suficientes medios para poner en marcha las estrategias necesarias tanto para educar a nuestros menores como sensibilizar a los adultos.

5 Discusión-Conclusión

La forma hablada y escrita mediante la cual nos comunicamos puede mostrar y enseñar pero también ocular e invisibilizar. La sociedad se ha desarrollador y evolucionado a lo largo de la historia tanto tecnológica como socialmente, pero al igual que han cambiado las relaciones personales, las condiciones laborales, los derechos humanos, etc, no lo ha hecho en igual medida el suso del lenguaje, que sigue reflejando las circunstancias de inferioridad y ocultación de la mujer de antaño. Cada uno de nosotros podemos aportar mucho para eliminar este lastre que supone la discriminación de la mujer en todos los aspectos de la sociedad, cuidado de comunicarnos mediante un lenguaje inclusivo y no sexista con nuestros hijos, amigos, compañeros y resto de las personas con las que nos relacionamos.

6 Bibliografía

- Guía para el uso no sexista del lenguaje adminstrativo.(www.aytojaen.es> portal>recursosweb>documentos)

- Lenguaje adminstrativo no sexista (www.igualdad.uniovi.es>document_library>get_file)
- Lenguaje no sexista: lenguaje adminstrativo (www.lenguajeadminstrativo.com>category>lenguaje-no-sexista)
- https://definicionde/lenguaje-inclusivo

Capítulo 1283

LA IMPORTANCIA DE LA FORMACION CONTINUADA PARA EL AUXILIAR ADMINSTRATIVO

MARÍA DE LOS ANGELES GONZÁLEZ GARCIA

MARÍA EUGENIA DIAZ BERMEJO

JESÚS BERMUDEZ GUTIERREZ

1 Introducción

La incorporación de las tecnologías de la información y las comunicaciones (TICS) en el ámbito sanitario, ponen a nuestra disposición infinidad de herramientas mediante las cuales podemos dar respuesta a las demandas actuales que se nos presentan. Entre ellas, la mejora de la eficiencia en la gestión.

El auxiliar administrativo, como elemento involucrado en el proceso de gestión, ha de estar a la altura de los avances tecnológicos que se suceden actualmente y para ello tiene que capacitarse y actualizarse constantemente, es por ello necesario la planificación y desarrollo de actuaciones que contemplen la importancia de la formación continuada.

2 Objetivos

Valorar la importancia y la necesidad de una formación continuada para el auxiliar administrativo como herramienta para enfrentarse al reto de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación.

3 Metodología

Tras una búsqueda bibliográfica hemos revisados artículos y publicaciones del ámbito sanitario relacionadas con el tema a tratar en diferentes bases de datos, como PubMed, google académico, biblioteca cochrane-plus y dialnet, utilizando como descriptores los siguientes términos: formación continuada, auxiliar administrativo, sanidad, desarrollo y planificación.

4 Resultados

Actualmente el sistema nacional de salud contempla el apartado de la formación continuada como un eslabón imprescindible en la estructura global del sistema sanitario, como uno de los medios para lograr altos estándares de calidad en la sanidad.

A través de la COMISIÓN DE FORMACIÓN CONTINUADA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS (Órgano Colegiado de la Administración Publica), se coordina todas las actuaciones que se desarrollan en este campo, se valoran tanto las necesidades y objetivos asistenciales como las expectativas de los profesionales y en función de estos se establece la oferta formativa necesaria para el mantenimiento de las competencias de los profesionales, de este modo el auxiliar administrativo dispone de una amplia oferta de cursos de formación que abarcan todo el ámbito sanitario administrativo (contabilidad, contratación, documentación, atención, etc).

5 Discusión-Conclusión

En los tiempos actuales tan cambiantes tiene más peso si cabe y se hace más necesario la permanente capacitación del auxiliar administrativo, la transformación y la progresiva implantación de nuevas formas de gestión nos obliga a contar con profesionales administrativos que tengan una formación polivalente y en constante actualización, por ello las administraciones publicas deben cumplir con las expectativas de los profesionales y con las necesidades asistenciales garantizando un sistema de formación continuada acorde con dichas expectativas.

6 Bibliografía

- https://revistas.um.es/eglobal/article/view/119911

formación continuada: herramienta para la capacitación.

- https://confilegal.com/20160110-las-tics-tienen-una-gran-importancia-en-el-area-de-la-salud.
- https://revistamedica.com/auxiliar-administrativo-salud-admision-documentacion-clinica
- https://www.mscbs.gob.es/profesionales/formación/formacioncontinuada/comisión.htm
- https://www.saludcastillayleon.es/profesionalescap/es/formacion-continuada
- https://orionformacion.com/formacion/sanidad/1128/auxiliares_administrativos
- https://www.formacionalcala.es/comisiondeformacioncontinuada

Capítulo 1284

ACOSO LABORAL EN SANIDAD.

ANDRÉS NIEVES VALLE

MONICA CADENAS MARTINEZ

1 Introducción

Acoso laboral o mobbing es una situación que se da en el lugar de trabajo, donde un individuo o varios, ejercen violencia psicológica de manera repetida y sistemática sobre otro individuo o individuos, durante un período de tiempo prolongado. Los acosadores pueden ser compañeros de trabajo, superiores o subordinados.

2 Objetivos

Ante todo, tenemos que saber qué tipo de acoso es y en qué ámbito se desarrolla.

3 Metodología

Se utilizan diferentes bases de datos: Dialnet, Scielo; empleando como descriptores: acoso laboral, mobbing y profesionales de la salud

4 Resultados

El acoso laboral se clasifica en 2 categorías: según la posición jerárquica y según el objetivo.

Teniendo en cuenta la posición jerárquica diferenciamos entre: mobbing horizontal (el acosador y la víctima están en el mismo rango jerárquico), y mobbing vertical donde el acosador se encuentra en nivel inferior o superior a la víctima, pudiendo ser a su vez ascendente o descendente.
Según el objetivo, nos encontramos con:
1. mobbing de dirección o gestión, éste es llevado a cabo por superiores para acabar con un trabajador que no se ajusta a sus expectativas.
2. mobbing perverso, se caracteriza por no tener un objetivo laboral, la causa está en la personalidad manipuladora del acosador.
3. mobbing disciplinario, es un tipo de acoso en el que se infunde miedo a la víctima, se advierte a los compañeros de lo que puede ocurrir con un comportamiento parecido.
4. mobbing institucional, forma parte de la estrategia empresarial para que el acosado rescinda el contrato voluntariamente.

5 Discusión-Conclusión

El acoso laboral es una realidad cada vez más estudiada y reconocida, aunque todavía hoy puede ser difícilmente identificado ya que no siempre presenta las mismas características.
La variedad de tipos de mobbing permite que muchas veces quede camuflado o hasta incluso pueda ser interpretado como algo que entra dentro de la normalidad. En muchas ocasiones se trata de confundir a la víctima para que crea que es ella la culpable, pudiéndose llegar a cuestionar la cordura de quien lo padece.

Los ataques sufridos pueden llegar a causar problemas psicológicos serios en la víctima como por ejemplo: ansiedad, depresión, estrés, desmotivación en el trabajo y perturbación del ejercicio laboral, entre otros.

6 Bibliografía

- Caamaño Rojo E. La noción del acoso laboral o mobbing y su reconocimiento por la jurisprudencia de Chile. Revista de derecho (Valparaíso), diciembre 2011; (37); 215-40.
- Roca LB. El "Mobbing" o acoso moral en el trabajo. Psicopatología Clínica Legal y Forense. 2002; 2(2); 113-20.
- Vázquez MAD, Lobeiras LIL. Mobbing vs. Bullying: Dos términos, ¿el mismo concepto?: 59

Capítulo 1285

GESTION DE AGENDA POR LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA

LUCIA ISABEL ALVAREZ FERNANDEZ

GRACIELA GONZALEZ GONZALEZ

LORENA GONZALEZ GONZALEZ

1 Introducción

En los centros de salud de atención primaria el personal encargado de gestionar la petición de citas de los pacientes, generalmente, es el personal auxiliar administrativo. En la actualidad, dependiendo de la comunidad autónoma española, los pacientes también pueden solicitar sus citas de forma online o mediante aplicaciones móviles. A pesar de ello, el personal encargado de gestionar los tiempos de las citas programadas, de demanda, o modificación sigue siendo una función principal del personal auxiliar administrativo.

2 Objetivos

Conocer las acciones a realizar por los auxiliares administrativos para la gestión de citas en los centros de salud de atención primaria.

3 Metodología

Búsqueda de bibliografía en distintas publicaciones especializadas como son : - google académico, dialnet, scielo, latindex, medline, cinahl, cuiden, lilacs. Los descriptores utilizados fueron: agenda, citaciones, citas especializadas. Se han empleado como criterios de inclusión: textos en idioma español e inglés, y de exclusión: aquellos con acceso gratuito.

4 Resultados

Los auxiliares administrativos gestionan tanto citas con los sanitarios que hay en el mismo centro de salud como citas a consultas externas con todo tipo de especialidades. Esta gestión se realiza a través de herramientas informáticas .

El primer paso en esta herramienta será crear una agenda en la que constarán datos de las consultas, calendario y horario de atención, entre otros, ya que podremos incluir todas aquellas variables que sean necesarias para el buen funcionamiento de las consultas, personalizándolas de acuerdo a las necesidades del sanitario que prestará la atención, con factores como por ejemplo horario de la consulta, hora límite de citas, días en los que no habrá consulta, tiempo de consulta,... Además se configurará el tipo de consultas disponibles (primera visita, revisión, resultados, etc) siempre de acuerdo con el profesional, médico o enfermero de atención primaria, que esté a cargo de dicha consulta. Una vez introducidos todos los datos generaremos la agenda, lo cual podremos hacer individualmente por profesional, por rango de tiempo o automáticamente.

Los auxiliares administrativos trabajaremos en el área administrativa, donde podremos comprobar todos aquellos cambios que hayan realizado los sanitarios en sus agendas. Pero además podremos asignar citas, cambiarlas o anularlas, cosas que es lo más frecuente en nuestro día a día. Para estas acciones necesitaremos acceder al área de gestión de pacientes. Una vez en el área de pacientes para poder empezar a dar citas a los pacientes se inicia realizando la búsqueda del paciente.

Nos podemos encontrar con dos situaciones:

- Que el paciente ya esté dado de alta en el sistema.
- Que el paciente no aparezca en el sistema.

Si el paciente está dado de alta en el sistema, porque ya sea paciente del centro de salud, accederemos a la agenda del profesional indicado para visualizar los

horarios disponibles asignando la más favorable al paciente. En el caso de que el paciente no esté registrado en el centro de salud procederemos a dar de alta el paciente introduciendo los datos personales y el motivo del alta, para continuar con el mismo procedimiento de asignación de citas ya descrito.Del mismo modo podremos cancelar las citas ya asignadas, cambiarlas o forzar citas para casos en los que se requiera.

Una vez asignada la cita podremos facilitar un recordatorio impreso al paciente.También es posible citar a los pacientes en otro centro distinto al nuestro, una consulta con un especialista que no hay en el centro o una consulta hospitalaria.

Además podremos programar sesiones con profesionales como fisioterapeutas, para lo que indicaremos fecha de inicio y de final una vez consultada la agenda del profesional y vistos los horarios disponibles. En algunas ocasiones, a los pacientes se les indican varias consultas con varios profesionales por lo que podremos realizar citas múltiples; es decir, programar las citas con varios especialistas en el mismo día y horas próximas.

5 Discusión-Conclusión

Las agendas están cuadradas milimétricamente para que los pacientes puedan ser atendidos con la mayor celeridad posible, evitando así esperas. Por ello es necesario informar a los pacientes de la responsabilidad de comunicar con el personal auxiliar administrativo la modificación o anulación de la cita si fuera necesario. Esta pequeña acción contribuiría a que en muchas ocasiones las listas de espera se rebajasen considerablemente.

6 Bibliografía

- https://scholar.google.es/
- https://dialnet.unirioja.es/
- https://scielo.org/es/
- https://www.latindex.org/
- https://medlineplus.gov/
- https://library.fiu.edu/
- http://cuiden.fundacionindex.com/
- https://lilacs.bvsalud.org/es/

Capítulo 1286

NUEVAS TECNOLOGIAS APLICADAS A LOS AUXILIARES ADMINSITRATIVOS DE LA SANIDAD PÚBLICA.

LUCIA ISABEL ALVAREZ FERNANDEZ

GRACIELA GONZALEZ GONZALEZ

LORENA GONZALEZ GONZALEZ

1 Introducción

La rápida extensión del acceso a internet y de las herramientas que facilitan el acceso a la información y la comunicación, cada vez más eficaz han creado un nuevo escenario en el que la sanidad pública promueve, en el ámbito de sus competencias, el desarrollo de la información.

2 Objetivos

Conocer las nuevas tecnologías de la información y comunicación al alcance de los auxiliares administrativos del sistema sanitario.

3 Metodología

Búsqueda de bibliografía en distintas publicaciones especializadas como son : - google académico, dialnet, scielo, medline, lilacs. Los descriptores utilizados fueron: nuevas tecnologías, información y comunicación, TICs. Se han empleado como criterios de inclusión: textos en idioma español e inglés, y de exclusión: aquellos con acceso gratuito.

4 Resultados

El desarrollo de la Administración la hará más cercana y accesible a los ciudadanos, por lo que se debe promover una Administración más flexible, efectiva y eficiente. La respuesta por parte de la Administración debe ser ágil, integral y eficaz respecto a las tareas dependiente de ésta.
Los auxiliares administrativos en el desarrollo de sus funciones habituales, por ejemplo: funciones de registro, entrada y salida de documentos, gestión de expedientes, gestión documental o archivística, compra de suministro, licitaciones, contratación…, a día de hoy, utilizamos nuevas tecnologías aplicadas. La mayor parte de nuestra labor se ha informatizado gracias a estas nuevas tecnologías logrando con ello una mayor rapidez en nuestra gestión, resulta mucho más rápido el registro electrónico donde se digitaliza la documentación presentada por el usuario y en el mismo acto de presentación, se deriva al departamento de destino.Mejorando así la obsoleta presentación en la que se tenía que trasladar el documento físico que presentaba el usuario.
Además de la rapidez y eficacia, otro factor destacable fruto de la nuevas tecnologías es el ahorro de coste que le supone a la institución.
La principal normativa en esta materia está contenida en el Real Decreto 263/1996, de 16 de febrero, por el que se regula la utilización de técnicas electrónicas, informáticas y telemáticas por la Administración General del Estado; además de ésta también nos encontramos con la Ley 39/2015, de 1 de octubre, que regula el procedimiento administrativo común a todas las Administraciones del Estado. En ambas se regulan las garantías, requisitos y supuestos de utilización de las técnicas electrónicas, informáticas y telemáticas.

5 Discusión-Conclusión

Además de la eficacia y rapidez otra ventaja importante de la aplicación de las nuevas tecnologías de la información y comunicación en los auxiliares adminis-

trativos de la sanidad pública es el rápido acceso a una supervisión rápida y efectiva de errores, lo que conlleva una menor probabilidad de errores y muchísimo menos tiempo de gestión en comparación con los procedimientos tradicionales. En la época actual, donde nos encontramos totalmente inmersos en la era tecnológica, la aplicación de las nuevas tecnologías aplicada a nuestro puesto de trabajo, auxiliar administrativo, hace que nuestra labor sea más fácil en el día a día y más eficaz.

6 Bibliografía

https://scholar.google.es/
https://dialnet.unirioja.es/
https://scielo.org/es/
https://medlineplus.gov/
https://lilacs.bvsalud.org/es/

Capítulo 1287

PERSPECTIVA DE GÉNERO EN SALUD.

ALINA LORENCES RIESGO

1 Introducción

La igualdad de género consiste en la igualdad de derechos, responsabilidades y oportunidades para todas las personas. Es un pilar necesario para lograr un mundo sostenible, pacífico, próspero, saludable y que no deje a nadie desatendido. Es un derecho humano fundamental establecido en la Declaración Universal de Derechos Humanos.
De acuerdo con el desglose por sexo de los datos, los hombres tienen una menor esperanza de vida (4,4 años menos en 2016) y una mayor carga de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) que las mujeres. La vida más prolongada de las mujeres no es por fuerza más sana. En general, los hombres siguen presentando estilos de vida menos saludables que las mujeres. Pero la importante y relativamente reciente incorporación de las mujeres a la esfera pública, ha hecho que algunos de los determinantes de su salud se vayan asemejando más a los tradicionalmente masculinos (como sucede con el consumo de tabaco y alcohol). Por otro lado, hay situaciones que son exclusivamente femeninas y solo las mujeres experimentan sus repercusiones negativas. Algunas, como el embarazo y el parto, no son enfermedades sino fenómenos biológicos y sociales que entrañan riesgos para la salud y requieren asistencia sanitaria.

2 Objetivos

El objetivo consiste en ampliar los conocimientos y fortalecer la respuesta del sector de la salud reuniendo pruebas, elaborando normas y criterios para incorporar

la igualdad entre hombres y mujeres en las políticas y los programas de salud, fortaleciendo la capacidad, y demostrando cómo afectan a la salud las cuestiones de género y las desigualdades entre hombres y mujeres.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, Google Académico seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Si bien es verdad que los problemas de salud que afrontan las mujeres comparten muchos rasgos comunes en todo el mundo, también se observan sorprendentes diferencias determinadas por las distintas condiciones de vida. En los países de ingresos elevados, las mujeres de todos los grupos de edad viven más tiempo y presentan menor morbilidad y mortalidad que las de los países de ingresos bajos. En los países más ricos, las tasas de mortalidad de los niños y las mujeres jóvenes son muy bajas y la mayor parte de las muertes se producen después de los 60 años de edad. En los países más pobres, el panorama es muy diferente: la población es más joven por término medio, las tasas de mortalidad en los niños son más altas y la mayoría de las defunciones de mujeres corresponden a adolescentes y adultas jóvenes. La diferencia más patente entre los países ricos y los pobres se observa en la mortalidad materna: de las más de medio millón de defunciones maternas que ocurren cada año, el 99% corresponden a los países vias en desarrollo. En los países ricos los patrones de vida tienen una clara distribución por género. En general los hombres tienen conductas menos saludables respecto al consumo de sustancias adictivas (tabaco, alcohol, drogas ilegales) aunque eso está cambiando en la población más joven adoptándolas también las jóvenes. Pero por el contrario practican más deporte y duermen más horas que las mujeres. Lo primero estaría relacionado con las mayores prácticas de riesgo que se asumen desde los modelos tradicionales de masculinidad. Lo segundo se derivaría de la falta de equidad en la distribución de los tiempos de trabajos productivo y reproductivo, de ocio y descanso entre hombres y mujeres.

En España, el envejecimiento de la población se debe por un lado a la disminución de la fecundidad, y por otro, al aumento de la esperanza de vida. La caída de la fecundidad en España a lo largo del siglo XX se inscribe en una tendencia del comportamiento reproductivo presente en todas las sociedades modernas y que se asocia a diferentes procesos de cambios demográfico, social, económico y cultural. Especialmente, a la incorporación de las mujeres al mercado laboral, que se produce en condiciones laborales más precarias que las de los hombres y sin la corresponsabilidad de ellos en los trabajos domésticos y los cuidados, lo que hace difícil la conciliación de la vida personal, familiar y laboral de las mujeres.
Por otro lado el aumento de la esperanza de vida no se traduce, necesariamente, en un aumento de los años de vida vividos en buen estado de salud, pues los problemas de salud actuales se caracterizan por su cronicidad y no implican una muerte inmediata.
La Esperanza de Vida Libre de Incapacidad (Indica el promedio del número de años libre de incapacidad que le quedan por vivir a una persona a una edad determinada) ofrece información no sólo de la duración sino también de la calidad de la vida. En España al nacer es de 69 años para los hombres y 72,4 para las mujeres, con tendencia ascendente y siendo superior en ambos casos a la media de los países de la Unión Europea.
La Esperanza de Vida Libre de Enfermedad Crónica (indica el promedio del número de años libres de enfermedad crónica que aún restan por vivir a una persona en esa edad hasta su fallecimiento)
La Esperanza de Vida en Buena Salud se diferencia de las anteriores en que los años de vida se ponderan por la percepción subjetiva del estado de salud de las personas, en lugar de ponderarlos por los años de discapacidad o de enfermedad crónica. En España, durante los años 2008, 2009, 2010 y 2013, el número de años de vida en buena salud al nacimiento ha sido superior en los hombres. En los años 2011 y 2012 esta situación cambió y fue superior el número esperado de años de vida en buena salud de las mujeres al nacer. En el año 2014 el número de años de vida en buena salud al nacimiento fue el mismo para los hombres y para las mujeres. En el año 2015 es ligeramente superior el número de años de esperanza de vida en buena salud al nacimiento de las mujeres (64/1 años) al de los hombres (63/9 años). Y en el año 2016 también es superior el número de años de esperanza de vida en buena salud al nacimiento de las mujeres al de los hombres (66/5 años en las mujeres y 65/9 en los hombres).

Las enfermedades que más mortalidad producen en hombres y mujeres son las cardiovasculares y el cáncer, que presentan incidencias diferentes según el sexo. La información existente sobre ellas y su atención es en general insuficiente para

analizarlas adecuadamente desde el enfoque de género.

En España, la enfermedad cardiovascular es la primera causa de muerte en mujeres, de forma similar al resto del mundo occidental. En los hombres los infartos se presentan en edades más tempranas que en las mujeres. La presentación más tardía en las mujeres ha sido interpretada, a falta de investigación específica sobre ello, a la protección de los estrógenos hasta la menopausia. Sin embargo, ensayos clínicos recientes relacionados con los efectos de la terapia hormonal sustitutiva han puesto de manifiesto que los estrógenos solos o combinados con progestágenos no sólo no protegen ante la enfermedad coronaria ni el accidente cerebro-vascular sino que pueden incrementar su riesgo.

Por otro lado el cáncer es una de las principales causas de muerte tanto en hombres como en mujeres junto con las enfermedades cardiovasculares. En los hombres el más importante en cuanto a mortalidad e incidencia es el cáncer de pulmón. Por el contrario, este tipo de cáncer es menos frecuente en las mujeres. El cáncer colorrectal es el segundo en importancia en hombres (detrás del de pulmón) y en mujeres (detrás del de mama) tanto en las cifras de mortalidad por cáncer como en las de incidencia. El cáncer de mama se ha convertido en el tumor más frecuente entre las mujeres, pero su mortalidad se va reduciendo paulatinamente gracias a los avances en la investigación de los últimos años, que han permitido pasar de un 70 % al 90 % de las pacientes libres de la enfermedad cinco años después del diagnóstico y tratamiento del tumor.

La salud de las mujeres durante los años reproductivos o fecundos (entre los 15 y los 49) es importante no solo para ellas mismas, sino porque también tiene repercusiones en la salud y el desarrollo de la siguiente generación. Durante ese periodo, muchos de los problemas de salud son exclusivos de las niñas y las mujeres. Por ejemplo, las complicaciones del embarazo y el parto son la causa principal de muerte en las mujeres de entre 15 y 19 años en los países en desarrollo. A nivel mundial, la causa principal de muerte de las mujeres en edad reproductiva es el sida. Las niñas y las mujeres son particularmente vulnerables a la infección por el VIH debido a una combinación de factores biológicos y desigualdades de género, sobre todo en las culturas que limitan el conocimiento de las mujeres acerca de la infección por el VIH y su capacidad de protegerse y de negociar unas relaciones sexuales sin riesgo

La atención al parto en España se realiza fundamentalmente en los hospitales, con indicadores de resultados en términos de mortalidad y morbilidad semejantes a los de los países del entorno. Sin embargo, se plantea la necesidad, tanto por parte de sociedades profesionales como de organizaciones de mujeres, de mejorar algunos aspectos. En concreto, se trataría de eliminar el uso rutinario de algunos

procedimientos innecesarios (rasurado perineal, episiotomía, enema) y en controlar el incremento progresivo de las cesáreas.
La violencia contra las mujeres, por su magnitud (número de mujeres afectadas y número de agresores) y las repercusiones sobre la salud física y mental, es considerada por la OMS un problema de salud pública. Las Naciones Unidas aceptó en la IV Conferencia Mundial de 1995, una definición según la cual se entiende por violencia contra las mujeres: «... todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada.» Las lesiones, el miedo y el estrés asociados al maltrato. Pueden ocasionar problemas de salud crónicos. Estos problemas abarcan desde dolores osteoarticulares hasta complicaciones cardiovasculares e incluyen síntomas neurológicos recurrentes. La violencia de género es un problema complejo a la hora de tratar sus causas (que son sociales), cuando se quiere conocer su frecuencia (por los aspectos metodológicos y éticos en relación con su detección precoz), y en su atención (integral y coordinada entre todos los sectores implicados). La Ley 1/2004 proporciona el marco de actuación para su atención integral, y habrá que valorar su impacto a medio y largo plazo. En sanidad se ha constituido la Comisión contra la violencia de género del Consejo Interterritorial, en cuyo seno se han puesto en marcha cuatro grupos de trabajo para desarrollar un protocolo e indicadores comunes, y para abordar los aspectos éticos, legales y de evaluación de las actuaciones en el Sistema Nacional de Salud.

5 Discusión-Conclusión

El enfoque de género es un valor emergente recogido en la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. El Artículo 27 estipula la integración del principio de igualdad en la política de salud y el principio de igualdad de trato entre hombres y mujeres, evitando que por sus diferencias biológicas o por los estereotipos sociales asociados, se produzcan discriminaciones. A su vez, el género es considerado un determinante de salud y es una aspiración actual trabajar para cambiar los factores determinantes de género que vulneran la salud de las mujeres, y también de los hombres
Para alcanzar la igualdad y equidad en salud entre hombres y mujeres es necesario promover la inclusión del enfoque de género a todos los niveles del sistema de salud. Para ello, es necesario incorporar marcos teóricos y enfoques que abarquen el concepto de salud integral, entendido como un proceso en el que influyen

la biología, el contexto social y la experiencia subjetiva vivida.
Para conseguir estos fines es necesario:
- Promover programas de salud con colectivos de mujeres en situación o riesgo de exclusión.
- Fomentar la producción, publicación y difusión de conocimiento sobre la salud de las mujeres entre profesionales y personal técnico y de gestión de servicios sociosanitarios.
- Promover la sensibilización y formación de profesionales y personal técnico de salud.
- Impulsar la elaboración de materiales dirigidos a las mujeres.

6 Bibliografía

https://www.who.int/
-https://www.mscbs.gob.es/
-http://www.inmujer.gob.es/
-https://www.scielosp.org/
-http://www.eurohex.eu/
-https://www.ine.es/

Capítulo 1288

FUNCIONES ADMINISTRATIVAS EN UN CENTRO DE SALUD.

COVADONGA FERNANDEZ MARCOS

NURIA SUAREZ ALVAREZ

ANA BELÉN BRAVO MENÉNDEZ

CRISTINA GÓMEZ ITURBE

CARLA GARCÍA SUÁREZ

1 Introducción

El desafío de los sistemas de salud en nuestro tiempo, consiste en desarrollar capacidades administrativas en las personas encargadas de dirigirlos. En todos los países en vías de desarrollo y en el nuestro, es imperativa la meta de resolver los problemas humanos que tiendan al mejor aprovechamiento de los recursos siempre limitados.

Para lograrlo, se han implementado diversas políticas y procedimientos acordes con la evolución de los conceptos y las técnicas de la administración. La administración en salud no podía escapar a esa corriente, ya que con ella se propicia un desarrollo adecuado de la operación, a fin de alcanzar resultados óptimos en la prestación de los servicios. Los sistemas de salud subsistemas: clínica, hospitales, unidades médicas, etcétera, cuentan con una administración eficiente, con el objetivo de poder cumplir las metas que contemplen sus diferentes programas de salud, y con ello dar respuesta a las necesidades que la sociedad les demande.

En la actualidad, la administración en los sistemas de salud requiere un conjunto de conocimientos, habilidades y técnicas con base en un equilibrio armónico que proporcione la preparación suficiente al directivo y le permite llevar a cabo una secuencia de acciones para alcanzar objetivos determinados en la solución de problemas prioritarios. Un administrador en salud debe tener una visión holística e integral del sistema, para poder llevar a cabo la administración en una clínica, hospital, unidad médica o centro de salud; debe ser capaz del diseño, desarrollo, sistema, citación coma evaluación y retroalimentación de los planes y programas de trabajo de los mismos.

2 Objetivos

Objetivo General:
- Desarrollar ensayo acerca de la administración en los servicios de salud.

Objetivos Especificos:
- Explicar el rol de un administrador o un gerente en los servicios de salud.
- Enfatizar el concepto de administración en los servicios de salud.

3 Metodología

Revisión bibliográfica de la literatura existente, configurándose como un estudio de tipo documental la elaboración de la revisión bibliográfica se ha realizado por medio de búsquedas bibliográficas en las bases de datos y Google Académico para la realización de la búsqueda se utilizaron las siguientes palabras claves: administrativo, funciones, centro de salud.

4 Resultados

Desarrollar la capacidad de gestión administrativa y financiera de las empresas e instituciones de salud, adecuarla a las exigencias dadas por los nuevos sistemas de prestación de servicios, actualizar su infraestructura y dotación donde se requiera, ajustarse a los procesos de descentralización y modernización de los servicios públicos, mejorar la prevención, promoción, diagnóstico y atención en la salud, aplicar los mecanismos tendientes a mejorar la calidad eficiencia y cobertura de los servicios en todos los niveles, el dominio de un marco conceptual y metodológico para identificar y comprender los elementos, tanto externos como

internos que influyen en el desempeño, productividad y calidad de los servicios locales de salud.

La capacidad de análisis y evaluación de los problemas locales de salud de la población, el dominio de métodos y técnicas necesarias para organizar y dirigir sistemas locales de salud, manteniendo un liderazgo que fomente la interacción disciplinaria, la optimización de recursos, la identificación de necesidades y problemas, así como la realización de propuestas que garanticen la capacidad de análisis y evaluación de los problemas locales de salud de la población garantizando soluciones y aportando respuestas.

5 Discusión-Conclusión

El cuidado de la salud es un negocio y, como todo negocio, necesita una buena administración para funcionar sin inconvenientes. los administradores de servicios médicos y de salud, también llamados ejecutivos de la salud o administradores de atención de la salud, planifican dirigen y coordinan y supervisan los servicios de cuidado de la salud. Junto a estos trabajadores son especialistas a cargo de un departamento clínico específico o general que administran la totalidad de las instalaciones o un sistema.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/
- https://www.monografías.com
- https://www.actualidadmedica.es
- https://www.appf.edu.es

Capítulo 1289

ATENCIÓN AL USUARIO SANITARIO EN SITUACIONES ADVERSAS

NELIDA MARTÍNEZ PALOMARES

SANDRA MARÍA ARGÜELLES PINIELLA

1 Introducción

Hoy en día los profesionales que trabajan en Sanidad (tanto sanitarios como no sanitarios) se enfrentan a una relación con los usuarios que va más allá del aspecto técnico,también conlleva un aspecto emocional.

Hoy hay mayores expectativas en cuanto a la atención sanitaria se refiere, por tanto, en algunas ocasiones surgen conflictos o situaciones adversas, derivados de falta de comunicación, expectativas sobrevaloradas…

Existen personas extremadamente vulnerables (cuando están muy enfermas), en situaciones de duelo, en accidentes traumáticos, etc, o pacientes y usuarios agresivos ante los que se tienen que enfrentar los profesionales, y para ello se deben tener los mecanismos y herramientas necesarias para llevar a cabo una atención eficiente y de calidad igualmente.

2 Objetivos

- Adoptar una actitud constructiva ante el conflicto: ayuda a solucionar los problemas más fácilmente conduce a una mejor comunicación.
- Evitar a toda costa la violencia en el usuario, esto sería lo último que cabría esperar, por tanto la importancia de saber reducir el conflicto.

- Desarrollar habilidades sociales para dar una respuesta adecuada a situaciones difíciles.
- Mejorar la cultura de seguridad y gestión del riesgo sanitario.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Además, se ha revisado el texto de la OMS en cuanto a la Seguridad del Paciente y los Protocolos de Actuación frente a situaciones conflictivas de usuarios en varios centros de Atención Primaria.

4 Resultados

Las situaciones adversas (como hemos reflejado anteriormente) van desde catástrofes, desastres, incidentes con múltiples víctimas, crisis sanitarias…hasta situaciones en el trato con pacientes agresivos,enfermedades terminales, duelo de familiares, etc. Ante estas situaciones todo el profesional que trabaja en el ámbito sanitario debe estar preparado para afrontarlas.

Es esencial la formación en herramientas de comunicación así como a tener claro que lo primordial es la SEGURIDAD DEL PACIENTE en la atención sanitaria, ya que como consecuencia de falta de información o comunicación en estas diversas situaciones, pueden surgir problemas de la práctica clínica, del procedimiento, del sistema, etc.

Es básico y esencial instaurar un Protocolo de Actuación en Centros Sanitarios para facilitar el trabajo de los profesionales y su desarrollo ante circunstancias adversas, ya que en los tiempos que estamos, cada día es mas difícil la comunicación con el paciente o usuarios que ante estas situaciones reaccionan planteando cada vez mas litigios legales, demandas y reclamaciones.

5 Discusión-Conclusión

Como el fin último es no desprestigiar nuestro sistema sanitario, debemos esforzarnos para dar una asistencia que sea percibida de calidad; los usuarios o pacientes cada vez están más informados, por tanto, esta mejora en la calidad asistencial es una prioridad sumamente importante así como la seguridad del paciente, que es algo esencial.

También queremos concluir resaltando el tema de la violencia en el entorno sanitario: el 25% de la violencia en el trabajo se produce en este sector, por lo que apuntábamos antes, hay un contacto muy estrecho con los usuarios. Por violencia entendemos tanto la verbal o física como la psíquica, con graves consecuencias para los profesionales,por lo que éste seria el reto a conseguir actualmente: reducir la violencia en este sector (prevenir ante todo lesiones físicas y agresiones) así como reducir el riesgo al que se puedan ver sometidos los pacientes ante situaciones en las que éste corra peligro.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.
- Ley General de Sanidad. Ley 14/1.986 de 25 de Abril.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.Seguridad del Paciente.
- Blay C. Actuación ante los pacientes de trato difícil. FMC 1.996;4:243-250.
- Alonso, J.M.,Provedo,P. ”Gestión de la calidad”. Ed. Santillana. Madrid 1.999

Capítulo 1290

LA COMUNICACIÓN : HERRAMIENTA DE TRABAJO EN INSTITUCIONES SANITARIAS

NURIA DEL VALLE ZALDÍVAR

1 Introducción

La comunicación es una necesidad básica del ser humano; es la capacidad de hacerse entender por los demás.
La RAE define comunicación como "acción y efecto de comunicar o comunicarse. Trato, correspondencia entre dos o más personas. Transmisión de señales mediante un código común entre un emisor y un receptor."
Cuando un paciente acude a una institución sanitaria, tiene la necesidad de ser entendido y entender de lo que es informado.
La comunicación cumple distintas funciones: permite la relación de las personas, fomenta la motivación de las mismas, permite la integración social para la satisfacción de las necesidades sociales y personales, proporciona la información que los individuos y grupos necesitan para tomar elecciones y evaluar opciones alternativas.
La Ley General de Sanidad, dice que la información sobre el servicio sanitario debe de ser: clara, sencilla, comprensible, completa, detallada, tanto en derechos como en deberes, que incluyan los trámites administrativos y acompañados de un trato amable y tranquilizador.
Actualmente la comunicación entre el profesional y el paciente-familia ha mejorado mucho, ya que el paciente ha evolucionado y demanda más información. Por

otro lado, existe un mayor interés de los profesionales sanitarios por aprender estrategias de comunicación que les permitan conectar mejor con los usuarios de los sistemas de salud.
Se han realizado diferentes estudios sobre la evolución de la comunicación entre el personal sanitario y los pacientes-familiares. MSD Salud en sus Recursos de Salud, analiza las necesidades de los pacientes, lo que espera de los profesionales, el papel de los familiares, los profesionales y sus modelos de comunicación, características y factores que influyen en la relación paciente-profesional, dando unos conceptos básicos para lograr su éxito.
En los últimos años también ha surgido una tendencia, que entorpece la buena comunicación entre profesional y paciente, según el II Estudio sobre Bulos de Salud, realizado por #SaludsinBulos y Doctoralia, el 90% de los profesionales sanitarios asegura que los pacientes miran en internet antes de acudir a su consulta, lo cual crea una desinformación en salud, llamada infoxicación. Si la comunicación con el profesional sanitario no es buena el paciente puede acabar creyendo el bulo y desconfiando del profesional.
Por ello, se ha firmado un acuerdo de colaboración entre el Instituto #Saludsin-Bulos y el Foro Español de Pacientes, para mejorar la comunicación clínica entre paciente y profesional sanitario y luchar contra los bulos y la desinformación en salud.

2 Objetivos

- Hacer al usuario partícipe del proceso que está atravesando, haciéndole sentir el centro de los cuidados, que sienta nuestro interés y respeto hacia su persona y sus sentimientos, dudas e inquietudes.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Como consecuencia del cambio de roles, donde el papel que adopta cada parte ha ido evolucionando, las relaciones sanitarias han pasado de ser verticales, a horizontales y colectivas y adaptadas al tipo de relaciones propias de la sociedad actual en la que vivimos. Las administraciones sanitarias son conscientes de que un paciente bien informado aporta muchos más beneficios a todas las partes implicadas en su proceso, y empiezan a ver la importancia de la necesidad de informar y formar al paciente en el trato con los profesionales sanitarios.
El aumento de información ha llevado a un incremento del número de asociaciones de pacientes en España.

5 Discusión-Conclusión

Los derechos de los pacientes pasan por tener la oportunidad de establecer una comunicación efectiva y de confianza entre pacientes y profesionales sanitarios. Los profesionales deben mejorar la empatía y aumentar la capacidad de escucha y asertividad, aspectos que deberían tenerse en cuenta en la fase de diseño de programas de formación para médicos y profesionales de la salud, en general.
El paciente necesita entender su salud.

6 Bibliografía

- MSD Salud. Comunicación Pacientes- Profesionales Sanitarios: www.msdsalud.es/recursossalud/guias-para-pacientes/comunicacion-pacienteprofesionales-sanitarios.html#up
- R.A.E. Comunicación (apartados 1,2,3).
- #SaludsinBulos y el Foro Español de Pacientes se unen para mejorar la comunicación clínica: https://saludsinbulos.com/comunicacion/saludsinbulos-foro-espanol-pacientes-comunicacionclinica/
- La comunicación entre profesionales sanitarios y pacientes mejora la orientación diagnóstica: www.infosalud.com/asistencia/noticia-comunicacion-profesionales-sanitarios-pacientes-mejoraorientacion-diagnostica-20190410140907.html

Capítulo 1291

ACOSO LABORAL EN EL ÁMBITO SANITARIO: CAUSAS Y FACTORES

RUBÉN HUERTA FERNÁNDEZ

CECILIA HUERTA FERNÁNDEZ

NURIA HUERTA GONZÁLEZ

1 Introducción

El "mobbing" es un fenómeno extendido que envuelve muchas caras de la sociedad moderna. Como término referido a una conducta social detectada en el ámbito laboral, existe en nuestras sociedades desde tiempos pretéritos pero en España o EEUU se pone de relieve en las tres últimas décadas. Este concepto descrito por el etólogo Konraz Lorenz hace hincapié en el hostigamiento producido durante un tiempo prolongado en el entorno de trabajo.

En 1986, Heinz Leyman definía "mobbing" como:

"Cuadro de acoso en el trabajo, que tiene por objeto destruir la estabilidad psicológica del ser humano a través de una comunicación hostil, sistemática, desprovista de ética, caracterizada por el descrédito, desprestigio social, hostigamiento persistente contra la dignidad del empleado con objeto de perturbar la ejecución de las funciones aprovechando las disfunciones del sistema organizativo, durante por lo menos seis meses. No intenta mejorar la productividad ni optimizar resultados, sino librarse de una o varias personas que molestan de alguna manera o no conforman el pensamiento del sistema".

En esta definición detallada de un comportamiento conductual reprobable por la sociedad , se incluyen numerosos elementos susceptibles de análisis sociológico. A continuación los dividiremos y analizaremos con más detenimiento para comprender la complejidad del concepto a la hora de diferenciarlo de otro tipo de actos violentos.

El entorno alienado del trabajo y la estabilidad psicológica del trabajador; la ruptura de normas éticas, morales, legales y culturales de identificación de grupo o equipo de trabajo; desprestigio social y falta de motivación laboral; el desarrollo de estrategias que saboteen el sistema organizacional y transgresión estructural de la empresa…Todo ello puede verse en el marco legal del funcionamiento social aceptado dentro de un Estado de Bienestar determinado.

La alienación en el trabajo: habría mucho que decir en relación a las condiciones laborales en que se encuentra la víctima y el acosador (rango laboral, remuneración por los servicios prestados, expectativas puestas en juego, rutinas de trabajo, integración en relaciones grupales dentro y fuera del entorno laboral, etc.) y cómo ello afecta en los demás roles sociales en que participa fuera del ámbito laboral, esto es, familia, amigos, grupos con afinidades deportivas o recreativas, etc.

2 Objetivos

Objetivo General:

- Analizar en profundidad los diferentes aspectos del acoso laboral en el ámbito sanitario.

Objetivos Específicos:

- Describir aquellas causas y factores que pueden generar violencia en el entorno laboral.

3 Metodología

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica a través de las bases de datos científicas: PubMed, Elsevier, Dialnet y Cochrane, utilizando como descriptores las palabras clave: acoso laboral, mobbing, sanidad, violencia. Se seleccionaron estudios publicados en los últimos 20 años, tanto en castellano como en inglés.

Los criterios de selección de estudios fueron los siguientes:

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Artículos disponibles en texto completo.
- Idioma: castellano o inglés.
- Directamente relacionados con la temática en estudio.
- Publicados a partir del año 2000.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Artículos no disponibles en texto completo.
- Idioma diferente al castellano o inglés.
- Publicados con anterioridad al año 2020.
- No relacionados directamente con la temática en estudio.

4 Resultados

Convivimos con diferentes grados de violencia en el conjunto de las sociedades de conflicto. En el conjunto de relaciones sociales, la violencia está presente de muchas maneras; los conflictos desde la perspectiva micro social, entendida como forma de interacción del individuo y su entorno, forman parte de los ajustes y equilibrios en los que participa. Así puede actuar como actor o espectador, como sujeto activo o pasivo en los diversos escenarios en que interactúa. Los roles que asume a lo largo de su biografía también evoluciona en el transcurso del tiempo.

No actuamos de igual manera en un entorno familiar que en un entorno desconocido. Los hábitats que exploramos pueden resultarnos más o menos hostiles en función de la información que dispongamos e incluso que seamos capaces de gestionar.

El resultado es que cada individuo gestionará de modo particular cada situación valorando todos los elementos que participan en el resultado de sus decisiones. Valorará los recursos escasos y las consecuencias de sus actos, y ello le permitirá adoptar conductas ajustadas a las expectativas creadas por cada situación.

En aquellos casos en que un trabajador, un grupo o su líder, identifique a otro trabajador como “intruso” iniciará mecanismos de defensa y expulsión de ese “otro”. Cuando el objetivo de tal comportamiento, es librarse del personal molesto estamos ante casos de “mobbing” protagonizados por individuos en situación

de mayor poder que la víctima. La relación de poder en casos de hostigamiento podrá ser jerárquica pero también psicológica o psicosomática.

En una relación establecida entre profesional sanitario y el paciente, la sociedad a la que pertenezca ajustará unas normas de conducta deseables para ambas partes. La realidad es que estas normas se traducen, con frecuencia, como consecuencia de los ajustes de la propia evolución de la sociedad en tanto crea nuevos modelos de relación y aparecen nuevas formas de distorsión conductual.

Ante la detección de comportamientos anómalos se estudian correctores. Ante la toma de conciencia de repetidos casos de violencia, cada sociedad dispone de recursos propios para rechazar, reprobar, castigar, eliminar o reconducir un conflicto definido. Una vez se detecta y define el "mobbing" como hecho en sí mismo se establecen medidas legales de penalización y modelos de prevención.

En términos generales, en el ámbito sanitario, la violencia puede ser ejercida por el personal sanitario o por el paciente. El trabajador puede ser víctima de abusos o acosos de diferente naturaleza física, sexual o psicológica. Los mecanismos de "mobbing" aparecen en este complejo abanico de situaciones no deseables en el desempeño de funciones. Debe ser definido y diferenciado de otros diagnósticos de hostilidad o violencia para una eficaz prevención de riesgos laborales.

Los casos de violencia protagonizados por el paciente sobre el personal sanitario no se consideran casos de "mobbing", pero hay que apuntar que los casos que sí lo son, afectan a la calidad de servicios que se prestan a los ciudadanos.

CAUSAS Y FACTORES QUE PUEDEN GENERAR VIOLENCIA EN EL ENTORNO LABORAL:

En la actualidad existen pruebas de evaluación de los empleados para la prevención del acoso. Los factores que describen Lembo y Abadi son:

- La relación y educación del niño en el entorno familiar en que desarrolla conductas violentas.

- Factores culturales, como reguladores de los umbrales de tolerancia. Así las sociedades con los niveles de desigualdad económica y pobreza mayores serán más propensas.

- Factores de personalidad de la víctima, léase carencias afectivas, baja autoestima y débil o fuerte poder de autocontrol.

- Consumo de sustancias adictivas relacionadas con control de impulsos (niveles de testosterona).

- Enfermedades mentales, tales como la esquizofrenia.

- Influencia del medio dado que la exposición a la violencia mostrada genera más violencia.

-El tipo de relaciones humanas establecidas con el entorno. La adopción de conductas desviadas por influencia de malas compañías.

El entorno laboral también es susceptible de generar violencia: el tipo de gestión y dirección de los equipos de trabajo, el reparto cuantitativo y cualitativo de las tareas entre los miembros del equipo y, la naturaleza de las tareas, esto es, su carácter rutinario. Hay que añadir otros factores como son sexo, edad y calidad del empleo como desencadenantes de conflictos.

Algunos autores, como Vittorio Di Martino, H. Hoel y C. Cooper, acotan una serie de situaciones organizativas susceptibles de la aparición de "mobbing":

- Medidas de seguridad e higiene insuficientes para la protección de empleados de enfermedades raras y sus causas, entre las que se encuentra el "mobbing".

- Las empresas con alto índice de incertidumbre económica, dada la competencia por la disminución de costes.

- La falta de armonía, cultura de equipo y apoyo entre compañeros. (Según estudios de Cole y Grubb, Psychological correlates of harassment, treats and fear of violence in the workplace).

- Estilos de dirección autoritarios están más avocados a situaciones de acoso que aquellos en los que impera el consenso y laissez-faire (dejar hacer).

Las situaciones de estrés y ambigüedad de rol, en tanto son cambiantes las expectativas de los objetivos laborales, también son potenciales caldos de cultivo de agresiones.

La autora Marina Parés clasifica los casos de "mobbing" en función de los objetivos, en cuatro tipos: estratégico, de dirección, perverso y sancionador:

1. Estratégico, es el acoso del fraude, un acoso "institucional" por parte de la empresa que tiende a los "despidos" evitando el pago de indemnizaciones.

2. De dirección, es un acoso de gestión u organizacional que tiene por objetivo el esclavismo laboral o la eliminación de trabajadores poco sumisos.

3. Perverso, es aquel cometido sin testigos. Corresponde a la totalidad de acoso horizontal y vertical ascendente y algunos de los casos de "bossing", pues es el más frecuente. El acosador produce mucho daño en el departamento en que se encuentre pero suele contar con protectores de los que sabe algún punto débil.

4. Sancionador, también conocido como disciplinario tiene por objetivos sembrar el miedo en el entorno laboral a través de "castigos ejemplarizantes" para "entrar por el aro" y/ o deshacerse de trabajadores que piden bajas laborales frecuentes e incluso mujeres por estar embarazadas.

Según Lembo y Abadi (2008), cuanta más experiencia tienen los empleados en identificar y tratar situaciones de violencia, más prudentes y confiadas son sus reacciones. Cuando alguien de rango superior interviene en una situación de acoso, la situación empeora, pero también, cuando son negados negligentemente por los directivos.

Las mujeres que desempeñan ocupaciones catalogadas de "alto riesgo" (profesoras, trabajadoras sociales, empleadas del sistema bancario, del entorno de comercios, etc.) las convierte en principales víctimas de acoso laboral, agresión sexual y discriminación salarial.

Pongamos como ejemplo el caso de una brillante enfermera, tras sufrir "mobbing" en su lugar de trabajo, presentaba un cuadro de depresión, ansiedad y desórdenes del sueño que requirieron hospitalización y tratamiento (a modo de ejemplo más detallado véase el artículo publicado por el Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Catania, Italia: BMJ Case Reports 2013).

5 Discusión-Conclusión

Son muchos los autores que apuntan consecuencias psicológicas, psicosomáticas, económicas, jurídicas y sociales derivadas del hostigamiento en el trabajo.

- Las aproximaciones teóricas expuestas en un principio sientan las bases sociológicas que nos permitan tener una doble mirada, la micro social y la macro social. Una se acerca al caso particular para un análisis en profundidad que permita desgranar y entender todos los factores intervinientes. Es una lupa sobre una víctima (y de igual manera podemos observar al acosador o al entorno). La

otra, usa una mira telescópica para tomar las referencias estructurales, transversales, que afectan de igual manera sobre las posibilidades de adaptación, huída o confrontación del acosado. Ambas son necesarias para comprender las dimensiones reales de este problema social dentro del ámbito laboral.

- El problema afecta en todo el mundo pero en las tres últimas décadas se ha tomado conciencia de la particularidad de este tipo de riesgo laboral tanto en países desarrollados como aquellos que están en vías de desarrollo. Con modelos de Estado de Bienestar diferentes, este fenómeno parece no depender tanto del modelo de financiación público-privada del sector sanitario pero, afecta más en el ámbito de las Administraciones Públicas y con mayor gravedad en organizaciones laborales estables, esto es, rígidas en la entrada y salida de capital humano. La movilidad aquí entendida como flujo de trabajadores que entra/sale de manera fácil de un puesto de trabajo, diluye las posibilidades de estancamiento y resta funcionalidad al "mobbing".

- Los principales organismos internacionales, entre ellos la Organización Mundial de la Salud, la Organización Internacional del Trabajo, la Agencia Europea de Seguridad y Salud en el Trabajo y el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, apuestan por la legitimación de códigos de buenas conductas y fomento de políticas preventivas. Entre sus recomendaciones consensuadas están la elaboración de un Código de Buenas Prácticas y la elaboración de leyes que se ajusten a la realidad de este tipo definido de agresiones inscritas en los manuales de "prevención de riesgos laborales".

- Los estudios sociológicos son herramientas indispensables para radiografiar cada realidad social pues deja al descubierto las disfunciones organizacionales y de competencias individuales. Los parámetros psicológicos combinados con valores socio-demográficos en estudios transversales dejaban en relieve una clara relación con el "mobbing" y descubrían un trasfondo de factores organizacionales y de falta habilidades directivas que se podrían corregir. En el caso expuesto, los factores psicosociales negativos encontrados en el seno de las instituciones guardaba relación con el uso de violencia y además, dejaba al descubierto carencias organizacionales que corregir. Las carencias en "inteligencia emocional" y "negociación de conflictos" por parte de los delegados intermedios, se corresponden a falta de competencias o formación específica y pueden corregirse también con políticas de formación.

- Las pérdidas económicas producidas por el "mobbing" son muy significativas. Supone una reducción de los ingresos para la víctima y su entorno, pero también

para la empresa y entorno laboral por cuanto disminuye su productividad.

- Actualmente no se han encontrado soluciones claras al fenómeno "mobbing" que no sean las aquí expuestas. Las medidas preventivas y legislativas para la protección de los trabajadores pueden reducir su impacto social. La comunidad internacional está pagando caras las consecuencias de no prestar, en estas últimas décadas, la atención que merece este problema dadas las dimensiones globales adquiridas en relación a las consecuencias psicológicas, psicosomáticas, jurídicas, sociales y económicas que afectan al conjunto de la sociedad. La falta de un diagnóstico claro y de una intervención rápida en el proceso de acoso agrava las consecuencias. El hecho demostrado de correlación entre los rasgos de personalidad y los procesos de hostigamiento, empeora la situación para el acosado de peores habilidades adaptativas. La toma de conciencia debe suponer una redirección de las investigaciones y mejorar los estudios encaminados a la búsqueda de soluciones eficaces consensuadas internacionalmente.

- Todo ello en base a una realidad dura, difícil de determinar con claridad sobre la que existen unos modelos legislativos que deben contemplar el marco legal de actuación. La prevención parece por el momento la mejor baza para confrontar el problema y las investigaciones sociológicas el mejor camino para reconocer la realidad social multifactorial implicada.

6 Bibliografía

- Dr. Amico H. Estudio "Valoración del riesgo psicosocial por el mobbing en el personal de salud". Departamento de Neurología y Enfermería Hospital Diego E. Thompson de la Municipalidad de Gral. San Martín de Buenos Aires, Argentina; 2009.(7).

- Dr. Norberto Lembo, Dr. Mauricio y A. Abadi. Acoso laboral, mobbing. Implicancias psicológicas, psicosomáticas, sociales, económicas y jurídicas. Ananke; 2008.

- González, J. J. y Requena, M. Tres décadas de cambio social en España. Alianza; 2008.

- Lorenzo Cadarso, P. L. Fundamentos teóricos del conflicto social. S XXI; 2001.

- Maria Salvina Signorelli, Maria Cristina Constanzo, Maria Cinconze y Carmen Concerto. What kind of diagnosis in a case of "mobbing": post-traumatic stress

disorder or adjustment disorder? Departament of Psychiatry, University of Catania, Catania, Italy: BMJ, Case Reports; 2013.

- Morales J. F., Huici, C. Psicología Social. Mc Graw Hill; 1999.

- Olsen, Lenen. Educación obrera nº 133: no invertir en la prevención de la violencia en el trabajo resulta oneroso. 2003. P. 37-42.

Capítulo 1292

EL ROL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN ATENCIÓN PRIMARIA

MÓNICA SÁNCHEZ ANTUÑA

1 Introducción

Las Comunidades Autónomas delimitarán y constituirán en su territorio demarcaciones denominadas áreas de salud, debiendo tener en cuenta a tal efecto los principios básicos para organizar un sistema sanitario coordinado e integral.

Las áreas de salud son las estructuras fundamentales del sistema sanitario, responsabilizadas de la gestión unitaria de los centros y establecimientos del servicio de salud de la Comunidad Autónoma en su demarcación territorial y de las prestaciones sanitarias.

En el ámbito de la atención primaria de salud, mediante fórmulas de trabajo en equipo, se atenderá al individuo, la familia y la comunidad.

Se crean Zonas Básicas de Salud para conseguir la máxima operatividad y eficacia en el funcionamiento de los servicios a nivel primario. La zona básica de salud desarrolla la atención primaria de las actividades sanitarias en los centros de salud.

Los centros de salud serán dotados de los medios personales y materiales que sean precisos para el desarrollo de todas las actividades encaminadas a la promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud, tanto individual como colectiva, de los habitantes de la población.

El trabajo desarrollado en los centros de salud es un trabajo en equipo, el cual está integrado por médicos, enfermeros, auxiliares de enfermería y auxiliares administrativos que forman un equipo multidisciplinar. Con la informatización de los centros de salud, y en general con la irrupción de las nuevas tecnologías de la información y de la comunicación, ha aumentado considerablemente el papel que juega el personal auxiliar administrativo en el buen funcionamiento de los centros sanitarios, de forma particular en la consecución de uno de los grandes objetivos a alcanzar para el primer nivel asistencial: liberar a los médicos de carga burocrática. Figura decisiva de la trascendental tarea que realizan en los Equipos de atención primaria (EAP).

Hace ya mucho tiempo que el personal administrativo en los EAP dejó de ser aquella persona que tras un mostrador se limitaba a darle cita al paciente y le llevaba la agenda al médico. Los cambios producidos en la sociedad y en el perfil de los usuarios del sistema público sanitario han provocado la necesidad de cambiar el modelo de la Atención Primaria en los últimos años, no sólo en el ámbito asistencial sino también en el administrativo. El papel del auxiliar administrativo es el que más se ha modificado con la reforma de la Atención Primaria. Ahora han pasado a programar visitas en el centro, visitas especializadas, dar altas de usuarios, hacer derivaciones… aunque no va siempre paralela la formación a la implementación de las nuevas tecnologías. Sí es cierto que éstas han beneficiado mucho al auxiliar administrativo: la burocracia disminuye sustancialmente, el papel cada vez es menos importante en los centros de salud. La agilidad de algunos procesos ha mejorado mucho.

2 Objetivos

Detallar el papel y la función que desempeña el personal auxiliar administrativo en la atención primaria de salud.

3 Metodología

Mediante revisión narrativa se analizan varios conceptos de atención primaria en salud. La revisión se centra concretamente en las funciones del profesional auxiliar administrativo de la salud, así como sobre sus acciones y capacidades.

4 Resultados

Las funciones del personal auxiliar administrativo en el centro de salud son muy variadas: recepción, información y atención al usuario, cita previa (tanto del mismo centro de salud como del especialista), asignación de médico, tramitación de analíticas, radiografías, derivaciones, recetas a Inspección; mantenimiento de la base de datos, incluyendo la tarjeta sanitaria; mantenimiento de las agendas de los profesionales, recepción de llamadas, incorporación de documentos a los expedientes de la unidad administrativa, archivo y registro; petición de transporte sanitario no urgente, identificar y admitir al usuario en la red de salud, orientar a los usuarios en los servicios de salud, preparación y tratamiento de datos informáticos, facturar la prestación de los servicios de salud y otras tareas administrativas que quedan por detrás de la labor asistencial y que no se ven.

Sus obligaciones pueden parecer sencillas y, sin embargo, la carga y el sinfín de cometidos a los que hacer frente hacen que su figura sea imprescindible. En buena medida, el correcto funcionamiento de un centro de salud depende también de su trabajo.

La función del personal auxiliar administrativo en los centros de salud cumple con una doble vertiente: la de satisfacer por un lado las necesidades del usuario, y atender las del resto de compañeros sanitarios.

En la atención primaria (AP) se trabaja con varios sistemas informáticos:

- OMI-AP; que da cobertura con la historia clínica electrónica a la mayoría de la población. Básicamente, se utiliza para dar citas en el propio centro de salud.

- MILENIUM; con lo cual desde los centros de salud se da directamente cita en la agenda con el especialista de su área. Además el aplicativo está diseñado para que cuando hay que derivar un paciente, se le dé la cita más próxima. La cita se hace online desde el centro, y la realiza el auxiliar administrativo.

- E-VISADO; para hacer peticiones de autorización de ciertos productos y medicamentos a Inspección médica y visar las recetas autorizadas.

- SIPRES, sistema informático que tiene entre sus principales objetivos, el registro de la población usuaria y potencialmente usuaria del sistema sanitario y la gestión de la tarjeta sanitaria y trámites administrativos relacionados.

5 Discusión-Conclusión

Una de las reivindicaciones por parte del personal sanitario es poder disponer de más tiempo para atender a los pacientes y no malgastar tanto en cuestiones burocráticas. Aquí es donde la función del personal auxiliar administrativo juega un papel crucial.

En el ámbito sanitario, el personal auxiliar administrativo es una pieza clave no sólo en la entrada sino en todo el proceso asistencial. El papel creciente del personal auxiliar administrativo se deja notar, y también en la des-burocratización de las consultas ya que con algunas preguntas clave, puede orientar y dirigir al usuario para la atención en el nivel que le corresponda sin que tenga que dar vueltas o someterse a esperas innecesarias por el centro sanitario.

El personal auxiliar administrativo debe ser amable en el trato, tener habilidades comunicativas, organizado, responsable, con capacidad para trabajar en equipo, capaz de mantener información confidencial, de tomar la iniciativa, capaz de prestar atención al detalle, metódico…atender y orientar a usuarios aplicando técnicas de comunicación para la mejora de calidad asistencial y satisfacción de los mismos.

6 Bibliografía

- https://saludequitativa.blogspot.com/
- Ley 14/86 general de sanidad
- https://administrativosanitario.blogspot.com/

Capítulo 1293

PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DE INFECCIONES NOSOCOMIALES EN EL PERSONAL HOSPITALARIO: IMPORTANCIA DE LA HIGIENE DE MANOS

CECILIA HUERTA FERNÁNDEZ

RUBÉN HUERTA FERNÁNDEZ

NURIA HUERTA GONZÁLEZ

1 Introducción

Las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria afectan cada año a millones de pacientes en los hospitales de todo el mundo. La aparición de las misma son consecuencia de una inadecuada atención por parte del personal sanitario, pudiendo intervenir también aunque en menor medida los pacientes y sus familiares.

Las infecciones intrahospitalarias son una de las principales complicaciones que puede sufrir un paciente. La mayoría de ellas se transmite entre pacientes y paciente mediante las manos del personal sanitario, o a través de objetos contaminados, hecho que recibe el término de infección cruzada. Es por ello que la principal forma de prevención de las infecciones intrahospitalarias es una correcta higiene de manos por parte del personal sanitario/no sanitario.

La primera referencia que se tiene sobre la higiene de manos como concepto, surge en el siglo XIX, cuando un farmacéutico francés en 1822, demostró que las soluciones con cloro y sodio eliminaban todos los olores relacionados con los cadáveres.

Una de los primeros médicos en demostrar la importancia de mantener unas manos limpias fue Musaiba Maimum, que en el año 1199, declaró: "Nunca olvide lavar sus manos después de tocar a una persona enferma".

La transmisión de infecciones por contacto son reconocidas desde 1820 en Viena, gracias a Ignaz Semmelweis, el cual observó que los médicos que iban del salón de autopsia a la sala de obstetricia presentaban un olor desagradable en sus manos, que no desaparecía con el lavado de manos con agua y jabón. Ignaz, declaró que la fiebre puerperal se debía a restos de los cadáveres trasmitidos desde la sala de autopsia a la sala de obstetricia, a través de las manos tanto de médicos como de estudiantes. Por ello, Ignaz, reivindicó que tanto los médicos como los estudiantes se lavaran las manos con una solución de cloruros entre paciente y paciente. Tras este hecho, la mortalidad maternal descendió drásticamente, y se mantuvo baja durante años.

Las primeras recomendaciones sobre el lavado de manos dirigidas a los profesionales sanitarios, surgen en el año 1961, a través del Servicio de Salud Pública de EEUU, donde se indica que el personal debía lavar sus manos con agua y jabón durante 1-2 minutos, antes y después de estar en contacto con el paciente.

2 Objetivos

Objetivo general:

- Determinar la importancia de la higiene de manos como herramienta fundamental para la prevención de la transmisión de infecciones en el medio hospitalario.

Objetivos específicos:

- Analizar determinados aspectos relacionados con la infección y los mecanismos de transmisión.

- Describir las medidas que deben llevarse a cabo para una correcta prevención de la infección en el medio hospitalario.

3 Metodología

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica a través de las bases de datos: PubMed, Cochrane, Elsevier, Medline utilizando como descriptores las palabras clave: prevención, infección nosocomial, higiene de manos, medidas preventivas. Se seleccionaron estudios publicados en los últimos veinte años, tanto en castellano como en inglés.

En una primera búsqueda se encontraron un total de 87 estudios, tras realizar una lectura crítica de los mismos se descartaron 77 porque no cumplían los criterios de inclusión que habíamos establecido previamente.

Los criterios de selección de estudios empleados fueron los siguientes:

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Artículos publicados en los últimos 20 años.
- Idioma: castellano e inglés.
- Disponibles en texto completo.
- Directamente relacionados con la temática en estudio.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Artículos demasiado antiguos.
- Publicados en un idioma distinto al castellano e inglés.
- No disponibles en texto completo.
- Se descartaron todos aquellos estudios que no estaban relacionados directamente con el tema central de nuestra investigación.

4 Resultados

Se define como infección a la "invasión y multiplicación de agentes patógenos en los tejidos de un organismo".

Las infecciones nosocomiales o intrahospitalarias son "procesos infecciosos transmisibles que se presentan después de las primeras 48-72 horas de hospitalización, y que no estaban presentes ni en periodo de incubación en el momento de su ingreso, o que se manifiestan a las 72 horas después del alta".

Este tipo de infecciones se producen en todos los hospitales, tanto desarrollados como en vía de desarrollo, siendo estos últimos los más afectados. Este problema

afecta fundamentalmente a los pacientes debido a su vulnerabilidad, pero también sus familiares y el personal sanitario se encuentra en riesgo.

Las infecciones intrahospitalarias son una de las principales causa de muerte y de acrecentamiento de la morbilidad de los pacientes ingresados. Ambos hechos además provocan un aumento adicional de los costes para el sistema sanitario, así como para los pacientes y sus familias.

CADENA EPIDEMIOLÓGICA:

En la transmisión de las infecciones nosocomiales intervienen tres eslabones fundamentales. Por un lado se encuentra la fuente de infección, que es el lugar donde permanece, crece y se multiplica el agente infeccioso (que puede ser cualquier forma biológica tanto virus como bacteria, capaz de producir una infección), pudiendo ser tanto el paciente, el personal sanitario como los objetos inanimados contaminados.

El huésped susceptible, que en este caso es una persona que reúne las condiciones necesarias para ser infectado por un agente infeccioso. Y el mecanismo de transmisión que es la vía por la que el microorganismo pasa de la fuente de infección, al huésped.

MECANISMOS DE TRANSMISIÓN:

Las infecciones intrahospitalarias se pueden contagiar por diferentes vías de transmisión. Por contacto, por gotas, a través de la vía aérea, y a través de vehículos comunes.

TRANSMISIÓN POR CONTACTO:

La transmisión por contacto es la forma más común de contagio de las infecciones intrahospitalarias. Cuando hablamos de ellas es necesario dividirla en dos subgrupos, por un lado la transmisión directa y por otro la transmisión indirecta.

1. Transmisión directa:

Se produce cuando un agente infeccioso pasa de una persona infectada (huésped), a otro individuo sin un intermediario. Puede producirse por contacto físico piel a piel, o por la exposición con sangre u otros fluidos corporales que entran en contacto a través de las mucosas o de heridas en la piel. En los hospitales, este tipo de transmisión se puede producir, entre el personal y pacientes, entre paciente y paciente, y entre paciente y familiares.

2. Transmisión indirecta:

Hablamos de indirecta a la que se produce por la trasmisión de un microorganismo desde un objetivo contaminado a una persona susceptible. Es decir, al entrar en contacto con el mobiliario o los dispositivos que hayan sido manipulados por la persona infectada.

3. Transmisión por vía aérea:

Se produce por la propagación de gotas procedentes de la vía aérea (de menos de 5 micrones de diámetro), que permanecen evaporadas y suspendidas en el aire durante un largo periodo de tiempo, o a través de partículas de polvo que poseen agentes patógenos.

4. Transmisión por gotas:

El contagio se produce cuando las microgotas (mayores de 5 micrones de diámetro) procedentes de la persona infectada, son transmitidas a través del aire y a corta distancia, depositandose a nivel de conjuntivas, o en la mucosa oral o nasal. En este caso las infecciones se pueden transmitir a través de la tos, el estornudo y el habla de la persona que padece la infección.

5. Transmisión a través de vehículos comunes:

Hace referencia a aquellos dispositivos, equipos o fármacos que pudieran estar contaminados, y que aplicados al paciente pudieran transmitirle una infección.

FACTORES DE RIESGO:

Los factores de riesgo son cualquier rasgo o característica de una persona que incremente la probabilidad de padecer una patología o lesión. Entre las probabilidades que pueden aumentar la aparición de una infección nosocomial encontramos:

• Debilidad en el sistema inmunitario.
• Edades extremas de los pacientes.
• Padecimiento de ciertas enfermedades como diabetes, VIH, etc. • Tratamiento con terapias inmunosupresoras.
• Utilización desmesurada de antibióticos que genera la resistencia a los mismos.
• Realización de procedimientos diagnósticos o terapéuticos invasivos.
• Presencia de dispositivos invasivos. (Sondas, vías venosas, tubo endotraqueal…).
• Estancia prolongada.

INFECCIONES MÁS FRECUENTES:

Según el EPINE las infecciones intrahospitalarias más frecuentes en España durante el año 2016 fueron por orden de prevalencia, las infecciones de la herida quirúrgica (24,19%), infecciones respiratorias (23,09%), las infecciones del tracto urinario (21,21%) y las infecciones por bacteriemias e infecciones asociadas a catéter (16,40%).

1. Infecciones de la herida operatoria: Aunque que se toman numerosas medidas para la prevención de las infecciones, el riesgo de aparición de las misma en una herida quirúrgica es la más frecuente, reduciendo el beneficio de la intervención médica. La aparición de las mismas prolonga la estancia hospitalaria del paciente entre 3 y 20 días más de los previstos, incrementando el gasto sanitario. Por ello, es de vital importancias extremar las medidas en la valoración y cuidados de estas heridas.

2. Infecciones de las vías respiratorias: Los pacientes más vulnerables a este tipo de infección son aquellos que están conectados a un respirador. A mayor duración de la ventilación invasiva, mayor riesgo de aparición de infección. También son vulnerables los pacientes que presentan convulsiones o reducción del nivel de conciencia.

3. Infecciones del tracto urinario: Hace referencia a la aparición de un microorganismo en la vía urinaria, tanto a nivel de riñón, como de uretra, vejiga y próstata. El principal factor de riesgo en este tipo de infecciones se debe al uso de una sonda vesical, mayor aún si es permanente. Este tipo de infecciones tiene una baja tasa de mortalidad, pero su presencia aumentó el riesgo de complicaciones así como la duración del ingreso. Este tipo de infecciones son más frecuentes en el caso de las mujeres que en los hombres.

4. Infecciones por bacteriemias e infecciones asociadas a catéter:Estas infecciones se producen por la aparición de microorganismos patógenos en la sangre. Son las menos frecuentes de todas las Infecciones nosocomiales, aunque presentan una tasa de mortalidad elevada, siendo las más letales el Staphylococcus negativo a la coagulasa y Candida spp. Se produce por la presencia de catéteres, especialmente cuando son de duración prolongada, aunque también influye la asepsia en el momento de su colocación, así como los cuidados periódicos de los mismos. Su aparición produce un aumento de la temperatura > 38ºC, taquicardia, taquipnea y leucocitosis. La forma de verificar su existencia es mediante un hemocultivo de sangre.

PREVENCIÓN MEDIANTE LA HIGIENE DE MANOS

Las manos son el principal vehículo de transmisión de las infecciones intrahospitalarias. Numerosas investigaciones avalan que una correcta higiene de manos, es considerada la principal forma para reducir y prevenir dichas infecciones por parte del personal sanitario, pero también pueden evitarse a través de los pacientes y sus visitantes. Para ello es necesaria una correcta campaña divulgativa sobre la higiene de manos y sus beneficios, así como intervenciones de entrenamiento para realizarlo de forma adecuada.

La higiene de manos es el "término general que se aplica a la medida adoptada para la limpieza de manos".

Las formas de higiene recomendadas son el lavado de manos con agua y jabón, o el lavado de manos con una solución hidroalcohólica. Estas soluciones deben evitarse cuando las manos presenten suciedad, tras ir al baño, o tras el contacto con un paciente con diarrea por Clostridium difficile, sustituyendolas por el lavado con agua y jabón. Ambas están destinadas a evitar la proliferación de microorganismo en las manos y la trasmisión de una persona a otra, o a algún objeto.

Una y otra están dirigidas a reducir la flora transitoria, que es aquella que no reside habitualmente en la piel, pero que es adquirida a través de una fuente infectada.

MOMENTOS CLAVE PARA EL LAVADO DE MANOS:

Momentos claves en los que debe ser realizada la higiene de manos:

Por parte del personal sanitario/no sanitario:

- Antes de entrar en contacto con el paciente.
- Antes de realizar un procedimiento que requiera de asepsia.
- Al pasar de una zona contaminada a una zona no contaminada.
- Después de un posible contacto con fluidos corporales.
- Después de estar en contacto con el paciente.
- Tras dejar el entorno del paciente.

Por parte del paciente:

- Antes y después de recibir visitas.
- Antes y después de ir al baño.
- Después de estornudar o toser.

• Antes de comer.
• Después de tocar un objeto o una superficie que pudiera estar contaminada.
• Después de tener contacto con un vendaje o un apósito.
• Después de estar en contacto con sangre o fluidos corporales. Por parte de los familiares:
• Antes y después de estar en contacto con el paciente.
• Después de estar en contacto con su entorno.
• Después de tener contacto con un vendaje o un apósito del paciente.
• Después de quitarse la ropa de protección y los guantes.

5 Discusión-Conclusión

Las infecciones nosocomiales han sido un problema de salud presente en los hospitales de todo el mundo desde su existencia. Aunque desde sus inicios se han puesto en marcha numerosas iniciativas para erradicar esta complicación, en la actualidad nos encontramos que la trasmisión de estas infecciones es un problema no resuelto y que requiere de un mayor número de intervenciones para poder erradicarlo.

Diversos estudios demuestran que una de las principales formas de transmisión, es a través de las manos, ya que estas son capaces de hospedar numerosos microrganismo y transferirlos de una superficie a otra, tanto por contacto directo como indirecto. Es por ello que la principal medida para la prevención de las infecciones nosocomiales es una correcta higiene de manos, tanto por parte del personal sanitario como de los pacientes y sus familiares.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) declara que entre el 5% y el 10% de los pacientes que ingresan en un hospital desarrollado, contraen una o más infecciones nosocomiales, siendo entre 2 y 20 veces superior en los hospitales de los países en vía de desarrollo.

Según el Estudio de Prevalencia de las Infecciones Nosocomiales en España (EPINE), en el año 2015 un total de 57.142 pacientes tanto hombre como mujeres adquirieron una o más infecciones intrahospitalaria. En el siguiente año, estos datos no solo es que no se mantienen, sino que se produce un incremento en la incidencia, produciéndose en 2016 un total de 59.016 contagios.

Por todo lo descrito anteriormente, podemos concluir que resultad de vital imporantcia la existencia de una adecuada formación a todo el personal que tiene

un trato directo con el paciente, tanto personal sanitario como no sanitario, en la realización de una adecuada higiene de manos así como en la adopción de todas aquellas medidas necesarias, encaminadas a evitar la transmisión de enfermedades en el medio hospitalario.

6 Bibliografía

1. Álava J. A, Álvarez N, Cantero D, Carrandi B & Delgado L. D. (2009). Guía de higiene de manos para profesionales sanitarios. Osakidetza comisión inoz.

2. Balentín, M. (2009). Técnica de lavado quirúrgico de manos (Bachelor's thesis).

3. Betancur, O. M. (2014). La ofensiva de Ignaz Semmelweis contra los miasmas ineluctables y el nihilismo terapéutico. Acta Médica Colombiana, 39(1), 90-96.

4. Araceli, D., Quijije, D., Mireya, N., & Vera, A. (2013). Técnicas de lavado de mano como medida de prevención de infecciones intrahospitalarias del personal involucrado en el área de pediatría del hospital Dr. Verdi Cevallos Balda.

5. Salazar, V. (2015). Infecciones intrahospitalarias Nosocomial infections. Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría, 51(3).

6. Álvarez Gómez, F. H. (2012). El lavado de manos. Prevención de infecciones transmisibles. Gaceta Médica Espirituana, 13(1).

7. March Rosselló, G. A., & Eiros Bouza, J. M. (2014). Infección viral respiratoria nosocomial. In Anales del Sistema Sanitario de Navarra (Vol. 37, No. 2, pp. 265-279). Gobierno de Navarra. Departamento de Salud.

8. Villalobos, A. P., Barrero, L. I., Rivera, S. M., Ovalle, M. V., & Valera, D. (2014). Vigilancia de infecciones asociadas a la atención en salud, resistencia bacteriana y consumo de antibióticos en hospitales de alta complejidad, Colombia, 2011. Biomédica, 34(Sup1), 67-80.

9. Llanos-Méndez, A., Díaz-Molina, C., Barranco-Quintana, J. L., García-Ortúzar, V., & Fernández-Crehueta, R. (2004). Factores que influyen sobre la aparición de infecciones hospitalarias en los pacientes de cuidados intensivos. Gaceta Sanitaria, 18(3), 190-196.

10. Sociedad Española de medicina preventiva, Salud pública e higiene. (2016). Estudio de prevalencia de las infecciones nosocomiales en España.

11. Ducel, G., Fabry, J., Nicolle, L., & World Health Organization (2003). Prevención de las infecciones nosocomiales: Guía práctica.

12. Marcos Carbajal, P. (2016). Prevalencia y epidemiología molecular de cepas de Escherichia coli productoras de BLEEs aisladas de casos de infecciones urinarias adquiridas en la comunidad.

13. Organización Mundial de la Salud (OMS). Resistencia a los antimicrobianos.

Capítulo 1294

MANOS LIMPIAS: LA HIGIENE DE LAS MANOS EN EL ÁMBITO SANITARIO.

ANTONIO BARBA GALLEGO

1 Introducción

Las infecciones asociadas con la atención sanitaria (IAAS) afectan cada año a cientos de millones de pacientes en todo el mundo. Son consecuencia involuntaria no deseada de dicha atención, y a su vez ocasionan una alta morbimortalidad para los pacientes y sus familias, y una enorme carga económica adicional para el sistema sanitario. Muchas de estas infecciones son transmitidas de paciente a paciente mediante las manos de los profesionales, lo que es conocido como infección cruzada.

La higiene de manos es cualquier medida adoptada para la limpieza de manos, con el fin de eliminar suciedad, materia orgánica y/o microorganismos mediante una acción física o mecánica. Incluye el lavado de manos y la fricción de las manos, ambos procedimientos reducen o inhiben la propagación de microorganismos.
El lavado de manos se define como la frotación vigorosa de las manos previamente enjabonadas, seguida de aclarado con abundante agua, con el fin de eliminar la suciedad, materia orgánica, flora transitoria (o contaminante) y residente (o colonizante) y así evitar la transmisión de microorganismos de persona a persona.

La OMS (Organización Mundial De La Salud) marca 5 momentos para la higiene de las manos: a) Antes Del Contacto Con El Paciente ; para proteger al paciente de los microorganismos patógenos que puedan estar en las manos. b) Antes De Realizar Una Tarea Aséptica; protege al paciente de los microorganismos patógenos

que pudiesen introducirse en su organismo. c) Después Del Riesgo De Exposición A Fluidos Orgánicos; para protegerse y proteger el entorno de atención sanitaria, de los microorganismos patógenos que pudiera tener el paciente. d) Después Del Contacto Con El Paciente; para protegerse de los microorganismos patógenos que pueda tener el paciente. e) Después Del Contacto Con El Entorno Del Paciente; para protegerse y proteger el entorno de atención sanitaria de los microorganismos patógenos que puede tener el paciente.

2 Objetivos

Mostrar mediante el repaso a diferentes guías para la higiene de las manos, los protocolos y actuaciones necesarias para evitar infecciones nosocomiales en el ámbito hospitalario, por parte del personal sanitario y no sanitario, así como las técnicas recomendadas para el correcto lavado de manos.

3 Metodología

Se realiza revisión bibliográfica de diferentes guías didácticas para la higiene de manos así como de las directrices de la OMS sobre higiene de manos en atención sanitaria. Se realizan búsquedas en bases de datos informatizadas con las palabras clave: higiene, manos, infección nosocomial.

4 Resultados

La higiene de manos es una de las medidas más importantes para evitar las infecciones relacionadas con la atención sanitaria.

La piel humana está colonizada por bacterias con diferentes recuentos según el lugar de la anatomía. Así, en las manos de una persona, podemos encontrar dos tipos de flora:

- TRANSITORIA: Constituida por microorganismos que contaminan la piel accidentalmente, no encontrándose en ella de forma habitual. Se localiza en capas superficiales de la piel. Se adquiere por contacto y suele ser responsable de la IAAS.

- RESIDENTE: La forman los microorganismos que se encuentran habitualmente en la piel de la mayoría de las personas. Se localiza en capas profundas de la piel.

La Fricción de manos consiste en la aplicación de un antiséptico en las manos.
El lavado de manos es un procedimiento en el que interviene el agua y el jabón.
En la realización de un lavado de manos pueden utilizarse diferentes productos:

- Jabón líquido normal o "no antimicrobiano": Su propósito es eliminar físicamente la suciedad y microorganismos de la flora transitoria. Su acción principal es mecánica o de arrastre. Carece de actividad bactericida, por lo que no elimina la flora residente. Cuando las manos estén visiblemente sucias, manchadas de sangre u otros fluidos corporales, antes del contacto con el paciente, antes de realizar una tarea aséptica, o después de usar el inodoro, se deben lavar las manos con agua y jabón líquido.
- Jabón antimicrobiano o antiséptico: jabón que contiene sustancias activas, "in vitro" e "in vivo", contra la flora habitual o residente de la piel. Elimina por lo tanto la flora transitoria y disminuye la flora habitual.
- Soluciones alcohólicas (etanol ó isopropanol al 60%-95%): Cuando las manos no estén visiblemente sucias, se utilizará una solución alcohólica para su desinfección, procedimiento más rápido, eficaz y mejor tolerado por las manos que lavarlas con agua y jabón. Producto diseñado para ser aplicado en la manos con el fin de reducir la propagación de microorganismos. Pueden contener uno o varios tipos de alcohol con excipientes, otros principios activos y humectantes.

En cuanto al lavado de manos vamos a encontrar diferentes tipos:

1. Lavado higiénico o rutinario

Con este tipo de lavado de manos se elimina la suciedad, la materia orgánica, los microorganismos que infectan la piel, para ello es necesario el uso de agua y jabón.

2. Lavado antiséptico

Se consigue eliminar la suciedad, la materia orgánica, los microorganismos que infectan la piel y aquellos que no se eliminan fácilmente con el lavado higiénico, utilizando jabón líquido antiséptico o bactericida.

3. Lavado quirúrgico

Se realiza antes de cualquier intervención quirúrgica por los miembros del equipo estéril.
El procedimiento de lavado quirúrgico estéril dura aproximadamente 5 minutos. Lavado de manos y antebrazos con jabón antiséptico (solución jabonosa de clorhexidina al 4% o povidona yodada al 7,5%) y cepillado de las uñas. Secado de manos con toallas estériles.

Orden de lavado:
1. Dedos
2. Espacios interdigitales
3. Palma y dorso de la mano
4. Muñecas
5. Antebrazo
Las manos, una vez secas, se mantendrán por encima de los codos.
Existen dos tipos de técnicas para el lavado:

Técnica de lavado de manos con agua y jabón:

• Mojar las manos con agua templada (evitar el uso de agua caliente, ya que aumenta el riesgo de dermatitis).
• Aplicar el jabón y distribuirlo sobre las manos.
• Frotar vigorosamente cubriendo toda la superficie de manos y dedos, prestando especial atención a los espacios interdigitales, pulgares y pulpejos de dedos.
• Aclarar con abundante agua.
• Secar las manos cuidadosamente con papel desechable.
• Utilizar ese mismo papel para cerrar el grifo, si éste no es monomando o de pedal.

Técnica de lavado de manos con preparaciones alcohólicas:

• Aplicar la solución alcohólica en cantidad suficiente sobre la palma de las manos (2-3 ml – dos dosis.), asegurándose previamente de que están completamente secas.
• Frotar enérgicamente cubriendo toda la superficie de manos y dedos durante 20-30 segundos.
• Dejar secar al aire y no aclarar.

Es muy importante cuidarse las manos para que la flora transitoria no se convierta en residente. El lavado frecuente de manos puede causar dermatitis irritativa por lo que se recomiendan las siguientes medidas para evitarla:

- Cubrir siempre las heridas y lesiones en la piel
- No utilizar cepillos de uñas, salvo para el lavado quirúrgico.
- Cuando se laven las manos con agua y jabón, evitar el uso de agua caliente, ya que aumenta el riesgo de dermatitis.
- Aclarar bien las manos.
- Secar siempre totalmente las manos para evitar la humedad

- Suministrar a los profesionales sanitarios lociones o cremas para disminuir la aparición de dermatitis irritativa de contacto asociada con el lavado o la antisepsia de las manos.
- Las cremas protectoras se utilizaran al final de cada jornada de trabajo. No utilizar envases comunes que puedan contaminarse.
- Las lociones y cremas de manos contienen a menudo agentes hidratantes y emolientes que contribuyen a la función barrera de la piel normal. El uso frecuente de tales productos, puede ayudar a prevenir y a tratar la dermatitis irritativa causada por los productos de higiene de manos.

Existen una serie de categorías en las recomendaciones internacionales para la higiene de manos.
Estas recomendaciones están diseñadas para mejorar las prácticas de higiene de manos en los trabajadores sanitarios y reducir la transmisión de microorganismos patógenos a pacientes y personal en el medio sanitario.
El sistema CDC/HICPAC (Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee) de categorías para las recomendaciones es el siguiente:
Categoría IA: fuertemente recomendadas para su aplicación y avaladas por estudios bien diseñados de tipo experimental, clínico o epidemiológico.
Categoría IB: fuertemente recomendadas para su aplicación y avaladas por ciertos estudios de tipo experimental, clínico o epidemiológico y por sólidos razonamientos teóricos.
Categoría IC: necesaria su implantación por orden legal o normativo.
Categoría II: se sugiere su aplicación avalada por estudios clínicos o epidemiológicos no definitivos o por un razonamiento teórico.

No recomendación: cuestión sin resolver. Prácticas para las que no existe suficiente evidencia ni consenso respecto a su eficacia.
Otros aspectos de la higiene de las manos son:

• No llevar uñas artificiales o extendedores cuando se tenga que tener contacto directo con pacientes de alto riesgo (UCI, quirófanos, neonatología…)
• Las uñas de las manos deben ser cortas (0,5 cm), especialmente cuando se trata con pacientes de alto riesgo.
• El uso de guantes no sustituye la limpieza de las manos por fricción o lavado.
• Llevar siempre guantes cuando pueda haber contacto con sangre u otro material potencialmente infeccioso, membranas mucosas o piel no intacta.
• Quitarse los guantes después del cuidado del paciente. No llevar el mismo par de guantes para el cuidado de más de un paciente y no lavar los guantes entre

pacientes.
• Cambiar los guantes durante el cuidado de un mismo paciente si se tiene que desplazar desde una zona contaminada a una zona limpia.
• No existe recomendación respecto al uso de anillos en el medio sanitario. No obstante, la presencia de este material reduce la posibilidad de que el producto (jabón o solución alcohólica) llegue a todas las superficies de las manos, por lo que se recomienda no usarlas durante la atención a los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Mejorar el grado de cumplimiento de la higiene de manos para prevenir las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria se ha convertido actualmente en un reto para todos los centros sanitarios, pero conseguirlo y mantenerlo no está exento de dificultades y requiere un gran esfuerzo de los profesionales.
En los programas de fomento de la higiene de las manos para profesionales sanitarios, centrarse específicamente en los factores que se sabe que influyen mucho en el comportamiento, y no sólo en el tipo de productos para dicha higiene.
Instruir a los profesionales sanitarios sobre el tipo de actividades asistenciales que pueden contaminar las manos y sobre las ventajas e inconvenientes de los diversos métodos de limpieza de las manos.
Vigilar la adherencia de los profesionales sanitarios a las prácticas recomendadas de higiene de las manos y proporcionarles información sobre su desempeño.
Alentar las alianzas entre los pacientes, sus familias y los profesionales de la salud para fomentar la higiene de las manos en la atención sanitaria.

6 Bibliografía

1. Directrices de la OMS sobre higiene de las manos en atención sanitaria. https://www.who.int/patientsafety/information_centre/Spanish_HH_Guidelines.pdf
2. Formación de profesionales sanitarios como observadores del cumplimiento de higiene de manos. Asociación madrileña de enfermería preventiva.
3. https://celadoresonline.blogspot.com/p/tema-15-normas-de-actuacion-del-celador.html
4. https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs//content/49effa6b-c211-11de-98bc-ddc0386026b1/Guia_para_la_higiene_de_manos_en_el_medio_sanitario.pdf

Capítulo 1295

USO DE LA MASCARILLA POR EL PERSONAL NO SANITARIO Y TIPOS EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO.

MARIA BEGOÑA ÁLVAREZ MENÉNDEZ

SONIA BARREIRO SUÁREZ

HÉCTOR FERNÁNDEZ REA

1 Introducción

Definimos personal no sanitario en el ámbito hospitalario a:
- Trabajadores no sanitarios (Directores y Gerentes, técnicos superiores en el área de Administración y Servicios Generales, técnicos medios en las áreas de la Administración y Servicios Generales, auxiliares administrativos, personal de oficio -F.P. de segundo grado excluyendo la rama sanitaria- y otro personal vinculado al centro).
- Pacientes y familiares.

Definimos la mascarilla quirúrgica y las máscaras Filtering Face Piece (FFP, un tipo de máscara de protección respiratoria) como las principales medidas de barrera usadas en los centros sanitarios para evitar que los trabajadores de salud y otras personas puedan adquirir a través de su boca y nariz gérmenes. Dichos gérmenes colonizan o infectan las mucosas respiratorias de los pacientes y los proyectan al exterior (cuando respiran, hablan, tosen y estornudan) en forma de gotas pequeñas o núcleos de ellas (menor o igual a 5 micras) y pueden permanecer

suspendidas en el aire o dispersarse en el ambiente, ya sea como aerosoles húmedos o aerosoles secos (polvos de superficies). Las gotas evaporadas pueden permanecer en el aire durante largos periodos de tiempo conteniendo microorganismos, y se pueden extender ampliamente con las corrientes de aire.
Ejemplos de estas enfermedades serían la varicela, herpes zóster diseminado, sarampión, tuberculosis (en este caso la mascarilla de alta eficacia), enfermedad invasiva por Haemophillus Influenzae tipo B, incluyendo meningitis, neumonía, epiglotis y sepsis. Dentro de otras infecciones respiratorias bacterianas encontramos: difteria, neumonía por mycoplasma, peste neumónica y faríngitis estreptocócica, neumonía o escarlatina en niños y jóvenes. Respecto a infecciones respiratorias víricas podemos destacar: adenovirus, gripe, parotiditis, Parvovirus B 19 y rubéola.
MASCARILLA DE ALTA EFICACIA (FFP 2), son mascarillas que, bien ajustadas a la superficie facial, filtran al menos el 92% de las partículas menores de 5 micras. En el caso de aislamiento por herpes zóster diseminado/varicela o sarampión, las personas inmunes no precisan usar mascarilla para entrar en la habitación.

2 Objetivos

Objetivo principal.
- Precauciones de Prevención y Control de Infección, tanto estándar como adicionales (de contacto, de gotitas y áerea)usadas en los centros sanitarios.

Objetivos secundarios.
- El uso inadecuado de mascarilla aumenta la posibilidad de transmisión de microorganismos da falsa seguridad.
- Las mascarillas quirúrgicas deben ser de un sólo uso y de material que cumpla los requisitos de filtración y permeabilidad suficiente para ser una barrera efectiva.
- No deben de colgar del cuello o guardarlas en los bolsos, puesto que con ello se contribuye a la diseminación de microorganismos atrapados en la cara interna de la mascarilla.

3 Metodología

Se ha hecho revisión bibliográfica en la que se han consultado varias bases de datos como ”La mascarilla quirúrgica, maskarak, Osakidietza”, ”Medidas de aislamiento y otras precauciones para pacientes con enfermedades transmisibles” de Hospital de Donostia, ”Uso de mascarillas quirúrgicas y máscaras FFP en las

precauciones de aislamiento de los centros sanitarios" de la Sociedad Galega de Medicina Preventiva.

4 Resultados

La Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud también ha situado la seguridad del paciente en el centro de las políticas sanitarias como un elemento clave de la mejora de calidad, quedando así reflejado en la estrategia número 8 del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud (SNS), que se viene desarrollando desde el año 2005 en coordinación con todas las Comunidades Autónomas.
Su función es proteger de la exposición a contaminantes ambientales tales como agentes patógenos, agentes químicos,antibióticos, citostáticos través de las vías respiratorias. Éstas están diseñadas para trabajar de fuera hacia dentro para evitar la transmisión de agentes infecciosos por parte de la persona que la lleva, y en casos de pacientes inmunodeprimidos como prevención hacia sus familiares que le puedan transmitir algún agente patógeno . También se pueden utilizar para evitar el contacto con las salpicaduras de fluidos y/o sangre potencialmente patógenos.
Las mascarillas quirúrgicas están íntegramente fabricadas con un material filtrante y constan de un clip o adaptador nasal y de unas gomas o cintas de sujeción, en ocasiones también disponen de válvulas de exhalación. En los centros sanitarios los equipos de protección individual respiratoria más usados son las máscaras FFP, un tipo de máscara autofiltrante de partículas que se usan durante las atención sanitaria, para evitar la inhalación de agentes patógenos.
Las máscaras FFP deben cumplir la Norma UNE-EN 149:2001+A1:2010. y la normativa europea EN 14683.
Cuando se usen mascarillas es esencial usarlas y desecharlas adecuadamente para evitar que sean ineficaces y que su uso incorrecto agrave el riesgo de contagio.

5 Discusión-Conclusión

Normas de uso:
- Lavar las manos antes de ponérsela.
- Asegurarse de que cubre su boca y nariz, anudarla firmemente para reducir al mínimo la separación entre la mascarilla y la cara.
- Mientras se esté usando, evitar tocarla. Siempre que se toque una mascarilla usada limpiar las manos con agua y jabón o con un pañuelo empapado en alcohol.

- En cuanto la mascarilla esté húmeda sustituirla por otra limpia y seca.
- No reutilizar las mascarillas de un solo uso, desechar inmediatamente una vez utilizadas.
- Lavar las manos inmediatamente después de quitarla.

Ante la sospecha de una enfermedad infecciosa por microorganismos altamente resistentes o responsables de infecciones nosocomiales fácilmente transmisibles y potencialmente graves deben llevarse a cabo medidas, tanto generales como específicas, en tres localizaciones dentro del hospital.

- En Urgencias.
- En Admisión.
- En las Unidades de Hospitalización.

En Urgencias:

- Identificación precoz del enfermo con riesgo de transmitir infecciones.
- Puesta en práctica de las medidas de diagnóstico precoz.
- Mascarilla quirúrgica para colocar al paciente y evitar la diseminación de gérmenes al toser y hablar. En los traslados usar pañuelos para que el paciente se cubra la boca al toser y una bolsa de plástico para desecharlos tras su uso. El paciente será informado por el personal sanitario de la naturaleza de su proceso, las medidas adoptadas y el riesgo sanitario para los demás. Esa información siempre deberá de ser tranquilizadora.

En Admisión: identificar por medio de documentación que acompañe al paciente, en el momento de realizar los trámites del ingreso, que avise la existencia de:

- Microorganismos multirresistentes en ingresos previos.
-Tuberculosis con abandonos de tratamiento.
-La indicación de aislamiento, distinguiendo las precauciones para evitar la transmisión aérea o la transmisión por contacto.

Los traslados de un paciente en aislamiento deben reducirse a lo imprescindible, se colocará al paciente una mascarilla quirúrgica con ajuste facial antes de que salga de la habitación.

Si se debe retirar la mascarilla, el personal que atienda al paciente en la Unidad de destino deberá utilizar mascarilla de alta eficacia (FFP2),se debe mantener en la habitación una presión negativa respecto al exterior, bloquear la ventana y mantener la puerta cerrada. El sistema de aire debe realizar un mínimo de 6- 12 recambios/ hora., el aire de salida al exterior debe pasar por un filtro HEPA. Los acompañantes que entren en la habitación deben llevar una mascarilla FFPP bien ajustada a la superficie facial.

Las mascarillas quirúrgicas deben cumplir la Directiva de Productos Sanitarios 93/42/CEE, y el Real Decreto 1591/2009 por el que se regulan los productos sani-

tarios, sus características deben ser acordes con la Norma UNE-EN 14683:2014.

6 Bibliografía

BIBLIOGRAFÍA: LA MASCARILLA QUIRÚRGICA, MASKARAK, OSAKIDETZA.
- MEDIDAS DE AISLAMIENTO Y OTRAS PRECAUCIONES PARA PACIENTES CON ENFERMEDADES TRANSMISIBLES. HOSPITAL DONOSTIA. PROTOCOLO.
-USO DE MASCARILLAS QUIRÚRGICAS Y MÁSCARAS FFP en las precauciones de aislamiento de los centros sanitarios. Octubre 2015. Sociedade Galega de Medicina Preventiva.

Capítulo 1296

VIOLENCIA DE GÉNERO EN LA SOCIEDAD ESPAÑOLA

JORGE FERNÁNDEZ FIERRO

MEI YU PELAYO SAN JOSÉ

CRISTINA SAINZ CORAO

1 Introducción

El hecho de haber vivido en una cultura patriarcal ha marcado profundamente la desigualdad entre hombres y mujeres quedando relegado en un segundo plano la mujer por el simple hecho de ser mujer.

La violencia es un instrumento de control del hombre hacia la mujer donde le anula la autoestima y busca su plena sumisión impactando de manera negativa en su identidad anulando o minimizando su bienestar social, físico, psicológico o económico, incluyendo las amenazas de tales actos y la coacción y privación de la libertad en cualquier ámbito ya sea familiar, público o privado.

El hecho de que hayamos vivido en una cultura machista, nos ha marcado durante varias generaciones y nos ha inculcado que viésemos a la figura del hombre como el que tenía el derecho exclusivo de acceso a los estudios y el encargado de traer el dinero al hogar.

Era considerado un asunto de familia que no debía trascender de puertas para afuera y en el que no se debía intervenir.

Dicha estigmatización aún perdura en el tiempo sobre todo en aquellas personas de más edad que lo vivieron profundamente arraigado en su entorno sociocultural transmitiéndolo a sus hijos.

Tanto es así, que les cuesta no sólo aceptar a la figura de la mujer en el desarrollo de sus funciones, sino que recelan de su aptitud profesional, lo que nos lleva a plantear dos cuestiones paralelas que serían por un lado la desigualdad de género y por otro lado la violencia de género, entendida como la vulnerabilidad de la mujer frente a la violencia, estrechamente relacionadas en una cultura patriarcal.

Estas situaciones donde la cultura patriarcal se ha vivido más profundamente se dan con más claridad en los núcleos más aislados y despoblados donde aún vive una reducida población con una media de edad muy avanzada, lo que les hace ser más vulnerables y donde el silencio se hace partícipe de la violencia por formar parte de esa cultura que opinaba que lo que ocurría de puertas adentro no es interés de nadie. Esto hace que las mujeres no denuncien su situación por miedo, vergüenza o culpabilidad o bien por dependencia económica u emocional, lo cual serán objeto de especial atención y para ello sería necesario el diseño de medidas específicas para las mujeres del ámbito rural donde la violencia está con frecuencia invisibilizada.

Desgraciadamente las víctimas de violencia de género aún están presentes en todas nuestras sociedades y a diferentes niveles, tanto económicos como culturales en nuestro país y son desgraciadamente noticia diaria porque la cuenta de víctimas sigue sumando nombres.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Mejorar los protocolos de alerta temprana y la formación de los profesionales para poder tratar el problema desde fases más iniciales, ya que estas agresiones se repetirán y se agravarán con el tiempo.

Objetivos secundarios:
- Concienciar a las víctimas de malos tratos y a la sociedad de la importancia de denunciar, hay disponible un número telefónico (016).
- Apoyar a las mujeres de una forma integral.
- Fomentar la autoestima y recuperar la autonomía de la mujer maltratada a todos los niveles.

- Dar credibilidad a las mujeres una vez que superen el miedo a romper su silencio.
- Demostrar por parte del entorno de la víctima y por parte del entorno del maltratador que no se está sola ante el sufrimiento.
- La educación es el pilar básico y fundamental para acabar con estas desigualdades de género educando a los niños y niñas dentro del concepto de personas, rompiendo así los estereotipos que crean las desigualdades de género desde las edades muy tempranas y acabando de este modo con los mitos del patriarcado, donde la sumisión y el silencio son rasgos que caracterizan a los de la mujer y la fuerza y la agresividad a los del hombre.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión actualizada sobre la violencia de género en nuestro país y sobre los planes y medidas con los que se pretende abordar la problemática los distintos partidos políticos. Para ello hemos llevado a cabo una revisión científica bibliográfica en bases de datos como el Plan nacional de sensibilización y prevención de la violencia de género, y la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medias de Protección Integral contra la Violencia de Género, así como en los Planes de atención personalizado para las víctimas de género de las distintas Comunidades Autónomas, y se ha tenido acceso a varios documentos referentes a la violencia de género difundidos en distintos medios de comunicación, así como en artículos escritos en periódicos de tirada nacional, todos ellos accesibles desde buscadores como Google, adaptando la búsqueda de una manera específica a cada base de datos empleada. Se utilizaron los siguientes descriptores: "violencia doméstica","violencia machista","violencia de género", "maltrato","discriminación estructural", "víctima de violencia de género", "cultura patriarcal", "desigualdad de género"…

Para la obtención de documentación se emplearon guías, manuales y protocolos de actuación que incluían las palabras citadas anteriormente así como normativa y publicaciones relacionados con el tema.

4 Resultados

La violencia de género es cualquier violencia psíquica, física o sexual ejercida contra alguien sólo por su género. En España la ley de 2004 recoge la violencia de cualquier hombre contra cualquier mujer de forma física, psíquica o también sexual, que sea o haya sido su pareja.

Uno de los principales argumentos que utilizan quienes critican a la ley de violencia de género, es que las leyes han de ser iguales para hombres y mujeres porque según ellos no se pude poner una pena más dura a una persona sólo por su género, pero se olvidan que las leyes han de regirse por la equidad, cualidad que consiste en no favorecer en el trato a una persona perjudicando a otra.

En España a día de hoy hay una discriminación estructural hacia las mujeres que es innegable y que por tanto exige de medidas de discriminación positivas, haciendo referencia a aquellas actuaciones dirigidas a reducir las prácticas discriminatorias en contra de sectores históricamente excluidos como personas en estado de vulnerabilidad, porque estamos hablando de situaciones desiguales y en esos casos no podemos hablar más que de igualdad de justicia, es una cuestión de justicia.

La Ley orgánica de medidas de protección integral contra la violencia de género de 2004, se aprobó por unanimidad durante la primera legislatura de José Luis Rodríguez Zapatero y obtuvo un total de 320 votos a favor en la que todos los partidos estuvieron de acuerdo.
El Tribunal Constitucional dio el visto bueno a la ley en 2008, la sentencia dijo que "Una agresión supone un daño mayor en la víctima cuando el agresor actúa conforme a una pauta cultural" en este caso, la desigualdad en el ámbito de la pareja.

Todo lo anterior está basado en las cifras oficiales y en las normativas internacionales, pero los contrarios a la violencia de género siguen poniendo el énfasis en por qué no se protege al hombre también.

Aquí tenemos además algunas cifras que lo explican, en 2018, cuarenta y siete mujeres fueron asesinadas, éste es un dato que recoge el gobierno de forma continua, en el caso contrario no existe ese seguimiento continuo porque no existe en los hombres una problemática generalizada de violencia de mujeres contra hombres. Si que tenemos algunos datos, por ejemplo los últimos son del poder judicial de 2015, y nos cuentan que diez hombres fueron asesinados aquel año frente a sesenta mujeres también aquel año, el 20% de aquellos hombres tenía violencia de género.

No sólo los asesinatos son violencia de género, hasta que se llega ahí, hay muchos otros tipos de violencia.

El sistema de seguimiento de la policía de los casos de violencia de género que

sólo incluye como víctimas a mujeres, tenía a 31 de diciembre del año pasado alrededor de 480.000 víctimas registradas y 530.000 casos en la base de datos, y de todos aquellos tan solo había unos 58.000 abiertos.

Por tanto a partir de ese momento se empieza a identificar una categoría que es que haya habido una relación entre esa pareja y el concepto de violencia de género y cuando se empieza a manejar el concepto de violencia de género, en vez de el de violencia doméstica que es el que manejaba en ese momento el ministerio del interior, empiezan a enfocar todos los tipos de relaciones de pareja posibles cuando no había una relación matrimonial y sólo con ese criterio se puso en evidencia que las organizaciones de mujeres en sus recuentos tenían razón.

Como vemos algunas asociaciones en defensa de los derechos de las mujeres empezó su propio recuento antes de esta fecha ya en 1997, apuntando las muertes que se publicaban en los medios de comunicación.

De hecho uno de los casos que más se recuerdan es el de Ana Orantes, ocurrió a finales de ese año el asesinato de la granadina que murió quemada viva por su exmarido y fue famoso porque había expuesto en una entrevista televisiva la violencia a la que había sido sometida por parte de su exmarido, y no estaba dentro de las estadísticas oficiales que comenzaron en 2003.

La diferencia era tan brutal la que en ese momento tenía el ministerio del interior, que en esa década estaban registrando una media de cuarenta asesinatos, mientras que las organizaciones de mujeres tenían un medía de setenta y cuatro asesinatos, quedando en evidencia que el ministerio manejaba unos criterios que no eran los adecuados.

Además en ese momento el Defensor del Pueblo publicó un informe demoledor con las víctimas mortales por violencia de género que el gobierno aún no contabilizaba porque los consideraba como otro homicidio cualquiera y por otra parte el periódico El País, en año 2001 ya empezó a hacer balance del número de asesinadas con los datos de las noticias que se iban publicando y así de este modo surgió la iniciativa.

En el año 2005 el ministerio se entera que el periódico El País hacía una recopilación exhaustiva de víctimas de violencia de género que recogía en hoja Excel y le pide los datos para poder cotejarlos con los suyos que en ese momento tenía.

Pese a todo España es de los pocos países que tienen un recuento en el que sólo se incluyen a las víctimas mortales en violencia de género, un sistema que es

alabado por gobiernos, instituciones y medios de comunicación de otros países.

No hay que olvidarse de los menores, de aquellos hijos asesinados por sus padres, en este caso el recuento empezó en 2013 y también se utiliza el mismo procedimiento para hacer este recuento. Este tipo de violencia de género, el que se ejerce sobre los hijos y también sobre parientes de la mujer, dentro de la violencia de género se llama "VICARIA".

Es evidente que los menores terminan siendo un instrumento que se utiliza para dañar a la madre, pero deja fuera a las personas que tratan de proteger a las víctimas y eso también puede parece injusto, ya que estas víctimas también deberían de ser contabilizadas.
El pacto contra la violencia de género aprobado en 2017 pretende que en el futuro se incluya en esta lista oficial, a las mujeres asesinadas por el hecho de ser mujer aunque el asesino no sea su pareja o expareja.

La violencia doméstica es la que se produce en el hogar y puede ser ejercida o sufrida por cualquier miembro de la familia, está recogida en los artículos 153 y 173 del código penal, pero no puede confundirse con la de género por lo siguiente: Dejar la referencia en lo doméstico, en lo familiar en primer lugar, es esconder esa violencia en circunstancias que se dan en la convivencia cuando no son esas circunstancias las que definen esa violencia, es la situación más frecuente porque es donde más se desarrolla la relación de pareja, pero no es esa convivencia, no es lo doméstico, no es lo familiar lo que da lugar a la violencia contra las mujeres.

Otro de los argumentos en contra es el de las denuncias falsas, por un millón de denuncias tan sólo setenta y nueve fueron falsas.

El gobierno quiere elaborar una nueva estadística de violencia machista que ampliará con el acuerdo de Estambul de 2014 e incluir así a las víctimas mortales sin relación sentimental con el agresor.

5 Discusión-Conclusión

En 2004 se aprueba la actual Ley contra la Violencia de Género con la intención de aumentar la protección de las mujeres que eran víctimas de malos tratos por parte de sus parejas y sensibilizar así a la sociedad acerca de este grave problema, de forma que no fuera tratado sólo desde el código penal.

El recuento oficial empezó en 2003 donde el gobierno empezó la lista de víctimas

mortales de violencia de género de las mujeres muertas a manos de sus parejas o exparejas.

La cifra de estas estadísticas la aporta la policía con los datos recabados de sus investigaciones, normalmente esos datos se incorpora unos días después de que se haya cometido el asesinato, en función de lo que tarde en esclarecerse el caso, también puede tardar meses, incluso hay nombres que tardan años en incorporarse a estos recuentos.

Es por eso que el número oficial que da el gobierno puede ir acompañado de la frase "x casos en investigación".

El motivo por el que se comienza a contar desde 2003 es porque previamente en el 2002 se había emitido una instrucción interna en el ministerio del interior en la que se pedía que se incluyese en la estadística a las personas que mantenían una relación de pareja o análogo, y al incluir la palabra análogo, esa institución explicaba que había que incluir las relaciones de noviazgo por ejemplo y a aquellas otras relaciones que ya se habían roto porque tenían un divorcio legal, pero que habían mantenido una relación.

Por tanto a partir de ese momento se empieza a identificar una categoría que es que haya habido una relación entre esa pareja y el concepto de violencia de género. Y cuando se empieza a utilizar el termino violencia de género en lugar de violencia doméstica que por entonces era el utilizado por el ministerio del interior, se comienza a enfocar las diversas relaciones de pareja posibles, aunque no hubiera una relación matrimonial que las uniera.

El perfil de la víctima mortal podemos decir que más de la mitad si convivían y también mantenían una relación, mientras que una cuarta parte o bien ya había roto o estaban en fase de separación y por rango de edades decir que hay establecido un equilibrio de víctimas lo que evidencia que la violencia de género no está en aras de erradicarse visto que hay igualdad de víctimas entre edades jóvenes como entre edades ya adultas y esto es un dato preocupante ya que el maltrato por violencia no es innato sino más bien sigue unas pautas de comportamiento aprendidas.

El pacto de Estado contra la violencia de Género se aprobó en el congreso en 2017, con la abstención de un solo partido político porque no lo consideraba suficiente.

Ahora también entra en juego un nuevo partido político que quiere instaurar una ley de violencia intrafamiliar que dé protección a todas las personas (ancianos,

mujeres y niños) y derogar la de la violencia de género y de todas aquellas normas que discriminen de alguna manera a un sexo u otro.

El problema de la violencia de género es un problema que traspasa fronteras y está presente en la mayor parte de los países del mundo.

6 Bibliografía

- Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre de Medidas de Protección integral contra la violencia de género.
- Plan de atención personalizada para las víctimas de violencia de género según la comunidad autónoma de Murcia.
- Plan de acción integral contra la violencia de género de la Comunidad de Madrid.
- Xunta de Galicia Vicepresidencia e Consellería de Presidencia, Administracións Públicas e Xustiza secretaria Xeral da Igualdad, Mujeres en Galicia.
- Poder judicial.es
- La Vanguardia
- El Mundo

Capítulo 1297

APLICACIÓN DE LAS HABILIDADES SOCIALES EN EL CONTEXTO SANITARIO

JORGE FERNÁNDEZ FIERRO

MEI YU PELAYO SAN JOSÉ

CRISTINA SAINZ CORAO

1 Introducción

Las personas somos seres sociales, por lo que la comunicación es fundamental para vivir, relacionarnos y para desarrollarnos como personas, resulta inherente a la condición humana como seres sociales que somos y se define como la "acción consciente de intercambio de información entre dos o más personas con el fin de transmitir o recibir una información u opiniones diversas", por lo que el mensaje pasará por un proceso de transformaciones e interpretaciones desde que se emite hasta que llega a los receptores.Existen dos partes importantes en un proceso de comunicación, la transmisión del mensaje y la recepción del mismo, por ello tan importante es saber emitir un mensaje claro, coherente y sincero incluyendo lenguaje no verbal, como saber descodificarlo.

En dicha comunicación, las habilidades sociales, entendidas como un conjunto de conductas que adoptamos cuando interactuamos con otras personas que favorecen nuestras relaciones de modo satisfactorio, y la capacidad o habilidad para aplicarlas, estarán continuamente presentes en nuestra forma de relacionarnos

e interactuar con los demás de una manera efectiva y satisfactoria ya que facilitarán la resolución de conflictos siempre y cuando se adecuen al contexto de la situación.

En el ámbito sanitario, el desarrollo y aplicación de estas habilidades sociales por parte del personal de gestión y servicios resultará fundamental en su comunicación, por estar interactuando continuamente con el personal sanitario y por relacionarse con pacientes y familiares.

Dentro de las habilidades sociales, entendidas como un conjunto de conductas que nos permitan interactuar y relacionarnos con los demás de manera efectiva y satisfactoria,destacaríamos la escucha activa, la asertividad, la empatía, la capacidad de negociar, el respeto, la credibilidad, el pensamiento positivo, el saber expresarse, ser pacientes, tener una mente abierta... en definitiva toda una serie de capacidades que el personal que desarrolla su labor en las instituciones sanitarias irá adquiriendo y desarrollando para desenvolverse eficazmente en lo social y en lo profesional.

Fomentar estas habilidades sociales resultará fundamental para interactuar en toda comunicación, saber que se aprenden y que tenemos que potenciarlas en el día a día, poniéndolas en práctica.

2 Objetivos

- Concienciar al personal que desarrolla su labor en una institución sanitaria de la importancia de las habilidades sociales.

3 Metodología

Se ha tenido acceso a varios artículos referentes al tema objeto de estudio, además de motores de búsqueda como Google, adaptándose la búsqueda de una manera específica a cada una de las bases de guías y protocolos en comunicación donde el trabajo en equipo, la resolución y mediación de conflictos, aparecen las habilidades sociales como herramientas fundamentales en la comunicación.

Se ha llevado a cabo una revisión científica bibliográfica en bases de datos cómo plataformas de estimulación cognitiva diseñadas para profesionales y en publicaciones digitales sobre psicología, neurociencias y desarrollo personal, para ello se realizó una búsqueda sistemática en páginas web especializadas en las que

las habilidades sociales eran protagonistas donde nos dicen lo que son, tipos y cómo desarrollarlas, tomando como descriptores palabras clave como: “empatía “, “asertividad”, “capacidad de escucha”, “inteligencia emocional”, “comunicar sentimientos y emociones”, “negociación”, “escucha activa “,…

4 Resultados

Para una adecuada comunicación en las instituciones sanitarias por la variedad de personas y situaciones que podamos encontrarnos, resultará fundamental conocer y aplicar habilidades sociales, entendidas como un conjunto de conductas que nos permitan interactuar con los demás, y para ello, cosas tan simples y básicas como aprender a escuchar nos hará tener la capacidad de ser más cercanos y empáticos, tanto con pacientes como con los propios compañeros del centro sanitario, teniendo presentes las necesidades y sentimientos ajenos.

Ser cercanos, mostrarse corteses, amables, positivos, son dotes comunicativas que nos reforzarán y nos darán seguridad aumentando nuestra autoestima.

Trabajando en instituciones sanitarias donde las comunicaciones son tan variadas y deben ser adaptadas al contexto sociocultural en el que se actúa, la asertividad resultará primordial para darnos seguridad sabiendo en todo momento defender nuestras opiniones desde el respeto, escuchando y comunicando aquello que nosotros queramos argumentar para definir un problema o bien negociar o evaluar soluciones y para ser parte integrante del trabajo en equipo, participando o siguiendo instrucciones, así como dando nuestra opinión de lo que pensamos respecto a algo.Cada vez se valoran más las habilidades sociales frente a los conocimientos y la trayectoria profesional según se revela en fuentes consultadas para el desarrollo de este estudio realizado.

Esta claro que convencer no es manipular, sino más bien argumentar de tal forma que conectemos desde el respeto obteniendo aquello que queramos lograr y más aún dentro de las instituciones sanitarias donde el trabajo en equipo es clave y la comunicación es vital para garantizar el éxito, participando de modo eficiente y constructivo en las relaciones interpersonales que fundamentan la buena convivencia laboral.

No poseer ciertas habilidades sociales determinará cómo nos comportemos y nuestra manera de actuar puede, en algunas ocasiones, ser mal interpretada por los demás, lo que puede dar como resultado un conflicto que podría haberse evi-

tado.
Fomentar estas habilidades sociales resultará fundamental para interactuar en toda comunicación, debemos saber que se aprenden, que tenemos que desarrollarlas y potenciarlas en el día a día, poniéndolas en práctica garantizando así el refuerzo en nuestra seguridad, aumentando y afianzando nuestra autoestima .

Las habilidades sociales se pueden mejorar, lo que nos ayudará a conseguir unas relaciones satisfactorias con los demás siendo necesario que adquiramos confianza, lo que nos reforzará la autoestima, sabiendo expresarnos con firmeza y seguridad, logrando un autocontrol emocional que hará que sepamos relajarnos durante diálogos donde haya tensión, ya que las personas que tienen la capacidad de reconocer los sentimientos propios y de los demás saben así manejar las emociones, lo que dará lugar a que interactuarán de forma más satisfactoria con quienes se rodean.

Para mejorarlas, trabajaremos nuestra inteligencia emocional, entendida como "la capacidad de sentir, entender, controlar y modificar los estados emocionales de uno mismo y también de los demás", lo que nos permitirá tolerar presiones y frustraciones que soportamos en nuestro trabajo, ya que tendremos la capacidad de reconocer los sentimientos propios y de los demás, lo que nos permitirá adoptar una actitud empática y social manejando las emociones , lo que nos brinda mayores posibilidades de desarrollo personal y laboral, teniendo relaciones más productivas con quienes nos rodean entendiendo mejor las emociones .

5 Discusión-Conclusión

Las habilidades sociales se encuentran presentes en nuestras vidas cotidianas ya sea por su ausencia o por su puesta en práctica tanto en nuestro entorno laboral, en nuestra vida familiar o en nuestro ambiente social como disfrutando del ocio con los amigos.
Aprender y desarrollar la capacidad de aplicar estas habilidades sociales en nuestros quehaceres diarios será fundamental para conseguir unas relaciones satisfactorias con los demás y para saber desenvolverse ante situaciones adversas que pudieran ocasionar malentendidos por una deficiente comunicación por la escasez en recursos de sus interlocutores.

Debemos desarrollar unas habilidades que nos permitan dar una respuesta eficaz e inmediata ante cualquier tipo de interacción, que sepamos adecuarlas a las situaciones que se vayan ocasionando en nuestro centro sanitario o de trabajo y

que todo trabajador que forme parte del centro sea capaz de conocerlas, aplicarlas y desarrollarlas de manera correcta lo que permita que formen parte de una mejora continua en el desarrollo de su labor en el centro.

Su correcto y eficaz desarrollo requerirá del esfuerzo de todos, desde la dirección a los trabajadores, fundamentalmente de estos últimos por estar en contacto directo con tantas personas que acceden a estos centros sanitarios y ser los primeros que tienen contacto con familiares y pacientes, debiendo ser capaces de responder ante cualquier situación que se pueda presentar en el centro. Interactuarán de forma correcta pudiendo adaptarse en todo momento a las situaciones específicas utilizando todas aquellas habilidades adquiridas que les permitan comunicarse de manera sencilla, clara y directa, evitando tecnicismos para así adecuarse a sus interlocutores y facilitar la compresión, adoptando en todo momento una escucha activa y un correcto uso de un lenguaje no verbal tanto hacia pacientes, como a familiares o compañeros de trabajo, desde el respeto, la compresión y la educación, lo cuál será una herramienta fundamental para el adecuado desarrollo de nuestra profesión.

6 Bibliografía

- Dialnet. La comunicación hospitalaria 2.0 lamenteesmaravillosa.com

Capítulo 1298

LA IMPORTANCIA DE LOS ARCHIVOS Y SU TRATAMIENTO POR PARTE DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

MARÍA DE LOS ANGELES GONZÁLEZ GARCIA

MARÍA EUGENIA DIAZ BERMEJO

JESÚS BERMUDEZ GUTIERREZ

1 Introducción

Para empezar partimos de la premisa de que un mundo sin archivos carecería de memoria, ya que seria difícil comprender las raíces históricas y científicas de la sociedad al carecer de identidad colectiva. Por ello se hace de vital importancia la conservación y tratamiento de los archivos en un sector tan relevante como el sanitario.
A través del archivo como fuente de información se desarrollan proyectos médicos se elaboran conceptos e ideas y se evoluciona en los procesos sanitarios contrastando teorías, estrategias, decisiones, etc. Tenemos que entender que los documentos contenidos en un fichero tiene un fin practico a nivel administrativo y jurídico y su tratamiento por parte del auxiliar administrativo requiere de una aplicación eficiente de los procesos administrativos , para que no pierdan esa finalidad practica y siempre bajo el cumplimiento de la legislación vigente.

El auxiliar administrativo debe de enfrentarse también a la innovación tecnológica marcada por los nuevos archivos y soporte materiales, para lo cual debe capacitarse y actualizarse al ritmo cambiante de las nuevas tecnologías.

2 Objetivos

- Valorar la importancia del fichero y su tratamiento en el ámbito sanitario como elemento indispensable para el desarrollo y buen funcionamiento del conjunto de la sanidad .

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

En la totalidad de la bibliografía revisada queda patente el valor y la importancia del archivo como herramienta de información en el contesto sanitario y la necesidad de su tratamiento y manejo de una forma eficiente por parte del personal administrativo.
En diferentes investigaciones de campo se diagnostica el desempeño del personal en los sistemas de gestión documental y coinciden en que se evidencian un uso de técnicas de archivo poco actualizadas, debido a la falta de capacitación sobre el manejo de documentos por parte del administrativo.
Como solución se plantean alternativas como el diseño y aplicación de manuales de técnicas de archivo actualizados como herramienta de gestión para complementar la capacitación del administrativo y optimizar el desempeño de sus funciones.

5 Discusión-Conclusión

Los avances tecnológicos en materia del tratamiento de la información provocan que el auxiliar administrativo este constantemente enfrentándose a nuevos procedimientos y técnicas con los que no esta familiarizado o simplemente desconoce, lo que evoca a la mala administración de la documentación que afecta a

toda la estructura sanitaria. A través de manuales de manejo de archivos y documentos se ofrece una herramienta que puede optimizar recursos y tiempo para el beneficio de los clientes, tanto internos como externos del ámbito sanitario.

6 Bibliografía

- https://www.comunidadbaratz.com/blog/por-que-los-archivos-son-vitales-y-mas-que-necesarios.
- https://bibliotecaunex.es/tesis/manual_organizacion_archivos_gestion.
- https://nosoloaytos.wordpress.com/2016/10/02/el-registro-de-entrada-de-documentos-en-la-nueva-ley-de-procedimiento-10-cuestiones.
- https://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/5058
analisis de las tecnicas de manejo de archivo.
- https://dspace.udla.edu.ec/handle/33000/10615
optimización del manejo de archivos en una clinica odontologíca empleando herramientas de gestión de procesos.

Capítulo 1299

EL ACOSO LABORAL O MOBBING

ELENA ASUNCIÓN GINGEIRA MOUTINHO

NAHIR CASARREAL GONZALEZ

MAURO FERNANDO BATALLA GONZÁLEZ

MARI PAZ MARTINEZ DIAZ

ANA MARÍA SÁNCHEZ JUÁREZ

1 Introducción

El acoso laboral es conocido también como mobbing, hostigamiento laboral, bullying, intimidación, acoso moral en el trabajo y terror psicológico, este último es un término dado por los psicólogos que han investigado en estas última década. Se trata de un ambiente de trabajo hostil, en el cual prevalecen las agresiones verbales y físicas, las ofensas, los insultos y se esta convirtiendo en una realidad cotidiana para los trabajadores tanto de empresas públicas o privadas.
En el plano personal y organizacional se provocan múltiples consecuencias indeseables debido a los ambientes laborales adversos.

2 Objetivos

Objetivo principal.
- Describir el acoso laboral.
- Identificar sus manifestaciones, causas y consecuencias.

Objetivo secundario.
- Conocer los tipos de mobbing.
- Saber reconocer las etapas del mobbing.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El mobbing es un acoso laboral que se presenta en forma de insultos, agresiones físicas o verbales, ofensas, etc. Aunque es muy difícil de identificar porque no siempre presenta las mismas características, y como existen diferentes tipos de mobbing hace que este fenómeno quede camuflado.

El mobbing se da en el lugar de trabajo y puede ser individual o sobre varios individuos y suele tener una periódica bastante prolongada. Los acosadores pueden ser compañeros de trabajo, superiores o subordinados y puede afectar a cualquier tipo de empresa.
Además, en algunos de los casos se trata de confundir a la víctima para que crea que es ella la culpable de todo lo que le sucede.

EFECTOS DEL MOBBING
Los ataques que llega a sufrir la víctima pueden causar problemas psicológicos graves entre ellos se puede identificar la ansiedad, depresión , estrés, desmotivación laboral, perturbación de sus labores y en algunos casos daño de la reputación de ésta.
Las víctimas suelen presentar también dificultades en la comunicación aislamiento social.

TIPOS DE MOBBING
El mobbing se puede clasificar de dos maneras:
- Según la posición jerárquica.
- Según el objetivo.

SEGÚN LA POSICIÓN JERÁRQUICA

El mobbing se puede dividir en:

- Mobbing horizontal: El acosador y la víctima se encuentran en el mismo rango jerárquico, es decir, suele darse entre compañeros de trabajo.
- Mobbing vertical: El acosador se encuentra e un nivel jerárquico superior a la víctima o se encuentra en un nivel inferior a ésta. Por eso, existen dos clases de mobbing.
- Mobbing ascedente: La víctima de nivel jerárquico superior es atacada por uno o varios de sus subordinados.
- Mobbing descendente: La víctima de nivel jerárquico inferior recibe acoso de uno ovarios empleados que ocupan puestos superiores.

SEGÚN EL OBJETIVO

En este caso el mobbing se clasifica según:

- Mobbing estratégico: Forma parte de la estrategia de la empresa y suele ser para que la víctima por si misma pida el cese voluntario a la empresa, así de esta manera la empresa no le paga la indemnización correspondiente.
- Mobbing de dirección o gestión: Es llevado a cabo por la dirección de la organización y suele ser para prescindir de la víctima poco sumisa o para acabar con un trabajador que no se ajusta las expectativas del jefe.
- Mobbing perverso: No tiene objetivo laboral sino que las causas se encuentran en la personalidad manipulativa y hostigadora del acosador. Este tipo de mobbing es directamente a la víctima sin testigos y puede ser ascendente o descendente.
- Mobbing disciplinario: Se utiliza para que la víctima entienda que debe entrar en el molde, porque si no es así será castigada. Este tipo de mobbing sirve para que el resto de trabajadores vean lo que puede llegar hacer su jefe, así nadie se atreverá a llevarle la contraria.

Se emplea también en personas que cogen muchas bajas laborales, mujeres embarazadas y todos aquellos que denuncian el fraude de la empresa.

CAUSAS DEL MOBBING

El mobbing se caracteriza porque no ocurre por causas relacionadas directamente con el desempeño del trabajo o con su organización, es una forma de estrés laboral que su origen se debe a las relaciones entre las personas.

Algunas variables que pueden originar el acoso son:

- Organización del trabajo: Cuando el trabajador tiene mucha demanda de trabajo pero poco control sobre él.
- La dirección: Jefes autoritarios que no tienen en cuenta el factor humano.

- Las tareas: Monotonía y la repetición constante puede provocar malestar y conflictos.

CONSECUENCIAS DEL MOBBING
Las consecuencias del acoso laboral puede afectar a varios ámbitos:
- Trabajador: El mayor síntoma es la ansiedad en el trabajo que posteriormente ira influyendo en otros ámbitos de su vida. Constantemente la víctima tendrá sentimientos de fracaso, frustración, apatía y baja autoestima. También tendrá problemas para concentrarse y puede llegar incluso a tener depresión.
- El trabajo: El rendimiento del trabajador que sufre mobbing decrecerá. La comunicación y la colaboración se verá perjudicada. El absentismo laboral aumentará.
- Entorno social y familiar: La víctima estará amargada y sin ganas de hacer nada, se encontrara completamente desmotivada. Todo esto tendrá consecuencias en su vida privada.

5 Discusión-Conclusión

El mobbing cada año lo sufre más personas y es muy importante identificarlos rápidamente y actuar sobre ello, para que a la víctima no le provoco consecuencias muy graves.
La víctima debe rodearse de un entorno que le apoye tanto a nivel personal como profesional. También las empresas están obligadas a incluir el acoso dentro de la evaluación de riesgos. Pero lo más importante de todo es tener una buena prevención, debido a que como los casos de mobbing van incrementando cada año, la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo ha elaborado unas indicaciones para prevenir el acoso laboral, mejorar la vida laboral y evitar que la víctima acabe en un entorno destructivo.
Estas recomendaciones son:
- Aumentar la información sobre los objetivos del trabajo.
- Ofrecer a cada empleado la posibilidad de elegir sus tareas.
- Reducir el volumen de trabajos repetitivos y monótonos.
- Evitar especificaciones poco claras de funciones.
- Desarrollar el estilo democrático de dirección.

6 Bibliografía

- Piñuel, L. Mobbinf: cómo sobrevivir al acoso laboral. Barcelona: Sal terra.

- Piñuel, l. Y Zabala , M. La incidencia del mobbing o acoso psicológico en el trabajo en España. Madrid: Barómetro Cisneros II.
- Goffmann, G. Estigma: la identidad deteriorada. México: Paidós.
- Avarques, M.L:, León, J.M. y Guillén, C. Prevención del mobbing: una estrategia de intervención social. Revista Encuentros en Psicología Social, vol. 2 (1), 312-315.
- Barlow, D. Trastornos de estrés postraumático, Psicología anormal. México: Trillas.
- Hirigoyen, M.F. El acoso moral. Barcelona: Paidós.

Capítulo 1300

PROTECCION DE DATOS EN EL AMBITO SANITARIO

CRISTINA GONZALEZ

1 Introducción

La ley orgánica 3/2018 de protección de datos personales y garantías de derechos digitales fue publicada el 6/12/2018 y entro en vigor el 07/12/18 es obligatoria para todos aquellos responsables de ficheros que contengan datos de carácter personal y es independiente del soporte en el que son almacenados.

La protección de datos es un derecho fundamental que está recogido en la Constitución española de 1978 en el articulo 18.4 en el que hace referencia a que es la persona física la única cualificada para poder decidir lo que se hace con sus datos que son de carácter personal.

En el ámbito sanitario, son los pacientes los que pueden decidir que hacen con sus datos que son facilitados al profesional al acudir al centro sanitario.

Cuando hablamos de datos de carácter personal nos estamos refiriendo aquellos datos que identifiquen o hagan que pueda ser identificable una persona física. Dentro del sistema sanitario cabe destacar que datos personales son aquellos que aportan información sobre la salud ya sea presente, pasada o futura tanto física como mental y no solo los datos que aporten mala salud sino también las que indican un estado de salud malo.

La ley de protección de datos 3/2018 está muy ligada a la ley 41/2002 que regula la autonomía del paciente y derechos y deberes en materias de información y docu-

mentación clínica así como el consentimiento informado, derecho a la intimidad, historia clínica, derecho a la información sanitaria, documentación clínica.

La ley 3/2018 hace referencia a la relación clínica en la cual lo importante es la continua información tanto oral como escrita al paciente, la forma de obtenerla y el tratamiento de esa información en resultado de una mejor asistencia, sin embargo la ley 41/2002 sitúa la información obtenida sobre la salud con un máximo nivel de discreción y protección.

2 Objetivos

- Informar al paciente de la finalidad de los datos que le fueron recogidos

- Conocer la ley de protección de datos por el personal tanto sanitario como no sanitario

- Conocer las consecuencias de un mal uso de la ley de protección de datos

- Asesorar al paciente en cuanto a protección de datos

- Formar al personal

3 Metodología

Este trabajo es el resultado de una revisión bibliográfica de consultando en diversas publicaciones de la base de datos de dialnet en cuanto a protección de datos personales, aspectos legales de la protección de datos en el ámbito sanitario, nuevos retos de protección en el ámbito sanitario, consultando aspectos legales en la ley 3/2018 de protección de datos que hace especial incapie en las nuevas tecnologías siempre respetando los derechos de los pacientes y usuarios que viene reflejado en la ley 41/2002 de autonomía del paciente en el que hace referencia al consentimiento informado, y a la confidencialidad de la información que se maneja en los entornos sanitarios

4 Resultados

El entorno sanitario es un sistema muy complejo el cual se maneja información de distinta índole por lo que es muy necesario conocer todos los pormenores de la protección de datos.

Todos los datos recogidos por el personal tanto sanitario como no sanitario corresponden a datos de carácter personal, esta información recogida deber ser pertinente y no abusiva para la finalidad de la cual fue recogida, además esta deber ser concreta y se debe informar de la misma al paciente o usuarios.

Los datos sobre la salud están catalogados en una categoría especial por EL REGLAMENTO GENERAL DE PROTECCION DE DATOS que, como regla general, su tratamiento esta prohibido ya que estos datos son lo más intimo que una persona puede poseer y el conocimiento por terceros puede influir en el desarrollo de la personalidad del paciente como la orientación sexual, padecer enfermedades mentales, problemas psiquiátricos, alcoholismo…

Toda la información recogida es guardada en un fichero que es un conjunto organizado de datos de carácter personal que permite el acceso a esta información con unas normas concretas que es independiente de la forma o modalidad de creación, organización, almacenamiento o acceso.

Dentro del entorno sanitario existen muchos ficheros como la historia clínica donde se recoge todo tipo de información de un paciente tanto datos personales como su estado de salud que independientemente del soporte está colocado de una forma organizada, existe otros ficheros con datos de personal, facturación, contabilidad…

El paciente tiene derecho al acceso a la historia clínica, pero con unas limitaciones que vienen reflejadas en la ley 41/2002 siempre y cuando su acceso no perjudique a un tercero en la confidencialidad.

Hoy día, la protección de datos se hace más complicada con las nuevas tecnologías, ya que el acceso a internet o redes sociales hace que los usuarios se encuentren más desprotegidos, para ello, la ley establece las partes que pueden intervenir en el tratamiento de la información desde qué se da, a quién, para qué, tipo de información y marcando el tipo de responsabilidad que tienen cada una de ellas en el proceso.

5 Discusión-Conclusión

La protección de datos afecta a todos, en más o menos medida, toda persona maneja datos e información que requiere de una confidencialidad y mucho más en el entorno sanitario. Esto es, toda la información con paciente, datos del personal… Todo el personal sanitario, no sanitario o colaboradores que tengan ac-

ceso a este tipo de información almacenada en ficheros están obligados al secreto profesional.

El paciente debe estar informado en todo momento de para que son recogidos esa información y derecho acceso, rectificación, cancelación y oposición en cualquier momento

Es importante que todo el personal que trabaja con ficheros sea consciente de lo importante que es este tipo de información y de las consecuencias que puede tener si no hace un buen uso de ellas, para ello, es necesario que conozca la ley y sus obligaciones

6 Bibliografía

- Ley orgánica 3/2018 de protección de datos personales y garantías de derechos digitales. Constitución española 1978.

- Ley 41/2002, 14 de noviembre, básica reguladora de autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

- Reglamento (UE) 2016/679 del parlamento Europeo y del consejo del 27 de abril 2016.

Capítulo 1301

RIESGOS PSICOSOCIALES: SÍNDROME DE BURNOUT

NURIA DEL VALLE ZALDÍVAR

1 Introducción

Los riesgos psicosociales se originan por diferentes aspectos de las condiciones y organización del trabajo, teniendo una repercusión en la salud de los trabajadores. La carga física y mental , moobing, acoso sexual y síndrome de Burnout son los principales riesgos psicosociales a los que se ven expuestos.
El desgaste profesional que han sufrido en los últimos años los trabajadores, ha llevado a la
Organización Mundial de la Salud, OMS, a reconocer como enfermedad el Burnout o Síndrome del quemado, en la 72ª Asamblea de Ginebra, incluyéndose en la próxima Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11).
En España, entre los colectivos más afectados por el Síndrome se encuentran los docentes, policías, bomberos, etc, y en primer lugar los enfermeros y personal del sector sanitario. El contacto con el sufrimiento, el dolor y la muerte, excesivo número de pacientes, presión horaria…son algunas de las principales causas que provocan su aparición.

Los trastornos más frecuentes que se instauran en el trabajador son:
- Trastornos psíquicos: agotamiento mental y emocional…
- Trastornos físicos: insomnio, temblores…
- Trastornos conductuales: adicciones, conflictos interpersonales…
- Trastornos afectivos.
- Trastornos sociales y familiares: como consecuencia de todos los anteriores.

2 Objetivos

Aprender a gestionar todas estas alteraciones y trastornos, a través de:
- Acciones a nivel individual y personal: con técnicas de relajación , adiestramiento en técnicas de habilidades sociales y de relaciones interpersonales, aprender a gestionar su tiempo y a priorizar tanto en el entorno laboral como en su tiempo de ocio.
- Acciones a nivel organizativo y laboral: realizar cambios de actividades, evitando la monotonía, la pérdida de autoestima, y si se precisase de ayuda profesional, demandarla.

3 Metodología

Tras hacer una revisión bibliográfica nos hemos encontrado que existen multitud de estudios relacionados directamente con la investigación de este fenómeno,pero el instrumento de valoración más utilizado en todo el mundo para estas investigaciones, es el Maslach Burnout Inventory, que mide tres dimensiones : el cansancio emocional, la despersonalización y la realización personal.
Se trata de un cuestionario con una alta consistencia interna y una fiabilidad cercana al 90%, constituida por 22 ítems en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del personal en su trabajo y hacia los pacientes y su función es medir el desgaste profesional.

4 Resultados

Desde los años ochenta se ha estado investigando este fenómeno, pero no es hasta finales de los noventa cuando empieza a sacarse algo en claro. Para dar respuesta a las estrategias y técnicas de intervención necesarias para prevenir y minimizar los efectos de este problema en aumento, surgen varios modelos explicativos generales como el de Gil-Monte y Peiró (1997) y otros como los de Manassero y cols (2003), Ramos (1999), Matteson e Ivansevich (1997), Peiró y cols (1994) o Leiter (1988).
Existen diversas interpretaciones y discrepancias a la hora de determinar las estrategias para corregirlo que posiblemente tengan su origen en la influencia cultural, ya que los estudios de Maslach, Schaufeli y Leiter (2001), encontraron ciertas diferencias cualitativas en el perfil americano y europeo, ya que estos últimos muestran niveles más bajos de agotamiento y cinismo.

5 Discusión-Conclusión

C. Maslach y S. Jackson definen el Burnout como: "síndrome de cansancio emocional, despersonalización, y una menor realización personal que da en aquellos individuos que trabajan en contacto con clientes y usuarios".
Para conseguir revertir una situación de "trabajador quemado" es crucial identificar y modificar las condiciones de trabajo que lo han producido, y en casos de exposición prolongada puede ser necesaria una reubicación del trabajador, un asesoramiento psicológico o acompañamiento en el puesto para rectificar los hábitos adquiridos. Así podremos evitar daños en la salud y recuperar un trabajador eficiente, motivado y sano, beneficiándose no solo el individuo sino también su entorno laboral, social y familiar.
La prevención es posible y se puede prevenir, minimizar y eliminar el riesgo.

6 Bibliografía

- Médicos y pacientes.com. La OMS reconoce como enfermedad el Burnout. Enero 2020.
- Cuestionario de Maslach Burnout Inventory.
- Dicen; Diario Independiente de Contenido Enfermero. Los enfermeros encabezan el ranking de afectados por el síndrome del Burnout. Mayo 2013.
- E. Mato. Síndrome Burnout o trabajador quemado. www.salud.mapfre.es.
- Quirón prevención. Síntomas del síndrome de "Burnout": ¿cómo identificarlo?Julio 2018.
- Psicología y mente. J.García-Allen. Burnout (Síndrome del quemado): cómo detectarlo y tomar medidas.

Capítulo 1302

LA ATENCIÓN PRIMARIA

MARIA ELVIRA FERNÁNDEZ SUÁREZ

ANA MARÍA FERNÁNDEZ MENÉNDEZ

BÁRBARA MÓNICA LÓPEZ FERNÁNDEZ

MAQUELINA FREITAS RUIZ

1 Introducción

La Atención Primaria es el nivel inicial y básico de asistencia sanitaria al individuo y la población. Garantiza la atención en todos los niveles a lo largo de toda la vida de las personas. Su marco territorial de acción es la zona de salud.

Todas estas actividades, dirigidas a las personas, a las familias y a la comunidad, bajo un enfoque biopsicosocial, se prestan por equipos interdisciplinares, garantizando la calidad y accesibilidad a las mismas, así como la continuidad entre los diferentes ámbitos de atención en la prestación de servicios sanitarios y la coordinación entre todos los sectores implicados.

Entre los principios básicos de la atención primaria encontramos que es esencial, pertinente, universal y participativa.

La atención primaria consta de varias partes:
1. Atención integral.
- Considera a la persona en todas sus dimensiones biopsicosociales.
- Es integrada porque engloba la prevención, promoción y rehabilitación.

- La promoción de la salud es la suma de acciones de la población, servicio de salud, autoridades sanitarias y otros sectores sociales (Cruz Roja) y productivos.
- La rehabilitación es el conjunto de procedimientos médicos, psicológicos y sociales para ayudar a una persona a alcanzar su máximo potencial físico, social, psicológico, laboral y educacional.
- Es integradora porque las actividades son realizadas por equipos de salud y otros niveles asistenciales.

2. Atención continua.
- Abarca todo el proceso de la enfermedad.
- Es continuada ya que funciona las 24 horas del día, 7 días a la semana, 365 días al año.
- Es permanente porque funciona durante toda la vida del individuo.

3. Atención programada.
- Está basada en los programas de salud.
- Es docente e investigadora.
- Es evaluable porque contiene mecanismos que controla la calidad de la atención.

4. Atención activa.
- Se centra en la búsqueda de las necesidades en materia de salud.
- Es multidisciplinar, participativa y comunitaria, es responsabilidad de cada individuo en su propia salud y en la de su comunidad.
- El acceso a la atención primaria se realiza a demanda por iniciativa del individuo, cuando se concierta una cita previa o de forma programada, especialmente en pacientes crónicos para su seguimiento y control.

Son titulares de los derechos a la protección de la salud y a la atención sanitaria:
- Todos los españoles y los extranjeros en el territorio nacional en los términos previstos en el artículo 1.2 de la Ley Orgánica 4/2000.
- Los nacionales de los Estados miembros de la Unión Europea, que tienen los derechos que resulten del derecho comunitario europeo y de los tratados y convenios que se suscriban por el Estado español y les sean de aplicación.
- Los nacionales de Estados no pertenecientes a la Unión Europea, que tienen los derechos que les reconozcan las leyes, los tratados y convenios suscritos.

Los funcionarios públicos y las personas de ellos dependientes pueden acogerse a regímenes especiales de aseguramiento a través de las mutualidades civiles (MUFACE), militares (ISFAS) o de la judicatura (MUGEJU).

2 Objetivos

- Garantizar la atención integral, continua y coordinada con todos los elementos del sistema sanitario. Para conseguir este objetivo, la atención sanitaria se estructura en niveles de atención de complejidad y especialización progresivas.

3 Metodología

La atención primaria consta de varias prestaciones:
• Atención esencial: se atienden los problemas de salud más frecuentes, los que no requieren técnicas sofisticadas ni un nivel especializado de asistencia. Los costes son bajos y se humaniza el servicio.
• Servicio integral: está al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad.
• Actividades de promoción y educación para la salud: son actividades dirigidas a modificar o potenciar hábitos y actitudes que promuevan formas de vida saludables. También para promover el cambio de conductas relacionadas con factores de riesgo de problemas de salud específicos y las orientadas al fomento de los autocuidados.
Las actividades preventivas incluyen vacunaciones en todos los grupos de edad y, en su caso, grupos de riesgo y las que puedan indicarse, en población general o en grupos de riesgo, por situaciones que epidemiológicamente lo aconsejen.
También la administración de quimioprofilaxis antibiótica en los contactos con pacientes infecciosos para los problemas infectocontagiosos que así lo requieran.

Actividades para prevenir la aparición de enfermedades actuando sobre los factores de riesgo (prevención primaria) o para detectarlas en fase presintomática mediante cribado o diagnóstico precoz (prevención secundaria).
• Actividades de información y vigilancia: se utilizan para garantizar la protección de la salud en todos sus aspectos.
• Actividades de atención específicas: están dirigidas a determinados grupos de la población y a grupos de riesgo: infancia, adolescencia, adultos, mujer, personas mayores.

Se realiza la atención y detección de violencia de género y malos tratos en menores, tercera edad y personas discapacitadas.

Constan de atención a la salud bucodental, la atención paliativa a enfermos terminales y la salud mental.

La atención primaria consta de un equipo con los siguientes componentes:
• Equipo básico: está formado por profesionales imprescindibles para realizar las funciones básicas de la atención primaria.
• Médicos: por un lado encontramos los médicos de familia, los cuales son los médicos de referencia en los individuos de la comunidad. Por otro lado los pediatras son los que atienden los problemas de salud específicos de la infancia.
• Personal de enfermería: constan de Diplomados Universitarios de Enfermería (DUE) y Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE). Los DUE orientan y dan apoyo en los cuidados de salud con ayuda del TCAE.
• Trabajadores sociales: realizan el apoyo y orientación en el uso de todos los recursos sociales disponibles para la población.
• Personal de apoyo administrativo: conjunto de celadores y auxiliares administrativos que orientan al usuario sobre los servicios que pueden recibir y le ayudan en los trámites administrativos.
• Equipo de apoyo especializado: son servicios especializados que colaboran con la atención primaria y la especializada: odontología, salud mental, atención a la mujer (matrona), fisioterapeuta, salud pública, laboratorio, radiología, farmacia y veterinaria (epidemias parasitarias).

4 Bibliografía

• "Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente" de la editorial Mac Graw Hill
• https://xxilugo.sergas.es/
• http://solidaridadintergeneracional.es/

Capítulo 1303

LA HUMANIZACIÓN EN LA ASISTENCIA AL USUARIO. UN RETO EN LA RELACIÓN ENTRE USUARIO Y ADMINISTRACIÓN.

MARIA ANTONIA CAMPAL CASTAÑON

ANASTASIA MONTSERRAT BENITO ROMO

1 Introducción

Los usuarios exigen cada vez más un mejor trato y una mayor eficacia y eficiencia por parte de las administraciones públicas para satisfacer sus necesidades de salud.

Establecer una buena comunicación es clave para ayudar al ciudadano a tomar decisiones y a evaluar alternativas.

2 Objetivos

Determinar los procedimientos para establecer entre usuarios y administración una relación eficaz y exitosa.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica

existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Formas y procedimientos que emplean las administraciones públicas y los usuarios para comunicarse.

- Cartas de servicios al ciudadano; en las que se informa de los derechos y deberes, servicios que se prestan y compromisos de calidad.

- Incorporación de las nuevas tecnologías de la información; para acceder a información relativa a curación, prevención y rehabilitación, con base en experiencias contrastadas y publicadas.

- El Servicio de Atención a la ciudadanía, el cual informa sobre procedimientos, trámites, requisitos, que el ciudadano pretenda ejercer ante la Administración.

-Campañas educativas de prevención de enfermedades y promoción de la salud.

- Presentación de escritos por parte de los usuarios ante la Administración manifestando sugerencias y quejas.

Que paciente y usuarios tienen una imagen sobre la calidad de los servicios basada en: comunicación, con un lenguaje comprensible para todos los usuarios.

Credibilidad: percibiendo honestidad.

Seguridad: resolución de dudas planteadas.

Accesibilidad: que no existan barreras en el contacto.

Algunas Consejerías han elaborado lo que llamamos “Planes de Humanización”, como, por ejemplo, en la Comunidad Autónoma de Madrid.

En estos planes de humanización, además de establecerse líneas generales de Humanización, se recoge un “decálogo” que resume 10 reglas básicas del trato al usuario/paciente.

1.- Dirigirse a él por su nombre y mirarlo a la cara.

2.-Decirle nuestro nombre.

3.- Preguntarle cuáles son sus necesidades.

4.- Informarle de su proceso.

5.-Tener en cuenta su opinión.

6.- Respetarle.

7.- No juzgarle.

8.- Acompañarle.

9.- Buscar sus necesidades.

10.- Cuidar su dignidad.

5 Discusión-Conclusión

Las propuestas de mejora, las dudas y las opiniones de usuarios y familiares deben ser recogidas y analizadas por un comité de calidad, según cada consejería, de estos análisis saldrán mejoras en todo tipo de actuaciones. Por ello no debemos tener miedo o evitar reclamaciones ya que constituyen una oportunidad de mejora tanto para profesionales como para usuarios.

6 Bibliografía

- Cibanal Juan, L., Arce Sánchez, Mª.C. and Carballal Balsa, Mª.C. 2010. Técnicas de comunicación y relación de ayuda en ciencias de la salud. España: Elsevier.

- Caballo Vicente, E. 2007. Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales. Madrid: Siglo XXI.

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/

- https://www.scielo.org/es/

- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 1304

SALUD COMUNITARIA: DE LA INFORMACIÓN A LA ACCIÓN.

Mª TATIANA PÉREZ AGUINACO

PALOMA LOPEZ RODRIGUEZ

1 Introducción

"La salud pública es la ciencia y el arte de prevenir la enfermedad, prolongar la vida, mejorar, proteger y promocionar la salud y el bienestar mediante los esfuerzos organizados de la sociedad." Charles E. Winslow (1).

Los conceptos de Salud Pública y Salud comunitaria son muy semejantes, pero con la diferencia del grado de implicación que asume el estado en todo ello. En la salud comunitaria, son el conjunto de los individuos que forman la comunidad los que intervienen y participan de forma activa y responsable en las acciones y actividades que se realizan desde el Sistema Sanitario.

Centrándonos en la Salud Comunitaria diremos que es una parte de la salud pública que se basa en las personas y en la propia salud de las mismas y del resto de la comunidad.

La OMS (Organización Mundial de la Salud) define la Salud Comunitaria como: "Recursos ambientales, sociales y económicos para mantener el bienestar emocional y físico entre las personas de manera que promuevan sus aspiraciones y satisfagan sus necesidades en su entorno único" (2).

Para la Salud Comunitaria, las personas somos lo primero, de ahí la importancia de la misma. En este nivel (atención primaria) es donde se da una mayor proximidad tanto con el paciente como con su entorno, pudiendo analizar sus

preocupaciones sanitarias y donde se trata de dar cobertura a sus necesidades de salud.
La forma de desarrollar este trabajo es a través de Equipos de Apoyo multidisciplinares cuya labor primordial es la realización y coordinación de las tareas destinadas a la prevención y a la educación en salud, tanto en materias de enfermedades crónicas, cuidados paliativos, adicciones, reinserciones sociales, vacunaciones etc.
Si queremos llegar a buen puerto en este objetivo, se debe de dotar a la atención primaria de los recursos materiales y humanos necesarios que nos permitan:
- Ser resolutivos a nivel primario.
- Evaluar y disminuir la práctica clínica injustificada.
- Orientar a la atención Primaria a la promoción y prevención de la salud.
- Conseguir ese nexo de unión entre la sanidad y la comunidad (3).

Sin embargo, el concepto de Salud comunitaria, entre otros que ahora nos parecen básicos y lógicos, no hace muchas décadas eran impensables e incluso no existían. Por eso antes de llegar al punto inicial y actual del que partirá nuestro estudio, vamos a hacer un pequeño repaso desde la década de los 40 hasta nuestros días en el que seremos mucho más conscientes del largo camino que ya hemos recorrido y los éxitos y avances que se han conseguido en nuestro país.
Sin embargo, no todos los países lo han logrado. La salud es el rostro humano del desarrollo, y en pleno siglo XXI hay muchos rostros que reflejan la imagen de la desigualdad social, económica y sanitaria que existe a nivel mundial.
Esto nos lleva a formularnos la siguiente pregunta: ¿Se han conseguido los objetivos de Alma Ata? Estamos hablando de la Gran Conferencia Internacional Sobre Atención Primaria, celebrada en Alma Ata en 1978, en la que participaron 134 países y 67 organizaciones internacionales; organizada por OMS/OPS y UNICEF. Hablaban de la necesidad urgente de la toma de acciones por parte de gobiernos, trabajadores de salud y comunidad internacional, tratando de proteger y promover un modelo de atención primaria para todos los ciudadanos del mundo. En este modelo, el pueblo tiene el derecho y el deber de participar en la planificación de atención en su salud y los gobiernos tienen la obligación de cuidar de la salud de sus pueblos. La fecha clave era el emblemático año 2000, en el cual se esperaba haber alcanzado un nivel de salud a nivel mundial que permitiera tener una vida productiva (4)
La respuesta es fácil, queda un largo camino para superar las desigualdades de todo tipo que existen entre los ciudadanos de los distintos países. Hay que seguir luchando.
Esto nos lleva a que el punto de inflexión entre el antes y el ahora, surgió en la

década de los 80 a los 90, gracias a la implantación de la especialidad médica de medicina de familia y comunitaria (Real Decreto 2015/1978 y Real decreto 3303/1978) (5)

Es en esta década cuando se redactará la norma básica que marcará el devenir de la sanidad en España para el resto del milenio. Estamos hablando de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (6)

Pasamos a analizar las grandes diferencias entre los años 40 a 70 y la década de los 80 en adelante:

Años 40 a 70:

- La Sanidad se centraba en enfermedad y curación.
- Había tratamientos y cuidados ocasionales.
- Cada profesional trabajaba de forma aislada, con una visión fragmentada de su trabajo y perdían una visión global de la enfermedad y de todo el proceso asistencial.
- Al trabajar de forma aislada no se impulsaba el rol del resto de los profesionales y mucho menos se tenían en cuenta a los profesionales no sanitarios.
- Escasa participación del paciente y casi nulo conocimiento del mismo

Años 80 a 90:

- Se empieza a hablar y a consolidar los términos: salud, prevención y cuidado.
- La promoción de la salud, implica un cuidado continuo y global.
- Se pasa a trabajar en equipo, consiguiendo una visión generalizada del problema y de la comunidad.
- Los equipos multidisciplinares toman una posición relevante en todo el sistema sanitario, haciendo partícipes a muchos profesionales de categorías no sanitarias que también forman parte importante del Sistema, entre ellos los auxiliares administrativos y los celadores.
- Participación comunitaria, junto con la auto responsabilidad y autocuidado.

En los años 90 se consolida el Sistema y van surgiendo nuevos conceptos como: Cartera de Servicios, Uso racional de los medicamentos, Sistema de información, Tarjeta Sanitaria Individual, etc.

Y en el Nuevo Milenio surgen Leyes tan relevantes como:

• Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (7).

• Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (8).

• Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud (9).

Es en esta década cuando surgen las transferencias sanitarias a las CCAA.

2 Objetivos

- Analizar de forma global las necesidades sanitarias de la población asturiana.
- Comprobar las campañas hechas para educar, prevenir y conseguir ese mayor bienestar y calidad de vida.
- Contrastar el resultado de las mismas en función de las distintas corrientes de opiniones que nos podemos encontrar en la actualidad.

3 Metodología

Se realiza una búsqueda sistemática de la literatura de diversos artículos, libros didácticos, legislación, página Astursalud, así como la consulta a la base de datos Dialnet Plus, utilizando filtros para versiones en español y artículos de revista y de libros introduciendo descriptores " salud comunitaria" AND "atención primaria".
También se ha obtenido gráficos del banco de datos del Instituto Nacional de Estadística (INE).

4 Resultados

Para analizar las necesidades sanitarias de la población asturiana y así orientar las campañas más relevantes llevadas a cabo desde la perspectiva de la salud comunitaria, es necesario conocer cuál es la situación actual de nuestra población. Como dijimos anteriormente la interacción con la comunidad es básica para cumplir nuestros objetivos.
Algunos de los patrones claves en nuestra región son:
- El envejecimiento de la población:

Podemos observar que Asturias es una comunidad altamente envejecida, con una tendencia clara a la descendencia de la tasa de natalidad y a un aumento en la esperanza de vida de nuestros mayores (10).
- Aumento de enfermedades crónicas:

Cada vez hay un mayor número de pacientes con patologías crónicas debido en gran parte al factor analizado anteriormente, es decir, al envejecimiento de nuestra población.
En Asturias, en el año 2017, 333.634 personas padecían alguna enfermedad crónica. El alto porcentaje de cronicidad hace que los costes se eleven y se ponga en juego la sostenibilidad del sistema sanitario.
- Escasez de profesionales:

Cada vez es más preocupante la escasez de profesionales en el medio, debido a diversos motivos entre los que podemos destacar: Los números clausus que establece la facultad de medicina, movimiento de nuestros activos a otros países mejor remunerados, o las próximas jubilaciones simultáneas que se van a producir, siendo entre otras las causas más evidentes, que hace que los responsables deban de planificar estas necesidades futuras y plantear unos sistemas de trabajo y de productividad.

- Sostenibilidad del Sistema Sanitario:

Todos los aspectos mencionados anteriormente junto con la situación económica que ha vivido y sigue viviendo nuestro país, agravado en el caso de Asturias por la caída del sector industrial y minero, que ha provocado en poco tiempo una alta tasa de paro, repercutiendo en menores ingresos a las arcas públicas, hacen que se ponga en jaque la sostenibilidad de nuestra sanidad.

Estos 4 puntos, entre otros muchos, son motivos más que suficientes para hacer que la atención primaria, se convierta en el eje neurálgico de nuestra sanidad, evitando la elevación de los costes a otros niveles del mismo.

Se está haciendo un nuevo modelo de Atención Primaria en el que priman: conocer y hacer frente a las necesidades reales; formar equipos multidisciplinares y resolutivos con un claro enfoque a la salud comunitaria (educativa y preventiva).

Una vez llegado a este punto, ¿Cuáles son las campañas que se han desarrollado en nuestra región?

A nivel general podemos decir que las campañas se organizan y desarrollan según el problema de salud a tratar y según las distintas edades.

Se ha potenciado el establecer un plan de mejora de los Centros de Salud: (11)

- En lo relativo a la promoción de la lactancia materna.
- Obesidad.
- Estilo de vida sano.
- Hábitos tóxicos.
- Embarazo precoz.
- Enfermedades de transmisión sexual.
- Así como el fomento del buen trato a la infancia.
- Y la prevención de la violencia de género.

Los principios que en los que se inspiran y que envuelven a todo el cambio que se está planteando son entre otros: (12)

- Universalidad.
- Solidaridad.
- Equidad.
- Efectividad.

- Eficiencia y Sostenibilidad.
- Calidad y Seguridad.
- Participación ciudadana y profesional.
- Transparencia y evaluación continua.
- Innovación y mejora permanente.

Está claro que se han hecho muchas mejoras en nuestra sanidad y que el papel aguanta todos los buenos propósitos. Pero la gran pregunta es si se ha pasado de la información a la acción con éxito. Si se han dado los resultados esperados o por el contrario debemos de seguir avanzando hasta conseguirlos.
Es realmente difícil encontrar documentación analítica que mida todo esto y como siempre hay para todos los gustos.
Hemos encontrado dos corrientes de opinión opuestas, pero con un denominador común, que en realidad es lo importante. Todos están de acuerdo en que más vale prevenir que curar y que hay que dar un impulso a la atención primaria. Pero ¿se ha tenido el éxito esperado?, ¿se han reducido costes sanitarios?
Vamos a tratar de argumentar estas preguntas desde las dos perspectivas:
- Algunos profesionales se han cuestionado, las típicas frases por las que empiezan diversos textos sanitarios cuando tratan de hacer cambios o instaurar nuevos protocolos de actuación. Entre algunas de ellas podemos encontrar: "Un sistema sanitario basado en la prevención ahorrará costes". "Las actividades de prevención suelen ser coste-efectivas". "Si actuamos cuanto antes evitaremos incurrir en gastos futuros".
Hay que diferencias entre los conceptos "ahorro" y ser "coste efectivo".
Puede haber un ahorro sanitario, cuando se consigue que se dejen de utilizar recursos en cuantía superior a los recursos que se han invertido.
Una determinada actuación sanitaria puede ser "coste- efectiva" sin ahorrar dinero, porque hemos invertido una serie de recursos que han repercutido en una mejor calidad de vida o mejora en la salud. Dado lo cual ya ha merecido la pena.
Pero también puede no ser coste-efectiva: los recursos invertidos han sido muy superiores a los resultados esperados.
De cualquier manera, el valor de la medicina preventiva y como consecuencia de la salud comunitaria no debe ser el ahorro de costes futuros. Sino el de educar en salud, prevenir enfermedades, y como consecuencia conseguir una mayor y mejor calidad de vida de la población (13).
Otra corriente es la que opina "que más vale prevenir si no hay dinero para curar". De una forma tácita, han dado por sentado que el éxito de la salud comunitaria, hará que se ahorre en coste hospitalario, farmacia y hasta incluso en disminuir

las bajas por enfermedad de los trabajadores con el consiguiente beneficio en las arcas de la Seguridad Social.
La implantación de planes de diagnóstico preventivo podría suponer una reducción de un 40 o 50% de los costes sanitarios (14).
Actualmente leemos con demasiada frecuencia en la prensa local (diario: "El comercio", "La Nueva España"), datos que ponen en entredicho si se ha alcanzado el éxito esperado en los Centros de Salud. Se denuncian la falta de personal y las consiguientes esperas en la atención sanitaria, colapsos en el servicio de Urgencias por el pico epidemiológico de gripe, etc.
Todo ello ha llevado a una atención con tiempos muy reducidos, orientados a una dolencia concreta y a una medicalización de la población. Todo lo contrario de lo que se pretendía, que era: una asistencia más cercana a la persona y más

5 Discusión-Conclusión

Los resultados muestran que existe un verdadero interés en que la salud comunitaria a nivel de AP (atención primaria) funcione de una forma eficaz y eficiente. Se está haciendo una planificación de las campañas a llevar a cabo, basándose en los estudios poblacionales que ponen en relevancia las necesidades y carencias de la misma; seguidos de un plan de evaluación y análisis de los resultados.
Dichos resultados estarían en consonancia con lo que se indicaba en el Plan de Salud del Principado de Asturias 2019-2030 (12).
En nuestra opinión aunque la ejecución y evaluación de las distintas campañas que se están llevando a cabo a nivel de salud comunitaria, implican un esfuerzo y desembolso importantes, consideramos que estamos en el buen camino acercando la información sanitaria a los ciudadanos de a pie, y con éxito en algunas campañas consiguiendo por ejemplo que ciertas vacunas pediátricas se hayan vuelto a incluir en la seguridad social o los jóvenes conozcan los riesgos de las enfermedades de transmisión sexual, entre otros.
Es cierto que no todo sirve, hay que medir muy bien ciertos factores con los que podemos chocar y entrar en conflicto, como es la cada vez más alta burocracia con la que hay que trabajar a diario y que hace que se ralentice el sistema, o la gran temida sostenibilidad del sistema sanitario. Se debe invertir tiempo y dinero en lo que realmente se necesita. Haciendo las cosas bien evitaremos el colapso en la atención especializada y una rentabilidad mayor a medio y largo plazo.
Acabamos este capítulo igual que lo empezamos, haciendo referencia a Alma Ata. Es evidente que a nivel global queda un largo camino para disminuir las desigualdades a todos los niveles y sobre todo a nivel sanitario que es lo que nos

ocupa. Tal vez los objetivos marcados en 1978 fueron demasiado elevados como para hacerlos realidad en un espacio temporal tan determinado. Sin embargo, siguen siendo unos magníficos objetivos que hay que cumplir.
Y bajando a nivel nacional y dentro de éste a nivel de CCAA, llegamos a la conclusión que, si se trabaja activamente desde la Atención Primaria, aquellos objetivos de la famosa conferencia internacional se van cumpliendo progresivamente. Abordemos las necesidades reales de la comunidad, pasemos de la información a la acción.

6 Bibliografía

1. Winslow CEA. The untilled field of public health. Mod Med. Mar. 1920; 2: 183.
2. OMS. "Un documento de discusión sobre el concepto y principios de promoción de la salud". Promoción de la salud. 1 (1): 73–6. Mayo de 1986. doi: 10.1093 / heapro / 1.1.73. PMID 10286854.
3. Consejería de Sanidad del Gobierno del Principado de Asturias. Estrategia para un nuevo enfoque de la atención primaria.2018-2021.
4. Tejada de Rivero DA. La historia de la Conferencia de Alma-Ata. Rev Peru Ginecol Obstet. 2018;64(3):361-366. DOI: https://doi.org/10.31403/rpgo.v64i2098
5. Real Decreto 2015/1978 y Real decreto 3303/1978
6. Ley General de sanidad 14/1986, de 25 de abril.
7. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.
8. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias.
9. Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud.
10. Instituto Nacional de Estadística.
11. Allende MJ. Operaciones administrativas y documentación sanitaria. Madrid: editorial Paraninfo;2013.
12. Plan de Salud del Principado de Asturias 2019-2030. Poblaciones sanas, personas sanas. Consejería de Sanidad del Principado de Asturias.
13. Padillab J." Prevenir ahorra costes, ¿en serio?". Médico crítico y gaceta sanitaria.2014.
14. Artículos de opinión: Cacabelos R. Artículos de opinión. Grupo EuroEspes.

Capítulo 1305

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA COMUNICACIÓN NO VERBAL. LA EMPATÍA CON EL PACIENTE.

EVA SECADES RODRÍGUEZ

1 Introducción

Definimos comunicación como el intercambio de información entre dos o más personas. Es un instrumento de valiosa importancia que utilizamos para relacionarnos. En el trabajo relacionado con el entorno de la sanidad la comunicación con los pacientes no sólo se da con palabras sino con todo aquello que expresamos de forma no verbal, adquiriendo un gran significado, ya que sin darnos cuenta a veces no es tan importante lo que hablamos a un paciente , sino cómo lo que comunicamos con los gestos y expresiones (Toledo L , 2018).
A través de esta comunicación no verbal expresamos, muchas veces sin ser conscientes de ello, nuestros más sinceros pensamientos y sentimientos. En otras ocasiones, son los propios pacientes a través de este tipo de comunicación no verbal los que nos están dando información del estado en el que se encuentran (Aguado A, Nevares L, 1985).
La relación del profesional administrativo con el paciente tiene en la comunicación no verbal su mayor canal de comunicación ya que los expertos confirman que más del 60% de nuestra comunicación es no verbal.

La comunicación no verbal emplea expresiones faciales, gestos, tonos de voz, actitudes, comportamientos y ropa, permitiendo al paciente no solo comprender el significado de las palabras, sino también comprender los sentimientos del personal sanitario que le está atendiendo(Concepto.de , 2017)

2 Objetivos

- Identificar el significado de la comunicación no verbal y los tipos, ademas de describir algunos elementos importantes de la misma.
- Analizar la influencia de la comunicación no verbal en el ámbito hospitalario.

3 Metodología

Este capítulo se ha efectuado en base a un estudio bibliográfico en buscadores como: Google Academico y en distintas bases de datos (Scielo, Pubmed, Dialnet, etc.). Por otro lado se han usado como criterios de inclusión publicaciones y documentos en español y estudios avalados científicamente. Los resultados en la búsqueda han sido muy amplios por lo que se han descartado los textos que eran de poco interés.
Como palabras claves en la búsqueda de información se han empleado entre otras: comunicación verbal y no verbal, empatía, personal sanitario.

4 Resultados

Ante la diversidad de las señales no verbales, es necesario que los profesionales de la salud se muestren atentos a cualquier manifestación no verbal, ya que en gran medida son las que aportan mucha información extra que puede ser de gran utilidad a la hora de establecer cuidados con el paciente.
Se debe asegurar que las palabras, que afirman un deseo de ayudar al paciente, coincidan con el lenguaje corporal. La mirada y el contacto físico son elementos de gran importancia en comunicación no verbal, ya que proporciona mucha información. Cumple una serie de funciones, de entre ellas destacamos la de proporcionar feedback (De Harcada H, 2003) al profesional sobre cómo está llegando la información. Mantener el contacto visual con el paciente transmite interés hacia él.

La comunicación no verbal es clasificada como kinésica, se refiere a los movimientos, también conocida como el lenguaje corporal; proxémica, relacionada a las distancias interpersonales; tacésica, que evalúa el toque como medio de sentimiento y expresión de afecto; y paralenguaje o paraverbal, estudia la voz, con énfasis en las palabras y en el silencio (Cano S, 2015). Algunas de las barreras de comunicación no verbales muy comunes y que deben evitarse son los suspiros, los brazos

firmemente cruzados, los movimientos apresurados y bruscos cuando estamos realizando cuidados al paciente, y preguntar al paciente si necesita algún cuidado adicional cuando ya estamos saliendo de la habitación. Este tipo de señales no verbales de comunicación transmiten que nos falta el tiempo o el deseo de proporcionar una atención de calidad al paciente. Por eso, a la hora de transmitir correctamente un mensaje, debemos acompañar las palabras con una comunicación no verbal que se corresponda con la situación (Divulgación dinámica, 2013) Ese lenguaje corporal se manifiesta en varios aspectos y debemos de tener en cuenta cómo controlar ese lenguaje y cómo interpretar el de nuestro interlocutor.

La mirada es un elemento clave en el lenguaje corporal. Por regla general, cuando una persona está escuchando atentamente, mira a los ojos de la otra persona de forma continua. Distinto es el caso del que habla, hablar fijando la vista insistentemente en el que nos escucha puede resultar agresivo o intimidatorio, por eso debemos alternar el fijar la mirada sobre nuestro oyente y sobre otros elementos del entorno. Los gestos de la cara también son importantes ya que pueden denotar el estado de ánimo de la persona. Un gesto cordial, incluso la sonrisa, predispone a la relajación de la situación y a que la comunicación sea más fluida. Todo lo contrario que un gesto serio que puede producir tensión o desconfianza.

De la misma manera un paciente que no es capaz de transmitir de forma verbal como se siente será en ocasiones por medio de sus gestos cuando nosotros recibamos mucha información.El lenguaje de las manos también es interpretable, una mano relajada enfatiza el lenguaje verbal mientras que los movimientos de las manos pueden ser síntoma de nerviosismo. De la misma manera una postura corporal relajada indica un estado de ánimo tranquilo mientras que si forzamos el cuerpo o nos inclinamos hacia el interlocutor manifestaremos una actitud agresiva o negativa.

El tono de voz también es importante, con la voz se puede persuadir, tranquilizar, ofrecer confianza, … pero también ofender, preocupar, crear mal clima, etc. Debemos evitar expresarnos con agresividad, desinterés o cansancio. El tono viene dado por la modulación, más aguda o más grave, por la velocidad, la entonación, el ritmo o las pausas.

Al final el cuerpo se expresa y emite señales sobre cómo decimos las cosas y no tanto sobre lo que decimos. Por eso el mensaje oral debe de ir acompañado de un mensaje corporal acorde con lo que queremos transmitir, si ambos son contradictorios no conseguiremos hacer que la persona que tenemos enfrente nos entienda o nos crea.

5 Discusión-Conclusión

A través de este capítulo es posible concluir que tanto los profesionales del ámbito de la salud como los pacientes y usuarios son capaces de identificar la importancia y la influencia de la comunicación no verbal durante la atención al usuario, porque con ella se transmite y también se establecen relaciones (Castelao M, 2013).

Comunicarse no significa únicamente hablar y escuchar las palabras que los otros emiten se trata de escuchar y entender más allá de las palabras, sentirse entendidos, valorados y escuchados puede mostrarse con herramientas tan básicas como una mirada de complicidad y entendimiento, reforzando la posición ante un paciente (López R,2011).

En muchas ocasiones, no tenemos en cuenta todo lo que somos capaces de expresar sin articular palabra, bien sea a través de gestos, determinadas distancias, posturas, posiciones, expresiones faciales o contacto visual y corporal. Se trata de un lenguaje que utilizamos de forma espontánea y carga de significado aquello que estamos contando o transmitiendo. En muchas ocasiones un gesto adecuado y en el momento propicio puede reconfortar a un paciente tanto como los cuidados que le podemos proporcionar al mismo.

La comunicación no verbal es importante en el campo de la salud principalmente a dos niveles: por una parte, la sensibilidad que tiene el propio paciente para captar las señales no verbales emitidas por las personas que le rodean, incluyendo obviamente los profesionales de la salud, y por otra parte, la expresividad no verbal que manifiestan los pacientes y que tan útil puede y suele ser para el profesional (Almeida M, 2015)

6 Bibliografía

- Toledo, L. Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria. [En línea]. Disponible en: https://www.analisisnoverbal.com
- Conceptode. Comunicación no verbal. [En línea]. Disponible en: https://concepto.de/comunicacion-no-verbal/
- Aguado, A, Nevares, L. Comunicación no verbal. Revista pedagógica. [En línea] 1995; 10 (ISSN 0214-7742) : 141-154.
- Davis, F. La comunicación no verbal. Alianza [En línea] 1998 ; 9 (ISBN: 84-206-3954)

- De arcada, H. Interrelaciones entre las expresiones faciales innatas y las aprendidas. Comunicación no verbal. 2003 ; 19 (ISSN-e 2340-2792
- Cano, S. El silencio habla. Elementos de la Comunicación No Verbal: Kinésica, Proxémica y Paralingüística.
- Divulgación dinámica. ¿Qué elementos componen la comunicación no verbal ?. [En línea]. Disponible en: https://www.divulgaciondinamica.es
- Castelao, M. Comunicación no verbal en el ámbito sanitario.
- López, R. El Lenguaje no verbal y la salud. [En línea]. Disponible en: https://www.comportamientonoverbal.com/
- Almeida, M. El análisis comparativo de la comunicación no verbal entre enfermero y paciente. Index Enferm. [En línea] 2015 ; 24 (ISSN 1699 a 5988) : . Disponible en: http://scielo.isciii.es/

Capítulo 1306

ACOSO LABORAL EN EL ENTORNO LABORAL SANITARIO.

NELIDA MARTÍNEZ PALOMARES

SANDRA MARÍA ARGÜELLES PINIELLA

1 Introducción

El mobbing o acoso laboral es un fenómeno que se da en el lugar de trabajo donde una o varias personas ejercen violencia psicológica sobre otra de manera continuada en el tiempo.
El número de casos de acoso laboral en el entorno sanitario va en aumento. La mayor parte del acoso sufrido por los profesionales viene de sus superiores(alrededor de un 40%), de sus propios compañeros(alrededor de un 14%), lo que nos da una idea de que el acoso es más común de manera vertical que horizontal.
Por otra parte, las mujeres son las que más lo sufren y por edades el porcentaje superior seían los menores de 40 años.
Ante este problema la mayoría de profesionales optan por no denunciar bien por miedo, por normalizar esta situación.
Por todo esto y debido a que esta situación se está normalizando, se deben atajar estas conductas cuanto antes para que no interfiera en el trabajo, vida y salud de los profesionales.

2 Objetivos

-Revisar conductas de actuación entre profesionales en el ámbito laboral.

-Disminuir conductas de acoso en este ámbito.
-Identificar los tipos de mobbing o acoso laboral en el entorno sanitario.

3 Metodología

Se revisan encuestas de la OMC (Organización Mundial del Comercio) a más de 15.000 profesionales para concluir estos datos.
Se revisan datos del CSIF(Central Sindical Independiente y de Funcionarios) en cuanto a maneras de prevenir las conductas de acoso.
Se realiza una revisión bibliográfica para hacer una investigación sobre este tema acudiendo a diferentes bases de datos como Dialnet.

4 Resultados

Podríamos dividir el acoso laboral en 2 tipos: según quien acosa:vertical(las que están en distinto nivel como de jefe a empleado) u horizontal(las que están en el mismo nivel como entre compañeros) y según el objetivo del acoso:
Querer despedir a un trabajador que no cumple expectativas, estrategias para que abandone su puesto o simplemente no tener un objetivo: personalidad acosadora.
El entorno sanitario es un medio en el que los profesionales sanitarios están en contacto diariamente con compañeros y superiores o subordinados, por tanto, el identificar y reducir estas conductas es algo primordial, ya que la persona acosada sufre en su persona esta conducta y repercute en su trabajo,en su trato con los demás pudiendo verse afectada su conducta ocasionando en muchos casos su baja laboral.

5 Discusión-Conclusión

El mobbing o acoso laboral cada vez es más conocido y estudiado pero a veces está tan oculto que es difícil identificarlo, tanto por el que lo sufre como por los propios compañeros que no lo perciben.
Como es un tema sumamente serio es necesario identificarlo y ponerlo en conocimiento para que se proceda a hacer un estudio de cada caso y se tomen las medidas oportunas así como dar apoyo psicológico a la persona que lo haya sufrido.

6 Bibliografía

- https:// dialnet.unirioja.es
- Santana Vega,D.M.(2.013).El nuevo delito de acoso laboral.
- Morales J.F.,Huici,C.Psicología Social.Mc Graw Hill.

Capítulo 1307

EL ESTRÉS LABORAL EN EL PERSONAL SANITARIO.

MEI YU PELAYO SAN JOSÉ

CRISTINA SAINZ CORAO

JORGE FERNÁNDEZ FIERRO

1 Introducción

El estrés laboral es uno de los riesgos psicosociales más ampliamente reconocidos en el mundo laboral en el ámbito sanitario. La OMS lo define como un patrón de reacciones conductuales y psicológicas, que se originan cuando los profesionales sanitarios asumen exigencias profesionales, que no se les corresponden con las capacidades y destrezas o habilidades de su nivel profesional.

2 Objetivos

Determinar los niveles de estrés laboral en el personal sanitario e identificar los principales agentes condicionantes.

3 Metodología

El método empleado para esta investigación se fundamenta en una revisión documental bibliográfica, de la literatura científica publicada durante el periodo que

va desde 2012 a 2018, y localizada en páginas especializadas y publicadas en revistas de corte científico, consultando las bases de datos de PubMed, Medline, Cochrane … y utilizando las palabras clave como descriptores: estrés laboral, depresión, ámbito sanitario.
Se han localizado 16 artículos de los cuales, sólo 3 cumplían los requisitos de inclusión.

4 Resultados

Los resultados obtenidos y seleccionados de esta búsqueda documental nos señalan, que el grado de estrés laboral en el personal sanitario se corresponde con un nivel medio moderado alto en general. También observamos que este nivel de estrés es variable dependiendo de las condiciones de trabajo, el departamento, el apoyo superiores y compañeros, etc. En cuanto a los factores condicionantes que tienen influencia en estrés del personal sanitario, encontramos factores individuales como las variables emocionales individuales, el apoyo familiar, las demandas del propio trabajo, así como la percepción subjetiva del estrés.

5 Discusión-Conclusión

El nivel de estrés laboral en el personal sanitario es alto las exigencias laborales, muchas veces no adaptadas a los niveles, son unas de las principales causas de esta situación y estas varían según el área o departamento estudiado además los factores individuales tanto objetivos como subjetivos parecen influir de forma significativa en este nivel alto de estrés laboral entre el personal sanitario.

6 Bibliografía

- El estrés en el personal sanitario hospitalario: estado actual. José Ignacio Aguado Martín, Ainhoa Bátiz Cano, Salomé Quintana Pérez. 2013 Met Segur Trab; 2013 (59) 231. 259-275.
- Claves para reconocer y superar el acoso psicológico en el trabajo. Iñaki piñuel. Manual de autoayuda. Editorial Aguilar. Buenos Aires. 2013-2003

Capítulo 1308

EL ACOSO LABORAL EN EL SECTOR SANITARIO Y SUS CONSECUENCIAS.

MEI YU PELAYO SAN JOSÉ

CRISTINA SAINZ CORAO

JORGE FERNÁNDEZ FIERRO

1 Introducción

El acoso laboral en el mundo sanitario es una enfermedad silenciosa, que además de afectar a la motivación y productividad de los sanitarios, también incide negativamente y directamente sobre sus relaciones sociales, laborales y familiares.

2 Objetivos

Identificar las principales consecuencias que produce esta lacra del siglo XXI en el personal sanitario sufridor de ella.

3 Metodología

La metodología utilizada para nuestra investigación es una búsqueda documental de artículos científicos, en bases de datos de páginas especializadas como Cochrane, PubMed, Medline… y en revistas de corte científico.
Hemos podido localizar 10 referencias de las cuales solo 3 cumplían los criterios de inclusión. Los indicadores de búsqueda fueron: sector sanitario, consecuencias, burnout, depresión, baja productividad.

4 Resultados

Los resultados obtenidos con nuestro trabajo son, que las consecuencias resultantes del acoso laboral en el personal sanitario son variables dependiendo del tipo de acoso ascendente, descendente u horizontal, y del entorno donde se produzca esta lacra.
De nuestra búsqueda y de forma resumida hemos identificado las siguientes consecuencias: desmotivación laboral, baja autoestima, baja productividad, estrés, ansiedad, aislamiento, etc, pudiendo llegar a un deterioro de las relaciones laborales familiares y sociales y en casos más extremos hasta el suicidio.

5 Discusión-Conclusión

El acoso laboral es una epidemia silenciosa del mundo laboral en general, y sobre todo en el sector sanitario donde la competitividad, el ansia de poder, etc, son un caldo de cultivo sinérgico. Las consecuencias en este sector son muy devastadoras y el personal sanitario sufre un deterioro importante en sus relaciones tanto a nivel laboral, social como familiar.

6 Bibliografía

- Acoso laboral en trabajadores de atención a la salud de Ceuta. Julián Manuel Domínguez Fernández, Inés Padilla Segura, Javier Domínguez Fernández, María Luisa Martínez Bagur, Gloria Ortega Martín, Miguel García espejo, Ana Belén Moreno Valera. Med Segur Trab (internet) 2012; 58 (227) 117-127.
- Acoso psicológico en el trabajo: revisión de la literatura y nuevas líneas de investigación. Alfredo Rodríguez-Muñoz. Med Segur Trab (internet) 2011; 57. Suplemento 1: 1-262.
- Evidencia científica entre acoso laboral y depresión. Víctor adrián Harasemiuc, Jesús Raúl Díaz Bernal. Med Segur Trab (internet) 2013; 59 (232) 361-371.

Capítulo 1309

PROTOCOLO A SEGUIR POR EL CELADOR EN LOS CAMBIOS POSTURALES AL PACIENTE CON ÚLCERA POR PRESIÓN

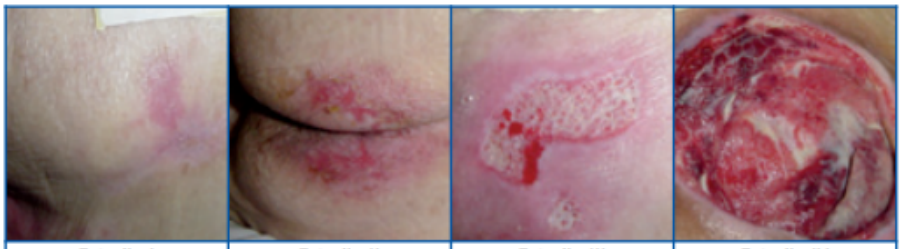
YAIZA CANGA SÁNCHEZ

AITANA MARÍA ÁLVAREZ RODRÍGUEZ

LORENA PALACIN CARRO

1 Introducción

Las úlceras por presión (UPP) se producen por pasar demasiado tiempo en una misma posición y se hace necesario elaborar un plan de cuidados, que fomente la movilidad y actividad del paciente.
La valoración del riesgo que tiene un paciente para desarrollar UPP es, por tanto, un aspecto clave en la prevención. Las guías de práctica clínica recomiendan realizar una valoración del riesgo en todas las personas en su primer contacto con el sistema sanitario, tanto en hospitales, en centros geriátricos o en pacientes atendidos en sus domicilios. El objetivo de la valoración del riesgo es la identificación de los individuos que necesitan medidas de prevención y la identificación de los factores específicos que los ponen en situación de riesgo.



2 Objetivos

- Establecer un conjunto de estrategias para evitar la aparición de úlceras por presión.
- Determinar el nivel de riesgo de padecerlas y adaptar un plan individualizado.
- Evitar arrastre o cizallamiento.
- Inspeccionar regularmente las zonas cutáneas en contacto con el dispositivo de tracción.
- Mejorar y recuperar la integridad cutánea.
- Control del dolor.
- Prevenir el riesgo de infección.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica entre toda la producción científica relacionada con los conocimientos de prevención y tratamiento de las úlceras por presión. Se han utilizado las siguientes bases de datos: Medline, Scielo, Dialnet. Los términos empleados fueron: “úlcera por presión”, “celador”, “upp”, ”protocolo”.

4 Resultados

Todas las Úlceras por presión (UPP) se pueden considerar contaminadas o colonizadas por bacterias lo que no es indicativo de infección. No obstante, es muy frecuente en estas lesiones encontrar una elevada carga bacteriana que retrasa la cicatrización sin presentar los signos típicos de infección pero que si presentan otros signos como retraso del crecimiento, aumento del exudado, del dolor, decoloración, etc.

Los principales factores de riesgo son:
- Inmovilidad: sedestación o encamamiento prolongado, como consecuencia de problemas motores y/o neurológicos.
- Deterioro de la piel: sequedad o exceso de humedad, fricción, heces …
- Malnutrición y deficiente hidratación: producen debilidad general y deterioro cutáneo.
- Enfermedades circulatorias y respiratorias: mala perfusión tisular.
- Enfermedades neurológicas: deterioro cognitivo y lesiones medulares, que producen alteración de la sensibilidad e inmovilismo.

Algunas de las medidas preventivas que debemos tener en cuenta son:
- Cambios posturales: evitar el apoyo de zonas de riesgo o con lesiones activas.
- Establecer un programa de rotación en función de las necesidades individuales y de la puntuación en la escala de riesgo.

Los cambios posturales se deberán realizar entre 1 y 5 horas.
- Higiene: realizar la higiene cutánea con jabones de pH neutro, no utilizar irritantes cutáneos (colonias y alcoholes) ni realizar masajes enérgicos en prominencias óseas.
- Control de la humedad: evitar el exceso de humedad y los agentes agresivos (orina, heces, sudor…) que debilitan la piel.
- Utilización de cremas barrera con base de óxido de zinc.
- Ácidos Grasos Hiperoxigenados (AGHO): aplicar de dos a tres veces al día en zonas de riesgo o con lesiones
- Apósitos: hidrocoloides extrafinos y espumas, que permitan la inspección de la zona y el alivio de la presión y la fricción.
- Manejo de la presión: utilización de superficies especiales para el manejo de la presión.

Todo ello siempre bajo la supervisión de la enfermera o supervisora de planta.

LEYENDA (interpretación de los resultados de la tabla adjuntada).
A: Existe buena evidencia. B: Existe moderada evidencia. C: Existe baja evidencia. D: Existe muy baja evidencia.

3.-NIVEL DE EVIDENCIA:

Actividad/Procedimiento	Nivel de Evidencia	Grado de Recomendación	Excepciones	Profesional
Valoración del riesgo al ingreso del paciente		C		Enfermera y/o Aux. enfermería
Aplicación de Escala de valoración de riesgo validada		C		Enfermera
Inspeccionar estado de la piel, puntos de presión y/o zonas cutáneas de riesgo		C		Enfermera y Aux. enfermería
Higiene diaria y cuidado de la piel, utilizando jabón neutro y agua tibia.		C		Enfermera y/o Aux. enfermería y/o Celador
Mantener piel limpia, seca e hidratada. (Incontinencia).		C		Enfermera y/o Aux.enfermería
Mantener ropa de cama limpia, seca y sin arrugas.		C		Aux. enfermería y/o Celador
Evitar fricción y sequedad		C		Enfermera y/o Aux. enfermería y/o Celador
Evitar arrastre o cizallamiento.		D		Enfermera, Aux. enfermería y Celador
Aplicación de ácidos grasos hiperoxigenados. Extender con suavidad. No masajear.		A		Enfermera y/o Auxiliar de enfermería
Cambios posturales		A		Enfermera, Aux. enfermería y Celador

5 Discusión-Conclusión

Se ha confeccionado un protocolo para el tratamiento de las (UPP):
- Primero se debe valorar el grado de movilidad que tiene el paciente.
- Si permanece inmóvil, debemos de movilizarlo cada 2 horas. Si el paciente es autónomo, se le instruirá para que se mueva frecuentemente.
- Si el nivel de riesgo detectado es:
Riesgo Bajo: Realizaremos el cambio postural, una vez por turno.
Riesgo medio: Cambio postural cada 4 horas.
Riesgo alto: Cambios posturales cada 2 horas.
- Se hace necesario disminuir el cambio postural si hay zonas enrojecidas que no desaparecen.
- Es necesaria la detección precoz de los factores de riesgo y llevar a cabo las medidas preventivas adecuadas de forma inmediata: “El éxito no solo está en mejorar la zona afectada sino también prevenir”.
- Se debe de realizar un abordaje terapéutico integral, no solamente local, si no las posibilidades de éxito se reducirán notablemente: “No son solamente úlceras, sino pacientes”.
- La evidencia y la actualización en el conocimiento son herramientas y básicas

para el desempeño profesional con éxito, siempre bajo la supervisión en el caso de los celadores del médico o la enfermera encargada del paciente.

6 Bibliografía

- Soldevilla Agreda J, Torra i Bou JE, Verdú Soriano J, Martínez Cuervo F, López Casanova P, Rueda López J, Mayán Santos J.M. 2º Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España, 2005. Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes. Gerokomos 2006 17.
- Guía de Práctica clínica para la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía 2007.
- Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Ulceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP). Documento Técnico nº3. Tratamiento de las úlceras por presión. Logroño 2003.

Capítulo 1310

CAUSAS DEL AGOTAMIENTO DEL CELADOR EN EL ÁREA DE PSIQUIATRÍA

YAIZA CANGA SÁNCHEZ

AITANA MARÍA ÁLVAREZ RODRÍGUEZ

LORENA PALACIN CARRO

1 Introducción

La prevención de los riesgos psicosociales tales como el estrés, el burnout, y otros fenómenos, han experimentado un amplio desarrollo en Europa durante los últimos años. El trabajo a turnos, así como la poca estabilidad laboral ,y el poco apoyo recibido por sus superiores entre otros factores, han provocado que las personas afectadas por estrés laboral aumente significativamente.

Uno de los factores más importantes a tener en cuenta es la diversidad de tareas del celador en el área de psiquiatría, las cuales en su mayoría, son en contacto directo con los pacientes, los familiares de éstos y el resto de profesionales sanitarios. Dichas tareas van desde la vigilancia (de la puerta o del uso inadecuado de enseres, hasta el traslado del paciente, la regulación de su consumo de tabaco o la ayuda al aseo de los pacientes que no lo pueden realizar solos). La acumulación de tareas, la diversidad de las mismas y la sensación de tener tareas pendientes podrían suponer el agotamiento del celador.

Algunos estudios han permitido revelar la función de moderadora de ciertos factores, entre ellos: la retroalimentación, la claridad en la definición de las tareas, la autonomía, las oportunidades de promoción y el liderazgo social-emocional, la edad, la experiencia laboral y el género. Por lo tanto, aspectos como un liderazgo claro que proponga una asignación de tareas clara y que refuerce positivamente al trabajador podría ser un factor protector sobre el agotamiento, el estrés y el burnout.

2 Objetivos

-Diseñar programas de entrenamiento, dirigido a los superiores, para que sepan brindar el apoyo necesario para el personal afectado por estrés.

-Elaborar programas de apoyo para el celador y personal que presente estrés laboral.

-Confeccionar medidas preventivas, para evitar futuras enfermedades psicosociales.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica sistemática, en las principales bases de datos, tales como Scielo y Google académico, utilizando términos como " agotamiento emocional", "riesgo psicosociales", "bornout", "personal no sanitario" "psiquiatría".

4 Resultados

Son pocos los estudios que realizan una evaluación de profesionales no sanitarios que trabajan en estos servicios, como es el caso de los celadores. Uno de los aspectos mas relevantes del estudio es la alta temporalidad del personal no sanitario, situándose la tasa de interinidad por encima del 50%.

En otro estudio realizado por la universidad de Navarra en 1997 (De las Cuevas, González de Rivera, De la Fuente, Alviani, & Ruiz-Benítez, 1997), se registró el cansancio emocional de varios profesionales, sanitarios y no sanitarios en un hospital. La muestra contón con personal médico, de enfermería, auxiliare administrativos, trabajadores sociales y celadores. Los celadores fueron quienes re-

firieron estar menos saturados emocionalmente por su actividad laboral ya que registraron la menor puntuación en esta subescala del MBI. Otro factor a tener en cuenta es el que va en relación con la subescala de logros personales. Los trabajadores sociales fueron los que refirieron estar más satisfechos con su competencia profesional, mientras que los auxiliares administrativos y los celadores fueron los que registraron un menor valor en esta subescala.

Existe una relación significativa entre apoyo social y burnout, estableciéndose una relación inversamente proporcional entre la percepción de apoyo social percibida en el trabajo y el agotamiento emocional, así como la despersonalización y la baja realización en el entorno laboral. Dicho apoyo puede ser de compañeros o de superiores. Este resultado ha sido visto en forma consistente en un gran número de investigaciones realizadas en diversos países. La evidencia señala que en el plano de las relaciones interpersonales en el trabajo y la falta de apoyo aumenta los sentimientos de burnout en las profesiones de la salud.

5 Discusión-Conclusión

Son múltiples los autores que consideran que las características del individuo y el estado en que se encuentra en el momento de responder a situaciones estresantes influyen de forma fundamental en la capacidad de adaptación ante tales situaciones Los factores personales también juegan un papel fundamental en desarrollo del burnout. Considera como personas predispuestas a experimentar desgaste profesional a aquellos individuos orientados pero obsesivos, con tendencia a identificarse de forma excesiva con los receptores de su atención y que basan su autoestima únicamente en la consecución de metas. Estas personas tienen problemas para actuar con decisión ante problemas humanos complejos así como para ser indulgentes consigo mismos por los errores cometidos.

Podemos concluir, a tenor de los resultados revisados,que la influencia del apoyo social es notable en la disminución de los niveles de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, sobre todo cuando proviene de los superiores. El reforzamiento de la capacidad de entregar apoyo de supervisores y jefes mediante un programa de entrenamiento de bajo costo podría tener un efecto altamente positivo en este tipo de servicio.

6 Bibliografía

- Avendaño Cecilia, Bustos Patricia, Espinoza Paula, García Felipe, Pierart Támara. BURNOUT Y APOYO SOCIAL EN PERSONAL DEL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DE UN HOSPITAL PÚBLICO. Cienc. enferm. [Internet]. 2009 Ago [citado 2020 Ene 20]; 15(2): 55-68. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532009000200007&lng=es. http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532009000200007.

-Christina Maslach, Job Bornout Annual Review of Psycology (2001). Vol.52:397-422. - Ortega Ruiz, Cristina; López Ríos, Francisca El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas1 International Journal of Clinical and Health Psychology, vol. 4, núm. 1, enero, 2004, pp. 137-160

- De las Cuevas, C., González de Rivera, J., De la Fuente, J., Alviani, M., & Ruiz-Benítez, A. (1997). Burnout y reactividad al estrés. Rev Med Univ Navarra, 41(2), 10–18.

- Vega S, Yáñez J, González M, Quezada M. (2004). El desgaste personal de los psiquiatras: Síndrome de burnout (resultados preliminares). Santiago, Chile: Centro de Psicología Aplicada, Universidad de Chile; 2004.

Capítulo 1311

EL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR EN LAS TERAPIAS ALTERNATIVAS DESARROLLADAS CON LAS PERSONAS MAYORES O CON ALZHEIMER.

MARÍA RODRÍGUEZ GUTIÉRREZ

DANIEL FERNÁNDEZ GONZÁLEZ

BEATRIZ CAO RODRIGUEZ

LORENA PEREIRAS MENDEZ

1 Introducción

Estamos inmersos en una sociedad envejecida y que día a día lo va haciendo más. Esto pasa a todos los niveles, aunque los datos el Principado de Asturias anticipan el proceso de envejecimiento frente a otras Comunidades Autónomas, donde según el INE el grupo de población mayor de 65 años representa un 24% del total de la población.
Dentro de este envejecimiento y sobreenvejecimiento, cada día nos vamos familiarizando más con algunas enfermedades y una de ellas es el Alzheimer, una enfermedad que en los últimos años ha sufrido un importante aumento, en paralelo con el aumento de la esperanza de vida de nuestros mayores. También las

terapias desarrolladas con este tipo de personas han pasado de ser única y exclusivamente médicas y farmacológicas, a adquirir otro tipo de matices que priman más la atención a la persona y buscan llegar a aquellas facultades que la persona aún mantiene a pesar de la demencia y que residen sobre todo en los sentimientos.

Son muchas las distintas actividades que han ido tomando el nombre de Terapias alternativas desarrolladas con personas mayores o con Alzheimer, incluyendo casi todo dentro del mismo saco, cayendo en un activismo ilógico que lo único que persigue es rellenar unas carteras de servicios de cara a vender algunos centros a las familias de estas personas, pero sin profundizar en lo que de verdad se pretende conseguir con ellas, cuales son nuestros verdaderos objetivos y cuál es la manera más eficaz para conseguirlo.

Basándonos en el modelo de atención centrada en la persona, donde se prima la autonomía y la autodeterminación del mayor, queremos demostrar la importancia que la cercanía y el íntimo conocimiento de la realidad personal por parte del personal que lleva a cabo estas terapias es imprescindible. En este modelo de atención, incluso en estados de avanzado deterioro cognitivo, vemos como uno de los aspectos importantes del trato con las personas mayores y/o con alzhéimer es que el personal sea de confianza, que conozca la persona.

La tendencia a día de hoy de los Establecimientos Residenciales de Asturias es contratar empresas de ámbito privado para desarrollar esta terapia, independientes del equipo multidisciplinar de los centros y con poco o ningún conocimiento de los residentes, de sus hábitos, costumbres, historias de vida…Esta tendencia viene determinada por el recorte en gasto social impuesto por las administraciones públicas desde el principio de la crisis económica y global en la que estamos inmersos y que parece que no acaba de marcharse.

Se plantea esta investigación, con el objetivo de encontrar aspectos que puedan mejorar la calidad de la intervención a través de este tipo de Terapias, para a su vez mejorar la calidad de vida de los residentes. Una de estas cuestiones será averiguar los motivos de la poco o nula participación de los equipos multidisciplinares del establecimiento residencial para ancianos (ERA) en este tipo de terapias.

2 Objetivos

1. Averiguar el grado de conocimiento e implicación del equipo multidisciplinar en las Terapias desarrolladas en el Centro.
2. Encontrar aspectos referentes a la participación del Equipo multidisciplinar

que puedan mejorar la calidad de las Terapias Alternativas desarrolladas en el Centro.

3 Metodología

La investigación tiene como objetivo conocer qué aspectos referentes a la participación del Equipo multidisciplinar del C.P.R. Clara Ferrer en las Terapias desarrolladas se pueden mejorar para que con ello aumente la calidad de vida de los residentes. Para ello vamos a intentar obtener datos utilizando diferentes fuentes.

La metodología utilizada para hacer este trabajo es en primer lugar y como base del mismo, la búsqueda exhaustiva de la fundamentación teórica. Esta se ha llevado a cabo en libros de diversos autores, así como en artículos y páginas de organismos especializados (IMSERSO, CRE Alzheimer, Consejería de Derechos y servicios Sociales del Principado de Asturias…)

También he aprovechado los conocimientos obtenidos a través de la observación directa como animadora sociocultural en un centro de residencial de personas mayores dependientes durante siete años y el especial interés puesto en este tema durante el último año, con la realización de diferentes cursos de formación en Terapias Alternativas con Alzheimer cuyos conocimientos intentaré reflejar en este proyecto.

La intención es profundizar en el conocimiento de diferentes aspectos:
• El envejecimiento en Asturias.
• Las demencias en general y el Alzheimer en concreto.
• Las Terapias Alternativas con personas mayores y/o con Alzheimer.
• El modelo de atención centrada en la persona.
• La realidad del ERA.

Además de esto, se ha utilizado como instrumento para la parte cuantitativa de la investigación, un cuestionario pasado a todo el personal del C.P.R Clara Ferrer. Este cuestionario consta de doce preguntas cerradas con el fin de facilitar la participación de todas las personas del equipo, la mayoría reacias a participar en este tipo de estudios. Los datos obtenidos en este cuestionario serán utilizados como principal elemento para la verificación de las hipótesis. La población de estudio está formada por el total de los trabajadores del C.P.R. Clara Ferrer, compuesto por 46 profesionales de diferentes categorías profesionales, mayoritariamente TCAE (técnicos en cuidados auxiliares de Enfermería).

4 Resultados

El cuestionario pasado al personal de la residencia Clara Ferrer, que ha sido contestado por 35 profesionales de los 46 que forman parte de su plantilla, ya que el resto no ha querido participar, nos da como resultados los siguientes:
El personal que ha contestado al cuestionario es básicamente femenino, solo uno es un hombre, 26 de ellas son Técnicas Auxiliares de Cuidados y Enfermería (TCAE) y el resto son profesionales de otras categorías profesionales. Sus estudios son dispares, teniendo 5 personas el bachiller, 17 formación profesional y 13 estudios universitarios. La mayoría (25 personas) llevan más de 5 años trabajando en el ERA, 3 entre 1 y cinco años y 7 personas menos de un año.
A la pregunta genérica de si conocen alguna de las Terapias que se están desarrollando con personas mayores o con Alzheimer, 27 personas contestan que si las conocen y 8 que las conocen, aunque solo de oídas. Es destacable el dato de que nadie afirma no conocerlas.
Más destacable y relevante para nuestra investigación ya que va directamente relacionada con nuestra primera hipótesis, donde planteamos que el equipo multidisciplinar del CPR Clara Ferrer de Gijón desconoce las terapias que se desarrollan en el centro, es que 33 de las personas que han contestado al cuestionario, lo que supone un 94.28% de los encuestados, sí que conocen las Terapias que se están llevando a cabo en el Centro. Esto nos echa abajo la hipótesis planteada, ya que sí que conocen la existencia de las Terapias Alternativas desarrolladas en el Centro. Habría entonces que iniciar otra investigación para dilucidar cuáles son las causas de la nula participación en estas, aunque algunas preguntas del cuestionario nos pueden dar alguna pista sobre eso.
En la pregunta número 8 se consulta sobre la influencia positiva, negativa o neutra de que una empresa externa al Centro sea la responsable del desarrollo de este tipo de Terapias, encontrando aquí una total disparidad de respuestas: 10 personas creen que es positivo (28.57%), 13 que influye negativamente (37.14%) y 12 que no influye (34.28%). En los textos y la información analizada en el desarrollo teórico no encontramos una afirmación categórica de que debe ser el personal propio el que desarrolle este tipo de Terapias, pero sí múltiples alusiones a la necesidad de conocer en profundidad a la persona, algo que sólo se consigue con el trato directo y continuado. Son muchas las referencias que es necesario conocer a la persona, partir de aquellas cualidades que aún mantiene conservadas para desarrollar las Terapias y ello debe de ser desde la rutina, la confianza y conocimiento. Debemos cuidar esas relaciones interpersonales con las personas con demencia para poder llegar a su afectividad.

Totalmente diferentes es la respuesta a la pregunta 9 del cuestionario, donde se plantea si el personal debería implicarse en las Terapias, donde un 77,14% (27 personas) del total encuestado, responden que sí. Además, un 62.85% de ellas estarían dispuestas a colaborar en las Terapias desarrolladas en el Centro. Estas respuestas junto con las reflexiones del punto anterior, y otros puntos de la investigación donde se muestra la importancia del trabajo en equipo con este tipo de personas y donde se ven las bondades del trabajo por personal cercano con los usuarios de las Terapias, reafirman y avalan la hipótesis dos en la que se plantea que "La implicación del equipo multidisciplinar en las Terapias alternativas desarrolladas en el Centro mejorarían su calidad".

Una vez analizado que la mayoría del personal cree que el personal debería implicarse en las Terapias, pero no lo hacen, la próxima pregunta nos da pistas sobre ello. Al preguntar las causas de cuáles son los motivos de esa falta de implicación, un 69,23 % responden que por falta de tiempo, junto con un 23% que piensa que no es su trabajo y un 7,69% que alude a una falta de conocimiento. Esto fundamenta lo anteriormente expuesto en el desarrollo teórico donde se daban pinceladas de la excesiva carga de trabajo de las TCAE, lo que hace que no puedan participar en las Terapias desarrolladas en su propio Centro. Con esta pregunta podemos atender al segundo objetivo de la investigación que consistía en encontrar aspectos referentes a la participación del Equipo multidisciplinar que pueda mejorar la calidad de las Terapias Alternativas desarrolladas en el Centro. Si creemos que la implicación del personal propio del Centro ayudaría a mejorar la calidad de las Terapias desarrolladas, y el personal no se implica por falta de tiempo, un aumento de ratios de personal en el Centro conseguiría que aumentará la efectividad y calidad de estas Terapias y consecuentemente la calidad del servicio, con la mejora de la vida de los residentes.

La última pregunta del cuestionario, intentaba añadir opiniones a la adecuación de algunas de las Terapias existentes hoy en día a las que más pudieran encajar dentro de las necesidades de los usuarios del Centro. Los resultados reflejan que 22 personas consideran adecuada la Estimulación Sensorial (probablemente y por mi experiencia personal, porque se podría desarrollar con el grupo de residentes con más deterioro, que son a día de hoy los que menos se benefician de las actividades desarrolladas en el Centro), seguida de la Musicoterapia (17), la Terapia asistida con animales (9), los huertos urbanos (7), Wii Terapia (5), Arteterapia (4) y Danza creativa terapéutica (2). Otras aportaciones en esta cuestión fueron la estimulación física, juegos adaptados y relajación. Esta pregunta puede tener una relación indirecta con nuestro segundo objetivo, ya que si se llevan a cabo Terapias que la mayor parte del personal consideran atractivas, a la vez que efectivas,

probablemente puedan atraer más su participación.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusiones finales y teniendo en cuenta los datos analizados en el apartado anterior y basándonos en nuestras hipótesis y resultados, podemos exponer que:
Hipótesis 1: El equipo multidisciplinar del CPR Clara Ferrer de Gijón desconoce las Terapias que se desarrollan en el Centro. Esta hipótesis ha sido desarmada por la investigación ya que como demuestran los resultados de los cuestionarios el 94, 28% de los trabajadores afirman conocerlas, con lo habría que buscar otros motivos para justificar su falta de participación en las Terapias, ya que la falta de conocimiento, como se presuponía no es la razón.
Hipótesis 2: La implicación del equipo multidisciplinar del C.P.R. Clara Ferrer de Gijón en las Terapias alternativas desarrolladas en el Centro mejorarían su calidad. Esta segunda hipótesis encuentra su confirmación en las múltiples citas, tanto bibliográficas como de la red, que afirman que el conocimiento y la cercanía con las personas con deterioro cognitivo en cualquier escala, aumentan las posibilidades de éxito de este tipo de Terapias. Tanto desde las diferentes Terapias desarrolladas, como desde la Teoría de la Atención centrada en la persona, se valida la importancia de la cercanía de los equipos multidisciplinares a los sentimientos y a la afectividad de estas personas, de manera que el trabajo respete su autodeterminación y su autonomía. Conocer, conocer y conocer.
Si tenemos en cuenta los objetivos que nos planteábamos con la investigación podemos concluir lo siguiente:
1. Averiguar el grado de conocimiento e implicación del equipo multidisciplinar en las Terapias desarrollas en el Centro. Este objetivo se ve resuelto ya que con los datos reflejados por el cuestionario conocemos que el 94,28 del personal conoce las terapias que se desarrollan en el Centro. También nos dice el cuestionario que el 77,14% cree que debería implicarse, un número importante de personas estaría dispuesta a hacerlo, pero no lo hacen por falta de tiempo (69%)
2. Encontrar aspectos referentes a la participación del Equipo multidisciplinar que puedan mejorar la calidad de las Terapias Alternativas desarrolladas en el Centro. También vemos este objetivo cubierto, ya que hemos encontrado que cuestiones como la falta de tiempo son las que obstaculizan la participación del equipo en las Terapias, lo que se arreglaría con un aumento de personal que permita liberar parte del tiempo dedicado a otras actividades a atender las diferentes Terapias que se puedan llevar a cabo. También vemos que diferentes datos

de la investigación nos apuntan otro aspecto a mejorar, que sería que las Terapias fueran desarrolladas por personal propio del Centro.
Hoy en día, con el grado de envejecimiento que tenemos en nuestra sociedad, que acarrea un aumento de las demencias asociadas, especialmente el Alzheimer, debería ser una obligación priorizar los cuidados y atenciones para este colectivo. Las administraciones públicas deberían invertir en las diferentes Terapias Alternativas que se están desarrollando con estos colectivos, ante la falta de solución médica.

6 Bibliografía

• Consejería de Asuntos Sociales (2002). Plan de Intervención de Residencias. Serie documentos Técnicos nº 13. Principado de Asturias: Consejería de Asuntos Sociales.
• C.P.R. Clara Ferrer (2015). Plan de Intervención del C.P.R. Clara Ferrer de Gijón. Gijón, Principado de Asturias: Establecimientos Residenciales del Principado de Asturias.
• Guía de buenas prácticas en Residencias de personas mayores en situación de dependencia. (2009). 1st ed. Oviedo: Consejería de Bienestar Social y Vivienda.
• Hernández Muñiz, M. (2010). El envejecimiento de la población en Asturias. Consecuencias económicas e impacto sobre el gasto público. Oviedo: Consejo Económico y Social del Principado de Asturias
• Hidalgo Lavié, A. (2010). Trabajo social con enfermos de Alzheimer y sus familias. Reflexiones y sugerencias. La Coruña. UNED editorial.
• Khosravi Mitra. (1995). Convivir con un enfermo de Alzheimer: Guía de ayuda para familiares y cuidadores. España. Temas de hoy, colección fin de siglo.
• Barredo, Pablo A. (2013). Diario de un cuidador. Barcelona. Plataforma de editoriales.
• Alzheimer's Association. (2007). Información básica sobre la enfermedad de Alzheimer. ¿Qué es y qué puede hacer usted? Metlife Foundation.
• Lago Castro, P. (2002). De los pies a la cabeza pasando por el corazón: Música y Alzheimer. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia.
• Alberich, T., Barranco Carrillo, A., Funes Jiménez, E., Espadas Alcázar, M. and Melón González, O. (2008). Intervención social y sanitaria con mayores. Madrid: Dykinson.
• Hidalgo Lavié, A. (2011). Los enfermos de Alzhéimer. Oleiros, La Coruña: Netbiblo.
• Mace, N. and Rabins, P. (2010). El día de 36 horas. Barcelona: Paidós.

• Martín García, M. (2003). Trabajo social en gerontología. Madrid: Editorial Síntesis.
• Pérez Serrano, G. (2006). Intervención y desarrollo integral en personas mayores. Madrid: Editorial Universitas.
• Sarrate Capdevila, M. (2006). Atención a las personas mayores. Madrid: Universitas.
• Slachevsky, A. (2009). Alzheimer y otras demencias. Tafalla, Nafarroa: Txalaparta.

Capítulo 1312

NUEVAS TECNOLOGIAS Y SALUD.

ALINA LORENCES RIESGO

1 Introducción

Las tecnologías digitales han transformado por completo las sociedades y la forma de entender la economía a nivel global en los últimos 30 años. La evolución experimentada por la Humanidad en los últimos años a nivel tecnológico es comprable a la Revolución Industrial. Internet ha cambiado la forma de comunicarnos, pero no la transformación digital no se trata de internet, los smartphones o el desarrollo de software. Se trata de la data.

En el estudio "Health in the 21st Century: Putting Data to Work for Stronger Health Systems" publicado por la organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) se aclaran dudas de los ministros de Sanidad sobre cómo el Big Data y las nuevas tecnologías pueden utilizarse para desarrollar e implementar servicios que puedan aplicarse al mundo de la Salud.

El Big Data consiste en procesar grandes cantidades de datos que hoy generan centros de salud, investigaciones, pacientes, enfermedades o bien otros campos relacionados, para extraer información muy valiosa que nos ayude a predecir problemas, investigar soluciones, optimizar recursos y mejorar la calidad de la atención a los pacientes.

Hasta hace muy poco no existía una definición consensuada del concepto Big Data y mucho menos de su aplicación al mundo de la salud, existe el acuerdo de explicar el concepto mediante 3 características principales conocidas como las '3 vs' (velocidad, volumen y variedad). La característica principal que define Big Data es la gran cantidad de volumen de información que maneja. La enorme velocidad en la generación, recogida y proceso de la información es otra característica y la elevada capacidad de agregar información procedente de una amplia var-

iedad de fuentes de información independientes, como redes sociales, sensores, máquinas o personas individuales.

2 Objetivos

Las Administraciones que integran el SNS vienen desarrollando importantes iniciativas en la mejora de la accesibilidad y uso de sus servicios. Para ello, en los Servicios de Salud autonómicos se han priorizado líneas de actuación en materia de tecnologías de la información, como es la Tarjeta Sanitaria Individual, la Historia clínica digital.
El uso de Big Data, supone una mejora de magnitud aún no predecible en la calidad de la atención a los pacientes. Para alcanzar estos logros es fundamental la integración de todos los datos procedentes de muy diferentes fuentes, así como el desarrollo de nuevas tecnologías que permitan la explotación de dichos datos. No obstante, el verdadero valor de Big Data en salud se conseguirá solo si los diferentes actores implicados en el proceso (administraciones públicas, empresas privadas, hospitales, médicos, centros de investigación, universidades, …) se comprometen en este proyecto de forma conjunta para llevar el ámbito sanitario a una nueva era.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, Google Académico seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La inversión sanitaria en TIC en España se ha incrementado en los últimos años. El presupuesto global en TIC del conjunto de todas las comunidades autónomas en 2018 fue de 728.831 miles de euros, lo que representa un incremento del 4,78 por ciento respecto a 2017. El responsable de la Sociedad Española de Informática de la Salud (SEIS) indica que sigue habiendo mejores resultados en cuanto eficiencia de inversión.

Las tecnologías de la información y las comunicaciones al servicio de los ciudadanos.

- Tarjeta Sanitaria del SNS, cada ciudadano tiene asignado un Código de Identificación Personal único para todo el SNS.
- Historia Clínica Digital del SNS, tiene como finalidad garantizar a ciudadanos y profesionales sanitarios el acceso a la documentación clínica más relevante para la atención sanitaria de cada paciente. Se incluye documentación que se encuentre disponible en soporte electrónico en cualquier lugar del SNS, asegurando a los ciudadanos que la consulta de sus datos queda restringida a quien esté autorizado para ello.
- Receta electrónica del SNS, Garantizar a los ciudadanos poder retirar los medicamentos que tienen prescritos desde cualquier farmacia del país sin necesidad de presentar una receta en papel, favoreciendo el desarrollo de programas de Uso Racional del Medicamento.
- Nodo de Intercambio SNS, La infraestructura que posibilita el intercambio de información entre los agentes del SNS está compuesta por un núcleo central de servicios, ubicado en el MSC, y una Intranet Sanitaria propia del SNS.

El Ministerio de Sanidad ha actualizado recientemente los datos correspondientes a la implantación de la receta electrónica en el conjunto del SNS. Según las últimas cifras recabadas, entre junio y septiembre de 2019, cada vez está más cerca el establecimiento de este sistema en el conjunto de centros sanitarios de todas las comunidades autónomas. Atendiendo a los centros de salud, a los consultorios y a las oficinas de farmacia, el porcentaje de implantación es del 100% en las 17 regiones.

Como indicábamos anteriormente, con 'big data' aplicado al campo de la salud, podríamos cruzar los datos ambientales o de consumo para predecir posibles enfermedades del futuro. En personas con dependencia o enfermedades crónicas, tratar los datos de manera inteligente permitirá adelantarse a sus necesidades y cubrir mejor la atención que se presta a estos pacientes. Por no hablar del impacto económico: con el uso de 'big data' el gasto sanitario se controla más y mejor, porque la información enseña a los gestores cómo usar los recursos de manera más eficiente.

La aplicación del Big Data al ámbito de la salud promete grandes efectos para los diferentes agentes implicados en la investigación clínica. Así, los profesionales sanitarios pueden llegar a ofrecer diagnósticos más ajustados y de forma que estén mejor respaldados desde una perspectiva científica. Por otro lado, los laboratorios de análisis clínicos pueden llegar a prestar sus servicios de forma mucho más rápida. Por su parte, los laboratorios farmacéuticos pueden ver disminuir

considerablemente el infradiagnóstico de todas aquellas patologías para las que dispone de opciones terapéuticas comercializadas. Pero, sobre todo, el principal beneficiado de la aplicación del Big Data en salud y, concretamente, en la investigación clínica, es precisamente el paciente, que podrá obtener diagnósticos más rápidos y precisos.
Otra área importante de la aplicación de Big Data en la asistencia sanitaria es la lucha contra las epidemias, así los profesionales sanitarios pueden utilizar la analítica de Big Data en tiempo real para saber dónde se está extendiendo un virus y a qué ritmo, adaptando la respuesta y garantizando el stock de vacunas.

5 Discusión-Conclusión

La gestión del gran volumen de datos que genera la sanidad puede reportar un gran potencial a los sistemas sanitarios a la hora de hacerlos más efectivos, equitativos y, por supuesto, más eficientes. Pero para aprovechar este potencial mientras se gestionan los riesgos que podrían derivarse del mal uso de los datos que son personales, se necesitan marcos de gobernanza adecuados. Esto plantea un debate ético-legales, desde la perspectiva del derecho a la intimidad y protección de datos de los ciudadanos y de sus intereses.
Es voluntad de los órganos rectores de la Comisión Europea responsables de estas cuestiones el impulso de proyectos relacionados con el Big Data. Así, en los últimos años se han desarrollado varios de estos proyectos, como son:
Herramienta TIC para ayudar a pacientes con daño cerebral (TBICARE).
Plataforma para una vida más saludable (DAPHNE): el objetivo del proyecto DAPHNE es desarrollar una plataforma innovadora para reducir el sedentarismo y los hábitos poco saludables.
MediSYS: la Comisión Europea ha desarrollado el sistema ”MediSys” como una herramienta para escanear y buscar información con el objetivo de reforzar la red de vigilancia de enfermedades transmisibles y la detección temprana de las actividades bioterroristas.
También existen algunos casos relacionados con Big Data en salud que ya se están implementando en España como los que se explicitan a continuación:
SMUFIN (Somatic Mutations Finder) es un nuevo método basado en Big Data desarrollado por un equipo de investigadores españoles y publicado en Nature Biotechnology que hace posible la detección rápida y precisa de los cambios genómicos causantes de la aparición y progresión de tumores, logrando analizar el genoma completo de un tumor y detectando sus mutaciones en pocas horas al mismo tiempo que se localizan alteraciones hasta ahora ocultas.

Polen control: este proyecto se basa en la combinación de aplicaciones para smartphones y el potencial de Big Data para prevenir o evitar los efectos de las patologías derivados de la profusión de polen en la atmósfera. Esta aplicación ha sido desarrollada conjuntamente por la Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica (SEAIC) y los Laboratorios Almirall y realiza el seguimiento de la evolución sintomática en pacientes con alergia.
Picto Connection: es un software de comunicación inteligente dirigido a personas que bien por un trastorno neurológico, una enfermedad o un accidente no pueden comunicarse o no lo pueden hacer de manera efectiva.

6 Bibliografía

- https://www.consalud.es/
- https://www.mscbs.gob.es/
- http://seis.es/
- http://isanidad.com/
- https://www.ontsi.red.es/
- https://www.mincotur.gob.es/

Capítulo 1313

APROXIMACION A LAS TERAPIAS ALTERNATIVAS O TERAPIAS NO FARMACOLOGICAS CON PERSONAS MAYORES Y/O CON ALZHEIMER

MARÍA RODRÍGUEZ GUTIÉRREZ

DANIEL FERNÁNDEZ GONZÁLEZ

BEATRIZ CAO RODRIGUEZ

LORENA PEREIRAS MENDEZ

1 Introducción

Hoy en día, el fenómeno del envejecimiento cada día está más presente en nuestras vidas y en nuestros trabajos como profesionales, dado el aumento de personas mayores que se está dando en nuestras sociedades. La necesidad de afrontar el día a día con estas personas con nuevas miradas es imprescindible si queremos fomentar su autonomía, empoderamiento y desarrollo personal.

Las terapias alternativas se empiezan a utilizar cada día mas como sustituto a la pastilla mágica que todo lo cura, sobre todo en el caso de personas con deterioro cognitivo, sea cual fuere su causa, pero especialmente en las personas con enfermedad tipo Alzheimer. Son varias las Instituciones que han empezado a apostar por ellas y varias las formas en que se nos presentan. En este estudio pretendemos visibilizar esta realidad.

2 Objetivos

- Visibilizar el trabajo que se está haciendo a día de hoy basado en terapias alternativas o no farmacológicas.
- Ahondar en las visiones que apuestan por las intervenciones con terapias alternativas en pacientes con enfermedad tipo Alzheimer.

3 Metodología

La investigación tiene como objetivo conocer cómo se encuentran a día de hoy las terapias alternativas desarrolladas y como se pueden mejorar para que con ello aumente la calidad de vida de los pacientes. Para ello vamos a intentar obtener datos utilizando diferentes fuentes.

La metodología utilizada para hacer este trabajo es en primer lugar y como base del mismo, la búsqueda exhaustiva de la fundamentación teórica. Esta se ha llevado a cabo en libros de diversos autores, así como en artículos y páginas de organismos especializados (IMSERSO, CRE Alzheimer, Consejería de Derechos y servicios Sociales del Principado de Asturias…).

4 Resultados

En medicina, tratamiento o terapia (del griego θεραπεία/therapeia = tratamiento médico) es el conjunto de medios de cualquier clase (higiénicos, farmacológicos, quirúrgicos o físicos) cuya finalidad es la curación o el alivio (paliación) de las enfermedades o síntomas. Es un tipo de juicio clínico. Son sinónimos: terapia, terapéutico, cura, método curativo.

Las terapias alternativas o no farmacológicas se empiezan a utilizar por diferentes profesionales ante la falta de otras alternativas, ya que como ya hemos mencionado no existe una vacuna, una medicina que cure el Alzheimer.

El Doctor Javier Olazarán Rodríguez, neurólogo de la Fundación Maria Wolff en Madrid, las define como "Cualquier intervención no química, teóricamente sustentada, focalizada y no replicable, realizada sobre el paciente o el cuidador y potencialmente capaz de obtener un beneficio considerable".

Ante el aumento de la incidencia de la enfermedad tipo Alzheimer, se empiezan a utilizar este tipo de Terapias a partir de los años 80.

La Fundación María Wolff y el International Non Pharmacological Therapies Project han preparado para el Centro de Referencia Estatal (CRE) de Atención a Personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias de Salamanca, un documento en el que vienen los aspectos básicos sobre las Terapias no farmacológicas. En él se publica un listado de ellas, diferenciándolas por sus destinatarios son los pacientes, los cuidadores familiares o los cuidadores profesionales. Dentro de los que nos afectan a nuestra investigación, que son las que van dirigidas a los enfermos de Alzheimer, estarían las siguientes:

- Estimulación cognitiva
- Entrenamiento cognitivo
- Rehabilitación cognitiva
- Entrenamiento AVD
- Reminiscencia
- Validación
- Musicoterapia
- Apoyo y psicoterapia
- I. conductuales
- I. sensoriales
- Ejercicio físico
- Estimulación eléctrica transcutánea
- Terapia de luz
- Relajación
- Masaje y tacto
- Acupuntura
- Terapia con animales
- Arteterapia
- Terapia recreativa

Todas estas Terapias, y algunas más que se están implantando a día de hoy y que no vienen recogidas en estas tablas, tienen como objetivo principal mejorar la calidad de vida de las personas afectadas por cualquier tipo de demencia y en especial por la enfermedad de Alzheimer, el aplicar una u otra dependerá de diferentes factores en la búsqueda de potenciar aquellos aspectos que aún conserva la persona a pesar de las numerosas pérdidas de capacidades que está sufriendo a causa de la enfermedad.

Quizá este sea uno de los puntos más importantes sobre los que trabajar en las Terapias alternativas con personas mayores o con Alzheimer: ¿Qué conservan estas personas? Ya que este sería el punto desde el cual basar nuestras intervenciones. Muchas veces partimos a la hora de actuar desde el negativismo de lo

perdido, de aquello que ya no conservan, de la dificultad de hacer cosas basándonos en modelos anteriores… el truco reside en cambiar el ángulo de visión y partir de las potencialidades, de aquello desde lo que podemos trabajar para hacer florecer sensaciones.

Haciendo una lectura buscando diferentes artículos de investigación y/o experiencias de diferentes colectivos y asociaciones, agrupaciones médicas…nos encontramos con que hay varios puntos fuertes en los que basar las terapias no farmacológicas, algunas expresiones de esta realidad pueden ser las siguientes:

- La afectividad, entendida como el "Conjunto de sentimientos, emociones y pasiones de una persona" según la RAE, es conservada por los pacientes de Alzheimer hasta sus últimos días. Esto la afirma la Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer de la Rioja después de llevar a cabo diferentes Terapias entres sus socios.
- La investigadora Edmaria Guzman-Velez en la revista Cognitive and Behavioral Neurology, afirma que "los pacientes pueden sentir las emociones, aunque por la enfermedad no recuerdan el motivo que las causó".
- Según el libro Alzheimer y otras demencias, "la capacidad de comunicarse no se pierde, se pierde la capacidad de comunicarse mediante la palabra, por lo que debemos acudir a la "no palabra": sonreír, cogerle la mano, el brazo… hacer que la persona se siente más segura y querida. Hacer que el enfermo se sienta importante para nosotros se puede conseguir con una simple mirada o una caricia. Los enfermos comprenden el lenguaje no verbal hasta el último momento, así como las manifestaciones emocionales".

Es desde aquí desde donde seguimos con nuestra investigación, la importancia que tiene trabajar con las emociones de las personas, con sus sentimientos, los recuerdos causantes de estas emociones, con esa afectividad que mantienen conservada y que debe de ser el punto de partida de las Terapias para conseguir con ellas el éxito esperado.

Al buscar información sobre diferentes terapias y actividades realizadas con estas personas, encontramos muchas recomendaciones que nos indican cómo actuar ante su desarrollo. En todas se pone de manifiesto la importancia conocer a la persona para poder respetar sus deseos y gustos, así como la importancia del trabajo en equipo. Algunas referencias sobre este tema las encontramos en:

• "Es más recomendable comenzar a investigar dentro de las habilidades, destrezas y motivaciones que el paciente tenía antes de la enfermedad que enseñarle capacidades nuevas…" (Slachevsky, A. (2009). Alzheimer y otras demen-

cias. Tafalla, Nafarroa: Txalaparta).
• "La intervención social con personas mayores representa un campo de intervención de marcado corte interdisciplinar, en el que el trabajo en equipo adquiere una importancia clave. Esto implica que los servicios dirigidos a personas mayores han de ser considerados desde una perspectiva pluridimensional y unitaria…" (Martín García, M. (2003). Trabajo social en gerontología. Madrid: Editorial Síntesis).
• "La realización de actividades puntuales (muchas veces sin ninguna o escasa planificación) es mucho más directa, más reconocible y menos tediosa que plantearse la transformación social de la realidad de las personas mayores, incluso los propios mayores mostraran su gran satisfacción por sentirse "protagonistas" de ella." (Martín García, M. (2003). Trabajo social en gerontología. Madrid: Editorial Síntesis).
• "La primera y fundamental meta es la fomentar y reforzar el progreso de aquellas aficiones que la persona ha mantenido durante toda su vida." (Sarrate Capdevila, M. (2006). Atención a las personas mayores. Madrid: Universitas).

5 Discusión-Conclusión

Es destacable en nuestros días, el grado de envejecimiento que tenemos en nuestra sociedad, y esto acarrea un aumento de las demencias asociadas, especialmente la enfermedad tipo Alzheimer, por lo que debería ser una obligación priorizar los cuidados y atenciones para este colectivo.

Teniendo en cuenta que las emociones de las últimas sensaciones que pierden estos pacientes, habría que ahondar en el uso de este tipo de terapias que actúan sobre ellas, invertir en investigaciones que os habran distintas opciones y posibilidades a la hora de trabajar con estos grupos. Sería recomendable una apuesta por este tipo de Terapias Alternativas que se están desarrollando con estos colectivos.

6 Bibliografía

- Guía de buenas prácticas en Residencias de personas mayores en situación de dependencia. (2009). 1st ed. Oviedo: Consejería de Bienestar Social y Vivienda.
- Hidalgo Lavié, A. (2010). Trabajo social con enfermos de Alzheimer y sus familias. Reflexiones y sugerencias. La Coruña. UNED editorial.

- Khosravi Mitra. (1995). Convivir con un enfermo de Alzheimer: Guía de ayuda para familiares y cuidadores. España. Temas de hoy, colección fin de siglo.
- Barredo, Pablo A. (2013). Diario de un cuidador. Barcelona. Plataforma de editoriales.
- Alzheimer's Association. (2007). Información básica sobre la enfermedad de Alzheimer. ¿Qué es y qué puede hacer usted?. Metlife Foundation.
- Lago Castro, P. (2002). De los pies a la cabeza pasando por el corazón: Música y Alzheimer. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Alberich, T., Barranco Carrillo, A., Funes Jiménez, E., Espadas Alcázar, M. and Melón González, O. (2008). Intervención social y sanitaria con mayores. Madrid: Dykinson.
- Hidalgo Lavié, A. (2011). Los enfermos de Alzhéimer. Oleiros, La Coruña: Netbiblo.
- Mace, N. and Rabins, P. (2010). El día de 36 horas. Barcelona: Paidós.
- Martín García, M. (2003). Trabajo social en gerontología. Madrid: Editorial Síntesis.
- Pérez Serrano, G. (2006). Intervención y desarrollo integral en personas mayores. Madrid: Editorial Universitas.
- Sarrate Capdevila, M. (2006). Atención a las personas mayores. Madrid: Universitas.
- Slachevsky, A. (2009). Alzheimer y otras demencias. Tafalla, Nafarroa: Txalaparta.
- Gobierno del principado de Asturias - Pagina de Inicio. (2016). Asturias.es. Recuperado el 9 de Abril de 2016 , de http://www.asturias.es
- Imserso, I. (2016). CRE Alzheimer. Centro de Referencia Estatal de Atención a Personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias de Salamanca :: Inicio. Crealzheimer.es. Recuperado el 9 de Abril de 2016, de http://crealzheimer.es
- Imserso, I. (2016). Imserso. Instituto de Mayores y Servicios Sociales : Inicio. Imserso.es. Recuperado el 9 de Abril de 2016, de http://imserso.es
- Instituto Nacional de Estadistica. (Spanish Statistical Office). (2016). Ine.es. Recuperado el 15 de Abril de 2016, de http://ine.es
- Martínez, T. (2016). The Person Centered approach in Gerontology: New validity evidence of the Staff Assessment Person-directed Care Questionnaire. International Journal Of Clinical And Health Psychology, 16(2), 175-185. http://dx.doi.org/10.1016/j.ijchp.2015.12.001
- Matia Fundazioa - Avanzamos por un bienestar mayor. (2016). Matiafundazioa.net. Recuperado el 15 de Abril de 2016, de http://www.matiafundazioa.net/es/home

- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad - Portal Estadístico del SNS - Sistema de Información Sanitaria: Portal Estadístico del SNS - Estadisticas y Estudios - Normalización y Codificaciones. (2016). Msssi.gob.es. Recuperado el 19 de Abril de 2016, de http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/clasifEnferm/home.htm
- Pilares, F. (2016). Fundación Pilares para la autonomía personal. Fundacionpilares.org. Recuperado el 30 de marzo de 2016, de http://www.fundacionpilares.org/
- Tratamiento (medicina). (2016). Es.wikipedia.org. Recuperado el 17 de Abril de 2016, de https://es.wikipedia.org/wiki/Tratamiento_(medicina)
- Wolff, F. (2016). Fundación Maria Wolff. Mariawolff.org. Recuperado el 129 de Abril de 2016, de http://www.mariawolff.org/

Capítulo 1314

COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE EN CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA PARA AUXILIARES ADMINISTRATIVOS Y CELADORES.

MARTA MARIA BESADA FERNÁNDEZ

1 Introducción

La comunicación se define como el intercambio de información entre dos o más personas y el lenguaje es el medio que utilizamos para ello.
La palabra comunicación proviene del latín "comunis" que significa común y puede ser verbal (oral o escrita) y no verbal (contacto visual, movimientos de brazos o manos, postural, gestos faciales…)

2 Objetivos

- Mejorar la comunicación del Celador y el Auxiliar Administrativo con el paciente y sus familiares presencialmente en el Centro de Salud.
- Mejorar la atención telefónica del celador y el Auxiliar Administrativo con el paciente.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo he hecho una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado búsqueda en manuales so-

bre comunicación y se han consultado artículos en bases de datos: Dialnet, Medline, Scielo, google académico.

4 Resultados

Cuando una persona se acerca a un centro de Salud, normalmente los primeros trabajadores con los que se encuentra son el Auxiliar Administrativo o el Celador. Ellos son los encargados de facilitarle información de todo lo relacionado con las consultas, la ubicación de las dependencias del centro, el funcionamiento, horarios, el equipo humano del que dispone el Centro y cualquier otro aspecto que desconozca.

El trato que en ese momento perciba el paciente es fundamental ya que es lo primero con lo que se encuentra cuando llega al centro de Atención Primaria, si bien es cierto, que en ocasiones esa primera impresión también dependerá de sus características personales.

En este primer momento a la hora de comunicarnos con el paciente hay que potenciar cualidades como la paciencia, amabilidad, facilidad de palabra y comprensión.

Al ser un trato directo, hay que hacerlo de una manera humana y delicada ya que en muchas ocasiones se trata de personas que están sufriendo por una enfermedad. Algunas veces, el paciente también acude acompañado de familiares. Ellos también llegan preocupados por el estado de salud del enfermo o por saber en qué momento se le va a prestar la atención sanitaria que requiere.

Esto puede traer consigo que la susceptibilidad del paciente o la familia sea mayor y haya que adecuarse a esa situación con amabilidad y corrección.

En esos momentos la escucha activa es muy importante. Son muchas las definiciones propuestas para la habilidad de la escucha activa, pero todas convergen en que se trata de la habilidad de «escuchar bien». Significa estar disponible y atento a los que nos transmite el paciente sin pensar en otra cosa o deseando que acabe la conversación para seguir con otras labores. Con la escucha activa conseguimos empatizar con el usuario y comprenderlo. Para ello es importante emplear un tono de voz suave, mantener el contacto ocular y una postura corporal receptiva.

Otro aspecto importante a tener en cuenta en el trato con el paciente es la individualidad del mismo. No hay dos personas iguales. Tampoco podemos predecir cómo reaccionaría una persona pensando en nosotros mismos.

No podemos predecir las reacciones de una persona pensando en lo que haríamos nosotros en esa misma situación. Todo individuo debe ser tratado de acuerdo con

su personalidad y comprendiendo siempre (en la medida de lo posible) a quién se está atendiendo.

Hay 3 características fundamentales a seguir en la comunicación:
- Calidez: transmitiendo seguridad y comodidad al enfermo.
- Empatía: capacidad de ponernos en el lugar de la otra persona y entender sus sentimientos observando al paciente e imaginando lo que pueda sentir en un momento dado.
- Congruencia: se materializa en la comprensión, racionalidad y aceptación de los problemas tal y como nos los presenta el paciente; sin malinterpretar los conceptos y unificando criterios a la hora de actuar.

A parte de la comunicación presencial con el paciente no debemos olvidarnos de la comunicación telefónica en Atención Primaria ya que muchas citas se facilitan al paciente por teléfono. Este sistema permite acceder a un servicio determinado de una forma rápida y sencilla, independientemente de la distancia que le separe del Centro de Salud.

La imagen que demos por teléfono debe ser profesional, eficaz y con un alto trato de calidad. Algunos aspectos que influyen son:

• La voz: Es lo primero que percibe la persona con la que hablamos. Debe transmitir confianza, interés y amabilidad. Al principio es conveniente adoptar un tono acogedor y seguro. En el caso de que tengamos que realizar objeciones el tono será bajo, sincero y convincente y ante reclamaciones tiene que ser reconciliador y tranquilizante. La velocidad también hay que adaptarla a las circunstancias de la conversación y del paciente en función de la edad, nivel cultural…

• El lenguaje: Ha de ser fresco y actual, pero sin caer en la vulgaridad. Se deben evitar expresiones negativas, agresivas o frases de relleno y es recomendable utilizar preferentemente el tiempo presente, un estilo positivo y palabras del lenguaje común.

• Sonrisa: Es necesario aprender a sonreír por teléfono ya que favorece la empatía con el paciente. El interlocutor puede llegar a percibir también la sonrisa telefónica.

• Silencio: Permite humanizar la conversación telefónica. Un uso bien adecuado del silencio hace sentir al enfermo que estamos más cerca y nos permite obtener mayor información de él.

5 Discusión-Conclusión

Dado que normalmente los Auxiliares Administrativos y los Celadores son los primeros profesionales que reciben al paciente cuando acude al Centro de Salud, juega un papel fundamental en ese primer contacto, la información que recibe el enfermo teniendo en cuenta el estado físico o anímico por el que pueda estar pasando. De esta manera tenemos que intentar reducir todo ese miedo e inseguridad e infundir un espíritu calmado y tranquilizador.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.
• Habilidades de comunicación interpersonal en las Unidades de Atención al Usuario del S.A.S.
• Técnicas de comunicación creativas en el aula: escucha activa, el arte de la pregunta, la gestión de los silencios Ángel Hernando Gómez, Ignacio Aguaded Gómez, Amor Pérez Rodríguez
• Habilidades de información y comunicación en la atención al usuario. León Rubio, J.M; Medina Anzano, J.S.
• Atención al usuario de la Administración Pública. Talavera Pleguezuelos, Clemente.

Capítulo 1315

GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL EN ATENCIÓN PRIMARIA: PERSONAL NO SANITARIO

MARTA FERNÁNDEZ LOBO

1 Introducción

Podemos definir la satisfacción profesional como el grado de bienestar que experimentan los individuos con motivo de su trabajo. Para poder hablar de calidad de vida profesional, necesitamos lograr un equilibrio en tres esferas , la profesional, la personal y la familiar. En los servicios de salud, al igual que en toda organización, las personas son su principal activo. La calidad de los servicios sanitarios está directamente relacionada con el grado de satisfacción de los profesionales que integran los mismos.

2 Objetivos

Conocer el nivel de satisfacción profesional de los trabajadores no sanitarios en Atención Primaria, y los factores que están asociados al diseño y mejora de estrategias en este campo.

3 Metodología

Revisiones bibliográficas de literatura a través de estudios relativos al clima laboral en el Sistema Nacional de Salud, y en especial en la atención primaria. Se

realizaron búsquedas en diversas bases de datos, tales como Pubmed y Dialnet; además del apoyo del buscador Google Académico.

4 Resultados

En la actualidad, disponemos de multitud de instrumentos para medir la satisfacción en el trabajo. En el ámbito sanitario, existen actuaciones en política sanitaria, en las que se reconoce y se valora la importancia estratégica de mejorar la satisfacción de los profesionales de la salud, y por ende su calidad de vida profesional.

Se han observado estudios de varios centros siguiendo el modelo EFQM (marco de gestión, reconocido a nivel mundial, que aborda la transformación desde el punto de vista de la gestión, para alcanzar el éxito y mejorar el rendimiento de de la organización) de evaluación de calidad. Se observaron los factores asociados para el diseño de las estrategias de mejora más adecuadas.

Como origen para la base de partida : la satisfacción laboral de los trabajadores del sistema de salud es igual a la calidad en la prestación de los servicios. Los cambios positivos en las formas de gestión tienen una gran repercusión en la satisfacción de los profesionales. Como variables para los estudios se incluyeron factores como la edad, el género, el grupo profesional, los horarios y la situación laboral y la zona de trabajo (urbana o rural).

Muchos autores afirman que es imposible satisfacer las expectativas de un cliente externo sin haber satisfecho previamente las del cliente interno.

Originariamente, la atención primaria en España era una asistencia ambulatoria: trabajo individual, poca dedicación horaria, masificación, insatisfacción de los usuarios y de los profesionales, asistencia de baja calidad y elevadas derivaciones. A raíz de la Ley General de Sanidad (1986) comienza a hacerse más hincapié a la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, al trabajo en equipo, mayor flexibilidad, mayor dedicación horaria y, en teoría, menor masificación y mayor satisfacción de los usuarios y profesionales. A pesar de estos cambios, siguen estando presentes las tareas burocráticas, la escasez de tiempo, los problemas psicosociales, etc, conllevando que las expectativas de los profesionales no se vean satisfechas.

Algo curioso a tener en cuenta, es que no se encontró correlación entre la edad y la motivación intrínseca, ya que solemos pensar erróneamente que el personal más joven suele estar más motivado.

Las cargas de trabajo en función de la categoría profesional, se perciben más elevadas en los médicos y en el personal no sanitario. El tercer lugar lo ocuparían los profesionales de la enfermería. Esto se debe a que la presión asistencial más baja en enfermería respecto a los médicos, y a que las cargas de trabajo de los administrativos han aumentado mucho en los últimos años, asumiendo tareas nuevas (agenda informatizada, cita informatizada de especialistas, tarjeta sanitaria, estadísticas).

Existen estudios que demuestran que la calidad de vida profesional afecta negativamente cuando aumenta la presión asistencial incluso aún compensándola con incentivos económicos. La sobrecarga de trabajo se ha identificado como una causa común de insatisfacción entre los profesionales.

La motivación sigue siendo uno de los elementos que más han preocupado a las organizaciones de servicios públicos. La insatisfacción provendría de aspectos como el salario, los horarios o las comodidades para poder desempeñar el trabajo.

Se concluyó que la percepción de la calidad de vida en el trabajo de los trabajadores de atención primaria es moderada-baja., siendo peor dentro de los profesionales sanitarios (médicos) y el personal no sanitario que en las enfermeras. La motivación intrínseca es moderadamente alta, sobre todo en las mujeres, y esta no se relaciona ni con la edad, ni la categoría profesional ni con el entorno de trabajo (urbano o rural).

El peor resultado en la calidad de vida profesional se relacionó con una percepción baja del apoyo de los directivos (coordinadores médicos, jefes de administración) y en un aumento de cargas de trabajo. Se encontraron peores resultados de calidad de vida en el trabajo en los varones y en el entorno rural.

5 Discusión-Conclusión

Habría que considerar prioritario valorar la disminución de cargas de trabajo en médicos y personal no sanitario, adoptando medidas organizativas y de aumento de recursos.

Después de conocer los puntos que hay que mejorar, los nuevos estudios y análisis deberán aportar herramientas para lograrlo.

6 Bibliografía

- S. García Sánchez, J. González Ares Factores de motivación de los profesionales de la salud en atención primaria FMC, 2 (1995), p. 1.
- J. Menárguez Puche, P. Saturno Hernández, A. López Santiago Validación de un cuestionario para la medición del clima organizacional en centros de salud Aten Primaria, 23 (1999), pp. 192-197.
- M. Alonso Fernández, A.I. Iglesias Carbajo, A. Franco Vidal Percepción de la calidad de vida profesional en un área sanitaria de Asturias Aten Primaria, 30 (2002), pp. 483-489.

Capítulo 1316

ACTUACIÓN DEL CELADOR EN EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

JOSE IGNACIO GARCIA MARTÍN

1 Introducción

La atención primaria es el primer contacto que el individuo va a tener con la sanidad ya sea a través del centro de salud, consultorio auxiliar o local. En ella se trabaja en equipo multidisciplinar formado por: personal médico, personal de enfermería, trabajador social, auxiliares de enfermería, personal administrativo y celadores.
En el caso de los centros de salud, aquí se desarrollan las actividades sanitarias encaminadas a la promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud, tanto individual como colectiva. Puesto que no hay internamiento de los pacientes, la labor del celador de atención primaria es muy similar a las funciones que cumplen los celadores que trabajan en las puertas de un hospital.

2 Objetivos

Conocer las funciones diferenciadas del celador en este servicio.

3 Metodología

Búsqueda bibliográfica en un estudio analítico descriptivo.

4 Resultados

Por norma general, los celadores están capacitados para desarrollar sus funciones independientemente del lugar de trabajo en el que se encuentren. No obstante, podemos detallar cuáles son las funciones más habituales del celador en atención primaria:

- Vigilancia y seguridad: El celador tiene que velar porque todas las dependencias e instalaciones del centro de salud se encuentren en perfecto orden y limpieza. Además, procurará que los pacientes y familiares que visitan el centro de salud mantengan el orden y procuren estar en silencio.
- Información y atención al usuario: Muchas veces, estos profesionales tienen que proporcionar información a los pacientes sobre el lugar en el que se encuentran, sobre el día y hora de las consultas, sobre el papeleo, etc. Pero nunca darán información sobre salud ni tratamientos. Son dudas sencillas, pero que, en cualquier momento, el celador debe mostrarse colaborativo y con vocación de ayudar a resolverlas.

En la actualidad es el encargado de dar cita al enfermo, proporcionándole día y hora de la consulta u otro tipo de ayuda que necesite, aunque al informatizar todos los centros de salud hay veces que también realizan esta función el personal administrativo.

- Traslado y movilización de pacientes: Cuando al centro de atención primaria llegan pacientes con movilidad reducida o que no pueden valerse por sí mismos, el celador debe encargarse del traslado de estos pacientes hacia las consultas u otros lugares necesarios.
- Reposición de materiales: El celador también es el responsable de reponer el material que falte en las consultas y, en general, en las dependencias del centro de salud.

También el manejo de las máquinas reproductoras, como son las fotocopiadoras, y otras máquinas auxiliares son tareas que competen al celador.

En ocasiones, el celador también debe realizar recados oficiales dentro y fuera de los centros de trabajo.

- Reparto de la documentación: Dentro del centro de salud, el celador se encarga de trasladar los documentos necesarios, así como las historias clínicas de los pacientes cuando sean requeridos para ello. La correspondencia también es otra de las responsabilidades del celador. Debe entregar, recoger y distribuirla cuando sea oportuno.

5 Discusión-Conclusión

Los celadores tienen gran importancia dentro del sistema de funcionamiento de los lugares de salud. Sus funciones son muy variadas y en muchas ocasiones, incluso, realizan tareas no destinadas principalmente a ellos.
Las funciones del celador en este tipo de servicio se asemejan a las que lleva a cabo un auxiliar administrativo y es similar a las funciones del celador en puertas de un hospital.

6 Bibliografía

- ORDEN de 5 de julio de 1971. Estatuto de Personal no Sanitario al Servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social. https://www.boe.es/boe/dias/1971/07/22/pdfs/A12015-12024.pdf
- Centro de estudios ADAMS. "Celadores. Insalud". Edic. Valbuena, Madrid 1997. http://datos.bne.es/edicion/bimo0000631303.html
- Talavera Pleguezuelo, La atención al usuario de la Administración pública, pg. 82-122. https://www.cemci.org/publicaciones/publicacion-248.
- El celador en servicios especiales y centros de salud. Formación Continuada Logoss. https://www.logoss.net/cursos-distancia-y-line-para-personal-no-sanitario/celadores-y-celadores-conductores/servicios-0.

Capítulo 1317

IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN ENTRE EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y EL PACIENTE

JESSICA VEGA SUÁREZ

1 Introducción

En los últimos años la importancia de la comunicación con el paciente ha presentado una importante evolución, el perfil de los usuarios ha cambiado y se ha vuelto mucho más exigente, demandando más información y esperando que su relación con el personal del ámbito sanitario se adecue a sus derechos. Las nuevas tecnologías junto con la falta de tiempo, derivada de la creciente presión asistencial, dificultan que esto se realice de forma eficiente. Por todo esto es importante que los profesionales se adapten a estos cambios y tengan presentes las distintas estrategias de comunicación con los usuarios del Sistema de Salud.

Antes de pasar al estudio de las pautas que se deben seguir en la comunicación con los pacientes es importante tener presentes una serie de conceptos, como por ejemplo, tener clara la diferencia entre comunicación e información. La Real Academia define el término "comunicación" como una manifestación de ideas, sentimientos y conocimientos que se lleva a cabo mediante un proceso de transmisión de información. Por su lado, la información es la esencia de la comunicación, es decir, es el contenido del mensaje que se transmite.

Cuando un paciente acude a un centro de salud tiene su primer contacto con el auxiliar administrativo o el celador en su caso. Ambos deben ser capaces de

comunicarse con los usuarios de una forma clara, completa, precisa, necesaria y homogénea. A continuación veremos una serie de indicaciones de cómo conseguirlo y qué errores se deben evitar.

2 Objetivos

Objetivo principal:
-Estudiar los contenidos indispensables en la comunicación con el paciente de modo que se mejore la capacidad de relación con los mismos.

Objetivos secundarios:
-Sugerir pautas comunicativas para lograr una comunicación efectiva entre el personal sanitario y no sanitario, y los usuarios del Sistema de Salud.
-Identificar y describir los posibles errores que pueden darse en la comunicación con los pacientes.
-Hacer hincapié en la importante evolución de la comunicación con los pacientes y la gran necesidad de una formación de los profesionales en este ámbito, consiguiendo así una atención de calidad.

3 Metodología

Para el desarrollo de este capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica en bases de datos como Dialnet, Scielo y Medline, en revistas científicas u artículos académicos y en distintos buscadores como Google.
Los criterios de inclusión empleados han sido: documentos en español y publicados durante los últimos diez años. Se han seleccionado los artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.
Las palabras clave utilizadas son: comunicación, auxiliar administrativo, ámbito sanitario y paciente.

4 Resultados

En la actualidad, se puede comprobar cómo todos los elementos están interrelacionados entre sí en el proceso de comunicación, de forma que todos los sujetos que participan son a su vez emisores y receptores, y que los mensajes son elementos compartidos. Para que una comunicación sea eficaz un requisito indispensable es la credibilidad del emisor, en nuestro caso, la credibilidad de los auxiliares administrativos y el resto del personal sanitario.

Para que la comunicación entre el emisor y el receptor se realice correctamente es imprescindible que ambos conozcan y compartan el mismo código, así como su significado. Una de las barreras que dificulta la comunicación es el lenguaje, si el auxiliar administrativo emplea un lenguaje que el paciente desconoce, esté no podrá interpretarlo y recibir con claridad el mensaje que se pretende transmitir. Para que pueda darse una comunicación óptima es necesario conocer los distintos niveles lingüísticos, adecuare a la situación y lograr que el usuario comprenda con claridad la información. Podemos distinguir tres niveles: nivel coloquial o familiar (nivel informal que se emplea fundamentalmente en las conversaciones cotidianas), nivel estándar (formal no especializado que se emplea en la mayoría de las situaciones) y nivel especializado (registros formales específicos de determinadas áreas como por ejemplo jurídico-administrativo). El auxiliar administrativo deberá emplear por tanto un lenguaje coloquial, empleando frases claras y precisas.

Otro error que se debe evitar en el proceso de comunicación es omitir información y mostrar desinterés con el objetivo de lograr un ahorro de tiempo. Tampoco se deben emitir en ningún caso juicios de valor, opiniones o comentarios improcedentes e innecesarios. Se debe evitar cualquier tipo de distracción, demostrando al paciente que se le va a escuchar de forma activa, asertiva y proactiva.

Las actitudes que deben emplear los auxiliares administrativos y el resto del personal sanitario para lograr una satisfacción por parte del paciente son:
-Empatía. Es uno de los elementos fundamentales en la comunicación con el usuario, es muy importante que estos se sientan escuchados y comprendidos.
- Rigor, seriedad, precisión y capacidad de respuesta en el trabajo. Todo esto favorecerá la confianza y percepción de un trato correcto por parte del paciente.
- Los auxiliares administrativos deberán mostrarse atentos, considerados, amables y respetuosos. Deben reflejar una implicación con los problemas del paciente y mostrarse dispuestos a ayudarle, informarle, aclararle dudas y explicarle todos sus derechos.
- Es imprescindible un buen lenguaje corporal, se deben evitar ciertas actitudes como estar con los brazos cruzados, suspirar o realizar movimientos bruscos, todo esto dará una mala imagen del auxiliar administrativo.
-Accesibilidad y disponibilidad. Los pacientes valoran positivamente la facilidad de contacto para poder plantear sus necesidades.

5 Discusión-Conclusión

Con las actitudes, aptitudes y conductas descritas (capacidad de respuesta, actitud positiva, escucha activa, respuestas claras, sencillas y completas, empatía, respeto, ayuda, amabilidad, cortesía, accesibilidad, disponibilidad, etc.), y evitando cometer errores en la comunicación (apatía, frialdad, condescendencia, rigidez, etc.), los auxiliares administrativos pueden lograr una adecuada atención al usuario. A la hora de comunicar la información no se deben olvidar los principios de confidencialidad, conservación e integridad, especialmente se deben tener muy presentes los principios de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

Con todo esto se logrará una mejor imagen de la Administración, se mejorará la capacidad de relación con los pacientes, así como se logrará que cómo profesionales abordemos nuestro día a día con una actitud más positiva y abierta. De la misma forma evitaremos los problemas que conlleva una mala comunicación (conflictos con los pacientes, pérdidas de tiempo, conflictos personales o frustración como trabajadores, etc.).

Para finalizar este capítulo, se quiere resaltar una vez más la importancia que tiene en la actualidad que el personal sanitario y no sanitario adquieran las diferentes estrategias de comunicación, logrando así que los pacientes valoren satisfactoriamente el trato que han recibido.

6 Bibliografía

-https://revistamedica.com/lenguaje-correctopaciente-auxiliar-administrativo-celador-personal-sanitario/.
-https://revistamedica.com/comunicacion-paciente-ambito-sanitario/.
-https://www.msdsalud.es/informacion-practica/comunicacion-pacienteprofesionales-sanitarios.html.
-http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-08392020000100074&lang=es
-http://www.comsegovia.com/pdf/cursos/2018/Modulo%201-%20La%20comunicacion.pdf

Capítulo 1318

OMI ATENCIÓN PRIMARIA. GESTIÓN DE AGENDAS

SONIA ALVAREZ TURRADO

1 Introducción

Las agendas de atención primaria son gestionadas por el personal administrativo, del propio centro, siguiendo las instrucciones del coordinador médico y del coordinador de enfermería. Estas modificaciones se realizan en el programa informático de Atención primaria "OMI AP".

2 Objetivos

Mejorar la accesibilidad al usuario y los profesionales sanitarios, a la hora de ofertar y demandar citas, para la asistencia sanitaria, en las diferentes agendas médicos, enfermería, extracciones, trabajadora social…

3 Caso clínico

Siguiendo las órdenes del coordinador de enfermería, procedemos a cerrar la agenda de una enfermera, por un permiso de libre disposición, los días 17 y 18 de febrero del 2020. Realizaremos los siguientes pasos:
1. En la ficha "especial" seleccionamos "Anular dietario".
2. Anulación dietario:
– Médico: seleccionar. Ir a la pestaña de enfermera, seleccionar profesional correspondiente.

– Fecha inicial: 17/02/2020
– Fecha final:18/02/2020
– Hora inicial: 08:00
– Hora final: 15:00
– Causa: otras causas
– Días: lunes y martes
– Anular.

Con estos pasos ya está anulada la agenda y desaparecen los días especificados.

Para no crear confusiones, en el dietario vamos a bloquear esos días. Así nos damos cuenta de que el profesional no está. No se le podrá citar ningún paciente. Procedemos de la siguiente forma:

3. Volvemos a la ficha "especial" y en este caso seleccionamos "Generar agenda" "individual":
– Seleccionamos el profesional y la fecha
– Quitamos el stick de generación según matriz
– Acto: agenda completa
– Situación: especial (color rojo, de bloqueo)
– Hora inicial: 08:00
– Hora final: 15:00
– Intervalo: 30 minutos
– Días: lunes y martes
– Generar

4 Discusión-Conclusión

Estamos en la era digital y como no podía ser otra manera, la sanidad también forma parte de ella, introduciendo variados programas informáticos, como es el "OMI AP", básico en atención primaria y que todos los profesionales debemos dominar a la perfección.

Opino que la administración debería impartir mas cursos a los profesionales, sobre todo a los que comienzan a trabajar.

5 Bibliografía

- Apuntes propios

- https://scholar.google.es/schhp?hl=es
- https://library.fiu.edu/CINAHL/cinahlspanish

Capítulo 1319

ASPECTOS LABORALES NEGATIVOS A LOS QUE SE EXPONE EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO QUE TRABAJA EN UN CENTRO SANITARIO

MIGUEL ANGEL ALVAREZ SAN JUAN

MARIO GARCÍA TRAPIELLO

ANGELICA GARCIA CORDERO

SONIA GONZÁLEZ IGLESIAS

1 Introducción

El ámbito de la salud es cambiante y dinámico, especialmente en los últimos años, periodo en el que se han introducido constantes innovaciones tecnológicas, de gestión y administrativas. Asimismo, la realidad social actual, tanto a nivel social como demográfico, supone nuevos retos para los profesionales sanitarios y no sanitarios que trabajan en este ámbito. Todas estas circunstancias generan que las tareas a realizar conlleven una mayor dificultad, con menos recursos humanos, horarios laborales complejos que anulan al conciliación laboral y familiar y puestos inestables. Todos estos factores dan lugar a que el trabajador note mermada su salud física y mental (Acevedo, Sánchez, Farías y Fernández, 2013).

Por lo anteriormente mencionado, toman relevancia los denominados riesgos psicosociales, que son aquellos factores asociados a las condiciones laborales que

pueden afectar al trabajador negativamente (Gil-Monte, 2012).

Los riesgos psicosociales se caracterizan por mermar la calidad de vida del profesional, tanto a nivel laboral como familiar, perjudicando su salud y bienestar de manera generalizada. La asunción de estos riesgos, y cómo el trabajador los maneje, dependerá de múltiples factores. Entre otros, la capacidad de gestión emocional de la persona, su personalidad, sus estrategias de afrontamiento, su experiencia laboral o su edad, serán clave. Por otro lado, la respuesta del entorno laboral también podrá ser decisiva a este respecto (Garrido-Pinzân, Uribe-Rodríguez y Blanch, 2011).

Unos de los colectivos más afectados por los citados riesgos en entornos sanitarios, son los auxiliares administrativos, cuyas tareas dentro del sistema nacional de salud propician su aparición. Los estudios de los últimos años avalan que un gran porcentaje de estos profesionales padecen problemáticas diversas que derivan de factores laborales. Estas se cronifican en el tiempo y desencadenan complicaciones asociadas (Leyton-Pavez, Valdés-Rubilar, y Huerta-Riveros, 2017).

2 Objetivos

El objetivo principal de este trabajo es identificar a qué riesgos psicosociales está expuesto el personal auxiliar administrativo que trabaja en un centro sanitario, así como el impacto que los mismos pueden tener sobre su salud y sobre el propio entorno laboral.

3 Metodología

Para responder a este objetivo, se ha llevado a cabo una revisión teórica a través de la base de datos Web of Science, Scielo y PubMed, con restricción de fecha 2005-2019 y combinando los siguientes descriptores: auxiliar administrativo, riesgos psicosociales, ansiedad, estrés, consecuencias, sanidad, hospital. A través de estos tópicos, se encontraron 25 documentos, que se discriminaron de la siguiente manera: se tuvieron en cuenta para su análisis solo los trabajos tipo paper; se descartaron aquellos documentos que no se relacionaban con el tema de interés.

De este modo, se eliminaron 10 salidas de la web. En primera instancia se seleccionaron, por lo tanto, 15 artículos que recogían los criterios de inclusión de la

investigación (de los que, una vez estudiado el texto completo, se debieron eliminar 4 por no corresponderse con los tópicos buscados). Por todo esto, el total de documentos analizados fue de 11.

4 Resultados

Tras analizar los artículos seleccionados, se encuentra que los riesgos psicosociales a los que está sometido el auxiliar administrativo que trabaja en un centro sanitario, son varios y pueden clasificarse en dos grupos:

A. Demandas a nivel psicológico.

Se encuentra que, a nivel psicológico, varios factores pueden funcionar como factores de riesgo, entre otros: tener una carga de trabajo mayor de la que podemos gestionar, ya sea por falta de recursos humanos o por falta de tiempo para llevar a cabo las tareas asignadas. Por otro lado, el hecho de que las funciones a realizar sean cognitivamente complejas y demandantes, también podrá afectar a la persona. En este sentido, tener que tomar decisiones importantes de forma constante, o tener que controlar muchos aspectos o áreas al mismo tiempo y sin los recursos necesarios para hacerlo, incidirán de forma muy negativa en el trabajador.

A nivel emocional, recibir de forma constante a pacientes con diversas patologías y enfermedades puede conllevar un proceso de empatía extrema y transferencia emocional que acabe mermando al trabajador. Del mismo modo, tener que mantener una actitud profesional y no poder expresar, en el lugar de trabajo, dichos sentimientos o emociones, agravará las consecuencias negativas.

En relación al entorno de trabajo y a las condiciones laborales, afectará especialmente una baja capacidad de autonomía y los horarios de trabajo. En este sentido, la nocturnidad o el trabajo a turnos se ha demostrado que son la base de numerosos trastornos de ansiedad y depresivos.

Las características de las tareas a realizar también han de ser tenidas en cuenta: un trabajo monótono, donde la persona no pueda desarrollarse, podrá incidir negativamente a corto y medio plazo en el trabajador. Asimismo, una falta de conciliación a causa de los horarios mantenidos, también debe ser contemplada como un riesgo claro.
Finalmente, otros factores tales como: poco apoyo percibido por parte de los com-

pañeros o por parte de los superiores, no sentirse parte del grupo de trabajo o sentirse rechazado o discriminado, pueden estar a la base de problemas futuros. Variables del trabajador también han de ser tenidas en cuenta, tales como una autoexigencia o perfeccionismo extremo.

B. Ausencia de equilibro entre el esfuerzo realizado y el refuerzo obtenido.

El auxiliar administrativo puede percibir que su esfuerzo laboral y compromiso con sus funciones y tareas no son recompensadas de una manera equitativa. En este sentido, el profesional puede tener la sensación de que se le falta el respeto y de que se le dispensa un trato injusto.

Por otro lado, la falta de reconocimiento y recompensa por un trabajo bien hecho, ya sea a nivel psicológico o económico, tienen su base en esta segunda clasificación.

Finalmente, también encontramos en esta categoría la sensación de inseguridad, ya sea por las características contractuales (temporalidad, inestabilidad) o por una ausencia de perspectiva futura en el puesto de trabajo desempeñado.

5 Discusión-Conclusión

Se concluye que la respuesta del entorno laboral será esencial en el abordaje de los riesgos expuestos, de cara a solucionar la situación percibida por el trabajador y que puede conllevar consecuencias negativas tanto para el profesional como para el contexto laboral que le rodea, a nivel general.

Unas buenas relaciones sociales en el entorno laboral, un elevado apoyo percibido y una adecuada coordinación interdisciplinar, pueden funcionar como factores de protección ante los riesgos expuestos previamente.

Finalmente, la incorporación de medidas preventivas en el entorno laboral se percibe necesario. Asimismo, una capacitación al trabajador en gestión emocional y de afrontamiento ante situaciones de ansiedad y estrés, también podría ser interesante en los entornos sanitarios.

6 Bibliografía

- Acevedo, G. E., Sánchez, J., Farías, M. A., & Fernández, A. R. (2013). Riesgos psicosociales en el equipo de salud de hospitales públicos de la Provincia de Córdoba, Argentina. Ciencia & trabajo, 15(48), 140-147.
- Garrido-Pinzân, J. O. H. A. N. N. A., Uribe-Rodríguez, A. F., & Blanch, J. M. (2011). Riesgos psicosociales desde la perspectiva de la calidad de vida laboral. Acta colombiana de psicología, 14(2), 27-34.
- Garrosa Hernández, E., & Carmona Cobo, I. (2011). Salud laboral y bienestar: Incorporación de modelos positivos a la comprensión y prevención de los riesgos psicosociales del trabajo. Medicina y Seguridad del trabajo, 57, 224-238.
- Gil-Monte, P. R. (2009). Algunas razones para considerar los riesgos psicosociales en el trabajo y sus consecuencias en la salud pública.
- Gil-Monte, P. R. (2012). Riesgos psicosociales en el trabajo y salud ocupacional. Revista peruana de Medicina Experimental y Salud pública, 29, 237-241.
- Joensuu, M., Väänänen, A., Koskinen, A., Kivimäki, M., Virtanen, M., & Vahtera, J. (2010). Psychosocial work environment and hospital admissions due to mental disorders: a 15-year prospective study of industrial employees. Journal of affective disorders, 124(1-2), 118-125.
- Leyton-Pavez, C. E., Valdés-Rubilar, S. A., & Huerta-Riveros, P. C. (2017). Metodología para la prevención e intervención de riesgos psicosociales en el trabajo del sector público de salud. Revista de Salud Pública, 19(1), 31-40.
Luceño Moreno, L., Martín García, J., Jaén Díaz, M., & Díaz Ramiro, E. M. (2005). Evaluación de factores psicosociales en el entorno laboral.
- Marín-Lluch, P., García-Domingo, C., Muñoz-Fernández, J. L., & Rabanaque-Mallent, G. (2006). Detección de riesgos psicosociales en profesionales sanitarios de un área de salud. Atención Primaria, 37(5), 302-303.
- Rivas, S. J. (2014). Factores psicosociales y salud: de vida laboral a factor de riesgo. Revista Española de Comunicación en Salud, 5(2), 134-148.
- Tsai, Y. C., & Liu, C. H. (2012). Factors and symptoms associated with work stress and health-promoting lifestyles among hospital staff: a pilot study in Taiwan. BMC health services research, 12(1), 199.

Capítulo 1320

EL MÉTODO KAIZEN EN EL PUESTO DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN CENTROS SANITARIOS.

MARTA MARTÍNEZ GALÁN

PATRICIA SUÁREZ RODRÍGUEZ

RAÚL GUTIÉRREZ PRADO

RAQUEL CASADO DEL RÍO

1 Introducción

El Kaizen es un movimiento que se originó en Japón como resultado de la necesidad del país de alcanzar el nivel del resto de naciones occidentales. Kaizen es lo opuesto a la conformidad y complacencia. Es un sistema de gestión que esta orientado a la mejora continua de procesos en busca de erradicar todas aquellas ineficiencias que conforman un sistema de producción, destaca por su sencillez y su clara visión práctica.

2 Objetivos

Implantar en el entorno del auxiliar administrativo sanitario el método Kaizen.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El elemento básico del método kaizen son las " cinco S" que introducen tanto el orden como la disciplina en el lugar de trabajo, contribuyendo tanto a la eliminación de derroches dentro del sistema de la empresa, como a mejorar las labores de mantenimiento de equipo y reducir los accidentes laborales, estas son:
1. Seiri: el primer paso es distinguir entre los elementos necesarios de aquellos que no lo son en un sistema productivo. Es decir, eliminar del espacio de trabajo lo que no nos sirve.
2. Seiton: hay que organizar de manera ordenada todos los elementos que nos han quedado tras el seiri, cuyo objetivo es reducir el tiempo de búsqueda y esfuerzo, manteniendo un espacio limpio y un entorno de trabajo agradable.
3. Seiso: la"S" más importante de todas ya que hace referencia a la necesidad d identificar el problema para ponerle remedio.
4. Seiketsu: La empresa debe tener a su alcance los recursos necesarios para formar un buen ambiente y competitividad necesaria en la plantilla, intentando tener las mejores herramientas de trabajo. Se trata de mantener el grado de orden y limpieza que ya hemos alcanzado en las en las fases anteriores a través de normas y rutinas.
5. Shitsuke: promover la idea del Kaizen y fomentar el compromiso con "las cinco S". estos cinco puntos han de ir acompañados del compromiso, conservar y mantener buenas costumbres.

Aplicando este método, el tiempo dedicado a operaciones de búsqueda, almacenamiento, comunicaciones y desplazamientos podrá reducirse significativamente mejorando la organización de los espacios de trabajo y optimizando nuestros recursos, logrando así una mayor producción y rendimiento.

5 Discusión-Conclusión

Básicamente, lo que propone el método Kaizen es la eliminación de todos aquellos grandes desperdicios que origina un sistema productivo y que se podrían enumerar en siete categorías diferentes: defectos, exceso de producción, transporte, esperas, inventarios, movimiento y procesos innecesarios. Si cada empleado del sistema sanitario hace uso de este método, cambiando algunos hábitos puede generarse una reducción de costes y accidentes sin demandar una gran inversión, generado también una metodología de trabajo en equipo con objetivos comunes, mediante procesos estandarizados.

6 Bibliografía

- https://es.m.wikipedia.org/wiki/kaizen
- https://www.gembaacademy.com/blog
- www.workmeter.com
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 1321

LAS MEDIDAS HIGIÉNICAS A ADOPTAR POR EL PINCHE DE COCINA EN EL ÁMBITO LABORAL

LORENA PALACIN CARRO

VANESA GARCÍA VALERO

BÁRBARA NIEMBRO INTRIAGO

AGUSTINA GONZÁLEZ FREIJOO

1 Introducción

La importancia de la alimentación en el ámbito hospitalario es una herramienta de mejora en el proceso de curación de los pacientes ingresados, siendo un factor importante en el control de morbilidad y en la reducción de la estancia hospitalaria. Actualmente aparecen patologías de nueva creación unidas a los hábitos de alimentación y en la que los servicios de nutrición hospitalaria son básicos en los procesos de solución de las mismas. Tanto la higiene general y personal en la manipulación de alimentos es un punto fundamental en la prevención de las enfermedades alimentarias .

Es muy importante que el pinche de cocina sea muy minucioso en pequeños detalles que a simple vista puedan pasar desapercibidos pero son de suma importancia. La higiene personal de un pinche de cocina debe ser mucho más estricta que la de otro personal que no vaya a estar en contacto ni con alimentos ni con

pacientes Para ello el personal no sanitario(pinche de cocina) debe de seguir un protocolo en cuanto a hábitos higiénicos en su entorno laboral .

2 Objetivos

- Identificar las medidas higiénicas a tener en cuenta por el pinche de cocina.
- Disminuir el riesgo de transmisión de microorganismos a pacientes.
- Reducir el riesgo de transmisión de microorganismos a trabajadores.

3 Metodología

Este artículo está realizado en base a una revisión bibliográfica en bases de datos tales como Scielo, Dialnet y Elsevier .Las palabras clave utilizadas como descriptores han sido: manipulador de alimentos, higiene de manos y protocolo higiene personal.

4 Resultados

Los hábitos higiénicos a adoptar por el pinche de cocina dentro de su lugar de trabajo son los siguientes.

1. Lavado de manos:
• Debe realizarse minuciosamente con agua templada, jabón y cepillo de uñas; Se lavarán brazos, antebrazos y manos. • No se deben de utilizar pastillas de jabón sino que se hará uso de los dosificadores de jabón destinados para el uso.
• Se utilizarán toallas de papel desechable para el aclarado y secado.
• Las uñas estarán cortas y limpias y sin ningún tipo de esmalte, con el fin de evitar la acumulación de residuos dentro de las mismas.
• Si existiese cualquier tipo de herida se protegerá con apósitos impermeables y aislantes.
• Siempre se deben de usar guantes desechables y se cambiarán al inicio de tareas distintas.
• No se deben de usar joyas debido a la acumulación de suciedad.
• El lavado de manos se debe se realizar: Al inicio del trabajo y reinicio de la tarea llevada a cabo , cuando se utilicen los baños, entre la manipulación de alimentos crudos y cocinados,cuando se vayan a manipular materias primas de distinta especie ,cuando se vaya a realizar una tarea contaminante (manipular cáscaras de huevos, cajas, basuras…).

2. Ropa de trabajo:
• Será de uso único y exclusivo para la manipulación de alimentos,estará lo más limpia posible y su cambio se hará diariamente.
• En la medida de lo posible la ropa no tendrá bolsillos para evitar guardar cualquier objeto que pueda producir contaminación.
• Se usarán los vestuarios para el cambio de ropa laboral por el cambio de ropa de calle.
• Evitar la entrada en la cocina a todas aquellas personas que no tengan la indumentaria apropiada.
• Nunca se deben de secar las manos ni útiles de cocina con la ropa de trabajo.

3. Gorro o redecilla:
• Su finalidad o función consiste en evitar las caída de pelo sobre los alimentos.
• Es importante que el gorro cubra el pelo en su totalidad.
• El pelo del personal de cocina estará en óptimas condiciones de limpieza.
• No debe de quitarse el gorro nunca en el lugar de trabajo,ni tampoco peinarse en el mismo.

4. Otras medidas higiénicas:
• El pinche de cocina debe de evitar toser y estornudar sobre los alimentos.
• Utilizará siempre pañuelos de papel de un solo uso.
• Evitará las conversaciones con compañeros cerca de los alimentos.
• No se comerá ningún tipo de alimento ni se masticará en el lugar de trabajo.
• Queda totalmente prohibido el uso de tabaco.
• Prohibido el uso de perfumes y lociones en el lugar de trabajo.

5 Discusión-Conclusión

En los establecimientos sanitarios hay una elevada tasa de microorganismos patógenos por ello el pinche de cocina debe de tener unas nociones básicas en cuanto a protocolos de higiene personal en el lugar de trabajo,para ello llevará a cabo de manera estricta todas las medidas higiénicas mencionadas anteriormente. La empresa deberá de formar a todo el personal que mantenga contacto con alimentos en la manipulación de los mismos y en las medidas higiénicas adoptar en el lugar de trabajo

6 Bibliografía

- Protocolo de lavado de manos. C. Pérez, B. Fernández, A. López, M.J. Fernández. Hospitales Puerta de Hierro, Guadarrama, Clínico y El Escorial, de Madrid
- Servicio Andaluz de Salud, Consejería de salud. Recomendaciones sobre la higiene de manos y uso correcto de guantes en los centros sanitarios. Plan de vigilancia y control de las infecciones nosocomiales en los hospitales del Servicio Andaluz de Salud. R.D. 202/2000 11 de Febrero Normas relativas a los manipuladores de alimentos

Capítulo 1322

EVOLUCIÓN DEL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO EN NAVIA.

LORENA PEREIRAS MENDEZ

BEATRIZ CAO RODRIGUEZ

MARÍA RODRÍGUEZ GUTIÉRREZ

DANIEL FERNÁNDEZ GONZÁLEZ

1 Introducción

El S.A.D (Servicio de Ayuda a Domicilio) es un programa de atención individualizado dirigido a personas o grupos de familiares, dependientes o en riesgo de dependencia, que contribuye al mantenimiento de las mismas en su medio habitual, facilitando su autonomía funcional mediante apoyos de carácter personal, doméstico y social, prestados preferentemente en su domicilio o entorno próximo.

En un primer momento el servicio de ayuda a domicilio en España se implantó como apoyo a las familias objeto de intervención de los departamentos de protección al menor. En España el S.A.D comienza su desarrollo en la década de los 70, cuando el Ministerio de Trabajo dicta la orden del 19 de Marzo de 1970, por la cual establece el Servicio Social de Asistencia a los Ancianos que introduce la organización de asistencia o ayuda domiciliaria a los beneficiarios. En esta época el crecimiento del S.A.D evoluciona a un ritmo muy lento, pero a partir de 1979, tras la formación de los primeros Ayuntamientos de la Democracia, éste tiene una mayor extensión aunque no con uniformidad por todo el territorio español.

En 1987 surge el Plan Concertado como acuerdo estatal para apoyar los Servicios locales. Éste logra dar a la ayuda a domicilio el correspondiente apoyo técnico y financiero para su configuración y desarrollo como una auténtica prestación social básica del Sistema Público de Servicios Sociales, con una realidad pública y plenamente centralizada en el ámbito municipal.

Durante la década de los 80 el S.A.D se implanta en la mayoría de los municipios españoles gestionados por los ayuntamientos y crece a pasos agigantados.

Durante esta evolución podemos diferenciar 3 etapas donde se destacarán las características más importantes de cada una de ellas:

- Primera etapa: Desde finales de la década de los 70 hasta finales de los 80 los avances conseguidos se caracterizan por:
Utilización discriminada de conceptos como beneficencia, caridad, asistencia o bienestar social, unido a la gran necesidad de prestar servicios a la población.
Cambios en la sociedad española (envejecimiento, incorporación de la mujer al mundo laboral, aumento del paro y de la pobreza).
Aprobación de la normativa básica y el traspaso de competencias (destacando la ley de Bases de Régimen Local y las Leyes Autonómicas de Servicios Sociales).
Creación de departamentos municipales de servicios sociales y la incorporación de nuevos profesionales especializados (destacan los trabajadores sociales).

- Segunda etapa: Desde finales de los 80 hasta finales de los 90 destaca por:
Los términos beneficencia y caridad van perdiendo fuerza frente al de asistencia y bienestar, y al reconocimiento de los derechos sociales.
Cambios en la sociedad (envejecimiento, incorporación de la mujer al a vida laboral, ..etc), que junto a otros como la inmigración y los cambios en el concepto de familia que producen demandas de nuevos recursos.
Puesta en marcha del Plan Concertado como fuente de financiación para el desarrollo de Prestaciones básicas de las Corporaciones Locales; aprobación de decretos y órdenes que desarrollan las leyes de servicios sociales existentes, aparición de planes de servicios sociales, leyes sectoriales (mayores y discapacitados).
Ampliación del número de servicios dirigidos a la población con el consiguiente aumento presupuestario y de personal especializado iniciando su consolidación (de la inestabilidad en el empleo pasan a la estabilidad y el reconocimiento).

-Tercera etapa, aún en desarrollo:
La idea de Servicios Sociales como derecho, reflejado en las nuevas leyes de ser-

vicios sociales
Necesidad de reservar las fuentes de financiación de las corporaciones locales, en estos momentos son las que más aportan.
Necesidad de análisis de la organización y funcionamiento de los departamentos y de los servicios creados.
Aumento de la demanda relacionada con los cambios sociales mencionados en las dos etapas anteriores.
La emergente idea de atención a las personas dependientes.

Aunque la ley de S.A.D comenzó en el año 1987, en el municipio de Navia no se implantó hasta el año 1989, uno de los municipios del occidente pioneros en el establecimiento de dicho servicio en el territorio asturiano, junto con Luarca, Tapia de Casariego y Vegadeo.

Las condiciones y prestaciones han ido cambiando a lo largo de estos años; la categoría profesional ha cambiado de ”damas de compañía” a ”auxiliares de ayuda a domicilio”, el servicio que prestaban era fundamentalmente tareas domésticas, además de pintar, cortar leña, realizar servicios de jardinería„„etc.

Aumentan las horas de 10 a doblar esa cantidad en 2007 con la entrada en vigor de la ”Ley de dependencia”, a pesar de ese aumento, nunca ha habido lista de espera ya que siempre se ha intentado priorizar las necesidades y los servicios.

Durante estos años se han intentado prestar una calidad máxima en el servicio, con unas profesionales cualificadas y un servicio lo más eficaz posible; lo más destacado, quizás sea, que nunca ha habido lista de espera en el Ayuntamiento de Navia, ya que, siempre se ha intentado realizar una planificación respecto al año anterior, dejando siempre un margen económico.

2 Objetivos

- Analizar la evolución de la Ayuda a Domicilio, y más en concreto en el Ayuntamiento de Navia.
- Conocer la realidad del Servicio de ayuda a domicilio desde sus inicios hasta la actualidad.
- Dar a conocer el servicio para mejorar la calidad de vida previniendo o corrigiendo situaciones límite o de grave deterioro además de adecuar y/o asistir de manera temporal, para contribuir a lograr el equilibrio del bienestar psíquico-físico, social, económico y afectivo de la persona asistida en su propio entorno

socio-familiar.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica mediante una búsqueda sistemática, además de otras fuentes como:
- Acceso a memorias del Excmo. Ayuntamiento de Navia de Servicios Sociales Municipales.
- Acceso a memorias del Equipo Territorial, Área I. Zona Navia.
- Entrevistas a varios profesionales, entre ellas auxiliares de ayuda domicilio, las cuales tienen más antigüedad (entre 25 y 18 años de experiencia) que otras auxiliares del servicio y a la propia Trabajadora Social de Servicio Municipal del Ayuntamiento de Navia, la cual ha sido ella la que ha iniciado el Servicio de Ayuda a Domicilio en el ayuntamiento de Navia.
- Tablas realizadas de cosecha propia para el análisis de la realidad

Al haber trabajado como coordinadora en el Ayuntamiento Navia, se ha tenido más facilidad para poder acceder a los datos estadísticos del Servicio Territorial correspondiente y del propio ayuntamiento y poder desarrollar este estudio descriptivo y tener una visión lo más objetiva posible del funcionamiento interno del mismo.

4 Resultados

A lo largo de estos años han ido cambiando muchas cosas, entre ellas destacamos el gran logro conseguido, a través de los convenios, para la mejora laboral de las empleadas de dicho servicio.

En cuanto a la gestión del servicio, podemos decir que siempre se ha intentado ofrecer una alta calidad a través de la contratación de una empresa privada, encargada de gestionar este recurso.

El perfil del usuario de Ayuda a Domicilio en Navia es toda persona que por razones físicas, psicológicas o sociales presentan incapacidad o dificultad y precisan apoyo para la realización de sus actividades básicas de la vida diaria. Se divide en diferentes sectores, que son infancia (0-3 años), discapacidad (19-64 años) y mayores (65 años en adelante).

A lo largo de estos 31 años la mayoría de los usuarios que se han atendido han sido mujeres mayores, la mayoría de 85 años, debido a su mayor índice de longevidad

en este municipio.

En cuanto a las personas atendidas con alguna discapacidad del 2008 al 2011 apenas ha habido diferencias en cuanto al sexo, pero en los últimos años, han sido únicamente mujeres.

Si analizamos el estado civil de los usuarios del servicio durante estos últimos 12 años se ha prestado este servicio a personas generalmente viudas y en los últimos 4 años han aumentado los usuarios separados, aunque la mayoría siguen siendo viudos, también es cierto, que en los últimos años ha disminuido los usuarios solteros y casados.

La mayoría de las situaciones del Servicio de Ayuda a Domicilio en Navia son personas que viven solas, en la mayoría de los casos, a causa de su viudedad; por ello necesitan de este recurso.

Los recursos con los que se compagina el SAD son la teleasistencia domiciliaria (TAD), el centro de día (C.D) y el centro de apoyo a la integración (CAI).

Desde 2008 hasta la actualidad, muchos de los casos de SAD se compaginan con la TAD, pero a partir del 2012, con la existencia de otros recursos, como son el centro de día (FASAD) y el centro de apoyo a la integración (ASOCIACIÓN FRATERNIDAD, Tapia de Casariego), también se compagina la ayuda a domicilio en los casos necesarios en el municipio de Navia; aunque en su gran mayoría el SAD es compaginado con la TAD, ya que como se ha comentado anteriormente, la mayoría de los casos son personas mayores que viven solas en su propio domicilio.

En cuanto al número de usuarios, se puede ver que en los años 2008 al 2012 el total de usuarios es mayor que en los últimos años, esto es debido a la reforma de la ley de dependencia, donde muchos usuarios se vieron obligados a dejar el servicio por la incompatibilidad con otros servicios y por la subida de tasas.En la actualidad, la mayoría de las bajas son por defunción del usuario o por ingreso en un centro residencial.

En cuanto al personal, la mayoría de las auxiliares trabajan y han trabajado a jornada completa. En el año 2008-2009 es cuando entra el papel de la coordinación el cual lo ejercía una auxiliar, una de las que tenía mayor experiencia en el servicio, y no es hasta 2010 cuando aparece la figura propia del trabajador social como coordinador.

Respecto al grado de dependencia, la mayoría de los casos atendidos en Navia,

son de dependencia ligera o moderada, personas que necesitan ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día.

5 Discusión-Conclusión

Sin duda, cabe decir, que el ayuntamiento de Navia tiene una gran experiencia en la prestación del Servicio a Domicilio; ya hace 31 años que la población naviega disfruta de este recurso social.

La incompatibilidad de servicios implantada por el Gobierno central en la Ley de la Dependencia no afectó sólo a quien contaba con un cuidador familiar y acude a un centro profesional, sino también por la limitación a un único tipo de atención.

Una ayuda mermada ya por la reforma legal, que no sólo recortó hasta un 20% la intensidad horaria de la atención, sino que, además, establece diferencias entre dependientes; es decir, quienes contaban con la ayuda antes de la reforma tienen derecho a más horas de ayuda que los casos más recientes, cosa que el ayuntamiento de Navia ha ido intentando compensar.

La realidad muestra que los recortes económicos han provocado que miles de personas no tengan acceso a ninguna prestación, que hayan disminuido las ayudas económicas y que se haya aumentado el copago en los enfermos. En su mayoría, son las familias las que asumen la responsabilidad del cuidado, especialmente mujeres. Si bien la situación actual se justifica por la falta de recursos, se trata en definitiva de una cuestión de valores, de priorizar políticas sociales que apoyen a los colectivos más vulnerables.

A día de hoy y analizando los datos, se observa que le número de personas dependientes con prestación reconocida está disminuyendo; la razón principal es que la mayoría de las personas dependientes son personas mayores de 65 años y, al final tarde o temprano, fallecen. Sin embargo, este no es el problema; sino el problema es que estas bajas no se cubren con altas, como está sucediendo en el concejo Navia o poblaciones envejecidas. Y, además, en algunas comunidades autónomas se están realizando las revisiones de baja, reduciéndose su grado de dependencia para minimizar las prestaciones que les corresponden.

Para poder viabilizar esta Ley de Dependencia pienso que sería necesario la igualdad de condiciones en todo el territorio nacional a la hora de aplicar la ley.

Asimismo, se deberían primar los servicios frente a las prestaciones económicas,

promoviendo de esta forma el empleo de cuidadores profesionales y ofreciendo mayor calidad en la atención a las personas dependientes.

6 Bibliografía

- Decreto 12/2000, 18 mayo, por el que se regula la ayuda a domicilio (BOPA nº126, 1 de junio de 2000).
- Ley 39/2006, de 14 diciembre, promoción autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia (BOE nº299, 15 diciembre de 2006).
- Resolución 13 julio 2012, de la Secretaría el Estado de Servicios Sociales e Igualdad, por la que se publica el acuerdo del Consejo Territorial del sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia para la mejora del sistema para la autonomía y atención a la dependencia (BOE nº185, viernes 3 de agosto 2012).
- Real Decreto-ley 20/2012 13 julio de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad (BOE, nº 168, 14 julio 2012).
- Ordenanza municipal reguladora del servicio de ayuda de domicilio del Ayuntamiento de Navia (BOPA nº 286, 13 diciembre 2011).
- Ley del Principado de Asturias 1/2003, 24 febrero, de servicios sociales (BOPA nº126 8 de marzo)
- Decreto 12/2000 18 de mayo por el que se regula la ayuda domicilio (BOPA nº 126, 1 de junio 2000)
- Resolución de 14 diciembre 2009, Consejería de Bienestar social y vivienda, por la que se regula la determinación de la capacidad económica de las personas que tengan reconocida la situación de dependencia, prestaciones económicas y la participación en el coste del servicio de ayuda a domicilio del sistema para la autonomía y atención a la dependencia(SAAD) en el Principado de Asturias (BOPA nº 288, 15 de diciembre 2009).
- RODRIGUEZ, M.V (1993): "Situación actual de la ayuda domicilio en Europa". Revista de Gerontología,3,1,29-31.
- RUIPÉREZ CANTERA, I(1998): "Calidad en la asistencia a las personas mayores. Revista Española de Geriatría y GErontología", 33,2,63-66.
- SIGLO VEINTIUNO DE ESPAÑA EDITORES, S.A; CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE DIPLOMADOS EN TRABAJO SOCIAL Y ASISTENTES SOCIALES (1987): Servicio social de ayuda a domicilio. I jornadas internacionales.
- FERNANDEZ GARCÍA, TOMÁS Y ARES PARRA, ANTONIO (COORDS), SERVICIOS SOCIALES: DIRECCIÓN, GESTIÓN Y PLANIFICACIÓN (2002): "Manual

de ayuda a domicilio. Formación teórico Práctico". Madrid, siglo XXI de España. Madrid, Ciencias sociales- Alianza Editorial.
- GUSTAVO GARCÍA HERRERO: "Servicio de ayuda a domicilio en el encrucijada. Análisis y reflexiones del sistema de Atención a la Dependencia". Asociación Estatal de Directoras y gErentes de Servicios Sociales.
- Guía informativa del procedimiento del Servicio de Ayuda a Domicilio para profesionales de los Centros de Servicios Sociales. Murcia. Consejería de Trabajo y Política Social. http://www.carm.es/ctra/cendoc/doc-pdf/publicaciones/2001_AyudaDomicilio.pdf

Capítulo 1323

EL SISTEMA DE TRIAJE EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO.

ANA INÉS GAVADIAN SERANTES

JESSICA PÉREZ FERNÁNDEZ

CARMEN IGLESIAS GARCÍA

CARMEN CANO DIAZ

IRENE ÁLVAREZ GARCÍA

1 Introducción

Desde la década de 1960 y, paralelamente al aumento de pacientes que acuden a los servicios de urgencias hospitalarios, han ido apareciendo diferentes sistemas de triaje con el objetivo de priorizar a los pacientes más graves por delante de aquellos que presenten menor riesgo de deterioro clínico. Actualmente existen muchos sistemas de triaje, entre los más aceptados se encuentran aquellos que clasifican a los pacientes en cinco niveles de urgencia que determinan el tiempo máximo de espera hasta la primera atención médica, así se distinguen: nivel 1 (emergencia, atención inmediata), el nivel 2 (muy urgente), nivel 3 (urgente), nivel 4 (pequeña urgencia) y nivel 5 (no urgente). Uno de los sistemas de triaje más utilizados es el Sistema de Triaje Manchester (MTS). El MTS es un sistema basado en un software informático en el que el personal encargado de triaje elige uno de los 52 algoritmos posibles en función del principal motivo de consulta del paciente. El resultado del MTS se expresa en un código de colores para cada

uno de los cinco niveles de priorización, cada uno de ellos asociado a un tiempo máximo de espera. Nivel 1 (rojo, atención inmediata), nivel 2 (naranja, atención en los próximos 10 minutos), nivel 3 (amarillo, atención en un máximo de 60 minutos), nivel 4 (verde, atención en 120 minutos), y nivel 5 (azul, atención en 240 minutos).

Paralelamente, en el año 2000 la American Academy of Pediatrics presentó una nueva herramienta, el triángulo de evaluación pediátrica (TEP), con el objetivo de que fuera un instrumento de actuación en el ámbito sanitario que permitiera identificar trastornos funcionales importantes, permitiendo, además, determinar la gravedad y la premura con que se requerirá instituir el apoyo vital correspondiente. El triángulo consta de tres lados que serán evaluados por separado para obtener una visión global del estado fisiopatológico del niño mediante la valoración de signos que pueden ser explorados simplemente con la observación o la escucha, de manera que se puede realizar en 30-60 segundos y sin necesidad de ningún material. Los componentes de dicho triángulo son la apariencia, el trabajo respiratorio y la circulación cutánea de modo que, si se detecta algún signo anormal, el lado correspondiente del triángulo se considera alterado. La existencia de alteración en al menos uno de los componentes del triángulo clasifica al paciente como inestable y, por tanto, necesita valoración médica y medidas terapéuticas en un corto intervalo de tiempo.

2 Objetivos

- Evaluar los sistemas de triaje en el paciente pediátrico y la necesidad de incorporar el triángulo de evaluación pediátrica.

3 Metodología

Busqueda de estudios en bases de referencia como Pubmed y Medline y revisión sistemática de los artículos publicados sobre los sistemas de triaje enfocando nuestra búsqueda en el paciente pediátrico en urgencias.

4 Resultados

La mayoría de escalas de triaje fueron originalmente diseñadas para pacientes adultos por lo que se han ido desarrollando versiones adaptadas para su uti-

lización en pacientes pediátricos dado que el triaje de este grupo de pacientes presenta características propias. Por una parte, los síntomas y signos diagnósticos suelen ser diferentes a los de la edad adulta. Por otra parte, existen síntomas con una significación específica en función de la edad del paciente, como podría ser la fiebre, la tos o el dolor abdominal.

También se debe tener en cuenta que los signos que sirven como marcadores de deterioro en adultos, a menudo, son de presentación tardía en niños y que en muchos casos la toma de constantes puede resultar complicada y difícil de interpretar. Además de las características fisiológicas diferenciadas con la población adulta, hay que sumar la dificultad que puede suponer la obtención de una descripción adecuada de los síntomas y evolución por parte del paciente. Habrá, también, que tener en cuenta la implicación de los padres o tutores del niño en el proceso de triaje. En este sentido existen estudios que aseguran que el triángulo de evaluación pediátrica debería ser incorporado como primer paso en los sistemas de triaje actuando como un nuevo discriminador independiente.

5 Discusión-Conclusión

Los sistemas de triaje están implementados en la mayoría de servicios de urgencias alrededor del mundo y son muchos los estudios que tratan de determinar su validez cuando se aplican en pacientes pediátricos. El sistema de triaje ideal sería aquel que detecta correctamente la necesidad de tratamiento y/o atención inmediatos con el objetivo de disminuir la morbilidad y la mortalidad en servicios de urgencias cada vez más saturados.

La importancia de evaluar la validez de los sistemas de triaje radica en que el sobretriaje (clasificación de un paciente al menos un nivel de urgencia por encima del que realmente corresponde) podría suponer además de una sobrecarga de trabajo para el personal del servicio de urgencias, una demora en la atención de otros pacientes que realmente necesitaran atención inmediata. Por otro lado, el infratriaje (pacientes clasificados al menos un nivel de urgencia por debajo del que realmente les corresponde), podría suponer un retraso en el tratamiento y, por tanto, un empeoramiento de la situación clínica de estos pacientes.

6 Bibliografía

- Soler W, Gómez Muñoz M, Bragulat E, Álvarez A.El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. Souza CC de, Araújo FA, Chianca TCM, Souza CC de, Araújo FA, Chianca TCM. Scientific Literature on the Reliability and Validity of the Manchester Triage System (MTS) Protocol: A Integrative Literature Review. Revista da Escola de Enfermagem da USP.

- De Magalhães-Barbosa MC, Robaina JR, Prata-Barbosa A, Lopes C de S. Validity of triage systems for paediatric emergency care: a systematic review. Emerg Med J

- Parenti N, Reggiani MLB, Iannone P, Percudani D, Dowding D. A systematic review on the validity and reliability of an emergency department triage scale, the Manchester Triage System. International Journal of Nursing Studies.

- Van Veen M, Steyerberg EW, Lettinga L, Ruige M, van Meurs AHJ, van der Lei J, etal. Safety of the Manchester Triage System to identify less urgent patients in paediatric emergence care: a prospective observational study. Archives of Disease in Childhood.

- Amthauer C, Cunha MLC da. Manchester Triage System: main flowcharts, discriminators and outcomes of a pediatric emergency care. Revista Latino-Americana de Enfermagem

- Mirhaghi A, Mazlom R, Heydari A, Ebrahimi M. The reliability of the Manchester Triage System (MTS): a meta-analysis. J Evid Based Med.

- Lugo S, Pavlicich V. Aplicación del Triángulo de Evaluación Pediátrica al sistema de clasificación de triaje en un Servicio de Urgencias. Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría.

- Ierland Y van, Seiger N, Veen M van, Moll HA, Oostenbrink R. Alarming Signs in the Manchester Triage System: A Tool to Identify Febrile Children at Risk of Hospitalization. The Journal of Pediatrics.

Capítulo 1324

LA DESINFORMACIÓN SOBRE LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN LOS JÓVENES.

JESSICA PÉREZ FERNÁNDEZ

CARMEN IGLESIAS GARCÍA

CARMEN CANO DIAZ

MARÍA CARMEN IGLESIAS RICO

ANA INÉS GAVADIAN SERANTES

1 Introducción

La OMS define la salud sexual y reproductiva, como la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. La adolescencia es un periodo de la vida importante para proporcionar estilos de vida sanos que influyan en la biografía personal y de relación con los demás. La sensualidad y la actividad sexual son aspectos clave en este proceso madurativo de la vida. Esto justifica la necesidad de una atención especial desde la salud pública. La Organización Mundial de la Salud (OMS), también revela que Las Enfermedades de Transmisión Sexual son uno de los problemas de salud más graves a nivel mundial y que esto puede ser debido al desconocimiento y la poca información de la que dispone la sociedad. Una información y educación integral, igualitaria y respetuosa, será

una herramienta fundamental para promover la salud sexual y el bienestar de las personas. La posibilidad de ofrecer una educación e información de calidad sobre la sexualidad permite vivirla libremente sin temores ni prejuicios, sustentada en la comunicación, el respeto y el placer, además de contar con las capacidades y recursos para prevenir las ETS (enfermedades de transmisión sexual) incluido el VIH y los embarazos no deseados. Las relaciones sexuales en el medio urbano son ya significativas a partir de los 15 años y se asocian a dos riesgos inmediatos: embarazos no deseados y ETS (especialmente el VIH).
Hoy en día se conocen más de 30 tipos que se transmiten por contacto sexual, de los cuales 8 se vinculan directamente con las ETS. De estas ocho infecciones, la sífilis, la gonorrea, la clamidiasis y la tricomoniasis pueden curarse, pero el virus de la hepatitis B, el virus del herpes simple (VHS), el VIH y el virus del papiloma humano (VPH), son incurables; aunque sí existen ciertos tratamientos que son capaces de mitigar y controlar la enfermedad o sintomatología que pueden producir. Las infecciones de transmisión sexual se propagan fundamentalmente por contacto sexual; no solo vaginal, sino también anal u oral, aunque existen otras vías menos conocidas como la sangre o la transmisión vertical de madre a hijo durante parto.
Las ITS (Infecciones de transmisión sexual) a pesar de que a veces no muestran ningún síntoma, tienen graves consecuencias en la salud sexual y reproductiva en todo el planeta y según la OMS se estima que cada día más de un millón de personas contraen una infección de transmisión sexual.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Ampliar el conocimiento de la sociedad respecto a las ETS y los peligros derivados de estas.

Objetivo secundario:
- Reconocer los factores de riesgo para contraer ITS.
- Promover el uso de distintos métodos para reducir la transmisión de las ETS.

3 Metodología

La metodología empleada se basa en la revisión de diferentes bibliografías, así como la revisión de publicaciones de asociaciones tales como la Organización

Mundial de la Salud y la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica del Instituto Carlos III.

4 Resultados

Las infecciones de transmisión sexual son un problema de salud pública cada vez más preocupante, por su incremento en los últimos años y por las causas que subyacen a ese aumento. Y aunque las ITS tienen una incidencia mucho mayor en los jóvenes es importante recordar que cualquier persona puede padecerla ya que una única práctica de riesgo es suficiente para contraerla. Según La Organización Mundial de la Salud y la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica del Instituto Carlos III, los casos de ITS se han multiplicado en cifras preocupantes en las últimas décadas.
Esta propensión creciente se debe a varias causas, muchas de ellas de tipo social. La desinformación y la falta de talleres de educación sexual en los colegios e institutos hacen que haya un gran desconocimiento sobre cómo se transmiten las ITS y qué tipo de enfermedades pueden llegar a contagiarse mediante el acto sexual. Muchos adultos piensan que afrontar el tema del sexo es tan sólo describir el aparato reproductor y las funciones que tiene y este el principal problema que nos lleva a no poder dar respuesta a las grandes dudas que tienen los jóvenes, como por ejemplo, los mitos aprendidos en la infancia, las necesidades de tener satisfacción sexual o la culpa que pueden generar los tabúes de nuestra sociedad respecto a este tema. La mayoría de los adolescentes han tenido algún tipo de experiencia sexual o mantienen una vida sexual activa, pero son muy pocos los que están bien informados de cómo protegerse, cómo utilizar los anticonceptivos y cuáles son las consecuencias y riesgos que existen.

5 Discusión-Conclusión

Es un objetivo y una necesidad ofrecer una atención de calidad de la salud sexual y reproductiva a los adolescentes. Teniendo en cuenta algunos estudios del Consejo de la Juventud de España, he observado que los adolescentes poseen gran posibilidad de aprendizaje y de gestionar su salud y su sexualidad, pero a la vez tiene una serie de carencias informativas, educativas y de desarrollo de habilidades que provocan en ocasiones, que su vida sexual ni sea enriquecedora, ni les ayude a conocerse, aceptarse y a disfrutar de lo que hacen, destacando el aumento notable de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual en los últimos años.

Las enfermedades de transmisión sexual no afectan a colectivos específicos sino a conductas y hábitos de riesgo, como pueden ser número de parejas en el último mes y año, inicio temprano de las relaciones sexuales o el uso inconsciente de métodos barrera tales como el preservativo. Es necesario saber qué grado de conocimiento tiene la población o si son informados debidamente, ya que una falta de información puede producir un riesgo en las aptitudes a la hora de transmitir ETS. Existe un grave problema en la sociedad ya que aunque si las conductas y actitudes no cambian de forma radical o los factores de riesgo siguen siendo los que son el problema seguirá existiendo y extendiéndose.

Es importante saber que es necesario concienciar a todos de que el sexo debe normalizarse y no ser un tema tabú para que los jóvenes puedan hablar de ello sin tapujos e informarse y ser conscientes de la necesidad de realizar preguntas. Además son necesarias intervenciones de asesoramiento y enfoques conductuales de prevención primaria contra las ITS, especialmente con respecto al VIH. Lo más adecuado es que estas intervenciones incluyan: Educación sexual, antes y después de las pruebas de ITS y VIH, asesoramiento sobre prácticas sexuales más seguras y reducción de riesgos, promoción del uso del preservativo en todas las prácticas sexuales, intervenciones dirigidas a grupos de población claves, incluidos trabajadores sexuales, HSH y consumidores de drogas.

6 Bibliografía

- Acién Alvarez, P. (2002) Planificación Familiar: Fisiología Reproductiva. Sexualidad, Anticoncepción y E.T.S. Alicante: Molloy. Calatrava, M.; López-del Burgo, C. y de Irala, J. (2012).
- Factores de riesgo relacionados con la salud sexual en los jóvenes europeos.
- Centro Nacional de Epidemiología.
- Organización Mundial de la Salud.
- Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica del Instituto Carlos III.
- Ministerio de Sanidad, política social e igualdad. Estrategia nacional de salud sexual y reproductiva. Ministerio de Sanidad, política social e igualdad.
- Grupo de trabajo sobre ITS. Madrid. Infecciones de transmisión sexual: Diagnóstico, tratamiento, prevención y control; 2011. 83p. pp 38-56.
- Guía de atención al adolescente. Granada. Sociedad Andaluza de Medicina familiar y comunitaria; 2015. 315-153.

Capítulo 1325

FUNCIONES DEL CELADOR EN UN QUIRÓFANO.

JAVIER OROZA CORDIDO

1 Introducción

Un quirófano es la sala dónde tienen lugar las operaciones quirúrgicas. Todos los hospitales suelen disponer de varios quirófanos, cada uno destinado a un tipo específico de cirugía.

El quirófano debe estar ubicado lo más cerca posible de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y el encargado de trasladar y movilizar a los pacientes dentro del área de quirófano es el celador.

2 Objetivos

- Describir las principales funciones del Celador en el área quirúrgica

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Los descriptores utilizados han sido Celador, quirófano, área quirúrgica y funciones.

4 Resultados

Las principales funciones de un celador en el quirófano serán las siguientes:

1 – Deben auxiliar en todas aquellas labores propias de su destino, así como las que le sean encomendadas por médicos, supervisoras o enfermeras del bloque quirúrgico.

2 – Estarán al cargo del traslado de los pacientes desde la unidad donde estén ingresados hasta el quirófano y a la sala de reanimación.

3 – Ayudaran al personal sanitario a la correcta colocación del paciente en la mesa de operaciones.

4 – Colaboraran con el anestesista para colocar al paciente en la posición adecuada para que éste pueda realizar su labor.

5 – Colaboraran con el equipo médico en la correcta colocación y sujeción del paciente para la operación.

6 – Trasladarán y moverán dentro del quirófano todos los aparatos o el mobiliario que sean precisos para realizar la intervención.

7 – Durante la intervención debe permanecer en el antequirófano por si vuelven a requerirse sus servicios en el transcurso de la misma.

8 – Transportarán los documentos, analíticas o cualquier otro tipo de prueba que se realice durante la intervención al servicio correspondiente.

5 Discusión-Conclusión

Una vez descritas sus principales funciones podemos concluir que la labor del celador de quirófano es de gran importancia para la correcta realización de las intervenciones quirúrgicas. Por este motivo su trabajo requiere de una formación previa que le permita desarrollar todas sus funciones de forma adecuada.

El celador debe cumplir y respetar todas las normas internas establecidas para el área quirúrgica, prestando especial atención en la higiene o asepsia y también

darán cuenta a sus inmediatos superiores de los desperfectos o anomalías que encontrarán en la limpieza y conservación del edificio y material.

6 Bibliografía

- Crespo, A. R., Alamillo, M. Á. T., & Ortuño, B. R. Funciones del celador en la atención sanitaria. Lulu. com.
- Núñez, D. M. (2009). Manual Básico del Celador. Lulu. Com.
- http://celadoresonline.blogspot.com

Capítulo 1326

MEDIDAS PREVENTIVAS PARA EVITAR LAS CONSECUENCIAS DERIVADAS DE LOS TURNOS NOCTURNOS SOBRE EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

JAVIER FERNÁNDEZ URÍA

YAIZA CANGA SÁNCHEZ

1 Introducción

Todo el personal que pertenece al sector sanitario, bien sean personal sanitario, como personal no sanitario (auxiliar administrativo), se hayan expuestos a sufrir una serie de trastornos o patologías derivados de la jornada laboral, ya que el organismo humano se encuentra configurado para trabajar durante el día y descansar en horario nocturno. Este tipo de riesgos asociados, se incrementan si el trabajador permanece durante largos periodos de tiempo debido, a que durante la noche disminuyen las aptitudes físicas y mentales de las personas, y mantenerse despiertos y realizando una actividad que requiera concentración supone un mayor esfuerzo del que necesitarían durante el día para hacer lo mismo. En aquellos trabajadores que desarrollan su labor en horario nocturno tienen alteraciones en el ritmo biológico (en la presión arterial, los patrones del sueño…) y en algunos casos incluso patologías debido a una caída de las defensas. La pérdida de atención puede contribuir a tener accidentes laborales y de tráfico a la salida del trabajo. Hay un aumento del consumo de tabaco y estimulantes, así como del estrés,

que en algunos casos puede llegar a cronificarse. Además de los trastornos mencionados anteriormente hay que añadir otros problemas de carácter alimenticio, así como dificultades de adaptación, trastornos de la memoria, fatiga crónica y una disminución de las relaciones sociales.

2 Objetivos

Identificar medidas de prevención y control en personal administrativo derivadas de un trabajo nocturno por largos periodos de tiempo

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica en bases de datos tales como Scielo, Dialnet y Elsevier .Las palabras clave utilizadas como descriptores han sido: trabajo nocturno , auxiliar administrativo y turno rotatorio

4 Resultados

Para reducir o evitar las consecuencias que sufre el auxiliar administrativo como resultado del trabajo que realiza en horario nocturno, se han de tener en cuenta una serie de medidas preventivas tanto por el empresario como por el propio trabajador

Medidas preventivas a adoptar por la empresa:

• El personal administrativo hará un descanso lo suficientemente largo que le permita tomar al menos una comida caliente durante las horas de trabajo.

• Introducción de pausas muy breves para mejorar el estado funcional del organismo.

• Reducir la carga de trabajo por la noche, ya que se necesita un mayor esfuerzo para conseguir los mismos resultados que durante el trabajo diurno.

• El empresario intentará no dejar al personal administrativo trabajando en solitario

Medidas preventivas a adoptar por el trabajador:

• Evitar el consumo de estimulantes(tanto el café como el tabaco).

• Dormir en un entorno adecuado. Los trabajadores de turno de noche tienen que cumplir con su rutina de sueño en horario diurno por ello el sueño debe de ser lo más confortable posibles.

•Mantener una dieta sana y equilibrada cumpliendo con las raciones adecuadas puede mejorar el rendimiento, ya que una dieta inapropiada daría lugar aun mayor cansancio .
•Llevar una conducción adecuada de regreso al domicilio.

5 Discusión-Conclusión

El trabajador que trabaja en horario nocturno tiene que cuidarse más tanto en la alimentación como realizando algún tipo de actividad física. Intentará llevar a cabo las medidas preventivas para mejorar su calidad de vida. El trabajador debe de debe someterse a revisiones médicas periódicas por parte del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales

6 Bibliografía

- NTP 310: Trabajo nocturno y a turnos.1987. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.
- Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.
- Dialnet.

Capítulo 1327

EL SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO Y SU SU RELACIÓN DIRECTA CON EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

JAVIER FERNÁNDEZ URÍA

YAIZA CANGA SÁNCHEZ

1 Introducción

El Síndrome del túnel carpiano (STC) es uno de los principales problemas de salud de los trabajadores que desarrollan tareas relacionadas con esfuerzos manuales intensos y movimientos repetitivos del miembro superior. El túnel carpiano es un canal o espacio que se sitúa en la muñeca y recibe el nombre de 8 huesos de la muñeca, llamados carpos, que se hayan sujetos por un ligamento llamado ligamento carpiano transverso que forman una estructura similar a la de un túnel. Esta patología se produce por la comprensión del nervio mediano a su paso por el túnel carpiano, debido a cualquier proceso que provoque ocupación del espacio,y se caracteriza fisiológicamente por la evidencia de aumento de la presión dentro del túnel carpiano y la disminución de la función del nervio a ese nivel. Las principales causas del STC de origen laboral son el uso de herramientas inadecuadas, técnicas de trabajo deficientes y tareas manuales repetitivas con utilización de fuerza . Los síntomas del túnel carpiano comienzan gradualmente produciéndose la sintomatología en ambas manos en el 50% de los pacientes. El Síndrome del Túnel Carpiano (STC) está incluido en la lista de la Unión Europea como enfermedad profesional y actualmente es la primera causa de enfermedad de origen laboral.

2 Objetivos

Identificar los síntomas producidos por el síndrome de túnel carpiano e implantar medidas de origen preventivo

3 Metodología

Para esta revisión bibliográfica la información fue obtenida a partir de la búsqueda en la base de datos Medline mediante su buscador específico Pubmed, y otros como Google , cuyas palabras claves fueron: síndrome del túnel carpiano, accidente de trabajo y enfermedad laboral.

4 Resultados

El síndrome de túnel carpiano se presenta en dos formas: aguda y crónica.
Crónica: es la variable más común, generalmente ocurre en personas de 30 a 60 años, provocada por movimientos repetitivos,como aquellos trabajadores que desarrollan su jornada laboral frente a un ordenador(auxiliar administrativo).
Aguda: es poco frecuente, y se da por incremento de presión sobre el nervio mediano, asociada con fracturas a nivel de muñeca. Los síntomas principales del síndrome de túnel carpiano son: el dolor, acompañado de adormecimiento y sensación de corriente .
En ocasiones los profesionales perciben pérdida de fuerza, torpeza o incluso se percatan de que se le caen las cosas. En casos más graves hay pérdidas permanentes de sensibilidad, debilidad, sensación de hormigueo y ardor en las manos y dedos. Esta sintomatología habitualmente aparece durante la noche. Las causas principales de origen laboral del síndrome del túnel en el auxiliar administrativo es la la realización de movimientos forzados y repetitivos en el tiempo, apoyo prolongado sobre el talón de la mano en el manejo del ratón y una postura inadecuada de la estructura de la mano.
Como medidas de control y prevención se podría recurrir a las siguientes:
- Intentar que el brazo que maneja el ratón esté o todo apoyado sobre la mesa (desde el codo) o bien que solo esté sobre la mesa la mano, el resto del brazo queda al aire.
- Intentar que el codo tenga una flexión de 90º y mantener los hombros lo más relajados posible.
- Intentar guiar el ratón con movimientos desde el codo,sin dejar que el trabajo lo realice la muñeca.

5 Discusión-Conclusión

El auxiliar administrativo deberá estar informado y entrenado en las posturas y movimientos a realizar en el desarrollo de su trabajo. Se acortaran aquellos procesos que conlleven movimientos repetitivos y de larga duración con periodos de descanso. Mediante la aplicación de actividades ergonómicas se lograría disminuir la presencia de síntomas producidos por síndrome de túnel carpiano, mejorando así la calidad de vida y salud del profesional. El tratamiento médico a aplicar dependerá de cada caso y a criterio médico. Las medidas más habituales son:

- Cese de la actividad lesiva (movimiento repetitivo, postura forzada…).
- Aplicación medidas preventivas ergonómicas en el puesto de trabajo.
- Uso de antiinflamatorios,
- Entablillado de la mano para reducir la inflamación en el túnel carpiano.
- Cirugía para liberar la presión del nervio mediano.

6 Bibliografía

- Gerstner J. Síndrome del túnel carpiano. Rev. Col Ortop.Traum. 1989; 3 (3): 39-49.
- Llaneza, J. Sobre la Ergonomía. El 25 aniversario de la AEE.Formación de Seguridad Laboral. 2014; (138).
- Peralta RM, Rodríguez AJ, Aranda CC. Actualización del síndrome del túnel carpiano. FMC. 2013; 20: 68-77.
- Jules M. Rothstein, S. H. (2016). Manual del Especialista en Rehabilitación. Badalona, España: Editorial Paidotribo.

Capítulo 1328

GESTIÓN DE PROCESOS Y GESTIÓN POR COMPETENCIAS EN EL PERSONAL NO SANITARIO (AUXILIAR ADMINISTRATIVO) DE LAS INSTITUCIONES SANITARIAS.

MARIA SONIA IGLESIAS ÁLVAREZ

VANESA GARCÍA VALERO

NOELIA MENÉNDEZ PÉREZ

CRISTINA FERNANDEZ BOUSOÑO

MARIA BELEN BERMUDEZ BERMUDEZ

1 Introducción

El concepto de calidad ha evolucionado a lo largo de la historia. Tradicionalmente se entendía localidad como el cumplimiento de una norma por parte de un producto servicio. Posteriormente se tuvieron en cuenta en este concepto los requisitos y necesidades del consumidor.
Actualmente el concepto de calidad incluye el proceso de "mejora continua" como eje fundamental en todas las actuaciones, buscando eficacia y eficiencia y promoviendo la participación y compromiso de las personas de la organización.

Dicho proceso está estructurado en 4 actuaciones que se representan mediante el ciclo PDCA:
1. Planificar. Se definen los objetivos a lograr.
2. Hacer. Se implementa la solución que se ha definido.
3. Verificar. Se comparan resultados obtenidos y esperados.
4. Actuar. Si no se consiguen resultados se realizan ajuste y se replantean acciones llevadas a cabo. Si se consiguen los resultados se estandarizan y sistematizan nuevos procedimientos.
Una vez logradas las metas, buscaremos nuevas mejoras de calidad.

Los sistemas de gestión de procesos y por competencias son sistemas de calidad orientados a la excelencia, veremos cómo aplicarlos al sistema sanitario.
1. Gestión de procesos:
Podremos analizar las actividades que forman un proceso. Los procesos en sanidad son multidepartamentales y en ellos intervienen profesionales de diferentes niveles, lo que supone un enlentecimiento de los tiempos, duplicidad de pruebas, repetición de consultas, falta de información entre profesionales, desinformación de los pacientes, alargamiento de la estancia, insatisfacción, ineficiencias y un aumento en la probabilidad de efectos adversos.
La gestión de procesos debe ser un instrumento para plasmar en el quehacer diario la visión, misión y valores de la organización.
Los pasos a seguir para para adoptar un enfoque basado en procesos son: a. Constituir un equipo de trabajo con capacitación adecuada y que analice los objetivos y actividades de la organización. b. Identificar los procesos, clasificarlos y elaborar el mapa de procesos. c. Definición del proceso a través de la "ficha del proceso" que debe incluir los siguientes elementos:
Misión (objetivo fundamental del proceso), equipo, documentación de referencia, límites del proceso, propietario del proceso, desarrollo, representación gráfica del proceso, indicadores y registros.

2. Gestión por competencias:
La ley 16/ 2003 de 28 de mayo de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud define la competencia profesional como "la aptitud del profesional sanitario para integrar y aplicar conocimientos habilidades y aptitudes asociadas a las buenas prácticas de su profesión para resolver las situaciones que se le planteen".
Los componentes de las competencias son: a. "Saber". Conjunto de conocimientos técnicos y sociales. b. "Saber Hacer". Conjunto de habilidades que permiten poner en práctica los conocimientos. c. "Saber Estar". Conjunto de actitudes acordes con las características del entorno organizacional y social. d. "Querer Hacer". Con-

junto de aspectos motivacionales para realizar o no comportamientos propios de la competencia. e. "Poder Hacer". Conjunto de factores relacionados con la capacidad personal y facilidades del medio.
Todos estos componentes producen una acción "Hacer" que es la manifestación de la competencia que puede ser medida y evaluada. El objetivo general de este modelo es aportar a la organización de un sistema integral para gestión de RR.HH. de manera más efectiva.
Además se pretenden alcanzar otros objetivos como:
- Contribuir a la mejora continua de calidad y desempeño de los profesionales.
- Impulsar líneas estratégicas de organización.
- Implicar a las personas en la gestión eficiente de recursos humanos.
- Contribuir al impulso de la innovación y desarrollo profesional continuo de los recursos humanos.
- Aportar información para la toma de decisiones de forma objetiva y eficiente.

La gestión de competencias se aplicará en la selección de personal, formación, carrera profesional, reconocimiento y acreditación de competencias, evaluación de desempeño; siendo ésta y la formación los procesos básicos sobre los que se sustenta. Para una gestión eficiente de competencias primero debemos identificar las requeridas y luego recogerlas en un mapa de competencias.
En la evaluación de competencias se recoge información sobre las competencias de un profesional y luego se compara con las requeridas.

2 Objetivos

Revisión de la gestión de procesos y gestión por competencias en el personal no sanitario (auxiliar administrativo) de las instituciones sanitarias.

3 Metodología

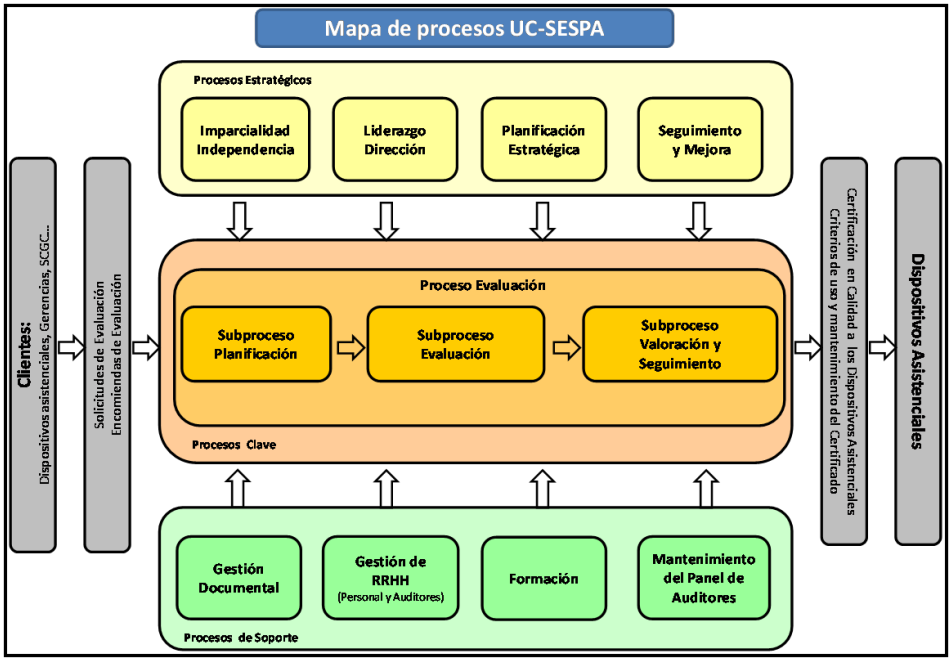
Se han consultado diversas bases de datos y buscadores como: Books, Google.com, Google.es, Google Académico, Medeline, Bvs, Ime, C17, Medes, así como diversas páginas web relacionadas con la gestión de calidad en el sistema sanitario, y los distintos modelos de dicha gestión como por ejemplo scielo.org.co.
Las palabras clave utilizadas han sido: calidad en el sistema sanitario, modelos de gestión de calidad, gestión por competencias, gestión de procesos, ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, Plan de Calidad del SESPA.

4 Resultados

El 19 de noviembre de 2009 se publica el acuerdo de 11 de noviembre del Consejo de Gobierno del Principado de Asturias por el que se aprueba el Plan de Ordenación de los Recursos Humanos del Servicio de Principado De Asturias que tiene como principales objetivos:

- Propiciar la permanente actualización de competencias profesionales e incorporación de nuevas actitudes y aptitudes que se precisen.
- Equilibrar cargas de trabajo y competencias a los recursos humanos precisos.
- Comprometer a los trabajadores y trabajadoras con la mejora de calidad asistencial prestada a los ciudadanos y ciudadanas a través de la adopción de medidas que promuevan la motivación profesional y personal y la estimulación de la actividad y calidad del servicio.

En el Plan de Calidad del SESPA se recoge mapa de procesos detallado:



5 Discusión-Conclusión

La aplicación de la gestión de la calidad por competencias y procesos en una organización sanitaria eficiente se refleja en una mayor autonomía profesional para la que es necesaria la integración y sintonía de la labor del personal con la misión, visión, valores y objetivos estratégicos del a organización.
Una mayor calidad en el sistema sanitario supone la satisfacción del paciente que incluye las necesidades y expectativas del mismo.

6 Bibliografía

- Ley 16/ 2003 de 28 de mayo de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.
- Acuerdo de 11 de noviembre del Consejo de Gobierno del Principado de Asturias por el que se aprueba el Plan de Ordenación de los Recursos Humanos del Servicio de Principado De Asturias.
- Plan de Calidad de Servicio Sanitario del Principado De Asturias.
- Francisco Javier Lucas Imbernón y Carlos García Fernández. Proyecto de Mejora Continua en el Complejo Universitario de Albacete. Revista de administración sanitaria siglo XXI ISSN 1969-1641. Año 2006.
- Pensamiento & gestión, 2012-scielo.org.coo

Capítulo 1329

AGRESIONES CENTROS SANITARIOS

MARÍA CARMEN IGLESIAS RICO

IRENE ÁLVAREZ GARCÍA

ANA INÉS GAVADIAN SERANTES

JESSICA PÉREZ FERNÁNDEZ

CARMEN CANO DIAZ

1 Introducción

Las agresiones a los profesionales de los Servicios Sanitarios por los usuarios, familiares de estos y/o acompañantes es un fenómeno internacional que pone de manifiesto una creciente intolerancia.

2 Objetivos

Descripción de los problemas de violencia ocupacional comunicados por los técnicos de prevención de los centros sanitarios. El análisis permite identificar los factores de riesgo y establecer estrategias preventivas. Se pretende aumentar la sensibilización frente al fenómeno de la violencia en el ámbito laboral.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científi-

fica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, Google Académico seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El tipo de agresión sufrida por los profesionales sanitarios más frecuente es la verbal, acompañada en algunos casos de agresión física. Por sexo, es más frecuente la agresión a mujeres producida mayoritariamente por agresores hombres.
Por categorías profesionales, los médicos son el grupo más agredido seguido muy de cerca por enfermería, y detrás los auxiliares de enfermera.
El principal agresor según constata el Informe Estadístico de Agresiones en el Ámbito Sanitario, es el propio paciente, y se localiza básicamente en la zona de urgencias hospitalarias.

5 Discusión-Conclusión

Para prevenir estas agresiones es necesario
- Aumentar la sensibilidad sobre la problemática derivada de los abusos, intimidación y amenazas.
- Dotación de personal adecuado en número y cualificación en periodos de máxima actividad. Reforzar para ello, la comunicación entre Dirección y Unidades de trabajo.
- Fomento del trabajo en equipo y discusión y puesta en común de los casos especialmente conflictivos.
- Conocer las sanciones aplicadas en respuesta a estos casos de violencia.

6 Bibliografía

- http://wwwadrformación.com (evolución del problema de agresiones en el ambito sanitario).
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 1330

IMPORTANCIA DE LA HIGIENE DE MANOS EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

ISABEL GONZÁLEZ HERNÁNDEZ

1 Introducción

La infección hospitalaria es la infección que el paciente adquiere durante un tratamiento médico, que no estaba presente en el momento inicial.
Dicha infección hospitalaria puede propagarse a través de las manos del personal sanitario o de otras personas que estén en contacto con el paciente o con las superficies cercanas, de ahí la importancia de la higiene de manos en el ámbito hospitalario.

2 Objetivos

- Recomendar procedimientos acerca de la higiene de manos.
- Prevenir y controlar la infección hospitalaria.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y

Scielo, Google Académico seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Las manos son la principal fuente de transmisión de patógenos, por lo que la higiene de manos es la mejor medida para reducir la propagación de los microorganismos y controlar las infecciones
Existen diversas técnicas para la Higiene de Manos:
- El lavado higiénico con agua y jabón neutro, suficiente para eliminar la flora transitoria, tiene efecto por arrastre y por la acción del jabón y una duración entre 40 y 60 segundos.
- El lavado antiséptico de manos con jabón antiséptico y antisepsia de manos con solución hidroalcohólica.
- El lavado quirúrgico con jabón antiséptico y la antisepsia quirúrgica con solución hidroalcohólica.

En los lavados con antisépticos se recomienda aplicar una dosis del producto a base de alcohol y frotar las manos, durante 20 o 30 segundos hasta que estén secas Este procedimiento permite eliminar la flora transitoria y parte de la residente, no requieren lavado ni secado, provocan menor irritación y desecación en la piel. Previamente a una intervención quirúrgica se indica realizar la higiene de manos mediante un jabón antiséptico o solución de base alcohólica, antes de la colocación de los guantes estériles, para eliminar la suciedad, la flora transitoria y residente, y prevenir la contaminación del lugar quirúrgico por microorganismos presentes en las manos del equipo.
La Organización Mundial de la Salud (OMS) facilita recomendaciones para la mejora de la Higiene de Manos, informa que miles de personas mueren diariamente en todo el mundo a causa de infecciones, además distingue entre lavarse las manos con agua y jabón (cuando estén sucias, manchadas de sangre u otros fluidos corporales, después de usar el inodoro) o cómo desinfectarlas frotando las manos con un desinfectante a base de alcohol, siendo más rápido y más eficaz
Recomendaciones para realizar la antisepsia quirúrgica:
- Quitarse anillos, relojes y pulseras.
- No utilizar uñas artificiales.
- Eliminar la suciedad de debajo de las uñas mediante un cepillo.
- Previa a la colocación de los guantes lavarse las manos con un jabón antimicrobiano o frotarlas con una preparación alcohólica

- Tras aplicar la solución alcohólica esperar que las manos y los antebrazos se sequen completamente antes de colocarse los guantes estériles.

5 Discusión-Conclusión

Queda demostrado que la Higiene de Manos es la medida más importante para evitar la transmisión de microorganismos en los centros hospitalarios, causando infecciones hospitalarias derivando en un importante problema mundial para la seguridad del paciente.
El simple lavado de las manos en momentos adecuados y de forma correcta es puede prevenir una infección que podría causarle un daño grave al paciente incluso derivar hasta la muerte.

6 Bibliografía

- Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene.
- Organización Mundial de la Salud.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 1331

CONCILIACIÓN FAMILIAR EN EL ÁMBITO LABORAL SANITARIO

ISABEL GONZÁLEZ HERNÁNDEZ

1 Introducción

La conciliación personal, familiar y laboral se define por la RAE como ”La participación equilibrada entre mujeres y hombres en la vida familiar y en el mercado de trabajo, conseguida a través de la reestructuración y reorganización de los sistemas, laboral, educativo y de recursos sociales, con el fin de introducir la igualdad de oportunidades en el empleo, variar los roles y estereotipos tradicionales, y cubrir las necesidades de atención y cuidado a personas dependientes”.

2 Objetivos

- Acceder al mercado laboral sin que su situación familiar afecte negativamente al acceso al empleo o al acceso a puestos de responsabilidad.
- Cuidar y educar a los hijos sus progenitores.
- Atender a las personas dependientes por sus familias cuando ellas así lo deseen y sea posible atenderlas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas

4 Resultados

Deben de participar en la conciliación de la vida personal, familiar y laboral:
-Las familias, compartiendo hombre y mujeres equitativamente el reparto de las responsabilidades domésticas y familiares,
-Las empresas: aplicando políticas de igualdad, e implantando medidas de conciliación laboral, personal y familiar entre sus plantillas.
-Las Administraciones Públicas: apoyando la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres y diseñando políticas públicas familiares.
-Los sindicatos: impulsando la inserción de medidas de conciliación personal, familiar y laboral en la negociación colectiva.
-Los trabajadores y trabajadoras, ejercitando su derecho a la conciliación.

El 8 de marzo de 2019 entra en vigor el Real Decreto-Ley 6/2019, de 1 de marzo, de medidas urgentes para garantía de la igualdad de trato y de oportunidades entre mujeres y hombres en el empleo y la ocupación.

Principales medidas de conciliación a las que pueden acogerse las personas trabajadoras con el objetivo de realizar una conciliación de la vida familiar, laboral y personal:
- Permiso de nacimiento: se equipara la duración del permiso de las partes progenitoras a 16 semanas. Para la parte progenitora distinta a la madre biológica esta equiparación se hará de forma progresiva desde 2019 hasta 2021.

Se establece la obligación a que ambas partes disfruten, ininterrumpidamente y a jornada completa, las 6 semanas inmediatamente posteriores al parto. Tras esas 6 semanas, se podrán distribuir las 10 restantes a voluntad en períodos semanales, de forma acumulada o interrumpida, hasta que la hija o hijo cumpla 12 meses Se deberá comunicar a la empresa con una antelación mínima de 15 días la distribución de la duración de este derecho.

No obstante, en caso de fallecimiento de la madre, el otro progenitor podrá hacer uso de la totalidad o, en su caso, de la parte que reste de permiso.

En los supuestos de adopción, guarda con fines de adopción y acogimiento, la duración será de 16 semanas ininterrumpidas para cada parte adoptante, guardadora

o acogedora, cuyas 6 primeras semanas serán tras la fecha de la resolución judicial o decisión administrativa y las 10 semanas restantes se pueden disfrutar en periodos semanales de forma acumulada o ininterrumpida en los 12 meses siguientes. La implantación gradual del permiso de nacimiento será la misma.

En los casos de parto prematuro y en aquellos casos en los que la o el menor deba permanecer en hospitalización por tiempo superior a 7 días, el periodo de suspensión se ampliará en tantos días como el nacido se encuentre hospitalizado, hasta un máximo de 13 semanas.

En los supuestos de discapacidad de la hija o hijo en el nacimiento, adopción, guarda con fines de adopción o acogimiento múltiple por cada hija o hijo distinto del primero, se ha aumentado la duración de la suspensión de los contratos en 2 semanas en el caso de personal de la Administración pública, y de dos semanas, una para cada uno de los progenitores, en el resto de los casos.
Permiso para el cuidado del hijo lactante: Permite que las partes progenitoras, ya sea de forma natural como por adopción, guarda o acogimiento, tienen derecho a ausentarse de su puesto de trabajo durante una hora para el cuidado de la hija o hijo lactante.
Se puede distribuir de maneras diferentes:
1. El permiso para ausentarse 1 hora al día, pudiendo dividir en dos fracciones esta hora.
2. Reducir la jornada media hora al principio o al final de la jornada.
3. Permiso de lactancia acumulada, esto es, acumular las horas de este permiso para conseguir jornadas completas. Se hará en los términos previstos en la negociación colectiva o en los términos en los que se acuerde con el empresariado (duración aproximada de 15 días).

En los dos primeros casos la duración del permiso comprenderá hasta que la o el bebé cumpla 9 meses.
Permiso retribuido por enfermedad de familiares: De 2 días de duración para los siguientes supuestos:
• Fallecimiento;
• Enfermedad o accidente grave, requiera o no hospitalización o intervención quirúrgica;
• Hospitalización que implique un cierto reposo, e intervención quirúrgica que exija reposo domiciliario y así lo acredite un facultativo.

En el caso de que se precise desplazamiento el permiso se alargará a 4 días.
Reducción de jornada: con la disminución proporcional del salario para el

cuidado de menores de 12 años o de una persona con discapacidad física, psíquica o sensorial, que no desempeñe una actividad retribuida.

5 Discusión-Conclusión

Facilitar que cualquier persona trabajadora pueda mantener al mismo tiempo una carrera profesional y ejercer su derecho al cuidado de su familia.

6 Bibliografía

- RAE.
- Estatuto Básico del Empleado Público (EBEP).
- Real Decreto-Ley 6/2019, de 1 de marzo, de medidas urgentes para garantía de la igualdad de trato y de oportunidades entre mujeres y hombres en el empleo y la ocupación.

Capítulo 1332

ESTRATEGIAS PARA REDUCIR EL ABSENTISMO LABORAL EN LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS.

JAVIER FERNÁNDEZ URÍA

YAIZA CANGA SÁNCHEZ

1 Introducción

Se entiende por absentismo laboral la ausencia de una persona de su puesto de trabajo, en horas que correspondan a un día laborable, dentro de la jornada legal de trabajo.
Se pueden distinguir tres clases de absentismo laboral que son las siguientes:
- Absentismo voluntario o injustificado: En este tipo de absentismo el trabajador no justifica la falta por no acudir al trabajo ni avisa a la empresa que no va a acudir a su puesto de trabajo. Puede ser sancionable por la empresa debido al incumplimiento del contrato.
- Absentismo justificado. Es el más común de los tipos de absentismo. El empleado avisa a la empresa del motivo que le lleva a ausentarse de su puesto de trabajo.
- Absentismo presencial: Es el más conflictivo ya que el trabajador se encuentra en el puesto de trabajo pero sin realizar las tareas que le corresponde.

2 Objetivos

- Determinar cuales son aquellas causas o factores más determinantes en el absentismo laboral de los auxiliares administrativos.

3 Metodología

Este artículo está realizado en base a una revisión bibliográfica en bases de datos tales como Scielo, Dialnet y Elsevier. Las palabras clave utilizadas como descriptores han sido: título profesional de auxiliar administrativo, estatuto de personal no sanitario, labores de un auxiliar administrativo sanitario.

4 Resultados

El absentismo laboral es una situación inevitable en las unidades hospitalarias , no obstante, las acciones dirigidas a su mejoramiento en ocasiones son insuficientes para abordar los múltiples factores que lo originan, generando como consecuencia brechas en la calidad de la atención al usuario y su familia, insatisfacción del usuario, entre otros.
El absentismo no sólo indicada enfermedad , sino de insatisfacción en el trabajo; por lo tanto, esta problemática debe ser abordada por los servicios de salud en el trabajo, las áreas de administración de personal, los trabajadores y los empleados adoptando una metodología de trabajo interdisciplinaria, orientada hacia la investigación y el diseño de mejores condiciones y puestos de trabajo.
Las principales causas de absentismo son:
• Accidentes de trabajo:ya sea en el puesto de trabajo, durante el trayecto casa-trabajo y viceversa o mientras se trabaja y existen un desplazamiento externo.
• Enfermedad profesional:las provocadas por actividades y diferentes tipos de agentes.
• Enfermedad y accidente de origen no laboral, como las enfermedades comunes o las crónicas, entre otras.
• Riesgo durante el embarazo y la lactancia.
• Licencias y permisos legales: como las consultas médicas o permisos de maternidad y paternidad.
• Ausencias no autorizadas: como las injustificadas o las faltas de puntualidad.
• Conflictos laborales:por ejemplo entre personas o con los colectivos.

El absentismo por incapacidad temporal:
La incapacidad temporal es un fenómeno complejo originado por varios factores de los que se derivan una importante repercusión social y económica. Sus consecuencias afectan a la administración, a los empleados públicos y a la sociedad en general; por ello es necesario establecer un control efectivo para conseguir que el absentismo por IT(incapacidad temporal) se adapte a las necesidades clínicas

reales, evitando prácticas abusivas que resultan perjudiciales para el resto de los empleados públicos y para toda la organización.

Las principales causas de absentismo de bajas por IT:
- Problemas o dificultades en el ámbito familiar del trabajador.
- Conciliación de la vida laboral y personal.
- Problemas leves de salud que no justificaría una baja médica.

5 Discusión-Conclusión

El absentismo laboral es una situación inevitable en las unidades hospitalarias, no obstante, las acciones dirigidas a su mejoramiento en ocasiones son insuficientes para abordar los múltiples factores que lo originan, generando como consecuencia brechas en la calidad de la atención al usuario y su familia, insatisfacción del cliente interno, detrimento patrimonial y daño de la reputación institucional, entre otros.
La solución ante los problemas de absentismo laboral, sean del tipo que sean, es la implantación de sistemas de gestión de vacaciones, ausencias y permisos. Con este tipo de sistemas, los empleados podrán, mediante solicitudes y de forma muy sencilla, hacer peticiones de permisos. Es decir, pueden enviar al administrador el día que no acudirán a trabajar y el motivo de la ausencia.
Además, los sistemas de gestión de vacaciones modernos, se complementan con gestores de tareas y control horario, de manera que reducir el absentismo presencial es más sencillo: los empleados pueden indicar a qué están dedicando su tiempo en el trabajo y conocer su productividad laboral.
La mejor manera de evitar el absentismo es potenciar una adecuada calidad de vida laboral, plantear un trabajo interesante que permita el desarrollo y la realización personal y estimular el compromiso y la implicación de los trabajadores con la organización y con sus objetivos .

6 Bibliografía

- Oficina Internacional del Trabajo.
- Enciclopedia de Salud, Seguridad e Higiene en el Trabajo. España. Centro de Publicaciones del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social; 1991.
- Taylor, P.J. (1989). Absentismo, causas, control, definiciones y estadísticas. En Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo (vol. 1, A-E). OIT. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (pp. 5-11).

- Google académico.

Capítulo 1333

FUNCIONES DEL CELADOR EN EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

ALBERTO FERNANDEZ FERNANDEZ

MARIA ANGELES BARCENA MEDIO

MARIA NOELIA CALDERÓN DÍAZ

ALBA SÁNCHEZ GARCÍA

JUANA MARIA TESTÓN RUIZ

1 Introducción

La Atención Primaria (AP) constituye en términos de asistencia sanitaria el nivel más básico al que tiene acceso la población.

Abarca el conjunto de medios materiales y humanos que se ponen a disposición de toda la comunidad para atender sus problemas de salud. El Sistema Nacional de Salud, a través de la AP, se ocupa de cuestiones relacionadas con la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, así como de la curación y el tratamiento de las mismas. Así pues, es éste el ámbito donde el ciudadano encuentra la solución a los problemas más habituales relacionados con su salud y las enfermedades que pueda padecer. Cualquier individuo tiene acceso a la Atención Primaria. Solo en el caso de que se hayan agotado todos los medios de este

nivel de asistencia, podrá ser derivada una persona al nivel superior de la atención especializada u hospitalaria.

Los dispositivos de atención básicos son los centros de salud ubicados dentro de las zonas básicas de salud y que, a su vez, dependen de las áreas de salud.

Un equipo de Atención Primaria está compuesto por varios profesionales de la salud que son: médicos, enfermeros, administrativos y también celadores, que al igual que sus compañeros desempeñan una función crucial en la correcta prestación de la asistencia sanitaria.

2 Objetivos

Determinar y analizar funciones habituales propias del celador en la AP, así como las que comparte con otros estamentos profesionales, todo ello teniendo en cuenta las referencias legislativas más importantes dentro de la AP de salud.

3 Metodología

Se ha efectuado una revisión bibliográfica haciendo uso de los buscadores Google Académico, Dialnet, Scielo y Medline. Para ello se han utilizado descriptores tales como "funciones celador" "atención primaria" y "trabajo en equipo atención primaria"

Se han analizado revisiones sistemáticas y diferentes artículos en revistas científicas.

4 Resultados

Los profesionales que desempeñan el puesto de celador tienen unas funciones que vienen recogidas en el Estatuto de Personal No Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de las Seguridad Social, promulgado en la Orden Ministerial de 5 de Julio de 1971. En dicha normativa se hace referencia a nada menos que veintitrés funciones asignadas a los celadores, especificando en el último punto que también serán competencia suya "Todas aquellas funciones similares a las anteriores que les sean encomendadas por sus superiores y que no hayan quedado específicamente reseñadas".

La mayor parte de las tareas encomendadas son aplicables exclusivamente al ámbito hospitalario, ya que describen circunstancias tales como "enfermos encamados", "habitaciones", "quirófanos", "animalario", etc.

En el momento en que en el que las funciones de los celadores fueron contempladas, la AP como se entiende en nuestros días era muy incipiente y constaba únicamente de una red de ambulatorios que no proyectaban una atención integral de la salud. Así pues, si se quieren determinar las funciones que desarrolla el personal con categoría de celador en el nivel asistencial de la AP, es necesario fijarse en aquellas funciones descritas en el Estatuto que son aplicables, por analogía, al ámbito de la AP. Asimismo, en la práctica diaria, se da la circunstancia de que se realizan funciones que no son estrictamente del personal subalterno, sino que se encuentran solapadas con las que ejercen otras categorías como los auxiliares administrativos.

Tras este acercamiento a la realidad del celador en la AP, podemos acotar las funciones de estos trabajadores en este ámbito, que serían:
1. Información y atención al usuario.
En el artículo 14.2 epígrafe 1 del Estatuto del Personal No Sanitario se señala:
"Tramitarán o conducirán sin tardanza las comunicaciones verbales, documentos, correspondencia u objetos que les sean confiados por sus superiores, así como habrán de trasladar, en su caso, de unos servicios a otros, los aparatos o mobiliario que se requiera".
Esta función no es exclusiva ya que todos los profesionales del entorno sanitario están obligados a prestarla en alguna medida, ante un requerimiento que pudiera surgir por parte del paciente o sus familiares.
Para ejercer adecuadamente esta función es imprescindible conocer y dominar ciertas habilidades de comunicación que pueden ayudar en gran medida a mejorar las relaciones interpersonales del celador con los pacientes y familiares. Uno de los principios más importantes para desarrollar esta tarea de la mejor manera posible es la escucha activa, que se refiere a la habilidad de escuchar no sólo lo que la persona está expresando directamente, sino también a la capacidad de atisbar los sentimientos, ideas o pensamientos que subyacen a lo que se está efectivamente diciendo. Asimismo, es fundamental cierta empatía, es decir, saber ponerse en el lugar de la otra persona. Practicar la escucha activa, además de ser fundamental en el proceso comunicativo es una recompensa para nuestro interlocutor.

2. Función de vigilancia y control.

La palabra que designa esta profesión, deriva del verbo "celar" que consiste en procurar el cumplimiento de toda clase de obligaciones. Resulta claro por tanto, que la actividad de celador tiene un alto componente, al menos en sus orígenes, de vigilancia. Así pues, los celadores destinados a AP desarrollarán funciones de vigilancia respecto a las instalaciones y respecto a los usuarios.
Respecto a las instalaciones:
- Apertura y cierre de las mismas, así como de los servicios complementarios que el centro determine (porque puedan tener mayor riesgo de sustracciones o de uso indebido).
- Vigilancia nocturna de las instalaciones exteriores del edificio en los casos que proceda.
- Puesta en marcha y comprobación del apagado de aquellos equipos que no deban permanecer en funcionamiento cuando el centro no esté abierto al público.
- Vigilancia del estado general de las instalaciones, informando de los desperfectos cuando proceda.
Respecto a los usuarios:
- Vigilancia del comportamiento de los usuarios, evitando que tengan conductas irrespetuosas y que no hagan uso indebido o inapropiado de las instalaciones del centro. En caso de que no desistan de su actitud, se informará a los servicios de seguridad para que actúen como proceda.
- Orden del flujo de usuarios, dirigiéndolos hacia las consultas en que estén citados.

3. Traslado y movilización de pacientes.
En el ámbito de la AP, la gran mayoría de pacientes no requieren de ayuda para trasladarse o movilizarse. Sin embargo, pueden presentarse situaciones en las que sea necesario movilizar a algún paciente en silla de ruedas o ayudarle a colocarse en alguna camilla. El medio más habitual para movilizar al paciente en AP es la silla de ruedas. Es necesario que los celadores conozcan las técnicas adecuadas para el manejo de este aparato ya sea en su modalidad manual como eléctrica y así poder movilizar al paciente adecuadamente tanto con su colaboración como sin ella.

4. Gestión de almacén.
El abastecimiento y almacenamiento de productos y materiales en un centro sanitario es un proceso fundamental para el correcto funcionamiento del mismo. El almacén es el espacio físico donde se ubican todos estos artículos y materiales y el celador es el responsable de la apertura y cierre del mismo.
Asimismo debe recepcionar los pedidos solicitados, colocar los artículos y retirar

el material deteriorado, además de preparar y repartir los productos solicitados por el centro.

5. Reparto de documentación.
Los celadores son los encargados de repartir la documentación que reciba el centro a través de correo ordinario o de valija (servicio de mensajería que comunica los diferentes centros sanitarios).
Asimismo transmitirán a sus compañeros las comunicaciones verbales que les indiquen su superiores o profesionales autorizados.

6. Traslado de los aparatos o mobiliario que se requiera de unos servicios a otros.

7. Asistencia a otros profesionales del Equipo de Atención Primaria.
El celador destinado en AP puede ser requerido para labores auxiliares en determinadas circunstancias tales como:
- Ayuda en curas, especialmente si dicha cura va acompañada de la realización de una sutura, ya que puede ser necesario sujetar al paciente o la zona que se necesite curar.
- Ayuda en la sala de rehabilitación, en los centros en que exista este servicio con un fisioterapeuta al cargo.

8. Funciones compartidas con otros profesionales.
Muchas de las funciones del Auxiliar Administrativo destinado en AP se comparten con los celadores, con los que atienden las demandas de los usuarios.

5 Discusión-Conclusión

Las funciones de los celadores reseñadas en la Orden del Ministerio de Trabajo de 5 de Julio de 1971 en el Estatuto del Personal No Sanitario al servicio de las Instituciones de la Seguridad Social fueron diseñadas pensando en el ámbito hospitalario, debido a que en aquel momento la Seguridad Social carecía de una red asistencial de entrada al sistema, lo que en nuestro días constituye la AP.

Estas funciones fueron teóricamente derogadas con la aparición en escena de la Ley 55/2003 de 16 de Diciembre, del Estatuto Marco, que afecta a todo el personal estatutario al servicio del Sistema Nacional de Salud. Sin embargo, las funciones reseñadas en el Estatuto del Personal No Sanitario, siguen vigentes si atendemos a la Disposición Transitoria Sexta de la citada Ley 55/2003 en que se determina la derogación progresiva de aquellas funciones, una vez las comunidades autónomas vayan actualizando sus funciones.

Pese al gran lapso de tiempo transcurrido desde 1971 hasta nuestros días, esta actualización todavía no se ha producido, por lo que nos encontramos en ocasiones con enormes diferencias entre las funciones teóricas y las que en realidad se desarrollan.

Este desajuste es especialmente significativo en el ámbito de la AP, cuyo desarrollo es muy posterior a la promulgación del Estatuto del Personal No Sanitario.

Como consecuencia de todo lo reseñado, los Equipos de Atención Primaria, han ido adaptando las funciones del celador a la realidad actual, basándose sobre todo en costumbres adquiridas derivadas de las necesidades cambiantes de los usuarios a través del tiempo.

6 Bibliografía

- Calcedo Barba, A. L.: Derechos de los pacientes en la práctica clínica: Ley de autonomía del paciente y Ley de enjuiciamiento civil. Madrid: Grupo Editorial Entheos, 2004
- Gervás J, Pérez-Fernández M, Palomo-Cobos L, Pastor-Sánchez R, Red Española de Atención Primaria (REAP). Veinte años de reforma de la atención primaria en España. Valoración para un aprendizaje por acierto/error. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.
- Marcuello AA. Habilidades de comunicación: técnicas para la comunicación eficaz. Concepto de «almacén». Almacenes sanitarios. Existencias e inventarios. En: Escolar A, Larrañaga IJ. Operaciones administrativas y documentación sanitaria. 1.ª ed. Madrid: Mac¬Millan Profesional; p. 132-55.
- Instituto de Información Sanitaria. Organización general de la Atención Primaria en las Co¬munidades Autónomas. Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP). Año 2010. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2011.
- Constitución Española. BOE 1978; 311:29313-424.
- Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud. BOE 1984; 27:2627-9.
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. BOE 1986; 102:15207-24.
- Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre Ordenación de Prestaciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud. BOE 1995; 35:4538-43.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE 2002; 274:40126-32.

Capítulo 1334

COMUNICACIÓN USUARIO/PACIENTE-ADMINISTRATIVO EN UN CENTRO SANITARIO.

ISABEL COTO GALÁN

JOSE MANUEL GONZALEZ MORAN

Mª ISABEL GONZALEZ MORAN

1 Introducción

Consideramos de vital importancia el primer contacto realizado por un usuario o paciente al dirigirse a cualquier centro donde pueda necesitar asesoramiento médico o asistencia médica. Este primer contacto se realiza siempre a través de la figura del auxiliar administrativo o administrativo como tal, debiendo ser adecuado para poder continuar con el proceso asistencial con la mayor rapidez, eficacia y satisfacción para el paciente o el usuario. Citando la ley de autonomía del paciente nos quedamos con la siguiente frase: "La importancia que tienen los derechos de los pacientes como eje básico de las relaciones clínico-asistenciales se pone de manifiesto al constatar el interés que han demostrado por los mismos casi todas las organizaciones internacionales con competencia en la materia."

Analizando la diferente bibliografía y centrándonos en los principios básicos de la ley de autonomía del paciente observamos como esta ley tiene por objeto la regulación de los derechos y obligaciones de los pacientes, usuarios y profesionales,

así como de los centros y servicios sanitarios, públicos y privados, en materia de autonomía del paciente y de información y documentación clínica.

Para poder analizar de una forma correcta esta relación, lo primero que vamos a hacer es realizar una definición de cada una de las partes implicadas, y a continuación, analizaremos sus interacciones con las pautas que nos marca la ley de autonomía del Paciente.

• Paciente: la persona que requiere asistencia sanitaria y está sometida a cuidados profesionales para el mantenimiento o recuperación de su salud.

• Usuario: la persona que utiliza los servicios sanitarios de educación y promoción de la salud, de prevención de enfermedades y de información sanitaria.

• Auxiliar administrativo: apoyo material, ejercicio y desarrollo respecto a las tareas administrativas de la Institución, así como las de secretarías de planta y servicios y las de preparación y tratamiento de los datos para la informática.

Una vez aclaradas la diferencias en las diferentes partes implicadas vemos como las funciones principales de los auxiliares administrativos y administrativos se centran en la atención al público, la recepción de llamadas, la preparación de los datos informáticos, la organización de expedientes y su tramitación y la gestión de las citas en el servidor. Una gran parte del trabajo se concentra alrededor de la comunicación con los usuarios y los pacientes.

Enumeramos a continuación los principios de esta ley que nos afectan directamente en nuestra relación como administrativos frente a los pacientes o usuarios:

• La dignidad de la persona humana, el respeto a la autonomía de su voluntad y a su intimidad orientarán toda la actividad encaminada a obtener, utilizar, archivar, custodiar y transmitir la información y la documentación clínica.

• Toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes o usuarios. El consentimiento, que debe obtenerse después de que el paciente reciba una información adecuada, se hará por escrito en los supuestos previstos en la Ley.

• Los pacientes o usuarios tienen el deber de facilitar los datos sobre su estado físico o sobre su salud de manera leal y verdadera, así como el de colaborar en su obtención, especialmente cuando sean necesarios por razones de interés público o con motivo de la asistencia sanitaria.

• Todo profesional que interviene en la actividad asistencial está obligado no sólo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los deberes de información y de documentación clínica, y al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente.

• La persona que elabore o tenga acceso a la información y la documentación

clínica está obligada a guardar la reserva debida.

2 Objetivos

Revisión bibliográfica en la que nos centramos en la relación administrativo-paciente y administrativo-usuario.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, Google Académico seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Tras observar las relaciones entre administrativos y usuarios y pacientes y los principios que nos marca la ley de autonomía del paciente, observamos habilidades necesarias en profesionales sanitarios y no sanitarios, para llevarlas a cabo. Los factores que determinan la satisfacción por parte de los pacientes/usuarios de los profesionales sanitarios/ no sanitarios son:

-Accesibilidad: los pacientes valoran poder contactar fácilmente con los diferentes servicios sanitarios.

-Capacidad de respuesta: uno de los aspectos más apreciados por parte de los usuarios de los servicios sanitarios es una abierta disposición para atender, así como un servicio eficiente, por parte de los profesionales sanitarios/no sanitarios, sin esperas injustificadas.

- Comprender al paciente: los pacientes manifiestan una serie de necesidades que, para poder ser satisfechas, han de ser previamente comprendidas y valoradas, desde el primer contacto por el administrativo.

- Comunicación: los pacientes valoran especialmente que los profesionales sanitarios les escuchen y establezcan con ellos una comunicación afectiva y asertiva en un lenguaje comprensible por ambas partes.

- Cortesía: durante la prestación del servicio, los pacientes y usuarios desean que los profesionales de la salud sean atentos, considerados, respetuosos y amables

con ellos.
- Credibilidad: En este sentido, los pacientes buscan que los profesionales que les atienden sean competentes y transmitan credibilidad y veracidad.
- Implicación: el paciente quiere percibir que su problema es importante para el profesional que le atiende en cada par del proceso asistencial, que es tratado con la dignidad que merece y que empatiza con él.
- Profesionalidad: la profesionalidad es imprescindible para la prestación de servicios de calidad.

A estos factores se los conoce como variables intangibles, ya que son las conductas, aptitudes y actitudes individuales o grupales que contribuyen decisivamente tanto a la conformación de las percepciones del paciente/usuario y su satisfacción, como al valor que para él adquiere el centro sanitario: comportamiento y motivación del personal, creencias, normas y formas de pensar de la organización, etc.

5 Discusión-Conclusión

Ya sea de forma presencial o telemática, el primer contacto de los usuarios/pacientes con los diferentes centros sanitarios es a través de la figura del administrativo. Pese a que históricamente, la comunicación entre los pacientes y los profesionales de la salud (sanitarios y no sanitarios) no ha ocupado un papel relevante en el entorno sanitario, vemos que con el paso del tiempo va adquiriendo mayor importancia de cara a facilitar la comunicación y entendimiento entre ambas partes.

Cuando una persona acude a un centro médico, ya sea como usuario o paciente, lo hace porque precisa una solución frente a ciertas necesidades que le han surgido relacionadas con su bienestar. Ante esta situación y en primer lugar, requiere de información clara y veraz por parte de los profesionales que se vaya encontrando en el proceso asistencial, desde el auxiliar administrativo que le recibe en el mostrador, hasta el facultativo que le ofrece solución a su problema.

6 Bibliografía

• Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
• Convenio sobre los derechos del hombre y la biomedicina,4 de abril de 1997.
• Estatuto del Personal no Sanitario de las Instituciones Sanitarias Públicas de la Seguridad Social de 1971.

• https://www.appf.edu.es/funciones-auxiliar-administrativo-sanidad-descubre-competencias/
• https://www.msdsalud.es/Assets/docs/dossier_msd/comunicacion-paciente-profesionales-sanitarios.pdf

Capítulo 1335

ATAQUE AL CELADOR. PLANEAR EL AFRONTAMIENTO

MARTA MESA GARCÍA

MARÍA MÓNICA ARGÜELLES GARCIA

AMPARO GONZALEZ SERRANO

AVELINO MANUEL PEREZ PEREZ

1 Introducción

La agresividad en el lugar de trabajo, es una situación que no comprende de políticas ni culturas, ni de sección económica y clases profesionales convirtiéndose actualmente en un importante factor de riesgo psicosocial en el trabajo.

2 Objetivos

- Preparar un documento gráfico que incluya estrategias de afrontamiento ante la conducta violenta de un paciente dirigido al personal celador del servicio de urgencias.

3 Caso clínico

El protocolo incluye: ayuda sanitaria y apoyo psicológico para el agredido, comunicado de lo sucedido, recomendación legal, denuncia de lo sucedido ante el órgano competente y proceder a los daños materiales.

El servicio de prevención de Riesgos Laborales imparte a los trabajadores un curso-taller sobre técnicas conductuales y de comunicación ante un paciente complicado, realizando un documento gráfico para conocer las principales estrategias y pautas de actuación.

4 Discusión-Conclusión

Estudiar a evolucionar una adecuada relación y comunicación con el paciente permitirá al profesional defenderse, disminuyendo la carga emocional negativa, la cantidad de pacientes problemáticos y la cantidad de problemas en los servicios hospitalarios.

5 Bibliografía

Como inspección bibliográfica bases de datos (PubMed y Scielo), libros, revistas, página web, protocolos y manuales, usando los descriptores de la salud (DeCs) y Medical Subjet Headings (MeSH).

Capítulo 1336

EL PINCHE DE COCINA Y SU RELACIÓN DIRECTA CON EL MOBBING O ACOSO LABORAL EN EL MEDIO HOSPITALARIO. MEDIDAS PREVENTIVAS Y DE CONTROL

LORENA PALACIN CARRO

VANESA GARCÍA VALERO

BÁRBARA NIEMBRO INTRIAGO

AGUSTINA GONZÁLEZ FREIJOO

1 Introducción

Uno de los riesgos a los que están sometidos las personas en el desempeño de su trabajo deriva de la interrelación con otras personas.

El acoso laboral o mobbing es una realidad cada vez más común dentro del medio laboral ,aunque puede ser difícil de identificar ya que no siempre presenta las mismas características ni se da en las mismas condiciones.

Los distintos tipos de mobbing hacen que, en ocasiones, este fenómeno no se identifique como tal o sea interpretado como algo que entra dentro de la normalidad.

Distinguir entre los distintos tipos de mobbing no es tarea fácil pero tampoco imposible.

El mobbing se podría definir como la situación en la que un trabajador o grupo de trabajadores realizan una serie de acciones violentas psicológicas de forma sistemática (al menos una vez a la semana) durante un tiempo determinado (más de seis meses), sobre una persona en el lugar de trabajo.

El acoso laboral puede aparecer en cualquier momento, afectando tanto a hombres como mujeres y no entiende de jerarquías laborales.

El mobbing es una forma de estrés laboral que se caracteriza porque no ocurre por causas relacionadas directamente con el desempeño del trabajo o con su organización. Tiene su origen en las relaciones entre las personas que se generan entre las personas.

2 Objetivos

- Identificar cuales son los tipos de mobbing existentes.
- Determinar cuales son los indicadores de acoso laboral.
- Medidas preventivas y de control.

3 Metodología

Este artículo está realizado en base a una revisión bibliográfica en bases de datos tales como Scielo, Dialnet y Elsevier .Las palabras clave utilizadas como descriptores han sido: acoso laboral, pinche de cocina, cocina hospitalaria, manipulador de alimentos, mobbing horizontal.

4 Resultados

Para poder actuar en cuanto a prevención hay que tener en cuenta que hay varios tipos de mobbing que son:

- Mobbing ascendente: se da cuando dos o más personas realizan diferentes acciones sobre una persona de mayor rango jerárquico en la organización; suele producirse cuando se incorpora a la empresa una persona nueva con un rango superior y los métodos de trabajo que utiliza no son aceptados por el resto del personal.

- Mobbing horizontal: es el que se da entre compañeros que tienen las mismas competencias
- Mobbing descendente: es el más habitual. Una persona tiene el poder sobre otra y lo ejerce mediante desprecios, falsas acusaciones, insultos que quieren minar psicológicamente a la víctima.

Existen muchos indicadores que pueden ayudar a identificar si un trabajador está sufriendo algún tipo de acoso laboral o mobbing:

- Dificultades en la comunicación: Es una de las conductas más habituales y se da cuando se limita la comunicación con el trabajador, consiste en anular al trabajador en cuanto a comunicación se refiere ya que se le omite o oculta información para que este vea limitada su oportunidad de comunicarse adecuadamente con el resto de compañeros.

El acosador impedirá al trabajador que pueda comunicarse ya que le interrumpirá e interfirirá en todo momento para que este no pueda expresarse.

Además, sus compañeros podrán gritar, chillar e injuriar a la víctima en voz alta. Criticarán tanto su vida privada como los trabajos que realiza. En ocasiones le amenazarán verbalmente, por escrito o telefónicamente. Por último, ignorarán su presencia, se dirigirán a otras personas como si él o ella no existiera y se rechazará el contacto con la víctima.

- Aislamiento social: la más frecuentes es no hablar con él ni permitir que se dirija directamente al jefe o a un compañero o que los compañeros le hablen. Ubicarle en un sitio en el que estará aislado, etc.
Desprestigio ante el resto de trabajadores:El acoso laboral también puede aparecer ante actividades que tienen el objetivo de desacreditar la reputación laboral o personal. Para conseguirlo el agresor maldecirá, calumniará, se burlará, inventará rumores, cotilleos o enfermedades de la víctima.

- Desprestigio laboral: Los acosadores también pueden realizar acciones y actividades de acoso que pretendan reducir la ocupación de la víctima como será no asignarle ningún trabajo o en caso de asignarle tareas estas serán inferiores a la capacidad o competencia profesional de la trabajador/a.

- Salud física o psíquica: en situaciones extremas pueden darse casos de agresiones, amenazas verbales y acoso sexual; lo que pueda llevar asociado a un estado de depresión o ansiedad de manera permanente en le trabajador/a.

CONSECUENCIAS DEL ACOSO LABORAL:
El Trabajador: a nivel psicológico el principal síntoma que puede tener es la ansiedad en el trabajo que afectará a otros ámbitos de su vida. El trabajador/a constantemente tendrá sentimientos de fracaso, frustración, apatía y baja autoestima. También tendrán problemas para concentrarse y llegar incluso a tener depresión.

Las víctimas pueden llegar a ser muy susceptibles y sensibles a las críticas, así como desconfiados con el resto de personas que les rodean. Lo habitual es que adopten conductas que propicien el aislamiento, la agresividad y los sentimientos de ira y rencor.

- El trabajo: el rendimiento en el trabajo se verá afectado. La comunicación y la colaboración en equipo se verá perjudicada y derivará en el descenso de la cantidad y la calidad de los trabajos desarrollados por la persona afectada.

Por otro lado el absentismo laboral aumentará y el trabajador intentará cambiar de trabajo.
El clima laboral también se verá afectado y aumentarán los posibles accidentes en el trabajo por negligencias, accidentes voluntarios o descuidos.

- Entorno social y familiar: la víctima estará amargada, sin ganas de hacer nada y desmotivada.

5 Discusión-Conclusión

Establecer la existencia de un caso de un caso de mobbing es vital para tratar cuanto antes al trabajador(pinche de cocina) e impedir que los efectos del acoso tengan demasiadas consecuencias graves.

Como medida preventiva y de control el hospital está obligado a incluir el acoso dentro de la evaluación de riesgos. De esta manera se podrá prevenir y hacer los cambios oportunos en los sistemas de trabajo y en las relaciones laborales entre los empleados.

El tratamiento dependerá de cada caso y requerirá el estudio individual del paciente.

6 Bibliografía

- CERES El acoso sexual en el trabajo desde una perspectiva sindical Cir. Inf.,1993; 11: 113.
Leymann H. El contenido y desarrollo del mobbing en el trabajo.Eur.
- J Work Organ Psychol.1996; 5: 165-184.
- Piñuel, I. (2001). Mobbing: cómo sobrevivir al acoso laboral. Barcelona: Sal terra.

Capítulo 1337

EL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CELADORES

MARÍA EUGENIA CONCHA DÍAZ

1 Introducción

A lo largo de la historia, en la relación médico-paciente se han realizado procedimientos médicos con distintos grados de participación del paciente, de acuerdo con las demandas y necesidades del médico y, posteriormente, del paciente, de sus familiares y de la sociedad. Esto ha supuesto un cambio en la cantidad y calidad de la información y, por tanto, el aprendizaje de una nueva disciplina que no se enseñaba en las facultades de medicina.

2 Objetivos

- Dar a conocer al celador información importante sobre el consentimiento informado.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El derecho a la información de los enfermos ha sido subrayado por la Recomendación 779 (1976) de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa.

La Ley General de Sanidad, de 25 de abril de 1986, en su artículo 10.6 sobre la autonomía del paciente reconoce el derecho "a la libre elección entre las opciones que le presente el responsable médico de su caso, siendo preciso el previo consentimiento escrito del usuario para la realización de cualquier intervención".

Desde el punto de vista legal, el consentimiento de una persona es un acto jurídico y, como tal, ha de reunir unos requisitos mínimos, relativos a la adecuación subjetiva, objetiva y formal del acto para producir los efectos previstos.

5 Discusión-Conclusión

A la vez que se practicaba una medicina paternalista, el CI nace como necesidad de la medicina moderna y progresista de respetar la autonomía del paciente. Sin dejar que madure esta idea, surge la necesidad legal del CI, lo que ha propiciado algunos vicios en la forma.

Es deseable que todas las partes cuiden el proceso; los gestores, los jueces y quizá también los pacientes han de conocer las implicaciones que supone la introducción de una nueva estrategia para la cual quizá no se han proporcionado todos los recursos necesarios.

6 Bibliografía

- https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/bioetica/guias-bioetica-castilla-leon.ficheros/1266525-Guia%20de%20Consentimiento%20Informado.pdf.
- https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-consentimiento-informado-S0716864010705824.
- https://www.icoec.es/documentos/El-Uso-Del-Consentimiento-Informado-Profesional.pdf.
- http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582016000100010.
- https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/1/.

Capítulo 1338

TRASLADO EN CAMILLA DEL PACIENTE

MARÍA EUGENIA CONCHA DÍAZ

1 Introducción

La movilización es el acto de ayudar a una persona o paciente para que pueda llevar a cabo una serie de actividades que él haría sólo si tuviera los conocimientos necesarios o si tuviese la fuerza suficiente.

Existen diversas técnicas para realizar el traslado de los pacientes así como también podemos encontrar una gran variedad de formas para llevar a cabo la movilidad de los pacientes. Se trata de movilizar cargas pero siempre con el menor esfuerzo posible.

Estas técnicas van a depender del tipo de paciente frente al que debemos actuar, ya que no con todos los pacientes lo realizaremos de la misma forma sino que tendremos en cuenta sus necesidades y enfermedades, roturas o lesiones que puedan padecer. Pero siempre, sea cual sea la técnica que vayamos a realizar, lo principal que tendremos que tener en cuenta será que no debemos realizar ningún daño físico al paciente.

2 Objetivos

- Dar a conocer al celador información importante sobre el traslado de pacientes en camilla.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Cuando se traslada a un paciente en su cama o en la camilla, el celador se situará en la cabecera del enfermo, por lo que siempre irán por delante los pies del paciente. Se intentará circular por el centro de los pasillos para proteger al enfermo de choque en esquinas o para protegerlo de posibles aperturas de puertas. Siempre se intentará que el paciente vaya lo más cómodo posible y que vaya seguro y no se caiga.

Los movimientos que realizaremos serán suaves y el traslado lo realizaremos lentamente sin abandonar en ningún momento al paciente en la camilla. En el caso de la entrada en los ascensores, en primer lugar se introducirán los pies del encamado, y, mientras el ascensor se encuentre en movimiento el celador se quedará en la cabecera de la cama.

Para salir del ascensor, el celador comenzará a sacar la camilla por el lado de la cabecera, evitando cualquier golpe de cualquier clase. En el momento en el que la camilla tenga que pasar por alguna rampa nos aseguraremos de comprobar los cinturones de seguridad y extremaremos las máximas precauciones.

5 Discusión-Conclusión

Todos los tipos de técnicas que vamos a llevar a cabo también deben de ser cuidadosas con el propio trabajador ya que éstas conllevan un gran esfuerzo al tener que levantar o mover diversos pesos, por lo que, se llevarán a cabo siguiendo las instrucciones adecuadas para que no produzcan ningún daño en el personal que las lleva a cabo.

6 Bibliografía

- http://hysel.com.ar/capacitacion_dn/Efectores-deSalud/Movilizacióndepacientes.pdf.
- http://celadores.blog-activo.com/Celadores-b1/TECNICAS-DEMOVILIZACION-DE-PACIENTES-b1-p4.htm.
- http://www.auxiliar-enfermeria.com/movilizaciones.htm#marc03.
- http://issuu.com/maisaguevara/docs/tecnicas_de_movilizacion_y_traslado_de_paciente.
- http://www.elgotero.com/transporte_y_movilizaci%C3%B3n_de_enfermos.htm.

Capítulo 1339

LA LEY GENERAL DE SANIDAD PARA CELADORES

MARÍA EUGENIA CONCHA DÍAZ

1 Introducción

Con la promulgación de la Ley General de Sanidad 14/1986 se establecieron las bases de lo que sería uno de los más importantes logros de la reciente historia democrática a juicio de la ciudadanía, si tenemos en cuenta la importancia que le otorgan en su bienestar, la satisfacción confesada con el servicio y el mayoritario rechazo a los recortes, expresado en todas las encuestas.

Una ley que tiene por objeto dar cumplimiento al mandato constitucional de protección a la salud recogido en el artículo 43 de la entonces reciente Constitución Española. Y lo hizo de forma que supuso una auténtica revolución en el concepto de la protección integral a la salud, en las condiciones de prestación con carácter integral y de acceso como derecho de ciudadanía y de igualdad efectiva.

2 Objetivos

- Dar a conocer al celador información importante sobre la Ley General de Sanidad.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica

existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La Ley General de Sanidad inició y puso las bases políticas y legales para construir un sistema de salud de cobertura universal, público, de calidad, acceso gratuito y coordinado. Un sistema que hoy sigue vigente porque compagina los valores de equidad para toda la ciudadanía y de financiación solidaria basada en impuestos, dentro de un sistema de organización federal profundamente descentralizado en su gestión política y administrativa.

5 Discusión-Conclusión

La Ley General de Sanidad ha sabido superar a lo largo de estos 30 años las resistencias que mostraron algunos sectores conservadores que veían sus estatus amenazados, en alguna medida unido al papel obstruccionista de algunos partidos.

Su progresiva implantación, la satisfacción de la ciudadanía y las oportunidades para los profesionales y las profesionales han logrado el consenso que hoy afortunadamente conocemos.

6 Bibliografía

- https://www.unav.edu/documents/16089811/16216616/sistema+sanitario_.pdf.
- http://www.ugr.es//EASP_NuevaSaludPublica_1-Historia.pdf.
- http://www.dipualba.es/municipios/cenizate/cultura/zenizate_3_6.pdf.
- https://www.ccoo.es/f1791e9b346d3a6b7321c305bf923c51000001.pdf.

Capítulo 1340

EL CAPITAL INTELECTUAL EN EL ÁMBITO SANITARIO, DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA CATEGORÍA DE AUXILIAR ADMINISTRATIVO.

SANDRA MUÑOZ MENÉNDEZ

AROA MUÑOZ MENENDEZ

SANDRA RODRIGUEZ GOMEZ

1 Introducción

En 1969 el economista John Kenneth Galbraith acuñó el concepto de "capital intelectual". El Capital Intelectual abarca las relaciones con clientes y socios, los esfuerzos innovadores, la infraestructura de la compañía y el conocimiento y la pericia de los miembros de la organización.

Puede definirse el Capital Intelectual (CI) dentro del ámbito sanitario como la posesión de conocimientos, experiencia, tecnología, relaciones con el entorno y destrezas profesionales (elementos que generan valor y no se recogen en los análisis tradicionales) que dan a la institución sanitaria ventaja competitiva y organizativa.

Dentro del CI se distinguen tres categorías:
- CAPITAL HUMANO. Conocimiento (explícito o tácito) que poseen las personas y equipos de la organización sanitaria, así como su capacidad para generarlo

(para aprender). El capital humano es la base de la generación de los otros dos tipos de CI. La organización sanitaria no posee el capital humano, sólo puede hacer uso de él durante determinado período de tiempo.

- CAPITAL ESTRUCTURAL. Conocimiento que la organización consigue explicitar, sistematizar e internalizar (que en un principio puede estar latente en las personas y equipos). Incluye todo conocimiento estructurado del que depende el funcionamiento interno de la organización: sistemas de información y comunicación, tecnología disponible, procesos de trabajo, patentes, sistemas de gestión… El capital estructural es propiedad de la organización sanitaria. Va a facilitar el flujo del conocimiento y la eficacia de la organización.

El capital estructural es el soporte o la infraestructura para el capital humano. Incluye tanto el soporte directo como el indirecto, y para cada uno de ellos hay elementos físicos y elementos intangibles.

El soporte que afecta directamente al capital humano incluye elementos físicos como ordenadores, mobiliario y teléfonos, y elementos intangibles como los sistemas de información, programas informáticos, procedimientos laborales, planes de marketing.

El soporte indirecto incluye elementos físicos como edificios, electricidad, y elementos intangibles como planes estratégicos, sistemas de plantillas, estructuras de costes y relaciones con otras organizaciones.

- CAPITAL RELACIONAL. Valor que tiene para una organización sanitaria el conjunto de relaciones que mantiene con el exterior. Calidad y sostenibilidad de la base de datos, potencialidad para generar nuevos clientes, conocimiento que pueda obtenerse de la relación con otros agentes del entorno (alianzas, proveedores…).

La creciente interconexión entre mercados e industrias está creando la necesidad de recurrir a agentes externos incluso en operaciones cotidianas.

2 Objetivos

- Identificar cómo se gestiona el Capital Intelectual en el ámbito sanitario, desde el punto de vista de la categoría de Auxiliar Administrativo.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica y se han analizado múltiples documentos extraídos de libros y artículos de revistas, hallados en las bases de datos de google Académico, Dialnet y Scielo, con los descriptores: capital intelectual, sanitario, auxiliar administrativo. Como criterios de inclusión se ha empleado: idioma castellano e inglés, con acceso gratuito. Se han ordenado por relevancia, y analizado los 18 primeros documentos.

4 Resultados

En los últimos años el panorama del ámbito sanitario ha sufrido profundos cambios. Con el avance la las tecnologías de la información y su introducción masiva en las organizaciones, el factor clave del éxito ha pasado a ser el conocimiento. Incluso se habla de una "tercera revolución", que se diferencia de las dos anteriores (la agrícola y la industrial) en que la fuente de valor es ahora intangible.

La innovación se está desarrollando con mayor rapidez que nunca. Las ideas dan la vuelta al mundo en segundos. La búsqueda y aplicación de conocimientos tiene cada vez menos límites. La economía es cada vez más global, de modo que la innovación y la tecnología son fundamentales para mantener la competitividad.

El reto que se le plantea a todo el entorno sanitario en la actualidad es la gestión de los flujos de conocimiento, y puede concretarse en los siguientes objetivos:
• Gestionar la transformación de los tangibles en activos intangibles.
• Virtualizar la organización e incorporar las tecnologías de la información y de las comunicaciones.
• Aprender a competir en un mundo multicultural.
• Aprender a aprender y a incorporar los conocimientos a los activos y procesos.

Una organización es, en definitiva, un conjunto de recursos y capacidades, donde lo más importante es administrar y gestionar de manera adecuada los recursos intangibles que generan o generarán valor en el futuro.
Una organización inteligente (sistema sociotécnico abierto, capaz de aprender y de transformarse permanentemente para adaptarse al cambio), se compone del aprendizaje individual (desarrollo de los conocimientos y capacidades de cada persona para lograr sus objetivos, a la vez que forman nuevos conocimientos o patrones de pensamiento) y de aprendizaje organizativo (las personas aprenden a aprender en equipo y las aspiraciones colectivas pueden modificar actitudes

individuales).

Se trata de detectar, seleccionar, organizar, filtrar, presentar y usar la información por parte de los miembros de la organización, para explotar cooperativamente los recursos de conocimiento basados en el capital intelectual propio de las organizaciones, orientados a potenciar las competencias organizacionales y la generación de valor.

Aplicar la Gestión del Conocimiento (proceso sistemático mediante el cual se obtiene, despliega o utiliza una variedad de recursos básicos para apoyar el desarrollo del conocimiento dentro de la organización) va a proporcionar notables ventajas, debido a:
• El mercado es cada vez más competitivo, requiere mayor innovación en menos tiempo.
• Necesidad de desarrollar métodos formales que vengan a sustituir el tratamiento informal del conocimiento que se hace en las organizaciones.
• Los profesionales de la organización necesitan adquirir numerosos conocimientos para llegar a acumular experiencia a partir de ellos. Pero tienen cada vez menos tiempo.
• Necesidad de manejar cada vez una mayor complejidad en el ámbito sanitario.
• Un área específica puede perder información debido a un cambio estratégico en la dirección. Una decisión de volver a la orientación anterior se encontraría con la posibilidad de que el profesional o profesionales que poseían ese conocimiento hayan abandonado el área.
• Con planes de jubilación anticipada abandonan la organización personas que habían acumulado gran experiencia, sin tiempo para que sus compañeros más jóvenes adquieran ese conocimiento.
• Lo que prima es la rapidez. De ahí que se descuide el tema de la documentación necesaria para comprender cómo se ha llegado a los resultados finales.

El proceso de gestión del conocimiento soporta al resto de procesos de la organización. Sus efectos generarán resultados en cadena en el resto. Podemos enumerar como objetivos de un proceso de gestión del conocimiento:
• Formular una estrategia para el desarrollo, adquisición y aplicación del conocimiento a nivel de toda la organización.
• Promover la mejora continua.
• Evaluar los resultados obtenidos con la aplicación de la gestión del conocimiento.
• Reducir el tiempo necesario para el desarrollo de nuevos productos, para la

mejora de los ya existentes y para la solución de problemas.
• Reducir los costes derivados de la repetición de errores.

Para cumplir estos objetivos, la organización ha de poner en marcha las actividades apropiadas:
- Divulgación del conocimiento, de modo que todos los profesionales puedan utilizarlo en sus actividades diarias.
- Disponibilidad del conocimiento en el lugar apropiado (donde sea más útil para la toma de decisiones o el desarrollo de la actividad profesional).
- Facilitar la generación de nuevo conocimiento (actividad investigadora y de desarrollo).
- Asegurar la divulgación del conocimiento interno entre todos los profesionales (qué conocimiento tengo yo, y qué conocimiento tienen mis compañeros).
- Facilitar la adquisición de conocimiento por fuentes externas.
- Asegurar que el nuevo conocimiento llega a los integrantes de la organización cuya actividad profesional puede beneficiarse de él (distribución del conocimiento).
- Asegurar que toda persona de la organización sabe dónde encontrar el conocimiento.

Desde el punto de vista de la Categoría de Auxiliar Administrativo del Servicio de Salud del Principado de Asturias, podemos destacar la existencia de la Biblioteca Virtual gcSalud (Biblioteca Virtual para la Gestión del Conocimiento en Salud).

La Biblioteca reúne, dentro del Portal Astursalud, un único instrumento que garantiza el acceso a los profesionales sanitarios a recursos y servicios que les ayudarán a apoyar la actividad asistencial, docente e investigadora, gestionada desde la Consejería de Sanidad, aportando:
- Revistas electrónicas y ebooks a texto completo.
- Bases de datos y otros recursos como Uptodate, Embase, Fisterra-e,ClinicalKey.
- Cátálogo de monografías y de revistas científicas de la Red de Bibliotecas gcSalud del Principado de Asturias.
- Servicio de obtención de documentos (SOD).
- Servicio de referencia bibliográfica.

5 Discusión-Conclusión

La capacidad innovadora de una organización sanitaria va a depender del activo más importante de la misma: las personas que la componen. De ahí que, cada vez

más, se esté tomando conciencia del papel clave que va a ocupar en el futuro la gestión del conocimiento y todos los temas relacionados (creación de mapas de conocimiento, motivación del personal a compartir la información, medición del capital intelectual).

La innovación y capacidad de adaptación va a marcar la diferencia entre una organización con éxito o una que fracasará. Esto justifica la importancia primordial de implantar un sistema de Gestión del Conocimiento, que va a permitir explicitar, almacenar y distribuir, en la medida de lo posible, todo el conocimiento que hace posible esos procesos de innovación y adaptación (y que de otro modo la organización no podría volver a utilizar, o se iría con los profesionales si abandonasen la organización).

Se han de cumplir dos funciones básicas en relación con el CI:
• Creación de valor. Tiene que ver principalmente con el capital humano. Conjunto de actividades que crean nuevo conocimiento mediante el aprendizaje o adquisición de conocimiento. Incluye actividades de sistematización o institucionalización de los procesos para la creación de valor. Actividades de formación, educación, conocimiento, innovación, creación de estructuras en la organización, desarrollo de relaciones con el exterior, con organizaciones y con individuos, y gestión de los valores y la cultura.
• Extracción de valor. Cosechar el nivel y el grado de valor requerido para alcanzar los objetivos a largo plazo. Se centra en la valoración, los procesos de decisión, las bases de datos, el filtrado y la selección, los mecanismos de conversión y los sistemas e instrumentos de gestión de activos.

Una de las dificultades principales para implantar un sistema de este tipo es conseguir motivar a los profesionales para compartir la información, ya que el ámbito sanitario es tan cambiante que es fundamental poner en común toda la información posible.

6 Bibliografía

- Becker, B. (2001): El Cuadro de Mando de RRHH. Barcelona: Gestión 2000.
- Davenport, T. (2000): Capital humano, creando ventajas competitivas a través de las personas. Barcelona: Gestión 2000.
- Edvinsson, L.; Malone, M. (1999): El Capital Intelectual. Barcelona: Gestión 2000.
- Kaplan, R.; Norton, D. (1997): Cuadro de Mando Integral. Barcelona: Gestión 2000.

- Nevado Peña, D. (2002): El Capital Intelectual: valoración y medición. Madrid: Prentice Hall.
- Nonaka, I.; Takeuchi, H. (1999): La organización creadora de conocimiento. México D. F.: Oxford University Press.
- Roos, J. (2001): Capital intelectual, el valor intangible de la empresa. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.
- Sullivan, P. (2001): Rentabilizar el Capital Intelectual. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.
- Tiwana, A. (2000): The Knowledge Management Toolkit. EEUU: Prentica Hall.
- https://observass.com.
- https://dialnet.unirioja.es/
- https://www.astursalud.es/astursalud
- http://gestionclinica.sespa.es/index.php

Capítulo 1341

LA COORDINACIÓN SOCIO SANITARIA DESDE LA CATEGORÍA DE AUXILIAR ADMINISTRATIVO

SANDRA MUÑOZ MENÉNDEZ

SANDRA RODRIGUEZ GOMEZ

AROA MUÑOZ MENENDEZ

1 Introducción

Los Sistemas Sanitarios y de Servicios Sociales se han venido desarrollando históricamente en paralelo, de acuerdo con sus regulaciones específicas. La atención sociosanitaria pretende modificar esta tendencia, a través de una atención simultánea, coordinada y estable de los servicios sanitarios y sociales ante necesidades de personas que requieren que se garantice un abordaje integral y continuado de su situación. La calidad de la atención sociosanitaria se basa en la colaboración institucional y en la cooperación profesional efectiva.

Podemos definir la atención socio sanitaria como la atención simultánea, coordinada y estable de los servicios sanitarios y sociales ante necesidades de personas que requieren que se garantice un abordaje integral y continuado de sus cuidados sanitarios y sociales.

2 Objetivos

- Identificar la importancia de los cambios sociosanitarios en la actualidad, desde el punto de vista de la categoría de Auxiliar Administrativo.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica y se han analizado múltiples documentos extraídos de libros y artículos de revistas, hallados en las bases de datos de google Académico, Dialnet y Scielo, con los descriptores: coordinación, socio sanitaria, auxiliar administrativo. Como criterios de inclusión se ha empleado: idioma castellano e inglés, con acceso gratuito. Se han ordenado por relevancia, y analizado los 15 primeros documentos.

4 Resultados

A la hora de formular las políticas de Coordinación Sociosanitaria deben tenerse en cuenta los cambios de la sociedad actual, como son:
• El aumento de las necesidades sociosanitarias de la población (envejecimiento poblacional y aumento de las patologías crónicas).
• Cambios sociales y culturales (cambios en las relaciones laborales, en la organización familiar, crisis económica…).
• Avances sociales y normativos (derechos de las personas con diversidad funcional, perspectiva de género…).

A la vista de todos estos cambios se hace evidente la necesidad de una coordinación sociosanitaria efectiva, para garantizar la eficiencia de los recursos existentes y la adecuada atención de las necesidades de la población.

La normativa de referencia parte de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Su objeto es la regulación general de todas las acciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud reconocido en el artículo 43 y concordantes de la Constitución Española de 1978.

Es importante mencionar la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. En el artículo 14 establece que la atención sociosanitaria como el conjunto de cuidados destinados a aquellas personas que pueden beneficiarse de la acción simultánea y sinérgica de los servicios sociales y sanitarios para aumentar su autonomía y facilitar su inserción social. Dentro de estos

servicios están los cuidados sanitarios de larga duración, la atención sanitaria a la convalecencia y la rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable. Además, en este artículo se garantiza la adecuada coordinación entre las Administraciones Públicas para asegurar la continuidad de los servicios.

Destaca la Ley 33/2011 de 4 de octubre, General de Salud Pública, cuyo objeto es dar respuesta al artículo 43 de la Constitución Española (tratar de mantener el máximo nivel de salud posible en la población).
Concretamente, en el Principado de Asturias, las estructuras de apoyo para llevar a cabo la necesaria coordinación sociosanitaria se crean y regulan por primera vez en el Decreto 70/2016, de 23 de noviembre, por el que se establecen órganos de planificación y apoyo para la mejora de la atención y coordinación sociosanitaria en el Principado de Asturias.

A partir de dicho Decreto se crean tres órganos:
- El Consejo Interdepartamental de coordinación sociosanitaria.
- La Comisión Técnica para la coordinación sociosanitaria.
- Los Equipos de Coordinación sociosanitaria.

5 Discusión-Conclusión

La Coordinación Sociosanitaria da respuesta a la necesidad de buena parte de la población de tratamiento conjunto y coordinado entre el sistema sanitario y los servicios sociales. No se trata de un nuevo ámbito de actuación administrativa, sino de la gestión sinérgica entre los sectores sanitario y social, con la incorporación en mucho casos de otros sectores (educativo, judicial…).

Todo ello con el fin de conseguir unos objetivos comunes, como son una atención integral y de calidad, mejorar la eficiencia (compartiendo recursos, profesionales y colaboración interinstitucional), fomentar la sensibilización y la cualificación profesional, y establecer un sistema de información compartido y más accesible a las personas usuarias.

En definitiva, la Coordinación Sociosanitaria es un enfoque multidisciplinar que ayuda a los profesionales del ámbito sanitario y a los profesionales que desempeñan su labor en servicios sociales a ser conscientes de la necesidad de aunar esfuerzos, de modo que la práctica profesional sea más eficiente (optimización de recursos) y más adecuada a las necesidades de la población.

Existen una serie de colectivos especialmente sensibles a la Coordinación So-

ciosanitaria, como son las personas mayores vulnerables, las personas dependientes o con diversidad funcional, personas con trastorno mental, personas en riesgo de exclusión social, niños en situación de vulnerabilidad, víctimas de violencia o maltrato, personas en situación terminal. Todos ellos con necesitad de atención simultánea del sistema sanitario (protección y promoción de la salud) y del ámbito de los servicios sociales (mejora de la autonomía funcional y de la integración social).

6 Bibliografía

- Corera, C. De la exclusión a la incorporación: Trabajo por itinerarios personalizados y acompañados. Jornadas de difusión. Avilés (2004).
- Gobierno del Principado de Asturias. Evaluación Socioeconómica del Salario Social Básico (2017).
- Laparra, M. y Pérez, B. (Coord.). La exclusión social en España: un espacio diverso y disperso en intensa transformación (2008).
- https://observass.com.
- https://dialnet.unirioja.es.
- https://www.astursalud.es/astursalud.
- http://gestionclinica.sespa.es/index.php.

Capítulo 1342

EL SEDENTARISMO Y SUS CONSECUENCIAS EN AUXILIARES ADMINISTRATIVOS

REBECA FERNÁNDEZ ALONSO

SILVIA VALVERDE ÁLVAREZ

MARIA CARMEN PRIETO SÁNCHEZ DEL PULGAR

1 Introducción

Uno de los grandes problemas a los que se enfrenta en la actualidad la sanidad son el sedentarismo y las enfermedades derivadas de éste.

Aproximadamente 3,2 millones de personas mueren al año por tener un nivel insuficiente de actividad física, siendo éste el cuarto factor de riesgo de mortalidad más importante en el mundo y provocando el 6% de todas las muertes, encontrándose la obesidad entre las diez principales enfermedades causantes de muerte.

Actualmente debido al empeoramiento de los hábitos de vida, al avance en la tecnología y en los medios de transporte y al igual que las nuevas formas de emplear nuestro tiempo libre hacen que nuestra vida se vuelva claramente sedentaria.

La palabra sedentario viene del latín "sedentarius" y está definida por la Real Academia Española como "oficio o un modo de vida de poca agitación o movimiento". Es el estilo de vida más común hoy en día, sobre todo en las ciudades modernas y altamente tecnificadas de los países desarrollados. Su principal

característica es la inactividad física, lo que deriva en aumentar los problemas de salud, especialmente aumento de peso (obesidad) y los problemas cardiovasculares.

La obesidad es una enfermedad cada día más frecuente en nuestra sociedad, y está caracterizada por un mayor contenido de grasa corporal que puede ser perjudicial para la salud. La falta de actividad física combinado con el aumento de los alimentos hipercalóricos ricos en grasas, sal y azúcares simples pero pobres en vitaminas, minerales y fibra da como resultado el aumento de las tasas de obesidad, problemas para la salud y la disminución de la calidad de vida.

Por el contrario, la actividad física ha estado asociada a la salud y prevención de las enfermedades desde la antigüedad. Es muy importante inculcar a la población tanto joven como más avanzada en edad el realizar de forma regular alguna actividad física para así poder evitar enfermedades, conseguir un mejor estado de salud tanto físico como mental y su mejor calidad de vida.

2 Objetivos

- Entender qué es el sedentarismo, que lo produce, intentar prevenirlo dando pautas de actividades y hábitos que ayuden a combatirlo y conseguir de esta forma mejorar la salud, reducir el riesgo a sufrir determinadas enfermedades a la vez que mejorar la calidad de vida.

3 Metodología

Para llevar a cabo este estudio se realizó una consulta exhaustiva en numerosas revistas científicas y páginas web como Dialnet ,Medline o Pubmed, a la vez que se utilizó el buscador google académico.

Algunas palabras clave utilizadas para la búsqueda han sido: sedentarismo, obesidad, actividad física, inactividad, auxiliares administrativos.

4 Resultados

Debido al desarrollo de las nuevas tecnologías se ha conseguido que la mayor parte de los trabajos hoy en día, se realicen sentados y realizando el menor esfuerzo físico posible. El auxiliar administrativo por lo general trabaja en una ofic-

ina, con un ordenador, pasando ocho horas diarias sentado frente a él y con las manos sobre el teclado.

Todo esto aunque a priori puede parecer muy cómodo, puede tener consecuencias sobre la salud, siendo lo más habitual problemas de cuello y espalda, tensión muscular, no olvidando la pérdida de masa muscular provocada por la falta de actividad.

Podemos decir que las principales consecuencias del sedentarismo son las siguientes:

-Obesidad: la persona que es sedentaria no gasta las calorías que consume y éstas se almacenan como grasa principalmente en el abdomen lo que aumenta el riesgo de enfermedades cardiovasculares.
-Debilitamiento óseo: la falta de actividad física hace que los huesos y los músculos pierdan fuerza y se vuelvan más débiles, pudiendo causar enfermedades óseas como la osteoporosis.
-El aumento de grasas: al no quemar las caloría consumidas estas se almacenan en forma de grasa pudiendo producirse el almacenamiento de colesterol en las venas y arterias, lo que provoca que el flujo sanguíneo hacia el corazón disminuya y, por lo tanto, aumente el esfuerzo del corazón para bombear la sangre a todo el cuerpo.
-Cansancio en respuesta a cualquier actividad que requiera un poco de esfuerzo físico y que es habitual en nuestra vida cotidiana como por ejemplo subir escaleras o caminar.
- Problemas de cuello y espalda a la vez que mayor tendencia a desgarros musculares, tirones de tendones, etcétera.
-Mayor nivel de estrés lo que puede ocasionar trastornos en la digestión, dolor de cabeza, irritabilidad entre muchos otros.

Por tanto, debido a todas estas consecuencias es necesario elaborar planes para evitar o disminuir lo máximo posible el sedentarismo laboral. Por ello, se debe de fomentar la actividad física incluso dentro de la propia empresa ya que esto resultará incluso beneficioso para ella misma ya que la salud de los trabajadores mejorará, mejorarán los rendimientos en el trabajo a la vez que le número de bajas laborales disminuirán mejorándose por tanto la productividad.

Entre las medidas de lucha contra el sedentarismo y su principal consecuencia la obesidad encontramos:
-Que los empleados se levanten y caminen unos pasos al menos cada dos horas.

-Fomentar el uso de las escaleras en lugar del uso de los ascensores.
-Aparcar un poco más lejos y terminar el trayecto a pie.
-Siempre que se pueda ir al trabajo a pie o en bicicleta de esta manera se realizará ejercicio a la vez que se está reduciendo la contaminación ambiental.
-Proponer la incorporación de ejercicios de movilidad articular sobre todo en el cuello y los brazos.
-Realizar estiramientos de vez en cuando para relajar los músculos.
- Consumir alimentos saludables durante el tiempo de descanso y evitar la comida rápida.
-Evitar las bebidas azucaradas.

A la hora de paliar el sedentarismo también es muy importante un cambio en las actitudes cotidianas intentando incluir alguna actividad física en nuestro día a día. Las principales barreras que alegan las personas para no realizar ejercicio está en la falta de tiempo y la falta de fuerza de voluntad pero pequeñas acciones son las más importantes para evitarlo. Practicar algún tipo de deporte fuera de nuestras horas laborales también puede conseguir amplios beneficios sobre nuestra salud tanto física como mental, a la vez que también podemos mejorar nuestras relaciones sociales.

Algunas ideas para hacer ejercicio físico son las siguientes:
-Caminar es la actividad física más elemental y completa que existe.
-La natación es el deporte más completo, porque pone en funcionamiento todos los músculos del organismo.
-El ciclismo, que además de ser un deporte puede ser un medio de transporte.
-El baile consigue quemar muchas calorías de una forma divertida.

Todo esto que fue citado con anterioridad es una buena forma de promover la salud a la vez que estamos previniendo enfermedades.

5 Discusión-Conclusión

La actividad física y el deporte son muy beneficiosos para nuestro organismo, favoreciendo así la salud y la calidad de vida. Cualquier plan con el que se pretenda mejorar la salud de la población ha de fomentar el ejercicio físico para reducir de esta forma el sedentarismo.

El ejercicio físico, la salud y la calidad de vida están claramente conectadas. Un estilo de vida activo permite beneficiarse tanto a nivel físico, psicológico como

social.

Por un lado, el ejercicio físico va a mejorar la salud física de las personas fundamentalmente debido a la mejora de la condición física: la actividad física va a mejorar la circulación sanguínea, y por tanto va a disminuir las enfermedades cardiocirculatorias como pueden ser: la hipertensión, arteriosclerosis, cardiopatías coronarias, etc.

A nivel de aparato locomotor, el movimiento actúa sobre los huesos ,músculos y articulaciones, incrementando la elasticidad muscular, la resistencia de los tendones y la movilidad articular.
También se producirán beneficios a nivel endocrino ya que la actividad física mejorará la regulación de este sistema debido a la liberación de hormonas pudiendo contrarrestar enfermedades como la diabetes y la obesidad.

Otro de los grandes beneficios de la práctica de deporte es a nivel psicológico. En la actualidad existen muchas personas con trastornos psicológicos. La mayoría de estas alteraciones mentales están ligadas al estilo de vida , por eso realizar ejercicio físico favorece la capacidad de recuperación del organismo, disminuyendo de esta forma la fatiga física y mental. Por otra parte ayuda a disminuir la tensión y el estrés y facilita la canalización de la agresividad, ira, angustia.

También refuerza la autoestima y la estabilidad emocional, mejora la imagen propia y reduce el nivel de depresión.

Por último, también existen beneficios de carácter social. El ejercicio físico es una buena forma de comunicación, interacción e integración personal y social, a la vez que potencia la cooperación o la superación personal.La actividad física mejora las relaciones personales contribuyendo a la integración de las personas en la sociedad.

Por todo ello, concluimos diciendo que la actividad física debería de ser algo habitual en nuestro día a día para así evitar enfermedades y mejorar nuestra calidad de vida.

6 Bibliografía

-Graciela, Álvarez-Condo; Mariana, Guadalupe-Vargas; Herminia, MoralesMurillo; Junes, Robles-Amaya. El sedentarismo y la actividad física en trabajadores administrativos del sector público.

Páginas web:
-https://www.mscbs.gob.es.
-https://www.medlineplus.gov.
- https://medlineplus.gov/spanish/obesity.html.
-https://www.elmundo.es/salud.

Capítulo 1343

EL PROYECTO DE HISTORIA CLÍNICA DIGITAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. EVOLUCIÓN, SITUACIÓN ACTUAL Y PERSPECTIVAS DE FUTURO: EL PAPEL DE LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS EN LOS CENTROS SANITARIOS DE ESPAÑA.

RUBEN CHARRO GARCIA

1 Introducción

De acuerdo con las definiciones legales de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, se define la Historia Clínica como el conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial. Su finalidad principal es la de facilitar y garantizar una asistencia sanitaria adecuada al paciente, por cuanto los profesionales sanitarios que realizan el diagnóstico o tratamiento del paciente pueden acceder a la misma y consultar, hasta la fecha, todos aquellos datos que, bajo criterio médico, permite el conocimiento veraz y actualizado de su estado de salud.

Inicialmente, el acceso a las historias clínicas de los pacientes en los centros de salud de atención primaria, así como en los hospitales, tenía importantes limitaciones, ya que solo podían acceder a ellas los profesionales del propio centro que abría y gestionaba dichas historias a lo largo de los diferentes episodios asistenciales realizados en el centro con el paciente. Esto suponía en algunas ocasiones una importante limitación para los profesionales sanitarios a la hora de atender a un paciente, ya que no se podía acceder a la historia clínica del mismo de otro centro en su centro de salud habitual y/o hospital de referencia, si provenía por ejemplo de otra Comunidad Autónoma, como el caso más característico. Actualmente, gracias al desarrollo y la aplicación de las nuevas tecnologías, se está solventando esta problemática para los médicos y especialistas.

En el año 2005 el Ministerio de Sanidad y Consumo, el Ministerio de Industria y la empresa pública Red.es firmaron un convenio de colaboración para impulsar en todo el Sistema Nacional de Salud del país un proyecto ambicioso, denominado "Sanidad en línea", que tenía como objetivo la informatización completa de todo el Sistema Nacional de Salud, garantizando además la interconexión e interoperabilidad entre los sistemas de información de las Comunidades Autónomas.

En el marco de dicho proyecto, se puso en marcha el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud, con el fin de incluir las nuevas tecnologías de la información en el Sistema Nacional de Salud para mejorar la atención a los ciudadanos. Entre sus diferentes líneas de actuación, se encontraba la informatización de los registros clínicos de los usuarios del Sistema Nacional de Salud, que se materializó en el Proyecto de Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud (HCDSNS), el cual tenía como finalidad garantizar a los pacientes y a los profesionales sanitarios el acceso a la documentación clínica más relevante de las historias clínicas de los primeros, tanto para dar un mejor cumplimiento al derecho de los pacientes a acceder a su historia clínica (con las reservas y excepciones marcadas por las leyes), como para permitir a los profesionales sanitarios garantizar la más efectiva y segura atención sanitaria posible de cada paciente, incluso aunque éste se desplace fuera de su Comunidad Autónoma de origen por motivos laborales, familiares o de ocio.

En este capítulo se pretende dar una visión general del estado actual en el que se encuentra el Proyecto de la Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud del país en su conjunto, así como analizar las expectativas de uso por parte los ciudadanos, en el derecho que les asiste a acceder a su información sanitaria, siempre que lo deseen y con la mayor calidad posible. En este sentido, también

se analizarán posibles ideas para la difusión de este servicio electrónico entre los ciudadanos, donde los auxiliares administrativos de los centros de salud, como primera puerta de acceso al sistema sanitario, pueden desempeñar determinadas funciones de atención e información al paciente, teniendo siempre presente que serán funciones única y exclusivamente informativas (sobre el funcionamiento general de la historia clínica digital, la forma de acceso y sus utilidades genéricas), dado el imperativo legal que existe acerca de que el personal de administración y gestión de los centros sanitarios sólo puede acceder a los datos de la historia clínica relacionados con sus propias funciones (artículo 16.4 de la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica).

2 Objetivos

- Evaluar la evolución y la situación actual de la implantación de la Historia Clínica Digital en el conjunto del Sistema Nacional de Salud, en aras de determinar en qué medida se contribuye, a través de este Proyecto, a cumplir con el derecho de los pacientes al acceso a su historial clínico (artículo 18 de la referida Ley 41/2002), así como a recibir una atención sanitaria en condiciones de igual efectiva, tal y como se recogen en los artículos 3.2, 3.3 y 40.16 de la Ley 14/1986 General de Sanidad y el artículo 23 de la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.
- Analizar el grado de conocimiento y valoración de la ciudadanía en relación con el uso y acceso a la Historia Clínica Digital, como servicio electrónico que le permitiría un mejor conocimiento de la información sobre su salud.
- Establecer medidas prácticas a desempeñar por las unidades administrativas de los centros de salud y las unidades de atención al usuario de los hospitales, con el fin de promocionar y explicar el funcionamiento y el acceso a la Historia Clínica Digital implantada, y que todo ello redunde en una mejora de la calidad de la atención sanitaria integral al paciente y de la accesibilidad a la información sanitaria individual.

3 Metodología

Para el análisis de los objetivos anteriores se hace una profunda revisión bibliográfica en el portal del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar social, en lo que se refiere al Proyecto de la Historia Clínica Digital del Sistema Nacional

de Salud, sus estadísticas e informes de evaluación. Del mismo modo, se realizan búsquedas acotadas y específicas por Internet en los principales motores de búsqueda (Google, Google académico, etc.), sobre artículos y otras referencias en la materia.

También se hace uso de los Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud (indicadores de opinión pública) del portal estadístico del Barómetro Sanitario del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar social, así como de referencias de otros estudios de entidades privadas especializadas en salud.

4 Resultados

EVOLUCIÓN Y SITUACIÓN ACTUAL DEL PROYECTO HCDSNS EN ESPAÑA.

El Proyecto de Historia Clínica Digital en el Sistema Nacional de Salud se definió en el año 2006 con el objetivo primordial de que los pacientes pudieran ser atendidos en cualquier Servicio de Salud del Sistema Nacional de Salud, de la mejor manera posible y con la garantía de que los profesionales sanitarios pudieran disponer de su información clínica previa, incluso aunque el paciente proviniera de otra Comunidad Autónoma.

La gran movilidad de los ciudadanos por toda la geografía del país, ya sea por motivos de trabajo, familiares o de ocio, conlleva que una buena parte de la asistencia sanitaria se realice fuera de la Comunidad Autónoma de origen del paciente. Por tanto, la creación de la Historia Clínica Digital, dentro de las posibilidades que hoy en día ofrecen las nuevas tecnologías de la información y comunicación, constituía un objetivo prioritario con el fin de tener acceso a la historia clínica del paciente en todo momento cuando se precisara.

Actualmente, el Historia Clínica Digital permite:

• Garantizar a los pacientes el acceso por vía telemática a los conjuntos definidos de datos sobre su salud que se encuentren disponibles en formato digital en cualquiera de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, así como restringir el acceso y la consulta de sus datos solo a quienes estén autorizados por cada paciente.
• Garantizar a los profesionales sanitarios para acceder a determinados conjuntos de datos de salud generados por la Comunidad Autónoma de origen de la que proceda el paciente, cuando la asistencia se realiza fuera de la misma.

• Dotar al Sistema Nacional de Salud de un sistema de acceso seguro que garantice al ciudadano la confidencialidad de los datos relativos a su salud, todo ello conforme a la normativa vigente en materia de protección de datos personales.

La Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud está constituida por una serie de conjuntos de datos clínicos que recogen la información más relevante del paciente con el fin de que los profesionales sanitarios dispongan de ella a la hora de prestar una asistencia sanitaria, con los debidos niveles de calidad y seguridad para el paciente. Así, la Historia Clínica Digital está formada por los siguientes conjuntos de información clínica:

• Informe Clínico de Alta.
• Informe Clínico de Consulta Externa.
• Informe Clínico de Urgencias.
• Informe Clínico de Atención Primaria.
• Informe de Cuidados de Enfermería.
• Informe de Resultados de pruebas de imagen.
• Informe de Resultados de pruebas de laboratorio.
• Informe de Resultados de otras pruebas diagnósticas.
• Historia Clínica Resumida.

El Proyecto de la HCDSNS abarcó varias fases, empezando por una primera fase de consenso profesional, en el año 2006, en la que se planteó el desarrollo pragmático del proyecto, solicitando el criterio tanto de los profesionales sanitarios, como de otros expertos y también de los ciudadanos, para determinar el contenido común de cada uno de los documentos que formarían parte de la Historia Clínica Digital de cada paciente. También se fijaron las reglas funcionales de un sistema que permitiera acceder a esta información clínica por parte de los profesionales sanitarios, con el fin de poder prestar una correcta y eficaz asistencia sanitaria.

Entre los años 2007 y 2009 se llevó a cabo una fase de consenso institucional en la que, por una parte, un grupo de expertos elaboraron propuestas dirigidas a facilitar la implantación general de la Historia Clínica Digital en todo el territorio español y, por otra parte, se validaron todos los trabajos desarrollados en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, puesto que las Comunidades Autónomas eran las que tenían que valorar y aprobar aquellos proyectos sanitarios de ámbito de aplicación en el conjunto del Sistema Nacional de Salud. Durante esta fase, se diseñaron los requisitos técnicos de interoperabilidad de la Historia Clínica Digital entre los diferentes Servicios de Salud de las

Comunidades Autónomas y en el año 2009 se realizaron las primeras pruebas piloto.

Desde el año 2010 se ha ido desarrollando la tercera fase de implantación del sistema de Historia Clínica Digital en todas las Comunidades Autónomas que, con mayor o menor medida y a diferentes velocidades, han ido informatizando sus historias clínicas y desarrollando el sistema de Historia Clínica Digital común para todo el Sistema Nacional de Salud. Así, tomando como referencia el último informe de situación del Sistema de Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud, elaborado el 7 de octubre de 2009 por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, se constata que todas las Comunidades Autónomas, a excepción de Cataluña, ya se encuentran conectadas al Sistema de HCDSNS con los dos perfiles de nivel de servicios (emisor y receptor), estando Cataluña solo certificada con un perfil de emisor. En dicho informe, se señala también que a septiembre del año 2019, la proporción de población de la base de datos de la Tarjeta Sanitaria Individual en el conjunto del Sistema Nacional de Salud, que tiene referencia a algún contenido de la HCDSNS, es del 94,06%.

Para entender el nivel de implantación del sistema de HCDSNS en cada Comunidad Autónoma, el Ministerio de Sanidad estable que una Comunidad Autónoma se encuentra totalmente integrada en el Sistema de HCDSNS cuando ofrece todos los posibles servicios agrupados en dos perfiles complementarios:
A. Perfil receptor: El Servicio de Salud de la Comunidad Autónoma facilita el acceso al sistema a la totalidad de sus profesionales asistenciales: médicos y enfermeras.
B. Perfil emisor:
• El Servicio de Salud de la Comunidad Autónoma emite los distintos tipos de informes clínicos contenidos en el Conjunto Mínimo de Datos de los Informes Clínicos (CMDIC) para todos sus ciudadanos.
• El Servicio de Salud de la Comunidad Autónoma facilita el acceso al sistema a sus ciudadanos para la totalidad de los servicios disponibles:
- Los ciudadanos pueden visualizar el registro de los accesos que se hayan producido a su información clínica dentro del sistema de HCDSNS.
- Los ciudadanos pueden visualizar el contenido de sus informes clínicos que se estén compartiendo en el sistema, y pueden llevar a cabo la ocultación selectiva sobre dichos documentos.

Así pues, teniendo en cuenta que tan solo Cataluña tiene pendiente la activación de los servicios con perfil receptor, se puede concluir que el proceso de im-

plantación de la Historia Clínica Digital del SNS está cada vez más cerca de completarse en todo el país.

ANÁLISIS DEL GRADO DE CONOCIMIENTO DE LA CIUDADANÍA EN RELACIÓN CON EL SERVICIO TELEMÁTICO DE LA HISTORIA CLÍNICA DIGITAL DEL SNS.

De acuerdo con los Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud (indicadores de opinión), el grado de satisfacción del ciudadano con el conocimiento del historial y el seguimiento de sus problemas de salud por el médico de familia o el pediatra alcanza, de media en el conjunto del país y para el último año que se disponen datos (año 2018), una nota de 7,48, siendo la más alta en Asturias con un 8,11 y la más baja Andalucía con un 7,14.

Dichos datos no constituyen unos resultados malos, pero cabe pensar que podrían mejorarse aún más si la ciudadanía tuviera un conocimiento más preciso del funcionamiento y la forma de acceder a su historia clínica digital. Según una encuesta de usuarios del año 2018 sobre sanidad digital en España, realizado por la consultora Accenture, solo el 13% de los encuestados ha consultado su historia clínica digital alguna vez. Otros artículos señalan incluso porcentajes inferiores. De ello podemos desprender que la ciudadanía tiene un escaso conocimiento de la existencia de la Historia Clínica Digital y de las oportunidades que le brinda el acceso a este servicio electrónico en Internet.

Según dicho estudio de la empresa Accenture en 2018, desde el punto de vista del cuidado de su salud, los participantes en la encuesta que han consultado alguna vez su historia clínica digital consideran que los resultados de una analítica constituyen la información más útil que contiene su Historia Clínica Digital (un 69% de los mismos así lo valoran). También se valora positivamente el historial de prescripción médica (50%), los resultados radiológicos (45%), las notas u observaciones de consultas médicas (44%), la información del perfil personal (21%), el estado del sistema inmune (9%) y los datos de facturación (7%).

5 Discusión-Conclusión

EVOLUCIÓN Y ESTADO ACTUAL DE LA HISTORIA CLÍNICA DIGITAL EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

Desde la puesta en marcha del Proyecto Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud en el año 2006, todas las Comunidades Autónomas iniciaron, con

mayor o menor velocidad y con más o menos problemas, el proceso de digitalización de sus historias clínicas, tanto en atención primaria como especializada. El Proyecto de HCDSNS nació con el objetivo de mejorar la calidad de la asistencia a los ciudadanos y facilitar el trabajo a los profesionales sanitarios, haciendo posible que los ciudadanos reciban una atención sanitaria en cualquier Comunidad Autónoma con la garantía de que aquellos profesionales que vayan a atenderlos disponen, gracias a la Historia Clínica Digital, de la información más relevante sobre su salud, lo que redundará en una mayor seguridad de los pacientes.

Según los datos extraídos del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, el proyecto de Historia Clínica Digital del SNS está próximo a culminarse, lo que permitirá conseguir una interoperabilidad completa de las historias clínicas de la población en todo el sistema sanitario español. No obstante, y a pesar de la creciente tendencia de la población por el uso de las nuevas tecnologías de la información, se puede concluir también que el grado de conocimiento de la Historia Clínica Digital por parte de los usuarios del Sistema Nacional de Salud es relativamente muy bajo, aunque hay que matizar que los que la conocen destacan la gran utilidad que supone el acceso a determinada información sobre su salud, especialmente los resultados de las analíticas, el historial de prescripción médica, los resultados radiológicos y las notas u observaciones de consultas médicas.

PERSPECTIVAS DE FUTURO EN LA HISTORIA CLÍNICA DIGITAL: EL PAPEL DE LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS EN LOS CENTROS SANITARIOS Y HOSPITALARIOS ESPAÑOLES.

Del párrafo anterior se deduce que la Historia Clínica Digital es un servicio telemático de enorme potencial futuro e interés para los usuarios de la Sanidad pública española, por cuanto satisface su demanda de acceso a la información sobre su salud, pero que actualmente no está lo suficientemente difundido entre la población. Aquí es donde, en un futuro próximo, podrían entrar en juego las unidades administrativas de los centros de salud de Atención Primaria, así como las unidades de atención al usuario en la Atención Especializada, de todo el Sistema Nacional de Salud en su conjunto, estableciendo funciones y programas específicos de difusión y promoción del servicio de la Historia Clínica Digital del SNS entre la población.

Es conveniente recalcar que serían funciones puramente informativas o de asistencia, ya que la historia clínica es un documento confidencial al que solo puede

acceder el personal sanitario directamente implicado en la asistencia al paciente, mientras que el personal administrativo tiene limitado el acceso a los datos de la historia puramente relacionados con sus funciones, quedando además y en todo caso todo profesional, sanitario o no, sujeto al deber de secreto respecto a la información contenida en las historias clínicas.

Una vez hecha esta importante matización, y una vez implantada próximamente al 100% la Historia Clínica Digital en todo el Sistema Nacional de Salud, con acceso a todos sus servicios y a todos los conjuntos de información clínica en cada Comunidad Autónoma, parece razonable que, con independencia de las campañas publicitarias que se pudieran hacer a nivel estatal o autonómico, los auxiliares administrativos de los centros sanitarios españoles, en el ejercicio de sus funciones de información y atención directa al paciente, puedan también difundir y dar a conocer el servicio telemático de la Historia Clínica Digital, única y exclusivamente en lo que se refiere a la forma de acceso, su funcionamiento y sus utilidades para el seguimiento de la salud del paciente y las prescripciones de los médicos. Para tal fin, los auxiliares administrativos señalados contarían con el apoyo de material diverso, propio del centro o estandarizado y elaborado por el Servicio de Salud correspondiente, como carteles y folletos informativos, así como la posibilidad de organizar charlas o jornadas informativas y de demostración en los centros de salud o en asociaciones de interés social o sanitario.

Este papel de los auxiliares administrativos en los centros sanitarios del país, participando activamente en una difusión de la Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud, plenamente interoperable e implantada en todos sus servicios para cada Comunidad Autónoma, podría suponer los siguientes beneficios potenciales:

- Una mayor calidad de la atención sanitaria al paciente y en un incremento de su nivel de satisfacción, por cuanto se le proporciona una herramienta que le facilita y simplifica el acceso a la información sobre su salud, además de decidir qué partes de su historia clínica digital sean accesibles o no para los profesionales y terceros.
- Con el tiempo y un mayor uso de la Historia Clínica Digital por parte de la ciudadanía, una menor carga de trabajo paras las unidades administrativas encargadas, entre sus funciones, de recepcionar y tramitar las solicitudes en papel de historias clínicas por parte de los pacientes (pudiendo dedicar su tiempo a otras gestiones administrativas), así como un menor gasto en papel e impresión (menos solicitudes de petición de historia clínica en papel y las subsiguientes respuestas en papel del servicio de salud), lo que repercutiría todo ello en un mejor

aprovechamiento de los recursos y en una mayor eficacia del gasto sanitario.
- Un efecto positivo a nivel medioambiental y de responsabilidad social de los propios Servicios de Salud autonómicos, por cuanto se reduciría significativamente el uso de papel y de tintas de impresión, tanto en las solicitudes de historias clínicas como en las posteriores respuestas enviando al paciente lo solicitado, contribuyendo así a un entorno medioambiental más ecológico y sostenible.

6 Bibliografía

MARCO NORMATIVO DE REFERENCIA:

- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y ESTADÍSTICAS:

- Instituto De Información Sanitaria. Agencia de calidad del SNS. Ministerio de Sanidad y Política Social. "El sistema de historia clínica digital del SNS". Madrid; 2009. NIPO en línea: 840-09-110-6. NIPO CD-Rom: 840-09-111-1. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/hcdsns/home.htm
- Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud, en lo que se refiere al Proyecto de Historia Clínica Digital del SNS. Portal web del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.
Enlace: https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/home.htm
- Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Indicadores de opinión. Enlace: http://inclasns.msssi.es/
- "Pacientes + Doctores + Máquinas. Encuesta de usuarios 2018 sobre sanidad digital en España". Accenture Consulting (2018).
- "El mapa de implantación de la historia clínica interoperable del SNS, más cerca de completarse con la incorporación de Cataluña". Médicos y Pacientes.com. Artículo publicado el 03/01/2019.

Capítulo 1344

SÍNDROME DE BURNOUT EN RELACIÓN CON EL EQUIPO DE CELADORES.

IRIS MARIA CAO RODRIGUEZ

1 Introducción

El síndrome de Burnout es un proceso transitorio, continuo y variable en el que se pueden distinguir tres fases. En la primera fase se presenta una descompensación entre las demandas laborales, la capacidad del trabajador y los recursos, dándose una situación de estrés.

En la segunda fase sucede un sobreesfuerzo en la que el personal sufre una respuesta emocional ante este desajuste apareciendo la ansiedad, la fatiga, etc. Y finalmente en la última fase daría una respuesta defensiva en la que se sucede el cambio de actitudes y de conductas con el fin de aislarse de estos desajustes .

2 Objetivos

- Enumerar las técnicas que ayudan a prevenir o reducir el síndrome de burnout.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos desde el año 2010 hasta la actualidad. De los artículos encontrados se han seleccionado seis al estar relacionados con el tema a tratar.

4 Resultados

Según los estudios revisados en las diferentes intervenciones se ha demostrado su eficacia y su efectividad en la utilización de las mismas para prevenir o reducir el síndrome de burnout.

Entre las técnicas se encuentran:
- Terapias de aceptación
- Tecnicas de relajación: yoga, meditación, control de la respiración etc.
- Sentido del humor, creatividad
- Estrategias de comunicacion

5 Discusión-Conclusión

La muestra de estudio presenta una prevalencia del síndrome alta en comparación con otros estudios similares.
Esta conclusión nos hace pensar en la necesidad de desarrollar programas en este ámbito que hagan que dicha prevalencia disminuya y que pueda prevenirse en aquellos trabajadores que todavía no la padezcan.

6 Bibliografía

- http://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/10651/34482/6/Herrero.pdf
- http://repositorio.ual.es/bitstream/handle/10835/2454/Trabajo.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- https://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=2ahUKEwjYjMHey7XnAhUnyIUKHTgUCfsQFjACegQIARAB&url=https%3A%2F%2F
- www.codem.es%2FAdjuntos%2FCODEM%2FDocumentos%2FInformaciones%2FPublico%2F440fa1be-487e-4e7e-bd08-b573c84db01e%2FCA5278D3-52EC-40E5-8307-758FCD6D0C79%2F28591a83-70e1-4293-892b-573d0593c217%2F28591a83-70e1-4293-892b-573d0593c217.pdf&usg=AOvVaw3aa1iRpmYPdUIOHRNJ-awC
- https://aeeed.com/documentos/publicos/revista/octubre2016/Enferm%20Endosc%20Dig.%202016;3(2)30-37.pdf

Capítulo 1345

EL CELADOR EN RELACIÓN CON EL AISLAMIENTO DE CONTACTO.

IRIS MARIA CAO RODRIGUEZ

1 Introducción

El aislamiento de contacto es una práctica muy habitual dentro del hospital y se utiliza para evitar la diseminación de microorganismos potencialmente infecciosos. Las precauciones de contacto son las medidas indicadas para impedir la transmisión de microorganismos que se extienden mediante el contacto previniendo así la propagación de microbios en el hospital.

El contacto puede ser directo o indirecto.

Contacto directo: cuando se establece contacto de piel a piel y se transfiere físicamente los microorganismos de una persona infectada a otra susceptible.

Contacto indirecto: cuando se establece contacto de un objeto contaminado del entorno del paciente infectado con un huésped susceptible.

2 Objetivos

- Establecer precauciones generales y específicas necesarias para implantar en el hospital con el fin de prevenir y evitar la transmisión de microorganismos entre pacientes, personal sanitario y visitantes, reduciendo así la incidencia de infección nosocomial y las consecuencias negativas.

3 Metodología

Se elabora una guía siguiendo las recomendaciones metodológicas para la elaboración según el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en la que se contempla la justificación, objetivos generales y específicos, criterios de inclusión y exclusión, aspectos clínicos a ser tratados y ámbito de aplicación, con revisión de bibliografía científica utilizando como base de datos Medline, SciELO, y académico.

4 Resultados

Con la creación de esta guía unificamos las actuaciones del personal ante un enfermo quirúrgico que se encuentra en situación de aislamiento de contacto, esta guía detecta desde cómo se debe trasladar al enfermo a quirófano, su tratamiento dentro de él y su traslado post quirúrgico a Reanimación o UCI. Se definen las formas de actuación de los distintos profesionales implicados en el proceso (celador, personal de enfermería, y limpiadoras) que participan en la intervención así como también deben de gestionarse todos los materiales quirúrgicos y fungibles que se van a empleados en el proceso.

5 Discusión-Conclusión

El aislamiento por contacto es imprescindible para evitar que los profesionales sanitarios transmitan los microorganismos causantes de la infección. Las habitaciones de estos pacientes requieren precauciones de contacto y deben estar claramente identificadas con señales que contengan instrucciones sobre el tipo de precauciones que deben cumplirse.

6 Bibliografía

- https://revistamedica.com/aislamiento-de-contacto-precauciones-patologia-infecciosa/#INTRODUCCION
- Ortiz-López, G., Miranda-Tinoco, R., & Lara-Martínez, M. G. (2014). Precauciones del aislamiento de los pacientes con enfermedades transmisibles en una institución de tercer nivel. Revista de Enfermería Neurológica, 13(1), 25-30.
- Pujol, M., & Limón, E. (2013). Epidemiología general de las infecciones nosocomiales. https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/302799/tafa.pdf?sequence=5

- https://books.google.es/books?id=XIEqDgAAQBAJ&pg=PA21&lpg=PA21&dq=aislamiento+de+contacto+celador+resultados&source=bl&ots=YgSUdJkr7C&sig=ACfU3U37eG95kd6lvflDu4Ldap2SMWsp8Q&hl=es&sa=X&ved=2ahUKEwi3wpW61LXnAhUcBGMBHWcHAlYQ6AEwEXoECAgQAQ#v=onepage&q=aislamiento%20de%20contacto%20celador%20resultados

Capítulo 1346

ESTUDIO DE UN PLAN SANITARIO HUMANO, SIN DOLOR NI ANSIEDAD.

MARTA MESA GARCÍA

MARÍA MÓNICA ARGÜELLES GARCIA

AMPARO GONZALEZ SERRANO

AVELINO MANUEL PEREZ PEREZ

1 Introducción

Expertos en Bioética coinciden en que a medida que un sistema sanitario avanza en competencias científico técnicas disminuyen las competencias emocionales de los profesionales sanitarios.

Se debe de trabajar en diversos conceptos que parecen sobreentendidos (empatía, asertividad, relación terapéutica), así como diversas técnicas de comunicación adecuada que permitan humanizar la asistencia sanitaria.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Integrar al profesional sanitario en técnicas adecuadas de comunicación (cordialidad, empatía, escucha activa).

Objetivos específicos:

- Facilitar información a los pacientes de su proceso para evitar o reducir la ansiedad del paciente por falta de información.
- Identificar signos de dolor y ansiedad y tomar las medidas oportunas para combatirlos.
- Mantener un trato en todo momento adecuado con el paciente.

3 Caso clínico

Se impartirá un programa educativo en una jornada única con una duración de 3 horas en la que se tratarán conceptos claves para un trato terapéutico idóneo con el paciente, tales como: empatía, respeto de los silencios, comunicación verbal y no verbal.

Este programa educativo será bidireccional y dispondrá de una parte teórica de 1,5 h y una parte práctica de 1,5h.

4 Discusión-Conclusión

A la vista de los beneficios obtenidos, parece necesario implantar este programa educativo entre todos los profesionales sanitarios y no sanitarios que tengan contacto directo con el paciente.

5 Bibliografía

- http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017902.pdf.
- http://www.ingesa.mscbs.gob.es/estadEstudios/documPublica/pdf/atDomiciliaria.pdf.

Capítulo 1347

LISTAS DE ESPERA EN SANIDAD

NURIA DEL VALLE ZALDÍVAR

1 Introducción

Cuando un paciente acude a su Centro Sanitario, por un problema de salud, ya sea más o menos grave, y es incluido en una lista de espera, ve como va pasando el tiempo y no es atendido, lo cual no solo no soluciona su problema con la celeridad deseada, sino que puede agravarse su dolencia y/o entrar en un estado de ansiedad tal que le perjudique a nivel psicológico.

La sanidad pública española ha alcanzado su máximo histórico en listas de espera: más de 650.000 pacientes esperan para ser operados , mientras que el tiempo medio de espera se sitúa en 115 días, según lo datos a nivel nacional del sistema de Información sobre listas de espera en el sistema nacional de salud, a 30 de junio de 2019.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Lograr reducir los tiempos máximos de espera para procedimientos quirúrgicos y consultas.

Objetivos secundarios:
- Poder llegar a que el paciente tenga acceso y sea conocedor de su situación en las listas.
- Saber qué repercusiones puede tener la espera en los pacientes a corto o a largo plazo.

- Conseguir que las cirugías menores se realicen en atención primaria para evitar saturar los quirófanos.

3 Metodología

La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, regula las prestaciones sanitarias y aspectos esenciales de las mismas, como son los referentes a las garantías de accesibilidad, movilidad, tiempo de acceso, información, seguridad y calidad.

La cooperación de las administraciones públicas sanitarias es un medio para asegurar a los ciudadanos el derecho a la protección de la salud, con el objetivo de garantizar la equidad, en la línea de desarrollo del principio constitucional de igualdad, que garantice el acceso a las prestaciones y de esta manera, el derecho a la protección de la salud en condiciones de igualdad efectiva en todo el territorio.

El artículo 4 de esta Ley dispone que son derechos de los ciudadanos en el conjunto del Sistema
Nacional de Salud recibir asistencia sanitaria en su comunidad autónoma de residencia en un tiempo máximo en los términos recogidos en su artículo 25, el cual, establece las garantías de tiempo, disponiendo que en el seno del Consejo Interterritorial, se acordarán los criterios marco para garantizar un tiempo máximo de acceso a las prestaciones, que se aprobarán mediante Real Decreto.
Las comunidades autónomas definirán los tiempos máximos de acceso a su cartera de servicios dentro de dicho marco.

Y en su artículo 71, que define las funciones del Consejo Interterritorial del S.N.S. indica que éste conocerá, debatirá y, en su caso, emitirá recomendaciones sobre los criterios marco que permitirán garantizar un tiempo máximo de acceso a las prestaciones del S.N.S.

4 Resultados

- En 2005 se realizó una encuesta telefónica entre los usuarios del Servicio Navarro de Salud , referente al tiempo máximo de espera, el cual sería de un mes para el 80% de los pacientes que esperó a ser atendido en consulta y para el 74% que esperó para intervención quirúrgica. El 34,2% de los pacientes de consultas y el 32,2% de los quirúrgicos percibieron algún tipo de empeoramiento, con un gran grado de inquietud o ansiedad durante la espera. (encuesta realizada sin

especificar especialidades). El referente temporal máximo que la mayoría de los pacientes considera aceptable esperar es un mes, aunque en la práctica es mucho más tiempo.

- En 2016 se celebraron las IX Jornadas Nacionales, donde la Sociedad Española de Directivos de la
Salud (Sedisa), ha presentado el estudio "Gestión de las listas de espera desde la perspectiva de la gestión sanitaria profesionalizada", en el cual se plantean medidas para favorecer una reducción del volumen y tiempo de las listas de espera dentro de los servicios de salud de España.

Una de las propuestas más importantes es crear una herramienta informática basada en el Registro
Unificado de Lista de Espera Quirúrgica y en el Sistema de Información de Quirófano para la gestión de la lista de espera quirúrgica de una forma común por todos los centros hospitalarios. Iniciativa que ayudará a que se publiquen periódicamente, la información normalizada de las listas de espera.
El estudio también propone la elaboración de guías clínicas de las intervenciones quirúrgicas y programas de consultas de segunda opinión.

- El 8 de noviembre de 2018, entró en vigor el decreto 59/2018 sobre garantía de tiempo máximo de acceso a las prestaciones sanitarias de Servicio de Salud del Principado de Asturias, información sobre listas de espera y registro de demanda asistencial. Así el SESPA tendrá que cumplir por Ley los plazos para atender a los pacientes tanto para primeras consultas como para pruebas diagnósticas o intervenciones quirúrgicas.

Este decreto permitirá al paciente tener una acreditación oficial del día en el que entra en la lista de espera, para qué servicio o prueba, y podrá recibir información individualizada sobre la posición en la que está colocado en la lista y cómo va su expediente.

Aunque lamentablemente las últimas listas de espera hechas públicas por el Principado, confirman que el grado de cumplimiento es ínfimo, dejando claro que es un proyecto con resultados a largo plazo.

5 Discusión-Conclusión

Para muchos profesionales sanitarios estas listas son un problema de capacidad y recursos.

El camino del éxito en la reducción de las listas de espera empieza con un refuerzo en la atención primaria y una gestión adaptada a las necesidades y exigencias de los usuarios.

6 Bibliografía

- Real Decreto 1039/2011, de 15 de julio, por el que se establecen los criterios marco para garantizar un tiempo máximo de acceso a las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud.
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
- Elsevier. Vol.22.Num.4. Pag.168-179. Tiempos de espera aceptables y repercusiones de la espera desde la perspectiva de los pacientes. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-revistacalidad-asistencial-256-articulo-tiempos-espera-aceptables-repercusiones-espera-13109340
- Redacción Médica. J.A.Puglisi. Octubre 2016. Cómo reducir las listas de espera en 27 pasos.
Disponible en: https://www.redaccionmedica.com/secciones/gestion/como-reducir-las-listas-deespera-en-27-pasos-6195.
- La Voz de Asturias. S.D.Machargo. Noviembre 2018. Llega el día D de las listas de espera sanitarias en Asturias. Disponible en: https://www.lavozdeasturias.es/noticia/asturias/2018/11/07/llega-dia-d-eliminar-listas-esperasanitaria/00031541610051354290711.htm.
-La sanidad pública bate récords en listas de espera: la más alta desde 2003. C. Alcalá. Noviembre
2019. Disponible en: https://www.redaccionmedica.com/cessciones/sanidad-hoy/la-sanidad-publicabate-records-en-listas-de-espera-la-mas-alta-desde-2003-9811.

Capítulo 1348

EQUIPOS MULTIDISCIPLINARES EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD.

ANDREA RIBAS ÁLVAREZ

EMILIO RIBAS GARCÍA

MARTA MARIA ALVAREZ FERNANDEZ

1 Introducción

La Ley General de Sanidad (LGS) en su artículo 18, sostiene que las Administraciones Públicas, a través de sus Servicios de Salud y de los órganos competentes en cada caso, desarrollarán actuaciones sanitarias en dos niveles: a) Servicios sanitarios de primer nivel -Atención Primaria integral de la salud - , que incluye además de acciones curativas y rehabilitadoras, las que tiendan a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad del individuo y de la comunidad. Se caracteriza por una gran accesibilidad para los usuarios y por la suficiente capacidad de resolución técnica como para abordar íntegramente los problemas de salud de presentación frecuente. b) Servicios sanitarios de segundo nivel - Asistencia Especializada -, que incluye la asistencia domiciliaria, la hospitalización y la rehabilitación. Esta cuenta con los medios diagnósticos y/o terapéuticos de mayor complejidad y coste dentro del sistema, cuya eficiencia es muy baja si no se concentran, y a los que se accede, en primera instancia, por los facultativos de la Atención Primaria.

Entre las muchas atenciones por las que se caracteriza la AP (esencial, integral, continuada y permanente, accesible, participativa…) destaca la atención basada en el trabajo en equipo, en la cual el médico tiene un papel principal pero comparte responsabilidades y tareas con los demás sanitarios y no sanitarios del equipo.

Para este fin se han creado expresamente los llamados EMS (equipos multidisciplinares de salud).

Se define la " atención multidisciplinar" como un conjunto de individuos con diferentes formaciones académicas y experiencia profesionales, que funcionan en conjunto durante un tiempo determinado, destinados a resolver un problema complejo, todo ello bajo la dirección de un coordinador. Estos equipos desarrollan su trabajo tanto en el entorno hospitalario como a nivel de Atención Primaria.
El término "sinergia" viene del griego que significa cooperación y quiere decir literalmente trabajando en conjunto…Una empresa es considerada sinérgica cuando los miembros que la componen no pueden realizar una función determinada sin depender del resto de los integrantes que forman parte de dicha organización.

El equipo de atención primaria EAP (formado tanto por personal sanitario como por personal no sanitario) ,es el encargado de elaborar un proyecto o un Plan de Salud para su zona. En un primer lugar se elabora un " diagnóstico de salud" de la zona, y una vez detectado el problema sanitario las prestaciones se dividen en :

- atención no programada (no requiere atención urgente o inmediata),
- programada (a través de cita previa) y
- urgente (hay que darle atención inmediata).

Como hemos mencionado anteriormente, las características principales de una AP son: atención esencial , integral, continuada y permanente a lo largo de la vida de la persona, accesible, comunitaria, programada, participativa, y ante todo basada en el trabajo en equipo.

La diversidad del equipo multidisciplinar es la clave para la innovación. En las instituciones sanitarias estos equipos los forman tanto personal sanitario (médicos, psicólogos, enfermeras, auxiliares de clínica..) como personal no sanitario (principalmente celadores , auxiliares administrativos, seguridad, trabajadores sociales…).

Para que todos los usuarios puedan acceder a un servicio de salud eficiente es necesaria la implantación de estos equipos de trabajo. Entre otros se pretende garantizar un acceso equitativo a estos servicios , que además brinden atención integral continua a lo largo de la vida de la persona, lo prioritario sería establecer una cobertura universal de salud.

La AP cubre más de un 70% de las necesidades de salud de las personas, tanto a nivel promoción, prevención, curación de la enfermedad…es una de las formas más eficientes que se conocen para proporcionar salud a "TODOS".

Los Centros de Salud requieren más autonomía y responsabilidad, y mayor adaptación al entorno. Más independencia para gestionar sus recursos. Mayor coordinación entre los distintos grupos de trabajo y el resto de sectores, trabajadores sociales…Más investigación y más planes de formación. Implantación de planes de promoción de la salud comunitaria.

Se debe pretender que cada Centro de Salud establezca sus propios sistemas de trabajo y protocolos, que reclamen los recursos que consideren necesarios para su funcionamiento .Cada EAP deberá tener un responsable máximo encargado de estas tareas que además deberá compaginar con su propia labor asistencial.

Pasos a seguir para la formación de un EMS (equipo multidisciplinar de salud):

- Juntar distintos perfiles y mantener ese grupo humano unido como un equipo.

- Facilitar los medios necesarios para que el equipo pueda funcionar a pleno rendimiento, dotándolo de las herramientas necesarias para la formación y capacitación de sus empleados.

- Aumentar la motivación de sus miembros como ayudas al comedor (o tickets restaurante), pluses de productividad…

- Aumentar la autonomía de los individuos.

- Evitar retrasos que suelen ocasionar cuellos de botella, aminorar el tiempo del paciente en la unidad de urgencias, recortar listas de espera quirúrgica…

- Mejorar la comunicación entre los miembros del equipo, y entre éstos y el usuario.

Gracias a los avances en la información y a la incorporación de nuevas tecnologías se hace necesario reorientar el sistema sanitario público.

Los cambios socio demográficos, el envejecimiento progresivo de la población, el aumento de personas con enfermedades crónicas y necesidades socio sanitarias y cuidados específicos , hacen que deba desarrollarse una adaptación progresiva ante tal situación.

El enfoque consiste en conceder mayor autonomía a la gestión, descentralizar la toma de decisiones de los profesionales y conseguir una continuidad asistencial. Todo ello aprovechando al máximo los recursos tanto técnicos como humanos disponibles.

El trabajo mediante un EMS (equipo multidisciplinar de salud) es la forma de trabajo más creativa y participativa, y de mayor rendimiento. Mejora sin duda el aprendizaje de sus miembros. Aumenta de la misma manera el rendimiento de las competencias individuales. La calidad del trabajo se ve notablemente incrementada. Mejoran considerablemente los resultados positivos. Y facilita sobremanera la toma de decisiones, ya que existen diferentes y variadas perspectivas, todo ello bajo la supervisión de un coordinador.

2 Objetivos

- Explicar los pasos a seguir para la formación de un EMS (equipo multidisciplinar de salud)

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 1349

CÓMO LOGRAR LA MEJORA EN LA CALIDAD ASISTENCIAL PRESTADA AL PACIENTE

ANDREA RIBAS ÁLVAREZ

MARTA MARIA ALVAREZ FERNANDEZ

EMILIO RIBAS GARCÍA

1 Introducción

Podemos definir el término ”calidad” de una forma global, como el conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permite caracterizarla y valorarla con respecto a las restantes de su especie. Superioridad o excelencia de algo o de alguien.

En nuestro caso nos referiremos en todo momento al término calidad relacionada con todo lo relativo a la salud, a la sanidad, al usuario... lo que adquiere una complicación añadida, ya que resulta difícil medirlo, ya que está influenciado por infinidad de condicionantes externos, tales como medioambiente, economía, sociedad, cultura.

Debemos explicar que la calidad no es un término absoluto, sino totalmente relativo, con un componente ciertamente subjetivo.

La calidad del servicio es un atributo de la asistencia sanitaria cada vez más valorado tanto por los usuarios como por los profesionales.

En términos generales podemos asegurar que la calidad mejora el servicio al usuario, reduce gastos y aumenta la productividad.

El paciente tiene emociones , sentimientos, una historia personal, es único y requiere respuestas personalizadas. La actitud y aptitud profesional debe necesariamente abarcar tres áreas: mental, moral y afectiva. Educación y respeto, mirarlo a los ojos, información adecuada y veraz de su enfermedad, respeto a su intimidad, empatía, llamarlo por su nombre, involucrar a la familia en el proceso y sobre todo, cuidar su dignidad.

Para facilitar su comprensión se debe desgranar en varios elementos lo que es en sí el término calidad.

- Efectividad, el servicio prestado debe mejorar a la población a la que va destinado.

- Eficacia, teóricamente es el beneficio o el resultado obtenido en condiciones ideales.

- Eficiencia, es conseguir con el menor coste posible y con una cantidad de recursos disponibles fija y determinada, el más alto nivel de calidad .

- Accesibilidad, para que todos los servicios puedan llegar a la población de la forma más igualitaria que sea posible. Atención rápida y adecuada. Tender a que desaparezcan las barreras geográficas. Está íntimamente relacionada con la universalidad.

- Satisfacción , como es aceptada esa prestación por los usuarios.

- Continuidad y permanencia, es el seguimiento ininterrumpido a lo largo de la vida de la persona. Durante todo el año, las 24 horas del día.

- Atención integral, se trata de cubrir todas las necesidades sanitarias del individuo. Hay que integrar todas las actividades relacionadas con el fomento de la salud tanto en su promoción, prevención, recuperación y rehabilitación, considerando a la persona en su dimensión física, psíquica y social, actuando a su vez sobre el individuo, la familia, la comunidad y el medio ambiente.

¿Cómo podemos nosotros como profesionales y todo lo que representa el engranaje sanitario, mejorar la calidad de la asistencia sanitaria? Existen una serie de premisas en las cuales deberíamos trabajar:

- Todos los profesionales involucrados, tanto directivos como el resto, deberían comprometerse con el proyecto que se lleve a cabo y consensuarlo.

- Organizar el trabajo de forma que se sea capaz de llevar a cabo la realización de una serie de objetivos compartidos.

- Informar puntualmente a todos los componentes del equipo sobre los resultados del programa.

- Detectar los problemas y sus causas.

- Liderazgo de los gestores para poner en marcha los programas de mejora.

- Auto evaluación crítica y hábito de discusión científica y objetiva.

- Formación continuada y establecimiento de objetivos.

- Definición de un modelo de atención que todos desearíamos conseguir.

- Protocolos y normas de actuación adecuadamente actualizados, consensuados , basados ante todo en las necesidades de los enfermos.

- Establecer unos correctos sistemas de registros actualizados de toda la atención ofrecida a los usuarios. Así como que se garantice la confidencialidad contenida en ellos.

- Proporcionar a cada paciente una atención individualizada.

- Valoraciones de la atención prestada y comprobar la respuesta de los pacientes, para ver si ha sido correcta.

Se podría decir que existen una serie de características que actúan como condicionantes del nivel de satisfacción del público en general cuando está en contacto con los servicios sanitarios. Son los siguientes:

- la equidad, cuando se recibe una atención en iguales condiciones sea quien fuere el receptor de los mismos;

- la fiabilidad , cuando nuestra atención no presenta errores, fallos o demoras;

- la efectividad que el paciente pueda percibir en la gestión de sus problemas;

- el buen trato recibido y el respeto por parte del personal a lo largo del proceso

del paciente;

- la información recibida en cuanto al proceso, derechos y deberes, orientación en la toma de decisiones clínicas o diagnósticas;

- la continuidad que se le garantiza en cuanto al seguimiento de su proceso incluso una vez finalizado el internamiento hospitalario;

Tanto el enfermo como su familia deben sentirse seguros y arropados en todo momento . La calidad que ellos perciben es siempre una impresión subjetiva . La valoración global de un servicio está en ocasiones determinada por lo que estos perciben.

Para valorar la calidad hay que tener en cuenta entre otros datos el grado de satisfacción del usuario respecto a las características del producto que adquiere.

Hay muchos métodos para comprobar y medir si finalmente la calidad y la atención ha sido buena o correcta, entre ellos se encuentran por poner varios ejemplos: los cuestionarios o encuestas de valoración que se les facilitan en las distintas instituciones, las entrevistas grupales o individuales, o las hojas de reclamación a disposición de los usuarios.

Hoy en día la sociedad en general está mucho más capacitada para demandar servicios que puedan satisfacer sus expectativas y necesidades. Actualmente no sólo se demandan servicios profesionales de calidad, sino que además la gente quiere que eso lleve un plus añadido como pueda ser un trato amable y cortés, capacidad de respuesta rápida y adecuada, atención personalizada…Quieren además que la persona que les atienda responda íntegramente a sus exigencias y necesidades. En la actualidad los demandantes de servicios en general son personas con un grado de exigencia y demanda cada vez mayor .

Por un lado tenemos representado a un sujeto al que denominaremos cliente o usuario que tiene una necesidad no cubierta , y por el otro lado el otro sujeto al que denominaremos prestador o proveedor que es el que posee la capacidad para satisfacer esas necesidades.

El servicio en este caso sería esa interacción entre ambos. Hay por una parte una exigencia y por otra una contraprestación. Su naturaleza es positiva ya que ambos ganan .

Un buen servicio es aquel que tiene un cierto nivel de ”excelencia” tanto para

solucionar los problemas como para cubrir expectativas.

En resumen la calidad de la asistencia sanitaria puede decirse que es intangible pues no es algo material en sí mismo, pero sí es medible con los indicadores estructurados para ello.

No podemos caer en el error de pensar que existe una economía de calidad, no se puede economizar en la calidad, cuando las cosas se hacen bien a la primera al final se ahorra, lo barato a la larga sale caro.

Y resulta bien claro que la calidad sólo se alcanza cuando todos los trabajadores (desde abajo hasta arriba en la escala profesional), están totalmente concienciados e involucrados en hacer las cosas lo mejor posible.

2 Objetivos

- Lograr la mejora de la calidad asistencial.

3 Bibliografía

- http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S2304-37682012001200009&script=sci_arttext.
- https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/aoccc/vol-302/otorrino30202-revanestesia2/.

Capítulo 1350

ASEO DEL PACIENTE : FACTORES A VALORAR Y BENEFICIOS. ACTUACIÓN DEL CELADOR .

JULIO CÉSAR GARCÍA FERNÁNDEZ

1 Introducción

Higiene es la rama de la medicina que abarca el conjunto de conocimientos y técnicas que aplican los individuos para el control de los factores que ejercen efectos nocivos para la salud.

La higiene personal tiene como fin el evitar la proliferación bacteriana, la estimulación de la circulación y la eliminación de los malos olores , consiguiendo a su vez la mejora de la autoestima por parte del paciente .
Las prácticas higiénicas van a recaer sobre el cuidado de la piel, pelo, uñas, áreas perineales y geniales, dientes, cavidad oral y nasal.

Dentro del recinto hospitalario la higiene recae sobre la figura del auxiliar de enfermería aunque el celador se ve involucrado en ciertas situaciones .
1. Factores a valorar :
El enfermo :
Hay q tener en cuenta el pudor del paciente, por lo que para minimizar dicho pudor se debe cubrir con una sábana de manera parcial.
Durante todo el proceso de lavado se ha de mover al paciente con suavidad y lo más rápido posible para disminuir el cansancio del mismo
Es importante descubrir sólo la región a limpiar , tapando el resto del cuerpo del paciente para evitar su enfriamento y secar después de los cuidados. Si durante

este proceso el enfermo ve disminuída su temperatura corporal es importante recalentar su cuerpo

2. La técnica :
- Preparación del material antes de llevar a cabo el aseo.
- Informar al paciente del procedimiento que se va a llevar a cabo para tranquilizarlo.
- Colocar al enfermo en la posición más cómoda posible.
- Protección tanto del enfermo como de la cama.
- Evacuación de las aguas, ropas sucias.
- Volver a poner todo en orden.
- Es importante realizar los cuidados desde la parte derecha, salvo el lavado que se realizará desde la parte de arriba hacia abajo.

3. El material :
- Los elementos que se utilizarán para proteger al enfermo y a la cama son los siguientes: hule, sábana pequeña y manta de baño.
- Los elementos de lavado son muy variados destacando las toallas, guantes, esponjas, palangana, agua, jabón.
- Los elementos de recambio serán la ropa del enfermo y la ropa de la cama.
- Los elementos de evacuación : orinal o cuña y bolsa para la ropa sucia.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Conservar el buen estado de la piel , eliminando la suciedad, el sudor y con ello el mal olor.

Objetivos secundarios:
- Estimular la circulación sanguínea , lo cual es de suma importancia sobre todo en los casos en los que el paciente ha de permanecer mucho tiempo acostado.
- Reducir la temperatura corporal en caso de fiebre. Esto se conseguirá si se utiliza agua fría.
- Refrescar al paciente para que se sienta más cómodo y así de paso mejorar la autoestima del mismo.
- Establecer una relación con el paciente, alentándolo a ser tan independiente como le sea posible.
- Evitar las enfermedades de la piel más comunes, manteniendo una adecuada higiene de la piel del paciente.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La higiene es la ciencia de la salud y su mantenimiento , por tanto abarca todos los hábitos de vida saludables . Si la higiene no es correcta es cuando pueden surgir patologías, por lo que una higiene adecuada debe ser mental, bucal, sexual y social, aparte de lógicamente corporal .
Siendo la higiene un asunto individual de cada individuo , va a estar vinculada a factores del tipo cultural , social , y familiar

5 Discusión-Conclusión

Según el Estatuto de Personal No Sanitario se le atribuye al celador una serie de funciones con respecto al aseo e higiene del paciente:

Excepcionalmente, lavarán y asearán a los enfermos masculinos encamados o que no puedan realizarlo por sí mismos , atendiendo a las indicaciones de los Supervisores de planta o personas que los sustituyan legalmente en sus ausencias

Por tanto para la realización de este cometido es necesario que el celador conozca los tipos de aseo y los beneficios que proporciona al enfermo.

6 Bibliografía

- Las necesidades humanas: www.uc.cl/sw_educ/enferm/ciclo/htmel/general/necesi.htm.
- Sánchez Cordón Mª Jesús , Niño Miralles Antonio Jesús , García Escobar , Antonio – Atención a las necesidades humanas básicas (2014).
- https://www.hospitaldejove.com/archivos/enlaces_1437728273.pdf.

Capítulo 1351

LA COMUNICACIÓN EN EL ÁMBITO SANITARIO

LORENA MARTINEZ SUAREZ

1 Introducción

Dentro del personal que trabaja en el ámbito sanitario es imprescindible conocer técnicas que contribuyan a la buena comunicación con los pacientes. La buena comunicación dentro del ámbito sanitario juega un papel muy importante.

Salud y comunicación deben estar íntimamente vinculados pues la comunicación puede afectar positiva o negativamente a la salud personal, del mismo modo que el estado de salud influye en la comunicación.

La comunicación en el ámbito sanitario resulta fundamental para la convivencia y el trabajo eficiente entre la diversidad de profesionales que coexisten. La comunicación y el trabajo en equipo son conceptos indisolublemente ligados.

Si tenemos en cuenta estas expectativas del usuario del ámbito sanitario, una comunicación efectiva contendría la siguiente metodología:

-Exactitud en el contenido del mensaje.

-Nivel cultural adaptado a las características del usuario.

-Seguridad de la fuente de información.

-Comprensión del lenguaje y del contenido que estará adaptado al nivel del usuario.

-Repetición del contenido que estará accesible de forma continuada en el tiempo.

2 Objetivos

- Hacer más efectiva la buena comunicación dentro del ámbito sanitario seria conseguir promocionar la salud y prevenir la enfermedad.
- Cumplir las expectativas de los usuarios de la salud respecto a la comunicación con los profesionales.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La comunicación tiene que ser utilizada continuamente por el profesional del ámbito sanitario, por ello este debe de estar debidamente formado en esta materia para lograr un alto nivel de satisfacción en el usuario.

La comunicación para la salud es un elemento indispensable y una herramienta clave en la labor del profesional de la salud. Una comunicación efectiva intentara promover habilidades tales como la empatía, la escucha activa, el respeto del individuo, etc., con la finalidad de conseguir la máxima satisfacción del usuario.

La comunicación constituye una herramienta imprescindible para el trabajo diario del profesional sanitario, tanto en la relación con los usuarios, como en la relación con sus compañeros y jefes.

5 Discusión-Conclusión

El uso de unas buenas técnicas de comunicación en el ámbito sanitario es una formula que demuestra ser efectiva y que consigue una gran satisfacción del usuario.

Una comunicación eficaz promociona la salud y previene la enfermedad que son dos de los objetivos fundamentales a conseguir. El uso de una buena comunicación facilita una praxis efectiva y de calidad, fundamental en el ámbito de la salud.

6 Bibliografía

- Revista Española de comunicación en salud 1 (1), 50-65, 2010.

Capítulo 1352

EL SÍNDROME DE BURNOUT

LORENA MARTINEZ SUAREZ

1 Introducción

El síndrome de Burnout se define como una respuesta al estrés laboral crónico que afecta a personas cuyo trabajo tiene como centro ayudar y dar apoyo a otros, generando en el profesional síntomas que van desde agotamiento físico, mental y emocional hasta relaciones conflictivas interprofesionales.
El síndrome de Burnout es una de las principales causas del deterioro de las condiciones de trabajo, generando estrés en los ambientes laborales, en las extensas jornadas y la vida personal de los profesionales que prácticamente se vuelve nula. Es algo que no se debe de tomar a la ligera ya que puede desencadenar en problemas de salud mas graves y aumenta el absentismo porque las enfermedades se hacen mas frecuentes.

2 Objetivos

- Conocer y comprender en profundidad el síndrome de Burnout al igual que las causas que lo desencadena.
- Conocer las medidas preventivas y terapéuticas que actualmente se utilizan para combatir este problema cada vez mas entendido en el entorno de los trabajadores de atención sanitaria.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica

existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Debido a que el síndrome de Burnout no aparece de forma súbita, si no que su aparición es de forma progresiva, debemos de planificar mecanismos de apoyo y prevención. Los tipos de apoyo pueden ser :

- Apoyo informativo: el primer paso seria conocer la situación y poseer instrumentos para poder afrontarla.

- Apoyo emocional: dando afecto, confianza y preocupación por la situación del otro.

- Apoyo instrumental: son los recursos materiales o de servicio con los que cuenta el profesional.

- Apoyo evolutivo: permite al profesional valorar sus acciones en el tiempo y procesar la efectividad de las medidas de control.

Los principales síntomas del síndrome de Burnout serian:

-Síntomas físicos: Fatiga, agotamiento,insomnio, trastornos gastrointestinales,malestar y dolores generalizados.

-Síntomas psíquicos: Dificultad para concentrarse, irritabilidad, negativismo, desesperanza, falta de entusiasmo, permanente estado de alerta, depresión e impaciencia, entre otros.

-Síntomas laborales: No compartir ni delegar trabajo en el resto de personal, ausentismo laboral.

5 Discusión-Conclusión

El síndrome de Burnout puede ser manejado por todas aquellas personas que trabajen en el ámbito de la salud si son previamente informados y prevenidos sobre el mismo. Enseñándoles a tolerar y deshacerse de las situaciones que generan emociones encontradas.

Ademas es conveniente implantar programas de desarrollo organizacional con el objetivo de minimizar los riesgos y mejorar la organización mediante equipos de trabajo eficaces.

Se puede prevenir el síndrome de Burnout abordándolo desde tres niveles básicos que ayudarían a frenar la aparición del síndrome y controlarlo en la medida de lo posible. Estos niveles básicos para poder abordarlo serian:

- Desde el trabajo personal: adaptando las expectativas laborales del profesional con la realidad laboral, evitando así crear falsas expectativas que puedan frustrar al profesional.

- El equipo: los compañeros tienen un papel fundamental ya que serian los primeros en darse cuenta si un compañero empieza a sufrir alguno de los síntomas mencionados, incluso antes que el propio interesado.

- La organización: una buena organización del entorno laboral minimizando imprevistos, de tal forma que no interfiera en el trabajo planificado. Minimizar y facilitar la burocracia que desgasta, a veces sin necesidad. Reuniones acordes que no afecten al tiempo que los profesionales tiene para realizar su trabajo.

6 Bibliografía

- Elogia y prevención del síndrome de Burnout en los trabajadores de la salud.

- Pedro G. M. (2001, 25 de julio) El síndrome de quemarse en el trabajo(síndrome de burnout): aproximaciones teorías para su explicación y recomendaciones para la intervención.

- Revista PsicologicaCientifica.com.

Capítulo 1353

ACTIVIDAD FÍSICA Y CALIDAD DE VIDA

M. DEL CARMEN CASTRO ALVAREZ

1 Introducción

La actividad física es un factor fundamental y condicionante a la hora de hablar de salud y de calidad de vida.
La Organización Mundial de la Salud (OMS), considera actividad física a todo movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos en el que haya un gasto de energía. Por lo tanto, no solo estaríamos hablado de deportes en el más riguroso sentido de la palabra, sino también de actividades como caminar, bailar, subir y bajar escaleras, etc.
Es importante que intentemos incorporar a nuestra rutina diaria patrones de comportamiento que se conviertan en conductas saludables, como hacer ejercicio, comer sano, no fumar ni beber, entre otros.
Para conseguir una mayor salud y bienestar y en consecuencia una mayor calidad de vida, hay que intentar trabajar en el plano de la prevención antes de que las enfermedades se instauren. Por ello la realización de actividad o ejercicio físico como conducta saludable es pilar básico en contraposición a la inactividad o sedentarismo que está tan arraigada en nuestra sociedad. La inactividad está relacionada con el desarrollo de una serie de enfermedades en las diferentes etapas de la vida, por eso es necesario fomentar unos hábitos de vida saludables ya desde la infancia si queremos vivir más años y vivirlos mejor, es decir si queremos una vida con calidad.
La OMS define la calidad de vida como "la percepción del individuo sobre su posición en la vida, dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que

vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones" y en este mismo sentido define la salud como "un estado completo de bienestar físico, mental y social y no la simple ausencia de enfermedad".

2 Objetivos

-Poner de manifiesto cómo la actividad física es un importante factor de prevención y tratamiento de muchas enfermedades.

-Exponer los beneficios de la práctica de ejercicio en las diferentes etapas y niveles de la vida.

3 Metodología

Realizaremos una variada búsqueda bibliográfica a través de bases de datos:
- Google Académico; PubMead; OMS; Dialnet; Scielo.

- Se han empleado para ello los descriptores: actividad física, calidad de vida, prevención.

- Como criterios de inclusión se han utilizado textos escritos en idioma castellano e inglés y de exclusión los que carecen de acceso gratuito

4 Resultados

La actividad física realizada con regularidad ayuda en la prevención y tratamiento de muchas enfermedades no transmisibles, como cardiopatías, obesidad, y cáncer de mama entre otras.

Las enfermedades coronarias y cerebrovasculares son la primera causa de mortalidad en España. La falta de ejercicio, constituye un importante factor de riesgo, junto con una mala alimentación, abuso del tabaco, etc. Para su prevención son fundamentales las actividades físicas adaptadas a cada persona. Otra de las enfermedades en las que el ejercicio físico junto con la alimentación es determinante es la Obesidad, que se manifiesta sin distinción de edades. Este problema tiene tal magnitud que ha sido considerada por la OMS como la enfermedad del siglo XXI.

La diabetes tipo 2 que suele asociar la obesidad y falta de ejercicio, está empezando a afectar a gente cada vez más joven, incluidos niños y adolescentes, cuando antes era exclusiva de personas adultas y mayores.

En enfermedades casi exclusivas de mujeres, como la osteoporosis, que se manifiesta principalmente tras la menopausia y el cáncer de mama, el ejercicio físico puede ayudar a aumentar la masa ósea en el primer caso y evitar la aparición y desarrollo en el segundo. Los dolores de espalda, y la artrosis también se ven favorecidas con la realización de actividad física.

A nivel mental, los beneficios son enormes. En el tratamiento por ejemplo de la depresión, el ejercicio es el mejor "antidepresivo" y la enfermedad de Alzheimer, tan frecuente en la vejez y donde el deterioro cognitivo es evidente, puede prevenirse con la práctica de actividad durante la madurez.

Los beneficios del ejercicio físico se reflejan no solo a nivel físico, sino también a nivel psicológico y emocional y también social.

En la primera infancia el ejercicio además de hacerles crecer y desarrollarse de una forma saludable, evitando el sobrepeso, les hace sentirse más felices y sanos y ello se refleja en un mejor rendimiento en el colegio y en mejores comportamientos con los iguales.

Al llegar a la adolescencia, los niveles de ejercicio suelen descender con respecto a la niñez sobre todo en las mujeres, En esta etapa la actividad física es el mejor recurso para prevenir posibles conductas no deseadas como el consumo de drogas, alcohol, etc. y también para que adquieran hábitos de disciplina, compañerismo, y respeto. Entre las mejoras de tipo físico un adecuado peso corporal también supone un gran beneficio en esta etapa.

La edad adulta, en la que el trabajo y las preocupaciones familiares, sociales, etc. son prioritarias, el estilo de vida sedentario es fácil que se instaure. En esta etapa los beneficios son también enormes para poder tener una mejor calidad de vida, nos protege de gran cantidad de lesiones a nivel musculoesquelético: dolores de espalda, caídas, dolores articulares. En este sentido los celadores sufrimos mucho este tipo de lesiones, motivo para incorporar el ejercicio en nuestra vida de forma regular. A nivel psicológico la disminución del estrés, mayor optimismo, mejores relaciones etc., son beneficios asociados. También a nivel físico el mantener un peso adecuado, mejor salud cardiovascular, ayuda en la prevención y desarrollo de futuras enfermedades asociadas a la vejez.

Así acercarse a la tercera edad con un buen nivel de actividad nos beneficiara tanto físicamente: prevenir caídas, como a mantener nuestras habilidades cognitivas y evitar la aparición de demencias, Alzheimer, etc. A nivel psicológico la autonomía es fundamental y la posibilidad de realizar actividades y relacionarnos con los demás evitara depresiones, soledad, etc.

5 Discusión-Conclusión

Es un hecho demostrado los beneficios que la práctica de actividad física tiene en la mejora de nuestra salud.

Llevar una vida activa y no sedentaria es beneficioso para todas las personas a cualquier edad. Se debe intentar integrar la práctica de la misma de forma regular en el entorno donde las personas viven, juegan y trabajan, no siendo la edad, capacidad, sexo, etc., límite para su desarrollo, ya que ésta se va adaptando a cada individuo para lograr beneficios en todos los aspectos: físico, psíquico y social.
En una sociedad que va envejeciendo, la prevención es prioritaria y conseguir tener una mayor y mejor calidad de vida es una necesidad social.

6 Bibliografía

- Actividad física y calidad de vida Marín Farinola3CALIDAD DE VIDA – Universidad de Flores –Año I, Número 6, pp. 3-12ISSN 1850- Martín Farinola1Facultad de Actividad Física y Deporte Universidad de Floresmartinfarinola@ymail.com.
- ACTIVIDAD FÍSICA +SALUD Hacia un Estilo de Vida Activo Juan Antonio Ros Fuente.
- atencionmayores.org › beneficios-actividad-física-personas-mayores Beneficios de la actividad física para las personas mayores.
- BENEFICIOS PSICOLÓGICOS, COGNITIVOS Y MENTALES DE LA ACTIVIDAD FÍSICA Actividad física saludable, bienestar psicológico y la situación actual. DEPARTAMENTO: Educación Física y Deportiva Universidad del País Vasco/Euskal Herir.
- psicologiaymente.com › deporte › 10-beneficios-psicologicos-practica. Los 10 beneficios psicológicos de practicar ejercicio físico.

Capítulo 1354

LA IGUALDAD DE GÉNERO EN EL ENTORNO SANITARIO

SARA BEJEGA LONGUEIRA

1 Introducción

El término ”género” se utiliza para describir aquellas características de las mujeres y de los hombres que son construidas socialmente, mientras que el término ”sexo” se refiere a las que son determinadas biológicamente. Las personas nacen con un sexo biológico y aprenden a ser niñas y niños, para posteriormente convertirse en mujeres y hombres. Este comportamiento aprendido constituye la identidad de género y determina el rol de género.

El género es un eje transversal de desigualdad que interactúa con todos los demás determinantes sociales de la salud. En primer lugar, se vincula con determinantes estructurales que afectan a la salud, a corto, medio y largo plazo. La evidencia ha demostrado que determinantes como el nivel educativo o la posición socioeconómica influyen en la salud de manera desigual en mujeres y en hombres. Las mujeres presentan un mayor riesgo de sufrir pobreza y peor salud a lo largo de sus vidas debido, entre otros motivos, por los menores niveles de educación, los salarios más bajos, la mayor frecuencia de empleos temporales o a tiempo parcial, y la dependencia económica derivada de los roles sexuales adquiridos, principalmente los roles de cuidado familiar.

La igualdad de género supone la ausencia de discriminación basada en el sexo en cuanto a las oportunidades, la distribución de recursos o beneficios y el acceso a los servicios.

Las mujeres y los hombres tienen derecho a vivir sin discriminación en todas las esferas de la vida, incluyendo el acceso a la atención sanitaria, a la educación y a una remuneración igual por el trabajo de igual valor.

El rol de género no es ajeno a la salud, hay una influencia clarísima tanto en hombres como en mujeres. La igualdad de género en la salud significa que las mujeres y los hombres se encuentran en igualdad de condiciones para ejercer plenamente sus derechos y su potencial para estar sanos, contribuir al desarrollo sanitario y beneficiarse de los resultados.

La doble responsabilidad -productiva y doméstica- que se atribuye a la mujer hace que su manera de acceder al sistema sanitario sea diferente, normalmente más tardía, y también provoca que las mujeres tengan menos tiempo para practicar deporte, dormir las horas necesarias o llevar a cabo otras acciones destinadas a su bienestar social, físico y psicológico.

La integración de la perspectiva de género implica evaluar el modo en que el género determina las medidas planificadas, incluidas la legislación, las políticas y los programas, en todos los ámbitos y a todos los niveles. La incorporación de la perspectiva de género también puede contribuir al empoderamiento de las mujeres y la igualdad de participación en todos los niveles del personal sanitario.

Para solucionar las inequidades que afectan a un personal predominantemente femenino, deben adoptarse enfoques orientados específicamente a solventar las necesidades de las mujeres en los métodos de contratación, retención de trabajadores y desarrollo profesional y a conseguir que los hombres participen en las tareas domésticas (por ejemplo, fomentando las bajas maternas y paternas compartidas para atender a los niños) con el fin de reducir la doble carga de trabajo que soportan las mujeres.

Se debe promover una dinámica de participación activa que incite a las mujeres y hombres a involucrarse en el tema, así como a proponer debates y actividades sobre puntos relacionados con el problema de la desigualdad.

Promover la propuesta de desarrollo de programas de orientación no discriminatoria que ofrezca a las mujeres una red de diversificación de opciones profesionales ampliando las orientaciones femeninas, de forma que las mujeres puedan desarrollar todas las oportunidades de elección para acceder a puestos de trabajo más variados, menos ligados a ámbitos tradicionales y menos limitados en las cualificaciones y retribuciones.

2 Objetivos

- Avanzar hacia la igualdad de oportunidades y el respeto del derecho a la protección de la salud considerando las diferencias biológicas entre mujeres y hombres así como las desigualdades sociales derivadas del sistema tradicional de género; con la finalidad de reducir el impacto nocivo sobre la salud de las mujeres y los hombres determinado por los roles, estereotipos y relaciones desiguales de género.
- Conseguir el óptimo estado de salud y bienestar para los hombres y las mujeres, la equidad en la asignación de los recursos destinados a la salud, la participación equitativa y la habilitación de los hombres y las mujeres a la acción con relación a su salud y la imparcialidad en la distribución de la carga y las recompensas asociadas con el trabajo de salud para los hombres y las mujeres.
- Entender la igualdad de oportunidades como una idea de justicia social que propugna que un sistema es socialmente digno y justo cuando todas las personas tienen las mismas posibilidades de acceder al bienestar social y poseen los mismos derechos políticos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

En definitiva, observamos que el estereotipo de género está aún muy marcado en las profesiones sanitarias. No es casualidad que las mujeres constituyan una clara mayoría en las especialidades relacionadas con el cuidado, y que tienen una menor cualificación (diplomaturas, ciclos superiores) en las especialidades en las que se concentran los hombres. Incluso, dentro del mismo estamento, en los servicios y especialidades más relacionados con lo científico-tecnológico, y en relación a ocupar cargos de responsabilidad, la presencia de hombres es mayor que la de mujeres, que ocupan cargos intermedios o de base.

En la base explicativa de esta realidad laboral, volvemos a toparnos con el dilema entre la presión por la reproducción familiar y la necesidad de desarrollo profesional, un conflicto que no es fácil de resolver y que tiene consecuencias en lo personal y en lo profesional.

Para dar cumplimiento a la igualdad de oportunidades, se ha comenzado a abordar la tarea de detectar y corregir la multitud de aspectos que inciden en la perpetuación de los estereotipos tradicionales que configuren roles diferentes en función del sexo.

Un objetivo es potenciar la diversificación de opciones profesionales para ambos sexos.

5 Discusión-Conclusión

La salud entre hombres y mujeres es distinta porque existen factores biológicos, tanto genéticos, hereditarios como fisiológicos que se manifiestan de forma diferente frente ambos sexos y desigual porque existen otros factores en parte explicados por el género que influyen de una manera injusta en la salud de las personas.

Seamos conscientes de que sólo con la colaboración de todos los estamentos sociales y de todos vosotros y vosotras, especialmente, se podrá realizar la transformación de la sociedad para que en ésta participen hombres y mujeres con el mismo grado de igualdad y responsabilidad que se propugna en nuestra Constitución.

6 Bibliografía

- https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/mujeres/saludGenero/declaMadrid.htm.
- https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender.
- http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/gender-equality-in-health-sp.pdf.

Capítulo 1355

LA IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN DENTRO DEL ÁMBITO SANITARIO.

SARA BEJEGA LONGUEIRA

1 Introducción

Tradicionalmente se ha considerado que determinadas habilidades de trato al paciente sólo eran necesarias en facultativos o personal de Enfermería, por considerar que eran éstos los que tenían mayor relación con los enfermos y los que mayor influencia poseían para lograr un cambio positivo en su estado de salud. Si bien ese contacto del paciente con los profesionales de la salud es cierto y muy importante, también podemos afirmar que no es el único ya que tanto los celadores como auxiliares administrativos son los primeros con los que se encuentra el usuario al entrar en una institución sanitaria, por lo tanto la buena comunicación entre ambos es fundamental.

La comunicación es un proceso fundamental de constante cambio, y en el ámbito sanitario debería desempeñar un papel estratégico.

El campo sanitario es uno de los espacios profesionales en los que más importante resulta que el proceso de la comunicación se produzca de una manera adecuada. El correcto entendimiento entre profesional y paciente o usuario, profesional y familiar o entre profesionales de la salud es fundamental para que estos agentes avancen de modo conjunto hacia cada objetivo propuesto en aras de la promoción o la mejora de la salud. Comunicarse bien es vital para que en los procesos clínicos se consigan los mejores resultados posibles.

Los profesionales sanitarios y los pacientes o usuarios están de acuerdo en la importancia de una comunicación sanitaria efectiva.

Es de vital importancia establecer una buena relación con los pacientes o usuarios para comunicarse de manera clara, honesta y directa, practicar la escucha activa para mostrar cortesía y sensibilidad, verificar la comprensión del paciente y usuario sobre el diagnóstico o las opciones de tratamiento. Si bien estos elementos de buena comunicación pueden parecer obvios, pueden olvidarse en entornos estresantes y acelerados en los que los médicos a menudo se encuentran.

Para ayudar a garantizar una buena comunicación sanitaria en situaciones estresantes, la cortesía, la paridad y la paciencia pueden ser aliadas para los profesionales.

Es importante que los profesionales sanitarios hagan esfuerzos razonables para escuchar los problemas de salud del paciente. La escucha activa requiere que se concentren en el paciente y usuario y suspendan su propio marco de referencia. Después de haber escuchado activamente, podrán verificar y parafrasear las palabras del paciente y usuario. Así, serán percibidos como profesionales atentos y concienzudos.

Los sanitarios también deben considerar resumir periódicamente la información obtenida de las conversaciones con sus pacientes y usuarios, incluido un diálogo prolongado. Esto puede ayudar a aclarar información, validar la comprensión y proporcionar una oportunidad para hacer y responder nuevas preguntas.

Las habilidades relacionales son fundamentales en el cuidado y la atención que se le proporciona al paciente y usuario, por lo que es necesario sensibilizar a los profesionales sanitarios sobre éstas. Todos algún día seremos pacientes o usuarios y cuando vayamos al hospital nos gustaría encontrar profesionales con competencias técnicas y además, relacionales que generen un clima agradable durante el proceso asistencial. Sin estas últimas habilidades la atención hacia los pacientes quedará incompleta.

Es necesario formar a los profesionales en técnicas de comunicación, trabajo en equipo, relación de ayuda y empatía; para que de esta manera, se transmitan a los pacientes y a los usuarios. Nuestro objetivo debe ser conseguir una atención amable con muestras de cariño y un cuidado afectuoso, cercano y sincero. En definitiva, se trata de mirar, escuchar y observar las necesidades de los pacientes y usuarios, familia y profesionales.

La colaboración del usuario y el paciente va a depende de la buena comunicación existente entre el profesional y este. Para que esta sea eficaz se han de cumplir una serie de requisitos:

1. El contenido será relevante y estará relacionado con el tema que se está acometiendo.
2. Al momento de comunicarnos es preferible expresarse con sencillez y brevedad, y evitar dar muchas vueltas al mismo asunto. Un consejo que nos puede ayudar en nuestra estrategia comunicativa es deshacernos de las palabras innecesarias, por ejemplo: si podemos explicar un tema en cuatro frases no es necesario extendernos usando dos párrafos. Pensemos en que nuestra comunicación llegue a nuestra audiencia con facilidad. Por lo tanto, la información ofrecida será la justa, no más de la que se pueda asimilar, ni menos de la que se pueda entender.
3. Es importante que el mensaje que quieres comunicar sea claro, correctamente estructurado y siguiendo un orden, se evitarán tecnicismos que dificulten la comprensión del paciente o usuario, adaptándolo a su nivel cultural, lenguaje habitual…
4. Se utilizarán frases cortas para la comprensión correcta del mensaje que queremos transmitir. La información será real, íntegra y correcta.
5. Que lo que digas tenga su lógica, que todos los puntos que quieres transmitir estén conectados, se sigan de forma natural y sean relevantes para el mensaje.
6. Ser asertiva no significa ser agresiva, es importante que te comuniques con educación y teniendo siempre en cuenta a la otra persona, especialmente en situaciones delicadas.
7. No es imprescindible, pero la creatividad es una forma de mantener a tu audiencia interesada y de que se queden con los puntos importantes.

2 Objetivos

Revisión bibliográfica sobre la importancia establecer una buena relación con los pacientes o usuarios para comunicarse de manera clara, honesta y directa.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y

Scielo, Google Académico seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Tanto los celadores como auxiliares administrativos al igual que cualquier otro trabajador de las instituciones sanitarias, tienen que tener en cuenta que en muchas ocasiones va a tratar con personas que sufren y por tanto su comportamiento delante de ellas y sus familiares debe ser en todo momento humano y delicado.

Al enfermo hay que prestarle la máxima atención y tratarlo con amabilidad y corrección.
Debemos ser pacientes, saber escuchar y evitar herir los sentimientos del enfermo de tal forma que crea que sólo nos interesan sus problemas. La educación es fundamental así como evitar la manifestación de comentarios de superioridad.

Otro aspecto importante a tener en cuenta en el trato con el paciente o con el usuario de las instituciones sanitarias es la individualización del mismo. Debemos ser conscientes de que no hay dos personas iguales en este mundo.

La actitud del Celador y del auxiliar administrativo hacia las personas es de suma importancia ya que son ellos los primeros con los que se encuentra el usuario al entrar en una institución sanitaria e influirá en la imagen que pacientes y familiares se lleven de la institución en general.

5 Discusión-Conclusión

La comunicación constituye la columna vertebral de la actividad laboral del profesional sanitario.
Es fundamental desde la relación del profesional sanitario con el paciente y, es fundamental también dentro del equipo de profesionales con los que se trabaja.

El perfil del paciente hoy por hoy ha cambiado, es un perfil mucho más exigente en la que demanda otro tipo de atención, es esencial para los profesionales sanitarios que sepan identificar cuál es el modelo de atención que demanda el perfil con el que trata en cada momento y que se dispongan de las habilidades necesarias para que la comunicación entre ambos sea la adecuada para que la estrategia terapéutica se lleva a cabo adecuadamente.

Desde el punto de vista de la comunicación entre los diferentes profesionales sanitarios que se encuentran implicados en los mismos objetivos de salud, siendo estos objetivos de la Institución o los propios objetivos de cada uno de los pacientes, la comunicación y el trabajo en equipo son pilares imprescindibles.

6 Bibliografía

- https://lamenteesmaravillosa.com/la-comunicacion-sanitaria-caracteristicas-y-claves-para-mejorar/
- https://www.novartis.es/sites/www.novartis.es/files/PDF-Comunicacion-profesional-sanitario-paciente.pdf
- https://www.msdsalud.es/informacion-practica/comunicacion-pacienteprofesionales-sanitarios.html

Capítulo 1356

PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES. EVOLUCIÓN Y FOMENTO DE LA CULTURA PREVENTIVA EN EL SECTOR SANITARIO. (PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO)

MARÍA JESÚS GARCÍA RODRÍGUEZ

1 Introducción

La prevención de riesgos laborales (PRL) es la disciplina que busca promover la seguridad y salud de los trabajadores mediante la identificación, evaluación y control de los peligros y riesgos asociados a un entorno laboral, además de fomentar el desarrollo de actividades y medidas necesarias para prevenir los riesgos.
Los riesgos laborales son las posibilidades de que un trabajador sufra una enfermedad o un accidente vinculado a su trabajo. Así, entre los riesgos laborales están las enfermedades profesionales y los accidentes laborales.
El 11 de febrero de 1996 entró en vigor la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. Esta ley, basada en los principios de eficacia, coordinación y participación, inspirando los objetivos de responsabilidad y cooperación, vino a cumplir la exigencia de un nuevo enfoque normativo dirigido a poner término a la falta de visión unitaria de la prevención de riesgos laborales en nuestro país, a actualizar regulaciones ya desfasadas, a adecuar la legislación

española a la legislación comunitaria sobre seguridad y salud en el trabajo y a regular situaciones nuevas no contempladas con anterioridad.
La Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales tiene por objeto promover la seguridad y la salud de los trabajadores mediante la aplicación de medidas y el desarrollo de las actividades necesarias para la prevención de riesgos derivados del trabajo.
A tales efectos, esta Ley establece los principios generales relativos a la prevención de los riesgos profesionales para la protección de la seguridad y de la salud, la eliminación o disminución de los riesgos derivados del trabajo, la información, la consulta, la participación equilibrada y la formación de los trabajadores en materia preventiva. Para el cumplimiento de dichos fines, la ley regula las actuaciones a desarrollar por las Administraciones Públicas, así como por los empresarios, por los trabajadores y sus respectivas organizaciones representativas.
Las disposiciones de carácter laboral contenidas en esta ley y en sus normas reglamentarias tendrán en todo caso el carácter de Derecho necesario mínimo indisponible, pudiendo ser mejorada en los convenios colectivos.
Los principios de la actividad preventiva que deben estar presentes en todo Plan de Prevención son:
- Evitar los riesgos.
- Evaluar los riesgos que no se puedan evitar.
- Combatir los riesgos en su origen.
- Adaptar el trabajo a la persona, en particular en lo que respecta a la concepción de los puestos de trabajo, así como a la elección de los equipos y los métodos de trabajo y de producción, con miras, en particular, a atenuar el trabajo monótono y repetitivo y a reducir los efectos del mismo en la salud.
- Tener en cuenta la evolución de la técnica.
- Sustituir lo peligroso por lo que entrañe poco o ningún peligro.
- Planificar la prevención, buscando un conjunto coherente que integre en ella la técnica, la organización del trabajo, las condiciones de trabajo, las relaciones sociales y la influencia de los factores ambientales en el trabajo.
- Adoptar medidas que antepongan la protección colectiva a la individual.
- Dar las debidas instrucciones a los trabajadores.

Se debe garantizar realmente que cada trabajador reciba una formación teórica y práctica, suficiente y adecuada, en materia preventiva, tanto en el momento de su contratación, como cuando se produzcan cambios en las funciones que desempeñe o se introduzcan nuevas tecnologías o cambios en los equipos de trabajo.

Por su parte las personas empleadas, con arreglo a su formación y siguiendo las instrucciones de la empresa, deberán:
- Velar por su seguridad y salud en el trabajo y por la de aquellas otras personas a las que pueda afectar su actividad profesional.
- Usar adecuadamente las máquinas, herramientas, sustancias peligrosas y, en general cualesquiera otros medios con los que desarrollen su actividad.
- Utilizar correctamente los medios y equipos de protección facilitados por el empleador.
- No poner fuera de funcionamiento y utilizar correctamente los dispositivos de seguridad existentes o que se instalen.
- Informar de inmediato a su superior jerárquico directo, y a las personas trabajadoras designadas para realizar actividades de protección y de prevención, acerca de cualquier situación que, a su juicio, entraña un riesgo para la seguridad y la salud del personal empleado.
- Contribuir al cumplimiento de las obligaciones establecidas por la autoridad competente.
- Cooperar con la empresa para que ésta pueda garantizar unas condiciones de trabajo que sean seguras y no entrañen riesgos.

2 Objetivos

Garantizar que realmente que cada trabajador reciba una formación teórica y práctica, suficiente y adecuada, en materia preventiva.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre los datos de la siniestralidad en el sector sanitario en España.
Se ha realizado una búsqueda sistemática sobre la incidencia de los accidentes laborales dentro del sector Sanitario y su evolución en el tiempo. También se han revisado informes y publicaciones con datos numéricos y se han analizado estos datos relacionándolos con diversos factores.

4 Resultados

Según un informe de la Oficina Europea de Estadística (Eurostat), referente al año 2014, un profesional sanitario español tiene más del doble de posibilidades de sufrir un accidente de trabajo durante su jornada laboral que uno alemán o un británico.

España está muy por encima de la media de los países de la Unión Europea siendo el cuarto país de la Unión donde se producen más accidentes laborales (leves o graves, pero que no conllevan el fallecimiento del trabajador) en el ámbito de las actividades sanitarias y servicios sociales, si se tiene en cuenta el número de accidentes en proporción a la cantidad de empleados en el sector, el país escala hasta la segunda posición europea. Por otro lado, España también es el tercer país europeo donde los accidentes de sanitarios suponen más bajas de entre 14 y 20 días.

Los riesgos laborales más comunes en el personal no sanitario son los relacionados con las características generales de locales, productos, instalaciones, útiles, equipos de trabajo, etc., los cuales influyen sobre la accidentabilidad y se refieren a caídas, golpes con objetos, atrapamientos, contactos eléctricos, contactos térmicos, atrapamiento, cortes y/o erosiones, riesgo de incendio o explosión, etc.

5 Discusión-Conclusión

Casi 25 años después de la aprobación y puesta en marcha de la ley de prevención de riesgos laborales, poco a poco se ha ido tomando conciencia de los beneficios que aporta la integración de la prevención. La seguridad laboral, considerada inicialmente como un gasto, ha ido adquiriendo protagonismo, el trabajador está cada vez más concienciado de sus derechos a nivel de seguridad laboral y los encargados de promover esa seguridad conocen las ventajas a nivel productivo que reporta una buena gestión de la prevención de riesgos laborales.

La Ley 31/1195 ha servido de base para el desarrollo de reales decretos y leyes que han profundizado en diversos aspectos técnicos y legales; si bien esta normativa no ha evolucionado al mismo ritmo que lo ha hecho nuestra sociedad. A pesar del avance, se hace complejo regular muchas de las situaciones de concurrencia que se presentan y muchas veces se reduce la gestión de la prevención a un mero intercambio documental.

Analizando los datos sobre la evolución de los accidentes laborales en el Sector Sanitario Español se llega a la conclusión de que los daños a la salud derivados de la actividad laboral se han incrementado porque han aumentado la precariedad y

la intensificación del trabajo "y por la debilidad del sistema preventivo español". La incidencia de accidentes de trabajo es mucho mayor para los asalariados temporales, y en los trabajadores a tiempo parcial.
Según informe de la Fundación para la Prevención de Riesgos Labores podríamos señalar que la incidencia de accidentes de trabajo se duplica o triplica para aquellos asalariados con antigüedad en el puesto de trabajo inferior al año. La alta rotación de contratos, y la falta de antigüedad en el puesto, estaría, por lo tanto, detrás del alto índice de siniestralidad laboral. Diversos colectivos relacionados con la Sanidad consideran que hay un desconocimiento entre los trabajadores sobre los accidentes laborales y los trámites relacionados con ellos, proponiendo mejorar los sistemas de registro y notificación, así como la recopilación y análisis de los datos sobre la seguridad y salud en el trabajo.
La subsistencia de índices de siniestralidad laboral indeseados reclama actuaciones tan profundas como ágiles. Estas actuaciones irían encaminadas a la continuación y refuerzo de áreas ya existentes en materia de prevención como son:
- Mejorar la eficiencia de las instituciones dedicadas a la prevención de riesgos laborales, las cuales buscarán coordinarse de manera más eficaz
- Potenciar las actuaciones de la Administración Pública en materia de prevención de riesgos laborales.
- Promover la mejora de las condiciones de seguridad en el trabajo en sectores, colectivos y actividades de mayor riesgo.
- Fortalecer la participación e implicación de todas las partes, fomentando una auténtica cultura preventiva mediante la promoción de la mejora de la educación en dicha materia en todos los niveles, involucrando a la sociedad en su conjunto.

6 Bibliografía

- www.quironprevencion.com
- Servicio Integrado de Prevención y Salud laboral. Universidad Politécnica de Valencia.
- Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.
- www.gestiónsanitaria.com
- www.consalud.es
- Reglamento de los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales.
- Guía Básica de Riesgos Laborales específicos en el Sector Sanitario. Secretaria de Salud Laboral y CCOO Castilla y León.

Capítulo 1357

EL SÍNDROME DE BURNOUT EN LOS TRABAJADORES DE LA SALUD

MARIA CRISTINA ÁLVAREZ BLANCO

ESTEFANIA RODRIGUEZ VIÑA

MARIA DEL ROSARIO PONTÓN

1 Introducción

El síndrome de agotamiento profesional o Burnout, es un término que significa "estar o sentirse quemado por el trabajo, agotado, sobrecargado, exhausto", fue descrito por primera vez por el psicoanalista Herbert J. Freudenberger en 1973.

Éste describe el Burnout como un conjunto de síntomas médico-biológico y psicosocial, inespecíficos que produce dentro de la actividad laboral como consecuencia de una demanda excesiva de energía. El síndrome de Burnout se define como una respuesta al stress laboral crónico integrado por aquellas actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabajan y hacia el propio rol profesional, así como por encontrarse emocionalmente agotado. Esta ocurre con mayor frecuencia en los trabajadores de la salud debido a la relación que existe entre profesional-paciente y profesional-organización.

2 Objetivos

- Conocer y comprender en profundidad al Síndrome de Burnout y las causas que lo desencadenan.

- Describir las medidas preventivas y terapéuticas que se utilizan actualmente.

3 Metodología

Para la realización de este informe se utilizaron revistas científicas nacionales e internacionales y artículos en línea mediante el buscador Google Académico.

4 Resultados

El Síndrome de Burnout se define como respuesta al estrés laboral crónico que afecta a las personas cuyo trabajo tiene como fin ayudar y apoyar a otros, ocasionando en el trabajador síntomas que van desde el agotamiento físico, mental y emocional hasta relaciones conflictivas interpersonales.

Este síndrome es específico del estrés laboral, padecido por aquellas personas que en su afán por adaptarse a las excesivas demandas y presiones laborales, se esfuerzan intensamente durante un periodo largo de tiempo, con demasiada exigencia y tensión que llega a ocasionarles importantes riesgos de contraer enfermedades y afectar de manera negativa al rendimiento y a la calidad del servicio. Los factores desencadenantes del Síndrome de Burnout según Horacio Cairo son los siguientes:
1. La falta de percepción de capacidad para desarrollar el trabajo.
2. El exceso de trabajo, la falta de energía y de recursos personales para responder a las demandas laborales.
3. El conflicto de rol, y la incompatibilidad entre las tareas y conductas que se desarrollan con las expectativas existentes sobre el mismo rol.
4. La ambigüedad del rol, incertidumbre o falta de información sobre aspectos relacionados con el trabajo.
5. La falta de equidad a la hora de organizar.
6. Las relaciones tensas y/o conflictivas con los usuarios/clientes de la organización.
7. Los impedimentos por parte de la dirección o superior para que pueda desarrollar su trabajo.
8. La falta de participación en la toma de decisiones.
9. La imposibilidad de poder progresar o ascender en el trabajo.
10. Las relaciones conflictivas con compañeros.

Debido al gran aumento de casos de este síndrome en las personas que se dedican a la intervención social (profesionales de la salud, docentes, médicos, trabajadores sociales, etc.), y al creciente riesgo que existe por el contexto cultural social y económico en el que estos profesionales se mueven, se han planificado mecanismos de prevención, que según House son:
1. Apoyo emocional: está relacionado con el afecto, confianza y preocupación que una persona experimenta cuando procede de otro.
2. Apoyo instrumental: que son los recursos materiales, económicos o de servicio con los que cuenta el profesional.
3. Apoyo informativo: que la permite a una persona conocer una situación y tener los instrumentos para afrontarla.
4. Apoyo evaluativo: es un feed-back entre los hechos que el profesional va emprendiendo y que le permite elaborar su efectividad.

5 Discusión-Conclusión

El Síndrome de Burnout puede ser bien manejado por todos aquellos que trabajan en el ámbito de la salud si estuviesen bien informados y prevenidos sobre el mismo. También es importante enseñar a los profesionales cómo tolerar o sobrellevar todas aquellas situaciones que les generasen emociones encontradas consigo mismos o con las distintas personas con las que tratan diariamente. Por último, y no menos importante, hemos de tener en cuenta que contamos con suficientes armas terapéuticas para tratarlo.

6 Bibliografía

- Zaldúa G, Koloditzky D, Lodiue M. El síndrome de Burnout en los hospitales públicos. Revista Médica Bs. As.
Síndrome de Burnout. El riesgo de ser un profesional de ayuda.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://scielo.org/es/

Capítulo 1358

CELADORES Y TRAUMATOLOGÍA.

LIDIA GONZÀLEZ RODRÍGUEZ

JOSÉ MIGUEL MILLÁN DURÁN

1 Introducción

Si hay un lugar en donde la profesionalidad se hace más necesaria a la hora de realizar movilizaciones por parte de los celadores, esta es la zona de traumatología. Y aunque la posibilidades de toparnos con pacientes que sufren traumatismos no son exclusivas de los hospitales, puesto que en nuestra profesión podemos ubicarnos también en diferentes dependencias como por ejemplo, el servicio de urgencias de centros de salud. Pero sí es cierto que en los hospitales, y en concreto en las plantas destinadas a la convalecencia de pacientes con lesiones de carácter traumatológico, será más continuado el trato con estos y más numerosas las diferentes circunstancias que nos obliguen a extremar el cuidado en movilizaciones y aseos. No obstante, la atención primaria no está exenta de lo relatado anteriormente.

2 Objetivos

Dejar constancia escrita de la complejidad de las movilizaciones con pacientes de traumatología, servir de guía a los compañeros que precisen de la información facilitada en el presente capítulo.

3 Metodología

La experiencia práctica y la formación In Situ prestada por los compañeros más veteranos además de la formación continua, representan en su mayoría los métodos utilizados para obtener la información que aquí se refleja. Y como debe ser necesario a la hora de establecer y delimitar las funciones propias de nuestro oficio, asimismo hacemos de nuevo uso consultivo del estudio del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud.

4 Resultados

Como resultados, hemos obtenido la enumeración de una serie de probables situaciones dentro del ámbito de nuestras funciones en traumatología, y hemos detallado estás aportando información valiosísima para quién la ha de precisar, puesto que el conocimiento obtenido a través del presente capítulo, supone una ayuda a los celadores que nunca se vieron en situaciones parecidas.

5 Discusión-Conclusión

Los pacientes de la planta de traumatología, por sus circunstancias especiales, que a veces dificultan extremadamente su movilización, precisan de un trato bastante cuidadoso y han de ser atendidos con delicadeza, para evitar agravar sus lesiones traumáticas o incrementar el sufrimiento derivado de ellas como consecuencia de una movilización poco cuidadosa o mal realizada.
Entre las situaciones que nos podemos encontrar están entre otras:
Pacientes con pesas en las piernas:
Este tipo de encamados necesitan tener constantemente un peso que provoque tirantez en la pierna normalmente, para que su recuperación sea rápida y adecuada. Es en estos casos, en los que lógicamente el paciente seguirá encamado, para hacer posible esta tirantez de su extremidad tan necesaria para la correcta curación de su dolencia. Pero aunque no debamos transferirlo de la cama al sillón y viceversa, será necesario realizar aseos que contribuyen a la higiene y preservación de la dignidad del paciente. Por ello el celador no podrá moverlo sin ayuda, en este caso concreto necesitaremos de la ayuda de terceras personas que se encargan de procurar una tirantez de la extremidad simulando el efecto gravitatorio del peso aplicado a la extremidad de manera terapéutica. Por lo tanto mientras giramos a la persona encamada nuestra precaución y sincronización con el resto

de personal que practique con nosotros dicha movilización será especialmente intensa, y siempre bajo las órdenes de nuestros superiores con mayor capacitación.
Pacientes con lesiones medulares, halos o que deban ser movilizados en bloque.
Los halos son semicircunferencias que pueden ir sujetas al cráneo para inmovilizar las cervicales, huelga decir por tanto de lo inmensamente delicado de este tipo de movilizaciones.
A la hora de realizarlas si hay un peso aplicado al artefacto que inmoviliza la cabeza del paciente, aplicaremos el método anterior de trabajo en equipo con un mayor número de personas que de costumbre, coordinadas al milímetro. Pero aunque la inmovilización no fuera tan complicada, hay otras circunstancias parecidas donde deberemos usar un método al que comúnmente se le conoce como movilización en bandeja, y que vamos a describir a continuación.
Para pacientes que deban ser movidos en bloque y a pesar de que en ocasiones esto se llega a realizar de manera manual, siempre con un número de personas acorde, lo ideal sería usar la bandeja. Para ello necesitaremos una grúa sanitaria, unas cintas y unos travesaños y listones que se han de ensamblar, además de una guía que se utiliza para deslizar las cintas de material textil.
El procedimiento es el siguiente:
Cuando el paciente se encuentra en decúbito supino, y después de haberle practicado el aseo en la parte delantera de su cuerpo, una vez ya desprovisto del camisón, o sea, en estado de desnudez, es el momento de iniciar la preparación de la bandeja. Primero y con la ayuda de una guía de material plástico casi en su totalidad, excepto por un rodamiento metálico adaptado para introducir una cinta de material textil, deslizamos por la zona trasera de su cuerpo, entre él y la cama, las citadas cintas que simulan las láminas de un somier. Antes de sujetar las cintas debemos colocar la estructura metálica en posición ensamblando listones con travesaños y guiándonos por un esquema que aparece en dicha estructura, para ponerlos en la orientación adecuada, puesto que tienen una posición concreta. Seguidamente, las cintas serán introducidas por unas hebillas plásticas que van sujetas a los listones metálicos que conforman el armazón rectangular de la llamada bandeja, como si se enhebran, y al ejercer fuerza sobre ambos extremos son tensadas a voluntad antes de fijarlas a través de un cierre de seguridad del que van provistas dichas hebillas. Conviene dejar sin poner la cinta que atraviesa la zona de los glúteos, para que así la auxiliar de enfermería tenga libertad de movimientos al limpiar los posibles rastros de excrementos u otros fluidos, cuando el enfermo esté suspendido en el aire. Preparada la bandeja acercaremos la grúa y engancharemos cuatro cintas verticales a la parte encargada de la sujeción del armazón, de tal manera que queden a la misma altura para evitar

desniveles, y lo elevaremos con un ritmo constante y suave para evitar frenazos bruscos durante el proceso. Una vez que el enfermo queda en suspensión aérea, y la compañera termina el aseo, en el mismo sitio procedemos al descenso con la misma suavidad y cuidado que tuvimos para realizar la operación inversa. Para desmontar el artefacto invertiremos los pasos que dimos al principio, pero con la opción de dejar o no las cintas colocadas para las siguientes elevaciones que sean precisas, debidas no solo para los aseos posteriores, sino por otros motivos como curas de escaras, llagas o heridas, y/o limpiezas necesarias por comodidad, como consecuencia de los periódicos alivios fisiológicos del paciente.

Pacientes que deban ser movidos en grúa al sillón.

En estos casos el procedimiento es el mismo que con un paciente sin traumatismo, pero lógicamente y como ordena el sentido común, extremando la precaución de dañar la parte de su cuerpo lesionada. Cuando el médico prescribe que el paciente ha de ser sentado, nosotros tenemos que interesarnos por el tipo de lesión y sobre todo localizarla para evitar un mal mayor en la transferencia cama-sillón. Y todo esto a pesar de no poseer conocimientos médicos, por lo que se hace imprescindible la comunicación con el resto de personal sanitario que colabora con nosotros en la movilización. A veces las lesiones son visibles por que el enfermo porta un cabestrillo, vendaje o escayola que evidencian la localización del traumatismo, aunque no siempre será así.

Cuando se trata de mantener inmovilizada una pierna durante la transferencia del paciente, es conveniente que alguien la sostenga en el proceso y si debe estar estirada colocar un banco donde colocársela al terminar. Por último aconsejar y advertir que los apoyabrazos del sillón pueden ser retirados y colocados al final de la movilización, con el objeto de facilitar nuestro trabajo al constituir un obstáculo a la hora de sentar al paciente con miembros rígidos por las posibles inmovilizaciones terapéuticas, y para hacer posible el acercamiento, o vamos a decir incorrectamente, "acoplamiento" del enfermo a través de una aproximación lateral en vez del frontal mucho más habitual cuando se trata de sentar a alguien que no presenta este tipo de complicaciones.

Concluimos que por las múltiples posibles situaciones que los celadores nos podemos encontrar en la planta de traumatología, es imperativo acudir a estos lugares mentalizados de que no se trata de una planta cualquiera, y que nuestro afán por extremar precisión y delicadeza, ha de ser imprescindible en el momento de realizar nuestro trabajo.

6 Bibliografía

Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.

Capítulo 1359

TÉCNICAS Y CUIDADOS A TENER EN CUENTA EN LA HIGIENE DE MANOS POR UN CELADOR

ROBERTO FERNÁNDEZ GONZÁLEZ

MARÍA SOLEDAD CARRETERO SEVILLA

MARÍA VICTORIA SAN JOSÉ CALDERÓN

MIGUEL JOSÉ BLANCO CAÑIZARES

EDUARDO ROMERO GUTIERREZ

1 Introducción

La higiene de manos es cualquier medida adoptada para la limpieza de las mismas, incluyendo lavado y fricción evitando con ello la propagación de microorganismos. Los microorganismos pueden permanecer vivos en las manos en períodos variables de 2 a 60 minutos.

Hay un gran porcentaje de infecciones que se transmiten a través de manos contaminadas, muchas patologías que se contagian por el aire, lo hacen, y más, por las manos. Este contagio no tiene por qué suceder por contacto piel con piel si no que, se la manipulación de alimentos es fuente de contagios también (Acuña, 2009).

Lavarse las manos es un hábito que empieza desde pequeños, antes de comer y después de ir al baño es lo primero que se le enseña a un niño, de manera que le resulte tan cotidiano como lavarse los dientes después de comer. Se considera la medida con mayor grado de eficiencia.

La higiene de manos en los celadores es de las partes más importantes a tener en cuenta en el ámbito hospitalario. Los celadores recorren casi todo el hospital pasando de una sección a otra, por lo que ser portadores de algún virus que esté en el hospital es muy fácil.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Aprender las diferentes técnicas de lavado de manos y cómo se realizan.

Objetivos secundarios:
- Saber cuándo debe usarse cada técnica con el fin de usar la mejor para cada ocasión en el caso de los celadores.
- Conocer los diferentes desinfectantes y jabones que tenemos a disposición en un hospital.
- Métodos para la realización de la higiene de manos.

3 Metodología

La metodología que se ha usado para la realización de este trabajo ha sido la revisión bibliográfica relacionada con la higiene de manos.

La información se ha recopilado de diversas fuentes que se relacionan a continuación:
• Revisión de las bases de datos de Web of Science, Scielo y PubMed.
• Revisión de manuales de actuación de hospitales como el Hospital General el HUCA, Hospital de Jove
• Revisión de manuales de Consejerías o Servicios de Salud de diferentes CCAA.

Para realizar este trabajo se han incluido artículos, protocolos, manuales o guías fechados entre 2010 y 20019 para limitar la cantidad de información y que esta fuese lo más actualizada posible.
Los términos utilizados para la búsqueda han sido “higiene”, “lavado de manos”, “celador”, “virus”, “hospital”.

4 Resultados

La OMS marca cinco momentos donde el celador debe lavarse las manos:
1. Antes de tocar al paciente.
2. Antes de realizar una tarea aséptica.
3. Después del riesgo de exposición a líquidos o a materia orgánica.
4. Después de tocar al paciente.
5. Después de tocar el entorno del paciente.

Se debe tener en cuenta que siempre que se esté en situación de contagio se deben lavar y al finalizar ciertos trabajos también.

Hay diferentes tipos de lavados de manos:
-Lavado rutinario:
Con este lavado eliminamos la suciedad, materia orgánica y algunos tipos de microorganismos que están en la piel.
Para este lavado es necesario el uso de agua y jabón específico para este uso. No suele usarse un desinfectante pues no se considera que haya riesgo.

-Lavado antiséptico:
En este tipo de lavado conseguimos eliminar la suciedad, la materia orgánica y los microorganismos que infectan la piel pero también como utilizamos otro tipo de productos eliminamos también más tipos que con el anterior lavado no hacíamos. No se garantiza la higiene total de las manos pero sí la mayoría de las bacterias comunes en el hospital. Para este lavado es necesario el uso de jabón líquido antiséptico o bactericida, teniendo la posibilidad de que existan varios productos dependiendo del área del hospital.
Se lleva a cabo siempre que haya una posibilidad de contagio o se hayan tocado fluidos, materia orgánica o pacientes contagiosos.

- Lavado quirúrgico:
Este tipo de lavado se realiza antes de cualquier intervención por los miembros del equipo que van a pasar a condiciones estériles; no solamente los celadores si no los TCAES, enfermeros y médicos. Este lavado dura aproximadamente de cinco a diez minutos. Aquí no solo se lavan las manos, sino también los antebrazos y se cepillan las uñas, poniendo especial interés en las zonas con pliegues. El secado es muy importante, ya que en las zonas húmedas es donde más proliferan los microorganismos.

Se utiliza normalmente una solución jabonosa de clorhexidina al 4% o povidona

yodada al 7%. También cepillos con este tipo de soluciones incorporadas para las uñas. Recordamos que toda persona que trabaje en el ámbito quirúrgico debe tener las uñas rasuradas para facilitar el lavado de las mismas.

Es el lavado más completo por lo requiere un orden de actuación:
- Primero se lavan los dedos y las uñas, deteniéndose en ellas y con la ayuda de un cepillo.
- Después se lava el espacio entre los dedos. Haciendo hincapié en la zona final.
- Palma y dorso de las manos, con especial interés en las palmas.
- Una vez finalizado lo anterior se realiza una fricción general por toda ella, repasando las zonas anteriores.
- Por último, las muñecas y los antebrazos, llegando el lavado a ser por encima del codo.

Una vez realizado el lavado y el secado se mantendrán siempre por encima de los codos evitando el contacto con ninguna superficie. Para el secado se puede disponer de la ayuda de otro compañero, que no entrará en quirófano. También nos pueden ayudar a ponernos los guantes, evitando así contactos.

Para todos estos procesos se utilizarán diversos tipos de soluciones:
- Solución hidroalcohólica.
- Jabón líquido o antiséptico.
- Solución alcohólica
- Solución antiséptica de clorhexidina.

Siendo la más extendida la clorhexidina por su rápido efecto, su poca o nula toxicidad y alta compatibilidad con la piel de los trabajadores. Evitando lesiones cutáneas.

Tanto para el lavado como la desinfección los pasos anteriores deben darse dos veces si el protocolo del hospital así lo ordena. Esta decisión suele tomarla medicina preventiva junto con la variedad de productos con los que se provee al hospital.

5 Discusión-Conclusión

La limpieza de manos es un tema fundamental para evitar el contagio de enfermedades en el ámbito hospitalario. Quizá recayendo más importancia en los celadores por la cantidad de espacios en que actúan a lo largo del día, pasando de un área a otra con la movilización de pacientes y el traslado de material hospitalario.

No es un tema solo de contagio con el paciente, si no un método preventivo hacia el propio celador y la gente que lo rodea. Muchas veces no son conscientes de la cantidad de fluidos que se tocan en un hospital, de los pacientes en aislamiento o simplemente de materiales contaminados que están a su alrededor. Los microorganismos están ahí y la forma que hay de eliminarlos y evitar su propagación es lavarse las manos de la forma adecuada.

En cualquier caso, todos los hospitales actuales tienen a disposición libre los diferentes tipos de soluciones existentes para garantizar esta limpieza.

Todos los celadores han de conocer a la perfección todas las técnica y deben aplicarlas, por eso es importante la continua y repetida formación en este ámbito para ellos.

6 Bibliografía

- Coelho, M. S., Arruda, C. S., & Simões, S. F. (2011). Higiene de manos como estrategia fundamental en el control de infección hospitalaria: un estudio cuantitativo. Enfermería global, 10(1).
- Sánchez-Payá, J., Fuster-Pérez, M., García-González, C., Gracia-Rodríguez, R. M., García-Shimizu, P., Juan-Quíles, S., ... & González-Torga, A. (2007, December). Evaluación de un programa de actualización de las recomendaciones sobre la higiene de manos. In Anales del Sistema Sanitario de Navarra (Vol. 30, No. 3, pp. 343-352).
- Pérez-Pérez, P., Herrera-Usagre, M., Bueno-Cavanillas, A., Alonso-Humada, M. S., Buiza-Camacho, B., & Vázquez-Vázquez, M. (2015). Higiene de las manos: conocimientos de los profesionales y áreas de mejora. Cadernos de Saúde Pública, 31, 149-160.
- Lupión, C., López-Cortés, L. E., & Rodríguez-Baño, J. (2014). Medidas de prevención de la transmisión de microorganismos entre pacientes hospitalizados. Higiene de manos. Enfermedades infecciosas y microbiología clínica, 32(9), 603-609.
- Cortés, J. F. M., Benitez, A. G., Redondo, E. M., & Vega, J. S. (2014). Conocimiento de la higiene de manos en estudiantes de enfermería. Enfermería Global, 13(3), 136-147.
Cañellas, T. P. S., Navarro, M. B., Sala, N. F., & Gaite, F. B. (2008). Higiene de las manos: evidencia científica y sentido común. Medicina clínica, 131, 56-59.
- Ferrer, C., & Almirante, B. (2007). Higiene de manos: una prioridad para la seguridad de los pacientes hospitalizados.

- Salazar-Maya, Á. M., Guarín-Berrío, G. E., Arroyave-Cadavid, M. L., Ochoa-Acosta, J. E., & Galeano-Ochoa, M. (2008). La higiene de las manos en una unidad de cuidado intensivo. Aquichan, 8(1), 8-18.
- Ramón-Cantón, C., Boada-Sanmartín, N., & Pagespetit-Casas, L. (2011). Evaluación de la técnica de higiene de manos en profesionales asistenciales. Revista de Calidad Asistencial, 26(6), 376-379.
- Riveros Pérez, E., Zambrano, P., & Amado, P. (2012). Adherencia a las guías de higiene de manos en cuidado intensivo: el caso de una clínica privada. Medicina UPB, 31(2).
- Dierssen-Sotos, T., de la Cal-López, M., Navarro-Córdoba, M., Rebollo-Rodrigo, H., Antolín-Juarez, F. M., & Llorca, J. (2010). Factores asociados a la técnica correcta en la higiene de manos. Medicina Clínica, 135(13), 592-595.

Capítulo 1360

EL CELADOR ANTE EL PACIENTE GERIÁTRICO.

ANA ISABEL MATEOS ALVAREZ

1 Introducción

La esperanza de vida de las personas cada vez es más alta, lo que implica que la demanda sanitaria de una población envejecida sea enorme, ya que hay un elevado porcentaje de personas que superan los 65 años.
Llamamos paciente geriátrico al sujeto de edad avanzada, especialmente frágil ante cualquier agresión, con patologías crónicas, múltiples y normalmente productoras de limitaciones funcionales físicas y/o psíquicas. Además suelen ser personas que tienen problemas sociales sobreañadidos, y con mucha frecuencia, trastornos de comportamiento.

En un gran número de ocasiones, el celador es la primera persona con la que se encuentra el anciano cuando va a ingresar en cualquier tipo de institución.

Por tanto, es de gran importancia que el celador conozca las peculiaridades del paciente geriátrico para conseguir que éste viva el primer contacto como una experiencia positiva, máxime si tenemos en cuenta las situaciones en las que se suelen producir estos ingresos (nervios, angustia, miedo.).

Un trato adecuado del anciano incluye dirigirse a él por su nombre, explicarle todo lo que se le va a hacer e intentar solucionar sus preguntas y dudas dentro de nuestras posibilidades. Cada vez que nos dirijamos al anciano hay que tener en cuenta sus circunstancias como pueden ser, dificultad al caminar, al oír, al hablar,..

El anciano requiere de una serie de cuidados específicos (ayuda en la higiene, deambulación, alimentación,..) que una persona joven no necesita.

Sería un gran error tratar a todas las personas de la misma forma. Además habría que tener en cuenta que el paciente anciano ha ido desarrollando a lo largo de su vida unos hábitos de vida y unas costumbres, por lo tanto tendríamos que intentar no modificarlos mucho durante el tiempo que permanezca ingresado.

Hay que tener en cuenta que cuando se trabaja en un hospital la mayoría de los pacientes que están ingresados son ancianos, ya sea en urgencias o en planta, por lo que sería conveniente tener conocimientos acerca de las dolencias o del estado físico o mental típico de este tipo de paciente. Por ejemplo, es muy común la falta de memoria.

2 Objetivos

- Presentar pautas de actuación del celador frente al paciente geriátrico.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Es lógico que el anciano al verse en el hospital, un ambiente distinto del de su casa, se vea desorientado y taciturno, nosotros debemos tratar de hacer que se sienta seguro y cómodo durante su estancia en el hospital. Y es que debemos tener en cuenta que cuando un anciano ingresa en un hospital sufre un deterioro de su salud casi inmediatamente, caracterizado por una situación de desorientación y confusión.

Un geriatra del Hospital Universitario 12 de Octubre, Fran Soria, le da el nombre de ”Delirium” , que se define como un cambio súbito en el estado mental de los

ancianos ingresados en el hospital o cuando son sometidos a una cirugía. Es así que una persona que en situación normal es muy tranquilo se torna de repente incontrolable o agresivo, o viceversa.

Los factores que pueden dar lugar a esto son:
A. La deshidratación.
B. El estreñimiento.
C. El déficit de vitaminas.

Aunque hay que tener en cuenta que el hecho de estar ingresado es ya un factor de riesgo para los cuadros confusionales.

Las siguientes estrategias pueden ayudar a reducir el deterioro funcional y mejorar la atención de los pacientes ancianos:
1. Implantar la necesidad de un trato personal y directo, que siempre sea el mismo enfermero o auxiliar quien trate al anciano.
2. Permitir a un miembro de la familia que participe de forma activa en la recuperación, acompañándolo de noche o incluso que comparta habitación con él, asi también se alivia la carga de trabajo del personal del hospital.
3. Movilización temprana para evitar el deterioro físico debido a una eliminación de su actividad durante su internamiento.
4. Una vez dado de alta hay que asegurar un seguimiento continuo de la atención.

Hay que evitar la inactividad durante su estancia en el hospital ya que esta puede producir los siguientes efectos en el anciano:
• La fuerza muscular se reduce un 5% por día, lo cual propicia el riesgo de caídas.
• Los músculos se acortan y las estructuras periarticulares y articulares cartilaginosas cambian, con lo que se limita el movimiento y también producen contracturas.
• Se ve reducido el consumo máximo de O2 debido a que la capacidad aeróbica disminuye.
• Aumenta el riesgo de trombosis venosa.
• Se acelera la perdida ósea, de hecho en ancianos es hasta 50 veces mayor que en jóvenes.
• Úlceras decúbito, desde el momento del ingreso hay que implantar un protocolo para prevenirlas y tratarlas, cambiando de postura al anciano cada cierto número de horas.

Salvo que esté contraindicada debido a una razón específica, debe alentarse la actividad (en particular, la caminata). Si el paciente necesita asistencia para cam-

inar, los terapeutas deben proporcionársela en horarios programados. No obstante, los médicos, los enfermeros y los miembros de la familia también deben ayudarle al paciente a caminar durante el día. Las indicaciones deben fomentar la actividad. Es muy frecuente la necesidad de rehabilitación, tanto durante como después de la hospitalización.

La UGA son las unidades geriátricas de agudos que existen en los hospitales, y que a pesar de que se ha demostrado que estas unidades han logrado reducir el tiempo de ingreso hospitalario de los mayores y que aumentan el porcentaje de ellos que pueden volver a sus casa en condiciones buenas y sanas, su implantación en los centros hospitalarios de España es solo del 12%. A esto tenemos que añadir que la necesidad de camas hospitalarias para la atención de ancianos con patologías agudas es cada vez mayor.(1).
La asistencia al anciano en la UCI es un fenómeno cada vez mayor, pero es una decisión que no hay que tomar a la ligera puesto que la enfermedad se acaba agravando con el ingreso. Aunque los estudios demuestran que los ancianos sobreviven al ingreso recuperando casi en su totalidad su capacidad funcional y la calidad de vida que tenían antes de él, como contrapartida se les suelen presentar otros síndromes geriátricos, como por ejemplo el síndrome confusional, es cual es muy típico en los ancianos.

5 Discusión-Conclusión

Es por ello que los médicos deben valorar de forma objetiva la decisión de ingresar a un anciano en la UCI.(2) Tendrían que basarse en una valoración geriátrica más completa. El criterio de ingreso se haría teniendo en cuenta, entre otras cosas, si es un paciente frágil o delicado, o que tenga una enfermedad crónica que conllevara un riesgo del deterioro funcional y que podría agravar su enfermedad.(3)

Para concluir con este tema, sabemos que se ha realizado un estudio donde se analiza el grado de burnout y de insatisfacción profesional que presenta el personal que cuida pacientes geriátricos y terminales en un hospital, en la muestra que se reunió formaron parte del estudio, médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería y celadores, los cuales respondieron un cuestionario, los resultados obtenidos permitieron concluir que cuidar a este tipo de pacientes acarrea un elevado grado de cansancio emocional y de insatisfacción laboral.(4)

6 Bibliografía

1. Romero Rizos L, Sánchez Jurado PM, Abizanda Soler P. El anciano en la unidad de geriatría de agudos. Revista Española de Geriatría y Gerontología. 1 de junio de 2009;44:15-26.
2 y 3. López-Soto A, Sacanella E, Pérez Castejón JM, Nicolás JM. El anciano en la unidad de cuidados intensivos. Revista Española de Geriatría y Gerontología. 1 de junio de 2009;44:27-33.
4. Bujalance Hoyos J, Villanueva Pardo F, Guerrero Manzano S, Conejo García J, González Valentín A, Sepúlveda Jurado A, et al. Burnout y satisfacción laboral de los profesionales que atienden a pacientes geriátricos. Revista Española de Geriatría y Gerontología. 1 de enero de 2001;36(1):32-40.
5. Debra Barkeijian, PhD, APRN, Betty Irene Moore School of Nursing, UC Davis. Curarse en salud de la cadena ser Madrid sur.
6. Jose Manuel Ribera Casado, Características del paciente geriátrico.

Capítulo 1361

BURNOUT EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

ANA MARÍA GARCIA LÓPEZ

1 Introducción

La OMS reconoce oficialmente el síndrome de burnout como estar quemado" Se trata de un estado en el cual las personas pierden la motivación completa por el trabajo, pudiendo llegar incluso a deprimirse o llegar a padecer el estrés laboral. El burnout laboral es un trastorno emocional que está vinculado tanto al ámbito laboral como al estrés causado por el propio trabajo así como el propio estilo de vida del trabajador. Sus consecuencias pueden ser graves no solo a nivel psicológico sino también físico.

2 Objetivos

- Reconocer los síntomas así como las causas y las medidas preventivas necesarias para prevenir y atajar el burnout.

3 Metodología

Búsqueda de bibliografía en distintas publicaciones especializadas, libros y bases de datos, como son: Google Académico, Dialnet, Scielo, Latindex, Medline, Cinahl, Cuiden y Lilacs. Los descriptores utilizados fueron: burnout, estrés, fatiga y cansancio. Se han empleado como criterios de inclusión: textos en idioma español e inglés, y de exclusión: aquellos con acceso gratuito.

4 Resultados

El síndrome de burnout suele aparecer en oficios que se realizan de manera vocacional. En un principio las manifestaciones del mal estar se ve solo en el ámbito laboral, pero cabe recalcar que en prácticamente en todas las situaciones llega a alcanzar no solo al ámbito familiar sino al ámbito social de trabajador.

Las causas que lo provocan pueden deberse a largas jornadas de trabajo, a sobrecarga en el mismo, falta de incentivos, de oportunidades de crecimiento, la falta de valoración del puesto o del trabajo realizado o incluso los bajos niveles de desafío y autonomía, así como las malas relaciones en el trabajo y ausencia de apoyo en su entorno, falta de formación para desempeñar las tareas, etc.

Este síndrome se manifiesta en los diferentes ámbitos de diferentes maneras. En el ámbito social y del entorno del trabajador nos encontramos con que tiene poca interacción con sus compañeros, nula vida personal y problemas con los amigos y pareja así como sufrir de un aislamiento por su constante mal humor. En el ámbito del trabajo nos encontramos con que los que sufren este síndrome presentan una actitud negativa constante hacia el trabajo y los compañeros, no tiene motivación ni compromiso lo que le lleva a tomar decisiones erróneas, a trabajar menos o incluso a presentar la renuncia. En el ámbito de la salud propiamente dicha hay muchas enfermedades que pueden ser ocasionadas por esta dolencia como son: la depresión, el estrés crónico, el insomnio, úlceras, dolores musculares, migrañas, asma, problemas en los ciclos menstruales o incluso problemas cardiovasculares así como un aumento o bajada de peso.

El síndrome de burnout es un proceso que va creciendo de manera progresiva si no se toman medidas para impedirlo. La prevención debe comenzar en la empresa evaluando las situaciones que generan el estrés y la ansiedad en el trabajador, y buscar las medidas adecuadas para intentar reducirlo. Sin embargo, el trabajador debe tener otras conductas que le ayuden a salir del clima en el que se encuentra. Para ello debe mantener una serie de pautas que le pueden a ayudar: mantener un estila de vida saludable, satisfacción en el lugar de trabajo, tener comunicaciones abiertas, intentar mejorar con nuevas habilidades, no estancarse sino buscar siempre nuevos horizontes.

5 Discusión-Conclusión

El síndrome de burnout es algo que comienza de una manera constante y continúa, que provoca en el trabajador un estado de cansancio y agotamiento continuo que puede desembocar en estados más graves. En algunos casos, los trabajadores pueden llegar a abusar de los psicofármacos, del alcohol y las drogas lo que afecta a todos los ámbitos de la vida del que lo padece y de quienes lo rodean.; a la familia, la pareja, los compañeros de trabajo, etc. Todos se ven de una u otra medida afectados por esta circunstancia. Por último, algunos pueden llegar a tener síntomas depresivos, de psicosis e incluso tener ideas de suicidio.

6 Bibliografía

- Comisión Europea (2000). "Guía sobre el estrés relacionado con el trabajo. ¿La «sal de la vida» o el «beso de la muerte»?" Luxemburgo: Autor. Disponible:http: //www.europa.eu.int/comm/employment_social/health_safety/public at/stress_es.pdf.
- Casalnueva, B., Di Martino V.(1994). "Por la Prevención del Estrés en el Trabajo. Las Estrategias de la OIT". Salud y Trabajo 102.
- García Izquierdo, M. (1991). EPB: "Una Escala para la Evaluación del Burnout Profesional de las Organizaciones". Anales de
- Gil-Monte P. R. (2001). "El Síndrome de Quemarse por el trabajo (Síndrome de Burnout): aproximaciones teóricas para su explicación y recomendaciones para la intervención". Valencia: Departamento de Psicología Social y Organizacional, Facultad de Psicología. Disponible en: http://www.psicologia.com.
- Ivancevich M., y Matteson, M., (1989). "Estrés y Trabajo: Una perspectiva gerencial". 2a. ed., México: Editorial Trillas. Serie: Teoría y Práctica Organizacional.
- Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de España. (2005). NTP 704: Síndrome de estar quemado por el trabajo o burnout (I): definición y proceso de generación. Disponible en: http:// www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/ Ficheros/701a750/ntp_704.pdf
- Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de España. (2005). NTP 705: Síndrome de estar quemado por el trabajo o burnout (II): consecuencias, evaluación y prevención. Disponible en: http:// www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/ NTP/
Ficheros/701a750/ntp_705.pdf

- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1998). Promoción de la Salud - Glosario. Disponible en: http://www.bvs.org.ar/pdf/glosario_sp.pdf

Capítulo 1362

ASISTENCIA SANITARIA A EXTRANJEROS Y FACTURACIÓN

SONIA ALVAREZ TURRADO

1 Introducción

El artículo 43 de la Constitución española, reconoce el derecho a la protección de la salud. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios sanitarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto. La ley 14/1986, de 25 de abril dice, son titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria todos los españoles y los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional. Los extranjeros no residentes en España, así como los españoles fuera del territorio nacional, tendrán garantizado tal derecho en la forma que las leyes y convenios internacionales establezcan.

2 Objetivos

- Salvaguardar el derecho a la protección de la salud reconocido en el artículo 43 de la Constitución.

3 Metodología

Acude a nuestro centro de salud un paciente con tarjeta sanitaria europea, para ser atendido por un corte en una pierna.
Los pasos administrativos a realizar para la atención sanitaria son los siguientes:

1. Damos de alta al paciente en el programa SIPRES (tarjeta sanitaria).
2. El SIPRES nos vuelca los datos al OMI AP (programa de citas de atención primaria).
3. Hacemos el impreso de facturación:
- Para ello iremos a plantillas de OMI/facturació.
- Seleccionamos el modelo de convenios internacionales .
- Cumplimentar médico y ATS, expresando la asistencia sanitaria prestada.
- Firmado por facultativo y paciente.
- Hacer copia de tarjeta o certificado europeo.
- Enviar todo al departamento de facturación.

Además para la obtención de información y elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre l literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Plumbet, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La asistencia sanitaria de extranjeros conlleva, en algunas ocasiones, poder facturar a los usuarios o a sus compañías aseguradoras, según leyes y convenios internacionales vigentes en cada momento. Pero es importante reseñar la importancia de que prevalezca el derecho a la asistencia sanitaria tanto a personas españolas como extranjeras.

5 Discusión-Conclusión

Conforme a la regulación de atención sanitaria a ciudadanos extranjeros explicada en este capítulo, está correctamente asistida la atención al usuario, realizada tanto por personal sanitario como no sanitario de nuestro servicio de salud.

6 Bibliografía

- Constitución española de 1978.
- Ley general de sanidad 14/1986, de 25 de abril.
- Apuntes propios de Facturación a Terceros en el ámbito sanitario.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/

- https://scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 1363

MANEJO DE PACIENTES DEPENDIENTES POR PARTE DEL CELADOR DE ATENCIÓN PRIMARIA . TRES CASOS

ANA BEATRIZ FERNÁNDEZ ABAD

1 Introducción

El celador en Atención Primaria no es un trabajador con unas obligaciones difusas, tiene una serie de funciones muy definidas, cuyo objetivo es facilitar el trabajo del personal sanitario y administrativo, así como ayudar en lo posible a los usuarios del centro en todo lo que les sea preciso para que su experiencia devenga en una relación positiva con el Sistema de Salud. No debería banalizarse con la importancia de esta función, muy valorada por quienes acuden a los centros.
Se presentan en este trabajo tres casos que ejemplifican el trabajo diario de el profesional subalterno y su valor dentro de un equipo multidisciplinar.

2 Objetivos

Reforzar el conocimiento público de la variedad de funciones que puede realizar el celador en un Centro de Atención Primaria.

3 Caso clínico

Caso 1:

Se trata de una enferma mental que debe asistir a sus citas en el Departamento de Salud Mental, sufre de una gran ansiedad cada vez que se ve obligada a salir del centro en el que reside, y su marido e hija, se sienten incapaces de llevarla tranquila hasta la consulta. En ocasiones sufre ataques de pánico, sobre todo cuando hay mucha gente en la sala de espera, se siente amenazada por las personas desconocidas.

Caso 2:

Una anciana incapacitada y con poca movilidad acude al centro de salud desde una pequeña residencia, en coche particular y acompañada por una sola persona.

El espacio habilitado como aparcamiento no es suficiente para el volumen de usuarios del centro y es complicado sacar del coche a la señora en lugares estrechos para poder sentarla adecuadamente en una silla de ruedas.
Caso 3:

Matrimonio de ancianos de la zona rural que, aunque válidos, no están familiarizados con el funcionamiento del Centro, y deben acudir a realizar una analítica de control, se sienten desorientados y abrumados en un ambiente que les resulta extraño.

4 Discusión-Conclusión

En todo momento es fundamental mantener la atención puesta en las posibles necesidades de los usuarios, haciendo gala de amabilidad y eficiencia en el servicio, con el fin de generar una experiencia positiva para los pacientes y sus acompañantes, y facilitar su acceso a los servicios sanitarios de la mejor forma posible. Los pequeños detalles, en ocasiones , son enormemente valiosos.

5 Bibliografía

-Clima laboral en atención primaria:¿ qué hay que mejorar? JAC Rubio, JM Fernández, MM Páez, MC Muñoz... - Atención primaria, 2003 - Elsevier

-Servicio de urgencias de atención primaria. Estudio de calidad percibida y satisfacción de los usuarios de la zona básica de salud Altamira A de la Fuente-Rodríguez... - Revista de calidad ..., 2009 - Elsevier
-Adaptación de la escala Q-Labors a atención primaria J Casas, JR Repullo, C Mingo, P Sánchez... - Revista de Calidad ..., 2004 - Elsevier
-PRACTICAS INNOVADORAS QUE REALIZA UN CELADOR, EN LAS CONSULTAS DE ATENCION PRIMARIA MC González - congresos.cursosfnn.com
-Aplicación de la agenda de calidad en una consulta de atención primaria E Sanz, D Ramírez, E Escortell, A Sáenz... - Revista de Calidad ..., 2005 - Elsevier
-El celador y el trabajo en equipo AR Crespo, MAT ALAMILLO, BR ORTUÑO - 2012 - books.google.com
-Tiempo y espacio en atención primaria de salud JMU Oyarbide - Reis, 1994 - JSTOR

Capítulo 1364

PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL

LLUIS IGLESIAS CARCEDO

MARÍA JOSEFA GARCÍA ALVAREZ

GEMMA RODRÍGUEZ LARXE

MARGARITA COSIO FERNANDEZ

MARIA CARMEN VILLALUSTRE MARTÍNEZ

1 Introducción

La salud mental consiste en acciones que creen entornos y condiciones de vida que propicien la salud mental y permitan a las personas adoptar y mantener modos de vida saludables. Entre ellas hay una serie de acciones para aumentar las posibilidades de que más personas tengan una mejor salud mental.

Un ambiente de respeto y protección de los derechos civiles, políticos, socioeconómicos y culturales básicos es fundamental para la promoción de la salud mental. Sin la seguridad y la libertad que proporcionan estos derechos resulta muy difícil mantener un buen nivel de salud mental.

Las políticas nacionales de salud mental no deben ocuparse únicamente de los trastornos mentales, sino reconocer y abordar cuestiones más amplias que fomentan la salud mental como la incorporación de la promoción de la salud mental a las políticas y programas de los sectores gubernamental y no gubernamental. Además del sector de la salud, es esencial la participación de los sectores de la

educación, el trabajo, la justicia, el transporte, el medio ambiente, la vivienda o la asistencia social.

- CIE 10ª clasificación internacional, patrocinada por la Organicación Mundial de la Salud, en lo que se refiere a trastornos mentales y de comportamiento.
- DSM IV respaldo por la Asociación Psiquiátrica Americana (APA).

2 Objetivos

- Promocionar la salud mental mediante acciones que creen entornos y condiciones de vida que permitan un buen estado de salud mental.
- Adoptar y mantener medidas que promuevan el buen desarrollo de la salud mental de un mayor número de personas.

3 Metodología

Los equipos básicos de atención primaria quedan ubicados dentro de loa centros de salud correspondientes, pasando a ser dentro de este ámbito centro de salud mental. Estos centros de salud mental son el eje principal de los servicios disponibles para el tratamiento de la salud mental en nuestro sistema nacional de salud pública. Estos servicios se crearon en España en 1971 como puerta de entrada ya que son servicios que organizan la psiquiatría hospitalaria, extra hospitalaria y comunitaria o preventiva.

Los profesionales que forman el equipo multidisciplinar para el trato de la salud mental son:
Medicina: Médicos, personal de enfermería
Sociales: Sociólogos, trabajadores Sociales.
Conductas: Psicólogos

Esta asistencia se rige por el principio de sectorización. El equipo deberá encargarse de una zona determinada geográficamente en relación con un equipo de /100.000hab.

La figura del auxiliar de enfermería en las unidades psiquiátricas es de función asistencial, el hecho de que el auxiliar de enfermería pase las 24h del día con el paciente ingresado le da un papel principal en la asistencia diaria. Debe comprender y aceptar al paciente tal como es desde el momento del ingreso, procurando en todo momento que el contacto no sea traumático para ninguna de las partes.

Dentro del ámbito de la enfermedad psiquiátrica, se puede analizar desde muchos prismas, la que ahora analizamos es la relación social sanitario-enfermero. Ser enfermero o personal sanitario lleva implícito unan seria de derechos y deberes de forma que el que es enfermo, tiene obligación de no buscar conscientemente la enfermedad y desear la curación, de buscar ayuda competente y de aceptar las limitaciones de la enfermedad. También tendrá derecho a que la enfermedad sea legitimada socialmente y quedar exento de las obligaciones y responsabilidades que le competen normalmente en ese estado de salud.

El personal sanitario tiene el deber de técnicamente competente de usar una actitud universal, altruista y desinteresada y de neutralidad afectiva. Como contrapartida tiene derecho a legitimar socialmente la enfermedad y acceder a la intimidad psicofísica del paciente, con los fines de actuación sanitaria.

La regulación general de todas las acciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud, reconocido en el artículo 43 de la Constitución y más centrados en el tema que nos ocupa el artículo 49 que hace referencia a los incapacitados psíquicos.
Derecho a la información
Derecho al consentimiento informado.
Derecho a la asistencia integral.
Derecho a la confidencialidad

El profesional sanitario tendrá que desarrollar su actividad con el objetivo del mantenimiento y restauración de la salud. En el conjunto de las condiciones de trabajo se comprenderá en los siguientes ámbitos:
- Condiciones de seguridad: maquinaria, productos y protección contra incendios.
- Contaminantes ambientales: contaminantes, químicos, ruido, vibraciones.
- Carga física: esfuerzo físico, fatiga física.
- Carga mental: complejidad, atención.
•- Aspectos Psicosociales: motivación, iniciativa, cooperación.

Los tratamientos psicofarmacológicos forman uno de los pilares del tratamiento existente en la asistencia sanitaria. Ésta es una estrategia terapéutica que normalmente se ayuda de algún otro método para que el tratamiento sea completo. Los psicofármacos son aquellas sustancias que tienen un efecto específico sobre el psiquismo, con el objetivo de modificar conductas, pensamientos o estados de ánimo patológicos. La selección por parte del profesionales médicos de una tipo de psicofármacos u otros se apoyara en diversas consideraciones iniciales: diagnósticos, síntomas diana, objetivos terapéuticos, efectos secundarios, tipo de

enfermos, coste socioeconómicos.

4 Resultados

La atención en el ámbito de salud mental en España busca cada vez más que los familiares, personal sanitario y sobre todo, pacientes busquen sentir que el tratamiento con el que se intenta solucionar cualquier patología sea cercano, comprensible y humano.

La humanización de entorno sanitario será fundamental para conseguir progresos y caminar hacia una atención más humanizada. Los equipos multidisciplinares son básicos para la atención en este tipo de centros.

5 Discusión-Conclusión

La evolución de la salud mental ha sido enfocada hacia una globalización en los cuidaos del paciente no solo centrándose en la salud mental del individuo, sino también en el ámbito social e higiénico del paciente.

El trabajo realizado por los integrantes del equipo que forma la atención se ubica en distintos departamentos de nuestro sistema de salud, desde la atención primaria hasta la hospitalaria, con un tipo de asistencia u otra en función de las necesidades del paciente. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería está integrado en un equipo multidisciplinar, sus funciones pueden variar desde asistencial hasta apoyo al equipo de enfermería.

Un correcto diagnostico dará las claves para implantar un tratamiento adecuado lo que servirá para optimizar los recursos en función de cada paciente.

6 Bibliografía

- Caballo , V. Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta. Madris, siglo veintiuno, 1991.
- Martorell. Psicoterapias. Escuelas y básicos. Madrid :Piramide, 1999.
- Marcia Anton, D. Tecnicas de intervención y tratamiento psicológico. Valencia:Promolibro,1993
- Fiorini,H.J. Teoria y técnicas de psicoterapia. Buenos Aires, Nueva Vision, 1993.
- Organización Mundial de la Salud.

Capítulo 1365

CALIDAD DEL SISTEMA SANITARIO ACTUAL

NELIDA MARTÍNEZ PALOMARES

1 Introducción

La sanidad en España en las dos últimas décadas ha mejorado considerablemente ya que nuestro sistema de salud ofrece una amplia cartea de servicios, una muy buena calidad un unos principios de cobertura universal e igual para todos.
Pero para que este sistema funcione es necesario una buena coordinación, una consolidación de la universalización y establecimiento de la cartera de servicios, sólo así la calidad estará en un primer plano.
La sanidad se ha orientado a potenciar cada vez más su parte científica para dar una mejor asistencia y a la vez se ha atendido cada vez más a las necesidades de los pacientes, a su parte humana, haciéndoles más partícipes del proceso asistencial, con lo cual, la calidad percibida en la asistencia es mayor.

2 Objetivos

- Impulsar la calidad de la atención sanitaria desarrollando estrategias para aumentar la excelencia de los profesionales.
- Intentar que el proceso asistencial sea percibido de ALTO NIVEL.
- Asegurar una atención excelente, más personalizada.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

España (en concreto nuestro sistema sanitario) está a la cabeza en CALIDAD y en tratamiento en muchos aspectos, situándolo como el 8º mejor del mundo.
Nuestro sistema sanitario ha avanzado mucho en el tiempo debido a varias reformas: se extendió la cobertura universal, se promulgaron leyes como la Ley General de Sanidad en 1986, la ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud 2003, se reformó la asistencia primaria,se descentralizaron las competencias sanitarias a las Consejerías de Sanidad de las Comunidades Autónomas. Todo esto permite un sistema más eficiente.

5 Discusión-Conclusión

La mayor preparación técnica y formativa de los profesionales(tanto sanitarios y no sanitarios) ha permitido que nuestro S.N.S. sea percibido como uno de los mejores y de gran calidad en el resto del mundo debido a: la universalidad de la atención, la excelencia científica, la igualdad y el trato más humano.
No obstante todavía hay retos por cumplir como son: las largas listas de espera, la masificación de las urgencias, la escasez de ciertos servicios, la falta de los profesionales necesarios.
Si todo esto se fuera paliando nos encontraríamos con un sistema de Salud casi perfecto o de calidad al 100%.

6 Bibliografía

- Ley 16/2003, de 28 de Mayo,de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

- Barea, J. y Gómez Cina,A. El problema de la eficiencia en el sector público en España. Especial consideración de la sanidad. Madrid, Institución de Estudios Económicos, 1994.

- Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud; [Portal de internet accesible en www.msc.es/sns/planCalidadSNS];
Ministerio de Sanidad y Consumo.

Capítulo 1366

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LOS RIESGOS LABORALES EN UN HOSPITAL

ROSA MARÍA FERNÁNDEZ GARCÍA

MARIA BELEN FERNANDEZ GARCIA

MARTA FERNANDEZ COSMEA

1 Introducción

El sector sanitario presta y es un servicio esencial para la sociedad. En este sector se dá gran parte de los peligros que pueden aparecer en un entorno laboral, por no decir todos, ya que contamos con : laboratorios, lavanderías, talleres, depósitos de gases, consultas, hospitalización, quirófanos centrales de esterilización, radiología, urgencias, cocinas, archivos, bibliotecas, centrales de transformación eléctrica, calderas, almacenes, departamentos administrativos etcétera.

En estos y otros lugares de trabajo no citados todos estos peligros que sin apenas darnos cuenta nos rodean pueden provocarnos accidentes de trabajo debido a caídas, golpes, contactos eléctricos, contactos térmicos, incendios explosiones, atrapamientos, golpes con vehículos, con salpicaduras, agresiones sobreesfuerzos, cortes ,pinchazos, etcétera.

También pueden causarnos enfermedades profesionales, ya sean producidas por agentes físicos coma ruidos, vibraciones, radiaciones, agentes biológicos, agentes químicos, etcétera. Y también acarreamos otro tipo de enfermedades relacionadas

con el trabajo, causadas por los peligros de origen ergonómico y psicosocial: la carga física ,la carga mental, la insatisfacción, la turnicidad la nocturnidad, los elevados ritmos de trabajo, la precariedad laboral, la mercantilización de la sanidad.

2 Objetivos

La Ley de Riesgos Laborales establece en su artículo 18 la obligación del empresario de informar a sus trabajadores sobre los riesgos que puedan afectar a su salud y las medidas preventivas que debe aplicar para evitar.

A continuación citamos algunos de los objetivos de esta Ley:

- Conozca a fondo su entorno de trabajo y las tareas que va a realizar.
- Infórmese sobre la organización de la prevención en su centro.
- Sepa cuáles son sus derechos y obligaciones como trabajador en materia de prevención de riesgos laborales.
- Las situaciones de peligro existen y han existido siempre, se conozca o no cuáles son. Aprenda a identificarlas.
- Solicite los útiles y materiales necesarios para garantizar su seguridad y salud.
- Respete las señales de seguridad.
- Utilice y cuide las protecciones personales y colectivas.
- No corra riesgos innecesarios. Vele por su salud y la de sus compañeros.
- Al finalizar la jornada pregúntese si ha trabajado de forma segura.
- Recuerde la seguridad de empieza por uno mismo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.
Revisión bibliográfica de la literatura existente, configurándose este trabajo como estudio tipo documental.

4 Resultados

Se llega a la conclusión de que el objetivo de esta, ley es la mejora continua de la situación preventiva del hospital, contemplando tanto los aspectos organizativos como los resultados, verificar que se han puesto en marcha todas las medidas decididas, en caso contrario, además de corregir la situación inmediatamente, hay que modificar algún elemento en el modo en que se gestiona la prevención el hospital.

5 Discusión-Conclusión

La mejora continua es importante en prevención por lo que efectuar un seguimiento del cumplimiento de las medidas preventivas adoptadas y planificadas es fundamental. Aquí, los responsables del Plan de Prevención juegan un papel importante que es el de verificar constantemente el desarrollo del mismo, impulsando cuantas acciones fueron necesarias y proponiendo los ajustes pertinentes.

6 Bibliografía

- https://www.ucm.es.
- https;//www.prevencionar.com.
- https://www.istas.net.
- https://wwwbloga.imf.formacion.com.

Capítulo 1367

SALVAGUARDA DEL SECRETO PROFESIONAL EN LA SANIDAD PÚBLICA: IMPACTO DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

ESTHER ALVAREZ-SALA PRIETO

AIDA HERNÁNDEZ GONZÁLEZ

AIDA BERTRAND GONZÁLEZ

1 Introducción

El secreto profesional es la obligación que tiene un trabajador de guardar y no difundir las confidencias que recibe de una persona, sus datos, o información sensible, de las que es conocedor por el propio ejercicio de su actividad profesional. La salvaguarda de estos secretos es especialmente importante en sectores como la sanidad (Aguilar-Sierra, 2004).

La importancia de la incorporación de los principios éticos al ámbito laboral es la base del secreto profesional y la protección de datos, que tan fundamentales son en el ámbito sanitario. La violación del secreto profesional puede conllevar sanciones importantes, que varían en gravedad en función de la infracción cometida (Rodríguez-Arana; 2012).

En el área administrativa, el secreto profesional puede ser violado de múltiples maneras, que van desde una publicación consciente de datos relativos a los pa-

cientes, empresa o trabajadores, hasta una difusión de datos sin intención. Esta segunda opción, siendo la más frecuente, puede conllevar asimismo implicaciones morales y legales. Es por ello que, cada día con más frecuencia, una capacitación en esta área se vuelve esencial y es aplicada por las empresas y servicios de la salud (Muñoz, 2015; Lanzagorta, 2017).

El auxiliar administrativo es, por tanto, guardián de múltiple información sensible y personal, por lo que salvaguardarla e impedir su filtración formará parte fundamental de sus funciones como trabajador de un área de salud. Por otro lado, romper la confidencialidad no solo podrá afectar al trabajador, sino a la reputación de todo el sistema de salud, que ha de ser hermético en el respeto de la información de los usuarios que depositan su confianza y calidad de vida en él (Muñiz, 2008).

2 Objetivos

- Detectar las infracciones más frecuentemente cometidas por el personal auxiliar administrativo que trabaja en centros sanitarios, las causas de las mismas, así como posibles mecanismos preventivos y de actuación a aplicar en dichos casos.

3 Metodología

Para responder a este objetivo, se ha llevado a cabo una revisión teórica a través de la base de datos Web of Science, Scielo y PubMed, con restricción de fecha 2000-2019 y combinando los siguientes descriptores: auxiliar administrativo, confidencialidad, intimidad, secreto profesional, infracciones. A través de estos tópicos, se encontraron 38 documentos, que se discriminaron de la siguiente manera: se tuvieron en cuenta para su análisis solo los trabajos tipo paper; se descartaron aquellos documentos que no se relacionaban con el tema de interés. De este modo, se eliminaron 12 salidas de la web.

En primera instancia se seleccionaron, por lo tanto, 26 artículos que recogían los criterios de inclusión de la investigación (de los que, una vez estudiado el texto completo, se debieron eliminar 9 por no corresponderse con los tópicos buscados). Otros 5 trabajos fueron excluidos en la revisión final por no corresponderse con el objeto de estudio de este trabajo. Por todo esto, el total de documentos analizados fue de 12.

4 Resultados

Tras analizar los artículos seleccionados, se halla que el secreto profesional es de obligado cumplimiento, debiendo todos los profesionales del sector sanitario guardar la confidencialidad sobre los datos de los usuarios atendidos. Esta descripción, que puede llegar a ser abstracta en determinadas situaciones, provoca que el mantenimiento de la confidencialidad no se realice de manera rigurosa.

1. Infracciones más frecuentes cometidas por el auxiliar administrativo.

Entre las infracciones más frecuentemente cometidas por el auxiliar administrativo, se halla que la gran mayoría tienen lugar en las zonas de recepción o zonas adyacentes, como salas de espera. Asimismo, la disposición del entorno físico donde trabaja el auxiliar administrativo puede ser un hándicap, ya que la manera en cómo se encuentre ubicado el ordenador u otros dispositivos, las carpetas, el teléfono y, en general, la zona de trabajo, podrá contribuir a la revelación de datos confidenciales.

Por otro lado, el tipo de datos más habitualmente divulgados son aquellos relativos a la historia clínica del paciente o a registros privados. Dejar folios en los mostradores, o carpetas abiertas, suelen ser los errores e imprudencias más detectados por los estudios analizados. Por otro lado, dejar los ordenadores encendidos con sesiones en curso, también es una infracción habitual. Finalmente, dejar las puertas abiertas, o hablar en alto acerca de algún paciente o usuario específico, promoviendo la difusión de su información personal, son aspectos que también han de ser tenidos en cuenta.

2. Medidas de prevención y actuación.

Para evitar dichas infracciones, se encuentra que las medidas más eficaces para prevenir la divulgación de secretos, son las que siguen:

• Crear instalaciones diseñadas de forma que la disposición del propio trabajador, o del equipo de trabajo, no revele información personal o confidencial.
• Capacitar al auxiliar administrativo para que sepa identificar, de manera automática, aquella información que es confidencial.
• En caso de que información confidencial deba ser transmitida, el auxiliar administrativo deberá hacerlo por los cauces oportunos, guardando siempre la protección de datos de la persona acerca de la que se informa.
• En caso de informar a un usuario o paciente porque este lo solicite, hacerlo de modo que dicha información se transmita sin ser oída por el resto de personas

que se encuentran en la zona o que guardan su turno para ser atendidos.
• Detectar posibles fuentes de divulgación de información (escritorio u ordenador mal dispuestos, por ejemplo), e informar de ello a los supervisores directos.
• Respetar e informar a la persona usuaria del servicio acerca de sus derechos ARCO (acceso, rectificación, cancelación y oposición).
• Tener en cuenta, durante el desempeño de su labor profesional, los principios bioéticos básicos.

5 Discusión-Conclusión

El secreto profesional y el respeto a la intimidad deben ser aspectos fundamentales a aplicar por el auxiliar administrativo en el ejercicio diario de su profesión, siendo uno de sus deberes más importantes, así como un derecho básico del usuario que atienden.

Por otro lado, se concluye que estas temáticas deben ser material de estudio centrales en la profesión que nos ocupa, así como motivo de actualización periódica. Generar, en este sentido, competencias claras y específicas en este campo, garantizará que los datos del paciente se traten con seguridad y confidencialidad.

Finalmente, atender a las características del entorno físico donde labora el auxiliar administrativo, y detectar las posibles zonas que puedan promover la difusión de información, será fundamental a nivel preventivo.

Asimismo, variables que afectan al propio trabajador también han de ser tenidas en cuenta, tales como: otorgar información confidencial al paciente en zonas de alta multitud o en voz excesivamente alta. Se debe atender a que otros factores pueden estar influyendo en una dejación de las funciones a este nivel, tales como una excesiva carga de trabajo y tiempos extremadamente cortos para atender a los usuarios que lo solicitan.

Por ello, un exhaustivo análisis de las condiciones laborales y la mejora de las mismas, podrá influir de forma muy positiva en la incidencia de infracciones.

6 Bibliografía

- Aguilar-Sierra, L. E. (2004). Introducción a la medicina legal. Revista Mexicana de Anestesiología, 27(S1), 178-181.

- Buisán, L., & Sánchez Urrutia, A. (2011). Intimidad, confidencialidad y protección de los datos de salud. Editorial Aranzadi Thomson Reuters. del Rio, M. C. (1999). Aspectos médico-legales de la historia clínica. Med Clin (Barc), 112, 24-28.
- Lanzagorta, A. (2017). El secreto profesional en la relación clínica. Aspectos legales.
- Muñiz, J. F. C. (2008). Intimidad de la persona y confidencialidad de datos en el marco de la vigilancia de la salud. El respeto a los derechos del trabajador en los reconocimientos médicos. DS: Derecho y salud, 16(1), 81-108.
- Muñoz, M. L. F. (2015). La protección del paciente frente a los deberes de información y secreto profesional médico. Prolegómenos, 18(35), 153-168.
- Pastor, J. A. S. (1985). Sobre derecho a la intimidad, secretos y otras cuestiones innombrables. Revista española de derecho constitucional, (15), 159-180.
- Rivero, M. D. C. G. (2007). La protección penal de los datos sanitarios: especial referencia al secreto profesional médico. Editorial Comares.
- Rodríguez-Arana, J. (2012). El derecho a la buena administración en las relaciones entre ciudadanos y administración pública.
- Rodríguez-Arana, J. (2013). La buena administración como principio y como derecho fundamental en Europa. Misión Jurídica: Revista de derecho y ciencias sociales, 6(6), 23-56.
- Terré Rull, C. (2002). El secreto profesional y la protección de datos de carácter personal. Matronas Profesión, 2002, vol. 3, num. 9, p. 36-39.

Capítulo 1368

AUXILIAR ADMINISTRATIVO: PREVENCIÓN DE RIESGOS ANTE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN

BEGOÑA ARIAS ÁLVAREZ

IRENE GARCÍA IBASETA

GRACIELA ORDIZ VILLAR

RUBEN CHARRO GARCIA

1 Introducción

Los auxiliares administrativos son el punto de conexión entre los distintos ámbitos de la atención primaria y especializada. Las funciones van desde un primer contacto con el paciente en admisión hasta tareas de secretarías médicas, pasando por servicio de citaciones en atención primaria etc.

Todos estos servicios han evolucionado con la introducción de las nuevas tecnologías de la información. Éstas han traído consigo riesgos asociados al trabajo ante el ordenador y demás dispositivos. Según la ley de prevención de riesgos laborales 31/1995, en su artículo 16 hace referencia a que "cuando cambien las condiciones de trabajo, por ejemplo, debido a la introducción de las nuevas tecnologías" se realizará una evaluación de riesgos. Esta ley se completa con el Real Decreto

39/1997 por el que se aprueba el reglamento de los servicios de prevención especificando en éste que deberá repetirse dicha evaluación de riesgos cuando las condiciones de trabajo puedan verse afectadas por la introducción de las TIC.

Dichos riesgos aumentan a mayor nivel de exposición a las nuevas tecnologías entre los que podríamos citar: fatiga visual, ojos rojos, malas posturas, la tecnoansiedad o tecnofobia (sentimiento del trabajador que le hace sentirse incapaz de hacer frente a las TIC, generando rechazo o pensamientos negativos); la tecnofagia(síndrome de fatiga informática que genera el uso continuado y la carga excesiva de datos), entre otros.

2 Objetivos

Identificar y disminuir en la medida de lo posible los riesgos derivados del uso de las TIC.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda sistemática de información en fuentes de diversa índole (artículos de revistas médicas, libros sobre prevención de riesgos en el ámbito administrativo, estado actual de la legislación sobre prevención de riesgos…), con el posterior análisis y contraste de los datos.

4 Resultados

Según el Informe del Observatorio de Prevención de Riesgos Laborales uno de cada tres (34%) encuestados considera que el uso excesivo de las tecnologías de la información en el trabajo produce problemas o consecuencias negativas como bajo rendimiento, fatiga visual y posturas inadecuadas.

Trabajar asiduamente con pantallas de visualización de datos (ordenadores, monitores, pantallas, etc.), puede ocasionar deslumbramientos por un lado directos producidos por la visión de fuentes de luz brillantes, por el contraste de pantallas de ordenador y la iluminación general y, por otro lado, por deslumbramientos indirectos como los reflejos.

Los principales problemas asociados al uso habitual de estos equipos son:

- Fatiga visual (presencia de reflejos y parpadeos molestos, inadecuada definición de imagen, utilización incorrecta de las mismas…). En gran cantidad de estudios se observa que esta patología está muy relacionada con las condiciones del puesto de trabajo (ambiente caliente, seco y polvoriento) y otras condiciones como la falta de ergonomía o iluminación. También muchos autores coinciden en que el colectivo más afectado son mujeres caucásicas de menos de 40 años.
- Fatiga mental (excesiva presión de tiempos, ausencia de pausas, inadecuada organización del trabajo, etc.).
- Tecnoestrés, referido al estrés que puede provocar el uso de las nuevas tecnologías. Cada vez es más frecuente escuchar este neologismo en los medios de comunicación, se desconoce cuántas personas pueden estar afectadas por el tecnoestrés pero sobre todo lo padecen personas de más de 40 años que no se han adaptado a los rápidos cambios tecnológicos.
- Relacionados con este término aparecen otros como la tecnoansiedad (tensión y malestar por el uso presente o futuro de algún tipo de dispositivo electrónico) y tecnofatiga (agotamiento por el uso de las nuevas tecnologías).
- Por otro lado, un estudio realizado por la universidad de Valencia explica los riesgos ergonómicos-dolores de espalda, artritis, etc.- que entraña la realización de tareas que requieren movimientos repetitivos y adopción de posturas mantenidas en el tiempo.

5 Discusión-Conclusión

Tras la revisión de la bibliografía disponible, resulta evidente que el uso de los medios informáticos en el ambiente laboral puede tener efectos perjudiciales para la salud del trabajado.

Para garantizar un correcto cumplimiento de la ley de prevención de riesgos se deberían adoptar las siguientes medidas preventivas:
- Garantizar la utilización de pantallas de buena calidad (la imagen de la pantalla debe ser estable, sin destellos), sistemas de iluminación que no produzcan reflejos ni deslumbramientos, colocar el monitor alejado de la ventana de manera que la línea de visión esté paralela a ésta, etc.
- Descansar los ojos de manera periódica retirando la vista del monitor o pantalla y enfocando la vista a un punto apartado, realizando pausas cortas y frecuentes.
- El Real Decreto 488/1997 de 14 de abril sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas al trabajo con equipos que incluyen pantallas de visualización, establece en su anexo una serie de requerimientos para la iluminación de este tipo

de puestos: la iluminación general y la iluminación especial (lámparas de trabajo), cuando sea necesaria, deberá garantizar unos niveles adecuados de iluminación y unas relaciones adecuadas de luminancias entre la pantalla y su entorno, habida cuenta del carácter de trabajo, de las necesidades visuales del usuario y del tipo de pantalla utilizada; los puestos de trabajo deberán instalarse de tal forma que las fuentes de luz no provoquen deslumbramientos directos ni produzcan reflejos molestos en la pantalla.

- Correcta organización del trabajo, como la posibilidad de realizar pequeñas pausas periódicas para prevenir la fatiga, respetar el propio ritmo de trabajo sin apremios excesivos de tiempo y el uso de programas informáticos de fácil manejo.
- Proporcionar una información a los usuarios de equipos con pantallas de visualización para proporcionar una formación sobre los tipos de riesgo existentes y la forma de prevenirlos. Además de saber utilizar correctamente el equipo de trabajo.
- Adoptar medidas como: distribución ergonómica del área de trabajo (teniendo la mesa de trabajo amplia, con las herramientas necesarias al alcance para evitar posturas forzadas); las sillas deben ser ergonómicas, debido a la larga exposición con regulación de altura para adaptarlo a la mesa (los codos en un ángulo de 90º y las muñecas rectas en línea con los antebrazos)
- Se hace necesario así mismo descubrir tecnologías más punteras y sencillas para el desempeño de las distintas funciones. Destacando entre ellas tecnologías como es software, portales PRL especializados, Apps o plataformas de formación. Todo ello facilitará los procesos de comunicación o acceso a la formación en las labores del Auxiliar Administrativo.

6 Bibliografía

- Cortés, Nacho. Tecnoestrés: cuando el uso de la tecnología repercute negativamente en la salud. Salud Digital. 22 de junio de 2019 [listado el 30 de enero de 2020]. Disponible en: https://www.consalud.es/saludigital/161/tecnoestres-cuando-el-uso-de-la-tecnologia-repercute-negativamente-en-la-salud_64651_102.html
- Observatorio sobre Tecnoestrés. Observatorio de prevención de riesgos laborales. 2016 [listado el 24 de enero de 2020]. Disponible en: http://observaprl.org/wp-content/uploads/2016/11/Informe-tecnoestres-2016-ObservaPRL.pdf
- Gonzánlez Cobaleda, Estefanía. Salud laboral: prevención de riesgos laborales. Editorial Logoss. Agosto 2018.

- Tecnoestrés, tecnofobia, tecnofatiga y tecnoadicción: nuevos riesgos psicosociales para la salud de los trabajadores. Universidad Internacional de Valencia abril 2017 [listado 31 enero 2020] disponible en https://www.universidadviu.es/tecnoestres-tecnofobia-tecnofatiga-tecnoadiccion-nuevos-riesgos-psicosociales-la-salud-los-trabajadores/
- Ana Prado Montes, Álvaro Morales Caballero, Jossias Navor Molle Cassia. Síndrome de fatiga ocular y su relación con el medio laboral. Hospital la Princesa, Madrid. Diciembre 2017 [listado el 31 de enero 2020]. Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2017000400345

Capítulo 1369

SALUD POSTURAL.

MARIA JOSE VILLABRILLE MARTINEZ

ANA BELEN RODRIGUEZ FERNANDEZ

1 Introducción

En el ámbito hospitalario es muy importante la higiene postural ya que de ello depende nuestra salud y la reducción de los riesgos laborales en el trabajo.
Tal y como establece la ley de Prevención de Riesgos Laborales 31/1995 el hospital en este caso debe garantizar y ofrecer una vigilancia de la salud en relación a los riesgos del puesto de trabajo a todos sus trabajadores.

El objetivo principal es causar los menos daños posibles al trabajador y reducir las bajas laborales. El trabajador debe conocer y estar formado sobre las posturas y riesgos laborales para así intentar evitarlos o al menos poder reducirlos.
Alguno de los problemas posturales serían:
Enfermedades en el aparato locomotor:
- Enfermedades en los huesos.
- Enfermedades en los músculos.
- Enfermedades en la articulaciones.

Traumatismos en el aparato locomotor:
- Lesiones óseas.
- Lesiones articulares.
- Lesiones de los ligamentos.
- Lesiones musculares.

2 Objetivos

Dar a conocer la importancia de la higiene postural ya que de ello depende nuestra salud y la reducción de los riesgos laborales en el trabajo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se llevó a cabo una revisión sistemática en las bases de datos de Pubmed, Scielo y Dialnet. Los descritores utilizados fueron entre otros: postura corporal.

4 Resultados

Los factores de riesgo laborales están asociados tanto a los aspectos físicos como psicológicos y sociales. Los principales riesgos en el trabajo están relacionados con la demanda física de la tarea a realizar, como posturas, movimientos, repeticiones, vibraciones y carga estática y dinámica.
La posición corporal que una persona adopta para realizar un determinado trabajo, el tiempo que ésta se mantiene, la fuerza desarrollada y los movimientos pueden ser la causa de numerosas lesiones musculoesqueléticas, como síndrome del túnel carpiano, lumbalgia o cervicalgia.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión podríamos decir La prevención de la mayor parte de estos problemas se podría efectuar con prevención pasiva: mediante el estudio ergonómico de los puestos de trabajo y evitando los potenciales factores de riesgo y con prevención activa: ofreciendo información educativa al trabajador tanto sobre los riesgos como sobre las medidas que debe tomar para evitarlos.

6 Bibliografía

- http://scielo.isciii.es/scielo.
- https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0211563801730155
- Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de Riesgos Laborales.

- https://books.google.es/

Capítulo 1370

LENGUAJE NO SEXISTA EN LA COMUNICACIÓN DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO/A CON PACIENTES O USUARIOS DE CENTROS SANITARIOS

IRENE GARCÍA IBASETA

BEGOÑA ARIAS ÁLVAREZ

GRACIELA ORDIZ VILLAR

RUBEN CHARRO GARCIA

1 Introducción

La Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres tiene por objeto hacer efectivo el derecho de igualdad de trato entre hombres y mujeres, en particular mediante la eliminación de la discriminación a la mujer para el desarrollo de los artículos 9.2 y 14 de la Constitución.

Dicha Ley en su artículo 14.11 establece que, unos de los criterios generales de actuación de los poderes públicos es la implantación de un lenguaje no sexista en el ámbito administrativo y su fomento en la totalidad de las relaciones sociales, culturales y artísticas.

Por ello, es importante que el personal administrativo de las administraciones públicas, como puede ser, el personal auxiliar administrativo de un centro de salud u hospital, en su función de relacionarse y comunicarse con los pacientes o usuarios de los servicios de salud, utilice un lenguaje no sexista, que es aquel que evita discriminar a las mujeres y se dirige hacia el logro del principio de igualdad entre la mujer y el hombre. Este lenguaje no jerarquiza ni excluye, es decir que se evitan expresiones que menosprecien o infravaloren a las mujeres.

El lenguaje administrativo está concebido, tradicionalmente, desde un único punto de vista, el masculino. De esta forma se oculta la presencia de mujeres como parte activa de la ciudadanía a la que se dirige el personal de la administración.
Conseguir que el lenguaje administrativo no sea sexista consistirá en cambiar el punto de vista, recordando que la lengua es un instrumento que debe adaptarse constantemente a cambios sociales.

La cada vez mayor presencia de mujeres en el ámbito público y en todos los escalafones de la administración, tanto como usuarias activas de los servicios, como profesionales de los mismos, exige que el uso que hagamos de la lengua contemple su presencia y se utilice un lenguaje inclusivo.

2 Objetivos

Detallar una serie de recomendaciones y alternativas al uso del lenguaje sexista, en el que ninguna persona se sienta discriminada por razón de sexo.

3 Metodología

Para la elaboración del presenta capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre literatura del lenguaje no sexista, de bioética y derecho existente. Se ha realizado la búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Google Académico y Scielo, seleccionando aquellos relacionados con el lenguaje administrativo y no sexista, procedentes de publicaciones académicas revisadas. Las palabras claves fueron: lenguaje administrativo, lenguaje no sexista, igualdad, administración pública, servicio de salud y auxiliar administrativo.

4 Resultados

Recomendaciones y alternativas al lenguaje sexista:
- Términos colectivos y abstractos: Utilización de nombres abstractos como sustitutos de genéricos masculinos. Cuando empleemos estos vocablos debemos valorar que tienen, al menos, dos acepciones. Ejemplos de términos que hacen referencia tanto a hombres como a mujeres: ancianidad, autoría, infancia/niñez, personal, plantilla, personas trabajadoras, jefatura, voluntariado.
- Impersonales: Otro de los recursos que podemos emplear para superar el sexismo en el lenguaje consiste en utilizar oraciones impersonales, en las que no se expresa quien realiza la acción del verbo de una forma voluntaria o, simplemente, porque no existe ese sujeto en la acción verbal. Ejemplo: "El que necesite pedir cita médica que pase por el mostrador", se puede sustituir por: "quien necesite pedir cita médica que pase por el mostrador".
- Utilización de dos géneros gramaticales: Si la intención es visualizar la presencia de las mujeres como sujetos activos además de evitar el sexismo, está sería una manera adecuada de hacerlo. Aunque es recomendable utilizarlo solamente cuando no encontremos otro recurso ya que recargan y lentifican las expresiones. Ejemplo: Expresión sexista: funcionario, expresión no sexista e inclusiva: funcionaria y funcionario.
- Barras: El personal administrativo utiliza con mucha frecuencia este recurso en documentos, impresos, formularios, etc., para economizar el espacio, siempre y cuando no se conozca el sexo de la persona a la que van dirigidos. Ejemplos: D./Doña, usuario/a
- Eliminar el artículo masculino ante sustantivos que valen para los dos géneros. Ejemplo: "Dirigido a los pacientes ingresados en el hospital" / "Dirigido a pacientes ingresados en el hospital".
- Eludir el sujeto: Ejemplo: "El paciente deberá de cumplimentar el consentimiento informado" / "Se deberá de cumplimentar el consentimiento informado".

5 Discusión-Conclusión

El lenguaje (primero oral y después escrito) es el vehículo más preciado de comunicación que poseemos, por lo que es imprescindible que desde las administraciones públicas se contribuya a velar por su eficacia. Esta eficacia está relacionada con la corrección y el buen uso del lenguaje, adecuándolo a los cambios que demanda la sociedad actual, como es el uso del lenguaje no discriminatorio por razón de sexo, de forma que hombres y mujeres se encuentren representados de

manera igualitaria.

Debemos de dar ejemplo y concienciar a la sociedad a que utilice este tipo de lenguaje no sexista e inclusivo, en el que nadie se sienta discriminado por razón de sexo y de esta manera avanzar hacia una igualdad efectiva y real entre hombres y mujeres.

De ahí el valor y la necesidad que tiene el uso de este tipo de lenguaje por parte del personal administrativo de cualquier centro sanitario, al ser una de las funciones básicas la comunicación, relación y trato con los usuarios o pacientes; lo que hace que sea un ámbito de enorme influencia para la sociedad y lo que a su vez hará que todas las personas se sientan representadas de manera igualitaria, indistintamente si es un hombre o una mujer.

6 Bibliografía

- Antonia M. Medina Guerra (Coord.). Manual de lenguaje administrativo no sexista. Málaga 2002. https://www.nodo50.org
- Jiménez Rodrigo, M.ª Luisa; Román Onsalo, M.ª Luisa; Traveso Cortés, Joaquín. Lenguaje no sexista y barreras a su utilización. Revista de investigación en educación, nº 9 (2), 2011, pp. 174-183. https://Idus.us.es
- Ana Rubio. El lenguaje y la igualdad efectiva de mujeres y hombres. Revista de bioética y derecho. Nº 38. Barcelona 2016. http://scielo.isciii.es
- Ignacio Bosque. Sexismo lingüístico y visibilidad de la mujer. Real Academia Española. Madrid, 1 de marzo del 2012. www.rae.es
- Luis Blanco de Tella. Reflexiones sobre el lenguaje administrativo. Mayo de 1968. https://revistasonline.inap.es
- Javier Badia. Sobre la modernización del lenguaje administrativo.
Sobre el lenguaje no sexista. https://lenguajeadministrativo.com
- Mercedes Bengoechea. Sugerencias para evitar el sexismo en el lenguaje administrativo. Murcia 2016. http://servicios.educarm.es
- Marta Concepción Ayala Castro, Susana Guerreros Salazar, Antonia María Medina Guerra. Guía para un uso igualitario del lenguaje administrativo. 2006 http://mujeresenred.net
- Gloria Rodríguez Hevia. Alternativas y soluciones no sexistas al lenguaje administrativo del Principado de Asturias. Editor: Consejería de la Presidencia, Instituto Asturiano de la Mujer, 2004. http://tematico.asturias.es
- M.ª Isabel Menéndez Menéndez. Lenguaje administrativo no sexista. Instituto Andaluz de la Mujer. 2006. https://www.juntadeandalucia.es

- Guía del Principado de Asturias: Cuida tu lenguaje, lo dice todo. https://igualdad.uniovi.es

Capítulo 1371

ESTRÉS LABORAL

ANA BELEN RODRIGUEZ FERNANDEZ

MARIA JOSE VILLABRILLE MARTINEZ

1 Introducción

El estrés laboral es aquel que se produce debido a la excesiva presión que tiene lugar en el entorno de trabajo. Generalmente es consecuencia del desequilibrio entre la exigencia laboral (también propia) y la capacidad o recursos disponibles para cumplirla eficientemente.

2 Objetivos

Crear un buen ambiente de trabajo donde no se sobrecargue de excesivas responsabilidades al trabajador. Respetando los tiempos de descanso y la turnicidad. En el entorno social es crear oportunidades para la integración laboral, incluidos el apoyo moral y la ayuda directamente relacionados con el trabajo.

3 Metodología

-Mejorar el contenido y la organización del trabajo para evitar los factores de riesgo psicosocial.
-Controlar los cambios en las condiciones de trabajo y en la salud de los trabajadores y su interrelación.
-Aumentar la sensibilización, informar, preparar y educar.
-Ampliar los objetivos y estrategias de los servicios de salud laboral o prevención de riesgos.

4 Resultados

-El trabajo debe ir de acuerdo con las habilidades y los recursos de los trabajadores.
-Se debe permitir que el trabajador use sus habilidades para solucionar problemas.
-Se deben establecer correctamente las funciones, tareas y responsabilidades de cada uno de los trabajadores.
-Se debe involucrar a los trabajadores para que participen en la toma de decisiones, ya que mejora la comunicación en la organización.

5 Discusión-Conclusión

En general, se puede concluir que el estrés laboral no es siempre negativo sino que depende de la intensidad y la duración. Además, con el fin de intervenir tempranamente y evitar que el estrés laboral interfiera en nuestra salud, física y psicológica.

6 Bibliografía

-Babatunde, A. (2013). Occupational Stress: A Review on Conceptualisations, Causes and Cure. Economic Insights-Trends & Challenges, 65(3).
-Balducci, C., Fraccaroli, F. y Schaufeli, W. B. (2011). Workplace bullying and its relation with work characteristics, personality, and post-traumatic stress symptoms: An integrated model. Anxiety, Stress & Coping, 24(5), 499-513.

Capítulo 1372

RIESGOS PSICOSOCIALES DEL PERSONAL NO SANITARIO

MARIA ANGELES FERNÁNDEZ SEIZ

MARIA DEL MAR MARINA LÓPEZ

MARÍA LUZ GONZÁLEZ ÁLVAREZ

SANDRA ARCE RODRÍGUEZ

PILAR MÁRQUEZ IGLESIAS

1 Introducción

Técnicamente los riesgos psicosociales son los riesgos para la salud que se asocian a la organización del trabajo, a las características del trabajo y a la organización laboral.
La OIT (Organización internacional del trabajo) define los riesgos psicosociales como "las interacciones entre el contenido, la organización y la gestión del trabajo y las condiciones ambientales, por un lado, y las funciones y necesidades de los trabajadores/as, por otro".

La fuerte tensión en el trabajo que recibe el personal no sanitario da lugar a ser un sector muy sensible a los riesgos psicosociales. Estos pueden producir efectos físicos, psicológicos o sociales, producidos por una mala organización, gestión de trabajo o relaciones interpersonales.

Los episodios generalizados de estos riesgos, dependiendo de la vulnerabilidad de la persona o de su situación personal y laboral, pueden ser: baja autoestima, ansiedad, estrés, trastornos orgánicos y funcionales, angustia, desconfianza, aislamiento, agresividad, etc.

Los riesgos psicosociales también suponen un problema social y de salud pública que comportan un coste económico y social. Esto es debido a las consecuencias como: evitar tareas, rendimiento bajo y absentismo.

ESTRÉS LABORAL

El estrés laboral es el riesgo psicosocial más común.
Este riesgo puede provocar saturación y/o colapso físico y mental en el trabajador que lo padece afectando a su vida laboral y personal.

Entre los Factores que pueden provocar estrés laboral están:
- Alto grado de responsabilidad.
- Excesiva carga de tareas.
- Cambio de turnos.
- Falta de información en la realización de tareas.
- Malas relaciones personales.
- Relaciones laborales inadecuadas.
- Remuneración económica.
- Falta de reconocimiento.
- Jornada laboral con excesos de horas y horarios complicados.
- Mala planificación de tareas.
- Falta de variedad en el trabajo.
- Repetitividad (tareas monotonas y rutinarias).
- Infrautilización de habilidades.
- Formación. Falta de adaptación al puesto.

ACOSO LABORAL EN EL TRABAJO o MOBBING

Tiene su origen en las relaciones interpersonales que se establecen en los centros de trabajo entre los distintos individuos. El término de acoso psicológico laboral hace referencia, según Leyman, a ”aquellas situaciones en las que una persona o un grupo de personas ejercen un conjunto de comportamientos que se caracterizan por una violencia psicológica de forma continuada (al menos una vez por semana) durante un tiempo prolongado (más de 6 meses) sobre otra persona en el entorno laboral”.

Este acoso que se da de forma abusiva, consciente y premeditada, atenta contra la dignidad e integridad física o psicológica de la persona acosada.

Actualmente, el acoso moral en el trabajo o mobbing se contempla como delito en el artículo 173 del código penal. Los síntomas que puede tener el personal laboral son: trastornos del sueño, alteraciones del sistema nervioso, alteraciones cognitivas y alteraciones psicosomáticas.

SINDROME DEL BURNOUT

El burnout es una respuesta inadecuada a un estrés emocional crónico que aparece como fase final del estrés. Quienes lo presentan se sienten agotados, cansados y desgastados emocionalmente que les lleva a un estado de deshumanización, despersonalización y pérdida de motivación en el trabajo.
Otros síntomas: insomnio, problemas gastrointestinales, ansiedad, depresión, frustración, dolores musculares, etc.

ACOSO SEXUAL

La Directiva 76/207/CEE del Parlamento Europeo, en su artículo 2, define el acoso sexual: "La situación en que se produce cualquier comportamiento verbal, no verbal o físico no deseado de índole sexual con el propósito o el efecto de atentar contra la dignidad de una persona, en particular cuando se crea un entorno intimidatorio, hostil, degradante, humillante u ofensivo".

El acoso sexual afecta a la salud psicológica y a la física, lo que conlleva a generar diversos problemas como traumas emocionales, nerviosismo, ira, ansiedad, depresión, baja autoestima, trastornos del sueño, hipertensión, molestias intestinales, etc.

AGRESIONES O VIOLENCIA EN EL TRABAJO

Según la Organización Internacional del Trabajo (OIT), el sector sanitario es uno de los más afectados por la violencia laboral a nivel mundial.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) se refiere a la violencia en el ámbito laboral como "aquellos incidentes en los que la persona es objeto de malos tratos, amenazas o ataques en circunstancias relacionadas con su trabajo".

Puede ser violencia física o psicológica con consecuencias a corto o largo plazo como daño físico; ansiedad; estrés postraumático; alteraciones del sueño; desmotivación o depresión; problemas cardiovasculares, respiratorios, dermatológicos;

etc.

TRABAJO A TURNOS Y NOCTURNO

El tiempo de trabajo es uno de los aspectos que tiene repercusión directa sobre la vida diaria.
Trabajos en la sanidad, donde los turnos de trabajo son prolongados o irregulares afectan en gran medida a la vida laboral y extralaboral.

Los efectos negativos de este horario de trabajo pueden ser entre otros:
- Alteración del equilibrio biológico.
- Alteración en ritmos corporales o de sueño.
- Cambios de hábitos alimentarios y perturbación en la vida familiar y social.

Las medidas preventivas que se proponen para solucionar este tipo de riesgos son:
- Fomentar las relaciones interpersonales.
- Mejorar la comunicación tanto ascendente como descendente.
- Apoyo social.
- Formación previa para el desempeño del puesto de trabajo.
- Motivar buenas relaciones.
- Respeto y trato justo.
- Políticas antiacoso.
- Apoyo psicológico.
- Vigilancia de la salud.
- Control de absentismo.
- Control del clima laboral.
- Información.
- Realización de programas sobre prevención de riesgos psicosociales.
- Elaborar métodos para poder identificar y evaluar nuevos riesgos.

2 Objetivos

- Identificar los factores psicosociales que se presentan en el personal no sanitario y sus características para poder actuar y prevenir este tipo de situaciones.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Descriptores: riesgos psicosociales, estrés, salud, personal no sanitario.

4 Bibliografía

- Artículo 7 de la Ley Orgánica 3/2007 Domínguez Fernández, J.M. (2010).
- Castro Méndez, N.P. (2018). Riesgos psicosociales y salud laboral en centros de salud.
- Domínguez Fernández Julián Manuel. (2010). Estrés laboral por acoso moral en el trabajo y síndrome de Burnout y su relación con el autoconcepto, la adaptación de conducta y la personalidad en trabajadores de atención a la salud.
- Deschamps Perdomo, Olivares Román 2, De la Rosa Zabala, & Asunsolo del Barco.
- Giner, PR (2005).El síndrome de quemarse por el trabajo, una enfermedad laboral en la sociedad de bienestar.
- Giner Alegría, C.A. (2012). Evaluación de riesgos psicosociales en el trabajo.
- http://www.exyge.eu/blog/wp-content/uploads/2016/10/prl_riesgo-psicosocial.pdf
- https://luapsicologia.com/estres-laboral/
- https://psicologiaymente.com/organizaciones/burnout-sindrome-del-quemado
- https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=DOUE-L-2002-81758
- Moreno Jiménez, B; Báez León, C. (2011). Factores y riesgos psicosociales, formas, consecuencias, medidas y buenas prácticas.
- Observatorio permanente de riesgos psicosociales (UGT). Incidencia de los riesgos psicosociales. Informe técnico 2007.
- Ruiz Calatrava, R. (2010). Aspectos básicos de los riesgos psicosociales.

Capítulo 1373

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA IMPORTANCIA DE CONOCER LOS DERECHOS DE LOS PACIENTES O USUARIOS DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO.

IRENE GARCÍA IBASETA

BEGOÑA ARIAS ÁLVAREZ

1 Introducción

Una de las funciones del auxiliar administrativo es la atención al paciente o usuario de los servicios sanitarios, por lo que está en constante contacto con ellos. Esto hace que sea primordial que conozca los derechos que estos tienen y a su vez las obligaciones que el propio auxiliar administrativo tiene en su relación con los pacientes o usuarios.

Los trabajadores de los servicios de salud, concretamente el personal auxiliar administrativo, en su trabajo diario, maneja información y datos, tanto de pacientes como del resto de usuarios que acceden a los servicios sanitarios.

Continuamente el personal administrativo accede a información de los pacientes o usuarios, tanto a aquella que tiene que ver con el estado de su salud como a la de sus datos personales. Como por ejemplo, cuando accedemos a su historia clínica, cuando nos solicitan una cita con el médico/a, enfermero/a, ya sea presencial o telefónicamente, cuando accedemos al buzón de interconsultas para citarles con

un médico especialista y les damos el volante de citación, al imprimirles recetas electrónicas, al archivar documentos en sus historias clínicas como puede ser un consentimiento informado, un electro, etc., cuando se gestiona una solicitud de traslado en transporte sanitario, un visado de una receta, etc.
Por todo esto el personal auxiliar administrativo debe de tener siempre en cuenta las obligaciones que conlleva manejar y trabajar con este tipo de información, así como a su vez conocer los derechos que tienen los usuarios o pacientes respecto a sus datos, procesos asistenciales, servicios a los que pueden acceder, prestaciones disponibles, posibilidad de escoger centro y médico, etc. De esta manera estarán recibiendo una adecuada atención por nuestra parte.

2 Objetivos

Establecer de una forma clara y resumida las leyes en las que se determinan cuáles son los derechos de los pacientes o usuarios, así como las obligaciones que tenemos como auxiliares administrativos en nuestra relación con ellos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura y las leyes existentes. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros, guías y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Google académico y Scielo, seleccionando artículos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Los derechos de los pacientes o usuarios que el auxiliar administrativo debe de conocer vienen recogidos en las siguientes leyes:
- Constitución Española de 1978, en su artículo 43, reconoce el derecho a la protección de la salud y establece que compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventiva y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos ellos al respecto. Uno de los derechos fundamentales de la Constitución es el derecho a la intimidad y en su artículo 18.1 dice que se garantiza el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen.

- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Nos indica que todos tienen los siguientes derechos con respecto a las administraciones públicas sanitarias:
1. Respeto de su personalidad, dignidad humana e intimidad, nadie podrá ser discriminado por su raza o etnia, por razón de género u orientación sexual, de discapacidad o de cualquier circunstancia personal o social.
2. Recibir información sobre los servicios sanitarios a los que pueden acceder y los requisitos necesarios para su uso. Esta información debe darse de manera que resulte accesible para todos.
3. Confidencialidad de toda información relacionada con su proceso y con su estancia en instituciones sanitarias.
4. A que se le asigne médico, cuyo nombre se le dará a conocer.
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, en su artículo 26 habla de las garantías de información, donde nos dice que los servicios de salud informarán a la ciudadanía de sus derechos y deberes, de las prestaciones y de la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud y de los requisitos necesarios para el acceso a éstos.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, esta ley tiene por objeto la regulación de los derechos de los pacientes, usuarios y profesionales, así como de los centros sanitarios, en materia de autonomía del paciente y de información y documentación clínica. Uno de sus principios básicos es que, toda persona que elabore o tenga acceso a la información y la documentación clínica está obligada a guardar la reserva debida. El artículo 12 nos indica que los pacientes y usuarios del Sistema Nacional de Salud tienen derecho a recibir información sobre los servicios y unidades asistenciales disponibles, su calidad y los requisitos de acceso a ellos. Los centros y servicios sanitarios dispondrán de una guía o carta en la que se especifiquen los derechos y las obligaciones de los usuarios, las prestaciones disponibles, las características asistenciales del centro o del servicio, y sus dotaciones de personal, instalaciones y medios técnicos. El artículo 13 hace referencia al derecho a la información para la información de elección de médico y centro, tanto en la atención primaria como en la especializada.
- Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. El objeto de esta ley es adaptar el ordenamiento jurídico español al Reglamento (UE) 2016/679, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de sus datos personales. El derecho fundamental de las personas físicas a la protección de datos personales, amparado por la Constitución, se ejercerá con arreglo a esta ley.

- Las obligaciones del personal auxiliar administrativo vienen definidas en la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud en el Capítulo IV, artículo 19. Muchas de ellas están relacionadas con los derechos que todo paciente o usuario tiene.

Atendiendo a esta ley estamos obligados a:

- Ejercer nuestra profesión y desarrollar el conjunto de funciones que nos corresponden como auxiliares administrativos de los servicios de salud, de una manera eficaz y leal y siempre con observancia a los principios técnicos, científicos, éticos y deontológicos que sean aplicables.
- Mantener debidamente actualizados nuestros conocimientos y la aptitud para el correcto ejercicio de nuestra profesión y poder desarrollar las funciones que nos competen.
- Informar debidamente, de acuerdo con las normas y procedimientos aplicables y dentro de nuestras competencias, a los usuarios y pacientes sobre su proceso asistencial y los servicios disponibles.
- Respetar la intimidad personal y la dignidad de los pacientes y usuarios, su libre disposición en las decisiones que les conciernen y el resto de derechos que se les reconocen en distintas disposiciones, así como no realizar ningún tipo de discriminación por motivo de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra circunstancia personal o social, incluyendo la condición en virtud por la cual acceden a los centros e instituciones sanitarias.
- Mantener la debida reserva y confidencialidad de la documentación y la información relativa a los centros sanitarios y a los pacientes o usuarios a la que hayamos tenido acceso en el ejercicio de nuestras funciones como auxiliar administrativo.
- Cumplimentar los registros, informes y demás documentación clínica o administrativa establecida en nuestro centro o servicio de salud.
- Ser identificados por nuestro nombre y categoría profesional por los pacientes o usuarios de nuestro centro o servicio de salud.

5 Discusión-Conclusión

Conociendo y protegiendo los derechos de los pacientes y usuarios, así como acatando nuestras obligaciones como auxiliares administrativos estamos prestando una atención y una asistencia de calidad, en la que el paciente o usuario se sienta reconfortado y no tenga ninguna duda sobre todos sus derechos. Es muy importante que desde nuestro puesto de auxiliar administrativo colaboremos para que el paciente o usuario no tenga quejas con respecto a los servicios de salud, la información o el trato que se les da.

6 Bibliografía

- Constitución española, de 29 de diciembre de 1978.
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.
- Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.
-Guía para pacientes y usuarios de la sanidad. Agencia española de protección de datos. Noviembre 2019. https://www.aepd.es.
- Ángel García Millán. La información al paciente como pieza clave de la calidad asistencial. Autor: Ángel García Millán. 2009. http://scielo.isciii.es.
-La autonomía del paciente y los derechos en materia de información y documentación clínica en le contexto de la Ley 41/2002. http://scielo.scii.es.

Capítulo 1374

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE ADMISIÓN HOSPITALARIA

IRENE CAMBLOR NOVAL

SEILA MALDONADO GONZALEZ

1 Introducción

El área de admisión de ingresos hospitalarios se sitúa en un lugar próximo a la puerta principal del hospital, de fácil acceso y señalizado convenientemente.

Es la encargada de recibir y causar la primera impresión al usuario y familiares. Facilitando la admisión del paciente al área de hospitalización.

En los servicios de admisión hospitalaria, las funciones administrativas las realizan los Auxiliares Administrativo, encargándose de recoger los datos personales y de derecho a la asistencia del usuario.

2 Objetivos

- Desarrollar las funciones que debe realizar el Auxiliar Administrativo en el servicio de admisión hospitalaria.

3 Metodología

Para la realización de esta investigación se ha revisado la bibliografía existente en bases de datos de salud y buscadores científicos como deustosalud.

Uso de palabras para la búsqueda, admisión, sanidad, personal no sanitario, hospital.

4 Resultados

El Auxiliar Administrativo se encarga de las siguientes tareas:
• Gestiona los ingresos de los pacientes en función de los criterios y prioridades establecidos por el hospital. Existe una lista de espera que se actualiza constantemente.
• Avisa a los pacientes del día y hora del ingreso.
• Recepción y registro de los pacientes.
• Elabora la documentación administrativa necesaria para el ingreso y alta del paciente.
• Autoriza el traslado de un paciente de una planta de hospital a otra.
• Asigna unidad de enfermería y cama a la solicitud de ingreso, teniendo en cuenta la situación clínica y el nivel de cuidados que necesita el paciente y siguiendo las recomendaciones del médico que solicita el ingreso.
• En todo momento tiene conocimiento de la localización del paciente en el hospital.
• Elabora y actualiza el censo diario de pacientes internados, traslados internos o externos y egresos.
• Garantiza la identificación de los pacientes, facilitando par a ello a cada uno, pulsera identificativa, donde figura su nombre, apellido y cama designada.

5 Discusión-Conclusión

El Auxiliar administrativo, es el personal encargado de facilitar el acceso del usuario a la asistencia sanitaria y de proporcionarle soporte administrativo necesario.

6 Bibliografía

- Gestión de los servicios de admisión y documentación clínica. (2000). Madrid: Instituto nacional de la salud.
- Manual de gestión de los servicios hospitalarios. Ministerio de salud pública y bienestar social.

Capítulo 1375

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA COMUNICACIÓN CON EL USUARIO.LENGUAJE CORRECTO

IRENE CAMBLOR NOVAL

SEILA MALDONADO GONZALEZ

1 Introducción

La comunicación en un proceso complejo a través del cual una idea o conjunto de ideas de un sujeto (emisor) pasan a otro sujeto (receptor).

Se entiende correcta cuando el mensaje que recibe el receptor es igual al enviado por el emisor.

El auxiliar administrativo debe saber escuchar y comunicar de forma adecuada los mensajes al paciente/usuario y Cumpliendo una serie de requisitos para que la comunicación sea eficaz.

2 Objetivos

- Presentar el contenido de la comunicación entre el Auxiliar administrativo y usuario.
- Exponer la barreras que dificultan la comunicación.

3 Metodología

Para la realización de esta investigación se ha revisado la bibliografía existente en bases de datos de salud y buscadores científicos como son deustosalud.

A la hora de la búsqueda se usaron las siguientes palabras clave: Comunicación, lenguaje, sanidad, paciente.

4 Resultados

El contenido la comunicación tiene que ser:

- Significativo, el contenido será relevante y estará relacionado con el tema que se está tratando.
- Suficiente, la información ofrecida será la justa, no más de la que se puede asimilar, ni menos de la que se pueda entender.
- Apropiado, el mensaje ha de ser claro, correctamente estructurada y siguiendo un orden.
- Preciso, utilizar frases cortas para que la compresión del mensaje que queramos transmitir sea correcta.

Barreras que dificultan la comunicación:

- Estereotipos, interpretar los mensajes de acuerdo a unos criterios previos, actuar como una predisposición.
- Efecto de "halo", las personas tienden a juzgar un hecho concreto en función de una impresión general, favorable o desfavorable.
- Proyección, atribuir a las personas características propias "no gratas".
- Defensa psicológica y filtros, sirve para evitar que nos sintamos confusos y desorientados cada vez que pasa algo en contra de nuestras expectativas.
- Supresión de información, sea intencionadamente o no, pudiendo generar un resultado desafortunado a causa de la falta de información.
- Barreras culturales, es importante saber cómo tratar a las personas de otras culturas o religiones.
- Barreras cognitivas, la actitud del personal Auxiliar Administrativo tiene que ser positiva y abierta para facilitar la comunicación.
- Barreras del lenguaje, se debe de utilizar un lenguaje cercano, evitando palabras técnicas, pudiendo ir acompañadas de una explicación.

5 Discusión-Conclusión

El objetivo de los profesionales del entorno sanitario debe estar orientado al bienestar del usuario, tanto físico, psíquico y social. Para lograrlo será necesario aplicar todas aquellas medidas que le garanticen una comunicación eficaz a través de un lenguaje correcto y comprensible al usuario.

6 Bibliografía

- Capdevila, M. 5- Importancia de una buena comunicación con el paciente. Disponible:https://www.deustosalud.com/.
- Arantxa Santamaría Jiménez. Técnicas y estrategias de comunicación para mejorar la relación con el paciente. Febrero-marzo 2018.

Capítulo 1376

AGRESIONES A TRABAJADORES EN LOS CENTROS DE SALUD

IRENE CAMBLOR NOVAL

SEILA MALDONADO GONZALEZ

1 Introducción

Uno de los riesgos laborales que más preocupan a nuestro ámbito laboral por el gran incremento que ha sufrido en los últimos años, son las agresiones que sufren los trabajadores dentro de los hospitales y centros de salud.

2 Objetivos

- Analizar con más detalle los porcentajes, causas y que tipo de profesionales son los expuestos a estos tipos de situaciones.

3 Metodología

Para obtener información acerca de este tema hemos consultado, en páginas web de sindicatos de trabajadores, de administraciones sanitarias de comunidades autónomas, de colegios de profesionales y en la Ley 31/1995, de 8 de noviembre sobre Prevención de Riesgos Laborales.

4 Resultados

Las agresiones a profesionales de la salud han crecido durante los últimos años hasta cifras alarmantes, casi 10000 agresiones en España durante el año 2018, siendo en su mayoría agresiones verbales.

Los médicos y enfermeras son los peor parados con un 64% de agresiones según datos recogidos del ministerio de sanidad entre 2017 y 2018, los siguen los TCAE, administrativos y celadores, los centros en los que más agresiones se recogen son los centros de atención primaria, aunque las cifras de los ataques en los hospitales no difieren mucho de los anteriores.

Como causas que motivan este tipo de agresiones, encontramos intentos de obtener bajas laborales, intento de obtener medicamentos que no son necesarios, largas esperas, colapso de servicios etc.

Normalmente los agresores son los propios pacientes y/o usuarios, en su mayoría suelen ser hombres y muy pocos suelen ser reincidentes.

Hablemos en datos:
-En 2018 de las agresiones registradas el 36% fueron médicos, el 31% enfermeras, 18% para TCAE, personal administrativo 10% y el 5% restante para celadores.

Los servicios de salud de las comunidades autónomas siguiendo la normativa de la Ley 31/1995, de 8 de Noviembre sobre Prevención de Riesgos Laborales, en su art.14.2. "El empresario deberá garantizar la seguridad y la salud de los trabajadores a su servicio en todos los aspectos relacionados con el trabajo".

Han elaborado protocolos para evitar las agresiones al personal, que abarque aspectos para prevenir estas situaciones y les ayude a los profesionales a saber actuar ante un caso de agresión verbal o física, también para saber qué hacer en caso de que la agresión no se haya podido evitar y como ponerlo en conocimiento de las autoridades.

5 Discusión-Conclusión

Dado el gran número de casos de agresiones al personal de la salud, las autoridades competentes han tomado cartas en el asunto, ahora solo nos queda comprobar si esas medidas son suficientes para frenar este tipo de acoso.

6 Bibliografía

- Ley 31/1995, de 8 de noviembre sobre Prevención de Riesgos Laborales.
- www.san.gva.es.
- www.csif.es.
- www.astursalud.es.

Capítulo 1377

FUNCIONES DEL CELADOR EN ATENCIÓN PRIMARIA

ADRIÁN SÁNCHEZ LÓPEZ

ANA ISABEL GARCÍA CASTRO

1 Introducción

La Atención Primaria es el nivel básico y primero de actuación de los profesionales sanitarios y no sanitarios. Las actividades sanitarias realizadas por el equipo de atención primaria irán enfocadas a la prevención, curación, rehabilitación y promoción de la salud.

La asistencia en Atención Primaria la lleva a cabo un equipo multidisciplinar entre la que se encuentra la figura del celador, que debe de cumplir unas funciones específicas.

2 Objetivos

- Exponer las funciones que llevará a cabo el celador en Atención Primaria.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica en bases de datos biomédicas: Google Académico.
Idioma: español.
Textos desde el 2011.

Textos gratuitos.

4 Resultados

Las funciones del celador en Atención Primaria serán las siguientes:
- Será el encargado de vigilar y guardar las instituciones, así como de un se guarde un orden en las mismas.
Informar, orientar y vigilar el comportamiento de los pacientes, familiares y visitantes.
- Recoger, franquear, entregar y trasladar documentos dentro y fuera de las dependencias.
- Realizar tareas de carácter oficial dentro y fuera de las dependencias, así como el traslado de inmobiliario y enseres.
- Uso de máquinas auxiliares.
- Trasladar y movilizar pacientes.
- Colaborar con el personal sanitario en tareas de pequeñas intervenciones quirúrgicas.

5 Discusión-Conclusión

En la Atención Primaria se produce el primer contacto de los pacientes con el sistema sanitario, por eso es imprescindible que la atención y el trabajo que presta el celador sea lo más eficaz y correcto posible, parta ello es necesario el perfecto conocimiento de las funciones y tareas específicas para el desempeño de su puesto de trabajo.

6 Bibliografía

- https://libroslaboratorio.files.wordpress.com/2011/11/el-celador-marco-legal-y-funcionalidad.pdf.
- http://www.auxiliar-enfermeria.com/funciones_celador.htm#.
- http://celadoresonline.blogspot.com/p/atencion-primaria.html?m=1.

Capítulo 1378

MENS SANA IN CORPORE SANO O LA LABOR DEL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO DE PROMOCIONAR LA PRÁCTICA DEPORTIVA COMO FACTOR PREVENTIVO DE LA SALUD

M.TERESA HERRERO COTERO

MARIA BELEN COALLA FERNANDEZ

GEMMA GARCIA PEREZ

COVADONGA VEGA AGUIRRE

1 Introducción

Es de sobra nombrados los múltiples beneficios físicos que proporciona la actividad física, pero no se habla tanto, aunque está ampliamente demostrado, que la actividad física regular puede mejorar nuestras funciones cognitivas y psicológicas. La práctica de ejercicio físico previene o retrasa la aparición de demencias, mejora la concentración, la memoria, etc.

En las enfermedades mentales, genera una mejora funcional y estructural de algunas de las regiones cerebrales. Diversos estudios demuestran cómo el ejercicio puede modular el tejido cerebral, incrementando las células nerviosas en zonas críticas o incluso aumentando la densidad de las neurotransmisiones. Por si fuera

poco, el ejercicio mejora la circulación de la sangre en el cerebro favoreciendo las conexiones neuronales.

La realización de ejercicio físico es esencial para aumentar el bienestar psicológico, mejorando el estado de ánimo general, ya que estimula la producción de las hormonas opiáceas, endorfinas que son neurotransmisores que comunican a las neuronas entre sí y que se segregan en grandes cantidades durante el ejercicio físico.

Son sustancias que se incrementan en momentos placenteros de la vida que tienen un efecto sedante y analgésico sobre el organismo y son las responsables de producir euforia. El ejercicio físico es capaz de activar la vía de creación de estas proteínas que actuaran sobre los receptores nerviosos.

La práctica regular de ejercicio físico, unido a una alimentación equilibrada y variada, hace que a la hora de obtener la composición corporal, el porcentaje muscular y graso sea el correcto, por lo que mejora la imagen corporal influyendo positivamente en lo que se piense de uno mismo (autoconcepto) y la valoración que hacemos de ello (autoestima).

Es importante fomentar y favorecer la práctica de ejercicio físico desde todos los ámbitos públicos, políticos, sociales, educacionales, y es labor de todos difundir y a animar a prevenir la salud.

La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. Abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a aumentar las habilidades y capacidades de las personas, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas que tienen impacto en los determinantes de salud.

2 Objetivos

- Valorar los beneficios físicos y psicológicos que proporciona la práctica regular de actividad física.
Examinar la promoción que hacen las Administraciones públicas de la práctica deportiva y el ejercicio físico como hábitos saludables.
- Analizar el concepto de deporte a lo largo del tiempo, llegando a la concepción actual de “deporte para todos”
Emponderar la educación de la salud como eje principal de la atención integral.

3 Metodología

Hemos realizado una lectura exhaustiva de las obras y autores reseñados en la Bibliografía y a continuación y siguiendo el orden prescrito en el Índice elaborado el siguiente estudio.

Consulta de la sección Medicina Preventiva y Salud Pública de la revista Lilacs, guías de práctica Clínica, y otras Bases de Datos: Medline, Cochrane.

4 Resultados

La práctica de actividad física ha demostrado ser efectiva como factor de protección ante estos problemas psicológicos, reduciendo su incidencia y mejorando su tratamiento. Estudios epidemiológicos demuestran que hay una relación inversa entre actividad física y salud mental.

Cuanto más ejercicio se realice, menor riesgo de sufrir depresión. Asimismo, quien ya la padece suele ser una persona sedentaria e inactiva.

Así pues, para que todos esos beneficios se puedan materializar, el ejercicio físico debe cumplir necesariamente una serie de requisitos en cuanto al tipo de actividad, nivel de intensidad, duración y frecuencia; pero posiblemente la condición más básica que ese programa de actividad debe cumplir para obtener unos resultados adecuados es la regularidad: está mucho más indicado el ejercicio regular que la práctica ocasional. Y se debe añadir a una higiene correcta, un estilo de vida ordenada, respetando los tiempos de descanso, una dieta sana, variada y equilibrada.

Todo ello se constituye como un factor importante a la hora de mejorar tanto la cantidad como la calidad de vida de las personas en general.

En definitiva, aquellas personas, ya fueran sedentarias o no previamente, que hacen actividad física regular, experimentan una mejora en su estado de ánimo debido, entre otras cosas, a las endorfinas. El deporte mejora el humor, las relaciones sociales, y nos ayuda a evitar la monotonía y es uno de los recursos más accesible para lograr bienestar físico y mental siendo un hábito adecuado para la prevención de enfermedades físicas o psíquicas. Solo con 30 minutos diarios de actividad física se pueden producir cambios sustanciales.

Dada la importancia de la práctica deportiva en la prevención de enfermedades

y la preservación de la salud, se han de unir esfuerzos para fomentar y promocionar el hábito deportivo, desde todos los ámbitos administrativos (Administración General, Comunitaria y Local) y categorías profesionales, tanto sanitarias como no sanitarias y desde la Atención Primaria a la Especializada y Hospitalaria.

Tras la Conferencia de Ministros europeos del Consejo de Europa celebrada en 1975, se acuña por primera vez en vía jurídica el término "Deporte para todos" que remarca su naturaleza global, y se desarrolla el nuevo sistema deportivo evolucionado hacia formas más participativas de entender el deporte como interés por parte de los poderes públicos: "Se entenderá por deporte todo tipo de actividades físicas que mediante una participación, organizada o de otro tipo, tengan por finalidad la expresión o la mejora de la condición física y psíquica, del desarrollo de las relaciones sociales o el logro de resultados en competiciones de todos los niveles".

La educación para la salud es un proceso educativo que tiene como finalidad responsabilizar a los ciudadanos en la defensa de la salud propia y colectiva. Es un instrumento de la promoción de salud y por tanto una función importante de los profesionales sanitarios, sociales y de la educación. Asimismo, la educación para la salud es una parte del proceso asistencial, incluyendo la prevención, el tratamiento y la rehabilitación.

En el contexto legislativo español son claras las referencias a la educación y promoción de salud. La Constitución en el artículo 43 reconoce el derecho a la protección de la salud y establece que los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria. Y la Ley 14/86 General de Sanidad declara que las actuaciones de las Administraciones Públicas sanitarias estarán orientadas: a la promoción de la salud y a promover el interés individual, familiar y social por la salud mediante la adecuada educación sanitaria de la población.

La LOGSE y posteriores leyes de educación establecen que la actividad educativa se dirige a una educación integral en conocimientos, destrezas y valores morales de los alumnos en todos los ámbitos de la vida, personal, familiar, social y profesional y determina unos objetivos de salud que se desarrollarán en Educación Infantil, Educación Primaria y Secundaria Obligatoria.

La Ley 31/95 de 8 de noviembre de Prevención de Riesgos Laborales establece un marco de promoción de salud en el lugar de trabajo. En su artículo 2º define los objetivos de la política de prevención de riesgos laborales que están dirigidos a la mejora de las condiciones de trabajo para mejorar la seguridad y salud de los

trabajadores mediante las normas reglamentarias y la mejora de la educación en materia preventiva.
Las políticas de salud tratan de reorientar los servicios sanitarios para responder de forma efectiva a las nuevas necesidades de salud de la sociedad. El papel de la promoción y educación para la salud es fundamental en el desarrollo de dichas políticas.

La promoción y educación para la salud deben responder de forma coherente a las diferentes necesidades de salud que se plantean en nuestras sociedades desarrolladas. Las áreas de intervención prioritarias (problemas de salud, estilos de vida y transiciones vitales), van a condicionar los objetivos y planteamientos de la formación, ya que son necesarios conocimientos, actitudes y habilidades para comprender y abordar estas necesidades en salud y los factores con ellas relacionados.

Los escenarios más importantes son los servicios sanitarios (atención primaria, especializada, salud mental y otros) y sociales, el medio escolar (Centros de educación infantil, primaria y secundaria, de personas adultas, universidades y otros) y laboral y el ámbito social (entidades sociales, tejido asociativo…). La finalidad de la formación es la capacitación de profesionales de todos los sectores implicados para llevar a cabo los diferentes tipos de intervención en promoción y educación para la salud desde los diferentes escenarios o ámbitos de intervención.

La práctica de la promoción y educación para la salud exige un reconocimiento y asunción del papel que juegan los diferentes profesionales socio-sanitarios implicados en su desarrollo, estas funciones son:
• Desarrollar un rol educativo que le permita analizar necesidades, definir objetivos compartidos, seleccionar las estrategias más adecuadas y realizar el seguimiento y evaluación de los procesos educativos.
• Ser capaz de identificar y comprender las necesidades en salud desde una perspectiva biopsicosocial y de salud positiva.
• Ser capaz de trabajar en equipo para desarrollar iniciativas de promoción de salud y saber reconocer la complementariedad de la multiprofesionalidad.
• Desarrollar capacidades de comunicación en relación con otros profesionales, la comunidad con la que trabaja y con los gestores y directivos de su institución.
• Tener capacidad para negociar objetivos y estrategias de promoción de salud, saber tomar decisiones conjuntamente y buscar la implicación y la participación de los colectivos interesados.
• Desarrollar un enfoque capacitante, en relación con los usuarios y no profesion-

ales, que facilite el empoderamiento de los grupos y colectivos interesados.
• Capacidad para programar intervenciones sostenibles y realistas al contexto social e institucional donde se desarrollan.
• Desarrollar una cultura de mejora continua de la promoción de salud integrando los modelos de buena práctica y los sistemas de evaluación en las intervenciones de promoción de salud.
• Asesorar y desarrollar la abogacía en favor de la salud tanto a nivel local como institucional.
• Capacitarse para el trabajo intersectorial: compartir distintos lenguajes, espacios, organizaciones, puntos de vista distintos y complementarios en programas y planes de corresponsabilidad compartida.

5 Discusión-Conclusión

La promoción de la salud, como un nivel necesario de la atención integral, es imprescindible para una respuesta eficaz a los problema de salud de origen social. La educación para la salud es un instrumento necesario para cada uno de los niveles de atención, también y sobre todo de la promoción de la salud.

En las dos últimas décadas del siglo xx se han producido de forma acelerada transformaciones importantes en la estructura y organización familiar que han hecho que a los problemas tradicionales se sumen otras situaciones y problemas, que de hecho conducen a enfermedades prevalentes y que tienen como base las relaciones entre las personas y de éstas con su entorno. Las respuestas a estas últimas situaciones exigen una intervención más integral en las que, la prevención que afecta a los hábitos y la promoción de la calidad de vida, son factores esenciales.

El primer grupo centrado en las enfermedades, está más relacionado con la labor sanitaria, más vinculada con la visión sectorial de los servicios y cuyo avance hoy se relaciona con la calidad asistencial y la innovación tecnológica. Los otros problemas de salud, más relacionales y de influencia social, precisan de la participación de varios sectores (intersectorial) y exigen un abordaje más integral.

La promoción de la Salud constituye hoy un instrumento imprescindible y una estrategia básica en la respuesta a los problemas y situaciones de salud más relacionales, no sólo por su condición de problema o enfermedad sino por la obtención de un nivel de salud compatible con una buena calidad de vida, con la satisfacción y el disfrute; en definitiva la promoción es una herramienta que hay que incorporar en la atención integral a los problemas de salud. Para ello es nece-

sario además de un cambio de actitudes en los decisores y planificadores de la salud, el consecuente arrastre de políticas y recursos que apuesten realmente por esta opción.

Pero ello tiene que ir seguido de la sensibilización y capacitación técnica correspondiente que haga posible la promoción de la salud de los individuos, la familia, los colectivos sociales y por último las comunidades, para que sean éstos actores por ellos mismos y se responsabilicen en la solución de los problemas, conjuntamente con las organizaciones e instituciones públicas de los distintos sectores implicados.

Nuestra salud dependerá finalmente de nuestra implicación individual y colectiva, de nuestra situación familiar y cultural, así como de nuestra disponibilidad de recursos; además del nivel institucional que asegura la salud pública de los distintos pueblos. Así la formación en promoción, se realiza desde la certeza de desarrollar las capacidades de un instrumento imprescindible en las respuestas a los problemas de salud de nuestra sociedad.

Los requisitos para realizar una intervención de calidad en promoción de salud son: disponer de recursos apropiados, la formación del personal y una cultura de mejora de la calidad en la organización promotora de la iniciativa.

La formación es un elemento esencial para el desempeño, correcto y eficaz, de un ejercicio profesional de calidad; sin ella difícilmente se pueden plantear objetivos profesionales para resolver un problema o satisfacer una necesidad. De la misma manera, para el desarrollo de la promoción de salud y la práctica de la educación para la salud, es imprescindible, incluso un condicionante, disponer de una formación suficiente y de calidad, coherente con las funciones y el papel de los profesionales.

6 Bibliografía

- Julio de la Morena Garzón. Médico Especialista en Medicina de la Educación Física y el Deporte. Unidad de Medicina del Deporte. Hospital Universitario Sanitas La Moraleja.
- Ignacio Jiménez Soto EVOLUCIÓN Y CONFIGURACIÓN DE LOS SERVICIOS DEPORTIVOS LOCALES. UN ACOTAMIENTO.
- Promoción de la salud MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO.
- La Constitución, artículo 43.

- Ley 14/86 General de Sanidad.
- Ley 31/95 de 8 de noviembre de Prevención de Riesgos Laborales.
- Revista Lilacs, sección Medicina Preventiva y Salud Pública, guías de Práctica Clínica.

Capítulo 1379

AGRESIONES EN EL ÁMBITO SANITARIO

ADRIÁN SÁNCHEZ LÓPEZ

ANA ISABEL GARCÍA CASTRO

1 Introducción

En los últimos años los profesionales de instituciones sanitarias se enfrentan a agresiones en sus puestos de trabajo, una problemática que lejos de extinguirse continúa siendo un fenómeno que conlleva consecuencias, tanto a nivel psicológico como a nivel físico de los profesionales, como para la calidad de los servicios afectados y la relación entre trabajador y usuario.

La OMS y la OZT ponen en evidencia que el 25% de la violencia en el lugar de trabajo hace referencia al ámbito sanitario y que alrededor del 50% de los trabajadores sanitarios han recibido algún tipo de experiencia violenta durante el ejercicio de si profesión.

2 Objetivos

- Analizar los datos de incidencia.
- Describir un protocolo de actuación en la prevención y manejo ante una situación de riesgo o agresión a los trabajadores.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Las cifras que se manejan en le ámbito sanitario son cuanto menos preocupantes.

Un estudio de investigación del 2012 pone de manifiesto que el 52% de agresiones tiene lugar en las unidades de psiquiatría, seguida de un 29% de hospitalización y con un 14% urgencias. Alarma el dato de un 80% es agresión física y el colectivo más afectado con un 74% es enfermería seguido de facultativos y celadores. El 85% proceden de usuarios mientras que el 15% restante son generados por familiares.

Otro estudio más reciente (2018), demuestra que el 69% son agresiones verbales, frente al 25% de agresiones físicas y un 6% amenazas.

El 52% de las agresiones provienen de los familiares del paciente frente al 42% de los propios usuarios.
Los profesionales más afectados son con un 38% enfermeras, frente a un 28% celadores y otros. Un 44% ocurre en Atención Primaria frente al 53% en especializada. Solo un 8% son denuncias judiciales (agresiones físicas y amenazas).

Ante dicha situación descrita, es necesario una modificación del Código Penal con la intención de prevenir y endurecer las consecuencias. Por ello, en 2015 el Código Penal se modifica de forma que desde entonces se considerará que aquellas agresiones, amenazas y violencia dirigidas a los trabajadores que están en ejercicio de su profesión en el ámbito de la asistencia sanitaria serán tipificadas como delito de atentado a la autoridad con penas de 1 a 4 años y multa de 3 a 6 meses.

Una de las medidas básicas y esenciales es la prevención y evitar el conflicto, para ello:
- Evitar expresiones negativas y emplear lenguaje positivo.

- Usar un lenguaje próximo, natural y no técnico.
- Considerar que cada paciente es único.
- Mostrar escucha activa.
- Manifestar empatía, interés y evitar perjuicios.

Pero si nos encontramos ante una situación de riesgo, tomaremos una de las siguientes opciones:
- Abandonar el espacio físico en el que nos encontramos.
- Buscar ayuda de compañeros o del vigilante de seguridad.
- Consultar si precisa asistencia sanitaria. Comunicar el incidente al responsable del centro, próximo superior o jefe de guardia. Cumplimentar el parte de accidente de trabajo (PAT). Contactar con SPRL.
- Denunciar.

5 Discusión-Conclusión

Los datos que hemos recogido pone en evidencia un cambio en el tipo de agresiones que sufre el personal del ámbito sanitario, sobre todo con el endurecimiento del Código Penal, de forma que las agresiones físicas han disminuido notablemente, en detrimento de las agresiones verbales.

En ambos estudios revelan que los colectivos más afectados son aquellos que están en primera línea de asistencia.
Pero un dato llamativo mantenido en el tiempo es la falta de denuncias por parte de los profesionales, es necesario prestar especial atención a este dato porque muestra que los datos recogidos no muestran un reflejo fiel de la realidad, es imprescindible informar a los trabajadores en la importancia de denunciar para determinar las situaciones de mayor riesgo y poder así prevenirlas o tomar las medidas que sean necesarias para evitar que el trabajador tenga que sufrir situaciones peligrosas.

Establecer un protocolo de actuación. ayuda al trabajador a saber cómo tiene que actuar y poder manejar la situación de la mejor manera posible.

Para concluir, los datos evidencian que aún queda un largo recorrido para erradicar la violencia laboral en el ámbito sanitario.

6 Bibliografía

- http://www.example.com/que-es/93-generales/224-informe-de-las-agresiones-en-el-ambito-sanitario
- https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-sobre-las-agresiones-profesionales-sanitarios-S0212656715002681
- https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4327622
- https://zaguan.unizar.es/record/70832?ln=es

Capítulo 1380

COMO PREVENIR EL TÚNEL CARPIANO EN AUXILIARES ADMINISTRATIVOS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA.

MARIA DEL MAR MARINA LÓPEZ

MARIA ANGELES FERNÁNDEZ SEIZ

MARÍA LUZ GONZÁLEZ ÁLVAREZ

SANDRA ARCE RODRÍGUEZ

PILAR MÁRQUEZ IGLESIAS

1 Introducción

El Síndrome del Túnel Carpiano o conocido como Parálisis tardía del Nervio mediano, es una lesión compresiva de dicho nervio. Es una molestia que se caracteriza por afectar las dos manos pero puede ser unilateral, es más natural en mujeres entre las décadas cuarta y sexta de la vida y es más habitual en la mano dominante.

Su iniciación laboral se produce como resultado del desarrollo de tareas que requieren movimientos repetidos o mantenidos de hiperextensión e hiperflexión de la muñeca o de aprehensión de la mano.

Es más habitual en personas cuyos trabajos requieren sostener o sujetar con la muñeca doblada. De entre Las personas en peligro se incluyen a las que utilizan como instrumento esencial las computadoras en sus puestos de trabajo.

Algunos síntomas del síndrome del túnel carpiano incluyen:

• Entumecimiento u hormigueo en la mano y los dedos, principalmente el pulgar, el índice y el dedo medio.
• Dolor en la muñeca, la palma o el antebrazo.
• Más insensibilidad o dolencia durante la noche que durante el día. El malestar puede ser tan fuerte que hace que se despierte.
• Dolor que aumenta cuando utiliza más la mano o la muñeca.
• Problema para sujetar objetos, tales como el volante de un automóvil.
• Debilidad en el dedo pulgar.

No espere hasta poseer síntomas para adquirir medidas preventivas. Aumente su toma de conciencia relacionado a cómo usa las manos y los equipos a lo largo del día y haga algunos cambios. Muchas clases de actividades diferentes pueden producir síndrome del túnel carpiano.

Medidas preventivas que se aconsejan emplear para la vida cotidiana:

• Mantenga las muñecas derechas o solo levemente flexionadas. Evite actividades en las que tenga que flexionar o doblar las muñecas por largos períodos de tiempo.
• Realice descansos frecuentes de escribir en un teclado u otras actividades repetitivas para estirar las manos y las muñecas.
• Evite producir movimientos repetitivos (martillar, utilizar el teclado, tejer, coser mantas, barrer, rastrillar, realizar deportes con raqueta, remar) por largos períodos de tiempo sin descansos.
• Evite mantener objetos en una postura por tiempo prolongado (mantener un libro o jugar a las cartas).
• Preste observación a cómo sujeta las cosas. Agarrar los objetos solo con los dedos pulgar e índice puede causar tensión en la muñeca. Siempre que sea viable, utilice toda la mano para empuñar un objeto.
• Reduzca la velocidad y la fuerza de movimientos repetitivos con la mano.
• Al trabajar con herramientas que vibran (taladros, lijadoras), use guantes primordialmente diseñados con soporte para la muñeca y fabricados con almohadillas para absorber la vibración. Realice descansos frecuentes y cambie de mano a

menudo.
• Interrumpa cualquier labor que piense que puede estar causándole entumecimiento y malestar. Si sus síntomas mejoran cuando deja de realizar alguna actividad, retome esa actividad gradualmente. A medida que lo hace, mantenga las muñecas derechas o flexionadas solo ligeramente.

Medidas específicas de prevención para el puesto de trabajo de auxiliar administrativo:

El montaje correcto desde el punto de vista ergonómico de una terminal de trabajo y de la posición es trascendental para no desarrollar este tipo de enfermedad. Pero en especial el uso de una almohadilla para las muñecas en la soporte del teclado le beneficia a mantener las muñecas en una postura neutra casi recta durante breves descansos del uso del teclado. Las almohadillas para muñecas no están diseñadas para usarse al teclear. Sin embargo, algunas personas consideran útiles las almohadillas inclusive cuando están usando el teclado o el ratón.

Cuando usted teclee o use el ratón, pruebe a elevar los antebrazos un poco, para que las muñecas se encuentren en una postura neutra y los brazos y las manos puedan moverse libremente. Si tiene apoyabrazos en la silla, cabe la posibilidad de que pueda ajustarlos para que los antebrazos estén paralelos al suelo y las muñecas estén en posición neutra. Podría convenirle alternar entre suspender las muñecas sobre las almohadillas y levantarlas. Si usa una almohadilla para muñecas, es preferible descansar la palma o la base de la mano sobre la almohadilla, en lugar de la muñeca. Muchas personas obtienen buenos resultados al utilizar un teclado dividido en forma de V. Si es accesible, pruebe uno durante al menos una semana. Un modo podría funcionar conveniente para usted, mientras que otro no.

Otras recomendaciones:

Si usted observa que tiene síntomas del túnel carpiano y además tiene problemas para ejercitar las muñecas para que se mantengan derechas, trate de utilizar tablillas (férulas) para obtener mejoría temporal. Las tablillas para la muñeca no están pensadas para que se utilicen durante largos periodos de tiempo. Sin embargo, si las usa cada vez que duerme, esto puede ayudarle a manejar el síndrome del túnel carpiano a largo tiempo.

Otra manera de prevenir el síndrome del túnel carpiano es atreves de los ejercicios, que al mismo tiempo podrían ayudar a calmar el dolor y incrementar su arco

de movilidad. Su médico o terapeuta físico le puede apuntar con qué continuidad necesita hacer los ejercicios.

Los más recomendados son los siguientes:

Extensión de los dedos: Junte el pulgar y el resto de sus dedos. Manténgalos rectos. Coja una goma elástica y colóquela alrededor de los dedos y pulgar. Separe los dedos. Más tarde júntelos poco a poco sin consentir que la goma elástica se caiga.

Estiramiento del flexor de la muñeca: Mantenga el brazo recto. coja sus dedos con la otra mano. Poco a poco doble los dedos hacia atrás (con la palma hacia afuera) hasta que sienta un estiramiento en la muñeca. Sostenga está postura por 10 segundos.

Estiramiento del extensor de la muñeca: Mantenga el brazo derecho. coja sus dedos con la otra mano. Poco a poco doble los dedos y la mano hacia abajo (con la palma hacia usted) hasta que siente el estiramiento arriba de la mano. Sostenga está postura por 10 segundos.

Rotación de la muñeca sin usar pesas: Siéntese en una silla con su antebrazo apoyado encima de su muslo o sobre una mesa. Con la palma de su mano hacia abajo, flexione la muñeca 3 pulgadas hacia arriba y posteriormente bájela poco a poco. Voltee el antebrazo y repita con la palma hacia arriba.

Encogimiento de hombros: Permanezca con los brazos a los lados. Levante sus hombros hacia sus oídos y manténgalos durante 1 segundo. Posteriormente mueva sus hombros hacia atrás, como si fuera a unir los omóplatos. Mantenga esta postura durante 1 segundo. Más tarde relaje los hombros.

Estos hábitos unidos junto a la prevención, diagnóstico y un tratamiento temprano, cuidándose, llevando un estilo de vida saludable, dieta mediterránea, no fumar, no beber alcohol y no practicar una vida sedentaria, sería el procedimiento más eficaz. Sin embargo no siempre podemos evitarlo. Un diagnóstico precoz a veces evitaría mayores complicaciones.

2 Objetivos

Prevenir la enfermedad del túnel carpiano en los auxiliares administrativos en atención primaria, ya que son profesionales que utilizan el ordenador durante

largos periodos de tiempo. Si conjuntamente se advierten en ellos las siguientes enfermedades: hipotiroidismo, diabetes, artritis reumatoide, obesidad, alcoholismo, malnutrición, falta de Vitamina B12 (gastritis crónica, gastrectomía), gota, menopausia, adelgazamiento intenso rápido. Son más vulnerables para que los nervios se debiliten y que por origen de ello aparezca el síndrome del túnel carpiano.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Bibliografía

- https://www.insst.es/documents/94886/361599/DDC-TME-07.+S%C3%ADndrome+del+T%C3%BAnel+Carpiano+A%C3%B1o+2012.pdf/717cad21-3bd5-4c8f-af03-ffdb74d77534
- https://www.insst.es/documents/94886/375206/Folleto+-+El+s%C3%ADndrome+del+t%C3%BAnel+carpiano
- https://www.drugs.com/cg_esp/ejercicios-para-el-s%C3%ADndrome-del-t%C3%BAnel-carpiano.html
- https://www.larazon.es/familia/cual-es-el-objetivo-de-la-medicina-preventiva-MB22450738/
- https://www.northshore.org/healthresources/encyclopedia/encyclopedia.aspx?DocumentHwid=tn9041&Lang=es-us
- https://es.familydoctor.org/condicion/sindrome-del-tunel-carpiano/

Capítulo 1381

EL DERECHO A LA INTIMIDAD DE LOS PACIENTES Y LA PROTECCIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

MARÍA JESÚS GARCÍA RODRÍGUEZ

1 Introducción

Podemos definir el derecho a la intimidad como la facultad que la ley reconoce a una persona para que su vida intima sea respetada y que sus actos no sean objeto de observación a efectos de que nadie pueda entrometerse en la existencia ajena publicando, divulgando o difundiendo cualquier dato personal y perturbando de cualquier modo su intimidad. Este derecho debe ser preservado desde dos aspectos: la confidencialidad o protección de los datos relativos a la salud del paciente y la protección de la intimidad personal que tiene su punto de partida en la intimidad corporal.

En este capitulo nos referimos al derecho a la intimidad en el aspecto de la confidencialidad y la protección de los datos contenidos en la historia clínica del paciente, que se define como el conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial.

El derecho a la intimidad tiene el rango de derecho fundamental en la Constitución Española y se encuentra protegido por la Ley Orgánica 1/1982, de 5 de mayo, de Protección Civil del Derecho al Honor, a la Intimidad Personal y Familiar y a la Propia Imagen. Además, tanto la Ley General de Sanidad, como la Ley de

Autonomía del Paciente, establecen el derecho a la intimidad como uno de los derechos esenciales de los ciudadanos en relación a la atención sanitaria.

Por otra parte, la Ley Orgánica de Protección de Datos 15/1999, tiene como objetivo principal, regular el tratamiento que se debe dar a los datos de carácter personal, reforzando con ello la garantía y protección de los derechos fundamentales de las personas físicas, y especialmente su derecho al honor, intimidad personal y familiar y a la propia imagen, recogidos en el artículo 18 de nuestra Constitución. Dicho artículo también garantiza el secreto de las comunicaciones y, en especial, de las postales, telegráficas y telefónicas, salvo resolución judicial. Además, nos dice que la ley limitará el uso de la informática para garantizar el honor y la intimidad personal y familiar de los ciudadanos y el pleno ejercicio de sus derechos.

La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, fija básicamente su atención en el establecimiento y ordenación del sistema sanitario desde un punto de vista organizativo. Destaca la voluntad de humanización de los servicios sanitarios y mantiene el máximo respeto a la dignidad de la persona y a la libertad individual. Además, declara que la organización sanitaria debe permitir garantizar la salud como derecho inalienable de la población mediante la estructura del Sistema Nacional de Salud, que debe asegurarse en condiciones de escrupuloso respeto a la intimidad personal y a la libertad individual del usuario, garantizando la confidencialidad de la información relacionada con los servicios sanitarios que se prestan y sin ningún tipo de discriminación. Esta ley dedica su capitulo III al derecho a la intimidad, citando: "Toda persona tiene derecho a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud, y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización amparada por la Ley.

Los centros sanitarios adoptarán las medidas oportunas para garantizar los derechos a que se refiere el apartado anterior, y elaborarán, cuando proceda, las normas y los procedimientos protocolizados que garanticen el acceso legal a los datos de los pacientes."

La historia clínica es uno de los documentos personales de contenido más comprometedor y sin embargo es manejada por multitud de profesionales, todos ellos sujetos al deber de confidencialidad. El legislador ha entendido que los datos de salud, junto con otros frecuentemente presentes en los historiales: hábitos sexuales, características raciales, creencias religiosas, son informaciones particularmente sensibles y por ello especialmente protegidas.

Cuatro de los siete principios básicos de la Ley 41/2002 están relacionados con la información y la documentación clínica:
1.La dignidad de la persona humana, el respeto a la autonomía de su voluntad y a su intimidad orientarán toda la actividad encaminada a obtener, utilizar, archivar, custodiar y transmitirla información y la documentación clínica.
2.Los pacientes o usuarios tienen el deber de facilitar los datos sobre su estado físico o sobre su salud de manera leal y verdadera, así como el de colaborar en su obtención, especialmente cuando sean necesarios por razones de interés público o con motivo de la asistencia sanitaria.
3.Todo profesional que interviene en la actividad asistencial está obligado no sólo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los deberes de información y de documentación clínica, y al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente.
4.La persona que elabore o tenga acceso a la información y la documentación clínica está obligada guardar la reserva debida.

El derecho a que se respete el carácter confidencial de los datos lleva aparejada la obligación, por parte de todos aquellos que hayan tenido conocimiento de ellos, de no revelarlos sin el consentimiento de su titular, salvo que nos encontremos en alguna de las situaciones previstas en la ley que justifiquen el levantamiento de la confidencialidad porque se trate de proteger otros bienes jurídicos (la salud de terceros o de la colectividad, protección de menores o incapaces, etc.). Este deber de guardar la debida reserva y confidencialidad de la información es lo que se conoce como obligación de secreto profesional.

2 Objetivos

Los objetivos básicos de acuerdo con la intimidad del paciente se basan en ofrecer una garantía a los pacientes sobre la seguridad de los ficheros y el deber de secreto profesional por parte de todos los trabajadores que tengan acceso por uno u otro motivo a ellos.
- El sistema sanitario es quien debe garantizar esa seguridad de la información, es decir su integridad, disponibilidad y confidencialidad. Esto significa que los datos no se pierdan, que nadie pueda robarlos o manipularlos, que estén accesibles y que sólo sean consultados por las personas involucradas en la tarea asistencial a través de claves personales que permitan registrar los accesos y realizar auditorías.
- Las administraciones sanitarias establecerán los mecanismos que garanticen la

autenticidad del contenido de la historia clínica y de los cambios operados en ella, así como la posibilidad de su reproducción futura.
- La mejora de la intimidad de los pacientes en el ámbito sanitario pasa por la incorporación de pautas de comportamiento de los profesionales.

3 Metodología

Se ha realizado una investigación consistente en revisión bibliográfica de la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de las leyes que conciernen al tema seleccionado y también se han consultado artículos de las principales bases de datos: Scielo, Medline, seleccionando artículos científicos precedentes de publicaciones académicas revisada.

4 Resultados

El derecho a la intimidad y confidencialidad se complementa con otro derecho fundamental de la persona que es el derecho a la protección de datos. Este derecho no sólo trata de garantizar un ámbito de protección específico, sino también un poder de control sobre los datos personales a su titular.

La Agencia Española de Protección de Datos, dependiente del Gobierno de España, recoge los puntos más relevantes de la normativa de protección de datos orientados al personal sanitario y administrativo de los centros, con el objetivo final de elevar el nivel de cumplimiento y generar confianza en las actuaciones de las instituciones sanitarias tanto en el ámbito asistencial como en el de la investigación y ofrece diez claves para el tratamiento confidencial de los datos:
1. Trata los datos de los pacientes como querrías que tratasen los tuyos.
2. ¿Estás seguro de que tienes que acceder a esa historia clínica? Piénsalo. Solo debes acceder si es necesario para los fines de tu trabajo. En este punto, además, el Colegio de Médicos te recuerda que no debes acceder a tu historia clínica ni de tus familiares o conocidos.
3. Recuerda: tus accesos a la documentación clínica quedan registrados en el sistema. Se sabe en qué momento y a qué información has accedido. Los accesos son auditados posteriormente.
4. Evita informar a terceros sobre la salud de tus pacientes, salvo que estos lo hayan consentido o tengas una justificación lícita.
5. Cuando salgas del despacho, asegúrate de cerrar la sesión abierta en tu ordenador. No facilites a nadie tu clave y contraseña; si necesitas un acceso urgente,

contacta con el departamento de informática.
6. No envíes información con datos de salud por correo electrónico o por cualquier red pública o inalámbrica de comunicación electrónica; si fuera imprescindible, no olvides cifrar los datos.
7. No tires documentos con datos personales a la papelera; destrúyelos tú mismo o sigue el procedimiento implantado en tu centro.
8. Cuando termines de pasar consulta, cierra con llave los armarios o archivadores que contengan documentación clínica.
9. No dejes las historias clínicas a la vista sin supervisión.
10. No crees, por tu propia cuenta, ficheros con datos personales de pacientes; consulta siempre antes con el departamento de informática.

Se debe de tener claro que se vulneran derechos siempre que se accede a los datos personales sin estar autorizado, ya sea porque se entra en una base de datos informatizada o se consulta la documentación en soporte papel, y que, igualmente, se vulneran cuando se revelan los datos del paciente sin estar autorizado, tanto si se conocen porque el propio paciente nos los ha facilitado o de cualquier otra forma legítima, como si han sido conocidos sin estar autorizado. También se vulneran estos derechos cuando se permiten accesos no autorizados o no se adoptan las medidas necesarias para protegerlos.

La responsabilidad que puede llevar aparejada la vulneración de estos derechos puede ser administrativa, civil, penal y, en su caso, deontológica y, por tanto, concretarse en sanciones administrativas, en una indemnización exigida por vía civil e incluso, si la infracción es constitutiva de delito, en la imposición de una pena que lleve aparejada prisión e inhabilitación.

El Código Penal contempla varios delitos contra la intimidad y contra la libertad informática. Así, se tipifica como delito la divulgación de los secretos de otra persona por parte de los profesionales sanitarios y la revelación de los secretos ajenos por razón del oficio o relaciones laborales. Por tanto, se castiga a los profesionales sanitarios por la revelación de datos y paralelamente el quebrantamiento del deber de secreto, siempre que lo hagan sin causa justa. Pero, junto a ello, también se castiga a cualquier persona que, sin ser profesional sanitario, realice otras labores (de tipo administrativo, de apoyo técnico o cualquier otra) que vulnere la intimidad de los pacientes revelando datos de carácter personal de los mismos.

Asimismo, puede derivarse responsabilidad penal porque sin autorización se proceda al acceso, utilización o modificación de datos reservados de carácter personal o familiar que se hallen registrados en ficheros o soportes informáticos,

electrónicos o telemáticos, o en cualquier otro tipo de archivo o registro público o privado. Este delito se agrava cuando se trata de datos de salud u otros especialmente sensibles como pueden ser la ideología, la religión, la orientación sexual, etc.

5 Discusión-Conclusión

- La intimidad y la privacidad durante la asistencia sanitaria son valores cada vez más apreciados por el ciudadano y así ha quedado reflejado en las últimas encuestas de satisfacción de usuarios. Existe una mayor concienciación social sobre la importancia de la intimidad del paciente.
- La relación con los pacientes deberá estar presidida por una mutua y leal colaboración, así como por las reglas de la buena fe. Cada trabajador debe de ser consciente de que los datos personales que maneja no le pertenecen y, por tanto, tiene la responsabilidad de hacer un uso correcto de los mismos.
- El ordenamiento jurídico protege de manera fehaciente la intimidad/confidencialidad de los pacientes y su información clínica e imponen sanciones y penas muy duras a quien vulnere estos derechos fundamentales.

6 Bibliografía

1. Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
2. Decálogo de protección de datos para el personal sanitario y administrativo.
3.Calero Romero, María del Rocío; Ramos Pareja, Elisa. La intimidad del paciente, un reto para los cuidados enfermeros. Evidentia. 2017; vol. 14. www.scielo.es
4. Ley Orgánica de Protección de Datos 15/1999.
5. Constitución Española de 1978.

Capítulo 1382

RIESGOS PSICOSOCIALES QUE REPERCUTEN EN EL ESTRÉS LABORAL DEL AUXILAR ADMINISTRATIVO

ANA ISABEL LORENZO BRA

BÁRBARA PÈREZ GARCÍA

RAQUEL GOMEZ CRIBEIRO

1 Introducción

Los primeros en realizar estudios sobre el estrés, fueron Canon (1931) y Seyle (1936). Con sus trabajos, demostraron la existencia de la relación entre el estrés, los factores psicosociales y diversas enfermedades y trastornos de la salud. (Canon, 1931) (Seyle, 1936). Estos factores psicosociales existen desde tiempos inmemoriales, pero es a partir de la última década cuando comienzan a realizarse investigaciones de sobre ello, debido al reconocimiento de su importancia.

Así el Comité Mixto OIT y OMS habla de los factores psicosociales laborales como aquellos relacionados con el trabajo, el contexto en el que se realiza, el bienestar laboral y la forma en que se organiza por una parte y por la otra, las aptitutes del trabajador, sus necesidades, su modo de vida, sus costumbres y su situación personal fuera del trabajo, todo ello a través de apreciaciones y vivencias que inciden en la salud y el rendimiento. (Comité Mixto OIT y OMS, 1984). Cox y Griffiths, definen los riesgos psicosociales como "aquellas peculiaridades de la

creación, organización, administración y coordinación del trabajo así como de su ámbito social y contextual que tienen capacidad para ocasionar perjuicios tanto físicos, como sociales e incluso psicológicos en los empleados". (Cox y Griffiths, 1995)

En España no se encuentra ninguna base legal sobre los factores psicosociales de riesgo hasta el año 1997 en el que se aprueba el Real Decreto 39/1997, de los Servicios de Prevención (modificado por R.D. 780/1998). En su anexo VI, se describe la formación precisa para el Técnico Superior en Prevención de Riesgos Psicosociales, se expone como una de las especialidades de la Ergonomía y Factores Psicosociales. La Organización Internacional del Trabajo reconoce que se trata de un tema complicado y difícil de interpretar pues afirman que los factores psicosociales simbolizan el conjunto de las percepciones y vivencias del empleado y engloban muchos aspectos. (OIT p.3, 1986). Los riesgos psicosociales y el estrés laboral se hallan entre los problemas que más conflictos suscitan en el ámbito de la seguridad y la salud en el trabajo. Estos riesgos, influyen de forma considerable en la salud de las personas, así como a la estructura de las organizaciones e incluso a la economía nacional. (Agencia Europea de Seguridad y Salud en el Trabajo, 2007)

No todos los factores psicosociales son considerados de riesgo, es decir, hablamos de riesgos psicosociales cuando nos referimos a aquellos factores psicosociales cuyas características relacionadas con las condiciones de trabajo y, sobre todo, con su organización, afectan a la salud de las personas a través de mecanismos psicológicos y fisiológicos. (Moncada, Serrano, Kristensen y Martínez, 2005).
Estar expuesto a factores psicosociales de riesgo en el trabajo ha provocado que esto se convierta en una de las principales causas de absentismo laboral por motivos de salud, y se ha vinculado fundamentalmente con las enfermedades cardiovasculares, desórdenes de la salud mental y de problemas en fibras musculares. También se ha relacionado con muchas otras alteraciones y con algunos comportamientos perjudiciales para la salud como el hábito de fumar, el consumo de alcohol, drogas y el sedentarismo. (Generalitat de Catalunya, 2015)

Los conceptos de riesgos psicosociales y de estrés en el trabajo, van unidos de la mano, por lo que podemos definir el estrés como la respuesta emocional, cognitiva, fisiológica y de comportamiento que ejerce nuestro cuerpo cuando se enfrenta a cuestiones negativas referentes al trabajo, a su organización o al ambiente laboral. Esta situación se singulariza porque nos encontramos sobreexcitados o angustiados, normalmente acompañada de la sensación de no poder seguir

adelante. (Comisión Europea, 2000)

La EU-OSHA realizó una encuesta para conocer la opinión de los trabajadores a cerca de este tema en la cual resultó que aproximadamente la mitad de los trabajadores creen que el estrés relacionado con el trabajo es habitual en su ámbito laboral. Algunas de los motivos más frecuentes mencionados como provocación del estrés laboral, están la reorganización en el trabajo o la inseguridad en el puesto, trabajar muchas horas o tener demasiado trabajo, así como el acoso y la violencia laboral. (Agencia Europea de Seguridad y Salud en el Trabajo, 2007)

Podemos llegar a la conclusión de que los factores psicosociales del trabajo pueden afectar a la salud laboral, tanto positiva como negativamente. Cuando tales condiciones afectan positivamente, facilitan el trabajo, favorecen el desarrollo de las competencias personales laborales y mejora la satisfacción laboral, aumenta la productividad y el trabajador se encuentra más motivado. (Moreno y Báez, 2010). En cambio, cuando los factores psicosociales provocan respuestas de descontento, tensión y estrés y afectan negativamente a la salud y el bienestar del trabajador, pasan a ser factores psicosociales de riesgo. (Benavides, 2002). Estos riesgos se ponen de manifiesto mediante problemas de salud con consecuencias desagradables para los trabajadores y como consecuencia, para la organización empresarial al verse afectado su sistema de gestión y su productividad.

2 Objetivos

Este documento, tiene por objeto realizar un estudio sobre los riesgos psicosociales que repercuten en el estrés laboral del personal administrativo, identificar dichos riesgos y mostrar la importancia que tienen para nuestra salud, de forma que se puedan prevenir las enfermedades relacionadas con el estrés laboral como lo son los trastornos mentales, problemas cardiovasculares, músculo esqueléticos, sociales y de organización.

3 Metodología

Los antecedentes conocidos en el momento previo a la investigación están basados en diversas literaturas consultadas de forma personal, las cuales ahondaban a diferentes niveles en investigaciones de sectores de todo tipo:

- Para alcanzar los objetivos marcados se ha realizado una revisión bibliográfica siguiendo una metodología formal en diversas bases de datos como Pubmed, Di-

alnet y Scielo, así como en Google Académico, sin hacer restricción de la fecha de la búsqueda ni respecto al tipo de estudio. Los descriptores utilizados han sido: Psicosociología aplicada; Riesgos psicosociales; Estrés; Prevención de riesgos; Seguridad y salud en el trabajo.

- Se han referenciado las distintas fuentes utilizadas para que otras personas interesadas en nuestro estudio puedan realizar una búsqueda de información más detallada.

- De la misma forma, las referencias seleccionadas han sido evaluadas con el fin de que aporten la calidad editorial exigida en cualquier estudio científico. Se han descartado por tanto fuentes no revisadas por comités científicos y publicaciones a título individual, ya que no se puede garantizar la fiabilidad de su contenido.

4 Resultados

A lo largo de nuestra vida, dedicamos la mayor parte del tiempo al trabajo, por lo que podemos afirmar que forma un papel básico y fundamental en la vida de todos los individuos, ya que nos permite satisfacer nuestras necesidades gracias a la remuneración económica y por su correlación con otros ámbitos de la vida.

Las empresas, en la actualidad y por lo general, no tienen una excesiva problemática para aprobar medidas en materia de salud laboral en los aspectos físicos, ambientales y de seguridad, pero es diferente si nos fijamos en aspectos como el riesgo psicosocial; sin embargo, la tendencia actual y las nuevas formas de filosofía de vida que se están implantando en la sociedad tienden a decantarse por crear un buen ambiente laboral, es una de las estrategias que, poco a poco, se van introduciendo en las empresas, buscando un mayor prestigio en la reputación externa e interna con la valoración de sus propios empleados.

Es debido a este aspecto, que surgen los riesgos psicosociales que pueden perjudicar la salud de los trabajadores por medio del estrés, que en periodos extensos en el tiempo puede derivar en la aparición de afecciones al sistema coronario, cardiovascular, respiratorio, inmunitario, gastrointestinal, dermatológico, endocrino y enfermedades músculo esqueléticas y mentales. Estos problemas se manifiestan en consecuencias para los trabajadores tal como se acaba de mencionar y en consecuencias perjudiciales para la empresa, tanto a nivel de gestión como a nivel de producción.

Si dividimos gramaticalmente la palabra psicosocial, podemos entender su ori-

gen, la primera parte "psico" se refiere a que nos afectan a través de la mente (psique) y la segunda parte "social" se refiere a su origen ya que es causada por las características de la organización del trabajo. Por tanto, podemos definir los riesgos psicosociales, como aquellos que a pesar de afectar a nuestra salud mental, no parten de una alteración individual, ni de personalidad o que responda a circunstancias personales, sino que tienen su origen en las condiciones laborales, específicamente aquellas relacionadas con la organización del trabajo, realización de la tarea o incluso con el entorno, y que además, tienen la capacidad de afectar al desarrollo del trabajo y a la salud de los trabajadores. Actualmente, los riesgos psicosociales son una de los principales motivos de enfermedades y de bajas laborales.

Los efectos sobre la salud que plantean estos factores psicosociales se diferencian en dos formas, los que se manifiestan a corto plazo y los que se manifiestan a largo plazo. A corto plazo se manifiestan a través de trastornos conocidos como estrés y se dividen en:

- Emocionales: Ansiedad, depresión, desánimo, etc.
- Cognitivos: Dificultad para retener información, falta de creatividad, toma de decisiones, restricción de la percepción, etc.
- Conductuales: Infelicidad, búsqueda de soledad, insomnio, irascibilidad, etc.
- Fisiológicos: Problemas de estómago, dolor de cabeza, sudores, mareos, tensiones musculares, etc.

A largo plazo, si estos procesos de estrés resultasen repetitivos y de forma intensa es posible que puedan derivar en problemas del corazón, enfermedades respiratorias, del sistema inmune, trastornos del sistema digestivo, de la piel, hormonales, músculo esquelético y mentales.

Si nos centramos en el estrés, como factor psicosocial más destacable, hablamos de uno de los principales trastornos que sufre el personal administrativo. La mayor problemática de este factor es el desconocimiento de sus causas y consecuencias, ya que dificulta la productividad en las organizaciones, y pueden generar fatigas irrecuperables, desmotivación en lo relacionado con el trabajo que perjudican la vida y la salud de los trabajadores.

Aún así, existen numerosos estudios centrados en encontrar estas causas y las consecuencias. Se ha comprobado que ser víctima de acoso laboral desata de forma inmediata una respuesta de estrés intensa y prolongada en el tiempo. Además suelen ser personas que se sienten insatisfechas en su trabajo. El estrés laboral también se debe, en la mayoría de los casos, a una sobrecarga de funciones en el puesto laboral y a una falta de definición en las funciones. También se aso-

cia con el recibo de salarios bajos. La falta de motivación y de incentivos también son causas directas de estrés laboral. El estrés como enfermedad, no aparece de forma inmediata sino que se desarrolla siguiendo un patrón en el que se diferencian tres fases que sirven para identificar las distintas etapas que se suceden hasta los episodios negativos que tiene el estrés en el trabajador y son las siguientes:
1. Fase de alarma. Se trata de la reacción natural de nuestro organismo cuando nos encontramos con una situación complicada y que nos genera estrés. Nuestro sistema endocrino se pone en marcha liberando adrenalina lo que provoca que se tenga una alteración en el ritmo cardíaco, una aceleración en la respiración y comienza la ansiedad, produciendo que se tensionen los músculos. Esta fase, generalmente, suele durar poco tiempo.
2. Fase de resistencia. Cuando esta situación negativa perdura en el tiempo, nuestro cuerpo intenta controlar el estrés para no caer en síntomas de agotamiento. Inicialmente el cuerpo intenta adpatarse a esta situación, pero termina llegando el cansancio y con él aparecen los primeros síntomas como consecuencia del esfuerzo realizado. Éstos pueden ser dolores de cabeza, sensación de fatiga, contracturas musculares (especialmente en el cuello, la zona lumbar y la espalda), problemas de memoria, alteraciones del sueño, irritabilidad y cambios de humor, sensación de fracaso, actitud pesimista, tendencia a comer más, estado de ansiedad, etc.
3. Fase de agotamiento. Es la consecuencia de una resistencia prolongada. Se da un agotamiento fisiológico del trabajador. Afecta tanto mentalmente como al físicamente. El organismo no puede seguir respondiendo a esa amenaza externa. Si se prolonga mucho más, puede tener consecuencias para la salud. Aquí comienzan los descensos de rendimiento debido a esa debilidad emocional y física y donde aparece el denominado Síndrome de Burnout.

Pese a la evidencia científica sobre estos riesgos y su origen, los empresarios y algunos técnicos de prevención mantienen que se trata de un problema de personalidad o que responde a circunstancias personales o familiares de los trabajadores. A pesar de esto, la Ley de Prevención de Riesgos Laborales considera que la organización del trabajo forma parte de las condiciones de trabajo y que éstas repercuten en la seguridad y salud de los trabajadores, entre otros factores, a través de la exposición a los riesgos psicosociales de forma negativa. Por ello, las particularidades de la organización del trabajo deben ser evaluadas, controladas y modificadas si ocasionan riesgos.

Si esta evaluación localizara riesgos, es necesario proponer medidas preventivas para eliminarlos o minimizarlos, como pueden ser modificar el estilo de dirección

para que sea adecuado, una comunicación de tareas más clara y concisa evitando la imprecisión, establecer protocolos de actuación para posibles agresiones, adecuar la carga de trabajo o establecer medidas de conciliación de la vida laboral, entre otras.

A nivel individual es importante mejorar la condición física mediante el ejercicio, control del tiempo, cambio de hábitos, aplicar técnicas de relajación, alimentarse bien, participar en programas para aprender a reconocer y enfrentarse al estrés, no acumular trabajos, ver los problemas con optimismo y actuar con decisión frente a ellos.

5 Discusión-Conclusión

La evolución tecnológica en el mundo laboral ha traído consigo cambios en la forma de trabajar. El trabajo pasa a ser más una actividad intelectual que física, en la que es imprescindible la gestión de la información y la capacidad para solventar eficientemente los problemas.
Los cambios generados en el interior de las empresas han creado problemas de salud en los trabajadores, uno de ellos es el estrés laboral. El estrés es una situación que afecta a todas las personas. Cuando es persistente y en alto grado es la causa de algunas enfermedades graves. Dentro de las oficinas, el cambio en las formas de trabajo, se reflejan en los factores psicosociales: una mayor cualificación de los trabajadores, monotonía en el trabajo, mayor velocidad en la ejecución de tareas, aumento del trabajo en equipo, puestos de trabajo sin definir, pluralidad de labores, carga de trabajo más intensa, ergonomía de los equipos y posturas de trabajo, entre otros. Todo esto trae como consecuencia un aumento del estrés laboral, afectando a la salud del trabajador.
Cuando identificamos los factores de riesgos psicosociales que causan estrés, es posible tratarlos y estudiarlos adecuadamente, por tanto, las empresas deben tomar conciencia de los riesgos causantes del estrés laboral y conocer la manera de prevenir estos riesgos o controlarlos para poder crear un ambiente laboral seguro. La defensa de la salud laboral es un derecho de los trabajadores, es indispensable que las empresas tengan en cuenta que la mejor forma de evitar el estrés es implementando programas encaminados a prevenir y controlar este tipo de riesgos laborales.

6 Bibliografía

- Oficina Internacional del Trabajo Ginebra. Informe del Comité Mixto OIT-OMS sobre Medicina del Trabajo. Factores Psicosociales en el Trabajo. http://www.factorespsicosociales.com/wp-content/uploads/2019/02/FPS-OIT-OMS.pdf
- Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo. El estrés relacionado con el trabajo. https://osha.europa.eu/es/publications/report-research-work-related-stress
- Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo. Los riesgos psicosociales y el estrés en el trabajo. https://osha.europa.eu/es/themes/psychosocial-risks-and-stress
- Boletín Oficial de Estado. Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención. https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1997-1853
- Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo https://www.insst.es
- Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. NTP 443: Factores psicosociales: metodología de evaluación https://serviciopas.umh.es/files/2017/06/NTP-443-Factores-psicosociales-metodolog%C3%ADa-de-evaluaci%C3%B3n.pdf
- ISTAS (Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud). Evaluar riesgos psicosociales en empresas de menos de 25 trabajadores. https://copsoq.istas21.net/index.asp?ra_id=72
- Versión en lengua castellana del cuestionario psicosocial de Copenhague (COPSOQ). Albert Navarro Giné, C. LLorens, T.S. Kristensen, Salvador Moncada i Lluis https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1123301
- Organización Internacional del Trabajo http://www.ilo.org
- Comisión europea https://ec.europa.eu/
- Moreno, B., y Báez, C. (2010). Factores y riesgos psicosociales, formas, consecuencias, medidas y buenas prácticas. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.
- Benavides. (2002). La evaluación específica del síndromede Burnout en psicólogos: ”El inventario de Burnout de psicólogos”

Capítulo 1383

LOS TRANSTORNOS OCULARES Y VISUALES QUE AFECTAN AL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

ANA ISABEL LORENZO BRA

RAQUEL GOMEZ CRIBEIRO

BÁRBARA PÈREZ GARCÍA

1 Introducción

A lo largo de los años, el hombre ha intentado crear diferentes máquinas para conseguir realizar el trabajo de forma más cómoda, rápida y que ayudara en las tareas manuales y repetitivas. El cálculo matemático y el tratamiento administrativo de datos, son los dos factores que plantean más problemática en el desempeño del trabajo y por los que surgen los ordenadores modernos. (Miquel Barceló, 2008) Los primeros ordenadores eran de gran tamaño y muy costosos, por lo que solamente las grandes empresas podían permitirse el lujo de disponer de ellos. El avance producido en el campo de la electrónica favoreció a la evolución de la informática lo que ayudó a crear ordenadores cada vez más potentes, manejables y económicos. (Ana Mª Villar, 2006) Así que poco a poco, gracias al abaratamiento de los costes de fabricación de estos ordenadores personales, se empezó a extender su compra, de forma que en muchos hogares ya se pueden encontrar uno o varios y forman parte del equipamiento indispensable de las empresas. (Francisco González, 2014)

Es por esto que, con la llegada de la era tecnológica y al extenderse su uso generalizado, la sociedad ha sufrido un gran cambio en las últimas décadas, lo que se traduce en una revolución en la situación actual que afecta a todos los ámbitos, tanto laboral, como académico e incluso en el hogar. Así que podemos afirmar que la temática en la que se basa este estudio se encuentra en un momento de gran actualidad sobretodo para el personal administrativo ya que se encuentran en permanente contacto con las nuevas tecnologías.
El personal administrativo se enfrenta cada día a una larga jornada laboral sentado frente al ordenador, con luz artificial y respirando el aire acondicionado. Aunque por un lado las condiciones laborales se han modernizado y aportado numerosas mejoras, tiene su parte negativa y es que afectan directamente a la salud del empleado. Problemas comunes, como dolor de espalda o alteraciones de la visión, son trastornos que pueden estar relacionados con el trabajo de oficina.

Dentro de este tema, cabe destacar la importancia de la ergonomía, que se define como el conjunto de conocimientos que tratan de adecuar y adaptar los sistemas de trabajo a las capacidades de los trabajadores, evitando la aparición de problemas de salud producidos como consecuencia de una carga de trabajo. Es importante diseñar sistemas de trabajo seguros, productivos y confortables (Diego González, 2008) y adaptar el trabajo a la persona (Ley 31/95 de 8 de noviembre de PRL, art. 15).

Dentro de la ergonomía, nos centraremos en la Ergonomía Visual que se dedica a identificar y analizar los aspectos medioambientales y laborales que pueden causar problemas de salud ocular, o que mejoran el rendimiento visual en el entorno laboral. También se encarga de informar en materia de prevención de riesgos oculares y visuales. Así surge el concepto de Ergoftalmología, que dedica sus estudios a la oftalmología laboral. (Alain A. Pérez Tejeda; Arlenis Acuña Pardo; Raúl Rúa Martínez, 2008) La Ergoftalmología, es la ciencia que nace de la unión de la ergonomía y la oftalmología, trata de optimizar las condiciones de trabajo en relación a la salud visual de los trabajadores. (Héctor Antonio Solano, 2006)

A pesar de que la vista es uno de los principales sentidos de las personas y de la importancia que esto conlleva, existen pocas referencias sobre Ergoftalmología hasta hace pocos años. Es ahora, en la actualidad, cuando empiezan a darle la importancia que merece dentro de la Medicina Laboral. (Gil del Río, 1983) Las actuales limitaciones de las pantallas de visualización y/o su utilización incorrecta están relacionadas con muchos de los problemas visuales del personal adminis-

trativo. La presencia de reflejos y parpadeos molestos, unida a la pobre definición de la imagen se puede traducir en un rápido incremento de la fatiga visual, especialmente si la tarea conlleva la lectura frecuente de textos en la pantalla. (Héctor Manuel Carrasco, 2005)

El Real Decreto 488/1997 de 14 de abril, sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas al trabajo que incluye pantallas de visualización, engcarga al Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo la elaboración de una Guía Técnica para la evaluación y prevención de los riesgos relativos a la utilización de equipos que incluyan pantallas de visualización. En este documento se proporcionan lo conocimientos necesarios para prevenir los riesgos para la salud de las personas que utilizan normalmente pantallas de visualización. Para ello, se muestra cómo realizar el trabajo en condiciones ergonómicamente correctas y se informa de la normativa que afecta al trabajador. (Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, 1997).

2 Objetivos

En este documento se proporcionan conocimientos básicos sobre los trastornos oculares provocados por la utilización habitual de pantallas en el entorno laboral del auxiliar administrativo. Asímismo se muestran algunos consejos para prevenir dichos riesgos y facilitar el bienestar de las personas expuestas a ellos.

3 Metodología

Para la realización de este estudio se ha efectuado una revisión bibliográfica revisada en diversas bases de datos como Pubmed, Dialnet y Scielo, así como en el buscador científico Google Académico, sin hacer restricción de la fecha de la búsqueda ni respecto al tipo de estudio.

Para ello, se utilizó una búsqueda específica adaptada en cada base de datos o buscador científico, mediante la utilización de los siguientes descriptores: Astenopia; ordenador personal; Ergonomía; oftalmología; PVD; Fatiga visual; Cansancio visual; Síndrome Visual Informático; Síndrome de ojo seco.

4 Resultados

Como ya hemos visto, la ofimática surge como una necesidad para mecanizar las tareas más costosas y repetitivas que se desarrollaban en las oficinas y de este modo aparecieron los primeros ordenadores. En la actualidad cualquier lugar de trabajo en una oficina suele utilizar sistemas ofimáticos.

Los problemas visuales ocasionados por el uso de ordenadores son actualmente una de las afecciones más comunes entre los trabajadores. Las largas jornadas frente al ordenador, tienen consecuencias nocivas para la vista y la mayor problemática se centra en la ergonomía ya que el mobiliario requerido para el trabajo con estos equipos, por lo general, carece de un diseño ergonómico óptimo y es seleccionado sin la consideración de este criterio. Aquellos que trabajan diariamente frente al monitor, poco a poco comienzan a detectar síntomas preocupantes en su organismo como puede ser la fatiga ocular, ojos rojos, irritados, secos, tensión y pesadez en los párpados, lagrimeo, sensación de quemazón, visión borrosa y dificultad para enfocar objetos lejanos.

Todo esto, se intensifica en pacientes con defectos refractivos no corregidos. A este conjunto de síntomas se les conoce como Síndrome Visual Informático o Síndrome del Ordenador Dentro de este Síndrome Visual Informático se pueden despuntar dos tipos de patologías, el llamado Síndrome de Fatiga Ocular y el Síndrome del Ojo Seco. A continuación, los describiremos más detalladamente.

El Síndrome de Fatiga Ocular (SFO), denominado también Fatiga visual o Astenopia está reconocida por la Organización Internacional del Trabajo (OIT) dentro del grupo de enfermedades laborales .Se define como un conjunto de molestias oculares, trastornos visuales y síntomas extra oculares, debido al sometimiento del ojo a un esfuerzo continuo, como pasar muchas horas trabajando delante del ordenador.
Los síntomas de la fatiga visual se dan a tres niveles:
- Molestias oculares como tensión ocular, pesadez en los ojos, picores, quemazón, somnolencia, lagrimeo, aumento de parpadeo…
- Trastornos visuales como borrosidad, desenfoque, visión doble, fotofobia…
- Trastornos extraoculares como cefaleas, vértigos…

El síndrome del ojo seco es una enfermedad ocular habitual en el auxiliar administrativo ya que, cuando estamos delante de la pantalla del ordenador tendemos a parpadear con menos frecuencia, lo que produce una falta de lubricación

y humectación en la superficie del ojo. Causa síntomas de sequedad, irritación, picor, dolor, visión borrosa e incomodidad; y puede llegar a causar daño en la superficie del ojo, lo que tiene una repercusión importante en la calidad de vida. Para prevenir estos síntomas se debería tener en consideración algunas condiciones ergonómicas. Entre las más importantes están el tiempo de exposición, distancia y ángulo de trabajo, iluminación y reflejos, disposición del mobiliario, así como sustancias tóxicas ambientales, temperatura y humedad.

Cuando el tiempo de exposición o tiempo de trabajo es excesivo trae como consecuencia una disminución de la frecuencia de parpadeo, lo que explica la sensación de arenilla, así como la sequedad ocular. Esta última, influenciada por diversos factores como la posición de los ojos frente al monitor que produce un aumento de la abertura palpebral, y por consiguiente una mayor evaporación de la lágrima, propiciando astenopías severas, lo cual se agrava aún más con la presencia de sustancias tóxicas en el ambiente.

La sustancia tóxica más frecuente en los ambientes de trabajo, es el humo del tabaco. Esto se debe al gran número de personas fumadoras que existe en el mundo. Es recomendable evitar este tipo de ambientes.

El sistema visual está diseñado para adaptarse a su entorno. Frente al ordenador, el ojo se enfoca a una distancia próxima lo que hace que se comporte como miope. Esto se acentúa si se trabaja en posiciones incorrectas, por lo que se recomienda una distancia de trabajo entre el monitor y los ojos de 45 a 55 cm con un máximo de 70 cm. Así mismo, se aconseja un ángulo visual entre 10º y 20º por debajo de la horizontal.

La iluminación es una de las causas que influyen de modo significativo en el daño ocular. Los niveles recomendados de iluminación oscilan entre los 300 y los 500 lux aunque para las oficinas varían desde 150 hasta 300 lux. Una errónea distribución de luminancias en el campo visual provocarían deslumbramientos que traen consigo fatiga ocular. Estos deslumbramientos pueden ser provocados por una posición incorrecta del mobiliario de la oficina.

Para evitar los reflejos antes mencionados, debe tenerse en cuenta que la pantalla del monitor debe estar de forma perpendicular a las ventanas, las luminarias del techo no deben estar encima del operador, sino paralelas a su línea de visión. El monitor deberá moverse en las tres direcciones para permitir orientar la pantalla en relación con las demás fuentes luminosas y evitar reflejos, todo esto con apoyo de los filtros antirreflectantes. Estos reflejos son clasificados como directos en el caso de que sean producto de la incidencia directa de la luz en los ojos e indirectos cuando son resultantes de la incidencia de la luz sobre superficies brillantes.

La temperatura también deberá ser vigilada de manera muy especial. Se sugiere

que se trabaje con intervalos entre 19º y 24º C con una humedad relativa entre el 40 y 70 %, mucho más efectiva si se mantiene entre el 55 y 65%. Es importante recordar que estas variables cuando están en valores muy bajos producen sequedad ocular, por lo que se debe evitar el abuso de los aires acondicionados.

5 Discusión-Conclusión

El uso de dispositivos electrónicos en el trabajo está en constante aumento lo que obliga a permanecer largas horas delante de la pantalla del ordenador. No se puede negar que estos avances son de gran utilidad para la solución de problemas de la vida actual, reduce los tiempos de trabajo y permite realizar tareas más eficientemente. Como consecuencia, aparecen cada vez más problemas visuales. Para conseguir que la salud de las personas que trabajan con ordenadores se vea beneficiada, es importante mantener unas buenas condiciones ergoftalmológicas.

Finalmente se puede concluir que el daño ocular y el uso en condiciones inadecuadas de pantallas de ordenador están totalmente relacionadas. Los daños oculares entre los que se encuentra el síndrome de fatiga visual o el síndrome de ojo seco son mucho más frecuentes en pacientes con contacto habitual con pantallas de ordenador.

Estos problemas se reducen claramente cuando el trabajo se realiza en adecuadas condiciones ergonómicas fijándose sobre todo en factores como son el tiempo de exposición, distancia y ángulo de trabajo, iluminación y reflejos, disposición del mobiliario, presencia de tóxicos en el ambiente, temperatura y humedad del ambiente.

6 Bibliografía

- Héctor Manuel Carrasco Sanmartín. Accidentabilidad laboral: Accidentes oculares. Valencia, 2005
- Gil del Río E: La protección del ojo y prevención de accidentes. Bilbao:Ed. Astoreca, 1983.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales Instrucción básica para el trabajador usuario de pantallas de visualización de datos. 2005
- Miquel Barceló. Una historia de la informática, Barcelona 2008
- Ana Mª Villar. Introducción a la informática y al uso y manejo de aplicaciones comerciales. Estrategias para impantar las aplicaciones informaticas en la gestion

empresarial. Vigo, 2006
- Diego González Maestre. Ergonomía y Psicosociología. Madrid, 2008
- Héctor Antonio Solano. Ergoftalmología: Análisis de los Factores que Inciden en la Astenopía de los Trabajadores de Inspección Visual en la Industria Electrónica de Ciudad Juárez. México, 2006
- Alain A. Pérez TejedaI; Arlenis Acuña PardoI; Raúl Rúa MartíneZ. Repercusión visual del uso de las computadoras sobre la salud. Ciudad de la Habana, 2008.
- Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo. Guía Técnica Evaluación y Prevención de los Riesgos relativos a la utilización de equipos con pantallas de visualización.
- Boletín Oficial del Estado. REAL DECRETO 488/1997, de 14 de abril BOE nº 97, de 23 de abril sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas al trabajo con equipos que incluyen pantallas de visualización.
- Francisco González Sanabria. Estudio de los efectos en la salud visual del trabajador con pvd y análisis ergonométrico. Sevilla 2014

Capítulo 1384

EL ESTRÉS LABORAL

BEATRIZ RODRÍGUEZ GARCÍA

CARMEN MARIA TORO CASTRO

CARMEN BUGUEIRO NEIRA

SARA BERNARDO ÁLVAREZ

ANA MEDIO PÉREZ

1 Introducción

El estrés se define según la Real Academia de la Lengua Española (RAE) como la tensión provocada por situaciones agobiantes que originan reacciones psicosomáticas o trastornos psicológicos, en ocasiones graves. Fundamentándonos más en una caracterización científica, el estrés puede conocerse como la respuesta fisiológica o biológica de un organismo frente a un estímulo estresante, como las condiciones ambientales. Se podría decir que es el modo del cuerpo para reaccionar frente a un estímulo desafiante.

Las causas del estrés pueden ser muy diversas. Puesto que el estrés puede ser de distintos tipos, desde la pérdida de la homeostasis de un tejido hasta una situación general causada por factores externos físicos, químicos o incluso socioculturales. Entre ellos se encuentran:
- Situaciones que fuerzan a procesar al cerebro.
- Percepciones de amenaza.
- Padecimiento de enfermedades y otras alteraciones de las funciones fisiológicas.

- El aislamiento social.
- Presión grupal.
- No conseguir los objetivos planteados.
- Frustración.

Todo ello deriva en que, por tanto, uno de los principales orígenes del estrés en la vida de las personas puede ser el lugar de trabajo, donde se pueden sufrir las consecuencias de la presión, frustración, aislamiento, situaciones de sobrecarga laboral y otros tantos factores desencadenantes del estrés. A este tipo de estrés se le conoce como estrés laboral, y se encuentra entre los principales problemas que afectan tanto a los trabajadores, como a empresas y otros centros de trabajo. Puede existir igualmente un estrés laboral positivo cuando la respuesta a este estrés se produce de manera adaptativa, y las consecuencias no de tal respuesta no perjudican la salud integral del sujeto y su duración se acopla a la duración del estímulo que provoca el estrés.

Sin embargo, el estrés laboral negativo, y del que vamos a hablar, es la reacción que puede tener un individuo ante exigencias y presiones laborales que no se ajustan a sus conocimientos y capacidades, y que ponen a prueba su capacidad para afrontar la situación. Precisamente un trabajador estresado suele ser más propenso a sufrir enfermedades, está poco motivado, es menos productivo y tiene menos seguridad laboral. Se ha visto la interacción entre las demandas de trabajo, el control del trabajador y el apoyo social. De tal forma que un nivel alto de apoyo social en el trabajo disminuye el efecto del estrés, mientras un nivel bajo lo aumenta. El apoyo social es la ayuda que pueden dar los superiores y compañeros de trabajo, cuando es adecuado puede amortiguar parte estrés generado por la combinación de las altas exigencias laborales y el bajo control sobre el trabajo. Incluso se ha observado que en otras ocasiones el estrés laboral se produce cuando el trabajador realiza un alto esfuerzo y recibe una baja recompensa. El alto esfuerzo en el trabajo puede ser extrínseco (demandas y obligaciones) o intrínseco (alta motivación con afrontamiento). Y la baja recompensa está en función de tres tipos de recompensas fundamentales: dinero, estima, y control del estatus. El estrés laboral se produce porque existe una falta de balance (equilibrio) entre el esfuerzo y la recompensa obtenida.

2 Objetivos

- Identificar factores que puedan desencadenar situaciones de estrés laboral y sus consecuencias.

- Determinar estos factores y evaluar sus riesgos en el lugar de trabajo.

3 Metodología

Se realiza una búsqueda bibliográfica a través de distintas bases de datos. Para la estrategia de búsqueda se han utilizado las siguientes conceptos clave: estrés laboral, riesgos psicosociales, riesgo laboral, factores estresadores

4 Resultados

El estrés es la segunda causa de baja laboral en la Unión Europea, afectando anualmente a cuarenta millones de trabajadores. En el medio laboral, los niveles excesivos de estrés pueden causar importantes consecuencias, tanto para la empresa como para el trabajador. El estrés está determinado, por tanto, por las situaciones potencialmente estresantes, o factores ambientales, junto a las características personales del individuo que valora la situación y los recursos de que dispone para afrontarla. Del resultado de esa valoración dependerá la experiencia subjetiva de estrés y la consiguiente puesta en marcha de mecanismos de afrontamiento. Cuando las estrategias de afrontamiento puestas en marcha no son adecuadas, el individuo presentará alteraciones fisiológicas y del comportamiento que pueden dar lugar, si la situación persiste, a deterioros más o menos permanentes en la salud de la persona. Así, el estrés laboral, puede definirse como "una desfavorable interacción entre las características del trabajador y las condiciones del trabajo que conduce a perturbaciones psicológicas y comportamientos malsanos, y finalmente a la enfermedad. Desarrollaremos a continuación el esquema de estas interrelaciones.

- Factores ambientales

En el medio laboral se ha definido un gran número de factores susceptibles de provocar estrés. En líneas generales, las situaciones potencialmente estresantes pueden ser situaciones altamente traumáticas, importantes, pero que necesitan de una exposición prolongada o sucesos menores pero reiterados. Por otro lado, las situaciones potencialmente estresantes además de negativas también pueden suponer mejoras que, sin embargo, conllevan algún elemento amenazante y no están relacionadas invariablemente con los excesos; los déficits también pueden resultar impactantes para la persona afectada.

Teniendo en cuenta lo dicho y siguiendo a Cooper y Davidson podemos clasificar

los factores susceptibles de provoca estrés en el medio laboral en cinco niveles, que describimos a continuación.

1. Factores inherentes al puesto de trabajo:

- Ergonómicos. Los trabajadores se encuentran en su medio laboral con riegos de tipo físico (ruido, iluminación, temperatura, calidad del aire…), químico, biológico y relacionados con la fatiga (riesgos posturales, cargas excesivas…), así como disposiciones de espacio físico, susceptibles de convertirse en fuentes de estrés.
- Trabajo por turnos y nocturno. Influye en los ritmos neurofisiológicos y circadianos, además del aislamiento social que supone.
- Adecuación de demandas. El trabajo puede considerarse excesivo tanto cuantitativamente como cualitativamente; en ambos casos pueden presentarse disfunciones del comportamiento. Por otro lado, la falta de tareas durante la jornada laboral o la realización sistemática de tareas rutinarias y aburridas pueden tener efectos nocivos sobre la salud y reducir la capacidad de reacción ante situaciones anormales.
- Uso de nuevas tecnologías. La incorporación de tecnologías con las que el trabajador no está familiarizado y que introducen nuevas formas de organización también pueden producir estrés.

2. Función en la organización:

- Estrés de rol. Este estrés puede deberse tanto a la ambigüedad (el trabajador no sabe qué se le está exigiendo) como al conflicto de las funciones, si las exigencias son contradictorias o incompatibles entre sí.

3.Desarrollo de la carrera profesional:

Los ascensos, que en principio constituyen una situación positiva pueden suponer para el sujeto un sobreesfuerzo físico y mental. Por otro lado, los ascensos insuficientes o inexistentes propician la aparición de sentimientos de insatisfacción, de fracaso y pueden estar relacionados con alteraciones fisiológicas y conductuales. La inestabilidad en el trabajo está relacionada con falta de compromiso con la organización. La pérdida del empleo, además de tener un importante impacto negativo en las relaciones familiares y sociales, está considerada como un acontecimiento de naturaleza muy grave, generador tanto de problemas físicos como psíquicos.

4. Relaciones laborales:

- Relaciones con compañeros. La relación con compañeros de trabajo es una variable habitualmente muy valorada, y es un factor central de la salud personal y organizacional. En este sentido, el apoyo social percibido supone un importante

amortiguador de las experiencias estresantes.
- Relaciones con supervisores. El estilo de supervisión, el trato, la comunicación, el tipo de planificación… son factores determinantes en el grado de satisfacción o de tensión de los empleados.

5. Estructura y atmósfera institucionales:
- Características estructurales de la organización. La centralización en la toma de decisiones, la formalización de los procedimientos, estilos de supervisión muy directivos, etc., pueden resultar estresores relevantes.
- Falta de autonomía en el trabajo. Los bajos niveles de control en el trabajo pueden ser resultado de las características físicas del diseño del puesto, de la estructura organizacional y de aspectos psicosociales del ambiente laboral. Peiró distingue entre control intrínseco (posibilidades del propio sujeto para planificar su trabajo) y control extrínseco (política empresarial, salarios, incentivos). En el primer caso, los niveles de autonomía bajos están asociados a síntomas somáticos, absentismo y movilidad laboral. Por el contrario, la mayor participación da lugar a mayor rendimiento y productividad, menor tasa de rotación del personal y niveles más bajos de trastornos físicos y mentales, siempre que el individuo tenga las habilidades necesarias para hacer uso de esas oportunidades de control.

- Características personales

Los factores ambientales mencionados anteriormente, con ser importantes, no son condición suficiente para producir estrés, ni permiten tampoco predecir la duración, la intensidad o los efectos sobre la salud de las personas. Como ya hemos mencionado, la experiencia subjetiva de estrés está mediatizada por una serie de variables personales que tienen un papel determinante a la hora de establecer los recursos físicos y psicológicos que el sujeto puede utilizar para responder a las demandas del medio. Podemos dividir estas variables personales en dos grandes grupos:

1. Factores biológicos/demográficos:
- Edad. La relación entre edad y estrés es compleja. En general, se ha observado que en los trabajadores de más edad hay una serie de circunstancias que producen sobrecarga y estrés: el trabajo con presión en el tiempo, el uso de nuevas tecnologías, las tareas que exigen un alto nivel de vigilancia, el trabajo por turnos y nocturno, etc. Sin embargo, los individuos de más edad tienen un mejor conocimiento de sus propios recursos y una mayor experiencia ante una gran variedad de situaciones, lo que puede proporcionar una mayor capacidad de respuesta para afrontar situaciones difíciles y compensar, en muchos casos, la

disminución en su capacidad de trabajo.
- Sexo. Aunque no hay unanimidad sobre el tema, la experiencia de estrés en los trabajadores parece más ligada a los roles sexuales que a diferencias puramente biológicas.
- Situación familiar. La familia puede ser en muchos casos una fuente de estrés y en otros muchos un importante apoyo.El apoyo social, o ayuda real o percibida por el individuo en sus relaciones interpersonales, influye de manera importante en la salud de las personas y podría actuar como variable moderadora de los efectos negativos del estrés.

2. Factores afectivos/cognitivos:
- Patrón de conducta tipo A. Este patrón de conducta, denominado tipo A, se caracteriza por impaciencia, velocidad excesiva, competitividad, compromiso excesivo con el trabajo, hostilidad y agresividad. Estas características suponen la necesidad de solucionar con máxima urgencia las situaciones, de imponerse un volumen de trabajo excesivo, de trabajar solos bajo situaciones agudas de estrés, de disgusto ante las interrupciones, etc., aumentando el valor de las situaciones potencialmente estresantes, en especial cuando los recursos de afrontamiento son deficientes. La presencia del patrón de conducta tipo A puede favorecer, en determinados contextos, un rendimiento laboral más alto con resultados favorables a corto plazo para la persona y la organización.
- Locus de control. En general, las personas pueden tener una mayor o menor creencia de control sobre su entorno. Rotter formuló el concepto de locus de control interno para referirse a la creencia de que los acontecimientos son contingentes con la conducta del individuo, y locus de control externo para la creencia de que esos acontecimientos no dependen de la conducta del individuo, sino de la suerte, la casualidad, el destino o el poder de los demás. Las personas con locus de control interno, al percibir que tienen control sobre las situaciones, tienen expectativas de afrontamiento más favorables y se enfrentan a los problemas realizando acciones que contrarrestan los efectos de las situaciones adversas. Su experiencia, por tanto, resulta menos amenazante ante los estresores que la de las personas con locus de control externo, más propensos al desamparo, la vulnerabilidad y la insatisfacción laboral.

-Consecuencias
1. Físicas
Las alteraciones físicas que pueden ser consecuencia de la respuesta inadaptada del organismo ante los agentes estresantes laborales pueden ser: trastornos gastrointestinales, trastornos cardiovasculares, trastornos respiratorios, trastornos

endocrinos, trastornos dermatológicos, trastornos musculares y alteraciones en el sistema inmune.

2. Psíquicas
Entre los efectos psicológicos negativos producidos por el estrés laboral se encuentran: la preocupación excesiva, la incapacidad para tomar decisiones, la sensación de confusión, la incapacidad para concentrarse, la dificultad para mantener la atención, los sentimientos de falta de control, la sensación de desorientación, los frecuentes olvidos, los bloqueos mentales, la hipersensibilidad a las críticas, el mal humor, la mayor susceptibilidad a sufrir accidentes y el consumo de tóxicos.

El mantenimiento de estos efectos puede provocar el desarrollo de trastornos psicológicos asociados al estrés. Entre los más frecuentes están: trastornos del sueño, trastornos de ansiedad, fobias, drogodependencias, trastornos sexuales, depresión y otros trastornos afectivos, trastornos de la alimentación, trastornos de la personalidad y trastornos esquizofrénicos.

Entre los signos o manifestaciones externas a nivel motor y de conducta estarían: hablar rápido, temblores, tartamudeo, imprecisión al hablar, precipitación a la hora de actuar, explosiones emocionales, voz entrecortada, comer excesivamente, falta de apetito, conductas impulsivas, risa nerviosa y bostezos frecuentes.
Todas estas consecuencias deterioran la calidad de las relaciones interpersonales, tanto familiares como laborales, pudiendo provocar la ruptura de dichas relaciones.

3. Organizativas
Los efectos negativos del estrés laboral no sólo pueden perjudicar al individuo, sino que también pueden producir un deterioro en el ámbito laboral, influyendo negativamente tanto en las relaciones interpersonales como en el rendimiento y la productividad. Pueden inducir a la enfermedad, al absentismo laboral, al aumento de los accidentes o incluso a la incapacidad laboral.

El estrés induce a una pérdida de producción y puede crear un mal ambiente de trabajo. Los costes ocultos, como son la ruptura de las relaciones humanas, los juicios erróneos de la vida profesional y privada, el descenso de la productividad, el aumento de los cambios de puestos, la disminución de la creatividad, el bajo rendimiento, la agresividad en el trabajo y el empeoramiento de la calidad de vida y del bienestar.
Hay que tener en cuenta que el riesgo de estrés laboral en las organizaciones lo

indican la disminución de la producción (calidad, cantidad o ambas), la falta de cooperación entre compañeros, el aumento de peticiones de cambio de puesto de trabajo, la necesidad de una mayor supervisión del personal, el aumento de quejas en los clientes, el empeoramiento de las relaciones humanas, la falta de orden y limpieza, el aumento del absentismo, de incidentes y accidentes, de quejas al servicio médico y del consumo de tabaco, alcohol y medicamentos.

- Evaluación y gestión del riesgo

El estrés laboral pone en peligro la salud y la seguridad de los trabajadores, así como el buen funcionamiento de las entidades para las que trabajan. Los empleadores deben contar con una política de gestión de la salud del trabajador que incluya el estrés laboral. Asimismo, deben facilitar la aplicación de esa política mediante el establecimiento de mecanismos apropiados, que han de tener en cuenta cuestiones relativas a la evaluación del riesgo, la adopción de respuestas oportunas y la rehabilitación del trabajador. A nivel institucional, las estrategias destinadas a gestionar el estrés laboral existente deben centrarse en combatir los riesgos en su origen. Del mismo modo que se han resuelto con éxito otros problemas importantes de salud y seguridad, el estrés laboral puede gestionarse de forma eficaz con la aplicación de un enfoque basado en la gestión del riesgo. Este enfoque consiste en evaluar cualquier posible riesgo presente en el entorno laboral que pueda hacer que los empleados se vean perjudicados por cualquier peligro que exista. Por peligro se entiende un acontecimiento o situación que puede llegar a ser perjudicial. Por perjuicio se entiende el deterioro físico o psicológico de la salud. El estrés está causado por peligros relacionados con la definición y gestión del trabajo y con las condiciones laborales. Esos peligros pueden gestionarse y sus efectos pueden ser controlados, del mismo modo.

Para evaluar el riesgo de estrés laboral es preciso responder a las siguientes preguntas básicas: ¿Existe algún problema? ¿Cabe la posibilidad de que el estrés laboral esté afectando a la salud de los trabajadores? ¿Cómo puede resolverse el problema del estrés? ¿Se vigila la totalidad del sistema? Estas preguntas tienen por finalidad determinar la existencia de prácticas o circunstancias laborales que puedan dar lugar a desequilibrios importantes entre lo que se exige y los recursos de que se dispone. En el caso del estrés, la importancia de los desequilibrios viene indicada por la relación entre estos y los signos de estrés en los distintos empleados y grupos de trabajo. Una vez que se han identificado y evaluado los desequilibrios, pueden adoptarse medidas dirigidas a reducir el estrés laboral del grupo. De lo que se trata es de determinar los riesgos que existen para la salud de los empleados, y decidir entonces cual es la estrategia más adecuada para su

propio grupo de trabajo. Debe dejarse constancia de las medidas adoptadas y de los motivos que han llevado a elegir un enfoque determinado.

Pregunte a sus empleados de forma directa acerca de sus problemas laborales y si consideran que su trabajo puede afectar negativamente a su salud.

Pida a sus empleados que definan cuales son los tres aspectos más positivos de su trabajo y cuáles son los tres aspectos más negativos, y pregúnteles si consideran que alguno de ellos les somete a demasiada presión.
Puede hacer a sus empleados preguntas más específicas y averiguar si alguno de los posibles factores estresores afecta en su trabajo.

Las preguntas concebidas específicamente para un contexto laboral determinado suelen ser más útiles que las preguntas generales a la hora de elaborar medidas futuras.

La falta de asistencia al trabajo por enfermedad, la rotación de personal, el rendimiento y los accidentes y errores deben vigilarse con regularidad, con el fin de determinar cualquier exceso, cambio o tendencia que se produzca.
Todas estas fuentes de información pueden alertar sobre posibles problemas donde se haya identificado la existencia de un desequilibrio entre la presión ejercida y los recursos de que se dispone. También pueden llamar la atención sobre el trabajo ”en situación de riesgo” y la existencia de grupos de trabajo donde haya un desequilibrio asociado a signos de estrés. La mejor forma de averiguar si sus empleados tienen problemas laborales, y por qué, es preguntándoles.

La gestión del riesgo es fundamentalmente una estrategia de solución de problemas aplicada a problemas relacionados con la salud y la seguridad laboral, y constituye un medio de mejora permanente del trabajo y de las condiciones laborales, y, por consiguiente, de la salud del trabajador y de la entidad.
Fases:
1. Análisis de la situación y evaluación del riesgo
2. Elaboración de un plan de actuación para reducir el riesgo
3. Puesta en marcha del plan de actuación
4. Evaluación del plan de actuación
5. Lecciones aprendidas y adopción de nuevas medidas basadas en los resultados de la evaluación

5 Discusión-Conclusión

La experiencia de estrés como demanda del medio, es muy frecuente y supone una respuesta adaptativa que contribuye al desempeño eficaz en muchas esferas de la vida. Sin embargo, si la experiencia es excesiva y el sujeto no se siente con recursos suficientes para afrontarla, se producirán perturbaciones psicológicas y del comportamiento que finalmente pueden dar lugar a trastornos diversos. En el medio laboral, los niveles excesivos de estrés pueden tener consecuencias desfavorables, tanto para la organización como para el individuo.
Sin embargo, es un problema que puede afrontarse de forma alternativa a la resignación, aunque su naturaleza compleja y multifactorial exige abordajes diversificados e integrados.

La revisión que hemos desarrollado en este trabajo parece indicar que la forma de enfocar la mejora del problema pasa por actuar en dos direcciones: por una parte, la organización, como medio ambiente físico, social y productivo, objeto de modificación y en el que existen posibilidades de acción para disminuir los factores estresores, y para crear mecanismos grupales de afrontamiento y resolución de problema. Por otra, en el plano individual, existen diversos instrumentos para favorecer la capacidad de adaptación y afrontamiento de las personas al estrés que produce la organización. Entendemos que existe una prometedora línea de investigación y trabajo experimental basada en combinar intervenciones que integren dichos componentes organizativos y personales y que consigan convertir el círculo vicioso del estrés en un círculo virtuoso de la mejora personal y grupal.

6 Bibliografía

- Atalaya, P. M. (2001). El estrés laboral y su influencia en el trabajo. Industrial Data (4)2: 25-36.
- Cabral, João Carlos Centurion; Veleda, Gessyka Wanglon; Mazzoleni, Martina; Colares, Elton Pinto; Neiva-Silva, Lucas; Neves, Vera Torres das (2016). Stress and Cognitive Reserve as independent factors of neuropsychological performance in healthy elderly. Ciência & Saúde Coletiva 21 (11): 3499-3508.
- Casas, J; Repullo, J. R.; Lorenzo, S. (2002). Estrés laboral en el medio sanitario y estrategias adaptativas de afrontamiento. Rev Calidad Asistencial; 17(4):237-46.
- Del Hoyo, M A. (2004). Estrés laboral. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid, España.
Kung, C. S. y Chan, C. K. (2014). Differential roles of positive and negative per-

fectionism in predicting occupational eustress and distress. Personality and Individual Differences, 58, 76-81.
- Leka, S; Griffits, A; Cox, T. (2004). La organización del trabajo y el estrés. Organización Mundial de la Salud. Nottingham, Reino Unido.
- Madrid Salud. Página de salud pública del ayuntamiento de Madrid. El estrés laboral y su prevención. Disponible en http://madridsalud.es/el-estres-laboral-y-su-prevencion/.

Capítulo 1385

HABILIDADES SOCIALES: CÓMO LAS DEBE APLICAR EL PERSONAL NO SANITARIO

MARÍA BEGOÑA GONZÁLEZ ROLDÁN

MARÍA ROSALÍA SUÁREZ TRAPIELLO

1 Introducción

Las habilidades sociales son un conjunto de conductas que expresan deseos, actitudes, sentimientos, opiniones, incluso derechos de un individuo en una situación determinada, respetando esas conductas en los demás, que por lo general resuelve los problemas que se puedan dar al momento según la situación y minimizar los problemas que puedan surgir en un futuro relativos a esa situación.

Es necesario el conocimiento de una serie de conceptos para poder llevar a cabo una buena y aconsejable interrelación del personal no sanitario con el usuario de la sanidad

2 Objetivos

El personal no sanitario en un hospital o centro de salud debe de:
- Dejar hablar: no podemos escuchar si siempre hablamos nosotros.
- Escuchar con mente abierta: no establecer juicios previos, hay que centrarse en el mensaje.

- Haga que el paciente y su familia se siente cómodo: deje de hacer cualquier otra cosa que no sea escuchar, ayude a la persona a hablar libremente, elimine todo gesto o movimiento de rechazo. Muestre interés para comprender y no para rebatir.
- Centre la atención en lo que le están diciendo: hay que concentrarse en el contenido del mensaje y no en la forma. No se distraiga con los tics nerviosos o con las muletillas, deje lo superficial y vaya al mensaje.
- Eliminar las distracciones: no mueva papeles ni tamborilee con los dedos.
- Conserve la calma: hay que ser paciente, no se debe precipitar en hacer juicios, no interrumpa espere que la otra persona termine de hablar antes de dar una respuesta.. No pierda el control, una persona irritada puede malinterpretar o tergiversar el mensaje.
- Muestre empatía con los que hablan: hay que tratar de ponerse en el lugar del paciente y ver las cosas desde su perspectiva.
- Centre su atención en las ideas principales: es necesario detectar la esencia del mensaje.
- Haga preguntas: estimula al paciente y permite la retroalimentación o corrección a tiempo de las malas interpretaciones.
- Evite las discusiones y las críticas: suelen poner al paciente a la defensiva y como reacción puede enojarse.
- No se deje llevar por sus emociones: las palabras o el tono de voz en que se dicen provocan emociones en el paciente, aprenda a controlarse para no interrumpir la comunicación, ni asumir una actitud negativa.

3 Metodología

Para el estudio de las habilidades sociales que debe de practicar el personal no sanitario con el usuario de la sanidad ya sea paciente o familiares del paciente, hemos realizado una búsqueda bibliográfica tanto en páginas web como en libros físicos para oposiciones de personal no sanitario, utilizando la expresión habilidades sociales con pacientes y familiares.

Se ha consultado con personal no sanitario del área VIII del Principado de Asturias, sobre su experiencia en el trato diario con pacientes y sus familiares.

4 Resultados

Para el buen desarrollo de nuestras habilidades sociales deberemos conocer los siguientes conceptos:
Comunicación: es el acto mediante el cual el paciente o familiares, establecen con nosotros un contacto que les permite transmitir una determinada información. Los elementos de la comunicación son:
- Emisor: el sujeto que produce el acto de la comunicación.
- Referente: la realidad del mensaje.
- Código: conjunto de signos relacionados entre si a disposición del emisor y receptor.
- Mensaje: conjunto de informaciones que se transmiten.
- Receptor: en nuestro caso es el paciente que recibe el mensaje
- Contexto: conjunto de circunstancias en las que se produce el mensaje y que deben ser conocidas tanto por el emisor como por el receptor.
- Ruido: perturbaciones no previstas que alteran la comunicación.

1. Requisitos de la comunicación
- Brevedad: la información gana en eficacia cuando acortamos su contenido. Si sobrecargamos de datos accesorios la información desviamos la atención del receptor de aquello que es esencial. Con el día a día iremos abreviando las informaciones para que resulten lo más simples y concisas.
- Claridad: debemos intuir el nivel de comprensión del usuario de la salud y adecuar nuestro lenguaje con él. Esta claridad no debe estar reñida con la calidad. Siempre encontraremos una palabra que sustituya a otra y que sea comprensible para el usuario de la sanidad.
- Orden en el mensaje: debemos estructurar la información con un orden lógico para hacerlos más comprensibles.
- Insistencia: construida la frase informativa clara y concisa que comunique lo que queremos decir, no estará de más repetirla más de una vez para reforzar la asimilación del mensaje.
- Información completa: complementaria de la brevedad, debemos ser breves en nuestra información, pero ofreciendo toda la información completa con respecto a la duda que le surja al paciente y a sus familiares.
- Información de retorno: es necesario asegurarse que nuestro usuario de la sanidad ha comprendido la información, ello se puede conseguir preguntando directamente que la exprese con sus propias palabras, lo cual dará eficacia de nuestra comunicación.

2. Componentes Conductuales

- Comunicación no verbal: nos referimos con ello a lo que trasmitimos al usuario de la salud, con nuestra simple presencia. La expresión facial, los gestos, la mirada, el tono postural, la apariencia, la proximidad. En la comunicación no verbal existe un emisor, un receptor, un mensaje, un canal y un código. El emisor utiliza sus cejas, sus ojos según la dirección a la que mira, sus gestos manuales, su distancia al receptor, su volumen de voz, su tono de voz. El receptor es la persona que recibe el mensaje a través de sus oídos y de sus ojos, no está recibiendo palabras, pero si sensaciones las cuales son fundamentales para una próxima comunicación verbal.

Vamos a valorar conceptos importantes para una buena comunicación no verbal:

La gestualidad: entendemos como tal el movimiento de nuestro cuerpo, ya sea movimiento de las manos, de la cabeza, de las extremidades, lo solemos acompañar del lenguaje verbal para darle más expresión o énfasis al mensaje.

- La postura corporal: muy importante ya que según como postureemos el cuerpo vamos a transmitir emociones, sensaciones incluso inspirar al receptor un sentimiento.

Expresiones faciales: con ello nos referimos a la importancia de una sonrisa, de un ceño fruncido, a través de estas expresiones podemos expresar nuestras emociones.

La apariencia física: nuestras vestimentas, nuestro peinado, corte de pelo, en definitiva, la moda impuesta en la sociedad, tiene impacto en el receptor.

• Comunicación Paralingüística: nos referimos a como suenan nuestras palabras, lo que le trasmitimos al usuario de la salud cuando nos escucha. El tono de la voz, el volumen de la voz, el ritmo de nuestra voz, la claridad con la que hablamos, la fluidez, inflexiones del habla. Dentro de estos signos también incluimos la risa, el bostezo, el llanto, los gritos, el jadeo incluso el silencio. Algún ejemplo de esta comunicación si el receptor palidece, deducimos que está enfermo, que se encuentra mal, en este caso el signo es la palidez. Otro ejemplo, si la persona al mantener la conversación eleva el tono, el receptor del mensaje intuye molestia, enfado.

• Comunicación Verbal: nos referimos con ello a como nos interrelacionamos con el usuario mediante las palabras que se utilizan. La variedad de las palabras, la formalidad, la duración del dialogo, la generalidad, el humor, el turno de palabra.

Así, para un buen desarrollo de la práctica de las habilidades sociales, debemos de tener en cuenta unos conceptos que son fundamentales:

- La empatía: significa poder comprender y experimentar pensamientos desde la posición del paciente o de sus familiares, debemos usar la empatía para comprender el estado emocional del paciente y de sus familiares.

- La cordialidad: debemos esforzarnos para comprender el sufrimiento de la familia y del paciente.
- El respeto y la educación: es necesario dirigirse al paciente y a su familia con respeto, se debe evitar las ironías, las burlas, las humillaciones. Es aconsejable dirigirse al usuario de la sanidad con palabras de comprensión sin mostrar piedad ni pena, debemos de escuchar de forma atenta y activa sus peticiones, con ello conseguiremos una comunicación optima y un desarrollo eficaz de nuestra profesión.

3. Relación entre el personal No Sanitario con el usuario e la sanidad en la comunicación

Debemos de ser nosotros los que tomemos la iniciativa del contacto:
- Saludando cordialmente
- Escuchando activamente la pregunta o el problema que plantea
- Eliminando de la comunicación todo aquello que lo entorpezca, como barreras culturales, estados afectivos.
- Cooperando físicamente con el usuario de la sanidad a través de los gestos: mirada atenta, gestos de asentimiento, de manera que perciba que lo estamos comprendiendo.
- Reformulando con nuestras propias palabras el mensaje para comprobar que hemos entendido lo que nos quieren expresar.

4. Problemas que pueden surgir

Muchas veces a pesar de que nos hemos comunicado con el usuario de forma correcta, el receptor se muestra reticente, pone pegas y sigue pidiendo aclaraciones. Podemos distinguir dos objeciones: las sinceras y las de protesta. En las sinceras el usuario desea tener más información para poder tomar decisiones. En las de protesta lo que se manifiesta es oposición a la influencia del usuario, pretende darse importancia o se resiste a modificar sus ideas anteriores. En las objeciones sinceras debemos facilitar información adicional comunicándosela gradualmente.

En las objeciones de protesta debemos no entrar en la dinámica que se propone. Debemos tomar las riendas de la conversación y seguir las siguientes normas:
1. Hay que dejar hablar y tomar en serio las objeciones.
2. No sentirnos implicados personalmente.
3. Evitar herir su susceptibilidad.
4. Responder brevemente.
5. No desolidarizarnos con el resto del equipo multidisciplinar.

5 Discusión-Conclusión

La estrategia para facilitar un entendimiento mutuo entre paciente o familiares con el personal no sanitario de un hospital o centro de salud es comunicarse de forma veraz, inteligible, clara, sencilla, concisa, concreta, evitando tecnicismos y con un lenguaje accesible.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/
- https//www.lifeder.com
- Temario oposiciones personal no sanitario SESPA 2019. Editorial MAD.

Capítulo 1386

EL ABORDAJE DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN LOS SISTEMAS SANITARIOS

REBECA FERNÁNDEZ ALONSO

SILVIA VALVERDE ÁLVAREZ

MARIA CARMEN PRIETO SÁNCHEZ DEL PULGAR

1 Introducción

La violencia de género es aquella que se ejerce sobre las mujeres por parte de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones de afectividad (parejas o ex-parejas). El agresor tiene por objetivo producir daño y conseguir el control sobre la mujer, por lo que se produce de manera continuada en el tiempo. De acuerdo con la Organización de las Naciones Unidas, el término se utiliza "para distinguir la violencia común de aquella que se dirige a individuos o grupos sobre la base de su género" convirtiéndose ésta en una violación de los derechos humanos.

La Violencia de género es considerada como una de las manifestaciones más claras de la desigualdad entre los hombres y las mujeres. Este tipo de violencia se basa en la diferencia subjetiva entre los sexos. Las mujeres sufren violencia por el hecho de ser mujeres no importando su nivel educativo, cultural o económico.

Dentro de la definición de violencia de género también se incluyen actos como asaltos o violaciones sexuales, discriminación laboral, el aborto selectivo por

sexo, violencia física y sexual tráfico de personas, violaciones sexuales en guerras o situaciones de represión estatal, acoso y hostigamiento sexual, patrones de acoso u hostigamiento en organizaciones masculinas, ataques homofóbicos y transfóbicos hacia personas o grupos LGBT entre muchos otros actos.

Los servicios sanitarios tienen un papel fundamental en la detección de la violencia de género, debido a que un gran número de las mujeres víctimas de este tipo de violencia, suelen acudir al servicio de urgencias por diversos motivos, sobre todo cuando se manifiesta a nivel físico. Los servicios sanitarios deben ser un lugar que sirva de protección para estas mujeres y el profesional sanitario tanto como el no sanitario que las atienda debe tener las habilidades que le permitan detectar sintomatología de abuso.

2 Objetivos

- Definir la violencia de género.
- Aprender a identificar los distintos tipos de violencia de género
- Conocer los tipos de ayuda y como deben abordarlos los profesionales que trabajan en centros sanitarios.

3 Metodología

Para llevar a cabo este capítulo se consultan una variedad de artículos, mediante la consulta de bases de datos como Pubmed, Medline, Dialnet así como el uso del google académico. También se realiza la revisión de la ley orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género,al igual que la Ley del Principado de Asturias 2/2011, de 11 de marzo, para la igualdad de mujeres y hombres y la erradicación de la violencia de género.

Las palabras clave empleadas han sido: violencia, mujeres, violencia de género.

4 Resultados

Con todos los datos obtenidos podemos comprobar que existen diferentes tipos de violencia de género como son:

- Violencia física: La más visible y la más reconocida como violencia de género, siendo ésta cualquier acto no accidental que provoque un daño físico a la víctima,

pudiendo ser un daño temporal o permanente. Se considera violencia física las heridas, fracturas golpes, arañazos…

- Violencia psicológica: en este caso la víctima se ve humillada, no valorada y atacada a nivel psicológico. Se trata de una conducta intencionada y prolongada en el tiempo y tiene como objetivo imponer las pautas de comportamiento que dicte el hombre. No es tan visible y es más difícil de demostrar. En este tipo de violencia se incluye amenazas, humillaciones, desprecios, desvalorización. Hace que la persona se sienta indefensa, obligada a hacer algunas acciones, sentimiento de culpabilidad y creer que merece el castigo.

- Violencia sexual: puede considerarse dentro de la violencia física aunque esta se refiere más específicamente a aquel tipo de situaciones en que una persona es forzada a realizar actividades de índole sexual en contra de su voluntad.

- Violencia económica: Es la privación o limitación de recursos económicos para el bienestar físico y psicológico de la víctima y sus hijos. También se considera incluida dentro de éste tipo de violencia el obligar a la mujer a depender económicamente del agresor, impidiendo que la víctima acceda al mundo laboral amenazándola o coaccionándola.

- Violencia ambiental: Atenta contra las cosas que la mujer ama, aprecia o posee.

-Violencia social: Se basa en la limitación y el aislamiento social de la persona. No se le permite a la víctima relacionarse con su familia o amigos. Se suele poner a la víctima en contra de su entorno para que de esta manera se produzca una desvinculación entre ellos.

- Violencia vicaria o indirecta: es un tipo de violencia que sufren los hijos de la pareja.En ocasiones el agresor decide amenazar, agredir o incluso matar a los niños para de esta manera dañar a su pareja.

El maltrato más habitual es el abuso psicológico, seguido del maltrato físico y el abuso sexual. La violencia de género no es una situación que se dé de forma puntual y aislada, sino que se trata de algo que se va desencadenando a lo largo del tiempo.Es un proceso que suele empezar a desarrollarse de forma sutil y que provoca que la víctima no sea consciente de la gravedad de la situación que está viviendo.

El ciclo de la violencia de género:
La psicóloga Leonore Walker en sus estudios sobre la violencia de género y con-

cluyó que existen fases para la violencia y que tienen una duración variada produciéndose de esta forma el ciclo de la violencia de género. Las fases que componen ciclo de la violencia se van sucediendo las unas a las otras, haciendo que el ciclo sea difícil de romper. En una misma relación, el ciclo puede repetirse infinitas veces y la duración de éstas puede ser variable.
Las fases del ciclo de la violencia de género son las siguientes:

Fase de calma:
La situación está calmada y todo se vive de manera idílica. Pero, cuando el ciclo ya se ha producido varias veces, la víctima puede empezar a tener la sensación que la calma se mantiene porque todo está correcto temporalmente y que en cualquier momento puede volver a sufrir el maltrato.

Fase de acumulación de tensión:
Empiezan los pequeños desacuerdos, el agresor se siente cuestionado por su víctima de manera creciente.La víctima puede cometer algún error pues el aumento de la tensión afecta su capacidad para concentrarse y comienza a aparecer un maltrato psicológico basado en la idea de control. La mujer intenta complacer y no hacer aquello que le pueda molestar a la pareja, en la creencia irreal de que ella puede controlar la agresión.Las acciones del agresor tienen un objetivo que es desestabilizar a la víctima. En esta fase la víctima tiende a minimizar o negar el problema.

Fase de explosión:
El agresor comienza a actuar. Se caracteriza por la fuerte descarga de las tensiones provocadas en la anterior fase. Se desarrollan las agresiones físicas, psicológicas y/o sexuales más importantes.
Esta es la fase más corta pero también la más intensa. Las consecuencias más importantes para la víctima se producen en esta fase apareciendo a la vez los sentimientos de culpa.

Fase de luna de miel:
Aquí el agresor inicia una serie de conductas compensatorias para demostrar a la víctima que lo siente y que no volverá a pasar más. Esto hace que la víctima vea la parte positiva del agresor y queda atrapada en la relación. En esta fase aparece una extrema amabilidad y atenciones por parte del agresor .El agresor trata de convencer a los familiares y demás gente cercana para que la víctima le perdone. Pero, después de un tiempo, esta fase suele ir desapareciendo y quedando el ciclo solamente reducido a las a tres fases anteriores.
Al desaparecer la fase de luna de miel las agresiones son cada vez más fuertes y

frecuentes, disminuyendo por tanto los recursos psicológicos de las mujeres para salir de la espiral de la violencia.

Se debe destacar que no existe un perfil de mujer maltratada ni un perfil de hombre maltratador, cualquier mujer puede ser una víctima de la violencia de género y cualquier hombre puede cometerlo. Respecto a las mujeres, existen colectivos más vulnerables, como son las mujeres con alguna discapacidad, inmigrantes, adolescentes y también mujeres embarazadas.

Tipos de ayudas:
Otro punto muy destacable a la hora de hablar de los resultados es el tipo de ayudas que pueden tener las mujeres víctimas de violencia de género. Podemos diferenciar dos tipos de ayudas, las indirectas y las directas.
Las ayudas indirectas son aquellas que tratan de averiguar que actuaciones debería llevar a cabo el personal sanitario y no sanitario en general y servicios como urgencias, traumatología, ginecología o salud mental, en particular, para descubrir a tiempo las situaciones de riesgo y emplear los medios adecuados para solucionarlos.
Los sistemas de detección precoz serían la mejor forma de llevarlos a cabo, definiendo la mejor actuación profesional en caso de cribado positivo, para intentar asegurar la vida de la mujer, y evitar, en la medida de lo posible, nuevas agresiones.
Por el contrario la intervención directa hace referencia a:
- Cribado y revelación: Se basa en realizar una entrevista de cribado sobre la existencia de violencia de género, dentro de las actividades preventivas.
- Intervenciones psicoterapéuticas: Normalmente son intervenciones en grupo, generalmente ambulatorias. Tienen como objetivo, el aumento de los niveles de salud física y psicológica y la readaptación de las mujeres a su vida cotidiana.

5 Discusión-Conclusión

Por conclusión y por todo lo citado con anterioridad es de vital importancia que tanto los centros sanitarios como su personal esté debidamente formado y preparado para detectar casos de violencia y de esta forma poder actuar lo antes posible.El personal sanitario debido a su trato directo con el paciente deberá estar atento a cualquier síntoma que pueda mostrar la manifestación de algún tipo de violencia como pueden ser hematomas, arañazos… Por otro lado, el personal no sanitario puede reconocer situaciones violentas o actitudes de la

pareja sospechosas como pueden ser empujones, insultos, puede detectar la violencia psicológica etc poniéndoles de esta forma en preaviso para actuar lo antes posible.

Por todo ello, algunas de las recomendaciones para la prevención de la violencia de género desde los servicios sanitarios y la sensibilización de profesionales serán:

- Fomentar la formación continuada del personal sanitario y no sanitario en prevención, detección precoz de la violencia y atención integral a la mujer y a sus hijos e hijas.
- Se debe enfatizar en la formación en competencias interculturales, y distintos contextos de vulnerabilidad ante el maltrato.
- Convocar sesiones clínicas multidisciplinares sobre casos reales que hayan sido abordados en el centro o servicio.
- Realizar sesiones con profesionales de otras instituciones.
- Dar a conocer la importancia de las actuaciones relativas a detección, valoración y actuación en los y las menores que presencian violencia de género

6 Bibliografía

- Ley orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género
- Ley del Principado de Asturias 2/2011, de 11 de marzo, para la igualdad de mujeres y hombres y la erradicación de la violencia de género.
- Guía práctica clínica: Actuación en salud mental con mujeres maltratadas por su pareja.

Páginas web:

- https://www.mscbs.gob.es/
- https://www.medlineplus.gov/
- https://psicologiaymente.com/forense/ciclo-violencia-relaciones-pareja
- https://ayudaenaccion.org/ong/blog/mujer/tipos-violencia-mujeres/

Capítulo 1387

COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE

IRENE COVIÁN DE LA CUEVA

ASUNCIÓN GARCÍA NÚÑEZ

LARA MARÍA CEPA GONZÁLEZ

1 Introducción

Los profesionales de la salud, para desarrollar su actividad profesional, se tienen que comunicar de manera constante con pacientes, familiares y otros profesionales. En éste sentido, las habilidades de comunicación constituyen un papel fundamental en el desarrollo diario de su trabajo ya que ésta comunicación se produce en un contexto de enfermedad. Por tanto, es necesario establecer una comunicación terapeútica con el paciente debiendo profundizar en aspectos como la empatía.

2 Objetivos

- Adquirir un conocimiento general sobre los aspectos mas relevantes en la comunicación con el paciente.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Desde el punto de vista de la calidad asistencial debemos tener en cuenta que la satisfacción del paciente es una prioridad en la atención sanitaria. Ésta satisfacción se mide a través de la amabilidad, el trato y la información recibida por los profesionales sanitarios, aspectos relacionados y reforzados con la empatía y las habilidades de comunicación. Por tanto, es necesario que éstas habilidades estén bien desarrolladas si se quiere alcanzar la calidad asisitencial en los cuidados que se prestan.
Los profesionales sanitarios deben contar con unas competencias de comunicación que les ayuden a encarar de manera más satisfactoria las distintas situaciones que se presentan en su día a día, en la relación con pacientes, familiares y resto del equipo asistencial. La comunicación, al igual que otras competencias, se puede aprender y practicar.
Vamos a comentar las que quizá son las 3 principales competencias de comunicación: el respeto, la escucha activa y la empatía.

El respeto que el profesional sanitario proyecta sobre el paciente, relacionado con la manera en que éste vive e interpreta su enfermedad en cada momento, favorecerá que el enfermo acepte su situación y vaya siendo poco a poco protagonista activo de su propia recuperación.
Respetar al enfermo es:
- Facilitar que pueda expresarse libremente generando los espacios necesarios para ello.
- Preocuparse por la calidad de sus cuidados y mejorar su bienestar.
-Aceptar sus comportamientos y sentimientos, derivados de su situación de enfermedad, sin críticas ni juicios.

Saber escuchar es una habilidad de comunicación básica pero, aunque parezca sencillo, no todo el mundo tiene ésta habilidad. En muchas ocasiones sólo oímos en vez de escuchar. También suele ocurrir que nos escuchamos a nosotros mismos en vez de escuchar al otro con una actitud correcta.
La escucha activa significa escuchar con atención plena. En otras palabras, hay que prestar atención con los cinco sentidos.

La escucha activa hace referencia a atender no solamente a lo que la persona dice, sino también a los sentimientos, ideas o pensamientos que el individuo expresa.

Para una comunicación eficaz, es importante situarse en el lugar del otro y esto se consigue a través de la empatía. De hecho, la empatía es una de las habilidades sociales más importantes, porque es necesaria para convivir con los demás. Ponerse en el lugar del otro ayuda a la hora de enviar un mensaje más claro y más efectivo.
Para mantener una actitud empática, el profesional debe tener la habilidad tanto de identificarse con la situación emocional del paciente, como de reestablecer la distancia emotiva. Éste equilibrio entre implicación y retirada emotiva es fundamental para no "quemarse" en el desempeño de la profesión (síndrome de burnout) y para no trabajar desde una excesiva distancia o frialdad con el enfermo.

La empatía puede ser un don natural, pero también es posible desarrollarlo con el entrenamiento. Gracias a ella, podemos percibir directamente el sentimiento de otra persona, y así darnos cuenta de su circunstancia y de como la está viviendo. Es importante recordar que la empatía es sólo una forma de captar información, y no debe confundirse con el contagio emocional.
Paralelamente existe la ecpatía,que es la acción mental compensatoria de la empatía. Ésta nos evita dejarnos arrastrar por las emociones ajenas y el sufrimiento de los demás, ya que esto haría peligrar el buen desempeño asistencial de los profesionales sanitarios, sobre todo en unidades especiales como oncología, UCI, hospitalización, urgencias, etc.

5 Discusión-Conclusión

Es fundamental establecer técnicas para mejorar y fortalecer la comunicación con los pacientes. En éste sentido, la sanidad debe actualizar sus prácticas para adaptarlas a las necesidades de los usuarios y posibilitar una relación profesional-paciente de gran calidad y con un nivel de empatía adecuado, donde el paciente se sienta priorizado.

El profesional sanitario debe ser capaz de crear, por medio de la comunicación, una relación terapéutica en la cual pueda conocer al paciente, entender sus necesidades, prestarle la ayuda que necesite y aliviar su dolor incluso en casos en que él no lo pueda expresar.
Los profesionales sanitarios han de estar formados académicamente para en-

frentarse a todo tipo de relaciones interpersonales. Para ello, una de las herramientas básicas ha de ser el uso de técnicas de comunicación y habilidades sociales como la empatía.

Una buena manera de mejorar las habilidades de comunicación del personal sanitario es el entrenamiento de habilidades sociales. Para ello es necesario incluir técnicas que capaciten al profesional para establecer, mantener y mejorar sus relaciones interpersonales, tanto con otros profesionales de los servicios de salud como con los pacientes. Con ello se podría evitar el estrés al que se ve sometido el personal sanitario cuando tiene que hacer frente a las relaciones con pacientes y familiares y manejar situaciones interpersonales conflictivas.

6 Bibliografía

- Ayuso Murillo D, Tejedor Muñoz L, Serrano Gil A. Enfermería Familiar y Comunitaria. Actividad asistencial y aspectos ético-jurídicos. Ediciones Díaz de Santos. Madrid. 2015.
- Naranjo Bermúdez, I.C. and Ricarte García, G.P. 2006. "La comunicación con los pacientes".
- González de Rivera Revuelta, J.L. 2004. Empatía y ecpatía.
- Marin Sánchez, M. and León Rubio, J.M. 2001. "Entrenamiento en habilidades sociales: un método de enseñanza-aprendizaje para desarrollar las habilidades de comunicación interpersonal en el área de enfermería".

Capítulo 1388

SERVICIO DE ATENCIÓN AL USUARIO (SAU) SANITARIO

GRACIELA ORDIZ VILLAR

1 Introducción

El Servicio de Atención al Usuario (SAU) son unidades administrativas y de gestión que tienen encomendada, la labor de recepción, tramitación gestión y análisis de las quejas, sugerencias y reclamaciones además de orientar y gestionar otras cuestiones asistenciales relacionadas con la protección de los derechos de los usuarios. El SAU hace de nexo de unión entre la Administración Sanitaria y los usuarios, donde sus responsables nos ayudarán con cualquier problema, resolverán nuestras dudas y trasladarán nuestras quejas a la persona o sección competente.

El Servicio de Atención al Usuario es el órgano responsable de atender a los usuarios de los servicios sanitarios, velando por el cumplimiento de sus derechos y obligaciones, y orientándolos en todo lo que necesiten.
Es el órgano institucional de contacto con los usuarios. Se enfoca, principalmente, a mejorar la calidad del servicio y la satisfacción de los usuarios mediante:
• La promoción y el respeto de los derechos y deberes de los ciudadanos-clientes del sistema sanitario y la equidad de los servicios.
• La personalización de la atención y el trato.

2 Objetivos

El objetivo principal del SAU, junto con el equipo multidisciplinar de todo el sistema sanitario es tener en cuenta el punto de vista del paciente además de respetar y proteger sus derechos y deberes.

El objetivo del personal administrativo es dar a conocer las funciones del Servicio de Atención al Usuario, donde priman las posibles quejas y reclamaciones interpuestas por parte de los pacientes, así como la información sobre la cobertura sanitaria que tenemos a nuestra disposición.

3 Metodología

El método a seguir fue la búsqueda de los principales servicios de salud y observar las funciones de sus servicios de atención al usuario, así como la labor desarrollada por el personal administrativo en interacción con el propio usuario.

Se ha buscado información en la regulación específica de los servicios de información administrativa y atención al ciudadano, en concreto la regulación de funciones de atención al público.

4 Resultados

Tras analizar varios Servicios de Atención al Usuario podemos decir que las principales funciones se centran en los siguientes puntos:
- Recibe información y orienta a los pacientes y familiares cuando acuden o ingresan en los centros sanitarios
- Garantiza el cumplimiento de los derechos de los pacientes y usuarios.
- Atiende y tramita todas las quejas, reclamaciones y sugerencias presentadas por los usuarios.
- Propone resoluciones sobre las quejas y reclamaciones.
- Vela por el cumplimiento de las obligaciones y las normas respecto a los pacientes y familiares.
- Y en definitiva, todas aquellas funciones dirigidas a mejorar la atención al usuario.

• Quejas y reclamaciones
Una de las funciones del Servicio de Atención al Usuario consiste en recibir y atender las posibles quejas y reclamaciones presentadas por los pacientes. Así,

todo usuario que presente algún tipo de queja recibirá comunicación escrita sobre el periodo de tramitación en que se encuentra su queja (si la han recibido los responsables de la sección a la que va dirigida, si la están gestionando…) y de la solución adoptada dentro de los plazos determinados. Asimismo, todas las reclamaciones quedarán registradas con independencia del centro destinatario de la queja, al que serán remitidas con posterioridad.

Ante cualquier queja o reclamación, el servicio deberá recoger las diferentes versiones de las partes afectadas, y puede formular propuestas de mediación en caso de que sea necesario.Finalmente, y después de comprobar los hechos expuestos en las reclamaciones, los órganos directivos son responsables de que se subsanen las irregularidades descritas. En caso de que las quejas estén dirigidas a conductas del personal, se resolverán mediante normas disciplinarias, sin perjuicio de las responsabilidades que por los hechos pudieran corresponder.

• Información
Otra de las funciones del Servicio de Atención al Usuario es ofrecer información sobre la cobertura sanitaria de la que disponemos, tanto en España como en el extranjero, si es suficiente llevar la tarjeta que tenemos o una distinta y, en este caso, lo que tenemos que hacer para tramitarla. Una información muy importante sobre todo en fechas de vacaciones.

5 Discusión-Conclusión

El Servicio de Atención al Usuario es la forma de facilitar a los ciudadanos el ejercicio de sus derechos, asimismo hace de hilo conductor entre la Administración Sanitaria y el usuario. El SAU está a disposición de pacientes y familiares para orientándolos en todas sus gestiones, trámites o dudas relacionadas con la asistencia sanitaria. Es el servicio al que debe dirigirse para comunicas cualquier deficiencia que observe y canalizar sus reclamaciones, quejas, sugerencias, agradecimientos, etc.

El personal administrativo es el encargado de la realización de las siguientes funciones:
- Recepción y acogida de los usuarios, se les facilita la orientación y ayuda que precisan.
- Orientación e información, ofrecen aclaraciones y ayuda sobre procedimientos, trámites, requisitos y documentación.
- De gestión, recepción de la documentación solicitada.

- Recepción de las iniciativas o sugerencias formuladas por los ciudadanos para mejorar la calidad de un servicio.
- Recepción de quejas y reclamaciones de los ciudadanos.
- Asistencia a los ciudadanos en el ejercicio del derecho de petición
- Información sobre la cobertura sanitaria disponible.

6 Bibliografía

- SEAUS, Sociedad Española de Atención al Usuario de la Sanidad.
- RD 208/1996, de 9 de Febrero, Servicios de Información Administrativa y Atención al Ciudadano.
- Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.
- Astursalud, portal de salud del Principado de Asturias.
- Servicio Aragonés de Salud.
- Departamento de Salud de Euskadi, Servicio Atención al Paciente y Usuario.

Capítulo 1389

ORGANIZACION DEL TRABAJO EN EQUIPO Y SOLUCIÓN DE PROBLEMAS (PERSONAL NO SANITARIO)

MARIA BELEN BERMUDEZ BERMUDEZ

CRISTINA FERNANDEZ BOUSOÑO

NOELIA MENÉNDEZ PÉREZ

VANESA GARCÍA VALERO

MARIA SONIA IGLESIAS ÁLVAREZ

1 Introducción

En este capítulo queremos abordar las ventajas del trabajo en equipo. Se denomina trabajo en equipo a la mutua colaboración de personas a fin de alcanzar la consecución de un resultado determinado.

Hoy en día, es común afirmar que la capacidad de resolver problemas y de proponer soluciones en un equipo es siempre superior a la de una persona. Por otra parte es bastante evidente, si nos atenemos a la experiencia, que los problemas complejos se pueden abordar y resolver más eficazmente cuando se hace conjuntamente. No cabe duda de que el trabajo en equipo es una necesidad insoslayable para actuar en una realidad social de complejidad creciente y de múltiples interdependencias. Ciertamente determinadas tareas no se pueden hacer sino es por la

acción conjunta mediante la convergencia de diferentes actividades, habilidades y conocimientos, de ahí las múltiples propuestas sobre trabajo interdisciplinario o al menos, de acción polivalente en equipos multiprofesionales.

Mucho se habla de trabajo en equipo, pero poco se practica, no porque no se quiera, sino porque conlleva muchas dificultades. Un equipo no se forma con sólo decirlo, sino que necesita madurar en un proceso, que aunque se intente, no garanatiza que el equipo consiga trabajar como tal.

Los integrantes del equipo deben saber que son parte de un grupo, por lo mismo, deben cumplir cada uno su rol sin perder la noción del equipo. Para ello, tienen que reunir las siguientes características:
- Ser capaces de poder establecer relaciones satisfactorias con los integrantes del equipo.
- Ser leales consigo mismo y con los demás.
- Tener espíritu de autocrítica y de crítica constructiva.
- Tener sentido de responsabilidad para cumplir con los objetivos.
- Tener capacidad de autodeterminación, optimismo, iniciativa y tenacidad.
- Tener inquietud de perfeccionamiento, para la superación.

Para que exista un equipo, es necesario un objetivo común claramente definido y aceptado por todos los miembros que constituyen el equipo. Además, debe existir la voluntad expresa de que cada uno de los integrantes esté decidido a realizar los esfuerzos y tareas necesarias para lograr esos objetivos.

Las responsabilidades derivadas de esos objetivos, deben ser lo suficientemente claras y explícitas, como para establecer las responsabilidades de unos y otros respecto a la realización de actividades y tareas. Además de estos objetivos, tiene que existir un enfoque común expresado en un conjunto de valores y significados compartidos por sus miembros. Estos valores, que expresan la ideología o filosofía de los miembros del equipo, pueden manifestarse de manera explícita o implícita. Objetivos y valores movilizan y dan direccionalidad a un equipo de trabajo. Son su razón de ser e interconectan y cohesionan a los miembros del mismo, creando asimismo la identidad del equipo, que es la suma de las individualidades que lo integran. Uno de los mejores premios que puede recibir el equipo de trabajo es la satisfacción del proyecto bien hecho. Conseguir que los componentes se hayan sentido capaces y poder realizar los objetivos. Trabajar en equipo, genera:
1. Incremento del aprendizaje individual al compartir conocimientos, experiencias, puntos de vista, etc.

2. Satisfacción de necesidades sociales.
3. Desarrollo de habilidades de comunicación, de negociación y de persuasión.
4. Motivación por la posibilidad de aportar ideas y ser escuchado.
5. Se trabaja con menos tensión al compartir los trabajos más duros y difíciles.
6. Se comparte la responsabilidad al buscar soluciones desde diferentes puntos de vista.
7. Es más gratificante por ser partícipe del trabajo bien hecho.
8. Se comparten los incentivos económicos y reconocimientos profesionales.
9. Puede influenciarse mejor en los demás ante las soluciones individuales que cada individuo tenga.
10. Se experimenta de forma más positiva la sensación de un trabajo bien hecho.
11. Las decisiones que se toman con la participación de todo el equipo tienen mayor aceptación que las decisiones tomadas por un solo individuo.
12. Se dispone de más información que cualquiera de sus miembros en forma separada.
13. El trabajo en grupo permite distintos puntos de vista a la hora de tomar una decisión. Esto enriquece el trabajo y minimiza las frustraciones.
14. Podemos intercambiar opiniones respetando las ideas de los demás.
15. Logra una mayor integración entre las personas para poder conocer las aptitudes de los integrantes.

La capacidad del personal para funcionar tanto como equipo de trabajo como de forma individual es de vital importancia para las organizaciones. La formación de un equipo es una habilidad primordial para los generentes de la actualidad. Con este tipo de técnicas, la empresa:
- Desarrolla proyectos complejos.
- Toma decisiones con más información.
- Diagnostica y soluciona problemas.
- Desarrolla la creatividad
- Asume, acepta y se implica en las decisiones.
- Oferta horario laboral más flexible.

Conseguir la implicación de los integrantes del equipo no es sencillo. Animar a todas las personas integrantes de un equipo para que sientan el proyecto como suyo lleva su tiempo y sus dosis de paciencia. Una clave importante podría ser darles la oportunidad de participar en el diseño de la nueva estrategia de la empresa (ser ellos mismos patrones de su futuro).

2 Objetivos

- Conocer qué es el trabajo en equipo y los beneficios que reporta a los empleados de una empresa o entidad.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Plumbed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El trabajo en equipo guarda estrecha relación con la disposición natural del hombre a su convivencia en sociedad. Un elemento fundamental para que el trabajo cooperativo rinda sus frutos, es la asignación de tareas específicas para cada uno de los integrantes del grupo humano en cuestión.

Cada persona fue bendecida con talentos específicos y es lógico que se le atribuyan aquellas actividades en las que se pueda desenvolver con mayor soltura. Con un proceder contrario, los resultados serían de menor categoría, en la medida en que se estarían desaprovechando estas aptitudes, dejando que los miembros se ocupen de tareas que sobrepasan sus capacidades.

Una de las principales ventajas del trabajo en equipo, es el efecto sinergia, es decir, la posibilidad de obtener resultados que van más allá de las capacidades de los componentes del equipo. Los equipos de trabajo están formados por personas, que aportan a los mismos una serie de características diferenciales (experiencia, formación, personalidad, aptitudes, etc.), que van a influir decisivamente en los resultados que obtengan esos equipos.

5 Discusión-Conclusión

Un equipo de trabajo es un pequeño número de personas que con conocimiento y habilidades complementarias, unen sus capacidades para lograr determinados

objetivos y realizar actividades orientadas hacia la consecución de los mismos.

El trabajo tanto individual como colectivo, se realiza dentro de un contexto socioafectivo caracterizado por un clima de respeto y confianza mutua, satisfactorio y gratificante. La característica de un equipo es el espíritu de complementariedad en la realización de actividades y tareas, de las que todos se consideran mutuamente responsables, en cuanto grupo cooperativo que tiene un propósito común. Desde el punto de vista operativo, la distribución de responsabilidades individuales y del trabajo conjunto se realiza mediante una adecuada coordinación y articulación de tareas.

La empresa busca en los empleados la valoración del trabajo en equipo, como lo plantean Katz y Kahn (1995), debido a que las realidades sociales objetivas indican que no habrá un trabajo organizado de grupo si cada cual se conduce de manera anárquica. La organización es ante todo un grupo que ejecuta acciones de manera coordinada, por consiguiente será necesaria una división del trabajo al interior del mismo, que permita superar las diferencias individuales y obtener mayores beneficios para el grupo.

6 Bibliografía

- Libro: Interdisciplinariedad en educación, de E. Ander-Egg, prólogo de Raúl Mota y epílogo de Edgar Morin, Magisterio del Rio de la Plata. Buenos Aires. 1998.
- La disciplina de los equipos por Jon R. Katzenbach y Douglas K. Smith).
- Maddux. R (2000). Como formar Equipo de Trabajo: Liderazgo en acción.
- Gómez. A, Acosta. H. (2003): Artículo en la Web. [disponible en]:http:www.wikipedia.org/wiki/Trabajo_en_equipo
- Dyer, W. (s/f) . Libro "Serie del desarrollo Organizacional. Problemas y alternativas" Segunda Edición. Equipo de trabajo y trabajo en equipo Recopilado por: CL Gonzalo Retamal Moya Acerca del trabajo en grupos o equipos Lic. Aleida Gómez Mujica 1 y Lic. Heriberto Acosta Rodríguez Biblioteca Virtual en Salud,y care Cuba [21-1-2008].
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 1390

PREVENCIÓN ANTE AGRESIONES AL PERSONAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD

MARÍA DEL CARMEN GARCÍA ALONSO

1 Introducción

El índice de agresividad ha aumentado de manera alarmante en nuestro país y se estima que el 80% del personal de los servicios de salud ha sufrido algún tipo de agresión verbal o física. Esto genera malestar, presión, bajas e insatisfacción profesional.

2 Objetivos

- Conocer los conceptos generales de prevención y cuáles son las medidas preventivas más apropiadas para garantizar la seguridad y salud de los trabajadores en situaciones conflictivas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Plumbed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Las causas para una posible agresión pueden ser múltiples, largas esperas, diagnósticos no previstos, intento de conseguir tratamientos no adecuados o bajas laborales, etc. Normalmente las salas de espera y consultas de Atención Primaria, así como el personal de administración son los lugares y colectivos más dados a sufrir este acoso. Sería importante que el centro contara con medidas adecuadas para detectar y prevenir agresiones como pueden ser:
- Circuitos de televisión.
- Mamparas de seguridad.
- Pulsadores antipánico, etc.

En el momento en que el personal observe conductas inapropiadas tales como:
- Voces.
- Amenazas.
- Conductas Groseras.
- Persona en estado de embriaguez o que se encuentre bajo los efectos de drogas.
- Situaciones que resulten molestas o sospechosas.

Llegado el momento de enfrentarse a un posible agresor, es importante:
- No perder los nervios.
- Hablar en tono tranquilo.
- Mantener distancia.
- No hacer movimientos bruscos.
- Evitar la confrontación.

5 Discusión-Conclusión

En caso de haber sufrido una agresión es importante, no mover ni tocar nada, alejarse del agresor y pedir ayuda llamando a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, Policía Local, Guardia Civil, etc. y por supuesto a continuación tramitar la denuncia correspondiente.

6 Bibliografía

- Página web: Asociación Nacional para la Seguridad Integral en Centros Hospitalarios y de Salud.
- Sociedad Española de Médicos de Familia.

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 1391

SERVICIO DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL PACIENTE

ROCIO BARREIRO LOPEZ

CRISTINA RODRIGUEZ RIVERA

MARÍA LUISA FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ

LUZ ESTER PÉREZ FERNÁNDEZ

ISABEL MARTOS VILLA

1 Introducción

El servicio de información y atención al paciente es el lugar donde se debe acudir cuando se tenga alguna duda o alguna queja sobre nuestra estancia o la de algún familiar en el hospital.
Está a disposición de pacientes y familiares para orientarles en todas sus gestiones, trámites o dudas relacionadas con la asistencia dentro o fuera del área sanitaria.
Es el servicio al que debe dirigirse para comunicar cualquier deficiencia que observe en el hospital y canalizar sus reclamaciones.

2 Objetivos

El objetivo de cualquier servicio de atención al paciente es ayudar a resolver cualquier necesidad, problema o incidencia que los usuarios del hospital puedan

tener durante su estancia, velando por el incumplimiento de los derechos de los pacientes y orientándolos en lo que necesiten.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Las funciones principales de cualquier servicio de atención al paciente son:
- Ofrecer información al usuario
- Orientar a pacientes y familiares cuando acuden o ingresan en un centro sanitario.
- Garantizar el cumplimiento de los derechos de los usuarios o pacientes.
- Atender y tramitar las quejas, reclamaciones y sugerencias recibidas.
- Velar por el cumplimiento de las normas respecto a pacientes y familiares.
- Gestionar las encuestas de satisfacción.

Este servicio también puede facilitar a los usuarios muchas informaciones como:
- La organización y normas del hospital.
- La organización y normas del sistema sanitario general.
- Los derechos y deberes del paciente.
- Formularios y canales para la resolución de problemas.
- Solicitudes de documentación clínica.

5 Discusión-Conclusión

Si se tiene alguna duda, sugerencia o queja no dude en consultar este servicio independientemente del hospital en que se encuentre. No solo se resolverán de la forma más satisfactoria sus consultas sino que también contribuirá a un mejor funcionamiento del hospital y del sistema sanitario.

6 Bibliografía

- www.saludinforma.es
- Guia de información al usuario – Madrid.org.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 1392

SOLICITUD DE COPIA DE DOCUMENTACIÓN CLÍNICA DE PACIENTES MENORES DE 18 AÑOS

MARÍA DEL CARMEN GARCÍA ALONSO

1 Introducción

El Código Civil, en su artículo 154 dispone que los hijos menores de edad no emancipados están bajo la patria potestad de los progenitores. De esta forma la Agencia Española de Protección de Datos (AEPD) adjudica la cesión de la información sanitaria a quienes ostentan la patria potestad.

2 Objetivos

- Tener claro cómo y a quién se le puede entregar información sanitaria.

3 Metodología

Se realiza una búsqueda en diferentes páginas web, encontrando información muy útil y detallada en la página Salud Madrid. A su vez se incluyen datos obtenidos del trabajo realizado por la autora como trabajadora de Auxiliar Administrativo del SESPA.

4 Resultados

Se realiza una búsqueda en diferentes páginas web, encontrando información muy útil y detallada en la página Salud Madrid. A su vez se incluyen datos obtenidos del trabajo realizado por la autora como trabajadora de Auxiliar Administrativo del SESPA.
Tutela:
- Acogimiento (familiar o residencial): Acreditando la Resolución Administrativa o el Auto Judicial que lo haya acordado.
-Emancipación: Faculta al menor de edad para regir como si fuera mayor de edad.Los casos de Emancipación son:
1. Matrimonio.
2. Concesión Judicial.
3. Concesión de quienes ejerzan la Patria Potestad.

Para su utilidad frente a terceros debe estar inscrita en el Registro Civil, y el emancipado aportará copia de dicha inscripción o Libro de Familia.

5 Discusión-Conclusión

Opino que hay que tener claros ciertos criterios para poder desarrollar el trabajo de manera eficaz. A veces uno se encuentra en situaciones que pueden llevar a equívocos graves si se carece de la información oportuna. Dar a los trabajadores que comienzan charlas o unas guías explicativas servirían para que éstos se sintieran más confiados con la labor que van a desempeñar.

6 Bibliografía

- Página web Salud Madrid.
- Centros de Salud del Principado de Asturias.

Capítulo 1393

PRESENTACIÓN, RECEPCIÓN, ENTRADA Y SALIDA DE DOCUMENTOS SANITARIOS

ARTURO MUÑIZ BAIZAN

1 Introducción

Los documentos administrativos son el soporte material por el que se materializan los actos administrativos. Por lo que tienen dos funciones: cumplir con el desarrollo de una actuación administrativa y ser un método de comunicación.

2 Objetivos

- Conocer que es la presentación, la recepción y la entrada y la salida de documentos en un centro hospitalario como auxiliar administrativo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

1. Presentación de documentos: Es el acto mediante el que una persona natural o jurídica deposita un documento dirigido a un órgano de la administración pública en cualquiera de los lugares permitidos por la normativa vigente.
2. Recepción de documentos: Es la operación realizada por la administración a través de sus órganos competentes de recibir formalmente documentación remitida por cualquier persona jurídica o natural, con la finalidad de tramitarlo hacia el órgano hacia el que se dirige.
3. La entrada y salida de documentos: son las operaciones que consisten en recibir los escritos, realizando el correspondiente asiento registral o en emitir escritos realizando la misma operación.

5 Discusión-Conclusión

Hemos aprendido en que consiste la presentación y la recepción de documentos en el ámbito sanitario, así como la entrada y la salida de los mismos.

6 Bibliografía

1. Documentos administrativos- web opositoya- sin fecha de publicación- disponible en http://www.opositoya.es/auxiliar/temario/documentos%20administrativos.htm
2. Registro de entrada/salida - autor web pixelware- disponible en https://pixelware.com/sn-registro-de-entrada-y-salida-de-documentos/

Capítulo 1394

FACTORES DETERMINANTES DE LA SALUD: LA IMPORTANCIA DE LA PREVENCIÓN

PATRICIA REBOLLAR BLANCO

1 Introducción

La prevención, dentro de los conocimientos relacionados con la atención de la salud pertenecen al ámbito de la doctrina de la Salud Pública, que es la disciplina que orienta la atención de la salud de la población.
Se denominan determinantes de la salud al conjunto de factores tanto personales como sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o de las poblaciones.

A pesar de los adelantos en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, son las acciones de prevención las más activas para conseguir una vida sana. La prevención de la enfermedad es una de las funciones básicas de la Salud Pública.

2 Objetivos

El objetivo es que el ser humano goce de un óptimo estado de salud, que le permita estar en condiciones de sobrellevar mejor la influencia de los factores de riesgo, o que estos sean muy escasos o nulos, por los hábitos y condiciones de vida que tiene, por las cuales goce de buena salud, y no sea afectado por la enfermedad.

Esta debe ser la meta de todos los servicios de salud y es la que constituye el objetivo de la primera función de la salud pública, que como actividades que debe realizar el sector salud, son las de proporcionar a los usuarios, las herramientas conceptuales y metodológicas que les permita tomar un adecuado control sobre su salud y mantenerlo óptimo o que lo mejore, en caso de que presente alteraciones.

3 Metodología

El sector salud actúa vigilando y controlando las condiciones ambientales del aire, del suelo y del agua, que no presenten contaminantes o características desfavorables para la salud, la higiene de los alimentos tanto en producción como en comercialización. Estas actividades son llamadas Protección de la Salud.

4 Resultados

Es urgente invertir en estrategias que reduzcan los riesgos ambientales, de esta manera se conseguirá reducir la creciente carga mundial de enfermedades cardiovasculares, neumopatías, lesiones y cánceres, lo cual también disminuiría los costes sanitarios.

5 Discusión-Conclusión

Realizar investigaciones sobre el impacto en la salud humana para identificar nuevos riesgos y reducirlos. De la misma forma, es importante apoyar el fortalecimiento del desarrollo local, integral y sostenible de los territorios y sus instituciones, fomentando la protección del medio ambiente como determinante de la salud en la población.

6 Bibliografía

- Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 1395

REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR POR PARTE DEL PERSONAL NO SANITARIO.

MARÍA ROSALÍA SUÁREZ TRAPIELLO

MARÍA BEGOÑA GONZÁLEZ ROLDÁN

1 Introducción

La parada cardíaca es una ausencia brusca del pulso y el conocimiento ocasionada por un fallo repentino de la capacidad del corazón para bombear convenientemente sangre al cerebro y a todo el organismo.
Las causas del paro cardíaco son: Shock cardiogénico, arritmias, pérdida importante de sangre debido a un traumatismo o a sangrado interno, infarto de miocardio, accidentes cerebrovasculares, trastornos genéticos que afectan al corazón, descargas eléctricas y enfermedades de las válvulas cardíacas o del músculo cardíaco entre otros.

Los síntomas y signos de una parada cardíaca súbita son inmediatos y son los siguientes:
Ausencia de pulso, colapso súbito, falta de respiración y pérdida del conocimiento.
También se pueden presentar otros signos y síntomas antes de que suceda el paro cardíaco como: Falta de aliento, debilidad, palpitaciones y molestias en el pecho.
Los factores de riesgo de padecer un paro cardíaco pueden ser: Tabaquismo, obesidad, estilo de vida sedentario, antecedentes familiares, presión arterial alta, niveles altos de colesterol, diabetes y obesidad. También existen otros factores que

pueden aumentar el riesgo como: Edad, ser hombre, un ataque al corazón previo etc.

Ante una parada cardíaca, el masaje cardíaco que se realiza a la víctima mientras llegan los servicios de emergencias es de vital importancia, en los antiguos protocolos la primera maniobra que se debía realizar eran las ventilaciones, pero hoy en día se da prioridad al masaje cardíaco, este es esencial para producir flujo sanguíneo durante la reanimación.
Según la Fundación Española del Corazón, la supervivencia tras una parada cardíaca se sitúa alrededor del 5 %, que aumentaría al 15% si se practicaran las maniobras de reanimación pulmonar y alcanzaría el 30 % si además existiera desfibriladores en la zona.

Hoy en día existen espacios cardioprotegidos que disponen de los elementos necesarios para ayudar a una persona en los primeros momentos de una parada cardíaca. Estos lugares disponen de desfibriladores (DESA) que deberán tener una correcta señalización e instalación, un buen mantenimiento, personal preparado para su utilización y un protocolo de actuación con los servicios de emergencia.

2 Objetivos

- Reconocer una parada cardiopulmonar.
- Conocer los fundamentos básicos de reanimación cardiopulmonar.
- Informar sobre las técnicas para aplicar la reanimación cardiopulmonar.
- Saber el protocolo de actuación ante una parada cardíaca.

3 Metodología

Se han revisado distintos manuales sobre reanimación cardiopulmonar (RCP), además de haber realizado una búsqueda activa por internet con distintos navegadores relacionado con la reanimación cardiopulmonar.

4 Resultados

Un paro cardíaco puede ocurrir en cualquier momento y lugar, de ahí la necesidad de disponer de la formación necesaria para reaccionar lo antes posible. Si no se

actúa rápidamente puede tener consecuencias muy graves: lesiones cerebrales o la muerte.
La reanimación cardiopulmonar (RCP) es el procedimiento que se debe ejecutar para mantener el riego y oxigenación de los tejidos y órganos. Si ponemos en marcha el corazón, el individuo que ha sufrido la parada cardíaca puede continuar con vida.

La reanimación que pueden y deben realizar las personas sin estudios sanitarios radica esencialmente en tres puntos:
• Reconocer si la persona ha sufrido una parada cardíaca.
• Llamar al número de emergencias 112.
• Dar comienzo el masaje cardíaco.

Para reconocer un paro cardíaco seguiremos los sucesivos pasos: Si delante de nosotros un individuo se desploma nos agacharemos y comprobaremos que no respira, es decir, no expulsa aire por la boca ni por la nariz y el tórax no se mueve, si no respira llamaremos inmediatamente al servicio de emergencias 112 poniendo en conocimiento a emergencias de una posible parada cardíaca, asimismo le daremos nuestra ubicación lo más exactamente posible para que nos puedan localizar y no colgaremos el teléfono para seguir las indicaciones que nos den los sanitarios.
Los procedimientos de RCP varían según la persona que sufre la parada cardíaca, no es la misma si es un bebé, un niño o un adulto, por lo tanto, es necesario saber las técnicas a seguir dependiendo de cada caso.

1.Acciones ante una parada cardíaca súbita en una persona adulta:
Una vez que reconozcamos la parada cardíaca y hayamos avisado al 112 comenzaremos con las técnicas de reanimación, colocaremos a la víctima boca arriba en el suelo e iniciaremos el masaje cardíaco, que consiste en poner ambas manos en el centro del esternón de la persona y realizar compresiones hacia abajo con los brazos extendidos en ángulo recto respecto cuerpo del individuo. Hay que comprimir el esternón hacia abajo unos 4-5 cm con una frecuencia de 100 a 120 veces por minuto e intentaremos que las compresiones sean rítmicas y regulares.
Dependiendo de dónde nos encontremos y si hay personas con conocimientos de reanimación podemos realizar:
- Ventilación: Después de hacer unos minutos de masaje cardíaco, procederemos a realizar respiración boca a boca, para ello taparemos la nariz de la persona e insuflaremos aire en la boca a una cadencia de 2 ventilaciones por cada 30

compresiones.
- Desfibrilador: Hoy en día en algunos lugares públicos existen desfibriladores semiautomáticos (DESA), que reconocen la arritmia y te proporcionan instrucciones detalladas de lo que debemos hacer a través de una locución. El procedimiento consiste en poner unas pegatinas en el pecho de la persona y esperar a que el aparato nos indique si hay que hacer o no una descarga, de poder realizarla es importante no tocar a la víctima y confirmar la descarga en el botón pertinente. A continuación, reanudaremos el masaje cardíaco hasta que lleguen los servicios sanitarios.

2.Acciones ante una parada cardíaca súbita de un bebe:
Si es un bebé el que sufre la parada cardíaca (está inconsciente y no respira), llamaremos inmediatamente a los servicios de emergencia y procederemos a poner en práctica el protocolo de RCP para bebés. Para ello pondremos al lactante boca arriba en una superficie dura y plana, y le abriremos la vía aérea (echar su cabeza hacia atrás y abrirle la boca), le daremos cinco insuflaciones boca a boca. Si aún no responde, empezaremos a realizar el masaje cardíaco, que se hace o bien con el corazón e índice o con los dos pulgares sobre el esternón del lactante, presionando un tercio del diámetro anteroposterior del tórax. En caso que hubiera dos personas uno se encargará de dar el masaje con los pulgares (abrazando el tórax) y la otra se encargará de las insuflaciones. Cada 30 compresiones a una frecuencia entre 100 y 120 por minuto dos ventilaciones, se debe seguir con estas técnicas hasta que la respiración y los latidos cardíacos del lactante vuelvan o llegue el personal sanitario.

3.Acciones ante una parada cardíaca súbita en niños mayores de un año:
Si el que sufre el paro cardíaco es un niño mayor de un año, los pasos a seguir son parecidos a los que seguiríamos si fuera un bebé, con la diferencia de que no utilizaríamos los dedos para realizar el masaje cardíaco, sino que usaríamos el talón de la mano en el medio del pecho.

5 Discusión-Conclusión

- Las probabilidades de reducción de las lesiones cerebrales y supervivencia de la víctima siempre son superiores cuando se realiza una reanimación, aunque esta se efectúe por personal no sanitario.
- Actuar rápidamente ante una parada cardíaca evita consecuencias graves.

-Frecuentemente la causa son arritmias potencialmente mortales e irregularidades en el sistema eléctrico del corazón.
- Es necesario llamar rápidamente a los servicios de emergencia y aplicar protocolos de reanimación cardiopulmonar (RCP) para tratar de revertir los efectos del accidente cardiovascular
- La reanimación cardiopulmonar empieza con las compresiones.
- Se ha comprobado que la peor reanimación es no realizarla.
- El personal no sanitario debería conocer las técnicas de reanimación por lo que en los centros de trabajo se deberían dar cursos de reanimación cardiopulmonar.
- Las empresas deberían disponer de desfibriladores y personal preparado para su utilización.
- Los protocolos para RCP suelen durar cinco años, este tema va evolucionando cada cierto tiempo debido a las nuevas investigaciones científicas.
- Reducir el peligro de sufrir una parada cardíaca súbita es posible si se hiciera revisiones con asiduidad y pruebas para descubrir una anomalía cardíaca, y llevar una forma de vida sana para el corazón.

6 Bibliografía

- https://fundaciondelcorazon.com
- https://www.usc.es
https://inforemer.com
- https://www.semg.es
- https://www.revespcardiol.org
- https://www.desfibrilador.com
- https://www.cercp.org
- https://www.prevensystem.com
- https://www.mayoclinic.org
- https://www.cardioprotegidos.es

Capítulo 1396

ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA. EN EL EQUIPO EL CELADOR TAMBIÉN ES IMPORTANTE.

RUBÉN FERNÁNDEZ VILLAR

MARGARITA RODRIGUEZ MENÉNDEZ

MARIA DE LAS MERCEDES GARCIA ALVAREZ

JESUS COTELO MENENDEZ

BALTASAR MORENO ORDOÑEZ

1 Introducción

El Sistema Nacional de Salud (SNS) se organiza en 2 niveles de asistencia: la Atención Primaria y la Atención Especializada.
En este capítulo hablaremos del primer nivel, la Atención Primaria, de cómo se estructura y de la importancia de las funciones desarrolladas por el personal no sanitario en los Centros de Salud.

2 Objetivos

- Acercar a los futuros profesionales no sanitarios una visión general de la organización en Atención Primaria.

- Analizar el significado del trabajo en equipo y dignificar las labores desempeñadas por los trabajadores no sanitarios, haciendo visible el valor del celador como profesional dentro del ámbito de la salud.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Utilizando palabras clave como: Atención Primaria, Centro de Salud, Celador, Equipo de trabajo.
También, se recogió información de profesionales de Atención Primaria.

4 Resultados

La Atención Primaria es el nivel básico de acceso de la población al Sistema Sanitario Público, poniendo a su disposición una serie de servicios básicos en una isócrona de 15 minutos desde cualquier lugar de residencia. Se atenderá al individuo, la familia y la comunidad, desarrollando mediante programas, funciones de promoción de la salud, prevención, curación y rehabilitación.

Según la Ley General de Sanidad las Comunidades Autónomas deben delimitar y constituir demarcaciones territoriales denominadas Áreas de Salud, las cuales se subdividen, teniendo en cuenta factores demográficos, geográficos y sociales, en Zonas Básicas de Salud que son el marco territorial de la Atención Primaria.

Para poder realizar su actividad está integrada de:
Recursos materiales:
• Materiales de oficina, docentes, de clínica y de exploración o diagnóstico.

• Centro de salud. Que suelen estar dotados de:

- Despachos para médicos, enfermeras, pediatras, psicólogo, odontólogo, trabajador social,….

- Zona de recepción, información y administración.
- Salas de extracciones, polivalentes…
- Biblioteca, sala de reuniones, archivo, almacén.
- Salas especiales: de fisioterapia, reunión, etc.

• Consultorios Locales
Recursos Humanos:

• El Equipo de Atención Primaria (EAP): Conjunto de profesionales sanitarios y no sanitarios, compuesto principalmente por Médicos de Familia, Pediatras, Enfermeras, Auxiliares de Enfermería, personal Administrativo y Celadores. También existen profesionales de apoyo como son los trabajadores sociales, psicólogos, fisioterapeutas, matronas, odontólogos e higienistas dentales. Todos los miembros del equipo estarán bajo la supervisión del Coordinador Médico.

En cada Centro de Salud existen particularidades en cuanto a dotación y dinámica de funcionamiento. La asistencia sanitaria puede ser a demanda, programada o urgente. Puede ser realizada en el mismo centro o en el domicilio del enfermo. La asistencia de urgencia se realizará de lunes a viernes en el Centro de Salud. Cuando éste no se encuentre abierto serán los Puntos de Atención Continuada (PAC) y los Servicios de Urgencias de Atención Primaria (SUAP) los que realizaran dicho servicio.

Las funciones se dividen según la categoría profesional, siendo las funciones del personal no sanitario del EAP las siguientes:
Personal administrativo:
- Cita previa.
- Atención telefónica.
- TIS / asignación de médico.
- Tramitación de analíticas, radiografías, derivaciones, transporte sanitario y recetas a Inspección
- Elaboración de estadística.
- Distribución de citas en el centro y en el domicilio entre los profesionales del centro en ausencia de algún profesional y cuando el paciente no tenga asignado ni médico, ni enfermera de referencia.
- Verificación de la aportación sanitaria farmacéutica.

Celadores:

- Información y atención al usuario

- Reposición de materiales
- Repartir las historias clínicas.
- Vigilancia, apertura y cierre del centro de salud.
- Control de accesos y circulación de usuarios.
- Organización, colaboración con el personal administrativo en la gestión de citas previas, traspaso de material, etc.
- Traslado y movilización de paciente
- Colaboración con el personal sanitario cuando lo precisen.

La definición de un equipo de trabajo sería aquel grupo de personas organizadas, que trabajan juntas para lograr una meta. Cada miembro de este equipo desarrollará unas tareas específicas en armonía con el resto de los miembros. En Atención Primaria la primera percepción de calidad del sistema surge del encuentro del ciudadano con el personal no sanitario, ya sea el celador o el personal administrativo, siendo éstas las primeras personas con la que contacta cuando llama por teléfono o acude al Centro de Salud. Serán estos profesionales los responsables de informarles y de que reciban la asistencia que precisan.

En muchos Centros de Salud no existe la figura del celador y sus funciones deben ser realizadas por el resto de personal quitándoles tiempo de su trabajo y realizando tareas para las que no están preparados, como es el caso de la movilización de pacientes. En estos casos puede observarse como la falta de un miembro del equipo hace que éste funcione peor.
En el equipo lo esencial no son los individuos que lo conforman, sino el valor que cada miembro aporta coordinadamente con los demás para conseguir un mismo fin. La valoración, motivación, confianza, empatía, comunicación y compromiso de sus integrantes se traduce en un grupo más unido, con mejores resultados y mayor satisfacción del usuario.

5 Discusión-Conclusión

Todos los profesionales, tanto sanitarios como no sanitarios, forman parte del equipo por algún motivo y su participación es fundamental.
En muchas ocasiones los celadores no sienten valorado su trabajo en la misma medida que se valora el trabajo del personal sanitario. ¿Pero no son una parte del equipo? En los programas de mejora de la Atención Primaria que se realizan desde los puestos de gestión y dirección son necesarias medidas que desarrollen y motiven a estos profesionales subrayando que su trabajo también es importante

y que todos perseguimos un objetivo común: proporcionar una buena calidad asistencial.

6 Bibliografía

- Wikipedia, La enciclopedia libre. Atención primaria de salud (sede web). 2020 Enero (acceso 1 de febrero de 2020). Disponible en: https://es.wikipedia.org/wiki/Atenci%C3%B3n_primaria_de_salud
- Capdevila M. 7 claves para motivar al personal de un centro sanitario (monografía en internet). Barcelona: Deusto salud; 2020 (acceso 1 febrero de 2020). Disponible en: https://www.deustosalud.com/blog/gestion-sanitaria/7-claves-para-motivar-personal-centro-sanitario
- Euroinnova.edu.es, Trabajo en equipo (sede web) (acceso 1 febrero 2020). Disponible en: https://www.euroinnova.edu.es/11-6-29/El-valor-del-trabajo-en-equipo
- Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud. Ley 55/2003, de 16 de Diciembre. Boletín Oficial del Estado, nº 301 (17-12-2003)
- Estatuto de Personal No Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social .Orden del Ministerio de Trabajo de 5 de Julio de 1971. Boletín Oficial del Estado, nº 174 (22-7-1971)
- Jubete Vázquez MT, Lacalle Rodríguez-Labajo M, Riesgo Fuertes R, Cortés Rubio JA, Mateo Ruiz C. Estudio de la calidad de vida profesional en los trabajadores de atención primaria del Área 1 de Madrid. Atención Primaria (revista en internet) 2005 Junio (acceso 1 febrero de 2020); 36(2):112-114. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-estudio-calidad-vida-profesional-trabajadores-13076605?referer=buscador
- Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre Estructuras Básicas de Salud. Boletín Oficial del Estado, nº 27 (1-2-1984)

Capítulo 1397

PERSONAL NO SANITARIO, PAUTAS PARA LA ATENCION A PERSONAS EN SITUACIONES ESPECIALES

MARÍA BEGOÑA GONZÁLEZ ROLDÁN

MARÍA ROSALÍA SUÁREZ TRAPIELLO

1 Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la discapacidad es un término genérico que abarca limitaciones, deficiencias y restricciones de participación. Las deficiencias son problemas que afectan a la función o movilidad corporal. Las limitaciones son dificultades para realizar ciertas tareas. Las restricciones de participación son dificultades para poder participar en situaciones vitales. Por consiguiente, la discapacidad es una definición compleja que tiene presente las características del cuerpo humano y las características de la sociedad de la que se rodea.

Al ser tan extensa la carta de discapacidades, en este capítulo nos vamos a centrar en las personas ciegas, personas sordas, personas con disminuciones físicas motrices, disminuidos psíquicos en forma genérica.
Según la OMS, el aumento de esperanza de vida y la escasez en la natalidad, la proporción de personas mayores de 60 años está aumentando más rápido que cualquier otro colectivo de menor edad. Se considera que este envejecimiento es un éxito de las medidas de salud pública pero que también, se considera como un reto para la sociedad ya que debe adaptarse a ello para mejorar la capacidad

funcional de las personas mayores, así como su participación social y su seguridad. Por ello nos vamos a centrar en el trato con el paciente de edad avanzada o colectivo de personas mayores.

2 Objetivos

- Conocer al paciente con discapacidad y al paciente de edad avanzada.
- Saber cómo debemos tratar a cada uno de estos colectivos desde el paciente invidente hasta el anciano con limitaciones incapacitantes.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, hemos llevado a cabo una búsqueda bibliográfica a través de varias páginas de Internet utilizando conceptos clave como: discapacidad, envejecimiento, atención al grupo de discapacitados. Hemos consultado con personal no sanitario del área VIII del SESPA. Hemos realizado búsqueda en temario de oposiciones de personal no sanitario del SESPA 2019.

4 Resultados

Empezaremos a marcar unas pautas a seguir por el personal no sanitario frente a los distintos colectivos enumerados anteriormente.

1. Atención a personas ciegas

- No mostrar nerviosismo, captara nuestra actitud tensa.
- Llevemos la iniciativa en el saludo para que capte nuestra presencia, estableciendo un leve contacto de nuestra mano con su brazo y preguntando en que podemos ayudar.
- Hablaremos directamente con la persona ciega a la que asistimos y no usaremos para interpretar a ningún posible compañero.
- Hablaremos con un volumen de voz moderado (los ciegos no ven, pero oyen perfectamente).
- Usaremos naturalmente expresiones verbales relacionadas con la visión (”verá que no tiene ningún problema …”, ”veamos …, etc”.).
- Usaremos un lenguaje explícito en sí mismo, ya que la persona ciega no ve los gestos que hacemos con nuestras manos ni capta nuestro lenguaje corporal.
- Concretar las posiciones de elementos físicos tomados como referencia a la persona en cuestión: “a su izquierda…”, “justo detrás de usted…”, etc.

2. Atención a personas sordas
- Antes de hablarles, asegurémonos de que nos miran o llamemos su atención con un gesto que indique que comenzamos a hablar.
- Vocalizar con claridad, pero no gritar.
- Hablar poco a poco.
- Construir frases cortas y simples
- Acompañemos nuestros mensajes con gestos y palabras escritas tantas veces como sea necesario.

3. Atención a personas con disminuciones físicas motrices
- Tratarlas con naturalidad.
- Démosle la ayuda que necesitan para compensar las dificultades de manipulación y desplazamiento que tengan.
- Si dudamos de qué tipo de ayuda necesitan, no nos apuremos y les preguntemos directamente.
- No nos impresione la apariencia física que tienen. Adaptémonos a su ritmo de movimientos.
- Seamos discretos y no preguntemos el origen o la causa de su lesión.
- Atención a los disminuidos psíquicos.
- Relacionémonos con ellos según sus posibilidades y no según sus dificultades.
- Evitemos actuar por ellos: escucharles y preguntar para clarificar sus consultas.
- No les tengamos aprensión.
- Tengamos en cuenta que entienden más cosas de lo que parecen.
- Tengamos paciencia.

4. Personas mayores.
Debemos tener en cuenta que los colectivos de personas mayores representan cada vez una proporción mayor de la población. Por lo tanto, merecen que nos acerquemos a su realidad específica para satisfacer sus necesidades específicas. Su atención no implica criterios diferentes al resto, pero sí implica poner más énfasis en algunos aspectos para adaptarse a sus características:
- Deles la bienvenida con una actitud cordial, positiva, optimista y constructiva.
- Solidarizarnos con los temas que nos planteen, pero siempre con un matiz de optimismo, sin dar nunca puntos de vista pesimista.
- Respetar su ritmo de expresión y comprensión sin impacientarnos.
- Vocalice correctamente, aumente ligeramente el tono de voz si detectamos problemas de audición.
- Hable a un ritmo moderado o lento, si es necesario.
- Utilizar un lenguaje claro.

- Ser exhaustivos a la hora de dar instrucciones.
- Resumir instrucciones o datos generales con notas cortas, siempre escritas en letras grandes y claras.
- Si les entregamos documentación escrita, debemos explicar brevemente la información que pueden encontrar en ella
- Facilitarles el acceso a los datos de interés, remarcándolos.

5. Colectivo de población extranjera
Las pautas a seguir por el personal no sanitario lo podemos pautar en los siguientes puntos:
- Tenga en cuenta las posibles dificultades de comprensión y expresión (barreras del idioma).
- Tenga en cuenta que sus costumbres, educación, religión y cultura pueden ser muy diferentes de las nuestras.
- Hable a un ritmo moderado y vocalice correctamente.
- Asimilar las circunstancias especiales que pueden presentar.
- Sea exhaustivo al dar instrucciones.
- Si se hace entrega de documentación escrita, realizar una explicación detallada de la información que contiene.
- Tener en cuenta que, debido a las dificultades que conlleva esta colectivo, gran parte de las demandas pueden tener una respuesta diferida a otro departamento.

5 Discusión-Conclusión

El trato al usuario de la sanidad española por parte del personal no sanitario es fundamental ya que el primer contacto que tiene este usuario es precisamente con este personal. Un trato cercano, cordial, respetuoso, sencillo, un gesto afable, una mirada comprensiva, una sonrisa, etc., debe tener como resultado una confianza por parte del usuario de la salud en nuestra sanidad, le debe transmitir seguridad y profesionalidad de todo el personal. Podemos concluir con una frase que resume el contenido de este capítulo: tratar como quisieras ser tratado.

6 Bibliografía

- https://es.wikipedia.org
https://index.f.com
https://who.int
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/

- https://scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 1398

LA PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD INFANTIL DESDE UN ENFOQUE SOCIAL COMUNITARIO EN ASTURIAS

ANA BELEN RODRIGUEZ VALDÉS

1 Introducción

A pesar de que las Administraciones Públicas trabajan cada vez más el concepto del autocuidado personal desde la infancia, resulta alarmante el aumento de las tasas de obesidad infantil y la proliferación de actitudes sedentarias en esta etapa vital. Intervenir desde el Trabajo Social Sanitario, en coordinación con otros sectores de la población, permitiría fomentar hábitos de vida saludables en los/las menores y sus familias y repercutiría directamente en la adquisición de conductas que favorezcan la prevención de la obesidad infantil desde edades tempranas.

2 Objetivos

Con el presente estudio se ha pretendido realizar una revisión bibliográfica reciente y un análisis de los estudios existentes sobre la prevención de la obesidad infantil desde el ámbito sanitario así como determinar el papel del trabajador social sanitario como parte integrante del equipo multidisciplinar interviniente.

3 Metodología

Para la realización del presente estudio bibliográfico se ha llevado a cabo una revisión sistemática de publicaciones científicas en bases de datos: Dialnet y Sci-

elo, así como el metabuscador Google Académico, Medline , ISOC Ciencias Sociales y Humanidades así como en la biblioteca digital de la UOC. Se utilizaron descriptores en español: “obesidad infantil”, “intervención comunitaria”, “prevención”, “trabajo social sanitario”, “salud pública Asturias” así como los operador es booleanos “and” y “or”.

4 Resultados

De la investigación bibliográfica efectuada se desprende que en el año 2009 Asturias era la comunidad autónoma con más población obesa de España . En 2015 de la totalidad de la población asturiana infantil un 8,1% tenía sobrepeso y un 8% obesidad (total de un 16,1% de la población infantil). Esas cifras eran mayores en las edades más bajas, entre los 2 y los 9 años, llegando a ser del 16,4% en niños y del 14,7% en niñas . La encuesta de Salud Infantil de 2017 evidenciaba que los datos de obesidad más sobrepeso infantil eran de un 18,3% (20,9% en niños y 15,6% en niñas).

Además el 78% de los niños asturianos consumen dulces más de tres veces por semana y el 3% de la población infantil nunca desayuna.

Ante tal realidad sociosanitaria, con las implicaciones que los datos anteriores conllevan, se evidencia la necesidad de una intervención comunitaria , en la que estén implicados los distintos agentes sociales relacionados con la problemática:
• Unidades de TSS de los centros de atención primaria
• Pediatras y enfermera/os de pediatría
• UTS Municipal
• Personal técnico de los planes de infancia municipales
• Equipos directivos de los colegios públicos y de las escuelas de 0 a 3 años
• Asociaciones de Padres y Madres de Alumnos
• Asociaciones deportivas infantiles y juveniles
• Menores de los municipios con edades comprendidas entre los 3 y los 12 años

Esta intervención comunitaria, dirigida por las unidades de Trabajo Social Sanitario de cada área sanitaria, perseguiría los siguientes objetivos:
• Impulsar la participación en salud de los colectivos intervinientes con la infancia en el Municipio, de manera que se sientan capacitados para tomar parte activa en la promoción de hábitos saludables desde los primeros años de vida.
• Promover experiencias intersectoriales de aprendizaje en los colectivos participantes en el proyecto y desarrollar la capacidad de difusión de sus conocimientos

en el entorno, que les permitan generar cambios y mejoras en su salud y en la de los menores que les rodean
• Trabajar conjuntamente con los colectivos relacionados con la infancia en todas las etapas de la planificación persiguiendo la consecución de beneficios para ellos y su entorno, promoviendo la autogestión de los planes de acción, el compromiso y su continuidad en el tiempo.
• Reforzar la red intersectorial existente, dinamizada por un grupo promotor, que sirva como eje de coordinación entre los profesionales y el tejido asociativo local, con la incorporación de una perspectiva de trabajo comunitaria basada en las relaciones horizontales de los participantes.
• Planificar acciones integrales que permitan a la comunidad sentirse partícipe del proyecto y evaluar sus resultados, de cara a mantenerlo en el tiempo.
• Incentivar la participación e impulsar de los consejos de salud de área sanitaria como herramientas de promoción e influencia en la red social a la hora de construir salud
• Realizar intervenciones preventivas del sobrepeso, la obesidad infantil y el sedentarismo y afianzar hábitos de actividad física y vida saludable entre los menores del Municipio.
• Divulgar las iniciativas, las propuestas y los resultados a través de plataformas informáticas y redes sociales, con el objetivo de llegar al mayor número de personas posibles

5 Discusión-Conclusión

La obesidad debe abordarse desde múltiples de enfoques, por su impacto en los sistemas educativo, de salud, social y económico. Estos enfoques van desde la prevención temprana del sobrepeso y la obesidad hasta el tratamiento de quienes lo necesitan.

En base a lo anteriormente argumentado se plantea la necesidad prioritaria de fomentar en el colectivo de infancia de los diferentes municipios de un territorio y particularmente en el alumnado y sus familias hábitos de vida saludables.
Considerando que la implicación familiar es un factor determinante del éxito de la intervención y basándonos en el modelo biopsicosocial, la unidades de trabajo social sanitario apuestan por proyectos de participación comunitaria, con continuidad en el tiempo, tanto en la planificación como en la proyección, que engloben una variedad de planteamientos que maximicen la implicación de la comunidad en estas iniciativas y la colaboración conjunta con las instituciones y el

personal técnico, con el fin de mejorar su salud y su calidad de vida, y reduciendo las desigualdades en salud desde la infancia hasta la edad adulta.

6 Bibliografía

- "La intervención colectiva en trabajo social. La acción con grupos y comunidades". Cristina de Robertis y Henri Pascal. Ed. El Ateneo. Buenos Aires. 1994
- "Obesidad infantil en España: hasta qué punto es un problema de salud pública o sobre la fiabilidad de las encuestas"
- Martínez Álvarez, J. R. Villarino Marín; García Alcón; Calle Purón, Marrodán Serrano. Unidad de Nutrición. Facultad de Medicina. Universidad Complutense de Madrid. Grupo de Investigación Epinut. Universidad Complutense de Madrid. Sociedad Española de Dietética y Ciencias de la Alimentación. Julio de 2013
- "Prevención de la obesidad infantil" Colomer Revuelta J, GRUPO PREVINFAD. Revista Pediatría de Atención Primaria 2005
- "Prevalencia de sobrepeso y obesidad en los niños de 9 y 10 años del Principado de Asturias: el sesgo de la valoración de los padres" Amigo, R. Busto, E. Pena, C. Fernández. Anales de Pediatría 2013
- "La prevención de la obesidad infantil desde una perspectiva comunitaria" Carles Ariza, Eduard Ortega Rodríguez, Francesc Sánchez-Martínez, Sara Valmayor, Olga Juárez, M. Isabel Pasarín. Grupo de Investigación del Proyecto POIBA. Atención Primaria 2014
- "Prevalence of Severe Obesity among Primary School Children in 21 European Countries" Spinelli A, et al. Obes Facts. PUBMED 2019
- "Observatorio de Salud en Asturias. Guía para trabajar en salud comunitaria en Asturias". Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad del Principado de Asturias. 2016
- "Atlas de Sobrepeso y obesidad en Asturias". Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad del Principado de Asturias. 2015
- "Informe de situación en salud en Asturias 2018". Observatorio de Salud del Principado de Asturias. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad del Principado de Asturias 2018
- "Projecte RIU: cambios percibidos por agentes de salud y profesionales tras una intervención en salud en un barrio en situación de vulnerabilidad" Dory Aviño, Joan J. Paredes-Carbonell, Rosana Peiró- Pérez, Daniel La Parra Casado y Carlos Álvarez-Dardet Atención Primaria 2014

Capítulo 1399

LAS AGRESIONES DE LOS USUARIOS AL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO EN EL ÁMBITO SANITARIO.

FLORENTINA SUÁREZ GUTIÉRREZ

1 Introducción

En el último año han aumentado los casos de violencia, tanto física como verbal, por parte de los usuarios y sus acompañantes o familiares hacia el personal sanitario y no sanitario que los atiende, tanto en centros de atención primaria como en hospitales públicos.El incremento de casos de los últimos años ha hecho que estos tipos de agresiones hayan pasado de ser considerados casos aislados a ser un problema realmente preocupante al cual es preciso prestar atención.

Las causas que pueden provocar las agresiones son diversas, pero en cualquier caso la violencia sólo es responsabilidad de aquél que la practica, especialmente teniendo en cuenta que en una sociedad democrática hay medios pacíficos para poder expresar el desacuerdo. Hay causas relacionadas con una deficiente organización o gestión del servicio, como por ejemplo la masificación o la saturación de los centros; la insuficiencia de recursos humanos o materiales; la burocratización de los servicios; las largas esperas en la sala de espera; la atención lenta o la imposibilidad de que sea inmediata; el peregrinaje del paciente de un centro a otro o de un servicio a otro; la falta de explicación de determinadas decisiones.

En estos casos, los pacientes, los familiares o las personas que los acompañan

se consideran mal atendidos, pierden los nervios y se vuelven agresivos. También hay causas relacionadas con el paciente o su entorno, como por ejemplo la angustia por la enfermedad de un familiar, la impaciencia para esperar el turno, problemas de adicción al alcohol o a las drogas, la no aceptación de una decisión médica (como por ejemplo no prescribir un determinado medicamento, no entregar una baja por incapacitado temporal, el desacuerdo con el diagnóstico o con el tratamiento prescrito). También es cierto que, en algunos casos, algún trabajador incorrecto en el trato hacia los usuarios y con falta de empatía o simplemente algún trabajador inexperto con el trato al público pueden contribuir a provocar algún conflicto.

Talleres de Contención en situaciones de crisis: Con estos talleres, se pretende dotar a los profesionales de conocimientos y habilidades en el manejo de situaciones de conflicto, verbal o físico, con los usuarios. Los talleres se componen de tres módulos: contención verbal; prevención y actuación ante situaciones de violencia; y contención física. Hay diferentes estudios que evidencian que hay determinados puestos de trabajo donde se encuentra una incidencia más alta de la violencia laboral. Se deberían estudiar cuáles son los puntos de posible conflicto y probar de aplicar medidas para que se reduzcan o desaparezcan del todo. La formación encaminada a dotar al personal sanitario y no sanitario de habilidades para hacer frente a situaciones conflictivas es otra de las medidas esenciales en la prevención, por lo que se valoran muy positivamente los talleres que se ofrecen. A pesar del carácter voluntario de éstos, sería muy oportuno fomentar la participación del personal.

En definitiva, se quiere destacar la importancia de tener personas bien preparadas y conocedoras de los circuitos. Aún hay muchas quejas por información insuficiente, nula o poco clara. Proporcionar una buena información y dispensar un trato adecuado es una medida de prevención básica. Otra medida de prevención es la contratación de vigilancia. Es necesario estudiar la posibilidad de contratar vigilancia en aquellos centros donde se detecta un número más alto de agresiones o conflictos con los usuarios. La presencia de agentes de vigilancia proporciona seguridad al personal y puede tener efectos disuasorios entre los usuarios potencialmente agresivos. En lo que concierne a la actuación, una vez la agresión ya se ha producido, la Administración tiene que proporcionar apoyo completo al trabajador, que tiene que consistir no sólo en asistencia sanitaria, sino, si es preciso, también en asistencia psicológica y legal.

Es esencial, también, que haya un registro de las situaciones de violencia para que se puedan estudiar los datos que se desprenden y conocer las causas que facilitan que se produzcan estas situaciones indeseadas y así poder aplicar las medidas correctoras y preventivas en cada centro. Es importante que no sólo se registren los datos sino que se trabaje con estos datos.

Los distintos servicios de salud de las comunidades autónomas se han lanzado a elaborar protocolos frente a las agresiones a su personal que abarquen los aspectos preventivos del fenómeno y también ayuden a clarificar como debe el personal reaccionar ante las situaciones de violencia para evitarlas, o si ello no ha sido posible, qué debe hacer para minimizar su impacto, cómo declararlas, cómo actuar legalmente y quién debe hacerlo y cómo se debe de dejar constancia de que se ha producido la agresión. Recordemos que todo esto sucede en parte porque que la Ley 31/1995, de 8 de noviembre sobre Prevención de Riesgos Laborales, en su art.14.2 dice que "el empresario deberá garantizar la seguridad y la salud de los trabajadores a su servicio en todos los aspectos relacionados con el trabajo".

2 Objetivos

- Analizar las pautas a seguir ante las agresiones al personal sanitario y no sanitario en el ámbito hospitalario.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica en las bases de datos dialnet y scielo y elsevier a través del buscador Ópera y con las palabras clave: agresión,brotes psicóticos agudos del usuario hacia el personal hospitalario, consecuencias de la agresión.

4 Resultados

El 70,3% de trabajadores de la sanidad ha recibido amenazas insultos o vejaciones y que el 10,6 por ciento de las agresiones son físicas. Hasta un 12 por ciento de quienes han sufrido algún tipo de agresión, han precisado de apoyo psicológico, un 7 por ciento se ha tenido que coger una baja laboral y un 5 por ciento sufrió lesiones físicas.

Entre los agredidos, el 79% reconoce no haber recibido apoyo psicológico desde la Administración. El hecho cierto es que en todos los países industrializados los actos violentos en los centros sanitarios han sufrido un incremento notable; así lo evidencia una reciente encuesta realizada por la Unión Europea que manifiesta que el 4% de los profesionales había sufrido en alguna ocasión un determinado tipo de agresión física y muchos otros refieren haber sufrido amenazas e insultos. Los comportamientos cada vez más intolerantes de la sociedad actual y el deterioro de las relaciones personales determinan la existencia de violencia en los centros de trabajo.

Los servicios públicos en general, y de forma especial los Servicios de Salud, debido en parte a su peculiar organización, así como a las interacciones que se generan entre los profesionales y los usuarios, sin olvidar los cambios que se han producido en la relación entre ambos, han dado lugar a un incremento progresivo en los últimos años de la aparición de actos violentos en los centros sanitarios.

Según un informe presentado por la Organización Mundial de la Salud, el 25% de la violencia laboral se produce en el sector sanitario y representa posiblemente, junto al estrés, alrededor del 30 por ciento de los casos totales de las enfermedades y accidentes. En esta misma línea argumental, la Organización Internacional del Trabajo considera que las profesiones relacionadas con el sector servicios tienen un mayor riesgo de sufrir actos de violencia y define ésta en el lugar de trabajo como: "Toda acción, incidente o comportamiento que se aparta de lo razonable mediante el cual una persona es amenazada, humillada o lesionada por otra en el ejercicio de su actividad profesional o como consecuencia directa de la misma".

Asimismo, la Organización Mundial de la Salud la define como: "aquellos incidentes en los que la persona es objeto de malos tratos, amenazas o ataques en circunstancias relacionadas con su trabajo, incluyendo el trayecto entre el domicilio y el trabajo, con la implicación de que se amenace explícita o implícitamente su seguridad, bienestar o salud".

Para generar un clima de cordialidad, confianza y respeto que mejore el ambiente laboral de los trabajadores y a la vez propicie una mejor prestación de servicios a los ciudadanos, es preciso establecer una serie de actuaciones, infraestructurales, organizativas y formativas. Seguidamente se enumeran las que se han considerado prioritarias: Optimizar la señalización e información de los Centros San-

itarios; para ello es preciso: esquema gráfico en el centro sanitario, rotulación clara de los distintos servicios así como de las consultas para que el ciudadano distinga las que correspondan al profesional que le debe de prestar la atención en cada caso (Médico, Enfermera, Jefe de Servicio, Coordinador de Centro,celadores entre otros).

Si es preciso, aumentar el número de puntos de información a los ciudadanos en los Centros Sanitarios, ubicándolos en los sitios más visibles, donde se les informará de los circuitos a seguir en los dos niveles de asistencia (A. Primaria y A. Especializada), solicitando las diversas pruebas diagnósticas o las derivaciones desde cada nivel asistencial al objeto de facilitar los trámites burocráticos al usuario. En los casos de pacientes ingresados o en urgencias, se debe de establecer el lugar y la periodicidad con la que se debe de transmitir la información a los pacientes o familiares de éstos. Es decir, informar sobre el proceso clínico del paciente tal como se contempla en la Ley 41/2002. Es fundamental mejorar los cauces de comunicación entre Atención Primaria, Atención Especializada, Geriatría, Salud Mental y Servicios Sociales, estableciendo circuitos protocolizados de derivación.

Optimizar los sistemas de cita previa con el objeto de evitar la formación de colas, dando una cita ágil al usuario, bien vía telefónica o cuando lo hace físicamente en nuestros centros sanitarios. Es sabido que la espera es un generador de ansiedad importante, por lo que es deseable, y enlazando con la mejora de los tiempos en la obtención de cita, ajustar las agendas al tiempo real de la espera en la medida de lo posible.Identificación de los profesionales de forma clara y nítida, para que el usuario tenga constancia en todo momento de la identidad del profesional que le está prestando atención.

Formación de los profesionales en habilidades comunicativas y manejo de conflictos en las materias que a continuación se relacionan: Ayudar a reconocer y entender los condicionantes personales, sociales, ambientales y psicológicos que generan agresividad. Analizar los diversos tipos y niveles de la agresividad. Sensibilizar a los participantes sobre la importancia de la correcta comunicación asistencial para la prevención de situaciones conflictivas. Conseguir las habilidades necesarias para la prevención y manejo de las situaciones hostiles. Posibilitar una conducta sistemática en la consulta para prevenir relaciones difíciles. Dotar de técnicas útiles de autocontrol emocional para reducir el estrés en la consulta

Los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales, en coordinación con las Gerencias, deberán identifi car y tratar aquellos problemas que puedan padecer los profesionales que desarrollan su trabajo en los centros sanitarios, como toxicomanías, mobbing, mala praxis o actitudes intolerantes, entre otros. Habilitar las salas de espera con decoración adecuada, música ambiental y sistemas audiovisuales, emitiendo en circuito cerrado información sobre los horarios de cita previa, cómo efectuar cambio de médico, visado de recetas y educación para la salud. Con ello podemos conseguir un doble objetivo: hacer menos tediosa la espera e informar y educar en salud.

Detección y actuación sobre aquellos espacios en los que por su actividad concitan un mayor número de personas. Los llamados puntos críticos en lo que a masificación de público se refiere: Consultas.Servicios de citas.Salas de extracciones analíticas. Urgencias.Implantar un registro donde consten todo tipo de agresiones para establecer normas de actuación desde las Gerencias (con el apoyo jurídico pertinente) sobre aquellos ciudadanos que ya hayan realizado comportamientos inadecuados en ocasiones anteriores. En este registro deben de constatarse aquellas acciones que eufemísticamente denominamos de BAJA INTENSIDAD, como amenazas veladas y exigencias intimidatorias, que tienen una gran repercusión en quien las sufre por:El elevado número que se generan.

La impunidad del acto violento, que queda sin el merecido reproche social.La falta de apoyo hacia el profesional agredido, hasta el momento actual.Incidir directamente en la propia autoestima del profesional.Afectar a la dignidad de la persona.Ser causa directa de absentismo laboral.Elaborar un mapa de riesgos. Para ello nos serviremos de diversas fuentes, desde las reclamaciones, quejas y sugerencias de los usuarios, así como del registro de incidencias, en el que constarán todo tipo de situaciones conflictivas que hayan tenido lugar en los diversos centros sanitarios.

El objetivo es establecer las medidas de prevención y protección más adecuadas acordes a las características específi cas de los mismos. Previo estudio, instalación de videocámaras en espacios comunes y en aquellos lugares identificados como "puntos críticos", comunicándolo a los ciudadanos mediante carteles habilitados a tal efecto, tal y como exige la legalidad vigente.Salas de espera

Ronda periódica de vigilantes de seguridad. Presencia en lugares y horarios conflictivos.Alarmas en los centros más problemáticos, mecanismos de seguridad pa-

siva, así como la activación de procedimientos de comunicación con las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado. Rediseño de las consultas: colocación de mobiliario de forma que, en la medida de lo posible, impida la acción agresora, así como facilitar la posible huida del agredido. Una vez verificada su necesidad, instalación de sistemas de alarma interna en los lugares de trabajo donde se desarrolle la actividad asistencial: timbres de activación camuflados en las mesas, con una señal sonora de alta intensidad y luminosa que se detecte en pasillos y dependencias próximas, conectadas con el servicio de seguridad del centro.

Una vez presentada la solicitud del trabajador que ha sufrido alguna situación conflictiva con un paciente determinado, y después de ser investigadas de forma pormenorizada las causas que originaron el conflicto, si éstas son debidas a la organización, se instaurarán las medidas correctoras oportunas. Si son debidas a un enfrentamiento entre el usuario y el profesional sanitario, tramitar el cambio de profesional, comunicándolo por escrito al usuario y, si es preciso, de Centro Sanitario (en aquellas ocasiones en las que sólo existe un profesional de un determinado estamento).

En el caso de personal no sanitario, se han de organizar las actividades de modo que éste no tenga que mantener relación profesional con el usuario conflictivo.Advertencia en la historia clínica de la personalidad agresiva del usuario con un código neutro.Cuando el profesional se encuentre ante una situación en la que es previsible que se pueda producir un acto de violencia, es aconsejable que abandone el espacio físico en el que se encuentre. En el caso de que se prevea una agresión inminente se activará la alarma de mesa para recibir ayuda del vigilante de seguridad, si lo hubiere, o de sus compañeros. Las agresiones se reparten casi al 50% entre los niveles asistenciales de Atención Primaria y Hospitalaria.

Sin embargo, teniendo en cuenta el número de profesionales que trabaja en cada nivel asistencial, las tasas de notificación de agresiones en Atención Primaria son superiores.
Las notificaciones sobre agresiones, exista o no denuncia, y recogen las notificaciones de las agresiones de todas las categorías profesionales en el ámbito sanitario público.En el informe se detalla que en 2017 se notificaron un total de 8.328 agresiones (13,59 por cada 1.000 profesionales del SNS) y en 2018 se notificaron un total de 9.741 agresiones (15,89 por cada 1.000 profesionales del SNS), en el conjunto de las CCAA. La mayoría de las agresiones notificadas no son físicas, sino de tipo verbal (como amenazas o insultos) contra el profesional, detalla el

documento que se abordará en el Comité Consultivo. Sin embargo, existe un porcentaje que acaba materializándose en agresiones de tipo físico.

Con los datos recogidos se puede estimar que existe una agresión física por cada 4,3 agresiones no físicas en 2017 y una agresión física por cada 4,4 agresiones no físicas en 2018. La mayoría de las agresiones notificadas en ambos años han tenido lugar en diferentes ámbitos de las propias instituciones sanitarias, siendo mayoritarias en las consultas, seguido por la hospitalización, las urgencias y los puntos de admisión.
En ambos años las causas alegadas de las agresiones notificadas son similares. La primera causa es la percepción del paciente respecto a la atención recibida, seguida de las demandas del usuario o las que se derivan del acto sanitario o administrativo realizado.

En el 69 por ciento de los casos, el agresor es el propio usuario o paciente, además, un 60 por ciento de los agresores son hombres, y un 11 por ciento son reincidentes. Además, las sucesivas modificaciones y actualizaciones realizadas en los sistemas informáticos de cada Comunidad, que han logrado recoger de forma más exhaustiva los datos solicitados, así como una mayor colaboración y coordinación entre las instituciones sanitarias de cada región para la transferencia de la información desde los diferentes niveles asistenciales, a los responsables de cada CCAA cuando ésta se ha solicitado.

También hay que considerar la opción de un incremento real de agresiones, pese a los esfuerzos en la colaboración, coordinación y actuación entre las CCAA, Ministerio de Sanidad, Ministerio de Interior y las Fuerzas de Seguridad del Estado.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, las agresiones conllevan consecuencias de gravedad sobre el trabajador, con un impacto global en términos de coste, eficiencia y efectividad de los sistemas de salud, afectando en definitiva a la calidad de la asistencia que se presta a la sociedad, y los factores sociales, económicos, organizativos y culturales implicados en el problema exigen un enfoque integral con coordinación extrema entre las administraciones públicas y los centros sanitarios, junto a los colegios profesionales, hacia la tolerancia cero, en consonancia con las campañas que realizan diversos países europeos.

Un aspecto fundamental que abarcan los distintos planes de prevención de agresiones es la parte preventiva que trata de modificar las situaciones conflictivas.Uno sobre los aspectos a incidir es la información que se da al ciudadano. Debe ser clara, comprensible cercana y basarse en la mutua confianza. Es preciso que los usuarios conozcan sus derechos pero también sus deberes. Hay que disminuir la burocracia al mínimo para no confundir y enervar a los pacientes.

Las habilidades de comunicación deberían formar parte del currículum formativo de los profesionales sanitarios y de la formación continuada de los mismos, así como del personal administrativo y de apoyo que tiene contacto con los pacientes.

6 Bibliografía

-National Audit Office (NAO). A Safer Place to Work — Protecting NHS Hospital and Ambulance Staff from Violence and Aggression. NAO, (2003).
-https://www.scielo.net
-https://www.elsevier.es

Capítulo 1400

LA ESCUCHA ACTIVA COMO APTITUD FUNDAMENTAL EN EL AMBITO SANITARIO.

CARMEN MARIA TORO CASTRO

CARMEN BUGUEIRO NEIRA

SARA BERNARDO ÁLVAREZ

ANA MEDIO PÉREZ

BEATRIZ RODRÍGUEZ GARCÍA

1 Introducción

El sector sanitario se caracteriza por ser ampliamente especializado y pluridisciplinar y en él , está incluido el personal sanitario y no sanitario, todos imprescindibles para el correcto funcionamiento del sistema . Dentro de este ámbito, el trabajador hospitalario es una figura profesional fundamental , ya que tiene en su cometido varias funciones dentro del mismo .En el desarrollo de sus competencias debe ofrecer un trato afable y correcto con el paciente e informar en las posibles dudas e inquietudes que son de su competencia .Por ello , uno de los elementos más importantes dentro de las aptitudes necesarias a desarrollar por parte del trabajador, es la escucha activa. La escucha activa, es un gran pilar en la comunicación eficaz.

“No olviden que escuchamos no solamente con nuestros oídos , sino también con nuestros ojos, nuestra mente, nuestro corazón y nuestra imaginación” (Carl Rogers, El Poder de la Persona).

2 Objetivos

-Realizar un adecuado desarrollo de la escucha activa , dentro de las aptitudes necesarias a tener en cuenta entre los profesionales del ámbito hospitalario, en concreto, del personal no sanitario.
-Conocer los elementos básicos que se deben tener en cuenta en la escucha activa.

3 Metodología

Se realiza un estudio descriptivo transversal , en el que se realizan un revisión bibliográfica de 12 artículos, utilizando las bases de datos: Medline, Scielo, Cinhal,Google académico. Hemos seleccionado aquellos artículos publicados a partir del 2010.Se ha utilizado para la búsqueda el método DeCS, con las palabras clave :aptitud, comunicación, paciente, sanitario.

Para facilitar dicha búsqueda se ha utilizado el operador booleano AND.

4 Resultados

Tras consultar todo el material literario, podemos dar como resultados de acuerdo con los objetivos planteados que la escucha activa es una aptitud básica a tener en cuenta durante el desarrollo de las funciones del personal tanto sanitario como no sanitario, y se compone de los siguientes actos:
-Dejar hablar.
-Conseguir que el interlocutor se sienta con confianza
-Disposición para escuchar con posiciones abiertas y activas : afirmar con la cabeza, mirar a los ojos manteniendo el contacto visual pero evitando la intimidación y usar una tonalidad adecuada.
-Eliminar distracciones.
-Ser paciente.
-Conducir la conversación sin interrumpir.

5 Discusión-Conclusión

Podemos concluir, que el personal sanitario y no sanitario, establece una relación con el paciente que lo sitúa en momentos específicos muy importantes en el ámbito hospitalario y que genera cierta ansiedad, miedo y estrés en el paciente: momento previo a pruebas diagnósticas, quirófano, urgencias… por ello, el personal debe desarrollar una aptitud adecuada de escucha activa, mostrando sensibilidad y comprensión proporcionando una visión completa de las necesidades , así como respetar los silencios y que el paciente se sienta apoyado durante todo el proceso. Escuchar significa tratar de comprender al otro y poder estar alerta de sus emociones. Sólo así se podrá generar una respuesta empática y adecuada a sus necesidades que precisa el paciente.

6 Bibliografía

- Guía de Criterios de aptitud para trabajadores del ámbito sanitario (ANMTAS). Asociación del personal de medicina de trabajo en el ámbito sanitario . Escuela nacional de medicina de trabajo.
- El papel del celador en el hospital . Universidad Carlos III. A. Pérez Alcober (2015)
- La importancia de la escucha activa en la intervención enfermera (1er premio en Jornadas de Atención, Torre Pacheco , Murcia 2013)
- Comunicación y escucha activa por parte del profesional de enfermería en pacientes con Cáncer Ginecológico . Rev Bibliográfica : Rosalía Caro Rodríguez. (Revista española de Comunicación y salud (2018) Vol 9. No221-229
- "La escucha empática : el acercamiento centrado en la persona" http:/www.albertotrujillo.net

"Saber escuchar. Una herramienta Gerencial" 2014-2015. Escuela de Empresas USFQ

Capítulo 1401

LA IMPORTANCIA DE CURSOS SOBRE DE LAS TÉCNICAS REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR.

PATRICIA REBOLLAR BLANCO

1 Introducción

En España fallecen alrededor de 100 personas cada día por un paro cardíaco. Cuando sucede fuera del hospital sólo una de cada cinco recibe la reanimación cardiopulmonar.
Es fundamental el reconocimiento precoz de esta situación para empezar a realizar el soporte vital básico.

2 Objetivos

Concienciar de la importancia que tiene una atención temprana ante una parada cardiorrespiratoria, ya que una intervención a tiempo puede lograr que la persona, además de sobrevivir lo haga sin secuelas.
Ha sido demostrado que los pacientes con mejor calidad de vida al año de haber sufrido una parada cariorrespiratoria son los que recibieron maniobras de RCP iniciadas por ciudadanos con instrucción previa.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica

existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El soporte vital básico tiene como finalidad sustituir la función cardíaca y la función pulmonar con medios básicos como son las manos y la boca, y con ello mantener la función contráctil de corazón para mantener la perfusión sanguínea y de esta manera mantener estos órganos oxigenados durante el mayor tiempo posible para que cuando llegue el equipo de emergencias sanitarias puedan restablecer el ritmo cardíaco y disminuir las secuelas.

Es básico que se impartan talleres a la población general, ya que sería el primer eslabón de la cadena para actuar ante una situación de emergencia.
Se aprende a manejar un desfibrilador automático y mecanismos de actuación ante un paciente que se encuentre inconsciente y cómo realizar las técnicas de reanimación y ventilación hasta que llegue el personal especializado.
La formación debe preparar tanto a adultos como a niños.

5 Discusión-Conclusión

Es fundamental que cuanto mayor sea el número de personas que gozan de estos conocimientos en soporte vital básico, mejor podremos solventar este tipo de situaciones y con mayores garantías para la persona que sufre una parada cardiorrespiratoria.
Por todo ello es esencial mentalizar a los profesionales sanitarios que deben participar en la formación de la población general en la prevención y actuación ante las situaciones de emergencia.

6 Bibliografía

- Manual de soporte vital avanzado. Barcelona:Masson S.A.1996;211-229
- Muerte súbita extrahospitalaria en España. Barcelona:Doyma, 1991;13-21

Capítulo 1402

IGUALDAD DE GÉNERO PARA AUXILIARES ADMINISTRATIVOS

MARÍA ISABEL RIESGO BOUSOÑO

1 Introducción

La promoción de la igualdad y la no discriminación por razón de género es una de las señas de identidad de la política exterior española. Figura con carácter en el marco normativo que se ha desarrollado en los últimos años y, en particular, desde la Ley Orgánica 3/2007 para la igualdad efectiva de mujeres y hombres.

2 Objetivos

Dar a conocer al auxiliar administrativo información importante sobre la igualdad de género.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La Ley de Acción y Servicio Exterior de 2014 se refiere a la igualdad como uno de los ámbitos de la Acción Exterior del Estado, dando especial énfasis a "la promoción de la igualdad entre hombres y mujeres y a la erradicación de la violencia de género, destacando la protección de las mujeres españolas víctimas de violencia de géneros y de sus hijos e hijas en el exterior".

En España han sido muchas las normas que, desde la aprobación de la Constitución, han introducido la igualdad de trato y de oportunidades. A nivel nacional, se han producido importantes avances para conseguir la igualdad real y efectiva, lo que se refleja en nuestra situación global por encima de la media europea de acuerdo con el Índice Europeo de igualdad de Género.

5 Discusión-Conclusión

Se han impulsado políticas activas mediante los sucesivos Planes Estratégicos de Igualdad de Oportunidades 2004-2008 y 2014-2016, en línea con los Programas de Acción Comunitarios y las Estrategias de Igualdad de la Comisión Europea y nuestros compromisos, entre otros, con la Plataforma de Acción de Beijing. El nuevo Plan en elaboración contempla nuevas acciones que sigan profundizando en la integración de la perspectiva de género y el principio de igualdad de oportunidades en todas las políticas públicas y, por ende, en todas las dimensiones de nuestra política exterior.

6 Bibliografía

- https://empleopublico.castillalamancha.es/sites/empleopublico.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20170605/la_igualdad_efectiva_de_mujeres_y_hombres_.pdf
- http://www.mineco.gob.es/portal/site/mineco/menuitem.2efe1f7b4e40d4856c8a0f35026041a0/?vgnextoid=6122ac116b8c9610VgnVCM1000001d04140aRCRD
- https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/37226/1/S1420372_es.pdf
- http://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/10651/18205/7/Sanchez%20Fernandez%20Rosario.pdf

Capítulo 1403

LOS NAVEGADORES WEB PARA AUXILIARES ADMINISTRATIVOS

MARÍA ISABEL RIESGO BOUSOÑO

1 Introducción

El navegador web es en la actualidad la herramienta de software más utilizada de todas las que tenemos instaladas en la computadora. Esto es debido fundamentalmente a la necesidad de Internet que tenemos todos los usuarios de PC, sea para trabajar o para el puro entretenimiento.

2 Objetivos

- Dar a conocer al Auxiliar Administrativo conocimientos básicos a cerca de las funcionalidades de los navegadores web.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Existen muchos navegadores de Internet y esta oferta muchas veces suele confundir al usuario promedio, es decir aquel que no posee un conocimiento profundo en informática, el cual termina sin saber cuál es el navegador de Internet que mejor se adapta a sus necesidades.

El navegador web o navegador de internet es el instrumento que permite a los usuarios de internet navegar o surfear entre las distintas páginas de sus sitios webs preferidos. Se trata de un software que posee una interfaz gráfica compuesta básicamente de: botones de navegación, una barra de dirección, una barra de estado (generalmente, en la parte inferior de la ventana) y la mayor parte, en el centro, que sirve para mostrar las páginas web a las que se accede.

En la parte principal del navegador web, donde vemos la página web, encontramos las barras de desplazamiento (o scrollbar, en inglés), situadas a la derecha y en la parte inferior. Permiten desplazar la página web cuando esta tiene un tamaño mayor que la zona de visualización. El título de la página web, cuando este desea ser mostrado por el desarrollador de la página, es presentado en la barra de título, en la parte superior de la ventana de navegación.

5 Discusión-Conclusión

Los navegadores de Internet siempre cumplen con el solo objetivo de permitirnos acceder a Internet desde cualquier lugar en que nos encontremos, e independientemente de la plataforma desde la cual los estemos usando. Sin embargo, cada plataforma exige que los navegadores web se comporten o estén desarrollados de una determinada manera.

6 Bibliografía

- https://www.mclibre.org/consultar/htmlcss/otros/historia-navegadores.html
- https://www.acens.com/file_download/228/WP-acens-navegadores.pdf
- http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94352003000300004
- http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112017000400346

Capítulo 1404

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y EL PACIENTE ACTIVO EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD.

ALMA Mª DE ABAJO SANZ

ANGELES SÁNCHEZ CORO

M OFELIA PALACIOS VILLA

SONIA GUTIÉRREZ FUENTE

ALBA VALVIDARES MAYOR

1 Introducción

Hoy en día en España existen protocolos para hacer pruebas diagnósticas programadas para todos los procesos sanitarios: en oncología, VIH y ETS, silicosis, lupus, hipoacusia del recién nacido, y un largo etc. Y si falta alguno, se crea rápidamente en el mismo momento en el que surge la necesidad.

En la legislación actual a nivel global, comunitario, nacional y autonómico hay múltiples referencias a la salud comunitaria y a la prevención de la salud.
El fin último es prevenir y promocionar la salud de toda la población. Indiferentemente del entorno en el que viva el paciente y de sus condicionantes.

2 Objetivos

• Informar al paciente de la importancia de la prevención de la salud.
• Combinar la alfabetización en Salud (Health Literacy) con nuevas estrategias de comunicación.

3 Metodología

He consultado el marco jurídico legal nacional y autonómico (del Principado de Asturias) y otras fuentes institucionales y privadas, en su contenido digital; así como bases de datos como Cuiden, Dialnet y el buscador Google Académico, introduciendo los siguientes términos descriptores: "Salud Comunitaria", "atención al público", "derechos y deberes de los pacientes", "programas de prevención sanitaria".

Los criterios de inclusión utilizados son textos publicados en castellano e inglés. Y los criterios de exclusión: los no gratuitos y en el caso de los artículos digitales consultados, que no fuesen publicados antes de 2015.

4 Resultados

En la Constitución Española se reconoce el derecho a la protección de la Salud (art. 43 y 49).
En la Ley General de Sanidad, 14/1986, de 25 de abril, expone en su artículo 3 que "los medios y actuaciones del sistema sanitario estarán orientados prioritariamente a la promoción de la salud y a la prevención de enfermedades, en condiciones de igualdad efectiva, orientada a la superación de los desequilibrios territoriales y sociales, en el principio de igualdad entre hombres y mujeres".

Esta misma ley en su artículo 6 dice que las actuaciones sanitarias estarán orientadas a:
"la promoción de la salud, a promover el interés individual, familiar y social por la salud mediante la adecuada educación sanitaria de la población. A garantizar que las actuaciones sanitarias que se desarrollen estén dirigidas a la prevención de las enfermedades y no sólo a la curación de las mismas; …"

- En el artículo 7 dice que "los servicios sanitarios, así como administrativos, económicos y cualesquiera otros que sean precisos para el funcionamiento del

Sistema de Salud, adecuarán su organización y funcionamiento a los principios de eficacia, celeridad, economía y flexibilidad".

- En el artículo 9 dice que los poderes públicos deberán informar a los usuarios de los servicios del sistema sanitario público, o vinculados a él, de sus derechos y deberes, los cuales se exponen en el artículo 10 de esta ley. De los cuales destaco los puntos 2 y 3, el derecho a la información de los servicios sanitarios, en formatos accesibles y comprensibles; el punto 10, del derecho a participar, a través de instituciones comunitarias, en las actividades sanitarias, en los términos establecidos en esta ley y en las disposiciones que la desarrollen.
- El artículo 18 (Capítulo II, De las actuaciones sanitarias del sistema de salud) habla de las actuaciones a desarrollar por las Administraciones Públicas, para la educación sanitaria en la mejora de la salud individual y comunitaria, la atención primaria integral de la salud, los programas de atención a grupos de población de mayor riesgo…, de saneamiento, planificación familiar, epidemiología, etc. Y de las competencias de las corporaciones locales.

Las características fundamentales del Sistema Nacional de Salud son, entre otras, "prestar una atención integral a la salud" (art. 46)

La promoción de la salud, la prevención de enfermedades y en general la atención sanitaria son, atendiendo al punto de vista de Salud Comunitaria, muy diferentes en un hospital que en un centro de salud.

El informe Lalonde de 1974 y el modelo biopsicosocial, propuesto por George Engel en 1977 se imponen. En el primero, en base a un estudio realizado en Canadá, expone que la base de la salud o de la enfermedad no siempre o no sólo son factores biológicos o bioquímicos, sino también socio-económicos. Y en el segundo, que los factores condicionantes de la salud son únicos y relevantes para su atención; se han de tener en cuenta unas variables importantes, ya que existen circunstancias que influyen en la presencia, gravedad e incluso también en la recuperación del paciente.

El ámbito de la Atención al Público, que es el área al que me refiero en este artículo, también es muy diferente según la zona más o menos urbana en la que trabajemos como administrativos. No sólo por la cantidad de pacientes que se atienden al día, sino por las demandas de información tan distintas en un entorno u otro.

Evidentemente los documentos administrativos que se manejan son los mismos básicamente, y su registro y archivo también. Al igual que el sistema ofimático es

el mismo para todos los puestos de trabajo. Es decir, todos tenemos los mismos recursos o los mismos materiales de trabajo: ordenadores, centralitas…

El personal no sanitario tiene las siguientes funciones en la atención al ciudadano: recibimiento, orientación, información administrativa, recepción y registro de documentos y admisión de quejas y sugerencias.
Por otro lado, la figura del paciente ha evolucionado con participación activa en todos los procesos. Está más informado sobre su enfermedad, las alternativas terapéuticas y los servicios sanitarios disponibles a su alcance. Además de tener amplia decisión sobre su propia atención sanitaria. La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica en su artículo 2 expone los principios básicos de: autonomía del paciente, consentimiento, libre decisión, negativa al tratamiento.

La definición de "educación para la salud" según la OMS: "Son las actividades educativas diseñadas para ampliar el conocimiento de la población en relación con la salud y desarrollar los valores, actitudes y habilidades personales que promuevan la salud", se cumple ampliamente en España, porque existen proyectos comunitarios intersectoriales como, por ejemplo, intervenciones en el aula, con técnicas de investigación en el aula: técnicas de análisis, técnicas expositivas o técnicas de desarrollo de habilidades.

También se realizan intervenciones en centros de mayores, etc.… siempre en colaboración con las corporaciones locales y distintas asociaciones. La Guía de salud comunitaria. Programa: "EPS! TOMA EL TIMÓN" (Anexo III: promoción de hábitos saludables), y el programa "Paciente Activo Asturias" (Anexo II, p. 9) Además del Informe de Salud que parte de estadísticas para señalar el Health ranking y roadmaps, y el RAC, que es el buscador de acciones comunitarias que se están realizando en Asturias.

La Guía de implementación local de la Estrategia Nacional de Promoción de la Salud, 2013 en su apartado de Alfabetización en salud dice:
"A su vez, la Ley 33/2011 de 4 de octubre, General de Salud Pública hace hincapié en la promoción de la salud en el entorno local, ya que establece en el artículo 16 de Promoción de la Salud, que las actuaciones de promoción de la salud prestarán especial atención a los ámbitos educativo, sanitario, laboral, local y de instituciones cerradas"

Salud Pública es definida en esta Ley como: "el conjunto de actividades organizadas por las Administraciones públicas, con la participación de la sociedad, para prevenir la enfermedad, así como para proteger, promover y recuperar la salud de las personas, tanto en el ámbito individual como en el colectivo y mediante acciones sanitarias, sectoriales y transversales."

La misma Ley General de Salud Pública, detalla que la sociedad requiere un sistema de salud pública que aúne, coordine y medie en tres ámbitos de acción: 1) el propio de los dispositivos de salud pública; 2) las acciones de prevención y promoción de la salud en los servicios sanitarios, y 3) las acciones y programas que, sin ser sanitarios, tienen efecto sobre la salud y que gestionados adecuadamente pueden alcanzar sus objetivos primarios asegurando al tiempo los mejores resultados en salud."
El Observatorio de la Salud en Asturias habla de las fases de actuación:
"Fases de actuación:
Fase 0. ¿Por qué iniciamos un trabajo en salud en el ámbito local?
Fase 1. Trabajar juntos
Fase 2. Identificar. Analizar los activos disponibles y los problemas.
Fase 3. Priorizar. Sobre qué debemos y podemos actuar
Fase 4. Buscar evidencias. Identificar intervenciones que sean efectivas.
Fase 5. Actuar. Establecer un plan de acción en el territorio.
Fase 6. Evaluar. Diseñar una evaluación, evaluar lo que hacemos"

5 Discusión-Conclusión

Creo que no existen suficientes estructuras informativas en las instituciones sanitarias para atender a todas las áreas sociales. Sobre todo en el ámbito rural. Para que la alfabetización en salud se haga efectiva, en la documentación administrativa, previo consentimiento del paciente, se puede comunicar en forma de consejos integrales para la salud personalizados, sobre la prevención específica que podría realizar en su grupo de edad, actividad laboral, hábitos de salud.

6 Bibliografía

• Constitución Española,
• Ley 14/1986, de 25 de abril Ley General de Sanidad.
• Ley 41/2002, reguladora de la autonomía del paciente,

• Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública,
• Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común, artículos 13 y 53.
• Ley 19/2013, de 9 de diciembre, de transparencia, acceso a la información pública y buen gobierno.
• OBSA: Observatorio para la Salud en Asturias: Red de Actividades Comunitarias (RAC)
• Guía de Salud Comunitaria 2016
• Fapap.es: Pag web de Formación Activa en Pediatría de Atención Primaria, 2014, vol7, nº 2.
• "Recursos útiles en educación para la salud", de C. Núñez Jiménez, Pediatra en Palma de Mallorca
• Publicaciones estadísticas de población actuales (2019)
• Artículos médicos digitales posteriores a 2015 y páginas web de salud comunitaria: https://www.easp.es/web/blogps/2017/11/20/promocion-de-la-salud-salud-comunitaria-y-determinantes-sociales-2/
(la desigualdad económica influye en el bienestar de las comunidades) https://saludcomunitaria.wordpress.com/2020/01/18/la-desaparicion-de-la-salud-publica/
(la desaparición de la salud pública) Director general de salud pública en Asturias http://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=1015.
La salud, ¿un asunto individual?
• http://www.alianzasaludcomunitaria.org/
tienen un buscador para localizar acciones comunitarias
• Pacap.net: (PACAP: Sociedad española de medicina Familiar y Comunitaria)

Capítulo 1405

LA OBESIDAD EN EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DENTRO DEL AMBITO SANITARIO.

LUISA MARIA ABREU JARDÓN

1 Introducción

La Organización Mundial de la Salud define obesidad y sobrepeso como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud.

El índice de masa corporal(IMC) es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m^2).

En el caso de los adultos, la OMS define el sobrepeso y la Obesidad como se indica a continuación:
- Sobrepeso: IMC gual o superior a 25.
- Obesidad:IMC igual o superior a 30.

En España según la Encuesta Nacional de Salud del año año 2017, un 18,2% de hombres de 18 años y más y un 16,7% de mujeres padecen obesidad. En los grupos de edad de 18 a 64 años es superior el porcentaje de hombres que padecen obesidad.

Respecto al sobrepeso, un 44,3% de hombres y un 30,0% de mujeres padecen sobrepeso según la Encuesta Nacional de Salud 2017. Las diferencias entre hombres

y mujeres son mayores que en el caso de obesidad, y es superior el porcentaje de hombres que padecen sobrepeso en todos los grupos de edad.

La obesidad de una persona puede repercutir no solo en el mal estado de su salud, sino también en el rendimiento de su trabajo. Por ello, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) declara que una alimentación no adecuada de un empleado puede disminuir su productividad en un 20%.

La Asociación Catalana de Salud Laboral (ACSL) considera la obesidad como factor de riesgo.
Los efectos del sobrepeso y la obesidad pueden repercutir negativamente en la actividad laboral del auxiliar de administrativo ,estos son algunos de los efectos:
- Complicaciones del aparato respiratorio: ya que la Apnea del sueño aumenta la probabilidad de somnolencia.
- Complicaciones cardiovasculares: aumenta la probabilidad de sufrir infartos o padecer hipertensión arterial.
- Disminución de la movilidad y lesiones articulares: sobre todo en extremidades inferiores, aumento de las lesiones de espalda.
- Aparato digestivo: mayor probabilidad de reflujo disminución de la ergonomía del trabajo.
- Alteraciones psicológicas: mayor probabilidad de aislamiento, tristeza, depresión

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Adaptar el lugar de trabajo a las necesidades de salud del auxiliar administrativo que padece de obesidad.

Objetivos secundarios:
- Proporcionar una buena comunicación e información entre el auxiliar administrativo que padece obesidad y sus compañeros de trabajo, delimitando las tareas que cada uno tiene que hacer en el desempeño de su trabajo para que no existan malos entendidos y se fomente un ambiente de trabajo agradable y adecuado.
- Dar asesoramiento al auxiliar administrativo desde el servicio de medicina preventiva para mejorar sus condiciones de salud y calidad de vida.
- Asesorar desde los sindicatos laborales al auxiliar administrativo con obesidad sobre sus derechos y obligaciones para que no sufra discriminación laboral debido a su obesidad.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo he buscado información en las estadísticas de datos del (INE) Instituto Nacional de Estadística, El Instituto de la Mujer, en estudios llevados acabo por la (OMS) Organización Mundial de la Salud, así como también en páginas web de revistas médicas y de prevención de riesgos laborales en el sector administrativo.

4 Resultados

Dar formación e información al auxiliar administrativo que padece obesidad sobre una correcta ergonomía en su lugar de trabajo.

Descansar 5 minutos por cada hora de trabajo, aprovechando para caminar y/o realizar ejercicios de estiramientos.

Durante los 30 minutos de descanso en la jornada de trabajo llevar fruta o alimentos saludables para comer y salir de su entorno de trabajo a respirar aire y dar un pequeño paseo. Evitar las máquinas expendedoras ya que, normalmente contienen bebidas azucaradas, frituras y carbohidratos.

Hacer campañas para informar y visibilidad la obesidad como factor de riesgo en el ámbito laboral por parte del Gobierno para prevenir la obesidad desde la infancia.

5 Discusión-Conclusión

Optimizar y organizar bien las tareas y el volumen del trabajo del auxiliar administrativo que padece obesidad, le ayudará a reducir la ansiedad y el estrés producidos por su trabajo, y esto contribuirá a su motivación para: poner en práctica una dieta sana proporcionada por su médico de familia o endocrino. Y también facilitará su implicación en evitar el sedentarismo, realizando alguna actividad física (salir a caminar 45 min al día, ir al gimnasio un par de veces a la semana,…).

Emplear una dieta sana y algo de ejercicio físico, evitar o disminuir el estrés en la carga de trabajo del auxiliar administrativo que padece obesidad; no solo contribuirá a que éste vaya perdiendo peso de forma gradual para mejorar su

salud, sino que también mejorará su calidad de vida, su autoestima, rendimiento laboral y se reducirá las bajas médicas por enfermedad.

6 Bibliografía

- Estadísticas de datos del (INE) Instituto Nacional de Estadística, El Instituto de la Mujer, (OMS) Organización Mundial de la Salud, páginas web de revistas médicas y de prevención de riesgos laborales en el sector administrativo.

Capítulo 1406

RIESGOS BIOLÓGICOS. VACUNACIÓN DEL PERSONAL DE SALUD

JOSÉ ANTONIO GARCÍA VALDES

MARGARITA MOREIRA DA CONCEICAO

1 Introducción

La calidad de la atención médica que recibe un paciente en un hospital o en un centro de salud, está íntimamente vinculada con las condiciones de salud y seguridad con las que labora el personal de salud (médicos, enfermeras, técnicos, administrativos, personal de limpieza y demás). Las lesiones y enfermedades ocupacionales cuestan mucho más que el tratamiento, la rehabilitación y las pensiones, estimándose que los costos indirectos (días laborales perdidos, la disminución de la productividad del trabajador), son dos a cuatro veces mayores que los costos directos (OPS 2005). Las distintas instituciones de salud deben tener una política que explique cómo cumplir su compromiso con la seguridad y salud de los trabajadores de centros hospitalarios.

Dicho personal de salud está expuesto a riesgos ocupacionales que están bien identificados, entre los cuales se puede mencionar los riesgos biológicos-infecciosos (virus, hongos, bacterias o parásitos) que pueden transmitirse por el contacto con los pacientes, con material contaminado o contacto directo con secreciones corporales, a través de las manos, inhalación, ingestión .

De igual forma el personal de salud se considera como una fuente de contagio entre la población susceptible de infectarse y esto hace aún más recomendable los programas de inmunización. Las personas que trabajan en centros sanitarios

tienen un alto riesgo de adquirir infecciones prevenibles mediante vacunación y, a su vez, son una fuente de transmisión de estas infecciones a los pacientes a los que atienden y a sus propios contactos. Las vías de transmisión de enfermedades inmunoprevenibles pueden ser:
• Por inhalación y por gotas respiratorias (sarampión, rubeola, parotiditis, gripe, varicela, tosferina, enfermedad meningocócica).
• Vía fecal-oral (hepatitis A, poliovirus).
• Vía parenteral o por contacto de mucosas con sangre o fluidos corporales (hepatitis B).

Los programas de vacunación dirigidos a este colectivo deben ser una parte esencial de las estrategias de salud laboral en los centros sanitarios, ya que la vacunación se considera la medida más efectiva y eficiente para prevenir ciertas enfermedades infecciosas. Los servicios sanitarios de los servicios de prevención son los encargados de la captación y la vacunación del personal sanitario, debiendo además registrar adecuadamente las vacunas administradas.

2 Objetivos

- Mejorar la protección de los trabajadores frente a los riesgos de infecciones transmitidas por los pacientes y que puedan ser prevenidas con vacunas.
- Evitar que los trabajadores sean fuente de infección para los pacientes a los que atienden, para otros trabajadores del centro o incluso para la comunidad.
- Salvaguardar la salud del trabajador que presente situaciones de inmunosupresión o enfermedades crónicas de base y que, por tanto, tenga un riesgo superior de contagio o de complicaciones derivadas de la adquisición de ciertas enfermedades infecciosas en su lugar de trabajo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Los trabajadores del ámbito sanitario están más expuestos y tienen mayor riesgo de contraer enfermedades prevenibles por vacunación. La necesidad de evitar la propagación de determinadas enfermedades, bien sea por la posibilidad de afectar a muchas personas (centros de trabajo con alta concentración de individuos), porque pueden afectarse personas especialmente vulnerables frente a estas enfermedades (tanto trabajadores de asistencia sanitaria o social como pacientes con enfermedades o condiciones de riesgo), o porque pueden comprometerse servicios esenciales para la comunidad (alto absentismo laboral en situación de epidemia), hacen que los programas de vacunación dirigidos a los trabajadores sanitarios sean parte esencial de las estrategias de salud laboral en los centros sanitarios 7,8 . En España no se conocen bien las coberturas de vacunación en el personal sanitario. Las comunidades autónomas (CCAA) notifican anualmente al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) las coberturas de vacunación alcanzadas frente a la gripe en sus respectivos territorios, tanto en personas mayores como en profesionales sanitarios. La información que se obtiene es desigual y variable, aunque globalmente indica una vacunación por debajo de lo deseable.

Varios estudios han intentado investigar las razones de esta baja adherencia. Por ejemplo, solo entre el 15% y el 25% de los profesionales sanitarios se vacuna anualmente frente a la gripe 9 , cifra muy lejana al 75% que la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Comisión Europea (CE)10 recomiendan en grupos de riesgo. El objetivo propuesto en 2016 por la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones y acordado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) es alcanzar una cobertura de vacunación frente a la gripe del 30% en este colectivo en la temporada 2016-2017. El objetivo se irá aumentando para acercarse al establecido por las organizaciones internacionales. Algunos factores determinantes de las bajas coberturas de vacunación en los trabajadores sanitarios son la baja percepción del riesgo en aquellos que trabajan en contacto con los enfermos y su entorno, su escaso conocimiento en relación a los beneficios y la seguridad de la vacunación, la pobre organización de las políticas de vacunación de adultos y la falta de adopción de las medidas de prevención por la empresas.

En general, los Servicios de Prevención o de Salud Laboral de los centros sanitarios son los encargados de organizar y llevar a cabo la vacunación de los trabajadores sanitarios, en coordinación con el programa de vigilancia y control de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria. Es importante la coordi-

nación entre las empresas que se encargan de los servicios de prevención, ya que en los centros sanitarios puede haber trabajadores cuyas revisiones se realizan por diferentes empresas. Antes de indicar la vacunación, se deben valorar los siguientes aspectos:

- La susceptibilidad del trabajador a las diferentes enfermedades inmunoprevenibles, que se establecerá en función de los antecedentes sobre el padecimiento de alguna de ellas, de la edad, de la historia de vacunación y, en caso de considerarlo necesario, de las pruebas serológicas
- El tipo de actividad profesional. Se informará a los trabajadores sobre los riesgos de exposición a determinados agentes biológicos, así como de los riesgos y beneficios de la vacunación recomendada.
- La situación laboral, es decir, si el trabajador pertenece a la plantilla laboral del centro, o se trata de un trabajador de nueva incorporación. En este último caso, es importante conocer los antecedentes de enfermedad y su estado de vacunación previo.

Las estrategias propuestas para reforzar una actitud positiva de los trabajadores sanitarios hacia la vacunación son las siguientes:

• Formación reglada y cíclica de los trabajadores sanitarios en vacunas y en la importancia de la vacunación. También es importante la formación en estudiantes de medicina, enfermería, farmacia y en otros trabajadores del ámbito sanitario.
• Información periódica sobre innovaciones en las campañas de vacunación, evaluaciones realizadas, etc.
• Necesidad de especificar una política de vacunaciones del personal sanitario: La vacunación debe asegurar la protección del personal que trabaja con pacientes vulnerables, con objeto de procurar el mejor nivel de seguridad frente a enfermedades inmunoprevenibles.
• Revisión periódica del estado de vacunación del personal sanitario por parte de los profesionales sanitarios de los servicios de prevención de los centros sanitarios.
• Registro de vacunaciones del personal sanitario compatible con otros registros de vacunas.
• Acceso fácil a las vacunas en el centro sanitario.
• Entender que la vacunación es un aspecto más de la seguridad y salud en el trabajo.
• Contar con la perspectiva de los trabajadores sanitarios a los que se dirige la estrategia. Es difícil convencer a los usuarios de que se vacunen cuando los propios agentes que han de administrar las vacunas ponen en cuestión sus beneficios o rechazan vacunarse ellos mismos.

• Fórmulas de incentivos económicos o similares y que están cobrando gran relevancia en las nuevas políticas de salud pública.
• Insistir en la responsabilidad ética de la vacunación
• Información personalizada a los trabajadores sobre la conveniencia de vacunarse utilizando las nuevas tecnologías de comunicación.

5 Discusión-Conclusión

• Se protege a los trabajadores del riesgo de contraer determinadas enfermedades.
• Se evita que los trabajadores puedan ser fuente de transmisión de determinadas enfermedades a los pacientes que atienden, a otros trabajadores, a su propia familia y a otros ciudadanos.
• Se evitan enfermedades infecciosas en trabajadores que estén inmunocomprometidos o padezcan patologías crónicas (cardíacas, pulmonares, renales, etc.).
• Se disminuye el absentismo laboral como consecuencia de enfermedades inmunoprevenibles adquiridas en el centro de trabajo o fuera de él.
• Se muestra profesionalismo y ejemplaridad ante la población.

6 Bibliografía

- www.redacciónmeddica.com
- www.sietedìasmedicos.com
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 1407

LA SEGURIDAD E IDENTIFICACIÓN DE LOS PACIENTES EN NUESTROS HOSPITALES.

JOSÉ ANTONIO GARCÍA VALDES

MARGARITA MOREIRA DA CONCEICAO

1 Introducción

En un entorno donde se busca una práctica segura tanto para el paciente como para el profesional responsable de su cuidado, es indispensable la correcta identificación de los pacientes, como medida que favorezca la disminución de la probabilidad de errores médicos durante el proceso de atención a la salud.

La adopción del sistema de identificación estandarizado en las instituciones de salud, evita exponer a los pacientes a riesgos innecesarios o a procedimientos no programados, que tienen consecuencias para el paciente, que van desde incidentes menores hasta aquellos con secuelas permanentes o incluso la muerte.

Es frecuente que la identificación de los pacientes se realice sólo por el número de cama, diagnóstico, características físicas o psicológicas, o nombre, sin embargo, estos identificadores aislados pueden ser insuficientes y no asegurar que sean correctos o exista duplicidad. Esto aunado a que los pacientes pueden estar bajo efectos de sedación, desorientados o presentar problemas relacionados con el lenguaje, la audición, el idioma o la edad, incrementa el riesgo de errores en la identificación. Esto ocurre con mucha frecuencia en las actividades relacionadas con la atención médica y se asocian con frecuencia a errores en la administración

de medicamentos, intervenciones quirúrgicas, pruebas diagnósticas, transfusión de sangre o hemoderivados, en el laboratorio de análisis clínicos, en la realización de procedimientos y en los ingresos de los recién nacidos.

La identificación incorrecta de los pacientes está considerada causa fundamental de numerosos errores. Ante esta problemática, la Organización Mundial de la Salud (OMS), lanzó en mayo del 2007 las "Nueve soluciones para la seguridad del paciente" incluyendo entre ellas, la Correcta Identificación del Paciente.

2 Objetivos

- Mejorar la precisión del proceso identificación y seguridad del paciente.

3 Metodología

Se ha realizado una extensa búsqueda bibliográfica en manuales especializados en el tema. Así como consulta de métodos realizados en distintos hospitales.

4 Resultados

Entre las acciones que se deben implementar para una adecuada identificación de los pacientes se encuentran:
De la identificación general del paciente:
- El personal de salud debe identificar al paciente desde el momento en que éste solicita la atención. Él, con al menos dos identificadores, que serán el nombre completo del paciente y su fecha de nacimiento (día, mes y año), en su caso, adicionalmente podrán agregarse otros determinados en la normativa de la institución.
- Todos los documentos que se generen durante el proceso de atención, incluyendo el expediente clínico, recetas médicas, solicitudes y resultados de estudios de gabinete y laboratorio, etc., deben contener el nombre completo del paciente y la fecha de nacimiento.
- No se debe incluir en los datos de identificación, el número de cama, número de habitación o servicio en el que se encuentre el paciente, horario de atención, ni diagnóstico.

De la estandarización

Como elementos útiles para estandarizar la identificación al paciente se encuentran:

1. Tarjeta de cabecera o a pie de cama

- Se debe colocar en la cabecera de la cama de pacientes hospitalizados , así como en los Debe lugares donde se administren tratamientos de hemodiálisis, quimioterapia, radioterapia y cirugía de corta estancia.
- Contener, al menos el nombre completo y la fecha de nacimiento del paciente.
- Los datos de identificación (nombre completo y fecha de nacimiento) tendrán un tamaño en una proporción 2:1 respecto al resto de la información y se registrarán con un color contrastante con el del medio para facilitar la identificación de manera visual.
- Además de los datos de identificación del paciente, en este documento es recomendable anotar: grupo sanguíneo y el factor Rh, alergias, edad. La escala de Valoración de Riesgo de Caídas y riesgo de transmisión se sugiere que se incluya en un formato dinámico, dado que ambas variables pueden cambiar durante la atención del paciente.

2. Brazalete o pulsera

- Debe colocarse a los pacientes hospitalizados, así como aquellos que acudan para tratamiento en unidades de hemodiálisis, quimioterapia, radioterapia y cirugía de corta estancia.
- Debe colocarse en la extremidad superior derecha. Cuando por sus condiciones físicas o tratamiento no sea posible, se debe colocar en la extremidad superior izquierda o en cualquiera de los tobillos.
- Cuando por las condiciones del paciente no sea posible colocarlo en alguna extremidad, se debe colocar junto a la tarjeta de cabecera.
- Debe contener los identificadores utilizados en el establecimiento (nombre completo y fecha de nacimiento).
- El personal que registre los identificadores debe confirmarlos con el paciente o con algún familiar; en caso de que el paciente no esté en condiciones de responder, verificar los datos con el expediente clínico
- El personal que registre los identificadores debe confirmarlos con el paciente o con algún familiar. En caso de que el paciente no esté en condiciones de responder, verificar los datos con el expediente clínico.
- En la hoja de valoración de enfermería se debe registrar la colocación del mismo, así como los datos de quien realizó la verificación de los identificadores.
- Se debe informar al paciente y a su familiar sobre la importancia de portarlo y de no retirarlo durante su estancia en el establecimiento.
- Cuando exista cualquier duda respecto de la información contenida o legibilidad

de la misma se debe reemplazar, realizando el registro correspondiente en la hoja de enfermería.
- En situaciones en que la vida del paciente se pueda ver afectada, tienen prioridad los cuidados antes de la identificación del paciente. En cuanto sea posible, el personal de enfermería, es el encargado de colocarlo.
- La institución de salud debe tener establecido el procedimiento de identificación para pacientes que ingresen como desconocidos y que por su estado de conciencia no puedan proporcionar sus datos, recomendando que se incluyan los siguientes datos como identificadores: género del paciente, edad aparente, si tiene alguna señal particular, fecha y hora de ingreso y algún dato sobre la forma en que ingresó .
- En todos los casos, se debe retirar y desechar, cuando se dé el egreso hospitalario.
- En los recién nacidos debe colocarse inmediatamente después del parto. Se colocará de manera individual en la muñeca derecha y otro en el tobillo izquierdo, con los datos de la madre (Datos de identificación de la madre y la fecha de nacimiento y sexo del recién nacido), esta información debe confirmarse con la madre y/o con un familiar y en el expediente clínico.

De la identificación del paciente previa a la realización de procedimientos
El personal de salud debe comprobar los datos de identificación del paciente mínimo en los siguientes casos:
1. La administración de todo tipo de medicamentos,
2. Administración de infusiones intravenosas con fin profiláctico, diagnóstico o terapéutico,
3. Transfusión de hemoderivados,
4. Extracción de sangre u otras muestras para análisis clínicos,
5. Realizar procedimientos médicos o quirúrgicos.
6. Traslados dentro o fuera del establecimiento
7. Antes de la dotación de dietas.
8. Antes del inicio de la terapia de remplazo renal con hemodiálisis.
9. Identificación de cadáveres, y
10. Antes de la vacunación.

- En caso de que el paciente esté inconsciente o con cualquier tipo de discapacidad que impida la comunicación, los datos deben validarse con su acompañante, antes de realizar cualquier procedimiento al paciente.
- En caso de que para la realización de algún procedimiento preventivo, diagnóstico o terapéutico sea necesario el retiro del identificador, se debe colocar de manera inmediata cuando éste concluya.

De la identificación del paciente en soluciones intravenosas y dispositivos
- El personal de salud debe registrar en los membretes de las soluciones intravenosas los datos de identificación del paciente (nombre completo y fecha de nacimiento del paciente), además del nombre de la solución y/o componentes, frecuencia de administración, fecha y hora de inicio y término, y nombre completo de quien instaló y, en su caso, de quien lo retira.
- En las sondas y catéteres de los pacientes, el personal de salud debe colocar un membrete con los datos de identificación (nombre completo y fecha de nacimiento del paciente), fecha y hora de instalación y nombre completo de quien instaló.

De la identificación en estudios de laboratorio clínico y patología.
- Las solicitudes deben contar con los datos de identificación del paciente (nombre completo y fecha de nacimiento del paciente), además de la fecha y hora del estudio, identificación del solicitante, estudio solicitado y diagnóstico probable.
- Las placas radiográficas deben contener del lado derecho los datos de identificación del paciente (nombre completo y fecha de nacimiento del paciente), fecha y hora del estudio, identificación del establecimiento y clave o iniciales del profesional que la realiza. El personal que realiza el estudio debe especificar en los resultados del mismo la existencia de incidentes y accidentes durante el proceso, en caso de que hayan existido.
- El personal del laboratorio y patología debe verificar que los datos de la etiqueta del recipiente de la muestra biológica coinciden con los datos de las solicitudes. En caso de no coincidir, se debe comunicar de inmediato al médico tratante y esperar indicaciones del mismo.

Es importante que el establecimiento diseñe el proceso de identificación del paciente y se asegure que las acciones básicas se realicen de manera correcta, es decir, utilizar el nombre completo del paciente y la fecha de nacimiento en el momento oportuno (previo a los momentos críticos) para disminuir la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso o centinela relacionado con el paciente equivocado.

5 Discusión-Conclusión

La identificación verbal no es suficiente, ya que pueden darse situaciones en las que el paciente sea incapaz de responder: pacientes sedados, con pérdida de atención, indiferentes o confusos. Pueden existir también barreras de lenguaje, idiomáticas o problemas de audición o tratarse de pacientes pediátricos, con-

tribuyendo todo ello a que aumente la probabilidad de error.

En muchas ocasiones a los pacientes se les identifica por el número de habitación o por su patología, lo que compromete tanto su intimidad como su seguridad. La falta y/o los fallos en la identificación de los pacientes conllevan un riesgo que pueden acabar en complicaciones asociadas a errores en la asistencia como son:
- Errores en la administración de medicamentos.
- Errores en la realización de pruebas diagnósticas.
- Errores de resultados analíticos por confusión de pacientes en las extracciones.
- Errores en transfusiones de sangre y hemoderivados.
- Errores en cirugía, paciente incorrecto.

Existen, por tanto, motivos suficientes para asumir que la identificación adecuada de los pacientes en nuestros hospitales es necesaria, siendo una medida proactiva, para la mejora de la seguridad clínica.

6 Bibliografía

- Saludextremadura.ses.es
- www.rincondelasalud.com
- www.saludcastillayleon.es
-wwwjuntadeandalucia.es

Capítulo 1408

EL ACOSO LABORAL EN EL ENTORNO SANITARIO (AUXLIAR ADMINISTRATIVO)

ROCÍO GONZÁLEZ SOMOANO

SUSANA VALDES SUAREZ

NURIA GUTIÉRREZ ARREAL

SILVIA VARELA SANCHEZ

JAVIER GARCIA SANCHEZ

1 Introducción

El acoso laboral, también comúnmente conocido a través del término inglés como mobbing se considera una violencia psicológica sistemática y recurrente durante un tiempo prolongado que puede llegar a agresiones físicas en los casos más graves. Supone un atentado contra el derecho a la vida, a la seguridad, a la libertad y a la dignidad de las personas.

Las víctimas de acoso laboral representan una tasa significativamente más elevada de absentismo y abandono profesional en comparación con el resto de trabajadores convirtiéndose en el primer riesgo laboral y la primera causa actualmente de baja laboral.

En el código penal de España, el acoso laboral está tipificado dentro de los delitos de torturas y contra la integridad moral.

No puede afirmarse que exista un perfil psicológico que predisponga a una persona a ser víctima de acoso psicológico en su lugar de trabajo. Cualquier persona, en cualquier momento, puede ser víctima, lo único que se requiere es que se perciba como amenaza por parte de un agresor y que se encuentre en un ambiente favorable para la aparición del fenómeno.

¿Cómo se evita el acoso laboral ?.Por una parte, es fundamental mejorar el entorno psicosocial en el centro de trabajo a través de:
-Ofrecer a cada trabajador la manera de escoger y realizar su propio trabajo.
-Reducir el volumen de trabajo y evitar trabajos monótonos y repetitivos.
-Investigación del alcance y naturaleza del problema.
-La creación de una cultura organizativa con normas y valores contra el acoso moral.
-El reconocimiento por parte de todos de lo que es realmente un acoso moral.

Diversos estudios hablan de la importancia de mejoras de autoestima y redes de apoyo social dentro y fuera del ambiente laboral como factores de protección, del mismo modo cursos de formación dentro de los trabajos orientados al trabajo en equipo y buenas prácticas ayudan a mejorar la autoestima y el rendimiento del empleado.

2 Objetivos

- Identificar los tipos de acoso laboral que pueden darse en el entorno sanitario, con la finalidad de aportar herramientas útiles para la prevención y la gestión de los recursos humanos en la empresa.
- Determinar las consecuencias que provoca el acoso laboral y su prevención.

3 Metodología

Se han consultado diferentes bases de datos y buscadores: Dialnet,Scielo, google académico.
Las palabras clave utilizadas han sido: mobbing, tipos de acoso laboral, prevención del acoso laboral, síntomas del acoso laboral, consecuencias del acoso laboral.

4 Resultados

El acoso laboral se clasifica en dos categorías según la posición jerárquica y según el objetivo:
Según la posición jerárquica:
- Mobbing horizontal: se caracteriza porque el acosador y la víctima se encuentran en el mismo rango jerárquico, suele darse entre compañeros de trabajo.
- Mobbing vertical : se denomina así porque o bien el trabajador se encuentra en un nivel superior a la víctima o buen en un nivel inferior a esta. Por lo tanto existen dos tipos de mobbing vertical:
- Mobbing ascendente: cuando un empleado de nivel jerárquico superior es atacado por uno o varios de sus subordinados.
- Mobbing descendente o bossing : ocurre cuando un empleado de nivel jerárquico inferior recibe acoso por parte de uno o varios empleados que ocupan posiciones superiores en la jerarquía de la empresa.
En cuanto a la clasificación según su objetivo, nos encontramos con :
- Mobbing de dirección o de gestión, Este es llevado a cabo por superiores para acabar con un trabajador que no se ajusta a sus expectativas.
- Mobbing perverso, se caracteriza por no tener un objetivo laboral, la clave está en la personalidad del acosador.
- Mobbing disciplinario, es un tipo de acoso en el que se infunde miedo a la víctima, se advierte a los compañeros de lo que puede ocurrir con un comportamiento parecido.
- Mobbing institucional, forma parte de la estrategia empresarial para que el acosado rescinda el contrato voluntariamente.

En España el estudio más conocido encaminado a proporcionar la topografía del acoso laboral es el Barómetro Cisneros,aplicado por primera vez en el 2001 bajo la dirección y supervisión del Doctor Piñuel.

Según los últimos datos mencionados por él muestran que el acoso laboral ha crecido en España un 40% desde que comenzó la crisis y refleja como solución para luchar frente a éste problema, la prevención.

5 Discusión-Conclusión

El acoso laboral es una realidad cada vez más estudiada y reconocida, aunque todavía a fecha de hoy puede ser difícilmente identificada ya que no siempre presenta las mismas características.

La variedad de tipos de mobbing permite que muchas veces quede camuflado o hasta incluso puede ser interpretado como algo que entra dentro de la normalidad. en muchas ocasiones se trata de confundir a la víctima para que crea que ella es la culpable.

Los ataques sufridos pueden llegar a causar problemas físicos (migrañas, cansancio, fatiga, trastornos respiratorios ,cardiovasculares y digestivos, trastornos del sueño) y psicológicos (trastornos de ansiedad generalizada, trastornos de pánico, depresión, estrés ,sentimiento de culpabilidad ,cambios permanentes en la personalidad, desmotivación en el trabajo y perturbación del ejercicio laboral) serios en la víctima. Cuanto más se persiste en ésta situación peor es el malestar que se genera.

Es importante recopilar pruebas desde que se tiene conocimiento del caso de acoso laboral y se recomienda ponerlo en conocimiento de la Inspección de Trabajo para que tras un procedimiento de investigación levante acta y haga un informe valorativo del caso.

6 Bibliografía

- El nuevo delito de acoso laboral, Santana Vega, D.M. (2013) ISBN 978-84-90-04951-8. Constitución española, 29 de diciembre 1978 .Boletín oficial del estado, número 311.
- https//www.boe.es/legislación/documentos/constitución castellano.pdf.
- Acoso laboral en el medio sanitario, López Gándara, M. (2018). ISBN 978-84-09-07384-9.
- Ministerio de Sanidad, Consumo u bienestar social. https://www.mscbs.gob.es/.

Capítulo 1409

TIPOLOGÍA DE LAS ANEMIAS PARA TCAE

MARÍA TERESA FERNÁNDEZ YUGUEROS

1 Introducción

Un paciente presenta un cuadro de anemia siempre que la concentración de hemoglobina y el valor hematocrito estén por debajo de los valores normales, y casi siempre que haya una disminución del número de eritrocitos.

2 Objetivos

Dar a conocer al TCAE información sobre los principales tipos de anemias.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

– Anemias hemorrágicas: Pueden ser de carácter agudo o crónico. Se producen por rotura de los vasos sanguíneos, úlceras gastroduodenales, varices esofágicas

y embarazo extrauterino. Cursan con debilidad, aumento de la sudoración, pulso acelerado, taquipnea y disminución de la presión arterial.

– Trastornos en la síntesis de hemoglobina: son debidos a un déficit de hierro. Son generalmente de carácter crónico: Presentan eritrocitos pequeños (anemia microcítica), pobres en hemoglobina y con disminución del número de reticulocitos. Se produen por pérdidas de sangre, por lo que aumentan las necesidades de hierro. Hay también un trastorno en su transporte y en el aporte alimentario. Cursan con piel pálida y áspera, uñas y cabello quebradizos, atrofia de mucosas, disfagia y cansancio.

– Alteraciones en la formación de los hematíes: Dentro de ellas, la anemia más frecuente es la megaloblástica o perniciosa. Se produce por disminución de vitamina B12 o del ácido fólico, debido a una alteración de la mucosa del estómago, por disminución del factor intrínseco de Castell y por alteración en la reabsorción de la vitamina B12. Cursa con abatimiento, disnea, inapetencia, sensación de ardor en la lengua, trastornos gastrointestinales e incluso alteraciones neurológicas.

– Anemias hemolíticas: Se definen como un estado pobre en sangre, debido a una destrucción intravascular anómala de hematíes o a fagocitosis del sistema reticuloendotelial. Cursan con palidez, ictericia, escalofríos, fiebre, cefaleas y dolores abdominales.

5 Discusión-Conclusión

En casos de anemias graves, los pacientes tendrán problemas para que su organismo transporte la cantidad de oxígeno necesaria para que todos los procesos se realicen de forma habitual y, por tanto, el paciente puede llegar a sufrir un infarto.

En el caso de las mujeres embarazadas, si la anemia ha estado presente durante la gestación, en algunos casos los niños pueden nacer con peso bajo y más pequeños.

Por último, si se producen hemorragias muy fuertes que no están controladas, el paciente puede llegar a morir.

6 Bibliografía

- http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/hematologia/anemia_para_profesionales_de_la_salud_aps_2009.pdf
- https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-sindrome-anemico-13027997
- http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016000300015
- https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchnut/v36n4/art03.pdf

Capítulo 1410

GESTIÓN, ACCESO, USO Y CUSTODIA DE LA HISTORIA CLÍNICA POR EL PERSONAL NO SANITARIO DEL SESPA

JESSICA VEGA SUÁREZ

1 Introducción

La historia clínica es la base de toda atención sanitaria, es fundamental para llevar a cabo un seguimiento pormenorizado del paciente, será única para cada persona, acumulando toda su información clínica. La historia clínica se encuentra regulada en el capítulo V de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Podemos definirla como el conjunto de los documentos relativos a los procesos asistenciales de cada paciente, con la identificación de los médicos y de los demás profesionales que han intervenido en ellos, con objeto de obtener la máxima integración posible de la documentación clínica de cada paciente, al menos, en el ámbito de cada centro. Algunas de sus peculiaridades ineludibles son: es obligatoria, irreemplazable, privada, objetiva y veraz.

La historia clínica incorporará por tanto, por escrito o en el soporte técnico más adecuado, toda la información que se considere transcendental para el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud de un usuario. Su contenido mínimo será el siguiente:
- La documentación mínima relativa a la hoja clínico estadística.
- La autorización de ingreso.

- El informe de urgencia.
- La anamnesis y la exploración física.
- La evolución.
- Las órdenes médicas.
- La hoja de interconsulta.
- Los informes de exploraciones complementarias.
- El consentimiento informado.
- El informe de anestesia.
- El informe de quirófano o de registro del parto.
- El informe de anatomía patológica.
- La evolución y planificación de cuidados de enfermería.
- La aplicación terapéutica de enfermería.
- El gráfico de constantes.
- El informe clínico de alta.

Con el desarrollo de este capítulo pretendo dar respuesta a las siguientes cuestiones:
- ¿Quién puede tener acceso a la historia clínica?
- ¿Cuáles son sus funciones principales?
- ¿Quién es el responsable de la gestión?
- ¿Quién es el responsable de su almacenamiento y conservación?
- ¿Durante cuánto tiempo se debe conservar?

2 Objetivos

- Gestionar la información clínica de los pacientes, así como ordenarla, custodiarla, conservarla y administrarla.

3 Metodología

Para el desarrollo de este capítulo he llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica existente. He realizado una búsqueda en bases de datos cómo Scielo y Medline, los criterios de inclusión empleados han sido, documentos en España, en español y durante los últimos diez años. He seleccionado artículos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Los conceptos clave empleadas han sido: historia clínica, gestión, personal no sanitario, sanidad.

4 Resultados

Comenzaré dando respuesta a la pregunta de quién tiene derecho de acceso a la historia clínica así como a su uso. El paciente o usuario tendrá derecho a acceder a la documentación de la historia clínica y a obtener copia de la misma. Este derecho puede ejercerse también por representación debidamente acreditada, pero nunca en perjuicio del derecho de terceras personas a la confidencialidad de los datos, ni en perjuicio de los profesionales. Un aspecto a tener en cuenta es el acceso a la historia clínica de un usuario fallecido. En estos casos, se permite el acceso a las personas vinculadas al fallecido por razones familiares o de hecho, y a sus herederos, excepto que este lo hubiese prohibido expresamente y se acredite.

Respecto a su uso, hay que tener en cuenta que se trata de datos muy sensibles para el paciente, de información especialmente protegida, y por ello, el secreto profesional y la confidencialidad están íntimamente ligados a la historia clínica. El personal de administración y gestión de los centros sanitarios únicamente podrá acceder a los datos que estén relacionados con sus propias funciones (el personal sanitario que ejerza funciones de inspección, evaluación, acreditación y planificación tendrá derecho a acceder a la historia clínica). El acceso sin consentimiento es un delito penal que apareja pena de prisión.

De acuerdo con lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, y la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, se podrá acceder a la historia clínica con fines judiciales, epidemiológicos, de salud pública, de investigación y de docencia, siempre asegurando el anonimato.

Las comunidades autónomas deben ser las encargadas de regular el procedimiento para que quede constancia del acceso a la historia clínica y de su uso.

En relación a la segunda cuestión voy a describir cuáles son las principales funciones de la historia clínica:
- Asistencial: tiene como principal objetivo facilitar la asistencia sanitaria, dejando constancia, por escrito o en el soporte técnico más adecuado, de todos los datos que, bajo criterio médico, permitan un conocimiento veraz y actualizado del estado de salud del paciente.
- Docencia: facilita la formación, tanto inicial como continuada, de los profesionales.
- Investigación: proporciona infinidad de datos para estudios sanitarios o epidemiológicos.

- Jurídico- legal: es clave en reclamaciones o procesos judiciales, puesto que muestra cómo se desarrolla la atención sanitaria prestada, y permite comprobar si el profesional actuó con la debida diligencia.

¿Quién es el responsable de la gestión de la historia clínica? La gestión de la historia clínica por los cetros se realiza a través de la unidad de admisión y documentación clínica, que se encargará de integrar en un solo archivo las historias clínicas Por tanto, las funciones de los auxiliares administrativos, dentro de la unidad de admisión y documentación clínica, pasan por ampliar los mínimos de calidad recomendados por la Organización Mundial de la Salud:
- Identificación clara del paciente y de la historia.
- Identificación de los profesionales que lo atienden.
- Control de calidad. Fiabilidad, concisión y organización lógica.
- Resistencia al deterioro.
- Garantizar la accesibilidad.
- Diseño y mantenimiento actualizado del formato de la historia clínica.

Por último, voy a analizar quién se encarga se la conservación de la historia clínica y durante cuánto tiempo. Los centros sanitarios son los encargados de custodiarlas, tienen la obligación de conservar la documentación clínica en condiciones que garanticen su correcto mantenimiento y seguridad. El Archivo de historias clínicas será el responsable de conservarlas y custodiarlas. Este servicio será el encargado de autorizar y ejecutar los movimientos y préstamos de la documentación clínica, manteniendo actualizada su localización, y asegurando su disponibilidad y confidencialidad.

Se deben de conservar un mínimo de cinco años desde la fecha de alta de cada proceso asistencial. Los datos relativos al nacimiento de un usuario no se destruirán, una vez fallecido el paciente se trasladarán a los archivos definitivos de la Administración correspondiente.

5 Discusión-Conclusión

La historia clínica está reconocida como un derecho del paciente y como un deber y derecho del profesional. Ésta ha de ser única, segura, auténtica, confidencial, disponible, legible y ordenada para su principal finalidad, prestar asistencia sanitaria. La historia clínica se ha de llevar por tanto, con criterios de unidad e integración, permitiendo un mejor conocimiento por el profesional de los datos de un determinado paciente. El establecimiento de un sistema informático facilita

proteger la intimidad del usuario y supone un gran ahorro de espacio y recursos.

El auxiliar administrativo es quien tiene la responsabilidad de gestionar toda la información clínica generada por un paciente, organizándola en una historia clínica única, custodiándola, conservándola y administrándola.

6 Bibliografía

- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE núm. 274, de 15/11/2002.
- Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales. BOE núm. 294, de 6 de diciembre de 2018.
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. «BOE» núm. 102, de 29 de abril de 1986
- https://revistamedica.com/auxiliar-administrativo-salud-admision-documentacion-clinica/#Gestion-de-la-Historia-Clinica
- http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192010000700018
-https://medlineplus.gov/spanish/personalhealthrecords.html
- http://www.salud.gob.ar/dels/entradas/historia-clinica
- http://www.medicosypacientes.com/articulo/la-historia-clinica-debe-conservarse-durante-al-menos-cinco-anos
- https://www.diariomedico.com/opiniones/columna-invitada/tiene-derecho-el-paciente-a-acceder-a-su-historia-clinica.html

Capítulo 1411

EMPATÍA EN LOS ZAPATOS DEL PACIENTE

MARTA ELENA MENENDEZ ROLDAN

1 Introducción

La empatía puede definirse como la capacidad de ponerse en el lugar de alguien, para verle desde su marco interno de referencia, es decir, se trata de comprender al otro como sujeto con una experiencia propia. Es una habilidad que se inicia en nosotros mismos y que resulta fundamental para la vida en general, pero también de forma concreta, en determinados ámbitos, como puede ser en la relación que se establece entre el profesional de la salud y el paciente.

Sin embargo, uno de los de déficits en la enseñanza de las profesiones sanitarias, es la formación en las relaciones humanas interpersonales y el entrenamiento de las mismas. La transmisión de conocimientos y el descubrimiento de nuevas tecnologías es el eje sobre el que gira la formación de los nuevos profesionales asistenciales. No es frecuente, por no decir que no se da la posibilidad de contemplar áreas específicas para la formación en los aspectos más psicológicos de la práctica sanitaria.

La empatía, por tanto, es un elemento clave en la relación asistencial. Si bien es cierto que la empatía es una capacidad humana que surgió a lo largo de la evolución, permitiendo a nuestros ancestros no solo sentir lo que otros sentían sino comprender lo que otros podía necesitar, tener la comprensión de que los otros son seres intencionales, también es cierto que dado que los seres humanos son seres sociales, se necesitan contextos en los que se posibilite esa capacidad.

Por decirlo en otras palabras: no existe el gen de la empatía, pero si la disponibilidad para adquirir la capacidad de la empatía y para poder desarrollar esa capacidad tiene que darse en contextos adecuados (agentes socializadores). Son muchos los profesionales de este sector que admiten carecer de una formación específica en una capacidad tan básica: "es necesario que nuestra atención gire en torno al paciente, y para ello, en primer lugar, hemos de conocernos a nosotros mismos, saber cuáles son nuestras virtudes y nuestras limitaciones en las relaciones sociales y, concretamente, en nuestra comprensión empática", afirma Adrados. Añade, además, que la empatía está muy relacionada con la escucha activa: "cuando dedicamos más tiempo a que prevalezcan nuestros puntos de vista y menos a escuchar, monopolizamos el diálogo y no nos preocupamos de entender a quién tenemos delante".

2 Objetivos

- Estudiar y analizar los beneficios de la empatía para su puesta en rpáctica en nuestro lugar de trabajo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Conectar con el sufrimiento del otro también tiene sus riesgos y esta capacidad tan humana puede verse bloqueada por la ansiedad que generan esos sufrimientos ajenos. Diferentes estudios con estudiantes de medicina en prácticas han demostrado que la empatía disminuye. Una de las explicaciones es que este déficit es una defensa contra la ansiedad que generan las situaciones que se dan en la relación asistencial.

Claves para potenciar el desarrollo de la empatía:

- Permitirnos expresar nuestros propios sentimientos y percibir la comprensión de los demás nos permitirá entender mejor qué se siente cuando uno es escuchado y comprendido.
- Identificar cuáles son nuestros estados emocionales en un momento concreto y relacionarlos con pensamientos propios y acontecimientos vitales vividos previamente.
- Tomar conciencia de que el hecho relatado siempre es una interpretación de una realidad que nunca es objetiva. Ello implica aceptar que existen tantas interpretaciones como espectadores son partícipes de este hecho, y que ninguna es más válida que la otra.
- Ser conscientes de nuestros prejuicios y estereotipos también es importante, ya que es una forma de ver qué cosas de la vivencia que tenemos del otro y su relato tienen que ver con nuestras ideas previas.
- Ser capaces, no solo de captar el mensaje verbal, sino también los mensajes no verbales: el tono, la mirada, la intensidad de la voz, etc., son algunos de los factores que pueden modificar un determinado mensaje.
- Distinguir cuándo se espera de nosotros que escuchemos o que, además, aportemos nuestro punto de vista.
- Realizar preguntas mientras el otro nos transmite su relato aumentará su confianza en nosotros, pues de esta manera le demostramos nuestro interés respecto a lo que nos cuenta.
- No minimizar la relevancia ni menospreciar el grado de importancia con el que la persona percibe su problema.

En el caso de los profesionales de la salud, tomar conciencia de nuestra responsabilidad respecto a la necesidad de trabajar la comprensión empática puede resultar de gran utilidad.

5 Discusión-Conclusión

La cuestión es que no se dispone en todo el proceso educativo de espacios que posibiliten el análisis y la comprensión de los aspectos emocionales que intervienen en la relación asistencial, así como una comprensión de los fenómenos intra e intergrupales que puedan facilitar las tareas asistenciales y las interacciones profesional/paciente.

La creación de estos espacios es uno de los retos de los estudios de ciencias de la salud. Estos espacios permiten conjugar el aspecto educativo y los aspectos emocionales y ofrecer un marco útil donde las experiencias vitales de los alumnos

sirvan al desarrollo de recursos personales y afectivos con los que afrontar en la vida cotidiana el ejercicio de su profesión.

6 Bibliografía

- Pardo, A. (2009). Empatía. Revista de Medicina de la Universidad de Navarra, 53 (1), 26-28.
- Retuerto, A. (2004). Diferencias en empatía en función de las variables género y edad. Apuntes de Psicología, 22 (3), 323-339.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 1412

EL PAPEL DEL TRABAJADOR SOCIAL SANITARIO EN LA INTERVENCIÓN CON MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO DESDE UNA PERSPECTIVA GRUPAL .

ANA BELEN RODRIGUEZ VALDÉS

1 Introducción

La Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre de 2004, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, define como violencia de género "aquella violencia que se dirige sobre las mujeres por el hecho mismo de serlo, por ser consideradas, por sus agresores, carentes de los derechos mínimos de libertad, respeto y capacidad de decisión".

Los artículos 17, 18, 19 y 20 de esta Ley Orgánica reconocen el derecho de las mujeres víctimas de violencia de género, a la información y asesoramiento, a la asistencia jurídica gratuita y a la asistencia social integral, que recoge el derecho a los servicios sociales de emergencia, de apoyo y acogida y de recuperación integral. la Ley 2/2011, de 11 de marzo, del Principado de Asturias para la igualdad de mujeres y hombres y la erradicación de la violencia de género en su artículo 11, establece la "obligación de los poderes públicos asturianos de garantizar una atención ordenada, integral y coordinada a las víctimas de la violencia de género" y, en su artículo 20, dicta la "obligación de la Administración sanitaria de desarrollar actuaciones de detección de la violencia de género y atención y apoyo."

2 Objetivos

- A través de la presente investigación se ha pretendido realizar una revisión bibliográfica reciente y un análisis de los estudios existentes sobre la intervención grupal con mujeres víctimas de violencia de género desde el trabajo social sanitario y los objetivos de los protocolos de intervención en grupos , así como el papel del trabajador social sanitario como parte integrante del equipo multidisciplinar.

- Además se ha pretendido analizar si la intervención socio terapéutica desde los servicios sanitarios con mujeres víctimas de violencia de género contribuye a importantes beneficios de cara a su recuperación.

3 Metodología

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica en las bases de datos científicas Dialnet, Cuiden, Medline y Google Académico.
Se emplearon los descriptores ”violencia de género”, ”intervención grupal”, ”trabajo social sanitario” ,y ”mujeres” con los operadores booleanos ”AND” y ”OR” y se aplicaron filtros de búsqueda como idioma, tiempo de publicación y texto completo

4 Resultados

Los servicios sanitarios son en muchas ocasiones los primeros en identificar que una mujer está siendo víctima de violencia. A pesar de que su objetivo prioritario sea la atención a la salud de mujeres que sufren situaciones de violencia de género, los profesionales de la salud debemos conocer que la violencia hacia las mujeres es un problema de salud pública que tiene una evidente repercusión sobre la salud física y psíquica de la mujer y que tiene consecuencias sobre la víctima, sus hijos, su familia y su red social próxima e indirectamente sobre el conjunto de la sociedad.

Como refiere Sara Velasco Arias , “Las consultas de atención primaria son lugares excelentes para el diagnóstico precoz e intervención con mujeres en situación de maltrato, ya que éstas acuden con frecuencia a los servicios sanitarios y los centros de salud son especialmente accesibles. Dichas consultas facilitan la continuidad en la atención, el establecimiento de las relaciones de confianza y la

confidencia de quienes las atienden. Se facilita, por tanto, el proceso de acompañamiento en cuanto a la relación de ayuda, de seguimiento y de respeto a las decisiones de las mujeres"

Ante esta última reflexión en la que se hace referencia al proceso de acompañamiento en la relación de ayuda, de seguimiento y respeto a las decisiones de las mujeres víctimas de violencia de género que acuden a consulta de atención primaria, nos planteamos que la labor de la unidad de trabajo social sanitario en coordinación con el resto de servicios del centro de salud e s fundamental a lo largo del proceso de recuperación de la mujer que sufre maltrato. Para que este proceso de recuperación se logre será necesario partir de un enfoque de la salud de forma integral, que incluya el concepto de subjetividad y contemple la influencia de los factores psicosociales y de género, desde un enfoque biopsicosocial de atención a la salud.

Una forma de abordaje será a través de métodos que busquen el cambio en las actitudes de vulnerabilidad, tan características de las mujeres víctimas de violencia de género. Para ello desde el TSS una vez identificadas las necesidades comunes del colectivo de mujeres víctimas de violencia de género atendidas en el centro de salud y los determinantes sociales, se tratará de proporcionarles recursos para el cambio, realizando intervenciones grupales orientadas a la transformación.

La intervención desde el trabajo social sanitario con este colectivo de mujeres podría enmarcarse en dos metodologías grupales: la creación de un grupo socioterapéutico y la creación de un grupo socioeducativo.
La intervención socioterapéutica grupal con mujeres víctimas de violencia de género perseguiría los siguientes objetivos:
Objetivo general:
- Impulsar el empoderamiento de las usuarias del centro de salud víctimas de violencia de género, promocionando sus proyectos de desarrollo y bienestar y convirtiéndolas en protagonistas de su propia historia.

Objetivos específicos:
- Aumentar la autoestima y la seguridad en sí mismas de las participantes
Desarrollar habilidades sociales, de comunicación, relación interpersonal y participación social en las mujeres, de las cuales carecen al haber vivido la mayoría de ellas una situación de aislamiento y violencia continuada en los últimos años
- Establecer redes de apoyo social

- Proporcionar a las participantes técnicas de manejo de la ansiedad y el control del estrés
- Facilitar a las mujeres estrategias para para el desarrollo de su propio proyecto personal, con el objetivo último de recuperar el control autónomo de su vida

La intervención socioeducativa grupal con mujeres víctimas de violencia de género perseguiría los siguientes objetivos:
Objetivo general:
- Proporcionar a las usuarias del centro de salud víctimas de violencia de género formación afectivo sexual dirigida a la evitación- reducción de las posibles situaciones problema en su vida personal

Objetivos específicos:
- Proporcionar conocimientos sobre educación sexual y recursos existentes relacionados con el tema, promoviendo la evitación de desajustes o problemas en la vida de las mujeres por carencias educativas en estos aspectos.
- Reducir el riesgo de aparición de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual entre las mujeres a quienes va dirigido el programa
- Aprender a defender la propia autonomía en las relaciones de pareja
- Trabajar con las mujeres la importancia de una buena educación sexual para su desarrollo integral como personas
- Ampliar y precisar el concepto de sexualidad, en el sentido positivo que afecta a todo el individuo y a su capacidad de dar y recibir placer
- Fomentar en las mujeres actitudes críticas hacia el uso que la sociedad hace de la sexualidad y hacia posturas intolerantes y discriminatorias para con algunos grupos sociales

5 Discusión-Conclusión

Se han encontrado numerosas publicaciones científicas que evidencian como la labor de la unidad de trabajo social sanitario en coordinación con el resto de servicios del centro de salud es fundamental a lo largo del proceso de recuperación de las usuarias del centro de salud que sufren maltrato, siempre partiendo de un planteamiento que incluya el concepto de subjetividad y contemple la influencia de los factores psicosociales y de género, desde un enfoque biopsicosocial de atención a la salud.
La intervención socio terapéutica grupal desde los servicios sanitarios con mujeres víctimas de violencia de género contribuye a importantes beneficios de cara

a su recuperación, haciendo aumentar y desarrollando aspectos como la autoestima y la seguridad en sí mismas, las habilidades sociales y de participación social de las usuarias del centro de salud víctimas de violencia de género y les facilita estrategias para para el desarrollo de su propio proyecto personal, con el objetivo último de recuperar el control autónomo de su vida; constituyendo una de las principales líneas de actuación para la recuperación integral de las víctimas.

6 Bibliografía

• "Mi marido me pega lo normal. Agresión a la mujer, realidades y mitos".Miguel Lorente Acosta. Editorial Ares y Mares. 2001
• II Plan Estratégico de Igualdad del Principado de Asturias. Gobierno del Principado de Asturias. Consejería de Presidencia y Participación Ciudadana del Principado de Asturias 2016/2019
• "Guía didáctica de diagnóstico e intervención sanitaria en violencia de Género en Atención Primaria". Instituto Asturiano de la Mujer. 2011
• "Manual de Violencia Familiar" Enrique Echeburúa .1998
• Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre de 2004, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género
• Pacto de Estado en materia de violencia de género. 2017
• Ley 2/2011, de 11 de marzo, del Principado de Asturias para la igualdad de mujeres y hombres y la erradicación de la violencia de género
• "La intervención colectiva en trabajo social. La acción con grupos y comunidades" Cristina de Robertis. Henri Pascal. Editorial el Ateneo 1994
• "Recomendaciones para la práctica clínica con enfoque de género" Sara Velasco Arias. 2009

Capítulo 1413

TRABAJADOR QUEMADO O SÍNDROME DE BURNOUT

LUZ DEL MAR CUELLO IGLESIAS

1 Introducción

En los últimos años se ha venido incrementando a todos los niveles, la conciencia social sobre la importancia de las condiciones laborales y la salud de los trabajadores. Esta creciente preocupación, se refleja en la presencia pública de las cuestiones relacionadas con la calidad del trabajo a través de los medios de comunicación y en el interés manifestado por los sindicatos, los profesionales y los investigadores científicos. Uno de los temas que tradicionalmente, más atención ha atraído, es el estrés laboral, fenómeno ampliamente extendido en nuestra sociedad, y que se define como la respuesta fisiológica, psicológica y de comportamiento de un individuo que intenta adaptarse y ajustarse a presiones internas y externas produciéndose un desajuste entre la persona, el puesto de trabajo y la propia organización Es un estado que se caracteriza por altos niveles de excitación y de angustia, con la frecuente sensación de no poder hacer frente a la situación. El estrés laboral está considerado el segundo problema de salud más frecuente de Europa.

Cuando el estrés laboral va afectando poco a poco al trabajador y se hace cronico, da como resultado un tipo de estrés denominado desgaste profesional, burnout o síndrome de estar quemado y puede tener consecuencias muy graves para la salud. El estrés crónico ya estaba incluido en el catalogo de enfermedades de 1990, que recoge màs de 55.000 trastornos y causas de muerte, que hasta ahora correspondía a una categoría mas genérica. Pero La organización mundial de la

salud (OMS) reconocerá el burnout como problema asociado al empleo en su próxima clasificación de enfermedades, según decidió en la asamblea del 25 de mayo del 2019 realizada por expertos sanitarios.

Según la OMS "Se refiere específicamente a los fenómenos en el contexto laboral y no debe aplicarse para describir experiencias en otras áreas de la vida". En este sentido, describe tres síntomas reconocibles: agotamiento o falta de energía, "distanciamiento mental" del puesto de trabajo y disminución de la eficacia laboral. Los sectores profesionales más afectados en el sector publico por el síndrome de burnout, son los de sanidad y de enseñanza, y todos aquellos que tienen contacto con el publico.

2 Objetivos

El Burnout o síndrome del trabajador quemado debe prevenirse principalmente desde la empresa. Por ello, el primer nivel de prevención tiene que venir de mano de la organización entendiendo el significado de dicho síndrome e intentar atajarlo lo antes posible, actuando sobre el ambiente laboral, mediante la observación y análisis de recursos, identificando y reduciendo el estrès y la sobrecarga laboral.

El principal objetivo es detectar a las personas estresadas reduciendo las fuentes de estrés sobre ellos (por ejemplo, mejorando las interacciones entre los grupos de trabajo). Además, se puede establecer algún tipo de mecanismo para recibir un feedback del resultado del trabajo, y que el empleado conozca el valor o utilidad de su labor.

3 Metodología

Aunque no todo está bajo un control personal, es necesario cambiar las actitudes hacia la profesión, la relación con el entorno (compañeros y usuarios o pacientes) y los hábitos de vida.
– Llevar un estilo de vida saludable (alimentación sana y equilibrada, hacer ejercicio moderado al aire libre, que nos provoque un efecto tranquilizante).
– Mejorar la organización personal: la organización es muy importante para poder llevar a cabo nuestros objetivos en la vida y afrontar mejor los problemas.
- Desarrollar actividades de ocio, para aumentar las sensaciones positivas.

- Practicar actividades para poder controlar y eliminar los pensamientos negativos que impidan la buena realización del trabajo.
- Aprender técnicas de relajación, que nos ayuden a controlar los niveles de estrés y ansiedad.
- Buscar apoyo personal y social: Este tipo de apoyo es muy importante en todos los ámbitos ya que nos puede ayudar a afrontar situaciones desagradables o verlas de otra forma.
- Tener una buena comunicacion: la comunicación, dentro de la honestidad y la educación, es un factor muy importante para que podamos expresar lo que deseamos, siendo asertivos.
- Desarrollo de habilidades profesionales: no quedarse estancado o bloqueado y seguir desarrollando habilidades hará que nos sintamos más realizados con nosotros mismos, y evitando así el sentimiento de esa falta de realización personal que caracteriza al Síndrome de estar Quemado.
-Buscar la satisfacción en el puesto de trabajo: si no estás satisfecho en el trabajo y te sientes mal, pregúntate qué es lo que falla y busca la forma de afrontarlo.

Además de todo esto, sería importante comentar que la prevención de este tipo de estrés, también ha de abordarse desde el enfoque organizacional y no sólo de forma individual ya que la promoción de la calidad de vida laboral se consigue mediante la puesta en práctica de buenas políticas de dirección organizacional.

- Fomentar una buena comunicación entre todos los niveles, tanto horizontal como vertical.
- Fomentar el buen trabajo en equipo.
- Mejorar las condiciones ambientales en el puesto de trabajo.
-Tener en cuenta las opiniones de los trabajadores sobre las decisiones de la organización.
- controlar la carga de trabajo.
- Fomentar el reconocimiento.
- Fomentar el compañerismo.
-Talleres que ayuden a mejorar las habilidades sociales que permitan el mayor entendimiento entre profesionales y usuarios de los servicios.
- La empresa debe de enseñar a los trabajadores, a través de programas, talleres o cursos, la forma de evitar el estrés.
- Turnos y horarios de trabajo más flexibles: el trabajador que tiene estas garantías esta mucho más motivado.
- Realizar una evaluación del estrés: no todas las personas reaccionan de la misma manera a los problemas diarios.

- Programas de ayuda psicológica: Esto ayudaría a mejorar la salud de los trabajadores

4 Resultados

El burnout no solo repercute en la salud física y mental del trabajador, sino que también compromete la calidad asistencial, disminuye la productividad, el rendimiento y la competencia, aumenta el absentismo, se relaciona con un incremento de los accidentes y puede incluso conducir al abandono del puesto de trabajo provocando un aumento de las rotaciones, teniendo una fuerte influencia en el funcionamiento administrativo de los servicios sanitarios, generando pérdidas económicas y aumentando las quejas de usuarios o clientes.

En la actualidad, el desgaste físico y emocional relacionado con el trabajo puede ser considerado una epidemia entre los trabajadores de varias profesiones. Los profesionales sanitarios son extremadamente vulnerables, ya que se encuentran expuestos a muchos de los considerados factores de riesgo del mismo (horarios, turnos, contacto con pacientes y familiares, etc.),Cuando la frustración empieza a estar presente de manera constante, el trabajador permanecerá en un estado continuo de agotamiento y los síntomas podrán evolucionar a estados más graves. En algunos casos, pueden llegar a abusar de los psicofármacos, del alcohol y las drogas. Algunos pueden llegar a tener síntomas depresivos, de psicosis e incluso tener ideas de suicidio.

5 Discusión-Conclusión

El síndrome de burnout se caracteriza porque es un agotamiento en el trabajo que va creciendo poco a poco, si no se toman medidas para impedirlo.Los síntomas son suaves al principio pero van empeorando con el tiempo, y los efectos que produce en el trabajador siempre van a ser negativos.

Este agotamiento puede ser el resultado de varios factores y puede presentarse normalmente cuando se dan condiciones tanto a nivel de la persona (referentes a su tolerancia al estrés y a la frustración, etc) como organizacionales (deficiencias en la definición del puesto, ambiente laboral, estilo de liderazgo de los superiores, entre otros). La prevención siempre es mucho mejor que el tratamiento, y esto puede ser posible en un buen entorno laboral.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 1414

NOCIONES SOBRE TARJETA SANITARIA ESPAÑOLA PARA PERSONAL ADMINISTRATIVO: DESCRIPCIÓN, USOS, Y MARCO LEGAL

SUSANA ÁLVAREZ GONZALVO

VANESA SUAREZ MENDEZ

SILVIA BENAVIDES DIEZ

RAUL MONTESERIN FERNANDEZ

1 Introducción

La tarjeta sanitaria individual (en adelante, TSI) es el documento administrativo que identifica inequívocamente a una persona como usuario del Sistema Nacional de Salud (en adelante, SNS), convirtiéndose así en el instrumento que facilita y garantiza el acceso de los ciudadanos a los centros, servicios y a todo ese catálogo de prestaciones que proporciona el mencionado SNS. Cuando decimos "ciudadanos", nos referimos a todos aquellos individuos que, en el ámbito del territorio nacional, sean titulares del derecho a la atención sanitaria pública; es decir, según el art.3 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del SNS, los siguientes supuestos:

- Todas las personas con nacionalidad española y residencia habitual en el territorio español.
- Aquellas personas que tengan reconocido su derecho a la asistencia sanitaria en España por cualquier otro título jurídico, aún no teniendo su residencia habitual en territorio español, siempre que no exista un tercero obligado al pago de dicha asistencia.
- Las personas extranjeras con residencia legal y habitual en territorio español, y que no tengan la obligación de acreditar la cobertura obligatoria de la prestación sanitaria por otra vía.

En el mismo cuerpo legal ya se nos dice que el acceso de estos ciudadanos a las prestaciones de asistencia con cargo a fondos públicos se hará efectivo por "las administraciones sanitarias competentes" mediante la "expedición de la tarjeta sanitaria individual" (art.3.bis) Esto es importante porque la TSI se nombra por primera vez y porque se clarifica que el acceso a la asistencia ha de establecerse reglamentariamente, y no de otra manera. Esas administraciones sanitarias, que la emitirán con soporte informático, resultarán ser las autonómicas (mayoritariamente: en las 17 Comunidades Autónomas) y el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria o INGESA (excepcionalmente: en las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla, los dos casos en los que no se produjo el traspaso de competencias en materia de sanidad, y ésta siguió siendo competencia exclusiva del Estado).

2 Objetivos

- Establecer el contexto legal en el que se inscribe la tarjeta sanitaria española, describir qué características físicas y normativas ha de tener dicho documento, y señalar los fines a los que sirve, así como su evolución posterior.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha procedido a una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica existente sobre el tema, así como sobre su normativa legal. Se ha hecho una búsqueda sistemática en las principales bases de datos (BOE, Google Académico, Pubmed), seleccionando estudios y artículos autorizados, así como los textos legislativos pertinentes, todos ellos de data posterior a 2010 y en idioma español. Asimismo, se consultaron distintas webs y portales de interés socio-sanitario. Palabras clave usadas en la búsqueda: "tarjeta sanitaria", "prestaciones sanitarias",

"sistema nacional de salud".

4 Resultados

Vista desde la perspectiva moderna, la tarjeta sanitaria española es hoy un documento "individual" y personalizado, no renovable (en el Principado de Asturias, dejaron de caducar a partir de marzo de 2012, por poner un ejemplo), emitido con soporte informático por las administraciones sanitarias autorizadas a todas aquellas personas residentes en su ámbito territorial que tengan acreditado el derecho a la asistencia sanitaria pública, tanto para el caso de titular como de beneficiarios, y sea cual sea la edad de éstos.

Pero se han tenido que recorrer unos pasos para reconocerla tal y como es ahora. De hecho, la tarjeta sanitaria nació en 1990 para las personas sin recursos en todo el territorio español (en línea con el espíritu de universalidad y gratuidad subyacente a la Ley 14/1986 General de Sanidad), y hasta 1991 no se generalizó para toda la población, con el objeto de modernizar y clarificar los datos de esa "población protegida" o "población usuaria".

En la actualidad, la TSI cuenta con una banda magnética en la que están grabados todos los datos de los usuarios, y es más manejable y duradera que la antigua "cartilla": a diferencia de ésta, la tarjeta sanitaria es individual, es decir, cada miembro de la familia, independientemente de la edad o de su situación laboral (en sus inicios, se expedía solo a empleados), tiene una. Ello posibilita, entre otras cosas, que cada ciudadano pueda elegir su propio médico de familia o de cabecera (hasta 1991, el médico de cabecera del titular de la cartilla era el que atendía a todos los miembros que figuraban como beneficiarios de la misma).

Rastreando las huellas legislativas, es el Real Decreto 183/2004, de 30 de enero, por el que se regula la tarjeta sanitaria individual, la pieza clave que nos interesa para establecer el contexto legal y funcional de la TSI, pues viene a desarrollar ampliamente el art. 57 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo: de hecho, es el fruto que daría aquella semilla.
1. Antecedentes
El citado art. 57 dejaba enunciado que el acceso de los ciudadanos a las prestaciones de la atención sanitaria proporcionada por el SNS se habrá de facilitar a través de la tarjeta sanitaria individual, como documento administrativo que acredite determinados datos de su titular. Advertía, asimismo, que, sin perjuicio de su gestión en el ámbito territorial respectivo por cada comunidad autónoma,

las tarjetas deberán incluir, y de manera normalizada, los siguientes datos básicos:
- De identificación del titular de la tarjeta
- De identificación del derecho que le asiste en relación con la prestación farmacéutica
- De identificación del servicio de salud o entidad responsable de la asistencia sanitaria

Y, finalmente, indicaba algo trascendental para la formulación de la TSI tal y como la conocemos hoy: el hecho de que los dispositivos que las tarjetas incorporan para almacenar la información básica y las aplicaciones que la tratan deberán permitir que la lectura y comprobación de los datos sea técnicamente posible en todo el territorio del Estado y para todas las administraciones públicas. A estas cuestiones aquí tan solo esbozadas, les dará forma reglamentaria el texto que regula la tarjeta sanitaria en España:

2. Real Decreto 183/2004, de 30 de enero

Viene a regular la emisión y validez (en todo el Sistema Nacional de Salud) de la tarjeta sanitaria individual, así como los datos básicos comunes que (de forma normalizada), será prescriptivo incorporar, el código de identificación personal del Sistema Nacional de Salud y la base de datos de población protegida de dicho sistema(es decir, la población usuaria). Por su trascendencia, iremos describiendo gráficamente algunas de estas características y especificaciones técnicas que deberán estar presentes en toda TSI.

Con el objeto de disponer de datos normalizados de cada persona, en su condición de usuaria del Sistema Nacional de Salud, independientemente del título por el que accede al derecho a la asistencia sanitaria, así como de la administración sanitaria emisora, todas las tarjetas sanitarias incorporarán una serie de datos básicos comunes y estarán vinculadas a un código de identificación personal único o CIPU (también nombrado como CIP-SNS) para cada ciudadano en el Sistema Nacional de Salud. Este código se asignará en el momento mismo en que se incluyan los datos relativos a cada ciudadano en la base de datos de población protegida por el SNS y desarrollada por el Ministerio de Sanidad y Consumo, y servirá como clave de vinculación de los diferentes códigos de identificación personal autonómicos que cada persona puede tener asignados a lo largo de su vida.

El CIPU tendrá carácter irrepetible y será único a lo largo de la vida de cada individuo, independientemente de la Administración sanitaria competente en su atención sanitaria en cada momento. Asimismo, facilitará la búsqueda de la información sanitaria de un paciente que pueda encontrarse dispersa en el SNS, con

el fin de que pueda ser localizada y consultada por los profesionales sanitarios, y exclusivamente cuando ello redunde en la mejora de la atención sanitaria.
Anverso. Los datos básicos obligatorios a incluir en el anverso de la TSI son:
• Imagen institucional de la comunidad autónoma o entidad que la emite (variedad de logos, en el ángulo superior izquierdo)
• Los rótulos de "SISTEMA NACIONAL DE SALUD DE ESPAÑA (mayúsculas) y, debajo, "Tarjeta Sanitaria"(minúsculas)
• Código de identificación personal asignado por la administración sanitaria emisora de la tarjeta (CIP-AUT)
• NOMBRE Y APELLIDOS del titular de la tarjeta (mayúsculas)
• Código de identificación personal único del Sistema Nacional de Salud (CIPU=CIP-SNS; son 16 caracteres alfanuméricos)
• Código de identificación de la administración sanitaria emisora de la tarjeta(CITE; son once dígitos)
Adicionalmente, pueden incorporarse al anverso de la tarjeta los siguientes otros datos básicos (irían inmediatamente encima del nombre y apellidos):
• Número de DNI del titular (o NIE, en caso de extranjero)
• Número de la Seguridad Social
• Fecha de caducidad de la tarjeta sanitaria
• Número universal de teléfono de atención de urgencias sanitarias(112)
• Opcionalmente, foto tamaño carnet del titular
• En el ángulo inferior derecho, y en aras de una necesaria perspectiva inclusiva, se podrán grabar en Braille(de oficio o a instancia de parte) las iniciales de Tarjeta Sanitaria Individual (TSI)
REVERSO. En el reverso de la TSI destacamos la banda magnética de alta coercitividad, de lecto-escritura, con tres pistas, norma ISO 7811:
• Pista 1 alfanumérica. o CIP-xx, asignado por la administración sanitaria emisora de la tarjeta o CIP-SNS único asignado por el SNS o Código de la administración sanitaria emisora(dos dígitos; el software de lectura convertirá este código al CITE que figura en el anverso de la tarjeta) o Nombre y apellidos del titular
• Pista 2 númérica: libre
• Pista 3 regrabable.
3. Real Decreto 702/2013, de 20 de septiembre
Vino a modificar el anterior RD, y recoge técnicamente el paso al tipo de tarjeta sanitaria actual en España. Establecerá dos modelos de, con o sin foto, con un formato único y común, válido para todo el Sistema Nacional de Salud. Serán tarjetas idénticas, excepto en la imagen institucional, que dependerá de cada comunidad autónoma. Supondrá un paso más allá, al permitir que los usuarios puedan recibir

la misma atención sanitaria y prestación farmacéutica, independientemente del punto del territorio estatal donde se encuentren. Si algo definirá a partir de este momento a la TSI será, pues, el principio de interoperabilidad en todas las Comunidades Autónomas (CCAA).

Fue oportuno diseñar una tarjeta así, pues cada año, más de 4 millones de españoles recibían atención sanitaria en una CA distinta a la suya. La actual TSI se enmarcaría dentro del proyecto e-salud, que incluye la implantación de la receta electrónica y de la historia clínica digital. Su aprobación permitió cumplir el art. 56 de la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, cerrándose así el círculo del que partimos para establecer el contexto legal y operativo de la TSI (vid. Antecedentes): "Con el fin de que los ciudadanos reciban la mejor atención sanitaria posible en cualquier centro o servicio del SNS, el Ministerio de Sanidad y Consumo coordinará los mecanismos de intercambio electrónico de información clínica y de salud individual, previamente acordados por las CCAA, para permitir tanto al interesado como a los profesionales que participan en la asistencia sanitaria el acceso a la historia clínica en los términos estrictamente necesarios(…)

5 Discusión-Conclusión

Se concluye que la TSI española, emitida por cualesquiera de las administraciones sanitarias acreditadas para ello, permite el acceso a los centros y servicios sanitarios del SNS en los términos previstos en la legislación vigente. Si bien se producirán variaciones en el diseño (distintos modelos cromáticos de tarjetas sanitarias, dependiendo de cada comunidad autónoma, y caducables según fecha especificada), todas ellas tienen la misma raíz; es decir, responden a un patrón o esquema común, que es el esbozado y descrito en el RD 183/2004, contenedor también de su esencia y su espíritu. Son distintas formas de un mismo y único fondo, por decirlo de una manera también gráfica.

Independientemente de cuál sea su ámbito territorial de actuación, esta unicidad de criterio y de fines que late en el fondo de cada tarjeta autonómica, este hermanamiento, es algo que debe conocer y tener muy presente el personal que trabaja en Sanidad, a fin de prestar un servicio a sus usuarios (sean asturianos, extremeños o andaluces) lo más completo, solidario, veraz, integral y fundado posible. Como en un intento por visibilizar exteriormente esa unidad o base común, y casi 10 años después del Real Decreto de 2004 que le dio definición, toda esa diversificación de tarjetas sanitarias en cuanto a apariencia(colorido, entre otros

detalles) se irá rindiendo hasta devenir en un modelo único en cuanto a forma (según Real Decreto de 2013): tarjeta electrónica, sin caducidad ya, que irá sustituyendo progresivamente en un plazo de 5 años (proceso culminado, por tanto, en 2018) a los distintos modelos autonómicos o, mejor dicho, uniformándolos , convirtiéndolos en uno solo y único.

Merece la pena concluir afirmando la conveniencia de que el personal administrativo, tan en contacto con la TSI (exhibición, expedición, comprobación de datos, cita previa…) tenga una buena formación no solo sobre su funcionamiento(que puede , a veces, resultar tedioso y rutinario) , sino también, y sobre todo, sobre su razón de ser histórico-legal y el espíritu que la inspiró y al que sirve, de suerte que todo ello consiga hacerle más consciente del alcance y la verdadera dimensión de su trabajo, aumentando así su motivación y satisfacción.

6 Bibliografía

- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.
- Real Decreto 183/2004, de 30 de enero, por el que se regula la tarjeta sanitaria individual (posteriormente, modificado por RD 702/2013, de 20 de septiembre)
- Modelo de tarjetas sanitarias en las Comunidades Autónomas. Disponible en https://www.cacof.es/wp-content/uploads/2018/07/Modelo-de-Tarjetas-Sanitarias-en-las-CCAA.pdf
- Obtención de la tarjeta sanitaria individual, Portal de Salud del Principado de Asturias. Disponible en https://www.astursalud.es/noticias/-/noticias/obtencion-de-la-tarjeta-sanitaria-individu-1
-López Curto, Sonsoles, Manual /Temario específico para la preparación de las oposiciones de celadores para todos los servicios de salud de las diferentes Comunidades Autónomas, (Legislación Sanitaria),2019. Disponible en http://celadoresonline.blogspot.com/
- Temario de oposiciones para auxiliar administrativo del SESPA /2018, elaborado por Corriente Sindical de Izquierda (CSI)

Capítulo 1415

FUNCIONES DE LOS CELADORES EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA.

RUBÉN FERNÁNDEZ BUENO

1 Introducción

Según la OMS, en la conferencia de Alma- Atta, se puede definir a la atención primaria como "la asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país pueden soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación".

Se trata, en definitiva, del primer nivel de contacto de los individuos con el Sistema Nacional de Salud, tratando de acercar lo más posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas. En los centros de atención primaria trabaja un equipo multidisciplinar formado por el personal médico, personal de enfermería, trabajadores sociales, auxiliares de enfermería, personal administrativo y celadores.

2 Objetivos

- Determinar cuáles son las funciones que han de cumplir los celadores en los centros de atención primaria.

- Analizar las características esenciales que ha de tener el trato de los celadores con los pacientes.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre las funciones de los celadores en los servicios de atención primaria y sobre cuál ha de ser el trato que han de brindar los celadores a los pacientes.

Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Las funciones de los celadores en los centros de atención primaria son similares a las que desarrollan los celadores en las plantas y puertas de un hospital. Han de cuidar el orden en todas las dependencias del centro de atención primaria, vigilando el comportamiento tanto de los enfermos, como de sus familiares y acompañantes, con la finalidad de conseguir el silencio y el orden adecuados.

La función de informar al público del lugar, día y hora de las consultas es de los celadores, trasladando asimismo documentación, aparatos y materiales a las distintas dependencias del centro de atención primaria. Asimismo, han de trasladar a todos aquellos enfermos que no estén en condiciones de hacerlo por si mismos, ayudando al personal sanitario en todas aquellas funciones en las que sean requeridos (por ejemplo, pequeñas intervenciones quirúrgicas). Los celadores han de colaborar también en la esterilización, metiendo el instrumental utilizado en el autoclave o en la poupinel.

El puesto de celador en el centro de atención primaria requiere siempre de amabilidad, paciencia, extroversión y facilidad de palabra. Han de tener comprensión para atender y contestar todas las preguntas que puedan serles formuladas dentro de su competencia (nunca podrán por ejemplo hacer valoraciones del estado de salud de un paciente o sobre el tratamiento a seguir). Las características de la relación trato paciente se pueden resumir en las siguientes: calidez, en el sentido de que el celador ha de ser una persona humanitaria y cercana en el trato. Ha de ser además una persona empática, sin perjuicio de la dificultad que conlleva

meterse en la piel del paciente, además de una persona congruente, compresiva y racional.

5 Discusión-Conclusión

La actuación de todos y cada uno de los miembros que forman el equipo de atención primaria (personal médico, personal de enfermería, trabajadores sociales, auxiliares de enfermería, personal administrativo y celadores) es importante para la buena marcha de los centros. No hay que restar importancia al papel de los celadores, por cuanto que a pesar de estar muchas veces en la sombra en los centros de atención primaria, su actuación es relevante para la buena marcha de este tipo de centros.

6 Bibliografía

- El celador en los distintos ámbitos sanitarios. Primeros auxilios. Formación continuada Logoss, S.L.
- Humanizar la asistencia en los grandes hospitales: un reto para el profesional sanitario. Metas Enferm 2014; 17(1): 70-74. García Cabeza ME.
- Celador y funciones www.auxiliar-enfermeria.com/funciones_celador.html
- Un instrumento para la evaluación de la atención primaria desde la perspectiva de la población. Pájarin Rua M, Berras, Rajmiel, Solaris M, Borrel C, Starfield B .
- Centro de estudios ADAMS. "Celadores, Insalud". Edic. Valbuena, Madrid 1997.
- Talavera Plaguezuelo, C. Atención Usuario de la administración pública.

Capítulo 1416

ACTUACIÓN DE LOS CELADORES EN LA UNIDAD DE MATERNIDAD DE LOS HOSPITALES.

RUBÉN FERNÁNDEZ BUENO

1 Introducción

La unidad de maternidad hospitalaria se puede definir como "una organización de profesionales de la sanidad, que ofrece asistencia multidisciplinar a la mujer, al ser recién nacido y a la familia en el parto y el nacimiento, y que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, de forma que garantiza las condiciones adecuadas de seguridad, calidad y eficiencia, para realizar esta actividad". Dentro de esta unidad los celadores tienen funciones propias que, en gran medida, no difieren de las que realizan en otras áreas o departamentos de los hospitales.

2 Objetivos

- Identificar cuáles son las funciones que deben desarrollar los celadores en las unidades de maternidad hospitalaria.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica

existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo.

4 Resultados

Los celadores tienen una serie de funciones a desarrollar en las áreas de maternidad de los hospitales. Muchas de ellas no difieren de las funciones suyas propias en el resto de las áreas y dependencias de los hospitales. En primer lugar han de recibir a los pacientes, valorando si necesitan ayuda en silla, cama o camilla, indicándoles que informen sus datos en el servicio de admisión para que así sean atendidos, avisando a enfermería de su llegada y haciéndoles entrega de la hoja de admisión.

En aquellos casos en los que pacientes lleguen al hospital en ambulancias, han de proceder a recibirlas, sacando a los enfermos de las mismas. Es de su responsabilidad también la revisión y mantenimiento en perfecto estado del material que se encuentre en el área de maternidad, debiendo informar al supervisor de cualquier anomalía que presente el material con el fin de que se proceda a su reparación. El celador en maternidad debe mantener también el orden en la planta y procurar el buen uso de las instalaciones, colaborando con el personal sanitario en el aseo y en los cambios posturales de los pacientes.

También está de su mano el traslado de pacientes a las distintas consultas, salas de parto, quirófanos o para la realización de preoperatorios, así como el traslado de los niños y de las madres a las unidades del hospital en donde se les deba hacer alguna prueba, debiendo cursar peticiones, hojas de consulta, etc. A parte de ello, tienen funciones de transporte de documentos (historias para la realización de ecografías, historias de alta, archivos, recetas, parte de programación de quirófano a la secretaria de archivos…), así como de transporte tanto de medicamentos, analíticas al laboratorio, de muestras a anatomía patológica y del aparataje y material que se requiera en el quirófano y en un servicio del hospital determinado.

5 Discusión-Conclusión

Las funciones que desarrollan los celadores en las áreas de maternidad hospitalaria contribuyen a la buena marcha de los hospitales y a la opinión que los

pacientes tienen de los servicios sanitarios en general. No debe considerarse que su actuación es menos necesaria y relevante que la de otros profesionales que desarrollan su actividad en los hospitales, puesto que sin su intervención, no podrían prestarse servicios sanitarios en condiciones normales.

6 Bibliografía

- El celador en los distintos ámbitos sanitarios. Primeros auxilios. Formación continuada Logoss, S.L.
- https://fisiostar.com/celador/funciones-del-celador-en-maternidad
- Celador. Servicio de Salud del Principado de Asturias. Temario y test especifico. Cep. Edición especial sindicatos 2018.

Capítulo 1417

ACOSO MORAL EN EL AMBITO SANITARIO

CRISTINA FERNANDEZ-SANZ ALVAREZ

1 Introducción

El acoso laboral en el ámbito sanitario es uno de los problemas más importantes en el XXI.

Se puede definir en palabras de Martín y Pérez, 2001 como ”el acoso laboral, moral o psicológico, también conocido como mobbing es aquella situación en la que una persona o grupo de personas ejercen una violencia psicológica extrema sobre otra persona en el lugar de trabajo”.

El sector sanitario es uno de los ámbitos públicos más castigados por este problema del acoso moral o psicológico junto con el síndrome del quemado o Bournout.

La comisión Europea definió el 14 de Mayo de 2001 al mobbing como un comportamiento negativo entre compañeros o entre superiores e inferiores jerárquicos, a causa del cual el afectado ” es objeto de acoso y ataques sistemáticos y durante mucho tiempo, de modo directo o indirecto, por parte de una o más personas, con el objeto y/o el efecto de hacerle el vacío.

2 Objetivos

- Analizar y atajar este problema desde arriba, desde los altos mandos o mandos intermedios hasta llegar al escalafón más bajo. Desde una buena práctica se

pueden erradicar estas conductas nocivas y nada productivas en nuestros días y que en contrapartida provocan bajas laborales, mal ambiente en el trabajo etc repercutiendo parcial o totalmente en algunos casos en el paciente.
- Dar a conocer todas las herramientas implica una mejor defensa por parte del trabajador sanitario.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

En el ámbito sanitario y en concreto en atención primaria el acoso laboral representa el 1% en comparación con los demás riesgos según un estudio realizado por el observatorio permanente de riesgos psicosociales.

Los trabajadores de atención primaria que están más expuestos a sufrir acoso laboral son los administrativos, seguidos de enfermería y médicos. Esta situación provoca deterioro de la calidad de las relaciones entre el personal, baja moral de trabajo en el personal, depresión y culpabilidad personal, insomnio, etc.

5 Discusión-Conclusión

Con todo ello, se deben aplicar en el ámbito sanitario medidas de prevención a través de acciones concretas encaminadas a identificar, paliar y erradicar cualquier tipo de acoso; este tipo de medidas entre otras pueden ser: jornadas de prevención de acoso moral, charlas, curso de formación y programas específicos.

Otras herramientas son el Coaching, la mediación, la meditación de atención plena esta última consiste en observar cuidadosamente y claramente los fenómenos que entran en el campo de atención de la persona sin juzgarlos como dualidades (bueno/malo).

Por tanto, si se trabaja en aumentar la consideración y el respeto entre el personal es probable que se reduzca la posibilidad de aparición del acoso laboral.

Además si se establece como norma social la colaboración entre compañeros, se podrá reducir la ansiedad, la tensión, la frustración y los miedos ante la situación laboral, que han sido señalados en múltiples estudios como antecedentes del acoso laboral.

También en el ámbito jurídico existen herramientas para evitar el acoso a través de la denuncia.

6 Bibliografía

- BOE, Nº 130, fecha 1 Junio 2011, Axexo II en donde se establece el listado de conductas que son o no son acoso laboral.
- Investigaciones de HIRIGOYEN, M.F el acoso moral . 1999. Barcelona
- Investigaciones de VIDAL CASERO. El Mobbing en el trabajo. 2003, CCOO y Secretaria de Salud Laboral.
- Guía Básica de Riesgos laborales especificos en el sector sanitario 2011.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/
- Asociacion Asturiana contra el Acoso Psicológico en el trabajo. (ASASCAPT).
- PRIDICAM. Madrid.
- Cañellas GJ, castellanos G.M PIÑA LC, YERA, Mir OL,Sanchéz, GZ, Aspectos del clima organizacional en el policlínico Universitario. Revista electrónica de cienfuegos. Medisur. 2007

Capítulo 1418

HABILIDADES SOCIALES Y COMUNICACIÓN ENTRE CELADOR Y PACIENTE.

BEATRIZ AZEVEDO CANADO

1 Introducción

Entendemos por habilidades sociales y comunicación una serie de comportamientos interpersonales. No son innatos, se pueden aprender, adquirir y mejorar mediante observación, imitación y ensayo. Se incluyen las conductas verbales y no verbales, aplicadas al paciente de forma adecuada, humana, familiar, cercana y empática.

En muchas ocasiones, no se les llama por su nombre, sino que se refieren a ellos entre los profesionales por el número de la habitación o por alguna característica de su patología. Estos comentarios denotan falta de empatía y puede ser tomado como una falta de respeto por los pacientes. Esto puede suceder porque el celador esté desmotivado o por llevar prisa, priorizando en las funciones propias de su categoría, pero dejando en un segundo plano la comunicación y trato que tiene que recibir el paciente.

2 Objetivos

- Conocer la normativa legal que establece los derechos del paciente.
- Definir y detallar las actuaciones y actitudes a realizar por el celador en su puesto de trabajo con el paciente, y priorizar en el bienestar físico y mental del paciente

ante otras tareas que no requieren el trato cercano y humano que demanda un paciente, normalmente con la salud mermada.

3 Metodología

Se ha hecho un análisis del artículo 43 de la Constitución Española de 1978, recoge las garantías de la asistencia sanitaria de calidad y lo cataloga como un derecho básico. Se ha revisado la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, dónde se determinaron las pautas para lograr la protección a la salud (garantizada por la Constitución Española), la personalidad, la dignidad e intimidad del paciente.

Hemos completado también la información con la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de los Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica.
Realizamos búsqueda en diferentes bases de datos: PubMed, Scielo y Google Académico. Utilizando como descriptores: enfermo, paciente, comunicación, celador, empatía, habilidades sociales. Empleando como operador booleano: and. Celador and comunicación. Habilidades sociales and celador.

4 Resultados

De la diferente bibliografía consultada hemos concluido que el paciente ejercerá su derecho y tomará decisiones y prestará su consentimiento o no, para la realización de pruebas más o menos invasivas, para someterse a una operación quirúrgica…por este motivo el paciente estará informado adecuadamente de todo lo relacionado con su salud.

Legalmente el paciente tendrá unos derechos establecidos en la Normativa:
- Tendrá derecho al asesoramiento de los requisitos jurídicos o técnicos que cumplirá ante la Administración.
- Tendrá derecho a identificar a los empleados que tramiten los procedimientos y les podrá pedir responsabilidades.
- Tendrá derecho a ser tratado con respeto por todos los miembros de la Administración.
- Tendrá derecho a conocer el estado en que se encuentren los documentos donde él aparezca como interesado, podrá obtener copias.
- Tendrá derecho a obtener copias selladas y se le devolverán los originales.

- Tendrá derecho a formular alegaciones y aportará documentación que serán resueltas por la Administración, mediante notificación en el modo legalmente establecido.
- Tendrá derecho al acceso a archivos y registros de la Administración con unos límites establecidos.
- Tendrá derecho a presentar sugerencias y quejas por el funcionamiento de los servicios públicos, órganos y unidades de la Administración.

En la legislación se ha establecido que el celador tendrá la obligación de la correcta prestación de sus técnicas, deber de información y documentación clínica.

Cuando el celador se dirija al paciente será por un asunto que sea de su interés, le dará una información justa no muy extensa, con un lenguaje claro sin utilizar tecnicismos, fácil de comprender, se adaptará al paciente que reciba la información (se ajustará el volumen de voz, la entonación, la fluidez, la claridad y la velocidad) sin suprimir datos porque puede malentenderse el mensaje completo. Ante un mismo caso, habrá que proceder de distinta manera ya que los pacientes son diferentes y cada uno tiene unas necesidades específicas y personales.

Los demás componentes que acompañarán al lenguaje serán muy importantes para la interpretación del mensaje, la comunicación no verbal representa el 75% de la comunicación. Estos componentes serán: la mirada, la expresión facial, la sonrisa, los gestos, la postura, la distancia del contacto físico e incluso la apariencia personal, hará que el mensaje se entienda de una manera u otra.

Las actuaciones adecuadas del celador frente al paciente serán:
- Actuar con naturalidad.
- Sonreír.
- Identificarse con la acreditación.
- Ser sincero.
- Mantener informado al paciente de todo lo que se le va a realizar, traslados, movilizaciones, cambio de cama, aseos…

Por el contrario, lo que no deberá hacer el celador será:
- Mantener al paciente en suspense porque le generará desconfianza, miedo, negatividad…
- Hablar a la vez con otros compañeros, el paciente se sentirá poco valorado y aislado.
- Infravalorar al paciente.

- Hacer promesas que no se podrán cumplir.
- Ser negativo.

El celador tendrá unas determinadas actitudes que favorecerán la relación de ayuda al paciente:
- Respeto: se basará en la confianza mutua. No juzgará ni aplicará juicios de valor.
- Sinceridad: no mentirá ni engañará al paciente, será mutuo.
- Empatía: el celador será capaz de entender los sentimientos y la sensibilidad del paciente. Esta actitud será fundamental en el trabajo del celador.
- Rigor, seriedad y precisión en el trabajo: favorecerán la comodidad del paciente en la asistencia sanitaria, dará sensación de "buen saber hacer".
- Asertividad: será capaz de defender sus propios derechos y opiniones, a la vez respetará los derechos y opiniones del paciente.
- Reactividad: dejará de hablar y escuchará, contestando en el momento oportuno.

Se seguirán unas instrucciones para la mejora de las habilidades técnicas que proporcionarán al celador una información determinada:
- Preguntas abiertas. Ejemplo: ¿Qué le parece?
- Preguntas cerradas. Ejemplo: ¿Cuándo?
- Hará resúmenes de la información recibida por el paciente para concretar la necesidad del paciente. Ejemplo: "…entiendo, lo que usted quiere decir es…"
- Saludará y se presentará por su nombre en el primer contacto con el paciente, esto facilitará la buena acogida y evitará posibles agresiones.
- No se adelantará a la información que nos tenga que dar el paciente, no hará juicios previos.
- Dará información puntual y complementaria, según sea el momento. Será siempre información general, nunca referente a la historia clínica. Aunque conozca detalles de la salud de paciente, datos personales o cualquier intimidad es confidencial y no podrá desvelarla en ningún momento. Son datos protegidos por Ley.
- Le devolverá al paciente la pregunta. Ejemplo: ¿Qué es lo que le han dicho para que usted acuda aquí?
- Reformulará la petición, ésto permitirá especificar la información recibida. Ejemplo: ¿Qué es lo que usted desea?

El celador estará atento, tendrá que saber callar en el momento en que el paciente necesite que le escuchen, mostrará interés por el paciente. Fomentará un

ambiente relajado, que ayudará a que el paciente se encuentre cómodo, esto favorecerá que el paciente se exprese y se comunique cuando él quiera hablar. No se le forzará a que lo haga porque le provocaremos desconfianza. Cuando el paciente nos hable no se le interrumpirá, aunque tengamos prisa, nos parezca una situación de poca importancia o por cualquier otra circunstancia, de lo contrario, mostraríamos desinterés por la situación que nos está explicando. Se evitarán del mismo modo los juicios de valor o nuestra opinión al propio paciente. Los celadores darán soluciones no nuevos problemas.

Además de adecuar el lenguaje, la mímica y la actitud frente al paciente, tendrá en cuenta también la cultura, la religión, la autoestima, las necesidades fisiológicas, el tipo de paciente (quirúrgico, psiquiátrico, pediátrico, geriátrico…). Si el celador hubiera fracasado en la actitud con el paciente, se replanteará el proceso que haya seguido, buscará y encontrará el fallo y lo tendrá en cuenta para no repetirlo en las siguientes situaciones.

5 Discusión-Conclusión

En muchos servicios, el celador es el primer contacto con la institución sanitaria que se encuentra el paciente al llegar. Además de realizar tareas propias de su categoría, tiene contacto directo con los pacientes que a veces están sufriendo y necesitan un trato humano y empático en todo momento. Porque su delicado estado de salud hace que esté más impresionable ante detalles menos amables o incorrectos.

Si el paciente se siente bien cuidado y a gusto con el celador y con el resto de profesionales, su estado de ánimo será positivo, prestará su colaboración en todo momento y su recuperación avanzará más rápidamente porque tendrá menos miedo e incertidumbre. En los momentos con finales trágicos, el celador acompañará y escuchará al paciente para que no se sienta solo, siendo empático y mostrándole apoyo y ayuda a sobrellevar la delicada situación.

Para una eficaz comunicación y relación con el paciente, el celador se tendría que aplicar la frase: “ trate a los demás como usted quiera que ellos le traten”.

6 Bibliografía

- BOE n° 102. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. España. 19 de mayo de 1986. Recuperado en https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1986-10499
- BOE n° 274. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica. España. 15 de noviembre de 2002. Recuperado en https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2002-22188
- BOE n° 311. Artículo 43. Cap. III: De los Principios Rectores de la Política Social y Económica. Titulo I. De los Derechos y Deberes Fundamentales. Constitución Española. España. 29 de diciembre de 1978. Recuperado en https://boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1964-311
- Peré, A.E. y Garrido, J.M. (s.f.). El celador en su trato con el paciente y familia. El celador en los distintos ámbitos sanitarios. Primeros auxilios. [Formato PDF]. Logoss Formación.
- Suárez,I. y Rodríguez, M.B. (2002). Humanización en el SNS. Un deber del auxiliar administrativo, del celador y del personal sanitario. Ocronos- Revista Médica y de Enfermería. Recuperado en https://revistamedica.com/humanización-sns-administrativo-celador-personal-sanitario/

Capítulo 1419

LA VIOLENCIA DE LOS TRABAJADORES EN EL ÁMBITO SANITARIO.

CRISTINA FERNANDEZ-SANZ ALVAREZ

1 Introducción

Se entiende por violencia todo acto de agresión hacia una persona, ya sea física o verbal. La violencia en el ámbito sanitario se encuentra en entornos hostiles como es nuestro caso, pues el paciente y/o familiar está en deacuerdo con alguna actuación o conducta del profesional sanitario.

2 Objetivos

- Analizar la violencia en el ámbito sanitario provocada bien por discrepancias en las funciones del servicio, así como en la organización y/o comunicación entre el personal sanitarioy el paciente y/o familiares y tambíen el desajuste entre recursos y la demanda asistencial realizada son los condicionantes más típicos que pueden producir violencia sanitaria.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han

consultado artículos en las principales bases de datos: pubmed, medline, y scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Para evitar la violencia en el ámbito laboral sanitario se deben aplicar una serie de medidas como:
- Establecer un buen clima laboral, esto repercute también en el paciente.
- Atención especilizada por parte del personal sanitario.
- Analizar qué tipo de medidas se pueden tomar en relación a la agresión.
- Determinar las acciones legales y juridicas que protegen a los trabajadores en el ámbito sanitario.
- Preparación psicológica para hacer frente a este tipo de agresiones físicas y psíquicas a través de charlas, jornadas etc,

5 Discusión-Conclusión

A través de los protocolos llevados a cabo en los servicios de salud se pueden aplicar medidas y pautas de actuación para prevenir y paliar las agresiones físicas y psíquicas en el ámbito laboral. El asesoramiento y el buen hacer diario del profesional sanitario son medidas preventivas que pueden evitar la agresividad en la mayoría de los casos.

6 Bibliografía

- www.redaccionmedica.com
- www.seg-social.com
- Protocolos de actuación de los servicios sanitarios.
-Guía para la prevención de la violencia en el ámbito sanitario. UGT-CATALUNYA. https://www.ugt.cat
- Código de conducta y procedimiento de gestión de conflictos. Hospital clínico San Carlos. www.ammtas.es

Capítulo 1420

EL PAPEL DEL CELADOR EN EL PROCESO DE HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA

ARÁNZAZU ANDRÉS GALLARDO

MARIA PILAR ROCES ABRIL

1 Introducción

En sentido estricto, humanizar, según la Real Academia Española de la Lengua (RAE), significa"hacer humano, familiar y afable a alguien o algo". En otra acepción, también significa "ablandarse, desenojarse, hacerse benigno".

La necesidad de humanización aparece hoy en día en muchos ámbitos, tanto de la vida profesional como de las relaciones personales. En la sanidad se da una situación más sensible, ya que la vulnerabilidad y el sufrimiento están relacionadas con el proceso de enfermar.

La humanización es una característica propia de la actividad asistencial, que consiste en tener en cuenta la dignidad e individualidad de cada persona prestando una asistencia personalizada. Humanizar es darle el valor a cada paciente como sujeto único, reconociendo su totalidad (cuerpo, mente, emociones, espíritu, entorno y cultura).

Con una asistencia sanitaria cada vez más tecnificada, se hace necesario reflexionar sobre la atención que se presta en los centros sanitarios. Los avances técnicos no siempre acompañan a una atención humanizada. Se da prioridad a la

tecnificación, dejando de lado las emociones de pacientes y profesionales, importantes y necesarias en la mejor recuperación de pacientes y en la creación de un buen ambiente laboral.

La humanización es un proceso clave en la gestión de centros sanitarios que recoge aspectos de calidad asistencial, satisfacción del usuario y valores éticos, dirigida a mejorar el respeto a los derechos, autonomía, preferencias y valores de usuarios (pacientes, familia y sociedad).

Una excesiva presión asistencial dada por la duración, intensidad y el elevado volumen de trabajo, centros masificados, espacios que no poseen el confort adecuado, etc. favorecen la despersonalización de la atención sanitaria, ya que en ambientes sanitarios sobrecargados no habrá tiempo, disponibilidad ni oportunidad de establecer una verdadera relación humana. Se produce la llamada cosificación del paciente, donde este pierde sus rasgos personales e individuales, se prescinde de sus sentimientos y valores y se le identifica con sus rasgos externos, la patología o en el órgano dañado.

Los profesionales son los principales agentes de humanización de la asistencia sanitaria. Su implicación y dedicación son las claves del éxito. Exigir al trabajador sanitario actitudes empáticas, de escucha activa, de apoyo emocional y de comprensión de los factores emocionales que acompañan a la enfermedad de sus pacientes y a la angustia y miedos de sus familiares, es algo que no podemos plantear sin cuidar a la vez el propio bienestar del profesional. Es preciso favorecer una comunicación adecuada, fomentando su participación, reconociendo esfuerzos y logros, promocionando la formación y capacitación, valorando la profesionalización y vocación.

Los profesionales en el ámbito de la salud desarrollan su actividad profesional permanentemente rodeados de factores estresores, evidenciando un alto riesgo de sufrir estrés y otros trastornos asociados. Su bienestar emocional influye directamente en la satisfacción percibida de los pacientes. Por ello, el desarrollo de competencias emocionales resulta clave para el bienestar tanto de profesionales como de pacientes.

La humanización de la asistencia sanitaria debe comenzar en la alta dirección, actuando con respeto, asignando valor a sus profesionales. Toda la organización necesita hacer un esfuerzo coordinado para prevenir y tratar el burnout de los profesionales y facilitar un desarrollo competencial humanístico de los mismos. Por tanto, los directivos serán un ejemplo y modelo de presencia, actitud y com-

portamientos humanizadores.

La atención a la salud de los profesionales será algo que repercutirá en la calidad de la atención clínico-asistencial, en el bienestar de los pacientes y en el beneficio de la sociedad en general. La comunicación se representa como la mejor herramienta para la humanización en todos sus gestos y formas: la presencia, la escucha activa, la mirada, el silencio, la empatía, la aceptación incondicional del otro, la respuesta asertiva. La información clara, comprensible, a tiempo y adaptada al receptor, se convierte en un punto clave del proceso comunicativo.

2 Objetivos

- Destacar el papel del celador en el logro de una asistencia más humana en el contexto hospitalario y analizar su rol en la humanización de los servicios.
- Definir la humanización de la asistencia sanitaria y las actuaciones dirigidas a conseguir y mantenerla desde una perspectiva ética.
- Centrar la atención en la persona como un todo y promover la cultura de la humanización en la asistencia sanitaria.
- Ayudar y asistir de la mejor forma posible, dentro de nuestras funciones como personal, a los pacientes, familiares y/o usuarios del hospital
- Promover la mejora de la humanización de la asistencia sanitaria en los centros, servicios y unidades hospitalarias.
- Reflexionar sobre la necesidad que tienen los profesionales de ofrecer una atención en salud más humanizada, responder a las aspiraciones del paciente y a su condición como persona.
- Describir los factores que interfieren en humanización de la asistencia en los servicios hospitalarios.

3 Metodología

A través de la revisión de material bibliográfico en bases de datos informatizadas, libros, webs especializadas y publicaciones de artículos, se dirigirá un análisis del concepto de la humanización en la sanidad, que sirva de mejora en el tema que nos concierne para la categoría de celador. Como palabras clave o criterios de inclusión se han empleado humanización, celador, atención al usuario y sanidad.

4 Resultados

El Plan de Humanización consiste en múltiples acciones que comprende a todos los profesionales que interaccionan con enfermos y familias, sanitarios y no sanitarios, con gran responsabilidad en el trato con el paciente, y entre ellos nos encontramos nosotros, los celadores.

Cuando un usuario del sistema nacional de salud acude a un centro hospitalario, a menudo, el primer profesional que le va a atender es un celador. Este profesional es la primera imagen que el usuario recibe del centro, por lo que la atención, el trato y el servicio prestado será clave para conseguir una primera buena impresión que ayudará a iniciar una buena experiencia del paciente durante su estancia en el hospital. Los celadores acompañan al paciente desde su entrada al centro sanitario, durante el proceso asistencial y hasta su salida del mismo, siendo una pieza clave en la humanización de la atención al paciente, dada su relación y cercanía con él.

Es uno de los profesionales que están más en contacto con los pacientes, ya que ellos manipulan, tocan al realizar cambios posturales, suben al paciente de la silla de ruedas a la cama, saca de la cama y te traslada de un lugar a otro, etc.

El paciente atraviesa por momentos en los que necesita compresión, por lo que el celador, debe dominar una correcta comunicación, reconfortando con profesionalidad a los pacientes, sin olvidar a los familiares, ya que estos sufren en igual medida las consecuencias de la enfermedad de sus allegados.

Es muy importante el primer contacto con el paciente. En este momento debemos saludarle con amabilidad, preguntarle el nombre y demostrar interés por ayudarlo. Tenemos que mostrarle respeto y ofrecerle privacidad durante la estancia en el servicio. En la información pertinente a paciente y familiares se enfatiza en el uso de un lenguaje adaptado al receptor.

Algunos factores ambientales, que pueden ayudar al descanso y la tranquilidad: cambio de sábanas, de posición, la temperatura o facilitar el descanso nocturno. Debemos mantener, dentro de lo posible, siempre la intimidad de nuestros pacientes. El lenguaje no verbal es muy importante. El celador tiene que usar sus habilidades y proporcionar tranquilidad al paciente. Está demostrado que el lenguaje no verbal es tan importante como el verbal, la comunicación afectiva mediante el tacto, la escucha activa o el contacto visual pueden conseguir que el paciente se relaje y disminuya su nerviosismo e incomodidad. En una palabra,

podemos conseguir que el paciente confíe en nosotros y así proporcionarle una sensación de tranquilidad.

Tanto personal sanitario como no sanitario debería ponerse más en la piel del enfermo para mostrar una actitud más humana en lo que respecta al trato del paciente y transmitirles serenidad, independientemente de las tareas de trabajo que tengan que realizar. Un enfermo en un entorno sanitario hostil se encuentra perdido y desorientado por lo que, necesitan un clima de confianza y sosiego que el personal del centro pueda darle mediante una comunicación acertada, la empatía y una sensibilidad en el trato.

5 Discusión-Conclusión

En base a todo esto, señalamos que humanizar en el ámbito sanitario conlleva atender a las personas considerando todas las partes que las componen, yendo más allá de la esfera física. Implica que se debe tener en cuenta su realidad emocional y espiritual, sus circunstancias personales, sus expectativas y sus deseos, así como garantizar, en todo momento, la autonomía de los usuarios, su intimidad y su capacidad de elección.

Cada persona debe ser atendida de manera individual. La atención humana tiene que estar presente en la atención de paciente o familiar, quien se vuelve frágil y angustiado frente a la enfermedad. Tenemos que reconocer la importancia y el significado que para un enfermo o familiar tiene el hecho de recibir, no solamente una atención científica, sino también una atención humana. Tendremos que crear contextos más agradables, otorgar un papel más activo a pacientes y familias y priorizar la comunicación como una intervención terapéutica muy importante.

Los Planes de Humanización pueden ser herramientas que permitan implicar a todos los profesionales de un Hospital en su conjunto con el fin de asegurar que la calidez acompañe al paciente y a su familia en todo su proceso y puede contribuir a que los usuarios se sientan atendidos con profesionalidad, cercanía y personalización en su atención.

Los profesionales en el ámbito de la salud son verdaderos agentes de humanización, a los que es preciso cuidar, favoreciendo una comunicación adecuada, fomentando su participación, reconociendo esfuerzos y logros, promocionando la formación y capacitación y, en definitiva, poniendo en valor la profesionalización y vocación.

El proceso de humanización es parte fundamental de la calidad del servicio que se presta. Cuando una persona enferma, se sitúa en un estado de vulnerabilidad extrema, por lo que resulta crucial la actitud de los profesionales, dispuestos a respetar a las personas y su dignidad. La presencia humana ante las personas con enfermedad, sufrimiento y dolor es insustituible: mirar, hablar, sonreír, mostrar calidez, escuchar, mostrar sensibilidad y comprensión a la situación del otro.

Hay que destacar en la humanización de la asistencia las habilidades de comunicación y la empatía, realizando una adecuada escucha activa para comprender las peticiones de los familiares y dudas sobre la situación de su familiar. La escucha activa es una habilidad que puede ser adquirida y desarrollada con la práctica.

Es fundamental conocer y aplicar la legislación vigente relacionada con los derechos y deberes de los pacientes, y seguir los códigos deontológicos de las profesiones en el ámbito de la salud, para que la humanización sea una prioridad en la actuación profesional, cuidando la calidad y la seguridad de los pacientes, incorporando el trato, la comunicación, la escucha activa y el respeto tanto al paciente como a sus familiares. Los principales puntos que pueden mejorar la calidad de atención son la formación del personal, la información al paciente y la mejora de medios e infraestructuras.

El celador es una figura esencial en la atención y en el trato humano que se dispensa. Su comunicación con paciente y la familia se basará en: discreción, confidencialidad, empatía, naturalidad, sinceridad, amabilidad, serenidad y ánimo. Para finalizar añadimos una cita del Doctor Marañón: "sólo se es dignamente médico, enfermero, auxiliar o celador con la idea clavada en el corazón de que trabajamos con instrumentos imperfectos y con medios de utilidad insegura, pero con la conciencia cierta de que hasta donde no puede llegar el saber, siempre llega el amor".

6 Bibliografía

- Macpherson A. Puntos débiles en una sanidad de alto nivel. Los pacientes ingresados exigen más intimidad e información en los centros sanitarios. La Vanguardia, 16 de abril de 2010.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. (Boletín Oficial del Estado, nº 274, de 15 de noviembre de 2002).
- El Factor Humano en Urgencias – Proyecto HU-CI. Disponible en humanizan-

doloscuidadosintensivos.com › Inicio › ES
- García Cabeza ME. Humanizar la asistencia en los grandes hospitales: un reto para e lprofesional sanitario. Metas Enferm2014;17(1):70-74.
- Diez claves para la humanización de la sanidad: Fundación HUMANS. EFE SALUD.©AgenciaEFE,S.A
- Plan de humanización de la asistencia hospitalaria. Disponible en www.ingesa.mscbs.gob.es
› pdf › Plan_Humanizacion_AsistHospit
- Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019. Disponible en www.comunidad.madrid
› transparencia › planes-programas › plan-h…
- Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019. Disponible en: http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017902.pdf
[Links]
- Ministerio de Sanidad y Consumo. INSS. Plan de Humanización de la Asistencia Hospitalaria. Disponible en: http://www.ingesa.msssi.gob.es/estadEstudios/documPublica/internet/pdf/Plan_Humanizacion_AsistHospit.pdf
- Santos Hernández AM. Humanización de la atención sanitaria: retos y perspectivas. Cuadernos de bioética, 2003; 14(50):36-60.
- Bermejo JC. Humanizar la asistencia sanitaria. Bilbao: Desclée de Brower, 2014.
Proyecto de Humanización de los Cuidados Intensivos (HU-CI). Disponible en: http://humanizandoloscuidadosintensivos.com/es/inicio/
- Zarco J. No es lo mismo humanización que humanismo: Hacia el humanismo sociosanitario. Disponible en: http://juliozarco.com/6791-2/
-scielo.isciii.es › scielo. Humanización de la Sanidad y Salud Laboral: Implicaciones, estado de la cuestión y propuesta del proyecto HU-CI

Capítulo 1421

ERGONOMÍA EN EL TRABAJO EN PERSONAL NO SANITARIO.

MARÍA INÉS LLAMAZARES GONZALO

MARÍA PILAR MENÉNDEZ GONZÁLEZ

ANA MARIA PEREZ GONZALEZ

RAIMUNDA ALVARINA MONTES DIAZ

SONIA GUTIÉRREZ FUENTE

1 Introducción

Como dice el Real Decreto 487/1997 referente a la manipulación de cargas " cualquier operación de trasporte o sujeción de una carga por parte de uno o varios trabajadores, como el levantamiento, la colocación , el empuje, la tracción o el desplazamiento, que por sus características inadecuadas entrañe riesgos, en particular dorsolumbares para los trabajadores".

Dicho artículo también recoge las condiciones medioambientales óptimas referentes al puesto de trabajo: cual sería la temperatura adecuada, la iluminación, la humedad, la cantidad de ruido, etc. Estos puntos son de gran importancia para el confort y el buen rendimiento del trabajador.

Sabemos que toda carga que pese más de 3 kg. nos podría ocasionar una lesión si no tomamos las medidas oportunas para su manipulación, como adoptar una

posición correcta a la hora de levantarla. El peso máximo considerado a movilizar por un personal cualificado será de 25 kg. (15 kg para mujeres y niños), influyendo también la altura a la que se deba levantar la carga.

Tendremos en consideración, que siempre que tengamos que movilizar cargas, hagamos uso de las ayudas mecánicas disponibles, así como de los compañeros, pues siempre será mejor mover algo entre dos que uno solo.
Antes de realizar movimiento de cargas pesadas tendremos todo debidamente planificado. Como último dato a tener en cuenta, siempre que nos sea posible, trataremos de mover los objetos empujando en lugar de tirando.

2 Objetivos

- Valorar la importancia de la ergonomía en el puesto de trabajo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: pubmed, medline, y scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Para empezar, definimos la ergonomía como la capacidad de adaptar el puesto de trabajo a las características propias del trabajador. Para poder lograr esto, nos serviremos de diversas técnicas y trataremos de establecer unos hábitos adecuados y saludables, con el fin de evitar así los problemas musculoesqueléticos que son la causa de muchas bajas laborales.
La ergonomía tiene como fin los siguientes objetivos:
Escoger la maquinaria dependiendo de los trabajadores disponibles.
Vigilar el entorno.
Detectar riesgos por fatiga
Estudiar los diferentes puestos de trabajo para trazar los objetivos.
Fomentar la buena relación de los trabajadores con la tecnología disponible.

Ayudar a los trabajadores en su trabajo y en el ambiente del mismo

Algunos de los puntos que debemos atender para conseguir una correcta ergonomía y una adecuada manipulación de objetos son: la colocación de los pies, mantener una postura apropiada con la carga pegada al cuerpo, flexionar las rodillas, nunca la espalda, contraer los glúteos manteniendo así el centro de gravedad, evitar los giros bruscos, las posturas forzadas y los esfuerzos innecesarios.
Debemos de tener en cuenta:
1º Postura
2º Equilibrio
3º Coordinación del movimiento

5 Discusión-Conclusión

Cabe destacar la importancia de la ergonomía en el trabajo ya que influye positivamente en la reducción de las bajas laborales ocasionadas por contracturas, estrés y demás patologías que incapacitan al trabajador. Además, un buen rendimiento en el trabajo aumenta la productividad. Es importante que durante y después del trabajo se adopten hábitos saludables.

Como innovación en el trabajo, deberían de dar un tiempo al trabajador dentro de la jornada laboral para realizar ejercicios de calentamiento y estiramientos para prevenir las lesiones, asi como tener a disposición del mismo las sesiones de fisioterapia necesaria para disminuir los absentismos laborales.

6 Bibliografía

- Instituto nacional de seguridad e higiene en el trabajo. Ministerio de trabajo y aa. Sociales: NTP 358: Olores: un factor de calidad y confort en ambientes interiores.
- Instituto nacional de seguridad e higiene en el trabajo. Ministerio de trabajo y aa. Sociales: NTP 438: Prevención de estrés: intervención sobre la organización.
- La ergonomía y su influencia en la calidad de trabajo. https://blogs.imf-formacion.com
- Instituto nacional de seguridad e higiene en el trabajo. ministerio de trabajo y aa. Sociales: NTP 445: Carga mental de trabajo: fatiga.
- Instituto nacional de seguridad e higiene en el trabajo. ministerio de trabajo y aa. Sociales: Trabajemos contra el estrés (Semana Europea Octubre 2002). Martínez Gómez, E. Higiene Postural.

- Evaluación e los factores de riesgo laboral relacionados con los TME. Comisión Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. 2016.
- VII Encuesta de Condiciones de Trabajo. Ministerio de Empleo y Seguridad Social. INSHT. 2011.

Capítulo 1422

EL CELADOR :HIGIENE Y SALUD.

OLIVER GARCÍA IGLESIAS

IYÁN PRESNO GRANDA

1 Introducción

Los comportamientos de limpieza se pueden observar ya en especies animales de las cuales hemos evolucionado como los homínidos como forma de socialización y jerarquía. Para los humano los hábitos de higiene han ido cambiando durante la historia y no siempre de forma firme hacia su mejora así como la importancia o finalidad que ha esta se le ha otorgado.

Restos arqueológicos de los neandertales nos muestran utensilios que se creen destinados al afeitado o pinzas de depilar .De los egipcios se conoce la existencia de productos realizados con grasa y ceniza parecidos al jabón utilizados en actos religiosos. Pero es con las antiguas civilizaciones tanto griega como romana donde la higiene corporal se vuelve una costumbre y una manera de socialización y reunión, con la aparición de las termas y los baños públicos .Además de la utilización de aceites , perfumes , enjuagues y ungüentos.

Durante la edad media y el renacimiento la limpieza sufre una importante regresión en parte por las creencias religiosas y sus tabús hacia el cuerpo humano, la higiene era considerada como algo más estético.
Es ya en el siglo XVIII y XIX cuando se descubren sustancias como la lejía, se implantan las canalizaciones de agua corriente y los desagües, los baños en las casas, la ciencia evoluciona permitiendo descubrimientos científicos como es el

de las bacterias y sus consecuencias en las infecciones por lo que los hábitos de higiene se empiezan a extender. Ya en el siglo XX gracias a la escolarización los hábitos como el lavado de manos y el aseo con agua y jabón empiezan a ser rutinarios.

Hoy día sí, exceptuamos las diferentes problemáticos de los países subdesarrollo como puede ser la educación, la falta de suministros adecuados de agua potable y de productos de limpieza tanto personales como industriales, en los países del llamado del primer mundo el gasto que se genera en higiene y salubridad es enorme y de vital importancia para prevenir incidentes de salud pública. Además de la aparición de nuevos conceptos asociados a la salud laboral que pueden ampliar el termino higiene como es la ergonomía y la higiene postural.
Para el celador hospitalario los aspectos relacionados con la higiene deben ser prioritarios desde varios aspectos que son:
-Una presencia e imagen corporal adecuada para realizar una atención al usuario que transmita confianza, parecer aseado es muy importante porque la primeras impresiones cuentas.
-Conocer las implicaciones, estrategias y métodos de higiene de un trabajo que se desarrolla en un ambientes que necesitas una escrupulosa contención de virus, bacterias e infecciones que pueden afectar tanto al enfermo como a el mismo.
-Tener una actitud adecuada ante la manipulación de cargas, tanto en traslado y movilización del paciente como recepción y traslado de los materiales.

2 Objetivos

- Estudiar los métodos, las problemáticas y consecuencia actuales de la higiene desde un punto más amplio que solo la limpieza e higiene incorporando los hábitos saludables de vida y salud laboral

3 Metodología

Búsqueda sistemática en bases de datos como Lilacs , Scielo , Teseo ,Googel Academi , Medline , la OMS ,Elsevier , Pubmed de textos publicados , artículos, tesis , libros , páginas web, revistas y temarios de oposiciones relacionados con la temática .
Los descriptores utilizados fueron palabras como higiene, salud laboral, manos, limpieza, infecciones, nosocomiales, ergonomía, postural, cargas, pesos, edu-

cación además de los distintos filtros que cada página ofrece acceso a texto completo , resúmenes , idiomas.

4 Resultados

-Conductas de higiene básicas
La higiene personal diaria es primordial para la prevención de las enfermedades y el cuidado de la piel y el cabello.Ducharse de manera regular con productos adecuados ayuda la eliminación de la suciedad, olores y la piel muerta que generamos. Se debe atender a las partes del cuerpo más problemáticas como son los espacios interdigitales, arrugas en personas mayores y pliegues. El secado correcto previene las grietas y ulceras. En cuanto al cabello el lavado regular depende mucho de las particularidades del tipo de pelo de cada persona. En el afeitado y depilado las cuchillas nuevas, la limpieza con jabón y el cuidado de los cortes previenen infecciones.

Cortarse las uñas de pies y manos de forma adecuad para para no producir lesiones en los dedos, cambios regulares de los calcetines y mantener los pies limpios y secos con el lavado diario nos evitara la aparición de hongos y mal olor, también es importante un calzado cómodo que se ajuste bien a nuestro tipo de pie.

Lavado de dientes no debe faltar después de cada comida utilizando los cepillos de dientes y si fuera necesario hilo dental y colutorios.

Lavado de manos es el método más importante para evitar el contagio de enfermedades, el lavado rutinario con agua y jabón antes de cada comida, cuando notemos suciedad en las manos y después de entrar en contacto con orina o heces en el baño será vital.

Son importantes otros factores que se pueden considerar o no como higiene básica o salud como son el sueño y el descanso suficientes, una alimentación saludable, una vida activa y desechar hábitos como el alcoholismo y tabaquismo.

-Higiene hospitalaria
La higiene hospitalaria es considerada imprescindible y de primera necesidad .La toma de medidas preventivas en el entorno sanitario es necesaria para evaluar y eliminar los riesgos derivados de las prácticas laborales o su minimización en el caso de que no fuera factible ser eliminados.

Las manos del personal tanto sanitario como no sanitario son consideradas como uno de los principales causantes de la transmisión de enfermedades infecciosas en los hospitales. La higiene de manos, mediante un adecuado lavado y el uso de guantes, es una medida imprescindible para evitar la transmisión de infecciones nosocomiales.

Existen diferentes métodos de lavado de manos, dependiendo del objetivo que se persiga, la técnica utilizada , el material empleado y el área hospitalaria donde se trabaje ya que existe gran diferencia entre un lavado de manos rutinario y uno quirúrgico (asepsia) necesario en los quirófanos.

De forma general, la higiene de manos puede realizarse de forma tradicional, con agua tibia y jabón durante aproximadamente 30 segundos a un minuto, o empleando productos de base alcohólica pero siempre tras un lavado de manos inicial. El objetivo es eliminar los microorganismos que se pudieran trasmitir.

Es importante que las manos del celador sean lavadas en las siguientes situaciones: Antes y después de comer, después de usar las cuñas o el cuarto de baño y después de que las manos entren en contacto con cualquier sustancia corporal.

La asepsia es una tipo de lavado especial que se realiza en los quirófanos y requiere de un cuidado más especial, hay que enjabonarse tanto manos como antebrazos con jabones antisépticos, después se utilizara una solución alcohólica y las manos se mantendrán por encima de los codos para que el agua corra desde el área más limpia a la menos limpia , su duración total será aproximada de unos cinco minutos.

El uso de guantes es otra barrera contra las infecciones pero que en ningún caso sustituye al lavado de manos antes y después de entrar en contacto con el paciente. Estos también pueden ser vías de transmisión de infecciones. Por ello, aunque se recomiende el uso de guantes en determinadas ocasiones, siempre deben ir acompañado adecuada higiene de manos y usarse correctamente.

-Higiene postural y ergonomía
El término “Higiene postural” hace referencia al adquisición de un conjunto de hábitos y normas, de manera progresiva, con la finalidad de evitar y reeducar posturas viciadas y erróneas que puedan afectar a la espalda de manera negativa.

Habitualmente, al intentar encontrar de manera equivocada la postura cómoda, se da lugar a un posicionamiento erróneo. Estas hábitos inadecuadas pueden de-

berse al desconocimiento por parte de la trabajador de cuáles son los métodos correctas o cual es la manera idónea de realizar determinadas acciones frente a las cargas. Un esfuerzo mal hecho y la repetición constante de este sin duda nos llevaran hacia una lesión.

Las normas más comunes ante el movimiento de cargas son:
-Apoyar los pies firmemente para mantener el equilibrio
-Separar los pies a una distancia equivalente al ancho de los hombros
-Doblar rodilla y espalda recta
-Coger la carga manteniéndola lo más cerca posible del cuerpo
-Levantar el peso con las piernas no con la espalda.
-No girar el tronco mientras se levanta la carga.

El celador deberá conocer los diferentes métodos de movilización según las patologías del paciente , también será de gran ayuda el trabajo en equipo y la utilización de las diferentes máquinas y utensilios que podrá tener a su disposición como las grúas, el transfer o rolón , tabla rígida o el cinturón de traslados. La introducción de la ergonomía entendida como la adaptación de los métodos y utensilios de trabajo al ser humano favorecerá una correcto movimiento corporal.

5 Discusión-Conclusión

La educación relacionada con la higiene es una parte primordial para que la salud pública no sea un problema, no solo para los profesionales del sector sanitario, sino para el más común de las personas ya que ella nos evitara muchos problemas sanitarios. El avance en este ámbito ha sido constante gracias a las evoluciones tanto en materia sanitaria como técnica y productos de higiene, pasando de una falta total conocimientos a una gran integración de estas materias ya desde unas edades temperas.

Los nuevos métodos de trabajo, la ergonomía, la introducción de maquinaria moderna y la protección de la salud laboral son uno de los factores que pueden asegurar un mejor desarrollo y compromiso de los profesionales. Por lo que se debe estar atento a la formación constante que estos deben recibir.
Sobre los trabajadores también recae un gran peso ya que llevar a cabo todos estos métodos, protocolos y tareas requiere de su compromiso para su bien y el

de los demás.

6 Bibliografía

- Moreno-Martínez, F.J., Gómez García,C.I., y Hernández-Susarte, A.Mª. (2016).Evolución histórica de la higiene corporal: desde la edad antigua a las sociedades modernas actuales.Cultura de los Cuidados (Edición digital), 20(46). Disponible en: < http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2016.46.11>
https://quevuelenaltolosdados.com/2019/09/05/breve-historia-de-la-higiene-personal/
https://esperanzavaroblog.wordpress.com/2018/01/08/limpieza-y-aseo-a-lo-largo-de-la-historia-desde-cuando-somos-tan-limpios/
- Amaro Cano, M.C. (2004). Florence Nightingale, la primera gran teórica de enfermería. Revista cubana de enfermería.
- Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene (SEMPSPH). «Guía de uso de desinfectantes en el ámbito sanitario de la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene». 2014.
- Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene. «EPINE, Resumen 1990-2014.»
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad en base a un documento publicado por la Organización Mundial de la Salud. «Manual técnico de referencia para la higiene de manos.» Save Lives: Clean your Hands, 2010.
- Organización Mundial de la Salud [Sede web]. Génova, Suiza (2015). Save Lives: Clean your Hands http://www.ecured.cu/index.php/Espalda
http://www.espalda.org/divulgativa/prevencion/higiene.asp
- Asociación Española de Ergonomía. : http://www.ergonomos.es/ergonomia.php
Romero B, Da Silva M, Fernández R. Salud Laboral y Fisioterapia preventiva en el dolor de espalda

Capítulo 1423

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO O ADMINISTRATIVO EN ATENCIÓN PRIMARIA.

GEMMA GARCIA PEREZ

MARIA BELEN COALLA FERNANDEZ

M.TERESA HERRERO COTERO

COVADONGA VEGA AGUIRRE

1 Introducción

Concepto de la Atención Primaria de Salud se formula en la Conferencia Internacional Alma-Ata 1978 como principal estrategia para conseguir una salud para todos e intentar solucionar los problemas sanitarios en este primer nivel mediante el impulso de la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, y de paso disminuir los costes sanitarios evitando el acceso directo a los hospitales, este representa el primer nivel de contacto entre los individuos, la familia y la comunidad con el Sistema de Salud.

2 Objetivos

Los objetivos de la Atención Primaria son:
-Elaborar el “diagnostico de salud de la zona”
-Promoción Salud,

-Prevención de enfermedades,
-Actividades de rehabilitación y Reinserción social.
La atención tiene un coste para la comunidad y para el país que debe ser "soportable"

Objetivos del auxiliar /administrativo:
1) Las primeras personas que entran en contacto con los pacientes que acuden al Centro de Salud son los Auxiliares Administrativos/Administrativos, que se ocupan de informar de citas para que puedan acudir a las consultas de los distintos profesionales que prestan servicio en el Centro como médicos, matronas , dentistas, fisioterapeutas, trabajadores sociales, etc .
Indicándoles a cuales consultas pueden acudir derivados directamente por los auxiliares administrativos desde el propio mostrador y cuales no pueden visitar si no son enviados por el profesional de atención primaria que les corresponda.
2) Programar visitas en el centro, visitas especializadas, dar altas de usuarios, hacer derivaciones, aunque no va siempre paralela la formación a la implementación de las nuevas tecnologías. Si es cierto que éstas han beneficiado mucho al administrativo.
3) Liberar a los médicos de carga burocrática. Considerado ya en muchas ocasiones como parte integrante de los equipos directivos de los centros.
4) Participar en proceso sobre la toma de decisiones que afectan a su centro de salud
5) Satisfacer por un lado las necesidades del usuario, y atender las del resto de compañeros sanitarios. Todo esto genera un gran volumen de trabajo muy heterogéneo e implica el dominio de aplicativos informáticos que en su mayoría han facilitado la tarea
6)Adquirir una formación adecuada al puesto de trabajo para agilizar los procesos que realiza el auxiliar administrativo/administrativo en admisión o en el centro sanitario.

3 Metodología

La Prestación de atención primaria comprenderá: a- La asistencia sanitaria a demanda (no programada), programada y urgente tanto en la consulta como en el domicilio del enfermo. b- La indicación o prescripción y la realización, en su caso de procedimientos diagnósticos y terapéuticos. c- Las actividades en materia de prevención, promoción de la salud, atención familiar y atención comunitaria. d- Las actividades de información y vigilancia en la protección a la salud. e- La re-

habilitación básica. f- Las atenciones y servicios específicos relativos a la mujer, la infancia, la adolescencia, los adultos, la tercera edad, los grupos de riesgo y los enfermos crónicos. (Atención a personas mayores, detección y atención a la violencia de Género y malos tratos en todas las edades, especialmente en menores, ancianos y personas con discapacidad). g- La atención paliativa a enfermos terminales. h- La atención a la salud mental, en coordinación con los servicios de atención especializada. i- La atención a la salud buco-dental

Y las siguientes:
- Atención a la mujer en la atención primaria
- Atención precoz, seguimiento , preparación al parto, controles primer mes postparto, detección grupos de riesgo del cáncer ginecológico y de mama, conforme a los programas establecidos
- Atención a la infancia, Regla gral. menores de hasta 14 años,
- Información y educación sanitarias a los interesados y a sus padres, tutores, maestros, profesores o cuidadores.
- Las vacunaciones y las revisiones del niño sano, según los programas establecidos
- Atención al adulto anciano , mayores de 14 años
- Las vacunaciones recomendadas en los servicios de salud, la detección de factores de riesgo , educación a enfermos crónicos, problemas específicos según el art. 50 de la Constitución.
- Atención Primaria de urgencia a personas de cualquier edad, se prestará de forma continuada , mediante atención médica y de enfermería, de régimen ambulatorio o en el domicilio del paciente en los casos en que la situación así lo requiera.
- Atención a la salud buco - dental

Las prestaciones sanitarias se harán efectivas mediante la cartera de servicios comunes de la A.P. mediante R.D. 1030/2006, de 15 de septiembre.ESTRUCTURA ORGANIZATIVA Y ASISTENCIAL

E. ORGANIZATIVA: LA GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA
Existirá una en cada una de las Áreas de Salud delimitadas por las CCAA, en cumplimiento art. 56 de la Ley 14/1986, General de Sanidad.

E. ASISTENCIAL: LA ZONA DE SALUD, EL CENTRO DE SALUD Y EL EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA
Equipos de Atención Primaria: RD 137/1984 (Estructura Humana)

- Conjunto de profesionales sanitarios y no sanitarios con actuación en la zona de salud. Dependen del Coordinador Médico
- La Zona de Salud: marco territorial de la A.P. de salud , es la demarcación poblacional y geográfica fundamental; delimita a una determinada población. En la zona salud delimita una Zona Medica
- Centro de Salud: Es la estructura física y funcional
- Se desarrolla A.P. de salud coordinada globalmente, integral, permanente y continuada y con base trabajo en equipo del personal sanitario y no sanitario. En el Centro de Salud desarrollan sus actividades E.A.P.
- En el medio rural podrá existir 1 Consultorio Local y también otras instalaciones diferenciadas del Centro de Salud

4 Resultados

FUNCIONES en los Centros de Salud

1- ATENCIÓN DIRECTA
2- FORMATIVA
3- INVESTIGADORA
4- DE ADMINISTRACIÓN

A) Funcionamiento del Equipo de Atención Primaria
El Centro de Salud tendrá organizado un área de recepción, admisión e información al público de todas las actividades con objeto de facilitar la óptima utilización de los servicios. Deberá existir un sistema de comunicación telefónica para la comunicación exterior e interior y recepción de avisos.

Dicha área tendrá un fichero con toda la población de la zona, distribuida según edad y sexo, encargándose de mantener actualizado el censo de la población mediante un registro continuo de altas y bajas. Toda persona que acude al centro para ser atendida, debe canalizarse a través de dicha área donde se le dará la cita para la siguiente consulta que ha solicitado, o que el Equipo ha establecido, así como un sistema de referencias para el siguiente nivel de atención (el secundario o especializado) y para las exploraciones con los medios auxiliares diagnósticos. En caso de precisar atención inmediata será remitida a la consulta correspondiente o al equipo de guardia si lo hubiera o se tomará nota de aviso para atender a domicilio. Existirá un libro de reclamaciones en donde la población podrá exponer los problemas que ha tenido en la utilización de los servicios, libro que

deberá ser custodiado por la recepción y remitido al coordinado cada vez que exista una queja , a la que deberá darse tramitación legal. Esta quejas también podrá entregarse en cualquier registro para su constancia y enviarlo a donde corresponda .

B) Modalidades de la atención

- Consultas. Es la actividad de encuentro y comunicación entre el paciente y algún miembro del Equipo para el conocimiento y solución de algún problema de salud, realizada en los locales del Centro o consultorios locales. Dentro de las consultas habrá dos modalidades :

. Consulta espontánea, a demanda o de morbilidad aguda (el paciente acude sin previa cita)

. Consulta programada (acude con cita previa , pudiendo estar incluido o no en alguno de los programas específicos del Centro (diabéticos, HTA, infantil, maternal, etc)

- Interconsultas. Es la actividad de encuentro y comunicación entre el paciente y un miembro del Equipo de Atención Primaria u del nivel especializado, con el objeto de analizar el problema de salud y programar las actuaciones sobre el mismo. Se realizarán en el centro teniéndose para ello locales específicos y unos días y horas previamente fijados en el libro de citas correspondiente. Objetivos de las interconsultas:

. ASISTENCIAL : apoyo del nivel especializado al nivel primario para aumentar la eficacia y eficiencia del mismo (mayor cobertura y mayor calidad) , acerca el mayor número posible de cuidados de salud al lugar de residencia de la población y mejorar la utilización de los servicios .

. DOCENTE: Se discute en equipo el problema presentado por el paciente que no pudo ser resuelto con la sola atención del E.A.P.

. EVACUADOR: de las calidad de la atención que se hace en el nivel primario.

Para que cumplan estos objetivos es necesario que se disponga de un tiempo suficiente para cada paciente, que se aporte la documentación clínica del mismo y que estén presentes los distintos profesionales implicados.

- Visitas a domicilio. Es la actividad de encuentro del personal del equipo con el paciente y/o familiar se realiza en el domicilio de los mismos. Puede ser programada o a demanda de la población realizada por cualquiera de los miembros del equipo, según el objetivo de la visita.

- Trabajo en la comunidad. Se refiere a los encuentros y comunicación del equipo

con la población, fuera del centro y del domicilio. Se trata de actividades fundamentales programadas a realizar en los centros escolares, laborales, asilos y otras instituciones de la zona que sean competencia del Equipo, si bien se estará dispuesto a acudir ante cualquier llamada de emergencia o situación de alarma sanitaria que se presente en la comunidad.

- Atención de urgencias. Hay que diferenciar entre atención continua de los problemas de salud de la población y emergencia vital del individuo ; ya que en este caso los miembros del equipo deberán ser un eslabón importante dentro del Sistema de Atención a la Emergencia Vital que se establezca o esté establecido. Para ello se precisa de un sistema ágil de comunicación y transporte o coordinación funcional con el Hospital de referencia o Centro Coordinador de Urgencias del Área u otros recursos de la misma.

C) Formas de envío a otros niveles asistenciales
En los sistemas sanitarios, como el nuestro, que contemplan un nivel primario y otro especializado, el acceso a este último debe ser ordenado por los médicos del primero. En el nivel especializado puede referirse a pruebas diagnósticas, interconsultas, o derivaciones. Posteriormente el nivel primario debe asumir la continuidad del tratamiento indicado en el nivel especializado y control de su evolución.

Si el paciente puede precisar atención de otros niveles más especializados, por ello en el Centro de Salud debe existir un sistema de referencia previamente establecido y programado en coordinación con el nivel del Área sanitaria. Este sistema de referencias lo debe desarrollar siempre que sea posible el área de información y estadística del Centro de Salud, que llevará un registro diario de esa demanda y un libro de citas para remisión de enfermos , con el objetivo de facilitar a la población esa prestación sanitaria. Toda petición de envío al siguiente nivel debe cumplimentarse adecuadamente mediante un modelo establecido.

Hay una necesidad de coordinar las actuaciones entre los niveles asistenciales, produciéndose, en caso contrario, efectos negativos desde el punto de vista de la continuidad asistencial y un uso ineficiente de los recursos.

UNIDADES DE APOYO de Área y dispone de espacios físicos propios o compartidos para desarrollar sus actividades: Unidades de Atención a la Mujer, Unidades de Salud Mental, Unidades de Fisioterapia, Unidades de Psicoprofilaxis Obstétrica, Unidades de Salud Bucodental, Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria, Odontología de Cupo.

Son Unidades Asistenciales compuestas por personal sanitario y no sanitario que dan prestaciones sanitarias y sociosanitarias complementarias a las que ofertan los médicos de familia, pediatras y enfermeras de los Centros de A.P. y que tienen un ámbito territorial superior a una Zona Básica de Salud

5 Discusión-Conclusión

No es lo mismo Atención Primaria que especializada; una unidad de gestión interna que estar de cara al público.

6 Bibliografía

- Orden, 28 de mayo de 1984 de la función administrativa
- Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud en 2003
- Orden 1971 modificada en lo que a función administrativa se refiere en 1984 competencias del personal administrativo de salud
- Ley Ley 16/2003 cohesión y calidad https://mats-sanidad. com/2016/11/24/ auxiliar-administrativo-de-primaria-una-especie-en-peligro-de-extincion/

Capítulo 1424

LAS FUNCIONES DEL CELADOR EN LA MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE TERMINAL .

BEATRIZ RODRÍGUEZ FERNANDEZ

1 Introducción

Son muy habituales los desplazamientos de enfermos terminales para la ejecución de pruebas diagnósticas y tratamientos debido a la tecnificación de la medicina contemporánea. Por ello, es indispensable la movilización del paciente, como adelanto a la ejecución de cualquier procedimiento o actuación.

En algunos servicios, como es el caso de UCI, la figura del celador es el primer enlace entre el paciente y el médico, por lo que es esencial que se posean unos conocimientos básicos de como se debe movilizar al paciente y cómo se han de utilizar los materiales de inmovilización.

Estas técnicas conllevan un alto riesgo de que se puedan producir lesiones corporales ya que se precisa fuerza física y coordinación de los músculos, a lo que se añade que las condiciones de trabajo no están acondicionadas a la fisiología humana. Debido a esto, se producen dolores habituales que perjudican a la columna vertebral, que por su condición repetitiva traen como consecuencia lesiones más graves. Por eso la importancia de las técnicas de inmovilización de pacientes.

2 Objetivos

-Evitar la aparición de isquemias.
-Evitar la fricción de la piel con las sábanas, para evitar la aparición de heridas.
-Prevenir úlceras por presión.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Por norma general, el paciente no estará más de 3 horas en la misma posición, tanto de día como de noche.
Con la inmovilización conseguiremos temporal o permanentemente, la anulación parcial o total de todos los movimientos de una extremidad o zona del cuerpo.

Las consecuencias del inmovilismo en un paciente terminal encamado pueden ser peligrosas. Podemos decir que la inmovilidad influye en:
-Función respiratoria. Se modifica el apropiado intercambio gaseoso pulmonar, lo que puede causar un déficit de oxígeno.
-Función motriz. La variación de esta función viene dada por la atrofia de grandes grupos musculares y la desmineralización osea que origina la inmovilización duradera.
-Función cardiovascular. Se produce un fallo en el retorno venoso que ayuda a la manifestación de insuficiencias cardíacas con probales fallos en la bomba del corazón.
-Función gastrointestinal y metabólica. Disminuye e incluso se detiene la motilidad gastrointestinal, originando déficit nutricionales y obturación en la función intestinal, así como reflujo o aspiraciones graves.
-Función urinaria. El vaciado vesical puede verse influido por el encamamiento, siendo estos pacientes propensos a las infecciones urinarias y formación de cálculo.

-Integridad cutánea. La inmovilización es la principal causa de riesgo para la creación de úlceras por presión. También pueden originarse dermatitis debido al uso del pañal y la incontinencia urinaria.
-Función cognitiva. Existe deprivación sensorial al mermar los estímulos sensoriales.

Para realizar el traslado de pacientes de cama a cama, de cama a camilla o viceversa, de camilla a silla,... se deben usar distintos materiales como por ejemplo:
-Rulo sanitario. Es un artilugio rectangular plano de mas o menos dos metros de largo por cincuenta centímetros de ancho que puede ser doblado en dos. Está cubierto por un elemento plástico que lo rodea y es independiente de dispositivo rectangular que puede ir girando a lo largo del mismo.
Su utilización es muy fácil y eficiente, se basa en girar levemente al paciente acostado en decúbito supino, metemos una pequeña parte del rulo debajo del paciente y lo atraemos hacia nosotros, mientras que otra persona sujeta desde el otro lado el rulo, gracias a unos tiradores que tiene integrados. Debido a la cinta que rodea el rulo, el paciente puede ser desplazado cómodamente por arrastre sin tener que levantarlo con el mínimo esfuerzo, siendo las molestias inexistentes.
Estos dispositivos serán utilizados para la movilización del paciente de una cama a otra, de una camilla a otra o de una camilla a la cama o viceversa.

-El elevador hidráulico o grúa. Es un aparato para la movilización de pacientes de la cama a camilla, de camilla a bañeras como es el caso de los hospitales de grandes encamados,etc., su utilidad va dirigida a movilizar pacientes con escasa o nula movilidad desde la cama hacia un sillón y viceversa, levantarlos momentáneamente para el aseo personal y el cambio de cama,etc.
Es completamente manual pero su sistema de gatos hidráulicos lo transforma en un aparato de fácil manejo. Tiene un sistema de ruedas que nos permite trasportar al paciente hasta donde sea señalado. Solo nos admite llevar al paciente sentado, muy útil en los pacientes incapacitados.

-Camillas móviles. En la actualidad todas constan de cuatro ruedas que permitirán el traslado de pacientes, evitando pasarlos a otra camilla para trasladarlos a las diferentes unidades del hospital.
Son mas altas que las fijas utilizadas como camillas de exploración y además permiten la subida del cabecero hasta 90º y presentan un apoyo para poder integrar un pie de suero.

Los cambios posturales y los ejercicios de movilización, son disposiciones que se realizan con el propósito de ir permutando las zonas corporales del paciente en contacto con la cama, con lo que se logra:
-Ayudar a la comodidad y bienestar del paciente.
-Evitar que aparezcan lesiones cutáneas y tejidos subyacentes.
-Evitar la aparición de deformidades y de contracturas musculares.
Las úlceras por presión, forman una de las complicaciones mas frecuentes paralelas a la patología del paciente terminal encamado. Por eso su prevención es apreciada como uno de los objetivos primordiales en aquellos pacientes considerados de riesgo, este es el caso del paciente terminal. Son producidas por restricción del riego sanguíneo.

Los celadores, a la hora de realizar cambios posturales deben seguir unas reglas básicas posturales.
En relación al celador se deben seguir estos pasos:
-Conseguir una amplia base de apoyo, separando los pies y uno ligeramente adelantado al otro.
-Sostener al paciente lo mas cerca posible de su propio cuerpo.
-No doblar la espalda.
-Usar las piernas para levantar peso.
-Minimizar la fricción entre el paciente y el área sobre la que descansa.
-Ayudarse de medios mecánicos que minimicen al máximo la fuerza empleada.
-Usar el contrapeso del cuerpo para incrementar la fuerza empleada en el movimiento.
-Es mejor empujar o deslizar que tirar.
-Trabajar con el paciente a la altura adecuada y así no forzar la espalda en exceso.
-Antes de mover al paciente, tener conocimiento sobre la patología que padece para saber como y por donde sujetarlo.

Respecto al paciente, debemos considerar:
-Evitar apoyar al paciente sobre sus lesiones.
-Mantener la alineación del cuerpo.
-Evitar el contacto directo de prominencias oseas entre sí.
-Evitar movilizar al paciente mediante arrastre.
-Usar cojines, cuñas,etc. para proteger los talones por consecuencia de la presión.
-Realizar los cambios posturales cada dos o tres horas.
-Durante la noche no mantener la misma posición durante mas de cuatro horas

-No permitir que un paciente con riesgo de úlceras por presión, esté mas de dos horas sentado.

5 Discusión-Conclusión

La movilización de enfermos hay que darle gran importancia, ya que se trata de una acción muy habitual que requiere un estudio serio, un aprendizaje de la técnica y una preparación reiterada para obtener unos hábitos apropiados.

6 Bibliografía

- www.celadoresonline.blogspot.com
- www.auxiliar-enfermeria.com
- Editorial Mad.

Capítulo 1425

EL CELADOR EN LA ATENCIÓN PRIMARIA.

ADELINA ANTONIA FERNANDEZ PAREDES

PILAR MÁRQUEZ IGLESIAS

EVA BEGEGA SANCHEZ

ANTONIO CASADO MENENDEZ

M. CONCEPCIÓN PUGA ALVAREZ

1 Introducción

Los celadores cumplen una serie de funciones fundamentales en los centros sanitarios, ayudando en diversas tareas a los médicos, enfermeros y auxiliares de enfermería. Algunos celadores abordan funciones más específicas cuando trabajan con determinados tipos de pacientes, como los que se hallan en estado terminal, los que han fallecido o aquellos que se encuentran en unidades psiquiátricas.

Sin embargo, una gran cantidad de celadores se dedica a funciones más generales, entre los que se encuentran los celadores de atención primaria o los celadores de puertas de los hospitales. En este trabajo se pretende poner de manifiesto la importancia del servicio de atención primaria en salud y el papel fundamental que juegan los celadores que trabajan en éste.

El papel del celador en un hospital puede ser definido como transversal y multidisciplinar. Realizan muchas tareas no especializadas con el fin de facilitar las funciones al resto de trabajadores técnicos del hospital, hecho más acusado en el caso particular del servicio de atención primaria. Este servicio, muchas veces infravalorado y congestionado, es el pilar fundamental del servicio de salud y el primero al que los pacientes acceden (o deberían acceder) en busca de soluciones a sus problemas, cuando éstos no son los suficientemente graves como para ir a Urgencias. Dada la importancia de este servicio y, por consiguiente, el papel fundamental de sus trabajadores, en este trabajo se quiere poner en valor el servicio de atención primaria en salud y el de sus celadores.

2 Objetivos

El objetivo general de este documento es realizar una revisión de las funciones que desarrolla el celador en la atención primaria. Sin embargo, con el fin de contextualizar el trabajo, primero se va a realizar un pequeño repaso del significado de la atención primaria, con el fin de que el lector reflexione sobre su importancia. Después, de forma más específica, las funciones del celador se analizarán y se pondrán en valor para poder obtener como conclusiones una serie de consejos o buenas prácticas con las que enriquecer el desarrollo profesional del celador.

3 Metodología

Para realizar este trabajo la metodología que se ha realizado una revisión bibliográfica relacionada con los puntos principales de la investigación. Toda la información se analiza y, posteriormente, se extraen las conclusiones.

En términos generales, la revisión bibliográfica se ha realizado utilizando los siguientes términos clave: celador y atención primaria. Las fuentes bibliográficas consultadas han sido las siguientes:
- artículos de investigación en bases de datos en castellano como Scielo y Dialnet,
- libros relacionados con la temática,
- blogs y contenidos audiovisuales especializados en temáticas de celadores,
- revistas online divulgativas sobre funciones de los celadores,
- apuntes y presentaciones de distintas fuentes sobre la temática de oposiciones a celador.

Con los objetivos anteriores definidos, de algunas de las fuentes consultadas

no se ha obtenido información relevante para el trabajo y se han descartado. Otras fuentes sí han proporcionado información útil y son las que se han citado. Muchas de las fuentes consultadas han servido, no solo para la sección de Resultados, sino también para la de Discusión-Conclusión. Sin embargo, otras conclusiones han sido fruto de la experiencia del autor como celador y, por tanto, son de elaboración propia.

4 Resultados

Contextualización del Servicio de Atención Primaria en Salud
Antes de adentrarse en las funciones del celador dentro de la atención primaria, es fundamental sentar las bases de qué significa exactamente el concepto de atención primaria en salud, para así poder tomar conciencia de las funciones y responsabilidades de sus trabajadores, pero también, de las de los pacientes que hacen uso de ella.

Pese a que el concepto de atención primaria se trata de algo muy familiar para todos actualmente, no es hasta la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Almá-Atá (Kazajistán) de 1978 que, explícitamente se subraya la importancia de la atención primaria en salud como una estrategia fundamental para alcanzar un mejor nivel de salud. Con el lema "Salud para todos en el año 2000", esta conferencia supuso un antes y un después en el paradigma de la salud global y un hito mundial sin precedentes.

Gracias a dicha conferencia, se llegó a una definición unánime del significado de la atención primaria en salud, que se puede definir como la asistencia sanitaria esencial que se basa en métodos y tecnologías prácticas, científicamente probadas y socialmente aceptadas, que se ponen al alcance de todos los individuos de la comunidad mediante su plena participación y un correspondiente costo que la comunidad y el país pueden soportar, con autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria en salud forma parte del sistema nacional de salud, del cual constituye el núcleo principal, y forma parte del desarrollo social y económico del país (1).

Funciones del celador en el Servicio de Atención Primaria en Salud
Las funciones que realizan los celadores que trabajan en el servicio de atención primaria en salud son bastante similares a las tareas que realizan los conocidos

como celadores de puerta que trabajan en los hospitales. Estas tareas se resumen a continuación y se clasifican en bloques (2-8):

- Sobre vigilancia y seguridad: o guardar el orden en las dependencias de centro sanitario, o vigilar el comportamiento de los enfermos y de los acompañantes, o velar por una atmósfera de silencio en las dependencias del centro sanitario, especialmente en salas de espera.
- Sobre información y atención al usuario: o informar a los pacientes del día y la hora de las consultas, así como facilitarles información sobre cómo llegar a las consultas correspondientes dentro del complejo del centro sanitario.
- Sobre traslado/movilización de pacientes: o trasladar a los enfermos que no pueden valerse por sí mismos, o movilización de pacientes para la realización de pruebas por el equipo médico.
- Sobre traslado/reposición de materiales: o trasladar aparatos cuando éstos sean requeridos por los trabajadores técnicos, o reposición de materiales.
- Sobre documentación: o trasladar documentación sobre los enfermos,
- Sobre asistencia a otros profesionales: o ayudar al personal sanitario (solo cuando éstos lo requieran) en curas y pequeñas intervenciones, o cambiar las protecciones de las camillas de las consultas entre paciente y paciente.

Buenas prácticas del celador en el Servicio de Atención Primaria en Salud

Una vez citadas las funciones de los celadores del servicio de atención primaria, cabe preguntarse, ¿qué puede hacer este tipo de trabajador para mejorar en su trabajo? En ocasiones, no es necesario que el trabajador haga más tareas de las que tiene asignadas para crecer como profesional en su trabajo. De hecho, no sería recomendable que excediese sus funciones, pues podría darse el caso de que cometiera un error involuntario, y ello podría acarrear graves consecuencias.

Los mejores consejos para la correcta realización de sus funciones son, primeramente, conocer el alcance de éstas: saber qué es y qué no es responsabilidad del celador. Aquello que sí es su responsabilidad, debe saber cómo ejecutarlo y, en caso de que carezca de experiencia o que, simplemente, no sepa cómo debe hacerlo, debe preguntar a profesionales con más experiencia o conocimiento. El celador debe ser consciente de que, aunque no sea personal técnico, trabaja con y para las personas y que un error, puede ser fatal. El celador siempre debe tener presente que no es indigno preguntar (de hecho, es muy positivo) y que no debe actuar por su cuenta y riesgo en caso de duda.

La segunda forma de mejorar en su trabajo no está tan relacionada con qué hacer, sino con cómo hacerlo. El celador en general y, el que trabaja en atención primaria en particular, está constantemente en contacto con enfermos de diversa índole. El celador está en el centro de salud porque es su trabajo, pero el enfermo no desearía estar allí, ni tan siquiera, por un simple resfriado. Por ello, la educación, los gestos amables o la simpatía por parte del celador siempre juegan un papel fundamental, ayudan a que el paciente se sienta mejor acogido y a que, quizás durante un breve periodo de tiempo, se olvide de sus problemas. ¿Qué le cuesta a un celador, u otro trabajador, hacer un poquito más agradable la estancia del enfermo en el centro de salud? Nada. ¿Cuánto puede aportarle al enfermo ese pequeño gesto altruista del trabajador? Quizás nada, pero, a lo mejor, muchísimo. Merece la pena intentarlo.

Aunque este consejo es aplicable en cualquier tipo de trabajo en el que el profesional trate con muchas personas, esto cobra especial importancia en un centro de salud, pues los pacientes no vienen solos, sino cargados con historias, en ocasiones sin solución, y merece la pena intentar que se olviden de ellas, al menos, por unos instantes.

El trabajo de celador debe ser vocacional, pues fundamentalmente se basa en ayudar a los demás. La mera satisfacción personal de haber ayudado al prójimo debe repercutir muy positivamente en el trabajo del celador y ayudarle a realizar su trabajo cada día con más motivación. Es por ello por lo que, cuando un trabajador de este tipo no tiene vocación, ello se refleja en la forma en que realiza su trabajo y, además, los pacientes lo notan.

5 Discusión-Conclusión

Las funciones de los celadores tienen un carácter claramente multidisciplinar. Ayudan a médicos, enfermeros y auxiliares de enfermería en multitud de tareas, en ocasiones más específicas (en el caso de celadores destinados a unidades psiquiátricas o a salas de autopsias), y las más de las veces, hacen tareas más generales. Este trabajo se ha centrado en las funciones de los celadores con tareas menos especializadas y, particularmente, en los celadores de atención primaria.

Tras realizar una breve contextualización de lo que realmente significa la atención primaria y de la importancia que cobró tras el hito mundial de Almá-Atá

de 1978, en este trabajo se han repasado las funciones de los celadores en este servicio, como el transporte de los enfermos, la facilitación de información a los pacientes sobre horarios de consultas, el traslado de aparatos para la realización de pruebas, etc.

Aunque muy generalistas y poco especializadas, son tareas fundamentales. Todos los pacientes que hacen uso del servicio de atención primaria deberían reflexionar. Cuando tienen una duda sobre horarios de consultas, quieren que alguien se la resuelva, y ahí están los celadores. Cuando llegan al centro de salud con dolores y no pueden caminar, pero han considerado que su caso no tiene la prioridad de urgencias hospitalarias, ahí está un celador para facilitarle una silla de ruedas.

Cuando un paciente acude a su médico de cabecera y éste necesita realizarle una prueba in situ para la cual necesita un aparato, no es el médico quien destina su tiempo en ir a por él, con el consiguiente retraso en la atención del resto de pacientes, sino que un celador traerá todo lo necesario. Si el servicio de atención primaria en salud funciona bien, es gracias a la coordinación entre los celadores y del resto de trabajadores.

Por lo tanto, un servicio de atención primaria que funciona bien no hace más que sentar las bases en la mejora del resto del sistema de salud, que debe funcionar como una cadena. Esto significa que, un correcto diagnóstico en atención primaria o una buena decisión de derivar a un paciente desde atención primaria al especialista correspondiente, hace que todo el sistema se enriquezca, con la consiguiente satisfacción, no solo de los pacientes (principales afectados), sino de los propios trabajadores, que obtendrán una gran satisfacción en la realización de su trabajo, lo que está demostrado que se traduce en una mejor realización de éste [9-10].

6 Bibliografía

(1) O. Ramírez, “Atención primaria de salud: ¿dónde estamos 40 años después de Almá Atá?”, Instituto de Salud Global Barcelona, 2018. [Online: https://www.isglobal.org/healthisglobal/-/custom-blog-portlet/atencion-primaria-de-salud-donde-estamos-40-anos-despues-de-alma-ata-/5581285/0], consultado por última vez el 06/02/2020.

(2) Manual del Celador de Instituciones Sanitarias. Editorial MAD. Sevilla, febrero 2004. ISBN: 84-665-3289-7.
(3) Celador/a – Servicio Madrileño de Salud SERMAS. Temario. Editorial CEP. Madrid, febrero 2018. ISBN: 97-884-681-8721-1.
(4) D. Mera Núñez, Manual básico para celadores, Editorial Lulu Enterprise Inc. 2009, ISBN: 978-1-4452-5373-2.
(5) Celadores. Servicio Navarro de Salud Osasunbidea. Editorial MAD. Junio 2006, ISBN: 10-84-665-008-4.
(6) A. Redondo Crespo et al., "El celador y el trabajo en equipo", ISBN: 978-1-4710-705-5.
(7) Atención Primaria. Blog online: Celadores online de instituciones sanitarias. [Online: http://celadoresonline.blogspot.com/p/atencion-primaria.html]
consultado por última vez el 05/02/2020.
(8) El celador en Atención Primaria – Oposición Sanidad. Contenido audiovisual en canal Oposición TCAE. [Online: https://www.youtube.com/watch?v=T2h_aNvM66g]
consultado por última vez el 0/02/2020.
(9) D. Navarro-González et al., "Prevalencia del síndrome del burnout y factores asociados a dicho síndrome en los profesionales sanitarios de Atención Primaria", SEMERGEN – Medicina de Familia, vol. 41, no. 4, Mayo-Junio 2015, pp. 191-198.
(10) M. I. Fdez-San Martín et al., "Satisfacción laboral de los profesionales de Atención Primaria del Área 10 del INSALUD de Madrid", Revista Española de Salud Pública, vol. 7, no. 2, Madrid, Marzo-Abril 2000, ISSN: 1135-5727.

Capítulo 1426

DOCUMENTACIÓN CLÍNICA Y NO CLÍNICA EN EL PUESTO DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA SANIDAD.

EVA MARIA CARDEÑOSO GARCIA

1 Introducción

La documentación puede ser de tipo clínico cuando hace referencia directa al propio paciente y de tipo no clínico cuando se refiere a aspectos burocráticos o administrativos del propio centro. La documentación clínica es un instrumento muy útil en las instituciones sanitarias y en el ámbito de la atención primaria porque constituye un método eficaz de comunicación entre los profesionales. Facilita la atención sanitaria. Permite identificar factores de riesgo .Es un mecanismo legal de verificación de datos. Son pruebas legales en caso de recurrir a ellos con tal finalidad.

Se utilizan en proyectos de investigación y progreso en materia de salud. Es un instrumento útil e imprescindible en la planificación y la gestión de recursos.(Garcia Ortega, Cózar Murillo & Almenara Barrios 2004)La diferencia fundamental entre documentación clínica y sanitaria es que la primera hace referencia al estado de salud del paciente y a la forma de mejorarla , aumentarla y prevenir problemas mientras que la segunda hace referencia a la atención recibida en cualquier de los ámbitos o niveles de atención sanitaria como la atención primaria o la atención especializada. En un centro sanitario se crea una gran cantidad de información tanto referente al mismo centro como a los pacientes.

La información es reflejada, transmitida, almacenada ,compartida en lo que conocemos como documentos formados a su ver por dos partes fundamentales como el soporte (que hace referencia al material utilizado para reflejar la información como puedan ser papel, archivos informáticos, y el contenido que hace referencia a la propia información en sí, al significado de lo que allí está reflejado .(Iraburu, Chamorro &De Pedro 2006).Los documentos cumplen una serie de características como Ajustarse en su diseño a las propia normas establecidas en el centro. Pueden ser autocopiátivas o no. La cumplimentación debe realizarse con letra clara. Suelen llevar la identificación con el anagrama del propio centro. Deben llevar el apartado para la identificación del paciente. (Villarroel,&Febré 2016)

La Historia clínica sirve de soporte a la información , se considera un instrumento de vital importancia por su asociación a ciertas actividades .Entre ellas la docencia, la investigación y actividades relacionadas con la comunidad, la atención y prestación sanitaria, la evaluación y promoción de la calidad de atención prestada y el testimonio jurídico-legal de la atención prestada. La historia clínica es el instrumento básico utilizado para recopilar la información clínica del paciente y está constituida por una serie de documentos, valoraciones, informes que reflejan la evolución del individuo mientras haToda la información referente al paciente se refleja en la historia clínica y es reflejada por los diferentes profesionales sanitarios implicados e el proceso de atención del paciente. La historia se realiza a pacientes que demandan atención por medio de consultas externas o que ingresan en el ámbito hospitalario. Los pacientes recién nacidos sanos y pacientes asistidos en el servicio de urgencias están exentos de la apertura de la historia. (Guzmán, & Arias , 2012) Guzmán, F., & Arias, C. A. (2012). La historia clínica: elemento fundamental del acto médico. Revista colombiana de cirugía, 27(1), 15-24.

La Historia clínica tiene una serie de características:
Se orienta hacia las actividades de recuperación de la salud. Se centra en el diagnóstico y tratamiento. Contactos con los profesionales de la salud. No considera los factores sociales tan determinantes. Refleja alteraciones puntuales del estado de salud. (del Rio 1999). estado recibiendo asistencia sanitaria.

La Historia clínica tiene una serie de funciones; Docente, Investigación, clínico, epidemiológica, Asistencial,
Control de la gestión y planificación sanitaria Médico-legal (Rebollo &Montiel 2006)Los datos reflejados en la historia clínica pueden ser utilizados en sesiones

clínicas u otros métodos para la formación de los profesionales del ámbito sanitario.

Los datos que son obtenidos o recogidos se pueden utilizar para la investigación de determinadas enfermedades así como la realización de estudios estadísticos poblacionales de la comunidad con el objetivo de innovar e instaurar nuevos tratamientos sistemas, tecnologías que son beneficiosas para mejorar y elevar el nivel de salud del individuo y comunidad. La historia clínica actúa como soporte de la información que se deriva de la atención prestada al individuo de forma que se permite conocer mejor los procesos y enfermedades, administración de tratamientos y cuidados correctos, así como la adecuada comunicación y coordinación sanitaria del equipo sanitario .

La Historia clínica contiene todos los datos como gráficas, diagnósticos, pruebas realizadas de tipo diagnóstico que pueden ser utilizados para valorar la eficacia y la calidad del sistema sanitario, y también para tomar decisiones de reestructuración , modificación , planificación de las actividades de atención sanitaria. La historia clínica tiene un enorme valor desde el punto de vista jurídico pues se puede utilizar como prueba inculpatoria tanto del paciente, personal sanitario o de la propia administración, también se puede utilizar para la creación de informes policiales, judiciales.(Fiorentino 2011).(Aleixandre-Benavent,Ferrer-Sapena& Peset 2010)La historia clínica en Atención Primaria.

Refleja datos de salud a lo largo del tiempo (no sólo de cuando está alterada la salud).Considera los aspectos sociales muy importantes y determinantes .Se orienta hacia la identificación de problemas de salud y factores de riesgo. Gran cantidad de contactos con los profesionales sanitarios. Diseñada y orientada hacia actividades de prevención y promoción de la salud.(Soriano & Moreso 2001)

2 Objetivos

- Identificar las cualidades o características de la historia clínica.
- Analizar documentos de la historia en Atención Primaria.
- Analizar documentos que no se incluyen en la historia clínica.

3 Metodología

Atendiendo a la información de este trabajo ha sido obtenido de diversas bases de datos, búsquedas por internet, directorio de revistas con acceso abierto y revistas de investigación científica.

Revisión sistemática de las publicaciones científicas sobre documentación clínica y documentación no clínica , en las últimas décadas.
Se consultaron diferentes bases de datos (Dialnet , ISOC Ciencias Sanitarias, IME Biomedicina, CINHAL , Medline ,Psyc INFO, PubMed Central).
Directorio de revistas con acceso abierto (DOAJ).
En todos los casos se limitó la búsqueda al intervalo 1997-2016.

En función de las características y ámbito de cobertura de las bases de datos (nacional o internacional) se utilizaron descriptores en español ("hoja de consulta", "preoperatorio" , "Gestión de las citas" "Cartillas" "Hoja de petición"), en inglés ("IC- Process -PC") .
También se han consultado guías clínicas relacionadas con el tema.
Los criterios establecidos fueron: Sistemas que analicen los sistemas de información y registro en Atención Primaria.

4 Resultados

Conocer las cualidades y características de la historia clínica para cumplir con su función de manera adecuada. Estas características deben de ser:
- Completa y actualizada; son dos características imprescindibles. Si no está completa la información que transmite seria errónea por falta de datos y las deducciones que se derivarían y las actuaciones pertinentes no serían correctas.
- Recuperable ; Que esté disponible para ser utilizada en el momento que sea necesario.
- - Única; No pueden existir dos pacientes con el mismo número de historia.
Acumulativa y ordenada; Se van acumulando todos los casos de la atención recibida y debe estar clasificada adecuadamente.
- Datos mínimos y fiables: Deben estar en la historia como mínimo los datos que se consideran básicos e imprescindibles.

Son los CMBD o Conjunto Mínimo Básico de Datos como pueden ser:
Identificación del centro asistencial, el nombre y apellidos, estado civil, edad, sexo, diagnóstico principal, fecha y hora de atención. (Espinosa Brito 2013)(Igle-

sias 2006)(González Rodríguez &Cardentev Garcia2015)Analizamos la historia clínica en Atención Primaria que se encarga de recopilar los datos tanto individuales como familiares con el objetivo de prestar atención sanitaria a lo largo de la vida del paciente y familia desde los puntos de vista preventivo y rehabilitador.

En atención primaria el contenido de la historia es tanto la familiar como la individual del paciente.
Sobre carpeta en la que figuran los datos del paciente donde se refleja el DNI, nombre y apellidos, nº INSS, sexo, estado civil, lugar de nacimiento, datos de relevancia como posibles alergias, número y código de centro de Atención Primaria y del colegiado responsable.

Historia médica y hoja de consultas son las hojas de evolución médica, donde se anota si se prescribe algún medicamento, la dosis, duración de tratamiento , recomendaciones, el motivo de la consulta.
Hoja de datos generales, recoge los datos personales, familiares, sociales, psicológicos del paciente, como si es fumador, bebedor, intervenciones previas.
Historia de enfermería contiene los documentos referentes a las consultas de diabéticos hipertensos , vacunas, evolución de embarazadas y niños.
Hoja de interconsulta e un documento a través del cual el médico de Atención Primaria deriva al paciente y solicita que sea valorado por otro especialista como cirujano o endocrino.
Hoja de solicitud de exploraciones especíales , Utilizadas para demandar estudios complementarios para el paciente.(Roca, Pedemonte, Corbalán & Ferrer,2002)

Los documentos que no se incluyen en la historia clínica son
El parte de consulta y hospitalización. La tarjeta sanitaria de afiliación a la Seguridad Social. La Receta médica. La petición de ambulancia. La hoja de citación a consulta y exploraciones complementarias y el certificado de estado de salud, de nacimiento o defunción.(Cocina & Torres 2007)

La documentación no clínica es aquella que se generan de la estancia del sujeto en el centro sanitario y que se usan para el buen funcionamiento del centro. Entre los documentos que se pueden encontrar hallamos :
- Los documentos referidos a la coordinación entre los servicios para proporcionar servicios terapéuticos y diagnósticos. Hoja de petición de medicamentos y hoja de petición de productos hemoderivados.

- Documentos administrativos relacionados con la gestión económica como facturas y almacén.
- Documentos referidos a la hostelería, como la hoja de petición de lencería y hoja de petición a almacén y hoja de demanda y envío a esterilización.
- Documentos sobre programación de trabajo en la unidad como es la distribución del trabajo de enfermería y la distribución horaria y asignación de tareas a cada categoría.
- Documentos sobre control y registro de la unidad como son las estancias medias y mortalidad, reingresos y movimientos de paciéntes .
- Documentos sobre normas de funcionamiento del centro como protocolos de actuación y criterios de actuación en situaciones particulares y derechos y deberes de los pacientes. Normas sobre ingresos , altas, desplazamientos de pacientes. Control y custodia de las pertenencias de los pacientes. Estatutos sobre derechos y obligaciones del personal hacia sus compañeros, pacientes o subordinados.
- Otros documentos como las cartillas de largo tratamiento, encuestas epidemiológicas, impreso de declaración de enfermedades de declaración obligatoria. Estos documentos en su amplia mayoría están ubicados dentro del ámbito hospitalario.(López & Mena, 2012)(López 2004)

El Departamento de admisión se encarga:
De la programación de las consultas externas y de los servicios centrales. Del el diseño y mantenimiento de las agendas. De la gestión de citas. Del registro de las actuaciones realizadas en consultas y servicios centrales. De la programación de la hospitalización. De la tramitación de la solicitud de ingreso o intervención quirúrgicas De la creación de las listas de espera. De la programación de ingresos y de intervenciones quirúrgicas. De la gestión de las camas. Del registro de las intervenciones e ingresos. Del registro de pacientes que acuden a urgencias .De la tramitación de informes o partes de lesiones, fallecimiento. De la información al usuario. Unas de estas funciones son del servicio de admisión del hospital y otras del servicio de admisión del centro de salud.

El servicio de admisión y documentación clínica es un servicio no asistencial que se encarga de facilitar el acceso del usuario a la asistencia sanitaria especializada en régimen ambulatorio o de hospitalización. Las funciones de archivo de la historia clínica y documentación constituyen el área de gestión de la documentación clínica. Como resultado de ambas áreas se configura el sistema de información.(Brenes-Richmond 2015)Las funciones que desempeña el auxiliar administrativo en el archivo de historias clínicas es:

Custodiar las historias clínicas. Prestar y recepcionar las historias clínicas. Seguimiento de la documentación prestada .

Es el servicio de admisión y documentación clínica el responsable de organizar toda la información clínica en una historia clínica única del paciente, facilitando su utilización por los distintos usuarios definidos por el centro .Las funciones del auxiliar administrativo son identificación de la historia clínica. Diseño y mantenimiento actualizado del formato de la historia clínica. Control de calidad de la historia clínica. Garantizar la accesibilidad del a historia clínica.(Fernández, Alcántara,Jiménez,Aceijas,León & Tárraga 2001)

5 Discusión-Conclusión

Cronológica es también conocida como la historia clásica y refleja los sucesos de salud en el orden cronológico según van apareciendo.
- Orientada a los problemas de salud; es muy utilizada en Atención Primaria
- Orientada al contexto; Que tiene en cuenta los aspectos psico-sociales y ambientales.
- Historia de salud electrónica; los datos se encuentran en el ordenador.
- Historia de salud; Refleja los datos preventivos y asistenciales de la atención recibida a lo largo de la vida.

Documentación no clínica.
La documentación no clínica es la que se genera de la estancia del sujeto en el centro sanitario y que se usan para el buen funcionamiento del centro.

Entre ellos encontramos.
Documentos referidos a la coordinación entre los servicios para proporcionar servicios terapéuticos y diagnósticos. Documentos relacionados con gestión económica. Documentos de hostelería. Documentos de la unidad. Documentos sobre control y registro. (Agüero ,Román ,Guerra ,Rondón & Agüero 2010)
Como ya sabemos se hace necesario la creación de sistemas de información y registro sanitario para dar apoyo a la investigación sanitaria, a la ver que aportar beneficios en la atención y planificación de los cuidados y gestión y evaluación de los sistemas sanitarios.

Yo opino desde mis conocimientos que el servicio de admisión y documentación

Clínica es el responsable de obtener y dar a conocer a los usuarios internos y también a los usuarios externos la información normalizada de los datos clínicos que se deriven de la asistencia del paciente, en relación con el conocimiento de la patología atendida y procedimientos realizados.

La responsabilidad del auxiliar administrativo en el área de documentación clínica es gestionar toda la información clínica generada por un paciente, independientemente del centro sanitario en el que sea atendido. Las tareas que debe desempeñar el auxiliar administrativo van dirigidas a organizar toda la documentación en una historia clínica única del paciente, custodiar, conservar y administrar la documentación que se va generando a lo largo de los sucesivos procesos asistenciales y a través de procesos de análisis documental, recuperar selectivamente y difundir la información clínica demandada por los distintos usuarios.

En Atención Primaria se identifican las necesidades en lo que a información se refiere para posteriormente establecer los indicadores. A partir de aquí se precisan de forma exacta los datos que deben registrarse y se definen los registros a utilizar en los centros de atención primaria. La gran cantidad de datos que se utilizan hace que el sistema utilizado mayoritariamente sea el sistema informático. Una ver que se ha recogido los datos se codifican, procesan y archivan. De esta forma se llegan a analizar e interpretar la información obtenida (Plazzotta,Luna,&González Bernaldo de Quirós 2015)

Tanto en el sistema sanitario en general como en Atención Primaria en particular, consideramos como registro aquel grupo de documentos necesarios para tener un sistema de información. Los registros de utilidad habitual en Atención Primaria son la historia clínica que se suelen guardar en un sobre de clasificación. Son clasificadas según diferentes criterios según nombre y apellidos, edad y fecha de nacimiento. Cuando la historia contiene gran cantidad de documentos se traslada archivos y allí se almacena para rescatarla cuando sea necesario. En ocasiones hay documentos que se devuelven al paciente tras anotar en la historia los datos de interés como resultados de analíticas u otras pruebas realizadas.

Las historias deben ser codificadas para su identificación y almacenamiento pudiendo utilizar diferentes sistemas de codificación como CIE-10 aunque en atención primaria hay otros códigos que son más específicos como CIP-SAC-2 Clasificación Internacional de Problemas de Salud en Atención Primaria IC-Process -PC que es la clasificación por problemas de consulta.(Casanova, Soto, Santos, Bazán,

Díaz, Ferreras & Arnedo 2008) Los registros de actividad y morbilidad donde se reflejan las actuaciones llevadas a cabo y las causas por las que llevan a cabo las consultas.
Registros de mortalidad mediante los que se sabe la estadística en cuanto a número de fallecimientos, causas.
Cartillas de tratamiento prolongado en pacientes de tipo crónico cuyo tratamiento se prolonga en el tiempo de una forma continuada.

Las fichas de edad y sexo utilizadas para las campañas preventivas de determinados tipos de población.
Registros de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) las listas de EDO son distintas en cada comunidad , en función de la legalidad se hace su comunicación. Los Registros de tipo administrativo como son las recetas, solicitudes derivación o de pruebas que son de utilización directa o también registros administrativos y legales de obligada cumplimentación como certificados o partes de baja.

También existe un registro de los medicamentos prescritos y médico que los ha prescrito.(López-Valcárcel, Cabañas, Mora, Berenguer, & Santana, 2005)Es necesario la creación de una guía que contribuya a la normalización de las funciones que el auxiliar administrativo de los servicios de salud deben desempeñar dentro del Servicio de Admisión y Documentación Clínica. Hay que promover nuevas líneas de actuación en el campo profesional de la documentación clínica. Esta información que se genera proporcionará las bases para la formación y la documentación de los recursos humanos.

Esta aplicación contribuirá de esta forma a la unificación y normalización de los contenidos de la actuación profesional. Las nuevas tecnologías impulsan una evolución de consecuencias imprevisibles, el recuerdo de lo que es una forma y como debe transmitirse . (Pena 2015)El auxiliar administrativo como parte de su trabajo debe coordinar las solicitudes de asistencia urgente y programada entre centros y debe valorar la adecuación a las normas y procedimientos en cada momento, facilitando al tiempo necesario que permita mantener la cohesión de la organización sanitaria ante el paciente.Las funciones del auxiliar administrativo con respecto a las urgencias son el registro del episodio de urgencias y coordinación organizativa del proceso asistencial.

6 Bibliografía

- Agüero, M. A., Román, Y. N., Guerra, I. C., Rondón, M. M., & Agüero, J. M. C. (2010). La historia clínica: un documento básico para el personal médico. Medisan, 14(7), 1017-1023.
- Aleixandre-Benavent, R., Ferrer-Sapena, A., & Peset, F. (2010). Informatización de la historia clínica en España. El profesional de la información, 19(3), 231-239.
- Asensio, S. V., & Vernis, M. M. (2001). Elaboración de un manual de procedimiento del Servicio de Archivos y Documentación Clínica. Papeles Médicos, 10(3), 121-125.
- Brenes-Richmond, E. (2015). Planificación Estratégica de Tecnologías de Información para el Departamento de Admisión y Registro del ITCR.
- Casanova, M. A., Soto, M. C. S., Santos, C. C., Bazán, J. A., Díaz, M. G., Ferreras, J. O., ... & Arnedo, C. F. (2008). Aplicabilidad del modelo de autocuidado de D. Orem: elaboración de un registro de valoración inicial integrado para atención primaria y atención especializada. Nursing (Ed. española), 26(2), 54-61.
- Cocina, E. G., & Torres, F. P. (2007). La historia clínica electrónica. Revisión y análisis de la actualidad. Diraya: la historia de salud electrónica de Andalucía. Revista Española de Cardiología Suplementos, 7(3), 37C-46C. del Rio, M. C. (1999). Aspectos médico-legales de la historia clínica. Med Clin (Barc), 112, 24-28.
- Espinosa Brito, A. (2013). La clínica y la Medicina Interna. Revista Cubana de Medicina, 52(3), 214-227.
- Fernández, M. T., Alcántara, M. A., Jiménez, C. D., Aceijas, F. M., León, U. P., & Tárraga, R. R. (2001). Programa de calidad en un archivo de historias clínicas. Pápeles Médicos, 11(3), 107-112.
- Fiorentino, J. A. (2011). Historia Clínica. Nuevas consideraciones. Rev Hosp Niños BAires Marzo, 53(240), 17.
- García Ortega, C., Cózar Murillo, V., & Almenara Barrios, J. (2004). La autonomía del paciente y los derechos en materia de información y documentación clínica en el contexto de la Ley 41/2002. Revista española de salud pública, 78(4), 469-479.
- González Rodríguez, R., & Cardentey García, J. (2015). La historia clínica médica como documento médico legal. Revista Médica Electrónica, 37(6), 648-653.
- Guzmán, F., & Arias, C. A. (2012). La historia clínica: elemento fundamental del acto médico. Revista colombiana de cirugía, 27(1), 15-24.
- Iglesias, E. B. (2006). Resiliencia: definición, características y utilidad del concepto. Revista de psicopatología y psicología clínica, 11(3), 125-146.
- Iraburu, M., Chamorro, J., & De Pedro, M. T. (2006, December). Conocimientos, comportamientos y opiniones de los profesionales sanitarios de un hospital en

relación a la confidencialidad. In Anales del Sistema Sanitario de Navarra (Vol. 29, No. 3, pp. 357-366). Gobierno de Navarra. Departamento de Salu
- López, P. R. (2004). La autonomía del paciente: información, consentimiento y documentación clínica. Editorial Dilex.
- López, P. P., & Mena, C. R. (2012). Legislacion vigente y etica en investigacion clinica. Rev Int Cienc Podol, 6(2), 81-93.
- López Domínguez, O. (1997). Gestión de pacientes en el hospital. El Servicio de Admisión y Documentación Clínica. Madrid: Olalla, 263-273.
- Pena, C. (2015). Mediación interlingüística e intercultural: coordinación y seguimiento de mediadores sanitarios en Madrid. Tonos Digital, 28(0).
- Plazzotta, F., Luna, D., & González Bernaldo de Quirós, F. (2015). Sistemas de información en salud: integrando datos clínicos en diferentes escenarios y usuarios. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, 32(2), 343-351.
- Rebollo, M. A., & Montiel, S. (2006). Atención y funciones ejecutivas. Revista de neurología, 42(2), 53-57.
- Roca, F. A., Pedemonte, M. V., Corbalán, J. C., & Ferrer, J. L. P. (2002). Datos clínicos esenciales de la historia clínica de atención primaria: una experiencia de evaluación y mejora. Atención Primaria, 30(2), 92-98.
- Soriano, J. S., & Moreso, J. P. (2001). Historia clínica de atención primaria: calidad y factores asociados. Atención Primaria, 28(8), 535-542.
- Villarroel, X., & Febré, N. (2016). Características de documentos utilizados para estructurar las políticas internas relacionadas a las metas internacionales de seguridad de pacientes. Ciencia y enfermería, 22(2), 13-41.

Capítulo 1427

LA ATENCIÓN AL USUARIO, EL DERECHO A LA INFORMACIÓN Y A LA CONFIDENCIALIDAD.

ERICA CUESTA

1 Introducción

En la sanidad podemos determinar a las personas que atendemos, como usuarios o clientes, y son por tanto los pacientes y los familiares de dichos pacientes. La satisfacción del cliente o usuario en la Sanidad no es algo aleatorio si no que depende de 2 variables, que son las expectativas y la realidad del servicio.

El cliente o usuario puede percibir, que recibe lo mismo que esperaba, con lo que es un cliente satisfecho; que percibe más de lo que esperaba, con lo que es un cliente muy satisfecho o que recibe menos de lo que esperaba por lo que es un cliente insatisfecho.

El cliente o usuario de la Sanidad tiene una serie de necesidades que demanda que sean cubiertas, por ejemplo; respuesta, atención rápida, atención individualizada, fiabilidad en la formación y conocimiento del profesional, necesidad de ser tratado con respeto y dignidad, tener un confort físico, dar afecto y tener un aspecto adecuado. La comunicación en la atención al cliente o usuario es de dos tipos: técnico-sanitaria y humana.

2 Objetivos

- Conocer los factores para lograr que una estrategia de relaciones con el usuario exitosa.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: pubmed, medline, y scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La Ley General de Sanidad explica que la información sobre el servicio sanitario debe ser; clara, sencilla, comprensible, completa y amable, detallando tanto los derechos como los deberes, que incluyan los trámites administrativos y acompañados de un trato agradable y que tranquilice al paciente o usuario.

Para los usuarios, el SERVICIO no es simplemente cortesía, si no que este concepto de Servicio tiene que ver con una serie de factores:
1. Elementos tangibles: como por ejemplo la apariencia de las instalaciones, la presentación del personas etc.
2. Cumplimiento: desarrollar el servicio prometido correctamente.
3. Disposición: ayudar a los usuarios y dar un servicio lo más ágil y dinámico posible.
4. Cualidades del personal: demostrar lo competentes de los trabajadores que son capaces de inspirar confianza.
5. Empatía: tener un acceso fácil para los usuarios, entender sus necesidades y mantener una comunicación clara y sencilla.

Atención y servicio no son lo mismo. El usuario evalúa un servicio en base a los 5 puntos anteriores pero el más importante de todos ellos es sin duda el CUMPLIMIENTO. Por ello enfocarse en el cumplimiento permitirá a la administración mejorar en el servicio para que su usuario quede aún más satisfecho. Los

factores para lograr que una estrategia de relaciones con el usuario sea exitosa son las siguientes:
- Gestión eficaz en las relaciones con el usuario.
- Definir bien hasta donde se desea llegar en la atención al público.
- El usuario siempre quiere negociar con alguien a quien conozca, que comprenda lo que necesite y satisfaga sus necesidades. Gestionar la relación con él significa disponer de la información para realizarla.
- Las mejores herramientas no siempre son las de la más alta tecnología si no el trato humano y la empatía hacia el usuario, paciente o cliente.

Existen 3 tipos de atención al usuario dependiendo del momento y las opciones. Existen la atención presencial, la atención telefónica la atención telemática. Desarrollaremos brevemente cada una de ellas para poder tener una visión más clara de las tres.

- Atención presencial: La mayor demanda de información administrativa de los ciudadanos, hace que haya que determinar los instrumentos necesarios para fomentar y ofrecer información. Las autoridades y profesionales tienen el deber general de tratar con respeto y deferencia a los ciudadanos , facilitándoles la atención precisa para el ejercicio de sus derechos y el cumplimiento de sus obligaciones.

- Atención Telefónica: realiza las siguientes funciones: Ofrecer mediante un único canal información administrativa a través de los cuales los ciudadanos puedan acceder al conocimiento de asuntos relacionados con sus derechos, obligaciones e internes legítimos, individuales o colectivos y sobre la utilización de los bienes y servicios públicos. Ofrecer información administrativa de carácter general que sirva de orientación a los ciudadanos que hayan de relacionarse con la administración y verse sobre la identificación, fines, competencia, funcionamiento y localización de los diferentes departamentos, centros y órganos. Informar con carácter general de los requisitos jurídicos o técnicos que las disposiciones impongan a los proyectos, actuaciones o solicitudes de los ciudadanos se propongan realizar, así como sobre los procedimientos administrativos, los servicio públicos y demás prestaciones que se lleven a cabo por la administración. Etc.

- Atención telemática: Se incluye como línea estratégica la implantación de la administración digital con un doble objetivo: en primer lugar, acercar al máximo los servicios de la administración al ciudadano por medio de la diversificación de los canales de acceso otorgando prioridad al canal de Internet pero sin olvidar

los canales alternativos; y en segundo lugar, mejorar la calidad de los servicios prestados mediante el empleo de las nuestras Tecnologías de la Información de las Comunicaciones . La atención telemática consiste en acercar la tecnología a los ciudadano.

La ley 41/2002 del 14 de Noviembre Básica Reguladores de la Autonimia del Paciente y de los derechos y obligaciones , recoge el ARt. 4 sobre la Información Asistencial, el cual reconoce una doble vertiente, positiva y negativa del derecho a la información asistencial:

- Por un lado se reconoce el derecho de los pacientes a conocer toda la información posible sobre su salud (correlativamente a este derecho, los profesionales implicados en su asistencia tienen la obligación de respetar la decisión del paciente, libre y voluntariamente adotada).
- Por otro lado, re reconoce el derecho de los pacientes a no conocer, respetando su voluntad de no ser informados, si bien, esta renuncia a la información deberá estar documentada, debiéndomelo recabarse en cualquier caso el consentimiento previo de la intervención. No obstante, este derecho no es absoluto puesto que puede limitarse por interés de la salud del propio paciente, de terceros, de la colectividad o por las exigencias terapéuticas del caso.

La información asistencial, al igual que el consentimiento informado se proporcionará normalmente en la mayoría de las situaciones de forma oral y comprenderá como mínimo, la naturaleza de la intervención , la finalidad de la misma, así como sus riesgos y consecuencias. Es es de gravedad, el consentimiento se dará por escrito, así como la información.

Otro derecho muy importante es el derecho a la información para la elección de médico y centro; los usuarios y pacientes del sistema nacional de salud, tanto en la primaria como en la especializada, tendrán derecho a la información previa correspondiente para elegir médico e igualmente centro con arreglo a los términos y condiciones que establezcan los servicios de salud competentes.

La confidencialidad.

El secreto profesional: en sentido objetivo se entiende por secreto, aquello que debe permanecer oculto a los demás y sobre lo que hay que guardar sigilo. Subjetivamente, es la obligación de no revelar lo conocido que contrae quien ha llegad a saber de forma justa o injusta.

El secreto profesional del sanitario es la obligación de permanente de silencio que contrae el sanitario respecto a todo lo sabido o intuido sobre una o más personas en el transcurso de su relación pr profesional. En esta definición se incluyen 3 elementos básicos del secreto profesional: el contenido de la información captada, la permanencia de la obligación y la intrascendencia del tipo de actuación.

- Respeto del contenido de la información, aunque se pueda creer que lo único secreto son los aspectos sobre su salud, se debe considerar secreto todo lo percibido, presentido o adivinado, por lo que incluye el conocimiento sobre costumbres y hábitos domésticos, relaciones interpersonales, ideas políticas y cualquier otro tema no sanitario.
- Respeto al tiempo de vigencia del secreto, se debe tener presente que ni la muerte del enfermo descarga al profesional de la obligación contraída.
- Respecto del tipo de actuación profesional comprende cualquier acto profesional por el que se accede a la información que se ha de guardar en secreto; por que resultar afectados los actos no asistenciales tales como las actuaciones periciales, de inspección, de investigación, de docencia, etc.

5 Discusión-Conclusión

El titular del derecho a la información es el paciente. También serán informadas las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho en la medida que el paciente lo permita de manera expresa o tácita.
El paciente será informado, incluso en caso de incapacidad, de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión, cumpliendo con el deber de informar también a su representante legal.

Cuando le paciente , seguía el criterio médico, carezca de capacidad para entender la información a causa de su estado físico o psíquico, la información se pondrá en conocimiento de las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho. Es importante señalar también el derecho a la información epidemiológica, ya que todos los ciudadanos tienen el derecho a conocer los problemas sanitarios de la colectividad cuando implique un riesgo para la salud pública o para la salud individual, y el derecho a la que esta información se difunda en términos verdaderos, comprensibles y adecuados.

Concretando un poco más sobre los derechos y deberes de los usuarios en el Sistema Sanitario Público de Asturias, destacaremos los siguientes:

1- Derechos, todos los usuarios tienen derecho a:
- Recibir una atención sanitaria integral de sus problemas de salud, dentro de un funcionamiento eficiente de los recursos sanitarios disponibles.
- El respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad, sin que pueda ser discriminado por razones de tipo social, económico, moral o ideológico.
- La confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso, incluido el secreto de su estancia en centros y establecimientos sanitarios, salvo por exigencias legales que lo hagan imprescindible.
-Recibir información completa, verbal y escrita, en todo lo relativo a su estado de salud incluyendo diagnostico, alternativas de tratamiento y sus riesgos, pronóstico, que será facilitada en un lenguaje comprensible, En caso de que el paciente no quiera o no pueda manifiestamente recibir dicha información, ésta deberá proporcionarse a los familiares o personas legalmente responsables.
- La libre determinación entras las opciones que le presente el responsable médico de su caso, siendo preciso su consentimiento expreso previo a cualquier actuación, excepto en los siguientes casos: cuando la urgencia no permita demoras, cuando el no seguir el tratamiento suponga un riesgo para la salud pública, cuando exista imperativo lega, cuando no esté capacitado para tomar decisiones, en cuyo caso el derecho corresponderá a sus familiares o personas legalmente responsables.
- Negarse al tratamiento, excepto en los casos señalados en el puesto anterior.
- Que le asignen un médico, cuyo nombre deberá conocer y que será el responsable de atenderle cuando tenga problemas de salud.
- Que quede constancia por escrito de todo su proceso; esta información y las pruebas realizadas constituyen la Historia Clínica
- Que no se realicen en su persona investigaciones, experimentos o ensayos sin una información sobre los métodos, riesgos y fines. Será imprescindible la autorización por escrito del paciente y la aceptación por parte del equipo médico de los principios básicos y normas que establece la Declaración de Helsinki.
- El correcto funcionamiento de los servicios asistenciales y administrativos y a que la estructura de las institución proporcione unas condiciones aceptables de habitabilidad, higiene, alimentación, seguridad y respeto a su intimidad.
- Recibir cuanta información desee sobre los aspectos de las actividades asistenciales que afecten a su proceso y situación personal.
- Conocer los cauces formales para presentar reclamaciones, quejas, o sugerencias y en general., para comunicarse con la administración de las instituciones. Tiene derecho, asimismo, a recibir una respuesta por escrito.
- Que las instituciones sanitarias proporcionen; una asistencia técnica correcta

con personal cualificado. Un aprovechamiento máximo de os medios disponibles. Una asistencia con los mínimos riesgos, dolor y molestias psíquicas y físicas.

2. Deberes. Todo usuario tiene el deber de:
- Colaborar en el cumplimiento de las normas e instrucciones establecidas de las instituciones sanitarias.
- Tratar con el máximo respeto al personas de las instituciones sanitarias, los otros enfermeros y sus acompañantes.
- Solicitar información sobre las normas de funcionamiento de la institución y los canales de comunicación (quejas, sugerencias, reclamaciones y preguntas). Debe conocer el nombre del médico.
- Cuidar las instalaciones y colaborar en el mantenimiento de la habitabilidad de las instituciones sanitarias.
- Responsabilizarse del uso adecuado de las prestaciones ofrecidas por el sistema sanitario, fundamentalmente de baja laboral o incapacidad permanente y prestaciones farmacéuticas y sociales.
- Utilizar las vías de reclamación y sugerencias.
- Exigir que se cumplan sus derechos.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 1428

HABILIDADES SOCIALES Y COMUNICACIÓN EN EL ENTORNO SANITARIO.

ERICA CUESTA

1 Introducción

Las habilidades sociales son un conjunto de hábitos y estilos que nos permiten mejorar nuestras relaciones interpersonales, sentirnos bien, obtener lo que queramos y conseguir que los demás no nos impidan lograr nuestros objetivos. También podemos definirlas como la capacidad de relacionarnos con los demás en forma tal que consigamos un máximo de beneficios y un mínimo de consecuencias negativas, tanto a corto como a largo plazo.

Estas conductas son aprendidas, se forman desde el hogar, e influyen en ellas la escuela y se manifiestan tanto en situaciones interpersonales, como en aquellas orientadas a la obtención de refuerzos ambientales o de auto-refuerzos. Se adquiere principalmente a través del aprendizaje por observación, imitación, ensayo e información.

2 Objetivos

- El objetivo principal es permitir que cada persona haga elecciones sobre su vida y sus actuaciones.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: pubmed, medline, y scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El concepto de habilidades sociales incluye temas afines como la asertividad, la autoestima y la inteligencia emocional. Destaca la importancia de los factores cognitivos (creencias, valores, formas de percibir y evaluar la realidad) y su importante influencia en loa comunicación y las relaciones interpersonales.

Asertividad: es la forma de actuar que permite a una persona se movilice en base a sus intereses más importantes, defenderse sin ansiedad, expresar cómodamente sentimientos honestos o ejercer los derechos personales , sin negar los de los demás. Estos derechos comprenden: derecho a juzgar nuestras propias aptitudes, a cometer errores, a decir ”NO” sin sentirnos culpables, a tener creencias políticas, a no justificarnos ante los demás, a decidir qué hacer con nuestro cuerpo, tiempo y propiedad, a ser independientes, a ser quien queramos y no quien los demás esperan, a ser tratados con dignidad y a decir ”NO lo entiendo”.

Empatia: es una habilidad, propia del ser humano, que nos permite comprender y experimentar el punto de vista de otros sin por ello tener que estar de acuerdo. Es la capacidad de ponerse en el lugar de la otra persona para desde ahí comprenderle. No basta con entender ak otro, hay que demostrarlo. Una persona puede tener motivos para actuar o pensar de esa forma.

Saber escuchar: escuchar con compresión y cuidado, saber lo que la otra persona trata de comunicarnos y transmitir que hemos recibido su mensaje.

Para lograr que las relaciones con el usuario sean exitosas, los factores a tener en cuenta son:

- Las relaciones con el ciudadano deben de ser lo más eficaces que sea posible.
- Hay que definir hasta dónde se desea llegar en la atención al público.
- Hay que tomar en cuenta el hecho de que el ciudadano desea negocias con

quien lo conozca, con quien comprenda sus necesidades y con quien satisfaga sus necesidades. Por lo que para relacionarse con él es necesario asegurarse de disponer de la información requerida para poder darla.

Los ciudadanos cada vez exigen una mayor cercanía, eficacia y eficiencia en la prestación de los servicios públicos, por lo que la Administración pública ha de esforzarse en satisfacer más y mejor sus necesidades y requerimientos, anticipándose a los mismos.

La comunicación como herramienta de trabajo.

Una de las características por las que los seres vivos se diferencian del mundo vegetal es la comunicación. La comunicación es una necesidad básica del ser humano, y dentro de todos los tipos de comunicación humana la más importante es la comunicación oral. Por ello desde sus orígenes ha potenciado la comunicación como medio de relacionarse con sus congéneres, bien para pedir ayuda, para atemorizar o quizás también para buscar compañía como medio de perpetuar la especie.

La primera definición que se conoce con consenso internacional fue la aportada por la UNESCO en la Confederación General sobre comunicación que tuvo lugar en Nairobi, en el año 1976: "se entiende por comunicación un proceso de interacción social, a través de un intercambio equilibrado de información y experiencia". No tuvo mucha aceptación por lo que un año después en la Conferencia General en Yugoslavia, se añadieron las palabras de emisor y receptor: "se entiende por comunicación un proceso de interacción social, a través de un intercambio de información y experiencia entre un emisor y un receptor".
Para nosotros, la comunicación es un proceso mediante el cual la persona se relaciona con su entorno o con otras personas, utilizando un código común (lingüístico o no lingüístico) que se envía a través de un medio (canal de comunicación), con la finalidad de conseguir un objetivo (una respuesta). Por ello podemos decir que la comunicación es relación y no solo información.

Los elementos que encontramos en el proceso de la comunicación son los siguientes;
- Emisor: es la fuente productora del mensaje, es decir, la parte de la comunicación que produce el mensaje.
- Receptor: es la parte de la comunicación a quien se le transmite el mensaje.
- Mensaje; es el primer elemento de la comunicación. Es todo aquello que se desea transmitir.

- Código: es el conjunto de signos que le permite al emisor transmitir el mensaje, de manera que el receptor pueda entenderlo. Estos códigos pueden ser lingüísticos (oral o escrito) o no lingüístico (visual gestual o auditivo).
- Medio o canal de comunicación; es el vehículo en el que se transmite el mensaje (aire, papel…).

En la comunicación todos los elementos son importantes y absolutamente imprescindibles. Si cualquier de ellos faltara, el proceso quedaría incompleto y la comunicación no se realizaría. El emisor y el receptor son los elementos subjetivos de la comunicación, el mensaje es el objeto de la transacción comunicativa y el cana es el medio físico de transmisión.

Estrategias para desarrollar las habilidades sociales:

Las habilidades sociales no son una disposición, sino una capacidad de respuesta. Una persona puede actuar de una forma socialmente inadecuada por distintos factores:

- Las respuestas habilidosas necesarias no están presentes, la persona puede no haber aprendido nunca la conducta apropiada o puede haber aprendido dice una conducta inapropiada.
- La persona siente ansiedad condicionada que le impide responder de una forma socialmente adecuada (asocia experiencias sociales con estímulos aversivos.)
- La persona se autoevalúa negativamente, con pensamientos autoderrotistas o siente temor de las posibles consecuencias de la conducta habilidosa.
- Falta de motivación.
- La persona no sabe discriminar adecuadamente las situaciones en las que una respuesta es más efectiva.
-La persona no está segura de sus derechos.
- Obstáculos ambientales restrictivos.

Consecuentemente, el proceso para mejorar la habilidad social implica 4 elementos de forma estructurada:

- Entrenamiento en habilidades: se enseñan las conductas, se prácticas y se integran en el repertorio conducta de la persona.
- Reducción de la ansiedad: directamente (sensibilización y otros procedimientos de contra condicionamiento) o indirectamente, como un subproducto del entrenamiento en habilidades o reestructuración congestiva.
- Restructuración cognitiva: donde los valores, creencias, cogniciones y o actitudes pueden cambiarse con técnicas de modificación de conducta cognitiva, comprensión y logros conductuales.
- Entrenamiento en solución de problemas: se enseña a recibir correctamente los

”valores” de todos los parámetros relevantes de la situación, a procesar los ”valores” de estos parámetros para generar respuestas potenciales, seleccionar una de esas respuestas y enviarla de forma que maximice la probabilidad de alcanzar el objetivo.

5 Discusión-Conclusión

Existen diferentes tipos de comunicación:

- Según el código utilizado (lingüística y no lingüística)

- Según la relación emisor- receptor:
1. Comunicación horizontal: se emite un mensaje por parte del emisor que llega al receptor, consiguiendo que este ejecute una tarde o función.
2. Comunicación participativa: la fuente emisora emite un mensaje que es recibido por el receptor consiguiendo la participación de este y la emisión de un nuevo mensaje.

- Según el canal de comunicación:
1. Unidireccional: un solo sentido
2. Bidireccional: comunicación con posibilidad de retroalimentación
3. Multidireccional: pluralidad de participantes

- Por el radio de acción respecto a la institución:
1. Interna: emisor y receptor pertenecen a la misma institución.
2. Externa: no pertenecen a la misma institución.

Sea cual sea el modo (lingüístico o no lingüístico) de comunicarse entre el paciente y su interlocutor, la importancia del proceso de la comunicación radica en que esta sea bidireccional, interactiva y comprensiva. Recuerde que el 75% de la comunicación es del tipo NO Lingüística.

Reglas para escuchar.

La escucha activa, puede definirse como un conjunto de comportamientos y expresiones que adopta el celador o auxiliar administrativo ante el enfermo o familiares para comunicarle, de distintas maneras , que ha entendido y/o comprendido lo expresado por el propio enfermo o familiar. Las reglas básicas de la escucha activa son:
- Estar en silencio durante la escucha.

- Responder estrictamente cuando sea preciso a lo manifestado por el paciente y/o familiar.
- Resumir lo que ha dicho el paciente o sus familiares, resaltando los aspectos más importantes, como una manifestación de interés y comprensión.
- Demostrarle , además, que se ha entendido y comprendido bien lo que el enfermo o familiar ha dicho a través de alguna afirmación o pregunta clase sobre sus sentimientos.

La escucha Pasiva, en cambio, se refiere al procedimiento seguido para demostrarle que ha entendido y comprendido su mensaje, pero sin utilizar para ello el lenguaje verbal. Se vale de un gesto, una palmada, un movimiento afirmativo, una sonrisa, etc.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 1429

PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN SANITARIA APLICADAS AL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO.

ANA MARÍA SÁNCHEZ JUÁREZ

ELENA ASUNCIÓN GINGEIRA MOUTINHO

NAHIR CASARREAL GONZALEZ

MAURO FERNANDO BATALLA GONZÁLEZ

MARI PAZ MARTINEZ DIAZ

1 Introducción

Las Infecciones Asociadas a la Atención Sanitaria (IAAS) constituyen un importante problema de salud pública mundial. Representan el evento adverso más frecuente, transmitido durante el ingreso hospitalario que requiere la prestación de cuidados. Este dato supone un problema para el sistema de salud aun sin resolver, provocando un incrementos de los gastos como consecuencia de las prolongaciones de estancia hospitalaria, resistencia a los microorganismos, mayor utilización de antibioterapia, reintervenciones quirúrgicas, a lo que se añaden consecuencias a nivel personal y social, además de muertes innecesarias.

Las IAAS, antes conocidas como infecciones nosocomiales, se definen como infecciones asociadas a la atención en salud, cualquiera sea su contexto (por ejemplo, en hospitales, centros para hospitalizaciones prolongadas, instalaciones comunitarias / ambulatorias o instancias de cuidado en el hogar o centros comunitarios). Una IAAS1 es una infección localizada o sistémica que se desencadena a partir de una reacción adversa a la presencia de uno o varios agente(s) infeccioso(s) o sus toxina(s), sin que haya evidencia de su presencia previa a la admisión en el centro de atención en salud respectivo. Usualmente, se considera que una infección corresponde a una IAAS si se manifiesta al menos 48 horas después de la admisión.

El área de trabajo en la que nos centraremos en éste capítulo, se corresponde con el programa «Una atención limpia es una atención más segura». Estamos ante la necesidad de elaborar medidas de prevención estandarizadas y protocolizadas que protejan la seguridad del paciente. Para ello necesitamos el compromiso del personal, que se responsabilice con dichos cambios de conducta ya que son medidas sencillas, baratas y eficaces.

La OMS2 propone en este programa las principales soluciones y medidas de mejora que son:

• Identificar los determinantes locales de la carga de IAAS.
• Mejorar los sistemas de notificación y vigilancia a nivel nacional.
• Garantizar unos requisitos mínimos en lo que respecta a los establecimientos y los recursos disponibles destinados a la vigilancia de las IAAS a nivel institucional, incluida la capacidad de los laboratorios de microbiología.
• Garantizar el funcionamiento efectivo de los componentes fundamentales del control de las infecciones a nivel nacional y en los establecimientos de atención sanitaria.
• Aplicar las medidas generales de prevención, en particular las prácticas óptimas de higiene de las manos a la cabecera del paciente.
• Mejorar la educación y la responsabilización del personal.
• Realizar investigaciones para adaptar y validar los protocolos de vigilancia en función de las circunstancias de los países en desarrollo.
• Realizar investigaciones sobre la posible participación de los pacientes y sus familias en la notificación y el control de las IAAS.

2 Objetivos

- Conocer cuáles son las medidas y técnicas utilizadas en la prevención de infecciones asociadas a la atención sanitaria para el personal sanitario y no sanitario.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: pubmed, medline, y scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Actualmente se conocen bien las medidas de prevención para la transmisión de microorganismo hospitalarios, sin embargo no se ha encontrado bibliografía suficiente de las situaciones en las que deberían de aplicarse los protocolos, ni a qué grupos de riesgo sería eficiente y eficaz aplicar cada una de ellas.

Las medidas hospitalarias5 que debemos tomar se agrupan en 4 áreas:
1. Precauciones estándar
2. Precauciones específicas (medidas de aislamiento)
3. Medidas de limpieza y desinfección ambiental
4. Actividades de vigilancia (datos de incidencias y la monitorización de procedimientos)

La Higiene de manos es considerada la principal medida de manera universal para prevenir las IAAS y evitar la diseminación de microorganismos multiresistentes, junto con la utilización de dispositivos barrera (bata, guantes, mascarilla y gafas de protección ocular), sin olvidar por ello la primera medida.
El concepto higiene de manos engloba el lavado de arrastre con agua y un agente antiséptico y la desinfección con soluciones alcohólicas.

Uno de los objetivos que la OMS6 utilizó para mejorar el cumplimiento de esta técnica es “Mis 5 momentos para la higiene de manos” que son:
1. Antes de tocar al paciente.

2. Antes de realizar una tarea limpia o aséptica.
3. Después del riesgo de exposición a agentes corporales.
4. Después de tocar al paciente.
5. Después del contacto con el entorno del paciente.

Para un adecuado lavado con agua y jabón antiséptico, se han descrito de manera detallada lo siguientes pasos:

1. Mojar las manos y las muñecas y aplicar el jabón.
2. Enjabonar bien y frotar al menos durante 30s.
3. No olvidar el dorso de las manos y el borde sagital.
4. Poner especial cuidado en los espacios interdigitales y los bordes de las uñas.
5. Friccionar los dedos recogidos contra la palma opuesta.
6. Aclarar abundantemente.
7. Secar correctamente (toalla de papel de celulosa o de tejido de un solo uso).
8. Cerrar el grifo con la toalla del secado.
Con las soluciones alcohólicas, el procedimiento es el mismo salvo los puntos 1 y 2 (se sustituyen por la aplicación de solución en la palma de la mano) y 6 a 8, que son innecesarios.

Si además aplicamos todas mas medidas pertinentes que se engloban en las 4 áreas, se pueden conseguir grandes resultados. Para ello, la vigilancia en IAAS es la observación sistemática, activa y permanente de la ocurrencia y distribución de IAAS, y de los eventos o condiciones que aumentan el riesgo de que se produzca una IAAS. Esta información permite a los centros de atención en salud centrar sus esfuerzos en los problemas y riesgos más serios de IAAS, obtener el apoyo del personal y entregar retroalimentación acerca del resultado de cambios preventivos.

5 Discusión-Conclusión

• El paciente se verá expuesto al riesgo de una infección por el solo hecho de recibir atención en un centro hospitalario.
• Las infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) producen un impacto en los pacientes, sus familias, el personal y los centros de atención médica.
• La principal medida para prevenir las IAAS es la higiene de manos.

6 Bibliografía

1. C.Lupión, L.E. López Cortés. Preventive measures for avoiding transmission of microorganisms between hospitalised patients. Clin. Infect Dis, 32-9 (2014), pp. 603-609.
2. Normas básicas de higiene del entorno en la asistencia sanitaria I. Organización Mundial de la Salud. ISBN 978 92 4 354723 7. 2016.
3. Real Decreto 1591/2009, de 16 de octubre, por el que se regulan los productos sanitarios. BOE 268, 6 de noviembre de 2009.
4. R. Vignoli. Esterilización y desinfección. Higiene.edu.uy. 20-20 (2002), pp. 2-3.
5. Guía de la OMS sobre higiene de manos en la Atención de la Salud [sede web]. Suiza; 2009. Disponible en: http://www.med.unlp.edu.ar/archivos/noticias/guia_lavado_de_manos.pdf
6. Material y documentos sobre la higiene de manos. OMS. https://www.who.int/gpsc/5may/tools/es/

Capítulo 1430

EL BURNOUT O EL SÍNDROME DEL TRABAJADOR QUEMADO EN EL ÁMBITO SANITARIO.

SUSANA VALDES SUAREZ

NURIA GUTIÉRREZ ARREAL

SILVIA VARELA SANCHEZ

JAVIER GARCIA SANCHEZ

ROCÍO GONZÁLEZ SOMOANO

1 Introducción

El síndrome de Burnout o trabajador quemado es un tipo de estés laboral, un estado de agotamiento físico, emocional o mental que tiene consecuencias en la autoestima, y está caracterizado por un proceso paulatino por el cual las personas pierden interés en sus tareas, en el sentido de responsabilidad y pueden llegar hasta profundas depresiones.

En el año 2000 fue declarado por la OMS (Organización Mundial de la Salud) como un factor de riesgo laboral, afectando de modo importante a la salud de los trabajadores. Figurará en la próxima Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) en forma de trastorno mental asociado al empleo. Su entrada en

vigor a nivel laboral – administrativo se ha fijado para el próximo 1 de enero de 2022.
Actividades como la sanidad, la docencia y los servicios sociales son profesiones en las que se producen más casos de esta enfermedad. Su aparición esta favorecida por la personalidad del trabajador y por el entorno laboral.

2 Objetivos

- Determinar las causas por las que un trabajador puede llegar a padecer el burnout, las consecuencias que puede llegar a tener en la salud del trabajador y su prevención.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: pubmed, medline, y scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Lo principal es detectarlo en sus primeras fases. Las diversas técnicas o indicaciones para afrontar el burnout operan a tres niveles: individual, social e institucional.

1- Manejo individual: el conjunto de estrategias que el individuo afectado por este síndrome puede utilizar para paliarlo se resume en dos: trabajar mejor en lugar de trabajar más y cuidarse a sí mismo, además de a los otros. a- Trabajar mejor en lugar de trabajar más, significa hacer pequeños cambios que pueden hacer el trabajo menos estresante, más eficiente y más llevadero. Una serie de estrategias pueden ser útiles en ese sentido:
Establecer objetivos realistas.
Hacer una misma cosa de manera distinta para intentar huir de la rutina.
Hacer pensar.

Tomas las cosas con distancia. b- Cuidarse a sí mismo además de a los otros: será imposible que ayudemos a los demás si no nos cuidamos a nosotros antes, para ello podemos tener en cuenta alguna de estas estrategias:
Acentuar los aspectos positivos.
Conocerse a sí mismo.
Establecer límites o fronteras.
Mantener la vida privada.
Cambiar de trabajo (último recurso).
Tratar específicamente los trastornos psiquiátricos si aparecen.

2- Manejo social: muchas veces, en situaciones de agotamiento un buen soporte puede ser el cónyuge, el resto de la familia o los amigos. Pero casi siempre la ayuda más útil es la de los compañeros de trabajo que conocen los problemas que nos pueden haber conducido a esa situación. También nos puede ayudar a resolver una situación difícil dándonos una visión distinta de la misma y ayudándonos a ver las cosas de otra manera.

3- Gestión institucional: la satisfacción en el trabajo y el estrés ocupacional son el resultado de una interacción dinámica entre la persona que lleva a cabo ese trabajo y el entorno en que se desempeña. Considerar alguna de las siguientes estrategias:
División del trabajo.
Limitar la contaminación del tiempo libre.
Relación de los profesionales con sus superiores.
Análisis de casos puntuales.

La aparición del burnout es silenciosa y progresiva, no es un estrés laboral crónico, sino todo lo contrario, es la dificultad para adaptarse a él, es como una defensa ante el desencanto, la fatiga y la falta de reconocimiento del entorno. La persona que lo padece va perdiendo paulatinamente energía, ilusión, optimismo y actitud. Se describen 4 etapas básicas:
Etapa de entusiasmo.
Etapa de estancamiento.
Etapa de frustración.
Etapa de apatía.

Es importante diferenciar burnout del estrés laboral. Ambos son riesgos laborales pero cada uno presente sus propias características y su correcta distinción nos

conducirá a diagnostico y tratamiento adecuado. El estrés laboral es aquel que se produce debido a la excesiva presión que tiene lugar en el entorno de trabajo. Generalmente es consecuencia del desequilibrio entre la exigencia laboral (también propia) y la capacidad o recursos disponibles para cumplirla eficientemente.

A través de una serie de puntos podemos realizar un pequeño esquema que resulta indicativo para su diferenciación:

Estrés
Adaptación temporal.
Fatiga física leve o moderada.
Sobre implicación en los problemas.
Depresión enfocada a la conservación de las energías.
Puede ser positiva.
Burnout

Inadaptación.
Fatiga física en ocasiones irreversible.
Falta de implicación.
Pérdida de ideales.
Siempre es negativa.

Las principales síntomas o manifestaciones de este síndrome son:
Sentimiento de agotamiento, fracaso e impotencia.
Baja autoestima.
Poca realización personal.
Estado permanente de nerviosismo.
Dificultad para concentrarse.
Comportamientos agresivos.
Dolor de cabeza.
Taquicardia.

Los síntomas de este padecimiento terminan por invadir la vida social y familiar de quien lo padece, quien tiende aislarse.

5 Discusión-Conclusión

Los requerimientos de nuestro desempeño profesional y las inquietudes derivadas del trabajo (los deseos, las preocupaciones, el miedo, el cansancio, etc)

son factores que determinan y modulan nuestro desarrollo laboral e influyen en todas las áreas de nuestra vida.

La responsabilidad y dedicación que se le exige al personal de los servicios de salud y las condiciones laborales en las que en ocasiones han de desempeñar su labor, han hecho que el burnout sea un problema acuciante entre los profesionales sanitarios, una amenaza para el buen desempeño de los equipos hospitalarios y un permanente enemigo del bienestar psicosocial de los trabajadores que unido en muchas ocasiones a trastornos de ansiedad y depresivos, provocan un intenso desgaste personal y profesional entre quienes lo sufren.

Así pues conocer la incidencia de esta problemática entre el personal sanitario y la relación existente entre la misma y variables socio-demográficas y laborales de quienes lo padecen, supone un primer punto de partida para elaborar planes de acción e intervención en pro de la prevención y paliación de este trastorno, que afecta al bienestar psicológico y físico de miles de trabajadores a nivel mundial (con especial incidencia entre los profesionales sanitarios) y, con ello, a la calidad del servicio que se ofrece a la población.

6 Bibliografía

- ww.madridsalud.es.
- www.universia.es.
- www.pubmed.es
- Jesús J. de la Gándara. Estrés y trabajo. El síndrome del burnout.

Capítulo 1431

EL SERVICIO DE FARMACIA EN CENTRO HOSPITALARIO; FIGURA DEL CELADOR COMO PIEZA CLAVE EN SU FUNCIONAMIENTO.

MARÍA DEL CARMEN VILLAR ÁLVAREZ

MARIA ONELIA ALVAREZ ALVAREZ

1 Introducción

¿Qué es la Farmacia Hospitalaria?
Servicio dependiente de la Disección Médica de un hospital que se considera responsable de la adquisición, conservación, dispensación y elaboración de los medicamentos a utilizar dentro de las dependencias del mismo.

Según normativa legal se trata de "Una estructura de soporte para el uso racional de los medicamentos en los hospitales", está compuesto por un equipo multidisciplinario que incluye Farmacéuticos, siendo uno de ellos el encargado de la dirección del servicio, Dues, Tcaes y otros profesionales sanitarios; y también por personal no sanitario. Aux. Admvo y Celadores, que es el principal objetivo de nuestro estudio.

2 Objetivos

- Conocer a la figura del celador dentro del servicio de farmacia y el trabajo por el desarrolladlo, que constituye una de las bases principales para el buen fun-

cionamiento del departamento, nos centraremos en sus funciones mas importantes

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: pubmed, medline, y scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Palabras tales como: celador en farmacia, farmacia en centro hospitalario…

4 Resultados

Dentro de las funciones principales de los celadores dentro del servicio de farmacia en un centro hospitalario, cabe destacar las siguientes:

- Recepción y transporte del material: en todo servicio de farmacia hospitalaria se ha de acondicionar una zona en la que el celador encargado de recepciónar la mercancía que vaya llegando, la ira organizando para su posterior análisis, revisi ´y confirmación y así mas tarde ir distribuyendo de acuerdo con ls distintos almacenes establecidos y pactados dentro del propio servicio

- Preparar y cargar los carros de medicación provistos de cajetines marcados y numerados que corresponderán cada un de ellos su paciente, donde se incluirá la medicación precisa y personalizada, para su posterior envío a las distintas unidades del centro hospitalario

- Distribución de los productos galénicos (distintas formas en que se presentan los medicamentos como pueden ser. Pastillas, olivos en suspensión, jarabes…) que serían todos aquellos productos de farmacia ligera (los medicamentos recetados a cada paciente individualizado denominado Unidosis o dispensación del producto) transportándolos a las Unidades hospitalarias tales como las plantas de hospitalización, servicio de Urgencias, Pixis de las Uvis, que hayan quedado pendientes de enviar en los carros o bien requieran de un tratamiento especial o traslado urgente como las nutriciones parenterales, tratamientos citostaticos.

- También cabe destacar que el propio celador se ha de encargar de la recogida de los sobrantes o productos caducados de las distintas dependencias para su posterior devolución a la farmacia.

- Transporte de variados productos desde otras unidades hasta la farmacia.

- Acondicionamiento de sueros y alcohol, procediendo a su dispensación.

- Colaborar en los inventarios y los controles de stock.

5 Discusión-Conclusión

El servicio de farmacia pasa por ser una de las piedras angulares de un centro hospitalario, dada su importancia y la necesidad del servicio que realiza

Destacar entre el variado e importante equipo humano y profesional que logran que su funcionamiento sea el adecuado, la persona del celador que pasa por ser una de las piezas clave dentro del organigrama funcional del servicio propiamente dicho

6 Bibliografía

- https://www.engenerico.com
farmacia hospitalaria
- Elservier.es (vol. 27, Núm 2). Empresa de análisis de información
- Celadoresonline.blogspot.

Capítulo 1432

LA PULSERA O BRAZALETE IDENTIFICATIVO.

MARÍA DEL CARMEN VILLAR ÁLVAREZ

MARIA ONELIA ALVAREZ ALVAREZ

1 Introducción

Identificacion del paciente tradicional
Tradicionalmente se ha confiado en la identificación del paciente de forma verbal en toda asistencia médica; se han venido obviando las comprobaciones vitales necesarias para confirmar que se estaba atendiendo a la persona correcta, en el lugar y momento correcto, así como utilizando las técnicas adecuadas a cada paciente.

En los últimos tiempos se ha comprobado que esta sistemática puede resultar peligrosa, siendo totalmente incorrecta el caso de por ej. Pacientes con barreras lingüísticas, idiomáticas, con problemas de audición e incluso en aquellos que muestren déficit de atención, se hallen confusos e incluso que por el motivo que sea, estén sedados

2 Objetivos

- Describir la pulsera o brazalete identificativo y su uso
- Demostrar la importancia de contar con un sistema fiable, práctico y a la vez sencillo a la hora de identificar al paciente desde el momento en que accede a las dependencias hospitalarias, durante su estancia en el centro y hasta el momento en que abandone el recinto

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha procedido a una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre el correcto uso de la pulsera identificativa y la necesidad de su implantación en el ámbito hospitalario

Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y consultado artículos en una serie de páginas de las distintas áreas de Salud españolas que han centrado sus estudios en la conveniencia de este sistema de identificación

4 Resultados

La pulsera o brazalete identificativo
Para paliar todos los posibles equívocos que podrían seguir produciéndose de no buscar una solución y de este modo realizar una perfecta identificación del paciente, se ha dado una especial relevancia al uso de un brazalete o pulsera identificativa de polipropileno hipoalergénico, sin latex -no contiene metales pesados- impermeables, color blanco imprimible con tinta indeleble (negro). Tiene un cierre seguro, inviolable, que garantiza que el brazalete no se abra durante la estancia en el hospital, con los datos más significativos de la persona y así se pueda conocer en todo momento su filiación durante el tiempo que haya de permanecer en el centro hospitalario

Los datos básicos e inequívocos son: Nombre y apellidos, Fecha de nacimiento, Nº de Historia Clínica y Fecha de ingreso, entre otros

Una vez provisto de su pulsera identificativa, cada paciente resulta de vital importancia que todo el personal que trabaje en el complejo hospitalario se implique en este proyecto de la forma que cada uno pueda según su cometido en el centro, una de las formas más simples y necesarias seria comprobando que el paciente en todo momento lleve su pulsera, si se observa que no la tiene puesta, por haberla roto,perdido o simplemente que se la ha quitado porque le moleste, se ha de informar a la enfermera responsable del paciente para que proceda a su identificación y solicite una nueva al servicio de Admisiones, para volver a colocársela

Momentos en que la identificación es vital
Como es lógico hay monumentos durante su estancia en el hospital en los que saber que la persona que se requiere es la que realmente ha de ser, resulta de vital importancia y es ahí donde se hace más necesario que el paciente se halle correctamente identificado:

-Antes de entrar a quirófano
-Antes de cambiar al paciente de Unidad
-Para la administración de un medicamento intravenoso de alto riesgo
-Si van a administrar algún componente sanguíneo
-Si el paciente llega de otro hospital o Unidad

Cuando ha de procederse a la retirada de la pulsera
1) En caso de alta hospitalaria: Debe esperar para quitársela hasta que haya abandonado las instalaciones y ya se encuentre en su domicilio; una vez allí, podrá romperla y deshacerse de ella
2) Por fallecimiento: se podrá retirar una vez la funeraria se haga cargo del cadavér
3) Por Negativa del propio paciente a llevarla. Si por cualquier motivo el paciente se niega a llevar la pulsera, se le ha de informar convenientemente de la importancia de llevar la pulsera; si aún así persiste en su negativa, es necesario anotar esta incidencia en su Historia Clínica
4) Intolerancia. Puede ocurrir que algún paciente presente reacciones cutáneas adversas al material de las pulseras; en estos casos se ha de proceder dejando constancia en su Historia Clínica

5 Discusión-Conclusión

Los sistemas de identificación de pacientes son un aspecto clave para su seguridad

La pulsera identificativa es la más utilizada en nuestro entorno sanitario en los últimos tiempos; una vez asignada se puede garantizar en un tanto por ciento muy elevado la correcta relación entre el paciente y el servicio o tratamiento administrado durante su estancia en el centro hospitalario

6 Bibliografía

- protocolo inequívoco Servicio Extremeño de Salud. 2017
- Procedimiento general de identificación del paciente- Seguridad del paciente SSPA
- Protocolo de identificación de pacientes en el Área De Salud de Valladolid oeste, nov 2015
- Protocolo identificativo paciente en el Área de Salud de Cáceres- febrero 2011

- identificación inequívoca de pacientes, Dirección general de Calidad y Atención Sanitaria Agencia Valenciana de Salud
- pág. Web. Http:// www. Saludcastillayleon.es

Capítulo 1433

PROTECCIÓN DE DATOS EN EL SECTOR DE LA SANIDAD.

MARÍA DEL CARMEN VILLAR ÁLVAREZ

MARIA ONELIA ALVAREZ ALVAREZ

1 Introducción

La ley orgánica de protección de datos es de obligado cumplimiento para todos los responsables de ficheros que contengan datos de carácter personal pertenecientes a otras personas.

Como derecho fundamental en la Constitución Española que viene recogido en el artículo 18,4 nos indica que "toda persona física tiene derecho a consentir del conocimiento y tratamiento de sus datos por terceros"
Ya centrados en el ámbito sanitario se complementa con la ley de autonomía del paciente 41/2002 del 14 de noviembre.

Todo ello da como resultado la creación de la Historia Clínica del paciente, que constituye un fichero disponible en toda consulta médica que permite el acceso a sus datos clínicos presentes y pasados. De hecho, han de conservarse en cada centro donde el paciente haya estado ingresado durante al menos 5 años, según marca la propia ley.

2 Objetivos

- Acercar de una forma lo mas sencilla posible la LEY ORGÁNICA DE PROTECCIÓN DE DATOS 3/2018 del 5 de diciembre y LA GARANTÍA DE LOS DERECHOS DIGITALES desde al perspectiva sanitaria.

3 Metodología

Realizada una búsqueda sistemática por las diferentes Bases de datos consultadas como son: pubmed, medline, y scielo, mediante la utilización de una serie de descriptores en Ciencias de la Salud, atendiendo a los siguientes criterios de inclusión:

- Documentos escritos en español.
- Documentos publicados en los últimos 10 años.

También se han consultados libros varios sobre temas legales de protección de datos
Los descriptores utilizados son: “protección”, “Datos”, “ley”

4 Resultados

Ámbito de aplicación
La ley de protección de datos afectará a todo profesional que trabaje en el sector sanitario, pasando a ser responsable del fichero la persona que figure como titular del centro de referencia, bien sea persona física o jurídica.
En cualquier caso, se han de cumplir los siguientes principios y obligaciones:

- Información y consentimiento

Siempre ha de informarse al paciente de que sus datos son recabados con el fin de crear un fichero; de igual modo tendrá conocimiento de la identidad y dirección del responsable de dicho fichero, así como la posibilidad de ejercer sus derechos de Acceso, rectificación, cancelación y oposición al mismo (ARCO)
Es necesario que el paciente firme un CONSENTIMIENTO, salvo en los casos expresamente fijados por ley, como puede ser: necesidad de prevención o diagnóstico médico

- Derecho de acceso

El paciente tiene derecho de acceso a su Historia Clínica y a obtener copia de los datos que figuren en la misma; no obstante, se ha de tener en cuenta las

limitaciones que marca la ley.
Por otro lado, las autoridades sanitarias e instituciones públicas "podrán llevar a cabo estudios científicos sin el consentimiento de los afectados en situaciones de excepcional relevancia y gravedad para la salud pública

Del mismo modo, siempre que sea necesario para la PREVENCIÓN DE UN RIESGO o peligro grave para la salud, las administraciones sanitarias podrán acceder a los datos de los pacientes Por razones epidemiologicas o de protección de la salud pública. Este acceso se habrá de realizar "por un profesional sanitario sujeto al secreto profesional o por otra persona sujeta a una obligación equivalente de secreto, previa motivación por parte de la administración que lo hubiese solicitado "

Calidad de los datos
Solo se podrán recoger los datos adecuados y pertinentes relacionados con la finalidad para la que hayan siso solicitados. Siempre informar al paciente de dicha finalidad; mantenerlos actualizados y tener muy en cuenta que en el momento que ya no sean necesarios, se ha de proceder a su cancelación; garantizando la asistencia adecuada

Confidencialidad
Tanto el titular del centro como el resto del personal que tenga acceso a los datos personales almacenados en sus ficheros, están obligados al SECRETO PROFESIONAL previa firma de un documento de confidencialidad que así lo atestigüe

Medidas de seguridad
Es importante crear un documento donde figuren obligatoriamente las medidas de seguridad a cumplir para la custodia de los datos en poder del centro, este documento estará a disposición de La agencia española de protección de datos (AEPD)

Evaluación de impacto
Se trata de un análisis del riesgo con el fin de tomar las medidas adecuadas para reducir la posibilidad de que ocurra algo grave, evitar que llegue a materializarse y de este modo minimizar las consecuencias negativas para los interesados.
Se ha de registrar en un documento que ha de estar disponible para la AEPD

Delegado de protección de datos
Según la nueva normativa comunitari, todo Centro Sanitario ha de tener un Delegado de Protección de Datos, lo cual ha de ser comunicado a la AEPD

Comunicación de datos
En caso de tener la obligación de comunicar los datos de un tercero, se ha de informar al interesado y solicitar su consentimiento, salvo excepciones marcadas por la ley

Facilitar los derechos arco (Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición)
Siempre se ha de informar a los pacientes de la posibilidad de ejercer sus derechos de Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición
El ejercicio de este derecho deberá hacerse siempre conforme a unos plazos siguiendo unas pautas que han de tenerse en cuenta tanto par ejercerlos como para facilitarlos

Sanciones
A tener en cuenta las sanciones que impone la AEPD ante las posibles infracciones cometidas contra la protección de datos; estas infracciones se catalogan en leves, graves o muy graves; las cuantías económicas con las que se gravan van desde 601,010 € hasta los 601.012,10 €

Conservación de las historias clínicas
La ley 41/2002 obliga al titular del centro sanitario a conservar las historias clínicas de sus pacientes, como mínimo durante un periodo de 5 años, contados desde la fecha de alta de los mismos

5 Discusión-Conclusión

La implicación de las nuevas tecnologías en el ámbito sanitario ha supuesto una completa modificación en el modo de entender el tratamiento y recogida de los datos de carácter personal. El Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 concernientes a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de los mismos y la ley orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantías de los derechos digitales han supuesto un reforzamiento de las categorías especiales de datos entre los que se encuentran los datos de salud que serán tratados obligatoriamente por los profesionales médicos en la prestación de sus servicios

6 Bibliografía

- https:// blog.signaturit.com

- https:// www.aepd.es
- files
- https:// protección datos-lopd.com
- grupo adaptaría.es - blog
- Wikipedia, enciclopedia libre. Ley de Protección de datos personales

Capítulo 1434

EL ROL DEL CELADOR EN LOS CENTROS DE SALUD.

BLANCA FLOR CARRETERO PALOMO

AMOR CONDADO MENÉNDEZ

GLORIA DANIELA MENÉNDEZ PÉREZ

1 Introducción

El Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre define a los centros de salud como ”Estructuras físicas y funcionales que posibilitan el desarrollo de una atención primaria de salud”. En este primer nivel asistencial se ofrecen servicios dirigidos a la promoción de la salud; la prevención y curación de enfermedades; educación sanitaria; diagnóstico y rehabilitación.

El equipo interdisciplinar de los centros de salud, integrado por profesionales sanitarios y no sanitarios (celadores, trabajador social, administrativos, etc.) presta asistencia básica y su composición depende de la tipología de la población donde está inscrito.

2 Objetivos

- Determinar las principales tareas que realiza el celador en un Centro de Salud.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: pubmed, medline, y scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

En los centros de salud concurren dos factores que determinan la labor del celador en este ámbito sanitario:
1. las tareas que desarrollan están dirigidas a la promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud tanto individual como colectiva de la población y,
2. en estas dependencias no existe internamiento de los pacientes

Las tareas que desempeñan los celadores en los centros de salud son muy similares a la de los celadores que trabajan en las puertas de un hospital, en ambas especialidades las funciones más habituales son:
1. seguridad y vigilancia, velará porque todos las dependencias e instalaciones se encuentren en buen estado. Además intentará que los usuarios conserven el orden y permanezcan en silencio.
2. atender e informar al usuario, sobre consultas, el lugar en el cual se encuentra, trámites, etc.

Tiene prohibido informar sobre tratamientos o el estado de salud de los pacientes, si insisten en esta demanda amablemente dirigirá esta petición al personal facultativo.
3. trasladar y movilizar pacientes con movilidad reducida o inexistente hacia el lugar pertinente.
4. reponer el material que sea preciso en el centro de salud
5. repartir documentación (correspondencia, historias clínicas) cuando sea requerido
6. asistir al resto del equipo multidisciplinar, del que forma parte.

5 Discusión-Conclusión

El centro de salud debe garantizar el bienestar, a nivel individual y colectivo, de su población. Para que esta finalidad asistencial se cumpla, es preciso que cada profesional realice eficazmente los trabajos asignados, en concreto, las tareas de los celadores expuestas están dirigidas a proporcionar una atención grata al paciente al mismo tiempo que velan por el cumplimiento de las pautas del centro.

6 Bibliografía

- Comas Hermoso A, Cano Iñiguez V. Conocimientos básicos y funciones del Celador. Tema 8. Funciones del celador. Julio 2010. Disponible en: https://www.logoss.net
- Lucas Fernández A, González tapa JL. Los centros de promoción de la salud: una experiencia positiva en la atención primaria de salud. Revista internacional de sociología. Nº 42. 137-152. 1982

Capítulo 1435

LA CORRECTA ATENCIÓN TELEFÓNICA AL USUARIO DE LOS CENTROS SANITARIOS

MARÍA DEL CARMEN GARCÍA ALONSO

1 Introducción

Entendemos por comunicación, el proceso de intercambio de información, en el que un emisor transmite a un receptor algo a través de un canal esperando que, posteriormente se produzca una respuesta.

2 Objetivos

- Conocer y poner en práctica las normas de comunicación para lograr una mejor y más productiva comunicación.

3 Metodología

Se realiza una búsqueda en diferentes fuentes como artículos, páginas web y manuales sobre el tema a trabajar.

4 Resultados

Como norma general el teléfono debe atenderse al tercer tono y con un saludo inicial que muestre educación y profesionalidad. Lo usual es mencionar con claridad el nombre del centro al que se está llamando seguido de los buenos días/tarde.

Ejemplo: “centro de Salud de…buenos días”. Cabe recordar que el paciente no nos ve por lo que cada mensaje debe ser preciso, seleccionando bien las palabras, controlando el tono de voz y pronunciando correctamente. Por ello e importante tener en cuenta:

- Utilizar la escucha activa, es decir, dejar hablar al paciente sin interrumpirle, pero dando señales de que le estamos escuchando. Esto se consigue introduciendo palabras o expresiones como: de acuerdo, entendido, correcto, etc.
- Utilizar un lenguaje apropiado, no muy técnico.
- Asumir la responsabilidad por la solución de un problema si no está a nuestro alcance, sin olvidar recoger y anotar los datos de la persona que llama.

Pocas cosas son más frustrantes para un paciente que llama como no encontrar respuestas, por lo que el “llame en otro momento” o “inténtelo mas tarde” debe de evitarse en todo momento, y si fuera absolutamente necesario mejor el “le llamo yo en un momento”.

Si fuera necesario trasferir una llamada, es conveniente informar al paciente de lo que se va a hacer, explicárselo y preguntarle si está dispuesto a esperar o prefiere que lo llamemos con posterioridad, en el caso de que el tercero esté ocupado.

Hay que tener en cuenta que podemos estar atendiendo una llamada de personas con dificultades de idioma, compresión, o ciertas discapacidades que dificulten la comunicación, para ello evitaremos expresiones comúnmente aceptadas y de uso frecuente e intentaremos que la información llegue al paciente de la manera más clara y concisa hablando con un ritmo moderado o lento si es necesario.

Al terminar una llamada se debe de tener claro que el paciente ha quedado lo suficientemente satisfecho con la información obtenida por nuestra parte, agradeceremos su llamada y nos prestaremos para ofrecerle nuestros servicios siempre que lo crea necesario.

5 Discusión-Conclusión

La atención telefónica tiene carácter inmediato. Sin embargo, la comunicación se realiza únicamente a través de la palabra, por lo que es primordial, no sólo el mensaje comunicado, sino la forma de comunicarlo y, sobre todo, nuestro tono de voz. Al teléfono nuestra sonrisa se escucha y se percibe al otro lado de la línea.

6 Bibliografía

- “Manual de buenas prácticas en la atención a usuarios”. Universidad de Extremadura.
- www.deustosalud.com
- www.protocolo.org

Capítulo 1436

UNIDAD DE ATENCIÓN AL USUARIO POR VÍA ADMINISTRATIVA.

BEATRIZ ALVAREZ JIMENEZ

MARIA JOSE GONZALEZ GARCIA

LIDIA GARCIA

DAVID LAPRESA ARRANZ

MARIA ISABEL RODRIGUEZ ESTRADA

1 Introducción

El proceso implica un ámbito de actuación compuesto por un conjunto de actividades, decisiones y tareas en el que, de forma secuencial, unas personas a partir de sus conocimientos y el consumo de unos determinados recursos, consigue un resultado que satisface al usuario.

2 Objetivos

- Evaluar la unidad de atención al usuario vía administrativa.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica

existente. se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: pubmed, medline, y scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Se inicia un proceso de soporte, dentro de la unidad de Atención al Ciudadano a nivel trasversal, abarcando cuatro centros de atención primaria, tres centros de atención especializada, tres hospitales y un sociosanitario.

Todos los dispositivos adoptan un cambio de paradigma se adapta un único modelo de trabajo , mismos procedimientos, mismos impresos. Por lo tanto, un modelo único de atención al ciudadano.
- Único de base de datos.
- Un portal web para la consulta de documentación del proceso.
- Un perfil profesional especializado en atención al ciudadano.

El recoger los mismos datos desde todos los dispositivos, mismas demandas, permite establecer cuales son los resultados, que más nos interesan recoger, tipos de demandas, tipos de respuestas de la unidad al ciudadano, etc. Ofreciendo una herramienta visual que nos permite la comparativa por meses, por centros, por demandas, lo que nos brinda la posibilidad de evidenciar la calidad de la atención, identificar los puntos fuertes y las áreas de mejora, lo que acaba permitiendo una mayor eficacia y eficiencia de los recursos.

5 Discusión-Conclusión

El método de gestión de procesos, aplica mejoras continuas con el objeto de incrementar la calidad, seguridad y eficacia. Permite a todos los profesionales de diferentes dispositivos sanitarios, separados geográficamente trabajar bajo los mismos procedimientos, ofreciendo una atención personalizada, posibilitando la apertura y acercamiento de la organización mediante la resolución de demandas . Promocionando la carta de deberes y derechos de los ciudadanos.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 1437

PROTECCIÓN DE DATOS EN EL SECTOR SANITARIO

ROSALIA VILLABRILLE MARTÍNEZ

MARIA JOSE VILLABRILLE MARTINEZ

1 Introducción

La Ley Orgánica de Protección de Datos es obligatoria para todos los responsables de los ficheros que contengan datos de carácter personal, independientemente del soporte en el que se almacenen dichos datos.

Esta Ley, además de imponer una serie de obligaciones, permitirá realizar un tratamiento adecuado de los datos de los pacientes que beneficiará al propio profesional, garantizando una correcta gestión de los mismos ya que no se debe olvidar que la información contenida en las historias clínicas son el mayor activo con el que los profesionales trabajan.

La Protección de Datos es un derecho fundamental que se desarrolla a partir del artículo 18.4 de la Constitución Española. Este derecho hace referencia al poder de disposición y control sobre los datos personales que faculta a las personas físicas para consentir el conocimiento y tratamiento de sus datos por terceros. De esta manera es la persona física la única facultada para decidir lo que se puede hacer con sus datos de carácter personal.

2 Objetivos

- Otorgar a los pacientes la capacidad de decidir qué es lo que el titular de la Clínica puede hacer con los datos que el propio paciente le da al acudir a la consulta.

3 Metodología

Se lleva a cabo una revisión de la bibliografía sobre el tema, mediante la búsqueda de publicaciones recientes en diferentes bases de datos y mediante el buscador del Google Académico

4 Resultados

Dotar al personal sanitario, de los conocimientos necesarios en materia de protección de datos de carácter personal, prestando especial atención a las especiales particularidades del sector sanitario. Entender la importancia de la intimidad del paciente para así aprender a respetarla. Conocer los derechos del paciente respecto a su intimidad y sus límites. Conocer las obligaciones del personal sanitario con respecto a la confidencialidad.

5 Discusión-Conclusión

Todos estos datos deben ser tratados correctamente por parte de los profesionales sanitarios. Las cuestiones generales de la normativa de protección de datos que se aplican a los tratamientos de datos de salud y recoge los derechos que tienen los pacientes y usuarios de la sanidad en relación con el Reglamento General de Protección de Datos (RGPD) y la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales (LOPDGDD).

6 Bibliografía

- La Ley Orgánica de Protección de Datos.
- Google Académico.

Capítulo 1438

LA ACTUACIÓN DEL CELADOR EN LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

MARÍA DEL CARMEN PLASENCIA JIMÉNEZ

MARIA PILAR ALVAREZ MARTINEZ

ALEJANDRA ARTIME GONZALEZ

1 Introducción

Es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad.

La Atención Primaria es el nivel básico e inicial de atención que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente. La Atención Primaria es el primer contacto que el individuo va a tener con la Sanidad, ya sea a través del Centro de Salud o consultorio local. En ella trabaja en equipo multidisciplinar formado por personal médico, personal de enfermería, trabajador social, matrona, fisioterapeutas, auxiliares de enfermería, personal administrativo y celadores. Todos forman el equipo de atención primaria, todos y cada uno de ellos son importantes y conocen las actividades de su función.

La atención primaria debe ofrecer servicios según necesidad, y dar respuesta en su nivel a la mayoría de los problemas. Una atención primaria polivalente y res-

olutiva, competente para dar respuesta a pacientes complejos y para considerar la salud en conjunto.

La atención primaria comprende:
- Asistencia sanitaria a demanda, programada y urgente; tanto en consulta como en el domicilio del enfermo.
- La indicación o prescripción y la realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
- Actividades en materia de prevención, promoción de la salud, atención familiar y comunitaria.
- Actividades de información y vigilancia en la protección de la salud.
- La rehabilitación básica.
- Las atenciones y servicios específicos relativos a la mujer, la infancia, la adolescencia, los adultos, la tercera edad, los grupos de riesgo y los enfermos crónicos.
- La atención paliativa a enfermos terminales.
- La atención a la salud mental, en coordinación con los servicios de atención especializada.
- La atención a la salud buco-dental.
- La atención a urgencias.

2 Objetivos

- Conocer las funciones del celador en el ámbito de Atención Primaria.

3 Metodología

Se han realizado revisiones en distintas bases de datos, revistas científicas, libros de estudio de tecnología sanitaria y el libro Logos.

4 Resultados

El celador en el centro de atención primaria realiza varias funciones, entre ellas está:
- Apertura y cierre de los Centros de Salud.
- Vigilancia y control de las dependencias e instalaciones del Centro.
- Informar y asesorar sobre las actividades y normas del Centro.
- Traslado y movilización de pacientes.
- Colaborar en las tareas organizativas e informativas.

- Trabajar coordinadamente con el resto del equipo.
- Reparto de materiales y documentación.

5 Discusión-Conclusión

Cuando una persona se acerca al centro de salud, normalmente la primera persona con la que se encuentra, es el celador, que es el encargado de informarle de todo lo relacionado a consultas, facultativos, petición de citas, ubicación de dependencias, etc. Para ello el celador deberá potenciar determinadas cualidades, como son:
- Facilidad de palabra.
- Paciencia.
- Extroversión.
- Amabilidad.
- Comprensión.

6 Bibliografía

- https://medlineplus.gov/spanish/
- https://scielo.org/es/
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/

Capítulo 1439

USO DE LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN EN EL ÁMBITO SANITARIO RURAL

ROSALIA VILLABRILLE MARTÍNEZ

MARIA JOSE VILLABRILLE MARTINEZ

1 Introducción

La aparición de Internet y redes sociales, foros, páginas web, etc., que se engloban dentro de las denominadas Tecnologías de la Información (TICs), suponen herramientas muy interesantes aplicables en el sector sanitario.

Este artículo plantea la revisión y el análisis del momento actual internet se ha convertido en un instrumento fundamental de la transmisión del conocimiento y cada vez son más las personas que consultan en Internet acerca de enfermedades.

2 Objetivos

- Mejorar la calidad de vida de los ciudadanos e incrementen la eficiencia del sistema de salud en el mundo rural a través de la implementación al mundo sanitario de las TICs.

3 Metodología

Revisión bibliográfica según los estudio bibliográficos en Pubmed, Scielo y Google Académico

4 Resultados

Existen muchas oportunidades para sacarle provecho a las TICs, especialmente en actividades relacionadas con el ámbito sanitario de manera remota, ya que nos ofrecen una plataforma adecuada para que pacientes y expertos de la salud intercambien información y experiencias sobre diversas enfermedades, así como para que tengan acceso a diversas opciones para su tratamiento.

Todo ello sin dejar de lado el apoyo emocional que conlleva a que dichos pacientes mantengan su optimismo, y que aprendan a conocer mejor las características de su enfermedad para que puedan lidiar mejor con ella, reduciendo la ansiedad, y aliviando trastornos del estado de ánimo.

5 Discusión-Conclusión

Una oportunidad que puede ser llevada a la práctica rápidamente, por su simplicidad y bajo costo, es el desarrollo de Comunidad de Salud en Línea. Sin embargo, la infraestructura existente no es suficiente, ya que se debe mejorar el acceso a las TICs en zonas rurales para que tengan la posibilidad de verse beneficiadas con la descentralización del acceso al conocimiento y reducir la brecha digital, especialmente en temas relacionados con la salud.

6 Bibliografía

- Google Académico
- http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962016000100012
- http://www.salud-e.cl/wp-content/uploads/2013/08/Sanidad+en+Linea+-+Espa%C3%B1a.pdf

Capítulo 1440

HISTORIA CLÍNICA

ROSA ANA FERNANDEZ REBOIRO

1 Introducción

La historia clínica es un documento privado de tipo técnico, clínico y legal donde se narran, bien de forma escrita o informatizada, los datos de quien presta los servicios de salud y el paciente.
La historia clínica viene originada por el primer episodio de enfermedad o control de salud del paciente, que puede ser realizada en un centro de atención primaria o de un hospital.
Es a su vez, un conjunto de documentos que contiene los datos, las valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y evolución clínica de un paciente a lo largo de su proceso asistencial.

2 Objetivos

- Todo paciente tiene derecho a que quede constancia, por escrito o en el soporte técnico más adecuado, de la información obtenida en todos sus procesos asistenciales, realizados por los servicios de salud.

3 Metodología

He sacado la información consultando artículos relacionados con el tema, así como, búsquedas bibliográficas en las páginas con las palabras “historia clínica”, “documentación pacientes”, “privacidad de datos sanitarios”. Tras realizar la búsqueda he seleccionado los artículos que más se adaptaban al tema tratado.

4 Resultados

Los componentes principales de una historia clínica son:
• Numero de historia clínica
• Fecha y hora de atención
• Datos personales del paciente: número y tipo de documentación de identidad, fecha de nacimiento, edad, dirección, ocupación, teléfono, estado civil….
• Datos del responsable del paciente: nombre, parentesco, dirección, teléfono, localidad….
• Datos del acompañante del paciente: nombre, parentesco, teléfono…..
• Causa de consulta y enfermedad actual
• Antecedentes personales
• Antecedentes familiares
• Hábitos
• Examen físico
• Diagnóstico
• Pronóstico
• Plan de tratamiento
• Descripción del plan de tratamiento
• Consentimiento informado
• Firma e identificación del profesional
Hay varios modelos de historia clínica:
• La cronológica: usada en centros de salud y hospitales
• La orientada por problemas de salud: manejada sobre todo en atención primaria
• La protocolizada: se usa en unidades especializadas para el seguimiento de enfermedades concretas.
Los soportes de la historia clínica son básicamente dos:
• Papel: una serie de documentos que se archivan en una carpeta. Puede ser individual o familiar.
• Electrónico: la historia clínica electrónica se almacena en ordenadores mediante la utilización de programas informáticos.
Toda esta documentación se conserva en un archivo central bien sea hospital o centro de salud para su custodia.
Se conocen tres procedimientos de archivado de la misma:
• Correlativa: por números correlativos empezando desde el 1
• Por dígito terminal
• Por valor posicional dinámico asistido por ordenador

Los dos primeros corresponden a antes de la digitalización de las historias clínicas y conllevan ocupar grandes espacios y generar gran volumen de trabajo para su ordenación. A día de hoy, aún siguen siendo los más utilizados, sobre todo en centros de salud.
Los pacientes deben estar informados de la existencia de estos archivos, cual es la finalidad de los mismos, posibles destinatarios de la información que contienen y quien es el encargado de la custodia.
La historia clínica tendrá como fin principal facilitar la asistencia sanitaria, dejando constancia de todos aquellos datos que, bajo criterio médico, permitan el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud.
El contenido mínimo de la historia clínica será el siguiente:
(Estos puntos varían según sea atención primaria u hospitalaria)
* La documentación relativa a la hoja clínica
* La autorización de ingreso
* El informe de urgencia
* La anamnesis y la exploración física
* La evolución
* La hoja de interconsulta
* Los informes de exploraciones complementarias
* El consentimiento informado
* El informe de anestesia
* El informe de quirófano o de registro del parto
* El informe
* La evolución y planificación de cuidados de enfermería
* La aplicación terapéutica de enfermería
* El gráfico de constantes
* El informe clínico de alta de anatomía patológica

5 Discusión-Conclusión

La historia clínica tendrá como fin principal facilitar la asistencia sanitaria, dejando constancia de todos los datos que, bajo supervisión médica constatada, permitan acceder fácilmente al conocimiento veraz y actualizado del estado de salud del paciente.

6 Bibliografía

• https://www.consumoteca.com/bienestar-y-salud/la-historia-clinica-de-un-paciente/
• http://www.biocom.com/sistema/historias_clinicas/historia_clinica_informatica.html
• https://clinic-cloud.com/blog/que-es-el-historial-medico-historia-clinica/

Capítulo 1441

SÍNTOMAS DETECCION DE CODIGO ICTUS

ROSA ANA FERNANDEZ REBOIRO

1 Introducción

El ictus es una enfermedad que además de mortal, puede llegar a ocasionar grandes tasas de incapacidad y de dependencia. Está considerado un problema de salud pública de primer orden.
El diagnóstico clínico correcto del ictus es difícil, tanto por riqueza y amplia variedad en su expresión clínica, como por la necesidad de hacerlo lo más rápidamente posible.
Puede producirse por una disminución importante del flujo sanguíneo que recibe nuestro cerebro, como por la hemorragia originada por la rotura de un vaso cerebral.

Un 75% de los ictus se dan en personas mayores de 65 años, debido a la población cada vez más envejecida esto nos llevará a una gran carga asistencial, social y familiar. Hoy en día, la mayoría de hospitales, cuenta con una Unidad de Ictus debido a la importancia del factor tiempo y asistencia urgente del mismo.

2 Objetivos

El objetivo principal es poder llegar a disminuir la mortalidad del paciente y aumentar la autonomía de los supervivientes.

La detección inmediata del código ictus para poder llevar a cabo una rápida atención sanitaria es primordial, ya que una rápida reacción es clave en este tipo de

situaciones. Asimismo, aseguraremos una asistencia de calidad a los pacientes en todos sus niveles asistenciales.

3 Metodología

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

4 Resultados

Para activar un código ictus, tenemos que saber los síntomas y signos que lo preceden:
• SINTOMAS
Desequilibrio, confusión y mareos
Puede aparecer de manera repentina y acompañada de dificultad para hablar.
• DOLOR DE CABEZA INTENSO
Puede aparecer de manera intensa y sin antecedentes previos, pero es una dolencia diferente a las que se pudieran tener por otros motivos.
• DEBILIDAD MUSCULAR
Puede llegar la paralización de un lado el cuerpo o tener sensación de debilidad muscular en brazos y piernas.
• VISION ALTERADA
Puede alterar la visión de un ojo o de los dos.
Ante estos síntomas, la rapidez y coordinación es fundamental, por eso se dará a estos consideración de emergencia médica.
Una vez activado el Código Ictus, el médico regulador organizará el traslado del paciente en el medio de transporte más rápido y adecuado a cada caso, en función de la distancia al hospital receptor, de los recursos disponibles y de la situación clínica del paciente:
• Helicóptero
• Unidad de Soporte Vital Avanzado con personal sanitario del SAMU
• Unidad de Soporte Vital Básico con personal de atención primaria u hospitalaria
• Unidad de Soporte Vital Básico
En el traslado del paciente primará siempre el tiempo como factor fundamental. El médico regulador avisará al servicio de urgencias del hospital, o en su caso al servicio de urgencias del hospital, para informar de la activación del Código Ictus, el medio de transporte que se va a utilizar y la hora prevista de llegada.

Cuando se requiera transporte aéreo, los pacientes se derivarán al hospital que tenga habilitado ese servicio.

5 Discusión-Conclusión

Que el personal sanitario este formado específicamente para la detección de un posible ictus ayuda en su diagnóstico y de ahí seguirán sucediéndose la cadena asistencial con un traslado urgente a centros hospitalarios donde tiene que existir la coordinación de los profesionales para la atención al paciente.

6 Bibliografía

• https://ictusfederacion.es/infoictus/codigo-ictus/
• https://rithmi.com/que-es-un-codigo-ictus/
• http://tiempoescerebro.com/wp-content/uploads/2018/06/PROCEDIMIENTO-DE-ATENCIÓN-AL-ICTUS.pdf

Capítulo 1442

CRITERIOS ASIGNACION DE CAMAS EN UN HOSPITAL

ROSA ANA FERNANDEZ REBOIRO

1 Introducción

La asignación y organización de camas a los pacientes corresponde al Servicio de Admisión. Los ingresos pueden ser los programados o los derivados de la atención de urgencias. En los hospitales generalmente, suelen tener una especialidad por planta o en una misma planta cada ala para cada especialidad.

La enfermera de planta será la encargada de adjudicar la cama, todo ello de acuerdo con el diagnóstico del paciente, verificará la disponibilidad de camas, recogerá los datos necesarios para el ingreso, verificará que la unidad este en condiciones de acuerdo a las normas junto a las coordinadoras del servicio y a su vez supervisará el cumplimiento de los reglamentos y las normas institucionales.

2 Objetivos

El objetivo principal es que el paciente sea ingresado en la unidad acorde a su diagnóstico. Si en la planta que le correspondiera no hubiera disponibilidad, los profesionales sanitarios deberán hacer el ingreso en la planta que consideren aconsejable según su diagnóstico. Para ello se debe seguir un orden y procurar no colapsar otros servicios ya que tendremos que tener en cuenta el dejar camas disponibles ante las posibles urgencias u imprevistos.

Se pretende mejorar el uso eficiente del recurso de camas hospitalarias facilitando el cumplimiento de los requisitos a cumplir.

3 Metodología

Se realizan búsquedas por páginas de diferentes hospitales buscando los protocolos correspondientes para la asignación de camas.

4 Resultados

Para el ingreso de un paciente, priorizaremos como criterio general la utilización de habitación individual. Dada la saturación hospitalaria, este criterio es la mayoría de las veces imposible llevarlo a cabo, con lo cual, nos veríamos obligados a ingresar al paciente en habitación doble.
Para asignar al paciente una habitación doble, deberemos seguir una serie de criterios:
• SEXO
Tendremos en cuenta que compartan habitación pacientes del mismo sexo.
• EDAD
Dentro de lo posible procuraremos tener en cuenta que las franjas de edades sean lo más acordes posibles.
• AISLAMIENTO
Por indicación facultativa, estos pacientes necesitan habitación individual. El cese del aislamiento deberá ser acordado por el médico responsable y el Servicio de Medicina Preventiva.
• TERMINALES
Estos pacientes también irán a habitaciones individuales.
• PEDIATRICOS
Comprende a la población de 0 a 14 años y a los menores de dos años se les asignará una cuna en la habitación.
El estado de las camas según su ocupación puede ser:
• HABILITADAS
Están disponibles y pueden ser utilizadas.
• NO HABILITADAS
No están en servicio y pueden ser debido a cierre temporal por falta de personal,por vacaciones, por obras, por falta de equipamiento o por no ser necesarias por falta de demanda asistencial.
• SUPLETORIAS
Son las que se habilitan para poder atender la demanda asistencial cuando esta es superior a la oferta de camas en el centro.
• FUNCIONALES

Todas las camas instaladas habilitadas y supletorias que se necesitan habilitar.
Dentro de estas camas nos encontramos con:
-Habilitadas o en servicio
-Cunas e incubadoras en pediatría
-Unidades de corta estancia
-Supletorias que se hubieran habilitado
Dentro de las camas funcionales no incluiremos:
-Cunas recién nacidos normales
-Camas de observación en urgencias
-Utilizados por personal del centro
-Utilizadas por acompañantes del paciente
-Las utilizadas en hospital de día
-Exploraciones especiales
-Inducción y anestesia
-Salas de reanimación
-Salas postoperatorios
-Diálisis

5 Discusión-Conclusión

La adecuada ubicación del paciente, no sólo influye en su bienestar, también repercutirán de manera directa en la evolución de su enfermedad y su estado de salud.

Debemos tener muy en cuenta la importancia del entorno, ya que el paciente al ingresar sufre un cambio notable al tener que adaptarse a las normas del hospital y perder intimidad e independencia.

6 Bibliografía

• http://iso9001.inr.gob.mx/Descargas/iso/doc/PR-DIH-04.pdf
• https://yoamoenfermeriablog.com/2018/04/15/ingreso-hospitalario-protocolo/
• http://sedom.es/wp-content/themes/sedom/documentos/guia_sadc_definitiva.pdf

Capítulo 1443

RELACIÓN DEL CELADOR CON LOS FAMILIARES DE LOS ENFERMOS.

MARÍA DEL MAR ALONSO MENÉNDEZ

1 Introducción

La orientación e información que debe de facilitar el celador se enmarca dentro del derecho que tiene el usuario de las instituciones sanitarias a la información sobre los servicios sanitarios a que pueda acceder y sobre los requisitos necesarios para su uso.

2 Objetivos

- Conocer la información que un celador puede dar a los familiares al igual que el modo con el que debe de transmitirlo (lenguaje no verbal).

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: pubmed, medline, y scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La información deberá efectuarse de tal forma que sea clara, sencilla, comprensible, completa y detallada para cualquier persona.
Los celadores, entre otras, tienen atribuida la función de transmitir información al usuario, pacientes, familiares siempre y cuando esta información no se refiera a datos de diagnósticos, exploraciones, pruebas o tratamientos que se le estén realizando al paciente. El paciente y sus familiares han de ser tratados con amabilidad y respeto.

5 Discusión-Conclusión

El celador suele ser la primera persona con la que contactan paciente y familiares al llegar a una institución sanitaria. Por este motivo es conveniente que el celador reciba una adecuada formación.
El celador debe ser paciente, saber escuchar y tener cuidado de no herir sentimientos.

6 Bibliografía

- Artículo 10.2 de la Ley General de Sanidad.
- Manual del celador opositor. https://scielo.org/es/
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 1444

LEGISLACIÓN SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

CRISTINA FERNANDEZ BOUSOÑO

MARIA BELEN BERMUDEZ BERMUDEZ

MARIA SONIA IGLESIAS ÁLVAREZ

NOELIA MENÉNDEZ PÉREZ

VANESA GARCÍA VALERO

1 Introducción

Los datos personales son cualquier información referente a personas físicas vivas identificadas o identificables, cuya identidad se determine mediante un identificador (nombre, datos de identificación, datos de localización, etc.)

La Constitución Española de 1978, ampara como derecho fundamental la intimidad y privacidad de las personas. Para garantizar estos derechos y proteger todo lo que concierne al tratamiento de los datos personales, se crea la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre (LOPD), siendo derogada con la entrada en vigor de la Ley Orgánica 3/2018, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, que adapta la legislación española al Reglamento General de Protección de Datos de la Unión Europea.

En 1992 se crea la Agencia Española de Protección de Datos, organismo público encargado de velar por el cumplimiento de la Ley Orgánica de Protección de

Datos de Carácter Personal en España.

2 Objetivos

- Conocer y tratar de forma adecuada los datos personales de las personas físicas.Conocer la legislación vigente en dicha materia y aplicarla.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica, las bases de datos consultaron fueron: PubMed, Google Académico y Science Direct.

En cuanto a la técnica de investigación, se utilizaron artículos publicados desde el 2010 en adelante.
Revisión de bibliografía vigente de Protección de Datos Personales. Las palabras claves usadas fueron: protección de datos, secreto profesional. De 10 artículos, 2 de ellos fueron seleccionados por haber cumplido con los criterios de búsqueda marcados.

4 Resultados

En nuestra vida cotidiana, en las relaciones que entablamos tanto en el mundo real como en el virtual, utilizamos nuestros datos de carácter personal, que deben ser tratados de forma respetuosa cumpliendo una serie de principios y requisitos. Dependiendo del tipo de datos que se traten, éstos pueden ser, por ejemplo, identificativos (nombre, apellidos, número del documento nacional de identidad), referidos a tu situación laboral, financiera o de salud. También existen las categorías especiales de datos, en los que además de los datos de salud, se encuentran los que puedan revelar tu origen étnico o racial, opiniones políticas, convicciones religiosas o fisiológicas, o afiliación sindical, así como el tratamiento de tus datos genéticos, biométricos (si te identificasen de manera unívoca), así como los relativos a tu vida sexual u orientación sexual.
Nuestros datos personales son usados y utilizados a diario en diferentes situaciones:
- En el trabajo.
- Gestiones bancarias.
- Centros de salud y hospitales.
- Registros de agencias de viajes y hoteles.

- Suscripciones a redes sociales y de Internet.

La mayoría de las empresas no protegen de manera conveniente los datos de carácter personal que manejan, con las consiguientes vulneraciones de derechos de los afectados que se producen, recientemente el ámbito de aplicación de la LOPD se ha visto ampliado, desplegando íntegramente sus efectos sobre todos los ficheros contenidos en soporte papel.

La LOPD no sólo se preocupa de imponer obligaciones da los responsables de los ficheros. También juega un papel importante en lo relativo al reconocimiento de derechos de los ciudadanos en cuanto a sus datos. Los derechos que la LOPD establece para afectados por tratamiento de sus datos se encuentran enumerados en la Ley y son los siguientes:

- Derecho de información.
- Derecho de acceso.
- Derecho de rectificación.
- Derecho de cancelación.
- Derecho de oposición.
- Derecho de consulta al Registro General de Protección Datos.

El tratamiento de datos de carácter personal debe ser efectuado por el responsable del fichero, de acuerdo con los principios inspiradores de la LOPD. Los datos de carácter personal únicamente podrán ser recabados y tratados si se cumplen una serie de premisas marcadas por Ley y siempre que el afectado haya prestado su consentimiento.

Entre los diferentes tipos de datos personales hacemos mención especial de los datos sanitarios, que son todos aquellos documentos que recojan información de la situación y evolución de un paciente durante su atención, los datos relacionados con la salud, información sobre la atención sanitaria recibida y que permitan conocer el estado de salud de la persona. En nuestro país los datos de salud tienen una protección especial y por tanto una legislación específica para tal. Hoy en día se encuentra vigente la Ley General de Sanidad de 25 de abril de 1986 y la Ley 41/2002, de 14 de noviembre básica reguladora de la Autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. A ello debemos añadir las normativas propias de cada comunidad autónoma. Por otra parte, es importante conocer los derechos ARCO (Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición), que se encuentren regulados por la Ley Orgánica de Protección de Datos (LOPD).

El personal de las instituciones sanitarias debe tener en cuenta varios aspectos:

- No publicar, comentar, divulgar, esta información, incluso cuando haya finalizado su relación laboral con la institución sanitaria.
- Debe custodiar la información.
- Proteger todos los datos de los usuarios/as.

Para el cumplimiento de la ley:
- Debe haber un consentimiento explícito o por escrito.
- Los datos ha de ser veraces y pertinentes.
- Los/las pacientes debe conocer la existencia de estos datos, su finalidad, los responsables de su tratamiento y los destinatarios de la información. La confidencialidad es primordial.
- Los datos se conservan 5 años.
- Los distintos centros de trabajo tienen habilitación legal para comunicar los datos a las mutuas.
- Solo se podrá facilitar la información a familiares con interés legítimo siempre y cuando el/la paciente no se niegue a ello.

5 Discusión-Conclusión

Cualquier persona física que considere vulnerados los derechos que le otorga la LOPD puede iniciar un procedimiento de tutela de derechos ante la AGPD, que puede llevar a un procedimiento sancionador al responsable del fichero que no hay atendido las solicitudes de un ciudadano en el ejercicio de sus derechos.

Es recomendable que el tejido empresarial español, cada vez más maduro y sensible a temas relacionados con las nuevas tecnologías, tome conciencia de la importancia que para ellos y especialmente para los ciudadanos, tiene que el tratamiento de datos se realice mediante un riguroso cumplimiento de la normativa legal vigente.

En el ámbito sanitario afecta a los profesionales con las siguientes obligaciones:
- Principio de calidad de datos.
- Principio de información y consentimiento.
- Principio de seguridad.
- Principio de confidencialidad.
- Principio de comunicación de datos.

Con la aplicación de esta Ley se pretende proteger a los pacientes, que no haya filtraciones con respecto toda la información contenida en su historia clínica. Y

que se sancione debidamente su incumplimiento. Ninguna información puede ser compartida salvo que sea requerida por instancias judiciales y con las garantías legales.

El personal de instituciones sanitarias debe guardar silencio. De toda la información que por su trabajo manipule. Y recordar que las imprudencias con relación a la protección de datos son motivo de sanciones leves, graves o muy graves.

6 Bibliografía

- https://scholar.google.es/schhp?hl=es
- https://www.aepd.es/sites/default/files/2019-12/guia-pacientes-usuarios-sanidad.pdf
-https://protecciondatos-lopd.com/empresas/guia-centros-sanitarios/
https://www.jerez.es/fileadmin/Documentos/Participacion_Ciudadana/voluntariado/documentos/curso_voluntariado/Charla_-__LOPD.pdf
- https://scholar.google.es/schhp?hl=es
- https://www.elsevier.com/es-es/solutions/sciencedirect
https://es.wikipedia.org/wiki/Ley_Orgánica_de_Protección_de_Datos_de_Carácter_Personal_(España)
- https://www.aepd.es/es

Capítulo 1445

GESTIÓN DE CALIDAD PARA PERSONAL ADMINISTRATIVO EN CENTROS SANITARIOS.

DAVID LAPRESA ARRANZ

MARIA ISABEL RODRIGUEZ ESTRADA

BEATRIZ ALVAREZ JIMENEZ

MARIA JOSE GONZALEZ GARCIA

LIDIA GARCIA

1 Introducción

La calidad no es solo una cuestión propia de algunos estamentos, sino que es obra de todos los elementos que forman la institución, desde el operario de obras o el auxiliar administrativo, hasta el responsable técnico que dirige el Servicio o la Unidad administrativa. La correcta gestión de la calidad aporta un valor añadido a la resolución de problemas.

La definición de calidad de la Norma ISA 9000 es la siguiente: El conjunto de propiedades y características de un producto o servicio que le confieren su aptitud para satisfacer unas necesidades expresadas o implícitas.
Es por ello de vital importancia tener en cuenta una serie de principios para que el funcionamiento de las instituciones sanitarias sea de acorde a la calidad

esperada.

2 Objetivos

- Establecer la estructura y las principales características que debe cumplir el sistema de gestión de la calidad de un sistema sanitario.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: pubmed, medline, y scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Para un correcto tratamiento de la calidad, se debe seguir la normativa al respecto. Concretamente las normas UNE-EN ISO 9001:2008 y UNE-EN ISO 9004:2000 se basan en ocho principios que resumen las mejores prácticas en la gestión de la calidad:

- Organización enfocada al cliente
- Liderazgo
- Participación del personal
- Enfoque basado en procesos
- Enfoque de sistema para la gestión
- Mejora continua
- Enfoque basado en hechos para la toma de decisión
- Relaciones mutuamente beneficiosas con el proveedor

Un sistema de gestión de la calidad es la forma en la que una institución dirige y controla todas las actividades que están asociadas a la calidad. Las partes de un sistema de gestión son:

- Organización
- Planificación.
- Estructura organizativa
- Gestión de los recursos humanos

• Control de la calidad

Concretamente, los principios que inspiran el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud buscan ofrecer garantías a los pacientes, los usuarios y los profesionales que lo integran, para conseguir un Sistema Nacional de Salud que cumpla lo siguiente:
• Centrado en las necesidades de pacientes y de usuarios.
• Orientado a la protección, la promoción de la salud y la prevención.
• Preocupado por el fomento de la equidad.
• Decidido a fomentar la excelencia clínica.
• Interesado en impulsar la evaluación de tecnologías y procedimientos con base en la mejor evidencia disponible.
• Capaz de generalizar el uso de las nuevas tecnologías de la información para mejorar la atención a pacientes, usuarios y ciudadanos y asegurar la cohesión de los servicios.
• Capaz de planificar sus recursos humanos con suficiente anticipación para cubrir Adecuadamente las necesidades de los servicios.
• Transparente para todos los actores.
• Evaluable en el resultado de sus acciones.

En general, la gestión de la calidad exige una planificación, diagnóstico, establecimiento de objetivos, y el desarrollo de unos planes. Para implantarlo adecuadamente, se deben seguir las siguientes fases: Etapa de gestión del cambio; Etapa de implantación; Etapa de verificación; Etapa de mejoramiento.

Es especialmente importante, dentro de la función administrativa, el diseño documental del sistema. La documentación es el momento en el cual se plasman no solo las formas de operar de la organización sino toda la información que permite el desarrollo de todos los procesos y la toma de decisiones. La metodología que se propone para esta fase de documentación cuenta con las siguientes etapas:
1. Determinación de las necesidades de documentación.
2. Diagnóstico de la situación de la documentación en la organización.
3. Diseño del sistema documental
4. Elaboración de los documentos.
5. Implantación del sistema documental.
6. Mantenimiento y mejora del sistema.

Para la correcta gestión de la calidad se emplean una serie de herramientas:
• Cuestionarios
• Tormenta de ideas.

• Lista de verificación.
• Diagrama de Pareto.
• Histograma.

Por ejemplo, la Hoja de Verificación (también llamada "de Control" o "de Chequeo") es un impreso con formato de tabla o diagrama, que se emplea para registrar y almacenar datos de una forma sencilla y sistemática, como la anotación de marcas asociadas a la ocurrencia o no de determinados sucesos. Es una forma estandarizada de recoger datos para conocer la frecuencia con que se producen determinados hechos.

Un ejemplo de hoja de verificación subdividida puede ser el control del tipo de tareas que se realizan en el puesto de administrativo. Incluiría las siguientes tareas: Introducción de datos; Impresión de documentos; Atención a los usuarios; Envío correspondencia, etc y se chequearía su realización para cada día de la semana. Los registros deberán tener siempre listados horizontales y verticales y los datos necesarios para su identificación (fecha, numeración, nombre del proyecto, agente observador, etc).

5 Discusión-Conclusión

Para la correcta gestión del sistema de calidad en los centros sanitarios, se deben seguir las recomendaciones y principios que inspiran el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud, así como la normativa ISO correspondiente, seguir una serie de fases para la implantación del sistema, y posteriormente desarrollar los pertinentes planes de calidad teniendo en cuenta las particularidades del entorno sanitario.

6 Bibliografía

• ISO 9001:2008 Normas para la Gestión de la Calidad y el Aseguramiento de la calidad.
• Gómez Beltrán, J.R.: "Planificación de la calidad. Material para la maestría en Aseguramiento de la Calidad". ISPJAE, 1998.
• Calidad en Instituciones Sanitarias. FYSA Formación y Sanidad.
• Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

• Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud.

Capítulo 1446

PREVENCIÓN DEL ACOSO PSICOLÓGICO LABORAL EN EL PERSONAL NO SANITARIO.

MARIANO VALLINA ANTUÑA

1 Introducción

El acoso psicológico laboral (mobbing) no tiene una definición consensuada, aunque la más extendida y utilizada es la de Einarsen, Hoes, Zapf y Cooper (2003) que la definen como "acosar, ofender, excluir socialmente a alguien o afectar negativamente las tareas de su trabajo. Para aplicar la etiqueta mobbing a una actividad, interacción o proceso en particular, éste tiene que ocurrir repetida y regularmente" (al menos una vez a la semana) "y durante un período de tiempo" (más de seis meses).

La Unión Europea lo define como un comportamiento negativo entre compañeros o entre superiores e inferiores jerárquicos, a causa del cual, la persona afectada es objeto de acoso y ataques sistemáticos durante mucho tiempo, de modo directo o indirecto, por parte de una o más personas, con el objetivo y/o el efecto de "hacerle el vacío".
En definitiva, es uno más de los elementos de un fenómeno mayor: la violencia laboral, aunque el acoso psicológico laboral va más allá de la simple agresión física e incluye conductas que son susceptibles de violentar e intimidar a quien las sufre.

2 Objetivos

- Determinar el objeto, las conductas así como los efectos del acoso psicológico laboral.
- Establecer en las Instituciones sanitarias una serie de medidas que impidan comportamientos hostiles entre compañeros.

3 Metodología

Se revisaron diferentes bases de datos (Dialmet ISOC Ciencias Sociales y Humanidades, IME Biomedicina y Psyco Info).
Se marcó un índice temporal entre 1997-2019, usando filtro de idioma español e inglés. Los marcadores utilizados fueron: mobbing, acoso psicológico laboral, factores de riesgo psicosociales. De un total de 258 referencias encontradas se han elegido 5 para un estudio más detallado por cumplir todos los criterios de inclusión.

4 Resultados

El acoso psicológico laboral tiene como objetivo el desgaste emocional y físico de la persona acosada guiando el ataque contra el equilibrio y la resistencia psicológica del trabajador/a víctima del acoso. En muchas ocasiones, el objetivo último que se persigue es que el/la trabajador/a tome la decisión, de forma voluntaria, de abandonar su lugar de trabajo. En otros casos, el propósito es eliminar a un posible competidor/a en la promoción laboral o bien, porque se ha convertido en un/ una trabajador/a molesto.

Después de revisar varios estudios podemos clasificar las conductas del acoso psicológico laboral en:
1. Provocar aislamiento social: restringiendo las vías de comunicación de la víctima de forma que el acosador evita dirigirle la palabra y no permite que los compañeros/as de trabajo se comuniquen con la víctima.
2. Cambios en el trabajo: pueden ser de varios tipos, trasladando a la víctima de lugar físico de trabajo, no asignarle nuevas tareas utilizando como pretexto que no esta capacitado/a, asignarle tareas que no tengan sentido o que sean degradantes.
3. Ataques a la vida privada y características personales: pueden ser inventadas o malinterpretadas intencionadamente, sobre la vida privada, como por ejemplo, situación de pareja, historia familiar, problemas en la educación de los hijos… Y

también ataques a las características personales como el tono de voz, o alguna discapacidad que presente.
4. Amenazas verbales: son las más utilizadas por los acosadores, las realizan a través de gritos e insultos.
Por todas estas conductas, la víctima puede sufrir una serie de efectos:
• Ansiedad.
• Depresión.
• Trastornos emocionales y cognitivos.
• Trastornos psicosomáticos.
• Trastornos conductuales.
• Invalidez
• Desinterés en la vida social.
Incluso pueden producirse intentos de suicidio.

Por lo tanto, se considera imprescindible que en las instituciones sanitarias se prevean las conductas antes descritas y dar unas pautas a todo el personal para evitarlo, debiendo dar importancia a los siguientes aspectos:
1. Hacer respetar a todos los trabajadores de su entorno laboral y especialmente los de su mismo equipo de trabajo.
2. Promover las relaciones correctas. Ser cortés en el trato.
3. Potenciar la participación de todas y cada una de las personas que formen el equipo de trabajo.
4. Favorecer la comunicación en su entorno de trabajo.
5. Establecer un mecanismo en el que el personal pueda trasladar sus aportaciones a la incorporación de mejoras.
6. Facilitar la formación en habilidades sociales.

De esta manera, si la prevención del mobbing en el ámbito sanitario se hace efectiva, intentando reducir al máximo que se produzca dicho acoso laboral entre el personal no sanitario, repercutirá positivamente en la eficiencia, en el engranaje de los sistemas de salud, y en consecuencia en el bienestar tanto físico, psicológico como social del personal no sanitario.

5 Discusión-Conclusión

El acoso psicológico laboral es una grave patología organizacional. El mobbing laboral se intenta ocultar, por lo que es preciso concienciar sobre la necesidad

de afrontarlo. Se considera necesario implantar protocolos de actuación ante el acoso laboral en todas las instituciones sanitarias, con el fin de, por una parte, proteger a las víctimas y por otra parte, establecer un régimen sancionador para aplicar a las personas que tras el procedimiento correspondiente sean identificadas como autores de haber actuado como acosadores. Asimismo, es preciso indicar que estos protocolos deben aplicarse en todos los casos que se detecten.

En consecuencia, dado el incremento de los casos de mobbing que se están registrando, es primordial llevar a cabo actuaciones preventivas, entre las que se puede señalar que en los centros de trabajo se desarrollen estilos democráticos de dirección.

La prevención del acoso laboral en el personal no sanitario es esencial con el fin de que no influya negativamente en el desarrollo del funcionamiento del centro de trabajo, al tratarse de un trabajo en cadena, y por supuesto un trabajo en equipo, trabajo que va dirigido a prestar cuidados y atenciones a personas con problemas de salud. Por lo tanto, la dirección del centro sanitario tiene la obligación de procurar estar vigilante para evitar que se produzcan situaciones de mobbing.

6 Bibliografía

- Piñuel y Zabala, Iñaki. 2001. "Mobbing. Como sobrevivir al Acoso Psicológico en el Trabajo". Editoral Sal Térrae. Bilbao, España.
- Asociación Psiquiatría Americana. 1998. "Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales" (DSM-IV). Editorial Masson 4ta. Edición. Barcelona, España.
- Leymann, H. y Gustafsson, A. (1996). Mobbing at work and the develop-ment of Post-traumatic Stress Disorders. The European Journal ofWork and Organizational Pychology
- Adams, A. (1992). Bullying at work [Intimidación en el trabajo]. London: Virago Press.
- Bassman, E. (1992). Abuse in the Workplace. Westport, CT: Quorum Books.
- Piñuel y Zabala Iñaki "Las 100 claves del mobbing. Detectar y salir del acoso psicológico en el trabajo" 2017 Ed. EOS Psicología.

Capítulo 1447

LA MUJER COMO CUIDADORA INFORMAL

M. DEL CARMEN CASTRO ALVAREZ

1 Introducción

En la actualidad la sociedad en la que vivimos es una sociedad envejecida, debido al descenso de la natalidad y al aumento de la esperanza de vida hoy en día. Esto se traduce en una cronicidad de las enfermedades y una demanda de cuidados por parte de las personas que necesitan satisfacer sus necesidades básicas e instrumentales.

Para dar respuesta a esta demanda existe los denominados cuidadores formales e informales. Los formales engloban los centros y profesionales con formación especializada, con límites horarios, remuneración económica, etc. Los celadores formamos parte del nivel de los cuidados que llamamos formal o profesional. Y luego, estarían los cuidadores informales o también llamados no profesionales que serían los que no tienen una capacitación profesional específica en este campo, sin remuneración ni límites horarios, pero con una elevada vinculación afectiva con la persona y que serían los familiares o amigos.

Esta tarea de prestar los cuidados básicos no suele ser equitativa dentro de la familia, en el sentido de que el peso de la atención normalmente recae en una persona, que pasa a ser la cuidadora principal y que será casi siempre una mujer. Las mujeres suelen ser por ello, las principales implicadas en el cuidado familiar, resultado del rol de género que tienen asumido, ya que desde la antigüedad la mujer ha sido la encargada de los cuidados a los enfermos en el entorno de la familia.

La tarea sobrevenida de cuidar puede generar un impacto negativo en la salud de la mujer conocido como “Sobrecarga del cuidador”.

2 Objetivos

- Identificar los efectos de la sobrecarga en la salud de la cuidadora.
- Conocer cómo fomentar el autocuidado para mejorar su bienestar.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en internet a través de bases de datos: PubMed, Biblioteca virtual Scielo, Dialnet, Google Académico.

Se han empleado para ello los descriptores: cuidado informal, incapacidad, dependencia, bienestar.

Como criterios de inclusión se han consultado textos en idioma castellano e inglés y como criterio de exclusión los textos no gratuitos.

4 Resultados

En el esfuerzo por atender las demandas de la persona enferma, la mujer como cuidadora informal, unida fundamentalmente por lazos afectivos (hija, madre, esposa, nuera), se ve sobrepasada al tener que realizar una actividad para la que no ha sido preparada, actividad no remunerada y que se va a extender en el tiempo. Esta “carga” tiene efectos a nivel físico, psicológico y social.

A nivel físico, pueden darse alteraciones del sueño, dolores articulares, cansancio, fatiga, pérdida de peso, etc.

En el nivel psicológico los sentimientos de ansiedad y depresión están muy presentes. La cuidadora se siente infravalorada en sus labores, incomprendida, y es muy frecuente que aparezcan sentimientos de resentimiento y culpabilidad. La tarea de cuidar puede ser una fuente de discusiones y conflictos entre los miembros de la familia. Las alteraciones del estado de ánimo son frecuentes en la mujer, favoreciendo desacuerdos con el resto de familiares. La cuidadora principal se ve abrumada por las demandas a las que se ve sometida si además del cuidado del enfermo tiene que hacer frente a las demás tareas de la casa. La posible actividad laboral fuera de casa es otro generador de tensión añadido y así en ocasiones

deben plantearse reducir parte de su jornada laboral para poder atender al enfermo.

Se produce así una transformación en todas las parcelas de su vida: en el área personal, social, laboral y también en ocasiones económica. El nivel de ocio y tiempo libre, el cual también se ve disminuido al tener que ocuparse del familiar y aun teniendo tiempo, no lo disfrutan como debieran, según la bibliografía existente. La mayoría de los cuidadores conviven con el enfermo lo que agrava aún más la situación de estrés del cuidador al tener que hacer frente a una cantidad continua e interminable de quehaceres y tareas.

La carga emocional que sufren las cuidadoras principales es un hecho palpable, pero dependiendo de las estrategias de afrontamiento y recursos que tengan pueden vivirlo de forma diferente, llegando en ocasiones a ser una tarea laboriosa pero gratificante. Por esto se hace necesario ayudar a las cuidadoras dotándolas de los medios necesarios para que disminuya la sobrecarga y que afecte lo menos posible a su salud. Hacemos referencia a lo que los autores llaman "cuidar al cuidador".

Hay que ayudar a que el cuidador tenga toda la información necesaria sobre cómo afrontar la enfermedad, para poder así actuar cuando las ocasiones lo requieran y tomar las decisiones correctas.

Buscar apoyo en el sistema de cuidados formal, utilizando los dispositivos asistenciales necesarios, como la ayuda a domicilio, centros de día, cuidadores preparados profesionalmente, etc. buscando así minimizar la carga y ayudar a la persona dependiente de la mejor manera posible.

Buscar también apoyos familiares para compartir las tareas y que pueda tener una vida propia y activa, manteniendo sus intereses personales, amistades, tiempo de ocio, ejercicio, etc.

Es obvio que su salud es tan importante o más que la de la persona que depende de ellos y hay que intentar buscar un equilibrio entre lo que demanda el enfermo y lo que la cuidadora necesita.

5 Discusión-Conclusión

En la sociedad actual el elevado número de personas dependientes, que requieren cuidados hace necesario la actuación conjunta de los cuidados profesionales y no

profesionales o familiares.

El sistema de cuidados informal favorece que los enfermos no modifiquen su entorno evitando que sean internados o ingresados. pero esto muchas veces conlleva una sobrecarga en los cuidadores y más concretamente en la mujer cuidadora. La mujer ha sido siempre la encargada de velar por la salud de la familia y aunque a veces los hombres también colaboran, su nivel de implicación y dedicación es menor.

Es un hecho real la incorporación masiva de la mujer al mundo laboral, y también es cierto que siguen ocupándose mayoritariamente de los cuidados familiares debido al rol de género que aún se mantiene en el tiempo. Es decir que a pesar de los cambios sociales que hemos experimentando la mujer cuidadora debe compaginar la actividad laboral fuera de casa con el cuidado de personas mayores o dependientes de su entorno. Las consecuencias que se generan casi siempre son negativas para la mujer cuidadora.

La solución pasa entonces por buscar un apoyo de los profesionales sanitarios y sociales, dar soporte desde la atención primaria y domiciliaria para que las personas puedan seguir viviendo en sus domicilios. El sistema formal de cuidados debe complementarse con el sistema informal para procurar que el suministrar los cuidados informales en casa sea beneficioso tanto para la persona enferma como para la cuidadora.

6 Bibliografía

- Envejecimiento.csic.es › documentos › polibienestar-sobrecarga-0. La sobrecarga de las cuidadoras de personas dependientes.
-Repositorio.unican.es › xmlui › bitstream › handle › GomezSotoM Cuidar al cuidador informal. - UCrea - Universidad de Cantabria.
-Relación entre cuidados formales e informales. Un análisis por países basado en la encuesta share. Virginia Colás-Barriobero Blanca Simón Fernández, Universidad de Zaragoza.
- Scielo

Capítulo 1448

HABILIDADES SOCIALES. LA RELACIÓN PROFESIONAL ENTRE EL PACIENTE Y EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO SANITARIO.

LUCIA GARCÍA ALONSO

ROSA ANA MENÉNDEZ REFOYO

1 Introducción

La comunicación es un proceso complejo, de carácter social e interpersonal, en el que se lleva a cabo un intercambio de información, verbal y no verbal, se ejerce una influencia recíproca y se establece un contacto a nivel racional y emocional entre los participantes, que puede definirse como un proceso en el que intervienen dos o más seres o comunidades humanas que comparten experiencias, conocimientos, sentimientos; aunque sea a distancia, a través de medios artificiales. En este intercambio los seres humanos establecen relaciones entre sí y pasan de la existencia individual aislada a la existencia social comunitaria.

En el ámbito de la salud la comunicación es la herramienta base de cualquier relación, personal o profesional. Debemos comunicarnos correctamente para poder transmitir nuestros conocimientos y mantener una relación fluida y positiva con los usuarios.
Dos de los puntos más importantes para que exista una óptima comunicación entre el paciente y el personal del ámbito sanitario son: la Empatía y las habilidades sociales, ambos componentes de la inteligencia emocional.

2 Objetivos

A través de la presente revisión bibliográfica se ha pretendido realizar un análisis de los estudios existentes sobre aspectos relacionados con los procesos de comunicación y las habilidades sociales en la atención al usuario, así como el papel del auxiliar administrativo como parte integrante del equipo multidisciplinar interviniente dentro de la cadena de atención al paciente.

3 Metodología

Para la realización de la presente revisión bibliográfica se ha llevado a cabo un análisis sistemático de publicaciones científicas en bases de datos: Dialnet y Scielo, así como el metabuscador Google Académico y en la biblioteca digital de la UOC. Se utilizaron descriptores en español: "técnicas de intervención al usuario", "habilidades sociales", "escucha activa", "atención al paciente", así como operador booleano "and".

4 Resultados

La Comunicación en nuestro entorno laboral y social es fundamental. Saber qué decir y cómo decirlo a los pacientes, facilita las relaciones, evita los malos entendidos y, en consecuencia, mejora la calidad laboral diaria y con ello el bienestar profesional y personal.
Para mantener una correcta relación profesional con los usuarios, los auxiliares administrativos sanitarios deberemos adquirir unas habilidades de comunicación que podemos expresar en dos vertientes: habilidades de recepción y habilidades de emisión

Los objetivos que como profesionales del sistema sanitario debemos conseguir son:
- Ofrecer pautas e indicaciones claras a los pacientes o clientes que acuden a nuestro Servicio
- Que dichas pautas impliquen informar, comunicar, para que los individuos solventen sus dudas y realicen las gestiones necesarias con la mayor facilidad posible

Para conseguir estos objetivos debemos dominar las siguientes herramientas:

La comunicación no verbal

La comunicación no verbal es el lenguaje complementario al de las palabras, formado por los gestos, las posturas, las miradas que utilizamos - consciente o inconscientemente- para expresar estados de ánimo o sentimientos de manera habitual.

Es de tal importancia que se considera que una comunicación cara a cara, el componente verbal es del 35% frente al 65% que se corresponde con la no verbal (gestos, movimientos, señales, etc.)

Está formada por tres partes:

• La parte que incluye los gestos, las manos, las posturas, miradas, etc.

• El tono de voz, velocidad al hablar etc.

• Distancia personal que necesitamos para sentirnos seguros, está dependerá de los interlocutores y las circunstancias en las que nos movamos

Por ello es imprescindible dominar la comunicación no verbal y las habilidades de comunicación a la hora de atender a los pacientes.

Es importante recordar que:

Mantener contacto visual con el paciente transmite interés hacia él, pero debe ser intermitente para que no sea percibido como una señal negativa o intimidatoria por parte del mismo.

Durante el proceso asistencial, la distancia de trabajo no puede ser inferior a 50 cm, lo que en un primer momento puede intimidar a algunos pacientes.

La empatía

Para la Real Academia de la Lengua Española, empatía es la "identificación mental y afectiva de un sujeto con el estado de ánimo de otro"; sin embargo, en la relación personal del ámbito sanitario-paciente ésta puede resultar clave no sólo para lograr el éxito de un tratamiento, sino también para garantizar el vínculo terapéutico.

Beneficios de la empatía en el ámbito sanitario

Para el profesional de la salud la empatía es una forma especial de conocer al paciente. Ser empáticos con el paciente redunda en:

- Mejor relación personal sanitario-paciente.
- Adherencia al tratamiento.
- Reducción de costos en salud.
- Cómo lograr empatía con el paciente

Aunque hay quienes consideran innecesario preocuparse por este aspecto, la realidad es que cuando el profesional de la salud no quiere vincularse con el paciente suele provocar una barrera comunicativa, mientras que involucrarse demasiado no resulta conveniente Por ello, podemos partir de una premisa básica: "hay que ponerse en los zapatos del otro", ya que la empatía exige escuchar y observar. Pensar en que, al ser profesional de la salud, se posee conocimiento que el paciente no tiene y, partiendo de eso, hacernos la pregunta:¿cómo me gustaría ser tratado si estuviera en su lugar?

A fin de lograr la lealtad del paciente mediante la empatía, es importante considerar que ésta involucra dos aspectos principales:
- Determinar cómo se siente la otra persona y cuáles son sus valores.
- Colocarse mental y emocionalmente en su lugar.
- Es imprescindible tener presente que la comunicación es una necesidad primaria de la especie humana.

En el ámbito de la salud la interacción entre el paciente, el personal administrativo, el sanitario y su familia se hace imprescindible, por lo que además de mantener actitudes empáticas, es fundamental dominar la técnica de escucha activa en la práctica diaria de la atención al paciente. Esta técnica consiste en escuchar lo que el paciente nos dice y hacerle ver que le hemos entendido. Implica prestar atención constante tanto hacia el componente verbal como al no verbal.

El proceso de comunicación ha de ser un intercambio en el que debemos ser capaces de escuchar, reducir el temor, calmar, intentar conocer lo que está sintiendo nuestro interlocutor, admitir diferencias, manejar los estados de ánimo de los usuarios, conseguir un mejor cumplimiento de nuestras indicaciones, fomentar la independencia de los pacientes, y saber controlar nuestros sentimientos. Una buena comunicación es parte del éxito y de la excelencia en la gestión de salud. No le estamos robando tiempo a nuestro trabajo, es parte de él.

La escucha activa
Para mantener una correcta y positiva atención al usuario resulta fundamental dominar ciertas técnicas de habilidades sociales . Entre ellas es importante resaltar la técnica de la escucha , considerando que es una técnica que encuadra la actitud del profesional. La atención activa permite superar los errores en la comunicación entre el profesional y el usuario.

Ortega Bevia la explica como sigue:
"se basa en el acentuamiento de la atención mientras el paciente habla. Ello requiere mirarlo directamente. Comunicarle verbal o no verbalmente el interés y la comprensión sobre lo que relata. Por lo general, la gente no lo hace y mantiene una atención vaga, que se centra en los momentos en los que el discurso parece referirse a los criterios establecidos por él previamente sobre el problema; o lo que es peor, sobre intereses personales. Esto es lo propio de las charlas de café o cotilleo en torno a una mesa camilla. Este tipo de atención de 'vaivén' o de seudoatención no es lo que debe practicar una persona que ha aceptado el compromiso de implicarse en una relación terapéutica con alguien." F. Ortega Bevia (2008). Psicoterapia. Teoría y práctica (pág. 98). Sevilla: Universidad de Sevilla. Secretariado de publicaciones.

Ortega Bevia refuerza las diferencias entre la intervención filantrópica y caritativa y la intervención profesional. La persona que acude a un profesional , en este caso auxiliar administrativo en el ámbito sanitario, espera una atención profesional y no amistosa.

Por tanto, y apoyándonos en dicha definición podemos determinar que se considera escucha activa en el ámbito sanitario a la comunicación bidireccional establecida entre el profesional sanitario, y/o en este caso al personal administrativo sanitario, y el paciente, de forma que este último perciba que está siendo escuchado. Para ello, se debe prestar atención a lo que el usuario transmite y mostrar interés por medio tanto de la comunicación verbal como de la no verbal

Los resultados obtenidos indican que las actitudes necesarias para desempeñar la escucha activa pueden clasificarse en físicas o psicológicas. Las primeras o físicas permiten al profesional sanitario mostrar al paciente su interés por lo que nos transmite de forma no verbal. Entre ellas destaca la posición corporal, el contacto visual directo o la expresión de la cara al realizar gestos de asentimiento. Las segundas o psicológicas manifiestan un interés de lo que se expresa verbalmente. En este ámbito destacan el feed back o retroalimentación y la empatía, caracterizada por ponerse en el lugar del otro.

Por otro lado, los objetivos principales de la escucha activa son: Facilitar la comunicación entre el personal sanitario, el paciente y su núcleo familiar. Contribuir a la creación de la relación de ayuda. Incrementar la motivación del pa-

ciente. Generar un clima de confianza y seguridad. Se han encontrado numerosas publicaciones científicas que constatan cómo aplicar la técnica de la escucha activa resulta clave para obtener información del caso y conocer las necesidades y afectaciones psicosociales del paciente.

5 Discusión-Conclusión

La comunicación es una necesidad primaria del ser humano, debido a la necesidad de compartir los pensamientos, sentimientos y/o sabiduría. En el ámbito de la salud esta necesidad de comunicación se magnifica, y se hace imprescindible. En ocasiones se originan situaciones en las que la comunicación es deficiente o inadecuada, causando un conflicto interpersonal.

El dominio de las habilidades sociales aplicadas por el auxiliar administrativo, como primer eslabón de la cadena de atención al paciente, favorecerá que tanto el clima positivo de trabajo como el establecimiento de un vínculo de confianza con el usuario, permitan que éste se sienta mejor atendido y por tanto vea satisfecha su demanda en el ámbito sanitario. El respeto al usuario y la capacidad de ponerse en su lugar evitarán situaciones conflictivas generadas por la distancia asistencial y favorecerán la relación con el paciente.

6 Bibliografía

- Batalla Sales, M. La escucha activa en atención primaria. Univeristat Jaume I. Castellón. 2014
- Delbecq, A. L. y otros (1984). Técnicas grupales para la planeación (pág. 32-34). México: Trillas.
- Gubern, R. (2000). El eros electrónico. Madrid: Ed. Taurus.
- Kedward, C. (2009). "Empathy". En: M. Davies. The Blackwell Encyclopaedia of Social Work. Oxford: Blackwell Publishing.
- Codina Jiménez, AlexisSaber escuchar. Un intangible valiosoIntangible Capital, núm. 3, septiembre-octubre, 2004Universitat Politècnica de CatalunyaBarcelona, España
- Ortega Bevia, F. (2008). Psicoterapia. Teoría y práctica. Sevilla: Universidad de Sevilla. Secretariado de publicaciones.
Palmero, F. y otros (2008). Motivación y emoción. Madrid: McGraw Hill.

Capítulo 1449

LA PULSERA IDENTIFICATIVA.

ÁNGELES RODILES LANA

ELISA LUCIA BUSTO BASCÓN

1 Introducción

Gracias a las nuevas tecnologías en la mayoría de las unidades de hospitalización ya están implantadas las pulseras identificativas electrónicas con su código de barras. Esto nos es de gran ayuda para poder identificar fácilmente a un paciente, como seguridad y control de los pacientes. Ya que si no se puede identificar de forma sencilla, esto nos llevará a errores a la hora asistencial.

- La estrategia de mejorar la identificación a través de las pulseras identificativas es la más difundida. Todos los pacientes ingresados en la unidad de hospitalización deberán llevar una pulsera colocada en el brazo dominante ya que una atención sanitaria segura es un derecho básico de los usuarios.
- Tendremos que revisar y comprobar que la identificación; nombre, apellidos, número de historia clínica (tanto en número como en código de barras) y fecha de nacimiento (día, mes y año) es correcta.
- En cualquier organización sanitaria, la identificación incorrecta de los pacientes es una causa importante de problemas y complicaciones ya que los procedimientos serán llevados a cabo en la persona equivocada.
- Lo más importante y esencial siempre debe ser la seguridad del paciente y los errores identificativos aunque representan un bajo porcentaje nos complican mucho, ya que no puedes asegurar el tratamiento correcto. Así como errores en otros aspectos de la asistencia clínica, como por ejemplo en la toma de medicación.

Por lo que una buena identificación, revisando y utilizando correctamente este avance de la pulsera identificativa con código de barras, estos fallos serán minimizados.

2 Objetivos

- Proporcionar conocimientos básicos y actualizados sobre la pulsera identificativa.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: pubmed, medline, y scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Bibliografía

- Servicio Salud del Principado de Asturias. Sespa. Plan de confortabilidad del Servicio Salud del Principado de Asturias. https://www.sspa.juntadeandalucía.es/agenciadecalidadsanitaria/archivo/estrategia-para-la-seguridad-del-paciente-2011-2014.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 1450

RIESGOS LABORALES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO SANITARIO.

NURIA GRANDA VILLA

MARIA DELFINA AMPARO GUTIERREZ SUAREZ

1 Introducción

Normalmente, cuando un usuario o paciente llega a un centro de salud o a un hospital el primer contacto lo establecen con un auxiliar administrativo. La prevención de riesgos laborales de un auxiliar administrativo se regula en la prevención de riesgos laborales en oficinas y despachos.

La exposición a factores de riesgo en el trabajo se asocia a problemas de salud para el trabajador lo cual también influirá en los intereses del centro sanitario donde trabaje ya que supondrá mas carga de trabajo para otros compañeros, un coste de personal más elevado si lo han de sustituir y es por lo que actualmente la prevención de riesgos laborales está tan de moda y es algo que cada vez más preocupa tanto a los trabajadores sanitarios como a la directiva de los centros sanitarios.

Para poder evitar los factores de riesgos laborales lo primero que hay que hacer es identificarles y después comparar el valor obtenido con otro que se tuviera anteriormente y usarlo como referencia para así saber si actuar o esperar.

2 Objetivos

- Conocer los principales riesgos laborales a los que están expuestos los auxiliares administrativos de sanidad.

3 Metodología

La información aquí expresada está basada en una búsqueda en diferentes bases de datos, como Google Scholar, Dialnet, Scielo. Se han empleado como descriptores: auxiliar administrativo, riesgos laborales, sanidad, sanitario.
Se han empleado como criterios de inclusión: textos escritos en castellano e inglés; y se han excluido aquellos que carecieran de acceso gratuito.

4 Resultados

Un auxiliar administrativo está expuesto a una serie de riesgos laborales y por tanto el personal de auxiliar administrativo de sanidad no está exento.
Los riesgos laborales a los que el personal auxiliar de administración en el ámbito sanitario está expuesto son:
• Caídas y golpes contra objetos: resbalones en suelos mojados, tropezones con cables de aparatos electrónicos o con objetos mal colocados en el suelo.
• Cortes con herramientas manuales.
• Contactos eléctricos.
• Posturas y movimientos adoptados: por lo general, el personal de administración está sentado en una silla junto a una mesa para desempeñar su trabajo, por lo que al pasar mucho tiempo sentado pueden aparecer problemas circulatorios, problemas musculo esqueléticos.

Si el puesto de trabajo está mal configurado aparecerán desgaste de articulaciones. Al hacer acciones repetitivas durante mucho tiempo, producirán dolor de cuello, dolor de muñecas.
Al no estar sentado correctamente se estará forzando la espalda así que aparecerá dolor de espalda. Además, si se usa un ordenador, que es lo habitual, debido a la introducción de datos podrá aparecer dolor de mano y muñeca.
• Manipulación manual de cargas: no es común que el auxiliar administrativo sanitario tenga que manipular cargas, pero a veces tiene que coger cajas de papel para fotocopiadoras, cajas con archivos… lo que puede provocar dolores de

espalda si no se adopta la postura correcta y/o no se tiene la condición física necesaria.
• Fatiga visual: es un factor de riesgo muy común entre los auxiliares administrativos sanitarios ya que aparece cuando la pantalla del ordenador está mal ajustada y por consiguiente el contraste y el brillo no son los adecuados. También aparece la fatiga visual por una mala iluminación del puesto de trabajo bien por defecto o por exceso de iluminación lo que provocará que el administrativo tenga que forzar su visión. Al igual que también contribuye a tener fatiga visual los reflejos provocados en la pantalla del ordenador.
• Confort acústico: si el auxiliar administrativo sanitario tiene ruidos que le molesten, le van a provocar el no poder concentrarse en el trabajo e incluso puede generar estrés.
• Confort térmico: que el personal de administración no esté a gusto con la temperatura puede provocar problemas de concentración y rendimiento en el trabajo.
• Calidad del aire dentro del edificio de trabajo: una mala calidad del aire que el auxiliar administrativo respire dentro del edificio donde trabaje puede provocar problemas de salud como ronqueras, picor de ojos, dolores de cabeza, náuseas, …
• Radiaciones y campos electromagnético: los aparatos electrónicos pueden generar campos electromagnéticos que interfieran en otros aparatos electrónicos haciendo que éstos no funcionen correctamente lo que provocará molestias al trabajador.
• Factores biológicos: el personal auxiliar administrativo de sanidad al estar en contacto directo con pacientes y usuarios está expuestos a coger virus, hongos, bacterias, parásitos …
• Factores psicosociales son:

1. Elevado número de exigencias psicológicas: a) El estrés: es el riesgo psicosocial más común. Hay muchos motivos por los que una persona puede alcanzar el estado de estrés, por ejemplo, el actual ritmo de vida de ir siempre con el tiempo justo a todos lados, tener más tareas de las que podamos realizar en un tiempo determinado, la falta de estabilidad laboral, el trabajo necesita mucha concentración sin tener los medios necesarios para llevarlo a cabo, la necesidad de estar constantemente formándose, el rechazo al uso de nuevas tecnologías, la falta de personal, la falta de apoyo de tus compañeros y superiores. b) Contacto con pacientes y usuarios con los que empatizas y necesitas ocultar tus sentimientos y opiniones.

2. Escasa capacidad de autonomía y de decisión respecto al horario de trabajo y al desarrollo de tus tareas.

3. Trabajo repetitivo y monótono.

4. Violencia: esta puede ser de dos tipos psicológica o física bien puede producirse desde la propia organización, es decir, ser interna (compañeros de trabajo, jefes, subordinados, personal externo a la empresa pero que trabajen dentro de ella, …) o externa (clientes de la empresa, usuarios, familiares de los clientes o usuarios).

5. Acoso laboral (Mobbing): aparece cuando una persona/s destruye/n a la víctima en su centro de trabajo a base de desprestigiarla, humillarla, intimidarla sistemáticamente y repetitivamente durante un periodo largo de tiempo hasta conseguir que por propia voluntad la víctima abandone su puesto de trabajo, al sentirse acorralada.
Existen tres tipos de acoso laboral, el ascendente (se produce cuando uno o varios subordinados acosan a un superior jerárquico), el descendente (se da cuando uno o varios superiores acosan a una persona de rango inferior) y el horizontal (uno o varios compañeros de trabajo acosan a una víctima de igual rango).

6. El Burnout (o síndrome de "estar quemado"): aparece cuando el trabajador/a está harto de su trabajo. Las causas pueden ser de varios tipos tales como organizativos dentro de la empresa (excesiva carga de trabajo, cambios de horarios, inseguridad laboral, mal ambiente de trabajo, …), sociales (falta de apoyo familiar y social, estilo de vida.) y personales (falta de autoestima, perfeccionismo, altas expectativas, …)

5 Discusión-Conclusión

Los riesgos laborales a los que el personal auxiliar administrativo de sanidad está expuesto se pueden controlar y mitigar si ponen de su parte tanto el trabajador como el centro sanitario.

Si se adoptan medidas desde el lado del trabajador como adoptar las posturas correctas mientras está sentado trabajando, colocar adecuadamente el puesto de trabajo a su altura y manipular correctamente el instrumental que use y desde el lado del centro sanitario contratar al personal laboral necesario y dan la infor-

mación, el tiempo y los medios necesarios para el desempeño de las tareas esto redundará en un buen ambiente de trabajo y reducirá el riesgo de enfermedades y problemas laborales.

Además, al reducir los problemas laborales, se conseguirá que el personal tenga mayor paciencia atendiendo a los pacientes y usuarios lo que hará que disminuyan las agresiones al personal sanitario y haya un mejor clima laboral y de convivencia.

6 Bibliografía

• Castro, V. Funciones, futuro y condiciones de trabajo de los auxiliares administrativos de los servicios de Salud. Revistamedica.com [Internet]. Revista Ocronos; c2020 [actualizado 19 Ene 2020; citado 2 Feb 2020]. Disponible en: https://revistamedica.com/funciones-condiciones-trabajo-auxiliares-administrativos-servicios-de-salud/

• Prevención de riesgos laborales en el sector administrativo. Prevencionugtandalucia.es [Internet]. Unión General de Trabajadores de Andalucía; c2019 [actualizado 21 Jun 2019; citado 2 Feb 2020]. Disponible en: https://prevencionugtandalucia.es/prevencion-de-riesgos-laborales-administrativo/

• Prevención de riesgos laborales en oficinas y despachos. Fauca.org [Internet] Mc Mutual c 2008 [actualizado 2008; citado 2 Feb 2020]. Disponible en: http://www.fauca.org/wp-content/uploads/2017/10/manual_prl-oficinas-y-despachos-MC-Mutual.pdf

• Bejerano, A. Principales riesgos psicosociales del personal administrativo. Revistamedica.com [Internet]. Revista Ocronos; c2020 [actualizado 27 Nov 2019; citado 2 Feb 2020]. Disponible en: https://revistamedica.com/riesgos-psicosociales-personal-administrativo/

• Lebrero, M. Riesgos auxiliar administrativo y medidas de prevención. Slideshare.net [Internet]. Likendln Corporation; c2020 [actualizado 14 Ene 2016; citado 2 Feb 2020]. Disponible en: https://www.slideshare.net/marialebrero/riesgos-de-auxiliar-administrativo-y-medidas-de-prevencin

• Secretaria de salud laboral de CC.OO. Castilla y León. Guía Básica de Riesgos Laborales en el Sector Sanitario. Sanidad.CCOO.es [Internet]. [citado 2 Feb 2020]. Disponible en: http://www.sanidad.ccoo.es/comunes/recursos/15617/doc142620_Guia_Basica_de_riesgos_laborales_en_el_sector_sanitario.pdf

Capítulo 1451

LA MOVILIZACIÓN DE PACIENTES.

JOSE ANTONIO GONZALEZ SARAS

ROCÍO SAAVEDRA SUÁREZ

MIREN LÓPEZ REDONDO

MARÍA AIDE VALENCIA CARABALI

1 Introducción

En una Institución Sanitaria nos vamos a encontrar con pacientes, que por motivo de una enfermedad o por su avanzada edad, tienen disminuidas sus capacidades físicas o psíquicas, lo que provoca que estos enfermos necesiten ayuda para realizar determinados movimientos.

El personal sanitario será quién efectúe dichos movimientos, ayudados en la mayoría de los casos por los Celadores, por ser una de sus funciones, "ayudarán a las enfermeras y técnicos auxiliares de enfermería de planta al movimiento y traslado de los enfermos encamado que requieran un trato especial, en razón de sus dolencias, para hacerles las camas" etc.

Los movimientos se realizarán al paciente que se encuentra situado en la cama, camilla, sillones, etc., pero antes de realizarlos deberemos tener en cuenta diversas normas generales a seguir son adoptar las medidas de higiene necesarias. Preparar el área donde se va a trabajar, quitando aquellos elementos que puedan estorbarnos, es decir adaptar el medio. Garantizando en todo momento la seguridad del paciente.

2 Objetivos

- Identificar las técnicas de la movilización de pacientes y el traslado de pacientes.
- Identificar los aparatos, equipos e instrumentos más utilizados por los celadores.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Medline, Scielo, Cochrane, Pubmed y Google Schoolar, se han utilizando criterios de búsqueda en revistas científicas y artículos encontrados de movilización de pacientes, se utilizaron descriptores con las palabras claves utilizadas en la búsqueda: hospital, movilización, pacientes.

4 Resultados

La movilización lo empleamos tanto para referirnos a las técnicas de traslado como a los cambios posturales realizados al paciente.

El celador que realiza maniobras de movilización de pacientes, siempre lo hará bajo la supervisión del personal sanitario y siempre aplicando una buena técnica basada en el principio de ergonomía. La movilización y transferencia de pacientes con movilidad reducida o con otro tipo de trastorno/dolencia, son las actividades más frecuentes realizadas por el celador.

La diferencia entre movilización y transferencia de pacientes encamados.
• Movilización es el movimiento que se realiza sobre una misma superficie implicando cambios de posición o de situación (giro en la cama), diferenciando dos tipos, activa y pasiva.
• Movilizaciones activas son las que puede realizar el paciente bajo la supervisión de un profesional.
• Movilizaciones pasivas son las que realiza el profesional en pacientes que no pueden realizar esfuerzos.
• Transferencia es el movimiento que se realiza de una superficie a otra o de un plano a otro. Para realizar la transferencia del paciente disponemos de varios dispositivos que nos ayudan a efectuarla con cierta seguridad para el paciente y también para el celador, como son la sábana entremetida, grúas, transfer, etc.

En los cambios posturales las modificaciones realizadas en la postura corporal

del paciente encamado para prevenir la aparición de úlceras por presión, manteniendo al paciente en una postura adecuada en condiciones de seguridad y comodidad. Se deben efectuar cada 2-3 horas. Y las posiciones más frecuentes son decúbito supino, decúbito lateral izquierdo y derecho, y decúbito prono que es la menos frecuente, utilizaremos almohadas , toallas enrolladas, férulas, etc..

En la transferencia de un paciente será necesaria la participación de una persona (celador o técnico auxiliar de enfermería), o dos dependiendo de la colaboración del paciente.
• Colocar la silla de ruedas (frenada y con el respaldo en los pies de la cama y paralela a ella) o sillón (frenado) junto a la cama y paralelo a ella.
• Poner la cama en posición fowler, si las características de la cama lo permiten.
• Sujetando al paciente por los hombros y las rodillas, lo giraremos hasta dejarlo sentado en el borde de la cama.
• Flexionaremos las rodillas para abrazar al paciente por la cintura, así de esta forma lo ayudamos a incorporarse de pie y a continuación en un cuarto de giro lo sentamos en el sillón o la silla de ruedas.
• Dejarlo bien acomodado, colocando las almohadas necesarias para ello.

Cuando un paciente no colabora, este moviendo lo podemos realizar ayudados de una entremetida, un celador se pondrá por el lado de la cabeza y el otro por la zona lumbar del paciente. Sujetando bien la entremetida y pegada al cuerpo del paciente. A la vez elevaremos al paciente de la cama y lo dejaremos sentado en el sillón o en la silla de ruedas.

Otra forma sería, (sin entremetida), un celador se coloca por detrás de la cama y agarra al paciente por debajo de las axilas, el otro celador lo sujeta por los pies. Los dos, sincronizados, sentarán al paciente en el sillón o silla de ruedas. Algunos pacientes presentan traumatismo craneoencefálico o espinal con un aumento de la presión intracraneal, en estos casos el movimiento está contraindicado, y cuando se realice dicho movimiento, que por la gravedad lo exija, el movimiento se efectuará bajo la supervisión del personal sanitario (enfermera). En pacientes con hemiplejía, el celador deberá colocarse del lado que conserva la movilidad, fomentando la colaboración del paciente.

Para pasar a un paciente hemipléjico de la cama al sillón, se debe evitar que el pie del lado afectado se deslice a la hora de realizar el apoyo y que la rodilla del

lado afecto se pueda doblar al realizar fuerza para levantarse.
En pacientes con tetraplejía o lesionados medulares, no se les movilizará a la posición decúbito lateral, se les moverá en bloque para poder realizar la higiene de la parte posterior del cuerpo. En pacientes que presentan fracturas, que se encuentran encamados con aparatos de tracción por medios de pesas, para realizar su movilización se hará sin perder la alineación de los miembros inferiores.(Tracción esquelética; tracción cutánea).

5 Discusión-Conclusión

Muchos pacientes que acuden a un centro sanitario tienen mermadas sus capacidades a causa de la enfermedad, y por tanto, el celador debe ayudarles en su movilización.

La movilización de pacientes debe llevarse a cabo siguiendo unas normas para evitar riesgos y favorecer la comodidad del paciente, por eso es fundamental que le celador conozca unas nociones de mecánica corporal, reconociendo las posiciones anatómicas y las técnicas adecuadas para levantar, sentar y mover al paciente.

La movilización no sólo es empleada para el traslado o cambio postura del paciente, también para ser sometidos a exploraciones, pruebas complementarias, técnicas o incluso intervenciones quirúrgicas.

6 Bibliografía

• Gómez, J. F., & Suárez, L. F. R. Posiciones anatómicas. Tecnico Auxiliar de Geriatria. Manual. Temario. E-book, 124.
• Romero, P. D. A., LEON, S. G., ATIENZA, J. F. M., & JIMENEZ, C. S. (2013). Técnicas básicas de Enfermería. Ediciones Paraninfo, SA.
• Saturno, P. J. (2009). Estrategias para la participación del paciente en la mejora continua de la seguridad clínica. Revista de Calidad Asistencial, 24(3), 124-130.
• Jiménez, S. P., Antón, M. P., & Manzano, S. T. (2004). Posiciones quirúrgicas: cuidados de Enfermería y prevención de complicaciones. 5.
• Jäger, M., Jordan, C., Theilmeier, A., Luttmann, A., & DOLLY Group. (2010, May). Lumbar-load quantification and overload-risk prevention for manual patient handling: the Dortmund approach. In Proceedings of the 8th International Conference on Occupational Risk Prevention, Creating Value through Risk Prevention

Management 5e7 May, Valencia, Spain.
• Hernández Vaquero, M. (2012). Análisis de cargas y evaluación postural en la movilización de pacientes como método preventivo de TME.

Capítulo 1452

EL PAPEL DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO EN LA SANIDAD

JENNIFER FERNANDEZ ZAPICO

1 Introducción

Actualmente, dentro de un centro sanitario, podemos diferenciar entre personal sanitario y no sanitario, en este último podemos encuadras a los puestos Administrativos, cuyas funciones son más que necesarias.

Sus obligaciones pueden parecer sencillas y, sin embargo, la carga y el sinfín de cometidos a los que hacer frente hacen que su figura sea imprescindible. En buena medida, el correcto funcionamiento de un hospital o centro de salud depende también de su trabajo.

La atención al público, la recepción de llamadas, la preparación de los datos informáticos, la organización de expedientes y su tramitación, la gestión de las citas en el servidor o la mecanografía de documentos son solo algunos ejemplos de funciones de un auxiliar administrativo en Sanidad.
Actualmente y debido a la falta de legislación actual sobre las funciones propias del puestos, nos debemos ir a la orden de 1984 donde, lo que se legisla es la delimitación de los grupos administrativos para desenvolver el trabajo de la función administrativa dentro de las Instituciones Sanitarias dependientes del Instituto Nacional de la Salud. En ella se dice que el personal se constituirá en las ramas administrativas siguientes:
• Técnico
• De gestión
• Administrativo

• Auxiliar administrativo
Las labores propias de cada grupo administrativo citados anteriormente son:
Los técnicos efectuaran las funciones de ejecución, dirección y estudio de carácter administrativo y económico de nivel superior que les sean encomendadas por la Dirección del Centro.
Los profesionales de gestión tendrán que apoyar a los puestos de personal técnico y de ejecución de las competencias que les sean delegadas.

Los administrativos se encargarán de las labores de carácter administrativo-sanitario, valoradas como trámite y colaboración que no son designadas a los grupos de técnico y de gestión. Por último, los auxiliares servirán de apoyo material, ejercicio y desarrollo en lo que tiene que ver con las tareas administrativas y de trámite de la Administración, además de las de Secretaría de planta y servicios y las de preparación y tratamiento de los datos para la informática.

Las competencias anteriormente citadas no se corresponden con la realidad del trabajo de un administrativo. La Administración no tiene en cuenta, que no todos los profesionales de esta categoría realizan las mismas labores, sino que dependen del sitio donde trabajen (atención especializada, centros de salud, atención al público…), además de resultar incompleta.

En la mayoría de los hospitales se ha creado un departamento, llamado Servicio de Admisión y Documentación clínica, el cual es un servicio no asistencial encargado de facilitar el acceso del usuario a la asistencia sanitara especializada en régimen ambulatorio o de hospitalización así como de gestionar la historia clínica. El Servicio de Admisión tiene un carácter multidisciplinar.

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo es repasar y valorar las funciones de los administrativos y auxiliares en los centros sanitarios, también mencionaremos las pautas necesarias para un buen trato al paciente, ya que en la mayoría de los casos el contacto es directo, ya sea para informar de los datos pertinentes a su llegada a urgencias como para la gestión de citas médicas.

El objetivo principal de los profesionales de la sanidad con el paciente es Escuchar la perspectiva del paciente así como proporcionarle información útil y apoyarlo de forma emocional.

3 Metodología

En estos momentos sus funciones no están directamente dictadas en una ley, por lo que se han consultado diferentes guías de hospitales nacionales, organigramas.

Analizando el día a día de la sanidad podemos observar que la primera atención al paciente corresponde al auxiliar administrativo, la gestión de citas, el control de datos informático, etc.

El abanico de tareas es amplio y variado, siendo necesario su trabajo para el buen funcionamiento del Centro Sanitario. Por ello es de vital importancia, seguir con unas pautas de atención al paciente, así como de coordinación con el resto de personal sanitario.

4 Resultados

Con la informatización de los centros de salud, y en general con la irrupción de las nuevas tecnologías de la información y de la comunicación, ha aumentado considerablemente el papel que juega el personal administrativo en el buen funcionamiento de los centros sanitarios, de forma particular en la consecución de uno de los grandes objetivos a alcanzar para el primer nivel asistencial: liberar a los médicos de carga burocrática.

Considerado ya en muchas ocasiones como parte integrante de los equipos directivos de los centros, co-partícipe en la toma de decisiones y figura decisiva que requiere de una formación cada vez más completa.

Hace ya mucho tiempo que el personal administrativo en los Equipos de Atención Primaria dejó de ser aquella persona que tras un mostrador se limitaba a dar una cita al paciente y a llevar la agenda al médico
Uno de los objetivos es liberar a los médicos de carga burocrática, por ello y dentro de los procesos de admisión se encuentra el de la atención compartida de la demanda. Esto se ha conseguido poniendo de acuerdo los colectivos asistenciales con el de admisión para organizar toda la atención no programada es decir que acude de forma espontánea, a los centros de salud.

En este caso, el administrativo, con algunas preguntas clave, puede orientar y dirigir al usuario para la atención en el nivel que le corresponda sin que tenga que dar vueltas o someterse a esperas innecesarias por el centro sanitario. Es un claro ejemplo de resolutividad.

Con ello podemos decir que la función del personal administrativo en los centros de salud cumple con una doble vertiente: la de satisfacer por un lado las necesidades del usuario, y atender las del resto de compañeros sanitarios. Todo esto genera un gran volumen de trabajo muy heterogéneo e implica el dominio de aplicativos informáticos que en su mayoría han facilitado la tarea pero que en muchas ocasiones.

En el trato directo con el usuario es necesario, por lo que debemos tener claras las pautas de comunicación, ser claro y concisos para poder obtener la información precisa y poder con ello facilitar la futura evaluación.

5 Discusión-Conclusión

Debido a la gran importancia que están teniendo los puestos administrativos dentro de la sanidad, existe una clara necesidad de regulación de las competencias de los auxiliares administrativos sanitarios, la cual está a día de hoy, obsoleta, puesto que la ley más actual que trata de este tema data del año 1984.

Cada día, es más complejo y específico las labores realizadas. Antes, los administrativos prácticamente cogían el teléfono y daban números, ahora han pasado a programar visitas en el centro, visitas especializadas, dar altas de usuarios, hacer derivaciones por lo que se necesita formación, conocimientos, capacidad y competencias.

Una de las claves, para conseguir el mayor desarrollo del puesto de administrativo es la formación, más con la informatización de los centros de salud y la eliminación del 'papel'.

6 Bibliografía

• Orden de 10 de enero de 1984 por la que se modifican determinados artículos de los Estatutos de Personal que son de aplicación a los funcionarios de la Administración de la Seguridad Social.
• Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.

Capítulo 1453

FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIALES. EL BURNOUT EN EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO SANITARIO.

LUCIA GARCÍA ALONSO

ROSA ANA MENÉNDEZ REFOYO

1 Introducción

Las primeras personas con las que entran en contacto los pacientes o usuarios cuando acuden a un centro de salud u hospital son los auxiliares administrativos.

El auxiliar administrativo pertenece al grupo denominado "Personal no Sanitario" y entre las tareas que desarrollan se encuentran, atender al público, recepcionar llamadas, gestionar citas en el servidor, utilizar programas de ofimática y específicos del sistema sanitario, incorporación de documentos a los expedientes de la unidad administrativa además de su archivo y registro, escritura digital de todo tipo de documentos. En definitiva dichos profesionales hacen de enlace entre la organización y el usuario, al tiempo que coordinan sus tareas con las del resto de profesionales del hospital o centro para el logro de los objetivos comunes.
Los cambios producidos en la sociedad, a raíz de la informatización y de la comunicación ha dado lugar a ciertos cambios en el ámbito administrativo, en el trabajo de orientar y dirigir al usuario en este primer nivel asistencial.

Estas diferencias en cuanto al trabajo a desarrollar nos llevan a un incremento en la importancia del papel que desempeñan los auxiliares administrativos no solo

en la entrada sino en todo el proceso asistencial, desburocratizando las citas médicas. El problema radica en que cada vez se exige más calidad mayor responsabilidad, sin que con ello se les asigne un mayor reconocimiento. El amplio abanico de servicios que ofrece el sistema sanitario en la actualidad da lugar a un mayor volumen de trabajo, y como consecuencia se ven sometidos a graves situaciones de estrés.

Las consecuencias del estrés dan lugar a problemas de conducta como es el de burnout y otros problemas de salud y psicológicos (ansiedad, depresión), produciéndose un menor rendimiento laboral, afectando negativamente al funcionamiento administrativo de los servicios sanitarios. Los riesgos psicosociales se definen como la posibilidad de que un trabajador sufra un determinado daño derivado del trabajo.

Este tipo de factores de riesgo están comprendidos, junto con otros susceptibles de llegar a convertirse en una fuente de daño, en el concepto de condiciones de trabajo. La ley de prevención de Riesgos Laborales lo define en el artículo 4 como "cualquier característica del mismo que pueda tener una influencia significativa en la generación de riesgos para la seguridad y la salud del trabajador. Se incluyen en esta definición:
• Las características generales de los locales, instalaciones, equipos, productos y demás útiles existentes en el centro de trabajo.
• La naturaleza de los agentes físicos, químicos y biológicos presentes en el ambiente de trabajo y sus correspondientes intensidades, concentraciones o niveles de presencia.
• Los procedimientos para la utilización de los agentes citados anteriormente como que influyan en la generación de los riesgos mencionados.
• Todas aquellas otras características del trabajo, incluidas las relativas a su organización y ordenación.
Estos factores de riesgo psicosociales se hallan fundamentalmente en las características de la estructura de la organización, en las particularidades del trabajo a desarrollar y en el ritmo y duración del tiempo de trabajo.

2 Objetivos

A través de la presente revisión bibliográfica se ha pretendido realizar un análisis de los estudios sobre el estrés laboral llamado burnout, determinando sus causas, su prevención así como las medidas para combatir los posibles efectos negativos

que sobre el personal auxiliar administrativo sanitario causan, y que surgen en su relación de asistencia a los usuarios o pacientes.

3 Metodología

Para la realización de la presente revisión bibliográfica se ha llevado a cabo un análisis sistemático de publicaciones científicas en bases de datos: Redalyc y Scielo, así como el metabuscador Google Académico. Se utilizaron descriptores en español: "burnout", "personal administrativo sanitario", "agotamiento profesional", "síndrome del quemado", así como operador booleano "and".

4 Resultados

El burnout surge en aquellos puestos de trabajo donde hay una relación de asistencia a los demás, o lo que es lo mismo en todas aquellas ocupaciones en las que se está en contacto directo con otras personas para prestarles un servicio.

Se manifiesta principalmente con un agotamiento o cansancio emocional (pérdida de energía, fatiga física y psíquica), con alteraciones de conducta (actitud negativa hacia los beneficiarios del trabajo) o con sentimientos de fracaso y baja autoestima dando lugar a una desmotivación emocional y cognitiva. En algunos textos especializados se denomina "Síndrome de estar quemado", asociándose este al ámbito laboral y con un carácter temporal.

Constituye la fase más avanzada de las situaciones de estrés profesional y fue descrita por Maslach y Jackson en 1982 en personal sanitario. Algunas de las circunstancias que afectan en la correcta implicación del profesional con el paciente derivan de la exposición diaria de situaciones desagradables asociadas al sufrimiento a la muerte, del contacto continuo con enfermos, del gran volumen de pacientes a los que atender, de la poca formación en habilidades sociales, de la inexistente integración en los equipos multidisciplinares, de la falta de claridad en las obligaciones y responsabilidades. Este trastorno ha tomado tanta importancia que la OMS lo ha catalogado como un riesgo laboral. Las consecuencias del estrés laboral producen un deterioro de la salud. Dependiendo sobre que incide directamente podemos clasificar las consecuencias en:

• Físicas: son aquellas en las que el individuo desarrolla enfermedades cardiovasculares, gastrointestinales, respiratorias, dermatológicas, disfunciones sexuales, así como dolores musculares o articulatorios.

• Psicológicas: son aquellas que producen alteraciones emocionales, cuadros de ansiedad, insomnio, mareos, depresión e irritabilidad.
• Laborales: son aquellas en las que se produce un cambio de conducta que pueden llevar al individuo al absentismo laboral, drogopendencia, a manifestar conductas violentas, trastornos alimentarios, disminución del rendimiento, y deterioro de la calidad del servicio de la organización.

Existen procedimientos para evaluar el burnout, el más conocido pertenece al Inventario de Burnout de Maslach (MBI) creado en 1981 , y consta de 22 ítems sobre los sentimientos y pensamientos en relación con la interacción con el trabajo, los cuales se valoran en un rango de 6 adjetivos que van de ”nunca” a ”diariamente”, dependiendo de la frecuencia con la que se experimenta cada una de las situaciones descritas en los ítems. Para mejorar la calidad de vida en el trabajo es necesario prevenir, controlar y reducir el burnout.

Para ello es importante establecer una serie de medidas para evitar y combatir los efectos negativos de esta patología. Algunas estrategias a fomentar son las siguientes:
• Adaptación de las expectativas a la realidad cotidiana
• Fomentar las relaciones sociales mediante la mejora de habilidades para tratarse con los demás y aprender a disfrutar del tiempo libre y saber distribuirlo.
• Limitar el contacto con los pacientes, para que este no se produzca de forma constante
• Crear grupos profesionales de apoyo
• Formación continua.
• Recompensar el trabajo, asegurando que el esfuerzo y la eficacia serán recompensados.
• Proporcionar todos los medios y recursos que la persona necesite para realizar sus tareas.
• Mejorar los niveles de calidad del ambiente físico de trabajo
• Fomentar la participación de los trabajadores en la toma de decisiones

5 Discusión-Conclusión

El Síndrome de Burnout tiene una elevada incidencia entre el personal administrativo sanitario, a pesar de no ser reconocido por el CIE-10(Clasificación internacional de enfermedades versión 10), ni los DSM-IV y V (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales versión IV y V) como entidad.

Se ha demostrado la capacidad que posee de afectar a la calidad de vida de los individuos que lo sufren , por lo que es muy importante identificarlo para poder prevenirlo y tratarlo. Debido a sus consecuencias en el ambiente y en el rendimiento de las organizaciones, la prevención y tratamiento del SB trascienden lo individual y permiten obtener beneficios significativos (mejor trato al cliente, menor absentismo, menor accidentabilidad, mejora para trabajar en grupo, mayor productividad entre otros) para la unidad de trabajo de los individuos afectados o en riesgo.

6 Bibliografía

- Aceves, G. A. (2006). Síndrome de burnout. Archivos de Neurociencias, 11, 4, 305-309.
- Maslach, C., Jackson, S. & Leiter, M. (1986). Maslach Burnout Inventory Manual. California, USA: Palo Alto
- Manual para la formación de Técnicos de prevención de riesgos laborales. Jose Avelino Espeso Santiago, Florentino Fernández Zapico, Javier Llaneza Álvarez, Faustino Menéndez Díez, José Ángel Rodríguez Getino, Ignacio Vázquez González.
- Base de datos Scielo www.scielo.org
- Base de datos Redalyc www.redalyc.org

Capítulo 1454

LA ATENCIÓN TELEFÓNICA DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL ENTORNO SANITARIO.

MARÍA DOLORES DEL REY UGIDOS

MARÍA LUZ LÓPEZ PONTÓN

MARÍA PILAR ALONSO RODRÍGUEZ

1 Introducción

Puede que una de las definiciones más sencillas de calidad haya sido inspirada por el trabajo de W. Edwards Deming, un pionero del movimiento de calidad en la industria y define que Calidad es ”hacer lo correcto en la manera correcta”. Siempre se se piensa que la calidad de la sanidad depende principalmente del grado de satisfacción que el usuario tiene del servicio. Pero por otro lado, desde la perspectiva del usuario de la sanidad, la calidad abarca otros elementos que no siempre son tenidos en consideración.

Para el usuario, la calidad depende principalmente de la correcta atención del profesional que le atiende, y de cuestiones como el tiempo de espera, la privacidad, la accesibilidad de la atención. Para una atención de buena calidad es tan importante la competencia técnica, como abordar y satisfacer correctamente todas las inquietudes del usuario.

Cuando un usuario valora la calidad de un servicio, no lo disocia en sus componentes. La juzga en conjunto y lo que prevalece es la impresión final, y no el éxito

relativo de una u otra acción especifica. El usuario suele quedarse con los aspectos negativos a generalizar los defectos a todo el servicio. Cuando el sistema de salud y sus empleados ponen al usuario por encima de todo, ofrecen servicios que no sólo cubren los estándares técnicos de calidad, sino que también cubren las necesidades del usuario con respecto a otros aspectos de la calidad, tales como el respeto, la información, el acceso y la equidad.

Hay que tener en cuenta que una de las primeras tomas de contacto que tiene los usuarios o pacientes con el servicio de salud la realizan de forma oral, y cada vez es mas común que la comunicación la realicen vía telefónica. Es por todo ello, que no hay que olvidarse que una adecuada atención telefónica a los usuarios y pacientes por parte de los auxiliares administrativos, es un pilar más en la calidad del servicio.

2 Objetivos

- Analizar el uso de técnicas que mejoren los procesos de comunicación con los usuarios o pacientes.
- Conocer la importancia de los diferentes elementos implicados en la comunicación y reflexionar sobre las propias estrategias comunicativas en relación a la atención de los usuarios o pacientes.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica exhaustiva consistente en la consulta de diversas fuentes bibliográficas centradas en las claves para una buena comunicación telefónica.
Se ha realizado una búsqueda bibliográfica de libros y artículos en las principales bases de datos, como: Google Académico, Dialnet, Pubmed, seleccionando aquellos que versan sobre el tema a tratar.

Se han empleado como criterios de inclusión textos escritos en idioma de castellano e inglés; y se han excluido aquellos documentos que carecieran de acceso gratuito.

Palabras clave: calidad, auxiliar administrativo, atención telefónica, usuario, paciente.

4 Resultados

La comunicación oral es aquella que se produce en tiempo real entre dos o más personas, haciendo uso de la voz. A través de la voz reproducimos los sonidos de la lengua, formamos palabras y elaboramos mensajes que contienen la información que queremos trasmitir a nuestro interlocutor. Es espontánea, directa, sencilla y dinámica.

Los seres humamos expresamos nuestras emociones y nuestros sentimientos a otros mediante la comunicación oral. Este es el medio para expresar las diferentes ideas y opiniones a través de la voz, y nos sirve para poder comunicarnos de forma adecuada en un contexto.

Para que la comunicación oral tenga lugar, debe haber al menos dos personas involucradas, el emisor y el receptor. El emisor es la persona que trasmite el mensaje y receptor es el destinatario del mensaje y quién debe interpretar el sentido de éste. La información transmitida se conoce como mensaje.

Se dice que cuando nos comunicamos oralmente por primera vez con una persona, tardamos 10 segundos en formar la primera impresión sobre esa persona y en decidir si nos relacionaremos con ella de una forma positiva o negativa. Por eso, la primera impresión es la más importante y en la recepción o formulación de llamadas no es distinto. Por ello es tan importante el contenido del mensaje como la forma en que trasmitimos ese mensaje.

El auxiliar administrativo desarrolla parte de su trabajo atendiendo y realizando llamadas telefónicas a pacientes o usuarios. A la hora de realizar su trabajo ha de tener en cuenta los siguientes aspectos: a)- La actitud personal.
La actitud o predisposición personal con la que realizamos o recibimos una llamada telefónica es detectada por nuestro interlocutor a través de nuestra voz y del lenguaje que utilizamos. Es importante tener en cuenta que la actitud que tengamos afectará directamente a la eficacia de la conversación telefónica que estemos manteniendo, influyendo positiva o negativamente en nuestro interlocutor.
– Concentración.
Estar concentrado en la conversación es fundamental para una buena comunicación telefónica. No se pueden hacer varios trabajos a la vez y hacerlos bien. Pero hay que tener en cuenta que esta concentración de la que hablamos no hay

que confundirla con estar en tensión.
– Relajación.
Conviene estar bien sentado y cómodo y adoptar una posición relajada. Es muy importante tener en cuenta la comodidad en el puesto de trabajo: una posición cómoda influirá positivamente en la calidad del trabajo repercutiendo directamente en la atención.
– Actitud mental.
Estar seguros de nosotros mismos y de nuestras posibilidades hará que trasmitamos a nuestro interlocutor tranquilidad. b)- La voz.
En una conversación telefónica la comunicación se centra en la voz y sus atributos, y es muy importante los matices que seamos capaces de darle. A través de nuestra voz podemos dar diferentes formas a nuestros mensajes y transmitir diferentes sentimientos, sensaciones y actitudes.

A estos atributos de la voz se les denomina comunicación paraverbal, y hace referencia a las variaciones en el uso de la voz. Son los cambios de voz, las entonaciones, el énfasis que le ponemos a las palabras, la velocidad con la que hablamos, pausas, etc.

Los tres principales atributos son: la entonación, la articulación y la locución o ritmo.
- La entonación, es la capacidad de modular la voz, adoptando diferentes tonos para transmitir nuestro mensaje.
- La articulación es el grado de vocalización.
- La locución o ritmo es la velocidad con la que transmitimos nuestro mensaje. c)- El silencio.
No es posible hablar y escuchar al mismo tiempo. Durante una conversación, el silencio nos permite llevar a cabo una escucha atenta, trasladar interés por la otra persona y respeto por su discurso. Con él, trasmitimos un mensaje positivo que ayuda a mejorar el clima comunicacional.

El silencio permite la reflexión. Mediante el silencio en la comunicación podemos asegurarnos de haber entendido el mensaje. También nos concede un tiempo para ajustar una respuesta adecuada.
Mediante el silencio podemos enfatizar las palabras importantes y con el cedemos la palabra al interlocutor. d)- La sonrisa.

La sonrisa también comunica, se oye a través del teléfono y ayuda a establecer

una buena comunicación. Refleja una actitud positiva y reclama una actitud similar por parte del interlocutor.
La sonrisa comunica:
– Un tono cordial y amistoso.
– Estar predispuesto a la ayuda.
– Un clima adecuado entre los interlocutores.
– Una actitud de apertura mental y respeto. e)- El lenguaje.
Es el conjunto de palabras que utilizamos para expresar las ideas que queremos comunicar. El lenguaje deberá ser claro e inteligible, utilizando palabras y expresiones que trasmitan sensaciones positivas en nuestro interlocutor. f)- Interlocutor en espera.
Siempre que sea necesario dejar una llamada en espera , se debemos tener la consideración de darle al interlocutor razón de lo que está sucediendo en nuestro lado de la línea. Es necesario informar al interlocutor de lo que se va a hacer y avisar que lo dejamos en espera en caso de tener que realizar alguna consulta.

5 Discusión-Conclusión

Por todo lo expuesto anteriormente se puede llegar a la conclusión de que la atención telefónica ha de realizarse de una forma correcta para que el usuario o paciente la reciba de forma satisfactoria. Y se ha de realizar de la siguiente forma:
- Se debe tener una actitud personal positiva cuando atendemos telefónicamente a un usuario.
- Se tiene que estar concentrado en la escucha. Si la persona que atiende al teléfono está haciendo otra cosa al mismo tiempo, el interlocutor percibirá una deficiencia en la atención. El teléfono exige exclusividad y Concentración.
- Es conveniente estar relajado y con una postura cómoda. Una posición incómoda afectará negativamente a la calidad del trabajo.
-La actitud mental es importante. Se debe tener una actitud entusiasta, alegre, y disfrutar del trabajo poniendo al usuario como centro de atención.
- Con nuestra voz podemos sugestionar, tranquilizar, persuadir, crear confianza y ofrecer seguridad.

Respecto a nuestra voz debemos de tener en cuanta algunos aspectos: a)- La entonación:
- Variar el tono de voz para evitar la monotonía, el agotamiento y el desinterés.
- Utilizar un tono medio en cuanto a potencia. Ni subir la voz tan fuerte que asustemos a nuestro interlocutor, ni hablar tan bajo que tenga que hacer un es-

fuerzo para oírnos. Calibrar e igualar el tono de voz con nuestro interlocutor es una buena estrategia que nos facilitará la comunicación.
- Los cambios en el tono es un buen recurso para enfatizar, remarcar. b)- La articulación:
- Hablar abriendo bien la boca y marcando bien las palabras.
- Voz nítida, no comerse las palabras, separándolas al pronunciar.
- Hablar con una separación entre el auricular y la boca.
- No comer ni beber nunca mientras se habla por teléfono. c)- La locución o ritmo:
- La locución ha de ser más lenta y pausada que en la comunicación presencial.
- Ha de adaptarse a la velocidad del interlocutor.
- Se debe aumentar el ritmo cuando estemos perdiendo el control de la conversación. d)- Cuando estamos en silencio se debe actuar de la siguiente forma:
- Realizar una escucha activa.
-Dar muestras de que estamos escuchando. (feedback positivo).
- No interrumpir innecesariamente.
- Hacer preguntas que tengan interés y sentido.
- Reformular nuestras respuestas. e)- Debemos atender las llamadas con una sonrisa. Cuando sonreímos, nuestra voz al teléfono cambia. Resultamos mucho más amables, cercanos, positivos, alegres, dispuestos a ayudar. La comunicación será mas fluida con una sonrisa, y el usuario se sentirá mas receptivo, relajado y positivo. f)- Nuestro lenguaje ha de ser educado, claro, positivo y conciso. g)- Se debe evitar las expresiones y palabras técnicas, negativas, vacilantes, agresivas, tales como: nunca, nadie, mentira, imposible etc. h)- Si por necesidad tenemos que dejar a nuestro interlocutor en espera debemos de utilizar la tecla de desconexión. Es importante poner el "mute" para evitar que nuestro interlocutor pueda estar escuchando conversaciones de fondo o comentarios que podamos realizar a nuestros compañeros. Se debe consultar si desea esperar o prefiere que lo volvamos a llamar.

6 Bibliografía

- www.astursalud.es.
Calidad en la Asistencia Sanitaria.
- www.significados.com.
Isbel Delgado. Licenciada en Comunicación Social.
- www.innovacionycualificacion.com.
Atención telefónica al público.

Capítulo 1455

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL ENTORNO SANITARIO Y SU FORMACIÓN EN LENGUAS EXTRANJERAS.

MARÍA LUZ LÓPEZ PONTÓN

MARÍA DOLORES DEL REY UGIDOS

MARÍA PILAR ALONSO RODRÍGUEZ

1 Introducción

La directiva 2011/24/ue del parlamento europeo y del consejo de 9 de marzo de 2011 relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza, tiene como objetivo establecer unas determinadas reglas para facilitar el acceso a una asistencia sanitaria, sin fronteras, segura y de calidad en el marco de la Unión Europea, pues garantizar la movilidad de los pacientes y promover la cooperación en el ámbito de la asistencia sanitaria entre los Estados miembros de la Unión Europea es esencial, respetando totalmente las responsabilidades de los miembros en lo referido a la determinación de las prestaciones de seguridad social que estén relacionadas con la salud y a la organización, así como a la prestación de asistencia sanitaria y atención médica, además de otras prestaciones de la seguridad social, especialmente, en caso de enfermedad.

Aunque la Directiva 2011/24/UE del parlamento europeo y del consejo de 9 de marzo de 2011 relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la asis-

tencia sanitaria transfronteriza, indica en su artículo 4 ("Responsabilidades del Estado miembro de tratamiento"), más concretamente en su apartado 5, que "dicha directiva no afectará a las disposiciones legales y reglamentarias de los Estados miembro respecto al uso de idiomas", la realidad es que, en los centros de asistencia sanitaria es habitual encontrarse con pacientes que no tienen el suficiente conocimiento de nuestra lengua, o de la lengua del lugar dónde son atendidos, para proporcionar los datos necesarios en la admisión del paciente.

2 Objetivos

- Identificar la relevancia de la formación del personal auxiliar administrativo en el ámbito sanitario en distintos idiomas.

3 Metodología

He realizado una búsqueda bibliográfica en las bases de datos de: pubmed, uptodate y preevid, con las palabras clave: lenguas extranjeras, comunicación con extranjeros, sanidad, admisión pacientes, urgencias, auxiliar administrativo. Como criterios de inclusión he empleado: idioma inglés y castellano, y texto gratuito; de exclusión: aquellos trabajos publicados previamente al año 2002.

4 Resultados

Es una situación muy habitual en las zonas turísticas que acudan a los servicios médicos, especialmente a urgencias, pacientes extranjeros que no conocen nuestro idioma, especialmente en el periodo estival. Evidentemente un auxiliar administrativo no puede conocer todos los idiomas con los que puede enfrentarse en estas situaciones, aunque se hace recomendable un conocimiento básico, del idioma inglés, ya que es el más utilizado y muchos pacientes de otros países de habla no inglesa pueden tener conocimientos de este idioma.

En el trabajo "Aplicaciones de traducción médica en el aula y en el ámbito profesional", realizado por dos estudiantes de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria para la V Jornadas Iberoamericanas de Innovación Educativa en el ámbito de las TIC, podemos ver los recursos utilizados por los distintos profesionales del ámbito sanitario para comunicarse con pacientes extranjeros. Para realizar este trabajo entrevistaron a cien empleados del Servicio Canario de Salud

dirigida a personal sanitario y no sanitario (celadores y auxiliares administrativos) pertenecientes a diferentes centros sanitarios públicos de Gran Canaria. La encuesta realizada produjo los siguientes resultados:

El 95% recurre a otros compañeros de trabajo que sí conocen el idioma del paciente. Este mismo porcentaje también recurre a familiares o amigos que acompañan al paciente, aunque en muchas ocasiones estos acompañantes tampoco conocen muy bien el idioma español.
El 92% utiliza lenguaje no verbal.
El 51% dice que intenta comunicarse en inglés aunque no posea conocimientos avanzados de este idioma.
Un 11% emplea otras vías de comunicación como imágenes utilizando dibujos que ellos mismos realizan o utilizando Google Translate.
En el caso de idiomas más difíciles, como chino, japonés, finés, etc recurren al consulado de cada país para que les proporcione un intérprete.

De este estudio llama la atención que sea un porcentaje tan pequeño el que recurra a herramientas útiles, como Google Translate, que incluso permite escuchar los audios de lo que queremos comunicar al paciente en su propio idioma.

Por otra parte también nos tenemos que referir a la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, habla del derecho de los pacientes a recibir información sobre los servicios y unidades asistenciales disponibles, su calidad y los requisitos de acceso a ellos. ¿Cómo podemos dar esta información a pacientes que no hablan nuestro idioma?

Entre los años 2003 y 2005 se desarrolló bajo los auspicios de la Comisión Europea un proyecto denominado "Hospitales Amigos del Inmigrante" (MFH), en el que participaron centros hospitalarios de 12 países (Alemania, Austria, Dinamarca, Finlandia, Francia, Gran Bretaña, Grecia, Irlanda, Italia, Países Bajos, Suecia y España). Con el objetivo de crear entornos favorables a la atención a la población inmigrante, el proyecto comenzó analizando las principales dificultades a las que se enfrentan los hospitales en la asistencia a dicha población. El ámbito de la comunicación, con especial referencia a la barrera del idioma, fue el mencionado con mayor frecuencia en los resultados de los análisis de necesidades preliminares; se identificó como el área con deficiencias más evidentes, y que planteaba necesidades de intervención más urgentes (Bischoff, 2003: 5).

En cuanto a la situación específica en nuestro país, en el Manual de Atención al Inmigrante, Díaz (2009: 26-28) repasa dos tipos de obstáculos en el acceso al sistema normalizado de cuidados: los dependientes del sistema, y los dependientes del inmigrante y sus circunstancias. Entre los segundos destaca la lengua: Los límites que implica la lengua para una gran parte de la población no hispana, tanto para el acceso como para cada paso del proceso de atención, merece también una consideración realista. (Díaz, 2009: 27).

Existen otras herramientas como los sistemas de interpretación telefónica a través de un terminal de manos libres, que dispone de doble auricular y doble micrófono. La empresa que presta sus servicios en la Comunidad de Madrid, es una herramienta de interpretación telefónica permite que un intérprete profesional no presencial lleve a cabo la interpretación en tiempo real mediante una interpretación consecutiva, de forma que permite superar las barreras lingüísticas y culturales con rapidez en muy diferentes ámbitos, tales como sanitario, de bienestar social (inmigración, mujer, etc.), emergencias, policial o empresarial entre otros.

5 Discusión-Conclusión

Se debería de formar al personal administrativo de los centros sanitarios en idiomas, o al menos ofrecer formación del uso de Google Translate y de otros recursos, para que conozcan estas herramientas y puedan hacer uso en situaciones en las que no sea posible la comunicación con los pacientes extranjeros.
También sería deseable contar con sistemas de interpretación telefónica para garantizar la calidad asistencial de los pacientes.

6 Bibliografía

- Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud.
Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
- Directiva 2011/24/UE del parlamento europeo y del consejo de 9 de marzo de 2011 relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

- Aplicaciones de traducción médica en el aula y en el ámbito profesional, Mónica del Carmen Santana García, Universidad de Las Palmas de Gran Canaria; Goretti García Morales, Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, V Jornadas Iberoamericanas de Innovación Educativa en el ámbito de las TIC Las Palmas de Gran Canaria 16-17 de noviembre de 2017, ISBN 978-84-697-7101-3.
- La barrera de la comunicación como obstáculo en el acceso a la salud de los inmigrantes, María Isabel Abril Martí y Anne Martin, Universidad de Granada, Actas del I Congreso Internacional sobre Migraciones en Andalucía (pp. 1521-1534). Granada: Instituto de Migraciones. ISBN: 978-84-921390-3-3.
- Comparativa de herramientas empleadas para mejorar la comunicación con pacientes extranjeros en centros sanitarios del Reino Unido, Alemania y España, Goretti Faya Ornia, Universidad de Oviedo, publicado en la Revista Sendebar, Revista de Traducción e Interpretación, Universidad de Granada, vol. 22 (2011).

Capítulo 1456

MOBBING EN EL ENTORNO SANITARIO.

NURIA GRANDA VILLA

MARIA DELFINA AMPARO GUTIERREZ SUAREZ

1 Introducción

En España, los casos de acoso laboral se están incrementan, aun así, hay ocasiones en que los trabajadores, incluidos los auxiliares administrativos sanitarios, no denuncia porque desconocen lo que es el acoso laboral o moobing y que la legislación le ampara y le otorga unos derechos.

2 Objetivos

- Definir que es el acoso laboral o moobing.
- Conocer los tipos de acoso laboral o moobing que existen, los síntomas más comunes para poder detectar que se está produciendo un acoso laboral y conocer algunas de las consecuencias que puede sufrir el acosado.

3 Metodología

La información aquí expresada está basada en una búsqueda en diferentes bases de datos, como Google Scholar, Dialnet, Scielo. Se han empleado como descriptores: moobing, acoso laboral, sanidad. Se han empleado como criterios de inclusión: textos escritos en castellano e inglés; y se han excluido aquellos que carecieran de acceso gratuito.

4 Resultados

El acoso laboral o mobbing se da en una situación donde una o varias personas atentan contra la dignidad de otra, creando un entorno humillante, intimidatorio ofensivo a través de conductas no deseadas. Es un conjunto continuado de acciones conscientes e injustificadas de violencia psicológica e incluso puede ser de carácter sexual o físico con el único objetivo de conseguir degradar el ambiente laboral del trabajador acosado y conseguir así que no quiera ir a trabajar por sentir miedo y que llegue a abandonar su puesto de trabajo.

Existen tres tipos de acoso laboral:
• El acoso moral es el acoso psicológico.
• El boosing; es el jefe el único acosador.
• El moobing: que es el acoso generalizado desarrollado por varias personas.

Algunos de los síntomas para detectar el moobing laboral son que el jefe o sus compañeros mantengan relaciones personales distantes con el trabajador acosado, que se le asignen muchas tareas siendo casi imposible realizarlas, que tenga que desarrollar trabajos sin contar con las medidas de seguridad pertinentes, que reciba críticas no constructivas, amenazas gestuales, verbales o incluso escritas.

Algunas de las consecuencias que sufre el trabajador acosado en el trabajo son: estrés, perdida de autoestima, sentimiento de culpa, idea de suicidio, trastornos en el sueño, problemas gastrointestinales, aislamiento, cambios de humor.

5 Discusión-Conclusión

El acoso laboral es algo que se puede atajar si los trabajadores estuvieran informados correctamente y atentos a las situaciones que se producen en su entorno. Además, el acoso laboral es algo que afecta no solo a la victima sino a los que están alrededor de ella ya que las relaciones con sus compañeros no van a ser buenas y la realización de las tareas van a ser más lentas produciéndose un ambiente de trabajo hostil y en el caso de que el acosado sea personal sanitario esto va a afectar a los pacientes y usuarios del centro sanitario pues el trabajador acosado no va a tener humor para atenderles correctamente.
El moobing laboral también afecta a los familiares y amigos de la víctima ya que

el acosado por lo general, va a intentar ocultarlo a su entorno y esto hará que esté incomodo, más irritable y menos sociable.

6 Bibliografía

1. Dudaslegislativas.com. Acoso laboral: qué es, tipos, cómo detectarlo y denunciarlo. Dudaslegislativas.com [Internet] [actualizado 25 ene 2020; citado 7 feb 2020]. Disponible en: https://dudaslegislativas.com/acoso-laboral/
2. Acoso laboral o mobbing: Qué es. Sanitas.es [Internet]. Sanitas.es; c 2020 [citado 7 feb 2020]. Disponible en: https://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/psicologia/acoso-laboral-que-es.html
3. CEAC Blog. Mobbing entre compañeros de trabajo. Ceac.es [Internet]. Ceac Planeta Formación y Unic¡versidads; c 2020 [actualizado 17 abr 2015; citado 7 feb 2020]. Disponible en: https://www.ceac.es/blog/mobbing-entre-companeros-de-trabajo

Capítulo 1457

GESTIÓN DE RESIDUOS EN EL ÁMBITO SANITARIO

JAVIER GARCIA SANCHEZ

ROCÍO GONZÁLEZ SOMOANO

SUSANA VALDES SUAREZ

NURIA GUTIÉRREZ ARREAL

SILVIA VARELA SANCHEZ

1 Introducción

En los últimos años ha surgido una gran preocupación medio ambiental por los problemas de salud que originan los residuos, principalmente los denominados peligrosos. Los daños que se pueden ocasionar por su incorrecta gestión son de enorme importancia. Esta situación ha obligado a hacer frente a los problemas de contaminación del medio ambiente y la de sus efectos adversos en la salud pública.
Este tipo de residuos, de tratamiento especial, proceden de:
- Hospitales.
- Clínicas y sanatorios de medicina humana.
- Consultas de profesionales independientes.
- Centros de asistencia social.
- Laboratorios de investigación médica.
- Centros de atención primaria.

- Centros de salud.
- Centros de planificación.
- Cualquier otra que tenga relación con la salud humana.
- Centros y servicios veterinarios asistenciales.

Se entiende por residuos sanitarios todos los generados en cualquier establecimiento o servicio en el que se desarrollen actividades de atención a la salud humana, incluidos los envases que los hayan contenido.
Los residuos sanitarios se clasifican:
Grupo I.- Son los residuos asimilables a los urbanos, no específicos de la actividad propiamente sanitaria, entre los que se incluyen: papel, cartón, envases, residuos de oficinas y restos de comedores, jardines. Se recogen en bolsas de color negro que se pueden depositar en los contenedores de residuos urbanos.
Grupo II.- Lo forman los residuos no peligrosos derivados de la actividad hospitalaria, pero que debido a sus características no requieren de ningún tipo de gestión especial (pañales, restos de curas…). Se recogen en bolsas de color verde y también se incorporan al flujo general de los residuos urbanos de recogida municipal, depositándose en los contenedores de residuos urbanos.
Grupo III.- Son residuos sanitarios especiales, producidos como resultado de la actividad clínica y que se deben observar medidas de prevención en la gestión, dado que pueden representar un riesgo para la salud laboral y pública. Se clasifican en: infecciosos, anatómicos, sangre y hemoderivados, agujas y material punzante y cortante, vacunas y citostáticos. Su recogida se realiza a través de un gestor autorizado en bolsas de color rojo y contenedores de cierre hermético, trasladándose para su posterior tratamiento fuera de la Comunidad Autónoma.
Grupo IV.- Lo componen los residuos con normativa específica de gestión: peligrosos no específicos de la actividad propiamente sanitaria (aceites usados, residuos radioactivos…)

2 Objetivos

Una correcta clasificación y separación de los residuos sanitarios reduce el riesgo de lesiones al personal que entra en contacto con los mismos, los daños a la salud de las personas y la contaminación ambiental, pero además suele suponer una optimización de los recursos y un ahorro económico.
- Supone un coste importante para los centros sanitarios públicos y privados que cada vez más deben optimizar sus recursos.

- Un elevado número de profesionales del sector están en contacto con ellos y por lo tanto su gestión puede incidir en la prevención de riesgos laborales y, en particular, en la prevención de las lesiones causadas por instrumentos cortantes y punzantes (véase Directiva 2010/32/UE del Consejo de 10 de mayo de 2010).
- Los protocolos sanitarios y la manera de llevar a cabo algunos tratamientos ha cambiado en los últimos años y esto ha conllevado que también se generen este tipo de residuos en los domicilios particulares.

Son residuos que tienen un alto impacto social debido a la percepción que tiene de ellos la ciudadanía

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

De los residuos generados en servicios de atención sanitaria, aproximadamente un 85% son residuos generales no peligrosos asimilables a domésticos (papel, cartón vidrio, plástico, restos de comida…) y residuos sanitarios asimilables a domésticos (restos de curas, vendas, empapadores, ropa de cama, equipos de goteros, bolsas de colostomía, vacunas inactivadas, medicamentos caducados. El 15% restante se considera peligroso por ser infeccioso, tóxico o radiactivo: residuos biológicos (vacunas vivas y atenuadas, fluidos corporales, sangre y hemoderivados de pacientes infecciosos, restos anatómicos, material punzante o cortante…), residuos de medicamentos (restos de medicamentos anticancerosos y equipos de quimioterapia), residuos químicos (disolventes halogenados, ácidos, mercurio…) y residuos radiactivos.

Cada año en el mundo se administran 16.000 millones de inyecciones y no todas las agujas ni jeringas son eliminadas de la forma correcta. En los países de rentas elevadas se generan hasta 0.5 kg. de residuos peligrosos por día y cama hospitalaria. En los países de renta baja la cantidad disminuye hasta 0.2 kg., pero por el

contrario en estos últimos no se separan los peligrosos del resto de residuos, por lo que en la práctica la cantidad es mucho mayor.

Gran parte de los desechos sanitarios se incineran, lo que puede dar lugar a la emisión al medio ambiente de patógenos y contaminantes tóxicos. De los residuos sanitarios y sus subproductos pueden derivarse riesgos para la salud de la población en general, tales como intoxicaciones y contaminación por liberación al medio ambiente de productos farmacéuticos como antibióticos y fármacos citotóxicos, por elementos o compuestos tóxicos como el mercurio o las dioxinas que se liberan al incinerar los desechos, quemaduras por radiación u heridas por objetos punzo-cortantes.

5 Discusión-Conclusión

Una gestión ineficiente derivará en graves consecuencias para la salud de las personas y la degradación del medio ambiente, para ello se deben elaborar políticas responsables en normas de bioseguridad para la gestión de los residuos y la correcta clasificación de dichos residuos. Deben dictarse normas para eliminar la importante carga de morbilidad asociada a la mala práctica, incluida la exposición a agentes infecciosos y sustancias tóxicas.

Debe implantarse un sistema integral y de carácter universal para lograr mejorar a medio y largo plazo una mejora en la gestión de los residuos sanitarios. Métodos de gestión seguros e inocuos para el medio ambiente, con el objetivo de proteger a las personas implicadas del peligro en los procesos de recogida, manipulación, almacenaje, transporte, tratamiento y eliminación de desechos. Debe fomentarse la minimización, la reutilización, el reciclado y la valorización con el fin de generar el mínimo de residuos, estas son las claves para facilitar su posterior eliminación.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 1458

ACOSO LABORAL O MOBBING.

JOSE RAMON FERNANDEZ FERNANDEZ

1 Introducción

Los riesgos psicosociales en el ámbito laboral pueden provocar problemas cognitivos, emocionales y conductuales que en numerosas ocasiones derivan en importantes problemas de salud, tanto físicos como mentales.
Podemos clasificar los riesgos psicosociales en tres grandes grupos:
- El estrés laboral.
- La fatiga.
- La violencia en el trabajo tanto física como psicológica.

El término ”violencia” no debe estar relacionado solamente con la agresión física. El concepto de violencia debe de englobar más factores que el de la mera agresión física (pegar, golpear ...) debe de incluir todas las conductas que lleguen a violentar o intimidar a quien las padece. La violencia en el trabajo debe de incluir ademas de las agresiones físicas, las conductas verbales o físicas amenazantes, intimidatorias, abusivas y acosantes.

2 Objetivos

- Identificar los riesgos psicosociales en especial el acoso laboral o mobbing.
- Conocer las consecuencias del mobbing y su prevención.

3 Metodología

Para la elaboración del capítulo visité la sección de Mediateca del Instituto Asturiano de Administración Pública. Tambíen se llevó a cabo una búsqueda sistemática usando la base de datos de Scielo, introduciendo palabras clave: " Acoso laboral" y "Riesgos Psicológicos".
Estas bases nos remiten a otras fuentes como páginas web o artículos.

4 Resultados

Existen distintos tipos de acoso que tienen un gran potencial para producir daños en la salud. Se distinguen:
- Acoso sexual. En el Art. 7.1º dela L.O. 3/2007 de 23 de marzo, para la igualdad Efectiva de Mujeres y Hombres, se define como "cualquier comportamiento, verbal o físico de naturaleza sexual que tenga el propósito o produzca el efecto de atentar contra la dignidad de una persona, en particular cuando se crea un entorno intimidatorio, degradante u ofensivo".

- Acoso discriminatorio. Eñ Art. 28 de la Ley 62/2003 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y del Orden social, define el acoso como " toda conducta no deseada relacionada con el origen racial o étnico, la religión o las convicciones, la discapacidad, la edad o la orientaión sexual de una persona, que tenga como objetivo o consecuencia atentar contra su dignidad y crear un ambiente intimidatorio, humillante u ofensivo".

- Acoso laboral o Acoso Psicológico en el Trabajo (APT). la NTP 854, desde el campo técnico de la Prevención de Riesgos Laborales (PRL) lo define como la "exposición a conductas de violencia psicológica, dirigidas de forma reiterada y prolongada en el tiempo, hacia una o más personas por parte de otra/s que actúan frente aquella/s desde una posición de poder. Dicha exposición se da en el marco de una relación laboral y supone un riesgo importante para la salud.

Leymann (1996) define el mobbing como: Comunicación hostil y desprovista de ética que es administrada de forma sistemática por uno o unos pocos individuos, principalmente contra un único individuo, quien, a consecuencia de ello es arrojado a una situación de soledad e indefensión prolongada, a base de acciones de hostigamiento frecuentes y persistentes (al menos una vez por semana) y a lo largo de un prolongado periodo (al menos durante seis meses).

Leymann define una serie de actividades caracteristicas de mobbing en función de las consecuencias sobre la víctima:
- Acciones dirigidas a limitar la capacidad de la víctima para comunicarse libremente.
- Acciones dirigidas a limitar el contacto social de la víctima.
- Acciones dirigidas a destruir su reputación personal.
- Acciones dirigidas a limitar o desacreditar su activida laboral.
- Acciones dirigidas contra la saluda física de la víctima.

Condiciones para que exista acoso:
1. Partes Implicadas: Concurren dos partes implicadas, acosadora y acosada.
2. Frecuencia y duración de la exposición: Las acciones y los comportamientos deben producirse de forma reiterada, excluyendo hechos aislados como conflictos puntuales entre trabajadores; y la exposición debe suceder durante un periodo de tiempo prolongado, condición que está directamente relacionada con su caracter repetitivo.
3. Tipo de relación: Entre las partes implicadas debe existir una asimetría de poder formal (depender jerarquicamente) o informal
(posición de liderazgo, conexiones sociales, poder debido a la experiencia etc.).
4. Marco donde se produce: Estas exposiciones de violencia psicológica deben presentarse en el marco de la relación laboral.
5. Riesgo para la salud: Estas acciones y comportamientos de acoso pueden generar daños en la salud de la victima.

Fases.
1ª Fase o fase de conflicto: En cualquier organización laboral, la existencia de conflictos resulta algo esperable, si bien gran parte de ellos se resuelven de forma más o menos satisfactoria. Sin embargo algunos de estos conflictos se hacen crónicos, dando paso a la segunda fase.
2ª Fase o fase de mobbing o estigmatización: En esta fase comienza el acoso como tal. El acosador comienza a hostigar a la víctima con acciones como impedir que realice su trabajo, acciones contra su reputación o dignidad, dificulta sus posibilidades de comunicación y pone en peligro la salud física de la víctima. Las acciones están dirigidas a castigar a la víctima por el conflicto no resuelto. Lo que al comienzo tal vez fuera un conflicto entre dos personas puede llegar a ser un conflicto de muchas personas contra una. La víctima comienza a resultar una amenaza o un incordio para la persona o grupo de personas que le someten al

acoso. Según los estudios de Leymann esta fase tiene una duración de 1,3 años por termino medio, antes de pasar a la tercera fase.
3ª Fase o fase de intervención desde la empresa: En esta fase se tomarán una serie de medidas encaminadas a la resolución positiva del conflicto o más habitualmente, medidas tendentes a desembarazarse del supuesto origen o centro del conflicto, contribuyendo así a la mayor culpabilización y sufrimiento del afectado.
4ª Fase o fase de marginación o exclusión de la vida laboral: El trabajador compatibiliza su trabajo con largas temporadas de baja, o queda excluido definitivamente del mundo laboral.
Obviamente, el desarrollo de todas estas fases implica la no resolución del problema en ninguna de ellas.

Consecuencias:
Las consecuencias del acoso en la empresa son: Disminución del rendimiento, aumento del absentismo y aumento de la accidentalidad. En cuanto a las consecuencias sobre la víctima; En el ámbito psicológico la víctima padece ansiedad y miedo, estrés, frustración si se cronifica puede conducir a trastornos de mayor gravedad como la depresión o trastornos paranóicos; En cuanto al ámbito físico puede ocasionarle trastornos como diarrea, vómitos, perdidas de memoria, etc.
Desde el punto de vista social las víctimas pueden volverse más susceptibles a las críticas, desconfiar de los demas, aislarse, volverse hostiles. En ocasiones aparecen deseos de venganza contra el acosador.

Prevención:
La prevención debería atender a las deficiencias del diseño del trabajo
(proporcionar un trabajo con bajo nivel de estrés, alto control del trabajo, alta capacidad de decisión …), al comportamiento de los líderes (desarrollando habilidades para reconocer conflictos y manejarlos adecuadamente, conocer los síntomas para su reconocimiento temprano), y a la protección de la posición social de la persona
(desarrollando reglas claras, explícitas, escritas y públicas sobre resolución de conflictos, que garantice el derecho a la queja y el anonimato y que prevea sistemas de mediación y/o arbitraje).

5 Discusión-Conclusión

La situación de acoso laboral es un proceso gradual que va gestándose a lo largo del tiempo, al amparo de malas condiciones de trabajo y de una deficiente organización del mismo. Si no se actúa de forma preventiva y en fases tempranas, las consecuencias pueden conducir a graves problemas de salud en la víctima.
En vista de la relevancia que tiene sobre la salud el acoso laboral resulta fundamental que los propios trabajadores sean capaces de reconocerlo, identificar sus causas, evolución, y consecuencias, así como conocer de qué manera pueden prevenir su aparición en el lugar de trabajo.

6 Bibliografía

- Revista de psicología del trabajo y de las organizaciones:Estudio sobre el acoso psicológico en la Universidad Pública de Galicia.Autores: Mª
- Angeles López-Cabarcos,Eduardo Picón Prado y Paula Vázquez Rodríguez.
- El acoso laboral: Reconocerlo y afrontarlo.Curso del Adolfo Posada.
- INSST:documentación sobre violencia en el trabajo.

Capítulo 1459

EL SINDROME DEL TUNEL CARPIANO.

NURIA GRANDA VILLA

MARIA DELFINA AMPARO GUTIERREZ SUAREZ

1 Introducción

El síndrome del túnel carpiano se produce por la compresión del nervio mediano de la muñeca, es decir, cuando los tejidos que rodean los tendones flexores en la muñeca se inflaman y hacen presión en el nervio mediano.
El síndrome del túnel carpiano afecta a numerosos auxiliares administrativos que trabajan en sanidad debido al uso frecuente del teclado y del ratón.

2 Objetivos

- Conocer los síntomas, los factores de riesgo y el tratamiento del síntoma del túnel carpiano.

3 Metodología

La información aquí expresada está basada en una búsqueda en diferentes bases de datos, como Google Scholar, Dialnet, Scielo. Se han empleado como descriptores: Tunel carpiano, auxiliar administrativo, movimientos repetitivos, riesgos laborales. Se han empleado como criterios de inclusión: textos escritos en castellano e inglés.

4 Resultados

Los síntomas del síndrome del túnel carpiano suelen aparecer de forma gradual. Algunos de los síntomas son:
• Hormigueo y/o entumecimiento de la mano y de los dedos.
• Debilidad en la mano y mayor facilidad a dejar caer objetos.
• Dolor en la muñeca y en la palma de la mano, que se extiende a los dedos o al antebrazo. En casos más severo, el dolor se puede propagar hasta el hombro.
• Sensación de descarga eléctrica en los dedos índice, medio y pulgar.
• Dificultad en coger objetos, aunque sean ligeros.

Existen algunos factores de riesgo para la aparición del síndrome del túnel carpiano como son los factores anatómicos, sexo, afecciones que provocan lesiones a los nervios, enfermedades inflamatorias, obesidad y factores en el trabajo.

Tratamiento: con la aparición de los primeros síntomas, se puede llevar a cabo movimientos que ayuden a descomprimir el nervio tales como estirar el brazo hacia adelante y flexionar muñecas, abrir y cerrar las manos teniendo quietas las muñecas. Aumentar los descansos para que las manos puedan descansar. Si las manos están hinchadas se puede aplicar frío para aliviar. En casos más avanzados no hay más solución que operar bien mediante cirugía endoscópica o cirugía abierta.

5 Discusión-Conclusión

Para evitar el síndrome del túnel carpiano, el personal auxiliar administrativo de sanidad debe tomar medidas preventivas como posturas correctas en el trabajo, el uso de un teclado ergonómico adaptado para evitar este síndrome.

6 Bibliografía

- Trespando, Eliana. El síndrome del túnel carpiano en el personal administrativo. Revistamedica.com [Internet]. Revista Ocronos; c 2020 [actualizado a 23 ene 2020; citado a 6 feb 2020]. Disponible en: https://revistamedica.com/sindrome-del-tunel-carpiano-personal-administrativo/
- Albert. Los ¿Es el síndrome del túnel carpiano una enfermedad profesional? Agsgraduados.es [Internet]. AGS Graduados; c2018 [actualizado a 17 nov 2016;

citado a 6 feb 2020]. Disponible en: https://agsgraduados.es/es/es-el-sindrome-del-tunel-carpiano-una-enfermedad-profesional/
- Mayo Clinic. Síndrome del Tunel Carpiano. Mayoclinic.org [Internet]. Foundation for Medical Education and Research; c 1998-2020 [citado a 6 feb 2020]Disponible en: https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/carpal-tunnel-syndrome/symptoms-causes/syc-20355603

Capítulo 1460

EDUCAR PARA LA SALUD. UNA INVERSIÓN DE FUTURO.

JAVIER GRANDA ALVAREZ

1 Introducción

Tal y como señala la Organización Mundial de la Salud (OMS), la educación para la salud (EpS) comprende todas aquellas actividades educativas pensadas para ampliar el conocimiento de la población en relación a la salud y desarrollar los valores, las actitudes y las iniciativas personales que promuevan la salud.

La salud es un derecho fundamental de las personas que está determinado por el contexto social, económico, geográfico y cultural en el que se desenvuelve la vida. Con todo, la educación para la salud es un término que, según los enfoques biopsicosociales y educativos actuales, implica que las personas se convierten en protagonistas de su propia salud, en verdaderos activos de salud, en la medida en las personas, los grupos y las comunidades toman conciencia y adquieren mayor control sobre las decisiones que afectan a su salud.

2 Objetivos

- Analizar el papel de la educación para la salud en las sociedades actuales como parte integrante del proceso asistencial.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos de Medline, PubMed, Cuiden, Scielo, Google académico y en bibliografía especializada.
Palabras clave: educación para la salud, EpS, promoción de la salud, salud pública, salud comunitaria, pedagogía activa, aprendizaje significativo.
Criterios de inclusión: documentos escritos en castellano en los últimos 20 años.

4 Resultados

• La salud no es un hecho individual determinado únicamente por la biología o por nuestro comportamiento; los determinantes sociales son insoslayables como lo es una educación en salud que fomente valores, hábitos y actitudes que promuevan la salud.
• La educación para la salud juega un papel importante en la promoción de la salud en la medida en que, no solo transmite información sanitaria necesaria, sino que favorece la motivación y la autoestima precisas para mejorar la salud individual y colectiva.
• En la medida en la que la EpS está orientada hacia el desarrollo de actividades educativas pensadas para ampliar el conocimiento de la población en relación con la salud, éstas tienden a agruparse en tres áreas: problemas de salud (diabetes, HTA, enfermedades cardiovasculares, demencias, etcétera), estilos de vida (alimentación, sexualidad, ejercicio físico,) y transiciones vitales (embarazo, infancia, adolescencia, madurez, cuidados, etcétera).

5 Discusión-Conclusión

• Si tal y como señala la OMS, la salud es un estado completo de bienestar físico, mental y social de la persona, se impone la necesidad de promover comportamientos y estilos de vida saludables que favorezcan la salud de la población. La EpS se convierte así en una eficaz estrategia de prevención y promoción de la salud, que ahorra futuros costes al sistema sanitario.

• La educación para la salud es una herramienta básica para atenuar el impacto de problemas de salud de la sociedad actual como el colesterol, la hipertensión o la obesidad. Sin embargo, se debe tener presente que el cambio hacia hábitos saludables que se busca con la EpS está indisolublememte asociado al contexto, a los factores que condicionan el estilo de vida.

• La Eps juega un papel determinante para que las personas tomen conciencia y acepten la enfermedad, cuestión esta especialmente trascendente en los enfermos crónicos.

6 Bibliografía

FRÍAS, A (2002): Salud pública y educación para la salud. Barcelona: Masson.
NUÑEZ JIMÉNEZ, C (2014): Recursos útiles en educación para la salud, en Formación Activa en Pediatría de Atención Primaria, vol. 7, núm. 2.
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1986): Carta de Ottawa para la promoción de salud. Ginebra: OMS. Disponible en: http://www1.paho.org/spanish/HPP/ OttawaCharterSp.pdf

PEREZ JARAUTA, Mª J; ECHAURI OZCOIDI, M; ANCIZU IRURE, E y CHACARRO SAN MARTÍN, J (2006): Manual de educación para la salud. Gobierno de Navarra.

Capítulo 1461

ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN DE CALIDAD CON GDR: EL FACTOR TIEMPO DE ATENCIÓN AL PACIENTE EN CENTRO DE SALUD.

FRANCISCO GUSTAVO RUIZ ARJONA

1 Introducción

En el trabajo planteado, trataré de realizar una investigación sobre el tiempo que se le presta de atención a los pacientes en los centros de salud. La idea que se persigue es poder dilucidar el tiempo que necesita un paciente para ser diagnosticado o asistido según la dolencia que le ocupa.

Para ello trataré de analizar mediante el uso de GDR, las variables que influyen y que nos pueden ayudar a discernir el tiempo que se necestia para atender a un paciente según la dolencia que tiene. Los resultados obtenidos pueden ayudar a incrementar la productividad de los centros de atención primaria, puesto que un profesional sabría, según la dolencia de su paciente el tiempo en el que debería ser asistido.

2 Objetivos

- Identificar las variables que influyen en el tiempo que se dedica por paciente en los centros de salud.
- Analizar las variables para optimizar el tiempo de atención indicado para cada paciente

3 Metodología

Su usarían GDR para estudiar las variables que influyen en el tiempo que se necesita para diagnosticar o asistir a un paciente.

Se llevaría a cabo un estudio descriptivo con diseño transversal y usando el método cualitativo, que nos permita analizar los resultados obtenidos a partir de los cuestionarios planteados. Las variables del estudio serán psicoemocionales, estilo de vida, etc.

La población de estudio será una muestra de al menos 50 pacientes aquejados de dolencias identificadas mediante GDR sin limite de edad o sexo.

Se incluiran en el trabajo profesionales que lleven al menos 2 años de experiencia en atención primaria.

Se establece una media de 5 meses para obtener resultados concluyentes.

Anonimato de los participantes en el estudio.

Primero se trabajará con GDR para identificar Variables.

Segundo se hará el estudio cualitativo indicado

4 Bibliografía

-Los grupos relacionados con el diagnóstico (GRD). Experiencia y perspectivas de utilización. Autor: CASAS, Merce (dir.) / V.V.A.A.Ed. Masson. Barcelona, 1991

Capítulo 1462

ANÁLISIS DE PELIGROS Y PUNTOS DE CONTROL CRÍTICO EN LAS COCINAS HOSPITALARIAS

JONATHAN GONZÁLEZ LÓPEZ

1 Introducción

La alimentación en el ámbito hospitalario es esencial para garantizar una adecuada recuperación del paciente ingresado. Por ello, la cocina y los alimentos que ofrece, deben garantizar la seguridad alimentaria, tanto a nivel higiénico como nutricional (Rodríguez, 2018). En este sentido, el reglamento (CE) nº 852/2004 del Parlamento Europeo y del Consejo de 29 de abril, relativo a la higiene de los productos alimenticios, establece que:

"Los operadores de empresas alimentarias que intervengan en cualquier etapa de la producción primaria, transformación y distribución de alimentos posterior a la producción primaria, deberán crear un procedimiento permanente de control basado en el análisis de peligros y puntos de control críticos (APPCC), teniendo en cuenta los principios recogidos en el Código Alimentario".

El sistema de autocontrol (APPCC), por lo tanto, será un punto clave a tener en cuenta en las cocinas hospitalarias. Este plan fue desarrollado, en un principio, por las empresas automovilísticas en Estados Unidos y, más tarde, implementado por la NASA, con el objetivo de evitar problemas en los viajes espaciales. Posteriormente, la industria alimentaria adoptó este sistema al ser reconocido por la OMS (Organización Mundial de la Salud) y la FAO (Organización de las Naciones

Unidas para la Agricultura y la Alimentación) como el mejor sistema disponible para garantizar que un alimento sea seguro (OPS, 2012).

2 Objetivos

El principal objetivo de este trabajo es identificar las características del sistema de autocontrol (APPCC) en la cocina hospitalaria. Como objetivo secundario, se encuentra analizar las ventajas e inconvenientes de este sistema, describiendo las bases y principios sobre los que se sustenta.

3 Metodología

Para responder a este objetivo, se ha llevado a cabo una revisión teórica a través de la base de datos Scielo y PubMed, con restricción de fecha 2000-2019 y combinando los siguientes descriptores: sanidad, hospital, APPCC, puntos críticos, sistemas de autocontrol, alimentación. A través de estos tópicos, se encontraron 11 documentos, que se discriminaron de la siguiente manera: se tuvieron en cuenta para su análisis solo los trabajos tipo paper; se descartaron aquellos documentos que no se relacionaban con el tema de interés. De este modo, se eliminaron 5 salidas de la web. En primera instancia se seleccionaron, por lo tanto, 6 artículos que recogían los criterios de inclusión de la investigación (de los que, una vez estudiado el texto completo, se debió eliminar uno más por no corresponderse con los tópicos buscados). Por todo esto, el total de documentos analizados fue de 5.

4 Resultados

Se halla que, para desarrollar e implementar de manera adecuada un plan APPCC, antes se precisa disponer de ciertos requisitos base en la cocina del centro sanitario. Estos criterios que se deben cumplir, son los que siguen:

- Estructura adecuada de la cocina hospitalaria, así como un plan de mantenimiento correctamente elaborado y aplicado.
- Que la cocina disponga de agua potable
- Que todos los proveedores y las materias primas recibidas se encuentren debidamente homologados.
- Sistemas que permitan el control de la temperatura ambiente.
- Instalaciones y materiales verificados.

• Trabajadores formados en un plan de manipulador de alimentos.
• Aplicación de protocolos higiénicos.
• Implementación de adecuados programas de higiene, limpieza y desinfección.

Por otro lado, se basa en siete principios fundamentales, que se indican a continuación:
• Analizar los potenciales peligros, a través de un listado de todas aquellas fases del sistema de producción y elaboración de las comidas donde estos puedan aparecer.
• Identificar, de entre todas las etapas de producción, cuáles son los puntos críticos (que más riesgo conllevan) a controlar en mayor medida.
• Establecer los límites críticos que deberían alcanzarse para asegurar que el PCC se está cumpliendo.
• Programar pruebas y seguimientos para asegurar el control de los PCC.
• En caso de detectar un peligro, implementar las medidas de corrección necesarias de manera inmediata.
• Establecer un sistema, a través de objetivos e indicadores, que asegure que el plan implementado funciona de la forma correcta.
• Establecer un sistema eficaz de registro de datos que documente el APPCC.

Finalmente, en relación a sus ventajas, se halla que su implementación optimiza los recursos disponibles, tanto técnicos como humanos, utilizándolos eficaz y eficientemente al redirigirlos hacia los puntos más críticos. Por otro lado, reduce la posibilidad de accidentes, mejorando el autocontrol sobre la actividad. Asimismo, permite observar con distancia y perspectiva todo lo que ocurre en la empresa, y reduce costes al basarse en una generación mínima de desperdicios.

Es un sistema que puede aplicarse a todas las fases de la elaboración y conservación del alimento, que además se ha demostrado eficaz y que es, incluso, recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), Comisión Internacional de Especificaciones Microbiológicas de los Alimentos (ICMSF) y Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura (FAO).

Finalmente, es un sistema que implica renovar las políticas de empresa, dirigiéndolas hacia una garantía de calidad prospectiva y retrospectiva, funcionando como garantía de seguridad en la introducción de nuevos productos.

Acerca de sus desventajas, el sistema APPCC precisa de una serie de recursos humanos y no humanos que no siempre se encuentran disponibles o accesibles. Además, requerirá de un gran esfuerzo corporativo, formación continuada y una

gran disponibilidad de tiempo. También precisará de múltiples datos de carácter técnico que han de actualizarse de manera permanente y en tiempo real, conservando además los mismos durante un largo tiempo en ficheros específicos.

5 Discusión-Conclusión

A modo de conclusión, se puede decir que la implementación de un sistema APPCC garantiza la seguridad alimentaria, disminuyendo las enfermedades potenciales que se transmiten a través del alimento e incidiendo de manera indirecta en la salud del paciente, que es el consumidor final. Además, se ha comprobado que reduce el número de análisis necesarios, así como su temporalidad. También permite, de forma temprana, detectar posibles errores y fallos y aplicar al momento medidas preventivas.

Se podría decir, por lo tanto, que es un mecanismo eficaz en la identificación de peligros y que promueve la eliminación de los mismos en todas las etapas de producción. También suscita una mayor formación en el trabajador, que debe estar adecuadamente acreditado como manipulador de alimentos, lo que conllevará una seguridad máxima en las cocinas hospitalarias.

6 Bibliografía

- Alario Hernández, A. (2018). Implantación de un sistema de análisis de peligros y puntos críticos de control; APPCC; Seguridad alimentaria; Aseguramiento de la calidad.
- Codex Alimentarius. (2003). Código internacional recomendado revisado de prácticas – Principios generales de higiene de los alimentos. Última revisión CAC/RCP 1-1969, Rev. 4
- Hernández, J. L. G. (2016). Implantación del sistema de autocontrol en microestablecimientos de restauración colectiva: recepción de alimentos (Doctoral dissertation, Universidad de Las Palmas de Gran Canaria).
- OPS (2012). Sistema HACCP.
- Reglamento (CE) Nº 178/2002 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 28 de enero de 2002, por el que se establecen los principios y los requisitos generales de la legislación alimentaria, se crea la Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria y se fijan procedimientos relativos a la seguridad alimentaria.
- Reglamento (CE) Nº 852/2004 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 29 de abril de 2004, relativo a la higiene de los productos alimenticios.

- Reglamento (CE) Nº 853/2004 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 29 de abril de 2004, por el que se establecen normas específicas de higiene de los alimentos de origen animal.
- Rodríguez, S. R. (2018). MF0711_2-Seguridad, higiene y protección ambiental en hostelería. Ediciones Paraninfo, SA.
- Salillas, M. P. (2017). Mejora de la seguridad alimentaria en restauración hospitalaria mediante la aplicación del sistema appcc (Doctoral dissertation, Universidad de Zaragoza).
- Sánchez Lozano, R. (2016). Guía para la elaboración de un Plan de Implantación de un Sistema APPCC en el área de restauración de un centro médico.

Capítulo 1463

EL PLATO TESTIGO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

JONATHAN GONZÁLEZ LÓPEZ

1 Introducción

La génesis de enfermedades causadas por la aparición de cepas resistentes de ciertos microorganismos ha generado, en los últimos años, una alarma de salud pública. Por ello, la seguridad alimentaria adquiere especial relevancia en el contexto histórico que nos ocupa. A nivel sanitario, además, esta seguridad debe hacerse con especial cuidado y rigor, pues el consumidor final será un paciente vulnerable, en ocasiones inmunodeprimido o con problemas de malnutrición, lo que le hace mucho más susceptible de verse afectado por este tipo de enfermedades (Gobierno Vasco, 2003).

El área de la restauración colectiva debe funcionar garantizando un exhaustivo control de todo el procedo de producción de alimentos mediante la aplicación de diversas medidas. Entre ellas, se encuentra la implantación del Sistema de Análisis de Peligros y Puntos de Control Críticos (APPCC). Este sistema funciona definiendo procesos preventivos en diferentes aspectos: instalaciones, materia prima… Asimismo, contempla protocolos de abordaje correctivo, cuyo objetivo es controlar el peligro una vez este ha aparecido. Es el caso de la conservación de muestras de las comidas servidas (Alario-Hernández, 2018).

En relación con lo mencionado anteriormente, el Real Decreto 3484/2000, de 29 de diciembre, por el que se establecen las normas de higiene para la elaboración, distribución y comercio de comidas preparadas, obliga a desarrollar y aplicar sistemas de autocontrol como los descritos, con el objetivo último de reducir y elimi-

nar prácticas incorrectas de manipulación que puedan contribuir a la aparición de brotes de intoxicaciones alimentarias. Entre estas medidas está la conservación del plato testigo.

2 Objetivos

- El principal objetivo de este trabajo es identificar las bases teóricas del origen del plato testigo como mecanismo de seguridad alimentaria.
- Como objetivo secundario, se encuentra analizar la forma en que se realiza el análisis microbiológico y recogida de muestras.

3 Metodología

Para responder a este objetivo, se ha llevado a cabo una revisión teórica a través de la base de datos Scielo y PubMed, con restricción de fecha 2000-2019 y combinando los siguientes descriptores: plato testigo, alimentación, sanidad, seguridad, control, conservación de muestras. A través de estos tópicos, se encontraron 10 documentos, que se discriminaron de la siguiente manera: se tuvieron en cuenta para su análisis solo los trabajos tipo paper; se descartaron aquellos documentos que no se relacionaban con el tema de interés.

De este modo, se eliminaron 4 salidas de la web. En primera instancia se seleccionaron, por lo tanto, 6 artículos que recogían los criterios de inclusión de la investigación (de los que, una vez estudiado el texto completo, se debió eliminar uno más por no corresponderse con los tópicos buscados). Por todo esto, el total de documentos analizados fue de 5.

4 Resultados

A. Fundamentación de la conservación de comidas testigo:

Se encuentra que uno de los motivos principales que justifican la conservación de las comidas testigo es que, en el supuesto de que surja un brote por intoxicación alimenticia, se puedan estudiar los alimentos con el objetivo de conocer cuál es el que originó el brote. Además, otorga al operador alimentario la posibilidad de establecer medidas con el objetivo de mejorar la prevención en el marco del plan de autocontrol, reduciendo así enormemente las posibilidades de que surja un

nuevo e indeseado brote. Este método se incluye de forma obligada dentro del APPCC.

El plato testigo se encuentra en el Real Decreto 3484/2000, sobre normas de higiene en la elaboración, distribución y comercio de comidas preparadas. En concreto, el artículo 10 de esta norma establece lo siguiente:
• Los responsables del servicio deben desarrollar e implementar sistemas de autocontrol continuados.
• Los sistemas de autocontrol deben estar ajustados al producto y su naturaleza, así como a las características del lugar.
• El procedimiento y sus principios se sustentarás sobre el sistema APPCC:
- Identificar peligros alimentarios o Identificar puntos de control críticos.
- Establecer límites críticos.
- Aplicar procedimientos eficaces de control de puntos críticos.
- Establecer medidas correctoras cuando los procedimientos aplicados no son suficiente para mantener el punto crítico bajo control.
- Llevar un registro de la aplicación del procedimiento.
- Verificar que el sistema funciona de manera eficaz.
• Las autoridades competentes podrán solicitar platos testigo de las diferentes comidas que se hayan servido diariamente. Estos, deben de estar claramente identificados con respecto a su contenido y fecha de producción, y debidamente conservados durante al menos dos jornadas. Asimismo, su cantidad debe corresponder a la de una ración individual.

B. Análisis microbiológico y recogida de muestras.

Para el análisis microbiológico de los alimentos, son necesarias tres fases:
1. En primer lugar, se procede a la toma de muestras, que debe ejecutarse de manera diaria.
2. En segundo lugar, y en función de la situación particular, se seleccionará un método por el cual proceder al análisis de la muestra.
3. Finalmente, se llevará a cabo la interpretación de los resultados: se obtendrá información sobre la presencia o no de microorganismo contaminante, grado de contaminación, y patrón de consumo del alimento.

A la hora de recoger las muestras se registrarán correctamente los siguientes datos:
• Fecha en que se tomó la muestra.
• Alimento o elaboración de donde procede.
• Lugar de recogida.

• Presencia de niveles anormales en alguno de los parámetros estudiados.
• Valoración de distintos factores durante la inspección (características generales, prácticas correctas de higiene, elaboración del producto, manipulación, almacenamiento, envasado).

Para la recogida de estas muestras se utilizarán recipientes estériles y se mantendrán a temperaturas de 0ºC a 4ºC y en cantidad de una ración individual.

La recogida de muestras que formará parte del plato testigo debe realizarse de manera especialmente cuidadosa, asegurando que, en caso de ser preciso, se pueda determinar si el microorganismo presente en ella ya lo estaba en el momento de su obtención o, por el contrario, si es causa de una manipulación incorrecta.

Finalmente, acerca de los resultados obtenidos en el análisis, y los datos que se tomaron en la inspección, aportarán información importante acerca de las causas de la contaminación o sobre manipulaciones inadecuadas de los productos. También determinarán el nivel de riesgo que su consumo puede suponer para el paciente. Todo esto dará lugar a la aplicación de medidas correctoras.

5 Discusión-Conclusión

El plato testigo es una medida fundamental para asegurar la salud de los pacientes y mantener una seguridad y control alimentaria posibilitando que, en caso de un brote cuyo origen se sospeche alimentario, se elabore un estudio epidemiológico que detecte el alimento causante. Esto permitirá realizar un diagnóstico rápido y eficaz de la situación y la aplicación de medidas adecuadas. También permitirá la identificación de los responsables legales, lo que será fundamental en caso de juicio penal.

Por otro lado, también se han de tener en cuenta los motivos epidemiológicos, pues es más fácil analizar un alimento que las muestras clínicas en los intoxicados, por lo que se podrá saber con prontitud el tipo de patógeno causante de la enfermedad para así poder tratar lo antes posibles a los enfermos.

6 Bibliografía

- Alario Hernández, A. (2018). Implantación de un sistema de análisis de peligros y puntos críticos de control; APPCC; Seguridad alimentaria; Aseguramiento de

la calidad.
- Agència Catalana de Seguretat Alimentària. (2015). Guía de Prácticas Correctas de Higiene para Restaurantes
- Anderson, M. D. R. P., & Calderón, V. (1999). Microbiología alimentaria: metodología analítica para alimentos y bebidas. Ediciones Diaz de Santos.
- Bryan, F. L., & World Health Organization. (1992). Evaluaciones por análisis de peligros en puntos críticos de control: guía para identificar peligros y evaluar riesgos relacionados con la preparación y la conservación de alimentos. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Campos Díaz, J., Rodríguez Alvarez, C., Sierra López, A., & Arias Rodríguez, Á. (2003). Estudio microbiológico de las comidas servidas en los comedores escolares de la isla de Tenerife. Revista española de salud pública, 77, 749-760.
- Comunidad de Madrid. (2017). Sistemas de seguridad alimentaria basados en el APPCC.
- Domínguez, L. A., & Oliver, C. R. (2010). Manipulador de alimentos: La importancia de la higiene en la elaboración y servicio de comidas. Ideaspropias Editorial SL.
- Gobierno Vasco. (2003). Guía Higiénico Sanitaria
- López Aday, D., Rivero Álvarez, E., Martínez Torres, A., & Alegret Rodríguez, M. (2013). Enfermedades transmitidas por alimentos en Villa Clara. Revista Cubana de Higiene y Epidemiología, 51(2), 203-213.
- Olivero, I. (2013). Manual básico de Epidemiologia en alimentación y nutrición. Recuperado de: http://www0. unsl. edu. ar/disgraf/neuweb2/pdf/Manual basico de Epidemiologia en alimentacion y nutricion. pdf.
- Real Decreto 3484/2000, de 29 de diciembre, por el que se establecen las normas de higiene para la elaboración, distribución y comercio de comidas preparadas

Capítulo 1464

EL ADMINISTRATIVO Y LA SALUD. CONCEPTOS BÁSICOS

CARLOS JAVIER IBAIBARRIAGA HERMIDA

1 Introducción

El administrativo en los centros sanitarios es un profesional cada vez más visible con un rol cada vez más específico y siempre forma parte de un equipo que está al servicio del ciudadano, entre sus funciones están las enfocadas a mejorar la atención de los profesionales en beneficio del paciente y a motivar a los ciudadanos y a dar a conocer sus derechos.

2 Objetivos

- Recopilar la información que implica al administrativo de la salud de cara al usuario.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica recogiendo las ideas en referencia a cada uno de los aspectos del contenido del capítulo. Relación de los diferentes puntos por parte de coordinación, revisión por parte de expertos y en relación a los administrativos.

4 Resultados

El derecho a la salud aparece recogido en el artículo 43 de la Constitución Española y por tanto el de la Comunidad Autónoma, legislado ampliamente sobre los derechos del administrativo de la Salud. Este ha de estar formado en legislación sobre los derechos, ha de estar motivado sobre la guía de difundirlos en el ámbito de la salud. Podemos decir que la ética es la reflexión entre los valores y el comportamiento y entre los deberes y los valores de cada persona. En el caso del grupo administrativo, la ética ha de llegar al barullo del día a día, es decir, ha de estar presente en el trabajo cotidiano y en la complejidad del momento.

La información es un derecho básico del ciudadano y del Usuario de los Servicios de Salud por lo que debe hacer referencia a todos aquellos aspectos que permiten al paciente tomar decisiones en el ejercicio de autonomía, aquellos referidos a sus propios procesos asistenciales e incluso en los momentos finales de su vida y al conjunto de la información sanitaria o administrativa en general. La información sola no tiene mucho valor, siempre mueve a la acción y casi siempre necesita de la comunicación, un elemento que juega un papel fundamental en las relaciones interprofesionales.

5 Discusión-Conclusión

Los valores, perjuicios, intereses, necesidades, demandas y expectativas hacen que el conflicto aflore por causas muy diversas, especialmente por la asimetría de la relación: organización-profesional-usuario. Un momento importante del conflicto, es cuando el usuario presenta una reclamación o muestra su disconformidad con la atención recibida.

La confidencialidad la entenderemos en el ámbito de la salud y el entorno sanitario como la garantía del tratamiento adecuado de toda la información conocida del paciente del acceso a la información y a los datos de los pacientes, solo está justificado si se da el motivo por el cual se han recogido, es decir, la asistencia, y este es proporcional a la responsabilidad de cada uno de los profesionales implicados.

La intimidad afecta al mundo de los valores y a todo lo que tiene que ver directa o indirectamente con ellos, cada persona tiene derecho a definir los límites y el contenido de su intimidad, siendo este necesario para mantener la calidad de vida. La atención personal y personalizada es aquella que va más allá de la atención

sanitaria. La atención es el verdadero núcleo del servicio y los ciudadanos buscan en ella una buena atención en su relación con el sistema y sus profesionales. La humanización de los centros sanitarios en todos los ámbitos, ha de ser una apuesta decidida para estimular la innovación profesional y organizativa.

Un equipo está formado por un grupo de personas que interactúan sobre si de forma intensa, para lograr un objetivo común, ese objetivo común es la salud y el bienestar del paciente, es decir, del usuario. El grupo trabaja y actúa de forma sinérgica coordinadamente completando los talentos y habilidades y con un alto grado de compromiso.

La calidad es el grado de satisfacción de las necesidades y expectativas del cliente. En nuestro ámbito, la calidad consiste en disponer y organizar los elementos y recursos de un sistema sanitario para lograr los mejores resultados posibles en relación al estado de salud y a la calidad de vida de los pacientes y usuarios.

6 Bibliografía

- Asociación Española de Normalización y certificación del ambiente de trabajo, España 2002.
- Curso de formación sobre atención al paciente personal no sanitario.
- www.loggoss.net
- Https://WWW.aepd.es/media/guias/guia-pacientes-usuarios-sanidad.pdf
- Garcia Ortega, C., Cozar Murillo, V., Almenara Barrios, J(2004). La autonomía del paciente y los derechos en materia de información y documentación clínica en el contexto de la Ley 41/2002. Revista española de salud pública, 78(4),469-479.
- Ley 14/1986,de 25 de abril, General de Sanidad.

Capítulo 1465

SÍNDROME DE FATIGA OCULAR EN PERSONAL ADMINISTRATIVO.

CLARA ARACELI GARCÍA SUÁREZ

1 Introducción

Desde que se usan las nuevas tecnologías, en la totalidad de las oficinas, se utilizan ordenadores durante largos periodos de tiempo. Todo ello da a lugar a que en muchos casos se padezca un síntoma importante que es la fatiga visual o astenopía.

2 Objetivos

- Realizar una revisión de la literatura para conocer las metodologías de prevención de la fatiga ocular.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: pubmed, medline, y scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Se identifican factores de riesgo comunes para desarrollar fatiga ocular:
• Número de horas de exposición a las pantallas.
• El contraste y el brillo de la pantalla inadecuadamente ajustados.
• Iluminación del puesto de trabajo insuficiente o excesiva que obligue al usuario a forzar la vista.
• Reflejos originados por las ventanas, la iluminación y los muebles y que inciden directamente sobre la pantalla.

Para prevenir o reducir el síndrome de fatiga visual:

• Realizar revisiones oftalmológicas.
• Descansar cada 20 minutos, parpadear y mirar hacia lo lejos.
• Adecuar el uso de lentes de contacto a las labores a desarrollar con pantallas.
• Controlar el brillo de la pantalla y la iluminación ambiental.
• Activar el modo de fondo de pantalla negro en los programas que lo permitan.
• Activar el modo lectura en los dispositivos móviles.
• Optimizar los equipos de trabajo.

5 Discusión-Conclusión

La mayoría de autores coinciden en un creciente aumento del SFO (Síndrome de fatiga ocular) mientras que otros mencionan una posible disminución debido a la optimización de equipos de trabajo. Es frecuente que los síntomas aumenten debido al uso de dispositivos electrónicos fuera del ambiente laboral y durante un mayor número de horas.

Aunque existen diferentes resultados, hay una asociación significativa entre el tiempo de exposición y aparición de síntomas y también con el uso de lentes de contacto. Como medida principal de prevención se recomienda la mejora del ambiente de trabajo.

6 Bibliografía

- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. (1997). NTP 602. El diseño ergonómico del puesto de trabajo con pantallas de visualización: el equipo de trabajo. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. España.

- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. (1997). Disposiciones mínimas de seguridad y salud relativos al trabajo con equipos que incluyen pantallas de visualización. Real Decreto 488. España.
- Tratado de Medicina del Trabajo. Fernando Gil Hernández. (2012)Elsevier España, S.L.
- IESA (investigaciones económicas y sociales aplicadas). Condiciones de trabajo ante pantallas de datos Informes y Documentos. Madrid, 43/1982.

Capítulo 1466

TÉCNICAS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO A LOS USUARIOS DE LOS CENTROS SANITARIOS

MARGARITA FERNÁNDEZ SUÁREZ

PABLO ASENSIO ÁLVAREZ

1 Introducción

Cualquier Servicio de Salud, nacional o autonómico, público o privado deberá tener como principal objetivo la oferta de unos servicios sanitarios orientados al usuario, asumiendo que éste es el protagonista real del servicio, con derecho a elegir y utilizar aquellos servicios personalizados de mayor calidad técnica y humana. Por ello será imprescindible el impulsar una política de calidad total, centrada en el usuario, que además de potenciar la calidad científico-técnica, se ocupe también de todos los aspectos de calidad percibida por el mismo.

Desde el primer contacto con el centro sanitario, el usuario deberá percibir el esfuerzo permanente en ofrecerle un servicio de máxima calidad. Por ello deberá fomentarse una relación y atención directa, personalizada e individualizada. Se dará la mayor difusión a los servicios que se ofertan, mediante servicios de información y programas de coordinación informativa, que permitan un alto grado de accesibilidad de los usuarios al servicio.

Es evidente que esta orientación del servicio sanitario al usuario, requiere la

participación de los profesionales implicados, ya que son un elemento imprescindible para la gestión del sistema, y entre ellos se encuentra el personal administrativo.
En los servicios administrativos de un centro sanitario, la atención directa al público es una parte fundamental del trabajo ya que se produce, tanto en ventanilla como telefónicamente, durante casi la totalidad de la jornada laboral. Es por ello que conviene contar con profesionales preparados que sean conocedores de las técnicas que requiere dicha atención.

2 Objetivos

- Identificar los principales factores que los usuarios de los centros sanitarios consideran fundamentales a la hora de decidir la calidad del servicio de atención recibido.
- Definir técnicas de actuación para mejorar la atención a los usuarios y a sus familiares en las unidades administrativas de los centros de salud.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas, priorizando criterios de escucha activa, comunicación efectiva y empatía.

4 Resultados

Determinar con precisión qué elementos consideran los usuarios fundamentales a la hora de decidir la calidad de un servicio es una tarea difícil, ya que estas variables diferirán de unos usuarios a otros. Sin embargo, a través de los numerosos estudios realizados al respecto, se puede elaborar un listado de los principales factores a considerar:
- Instalaciones físicas y accesibilidad: el personal administrativo no puede incidir sobre algunas de las variables incluidas en este grupo, si bien es necesario mencionar que el usuario valorará mejor el servicio si las instalaciones, equipos y ma-

teriales muestran signos de calidad, si los horarios están adaptados a las necesidades del ciudadano y si los servicios de atención al público son fácilmente localizables. Por otro lado, existen otra serie de factores directamente relacionadas con el personal administrativo, por ejemplo, este personal puede evitar que haya llamadas telefónicas que quedan sin respuesta, deberá mantener las líneas telefónicas siempre libres y tratará de evitar que el usuario deba llamar o volver al centro para realizar el trámite otro día, pronunciando la conocida frase vuelva usted mañana que tanto desagrado causa entre los usuarios.

- Fiabilidad: el usuario valorará muy negativamente cualquier tipo de engaño, por lo que se debe evitar decir que se va a hacer algo que realmente no se va a llevar a cabo. Además, el usuario deberá sentir seguridad respecto a la confidencialidad de sus datos personales y médicos, siendo fundamental que el personal administrativo respete en todo momento la ley de protección de datos.
- La igualdad en el trato es otro elemento que debe tenerse muy en cuenta, evitando que el ciudadano pueda pensar que hay algunos usuarios que son tratados de manera preferente, por ser amigos, conocidos o simplemente porque el personal administrativo siente una mayor simpatía hacia ellos.
- Conocimientos técnicos: están directamente relacionados con el personal administrativo e incluyen el manejo de herramientas informáticas o un buen conocimiento de los procedimientos administrativos, transmitiendo de esta forma al ciudadano que se saben hacer las cosas. Es importante efectuar las tareas sin errores y lo más rápidamente posible. En este grupo de factores también se encuentran las técnicas de comunicación y de atención al público, si bien en este caso los conocimientos van asociados a una serie de habilidades sociales y emocionales que, aunque pueden mejorarse, dependen de cada persona.
- Lenguaje apropiado, amabilidad y sociabilidad: Los usuarios deben ser tratados con amabilidad y con la máxima atención. El lenguaje ha de adaptarse al usuario, por lo que es conveniente el uso de un vocabulario que pueda entender todo el mundo, ya que no se trata de mostrar los conocimientos lingüísticos del personal administrativo sino de conseguir que el usuario comprenda lo que se le explica. Por otro lado, el personal administrativo siempre debe tratar de mostrarse cercano al usuario, haciendo el esfuerzo de conocer sus problemas y necesidades.

Se definen las siguientes técnicas de actuación del personal administrativo para mejorar la atención a los usuarios de los centros sanitarios:

- Mejorar la primera impresión: el aspecto de la persona que atiende y el orden y la limpieza del puesto de trabajo ayudan a que los ciudadanos tengan una mejor percepción del servicio, además es muy importante la expresión de la cara, ya que es el primer punto en el que se fija el usuario. Recibir al usuario con una

sonrisa muestra una predisposición positiva.

- La escucha activa: una vez se ha saludado al usuario se debe escuchar activamente lo que esta persona tiene que comunicar sin interrupciones. La escucha activa consiste en atender la totalidad del mensaje, tratando de interpretar el significado correcto del mismo, indicando al emisor lo que se está entendiendo mediante palabras o gestos y haciéndole ver que tenemos en cuenta sus opiniones. La diferencia entre oír y escuchar es que la primera acción es un hecho únicamente fisiológico, mientras que la escucha requiere esfuerzo y concentración. Mediante esta técnica se mejora la calidad de las comunicaciones y se incrementa la capacidad de empatizar con el usuario. Entre los principales aspectos a tener en cuenta para una escucha activa se señalan los siguientes:

1. Mostrar al emisor que se le está escuchando mediante movimientos con la cabeza, parafraseando o resumiendo la información que está proporcionando. Hay que esperar a que el usuario termine de hablar y no sacar conclusiones prematuras.
2. Evitar elementos que puedan interrumpir la escucha, como puedan ser llamadas telefónicas, ruidos o conversaciones que se producen en las proximidades.
3. Prestar atención en todo momento y no descartar parte del mensaje por considerar que ya se sabe lo que va a decir. En ocasiones se contesta antes de que termine de hablar el usuario, generando una mala impresión en el ciudadano, incluso aunque se consiga adivinar lo que va decir, puesto que esa persona no se va a sentir escuchada.
4. No tener prejuicios que nos lleven a valorar de antemano lo que ciudadano tiene que decirnos.
5. No discutir ni criticar las explicaciones dadas por el usuario, ya que esta forma de actuar únicamente conducirá a que el emisor se cierre y no continúe hablando o, lo que es peor, provocará su enfado.
6. Discrepar sobre las informaciones facilitadas por el usuario, pero nunca realizar referencias personales que generarán un bloqueo en el emisor al sentirse agredido.
7. Controlar las emociones, evitando que nuestro estado de ánimo pueda afectar a la respuesta dada.

- La empatía: esta habilidad consiste en ponerse en el lugar de otra persona sin que ello se deba a que la situación explicada nos haga sentir identificados con ella por haber vivido circunstancias similares. Es decir, para ser empáticos es necesario comprender qué siente y cómo actúa la otra persona sin juzgarla, pero esto no significa que se deba estar de acuerdo con lo que dice la otra persona. Uno de los errores más habituales es pensar que empatizar es dar la razón al otro en todo lo

que nos diga.
Algunas de las acciones que pueden llevarse a cabo para mostrar empatía con el usuario son las siguientes:
1. Comunicación asertiva: consiste en defender la manera propia de pensar de forma no agresiva, respetando a los demás y realizando sugerencias desde el respeto.
2. Comprensión: mostrar interés por la situación que está viviendo la otra persona y no fijar nuestra posición de antemano.
3. Interés: no mostrar aburrimiento, ni atender con prisas, ya que estas actuaciones son una falta de respeto hacia los usuarios.
4. Sonreír: un gesto de amabilidad como éste puede tranquilizar al usuario y hacer que el ambiente en el que transcurre la conversación sea mucho más cordial.
Por otro lado, hay otras actuaciones que deben ser evitadas para conseguir una atención al usuario desde la empatía:
5. Prejuzgar lo que el usuario viene a comunicar, pensando desde un primer momento que va a ser exactamente lo mismo que ya han contado muchos otros usuarios.
6. Dar la razón al usuario sin que realmente la tenga, ya que esto no es empatizar y puede llevarnos a cometer actuaciones inadecuadas.
7. Mostrar lástima por la situación del usuario.
8. Contar experiencias propias similares con el objetivo de hacer sentir mejor al usuario. Este tipo de actuaciones no van a resolver el problema y puede hacerle sentir que se intenta quitar importancia a lo que le sucede.

5 Discusión-Conclusión

El trato personal que reciben los usuarios en los centros de salud es una de las principales causas de quejas y reclamaciones, superando incluso a la disconformidad con la asistencia o tratamiento médico recibido. Por este motivo, es fundamental que tanto el personal sanitario como el no sanitario trabaje para mejorar la atención al usuario, siendo si cabe más relevantes los esfuerzos de este segundo colectivo, ya que es el personal administrativo el que debe explicar al usuario algunos de los elementos que más malestar causan entre la ciudadanía, como por ejemplo listas de espera.

Para mejorar la atención al usuario se puede incidir sobre las instalaciones en las que se presta el servicio, ampliar los horarios de atención al público o mejorar la formación técnica del personal, pero quizá el elemento más importante sea

el incremento de las habilidades sociales y emocionales del personal encargado de estas tareas. Sólo quien dispone de una formación específica en técnicas de comunicación y atención al usuario podrá comprometerse responsablemente con el centro para formar parte de un proyecto de calidad en la atención integral del paciente.

6 Bibliografía

- Rodríguez Martínez, V.J. (2018). «Guía de Estándares y Circuitos de la Calidad Asistencial». SESPA.
- Ceballos Atienza, Rafael. Editorial Alcalá Grupo Editorial. (2005). «Administración del servicio de atención al usuario».
- López Orencio, Edición Olalla. «Gestión de pacientes en el hospital».
-https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
-https://medlineplus.gov/spanish/
-https://www.scielo.org/es/

Capítulo 1467

REDOMENDACIONES PARA EL TRABAJO ADMINISTRATIVO CON PANTALLAS DE VISUALIZACIÓN DE DATOS.

CLARA ARACELI GARCÍA SUÁREZ

1 Introducción

El trabajo administrativo desde la introducción masiva de la informática en el ámbito laboral está fuertemente unido al uso de pantallas de visualización de datos (en adelante PVD).

2 Objetivos

- Reducir y evitar posturas incorrectas en las PVD que afecten de forma negativa produciendo fatigas de carácter visual, físico y mental.

3 Metodología

Aplicación de pautas fáciles y sencillas para sentarse y usar correctamente las PVD:
- Distancia óptima a la pantalla: 40 cms
- La línea de visión: paralela al plano horizontal o con una ligera inclinación hacia debajo de entre 10º-20º.

- Visualización de la pantalla: entre la línea de visión horizontal y un ángulo de 60º bajo la misma.
- Postura del tronco: Vertical, evitar giros y manteniendo línea de visión paralela al plano horizontal.
- Muslos y piernas: en posición horizontal y manteniendo un ángulo de 90º. pies descansando sobre el suelo o en su defecto en un reposapiés (dependiendo de las características físicas del usuario).
- Extremidades superiores: Los brazos deben estar en vertical y los antebrazos en horizontal formando un ángulo de 90º desde el codo. Antebrazos y manos deben estar alineados en el mismo eje formando una postura cómoda sin movimientos forzados.

4 Resultados

La aplicación cotidiana de estas normas básicas posturales en el trabajo diario del personal administrativo ante la PVD redunda en un corto periodo de plazo en la disminución/desaparición de molestias físicas en cuello, espalda, lumbares, brazos y piernas así como notables reducciones de fatigas físicas y por tanto de las secuelas mentales que todas esas molestias provocaban.

5 Discusión-Conclusión

La correcta postura ante las PVD es fundamental pero todos los estudios consultados la unen al uso de elementos auxiliares que las faciliten:
- Sillas de trabajo: Deben ser ergonómicas y con unas características mínimas exigibles como son que sean rodables, la altura del asiento y del respaldo deben poder regularse, los brazos móviles en varias dimensiones y poseer regulación lumbar.
- Pantallas: Deben poder tener regulación en altura e inclinación.
- Mesas: para poder alojar pantalla, teclado, ratón, documentos y demás elementos deben tener un mínimo de 60 cms de fondo. En función del trabajo con PVD a desarrollar el ancho mínimo exigible debe ser de 60 cms, ampliándose cuando el uso de documentación lo precise. Para determinados puestos la regulación en altura de las mismas para permitir el trabajo de pie es muy recomendable.

6 Bibliografía

- Universidad del Pais Vasco. UPV/UHE. Servicio de Prevención. Recomendaciones para el trabajo con pantallas de visualización de datos (PVD).

- Grupo Forma 5. Manuales y certificados de modelos de sillería ergonómica (Eben, Dot.Pro, 3.60 y Kineo) y mobiliario de oficina (Skala y M10).

- Actiu. Manuales y certificados de modelos de sillería ergonómica (TKN Flex y Stay) y mobiliario de oficina (Mobility y Vital Plus).

Capítulo 1468

ATENCIÓN AL PÚBLICO DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO.

CLARA ARACELI GARCÍA SUÁREZ

1 Introducción

Los trabajadores de los servicios de salud con categoría de personal administrativo no sólo realizan tareas meramente administrativas, sino que tienen contacto directo con los pacientes durante la mayor parte de su jornada laboral.

2 Objetivos

Objetivo principal:
Conocer distintas formas de atención al paciente y la forma más eficaz de relacionarnos con él.

Objetivos secundarios:
- Controlar las emociones y mantener una buena actitud.
- Expresar adecuadamente el mensaje verbal.
- Intentar reducir los tiempos de espera en el mostrador.
- Mantener un trato cortés y agradable.
- En caso de reclamaciones, evitar discusiones.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científi-

fica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, Google Académico seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El personal administrativo que realiza labores de atención al público sufre situaciones emocionalmente desagradables como pueden ser:
- Respuestas desagradables por parte de los pacientes.
- Comentarios críticos hacia su trabajo.
- Insatisfacción de los pacientes porque no están de acuerdo con el trato recibido por el personal sanitario.
- Quejas constantes del funcionamiento de los servicios de salud.

5 Discusión-Conclusión

En diferentes momentos de nuestra actividad profesional tendremos que afrontar y solucionar situaciones con pacientes difíciles. Para ello, es muy importante mejorar nuestras habilidades de trato y empatía. Mantener una actitud y comportamiento positivos hacia el paciente y sobre todo aplicar técnicas de control emocional.

6 Bibliografía

- Situaciones difíciles en la consulta de Atención Primaria M. REDONDO VALDEOLMILLOS, E. CALLEJO GIMÉNEZ Médicos de Familia Valladolid. Grupo Comunicación y Salud. Socalemfyc.
- Técnicas de autocontrol emocional. Elisabeth R. Eshelman. Martha Davis.
- Daniel Goleman. Inteligencia emocional. Kairós, 1996. ISBN 84-7245-371-5.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 1469

ATENCIÓN AL USUARIO, DERECHO A LA INFORMACIÓN Y A LA CONFIDENCIALIDAD EN EL ÁMBITO SANITARIO. VIII LECCIONES EN SALUD COMUNITARIA. JAVIER ALVAREZ JAVATO

JAVIER ALVAREZ JAVATO

1 Introducción

En sanidad existen numerosos nombres para determinar a las personas que atendemos, entre ellos sería, por ejemplo: usuarios, clientes o pacientes. Dentro de la organización existen clientes internos que son los profesionales que demanda nuestros servicios (compañeros) y clientes externos que son los receptores finales de los servicios que prestamos y a los que me refiero en este capítulo.

Dentro de la atención al usuario, la satisfacción del cliente dependerá de dos variables que son las expectativas y la realidad del servicio, donde el usuario puede percibir que recibe lo mismo que esperaba (con lo que es un usuario satisfecho), que recibe más de lo que esperaba (con lo que sería un cliente muy satisfecho) o que recibe menos atención de la que debiera (por lo que sería un usuario insatisfecho).

Por lo que el cliente de la sanidad tiene una serie de necesidades que demanda y espera que sean cubiertas, entre ellas estarían la respuesta, la atención rápida e individualizada, fiabilidad de la formación y conocimiento del profesional, ser tratado con respeto y dignidad, confort físico y confidencialidad en sus cuestiones personales, entre otras.

2 Objetivos

- Estudiar las tácticas y estrategias necesarias para mejorar la atención al usuario y sus familiares, así como la confidencialidad en todos los aspectos relacionados con su salud personal, para asegurar una satisfacción y bienestar en el paciente y sus allegados.

3 Metodología

Se ha desarrollado un análisis del tema basado en la búsqueda y estudio de diversas fuentes como Dialnet, Seaus, Ministerio de Sanidad, blogs informativos, usando las palabras claves: atención, usuario, confidencialidad, e información.

4 Resultados

La atención al usuario tiene como principio rector el respeto por las personas, adaptando el mensaje a las necesidades y características de los pacientes. Por lo tanto, tienen como misión velar por los derechos y deberes de estos, desarrollando un modelo de relación con los ciudadanos que concilie necesidades y expectativas entre los diferentes actores (usuarios, profesionales y gestores que integren ambos sistemas).

También debe ser referente, tanto para la organización como para los ciudadanos, la provisión de una información fiable a través de la comunicación y de la gestión, para conseguir unos valores entre los que destacaremos:

- Orientación al ciudadano y la equidad: implicaría un trato personalizado donde se gestionaría las necesidades y expectativas de los clientes usando el respeto, la empatía y la objetividad, propiciando relaciones positivas y sirviendo de cauce de comunicación. Los profesionales en el ámbito sanitario deben transmitir a sus clientes la confianza de que han comprendido su problema y la seguridad de que la información proporcionada es fiable.

- Confidencialidad: las personas que desempeñas su tarea en un servicio sanitario preservarán la confidencialidad en la utilización de sus datos personales a los que tienen acceso como consecuencia de su actividad

- Participación, corresponsabilidad y sostenibilidad: los usuarios como centro de los sistemas sanitarios, tienen el derecho a conocer las prestaciones, servicios y estructuras que lo conforman y a participar en ellos. Asimismo, tienen derecho a tomar sus propias decisiones en aquellos procesos que les afecte y el deber de corresponsabilizarse en el sostenimiento del sistema.

La utilización de los recursos ha de contemplar la eficacia y la eficiencia. La atención al usuario debe comprometerse a su viabilidad en el futuro, para ello es imprescindible priorizar los problemas y la valoración justa de las demandas.

- Asertividad: la actitud de los profesionales requiere de habilidades de comunicación y gestión de las emociones que permitan mantener una postura de empatía, neutralidad y sensatez basadas en la compresión y en relaciones de entendimiento.

5 Discusión-Conclusión

La comunicación con los pacientes y sus familias requiere una gran dosis de paciencia, autocontrol, flexibilidad y respeto que en ocasiones son difíciles de gestionar por la presión del tiempo y el estrés. Saber gestionar bien las emociones propias y actuar con plena conciencia ante este trabajo nos ayudara a tener bienestar emocional y la paz interior necesarias para ser cada día mejores profesionales, garantizando la excelencia con el trato con los usuarios.

Para ello seria necesario enfatizar la actitud del servicio orientada a las necesidades de los usuarios, de cara a proyectar una imagen de empresa y de profesionalidad, así como potenciar la actitud positiva y proactiva; también aprender a gestionar las propias emociones de cara a mejorar los resultados obtenidos en la comunicación e información a los usuarios.

Seria conveniente conocer los elementos de comunicación tanto verbales como no verbales para ser utilizados de manera adecuada en la comunicación interpersonal y a tratar de manera correcta las quejas y reclamaciones de los usuarios, serían algunas de las conclusiones a destacar del estudio realizado.

6 Bibliografía

-Claves para la gestión de la atención al usuario en los servicios de salud. Seaus (Sociedad Española de Atención al Usuario de la Sanidad)
-El Administrativo de la Salud: conceptos básicos para alcanzar la excelencia profesional. Seaus y AAS- Cuenca, Junio de 2014.
-Aprender en entornos sanitarios. Un reto saludable para usuarios y profesionales. JJ Sarrado Soldevilla, X.Cleríes, M. Sola Pola. Viguera editores, 2011.
-Atención al cliente. Antonio Blanco Prieto. Ediciones Pirámide. Madrid, 2008.
-Diario sanitario.com. Jesús Sánchez

Capítulo 1470

PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES EN EL PROFESIONAL NO SANITARIO. VIII LECCIONES EN SALUD COMUNITARIA. JAVIER ALVAREZ JAVATO

JAVIER ALVAREZ JAVATO

1 Introducción

La prevención es el conjunto de medidas adoptadas en las actividades de la empresa con el fin de evitar o al menos reducir los riesgos derivados del trabajo. En el ámbito sanitario pueden aparecer diferentes daños derivados del trabajo que se esté realizando ya sean enfermedades, patologías o lesiones ocasionando accidentes de trabajo o enfermedades profesionales.

Accidente de trabajo sería toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecuta por cuenta ajena (caída de personas, caída de objetos, golpes, atrapamientos, cortes, accidentes de tráfico, etc.)

Mientras que enfermedad profesional se definiría como enfermedad contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena o propio, y que estén ocasionadas por la acción de elementos sustancias relativas al empleo generado, como agentes químicos, agentes físicos, biológicos, inhalación de humos y agentes no comprendidos en algunas de los otros apartados como enfermedades de la piel, o enfermedades causadas por agentes carcinogénicos.

2 Objetivos

- Analizar las estrategias para proteger y prevenir al trabajador en su medio laboral, y conseguir un ambiente profesional saludable y exento de riesgos logrando mecanismos y acciones que así lo garanticen.

3 Metodología

Para realizar el capítulo he desarrollado una búsqueda y consulta en diferentes medios y bases de datos como Pubmed, temarios y guías usando las palabras clave: prevención, riesgo o trabajador.

4 Resultados

El Plan de Prevención de Riesgos Laborales, es la herramienta que integrará la prevención de riesgos del trabajo en el sistema de gestión de la empresa, tanto en el conjunto de actividades como en todos los niveles jerárquicos de la misma. El plan de prevención debe estar reflejado en un documento y ser conocido por todos los trabajadores.
Este plan incluirá la estructura organizativa, responsabilidades, funciones, prácticas, procedimientos, procesos, y los recursos humanos, técnicos, materiales y económicos de los que la empresa va a disponer para realizar la acción preventiva.

Los instrumentos esenciales para la gestión y aplicación del plan de prevención son:
- Evaluación de riesgos, el empresario deberá realizar una evaluación inicial de estos para la seguridad y salud de los trabajadores, teniendo en cuenta la naturaleza de la actividad, características de los puestos existentes, elección de los equipos de trabajo, las sustancias o preparados químicos y del acondicionamiento de los lugares de trabajo

- Planificación de la actividad preventiva: si los resultados de la evaluación de riesgos pusieran de manifiesto situaciones de peligro, el empresario realizará todas aquellas actividades preventivas necesarias para eliminar o reducir tales riesgos. Dichas actividades serán objeto de planificación que incluirá el plazo para llevarla a cabo, la designación de responsables y los recursos humanos y materiales necesarios

- Medios de protección colectivo e individual: el empresario deberá facilitar todas las medidas de protección a sus trabajadores para garantizar las condiciones de seguridad y salud de estos, se antepondrán las medidas de protección colectivas a las individuales, los equipos de protección individual (EPIS), solo deberán ser utilizados cuando no se haya podido garantizar unas condiciones de trabajo seguras mediante la aplicación de medidas de protección colectiva, o mediante métodos procedimientos de organización del trabajo.

- Formación e información de los trabajadores: todos los trabajadores tienen derecho a ser informados antes de su incorporación a su puesto de trabajo de los riesgos a los que van a estar expuestos y de las medidas preventivas disponibles para evitarlos, asi como instrucciones de uso y mantenimiento correcto de máquinas, herramientas y EPIS. El empresario deberá garantizar que cada trabajador reciba una formación teórica y practica suficiente y adecuada en materia preventiva, tanto en el momento de la contratación como cuando se produzcan cambios en las funciones que desempeñe o se introduzcan nuevas tecnologías. esta información se impartirá durante la jornada de trabajo.

- Vigilancia de la salud: el empresario deberá garantizar a todos los trabajadores una vigilancia periódica de su estado de salud en función de los riesgos inherentes a su puesto de trabajo. Los reconocimientos médicos se darán de forma voluntaria siempre, se realizarán antes de incorporarse al trabajo y de forma periódica durante el tiempo que permanezca en el mismo. Los trabajadores tendrán derecho a conocer sus resultados y a que se respete en todo momento su intimidad, siendo los resultados confidenciales y no pudiendo usarse para discriminación o perjudicar al trabajador.

- Consulta y participación: todo trabajador tiene derecho a dar su opinión sobre los riesgos y medidas de protección que existan en su puesto de trabajo, así como a participar para solucionarlo, resolver sus dudas o proponer medidas; deberán acudir a su delegado de prevención o representante sindical para hacérselo saber.

- Adaptación del puesto de trabajo: el puesto de trabajo deberá adaptarse a cada trabajador, a sus características personales y físicas, teniendo en cuenta los espacios de trabajo, instalaciones, y equipos de protección, etc. Para trabajadores especialmente sensibles a determinados riesgos como pueden ser mujeres embarazadas, discapacitados o menores trabajadores, entre otros, se deberá adoptar el puesto a sus condiciones y circunstancias personales.

5 Discusión-Conclusión

Dentro de las conclusiones que cabe destacar para avanzar en las estrategias de prevención de riesgos laborales, es necesario:
- Comprobar la legislación sobre seguridad y salud del trabajo.
- Aumentar la colaboración y participación de los interlocutores sociales.
- Intensificar los recursos de asesoramiento, seguimiento, inspección y control.
- Agrupar la prevención de riesgos laborales en los sistemas de gestión de las empresas.
- Estimular el modelo de empresa saludable que favorezca la organización del trabajo y el bienestar de los trabajadores, optimizando recursos.
- Poner canales adecuados de información, comunicación, y coordinación de las políticas sanitarias y sociales con la seguridad y salud en el trabajo y entre diferentes administraciones.
- Incrementar la investigación como una actividad continua para mejorar la seguridad y salud en el trabajo.
- Elaborar la cultura de la prevención a todos los niveles.
- Impulsar los factores protectores y dinamizadores.
- Promover una visión global en prevención de riesgos laborales con un enfoque integral o integrador.
- Estudiar nuevos protocolos y procedimientos.
- Intensificar las actividades preventivas en los accidentes de tráfico de origen laboral.
- Favorecer la cooperación internacional en salud laboral y prevención de riesgos.

6 Bibliografía

-Salud laboral: prevención de riesgos laborales. Formación continuada LOGOSS
-Temario parte general de celador, OPE Sespa 2ª Edición 20-08-2018. CSI (Corriente Sindical de Izquierda)
-Manual para la formación de prevención de riesgos laborales. Ed Lex Nova. Valladolid 2003
-SESST (Sociedad Española de Salud y Seguridad en el Trabajo) sesst.org
Técnicas de prevención de riesgos laborales y seguridad e higiene del trabajo. José María Cortés Díaz. Editorial Tévar
-Salud laboral, conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales. Carlos Ruíz Frutos et al
- Guía de Prevención de Riesgos Laborales y la Ley de Jurisdicción Social de UGT

Capítulo 1471

LA IMPORTANCIA DE LA COMUNICACION DEL PERSONAL TRABAJADOR EN LOS CENTROS SANITARIOS CON LOS PACIENTES Y USUARIOS

ANA CRISTINA ESCOBAR MARTÍNEZ

ESTEFANIA MARTÍN ARAGONÉS

CRISTINA GARCÍA ARGÜELLES

1 Introducción

Comunicación es el proceso por el que las personas se transmiten mutuamente información, conocimiento, ideas, actitudes y emociones. Está asociada al comportamiento y se realiza con las palabras, con la forma de expresión y con la manera de actuar. Elementos de la comunicación:
- Emisor: aquel que transmite la información (individuo, grupo o máquina).
- Receptor: aquel, individual o colectivamente, que recibe la información.
- Código: conjunto o sistema de signos que el emisor utiliza para codificar el mensaje (los más usados, lenguaje verbal y no verbal).
- Canal: elemento físico por donde el emisor transmite la información y que el receptor capta por los sentidos corporales. Puede ser tanto un medio natural (aire, luz), como un medio técnico empleado (radio, imprenta, teléfono, TV, ordenador…)

- Mensaje: la propia información que el emisor transmite.
- Contexto: circunstancias temporales, espaciales y socioculturales que rodean el hecho o acto comunicativo y que permiten comprender el mensaje en su justa medida.

En la comunicación nos podemos encontrar con un serie de obstáculos pueden ser :

- Semánticos: tiene que ver con el significado de las palabras. Se pueden producir por uso incorrecto de las palabras por parte del o por desconocimiento del significado por parte del receptor.
- Psicológicos: La diferente personalidad de cada persona, sus emociones, prejuicios y miedos, ideas, pueden interferir en la comunicación con los otros.
- Fisiológicos: debido a disfunciones, malformaciones y otras limitaciones funcionales de las personas que intervienen en el proceso de la misma comunicación.
- Físicos: Hacen referencia a las interferencias del ambiente (ruido, calor, frío), equipos, señalizaciones, etc.

Socioculturales: Religión, diferencias étnicas, nivel económico, estatus sociales, costumbres, etc.

Para superar barreras de comunicación debemos enviar mensajes claros, comprensibles y que se adecúan a las posibilidades del receptor. Usar expresiones que faciliten la comunicación y evitar las que la obstruyen. Mantener la congruencia entre mensaje verbal y no verbal.

La comunicación no verbal: Es el proceso de comunicación en el que no se utilizan las palabras pero se reciben los mensajes a través de gestos, miradas, signos, posturas, movimientos, la forma de vestir, el aspecto personal, etc. La comunicación no verbal puede sustituir a la comunicación verbal.

En el ámbito sanitario, la comunicación no verbal es básica. Con la comunicación no verbal, el personal sanitario puede obtener información del paciente, si tiene dolor, si está angustiado, si tiene miedo o padece alguna enfermedad o sigue algún tratamiento. Los componentes de la comunicación no verbal:

El paralenguaje: Hace referencia a las formas en que se da la información,es la impresión que da una persona cuando habla por la velocidad, el volumen, el tono de voz, etc.

La quinesia: Estudia los movimientos corporales o lenguaje del cuerpo, los gestos, los movimientos, las posturas, las expresiones faciales.

La prosémica: – Examina la forma en que las personas ocupan el espacio y la distancia que guardan entre ellas al comunicarse verbalmente , Zona íntima (menos 50 cm): espacio reservado a las personas más cercanas emocionalmente. , Zona personal (hasta 1 m): espacio vital protector que se mantiene entre el interlocu-

tor y el resto de personas más cercanas emocionalmente.Zona social (1- 2 m): distancia para trabajar con gente que no se conoce bien.
• Zona pública (más de 2 m): distancia cómoda para circular por la calle o dirigirse a un grupo de personas.
La Comunicación Verbal se usa la palabra para dar el mensaje y puede ser oral o escrita .
Dentro del ámbito sanitario podemos hablar de varios tipos de comunicación:
Comunicación Terapeutica: La comunicación terapéutica es la que se centra en el paciente y su familia y en su estado de salud, facilitando que adopte un papel activo en la toma de decisiones.
• En todo proceso de comunicación terapéutica se han de preservar la privacidad y la confidencialidad , dentro de esta comunicación terapéutica tenemos una serie de etapas :
Acogida :Es el primer nivel comunicativo. Es fundamental la cordialidad en esta etapa. Sin ella, es difícil crear una buena comunicación.
Exploratoria:En esta etapa se recoge la información a través de la entrevista y la exploración física. Es fundamental la comunicación no verbal y saber escuchar. • El objetivo de esta etapa es crear un entorno agradable para que el paciente pueda expresarse y se deben recoger el dolor y la ansiedad del paciente. Informativa: Etapa en la que se da la información sobre la exploración o tratamiento. Se debe adaptar el lenguaje según edad, nivel cultural y comprensión y evitar tecnicismos. Los mensajes serán cortos, sin carga emocional.
Finalización : Se hace un resumen de la etapa anterior y se da por finalizada la comunicación.
Para que la comunicación con el paciente y sus familiares sea correcta tenemos que tener en cuenta unos valores centrales como son:
Integridad: actuar sin considerar el provecho personal.
Profesionalidad: demostrar competencia profesional y dominio de las técnicas y actitudes que implica su trabajo.
Respeto a la diversidad: tratar a todas las personas con igual consideración.
También tenemos que tener en cuenta unas competencias centrales como son:
Comunicación: Escuchar a los demás, interpretar su mensaje y responder de forma apropiada.
Trabajo en equipo: colaborar para llegar a las metas laborales planteadas.
Capacidad de planificar y organizar
Responsabilidad y capacidad de respuesta.
Orientación al “cliente” Creatividad. Interés tecnológico . Compromiso con el aprendizaje continuo.

La asistencia sociosanitaria está determinada por valores intrínsecamente humanos y por conocimientos científicos y técnicos, por eso la formación de los profesionales sanitarios debe basarse en la psicología, filosofía, antropología y educación, sin renunciar a lo tecnológico. Lo más valorado por los pacientes y familiares en la asistencia sanitaria es la eficacia, es decir, que resuelvan su problema satisfactoriamente; la información que se les facilita sobre su proceso; la actitud del personal hacia ellos, de respeto y dignidad. El trato humano que reciben, amable y no paternalista. El confort de las instalaciones. El apoyo psicológico y los cuidados psíquicos al paciente son instrumentos fundamentales para afrontar adecuadamente la enfermedad, la recuperación de la salud o el mantenimiento de la misma. Todo el personal trabajador del centro sanitario contribuye a la atención completa del paciente y sus familiares colaborando en la prestación de cuidados psíquicos de éste, realizando, a su nivel, la aplicación de técnicas de apoyo psicológico.

También tenemos que tener en cuenta unos principios básicos como son: detectar las necesidades psicológicas básicas y conductas anómalas en los distintos tipos de pacientes y usuarios, prestar apoyo psicológico básico, para mejorar sus condiciones de vida, promover actitudes de autocuidado en asociaciones y grupos de autoayuda ,ayudar a las personas a manejar sentimientos negativos como la ira, el miedo o la ansiedad, para prevenir y curar las enfermedades.

2 Objetivos

- Generar actuaciones que supongan la mejora de la satisfacción de los usuarios, pacientes y familiares , en relación a la confortabilidad de las instalaciones, la accesibilidad, el trato humano, la comunicación, los aspectos hosteleros y el medio ambiente de los centros sanitarios.
- Mejorar la calidad de vida del paciente, haciéndole sentir el centro de los cuidados y del proceso de enfermería y transmitiéndole que su enfermedad es la más importante para el profesional. De este modo, la persona atendida se siente escuchada, pero sobre todo acompañada a la hora de enfrentarse a una patología.

3 Metodología

Se ha realizado una amplia búsqueda bibliográfica en la que se utilizaron revistas científicas a nivel nacional e Internacional. Se han utilizado buscadores como

Google Académico con la ayuda de bases de datos como Scielo, Pubmed, Dialnet, Elsevier y Medline sin restricción de tiempo.

Los descriptores utilizados han sido: Personal sanitario, Personal no sanitario, comunicación, pacientes.
También se ha realizado una revisión bibliográfica utilizando el portal de Astursalud. De todas las publicaciones y artículos consultados se han elegido los de mayor relevancia, para ello se ha extraído la información necesaria con mas de 50 búsquedas con el objetivo de representar únicamente la información más relevante para llevar a cabo este capítulo .

4 Resultados

La personalidad es el conjunto de particularidades de los pensamientos, sentimientos y comportamientos de las personas que perduran en el tiempo de forma más o menos estable, que las hacen ser como son y que las distinguen de las demás. Abarca toda la conducta (lo que manifestamos, más la experiencia privada).Está constituida por características consistentes y duraderas, que son la base de las predicciones de las conductas de individuo. Posee características únicas en cada individuo. La personalidad es única en cada individuo. Es algo que se infiere a través de la conducta. Es una construcción teórica que se ha creado para comprender mejor a las personas.

La personalidad de las personas esta formada por una serie de componentes como son: el temperamento, es responsable de las características de las respuestas emocionales frente a estímulos ambientales. Es una habilidad innata e invariable que depende de la herencia genética, la biología y la fisiología de la persona. El carácter es el conjunto de costumbres, sentimientos, ideales o valores que hacen relativamente estables y predecibles las reacciones de un individuo. Este es modificable, ya que se desarrolla mediante las experiencias vividas a lo largo de la existencia en relación con el entorno ambiental en el que se desarrolla el individuo. Las vivencias que dejan más huella son aquellas que se producen en la infancia.

Tenemos que tener siempre en cuenta el tipo de paciente con el que estamos tratando ya que depende del tipo de paciente la comunicación y el trato tiene que ser diferentes:
- El paciente extrovertido: Cuenta lo que le ocurre de forma exagerada. Una vez superada la fase aguda de la enfermedad, ocupa activamente su tiempo de ocio. Si

cura con secuelas o se cronifica, acepta su posible incapacidad o la afronta como si se tratase de un desafío.
- El paciente introvertido: Visión pesimista de la vida. Visita al médico asiduamente y queda insatisfecho con la información recibida o el tratamiento prescrito, por lo que cambia frecuentemente de médico.
- El paciente pasivo: Acepta con sumisión y resignación los síntomas, el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad, lo que puede ser una amenaza para su salud debido a: no comunicar efectos secundarios de medicamentos , no tomar parte activa en su tratamiento , no tiene fuerza moral para luchar por la vida en enfermedades con riesgo vital grave.

También tenemos que tener en cuenta los aspectos psicosociales del paciente como son el nivel cultural, estado físico y capacidad memorística del paciente, las creencias del paciente en relación a las consecuencias de una enfermedad la capacidad de la persona para ejecutar una respuesta necesaria y eficaz, la motivación del paciente por la salud y el apoyo social procedente de familia.

5 Discusión-Conclusión

A lo largo de nuestra vida laboral nos podemos encontrar con distintos tipos de personas con personalidades distintas y caracteres distintos por lo tanto tenemos que aprender a manejar estas situaciones. El personal de los centros sanitarios debe ser amable, cortés, agilizando los trámites administrativos o acompañamientos en el momento del ingreso. En los mostradores y servicios de información debe existir información sobre el Catalogo y la Cartera de servicios que ofrece el Centro, horarios y profesionales. No se debe hablar por teléfono al tiempo que se atiende a un usuario.

Como conclusión general cabe decir que sí somos capaces de dar a nuestros enfermos el tratamiento clínico adecuado, un trato más humanizado y un mejor confort en las instalaciones, conseguiremos un servicio sanitario que satisfaga las expectativas del paciente, que es el que nos va a juzgar en función de lo que espera, desea y cree que debe ser un Centro Sanitario. Una buena imagen conlleva una buena impresión del paciente-cliente. Una mala imagen contamina las impresiones y hace dudar sobre cual servicio. También deberemos llamar a cada usuario por su nombre, informarle acerca de quién le acompaña y a dónde se dirige. Informarle de lo que está indicado hacer y quién se encarga de él. Acostumbrarse a no utilizar determinados gestos y tonos de voz .

En la comunicación de los profesionales con el paciente y familiares también debemos de tener en cuenta la Información adecuada contemplando la diversidad humana .Comunicación no verbal: visual, sonrisa… Empatía,: sentirse comprendido por el profesional.

- Equidad: tratar a cada cual según sus necesidades.
- Lenguaje sencillo y adecuado al ciudadano, evitando tecnicismos.
- Planificar visitas médicas con interprete en los casos necesarios. No discriminación. Habitación de uso individual con cama para acompañante.
- La humanización del trato y el confort debería mejorarse con una correcta comunicación y coordinación interna y externa, con equipos multidisciplinares y puestas en común periódicas para detectar problemas y buscar soluciones.

6 Bibliografía

1-https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-universitaria-400-articulo-la-comunicacion-con-familia-del-S1665706315000925
2-http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v24n1/v24n1a10.pdf
3-https://www.msdsalud.es/recursos-salud/guias-para-pacientes/comunicacionacienteprofesionales-sanitarios.html
4-https://www.astursalud.es/documents/31867/0/Plan+de+confortabilidad+del+SESPA.pdf/c6653ae7-16c1-0215-87b0-27cbf23c8c6f?version
5-www. Insaweb.com/básicas/whiteind.htm El sistema de salud británico.
5-. http://www.iesalut.es/pensaments/papel_ciudadano/ciudadano.htm
6-http://www.index-f.com/dce/18pdf/18-120.pdf
7-https://www.scielosp.org/article/rsap/2014.v16n4/585-596/
8-http://www.udd.cl/prontus_udd/site/artic/20050815/pags/20050815003721.html%20
9-http://www.infomed.sld.cu/
10-http://www.psicologiaonline.com/articulos/2005/comunicacion.shtml
11-.https://formacionacma.com/cursos/todas-las-categorias/la-importancia-de-la-comunicacion-y-relacion-con-el-paciente-y-otros-profesionales-en-los-servicios-sanitario
12-https://sedisa.net/2018/12/31/comunicacion-entre-el-profesional-sanitario-y-el-paciente-en-el-entorno-hospitalario/
13-https://studylib.es/doc/4426201/interferencias-en-la-comunicaci%C3%B3n-en-centros-sanitarios
14-https://www.estudiodecomunicacion.com/servicios/comunicacion-salud/

15-https://www.novartis.es/sites/www.novartis.es/files/PDF-Comunicacion-profesional-sanitario-paciente.pdf
16-http://www.dipalme.org/Servicios/Anexos/Anexos.nsf/VAnexos/029-AX-I3/\protect\TU\textdollarFile/Programa%20Terapeutico.pdf
17-https://coopervisionlatam.com/practitioner/desarrollo-de-consultorios/retencion-de-pacientes-y-comunicacion-con-el-paciente
19-https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/Estrategia%20Seguridad%20del%20Paciente%202015-2020.pdf
20- https://personaybioetica.unisabana.edu.co/index.php/personaybioetica/article/view/1687/2263

Capítulo 1472

ESTRÉS LABORAL, BURNOUT O SÍNDROME DE ESTAR QUEMADO EN EL PUESTO DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

EVA MARIA CARDEÑOSO GARCIA

1 Introducción

El Burnout o síndrome de estar quemado es un tipo de estrés relacionado con el trabajo donde el trabajador carece o ve disminuidos los recursos necesarios para atender su trabajo, además de la consideración de un bajo logro personal y profesional del trabajador, porque ve defraudadas sus expectativas (Gil –Monte & Moreno-Jiménez 2005).

El estrés laboral ocupacional es el equilibrio frecuente entre demandas (exigencias del trabajo) y recursos para atenderlas o controlarlas. Interactúan las exigencias profesionales , la organización del trabajo y la situación profesional (Peiró & Salvador 1993).

Los factores relacionados con el estrés laboral, burnout o síndrome de estar quemado que se dan en el sector sanitario son entre otros: el poco tiempo disponible para dar atención emocional a los demás. Enfrentamiento diario al sufrimiento o a la muerte de pacientes. Los conflictos con los pacientes o sus familiares. Escasez de personal. Falta de conciliación de la vida familiar y la vida profesional. La presión por la falta de tiempo y la imposición de plazos, contradicciones entre las instrucciones de los médicos, los enfermeros, el director del servicio de

enfermería o el director de la zona de residencia. Las interrupciones constantes de los pacientes, los compañeros de trabajo o sus familiares. La falta de experiencia profesional y el exceso de responsabilidades. Uso de sustancias tóxicas, los agentes biológicos y la utilización de objetos corto-punzantes. El mal ambiente de trabajo o los conflictos con los superiores y con los compañeros (Mamani-Rscalada,Obando-Zegarra,Uribe-Malca &Vivanco-Tello 2007).

Para evitar en la medida de lo posible el estrés laboral, burnout o síndrome de estar quemado del personal sanitario se deberán tener en cuenta las siguientes medidas preventivas:
- Fomentar la colaboración, participación, comunicación y el trabajo en equipo.
- Promover grupos de apoyo para asesorar, apoyar y proteger a los trabajadores.
- Crear un debate regular de los problemas profesionales en grupo.
- Establecer un sistema para que se puedan crear propuestas por parte de los trabajadores acerca de medidas para mejorar las competencias profesionales especializadas, así como las competencias sociales y emocionales y las estrategias de control.
- Facilitar a los trabajadores los recursos necesarios para desarrollar su trabajo.
- Existencia de tareas variadas. Establecimiento de un margen de maniobra en las tareas en cuanto a tiempo y contenido.
Creación de posibilidades de especialización y de promoción. Formación del personal sanitario (Carrasco González,Corte de la Corte,& León Rubio 2010).

Uno de los sectores más propensos a ser afectados por este tipo de riesgos laboral son los relacionados con la sanidad, asistencia social, así como aquellos que suelan tratar con personas (pacientes, clientes) (León-Rubio,León –Pérez& Cantero 2013).

Las principales consecuencias o daños que se puedan derivar sobre los trabajadores pueden ser: los trastornos gastrointestinales, cardiovasculares, respiratorios, endocrinos, musculares, dermatológicos, alteraciones del sueño, depresión, ansiedad, irritabilidad. Del mismo modo provocan deterioro del ambiente de trabajo, bajas, absentismo, incapacidades laborales, accidentes, disminución de la calidad del servicio prestado, incremento de conflictos con los compañeros .

El burnout en inglés también conocido como estrés asistencial, porque tiene una mayor incidencia en determinados colectivos profesionales, os que prestan servicios educativos, sanitarios y sociales. Esto es una nueva modalidad de estrés laboral. Con el estrés no es fácil y se exige a las empresas y Administraciones Públicas una gestión orientada a su reducción.

El burnout es el estado de agotamiento emocional provocado por un proceso de estrés crónico.mEn el ámbito de la prevención de riesgos laborales son comunes las expresiones como síndrome de desgaste profesional o síndrome de estar quemado por el trabajo. Las siglas utilizadas son SQT .Este síndrome es una respuesta a una situación de estrés laboral crónico, prolongado en el tiempo. Se caracteriza por desarrollar actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja, así como el rol profesional. Este síndrome es un estado de agotamiento integral, físico, mental, y emocional, que se desarrolla gradualmente. Hay unas fases del proceso y evolución del síndrome como la reacción de alarma, que genera desequilibrio entre recursos y demandas de trabajo.

- La resistencia, el cuerpo se ajusta al factor de estrés.
- El agotamiento, la tensión y la falta de soluciones activas lleva a cambios de conducta, típicos de un afrontamiento de tipo huidizo y defensivo.
- El agotamiento o cansancio emocional es la disminución o pérdida de recursos emocionales, los que sirven para entender la situación de otras personas que también tienen emociones y sentimientos que nos pueden transmitir durante la vida laboral. El trabajador desarrolla sentimientos de estar exhausto física como psíquicamente, que ya no puede dar más de sí mismo, siente impotencia y desesperanza.
- Surge la despersonalización o deshumanización. La persona revela un cambio consistente en el desarrollo de actitudes y respuestas negativas como insensibilidad y cinismo hacia los beneficiarios del servicio, por incremento de la irritabilidad hacia la motivación laboral. Este aislamiento y evitación de otras personas se traduce en unas conductas como son absentismo laboral, ausencia de reuniones, resistencia a enfrentarse con otros individuos o a entender al público o en su actitud emocional, que se vuelve fría, distante y despectiva Estas conductas de endurecimiento son vistas por los usuarios de manera deshumanizada.
- Competencia personal baja. Son respuestas negativas a la hora de evaluar el propio trabajo, con insuficiencia profesional, baja autoestima, evitación de relaciones interpersonales y profesionales, baja productividad e incapacidad para soportar la presión. Sentimientos complejos con deterioro progresivo de su capacidad laboral y pérdida de todo sentimiento de gratificación personal con la misma. Esta auto evaluación negativa afecta considerablemente a la habilidad en la realización del trabajo y a la relación con las personas atendidas (Marrau 2004).

Los casos en que se producen estos cambios degenerativos en el estado de salud del trabajador afectado no son iguales en todas los casos (Jiménez,Hernández &Gutiérrez 2000). Hay 4 formas de evolución:

- Leve: las personas afectadas presentan síntomas físicos, vagos e inespecíficos (cefaleas, dolores de espaldas, lumbalgias), y se vuelven poco operativos. Uno de los síntomas de carácter leve es la dificultad para levantarse por la mañana o el cansancio patológico.
- Moderada: las personas presentan insomnio, déficit en atención y concentración, tendencia a la auto-medicación .Este nivel presenta distanciamiento, irritabilidad, cinismo ,fatiga, aburrimiento ,progresiva pérdida que convierten al individuo en emocionalmente exhausto con sentimientos de frustración, incompetencia, culpa y autovaloración negativa.
- Grave: las personas tienen mayor absentismo, aversión por la tarea, cinismo. Abuso de alcohol y psicofármacos.
- Extrema: la persona presenta aislamiento, crisis existencial, depresión crónica y riesgo de suicidio.

Esto es un problema social, es acuciante en el ámbito laboral, y en el seno de determinadas profesiones, como docencia, asistencia sanitaria y los servicios sociales, a personas vulnerables.

2 Objetivos

- Conocer las consecuencias derivadas del Síndrome de Burnout y las medidas para prevenir la aparición de dicho síndrome.
- Identificar las diferencias entre lo que es estrés y lo que es burnout.
- Analizar las consecuencias del síndrome del quemado o burnout.
- Corroborar la incidencia de otros factores socio- demográficos.
- Analizar los síntomas del agotamiento físico, emocional y mental.
- Analizar las consecuencias físicas, psicológicas y para la organización.

3 Metodología

Se llevó a cabo una revisión sistemática de la bibliografía sobre el tema. Revisión sistemática de las publicaciones científicas sobre el burnout, estrés laboral entre el personal sanitario y los técnico no sanitarios que trabajan en la sanidad sen la última década. Las bases de datos consultadas fueron: Dialnet , Pubmed y Cinhal , Medline, PsycINFO , PubMed Central, así como el directorio de revistas con acceso abierto (DOAJ). En todos los casos se limitó la búsqueda al intervalo 1993-2017. En función de las características y ámbito de cobertura de las bases de

datos, nacional o internacional, se utilizaron descriptores en español: estrés laboral, síndrome de estar quemado, desgaste profesional y agotamiento emocional y en inglés, burnout. Los criterios establecidos fueron: estudios que analizan el burnout entre el personal sanitario, que aportaran datos empíricos sobre el estado de la cuestión y que tuvieran acceso al texto completo en inglés y español.

4 Resultados

Uno de los sectores más propensos a ser afectados por este tipo de riesgos laborales son los relacionados con la sanidad, los que tratan con pacientes. La principales consecuencias que se derivan a los trabajadores son trastornos gastrointestinales, alteraciones del sueño, depresión, ansiedad, irritabilidad. Se debe poner en práctica para evitar todos estos daños el facilitar a los trabajadores recursos necesarios para desarrollar su trabajo, realizar tareas variadas, establecer margen de maniobra en cuanto a tareas y contenido, formación del personal sanitario y cursos de reciclaje para que se sientan seguros y puedan afrontar su situación y no tengan problemas de adaptación al trabajo (Deschamps ,Perdomo,Olivares Román, Zabala & Asunsolo del Barco 2011 y Diaz, Tous-Pallarés,&Vigil-Colet 2015).

Las diferencias entre estrés y burnout son:
1. Estrés:
- Sobreimplicación en los problemas.
- Hiperactividad emocional.
- Daño fisiológico es el fundamento principal.
- Agotamiento o falta de energía física.
- La depresión se produce como reacción a preservar las energías físicas.
- Puede tener efectos positivos en exposiciones moderadas.

El estrés hace referencia a situaciones y experiencias en las que el mismo tiene resultados positivos porque produce la estimulación y activación adecuadas que permite a las personas lograr en su actividad unos resultados satisfactorios.

2. Burnout
- Falta de implicación.
- Desgaste emocional.
- El daño emocional es el fundamento principal.
- El agotamiento afecta a la motivación y energía física.
- La depresión es como una pérdida de ideales.

- Sólo tiene efectos negativos.

Las consecuencias analizadas del síndrome del quemado son:
1. Consecuencias físicas
- Cefaleas, migrañas.
- Dolores musculares.
- Dolores de espalda.
- Fatiga crónica.
- Molestias gastrointestinales, úlceras.
- Hipertensión.
- Asma.
- Urticarias.
- Taquicardias.
2. Consecuencias psicológicas
- Frustración irritabilidad.
- Ansiedad.
- Baja autoestima.
- Sensación de desamparo.
- Sentimientos de inferioridad.
- Desconcentración.
- Comportamientos paranoides y / o agresivos.
3. Consecuencias organizativas
- Infracción de normas.
- Disminución del rendimiento.
- Pérdida de calidad del servicio.
- Absentismo , abandonos.
- Accidentes.

El síndrome de estar quemado tiene efectos incapacitantes para el trabajo. Dichos problemas no tienen fácil solución debido a los costes directos e indirectos. Entre los costes directos están la asistencia médica y hospitalaria, los salarios durante el periodo de baja, las indemnizaciones por IT. Estos costes los asume la Mutua y la Empresa .Entre los costes indirectos están las pérdidas de tiempo, las multas o penalizaciones y las consecuencias comerciales, como pérdidas de clientes, deterioro de imagen (Vega).

Al corroborar la incidencia de otros factores socio-demográficos se encuentra el tipo de profesión, la edad, pues el trabajador experimentaría una mayor vulnerabilidad en una etapa de su vida que en otra. Esto se identifica con los primeros

años de carrera profesional. Este es el espacio de tiempo más propicio para que se produzca la transición de las expectativas idealistas hacia la práctica cotidiana, aprendiéndose en este tiempo que tanto las recompensas personales, como las profesionales y económicas, no son ni las prometidas ni las esperadas.

En estudios realizados el grupo de mayor cansancio emocional fue e de mayores de 44 años en quienes también se asoció la falta de realización personal. Esto se encuentra más marcada en los profesionales con mayor antigüedad en el lugar de trabajo, aquellos que tienen más de 19 años de ejercicio en la profesión y más de 11 años en el mismo lugar de trabajo. Se observa una disminución en la producción y una tendencia a la desorganización que acompaña al agotamiento personal (Laguas,& Elizabeth 2017).

El factor sexo/ género obtiene la mayor incidencia de estrés laboral, concretamente en las mujeres, por la doble carga de trabajo que conlleva la práctica profesional y la tarea familiar por eso tiene una mayor presencia.
El impacto de los factores organizativos y los relativos a las condiciones de trabajo.

Las condiciones ambientales y profesionales de organización y prestación de los servicios son relevantes para la identificar problemas de síndrome de estar quemado. Es más clara la relación entre el Síndrome de Burnout y la sobrecarga laboral en los profesionales asistenciales, de manera que este factor produciría una disminución de la calidad de las prestaciones ofrecidas por estos trabajadores.

El síndrome de estar quemado o del trabajador desgastado hace referencia a aquellas personas que viven una situación de estrés continuado tal en el trabajo que les desmotiva e incapacita laboral y socialmente. Es una respuesta de estrés crónico o mantenido en el trabajo. Va mucho más allá que el mero estrés laboral, ya que supone una disminución de la capacidad de la persona para poner en marcha estrategias de afrontamiento ,lo que se relaciona con importantes repercusiones para el trabajador y para la empresa (Thomaé,Ayala,Sphan,Stortti 2006).

5 Discusión-Conclusión

La Organización Mundial de la Salud acaba de rebautizarlo como síndrome de desgaste emocional en la nueva clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11), que entrará en vigor en 2022.

El burnout es más frecuente en las mujeres, en personas sin pareja o con poco

apoyo familiar y durante los primeros años del ejercicio profesional. Esto explica porque el porcentaje de burnout es mayor en trabajadores jóvenes que en aquellos de más de 35 años.

Para el diagnóstico de burnout el paciente debe referir tres síntomas básicos.
- Intenso agotamiento como sensación de falta de energía.
- Despersonalización hacia el trabajo entendido como desapego por el trabajo lo que puede dar lugar a comportamientos negativos e insensibles.
-Baja autoeficacia y sensación de falta de realización personal.

Todo se asocia de forma frecuente con síntomas emocionales como ansiedad, tristeza, depresión , ira, hostilidad. También es frecuente la aparición de alteraciones del comportamiento como el ausentismo laboral o los hábitos tóxicos. Cuando el burnout es demasiado duradero aparecen secuelas en nuestra salud física como puede ser las cefaleas, el insomnio, los trastornos gastrointestinales.

Entre los factores a tener en cuenta para identificar situaciones del síndrome de estar quemado están:
- El continuo e intenso contacto con el sufrimiento, el dolor , la muerte y otros sentimientos de las personas que reciben el servicio.
- La caída del valor social de algunas profesiones.
- La sobrecarga Laboral debida tanto a razones cuantitativas como también cualitativas al entrar en juego los comentados recursos emocionales y sus correlativas demandas.(La carencia de recursos, la presión horaria).
- Excesiva burocracia, no importa el resultado sino hacer las cosas de una determinada forma.
- Los conflictos interpersonales con supervisores y compañeros de trabajo en la organización debidos a la ambigüedad y al conflicto de rol.
- La presencia de patologías cada vez menos reversibles, o que implican un tratamiento muy prolongado.
- La merma en las retribuciones y estímulos.
- La creciente amenaza de sufrir juicios por mala praxis.
- El resolver dilemas éticos resultantes de las nuevas tecnologías, así como la falta de formación para usarlas.

Si se pregunta si puede estar experimentando burnout en el frecuente la aparición de alteraciones del comportamiento como el ausentismo laboral o los hábitos tóxicos. Cuando el burnout es demasiado duradero aparecen secuelas en nuestra salud física como puede ser las cefaleas, el insomnio , los trastornos gastrointestinales.

Entre los factores a tener en cuenta para identificar situaciones del síndrome de estar quemado están:
- El continuo e intenso contacto con el sufrimiento, el dolor , la muerte y otros sentimientos de las personas que reciben el servicio.
- La caída del valor social de algunas profesiones.
-La sobrecarga laboral debida tanto a razones cuantitativas como también cualitativas al entrar en juego los comentados recursos emocionales y sus correlativas demandas.(La carencia de recursos, la presión horaria).
- Excesiva burocracia, no importa el resultado sino hacer las cosas de una determinada forma.
Los conflictos interpersonales con supervisores y compañeros de trabajo en la organización debidos a la ambigüedad y al conflicto de rol.
- La presencia de patologías cada vez menos reversibles, o que implican un tratamiento muy prolongado.
- La merma en las retribuciones y estímulos.
- La creciente amenaza de sufrir juicios por mala praxis.
- El resolver dilemas éticos resultantes de las nuevas tecnologías, así como la falta de formación para usarlas.

Si se pregunta si puede estar experimentando burnout en el trabajo hágase estas preguntas para saber si usted está en peligro de padecer burnout.
- ¿Se ha vuelto cínico o crítico en el trabajo?
- ¿Se arrastra para ir a trabajar y suele tener problemas para empezar una vez ha llegado?
- ¿Se ha vuelto irritable o impaciente con los compañeros de trabajo o clientes?
- ¿Le falta la energía para ser consistentemente productivo?
- ¿Se siente desilusionado con su trabajo?
- ¿Está consumiendo excesiva comida, drogas o el alcohol para sentirse mejor?
- ¿Sus hábitos de sueño o apetito han cambiado por culpa de su empleo?
- ¿Está preocupado por los dolores de cabeza inexplicables, dolores de espalda u otros problemas físicos?

Si la respuesta es si en las preguntas, puede estar experimentando burnout. Asegúrese de consultar con su médico o un profesional de la salud mental, algunos de estos síntomas también pueden indicar ciertas condiciones de salud como trastorno de tiroides o depresión.

El agotamiento del trabajo presente en el Síndrome Burnout puede ser el resultado de varios factores y puede presentarse normalmente cuando se dan condi-

ciones tanto a nivel de la persona, referentes a la tolerancia al estrés y a la frustración, como organizacionales deficiencias en la definición del puesto o ambiente laboral.

6 Bibliografía

- Carrasco González, A. M., Corte de la Corte, C. M. D. L., & León Rubio, J. M. (2010). Engagement: un recurso para optimizar la salud psicosocial en las organizaciones y prevenir el burnout y estrés laboral.
- Castillo Ramírez, S. (2001). El síndrome de" Burn Out" o síndrome de agotamiento profesional. Medicina Legal de Costa Rica, 17(2), 11-14.
- Deschamps Perdomo, A., Olivares Román, S. B., Zabala, R., & Asunsolo del Barco, Á. (2011). Influencia de los turnos de trabajo y las guardias nocturnas en la aparición del Síndrome de Burnout en médicos y enfermeras. Medicina y seguridad del trabajo, 57(224), 224-241.
- Díaz, I. M. E., Tous-Pallarès, J., & Vigil-Colet, A. (2015). Efecto del clima psicosocial del grupo y de la personalidad en el síndrome de quemado en el trabajo en docentes. Anales de Psicología/Annals of Psychology, 31(2), 651-657.
- García Moyano, L., Arrazola Alberdi, O., Barrio Forné, N., & Grau Salamero, L. (2013). Habilidades de comunicación como herramienta útil para la prevención del síndrome de burnout. Metas de enfermería, 16(1), 57-60.
- Gil-Monte, P. R., & Moreno-Jiménez, B. (2005). El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar. Madrid: Pirámide, 36-37.
- Jiménez, B. M., Hernández, E. G., & GUTIÉRREZ, J. (2000). Personalidad resistente, burnout y salud. Escritos de psicología, Málaga, 4, 64-77.
- León-Rubio, J. M., León-Pérez, J. M., & Cantero, F. J. (2013). Prevalencia y factores predictivos del burnout en docentes de la enseñanza pública: El papel del género. Ansiedad y estrés, 19(1).
- Laguas, F., & Elizabeth, E. (2017). Burnout en los internos rotativos de medicina del Hospital José María Velasco Ibarra enero 2016-mayo 2016 (Bachelor's thesis).
- Mamani-Encalada, A., Obando-Zegarra, R., Uribe-Malca, A. M., & Vivanco-Tello, M. (2007). Factores que desencadenan el estrés y sus consecuencias en el desempeño laboral en emergencia. Revista Peruana de Obstetricia y enfermería, 3(1).
- Marrau, M. C. (2004). El síndrome de Burnout y sus posibles consecuencias en el trabajador docente. Fundamentos en humanidades, (10), 53-68.
- Ortiz, J. F. B., Gómez, M. E. N., & de Morelos, S. D. S. Factores psicosociales, estrés, burnout y su relación con el desempeño ocupacional en personal de enfermería.

- Peiró, J. M., & Salvador, A. (1993). Desencadenantes del estrés laboral (Vol. 2). Madrid: Eudema.
Pérez, A. M. (2010). El síndrome de burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. Vivat Academia, (112), 42-80.
- Ponce Díaz, C. R., Bulnes Bedón, M. S., Aliaga Tovar, J. R., Atalaya Pisco, M. C., & Huertas Rosales, R. E. (2011). El síndrome del" quemado" por estrés laboral asistencial en grupos de docentes universitarios.
- Thomaé, M. N. V., Ayala, E. A., Sphan, M. S., & Stortti, M. A. (2006). Etiología y prevención del síndrome de burnout en los trabajadores de la salud. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina, 153(1), 18-21.
- Vega, M. F. NTP 705: Síndrome de estar quemado por el trabajo o" burnout"(II): consecuencias, evaluación y prevención.

Capítulo 1473

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO: ¿CÓMO DEBE SER LA ATENCIÓN TELEFÓNICA?

MARIA RODRIGUEZ SUAREZ

1 Introducción

La comunicación es el proceso de transmisión e intercambio de mensajes entre un emisor y un receptor, en el ámbito sanitario suele ser entre los profesionales que desempeñan su labor en dicho ámbito y los usuarios y sus familiares.

A través de la comunicación las personas compartimos información entre nosotros, puede ser en persona, por vía telefónica, e incluso de manera online, pues en la actualidad hay diversas formar de comunicarse.
En la atención telefónica cabe destacar que el auxiliar administrativo es la imagen del sistema sanitario. El auxiliar administrativo es el encargado de gestionar todo el proceso de asistencia del sistema sanitario, es decir, gestión de citas, camas etc. por ello su labor es de vital importancia

2 Objetivos

• Conocer los elementos que intervienen en la atención telefónica
• Identificar el método de Mejorar la atención telefónica para contribuir a que el paciente tenga una atención telefónica más satisfactoria.

3 Metodología

Búsqueda en varios libros, apuntes, en" google académico" y en las bases de datos de "pubmed", con criterios de idioma castellano e inglés y palabras clave como son: "teléfono", "administrativo", "receptor", "llamada" y como criterios de exclusión aquellos artículos publicados antes del año 2002

4 Resultados

Cuando procedemos a realizar una llamada telefónica debemos reconocer en todo momento los elementos que componen nuestra conversación. Estos elementos son:
• Emisor: Es la persona que transmite la información
• Receptor; Es la persona que recibe la información
• Código: Signos que se utilizan en el proceso de la información
• Mensaje: Es aquella información que pretendemos transmitir
• Canal de comunicación: En nuestro caso sería el teléfono
• Ruidos: Son aquellas interferencias que nos encontraremos durante la llamada
• Feedback: Es la respuesta que vamos a obtener de la persona destinataria del mensaje
• Contexto: Es el espacio físico en el que desarrollamos la conversación

Otra de las cosas a destacar por su importancia dentro de esta comunicación es la asertividad. Hablamos de comunicación asertiva cuando el emisor logra expresar un mensaje de forma simple, oportuna y clara, considerando las necesidades del receptor o interlocutor.
El auxiliar administrativo debe aplicar unas reglas básicas en la atención telefónica son:
La función del auxiliar administrativo:
AL CONTESTAR UNA LLAMADA
• Responder antes del tercer tono preferiblemente
• Usar una frase de saludo
• Usar un tono de voz adecuado, dando mensajes claros, directos y coherentes.

CUANDO DEJA EL RECEPTOR EN ESPERA
• Informarle del motivo por el cual le vamos a dejar esperando
• Si la persona no quiere esperar le daremos la opción de volver a llamar más tarde. Si decide esperar, retomaremos la llamada e iremos informándole.

CUANDO DEBE TRANSFERIR LAS LLAMADAS

• Sólo debemos transferir aquellas llamadas que por alguna causa no se pueden atender.
• Conocer el método para transferir las llamadas.
• Antes de transferir, se debe informar al receptor de que le vamos a transferir la llamada a otro emisor.
• Cuando transferimos una llamada debemos esperar a que la llamada sea recepcionada por el nuevo emisor, además de haberle informado del nombre y el motivo de la llamada.
• Si recibimos una llamada transferida en primer lugar debemos de presentarnos, llamaremos a la persona por su nombre y verificaremos con una breve reseña la información que nos han trasmitido del motivo de su llamada,

SI EL USUARIO SOLICITA HABLAR CON OTRA PERSONA

• Le diremos que nosotros vamos a intentar resolverle el motivo de la llamada.
• Si tenemos que recoger el mensaje debemos, tomar nota de quien llamó, el número de teléfono y el mensaje. Repetiremos el contenido del mensaje para así comprobar que hemos tomado nota de forma correcta.

AL TERMINAR LA LLAMADA TELEFÓNICA

• Agradeceremos al emisor su llamada.
• En caso de ser necesario una gestión posterior, le debemos informar de ello.
• Confirmaremos el número de contacto
• Haremos una pausa
• Esperemos a que el receptor de la llamada cuelgue el teléfono

LO QUE NO DEBE DE REALIZAR EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO:

Interrumpir la conversación cuando nos estén contando el motivo de su llamada vale más dejarlo terminar y luego darle las explicaciones pertinentes.
• Utilizar tecnicismos que dificulten que el receptor del mensaje lo entienda.
• Gritar, se debe hablar tranquilamente y sin alterarse.
• Tomarse las conversaciones como algo personal
• Asumir la responsabilidad por la solución de un problema si no está a nuestro alcance.
• Discutir verbal ni mentalmente.
• Intentar poner al usuario en espera.
• Continuar una conversación previa si ya se ha descolgado el teléfono.
• Perder la llamada por inconvenientes técnicos, si esta en nuestra mano evitarlo

5 Discusión-Conclusión

Tras leer y analizar los documentos encontramos y también contrarrestar las diferentes opiniones acerca de la importancia de la comunicación no verbal y la comunicación telefónica llegamos a las siguientes conclusiones: Cuándo hacemos una llamada telefónica pretendemos entender y a la vez que nos entiendan la información que damos y recibimos. Para ello, es muy importante que nuestra atención cumpla unas determinadas características como son:

• La información ha de ser de confianza y ser de calidad.
• Debemos ser amables, haremos una escucha activa y asertiva.
• Debemos de responder a las necesidades y solicitudes presentadas de manera ágil.
• Debemos dar la información con claridad resolviendo las dudas o necesidades del receptor o el auxiliar administrativo que se encargará de la atención telefónica desarrolla una labor muy importante en diferentes situaciones, ya que al no haber contacto físico todo dependerá de sus respuestas y del modo que solucione las inquietudes del paciente.

Por todo ello, cabe destacar que el auxiliar administrativo debe de conocer las habilidades de comunicación interpersonal para una correcta atención telefónica y tener una formación continúa en dicho campo con el fin de dar una respuesta de mayor calidad al usuario aumentando con ello la satisfacción de este.

6 Bibliografía

• "Guía básica de la atención telefónica al cliente" AAVV. IC EDITORIAL. Año 2009. ISBN: 978-84-836-4189-7
• "Atención telefónica" Autor desconocido. Editorial: VERTICE. Año 2012
• Ebook: "El libro de las habilidades de la comunicación". Segunda edición. Carlos J Van-Der HofStadt Roman. Editorial: DIAZ DE SANTOS. ISBN: 978-84-996-9981-3

Capítulo 1474

LA PROTECCIÓN DE DATOS EN EL SECTOR SANITARIO

FERNANDO GONZALEZ SUAREZ

1 Introducción

En el ámbito sanitario casi la práctica totalidad de los trabajadores, maneja o bien tiene acceso o contacto con datos personales de los pacientes o usuarios. Dado que la Protección de Datos es un Derecho Fundamental protegido por la Constitución Española, se trata de un tema transversal de gran importancia y que mediante su desarrollo en la Ley Orgánica de Protección de Datos es de obligatorio cumplimiento para todos aquellos que trabajen con datos de carácter personal. Un incorrecto tratamiento de dichos datos puede suponer importantes sanciones para el responsable.

2 Objetivos

Los objetivos consisten conocer el contenido de la Ley Orgánica de Protección de Datos, quienes y como han de cumplirla y mediante qué medios y en especial su aplicación al ámbito sanitario. También conocer algunas causas de infracción en protección de datos en los centros sanitarios.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión sistemática, con búsqueda bibliográfica, clasificación y selección de la información empleando bases de datos como Cochrane, PubMed, Scielo, el buscador Google Académico, redalyc y otros.

4 Resultados

La Ley Orgánica de Protección de Datos está formulada con el objetivo de garantizar y proteger el tratamiento de los datos personales, de forma global en todos los ámbitos. En el ámbito sanitario son especialmente importantes aquellos relativos a la salud de los pacientes.

La Ley Orgánica de Protección de Datos afecta en mayor o menor medida a cada uno de los trabajadores del ámbito sanitario y a su vez también globalmente a las instituciones donde estos trabajan, consultorios, clínicas, hospitales, servicios de salud, etc. En particular las Instituciones sanitarias que tienen en su poder las historias clínicas del paciente, de las cuales son responsables en su gestión, siéndolo también cada trabajador que accede a ellas en su manejo durante su labor profesional. Algunos están obligados a cumplir el llamado secreto profesional, y otros el deber de confidencialidad.

Últimamente y con el desarrollo de las herramientas informáticas se ha producido un aumento en las violaciones de la privacidad de los datos personales de los pacientes en centros sanitarios, en muchos casos como consecuencia de errores o descuidos de los profesionales del sector. Las principales causas vienen de descuidos, falta de formación sobre el tratamiento y custodia de los datos y por contra otros intereses diversos no accidentales.
Los pasos a seguir para a cumplir con la Ley Orgánica de Protección de Datos son:
- Conseguir el consentimiento de los pacientes para el tratamiento de sus datos.
- Informar a los pacientes de la existencia de un fichero con sus datos.
- Informar a los pacientes de la posibilidad de ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación.
- Nombrar un delegado de protección de datos.
-Establecer un contrato con los encargados del tratamiento.
- Firmar contrato de confidencialidad con los empleados.
-Registrar todas y cada una de las actividades del tratamiento.
-Notificar incidentes de violación de la seguridad.
- Elaborar un análisis de riesgos potenciales.
-Evaluar el impacto.
-Promover la privacidad desde el mimo momento diseño de la gestión, siempre por defecto.
-Cuando se tenga intención de a comunicar datos a un tercero, el interesado deberá ser informado y será recabado su consentimiento.

5 Discusión-Conclusión

La Ley Orgánica de Protección de Datos es de obligatorio cumplimiento por los profesionales del ámbito sanitario y regula la manera de conseguir que los datos personales de los pacientes contenidos en la historia clínica, tengan carácter confidencial.

La ley estructura de forma muy clara los pasos a seguir y la forma de operar para su estricto cumplimiento. También es importante para su cumplimento una formación al personal que trata con los datos para evitar en la medida de lo posible las brechas de seguridad involuntarias e información clara de las consecuencias que pueden traer tanto estas como las voluntarias.

6 Bibliografía

- Raso, Marta Vidal. Regulación y realidad de las bases de datos médicos desde las perspectivas de la protección de datos y la salud. Diss. Universidad Complutense de Madrid, 2016.
- Ortiz, Ana Isabel Herrán. El derecho a la intimidad en la nueva Ley Orgánica de Protección de
Datos Personales. Librería-Editorial Dykinson, 2002.
- Javier Yetano Laguna, Eva Laraudogoitia Zaldumbide. Documentación clínica. Aspectos legales y fuente de información para las bases de datos hospitalarias. Revista Española de Cardiología Suplementos. Volume 7, Issue 3, 2007, Pages 2C-11C
- Sánchez-Henarejos A, Fernández-Alemán JL, Toval A, Hernández-Hernández I, Sánchez-García AB, - Carrillo de Gea JM. Guía de buenas prácticas de seguridad informática en el tratamiento de datos de salud para el personal sanitario en atención primaria [A guide to good practice for information security in the handling of personal health data by health personnel in ambulatory care facilities]. Aten Primaria. 2014;46(4):214–222. doi:10.1016/j.aprim.2013.10.008

Capítulo 1475

LA RECETA ELECTRÓNICA Y EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO.

ANA SUÁREZ COBO

1 Introducción

La introducción de las nuevas tecnologías en el ámbito de la salud, en particular en la prescripción y dispensación de medicamentos, ofrece unas extraordinarias posibilidades de mejora.
El sistema de receta electrónica permite integrar la prescripción, el visado y la dispensación de medicamentos en un proceso continuo y enteramente electrónico.
El administrativo/auxiliar administrativo puede acceder a las prescripciones pendientes de dispensar desde la vista de trabajo de Consulta Administrativa.
Siempre y cuando el paciente tenga la dispensación electrónica activada, el administrativo/auxiliar administrativo podrá visualizar los tratamientos activos en situación dispensable (tratamientos activos firmados electrónicamente y para los cuales pueda imprimirse receta en ese momento).

2 Objetivos

Dar a conocer al personal Auxiliar Administrativo el funcionamiento de la llamada receta electrónica como una de las tareas propias de su trabajo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica

existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.
Hemos utilizado para nuestra búsqueda los términos: “auxiliar administrativo”, “receta electrónica”, “atención primaria”, “medicamentos” y “farmacias”.
Se han empleado como criterios de inclusión textos en castellano e inglés, y de exclusión aquellos que carecen de acceso gratuito.

4 Resultados

La receta electrónica o e-Receta no es una prescripción como la que nos entregaba el médico en papel, sino que se trata de un sistema informático por el que el médico puede transmitir directamente a la farmacia las medicinas que necesita un paciente. Por lo tanto, ya no se necesita el papel que el médico tenía que cumplimentar y sellar, sino que toda esta información se transmite por vía telemática y la manera de poder conseguir los medicamentos en la farmacia es a través de la identificación mediante la tarjeta electrónica personal.
Hablamos de un sistema que ha supuesto una serie de ventajas tanto para el paciente como para el propio sistema sanitario.
Antes de conocer sus ventajas, vamos a ver cómo funciona. La e-Receta hecha por el médico no se transmite ni por internet ni por correo electrónico, sino mediante un canal informático privado y seguro creado para este servicio. A partir de ahí, la manera de utilizarla es a través de la tarjeta sanitaria del paciente.
Así, cuando el usuario va al centro de salud, la tarjeta le sirve el médico para acceder a la historia clínica en la que podrá actualizar el tratamiento y reflejar cualquier necesidad específica del paciente. Esa información estará disponible en la farmacia de manera casi inmediata, el usuario solo tendrá que acudir con su tarjeta para retirar sus medicinas.
Cada receta electrónica puede llegar a abarcar hasta un año de tratamiento. Lo único que se llevará el paciente será una hoja de papel con la medicación que requiere y la posología adecuada para su información, papel que ya no será necesario llevar a la farmacia.
Este nuevo modelo de receta ha supuesto una serie de ventajas tanto para el paciente como para el sistema sanitario, aquí destacamos algunas:
- Fácil adquisición. Una de las principales ventajas de la receta electrónica es que puedes solicitar tu medicación en cualquier oficina de farmacia de tu

- Comunidad Autónoma. La idea es que en un futuro no muy lejano se puedan adquirir los medicamentos a través de este sistema desde cualquier botica española, sin necesidad de presentar una receta en papel.
- Plazo de recogida. La receta electrónica está diseñada para que los pacientes puedan recoger la medicación que precisen cuando sea necesaria. Es decir, en función de la posología que requiere el paciente y de la cantidad de medicamento que contenga el envase de su tratamiento, el sistema detecta cuándo el usuario necesitará un nuevo envase y así se registrará en el sistema.

Por tanto, hasta unos días antes de que el primero no esté a punto de terminarse, no estará disponible uno nuevo y así sucesivamente hasta que finalice el periodo de tratamiento que el médico haya establecido.

- Reduce errores. El hecho de que estemos hablando de un sistema digital hace que la e-Receta esté disponible en la botica antes de que el usuario salga del médico y totalmente legible, reduciendo el riesgo de errores relacionados con interpretaciones incorrectas de la receta. De hecho, el farmacéutico accederá de forma telemática a los datos del paciente, a la prescripción del médico y a cualquier otra instrucción dada por el médico respecto al tratamiento, mejorando también el seguimiento terapéutico del paciente desde la farmacia.
- Ahorro. Uno de los motivos de la puesta en marcha de este sistema fue el ahorro que generaría para las arcas públicas. Con una implantación muy avanzada del sistema en casi toda España, el ahorro generado por la receta electrónica supone un montante de 253 millones de euros, según datos del
- Gobierno. Un ahorro que viene generado por un menor gasto farmacéutico gracias a una menor sobreprescripción, a la eliminación de todos los talonarios en papel de las antiguas recetas, y a la reducción de entre un 15 y un 20 por ciento de las consultas médicas.
- Otras ventajas. Entre los objetivos del Ministerio de Sanidad a la hora de desarrollar este sistema, se contemplan otras ventajas como la reducción de las funciones económico-administrativas del médico respecto a las recetas.

Otra utilidad sería favorecer el desarrollo de programas de uso racional del medicamento y mejorar la adherencia al tratamiento, un problema que lleva asociado un elevado coste y muertes prematuras. Y otra ventaja de la receta electrónica sería el avance hacia la implantación de sistemas de información que permitan a las distintas regiones conocer las transacciones que se realizan entre ellas.

Inconveniente: Falta de operatividad.

Este nuevo sistema informático se comenzó a desarrollar hace ya once años, sin embargo, su implantación ha sido muy lenta. A falta de que se implemente com-

pletamente en Castilla y León y Murcia, la e-Receta ya funciona en el resto de España. Se empezó a utilizar con los pacientes que necesitaban más medicamentos y de forma continuada como los crónicos y los polimedicados y se fue extendiendo paulatinamente hasta hacerla extensiva a toda la población.
En este sentido, en un principio se preveía un sistema de interoperabilidad en todo el Sistema Nacional de Salud integrado por: la identificación del paciente, la identificación del medicamento y un modelo de datos básico y común para todas las recetas.
Pero la realidad ha puesto de manifiesto el gran inconveniente de este sistema: cada región ha ido desarrollando sus recetas electrónicas por separado, y pese a que todas ellas tienen una funcionalidad similar lo cierto es que, de momento, cada eReceta sólo es útil en las farmacias de su autonomía.
De hecho, un reciente informe de la Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria (Sefac) demuestra que el desarrollo de la e-Receta en España no es homogéneo y los modelos implantados en las diferentes regiones no permiten operar entre ellos. Desde esta sociedad, además, señalan que la implantación de este sistema se ha logrado en su vertiente administrativa, pero muy poco en la sanitaria y asistencial. Habrá que esperar a ver cómo evoluciona.

5 Discusión-Conclusión

La implantación de la Receta Electrónica está permitiendo mejorar la calidad del servicio asistencial a las personas residentes aumentando la seguridad de todo el proceso clínico y farmacéutico. De esta forma, hemos dado inicio a un nuevo modelo de atención en el ámbito residencial que iremos consolidando en los próximos años de cara a configurar una atención sociosanitaria puntera y de calidad.

6 Bibliografía

- Cubi Monfort R, Marqués Vidal A. Receta electrónica: Ventajas en inconvenientes. FMC. 2011; 18(2): 69-72.
- Azagra Ledesma, R y Aguyé Batista, A. La prescripción electrónica en España. Aten Primaria. 2005; 35(9):451-9.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 1476

TRASLADO DE PACIENTES POR EL CELADOR EN SILLA DE RUEDAS

RUFINA RODRIGUEZ DIAZ

1 Introducción

Un traslado se realiza cuando llevamos al paciente de un lado para otro dentro del centro sanitario.
Según el estado del paciente el traslado se puede hacer andando, con bastones, muletas, andadores, cama, camilla y silla de ruedas.

2 Objetivos

- Trasladar al paciente que no puede deambular o necesita apoyo para ir a algún lugar determinado dentro del hospital.
- Conocer la movilización del paciente así como la dinámica corporal del mismo.

3 Metodología

Se realiza una búsqueda exhaustiva en las bases de datos: Pubmed, utilizando los descriptores “traslado paciente”, “silla de ruedas”.

4 Resultados

El traslado debe realizarse con comodidad y seguridad asegurándose que los dispositivos estén bien colocados. Las bolsas de sueros permanecerán elevadas, las bolsas de orina y otros líquidos que estén colgadas en sus soportes.

- Antes de realizar un traslado debemos comprobar la identidad del paciente.
- Comprobar el destino del paciente y el celador debe explicar al paciente y a sus familiares el recorrido que va realizar y cómo lo va hacer.
- El celador deberá llevar la documentación necesaria para la prueba o consulta y acompañara al paciente en todo momento.
- Comunicará al personal sanitario el regreso a la habitación, les devolverá la documentación y acomodará al paciente.
- Para el traslado será necesario la silla, las zapatillas, la bata y una manta de abrigo.
- Se coloca la silla de ruedas en el lateral de la cama retirando los reposa piés, el respaldo se coloca hacia los pies de la cama y casi paralela a la misma. Bajar la cama a nivel de la silla para no forzar la espalda, frenar la silla y colocar al paciente.
- Como norma general la silla de ruedas se empujará desde la parte de atrás de la misma agarrándola por las empuñaduras.
- Para entrar en un ascenso, el celador entrará primero tirando de la silla, de espaldas al ascensor, una vez dentro, si es posible, girará la silla para salir primero el celador.
- Para bajar una rampa, caminará el celador de espaldas a la rampa, mirando de vez en cuando hacia atrás para evitar los obstáculos y evitar las caídas. Para subir una rampa, el celador empujará la silla desde atrás.

5 Discusión-Conclusión

Es posible realizar el traslado de un paciente en silla de ruedas dentro de un área hospitalaria con total garantía de seguridad para el paciente, si se tiene en cuenta las normas y estas se llevan a cabo.

6 Bibliografía

- Libro de técnicas de movilización de pacientes de formación continuada ISBN: 978-84-932035-7-3 http://Issuu.com/maisaquevara/docs/tecnicas-de-movilizacion
http:/www mailxmail.com/curso
- atencionatencion-personas-dependientes-cuidados-formales-madrid http://celadores-blog-activo- blog-activo.com
- https://elblogdelcelador.files.wordpress.com/2012/01/celador-pdf1.pdf

- https://books.google.es/books?id=qKlrULmLI64C&pg=PA163&lpg=PA163&dq=celadores+silla+rueda&source=bl&ots=ul0rQzVT2n&sig=ACfU3U1bMJPm8gyuQYTeF-wKRVvEKqFcpg&hl=es&sa=X&ved=2ahUKEwj4_OrX2MfnAhURzIUKHT9VDrYQ6AEwFHoECAoQAQ#v=onepage&q=celadores%20silla%20rueda&f=false

Capítulo 1477

EL CELADOR EN LA SALA DE AUTOPSIAS: DESCRIPCIÓN Y FUNCIONES

FRANCISCO JAVIER PEREZ CASTRO

MARTA JURADO PARAMAS

JUAN CARLOS CORDERA GARCÍA

1 Introducción

Los usuarios de los sistemas de salud perciben habitualmente al celador como un trabajador encargado de transportar personas y objetos de un lado a otro del hospital. En la práctica, esa es la cara más visible de este trabajo y a menudo esta visión reducida de nuestras labores es la que trasciende a la opinión pública generalizada.

El celador sí lleva sillas de ruedas o camillas con enfermos que van a realizar pruebas, exploraciones o ejercicios rehabilitadores, pero hay otras funciones que, por su carácter privado e íntimo, suelen escapar del conocimiento de muchos usuarios.

El celador tiene un puesto importante en la sala de autopsias y el servicio de mortuorios : ya sea ayudando a amortajar el cadáver, trasladando el cadáver o ayudando al facultativo durante la autopsia , la labor del celador es esencial en ese ámbito .

Expondremos, a continuación, tanto las funciones del celador en este servicio como un resumen del contexto de su trabajo , así como de aquellos actos a evitar a fín de proporcionar un òptimo desarrollo laboral.

2 Objetivos

- Definir tanto el lugar de trabajo del celador destinado en mortuorios como las funciones específicas de trabajo del celador dentro de la sala y a lo largo de todo el servicio.

3 Metodología

Se realiza una búsqueda en motores de internet sanitarios como Scielo para extraer las características de la sala de autopsias, encontrando el resto de infomación en páginas web y temarios específicos de la categoría de celadores .

4 Resultados

El lugar de trabajo del celador destinado en mortuorios. Las salas de autopias, de acuerdo con los requisitos de la Comisión Nacional de Anatomía Patológica , tienen un mínimo de 20 metros cuadrados, agua corriente, iluminación adecuada , ventilación . Han de disponer, como mínimo , de 2 refrigeradores de cadáveres por cada 200 camas de hospital. Las zonas contaminadas han de disponer de circuitos de circulación propios, incluyendo una sala de autopsias infecciosas y baños.

Los cadáveres entran en camilla y salen en féretros a través del circuito vehicular. La sala de autopsia ha de disponer de estanterías y armarios metálicos, mesas de autopsias , una en forma de L y otra en foma de l.
El material a disposición del médico encargado de realizar la autopsia puede incluir una sierra grande de mesa, un negatoscopio, puestos de tallado…

3. El celador en la sala de autopsias.
Las funciones del celador en mortuorios son varias, abarcando diversos ámbitos, desde el contacto directo con el finado al trato con los familiares de este. Tras ser certificada la muerte , por parte del facultativo encargado, será el celador el encargado, con grandes dosis de empatía y respeto, de dirigir a la famila hacia las salas de visitas o duelo habilitadas. Jamás deberá el celador comunicar la muerte

a sus familiares, debiendo remitirlos al médico encargado. El celador interviene , entonces, en el amortajamiento del cadáver. Si bien lo realiza el personal de enfermería, debemos ayudarles en todo el proceso.

Tras el preceptivo lavado de manos y ponerlos los guantes, pondremos el cadáver en posición de cúbito supino, alineando después los miembros superiores e inferiores a fín de evitar estancamientos de la sangre . Ayudará a que el personal de enfermería retire catéteres, tubos , vendajes, y ayudaremos en el aseo del cuerpo. Se colocará una sabana bajo el fallecido de forma longitudinal para luego sujetar las muñecas , al igual que los tobillos, para luego doblar la sábana, atarla con vendas o productos simialres y luego lo tapamos con otra sabana o en una bolsa dispuesta de cremallera.

Una función que el celador realiza siempre es el traslado del cadáver a mortuorios, lo que realizaremos de forma discreta y respetuosa. También extraeremos el cadáver de la cámara frigorífica a fín de llevarlo a anatomía patológica. Cabe aquí indicar que el celador, en la sala de autopsias, ha de hacer uso de los EPIS a su disposición como guantes , bata , generalmente desechable, mascarillas, gafas protectores. La medida más importante, como en muchos otros casos, es el lavado de manos.
Al llegar a la sala, anotará en el registro los datos del fallecido, nombre, historia clínica, fecha de entrada en la sala, etc
Tras desamortajar el cadáver, si es requerido, lo dispondremos sobre la mesa de autopsias, atendiendo , en cada caso , a las instrucciones del factultativo y a sus necesidades en la autopsia, que requerirán una u otra posición del cuerpo.

La autopsia tiene la finalidad de determinar la causa de la muerte. La autopsia consiste en la apertura de cuatro partes: el cráneo, el abdomen , el raquis y el tórax. Existen dos tipos de autopsias: La clínica, que trata de encontrar la forma de la muerte y tiene fines de investigación, docentes. También existe la autopsia forense, que trata de aclarar las causas de la muerte a petición de la autoridad judicial.

El celador tendrá que ayudar al facultativo en todas aquellas intervenciones que no precisen la intervención de instrumental alguno sobre el cuerpo , es decir, cambios posturales, sujetarle durante una autopsia raquídea, rellenar con celulosa partes del cuerpo vacías, sujetar la cabeza durante las operaciones en el cráneo.

Tras la autopsia, aseará el cuerpo, limpiará la mesa , el instrumental y la propia sala. Tras ello, llevará a incinerar los restos sobrantes de la autopsia. El celador

también hace funciones de guarda de mortuorios, tanto de día como por la noche.

5 Discusión-Conclusión

A través de la exposición de las funciones del celador con respecto a los éxitus en el entorno hospitalario, hemos querido dar cuenta de la gran importancia del trabajo del celador en esta área , uno de los más complejos y que más recelos genera de las funciones del trabajador.

Dejando aparte las cuestiones técnicas y formativas, que son necesarias en todas las áreas de trabajo de un hospital, el celador destinado en mortuorios ha de tener un carácter empático y una naturaleza respetuosa para tratar con los familiares en unos momentos tan duros

6 Bibliografía

1. Nuñez de Arco J. La Autopsia. Disponible en: https: //www.academia.edu/attachments/36625395/download_file?st= MTU4MTM2Mzk1MCw4My45Ny4yMjguMTky&s=profile
2 . Gómez Martínez D, Torres Fonseca F, Rojo E. Celador del Servicio de Salud del Principado de Asturias. MAD; 2018.
3. Vv.Aa Vv.Aa V. Celador del Servicio de Salud de Castilla y León. Temario y test. Volumen 1.

Capítulo 1478

MARCO LEGISLATIVO EUROPEO SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS ENFOCADO EN EL PERSONAL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

LORENA HEVIA ÁLVAREZ

1 Introducción

Con el avance de las nuevas tecnologías, las anteriores leyes sobre protección de datos se han ido quedado obsoletas, por lo que la Unión Europea ha visto necesaria la creación de un reglamento único para todos sus estados miembros, surgiendo así el "Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos)".

Este reglamento es el que rige la protección de datos actualmente en España, ya que somos un Estado miembro de la Unión Europea.

2 Objetivos

Conocer la normativa vigente relacionada con la protección de datos en el ámbito administrativo de la sanidad pública.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha hecho un estudio del "Reglamento (UE) 2016/679", del cual se ha sacado la información más relevante que tienen relación con el trabajo del auxiliar administrativo.

4 Resultados

Del estudio del Reglamento (EU) 2016/79 cabe destacar que:
• Los datos aportados por la persona interesada se utilizarán, con carácter único y exclusivo, para los fines previstos en el procedimiento o actuación que se trate.
• En ningún caso esos datos serán objeto de tratamiento o de cesión a terceros, si no es con el consentimiento inequívoco de la persona interesada.
• El cedente podrá, en cualquier momento, ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de dichos datos.
• Los datos personales serán tratados de manera ilícita, leal y transparente.
• Recogidos con fines determinados, explícitos y legítimos.
• Adecuados, pertinentes y limitados.
• Exactos.
• Tratados de manera que se garantice una seguridad adecuada de los datos personales.
• Habrá un responsable de cada tratamiento.

5 Discusión-Conclusión

Después de este estudio del Reglamente (UE) 2016/79 se ha llegado a la conclusión de que este Reglamente es beneficioso tanto para las personas que trabajan con datos personales, como para los propios usuarios e interesados, ya que crea un marco legal al cual acogerse y nos sirve para poder conocer las actuaciones que podemos realizar desde nuestro puesto de trabajo como auxiliares administrativos.

6 Bibliografía

- Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos).

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 1479

CONCIENCIACIÓN DEL CELADOR SOBRE EL RIESGO QUE CONLLEVA EL DESPLAZAMIENTO DE ENFERMOS

URBANO SÁNCHEZ MARTÍN

1 Introducción

La manutención de los enfermos representa, según el área de hospitalización una tarea particularmente dura. En otros casos no es más que una eventualidad que, cuando surge, viene a ser un peligro por su carácter inhabitual si el personal no está entrenado para ello. De hecho, cada trabajador sanitario puede encontrarse con un paciente que tenga que desplazar o levantar. Los principios médicos actuales, que multiplican las prescripciones de levantar a los pacientes y sacarlos de la cama precozmente, determinan un aspecto esencial de los cuidados en la convalecencia y preservación de la vitalidad.

Frente a un instrumento amenazador o situación material peligrosa, cualquier trabajador percibe la necesidad de tomar precauciones, pero frente al esfuerzo de levantamiento y desplazamiento de cargas poco pesadas, el trabajador no tiene conciencia de que el instrumento utilizado es su columna vertebral. Si se enseña el comportamiento adecuado demasiado tarde, cuando ya tenga hábitos irracionales, el trabajador considerará que los consejos y técnicas prodigadas provocan una pérdida de tiempo. La preparación corporal para el oficio tiene su lugar en los programas docentes de los profesionales de la salud, se trata de un objetivo de educación y cultura.

Recientemente, el Instituto Valenciano de Seguridad y Salud en el Trabajo (INVASSAT) realizó una encuesta a una muestra de 445 trabajadores de la sanidad (médicos, auxiliares de enfermería, celadores y técnicos de radiodiagnóstico) y los resultados apuntan que el 36% sufría molestias en la región lumbar y el 33% en el cuello, como datos más significativos. Hasta hace muy poco no se disponía de metodología específica para evaluar el riesgo de movilización de pacientes. Se aplicaban métodos de evaluación ergonómicos que se habían diseñado para evaluar el riesgo de movilización de cargas.

En junio de 2012 se publica la norma ISO/TR 12296 que aporta una guía de diferentes estrategias adoptadas en diferentes países del mundo para disminuir la carga biomecánica del personal que realiza las tareas de movilización de pacientes, disminuyendo la incidencia de accidentes y enfermedades profesionales y permitiendo, a su vez, aumentar la calidad asistencial del paciente, proporcionándole mayor seguridad, privacidad y dignidad.

La ISO recomienda considerar la interrelación de varios factores como son la organización del trabajo, el tipo y el número de pacientes a movilizar, las ayudas para la movilización, los espacios donde se realizan las movilizaciones y la formación (teórica y práctica) del personal que realiza estas tareas, ya que por separado o en su conjunto pueden aumentar la carga biomecánica. Para que sea realmente efectiva, la estrategia para la evaluación y gestión del riesgo debe evaluar de forma analítica el riesgo y los factores determinantes.
El individuo debe ser llamado a implicarse en una contribución activa y responsable con respecto a la preservación de su propia salud.

El método de manutención manual de los enfermos (MMME) tiene como finalidad el dominio de un cierto número de técnicas racionales que faciliten la actividad del celador y favorezcan la del paciente. Esas dos razones hacen que el método contribuya a la mejora de la calidad de la atención sanitaria.

2 Objetivos

- Se pretende concienciar al celador de la importancia del conocimiento de las técnicas y posturas fundamentales que mejorarán el comportamiento físico del celador y personal sanitario en general y consecuencias nocivas derivadas de la incorrecta aplicación de las técnicas en desplazamientos.

3 Metodología

- Se observa la actuación de celadores en varios hospitales públicos en el desplazamiento de enfermos durante 3 semanas en enero del 2020.
- Se hace una búsqueda en libros relacionados con la materia.
- Se hace búsqueda en la web de material adicional en revistas y publicaciones de especialistas en Riesgos Laborales.

Los estudios biomecánicos han demostrado que la única forma real de evitar el riesgo de lesión musculo-esquelética es asistir la manipulación de pacientes siempre que sea posible con ayudas técnicas. Hay que utilizar equipos de ayuda y ayudas auxiliares. Por muy bien que el trabajador o trabajadora haya aprendido las técnicas de movilización, por muy óptimas que sean las condiciones de movilización en las que tenga que actuar, el riesgo de lesión musculo-esquelética es muy alto.

La presión a la que son sometidos los discos intervertebrales es superior a la que esos discos pueden aguantar sin perder sus características de resistencia y elasticidad si se está trabajando durante largos periodos de tiempo en posturas forzadas o levantando cargas que superan con creces la capacidad del individuo. En otras palabras, sin mecanización de los procesos, sin ayudas técnicas, sin formación suficiente y adecuada para saber elegirlas, usarlas y sin un diseño de espacios de trabajo adecuados a la tarea, los trabajadores y las trabajadoras acaban desarrollando lesiones musculo-esqueléticas.

La literatura científica ha demostrado que la sobrecarga biomecánica, es decir, el repetido requerimiento mecánico de las estructuras tisulares superiores a niveles críticos y relacionados con la manipulación manual de cargas, puede causar alteraciones degenerativas del aparato osteo-muscular, no solo a nivel dorsolumbar, sino también de la extremidad superior y en particular del hombro. Aunque todas las patologías que se manifiestan inicialmente en forma de dolor lumbar, tienen una etiología multifactorial, el 98% tiene en la sobrecarga biomecánica su causa primaria o causa más relevante. Según un estudio internacional de Colombini y su equipo de investigadores realizado en 2002, las patologías más relevantes son las siguientes:

• Patología degenerativa del raquis.
• Discopatía lumbar, reducción a la altura del disco con alteración de la limitante somática.
• Discopatía múltiple lumbar.
• Protusión discal.

• Hernia discal lumbar.

Clínicamente, todas estas patologías se manifiestan en forma de dolor a nivel lumbar, cuya clasificación se realiza en base a la duración de los síntomas, desde el dolor de espalda agudo, cuya duración es inferior a 4 semanas, hasta el dolor de espalda crónico que supera los tres meses, pasando por el dolor de espalda recurrente en el que se producen continuas recaídas en crisis de dolor agudo. Los estudios epidemiológicos con referencia a los factores de riesgo laborales muestran que la edad de inicio de los primeros episodios va normalmente desde los 25 a los 55 años, aunque las primeras crisis agudas se pueden dar en edades más tempranas.

En consecuencia, un buen conocimiento de las técnicas y aplicación correcta en el entorno laboral es crítica para reducir las lesiones que aunque no totalmente evitables, se pueden reducir o hacer más leves.

4 Bibliografía

1. Ley 31/1995, Ley de Prevención de Riesgos Laborales. (BOE 269, 10-Nov-1995). http:// www.boe.es
2. RD 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención (BOE 27,31-En-1997). http://www.boe.es
3. "Método de manutención manual de los enfermos" (MMME) de Pul Dotte. Editorial Masson Tomo 1 5ª edición.
4. "Entrevista a Begoña Baiget Orts, Técnico Superior de Prevención de RiesgosLaborales" publicada en "porExperiencia", revista de Salud Laboral de ISTAS-CCOO en la red. Enlace: https://porexperiencia.com/dossier/las-tecnicas-corporales-para-la-movilizacion-de-pacientes-no-evitan-el-riesgo-de-lesion"
5. Colombini D., Occhipinti E., Grieco A. (2002). Risk Assessment and Management of Repetitive Movements and exertions of upper limbs: Job analysis, Ocra risk index, prevention strategies and design principles. ElsevierScience.
6. Norma /TR ISO 12296:2012. Ergonomía: la manipulación manual de las personas en el sector sanitario.

Capítulo 1480

INTERVENCIÓN DESDE EL TRABAJO SOCIAL SANITARIO DE ATENCIÓN PRIMARIA CON EL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO O PLURIPATOLÓGICO.

GEMMA MAGDALENA CUENCO

1 Introducción

Gran parte de los pacientes a los que atiende el sistema sanitario padecen más de una enfermedad, que a su vez afecta a más de un órgano. El término enfermo crónico complejo o pluripatológico se utiliza frecuentemente al referirse a los siguientes tipos de pacientes:
- Personas mayores en situación de fragilidad
- Enfermos polimedicados
- Pacientes hiperfrecuentadores, reingresadores en los hospitales

Aunque no es sinónimo de ninguno de estos conceptos constituye el núcleo central de cada una de estas realidades, y se caracteriza principalmente porque son pacientes que sufren de forma simultanea varias enfermedades crónicas a la vez. En el ámbito de la atención primaria, la relación con los pacientes se fundamenta principalmente en:
- La continuidad, es decir el seguimiento de sus circunstancias de salud, atendido en las sucesivas consultas al médico de cabecera, al que se identifica como el principal proveedor de cuidados.

- La longitudinalidad, entendida como el seguimiento de los problemas de salud que afectaran a la persona a lo largo de toda su vida.
El paciente pluripatológico plantea importantes dificultades en el sistema de salud, al presentar especial complejidad el manejo de diferentes problemas de salud, normalmente con distinto grado de intensidad y con problemas para acceder de manera eficaz y rápida a interconsultas y medios diagnósticos.

Las funciones de los profesionales de trabajo social en relación a estos pacientes, están encaminadas a la atención global individuo/ familia y se ocuparán de estudiar, valorar, planificar y desarrollar estrategias de intervención social dirigidas a resolver los problemas socio-familiares de las personas enfermas y de sus redes sociales más próximas, para que la enfermedad no sea motivo de pérdida de calidad de vida, siendo el nexo de unión entre el ámbito sanitario y social. (Colom, 2008).

En este sentido, se pretende definir un proceso de atención al paciente crónico complejo, que permita atender a este tipo de pacientes de una manera proactiva, mediante una valoración integral con identificación precoz, asistencia continuada y coordinada de todos los dispositivos asistenciales, con el objetivo de mejorar la asistencia, los resultados en materia de salud, la calidad de vida, la optimización de los recursos y la satisfacción de los pacientes y de sus familiares.

2 Objetivos

- Aportar una dimensión comunitaria al Equipo de Atención Primaria.
-Favorecer la coordinación y participación activa de los distintos profesionales que intervienen en la asistencia al paciente.
-Analizar los factores psicosociales con repercusión en la salud/ enfermedad del paciente pluripatológico.
-Fomentar la toma de decisiones autónomas y la responsabilidad del individuo respecto a su salud.
-Identificar al cuidador principal si lo hubiere, teniendo en cuenta sus necesidades y facilitándole orientación en todo el proceso de atención.

3 Metodología

La metodología para valoración inicial del paciente pluripatólogico, se realizará en el momento de su inclusión en el circuito de atención, mediante la recopilación

de los datos existentes en la historia clínica.
Se establecen las siguientes áreas de valoración comunes a la totalidad de pacientes pluripatológicos.
- Área clínica (anamnesis, exploración y valoración de las necesidades básicas)
- Área Funcional (diagnóstico de los déficits funcionales. Escala de Barthel. Indice de Lawwton y Brody.
- Área Social (Situación familiar, vivienda y relaciones- apoyos sociales. Escala de valoración social de Gijón. Valoración del cuidador principal.
- Área de Salud Mental. (exploración y valoración psíquica. Cuestionario portátil del estado mental de Pfeiffer. Escala de Depresión geriátrica de Yesavage.
El proceso de atención a dichos pacientes se activaría, en pacientes con síntomas continuos que presenten:
-Más de tres ingresos hospitalarios urgentes en el último año por descompensaciones de sus enfermedades crónicas.
-Revisiones programadas en más de dos especialidades médicas.
-Más de dos consultas en Urgencias Hospitalarias en los últimos dos meses.
-Necesidad percibida por el Medicina de atención primaria e Internista de apoyo no programable para el control clínico del paciente.

4 Resultados

En el proceso de evaluación se tendrá en cuenta a pacientes, cuidadores, familiares, y profesionales implicados en la intervención con el paciente. Asimismo se procederá a evaluar todas las necesidades, tareas requeridas, se realizarán controles y seguimiento de los servicios, de los procesos sometidos a la atención integral del paciente.
El diagnóstico de la situación se obtendrá realizando un análisis DAFO (identificación de Debilidades, Amenazas, Fortalezas, Oportunidades) de las situaciones que pueden generar discrepancias en la sucesivas intervenciones , así como del proceso de atención desarrollado, para intentar ofrecer un servicio de calidad y eficaz, para ello se intentará convertir las debilidades en fortalezas, se buscará eliminar las amenazas detectadas con el análisis y se aprovecharán al máximo las oportunidades y fortalezas de las que se dispone.

Se analizará todo el proceso desarrollado, comprobando si se han conseguido los objetivos propuestos, verificando si los resultados obtenidos coinciden con los esperados y si disponemos de suficientes recursos para garantizar la calidad y la eficacia de las intervenciones realizadas por todos los profesionales.

Para comprobarlo, se tendrán se tendrán también en cuenta los siguientes indicadores de evaluación :
• % pacientes incluidos en el proceso.
• Nº de profesionales implicados en el proceso de atención.
• Número de visitas a domicilio por paciente.
• % pacientes que viven solos y no tienen apoyo social.
• Tasa de ingresos de pacientes en especialidades médicas.
• Frecuentación de urgencias de pacientes (Nº visitas a urgencias/nº pacientes) .
• Tasa de reingresos de pacientes, en la misma especialidad médica, por causas relacionadas, en los 30 días posteriores al alta.
• Tiempo medio entre descompensaciones que requieren ingreso por paciente (tiempo desde el alta hasta el siguiente ingreso urgente por cualquier causa médica relacionada) (indicador del mantenimiento del estado de salud).
• Días de hospitalización acumulados al año por paciente.

Por último se procederá al vaciado de los datos, y obtención de los resultados, si son positivos, se continuará con idéntica metodología, en caso contrario, se adoptarán nuevas formas de intervención, en función de los fallos detectados en el estudio de los datos.

5 Discusión-Conclusión

Actualmente, las enfermedades crónicas junto con la complejidad, es una problemática social, sanitaria y política, que debe dar lugar a la implementación de estrategias de atención sociocomunitaria a pacientes que padecen estas diversas patologías.

Los profesionales de Trabajo social sanitario desempeñan una labor fundamental en la atención y asistencia a los pacientes crónicos o pluripatológicos complejos. La labor asistencial desde el área de trabajo social es esencial para lograr una atención integral, continuada, de calidad, centrada en la persona y sus necesidades para conseguir una mayor calidad de vida y eficacia en la gestión sanitaria.

Es importante consolidar un abordaje al paciente pluripatológico que nos aproxime a consolidar estrategias basadas en adecuadas evaluaciones y con características de aplicabilidad y generalización. Utilizando fundamentalmente medios de registro, consolidación y coordinación, y dando protagonismo principal a la atención primaria, que además está situada en un lugar privilegiado para la conjunción de todos estos factores.

6 Bibliografía

- Contel JC, Muntané B, Camp L. La atención al paciente crónico en situación de complejidad: el reto de construir un escenario de atención integrada. Aten Primaria. 2011. doi:10.1016/j.aprim. 2011.01.013.
- Corrales-Nevado, D., Alonso-Babarro, A., & Rodríguez-Lozano, M. Á. (2012). Continuidad de cuidados, innovación y redefinición de papeles profesionales en la atención a pacientes crónicos y terminales. Informe SESPAS 2012. Gaceta Sanitaria, 26, 63-68.
- Colom, D. Atención primaria y atención especializada. Teoría y práctica. (2008) Madrid: Siglo XXI.
- Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de Pacientes Pluripatológicos. Estándares y Recomendaciones. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social. 2009. Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/ EyR_UPP.pdf
- Minué-Lorenzo S, Fernández-Aguilar C. Visión crítica y argumentación sobre los programas de atención de la cronicidad en Atención Primaria y Comunitaria. Rev Aten Primaria. 2018; Disponible en https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.09.001
- Rodríguez-Fernández, M. J., García-Lizana, A., González-Ramírez, A. R., & García-García, M. A. (2013). Trabajo Social con pacientes pluripatológicos hospitalizados: intervención precoz en situaciones de riesgo social. Portularia, 13(1), 67-76.
- Zambrana García JL, Velasco Malagón MJ, Díez García F, Cruz Caparrós G, Martín Escalante MD, Adarraga Cansino MD. Características clínicas diferenciales de los enfermos pluripatológicos hospitalizados en servicios de Medicina Interna. Rev Clin Esp. 2005; 205:413-7. 10.

Capítulo 1481

HISTORIA CLÍNICA: CARACTERÍSTICAS Y ACCESO

LORENA LESMES SUÁREZ

EVA CORREIA ÁLVAREZ

1 Introducción

Dentro de nuestro puesto como trabajadores de la Salud tenemos acceso a una serie de datos de los pacientes y usuarios en los que se incluye información personal y médica, la cuál ha de ser tratada con especial cuidado y legalidad. En particular estos datos están incluidos en la denominada historia clínica de cada paciente, que es imprescindible para prestar una asistencia sanitaria de calidad y adecuada a cada uno. Tanto es así que es considerada como un derecho del paciente y un derecho y deber del médico.

En ella se recogen todos los actos médicos que se realizan con el paciente con el fin de facilitar su asistencia. En nuestra labor administrativa tenemos acceso y trabajamos con ella accediendo para obtener los datos concretos y ofrecer la asistencia sanitaria adecuada, archivando toda la documentación que en ella se incluye, y facilitando su acceso a toda persona autorizada. Para esto debemos conocer las características esenciales de la historia clínica y quiénes pueden tener acceso a ella.

2 Objetivos

- Conocer las características básicas que debe tener la historia clínica

- Especificar a quién pertenece la historia clínica
- Puntualizar quiénes pueden tener acceso al contenido de la historia clínica

3 Metodología

Revisión bibliográfica en las principales bases de datos de salud Scielo, PubMed y Dialnet, y en Google Scholar con los descriptores historia clínica y acceso a la historia clínica.

4 Resultados

Estas son las características básicas que ha de tener una historia clínica:
Completa. En ella se deben incluir todas las pruebas realizadas al paciente, diagnóstico y tratamiento y su correspondiente evolución, los especialistas a donde fue remitido, los consentimientos informados y los tratamientos rechazados, todos los informes realizados respecto a su atención, etc.
Ordenada. Todos los documentos y anotaciones deben aparecer en orden cronológico y han de ser exactos y figurar actualizados.

Legible y comprensible
- Respetuosa con el paciente, con los compañeros y con la institución.
- Rectificada cuando sea necesario. Deben rectificarse los datos erróneos o incompletos con el objetivo de aclarar y completar la historia del paciente.
- Veraz. Toda la información en ella presente ha de ser auténtica y real, ya que también esa información puede ser utilizada para diferentes fines sanitarios, sociales y jurídicos.

Antes de ver quiénes tienen acceso a la historia clínica, debemos conocer de quién es la propiedad de la misma, ya que así se conocerá quiénes tienen derecho de acceso a ella. Esta materia plantea una problemática en la que entran en conflicto los intereses del paciente y del propio médico. Existen tres posiciones fundamentales:
- Propiedad del paciente. La información se refiere a el paciente y ha sido cedida por el mismo personalmente o a través de su consentimiento.
- Propiedad del profesional. Ha sido redactada por este y es consecuencia directa de su trabajo, lo que le otorga propiedad intelectual.
- Propiedad del centro sanitario. Aunque ha sido redactada y elaborada por el profesional, este ha sido contratado por el centro, pagándole por ese trabajo en

el que se incluye la elaboración de la historia clínica.

Con estas premisas veamos quiénes tienen acceso a la historia clínica y con que particularidades:
Los pacientes o, en su caso un representante debidamente acreditado, pueden acceder a los datos contenidos en su historia clínica y obtener una copia de ellos. A todos menos a los que afecten a terceras personas ya que supondría la vulneración de sus derechos. También cabe la posibilidad de oposición por parte del profesional del acceso a sus anotaciones subjetivas, las cuales son muy difíciles de definir específicamente. También podrán conocer quién ha accedido a su historia y con que fines, y en caso de fallecimiento de igual forma las personas vinculadas por razones familiares o de hecho, salvo que se prohíba expresamente por parte del paciente antes de su fallecimiento.

Los profesionales sanitarios tienen un acceso libre, pero sólo a los datos necesarios para darle una asistencia adecuada. Cabe señalar que es muy complicado especificar cuáles son esos datos y concretarlos de una manera determinada y general para todos los casos, ya que cada caso es particular y no siempre van a ser los mismos.

A parte del acceso para ofrecer una asistencia adecuada, existe la posibilidad de acceso con otros fines, epidemiológicos, judiciales de salud pública y de investigación y docencia. En estos casos se deben disociar los datos personales del paciente antes del acceso, observando también la Ley de Protección de Datos.
También nos encontramos con fines administrativos, de inspección, de evaluación, de acreditación y de planificación.

Para conseguir algunos de los fines señalados el personal no sanitario tendrá acceso, y toda persona que pueda acceder a estos datos guardara el oportuno secreto profesional.

5 Discusión-Conclusión

La historia clínica es una herramienta fundamental para ofrecer la mejor y más adecuada asistencia, en la que refleja a un paciente y también al equipo médico que lo atiende.

Por tanto no sólo se trata de asegurar la confidencialidad de los datos propios del paciente, sino también de defender el secreto médico. Para todo ello debemos de conocer y aplicar tanto las características esenciales que deben tener, como

quiénes pueden tener acceso a ella y así poder ofrecer la mejor actuación en su tratamiento.

6 Bibliografía

- Gérvas, J. (2015). Historia clínica: al limitar el acceso se mejora el proceso. AMF. 11(7): 372-373.
- Criado Del Rio, M.T. (1999). Aspectos médico-legales de la historia clínica. Medicina Clínica. 112: 24-28.
- Antomás, J., Huarte Del Barrio, S. (2011). Confidencialidad e historia clínica. Consideraciones ético-legales. An. Sist. Sanit. Navarra. 34(1): 73-82.

Capítulo 1482

NOCIONES GENERALES DE LA RECETA ELECTRÓNICA PARA EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DEL SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

VANESA SUAREZ MENDEZ

SUSANA ÁLVAREZ GONZALVO

RAUL MONTESERIN FERNANDEZ

SILVIA BENAVIDES DIEZ

1 Introducción

El acceso de la mayor parte de la población a las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (TICs) ha supuesto una paulatina incorporación de las mismas al ámbito sanitario de la prescripción y dispensación de medicamentos y productos sanitarios teniendo como exponente destacado en los Servicios de Salud y en las farmacias la introducción de la receta médica electrónica.

2 Objetivos

- Proporcionar al auxiliar administrativo de un Servicio de Salud unas nociones generales sobre la receta electrónica que le permitan dominar todas las cuestiones

que se le puedan plantear en su trabajo cotidiano y todos aquellos aspectos que deba conocer de cara a informar al usuario.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática consultando artículos en las bases de datos Google y Google Académico utilizando como descriptor "receta electrónica", búsqueda de la cual se ha seleccionado un total de 17 entradas en el periodo comprendido entre 2018 hasta la actualidad, cuya información se ha analizado y sistematizado junto con la legislación vigente en la materia extraída de la página web del Boletín Oficial del Estado.

4 Resultados

La receta electrónica es un sistema tecnológico de información que permite automatizar la identificación, prescripción, control y dispensación de medicamentos y productos sanitarios y, la facturación de las recetas dispensadas. Esto implica la eliminación de la tradicional prescripción en papel.

El procedimiento es muy sencillo: el médico, en vez de emitir la tradicional receta de papel, graba la prescripción del paciente en un programa informático interconectado con las farmacias (OMI). De esta manera, cuando el paciente acude a una farmacia y muestra su tarjeta sanitaria y el número de su hoja de tratamiento, aparece cuál es la medicación que tiene disponible. Por tanto, en el caso de que el paciente necesite medicamentos o productos sanitarios durante un periodo de tiempo que suponga la dispensación de los mismos de manera repetida no necesitará acudir al médico cada vez que requiera una nueva receta.
La "hoja de tratamiento" que mencionamos en el punto anterior, es un documento donde, aparte del número que mencionamos previamente – número de identificación del tratamiento - , el médico recoge todos los medicamentos que el paciente necesita, con qué frecuencia debe tomarlos y cuándo, información que antes se especificaba en las recetas de papel.

Los medicamentos y productos sanitarios serán prescritos según un plan terapéutico definido que no podrá ser superior a un año, con las limitaciones establecidas para la prescripción de estupefacientes. Sin embargo, cada dispensación periódica no podrá superar el mes de duración máxima de tratamiento, salvo que al

formato del medicamento o producto sanitario le corresponda a un periodo de tratamiento superior según su ficha técnica.
Para la primera vez que se recoge la medicación en la farmacia hay un periodo de validez de diez días y se deben de recoger todos los medicamentos a la vez. En las siguientes dispensaciones se recogerán a medida que se vayan acabando y no será necesario acudir al médico a por otra receta en el caso de medicamentos que se tomen de forma continuada. Aquí se podrán recoger de manera intermitente, a medida que se vayan terminando, durante el periodo acordado por el médico, del cual dejará constancia en el OMI con una fecha máxima de autorización.

Si el usuario se va de vacaciones o de viaje no debe preocuparse ya que el programa dispensa medicación para un mes. Si se estima una salida mayor, se puede acudir al médico para que adelante la medicación.
El sistema informático con equipos autentificados y exigencia de firmas y certificados electrónicos a prescriptores y oficinas de farmacia garantiza la seguridad en el acceso y transmisión de la información, así como la protección de la confidencialidad de los datos.

La receta médica electrónica está vigente en el Principado de Asturias desde que se implantó en el área sanitaria III (área de Avilés) en abril de 2013. En noviembre de 2014 finalizó su introducción en todos los centros de salud y oficinas de farmacia del Principado y dos años más tarde, se integraron los productos farmacéuticos sometidos a visado. A pesar de su rápida implantación, según los últimos datos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (ver foto) el Principado de Asturias es una de las comunidades en las que con una tasa del 69,59 %, la receta electrónica aún tiene camino por recorrer.

5 Discusión-Conclusión

La introducción de la receta electrónica supone ventajas para los ciudadanos, sobre todo en el caso de enfermos crónicos, puesto que se pueden retirar los medicamentos y productos sanitarios prescritos en la farmacia simplemente presentando la tarjeta sanitaria cuando antes era necesario acudir al centro de salud cada vez que se necesitaba una receta. Por tanto, hemos de concluir que la receta electrónica supone un ahorro de tiempo y de dinero.

Además, el médico podrá evaluar con mayor exactitud la adherencia a los tratamientos y llevar a cabo un seguimiento exhaustivo del historial farmacológico de los pacientes por lo que la receta electrónica también redunda en

un incremento de la calidad asistencial dispensada.

Para el sistema sanitario también supone una serie de ventajas: una de ellas es el ahorro de tiempo ya que se descongestionan las consultas al eliminarse las visitas de los pacientes que simplemente iban a pedir recetas y otra, es la reducción del gasto farmacéutico - uso racional de medicamentos- ya que la medicación está exactamente pautada y solo se puede acceder a la misma cuando la anterior se ha agotado o está a punto de hacerlo.

Implantación de la receta electrónica en el SNS

Fuente: Comunidades Autónomas

Elaboración: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

Datos: septiembre 2019 (datos de receta correspondientes a junio 2019)

	% CS	% Cº	% H	% OF	% eReceta
CCAA	sept 19	sept 19	sept 19	sept 19	jun 2019
Galicia	100	100	100	100	99,42
Cataluña	100	100	100	100	99,34
Andalucía	100	100	100	100	99,29
C. Valenciana	100	100	100	100	98,99
Cantabria	100	100	100	100	98,80
Baleares	100	100	100	100	98,34
Canarias	100	100	100	100	98,20
La Rioja	100	100	100	100	97,39
País Vasco	100	100	100	100	97,06
Castilla La Mancha	100	100	100	100	96,96
Navarra	100	100	100	100	96,88
Madrid	100	100	100	100	96,86
Aragón	100	100	100	100	93,96
INGESA	100	100	100	100	93,68
Extremadura	100	100	100	100	84,04
Asturias	100	100	0	100	69,59
Murcia	100	100	100	100	69,19
Castilla León	100	100	21,43	100	66,96
SNS	100	100	92,18	100	94,50

CS = Centro de Salud; Cº = Consultorio; H = Hospitales; OF = Oficina de Farmacia; eReceta= receta electrónica



6 Bibliografía

- Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación. https://www.boe.es/buscar/pdf/2011/BOE-A-2011-1013-consolidado.pdf
- https://www.astursalud.es/noticias/-/noticias/receta-electronica
- Receta electrónica del Sistema Nacional de Salud https://www.mscbs.gob.es/profesionales/recetaElectronicaSNS/home.htm
- Imagen. Implantación de la receta electrónica en el SNS. https://www.mscbs.gob.es/profesionales/recetaElectronicaSNS/NIVEL_DE_IMPLANTACION_septiembre_2019.pdf

Capítulo 1483

LAVADO DE MANOS HIGIÉNICO HABITUAL EN EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

COVADONGA VEGA AGUIRRE

M.TERESA HERRERO COTERO

MARIA BELEN COALLA FERNANDEZ

GEMMA GARCIA PEREZ

1 Introducción

El principal vehículo de contaminación son las manos. El objetivo del lavado de manos es disminuir el contagio, eliminando la suciedad de estas y así evitar la transmisión de microorganismos y la aparición de infecciones.

2 Objetivos

- Determinar la importancia de lavado de manos higiénico en el ámbito sanitario.
- Impulsar la adopción de medidas para promover la higiene de las manos en el punto de atención al paciente.
- Demostrar que la higiene de las manos es el punto de partida para la reducción de las infecciones asociadas a la atención sanitaria (IAAS) y la mejora de la seguridad del paciente.

3 Metodología

Mediante una búsqueda sistemática en la base de datos como Dialnet y Medline, referente a lavado de manos y de la actuación del auxiliar administrativo y protocolos de actuación. La OMS (Organización Mundial de la Salud), a través de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente lanzó en 2005 el Primer Reto Mundial en pro de la Seguridad del Paciente "Una atención limpia es una atención más segura" con el objetivo de reducir las IRAS. Estaba integrada por diferentes acciones entre las cuales se encontraba la promoción de la higiene de las manos.

4 Resultados

Utilizando el protocolo de lavado de manos será evidente la disminución de las enfermedades producidas por contagio y esto favorecerá la salud y el gasto económico del personal del centro hospitalario. Sobre todo es reducir la flora que tenemos en las manos. Así como la que adquirimos cuando manipulamos las cosas con las manos, tantos objetos como personas. De lo que nos hacemos portadores y podemos ir diseminando. Reconocer la importancia de un adecuado lavado de manos para evitar posibles complicaciones.

5 Discusión-Conclusión

El lavado de manos hay que convertirlo en un habito como trabajador profesional de la sanidad, así evitaremos enfermedades como la gripe, el coronavirus, etc. El lavado higiénico o el habitual es el mas frecuente o repetido. Incluye lavado de manos y muñecas con jabón antiséptico. Una atención limpia es una atención más segura.

6 Bibliografía

- Organización mundial de la salud. Una atención limpia es una atención más segura. 2005.
- Guía para la higiene de manos en el medio sanitario. John m. Boyce, Didier pittet. 2002.
- Medline plus.
- Dialnet.

Capítulo 1484

CARGA MENTAL DE TRABAJO DEL PERSONAL NO SANITARIO: FACTORES, TÉCNICAS DE MEDIDA Y PREVENCIÓN

MARIANO VALLINA ANTUÑA

1 Introducción

La carga mental de trabajo (CMT) es el conjunto de requerimientos psicofísicos a los que se ve sometido el trabajador.

Cuando las demandas de la tarea exceden la capacidad disponible en el individuo, éste puede experimentar un estado de sobrecarga y acusar trastornos físicos y psíquicos. Por otra parte, si las demandas son extremadamente bajas, el trabajador suele informar de aburrimiento, falta de incentivos y frustración.

Muchos puestos de trabajo dentro de un centro sanitario parecen cómodos y que no requieren esfuerzos incluso carentes de presiones de tiempo y excesos de esfuerzos inadecuados por exceso o por defecto, pero esto es simplemente una apariencia que no corresponde con la realidad ni con la percepción de quienes desempeñan tales puestos.

Por otra parte, hay que tener en cuenta las capacidades personales, es decir, los recursos personales para responder a las demandas del trabajo.

2 Objetivos

- Determinar cuales son los factores que influyen en la CMT.
- Establecer el nivel óptimo de CMT de los trabajadores del ámbito de la salud en su puesto de trabajo.
- Implantar herramientas que vayan encaminadas a lograr una CMT adecuada.
- Adoptar medidas preventivas para mitigar la CMT.

3 Metodología

Se consultaron artículos de revistas de acceso libre, Dialnet, Pubmed y Cintal entre 2008-2018 y se usaron los siguientes descriptores: "carga mental en el trabajo", "estrés laboral", "fatiga laboral", "mental workload", "work stress" and "work fatigue". De 80 publicaciones, 20 cumplen los factores de inclusión: publicaciones en inglés o español, textos completos y que esclarezcan el nivel óptimo de CMT.

4 Resultados

Factores que influyen en la CMT
Son muy diversos los factores que influyen en la CMT y que ejercen presiones sobre la persona que desempeña un puesto de trabajo. Habría que analizar cada puesto y cada situación concreta. Se pueden agrupar en:

1. Factores ambientales: entorno ruidoso, inadecuadas condiciones de iluminación, olores desagradables…
El ambiente sonoro afecta a la concentración y al esfuerzo necesario para mantener el nivel de atención que requiere la realización de la tarea. Se debe de mantener por debajo de los 55 dBA y mantenerse estable dentro de un rango de 5 puntos.
Las condiciones de iluminación se consideran adecuadas en cuanto no se necesiten esfuerzos visuales innecesarios para la realización de la tarea, prevaleciendo la luz natural frente a la artificial. Se deben evitar deslumbramientos.
Las condiciones térmicas también pueden afectar a la CMT , aunque en determinados puestos es imposible que la temperatura y la humedad sea la adecuada.

2. Factores organizativos:
Debemos destacar la distribución del personal en los diversos servicios del hospital, distribución de los turnos y horarios, redes de comunicación e información, definición de puestos, estructura de control y clima de la organización.

3. Factores personales:
Pueden ser el tipo y el nivel de aspiraciones personales, la autoconfianza, las actitudes y los estilos de reacción, las capacidades, la cualificación, la capacitación, los conocimientos, la experiencia, el estado general, la salud, la constitución física, la edad, la nutrición y el nivel inicial de activación.
Las actividades de procesamiento de la información y la toma de decisiones van muy ligadas a aspectos emocionales de la persona, por ello es muy importante tener en cuenta el estado emocional.

Técnicas de medida de la CMT

Existe un número elevado de técnicas disponibles para poder medir la CMT.

Algunas revisiones llegan a identificar hasta 28 técnicas específicas. Fijándose en el tipo de respuesta que se registre podemos establecer tres grupos de índices de CMT:

1) Técnica fisiológica: a) Variabilidad del ritmo cardiaco b) Pupilometría (respuesta pupilar a demandas de recursos de procesamiento)

2) Técnica conductual: medir los recursos de procesamiento que impone una tarea primaria por medio del rendimiento que alcanza un sujeto en una tarea secundaria.

3) Técnica subjetiva: consiste en pedir a los trabajadores que hagan un autoinforme acerca de lo que experimenta durante la ejecución de una tarea.

Desafortunadamente, los niveles óptimos de CMT son todavía demasiado subjetivos para poder medirlas con exactitud.

Prevención de la CMT

Algunas medidas para mejorar las condiciones de trabajo y adecuar las exigencias del trabajo mental a las personas pueden ser las que van dirigidas a:

• Que ante situaciones importantes y en presencia de datos incompletos, convendría contrastar opiniones con otros compañeros para evitar situaciones estresantes, creando, además, una sensación de apoyo.
• Conocer funciones y responsabilidades, conociendo cada uno sus limitaciones y repartir el peso de los posibles errores.
• Ante el empeoramiento o fallecimiento de algún paciente, pensar siempre que

se ha hecho todo lo que se ha podido con las posibilidades que tenía a su alcance y no analizarlo fuera de contexto.
• Una buena comunicación y transmisión de las informaciones necesarias para el desarrollo del trabajo. Procurar que las consignas de ejecución sean claras y precisas, para evitar situaciones de incertidumbre o dificultad para procesar la información.
• Estructurar el trabajo en pequeños bloques, para conseguir una sensación subjetiva de logro de pequeñas metas.
• Priorizar tareas según necesidad de inmediatez, dejando para más tarde las menos importantes.
• En caso de dudas o problemas relativos al trabajo acudir al mando directo.
• Si el nivel de atención y concentración requerido es elevado y constante, es conveniente alternar con otras tareas de menos exigencia mental y realizar pausas cuando sea posible. Si la tarea es muy manual o repetitiva, preferible que las pausas sean cortas, pero más frecuentes.
• Alternar, en lo posible, el tipo de tareas.
• En el trabajo a turnos y nocturno es conveniente aumentar las pausas y el tiempo de descanso, así como reducir en lo posible la carga de trabajo en el turno de noche.
• Intentar establecer un ritmo de trabajo propio, que se considere ni muy rápido, ni muy lento. El trabajo atrasado, mejor recuperarlo poco a poco, no intentar hacerlo de una vez, es preciso no acumular demasiado trabajo.
• Desarrollar habilidades asistiendo a cursos de formación continuada relativos al ámbito de trabajo.
• Colaborar para mantener un ambiente de trabajo saludable.
•

Existen otras pautas a realizar fuera del puesto de trabajo y que también influyen en la CMT, van referidas al estilo de vida.
• Dormir diariamente de seis a ocho horas.
• Dedicar algún tiempo de ocio diariamente que pueda llenar de manera satisfactoria las horas libres.
• Hacer ejercicio físico.
• Una dieta equilibrada con un horario regular. Evitar el consumo de alcohol y tabaco.
• Practicar alguna técnica de relajación combinada con la respiración lenta y pausada.

5 Discusión-Conclusión

La CMT en exceso o en defecto es una situación a la que el trabajador puede adaptarse, pero a largo plazo repercute en la organización, los pacientes y usuarios y en cada uno de los miembros del equipo de trabajo.

Si se presta atención a los factores antes descritos adecuándolos a cada puesto, se toman las medidas de prevención y periódicamente se realizan las técnicas de medición entre el personal se puede lograr un nivel adecuado de CMT.

En definitiva, se considera necesario evitar que el factor organizativo sea el que más contribuya a que el personal sufra una elevada CMT, ocasionada por los recortes en la reducción de plantillas en el ámbito sanitario con la misma carga de trabajo.

6 Bibliografía

- González, J. L.; Moreno, B. y Garrosa, E. (2005). Carga Mental y Fatiga Laboral. Madrid: Pirámide.
- LEPLAT, J. Y CUNY, X. Psicología del trabajo. Enfoques y técnicas Pablo del Río, Madrid, 1978.
- MUCHINSKY, P.M. Psicología aplicada al trabajo Desclée de Brouwer, Bilbao, 1994.
- OIT/OMS Identificación y control de los factores psicosociales nocivos en el trabajo Informe del Comité Mixto OIT/OMS de medicina del trabajo. Novena Reunión. Ginebra 18-24 de septiembre de 1984.
- Díaz Cabrera Dolores, Hernández Fernaud Estefanía, Rolo González Gladys, "Carga mental de trabajo" 2013 Ed. Síntesis.

Capítulo 1485

EFECTIVIDAD DEL LAVADO DE MANOS EN LOS PROFESIONALES ASISTENCIALES.

MARIA JESUS FERNANDEZ GARCIA

1 Introducción

Según la OMS, el lavado de manos es de vital importancia para la eliminación de bacterias, evitando así la transmisión de profesional a paciente. La higiene de manos en el personal asistencial es una medida de prevención de infecciones en los hospitales. Durante un año se realizó un estudio a una muestra de profesionales de distinta categoría, con el fin de estudiar y evaluar la eficacia del lavado de manos.

2 Objetivos

- Conocer la técnica utilizada por el personal en la limpieza de manos, para disminuir el riesgo de infección.
- Analizar los efectos negativos de joyas como anillos o relojes en la efectividad del lavado de manos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica

existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Para la valoración de la higiene de manos correcta se utilizó un agente fluorescente. De los 200 profesionales estudiados y expuestos a este tipo de agente, después del lavado de manos, un 90% apareció con manchas, por lo que el lavado fue ineficaz. Por otro lado aquellos profesionales que portaban anillos o relojes, presentaban más manchas.

5 Discusión-Conclusión

La técnica de lavado de manos no se realizó adecuadamente. El uso de anillos, pulseras o relojes, favorece la proliferación de bacterias. Se recomienda el no uso de joyas durante la actividad profesional. Actualmente se realizan protocolos de lavado de manos, para evitar el riesgo de infección.

6 Bibliografía

- https://www.saludcastillayleon.es/HSReyesAranda/es/calidad/la
vado-higienico-manos
- https://www.elsevier.com/es-es/connect/actualidad-sanitaria/los
-pasos-para-una-tecnica-correcta-de-lavado-de-manos-segun-l a-oms
- https://www.cdc.gov/handwashing/esp/index.html
- https://www.bbraun.es/es/productos-y-terapias/prevencion-de-i
nfecciones/higiene-de-manos
.html

Capítulo 1486

LAS FUNCIONES DEL CELADOR EN LOS CENTROS DE SALUD

MIGUEL FERNANDEZ UNZUA

1 Introducción

Son múltiples las funciones a desarrollar por un celador en un centro de salud tanto en atención primaria como en áreas de hospitalización. El celador es la primera persona con la que contacta el enfermo o los familiares al llegar al centro hospitalario. Debido a esto, la imagen que proyecta un hospital viene determinada, en gran parte, por la buena labor de estos profesionales.

2 Objetivos

Conocer las diferentes funciones que desempeña el celador en los centros de salud.

3 Metodología

Mediante revisión bibliográfica de libros de texto especializados y recabando información vía Internet en bases de datos (Dialnet y Google Académico).

4 Resultados

Las funciones principales del celador dentro de los centros de salud son:
- Traslado de documentos y objetos.

- Cuidar que los pacientes utilicen de manera correcta las instalaciones.
- Vigilancia y custodia del centro de trabajo.
- Movilización de enfermos.
- Apoyo al personal sanitario.
- Servicios de guardia.

5 Discusión-Conclusión

El trabajo de los celadores es de vital importancia para el correcto funcionamiento de los centros de salud ya que se considera que son uno de los motores más importantes para el buen funcionamiento del mismo.

6 Bibliografía

- Lucas Fernández A, González Tapa JL. Los Centros de promoción de la Salud: Una experiencia positiva en la atención primaria de Salud. Revista Internacional de Sociologia. N.º 42 137-152. 1982.
- Comas Hermoso A, Cano Iñiguez V. Conocimientos básicos y funciones del celador. Tema 8. Funciones del Celador. Julio 2010. www.logoss.net

Capítulo 1487

LAS LESIONES DORSOLUMBARES, UNA AFECCIÓN FRECUENTE EN EL CELADOR.

JESUS COTELO MENENDEZ

1 Introducción

Las lesiones dorso-lumbares son un tipo de afección que aparece de manera muy frecuente en celadores debido al tipo de trabajo que éste desarrolla, es por ello importante prestarles una especial atención. El celador deberá conocer perfectamente cuáles son los factores de riesgo a los que está expuesto y cómo evitarlos o, al menos, mitigar sus efectos.

2 Objetivos

Conocer los factores de riesgo a los que están expuestos los celadores frente a la manipulación de cargas así como las medidas preventivas para subsanarlos y evitar así, dentro de lo posible, la aparición de lesiones más o menos graves.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente de documentos informatizados de temarios específicos de celador, concretamente centrándose en los temas relacionados con la prevención de riesgos laborales. Contando siempre con el apoyo de conocimientos propios adquiri-

dos durante la preparación para la oposición de celador, así como de la propia experiencia laboral.

Para la búsqueda online se han utilizando palabras clave: cargas en el celador, prevención de lesiones dorso-lumbares, manipulación de cargas, riesgos.

4 Resultados

Se define la manipulación de cargas como : "cualquier operación de transporte por parte de uno o varios trabajadores, como el levantamiento, la colocación, el empuje, la tracción o el desplazamiento, que por sus características o condiciones ergonómicas inadecuadas entrañe riesgos, en particular dorso-lumbares para los trabajadores".

A continuación, se detallarán cuales son los riesgos principales a los que están expuestos los celadores, así como cuales con las normas que deberán conocer perfectamente para evitar la aparición de éstos, evitando en la medida de lo posible que deriven en lesiones, que en algunos casos suponen bajas laborales o afecciones graves para su salud.

1. FACTORES DE RIESGO EN LA MANIPULACIÓN DE CARGAS POR EL CELADOR:
1.1. CARACTERÍSTICAS DE LA PROPIA CARGA:
- Ser demasiado grande o pesadas.
- Tener una forma o tamaño que dificulte su agarre.
- Poder causar otro tipo de accidentes añadidos debido a sus características exteriores (cortes, caídas del objeto encima del pie…).
- Ser una manipulación en equilibrio inestable.
- Cualquier objeto manipulado se puede considerar carga a partir de 3 kg.
- El peso máximo que se recomienda no sobrepasar en condiciones ideales de manipulación es de 25 kg.
- En trabajadores jóvenes, mujeres o mayores, no será superior a 15 kg.
- En condiciones excepcionales, el peso de la carga podrá ser de hasta 40 kg.

1.2. CARACTERÍSTICAS DEL MEDIO DE TRABAJO:
- Poco espacio para la manipulación de la carga que impida un movimiento cómodo para un agarre estable a una altura adecuada y con una postura cómoda.
- Suelo irregular, resbaladizo o inestable.
- Un ambiente desfavorable, por ejemplo con una iluminación insuficiente.

1.3. EXIGENCIAS DE LA ACTIVIDAD:
- Los esfuerzos que debe realizar el celador son frecuentes a lo largo de su jornada laboral o prolongada en el tiempo.
- Los periodos de reposo o recuperación tras el esfuerzo de carga son insuficientes.
- La distancia de transporte entre el punto de recogida y entrega de la carga es demasiado largo.

1.4. FACTORES DE RIESGO PROPIOS DEL CELADOR:
- Ropa de trabajo o calzado inadecuado.
- No poseer la información adecuada acerca de los riesgos y la formación precisa para una correcta manipulación de las cargas.
- Una patología de espalda ya existente que le hagan más vulnerable.

Los factores de riesgos son múltiples y aparecen frecuentemente en el día a día en la jornada laboral del celador, por lo tanto, es muy importante que éstos estén perfectamente formados y conozcan todas las normas para un correcto manejo de las cargas, tomándose el tiempo necesario y no dejándose llevar por las prisas, que en muchos casos son el enemigo principal en este tipo de lesiones.

2. NORMAS GENERALES SOBRE EL MANEJO DE LAS CARGAS:
2.1. PLANIFICAR EL LEVANTAMIENTO:
- Utilizar ayudas mecánicas (por ejemplo grúas, carros, transpaletas) siempre que sea posible.
- Cuando el peso de la carga sea excesivo se deberá movilizar entre 2 o más celadores y no una persona solamente.
- Siempre se deberá utilizar los equipos adecuados, ropa apropiada y sobretodo, calzado antideslizante.

2.2. COLOCAR LOS PIES CORRECTAMENTE: mantener los pies separados para adoptar una postura estable, normalmente colocando un pie más adelantado que el otro y con las rodillas semi-flexionadas.

2.3. ADOPTAR LA POSTURA DE LEVANTAMIENTO CORRECTA: doblar las piernas manteniendo la espalda recta, no flexionar demasiado las rodillas, levantarse gradualmente extendiendo las piernas e izar suavemente la carga.

2.4. AGARRAR FIRMEMENTE LA CARGA: siempre empleando las 2 manos.

2.5. LEVANTAMIENTO SUAVE: no mover la carga de forma rápida o brusca, no dar tirones.

2.6. EVITAR LOS GIROS DE ESPALDA.

2.7. MANTENER SIEMPRE LA CARGA PEGADA AL CUERPO.

2.8. TRABAJAR A UNA ALTURA ADECUADA: si la carga a mover se encuentra demasiado alta se producirá una hiperextensión lumbar. En el caso contrario (demasiado baja), la espalda estará arqueada.

5 Discusión-Conclusión

Como se ha explicado a lo largo del documento, la manipulación inadecuada de las cargas puede causar muchas lesiones, principalmente dorso-lumbares. Dentro de las funciones básicas del celador este tipo de actividad es algo habitual, es por ello, muy importante su formación tanto sobre los riesgos a los que están expuestos como las normas de actuación para evitarlos. No es bueno en ningún caso, dejarse llevar por las prisas o el exceso de autoconfianza debido a la experiencia laboral.

En definitiva, es importante tomarse en serio estas medidas preventivas ya que este tipo de lesiones pueden causar graves consecuencias para la salud de los trabajadores e incluso la incapacidad total para realizar su trabajo.

6 Bibliografía

- SonsolesLC, Celadoresonline.blogspot.com. Tema 10: Manipulación de cargas, 2017.
- Unión Sindical de CC.OO de Castilla y León, Guía básica de riesgos laborales específicos en el sector sanitario, Secretaria de salud laboral Castilla y León, 2011.

Capítulo 1488

EL PERSONAL ADMINISTRATIVO Y LA COMUNICACIÓN EN SITUACIONES CONFLICTIVAS EN EL ENTORNO SANITARIO

MARÍA PILAR ALONSO RODRÍGUEZ

MARÍA LUZ LÓPEZ PONTÓN

MARÍA DOLORES DEL REY UGIDOS

1 Introducción

La ausencia de información, un mal entendimiento, un uso no adecuado del lenguaje o la falta de destreza en el manejo de las habilidades sociales en la relaciones que se establecen en los centros de atención sanitaria pueden generar conflictos que, con demasiada frecuencia, desembocan en agresiones físicas o verbales a los profesionales.

Hace ya varios años, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) alertó de que el riesgo de sufrir algún tipo de agresión en el trabajo era mucho más elevado en el ámbito sanitario que en otros sectores laborales. En 2002, un informe elaborado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre violencia y salud vino a ratificar esta afirmación, concluyendo que el 25% de la violencia laboral se produce precisamente en el sector de la atención sanitaria.

Solo en España, y según los datos recogidos en un estudio elaborado por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar, en 2018 se notificaron 9.741 agresiones,

15,89 por cada mil profesionales, en el conjunto de todas las comunidades autónomas. El año anterior habían sido 8.328 casos denunciados. Se trata en su mayor parte, hasta un 80%, de agresiones no físicas, sino de tipo verbal, como amenzas o insultos.

Las mujeres, que suscriben el 73% de las denuncias, continúan siendo las principales víctimas de los ataques, pese a que el número de personal masculino objeto de algún tipo de agresión se ha incrementado en cinco puntos porcentuales entre 2017 y 2018.

Asimismo, el número de notificaciones de las agresiones se reparten casi al 50% entre los niveles de Atención primaria y hospitalaria, aunque si se tiene en cuenta el número de profesionales que trabaja en cada nivel asistencial, las tasas de denuncias registradas en Atención primaria son más altas.
Respecto a la categoría profesional, son los facultativos y el personal de enfermería quienes notifican el mayor número de agresiones. En total, representan el 80% de las mismas, mientras que el personal no sanitario acumula el porcentaje restante, un 9% administrativos, un 5% celadores y el otros 5% el resto de trabajadores de los centros sanitarios.

Teniendo en cuenta que bajo una situación conflictiva en el ámbito sanitario subyace frecuentemente, como se apuntaba al comienzo, un problema de comunicación, es fundamental hacer un buen uso de ella y emplearla como herramienta para resolver conflictos. Y, sobre todo, para evitarlos. En estas situaciones el personal administrativo desempeña un papel fundamental, ya que en la mayoría de las ocasiones son ellos los profesionales con los que el usuario mantiene un primer contacto con el medio sanitario, ya sea a través del teléfono, en los mostradores de atención e información de los centros de salud o en el departamento de admisiones de un centro hospitalario.

2 Objetivos

- Detectar situaciones que pueden desembocar en un conflicto y emplear la comunicación como herramienta tanto de prevención como de resolución del mismo para evitar que desemboque en agresión física o verbal.
Poner de relieve la importancia de saber transmitir la información.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La falta de información o bien la sensación que el usuario percibe como tal, así como la imposibilidad de obtenerla por uno u otro motivo, ya sea legal o procedimental, está detrás del origen de una parte de los conflictos que surgen en el ámbito sanitario entre usuarios y personal administrativo. De cómo se gestionen esas situaciones desde el punto de vista de la comunicación dependerá o no su resolución.

Es fundamental saber comunicar. Tanto es así que planes de prevención frente a potenciales situaciones conflictivas de servicios sanitarios como el del Principado de Asturias incluyen como prioritarias las actuaciones en ese sentido. Así, la guía incide en la necesidad de formar a los profesionales en habilidades comunicativas y manejo de situaciones hostiles. Optimizar la señalización, aumentar el número de puntos de información en los centros sanitarios, así como facilitar periódicamente información asistencial a pacientes y familiares, de lo que se encargará el médico responsable del paciente en cumplimiento de lo que establece la Ley 41/2002 de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, son otras iniciativas relacionadas con la gestión de la información y la comunicación que contempla el documento del Servicio de Salud asturiano.

En la medida que el personal administrativo es el primer contacto del usuario con el medio sanitario, tanto en Atención primaria como especializada, va ser objeto de consulta y requerimiento de información de todo tipo. La relacionada con trámites administrativos, por ejemplo sobre cómo obtener la tarjeta sanitaria o cambiar de facultativo, horas de consulta, citas programadas, horarios de atención a familiares y visitas, o ubicación de los diferentes servicios son las más habituales y las que, en principio, no deberían ser motivo de conflicto, en la medida en que se informe de forma clara, precisa, adecuada y suficiente. No en vano, los

servicios de información y recepción de los centros sanitarios están destinados a facilitar la comunicación con los usuarios.

El problema puede surgir cuando el usuario acude al personal administrativo solicitando una información que éste no va poder facilitarle, bien por imposición legal, formalidad procedimental o porque al profesional a quien se le reclama no es la persona autorizada para facilitarla. En este apartado se incluiría información o datos relacionados por ejemplo con la atención a terceros (si determinada persona está ingresada o no o si cierto usuario ha sido atendido en consulta) o la que hace referencia al equipo médico, más habitual en los centros de salud que en los hospitales (qué doctor o doctora está de guardia o si determinado facultativo está de baja o el motivo de la misma).

La forma en la que el auxiliar administrativo transmita al usuario que esa información no está a su disposición puede hacer que la situación desemboque en un conflicto o no. En estos casos es indispensable conocer y manejar una de las habilidades comunicativas fundamentales: la asertividad. El diccionario de la RAE la define como la cualidad del asertivo, que es aquel que expresa su opinión de manera firme. Pero su significado en el ámbito de la psicología y la comunicación va más allá.
La asertividad es una estrategia de comunicación en la que la persona manifiesta sus convicciones y defiende sus derechos, sin intención de agredir o perjudicar a su interlocutor ni tampoco sometiéndose a la voluntad de terceros. Esta habilidad se basa en la confianza y la seguridad en uno mismo y es una forma de expresión directa y equilibrada que se sitúa en el punto intermedio entre la forma de comunicación pasiva y la agresiva. Es, en resumen, saber decir no cuando es necesario, saber transmitir una respuesta que probablemente no era la esperada ya que no habrá cubierto su demanda sin que el interlocutor se lo tome como una ofensa o un ataque.

Llevado esto al terreno que nos ocupa, se trata de hacer que el usuario comprenda que esa información que solicita está por ejemplo protegida por una ley de protección de datos y que por tanto no puede ser difundida por imposibilidad legal ya que hacerlo implicaría sanciones. Y hacerlo de forma educada y firme, con el objetivo de evitar que aunque la respuesta no responda a las expectativas que el usuario tenía creadas, no provoque enfado ni conflicto.

Algunos recursos comunicativos que pueden resultar útiles consisten en emplear la primera persona del plural, es decir, el nos frente al yo, para tratar de no personalizar el conflicto, eludir la excusas, y procurar evitar la palabra no. Y siempre

dirigirse al interlocutor por su nombre.

Al contrario, negar la información sin más explicaciones, enfrentarse al usuario, subir el tono al hablar, mostrar una actitud arrogante o incorrecta son características propias de una comunicación agresiva que nunca deben emplearse. Y más si de lo que se trata es de prevenir un conflicto o evitar una agresión.
Tampoco es adecuado que el personal de administración titubee o transmita cierta inseguridad, ya que puede acabar dejándose embaucar por el interlocutor. En este caso estaría aplicando una estrategia de comunicación pasiva, que puede llevar a dos escenarios, ambos fatales. Ya que si se deja llevar y facilita la información estaría contraviniendo la legislación y las normas del centro sanitario y si no lo hace, pero ha dado a entender que de alguna manera podría hacerlo o ha invitado a su interlocutor a que lo intente por otro cauce, aún sabiendo que no la obtendrá, está generando falsas expectativas que acabarán con toda probabilidad por provocar en el interlocutor frustración, enfado y, finalmente, generando un conflicto.

Otra situación en la que está implicado el personal administrativo y que también puede ser germen de cultivo para una situación hostil es la que se produce al comunicar un cambio de cita, una anulación de consulta o una demora en la atención sanitaria. En este momento el profesional de administración, que es quien se encarga o bien de llamar por teléfono al paciente para comunicar los cambios o bien de atenderle telefónicamente cuando este contacta con el centro sanitario para pedir explicaciones tras haber sido informado por carta, debe hacer uso de todas las habilidades y herramientas de comunicación que tenga a su alcance para evitar que la conversación derive en un conflicto que podría trasladarse al propio centro.
En estas circunstancias emplear la asertividad es clave, como también lo es la empatía, una de las habilidades sociales indispensables en la atención al usuario y que el personal administrativo de cualquier centro sanitario debe poseer. Tal y como recoge la RAE en su diccionario de la lengua española, se trata de la capacidad de identificarse con alguien y compartir sus sentimientos. Se trata de comprender de qué forma nos afectaría a nosotros la anulación de una cita que quizá estuviese programada desde hace semanas. Ponerse en el lugar del usuario al que debemos trasladar la información facilitará la comunicación y ayudará a transmitirla de forma adecuada.

En estos casos es importante estar en disposición de ofrecer al usuario alternativas factibles y ser proactivo en su búsqueda. En estas situaciones también se

debe hacer uso de la escucha activa, que es una habilidad que consiste en comprender el mensaje, no solo el que expresado verbalmente, y demostrar que se ha entendido. Para ponerla en práctica se debe preguntar al interlocutor para aclarar posibles dudas, sin interrumpir, y verificar el mensaje para comprobar que se ha entendido correctamente.

A estos recursos y estrategias es conveniente sumar otras habilidades de la comunicación no verbal. Mantener el contacto visual con el usuario o practicar la sonrisa telefónica cuando el personal administrativo contacta a través de este medio con su interlocutor son algunas de ellas.
Como se ha visto, la falta de comunicación es, junto a la insatisfacción de las necesidades, uno de los motivos por los que puede surgir un conflicto. No obstante, hay factores que potencian su aparición y contribuyen al desarrollo de situaciones hostiles.

Uno de ellos es el propio usuario o paciente. Sus circunstancias personales o su situación emocional pueden influir. Más allá de causas puntuales, como el estrés o el temor producido por un ingreso hospitalario o el derivado de estar atravesando por un proceso que afecta a su salud o la de un familiar y que pueden acarrear a veces situaciones de conflicto, también existen los denominados pacientes o usuarios difíciles, aquellos que acuden con frecuencia al centro sanitario, que nunca están del todo satisfechos con la atención recibida y que, por sus peculiaridades, suelen exigir más dedicación.
En estos casos, las estrategias y recursos de comunicación que el personal de administración deberá emplear en las relaciones con este tipo de pacientes pasan de nuevo por practicar la asertividad, la escucha activa, la empatía. También por transmitir seguridad y por emplear, entre otras técnicas, un lenguaje sencillo y entendible, que huya de tecnicismos.

En situaciones complicadas por las características del usuario, el administrativo debe también evitar mostrar hostilidad o indiferencia hacia el comportamiento de su interlocutor, por lo que en estos hay que saber manejar también la comunicación no verbal y el autocontrol. Tener especial cuidado con los gestos o las miradas, no elevar el tono de voz y tratar de no mostrar nerviosismo. Además, y ya en el terreno de la comunicación verbal, se procurará no interrumpir o responder de forma que reactivemos al interlocutor.
Se ha comprobado cómo el carácter del usuario y sus circunstancias personales favorecen el desarrollo de situaciones hostiles.

Pero también otros factores vinculados directamente con el entorno sanitario

contribuyen a que se generen conflictos. Salas de espera donde el enfado de un usuario por una demora se retroalimenta, dificultades para poder comunicarse con el centro, fallos en procedimientos administrativos son algunos desencadenantes en los que el buen manejo de la comunicación puede contribuir a resolver el conflicto o incluso a evitarlo. Una actitud proactiva del personal administrativo dirigiéndose a los usuarios, ofreciendo explicaciones e interesándose por su situación puede prevenir situaciones hostiles.

5 Discusión-Conclusión

El buen uso de la comunicación es clave para prevenir y gestionar conflictos en los centros sanitarios. El personal administrativo, como profesional que atiende al usuario en su primer contacto con el medio, debe conocer y manejar los recursos y estrategias de comunicación. En este sentido, sería conveniente que todos los sistemas de salud desarrollasen programas formativos que contribuyan a dotar de herramientas de comunicación al personal de administración.

6 Bibliografía

- Informe de agresiones a profesionales del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/
- Plan de prevención y actuación frente a potenciales situaciones conflictivas en centros sanitarios. Servicio de Salud del Principado de Asturias
- Resolución de situaciones conflictivas que pueden afectar a la salud de los trabajadores en la atención al usuario. Prevención de riesgos, seguridad y salud en el trabajo. prevencionar.com
- Protocolo de actuación frente a situaciones conflictivas con los ciudadanos en centros de atención primaria. scielo.isciii.es
- El lenguaje correcto: un medio de comunicación entre el paciente y el auxiliar administrativo, el celador y el personal sanitario en general. revistamedica.com
- Habilidades de comunicación eficaz. Recomendaciones de la Agencia de calidad sanitaria de Andalucía. sspa.juntadeandalucia.es
- El paciente difícil. Quién es y cómo manejarlo. J. Ágreda, E. Yanguas. recyt.fecyt.es

Capítulo 1489

ENFERMEDADES FRECUENTES DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO.

VANESA FERNANDEZ VILLAR

1 Introducción

La actividad laboral del personal administrativo se caracteriza por pasar numerosas horas sentados delante de un ordenador, con luz artificial y respirando el aire que sale del sistema de ventilación. Por ello, y a pesar de que dicho trabajo no requiere un gran esfuerzo físico ni una exposición a grandes peligros, sí existen una serie de problemas de salud que parecen estar relacionados con el entono de trabajo.

- Las lesiones musculoesqueléticas suponen el 85% de las enfermedades que afectan al personal administrativo y constituyen la primera causa de absentismo laboral de estos profesionales.

Este tipo de trastorno se deben sobre todo a las malas posturas mantenidas durante largos períodos de tiempo y a la realización de movimientos repetitivos durante el uso continuo del teclado del ordenador y el ratón.

- El 58% de los trabajadores sufren molestias oculares leves como lagrimeo, visión borrosa, picor de ojos o sequedad ocular causadas fundamentalmente por tareas básicas dentro de la función administrativa como la lectura de textos y documentos directamente del ordenador lo que implica mirar fijamente la pantalla.

- Las alteraciones en el sistema respiratorio constituyen otro de los problemas más comunes que pueden presentar los trabajadores del sector administrativo.

El factor de riesgo que puede provocarlas es la escasa ventilación y la climatización del espacio en el que trabajan, debido a las altas temperaturas que se alcanzan en invierno o por el contrario, a la bajada de las mismas que se experimenta en verano lo que favorece la aparición de enfermedades como gripe o rinitis alérgica. En este sentido, la falta de mantenimiento y limpieza de las instalaciones favorece la acumulación de bacterias y hongos lo que incrementa el riesgo de sufrir resfriados o irritación de ojos.

- Los problemas circulatorios suponen otro grupo importante de trastornos comunes entre los profesionales administrativos. Se deben sobre todo a la escasa movilidad y el sedentarismo que conlleva el estar sentado durante tantas horas delante del ordenador, lo que puede favorecer la aparición de dolencias como las varices.

- Por último, el estrés, trastornos del sueño, migrañas, ansiedad o depresión son otras de las patologías que se producen a menudo en los trabajadores del sector administrativo.

Estas dolencias psicológicas están provocadas fundamentalmente por la sobrecarga de tareas, las relaciones entre compañeros y con los pacientes, cambios en las tecnologías empleadas, falta de autonomía, así como también el no realizar los períodos de descanso dentro de la jornada laboral.

A continuación se enumeran algunas de las medidas que el personal administrativo puede adoptar para prevenir estas dolencias:

- Adaptación de todos los factores que intervienen en el control postural, mediante el uso de una silla adecuada, es decir ergonómica, con apoyabrazos, respaldo reclinable y que se pueda ajustar en altura. Colocando la pantalla del ordenador a una distancia adecuada, aproximadamente a unos 50 cm de los ojos. También se puede colocar un filtro o utilizar gafas especiales.

Es importante además descansar la vista 10 minutos por cada 3 horas mirando a la pantalla.

- Ventilación natural a través de ventanas que se puedan abrir y regulación del aire acondicionado por parte de un profesional, así como el mantenimiento y la limpieza del mismo de forma regular.

- Descansar 5 minutos por cada hora de trabajo, aprovechando para caminar o realizar ejercicios de estiramientos para despejar la mente y favorecer la correcta

circulación del flujo sanguíneo.

- Pasar 8 horas sentado frente al ordenador con escasa ventilación natural y luz artificial expone al personal administrativo a múltiples patologías.

- Las posturas incorrectas son la principal causa de la gran mayoría de trastornos musculoesqueléticos.

- El estrés, trastornos del sueño o depresión son algunas de las patologías que se producen a menudo en el trabajo administrativo debido a la inestabilidad en el puesto, la sobrecarga de trabajo así como las grandes responsabilidades exigidas y presiones que se presentan día a día durante la jornada laboral.

2 Objetivos

- Dar a conocer los problemas de salud más frecuentes que sufre el personal administrativo relacionados o derivados de su puesto de trabajo, así como las medidas que se pueden adoptar para prevenirlos o minimizarlos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Bibliografía

- https:/www.elmundo.es.salud.
- https:/www.discapnet.es.
- https:/www.fauca.org.
Prevención de riesgos laborales en oficinas y despachos.
- https:/www.prevenciónugtandalucía.es.

Capítulo 1490

LENGUAJE NO SEXISTA PARA LA IGUALDAD

SILVIA FERNANDEZ GARCIA

ROSA ANA FERNÁNDEZ GARCÍA

1 Introducción

Hoy en día hay un movimiento global para intentar cambiar los distintos tipos de discriminaciones que sufren las mujeres en distintos ámbitos. A pesar de que la mitad de la población mundial son mujeres se tiende a hablar de ellas como un colectivo. En el lenguaje que usamos día a día se refleja la realidad que vivimos y el pensamiento al que estamos condicionados. Por eso el lenguaje que utilizamos puede muchas veces contribuir a estas discriminaciones o también si nos involucramos a eliminarlas. Utilizamos el lenguaje de tal manera que lo genérico es lo masculino, por lo que se está intentando modificar el uso de nuestra lengua para aprovechar su riqueza y flexibilidad y poder incluir expresiones o fórmulas donde estén reflejadas tanto las mujeres como los hombres.

2 Objetivos

- Adaptar el lenguaje a la nueva realidad laboral que vivimos.
- Garantizar la igualdad entre hombres y mujeres en todos los aspectos de la vida.
- Familiarizar a los profesionales con un lenguaje no sexista.

3 Metodología

Búsqueda sistemática a través de páginas web utilizando como descriptores: lenguaje sexista, lenguaje inclusivo, igualdad, hábitos lingüísticos.

4 Resultados

Para poder transformar una sociedad que sea más igualitaria y justa debemos mentalizarnos que el lenguaje que utilizamos es el primer paso para este cambio. El diccionario de la Real Academia de la Lengua ha ido modificando algunas definiciones que eran totalmente discriminatorias lingüística-mente, como por ejemplo la definición "gobernanta" refiere a una mujer que tiene a su cargo en los hoteles el servicio de limpieza mientras que la definición "gobernante" es alguien que gobierna o dirige. El uso del lenguaje hoy en día sigue vinculado a una sociedad donde las mujeres mayoritariamente se dedicaban a las labores del hogar y los hombres no realizaban labores domésticas. Nuestra lengua nos ofrece múltiples recursos que podemos utilizar tanto en nuestra vida personal como laboral sin discriminar.

A la hora de desarrollar un trabajo profesional en el ámbito sanitario así como en otros servicios públicos se está implantando cada vez más una serie de herramientas que están siendo de gran utilizad para que no haya dudas a la hora de utilizar un lenguaje no sexista. Para evitar utilizar masculinos genéricos no solo tenemos la opción del desdoblamiento del término, sino que podemos utilizar palabras genéricas o que indiquen colectividad; lo mismo ocurre si utilizamos pronombres sin género, evitamos así usar sujetos, por ejemplo "quien declara" en vez de "el que declara" o también podemos utilizar frases hechas "firmar el impreso" evitando utilizar el sujeto masculino "el que firma". Siempre que hablemos de profesiones o trabajos deberíamos referirnos a ellos representando ambos sexos.

5 Discusión-Conclusión

En la actualidad la comunicación no sexista está tomando fuerza y cada vez podemos encontrar más pautas que nos ayudan tanto en el día a día como en todos los ámbitos laborales a utilizarla y acabar con la discriminación a través del lenguaje. Para ello hay que poner fin a todas aquellas prácticas frecuentes en la sociedad que dan lugar a esa discriminación haciendo uso de un lenguaje inclusivo y propi-

ciando que nos replanteemos muchos hábitos lingüísticos igualitarios a partir del compromiso y de la responsabilidad.

6 Bibliografía

- http://www.mujeresenred.net
- Página web: granada.org
- Ministerio de Igualdad: http://www.inmujer.gob.es/

Capítulo 1491

EL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL DERECHO A LA AUTONOMÍA DE DECISIÓN EN PACIENTES DE LA SANIDAD ASTURIANA

LUIS ORDAS MEDIO

1 Introducción

La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, de Autonomía del Paciente, define el consentimiento informado como "la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud (art.3)".

En este sentido, cobra cierta transcendencia la diferenciación entre el paciente y el usuario. El primero es aquella persona que requiere asistencia sanitaria y está sometida a cuidados profesionales para el mantenimiento o recuperación de su salud, mientras que el segundo es aquel que utiliza los servicios sanitarios de educación y promoción de la salud, de prevención de enfermedades y de información sanitaria.

2 Objetivos

- Tomar decidir libremente por parte del paciente, después de recibir la información adecuada (instrucciones previas).

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha consultado una serie de artículos, cursos y leyes relacionadas con la autonomía de decisión en pacientes y usuarios.

4 Resultados

Según el art.52 de la Ley de Salud del Principado de Asturias 7/2019, de 29 de marzo, incluido en el Título IV, derechos y deberes en el ámbito de la salud, el derecho a la autonomía de decisión de pacientes y usuarios se concreta en:
A. Derecho a que se solicite consentimiento informado en los términos establecidos en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre.
B. Derecho a otorgar el consentimiento informado por sustitución en los términos establecidos en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre.
C. Derecho a la libre elección entre las opciones que le presente el responsable médico de su caso y a rechazar el tratamiento, en los términos previstos en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, y en la Ley del Principado de Asturias 5/2018, de 22 de junio, sobre derechos y garantías de la dignidad de las personas en el proceso del final de la vida, para lo cual se fomentarán programas de decisión clínica compartida y comprensión del riesgo con el desarrollo de material de ayuda a la toma de decisiones para pacientes.
D. Derecho a libre elección de profesional de la salud y centro en atención primaria y hospitalaria, en los términos que reglamentariamente se regulen, de acuerdo con lo previsto en el artículo 10.13 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
E. Derecho a una segunda opinión médica, en los términos que reglamentariamente se regulen, conforme a lo previsto en el artículo 28.1 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
F. Derecho a disponer de los tejidos y muestras biológicas que provienen de biopsias o extracciones durante su proceso asistencial, con la reserva de las condiciones de seguridad reguladas en la normativa vigente.
G.Derecho a rechazar la participación en procedimientos experimentales como alternativa terapéutica para su proceso asistencial.
H. Derecho a rechazar el uso o conservación, fuera de su proceso asistencial, de sus tejidos y muestras biológicas que provengan de biopsias, extracciones o nacimientos y, por tanto, derecho a que se proceda a su eliminación como residuo sanitario en conformidad con las normas reglamentarias que resulten de aplicación.

En lo que respecta al consentimiento informado, convendría centrarse únicamente en los apartados: A, B, C, D, G.

5 Discusión-Conclusión

De todo lo dicho anteriormente, podemos concluir que toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez que, recibida la información comprensible y adecuada a sus necesidades, haya valorado las opciones propias del caso. Dejando claro que el paciente puede revocar libremente por escrito su consentimiento en cualquier momento.
No obstante, existen determinados casos en los que no sería necesario el consentimiento del afectado:
- Riesgo para la salud pública.
- Riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo, sin posibilidad de recibir su autorización.

Cabe destacar también el consentimiento informado por representación, ya sea frente a un paciente menor de edad o con incapacidad de tomar decisiones judicialmente.

6 Bibliografía

- Ley de Salud del Principado de Asturias 7/2019, de 29 de marzo.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- Ley del Principado de Asturias 5/2018, de 22 de junio, sobre derechos y garantías de la dignidad de las personas en el proceso del final de la vida.
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
- Temario para celador. OPE del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA). Editorial MAD. Agosto 2018.

Capítulo 1492

ACCESO DE LA HISTORIA CLÍNICA POR PARTE DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS Y NO SANITARIOS

LUIS ORDAS MEDIO

1 Introducción

La historia clínica comprende el conjunto de los documentos relativos a los procesos asistenciales de cada paciente, con la identificación de los médicos y de los demás profesionales que han intervenido en ellos, con objeto de obtener la máxima integración posible de la documentación clínica de cada paciente, al menos, en el ámbito de cada centro. Ésta incorpora la información que se considere transcendental para el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud del paciente.

En la ley 41/2002, del 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, encontramos toda la base jurídica sobre este tema.

2 Objetivos

- Aportar la documentación necesaria del paciente. Para que esto ocurra es fundamental que los profesionales asistenciales del centro que realizan el diagnóstico o el tratamiento del paciente tengan acceso a la misma y así puedan realizar un trabajo acorde a las circunstancias. Este personal, así como el de administración

y gestión de los centros sanitarios, tan sólo puede acceder a los datos de la historia clínica relacionados con sus funciones. En ambos casos, al tratarse de datos especialmente protegidos, el acceso a la historia clínica de un paciente queda estrictamente sujeto al deber de secreto.

Otros usos regulados por ley serán aquellos que tengan una finalidad:
• Judicial.
• Epidemiológica.
• De salud pública.
• De investigación y de docencia.

Para acceder a la historia clínica con estos fines, es preciso separar los datos del paciente que le identifiquen del resto de la historia, a fin de preservar el anonimato, salvo que el paciente preste su consentimiento para ello. La excepción se encuentra en la investigación judicial, donde será imprescindible contar con todos los datos identificativos del paciente.

Por último, si se trata de un supuesto de prevención de un riesgo o peligro grave para la salud de la población, las administraciones sanitarias podrán acceder a los datos identificativos de los pacientes por razones epidemiológicas o de protección de la salud pública, siempre y cuando el acceso se realice por un profesional, previa justificación de solicitud de acceso por parte de la administración.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Como resultado de un inadecuado acceso a la historia clínica se pueden citar múltiples casos, como:
• Procesos de divorcios en los que se perjudica a la expareja para obtener datos confidenciales.

• La venta lucrativa de datos de pacientes a industrias farmacéuticas, aseguradoras o medios de comunicación.
• Y quizás el más usual, "el cotilleo", ya sea de un familiar, amigo, conocido o compañero de trabajo, sobre algún problema de salud mental (suicidio), ginecológico (aborto), urgencias (participación en una pelea, drogas, etc…).

5 Discusión-Conclusión

Hoy en día, con la historia clínica electrónica es mucho más fácil detectar accesos sin tener el permiso conveniente, los profesionales deben de hacerlo con una clave que los identifica.

La revelación de los datos relativos a la intimidad personal de los usuarios y a la información relacionada con su proceso se considera una falta disciplinaria muy grave, que será sancionada con separación de servicio, traslado forzoso con cambio de localidad o suspensión de funciones.

También viene tipificado en el código penal como delito de revelación de secreto en los art. 197-199 con pena de cárcel y multa.

6 Bibliografía

• Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
• Decreto 51/2019, de 21 de junio, por el que se regulan la historia clínica y otra documentación clínica. Consejería de Sanidad del Principado de Asturias.
• Siso Martín J. "Historia clínica: su significado en la asistencia sanitaria". Revista Matronas. nº 2, volumen 1, octubre 2013.

Capítulo 1493

LA SOLEDAD, EPIDEMIA DEL SIGLO XXI.

MANUELA BERNARDO FERNANDEZ

NURIA BERNARDO FERNÁNDEZ

JAVIER CUENDE MONTERO

JOSE IGNACIO RODRIGUEZ VICENTE

MIRIAM MENÉNDEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

La soledad supone la mayor amenaza para la salud que la obesidad y quien la vive tiene un 50% más de probabilidades de muerte prematura. Internet ha aumentado la comunicación, pero no ha reducido la soledad.
"Tan solo, que podría morirme" es el crudo título con el que un grupo de investigadores estadounidenses alertó de lo que ya existe, la soledad como un volcán irrefrenable.
La soledad, entendida como aislamiento social, puede representar mayor amenaza para el sistema sanitario que la obesidad.

Los gobiernos deben preguntarse qué están haciendo frente a esta epidemia, se afirma desde la Psicología, los gobiernos tienen responsabilidad sobre la soledad de sus ciudadanos: Deben velar por la salud de la población, lo que exige poner en marcha políticas activas de promoción de la salud, incluidas las que potencien

el apoyo social, las actividades de ocio, las relaciones sociales y la comunicación. Hoy en día, las personas se relacionan socialmente, en muchos casos, a través de las nuevas tecnologías, esto no implica que la comunicación y la actividad social sean reales.
La conclusión es el resultado de un trabajo extremo: 200 investigaciones y 300.000 individuos en Estados Unidos, Europa, Asia y Australia para afirmar que la soledad entendida como aislamiento social puede representar una gran amenaza para el sistema sanitario y que la conexión social puede reducir en un 50% la muerte prematura de quienes están y no sólo se sienten, completamente solos. Existen potentes evidencias de que la soledad aumenta el riesgo de mortalidad, y su magnitud supera muchos de los indicadores de salud.
Los gobiernos deberían empezar a discutir estrategias que construyan comunidades y otro tipo de compromisos domésticos que prevengan la soledad. Deben preguntarse qué están haciendo frente a este fenómeno y sobre todo que más se puede hacer.

2 Objetivos

Dar a conocer esta problemática mediante una revisión bibliográfica.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo , se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente.
Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones revisadas

4 Bibliografía

• Julianne Holt-Lunstad (informe).
• Investigación conjunta entre la Universidad de Chicago (Estados (Unidos) y la Universidad de Leuven (Reino Unido).
• Informe Fundación AXA y Fundación ONCE.

Capítulo 1494

ENVEJECIMIENTO Y SALUD.

JOSE LUIS SALMERON SUAREZ

ESTEFANIA SALMERON SUAREZ

MÒNICA DÍAZ SUÁREZ

DIANA DÍAZ SUÁREZ

1 Introducción

En los últimos tiempos los países más desarrollados y en especial los países europeos han observado un claro incremento de su población mayor, siendo España uno de los países en los que más se ha notado este incremento (Serrano, Latorre, y Gratz, 2014). Este claro incremento sufrido en la población de mayor edad se puede achacar a diversos factores, entre los que cabe destacar la mejor calidad de vida y los avances sociales y en las ciencias sanitarias.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1948), "La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades". A su vez, para algunos autores como Briceño-León (2000) "la salud es una síntesis; es la síntesis de una multiplicidad de procesos, de lo que acontece con la biología del cuerpo, con el ambiente que nos rodea, con las relaciones sociales, con la política y la economía internacional". Consideramos más influyente la definición de la Organización Mundial de la Salud por la institución que la dicta.

Alcántara en su estudio de 2008 concluye que el estado de salud es algo que depende de múltiples causas y de múltiples dimensiones, siendo afectado por una amplia cantidad de factores que se nutren de diversas relaciones entre sí.

La salud mental, la salud real, la salud física y la salud percibida son algunos de los diferentes tipos de Salud que nos podemos encontrar. En el estudio de Pérez-Fuentes et al. (2015) con respecto a la salud real y a la salud percibida, nos indica que la segunda es un claro indicador de la realidad de la segunda en los individuos. Siguiendo la línea de su estudio de Castro-Vázquez et al. (2007) introduce variables como el género y la edad como descriptores de la relación entre la salud real y a la salud percibida.

Dentro de los problemas que más influyen en las personas mayores está la preocupación por la salud y los problemas derivados de la misma. Observamos en informes de la Organización Mundial de la Salud del año 2015 que el aumento de la longevidad se debe a una multitud de factores, entre los que podemos destacar como más básicos importantes el estado de la salud, resultando un factor clave para el alargamiento de la esperanza de vida en las sociedades actuales. Ya en el año 2002 la Organización Mundial de la Salud definió el concepto de envejecimiento activo como "el proceso en que se optimizan las oportunidades de salud, participación y seguridad a fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen" (WHO, 2012).

Tal y como indican Fernández-Ballesteros et al. (2008) es un proceso que consta de multitud de dimensiones diferentes. En un elevado número de estudios y modelos que podemos encontrar en la literatura científica se define el envejecimiento desde muchos ángulos, por lo que no se acaba de encontrar una definición consensuada general, sino que depende mucho más del contexto en el que nos encontremos contexto (Oliver, Gutiérrez, Tomás, Galiana y Sancho, 2016).

Se necesita tener en cuenta multitud de factores, entre los que cabe destacar la calidad de vida como uno de los más básicos, para llegar a envejecer con unas buenas condiciones de salud y de vida (Gañán y Villafruela, 2015; Molero, Pérez-Fuentes, Gázquez, y Mercader, 2012). Al mismo tiempo, otra gran cantidad de investigaciones demuestran que el bienestar de la persona es básico en la salud de las personas mayores (Ortega, Ramírez, y Chamorro, 2015; Ramírez, Ortega, Chamorro, y Colmenero, 2014). Observamos pues, que ambos van ligados a la hora de desarrollar el concepto de envejecimiento saludable.

En cuanto a la promoción de la salud y la realización de informes que muestran el estado de esta cabe destacar que existen múltiples instituciones que realizan este cometido, siendo la Organización Mundial de la Salud una de las más importantes. La OMS Emite informes sobre la salud del mundo desde el año 1995, al mismo tiempo de forma transversal estudia los programas que se están llevando a cabo en estos aspectos. Observamos pues que el objetivo del estudio es analizar los informes emitidos por la OMS en relación con el envejecimiento y la Salud.

2 Objetivos

Resaltar de la importancia de la salud en el envejecimiento de las personas y su importancia en el contexto actual de la sociedad moderna en el que cada vez es mayor la esperanza de vida y cada vez es más numeroso el colectivo de personas mayores en el global de nuestras sociedades.

3 Metodología

A la hora de realizar este estudio se ha accedido a las diferentes publicaciones, programas y proyectos que emite la Organización Mundial de la Salud en su página web a lo largo de todo el año. Nos hemos centrado en los informes de revisiones relacionados con el envejecimiento y la salud.
Hemos accedido para ello a las publicaciones que recogen los informes emitidos en los últimos años, encontrando todos los informes de la salud emitidos en el mundo.
Este tipo de informe se lleva realizando desde el año 1995, evaluando concretamente el tema de la salud mundial.
Como objetivo básico de la realización por parte de la organización mundial de la salud de estos informes es ofrecer a todos los países y organizaciones la información básica y necesaria para la toma de decisiones relacionadas con su política y su financiación, al mismo tiempo se destina a todo tipo de organismo que tenga un interés profesional o personal con la temática de la salud mundial.

4 Resultados

Acudiendo a los informes de la Organización Mundial de la Salud podemos observar que desde el año 1995 hasta el año 2008 todos los años se han emitido informes sobre la salud del mundo de forma periódica anual, hasta el año 200 en el que estos informes sufren un parón. Los siguientes informes por parte de la OMS fueron emitidos en el 2010, en el 2013, y en el 2015. Cabe destacar esta parada en las publicaciones a medida que han pasado los años dejando de emitirse de forma periódica.
En el informe del año 2010 se centró como temática más destacada la financiación y el dinero teniendo ambos la mayor presencia en el informe. En cambio, en los tres primeros informes de la Organización Mundial de la Salud el tema principal se centró en el análisis de la salud mundial y de su estado, en los progresivos informes de los siguientes años, la temática ha sido mucho más específica

centrándose por ejemplo en control de enfermedades, potenciación del personal Sanitario, factores de riesgos importantes, etc.
Cabe destacar el informe del año 1998, donde la temática central fue "la salud durante toda la vida", centrándose en las primeras etapas de la vida y en los recién nacidos. No encontramos hasta el año 2015, ninguna temática centrada en el envejecimiento saludable y en el estado de la salud durante la vejez por parte de la OMS, es el estudio denominado "Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud". En el observamos un cambio respecto a los 16 informes anteriores, debido a que es un informe centrado en el envejecimiento, la edad, la Esperanza de Vida y los servicios de la salud para las personas mayores, alejándonos de los informes anteriormente emitidos que se centraba más en la salud en el mundo.

5 Discusión-Conclusión

Nos encontramos ante la problemática de que el envejecimiento de las personas es un proceso con muchísimos factores a tener en cuenta y al mismo tiempo un proceso biológico de una complejidad muy grande. Si acudimos a los estudios de Molero, Pérez-Fuentes, Gázquez y Mercader (2012) analizan que uno de los factores a tener más en cuenta a la hora de alcanzar una mayor edad es la calidad de vida. A su vez Ortega, Ramírez, y Chamorro (2015) indican en sus estudios que los factores base del envejecimiento saludable son la salud y el bienestar, además de ser una de las mayores preocupaciones en el colectivo de las personas mayores.
Es muy destacable que la Organización Mundial de la Salud haya optado por destinar uno de sus informes exclusivamente al envejecimiento de la población. Como causante de tal hecho podemos señalar algunas de las razones destacadas por señalan Serrano, Latorre, y Gratz (2014) como por ejemplo la tendencia vivida en los últimos tiempos por los países más desarrollados respecto al claro incremento de su población mayor, además de múltiples factores que han llevado a la OMS a la realización de esta publicación. En el propio informe del año 2015 sobre el envejecimiento por parte de la organización mundial de la salud se destaca la necesidad de la actuación pública integral con respecto a promover un nuevo concepto alrededor de la capacidad funcional y una nueva concepción del envejecimiento.

6 Bibliografía

- Organización Mundial de la Salud (1948). Constitución de la Organización Mundial de la Salud.
- Briceño-León, R. (2000). Bienestar, salud pública y cambio social. En R., Briceño-León, M., De Souza, y C., Coimbra (Coords.). Salud y equidad: una mirada desde las ciencias. Río de Janeiro: Editora Fio Río de Janeiro: Editora Fiocruz.
- WHO (2002). Active ageing. A Policy Framework. WHO: Geneve.
- Castro-Vázquez, A., Espinosa-Gutiérrez, I., Rodríguez-Contreras, P., y Santos-Iglesias, P. (2007). Relación entre el estado de salud percibido e indicadores de salud en la población española. International Journal of Clinical and Health Psychology.
- Alcántara, G. (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad.
- Fernández-Ballesteros, R., Zamarrón, M.D., López, M.D., Molina, M.A., Díez, J., Montero, P., y Schettini, R. (2008). Envejecimiento con éxito: criterios y predictores. Psicothema.
- Molero, M.M., Pérez-Fuentes, M.C., Gázquez, J.J., y Mercader, I. (2012). Construcción y validación inicial de un cuestionario para evaluar la Calidad de vida en mayores institucionalizados. European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education.
- Ramírez, E., Ortega, A.R., Chamorro, A. y Colmenero, J.M. (2014). A program of Positive Intervention in the Elderly: Memories, Gratitude, and Forgiveness. Aging and Mental Health.
- Serrano, J.P., Latorre, J.M., y Gratz, M. (2014). Spain: promoting the welfare of older adults in the context of population aging. The Gerontologist, (first published online: March 14, 2014).
- Gañán, A., y Villafruela, I. (2015). El ocio, tiempo libre y calidad de vida para un envejecimiento activo, el caso de la Universidad de Burgos. European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education.
- Organización Mundial de la Salud (2015). Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Ortega, A.R., Ramírez, E., y Chamorro, A. (2015). Una intervención para aumentar el bienestar de los mayores. European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education.
- Pérez-Fuentes, M.C., Molero, M.M., Mercader, I., Soler, F.J., Barragán, A., Calzadilla, Y., y Gázquez, J.J. (2015). Salud percibida y salud real: prevalencia en las personas mayores de 60 años. Enfermería Universitaria.

- Oliver, A., Gutiérrez, M., Tomás, J.M., Galiana, L., y Sancho, P. (2016). Validación de un modelo explicativo del proceso de envejecer con éxito a partir de aspectos psicológicos, físicos, relacionales y de ocio. European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education.

Capítulo 1495

VIOLENCIA DE GÉNERO

ANA MARÍA ÁLVAREZ LUEJE

1 Introducción

La Conferencia Mundial de Derechos Humanos, celebrada en Viena el 20 de Diciembre de 1993, reconoce la violencia contra las mujeres, como una violación de los derechos humanos. La Asamblea de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), aprobó, la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer. En dicha declaración, la ONU, definió la violencia contra la mujer, como: todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado, un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas. La imposición o la privación arbitraria de libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la vida privada. También queda constancia, de que los estados, son los responsables de la violación de los derechos humanos de las mujeres dentro de sus fronteras.

En 2013, la ONU, afirma que la violencia de género, es un problema de salud pública que afecta a más de un tercio de las mujeres en el mundo. Basándose en un informe, en el que indica que las víctimas son propensas a sufrir heridas graves o la muerte, depresión, adicciones, contagios derivados de enfermedades de transmisión sexual; así como, abortos y embarazos no deseados. Además, certifica que el rango de edad es muy variado, yendo desde las mujeres más jóvenes de 15 a 19 años, a las que tienen más de 65 años; que es un fenómeno que se da en todo el mundo, independientemente del nivel adquisitivo y cultural, y que, la información y la prevalencia de éste problema, resulta fundamental para la prevención. El estudio, destaca, que entre las regiones más afectadas se encuentran: África, América y la zona del Mediterráneo. Para ayudara todos los países, a

mejorar la capacidad de afrontar ésta violencia en los sistemas de salud, la OMS, publicó una guía.

2 Objetivos

Identificar la violencia de género, intervención de la ONU, los tipos de violencia que existen y las consecuencia y la actuación del personal sanitario ante un caso de violencia machista.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La violencia de género, es aquella que se ejerce sobre las mujeres, por parte de quienes tengan o hayan tenido, algún tipo de relación afectiva con ellas. El objetivo del agresor, es someter a la mujer, para ejercer un control sobre ella. Para ello, emplea diferentes métodos: la violencia física, es la más visible, el agresor emplea su fuerza contra el cuerpo de la mujer hasta causarle dolor y lesiones; el maltrato psicológico, es el más invisible, el agresor no deja rastros visibles. Suele comenzar de una forma sutil, con: descalificaciones, mentiras, desplantes, gritos, celos…son algunos de sus rasgos. Hasta llegar a la dominancia, control restrictivo, denigración de la mujer, de manera que, anula por completo la autoestima de la víctima, y ésta, suele generar, sentimiento de culpa ante tal situación; la agresión sexual, implica cualquier acción, con o sin acceso genital, que vulnere el derecho de la mujer de decidir voluntariamente sobre su vida sexual. Para ello, el agresor emplea la fuerza, la intimidación o las amenazas; la violencia económica, es una modalidad de violencia de género, que se está dando en parejas con hijos que ya han dado por finalizada su relación. El agresor, incumple el pago de las pensiones alimenticias que corresponden a sus hijos. Con éste acto, el maltratador, pretende seguir ejerciendo una situación de control y someter a la víctima a una

situación de asfixia económica. Son muchas las repercusiones en la salud de las mujeres, derivadas de la violencia de género. Las más características son: las que afectan a la salud física (traumatismos, heridas, quemaduras…pudiendo llegar a ocasionarles la muerte) y las psicológicas (trastornos post-traumáticos, ansiedad, depresión…)

5 Discusión-Conclusión

La violencia contra las mujeres, se ha convertido en un problema prioritario a atajar. Las mujeres maltratadas, hacen un uso frecuente de Atención Primaria y del servicio de Urgencias. Por ello, como trabajadores sanitarios, debemos de tener un plan de actuación que nos lleve a identificar los posibles casos. Cuando detectamos un caso de maltrato, debemos de crear un entorno cálido y mostrar empatía hacia la víctima, haciéndola sentir lo más cómoda posible. Es importante que la víctima perciba que la queremos ayudar en todo momento. Debemos de otorgarle información sobre las alternativas y recursos existentes, mostrar apoyo y comprensión e intentar animarlas a denunciar.

6 Bibliografía

- https://www.oas.org/dil/esp/1993-Declaracion_sobre_la_eliminacion_de_la_violencia_contra_la_mujer.pdf
- https://violenciagenero.org/normativa/declaracion-sobre-eliminacion-violencia-contra-mujer
- https://artecontraviolenciadegenero.org/?p=133
- http://www.inmujer.gob.es/servRecursos/formacion/Pymes/docs/Introduccion/02_Definicion_de_violencia_de_genero.pdf
- https://news.un.org/es/story/2013/06/1275001
- https://www.fundacionavon.org.ar/tipos-de-violencia-domestica/
- https://www.fundacionavon.org.ar/tipos-de-violencia-domestica/
- https://lamenteesmaravillosa.com/las-4-formas-de-agresion-psicologica-en-la-pareja/
- https://saludcantabria.es/uploads/pdf/profesionales/ProtocoloViolencia.pdf

Capítulo 1496

LA COMUNICACIÓN ENTRE EL PACIENTE Y EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

MACARENA ARRESEIGOR MELENDEZ

PATRICIA GUTIERREZ PANDIELLO

PATRICIA OTERO PITEIRO

1 Introducción

La comunicación es un elemento fundamental en la relación entre varios individuos. Se caracteriza por la utilización de un código inteligible a través del cual los seres humanos comparten información entre sí, haciendo del acto de comunicar una actividad esencial para la vida en la sociedad. En el ámbito hospitalario es necesario un buen entendimiento entre el auxiliar administrativo y el paciente y/o usuario. Por ello, se hace imprescindible conocer todos los aspectos comunicativos verbales y no verbales que disipen todo tipo de duda, y más aún al tratarse de un lenguaje un tanto ambiguo y difícil de entender, en su mayoría por la sociedad.

Está claro que estamos inmersos en una etapa de desarrollo en las que la comunicación ha pasado a dominar todo contacto social, y aunque somos capaces de establecer enlaces con los lugares más recónditos del mundo, quizás las personas se hallan cada vez más lejos unas de otras. La información es un concepto básico dentro del área de la salud; ya que de esta va a depender enteramente la toma de decisiones que llevemos a cabo.

La comunicación entre paciente y el profesional de la salud está evolucionando, el paciente ha pasado a ser la figura principal en el entorno sanitario, con derechos perfectamente definidos y plena capacidad de decisión sobre el desarrollo de su enfermedad. Por otro lado, el profesional está cambiando su forma de relación con el usuario adecuándose a los derechos que afectan al paciente, según se recoge en la Ley de Autonomía del Paciente.

2 Objetivos

- Establecer cuáles son los elementos indispensables en la comunicación (relación usuario/ auxiliar administrativo de la salud).
- Proceder a identificar las barreras más comunes que pueden dificultar la comunicación.

3 Metodología

Se han revisado multitud de estudios relacionados con la comunicación, así como revistas científicas vinculadas al mundo sanitario, desechando aquellos artículos incompletos o carentes de rigor científico. Para estas búsquedas se han utilizado entre otras las siguientes bases de datos: Scielo, Csic, etc. A demás, como descriptores clave se han empleado: comunicación, verbal, no verbal, ámbito sanitario, auxiliar administrativo de la salud, derechos del usuario, mensaje y receptor.

4 Resultados

En un proceso de comunicación se pueden identificar los siguientes elementos indispensables:
- Emisor: es quien transmite el mensaje.
- Receptor: es el que recibe el mensaje.
- Código: es el conjunto de signos que serán utilizados para crear el mensaje.
- Mensaje: es la información o conjunto de datos que se transmiten.
- Canal de comunicación: es el medio físico que se utilizará para enviar el mensaje, como carta, teléfono, televisión, internet, etc.
- Ruido: son todas las distorsiones que pueden influir en la recepción del mensaje original, y pueden ser tanto del emisor, como del canal o del receptor.

- Retroalimentación o feedback: es la respuesta del receptor hacia el mensaje recibido. Si posteriormente el emisor responde a lo enviado por el receptor, también es retroalimentación.
- Contexto: son las circunstancias en las que se desarrolla el proceso de comunicación. Tienen influencia directa en la interpretación del mensaje.

Cuando nos comunicamos aspiramos a satisfacer una necesidad que nos impulsó a comunicarnos y observando las respuestas obtenidas podemos saber si nos comunicamos de manera adecuada o no, en función de la cual podemos redireccionar nuestro mensaje a manera de lograr nuestros objetivos, y por sobre todo reflexionar sobre todos los elementos intervinientes en este proceso dinámico y complejo que da alguna u otra condicionan la comunicación.

Para que la comunicación ocurra, son necesarios algunos pasos básicos que caracterizan a este proceso, a saber:
1. La intención de comunicar: se requiere de uno o varios emisores que quieran enviar a un mensaje.
2. La codificación del mensaje: el emisor prepara el mensaje según el tipo de comunicación que vaya a emplear (verbal, no verbal, escrita o visual).
3. La transmisión del mensaje: implica la utilización de medios o canales adecuados al código empleado en el mensaje (un correo electrónico o un mensaje instantáneo para enviar un mensaje escrito, una llamada o charla para una comunicación verbal, etc.)
4. La recepción del mensaje: para que el mensaje pueda ser recibido, el receptor debe conocer el código en el cual le fue enviada la información. Por ejemplo, si se le envía una carta a una persona que no sabe leer, el proceso de comunicación no tendrá lugar.
5. La interpretación del mensaje: aquí entra en juego el contexto del receptor, ya que dependiendo de factores biológicos, psicológicos, emocionales o socio culturales, el mensaje puede ser interpretado de múltiples formas que no necesariamente tienen que coincidir con la intención que tenía el emisor al momento de comunicar.

También podemos señalar que existen barreras que dificultan la comunicación:
- Físicas: interferencias del ambiente, la simultaneidad de informaciones, etc.
- Semánticas: por error en la codificación y descodificación de la información.
- Personales: malos hábitos.

Ahora bien, ¿cuáles son los principales errores que podemos cometer los seres humanos en torno a la comunicación? ¿Qué problemas de comunicación son los

más comunes? Algunos problemas que pueden son los siguientes:
1. ¿Oír o escuchar?
Suele ocurrir que pensamos que estamos escuchando a una persona y lo que en realidad estamos haciendo es oyendo. Oír y escuchar no son lo mismo. Para poder escuchar hay que hacer uso de la escucha activa, que no solo presta atención a las palabras que una persona dice, sino también a su lenguaje corporal y a la comunicación no verbal y emocional en general.

2. Decir lo que uno piensa sin tener en cuenta a los demás.
En estas situaciones en las que no se hace uso de la escucha activa, es frecuente que las personas digan lo que tienen ellos en mente en vez de prestar atención plena a lo que el otro interlocutor dice. Por eso escuchar activamente es importante, pues nos coloca en la piel de la otra persona, nos permite entender sus verdaderas emociones y captar el mensaje apropiadamente.

3. ¿Hablar o decir?
Ya sea en el lenguaje escrito o hablado, no es lo mismo hablar que decir: lo importante no es hablar o escribir mucho sino hacerlo con brevedad y precisión. No se trata de hacer uso de muchas palabras sino de emplear la intensidad y profundidad adecuada, de comunicar algo interesante.

4. Falta de credibilidad
La falta de credibilidad también es importante a la hora de comunicarnos con otras personas. La credibilidad favorece que el otro interlocutor se sienta cómodo y, en consecuencia, aumenta la confianza entre ambos.

5. Falta de empatía
La empatía es una habilidad social básica que es necesaria para poder relacionarse con el usuario. Está íntimamente relacionada con el hecho de no expresar solamente lo que uno piensa, pues permite entender al otro interlocutor y su punto de vista. Es clave para poder enviar un mensaje claro y precisa.

6. Lenguaje no verbal pobre
Es frecuente que prestemos mucha atención a las palabras y olvidemos el lenguaje no verbal. Según los resultados de una investigación llevada a cabo por Albert Mehrabian, el componente verbal es un 35% y más del 65% es comunicación no verbal. Esto incluye la postura corporal, el contacto visual o los gestos.

7. Mal lenguaje verbal
El tono de voz, es decir no hablar demasiado alto o bajo, arrastrar las palabras, o

utilizar demasiados términos de relleno como ah , eh o um puede provocar que el mensaje con el interlocutor pierda fuerza. Vocalizar correctamente, una buena capacidad de improvisación y, en definitiva, decir correctamente lo que queremos que la otra persona escuche mejora la comunicación.

8. Falta de respeto
Las personas nos abrimos más a los demás cuando nos respetan, por lo que el respeto es una habilidad comunicativa básica que debemos tener en cuenta a la hora de comunicar eficazmente.

Por todo ello, es necesario indicar una serie de recomendaciones para mejorar la comunicación entre usuario y administrativo de la sanidad:
1. Haga que el usuario se siente cómodo.
2. Demuestre que le interesa lo que escucha.
3. Elimine las distracciones.
4. Trate de empatizar con quién habla.
5. Tenga paciencia.
6. Manténgase tranquilo.
5. No se altere ante las críticas.
6. Pregunte lo que le interese y sea necesario.

5 Discusión-Conclusión

Actualmente la relación profesional-paciente ha sufrido grandes modificaciones sobre todo debido a causas socioculturales. El enfermo cada vez es menos dependiente del sistema sanitario y está empezando a considerarse un igual al profesional que le atiende, eligiendo el propio paciente lo que considera mejor para él (consentimiento informado), siendo también un punto de referencia importante en este sentido la Declaración de los Derechos del Enfermo y la propia Constitución Española avalan el derecho de todo paciente a ser atendido de manera integral dentro del sistema de salud.

Los problemas de comunicación se presentan en todas las relaciones interpersonales y de no resolverse adecuadamente, pueden desencadenar batallas interminables. El usuario es la pieza esencial del engranaje del Sistema Nacional de Salud y los profesionales de la salud tienen que hacer todo lo necesario para aplicar las medidas que garanticen una comunicación eficaz a través de un lenguaje claro, preciso, conciso, teniendo en cuenta también los aspectos no verbales, rompiendo así con las barreras comunicativas que pudieran existir.

6 Bibliografía

- https://www.significados.com/comunicacion/
- https://www.aiteco.com/comunicacion-no-verbal
- https://revistadigital.inesem.es/biosanitario/lenguaje-corporal-sanitario/
- Revistamedica.com https://www.unprofesor.com/lengua-espanola/cuales-son-los-elementos-de-la-comunicacion-2447.html

Capítulo 1497

CONTROL DE LAS INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS: TIPOS DE AISLAMIENTOS Y PROTOCOLOS DE TRASLADO DEL PACIENTE AISLADO.

SANTIAGO DIAZ CANOSA

SERGIO BRAOJOS MENÉNDEZ

1 Introducción

El objetivo principal del aislamiento es prevenir y controlar la propagación de la infección entre pacientes, personal sanitario y visitantes. La prevención y control de las infecciones intrahospitalarias(IIH) están basadas principalmente, en todas aquellas medidas que impiden que el agente infeccioso entre en contacto con el huésped susceptible. Una de éstas es el aislamiento de pacientes infectados.

2 Objetivos

- Conocer la función del aislamiento hospitalario, las medidas de protección de cada tipo de aislamiento y establecer unas pautas de actuación que garanticen la seguridad y eficacia del aislamiento, así como implantar un protocolo adecuado del celador encargado de realizar el traslado intrahospitalario del paciente aislado.

3 Metodología

Revisión de diferentes líneas de actuación de varios servicios de salud ”Precauciones y aislamiento en patologia infecciosa”, estudio de programas de control de enfermedades (CDC) y análisis informativo de registros y bases de datos.
Búsqueda en Google Scholar con referencias como: Aislamiento,infección, transmisión

4 Resultados

El aislamiento intrahospitalario es la medida impuesta con la finalidad de prevenir la transmisión de las enfermedades contagiosas reconocidas o sospechosas en los pacientes ingresados, además son sistemas de aislamiento que se han diseñado para prevenir la transmisión de microorganismos entre un paciente y otro y/o entre pacientes y personal profesional de la salud.

A)Tipos de aislamiento

Aislamiento estricto
Tiene por objeto prevenir la transmisión de infecciones muy contagiosas o virulentas que se pueden propagar tanto por via aérea como contacto directo (p.e Varicela, rabia, fiebres hemorrágicas etc)

Aislamiento respiratorio
Indicado en casos en que la propagación de la enfermedad se realiza por via aérea y el materia contaminante son secreciones respiratorias o gotas de flügge (saliva en forma de aerosol) p.e tuberculosis, Sarampión, Rubéola.

Aislamiento entérico
Aplicado para prevenir aquellas enfermedades de transmisión y contagio por vía digestiva(p.e gastroenteritis, cólera)

Aislamiento por contacto (Cutáneo)
Aplicable a todas aquellas enfermedades infecciosas que se propagan por contacto directo de piel, heridas o lesiones cutáneas. (p.e Quemaduras infectadas, Gangrena, herpes Zoster, etc)

Aislamiento proector o inverso.

Se trata de una variante de aislamiento en la que el paciente no es contagioso, sino que el medio que le rodea es altamente peligroso para él ,con elevado riesgo de adquirir infecciones procedentes del entorno que lo rodea.
Este tipo de aislamiento trata de proteger a pacientes gravemente inmunodeoprimidos (granulocitopenicos) , grandes quemados, procesos cancerígenos o pacientes trasnplantados.

Aislamiento en cohorte
Se refiere a la posibilidad de efectuar las medidas de aislamiento a varios pacientes que tienen la infección producida por el mismo agente etiológico. Se usa de preferencia en brotes epidémicos o ante la endemia de determinados microorganismos. Las medidas de control corresponden a la categoría de aislamiento de acuerdo al tipo de agente etiológico causante de la infección. Por este motivo puede existir:
• Aislamiento de vía aérea en cohorte.
• Aislamiento por gotitas en cohorte.
• Aislamiento por contacto en cohorte.

B) Medidas generales para todos los aislamientos .

• Los profesionales utilizaran las barreras de protección recomendadas en las precauciones estandar .
• Habitación: Será individual, deberá estar equipada con un lavabo e instalación sanitaria. Si es necesario, los pacientes con la misma patología pueden compartir habitación. La puerta deberá estar cerrada para evitar contaminaciones.
• Visitas: La entrada será restringida. La enfermera informará de las normas que deben seguir para la visita.
• Muestras de laboratorio: Se colocarán en recipientes específicos, bien cerrados para evitar derramamientos.
• Limpieza:

General: Se aplicará la misma técnica que para el resto de las habitaciones.
• Deberá ser diaria.
• Equipo exclusivo para estas habitaciones. No se sacará de la habitación.
• Una vez terminada la limpieza, estos utensilios se desinfectarán adecuadamente.

Terminal:La limpieza terminal común a todos los aislamientos debe realizarse

siguiendo las siguientes normas:
• La habitación permanecerá cerrada durante 2 horas antes de comenzar con la limpieza.
• Se limpiará con agua y lejía o asociación de aldehídos o fenoles.
• Una vez terminada la limpieza se ventilará bien.

Traslado de los pacientes: Se avisará al Servicio donde vaya el paciente de la situación de aislamiento.
• En las precauciones respiratorias el paciente llevará mascarilla y las personas que le trasladen también.
• Solo se trasladarán en casos necesarios.

C)Medidas de traslado del paciente según el tipo de aislamiento.

Aéreo:
• En Cama y silla de ruedas,el personal que realiza el traslado no necesita ningún tipo de equipo especial.
• El paciente llevara mascarilla quirúrgica.

Contacto:
• Cuando el traslado es en cama el celador usará bata y guantes y si fuera en silla no usara ningún tipo de EPI(Equipo de protección individual)
• El paciente no necesita ninguna medida cuando el traslado sea en cama.
• En silla de ruedas llevara doble bata y guantes.

Gotas:
• En Cama y silla de ruedas,el personal que realiza el traslado no necesita ningún tipo de equipo especial.
• El paciente llevara mascarilla quirúrgica.

I.D-TX (Protector):
• En este tipo de aislamiento tanto en cama como en silla el personal que realiza el traslado deberá portar mascarilla quirúrgica,bata y guantes.
• El paciente llevara mascarilla quirúrgica,doble bata y guantes

5 Discusión-Conclusión

Cuando un paciente ingresa infectado, o adquiere una infección en el hospital, dependiendo del tipo de infección (virulencia del microorganismo, mecanismos de transmisión, pacientes inmunodeprimidos, contacto con el personal del hospital) es necesario proteger al personal del hospital, a los demás pacientes y a él mismo de un posible contagio, para ello se recurre al aislamiento.
Los traslados de un paciente en aislamiento deben reducirse a lo imprescindible pero en ocasiones es necesario efectuar una técnica diagnostica o terapéutica fuera de la unidad del paciente, lo que conlleva un traslado a la unidad o servicio para la efectiva continuidad del tratamiento.
Para proceder al traslado de pacientes en aislamiento, el celador, en función del tipo de aislamiento, tomará una serie de medidas normalizadas con el fin de garantizar tanto la seguridad de los pacientes como a la protección del personal sanitario.

Protocolo de traslado del paciente aislado:
• Verifique el tipo de aislamiento, aéreo, contacto, gotitas o protector.
• Se adoptaran las precauciones recomendadas según el tipo de aislamiento.
• Comprobar pulsera de identificación del paciente.
• Notificar a la supervisora o enfermera de la unidad que se procede al traslado.
• Informar a la unidad o servicio de destino de las precauciones y medidas a adoptar.
• Se mantendrá informado al paciente de su traslado.

6 Bibliografía

- www.astursauld.es
- Guía para la prevención de la infección hospitalaria (Comisión de Infección Hospitalaria, Profilaxis y Política Antibiótica)Hospital Universitario Son Espases.
- https://www.cdc.gov/quarantine/esp
- Precauciones estándar y de aislamiento (adaptadas CDC 2007)
- https://www.seguridaddelpaciente.es/formacion
- Advantages of Medical Isolation and Quarantine Essay. Disponible en ; https://studymoose.com/advantages-of-medical-isolation-and-quarantine-essay
- Prevención de las infecciones nosocomiales. Guía práctica. Disponible en: https://www.who.int/csr/resources/publications

Capítulo 1498

CONCILIACIÓN LABORAL EN EL SECTOR SANITARIO.

MACARENA ARRESEIGOR MELENDEZ

PATRICIA GUTIERREZ PANDIELLO

PATRICIA OTERO PITEIRO

1 Introducción

El Real Decreto-ley 6/2019 de medidas urgentes para la igualdad de trato y de oportunidades entre mujeres y hombres en el empleo y la ocupación modifica, entre otros preceptos, el apartado 8 del artículo 34 del Estatuto de los Trabajadores, el cual contempla el derecho de las personas trabajadoras a solicitar la adaptación de la duración y distribución de la jornada de trabajo por motivos de conciliación de la vida laboral y familiar. Este Real Decreto contiene 7 artículos que se corresponden con la modificación de 7 normas con rango de ley que inciden de forma directa en la igualdad entre mujeres y hombres. Así se tratan temas relativos a la conciliación de la vida personal, familiar y laboral, igualdad en la remuneración, equiparación de la duración de los permisos por nacimiento de hijo o hija de ambos progenitores, nuevas prestaciones a la Seguridad Social correspondientes al cuidado del lactante y la exigencia de Planes de Igualdad a empresas de más de 50 trabajadores y su inscripción en el registro que se creará reglamentariamente.

España es un país que tiene un sector sanitario altamente feminizado. Según los últimos datos del SEPE el 72,8% de los trabajadores facultativos y no facultativos

son mujeres. Esta situación obliga al sector a tener que asumir una responsabilidad social mayor que otras esferas, ya que una amplia mayoría de sus trabajadores son mujeres, y muchas de ellas son o serán madres en el futuro, lo que dificulta la conciliación laboral.

2 Objetivos

Determinar cuáles son los aspectos que dificultan una conciliación laboral satisfactoria, así como detectar los problemas que provoca dicha situación.
Exponer qué beneficios obtienen los profesionales de la salud, ya sean estos facultativos o no facultativos, con respecto a la conciliación familiar y laboral.

3 Metodología

Para llevar a cabo este trabajo se han revisado multitud de estudios relacionados con la conciliación laboral, así como revistas científicas vinculadas al mundo sanitario, desechando aquellos artículos incompletos o carentes de rigor científico. Además de las leyes vigentes al respecto en nuestro país.

Las palabras claves se han empleado: conciliación laboral, familiar, Real decreto de igualdad, sanidad, España.

4 Resultados

La Ley entiende por Plan de Igualdad: "un conjunto ordenado de medidas, adoptadas después de realizar un diagnóstico de situación, tendentes a alcanzar en la empresa la igualdad de trato y de oportunidades entre mujeres y hombres y a eliminar la discriminación por razón de sexo".

Es importante tener en cuenta que el sector sanitario tiene ciertas cualidades que dificultan la conciliación laboral:
- Turnos rotativos, con especial mención al turno de noche.
- Guardias.
- Ritmo de trabajo: en algunos puestos específicos el ritmo de trabajo es especialmente elevado.

Cuando se rompe el equilibrio en la balanza del trabajo y la vida familiar en favor del tiempo que se pasa en el trabajo, surge un malestar interno que crece cuanto

más tiempo se arrastra esta situación. El trabajo no lo es todo y, sin embargo, son muchas las personas que viven con la sensación de que su actividad laboral se ha convertido en su centro vital porque en la sociedad tecnológica sienten que tienen que estar permanentemente conectados. El miedo a perder el empleo y un futuro económicamente incierto aumentan esta dependencia del trabajador hacia su empleo, pero las consecuencias de una mala conciliación laboral y familiar afectan negativamente a la calidad de vida de una persona.

¿Cómo afecta la falta de conciliación laboral a la vida de los trabajadores del ámbito sanitario?
Las largas jornadas de trabajo unidas a la carga familiar, afectan gravemente a la salud de los empleados. A continuación, os enumeramos algunas de las consecuencias más directas de no conciliar:
- Se reduce el rendimiento de los empleados, ya que no estarán motivados y la satisfacción sanitaria será muy baja e incluso nula.
- En el caso de empleados con hijos, llegar a casa agotados, hará que tengan menos paciencia con ellos y puedan dedicar menos tiempo a ellos.
- Los empleados acaban sufriendo el síndrome Burnout, es decir, alcanzan tal nivel de agotamiento físico y mental que pierden el interés total en las tareas y responsabilidades.
- Las vacantes son muy difíciles de cubrir, ya que los empleados valoran más poder flexibilizar la jornada y conciliar, que recibir salarios elevados.
Es importante recordar que los programas de conciliación laboral, la flexibilidad horaria y la formación durante la jornada laboral, no solo benefician a los empleados, también son beneficiosos para el sector sanitario.

La salud física de los trabajadores se ve afectada por un aumento del estrés, que puede incrementar la posibilidad de desarrollar trastornos cardiovasculares o digestivos, así como el riesgo de infecciones o de desarrollar enfermedades inmunológicas.

La salud mental también se ve afectada manifestándose en un perjuicio de los procesos cognitivos, es más posible que la sobrecarga pueda acarrear olvidos en las tareas a desarrollar, tanto durante su trabajo como en su vida doméstica, o que la atención se vea enturbiada por tener sus pensamientos en varias tareas a la vez. Esto puede acarrear, por ejemplo, un Trastorno de Ansiedad Generalizado, u otros trastornos de ansiedad, o la mayor incidencia de la depresión.
El ritmo al que se está sometido conlleva un abandono de hábitos saludables: empeora la alimentación y se desarrolla casi como un mero trámite, se abandona

el ejercicio físico, se reducen las horas de sueño o se incrementa el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias nocivas.

Todas estas esferas de nuestra vida afectan de forma ineludible a nuestro rendimiento laboral, reduciendo la productividad, pudiendo suponer accidentes o enfermedades laborales de diversa índole.

La búsqueda de la conciliación laboral no solo beneficia a los sujetos implicados directamente, como parece entenderse comúnmente, sino que acarrea una serie de beneficios a corto, medio y largo plazo para todos:
- Aumento de la productividad de la trabajadora y del equipo.
- Retención y captación del talento.
- Reducción del absentismo laboral.
- Mejora del ambiente del trabajo.
- Aumento de la implicación de la plantilla.
- Reducción de la rotación de los trabajos y los costes de reincorporación.
- Obtención de bonificaciones derivadas de la aplicación de medidas de igualdad.

5 Discusión-Conclusión

A día de hoy, tras la incorporación de la mujer en el mercado laboral, y en concreto teniendo en cuenta que el sector hospitalario está feminizado, en todas sus áreas, se hace necesario avanzar en las leyes de conciliación familiar, ya que una mala conciliación laboral se traduce en un menor rendimiento por parte del profesional de la salud, ya sea este sanitario o no sanitario, como es el caso de los auxiliares administrativo. También entraña problemas de motivación, bajo nivel de satisfacción personal, y deseo de encontrar un empleo mejor. Estas, entre otras cuestiones aumentan la dificultad de conciliar vida laboral y familiar, lo que supone un problema social que conlleva, entre otros aspectos, una reducción de la fecundidad y un alto envejecimiento de la población y, como consecuencia directa, un aumento de la deuda estatal que no es capaz de afrontar el pago de las prestaciones sociales si la población activa del país tiene una tendencia descendente.

6 Bibliografía

- Real Decreto-ley 6/2019

- Ley 39/1999, de 5 de noviembre, para promover la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras.
- http://www.legaltoday.com/
- http://www.Revistamedica.com
- http://www.Aurem.com

Capítulo 1499

EL CELADOR EN EL SERVICIO DE ATENCIÓN CONTINUADA. TRABAJO EN EQUIPO

MARÍA DE LOS ÁNGELES MENÉNDEZ FERNÁNDEZ

YOLANDA MARIA FEITO FERNÁNDEZ

PABLO ALVAREZ MURCIANO

NURIA SANCHEZ LOBO

MONTSERRAT IGLESIAS SUÁREZ

1 Introducción

En los últimos años se aprecia un aumento de urgencias en SAC. Según el balance el número de urgencias atendidas en los SAC supera a las atendidas en los servicios hospitalarios. El equipo del SAC está formado por médicas/os, enfermeras/os y celador/a.

Debido a los limitados recursos se hace inevitable una planificación del trabajo adecuada a cada centro y cada situación. En el documento base sobre la Estrategia de Atención Primaria se recoge como una de las líneas estratégicas "Afianzar un modelo de trabajo en equipo en el que cada perfil profesional despliega sus capacidades para complementar las funciones del resto de perfiles profesionales".

2 Objetivos

- Disminuir los tiempos de espera según patología.
- Actuación de calidad en caso de emergencia sanitaria.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Palabras clave: " trabajo en equipo", "celador", "centro de salud", "sanidad". Idioma: castellano e inglés, y texto gratuito; como exclusión: aquellos trabajos publicados previamente al año 2003.

4 Resultados

La mayoría de los sistemas de triaje se utilizan en urgencias hospitalarias y se estructuran en 5 niveles de prioridad y se asignan asumiendo el concepto de que lo urgente no siempre es grave y lo grave no es siempre urgente, de tal modo que los pacientes más urgentes serán atendidos primero. En nuestro equipo hemos decidido la creación de un sistema de cribado consensuado, previo al triaje, que realizará el celador.

Se observa así una mejora en la seguridad del paciente, calidad del servicio y capacitación del equipo. Se destaca que la comunicación positiva en el terreno de trabajo puede ser capaz de reducir conflictos y originar la formación de vínculos profesionales resistentes. Por ello, las actitudes de comunicación son fundamentales para promover el trabajo en equipo.

5 Discusión-Conclusión

La formación del personal y el trabajo en equipo refuerzan la calidad asistencial y favorecen la relación entre los miembros del equipo. Por ende un ambiente laboral favorable repercute de forma positiva en productividad, seguridad, desarrollo profesional y humanidad.

6 Bibliografía

- Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria (MINISTERIO DE SANIDAD, CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL) https://scholar.google.es/schhp?hl=es.
- https://dialnet.unirioja.es/
https://scielo.org/es/
https://www.latindex.org/latindex/inicio
https://medlineplus.gov/spanish/.
- https://library.fiu.edu/CINAHL/cinahlspanishttp://cuiden.fundacionindex.com/cuiden/
https://lilacs.bvsalud.org/es/.

Capítulo 1500

EL LAVADO DE MANOS EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO.

PABLO ALVAREZ MURCIANO

NURIA SANCHEZ LOBO

MARÍA DE LOS ÁNGELES MENÉNDEZ FERNÁNDEZ

MONTSERRAT IGLESIAS SUÁREZ

YOLANDA MARIA FEITO FERNÁNDEZ

1 Introducción

Las infecciones hospitalarias han sido investigadas desde muy diversos ángulos, ya que constituyen un serio riesgo para todos aquellos enfermos que ingresan en un centro y a nivel epidemiológico, los gérmenes cada vez se muestran más resistentes a los distintos tratamientos. En relación al coste sanitario, también hay un incremento importante del mismo.

Podemos definir infección hospitalaria como una enfermedad transmisible, aparecida dentro de un centro hospitalario, aparecida por cualquier mecanismo que afecte tanto al paciente como personal sanitario. Sigue constituyendo un problema sanitario y social de enorme transcendencia. A pesar de los recursos empleados para controlarlas, sigue provocando morbilidad, secuelas, y mortalidad elevada, prolongando los días de hospitalización y generando costes extras.

Los sujetos más susceptibles de infección son los recién nacidos, las personas inmunodeprimidas y pacientes que presenten heridas abiertas. Existe una técnica sencilla, económica y eficaz que ofrece resultados satisfactorios: el lavado de manos. Esta técnica es básica para prevenir y controlar la transmisión de agentes patógenos, fundamentalmente ante la disminución de las infecciones cruzadas, de paciente a paciente o a través de las manos del personal sanitario y no sanitario.

2 Objetivos

- Informar y resaltar la importancia de lavarse las manos como medida para mejorar la salud en ambiente hospitalario.

3 Metodología

Para elaborar este documento se han consultado las bases de datos sanitarios, MEDLINE, COCHRANE, CUIDEN y ENFISPO, sobre el tema de lavado de manos y en español. La estrategia de búsqueda se ha basado principalmente en las palabras clave: lavado de manos, higiene e infección hospitalaria y nosocomial.

4 Resultados

Se ha observado que un caso de infección hospitalaria supone un gran gasto sanitario, cuatro veces más de lo esperado que en pacientes con la misma enfermedad pero sin infección, aparte de un promedio más de cuatro días de cama extra. La mayoría de estas infecciones son causadas por bacilos Gram negativo y una de las principales vías de trasmisión de estos microorganismos son las manos contaminadas del personal sanitario y no sanitario.

La higiene de manos está considerada como la medida de mayor importancia, tanto por su eficacia demostrada como por su reducido coste, para la prevención de las infecciones hospitalarias y de la diseminación de patógenos resistentes a los antimicrobianos. Los resultados obtenidos muestran un bajo cumplimiento en la higiene de manos.

Los factores que han contribuido al escaso cumplimiento de la higiene de manos por parte del personal sanitario son variados, incluyendo la ausencia del

conocimiento de su importancia para prevenir las infecciones hospitalarias y de los mecanismos de contaminación de las manos, la falta de comprensión de la técnica adecuada para su realización, la escasez de personal y la sobre ocupación de las instituciones sanitarias, el acceso difícil a los puntos destinados tradicionalmente a la higiene convencional de las manos, la aparición de dermatitis de contacto asociadas con la frecuente exposición al agua y jabón y, por último, la ausencia de un compromiso institucional para mejorar de forma global la higiene de manos.

Se distinguen dos tipos de lavados de manos:

-Lavado de manos higiénico, está indicado al iniciar o terminar cualquier procedimiento enfermero, después de tocar cualquier equipo o material empleado por el usuario, tras tocar el material contaminado, antes y después de tocar al paciente y al finalizar y comenzar un turno de trabajo. También se hace necesario para aislamientos tanto inverso, estricto, de contacto como respiratorio.
-Lavado de manos quirúrgico, es necesario para intervenciones, partos y técnicas que requieran máxima esterilidad.

5 Discusión-Conclusión

El lavado de manos frecuente es la base de una buena asepsia. Las manos son un vehículo importante de transmisión de los microorganismos causantes de infección hospitalaria, independiente de que sea parte de la flora residente o transitoria de la piel.

Una conclusión clara y precisa, es que hay que elevar el grado de educación sanitaria para fomentar el lavado de manos. Es necesario por ello un nuevo enfoque de las intervenciones, primero orientándolas hacia la modificación de hábitos y actitudes y en segundo lugar que las medidas aplicadas actúen a distintos niveles, tanto de forma individual como institucional.

Son importantes los esfuerzos en formación, vigilancia y motivación. Para ello desde la propia institución, se debe potenciar la higiene de manos como una prioridad. Los Servicios de Medicina Preventiva deben trabajar continuamente con estrategias dirigidas a los profesionales sanitarios y no sanitarios.

6 Bibliografía

1-Control de la infección. Lavado de manos: la primera forma para prevenir infecciones [editorial]. Nursing. 2002; 20 (5):50.
2-Elola Vicente P. Higiene de las manos en el personal sanitario. Como aumentar y evaluar su complimiento. Todo hospital. 2005; 214: 80-86.
3-Fernández I. Infecciones, la paradoja del hospital. Diario Vasco. 8 de agosto de 2006.
4-Prevención de las infecciones nosocomiales. OMS. 2º edición

Capítulo 1501

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN ATENCIÓN PRIMARIA

PABLO ASENSIO ÁLVAREZ

MARGARITA FERNÁNDEZ SUÁREZ

1 Introducción

El personal administrativo de atención primaria, presente en centros de salud y consultorios, desempeña tareas muy diversas, teniendo una gran influencia sobre el adecuado funcionamiento del centro. Destaca, siendo quizás su función más típica, la gestión de las citas médicas. Pero la realidad es que su trabajo va mucho más allá, y es que, del correcto desarrollo de sus funciones depende la fluidez organizativa del centro, afectando directamente a la calidad asistencial que se da a los pacientes y a las agendas de los médicos.

2 Objetivos

- En este capítulo se busca destacar las tareas que desarrolla el auxiliar administrativo en los centros sanitarios de atención primaria, para una mejor comprensión de sus competencias. Analizándolas, podremos observar su importancia dentro del correcto funcionamiento del centro.
- Realizando una comparativa de las funciones que tienen asignadas según el centro, podremos determinar el nivel de uniformidad competencial existente.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica sistemática a bases de datos, en búsqueda de artículos sobre el funcionamiento y organización interna de los centros de atención primaria, y sobre las competencias de su personal administrativo. Se utilizaron como palabras clave en la búsqueda: atención primaria, centro salud, competencias personal administrativo.

También se realizaron consultas a auxiliares administrativos de centros de salud, acerca de las tareas que desempeñan en su trabajo, para poder realizar una comparativa y dilucidar si existe una uniformidad de competencias o si estas varían en función del centro.

4 Resultados

Los auxiliares administrativos de los centros de atención primaria tienen una gran diversidad de competencias, destacando gran parte de ellas por tener mucho trato directo con los usuarios y pacientes, ya sea presencial o telefónicamente. Si bien, tienen además otras funciones de gestión interna o de cooperación con otros profesionales del centro sanitario.

Las competencias asignadas al personal administrativo no son las mismas en todos los centros de atención primaria, existiendo algunas tareas comunes para todos ellos, y otras, surgidas a raíz de una concreta organización o para cubrir necesidades específicas del centro sanitario. Por tanto, no existe una uniformidad de competencias plena.

Según la diferenciación mencionada, podríamos destacar algunas funciones:
- Funciones de atención directa a pacientes y usuarios: dar, reprogramar y anular citas en atención primaria (telefónica o presencialmente), dar citas para atención especializada (presencialmente y por orden medica), gestionar cambios de centro de salud, tramitación de solicitudes de expedición de la tarjeta sanitaria, expedición de recetas electrónica y entrega de toda documentación u hojas médicas que tenga bajo su custodia pendientes de recogida (como Sintrom o partes de baja).
- Otras funciones: actuar, ocasionalmente, de nexo entre paciente y médico, pasando llamadas para consultas (previa autorización del médico), gestión de transportes (ambulancias, en caso de necesidad del paciente, y taxi si un médico debe acudir a un domicilio), archivo de documentos (en caso de que siga vigente el archivo en papel).

Además de estas funciones, es habitual encontrarnos otras, que aunque no correspondan originalmente a su categoría profesional, por necesidades específicas del centro han acabado asignándose al personal administrativo. Un ejemplo, es el conocimiento e identificación de qué medicamentos están sujetos a visado de inspección, para poder entregar las recetas de forma correcta a los pacientes que las requieran.

5 Discusión-Conclusión

Pese a la falta de la plena uniformidad de competencias mencionada anteriormente, cabe destacar, que la base de su trabajo es común independientemente del centro de atención primaria del que se trate. El auxiliar administrativo deberá, además de citar correctamente a los pacientes, tener una buena organización de toda la documentación de la que se encarga, y dar una atención eficiente y deferente a los usuarios que le requieran. También es importante destacar la importancia de que exista una buena cooperación y coordinación con el resto de personal sanitario y no sanitario del centro, teniendo especialmente presente la situación en las consultas de los médicos, quienes se van a ver beneficiados de forma directa si la gestión de las citas y de sus agendas es la adecuada.

6 Bibliografía

- Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre Estructuras Básicas de Salud.
- Cede. «Procesos sanitarios» : pp. 5-18. Disponible en: https://www.cede.es/PDF/Procesos_Sanitarios/temario_procesos_sanitarios.pdf
- Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.
- Castellano Arroyo M., and Gisbert Calabuig J.A. «El secreto médico. Historia clínica. Confidencialidad y otros problemas médico-legales de documentación clínica». (2004): pp. 92-106
- MAD. «Manual del Auxiliar Administrativo de Instituciones Sanitarias». Pp: 453-461

Capítulo 1502

TÉCNICAS DE COMUNICACIÓN CON EL USUARIO.

ARAMI GARCÍA BORJAS

ROSA MARÍA VALDÉS DÍAZ

PATRICIA MONTES GAMEZ

JESUS HERNANDEZ RODRIGUEZ

MARIA ANGELINA GARCÍA RUBIO

1 Introducción

La comunicación es una de las bases que sustenta a toda la sociedad. es el proceso por el que se transmite una información y las personas se comunican entre sí. Hay muchas personas que presentan dificultades a la hora de comunicarse el profesional (médicos, enfermeras, auxiliares, celadores, etc.) debe aprender a valorar el proceso de comunicación ya adquirir los conocimientos necesarios para enfrentarse, durante las actividades de acompañamiento, a las consecuencias de los problemas de comunicación causados por limitaciones funcionales. Sólo de esta forma el profesional podrá realmente comunicarse de manera efectiva y favorecer la relación social de las personas con las que trabaja.
Además, tendrá en cuenta la aplicación de estas técnicas en las interacciones con la familia y el entorno de los usuarios.

2 Objetivos

- Valorar el proceso de la comunicación como parte fundamental de las relaciones humanas.
- Conocer las barreras de comunicación verbal y no verbal.
- Adaptar el léxico a las características de los usuarios.
- Mejorar la comunicación los familiares y el entorno del usuario.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se realizó una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos como son Pubmed, Cochrane y también se hizo consulta en google académico.
Se realizaron también búsquedas manuales en diferentes libros sobre temática de comunicación.

4 Resultados

La comunicación es el proceso que se da entre dos o más personas para llevar a cabo un intercambio de información, de ideas, opiniones, de forma verbal y no verbal.
Destacan varias barreras comunicativas que dificultan la comunicación entre las que podemos destacar:
1- Barreras de comunicación personal: estados emocionales perturbados, percepción sesgada, actitud inadecuada a la hora de transmitir o recibir el mensaje, los estereotipos, las proyecciones, los juicios de valor, actitud defensiva, estilo de comunicación agresivo o pasivo, falta de atención o interés, desconfianza, rechazo…
2- Barreras físicas: Los ruidos, las interferencias, las interrupciones, demandas múltiples y simultáneas, una distancia inadecuada establecida en la conversación, utilización de canales diferentes…
3- Barreras semánticas: Utilización de un lenguaje diferente, diferencias culturales que afecten al idioma o al vocabulario, códigos confusos, mensajes incompletos o demasiado extensos, estructura desordenada del mensaje…
Hay diferentes pautas que pueden seguirse para mejorar la comunicación con el usuario como son la claridad, sencillez, empatía y atención.

Claridad: debemos de asegurarnos que el mensaje que transmitimos sea entendido por el usuario.
Sencillez: Deben usarse frases directas y simples y evitar ambigüedades.
Atención: Posibilita comprender los mensajes que la persona está transmitiendo tanto a nivel verbal como no verbal.
Empatía: posibilita que el mensaje se entienda de manera similar a la intención original del emisor.
También debe tenerse muy en cuenta el mensaje no verbal que se relaciona con factores cinestésicos que son la postura, la mirada, las expresiones faciales y los gestos; con los factores proxémicos que es la distancia interpersonal y los factores paralingüísticos que son el volumen, la entonación, el rimo o la fluidez.
En cuanto a la comunicación con los familiares y el entorno del usuario, debemos de tener en cuenta que esto va a repercutir en el bienestar psicosocial del usuario ya que la familia es una fuente de apoyo en el mundo emocional del usuario. Puede contribuir a reafirmar, consolidar y complementar el trabajo que el profesional realiza. Para ello se deberá de dar la información de la forma más positiva posible. Así mismo la familia es una fuente de información y gracias a la colaboración y trabajo en equipo puede mejorar el trato hacia el usuario. Un ambiente de coordinación entre la familia y el profesional transmitirá seguridad y aumentará la eficacia de las actuaciones, siendo fundamental transmitir la información sobre los protocolos de actuación en la intervención con el usuario.
La actitud que adopte el profesional frente al usuario y su familia es muy importante para la eficacia y el éxito de su trabajo podríamos hablar de varias recomendaciones a tener en cuenta:
- Mostrar empatía: tratar de ponerse en el lugar de la otra persona y comprender sus problemas, sentimientos y preocupaciones.
- Mantener el autocontrol emocional: tratar de comprender, acompañar y apoyar a la persona sin lamentarse con él, pues no es la mejor manera de ayudar.
- Mostrar calidez: tratar de ser cercano y afectivo incrementa la confianza, mejora las relaciones y fomenta las garantías de éxito de la intervención.
- Manifestar respeto: tratar de preservar los valores, las ideas y los intereses de los familiares y el entorno del usuario situándose en una posición de consenso sin imponer normas. Respetar, además, la confidencialidad y la privacidad de la información.
- Ser expresivo: tratar de adaptar el vocabulario a la persona con la que se habla y a su nivel cultural, evitando la utilización de tecnicismos, pues sólo llevan a una falta de entendimiento y a una posición de lejanía.

5 Discusión-Conclusión

El proceso de comunicación no siempre es sencillo y fluido a veces existen barreras que producen que la comunicación sea ineficaz. Cuando se detecte que el usuario no se comunica hay que buscar el motivo y buscar la manera de favorecer la comunicación. el profesional debe tomar conciencia de la importancia que tiene el cuerpo y los elementos paraverbales en el proceso de comunicación. debemos de utilizar un lenguaje accesible y adaptado a las características del usuario y debemos de mantener buena relación con la familia y el entorno.
La paciencia desempeña un papel muy importante en la labor que debe realizar el profesional. La confianza y el día a día darán buenos resultados en la mejora de la comunicación.

6 Bibliografía

- Baumgart, D.; Johnson, J. y Helmstetter, e.; sistemas alternativos de comunicación para personas con discapacida. Madrid Alianza editorial, 1996.
- Berlo, D. K.; El proceso de la comunicación. Buenos aires : Ateneo, 2002.
- Mcentee, E.; comunicación oral. México: Mcgraw-hill,1996.

Capítulo 1503

CONTROL DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN EL ANCIANO.

LOURDES POSADA BELERDA

SARA MACIAS POSADA

1 Introducción

La diabetes es una de las patologías con mayor prevalencia en las personas de avanzada edad, contribuyendo a la presentación de gran cantidad de factores con elevada morbi-mortalidad.

Por esta razón es fundamental dirigir la educación diabetológica hacia un correcto manejo terapéutico de la diabetes. A día de hoy, Atención Primaria constituye un eslabón muy importante en cuanto a la prevención, diagnóstico, control y seguimiento se refiere.

2 Objetivos

- Dar a conocer los beneficios de la educación diabetológica sobre el paciente, haciéndole así un agente activo de su propia salud.

3 Caso clínico

Presentamos a una mujer de 80 años, con diagnóstico de DM2, en tratamiento con antidiabéticos orales, y, desde noviembre del 2017 con insulina glargina (acción prolongada). Captada en nuestra consulta desde hace 5 meses, establecemos un

plan de acción, enfocado, en un primer momento, a cimentar las nociones básicas de la patología, como técnica de inyección, control de glucemia, así como detección temprana y actuación ante signos y síntomas de alarma. Posteriormente, le ofrecemos a la paciente llevar a cabo la tarea de monitorización de la glucemia en el domicilio.

La utilización de herramientas digitales, como lo sería esta app, suponen una gran ayuda para la monitorización de los niveles de glucemia capilar, aunque en las personas de edad avanzada, esto pueda suponer una dificultad por diversos motivos (problemas de visión, móviles no compatibles, dificultad para el aprendizaje). Sin embargo, en este caso, la paciente responde gratamente.

En consulta, le explicamos que existen este tipo de opciones, que suponen un mayor beneficio para el registro, control y seguimiento, dejando a un lado el apunte manual, con los inconvenientes que esto supone (olvido de registro, pérdida del libro, etc.). La paciente, que tiene un dispositivo compatible, accede a la descarga de la App Contour Diabetes en la consulta, donde le explicamos su funcionamiento y beneficios.

4 Discusión-Conclusión

La aplicación ha facilitado a la paciente la tarea de control de glucemia, al no tener que realizar el registro, ya que el dispositivo medidor, envía la cifra vía Bluetooth a su teléfono móvil.
Desde la perspectiva profesional, tanto la app como el dispositivo han supuesto un agente facilitador, que nos aporta registros reales y precisos. Destacar, que la app ofrece la posibilidad de descargar los datos como informe en PDF, lo cual supone dos beneficios. En primer lugar, que, a través de porcentajes ofrecidos en el informe, podemos visualizar de forma rápida y sencilla el estado de los niveles de glucemia, y en segundo, que dicho informe puede ser adjuntado a la historia clínica de la paciente.

5 Bibliografía

1.Young RJ, Hannan WJ, Frier BM, Steel JM, Duncan LJ. Diabetes Care. Diabetic lipohypertrophy delays insulin absorption. 1984; 7(5): 479-80.

2. Chowdhury TA, Escudier V. Poor glycaemic control caused by insulin induced lipohypertrophy. BMJ. 2003; 327(7411): 383–384.
3. Heinemann L. Insulin Absorption from Lipodystrophic Areas: A (Neglected) Source of Trouble for Insulin Therapy?. J Diabetes Sci Technol. 2010; 4(3): 750–753
4. Frid A, Hirsch L, Gaspar R, Hicks D, Kreugel G, Liersch J, et al. New injection recommendations for patients with diabetes. Scientific Advisory Board for the Third Injection Technique Workshop. 2010; 36 Suppl 2:3-18.
5. Saez de Ibarra L, Gallego B. Factors realted to lipohypetrophy in insulin-treated diabetic patients: role of educational intervnetion. Practical Biabetes International 2005; 15 (1): 9-11
6. Kordonouri O, Lauterborn R, Deiss D. Lipohypertrophy in young patients with type 1 diabetes. Diabetes Care. 2002; 25(3):634
7. Hauner H, Stockamp B, Haastert B. Prevalence of lipohypertrophy in insulin-treated diabetic patients and predisposing factors. Exp Clin Endocrinol Diabetes. 1996;104(2):106- 10.
8. Strauss K, Nuevas recomendaciones en técnicas de inyección para pacientes con diabetes. BD Medical – Diabetes Care.
9. Richardson T, Kerr D. Skin-related complications of insulin therapy: epidemiology and emerging management strategies. Am J Clin Dermatol. 2003; 4(10):661-7
10. Vardar B, Kizilci S. Incidence of lipohypertrophy in diabetic patients and a study of influencing factors. Diabetes Res Clin Pract. 2007; 77(2):231-6
11. Jansá M, Colunga C, Vidal M. Actualización sobre técnicas y sistemas de administración de la insulina. Av Diabetol. 2008; 24(4): 347-354

Capítulo 1504

EL PERSONAL ADMINISTRATIVO EN LA GESTIÓN DE UNA NUEVA CITA MÉDICA EN ATENCIÓN PRIMARIA EN EL SESPA

YOANA DÍAZ VILLA

1 Introducción

Una de las funciones fundamentales del personal administrativo en el ámbito de la salud, es la gestión de las citas médicas. Se ha realizado dicho capítulo basándose en el Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA).

A la hora de pedir cita con su doctor o doctora de familia un paciente puede hacerlo de varias maneras:

- Entrar en la web: sedemovil Asturias, en el link: https://cutt.ly/krGDvxa donde directamente y siguiendo los pasos de pedir cita médica puede solicitarla directamente.
- Descargarse la aplicación móvil "astursalud cita previa" donde solo deberá seguir los pasos para pedir la cita, donde además podrá guardar sus datos para futuras peticiones y donde directamente la aplicación guardara sus citas en el calendario de su Smartphone.

Para poder realizar la petición, en cualquiera de estos dos casos, su centro de salud deberá de permitir estas acciones, y además, el paciente deberá cumplir estos requisitos:

- Ser persona física con Tarjeta Sanitaria Individual y que este vigente en el Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA).
- Estar adscrito a un profesional de medicina de familIa de un Centro de Atención Primaria de Salud.

Necesitará tener físicamente la Tarjeta Sanitaria Individual done consta el C.I.P. (Código de identificación Personal).

Estos dos procedimientos también le servirán al paciente para pedir cita, además de con su doctor o doctora de médico de familia, con la enfermera o enfermero y con él o la pediatra. También podrá anular, cambiar o consultar las citas ya fijadas.
- Personarse en el Centro de Salud.
- Llamar por teléfono al Centro de Salud.

En estos dos procedimientos será el personal administrativo del centro de atención primaria, el encargado de gestionar la cita al paciente, de manera que, o bien pidiéndole al paciente el número de historia, o el DNI, entrará en la historia clínica para asignarle una cita con el profesional de medicina que éste requiera, y asignándole la cita más cercana que el personal sanitario tenga disponible, o según la conveniencia del paciente y su preferencia.

2 Objetivos

Ordenar el calendario del personal sanitario de tal manera que todos los pacientes tengan la oportunidad de ter una consulta médica, con su doctor o doctora de familias, lo más rápidamente que se pueda.

3 Bibliografía

- https://www.lne.es/asturias/2017/06/12/asturianos-hoy-pedir-cita-medico/2119504.html
- https://trends.google.es/trends/?geo=ES
- https://www.astursalud.es/noticias/-/noticias/cita-previa-en-atencion-primar-1
- https://sedemovil.asturias.es/portal/site/Asturias/menuitem.46a76b28f520ecaaf18e90dbbb30a0a0/?vgnextoid=1e2608cf41efe110VgnVCM10000097030a0aRCRD&i18n.http.lang=es

Capítulo 1505

FUNCIONES DEL ADMINISTRATIVO EN ATENCIÓN PRIMARIA

MARÍA ISABEL ALONSO RODRÍGUEZ

MARÍA DEL ROSARIO CARBAJAL GONZALEZ

1 Introducción

El personal administrativo es el encargado de encajar todas las piezas que llevan al buen funcionamiento del día a día en un centro de atención primaria

2 Objetivos

- Coordinar el calendario de todo el personal sanitario del centro de atención primaria.
- Atender a las necesidades del paciente y hacer que todo ello este englobado dentro del horario de apertura del centro.

3 Metodología

El trabajo del personal administrativo es un trabajo interno, aunque si tiene relación con los pacientes, es más un trabajo que vincula el resto del personal del centro de salud, pues dentro de sus funciones está la de preparar, gestionar y elaborar los calendarios de trabajo del resto de personal.

En todos los centros de atención primaria se cuenta con uno o más auxiliares o administrativos, que son los encargados o encargadas de la atención al público.

Dentro de la atención al público, serán los encargados de la recepción de llamadas y la gestión de citas, ayudará a estos con las solicitudes de la Ley de Dependencia o le tramitarán las citas para el cirujano maxilofacial, el de psiquiatría o cualquier personal sanitario dentro del centro de salud te atención primaria. Además, gestionara sus citas tanto para extracciones como para pruebas de citología o le ayudará y le prestará sus gestiones para optar a la libre elección de especialistas, o reccepcionará y remitirá reclamaciones.
Pero además de toda su función en atención al paciente, deberá llevar la organización de expedientes y su tramitación la preparación de datos informáticos, gestionar las peticiones de pruebas, enviar documentación, notas a contabilidad, cursar solicitudes con personal, adjuntad partes de lesiones al juzgado, partes médicos al INSS, registro de entrada y salida de documentaciones y archivos de expedientes.

4 Bibliografía

- https://revistamedica.com/auxiliar-administrativo-salud-admision-documentacion-clinica/#Atencion-Ambulatoria
- https://www.actualidadmedica.es/archivo/2014/793/cd03.html
- https://www.appf.edu.es/cursos-sanitarios-acreditados/cursos-personal-no-sanitario/cursos-homologados-administrativos/

Capítulo 1506

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LOS DOCUMENTOS ADMINISTRATIVOS

ANA SUÁREZ COBO

1 Introducción

Los documentos administrativos son el soporte material por el cual se llevan a cabo los actos administrativos. Son un instrumento de constatación que permiten comprobar el desarrollo del acto administrativo y es, además, un instrumento de comunicación (permiten trasladar el contenido de los actos a otros órganos o unidades o a personas interesadas, públicas, privadas o personas jurídicas naturales). Los auxiliares administrativos están, por su trabajo, en contacto con ellos y con la organización de expedientes y su tramitación.

2 Objetivos

- Permitir que el auxiliar administrativo se familiarice con los distintos tipos de documentos y, en particular, con el expediente.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en las más importantes bases de datos científicas y en buscadores especializados como La ley, Google Scholar y Dialnet. Los términos utilizados han sido documento administrativo, auxiliar administrativo, expediente, personas interesadas, ciudadanía, etc.

4 Resultados

Características de los documentos
Entre ellas cabe destacar las siguientes:
- Producen efectos ante terceros o en el ámbito de la propia Administración.
- Son realizados por un órgano administrativo, excluyendo los redactados o creados por los interesados,
- Su emisión es válida.
- Son aquellos emitidos en marco del procedimiento administrativo y los únicos que pueden ser realizados por la administración en si.

Clasificación
- Documentos administrativos emitidos en el marco de procedimientos administrativos.
- Documentos de decisión (resoluciones y acuerdos).
- Documentos de transmisión (notificaciones, publicaciones, etc).
- Documentos de constancia (actas y certificados).
- Documentos de juicio (informes).
- Documentos administrativos de constatación de otro anterior (copias).

Resoluciones
Son documentos que administrativos que recogen la decisión final adoptada por un órgano de la Administración, en general relacionada con las solicitudes y peticiones presentadas por la ciudadanía.

Notificaciones
Son aquellos por los que se comunica la decisión adoptada por la administración a la persona/as a las que dicha decisión afecta, así como los recursos y reclamaciones que se puedan interponer. Se suele emitir por correo o lo llevan funcionarios/as al domicilio de la persona interesada para que firme y quede constancia de su recepción y entrega (la persona se da por enterada).

Certificados
Sirven para acreditar algún hecho o condición. Por ejemplo, un certificado de notas escolar, donde se acredita que la persona ha aprobado las asignaturas.

Informes
Son documentos que sirven para adoptar una decisión final, pero que necesitan la opinión de otros órganos administrativos.

Instancia

Es un documento que se presenta ante la administración pública solicitando la incoación de un expediente administrativo.

Comunicación de régimen interior o nota interior
Es un documento interno que se usa para comunicarse entre órganos o unidades dependientes de un mismo órgano superior. El destinatario suele ser muy determinado, por lo que el encabezado será también muy específico.

Comunicación individual interior
Muy similar a la circular o nota informativa, mediante la cual una autoridad superior dirige una orden, instrucción o información a todos o partes de los subordinados. Suele tener un destinatario colectivo.

El anuncio
En él se difunde públicamente información de carácter general. Puede estar relacionado con la adquisición de bienes, contratación, etc. Se publica en los diarios oficiales o en los medios de comunicación.

Formación del expediente
1. El expediente administrativo es un conjunto ordenado de documentos y actuaciones que sirven de antecedente y fundamento a la resolución administrativa, así como a las diligencias encaminadas a ejecutarla.
2. Los expedientes tendrán formato electrónico y se forman mediante la suma ordenada de cuantos documentos, dictámenes, informes, acuerdos y demás diligencias deban integrarlos, también incluirá un índice numerado de todos los documentos contenidos al remitirse. Asimismo, deberá constar en la misma copia electrónica certificada de la resolución adoptada.
3. Cuando en virtud de una norma se necesite remitir el expediente electrónico, se hará de acuerdo al Esquema Nacional de Interoperabilidad y con las Normas Técnicas de Interoperabilidad, enviándose completo, foliado, autentificado y acompañado de un índice (asimismo autentificado) de los documentos que aporte. La autenticación del índice, garantizará la integridad e inmutabilidad del expediente electrónico generado desde el momento de la firma y permitirá su recuperación siempre que sea preciso; dándose el caso, a veces, que un mismo documento forme parte de distintos expedientes electrónicos.
4. No formará parte del expediente la información que tenga carácter auxiliar o de apoyo, como la que hay en aplicaciones, ficheros, bases de datos, notas, borradores, opiniones e informes internos entre órganos o entidades administrativas, así como los juicios de valor emitidos por la administración pública, salvo que se trate de informes preceptivos y facultativos, solicitados antes de la resolución

administrativa que ponga fin al procedimiento.

Otras características del expediente
Impulso. El procedimiento acelerado, se impulsará de oficio a través de medios electrónicos. En el despacho de expedientes, se seguirá un orden riguroso de incoación en asuntos de naturaleza homogénea. El incumplimiento del párrafo anterior, dará lugar a remoción del puesto de trabajo. Las personas designadas como órganos instructores o los titulares de las unidades administrativas, serán responsables directos de la tramitación del procedimiento y del cumplimiento de los plazos establecidos.

Concentración de trámites.
1. Se acordarán en un acto todos los trámites que admitan un impulso simultáneo.
2. Los trámites que deban ser cumplidos por otros órganos, deberán consignar plazo legal para su cumplimiento.
Cumplimiento de trámites
1. Los trámites cumplimentados por interesados deberán realizarse en el plazo de 10 días, a partir del siguiente al de la notificación del correspondiente acto (salvo que por la autoridad competente se fijase plazo distinto).
2. En cualquier momento del procedimiento, la administración podrá recabar algún requisito que fuera necesario, poniéndolo en conocimiento del autor y concediendo también 10 días de plazo.
3. A los interesados que incumplan el apartado anterior, se les podrá declarar decaídos en su derecho al trámite correspondiente.

No obstante, se admitirá la actuación del interesado si se produjera antes o dentro del día que se le notificó la resolución en la que se tenga por transcurrido el plazo.

5 Discusión-Conclusión

El conocimiento de los documentos administrativos y, en particular, del expediente, es una herramienta fundamental para los auxiliares administrativos y constituye un apoyo básico para realizar su labor diaria.

6 Bibliografía

-CAMPOS ACUÑA, C. Comentarios a la Ley 39/2015 de 1 de octubre de Procedimiento Administrativo Común de las administraciones Públicas (EBOOK).

- Ley 39/2015 de 1 de octubre de Procedimiento Administrativo Común de las administraciones Públicas.

Capítulo 1507

PREVENCION RIESGOS LABORALES: EL TRABAJO A TURNOS Y NOCTURNO

IYÁN PRESNO GRANDA

OLIVER GARCÍA IGLESIAS

1 Introducción

En el presente capítulo realizará análisis de los problemas derivados del trabajo a turnos para ver cómo esta modalidad de trabajo afecta negativamente a la salud y seguridad de los trabajadores, generando altos niveles de estrés y bajos niveles de rendimiento laboral de los trabajadores.

En la bibliografía existen referencias del siglo XVI de los mineros en el trabajo a turnos y nocturno, también los panaderos. Se conoce que los médicos, comadronas etc. de pueblo eran llamados nocturnamente en caso de extrema necesidad. Con la innovación tecnológica: la luz artificial se inicia el trabajo en horarios nocturnos a nivel industrial.

El trabajo es un concepto flexible, sujeto a multitud de influencias externas, ya sean económicas, tecnológicas, políticas, culturales, legales o sociales (Peiró 1996).

Por su parte, Knauth (1997) define el trabajo a turnos como aquél que "se realiza permanente o frecuentemente fuera de las horas de trabajo regulares diurnas".

Algunos trabajos presentan características especiales de dureza, horarios inadecuados y otras limitaciones añadidas. A pesar de que la mayoría de las condiciones laborales pueden ser modificadas y adaptarse a la vida del trabajador.

El trabajo a turnos puede motivar consecuencias negativas para el trabajador y para la empresa en el ámbito laboral y personal.

El trabajo a turnos, indica que la organización de la vida extralaboral va a tener unas connotaciones especiales que es necesario conocer a fondo.

El trabajo a turnos, especialmente cuando incluye el horario nocturno, fijo o rotativo, puede llegar a producir una serie de perturbaciones a la salud debido a las alteraciones y desajustes en uno o varios de los ”tiempos” de la vida de las personas, exige mantener al organismo activo en momentos en que necesita descanso, y a la inversa. Además, los turnos colocan al trabajador y la trabajadora fuera de las pautas de la vida familiar y social. Todo ello provoca un triple desajuste entre el tiempo de trabajo, el tiempo biológico y el tiempo socia
Por otro lado, la sociedad necesita profesionales en el sector sanitario en determinadas áreas las 24 horas del día. La calidad de vida de los profesionales sanitarios se ve mermada por las necesidades que presenta la sociedad del primer mundo en el que vivimos.

2 Objetivos

Conocer las implicaciones sobre la salud que tienen en las personas el trabajo a turnos y nocturno.

3 Metodología

Este capítulo se fundamenta metodológicamente en una revisión bibliográfica de la literatura científica, seleccionándose referencias de diferentes libros, artículos y publicaciones, procedimientos técnicos y guías de actuación profesional relacionadas con el trabajo a turnos y nocturnos.

Las bases de datos de Ciencias de la Salud utilizadas han sido: Pubmed, Cuiden, Cochrane, Cinhal, IME biomédica, Dialnet. También se han utilizado las páginas Web y servidores especializados de los diferentes organismos e instituciones públicas nacionales e internacionales. Se han utilizado como palabras clave: trabajo, turnos, nocturno.

4 Resultados

Texto Refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores nos enmarca el trabajo nocturno y a turnos en el artículo 36.1 y 36.2, y 36.3, 36.4:

"(…) se considera trabajo nocturno el realizado entre las 10 de la noche y las 6 de la mañana (…). La jornada de trabajo de los trabajadores nocturnos no podrá exceder de ocho horas diarias de promedio, en un período de referencia de 15 días [por lo general, entre las 22:00 y las 6:00].

"Se considerará trabajador nocturno a aquel que realice normalmente en período nocturno una parte no inferior a tres horas de su jornada diaria de trabajo, así como a aquel que se prevea que puede realizar en tal período una parte no inferior a un tercio de su jornada de trabajo anual."
"Se considera trabajo a turnos toda forma de organización del trabajo en equipos según la cual los trabajadores ocupan sucesivamente los mismos puestos de trabajo, según un cierto ritmo, continuo o discontinuo, implicando para el trabajador la necesidad de prestar sus servicios en horas diferentes en un período determinado de días o de semanas, (…) ningún trabajador estará en el de noche más de dos semanas consecutivas, salvo adscripción voluntaria."

"Los trabajadores nocturnos deberán gozar en todo momento de un nivel de protección de salud y seguridad adaptado a la naturaleza de su trabajo (…) los trabajadores nocturnos a los que se le reconozcan problemas de salud tendrán derecho a ser destinados a un puesto de trabajo diurno que exista en la empresa y para el que sean profesionalmente aptos (…)".
De los estudios realizados sobre satisfacción laboral en el trabajo nocturno se deducen datos dispares. La mayoría de los trabajadores. presentan síntomas de estar quemado de insatisfacción y otros que se sienten contentos y satisfechos. Vamos a estudiar a los primeros, qué consecuencias pueden tener sobre la salud los trabajadores a turnos y nocturnos:
- Trastornos gastrointestinales.
- Pérdida del apetito.
- Alteraciones en el sueño.
- Fatiga físca y psíquica
- Trastornos nerviosos.
- Mayor gravedad de los accidentes.
- Insatisfacción personal en el trabajo.
- Empobrecimiento de las relaciones sociales y familiares.

- Pérdida de amistades.
- Dificultad para disfrutar del ocio.
- Aumenta el número de accidentes de trabajo.
- Alteraciones de la vida familiar.

Sobre la actividad laboral:
- Aumento del número de errores.
- Reducción del rendimiento.
- Disminución de la capacidad de control.
- Absentismo.

Existe una extensa literatura publicada en la última década que relaciona los factores de riesgo cardiovascular y los turnos de trabajo, se ha logrado establecer de manera definitiva afirmaciones concluyentes respecto a los trastornos digestivos y las relativas a los trastornos del sueño.

Las alteraciones del sueño constituyen el principal problema asociado a los trabajadores por turnos (Fernández-Montalvo y Piñol, 2000), existiendo una relación entre dichas patologías y la fatiga crónica. Además un turno nocturno permanente influye en el bienestar de las parejas y familiar.
En este sentido, el turno diurno permanente es el turno más adecuado atendiendo a su escasa influencia sobre el bienestar en general y en la satisfacción familiar de los trabajadores.

5 Discusión-Conclusión

El trabajo nocturno siempre debería suponer una elección personal, voluntaria, no forzosa por el diseño del turno ni tampoco forzada por una reasignación del mismo. También se podría supervisar el proceso de adaptación a los turnos nocturno permanente y rotativo, siendo éste un proceso activo y recíproco en el que el propio trabajador puede incorporar nuevas ideas para mejorar dicha adaptación o sugerir aquellas estrategias de afrontamiento, no aplicadas desde la empresa, que le han funcionado de manera correcta y que pueden ser de utilidad general. En término generales, podría decirse que las únicas ventajas del trabajo a turnos para el trabajador son la mejora de la economía, la reducción de horas de trabajo y los días libres.

Puedo concluir que con todos los datos presentados, parece existir un acuerdo en cuanto a que la rotación de turnos y el trabajo nocturno es perjudicial para la

salud del trabajador.

6 Bibliografía

- Peiró, J.M. (1993): Los Jóvenes ante el Trabajo. En J.M. Peiró, F.
- Prieto, M.J. Bravo, P. Ripoll, I. Rodríguez, P. Hontangas, y M. Salanova (Dirs.): Los Jóvenes ante el Primer Empleo. El Significado del Trabajo y su Medida. Valencia: Nau Llibres.
- Peiró, J.M. (1994): Intervención Psicosocial en Psicología del Trabajo y de las organizaciones. En J.M. Peiró y J. Ramos: Intervención Psicosocial en las Organizaciones. Barcelona: PPU.
- Peiró, J.M. (1996): Psicología Social de las Organizaciones. En Alvaro, J.L., Garrido, A. y Torregrosa, J.R. (Coordinadores): Psicología Social Aplicada. Madrid: McGraw Hill.
- Fernández-Montalvo, J. y Piñol, E. (2000) Horario laboral y salud: Consecuencias psicológicas de los turnos de trabajo. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica
- Fernández-Montalvo, J. y Garrido, E. (1999) Psicopatología laboral. Trastornos derivados del trabajo. Pamplona: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Navarra
- Angosto Agudo, M.P. (1992) Influencia de los ritmos biológicos en el trabajo nocturno. Medicina y Seguridad del Trabajo,
- Carpentier, J. y Cazamian, P. (1977) El trabajo nocturno. Sus efectos sobre la salud y el satisfacción del trabajador. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo
- KNAUTH, P. (1997). “Changing schedules: shiftwork”. Chronobiology International

Capítulo 1508

EL CELADOR Y EL CAMBIO DE ROPA DEL PACIENTE ENCAMADO

JOSÉ MANUEL FERNÁNDEZ DÍAZ

1 Introducción

La ropa de cama es el material necesario para el cambio de ropa de cama. Para ello se necesitará:
- Varias almohadas y fundas de almohada.
- Manta o edredón.
- Sábana bajera ajustable.
- Sabanas normales. Una de ellas se colocará en el centro de la cama, doblada por la mitad y encima de la sábana bajera. Se llama entremetida y es muy útil para movilizar al enfermo.

2 Objetivos

-Conocer la técnica de cambio de ropa de cama con un paciente encamado.
- Conocer si es un paciente válido y está en reposo por diferentes situaciones médicas o si es un paciente dependiente, donde juega un papel importante el celador.
- Realizar correctamente el cambio de ropa teniendo como prioridad el bienestar del paciente y su intimidad.
- Favorecer el bienestar general del paciente y satisfacer su necesidad de descanso y sueño a través del mantenimiento de la cama en condiciones óptimas.

3 Metodología

Se realiza una revisión y análisis de diversas bases de datos y buscadores científicos como Cuiden, Google Académico o Cochrane. Se han utilizando descriptores basados en la técnica de cambio de ropa de cama.

4 Resultados

Cambio de ropa de cama
- Cambio de sábanas en el caso de un enfermo que permanece siempre en cama.
- Colocar al enfermo de lado en la cama.
- Con el paciente colocado boca arriba, flexionarle la rodilla y el brazo del lado contrario al que le vamos a girar y tirando de la entremetida girar a la persona y colocarle de lado.
- Haremos la cama por mitades.
- Con el enfermo acostado de lado retiramos la sábana bajera sucia y la remetemos por debajo de la superficie de su cuerpo.
- Colocar la sábana bajera limpia y la entremetida en este lado de la cama y remeterla justo debajo de la superficie del cuerpo del enfermo, al lado de la sábana sucia que se va a retirar.
- Voltear al enfermo al lado de la cama que tiene la sabana limpia. Retirar la sábana sucia y estirar la limpia. Con el enfermo colocado de lado estirar bien la ropa de cama, bajera y entremetida, para que no tenga arrugas.

Normas generales, que se deben tener en cuenta al realizar el arreglo de la cama hospitalaria:
- La ropa de la cama se cambiará por la mañana, tras el baño o aseo del paciente, y siempre que se manche o se moje, es decir, todas las veces que sean necesarias.
- Antes de comenzar con el arreglo de la cama, se prepara todo el material necesario.
- Se emplea un carro de ropa limpia, y otro de ropa de sucia, en el que se depositan las bolsas que contienen la ropa de cama retirada de cada paciente.
- El carro de la ropa limpia no se introduce en la habitación del paciente, debe permanecer en el pasillo.
- Los carros de la ropa sucia deben permanecer en el pasillo para evitar la transmisión de microorganismos de un paciente a otro.
- Hay que lavarse las manos antes y después de realizar una cama. Ponerse guantes.

- Siempre se explica al paciente lo que se va a hacer, pidiendo su colaboración.
- Se coloca la cama en posición horizontal.

El cubrecolchón, la sábana bajera y la sábana entremetida deben estar bien estiradas, sin arrugas, ya que de lo contrario podrían producir molestias y favorecer la aparición de irritaciones en la piel y úlceras por roce o presión en el paciente. La sábana encimera, la manta y la colcha deben cubrir al paciente hasta los hombros. Se ajustan bajo el colchón, en la zona de los pies, sin remeterlas por los lados. La ropa que se retira de la cama nunca debe airearse para evitar la dispersión de microorganismos.

El arreglo de la cama debe hacerse con rapidez y precisión, pero evitando movimientos bruscos cuando el paciente se encuentre en ella.

En habitaciones con más de una unidad de paciente, se protegerá la intimidad de cada enfermo, utilizando un biombo en el caso de que la habitación no dispusiese de cortinas de separación entre unidades.

Técnicas para hacer la cama abierta ocupada
1. Lavarse las manos y ponerse guantes.
2. Se prepara la lencería en su orden, como hemos indicado anteriormente.
3. Se informa al paciente de lo que se va a hacer, pidiendo su colaboración y siempre preservando su intimidad
4. La temperatura de la habitación debe ser la adecuada (22° a 24°C), evitando corrientes de aire directas al paciente.
5. Se debe proteger al paciente de posibles caídas, por lo que es conveniente realizar esta tarea entre dos personas (se colocarán cada una a un lado de la cama).
6. Se pondrá la cama en posición horizontal (decúbito supino), siempre que no esté contraindicado para el paciente.
7. Se retira la ropa de la cama (colcha y manta) que está cubriendo al paciente introduciéndola en la bolsa de sucio, excepto si no están sucias, que se doblaran para su posterior colocación.
8. Se le quita el pijama o camisón al paciente. Dejando la sábana encimera cubriendo al paciente o se coloca una toalla de baño por encima. No se debe dejar nunca al paciente totalmente descubierto (se realiza el aseo del paciente).
9. Se retira la almohada, siempre que sea posible, para cambiarle la funda, dejándola encima de una silla.
10. Colocar al paciente en decúbito lateral, cercano a uno de los bordes de la cama.
11. Enrollar la ropa sucia a retirar (sábana entremetida, empapador y sábana bajera) desde el borde de la cama donde nos encontramos, hacia la espalda del pa-

ciente.
12. Comenzar a hacer la cama por el lado contrario al que se encuentra el paciente.
13. Se coloca la sábana bajera limpia enrollándola hasta el centro de la cama. Se fija a la cabecera y a los pies y se hace el ángulo o mitra.
14. Se pone la sábana entremetida y el empapador, si fuera necesario, hasta la espalda de la misma forma que la sábana bajera y se fija a lo largo de la cama.
15. Dar la vuelta al paciente de manera que se situé encima de la ropa limpia, en decúbito lateral, y se hace la otra mitad de la cama, retirando primero la ropa sucia e introduciéndola en la bolsa de sucio sin airear.
16. Estirar la sábana bajera y entremetida limpias evitando arrugas, remetiéndolas debajo del colchón y realizando la esquina de mitra en las dos restantes.
17. Colocar al paciente en decúbito supino.
18. Extender la sábana encimera limpia sobre el paciente y retirar la sucia.
19. Después de colocar el resto de la ropa, manta y colcha (a la altura de los hombros), se remeten con holgura en los pies de la cama de forma que la ropa quede floja para que el paciente pueda moverse cómodamente y así evitar posturas inadecuadas.
20. Colocar la almohada limpia por debajo de la cabeza del paciente.
21. Dejar colocado al paciente en una posición cómoda y adecuada. Que tenga fácil acceso al timbre y a sus objetos personales.
22. Se recoge el todo el material. La bolsa de sucio a su lugar correspondiente.
23. Se retiran los guantes y se lavan las manos.

La ropa de la cama sucia:
- No debe dejarse en el suelo. Se introducirá en bolsas de plástico.
- No debe agitarse nunca, al sacudir una sábana se favorece la diseminación de microorganismos en el aire.
- Nunca entrará en contacto con la ropa limpia.

5 Discusión-Conclusión

Para llevar una técnica correcta es importante que el paciente colabore en caso de no ser así debemos movilizarlo adecuadamente manteniendo en todo momento su intimidad a la hora del cambio de ropa de cama.

Precauciones:
- No es preciso levantar a un enfermo con mal estado general o encamado para poder cambiar la ropa de la cama.
- Evitar que la ropa de cama esté húmeda o sucia.

Todos los pacientes a los que se le tomaron las técnicas necesarias para la realización de la cama con un paciente encamado pudieron disfrutar de métodos de confort como la higiene ,el reposo y el sueño entre otras. En primer lugar informaremos al paciente de lo que se le va a hacer, en caso de que el paciente no colabore un auxiliar y un celador tomaran las medidas de seguridad del paciente colocándose uno en cada extremo de la cama movilizándolo adecuadamente e irán retirando la ropa sucia por un orden y colocando la limpia, evitando dejar arrugas y que la ropa no que demasiado ajustada para que el paciente pueda moverse sin ejercerle presión las sábanas .

6 Bibliografía

- López Porcel, J.B. 2008. Cuidados auxiliares básicos de Enfermería. Ed. Vértice. [Citado 27 de octubre de 2010]. Edición electrónica disponible en: http://books.google.es/books?id=3mzf9YFuM1QC&printsec=frontcover&source=gbs_v2_summary_r&cad=0#v=onepage&q=&f=false
- CEP. 2009. Manual para auxiliares de Enfermería. Ciclo formativo de Grado Medio. Ed. CEP.[Citado 27 de octubre de 2010]. Edición electrónica disponible en: http://books.google.es/books?id=L1BlxE3BG8C&printsec=frontcover&source=gbs_v2_summary_r&cad=0#v=onepage&q=&f=false
- Preparación de la cama ocupada. Hospital Gil Casares. Santiago de Compostela. [Citado 27 de octubre de 2010][Actualizado Enero 2003]. Disponible en: www.enferug.com/protocoloschus.htm

Capítulo 1509

REGLAS BASICAS DE COMUNICACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

EVA MARIA COLLAR FERNÁNDEZ

1 Introducción

La capacidad de comunicarnos es una herramienta muy valiosa que nos ofrece muchas posibilidades. El intercambio de información está regulado por ciertas reglas que podemos aprender para comunicarnos de forma más eficaz con los demás.

En la atención primaria, al igual que en otros ámbitos, la comunicación juega un papel básico y fundamental, por tanto se ha de buscar que sea lo más perfecta posible. Una vez que el ciudadano contacte con el servicio de atención sanitaria debemos de tratar de facilitar la comunicación con el mismo.

2 Objetivos

Tratar de transmitir cercanía y confianza, de forma que nuestro interlocutor se explique lo más claramente posible, ayudando con aclaraciones cuando sea necesario y siguiendo unas pautas que permitan que la información fluya entre los dos de forma clara y sin errores.

3 Metodología

Búsqueda en Internet de artículos relacionados con el tema y experiencias profesionales.

4 Resultados

Con el fin de alcanzar los objetivos indicados se deberían de seguir las siguientes pautas o reglas en la atención al paciente:
- Es importante tener una buena acogida con el paciente, al cual preguntaremos qué desea. Si no es para nosotros, le preguntaremos si puede esperar unos segundos mientras contactamos con la persona adecuada.
- La acogida tiene cuatro partes: recepción, saludo, presentación y ponernos a su disposición. Es importante establecer un tono positivo y parafrasear asegurándonos de la comprensión de los que nos han dicho. Debemos evitar que nuestro tono incluya juicios, sarcasmo o evaluación.
- Una vez le hemos escuchado, trataremos de dar la información correcta. Si no estamos seguros, diremos cuando dispondremos de dicha información.
- Evitaremos los tecnicismos, utilizando un lenguaje simple, coloquial y educado.
- No utilizaremos explicaciones de carrerilla, no conviene automatizar las respuestas, ya que cada paciente es único y con unas necesidades específicas.
- No supondremos que el paciente conoce los trámites que nos corresponde hacer, facilitándole los detalles mínimos de procedimientos que solo nos incumben a nosotros.
- No trataremos al paciente con superioridad ya que desconoce los variados procesos que debemos seguir para atenderle correctamente. Necesita nuestra ayuda y confía en nosotros.
-La credibilidad y la confianza la podemos conseguir a través de nuestra competencia y nuestra buena intención.

5 Discusión-Conclusión

Utilizando éstas sencillas reglas conseguiremos un trato más fluido y menos tenso y que el paciente se marche bien informado y satisfecho.

6 Bibliografía

- www.Semfyc.es

- www.Clinic-Cloud.com
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 1510

ACTUACIÓN DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN

MARCOS GONZÁLEZ MARTÍNEZ

JULIO JOSE RODRIGUEZ MUÑIZ

YOLANDA IGLESIAS SANCHEZ

1 Introducción

Dentro del Servicio de Rehabilitación de un hospital, aparecen las figuras de distintos profesionales como son: el Médico Rehabilitador, el Fisioterapeuta, Auxiliar de Enfermería, Logopeda, Terapeuta Ocupacional, Celador, etc.

En la unidad de rehabilitación se intenta conseguir que el paciente mejore su movilidad a través de masajes, ejercicios, etc.

2 Objetivos

Conocer las diferentes tareas desarrolladas por los celadores en las unidades de rehabilitación de los hospitales.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión de la bibliografía existente sobre el tema en diferentes bases de datos.

4 Resultados

Las funciones del celador en el servicio de rehabilitación se desarrollan en dos áreas principalmente:

1. En la zona de puerta del área de rehabilitación:

- Vigilarán las entradas de la Institución, no permitiendo el acceso a sus dependencias más que a las personas autorizadas a ello.
- Recogerán los pacientes de Rehabilitación desde las ambulancias o cualquier otro medio de transporte. Estarán con ellos hasta que la persona responsable se haga cargo de ellos.
- Vigilarán el acceso y estancia de los familiares y visitantes, según las normas del centro.
- No dejarán nunca abandonada la vigilancia de la puerta de entrada.
- En caso de conflicto con un visitante o intruso, requerirán la presencia del personal de seguridad.
- En casos excepcionales podrán ser requeridos para cualquier otra actividad contemplada en su estatuto.
- Se abstendrán de hacer comentarios con los familiares y visitantes de los enfermos sobre diagnósticos, exploraciones y tratamientos que se estén realizando a los mismos, y mucho menos informar sobre los pronósticos de su enfermedad, debiendo siempre orientar las consultas hacia el Médico encargado de la asistencia del enfermo.
- También serán misiones del Celador todas aquellas que les sean encomendadas por sus superiores y que no hayan quedado específicamente reseñadas.

2. En la sala de fisioterapia:

- Tramitarán o conducirán sin tardanza las comunicaciones verbales, documentos, correspondencia u objetos que les sean confiados por sus superiores, así como habrán de trasladar, en su caso, de unos servicios a otros, los aparatos o mobiliario que se requiera. Cuando un celador traslada a un paciente siguiendo las instrucciones del personal sanitario se hará responsable del mismo y de la documentación que se le entregue.
- Realizarán, excepcionalmente, aquellas labores de limpieza que se les encomiende en orden a la situación, emplazamiento, dificultad de manejo, peso de los objetos o locales a limpiar.
- Cuidarán, al igual que el resto del personal, de que los enfermos no hagan uso indebido de los enseres y ropas de la Institución, evitando su deterioro o instruyéndoles en el uso y manejo de persianas, cortinas y útiles del servicio en general.
- Darán cuenta a sus inmediatos superiores de los desperfectos o anomalías que

encontraran en la limpieza y conservación del edificio y material.
- Ayudarán al Fisioterapeuta, cuando sea necesario, en la colocación y sujeción del paciente en su lugar de tratamiento. Para ello tendrán conocimientos de movilización.
- Se abstendrán de hacer comentarios con los familiares y visitantes de los enfermos sobre diagnósticos, exploraciones y tratamientos que estén realizando a los mismos, y mucho menos informar sobre los pronósticos de su enfermedad, debiendo siempre orientar las consultas hacia el Médico encargado de la asistencia al enfermo.
- Estarán siempre localizados en la Unidad a la que estén adscritos.
- En caso de conflicto con un visitante o intruso requerirá la presencia del personal de Seguridad.

5 Discusión-Conclusión

Las tareas más importantes, de cuantas realiza el celador en el servicio de rehabilitación, son seguramente, la de ayudar al fisioterapeuta con el enfermo durante su tratamiento y la de realizar los distintos traslados del paciente dentro de la sala de fisioterapia, el traslado a las distintas dependencias del hospital o a puertas para el transporte a su domicilio. Es importante que el celador conozca cual es la manera de manejar al paciente, según sus características físicas y su patología. La figura del fisioterapeuta nos será de gran ayuda ya que será él quien nos aconseje sobre como realizar el traslado del paciente de una manera u otra.

6 Bibliografía

- http://www.elgotero.com/funciones
del celador.htm
- El celador en los servicios hospitalarios. Formación continuada. Logos
- www.auxiliar-enfermería.com/funciones del celador en las distintas Áreas o servicios

Capítulo 1511

ACOSO PSICOLÓGICO LABORAL O ACOSO MORAL EN EL TRABAJO (MOBBING)

EVA MARÍA ALVAREZ MASA

1 Introducción

En el tiempo en que vivimos han aparecido nuevos riesgos y peligros para la salud del trabajador, sobre todo porque hoy en día es más importante la productividad que el factor humano.

Esto ha llevado a la aparición de nuevas enfermedades profesionales de tipo psicológico, como es el acoso moral o mobbing, que se está convirtiendo en un gran problema social en escaso periodo de tiempo.

El acoso moral o psicológico laboral es definido por Leyma como aquella situación en la que un individuo o grupo ejercen un comportamiento que se caracteriza por suministrar una violencia psicológica de forma continuada y durante un periodo largo de tiempo a otra persona o personas. En un lenguaje más coloquial diremos que el acoso es una actitud de hostigamiento, violencia, intimidación de una persona hacia otra, haciendo que esta pierda toda su dignidad y personalidad.

2 Objetivos

- Definir el acoso.

- Clases de acoso.
- Forma y lugar donde se pueden producir el acoso.
- Consecuencias.
- Cómo prevenir la aparición del acoso.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros, así como una exhaustiva búsqueda en internet.

4 Resultados

Se tiende a confundir acoso con estrés, para la psiquiatra Marie-France Herigoyen, acoso moral es toda actitud abusiva que atenta contra la dignidad e integridad psíquica o física de un individuo y esta se realiza de manera reiterada. Esta conducta pone en peligro el empleo de la persona acosad así como interfiere en el ambiente de trabajo, haciéndole mas incomodo.

Podemos entonces decir que se diferencia del estrés en que no ocurre únicamente por causas relacionadas con el trabajo o con su organización sino que el acoso moral o mobbing tiene origen en las relaciones interpersonales que se producen en los centros de trabajo entre los empleados.

Existen dos tipos de acoso en función puesto de trabajo que ocupa el acosador sobre el acosado..
1. Vertical: este tipo de acoso se produce cuando el acosado ocupa una puesto inferior o realiza un trabajo de una categoría inferior con respecto al acosador. Por ejemplo un médico respecto a una enfermera o auxiliar. El acoso vertical se suele producir por motivos de renovación de puestos, reducción de personal, también puede ser que se necesite eliminar aquellos trabajadores que resultan incómodos y conflictivos para el resto. El acoso laboral vertical como hemos visto puede ser descendente de superior a inferior, pero también puede ser ascendente del inferior al superior, cuando lo que se quiere conseguir es el despido o cese de un jefe o supervisor.
2. Horizontal: es cuando el acoso se manifiesta entre individuos de la misma categoría o nivel jerárquico, realizan un mismo trabajo. Por ejemplo cuando lo que se

quiere conseguir el impedir la promoción del compañero a través de la destrucción de su autoestima. Las causas más frecuentes de acoso es cuando en una centro de trabajo tenemos un individuo con la personalidad de acosador, basada en la envidia, la cobardía, con carrera profesional bastante mediocre, frente a una personalidad de acosado, que si bien no tiene una personalidad concreta, porque cualquiera puede ser acosado en su puesto de trabajo.

Las situaciones de acoso se manifiestas a través de diferentes comportamientos.
- Acciones contra la dignidad de la persona con comentarios dañinos y ridiculizadores.
- Acciones contra el ejercicio de su trabajo, ordenando trabajos difíciles de ejecutar, o bien monótono o repetitivo.
- Manipulación en la comunicación o en la información con la persona acosada, no informándole sobre cuales son funciones o responsabilidades, criticando continuamente sobre como realiza el trabajo.
- Hacer distinciones en el trato entre unos trabajadores y otros.

Las consecuencias para la salud del acosado aparecen gradualmente y cada vez serán mas gravespasando por diferentes etapas:
1ª Etapa. Perplejidad, dudas, el afectado no entiende que esta ocurriendo, busca respuestas que nadie le da.
2ª Etapa. Culpabilidad. Comienza a deteriorarse su autoestima, aparecen la tristeza, apatía, la gran temida ansiedad, acompañada de insomnio, irritabilidad que terminarán desembocando en el principio de una depresión.
3ª Etapa. El Aislamiento Profunda que lleva al acosado a encontrarse y sentirse totalmente solo en el trabajo, a estar convencido que todos los problemas laborales son culpa suya lo que le conduce a renunciar a su puesto.

Las medidas que debemos tener encuenta para prevenir esta situación de acoso serán:
1. Planificar y diseñar las relaciones sociales del centro de trabajo
2. Potenciar una mayor participación de los trabajadores en la toma de decisiones.
3. Ofrecer apoyo psicológico a los trabajadores
4. Debe existir igualdad entre todos los empleados
5. A la hora de producirse una promoción de puestos de trabajo debe verse una total transparencia.

5 Discusión-Conclusión

El acoso psicológico labora esta cada vez mas implantado en nuestro sociedad y sobre todo en el mundo laboral. Se debe aunar esfuerzos para combatir el problema.

Tenemos que concienciar que ante una situación de acoso se debe pedir inmediatamente ayuda así detendremos antes el problema. En el mundo laboral tolerancia cero frente al acoso, pero sobre todo en los centros de trabajo se debe poner en práctica las medidas necesarias para eliminar o anular cualquier situación de acoso.

6 Bibliografía

1. Hirigoyen M-F. «EL ACOSO MORAL EN EL TRABAJO Distinguir lo verdadero de lo falso». :4.
2. Roca LB. El «Mobbing» o acoso moral en el trabajo. Psicopatología Clínica Legal y Forense. 2002;2(2):113-20.
3. Gil-Monte PR. Algunas razones para considerar los riesgos psicosociales en el trabajo y sus consecuencias en la salud pública. Rev Esp Salud Publica. abril de 2009;83:169-73.

Capítulo 1512

CÓMO AFECTA LA NUEVA LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS EN EL ÁMBITO SANITARIO.

LAURA PRIETO REDONDO

BEATRIZ MENENDEZ SARIEGO

GUADALUPE CUERVO BLANCO

1 Introducción

La nueva normativa en el ámbito de protección de datos, adquiere importancia dentro del ámbito sanitario, puede ser compleja dado el gran número de datos que se generan y la importancia de éstos para la planificación de recursos y mejora de la actividad asistencial.

Por otro lado, en un hospital se genera un gran número de datos, que además son necesarios para introducir con evidencia todos los avances terapéuticos y de tecnología sanitaria.

Cuando sea necesario para la prevención de un riesgo o peligro grave para la salud, las administraciones sanitarias podrán acceder a los datos de los pacientes por razones epidemiológicas o de protección de la salud pública. No obstante, el acceso habrá de realizarse por un profesional sanitario sujeto al secreto profesional o por otra persona sujeta a una obligación equivalente de secreto, previa motivación por parte de la administración que solicitase el acceso a los datos.

2 Objetivos

Dar a conocer mediante una revisión bibliográfica cómo afecta la nueva ley de protección de datos en el ámbito sanitario.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El artículo 9 del RGPD recoge la principal base legal para el tratamiento de este tipo de datos, el consentimiento, que deberá ser explícito según la nueva normativa europea. Así los hospitales y demás instituciones sanitarias tendrán que esforzarse mucho más para demostrar que los pacientes han comprendido y aceptado sus condiciones de uso.
Aquellos centros que aún no hayan adaptado sus cláusulas de consentimiento a los requisitos que ahora se exigen deberán replantearse el protocolo para obtener el consentimiento de los pacientes.
Fuera del consentimiento la legislación únicamente permite tratar los datos enmarcados en esta categoría especial cuando concurra alguna de las siguientes circunstancias:
• Cuando el tratamiento sea necesario para proteger intereses vitales del interesado o de otra persona física en caso de que el interesado no esté capacitado para dar su consentimiento.
• Cuando el tratamiento es necesario para fines de medicina preventiva o laboral, evaluación de la capacidad laboral del trabajador, diagnóstico médico, prestación de asistencia o tratamiento de tipo sanitario o social, o gestión de los sistemas y servicios de asistencia sanitaria y social en virtud de un contrato con un profesional sanitario.
• Cuando el tratamiento es necesario por razones de interés público en el ámbito de la salud pública.

Con el nuevo reglamento aumenta el nivel de información que todos los usuarios deben recibir de los responsables del tratamiento de sus datos. En este sentido, la información facilitada debe contener como mínimo los siguientes detalles:
• Los datos de contacto del Delegado de Protección de Datos cuando este sea designado.
• La base jurídica o legitimación para el tratamiento.
• El plazo o los criterios de conservación de la información.
• La existencia de decisiones automatizadas o elaboración de perfiles.
• La previsión de transferencias a terceros países.
• El derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de Control.
Recomendamos que la información exigida en el nuevo Reglamento se incorpore lo antes posible a la que en la actualidad se proporciona, realizándose una actuación progresiva.

Dentro de las medidas de responsabilidad activa exigidas por el RGPD se encuentra la Evaluación de Impacto, cuyo concepto se introduce en su artículo 35 siendo obligatorio para procesamientos de alto riesgo, en los que se incluyen los datos de salud.
La Evaluación de Impacto debe realizarla el centro hospitalario responsable del tratamiento, que es por tanto el responsable de su elaboración antes del tratamiento, aunque debe contar con el asesoramiento del Delegado de Protección de Datos.
Los responsables y los encargados están obligados (siempre en los casos de tratamientos de datos de salud, genéticos o biométricos) a mantener un registro de las actividades de tratamiento que realicen.
Este registro debe de contener al menos los siguientes datos:
• Identificación y datos de contacto del responsable, corresponsable, representante y delegado de protección de datos.
• Fines del tratamiento.
• Descripción de categorías de interesados y datos.
• Categorías de destinatarios existentes o previstos (inclusive en terceros países u organizaciones internacionales).
• Transferencias internacionales de datos y documentación de garantías para transferencias de datos internacionales exceptuadas sobre base de intereses legítimos imperiosos.

5 Discusión-Conclusión

- La aplicación de esta nueva normativa, conlleva la restricción al acceso de los datos clínicos y personales del paciente.
- Sólo el propio interesado o su representante tienen acceso a todo su historial.
- La normativa, obliga a preservar los datos de identificación personal del paciente, separados de los de carácter clínico asistencial, de manera que, como regla general, quede asegurado el anonimato, salvo que el propio paciente haya dado su consentimiento para no separarlos.
- No todas las veces ocurre este, puesto que hay que tener en cuenta los escenarios que se pueden dar, como por ejemplo, una epidemia.
- Otro caso donde se tiene acceso a los datos personales y clínicos es, los supuestos de investigación de la autoridad judicial en los que se considere imprescindible la unificación de los datos identificativos con los clínico asistenciales, en los cuales se estará a lo que dispongan los jueces y tribunales en el proceso correspondiente.

6 Bibliografía

- Reglamento Europeo de Protección de datos.
- Blog Signaturit.
- Ley orgánica 15/1999 de protección de datos.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 1513

CELADORES. LA VITAL IMPORTANCIA DEL LAVADO DE MANOS COMO TÉCNICA PREVENTIVA

MARTA JURADO PARAMAS

JUAN CARLOS CORDERA GARCÍA

FRANCISCO JAVIER PEREZ CASTRO

1 Introducción

Podemos considerar al lavado de manos es la técnica más importante como medida preventiva en un centro hospitalario. Es necesaria y fundamental. Todo el personal de salud precisará una pulcra y eficiente higiene de manos y deberá realizar un meticuloso lavado de manos con el fin de evitar la propagación de gérmenes e infecciones.

2 Objetivos

- Prevenir la transmisión de infecciones y agentes provocadores de enfermedades no sólo desde o hacia los pacientes sino también entre el personal sanitario.
- Determinar los distintos tipos de lavados de manos, así como las pautas a seguir para realizar de forma correcta el lavado e higiene, dando habida cuenta de su importancia esencial en el ámbito sanitario.

3 Metodología

Se realizan una serie de búsquedas en motores como Scielo, así como en Google Académico y temarios actualizados de oposiciones de la categoría de celadores que contienen técnicas de lavado de manos como parte del aprendizaje de la profesión, dando una visión adecuada de su importancia preventiva.

4 Resultados

El lavado de manos es la principal medida para prevenir la propagación de infecciones, agentes bacteriológicos y muchas enfermedades. En un hospital, donde gran parte de las personas están sumergidas en patologías infecciosas o tienen las defensas comprometidas, se hace imperativo y esencial el lavado de manos frecuente y meticuloso. Cuanto más tiempo se dedique al lavado de manos, más microorganismos se eliminarán.

Solemos confundir los términos limpiar y desinfectar, pero no son equivalentes, son dos técnicas con resultados distintas. Cuando hablamos de limpiar, usaremos jabón, que no elimina por completo los gérmenes pero sí reduce su cantidad y el riesgo de propagación de los mismos. Cuando hablamos de desinfectar, utilizaremos productos antisépticos, que eliminan por completo gérmenes y microorganismos, evitando su proliferación y desarrollo y por tanto, disminuyendo considerablemente la propagación de enfermedades e infecciones.

Tipos de lavados de manos en un centro hospitalario:
- Lavado de manos rutinario o doméstico: se elimina la suciedad, flora transitoria y la materia orgánica. Se utiliza jabón neutro (mejor utilizado con un dosificador) y agua. Tiene efecto por arrastre, por lo que echaremos una cantidad de jabón en la palma de la mano, cubriendo toda la superficie y frotaremos vigorosa y enérgicamente, entrelazando los dedos, lavando los espacios interdigitales y la muñeca durante 40-60 segundos. Aclararemos con abundante agua y secaremos con una toalla desechable. Cerramos el grifo con una toalla de papel. Nos lavaremos así las manos antes y después del contacto con un paciente y siempre que haya sospecha de contaminación de manos u objetos. También lo haremos después de quitarnos los guantes.
- Lavado de manos antiséptico o clínico: su función es eliminar la materia orgánica , la flora transitoria y parte de la resistente. La técnica será idéntica a la del lavado de manos rutinario , tan solo cambiaremos el tipo de jabón, que será un jabón antiséptico. La duración del proceso será de un minuto.

- Lavado de manos quirúrgico: eliminará la flora transitoria y al máximo la flora resistente. Es un proceso de cepillado y de fricción de manos, brazos y antebrazos que tiene lugar antes de la cirugía , y su objetivo es eliminar el mayor número de gérmenes posible. La apertura del grifo se realizará siempre a través de un grifo de codo o pedal. Utilizaremos un jabón antiséptico (la clorhexidina al 4% o la povidona yodada al 7,5 % aplicando de 3 a 5 ml en la palma de la mano para luego seguir hasta el antebrazo, frotando enérgica y vigorosamente durante 5 minutos el primer lavado y siendo de 3 los siguientes.
- Cepillaremos las uñas con un cepillo estéril durante , como mínimo, 30 segundos, incluyendo los lechos ungueales y yemas de los dedos para luego aclararlo con abundante agua.
- Enjabonamos de nuevo manos y antebrazos aclarando siempre las puntas de los dedos hasta el codo. Secamos con una toalla estéril . No se deberá frotar. Mantendremos las manos más altas que los brazos y alejadas del cuerpo, y no deberemos tocar superficies o elementos del lugar. Entraremos en el quirófano siempre dando la espalda a a la puerta. Realizaremos este procedimiento dos veces.
- Como medidas adicionales a estos lavados: no llevaremos las uñas largas y no usaremos ningún tipo de barniz. Tendremos las manos libres de anillos y pulseras , ya que en estos lugares se acumula una considerable cantidad de microorganismos de difícil eliminación.
- Un sistema de higiene de manos en seco es la solución alcohólica , que elimina la mayoría tanto de gérmenes como de virus. La duración del proceso será de 20 a 30 segundos.

5 Discusión-Conclusión

Debemos ser conocedores que, con una adecuada higiene de manos, se consigue disminuir considerablemente la propagación de gérmenes, bacterias y virus. Asimismo, tenemos que tener la perspectiva de que, como celadores, el no seguir estas directrices de lavado de manos puede ser pernicioso para nuestra salud y la de los pacientes, que deben ser una clara prioridad para el trabajador sanitario.

6 Bibliografía

1. Guía para lavado de manos. (2006). Cusco, Perú. Disponible en :http://files.sld.cu/anestesiologia/files/2011/11/guia-de-lavado-de-manos.pdf
2. Guía: Lavado de manos clínico y quirúrgico. (2012). [ebook] Available at: http://www.irennorte.gob.pe/pdf/epidemiologia/GUIA-LAVADO-MANO-

CLINICO-Y-QUIRURGICO-FINAL-ABV.pdf
[Accessed 11 Feb. 2020].
3Celador del Servicio de Salud del Principado de Asturias. SESPA. Temario y test específico. (2018). Editorial CEP.

Capítulo 1514

AISLAMIENTOS SANITARIOS.

SILVIA CANO GARCÍA

RUBEN DARIO VALLE PONS

1 Introducción

Los aislamientos hospitalarios consisten en un conjunto de medidas destinadas a evitar que los pacientes con enfermedades transmisibles puedan contagiar al resto de los pacientes y al personal del centro sanitario. Es por tanto de suma importancia conocer los protocolos a seguir.

2 Objetivos

Conocer los protocolos establecidos y demostrar que su correcto seguimiento evita la extensión de enfermedades que puedan ocasionar un problema de salud público.

3 Metodología

Los protocolos a seguir son establecidos por el Servicio de Medicina Preventiva que elabora un programa para el control de infecciones en el centro sanitario.

4 Resultados

Queda demostrado que el correcto aislamiento del paciente (habitaciones cerradas, técnica de doble bolsa cuando hay que retirar objetos o desechos de éstas, desinfección adecuada de las estancias y un correcto equipamiento de la

habitación para evitar el traslado de aparatos de una habitaciones a otras) y un trabajo meticuloso del personal del centro (lavado de manos , utilización de gorro, calzas, guantes, bata y mascarilla así como una correcta desinfección y esterilización de los utensilios) evitan riesgos de infección tanto para el profesional como para el resto de pacientes del centro sanitario.

5 Discusión-Conclusión

El correcto aislamiento de pacientes con patologías contagiosa es fundamental para evitar la propagación de enfermedades con el consiguiente riesgo para la salud colectiva. Tampoco hay que olvidar el coste a nivel económico que puede suponer para la sanidad pública ya que la propagación de enfermedades contagiosas en el hospital ocasionaría ingresos más largos para los pacientes, mayor gasto en farmacia y por supuesto un incremento en el gasto de personal.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 1515

PREVENCIÓN DE RIESGOS. CONDICIONES OPTIMAS EN EL PUESTO DE TRABAJO

JOSE MANUEL GONZALEZ MORAN

1 Introducción

El ruido es uno de los riesgos laborales más extendido y de los menos considerados. Un 30% de la población trabajadora está expuesta a ruidos que superan los 85dB. Tras 35 años de exposiciones a niveles de ruidos elevados, deriva en un 9% de los casos con sordera profesional. Además de provocar pérdida de audición el ruido dificulta la comunicación, aumenta la probabilidad de errores y con ello la probabilidad de accidentes, genera estrés y puede contribuir a la aparición de problemas circulatorios, digestivos y nerviosos.

Una iluminación inadecuada en el trabajo puede generar fatiga ocular, cansancio, dolor de cabeza, estrés y accidentes. Un puesto de trabajo con poca luz daña la vista. También cambios bruscos de luz pueden ser peligrosos, pues ciegan temporalmente, mientras el ojo se adapta a la nueva iluminación. El grado de seguridad con el que se ejecuta el trabajo depende de la capacidad visual.

Los factores que más influyen en el confort ambiental son la temperatura, la humedad y la ventilación. Todos estos factores interactúan entre sí. Es imposible definir con exactitud los parámetros de un ambiente confortable, principalmente, porque la sensación de confort difiere mucho de unas personas a otras. Por eso, cuando las personas no tienen la posibilidad de ejercer un control personal sobre

sus condiciones climáticas en el trabajo, aparecen muchos problemas de discrepancia y relación laboral.

2 Objetivos

Realizar mediciones en diferentes puntos de la empresa para obtener niveles óptimos de de ruido que no superen los 55 dB, una correcta iluminación y unas buenas condiciones ambientales en aras de diseñar un centro de trabajo confortable con el objetivo último de evitar riesgos en la salud de los empleados.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Scielo y Medline, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Respecto al ruido se hace un muestreo de varias mediciones. Para ello se utilizó un sonómetro integrador modelo CESVA SC-15c del tipo 2 que cumple con las normas IEC 651. El sonómetro se calibró antes y después de cada medición mediante un calibrador sonoro CESVA CB-5 de frecuencia fija.

En cuanto a la iluminación se toman varias muestras las cuales se miden en LUX. El aparato de medida es el Luxómetro, que convierte la energía luminosa en una señal eléctrica, que posteriormente se amplifica y reporta una lectura en una escala de lux calibrada.

Para determinar unas condiciones confortables en el puesto de trabajo se realizan mediciones de temperatura y humedad en sala. Controles de calor y ventilación. Se hace una revisión de la ley para asegurar que se cumplan todos los niveles establecidos por la misma.

1. El Ruido.

Las mediciones se efectuaron con el sonómetro en posición SLOW, FAST y PEAK. La medición del nivel equivalente Leq,t ofrecido por el sonómetro, se efectuó en DBA a fin de acercar la medida a la respuesta del oído humano. Se midieron los niveles de pico en todos los puestos de trabajo a fin de comprobar que éstos no superaban los 55 dB.
• Leq,d: medida tomada con el sonómetro.
• Ti: tiempo de exposición del trabajador a esa situación de ruido.
La evaluación realizada se basa en la determinación del nivel de ruido diario equivalente y del nivel de pico máximo.
Se aplica la siguiente fórmula:
Leq,d=10.log[1/8.ΣTi.100,1.Laeq,Ti]

2. La iluminación. Para una correcta iluminación de la zona de trabajo debe tenerse en cuenta:
• Los riesgos para la seguridad y salud de los trabajadores dependientes de las condiciones de visibilidad.
• Las exigencias visuales de las tareas desarrolladas.

Siempre que sea posible, los lugares de trabajo tendrán una iluminación natural, que deberá complementarse con una iluminación artificial cuando la primera, por sí sola, no garantice las condiciones de visibilidad adecuadas. El nivel de iluminación de una zona en la que se ejecute una tarea se medirá a la altura donde ésta se realice; en el caso de zonas de uso general a 85 centímetros del suelo y en el de las vías de circulación a nivel del suelo. Los Niveles recomendados de iluminación en función del tipo de actividad a realizar. En el caso de funciones administrativas hablamos de 500lux como nivel óptimo.

3. Confort ambiental.
Se aplican dos indices Para valorar el estrés térmico y el confort térmico.

Índice WBGT: combinación de factores que intervienen en la generación del estrés por calor. Temperatura, humedad, velocidad de aire, calor radiante, metabolismo.
WGT=0.7 Th+0.2Tg+0.1Ts
Th: temperatura humedad natural.
Tg: temperatura del globo.
Ts: temperatura seca.

Método de Fanger: Mide el confort térmico. Es el más utilizado en lugares en los

que los problemas de temperatura no son extremos. Se basa en el cálculo del IMV índice de valoración medio y el PPD porcentaje previsible de insatisfechos.

Ventilación: Se medirá la concentración de dióxido de carbono para conocer la calidad del aire. Se usan equipos de medida como los anemómetros.

Humedad: Mide la cantidad de vapor de agua en el aire. La humedad relativa recomendable oscila del 40% al 50%. Para la toma de medidas se utilizan el higrómetro.

Calor: Las altas temperaturas constituyen una amenaza para la salud. El organismo necesita mantener una temperatura interna entre 36 y 37ºC. Para la toma de muestras de temperatura se ha utilizado un termómetro de bulbo. El termómetro ha sido previamente calibrado, se respetan los márgenes de espera para estabilizar la columna de mercurio y se apantalla el bulbo contra las radiaciones.

5 Discusión-Conclusión

Tras el estudio, cálculos y análisis realizados se han llegado a determinar las siguientes conclusiones: por un lado los resultados generales del Estudio, revelan que no existe exposición a niveles de presión sonora por encima de lo tolerado. Al realizar o tener en cuenta medidas de control que permitan reducir los Niveles Diarios Equivalentes de exposición de los trabajadores en un puesto de trabajo pueden tomarse medidas técnicas u organizativas.

Por otro lado un ambiente bien iluminado no es solamente aquel que tiene suficiente cantidad de luz , sino aquel que genera un perfecto equilibrio entre la calidad, cantidad y estabilidad de la luz.

Para finalizar mencionar que en materia de microclima es de máxima importancia evaluar los riesgos de estrés térmico y el control de los parámetros marcados por la ley. Se debe evitar las condiciones individuales de cada trabajador, que en muchas ocasiones se alejan de los límites asentados en la ley. Se trabaja para asegurar la máxima comodidad para el mayor número de personas posibles.

6 Bibliografía

- RD 486/1997, de 14 de abril por el que se establecen disposiciones mínimas de seguridad y salud en los lugares de trabajo.

- RD 1561/1995, de 21 de septiembre sobre jornadas especiales de trabajo.
- RD 773/1997, de 30 de mayo, por el que se establecen las disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas a la utilización por los trabajadores de equipos de protección individual.
- RD 1316/1989, de 27 de octubre sobre protección de los trabajadores frente a los riesgos derivados de la exposición al ruido durante el trabajo.
- RD 773/1997, de 30 de mayo sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas a la utilización por los trabajadores de equipos de protección individual
- RD 485/1997, de 14 de abril sobre disposiciones mínimas en materia de señalización de seguridad y salud en el trabajo
- RD 486/1997 de 14 de abril, por el que se establecen disposiciones mínimas de seguridad y salud en los lugares de trabajo.
- RD 2177/1996 de 4 de octubre, por la que se aprueba la norma básica de la edificación.
Prevención de riesgos laborales en oficinas y despachos (internet) Mc mutual;2008. Disponible en www.fauca.org

Capítulo 1516

EL TRABAJO EN EQUIPO EN LA SANIDAD

SILVIA FERNANDEZ GARCIA

ROSA ANA FERNÁNDEZ GARCÍA

1 Introducción

La gran variedad de actividades que se realizan en el ámbito sanitario deben de estar en la mayoría de los casos coordinadas dentro de la propia organización, para poder llevarlas a cabo es fundamental el trabajo en equipo. Tener un objetivo común y la coordinación de todos los miembros que participan en él, son algunos de los factores principales para su éxito. La cohesión es uno de los elementos básicos para que el trabajo en grupo funcione, cuanto mayor sea su nivel, mayor motivación habrá por parte de los integrantes. Trabajar en equipo proporciona una serie de ventajas como complementar diferentes tareas uniendo las habilidades que tiene cada uno de sus miembros. A modo individual el trabajo en equipo, está comprobado que mejora el rendimiento de los trabajadores y aumenta la satisfacción personal.

2 Objetivos

- Trabajar por un objetivo común.
- Potenciar las habilidades de cada individuo y disminuir sus debilidades.
- Posibilitar una motivación compartida para mejorar en el ámbito laboral.
- Obtener sinergias.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica y sistemática en páginas web y publicaciones a las que accedemos a través de internet utilizando como descriptores clave: equipo, sinergias, motivación, objetivo común, coordinación.

4 Resultados

Dentro del ámbito sanitario el desarrollo del trabajo en equipo no solo se refiere a los profesionales sanitarios sino también al personal no sanitario, como pueden ser celadores o personal administrativo. Conseguir el bienestar de los pacientes es el objetivo principal que debe de tener cualquier trabajador del ámbito de la salud. Esto empieza desde su acogida en cualquier centro sanitario.

Para el logro de este objetivo común es importante tener una cultura de colaboración y trabajar con personas que tengan disponibilidad para alcanzar los mismos propósitos, aportando cada uno sus talentos y lo mejor de sí mismos, posibilitando así un aprendizaje mutuo. Esto provoca a su vez en el personal un sentimiento de bienestar que se contagia y que se ve reflejado en la motivación de los trabajadores en el día a día, incrementándose la armonía en el grupo. La sinergia es uno de las ventajas principales del trabajo en equipo, consiste en que el resultado obtenido por el grupo es mucho mejor que los resultados que obtendrían de manera individual cada uno de los miembros.

Y aunque también pueden surgir problemas en un grupo, ya que no todas las personas tienen la capacidad de trabajar en equipo y puedan surgir discusiones o conflictos prevalecen las ventajas, y cuando surgen problemas es más fácil encontrar una solución ya que cada miembro aportará una idea para poder eliminarlos.

5 Discusión-Conclusión

Cada vez se está dando más valor al trabajo en equipo, ya que se está demostrando que son muchas las ventajas que ésta forma de trabajar proporciona a todas las organizaciones incluida la sanidad. El trabajo en grupo proporciona muchos beneficios tanto a la organización como puede ser el alto rendimiento de los profesionales, la motivación y el compromiso por parte de todos los miembros que forman el grupo así como beneficios personales para el individuo como sentirse reconocido al aportar sus ideas, mejorando su confianza y comunicación.

6 Bibliografía

- Funiblogs (blogs.funiber.org)
- Scielo
- http://blog.infoempleo.com/
- Aiteco Consultores Desarrollo y Gestión (aiteco.com)

Capítulo 1517

LA HISTORIA CLÍNICA

LORENA ZAPICO GUTIERREZ

1 Introducción

En el momento en el que una persona acude por primera vez a realizar un control de su salud o a solucionar un episodio de enfermedad, se origina un documento personal y único en el que aparecerán todos los datos relacionados con su salud, ya sea en un hospital, en un centro de atención primaria o en un consultorio médico. Es un documento imprescindible para guardar toda la información relativa a la salud de un paciente y los servicios y atención prestados al mismo.

Atendiendo a la Ley 41/2002, la Historia Clínica comprende « el conjunto de los documentos relativos a los procesos asistenciales de cada paciente, con la identificación de los médicos y de los demás profesionales que han intervenido en ellos, con objeto de obtener la máxima integración posible de la documentación clínica de cada paciente, al menos, en el ámbito de cada centro. » Antes de aparecer esta Ley la historia clínica se mencionaba en el artículo 61 de la Ley General de Sanidad.

2 Objetivos

La función principal de la «historia clínica» es facilitar el trabajo de los profesionales de la salud que tengan que tratar a un paciente, conociendo de primera mano y de forma inmediata toda la información relativa a su salud.

Entre sus funciones, se encuentra la posibilidad de que el médico ofrezca una asistencia personalizada al paciente, aprender y mejorar los aciertos y errores en

tratamientos pasados, investigar algunas ramas científicas a partir de la información contenida en el documento, mejorar la calidad de la salud de un paciente, gestionar y administrar los servicios médicos de las instituciones sanitarias, etc.

Resulta afectado por la gestión de las Historias Clínicas el derecho a la intimidad y por ello, cada centro, procederá al archivo de manera que queden garantizadas su seguridad, su correcta conservación y la recuperación de la información.

Debido a la importancia que tiene la historia clínica en nuestro Sistema Nacional de Salud vamos a tratar de desarrollar en este artículo cuál es su contenido mínimo, los diversos usos de la historia clínica y los derechos relacionados con el acceso y la custodia.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica revisando las siguientes bases de datos: Scielo, Dialnet y Elsevier. Los descriptores utilizados han sido: historia clínica, derecho de acceso tanto del paciente como de los profesionales asistenciales y custodia y conservación de la historia clínica.

Se han tomado como referencia varios artículos de la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

4 Resultados

La cumplimentación de la Historia será responsabilidad de los profesionales que intervengan.
El contenido mínimo de la Historia Clínica será el siguiente:
• Documentación relativa a la hoja clínico-estadística
• Autorización del ingreso
• Informe de urgencia
• Anamnesis y exploración física
• Evolución
• Órdenes médicas
• Hoja de interconsulta
• Informes de exploraciones complementarias
• Consentimiento informado
• Informe de anestesia

• Informe de quirófano o registro del parto
• Informe de anatomía patológica
• Evolución y planificación de cuidados de enfermería
• Aplicación terapéutica de enfermería
• Gráfico de constantes
• Informe clínico de alta

- USOS DE LA HISTORIA CLÍNICA

El artículo 16 de la Ley 41/2002, establece cuándo se puede usar la historia clínica de un paciente.

Como primer y más importante, se encuentra el uso por parte de los profesionales sanitarios para poder asistir correctamente al paciente.

Este personal, así como el de administración y gestión de los centros sanitarios, tan sólo puede acceder a los datos de la historia clínica relacionada con las funciones de cada uno.

Ni qué decir tiene que, al tratarse de datos especialmente protegidos, cualquier personal que acceda a la historia clínica de un paciente queda estrictamente sujeto al deber de secreto.

Hay otros usos de la historia clínica que se rigen por lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y en la Ley General de Sanidad, y que son los accesos a la historia clínica:

• Con fines judiciales
• Con fines epidemiológicos
• Con fines de Salud Pública
• Con fines de investigación
• Con fines de docencia

Por regla general, para poder acceder a la historia clínica con estos fines, es preciso separar los datos del paciente que le identifiquen, del resto de la historia, con el fin de preservar el anonimato, salvo que el paciente haya prestado su consentimiento para ello.

La excepción se encuentra en la investigación judicial, donde sea imprescindible contar con todos los datos identificativos del paciente.

Por último, si se trata de un supuesto de prevención de un riesgo o peligro grave para la salud de la población, las Administraciones sanitarias podrán acceder a los datos identificativos de los pacientes por razones epidemiológicas o de protección de la salud pública, siempre y cuando el acceso se realice por un profesional sanitario sujeto a secreto profesional, previa justificación de solicitud de acceso por parte de la Administración.

- DERECHO DE ACCESO A LA HISTORIA CLÍNICA
El paciente tiene derecho de acceso a la documentación de su historia clínica y a obtener copia de los datos que figuran en ella, pudiendo acceder por medio de representación debidamente acreditada.

Otro aspecto a tener en cuenta es el acceso a la historia clínica de un paciente que ha fallecido. Se permite a las personas vinculadas al fallecido por razones familiares o de hecho y a sus herederos dirigirse al responsable o encargado del tratamiento para solicitar el acceso a los datos personales de aquélla (también para su rectificación o supresión), salvo que la persona fallecida lo hubiese prohibido expresamente o así lo establezca una ley.

Si el fallecido fuese menor de edad, podrán acceder a sus datos personales sus representantes legales o el Ministerio Fiscal. Por otro lado, si el fallecido fuera una persona con discapacidad, también podrán acceder a sus datos personales quienes hubiesen sido designados para el ejercicio de funciones de apoyo, si tales facultades se entendieran comprendidas en las medidas de apoyo prestadas por el designado.

El derecho de acceso del paciente a su historia clínica no puede ejercitarse en perjuicio del derecho de terceras personas a la confidencialidad de los datos que constan en ella, recogidos en interés terapéutico del paciente, ni en perjuicio del derecho de los profesionales participantes en su elaboración, quienes pueden oponer al derecho de acceso la reserva de sus anotaciones subjetivas (artículo 18.3 Ley 41/2002).

CUSTODIA DE LA HISTORIA CLÍNICA
La conservación de la Historia Clínica implica su custodia, o lo que es lo mismo que sea preservada la información en ella contenida. La conservación no sólo significa que se guarde, sino también que se preserve la información que la generó. El paciente tiene derecho a que los centros sanitarios establezcan un mecanismo de custodia activa y diligente de las Historias Clínicas. Dicha custodia permitirá la recogida, la integración, la recuperación y la comunicación de información sometida al principio de confidencialidad.

5 Discusión-Conclusión

Debido a la importancia de la Historia Clínica y resultando afectado nuestro derecho a la intimidad los centros sanitarios deben garantizar su seguridad, su

correcta conservación, recuperación de la información, y además, establecer los mecanismos necesarios para garantizar que el contenido es auténtico. Los profesionales deben mantener la confidencialidad de los datos.

Los centros sanitarios deberán regular el procedimiento que garantice el derecho de acceso del paciente a la Historia Clínica y a obtener copia de los datos que constan en ella, eso sí, con la reserva de las anotaciones subjetivas de los facultativos. Este derecho de acceso puede ejercerse también por representación.

6 Bibliografía

- https://es.slideshare.net/fjss03/documentacin-asistencial-y-no-asistencial
- https://www.redaccionmedica.com/opinion/la-documentacion-clinica-3345
- https://clinic-cloud.com/blog/la-historia-clinica-paciente-sirve/
- Ley 41/2002, de 14 noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- Auxiliar Administrativo del Servicio de Salud del Principado de Asturias (Editorial MAD)

Capítulo 1518

GESTION DE RESIDUOS SANITARIOS

FRANCISCO JAVIER GONZALEZ ALVAREZ

1 Introducción

Aunque el interés sanitario y medioambiental de los residuos hospitalarios no es nuevo, fue a partir de los años 80, y especialmente tras la aparición del SIDA, cuando el tema de los residuos producidos por los hospitales comenzó a ser percibido como un problema potencial para la salud pública. A este interés ha contribuido también el progresivo endurecimiento de las regulaciones medioambientales, inicialmente en determinados países (Francia, Alemania, Holanda) y, posteriormente, en el conjunto de los estados miembros de la Unión Europea.

En 1989 la Administración del Principado de Asturias inició la evaluación de la gestión de los residuos en los centros sanitarios, para poner en marcha un Plan Integral de Residuos Sanitarios. En este sentido, dos de los factores que fueron identificados como limitantes de una buena gestión de estos residuos eran la ausencia de una norma legal estatal específica (aunque determinadas Comunidades Autónomas han regulado el tema en sus territorios), así como la ausencia de criterios homogéneos de definición, clasificación, envasado, transporte y eliminación de los diferentes tipos de residuos. También aparecieron como circunstancias limitantes la inadecuación estructural de los hospitales, la ausencia de regulación interna y el escaso conocimiento del personal sanitario y no sanitario en relación al problema.

Existe una conciencia mundial de la necesidad de imponer controles más estrictos sobre los desechos generados en los hospitales, clínicas y otras instituciones de atención a la salud. Durante muchos años, la Organización Mundial de la Salud ha

tratado de que los desechos hospitalarios sean tratados como desechos especiales y en 1983 se produjeron recomendaciones en este tema (OMS, 1985).

Se conoce con certeza que muchos de los desechos hospitalarios son de los más peligrosos que existen; además, debido al crecimiento de la población y la complejidad de las enfermedades actuales, el riesgo de transmisión que se presenta en los hospitales, como infecciones intrahospitalarias, tienen una alta repercusión en los pacientes tanto internos como externos.

En la mayoría de los casos, a nivel mundial, se ha constituido en la causa de la ampliación de la permanencia de los pacientes en los hospitales por adquirir otras enfermedades diferentes a las que tenían cuando ingresaban a esos centros. En buena medida, esos problemas colaterales surgen de las malas prácticas en el manejo y de la disposición final de los desechos hospitalarios.

2 Objetivos

Como trabajador del sector sanitario, el auxiliar administrativo en su quehacer diario, va a estar en contacto con los residuos que se generan en los centros sanitarios, por lo que es importante que sepa el tipo de residuos que se producen en los mismos, su peligrosidad, su posible reciclado o eliminación; así como su correcta segregación, con el fin de conseguir un entorno más sostenible.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica de las principales bases de datos, entre ellas: Dialnet, Scielo, Elsevier, Pudmed, Cuiden…

Las palabras clave utilizadas para el desarrollo de la búsqueda fueron: “residuos”, “gestión de residuos”, “deshechos sanitarios”, “residuos hospitalarios”, “clasificación de residuos hospitalarios”.

4 Resultados

Un residuo es cualquier sustancia u objeto que su poseedor deseche o tenga la intención o la obligación de desechar. Si bien esta es una definición ampliamente aceptada y utilizada, el criterio para establecer la clasificación de los residuos difiere de unas fuentes a otras.

Los residuos sanitarios u hospitalarios son aquellos generados en las actividades sanitarias. Buena parte de ellos se encuentran potencialmente contaminados con sustancias o líquidos biológicos, al haber sido utilizados en tratamientos clínicos. Este tipo de residuos, de tratamiento especial, proceden de:
- Hospitales
- Clínicas y sanatorios de medicina humana
- Consultas de profesionales independientes
- Centros de asistencia social
- Laboratorios de investigación médica
- Centros de atención primaria
- Centros de salud
- Centros de planificación
- Cualquier otra que tenga relación con la salud humana
- Centros y servicios veterinarios asistenciales

Los residuos sanitarios se clasifican en: Sólidos, Líquidos y Radioactivos

1. Residuos sanitarios solidos.

Los residuos sanitarios sólidos se clasifican en:

- Tipo l - Residuos asimilables a urbanos: Residuos no específicos de la actividad propiamente asistencial o tóxicos

Dentro de este tipo de residuos se incluyen los siguientes: Residuos de cocina, residuos de residencia (periódicos, flores, papeles; etc.), residuos de actividad administrativa, equipamiento médico obsoleto sin utilizar, residuos de jardinería, envases de vidrio, envases vacíos de medicamentos, excepto los de citostáticos, mobiliario y equipamiento en desuso, papel-cartón y demás embalajes, colchones, todo aquel material que ha sido sometido a algún tratamiento específico de descontaminación o esterilización.

Los residuos Asimilables a Urbanos a Urbanos se recogerán en bolsas de color negro homologadas. Estas bolsas se introducirán en otras bolsas de color negro. Las bolsas, una vez cerradas, deberán introducirse en contenedores de 120 ó 240 litros, normalizados (cerrados y remolcables), iguales a los de la recogida hermética doméstica. El contenedor permanecerá siempre cerrado.

La evacuación de estos residuos se realizará como mínimo una vez al día. Diariamente se llevará a cabo una limpieza y desinfección de la zona y de los contene-

dores (mediante jabón, agua y lejía), de manera que se garantice la ausencia de olores, insectos y roedores, etc.…

Los colchones, papel-cartón y mobiliario en desuso tendrán una separación y recogida diferenciada y su gestión será llevada a cabo a criterio de la Dirección del Centro. Como criterio de actuación se procurará que este tipo de enseres permanezcan en el recinto del Hospital el menor tiempo posible. La eliminación de los colchones se realizará según el siguiente criterio: los colchones situados en las camas se protegerán con fundas protectoras impermeabilizadas con la superficie que esté en contacto con el paciente, de algodón. Una vez que la funda sea inservible se eliminará. Los colchones que deban desecharse se eliminarán como residuos urbanos, introducidos en bolsas, tras ponerse en contacto con los Servicios de recogida del Ayuntamiento. La eliminación del mobiliario en desuso y del papel-cartón se gestionará por la Dirección del Centro.

- Tipo II - Residuos clínicos (o Biológicos): Todos los residuos producidos como resultado de la actividad clínica, tales como: realización de análisis, curas, intervenciones quirúrgicas, etc., y que no estén incluidos en la categoría de Residuos Especiales.

Se incluyen: Textiles manchados con fluidos corporales (ropas de cama desechables, empapadores, fundas de colchones), vendajes, algodón usado, compresas, material de curas, apósitos y yesos, contenedores de sangre y suero (vacíos) con fines terapéuticos, equipos goteros, bolsas orina (vacías), sondas, catéteres, equipos de diálisis, bomba extracorpórea., recepta! (material de un solo uso, para recolección de líquidos corporales), bolsa sangre-plasma (vacía), bolsa colostomía, viales medicación, cartuchos de óxido de etileno para eliminación.

Los residuos clínicos (o biológicos) de tipo II se acondicionarán en bolsas de color verde, salvo que el Ayuntamiento normalice otro color, de polietileno, y posteriormente se introducirán en bolsas más grandes, que cumplan la norma UNE 53-147-85, del mismo color. Estas bolsas una vez cerradas no deben permanecer en el suelo y se introducirán en contenedores homologados de 120 a 240 litros con tapa de color verde (si el Ayuntamiento recomendara otro color, el centro adoptaría el mismo), de similares características a los de la recogida hermética domiciliaria. Estos contenedores permanecerán siempre cerrados.
Traslado desde la planta La evacuación se realizará (como mínimo diariamente).

- Tipo III - Residuos Especiales (Patológicos y/o Infecciosos): Son aquellos Residuos con capacidad potencial de producir contagio y toxicidad.

Cada hospital debe definir las áreas y residuos incluidos en este apartado. Como orientación, aconsejamos las siguientes áreas: Laboratorios de Microbiología e Inmunología: Cultivos, material contaminado, restos de tejidos humanos, restos de animales o animales muertos (cuya eliminación no se ha gestionado por el Ayuntamiento). Quirófanos y paritorios: restos humanos, órganos, sangre y otros fluidos corporales con material contaminado. Anatomía Patológica: Restos de autopsias, restos de tejidos humanos, etc. Se incluyen además los residuos de: Equipos de diálisis de portadores crónicos. Residuos de pacientes sometidos a aislamiento. Contenedores (vacíos) con sangre o hemoderivados de origen no terapéutico. Citostáticos (servicios de Hematología, Oncología u otros servicios en donde se manejen citostáticos). Objetos cortantes y punzantes (jeringuillas y agujas, bisturís, etc.).

Estos residuos de Tipo III pueden ser subclasificados: Traumáticos (cortantes y/o punzantes) y No traumáticos.

Los Residuos Traumáticos (cortantes y/o punzantes), después de cada uso se introducirán sin ninguna manipulación (no volver a encapuchar las agujas) en recipientes de un solo uso que sean de estructura rígida y biodegradable. Las características que definen estos recipientes, son las siguientes: a. Que al menos conste de cuerpo y tapa, construidas en polietileno de alta densidad o en otros materiales que garanticen la impermeabilidad y estanqueidad, tanto interna como externa, que puedan ser incinerados sin problemas medioambientales. b. La tapa estará equipada con cierre tal que permita abrir y cerrar repetidamente el recipiente hasta su llenado. Cuando se considere que está lleno, una simple presión la debe dejar encajada herméticamente. c. El volumen recomendado para estos recipientes es de un máximo de 2 litros.
Una vez lleno este recipiente, se cerrará herméticamente y será depositado en los contenedores rígidos destinados para los residuos no traumáticos que a continuación se describen.

Los Residuos No Traumáticos se recogerán en:
- Recipientes rígidos construidos en polietileno de alta densidad o en otro material que garantice la impermeabilidad y estanqueidad, tanto interna como externa, estando la tapa equipada con cierre tal que permita abrir y cerrar repetidamente el recipiente hasta su llenado, debiendo poder quedar herméticamente encajada con una simple presión y aunque pueden ser de mayor volumen que en el caso anterior debe tenerse en cuenta las limitaciones de su posterior ubicación. Se aconseja que el volumen de dicho recipiente sea de 30 ó 60 litros, dependiendo

de las necesidades del área donde se ubique. Los Servicios de Medicina Preventiva especificarán las áreas y productos a introducir en estos contenedores.
- Bolsas de color rojo de polietileno. Estas bolsas se utilizarán en el caso de que el pequeño volumen de producción no aconseje su vertido directo en los recipientes antes mencionados. Una vez llenas, estas bolsas, y cerradas adecuadamente se introducirán en los recipientes rígidos señalados en el apartado anterior. Los Hospitales que incineran o autoclaven ellos mismos estos residuos, los eliminarán después como urbanos.

En todos los centros sanitarios existirá un local de depósito general para todos los contenedores, dedicado exclusivamente a este fin. Se permitirá el acceso únicamente a las personas encargadas del transporte y manipulación de los residuos. Este depósito de contenedores deberá cumplir, entre otros, los siguientes requisitos: Se recomienda, a ser posible, su ubicación en el límite externo del Centro Asistencial. Estarán bien ventilados. Deberán estar impermeabilizados como mínimo hasta una altura de 2 metros. Serán lavables. Las aristas deberán ser curvas. La superficie tendrá una inclinación dirigida a un sumidero. Habrá un detector de incendios y los extintores de incendios, que marque la legislación, se colocarán en un lugar de fácil acceso. La puerta será corredera, cuando sea posible. La luz se hallará en la entrada y el interruptor fuera del local. Deberá existir un punto de toma de agua de fácil conexión. Deberá ser accesible para los vehículos de recogida. Esta zona de almacenamiento general estará cercana al lugar de evacuación para su traslado fuera del Hospital, asimismo estará al abrigo de la intemperie, del calor y de los posibles animales. Este local se limpiará y desinfectará con una periodicidad diaria (agua, bajón y lejía, 1 parte de lejía y 4 de agua). El depósito de los residuos se realizará en los contenedores de transporte 120 ó 240 litros y no será superior a las 24 horas, a excepción de los fines de semana, que será como máximo de 48 horas. Deberá existir un número suficiente de contenedores para que pueda cumplirse este punto

2. Residuos sanitarios líquidos.

El problema principal que presenta la gestión de los Residuos Sanitarios Líquidos es su eliminación, pues en contraposición a los Residuos Sólidos, los Líquidos, a altas concentraciones, sí pueden alterar el medio-ambiente.

En general, y salvo casos particulares, estos residuos serán eliminados directamente a la Red del Alcantarillado. Su depósito sólo se nos presentará en situaciones especiales y en el caso de que sea necesario no plantea mayores problemas

que procurar que los recipientes utilizados mantengan las condiciones mínimas básicas de impermeabilidad y estanqueidad, así como que el depósito de estos recipientes se haga en locales que cumplan como mínimo las mismas condiciones que las exigidas en el caso de los Residuos Sólidos, añadiendo medidas de seguridad, en previsión de virtuales accidentes que pudieran provocar la extravasación del contenido.

3. Residuos sanitarios radioactivos.

El Real Decreto 2.519/82, del 12 de agosto, por el que se aprueba el Reglamento de Protección Sanitaria contra Radiaciones lonizantes, fija los límites de incorporación anual por inhalación y límites derivados de concentración de radionucleidos en el aire inhalado para la persona profesionalmente expuesta y límite de incorporación anual por inhalación y por ingestión para el resto de personas sin exposición en el trabajo. Cuando la actividad específica es superior a esos niveles considerados como seguros, se tendrá que someter a un proceso de confinamiento y tratamiento posterior hasta alcanzar los niveles autorizados.

Los residuos radiactivos líquidos pueden provenir de soluciones o suspensiones acuosas de sustancias radiactivas o de la evacuación o excretas de los pacientes sometidos a un tratamiento con isótopos no encapsulados.

Los residuos radiactivos sólidos hospitalarios están constituidos por generadores radioisotópicos, jeringas, viales de vidrio, guantes, paños, etc. En general, estos residuos presentan menos problemas para su tratamiento, por su fácil detección e identificación. Los residuos procedentes de fuentes encapsuladas como el Cobalto, el Cesio o el Iridio no podrán ser manipulados por personal del Centro, ni tampoco por el personal autorizado para el manejo del resto de los Residuos Radiactivos, siendo la manipulación de éstos competencia exclusiva de ENRESA, cuya ejecución exige una operación especial.

En el proceso de traslado y evacuación de los residuos radiactivos del centro, deberán cumplirse las siguientes normas: El personal del Hospital para trasladar o evacuar Residuos Radiactivos deberá estar adecuadamente autorizado. El traslado de residuos (tanto líquidos como sólidos) será realizado por una única persona especialmente formada para ello. La evacuación de residuos al exterior se realizará únicamente desde el Almacén Central de residuos radiactivos instalado en un servicio autorizado por el Consejo de Seguridad Nuclear (Medicina Nuclear, etc.), previa clasificación y control por parte del personal del Servicio

de Protección Radiológica o persona legalmente autorizada.

No se recogerán ni trasladarán los residuos radiactivos que no cumplan las especificaciones particulares detalladas a continuación: Se separarán de forma eficiente y total los residuos sólidos de los líquidos. No se recogerán los residuos sólidos que incluyan parte de líquidos y no serán admitidos de igual forma los líquidos que contengan sólidos. No se mezclarán residuos radiactivos con sustancias inactivas extrañas a éstos (paquetes de cigarrillos, colillas, etc.). Se procurará que la producción de residuos sea mínima, mejorando en lo que sea posible los métodos de operación, descontaminación, limpieza, etc. Se separarán los isótopos de vida media corta de los de vida media larga.

Los residuos radiactivos deben almacenarse en lugares con llave debidamente señalizados mediante los símbolos preceptivos y controlados hasta su recogida y traslado al Almacén Central de residuos.

5 Discusión-Conclusión

La correcta clasificación en los puestos de producción es el aspecto más importante para facilitar la gestión de los Residuos. Por ello, se insiste en que se utilice siempre la bolsa del color indicado o el contenedor adecuado.

El riesgo que pueda presentar alguno de los residuos producidos en los Centros Sanitarios se reduce a mínimos inapreciables si se siguen rigurosamente las recomendaciones en su manejo y manipulación.

La información de los eventuales riesgos y la formación del personal es el instrumento fundamental en la prevención de los accidentes en el puesto de trabajo.

6 Bibliografía

1. Aparicio M J. Gestión de los residuos sólidos hospitalarios desde una perspectiva sanitario medio-ambiental. Rev Enferm 1991
2. Directiva 89/369/CEE. Reglamento del Consejo del 8.06.1989 sobre prevención de la contaminación del aire causada por nuevos dispositivos de incineración para residuos de conjuntos urbanos
3. Directiva 91/689/CEE. Directiva del Consejo del 12.12.1991 relativa a los residuos peligrosos.

4. Arcos P, González R. Residuos Sanitarios y Hospitalarios: Un problema a corto plazo. Todo Hospital 1991.
5. Arcos P, González R. Gestión de Residuos Hospitalarios: El modelo del Principado de Asturias. Todo Hospital 1994.
6. Boletín Oficial de Cantabria. Decreto 22/90, de 7 de mayo, por el que se regula la normativa para la gestión de residuos hospitalarios en Cantabria.
7. Boletín Oficial de la Comunidad Autónoma de Aragón. Decreto 29/1995, de 21 de febrero, sobre gestión de los residuos sanitarios en la Comunidad Autónoma de Aragón.
8. Consorcio para la Gestión de los Residuos Sólidos en Asturias. Resumen Anual de Residuos Hospitalarios 1995. Oviedo: Consorcio para la Gestión de los Residuos Sólidos en Asturias, 1995.
9. Arcos P, Bances D. La Gestión de los Residuos Sanitarios. 20 ed. Oviedo: Servicio Central de Publicaciones del Principado de Asturias, 1994.
10. Proyecto del Real Decreto por el que se regulan las condiciones para la gestión de residuos procedentes de establecimientos sanitarios. Documento Ref: 20- SR/PP. Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de Salud Pública, 1995

Capítulo 1519

LA ATENCIÓN AL USUARIO EN SERVICIOS DE SALUD: PAPEL DEL CELADOR

MARCOS ESTEBAN DIAZ

ROCÍO MENÉNDEZ RODRIGUEZ

BEATRIZ MARTIN CORA

1 Introducción

En la actualidad los ciudadanos que acuden a los servicios sanitarios tienen exigencias muy diferentes que deben ser atendidas por personal y servicios especializados. Los usuarios quieren, además de ser tratados por personal cualificado, sentirse escuchados y recibir respuestas útiles a sus dudas y preguntas, por lo que es muy importante que el personal que se dedica a la atención al usuario tenga los recursos necesarios para enfrentarse a esta situación.

En el caso de los servicios de salud, la gran mayoría del personal, incluso los que no están en principio especializados en ese ámbito, tiene que trabajar en contacto con los pacientes, familiares, acompañantes, etc, por lo que necesita una formación en comunicación y atención al usuario.

2 Objetivos

1. Definir la atención al usuario en el marco de los servicios de salud.

2. Determinar las habilidades que requiere el celador para realizar correctamente su trabajo en dicho ámbito.

3 Metodología

La recopilación de fuentes bibliográficas se ha realizado por medio de búsquedas en las bases de datos Pubmed/Medline, Scielo, y Google Académico. Para ello, hemos utilizado las palabras claves celador, atención, servicios, salud, usuario, habilidades sociales. De entre todos los resultados en diversos idiomas, se han seleccionado aquellos escritos en castellano en los últimos años.

4 Resultados

El servicio de atención al usuario son actividades inidentificables y esencialmente intangibles que satisfacen las necesidades de los seres humanos vinculados a los productos y servicios que se ofrecen. De esta definición podemos extraer la conclusión de que no hay unas actividades concretas que formen parte de la atención al usuario, sino que dependerán de las necesidades y expectativas de cada individuo.

Lo que nos va a indicar el grado de satisfacción de las necesidades del usuario no es algo que podamos medir con ningún instrumento científico, sino que será la percepción de cada persona. Por ejemplo, aunque se les trate exactamente de la misma manera y se les proporcione exactamente la misma información, un usuario puede interpretar que ha recibido un trato excelente y otro sin embargo quedar descontento con la atención recibida.

Sin embargo, sí hay una serie de pautas que podemos seguir en el desempeño de nuestras funciones como celadores para intentar que la mayoría de los usuarios se sientan satisfechos con nuestro trato: presencia física, actitud, comportamiento, entorno agradable.

El usuario
Es la persona que utiliza los servicios sanitarios de educación y promoción de la salud, de prevención de enfermedades y de información sanitaria. Sus derechos incluyen:
1. Derecho a la información asistencial
2. Derecho a la información epidemiológica
3. Derecho a la intimidad

El usuario es, además, quien evalúa y define la calidad del servicio, ya que ésta depende de su grado de satisfacción.
Para conseguir un mayor grado de satisfacción del usuario, debemos tratar de atender a sus necesidades, que son, a modo general:
1. Obtener respuestas a sus dudas y preguntas
2. Obtener una atención rápida e individualizada
3. Ser atendidos con fiabilidad y transparencia
4. Personal formado y con amplios conocimientos
5. Ser tratados con respeto y dignidad
6. Aspecto adecuado del personal y las instalaciones
Técnicas y herramientas para la correcta atención al usuario
Las cinco reglas de oro para la atención al público son:
1. Anticiparse: crear un clima positivo, saludar antes de que el usuario tenga que hacerlo, ofrecer ayuda…
2. Sintonizar: escuchar sin interrumpir, practicar la empatía…
3. Aclarar: hacer preguntas para recabar toda la información necesaria, esclarecer confusiones, facilitar información…
4. Solucionar: explicar con claridad la solución al problema o, si no es posible, explicar las medidas que se pueden tomar para buscar una solución a medio o largo plazo.
5. Tranquilizar: intentar minimizar el problema, no culpar al usuario, ponerse en su lugar…
Habilidades personales para la atención al usuario
En la comunicación e interacción con el usuario se deben tener en cuenta cuatro variables:
1. Actitud corporal: debemos establecer contacto visual, sonreír, y utilizar una buena postura que indique atención y no desinterés.
2. Expresión oral: saludar, comunicarnos con claridad y simplicidad, usar un vocabulario ajustado al usuario, emplear un tono de voz adecuado, tratar de "usted"…
3. Escucha activa: la escucha activa implica escuchar realmente al paciente para así enterarnos de lo que dice y no de lo que nos parece que dice. Tenemos que evitar interrumpir y dejarnos llevar por nuestros prejuicios, y asegurarnos de estar prestando atención con la mente abierta a lo que el usuario nos intenta transmitir.
4. Asertividad: nos permite decir lo que pensamos sin provocar rechazo en nuestro interlocutor ni sentimientos negativos reprimidos en nosotros mismos.

Además, existen otros factores que impactan positivamente la percepción del usuario en cuanto al trato, y son:
1. Ser paciente
2. Ser educado
3. Ser accesible
4. Ser puntual
5. Ser cumplidor con las promesas
Todos esto debe utilizarse en conjunto para conseguir una atención al usuari que transmita seguridad, eficacia, amabilidad, cortesía, discreción y profesionalidad.

5 Discusión-Conclusión

1. En el desempeño de sus funciones, los celadores deben interactuar con el público.
2. Los usuarios son quienes determinan, con su propia percepción, el nivel de calidad de la atención recibida.
3. Para conseguir un servicio de atención al usuario de calidad, los celadores deberán conocer y utilizar una serie de habilidades de comunicación verbal y no verbal, así como tener en cuenta los factores que intervienen en sus interacciones con el paciente.

6 Bibliografía

- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica
- Aída de la Fuente-Rodríguez, Jesús Fernández-Lerones, Yolanda Hoyos-Valencia, Carlos León-Rodríguez, Charo Zuloaga-Mendiolea, Maribel Ruiz-Garrido; Servicio de urgencias de atención primaria. Estudio de calidad percibida y satisfacción de los usuarios de la zona básica de salud Altamira, Revista de Calidad Asistencial, Vol 24 Tomo 3 Junio 2009 Páginas 109-114
- ANA REDONDO CRESPO, Mª ANGELES TEJADO ALAMILLO, BLANCA RODRIGUEZ ORTUÑO; El celador y el trabajo en equipo
- ANA REDONDO CRESPO, Mª ÁNGELES TEJADO ALAMILLO, BLANCA RODRÍGUEZ ORTUÑO; Funciones del celador en la atención sanitaria

Capítulo 1520

PAPEL A DESEMPEÑAR POR EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LAS CONSULTAS EXTERNAS

ANA BELÉN CERRA IGLESIAS

EVA FARPON FERNANDEZ

PATRICIA OTERO ARGÜELLES

ROCÍO GARCÍA FERNÁNDEZ

1 Introducción

El auxiliar administrativo forma parte fundamental e indispensable de los servicios sanitarios que regulan la admisión y la documentación de carácter clínico. En el área específica que nos ocupa, programará el acceso a la atención sanitaria en el hospital y centros de especialidades que dependen de él. También incluye la gestión de pacientes en consultas externas, hospital de día y en los procedimientos diagnóstico-terapéuticos que requieran programación previa (Rivilla Juárez, 2019).

Así, aunque el trabajo que desempeña el auxiliar administrativo se pueda considerar como relativamente sencillo, no debemos pensar que sea prescindible. Las funciones que desempeña un auxiliar administrativo tienen mucha importancia, pues afectan de manera directa e indirecta a la organización interna del centro (Rubio, 2003). Las labores administrativas son muy variadas y es preciso que se

realicen correctamente para que no aparezcan problemas en un futuro. Un auxiliar administrativo debe ser ordenado en su trabajo para que las tareas que tienen bajo su responsabilidad se lleven a cabo de forma correcta (Allende Cuadrado, 2013).

2 Objetivos

- El objetivo principal de este trabajo es describir qué funciones desempeña el auxiliar administrativo en la atención sanitaria de las consultas externas. Como objetivo secundario, se analizan las formas más habituales de valoración en relación a la calidad de este servicio y del desempeño de este profesional en sus funciones.

3 Metodología

Para responder a este objetivo, se ha llevado a cabo una revisión teórica a través de la base de datos Web of Science, Scielo y PubMed, con restricción de fecha 2005-2019 y combinando los siguientes descriptores: auxiliar administrativo, atención sanitaria, centro de salud, gestión, administración. A través de estos tópicos, se encontraron 13 documentos, que se discriminaron de la siguiente manera: se tuvieron en cuenta para su análisis solo los trabajos tipo paper; se descartaron aquellos documentos que no se relacionaban con el tema de interés.

De este modo, se eliminaron 6 salidas de la web. En primera instancia se seleccionaron, por lo tanto, 7 artículos que recogían los criterios de inclusión de la investigación (de los que, una vez estudiado el texto completo, se debieron eliminar 2 por no corresponderse con los tópicos buscados). Por todo esto, el total de documentos analizados fue de 5.

4 Resultados

Tras analizar los documentos seleccionados se halla que una de las funciones básicas del auxiliar administrativo en la administración sanitaria es la gestión de citas mediante la programación en agendas digitalizadas, de modo que se puedan realizar cálculos en tiempo real sobre los datos disponibles de la demanda. Por ello, y dada la complejidad de este proceso, la agenda que el administrativo debe manejar y estar capacitado para utilizar, se estructura de la forma que sigue:

- Calendario y horario de la agenda.
- Médico asignado a la agenda.

• Ubicación física del local.
• Tipos de prestación y tipos asignados a cada prestación.
• Cartera de clientes con acceso a la agenda.

Su actualización periódica es fundamental, reestructurando de manera dinámica todo el cuadrante de citas y actividades programadas en función de las nuevas informaciones entrantes (nuevas solicitudes, anulación de citas…).

Por otro lado, este profesional también debe gestionar de manera rigurosa las solicitudes de cita de cara a una asistencia médica. En este sentido, deberá analizar la demanda y valorar su adecuación a los servicios ofrecidos por el centro o, llegado el caso, el SNS. Toda esta información ha de quedar perfectamente registrada, indicando siempre los campos que siguen:

• Datos de identificación del paciente.
• Especialidad solicitada.
• Tipo de prestación solicitada.
• Prioridad clínica.
• Tipo de financiación.
• Fecha de tramitación de la solicitud.

Una vez realizado este registro, y tras haber valorado y aceptado la solicitud, se procederá a asignar un día y una hora en el primer día y hora disponible en el calendario. Finalmente, al paciente se le otorgará un documento donde vengan indicados los datos de la cita (día, hora, año, lugar). La misma cita es integrada en el registro central sanitario del que disponga el centro, y podrá ser trasladado a instancias superiores si se requiriera.

Otras funciones igualmente importantes del auxiliar administrativo en un centro de salud, son las siguientes:

• La difusión de la actividad programada: Se envía a los servicios la programación diaria de los pacientes citados y del tipo de prestación. Se informa a la dirección y responsables de los servicios el número de pacientes que están pendientes de atención ambulatoria, al igual que de las demoras existentes por agenda y prestación.

• El registro de la actividad: Se registra la información procedente de cada unidad asistencial sobre la actividad realizada y el destino de los pacientes atendidos.

• La coordinación organizativa del proceso asistencial: Se desarrolla y mejora

los procedimientos de citación entre los distintos niveles asistenciales del área y otros centros de referencia.

• Se informa a los pacientes y familiares sobre cómo funcionan los servicios, trámites y circuitos de acceso, para cualquier aspecto administrativo relacionado con la atención sanitaria.

• Se proporciona el soporte operativo necesario a las unidades asistenciales, coordinándose las acciones con otras áreas del hospital.

• Se identifica y prioriza los problemas en relación con la accesibilidad de los pacientes a la atención ambulatoria, impulsando estrategias de mejora en cooperación con los servicios implicados en el proceso.

También podemos fijar otras actividades recurrentemente desempeñadas por este profesional, como las tareas de mecanografiado de documentos, la realización de tareas administrativas asistenciales, la tramitación de expedientes, el tratamiento de datos informáticos, la recepción de llamadas, la organización de expedientes, el apoyo material o las operaciones matemáticas que no supongan cuentas de gran magnitud ni complejidad.

En cuanto a la confidencialidad, el auxiliar administrativo es el encargado de archivar, codificar y rescatar las historias de los pacientes. Estaría manejando información asistencial del profesional médico hacia el paciente, y por tanto información muy delicada. Con lo cual, debe aplicar la ley de protección de datos y una rigurosa confidencialidad.

Algunas de las medidas que pueden garantizar la confidencialidad de los datos del paciente, serían las siguientes:

• Principalmente, formar al personal sanitario para cumplir con la normativa de protección de datos.
• Utilizar contraseñas seguras dejando constancia de la entrada en cada historia.
• No dejar que otra persona acceda con nuestra clave.
• Nunca se deben tirar documentos con datos personales a la papelera.
• Nunca se puede facilitar a terceras personas sobre la salud de los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Se concluye que el auxiliar administrativo debe regular y programar el acceso a la atención sanitaria, así como gestionar las consultas externas y las programaciones previas de los procedimientos diagnóstico-terapéuticos que lo requieran.

Es muy importante e imprescindible la buena formación de un auxiliar administrativo, para que toda la documentación sea archivada de una forma legal y segura. Por ejemplo, solamente se entrará en la historia clínica de un paciente cuando se necesite profesionalmente, si se entra por otro motivo quedará constancia de ello y sería motivo de sanción. Con la historia clínica digital ha aumentado las negligencias de los trabajadores, debido a accesos no autorizados en los datos privados de los pacientes, por ello, una mayor vigilancia a este respecto se percibe esencial.

6 Bibliografía

- Allende Cuadrado, M. J. (2013). Operaciones administrativas y documentación sanitaria. Editorial Paraninfo.
- Cotanda, F. L. (1998). Manual de administración y gestión sanitaria. Ediciones Díaz de Santos.
- Elustondo, S. G., Vallejo, R. G., & Aguado, P. N. (2002). Formación continuada en atención primaria: necesidades formativas de sus profesionales. Atención Primaria, 30(6), 368-373.
- Fernández, L., Leiguarda, C., Fernández, R., García, B & Martínez, M.C. (2020). Confidencialidad de datos de un auxiliar administrativo en el ámbito sanitario. Revista médica.
- Martí, J. (2002). La gestión de las listas de espera quirúrgicas por los centros sanitarios y los profesionales. Gaceta Sanitaria, 16, 440-443.
- Rivilla Juárez, G.M. (2019). El auxiliar administrativo de la salud en el servicio de admisión y documentación clínica. Revista médica.
- Rubio, V. O. (2003). Gestión clínica y sanitaria. Masson.
- Sanitaria, G. (2017). Gestión sanitaria. Obtenido de riesgos laborales.
- Solinís, R. N. (2007). Buenas prácticas en gestión sanitaria: el caso Kaiser Permanente. Rev Adm Sanit, 5(2), 283-92.

Capítulo 1521

RIESGOS PARA LA SALUD SOBRE EL CONSUMO DE AZÚCAR.

LOURDES POSADA BELERDA

SARA MACIAS POSADA

1 Introducción

El sabor dulce es una necesidad de hoy en día. Es un hecho. La sociedad ha evolucionado, y con ella la industria alimentaria. Ese gran gigante que nos intenta engañar y manipular con un fantástico y estudiado marketing, que hace que nos llevemos a casa un producto "mega-azucarado" y ampliamente procesado. Durante muchos años, nos hemos rodeado de mitos como la necesidad de azúcar para el cerebro o la idea de que los niños deben consumir azúcar para crecer.

El resto de la población, le quitamos importancia a esta problemática que según recientes estudios, es la responsable del aumento de enfermedad cardiovascular, obesidad y diabetes (1), en detrimento de la influencia de las grasas en estas patologías. Generalmente, nos preocupamos del consumo de azúcares, en lo que a aporte calórico se refiere.

Reducimos el consumo por no aumentar de peso, por vernos físicamente mejor, o por disminuir patologías menores, como sufrir caries dental. La realidad es muy distinta, puesto que el mayor problema que supone una alimentación rica en azúcar es el impacto que tiene en el organismo de las personas. Estos problemas suelen reproducirse, además, a largo plazo, por lo que generalmente, tendemos restarle importancia.

2 Objetivos

- Dar a conocer las consecuencias sobre la salud,que supone el consumo de productos azucarados.

3 Metodología

Se realizo una búsqueda bibliográfica de la literatura científica disponible con conexiones on line en diferentes bases de datos (Pubmed, wos, Science direct).

Se seleccionaron aquellos artículos que estuvieran directa o indirectamente relacionados con las consecuencias en salud que produce el consumo de azúcar en el organismo, las recomendaciones de consumo vigentes, así como el problema de adicción que produce.

La búsqueda de artículos se restringió al ingles y castellano, y seleccionando artículos a partir del año 2007, sin llevar a cabo más criterios de selección.

4 Resultados

Azúcar y salud.

Los azucares en todas sus versiones (blanco, de caña, moreno) son refinados y altamente procesados. Su consumo está relacionado con problemas autoinmunes y mayores reacciones alérgicas . Supone el desequilibrio de bacterias intestinales, lo que a su vez conllevará a peores digestiones, mayor dificultad para la absorción de nutrientes, así como una mayor ansiedad por la comida .

Estos tipos de azúcar conllevan una rápida subida del denominado índice glucémico, con la consiguiente bajada (brusca) de los niveles de azúcar, provocada por una liberación masiva de insulina por parte del páncreas. Todo este proceso puede llevarnos a un estado de cansancio general, o astenia (2,3).
Veamos a continuación qué dice la evidencia científica al respecto:

• Un estudio realizado en 175 países demuestra asociación entre la diabetes y el consumo de azúcar, sin tener en cuenta ninguna variable más (5).
• Un mayor consumo de azúcar incrementa el riesgo de muerte por enfermedad coronaria (6).

• Un metaanalisis de ensayos clínicos evidencia ampliamente que a mayor consumo de azúcar, se empeoran los indicadores de salud cardiovascular (7).
• Según el Brithish Medical Journal, en un metaanalisis de estudios observacionales enuncia que en las dietas libres, la ingesta de azúcar y bebidas azucaradas es un factor determinantes el peso corporal(8)

¿Qué dice la OMS al respecto?

En su última publicación, Guideline: Sugars intake for adults and children, la OMS recomienda reducir el consumo de azúcares libres durante todas las etapas de la vida. Habla de una disminución de al menos un 10% de la ingesta calórica total. Por otro lado, si la reducción supone menos de un 5 %, aportaría beneficios a la salud del individuo.
Defiende el consumo del azúcar intrínseco (que contienen las frutas y las verduras de forma natural) frente al extrínseco (azúcar que se le añade al alimento artificialmente).
Según los últimos datos científicos, aquellas personas que consumen menos azúcar tienen un menor peso corporal, al contrario que los grandes consumidores de azúcar, que presentan un mayor IMC. En el caso de los niños, demuestra que los que más bebidas azucaradas consumen tienen mayor probabilidad de padecer obesidad o sobrepeso, caries (4).

Adicción al azúcar.

Existen diversos estudios que demuestran que el azúcar y la cocaína estimulan los mismos centros cerebrales, lo que se traduce en un nivel similar de adicción (9), siendo claramente mas fuerte el de la cocaína. Este llamado "veneno dulce" esta compuesto, además, por una fórmula química muy similar a la de la heroína (11). El azúcar refinado no puede ser catalogado como alimento. No dispone de fibra, ni de enzimas ni de vitaminas, ni minerales. Es simplemente una sustancia química, que al igual que la cocaína, (sustancia altamente refinada) produce sensación de placer.

Obviamente, el consumo de azúcar no es igual de perjudicial que el de cocaína, sin embargo, va mas allá de que provoque una subida de peso, o caries dental entre otros problemas (10). La adicción que gran parte de la sociedad sufre por el azúcar puede llegar a generar enfermedades como bulimia, obesidad, ansiedad, depresión, prediabetes, candidiasis, así como un gran abanico de enfermedades inflamatorias (el azúcar refinado es un alimento proinflamatorio intestinal) (11).

Veamos a continuación el mecanismo por el cual el azúcar acaba generándonos adicción:

- Con el consumo de azúcar y su posterior absorción a la sangre, sentimos casi al instante una sensación de euforia momentánea.

- Rápidamente, se produce una caída muy fuerte de los niveles de glucosa en sangre. En esta fase puede describirse sintomatología como cansancio, irritabilidad, o sensación de nerviosismo. Dependiendo de la cantidad de glucosa ingerida, los síntomas serán más o menos graves.

- Este estado nos llevará probablemente a volver a consumir glucosa para volver a sentir esa sensación de confortabilidad. Y así una y otra vez (11).

Si nos paramos a reflexionar, los síntomas que experimentamos ante la disminución de los niveles de azúcar en sangre, son similares, aunque en menor grado, a los del llamado Síndrome de Abstinencia. Tras innumerables ciclos de ascensos y descensos bruscos de glucosa sanguínea, conseguiremos con el tiempo provocar daños irreparables tanto en las glándulas suprarrenales como en el páncreas. En el caso de este último, conseguiremos generar un estado de "prediabetes", que acabará desencadenando en Diabetes tipo II (adquirida) (11).

Conclusiones.

Está ampliamente demostrado que el consumo de azucares refinados provoca a largo plazo un gran abanico de enfermedades, ademas de la "archiconocida" diabetes. La sociedad de hoy en día es una gran consumidora de este tipo de productos.

En el caso de la población infantil, también existe un grave problema al respecto: la industria alimentaria ha sacado a mercado gran cantidad de productos destinados a los niños ampliamente procesados y azucarados. Por desgracia esta industria no tiene en cuenta el daño que , a largo plazo, sus productos pueden producir en la

Como recomendaciones finales, decir que es necesario restringir o evitar, en la medida de lo posible, los productos ultraprocesados y altamente azucarados. Los edulcorantes artificiales tampoco suponen ningún beneficio para la salud, más bien todo lo contrario. Por tanto, lo ideal sería consumir azúcar de fuente natural, como el presente en frutas y verduras o miel.

5 Discusión-Conclusión

Está ampliamente demostrado que el consumo de azucares refinados provoca a largo plazo un gran abanico de enfermedades, ademas de la "archiconocida" diabetes. La sociedad de hoy en día es una gran consumidora de este tipo de productos.

En el caso de la población infantil, también existe un grave problema al respecto: la industria alimentaria ha sacado a mercado gran cantidad de productos destinados a los niños ampliamente procesados y azucarados. Por desgracia esta industria no tiene en cuenta el daño que , a largo plazo, sus productos pueden producir en la población.

Como recomendaciones finales, decir que es necesario restringir o evitar, en la medida de lo posible, los productos ultraprocesados y altamente azucarados. Los edulcorantes artificiales tampoco suponen ningún beneficio para la salud, más bien todo lo contrario. Por tanto, lo ideal sería consumir azúcar de fuente natural, como el presente en frutas y verduras o miel.

6 Bibliografía

1. Azúcar y edulcorantes: ¿existe una opción ideal? - Eva muerde la manzana [Internet]. Eva muerde la manzana. 2018 [cited 28 January 2018]. Available from: https://www.evamuerdelamanzana.com/azucar-y-edulcorantes-existe-una-opcion-ideal/
2. Maslowski K, Mackay C. Diet, gut microbiota and immune responses. Nature Immunology. 2011;12(1):5-9.
3. La verdad sobre los edulcorantes artificiales - Futurlife21 - Nutre tu vida [Internet]. Futurlife21 Nutrición Celular. 2018 [cited 28 January 2018]. Available from: https://www.futurlife21.com/la-verdad-sobre-el-azucar-y-los-edulcorantes/
4. OMS [Internet]. Who.int. 2018 [cited 28 January 2018]. Available from: http://www.who.int/nutrition/publications/guidelines/sugar_intake_information_note_es.pdf
5 Basu S, Yoffe P, Hills N, Lustig R. The Relationship of Sugar to Population-Level Diabetes Prevalence: An Econometric Analysis of Repeated Cross-Sectional Data. PLoS ONE. 2013;8(2):e57873.
6. Yang Q, Zhang Z, Gregg E, Flanders W, Merritt R, Hu F. Added Sugar Intake and Cardiovascular Diseases Mortality Among US Adults. JAMA Internal Medicine. 2014;174(4):516.

7. Te Morenga L, Howatson A, Jones R, Mann J. Dietary sugars and cardiometabolic risk: systematic review and meta-analyses of randomized controlled trials of the effects on blood pressure and lipids. American Journal of Clinical Nutrition. 2014;100(1):65-79.
8.Te Morenga L, Mallard S, Mann J. Dietary sugars and body weight: systematic review and meta-analyses of randomised controlled trials and cohort studies. BMJ. 2012;346(jan15 3):e7492-e7492.
9. Lenoir M, Serre F, Cantin L, Ahmed S. Intense Sweetness Surpasses Cocaine Reward. PLoS ONE. 2007;2(8):e698.
10. Revolucionario M. Adictos al Azúcar ⊠ Fitness Revolucionario [Internet]. Fitness Revolucionario. 2018 [cited 28 January 2018]. Available from: https://www.fitnessrevolucionario.com/2011/09/17/adictos-al-azucar/
11. Medicina Biológica y psiconeuroinmunoendocrinologia [Internet]. Medicina Biológica y psiconeuroinmunoendocrinologia. 2018 [cited 28 January 2018]. Available from: http://www.medicinaintegral.es/adiccion-al-azucar

Capítulo 1522

PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES EN ATENCIÓN PRIMARIA.

EVA MARIA COLLAR FERNÁNDEZ

1 Introducción

La Ley 55/2003 del Estatuto Marco del Personal de los Servicios de Salud, establece entre los derechos de éste personal el de recibir una protección eficaz en materia de seguridad y salud en el trabajo así como riesgos generales en los Centros Sanitarios o derivados del trabajo habitual y a la información específica en esta materia. Así mismo, la Ley 31/1995 sobre Prevención de Riesgos Laborales, en su artículo 14.2 expresa que en cumplimiento del deber de protección, el empresario deberá garantizar la seguridad y la salud de los trabajadores a su servicio en todos los aspectos relacionados con su trabajo.

2 Objetivos

-Estudiar las medidas que se adoptan en los centros sanitarios para la protección del trabajador, concretamente en administración, tanto de adaptación de los equipos de trabajo, como de protección ante posibles situaciones conflictivas con los usuarios de los servicios de salud.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: pubmed, medline, y scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

-Las herramientas de trabajo (mesas, sillas y ordenadores), muchas veces se encuentran mal regulados, por lo que debemos aprender a adaptarlos a nuestras características personales. Esto evitaría dolores de espalda, de cabeza y cervicales.
-Hacer pequeños descansos y dejar de mirar al ordenador continuamente, mejoraría la salud de nuestros ojos.
En cuanto a los riesgos derivados de las relaciones con los pacientes algunas medidas que se intentan adoptar son:
-Mejorar los cauces de comunicación entre Atención Primaria, Especializada, Geriatría, Salud Mental y Servicios Sociales.
-Mejorar los sistemas de cita previa, para evitar la formación de aglomeraciones, ya que la espera es un elemento generador de ansiedad.
-Sería deseable una mayor formación en el manejo de habilidades de comunicación, para tratar al paciente de la manera más correcta para prevenir la agresividad.
-Rondas de vigilantes de seguridad, en horarios y lugares conflictivos.
-Educar al paciente en el hecho de avisar si no va a acudir a una cita, para optimizar los recursos.
-Utilizar los medios telemáticos para cita previa.
-Mensajes claros de derechos y deberes de los ciudadanos.
-Más puntos de información para los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Ante el actual colapso que se produce en la mayoría de centros de salud, sería deseable que todas éstas medidas se pudiesen llevar a cabo. Es importante una

mayor concienciación de todos, pacientes y administrativos, por ejemplo: el paciente deberá de entender que la persona que le da la cita no es culpable de la situación y por su parte, el personal de administración deberá de esforzarse para garantizar una mejor atención al paciente.

6 Bibliografía

- Ley 55/2003, del Estatuto Marco del Personal de los Servicios de Salud.
- Ley 31/1995, de Prevención de Riesgos Laborales.
- Plan de Prevención y Actuación frente a potenciales situaciones conflictivas del Sespa.

Capítulo 1523

LOS FACTORES DE RIESGO VISUALES Y FÍSICOS EN EL TRABAJO DIARIO DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO SANITARIO.

LUCIA GARCÍA ALONSO

ROSA ANA MENÉNDEZ REFOYO

1 Introducción

Los riesgos laborales específicos de las funciones del Auxiliar Administrativo sanitario son de tipo ergonómico y psicosocial. La evolución de nuevas tecnologías ha dado lugar a una mayor incidencia sobre el trabajador de los riesgos derivados del tratamiento e informatización de todos estos datos.

Todos los problemas de salud conocidos que pueden asociarse a la utilización de equipos con pantallas de visualización pueden ser evitados mediante un buen diseño del puesto, una correcta organización del trabajo y una información y formación adecuadas del trabajador. El objetivo principal de la Ergonomía es el de diseñar puestos y condiciones de trabajo que no dañen la salud del trabajador.

El Real Decreto 488/1997 se encuadra dentro de la reglamentación general sobre Seguridad y Salud en el trabajo, constituida por la Ley 31/1995 de 8 de noviembre. Por lo tanto, junto a las obligaciones específicas relativas al trabajo con equipos que incluyen pantallas de visualización de datos, el empresario asegurará también el cumplimiento de los preceptos de carácter general contenidos en la Ley

31/1995. Las definiciones de ”pantalla de visualización”, ”puesto de trabajo” y ”trabajador”, determinan si el Real Decreto 488/1997 se aplica o no a una determinada situación.

Estas son las siguientes:
Artículo 2. Definiciones.
A efectos de este Real Decreto se entenderá por: a. Pantalla de visualización: una pantalla alfanumérica o gráfica, independientemente del método de representación visual utilizado. b. Puesto de trabajo: el constituido por un equipo con pantalla de visualización provisto, en su caso, de un teclado o dispositivo de adquisición de datos, de un programa para la interconexión persona/máquina, de accesorios ofimáticos y de un asiento y mesa o superficie de trabajo, así como el entorno laboral inmediato. c. Trabajador: cualquier trabajador que habitualmente y durante una parte relevante de su trabajo normal utilice un equipo con pantalla de visualización.

Qué se entiende por ”pantalla de visualización”
La definición dada en el Artículo 2 a) incluye las pantallas de visualización convencionales (con tubo de rayos catódicos), así como las pantallas basadas en otras tecnologías (de plasma, de cristal líquido, etc.).
También deben considerarse incluidas las pantallas de visualización no basadas en la tecnología electrónica, como es el caso, por ejemplo, de las pantallas de visualización de microfichas. Así mismo, deben considerarse incluidas las pantallas utilizadas en control de procesos, control del tráfico aéreo, etc, aunque en estos casos puedan no ser aplicables algunos de los requerimientos particulares establecidos en el Anexo del Real Decreto (ver más adelante los comentarios sobre el Anexo).

No se debe perder de vista que la utilización de los equipos con dispositivos de visualización no comprendidos en este Real Decreto quedan todavía sometidos a los requerimientos establecidos en la legislación general sobre prevención de riesgos laborales a la que antes se ha hecho referencia. Esto es también válido en aquellos casos en que no sea de aplicación este Real Decreto, cuando el equipo con pantalla de visualización se utilice por una persona que no pueda ser considerada como ”trabajador” usuario.

Quién debe considerarse ”trabajador” (usuario)
El Real Decreto 488/1997 está destinado a proteger la salud de los empleados con-

siderados como ”trabajadores” usuarios de equipos con pantalla de visualización. Esta protección se relaciona con los riesgos asociados a la utilización efectiva de dichos equipos; principalmente los trastornos musculoesqueléticos, los problemas visuales y la fatiga mental.

La probabilidad de experimentar tales trastornos está relacionada directamente con la frecuencia y duración de los períodos de trabajo ante la pantalla, así como con la intensidad y grado de atención requeridos por la tarea. Junto a estos factores intervienen otros, como la posibilidad de que el operador pueda seguir su propio ritmo de trabajo o efectuar pausas.

El efecto combinado de todos estos factores hace imposible establecer una sencilla frontera basada, por ejemplo, en un determinado número de horas diarias o semanales, para decidir quién es ”trabajador” usuario de equipos con pantallas de visualización y quién no lo es. Esta dificultad hace aconsejable establecer una primera clasificación de los empleados que usan estos equipos en tres categorías:

Criterios para determinar la condición de trabajador usuario de PVD a. Los que pueden considerarse ”trabajadores” usuarios de equipos con pantalla de visualización: todos aquellos que superen las 4 horas diarias o 20 horas semanales de trabajo efectivo con dichos equipos. b. Los que pueden considerarse excluidos de la consideración de ”trabajadores” usuarios: todos aquellos cuyo trabajo efectivo con pantallas de visualización sea inferior a 2 horas diarias o 10 horas semanales. c. Los que, con ciertas condiciones, podrían ser considerados ”trabajadores” usuarios: todos aquellos que realicen entre 2 y 4 horas diarias (o 10 a 20 horas semanales) de trabajo efectivo con estos equipos.

Una persona incluida dentro de la categoría (C) puede ser considerada, definitivamente, ”trabajador” usuario si cumple, al menos, 5 de los requisitos siguientes: 1. Depender del equipo con pantalla de visualización para hacer su trabajo, no pudiendo disponer fácilmente de medios alternativos para conseguir los mismos resultados.

(Este sería el caso del trabajo con aplicaciones informáticas que reemplazan eficazmente los procedimientos tradicionales de trabajo, pero requieren el empleo de pantallas de visualización, o bien de tareas que no podrían realizarse sin el concurso de dichos equipos).

2. No poder decidir voluntariamente si utiliza o no el equipo con pantalla de visualización para realizar su trabajo.

(Por ejemplo, cuando sea la empresa quien indique al trabajador la necesidad de hacer su tarea usando equipos con pantalla de visualización).

3. Necesitar una formación o experiencia específicas en el uso del equipo, exigidas por la empresa, para hacer su trabajo.

(Por ejemplo, los cursos impartidos por la empresa al trabajador para el manejo de un programa informático o la formación y experiencia equivalente exigidos en el proceso de selección).

4. Utilizar habitualmente equipos con pantallas de visualización durante períodos continuos de una hora o más.

(Las pequeñas interrupciones, como llamadas de teléfono o similares, durante dichos periodos, no desvirtúa la consideración de trabajo continuo).

5. Utilizar equipos con pantallas de visualización diariamente o casi diariamente, en la forma descrita en el punto anterior.

6. Que la obtención rápida de información por parte del usuario a través de la pantalla constituya un requisito importante del trabajo.

(Por ejemplo, en actividades de información al público en las que el trabajador utilice equipos con pantallas de visualización).

7. Que las necesidades de la tarea exijan un nivel alto de atención por parte del usuario; por ejemplo, debido a que las consecuencias de un error puedan ser críticas.

(Este sería el caso de las tareas de vigilancia y control de procesos en los que un error pudiera dar lugar a pérdidas materiales o humanas).

2 Objetivos

A través de la presente revisión bibliográfica se ha pretendido realizar un análisis de los estudios sobre los factores de riesgos visuales y físicos , y determinar qué efectos provoca sobre la salud del auxiliar administrativo sanitario la utilización de pantallas de visualización de datos (PVD) en el desarrollo de sus tareas. También se identificarán una serie de medidas preventivas que harán mejorar las condiciones de trabajo y salud del operador o usuario.

3 Metodología

Para la realización de la presente revisión bibliográfica se ha llevado a cabo un análisis sistemático de publicaciones científicas en bases de datos: Lilacs, Dialnet y Scielo, así como el metabuscador Google Académico. Se utilizaron descriptores en español: "ergonomía administrativa", "pantallas de visualización", "sistema musculoesqueletico", "fatiga visual", así como los operadores boleanos "and" y "or".

4 Resultados

Utilizar PVD impone al usuario un esfuerzo postural, un esfuerzo visual, y un esfuerzo cognitivo a la par que emocional. Las manifestaciones pueden ser diversas, pero destacan en particular los riesgos para la vista, los problemas físicos y de carga mental.
Para prevenir todos esos trastornos identificamos los factores de riesgo existentes.
Relacionando los factores de riesgo con las alteraciones o daños que provocan en la salud del usuario, hablaremos de factores que facilitan la aparición de:
• Trastornos visuales.
• Fatiga física o muscular.
• Alteraciones psicosomáticas.
• Otras alteraciones.

La fatiga visual
Se entiende por fatiga visual aquellas molestias que aparecen en relación a la visión de cerca, cuyos síntomas desaparecen tras un pequeño periodo de descanso. Los más frecuentes son:
• Sensación de vista cansada.
• Tensión y pesadez en párpados y ojos.
• Picor, escozor, necesidad de frotarse los ojos.
• Sensación de arenilla en los ojos.
• Sequedad ocular.
• Visión borrosa.
• Dolor de cabeza.
• Somnolencia
Puede producirse por diferentes motivos, tales como:

1. Colocar la pantalla a una distancia muy cerca o muy lejos de los ojos. Si a su vez, se trabaja con documentos escritos localizados a una distancia diferente con respecto a la pantalla, se produce un continuo movimiento de los ojos, así como un proceso de adaptación y acomodación constantes. Para evitarlo bastaría con colocarse a una distancia 40 cm y a un máximo de 70 cm. Es conveniente usar un atril para los documentos colocándolo a una distancia equivalente a la pantalla y a su misma altura.
2. Mirar a la pantalla implica una importante demanda del sistema visual. Si el usuario mantiene los ojos fijos en la pantalla durante largos períodos de tiempo, los músculos oculares pueden fácilmente sobrecargarse. Además se ha observado que la tasa de parpadeo ocular disminuye, lo que lleva a una mayor sequedad e irritación del ojo, síntomas que también se pueden producir por estar en un ambiente seco.El tamaño de los caracteres, su legibilidad, así como el espaciado son otros factores que influyen de manera importante. Una forma de reducir esta tensión ocular seria disponer una PVD con brazo móvil que permita hacer cambios en la distancia de tensión. También regulando la luminosidad el brillo y el contraste con el fondo de imagen adaptándolo a las condiciones del entorno.
3. Una iluminación inadecuada, y los reflejos en la pantalla pueden aumentar el riesgo de molestias oculares.
El deslumbramiento es una sensación molesta que se produce cuando la luminancia de un objeto es mucho mayor que la de su entorno. Bastaría con adaptar las fuentes de luz para proporcionar confort visual, colocando la pantalla perpendicular a las ventanas, quedando el eje principal de la vista del usuario paralelo a la línea de las ventana.La eficacia luminosa de la luz natural es muy buena, cuanta más luz natural tengamos, más favorable resulta el ambiente para trabajar con PVD.
4. La edad. Con el paso de los años en más difícil enfocar los objetos y la capacidad de percibir el contraste entre los colores también disminuye.

Las alteraciones físicas
Las posturas incorrectas y el estatismo postural en el uso del ordenador son factores causantes de la fatiga física y de los trastornos músculo-esqueléticos, y están estrechamente relacionados con:
• El uso que hacemos de los elementos de trabajo.
• El diseño de las condiciones del lugar donde utilizamos el ordenador.
• El tipo de actividad que desarrollamos.
Entre ellas podemos distinguir:

Fatiga muscular

El término fatiga muscular engloba aquellas molestias que se localizan fundamentalmente a nivel de la columna vertebral, manifestándose como:
• Entumecimiento.
• Cansancio.
• Rigidez y dolor a nivel de la nuca y el cuello.
• Dorsalgias y lumbalgias.
Trastornos musculo esqueléticos
Son problemas de salud del aparato locomotor, es decir, músculos, tendones, esqueleto óseo, cartílagos, ligamentos, nervios.

Los síntomas más habituales son:
• Contractura, rigidez o dolor en hombros.
• Síndrome del codo de tenista (epicondilitis). Se produce por sobrecargas y movimientos repetitivos a nivel de antebrazos y muñecas mientras se utiliza el teclado o se maneja el ratón del ordenador. Se manifiesta por dolor en la parte externa delcodo.
• Síndrome del túnel carpiano, por afectación del nervio mediano a ese nivel, dando lugar a una pérdida de sensibilidad en los dedos, hormigueo y pérdida de precisión y habilidad.
• Tendinitis de De Quervain, por irritación de los tendones de la muñeca que dan movilidad al dedo pulgar.

Factores de riesgo y medidas preventivas
La postura de sentado
Cuando estamos sentados nuestra columna vertebral se curva hacia atrás cifosis) y aumenta la presión sobre los discos intervertebrales.
Trabajar sentado parece, a priori, una postura cómoda de trabajo, más confortable y descansada que estar de pie, aunque no es del todo cierto, sobre todo cuando:
• No se dispone de una silla y de un espacio de trabajo adecuados.
• Los elementos o accesorios no están accesibles favoreciendo las posturas estáticas o incluso forzadas (torcerse estirarse).
• Se realiza una actividad continuada sin pausas.
Para corregir esto deberíamos de adoptar una postura con puntos de apoyo que facilite el cambio de posición, contar con espacio suficiente para moverse, tener los elementos accesibles, establecer pausas. Aumentar el número de apoyos que alivien la tensión de los músculos, como el apoyo de la espalda en el respaldo, el apoyo de las manos en el teclado o el apoyo del antebrazo en la mesa.
La presencia de apoyabrazos facilita el cambio de postura y reducen la carga muscular de la zona cuello-hombro.

La posición del cuerpo

- Posición del tronco

Sentarse con la silla muy baja y alejada del escritorio, lleva al usuario a asumir una inclinación del tronco hacia delante, sobre todo sin apoyo en el respaldo, originando una sobrecarga de presión sobre las vértebras lumbares muy superior a la postura de pie o a la de sentado con la espalda recta, lo que a la larga puede ser causa de un proceso degenerativo en la columna vertebral.

Una práctica que ayudaría a evitar esta sobrecarga sería la de ajustar la posición de la silla y la altura del asiento.

- Posición de la cabeza

Caso 1

Utilizar PVD y al mismo tiempo trabajar con documentos escritos.

No disponer de un soporte adecuado para la ubicación de los documentos obliga al usuario a trabajar con una inclinación excesiva de la cabeza (> 30º), o con una rotación lateral (> 20º), facilitando la aparición de fatiga muscular y dolores en la nuca y hombros.

Los documentos deben poder leerse sin dificultad, y para ello se emplazarán de tal modo, que la distancia ojo-documento sea similar a la distancia ojo-pantalla con el fin de evitar torcer o flexionar el cuello.

Se recomienda utilizar un atril o portadocumentos cuando sea necesario trabajar de forma habitual con documentos escritos, ubicándolo lo más cerca posible de la pantalla.

Caso 2

La pantalla está situada de lado.

Cuando la pantalla del ordenador está situada a un lado obliga al usuario a trabajar con el tronco torsionado y la cabeza girada, provocando esfuerzos estáticos en la espalda, el cuello y los hombros.

Este problema se solucionaría ajustando la colocación de la pantalla. Ubicarla de tal manera que sea posible sentarse en frente de ella, evitando giros del cuello.

Caso 3

La pantalla está demasiada baja o alta.

Si se ubica la pantalla a una altura baja, el usuario tenderá a inclinar la cabeza hacia abajo, separando su espalda del respaldo y llegando a encorvar la columna dorsal. Cuando la pantalla está demasiado alta, los músculos del cuello se ven sometidos a una tensión suplementaria, ya que deben soportar el peso de la cabeza.

Ajustando la altura de la pantalla anularíamos este problema.

- Posición antebrazos, muñecas y manos

La utilización incorrecta del teclado puede provocar que las manos no estén alineadas con los antebrazos, así como no contar con algo de espacio entre el borde del teclado y el borde de la superficie de trabajo provoca que no tengamos donde apoyar las muñecas. Se aumenta así la carga estática de los miembros superiores, incrementando el cansancio de los músculos del cuello y hombros y la necesidad de una excesiva flexión o desviación de la muñeca con la posterior manifestación de trastornos músculo-esqueléticos.

Ajustando la posición y altura del teclado, y la posición del ratón, prevenimos ese cansancio.

El teclado debe permitir al usuario accionar las teclas con precisión y rapidez, sin que le ocasione molestias.

Deberá ser inclinable e independiente de la pantalla, para poder adoptar una postura cómoda que no provoque cansancio en brazos y manos.

Se podrá mover con facilidad dentro del área de trabajo.

Los símbolos de las teclas deberán resaltar lo suficiente para que se lean perfectamente desde la posición normal de trabajo, y la superficie del teclado deberá ser mate para evitar reflejos.

- Posición piernas

Cuando cruzamos las piernas, o torcemos los pies en torno a la base de la silla, dificultamos la circulación sanguínea. ¿Qué deberíamos hacer al respecto? Ajustar la posición de piernas y pies.

Es recomendable no cruzar las piernas, y mantenerlas formando un ángulo igual o superior a 90º.

Si logramos con los pies un buen apoyo en el piso, pero la altura de la superficie de trabajo nos queda elevada, los antebrazos tenderán a extenderse hacia adelante y/o hacia los lados y esto puede terminar produciendo sobrecarga y dolor (lesión) en los hombros.

Los usuarios de estatura baja que necesitan elevar la silla para ajustar la altura de los antebrazos deberán usar un reposapiés.

Los movimientos repetidos

Los usuarios que utilizan el ordenador manejando de forma habitual e intensiva el teclado y el ratón, pueden acabar sufriendo trastornos músculo-esqueléticos en las manos y en las muñecas, el más conocido es el síndrome del túnel carpiano. El daño osteomuscular en estos usuarios se ve facilitado si, además, trabajan en malas posición es de los antebrazos o de las muñecas mientras teclean o manejan el ratón: Antebrazos sin apoyo, falta de espacio para apoyar las muñecas,

desviación o flexión de las muñecas.

¿Qué deberíamos hacer al respecto? Cambiar de actividad, establecer pausas, hacer ejercicios de estiramientos.
Organizar la actividad de forma que se alterne con otras tareas que requieran menor o diferente esfuerzo músculo-esquelético.
Es recomendable realizar pequeñas pausas discrecionales para prevenir la fatiga (por ejemplo, 2 minutos cada 45 minutos).
Resulta muy útil el uso del reposamuñecas.
Resulta muy interesante y de gran valor preventivo el realizar periódicamente, durante las pausas, ejercicios físicos de estiramiento-relajación de manos, antebrazos,columna, hombros,etc.
La manipulación de cargas
Cuando se manipulan cargas, como por ejemplo, al trasladar los elementos del equipo informático ante un cambio en la ubicación del ordenador, al maniobrar con material de trabajo, deberemos evitar posibles daños en la columna vertebral, principalmente lumbar.

¿Qué deberíamos hacer al respecto? Tener en cuenta una serie de principios preventivos para cuidar la espalda.
Al manejar una carga se debe mantener la espalda recta y erguida, alineando la región lumbar, dorsal y cervical.
Flexionar las piernas, para ayudarse de la fuerza de las mismas para levantar la carga o para alcanzar un objeto situado en el suelo.
Colocar la carga cerca del cuerpo, para no inclinar o torsionar la espalda.
Cuanto más se separe la carga del cuerpo más sufre nuestra columna vertebral.
Si la carga es muy pesada, mejor repartir la misma entre las dos manos.
Colocarse siempre de frente a la acción que se va a realizar, sin girar la columna, sino girando sobre los pies.
Si se va depositar la carga en el suelo, recordar flexionar y mantener la espalda recta.
Si se van a colocar las cargas en una estantería o armario, se recomienda poner las más pesadas en zonas de fácil acceso, sin necesidad de inclinarnos o estirarnos.

5 Discusión-Conclusión

Para prevenir todos los trastornos anteriormente citados es fundamental identificar los factores de riesgo derivados del uso de pantallas de visualización. Se puede decir que el correcto diseño del lugar de trabajo y la correcta actuación sobre la capacitación de los trabajadores harán que el propio trabajador se convierta en sujeto activo de la prevención.

6 Bibliografía

• Ley de Prevención de Riesgos Laborales. (Ley 31/1995, de 8 de noviembre. B.O.E. nº 269, de 10 de noviembre)
• Reglamento de Servicios de Prevención. (Real Decreto 39/1997, de 17 de enero. B.O.E. nº 27, de 31 de enero)
• Reglamento sobre Pantallas de Visualización. (Real Decreto 488/1997, de 14 de abril. B.O.E. nº 97, de 23 de abril)
• Reglamento sobre Lugares de Trabajo. (Real Decreto 486/1997, de 14 de abril. B.O.E. nº 97, de 23 de abril)
• "Unidades de representación visual: Contenido del trabajo y estrés en el trabajo de oficina". Fe Josefina F. Dy. Colección Informes O.I.T. Editado por el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (1987).
• "Video display terminals and health. A technical and medical appraisal of state of the art". By O.V. Bergqvist, MsciTech. Scandinavian Journal Work Environ Health 10 (1984).
• "Screen checker". The Central Organisation of Salaried Employees in Sweden (TCO) (1986).
• "Working with VDUs". HSE. HMSO (1993).
• NTP 678: Pantallas de visualización: tecnologías (I). Instituto nacional de seguridad e higiene en el trabajo insht. Ministerio de trabajo y asuntos sociales.
NTP 694: Pantallas de visualización: tecnologías (II). Instituto nacional de seguridad
• E higiene en el trabajo INSHT. Ministerio de trabajo y asuntos sociales
• Base de datos Lilacs www.bvsalud.org
• Base de datos Dialnet www.unirioja.es
• Base de datos Scielo www.scielo.org

Capítulo 1524

FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN PRIMARIA.

ROCIO FERNANDEZ MENENDEZ

MARIA DEL CARMEN ALVAREZ ALVAREZ

1 Introducción

La función principal del auxiliar administrativo en atención primaria es la de desarrollar y dar apoyo en las tareas administrativas y asistenciales propias del departamento.
Dicha función engloba informar a los pacientes y usuarios de cuáles son las fechas y horas libres para que puedan acudir a las consultas de los distintos profesionales que prestan sus servicios en el Centro como son:
• Médicos
• Enfermeras(ATS)
• Dentistas
• Matronas
• Fisoterapeutas
• Trabajadores sociales
• Etc…

Y también la recepción de llamadas, preparación y tratamiento de los datos informáticos y datos manuales de los pacientes, organizar expedientes, informatizar

todo tipo de documentación y otras tareas administrativas que conlleva dicho puesto.

2 Objetivos

- Establecer las diferentes funciones del Auxiliar Administrativo para llevar a cabo un correcto trabajo en el departamento de Atención Primaria.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda por distintas páginas web y se han consultado varias guías sobre las funciones de los auxiliares administrativos.

4 Resultados

El auxiliar administrativo ejerce su labor en todos los departamentos hospitalarios. En el departamento de Atención Primaria las tareas del auxiliar administrativo varían. Sus funciones principales son:
- Atención al público
- Organizar y tramitar expedientes
- Mecanografía de expedientes
- Gestionar citas - Preparación y tratamiento de los datos informáticos de los pacientes.
- Gestionar el transporte sanitario
- Recepcionar llamadas
- Orientar a los usuarios en los servicios de salud.

El auxiliar administrativo debe de tener una capacidad de síntesis, ser organizado, metódico y cuidadoso en su trabajo.

5 Discusión-Conclusión

Las funciones de un auxiliar administrativo en cualquier departamento son necesarias. Aunque a simple vista puedan parecer sencillas conllevan un orden, precisión y responsabilidad importante, ya que la actividad del centro hospitalario depende de la buena labor profesional de los auxiliares y del resto del personal en su conjunto.

6 Bibliografía

- www.appf.edu.es/funciones-auxiliar-administrativo-sanidad-descubre-competencias/.
- www.logoss.net/.
- www.sedom.es/wp-content/themes/sedom/documentos/guia_sadc_definitiva.pdf.
- www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/SIAP2005.pdf.

Capítulo 1525

FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO FRENTE A LA ATENCIÓN DE UN PACIENTE CON NECESIDADES ESPECIALES.

ROCIO FERNANDEZ MENENDEZ

MARIA DEL CARMEN ALVAREZ ALVAREZ

1 Introducción

Hay que prestar atención especial a la persona y no a la discapacidad, y así conocer las necesidades que demandan y la dificultad que para ellos supone realizar un trámite administrativo. Siempre hay que preguntar qué es lo que necesitan y contestar claro y conciso evitando terminologías despectivas. Es importante aprender y saber describir el establecimiento sanitario para poder transmitirlo con precisión y claridad.

2 Objetivos

Dar a conocer las distintos tipos de discapacidades y las pautas a tener en cuenta a la hora de relacionarse con personas que tengan algún tipo de discapacidad.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Scielo y Medline, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Según el tipo de discapacidad hay que seguir unas pautas que a continuación vamos a enumerar.
Discapacidad Física. Este tipo de personas presesentan una importante disminución en la capacidad de movimiento o de trastorno del equilibrio.

Las pautas que hay que tener en cuenta son:
- Mantener las zonas de paso sin ningún obstáculo.
- Conocer el edificio por dentro y por fuera para poder asesorar al paciente o usuario sin tecnicismos.
- Tener la zona del mostrador adaptada para tal fin.

Discapacidad visual. Las personas que tienen problemas visuales o ceguera, presentan mayor dificultad a la hora de identificar a personas, leer textos o incluso detectar obstáculos.

Las pautas que hay que tener en cuenta son:
- Los mensajes deben ser sencillos y directos, presentarnos siempre con nuestro nombre (comunicación).
- Hay que situarse siempre por delante de la persona para facilitarle que nos coja el brazo (acompañamiento).

Discapacidad auditiva. Este tipo de personas tienen numerosos obstáculos ya que la información casi siempre suele ser oral por lo que tienen un déficit total y a veces parcial de su capacidad auditiva.

Las pautas que hay que tener en cuenta son:
- Colocarse siempre frente a la persona para que pueda recibir la máxima información no verbal o que pueda leer los labios del auxiliar.

- Si llevara consigo un intérprete siempre hay que dirigirse al él.

Discapacidad Intelectual. Este tipo de personas tienen un funcionamiento intelectual inferior a la media, por lo que manifiestan dificultad para reconocer personas, recordar fechas señaladas y dificultad para retener información.

Las pautas que hay que tener en cuenta son:
- Hay que dirigirse a ellos/ellas con frases claras y concisas.
- Respetar el tiempo de reacción y sobre todo mucha paciencia.
- Señalar las instalaciones con señales sencillas.

Discapacidad Mental. Son personas que sufren alteraciones en los procesos cognitivos y que tienen trastornos de comportamiento y dificultad en el razonamiento.

Las pautas que hay que tener en cuenta son:
- Evitar situaciones de estrés, para que no se sientan presionados.
- Tener una actitud conciliadora.
- Preguntar siempre cómo se les puede ayudar ante una crisis.

5 Discusión-Conclusión

Lo más importante para poder ofrecer al paciente con discapacidad una atención de calidad es la afinidad y la sencillez en el trato, siempre preguntando a la persona sus necesidades para poder ofrecerle la mejor atención posible dentro de las competencias del auxiliar administrativo teniendo en cuenta los distintos tipos de discapacidades y las pautas a seguir.

6 Bibliografía

- FUNDACIÓN ONCE “Atención a clientes con discapacidad”
- /books.google.es/books?id=k19C9NmiDSMC&pg=SL20-PA255&lpg=SL20-PA255&dq=guia+del+auxiliar+administrativo+en+centro+de+salud+para+pacientes+con+neces

Capítulo 1526

LA MUERTE

MARÍA DE LOS ÁNGELES MENÉNDEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

Se busca tratar la muerte desde el momento que se produce y no antes.
Se obvia conscientemente el escenario previo a la muerte, por entender que conlleva una actuación y formación diferente, con una relación mas compleja con el equipo multidisciplinar, familiares y acompañantes y con la persona que esta cercana a la muerte.

Se observa:
• Una necesidad de formación respecto a la muerte, tanto en situaciones de muertes esperadas como inesperadas, necesidad de formación para la movilización y traslado y también con el trato con familia y acompañantes. Con dos principales vertientes, la emocional y la administrativa.
• Que existen situaciones de fuerte impacto emocional para la o el trabajador, de falta de tacto en el trato con acompañantes, de errores en lo administrativo, insensibilidad en la movilización y traslado.
• Que falta conocimiento y hay fallos del cumplimiento de protocolos establecidos.
• Que no hay formación.
• Que el tanatorio y los materiales están poco cuidados.
• Que hay situaciones de ansiedad y pánico, principalmente en la muerte inesperada.
• Que la formación periódica daría un resultado mas satisfactorio tanto para el personal como para familias y acompañantes.

2 Objetivos

- Incluir la muerte en la formación. Humanizar la muerte.
- Mejorar nuestra actitud, ampliar mecanismos adecuados para afrontar estas situaciones, crear una mentalidad más sensible al dolor de la familia y acompañantes.
- Dar un valor diferenciado a esta formación, respecto a la formación en cuidados paliativos.

3 Metodología

Búsqueda de bibliografía en distintas publicaciones especializadas, libros y bases de datos, como son: - Google Académico, Dialnet, Scielo, Latindex, Medline, Cinahl, Cuiden, Lilacs. Los descriptores utilizados fueron: celador, muerte, hospital, asistencia, calidad. Se han empleado como criterios de inclusión: textos en idioma español e inglés, y de exclusión: aquellos con acceso gratuito.

4 Resultados

Recopilación de casuisticas, cotejo de métodos y usos. Revisión de protocolos. Valoración de materiales y espacios. Entrevistas a profesionales. Recopilación de material para la formación respecto a la muerte.

Elaboración de un manual que humaniza la muerte, para docencia y uso, con inclusión de:
Metodología
Resultados

Incluir la muerte en la formación. Humanizar la muerte. Mejorar nuestra actitud, ampliar mecanismos adecuados para afrontar estas situaciones, crear una mentalidad más sensible al dolor de la familia y acompañantes. Dar un valor diferenciado a esta formación, respecto a la formación en cuidados paliativos.

Existe principalmente un cambio la cultural occidental de la percepción de la muerte, una sociedad que ha cambiado de valores, centrada en consumo y productividad, rechaza la evidencia del final de la vida.

La transformación cultural en los ritos funerarios a sufrido cambios de un notable desapego, por el distanciamiento religioso y el hecho de no de reverenciar a las

personas muertas como antaño.

Los avances biomédicos han reforzado la idea de inmortalidad hasta el punto de que nos cuesta aceptar la muerte, asumir que nos pueda llegar o llegue a nuestro entorno sentimental. Aunque hallamos podido tener experiencias personales con la muerte.

Hoy generalmente se muere en el hospital, el duelo se comparte poco, se esconde y se acorta en el tiempo, comprimiéndolo, a desaparecido el luto y las mesas funerarias en los portales, la persona muerta es depositada lejos de su hogar en los tanatorios.

Con todo este escenario las personas en general hemos perdido muchos mecanismos para enfrentarnos a la muerte, en particular, el personal de la sanidad nos encontramos con una falta de preparación cultural y profesional ante la muerte, surgiendo todo tipo de situaciones actitudes y sentimientos ante una persona fallecida, incomodidad, ansiedad, miedo a nuestra propia muerte, a lo desconocido, incertidumbre del mas allá y procuramos alejarnos de estas vivencias.

Sin embargo, el contacto con la muerte y el dolor de las familias entra dentro de la profesión, es una realidad ineludible. Las situaciones de pérdida y duelo hacen al ser humano vulnerable y le llevan a responder ante esta situación de muy diferentes maneras, por lo cual tenemos que proporcionar, comprensión y empatía en estas situaciones, superando nuestra propia situación, tenemos que encargarnos de evitar tensiones y ansiedad. Por ello tenemos que prepararnos para afrontar con la suficiente comprensión los sentimientos de familiares y acompañantes, respetando la dignidad de la persona fallecida y la de sus familiares y en su caso sus creencias espirituales, inclusos cuando las actitudes de algunos familiares que se vean trastornadas por la muerte, y actúen de forma irracional e histérica.

Aunque en una situación post morten, el contacto con familiares y acompañantes suele ser muy breve, puede provocar momentos de gran consternación si no sabemos desenvolvernos adecuadamente.
Algunas recomendaciones ante la persona fallecida y la presencia de familiares y acompañantes:

• Respectar la dignidad de la persona fallecida y sus acompañantes.
• No manejar ni trasladar el cadáver, hasta que la familia no abandone la habitación y los pasillos de conducción.
• Mantener la calma y controlar el volumen de voz.

• Nunca discutir con otros profesionales.
• Mantener una actitud de escucha empatica ante sus preguntas.
• Dar respuestas serenas y concretas, manteniendo una actitud respetuosa y profesional.
• En caso de tener dudas, las aclararemos con el personal de enfermería, al que redirigimos a la familia de una forma activa.
• Invitar a los acompañantes a que se dirijan al tanatorio si lo desean
(comprobando que enfermería solicita a seguridad que les abra las puertas)
• Aconsejar a los acompañantes que pueden irse ya que ver la conducción del cadáver no les va a aportar ningún recuerdo mejor del que ya tienen.
Cuando el personal celador llega a la habitación, los familiares o acompañantes ya han confirmado a enfermería que han tenido tiempo suficiente para despedirse y es entonces cuando se nos avisa para trasladar el cadáver,
En el traslado del cadáver se observaran las recomendaciones anteriormente recogidas y ademas:
• En aplicación del protocolo administrativo, identificaremos con las tarjetas el cadáver, llevándonos 3 tarjetas y una mas que ira pegada al sudario. dos tarjeta serán para identificar la sala en el que depositamos el cadáver una para el pasillo de visitas y otra para el pasillo interior, la tercera para entregar a la parte administrativa para su registro.
• La transferencia del cadáver si es el caso, la realizaremos con mucho mimo, utilizando chapa o rolon, dejando la almohada bajo la cabeza para evitar golpes por descuido.
• Para no atentar contra la sensibilidad del resto de pacientes y usuarios habrá que revisar y reconducir el circuito de paso de la caravana de traslado a tanatorio, cierre de puertas, invitación a que otros acompañantes abandonen los pasillos.
• En el tanatorio dejaremos el cadáver en un lugar limpio, con papeleras limpias y sin restos de otras visitas, cubierto con una sabana acomodada pulcramente sobre el cadáver
La muerte y las labores que le rodean, tiene que ser humanizada, los actos en nuestro trabajo han de cuidar los usos y formas de manera empatica, manteniendo una distancia que no nos absorba en lo sentimental, ni nos distancie en lo humano.
• Protocolo de identificación, conducción y depósito.
• Herramientas para gestionar nuestras propias inquietudes ante la muerte.
• Recursos para la actuación ante sentimientos de familia y acompañantes.
• Reforzando conceptos de serenidad, dignidad, intimidad, empatia y respeto.

• Aprendiendo a mantener una distancia que no nos absorba en lo sentimental, ni nos distancie en lo humano.

5 Discusión-Conclusión

Incidiendo en la importancia de la formación, se corregirían el desconocimiento de métodos y protocolos, se mejoraría la movilización y el traslado adquiriendo mayor conciencia y respeto. Humanizando o normalizando la muerte, conseguimos disminuir ansiedad y pánico al tener una mejor preparación.

6 Bibliografía

- https://scholar.google.es/schhp?hl=es.
- https://dialnet.unirioja.es/.
- https://scielo.org/es/.
- https://www.latindex.org/latindex/inicio.
- https://medlineplus.gov/spanish/.
- https://library.fiu.edu/CINAHL/cinahlspanish.
- http://cuiden.fundacionindex.com/cuiden/.
- https://lilacs.bvsalud.org/es/.

Capítulo 1527

LOS CELADORES EN EL QUIRÓFANO

MARÍA SOLEDAD CARRETERO SEVILLA

MARÍA VICTORIA SAN JOSÉ CALDERÓN

EDUARDO ROMERO GUTIERREZ

MIGUEL JOSÉ BLANCO CAÑIZARES

ROBERTO FERNÁNDEZ GONZÁLEZ

1 Introducción

El quirófano es una sala acondicionada para realizar operaciones quirúrgicas. La realización de operaciones se realiza en un ambiente estéril y controlado en el que el personal asistente debe estar perfectamente equipadas de atuendo correspondiente y haber cumplido con las medidas de higiene rigurosamente.

El bloque quirúrgico consta de varias zonas en las que las medidas de higiene varían y en las que el acceso está restringido. La zona sin limitaciones en la que se puede usar ropa de calle y está asilada del resto del hospital. La zona de intercambio formada por los vestuarios y la sala de estar, aquí se cambiarán la ropa y descansarán entre intervenciones. En la zona semilimitada, como su nombre indica, el acceso es limitado, aunque no completamente, teniendo medidas teniendo ciertas medidas de precaución. La zona limitada es en la que se debe usar mascarilla y ropa quirúrgica, se realizan los procedimientos estériles. Dentro de esta zona es donde está el quirófano que es la sala de operaciones donde se realizará la operación.

En el quirófano, todo el personal sanitario, tiene que tener claro cuán es su papel y qué debe hacer en cada momento. También los celadores deben conocer su labora dentro del quirófano y saber qué le van a mandar que haga de antemano para poder actuar con la rapidez y eficacia necesarias.

2 Objetivos

- Tendremos como objetivos dar cuenta de las funciones del celador dentro de un quirófano y las medidas higiénicas que tiene que tener tanto ellos como todo el personal sanitario.

3 Metodología

La metodología que se ha usado para la realización de este trabajo ha sido la revisión bibliográfica relacionada con las funciones del celador en el quirófano.
La información se ha recopilado de diversas fuentes que se relacionan a continuación:
• Revisión de las bases de datos de Web of Science, Scielo y PubMed.
• Revisión de manuales de actuación de hospitales.
• Revisión de manuales de Consejerías o Servicios de Salud de diferentes CCAA.
Para realizar este trabajo se han incluido artículos, protocolos, manuales o guías fechados entre 2010 y 20019 para limitar la cantidad de información y que esta fuese lo más actualizada posible.
Los términos utilizados para la búsqueda han sido “quirófano”, “celador”, “estéril”, “higiene”, “quirofanillo”.

4 Resultados

Se encuentra que el quirófano está dentro de una zona limitada junto con el ante quirófano y los cuartos de lavado de manos y brazos. El ante quirófano es el lugar donde espera el paciente, debe estar provisto de tomas de oxígeno y de vacío, enchufes eléctricos y comunicación con el quirófano. Aquí ya se estará con la indumentaria necesaria para entrar en el quirófano. El quirófano tendrá lugar la operación y como se especificó anteriormente se irá provisto de la vestimenta apropiada y de mascarilla.

La higiene se considera el conjunto de acciones que se realizan para conseguir conservar la salud. Dentro de la higiene tenemos la higiene individual que es la

que cada uno tiene consigo mismo y la higiene social que es la que engloba la salud pública. En un hospital la higiene es lo más importante ya que el contacto con enfermos es continuo y el contagio, de no haber una buena higiene, sería muy fácil. El aseo del personal que trabaja en el hospital es de suma importancia para evitar la transmisión de gérmenes. También es importante la desinfección ya que todo el material que circula por el hospital puede portar microbios también. Al entrar al hospital todos deberían ponerse el uniforme reglamentario y lavarse las manos, lo mismo ocurre al marcharse, sobre todo si ha estado en contacto con material o con enfermos. Se extremarán precauciones al llegar a casa, lavando las manos al llegar a casa también. El aseo personal es muy importante ya que, a parte de la mala imagen que da cuando no se está aseado, el personal tanto sanitario como no sanitario debe mantenerse limpio.

En el área quirúrgica es donde más riesgo hay de contagiarse con alguna infección, no solo porque el paciente esté siendo intervenido, si no, también por todo el material que se manipula.
Para cumplir las normas de higiene se restringe la circulación de personas, pacientes y material, se debe utilizar la ropa específica, cambiándose cada vez que se salga de él y mantener las puertas cerradas. La vestimenta a utilizar en el quirófano es el gorro, las calzas, la mascarilla, guantes, gafas de protección y bata.

Una vez se tienen claras las medidas de higiene, el celador debe conocer sus funciones en esta área, según la jerarquía hospitalaria el celador deberá responder a los mandatos en cada momento. El celador llevará al paciente al quirófano que así le hayan indicado, comprobando que es el paciente correcto y que se le debe de llevar, para evitar confusiones. Ayudará en la colocación del paciente en la camilla de operaciones y colaborará con el anestesista para colocar al paciente de la forma más adecuada para suministrarle la medicación. Llevará los aparatos que sean necesarios al quirófano, como aspiradores y aparatos de radioscopia. Estará pendiente durante la intervención por si hiciera falta su ayuda. Tendrá la documentación necesaria sobre el paciente y llevará los necesario al laboratorio si así se le pidiera. Una vez finalizada la intervención lleva al paciente a la sala de reanimación y después a la habitación.

5 Discusión-Conclusión

Tomamos como conclusión que los hospitales y en particular los quirófanos son focos de infecciones y de microbios, es por esto que es de suma importancia seguir las medidas de higiene que marca el protocolo y tener en cuenta que el

contagio no es solo para el personal que trabaja en el hospital si no para todo aquel que después esté en contacto con él. Es muy importante también lavarse bien cuando se termina el turno y una vez se llega a casa.

Por parte de los celadores, que son quienes manipulan todo el aparataje del quirófano y al paciente, es también muy importante que tengan claro todos los pasos a seguir en relación a su higiene. Los procedimientos que van a realizar en el quirófano son todos de manipulación, así que es responsabilidad de ellos guardar las medidas de seguridad.

Los traslados desde la habitación al quirófano y del quirófano a la habitación son responsabilidad del celador, así como el traslado del material, con esto cabe pensar que son quienes llevan microbios de un lugar a otro del hospital.

Las funciones del celador tienen que estar claras antes de comenzar la intervención, será el equipo sanitario quien le de las directrices de cada paciente y de cada operación, acatarán lo más rápido posible las órdenes y velaran porque se haga de la manera mas eficiente.

6 Bibliografía

- Fadrique Casero, M. (2015). Enfermería en Quirófano.
- Serrano, M. J. G., Moraleda, I. L., Blanca, M. F. B., Lucena, V. L., & Sánchez, I. G. (2012). Registro de ruta quirúrgica y seguridad en el quirófano de urología. Enfuro, (121), 22-24.
- Núñez, D. M. (2009). Manual Básico del Celador. Lulu. com.
- Llorca, D. A. (2013). Manual básico del celador de la Agencia Valenciana de Salud. Editorial Club Universitario.
- Álvarez, Á. P. EL TRABAJO EN EQUIPO EN QUIRÓFANO.
- Crespo, A. R., Alamillo, M. Á. T., & Ortuño, B. R. Funciones del celador en la atención sanitaria. Lulu. com.
- Mellado López, M. (2013). Organización y coordinación de trabajo de enfermeria de quirófano.
- Cantín, O. S., & Romeo, C. M. (2015). Accidentes biológicos de enfermería en quirófano con material inciso-punzante. Enfuro, (128), 29-37.
- González González, S. (2018). Identificación y caracterización de la dotación, requisitos de instalación y condicionantes de uso del equipo electromédico presente en un quirófano de oftalmología (Bachelor's thesis, Universitat Politècnica de Catalunya).

Capítulo 1528

SISTEMA DE INFORMACIÓN DE POBLACIÓN Y RECURSOS SANITARIOS (SIPRES): PROCEDIMIENTOS Y TRÁMITES ADMINISTRATIVOS

RAUL MONTESERIN FERNANDEZ

SILVIA BENAVIDES DIEZ

VANESA SUAREZ MENDEZ

SUSANA ÁLVAREZ GONZALVO

1 Introducción

Dentro del territorio español, el Sistema Nacional de Salud (SNS) depende del Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social. La Constitución Española promulga la descentralización, el SNS delegó todas sus competencias en materia de salud a cada una de las Comunidades Autónomas que conforman el territorio español, quedando exentas Ceuta y Melilla que dependen directamente del Gobierno Central. Existe un Instituto Nacional de Gestión Sanitaria que es el que actúa de intermediario para la coordinación entre las distintas comunidades en materias de salud.

En nuestro trabajo nos centraremos sobre el Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA), este servicio viene promulgado en el Real Decreto Constitutivo del Servicio de Salud Autonómico 1471/2001, de 27 de diciembre, que está conformado por 8 áreas sanitarias. Cada área dispone de un hospital de referencia, además existen otros centros privados adheridos al SESPA mediante concesiones públicas.

Los auxiliares administrativos trabajando de forma independiente en nuestra comunidad, tenemos nuestro propio programa informático, de este modo disponemos de un sistema de información de población y recursos sanitarios (SIPRES), que en nuestra provincia depende de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. El SIPRES ha supuesto un gran avance en el Sistema sanitario público asturiano a la hora de registrar usuarios, realizar gestiones con la tarjeta sanitaria, o cualquier otro trámite administrativo relacionado con la salud.

2 Objetivos

Ante el desconocimiento, tanto de los profesionales administrativos como de la población general de este novedoso proceso informático, trataremos de estudiar, analizar nuestro Sistema Nacional de Salud y entender que no es un servicio de recursos ilimitados y gratuitos. Para entender qué es el sistema SIPRES y quiénes son los usuarios; trataremos la controversia generada a partir del Real Decreto que obliga a asistir a todas las personas sin recursos económicos, ya que es un derecho fundamental en la Constitución.

3 Metodología

Mediante la búsqueda sistemática a través de “Google Académico”, “Pubmed” y “Dialnet”, nos centraremos sólo en los resultados encontrados en “Google Académico”, debido a la falta de resultados acordes a nuestras necesidades, en dónde los resultados nos redirigen directamente a las guías y manuales del sistema informático de salud asturiano, así como a la página de la consejería de sanidad del principado de Asturias, dado que son las dos fuentes principales que hemos revisado por ser las más veraces. En cuanto a la criba temporal no ha sido necesaria, puesto que estos manuales, datan del año 2011 con las actualizaciones pertinentes hasta la actualidad. En nuestra búsqueda en los descriptores de salud utilizados han sido “SIPRES SESPA”, lo cual reduce de forma cuantitativa los resultados.

Como nuestra búsqueda es sobre un tema tan preciso, no hemos necesitado los elementos inclusivos ni exclusivos.
Hemos requerido consultar bases legislativas como el Real Decreto 1088/1989 y el Real Decreto constitutivo del servicio de salud autonómico 1471/2001, de 27 de diciembre.

4 Resultados

El Sistema Nacional de Salud no es un sistema de seguro universal, sino que existen muchas y distintas situaciones de las diferentes coberturas de seguro de los usuarios en materia de la salud, es decir, pese a lo que se suele pensar de la Seguridad Social (que no cubre a todo el mundo por igual como dicta en la Constitución), sino que se trata de un sistema que se sostiene sobre diferentes subsistemas para que haya una protección mayoritaria de todos los ciudadanos.

Para disponer de un mayor control en Gestión del Gasto Sanitario, así como de la atención prestada en nuestros Hospitales de referencia de nuestra provincia, se creó este sistema que funciona a modo registro, en el que se incluyen unos datos sencillos, los cuales son: datos de identificación del usuario, datos de contacto, datos de aseguramiento, datos administrativos (tarjetas sanitarias, tarjetas de seguros privados, cartulinas). Todo aquel paciente que vaya a ser atendido en cualquier hospital de nuestra comunidad, debe estar registrado en el sistema, en caso de no estarlo se le hará una ficha provisional.

Dentro de la población del Principado de Asturias, los usuarios de los servicios sanitarios y, por tanto, los pacientes que pueden estar registrados en el sistema informático SIPRES, pueden ser: toda población residente, residentes temporalmente y personas que sin residir en nuestra comunidad necesiten de atención sanitaria ocasional durante su estancia en Asturias (incluye nacionales y extranjeros, personas mayores, menores de edad…).

Hubo una controversia referente al reconocimiento del derecho de la asistencia sanitaria a personas que no tienen recursos suficientes, por lo que se creó un decreto 1088/1989, en dónde nosotros como auxiliares administrativos tenemos una labor importante, debemos de proporcionar y dar asistencia para rellenar la solicitud del impreso F6 y la documentación a presentar por las personas sin recursos que requieran atención sanitaria; así mismo una vez cumplimentado este formulario y comprobados que estos datos sean correctos serán registrados en el sistema SIPRES y se prestará la atención sanitaria por pleno derecho.

5 Discusión-Conclusión

El estado español en materia de salud, tiene la peculiaridad de dividir o de ceder sus competencias en materia sanitaria de la administración central a sus comunidades autónomas. Aunque entre las comunidades autónomas existe unos principios de solidaridad intercomunitaria, sigue sin existir la interoperabilidad completa, con lo cual cada comunidad autónoma tiene su propio registro de usuarios, a veces incluso dentro de una misma comunidad autónoma utilizan diferentes sistemas informáticos.

Para nosotros como profesionales administrativos debemos conocer el sistema informático SIPRES, porque es con el que trabajamos, existen muchos tipos de usuarios; como personas con diferentes situaciones (tanto de idioma, personas sin recursos, personas no residentes en nuestra comunidad…). Nosotros como profesionales administrativos debemos estar preparados para atender a cualquier usuario y situación que se nos presente. Como todos los sistemas informáticos tienen la complicación en los cambios o actualizaciones, al personal le cuesta actualizarse, pues estos sistemas informáticos son novedosos y complejos; el envejecimiento del personal administrativo del SESPA es un gran hándicap para el manejo de estos programas informáticos, les cuesta reciclarse debido a la gran evolución tecnológica y que son sistemas que requieren muchas horas tanto de formación como de práctica.

6 Bibliografía

-BOE núm 216 de 9 de septiembre de 1989 páginas de la 28.657 a 28.658 Real Decreto 1088/1989, de 8 de septiembre por el que se extiende la cobertura de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a las personas sin recursos económicos suficientes.
-BOE núm 313, de 31 de Diciembre de 2001, páginas 50.648 a 50.652. Real Decreto 1471/2001, de 27 de Diciembre, sobre traspaso al Principado de Asturias de las funciones y servicios del Instituto Nacional de Salud
-Guía de Aseguramiento y Trámites en Tarjeta Sanitaria Individual (2011) Gobierno del Principado de Asturias. Consejería de Salud y Servicios Sociales.
-Astursalud.es Estrategia para el Desarrollo del Sistema de Información Sanitaria (EDESIS)

Capítulo 1529

TRANSMISIÓN DE INFECCIONES POR CONTACTO EN TAREAS ADMINISTRATIVAS

ELISA PEREIRA RAMOS

ANA MENDEZ MORALES

1 Introducción

Las infecciones por contacto se agudizan durante la temporada de gripe y catarros. El uso de elementos comunes como manillas de puertas, teléfonos de oficina compartidos, y el saludarse con un apretón de manos puede tener consecuencias desagradables. Las manos son una fuente de transmisión de gérmenes peligrosos para la salud.

En el ámbito hospitalario las infecciones por contacto se incrementan debido no sólo al proceso asistencial al paciente, sino también al contacto con las zonas comunes, de todos los usuarios, así como resto de trabajadores sanitarios y no sanitarios.

En los centros sanitarios el número de contactos de las manos puede alcanzar altas cifras al día, con cada uno se produce un intercambio de microorganismos de manera bidireccional y propagarse a través del centro sanitario en poco tiempo.

2 Objetivos

- Educación y formación en higiene.

- Prevención de la transmisión de infecciones en el centro sanitario.
- Proteger al paciente, personal sanitario y no-sanitario y al público en general.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha consultado diversas publicación y bases de datos de Internet, así como de libros editados. Los criterios de búsqueda establecidos para incorporar la información recopilada y analizada a este trabajo han sido empleando documentos que hicieran mención del tema tratado, higiene manos, infecciones por contacto…

4 Resultados

Hay múltiples de enfermedades que se trasmiten por contacto, como pueden ser: la varicela, la gripe, el resfriado común, diarrea, enfermedad de los ojos como la conjuntivitis, hepatitis A y B, herpes simple, sarampión, mononucleosis, neumonía bacteriana e infecciones de la piel.

Paso de los gérmenes de las manos a la cara: "Las personas que participaron en un estudio llevado a cabo en EE.UU. se tocaron la cara con las manos inconscientemente unas 15,7 veces cada hora". De esta manera los gérmenes están en contacto con las mucosas de nariz y boca, así como con los ojos.

Flora que contienen las manos:
- Flora residente. Son microorganismos que están en la piel de forma permanente, difíciles de eliminar, y que se encuentran en porcentajes de entre un 10 y un 20%. Estos organismos no suelen provocar infecciones nosocomiales y son beneficiosos para la piel y mejoran el sistema inmunitario.
- Flora transitoria (flora contaminante). Los microorganismos de este grupo pasan fácilmente a otras personas u objetos. El nivel de transmisión depende de determinados factores como pueden ser, el número de microorganismos y la humedad de la piel. Son responsables de la mayoría de las infecciones por contacto en ámbito sanitario, con la ventaja de que una buena higiene de manos reduce significativamente las infecciones.

5 Discusión-Conclusión

El lavado de manos es una técnica esencial, fácil y barata, que desde la enseñanza-aprendizaje de los hábitos de estilo de vida saludable favorecen el desarrollo de generaciones con conciencia en salud, mejoran la calidad de vida de los individuos.

Lavarse las manos meticulosamente con agua y jabón. Repitiendo esta operación a lo largo del día, se pueden evitar una gran cantidad de infecciones, especialmente si a esto se añade el no tocarse la nariz, los ojos o la boca.

No cubrir con la mano la boca al toser o estornudar es una buena forma de minimizar la trasmisión de la posible enfermedad.

Ha quedado más que demostrado que la higiene de manos es la medida más importante para evitar la transmisión de microorganismos. Las infecciones plantean un importante problema de salud mundial y tienen un gran impacto económico en los sistemas sanitarios, así como de elevado absentismo laboral. La simple tarea del lavado de las manos en los momentos adecuados y de la forma correcta es una medida de prevención de infecciones que podrían llegar a ser graves.

Conseguir aumentar la higiene en las manos debería ser una de las metas de prevención de la salud. Se podrían implantar protocolos de actuación en los centros sanitarios mediante el refuerzo y motivación de todos los trabajadores y de los usuarios, el empleo de carteles o recordatorios es importante, pero insuficiente.

6 Bibliografía

- www.seguridaddelpaciente.es
- Salud laboral: prevención de riesgos laborales. ISBN:978-84-92551-67-5
- www.medicosypacientes.com
- OMS. www.who.int

Capítulo 1530

PROCEDIMIENTO DE DEVOLUCIÓN COPAGO FARMACEUTICO

MARIA DE LOS REYES FLÓREZ ARIAS

1 Introducción

En este capítulo se define y describe el procedimiento de devolución del copago farmacéutico en el Servicio de Salud del Principado de Asturias desde un punto de vista administrativo.

2 Objetivos

Definición, requisitos y normativa del procedimiento de devolución del copago farmacéutico en el Servicio de Salud del Principado de Asturias para que el ciudadano pueda conocer sus obligaciones y derechos y los trabajadores de la administración puedan gestionar esa devolución.

3 Metodología

Búsqueda de normativa vigente y aplicación de esta en el procedimiento. Mediante la normativa vigente, y las aplicaciones informáticas del SESPA como por ejemplo, OMI en atención primaria, SELENE o Millenium en especializada, SIPRES para tarjeta sanitaria y la aplicación creada para la devolución del copago que se denomina DEFAR podremos verificar y comprobar que los datos del usuario que realiza el copago son correctos, los productos dispensados y tb. el importe de las devoluciones realizadas o pendientes de realizar.

4 Resultados

Definición:
Es aquella prestación que se dispensa a paciente mediante receta médica u orden de dispensación hospitalaria a través de oficinas o servicios de farmacia.

Características:
Está sujeta a la aportación del usuario. La aportación será proporcional al nivel de renta que como máximo se actualizará anualmente:
- 0-18.000 euros:40% activos y 10% pensionistas con límite 8 euros (8,23).
- 18.000-100.000 euros: 50% activos y 10% pensionistas con límite de 18 euros (18,52).
- >100.000 euros: 60% activos y 60% pensionistas con límite de 60 euros (61,75).
(Estos importes se refieren a la renta consignada en la casilla de base liquidable general y de ahorro de la declaración del IRPF, ya sea individual o conjunta.)

El usuario realizará la aportación en el momento de la dispensación del medicamento o producto sanitario.

Personas pertenecientes a la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, el Instituto Social de las Fuerzas Armadas y la Mutualidad General Judicial será del 30% con carácter general.

Aquellos importes de las aportaciones que excedan de las cuantías anteriores debe ser objeto de reintegro por la CCAA, en este caso, por el Servicio de Salud del Principado de Asturias, correspondiente con una periodicidad máxima semestral.

Exentos de aportación:
- Afectados síndrome tóxico y personas con discapacidad en aquellos supuestos que contempla su normativa específica.
- Personas perceptoras de rentas de integración social.
- Personas perceptoras de pensiones no contributivas.
- Parados que han perdido el derecho a percibir el subsidio de desempleo mientras permanezca su situación.

5 Discusión-Conclusión

¿Cómo se devuelve?:
- De oficio por el Servicio de Salud del Principado de Asturias
- A instancia del propio interesado o de su representante debidamente acreditado.

- Para reconocer el derecho a la devolución será exigible:
1. Los productos sean financiables por el Sistema Sanitario Público y por tanto que esten incluidos en la oferta oficial del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad para el Sistema Nacional de Salud.
2. Que hayan sido prescritos conforme a la normativa reguladora del Sistema Nacional de Salud.
3. Que el usuario disponga de tarjeta sanitaria en vigor en el Servicio de Salud del Principado de Asturias en el momento de la prescripción del medicamento o producto sanitario objeto del reintegro de gastos.
INCONVENIENTES:
 Identificación de cuentas de beneficiarios de pensionista y rechazos de bancos (ficha de acreedor).
 Concepto de renta y su actualización.
 Personas exentas de aportación.

DEFAR: Aplicación informática que gestiona la devolución por aportación en la adquisición de productos farmaceuticos para aquellos asegurados o beneficiarios de los mismos, con tarjeta sanitaria en vigor en el Servicio de Salud del Principado de Asturias en los casos previstos en el RD-Ley 16/2012. Acceso: defar. sespa.pa

Usuario y contraseña el mismo que se utiliza como clave personal para acceso a HCE, nómina, etc.

¿Quíenes pueden realizar estos trámites? Aquellos trabajadores del SESPA previamente habilitados y dados de alta en el Área de Sistemas previa petición de la Gerencia del Área.. ¿Qué podemos consultar?
- Situación del paciente en cuanto a la devolución.
- Reclamaciones pendientes y su estado.
- Buscar recetas.

6 Bibliografía

1. www.astursalud.es
2. Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones Modifica el artículo 94.bis de la Ley 29/2006, de 26 de julio de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.
3.Manuales de aplicaciones informáticas SESPA (OMI-AP, SELENE, MILLENIUM,SIPRES, DEFAR)

3. Resolución 18 de Diciembre de 2012 de la Dirección Gerencia del Servicio de Salud del Principado de Asturias, BOPA N.º 294 de viernes 21 de Diciembre de 2012.

Capítulo 1531

FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN ATENCIÓN PRIMARIA

LORENA SÁNCHEZ PÉREZ

ROBERTO VALLINA FRESNO

1 Introducción

A la hora de definir las tareas que realiza un auxiliar administrativo en el ámbito sanitario, nos remitimos a la normativa que lo regula, en este caso el Estatuto del personal no sanitario de las instituciones sanitarias publicas de la Seguridad Social de 1971, modificado por una orden de 1984.

En el capítulo II "Clasificación del personal" del Estatuto del personal no sanitario, articulo 12.3, se hace referencia a la función administrativa donde se establecen los diferentes grupos administrativos dentro de las instituciones sanitarias, en su apartado D, dice textualmente que las funciones del grupo auxiliar serán las de apoyo material, ejercicio y desarrollo respecto a las tareas administrativas asistenciales propias de la institución, así como las de secretarías de planta y servicios y las de preparación y tratamiento de los datos para la informática.

2 Objetivos

Enumerar las diferentes tareas y funciones que realiza el auxiliar administrativo en los centros de salud.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha realizado una revisión bibliográfica sobre la normativa existente que regula las funciones del auxiliar administrativo en el ámbito de la salud, sobre la literatura científica existente, así como la consulta de artículos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Las funciones de un auxiliar administrativo en el ámbito sanitario en atención primaria son muy diversas, desde:
- Atención al publico, el auxiliar administrativo es el responsable de gestionar la admisión de los pacientes, las citas en el propio centro de salud como la solicitud de las consultas en atención especializada en otros centros que sean requeridas por el personal médico.
- Recepción de llamadas telefónicas, el auxiliar administrativo es el encargado de atender y gestionar las llamadas de los usuarios que recibe el centro de salud.
- Tramitación y organización de los expedientes de los pacientes del sistema sanitario, el auxiliar administrativo será el encargado de archivar, codificar y rescatar las historias clínicas de los usuarios.
Debe tratar estos datos con total confidencialidad, puesto que esta información esta protegida por la Ley Orgánica de Protección de Datos personales y garantía de los derechos digitales.
- Programación y gestión de las agendas de los profesionales médicos.
- Recepción y distribución del correo, tanto postal como por vía telemática.
- Otras funciones relacionadas con la información, atención y ayuda a los usuarios , con el fin de mantener la eficacia en la asistencia al paciente (Farmacias, taxis….).

5 Discusión-Conclusión

Las funciones de un auxiliar administrativo en el ámbito sanitario aunque a veces puedan parecer sencillas o no sean valoradas con la suficiente importancia, son mas que necesarias. Los innumerables cometidos que realiza y a los que debe enfrentarse cada día hacen que su presencia sea imprescindible para el buen funcionamiento del centro de salud en el que desempeña su labor. Por eso es necesario mantener siempre una adecuada y constante formación para estos profesionales que con los avances tecnológicos se encuentran cada día con nuevos retos en el desempeño de sus funciones.

6 Bibliografía

- Estatuto del personal no sanitario de las instituciones sanitarias públicas de la Seguridad Social (1971).
- Guía de gestión de los servicios de admisión y documentación clínica del instituto nacional de salud.
- Ocronos- revista médica y de enfermería.

Capítulo 1532

PINCHES DE COCINA Y AYUDANTES DE SERVICIOS : SU RESPONSABILIDAD EN LA CALIDAD ASISTENCIAL HOSPITALARIA.

SERGIO MARTÍNEZ CUESTA

ANTONIO CÁNDANO JIMÉNEZ

ANA BELÉN CUESTA RODRÍGUEZ

1 Introducción

La labor del ayudante o pinche es un eslabón más en la ardua tarea de mejorar la salud del enfermo y su estancia en un establecimiento hospitalario . Solemos apreciar , en una estancia hospitalaria, la comodidad, el confort de la estancia, la amabilidad del equipo , pero la comida, concebida como una herramienta más en la curación del paciente, es de una importancia vital y gran parte de la satisfacción del paciente al marcharse , va a estar relacionada con ella.

2 Objetivos

Trataremos de analizar cómo incide la comida hospitalaria en la experiencia del enfermo , en qué grado determina su visión del centro hospitalario y cómo mejorarla aún más.

3 Metodología

Realizamos varias búsquedas en motores como Scielo, además del Google académico, así como en temarios de oposiciones dela categoría de pinche de cocina o ayudante de servicios.

4 Resultados

La calidad asistencial es vital. No en vano nuestros pacientes vienen a curar , paliar o evaluar su salud . Gran parte de ellos se encuentran en un medio ajeno en el que se sienten inseguros, puestos en manos de personas con uniformes blancos que tienden a despersonalizar . Desde la posición de alguien que trabaja en una cocina hospitalaria, podemos pensar que muy poco podemos hacer para mejorar esa visión del lugar o hacer su estancia más agradable. Pero lo cierto es que sí podemos, a través de la comida , ayudar en esta tarea.

Los pacientes suelen apuntar como causas de insatisfacción los ruidos, demoras asistenciales, insuficiencia de la información recibida y el trato recibido por parte de los trabajadores, pero también se hace hincapié en la comida recibida durante sus días de hospitalización.
Una comida adecuada a su patología, sin errores que puedan mermar la confianza del usuario, con una presentación adecuada – la comida , ya se sabe, "entra por los ojos "- y en la cantidad y horario adecuados pueden ayudar a la sensación de confort.

Que la comida llegue a la hora , a una temperatura idónea, con una clara separación entre los alimentos refrigerados y los calientes, en una vajilla completa y escrupulosamente limpia , ayuda a que el paciente observe que estamos pendientes de él, de sus necesidades específicas, evitando que se sienta "un número más" dentro del hospital . Ofrecerle distintos menús , como se hace habitualmente en las dietas basales o especiales , ayuda a esa necesidad de sentirse respaldado, cuidado, tenido en cuenta.

Dado que la alimentación oral representa entre un 90 y un 95 por ciento de la alimentación total de los hospitales, toda la cadena que incluye a bromatólogos , cocineros, dietistas y pinches o ayudantes de servicios ha de estar pendiente de que la calidad ofrecida sea óptima.

Han de obtenerse alimentos nutritivos, empeñando nuestro esfuerzo en que sean apetecibles: difícil es de cuantificar el hambre que puede tener alguien hospital-

izado, muchas veces asustado y cuyas costumbres alimenticias no dominamos , de modo que la mejor presentación posible es vital para asegurarnos de que se nutre adecuadamente.

Una excepcional higiene, sabiendo como sabemos que los pacientes pueden estar inmunodeprimidos, con límites de ingesta o excepcionalmente delicados, es necesaria: podemos mejorar las posibilidades de supervivencia, de mejoría , participando en nuestra tarea de evitar la propagación de agentes bacteriológicos . Pocas cosas podrían crear una peor imagen de una estancia hospitalaria que una intoxicación alimentaria, por leve que pueda ser, debida a una mala higiene.

El control del transporte puede conseguir que los alimentos lleguen a una temperatura adecuada a las plantas, entre 60 y 70 grados, así como una cinta de emplatado ágil evita la exposición de los alimentos y la pérdida de cualidades organolépticas.

Técnicas como evitar que la comida se elabore con mucha antelación , que pierda sabor y personalidad, y evitar que pasen muchas horas sin ingestas, son necesarias también para regular la calidad alimentaria. Debido a los horarios de muchos hospitales, es habitual que en muchos los pacientes estén desde las 20 horas de la tarde hasta las 8 de la mañana sin ingerir alimentos, lo que redunda en insatisfacción.

Evitaremos que los menús se hagan en función de la economía , como factor exclusivo, y trataremos siempre de que respeten las costumbres y culturas de la zona.

Es por todo ello que los pinches o ayudantes de servicios han de ser conscientes de su papel en todo este proceso: mejorando su formación y centrando su atención en el hecho de que trabajan en un hospital, lo que a veces , dado el aislamiento de las cocinas, es fácil de olvidar.

Una higiene extrema, un cuidado en la presentación de los alimentos en la cinta de emplatado, rigor a la hora de colocar las bandejas que van a llevar compañeros o robots de distribución para evitar que los platos pierdan su composición o forma, rigor también a la hora de seleccionar frutas o piezas que no tengan partes visibles poco apetitosas, son tareas que el pinche o ayudante habrá de seguir.

El personal encargado deberá analizar las encuestas de satisfacción para analizar cuáles son los puntos flacos del servicio, y todo el personal de cocina tendrá que asumir su parte de responsabilidad en ello de una forma asertiva y productiva,

viendo las encuestas como una herramienta de mejora y no como un castigo o intromisión en su trabajo.

Por parte de todos los implicados, se tendrá en cuenta no solo el coste de los alimentos, sino la satisfacción del cliente con ellos.

5 Discusión-Conclusión

El pinche o ayudante de cocina es una parte importante del engranaje que procura calidad asistencial y buena alimentación al paciente. Se hace necesaria una mejor formación de este colectivo, continua y orientada a la salud y el confort del paciente.

6 Bibliografía

- Caracuel García Á. Alimentación hospitalaria : Del blanco y negro al color [Internet]. [cited 12 February 2020]. Available from: https://helvia.uco.es/bitstream/handle/10396/3966/03%20anales%20angel%20caracuel.pdf?sequence=1
- León Sanz M. La evolución de la alimentación hospitalaria [Internet]. [cited 12 February 2020]. Available from: http://www.revistadehumanidades.es/revista/v3n1/La_evolucion_de_la_alimentacion_hospitalaria.pdf
- Aranceta Bartrina J. Papel de la gastronomía y de las nuevas tecnologías en la configuración de una alimentación saludable [Internet]. [cited 12 February 2020]. Available from: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6533237

- Aranceta Bartrina J. Papel de la gastronomía y de las nuevas tecnologías en la configuración de una alimentación saludable [Internet]. [cited 12 February 2020]. Available from: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6533237

Capítulo 1533

ATENCIÓN TELEFÓNICA EN CENTROS SANITARIOS

ABRAHAM MENÉNDEZ TABERNA

1 Introducción

La comunicación telefónica es esencial en la relación entre los pacientes o usuarios y los profesionales del sistema de salud. No sólo es un mero contacto entre dos personas, sino que el profesional se convierte temporalmente en la imagen del sistema sanitario.

Cuando hablamos de la capital importancia de la atención telefónica lo hacemos además siendo conscientes de que toda la comunicación se sustenta únicamente en el canal auditivo, perdiéndose la riqueza de la comunicación presencial. Este hecho puede provocar una importante merma de la comunicación no verbal, pues nuestros gestos, nuestras expresiones faciales, nuestras indicaciones, solamente pueden ser intuidas a través del teléfono en mayor o menor medida.

Perdemos en la mayoría de los casos la posibilidad de apoyarnos en formularios, folletos, publicaciones, pantallas… o cualquier método más ”visual” para explicar cualquier hecho o circunstancia, sin que todo ello merme en absoluto la importancia de ese ”momento de la verdad” entre nuestro paciente y el sistema.

Existen diversas técnicas de atención telefónica, en ocasiones cercanas incluso al marketing, que nos ayudarán a solventar esa pérdida de eficacia comunicativa, además de conseguir aumentar positivamente la opinión del paciente respecto a la atención recibida.

2 Objetivos

- Abordaremos distintas técnicas de atención telefónica desde un punto de vista aplicado a la sanidad, enfocándonos en que el usuario y/o paciente se sienta lo más satisfecho posible con dicha atención, y por tanto con la atención que recibe del sistema sanitario.

3 Metodología

Hemos realizado una revisión bibliográfica de las principales bases de datos, como Scielo o Dialnet, utilizando las expresiones ”atención telefónica”, ”calidad”, ”escucha”, ”atención telefónica sanitaria”, así como publicaciones universitarias relacionadas con la materia.

4 Resultados

Una buena atención telefónica requiere y exige la misma actitud y empatía (en ocasiones, aún mayor) que puede requerir cualquier otra atención presencial o cara a cara, pese a que nuestro interlocutor no nos está viendo.
En la comunicación telefónica, se dan los mismos elementos que en los demás procesos de comunicación, y que mencionaremos someramente a continuación:
Emisor: Quien emite el mensaje, la información. Puede ser una persona o varias, o bien una máquina (por ejemplo con una locución).
- Receptor: Quien recibe el mensaje
- Código: Es el sistema que utiliza el emisor para codificar el mensaje.
- Canal: Es el elemento físico por el que se transmite la información, y gracias al cual el receptor la capta a través de los sentidos.
- Mensaje: Es la información que se transmite
- Contexto: Lo constituyen las distintas circunstancias que rodean a la comunicación, y pueden ser temporales, espaciales, ambientales, socioculturales… y que por tanto pueden tener gran influencia en la comunicación y en la comprensión del mensaje.

Por último, el feedback es la información que el emisor recibe en función de el efecto que su mensaje causa en el receptor, y posee gran importancia pues servirá para detectar, evitar o corregir malos entendidos o interpretaciones erróneas. Por teléfono debemos ”afinar” aún más lo que percibimos de nuestro interlocutor, pues si por ejemplo se está comenzando a enfadar, no estaremos

viendo su cara, sino que tendremos que ceñirnos a lo que nos diga, tono de voz o actitud que podamos percibir por nuestro oído. También aquí se pierde una parte de la información, por lo que debemos estar especialmente atentos.
Cuando recibimos una llamada, lo primero es responder pronto. Se aconseja que sea en lo posible antes del tercer tono. Se establecerá un saludo del tipo ”Hospital/Centro de ... buenos días, ¿En qué le puedo ayudar?”, incluso en función del puesto se podría incluir el nombre del interlocutor, algo así como ”Hospital ..., buenos días, le atiende ...”. El ”buenos días” ha de cambiarse oportunamente por ”buenas tardes” o ”buenas noches”.

El saludo debe ser cortés y, en lo posible, natural, con voz clara, y utilizando un tono adecuado.
Si hemos de dejar a nuestro interlocutor en espera, debemos informarle del motivo, y si la espera va a ser de más de 30 ó 40 segundos, deberíamos ir informándole retomando la llamada. Si la espera va a ser larga es preferible darle la opción de mantenerse a la espera o llamar más tarde.

Es importante que si dejamos a un cliente en espera, debemos también poner el teléfono en modo espera (mute), pues en caso contrario estará oyendo nuestras conversaciones internas mientras esté esperando, y si se le deja con una locución melódica, es preferible que ésta no sea bulliciosa y mejor sin letra, pues por lo general no se entienden bien telefónicamente.

Si hemos de transferir una llamada, debemos conocer si la persona a quien se la transferimos la va a poder atender ahora, y debemos informarle del nombre y motivo de la llamada, aspectos que quien finalmente atenderá la llamada mencionará someramente a su interlocutor, para que se sienta atendido y escuchado.

Hemos de transferir únicamente las llamadas que no podamos atender.
Es básica una escucha activa, e involucrarse para conocer el motivo de la llamada, puesto que así será mejor nuestra respuesta. Es importante (siempre que sea posible) dejar a un lado el resto de tareas para centrarnos exclusivamente en la llamada, y tener siempre a mano dónde y con qué tomar alguna nota rápida siempre que sea necesario (Nombre, teléfono, motivo de llamada...) bien en papel, en ordenador, en una aplicación telefónica... que además nos podrá también servir de registro de llamadas.
En lo posible hemos de dar siempre una respuesta, pues resulta muy frustrante para el usuario realizar una llamada que no le llegue a solucionar nada. Hemos de tomarle los datos de contacto, como mínimo el teléfono, en caso de tener que contactar de nuevo, y si podemos resolver la gestión debemos establecer un plazo

de respuesta o resolución. Si los motivos de llamada se repiten a menudo puede ser muy buena idea establecer unos protocolos o pautas para atender las llamadas u orientar al interlocutor.
Por último, hemos de agradecer su llamada al usuario/paciente, y esperar a que sea él o ella quien finalice la llamada, quedándose con la sensación de que hemos hecho todo lo posible por ayudarle, y dejando una buena imagen del centro de salud, hospital.

LLAMADAS SALIENTES
Si somos nosotros quienes realizamos una llamada, hemos de preguntar por alguien educadamente y de manera formal, también con voz clara y tono moderado, haciéndonos entender correctamente.
Es importante identificarnos con claridad, y podemos también pedir a nuestro interlocutor o interlocutora que haga lo mismo. Hemos de decir nuestro nombre y de dónde le llamamos. Eso sí, si nos equivocamos al llamar, hemos de disculparnos, queda aún peor colgar sin más, y sobre todo en la actualidad con los identificadores de llamada generalizados. Todos nos hemos equivocado llamando alguna vez.
Mención especial merece si conocemos a quien estamos llamando pero no atiende directamente la llamada, sino que lo hace otra persona (un familiar, un subordinado…). Actuaremos formalmente, pues aunque haya confianza con nuestro interlocutor final, es probable que no la haya con la otra persona. Nunca preguntar por alguien por su mote, apodo… si la tercera persona que contesta no tiene confianza con nosotros.
Si estamos respondiendo a una llamada anterior, debemos ser puntillosos en hacerlo de la forma pactada (día concretado, hora, con qué resultados…)
Importante: Ser breve. Salvo que el tema requiera una larga explicación o sea el caso de pasar consulta telefónica, se ha de procurar no se extender más de lo imprescindible. Una regla que se suele poner de ejemplo, salvo que proceda otra cosa, sería la de hablar aproximadamente la mitad de lo que se hablaría de forma presencial. Igualmente en el caso de tener que dejar un mensaje en un contestador. Podemos dejar un breve mensaje, pero en la medida de lo posible, nada más.

Y por supuesto, utilizar siempre las palabras clave de "por favor" y "gracias", sobre todo si vamos a hacer cualquier petición laboriosa o urgente, o nos toca disculpar cualquier posible error. Nuestro interlocutor será más proclive a ceder a nuestros deseos si se lo pedimos con educación y nos mostramos agradecidos por ello. No es mostrar miedo, ni mucho menos, pero se sentirá mucho más cómodo o cómoda

al atendernos.

CUESTIONES GENERALES:
Hemos de tratar a nuestro interlocutor siempre de usted, que sea él o ella quien nos indique si podemos tutearle.
La información que ofrezcamos ha de ser fiable y de calidad.
Hemos de ser eficientes y proactivos, serviciales. Amables. Aunque a veces pueda resultar difícil, hay que tener paciencia y no perder nunca los nervios ni los buenos modales.
En caso de que la llamada se complique, y siempre en función de los protocolos establecidos, se podría pasar la llamada a un superior.
Y sobre todo: Sonreír. Si, telefónicamente, no nos van a ver… en teoría. Pero nuestro interlocutor detecta si le estamos atendiendo con una sonrisa, y la calidad en la atención disminuirá enormemente en caso contrario.

5 Discusión-Conclusión

La atención telefónica constituye un factor fundamental en la calidad en la atención sanitaria. Atender bien las llamadas y saber realizarlas tiene gran influencia en la percepción que tienen los distintos usuarios de la sanidad. Aplicar sencillas técnicas basadas en la experiencia y el sentido común puede hacer que cada llamada y cada ”momento de la verdad” con nuestro centro sanitario sea mucho más fructífero.

Sonreír, ser pacientes, saber ponerse en el lugar del otro… cuando todo depende de lo que oímos, son mucho más que frases hechas. Pueden ser lo que marque la diferencia en la satisfacción de quien está al otro lado del teléfono.

6 Bibliografía

1-Ocronos - Revista médica y de enfermería. La atención telefónica del personal administrativo de los centros de salud. Silvia Nikole Arcoiza Pato, Ignacio Pérez García, Manuel Díaz del Blanco y Francisco Herrero León. 2020.
2-Atención telefónica - 10 consejos útiles. Notas. Revista Buenosnegocios , nº428. 2013.
3-La consulta en atención primaria, ¿está justificada?.M. Monsalve Saiza, A.C. Peñalba Citoresa, S. Lastra Gutiérrez. 2013.

4-Estrategia para un nuevo Enfoque en la Atención Primaria. Consejería de Sanidad del Principado de Asturias. Plan 2018-2021. Varios autores. 2018.
6-Buenas maneras al teléfono. Etiqueta telefónica. Atender llamadas. Revista Protocolo.org.
7-María Felicidad Perez Soro - Tesis del Master en Dirección de Entidades Aseguradoras y Financieras. Universitat de Barcelona. 2010

Capítulo 1534

EL PINCHE O AYUDANTE DE SERVICIOS DESTINADO EN COCINA Y LAS DISTINTAS DIETAS HOSPITALARIAS

ANA BELÉN CUESTA RODRÍGUEZ

SERGIO MARTÍNEZ CUESTA

ANTONIO CÁNDANO JIMÉNEZ

JUAN CARLOS CORDERA GARCÍA

1 Introducción

El trabajo del pinche o auxiliar de servicios en la cocina de un hospital tiene como uno de sus ejes primordiales ayudar a los cocineros en la elaboración de los distintos menús que estos realizan. Menús que no siguen unos criterios comerciales , sino unas estrictas normas que orientan las recetas a las necesidades específicas del paciente hospitalizado.

2 Objetivos

Los pinches o ayudantes han de conocer estas dietas, su finalidad, qué pueden incluir o no , a fin de optimizar su trabajo y evitar errores que podrían perjudicar al paciente o al proceso productivo de cocina.

3 Metodología

Se realizan diversas búsquedas en motores de internet especializados, como Google Academico o Scielo, así como libros que guardan relación directa con el tema.

4 Resultados

El pinche o auxiliar entra en contacto con las distintas dietas hospitalarias en varias fases de su trabajo: primero durante la elaboración y luego durante la custodia y colocación de estos alimentos en los carros de baño maría desde donde se comienza el proceso de distribución de las dietas. Una escasa formación en el conocimiento de las dietas hospitalarias puede acarrear accidentes - el pinche que accidentalmente contamina una elaboración sin gluten dejando caer en ella algún alimento que lo contiene – o retrasos en la distribución – saber que una dieta ovolacteovegetariana no lleva pescado puede hacer que una bandeja que se dirige hacia el pinche o auxiliar a través de la cinta de emplatado pueda ser interceptado sin retrasos al verlo de lejos - , en un ambiente como la cocina hospitalaria en la que premura y la precisión son elementos esenciales.

Cuando el paciente llega la hospital, se rellena un cuestionario con las enfermedades que puedan incidir en su modelo de dieta como pueden ser alergias, hipercolesterolemia, diabetes, intolerancia, patologías cardíacas . Una vez se conocen, el equipo de dietética trata de adaptar la dieta hospitalaria a sus necesidades.

Según su clasificación, las dietas pueden ser:
Basales: Son para pacientes que no tienen necesidad de una dieta terapeútica específica. Se compone de dos opciones de primer plato, dos de segundo y postres , tanto en la comida como en la cena. La aportación calórica está entre 2500 y 2900 Kcal. Contiene aproximadamente un 20 % de proteínas, 50 de hidratos de carbono y el resto de lípidos, con menos de un 10 % de grasas saturadas.
Es válida para pacientes diabéticos, siempre y cuando se sirva sin azúcares solubles. La dieta basal tiene varias variables:
- Basal pediátrica (2 a 4 años) : Entre 1500- 1750 Kcal
- Basal pediátrica 2 (4 a 10 años):Entre 2000- 2250 Kcl.
- Basal no cerdo: Sin cerdo, adecuada para personas que por su idelogía o religión no consuman cerdo ni derivados de este.
- Basal no carne: Evitando la carne.

- Basal vegetariana estricta: Sin carne de ningún tipo ni derivados , incluye un mayor aporte proteínico a base de vegetales específicos como la soja.
- Basal rica en fibra: Suplementada con más fibra.

También hay dietas basales que requieren modificaciones de textura, como la basal triturada de adultos , destinada a personas que no pueden masticar o tragar con facilidad, pudiendo ser también la basal de fácil masticación para pacientes pediátricos ,destinada a niños de 2 a 4 años o la basal para adultos con problemas de deglución, para pacientes con disfagia o aquellos , en general que tengan dificultades de masticación.

También indicaremos los homogeneizados pediátricos, para niños de uno a dos años.

Tras hablar de las dietas basales, hablaremos de la fase de transición: en esta fase, han de ser pobres en grasas . Podemos distinguir las siguientes dietas:
-Líquida : Entre 300 y 450 Kcal . zumos, caldos .
- Líquida lácte: incluye lácteos y derivados.
- Líquida hospital de día, indicada para recuperaciones como inicio de la alimentación oral. Es la única dieta líquida que puede llevar lácteos.
- Transición I (Semilíquida): Dieta semilíquida entre 1000- 1400 Kcal . No lleva lácteos.
-Transición I (Semiblanda) : Entre 1400 y 1600 Kcal. Puede llevar lácteos. No lleva guarnición.
- Transición II : Entre 2000- 2200 Kcal . Alimentos de suave textura que no conllevan una digestión pesada. Lácteos desnatados.

Dietas en las que controlaremos la energía:
Bajas en grasas, sin azúcares . Pueden ser de :
-1200 calorías
-1600 calorías
- 2000 calorías

Dietas astringentes: Dieta baja en residuos- astringente: 2000 calorías, es de ayuda en procesos diarreicos . No lleva leche , y suele llevar caldos, sopa de arroz pescados a la plancha o cocidos.
-Triturada astringente adultos : Igual que la dieta baja en residuos pero específica para problemas de masticación o pacientes que tragan con dificultad.
Hay dietas modificadas en residuos , como la:

-Sin fibra : 1200 calorías, se suele utilizar para pacients que van a hacer una prueba diagnostia o una cirugía intestinal.
Hipoproteica (Insuficiencia renal) : Destianada a pacientes prediálisis. Baja en proteínas y sodio.
Baja en potasio -Insuficiencia renal : Básicamente es una dieta basal en la que se restringen los productos limitados en potasio. Se utiliza generalmente durante la diálisis.
Dieta HIpograsa: Sin alimentos ricos en grasa . Unas 2000 Kcal. Sin fritos, huevos, lleva leche desnatada.
Dieta sin gluten: Sin trigo, cereales y derivados. Esta destinada a celíacos.

Algunos pacientes, por sus características especiales no pueden optar a una de las dietas anteriormente descritas. Se aplica, entonces, una dieta individualizada, que puede ser terapeútica o orientada a las alergias.

5 Discusión-Conclusión

Es esencial que el pinche o auxiliar de servicios conozca estas dietas , a fín de evitar errores en su elaboración o reparto. Una buena formación, que incida en la importancia terapeútica de las dietas hospitalarias, debe remarcar el carácter de herramienta de salud de las mismas, que va mucho más allá del confort del enfermo : una dieta apropiada puede incidir de manera decisiva en la recuperación del enfermo. Y el personal de cocina es parte de este proceso

6 Bibliografía

1. : Andrés M. A. (coord) . Actualización en bromatología hospitalaria. Barcelona: editorial Glosa, 2009.
2. Mataix Verdú, J. Nutrición y Dietética. Aspectos sanitarios. Girona: Gráficas Gispert, 1993.
Nelson J. K., Moxness K. E., Jensen M. D., Gastieneau C. F. Dietética y Nutrición. Manual de la Clínica
3. Arencibia T. , Domenech I., El código de dietas hospitalario. En: Olveira Fuster G (Editor).
4. Aranceta Bartrina J. Papel de la gastronomía y de las nuevas tecnologías en la configuración de una alimentación saludable [Internet]. [cited 12 February 2020]. Available from: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6533237

Capítulo 1535

CÓMO AFECTA EL ESTRÉS Y LA ANSIEDAD AL PERSONAL TRABAJADOR DE INSTITUCCIONES SANITARIAS.

JOSE VICENTE GARCIA ALVAREZ

1 Introducción

Definición de estrés y ansiedad:
Existen tres grandes teorías acerca del estrés: Una considera el estrés como un estímulo que, ante la presencia de un suceso que altera el equilibrio del organismo, provoca cambios en la conducta. Otra se centra en la respuesta producida por el organismo y define el estrés como una conducta que aparece cuando la persona se ve superada por las circunstancias.

Otra teoría une las dos anteriores y entiende el estrés como una interacción entre el individuo y un entorno que le desborda o que amenaza su bienestar. El estrés en sí mismo no es algo negativo, aparece para afrontar las exigencias del medio de forma más rápida y eficaz. Es una respuesta automática adaptativa, de protección y preservación que potencia la supervivencia de la especie.

Esto es así hasta ciertos límites, de forma que si el sistema se sobre activa (si la respuesta se repite o perdura en el tiempo), pierde su eficacia, y el efecto es una desorganización del comportamiento.
Se distinguen dos formas de estrés:

– Eustrés: forma benigna del estrés, beneficiosa y que nos ayuda a enfrentarnos a las nuevas demandas de la vida.
– Distrés: forma negativa y dañina del estrés que perdura en el tiempo, desgasta y acarrea efectos destructivos para el cuerpo. Este es el sentido que suele darse popularmente al término estrés. Mientras que el estrés hace referencia a los aspectos fisiológicos, la ansiedad se refiere sobre todo al sentimiento subjetivo que acompaña al estrés.

La ansiedad es una emoción displacentera consistente en una reacción de tensión, aprensión y preocupación ante una situación que el individuo entiende como una amenaza potencialmente peligrosa para su integridad física o psíquica, aunque muchas veces, no existe causa aparente. En el trastorno de ansiedad generalizada, la ansiedad y preocupación excesivas aparecen ante una amplia gama de acontecimientos o actividades y se prolongan durante más de 6 meses.

Agentes estresantes.
Los agentes estresantes forman parte del ámbito en que normalmente viven las personas. Ámbito laboral, Características del contenido del trabajo, Experiencia del propio trabajador, Relaciones interpersonales en el trabajo, Factores relacionados con el desarrollo profesional.

Ámbito social, Vivir en zonas de mucho ruido/contaminación, Sanidad: tensión e inseguridad por listas de espera, coste elevado sector privado… Forma de vida en la ciudad, Vivir en zonas conflictivas. Ámbito personal, Ingresos económicos bajos, Modificaciones forma de vida por enfermedad, divorcio…, Dedicación permanente a otras personas, En la mujer, menstruación y/o menopausia, pueden hacer que sean más vulnerables a padecer estrés.

Respuestas del individuo al estrés
- Respuestas emocionales, Pérdida de energía física o psíquica, Bajo estado de ánimo, Apatía, pesimismo, Temor a padecer enfermedades. , Pérdida de la autoestima. , Volubilidad emocional, paso de alegría a tristeza con facilidad. -Respuestas cognitivas, Incapacidad para tomar decisiones, Bloqueo mental, Vulnerabilidad ante las críticas, Confusión, Se distrae fácilmente, Olvidos frecuentes, Tartamudear o hablar de forma atropellada. , Fumar y beber más de lo habitual, Risa nerviosa, Arrancarse el pelo/morderse las uñas. , Abusar de fármacos (tranquilizantes), - Actividad física exagerada. , Desórdenes alimenticios.

Tratamiento del estrés
Aspectos psicológicos del tratamiento Terapia de tipo corporal, Intenta contrarrestar las reacciones fisiológicas del estrés. Ejemplo: técnicas de relajación, yoga, meditación… Terapia de tipo cognitiva, Se basa en utilización de una serie de procedimientos tendentes a modificar la conducta del individuo. , Ejemplo: sustituir pensamientos negativos por positivos, enseñar a manejar situaciones de estrés. Ayudar a afrontar situaciones de conflicto. Terapia de modificación del comportamiento, Enseña a reservar tiempo para el descanso físico y para realizar alguna actividad fuera del trabajo.

Tratamiento médico
Terapia higiénico-dietética, Dormir las horas necesarias, Dieta equilibrada evitando alimentos que pueden potenciar la respuesta del estrés. , Realizar ejercicio físico con regularidad, Terapia farmacológica, Ansiolíticos, que suprimen la ansiedad, Antidepresivos, en caso de que exista depresión.

El concepto de ansiedad
Ansiedad, Respuesta emocional que variará según el estímulo que la produce y suele venir acompañada de sentimientos de inquietud, recelo, miedo y nerviosismo. Habitualmente está asociada a preocupaciones excesivas. Ansiedad patológica, la ansiedad se convierte en patológica cuando altera el comportamiento del individuo de tal manera que deja de ser una reacción defensiva para convertirse en una amenaza que el individuo no puede controlar.

Trastornos de la ansiedad
Angustia: Hablamos de angustia cuando predominan las manifestaciones corporales, es decir, somáticas, frente a las manifestaciones psíquicas. En cambio, usamos el término ansiedad, cuando predominan los sentimientos subjetivos (síntomas psíquicos) y el fenómeno es percibido con total nitidez, aparece sensación de ahogo, peligro inminente y buscan con mayor intensidad soluciones eficaces para afrontar la amenaza.

La crisis de angustia puede ser: Inesperada: la angustia se desencadena sin motivo aparente. , Situacional: la crisis surge después de la exposición a un precipitante situacional o anticipadamente a éste. Ataques de pánico (crisis de ansiedad). Aparición brusca de un miedo intenso. Puede aparecer espontáneamente o estar provocado por un estímulo.

Durante este episodio aparecen de repente, al menos 4 de los siguientes síntomas: Palpitaciones y taquicardia, Sudoración excesiva, Sensación de ahogo o falta de aire, Temblores y sacudidas, Malestar o dolor en el pecho, Sensación de atragantamiento. , Náuseas o malestar abdominal, Miedo a perder el control/volverse loco, Sensación de mareo, de inestabilidad o de desmayo. Miedo a morir, Parestesia (hormigueo o entumecimiento de los miembros). Ráfagas de calor o escalofríos.

Trastorno obsesivocompulsivo.
La característica fundamental son las obsesiones, que pueden ser ideas o pensamientos que se repiten, y no desaparecen de la mente del individuo aunque lo intente por todos los medios. Cada obsesión lleva asociada una compulsión o conducta que compensa la angustia que provoca. Un ejemplo es el miedo al contagio, cuya compulsión correspondiente es lavarse las manos repetidamente.

Trastorno por estrés postraumático.
Aparece en aquellos individuos que se han visto expuestos a un evento traumático que involucra un daño físico o psicológico extremo. , Tiene como manifestaciones: pérdida del sueño, irritabilidad, sobresalto, falta de concentración. Provoca alteraciones en la vida laboral, familiar y social del individuo.

Manifestaciones del estrés y la ansiedad.
Las reacciones emocionales frente a un peligro o amenaza real o imaginario se manifiesta a través de un conjunto de respuestas fisiológicas, cognitivas y conductuales.

Manifestaciones fisiológicas o corporales.
Responden a una elevación de los niveles de cortisol, de adrenalina y noradrenalina, y dependen del sistema nervioso vegetativo y del sistema endocrino.

Signos y síntomas
- Cardiovasculares: palpitaciones, taquicardia, aumento de la tensión arterial, palidez, accesos de calor.
- Respiratorios: ahogo, asma, sofoco, respiración rápida y superficial, opresión torácica.
- Gastrointestinales: náuseas, vómitos, etc.
- Genitourinarios: micciones frecuentes, enuresis, impotencia.

- Neuromusculares: hipo, temblor, hormigueo, etc.
- Neurovegetativos: sequedad de boca, pupilas dilatadas, sudoración excesiva, mareos y dificultad para conciliar el sueño o se tiene un sueño no reparador. Enfermedades relacionadas con la fatiga y la disminución de las defensas.

2 Objetivos

Detectar el problema de Estrés y Ansiedad en el personal trabajador en los centros sanitarios en los distintos niveles y puntos de trabajos lo antes posible para poder atajarlo a la máxima brevedad, tenemos que tener en cuenta tanto la repercusión que puede tener este problema para el propio trabajador como para los pacientes y usuarios de los centros sanitarios.

3 Metodología

Se ha realizado una amplia búsqueda bibliográfica en la que se utilizaron revistas científicas a nivel nacional e Internacional. Se han utilizado buscadores como Google Académico con la ayuda de bases de datos como Scielo, Pubmed, Dialnet, Elsevier y Medline sin restricción de tiempo.

Los descriptores utilizados han sido: Estres, Ansiedad, trabajadores en centros sanitarios.
También se ha realizado una revisión bibliográfica utilizando el portal de Astursalud.
De todas las publicaciones y artículos consultados se han elegido los de mayor relevancia, para ello se ha extraído la información necesaria con mas de 30 búsquedas con el objetivo de representar únicamente la información más relevante para llevar a cabo este capítulo .

4 Resultados

Se ha comprobado que la ansiedad desencadena conductas motoras o externas que implican comportamientos poco adaptativos. Observaremos hiperactividad o paralización motora, movimientos sin una finalidad concreta, torpes, desorganizados y repetitivos como retorcerse las manos, y alteraciones en la expresión verbal como tartamudeo, no parar de hablar u otras. Son características las con-

ductas de escape o evitación: aquellas que se desarrollan para no recibir estímulos que en el pasado han producido malestar.

5 Discusión-Conclusión

El estrés es uno de los problemas de salud más graves en la actualidad, que no solo afecta a los trabajadores de salud, al provocarles incapacidad física o mental, sino también a los empleados de las diferentes áreas y funcionarios del gobierno. Uno de los grupos profesionales más afectados por el estrés en su trabajo diario, lo constituye el personal trabajador de los centros sanitarios.

El estrés implica sufrimiento y pérdida de potencial del capital humano y social de nuestras organizaciones. La presión laboral repercute en la satisfacción laboral y en el desempeño profesional (Álvarez, 2007). Esto adquiere mayor relevancia en los profesionales sanitarios que desarrollan su labor con personas y se produce una mayor implicación emocional. Estos profesionales esperan no solo una compensación económica, sino una satisfacción personal, la sensación de utilidad y un reconocimiento social de su labor.

Así lo propone la OMS (2000): […] el trabajo saludable es aquel en que la presión sobre el empleado se corresponde con sus capacidades y recursos, el grado de control que ejerce su actividad y el apoyo que recibe de las personas que son importantes para él. […] Un entorno laboral saludable, no es únicamente aquel en que hay ausencia de circunstancias perjudiciales, sino abundancia de factores que promuevan la salud. (OMS, 1986, p. 17) La variedad de técnicas que pueden emplearse frente a las distintas causas de estrés es enorme.

Cada individuo, grupo o institución ha de elegir las que más le convengan en función del tipo de riesgo al que están sometidos, la clase de estrés padecido, y de sus propias características personales y organizativas. Debemos pensar también en la importancia de potenciar políticas y soluciones sociales preventivas. Las políticas sanitarias plantean que la estrategia que una empresa ha de seguir para eliminar el estrés de sus trabajadores debe ser global y basarse en una actitud proactiva por parte de la organización. Así, cuando se logra eliminar el estrés del trabajador, este mejora su desempeño y facilita tanto su desarrollo personal como el bienestar psicosocial de la organización en la que se integra su labor.

6 Bibliografía

1-de Pablo Hernández, C. (2007). El síndrome de Burnout y los profesionales sanitarios. Nursing (Ed. española), 25(8), 60-65.
2-De las Cuevas, C., González de Rivera, J. L., De la Fuente, J. A., Alviani, M., & Ruiz Benítez, A. (1997). Burnout y reactividad al estrés. Revista de Medicina de la Universidad de Navarra, 41, 10-18.
3-Díaz Ruiz, S. M. (2013). Satisfacción laboral y síndrome de Burnout entre el personal de un policlínico y el de una comunidad local de administración de salud, distrito La Victoria, Chiclayo, 2012.
4-Chiang Vega, M., Gómez Fuentealba, N., & Sigoña Igor, M. (2013). Factores psicosociales, stress y su relación con el desempeño: comparación entre centros de salud. Salud de los Trabajadores, 21(2), 111-128.
5-Moreno, A. M. (2014). Cambio, desarrollo organizacional y aprendizaje de las organizaciones. In Manual de Psicosociología Aplicada al trabajo ya la prevención de los riesgos laborales (pp. 543-565). Pirámide.
6-Sánchez-Anguita, A., et al. "ANSIEDAD Y SATISFACCIÓN LABORAL EN TRABAJADORAS SANITARIAS." Ansiedad y Estrés 14.1 (2008).
7-Lizarte Castillo, M., Montero Madej, A., Peral Bueno, N., & Postigo Higueras, E. (2012). Efectos de la turnicidad sobre la ansiedad y salud psicológica en profesionales sanitarios de centros hospitalarios.
8-Ruiz, C. O., & Ríos, F. L. (2004). El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas1. International journal of clinical and Health Psychology, 4(1), 137-160.
9-Miret, C., & Martínez Larrea, A. (2010). El profesional en urgencias y emergencias: agresividad y burnout. In Anales del sistema sanitario de navarra (Vol. 33, pp. 193-201). Gobierno de Navarra. Departamento de Salud.
10-Madueño Caro, A. J., Ortega Galán, M., Benítez Rodríguez, E., Alcaraz Vera, E., & Forja Pajares, F. (2002). Síntomas relacionados con fobia social en personal sanitario. Medifam, 12(5), 25-39.
11-García-Rodríguez, A., Gutiérrez-Bedmar, M., Bellón-Saameño, J. Á., Muñoz-Bravo, C., & Navajas, J. F. C. (2015). Entorno psicosocial y estrés en trabajadores sanitarios de la sanidad pública: diferencias entre atención primaria y hospitalaria. Atencion primaria, 47(6), 359-366.
12-Mazuquin, S., Omar, G., Gonzalez Martín, M. J., Messi, I., Romero Illan, J., & Khlie Khlie, Y. (2012). El efecto del burnout en la antigüedad en el puesto de trabajo: análisis mediacional de la ansiedad.
13-Casas, J., Repullo, J. R., Lorenzo, S., & Cañas, J. J. (2002). Dimensiones y medi-

ción de la calidad de vida laboral en profesionales sanitarios. Revista de administración sanitaria, 6(23), 143-160.
14-Ibáñez Martínez, L. (2015). Ansiedad y personalidad en personal sanitario de Unidades de hospitalización del Principado de Asturias.
15-Navarro-Abal, Y., Climent-Rodríguez, J. A., & López-López, M. J. (2017). Ansiedad, gestión conductual del conflicto y estrategias de afrontamiento en profesionales de la orientación laboral. Universitas Psychologica, 16(4).
16-Castro Fuentes, L. (2014). El accidente con riesgo biológico en el sector sanitario.
17-Grau, A., Suñer, R., & García, M. M. (2005). Desgaste profesional en el personal sanitario y su relación con los factores personales y ambientales. Gaceta sanitária, 19, 463-470.
19-Arango, R. R. ANSIEDAD EN EL PERSONAL SANITARIO. Lulu. com.
20-Mendez, S. G. Ansiedad en el medio laboral sanitario. Lulu. com.

Capítulo 1536

RIESGOS LABORALES, PARTICULARIDADES.

ADAMINA DEL ROSARIO ALVAREZ ALVAREZ

MAR ROBLES DIEZ

MARIA ISABEL ALONSO FERNANDEZ

JULIA MARIA ALVAREZ ORDOÑEZ

INMACULADA FERNANDEZ BARROSO

1 Introducción

Adaptar nuestro puesto de trabajo a nosotros mismos requiere conocer el estado físico y emocional que poseemos. También tenemos que sopesar otros factores como pueden ser con que materiales trabajamos, el lugar donde desarrollamos nuestro trabajo y los equipos de protección individuales, entre otros.

2 Objetivos

Mediante el presente estudio se pretende exponer las particularidades de los riesgos laborales para los trabajadores, comprobando patrones y controles competentes para la salud.

3 Metodología

Para el presente trabajo se realiza una búsqueda sistemática en diversos buscadores y artículos científicos, como PubMed o Cuiden entre otros. Utilizando palabras clave como riesgos laborales, prevención, estadio, vigilancia de la salud, protección.

4 Resultados

Hay ciertos trabajadores cuyo estado personal, sus particularidades y estado de salud les implica adaptar su puesto de trabajo y cuya fragilidad es más alta, como por ejemplo, trabajadoras embarazadas o que se encuentran en periodo de lactancia materna, trabajadores y trabajadoras con algún tipo de discapacidad ya sea física o cognitiva/psicológica.

Las principales tareas de un profesional de la prevención de riesgos laborales son delinear un plan de acciones de vigilancia para la salud en pro de una pronta detección de futuros perjuicios que estén relacionados con alguna situación de la salud.

A día de hoy ya se están encaminando unos exámenes médicos con una periodicidad ininterrumpida dependiendo de las características de cada puesto de trabajo y de los riesgos que provienen de dicho puesto de trabajo.

5 Discusión-Conclusión

Para una óptima comprobación de la salud se necesita una revisión y vigilar e inspeccionar de manera individual y colectiva a nuestro círculo de salud y confort. Es importante la realización de recogidas de datos de manera continuada y sistemática, al igual que analizarlos de manera exhaustiva. Con todo esto se obtendrá mejorar el control de nuestra salud y nuestro entorno laboral, mejorando las condiciones laborales y personales de los trabajadores. Con todo esto lograremos trabajadores más protegidos en su puesto de trabajo.

6 Bibliografía

- http://www.mitramiss.gob.es/es/Guia/texto/guia_10/contenidos/guia_10_22_1.htm

- https://www.boe.es/buscar/pdf/1995/BOE-A-1995-24292-consolidado.pdf

Capítulo 1537

TRABAJO EN EQUIPO Y RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS EN EL ÁMBITO LABORAL DEL PERSONAL CELADOR.

OLGA FERNÁNDEZ GARCÍA

LUIS DANIEL LÓPEZ CANO

DELFINA SÁNCHEZ RODRÍGUEZ

ANTONIA PRIEGO TRAPERO

FREDESVINDA ISABEL GONZÁLEZ IGLESIAS

1 Introducción

Las dotes de trabajo en equipo y liderazgo y la cohesión, son fundamentales en la gestión de los grupos de trabajo en sanidad. Muchos profesionales poseen las dotes necesarias, aunque adolecen de las habilidades técnicas necesarias para llevar a cabo una buena gestión centrada en el trabajo en equipo.

Estas habilidades técnicas pasan por tener la capacidad de planificación estratégica, dotes de comunicación y de negociación, aptitud para la toma de decisiones, competencia para la creación de equipos de trabajo y habilidad para la resolución de conflictos.

En este capítulo analizaremos estas habilidades técnicas que, implementadas de forma adecuada, propiciarán una labor uniforme y efectiva de los celadores, cuya

única finalidad debe ser la de proporcionar un servicio asistencial de calidad al usuario.

2 Objetivos

• Identificar las cualidades del liderazgo en un equipo de trabajo.
• Conocer los métodos de comunicación y negociación en los equipos de trabajo.
• Asimilar los beneficios del trabajo en equipo.
• Analizar las características de un proyecto de trabajo en equipo.
• Establecer la praxis encaminada a la resolución de posibles futuros problemas en un grupo de trabajo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: pubmed, medline, y scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Comunicación y negociación en los equipos de trabajo

En el ámbito sanitario, al igual que ocurre en otros campos laborales, las reuniones de trabajo pueden llegar a ser improductivas y no proporcionar soluciones a los problemas planteados debido a la existencia de miembros del grupo que no comparten su punto de vista por timidez, miedo al rechazo de sus ideas por parte del resto de miembros del equipo, o incluso desconocimiento de la materia tratada.

En este sentido, se están perdiendo puntos de vista que podrían ser muy positivos de cara a la ejecución de un método de trabajo efectivo, o de una asistencia del usuario mejorada. Esta falta de coordinación levanta barreras en el trabajo en equipo, es perjudicial de cara al resultado final deseado y debe ser rectificada. Existen unos indicadores que nos ayudarán a integrar a todos los miembros del equipo en un proceso comunicativo eficaz.

- Dilucidar el aporte de cada miembro del equipo a la tarea profesional:
Algo que cada miembro del equipo de trabajo debe tener claro es su papel dentro del grupo, así como las condiciones en las que se reparte el trabajo a realizar.

- Fomentar el diálogo intergrupal:
Es de suma importancia fomentar el diálogo bidireccional entre los miembros del equipo. Para ello, resulta muy conveniente tanto los miembros del grupo como los coordinadores y responsables se muestren proclives a la retroalimentación mutua en la comunicación.

- Claridad en los objetivos:
Es básico que todo el equipo entienda y conozca los objetivos marcados y cuál va a ser su contribución para alcanzarlos.

- Incorporación de tic en la comunicación del grupo:
Implementar soluciones digitales como el uso de herramientas en la nube para lograr la respuesta adecuada de los miembros del grupo en un proceso comunicativo, puede mejorar mucho los métodos de comunicación.

- Regular las técnicas de comunicación:
Con la finalidad de lograr una máxima fluidez comunicativa y que esta sea constante, es conveniente establecer unas reglas comunicativas que todos los miembros del equipo deben conocer y aceptar. Igualmente, es conveniente la implementación de acciones formativas que permitan adquirir unas aptitudes comunicativas adecuadas para ser practicadas tanto entre los miembros del equipo, como entre el equipo y los usuarios.

Beneficios del trabajo en equipo

- Beneficia la creatividad y el aprendizaje:
La tormenta de ideas evita los puntos de vista individualistas y facilita la creatividad.

- Une capacidades complementarias:
Se unen las capacidades de cada miembro del equipo para lograr el objetivo deseado.

- Facilita la reducción del estrés:
Al realizar un trabajo compartido y coordinado entre los miembros del equipo, se reparten responsabilidades y se evita la sobrecarga que conlleva la realización de

tareas de forma individualizada, por lo que el grado de estrés producido decrece de una forma significativa.

- Optimización del cometido laboral:
Al coordinar el trabajo de forma que cada miembro del equipo realiza aquellas tareas para las que está más capacitado, la calidad y la cantidad del trabajo realizado progresa de una forma muy significativa, dando como resultado el incremento una mayor eficacia en el servicio prestado a los pacientes.

- Se incrementa la eficiencia y el rendimiento:
Al establecerse un reparto de tareas por competencias en el ámbito de una actividad laboral de tipo colaborativo, cada miembro del equipo desarrolla mejor su potencial.
Es conveniente que antes de establecer el reparto de tareas por competencias se ejerciten las relaciones personales entre los miembros del equipo a fin de homogeneizarlo y lograr una mejora de la eficiencia y del rendimiento profesional.

Sugerencias para lograr un trabajo en equipo efectivo

- Favorecer el ambiente de confianza entre los miembros del grupo.
- Formular propósitos comunes que deben ser logrados.
- Establecer el sentimiento de pertenencia al grupo para todos.
- Implicar a los componentes del equipo en la toma de decisiones.
- Propiciar el consenso entre los miembros del equipo.
- Estimular la comunicación intergrupal y aprovechar la diversidad de opiniones y capacidades.
- Integrar a todo el equipo en la celebración de los éxitos alcanzados.
- Facilitar el compromiso colaborativo y la responsabilidad compartida.

Cualidades del liderazgo eficiente:

• Honestidad: el líder ha de actuar con coherencia respecto del grupo y de sus propias actitudes. Por eso, debe dirigirse en sus acciones conforme a sus principios, sin entrar en discordancia con sus valores, creencias y actitudes.

• Actitud de servicio: el objetivo final es la satisfacción y el buen servicio al paciente, por lo que el líder obtiene el apoyo de su equipo de trabajo no por el hecho en sí de ser su líder, sino porque su actitud es considerada por los miembros del grupo como un ejemplo digno de ser imitado.

• Saber estar: un líder debe ser cercano y saber escuchar a los miembros del equipo, ser tolerante con sus opiniones y ejecutar las decisiones tomadas con rigor.

• Humildad: el líder debe ser consciente de que ha de seguir aprendiendo constantemente, saber escuchar a los demás sin prepotencia, y debe ser capaz de admitir sus propios errores y las dificultades, buscando la orientación oportuna en caso necesario.

• Trabajo en equipo: el buen líder ha de ser consciente de que el trabajo colaborativo, el respeto a todas las opiniones, la orientación en la toma de decisiones hacia el bien común y la unión de esfuerzos, incrementan las posibilidades de éxito en la consecución de objetivos.

• Compromiso: trabajar con entusiasmo y actitud de compromiso hace que los miembros del equipo se muestren motivados.

• Cercanía y accesibilidad: un líder que sale de su despacho y comparte cosas, aúna esfuerzos con su equipo y les dedica tiempo para superar obstáculos, comparte la celebración de los éxitos y exige interactuar a los miembros del equipo, conseguirá conectar con el grupo de trabajo.

Resolución de problemas

Para coordinar adecuadamente un equipo de trabajo se debe tener elaborado un sistema de resolución de conflictos para remediar los que pudieran surgir en el grupo de trabajo. Los pasos a seguir son los siguientes:

Observación: es necesario tener acceso a toda la información real y detallada sobre el conflicto y no únicamente a la descripción resumida que nos puedan hacer llegar.

Análisis: se deben detectar el origen principal del problema para poder concentrarse en el mismo, y para ello se seleccionan las causas más probables del conflicto, entre las que se filtrarán las causas principales para actuar sobre ellas.

Decisión y actuación: una vez decidida la posible solución al problema, se debe actuar, en función de la importancia y la dimensión del conflicto tratado, llevando a cabo las intervenciones necesarias para eliminar los condicionantes que lo originaron. Es muy importante valorar previamente las posibles consecuencias negativas para el grupo que se pudieran derivar de la corrección adoptada.

Verificación de la eficacia: es necesario que el responsable del equipo pueda comprobar si las medidas tomadas han sido eficaces y que se asegure de que han desaparecido las condiciones que se han dado para producir esa situación, para que el conflicto se vuelva a reproducir.

Normalización de la nueva situación: contrastada la eficacia del procedimiento seguido para resolver el conflicto, el coordinador debe estandarizar las fases del proceso seguido para darlo por cerrado.

5 Discusión-Conclusión

Para que exista una cohesión adecuada en un equipo de trabajo como el que forman los celadores junto al resto de personal sanitario de una institución, es necesario no solamente poseer ciertas habilidades comunicativas y negociadoras, sino conocer las técnicas adecuadas que deben ser aplicadas en caso de conflictos, para fortalecer y beneficiar la labor asistencial de calidad que todo grupo de profesionales debe garantizar a los usuarios de la sanidad.

Es necesario poner en práctica en los centros sanitarios, métodos y protocolos que logren aunar esfuerzos en pro del logro del objetivo que tiene la práctica asistencial, que no es otro que dotar a la misma de una calidad técnica y humana que permita a los usuarios percibir el servicio prestado como excelente en todos los ámbitos.

6 Bibliografía

1. Carrión Bolaños, María Isabel. El liderazgo en los entornos sanitarios. Formas de gestión, de Diego Ayuso Murillo e Iván Herrera Peco [comentario de texto]. Tesela [Rev Tesela] 2017; 22. Disponible en <http://www.index-f.com/tesela/ts22/ts11724.php>
Consultado el 11 de Septiembre de 2019.
2. Ministerio de educación Cultura y Deporte (2019). Comunicación efectiva y trabajo en equipo. Online: Secretaría General Técnica. Centro de Publicaciones. Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, pp.11 a 135. Disponible en http://descargas.pntic.mec.es/mentor/visitas/comunicacion_efectiva_trabajo_equipo.pdf
Consultado 12 Septiembre de 2019.

3. Carrión Rosende, I. and Berasategi Vitoria, I. (2010). Guía para la elaboración de proyectos. 1st ed. [ebook] País Vasco: Instituto vasco de cualificaciones y formación profesional. Available at: https://www.pluralismoyconvivencia.es/upload/19/71/guia_elaboracion_proyectos_c.pdf
[Accessed 12 Sep. 2019].

Capítulo 1538

¿HAY QUE SER CIEGO Y SORDO? EL MOBBING

SUSANA SUAREZ GARCIA

1 Introducción

Las empresas, las instituciones, o cualquier otro tipo de organizaciones buscan la rentabilidad y en muchos casos priorizar la producción dejando a un lado el valor humano de la organización, esto hace que el trabajador pueda ser susceptible de un trato hostil, vejatorio o excluyente.

Hoy en día estos sufrimientos laborales preocupan cada vez más y son denunciados con mayor incidencia, pero la colaboración de los compañeros es primordial cuando hay un caso de mobbing.

2 Objetivos

El mobbing es un fenómeno que se da en el lugar de trabajo, y en el que un individuo o varios ejercen violencia psicológica de manera sistemática y repetida sobre otro individuo o individuos, durante un periodo de tiempo prolongado.

Los acosadores pueden ser compañeros de trabajo, superiores o subordinados, y este comportamiento puede afectar a trabajadores de cualquier tipo de empresa y no hace distinciones entre hombres y mujeres. Además, en muchas ocasiones se trata de confundir a la víctima para que crea que ella es la culpable de todo lo que ocurre, llegándose en ocasiones a cuestionar el sano juicio de quien lo sufre todo.

Este artículo pretende divulgar las características de la víctima, el perfil del acosador, las consecuencias para la víctima, como evitarlo y qué hacer si se detecta una situación de mobbing.

3 Metodología

Los perfiles de la víctima y el acosador
La víctima es la persona que toda empresa no debería de perder, porque suele tener elevado nivel ético, alto sentido de la justicia, disciplinado, autónomo, independiente, con capacitación profesional incluso mayor que el jefe, popular entre los compañeros, buen trabajador en equipo, sensible y con una vida familiar satisfactoria.

Mientras que el acosador, suele presentar una personalidad psicopática, tiene ausencia de sentimientos de culpabilidad, si se le hace frente suele ser cobarde, mentiroso compulsivo, con gran capacidad de improvisación, profesional mediocre, inoperante, inactivo, manipulador y narcisista y necesita a ese grupo de trabajadores ciegos y mudos.

La relación entre víctima-acosador puede agruparse en distintos tipos:
Tipos de moobing por la relación víctima- acosador.
1. Descalificante: el trabajador sufre que le echen la culpa por faltas cometidas por otros compañeros, que descalifican su trabajo y dificultan sus tareas.
2. Ignorante: el trabajador sufre el rechazo constante por parte de sus compañeros que no le permiten expresarse y lo nulifican.
3. Abuso de autoridad: el trabajador se siente menospreciado por parte de sus superiores, que además se atribuyen el mérito de su trabajo.
4. Burlas: el trabajador es objeto de burlas por parte de algún compañero, y se crea un triángulo victima-espectadores-agresor.
5. De agresión: el trabajador llega a sufrir una agresión física, por un desacuerdo o diferencia de opinión.
6. De injusticia: el trabajador nunca recibe reconocimiento por su trabajo, que se le atribuye a otra persona, además de no tener nunca derecho a días libres en ocasiones importantes.

Tipos de moobing según la posición jerárquica
1. Vertical descendente: un trabajador se ve acosado por un compañero que ocupa un rango superior dentro de la empresa.

2. Vertical ascendente: un trabajador se ve acosado por varios de sus subordinados.
3. Horizontal: se da entre compañeros de trabajo que ocupan el mismo nivel jerárquico.

4 Resultados

Las relaciones entre la víctima y el acosador da lugar a distintas consecuencias para la vida de la víctima que las podemos agrupar principalmente en consecuencias para:
1. La salud. Presenta difícil concentración, depresión, falta de iniciativa, agresividad, trastornos de sueño, crisis nerviosas, estrés pos-traumático, fatiga crónica, y cambios de personalidad.
2. La vida social y familiar. Incomprensión al comienzo del proceso, los compañeros de la víctima le convencen para que acate la situación, rupturas conyugales,(se opta por el aislamiento social para evitar hablar del tema).
3. La economía de la víctima. Comienzan las bajas laborales, generalmente de larga duración y por tanto disminuye los ingresos y con el paso del tiempo llegan los despidos, teniendo que hacer frente a gastos procesales por formular denuncias. Las víctimas no quieren volver al puesto de trabajo.

La víctima sufre estas consecuencias a medida avanza el proceso de mobbin. Este proceso comprende 5 fases.
1. Fase de conflicto o incidentes críticos.
El trabajador sufre un cambio repentino en la relación personal o profesional, asociado generalmente a la envidia, la competitividad, ansia de ascensos, dando lugar a que la víctima comience a ser perseguida para detectarle cualquier fallo o actividad que realice con alguna deficiencia, y que será utilizado en su contra para generar calumnias.
2. Fase de acoso y estigmatización.
Continúa la fase de acoso propiamente dicha. Se excluye a la persona para que quede apartada socialmente del grupo, se le asignan tareas fuera de su competencia y se consolida el conflicto convirtiéndose en una campaña de hostigamiento. El acosador busca el apoyo del grupo, y de testigos mudos y ciegos que actúan así por miedo a sufrir las mismas consecuencias. La victima generalmente no se da cuenta que se lo están haciendo.
3. Fase de intervención.
La empresa comienza a interesarse e intervenir ya que hay un trabajador con un

número de bajas laborales excesivo. La víctima está totalmente indefensa, con una capacidad emocional muy deteriorada, necesita ayuda, no puede resolverlo por ella misma.
4. Búsqueda de ayuda y diagnóstico.
Los profesionales no siempre tienen todos los recursos para identificar esta situación y se hace un diagnostico equivocado ya que se suelen asociar a situaciones de depresión, trastornos digestivos, trastornos de sueño, irritación, y ansiedad, pensando que el problema es de la persona a la que tratan. El tratamiento mejora su comportamiento pero si vuelve al mismo entorno laboral continua con los mismos problemas.
5. Abandono de la empresa por parte de la víctima.
La víctima que está psicológicamente agotada, pide un traslado, y en caso de no ser posible, abandona la empresa con sensación de culpabilidad. Estas situaciones pueden evitarse con una implicación total de los mandos, compañeros de trabajo y la formación/información. Entre las mas significativas podemos indicar:
- Formación a todos los niveles de la empresa en cuestión de estos comportamientos anormales.
- Realización de controles periódicos. A veces pueden ser simplemente preguntarse porque hay una prevalencia en el número de bajas laborales en un determinado puesto o con un determinado mando.
- Implantación de sistemas de mediación, arbitraje de conflictos entre trabajadores.
- Informar de las ayudas a las víctimas.
- Fomentar las comunicaciones anónimas en la organización para que los compañeros que sean conocedores de la situación puedan denunciar libremente y sin posibilidad de coacciones ya que es difícil que la víctima lo denuncie pero sí que el compañero de trabajo lo pueda hacer.
- Aplicar medidas correctivas a los acosadores, como sanciones, porque la víctima siempre paga y al final puede ser la que sufra un mayor castigo a nivel corporativo.

La víctima puede tomar acciones ante esta situación y para ello es recomendable:
1. Reunir pruebas de lo que está sucediendo, que pueden ser testimonios de otros compañeros, partes de baja, etc.
2. Dar a conocer el problema a un superior dentro de la empresa.
3. Buscar ayuda psicológica
4. Denunciar la situación de acoso en la Inspección de Trabajo.

5 Discusión-Conclusión

Las desviaciones sociales que se dan en la empresa pueden afectar de una manera importante en el desarrollo de la actividad de la empresa por perdidas de eficacia humana en las tareas de los trabajadores.

Se pueden encontrar estudios específicos y bibliografía sobre este problema a nivel laboral pero es difícil identificar y discernir la vinculación de los problemas personales de un individuo y la asociación del problema con el entorno laboral.

Aquellas empresas cuyos estamentos, a todos los niveles, no tienen una implicación directa nunca conseguirán un cien por cien de eficacia en la seguridad del trabajador.

6 Bibliografía

- NTP 476: El hostigamiento psicológico en el trabajo: mobbing.
- NTP 854: Acoso psicológico en el trabajo: definición.

Capítulo 1539

PREVENCIÓN DE LAS AGRESIONES EN CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA A PERSONAL NO SANITARIO Y DE SERVICIOS.

SIRIA ALVAREZ DIAZ

1 Introducción

La relación personal entre paciente y personal no sanitario y de servicios de los Centros de Atención Primaria en los últimos años ha evolucionado de ser una relación de confianza a una relación de exigencia del paciente hacia este tipo de personal, aumentando las agresiones en un 25%.
La Constitución Española en el artículo 43 "reconoce el derecho a la protección de la salud" e indica que "compete a los poderes públicos organizar la salud pública a través de medidas preventivas". Este articulo 43, dio lugar a la promulgación de la Ley General de Salud Pública (Ley 33/2011), en cuyo artículo 32, nos habla del objeto de la salud laboral indicando que se trata de conseguir el más alto grado de bienestar físico, psíquico y social de los trabajadores. Así también lo indica la Ley 55/2003, Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud, en el que "se reconoce el derecho de todos los profesionales a recibir asistencia y protección de las Administraciones Públicas y Servicios de Salud en el desempeño de sus funciones". Pero no siempre es fácil alcanzar este bienestar y esta protección.
El paciente paga por los servicios del personal no sanitario y de servicios, exigiendo calidad y rapidez; pero factores como la falta de medios y recursos de la

sanidad pública, la masificación o saturación de los centros y la burocratización de los servicios, provocan que este tipo de personal se exponga a comportamientos agresivos por parte de los usuarios de los Centros de Atención Primaria.
Identificamos otro tipo de factores, que se suman a los anteriormente citados, y son los relacionados con el paciente y su entorno; la angustia por la enfermedad de un familiar, acudir bajo los efectos de drogas o alcohol, el turno que no llega, la no aceptación de una decisión médica, como la no prescripción de un medicamento, o de una baja por incapacidad temporal, cuyos efectos provocan el riesgo de sufrir situaciones de crisis.
También es cierto que, se dan casos de trabajadores noveles en el trato al público, o trabajadores con falta de empatía que proporcionan al usuario un trato incorrecto y susceptible de una respuesta agresiva. Y que los Centros de Atención Primaria, debido al importante número de pacientes y visitas registradas, son considerados zonas sensibles en cuanto a agresiones se trata.

En resumen, los usuarios se consideran mal atendidos, pierden los nervios y se vuelven agresivos.

Tras este análisis de la situación se pueden indicar una serie de pautas preventivas de este fenómeno, que tengan como finalidad minimizar el número de agresiones sufridas por el personal no sanitario y de servicios.
En primer lugar, es necesario identificar, tanto por su actitud como por su expresión corporal, el fin que persigue el usuario que acude a los Centros de Atención Primaria. En este sentido, la formación de los profesionales no sanitarios y de servicios, en habilidades de comunicación, debería formar parte de su currículum de una forma continuada. Es decir, darle importancia a la forma y a los medios, para tratar y actuar en cada caso con rapidez, y que el problema no se acreciente.
Muy importante también, es la información que el personal no sanitario da al usuario, la cual debe ser clara, comprensible, cercana y que de confianza al usuario de su veracidad.
Disminuir la burocracia al mínimo para no alterar al paciente en momentos clave de su comportamiento agresivo. Y ubicar en áreas de información, citación y atención al paciente a personal administrativo adecuado. Es importante transmitir la cartera de servicios que ofrece nuestro sistema sanitario.
Colocar carteles con los textos de los artículos 550 y 551 del Código Penal en las salas de espera y consultas, que puedan resultar disuasorios ante una posible agresión. El usuario debe conocer sus derechos, pero también sus obligaciones.
En las áreas con mayor riesgo de conflictividad, apoyo de una empresa privada de seguridad; y fomentar la colaboración con las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad.

La existencia de convenios de colaboración con entidades sociales y culturales que impulsen programas formativos de promoción y educación sanitaria; así como el buen uso de los sistemas sanitarios con el fin de conseguir hábitos de vida saludables.
Y por último y no menos importante, por parte del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales, la valoración de los posibles riesgos existentes en los diferentes puestos de trabajo, así como las medidas de seguridad existentes en los mismos.

2 Objetivos

Dar a conocer una serie de pautas preventivas de este fenómeno, que tengan como finalidad minimizar el número de agresiones sufridas por el personal no sanitario y de servicios.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 1540

COMUNICACIÓN Y CONFIDENCIALIDAD EN EL ENTORNO SANITARIO PARA EL PERSONAL NO SANITARIO Y DE SERVICIOS.

SIRIA ALVAREZ DIAZ

1 Introducción

¿Cómo se ha de comunicar con los pacientes y familiares el personal no sanitario y de servicios y que información se puede comunicar bajo el amparo de las leyes? En primer lugar, abordaremos el tema de la comunicación.

Los profesionales del sector sanitario precisan de empatía, dotes comunicativas y grandes dotes de humanización. La humanización de la asistencia debe ser un objetivo a seguir para cualquier profesional de la salud, pues los pacientes y familiares son personas vulnerables y con mayores necesidades de atención.

Los cambios demográficos, los diferentes idiomas, la diversidad cultural, la escasez de personal no sanitario y de servicios, son factores que confluyen para crear desafíos de comunicación sanitaria particularmente difíciles.

La percepción actual es que el rol del paciente está cambiando, está más formado y demanda responsabilidad compartida en la toma de decisiones, pues se ha convertido en un agente con los derechos bien definidos y con una amplia capacidad de decisión sobre los tratamientos que recibe.

Una medida importante a tener en cuenta es la formación continuada a los profesionales del sector sanitario en valores y aspectos de la comunicación. Puntos

clave para una buena relación usuario/profesional son, por ejemplo, comunicarse de manera clara, honesta y directa, y practicar la escucha activa para mostrar cortesía y sensibilidad. El uso de lenguaje sencillo, preguntar si tiene dudas y verificar lo que se ha entendido, puede mejorar la efectividad de las comunicaciones.

También debido a la transformación de la comunicación del siglo XXI, es fundamental proporcionar al paciente y familiares, canales actuales tales como páginas web o redes de comunicación.

Con respecto a ¿qué comunicamos?, nos podemos remitir al apartado 45 de la memoria explicativa del Convenio 108 del Consejo de Europa, donde se señala que los datos de salud son todas las informaciones concernientes a la salud, pasada, presente y futura, física o mental de un individuo de buena salud, enfermo o fallecido y añade que también tienen que considerarse datos de salud, los abusos de alcohol o del consumo de drogas.

La Ley de Protección de Datos y la Sentencia del Tribunal Constitucional 292/2000, de 30 de noviembre, especifican que los datos de salud son datos sensibles o especialmente protegidos, lo cual implica la exigencia de un consentimiento reforzado para el tratamiento de los mismos, descartando el consentimiento tácito.

Y seguimos apoyándonos en las leyes para aclarar los derechos y deberes de los pacientes y profesionales del sector sanitario, pues en los principios básicos de la ley 41/2002 de autonomía del paciente, el art 2 recoge que "los pacientes o usuarios tienen el deber de facilitar los datos sobre su estado físico de manera leal y verdadera, así como colaborar en su obtención" y en su art 4 indica que "la persona que elabore o tenga acceso a la información y la documentación clínica está obligada a guardar la reserva debida". Esta Ley delimita, por tanto, los roles de la relación usuario/profesional.

Como ya comentamos en líneas anteriores, el sigo XXI se protagoniza por cambios sustanciales debido a los avances tecnológicos y uno de ellos es la implementación de los programas de historia clínica informatizada, como herramienta de trabajo para los profesionales sanitarios; pudiendo albergar en ella los datos de salud de una persona desde su nacimiento hasta su defunción en un único soporte, inalterable con el paso del tiempo, a diferencia del papel. Estos datos estarían bajo llave, es decir, accesibles solo a través de claves personales que permitan registrar los accesos y realizar auditorías. Este tipo de archivo, permite separar los elementos identificativos de la información no sanitaria, para que los profesionales no sanitarios y de servicios solo tengan acceso a la información no sanitaria.

2 Objetivos

Definir el funcionamiento de la confidencialidad en el entorno sanitario.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.
- Convenio 108 del Consejo de Europa.
- Ley de Protección de Datos y Sentencia del Tribunal Constitucional 292/2000, de 30 de noviembre.
- Ley 41/2002 de autonomía del paciente, de 14 de noviembre.

Capítulo 1541

LA PROTECCIÓN INTEGRAL CONTRA LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO.

ROCIO PONTIGO ROZADA

1 Introducción

La violencia de género es un problema social, que ha dejado de ser privado o de ámbito familiar (Bosch, Ferrer, 2000), a un problema general, en el cual, el aumento cada año de las víctimas, hace que se deban endurecer y modificar constantemente las leyes(Anton,Larrauri,2009), para poder abarcar todos aquellos problemas, que no solo son violencia de género las muertes registradas, sino también el proceso de acoso laboral y psicológico a la persona.

A través de la Ley orgánica 1/2004, de 28 de Diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la violencia de Género (Coll, García-Romeral, Mañas, Navarro ,2008), se establecen los pasos a seguir para la protección integral de la mujer, prevención, aspectos educativo y sociales y de atención posterior a las víctimas. Aun así, es necesario estudiar las causas que provoca que cada año las cifras de violencia de género sean más elevadas (Yugueros, 2014). A esto debemos sumar el endurecimiento de las penas a los agresores y las nuevas medidas adoptadas no solo en el ámbito doméstico, sino también en el laboral y social, pudiéndose cuantificar unos mejores resultados a medio-largo plazo.

2 Objetivos

Destacar el objetivo principal, que se basara en determinar la gravedad de la violencia de género e intentar prevenirla, utilizando de la manera más adecuada los recursos de los que actualmente disponemos, entre los cuales encontramos:
• Diferenciar los tipos de violencia
• Establecer la posible relación que exista entre el antes y el después de aplicar la Ley Orgánica 1/2004 del 28 de Diciembre, con respecto al número de víctimas.

3 Metodología

Toda la información utilizada en este artículo, se ha obtenido a través de internet, y por consulta directa de los datos. A continuación detallados:
1. Buscadores: Jurn y google académico, Exalead.
2. Bases de datos:Scielo, Dialnet, Pubmed.

Los descriptores empleados para la búsqueda son los siguientes: violencia de género, machismo, muertes por machismo, agresiones en el trabajo a mujeres.

El periodo empleado para la búsqueda de estos artículos ha sido desde el año 2006 al 2019, incluyendo datos actuales y estadísticas.
Criterios de inclusión:
- Dominios web, artículos sobre las agresiones machistas y las relaciones en el ámbito laboral y doméstico.
- Estadísticas oficiales del Ministerio de Sanidad sobre las denuncias impuestas y muertes oficiales.

El número de documentos seleccionados para la realización del trabajo han sido 3 y se han empleado alrededor de 3.

4 Resultados

Para valorar los aspectos de la violencia machista, es necesario comprender las diferentes violencias de género a la que nos enfrentamos y las causas que en la gran mayoría de los casos las provoquen. Podemos hablar de la violencia física, sexual, psicológica, económica y espiritual. La más fácil de reconocer siempre es la violencia física, por su visibilidad ante los demás, pero no por ello debemos dejar de tener en cuenta los riesgos del resto.

Realizaremos una breve explicación de cada una de ellas, para que puedan ser identificadas tanto por las víctimas, como por el entorno:

- Violencia física: supone cualquier daño visible o no que se produzca sobre el cuerpo. Implicara golpes, quemaduras, empujones, abortos provocados, tortura….con un resultado de fracturas, heridas, contusiones o incluso la muerte.
- Violencia sexual: cualquier circunstancia que atente contra la libertad sexual, en el que se le obliga a soportar actos contra su voluntad a través de engaños, coacciones o directamente el uso de la fuerza. En este apartado incluiremos desde los chistes o bromas de índole sexual, hasta violación o embarazo forzado.
- Violencia psicológica: acciones de carácter verbal que provoca o puede provocar daños mentales o emocionales. La anulación emocional provocada a través de amenazas, vejaciones, humillaciones, gritos, insultos…cualquier acción verbal que destroce psicológicamente a una persona.
- Violencia económica: desigualdad en el acceso a los recursos compartidos, control del dinero, prohibición del desarrollo laboral…supone un control absoluto sobre lo material, que suponga a la víctima una dependencia vital de su agresor para sobrevivir.
- Violencia espiritual: destrucción de sus creencias, obligando así a través de la humillación o el sometimiento la aceptación de otras religiones o costumbre.

Las fuentes oficiales confirman que a día de hoy el número total de mujeres que han sido asesinadas por la violencia machista asciende a más de 1000. Si tendremos en cuenta que en el año 2005, donde se comenzó a aplicar la L.O 1/2004, de 23 de Diciembre, el descenso de homicidios es considerable, aunque esto no fue un impedimento para que la cifra siguiera aumentando en los años posteriores. (Amor, Echeburúa, Corral, Sarasua, Zubizarreta, 2001).

5 Discusión-Conclusión

La aplicación de la L.O 1/2004 no ha resultado eficaz para la disminución de las muertes consecuencia de esta violencia, pero tampoco podemos evaluar la eficacia de la ley, ya que no sabemos el número de víctimas que han salvado su vida en base a los recursos puestos a su disposición, por lo que lo más interesante seria poder hacer un estudio para calcular el impacto real de esta ley sobre las víctimas.

A pesar de las campañas de concienciación y las facilidades de información, no

se ha notado un aumento considerable del número de denuncias interpuestas .Es muy difícil poder conocer los motivos por los cuales, a pesar de toda la información brindada, las víctimas no utilizan estos servicios.

En lo que respecta a las medidas adoptadas por los juzgados de Violencia de la mujer, han aumentado las órdenes de alejamiento y prohibiciones de comunicación. No se puede concluir que la adopción de estas medidas evite que, la mujer víctima de violencia de género, no sea asesinada por su agresor. Respecto a la situación laboral de la mujer, sorprende que casi un 44% manifieste estar en un trabajo a tiempo completo. Esto puede llevar a descartar que el tema económico sea el mayor impedimento que haga que la víctima continúe con su agresor.

Para finalizar y consultados los datos del barómetro social, podemos observar tristemente que la violencia de género no es uno de los problemas más importantes para la mayoría de los españoles, incluso en algunos momentos no se encuentra ni siquiera dentro de los tres primeros. Este dato es preocupante, porque sin la conciencia de la sociedad, va a ser muy difícil erradicarlo en su totalidad.

6 Bibliografía

- Bosch, E., Ferrer, V., (2000).La violencia de género: De cuestión privada a problema social.PsychosocialIntervention, 9 (1), 7-19.
- Coll-Planas, G., García-Romeral, G., Mañas, C., Navarro-Varas, L., (2008). Cuestiones sin resolver en la Ley integral de medidas contra la violencia de género: las distinciones entre sexo y género, y entre violencia y agresión. Recuperado de https://www.raco.cat/indticle/view/90327
- Anton,L.;Larrauri,E.;(2009)Violencia de genero ocasional:Analisis de las penas ejecutadas(7).Recuperado de https://reic.criminologia.net/index.php/journal/article/view/48
- Yugueros,A.J.;(2014)La violencia contra las mujeres:Concepto y causas 18(147-149).Recuperado de https://www.redalyc.org/pdf/3221/322132553010.pdf
- Amor,P.J.;Echeburúa,E.;Corral,P.;Sarasua,B.;Zubizarreta,I.;(2001)Maltrato físico y maltrato psicológico en mujeres víctimas de violencia en el hogar : un estudio comparativo 3(6).Recuperado de http://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/3913

Capítulo 1542

ESTRESORES Y FUNCIÓN ADMINISTRATIVA.

SUSANA SUAREZ GARCIA

1 Introducción

La palabra estrés es una mezcla del latín stringere , que significa 'apretar' y de su derivado en inglés stress que quiere decir 'fatiga de material'. Es una reacción fisiológica del organismo en el que entran en juego diversos mecanismos de defensa para afrontar una situación que se percibe como amenazante.

El estrés es el modo de las personas de reaccionar a un desafío. El estrés normalmente describe una condición negativa (distrés) o por el contrario una condición positiva (eustrés), que puede tener un efecto mental, físico e incluso de bienestar o malestar en un ser humano.

2 Objetivos

- Determinar aquellas condiciones, situaciones o estímulos que pueden generar una situación estresante en el lugar de trabajo, y que por tanto pueden ser peligrosos para el individuo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han

consultado artículos en las principales bases de datos: pubmed, medline, y scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Se ha observado que el ambiente, la organización, el carácter del trabajador, y los factores culturales, entre otros pueden generar una situación estresante, aunque cada de estos estresores pueda tener una influencia mínima en el trabajador. Podríamos clasificarlos en:

1) Estresores del ambiente físico laborales
- Iluminación: una iluminación inadecuada es un obstáculo para realizar la tarea, sobre todo para realizarla correctamente.
- Ruido: altos niveles de ruido son origen de la sordera, sin embargo el ruido en cuanto agente estresante, distrae y desvía la atención del trabajador, impide la concentración y la debida comunicación. Una prolongada exposición al ruido puede producir fatiga, irritabilidad, y frustración, componentes todos ellos del estrés.
- Temperatura: otro factor físico del estrés es la temperatura, por cuanto al exceso de calor o frio son contrarios al bienestar y confort al que aspira el trabajador. El exceso produce somnolencia y en caso contrario es más impreciso.
- Ambientes contaminados: es un factor importante. Las sustancias del medio de trabajo provocan un sinfín de enfermedades muchas de ellas en fase de investigación. Una dosis de contaminantes altas produce malestar psíquico y ansiedad por la convicción de que es una amenaza permanente para su salud.

2) Organizacionales
- El rol: todas las tareas y puestos de trabajo deben de ser definidos perfectamente. La confusión en el rol o papel que debe desempeñar cada trabajador crea inestabilidad psíquica y estrés. De la deficiencia de la tarea se derivan dos resultados:

1) Los conflictos del rol, que consisten en la inadecuación entre lo que espera el trabajador de su trabajo y lo que este le ofrece. Como manifestaciones extremas de ello se citan las órdenes contradictoras, los conflictos de intereses y las distintas apreciaciones sobre las capacidades y la formación.

2) Ambigüedad del rol: que consiste en la indeterminación del contenido del trabajo, los objetivos y las asignaciones de responsabilidades. La ambigüedad, si es

continuada, compromete la adaptación del trabajador a los cambios que puedan producirse en el puesto de trabajo y es causa de que aparezcan efectos perniciosos, como estados de depresión, disminución de la autoestima y de la satisfacción.
- La jornada de trabajo: excesiva produce desgaste físico y mental e impide al individuo hacer frente a situaciones estresantes. El aumento de la cantidad de tiempo dedicado al trabajo normalmente está vinculado a la disminución del tiempo disponible para el ocio y el descanso, durante el cual el individuo puede abastecerse parcialmente de nuevas reservas de energía para adaptación.
- Las relaciones interpersonales y el aislamiento: en general son valoradas positivamente pero también puede ser un estresor importante. Las malas relaciones entre los miembros del grupo de trabajo, con los superiores, con los compañeros, falta de cohesión del grupo, el aislamiento, puede producir tensión y estrés. Un elevado tamaño de la empresa supone un factor de riesgo porque se pueden potenciar más los conflictos entre las personas.
- Promoción/desarrollo de la carrera profesional: el desequilibrio entre las aspiraciones del individuo sobre su carrera profesional y el nivel real de sus logros puede ser una fuente de frustración, ansiedad y preocupación.
- Inadecuada carga de trabajo: se ha de mencionar que no solo la sobrecarga de trabajo ha sido asociada al incremento del estrés, sino que la excesiva simplicidad y escasez de las tareas (infracarga) también se ha asociado al estrés.
- La sobrecarga o estimulación excesiva se produce cuando estamos sometidos a más exigencias de las que podemos satisfacer.

1) La sobrecarga cuantitativa se produce cuando se han de realizar muchas operaciones en poco tiempo, debido al volumen de trabajo, a la especialización y estandarización de las tareas que se han de llevar a cabo, a la necesidad de una atención sostenida y a los apremios de tiempo o ritmo de trabajo elevado.

2) La sobrecarga cualitativa se refiere a unas excesivas demandas intelectuales o mentales en relación con los conocimientos del trabajador, es decir, en la excesiva dificultad del trabajo, no en la cantidad. Y el trabajador no posee suficiente habilidad para realizarlo.
- La infracarga ocasiona a veces tanto estrés como la sobrecarga, ya que la falta de estimulación es tan perjudicial como el exceso, el aburrimiento y la monotonía constituye un extremo igualmente nocivo para la salud.
- Control sobre la tarea: Escasez de autonomía y oportunidad para el uso de habilidades: se ha asociado a lo llamado tradicionalmente compromiso, implicación y rendimiento, etc… disminuye los niveles de absentismo y malestar emocional. El control supone planificar el trabajo y determinar los procedimientos para desar-

rollarlo, el ritmo de trabajo y control de los resultados.
- Supervisión inadecuada: es importante que los supervisores sepan gestionar tanto las soluciones como las personas, la empatía, la comunicación, la capacidad de establecer objetivos asequibles, reparto de tareas razonables mejoran la calidad y el rendimiento.
- Implantación de nuevos procedimientos no participativos o cambios organizacionales: la introducción de nuevos procedimientos son un potencial de estrés. La introducción requiere de la participación del personal afectado y consiguen la percepción de rapidez y eficacia del desempeño del trabajo, además de ser importantes aliados para su éxito

3) Individuales
Es evidente que no todas las personas reaccionan igual ante la misma situación. En relación con las características de personalidad que contribuyen al estrés en el trabajo, hay unas formas de comportamiento llamadas "patrones de conducta específicos" que pueden incidir directamente en la aparición o no de síntomas. Hay diferentes patrones y son llamados Patrones tipo A, B y C.

- Patron de conducta tipo a
Lo presentan aquellos sujetos que perciben el entorno como amenazante para su autoestima y para lograr sus objetivos. Necesitan constantemente logros personales para sentirse que tienen el control. Esto les lleva a una situación de urgencia en el tiempo y de permanente lucha. Son muy competitivos y dinámicos, ambiciosos, agresivos e irritables

- Patron de conducta tipo b
Tienen características opuestas al anterior, se mantienen relajados sin sufrir las consecuencias negativas del estrés.
- Patron de conducta tipo c
Son diametralmente opuestos a los de tipo A. No quiere decir que no tengan estrés, muy al contrario, sus conductas no dan salida a toda la energía que liberan.

4) Socio economico culturales
- Incertidumbres economicas: ante cambios en las políticas económicas del país provocan desconcierto e inseguridad económica. Las crisis económicas con frecuencia van acompañadas del desempleo, despidos temporales, recortes salariales, semanas laborales más cortas.
- Incertidumbres políticas: por cambios en el sistema y amenazas políticas provo-

can tensiones especialmente en aquellas empresas en las que un cambio de gobierno puede influir en que haya cambios en los puestos directivos.

5) Incertidumbre tecnológicas:
Innovaciones y automatización constituyen una amenaza para las personas que presentan tensión por no poseer las habilidades o experiencias necesarias. La incertidumbre tecnológica es el tercer tipo de factor del entorno que puede producir estrés. Los ordenadores, la robótica, la automatización y otras formas de innovación representan una amenaza.

Es importante establecer buenas relaciones con los compañeros de trabajo, ya que sentirse arropado, es un factor muy importante en el ambiente de trabajo. Otro punto importante a tener en cuenta, es ser una persona organizada, y saber poner límites a las demandas impuestas, lo que en ningún momento quiere decir evadirse de las tareas asignadas.

La mejora de las condiciones de iluminación, reflejos o deslumbramientos disminuirá en el trabajador la sensación de frustración y de tensión. Eliminación de la exposición al ruido puede disminuir la fatiga, irritabilidad, y frustración, componentes todos ellos del estrés y una mejora generalizada de las condiciones de trabajo, favorecen que el trabajador perciba el ambiente menos hostil, lo que disminuye el estrés. Por último, aunque no menos importante, es hacer ejercicio siempre que sea posible, y llevar una vida sana, en cuanto a alimentación y hábitos de descanso y sueño.

5 Discusión-Conclusión

No hay ninguna medida preventiva general ni universal, ni existe una lista de acciones a adoptar para minimizar el estrés y los efectos de los estresores. Hay que tener en cuenta que cada persona es diferente, y que los estresores que a un trabajador pueden producirle nerviosismo e irritación, a otros trabajadores en esa misma situación, pueden parecerles inocuos o ni siquiera percibirlos.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/

- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 1543

EL CELADOR Y LOS RIESGOS LABORALES.

JULIO JOSE RODRIGUEZ MUÑIZ

YOLANDA IGLESIAS SANCHEZ

MARCOS GONZÁLEZ MARTÍNEZ

1 Introducción

Cuando realizamos alguna actividad laboral, sabemos que pueden surgir distintos tipos de riesgos para la salud, y por ello, debemos de intentar disminuir o eliminar cualquier tipo de peligro para la integridad del trabajador. En la consecución de este objetivo, la empresa y el trabajador deberán adoptar medidas adecuadas para solucionar estos riesgos.

La ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de riesgos laborales (PRL), contiene las normas legales y convencionales para la adopción de medidas preventivas en el ámbito laboral. Esta ley nos servirá de guía para la formación de los trabajadores y así evitar riesgos para la salud. Riesgo Laboral, la posibilidad de que un trabajador sufra un determinado daño derivado del trabajo. Para calificar un riesgo desde el punto de vista de su gravedad, se valorarán conjuntamente la probabilidad de que se produzca el daño y la severidad del mismo.

Riesgo Laboral Grave e inminente, Aquel que resulte probable racionalmente que se materialice en un futuro inmediato y pueda suponer un daño grave para la

salud de los trabajadores. (Aun cuando la exposición a agentes susceptibles de causar daños graves a la salud de los trabajadores NO se manifiesten de forma inmediata)
Los riesgos para el celador, en el ámbito sanitario, como en cualquier otro trabajo, son múltiples, pero los que habitualmente se dan son dolores de espalda, malas posturas, posturas forzadas, cortes, golpes, pinchazos, contagio de enfermedades, riesgo de contraer infecciones, etc. Todos ellos producen, en la mayoría de los casos, bajas y enfermedades que suponen un coste elevado para el sector sanitario.

2 Objetivos

- Determinar los objetivos a seguir para promover una mejora de la seguridad y con ello de la salud de los trabajadores no sanitarios mediante la identificación de los riesgos, y mejorar las medidas para poder solucionarlos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: pubmed, medline, y scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El trabajo y la salud están unidos. El trabajo puede considerase primordial para tener una buena salud, ya que con él conseguimos cubrir las necesidades personales, sociales y económicas inherentes a las personas, y cuya falta podría suponernos una perjuicio para nuestra salud. La salud a su vez es necesaria para poder trabajar.
La Organización Mundial de Salud define salud laboral como el estado completo de bienestar físico, social y metal.
Prevención es el conjunto de actividades o medidas adoptadas o previstas en todas las fases de actividad de la empresa con el fin de evitar o disminuir los riesgos derivados del trabajo.

Los principios de la acción preventiva son:
- Evitar los riesgos
- Evaluar los riesgos que no se pueden evitar
- Combatir los riesgos en su origen
- Adaptar el trabajo a la persona
- Tener en cuenta la evolución de la técnica
- Sustituir lo peligroso por lo que entrañe poco o ningún peligro
- Planificar la prevención
- Adoptar medidas que antepongan la protección colectiva a la individual
- Dar las debidas instrucciones a los trabajadores

Las condiciones de trabajo influyen significativamente en los factores de riesgo y en la seguridad y salud del trabajador, por lo que serán de suma importancia las características de las instalaciones y equipos que se utilizan, y la organización de las características del trabajo. Los factores de riesgo pueden ocasionar problemas de salud para el trabajador que a su vez podrían derivar en bajas laborables. Los trabajadores tendrán derecho a que las administraciones públicas les proporcionen seguridad y salud en el trabajo mediante información, participación, consulta, formación en materia preventiva, control sobre las actividades peligrosas y vigilancia de la salud.

Las administraciones públicas tendrán obligaciones en materia de prevención que consistirán en evaluar los riesgos para evitarlos, y en los que no se puedan evitar, sustituir los trabajos peligrosos por los que entrañen poco o ningún peligro, a su vez, planificara la prevención y las medidas de emergencia, tendrá en cuenta las innovaciones técnicas e instruirán a los trabajadores.

5 Discusión-Conclusión

Las administraciones públicas deben tener un servicio de vigilancia periódica de la salud en función de los riesgos del trabajo, para cuidar el estado de salud de los trabajadores. Para ello se realizaran pruebas y reconocimientos médicos periódicos, los cuales deberán llevarse a cabo siempre respetando el derecho a la intimidad del trabajador. Otra medida que corresponderá a las administraciones públicas en esta materia será la de organizar una formación teórico-práctica adecuada al puesto de trabajo que desempeña cada uno de sus empleados.

6 Bibliografía

- Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.
- La Carga Mental de Trabajo. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.
- Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo.

Capítulo 1544

ESTRÉS LABORAL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL ÁMBITO SANITARIO.

PATRICIA GUTIERREZ PANDIELLO

MACARENA ARRESEIGOR MELENDEZ

FLORENTINA ALVAREZ GUTIERREZ

1 Introducción

Nuestra actividad profesional es, sin duda, una de las cuestiones de mayor relevancia en nuestra vida cotidiana. En el trabajo pasamos buena parte de nuestro horario diario. Además, el desempeño de nuestras tareas debería suponer una manera de realizarnos. En cualquier caso, el empleo acaba afectando a nuestros niveles de autoestima y a la sensación de confianza.

Por su parte, notables cuestiones relacionadas con nuestro desempeño profesional acaban influyendo en nuestra vida personal. Entre ellas podemos destacar aspectos como insatisfacción, depresión, ansiedad, baja autoestima, problemas de pareja, imposibilidad para conciliar, desequilibrio social, etc. El estrés laboral es la respuesta física y emocional que puede tener un individuo ante un daño causado por un desequilibrio entre las exigencias y presiones laborales que no se ajustan a sus conocimientos y capacidades. Cuando la situación que lo desencadena se prolonga, nuestra calidad de vida puede verse muy comprometida.

El estrés es una enfermedad cada vez más frecuente y que va en aumento en nuestra sociedad, fundamentalmente porque los tipos de trabajo han ido cambiando en las últimas décadas. En la profesión sanitaria ha cobrado una gran relevancia, relacionándose con la aparición de múltiples trastornos mentales en los trabajadores.
Afecta al bienestar físico y psicológico del trabajador y es la segunda causa de baja laboral en la Unión Europea, afectando anualmente a cuarenta millones de trabajadores y suponiendo para sus países miembros un coste de veinte mil millones de euros al año sólo en gastos sanitarios, sin contar la pérdida de productividad.

Y es que el estrés laboral no solo tiene consecuencias para el trabajador. Las empresas también acusan las situaciones perjudiciales que se derivan de ello: absentismo, bajo rendimiento del trabajador, disminución de la productividad, mal ambiente laboral, etc. La Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés ha concluido que casi un 50 % de los trabajadores europeos acusan las consecuencias del estrés laboral, siendo el sector de sanidad como uno de los más afectados. Más de un 80 % preferiría cambiar de trabajo por culpa de la sensación de malestar emocional que padecen.

2 Objetivos

Los objetivos principales de este trabajo son:
1. Examinar la naturaleza del estrés laboral del auxiliar administrativo en el ámbito sanitario, sus causas y sus efectos.
2. Proporcionar las herramientas adecuadas para hacer frente al estrés laboral.

3 Metodología

Para elaborar este estudio se han revisado múltiples estudios relacionados con el estrés laboral, así como revistas científicas vinculadas al mundo sanitario y consultas en diferentes bases de datos (Scielo), además de búsquedas de información en internet. También nos hemos basado en la legislación vigente.
Para realizar la búsqueda se ha utilizado las siguientes palabras clave: estrés, estrés laboral, estrés y trabajo.

4 Resultados

Naturaleza y causas del estrés laboral en el ámbito sanitario

En el caso del auxiliar administrativo en el ámbito sanitario, las causas del estrés laboral respecto a las características del puesto puede deberse a diversos factores:
1. Características del puesto: tareas repetitivas, monótonas o aburridas y tareas desagradables
2. Volumen y ritmo de trabajo: carga excesiva o escasez de trabajo. Trabajos con plazos estrictos.
3. Horario de trabajo: jornadas muy largas o fuera del horario normal, horarios estrictos o inflexibles.
4. Participación y control: falta de participación en toma de decisiones, falta de control (en los métodos, ritmo de trabajo, horario y entorno laboral).
5. Contexto laboral:
• Mal ambiente en el lugar de trabajo: acoso laboral (mobbing), la falta de apoyo por parte de los jefes puede convertir la jornada laboral en algo muy desagradable.
• Demasiada responsabilidad: sin medios para poder desarrollar el trabajo o poca organización.
• Malas condiciones ambientales: mucho ruido, iluminación inadecuada, exceso de calor o frio, humedad.
• La falta de conciliación familiar.

Además de todas estas causas, algunos estudios han demostrado otros factores como desencadenantes del estrés laboral:
• La edad de la persona que padece el estrés laboral.
• El tipo de trabajo.
• Haber pasado otro trastorno psicológico anteriormente.
• El tiempo que ha pasado la persona sin trabajo.
• Personalidades con ansiedad.
• El género de la persona.
• Las responsabilidades familiares.

Medidas preventivas del estrés laboral

Por estas razones es necesario que, desde la política de prevención de riesgos laborales en el ámbito sanitario, se tomen medidas para atajar los factores que puedan incrementar el índice de insatisfacción de la plantilla.

A través de distintas técnicas se puede dotar al auxiliar administrativo de recursos de afrontamiento del estrés laboral cuando las medidas organizativas no dan resultados.

Desde el sistema de salud se deberían establecer las siguientes medidas preventivas en los lugares de trabajo:
1. Carga de trabajo: es importante repartirla de manera ecuánime. Comprobar que las exigencias de trabajo sean compatibles con las capacidades y recursos del trabajador y realizar una adecuación de las metas y los plazos
2. Horarios de trabajo: procurar que los horarios de trabajo eviten conflictos con las exigencias y responsabilidades externas al trabajo. Los horarios de los turnos rotatorios deben ser estables y predecibles, sin sobrecargas de horas extras.
3. Participación/control: dejar que los trabajadores aporten ideas a las decisiones y acciones que afecten a su trabajo. Los líderes deben permitir que los trabajadores puedan gozar de cierta autonomía y que se impliquen y puedan organizarse su propio planning.
4. Creación de un ambiente favorable: Es preciso que se fomenten las buenas relaciones entre los empleados y también entre ellos y los mandos superiores. Integrar una práctica que ayude a motivar a los trabajadores y les haga ver que su labor es reconocida. En este sentido, es una buena iniciativa la de transmitirles confianza. Los empleados deben sentirse seguros a la hora de realizar cualquier tipo de demanda y notar que son escuchadas y tenidas en cuenta.
5. Entorno agradable: Es muy importante que el espacio en el que se trabaja resulte lo más cómodo y atractivo posible. Así, hay que valorar cuestiones como la iluminación, la temperatura ambiental, el equipamiento necesario o el control de los niveles de ruido. Un ambiente físico adecuado resulta fundamental para potenciar la sensación de confort.
6. Transparencia y equidad: Recibir un salario adecuado a las funciones y tareas que se desempeña. Esas tareas también deben resultar claras, planeadas y muy bien definidas. Total transparencia en cuestiones como los procesos de selección.
7. La asignación de funciones: definir claramente los roles y responsabilidades en el trabajo. Los trabajos deben ser asignados según la experiencia y grado de responsabilidad de los trabajadores. Además, se deben tener en cuenta las habilidades psicofísicas de cada empleado.
8. Promover cursos o charlas sobre el manejo del estrés. En caso necesario, contar con un técnico especializado que pueda encargarse de la planificación y organización de la empresa.
9. Futuro: fomentar el desarrollo de la carrera profesional.

5 Discusión-Conclusión

El estrés laboral constituye un verdadero problema para los trabajadores sanitarios y las entidades que los emplean. No sólo es importante identificar la existencia de problemas de estrés y tratar de resolverlos, sino también promover el trabajo saludable y reducir los aspectos perjudiciales del trabajo. Sufrir estrés laboral negativo puede llegar a generar graves problemas de salud si no se toman medidas a tiempo para reducirlo o eliminarlo.

6 Bibliografía

- Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.
- MadridSalud: Página de salud pública del Ayuntamiento de Madrid. http://madridsalud.es/
- Blog Neuronup, https://blog.neuronup.com/
- Blog formacionalcala, https://blog.formacionalcala.es/
- Ocronos. Revista médica y de enfermería. https://revistamedica.com/

Capítulo 1545

LA SALUD COMUNITARIA EN ATENCIÓN PRIMARIA.

JUAN JOSE VELAZQUEZ ÁLVAREZ

ROCÍO FERNÁNDEZ GARCÍA

MARTA FERNÁNDEZ FERNANDEZ

SANDRA PIDAL MONTES

REMEDIOS RODRÍGUEZ SIERRA

1 Introducción

Ante los nuevos retos al actual sistema de salud, la salud comunitaria surge como una propuesta que está de nuevo en auge, tanto en España como en otros países desarrollados. El envejecimiento de la población con más enfermedades crónicas, la aparición de población inmigrante con determinadas diferencias culturales y los nuevos hábitos de vida poco saludables en poblaciones jóvenes son algunos de los cambios ante los cuales el sistema actual no da abasto.

Los médicos de familia y comunitaria somos conscientes de que los motivos de consulta de los pacientes son cada vez más de origen psicológico y social. Por otra parte, la literatura epidemiológica nos muestra que desde la consulta nuestro impacto en la salud de la gente es relativamente pequeño comparado con otros factores, como las condiciones socioeconómicas y políticas, el medio ambiente, el apoyo social o la planificación urbana. En este contexto, la salud comunitaria

se presenta como una posible vía para abordar los problemas de hoy en día de los pacientes que atendemos.

2 Objetivos

- Describir el proceso de desarrollo de la salud comunitaria

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Scielo, Cochrane, Google Académico, Medline, se han utilizado criterios de búsqueda en revistas científicas y artículos encontrados en la salud comunitaria y se utilizaron descriptores con las palabras claves utilizadas en la búsqueda: hospital, salud, determinantes, población, atención primaria.

4 Resultados

En muchas partes del mundo se dispone de trabajadores comunitarios, o promotores de salud, que son personas no profesionales que reciben una formación de corta duración en temas de promoción de salud y prevención de enfermedades. Esta figura es imprescindible en áreas con importantes necesidades donde no hay suficientes profesionales sanitarios. l Programa de Actividades Comunitarias en la Atención Primaria (PACAP) desde 1995.

Actualmente cuenta con 342 actividades comunitarias relacionadas con los centros de salud en todo el territorio español. Estos proyectos utilizan una gran diversidad de metodologías, pero entre las más reconocidas destacan las que han desarrollado fuertes relaciones con la comunidad donde están ubicadas, y las que realizan actividades conjuntas con otros sectores, especialmente con las escuelas y los servicios sociales.

El sistema sanitario español tiene unas características especialmente favorecedoras para el desarrollo de proyectos en salud comunitaria. Entre ellas podemos destacar el hecho de que el acceso a los servicios de atención primaria de salud (APS) es universal y gratuito. Además, los servicios de APS están organizados en equipos multidisciplinarios que tienen una población asignada con base territorial y, por ley, dichos equipos comparten con los municipios la responsabilidad

de hacer promoción de salud entre su población.

Los ciudadanos han contado con pocos canales de participación en el sector sanitario, y cuando los ha habido, aquéllos, carentes de una previa sensibilización, se han limitado a centrar sus esfuerzos en el aumento de los servicios asistenciales. En el ámbito profesional ha faltado formación, experiencia y apoyo técnico9. Además, muchos profesionales, sobre todo médicos, no están suficientemente convencidos del valor y la efectividad de la salud comunitaria, a pesar de que existe una creciente evidencia de la efectividad de muchas intervenciones comunitarias

5 Discusión-Conclusión

Actualmente han surgido iniciativas para que la salud comunitaria forme parte de la cartera de servicios. Para que éstas tengan éxito sería importante que cuenten con el suficiente apoyo, recursos y voluntad política para no representar una carga extra en los profesionales, ya sobrecargados, de atención primaria. Con estos elementos a favor, España podría ser un país pionero en el desarrollo de un modelo de salud comunitaria que permita afrontar los retos principales de salud del siglo XXI.

6 Bibliografía

1. De paseo por los paises desarrollados con la salud comunitaria. Comunidad. Publicación periódica del PACAP. N. 2. semFYC; 1999.
2. Geiger HJ.Community-oriented primary care: a path to community development..Am J Public Health, 92 (2002), pp. 1713-6
3. Gavilán Moral E, Jiménez de Gracia L, Javier Olivero F..Docencia e investigación en atención primaria orientada a la comunidad: la experiencia de dos residentes españoles en Argentina.Aten Primaria, 37 (2006), pp. 514-6
4. Análisis de la situación de salud de la comunidad, su importancia como actividad docente en la atención primaria de salud. Educ Med Super. 2006;20(2).
5. Una oportunidad para mejorar la Atención Primaria. Comunidad. Publicaciónn periódica del PACAP. N.?? 7. semFYC; 2004.

Capítulo 1546

MANEJO DEL PACIENTE PROBLEMÁTICO.

FRANCISCO JAVIER GONZALEZ ALVAREZ

1 Introducción

El trabajo diario de los profesionales de la salud, obliga a interrelacionarse con todo tipo de personas, lo que lleva implícito un alto contenido emocional y un componente subjetivo, que aflora cuando menos se desea, y que dependiendo del manejo que se sea capaz de realizar, provoca más de un disgusto o más de una satisfacción. Se estima, que entre un 1 y un 3% de los usuarios que se atienden diariamente en las consultas, son catalogados como pacientes difíciles por los diversos profesionales de la salud. Es importante entender que dicha dificultad no puede achacarse exclusivamente al paciente, sino que a ella contribuyen así mismo características individuales de cada profesional.

Existen diversas definiciones sobre los pacientes de trato difícil. O'Dowd los define como un grupo heterogéneo de pacientes, frecuentemente afectados de enfermedades relevantes, cuyo único rasgo común es la capacidad de producir distrés en el médico y el equipo que los atienden. La agresividad que los pacientes manifiestan en las consultas tiene que ver con variables como gravedad percibida, consecuencias, derechos que creen tener y reciprocidad que esperan del profesional. Las pautas de abordaje incluyen actuaciones sobre el entorno, el perfil del profesional y los específicos sobre pacientes difíciles, intentando cambiar la actitud inicial de rechazo por una de cooperación y ayuda con la persona que sufre.

La relación entre el profesional y sus pacientes es algo más que una mera actuación técnica. Son verdaderas interacciones humanas, con el contenido emocional que ellas conllevan. Y aunque la relación profesional-paciente lleva implícito un reparto de roles, no podemos evitar que el componente subjetivo aflore. Y este componente subjetivo del que forman parte nuestras emociones y sentimientos, es lo que hace que unos pacientes nos caigan bien y otros despierten sensaciones negativas.

2 Objetivos

El objetivo de este estudio es tratar de definir los factores que afectan al trato con el paciente problemático y difícil e intentar empatizar con éste para que la relación profesional de la salud – paciente se lleve a cabo de la mejor manera posible.

3 Metodología

Para la elaboración del estudio se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica sistemática de libros y también de artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, Cuiden, Dialnet y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Las palabras clave utilizadas fueron: Paciente difícil. Relación profesional sanitario-paciente. Manejo paciente difícil.

4 Resultados

La relación entre el profesional y sus pacientes es algo más que una mera actuación técnica. Son verdaderas interacciones humanas, con el contenido emocional que ellas conllevan. Y aunque la relación profesional-paciente lleva implícito un reparto de roles, no podemos evitar que el componente subjetivo aflore. Y este componente subjetivo del que forman parte nuestras emociones y sentimientos, es lo que hace que unos pacientes nos caigan bien y otros despierten sensaciones negativas.

Nos encontramos en un principio con dos tipos de factores que influyen al catalogar al paciente como difícil: los derivados de las características del propio paciente, y los derivados de los sentimientos o emociones que dichos paciente

generan en el profesional. Existen diversas definiciones sobre los pacientes de trato difícil.

La escasa bibliografía sobre este tema demuestra que todos los profesionales encuestados admiten tener pacientes "problemáticos" estimándose dicha prevalencia entre el 1 y el 3%. Si a ello le añadimos que por lo general son pacientes hiperfrecuentadores, vendría a suponer al menos que un 10% de las consultas pueden definirse como difíciles.

Todo el mundo puede ponerse agresivo en un momento y situación determinada. Pero hay personas que conservan maravillosamente la calma y otras, en cambio, que por casi nada "saltan" y se pelean. Los elementos que configuran estas maneras distintas de ser son: la experiencia vivida en los primeros años de vida, cómo nuestros padres afrontaban las situaciones de estrés, y el autodominio que nos lo inculcaron desde pequeños; las experiencias que hemos ido teniendo a lo largo de la vida sobre nuestra capacidad de éxito o fracaso al afrontar situaciones de riesgo.

Algunas personas exteriorizan sus reacciones con gran facilidad, es decir, traducen a conducta (lloro, agresión…) sus estados emocionales. Otras, en cambio, son capaces de contenerse, eso es, de no actuar de manera inmediata frente al conflicto o frente a una emoción desencadenada por un conflicto.

La comunicación conlleva la interacción entre receptor (paciente), emisor (profesional) y entorno como marco donde se llevan a cabo los encuentros y que influye notablemente en el desarrollo de la misma. Analizando este simplificado esquema, podríamos identificar factores de cada ámbito, que pueden influir en la percepción de una relación difícil.

- Factores derivados del paciente: Patología que presenta, personalidad del paciente, circunstancias en las que se desenvuelve el paciente

- Factores relacionados con el profesional: Personalidad y profesional, circunstancias en las que se desenvuelve

- Factores relacionados con el entorno: Características físicas y organizativas del centro

Este tipo de pacientes, como conjunto, pueden compartir ciertas características comunes que merece la pena destacar: El paciente problemático suele ser un frecuentador considerable; acostumbra a sentirse insatisfecho de los servicios que

recibe; su presencia se siente negativamente en el conjunto del equipo de salud; suele presentar más problemas de salud crónicos que otros pacientes de igual sexo y edad; suelen generar mayor número de exploraciones complementarias, derivaciones a especialistas y gasto en la prescripción; presentan sus problemas (crónicos y agudos) de forma más compleja, inusual y variada en elementos de referencia; sus elementos de soporte y contención social (familia, trabajo, relaciones, etc.) son escasos o, en todo caso, conflictivos; suelen ser fieles a sus profesionales de referencia (negándose a cambiar de cupo en las ocasiones en que éste se lo ha propuesto)

Es imposible intentar abordar apropiadamente una relación difícil si el profesional no adopta claramente la voluntad y actitud de estudiar objetivamente tal relación. Es decir, querer observar críticamente la situación, sin ánimo justificativo. A esto se le llama actitud evaluativa. El simple hecho de plantear una visión analítica de la relación puede, "per se", hacer desaparecer el componente emocional de la relación con el paciente, que es el que nos aparta de nuestro papel como profesional y que en general es el componente problemático.

Los profesionales como seres humanos tenemos nuestra propia vulnerabilidad y, por tanto, los pacientes pueden despertar en nosotros emociones que, a veces, pueden ser realmente intensas. Tales emociones inciden en nuestra objetividad, y a través de ello, en nuestra actitud. No se trata de querer evitar sentir tales emociones, sino de ser conscientes de su existencia y aceptarlas como justificables o comprensibles. Sólo a partir de entonces podremos analizar y, por tanto, tratar de mejorar la situación.

El profesional debe tener claro que, ante todo, sus sentimientos y su actitud hacia el paciente debe ser positiva, es decir, debe siempre basarse en el trato respetuoso, digno, amable y bien intencionado.

Ante un temperamento difícil, el profesional tiene que hacer esfuerzos para dominarse si el paciente dice algo ofensivo o chocante; considerar todo como un síntoma más de la enfermedad y esto no puede ofender a nadie. Incluso demostrar amabilidad dentro de la manera de ser de cada cual. Basar toda la estrategia en los aspectos más constructivos de la personalidad del paciente, favoreciendo la negociación, la corresponsabilización, y el pacto entre profesional y usuario.

Rechazar la fantasía de establecer una relación perfecta. Reconocer que lo más probable es que la relación con su paciente problemático siempre será menos satisfactoria que lo que sería deseable. Recordar que el problema no suele im-

plicar únicamente a la relación de un profesional con el paciente sino que, probablemente afecta también a la relación con el resto de componentes del equipo asistencial.

5 Discusión-Conclusión

El componente subjetivo del que forman parte nuestras emociones y sentimientos, es lo que hace que unos pacientes nos caigan bien y otros despierten sensaciones negativas, dentro de las interacciones humanas que diariamente llevamos a cabo en nuestras consultas.

Estas sensaciones displacenteras entre los profesionales se traducen en pérdida de control, autoridad o autoestima, aversión, temor, resentimiento, desesperación, enojo, frustración, desesperanza, aburrimiento, rechazo, agresividad, etc., pero la variabilidad existente entre cupos, respecto al número de pacientes etiquetados como difíciles es tal, que no se explica exclusivamente por el grupo de usuarios, sino que parece estar relacionada con ciertos aspectos del profesional que influirían en percibir y etiquetar a un paciente como problemático o difícil.

No es posible cambiar al paciente difícil o problemático, ni su enfermedad o sus circunstancias, pero sí podemos mejorar nuestro modo de afrontarlo (de fondo, no sólo de forma). Aceptar que hemos de intentarlo en nuestra situación actual y real, con las limitaciones existentes, sin esperar que lleguen unas condiciones ideales de salud, espacio, compañeros, cupo, etc. Esto no excluye tratar de mejorar esta situación todo lo posible. Existen estrategias eficaces para modificar habilidades comunicativas, mejorando con ello nuestra capacidad para afrontar relaciones problemáticas.

6 Bibliografía

1. Blay C. Actuación ante los pacientes de trato difícil. FMC 1996; 4: 243-250.
2. Mathers N, Jones N, Hannay D. Heartsink patients: a study of their general practitioners. Br J Gen Pract 1995; 45: 293- 296.
3. Martín MN. La relación clínica con el paciente difícil. Aten Prim 2000; 6: 443-447.
4. Borrell I Carrió F. Manual de entrevista clínica. Barcelona Ed. Doyma, 1989.

Capítulo 1547

CONFIDENCIALIDAD E HISTORIA CLÍNICA.

FRANCISCO JAVIER GONZALEZ ALVAREZ

1 Introducción

La confidencialidad es un aspecto clave de la relación entre profesionales sanitarios y pacientes. Supone la cesión del paciente de una parte reservada de sí mismo y los principios éticos de autonomía y no maleficencia están íntimamente ligados con su preservación. También numerosas normas legales obligan al secreto profesional, imponiendo en algunos casos duras sanciones a menudo desconocidas. Al ser la historia clínica el documento donde la relación con el paciente queda reflejada, requiere de una protección extraordinaria por la naturaleza especialmente sensible de la información en ella contenida.

Es necesario para el profesional que la maneja conocer algunos aspectos básicos de las leyes fundamentales que la regulan en diferentes aspectos. En este artículo se hace un repaso por cuestiones que a veces resultan conocidas en abstracto, pero que están recogidas en la normativa legal, como son la propiedad de la historia clínica, las anotaciones subjetivas, su custodia y rectificación o quién y para qué se puede acceder a la misma.

Esta confidencialidad debe ser de obligado cumplimiento para todos los profesionales que en algún momento del desempeño de sus tareas acceden a datos personales de los pacientes con los que tienen relación.

2 Objetivos

Conocer la importancia de la confidencialidad en el tratamiento de datos para todos los profesionales que trabajan en el ámbito sanitario.

3 Metodología

Para la elaboración del estudio se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica sistemática de libros y también de artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, Cuiden, Dialnet y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Las palabras clave utilizadas fueron: Confidencialidad. Historia Clínica. Bioética

4 Resultados

El secreto profesional en el ejercicio de la medicina ha sido un tema de interés a lo largo de la historia. Desde tiempos inmemoriales se ha tenido un especial cuidado en mantener la reserva de la información recabada.
Tanto la Declaración Universal de los Derechos Humanos en su artículo 12, como la Constitución Española en el 18 tratan la intimidad como un derecho fundamental del individuo.
En 1997, España suscribió el "Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina" (Convenio de Oviedo), que reconoce el derecho de las personas al respeto de su vida privada en asuntos de salud, así como a conocer toda la información obtenida respecto a su salud, salvo las restricciones que establezca la ley.
El diccionario de la Real Academia Española de la lengua define intimidad como "Zona espiritual íntima y reservada de una persona o de un grupo, especialmente de una familia" y privacidad como "ámbito de la vida privada que se tiene derecho a proteger de cualquier intromisión". En la vida privada cabe aquello que no se quiere que sea del normal conocimiento y la intimidad forma en ella un núcleo esencial que protegemos con más fuerza. Respecto a confidencial, se define como "Que se hace o se dice en confianza o con seguridad recíproca entre dos o más personas". Hablando en términos de bioética, podemos ver principalmente dos principios comprometidos en lo referente a la preservación del secreto: la autonomía y la no maleficencia.

El paciente que acude a un centro sanitario establece una relación quid pro quo en la que deberá ceder información a cambio de una adecuada atención. Atendiendo a su principio de autonomía es libre de revelar la cantidad de datos que estime oportuna, pero esta autonomía se ve limitada por el deber de dar información veraz y suficiente.

La única protección de su intimidad que el paciente tiene ante esta obligación es la discreción del profesional. Se entiende que hay un acuerdo tácito que obliga moralmente al silencio y que también lo recoge la ley. Nos encontramos ante una doble obligación, ética y legal.

Debe tenerse en cuenta que la obligación de secreto no solo abarca la información referente al estado de salud del paciente, sino a cualquier dato sobre su vida privada que se conozca durante la atención en salud. Si el profesional no respeta la reserva de lo revelado por el paciente y difunde información privada del mismo, puede provocarle graves daños en diferentes esferas de su vida que serán como mínimo de tipo moral, quebrantando el principio de no maleficencia.

HISTORIA CLINICA:

La definición legal de historia clínica es ”el conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial”. Se trata de un conjunto de documentos que va a ser la base de la atención sanitaria y el reflejo de la relación entre uno o varios profesionales de la salud y el paciente. En ella queda plasmada gran cantidad de información sensible de carácter personal. Su uso adecuado, custodia y cumplimentación son problemas a los que se enfrentan los profesionales sanitarios a diario, que están regulados por diversas normas legales, así como por obligaciones de carácter ético que conviene conocer.

Los principios deontológicos implicados en relación con la protección de los datos sanitarios contenidos en la historia clínica son: a) Sobriedad, en cuanto a consignar sólo las informaciones realmente necesarias para la atención sanitaria. b) Transparencia en la gestión y acceso a la historia clínica (también para el paciente). c) Responsabilidad, íntimamente ligada con la no maleficencia por las consecuencias para el paciente de errores u olvidos en el registro o la difusión de datos privados. d) Protección universal de todos los datos de todos los pacientes en todos los centros.

La legislación actual no aclara la naturaleza jurídica de la historia clínica si bien la doctrina jurisprudencial la ha venido considerando tradicionalmente como un documento privado.

La historia clínica puede ser usada como prueba en procesos judiciales y en

muchas ocasiones determina las decisiones que se toman, estimando su valor probatorio para demostrar la verdad en el proceso; no sólo lo que concierne a la relación o actos sobre el paciente, sino al cumplimiento de preceptos como la solicitud del consentimiento informado, deber de asistencia, etc. Una de las causas por las que se le presupone veracidad es que se redacta en el momento de la atención y no a posteriori cuando surge la demanda.

Los datos referentes a un proceso asistencial deben conservarse al menos durante los 5 años siguientes al alta del mismo (Ley de Autonomía del Paciente art. 17.1).

Para respetar al máximo la intimidad y dignidad de los pacientes, éticamente el profesional debería imponerse una serie de normas en la redacción de la historia clínica para conseguir las siguientes características:

- Completa, con datos suficientes y sintéticos sobre el proceso, pruebas complementarias, etc.
- Ordenada cronológicamente en las anotaciones y documentos adjuntos.
- Inteligible, tanto ortográfica como gramaticalmente.
- Identificativa del profesional que escribe, con sus datos personales y firma en caso de ser manuscrita.

La Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria propone que la información contenida en la historia clínica se estructure en tres niveles:

1. Datos básicos a los que cualquier profesional pueda tener acceso en la atención del paciente.
2. Datos privados a los que sólo se podría acceder con el consentimiento expreso del paciente.
3. Datos reservados a los que el paciente no tendría acceso. Incluiría anotaciones subjetivas del profesional o datos que conciernan a terceras personas.

La Ley de Autonomía del Paciente establece que el acceso a la historia clínica es libre por parte de los profesionales sanitarios, pero exclusivamente en cuanto a los datos pertinentes para garantizar una asistencia adecuada al paciente y en tanto en cuanto los datos de la historia constituyan un ”instrumento fundamental para su adecuada asistencia” en cada caso concreto.

También se contemplan fines de administración, de inspección, de evaluación, de acreditación y de planificación.

Como norma general debe garantizarse que el profesional que atiende al paciente tenga garantizado siempre el acceso a la historia clínica del mismo.

Para conseguir algunos de esos fines, el acceso a la historia clínica se realizará por parte de personal no sanitario. En cualquier caso, toda persona que acceda a esta información queda obligada a guardar secreto profesional por todas las razones éticas expuestas en la primera parte y porque así lo indica la ley.

La custodia de la historia clínica en centros sanitarios es responsabilidad del centro y personal en caso de profesionales que trabajan por cuenta propia.
Se entiende por custodia la conservación de los datos de la historia clínica (independientemente del soporte en que se haga) y por otro la garantía de acceso a los profesionales del centro en cualquier momento por necesidad asistencial. Esta tarea correrá a cargo de las unidades de admisión y documentación clínica que deberán integrar en un solo archivo las historias clínicas.
La Ley de Protección de Datos ampara el derecho a "ocultar" datos especialmente sensibles o aquellos que se consideren irrelevantes tras cierto periodo de tiempo, de modo que sin ser borrados (para no faltar al deber de custodia) no sean accesibles. Con la informatización de la historia clínica esta práctica es posible, pero no hay una definición clara de cuáles pueden ser esos datos ni a quien corresponde hacerlo.
En las comunidades autónomas del Estado español hay actualmente un despliegue de sistemas informáticos aplicados a la documentación clínica que se caracteriza por su diversidad, escasa compatibilidad y unas condiciones de seguridad que están generando algunas dudas sobre las garantías de confidencialidad de los datos personales almacenados.

5 Discusión-Conclusión

Como profesionales de la salud es necesario tener presente la necesidad de preservar la confidencialidad de los datos de nuestros pacientes. En nuestro ámbito cultural existe cierto relajo en la observancia de las normas del secreto profesional ya sea por descuido, divulgación o por acceso indebido a la información. Muchas veces no se le da la importancia que merece y no se tiene conciencia de la magnitud de las consecuencias que puede tener para ambas partes. Todo aquel que llegue a conocer datos confidenciales está obligado al secreto y por muchas contraseñas o trabas que se pongan, la última barrera es la propia discreción.
Se impone la necesidad de un cambio en la cultura del manejo de datos, así como de hacer mayor énfasis sobre este tema en la formación de los futuros profesionales.
La historia clínica es un elemento imprescindible e ineludible para garantizar la calidad de la atención sanitaria. Es el documento que refleja el quehacer del profesional en pro de la salud del paciente. En ella queda la impronta de quien la realiza y por ello es necesario tener en cuenta principios éticos y formales a la hora de su redacción. Recoger los datos justos y necesarios para la atención al paciente, desechando lo superfluo o improcedente debe ser un aspecto más de la

excelencia clínica.
Conocer las múltiples implicaciones éticas y legales que atañen a la historia clínica ayuda al profesional en su trabajo y en la relación con los pacientes.

6 Bibliografía

1. Consejo Internacional de Enfermeras. Código Deontológico del CIE para la profesión de Enfermería. Ginebra 2006.
2. Organización de Naciones Unidas. Declaración Universal de Derechos Humanos.
3. Constitución Española. BOE 29-12-1978.
4. Instrumento de Ratificación del Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (Derechos humanos y Biomedicina), Oviedo 4-4-97. BOE 20-10-99
5. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. BOE 29-4/-86; no 102:
6. Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. BOE 14-12-99
7. Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal. BOE 19-1-08
8. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE 15-11-02
9. Consejo General de Colegios Médicos. Código de ética y deontología médica 1999. 10. Consejo General de Enfermería. Código deontológico de la enfermería española. 1998
10. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. 22a Ed.

Capítulo 1548

CELADOR Y PACIENTE

MARIA DOLORES GARCÍA GONZÁLEZ

1 Introducción

El Celador, como miembro del Equipo de Salud, posee una serie de funciones específicas que constituyen el objetivo de su quehacer diario. Muchas de esas funciones conllevan un trato directo con el cliente. Es por ello que el Celador debe desarrollar una serie de habilidades fundamentales que le permitan prestar al cliente una atención adecuada contribuyendo a su bienestar general. Cuando se acude a un centro sanitario, los celadores suelen ser las primeras personas que tratan con el paciente y también son las últimas cuando se abandona.

Los celadores reciben a los pacientes y los ayudan a acceder al hospital desde sus vehículos o desde las ambulancias en las puertas de las urgencias, movilizan al accidentado, lo acompañan y trasladan con profesionalidad desde el servicio de admisión a las distintas unidades asistenciales, ayudan a lavar al enfermo, informan al usuario y familiares, atienden el teléfono, los trasladan a realizar las distintas pruebas diagnosticas y un sinfín de tareas más que sirven de apoyo a las asistencia sanitaria. Deben, asimismo, atender al paciente de forma personalizada procurando la mayor eficacia y calidad asistencial en colaboración el resto de profesionales.

2 Objetivos

- Establecer las necesidades y expectativas del usuario y familiares cuando acuden a un centro sanitario en materia de información, trato, comunicación, recursos, materiales de traslado, seguridad, movilización, etc.

- Conocer las competencias profesionales de la categoría celador, establecer objetivos de mejora y un plan de acción para conseguirlos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El conocimiento y desarrollo eficaz de sus tareas por parte del personal celador en relación con el paciente supone por una parte un resultado eficiente en la asistencia sanitaria al apoyar y colaborar con el resto del personal sanitario, y por otra parte la actitud del celador puede suponer una mayor percepción de calidad en la asistencia por parte del paciente al sentirse tratado con respeto y reconfortado en una situación que a menudo perciben como de indefensión e inseguridad.

5 Discusión-Conclusión

Las competencias del celador son visibles para el usuario, pero en ocasiones parecen invisibles para el resto del personal de la salud. El celador traslada, acompaña, conduce, ayuda, colabora, apoya, moviliza, observa, atiende, se responsabiliza, se compromete con el paciente y desarrolla una labor eficaz y eficiente.

6 Bibliografía

- Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud de 1971.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- Carta de derechos y obligaciones del paciente.
-"El papel fundamental del celador en el ámbito sanitario". Mª Dolores Rodríguez Muñiz.

Capítulo 1549

PROTOCOLO DE IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES EN ATENCIÓN PRIMARIA

MARIA DE LOS REYES FLÓREZ ARIAS

1 Introducción

Los fallos en la identificación de los pacientes son una causa importante de los problemas y complicaciones asociada a errores en la asistencia sanitaria. La identificación verbal no es suficiente y es necesario establecer una sistemática que regule la identificación de los pacientes de una forma integral, es decir, que sean identificados verbal y documentalmente de forma directa evitando así erorres en el ámbito de Atención Primaria.

2 Objetivos

- Identificar de forma inequívoca a todas las personas que son atendidas en los Centros de Salud.
- Implantar un sistema de identificación para todos los ciudadanos que son atendidos en centros de salud.
- Garantizar la correcta identificación de los pacientes durante su contacto con los servicios de atención primaria.
- Verificar la identidad de los pacientes antes de realizar cualquier procedimiento.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica

existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Ambito de aplicación: Todos los dispositivos de las diferentes zonas básicas de salud. Todos los profesionales sanitarios y no sanitarios de las diferentes zonas básicas de salud que tienen contacto directo y asistencial en algún momento con el paciente.

La verificación de la identidad se realizará durante todo el proceso de la atención sanitaria y a todos los ciudadanos que acudan al centro de salud. Independientemente de la vía de acceso al centro de salud o consultorio, ya sea el contacto telefónico, presencial o domicilio, se identificará al paciente antes de concertar una cita o interconsulta, antes de recoger una toma de muestras biológicas, antes de realizar una extracción de analítica, biopsia, sondaje, inyectable, vacuna, cirugía o cualquier procedimiento invasivo y no invasivo: electrocardiograma, espirometría y otras pruebas diagnósticas, atención en consulta, atención continuada y de urgencias y atención a domicilio.

Los indicadores a utilizar son nombre y apellidos, fecha de nacimiento, tarjeta sanitaria y dni o pasaporte. La primera identificación la realizará el primer profesional que entre en contacto con el paciente sea o no sanitario. Primero realizará la identificación documental solicitándole DNI o pasaporte, tarjeta sanitaria, libro de familia, si ya dispone de esos datos será importante comprobar y actualizar, si fuese necesario, mediante la solicitud de alguno de los documentos mencionados anteriormente. Después se realizará la comprobación verbal de la coincidencia de datos de paciente, preguntándole nombre, apellidos, fecha nacimiento y confirmando con nº DNI o tarjeta sanitaria.

5 Discusión-Conclusión

Se debe preservar la privacidad y protección de datos del paciente, y para ello evitaremos dar datos como lugar de residencia o número de teléfono. Identificar incorrectamente al paciente puede dar lugar a errores en el ámbito de la atención, y es muy importante evitarlos sobre todo en relación a la historia electrónica.

6 Bibliografía

- www.areasaludbadajoz.com
- www.hospitalregionaldemalaga.es
- www.saludcastillayleon.es
- www.astursalud.es.

Capítulo 1550

PERSONAL Y COMUNICACIÓN EN CENTROS SANITARIOS.

ALEJANDRO ALONSO FERNÁNDEZ

1 Introducción

La Comunicación es imprescindible en la atención que los hospitales prestan a los ciudadanos. La Comunicación y la Información ayudan a la sensación de indefensión en los procesos que se realizan en el hospital, ayudan a que la persona se sienta más segura y que se sienta menos vulnerable y desorientada que puede darse en los centros sanitarios

La comunicación es percibida como una parte muy importante cuando se habla de calidad en la atención hospitalaria. Cualquier persona que no tenga médica puede no saber si le están atendiendo a nivel médico como es debido, pero sí sabrá decir si le han tratado o si le han informado correctamente mientras ha permanecido en el hospital.

2 Objetivos

- Cambiar la manera de comunicar, hasta hace poco tiempo se realizaba de una manera espontánea por que se carecía de un departamento de comunicación, hoy en día las gerencias de los hospitales se han dado cuenta de la importancia de tener alguien que comunique de una manera profesional. Desarrollar un Plan de Comunicación interno, tan necesario en una debido a la gran cantidad de profesionales con perfiles, formación y funciones muy variadas

3 Metodología

Metodología: Revisión bibliográfica de la narrativa publicada en las bases de datos PubMed, Scielo, Medline y Lilacs
De los 4122 resultados, se seleccionaron 12 artículos de diverso abordaje metodológico, que cumplían los criterios de inclusión: formato a texto completo, acceso libre y publicado en el periodo comprendido entre 2015 y 2019. Los principales criterios de exclusión fueron la duplicidad en las distintas bases de datos y el año de publicación.
Revisión bibliográfica de la narrativa publicada en las bases de datos PubMed, Scielo, Medline y Lilacs que versa sobre comunicación en el ámbito hospitalario.

4 Resultados

Para la comunicación entre los diferentes profesionales hospitalarios debemos ver esta como la interacción entre profesionales y usuarios de los centros sanitarios, en el que se intercambian ideas y valores que permiten conocer las necesidades que pueden trasmitirnos los diferentes usuarios siendo la escucha activa la parte que mejores resultados ha obtenido

Más de un 66% de los usuarios encuestados declararon en cada una de las cuestiones planteadas sobre la escucha activa que se cumplen las condiciones físicas adecuadas, de actitud y aptitud por parte del personal sanitario para que esta tenga el efecto deseado sobre el paciente.

5 Discusión-Conclusión

las encuestas se refleja que los usuarios de la sanidad están satisfechos con los elementos que definen la escucha activa como forma de hacer frente a los problemas de la comunicación.
Lo que mejor se valora han sido los elementos de comunicación no verbal que utiliza el personal durante la permanencia en los centros hospitalarios de los pacientes (agradables y contacto visual) y se realiza en un ambiente sin apenas ruido que cause distracciones y altere el proceso de escucha activa.

Dentro de los aspectos a valorar:
En ocasiones no se comprende bien el lenguaje empleado por parte del personal.
No se resuelven bien las dudas de los pacientes. Se necesita más empatía.

Escuchar activamente el recurso más importante que podemos utilizar para mejorar nuestras habilidades de comunicación, lo cual puede contribuir a mejorar la calidad de las mismas y por tanto obtener un excelente resultado de agrado sobre el usuario del. Con la escucha activa demostramos mayor interés por nuestros interlocutores y por sus problemas, resolvemos las situaciones tensas y disponemos de más tiempo para pensar argumentos y soluciones que en definitiva mejoren su calidad de vida.

6 Bibliografía

- Mira J.J. La Comunicación Interna en el hospital [Internet]. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad; 2013
- Van-der Hofstadt Román CJ, et al. Las habilidades de comunicación como elemento básico en la formación

Capítulo 1551

LA IMPORTANCIA DE LA ANTENCION PRIMARIA EN SANIDAD

LUZ DEL MAR CUELLO IGLESIAS

1 Introducción

La Atención Primaria es un servicio sanitario relativamente joven ya que nació oficialmente en el año 1978, cuando los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud firmaron la Declaración de Alma-Ata. A través de ella se definía por primera vez a la atención primaria de salud como un servicio esencial y accesible para toda la población mundial.

La Declaración de Alma Ata, dió un gran impulso a la Atención Primaria (AP). En ella establecieron principios básicos de la atención primaria tales como, su integración a efectos organizativos en los sistemas sanitarios y en el desarrollo social y económico de los diferentes países, o su condición de primer contacto sanitario con los individuos dentro del sistema de atención sanitaria.

Poco después, en España hubo la oportunidad de recoger esos principios en el Real Decreto 137/1984 de Estructuras Básicas de Salud. Se pusieron en marcha los primeros Equipos de Atención Primaria (EAP) y los primeros Centros de Salud (CS). Comenzaron a trabajar las primeras promociones de Medicina Familiar y Comunitaria. Se incorporó un enfoque de salud pública y de promoción de la salud a partir de diagnósticos de salud de zona. Se reforzó el rol de la enfermería estableciendo las consultas y diferentes programas. Se implantaron historias clínicas completas, posibles al pasar de las dos horas de consulta decupo (con más de 40 pacientes por consulta/día) a jornadas de 8 horas, con cupos razonables, que permitían una buena anamnesis, exploración y enfoque del problema

de salud. Sin duda la motivación de los profesionales fue un enorme valor que impulsó la reforma.

Se puede decir que es el eje principal del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad. Es una primera puerta de entrada al sistema sanitario.

La atención primaria se ofrecerá dentro del ámbito de los centros de salud, los cuales estarán estructurados en su plantilla por médicos de familia, médicos pediatras, enfermeros, auxiliares, celadores y personal administrativo. Todos ellos estarán coordinados para cooperar con otros servicios sanitarios y hospitalarios.

España pierde centros de Atención Primaria. Así lo muestran los datos ofrecidos por el Ministerio de Sanidad, según los cuales en 2018 había 13.165 centros y en el 2019 se contabilizan diez menos, 13.155.

2 Objetivos

- Garantizar la accesibilidad y la equidad de todos los ciudadanos, independientemente de donde vivan o de su nivel socioeconómico.
- Orientar a los pacientes en su itinerario sanitario.
- Garantizar la continuidad, el seguimiento de cada enfermedad, imprescindible en la actualidad por el aumento de pacientes con enfermedades crónicas y con necesidad de una gestión integral de su proceso.
- Favorecer una atención longitudinal, seguimiento de todos los problemas de salud de sus pacientes. De esta forma, se responde a las necesidades de pacientes con diferentes enfermedades y que precisan un enfoque global de su situación de salud.

3 Metodología

Una práctica de atención primaria integral y con responsabilidad longitudinal y de coordinación debe combinar los aspectos curativos con los preventivos, rehabilitadores y de promoción de la salud. Los Servicios de salud deben ser accesibles y próximos a los ciudadanos. La atención debe dirigirse a todos los ciudadanos y no sólo a los enfermos que demandan servicios. Debe basarse en la identificación de sus necesidades de salud y en las intervenciones dirigidas a esas necesidades. Ha de tenerse en cuenta la participación de los ciudadanos, como elemento esencial que se desarrolla gradualmente hacia la toma de responsabilidad en la promo-

ción y el mantenimiento de su propia salud. Es importante el trabajo en equipo multidisciplinario, la orientación a la salud de todos se realiza de una forma mucho más completa con los puntos de vista de varias disciplinas. Hay que tener en cuenta la movilidad del equipo fuera de las paredes del centro de salud (outreach), para reconocer el entorno físico y social del individuo y las familias y detectar sectores de población marginales, identificar y vincularse con los otros recursos de la comunidad.

Todo esto tiene que desarrollarse y alcanzarse con la voluntad y el compromiso de los miembros del equipo y de los gestores de los servicios. El contexto de cada práctica de atención primaria, las características del equipo de salud que la practica, los problemas de salud que se pretenden abordar, así como el nivel de implicación y desarrollo de los ciudadanos, determinaran la incorporación de otros elementos como el uso de la epidemiología, el uso de métodos de planificación adecuados al contexto, y el trabajo intersectorial.

Corresponde mencionar que no hablamos de un uso clásico de la epidemiología, sino de su uso en atención primaria como componente de los servicios, y por tanto con la finalidad explicita de producir datos sobre la propia población que puedan ser utilizados a corto plazo como base de acciones especificas. La experiencia derivada de la practica de la atención primaria en España (incipiente en algunos casos, más avanzada en otros), nos condiciona para insistir cada vez más en el uso de una planificación menos normativa y a promover también el uso de métodos de análisis cualitativos (como en las ciencias sociales, antropología) y no tan sólo cuantitativos.

4 Resultados

- El acceso fácil a la atención médica disminuye la mortalidad y morbilidad.
- Al mejorar el acceso a la Atención Primaria, se va a poder identificar y resolver mejor los problemas de los pacientes.
- Se asocia a una mejor continuidad asistencial con el médico.
- Se obtiene un menor porcentaje en costos globales en salud.
- Se logra un menor uso de pruebas diagnósticas ya que se ha demostrado que el uso de éstas en pacientes con bajo riesgo de enfermarse, presentan resultado no será concluyente y en muchos, casos pueden originar otras pruebas diagnósticas o tratamientos innecesarios.
- El acceso adecuado y filtro de los pacientes en Atención Primaria conllevará al rápido diagnóstico y tratamiento de las dolencias de los pacientes;, así como

también, disminuirá las referencias a los especialistas y por tanto disminuirá el tiempo de tratamiento, agilizará la consulta de los pacientes que sí necesitan evaluación especializada y se ahorrará más en salud debido a que disminuirá el pedido de pruebas diagnósticas.

5 Discusión-Conclusión

En el ámbito de la atención primaria de salud, se atenderá al individuo, la familia y la comunidad mediante fórmulas de trabajo en equipo, desarrollándose funciones de promoción de salud, prevención, curación y rehabilitación.

El Sistema Público de Salud tiene que ir destinado a mejorar en lo posible la salud de sus ciudadanos, utilizando de la forma más eficiente, accesible y equitativa los recursos disponibles. Esto no se puede conseguir sin que la Atención Primaria de Salud sea resolutiva y para ello es preciso que esté bien dotada en recursos y sus profesionales tengan altas cotas de capacidad de decisión en cómo organizarse y cómo utilizar los recursos disponibles. Es necesario que el profesional sanitario de la Atención Primaria de Salud se implique, se comprometa y dé cuentas a la sociedad de unos resultados eficientes. Es fundamental que su trabajo le sea satisfactorio y obtenga las debidas recompensas materiales, profesionales y humanas que le lleve a que cada vez su trabajo sea de mayor calidad, calidez y dignidad.

Las cosas en nuestro sistema sanitario no pueden seguir como están y se precisan importantes cambios, no sólo en los necesarios aumentos presupuestarios para la Atención Primaria, que lleva años abandonada en España, sino unos cambios sustanciales en la relación contractual de los profesionales con la empresa sanitaria pública de este país. En cuanto a la gestión de los centros de Atención Primaria, la práctica totalidad es de titularidad pública, salvo en Cataluña y Valencia, que cuentan con centros de gestión mixta y de gestión privada entre sus centros de Salud y sus consultorios.

6 Bibliografía

- www.elsevier.es
- elmedicointeractivo.com

Capítulo 1552

USO DEL LENGUAJE NO SEXISTA EN EL PERSONAL ESTATUTARIO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.

JOSE VICENTE GARCIA ALVAREZ

1 Introducción

El lenguaje es un instrumento vivo y principal modo de comunicación entre personas, y como tal debe de avanzar a medida que avanzan los tiempos.
Dada la importancia que las administraciones publicas tienen en la vida de los ciudadanos, es imprescindible que el personal utiliza técnicas que tiendan a intentar frenar el uso del lenguaje sexista donde se ponga en valor tanto al hombre como a la mujer.

2 Objetivos

Conseguir una sociedad mas igualatoria donde no se discrimine a nadie sea cual sea su sexo.
Debemos intentar alcanzar un lenguaje neutral o lenguaje no sexista para conseguir el objetivo de que uno de los sexos no sea superior al otro y que en la mayoría de los contextos el sexo de las personas deje de ser relevante. Es importante establecer orientaciones para que el lenguaje no sexista sea la norma que
Riga el lenguaje y no la excepción. Es tarea de la administración y por tanto del personal administrativo que todas las personas se sientan representadas, tanto hombres como mujeres.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: pubmed, medline, y scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Los resultados que se esperan conseguir con el uso de un lenguaje no sexista dentro de la administración es darle mas visibilidad a la mujer y sus logros conseguidos a lo largo de los años. Existen numerosos métodos impulsados por las administraciones publicas y promovidos por el gobierno para que poco a poco se puedan alcanzar unos resultados positivos en cuanto al uso de una lengua no sexista. Este es un ejemplo de los resultados que se pretenden conseguir con la utilización de una lengua inclusiva con el fin de conseguir una sociedad mas igualitaria.

5 Discusión-Conclusión

El lenguaje lo crean y lo modifican las sociedades, es aprendido, es una práctica de uso común como tal, suele ser modificado.
Somos conscientes del largo camino que aún queda por recorrer, pero las administraciones públicas tenemos la obligación, como representantes de la ciudadanizada promulgar y promover cambios para que podamos dejar de hablar de hombres y mujeres para pasar a hablar simplemente de "persona". Lo que no se nombra, no se ve y lo que no se ve no existe

6 Bibliografía

1-Bosque, I. (2012). Sexismo lingüístico y visibilidad de la mujer. Madrid, España: Real Academia Española.
2-Bengoechea Bartolomé, M. (2011). El lenguaje jurídico no sexista, principio fundamental del lenguaje jurídico modernizado del siglo XXI.

3-FRANCO, María Teresa Bejarano. El uso del lenguaje no sexista como herramienta para construir un mundo más igualitario. Vivat Academia, 2013, p. 79-89.
4-de Sanidad, C., & Social, P. (2010). Manual para la elaboración del informe de impacto de género.
5-SANITARIAS, E. D. T. (2013). Guías de Práctica Clínica libres de sesgos de género.
6-Sánchez, Lydia Salvador. "Resiliencia en violencia de género. Un nuevo enfoque para los/las profesionales sanitarios/as." Journal of Feminist, Gender and Women Studies 1 (2015).
7-Rey, A. M. V. (2018). Aplicación de conceptos básicos de la teoría de género y del lenguaje no sexista. UF2683. Tutor Formación.

Capítulo 1553

CELADOR EN EL CENTRO DE SALUD.

MARTA ISABEL CADAVIECO MENENDEZ

1 Introducción

- El Centro de Salud es el lugar donde el paciente tiene el primer contacto con la sanidad.
- En él trabajan en equipo personal médico (EAP), personal de enfermería, trabajador social, personal administrativo y celador.
- Desarrollan sus tareas en equipo y cada uno conoce su función.

2 Objetivos

- El objetivo de celador en este servicio es tratar de mantener en buen funcionamiento y el uso correcto del mobiliario y las instalaciones del centro.
- Empatizar en la medida de lo posible con los pacientes.

3 Metodología

Para realizar el siguiente capítulo se llevó a cabo una exhaustiva búsqueda en diferentes medios y bases de datos como Pubmed, Scielo, Medline. También se consultaron temarios y guías usando las palabras clave: celador, centro de salud, atención y pacientes.
Se seleccionaron los artículos más recientes y de mayor interés. Y de ellos se sustrajo información pertinente.

4 Resultados

- Las funciones del celador en el ambulatorio son similares a las que realiza en una planta de hospitalización.
- Cuidar del orden en todas las dependencias.
- Atención al comportamientoy necesidades de enfermos y familiares y empatizar con ellos, ya que acudir al centro de salud puede generar ansiedad y nerviosismo.
- Dar información al usuario de todas sus dudas.
- Informar de donde se encuentra su consulta, wc, etc.
- Tratar de que los usuarios guarden silencio.
- Facilitar silla y trasladar a los pacientes que lo necesiten.
- Ayudar al personal sanitario en pequeñas intervenciones quirúrgicas y otras pruebas.
- Trasladará las historias clínicas a las diferentes consultas médicas, así como materiales y objetos que sean requeridos por el personal sanitario.
- Tratará todos los documentos y la verbalidad con confidencialidad.
- Prepara la recogida del instrumental para llevar a esterilizar.
- Apertura del centro y encendido del sistema informático.

5 Discusión-Conclusión

El celador destinado en el Centro de Salud desarrollará su trabajo junto con el equipo de administración.

6 Bibliografía

- https://www.landlformacion.es/cuales-son-las-funciones-de-un-celador/
- http://www.auxiliar-enfermeria.com/funciones_celador.htm
- https://www.censanidad.com/cursos/personal-no-sanitario/celadores/funciones-atencion-primaria/
- http://celadoresonline.blogspot.com/p/el-celador-funciones-generales.html

Capítulo 1554

TURNICIDAD Y ALTERACIONES EN LA SALUD DE LOS TRABAJADORES NO SANITARIOS: CELADORES Y AUXILIARES ADMINISTRATIVOS.

AIDA GARCÍA INGUANZO

1 Introducción

La sociedad en la que vivimos funciona durante las 24 horas del día, en distintos sectores económicos del país, por lo que el trabajo a turnos, o con nocturnidad, es cada vez más común. Ejemplo de ello sería el sector sanitario (Santana-Herrada, Alfano, y Escobal-Machado, 2014). Debido a la biología humana, las actividades laborales deberían realizarse durante la jornada diurna. De esta forma se haría coincidir la actividad laboral con la biológica (Romero, Fernández, y Prieto, 2016), pero se estima que un 20-27% de la población desempeña su actividad laboral fuera del horario normal de trabajo (Nieves, Ordoñez, y Campoverde, 2015).

En el área de la salud, el personal sanitario trabaja las 24 horas del día para brindar atención inmediata a todos los pacientes enfermos que requieren cuidados. Esto implica que los trabajadores de la salud están expuestos a largas jornadas laborales, incluyendo el trabajo nocturno, en el que tienen que realizar temporal o permanentemente sus tareas cotidianas en un período natural de desactivación, y tener que dormir en un período normal de activación, coincidiendo con el desarrollo de la actividad de la comunidad en general (Molina, 2014).

El horario de trabajo es una variable fundamental en el aspecto laboral, que afecta

de manera directa en la vida diaria, la salud y el bienestar de todos los trabajadores. Su duración y ordenación, como la nocturnidad laboral permanente (en un turno fijo) o no permanente (en turnos rotativos), repercute en problemas de salud, en adaptación al tiempo de trabajo, al grado de exposición a riesgos laborales, a los compromisos familiares y sociales, etc. Esto supone una doble alteración de la vida cuando se trabaja en una nocturnidad permanente (Santana-Herreraet al., 2014; Velasco, 2014).

En 2011, la VII Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo concluye que un 22,2% de la población activa trabaja a turnos y que un 8,9% tiene horario nocturno (bien en el turno fijo de noche o en turnos de mañana-tarde-noche) sobre todo en el sector servicios. Según datos de esta misma encuesta, un 40.6% corresponde a la actividad sanitaria, superado solo por los obreros industriales y por trabajadores de la seguridad y defensa. Además, prolonga su jornada laboral el 36.8% de forma habitual. A partir de estos datos, el Observatorio Estatal de Condiciones de Trabajo, informa que en los últimos 8 años el porcentaje de este tipo de trabajo ha aumentado en un 5,9% (Almodóvar, Galiana, Hervás, y Pinilla, 2011).

Expertos de la OIT, establecen que en turnos nocturnos, cada quince años de trabajo se produce un envejecimiento de unos cinco años, y que aproximadamente un tercio de dichos trabajadores presentan alteraciones físicas y psicológicas. Incluyendo enfermedades cardiovasculares, entre otras, siendo la primera causa de muerte en el mundo. También se asocia con una mayor prevalencia e incidencia de algunas enfermedades crónicas e incluso predispone a una mayor ineficiencia en el trabajo (Santana-Herrera et al., 2014).

Con respecto a la salud psicológica, la turnicidad relaciona sentimientos negativos con la satisfacción laboral, frente a los trabajadores con horarios más regulares (Lizarte, Montero, Peral, y Postigo, 2012). Los trabajos rotatorios y nocturnos requieren que el organismo se encuentre en un continuo cambio y adaptación, desde un punto de vista fisiológico (comidas, sueño, exposición a la luz), alterando en muchas ocasiones el ritmo circadiano y los niveles de cortisol. A esto le sumamos que la mayoría de estos trabajadores intentan mantener una actividad familiar y social durante el día (Santana-Herrera et al., 2014; Molina, 2014).

En los países occidentales, los trastornos del sueño son muy frecuentes, afectando de manera crónica hasta un 20% de la población, porcentaje que aumenta en poblaciones susceptibles, como los sanitarios con nocturnidad (Nieves et al., 2015). Estos trabajadores duermen menos y peor (siendo el principal problema),

por lo que son más propensos a sufrir accidentes laborales, junto a una excesiva somnolencia nocturna durante la jornada debido a una mala calidad del sueño diurno (Vargas y García, 2012; Vicente-Herrero, Torres, Ramírez, Terradillos, y López-González, 2014).

Existen enfermedades que se pueden ver agravadas por el trabajo nocturno, en especial cuando la persona es más vulnerable, suponiendo un mayor esfuerzo físico, mayor presión arterial y frecuencia cardíaca, aumentando las posibilidad de problemas coronarios . Además la falta de descanso conlleva un deterioro en el rendimiento físico y mental durante la actividad nocturna. (Molina, 2014; Velasco, 2014). Dentro del sector sanitario, las mujeres son el grupo mayoritario, sobre todo auxiliares de enfermería, administrativas, seguidas por médicas, enfermeras y otras categorías, siendo el mayor índice de vulnerabilidad durante su etapa de gestación (Molina, 2014). Toda esta problemática conlleva a reflejar que, del total de trabajadores que trabajan a turnos que perciben su estado de salud como regular, malo o muy malo, el 23,3% pertenecen a la rama sanitaria y social (Cossio, Monier, y Reina, 2010).

También indicar que el nivel de tolerancia y adaptación al trabajo en turnos y nocturnos cambia de una persona a otra y dependiendo de factores individuales (edad, características fisiológicas, enfermedades previas, personalidad, etc.), laborales (carga de trabajo, condiciones ambientales, etc.) y sociales (cargas familiares, problemas familiares, etc.). En principio, el crear un trabajo a turnos debería minimizar los efectos negativos sobre la salud, vida familiar y social, seguridad y rendimiento de los trabajadores, a través de recomendaciones de Ergonomía y por supuesto, el cumplimiento de la legislación laboral (Molina, 2014; Vicente-Herrero et al., 2014).

2 Objetivos

- Analizar la asociación entre el trabajo laboral a turnos y con nocturnidad y trastornos en la salud y vida de los trabajadores sanitarios y no sanitarios, e identificar las alteraciones más importantes que sufre este colectivo de trabajadores.

3 Metodología

Revisión bibliográfica llevada a cabo mediante la consulta de:

- Bases de datos de Ciencias de la Salud como son MEDLINE a través del motor de búsqueda PUBMED, CUIDEN de la Fundación Index, y CSIC.
- Bibliotecas electrónicas como son SCIELO y Biblioteca las Casas que incluyen artículos, protocolos y otros documentos relacionados con los cuidados de salud.
- Páginas webs con artículos y congresos de organismos y asociaciones OMS y Ministerio de Sanidad.
- Acceso a información científica a través de los motores de búsqueda Google Scholar y Sciencedirect.

Se aplicó un filtro de idioma (castellano) y período temporal (2010-2016). Frente a 45 referencias encontradas seleccionamos 14. Los descriptores fueron: "sanitarios y trabajo a turnos", "sanitarios y nocturnidad", "alteraciones fisiológicas y psicológicas relacionadas con la turnicidad", "prevalencia de actividades laborales a turnos", "influencia de la turnicidad y vida social".

4 Resultados

Tras comprobar, a través de la bibliografía publicada, que hay una relación directa entre una actividad laboral a turnos o con nocturnidad, y alteraciones en la salud y calidad de vida del trabajador, vamos a reflejar los trastornos más frecuentes en dicho colectivo.
Reflejo de esta situación en el personal no sanitario:
- Cambios en el sueño (principal problema que ocurre y que influye en todos los demás). El sueño es una necesidad básica del ser humano, que debe estar satisfecha para preservar la salud. Nuestro organismo, durante el periodo de sueño, lleva a cabo actividades de restauración, protección y mantenimiento de la homeostasis (Romero et al., 2016; Nieves et al., 2015). En el sector de la sanidad, de una forma u otra, la mayor parte de los trabajadores lo hacen a turnos, lo que inevitablemente afecta a sus hábitos de sueño (Nieves et al., 2015). No sólo se han descrito complicaciones a largo plazo (apneas, insomnios, parasomnias, hipersomnias), sino a las pocas horas del inicio del trabajo nocturno ya se empiezan apreciar una serie de signos y síntomas principalmente por la privación del sueño y el cansancio (Molina, 2014).

La falta de sueño provoca en el personal sanitario cambios psicológicos, como son: impaciencia, ansiedad, irritabilidad, depresión, etc., además de verse afectado su rendimiento laboral (dificultad de concentración, de reacción, memoria, menor capacidad para adaptarse a nuevas situaciones), además de sufrir

alteraciones del sistema endocrino (hipotiroidismo), metabólico (diabetes) e inmunológico (Vargas y García, 2012; Vicente-Herrero et al., 2014). Sufren una mayor tasa de accidentes laborales y enfermedades comunes, mostrando mayor absentismo por contingencia común que los trabajadores con mejor calidad de sueño (Romero et al., 2016). También destacar que la conexión entre la luz artificial y los trastornos del sueño es bastante evidente creando dificultades para ajustar el reloj circadiano (Chepesiuk, 2010).

- Cambios cardiovasculares: Sabemos que algunos factores de riesgo tradicionales como son hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipemia, tabaco, etc., suponen el 50% de las patologías cardiovasculares. Sin embargo, las investigaciones han encontrado otros factores de riesgo entre los que se encuentra el trabajo por turnos y nocturnidad (Santana-Herrera et al., 2014; Nieves et al., 2015) donde se producen alteraciones en la tensión arterial durante el turno de noche, con una elevación en la presión sistólica. (Molina, 2014).

- Cambios nutricionales: No hay un gran número de publicaciones, pero todos ellos han descrito una mayor susceptibilidad de presentar de manera temprana alteraciones en los hábitos alimentarios. Los trabajadores con nocturnidad ingieren una mayor cantidad de calorías, proteínas y lípidos de los necesarios (mayor consumo de bocadillos, bebidas gaseosas, dulces y cafeína), y un consumo excesivo de líquidos cuando el metabolismo está más bajo. Sin embargo ingieren menor cantidad de hidratos de carbono. Tienden a tener más sobrepeso u obesidad (Díaz-Sampedro, López-Maza, y González-Puente, 2010).

Todo esto es consecuencia de la disminución del sueño provocando la desregulación del apetito. El horario habitual de las ingestas se modifica cada día, son más rápidas, poco elaboradas, frías y a veces se prescinde de alguna toma. Suelen saltarse el desayuno después del turno de noche y durante éste, se incrementa el consumo de café, tabaco y excitantes, pudiendo llegar a producir alteraciones como: dispepsia, gastritis, digestiones pesadas, úlceras de estómago, flatulencia, aumento de peso, colitis, pirosis (Franco et al., 2012; Araujo, 2012). La úlcera péptica es dos veces más frecuente entre las personas que trabajan por turnos que los que trabajan en horario diurnos (Molina, 2014).

- Mayor riesgo de padecer enfermedades crónicas no transmisibles y estados de cansancio que contribuyen a niveles mínimos de actividad física y problemas sociales (Franco et al., 2012; Díaz-Sampedro et al., 2010).
- Cambios fisiológicos. Aumento de temperatura corporal, frecuencia cardíaca, tensión arterial diastólica y sistólica, ritmo respiratorio, consumo de oxígeno, ritmos electroencefalográficos, división celular, factores inmunológicos y en-

docrinos, respuesta a diferentes medicaciones (Santana-Herrera et al., 2014).
- Cambios psicológicos. Aunque la turnicidad o nocturnidad en ocasiones se adaptan a preferencias o necesidades, no siempre es así, encontrándose mayores niveles de estrés y ansiedad en el trabajo (Lizarte et al., 2012; Cossio et al., 2010).
- Cambios reproductivos. Las mujeres en turnos de noche pueden tener efectos negativos en su sistema reproductivo y consecuencias en el desarrollo del bebé, debido al alto estrés combinado a las alteraciones hormonales por el cambio del ritmo circadiano. Los resultados pueden ser abortos espontáneos, ciclos menstruales irregulares, influencia negativa para la concepción (Molina, 2014).
- Relación con el cáncer. La melatonina puede ser clave para comprender la relación entre el trabajo a turnos y el riesgo de cáncer de mama. La melatonina, es una hormona que es secretada por la noche y contribuye a regular el reloj biológico de nuestro cuerpo y entre sus múltiples actividades biológicas, incluye la reducción nocturna de estrógeno. Sus niveles descienden drásticamente en presencia de la luz artificial o natural, de aquí el riesgo de incrementar cáncer (Molina, 2014; Chepesiuk, 2010).
- Familiar. Entre el 5 -10% de la población que trabaja de noche, falta a menudo a actividades extralaborales, lo que puede conllevar problemas familiares y sociales (Vargas y García, 2012; Molina, 2014).

Según Prevención de Riesgos Laborales, se debería vigilar la salud los primeros 6 meses tras la incorporación laboral, ya que es cuando mejor se pueden identifican los problemas, y ayudar con medidas que pueden disminuir los efectos negativos de la turnicidad y la nocturnidad. Entre ellas:
- Turnos intentando respetar el ciclo del sueño: los cambios de turno recomendados serían entre las 6-7, las 14-15h y las 22-23 h.
- Realizar ciclos cortos de 2-3 días, así los ritmos circadianos apenas se alteran.
- Aumentar los períodos en los que se puede dormir (descansar después del turno de noche, acumular días de descanso, ciclos de rotación, etc.).
- Conocer con antelación el calendario de turnos, para poder planificar actividades familiares, sociales.
- Facilitar una sala para comer, de descanso, etc. para que puedan comer de manera equilibrada, alimentos calientes.
- Los turnos de tarde y noche nunca deberán ser más largos que los de mañana (Velasco, 2014)

5 Discusión-Conclusión

Para concluir, y tras exponer los datos anteriores, entendemos que la turnicidad y el trabajo nocturno, influyen de una manera inevitable en la salud y calidad de vida de los profesionales sanitarios. Tema importante a tener en cuenta, ya que el bienestar de estos trabajadores no sólo influye en su vida laboral (mejor rendimiento, mayor satisfacción), sino que repercute de manera positiva en otras áreas como el bienestar familiar y social.

Esta situación debería ser tratada como una exposición a un riesgo laboral, con el objetivo de prevenir, reducir o eliminar en lo posible, la mayor parte de los trastornos anteriormente mencionados, con una valoración integral e individual de cada trabajador. Sin olvidarnos de la seguridad del paciente, que puede sufrir errores, olvidos o decisiones poco acertadas a consecuencia de esa falta de descanso o insatisfacción laboral. También hacer referencia al aumento de accidentes labores y enfermedades comunes, afectando directamente a la empresa de trabajo.

Con esto pretendemos animar al personal directivo a implicarse y propiciar entornos favorables, para que los trabajadores sanitarios desarrollen su actividad en las mejores condiciones, con una vida lo más saludable posible. Motivar a los profesionales a responsabilizarse para llevar a cabo un estilo de vida saludable (alimentación, ejercicio, ocio, sueño) para desempeñar su actividad laboral con la mayor efectividad. Un personal en buenas condiciones de salud rinde más y con mayor calidad.

6 Bibliografía

- Almodóvar, A., Galiana, M.L., Hervás, P., y Pinilla, F.J. (2011). VII Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo. España: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.
- Araujo, P.J. (2012). Hábitos alimenticios de los Enfermeros. Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria, 1, 23-33.
- Chepesiuk, R. (2010). Extrañando la oscuridad: los efectos de la contaminación lumínica sobre la salud. Salud Pública de México, 52(5), 470-477.
- Cossio, S., Monier, S., y Reina, E. (2010). Consecuencias del Trabajo Nocturno en las Relaciones Familiares, Laborales, Personales y de Pareja en las Enfermeras (Trabajo Final, Universidad Nacional de Córdoba).

- Díaz-Sampedro, E., López-Maza, R., y González-Puente, M. (2010). Hábitos de alimentación y actividad física según la turnicidad de los trabajadores de un hospital. Enfermería Clínica, 20, 229-35.
- Franco, L., Bravo, R., Sánchez, C.L., Romero, E., Rodríguez, A.B., Barriga, C., y Cubero, J. (2012). Análisis nutricional y hábitos alimentarios en personal sanitario con turnos rotatorios. Revi Esp Nutr Comunitaria, 18(1), 32-38.
- Lizarte, M., Montero, A., Peral, N., y Postigo, E. (2012). Efectos de la turnicidad sobre la ansiedad y salud psicológica en profesionales sanitarios de centros hospitalarios. ReiDoCrea. Revista Electrónica de Investigación Docencia Creativa, 1, 21-28.
- Molina, J.L. (2014). Influencia del trabajo nocturno en la salud de médicos, enfermeras e internos del Hospital IESS-Latacunga(Tesis de Licenciatura).
- Nieves, D.E., Ordóñez, V.M., y Campoverde, M.P. (2015). Prevalencia y factores asociados a trastornos de sueño en personal de la salud en el Hospital Vicente Corral Moscoso, 2014 (Tesis de LIcenciatura).
- Romero, M., Fernández, J.Á., y Prieto, A. (2016). Calidad de sueño en trabajadores a turnos-nocturnos y su relación con la incapacidad temporal y siniestralidad laboral. Un estudio longitudinal. Revista Enfermería del Trabajo, 6(1), 19-27.
- Santana-Herrera, J., Alfano, T., y Escobal-Machado, A. (2014). Turnos de trabajo, ¿un factor de riesgo cardiovascular? Med Segur Trab, 60(234), 179-197.
- Vargas, J.E., y García, G.L. (2012). Trastornos del sueño, insomnio e hipersomnio en enfermeras: el efecto del turno de trabajo. Revista Electrónica: Medicina, Salud y Sociedad, 2(2), 13.
- Velasco, V. (2014). SL Estoy cansada: trabajo nocturno y a turnos. Revista Madrileña Medicina, 2(14).
- Vicente-Herrero, M.T., Torres, J.I., Ramírez, M.V., Terradillos, M.J., y López-González, Á.A. (2014). Trastornos del sueño y trabajo. Aspectos preventivos, médico-legales y laborales. Revista Española de Medicina Legal, 40(2)

Capítulo 1555

TRASPASO DE HISTORIAS CLÍNICAS ANTE EL CIERRE DE UN CENTRO DE SALUD. MÉTODO PRÁCTICO RESPETANDO LA NORMATIVA EN PROTECCIÓN DE DATOS

AIDA GARCÍA INGUANZO

1 Introducción

Planteo el supuesto del cierre de un centro de salud de atención primaria, y el cambio a un nuevo emplazamiento. Nos encontramos ante la problemática del traspaso de la información más antigua de la historia clínica y que está en soporte físico. La historia clínica, además de todos los actos médicos realizados en el hospital (Maza, Navarro, Serra, y Rovira, 1996), contiene información que refleja la voluntad del paciente y los juicios del médico (Álvarez, 1996).

En la actualidad, en la mayoría de los centros de salud, nos encontramos con un entorno mixto en el conviven el formato papel con las herramientas digitales (Villar, 2004). Al ser necesaria toda la información relativa al proceso asistencial, la legislación obliga al almacenamiento de la misma (Giménez-Pérez, 2001), lo que conlleva un crecimiento desorbitado de los servicios de archivos clínicos (Ayerra, 2003).

Además, a pesar de un adecuado almacenamiento, es posible que esta información se vea deteriorada, bien por las condiciones de almacenaje, o bien por

el mismo deterioro con el tiempo del soporte en papel (Fernández, Alcántara, Jiménez, y Aceijas, 2001). De esta forma, las tecnologías informáticas nos permitirían solucionar este problema, ahorrando el espacio dedicado a ese almacenaje (Gallego, 2014) y permitiendo además un acceso instantáneo a la información por parte de los diferentes usuarios (Carnicero, 2004).

Previamente, es necesaria una adecuada recopilación y gestión de la documentación pertinente de cada historia clínica, unificando criterios de contenido y forma (Portolés y Castilla, 2002), y siempre ajustando nuestras necesidades a la normativa vigente en materia de protección de datos (Gisbert y Castellano, 1998).

2 Objetivos

- Analizar cuál es la información que debe ser recogida, desde qué periodo y quién y cómo debe realizarse dicha tarea.
- Elaborar un método reglado para realizar ese traspaso de historias a un formato digital, respetando siempre la Ley de Protección de Datos.

3 Metodología

Realizamos una revisión sistemática de la bibliografía sobre los diferentes temas, utilizando las bases de datos Pubmed y Dialnet. Acotamos la búsqueda al periodo comprendido entre los años 1994 y el 2016. De más de 200 artículos, seleccionamos 27 para poder hacer un análisis en profundidad. Utilizamos descriptores con carácter más general como historia clínica y protección de datos y bioética, así como otros más específicos como digitalización de historias, confidencialidad clínica, etc. Hemos utilizado las siguientes combinaciones en las bases de datos:

- Dialnet: historia clínica, bioética, digitalización de historias clínicas.
- Pubmed: medical AND confidentiality, confidentiality AND ethics, health AND records, digitalization AND information.

4 Resultados

La historia clínica es definida en el artículo 3 de la Ley 41/2002 como el conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial. A su vez, el mismo precepto, denomina Documentación

Clínica al soporte de cualquier tipo o clase que contiene un conjunto de datos e informaciones de carácter asistencial. Además, entre los documentos que componen la historia están los que reflejan la voluntad del paciente y los que plasman las consideraciones, observaciones y juicios de valor del médico. Su acceso es confidencial para poder garantizar así el derecho a la intimidad, el deber de secreto y la confidencialidad (Giménez-Pérez, 2001).

Sea cual sea el soporte en el que se encuentre una historia clínica quedará dentro del ámbito de aplicación de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal y de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Por tanto es obligación de todo el personal sanitario el cumplir la ley orgánica de protección de datos (LOPD). La LOPD, nace con el objeto de garantizar y proteger el tratamiento de los datos personales entre los que se incluyen los relativos a la salud de una persona física identificada o identificable. En este sentido, la Ley en su artículo 7 y 8 hace referencia a este tipo de datos a fin de garantizar la protección jurídica necesaria en un ámbito tan sensible para los derechos fundamentales como el de la protección de datos.

Además de la legislación relativa a la protección de datos, debemos tener en cuenta la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, en la que se regula la historia clínica. A continuación vamos a revisar una serie de puntos determinantes en el contexto que nos abarca:

- Principio de calidad de los datos. Sólo se recogerán aquellos datos de los pacientes que sean adecuados, pertinentes y no excesivos en relación con la finalidad para la que se hayan obtenido. La finalidad debe ser determinada y se debe informar de la misma al paciente. El plazo de conservación de la historia clínica, debe cumplir con lo dispuesto en la Ley 41/2002.
- Principio de información y consentimiento. Se debe informar al paciente de la existencia de un fichero, de la finalidad para la cual sus datos son recabados tal y como se ha descrito en el apartado anterior, de los destinatarios de la información, de la identidad y dirección del responsable del fichero y de la posibilidad de ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición (derechos ARCO). El titular, deberá solicitar el consentimiento de los pacientes para poder tratar sus datos. Cuando se trata de datos de salud, la Ley establece, con carácter general, que el consentimiento tendrá que ser expreso.
- Principio de seguridad. Se debe cumplir con las medidas de seguridad y disponer de un documento de seguridad. Las medidas de seguridad, de conformidad con

el Real Decreto 994/1999 por el que se aprueba el Reglamento de Medidas de Seguridad de los ficheros automatizados que contengan datos de carácter personal, se establecen en tres niveles en función del tipo de datos que se traten. Cuando se tratan datos de salud se deben cumplir las medidas de seguridad de nivel alto, ya que se trata de datos especialmente protegidos.

- Principio de confidencialidad. Los trabajadores del servicio están obligados al secreto profesional. Este deber de confidencialidad, debe mantenerse fuera del hospital y aun cuando la relación laboral haya finalizado. Este derecho a su vida privada sea respetada y protegida, queda recogido en el Art. 10.3 de la Ley General de Sanidad, que nos refiere el derecho a la misma tanto en Instituciones públicas como privadas. Además el paciente tiene garantizado el derecho a la intimidad personal de sus datos según se recoge en el Art. 18.1 de la Constitución Española.
- Principio de custodia. La Ley 41/2002, en su artículo 19, establece que los centros sanitarios deben tener un mecanismo de custodia activo y diligente de las historias clínicas, que permita la recogida, integración, recuperación y comunicación de la información. La responsabilidad de la adecuada conservación y disponibilidad de la historia recae sobre el servicio de documentación a través del archivo centralizado de historias de salud. Una vez que la historia clínica sale del archivo, corresponde su custodia y conservación a la persona peticionaria de su salida y, de forma subsidiaria, al responsable del servicio asistencial o administrativo al que pertenezca (Yaguez, 1997). Dicha custodia debe asegurarse durante el tiempo necesario para alcanzar el propósito que justificó su recogida. Si bien la Ley 41/2002 establece la obligación de los centros sanitarios de conservar la documentación clínica, como mínimo, cinco años desde la fecha de alta de cada proceso asistencial, no existe una unanimidad al respecto. Así, a nivel autonómico, las comunidades catalana y navarra establecen el periodo en veinte años, la comunidad gallega y andaluza lo establece en cinco años, mientras que la extremeña y valenciana no establecen plazo de conservación (Alvarez 1996). (Villar, 2004). Sin embargo, un hecho que ocurre en todos los servicios de documentación clínica es la perdida de una historia clínica. Evitar alguna pérdida es algo imposible, llegando a admitirse como normal una tasa de pérdida en torno al 0,5 por mil. Este hecho puede minimizarse con un sistema de control de flujo de documentos lo más estricto posible que permita conocer quién fue el último que tuvo en su poder la historia, al que podría exigirse responsabilidades (Fernández, Ocón, Osuna, y Luna, 1994).

En el supuesto de un incumplimiento de las normas de manejo de la información, según el Reglamento de uso de la historia clínica que debe tener elaborado cada Servicio de Documentación clínica, o de una negligencia en su custodia, po-

dría incurrir en una falta de imprudencia contemplada en el actual Código Penal (Júdeza, Nicolásb, y Delgado, 2002).

Se nos da la situación que en el área sanitaria donde trabajamos se va a producir el cierre de un centro de salud de atención primaria, y la consecuente apertura de uno nuevo en distinta localización. Nos disponemos a analizar cómo se debe actuar para realizar el traspaso de las historias clínicas a un formato digital, cumpliendo con la Normativa de Protección de Datos en el Ámbito Sanitario, y realizando los cambios necesarios para evitar fallos en el cumplimiento de la Ley. Aunque desde hace unos años existe una tendencia en nuestro sistema sanitario a que la historia clínica del paciente esté recogida a través de una aplicación informática gestionada por el centro de salud, que cumple con todos los preceptos de la ley vigente; todavía existe gran cantidad de documentación más antigua que abarcan datos clínicos, consentimientos informados, fotografías, pruebas complementarias, etc., archivadas en diferentes localizaciones y que son precisas para el adecuado seguimiento de los pacientes(Giménez-Pérez, 2001).

Así, para poder informatizar e integrar toda esta documentación en la historia digital, es necesario realizar una estrategia de digitalización de las historias clínicas antiguas (Villar, 2004). Queda recogido en la Ley que es posible el acceso de terceros a la historia clínica con fines de inspección, estadísticos o científicos; siempre que se garantice el derecho del paciente a su intimidad y el deber de guardar secreto. El artículo 16 de la Ley 41/2002 regula quiénes pueden acceder a la misma. Así, comienza señalando que los profesionales asistenciales que realizan el diagnóstico o el tratamiento del paciente, tienen derecho a acceder a su historia clínica, teniendo además los centros sanitarios la obligación de posibilitarlo en todo momento (art. 16.2). Además, otro tipo de personal al que se le reconoce un derecho de acceso es al personal de administración y gestión de los centros sanitarios; quedando restringido su acceso a los datos de la historia clínica relacionados con sus propias funciones (Villar, 2004). Finalmente, se llega a la determinación que el personal sanitario debidamente acreditado puede ejercer funciones de inspección, evaluación, acreditación y planificación, teniendo acceso a las historias clínicas siempre bajo el cumplimiento de sus funciones de comprobación de la calidad de la asistencia, el respeto de los derechos del paciente o cualquier otra obligación del centro en relación con los pacientes y usuarios o la propia Administración sanitaria (Gallego,2014). Así, entre las funciones de este equipo encargado se encontraría la de realizar una previa revisión de toda la documentación archivada antes de ser traspasada.

Los centros sanitarios tienen la obligación de conservar la documentación clínica en condiciones que garanticen su correcto mantenimiento y seguridad durante el tiempo adecuado en cada caso y, como mínimo, cinco años contados desde la fecha del alta de cada proceso asistencial (art. 17.1). Entre los criterios de expurgo se recogen las historias de exitus (pacientes fallecidos), las historias pasadas a pasiva (aquellas que no hayan tenido movimiento en el servicio al menos en los cinco últimos años) y las historias de extranjeros no residentes en el país (Portolésy Castilla, 2002). Esto permitiría así reducir buena parte de la documentación almacenada, consiguiendo más agilidad a la hora de repasar el proceso asistencial previo del paciente.

Tras acabar esta tarea de expurgo para poder pasar todo el contenido a la historia electrónica es preciso digitalizar mediante escaneo directo, sin que haya reconocimiento óptico de caracteres, realizando una copia exacta de todas y cada una de las páginas recogidas en la historia (Villar, 2004). Se crea un archivo (numerado siempre con seis dígitos) en formato "tif" multipágina, por cada historia clínica del paciente. Estos archivos son recopilados en un fichero de un sistema de almacenamiento digital externo, vinculado por red local en todos los terminales informáticos disponibles en el servicio (Ramos-López, Cuchí, y Sánchez, 2009).

Dichos archivos deben tener la particularidad de ser solo de tipo lectura, siendo imposible la modificación de ningún elemento relacionado con el archivo. La correcta visualización se realizará a través de un software integrado en la interfaz del programa informático que se utiliza en el hospital (Estación Clínica de Diraya Atención Hospitalaria). Para cuantificar el impacto de las medidas correctoras se definirían tres errores tipo (Ramos-López, Cuchí,y Sánchez, 2009):

- Error tipo I, provocado por error en la sintaxis del nombre del archivo: por longitud de la cadena (debiera tener siempre seis dígitos) o por no ser numérico el número de historia reflejado. El porcentaje de error observado se encontraría entorno al 5% de las historias escaneadas.
- Error tipo II, provocado por contenido distinto en el fichero digitalizado del original (correlación entre el nombre del fichero y los documentos digitalizados dentro del mismo). En este caso, el porcentaje de error sería cercano a un 3%.
- Error tipo III, provocado por distinto número de páginas en el documento digitalizado respecto al número de páginas en el documento original. Se hallarían valores de hasta un 32,5% de las historias.

Con el fin de corregir estos errores durante la digitalización se deben implantar los siguientes mecanismos:

- Hoja Excel que lee mediante ODBC (Object Data Base Connect) un fichero de texto donde se reflejaba de forma automática la fecha, el número de historia y el formato de los ficheros. Si se detectaba algún error, aparecía un indicador en rojo que obliga a revisar el proceso de digitalización hasta que desapareciera dicho error. Este mecanismo detectaba los errores tipo I y algunos de tipo II.
- Un segundo mecanismo utiliza el sistema de vista previa realiza a través de un software integrado en la interfaz del programa informático que utilizamos en el centro de salud , impidiéndose su visualización si el formato o la compresión no es la correcta, y permitiendo así un primer vistazo del documento. Esto permitiría corregir también los errores de tipo II.
- Por último, para los errores tipo III, se controla el contador que muestre el software del escáner y se anota para su posterior auditoría; se destacarían los números muy dispares (más de 10 páginas de diferencia) encontrados respecto a la media observada. También se realiza una copia de seguridad de todos los archivos, la cual es almacenada en los sistemas centrales informáticos del hospital.

Aplicando estas medidas correctoras se conseguirían alcanzar unos porcentajes de error tipo I y tipo II entorno al 0%; y de tipo III de un 1%. El análisis estadístico para comparar las proporciones de errores antes y después de la implantación de las medidas correctoras se realizarían mediante pruebas de chi-cuadrado. Siguiendo ordenadamente este proceso de digitalización se conseguirían eliminar todos los documentos en papel, creando un acceso inmediato a todos los datos del paciente en la historia clínica digitalizada (Portolés y Castilla, 2002).

5 Discusión-Conclusión

La historia clínica clásica abarca toda la información relativa al proceso de un paciente (Maza, Navarro, Serra, y Rovira,1996). Además puede contener información que refleje la voluntad del paciente y los juicios del médico. Pudiendo servir como una prueba de actuación negligente o diligente ante la justicia (Álvarez, 1996). La normativa actual obliga al almacenamiento, causando un crecimiento desmesurado en los servicios de archivos clínicos.

Este tipo de historia presenta diversas dificultades por ser un documento que a veces no es claro de leer y con riesgo de perder información contenida en ella por los aspectos inherentes al manejo del papel, el variado acceso de personal, forma y espacio de archivar (Fernández, Alcántara, Jiménez, y Aceijas, 2001). Sin embargo, los avances tecnológicos en la era en que vivimos han ido abarcando

a todos los sectores de la sociedad, incluido el sanitario (Gallego, 2014). Así, la necesidad de la recopilación y el manejo de cada vez más cantidad de información del paciente, han llevado al desarrollo de la historia clínica electrónica como un método de seguimiento clínico y administrativo mucho más rápido y accesible (Fernández, 1994). A pesar de todo ello, todavía existen centros en los que ha habido un retraso en la introducción de ésta tecnología, conviviendo el formato impreso con las herramientas digitales.

Con este proyecto intento establecer una mecánica efectiva para realizar dicho paso del formato físico al digital. De esta forma, desarrollando un sistema informático bien diseñado y centralizado se garantizan todos los requisitos de acceso y conservación que regulan la legislación vigente actual. Es preciso un arduo y ordenado trabajo recopilando y realizando un expurgo de la información de las historias clínicas, existiendo siempre la obligación de cumplimiento de la normativa vigente en materia de protección de datos (Portolés y Castilla, 2002). Para solventar estos problemas, la digitalización sin reconocimiento OCR (reconocimiento óptico de caracteres) es una propuesta válida que produce un fiel reflejo del documento original. Además, se comprobaron los errores de sintaxis en el nombre, contenido y número de páginas, observándose una disminución considerable de errores tras los mecanismos implantados de prevención. Este sistema de digitalización permite grandes beneficios como la accesibilidad inmediata a la información, la organización de los documentos en un solo soporte, el ahorro de espacio de almacenaje y conservación de la información (Carnicero, 2004).
Como defectos, podemos resaltar que los nuevos sistemas de historia clínica electrónica tienen el inconveniente que no pueden reflejar los consentimientos informados de los pacientes, por lo que requieren un escaneo y anexo de dicha documentación a la historia electrónica.

6 Bibliografía

- Álvarez Cienfuegos, J. M. (1996). El nuevo Código Penal y su repercusión en el secreto y la historia Clínica. El secreto y el nuevo Código Penal. III Congreso Nacional de Derecho Sanitario. Madrid.
- Ayerra Lazcano, J. M. (2003). Regulación general de la historia clínica. DS, 11(1).
- Barrios, G.J., y Pérez, F. (2002). La Historia Clínica Electrónica en Andalucía.
- Carnicero, J. (2004). La historia clínica informatizada. La implantación de los derechos del paciente. Navarra: Ediciones Universidad de Navarra, S.A. (EUNSA).
- E. Maza, P. Navarro, A. Serra, M. Rovira(1996). Digitalización de las historias

clínicas pasivas. Nuestra experiencia en el archivo central de historias clí-nicas del Hospital de la Santa Creu iSant Pau. PapMed., 4(2), 12-14.
- Fernández Valdivia, A. (1997). Análisis de los problemas médico-legales de la petición de Historias Clínicas por parte de la Administración de Justicia.(Tesis Doctoral Facultad de Medicina). Universidad de Murcia.
- Fernández Valdivia, P., Ocón, E.,Osuna.,y Luna, A. (1994). Placing medical information in the hands of the judiciary: Médico legal problems. Med. Law 13, 277-28.
- Fernández, M.T., Alcántara, M.A., Jiménez, C.D.,y Aceijas, F.M (2001). Programa de calidad en un archivo de historias clínicas. Pápeles Médicos, 11(3), 107-112.
- Gallego, S. (2014). Historia Clínica Electrónica y derecho a la autonomía del paciente: un conflicto de intereses. Revista de la sociedad española de documentación médica.
- Garay, O.(2002). De la historia clínica tradicional a la historia clínica informatizada. Cuadernos de Bioética. Ensayos e investigaciones.
- García, M.F. (2004). El Impacto de la Historia Clínica Electrónica en la Investigación y la Docencia.
- Giménez-Pérez, D. (2001). La historia clínica: aspectos éticos y legales. Rev Calidad Asistencial, 16, 66-68.
- GisbertCalabuig, J.A.,y Castellano, M. (1998). Secreto Médico. Confidencialidad e Historia Clínica. Medicina Legal y Toxicología. Masson.
- Júdeza, J., Nicolás, P.,y DelgadoM. T. (2002). La confidencialidad en la práctica clínica: historia clínica y gestión de la información. MedClin (Barc), 118(1), 18-37.
- Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Ley 41/2002, de 14 de noviembre. Boletín Oficial del Estado nº 274 (15/12/2002).
- Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. Boletín Oficial del Estado, 14 de diciembre de 1999, núm. 298,43088-43099.
- Mandirola, N.M. (2002). Aspectos legales de los Registros Médicos Informatizados.
- Pastor-Sánchez, R., López-Miras, A., yGérvas, J. (1998). Historia clínica informatizada. Med.Clin.103, 304-309.
- Portolés, J., y Castilla, V.(2002). Desarrollo y utilización de la historia clínica en soporte electrónico: experiencia de un servicio de nefrología de nueva creación. Nefrología, 22(6), 512-521.R.
- Yagüez(1997). Problemas Legales de la Historia Clínica en el marco hospitalario. Los Derechos del Enfermo. Conserjería de Sanidad y Consumo(pp 45-73), Murcia.

- Ramos-López, J.M., Cuchí, M., y Sánchez Molano, M.A.(2009). Archivo de historias clínicas digitalizado, una solución previa a la historia clínica electrónica. Papeles médicos, 18(2).
- Real Decreto 994/1999, de 11 de junio, por el que se aprueba el Reglamento de medidas de seguridad de los ficheros automatizados que contengan datos de carácter personal.
- Romeo, C. M. (1993). La intimidad del paciente desde la perspectiva del secreto médico y del acceso a la historia clínica. DS, 1(1).
- Villar,J. (2004). Conservación y proceso de digitalización de un archivo de historias clínica. La implantación de los derechos del paciente. Navarra: Ediciones Universidad de Navarra, S.A. (EUNSA)

Capítulo 1556

LA COMUNICACIÓN COMO PREVENCIÓN Y PROTOCOLO ANTE EPIDEMIAS SANITARIAS.

ROCIO ÁLVAREZ ÁLVAREZ

ALEJANDRA CASTRO TORRICO

NATIVIDAD PELLITERO FERNÁNDEZ

MONTSERRAT PELLITERO FERNÁNDEZ

1 Introducción

Las enfermedades epidémicas emergentes o reemergentes constituyen una amenaza constante para la seguridad sanitaria mundial. La prevención, preparación, intervención y recuperación es uno de los cinco imperativos estratégicos de la OMS. Ésta colabora con el ministerio de salud local y los asociados para determinar dónde las necesidades son mayores y coordinar conocimientos de cientos de organismos y garantizar que se destinen suministros médicos y personal a esas esferas. Ninguna organización puede actuar sola ante las emergencias sanitarias.

Los datos epidemiológicos y la información operacional sobre los brotes epidémicos, conflictos, desastres o situaciones de emergencia son aspectos dinámicos que cambian rápidamente. Por ello ante una situación de emergencia o brote epidémico la información es una de las materias primas más preciadas e importantes. Se necesita para la toma de decisiones, para ganar o perder visibilidad y

credibilidad y sobre todo, para poder dar una respuesta oportuna, rápida y adecuada a la población afectada.

La comunicación eficaz es un elemento indispensable. Cuando hay una amenaza real o potencial para la salud pública, las opciones de tratamiento y los recursos pueden ser escasos, y las intervenciones directas pueden requerir tiempo para organizarse. Por ello los consejos y la orientación a menudo son la herramienta de salud pública más importante de la gestión de riesgos.

¿Qué buscamos a través de la comunicación y la gestión de la información ante estas circunstancias?
Recopilar, producir y divulgar información; facilitar y asesorar a los equipos de comunicación del sector salud; formar y asesorar a los medios y las autoridades; gestionar la relación con los medios; educar, persuadir, activar y cambiar las prácticas de la población.

2 Objetivos

- Diseñar objetivos que se adapten a las múltiples dimensiones de crisis, que pongan a la comunicación en consenso y se logré responder a las necesidades más importantes.

3 Metodología

La Comunicación en situaciones de emergencias constituye un proceso interactivo de intercambio de información y opinión entre personas, grupos e instituciones; suele incluir;

• Múltiples mensajes acerca de la naturaleza del riesgo o expresar preocupaciones, opiniones o reacciones acerca de los mensajes sobre el brote epidémico
• Los arreglos legales e institucionales para la gestión del riesgo, incluyendo el contexto de la difusión digital; en ese sentido es importante considerar los principios para la planificación de la comunicación en brotes epidémicos propuestos por la OMS
Principios y normas de la comunicación para la gestión de información. La OMS retoma estas recomendaciones y las promueve para que sean parte de las acciones de información y comunicación del equipo de respuesta. Acordando un conjunto de principios que deben regir ante situaciones puntuales tales como;

• Accesibilidad. La información y los datos humanitarios deben ser accesibles a todos los actores humanitarios a través de formatos fáciles de usar y deben traducir las informaciones al lenguaje común o local. Deben estar ampliamente disponibles por medio de una variedad de canales de distribución, en línea y fuera de línea, incluyendo a los medios de comunicación.
• Integración. El manejo e intercambio de información deben estar basados en un sistema de colaboración y alianzas
• Interoperabilidad. Todos los datos e informaciones que se puedan compartir deben estar disponibles en formatos que puedan ser fácilmente recuperados, compartidos y utilizados por las organizaciones humanitarias. Los especialistas en comunicación trabajarán siempre con expertos en otras disciplinas y en muchas ocasiones deberán contar con el apoyo técnico de otros recursos humanos en las áreas de administración, computación, diseño gráfico, multimedia, fotografía y producción audiovisual que generalmente pueden encontrarse y contratarse en el lugar de la emergencia, siempre que las condiciones lo permitan.
• Responsabilidad. Confiabilidad y credibilidad de los datos y las informaciones Los proveedores de la información deben ser responsables frente a lo que publican y distribuyen.
• Veracidad. La información debe ser precisa, coherente y basada en metodologías serias, validada por fuentes externas y analizada dentro del marco contextual adecuado.
• Relevancia. La información debe ser práctica, flexible, sensible y motivada por necesidades operacionales en apoyo a la toma de decisiones a través de todas las fases de la crisis.
• Objetividad. Los encargados del manejo de la información deben consultar una variedad de fuentes cuando analizan y recopilan información para que puedan proveer perspectivas variadas y equilibradas para enfrentar problemas y recomendar soluciones.
• Humanidad. La información nunca debe ser utilizada para distorsionar, engañar o causar daños a poblaciones afectadas o en riesgo y deben respetar y recomendar soluciones.
• Oportunidad. La información humanitaria debe ser recopilada, analizada y distribuida eficientemente y en el momento necesario.
• Sostenibilidad. La información los datos deben ser conservados, catalogados y archivados para que puedan ser recuperados para su futuro uso.
• Confianza. Cuanto menos confíen las personas en las autoridades que manejan las emergencias más temerosas estarán y será menos probable que sigan las recomendaciones o pautas ofrecidas.

• Anuncio temprano. En este mundo globalizado e interconectado, es casi imposible ocultar la información sobre el impacto de la emergencia es mejor hacerla pública lo antes posible. Los anuncios tempranos a menudo se basan en información incompleta y a veces errónea.
• Transparencia. El mantenimiento de la confianza del público durante toda la etapa de la emergencia requiere transparencia, es decir, que la comunicación sea veraz, se comprenda fácilmente, sea completa y se atenga exactamente a los hechos.

4 Resultados

La OMS tiene la responsabilidad de coordinar la respuesta internacional a las epidemias y pandemias. Tiene fases definidas que permiten un enfoque intensificado para la planificación de la preparación y la respuesta ante la evolución de los brotes. Para ello;

Debe asegurar que toda la información pertinente sobre el desarrollo de las enfermedades infecciosas y su propagación sea recopilada, incluido el trabajo con organismos voluntarios y actores no estatales, también gobiernos nacionales y locales que siguen la situación en zonas donde la documentación puede ser limitada. Es esencial contar con un sistema mundial de recopilación de información y vigilancia para rastrear las enfermedades infecciosas y sus consecuencias. Bases de datos integrales con información sobre las epidemias, la situación de la verificación y las investigaciones de laboratorio y con datos operacionales.

Colaborar estrechamente con centros de control de enfermedades, Centros Nacionales para el Control de Enfermedades y otros organismos de salud pública regionales para examinar los informes de cambios de modelos patológicos y declarar epidemias y pandemias tan pronto como sean identificadas. La aparición y la identificación pueden tener tiempos distintos.

Trabajar con los gobiernos nacionales y los grupos internacionales de gobierno para coordinar las respuestas ante las enfermedades infecciosas emergentes y las que vuelven a manifestarse. Y colabora en la gestión del apoyo logístico, del equipo, material y suministros especializados empleados en la respuesta. Se debe desarrollar productos de información normalizados para los Estados Miembros, los funcionarios de salud pública, los medios de información y el público para asegurarse que las directrices clínicas precisas y oportunas estén disponibles para

los médicos y el personal de salud.

Elaborar informes de situación (Situation Report o SITREP) y colaborar en la elaboración de propuestas de proyectos y otros documentos técnicos. Coordinar las acciones de divulgación y distribución oportuna y eficiente de la información. Seguimiento y registro de la evolución de los brotes, las decisiones críticas, las medidas más importantes adoptadas, y los documentos clave.Base de datos integrada sobre las aptitudes técnicas, la experiencia y la disponibilidad de expertos internacionales para los equipos de respuesta.

Reseñas sobre las instituciones técnicas de la Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos, centradas en la disponibilidad y capacidad para apoyar la respuesta internacional a los brotes epidémicos. Comunicación con la Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos para fomentar la disponibilidad operacional.

5 Discusión-Conclusión

La historia demuestra que pueden aparecer nuevas enfermedades y las antiguas vuelven a presentarse de manera impredecible. El rápido movimiento mundial de personas y productos hace que las infecciones se propaguen por el planeta a una velocidad sin precedentes, lo que plantea un desafío para que los sistemas de salud respondan de manera oportuna.

Por lo tanto, reconocer rápidamente y reaccionar de modo apropiado ante estas epidemias o pandemias debe ser una preocupación internacional, con una comunicación y colaboración eficaces entre los países. Es fundamental reconocer públicamente que la información inicial puede cambiar a medida que se comprueba o se obtiene más información. Los beneficios del aviso temprano superan los riesgos, e incluso estos riesgos (por ejemplo, proporcionar información inexacta) pueden reducirse al mínimo con mensajes apropiados de comunicación sobre riesgos.

Para que la comunicación sea eficaz, es fundamental comprender al público. Generalmente resulta difícil cambiar creencias preexistentes a menos que se aborden explícitamente. Si no se conoce lo que la gente piensa, es casi imposible idear mensajes satisfactorios que superen la barrera que se levanta entre el experto y

el público. La comunicación de los riesgos debe ser un diálogo con el público. El comunicador debe comprender las creencias, cultura, opiniones y los conocimientos de la gente sobre riesgos específicos.

Las decisiones y los actos de los funcionarios de salud pública tienen más efecto que la comunicación en lo que respecta a la confianza y la percepción pública del riesgo si existe, planificación. Por tanto, será más eficaz cuando se integre con el análisis y la gestión de riesgos y se incorpore en la planificación de los preparativos para los eventos de gran envergadura y en todos los aspectos de una respuesta a una emergencia o desastre.

Diagnóstico de la situación permite identificar condiciones sociales, políticas y económicas de las comunidades potencialmente afectadas y del país en general; la situación del sector salud, la información científica relacionada con las amenazas y sus posibles efectos en la salud de las personas, las potenciales necesidades de información y comunicación y las condiciones que pueden favorecer o dificultar el proceso de comunicación.

6 Bibliografía

- https://www.who.int/csr/alertresponse/es/
- http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06492016000400002
- https://www.paho.org/chi/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=guias-para-desastres&alias=19-gestion-de-la-informacion-y-comunicacion-en-emergencias-y-desastres&Itemid=1145

Capítulo 1557

MOVIMIENTOS REPETITIVOS EN EL TRABAJO DIARIO DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y EL CELADOR. TRASTORNOS MUSCULOESQUELÉTICOS.

AIDA GARCÍA INGUANZO

1 Introducción

Las lesiones musculoqueléticas son una de las principales causas de absentismo en el trabajo. Se entienden estas lesiones como aquellas molestias de salud del aparato locomotor que incluye a músculos, tendones, huesos, cartílagos, ligamentos y nervios. Abarcan todo tipo de padecimientos, desde leves molestias y de corta duración hasta lesiones definitivas e invalidantes. Se podría definir el término trastorno musculoesquelético relacionado con el trabajo como los problemas de salud que afectan a músculos, tendones, ligamentos, cartílagos, sistema vascular, nervios u otros tejidos blandos y articulaciones del sistema musculoesquelético. Son causados o agravados principalmente por el trabajo en sí y pueden afectar a las extremidades de los miembros superiores, parte inferior de la espalda y miembros inferiores (Nunes, 2016).

La Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo define los trastornos musculoesqueléticos como "alteraciones que sufren estructuras corporales como los músculos, articulaciones, tendones, ligamentos, nervios, huesos y el sistema circulatorio, causadas o agravadas fundamentalmente por el trabajo

y los efectos del entrono en el que éste se desarrolla." Según la VII Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo del año 2011, el 77.5% de los trabajadores encuestados dicen sentir algún tipo de molestia como consecuencia de la realización de esfuerzos y posturas derivados del puesto de trabajo que desempeñan. Un 59% de los encuestados manifiesta que entre las principales demandas físicas que sufren es la repetición de los mismos movimientos de manos y brazos, destacando las ramas profesionales de industria manufacturera, construcción y transporte y almacenamiento.

Por sexo, las mujeres con un 60.6% frente al 57.5% de los hombres, sufren más demandas físicas por repetición de movimientos en mano/brazos (VII Encuesta Nacional de Condiciones de trabajo, 2011). Los movimientos repetitivos que provocan las lesiones musculoesqueléticas son todos los que se consideran continuos, los que se extienden durante un periodo de tiempo de manera continua que implican el mismo grupo muscular. Estas lesiones provocan fatiga, sobrecarga muscular, dolores y como consecuencia final provocan una lesión. Estas lesiones están reconocidas como enfermedad y lesión de origen laboral recogidas en el Real Decreto 1299/2006, en el Anexo I, dentro del grupo 2: Enfermedades Causadas por Agentes Físicos (Herrero, 2012).

En el año 2011 se comunicaron 197.381 accidentes de trabajo causados por sobreesfuerzos. Esto indica un índice de incidencia de 1.356,6 accidentes de trabajo por cada 100.000 afiliados con la contingencia de enfermedad profesional y accidente de trabajo cubierta. De igual manera se notificaron 12.891 trastornos musculoesqueléticos a través del sistema CEPROSS, lo que representa un 71,1% del total de enfermedades profesionales comunicadas ese año (de Vicente, 2012). Los trastornos musculoesqueléticos poseen un gran poder invalidante y aumentan el absentistmo laboral. Éstos, son procesos con un alto coste social, que se traduce en incapacidades parciales o totales y tratamientos costosos e interminables. Presentan una clínica cuyo síntoma principal es el dolor osteoarticular y muscular, que evoluciona de forma penosa, larga y costosa, llevando consigo a la pérdida de salud y disminución de la productividad. Su pronóstico es de carácter malo, por su torpe evolución y empeoramiento de la calidad de vida (Jameson, 2012; CC.OO., 2008).

Los trastornos musculoesqueléticos que se relacionan con el trabajo son multifactoriales y existen numerosos factores de riesgos relacionados con el trabajo para los distintos tipos de trastornos musculoesqueléticos. Los trabajadores es-

tán generalmente expuestos a varios factores al mismo tiempo y la interacción de todos estos efectos a veces son desconocidos. Generalmente se consideran tres conjuntos de factores: (Nunes, 2016)

• Factores físicos: posturas sostenidas o incomodas, repetición de los movimientos, sobreesfuerzos, vibración mano-brazo, vibración de todo el cuerpo, compresión mecánica y frío.

• Factores psicosociales: ritmo de trabajo, autonomía, monotonía, ciclo de trabajo/descanso, demandas de tareas, apoyo social de los compañeros e incertidumbre laboral.

• Factores individuales: edad, sexo, actividades profesionales, actividades deportivas, actividades domésticas, actividades recreativas, consumo de alcohol y tabaco y trastornos musculoesqueléticas previos relacionados con el trabajo.

Los trastornos musculoesqueléticos tienen una etiología multifactorial, aunque es importante tener en consideración los que tienen su origen en esfuerzos repetitivos, sobreesfuerzos físicos y manipulación manual de cargas como los más importantes. En las lesiones que se asocian a los trabajos repetitivos existen factores que se relacionan con la repetitividad y con el tiempo que duran los ciclos de trabajo, lo que conlleva un aumento del riesgo de lesión. Trabajar de manera repetida forzando alguna de las articulaciones para ejecutar una tarea incrementa el riesgo de sufrir una lesión (Jager, 2004; Carsoso, 2011).

Las posturas forzadas son aquellas en las que una o varias regiones anatómicas dejen su posición natural para pasar a ser una forzada, generando hiperextensiones, hiperflexiones y/o hiperrotaciones teniendo como consecuencia la aparición de lesiones por sobrecarga. Algunos tipos de posturas forzadas se encuentran en trabajos de bipedestación, sedestación prolongada, talleres de reparación o mecánica (Consejo Interterritorial delSistema Nacional de Salud, 2000). Se puede entender por manipulación manual de cargas a cualquier trabajo de transporte o sujeción de una carga llevada a cabo por uno o varios trabajadores como desplazamiento, colocación, empuje, tracción o levantamiento. Estos movimientos pueden entrañar riesgos por sus características o condiciones ergonómicas, pudiendo ocasionar lesiones dorsolumbares en los trabajadores (Ruiz, 2009).

2 Objetivos

El objetivo de este estudio es identificar los trastornos musculoesqueléticos más habituales en trabajadores del campo de la salud, en especial en los trabajadores no sanitarios, celadores y axiliares administrativos. También trata de identificar las causas más habituales de estos trastornos y a qué población afectan en mayor medida, teniendo en cuenta factores tales como la edad, el sexo y el tipo de trabajo.

3 Metodología

La búsqueda bibliográfica de información se realizó en un primer momento con el objetivo de revisar todos los artículos encontrados. A continuación, se realizó una selección de los documentos buscados para la realización del estudio. Seleccionados, se realizó una lectura detallada de los artículos según los criterios de interés y objetivos del trabajo.
Inicialmente se realizó una búsqueda exhaustiva de artículos en bases de datos tales como Cochrane, Dialnet y Scielo (editorial); utilizando como palabras claves: enfermedades musculoesqueléticas, trastornos de traumas acumulados, enfermería del trabajo, prevención y enfermedades profesionales. Se usaron operadores booleanos como: AND y OR. Las secuencias de búsqueda fueron: trastornos musculoesqueléticos OR lesiones de esfuerzo repetido AND prevención, trastornos musculoesqueléticos AND prevención, trastornos musculoesqueléticos AND movimientos repetitivos, movimientos repetitivos AND prevención y trastornos musculoesqueléticos OR lesiones de esfuerzo repetitivo AND enfermedades laborales.

La selección de los documentos que se incluyen para la realización del estudio, se llevó a cabo introduciendo aquellos que cumplían las siguientes características:
• Artículos originales en idioma castellano e inglés.
• Artículos que datan desde el año 2000 hasta la actualidad.
• Todos aquellos artículos de tipo revisión sistemática, estudios descriptivos y estudios explicativos que hacen referencia a trastornos musculoesqueléticos, cuyo origen sea por movimientos repetitivos en el trabajo y la prevención para todo este tipo de lesiones.
• También se incluyen guías de práctica clínica, protocolos de actuación y estudios descriptivos que tienen en su contenido diferente información sobre los trastornos musculoesqueléticos originados por movimientos repetitivos en el tra-

bajo.

4 Resultados

Los movimientos repetitivos son asociados a distintos tipos de lesiones musculoesqueléticas que pueden ser clasificadas según la tipología de las patologías. Esta clasificación, desarrolla a continuación los distintos trastornos musculoesqueléticos:

• Tendones:

-Tendinitis del manguito de los rotadores: inflamación de una serie de tendones que envuelven la cápsula articular de la articulación glenohumeral, los cuales se terminan insertando en los tubérculo mayor y menor del húmero. Esta serie de tendones forman parte de cuatro músculos (subescapular, supraespinoso, infraespinoso y redondo menor) (Calvo, 2014).

-Epitrocleitis: inflamación de la inserción tendinosa de los músculos flexores de la muñeca y de los dedos a nivel de la epitroclea. También es denominada como codo de golfista o epicondilitis medial (Zorrilla, 2013).

-Epicondilitis: alteración de las partes blandas del codo más conocida. Se trata de una entesitis de los músculos extensores de la mano y los dedos, localizada en el punto de inserción a nivel del epicóndilo. Esta patología también es conocida como el codo de tenista (Arbués).

-Tenosinovitis estenosante de los dedos: afecta a los tendones de los dedos de la mano. Se produce como consecuencia a un problema de espacio entre el tendón flexor y su polea, a nivel de la cabeza de los metacarpianos. Esta patología también es llamada dedo en resorte o gatillo (Bellido, 2009).

-Tenosinovitis: infamación de los tendones de la muñeca en la base del dedo pulgar, provocandoque los movimientos de dicho dedo y muñeca resulten dolorosos (Ávila, 2014).

-Tendinitis: inflamación que se localiza en el tendón y su vaina sinovial, origina dolor al realizar movimientos de tipo activa o pasiva del músculo correspondiente. La causa puede ser por un sobreuso de manera repetida de sus estructuras anatómicas (Podzharova, 2010).

• Nervios:

-Síndrome del túnel carpiano: conjunto de síntomas producidos como consecuencia del atrapamiento del nervio mediano a su paso por el túnel carpiano (Bedoya-Mosquera 2012)

-Síndrome del canal de Guyón: se origina cuando el nervio cubital se comprime a su paso por el túnel de Guyón en la muñeca (Guevara, 2013).

• Músculos:
-Contractura muscular: acortamiento anormal, involuntario y doloroso del músculo, con resistencia al estiramiento pasivo (Trujillo, 20013).
-Lumbalgia: contractura dolorosa y persisten de la musculatura localizada en la parte inferior de la espalda. Es de origen multicausal (Estepa, 2015).

• Vasos sanguíneos:
-Síndrome de Raynaud: se trata de una vasoconstricción de las arterias o arteriolas, cursa con palidez y cianosis en los dedos (Calvo, 2014).
Se consideran movimientos repetitivos al grupo de movimientos que realizan de manera continuada, que se mantienen durante la realización de un trabajo que involucra al mismo grupo osteomuscular, lo que provoca sobrecarga, dolor, fatiga muscular y por última una lesión en el mismo (Comisión de Salud Público. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, 2010).
Son considerados tareas repetitivas todas aquellas cuyos ciclos de trabajo sea inferior a 30 segundos o aquellas labores en las que se repitan los mismos movimientos durante más del 50% de la duración del ciclo. También están aquellos trabajos que requieran esfuerzos prolongados o repetidos superiores al 30% de la capacidad muscular máxima del trabajador (Batalla, 2015; Morillo, 2010). Algunos estudios han puesto de manifiesto que las lesiones por movimientos repetitivos exhiben la presencia de factores que interceden la aparición de lesiones musculoesqueléticas.

El mecanismo de acción que provocan las lesiones por movimientos repetitivos son: (Comisión de Salud Pública. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, 2010)
• Efecto biomecánico: movimientosde prono/supinación en antebrazo y/o muñeca, repetidas flexo/extensiones de muñeca, movimientos radiales o cubitales repetidas y existencia de movimientos repetitivos contra resistencia.
• Factores predisponentes: mujeres con menstruación o embarazadas, anomalías anatómicas o anomalías del líquido sinovial.
• Factores desencadenantes: organizacionales (baja autoestima, supervisión, carga laboral, manipulación manual de cargas o ciclos de trabajo) y traumatológicos.
Los movimientos repetitivos que producen lesiones abarcan distintos tipos entre los que se pueden encontrar: flexo/extensión (hombro, codo o muñeca), ab-

ducción/aducción (hombro), pronación/supinación (codo), agarre (mano), inclinación lateral (tronco) y rotación axial (tronco) (INHST).

La vigilancia de la salud se recoge de manera sistemática y continua de datos sobre un problema de salud específico. En el ámbito de la salud laboral, se practica mediante la observación de los factores de riesgos. La vigilancia de la salud consiste en identificar los problemas, planificar acciones preventivas y evaluar las medidas preventivas (Gómez, 2012). La legislación básica que se aplica a la vigilancia de la salud en el contexto de los trastornos musculoesqueléticos por movimientos repetitivos es a nivel nacional:

• Ley 31/95 de Prevención de Riesgos Laborales: su objetivo es promover la seguridad y la salud de los trabajadores mediante la aplicación de medidas y el desarrollo de las actividades necesarias para la prevención de riesgos derivados del trabajo (Rubio, 2005).

• R.D. 487/1997: disposiciones mínimas de seguridad y de salud relativas a la manipulación manual de cargas que entrañe riesgos, en particular dorsolumbares, para los trabajadores (Guía Técnica del INSHT, 2009).

• R.D. 488/1997: sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas al trabajo con equipos que incluyen pantallas de visualización de datos (Gómez, Fábrega, y Ardanuy, 2012).

Las directrices europeas, las normativas de los Estados miembros y las directrices de buenas prácticas ya reconocen lo importante que es la prevención de los trastornos musculoesqueléticos. Las directrices pertinentes incluyen las normas relativas a los siguientes temas, manipulación manual de cargas, equipos de trabajo, disposiciones mínimas para los lugares de trabajo y trabajo con pantallas de visualización (Podnice y Vogel; 2007).

Hay diversos tipos de cuestionarios para valorar los trastornos musculoesqueléticos a nivel individual del trabajador. Estos cuestionarios validados están relacionados con la discapacidad y el dolor, son utilizados como ayuda para el diagnóstico de estos tipos de trastornos y ayudará a un mejor conocimiento del problema y su prevención. Algunos de los cuestionarios/escalas relacionados con los trastornos musculoesqueléticos son:

• Roland Morris: escala de incapacidad funcional que se relaciona con el dolor lumbar. Está formado por 24 preguntas con respuestas del tipo si/no. Se trata de un cuestionario corto y fácil de entender y rellenar (Kovacs, 2005).

• DASH (Disability of Arm Shoulder and Hand): se trata de un cuestionario validado y adaptado transculturalmente sobre la funcionalidad del miembro superior

afectado. Está formado por 30 preguntas con puntuaciones que van de 1 a 5 puntos (Hernández Herrero, 2006).
• Cuestionario Nórdico: es un cuestionario estandarizado. Sirve para la detección y análisis de síntomas musculoesqueléticos, se suele aplicar en contextos ergonómicos o de salud laboral cuyo fin es descubrir la existencia de síntomas iniciales que aún no constituyen enfermedad (Fernández González, 2014).
Los problemas musculoesqueléticos que son originados por los movimientos repetitivos afectan con más frecuencia a las extremidades superiores, seguidamente se tratan las medidas preventivas específicas que se refieren a ellos (Prevención de trastornos musculoesqueléticos en el lugar de trabajo, INSHT, 2004):
• Diseño ergonómico adecuado del puesto de trabajo: mecanización o automatización de parte del proceso, el diseño del puesto debe evitar la ubicación de objetos por encima de la cabeza, intentar acotar la zona de trabajo y sus elementos.
• Emplear herramientas adecuadas y conservarlas en buenas condiciones y sin deterioros: uso herramientas asistidas con mangos adecuados para la tarea, siempre que sea posible utilizar herramientas eléctricas o neumáticas en vez de manuales, adquirir herramientas con mangos adecuados a las tareas que se realizan.
• Evitar los esfuerzos extendidos en el tiempo y la aplicación de una fuerza manual enorme, sobretodo en movimientos de presa, flexoextensión y rotación de las manos: alternar el uso de las extremidades superiores en las tareas que no requieran destreza extrema, evitar sostener utensilios de manera innecesaria.
• Realizar pausas repetidas que permitan recuperar las tensiones y aliviar la musculatura: rotar con otros puestos de trabajo, realizar una pausa de 10 minutos cada 50 minutos de trabajo.

5 Discusión-Conclusión

1. Los movimientos repetitivos son aquellos que se realizan de manera continuada y se mantienen durante la realización de un trabajo que implica el mismo grupo osteomuscular. Se encuentran como mecanismos de acción un efecto biomecánico, factores predisponentes (anomalías anatómicas, embarazo) y factores desencadenantes como puedan ser organizacionales o traumatológicos. Los principales movimientos que producen este tipo de lesión son: flexión/extensión, abducción/aducción, pronación/supinación, agarre, inclinación lateral y rotación axial.

2. Los movimientos repetitivos son asociados con distintos tipos de lesiones mus-

culoesqueléticas que que pueden ser clasificadas según la tipología de las patologías. Encontramos lesiones en tendones (tendinitis o tenosinovitis), nervios (síndrome del túnel carpiano), músculos (lumbalgia), vasos sanguíneos (síndrome de Raynaud) o nivel articular o ligamentosas (bursitis o ganglión).

3. Las estrategias de prevención son aplicadas según la vigilancia de la salud que trata de aplicar las medidas preventivas de los trastornos musculoesqueléticos. Se encuentra regulado por una legislación en materia de prevención a nivel de España con la ley 31/95 de Prevención de Riesgos Laborales y la Unión Europea también tiene sus propias ordenanzas en materia de prevención. Existen cuestionarios que se encargan de la valoración de estos trastornos a nivel individual. Existen también una serie de recomendaciones preventivas para evitar sufrir algún tipo de lesión.

6 Bibliografía

- Arbués, E. R. Epicondilitis. Claves de la enfermedad y manejo.
- Avila, L., y Caralonina, A. (2014). Prevalencia de trastornos osteomosculares de extremidades superiores en trabajadores de una planta de alimentos. Diseño de un programa de intervención para prevenirlos (Doctoral dissertation, Universidad de Guayaquil, Facultad de Ingeniería Industrial).
- Batalla, C., Bautista, J., y Alfaro, R. (2015). Ergonomía y evaluación del riesgo ergonómico.
- Bellido, M. J. C., Fernández, S. G., Martínez, C. P., y Rodríguez, V. F. 2009. Infiltración esteroidea en el dedo en gatillo. Cad Aten Primaria, 16, 312-314
- Calvo, M. M. (2014).La patología de hombro como enfermedad profesional. Ciencia Forense, 105, 105.
- Cardoso, P. R., y del Campo Balsa, T. (2011). Trastornos musculoesqueléticos en trabajadores sanitarios y su valoración mediante cuestionarios de discapacidad y dolor. Consejo de Redacción, 27.
- de Vicente, Á., Díaz, C., Zimmermann, M., y Galiana, L. (2012). Departamento de Información e Investigación del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. MEYSS.
- Específica, P. D. V. S. (2000). Movimientos repetidos de miembro superior. Comisión de Salud Pública. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.
- Fernández, M. F. V. La Carga Física de Trabajo. Centro Nacional de Nuevas Tecnologías. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.

- Gómez, M. D. S., Fábrega, M. S., y Ardanuy, T. P. (2012). La vigilancia de la salud en la normativa de prevención de riesgos laborales.
- Guevara, A. M., González Atehortúa, J., y Leal, C. (2013). Prevalencia de las lesiones osteomusculares de miembros superiores y su relación con las posturas y el diseño del puesto de trabajo, Medellín 2010(Doctoral dissertation).
- Hernández Herrero, D., Berjillos, A., de la Corte, H., Díaz García, F., Tena, C., Moraleda, S., y JL, M. M. (2006). Estudio prospectivo randomizado de comparación de diferentes técnicas de electroterapia en tendinitis de inserción en codo. Patología del aparato locomotor, 4, 131-138.
- Herrero, M. T. V., García, L. M. C., González, A. A. L., García, M. J. T., Jiménez, E. A., y Alberich, J. I. T. (2012). El concepto de daño laboral en España y su comparativo internacional: revisión legislativa española, hispano-americana y europea. Revista CES Salud Pública, 3(1), 73.
- INSHT (2011). VII Encuesta Nacional de Condiciones de trabajo. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo,Madrid.
- Jäger, P. D. I. M., Griefahn, B., für Arbeitsschutz, B., Liebers, F., Steinberg, D. I. U., y Pekki, T. S. Prevención de trastornos musculoesqueléticos en el lugar de trabajo.
- Jameson, m. R. A., académica, t., de dpool, d. J. F., metodológica, a., y de pérez, D. N. S. (2012) Desórdenes musculoesqueléticos en marinos mercantes 2009-2010.
- Kovacs, F. M. (2005). El uso del cuestionario de Roland-Morris en los pacientes con lumbalgia asistidos en Atención Primaria. SEMERGEN-Medicina de Familia, 31(8), 333-335.
- Morillo, M. D. P. (2010). Incidencia de tendinitis de muñeca en una florícola de Tabacundo: Determinación de su asociación con el uso repetitivo de herramientas manuales por largos períodos de tiempo.
- Obreras de Castilla León., C. (2008). Acción en salud laboral. Manual de trastornos musculoesqueléticos. Valladolid: Secretaría de Salud Laboral CC. OO. Castilla y León.
- Podniece, Z. (2007). La ergonomía y la prevención de los trastornos músculoesqueléticos. Revista La Mutua, 17, 69-82.
- Podzharova, E., Rangel-Salazar, R., Vólkhina, G., y Vallejo-Villalpando, J. M. (2010). Pianista: entre la música y la medicina. Acta Universitaria, 20(1), 53-61
- Ruiz, L. R., y de la Guía, M. D. C. (2009). Manipulación manual de cargas guía técnica del INSHT.
- Zorrilla, V. (2013). Trastornos musculoesqueléticos de origen laboral en actividades mecánicas del sector de la construcción. Investigación mediante técnicas de observación directa, epidemiológicas y software de análisis biomecánico

Capítulo 1558

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA CONFIDENCIALIDAD EN EL ÁMBITO SANITARIO.

MARTA MONTSERRAT FERNANDEZ IGLESIAS

INMACULADA FERNÁNDEZ CARAMAZANA

MARIA PURIFICACION BAYON FERNANDEZ

1 Introducción

El paciente tiene derecho a que quede constancia por escrito u otro soporte mas adecuado la información de todos sus procesos asistenciales. La confidencialidad en el ámbito sanitario la entenderemos como la garantía del tratamiento adecuado de la información de los pacientes, por lo que los profesionales que desempeñan su trabajo en este ámbito estarán sometidos a la normativa:

- Art. 18.4 de la Constitución Española y regulado por el Reglamento Europeo (RGPD) de 25 de mayo de 2018.

Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

- Ley 41/2002, de Autonomía del Paciente.
- Los datos sanitarios son aquellos que están relacionados con la salud del paciente y su historia clínica.
- La historia clínica es el conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial.

2 Objetivos

- Realizar un breve y claro resumen dirigido sobre al auxiliar administrativo, acerca de la confidencialidad en el ámbito sanitario.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: pubmed, medline, y scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Los datos revelados por los pacientes en el ámbito sanitario y que configuran su historia clínica son datos de carácter personal, considerados por la Ley Orgánica de Protección de Datos como datos de especial protección y, por tanto, solo podrán ser recabados, tratados y cedidos cuando, por razones de interés general, así lo disponga la ley o el afectado consienta expresamente.

La Ley 41/2002 establece en el artículo 16.6, que el personal que accede a los datos de la historia clínica en el ejercicio de sus funciones queda sujeto al deber de guardar secreto. Este artículo matiza qué tipo de personas, de acuerdo con las funciones que desempeñan, pueden acceder a estos datos. La confidencialidad es un derecho del ciudadano y un deber de la organización sanitaria, que es la responsable de garantizar la protección de los datos frente a un mal uso o acceso injustificado a los mismos.

Para acceder a los datos de un paciente debe existir una vinculación profesional. Solo se podrán facilitar datos al propio paciente, a las personas a quien él haya autorizado o a su representante legal. La Ley prevé tres excepciones: evitar un daño a terceras personas, al propio paciente o por imperativo legal.

Los auxiliares administrativos solo están autorizados a acceder a los datos del paciente necesarios para el desempeño de su actividad profesional. Los auxiliares

administrativos deben guardar secreto sobre aquellos datos que conozcan del ámbito privado del paciente, pues en ocasiones prestan sus servicios en poblaciones pequeñas donde todos conocen a todos.

La información obtenida durante el proceso asistencial quedará registrada en la historia clínica, cuyo contenido es confidencial, por ello los centros sanitarios deben aplicar las medidas de seguridad establecidas por la Ley para su protección y evitar que se produzcan accesos no autorizados a la historia clínica.

La responsabilidad del personal administrativo en relación a la confidencialidad, en caso de no ser respetada puede implicar sanciones administrativas, civiles o penales. El respeto a la confidencialidad y la intimidad necesita responsabilidad y formación, siendo la confidencialidad para el administrativo de la salud un deber profesional.

5 Discusión-Conclusión

Es responsabilidad de la Institución sanitaria informar a los auxiliares administrativos de la normativa y de su responsabilidad individual para preservar y mantener en secreto la información que van a utilizar. Esta responsabilidad va mas allá de su estancia en el centro sanitario y persiste cuando finaliza su actuación profesional en él. Es recomendable formalizar este compromiso por escrito.

6 Bibliografía

- Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. www.astursalud.es
- www.BOE.es

Capítulo 1559

BURNOUT O SINDROME DE GRAN QUEMADO

SARA MARÌA MORO VILLAR

1 Introducción

El síndrome de Burnout es un tipo de estrés laboral, un estado de agotamiento físico, emocional o mental que tiene consecuencias en la autoestima y se caracteriza por un proceso paulatino por el cual se pierde interés en las tareas, el sentido de la responsabilidad y pueden llegar a profundas depresiones.

2 Objetivos

- Describir los síntomas y causas del burnout.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capitulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre el síndrome Burnout.

4 Resultados

Los síntomas de dicho síndrome son estrés y ansiedad. Muchos casos se dan entre el personal sanitario. Las causas suelen ser la excesiva carga de trabajo, malas relaciones laborales y falta de apoyo entre los propios compañeros. Los

síntomas son agotamiento, baja autoestima, nerviosismo, dificultad para concentrarse, comportamiento agresivo, dolor de cabeza, taquicardias, insomnio, bajo rendimiento, absentismo laboral, aburrimiento, irritabilidad, mala comunicación etc. La prevención de este síndrome debe empezar en la empresa mejorando la organización y dándole al trabajador medios adecuados para realizar sus tareas de forma correcta.

5 Discusión-Conclusión

El burnout se puede evitar impulsando o promoviendo las buenas relaciones laborales entre empleados y jefe-empleado, además de darle al empleado autonomía para trabajar, puede hacer que el trabajador se sienta querido y útil, esto le levara a ir a trabajar con ánimo, originando así un resultado laboral más adecuado, además de tener una buena relación con compañeros reduciendo el absentismo y mejorando notablemente la calidad del trabajo.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 1560

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO ANTE LA VARICELA

VICTORIA CABO PÉREZ

1 Introducción

La varicela es una infección viral que provoca fiebre y erupciones con ronchas en la piel, y la molestia y picazón en la misma. Suele manifestarse con fiebre, dolor de cabeza, de garganta o de estómago, durando pocos días.

Posteriormente comienzan las erupciones en la piel, parecidas a picaduras de insectos, y van pasando por diferentes etapas (ronchas, ampollas y costras) de forma simultánea por todo el cuerpo.

Es provocada por el virus llamado varicella-zoster, y es muy contagiosa: a través de las gotas que exhala en el aire al toser o estornudar y a través de las mucosidades, la saliva o el líquido de las ampollas.

La varicela es contagiosa desde aproximadamente dos días antes de que aparezca la erupción en la piel y hasta que las ampollas han formado una costra. Por eso conviene que los niños enfermos deben quedarse en su casa y descansar hasta que desaparezca la erupción en la piel y se sequen las ampollas. Esto suele llevar aproximadamente 1 semana.

2 Objetivos

- Detectar la patología en la mayor brevedad posible, para detectar posibles complicaciones y para poner un tratamiento que alivie los síntomas y el picazón. Se

valorará el recetar un medicamento antiviral.
- Se indicarán pautas a los familiares para que eviten el contagio entre sí y con otras personas, además de otras medidas para aliviar los síntomas del niño (compresas húmedas, no frotar la piel, etc).

3 Caso clínico

Niño de 6 años que acude a la consulta de pediatría acompañado de su padre. El progenitor nos comunica que el niño se queja de picor y lleva rascándose por todo el cuerpo desde hace unas 24 horas, y que durante la noche ha tenido fiebre. Se le hace una exploración y se observa que presenta ronchas rojas por varias partes de su cuerpo.

El pediatra le indica el tratamiento a seguir para calmar el picor y posteriormente le indica las conductas a seguir para evitar la propagación, a través de vacunas para otros miembros de la familia.

La vacuna previene la enfermedad hasta en un 80 por ciento de los casos y se administra a niños sanos entre 12 y 18 meses de edad. A partir de los 13 años pueden ser inmunizados con dos dosis. No debe administrarse a personas con un sistema inmune débil o a las mujeres embarazadas. Las personas que no han sido vacunadas en su momento y corren un riesgo importante de sufrir complicaciones reciben anticuerpos una vez contraída la enfermedad.

Tras pocos días el niño solo presenta alguna marca sobre la piel que con el tiempo desaparecerá. Se ha evitado el contacto con otros miembros de su familia y se ha mantenido en casa durante los primeros días para evitar el contagio a otros niños.

4 Discusión-Conclusión

No se trata de una enfermedad grave pero sí que es muy incómoda y muy contagiosa. Cuanto antes se diagnostique mejor será para evitar el contagio a otros niños. Tienen mayor riesgo de contraer la varicela los niños con unas defensas reducidas, los niños prematuros o menores de un año y los recién nacidos cuyas madres han sufrido varicela antes o durante el parto. Las mujeres embarazadas que no han tenido varicela deben tener especial cuidado. Si la enfermedad se contrae durante los primeros meses de gestación o in útero poco antes del nacimiento el feto puede sufrir diversos trastornos o incluso malformaciones.

5 Bibliografía

Dado que se trata de un caso clínico real la mayoría de la información se obtuvo de los informes médicos del paciente y además se han consultado las siguientes fuentes:

- Kathleen M. Cronan, MD Attending Physician, Division of Pediatric Urgent Care, Department of Pediatrics

Whitey Rj. Varicella-Zoster Virus Infactions. Eu: Harrson's. Principles of Internal Medicine. Ed. Me graw-Hill.

- Clements DA. Vacunación contra la varicela en la infancia. BioDrugs 2000.
- The Nemours Foundation, "kids health; https://kidshealth.org/es/parents/chicken-pox-esp.html.

Capítulo 1561

OBSTRUCCIÓN DE VÍA AÉREA (OVACE) DURANTE LA CENA.

MARTA RENESES CARCEDO

JOSE MANUEL TEJERO FERNANDEZ

SERGIO MUÑIZ DIAZ

1 Introducción

Hablamos de un atragantamiento cuando un alimento o cuerpo extraño obstruye las vías respiratorias. Éste puede ser de dos tipos:
• Obstrucción Parcial: la persona que sufre este tipo de atragantamiento habla, tose o respira, por lo que no debemos interferir.
• Obstrucción Total: la persona que sufre este tipo de atragantamiento no habla, la tos resulta ineficaz y la respiración puede ser sibilante, se produce cianosis (color azulado) en labios, uñas, lengua, se puede llegar a perder la consciencia. Es importante revertir esta situación antes de 3-4 minutos.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en muchas partes del mundo el ahogamiento es una causa principal de muerte.

Muchas de las obstrucciones de las vías aéreas suceden en comidas familiares, las cuales se ven alteradas por dicha situación.

Gran parte de ellas son meros atragantamientos con fácil solución y recuperación, ya que son obstrucciones parciales, que con toser son eliminadas.

En nuestro caso la obstrucción será parcial inicialmente y total más tarde siguiendo todos los pasos para una recuperación completa para el individuo.

2 Objetivos

- Conseguir la restauración de la respiración espontánea, es decir, el mantenimiento de la vida.

3 Caso clínico

Una familia celebrando la cena de Nochebuena:

Las características de nuestro sujeto son las siguientes: mujer de 72 años, con tratamiento para la diabetes tipo II (no insulinodependiente) y la hipertensión.

A la hora de los entrantes, comiendo jamón serrano en lonchas, el sujeto siente dificultad para respirar, se lleva las manos al cuello intentando toser, el resto de los asistentes se asustan y comienzan a darles golpes en la espalda.

Estos movimientos provocan en el sujeto que el objeto que obstruye la vía respiratoria parcialmente se deslice hacia el interior, provocando una obstrucción total de dicha vía.

El sujeto empieza a ponerse cianótico (tez de color azulada) por la falta de oxigenación, hasta el punto en que pierde la consciencia.

El nieto, de 9 años, que recuerda unas pequeñas nociones de primeros auxilios que han dado en el colegio, recuerda a los asistentes el teléfono de emergencias (112).

Uno de los asistentes llama al 112 pidiendo una ambulancia, “socorro, auxilio, la abuela se muere”. El operador se hace cargo de la situación, tranquilizando al solicitante y dirigiéndole con unas preguntas para saber qué es lo que necesita y posteriormente dirigiéndole cómo intervenir mientras llegan los servicios de emergencia.

El sujeto al sufrir hipoxia durante un largo periodo de tiempo (más de 4 minutos) sufre daños cerebrales permanentes.

4 Discusión-Conclusión

Este es uno más de los millones de casos que ocurren cada día en los hogares con mayor o menor gravedad.
La actuación inicial de golpear en la espalda en posición vertical, en lugar de animarlo a que tosiera ha generado la obstrucción total de la vía aérea agravando la situación.

El cuerpo humano cuando percibe un objeto extraño en las vías respiratorias, instintivamente intenta expulsarlo, este movimiento en la mayoría de los casos elimina la obstrucción.

Con unos pequeños y escasos conocimientos de unas simples maniobras y procedimientos pueden llegar a un desenlace feliz. En tres pasos:
1. Invitar al sujeto que sufre el atragantamiento parcial, a toser enérgicamente, mientras lo haga, respira.
2. En el caso de que la tos sea ineficaz y antes de que el sujeto pierda fuerza, deberá inclinarse hacia adelante, con cuidado de que no se caiga, darle hasta 5 palmadas enérgicas en la espalda, entre los omoplatos
3. Si esto no resuelve la situación habrá que realizar la maniobra de Heimlich, realizar compresiones en la boca del estómago hacia arriba y atrás.

Muchos centros escolares han visto esta carencia de conocimientos y los están impartiendo desde una temprana edad para que en un futuro, cualquier persona sepa cómo actuar ante una situación de emergencia sanitaria.

5 Bibliografía

- OMS (http://www.who. int/water sanitation health/diseases/drowning/en/).
- Perales N, Tormo C, Cantalapiedra JA, Ruano M, Álvarez JA. Primer eslabón de la cadena de socorro: la formación del ciudadano. En Perales N, editor. Avances en emergencias y resucitación. Barcelona: Edikamed; 1996. p. 230-50.
- Lesmes A, Loza A, Ceniceros I, González P, Frutos del Nogal. Guía de resucitación cardiopulmonar básica y desfibrilación externa automática. Plan Nacional de RCP de la SEMICYUC; 2016.
- Protocolos de actuación ante emergencias sanitarias en centros educativos y deportivos andaluces. Fernández A, Porcel A. Junta de Andalucía. 2006.

Capítulo 1562

AUXILIARES ADMINISTRATIVOS Y RIESGOS EN EL TRABAJO

ANA ISABEL GARCIA RODRIGUEZ

1 Introducción

Todos los trabajadores en el desempeño de nuestra actividad profesional estamos en riesgo de sufrir daños. La mejor forma de evitarlos es la aplicación de las medidas preventivas adecuadas. Para la implantación de dichas medidas, deberá estudiarse cada uno de los puestos de trabajo con el objetivo de evaluar los posibles riesgos que entrañe a fin de poder evitarlos.

2 Objetivos

- Determinar los riesgos ligados al trabajo para el auxiliar administrativo, existentes en el entorno sanitario y valorar la aptitud del trabajador ante la exposición a riesgo por carga física.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha utilizado la revisión bibliográfica sistemática de la materia, con búsqueda a través de bases de datos científicos, consultado artículos en las principales bases de datos como Pubmed, Medline, y Scielo.

4 Resultados

Para comprender los riesgos físicos ligados al trabajo, se necesita conocer entorno del trabajo, los movimientos, y las cargas a mover, los esfuerzos derivados de esas cargas, y el trabajo repetitivo, todos estos originan dolencias causadas por malas posturas, posturas forzadas y trabajos repetitivos.

- La Manipulación Manual de Cargas (MMC). Si bien la manipulación de cargas no debería ser muy importante en las funciones del auxiliar administrativo, cuando tenga que cargar documentación o material relacionado con el desempeño de su puesto deberá tener en cuenta que tal manipulación podrá originar enfermedades y patologías, en distintos grados que podrán derivar en enfermedades y lesiones incluso permanentes. Será importante tener en cuenta que, las cargas superiores a 3 kilos podrán suponer un riesgo dorso lumbar si se realizan en posiciones ergonómicas desfavorables. La manipulación Manual de Cargas conlleva, levantar, colocar, traccionar y desplazar.

- Posturas Forzadas (PF). Las posiciones forzadas generarán hiperextensiones, hiperflexiones, hiperrotaciones osteoarticulares con la consecuencia de lesiones por sobrecarga.

- Movimientos Repetidos del Miembro Superior (MRMS). Durante el trabajo, los movimientos continuos en el mismo conjunto osteomuscular, provocan sobrecarga, fatiga, dolor y como resultado lesión.

- Neuropatías Por Presión (NP). Se trata de uno de los riesgos a los que están expuestos los trabajadores que, en el ejercicio de su trabajo, deben transportar cargas, realizar movimientos repetitivos o adoptar posturas forzadas sobre determinadas zonas donde los nervios son especialmente vulnerables. Se incluirán también en este grupo los producidos por herramientas vibrátiles.

Para intentar minimizar los riesgos ocasionados por el trabajo, se tomarán medidas preventivas, que vayan encaminadas a mejorar las buenas prácticas en el trabajo, entre ellas:
- Más Formación.
- Mejores estrategias de trabajo.
- Actualizar útiles y equipos de trabajo.
- Reorganización del tiempo, flexibilidad
- Facilitar la adquisición de información.
- Mejorar la ubicación de los puestos de trabajo, para evitar ruidos.

5 Discusión-Conclusión

El incumplimiento o cumplimiento parcial o defectuoso de las normas sobre riesgos por carga física, podrán acarrear, accidentes de trabajo, enfermedad profesional, incapacidad temporal o incapacidad permanente con el consiguiente perjuicio, tanto para el trabajador como para el sistema sanitario

6 Bibliografía

- Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales.
- RD 487/1997, de 14 de abril, sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas a la manipulación de cargas que entrañen riesgos.
- Estudio sobre salud para trabajadores Instituto de Salud Carlos III.

Capítulo 1563

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LOS SERVICIOS DE INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA Y ATENCIÓN AL CIUDADANO.

ANA ISABEL GARCIA RODRIGUEZ

1 Introducción

La información administrativa es el cauce a través del cual los ciudadanos pueden recibir información acerca de sus derechos y obligaciones y de cómo poder utilizar los servicios públicos de salud. El ciudadano, para acceder a la información general, no necesitará acreditación alguna, y esta se facilitara siempre a los ciudadanos. Es una obligación para los servicios públicos buscar el mejor y mayor canal de difusión de la información de carácter general para que la información necesaria llegue a los ciudadanos por los mejores canales.

2 Objetivos

- Analizaremos, los sistemas de información administrativa, presentación y registro de documentos y reclamaciones y sugerencias.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha utilizado la revisión bibliográfica sistemática de la materia, con búsqueda a través de bases de datos científicos, consul-

tado artículos en las principales bases de datos como Pubmed, Medline, y Scielo.

4 Resultados

La información particular solo se podrá facilitar a las personas acreditadas que posean la condición de interesados. Los empleados públicos orientarán a los ciudadanos sobre sus derechos y el modo en que estos podrán ejercerlos. Las funciones de atención al ciudadano comprenden las siguientes:
- La de orientación y ayuda, cuando llegan a las dependencias administrativas.
- La de aclaración, sobre procedimientos y trámites, requisitos y documentación necesaria.
- La de gestión, recepción de documentación y resolución de cuestiones de urgencia.
- La de recepción de sugerencias, para mejorar la calidad de los servicios, formuladas tanto por los ciudadanos, como por los empleados públicos.
- La de reclamaciones, por las desatenciones o tardanzas o cualquier otra actuación irregular por parte de los ciudadanos.
- La de asistencia, por el derecho de petición, a los ciudadanos.

Los entes públicos deberán tener un libro de quejas y sugerencias a disposición de los ciudadanos para conocer el funcionamiento de las unidades administrativas. El libro de quejas y sugerencias estará a disposición de los ciudadanos en las oficinas de información al ciudadano y en los registro de salida y recepción. Los ciudadanos escribirán sus quejas o sugerencias en el libro, incluyendo su firma, nombre, apellidos y dirección. El personal de las administraciones deberá sellar y dar una copia al ciudadano y enviar dicha reclamación o sugerencias al responsable de la unidad, quien la remitirá a la Inspección General de Servicios del Departamento.

Recibida la queja el departamento correspondiente tendrá veinte días para contestar, pudiendo incluso solicitar aclaraciones con el ciudadano que presento la queja. Si transcurrido el plazo, el ciudadano no recibe respuesta alguna, podrá solicitar al departamento donde envió la queja, los motivos y responsabilidades por los que no recibió contestación. Estas quejas no condicionan, en modo alguno, el ejercicio de las restantes acciones o derechos que, de conformidad con la normativa reguladora de cada procedimiento, puedan ejercitar los que figuren en él como interesados.

5 Discusión-Conclusión

El personal auxiliar administrativo de los servicios de salud que desempeña su trabajo en los servicios de información administrativa y atención al ciudadano, se ocuparán de la importante tarea de facilitar a los usuarios la información que precisen para poder acceder a los servicios que se prestan por el sistema sanitario. Dado lo sensible de la información que se maneja en el ámbito sanitario será fundamental que este personal tenga en cuenta todos los peculiares protocolos de seguridad y control que se asocian a la información y documentación que manejan.

6 Bibliografía

- Real decreto 208/1996, de 9 de febrero, por el que se regulan los servicios de información administrativa y atención al ciudadano
- Ley 19/2013, de 9 de diciembre, de transparencia, acceso a la información pública y buen gobierno.
- Ley 2/1995, de 13 de marzo, de régimen jurídico de la administración del principado.
- Ley 39/2015, de 1 de octubre, del procedimiento administrativo común de las administraciones públicas.
- Real Decreto 525/1985, de 15 de abril, Reglamento sobre estructura, organización y funcionamiento de los hospitales gestionados por el Instituto Nacional de la Salud.
- Guía de Estándares y Circuitos de Calidad Asistencial del Servicio de Salud del Principado de Asturias (junio de 2018).
- Guía de Gestión de los servicios de Admisión y documentación clínica. Ministerio de Sanidad.

Capítulo 1564

SÍNDROME DE BURNOUT.

CRISTINA COVADONGA FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ

MIGUEL PALACIO SANCHEZ

NURIA GARCÍA LAVIANA

1 Introducción

Una persona elige su trabajo por vocación, porque le gusta, porque se siente comprometido con el mismo, le felicitan por su buen hacer, tiene buena relación con sus compañeros y de repente. Se encuentra agotado, el estrés le ha desbordado, se trata del Síndrome de Burnout ó síndrome del trabajador quemado. Dicho síndrome hace referencia a aquellas personas que viven una situación de estrés continuo en el trabajo, que les desmotiva e incapacita laboral y socialmente, provocando estrés crónico y agotamiento.

La OMS (Organización Mundial de la Salud) reconoce definitivamente el síndrome del trabajador quemado como una enfermedad que resulta del estrés crónico y agotamiento. Dicho trastorno se caracteriza por tres características: sensación de cansancio extremo, sentimientos negativos y reducción de la eficacia profesional. Este desgaste profesional no surge de repente, sino que surge en un periodo de entre 5-8 años de desgaste continuo, afectando más a las personas comprometidas con el trabajo.

2 Objetivos

El estrés en el trabajo supone un grave problema para la salud.

Las claves para prevenirlo y tratarlo son:
- Diagnosticarlo antes posible: Es lógico que si no nos diagnostican el problema. no lo podremos combatir.
- Encontrar los factores que causan el estrés en el trabajo y buscar una solución.
- Técnicas de relajación: Meditar o escuchar música relajante ayudará a reducir la ansiedad a personas con dicho sindrome.
- Descargar la tensión física.
- Hacer ejercicio físico regularmente: Realizar deporte día a día es una buena manera de descargar adrenalina y reducir la ansiedad.
- Aprender a gestionar las emociones: Hay que adoptar una postura asertiva siendo capaz de controlar nuestras emociones.
- Seguir estilo de vida saludable: Descansar el número de horas indicadas y evitar el tabaco y el alcohol ayudará de una manera positiva a reducir el nivel de estrés.
- Buscar ayuda profesional: Si el trabajo se convierte en un problema que no se puede eliminar de la mente, acudir a terapia psicológica ayudara a disminuir el estrés.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Diversos autores coinciden en argumentar que los trabajadores que tienen más contacto con personas, como los trabajadores de centros sanitarios y hospitales, son los más propensos a presentar el Síndrome de Burnout a consecuencia del exceso de trabajo. En muchos casos dicho síndrome está asociado al estrés laboral. El ámbito sanitario es uno de los sectores más expuestos a las enfermedades de origen psicosocial , ya que es frecuente que con el paso del tiempo, la mayoría de los trabajadores que están en continuo contacto con personas que demandan una atención, muestren una pérdida progresiva de energía, que desemboca la mayoría de las veces en dicho síndrome.

5 Discusión-Conclusión

Tenemos que descubrir qué circunstancias contribuyen al síndrome de Burnout y valorar si se pueden modificar, intentado evitar situaciones que nos producen estrés, para conseguir una mejor calidad de vida y que nuestro ambiente de trabajo sea lo más confortable posible. Una vez que cada trabajador identifique lo que realmente le produce estrés, podrá tomar soluciones al problema para evitar males mayores.

Hay que tratar de delegar tareas en el trabajo y no hacerse cargo de todo uno solo, hay que esforzarse por ser menos perfeccionista, determinando cuales son las necesidades y objetivos vitales y ver dónde se encuentran los límites reales. Hay que compensar el estrés durante nuestro tiempo libre y dedicarse a aquellas actividades que nos relajan y divierten. Debemos ser capaces de desarrollar nuestro trabajo sin que ello afecte a la vida personal de cada uno y menos aún afecte a nuestra valor más preciado que es nuestra salud.

La clave principal se encuentra en saber dónde poner los límites. Siempre existe un riesgo de quemarse en el trabajo, pero dedicar tiempo a uno mismo, meditar, hacer deporte o simplemente desconectar, es la mejor recomendación para prevenir ese mal.

6 Bibliografía

- Artículo: ”Burnout, cómo detectarlo y tomar medidas”, www.psicologiaymente.com
- Artículo ”Estrés laboral y su impacto en salud”- Comisión Estatal de Derechos Humanos.
- Artículo ”Síndrome de desgaste profesional: quemados en el trabajo ”- Revista Farmacia Profesional.
- Artículo ”Efecto del Burnout y la sobrecarga en la calidad de vida en el trabajo”- Revista Elsevier.

Capítulo 1565

DESA/DEA, INSTAURACIÓN EN ESPAÑA.

MARIA SONIA DE LAS VECILLAS SANTOS

MARÍA JOSE CASTRO HEVIA

SARA ÁLVAREZ MENÉNDEZ

IGNACIO CRESPO MADIEDO

1 Introducción

Un DEA es un desfibrilador externo automático (AED en inglés), en esa misma línea, DESA es un desfibrilador externo semiautomático. Se trata de un aparato electrónico capaz de examinar el ritmo cardiaco y determinar si es o no necesario proporcionar una descarga a una persona que presumiblemente se encuentra en paro cardiaco. Éstos pueden darse tanto en niños como adolescentes, siendo en adultos donde se producen la mayor cantidad de casos.
Un paro cardiaco puede causar la muerte a la víctima en pocos minutos, la disponibilidad de un desfibrilador en este tipo de situaciones de emergencia puede salvarle la vida a una persona.
Respecto al DEA, es un aparato pequeño, ligero, cuyo mantenimiento es mínimo, sus baterías pueden utilizarse a pleno rendimiento durante aproximadamente 5 años o 300 descargas. Es un material sumamente meticuloso, capaz de medir el ritmo cardiaco y detectar en ese preciso instante la necesidad o no de una descarga. Su función es el restablecimiento de un ritmo cardíaco a través de un

impulso de corriente continua al corazón, para que éste pueda volver a tener un ritmo eléctrico normal.

Lo más llamativo es la fácil portabilidad de los mismos, puesto que son aparatos muy manejables y ligeros (puesto que su peso oscila entre 1 kg y 2,5 kg), perfectos para su uso fuera del ámbito sanitario.
Actualmente un DEA está incluido dentro de la reanimación cardiopulmonar (RCP) básica instrumentalizada, es recomendable que éste tipo de equipos se encuentren distribuidos y colocados estratégicamente para poder ser empleados por cualquier persona que sea testigo de una parada cardíaca y se emplee de inmediato para conseguir la reanimación de la víctima.
Se calcula que un 80% de las muertes repentinas de origen cardiaco podrían evitarse si el tiempo entre el colapso y la aplicación de un desfibrilador fuese mermado. Con una desfibrilación en los tres primeros minutos, la supervivencia supera el 50%, por cada minuto que se prolongue la actuación, decae un 10% en ésta estadística.
En el mercado existen diferentes tipos de aparatos, la diferencia está en el grado de autonomía de la que dispongan. El desfibrilador semiautomático puede ser fácilmente utilizado por personal no sanitario, con solo seguir sus instrucciones en la colocación de electrodos en el paciente y una vez determinado el tipo de ritmo cardiaco es capaz de proporcionar la información necesaria para utilizarlo correctamente aún sin disponer de conocimientos para poder realizar una descarga eléctrica o por otro lado aconsejar compresiones torácicas.

Poco a poco todas las Comunidades Autónomas están incorporando en sus espacios públicos la instalación de Desfibriladores, aunque hoy en día solo una pequeña parte de la población conoce su uso y las técnicas básicas de RCP.
Uno de los grandes retos y objetivos a conseguir es concienciar a la población de la importancia sobre el manejo de un equipo de desfibrilación cuando se produce una emergencia, es necesario dar a conocer a cualquier persona el modo de uso del mismo, por lo que se hace necesario la publicidad para la utilización del público en general.

Se ofrecen unas pautas de uso generalizado:
- Una vez localizado un DEA en una situación extrema se deben realizar tareas de reanimación y compresiones en el pecho, mientras otra persona ayuda activando el desfibrilador y comienza la colocación de las bandas y almohadillas adhesivas.
- En el momento que la pantalla del DEA aparece el texto “aplique choque o descarga” se ha de presionar el botón de carga y se ha de permanecer alejado del

paciente, en cuanto la luz se ilumine se ha de presionar el botón de descarga, el propio aparato hace una revisión del ritmo cardiaco y decide si se ha de producir la descarga o no, nadie puede tocar a la persona asistida durante la descarga.
- RCP. No se deben realizar interrupciones prolongadas en la aplicación de labores de reanimación.

Aunque todos los desfibriladores están hechos para personas adultas, existen unos productos llamados paletas, diseñadas especialmente para el uso en niños menores de 8 años que actúa modificando el nivel de energía empleada.
Uno de los grandes retos que se ha propuesto alcanzar nuestro país es llegar a proporcionar tanto a padres, cuidadores y población general clases en el uso de un DEA y la práctica al menos en una ocasión de cómo practicar correctamente una RCP.
En EEUU la American Academy of Pediatrics (APP) gestiona la formación de su población desde la infancia y hasta niños de corta edad son capaces de realizar maniobras de reanimación, en todas sus escuelas se dan clases de supervivencia acondicionadas a la edad de los estudiantes, que abarca clases de RCP tanto para el personal de todas sus escuelas como para niños mayores que sean capaces de aplicarlas, disponen también de DEA en todas las instalaciones deportivas y su personal está perfectamente instruido en el uso de las mismas.

Como resultado se ha creado una cadena de supervivencia, reduciéndose las posibilidades de sobrevivir a medida que transcurre el tiempo sin iniciar la maniobras de una RCP
Esta cadena de supervivencia tiene una secuencia de actuación ordenada y eficaz, para que sean fáciles de recordar. Lo primero de todo es detectar que la persona a auxiliar ha sufrido una parada y llamar inmediatamente al 112, para recibir asistencia médica lo antes posible y si fuese necesario las pautas que hemos de seguir.
La primera opción va a ser aplicar un Soporte Vital Básico (SVB) realizado directamente sobre el cuerpo del asistente sin otro tipo de ayuda, con ello intentaremos mantener la permeabilidad de la vía aérea y dar soporte a la respiración pasando en caso de disponer de ello al uso del Soporte Vital Avanzado (SVA).
El primer paso de una RCP básica, después de haber comprobado nuestra propia seguridad, es comprobar la consciencia o no de la víctima, si la respiración y la circulación son interrumpidas el cerebro deja de funcionar correctamente y la persona estará inconsciente, si se encuentra consciente, su respiración y circulación serán efectivas. Si la persona no responde a nuestros intentos de comunicación y verificamos que está inconsciente, pasamos al primer eslabón de la cadena de supervivencia, una vez recuperada la consciencia hemos de pedir

ayuda y se comienza la actuación sobre el paciente con la apertura de la vía aérea, mientras se encuentra tumbado boca arriba con sus brazos y piernas completamente estiradas, acto seguido pasamos a la maniobra frente-mentón para evitar un ahogamiento, tirando con una mano de la frente hacia atrás y con la otra abriendo la boca para que la lengua se vaya hacia delante, comprobamos su respiración, agachándonos a la altura de su cara, si no percibimos ruidos, ni movimientos torácicos y estamos seguros de que no hay respiración, iniciaremos las compresiones torácicas (es importante no confundir la respiración normal con una respiración agónica que se presenta en el 40% de las paradas). El ritmo de compresiones será de 100 por minuto y se han de intercalar 2 insuflaciones cada 30 compresiones. El DEA no puede comprobar la ausencia de respiración, solo controla el ritmo cardiaco, es básico pues la comprobación de la PCR por nuestra parte, en cuanto lo hayamos hecho, de no existir respiración aplicaremos el DEA, siempre teniendo en cuenta que la persona ha de estar en una superficie seca y que no sea conductora de electricidad. Hay que tener en cuenta que los teléfonos móviles pueden provocar interferencias, de ser así, el aparato se parará en medio del proceso de análisis, deben estar al menos a un metro y medio.

Como resultado final, si la pantalla del aparato nos indica que la descarga está lista hemos de asegurarnos de que nadie toca a la víctima, pulsamos botón de descarga y reiniciamos de nuevo la RCP. Si la descarga no se indica se ha de reiniciar la RCP nuevamente, 30 compresiones/2 insuflaciones y continuar con las indicaciones que aparecen, al menos hasta que llegue otra persona que tome nuestro relevo, la víctima tome consciencia o el reanimador esté exhausto.

En el año 2019 se comprueba la instalación de 23.000 desfibriladores en España, lo que hace un total de 5 unidades por cada 10.000 habitantes. Ésta cifra es una de las más bajas de toda la Unión Europea, pero se debe tener en cuenta que desde el año 2017 hasta el 2019 se dobló el número de desfibriladores, por lo que su cifra va en aumento. Éstos dispositivos se encuentran instalados en centros comerciales, empresas privadas y edificios públicos, aunque podemos encontrar uno en espacios públicos con relativa facilidad no podemos decir lo mismo cuando hablamos de encontrar una persona que en caso de ser necesario, sepa emplearlo correctamente. En varias encuestas realizadas, se ha comprobado que la respuesta generalizada de la población, es que debido al gran desconocimiento sobre su aplicación y uso, admiten que no lo usarían por miedo a que los resultados no fuesen los esperados y se causase más daño que beneficio.

La formación para el uso de este dispositivo es relativamente sencilla, en pocas horas se puede dar una amplia información para poner en marcha el mismo, simplemente se han de seguir unas instrucciones básicas que el propio desfibrilador

va ofreciendo.
Ya en el año 2009 el Gobierno de España comienza a regular la instalación y presencia de DESA en el Real Decreto 365/2009 de 20 de marzo, donde se recogen las condiciones mínimas de seguridad y calidad para el uso de estos equipos fuera del ámbito sanitario. La normativa que rige actualmente en nuestro país alza el valor e importancia de la protección de la salud y la capacidad de los desfibriladores para ayudar a salvar vidas cuando se produzca una parada cardiorrespiratoria. España deja a las CCAA el uso de los DESA, los últimos decretos normativos favorecen y fomentan su uso, es un gran paso pero aún se necesita avanzar más. En su día la legislación no obligó a incorporar los dispositivos en espacios muy frecuentados, sino que se permitió establecer a las propias autonomías los requisitos para su uso e instalación, por ello en aquel entonces solo se incorporaron en grandes centros comerciales o aeropuertos, muchos especialistas insisten en que se necesita implantar un ambicioso plan nacional para fomentar el aprendizaje de RCP directamente en los colegios, dentro de la comunidad educativa, funcionarios públicos, policías, entrenadores y población general con interés en conocer la técnica .

Las conclusiones nos llevan a hacernos una pregunta cuya respuesta nos parecerá dramática. ¿Sabemos cuál es la primera causa de muerte en Europa?, la respuesta nos va a sorprender, puesto que podríamos pensar en los accidentes de tráfico, el cáncer… pero no, no es así, de hecho nada tiene que ver… se trata de las enfermedades cardiovasculares. Un lugar muy bien destacado dentro de este grupo de enfermedades es ocupado por la muerte súbita, producida a consecuencia de una parada cardiaca respiratoria. Si le echamos un ojo a las estadísticas, el 30% de los afectados por un infarto agudo de miocardio no llega con vida a un centro de asistencia sanitaria, del resto que consiguen llegan, la primera medida que se les aplica es la desfibrilación. Alrededor de 68.000 personas la padecen cada año en nuestro país y como ya se ha señalado, el 30% fallece antes de recibir asistencia, los minutos son cruciales en estas circunstancias, pues las cifras son alarmantes, de ese total del que hablamos, unas 24.000 sufren una parada cardíaca secundaria, una fibrilación ventricular o la muerte súbita. Éstos datos son tan alarmantes que saber que con disponer de un pequeño aparato, que puede ofrecer una descarga perfectamente controlada se puede salvar una vida, hace injustificable la escasa disposición de los mismos al público en general.

2 Objetivos

- Concienciar a la población de la importancia sobre el manejo de un equipo de desfibrilación cuando se produce una emergencia.
- Dar a conocer a cualquier persona el modo de uso del mismo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Bibliografía

- Pérez Vigueras, J. et al (2015) Reanimación CardioPulmonar Básica y manejo del Desfibrilador.
Informe de Dirección General de la Agencia de Calidad del SNS Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad. Ministerio de Sanidad y política social.
- «Procedimiento PPRL-009. Procedimiento para coordinar la formación, mantenimiento y manejo de desfibriladores semiautomáticos». Universidad de Salamanca. Campus de Excelencia Internacional. Procedimiento de prevención de riesgos laborales.
- Gobierno de España. Ministerio de Sanidad y Política Social. (7 de septiembre de 2007). «Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Desfibrilación semiautomática en España. Informe. Versión 0.1.
- Dirección General de la Agencia de Calidad del SNS. Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2 de abril de 2009). «Real Decreto 365/2009». BOE-A-2009-5490. Consultado el 26 de noviembre de 2019.

Capítulo 1566

MEDIDAS DE SEGURIDAD EN INSTALACIONES ELÉCTRICAS HOSPITALARIAS

JOSE MARÍA GONZÁLEZ PEDROUZO

1 Introducción

Los hospitales por su función se tratan de lugares de concurrencia pública. A la hora de realizar su instalación eléctrica se deben tomar las medidas de seguridad necesarias para evitar riesgos que puedan causar daños a las personas y al propio edificio.

2 Objetivos

- Identificar los posibles riesgos que puedan surgir en el recinto hospitalario relacionados con las instalaciones eléctricas.
- Aplicar las medidas necesarias para evitarlos

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Algunas de las medidas de seguridad que deben ser adoptadas en las instalaciones eléctricas consisten en:

- Alumbrado de emergencia, tiene por objeto asegurar el alumbrado normal en caso de un fallo en la alimentación, iluminar los locales y accesos hasta las salidas en caso de ser necesaria una evacuación.
- El cuadro general de distribución deberá colocarse en el punto más próximo posible a la entrada, cuando no sea posible en dicho punto se instalará un interruptor automático.
- Tanto los cuadros generales como los secundarios deben estar situadas en lugares inaccesibles al público.
- Un corte de corriente no puede afectar a más de un tercio de las lámparas instaladas.
- Cuando el alumbrado de emergencia y el alumbrado normal estén conectados al mismo circuito, deberá colocarse un interruptor manual que permita la desconexión del alumbrado normal sin desconectar el de emergencia.
- En cuanto a las canalizaciones los conductores deberán estar aislados y preferentemente empotrados.
- Los cables deben ser no propagadores de incendios con emisión de humos y opacidad reducida.

5 Discusión-Conclusión

Cuando se proceda a realizar la instalación eléctrica en un hospital, se deberán seguir escrupulosamente todas las medidas de seguridad descritas para evitar que puedan surgir accidentes que puedan suponer un riesgo para el público.

6 Bibliografía

- quironprevencion.es.
- forodeseguridad.com.
- prevensystem.com.
- slidshare.net.

Capítulo 1567

INTRODUCCIÓN DE LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y DE LAS COMUNICACIONES EN EL NUEVO MODELO DE LA ADMINISTRACIÓN ELECTRÓNICA.

MARIA SONIA DE LAS VECILLAS SANTOS

MARÍA JOSE CASTRO HEVIA

SARA ÁLVAREZ MENÉNDEZ

IGNACIO CRESPO MADIEDO

1 Introducción

No cabe duda que nos encontramos ante una nueva administración, tanto digital como racional, dentro de un nuevo marco legal por el que se regula en su conjunto el funcionamiento de la Administración y su relación con los ciudadanos.
Las referencias principales que podemos hacer en cuanto al marco legal incluyen y destacan a la Ley 30/1992 de 26 de noviembre de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común con la que se produjo en su día un gran impulso en la inserción y manejo de técnicas y medios "electrónicos, informáticos y telemáticos" por parte de las administraciones en su interacción con los ciudadanos.

Ésta ley fue pionera para abrir el camino hacia la informatización de registros y archivos, que hasta el momento se realizaba de forma manual, lenta y que se encontraba completamente desfasada. Con ella nacieron los registros telemáticos para todo tipo de trámites realizados con registro de solicitudes, escritos, comunicaciones, notificaciones… Fue un punto de partida al amplio campo que estaba por explorar y así poco a poco se abrió camino al resto de leyes que le siguieron y que continuaron su avance.

Con la Ley 11/2007 la administración da un paso más hacia el modo de relación de los ciudadanos con la Administración Pública, intentando dar la opción de ejercer casi todos sus trámites a través de medio electrónicos. Todo ello ha permitido a nuestra Administración, que sea posible la realización de gran número de trámites de los servicios públicos a través de Internet.

Debido a todo ello, a este gran avance de la tecnología en nuestras vidas, fue posible que la administración optase por adaptarse a pasos agigantados a la tecnología, con el fin de estar a la vanguardia en cuanto al intercambio de datos y almacenamiento de los mismos. En muy poco tiempo, toda esa normativa que surgía como algo tan novedoso ha quedado desbancada por nuevas actualizaciones y proceder a la digitalización de la administración se ha convertido en un reto para los servicios públicos de nuestro país. Aquí nace el RD 806/2014 de 19 de septiembre, con el que se sigue avanzando en las capacidades que nos pueden ofrecer las Tecnologías de la Información y de las Comunicaciones (TIC) donde se comienza la organización de los instrumentos que pueden operar con las nuevas tecnologías de comunicación e información, tanto en la Administración General del Estado como en sus Organismos Públicos.

En Octubre de 2015 el Consejo de Ministros da el último gran paso hasta el momento con la aprobación de las nuevas leyes 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas y la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, creando un nuevo marco legal dentro del funcionamiento de la Administración, donde quedan incorporadas todas las novedades aplicadas en el uso de las tecnologías de la Información y las comunicaciones.

En ellas se han tenido en cuenta todas las recomendaciones de la OCDE, en cuanto a Administración Digital se refiere, incluyendo también actos, servicios, políticas de la Unión Europea y su estrategia para los países aliados.

Es en 2020 cuando culmina el gran plan de la UE, cuyo objetivo es convertir el canal electrónico, en la primera opción de comunicación de los ciudadanos con los servicios públicos, reduciéndolos a actos ágiles y sencillos, que integren transparencia e innovación, a fin de conseguir el aumento de la productividad de sus

empleados públicos, donde no solo se tienen en cuenta los canales informatizados sino también las plataformas móviles que dan una importante cobertura a la prestación de servicios públicos.

Uno de los grandes objetivos que se pretende conseguir, es la centralización de las competencias y los medios que se van a emplear para integrar todas las unidades TIC, tanto de la Administración General del Estado como de sus Organismos Públicos, en un mismo órgano administrativo, permitiendo la interacción con el resto de áreas de la Administración en las que se presten sus servicios. Se tratará de conseguir un servicio que combine las telecomunicaciones, el alojamiento de las infraestructuras TIC, nube híbrida, la gestión de seguridad, notificaciones, gestión de personal, generación y validación de firmas electrónicas, gestión de expedientes y documentos electrónicos y archivos electrónicos todo ello va dirigido a la Estrategia de las TIC y a la consecución de los servicios TIC compartidos por toda la Administración.

Nuestro país se encuentra comprometido con el fin de modernizar y transforma la sociedad a través de las nuevas Tecnologías que intenta instaurar en los ámbitos de la Información y la comunicación. Todo ello se ve materializado con la nueva estrategia TIC, que se está empleando en el plan de Transformación Digital de la Administración General del Estado. Con todo ello se está consiguiendo acercar la Administración a la sociedad, convirtiéndolo en un motor de crecimiento, cuyos resultados se reflejan directamente en el ahorro y tiempo que emplean los ciudadanos en sus gestiones, así como facilitarles a los mismos el acceso al amplio abanico de opciones de su relación con la Administración Pública, lo cual supone también un mejor aprovechamiento de los recursos públicos y reducir el tiempo de los empleados en tramitar las solicitudes.
Nuestro Gobierno intenta continuar el impulso imparable de la aplicación de nuevas tecnologías a través de la Administración electrónica, creando la Dirección de Tecnologías de la Información y de las Comunicaciones, a través de esta potente herramienta se pretende conseguir grandes avances, entre ellos se destacan varias medidas que han supuesto magníficos resultados:
- Plataforma @firma de validación de certificados electrónicos
- Plataforma de intermediación de datos (la totalidad de los documentos aportados son escaneados, no requiere su presentación en papel, esta medida ha supuesto no solo reducir el tiempo de proceso de los mismos, sino invertir el tiempo que se destinaba al almacenaje de archivos físicos en ampliar la productividad de todos los procesos).
- Sistema de Notificaciones electrónicas (no se precisa emisión en papel, ni per-

sona de reparto de las mismas).
- Sistema Cl@ve, identidad digital.
- Teléfono de Atención al ciudadano 060, proporciona gran ayuda a todos los ciudadanos orientándoles en el modo de tramitar su solicitud, se trata de un servicio indispensable, si tenemos en cuenta que hay ciertos rangos de edad en las que se encuentran muchas personas que no solo no han nacido en la "era informática" sino que para ellos, todos éstos medios son grandes desconocidos y pueden llegar a contemplarlos como titanes con los que resulta imposible lidiar y necesitan especial dedicación y ayuda para seguir los pasos correctos que le lleven a realizar la acción requerida en cada proceso, pero no solo ese es el fin del 060, sino orientar a toda la población que así lo requiera en el uso de sus múltiples servicios.

Con esta metodología, el número de trámites que se realizan electrónicamente con las administraciones públicas en nuestro país, ha superado el 80%. Aunque la pretensión inicial era ver paulatinamente el cambio finalizado en 2020, aún distamos de poder darlo por integrado al completo, pues quedan muchos flecos que a día de hoy se encuentran en proceso y no ha sido posible combinarlos en lo que ya se denomina como e-Administración, en dicho término queda implícito el motor de crecimiento, ahorro de costes y sobretodo de tiempo para la ciudadanía y la creación de empleo para dar cobertura a todos éstos nuevos servicios que se nos ofrecen.
Adicionalmente y como guinda a tan importante reto, también se intentan abordar múltiples acciones dirigidas específicamente al ámbito sanitario, si tenemos en cuenta que los servicios de salud on-line supondrían un grandísimo estímulo para el desarrollo de la información en nuestra sociedad.
La introducción de las TIC en sanidad, nos permitirá mejorar en la calidad de sus servicios, que se ha de recalcar, es uno de los servicios públicos que posee más interés para los ciudadanos, es por ello uno de los más demandados.
Todas las iniciativas que se están llevando a cabo, son coordinadas por el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Ministerio de Ciencia y Tecnología.

2 Objetivos

Dar a conocer esta nueva herramienta mediante una revisión bibliográfica.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Bibliografía

- Administración Electrónica : Ministerio de Hacienda. (n.d.). Retrieved February 13, 2020.
- Ley 39/2015 de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo de las Administraciones Públicas BOE.es - Documento consolidado BOE-A-2015-10565. (n.d.).
- Ley 40/ 2015 de 1 de octubre de Régimen Jurídico del Sector Publico BOE.es - Documento consolidado BOE-A-2015-10566. (n.d.). Retrieved February 13, 2020.
- PAe - Portal de Administración Electrónica. (n.d.). Retrieved February 13, 2020.
- SEDE - Administraciones Públicas. (n.d.). Retrieved February 13, 2020.

Capítulo 1568

DIMENSIONES DE LA CALIDAD ASISTENCIAL .

MONTSERRAT MIGUEL PICHEL

SUSANA MIGUEL PICHEL

1 Introducción

La evolución de la asistencia sanitaria en España como en el resto de países de cultura occidental, ha sido consecuencia del desarrollo socioeconómico, que ha supuesto un rápido adelanto de la tecnología y del conocimiento científico con el consiguiente aumento no solo del nivel de vida, sino de la esperanza de vida y de la calidad de las prestaciones y derechos de los pacientes.

Esta situación ha despertado nuevas expectativas entre los ciudadanos; que una vez que acceden a la información sanitaria están determinando un cambio en su relación con todos los servicios implicados en la atención sanitaria, desde la parte administrativa hasta la atención médica o los recursos de carácter social que completan la atención que reciben; se habla del paciente "competente".

Un paciente que se implica, ejerciendo responsablemente su autonomía en las decisiones clínicas y que mantiene una relación de respeto hacia la experiencia y conocimientos clínicos de los profesionales sanitarios y no sanitarios implicados en su proceso de salud.
Implica una actitud activa de los pacientes y de exigencia hacia todos los profesionales.

2 Objetivos

- Definir calidad en el marco de los profesionales implicados en el ámbito sanitario.
- Desglosar las características y atributos que se deben tener en cuenta para la consecución de la calidad asistencial.

3 Metodología

Se realizan diversas búsquedas bibliográficas de consulta utilizando las bases de datos Google Académico, Medline Plus, Dialnet y Scielo. También se consultan varios artículos sobre la temática publicados entre 1999 y 2017.

4 Resultados

La Real Academia Española define calidad como la ”propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permiten apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su misma especie”.
Esta definición nos permite identificar varias de sus características esenciales. La necesidad de entender el concepto de calidad como un término relativo, que implica la idea de mejora continua cuando se habla de calidad responde a esta idea.

No se trata de alcanzar un nivel de calidad sino de encontrar la fórmula para aumentarla. Al mismo tiempo no debemos olvidar que el concepto implica comparar, para ello precisamos medir, y para medir necesitamos identificar qué es importante valorar, basándonos en hechos y datos, a los que denominamos evidencias. Con criterios de qué se considera buena práctica, con datos que permitan evaluarla (indicadores), estableciendo el nivel a partir del que consideramos que es hacerlo bien (estándares de calidad).

Todo ello sin olvidar que es el cliente quien realiza la comparación, puesto que la satisfacción de las necesidades y expectativas de los clientes es uno de los objetivos básicos. Por tanto, hablar de calidad en la actualidad implica medir y, ciertamente, medir la calidad para mejorar. Y a la hora de hacerlo no podemos únicamente centrarnos en la relación médico-paciente, puesto que la percepción, la valoración que los pacientes hagan de todos los servicios implicados en su atención (servicio de administración, trabajo social, celadores, médicos, enfermería, tcaes…) tendrá su incidencia en la calidad asistencial.

A fin de ofertar servicios de alta calidad, la asistencia del entorno sanitario debe reunir las siguientes características: ser eficaz, eficiente, segura, adecuada a la demanda, disponible, accesible y tener una continuidad temporal y espacial.

Los atributos de la calidad asistencial identificados más frecuentemente son:

Accesibilidad

Facilidad con que se obtienen, en cualquier momento, la atención sanitaria, a pesar de posibles barreras económicas, geográficas, de organización, psíquicas y culturales.

Aceptabilidad

Incluye dos dimensiones: Satisfacción del paciente. Grado de cumplimiento de sus expectativas en cuanto a la atención recibida y los resultados de la misma. Incluye la satisfacción con la organización, la asistencia recibida, los profesionales y los resultados de la asistencia sanitaria.

Adecuación

Relación entre la disponibilidad de los servicios y las necesidades de la población. Su medida comprende tanto la cantidad de recursos como su distribución geográfica.

Calidad Técnica

Grado de aplicación de los conocimientos y tecnología profesionales disponibles.

Competencia Profesional

Capacidad del profesional de utilizar plenamente sus conocimientos en su tarea de proporcionar salud y satisfacción a los usuarios. Se refiere tanto a la función operacional como a la relacional y tanto de todos los profesionales implicados como a la organización.

Continuidad

Tratamiento del paciente como un todo en un sistema de atención integrado. Los servicios deben ser continuos y coordinados para que el plan de cuidados de un enfermo progrese sin interrupciones.

Cooperación Del Paciente

Grado en que el enfermo cumple el plan de atención. Depende de la relación que se establece entre el paciente y el profesional.

Disponibilidad

Grado en que los servicios sanitarios se hallan en estado operativo. Como regla general, los cuidados médicos deben ser disponibles cuando se necesiten durante el ciclo de vida de la persona y cuando surja cualquier enfermedad.

Efectividad

Capacidad de un procedimiento o tratamiento concreto de mejorar el grado de salud. Es también la relación entre el impacto real de un servicio y su impacto potencial en situación ideal. Relaciona, igualmente, la capacidad de actuar del médico y del equipo médico, de manera que los pacientes consigan el resultado más deseable. Comprende así mismo, minimizar los riesgos y un sistema de documentación del estado de salud y de la atención prestada desde todos los servicios.

Eficiencia

Relación entre el impacto real de un servicio y su coste de producción. También se conceptúa como la prestación del máximo de servicios de calidad por unidad de recursos disponibles o la prestación del máximo de unidades comparables de cuidados sanitarios por unidad de recursos utilizados.

Satisfacción Del Profesional

Grado de satisfacción del profesional sanitario y no sanitario con las condiciones y desarrollo del trabajo. Su inclusión entre los atributos de la calidad se deriva de la influencia que tiene la satisfacción laboral en la calidad del trabajo.

Seguridad

Balance positivo de la relación beneficios/riesgos. También puede conceptuarse como el resultado de la acción sinérgica de la competencia y trato del personal implicado en la atención sanitaria.
Respecto a los equipos y edificios, la seguridad se refiere a la garantía y protección de los mismos.

5 Discusión-Conclusión

Cuando hablamos de calidad asistencial, las dimensiones a tener en cuenta respecto a otros servicios no sanitarios, la mayoría de los autores estiman que la mayoría pueden aplicarse a la calidad de cualquier servicio, a excepción de la accesibilidad que quizás pueda ser un atributo específico de los servicios sanitarios.

La disponibilidad y la accesibilidad son dos de las características de los servicios condicionantes de su gestión, y entre los principios básicos reguladores de la gestión de los servicios públicos destacan la igualdad de tratamiento para quienes se relacionan con ellos y la continuidad temporal y espacial de la prestación.

A la hora de establecer medidas y protocolos que permitan medir la calidad de los servicios no debemos olvidar que no se puede circunscribir únicamente a la relación médico-paciente y que deben incluir a la totalidad de servicios y profesionales del entorno sanitario.

6 Bibliografía

- Lorenzo Martínez S. Sistemas de gestión de la calidad. En Ruiz López P, Alcalde Escribano J, Landa García JI. Eds.
- Gestión Clínica en Cirugía. Aran, Madrid 2005. ISBN 84-95913-61-5
- Informe Amphos 2014. Guía práctica para la implantación de una unidad de gestión clínica (IESE, Abbvie).
- Informe Amphos 2015. Alianzas estratégicas en el entorno hospitalario (IESE, Abbvie).

Capítulo 1569

HIGIENE POSTURAL: ESPALDA SANA.

FLORENTINA ALVAREZ GUTIERREZ

PATRICIA GUTIERREZ PANDIELLO

1 Introducción

Vivimos en una sociedad cada vez más moderna y, por tanto, automatizada. Tanto en el ámbito laboral como en el académico, las nuevas tecnologías están sustituyendo a la acción humana. Son muchas las empresas que, progresivamente, han ido reemplazando la figura humana por la máquina, ya sea por rentabilidad, eficacia, calidad o ritmo de trabajo, entre otras razones.

Un claro ejemplo de máquina y, probablemente, el más famoso de ellos es el ordenador. Este aparato ha hecho que las tareas que antes requerían invertir mucho tiempo se lleven a cabo en cuestión de breve espacio de tiempo. Siempre que nos paramos a pensar en la influencia de este medio electrónico sobre nuestras vidas solo se nos vienen a la cabeza numerosos beneficios, pero son escasas las veces en las que meditamos acerca de los problemas que estos aparatos pueden suponer para nuestra salud.

No somos conscientes del impacto que puede tener en nuestra salud el desempeñar un trabajo de oficina que, además de ocuparnos una gran franja horaria del día, requiere tener un conocimiento básico acerca de la higiene postural, lo que nos evita sufrir problemas físicos y/o emocionales a corto o largo plazo

La higiene postural es un conjunto de normas, consejos y actitudes posturales, tanto estáticas como dinámicas, encaminadas a mantener una alineación de todo el cuerpo con el fin de evitar posibles lesiones. Su principal objetivo es aprender

una serie de normas y hábitos para ayudar a proteger la espalda a la hora de realizar actividades de la vida cotidiana

2 Objetivos

En el presente trabajo se pretende analizar y dar una visión global acerca de los problemas de salud derivados de la práctica laboral en oficinas o en trabajos que no suponen un esfuerzo físico importante.

El objetivo de la higiene postural es aprender a realizar los esfuerzos de la vida cotidiana de la forma más adecuada posible para poder disminuir el riesgo de padecer problemas de espalda. La higiene postural agrupa las medidas que tendremos en cuenta para proteger nuestra salud.

3 Metodología

Para realizar el siguiente capítulo se llevó a cabo una exhaustiva búsqueda en diferentes medios y bases de datos como Pubmed, Scielo, Medline. También se consultaron temarios y guías usando las palabras clave: dolor de espalda, higiene postural y prevención.
Combinando los operadores booleanos ”AND” y ”OR” para combinar las diferentes palabras clave y obtener unos resultados más precisos y más ajustados a nuestras necesidades.
Se han tomado como criterios de inclusión: publicaciones y documentos en español, rechazando los que no se ajustaban a los criterios establecidos.
Se seleccionaron los artículos más recientes y que informasen sobre los objetivos marcados. Y de ellos se sustrajo información pertinente.

4 Resultados

Según un estudio realizado por la Universidad Internacional Ske Ecuador en relación a las posturas forzadas y presentación de sintomatología músculo-esquelética en los trabajadores del área administrativa de una institución hospitalaria, se determinó que el 78% de los sujetos que participaron en el estudio presenta sintomatología músculo-esquelética. Los segmentos corporales que manifestaron un mayor número de molestias fueron: la espalda baja (34,8%), el cuello (30,4%) y la muñeca (26,1%).

El número de horas que se pasa delante del ordenador, sin más movimiento, se deben limitar a tres horas como máximo, con descansos de 15 minutos cada hora. El teclado y la pantalla deben de estar frente a los ojos y así evitar que se gire el tronco o la cabeza. La distancia de los ojos del teclado y a la pantalla debe oscilar entre los 50 y los 70 cm.

Es importante también tener en cuenta la posición de las manos. Las muñecas deben estar apoyadas y permanecer a una altura ligeramente por encima de las teclas. Al teclear los dedos deben apuntar hacia adentro, para así evitar desviaciones en las muñecas. Existen teclados ergonómicos para facilitar la posición de las manos.

Cuando se esté sentado es conveniente mantener la espalda erguida y alineada, repartiendo el peso entre las dos tuberosidades isquiáticas, con los talones y las puntas de los pies apoyados en el suelo. Es conveniente sentarse lo más atrás posible, apoyando la columna contra el respaldo para que se sujete toda la zona dorso-lumbar, y si sentado los pies no llegan al suelo es recomendable colocar un reposapiés.

También hay unos ejercicios que serían muy adecuados para prevenir lesiones:

• Rotar suavemente la cabeza hacia un lado, mantenerla 3-5 segundos en esa posición y girarla hacia el otro lado.

• Elevar los hombros hacia las orejas, manteniéndolos unos 3-5 segundos y llevarlos a su posición inicial.

• Entrelazar las manos detrás de la cabeza y separar lo codos, estirando la parte anterior del pecho.

• Llevar un brazo hacia el hombro contrario por detrás de la cabeza y estirar ese lateral. Mantener esta postura 5 segundos con cada brazo.
• Entrelazar los dedos y estirar los brazos al frente con las palmas hacia fuera durante unos 15 segundos.

• Entrelazar los dedos y estirar los brazos hacia el techo, manteniendo la postura unos 10 segundos.

• Cruzar una pierna y girar el tronco hacia ese lado, ayudándonos del brazo. Para que esta postura sea efectiva tenemos que mantenerla durante 10 segundos, y posteriormente cambiaremos de pierna y de lado.

• Apoyarse en la mesa e intentar arquear la espalda.

5 Discusión-Conclusión

Después de haber realizado una revisión bibliográfica sobre el tema de la higiene postural y su repercusión para prevenir los problemas de espalda, he llegado a la conclusión de que adoptar posturas de trabajo forzadas pueden llegar a presentar un riesgo para la salud del trabajador y llegar incluso a incapacitarlo para las actividades de la vida diaria, ya que una mala higiene postural puede desencadenar numerosas patologías. Por esa razón es importante adoptar medidas preventivas y de control.

6 Bibliografía

- https://www.researchgate.net/profile/Abigail_Burbano/publication/305731354_Guia_de_Medidas_
Posturales_y_Pausas_Activas_aplicadas_a_Secretarias/links/579e793108ae5d5e1e17171d
- https://www.fundacionsigno.com/bazar/6/HPALENCIA_PRL_HIGIENE_POSTURAL.pdf
- http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/download/107/85
- http://blogs.murciasalud.es/edusalud/2013/12/20/recomendaciones-basicas-de-higiene-postural/
- http://repositorio.uisek.edu.ec/handle/123456789/3490
- https://www.ceac.es/blog/introduccion-la-higiene-postural
- https://revistamedica.com/importancia-higiene-postural-tcae/
- http://canalsalud.imq.es/higiene-postural-ante-el-ordenador/

Capítulo 1570

RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS.

SUSANA MIGUEL PICHEL

MONTSERRAT MIGUEL PICHEL

1 Introducción

En el lugar de trabajo, pasamos muchas horas trabajando con los demás compañeros de trabajo. En un entorno sanitario, la cercanía, la presión y los momentos de tensión hace que las relaciones que se establece entre los diferentes profesionales se viva de manera y lo sensible de la actividad que se realice hace que los conflictos puedan suponer una mala intervención y una merma en la calidad de la atención.

Hay que tener en cuenta que, cada uno de los trabajadores sanitarios y no sanitarios, cuenta con una personalidad única y unos valores, por lo que en las relaciones que se establecen no es difícil que se generen discusiones. Las disputas laborales son algo bastante habitual en un centro sanitario, y dada su alta complejidad para resolverlas, se hace necesario que se conozcan cuáles son los sistemas de resolución de conflictos laborales.No olvidemos que las disputas laborales afectan a la productividad y calidad del centro sanitario.

Es cierto que existen ambientes físicos o tareas que pueden provocar más conflictos laborales que otros. Pero, lo que no cabe duda es que cuando las personas van a trabajar a un ambiente tranquilo, se sienten más felices y están más predispuestas a trabajar, es decir, son más productivos para su empresa. Por tanto, es imprescindible prevenir los conflictos laborales.

2 Objetivos

- Reflexionar sobre los conflictos que se dan en el entorno de trabajo.
- Exponer las técnicas que se pueden utilizar en la resolución de conflictos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: pubmed, medline, y scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Los conflictos laborales son, entre otros, las discusiones, entre dos o más personas, producidas en el entorno laboral, por alguna causa que lo provoca. Por lo tanto, pueden ser discusiones entre personas o grupos de personas, que interactúan en el mismo entorno laboral, y que pueden tener categorías profesionales, funciones o servicios de adscripción diferentes. Estas disputas son muy frecuentes, y cuando surgen, desde la gerencia deben saber cómo abordarlas para ponerles solución lo antes posible.

Algunas de las causas que pueden provocar la situación de conflicto:

-Escasez de recursos: Los trabajadores necesitan, para llevar a cabo sus tareas, determinados recursos. En centro sanitario, donde éstos escasean, esto puede originar determinados desacuerdos. La escasez de recursos personales no solo materiales también puede suponer un incremento de los conflictos

-Diferentes percepciones: Los profesionales pueden tener diferentes puntos de vista sobre una determinada situación, la confrontación de ellos puede llevar a discusiones y a la consiguiente necesidad de resolver los conflictos laborales.

-Distribución de tareas deficiente: Si no hay una estructura clara, una distribución de responsabilidades y unos protocolos adecuados, puede suponer el incremento de conflicto, sobre todo entre personal de servicios diferentes (administración, social, médico…).

-Mala comunicación: Una deficiente comunicación puede provocar malos entendidos entre trabajadores o entre trabajadores y gerencia. Así que es importante que los sistemas de comunicación sean adecuados.
-Valores personales contradictorios: El personal que trabaja en el entorno sanitario, sea cual sea su función, tiene sus propios valores personales, dándose diferencias culturales o religiosas, por lo que la no aceptación de un enfoque mutuo puede derivar en discusiones laborales.
-Distintas maneras de trabajar: Si cada trabajador tiene una forma distinta de desempeñar sus tareas, esto puede originar malos entendidos, sobre todo entre personal del mismo servicio.
-Por presión laboral: Cuando el personal trabajo bajo situaciones de presión, estará más susceptible, por lo que es más fácil que se produzcan altercados.
La resolución de conflictos laborales implica saber a qué tipo de disputa nos enfrentamos. Los conflictos laborales se pueden clasificar de diferentes maneras, según el enfoque que se utilice.

Tipos de conflictos en el entorno laboral según las partes que intervienen:
• Conflicto Intrapersonal: Se produce en la misma persona debido a valores contradictorios entre lo que se le pide y lo que él cree correcto.
• Conflicto Interpersonal: En él intervienen varias partes. Normalmente suele producirse entre el personal y superiores o entre los mismos compañeros. También se puede dar entre profesionales y pacientes.
• Conflicto Intragrupal: El que se produce dentro de un mismo grupo.
• Conflicto Intergrupal: Sucede entre distintos grupos.
• Conflicto Interorganizacional: Entre dos o más organizaciones.

Tipos de conflictos en el entorno laboral según las causas que lo motivan:
• Conflicto de relación: Suele producirse al chocar diferentes personalidades.
• Conflicto de información: Debida a malos entendidos.
• Conflicto de intereses: Cuando cada uno tiene unas necesidades y hace sus tareas obstaculizando los intereses de otros.
• Conflictos estructurales: Se producen por desigualdades culturales o educacionales en cuanto a los roles.
• Conflictos de valores: Cuando un profesional intenta imponer sus valores a otro.
Tipos de conflictos en el entorno laboral según su resultado:
• Conflicto constructivo: Cuando se haya llegado a un acuerdo que satisface a todas las partes.
• Conflicto destructivo: No se ha encontrado una solución.

Partiendo de la idea que siempre es mejor prevenir que tener que recurrir a la resolución de conflictos en el ámbito de trabajo, existen diversas técnicas para la resolución de conflictos en el trabajo:

Arbitraje: Es la técnica que suele emplearse para resolver situaciones graves que requieran una rápida solución. Consiste en que una tercera persona, que puede ser el supervisor/a, gerente, responsable de recursos humanos, después de haber escuchado a las partes, proponga una solución. Normalmente es la que menos resultados satisfactorios da.

Facilitación: Se aplica para resolver conflictos de baja o media gravedad. Consiste en que una tercera persona neutral, ayude a que dialoguen las partes implicadas, pero no da una solución al conflicto, ya que ésta vendrá dada por el consenso entre dichas partes.

Mediación: Se aconseja utilizarla cuando la negociación entre las partes, para alcanzar una solución común, está en un punto muerto. Es algo más formal que la facilitación, y consiste en que una persona actúe como mediador, creando el ambiente propicio para que se entiendan.

Indagación: Consiste en la intervención de una o varias personas expertas para que hagan valoraciones y recomendaciones para solventar el conflicto. Es aconsejable realizar esta técnica antes de la negociación.

Negociación: Esta es la mejor técnica, pero siempre no es posible que se produzca. Se trata de que las personas que intervienen en la disputa laboral intenten, de forma pacífica y respetuosa, llegar a una solución que resuelva el problema.

5 Discusión-Conclusión

Los conflictos laborales, son discusiones en el entorno de trabajo, entre dos o más personas dentro de un centro sanitario. Son muy habituales, y los responsables/gerentes deben intentar prevenirlos. En caso de que se produzcan, tienen que estar preparados para solucionarlos lo más rápido posible, antes de que se conviertan en problemas más graves.

Las causas por las que suceden son muy variadas, pueden ser por tener diferentes formas de trabajar, por tener diferentes valores personales, o incluso diferentes objetivos. Es importante la prevención de los mismos, para evitarlos, porque la resolución de conflictos laborales no siempre es fácil. Hay diferentes técnicas,

que ayudan a que las partes implicadas, puedan llegar a un acuerdo.

6 Bibliografía

- Revista Tesela. ISSNN 18872255 Fundación Index.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 1571

EL CELADOR Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN DIFERENTES SERVICIOS

NURIA MARIA MONTOYA STEINLEN

1 Introducción

En ocasiones surgen errores en la identificación, diagnostico, tratamiento del paciente a lo largo de su ingreso en el hospital. Puede ser un error de diferentes áreas, en algunos casos se puede remediar y en otros es inevitable, ya que todos podemos cometer errores. Las distintas organizaciones deben implicarse al completo para que esto no ocurra con los pacientes.

2 Objetivos

- Analizar los posibles errores que se puedan presentar usando métodos adecuados, aplicándolos para evitar dichos errores por parte del conjunto de profesionales los profesionales.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

En el análisis podemos llegar a la conclusión de que un buen método de identificación de pacientes es la pulsera identificativa, dando gran importancia a la información que en ella se incluye, aunque también puede llevar a algún error. El número de habitación en el caso de un traslado en el que se olviden de cambiar la pulsera por una nueva donde viene especificado el nuevo número de habitación en la que se ubica al paciente. Nombre y apellidos que coincidan con otro paciente, en este caso discriminar por número de historia clínica, para estas circunstancias, si el paciente nos puede contestar, preguntarle nombre, apellidos y fecha de nacimiento para así intentar que no exista error. No ubicar en la misma habitación pacientes con nombres y apellidos similares. No suponer que el paciente nos corregirá en caso de que nos equivoquemos de nombre ya que en ese momento puede estar asustado pensando en la prueba que se le va a realizar e incluso no darse cuenta de nuestro error. Las muestras no identificarlas hasta el momento de su obtención.

5 Discusión-Conclusión

El personal y los distintos equipos sanitarios son responsables de la identificación del paciente, por eso es muy importante en la practica sanitaria educar y concienciar a todos en la correcta identificación de los pacientes.

6 Bibliografía

- Google.
- Scielo,.
- Elsevier.
- Pubmed.

Capítulo 1572

SOPORTE VITAL BÁSICO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO.

CONRADO GARCÍA INFANZÓN

1 Introducción

El soporte vital básico (SVB) es un nivel de atención necesario para los pacientes con enfermedades o lesiones que hacen peligrar la vida, que realizamos hasta que el paciente reciba atención médica completa. Puede realizarla el personal médico capacitado, así como técnicos en emergencias sanitarias y por personas que hayan recibido formación sobre el SVB.

2 Objetivos

- Corroborar que los cursos de reciclaje de soporte vital básico y desfibrilador impartidos al personal sanitario en los hospitales sirven para formar y reciclar correctamente al personal sanitario cada año.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se han tenido en cuenta la obtención de datos de personas que han muerto y sobrevivido realizando RCP o utilizando un desfibrilador, en el año 2018 y compararlos con el año anterior. Realización de simulacros al personal sanitario cada año, incluyendo las nuevas técnicas de soporte vital básico y examinando al personal sanitario mediante exámenes escritos y prácticos.

4 Resultados

Los resultados obtenidos del año 2019, nos indican que las personas que han sobrevivido a una RCP aumenta la esperanza de vida cada año que pasa, que la formación y el reciclaje del personal sanitario y no sanitario es vital para ayudar a la supervivencia de las personas. Según los datos obtenidos por Fundación Española del corazón, en España fallecen aproximadamente 100 personas al día por parada cardíaca. Los cinco minutos posteriores a la parada cardíaca son vitales para la realización de un masaje cardíaco y el uso de desfibrilador que aumenta hasta el 90 por 100 las posibilidades de supervivencia.

5 Discusión-Conclusión

Podemos concluir que a medida que nos enriquecemos formándonos en el ámbito sanitario conseguimos ayudar a un compañero o paciente y así a las personas que nos rodean. Es fundamental reciclarnos continuamente para estar preparados ante cualquier situación que se nos presente.

6 Bibliografía

- Guerrero, J., J., Cabezas, F., González, I., Montero-Romero, E., (2012). Supervivencia de la parada cardiorrespiratoria en relación con el área hospitalaria donde se detecta. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S021056912012000600012&script=sci_arttext&tlng=en
- Pajares, R., López, J., Ferrer, L., (2014). Técnicas de soporte vital básico y de apoyo al soporte vital avanzado. Atención y valoración inicial del paciente en situaciones de emergencia sanitaria. https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=4SL9CAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA93&dq=soporte+vital+b%C3%A1sico+en+el+ambito+hospitalario&ots=92vI4EjPaT&sig=EkcWKXURpUG_HZC0MfBQDb4BUaw#v=onepage&q=soporte%20vital%20b%C3%A1sico%20en%20el%20ambito%20hospitalario&f=false

Capítulo 1573

EL EMPLEO DE LAS HABILIDADES SOCIALES EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO.

CONRADO GARCÍA INFANZÓN

1 Introducción

Las habilidades de comunicación o habilidades sociales, son aquellas que nos permiten enviar, recibir, emitir y elaborar ideas, actitudes y opiniones de objetivos personales o de una organización. La comunicación puede ser verbal y no verbal.

2 Objetivos

- Conocer lo importantes que son los elementos de la comunicación del entorno sanitario. Establecer las estrategias comunicativas relacionadas con la atención del paciente y sus familiares.

3 Metodología

Realización de 2 protocolos de actuación del personal sanitario sobre que habilidades de comunicación emplear según la situación dada, uno para familiares y otro para pacientes. Realización de encuestas a 10 familiares y 10 pacientes sobre cómo les han transmitido la información de la enfermedad y como se han sentido, habiendo utilizado los protocolos anteriormente mencionados y otras 10 encuestas a otros familiares y pacientes en los cuales no se han empleado los protocolos.

Establecer una relación entre las encuestas que si se utilizaron los protocolos y los que no emplearon protocolos, analizando la ansiedad, angustia y estrés.

4 Resultados

En el estudio podemos ver que de las 10 encuestas realizadas 8 pacientes y 6 familiares tratados con protocolo han encajado mejor las noticias y los niveles de ansiedad, angustia y estrés han sido bajos. Sin embargo los otros pacientes y familiares tratados sin protocolo han obtenido puntuaciones con altos niveles de ansiedad, estrés y angustia llegando a necesitar asistencia psicológica. Podemos decir que el empleo de estrategias comunicativas en protocolos implantados en un hospital ayuda a comunicar y afrontar una enfermedad.

5 Discusión-Conclusión

El empleo de las habilidades de comunicación en el ámbito sanitario es muy importante para poder desarrollar un entorno sano y cálido con los pacientes y sus familiares motivándolos a mejorar la enfermedad y tolerando mejor los diagnósticos y tratamientos.

6 Bibliografía

- Blanco, E., (2018). ¿Qué son las habilidades sociales? Tipos y para qué sirven. Recuperado de https://psicologosoviedo.com/especialidades/ansiedad/habilidades-sociales/
- Collado, E., Vindel, A., (2014). Habilidades sociales. Recuperado de http://www.bemocion.mscbs.gob.es/comoEncontrarmeMejor/guiasAutoayuda/docs/guia_habilidades_sociales.pdf

Capítulo 1574

SALUD LABORAL DE AUXILIARES ADMINISTRATIVOS Y CELADORES DEL SECTOR SANITARIO.

EVA BEATRIZ BLANCO GUTIERREZ

MARIA DOLORES GARCIA GONZALEZ

LIDIA FERNANDEZ BARRERO

1 Introducción

La Salud Laboral tiene como objetivo fundamental la promoción de la salud de los trabajadores a través de la mejora de las condiciones de trabajo. Según la Organización mundial de la salud (O.M.S), La salud es "El estado de completo bienestar físico, psíquico y mental de un individuo y no solamente la ausencia de enfermedad o Invalidez. Lo que nos quiere decir que la salud no depende únicamente de que nuestro cuerpo este sano, sino que se ve influenciada por los factores ambientales, en las que se encuentran incluidas en primer lugar las condiciones de trabajo.

Los trabajos relacionados con el ámbito sanitario, en centros de salud, hospitales o en otros espacios de atención al paciente tienen riesgos laborales específicos originados por actividades, instalaciones y equipos específicos del sector sanitario, además de los riesgos propios asociados a todo lugar de trabajo, que en el caso de la actividad sanitaria se desarrolla en edificios cerrados, compartidos por pacientes y familiares. Con lo que es más fácil de contraer enfermedades víricas.

2 Objetivos

- Recoger información sobre la salud laboral en el sector sanitario y estudiar cuáles son los problemas de salud más frecuentes que sufren los auxiliares administrativos y celadores que trabajan en sanidad.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: pubmed, medline, y scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Entre los auxiliares administrativos y celadores los riesgos más comunes son las enfermedades ergonómicas.

Los riesgos ergonómicos
Están asociados a lesiones osteomusculares principalmente, siendo éstas las enfermedades profesionales más frecuentes.
Los riesgos ergonómicos aparecen principalmente por:
- Manipulación manual de cargas: destacando la movilización de enfermos que es una de las tareas más comunes del celador.
- Higiene postural es fundamental para evitar lesiones cuando se lleva a cabo cualquier actividad y aún más en el caso de la manipulación de cargas.
- Movimientos forzados: con o sin carga, pueden provocar contracturas musculares y lesiones de articulaciones y ligamentos.
- Sedentarismo: la falta de actividad física y el sedentarismo provocan debilidad muscular, muy común en auxiliares administrativo.
- Movimientos imprevistos: si el paciente realiza un movimiento brusco no esperado, es necesario que el trabajador o trabajadora lleve a cabo un sobreesfuerzo que, además, suele hacerse rápidamente y con posturas inadecuadas con lo que aumenta el riesgo de producirse una lesión.

Uso de pantallas de visualización de datos. El uso cada vez más frecuente de ordenadores o la mala ubicación o colocación del equipo informático, las malas

posturas.

Medidas preventivas
Manipulación de cargas:
- La manipulación manual de cargas mediante el uso de dispositivos mecánicos o modificando la tarea de manera que no sea necesaria esa manipulación.
- Modificar las tareas, el entorno o las condiciones de la propia carga con el fin de facilitar la manipulación.
- Adaptar las cargas a las condiciones de los trabajadores y trabajadoras que realizan el trabajo y dar formación adecuada teórica y práctica en técnicas de manejo.
- Levantar la carga en equipo.
- Manejar la carga con la espalda recta y pegada al cuerpo
- Empujar mejor que tirar (sillas, camillas, carros, carritos, etc…)

Higiene postural:
- Mantener la espalda recta.
- Flexionar las rodillas.
- Adecuar la altura y la distancia del plano de trabajo.
- Sujetar al paciente próximo al cuerpo y agarrarlo bien.
- Mantener una postura estable separando los pies y colocando uno ligeramente delante del otro.
- Girar todo el cuerpo.
- Usar puntos de apoyo si es posible.
- Formación específica en la movilización de enfermos.
- Uso de ayudas mecánicas, siendo necesario recibir formación de su uso.
- Movilización en equipo.

Uso de pantallas de visualización de datos:
- Diseño físico correcto del puesto de trabajo.
- Formación del trabajador y de la trabajadora en cuanto a la postura estándar o de referencia.
- Utilización de asientos apropiados (de cinco patas con ruedas, regulable en altura, respaldo regulable).
- La pantalla debe situarse de manera que la línea superior de la misma se encuentre al mismo nivel o algo por debajo de la horizontal de los ojos del trabajador.
- El ratón debe manejarse con el antebrazo apoyado en la mesa o la muñeca de la mano en la mesa y el codo en el reposabrazos de la silla.

- Utilización de atriles o porta documentos para evitar los giros de cabeza.
- Utilización de reposapiés regulable en altura.
- Ajuste del mobiliario al trabajador o trabajadora.
- Garantizar unas condiciones adecuadas de trabajo (confortables).
- Instalación de equipos de trabajo en correcto estado y mantenimiento de los mismos.
- Efectuar pausas cortas y frecuentes, incluso levantándose del asiento, por cada hora de trabajo.
- Realizar ejercicios de relajación moviendo cabeza y estiramientos.

5 Discusión-Conclusión

La defensa de la salud en el trabajo implica la protección de los trabajadores frente a todas las posibles agresiones a su bienestar físico, mental y social originadas en el trabajo. Además requiere, la mejora continua de las condiciones de trabajo para promover el bienestar de las personas. En la salud laboral hay que tomar medidas para la prevención y la promoción favoreciendo el entorno del trabajo para poder evitar todas las causas que puedan llevar a perjudicar la salud.

Es muy importante que todos tomemos conciencia a la hora de cuidar nuestra salud, sería necesario que las instituciones el gobierno y los propios trabajadores combatan los riesgos en su fuente cada uno con las responsabilidades que le corresponda. El programa de seguridad y salud en el trabajo deberá ser entendido y aceptado como medio para mejorar las condiciones del trabajo, por todo el personal, es imprescindible contar con el apoyo de los directivos de cada área, atreves de la difusión de los conceptos de seguridad, intentando conseguir la máxima participación y colaboración.

Para llevara a cabo las prevenciones es conveniente que estemos todos concienciados que debemos cumplir las medidas preventivas para combatir los riesgos. Desde el sector sanitario debemos de dar ejemplo, puesto que trabajamos en sanidad y no sería ético que los propios trabajadores no cumpliéramos las normas de seguridad para cuidar nuestra propia salud.

6 Bibliografía

- Prevención de riesgos laborales en el sector sanitario. Tomado de https://www.gestion-sanitaria.com/11-riesgos-especificos-sector-sanitario.html

- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.
- Guía enfermedades relacionadas con el trabajo del personal sanitario Informar para prevenir. Tomado de http://istas.net/descargas/guiaEEPPsanidad.pdf
- Curso Loggos salud laboral: prevención de riesgos laborales.

Capítulo 1575

LA IMPORTANCIA DEL CELADOR EN LA REHABILITACION DE LOS PACIENTES

VIRTUDES CASTRO RODRIGUEZ

1 Introducción

El Servicio de Rehabilitación de un Hospital abarca todos aquellos “tratamientos” que se puedan realizar a un paciente enfermo de cualquier edad (bebes, niños adultos, ancianos), para ayudarlo en su mejora tanto física como psíquica, ya que estos tratamientos van desde gimnasio, Logopedia, Terapia Ocupacional, Piscina, Electroterapia, Parafina, Respiratorio.

A este servicio acudirán tanto ”PACIENTES EXTERNOS” (derivados desde el propio hospital u otros centros sanitarios por orden médica) Y ”PACIENTES INTERNOS”, ingresados en el propio hospital.

El trabajo del celador en rehabilitación, no engloba solo el trabajo dentro del gimnasio (recuperación física), sino todo lo relacionado con la atención , del paciente desde su llegada a rehabilitación, lo que denominamos como CELADOR DE PUERTA DE REHABILITACIÓN, así como las funciones que desempeña el CELADOR dentro de todos los servicios que lo engloban : Gimnasio, Piscina, Terapia ocupacional, Logopedia, Electroterapia, parafina…y todos aquellos servicios que supongan una mejora del paciente enfermo, que variaran según el centro donde se realice.

2 Objetivos

- Incrementar y actualizar los conocimientos teórico-prácticos de los celadores en los servicios de rehabilitación sobre funciones, patologías, protocolos y dinámicas de trabajo con el fin de garantizar la calidad y eficacia de su labor y con ella contribuir a la mejora de los servicios públicos.
- Establecer de manera clara y sencilla las funciones principales de los celadores del servicio de rehabilitación, que engloban al celador de puertas de rehabilitación, como al resto de celadores que realizan su labor en los diferentes tratamientos. Así como la interacción de los celadores con el resto de profesionales y pacientes, para un correcto funcionamiento de los Servicios d Rehabilitación.

3 Metodología

Nos hemos basado para la búsqueda de información principalmente en Las funciones de los Celadores vienen recogidas en el artículo 14, punto 2, del Estatuto de Personal No Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social. Dicho estatuto se plasmó en una Orden del Ministerio de Trabajo de 5 de Julio de 1971 (publicado en el B.O.E. del 22 de Julio de 1971).

Aunque se ha promulgado el nuevo Estatuto Marco que afecta a todo el personal estatutario del Sistema Nacional de Salud (Ley 55/2003, de 16 de diciembre) y deroga los tres estatutos vigentes hasta la fecha, las funciones recogidas en el antiguo Estatuto continúan vigentes (según la Disposición Transitoria Sexta de la Ley 55/2003).

Así como en diferentes páginas web de de Google Academy, con las que hemos completado la información.
También nos basamos en la experiencia profesional en este campo de nuestras autoras.

4 Resultados

Distinguiremos entre:
FUNCIONES DEL CELADOR DE PUERTA DE REHABILITACION SERAN FUNDAMENTALMENTE:
1. Vigilar la entrada al Servicio de Rehabilitación.

2. Informar a los pacientes de la zona donde se encuentran los diferentes tratamientos.
3. Coordinarse con el personal de las ambulancias para la recogida de pacientes con movilidad reducida por lesiones, ictus, derrames… que no se valgan por sí mismos y ayudar a su movilidad, bien sea acompañándolos caminando, en silla de ruedas o camilla y llevarlos al tratamiento que corresponde (piscina, gimnasio, terapia…), y su posterior retorno en ambulancia a su destino de origen.
4. Controlaran a los pacientes durante la espera de entrada los tratamientos, y su posterior recogida en ambulancia, por si pudiera producirse alguna anomalía en su estado de salud y así poder actuar con rapidez, avisando a Auxiliares de Enfermería y Enfermeras que se encuentran en el Servicio de Rehabilitación para que puedan atenderlos y solucionarlo a la mayor brevedad posible.
5. Darán cuenta a sus inmediatos superiores de los desperfectos o anomalías que se encontraran en la limpieza y conservación del edificio y material (sillas de ruedas, camillas..).
6. En caso de conflicto con un visitante o intruso, requerirán la presencia del personal de Seguridad.
7. En casos excepcionales podrán ser requeridos para cualquier otra actividad contemplada en su estatuto y todas aquellas funciones similares a las anteriores que les sean encomendadas por sus superiores y que no hayan quedado específicamente reseñadas.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión final podríamos decir que el trabajo del celador es fundamental en el Servicio de Rehabilitación, pues de él depende principalmente la movilización y traslado de los paciente a los diferentes tratamientos. Y será fundamental para ello contar con formación continua, especialmente relacionada con movilización y trato con el paciente.

También tenemos que decir que para que un servicio funcione bien (Rehabilitación) es fundamental el Trabajo en Equipo de todos los profesionales que lo componen desde Médicos, Fisioterapeutas, Logopedas, Terapeutas, Enfermeros Auxiliares de Enfermería, Auxiliares Administrativos, Celadores, Personal de Limpieza….. Esta colaboración entre todos beneficiara tanto al hospital, como al personal miembro del equipo y fundamentalmente y más importante al paciente.

6 Bibliografía

- Estatuto de Personal No Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social.
- Celadores. Servicio Andaluz de Salud.
- Base de datos Pubmed y Cuiden.
- Base de datos Cuiden.
- Manual/Temario Online de celadores de Instituciones Sanitarias.

Capítulo 1576

COMPARACIÓN DE LAS POSTURAS ERGONÓMICAS DEL CELADOR Y DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO.

LIDIA FERNANDEZ BARRERO

MARIA DOLORES GARCIA GONZALEZ

EVA BEATRIZ BLANCO GUTIERREZ

1 Introducción

Dentro del centro hospitalario, cada categoría laboral tiene sus funciones asignadas que se deben de realizar de manera correcta y ordenadamente. No todos los trabajadores del hospital tienen los mismos riesgos laborales, ni el mismo ritmo de trabajo. En este capítulo expondremos las funciones que tienen el celador y el auxiliar administrativo, sus posiciones ergonómicas y realizaremos una leve comparación de ambas.

2 Objetivos

- Exponer las funciones básicas de un celador
- Exponer las funciones básicas de un auxiliar administrativo.
- Exponer las posturas y movimientos más frecuentes de un celador.
- Exponer las posturas y movimientos más frecuentes de un auxiliar administrativo.

- Comparar las posturas ergonómicas de un celador respecto a un auxiliar administrativo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: pubmed, medline, y scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Entre las profesiones sanitarias, los celadores son especialmente los profesionales más afectados por trastornos musculo-esqueléticos, pues su trabajo está directamente vinculado a la manipulación manual tanto de pacientes como de cargas.

Tareas que realiza el celador:
• Movilizaciones de pacientes y cambios posturales.
• Traslado de pacientes en silla de ruedas o en cama.
• Movilización de grúas de levantamiento de pacientes en el caso de que estos no colaboren.
• Distribución de material, historias clínicas, informes, material de farmacia…
• Traslado de máquinas y equipos.
• Ayudar durante el aseo de pacientes.

Tareas que realiza el auxiliar administrativo:
• Atención de llamadas telefónicas.
• Recibir y custodiar documentos.
• Tramitar expedientes.
• Actualizar la agenda.
• Saber utilizar los recursos de una oficina.

Según podemos observar, los trabajos del celador y del auxiliar administrativo son muy distintos entre sí. Mientras que el celador tiene un trabajo muy dinámico, el del auxiliar administrativo es sedentario. El celador se pasa la gran parte de su jornada laboral moviéndose por dentro del hospital de un lado hacia otro,

trasladando pacientes y equipos. El auxiliar administrativo se suele pasar la mayor parte del tiempo sentado en una silla, frente a una pantalla de ordenador.

Pero, a pesar de todas estas diferencias en cuanto a su actividad durante la jornada laboral, el celador y el auxiliar administrativo trabajan en el mismo ambiente, un centro hospitalario, y las condiciones a la que están expuestos son las mismas. Es importante que en el centro de trabajo haya unos niveles de iluminación, ruidos, temperatura y humedad que estén dentro de los límites establecidos por ley. Así evitaremos las posibles enfermedades causadas por trabajar en un ambiente no adecuado.

Las características explicadas de cada trabajo pueden provocar riesgos en la salud, que no van a ser iguales para ambas categorías, pues su forma de trabajo es muy distinta.
Describiremos unas posturas ergonómicas, adaptadas para cada categoría, para evitar daños en la salud de estos trabajadores y reducir al máximo los posibles riesgos laborales, tales como fatiga muscular, tendinitis, lumbalgias, golpes, fatiga mental, vista cansada o cefaleas.

Posturas ergonómicas para celadores:
Como ya hemos explicado anteriormente, sabemos que los celadores deben transportar cargas muy a menudo en su día a día. Estas, dependiendo de su peso y tamaño, pueden provocarle al celador unas lesiones más o menos graves, siempre y cuando no se sigan unos pasos concretos para evitarlas. Ante el levantamiento de una carga, deberemos planificar el levantamiento. Nos fijaremos en las indicaciones de la caja, y utilizaremos un calzado y equipo adecuados a la tarea que vayamos a realizar. Separaremos los pies con la finalidad de adquirir una postura estable, adelantando un pie en la dirección del movimiento. Doblaremos las piernas, manteniendo la espalda recta.

De esta manera conseguiremos usar los músculos de las piernas más que los de la espalda. No giraremos el tronco ni adoptaremos posturas forzadas. Para levantar la caja, usaremos las dos manos y procuraremos pegarla lo máximo posible a nuestro cuerpo. Levantaremos suavemente la carga del suelo, estirando las piernas. No realizar giros, mejor mover los pies. En el caso de que queramos cambiar el agarre de la carga, la apoyaremos en algún sitio. Para posar la carga en el suelo, volveremos a doblar las piernas suavemente, con la espalda siempre recta. En el caso de que queramos poner la carga en un lugar alto, apoyaremos la carga a mitad de camino para poder cambiar el agarre y después seguiremos moviéndola.

En el caso de la movilización de enfermos, el proceso es muy parecido. Debemos de mantener siempre la espalda recta y las piernas un poco flexionadas. Al levantar a un paciente de la cama, lo acercaremos lo más próximo a nosotros que podamos, pues una carga pegada a nuestro cuerpo nos pide menos esfuerzo que una carga alejada del cuerpo. Pediremos ayuda a nuestros compañeros en el caso de que nosotros solos no podamos realizar una tarea, bien porque el paciente sea muy pesado o poco colaborador. Siempre que lo necesitemos, echaremos mano de los recursos mecánicos de los que dispongamos, tales como grúas de levantamiento o tránsfers.
Posturas ergonómicas para auxiliares administrativos:

El trabajo de auxiliar administrativo, mucho más sedentario que el trabajo del celador, también puede ocasionar riesgos para la salud del trabajador. Los riesgos más comunes son contracturas, cefaleas, vista cansada, fatiga mental, dolores de espalda o cansancio. Es muy importante mantener la cabeza recta o un poco inclinada hacia delante. El ordenador debe estar colocado en frente de nosotros. Los hombros deben de estar relajados, nunca se deben echar hacia delante y elevados. Mantendremos los codos pegados a nuestro cuerpo.

Usaremos la parte baja del respaldo de la silla para apoyar nuestra región lumbar, y la parte alta para apoyar ligeramente la espalda, ya que esta debe permanecer recta o ligeramente apoyada. Mantener las muñecas rectas y las rodillas ligeramente por debajo de las caderas. Se puede utilizar un reposapiés para aumentar la comodidad de la postura. Con el objetivo de variar la postura a lo largo de la jornada, podemos alternar funciones como archivar papeles o repartir objetos.

5 Discusión-Conclusión

Como podemos observar, el trabajo del celador y del auxiliar administrativo son muy distintos entre sí, pero igualmente existen unas posiciones ergonómicas con la finalidad de reducir al máximo posible los daños causados por las malas posturas. El bienestar físico y psicológico de los trabajadores está muy relacionado con el mobiliario que utilizan a diario, así como con los esfuerzos físicos innecesarios y las malas posturas adaptadas durante largos periodos de tiempo.

6 Bibliografía

- https://www.gesformacion.edu.es/blog/funciones-auxiliar-administrativo/
- https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/12015/TFM-P-199.pdf;jsessionid=FD6EF9F1632FBAA9C9AAB4573C4209D4?sequence=1 https://es.scribd.com/doc/2741795/Ergonomia-en-el-trabajo-administrativo
- https://www.educaweb.com/profesion/auxiliar-administrativo-903/
- Libro de preparación de oposiciones de Celador, editorial MAD.
- Libro de preparación de oposiciones de Auxiliar Administrativo, editorial MAD.
- https://www.formacionyestudios.com/cuales-las-funciones-auxiliar-administrativo.html
- http://www.auxiliar-enfermeria.com/funciones_celador.htm
- https://www.ifp.es/blog/que-es-un-celador-y-que-hace

Capítulo 1577

LA CALIDAD DE LA ASISTENCIA SANITARIA

SILVIA MARIA FUENTES MIGUEL

1 Introducción

La evolución de la asistencia sanitaria en España se debe al desarrollo socioeconómico que ha supuesto un avance en la tecnología y el conocimiento científico con el aumento de la calidad de las prestaciones y derecho de los pacientes e incluso de las esperanzas de vida.

La Real Academia Española define calidad como "la propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permiten apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes en su misma especie. Por tanto, hablar de calidad en la actualidad significa medir la calidad para mejorar.

2 Objetivos

- Asegurar una atención sanitaria personalizada y más centrada en las necesidades particulares del paciente y para ello, es necesario centrarse en apoyar a los profesionales en todo lo que contribuya en favorecer la atención sanitaria.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La definición de calidad más sencilla está inspirada por W. Edwards Deming que indica que es hacer lo correcto en la manera correcta.
Desde la perspectiva de salud pública, la calidad significa ofrecer los mayores beneficios a la salud, con la menor cantidad de riesgos a la salud, a la mayor cantidad de personas dados los recursos disponibles.
La calidad puede referirse a la calidad técnica de la atención, a los aspectos no técnicos de la prestación de servicios como pueden ser, por ejemplo, el tiempo de espera y a los elementos programáticos tales como la infraestructura, el acceso y la administración.
La organización mundial de la salud (OMS) define la calidad como" la calidad de atención consiste en el desempeño adecuado de intervenciones confirmadas como seguras, que sean económicamente accesibles a la sociedad en cuestión y capaces de producir un impacto sobre las tasas de mortalidad, morbilidad, minusvalía y desnutrición.
El Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud elaborado por el Ministerio de Sanidad enumera unos principios que pueden ser asumidos por los profesionales que trabajan en el ámbito sanitario:
- Centrado en las necesidades de pacientes y usuarios.
- Evaluable en el resultado de sus acciones.
- Decidido a fomentar la excelencia clínica.
- Capaz de planificar sus recursos humanos con suficiente anticipación para cubrir adecuadamente las necesidades.
- Transparente para todos.
- Interesado en impulsar la evaluación de tecnologías y procedimientos con base en la mejor evidencia disponible.

Para los ciudadanos, la asistencia sanitaria de calidad es la que respuesta a una serie de necesidades como pueden ser los tiempos de espera, la gestión del riesgo sanitario, el derecho a la autonomía del paciente a la intimidad y sobre todo, el derecho a la información.

5 Discusión-Conclusión

Toda organización sanitaria que quiera ser de calidad debe adaptar las estrategias al entorno.
Los hospitales y centros de salud deben medir la calidad de la atención y sobre todo, asegurar su transparencia.

La atención que los pacientes reciben cuando acuden a un centro sanitario depende de muchas personas, factores y circustancias; por lo que es necesario unir esfuerzos para que nada falle.

6 Bibliografía

- https://www.astursalud.es
- Gestión de la calidad del Ministerio de Sanidad. https://www. Mccbs.gob.es
- https://www. Elsevier.es

Capítulo 1578

VIOLENCIA DE GÉNERO: DETECCIÓN DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

MARÍA JOSEFA GARCÍA ALONSO

REBECA RODRÍGUEZ GARCÍA

1 Introducción

En este capítulo vamos a tratar la violencia de género, y cómo identificar a las personas que acuden a los centros sanitarios a causa de dicha violencia.
Comenzaremos con unas definiciones:
La ONU (ONU, 1993) define la violencia de género como ”todo acto que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada”.
Machismo es la actitud de prepotencia de los hombres frente a las mujeres.
El micromachismo es una práctica legitimada por el entorno social, el uso cotidiano de lenguaje sexista y misógino. Encontramos algunos ejemplos en las entrevistas de trabajo o en los tratos entre compañeros.
El secretario general de la ONU, Antonio Gutiérrez, asegura que si las mujeres participaran en igualdad de condiciones en el trabajo con los hombres el PIB mundial podría aumentar en un 26%. Así todo, la brecha salarial es algo real, y se puede observar claramente, ya que las mujeres cobran por el mismo trabajo que los hombres unos 77 centavos menos.

Tipos de violencia (Kramer A, 2004)

- Violencia psicológica (Mouton CP, 2010). Se caracteriza por abuso verbal (Orte Socías C, 2010) abierto (insultos, ira) o encubierto (comentarios sutiles), humillaciones, desvalorizaciones en público imprevisibles, ridiculizaciones, no atención en mujeres dependientes, control de las llamadas, del móvil, de internet. Boicotear las relaciones con la familia, con las amistades, etc. Todo abocado a conseguir que la mujer abandone sus relaciones sociales y al aislamiento. Generalmente suele aumentar en intensidad, frecuencia y variedad.
- Violencia económica (Postmus JL, 2012). El objetivo es que la mujer acabe dependiendo económicamente de su pareja, privándola del acceso a las cuentas, abandono del trabajo o apropiación de su patrimonio.
- Violencia ambiental. Hacer daño a la mujer a través de objetos que tengan especial importancia para ella (regalos con algún significado, fotos, etc.) o hacer daño a mascotas o a personas queridas a su cargo: niños, ancianos, etc.
- Violencia sexual. Obligar a la mujer a mantener una relación sexual sin su consentimiento, o a mantener prácticas sexuales no deseadas que se definen como violaciones.
- Violencia física. Golpes, empujones, puñetazos. Quemaduras, heridas por diversos objetos, arma blanca, etc. Hasta en última instancia, el asesinato.

Las dificultades más comunes para identificar la violencia de género en el ámbito sanitario son las siguientes:
- Falta de conocimiento y coordinación entre los distintos recursos: el personal no conoce los tipos de violencia detallados anteriormente, o las herramientas de las que dispone.
- Ausencia de trabajo en equipo: no hay comunicación entre el personal, la persona que recibe al paciente (celador de urgencias, auxiliar administrativo en el mostrador u otros). Observa unas posibles señales de alerta que no sabe transmitir al facultativo u otros miembros de la cadena.
- Deficiente formación en violencia. El conocimiento es la base de todo, y por eso la formación continua resulta indispensable.

Una vez claras las definiciones y posibles orígenes expondremos los objetivos del capítulo.

2 Objetivos

- Hacer una revisión del estatus social de la mujer y los datos de la violencia de género en la actualidad.

- Analizar la preparación del personal de los centros de salud (enfermeras, celadores, auxiliares administrativos…) cualquiera que trate con potenciales víctimas y ver en qué aspectos se podría mejorar.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.
Nos basamos concretamente en estudios sanitarios como el de Raquel Baides Noriega -Enfermería del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA) para obtener datos de Asturias.

4 Resultados

La organización mundial de la salud nos plantea los problemas reales a nivel mundial y posibles soluciones a largo plazo basándonos en la educación para cambiar la sociedad. Aconseja inversión para poder mejorar en los resultados.

En una sociedad paritaria debe haber una condena total al abuso, y para comenzar esta andadura, tenemos leyes para la igualdad de hombre y la mujer. Como, por ejemplo, la ley orgánica 3/2007 del 22 de marzo y ley orgánica 1/2004 del 28 de diciembre de violencia de genero. Es un pequeño paso para marcar el de socialización y educación, la lucha por la dignidad humana y la libertad de las personas, que tiene que ser un objetivo prioritario.

Además de las normativas generales, el sistema de salud tiene sus propias herramientas para poder guiar a su personal. Por ejemplo, el Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género, del Ministerio de Sanidad (2007) y actualizado en 2013. En nuestra opinión debería actualizarse de nuevo, pues ha pasado bastante tiempo desde su última revisión.

Según lo revisado en los artículos de la bibliografía, noticias y experiencia propia, la falta de preparación del personal no sanitario y también del sanitario, se puede resumir en los siguientes puntos:

- Pasividad: no consideran que sea su obligación estar atentos a los pacientes, cumplen sus funciones, lo más rápido que pueden y sin implicarse.
- No se identifican los signos inespecíficos o lesiones de la víctima. No son capaces de clasificar o interpretar los signos que encuentran y no quieren fallar.
- No preguntan por miedo a ofender al paciente: si malinterpretas los signos y dejas ver que piensas que es una víctima de violencia de género la persona puede tomárselo mal. Porque realmente sea una víctima y no lo quiera asumir, sienta vergüenza o que se invade su intimidad. O que por el contrario, tengan otra causa justificada, y se esté incurriendo en una falsa acusación.
- Desconocimiento de la ley
- Frustración ante la falta de resultados inmediatos. Es posible que no se vuelva a ver al paciente en el mismo centro. Que el trabajador sea trasladado o que no coincidan más. Al no tener un contacto continuo, ocurre cierta despersonalización, que con una continuidad en la historia ya no sucedería, ya que al estar al tanto de la evolución del paciente, hay mayor implicación por parte del personal y también una mayor confianza que eliminaría la pasividad del primer punto o el miedo a la ofensa del tercero.

5 Discusión-Conclusión

Muchos de los datos que se pueden encontrar a cerca de la violencia de género en los centros sanitarios, se centran únicamente en las figuras de las enfermeras. Pero en todos los centros de salud o cualquier área de hospital hay un equipo, no solo una enfermera/o, sino un conjunto de personas, que deberían estar completamente al servicio de los pacientes.

Abordando un tema tan delicado, la enfermera/o además de buscar apoyo en el trabajador social para gestionar el VG debería incluir en el estudio el resto del personal, incluido el facultativo en primera línea, pasando por administración y el celador/a, puesto que es un equipo en conjunto. Las instituciones deberán facilitar protocolos específicos para cada centro (con los recursos que hay disponibles) y formación completa y consensuada con el resto de los organismos y servicios oficiales, ya que, tras la revisión de diferentes protocolos sanitarios españoles, se considera insuficiente la información encontrada respecto a algunos aspectos.

Los profesionales sanitarios no estamos capacitados para determinar qué tipos de violencia son delito, por ello no se esclarece el dilema ético sobre el derecho de autonomía de la mujer cuando no desea revelar la situación y la obligación de revelar la situación a las autoridades judiciales ante posible hecho delictivo. No

se debe olvidar que la confianza depositada por la mujer y la buena calidad del vínculo entre la mujer y el personal sanitario puede determinar el impacto en la salud de la mujer y verse afectado por este tipo de actuaciones.

Personalmente creemos que deberían reforzarse ciertas figuras, como es la del psicólogo, para favorecer la detección y atención primaria en casos de violencia de género. Plantemos que el protocolo a seguir se base en la existencia de una unidad que gestionara un posible VG. Y que se deriven los casos desde esa unidad a los centros o áreas de hospital aun área concreta sin alertar al paciente pero con eficacia.

Existen datos procedentes de los países de ingresos altos que indican que las intervenciones de sensibilización y la prestación de orientación psicológica para mejorar el acceso a los servicios dirigidos a las víctimas de violencia de pareja son eficaces a la hora de reducir dicha violencia. Los programas de visitas domiciliarias en que participan los servicios periféricos de salud por medio de profesionales de enfermería capacitados también parecen prometedores a efectos de reducir la violencia de pareja. No obstante, aún han de evaluarse para poder ser utilizados en entornos con pocos recursos.

Las intervenciones que promueven la sensibilización y emancipación de la mujer, la prestación de orientación psicológica y las visitas domiciliarias podrían favorecer la prevención o la reducción de la violencia de pareja contra la mujer. Igual que las situaciones de conflicto, posconflicto y desplazamiento pueden agravar la violencia existente, como la infligida contra la mujer por su pareja y la violencia sexual fuera de la pareja, y dar lugar a nuevas formas de violencia contra la mujer.

En conclusión: la búsqueda de la igualdad es una meta irrenunciable para conseguir avances sociales y mejorar como sociedad. Y pese a que existen algunas pautas y leyes, queda mucho camino por recorrer, pues a día de hoy hay personas que niegan que exista ningún problema al respecto.

6 Bibliografía

- Baidez Noriega, R. Enferm. glob. vol.17 no.51 Murcia 1 de julio 2018. Scielo.
- Menéndez MI, Elipe P, Fernández E. Guía Clínica de Violencia de Género. Madrid: Fisterra.com [actualizado 02 de Mayo de 2014; acceso 15 de Octubre de 2017]. Disponible en: http://www.fisterra.com/guias-clinicas/violencia-genero/.

- Ministerio de Sanidad y Consumo 2007. Protocolo para mejorar la atención sanitaria a las mujeres que sufren violencia de género.https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/protocoloComun.pdf
- Organización Mundial de la Salud. 29 de noviembre de 2017. Violencia contra la mujer https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women
- Valdés Sánchez, C.A, García Fernández, C, Sierra Díaz, A. 10 de diciembre de 2016. Violencia de género: conocimientos y actitudes de las enfermeras en atención primaria. https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656716300385

Capítulo 1579

LA ATENCIÓN AL USUARIO

ANDREA RODRÍGUEZ DE LA RIVA

1 Introducción

Se considera una unidad de apoyo en el hospital para buscar una atención integral en salud y garantizar la calidad en la prestación de los servicios a los usuarios, es un puente entre la administración y el usuario.

El usuario es la persona que utiliza y elige los servicios de salud. En torno al usuario se organizan todas las prestaciones que se otorgan en la Red de Establecimientos de Salud Pública del Servicio de Salud.

En caso que estos necesiten manifestar reclamaciones, sugerencias, plantear inquietudes sobre el producto o servicio en cuestión, solicitar información adicional, solicitar servicio técnico,los usuarios deberán comunicarse con este servicio.

El usuario debe ser el eje alrededor del cual se organicen las actividades del sistema de salud.

2 Objetivos

- Conocer y entender la importancia de una buena prestación de servicios y que beneficios ofrece, teniendo en cuenta el bienestar de la empresa y de los clientes.

Son unidades administrativas y de gestión que tienen encomendada, la labor de prestar atención directa al usuario (pacientes y sus familias), ofrecer orientación e información sobre la organización deL sistema sanitario y recursos asistenciales

del mismo dentro y fuera del área de salud, tramitar y gestionar las reclamaciones y sugerencias de los usuarios, estudiar y analizar dando traslado de sus conclusiones y propuestas de mejoras, así mismo, desarrollar otras actividades que puedan contribuir a ayudar y mejorar la estancia en el ámbito hospitalario.

3 Metodología

Actuaciones frente al usuario:
- Actuar con naturalidad
- Sonreír
- Ser sincero
- Mantener informado al ciudadano
- Emplear el nombre y apellidos del usuario

4 Resultados

Lo que NO se debe hacer frente al usuario:
- Mantenerlo en suspense
- Hablar a la vez con otros compañeros
- Infravalorar al usuario
- Hacer promesas que no se puedan cumplir
- Ser negativo

5 Discusión-Conclusión

Necesidades del usuario:
- Accesibilidad
- Atención rápida
- Atención individualizada
- Fiabilidad, formación y conocimiento del profesional.
- Ser tratado con respeto y dignidad.
- Confort físico.
- Orientación.
- Afecto.
- Aspecto adecuado del personal.
- Empatía.
- Información clara.

- Burocracia simplificada.

6 Bibliografía

- http://www.areasaludbadajoz.com
- https://www.definicionabc.com
- http://cartillaadministrativacga.blogspot.com
- https://www.areasaludcaceres.es
- https://redsalud.ssmso.cl

Capítulo 1580

EL PERSONAL ADMINISTRATIVO Y LAS HISTORIAS CLÍNICAS INFORMATIZADAS

ANA ISABEL QUINTANAL GARCÍA

1 Introducción

Comenzaremos este capítulo definiendo el concepto de Historia Clínica, según la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica : La historia clínica comprende el conjunto de los documentos relativos a los procesos asistenciales de cada paciente, con la identificación de los médicos y de los demás profesionales que han intervenido en ello, con el objeto de obtener la máxima integración posible de la documentación clínica de cada paciente. La finalidad de la Historia Clínica, es facilitar la asistencia sanitaria a través de la información actual y de la información recuperada de procesos asistenciales previos. Toda la información de los pacientes referente a la asistencia, tratamientos, evolución, se registra en la Historia Clínica, que hace años se realizaba en papel, y esto conllevaba múltiples inconvenientes, como puede ser, la dificultad que supone en ocasiones poder transcribir lo que está escrito, haciéndolo ilegible. Por otro lado, debido a la multitud de personal que puede manipular el documento, supone un enorme peligro, produciéndose la pérdida de algún dato o incluso del documento completo, además ocupan un cuantioso espacio a la hora de archivarlos, resultando más complicado encontrar la información guardada y la comunicación entre los profesionales sanitarios más complicada.

Sin embargo, gracias a la historia clínica electrónica se pretende que muchas de estas dificultades tienden a desaparecer.

Para ello es fundamental tener una tecnología que favorezca el intercambio de información y por ello se pone en funcionamiento un software de salud, fácil de usar, y que contiene información precisa en todo momento, mejorando la práctica clínica.

2 Objetivos

Exponer las peculiaridades de las historias clínicas informatizadas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El nuevo concepto de las Historias clínicas informatizadas, ofrece diversos beneficios en el servicio al paciente. Entre otros podemos mencionar: rapidez, disponibilidad y accesibilidad de información. Los datos se pueden obtener desde cualquier punto gracias a la interoperabilidad de la Historia Clínica Electrónica, permitiendo tener un sistema de salud conectado, accediendo a la Historia Clínica del paciente desde cualquier dispositivo, mejorando la toma de decisiones y permitiendo evaluar al paciente desde cualquier lugar. Actualmente, y gracias a estos avances, se puede disponer de los datos de los pacientes de forma inmediata, incluso desde diferentes puntos, aunque sean muy lejanos, asimismo se accede de forma sencilla, son métodos más seguros y se evitan errores producidos por la transcripción de otros profesionales.

Las nuevas tecnologías nos han llevado a poder optimizar recursos, reducir costes,evitar pérdida de información, facilitando agilizar los procesos.

Con estas renovaciones se puede realizar una asistencia sanitaria centrada en el paciente, segura, efectiva, rápida, disminuyendo los errores y desarrollando una óptima prestación del servicio en cuanto a calidad y seguridad.

Obviamente con esta innovación tiene una gran relevancia para el sistema sanitario, debido a que:
- Permite mejorar la salud de los usuarios, gracias a la incorporación de nuevos productos, procesos o servicios, impulsando la investigación en servicios sanitarios y la innovación organizativa.
- Modernizando el funcionamiento del sistema sanitario, ayudando a la adaptación del sistema que permite seguir cumpliendo con el objetivo de mejorar la atención de los pacientes.

El siglo XXI, nos ofrece un abanico de oportunidades que no se pueden desperdiciar. Tenemos que pensar que los problemas ocasionados con los documentos generados en soporte del papel, generaban múltiples contratiempos. Había una desorganización y falta de uniformidad en los documentos, la información se podía modificar fácilmente, por otro lado, poder disponer de la documentación implicaba un proceso largo y muy lento. Con frecuencia se producían equivocaciones a la hora de archivarlos, la confidencialidad de los datos no era garantizada, el papel se estropea de forma gradual ocasionando problemas a la hora de descifrarlos siendo confusa, había mayor riesgo de inexactitudes y errores al escribir los datos, que conllevaba a dificultades para utilizar la información contenida en ellos.

Por ello hemos realizado un estudio sobre los múltiples beneficios que suponen estas nuevas herramientas informáticas.

Cómo consecuencia las Historias clínicas informatizadas respecto a las historias clínicas de papel permiten que sean:
- Más seguras ya que para producirse algún cambio en ella es necesaria la firma digital del Médico.
- Permite que se puedan acceder a ella en todo momento y de forma rápida, estén donde estén los profesionales sanitarios, los 365 días del año y las 24 horas del día.
- Hay menor peligro de pérdida de los datos clínicos y mayor garantía en el almacenamiento de los datos.
- Se evitan los errores, producidos por la caligrafía de los profesionales sanitarios.
- Debido a la necesidad de firma digital proporciona al documento de una legalidad universal.

- Se reconoce en todo momento al profesional que ha modificado el documento.
- Se produce una unificación y cumplimentación de la toma de datos estándar para todo el personal sanitario.
- El tiempo de consulta se minimiza y reduce.
- Disminuye considerablemente el uso de papel, lo cual repercute en el gasto hospitalario.
- Se evitan los errores a la hora de realizar copias o duplicados.
- Mayor seguridad en el almacenamiento de datos clínicos.

5 Discusión-Conclusión

Entre las conclusiones más significativas, dentro de la innovación, que supone el nuevo sistema de trabajo con la Historia Clínica electrónica, se aprecia la necesidad de disponer de programas informáticos, que permitan la introducción de grandes volúmenes de datos clínicos y de calidad.
Destacar, la mayor calidad y precisión de los datos clínicos, su interoperabilidad con otros sistemas, su disponibilidad, una mayor seguridad y confidencialidad, disminución de errores y una mejora de la calidad y la eficiencia del proceso asistencial. Por otro lado, es más fácil realizar los informes clínicos, es complicado que los datos puedan ser adulterados, es posible el acceso del paciente a su propia Historia Clínica y siendo la actualización de los datos de forma automática.
La Historia Clínica Electrónica, es fundamental el trabajo en equipo y tener capacidad para trabajar de forma organizada, progresando con los avances tecnológicos, y ponerlos al servicio de los pacientes
Finalmente algo muy importante a tener en cuenta, ya mencionado y que merece la pena recalcar es que no puede ser adulterada, pues siempre se necesita la firma digital.

6 Bibliografía

- https://elmedicointeractivo.com/la-innovacion-esta-en-buscar-nuevas-formas-para-responder-mejor-las-necesidades-del-paciente/
- https://www.boe.es
› documentos › ConstitucionCASTELLANO
- https://www.boe.es
› buscar › act
- http://www.tcmclinic.es/software-acupuntura/historia-clinica-electronica-vs-historia-clinica-tradiccional/#.XhOGoht7mUk

- https://www.ehcos.com/historia-clinica-electronica-del-caos-de-los-datos-al-conocimiento-clinico/
- http://anecipn.org/ficheros/archivo/XXI/html/m3m4.htm
- http://www.informatica-medica.com/historia-clinica-en-papel-vs-historia-clinica-electronica/
- http://www.informatica-medica.com/historia-clinica-en-papel-vs-historia-clinica-electronica/
- https://www.boe.es/buscar/pdf/2002/BOE-A-2002-22188-consolidado.pdf
- https://www.gestion-sanitaria.com/1-historia-clinica-electronica.html
- http://www.conganat.org/seis/informes/2003/PDF/CAPITULO11.pdf
- https://www.correofarmaceutico.com/politica-sanitaria/la-nueva-tarjeta-sanitaria-tendra-datos-basicos-comunes-y-sera-interoperable-en-todas-las-ccaa.html
- https://www.hcmedic.com/historia-clinica-electronica-vs-historia-clinica-tradicional/
- https://www.euskadi.eus/plan_programa_proyecto/44-estrategia-de-investigacion-e-innovacion-en-salud-2020/web01-s2osa/es/
- http://www.tcmclinic.es/software-acupuntura/historia-clinica-electronica-vs-historia-clinica-tradiccional/#.XhRakRt7mUl
- https://www.aepd.es
› media › premios › tratamiento-de-datos-sanitarios

Capítulo 1581

EL INMIGRANTE EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

ARIANA GONZALEZ ALONSO

JESÚS ORMAZÁBAL ARIAS

NOELIA GONZALEZ CASTELLANOS

VANESA MONTILA CASTAÑÓN

ELENA PELÁEZ ARDURA

1 Introducción

En las consultas de los centros de atención primaria se encuentran con cada vez más flujo migratorio. La baja tasa de natalidad en los países de la UE ha supuesto un envejecimiento poblacional, especialmente en España, lo que implica la necesidad de compensar la situación demográfica.

2 Objetivos

El estudio y conocimiento de las enfermedades endogámicas de cada país de procedencia resulta de vital importancia a la hora de prestar una atención sanitaria de calidad para este tipo de pacientes. Además, hay que tener en cuenta que el componente cultural es otro de los factores importantes en este tipo de situaciones: tanto la situación lingüística, que influye de manera determinante

para una perfecta comunicación entre paciente y médico; así como la comprensión del entorno cultural en el que se ha movido el inmigrante puede ser de gran ayuda a la hora de realizar este tipo de atención en los centros de salud. Es importante, por lo tanto, que los profesionales de atención primaria cuenten con una formación adecuada para enfrentarse a este tipo de situaciones.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Las diferentes metodologías empleadas no han dado los resultados esperados; a la falta de formación específica por parte de los profesionales, habría que añadir también los prejuicios que a veces encontramos en algunos de ellos. Hay que tener en cuenta que la distancia que separa paciente médico no sólo es de carácter cultural, sino que muchas veces nos enfrentamos a niveles socio económicos totalmente antagónicos.

5 Discusión-Conclusión

Por tanto, una formación adecuada por parte de los profesionales implicados, así como, en su caso, la presencia de determinados técnicos como serían traductores, mediadores culturales, etc., serían algunas de las medidas con las que se podría resolver este tipo de problemas. Por otra parte, la necesidad de un aumento en el número de profesionales de asistencia primaria, partiendo de la preexistencia de una saturación de las consultas, formándolos en los diferentes temas relacionados con la inmigración (enfermedades, lengua, cultura …).Realizar estudios de investigación y seguimiento de la salud de la población inmigrante.

6 Bibliografía

- www.semfyc.es
- www.fisterra.com

Capítulo 1582

EL SERVICIO DE ATENCIÓN AL CIUDADANO

MARIA PURIFICACION BAYON FERNANDEZ

INMACULADA FERNÁNDEZ CARAMAZANA

MARTA MONTSERRAT FERNANDEZ IGLESIAS

1 Introducción

En el sistema sanitario la mención a la atención al usuario aparece por primera vez el en el artículo 32 del Real Decreto 521/1987, de 15 de abril, en el cual se configura como servicio, estableciendo su objeto y sus funciones. Desde entonces la atención al paciente ha ido evolucionando en paralelo con la del usuario.

El usuario cada vez está más formado e informado y quiere ser agente activo, participar en el proceso de su enfermedad y conocer los medios que tiene a su alcance.
Los profesionales del servicio de atención al ciudadano (SAC) (personal administrativo) tienen como funciones comunes hacer de puente entre la organización y el usuario, al tiempo que coordinan sus tareas con las del resto de profesionales para lograrlos objetivos comunes.

¿Cómo podemos definir entonces el SAC? El SAC o servicio de atención al ciudadano es la unidad funcional responsable de atender, informar y asesorar a los usuarios que utilizan el sistema sanitario público.

2 Objetivos

Informar y orientar al ciudadano ofreciendo una atención de calidad, accesible y adaptada a sus necesidades.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Scielo y Medline, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Las principales funciones del SAC son:
- Velar por el cumplimento de los derechos y deberes del usuario regulados en la normativa vigente.
- Admisión y gestión de documentación clínica.
- Informar y orientar al paciente y a sus familiares y a los usuarios en general, sobre la estancia en el centro.
- Recepción y gestión de cualquier queja, reclamación y/o sugerencia presentada por el usuario.
- Actividad administrativa en los centros de salud.
- Informar y asesorar sobre los servicios del centro, los centros de salud de referencia, campañas de la Conserjería, etc.
- Facturación a terceros obligados al pago.
- Orientación al trabajo social.
- Acreditación de la identificación para la emisión de certificados y claves.

El SAC contribuye a la mejora de la calidad de los servicios sanitarios, fomentando la difusión y aplicación de los derechos y deberes de los usuarios de la sanidad y procurando el diálogo entre éstos, los profesionales de la salud y las instituciones sanitarias para conseguir una mejor comunicación y participación.

Estas unidades sirven de intermediarios y facilitan el acceso a los servicios sanitarios mediante información, orientación y derivación. De ahí la importancia de los profesionales (personal administrativo) que se encargan de este servicio.

5 Discusión-Conclusión

Las actividades que se gestionan en este servicio deben satisfacer las necesidades de los usuarios, que no serán iguales para todas ellos. Dependerá de lo que esperan recibir y en realidad se les ofrece y de la percepción que cada uno obtenga de la información recibida.

El grado de satisfacción hace que un servicio sea de calidad o no. Para obtener un buen grado de satisfacción del usuario, la preparación y la actitud del profesional, la presencia física y el comportamiento son elementos muy importantes, además de la percepción física y ambiental del lugar físico.

6 Bibliografía

- InfoblogEM
- Elcomercio.es
- Decreto 89/2017 de 20 de diciembre.
- Grupo Auxiliar Administrativo de la Función Administrtiva; bookd.google.es.
- Celadores on line de instituciones sanitarias: celadoresonline.blospost.com.

Capítulo 1583

IMPORTANCIA DE LAS VACUNAS EN EL PERSONAL DE LOS CENTROS SANITARIOS. SALUD COMUNITARIA.

ANGEL NOÉ GARCÍA RODRÍGUEZ

ROGELIO ZAPICO GONZALEZ

1 Introducción

El personal que trabaja en contacto directo con los pacientes, entre ellos el Celador, corre el riesgo de contraer diferentes enfermedades que son prevenibles a través de la vacunación. Se puede evitar el contagio del personal y de los pacientes mediante este sistema.
La vacunación debe hacerse de forma organizada, debe incluir a los profesionales de los centros sanitarios, y a todas las personas que realicen actividades en estos centros.
La meta de las vacunas es conseguir un estado inmunitario para el personal de estos centros, ya que constituye uno de los pilares para la mayor eficacia en los programas de salud laboral. Es imprescindible conocer por parte del personal las pautas, dosis, vías de administración e intervalos entre estos productos inmunobiológicos.

Las vacunas recomendadas para el personal que realiza su trabajo en los centros sanitarios son:
- Gripe. El personal debe vacunarse cada año antes de que empiece la temporada de la gripe. Hay una baja aceptación de esta vacuna, es importante la educación sanitaria para fomentar su uso.

- Hepatitis B. Esta vacuna debe administrarse antes de la incorporación al trabajo. Todos los trabajadores de los centros sanitarios están expuestos a entrar en contacto con fluidos corporales y sangre.
- Tosferina. Esta enfermedad es muy contagiosa, los más vulnerables ante esta enfermedad son los recién nacidos ya que puede ser mortal.
- Triple Vírica. En esta vacuna entran el sarampión, la rubéola y la parotiditis. El Ministerio de Sanidad Español recomienda administrar esta vacuna a los nacidos antes de 1971.
- Varicela. Es el virus varicela-zoster frecuente en el medio sanitario.

Los celadores por su trabajo están en contacto directo con el paciente: aseos, movilizaciones…por lo que es imprescindible que se protejan como el resto del personal mediante las vacunas.
Los objetivos de la vacunación son:

Autoprotección del trabajador ante el riesgo de contraer enfermedades por transmisión.
Principio Ético. Evitar contagiarse y propagar la enfermedad.
Ejemplo. Vacunándose el personal de los centros sanitarios dan ejemplo a la población.
Protección Social. Al evitar el contagio están preparados para atender a la población ante epidemias (gripe).

2 Objetivos

Dar a conocer la importancia de las vacunas en el personal de los centros sanitarios.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Bibliografía

- Arrazola Martinez P, Campins Martí M. Vacunación en profesionales sanitarios. En:Comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría(CAV-AEP).Vacunas en Pediatría Manual de la AEP 2012, 5º ed. Madrid: Exlibris ediciones SL;2012.
- Vacunación frente a la gripe en el personal sanitario. Documento del consenso de Sociedades Científicas Españolas.2012.

Capítulo 1584

COMUNICACIÓN EN SERVICIOS DE SALUD

NOELIA GONZÁLEZ GONZÁLEZ

1 Introducción

Comunicación en salud es un proceso de presentart y evaluar información educativa persuasiva, interesante y atractiva que de por resultado comportamientos individuales y sociales sanos.
El papel que juegan los medios de colunicación en la Promoción de la Salud es una cuestión que se ha contemplado desde 1986.

La Carta de Otawa definió la Promoción de la Salud como ”el proceso de facultar a las personas para que aumenten el control que tienen sobre su salud y para mejorarla” estableciendo que los medios de comunicación son actores claves para la promoción de la salud.
La Declaración de Yakarta sobre Promoción de la Salud en el s. XXI,adoptada en la Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud celebrada en julio de 1997, indicó que la capacidad de las comunidades para la promoción de la salud requiere educación práctica, acceso a los medios de información, a la comunicación tradicional y las nuevas tecnologías de comunicación.

2 Objetivos

- Es indiscutible que el objetivo de los medios de comunicación es informar.
- También es importante destacar su función educativa y su utilización para la promoción de valores saludable.

- La comunicación y educación se vuelven un binomio inseparable y fortalece, enriquece en forma consciente e informada conocimientos, actitudes y comportamientos a favor de la salud.
- Otros objetivos es formar opinión o influir en ella mediante la concienciación, sensibilización, movilización.

3 Metodología

Para que los programas de comunicación en salud puedan informar, convencer, fortalecer y educar, requiere una metodología adecuada que debe ser sistemática, multidisciplinaria, destinada a lograr cambios de comportamientos y permitiendo su aplicación a una variedad de situaciones de salud.

Los programas de comunicación en salud deben estar basados en la comprensión de las necesidades y las percepciones de las audiencias seleccionadas. Deben incorporar la evaluación de las necesidades y percepciones de las audiencias, seleccionadas en las instancias críticas de la elaboración y ejecución del programa.

4 Resultados

Esto adquiere mayor importancia en la era de la tecnología de la Información y comunicación. Debe aprovecharse esa accesibilidad universal por parte de la población para que cale el mensaje de que la Promoción de la Salud debe ser un valor en la sociedad general.

5 Discusión-Conclusión

Se hace necesario la creación una guía que contribuya a la normalización de las funciones que el auxiliar administrativo de la sanidad debe desempeñar dentro del servicio de salud.

La información generada en dicha guía proporcionará las bases para la formación y la distribucción de los recursos humanos de forma eficaz para mantener una buena eficiencia en la utilización de esos recursos.

6 Bibliografía

- Ocronos. Revista Médica y de Enfermería. López Domínguez, O,(1997), Gestión de pacientes en el hospital. El Servicio de Admisión y Documentación clínica. Madrid: Olalla, 263-273.
- Fortuny, S.,Martínez-Hidalgo, B., García, R., Mateo, L.,& Suárez, P (2010). Digitalización de historias clínicas y seguridad del proceso. Papeles médicos, 19(2),4.

Capítulo 1585

MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE INFECCIÓN MAS EFICIENTES EN EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO: LAVADO DE MANOS

NOELIA GONZÁLEZ GONZÁLEZ

1 Introducción

Es fundamental reforzar la importancia del lavado de manos entre los profesionales sanitarios y entre los familiares de los pacientes para prevenir las infecciones relacionadas con la atención sanitaria (IRAS).

Esta demostrado que es la medida mas eficaz en evitar la entrada de todo tipo de microorganismos y asegurar una buena defensa del organismo.

2 Objetivos

- Disminuir el contagio. Eliminar todo microorganismo. Evitar su transmisión y la aparición de infecciones.
- Lograr que se reconozca universalmente que el control de las infecciones constituye una base sólida y esencial para la seguridad de los pacientes y trabajadores del medio sanitario.
- Concienciar acerca de la necesidaad de que el personal sanitario mejore y mantenga las prácticas de higiene de las manos en el momento oportuno y de la forma apropiada con el fin de contribuir a reducir la propagación de infecciones letales en los centros de atención sanitaria.

- Promover información y formación de profesionales, pacientes y familiares.
- Promover el desarrollo de la estrategia multimodal de la O.M.S. a nivel del S.N.S.

3 Metodología

El Ministerio de Sanidad en colaboración con las Comunidades Autónomas (CCAA) puso en marcha en 2008 el Programa con el objetivo de mejorar su adherencia en todos los centros sanitarios del Sistema Nacional de Salud.

El Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social promueve, apoya y se hace eco de la campaña."Salve vidas;límpiesse las manos" siguiendo las recomendaciones del Programa "Una atención limpia es unaa atención segura" de la Organización Mundial de la Salud (OMS) a través del PROGRAMA DE HEGIENE DE MANOS del Sistema Nacional de Salud.

4 Resultados

La prevención y control de la infección, incluyendo la higiene de manos es fundamental para la Cobertura Universal en salud por varias causas:
- Práctica basada en evidencias.
- Ha demostrado un impacto en la atención de calidad y en la seguridad del profesional y paciente.
- Alcanza todos los niveles de la atención sanitaria.

5 Discusión-Conclusión

La práctica del lavado de manos es la principal medida en la prevención de transmisión de infecciones y se convierte en habitual su uso tanto en profesionales como en pacientes y familiares. La manipulación con las manos tanto de cosad como toda clase de material en los centros de sanidad requiere de un protocolo establecido.

6 Bibliografía

- Seguridad del Paciente. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Organización Mundial de la Salud. Una Atención limpia es una Atención segura.2005.

- Ley 16 /2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud-

Capítulo 1586

SALUD LABORAL: LA ERGONOMÍA

SANDRA ÁLVAREZ MUÑIZ

1 Introducción

La ergonomía y la higiene postural son disciplinas que enseñan a hacer todo tipo de actividades del modo más seguro y liviano para la espalda. Se utiliza para determinar cómo diseñar o adaptar el lugar de trabajo al trabajador a fin de evitar distintos problemas de salud y aumentar la eficiencia, es decir, para hacer que el trabajo se adapte al trabajador en lugar de obligar al trabajador a adaptarse al trabajo. La aplicación de la ergonomía en los lugares de trabajo favorecerá unas condiciones laborales más sanas y seguras, a la vez que aumentará la productividad.

Su aplicación en el ámbito laboral se orientó inicialmente al estudio de los movimientos y esfuerzos, así como al diseño de la configuración física de los puestos de trabajo. Posteriormente, se extendió al acondicionamiento del medio ambiente físico: el diseño de la iluminación en los puestos de trabajo, la adecuación de las condiciones termohigrométricas, el acondicionamiento acústico y el control de las vibraciones molestas.

Finalmente, la ergonomía incluyó los aspectos relativos a la organización del trabajo y el diseño de tareas, así como los relacionados con la formación y entrenamiento del operador.

El trabajo en el ámbito sanitario se caracteriza por pasar la jornada completa, o la mayor parte de la jornada de trabajo, realizando tareas en posturas sedentarias, funciones de traslado de pacientes, levantar, deambular y acostar pacientes, traslado de equipamientos, reparto de farmacia, reparto de almacén… En cada puesto hay riesgos diferentes ya que se realizan tareas diferentes.

2 Objetivos

- Proporcionar formación e información sobre la columna vertebral y educación sanitaria incidiendo en aspectos ergonómicos y hábitos posturales correctos para el desarrollo de las actividades profesionales.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica documental de artículos publicados en Internet por diversos autores que abordan la temática expuesta en este trabajo.

4 Resultados

Las consecuencias en la salud del trabajador suelen traducirse en trastornos músculo esqueléticos, trastornos circulatorios, contracturas musculares que se manifiestan habitualmente en dolores de espalda, cuello, inflamación de muñecas, piernas y tensión ocular. La mayor parte de estos menoscabos en la salud de los trabajadores, son previsibles y evitables, en gran medida, en el diseño ergonómico del puesto.

Los beneficios que aporta la ergonomía en el ambiente de trabajo para los empleados son que van a trabajar en unas condiciones mejores, más sanas y seguras. Los beneficios para las empresas son que sus trabajadores serán más productivos y eficientes -algunos estudios hablan de aumentos de hasta el 25%- y, por otro, porque se reducen las bajas y absentismos laborales con los consiguientes ahorros. En definitiva, mayores beneficios y más ahorro. Para el consumidor porque el resultado final del producto se verá mejorado en su calidad y el servicio prestado será un servicio mejorado.

Una mala planificación del trabajo desde el punto de vista ergonómico produce fatiga, desmotivación, pérdida de la concentración y una disminución del rendimiento y de la satisfacción laboral.

Las tres ramas clásicas de la ergonomía son la geométrica, la ambiental y la temporal. La primera se centra en la relación entre el hombre y las condiciones métricas de su puesto de trabajo, estudiando cargas posturales y físicas, tanto estáticas como dinámicas . Diseño del puesto de trabajo, elementos de trabajo: asientos, mesas y de los medios físicos instrumentales (mandos, manivelas…). La

ergonomía ambiental aspira a conseguir el mayor bienestar del trabajador, eliminando los elementos que atenten contra ello como son la temperatura, humedad, renovación del aire, luminosidad, ruidos y vibraciones. La ergonomía temporal estudia la relación fatiga/descanso: distribución semanal de la jornada laboral (horarios limitados, pausas), tipos especiales de jornadas laborales (partida, continua, a turnos, flexible, nocturna, etc.), vacaciones y descansos.

5 Discusión-Conclusión

Dentro de la prevención de los dolores de espalda, juega un papel importante la higiene postural y la ergonomía. Todos tenemos derecho a recibir información teórica y práctica en materia preventiva sobre los riesgos laborales que pueden afectar a la salud y seguridad.

Invertir en ergonomía en el trabajo beneficia a todas las partes implicadas. De esta forma, los trabajadores evitan riesgos innecesarios para su salud, pero también hay una mejora del ambiente laboral, lo que provoca una mayor motivación. También cuenta con ventajas para el empresario, debido a que invertir en ergonomía disminuye el absentismo laboral y mejora la calidad del servicio.

6 Bibliografía

1. Medidas de seguridad para los profesionales sanitarios: Mantenimiento de la higiene postural Lidia Ruiz Calatrava, Juan Marcos Hernández López, y Patricia Sánchez Alonso. https://formacionasunivep.com/Vciise/files/libros/LIBRO_3.pdf
2. Guía para la evaluación rápida riesgos ergonómicos. https://www.cenea.eu/cursos-de-ergonomia-y-libros/guia-para-la-evaluacion-rapida-riesgos-ergonomicos/.
3. La importancia de la ergonomía para los profesionales de la salud. https://scielo.conicyt.cl/.
4. SALUD LABORAL La ergonomía y la planificación del trabajo en la oficina. https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-salud-laboral-la-ergonomia-planificacion-13759

Capítulo 1587

LA CALIDAD Y ORGANIZACIÓN HOSPITALARIA

Mª ARANCHA TERESA VÁZQUEZ

1 Introducción

Entender la Calidad como ”la capacidad de un producto para cumplir con la finalidad para la que fue hecho, producido con el menor coste posible”. Se trata de una definición que sería aplicable de una forma general a cualquier producto o servicio de cualquier actividad, en la que vincula la finalidad del producto con el coste del mismo, pero sin decirnos cómo sabremos que el producto tiene la Calidad esperada en un inicio. Por lo tanto, sería interesante definir el concepto de Calidad, y según La Real Academia Española de la Lengua define la calidad como: una propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permite apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su misma especie.

En este caso nos vamos a centrar en la Calidad de la asistencia hospitalaria y por lo tanto tomaremos de base la definición de la Organización Mundial de la Salud que la define como aquella que es capaz de asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima y adecuada, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio.
Pero debemos añadir en las definiciones de Calidad en los servicios sanitarios aquellas que destacan por la adaptación científico-técnica de los cuidados que prestan a los individuos, con especial interés en el nivel de salud, que ilumina cualquier decisión, y aquellas que desde otro punto de vista, prefieren destacar la eficacia ,eficiencia de las prestaciones y servicios ofertados, o aquellas, desde

el punto de vista del usuario que prima matices como satisfacción, equidad y utilización de tecnología sofisticada.

En todo programa de calidad debe estar claramente establecida la coherencia, la metodología y la participación en el tiempo y formación de los profesionales responsables con una idea común de los grados de calidad que pretenden ofrecer.

2 Objetivos

Abordar los aspectos más importantes sobre la calidad y organización hospitalaria.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Uno de los puntos clave de la calidad asistencial es la que en ella engloba la seguridad del paciente, que dependen tanto de la competencia, experiencia y habilidades de los profesionales sanitarios como de la existencia de un modelo de gestión integrado que permita implantar medidas de control, supervisión y evaluación de los procesos y de sus resultados, con gestión de las TIC, gestión y control de las estructuras y tecnologías, gestión y motivación del personal y potenciación de la formación continuada.

Se hace pues, imprescindible, la adopción de medidas urgentes que garanticen el futuro de nuestro Sistema Nacional de Salud y gestionar de la manera más eficiente las capacidades del sistema, garantizando el mantenimiento del modelo español de Sistema Nacional de Salud, modelo configurado como el conjunto coordinado de los servicios de salud de la Administración General de Estado y de los servicios de salud de las comunidades autónomas, que garantiza la protección

de la salud y se sustenta con base en la financiación pública, la universalidad y la gratuidad de los servicios sanitarios.

Por eso, son necesarias reformas que permitan reforzar la sostenibilidad, mejorar la eficiencia y potenciar las Unidades de Gestión Clínica, así como introducir nuevas herramientas a través de las nuevas tecnologías, ganar en cohesión territorial, coordinar los servicios sanitarios y los sociales y, sobre todo, garantizar la igualdad de trato en todo el territorio nacional con una cartera básica de servicios comunes, fomentando la calidad asistencial, garantizando a los ciudadanos una asistencia sanitaria pública, gratuita, universal, eficiente y de calidad.

En el entorno socioeconómico actual y con las previsiones de futuro existentes, es necesario que desde la calidad y la seguridad del paciente se contribuya a mejorar la eficiencia y se reduzcan los costes de la no- calidad y la no- seguridad en la atención sanitaria, incrementando la satisfacción de usuarios y profesionales. Los resultados de la optimización de los procesos, así como de la aplicación de programas e iniciativas de seguridad del paciente que han demostrado su eficacia a nivel internacional, si bien no se obtienen los resultados deseados a corto plazo, hacen la organización mucho más sostenible a medio y largo plazo. Asimismo, hay que tener presente en todo momento que lo que se pretende es una calidad efectiva, que llegue de manera real a las personas y que no se quede en aspectos de cumplimiento formal o sobre el papel de determinados requerimientos externos.

Las partes más importantes en la asistencia sanitaria son los pacientes y los profesionales. Por otro lado también están implicados las entidades financieras y los gestores. Todas estas partes implicadas deben asesorarse respecto a las prioridades en la mejora de la asistencia sanitaria. En lo que se refiere a los pacientes, la prioridad puede ser la «reducción de los tiempos de espera». Los profesionales podrían considerar que su prioridad es «tener más tiempo para dedicar a cada paciente».

En este sentido es fundamental planificar el trabajo, realizar una cuantificación de los progresos y realizar un compromiso con la calidad, de esta manera se puede conseguir mejorar la calidad asistencial de los pacientes.

La calidad asistencial, engloba la seguridad del paciente , que engloba la competencia, experiencia y habilidades de los profesionales sanitarios como la existencia de un modelo de gestión integrado que permita implantar medidas de control, supervisión y evaluación de los procesos y de sus resultados, con gestión de las

TIC, gestión y control de las estructuras y tecnologías, gestión y motivación del personal y potenciación de la formación continuada.

Se hace pues, imprescindible, la adopción de medidas urgentes que garanticen el futuro de nuestro Sistema Nacional de Salud y gestionar de la manera más eficiente las capacidades del sistema, garantizando el mantenimiento del modelo español de Sistema Nacional de Salud, modelo configurado como el conjunto coordinado de los servicios de salud de la Administración General de Estado y de los servicios de salud de las comunidades autónomas, que garantiza la protección de la salud y se sustenta con base en la financiación pública, la universalidad y la gratuidad de los servicios sanitarios.

Por eso, son necesarias reformas que permitan reforzar la sostenibilidad, mejorar la eficiencia y potenciar las Unidades de Gestión Clínica, así como introducir nuevas herramientas a través de las nuevas tecnologías, ganar en cohesión territorial, coordinar los servicios sanitarios y los sociales y, sobre todo, garantizar la igualdad de trato en todo el territorio nacional con una cartera básica de servicios comunes, fomentando la calidad asistencial, garantizando a los ciudadanos una asistencia sanitaria pública, gratuita, universal, eficiente y de calidad.

En la gestión asistencial se conjugan los tres elementos para que la decisión sea correcta, moral o éticamente hablando: la toma de decisiones científicas mediante las pruebas adecuadas (que se conoce como "medicina basada en la evidencia"); la correcta utilización de los recursos para que produzcan la mayor eficacia y eficiencia, y la calidad en la asistencia prestada, que conduce a la excelencia en el quehacer sanitario. La ética en la gestión sanitaria falla si no se dan todos los elementos citados

5 Discusión-Conclusión

Todas las actividades que en relación con la calidad se puedan desempeñar deben estar vinculadas a una planificación estratégica sanitaria. Todo sistema sanitario debe proponerse una finalidad, una serie de metas que se trata de alcanzar, y que una vez logradas implica unos nuevos objetivos. Así, esta estrategia vendría a significar en su acepción inicial a una especie de arte general y de habilidad para aplicar la fuerza. Básicamente la estrategia trata de señalar un esquema práctico de la organización sanitaria que permita amoldarse a las circunstancias cambiantes del entorno. En un entorno de recursos infinitos y de incertidumbre es básico tener base sólida sobre los que caminar y que la idea de Calidad no sea

como un cambio aislado sino que sea efectivo, algo que se siente como necesario por la propia organización sanitaria.

La estrategia es la visión conjunta o el esquema básico de objetivos y los medios para alcanzarlos, que implica un conocimiento de las necesidades del cliente al que nos dirigimos y señala los partes con los que lograr aquellos objetivos.

Cualquier plan de calidad se debe enmarcar dentro de unos objetivos estratégicos, como hemos mencionado anteriormente que procuren la orientación al usuario a través de la implicación del personal, que vengan expuestos en la organización, y realizados a través de unos valores a desarrollar y de las variables que provienen del entorno y de su propia realidad interna.

6 Bibliografía

- Otero Puime A, Saturno Hernández PJ; Marquet Palomer R; Mejora de la calidad en Atención Primaria; En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF; Barcelona: Harcourt Brace; 1999.
- Galgano A; Los siete instrumentos de la calidad total. Manual operativo; Madrid: Díaz
- Aranaz JM, Aibar C, Vitaller J, Mira JJ; Gestión Sanitaria. Calidad y seguridad de los pacientes; Fundación Maphre; Madrid: Díaz de Santos; 2008
- Domínguez Rojas V, Prat Marín A, Herruzo Cabrera R, Méndez Montesino JR, Villanueva Orbaiz R; Gestión de la calidad asistencial. Seguridad clínica del paciente; En: Sierra López A, Sáenz González MC, Fernández-Crehuet Navajas J, Salleras Sanmartí Ll et al, editores. Piédrola Gil Medicina Preventiva y Salud Pública. Barcelona: Masson; 2008.p. 1289 – 1296
- Otero Puime A, Saturno Hernández PJ; Marquet Palomer R; Mejora de la calidad en Atención Primaria; En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF; Barcelona: Harcourt Brace; 1999.
- Galgano A; Los siete instrumentos de la calidad total. Manual operativo; Madrid: Díaz de Santos; 1995
- Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB; Medicina basada en la Evidencia. Cómo ejercer y enseñar la MBE; Madrid: Churchill Livingstone España; 1997
- Louro González A, Marín León I; Guías de Práctica Clínica. Conceptos básicos sobre su elaboración y utilización; A Coruña: Casitérides; 2006
- Gemoets P; Guía de Transición al modelo EFQM 2010; EFQM; 2009

- Ministerio de Sanidad y Consumo - Instituto de Salud "Carlos III"; Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS); Evaluación Epidemiológica de Tecnologías de Salud; Madrid: AETS - Instituto de Salud Carlos III, Abril de 1995
- Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS); Instituto de Salud Carlos III - Ministerio de Sanidad y Consumo; Guía para la Elaboración de Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias; Madrid: AETS - Instituto de Salud Carlos III, Junio de 1999
- Pineault R, Daveluy C; La planificación sanitaria. Conceptos. Métodos. Estrategias; Barcelona: SG y Masson; 1994
- https://www.editdiazdesantos.com
› wwwdat › pdf
- https://www.mscbs.gob.es
› sns › planCalidadSNS › pdf › pncalidad › Plan..
- www.ics-aragon.com
› cursos › salud-publica › planificación › planificación

Capítulo 1588

GESTIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN ATENCIÓN PRIMARIA

MARÍA BEGOÑA SUÁREZ DEL BARRIO

1 Introducción

La Unidad Administrativa en un Centro de Atención Primaria es el lugar donde los ciudadanos/as acuden a resolver todas las dudas relacionadas con la asistencia sanitaria, por lo que estas unidades se convierten en la primera línea de contacto de la ciudadanía con la gestión de la asistencia sanitaria.

La figura del Auxiliar Administrativo es fundamental para que la ciudadanía no se pierda ante la burocracia administrativa que en ocasiones desconoce, y para informar al usuario/a de todos los mecanismos de actuación que desde la Administración del Centro de Salud se puedan realizar o derivar a sus unidades correspondientes para su resolución.

La buena gestión de esta interacción inicial del sistema con la ciudadanía es imprescindible para resolver aquellas cuestiones que demandan los usuarios/as que acuden a un Centro de Salud.

En primer lugar, el Auxiliar Administrativo debe comunicarse con su interlocutor de forma asertiva. Deberá interpretar de forma correcta lo que el usuario/a le solicita, para así poder proporcionarle la información necesaria y resolver su petición lo más pronto posible.

La capacidad de escucha del personal administrativo es fundamental, pues en ocasiones los usuarios/as se muestran difusos en sus peticiones.

La gestión que el usuario/a puede demandar es muy variada, pero en cualquier caso se debe utilizar un lenguaje no técnico que nuestro interlocutor/a pueda entender con facilidad. La situación se puede complicar si el/la demandante de la información no utiliza el castellano como lengua vehicular de su petición.

Algunas de las gestiones más desconocidas por los usuarios/as de los centros de Atención Primaria están relacionadas con los trámites en relación a la Tarjeta Sanitaria Individual (TSI): libre elección de médico/a, alta de ciudadanos/as, cambio de domicilio, emisión de documento de desplazamiento temporal, emisión de tarjeta de asistencia sanitaria para extranjeros/as sin recursos, embarazadas extranjeras o menores de edad, emisión de documentos para la asistencia sanitaria a las personas acogidas a la Protección Internacional…

2 Objetivos

- Conocer los requerimientos necesarios para la realización de todos los trámites administrativos relacionados con la Sanidad.
- Dar a conocer al ciudadano/a los procesos que se pueden demandar en las unidades administrativas de los Centros de Atención Primaria.
- Facilitar al ciudadano/a toda la información para la gestión de sus trámites.
- Mejorar la atención al ciudadano/a.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica sobre documentos administrativos como la "Guía de Aseguramiento y Trámites en Tarjeta Sanitaria Individual", así como la Legislación vigente en esta materia.

4 Resultados

Actuaciones generales a realizar por la Unidad Administrativa del Centro de Salud

1. Ante cualquier procedimiento, sea de la índole que sea, se seguirán los siguientes pasos: a. Identificar la petición del ciudadano/a. b. Comprobar en el programa SIPRES si el ciudadano/a está registrado/a y, su situación en el SNS e INSS.

c. Revisar y verificar la documentación aportada. d. Realizar el alta o las modificaciones correspondientes en el programa de Tarjeta Sanitaria SIPRES.

2. Si solicita asignación o cambio de médico/a: a) Ofrecer la elección de facultativo/a según procedimiento del R.D. 1575/1993. A tales efectos se entregará al demandante una copia del documento de cambio de médico/a o el impreso F4, quedando copia en administración.

3. Si requiere emisión de Tarjeta Sanitaria el procedimiento será el siguiente: a) Para la emisión inicial:
• Imprimir dos copias del formulario de solicitud y ponerles sello y fecha.
• Entregar una copia al usuario/a y ofrecerle la otra para que la firme y quede en poder de la Administración. b) Para sucesivas emisiones:
• Solo se realizará una copia con fecha y sello que se entrega al usuario/a. La administración no queda con copia.

En este tipo de trámites es muy importante informar al ciudadano/a de:
• La validez provisional de la copia hasta que se reciba la TSI.
• Retirar las TSI que obren en poder del ciudadano/a (sean de nuestra Comunidad Autónoma o de otra) y remitirlas a la Unidad de Tramitación.
• Los ciudadanos/as extranjeros/as hay que informarles que la renovación de la TSI cuando caduque no será automática, y deberá solicitarla en su Centro de Atención Primaria.

4. Si requiere emisión de Documento de Desplazamiento Temporal:
A) Para la emisión inicial:
• Imprimir dos copias del documento poniéndoles sello y fecha. Entregar una copia al usuario/a y ofrecerle la otra para que la firme y quede en poder de la Administración

B) En sucesivas emisiones:
• Solo se imprimirá una copia que sellada y con fecha se entregará al ciudadano/a, no quedándose la administración con copia.
• Informarle que el Documento Temporal debe acompañar a la Tarjeta Sanitaria siempre que acuda a los servicios sanitarios (a falta de TSI: resguardo de haberla solicitado o documento que acredite su situación de aseguramiento).
• Informarle de la caducidad y posibilidad y forma de renovación.

5 Discusión-Conclusión

Por todo lo descrito anteriormente, las Unidades Administrativas de los Centros de Atención Primaria gestionan, organizan y dan solución a las demandas del usuario/a y realizan tareas administrativas, de soporte y apoyo a la organización, que son necesarias para que el usuario/a realice todos los trámites necesarios.

Entre el emisor y el receptor la comunicación ha de ser fluida. La certeza y la comprensión de los mensajes depende de ello. Cuando el feedback es bueno: aumenta la comunicación, la certeza, la comprensión de los mensajes y el sentimiento de confianza entre emisor y receptor. Y ésta es la función principal del Auxiliar Administrativo, hacer que el feedback resulte efectivo.

6 Bibliografía

- Ley 14/1986, de 25 de marzo, General de Sanidad
- Ley autonómica 7/2019, de 29 de marzo, de Salud
- Decreto 89/2017, de 20 de diciembre, de Atención Ciudadana en el Principado de Asturias
- Ley 19/2013, de 9 de diciembre, de transparencia, acceso a la información pública y buen gobierno. https://www.astursalud.es/noticias/-/noticias/guia-de-aseguramiento-y-tramites-en-tarjeta-sanitaria-individual.
Joaquín Arcadio Fernández Martínez.

Capítulo 1589

COMPETENCIAS EN CENTROS SANITARIOS DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

NOELIA GONZÁLEZ GONZÁLEZ

1 Introducción

En buena medida, el correcto funcionamiento de un hospital o centro de salud depende también del trabajo del auxiliar administrativo.

La única referencia sobre las competencias del auxiliar administrativo en salud nos lleva a una Orden de 1984 que modifica el Estatuto del Personal no Sanitario de las Instituciones Sanitarias Públicas de la Seguridad Social de 1971. Según la mencionada Orden los auxiliares se dedican a aquellos trabajos de ”apoyo material, ejercicio y desarrollo respecto a las tareas administrativas de la Institución, así como las de secretarías de planta y servicios y las de preparación y tratamiento de los datos para la informática”.

Esta Orden de 1984 fue derogada en 2003 por el Estatuto Marco del Personal estatutario de los Servicios de Salud. Una de sus disposiciones transitorias remite a la ley de 1971. Esta , a su vez, conduce a la de 1984. El contenido de la norma que regula las funciones de un administrativo sanitario sigue siendo el mismo.

2 Objetivos

- Poner orden la burocracia de forma correcta.

- Gestionar citas de los pacientes.
- Ordenar datos en el Sistema informático.
- Apoyar el material prestado, en tareas asistenciales propias de la Institución.
- Atender al público, recepción de llamadas.
- Organizar expedientes, mecanografía de documentos y otras tareas administrativas, etc.

3 Metodología

Datos obtenidos en diversos artículos relacionados en diferentes bases de datos como Scielo, PubMed y Google Academy introduciendo los términos de búsqueda de los temas estudiados. También se buscó y consultó Guías Clínicas.

4 Resultados

La información permitirá obtener mejores resultados administrativos. Contar con herramientas de gestión permitirá lograr un buena planificación que redunden en beneficios operativos y económicos. Un buen Sistema de gestión permite obtener indicadores y estadísticas, poder suscribirse al Sistema de facturación en electrónica y llevar una contabilidad en línea.

5 Discusión-Conclusión

Se hace necesario la creación de una Guía que contribuya a que las funciones del auxiliar administrativo de la sanidad debe realizar en el Servicio de Salud, promoviendo líneas de actuación en el campo profesional de la Admisión y la Documentación clínica. La información en dicha Guía dará las bases para la formación y distribución de los recursos humanos de forma óptima. Es necesario disponer de sistemas de información homogéneos, fiables y suficientes, que posibiliten los procesos de gestión, elaboración de indicadores de rendimiento y utilización garantizando la protección de datos y el derecho a la intimidad. La gestión por competencias supone un cambio cultural y constituye un gran reto para las organizaciones de la Atención sanitaria.

6 Bibliografía

- Díaz Rojo. J.A. (2001). La terminología médica: diversidad, norma y uso.

- Ocronos. Revista Médica y de Enfermería.
- Alvarez, M.T. (2004). Documentación clínica y archivo. Ediciones Díaz de Santos.
- López Domínguez, O (1997). Gestión de pacientes en el hospital. El Servicio de Admisión y Documentación Clínica. Madrid: Olalla,262-273.

Capítulo 1590

ANÁLISIS DE LA LEY 41/2002 BÁSICA REGULADORA DE LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES EN MATERIA DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE

MARÍA VISITACIÓN DE LA TORRE CUERVO

MARÍA DEL ROSARIO DEL VALLE GÓMEZ

EVA MARÍA TORRES PÉREZ

MARIA JOSE LOPEZ ALVAREZ

1 Introducción

La ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, regula los espacios que no se trataban o no quedaban suficientemente aplicados en la ley General de Sanidad de 1986. La ley 41/2002 supone un paso de gigante en cuanto a las relaciones que se establecen entre los profesionales de la salud y los enfermos.

Recoge principios como son el derecho a la información concerniente a la salud de los individuos, la participación en las decisiones relativas a la toma de medicamentos e intervenciones quirúrgicas, la negativa a los mismos, las voluntades

anticipadas o la mayoría de edad necesaria para la toma de decisiones sanitarias en los más jóvenes.

El cambio que se ha producido a lo largo de la historia de la medicina es grande, pasamos de un paternalismo donde el médico es representado como una figura virtuosa de deber y caridad que mostraba una relación con el paciente que hoy en día y a consecuencia de los cambios culturales y complejos de nuestra sociedad ha ido evolucionando y que pone en tela de juicio el paternalismo protector de la antigua práctica médica.

Hoy en día, se ha dado paso a la ética de los principios descritos por Beauchamp (1979) que son los que argumentan los" principios prima facies" para la ética médica: beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia. Los dos primeros semejantes a la obligación de actuar buscando el bien del paciente por el contrario los otros dos son novedosos, el de justicia refiriéndose está a la equiparación de los cuidados de la salud a todos los ciudadanos, y el de autonomía enfrentándose al paternalismo de la época.

Por una parte se encuentra el modelo hipocrático desarrollado en el contexto cultural del que procede claramente. Se caracteriza por aplicar la beneficencia sobre el paciente pero sin contar con él, es un modelo paternalista proteccionista como si de un padre de familia se tratase. Esta relación entre el médico y el enfermo dura desde Hipócrates hasta los años 80 en España y es a partir de estos años cuando aparece otro modelo de relación entre médico y paciente, un modelo ya no moral sino legítimo y surge también el concepto de autonomía del paciente que prevalece desde los años 80 hasta nuestros días. Es en este modelo donde se da primacía a la autonomía del enfermo.

2 Objetivos

- Analizar el creciente aumento de la litigiosidad hacia la práctica médica como resultado de los cambios producidos en el modelo paternalista hacia el nuevo modelo que dio lugar al derecho a la autonomía del paciente. La autonomía del paciente como bien jurídicamente protegido surgido como hecho consolidado de la libertad del individuo y del reconocimiento de la dignidad y el valor de su ser como persona.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos como Dialnet y Pubmed, revistas de investigación y páginas web. También se ha revisado la ley 41/2002, del 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

4 Resultados

Los resultados muestran que existen unos límites recogidos en la ley 41/2002, del 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente:

Cuando la no intervención suponga un riesgo para la salud pública y en caso de urgencia vital cuando no exista la posibilidad de poder consultar al paciente o familiares. Existen también una serie de límites científicos, artículo 2.3 de la ley 41/2002 "El paciente o usuario tiene derecho a decidir libremente después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles". Otros límites son la negación a los tratamientos excepto en los casos recogidos en la ley como nos indica el artículo 2.4.

La ley 41/2002 exige el consentimiento libre y voluntario del paciente antes de efectuarse una intervención en el ámbito de su salud. No obstante puede declarar que no desea ser informado y en ese caso se obviaría dicha información siempre que no entrara en conflicto con terceros la colectividad o su propia salud.

Existe un aumento creciente de las demandas hacia la práctica médica, sobre todo en diversas especialidades como son la cirugía plástica o la ginecológica. Hasta bien entrado el siglo XX, los médicos permanecían ajenos al derecho y se regían por su código deontológico. La entrada de las ciencias jurídicas en el ámbito de la salud cambio este modelo acabando con el paternalismo médico.

Otro límite al consentimiento informado es el de "privilegio terapéutico", cuando por razones excepcionales el conocimiento de su situación puede perjudicar al paciente de forma grave, debido al estado físico o psíquico del enfermo, nunca apelando a su edad o cultura ni a la opinión de sus familiares y dejando constancia objetiva y razonada en la historia clínica.

5 Discusión-Conclusión

El aumento de la litigiosidad hacia la práctica médica contribuyen a que cada médico reciba a lo largo de su vida laboral demandas ante los tribunales de justicia por su actividad sanitaria, esto no beneficia al paciente ni mejora la sanidad. El acoso médico con las reclamaciones judiciales provoca la práctica de una medicina defensiva que no termina de satisfacer a nadie, la judicialización de la sanidad es una barrera para la confianza.

El médico ya no es el que era antes en el modelo paternalista ahora se siente acosado por las consecuencias jurídicas a las que puede conducir su práctica médica y se siente más presionado a la hora de tomar decisiones por temor a una futura demanda. Hoy en día la ley 41/2002 ha supuesto una distribución de los riesgos que ahora son asumidos tanto por el paciente como por el profesional de la salud todo ello contribuye a una mayor desconfianza entre profesionales de la salud y usuarios.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 1591

HERRAMIENTAS ÚTILES EN DOCUMENTACIÓN SANITARIA. AUXILIAR ADMINISTRATIVO

NOELIA GONZÁLEZ GONZÁLEZ

1 Introducción

El contacto entre el médico y el paciente requiere un registro y documentarse para un adecuado proceso de atención en los servicios de salud. Es necesario este proceso de atención de los pacientes para que las instituciones médicas de los sectores públicos y privados puedan llevar a cabo un adecuado control de los tratamientos y datos clínicos de los usuarios: la documentación sanitaria y la historia clínica.

2 Objetivos

- Conocer los sistemas informáticos y redes, sistemas operativos actuales.
- Utilizar con conocimiento ordenadores personales.
- Conocer la protección jurídica de los programas de los ordenadores: internet, intranet.
- Utilizar herramientas informáticas: bases de datos, bases de datos documentales.
- Conocer las hojas de cálculo y procesadores de textos.
- Realizar presentaciones.
- Manejar correo electrónico.
- Promover el uso de herramientas web.

- Utilizar tecnologías de información y la comunicación (TIC) para una mejor gestión.

3 Metodología

Seguir una documentación bibliográfica sistemática, metodológica, didáctica, de artículos relacionados con las herramientas en documentación sanitaria. Se han utilizado diferentes bases de datos como Scielo, Medline, PubMed. La búsqueda ha sido de artículos publicados en inglés, portugués, español…

4 Resultados

La mejora del acceso a la documentación agiliza el trabajo del personal sanitario, en concreto del auxiliar administrativo. Un programa de gestión documental ayuda a mantener bajo control todos los documentos. Es imprescindible contar con un sistema seguro para lograr una buena confidencialidad con los datos de los pacientes, así como el logro de una mayor rapidez en la colaboración de médicos de distintas especialidades o de distintos centros de sanidad. Lograr una mejor comunicación. Si se analiza a medio plazo supone una reducción de coste significativo.

5 Discusión-Conclusión

Tras la revisión se concluye que el uso de herramientas en el ámbito sanitario conlleva una serie de ventajas que son:
- Promover el desarrollo, preparación y motivación de los profesionales.
- Aportar innovación, flexibilidad y eficiencia en la gestión de los recursos humanos.
- Alinear la gestión de las personas con los objetivos y la estrategia del Centro Sanitario.
- Profundizar en valores del humanismo con profesionales y pacientes.

6 Bibliografía

- Gestión Administrativa y Medio Saanitario. ACCI.Esther Noemí Quesada Barranco. Francisco Javier López Fernández.
- Guía Auxiliar de Gestión Sanitaria de la Generalitat.

- Ocrono.Revista Médica. com
- Guía de Gestión Documental.

Capítulo 1592

ANÁLISIS DE LAS DIVERSAS TIPOLOGÍAS DE USUARIOS DE LAS DISTINTAS INSTITUCIONES SANITARIAS

MARÍA VISITACIÓN DE LA TORRE CUERVO

MARIA JOSE LOPEZ ALVAREZ

EVA MARÍA TORRES PÉREZ

MARÍA DEL ROSARIO DEL VALLE GÓMEZ

1 Introducción

El usuario es sujeto de derecho en el modelo de atención a la salud. El derecho a la protección de la salud es un derecho fundamental recogido en la constitución de 1978 en su artículo 43 encomendando a los poderes públicos a organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas de prestaciones y servicios necesarios. Los derechos del usuario son una pieza clave a la hora de prestarles la atención necesaria y asegurarle la equidad y la calidad en el servicio prestado.

Víctor Giorgi le da una nueva dimensión a estas consideraciones "a todas estas condiciones se les pueden agregar las psicológicas, posibilitando la percepción del sujeto como alguien con derecho a trato justo y ecuánime."

Este proceso es necesario para que los usuarios se sientan satisfechos y los profesionales del sistema de salud lo conciban también de la misma forma añadiéndole

el respeto necesario a estas relaciones que surgen del uso de los derechos de todos los usuarios del sistema sanitario.

2 Objetivos

Analizar las diversas tipologías de usuarios de las distintas instituciones sanitarias.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica por distintas pagos web, artículos, bases de datos como Dialnet y Pubmed. También se ha revisado el artículo 43 de la constitución española y otras publicaciones de interés psicológico.

4 Resultados

Es fundamental detectar las principales necesidades de los usuarios para poder prestar un servicio de calidad, qué idea se han creado sobre la atención que van a recibir, cuales son los sentimientos con los que comienza el proceso de atención. El objetivo de este capítulo es conocer las distintas tipologías de usuarios que existen en una institución sanitaria y cómo satisfacer sus expectativas de forma realista

Los resultados obtenidos muestran que los pacientes o usuarios no pueden ser tratados de la misma manera ya que forman tipologías completamente antagónicas entre sí.

Los usuarios de las instituciones sanitarias son distintos entre sí y por lo tanto se comportan y responden a las situaciones que se originan cotidianamente de manera muy diversa, entre todas las tipologías que pueden observarse se han distinguido tradicionalmente las siguientes más habituales.

- Usuario prepotente. El que opina que siempre lo sabe todo y es dominante, lo mejor siempre es no discutir, atenderle con atención y pedirle opinión.
- Usuario desconfiado. El que duda, es susceptible, desconfía de cualquier argumento por válido que parezca, lo mejor será atenderle respetando sus opiniones y por supuesto sin discutir buscando puntos comunes en que encauzar la conversación.

- Usuario discrepador. El que discute, da igual sobre que o quien, suele ser agresivo, buscara algún tema con el que confrontar, lo mejor será con delicadeza y respeto no polemizar, atenderle sin entrar en sus provocaciones y dialogar a partir de sus propias conclusiones.
- Usuario indeciso. El inseguro, no sabe lo que le conviene y es incapaz de tomar una decisión, no argumenta con claridad. Lo mejor es tomar la decisión por él dando la información que necesite de porque una opción es mejor que otra.
- Usuario impulsivo. El nervioso, no tiene tiempo, necesita respuestas rápidas. Lo mejor es darle a entender que valoramos su tiempo dándole la información que necesita de manera precisa y correcta sin extendernos innecesariamente.
- Usuario imitador. El influenciable, desea que le trate siempre la misma persona le concede gran valor a la opinión de los demás. Lo mejor será tratarle con atención dándole seguridad y ofreciendo opiniones favorables sobre nuestro servicio, debemos ofrecerle garantías pero no debemos decidir por él.
- Usuario agresivo. En ocasiones tanto los pacientes como sus familiares pueden perder la calma llevados a una situación límite debido a la tensión de ver a sus seres queridos enfermos de gravedad. En estos casos debemos empatizar con el usuario intentando sosegarlo y calmarlo, escuchándolo y apoyándolo con nuestra comprensión.

Todas estas tipologías reflejan lo que nos encontramos cuando atendemos a los usuarios en las instituciones sanitarias.

5 Discusión-Conclusión

Las necesidades del ciudadano en cuanto al servicio que desea obtener son de especial importancia para el profesional de la salud, si estas son detectadas por estos últimos y las expectativas de los usuarios corren parejas y bien relacionadas con el trato que obtienen, todo el proceso se completará adecuadamente. Es fundamental conocer las tipologías de usuarios que existen y así poder dar satisfacción a cada ciudadano de una forma más personalizada que nos asegure el buen funcionamiento del proceso de la comunicación clave en el entendimiento entre semejantes.

Las necesidades dentro de cada tipología pueden variar, sin embargo todas tienen ciertas características en común que son: La necesidad de ser atendidos sin esperar demasiado, ser acogido, ser orientado en buena dirección, sentirse cómodo, ser tranquilizado y ser aconsejado. La conclusión al final es que conociendo más

sobre la personalidad del usuario conseguimos atenderle más satisfactoriamente con lo que todos salimos ganando.

6 Bibliografía

- Giorg i, V. (2005) Salud Mental y políticas públicas. El trabajo del psicólogo en el campo de la seguridad humana. Inédito.
- La Constitución Española.
- Arias, A. Ramos, F. Suarez, Z. La accesibilidad en tiempos de reforma ¿La psicología aporta?
- Corriente sindical de izquierdas. Temario. (Tema 10). La Atención al Usuario.

Capítulo 1593

EL IMPACTO DEL NUEVO REGLAMENTO GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS (RGPD) EN LOS SISTEMAS DE SALUD

NURIA GARCÍA LAVIANA

MIGUEL PALACIO SANCHEZ

1 Introducción

Por el aumento del uso de las nuevas tecnologías, cada vez es más fácil invadir la intimidad ajena, lo que afecta tanto a datos personales de carácter general como a los datos personales relacionados con la salud. Por ello, uno de los pilares fundamentales del RGPB es el consentimiento de los interesados como forma de legitimar el tratamiento de sus datos personales. Este consentimiento toma especial importancia ya que el sanitario no solo trabaja con datos personales habituales, sino con lo que se conoce como información sensible, relativa a la salud física o mental de una persona, incluida la prestación de servicios de atención sanitaria que revelen información sobre su estado de salud.

Por este motivo ha sido necesaria una regulación legal propia y específica que en el ámbito sanitario es especialmente importante. Esta normativa afecta a los profesionales que operan en el sector sanitario, a las clínicas, a los hospitales, a los centros médicos y a las instituciones sanitarias.

2 Objetivos

Exponer los aspectos más destacados del impacto del nuevo reglamento general de protección de datos (RGPD) en los sistemas de salud.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El objetivo del RGPD es conseguir una mejor protección de los datos personales de los europeos, dotándolos de mayor control sobre ellos a partir de una legislación uniforme para todos los países de la Unión. La norma contempla un nuevo régimen sancionador a este tipo de infracciones, con multas mucho más elevadas.

Los centros sanitarios deben de:
• Recoger el consentimiento explícito del paciente que justifique que el paciente ha comprendido y ha aceptado sus condiciones de uso.
• Nombrar un responsable de protección de datos.
• Recoger datos de los pacientes siempre que sean adecuados, veraces y pertinentes
• Establecer protocolos a cumplir por parte del personal así como poner a su disposición de la infraestructura informática y la formación necesaria para garantizar la protección de la información.
• Implementar una política de conservación de datos.
• Garantizar la confidencialidad y el procedimiento legal de acceso
• Disponer de una hoja de información al paciente en la que le solicita su autorización para el tratamiento de sus datos.
• Establecer protocolos a cumplir por parte del personal así como poner a su disposición de la infraestructura informática y la formación necesaria para garantizar la protección de la información.

En lo referido al personal de los centros sanitarios:
• Tratar la información con lealtad y transparencia
• Integridad y confidencialidad.
• Exactitud de los datos
• Usar datos únicamente si son necesarios para la realización de tu trabajo.
• Mesa limpia de papeles que contengan información sensible
• Secreto profesional
• Responsabilidad proactiva
• Bloqueo sesión del equipo cuando abandone puesto
• No instalar aplicaciones no autorizadas.
• No conectar dispositivos USB no confiables.
• No facilitar información sensible si no estás seguro de quién es el receptor de la misma y evitar dar información a terceros sobre la salud de un paciente salvo que éste lo haya consentido.
• Destruir información sensible, no tirar a la papelera

Con el fin de mejorar el cumplimiento del RGPD en aquellos casos en los que sea probable que las operaciones de tratamiento supongan un alto riesgo para los derechos y libertades de los pacientes y usuarios , corresponde al responsable del tratamiento la realización de una evaluación de impacto a la protección de datos, que evalúe, en particular, el origen, la naturaleza, la particularidad y la gravedad de dicho riesgo.

El resultado de esta evaluación debe tenerse en cuenta cuando se decidan las medidas adecuadas que se deban tomar con el fin de demostrar que el tratamiento de los datos personales es conforme con el presente Reglamento.

5 Discusión-Conclusión

Las organizaciones que procesan datos de salud tendrán que revisar en profundidad sus políticas, procedimientos y prácticas existentes para asegurar el cumplimiento, de lo que es considerada por la Ley de protección de datos, como información especialmente protegida. Deben de poner todos los medios necesarios para garantizar dicha protección, para poder así proporcionar una asistencia sanitaria de calidad.

6 Bibliografía

- Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.
- Reglamento Unión Europea 2016/679 de Protección de Datos 2016/679.
- Artículo de Vicente Lomas Hernández sobre protección de datos y derechos digitales en el área sanitaria para la web www.elderecho.com
- Articulo posteado por Media en la página web https://blog.signaturit.com/es.
- Jornadas Andaluzas Salud Investiga.

Capítulo 1594

REPERCUSIÓN DE LA NOCTURNIDAD EN LOS TRABAJADORES DE LA SANIDAD

JESÚS ORMAZÁBAL ARIAS

ELENA PELÁEZ ARDURA

VANESA MONTILA CASTAÑÓN

ARIANA GONZALEZ ALONSO

NOELIA GONZALEZ CASTELLANOS

1 Introducción

Los servicios sanitarios, se deben ofrecer 24 horas al día los 365 días del año y esto supone distribuir a su personal de tal manera que dichos servicios cubran en todo momento las necesidades que requieran los usuarios del sistema sanitario.

Nos centraremos en la jornada nocturna por ser la más peculiar y la que más discusiones y estudios genera sobre su repercusión en la salud y el bienestar de las personas que desempeñan esta jornada.

2 Objetivos

Analizar la repercusión y el riesgo en la salud de la nocturnidad en los profesionales sanitarios tanto en su entorno laboral como en el familiar.

3 Metodología

Se analizan distintos estudios de varios países dentro de sus sistemas sanitarios y en todos ellos se pone de manifiesto que el trastorno más común es el del sueño, ya que altera el ciclo biológico de los profesionales, sin embargo, también nos aportan estos estudios la relación que existe entre el trabajo nocturno y distintas patologías, evidenciándose que este turno de trabajo puede llevar a agravarlas. Entre estas patologías podemos destacar el denominado síndrome metabólico, lo que puede conllevar a desarrollar sobrepeso, hipertensión, problemas cardiovasculares etc. Una de las enfermedades que también se relacionan con el trabajo a turnos es el cáncer, según la Agencia Internacional para la investigación sobre el Cáncer (IARC), el trabajo nocturno, es considerado como "probablemente cancerígeno.
También se analizan las repercusiones que esta jornada laboral tiene sobre la vida familiar, mientras ellos trabajan su familia descansa y viceversa lo que puede conllevar en el tiempo a problemas de pareja.

4 Resultados

Para mitigar los le efectos de este tipo de jornada laboral, se debe controlar periódicamente la salud, con mayor frecuencia si cabe, para anteponerse a posibles patologías incidiendo en proporcionar descansos adecuados, promoviendo la realización de actividad física moderada y una dieta equilibrada con lo que conseguiremos que todos estos riesgos se reduzcan en la medida de lo posible.

5 Discusión-Conclusión

Si bien el trabajo a turnos es fundamental dentro de los sistemas de salud de todos los países, no lo es menos tratar de paliar en la medida de lo posible, todos aquellos inconvenientes que puedan generar tratando de conseguir que esta jornada no se prolongue en el tiempo a lo largo de cada profesional, estableciendo los descansos necesarios y tratando de conseguir que estos profesionales que se ven obligados a realizar estos turnos puedan conciliar su vida profesional y familiar de la mejor manera posible.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/

- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 1595

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA PROTECCIÓN DE DATOS EN EL ÁMBITO SANITARIO.

LORENA SÁNCHEZ PÉREZ

1 Introducción

La protección de datos es un derecho fundamental reconocido en el articulo 18.4 de la Constitución Española de 1978, el cual establece que ”la ley limitará el uso de la informática para garantizar el honor y la intimidad personal y familiar de los ciudadanos y el pleno ejercicio de sus derechos”.

También debemos hacer referencia a la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre de Protección de datos personales y garantía de los derechos digitales (LOPDGDD), la cual aporta una regulación legal propia a los datos sanitarios.

Cabe mencionar también al Reglamento UE 2016/679 de 27 de abril, en el cual se hace mención a algunas referencias sobre el tratamiento de los datos personales en el ámbito de la sanidad, como por ejemplo el consentimiento, el cuál deberá ser libre, informado, específico e inequívoco.

El auxiliar administrativo en el ámbito sanitario, como parte importante que accede y gestiona toda la información sobre la historia clínica de los pacientes, debe en todo momento respetar la ley de protección de datos para mantener bajo total confidencialidad los datos que están bajo su responsabilidad.

2 Objetivos

Exponer los aspectos más destacados de la ley de protección de datos en el ámbito sanitario y la función del auxiliar administrativo con dicha ley.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se realiza una revisión bibliográfica de la normativa actual sobre la protección de datos, haciendo hincapié en lo referente al ámbito sanitario

4 Resultados

La importancia en la labor del auxiliar administrativo de conocer y aplicar en el ejercicio de sus funciones la legislación actual sobre la protección de datos de los usuarios del sistema sanitario.

El auxiliar administrativo en el ámbito de la salud debe tener en cuenta un decálogo de la Agencia Española de protección de datos, donde dice textualmente:
1- ”Trata los datos de los pacientes como querrías que tratasen los tuyos.
2- ¿Estás seguro de que tienes que acceder a esa historia clínica? Piénsalo. Solo debes acceder si es necesario para los fines de tu trabajo. En este punto además se hace mención a que no se debe acceder a tu historia clínica ni a la de tus familiares o conocidos.
3- Recuerda: tus accesos a la documentación clínica quedan registrados en el sistema. Se sabe en que momento y a que información has accedido. Los accesos son auditados posteriormente.
4- Evita informar a terceros sobre la salud de los pacientes, salvo que estos lo hayan consentido o tengan justificación lícita.
5- Cuando salgas del despacho, asegúrate de cerrar la sesión abierta en tu ordenador. No facilites a nadie tu clave y contraseña, si necesitas un acceso urgente, contacta con el departamento de informática.
6- No envíes información con datos de salud por correo electrónico o por cualquier red pública o inalámbrica de comunicación electrónica, si fuera imprescindible no olvides cifrar los datos.
7- No tires documentos con datos personales a la papelera, destrúyelos tú mismo o sigue el procedimiento implantado en tu centro.

8- Cuando termines de pasar consulta, cierra con llave los armarios o archivadores que contengan documentación clínica.
9- No dejes las historias clínicas a la vista sin supervisión.
10- No crees por tu propia cuenta ficheros con datos personales de pacientes, consulta siempre antes con el departamento de informática."

Con lo expuesto anteriormente, no cabe duda de que el personal administrativo solo podrá acceder a la información de los usuarios para ejercer únicamente su trabajo, puesto que debe ser tratada con absoluta confidencialidad. Esta información abarca desde datos personales, datos relacionados con la salud del paciente y toda su historia clínica, compuesta por todos los documentos sobre el estado físico o mental del usuario y su evolución en el sistema nacional de salud, por lo tanto el tratamiento adecuado de estos datos tendrá como resultado final un servicio y atención al usuario de calidad.

También es necesario conocer que en los casos en los que la ley no se cumpla, existe un régimen sancionador al que se encuentran sujetos los responsables y encargados del tratamiento de los datos.

5 Discusión-Conclusión

El auxiliar administrativo por su posición en el organigrama del sistema nacional de salud debe conocer perfectamente la legislación sobre protección de datos para desempeñar su trabajo de forma correcta.

El auxiliar administrativo, en cualquier puesto del entorno sanitario en el que se encuentre, tanto en atención primaria como en el entorno hospitalario, es de las primeras personas que interactúan con los usuarios, dando citaciones, en la admisión de los pacientes, en definitiva accediendo a una gran cantidad de información que debe saber utilizar y gestionar sin vulnerar el derecho de confidencialidad.

Con la digitalización de los datos sanitarios es de principal importancia que los profesionales administrativos tengan una formación en materia de seguridad para el tratamiento de los datos médicos de los pacientes y que conozcan las consecuencias de la vulneración de la confidencialidad en la utilización de estos datos.

6 Bibliografía

- Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre de protección de datos.
- Constitución Española de 1978.
- Reglamento UE 2016/679 de 27 de abril.
- Página web de la agencia española de protección de datos (www. aepd.es).

Capítulo 1596

NUEVOS RETOS ANTE EL ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL Y LA E-SALUD

MIGUEL PALACIO SANCHEZ

NURIA GARCÍA LAVIANA

1 Introducción

La adopción de tecnologías TIC en el sector salud ha causado, y seguirá causando, una revolución constante y sin parangón en la relación con las personas usuarias de los servicios asistenciales. La posibilidad de realizar gran número de trámites de forma remota, recoger resultados, gestionar citas o cambios de domicilio, e incluso la atención hospitalaria mediante dispositivos electrónicos, ha hecho que la atención se deshumanice en gran parte. Este hecho, en una región envejecida como es Asturias, cobra especial importancia en los años venideros, dado que gran parte de la población puede quedar descolgada digitalmente hablando, mientras la e-salud sigue su desarrollo.

2 Objetivos

- Adaptar los dispositivos electrónicos para facilitar su uso entre las personas mayores o con algún tipo de discapacidad.
- Promover y ejecutar planes de comunicación entre la población objetivo para eliminar barreras y reticencias ante los trámites electrónicos.

- Facilitar el acceso para todos los usuarios y en especial a personas con mayores dificultades.
- Trabajo con el personal sanitario para mejorar la atención, empatía y escucha activa ante la deshumanización que la población mayor siente ante las nuevas tecnologías.
-Conseguir que esa franja poblacional deje de considerar a las TIC como un enemigo y lo vean como una oportunidad.
-Disminución de la llamada ”brecha digital”, nueva causa de exclusión social para los mayores.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros, revistas, estudios y otras publicaciones relacionadas con el tema sobre el que se elabora esta publicación.

4 Resultados

- Disminución de la reticencia para con los servicios que se gestionan de forma digital.
- Mejora en la información a los pacientes, que será adecuada y suficiente. Empoderamiento de los mismos.
- Acercamiento a un sector poblacional creciente y de mayor peso asistencial.
- Apoyo a los núcleos rurales dispersos que pueden ver en las nuevas tecnologías y la e-salud una forma de comunicación más eficiente y rápida con sus sanitarios. La e- salud conllevará ahorros en desplazamientos y costes médicos, tanto para el personal del Servicio de Salud de la región como para los propios usuarios.

5 Discusión-Conclusión

Potenciar la humanización y la empatía con el usuario de áreas administrativas sanitarias redunda en un trato más cercano y personalizado , lo cual se torna especialmente difícil en unos tiempos en los que el tiempo se trata de optimizar al máximo y el ritmo de vida obliga a estar en constante movimiento.

Precisamente esa escasez, unida a la implantación masiva de servicios y trámites sanitarios que se pueden realizar on-line, hace que la gente mayor se sienta doblemente desplazada. Por un lado necesitan la cercanía a la que están habituados con sus sanitarios, y por otro lado, no son capaces de asumir los grandes cambios a los que la tecnología les obliga a diario.

El sistema sanitario asturiano del futuro afronta el doble reto de afrontar la adopción de los avances tecnológicos en salud que se vayan produciendo y a la vez, conseguir no dejar fuera de ese sistema a la población envejecida, que se hará mayoritaria en los próximos años.

La solución pasa por buscar el equilibrio entre humanización del servicio y la empatía de los profesionales de la sanidad, y la adaptabilidad de las personas mayores al nuevo modelo asistencial que se les presenta.

6 Bibliografía

- Artículo ”La humanización de la Atención Primaria”. Revista clínica de medicina en familia.
- Artículo ”Humanizar la atención administrativa en Sanidad” de la Fundación Humana.
- La humanización de la atención primaria. Revista clínica de medicina de familia. Fam. vol 10. Albacete feb 2017. Rodrigo Gutiérrez
- Revista ”60 y más”. Número 326” Artículo ”La brecha digital, nueva causa de exclusión social de los mayores”. 04/04/2014.
- La humanización de la salud y las nuevas tecnologías. Revista Iberoamericana de Bioética. Silvia N. Oger.

Capítulo 1597

PERSONAL DEL ÁMBITO SANITARIO Y SÍNDROME DE BURNOUT

SANDRA ÁLVAREZ MUÑIZ

1 Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha procedido al reconocimiento oficial del burnout o de desgaste profesional como enfermedad tras la ratificación de la revisión número 11 de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos (CIE-11), aprobada el pasado año y cuya entrada en vigor se ha fijado para el próximo 1 de enero de 2022.

El término ”burnout” fue acuñado por primera vez en 1974 por Herbert Freudenberger, en su libro “Burnout: The High Cost of High Achievement”. El trastorno es consecuencia de un estrés laboral crónico, y se caracteriza por un estado de agotamiento emocional, una actitud distante frente al trabajo (despersonalización), y una sensación de ineficacia y de no hacer adecuadamente las tareas. A ello se suma la pérdida de habilidades para la comunicación.
El Síndrome de Burnout se incluye así entre los principales problemas de salud mental y en la antesala de muchas de las patologías psíquicas derivadas de un escaso control y de la carencia de una prevención de este síndrome.

Las repercusiones del estrés sobre la salud es una realidad creciente, así como el aumento del estrés laboral en los profesionales del ámbito sanitario. El denominado síndrome Burnout (síndrome del quemado) aparece como consecuencia de un estrés laboral sostenido en el tiempo.

Por ello, si bien es cierto que para atender y cuidar a aquellas personas que sufren o presentan alguna patología es importante empatizar con ellas, debemos evitar

empatizar con su dolor. Es decir, "sentir el dolor del otro, como si fuera propio" y entendamos por empatía "expresar la compasión y preocupación por el dolor del otro, pero sin identificarnos con él hasta el punto de sentir su dolor". Por tanto, debemos practicar y desarrollar la habilidad de la empatía pero no debemos contagiarnos del dolor y del sufrimiento de aquellas personas a las que estamos tratando de ayudar.

Es muy importante tener presente que "el estrés nocivo no se encuentra en el medio ambiente, sino que se trata de un estado interno de la persona". No existen fórmulas mágicas para que gestionemos nuestro estrés; "el éxito" está en el cambio de nuestros hábitos.

2 Objetivos

Realizar una revisión de la literatura para conocer las causas y las metodologías de prevención del síndrome de Burnout en personal no sanitario. Entre los profesionales sanitarios se han hallado altos índices de desgaste profesional. El objetivo fue estudiar la prevalencia del síndrome de desgaste profesional en los trabajadores sanitarios hospitalarios, y valorar su relación con los factores personales y ambientales

3 Metodología

Se realizó una búsqueda sistemática de los artículos más relevantes relacionados con el síndrome de Burnout en Google Académico desde el año 2000 a la actualidad, utilizando las siguientes palabras clave: Burnout, desgaste profesional, satisfacción en el trabajo. Personal sanitario. Hospitales

4 Resultados

Existen diferentes tipos de personas con el síndrome de Burnout: El primer tipo se conoce por el "trabajador comprometido" (no es capaz de decir que no cuando se le pide que haga algo y sigue aceptando más carga de trabajo). Estas personas van a ir por encima de sus propios límites y esto les va a conducir progresivamente al agotamiento. El segundo tipo se conoce por el empleado "demasiado involucrado". Este tipo de persona se involucra tanto en su trabajo que llega a considerar su vida fuera de su ámbito laboral insatisfactoria. Quiere complacer siempre a todo el mundo. El tercer tipo se conoce por el "empleado autoritario".

Este tipo de persona considera que nadie más puede hacer su trabajo tan bien como lo haría él (perfeccionistas). Debido a que uno exige demasiado de sí mismo, en cierta medida, nos vamos a consumir. Siempre vamos a pensar que podríamos haberlo hecho mejor.

Entre los signos más comunes de agotamiento destacan: Identificarse tan fuertemente con el trabajo que falta un equilibrio razonable entre la vida laboral y la vida personal. Su trabajo es especialmente monótono y no tiene sobresaltos. Intenta ser todo para todos, asumir tareas y funciones que no corresponden a su cargo. El trabajo a turnos ha sido asociado a diversas alteraciones en las funciones biológicas, que conducen a daños físicos y mentales. Los trabajadores del turno nocturno, insatisfechos con el sueño, presentan más agotamiento emocional, lo cual es un factor relacionado con la aparición de burnout. Las relaciones interpersonales que concurren en el ámbito laboral, muchas veces de conflicto, fomentan el malestar en el trabajo y con ello la aparición del síndrome de burnout. La alta demanda de pacientes hace que los recursos tanto humanos como tecnológicos sean deficientes, aumentando la tensión emocional. La convivencia cotidiana con sufrimiento y muerte, enfrenta frecuentemente a los trabajadores sanitarios, con agentes generadores de estrés.

Entre los síntomas más comunes de agotamiento destacan: Físicos: dolores musculares, de cabeza y de estómago o problemas intestinales, debilitación sistema inmunológico, palpitaciones. Emocionales: aparece una pérdida de energía, fatiga, sentimiento de estar exhausto. Rendimiento: falta de concentración, carecen de creatividad. Falta de realización personal: disminución de la autoestima personal, frustración de expectativas y manifestaciones de estrés a nivel fisiológico, cognitivo y comportamiento (irascibilidad). Estado depresivo y ansiedad

Las medidas que se deben adoptar para prevenirlo son: Disminuir los factores estresantes que contribuyen al agotamiento del trabajo. Una vez identificados hacer un plan para resolver los problemas. Evaluar las opciones. Cambiar de actitud (establecer relaciones positivas con los compañeros, tomar descansos…). Buscar apoyos. Evaluar intereses y habilidades (una evaluación puede ayudarle a decidir si debe considerar un trabajo alternativo). Actividad física regular como caminar o andar en bicicleta, puede ayudar a lidiar mejor con el estrés.

5 Discusión-Conclusión

Con frecuencia el burnout aparece dentro de un contexto profesional y se aplica por lo general a las personas que son perfeccionistas o extremadamente responsables y comprometidas. Los profesionales del ámbito sanitario son extremadamente vulnerables ya que se encuentran además expuestos a muchos de los factores de riesgo del mismo (horarios, turnos, contacto con la muerte…).

Tras la revisión bibliográfica hemos encontrado factores asociados al estrés ocupacional como son, el trabajo a turnos, las relaciones interpersonales conflictivas, la alta despersonalización y el bajo apoyo social. Por otro lado el reconocimiento laboral y la satisfacción con los recursos financieros (recibir mayor salario lleva a los profesionales a comprometerse más con su trabajo y a sentirse más competentes), el tiempo libre fueron evidenciados como factores protectores para reducir este síndrome.

Como regla general entre las acciones para reducir el estrés ocupacional se debe dar prioridad al cambio de organización para mejorar las condiciones de trabajo, si bien es cierto que probablemente solo esta medida no va a eliminar completamente el estrés en todos los trabajadores, por esta razón una combinación de cambio organizacional (volumen de trabajo acorde con capacidades y recursos de los trabajadores, definir claramente papel y responsabilidad del trabajador, permitir al trabajador participar en decisiones que afecten al trabajo, mejorar la comunicación, reducir la incertidumbre sobre crecimiento profesional y posibilidad de trabajo en el futuro) y manejo del estrés muchas veces es el enfoque más exitoso para prevenir el estrés laboral. Sobre el manejo del estrés se recomiendan intervenciones sobre la capacitación en estrategias para sobrellevar situaciones estresantes relajación progresiva técnicas conductuales y manejo del tiempo.

Trabajar desde una perspectiva preventiva, informados y prevenidos sobre el mismo, enseñándoles los signos y síntomas así como a tolerar todas aquellas situaciones que generen emociones, desemboca en la consecución de unos profesionales con la capacitación necesaria para enfrentarse a las situaciones de estrés diarias.

6 Bibliografía

1. Desgaste profesional en el personal sanitario y su relación con los factores personales y ambientales. Armand Grau[a] / Rosa Suñerb / María M. García c.

[a]Unidad de Calidad, Formación e Investigación. Hospital de Figueres. Figueres. Girona. bHospital Universitario Dr. Josep Trueta. Girona. EUE. Universidad de Girona. Girona. cUnidad de Bioestadística. Hospital Universitario Dr. Josep Trueta de Girona. Girona. España.
2. El burnout en los profesionales sanitarios: una aproximación bibliométrica E. Gaynésa , M.Giménezb y M. Portellc. Arch Prev Riesgos Labor 2004; 7 (3): 101-108
3. Garzás Cejudo EM, García Gómez-Caraballo DM. Síndrome de burnout. En: Organización, gestión y prevención de riesgos laborales en el medio sanitario. Jaén: Formación Alcalá; 2009. p. 405-421.
4. Grau A, Flichtentrei D, Suñer R, Prats M, Braga F. Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout en personal sanitario hispanoamericano y español. Rev Esp Salud Pública, 2009; 83: 215-30.
5. Guía de buenas prácticas para la prevención y manejo de problemas de salud mental en trabajadores del ámbito sanitario. Escuela Nacional de Medicina del Trabajo. Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Economía y Competitividad. Madrid, abril de 2012. https://esaludate.com/red/cursos-intensivos/65-marzo-2020/411-fomento-de-la-inteligencia-emocional-en-el-personal-sanitario
6. Burnout o el desgaste en el personal sanitario: Revisión bibliográfica. Raquel Fernández Arias 1, Desiré Martínez Gómez 1, Noelia Cernuda Mora, Sara Haida Suárez Suárez 2, Ricardo González Ovies 2. Hospital Universitario Central de Asturias 1, Hospital Fundación Avilés 2 https://revistamedica.com/burnout-desgaste-personal-sanitario/

Capítulo 1598

LA HOSPITALIZACIÓN Y EL CELADOR EN LA UNIDAD

MARIA DEL CARMEN ARIAS ROMERO

MARIA DEL ROCIO LOPEZ GUTIERREZ

ANGELES LOPEZ BERMEJO

MARIA DEL CARMEN GARCIA FERNANDEZ

1 Introducción

La unidad de hospitalización es aquella parte del hospital destinada al ingreso del paciente que requiere un diagnóstico, tratamiento y curación, hasta el momento del alta. Está constituida por varios espacios: habitaciones del paciente, office, aseos, zona de sucio, zona de enfermería.

El celador realiza los traslados de los pacientes entre las distintas unidades de Hospitalización, conservando en las mejores condiciones de temperatura, informando al paciente de su destino y siguiendo las órdenes del personal de enfermería. La unidad del paciente es el espacio que ocupa el paciente durante su estancia en el hospital, es decir, su habitación, el mobiliario que hay en ella y los materiales que utiliza el enfermo durante el tiempo que esté hospitalizado. Habrá tantas unidades de pacientes como camas existan en una habitación.

El número de camas dependerá de la unidad de hospitalización que, como regla general, no debe superar las 4 camas por habitación. Hay que procurar que la habitación sea lo más agradable, cómoda y limpia posible. El estado de ánimo del

paciente puede verse afectado como consecuencia de las características del espacio que ocupa, por lo tanto, la limpieza y la seguridad son dos factores trascendentales que ayudan y facilitan el proceso de curación del paciente.

2 Objetivos

- Conocer las funciones del celador en la unidad de hospitalización.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Scielo, Medline, Cochrane, Pubmed y Google Schoolar, se han utilizando criterios de búsqueda en revistas científicas. Las palabras claves utilizadas en la búsqueda fueron: celador, traslados, paciente, hospitalización, servicios.

4 Resultados

Las funciones del celador en el aseo del paciente, aunque la mayor parte están asignadas a otra categoría (auxiliares de enfermería, enfermeros), no excluye la posibilidad de intervención del celador en determinados supuesto. Los celadores ayudarán a las enfermeras y ayudantes de planta al movimiento y traslado de los enfermos encamados que requieran un trato especial en razón de sus dolencias, para hacerles las camas.

Ayudarán en la movilización del enfermo cuando, por circunstancias especiales concurrentes en el enfermo, no pudiera este ser movido por las enfermeras o ayudantes de planta, en la colocación y retirada de las cuñas para la recogida de excretas de dichos enfermos.

Esta tarea está asignada a los auxiliares de enfermería, en cuanto que los mismos tienen entre sus funciones llevar las cuñas a los enfermos y retirarlas.

Entre las funciones del celador se menciona en la Orden de 26 de Abril de 1973 que, excepcionalmente, lavarán y asearán a los enfermos masculinos encamados, o que no puedan realizarlo por sí mismos, y bañarán a los enfermos masculinos cuando no puedan hacerlo por sí mismos, siempre atendiendo las indicaciones de las Supervisoras de Planta o Servicio.

Las funciones en la unidad de hospitalización son:

1. Tramitarán o conducirán sin tardanza las comunicaciones verbales, documentos, correspondencia u objetos que les sean confiados por sus superiores, así como habrán de trasladar, en su caso, de unos servicios a otros, los aparatos o mobiliario que se requiera.
2. Harán los servicios de guardia que correspondan dentro de los turnos que se establezcan.
3. Realizarán, excepcionalmente, aquellas labores de limpieza que se les encomiende en orden a su situación, emplazamiento, dificultad de manejo, peso de los objetos o locales a limpiar.
4. Cuidarán, al igual que el resto del personal, de que los enfermos no hagan uso indebido de los enseres y ropas de la Institución, evitando su deterioro o instruyéndoles en el uso y manejo de persianas, cortinas y útiles de servicio en general.
5. Velarán continuamente por conseguir el mayor orden y silencio posible en todas las dependencias de la Institución.
6. Darán cuenta a sus inmediatos superiores de los desperfectos o anomalías que encontraran en la limpieza y conservación del edificio y material.
7. Vigilarán el acceso y estancia de familiares y visitantes en las habitaciones de los enfermos, no permitiendo la entrada más que a las personas autorizadas, cuidando no introduzcan en la Institución más que aquellos paquetes expresamente autorizados por la Dirección.
8. Así mismo tendrán a su cargo que los visitantes que no tengan acceso especial despejen las habitaciones y las plantas a la hora establecida.
9. Vigilarán el comportamiento de los enfermos y los visitantes, evitando que esos últimos fumen en las habitaciones, traigan alimentos o se sienten en las camas y, en general, toda aquella acción que perjudique al propio enfermo o al orden de la Institución. Cuidarán que los visitantes no deambulen por los pasillos y dependencias más que lo necesario para llegar al lugar donde concretamente se dirijan.
10. Tendrán a su cargo el traslado de enfermos para la realización de Pruebas Complementarias o Consultas, no abandonándoles hasta que la persona responsable de las citadas pruebas o consultas se haga cargo de ellos.
11. Ayudarán a las enfermeras y auxiliares de planta al movimiento, aseo y traslado de los enfermos encamados que requieran un trato especial, en razón a sus dolencias, para hacerles la cama.
12. Correrá a su cargo el traslado de los cadáveres al mortuorio.
13. Se abstendrán de hacer comentarios con los familiares y visitantes de los enfermos sobre diagnósticos, exploraciones y tratamientos que se estén realizando

a los mismos, y mucho menos informar sobre los pronósticos de su enfermedad, debiendo siempre orientar las consultas hacia el Médico encargado de la asistencia al enfermo.
14. También serán misiones del Celador todas aquellas funciones similares a las anteriores que les sean encomendadas por sus superiores y que no hayan quedado específicamente reseñadas.
15. Para la realización de todas estas actividades, así como de otras semejantes que pudieran surgir, estarán sometidas a los horarios y normas de la unidad a la que estén adscritos.
16. Estarán siempre localizados en la unidad a la que estén adscritos.
17. En caso de conflicto con un visitante o intruso requerirán la presencia del personal de Seguridad.

5 Discusión-Conclusión

El celador es la persona encargada de vigilar y trasladar a persona cuando remitirá al usuario al servicio o unidad por la que pregunte y, en caso de duda, al servicio de atención al paciente.

El celador debe desarrollar la empatía (ser capaz de ponerse en el lugar del otro, en este caso del familiar del enfermo) para evitar discusiones y hacer llegar el mensaje que se quiera enviar con la máxima claridad posible.

Deberá tener en cuenta las circunstancias por las que atraviesan los pacientes y sus familiares, dirigiéndose siempre hacia ellos con respeto y usando la familiaridad solo cuando nos den pie a ello.

La información que un celador de ha de ser la mayor y más completa posible, excepto aquella relativa a la enfermedad del paciente.

El Celador está obligado a guardar el Secreto Profesional de todo lo que conozca a causa del ejercicio de su profesión.

6 Bibliografía

- En el Real Decreto 836/2012, de 25 mayo, por el que se establecen las características técnicas, el equipamiento sanitario y la dotación de personal de los vehículos de transporte sanitario por carretera.

- CEN 1789:2007 norma de la Unión Europea específica los requisitos para el diseño y equipamiento de los vehículos de transporte sanitario.
- Manual/Temario Online de Celadores de Instituciones Sanitarias.
- INSALUD. Celadores temario 1. Centro de estudios Adams. Temas 11, 12, 13, 14, 18.

Capítulo 1599

LAS GUÍAS DE ACOGIDA EN LOS SERVICIOS DE SALUD: OBJETIVO, ESTRUCTURA Y CONTENIDO.

LAURA VEDE ARBAS

RAQUEL VEDE ARBAS

1 Introducción

El plan de acogida recoge de forma pormenorizada los pasos a seguir para las nuevas incorporaciones de personal. La rotación de personal y las nuevas incorporaciones a las bolsas de empleo, tras procesos selectivos de nuevos profesionales, necesitan de fórmulas eficientes para asegurar un buen funcionamiento de los servicios sanitarios permitiendo la integración en el aprendizaje y profesionalización de los nuevos integrantes del sistema sanitario.

Dentro de este plan de acogida, se facilita una guía o manual de acogida para nuevos profesionales, que permite una primera orientación y referencia. Un manual de acogida es una guía útil y necesaria en la incorporación de nuevos profesionales a los distintos Servicios de Salud.

Independientemente de la categoría profesional, formación y experiencia, la Guía de Acogida, es una figura necesaria para la primera toma de contacto favoreciendo la adaptación e integración a un nuevo Centro hospitalario, área o servicio.

El plan de acogida es uno de los estándares medidos dentro del apartado de gobernanza corporativa, y es analizado dentro de los estándares de calidad de los

centros. En consecuencia, las guías de acogida son uno de los elementos claves en la calidad.

Podemos decir que el Objetivo de estas guías es propiciar un canal que permita que las nuevas incorporaciones de personal se realicen integrándolos o "acogiéndolos" de una forma eficiente.

2 Objetivos

- Conocer los aspectos esenciales que contiene un Manual de acogida al nuevo trabajador en los Servicios de Salud.
- Reflexionar sobre aspectos claves recogidos en los manuales y guías de acogida.

3 Metodología

Se realiza una revisión documental sobre diferentes guías y manuales de acogida publicados por distintos servicios de salud, centros o servicios. Además se realiza una búsqueda temática a través de Google Academic y las páginas oficiales de los Servicios de Salud de diferentes Comunidades Autónomas.

4 Resultados

Las Guías de Acogida a nuevos profesionales nacen con el objetivo de permitir una mayor agilidad a la integración de los mismos.

Las diferentes guías analizadas tienen una contenido similar, priorizando en su edición información clara y de utilidad, que se estructura en los siguientes apartados:

Información general sobre el área de salud:
Facilitando la ubicación, dirección, contexto histórico, cartera de servicios.

Organigrama, misión y visión del centro hospitalario:
Organización de las distintas unidades que conforman el centro, así como una exposición de los objetivos del centro.
Servicios y unidades.

Situación de puntos de interés:
Suelen incluir un plano señalizado y listados de las unidades.

Proceso de incorporación:
Documentación y pasos a seguir.

Normas generales:
Permisos, ausencias, enfermedades, secreto profesional, uniformidad, identificación, comunicación interna.
Código de conducta.
Humanización de los servicios, privacidad, confidencialidad, protección de datos.
Derechos y deberes de los profesionales.
Derechos y deberes de los usuarios.
Funciones.
Horarios y turnos.
Servicios que ofrece el hospital: biblioteca, cafetería, servicio de atención al paciente, servicio de prevención de riesgos laborales.
Teléfonos de interés.

5 Discusión-Conclusión

Las guías de acogida permiten a los nuevos profesionales conocer la estructura del centro, y orientaciones básicas, facilitando su integración en los equipos de trabajo, basadas en el principio de seguridad, información y eficiencia.

El manual de acogida o guía facilita la incorporación creando un entorno agradable y favorable, poniendo a su disposición información sobre trámites burocráticos, legislación que le compete, funciones, normativa y estructura de su centro de trabajo de forma que pueda ir revisándola durante el primer periodo y familiarizándose con el nuevo entorno de trabajo y su funcionamiento.

Además del contenido práctico o funcional, es fundamental desarrollar los valores, la visión y misión del centro o los códigos de conducta que estas guías suelen transmitir junto con la bienvenida al nuevo trabajador.

Las guías de acogida en los Servicios de Salud: objetivo, estructura y contenido.

Vede Arbas, Laura; Vede Arbas, Raquel.

DOCUMENTACIÓN INICIAL

- Fotocopia D.N.I. .
- Certificado antecedentes sexuales.
- Número de afiliación a la Seguridad Social.
- Original y copia del título exigido para la categoría.
- Datos bancarios. Iban.

OBJETIVOS

El **OBJETIVO** de estas guías es propiciar un canal que permita que las **nuevas incorporaciones** de personal se realicen **INTEGRÁNDOLOS** o "acogiéndolos" de una forma **EFICIENTE**.

CONTENIDO

INFORMACIÓN GENERAL SOBRE EL ÁREA DE SALUD.

ORGANIGRAMA, MISIÓN Y VISIÓN DEL CENTRO HOSPITALARIO.

SERVICIOS Y UNIDADES.

PROCESO DE INCORPORACIÓN.

NORMAS GENERALES.

CÓDIGO DE CONDUCTA.

HUMANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS, PRIVACIDAD, CONFIDENCIALIDAD, PROTECCION DE DATOS.

DERECHOS Y DEBERES DE LOS USUARIOS.

FUNCIONES.

HORARIOS Y TURNOS.

SERVICIOS QUE OFRECE EL HOSPITAL TELÉFONOS DE INTERÉS.

6 Bibliografía

- Protocolo de Acogida al Personal de nueva incorporación. Hospital Son Llàtzer.
- GUÍA BÁSICA PARA EL NUEVO EMPLEADO. SERVICIO DE PERSONAL ÁREA SANITARIA III
AVILÉS.
- Guía de Acogida al Personal de Nueva Incorporación. Hospital General Villarobledo.
- MANUAL DE ACOGIDA PARA PERSONAL DE NUEVA INCORPORACIÓN DEL DEPARTAMENT DE SALUT VALÈNCIA LA FE.
- Manual de Bienvenida a profesionales de nueva incorporación. Servicio de Información y Atención al Ciudadano. Hospital General Cuidad Real.
- Manual de Acogida a nuevos profesionales. Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón.
- Guía de Estándares y Circuitos de la Calidad Asistencial.

Capítulo 1600

FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO EN EL ÁMBITO SANITARIO.

SILVIA MARIA FUENTES MIGUEL

1 Introducción

Históricamente, el estudio de los riesgos laborales, se había enfocado en los riesgos físicos y ambientales, que suelen ser la causa directa de la mayoría de accidentes en el trabajo y de las enfermedades laborales.

En las últimas décadas del siglo XX se comenzó a prestar atención a otro tipo de factores, no tan evidentes como los riesgos derivados de las condiciones físicas o ambientales del lugar de trabajo, pero no por ello menos preocupantes.

Las primeras referencias a los factores psicosociales aparecen en la década de 1970, la Asamblea Mundial de las Salud aborda la importancia de los riesgos psicosociales en el trabajo y alerta sobre ello.

En el informe del comité mixto OIT/OMS sobre Medicina del Trabajo (Ginebra, 1984), se define a los factores psicosociales en el trabajo como ”las interacciones entre el trabajo, su medio ambiente, la satisfacción en el trabajo y las condiciones de su organización, por una parte, y por la otra, las capacidades del trabajador, sus necesidades, su cultura y su situación personal fuera del trabajo, todo lo cual, a través de percepciones y experiancias, pueden influir en la salud y en el rendimiento y la satisfacción en el trabajo.”

Los factores psicosociales, en este sentido, pueden repercutir de manera positiva o negativa tanto en la salud y bienestar del trabajador como en el desarrollo del propio trabajo y por tanto en la productividad.

2 Objetivos

- Analizar los factores de riesgo psicosocial que pueden afectar a los administrativos en el sector sanitario.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: pubmed, medline, y scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Más allá de la visión genérica sobre los factores de riesgo laboral asociados a los trabajadores del área sanitaria, existen otro tipo de factores que pueden derivar en riesgos para la salud y el bienestar de los trabajadores, son más difíciles de observar, pero no por ello menos preocupantes.

Los factores psicosociales según la OIT ”son complejos y difíciles de entender, dado que representan el conjunto de las percepciones y experiencias del trabajador y abarcan muchos aspectos” Cuando los factores psicosociales son desfavorables y la probablilidad de que puedan incidir negativamente sobre la salud y el bienestar del trabajador es alta, éstos pasan a ser factores de riesgo psicosocial.

Los principales factores de riesgo psicosocial que pueden afectar al personal de administración en el sector sanitario son:
- La sobrecarga en el trabajo: En ocasiones la carga de trabajo sobrepasa la capacidad del trabajador, el individuo no es capaz de responder a las exigencias que le son demandandadas, generando situaciones de estrés.
- El trabajo por turnos: Los periodos de rotación y la nocturnidad, característicos en el sector sanitario, inciden de manera negativa tanto en aspectos biológicos,

como socio-familiares.

-Violencia:Los trabajadores en ocasiones pueden ser objeto de amenazas y agresiones, tanto verbales como físicas por parte de algúnos usuarios del sistema de salud.El personal administrativo,junto con médicos y personal de enfermería, son los profesionales que han sufrido más comportamientos violentos.

-La precariedad laboral: La alta eventualidad en el sistema sanitario español se ha convertido en un grave problema estructural, que además repercute de forma negativa en la salud del individuo, generando estrés, inestabilidad e inseguridad.

5 Discusión-Conclusión

La exposición a factores de riesgo psicosocial en el trabajo, genera importantes problemas de salud en los trabajadores, a la vez que repercute negativamente en la calidad de la atención sanitaria. Los factores de riesgo psicosociales, también lo son para las propias organizaciones, que pueden ver rebajados sus niveles de funcionalidad y eficacia.

6 Bibliografía

- OIT Factores psicosociales en el trabajo: Naturaleza,incidencia y prevención.Ginebra: OIT;1984.
- OIT Factores psicosociales en el trabajo: reconocimiento y control. Ginebra: OIT;1986.
- Moreno Jiménez.B Factores y riesgos laborales psicosociales: conceptualización, historia y cambios actuales. Madrid: 2011 http://www.fespugtmadrid.es/wpcontent/uploads/saludlaboral/documentacion/Guiastecnicas/GuiaSanidadPrimaria.pdf
https://www.insst.es
https://www.researchgate.net/publication/236151656_factores_y_riesgos_psicosociales_formas_consecuencias_INSHT

Capítulo 1601

LA NUEVA LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS: APUNTES PARA PERSONAL NO SANITARIO DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

LAURA VEDE ARBAS

RAQUEL VEDE ARBAS

1 Introducción

A partir de la entrada en vigencia de la nueva Ley Orgánica de Protección De Datos Y Garantías de los Derechos Digitales 3/2018, de 5 de diciembre se hace necesario que los profesionales sanitarios/no sanitarios del Sistema Nacional de Salud tengan conocimiento de esta ley, en tanto en el perfil como empleado y cesión de sus datos, como en el perfil de profesional en contacto con los datos de terceros.

Al atender y tratar continuamente con usuarios del Sistema de Salud nuestra labor es mantenernos informados sobre la normativa aplicable en términos de protección de datos, de tal forma que contemos con información clara, sencilla y de especial relevancia en el trato con usuarios y pacientes durante nuestra jornada laboral.

(Utilizaremos la abreviatura en siglas, LOPDGDD a partir de ahora para referirnos a La Ley Orgánica de Protección De Datos Y Garantías de los Derechos Digitales).

2 Objetivos

- Conocer los principales derechos que nos afectan como trabajadores de la LOPDGDD.
- Resumir los conceptos básicos para entender la aplicación de la LOPDGDD.

3 Metodología

Se realiza una revisión de la Ley Orgánica de Protección De Datos Y Garantías de los Derechos Digitales publicada en el BOE 6 de diciembre de 2018. Además se consultan páginas de internet con análisis de contenido legal.

4 Resultados

La anterior Ley Orgánica de Protección de Datos recogía los derechos denominados ARCO : Derecho de Acceso, Derecho de Rectificación, Derecho de Oposición y Derecho de Cancelación, posteriormente mejorado como Derecho de Supresión.

-DERECHO DE ACCESO. Pudiendo solicitar al responsable del fichero información sobre si se está realizando el tratamiento de sus datos.
-DERECHO DE RECTIFICACIÓN. Permitiéndonos solicitar se modifiquen nuestros datos si son inexactos o incompletos, justificando mediante documentación la misma.
-DERECHO DE OPOSICIÓN Que consiste en que las personas podamos oponernos al tratamiento de nuestros datos o que cese el tratamiento de los mismos en caso de ya haberse realizado el tratamiento. (Referido a datos en los que no sea necesario el consentimiento, de carácter publicitario o cuando la información afecte a decisiones que competan al usuario).
-DERECHO A LA CANCELACIÓN/ DERECHO A LA SUPRESIÓN.
El Derecho a la Cancelación es ampliado al Derecho a la Supresión de los datos a partir del Reglamento General de Protección de Datos (RGPD), en vigor desde el 25 de mayo de 2016.

El derecho a la supresión es la versión mejorada y con más peso que en el pasado derecho de cancelación. Que permite que tras negarse a que se realice el tratamiento de datos se proceda al borrado de los mismos si el usuario lo solicita.

La LOPDGDD establece otros derechos complementarios relativos a las nuevas realidades digitales, estableciendo el Derecho de Portabilidad, el Derecho al Olvido y el Derecho a la Limitación de los Datos como Garantía de los Derechos Digitales de los usuarios.

Estos derechos son conocidos como los DERECHOS POL:
-DERECHO DE PORTABILIDAD. Garantiza a las personas a obtener aquellos datos que previamente han facilitado a terceros en un formato de lectura mecánica o "formato digital", estructurado y de uso común.
DERECHO AL OLVIDO. Materializa los derechos al Olvido y Supresión y Oposición en el ámbito de la red, impidiendo que se difunda información personal que no sea adecuada y pertinente.
DERECHO A LA LIMITACIÓN DEL TRATAMIENTO. Supone para el interesado que pueda limitar las operaciones de tratamiento.

DERECHOS DIGITALES DE LOS TRABAJADORES:
Son de especial aplicación al personal del sistema de salud los Derechos digitales de los trabajadores, son los siguientes.

DESCONEXIÓN DIGITAL DE LOS TRABAJADORES.
Garantizando que fuera de la jornada de trabajo establecida se respete el tiempo de descanso, así como su intimidad.

ACCESO POR LA EMPRESA A CONTENIDOS DEL TRABAJADOR.
Regula el acceso a contenidos del trabajador por parte de la empresa cumpliendo varios requisitos y solo con la finalidad de controlar el cumplimiento de obligaciones laborales.
Se permite a la empresa acceder a los contenidos de los dispositivos digitales facilitados a sus trabajadores solo con el fin de controlar el cumplimiento de las obligaciones laborales, además de garantizar la integridad de dichos dispositivos.

VIDEOVIGILANCIA.
Se limita para localización del trabajador en el ejercicio de funciones de control de los empleados que determina el Estatuto de Trabajadores, conforme a la ley (con la finalidad de asegurar la seguridad del empleado y los bienes). Se limita claramente la video vigilancia en zonas de descanso, baños, vestuarios, aseos.

5 Discusión-Conclusión

Consideramos una normativa muy necesaria que amplía los derechos recogidos en la legislación de ámbito sanitario: información, consentimiento, información, así como el derecho a la confidencialidad y debido secreto recogido en la Ley básica Reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica y los derechos a la confidencialidad y debido secreto impulsados desde la Ley General de Sanidad.

6 Bibliografía

- Ley General de Sanidad 14/1986, de 25 de abril.
- Ley Orgánica de Protección de Carácter Personal 15/1999, de 13 de diciembre,
- Ley básica Reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. 41/2002, de 14 de noviembre.
- Ley Orgánica de Protección De Datos Y Garantías de los Derechos Digitales 3/2018, de 5 de diciembre.

Capítulo 1602

PRINCIPALES FACTORES DE RIESGOS CARDIOVASCULARES EN EL PERSONAL NO SANITARIO Y SU PREVENCIÓN.

MARÍA DEL ROSARIO DEL VALLE GÓMEZ

EVA MARÍA TORRES PÉREZ

MARIA JOSE LOPEZ ALVAREZ

MARÍA VISITACIÓN DE LA TORRE CUERVO

1 Introducción

Las enfermedades cardiovasculares constituyen, en su conjunto, la primera causa de muerte en nuestro país y en los países desarrollados, y están adquiriendo una relevancia cada vez mayor en los países en vía de desarrollo. Cada año mueren más personas estas enfermedades que por cualquier otra causa. Se calcula que en 2015 murieron por esta causa 17,7 millones de personas, lo cual representa un 31% de todas las muertes registradas en el mundo. De estas muertes, 7,4 millones se debieron a la cardiopatía coronaria, y 6,7 millones, a los accidentes cerebrovasculares.

En 2018, último año del que se dispone de datos publicados, las enfermedades cardiovasculares causaron 120.859 muertes (55.962 en varones y 64.897 en mujeres)

en España, lo que supone el 28,26% de todas las defunciones (25,85% en varones y 30,72% en mujeres).Entre las enfermedades cardiovasculares (ECV), la causa más frecuente de muerte es la enfermedad isquémica cardíaca / infarto de miocardio en los hombres y el ictus en las mujeres.

La aterosclerosis subyacente a estas patologías evoluciona silenciosa y progresivamente a lo largo de muchos años, y suele estar avanzada cuando aparecen los síntomas clínicos. La muerte, en el caso de los infartos, ocurre muchas veces de manera súbita y antes de poder acceder a los servicios sanitarios. En el caso de los ictus, si no sobreviene la muerte, las lesiones pueden ser muy graves, por lo que muchas intervenciones terapéuticas son inaplicables o paliativas. Por todo ello, la ECV causa un elevado número de casos de muerte y discapacidad.

Sin embargo, la mayoría de las ECV está estrechamente relacionada con hábitos de vida modificables. Es decir, estas patologías pueden prevenirse actuando sobre factores de riesgo comportamentales, como el consumo de tabaco, las dietas malsanas y la obesidad, la inactividad física o el consumo nocivo de alcohol. (1 OMS).

2 Objetivos

- Conocer los principales factores de riesgo cardiovascular en la población y cómo prevenirlos.

3 Metodología

Para realizar el siguiente capítulo se llevó a cabo una exhaustiva búsqueda en diferentes medios y bases de datos como Pubmed, Scielo, Medline. También se consultaron temarios y guías usando las palabras clave: enfermedad cardiovascular, factor de riesgo, prevención.
Combinando los operadores booleanos ”AND” y ”OR” para combinar las diferentes palabras clave y obtener unos resultados más precisos y más ajustados a nuestras necesidades.
Se han tomado como criterios de inclusión: publicaciones y documentos en español, rechazando los que no se ajustaban a los criterios establecidos.
Se seleccionaron los artículos más recientes y que informasen sobre los objetivos marcados. Y de ellos se sustrajo información pertinente.

4 Resultados

Lo factores de riesgo cardiovascular pueden ser clasificados en causales o mayores y menores o predisponentes y, por otra parte, en modificables o no modificables. Los factores de riesgo considerados clásicamente mayores y modificables son el tabaco, la presión arterial elevada, los niveles altos de colesterol total y colesterol LDL y la diabetes mellitus. Ente los factores menores o condicionantes están: la obesidad, el sedentarismo, la dieta no saludable y el estrés.

Los factores no modificables son la edad, el sexo características étnicas y antecedentes familiares de enfermedad coronaria prematura. La edad está altamente correlacionada con el riesgo de ECV. Se dice que "tenemos la edad de nuestras arterias". Es el principal factor de riesgo cardiovascular en nuestro país y aumenta notablemente a partir de los 65 años en la cardiopatía isquémica y de los 70 años en el ictus. En cuanto al sexo, el riesgo de morir por ECV es globalmente mayor en los hombres que en las mujeres, incluso si se controla el efecto de la mayor longevidad en las mujeres.

Sin embargo, con la edad las diferencias tienden a nivelarse, especialmente en los ictus, donde en los muy ancianos la relación se invierte. Los factores genéticos tienen una influencia sustancial en la edad de inicio y en la frecuencia y gravedad de los síntomas clónicos, así como en la respuesta al tratamiento. Se estima que buen aparte de la variabilidad en los factores de riesgo cardiovascular, como la presión arterial, la obesidad y los niveles de colesterol, se deben a factores genéticos que interaccionan entre sí.

Factores de riesgo modificables:

- Tabaco

Es un factor de riesgo fuerte, independiente y dosis-dependiente para la incidencia y mortalidad de las ECV. La asociación es especialmente fuerte para el riesgo de muerte súbita, sobre todo en jóvenes, y de incidencia de infarto en menores de 50 años. Además, el tabaco interacciona con otros factores de riesgo como la hiperlipemia, la hipertensión, la obesidad o la diabetes. El riesgo de cardiopatía isquémica muy probablemente está incrementado en los fumadores pasivos. El cese del hábito tabáquico disminuye significativamente el riesgo de sufrir un primer episodio coronario o de nuevos eventos.

Un dato muy alentador es que dejar de fumar produce una reducción del riesgo de mortalidad por cardiopatía isquémica del 50%, alcanzando los niveles de los que nunca han fumado a los 10 – 15 años aproximadamente.
En la prevención del tabaquismo, las intervenciones en adultos deben estar centradas en estrategias para la cesación, mientras que las dirigidas a adolescentes se han basado en programas de prevención de inicio del hábito. Estas últimas constituyen un aspecto clave ya que la mayoría de los fumadores se inicia al hábito en la adolescencia, inducidos por la presión social, y por la asociación del cigarrillo con rebeldía, independencia y asertividad social.

Por otra parte el tabaquismo produce dependencia física. Estos hechos son bien conocidos por la industria tabaquera que en los últimos años ha centrado su esfuerzo en la promoción del inicio del hábito en adolescentes mediante campañas publicitarias muy efectivas.

- Hipertensión arterial
Existe una asociación continua entre los niveles de presión arterial y la enfermedad coronaria y el ictus. Los factores de riesgo de la HPT para los que existe evidencia científica establecida son:
- La ingesta elevada de sodio. La recomendación de la OMS es consumir menos de 5g de sal al día.
- La obesidad
- El consumo de alcohol

La prevención primaria está dirigida a la promoción de los estilos de vida saludables:
- dieta mediterránea (basada en alimentos vegetales y limitada en alimentos animales),
- normopeso,
- ejercicio físico regular,
- moderación en el consumo de alcohol,
- cese del hábito tabáquico

Una vez que aparece la hipertensión, las medidas de prevención secundaria están encaminadas a la detección precoz y el adecuado tratamiento y control.
- Modificación de los estilos de vida
- Restricción de la ingesta de sodio

- Hipercolesterolemia

La concentración plasmática de colesterol presenta una asociación independiente y firmemente establecida con la incidencia y mortalidad por cardiopatía isquémica: existe una asociación directa entre el colesterol total y el Colesterol-LDL y una asociación inversa con el Colesterol-HDL.

El índice aterogénico (cociente colesterol total/Colesterol-HDL en plasma) es mejor predictor del riesgo cardiovascular que cualquier lipoproteína plasmática aisladamente. Este cociente debería estar por debajo de 4,5. Se estima que cada unidad de cambio en este índice se asocia con un 50% de cambio en el riesgo de enfermedad coronaria.

Los factores que elevan el Colesterol-HDL son:
- Ácidos grasos insaturados de la dieta (pescados azules y aceites vegetales insaturados)
- El consumo muy moderado de alcohol
- El ejercicio físico
- Los estrógenos

Los factores que disminuyen el C-HDL son:
- Ácidos grasos de la dieta de configuración trans
- El tabaco
- La obesidad

La concentración plasmática de Colesterol-LDL es mayor en varones que en mujeres, mientras que la concentración de Colesterol-HDL es mayor en mujeres que en varones. No existen diferencias en el colesterol total entre sexos, pero sí en el índice aterogénico que es superior en varones. El colesterol total, el Colesterol-LDL, el índice aterogénico y los triglicéridos en plasma tienden a aumentar con la edad.

La disminución en plasma del colesterol total y del C-LDL y del aumento del C-HDL se han mostrado eficaces tanto en la prevención primaria como en la secundaria de las ECV, y se ha constatado que estos cambios retrasan la progresión o producen regresión de las lesiones ateroescleróticas.

Prevención primaria de la dislipemia:
- Promoción de estilos de vida saludables
- Educación nutricional y modificación de hábitos dietéticos erróneos
- Fomento de la actividad física
- Reducción del exceso de peso
- Cesación del hábito tabáquico

Prevención secundaria:
Aunque la elación entre lipoproteínas plasmáticas y el riesgo de enfermedad isquémica cardíaca es continua, se han establecido niveles de riesgo para el tratamiento con fármacos. Éstos deben acompañarse de una modificación de los estilo de vida. Si bien la eficacia del tratamiento con hipolipemiantes en individuo de alto riesgo parece clara, su efectividad es baja dado el elevado índice de infratratamiento que se observa en España y otros países desarrollados.

Diabetes mellitus
Existe una clara evidencia del efecto negativo de la diabetes mellitus tipo I y II sobre la prevalencia, severidad y pronóstico de la enfermedad cardiovascular. Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte entre los diabéticos, tanto de tipo I como de tipo II.

La intolerancia a la glucosa, aún en ausencia de diabetes franca, está asociada también con un incremento del riesgo de las complicaciones macrovasculares de la diabetes, especialmente con la cardiopatía isquémica y la enfermedad cerebrovascular.

Mientras que el riesgo de patología cardiovascular es mayor en varones en la población general, en los pacientes diabéticos las tasas en ambos sexos se igualan, perdiendo los estrógenos su papel protector.
Las medidas de prevención primaria para evitar la diabetes, así como las de prevención secundaria una vez diagnosticada esta patología, son de corrección de hábitos de vida erróneos:
- Reducción de peso, si está elevado
- Aumentar el ejerció físico
- Dejar de fumar
- Dieta adecuada para el control metabólico: glucemia, lipemia, HPT.

Si con estas medidas no se logra el control glucémico, debe recomendarse el tratamiento farmacológico. Dado que la diabetes mellitus potencia el efecto de la HPT y de la dislipemia en el riesgo de padecer enfermedad isquémica cardíaca, y dado que la diabetes mellitus predispone a la HPT y la dislipemia, las recomendaciones en cuanto al control de la HPT y de las dislipemias son más estrictas que en la población general, por lo que se establece como objetivo una presión arterial menor de 130 /85 y un Colesterol-LDL por debajo de 100 mlg/dl.

Obesidad

Es un factor de riesgo establecido de mortalidad por ECV y de mortalidad general. El exceso de grasa corporal:
- Disminuye el Colesterol-HDL
- Aumenta: el Colesterol-LDL plasmático y los triglicéridos, la presión arterial, la resistencia a la insulina y el riego de diabetes y el riesgo de hipertrofia ventricular izquierda

La prevención primaria de la obesidad se basa en:
- la promoción de una dieta saludable y equilibrada
- actividad física regular desde la infancia
La obesidad en la infancia está muy relacionada con la obesidad en la edad adulta y, una vez instaurada, su tratamiento es muy poco efectivo por la dificultad que comporta su cumplimiento. La pérdida de peso mejora la presión arterial, la dislipemia, la intolerancia a la glucosa y la diabetes.

Sedentarismo
La actividad física muestra una asociación inversa fuerte, consistente y continua, con el riesgo de enfermedad isquémica cardíaca y de mortalidad general.

El efecto del ejercicio físico es mediado, al menos en parte, por su efecto beneficioso sobre:
- la presión arterial,
- la resistencia a la insulina y la diabetes,
- el metabolismo de la lipoproteínas (eleva el Colesterol-HDL y disminuye el colesterol total y el Colesterol-LDL y los triglicéridos),
- el índice de masa corporal,
- la distribución de la grasa corporal
- y la tolerancia al estrés.

La práctica del ejercicio físico regular reduce AL 50% el riesgo de sufrir cardiopatía isquémica.
El incremento de la actividad física se asocia con una mejoría en otros factores de riesgo, como la diabetes, el perfil lipídico, la obesidad y el estrés. La OMS recomienda que toda la población realizara algún tipo de actividad física de intensidad moderada, por lo menos durante 30', todos o casi todos los días de la semana.

Un objetivo prioritario en la promoción del ejercicio físico consiste en incorporar la actividad física en la vida cotidiana (andar, subir escaleras, etc.) y fomentar

su práctica como actividad recreativa desde la infancia. Los niveles de actividad física en la infancia se correlacionan con los de la vida adulta.

Dieta
La dieta constituye uno de los factores de riesgo modificables más importantes en el riesgo de enfermedad isquémica cardíaca, dado su impacto en muchos de los otros factores de riesgo conocidos y dado que parece modificar el efecto de algunos de ellos, incluido la presuposición genética.

El aparente mejor perfil de lipoproteínas plasmáticas, que no de colesterol total en plasma, que se observa en España y el resto de los países mediterráneos en comparación con los países anglosajones probablemente esté asociado al consumo de aceite de oliva, rico en ácidos grasos moninsaturados, oleico principalmente, como fuente principal de lípidos dietéticos.

Por otra parte en España tiene lugar un elevado consumo de pescado, lo que favorece una elevada relación de ácidos grasos omega3/omega6, lo cual se asocia con una disminución del riesgo de trombosis y de enfermedad isquémica cardíaca.

Estrés
El estrés mantenido induce modificaciones en las arterias, que originan elevaciones de la tensión arterial, lo que resulta lesivo para ellas. Otros factores psicosociales, como la hostilidad, la propensión a la cólera, la depresión, la ansiedad, la depresión y el escaso apoyo social se han asociado al riesgo de sufrir ECV.

5 Discusión-Conclusión

Para disminuir la incidencia y mortalidad de las enfermedades cardiovasculares en la población es necesario actuar sobre la población general, donde está la gente aún libre de la enfermedad pero expuesta a los factores de riesgo.

Las estrategias de intervención son de salud comunitaria, es decir, de intervenciones en educación para la salud dirigidas fundamentalmente a la promoción de los estilos de vida saludables que podríamos resumir en los siguientes:
- Dieta Mediterránea: o frutas, hortalizas, legumbres, verduras -
Grasas mono (oliva) y poliinsaturadas (girasol, soja, maíz)Pobres en á ácidos grasos trans y azúcares.

Ingesta muy moderada de alcohol

- Normalizar el peso
- Realizar ejercicio sistemáticamente
- No fumar

6 Bibliografía

- Organización Mundial de la Salud. Enfermedades cardiovasculares. [actualizado 17 Mayo 2017; citado 14 febrero 2020]. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/renacip/disenos_cuasiexperimentales.pdf
- Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la Causa de Muerte 2018. [citado 14 febrero 2020]. Disponible en: https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t15/p417/a2018/l0/&file=01001.px&L=0
- Rodríguez Artalejo F, Banegas Banegas JR, Guallar Castillón P, Villar Álvarez F, Gutiérrez-Fisac JL. Epidemiología y prevención de las enfermedades cardiovasculares. En: Fernández-Crehuet Navajas J, Gestal Otero J J, Delgado Rodríguez M, Bolúmar Montrull F. Herruzo Cabrera R, Serra Majem L. Piédrola Gil. Medicina Preventiva y Salud Pública. 12 ed. Barcelona: Elsevier; 2016. p787-97.
- Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular (CEIPC). Guía europea de prevención cardiovascular en la práctica clínica. Adaptación española del CEIPC 2008. Rev Esp Salud Pública. 2008; 82: 581-616.
- Marrugat J, Elosúa Llanos R, Gili mIner M. Epidemiología y prevención de las enfermedades cardiovasculares. En: Martínez Navarro F, Antó JM, Castellano PL, Gili M, Marset P, Navarro V. Salud Pública. Madrid: McGraw- Hill- Interamericana España; 1997. p529-66.

Capítulo 1603

MOVILIZACIÓN DE ENFERMOS PARA CELADORES.

FÉLIX LLORENTE ÁLVAREZ

1 Introducción

En una Institución Sanitaria encontraremos pacientes que debido a su edad o a la enfermedad que padecen tienen mermadas sus capacidades físicas o psíquicas, necesitando mucha ayuda para realizar determinados movimientos.

El personal sanitario será quién efectúe dichos movimientos, ayudados en la mayoría de los casos por los celadores, por ser una de sus funciones, "ayudarán a las enfermeras y ayudantes de planta al movimiento y traslado de los enfermos encamado que requieran un trato especial, en razón de sus dolencias, para hacerles las camas".

Los estudios periódicos en las diversas instituciones sanitarias demuestran que gran número de trabajadores padecen dolores de espalda y patologías lumbares afectando tanto a su vida laboral como personal, disminuyendo su calidad de vida.

Abordaremos, por lo tanto, la prevención de lesiones desde el punto de vista de las recomendaciones específicas en temas de movilización de enfermos.

2 Objetivos

- Instaurar medidas de higiene postural en la movilización de enfermos.

Para ello, deberíamos recordar conceptos de la Ley 31/1995 de Riesgos Laborales en la que se establecieron principios de prevención, como adaptar el trabajo a la persona o tener en cuenta la evolución de la técnica.

Asimismo conviene tener a mano y releer el RD 487/1997 sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas a la manipulación manual de cargas, así como los factores de riesgo en estas.

Un colectivo especialmente significativo en la manipulación manual de cargas son los celadores, concretamente en las tareas de movilización de enfermos.
Seguiremos planes de actuación:
Higiene postural en la movilización de enfermos.
Hay una reglas básicas:
- Planificar el movimiento; interactuar con el enfermo para que, dentro de sus posibilidades, colabore con el movimiento; proveerse de una base de apoyo amplia y mantener los pies separados adelantando ligeramente uno de ellos; sostener los objetos cerca del cuerpo; proteger la espalda: mantenerla recta y usar los músculos de las piernas; estabilizar la pelvis con la contracción de músculos abdominales y glúteos; utilizar el contrapeso del cuerpo; servirse de medios mecánicos siempre que la tarea lo permita o en su defecto pedir ayuda a un compañero; colocar el pie en dirección hacia donde vayamos a efectuar el giro y trabajar a la altura adecuada.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Siguiendo las instrucciones y recomendaciones de los manuales acerca de movilizaciones de enfermos, contribuiremos a la disminución de las lesiones por sobrecarga, optimizando los recursos humanos, así como los distintos recursos materiales (Tablas de transferencias, grúas, entremetidas …).

Conseguiremos así una disminución del absentismo laboral por situaciones de incapacidad laboral transitoria. De igual modo podremos mejorar la calidad de vida del trabajador, haciendo más liviano el trabajo y contribuyendo a su mayor satisfacción personal y de confort.

5 Discusión-Conclusión

Las medidas propuestas se centran en fomentar que los celadores apliquen sistemas para la correcta movilización de los enfermos para prevenir y paliar los efectos negativos en su propia salud.

Hay que acostumbrarse a adoptar una correcta higiene postural, pidiendo la colaboración de compañeros cuando sea necesario, y adoptar el pensamiento de que vale más prevenir que lesionarse.

Por otro lado también se hace indispensable el uso de dispositivos mecánicos para la movilización, teniendo en cuenta el aumento de la media de edad de la población susceptible de padecer enfermedades crónicas y por lo tanto, ser hospitalizados.

6 Bibliografía

- Blog "Celadores Online. Blogspot.com: Celadores Online de Instituciones Sanitarias".
- Manual de movilización de enfermos de la Mutua Balear, área de seguridad e higiene en el trabajo.

Capítulo 1604

PREVENCIÓN DEL ESTRÉS LABORAL EN EL CELADOR.

FÉLIX LLORENTE ÁLVAREZ

1 Introducción

El estrés laboral es un fenómeno, cada vez más frecuente, que está aumentando en nuestra sociedad, fundamentalmente porque los tipos de trabajo han ido cambiando en las últimas décadas. Afecta al bienestar físico y psicológico del trabajador y puede deteriorar el ambiente laboral.

Es fundamental analizar y buscar las causas que producen estrés en los trabajadores de los hospitales, atajarlas o minimizarlas.

Actualmente, por la relevancia de la información en los procesos de hospitalización, precisan esfuerzo mental tareas que tradicionalmente requerían sólo fuerza muscular. Además, el ritmo de trabajo ha ido incrementándose, ya que con un número menor de trabajadores tienen que alcanzarse mejores resultados. Y el envejecimiento de la población, la cronificación de enfermedades y un largo etcétera, hacen que la carga de trabajo sea mucho más grande.

Se han buscado distintas explicaciones a cómo se genera el estrés laboral.

Así, se ha visto como el resultado de la interacción entre las demandas en el trabajo y control que el trabajador ejerce sobre él. El estrés laboral o alto estrés surge cuando las demandas del trabajo son altas, y al mismo tiempo, la capacidad de control de toma de decisiones (por falta de recursos) es baja. Además, otras posibles relaciones entre las demandas y el control son el bajo estrés (baja demanda

y alto control), el activo (alta demanda y alto control) y el pasivo (baja demanda y bajo control).

También se ha visto la interacción entre las demandas de trabajo, el control del trabajador y el apoyo social. De tal forma que un nivel alto de apoyo social en el trabajo disminuye el efecto del estrés, mientras un nivel bajo lo aumenta. El apoyo social es la ayuda que pueden dar los superiores y compañeros de trabajo, cuando es adecuado puede amortiguar en parte el estrés generado por la combinación de las altas exigencias laborales y el bajo control sobre el trabajo.

También el estrés laboral puede ser debido al desajuste entre las demandas del entorno y los recursos de los trabajadores para afrontarlas, es decir a la falta de ajuste entre las habilidades y capacidades de trabajador y las exigencias y demandas del trabajo a desempeñar.

Incluso se ha observado que en otras ocasiones el estrés laboral se produce cuando el trabajador realiza un alto esfuerzo y recibe una baja recompensa. El alto esfuerzo en el trabajo puede ser extrínseco (demandas y obligaciones) o intrínseco (alta motivación con afrontamiento). Y la baja recompensa está en función de tres tipos de recompensas fundamentales: dinero, estima, y control del estatus. El estrés laboral se produce porque existe una falta de equilibrio entre el esfuerzo y la recompensa obtenida.

2 Objetivos

- Conocer y prevenir el estrés laboral en los profesionales que trabajan en el ámbito sanitario.

3 Metodología

Búsqueda bibliográfica en la red de métodos, manuales sobre el estrés laboral en los trabajadores en general. Repaso de diversos recopilatorios sobre el estrés en trabajadores de hospitales en particular.

Es, por lo tanto, fundamental, abordar la problemática del estrés en el trabajo del celador, prevenirlo, paliarlo y, dentro de nuestras posibilidades, tratar de erradicarlo.

A través de distintas técnicas se puede dotar al trabajador de recursos de

afrontamiento del estrés laboral cuando las medidas organizativas no dan resultados. Hay que hacer ejercicio, evitar la ingesta de excitantes como el tabaco, el café o el alcohol, y evitar comunicaciones de tipo pasivo o agresivo, desarrollando tolerancia y respetando a los demás.

4 Bibliografía

- Página web Madrid Salud.
- Página de Salud Pública del Ayuntamiento de Madrid (El estrés laboral y su prevención).

Capítulo 1605

PROTECCIÓN RADIOLÓGICA PARA EL CELADOR EN SERVICIOS DE RADIOLOGÍA. FAMILIARIZACIÓN CON TÉRMINOS COMUNES.

FÉLIX LLORENTE ÁLVAREZ

1 Introducción

En los hospitales se utilizan equipos de rayos X y fuentes radiactivas para el diagnóstico y tratamiento de diversas enfermedades. Los trabajadores del hospital que prestan servicio en radiología, medicina nuclear, oncología radioterápica o en algunos laboratorios poseen una preparación específica en la utilización de las máquinas de radiación o en la manipulación de fuentes radiactivas. Son los denominados trabajadores expuestos. Sin embargo, otros trabajadores del hospital que se hallen en las cercanías de las fuentes de radiación pueden verse expuestos a las radiaciones en el desempeño de su trabajo.

Los celadores, y el personal de quirófano y reanimación pueden también entrar en contacto con pacientes de medicina nuclear. Vamos a hacer un repaso sobre la naturaleza de la radiación, su uso en el hospital y medidas básicas de protección radiológica.

2 Objetivos

- Minimizar el tiempo de exposición.

- Maximizar la distancia.
- Maximizar el blindaje.

3 Metodología

Los profesionales sanitarios, en este caso los celadores, han de detectar la presencia de radiaciones y medir su cantidad. Para ello se utilizan unos instrumentos específicos llamados detectores y/o dosímetros. La magnitud que define la cantidad de radiación recibida se llama dosis absorbida y su unidad es el gray (Gy). Dependiendo del tipo de radiación, una misma - 3 - dosis absorbida puede dar lugar a diferentes efectos biológicos en los seres vivos, por lo cual definimos otra magnitud llamada dosis equivalente, cuya unidad es el sievert (Sv).

Los dosímetros, son aparatos indispensables y, en algunos países reglamentarios, en tratamientos de radioterapia. Existen varios tipos de dosímetros, como los dosímetros de extremidades, por ejemplo.

1. Dosímetros de extremidades:
Sea cual sea la función o el tipo de dosímetro, siempre será posible encontrarlos como accesorios que se pueden portar en el cuerpo.
- Dosímetro de muñeca: en el antebrazo.
- Dosímetro de anillo: como un anillo en el dedo.
- Dosímetro de tobillo: para ser colocado en el tobillo.

También es muy popular el dosímetro de abdomen que toma la forma de un cinturón y se lleva sobre el abdomen, como su nombre indica.

2. Dosímetro personal:
Es un detector de radiación de iones, producida generalmente por los equipos utilizados en las labores de radiodiagnóstico u otras fuentes radiactivas. El objetivo principal del dosímetro personal es medir los niveles de radiación que reciben los técnicos que operan los equipos y los pacientes, durante los minutos en que están expuestos a este riesgo.

La dosimetría personal se debe efectuar a toda persona que, por cualquier razón, esté expuesta a una fuente radiactiva, sea abierta o sellada. Así, el dosímetro personal es un elemento de protección radiológica.

El dosímetro personal se puede clasificar, de acuerdo con su tamaño y su forma de la siguiente manera:

- Pluma: por su forma y su tamaño. La lectura se hace por medio de un indicador que se mueve en una escala en una pequeña pantalla Led del dispositivo.
- Película: indica los niveles de radiación cuando una película se ennegrece con diferentes campos de filtro.
- Termolumniniscencia: en algunos cristales, los rayos X o rayos Gama producen micro cambios que se evidencia en una luz perceptible. La dosis se calcula gracias a la intensidad de la luz emitida.
- Digitales: utilizan sensores electrónicos para medir los niveles de radiación. Presenta la información en una pantalla digital, por lo que su información es precisa y confiable.

El uso de dosímetros suponen un elemento indispensable en la prevención de riesgos por exposición para trabajadores en servicios de radiología, pero se deberían tomar muchas otras precauciones, así como una mayor información a resto de personas que, por un motivo u otro, aunque sólo sea puntual y ocasionalmente, hayan de acceder a las inmediaciones de estas áreas hospitalarias.

4 Bibliografía

-"Protección radiológica para trabajadores de hospital" (página web Aragón.es).
-"Tipos de dosímetros", Centro de Estudios Profesionales de Santa Gema, página web.

Capítulo 1606

MOVILIZACIONES DE LOS PACIENTES

MARÍA DE LOS REMEDIOS FERNANDEZ FERNANDEZ

MANUEL ANGEL PEREZ JIMÉNEZ

MARÍA DEL CARMEN GONZÁLEZ GONZALEZ

DAVID PEREZ JIMÉNEZ

ANA ISABEL CRESPO BLANCO

1 Introducción

Entre los multiples cuidados que deben realizar los profesionales sanitarios y no sanitarios se encuentran las movilizaciones de los pacientes para evitar lesiones en ellos

2 Objetivos

- Determibar los cuidados a realizar y los movimientos más adecuadaos

3 Metodología

Revisión bibliográfica en las diversas base de datos utilizando los descriptores: cuidados, funciones, sanitarios y los operadores booleanos anda y or.

4 Resultados

En el ámbito hospitalario hay multitud de personas que acuden a la unidad hospitalaria por lo que es importante ejercer unos cuidados en los pacientes, sobre todo en aquellos que apenas tienen movilidad. En dichas personas habrá que ejercer y fomentar los movimientos y realizar cambios posturales cada 2 ó 3 horas, para evitar lesiones en la piel.

5 Discusión-Conclusión

Tras la revisión bibliográfica se puede concluir que con unos cuidados específicos se fortalecerá el movimiento de personas con movilidad reducida, lo que permitirá disminuir el riesgo de lesión.

6 Bibliografía

- Wikipedia.
- Medlineplus.gov
- Medikamed.
- Mayoclinic.es

Capítulo 1607

EL RECONOCIMIENTO MÉDICO

MARÍA DEL CARMEN GONZÁLEZ GONZALEZ

DAVID PEREZ JIMÉNEZ

MANUEL ANGEL PEREZ JIMÉNEZ

MARÍA DE LOS REMEDIOS FERNANDEZ FERNANDEZ

ANA ISABEL CRESPO BLANCO

1 Introducción

Entre las multifunciones y obligaciones que deben realizar los personales sanitarios y no sanitarios, que también son de índole voluntario, se encuentra el reconocimiento médico.

2 Objetivos

- Determinar el estado de salud del personal sanitario y no sanitario.

3 Metodología

Revisión bibliográfica en las diversas bases de datos utilizando los descriptores: cuidados, salud, y los operadores booleanos and y or y bases de datos como Pubmed.

4 Resultados

Todo personal tiene el derecho de una vez al año realizar un reconocimiento médico de forma gratuita, donde se miden las cosas básicas y primordiales de la salud. Es una técnica voluntaria, aunque si la empresa considera que el empleo que realiza es de riesgo para la persona o los demás, podrá exigir dicha evaluación médica.

5 Discusión-Conclusión

Tras la revisión bibliográfica se puede concluir que con una revisión médica adecuada podrá detectar lesiones o anomalías en el cuerpo del empleado.

6 Bibliografía

- Wikipedia.
- Medlineplus.gov
- Salud.net

Capítulo 1608

AISLAMIENTO CONTACTO

RAFAEL PEREZ CABERO

PILAR VÁZQUEZ ALVAREZ

MARÍA ELENA ALVAREZ GONZÁLEZ

JESUS GONZALEZ CASTAÑON

ADRIAN PRENDES VÁZQUEZ

1 Introducción

Entre los múltiples cuidados que hay que tener en el ámbito hospitalario se encuentra los aislamientos.

2 Objetivos

- Determinar la protección a seguir y los protocolos en cada caso.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Se han utilizado los descriptores: proteico, cuidados, salud. Se han utilizado los operadores booleanos and y or.

4 Resultados

En el ámbito sanitario dependiendo de las sospechas y de las patologías de los pacientes deberemos protegernos para evitar contagios entre nosotros y el restos de personas. El aislamiento de contacto es al aquel que se obtiene a través del tacto, por ello debemos protegernos con guantes y bata.

5 Discusión-Conclusión

Tras la revisión bibliográfica se puede concluir que con unos cuidados exhaustivos disminuiremos el riesgo considerablemente.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 1609

PROTECCIÓN DE DATOS

RAFAEL PEREZ CABERO

PILAR VÁZQUEZ ALVAREZ

MARÍA ELENA ALVAREZ GONZÁLEZ

JESUS GONZALEZ CASTAÑON

NATALIA CUE ZAPICO

1 Introducción

Los profesionales sanitarios y no sanitarios deberemos tener una intimidad con los datos personales.

2 Objetivos

- Determinar los derechos a la intimidad y al honor de los pacientes.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Se han utilizado los descriptores: cuidados, protección, intimidad y los operadores booleanos and y or.

4 Resultados

Cuando realizamos nuestro trabajo en el ámbito sanitario movilizamos y somos conocedores de muchos datos, por lo que debemos respetar el honor a la intimidad de las personas, además hay una ley que nos obliga a ello.

5 Discusión-Conclusión

Tras la revisión bibliográfica en las diversas bases de datos utilizando los descriptores anteriormente mencionados, podemos concluir que con la Ley de Protección de Datos las personas están más más seguras y protegidas.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 1610

PROTECCIÓN ANTE LA UNIDAD DE RAYOS

NATALIA CUE ZAPICO

YOLANDA RODRÍGUEZ DIAZ

ALBERTO ALVAREZ GONZÁLEZ

SARAY VALLINA MONTES

ADRIAN PRENDES VÁZQUEZ

1 Introducción

Entre los múltiples cuidados que debemos obtener en el ámbito sanitario se encuentran los que debemos ejercer en la Unidad de Radiología.

2 Objetivos

- Determinar los cuidados a llevar a cabo en la Unidad de Radiología.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Se han utilizado los descriptores: protección, EPI, radionucléidos, cuidados y los operadores booleanos and y or.

4 Resultados

Cuando trabajamos en la Unidad de Radiología deberemos de tener colocado en el tórax un medidor de radiación que será evaluado cada 6 meses por el centro. Además del medidor, deberemos protegernos con mandiles de plomo si procede, detrás de mamparas, etc.

5 Discusión-Conclusión

Tras la revisión bibliográfica se puede concluir que, con unas series de cuidados y un medidor evaluado de forma gradual nos ayudará a proteger nuestra salud y en caso de anomalía detectarla lo antes posible para evitar correr ningún riesgo.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 1611

EL CELADOR EN LAS URGENCIAS

ALBERTO ALVAREZ GONZÁLEZ

NATALIA CUE ZAPICO

ANA ROSA GARCÍA MENÉNDEZ

YOLANDA RODRÍGUEZ DIAZ

SARAY VALLINA MONTES

1 Introducción

Los celadores llevan a cabo múltiples actividades que realizan en el área hospitalaria. Entre ellas se encuentran las que hace en el área de Urgencias.

2 Objetivos

- Determinar las funciones del celador en el área de Urgencias.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Se han utilizado los descriptores: funciones, cuidados y los operadores booleanos and y or.

4 Resultados

En el área de Urgencias los celadores deberán recibir a los pacientes que acuden en ambulancia, en coche o a pie. Además, será el encargada de ir movilizando para realizarlas las diversas pruebas como acompañarles a la Unidad de Rayos o trasladarles a la Unidad de Hospitalización si se precisa.

5 Discusión-Conclusión

Tras la revisión bibliográfica se puede concluir que con unas funciones bien definidas, el trabajo será más rápido y óptimo.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 1612

EL MANEJO DE SILLAS DE RUEDAS

YOLANDA RODRÍGUEZ DIAZ

ALBERTO ALVAREZ GONZÁLEZ

NATALIA CUE ZAPICO

SARAY VALLINA MONTES

ANA ROSA GARCÍA MENÉNDEZ

1 Introducción

Las silla de ruedas es un artilugio que sirve movilizar a personas con poca o ninguna capacidad de movimiento.

2 Objetivos

- Determinar el protocolo del manejo de sillas de ruedas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Se han utilizado los descriptores: cuidados, movilizaciones, traslados y los operadores booleanos and y or.

4 Resultados

El movimiento de las sillas de ruedas se deberá realizar de manera tranquila y pausada. Cuando llevemos a un paciente y entremos al ascensor y bajemos la rampa lo deberemos hacer marcha atrás, y cuando salgamos del ascensor y subamos las rampas, lo haremos de frente.

5 Discusión-Conclusión

Tras la revisión bibliográfica se puede concluir que siguiendo las pautas anteriormente mencionadas evitaremos accidentes y lesiones a la persona que llevamos en silla de ruedas y a nosotros mismos.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 1613

EL SÍNDROME DEL QUEMADO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

SARAY VALLINA MONTES

NATALIA CUE ZAPICO

YOLANDA RODRÍGUEZ DIAZ

ALBERTO ALVAREZ GONZÁLEZ

ANA ROSA GARCÍA MENÉNDEZ

1 Introducción

Entre los múltiples riesgos que se corren el ámbito sanitario se encuentra el agotamiento físico y emocional que surge en este trajabo, también denominado síndrome de Burnout o síndrome de estar quemado.

2 Objetivos

- Determinar e identificar las causas del síndrome de Burnout.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica

existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Se han utilizado los descriptores: cuidados, emocional, salud, autoestima y los operadores booleanos and y or.

4 Resultados

En el ámbito sanitario hay múltiples factores que nos hacen estar agotado física y emocionalmente. Las causas más frecuentes que lo provocan son: la escasa autorrealización, la poca probabilidad de subir escaños, la poco valoración por los demás, el desgastes causado por ver enfermedades o la escasez de personal.

5 Discusión-Conclusión

Tras la revisión bibliográfica se puede concluir que con una actitud más amable por parte de los responsables, como recompensas el trabajo bien hecho o el aumento de la plantilla, disminuiría considerablemente el síndrome del quemado en personal sanitario y no sanitario.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 1614

COMETIDOS ASISTENCIALES DEL CELADOR EN EL CENTRO DE SALUD.

ADRIÁN GONZÁLEZ CEPEDAL

1 Introducción

El horario del celador es en consultas (8 horas a 15 horas), y en horario de urgencias, que transcurre de 15 horas a 8 horas teniendo en cuenta que el horario de los fines de semana y festivos será horario de urgencias, es decir, de 24 horas. Durante este horario, el celador o celador conductor tiene muchas y variadas funciones siendo el mismo la primera toma de contacto entre el enfermo y la sanidad.

2 Objetivos

- Describir los diferentes medios por los que el paciente acude a urgencias y qué debe hacer el celador en cada caso.
- Analizar las funciones del celador durante una correcta atención.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

En horario de consultas o de urgencias el enfermo puede acudir:
- Por sus propios medios siendo la labor del celador más informativa como por ejemplo: ¿Dónde está la consulta de enfermería?.
- Por sus propios medios, en vehículo propio, dónde el celador debe de acudir en ayuda del enfermo.
- En ambulancia, el celador si así se requiere ayudará al técnico de transporte sanitario y avisar al médico y enfermero.
- Puede haber avisos para atención en domicilio o en la misma calle y una vez recogidos los datos y posibles patologías lo comunicará al médico y enfermero. El celador tendrá a su cargo el repartir por el centro de salud las historias médicas, informes etc. El celador también debe de estar pendiente del buen funcionamiento del centro de salud.

Los principales objetivos del celador para una correcta atención son:
- Recepción del enfermo o usuario.
- Toma de datos, patologías, etc.
- Reparto de documentos, informes.
- Información del paciente o familiares (no datos médicos).
- Recogida de avisos para atender dentro o fuera del centro de salud.
- Traslado del personal médico sanitario fuera del centro de salud.
- Prestar ayuda al personal médico-sanitario en todo momento.
- Estar pendiente del buen funcionamiento de las instalaciones del recinto sanitario.
- El celador cuidará de que los enfermos no hagan un uso indebido de los enseres y material del centro sanitario.
- Dará cuenta a sus superiores de los desperfectos que pudieran ocasionarse.
- Vigilará el acceso a las consultas.
- Vigilará por la noche el interior del edificio.
- Colaborará en las tareas correspondientes con los demás trabajadores (médicos, enfermeros, administrativos, auxiliares de enfermería, etc).

5 Discusión-Conclusión

Uno de los conceptos a los cuales se les da una mayor importancia sin lugar a dudas es la eficacia, sin olvidarnos de la rapidez y sin olvidar en ningún momento

que lo más importante son los pacientes o enfermos. En resumidas cuentas el enfermo es nuestra razón de ser desde el punto de vista profesional.

Por tanto, el trabajo del celador es fundamental dentro del equipo multidisciplinar para el cuidado integral del enfermo a tratar, siendo importante su formación profesional para ofrecer cuidados sanitarios de calidad.

6 Bibliografía

- El celador en Centros de Salud. Celadores del servicio Andaluz de salud, ediciones MAD, 1991.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 1615

MOBBING: ACOSO PSICOLÓGICO EN EL TRABAJO.

ADRIÁN GONZÁLEZ CEPEDAL

1 Introducción

El término mobbing procede del verbo ingles ”to mob” que significa asaltar o acosar. En castellano puede traducirse como acoso u hostigamiento.

2 Objetivos

- Describir el comportamiento de los acosadores.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Los acosadores atacan a sus víctimas, las cercan, las acosan, las torturan, les hacen la vida imposible, buscan aliados para cometer sus fechorías y no descansan hasta

”conseguir que la víctima sucumba física y psicológicamente a sus ataques”. Son perversos, desalmados y no se rinden ante nada ni nadie. Su objetivo es claro: terminar con la dignidad de su víctima.

Y ¿Por qué?. Porque en el fondo tienen miedo, son cobardes, son personas inseguras que tratan de mantenerse por encima de los demás empleando para ello el ”juego mas sucio”, la psicología más perversa, las palabras mas hirientes, el puñal más afilado.

”El poder corrompe” y quien lo ha tenido no quiere perderlo. Cuando un acosador localiza a un nuevo trabajador necesita conquistarlo y mantenerlo a su lado. Trata de seducirlo por todos los medios con el ánimo de que ese poder que tiene ahora, o que quiere alcanzar, no se le vaya de las manos. No conoce el potencial de ese nuevo trabajador y no quiere rivales. Si la seducción no surte efecto comienza la guerra hacia esa persona. La técnica es siempre la misma: utilizar la debilidad de la víctima y conducirla a dudar de sí misma, con el único fin de anularla.

Konrad Loren, un etólogo que estudió el comportamiento de determinadas especies animales, fue el primero en estudiar el fenómeno del mobbing. En sus investigaciones observó cómo, en ocasiones, los individuos más débiles de la especie se alían entre sí para atacar a los individuos más fuertes.

Podemos decir que los comportamientos de mobbing más frecuentes son:
- Asignar trabajos sin valor o utilidad.
- Asignar trabajos por debajo de su capacidad o competencias.
- Desvalorar sistemáticamente su trabajo.
- Dramatizar injustificadamente pequeños errores.
- Menospreciar personal o profesionalmente a la persona.
- Ningunear, ignorar, excluir o hacer el vacío, fingir no verle o hacerle invisible, etc.

5 Discusión-Conclusión

El acosador no trabaja de forma aislada, si no en el seno de una organización, pudiendo esta, en cierta manera, potenciar la existencia de estos individuos. Hirigoyen (1999) establece que el acoso moral se produce únicamente cuando la empresa cierra los ojos, o cuando es ella misma quien promueve este tipo de actuaciones. Pero, sin duda, la deficiente estructura organizativa y la falta de actuación de los responsables ante situaciones de acoso, propician que una persona

acosadora, envidiosa, competitiva y ansiosa de poder, lo tenga fácil para cometer sus fechorías.

6 Bibliografía

- Blanco Varea, M.J.; y Lopez Parada
- Mª.A.Lopez Cabarcos.
- P.Vazquez Rodriguez.

Capítulo 1616

VACUNA ANTRIGRIPAL DURANTE EL EMBARAZO

VIRGINIA RODRÍGUEZ MATÍAS

1 Introducción

La gripe es considerada una enfermedad grave, especialmente en el caso de gestantes. Esta población es considerada primordialmente vulnerable a las infecciones por gripe. Debido a los cambios que conlleva el embarazo sobre el sistema inmunitario, el riesgo de enfermar está incrementado, con todas las complicaciones que esto supone, tanto para el embarazo, como para el recién nacido.

2 Objetivos

- Conocer la seguridad de la vacuna antrigripal inyectable durante el embarazo, así como el momento óptimo para su administración.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica de artículos científicos en PubMed. Se estableció un límite de antigüedad máxima de los artículos de 10 años. Para la búsqueda se utilizaron las palabras clave: influenza; pregnancy; vaccine effectiveness; vaccine efficacy.

4 Resultados

Según los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC), la aplicación de la vacuna antigripal es la medida más importante para la protección contra la gripe. La vacuna inyectable es segura en embarazadas y en mujeres en período de lactancia. Puede administrarse en cualquier trimestre de la gestación, ya que no se ha demostrado que cause ningún daño, ni a las gestantes ni a los recién nacidos. Los posibles efectos secundarios de la vacunación son considerados leves en comparación con el curso de la enfermedad. Los CDC y la Food an Drug Administratios (FDA) vigilan de manera continua, todas las vacunas tras su aprobación.

El Global Advisory Committee on Vaccine Safety (GACVS) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) debatió las recomendaciones de la administración de esta vacuna, especialmente durante el primer trimestre de la gestación. El GACVS concluye que el curso de la enfermedad supone un riesgo alto para las gestantes, lo que lleva asociado un riesgo para el feto, en comparación con el posible riesgo, aunque pequeño que supone la vacunación para ambos. La OMS concluye que la vacunación antigripal durante el embarazo es segura, recomendando su administración, durante la temporada de la gripe. De esta manera no sólo se consigue evitar las posibles complicaciones de una gripe durante el embarazo, sino también proteger a los lactantes en su etapa más vulnerable, sus primeros meses de vida.

Varios análisis realizados refuerzan la evidencia existente sobre la vacunación antigripal demostrando beneficios fundamentalmente en cuanto a prevención de enfermedades maternas y neonatales. Concluyen también en la necesidad de promover esta vacunación en el ámbito de la salud pública.

5 Discusión-Conclusión

Existe consenso para concluir que la vacuna antigripal inyectable es segura y puede administrarse, coincidiendo siempre con la campaña de vacunación, en cualquier momento de la gestación. Es la mejor manera de proteger a la gestante y al recién nacido, evitando las posibles complicaciones asociadas a la enfermedad de la gripe.

La OMS insiste en lo fundamental de aumentar la conciencia pública sobre todos los beneficios que supone esta vacuna. En este aspecto, el papel de los profesion-

ales de la salud es fundamental, por la capacidad de influencia que les otorga su posición. En especial el papel de la matrona en el ámbito de atención primaria, supone una pieza clave en la promoción de esta vacuna.

6 Bibliografía

- Buchy P, Badur S, Kassianos G, Preiss S, Tam JS. Vaccinating pregnant women against influenza needs to be a priority for all contries: an expert commentary. Int J Infect Dis; 2019.
- Quach THT, Mallis NA, Cordero JF. Influenza Vaccine Efficacy and Effectiveness in Pregnant Women: Systematic Review and Meta-analysis. Matern Child Health J; 2019.
- The American College of Obstetricians and Gynecologists. Women's health care physicians. La vacuna antrigripal y el embarazo; 2015.
- Organización Mundial de la Salud. Comité Consultivo mundial sobre seguridad de las vacunas; 2006.

Capítulo 1617

REVISIÓN SISTEMÁTICA: HIGIENE POSTURAL EN LA ESCUELA

MARÍA FERNÁNDEZ-GARCÍA ORTEGA

ISABEL FERNÁNDEZ-GARCÍA ORTEGA

1 Introducción

La lumbalgia y la cervicalgia suponen en los países industrializados uno de los mayores problemas de salud actualmente y es la causa de discapacidad más frecuente en los adolescentes y adultos jóvenes. Entre la población trabajadora son motivo de baja e incapacidad laboral con la repercusión económica y social que conlleva. Todo ello hace plantearnos que si desde la primera infancia trabajamos buenos gestos y posturas probablemente podremos evitar en mayor o menor medida estos problemas de salud. Por supuesto podemos afirmar que una postura incorrecta de manera puntual no produce una anomalía pero si se mantiene a lo largo de los años se cronificará y necesitará un tratamiento especifico.

Los programas de higiene postural para escolares suelen formar parte de la Promoción de la Salud que pretende capacitar a los individuos de conocimientos para mejorar su salud. En estos programas intervienen varios actores además de los niños o escolares, podemos incluir al sistema sanitario, la escuela y por supuesto las familias.

Los niños pequeños suelen manifestar posturas correctas, al no haber sufrido efectos de malos hábitos aún. Por eso es importante iniciar a los niños desde pequeños en el aprendizaje de la higiene postural, se intentara siempre hacer una aproximación mediante un ejercicio atrayente para ellos. Además de enseñarles

las posturas correctas también les enseñaremos conceptos básicos de ergonomía; les explicaremos como estar de pie de manera prolongada, como caminar, como sentarse y levantarse, como estar sentado, como estar viendo la tele, la tablet o el móvil, como transportar objetos, como coger pesos, como asearse, como tumbarse o levantarse de la cama, como dormir y por supuesto como llevar la mochila que es un aspecto muy importante en los escolares.

Como consecuencia del prolongado tiempo que se está sentado en el colegio existe una disminución importante de los movimientos del cuerpo pudiendo adoptar posiciones viciosas. A esto se añade el tiempo que después en casa pasan también sentados y el uso actualmente de las tecnologías de la información y comunicación en los niños y adolescentes. Por estos dos motivos es muy importante la figura de la familia y del maestro, que trataremos en nuestra revisión.

La columna vertebral se divide en tres tramos: la columna cervical, la columna dorsal y la columna lumbar. Se compone de parte ósea o huesos y de partes blandas, que son los músculos y ligamentos. Realiza movimientos de flexión, extensión, flexiones laterales y rotaciones.

Son tres las principales patologías que encontramos en la infancia en relación con la espalda (escoliosis, hipercifosis e hiperlordosis). A veces los niños refieren dolor sin necesidad de tener ninguna alteración musculo-esquelética, simplemente como causa de malas posiciones. Creemos que la niñez es una buena etapa para adquirirlas habilidades motrices y así prevenir o corregir futuras malas posturas que se automatiza e instauran malos hábitos posturales. Por todo el anterior nos parece un tema de actualidad el de nuestra revisión.

2 Objetivos

- Conocer las maneras de trabajar la higiene postural en los colegios.
- Conocer la labor que desarrolla cada uno de los miembros del equipo multidisciplinar que trabajan en el ámbito educativo la higiene postural. Especialmente el rol del fisioterapeuta de Atención Primaria por su labor en la Educación para la Salud y el de los maestros por el amplio horario que pasan con los alumnos y la figura de referencia que son.

3 Metodología

Se realizará una revisión sistemática de estudios realizados sobre la higiene postural en el aula o la escuela y el rol del equipo multidisciplinar que interviene. A continuación se detallan los criterios de inclusión y exclusión y la estrategia de búsqueda que se realizaran.

Se fijaran como criterios de inclusión los siguientes:
- Ser estudios desarrollados en el ámbito escolar.
- Haber sido publicado entre el 2000 y el 2019.
- Estar en inglés o español.

Se fijaran como criterios de exclusión:
- Proyectos de higiene postural fuera del ámbito escolar.
- Ser estudios tipo metaanálisis.
- No estar en inglés o español.

Estrategia de búsqueda. Se realizará una búsqueda sistemática de la cual se seleccionaran artículos publicados en inglés y español desde el 2000 hasta el 2019. Las bases de datos que se consultaran serán PubMed, Cochrane y Google Scholar. La estrategia de búsqueda incluirá los siguientes términos clave: "higiene postural", "fisioterapia", "maestro", "educación postural" y "escuela". Los combinaremos con los operadores booleanos "AND" y "OR".

4 Bibliografía

- Gómez-Conesa A, Méndez FX. Programa de Educación para la Salud en el cuidado de la espalda. Rev Iberoam Fisioter Kinesiol. 2000.
- Alberola López S, Pérez García I, Casares Alonso I, Cano Garcinuño A, Andrés de Llano JM. Mochilas escolares y dolor de espalda en la población infantil. Revista de pediatría Atención Primaria. Madrid. 2010.
- Bricot B. Postura normal y posturas patológicas. La revista del instituto de Posturología y Podoposturología. 2008.
- Gómez-Conesa A, Carles Hernández R, Abril Belchi E, Martínez Carrasco A. XI Jornadas Nacionales de Fisioterapia en Atencion Primaria. Universidad de Murcia. España. 2006.
- Navarro C, Núñez M. La salud de nuestros hijos: ¿Tengo que hacer gimnasia? Barcelona. Ediciones Ceac. 2007.

- Fundación Kovacs. Los escolares con dolor de espalda tienen más posibilidades de sufrirlo de manera crónica al ser adultos. OMC. Madrid. 2015.
- Muñoz Vidal JM. La higiene postural en edad escolar; ergonomía, postura y mobiliario. Córdoba. 2009.
- Garrido Martínez de Salazar F, González Montesinos JL, Muñoz Márquez; García Fernández P. Espinosa de los Monteros R, Mora Vicente J. Hábitos de transporte de las mochilas escolares y relación con el dolor de espalda en nuestro medio. 2011
- Ergonomía en la escuela. Trabajo y Prevención, Junta de Castilla y León. 2014.
- Aguado X, Fernández Ordoñez A, Riera J. Educación postural en Primaria. Propuesta de una metodología y ejemplo de una sesión. Revista Apunts. 2000.
- Alomar T. La postura en la escuela. Revista Tándem. 2002.
- Guerrero TI. Educar en la salud: El cuidado de la espalda en escolares. Granada. Adice. 2011.
- Chumillas S. Estudio prospectivo sobre la eficacia de un programa de la escuela de espalda. Revista de Rehabilitación. Madrid. 2003.
- López Aguilar b, Cuesta Vargas A. Higiene postural ergonomía en el ámbito escolar: una perspectiva desde la fisioterapia. Revista de estudios de juventud. 2007.

Capítulo 1618

HIGIENE POSTURAL EN EL AMBITO SANITARIO

IGOR ARGÜELLO GARCIA

ARACELI OLIVARES GARCIA

1 Introducción

En el ámbito sanitario la higiene postural es de suma importancia. El objetivo principal de una buena higiene postural es hacer todo lo posible para que en cualquier situación que nos encontremos nuestra posición sea la correcta, para evitar cualquier tipo de lesiones. Esto es algo muy común y con lo que se encuentra cada día todo profesional que trabaja en un centro sanitario.

2 Objetivos

Analizar qué tipo de trabajo y movilizaciones vamos a realizar y así determinar la mejor postu a para realiza para obtener una buena higiene postural.

3 Metodología

La búsqueda sistemática de distintas bases de datos además de la información recibida de los servicios de prevención de los servicios de salud recopilamos datos sobre la correcta postura que debemos de tener en cada momento de nuestra jornada laboral.

4 Resultados

Cada día el trabajo en un centro sanitario supone un sobreesfuerzo para los profesionales que trabajan en éste. Para evitar una lesión que dicho trabajo le pueda suponer, necesita conocer con exactitud la postura en que ha de situarse en cada momento. Por una parte nos encontramos con la movilización de pacientes o mercancías. Ene este caso la importancia de una buena higiene postural es de suma importancia para evitar lesiones producidas por una mala colocación a la hora de realizar el trabajo en su mayoría dorso lumbares.

La posición adecuada a la hora de movilizar una carga es flexionar las rodillas y espalda recta. El peso máximo 25 kilos. A la hora de movilizar pacientes la correcta posición debe de ser primordial ya que las lesiones de espalda producidas al personal sanitario van en aumento debido la desconocimiento de una buena higiene postural. Para movilizar un paciente hacía la cabecera de la cama la postura correcta es la siguiente: espalda recta, rodillas flexionar y pie adelantado en la dirección en que se moviliza al paciente.

En cuanto al trabajo administrativo, cuando nos encontramos frente a un ordenador nuestra correcta posición sería espalda recta con una silla adecuada a nuestra estatura. También debemos de tener en cuenta los espacios con los que contamos para poder tener una ergonomía adecuada ya que en numerosos centros sanitarios nos encontramos con un espacio muy reducido que hace que nuestro trabajo no se realice de la manera más adecuada. Todo esto hace que las incapacidades temporales vayan en aumento debido a una mala higiene postural debido a enfermedades relacionadas con el sistema musculoesqueletico.

5 Discusión-Conclusión

Cuidemos nuestra postura en todo momento para que nuestra espalda esté sana ya que los malos hábitos que cada día usamos pueden ser erróneos y debemos hacer todo lo posible para corregirlas y así evitar problemas.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 1619

PREVENCION DE RIESGOS EN EL ÁMBITO SANITARIO

IGOR ARGÜELLO GARCIA

ARACELI OLIVARES GARCIA

1 Introducción

La prevención de riesgos viene recogido en la Ley 31/1995, modificada y actualizada por la ley 54/2003 de 12 de diciembre. Esta ley tiene como fin promover la seguridad y la salud de todo trabajador cualquiera que sea el ámbito laboral.

2 Objetivos

Analizar los posibles riesgos con que nos encontramos en el ámbito sanitario y así determinar el tipo de prevención con que contamos para evitar un posible accidente o enfermedad.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

A través del estudio de los posibles riesgos nos encontramos con el riesgo de caída durante los traslados por lo que es necesario que el suelo se encuentra en condiciones óptimas además de ser antideslizante. En el caso de limpieza de suelo indicar con un cartel que éste se encuentra húmedo. Así evitamos dichas caídas y sus posibles consecuencias.

Cuando necesitamos realizar el cambio de todo tipo de mobiliario además del uso de escaleras para colocar papeles, buscar expedientes, medicinas, situadas en zonas altas asegurar que éstas son las más adecuadas para realizar el trabajo.Así también evitamos posibles caídas.

Un riesgo muy común ,y a su vez peligroso, es el riesgo de pinchazo por objetos o instrumental clínico. Estos deben de situarse una vez utilizados en recipientes especiales para ello etiquetándolos con la señal de riesgo biológico para su posterior traslado e incineración.

Cuando en un centro sanitario se manipulen con fragmentos o partículas es de suma importancia la utilización de gafas de seguridad y pantallas para evitar que cualquier partícula nos haga un daño ocular.En caso de que esto ocurra lavar con abundante agua y acudir al médico especialista.

En el servicio de esterilización la protección es la utilización de medidas de protección frente al calor o frío con la utilización de pinzas y guantes térmicos homologados.También nos encontramos con gases por lo que la utilización de mascarilla es obligatoria.

Otro de los fines en servicio de prevención de riesgos son las medidas preventivas relacionadas con las lesiones de los profesionales sanitarios provocados por la realización de movilizaciones de personas con limitaciones físicas que llevan a un gran absentismo laboral debido a patologías musculoesqueléticas.

5 Discusión-Conclusión

En las comunidades autónomas es obligatorio el servicio de prevención de riesgos que es el encargado de informar a los trabajadores sobre todos los riesgos a evitar en cada trabajo ya su ver si éstos no se pudieron invitar a hacer todo lo posible para que no se vuelva a producir.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 1620

EL CELADOR EN LOS CENTROS SANITARIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

ARACELI OLIVARES GARCIA

IGOR ARGÜELLO GARCIA

1 Introducción

Los centros de salud de atención primaria son centro donde acuden los usuarios de la salud como primer contacto entre los profesionales sanitarios y el paciente. En éste nos encontramos con todo tipo de profesionales que se encargan de atendernos en los momentos de pérdida de salud. Nos encontramos con personal no sanitario como auxiliares administrativos y celadores como personal de enfermería y medicina.

2 Objetivos

Determinar las funciones que realizan los celadores en los centros de salud de atención primaria.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica

existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

En la mayoría de los centros de salud de atención primaria nos encontramos con la figura del celador, ya sea en horario habitual de atención a los pacientes como en el servicio de urgencias. En el horario habitual de atención, de 8:00 a 3 de la tarde, las funciones del celador son:

Apertura y cierre del centro
- Encendido de luces
- Acompañamiento de pacientes tanto con algún déficit funcional como no
- Distribución y recogida de documentación en consultas
- Ocasionalmente toma de datos y realización de fotocopias

Por otra parte en horario de urgencias , 15 horas hasta las 8 de la mañana, sus funciones son:
- Apertura y cierre del centro
- Acompañamiento de pacientes
- Toma de datos
- Atención telefónica
- Comunicación y documentación a los facultativos

5 Discusión-Conclusión

La figura del celador forma parte de los profesionales sanitarios que atienden a los pacientes y usuarios del centro de salud. Su principal función de la acogida de pacientes ya que estos acuden con determinados problemas de movilización y requieren un tipo de transporte adecuado, en su mayoría la silla de ruedas.

6 Bibliografía

- www.censanidad.com
- www.libtoslaboratorio.files.com
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/

- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 1621

TIPOS DE LAVADOS DE MANOS Y SU IMPORTANCIA

CONSUELO INMACULADA GARCÍA GARCÍA

1 Introducción

Una de las medidas más eficaces para evitar las infecciones nosocomiales es el lavado de manos. Estas infecciones son las que se contraen en el propio hospital, es importante el lavado de manos tanto del personal sanitario como del personal no sanitario. Así, desde la OMS piden a los profesionales sanitarios y no sanitarios que se "tomen 5 momentos" a fin de prevenir la septicemia en la atención sanitaria. Estos cinco momentos son:
1. Antes de tocar al paciente.
2. Antes de realizar una tarea limpia/aséptica.
3. Después del riesgo de exposición a líquidos corporales.
4. Después de tocar al paciente.
5. Después del contacto con el entorno del paciente.

2 Objetivos

Analizar los diferentes tipos de lavado de manos, para realizarlos de manera correcta y así evitar contagios y enfermedades.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica de documentos encontrados en las bases de datos Dialnet, Scielo, PubMed y el buscador Google Académico. Encon-

trando documentos de gran utilidad que han servido como documentación de este estudio.

4 Resultados

Hay tres tipos de lavado de manos:

-El rutinario o higiénico: es el habitual, se hace al empezar y terminar turno, antes de poner los guantes, al distribuir y recoger la comida, después de manipular cuñas… Consiste en: abrir el grifo y mojarse las manos, aplicar jabón y enjabonarse manos y muñecas durante 30 segundos de manera meticulosa entre los espacios interdigitales, uñas y pulgares. Enjabonarse debajo del chorro de agua fría, cerrar el grifo con una toalla de papel desechable y secar minuciosamente.

-El lavado antiséptico o asistencial: empleado antes de ponerse guantes estériles, al aplicar técnicas invasivas (colocación de catéteres, sondas…), en pacientes inmunodeprimidos, alertas epidemiológicas…. Abriremos el grifo y aplicaremos jabón antiséptico y enjabonaremos manos y muñecas, insistiendo en espacio entre los dedos, pulgares y uñas.Durante 60 segundos, enjuagar debajo del grifo y cerrar el grifo con una toalla de papel desechable y secar minuciosamente con toalla desechable.

-Lavado quirúrgico: es obligado para todos los procesos quirúrgicos. Consiste en abrir con el codo el grifo, mojar manos y antebrazos y durante 2 minutos cepillarse con un cepillo estéril durante 30 segundos cada mano, lavarse las manos y antebrazos minuciosamente con jabón antiséptico, se aclarará desde las puntas de los dedos hasta el codo y secaremos con un paño estéril por cada brazo.

5 Discusión-Conclusión

Sabemos que siguiendo estas recomendaciones prevenimos la propagación de infecciones entre enfermos y personal hospitalario. Es fundamental la higiene de manos respecto a la prevención de infecciones y por lo tanto la prevención es la mejor manera de hacer frente a este riesgo. Por ello es importante conocer el protocolo de lavado de manos, así como los diferentes tipos de lavados de manos.

6 Bibliografía

- https://www.seguridaddelpaciente.net/.../los-5-momentos-para-la-higiene-de-las-manos
- https://www.colegioenfermeriahuesca.org/higiene-manos-2018
- https://www.nuestraenfermeria.es/higiene-de-manos-en-1-dia-2-o-5-momentoswww.casadegalicia.org.uy/higiene-de-manos
- López Porcel, Jorge Buenaventura. Cuidados Auxiliares Básicos de Enfermería, Publicaciones Vértice S.L 2008

Capítulo 1622

¿QUÉ ES LA VIOLENCIA DE GÉNERO?

TAMARA GARCÍA GÓMEZ

1 Introducción

La violencia de género es todo acto de violencia que resulta o puede tener como resultado la existencia de un daño físico, sexual o psicológico sobre la mujer. Éste puede ser producido tan en el ámbito público como el privado.

En este tipo de daños se incluyen las amenazas, la coacción y la privación de libertad. Los tipos de violencia de género pueden clasificarse en los siguientes:
- Física: implica dolor y lesiones o todo acto capaz de producirlas (desde un empujón a un homicidio.
- Psicológicas: generan sensación de desvalorización de la mujer (humillación, faltas de respeto…).
- Sexual: puede darse a la fuerza o con intimidación y chantajes (violación, abusos…).
- Económica: retención, sustracción o destrucción de bienes.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Dar a conocer la definición de violencia de género.

Objetivos secundarios:
- Clasificar los tipos de violencia de género.
- Definir las consecuencias de la violencia de género.
- Dar a conocer las posibles soluciones.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

En caso de violencia de género la mujer debe avisar a la policía y acudir al centro médico en el cual se elaborará el parte de lesiones, se derivará a una atención social por parte del psicólogo y del trabajador social (para derivar a los profesionales y ayudas adecuadas). Las consecuencias de este fenómeno son entre otras: ansiedad, estrés, depresión, aislamiento familiar, pobreza,… La intervención no sólo se realiza sobre la mujer maltratada, sino también sobre sus hijos.

La mujer víctima de este tipo de violencia queda en una situación de desprotección por eso existe una legislación a nivel estatal (Ley Orgánica de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género 1/2004 de 28 de diciembre) y a nivel provincial (en el caso de Asturias: Ley 2/2011 de11 de marzo para la Igualdad de Mujeres y Hombres y Erradicación de la Violencia de Género). Es fundamental lograr que la mujer retome el control de su vida y por eso el tratamiento sobre ella va enfocado tanto a nivel psicológico como social, poniendo énfasis en la inserción laboral-

5 Discusión-Conclusión

La violencia de género es un fenómeno social que va en aumento, por eso los equipos multidisciplinares (formados por médicos, psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas…) son tan importantes ya que la mujer víctima de violencia de género debe ser tratada en su totalidad: desde el punto de vista físico, psicológico y laboral.

6 Bibliografía

- www.iam.asturiano.com.

- www.who.int.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 1623

PROTOCOLO DE HIGIENE DE MANOS EN EL ÁMBITO SANITARIO.

ANA GARCÍA ROSARIO

NOEMI LOBO ROSARIO

1 Introducción

La higiene de manos en el ámbito sanitario es una tarea sencilla y de vital importancia que ayuda a prevenir y reducir las infecciones que se producen en el ámbito hospitalario.

Las manos son la principal vía de transmisión de gérmenes en la atención sanitaria, la medida más importante para que no se produzca esta transmisión de gérmenes y evitar infecciones es una buena higiene de manos tanto de los profesionales sanitarios como de cualquier persona que esté en contacto directo o indirecto con un paciente.

El lavado de manos consiste en frotarse las manos con agua y jabón o con el uso de soluciones alcohólicas o un jabón antiséptico para eliminar los gérmenes que se pudieran tener en las manos y así evitar la transmisión de estos de persona a persona.

La infección hospitalaria sigue siendo unos de los graves problemas de salud pública en el mundo, el lavado de manos es una de las principales medidas para su prevención y control, así como un instrumento para reducir sus índices.

2 Objetivos

Reducir los microorganismos de las manos, así como la transmisión de estos microorganismos a los pacientes, entre pacientes, entre trabajadores sanitarios.

3 Metodología

Existen 5 momentos para la higiene de las manos según la Organización Mundial de la Salud:
1. Antes de tocar al paciente.
Lavarse las manos antes de acercarse al paciente (al estrechar la mano, al ayudar al paciente a moverse, al realizar un examen clínico) para proteger al paciente de los gérmenes dañinos que tenemos depositados en nuestras manos (libres o con guantes).
2. Antes de realizar una tarea limpia/aséptica.
Lavarse las manos inmediatamente antes de realizar la tarea (curas, inserción de catéteres, preparación de alimentos o medicación, aspiración de secreciones, cuidado oral/dental) para proteger al paciente de los gérmenes dañinos que podrían entrar en su cuerpo, incluidos los gérmenes del propio paciente.
3. Después del riesgo de exposición a líquidos corporales.
Lavarse las manos inmediatamente después de la exposición a fluidos orgánicos aunque se lleven guantes (extracción y manipulación de sangre, orina, heces, manipulación de desechos, aspiración de secreciones, cuidado oral/dental) para protegerse y proteger el entorno de atención sanitaria de los gérmenes dañinos del paciente.
4. Después de tocar al paciente.
Lavarse las manos después de tocar a un paciente y la zona que lo rodea (al estrechar la mano, al ayudar al paciente a moverse, al realizar un examen clínico) para protegerse y proteger el entorno de atención sanitaria de los gérmenes dañinos del paciente.
5. Después del contacto con el entorno del paciente.
Lavarse las manos después de tocar cualquier objeto o mueble del entorno inmediato del paciente incluso si no se ha tocado al paciente (al cambiar la ropa de cama, al ajustar la velocidad de perfusión) para protegerse y proteger el entorno de atención sanitaria de los gérmenes dañinos del paciente.

Existen dos técnicas principales de lavado de manos en el medio hospitalario:
- El lavado de manos ordinario o aséptico que se realiza con agua y jabón (su

duración debe ser entre 20 - 30 segundos). El objetivo es eliminar la suciedad, materia orgánica y flora transitoria de las manos.
- La desinfección de manos que se realiza con soluciones alcohólicas o con un jabón antiséptico (su duración debe ser entre 40 - 60 segundos). El objetivo es eliminar la suciedad, materia orgánica, flora transitoria y parte de la flora residente de las manos, consiguiendo además cierta actividad microbiana residual.

Los pasos para una técnica correcta de lavado de manos según la Organización Mundial de la Salud son:
1. Mojar las manos con agua.
2. Poner en la palma de la mano una cantidad suficiente de jabón para cubrir todas las manos.
3. Frotar las palmas entre sí.
4. Frotar la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa.
5. Frotar las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados.
6. Frotar el dorso de los dedos de una mano contra la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos.
7. Rodeando el pulgar izquierdo con la palma de la mano derecha, frotarlo con un movimiento de rotación, y viceversa.
8. Frotar la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación, y viceversa.
9. Enjuagar las manos.
10. Secarlas con na toalla de un solo uso.
11. Utilizar la toalla para cerrar el grifo.

Normas generales para la higiene de manos:
- Como norma general las manos deben estar siempre limpias, sin joyas, con las uñas cortas y limpias.
- El jabón será siempre líquido y se utilizará con dispensador.
- El secado de manos se realizará con papel y no con toalla.
- Los cepillos tienen que ser estériles o bien desinfectados y secos. Sólo se utilizarán para las uñas.
- Después de haberse lavado las manos se podrán utilizar cremas hidratantes.
- Los grifos y pilas de lavado se han de limpiar y desinfectar regularmente.

4 Resultados

Con la higiene de manos prevenimos múltiples enfermedades como:

- Enfermedad diarreica aguda.
- Enfermedades de la piel.
- Parasitismo intestinal.
- Neumonía.
- Enfermedades de los ojos.

5 Discusión-Conclusión

El lavado de manos frecuente es una técnica fundamental en el ámbito sanitario para prevenir la transmisión de infecciones. El personal sanitario debe realizar este procedimiento constantemente y de la forma correcta para evitar la propagación de bacterias. Una buena higiene de manos es fundamental para una atención sanitaria de calidad.

6 Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Hand higiene Technical Referente Manual.
2. Ministerio de sanidad, consumo y bienestar social. Programa de Higiene de Manos del Sistema Nacional de Salud.
3. Organización Mundial de la Salud. Campaña salve vidas: Límpiese las manos.
4. Gobierno del Principado de Asturias. Buenas prácticas en seguridad del paciente. Plan autonómico de higiene de manos en el Principado de Asturias.

Capítulo 1624

SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL SANITARIO.

ANA GARCÍA ROSARIO

NOEMI LOBO ROSARIO

1 Introducción

La Organización Mundial de la Salud reconoce el "Burnout "o "síndrome del trabajador quemado" como problema asociado al empleo o al desempleo, al estar incluido en la clasificación internacional de enfermedades.

El síndrome de Burnout es un estado de desgaste que puede dar lugar al abandono del puesto de trabajo o la incapacidad total para volver a trabajar. Se caracteriza por sentimientos de falta de energía, sentimientos negativos respecto al trabajo y eficacia profesional reducida.

El síndrome de Burnout o síndrome de "estar quemado" o de "desgaste profesional" es consecuencia de un estrés laboral que evoluciona hacia un estrés crónico. Consiste en un estado de agotamiento físico, mental y emocional por un cansancio psíquico o estrés que surge por un clima laboral difícil.

Se da principalmente en personas cuyo trabajo implica dedicación y entrega hacia terceros como los profesionales sanitarios.

2 Objetivos

Conocer y comprender las causas que llevan al personal sanitario a desarrollar el síndrome de Burnout o "estar quemado", así como cuáles son sus consecuencias y medidas preventivas que se pueden desarrollar.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Puede dar lugar al síndrome de Burnout la exposición del trabajador durante un largo periodo de tiempo a situaciones laborales que impliquen:
1. Sobrecarga emocional, podría ser motivada por la mala organización de los servicios sanitarios o por falta de personal.
2. Horarios de trabajo, como los turnos rotatorios o nocturnidad ya que influyen en la calidad del sueño y tienen una incidencia negativa en la vida familiar y social.
3. Motivación laboral, que no encuentren reconocido su trabajo por sus superiores o por los propios pacientes.
4. Ausencia de apoyo social, tanto lo vínculos formales (superiores o compañeros de trabajo) como los informales (amigos o familiares).

Sin embargo el síndrome de Burnout es un proceso multicausal y complejo, por lo que existen otros factores que se han relacionado con el síndrome de Burnout:
1. Componentes personales:
- La edad o antigüedad en el puesto de trabajo.
Algunos estudios afirman que es más frecuente su aparición después de más de 11 años en el mismo puesto de trabajo, mientras que otros afirman que las personas son más vulnerables durante sus primeros años laborales.
- El sexo y/o género

Algunos estudios demuestran que el fenómeno de Burnout es más frecuente entre las mujeres.

- El estado civil.

Personas casadas o con pareja estable tienen una menor tendencia a padecer Burnout. La presencia de hijos también disminuye las probabilidades de sufrir este síndrome.

- La personalidad.

Son más susceptibles a padecer burnout las personas inestables y predispuestas a la angustia psicológica, personas propensas a la insatisfacción laboral o personas extremadamente competitivas, impacientes, exigentes y perfeccionistas.

2. Los factores sociales:

Como la necesidad de ser un profesional de prestigio a toda costa, para alcanzar una alta consideración social y familiar y así un alto estatus económico.

3. Los factores ambientales .

Cambios significativos de la vida como puede ser la muerte de familiares, matrimonios, divorcio o nacimiento de hijos.

4. Inadecuada formación profesional.

Excesivos conocimientos teóricos, escaso entrenamiento en actividades prácticas, falta de aprendizaje de técnicas de autocontrol emocional, escasa información sobre el funcionamiento de la organización en la que se va a desarrollar el trabajo.

El síndrome de burnout se manifiesta con los siguientes síntomas:

1. Cansancio emocional:

Agotamiento físico y emocional debido a la jornada laboral.

2. Despersonalización:

Actitud negativa, impaciente y estado de ánimo irritable. Respuestas frías, desconsideradas o impersonales.

3. Falta de realización personal:

Frustración y fracaso al no conseguir los resultados deseados (baja autoestima, inefectividad e incapacidad).

4. Dolores físicos, además del desarrollo de enfermedades psicosomáticas.

Entre las principales medidas para prevenir el síndrome de Burnout a nivel organizativo e interpersonal están:

- Identificar el Burnout, evaluando los riesgos psicosociales.
- Fomentar la colaboración, participación, comunicación y trabajo ene quipo.
- Promover la seguridad en el empleo.
- Crear grupos de apoyo y supervisión para prevenir y proteger a los trabajadores.
- Formar y elegir estilos de mandos participativos y democráticos.

- Establecer programas de trabajo que relaciones los objetivos de la organización con los percibidos por los trabajadores.
- Información, formación y desarrollo de las expectativas profesionales.
- Analizar y definir los puestos de trabajo, sus objetivos, competencias y responsabilidades.
- Aumentar el grado de autonomía y control del trabajo, descentralizando la toma de decisiones.
- Facilitar a los trabajadores los recursos adecuados para desempeñar sus tareas.

Como medidas de prevención individuales estarían la formación en habilidades sociales, auto relajación y gestión del Burnout, entre otras.

5 Discusión-Conclusión

El síndrome de Burnout puede ocasionar trastornos de salud mental así como alteraciones físicas, se relaciona con el abuso de medicamentos e incluso ciertas drogas, tabaco y alcohol.

Puede provocar estrés laboral, alteraciones del sueño o respiratorias, migrañas o alteraciones gastrointestinales. También está relacionado con conductas violentas o de riesgo y puede dar lugar a conflictos en el ámbito laboral por la disminución del rendimiento y la motivación, así como una disminución de la calidad de los servicios prestados. Una de las consecuencias más importantes es el absentismo laboral.

6 Bibliografía

1. Salud Mapfre. Síndrome Burnout o trabajador quemado.
2. Ministerio de sanidad, consumo y bienestar social. Estrés laboral
3. Organización Mundial de la Salud. Serie protección de la salud de los trabajadores: Organización del trabajo y del estrés.
4. UGT Navarra. Guía sobre el síndrome de quemado (Burnout).
5. Preventionworld. El síndrome de Burnout y los profesionales sanitarios.

Capítulo 1625

MOBBING EN EL ÁMBITO SANITARIO

PAULA VEGA BERROS

MARIA EUGENIA VEGA BERROS

ALEJANDRA GARCÍA GARCÍA

ALEJANDRA TOMAS FERNANDEZ

1 Introducción

El Mobbing o acoso laboral fue descrito por primera vez por Heinz Laymann, psicólogo alemán, tras detectar que parte de sus pacientes presentaban un patrón de sufrimiento emocional y ansiedad, como consecuencia de padecer acoso en su ámbito de trabajo.

2 Objetivos

- Definir qué es el Mobbing y visualizarlo en el sistema Sanitario.

3 Metodología

Se revisan estudios, publicaciones y sentencias sobre el Mobbing en el ámbito sanitario. Para ello se realiza una búsqueda bibliográfica en distintas bases de datos, como: Dialnet, Scielo y Google Académico. Se emplean como descriptores: mobbing, acoso laboral, definición, sanidad, sanitario. Se emplean como criterios de inclusión textos en castellano e inglés; y como criterios de exclusión aquellos que carecieran de acceso gratuito.

4 Resultados

Para hablar de mobbing se necesita identificar:
- A una persona o grupo de personas que suele actuar acosando normalmente a un solo individuo.
- Que las agresiones sean sistemáticas, al menos una vez a la semana.
- Que las agresiones a la misma persona se prolonguen durante el tiempo, no ser un hecho aislado (al menos seis meses).

La frecuencia y la duración en el tiempo de los continuos ataques son elementos claves para hablar de Mobbing.

El sistema sanitario español tiene una estructura jerárquica, donde se permite al jefe de servicio asignar muchos temas organizativos, por lo que el desequilibrio del poder es una situación idónea para el acoso laboral. Relegar de trabajos y asignar otros de inferior categoría, dar los turnos que nadie quiere, reprender o llamar la atención delante del público, es una humillación para el trabajador sanitario.

Esto no quiere decir que el acoso laboral siempre se produzca de un mando superior, si no que es más común de manera vertical que horizontal. Si el acoso es de manera horizontal todavía puedes denunciar más cómodamente tu situación, a la persona encargada del departamento, debiendo ponerlo en conocimiento a la dirección de Recursos Humanos. En sus manos está resolver el problema, abriendo una investigación discreta y objetiva para comprobar el acoso reiterado sobre el trabajador. Deben poner en marcha el protocolo de actuación y tomar las acciones necesarias para solucionar el problema.

La finalidad del acoso laboral es dañar psíquica o moralmente al trabajador, para marginarlo en su entorno laboral. Las personas que lo sufren se ven solas, ya que los compañeros tienen miedo a las represalias, no les parece tan grave la situación al no sufrirlo ellos. La deshumanización del compañerismo o pensándolo bien, la cobardía por no apoyar a la parte débil, teniendo miedo a las represalias y poder verse ellos en ese entorno hostil y humillante, es uno de los factores que facilitan la continuidad de las agresiones.

Estas situaciones se agravan y se mantienen en el tiempo y hoy en día es un problema social, por el poco apoyo en el sistema sanitario, las pocas denuncias y la difícil demostración ante un juicio de las agresiones sistemáticas y constantes.

5 Discusión-Conclusión

El mobbing es el hostigamiento, persecución o la violencia psicológica constante y duradera en el tiempo en el entorno laboral. En la sanidad es muy frecuente por el sistema jerárquico de trabajo. Se debe invertir en medidas eficaces para prevenir, detectar y controlar el acoso laboral en la sanidad y también dotar de información y herramientas para luchar contra este problema. Actualmente se está trabajando para dar más apoyo a las víctimas o personas que lo sufren, para que se vean más respaldados y se atrevan a denunciar. Las empresas que no hacen nada ante la denuncia pueden ser sancionadas. El mobbing es un delito tipificado en el código penal, que a nuestro pesar actualmente esta enquistado en nuestra sociedad, tanto en el ámbito laboral, escolar y social.

6 Bibliografía

- H. Leymann The Content and Development of Mobbing at Work EJWOP, 5 (1996), pp. 165-184.
- H. Leymann. Aterrorización psicológica. El problema de la terminología [traducción de S Navarrete] (1996)
[consultado 22 Mar 2016]. Disponible en: http://www.kwesthues.com/e-Leymann-comingsoon.pdf.
- Carvalho G. Mobbing: assédio moral em contexto de enfermagem. Revista de Investigação em Enfermagem. 2010;28- 42.
- Fernández D, Manuel J, Padilla Segura I, Domínguez Fernández J, Bagur M, Luisa M, et al. Acoso laboral en trabajadores de atención a la salud de Ceuta. Medicina y Seguridad del Trabajo. 2012;58(227):117-27.

Capítulo 1626

LA COMUNICACIÓN DEL PERSONAL DEL HOSPITAL CON EL PACIENTE GERIÁTRICO

CONSUELO INMACULADA GARCÍA GARCÍA

1 Introducción

Con el paso de los años nos vamos haciendo mayores, y por lo tanto esto nos afecta a todos los niveles, tanto de manera física como a niel psicológico. Sobre todo nos afecta a nivel de la comprensión, ya que ésta se vuelve más lenta y en ocasiones confusa. Es por ello muy importante que el lenguaje y el comportamiento estén adaptados hacia las personas mayores.

2 Objetivos

- Determinar las pautas a seguir por el personal del ámbito hospitalario, para mejorar la comunicación con las personas mayores.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión sistemática y búsqueda bibliográfica en bases de datos como Scielo, Editorial electrónica y Google Academy, Pudmed y Cochrare.

4 Resultados

Por norma general, hay unos patrones que se pueden emplear a la hora de mantener una comunicación con pacientes geriátricos: por lo general las personas mayores suelen presentar dificultad auditiva, y visual y por ello lo mejor en estos casos es colocarnos enfrente del paciente para establecer contacto visual y gestual lo que nos permitirá dar a entender que nos interesa lo que trata de decirnos y esto provocará que la comunicación sea interactiva.

Como norma general hablaremos de manera lenta y subiendo de manera gradual el tono de nuestra voz para así facilitar el entendimiento. El lenguaje deberá ser sencillo, usando frases cortas y de fácil comprensión.

A veces tendremos que repetir varias veces lo que queremos transmitir para cerciorarnos de que ha sido comprendido. Mostraremos interés permitiendo que nos hagan todas las preguntas que vean que son necesarias y haremos todo lo posible para que se sientan cómodos.

Para conseguir que la comunicación con un paciente geriátrico sea efectiva hay que tener calma, ser paciente y sonreír, para así crear un ambiente amigable.

5 Discusión-Conclusión

Es muy importante conocer las limitaciones de comunicación de los pacientes geriátricos, para poder establecer una buena comunicación y por ello debemos interactuar con experiencia y tacto. Es importante sonreír, ya que así demostramos que comprendemos su situación.

6 Bibliografía

- https://revistamedica.com/comunicacion-paciente-geriatrico.
- https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-familiar-223-articulo-la-comunicacion.

Capítulo 1627

DÉFICIT FORMATIVO EN LENGUA DE SIGNOS DEL PERSONAL DE CENTROS SANITARIOS.

SARA ARNIELLA FEITO

PABLO RIERA ALLER

PAULA FERNANDEZ FEITO

1 Introducción

En la actualidad la lengua de signos es ampliamente desconocida por las personas oyentes. Esto es un problema por ejemplo en el sector de la sanidad, dado que los usuarios de esta lengua se ven obligados a llevar a un intérprete, o en ausencia de esta posibilidad y dado su posible bajo nivel de lecto-escritura, a verse relegados al casi inexistente acceso a la comunicación e información en su relación con el personal de los centros sanitarios.

2 Objetivos

- Identificar el nivel de déficit formativo en lengua de signos del personal en la sanidad, las dificultades que esto ocasiona a los usuarios de esa lengua y proponer áreas de mejora y métodos para ayudar a eliminar o minimizar dicho déficit.

3 Metodología

He realizado una busqueda bibliográfica en las bases de datos “Google academy”y “Dialnet” con las palabras : “Lengua de signos”, “España”, “sanidad”, “personal” y “emergencias”. Como criterios de inclusión he utilizado el idioma español y texto gratuito; y de exclusión aquellos publicados antes del año 2000.

4 Resultados

En España se estima que hay unas 150.000 personas usuarias de lengua de signos, y la legislación vigente en materia de igualdad entre oyentes y personas sordas va en el buen camino dando por iguales los derechos de ambos en materias como por ejemplo la sanidad. Sin ir más lejos, en diciembre de 2019 se ha aprobado un real decreto que abre las puertas a la obligación de hacer más accesible el 112 para que, ante una emergencia, una persona usuaria de la lengua de signos tenga manera de solicitar una ambulancia como hacemos los oyentes, cosa que hoy en día no es posible en todos los lugares.

Hay comunidades autónomas más avanzadas en este tema, ya que en ellas hay algunas aplicaciones especificas para que los usuarios de lengua de signos puedan pedir ciertos servicios igual que los oyentes o algunos de los conductores de ambulancia han recibido un curso básico de lengua de signos hace unos años, e incluso, hay comunidades que tienen servicios específicos para ellos con personal ya formado en esta lengua para que, por ejemplo, en una materia tan sensible como la psiquiatría se sientan en un clima adecuado de privacidad y entendimiento.

Pero la realidad es que en la mayor parte de la geografía española aun no tienen un servicio tan básico como un interprete de lengua de signos en el hospital si un día necesitan ir a urgencias, ni tampoco el personal tiene conocimiento de su lengua ni ninguna otra herramienta de la que valerse, salvo algunas más rudimentarias en algunos casos como en una UCI que tienen unos pictogramas básicos que el paciente puede señalar para comunicar por ejemplo que tiene hambre.

Los usuarios de lengua de signos generalmente cuentan con un nivel de lectoescritura bastante deficiente y si por ejemplo necesitan ir a una consulta médica tienen que pedir los servicios de un intérprete en lengua de signos, pero los intérpretes tienen unos horarios concretos y acuden bajo cita, por lo que para emergencia no tienen casi recursos y se ven en la situación de depender de algún

oyente que conozca su lengua y se preste a acompañarlos o, en ausencia de esta posibilidad, simplemente no pueden informar correctamente de sus síntomas, ni comunicarse con el personal que les atiende tanto para responder a sus preguntas como para ser informado de su situación o de las pruebas que se le van a realizar.

Hay una aplicación de lengua de signos que pueden utilizar pero a menudo está colapsada y no está aún desarrollada para dar la cobertura necesaria para sus necesidades por lo que las asociaciones de personas sordas exigen medidas que solucionen estas deficiencias que hacen que aún no todos seamos iguales en derechos en la práctica.

5 Discusión-Conclusión

Aún queda mucho que avanzar en la materia de la asistencia sanitaria a personas usuarias de lengua de signos ya que en los centros sanitarios ni se domina esta lengua ni existen herramientas para la asistencia de estos usuarios más allá de los intérpretes que los propios pacientes puedan traer consigo.

Es necesario desarrollar las aplicaciones móviles ya existentes para mejorarlas hasta que su nivel sea el adecuado para poder dar una buena respuesta en la atención sanitaria y contratar al menos a un intérprete de lengua de signos para los servicios de emergencia para poder garantizar los derechos de las personas usuarias de esta lengua española a la asistencia que necesitan en igualdad de condiciones que los usuarios oyentes.

6 Bibliografía

- http://www.xtec.cat//llenguasignes/arxius/llei27_2007.pdf.
- https://sid.usal.es/idocs/F8/ART19565/gregoriomaranon.pdf.
- http://www.cnse.es/uploaded/publicaciones/16112017121629_9074.pdf.
- http://www.fundacioncnse.org/lectura/acercate_comunidad_sorda/acercate_comunidad_sorda_2.htm.
- https://www.elcomercio.es/asturias/201502/11/emergencias-lengua-signos-20150211001320-v.html.
- http://fescan.es/index.php?option=com_content&view=article&id=234:112&catid=41:noticias&Itemid=62.
- https://www.scielosp.org/article/gs/2011.v25n1/72-78/.

Capítulo 1628

ORGANIZACIÓN Y LIDERAZGO COMO GESTORES DEL ESTRÉS LABORAL EN CENTROS SANITARIOS.

PABLO RIERA ALLER

PABLO GARCÍA RODRÍGUEZ

PAULA FERNANDEZ FEITO

1 Introducción

Dada la visibilidad que tiene la profesión sanitaria frente al público general, tanto en los medios de comunicación como en los propios centros de salud, podemos darnos cuenta de los altos niveles de estrés a los que se encuentran sometidos. Además de los factores estresores a los que ha de hacer frente todo trabajador durante su actividad laboral este personal se enfrenta también a situaciones propias de su profesión, en su relación con los pacientes, que no hacen sino aumentar la carga emocional y por ende el estrés.

Es por ello que aquellas personas encargadas de dirigir y organizar al personal sanitario, con el fin no solo de mejorar la salud de sus compañeros sino de mejorar también su rendimiento laboral, han de incluir entre sus deberes profesionales el eliminar o mantener bajo control el mayor numero posible de causantes del estrés, o estresores, como sea posible para mejorar así su salud, su rendimiento y el del grupo de trabajo en su conjunto.

2 Objetivos

- Estudiar las diferentes causas que originan el estrés laboral en el personal sanitario.
- Conocer los métodos organizativos y sociales que los líderes de un grupo de trabajo puedan emplear para reducir en la medida de lo posible la incidencia del estrés laboral entre sus compañeros.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las bases de datos de: Redalyc, Google Académico con las palabras clave "Estrés Laboral", "Coordinación", "Liderazgo". Como criterios de inclusión he empleado: población adulta, idioma castellano, y texto gratuito; de exclusión: aquellos trabajos publicados previamente al año 2000.

4 Resultados

Se observa en los distintos estudios revisados que el estrés laboral viene ocasionado por diversas causas potenciales que se han denominado estresores y destacan la importancia de su identificación antes de plantear las estrategias pertinentes.

Centrándonos únicamente en aquellos estresores que más se relacionan con la organización y funcionamiento de los centros de salud podemos agruparlos en:

Estresores vinculados a la tarea:
- El conflicto de rol: La diferencia entre los principios éticos y practicas laborales que se adquieren durante el periodo de formación y la realidad del trabajo que efectúan a diario, dada la normalmente escasa disponibilidad de recursos humanos y materiales.
- La ambigüedad de rol implica la incertidumbre sobre las exigencias de la propia tarea y los métodos o maneras de realizarla.
- La sobrecarga de rol supone la falta de tiempo material para completar el trabajo asistencial encomendado en una jornada laboral. El número de pacientes por día que ha de atender un profesional es excesivo para el tiempo del que dispone.
- Sobrecarga de trabajo: la mala distribución de la carga y el volumen de trabajo, la complejidad del mismo así como el ritmo impuesto para ejecutarlo superan las capacidades del trabajador para realizarlo.

- Jornada de trabajo: el trabajo a turnos, práctica común entre el personal de los centros sanitarios, interfiere en la vida familiar y social de las personas al dejar esta dependiente de los horarios y las fechas variables por las que se rige.
- Inseguridad laboral: incertidumbre del futuro en el puesto de trabajo
- Recursos inadecuados: hoy en día en los centros sanitarios se observa una escasez de recursos humanos y materiales, esto conlleva que haya poco personal para cubrir adecuadamente los servicios y que el personal asignado cuente con poco apoyo para efectuar sus tareas. También ocasiona el traslado del personal entre distintos servicios y la interrupción de sus tareas para servir de apoyo o cubrir a compañeros si es necesario e incluso el tener que efectuar tareas que no pertenecen a su rol profesional.
- Falta de incentivos laborales: la falta de reconocimiento, bien en forma monetaria o motivacional, por un trabajo realizado correctamente. La infrautilización de las habilidades del trabajador.
- Falta de formación y preparación para el puesto de trabajo: el trabajo rotatorio antes mencionado implica que los trabajadores tengan dificultad para adquirir experiencia en un puesto concreto lo que ocasiona inseguridad a la hora de acometer sus labores y miedo ante la posibilidad de cometer un error en la atención proporcionada al paciente. También acusan la falta de preparación para dar apoyo emocional a los pacientes.
- La confrontación con la enfermedad, el sufrimiento y la muerte. El encontrarse día a día ante estas situaciones desagradables puede provocar tensión en el trabajador si no sabe cómo gestionarlo.

Estresores vinculados relaciones interpersonales:
- Clima o ambiente laboral: Se ha de promover un ambiente de compañerismo entre los miembros del grupo de trabajo. Así como priorizar el buen trato a los pacientes y el disponer de tiempo y recursos para atenderlos adecuadamente y sin largas esperas que causen tensión entre ellos y el personal.
- Malas relaciones o conflictos en el grupo de trabajo o con otros grupos de trabajo.
- Falta de apoyo dentro del grupo de trabajo: No poder hablar abiertamente con otros compañeros del servicio sobre problemas en el mismo o compartir con ellos experiencias laborales.
- Recibir críticas de un superior o ser supervisado o criticado por compañeros y superiores
- Alianzas y encubrimientos entre diferentes miembros del grupo que crean coaliciones que destruyen la cohesión del propio grupo de trabajo.

Una vez identificados los estresores a los que se ha de hacer frente se requiere

plantear una serie de estrategias para gestionar estos estresores en el trabajo, de las observadas en los estudios revisados sobre este tema nos hemos centrado en este artículo en:

- Identificación del problema: el primer paso es conocer la existencia de estrés entre los empleados y de los estresores que lo ocasionan. Los primeros síntomas de estrés son agresividad, irritabilidad, falta de concentración, falta de cortesía; descuidos (realizar el trabajo muy rápido, sin poner atención para evitar errores), pudiendo llegar a dificultad para respirar, taquicardia y sudoración, mareo, tensión muscular, dificultad para dormir o baja concentración.
Puede venir acompañado de un aumento en el consumo de café, tabaco, alcohol y sustancias tóxicas. Las diversas investigaciones tienden a concluir que los empleados que intentan ignorar o negar la existencia del estresante sufren más a largo plazo que aquellos que tratan de encontrar formas de reducir el estresante y buscan apoyo en el grupo o la familia.
- Remover el estresor: siempre que sea posible se han de reducir o eliminar las condiciones del entorno de trabajo que causan el estrés.
- Retirarse ante el estresor: Se ha de ofrecer al trabajador períodos de descanso, días libres, vacaciones, etc. durante los que lidiar con el estrés relacionado con el trabajo.
- Cambiar la percepción frente al estresor: Se han de buscar métodos para conseguir que los problemas de trabajo no sean percibidos como una amenaza sino como algo más agradable. Incluir el humor, la creatividad y las emociones positivas en el trabajo es un buen recurso para lograr este cambio.
- Controlar, gestionar y afrontar el estrés: Se ha de aumentar la habilidad y las herramientas de los empleados para manejar el estrés de la forma más eficiente posible. Promover estilos de vida saludables entre el personal que pueden incluir actividades deportivas o de relajación dentro del centro de trabajo. Enseñar a gestionar mejor el tiempo tanto en el trabajo como el tiempo de ocio.
- Fomentar la cooperación y el trabajo en equipo: Se ha de promover que los integrantes del equipo de trabajo se den apoyo emocional e informativo para ayudarse entre ello y principalmente a las nuevas incorporaciones a interpretar, comprender y, en la medida de lo posible, eliminar los estresantes originados en el desconocimiento o las dudas sobre la forma de llevar a cabo sus tareas.
- Mejorar el contenido y la organización del trabajo: Se han de realizar estudios y controles constantes para evitar los factores de riesgo psicosocial y controlar los cambios en las condiciones de trabajo que puedan ocasionar o aumentar los estresores en el ámbito laboral.
- Dotar al trabajador de los recursos necesarios para afrontar el estrés laboral: Es

muy importante que el trabajador sepa establecer una distancia emocional con el paciente sin perder empatía. Ha de aceptar la incertidumbre sobre el futuro del paciente.

5 Discusión-Conclusión

El estrés laboral, como hemos comprobado, no es desencadenado por uno o varios motivos, sino que hay diferentes factores estresores que están vinculados al trabajo como profesional en los centros sanitarios, por ello se ha considerado que uno de los grandes riesgos a los que se enfrentan estos profesionales es el estrés. Es por ello que es importante conocer y fomentar la formación en las estrategias que gestionan estos factores, de este modo se garantizaría una mejoría en la calidad de vida de los trabajadores que repercute directamente en la calidad asistencial de los pacientes.

6 Bibliografía

- Arciniega Arce, Rosa Silvia, "Factores organizacionales causantes del estrés en el trabajo y estrategias para afrontarlo". Revista Venezolana de Gerencia, vol.17, núm. 60, octubre-diciembre, 2012, pp. 611-634. Universidad del Zulia, Maracaibo, Venezuela.
- Castillo Avila, Irma Y; Torres Llanos, Norma; Ahumada Gomez, Aldo; Cárdenas Tapias, Karina; Licona Castro, Sharon, "Estrés laboral en enfermería y factores asociados". Cartagena (Colombia) Salud Uninorte, vol. 30, núm. 1, enero-abril, 2014, pp. 34-43, Universidad del Norte, Barranquilla, Colombia.
- Peiro, José M.; Rodríguez, Isabel, "Estrés laboral, liderazgo y salud organizacional", Papeles del Psicólogo, vol. 29, núm. 1, enero-abril, 2008, pp. 68-82, Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, Madrid, España.

Capítulo 1629

PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES ESPECÍFICOS EN EL EMBARAZO EN CENTROS SANITARIOS.

PABLO GARCÍA RODRÍGUEZ

PABLO RIERA ALLER

SARA ARNIELLA FEITO

1 Introducción

El embarazo no es una enfermedad, sino un estado fisiológico de la mujer. La aplicación de las normas y procedimientos preventivos que ya existen en los ámbitos laborales permiten con frecuencia garantizar la protección de la salud y la seguridad de las embarazadas. En nuestro entorno social muchas mujeres trabajan durante el embarazo, y muchas reanudan su actividad profesional durante el período de lactancia.

Algunos de los peligros que existen en el lugar de trabajo pueden afectar a la salud y la seguridad de las mujeres embarazadas o que han dado a luz recientemente y la de sus hijos. El embarazo conlleva grandes cambios fisiológicos y psicológicos. El equilibrio hormonal es muy delicado y las exposiciones susceptibles de alterarlo pueden dar lugar a complicaciones.

También nuestra legislación actual es restrictiva a este respecto y garantiza la protección de la embarazada y el feto en el entorno laboral.

El Sector Sanitario no es ajeno a estas recomendaciones, siendo además una de sus características el elevado número de personal femenino que lo compone.

2 Objetivos

- Dar a conocer los distintos riesgos laborales para mejorar la seguridad de las mujeres embarazadas y en periodos de lactancia que trabajan en centros sanitarios.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las bases de datos de Scielo y Google académico con las palabras clave: "riesgos laborales", "embarazo", "centro sanitario".

Como criterio de inclusión: trabajadoras embarazadas, idioma castellano y texto gratuito.

4 Resultados

Tras la revisión de los textos consultados, existen distintos riesgos laborales que pueden afectar en la gestación al personal sanitario:

- Agentes físicos, se resumen en radiaciones ionizantes y no ionizantes. Donde se corre el riesgo de aborto espontáneo, malformaciones, retraso mental y bajo peso al nacer.
- Agentes biológicos, pueden dar lugar a muerte fetal, poli malformaciones y graves anomalías estructurales. También alteraciones de cuello uterino.
- Agentes químicos, como los citostáticos, gases anestésicos, óxido de etileno etc. pueden desembocar en abortos, malformaciones congénitas y malformaciones en el sistema nervioso central.
- Factores ergonómicos, que sería la carga física, riesgo postural y la organización del trabajo, lo que podría conllevar a alteraciones del ritmo biológico de la gestante, fatiga, problemas cardiovasculares (varices), parto pre-término y bajo peso al nacer.

5 Discusión-Conclusión

Es muy importante que se apliquen correctamente los protocolos de prevención de riesgos laborales en trabajadoras gestantes, para así poder evitar o minimizar riesgos tanto para la salud de la madre como del feto a lo largo del embarazo.

6 Bibliografía

- Google académico.
- Dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6279147.
- Repisalud.isciii.es/handle/20.500.12105/5304.

Capítulo 1630

HABILIDADES DE COMUNICACIÓN.

ANA GARCÍA ROSARIO

NOEMI LOBO ROSARIO

1 Introducción

La comunicación es el proceso de transmisión e intercambio de información, entre dos o más personas, en el que se transmite algo a un receptor a través de un canal, esperando que, posteriormente, se produzca una respuesta de dicho receptor en un contexto determinado.
La comunicación deriva del latín "communicatio", que significa compartir, participar en algo o poner en común.

A través del proceso de comunicación los seres humanos comparten información entre sí, haciendo del acto de comunicar una actividad esencial para la vida en sociedad. Ser un buen comunicador es clave para las relaciones personales, el éxito de la carrera profesional y la salud emocional de las personas.

De manera mas extensa en un proceso de comunicación se pueden identificar los siguientes elementos:
- Emisor.
Es el sujeto que produce el mensaje y lo envía (puede ser un ente animado o inanimado). Este sujeto posee la información y tiene las ideas, las cuales transmite a su interlocutor.
- Receptor.
Es quien recibe el mensaje (también puede ser un ente animado o inanimado). El receptor es el responsable de decodificar el mensaje enviado por el emisor;

es necesario que el receptor comparta el contexto, los códigos, o el marco de referencia con el emisor.

- Código.

Conjunto de signos y reglas, las cuales conocen tanto el emisor como el receptor, que sirven para codificar y decodificar el mensaje (lenguaje hablado o escrito, sonidos, símbolos, señas, avisos, etc.).

- Canal.

Medio físico por donde se transmite el mensaje del emisor hacia el receptor. Podemos diferenciar varios tipos de canales: personales, impersonales, verbales, no verbales y escritos entre otros.

Los canales más comunes son el papel, la televisión, los medios digitales y la radio.

- Mensaje.

Es la idea o información que transmite el emisor al receptor, o dicho de otro modo, es el contenido de la comunicación.

- Contexto.

Es el entorno que rodea al emisor y al receptor, es decir, el ambiente donde se realiza el intercambio de información. Tiene influencia directa en la interpretación del mensaje (espacio físico, marco de referencia cultural del emisor y el receptor, contexto social, etc.).

Las formas de comunicación humana pueden agruparse en dos grandes categorías:

1. Comunicación verbal

Es la principal forma de comunicación que utilizamos. Se refiere a la comunicación que se vale de la palabra para dar el mensaje.

Existen diferentes tipos de comunicación verbal:

- Comunicación oral:

Se realiza a través de signos orales o palabras habladas. Por ejemplo:los lloros, los silbidos, las sonrisas o las propias palabras.

- Comunicación escrita.

Se realiza a través de códigos escritos, como son los informes, las cartas, los manuales, las facturas o los contratos.

2. Comunicación no verbal.

2 Objetivos

La comunicación tiene como objetivos principales:

1. Informar.

Dar a conocer algún acontecimiento, tema, situación y/o novedad.
El propósito general de informar tiene metas específicas:
- Explicar: dar a conocer el proceso o el funcionamiento de algo.
- Describir: dar las características esenciales o accidentales de algo para que el público construya en su mente una imagen.
- Definir: aclarar un término.
- Exponer: presentar o dar a conocer un tema.
2. Persuadir.
Comunicación que pretende modificar la conducta o la opinión de una o más personas.
Los propósitos específicos de persuadir son:
- Motivar a la acción: como por ejemplo lograr que quien fuma deje de hacerlo.
- Convencer o formar: es un propósito específico que pretende establecer una opinión, unas creencias o actitudes respecto algo.
- Convencer reforzar: este propósito se emplea cuando el público ya aceptó una opinión, actitud o creencia y se le ofrecen razones para consolidar esa idea.
- Convencer cambiar: consiste en modificar la idea, actitud, creencia u opinión que el público tiene respecto a algo.
3. Entretener.
- Para ello debemos tener en cuenta los conceptos ”saber qué decir, atreverse a decirlo, decirlo bien y escuchar”.
- Una comunicación eficaz debe ser clara, concreta y concisa debiendo a u vez captar, conservar y comprender.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Los axiomas de la comunicación son el conjunto de principios o leyes consideradas verdades universales y rigen la totalidad de intercambios comunicativos,

independientemente de entre qué tipo o número de interlocutores se de la comunicación.
El psicólogo Paul Watzlawick identificó cinco axiomas en lo referente a la comunicación del ser humano que se consideran evidentes:
- Es imposible no comunicarse.
Todo acto que hacemos, o incluso los que no hacemos, tienen un significado que puede ser percibido o interpretado y a su vez alterar el comportamiento de los receptores.
- La interacción entre contenido y relación.
El mensaje transmitido va a ser interpretado por el receptor en función a la relación que mantenga con el emisor. El contenido va a poder tener significados distintos en función de quién lo diga.
- Puntuación de secuencia en los hechos.
Todo tipo de interacción comunicativa se da de manera bidireccional, el emisor y el receptor se afectan mutuamente, generando el uno una reacción en el otro y generando una secuencia determinada.
- Existen dos modalidades de comunicación: la digital y la analógica.
A la hora de comunicarnos utilizamos y tenemos en cuenta tanto la comunicación digital como la analógica, es decir, tanto lo que se dice, generalmente lo verbal, como la manera en que se dice (o no verbal).
- La comunicación puede ser simétrica y complementaria.
Existen actos comunicativos en los que una persona dirige el intercambio desde una posición de superioridad (algo que hace el intercambio más restringido especialmente para quien tiene la posición inferior) mientras que en otros más simétricos la comunicación es mucho más bidireccional y abierta.

Para lograr una buena comunicación efectiva hay que tener en cuenta una serie de factores y características para que el mensaje que queremos transmitir sea eficaz:
- Claridad.
Los mensajes deben ser claros, fácilmente decodificados e inequívocos.
- Precisión.
La información transmitida en el mensaje debe ser precisa y completa.
- Objetividad.
La información transmitida por el emisor debe ser veraz, auténtica y objetiva.
- Oportuno.
El mensaje debe transmitirse en el momento preciso.
- Interesante.

El mensaje ha de ser atractivo para el receptor consiguiendo de esta manera una mayor motivación e implicación del mismo.
- Flexibilidad.
Característica a través de la cual el personal demuestra sensibilidad a condiciones cambiantes, y puede ser capaz de adaptarse a situaciones inesperadas.
- Empatía.
Saber ponerse en el lugar de los demás.
- Receptividad.
Talento para recibir estímulos y una inclinación para captar mensajes, o respuestas.
- Aprender a escuchar.
Escucharse a uno mismo. Resistir las distracciones tanto externas (tv, móvil, etc.) como internas (lo que pesamos, lo que nos preocupa, etc.). Intentar captar el contenido del mensaje verbal y retener internamente lo importante.

5 Discusión-Conclusión

La naturaleza del ser humano es social, las personas necesitamos comunicarnos. Todos los días nos estamos comunicando entre nosotros de una u otra manera, ya sea mediante el uso de palabras, acciones o incluso expresiones para transmitir un mensaje. La importancia de la comunicación radica en que es la forma para tratar de entendernos los unos a los otros. La comunicación es de vital importancia para desarrollar nuestras potencialidades.
Para que exista una comunicación efectiva, se requiere adaptabilidad. Cada personalidad requiere un estilo diferente (una gestualidad determinada o un lenguaje propio), saber dialogar, argumentar y escuchar, lo cual es la clave para ahorrarnos conflictos sin sentido.
Pero no siempre existe una buena comunicación, ya que esta puede tener errores (en el conocimiento del emisor y receptor sobre el mensaje y en las dificultades en la transmisión). Cuando esto ocurre el mensaje no llegará como fue pensado, de modo que puede ser malinterpretado, no comprendido o recibido, pero no con la claridad necesaria.
Las dificultades más frecuentes en las fallas de transmisión de un mensaje son los ruidos, cualquier tipo de sonido que no haya sido incluido puede llegar a alterar el modo de interpretación del receptor.

6 Bibliografía

- E. Caballo, Vicent. Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales. Madrid. SIGLO XXI. 2005.
- Marc E. y Picard D. La interacción social: cultura, instituciones y comunicación. Barcelona. Paidós. 1992.
- Cibanal Luis. Teoría de la comunicación humana. 2006.
- Valles Arandiga A. y Valles Tortosa C. Programa de refuerzo de habilidades III. Madrid. EOS. 2003.

Capítulo 1631

EL BURNOUT EN EL PERSONAL SANITARIO DE ATENCIÓN PRIMARIA

ÁGUEDA GONZÁLEZ DÍAZ

NOELIA DÍAZ DÍAZ

COVADONGA ÁLVAREZ SEVILLANO

VANESA SÁNCHEZ GUTIÉRREZ

CAROLINA DA SILVA MARTINEZ

1 Introducción

El burnout es un síndrome descrito por primera vez en 1974 por Herbert Freudenberger, psicólogo estadounidense1,2. Se define como la sensación de agotamiento, decepción y pérdida de interés por la actividad laboral. No obstante, no existe consenso sobre la terminología utilizada al respecto, unos autores lo denominan "desgaste profesional" (Maslach y Jackson, 1986; Vega y Pérez, 1998) y otros "síndrome de quemarse en el trabajo" (Gil-Monte, 2003)2-4.

La conceptualización más aceptada del burnout es la de Maslach y Jackson (1981, 1996) que lo describen como una reacción negativa hacia el propio trabajo que se produce por una exposición prolongada a un ambiente laboral estresante y caracterizado por cansancio emocional (CE), despersonalización (D), y falta de realización personal (RP) (Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001) 5-8.

El Burnout se encuentra asociado a una gran cantidad de variables, principalmente, de tipo sociodemográficas, personales, de salud y laborales 6-8.

Los profesionales más vulnerables a padecer burnout son aquellos con interacciones humanas de carácter intenso y duradero, surgiendo especialmente en aquellos que se dedican a profesiones de servicio, como consecuencia del contacto diario con otras personas en su trabajo. Los profesionales de la salud y la educación son los colectivos del sector público más afectados 3,7,9,10.

Ortega y López Ríos (2004) presentaron una revisión teórica sobre diferentes aspectos del burnout, en la que ponen de manifiesto que en España la mayoría de las investigaciones se han llevado a cabo en la población de profesiones vinculadas con el ámbito de la salud, en general, y del personal sanitario, en particular 5.

Aun cuando no es considerado como una enfermedad, ya que sigue sin ser reconocido en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV), si es mencionado en el International Classification of Diseases (ICD 10), por lo que algunos países europeos ya lo mencionan como una enfermedad laboral. Para su mejor clasificación, es mejor referirse al síndrome, de manera general, como "estar quemado en el trabajo", pues la palabra Burnout es utilizada para describir un estado avanzado de desgaste profesional, definido como un estado de estrés crónico producido por el contacto de los profesionales de la salud con los pacientes 6.

En España, según los resultados de la VI Encuesta nacional de condiciones de trabajo (ENCT), el estrés es uno de los principales problemas de salud atribuido al trabajo. Estudios publicados hasta la fecha reflejan que afecta a un alto porcentaje de los profesionales, y en mayor medida a la Atención Primaria respecto a Atención Especializada 11.

2 Objetivos

- Realizar una revisión de la literatura publicada acerca del Burnout en el personal sanitario de Atención Primaria y determinar tanto los factores de riesgo implicados en su desarrollo como las posibles variables protectoras.

3 Metodología

Para el desarrollo de este trabajo se realizó una revisión bibliográfica de la literatura existente en las bases de datos Pubmed y Scielo. Los descriptores utilizados fueron los siguientes: “Burnout”, “factores de riesgo”, “personal sanitario”. La búsqueda se limitó al intervalo comprendido entre los años 2014-2020. Fueron seleccionados los artículos en idioma inglés y español de los que se obtuvo el texto completo.

Esta revisión llevada a cabo es un resumen de la información que existe en la actualidad sobre el Burnout en el personal sanitario de Atención Primaria. Se realizó una búsqueda para seleccionar los artículos con información más relevante sobre la prevalencia del Burnout en los profesionales sanitarios, así como los factores de riesgo implicados en su desarrollo.

4 Resultados

El burnout es un síndrome que repercute sobre la sociedad en general y cuya prevalencia va en aumento. Se considera un problema social y de salud pública, debido al incremento de los costes económicos y sociales, afectando al bienestar psicológico, físico y mental de los trabajadores, así como a la calidad y el tratamiento que se les proporciona a los pacientes, los resultados de salud, los propios pacientes e incluso la institución sanitaria.3,5,10,12.

Los profesionales sanitarios llevan a cabo diariamente una tarea asistencial, la cual incide en su calidad de vida, viéndose a menudo afectados por el síndrome de burnout, el cual surge de la interacción entre la presión laboral y el estrés individual. La prevalencia del burnout en el personal sanitario depende de una serie factores que interaccionan entre sí para considerar que una persona lo sufre 4,10,12.

Existen múltiples síntomas psicosomáticos que se asocian con este síndrome (fatiga crónica, cefaleas, úlcera gástrica, pérdida de peso), así como alteraciones conductuales (absentismo laboral, consumo de alcohol y drogas, comportamientos de alto riesgo, conflictos) y alteraciones emocionales (distanciamiento social, irritabilidad, depresión, dificultades de concentración, e incluso ideación suicida). Asimismo, no debemos olvidar que el síndrome de Burnout provoca insatisfacción laboral2,10,12.

El aumento de la prevalencia es debido a la gran cantidad de variables que, asoci-

adas, dan lugar a este síndrome. Aunque existen discrepancias al respecto, podemos encontrar algunas variables en las que concuerdan la mayoría de los autores, principalmente de tipo sociodemográficas, personales, de salud y laborales 4,6,12.

El Burnout afecta más a aquellas profesiones que requieren un contacto directo con las personas y con una filosofía humanística del trabajo, es decir, aquellas que necesitan altas dosis de entrega: enfermeros, médicos, trabajadores sociales, profesores y policías. En cuanto al sexo, las mujeres serían las más afectadas, se sospecha que por la doble carga de trabajo familiar y profesional 3,10,12,13; si bien algunos autores lo consideran más bien una variable moderadora que con efecto directo 5.

Los principales potenciales factores de riesgo reportados por la literatura se relacionan con factores personales, profesionales e institucionales, como la edad, satisfacción laboral, la antigüedad, tipo de contrato, las características de personalidad, la motivación, el clima laboral, los contenidos del puesto de trabajo, etc 3,10,12,13.
Por otra parte, existen una serie de variables personales y organizacionales que podrían ser potencialmente protectoras, como la autoestima, percepción de autoeficacia, trabajo en equipo, apoyo grupal, etc 3,9.

5 Discusión-Conclusión

En España, la mayoría de los estudios sobre este tema se han llevado a cabo en profesiones vinculadas con el ámbito de la salud, en general, y del personal sanitario, en particular, sobre todo en determinados colectivos del ámbito hospitalario. Esto hace que las investigaciones en el ámbito de la Atención Primaria sean escasas, necesitándose más datos al respecto. Aunque es esperable que los niveles de Burnout difieran entre unos servicios y otros, es importante conocer si servicios como Atención Primaria juegan un papel protector o de riesgo frente al síndrome.

En general, se puede afirmar que los resultados de investigación publicados al respecto de Burnout son controvertidos, no existiendo consenso con respecto a las variables o factores de riesgo implicados en su desarrollo. En algunos estudios se han encontrado coincidencias en la importancia de las variables laborales. El desarrollo de una labor profesional en situaciones en las que existe una gran implicación emocional hace más probable que se desarrolle el síndrome de Burnout. En este sentido, el personal sanitario se enfrenta constantemente a diversos es-

tresores específicos de la profesión.

El síndrome de Burnout implica una nueva problemática de salud laboral, siendo necesario para avanzar en el conocimiento de su desarrollo establecer los perfiles o factores de riesgo implicados en su aparición, así como las posibles variables protectoras que puedan resultar útiles para proteger y contrarrestar su incidencia.

Por tanto, podemos afirmar que se deberían proponer estrategias para mejorar las condiciones de los trabajadores y reducir el estrés laboral para que ello repercuta en una mejor práctica clínica y una mayor calidad asistencial. Es importante dotar a los profesionales de la salud con unas adecuadas herramientas como las habilidades de comunicación, el trabajo en equipo, mejora de la comunicación, participación, etc.

Como conclusión podemos destacar la considerable prevalencia de Burnout en profesionales de Atención Primaria y su relación con aspectos personales y laborales. Por otra parte, aunque la presencia de Burnout en Atención Primaria es elevada, el fomento del trabajo en equipo y buena valoración de los equipos directivos por parte de los profesionales que trabajan en este ámbito se asocia a un menor desgaste, siendo imprescindible implementarse en todos los centros sanitarios programas de prevención e intervención.

6 Bibliografía

1. Leal-Costa C, Díaz-Agea JL, Tirado-González S, Rodríguez-Marín J y van-der Hofstadt CJ. Las habilidades de comunicación como factor preventivo del síndrome de Burnout en los profesionales de la salud. An. Sist. Sanit. Navar. 2015; 38(2): 213-223.
2. Hernandez Gijón M, Jiménez Ortega A, Llergo Re M, Mazzoni Catterino LA y Perandrés Gómez AM. Síndrome de burnout y satisfacción laboral en el personal sanitario de España y Argentina. ReiDoCrea. 2014; 3(8): 60-68.
3. Vargas-Cruz LD, Niño-Cardozo CL y Acosta-Maldonado JY. Estrategias que modulan el síndrome de Burnout en enfermeros (as): una revisión bibliográfica. Rev. cienc. cuidad. 2017; 14(1): 111-131.
4. Barragán AB, Martos A, Cardila F, Molero MM, Pérez-Fuentes MC y Gázquez JJ. Variables relacionadas y prevalencia del burnout en profesionales sanitarios. Eur. J. Health. Research. 2015; 1(1): 5-14.
5. Cañadas-de la Fuente GA, San Luis C, Lozano LM, Vargas C, García I y de la

Fuente EI. Evidencia de validez factorial del Maslach Burnout Inventory y estudio de los niveles de burnout en profesionales sanitarios. Rev Latinoam Psicol. 2014; 46(1): 44-52.
6. Olvera-Islas R, Téllez-Villagra C y González-Pedraza Avilés A. Prevalencia de Burnout en trabajadores de un centro de salud. Aten Fam. 2015; 22(2).
7. Gómez-Urquiza JL, Monsalve-Reyes CS, San Luis-Costas C, Fernández-Castillo R, Aguayo-Estremera R y Cañadas-de la fuente G. Factores de riesgo y niveles de burnout en enfermeras de atención primaria: una revisión sistemática. Aten Primaria. 2017; 49(2): 77-85.
8. Ortega-Campos E, Cañadas-De la Fuente GA, Albendín- García L, Gómez-Urquiza JL, Monsalve-Reyes C y de la Fuente-Solana EI. A Multicentre Study of Psychological Variables and the Prevalence of Burnout among Primary Health Care Nurses. Int. J. Environ. Res. Public Health. 2019, 16, 3242.
9. Vilá Falgueras M, Cruzate Muñoz C, Orfila Pernas F, Creixell Sureda J, González López MP y Davins Miralles J. Burnout y trabajo en equipo en los profesionales de Atención Primaria. Aten Primaria. 2015; 47(1): 25-31.
10. Velando-Soriano A, Ortega-Campos E, Gómez-Urquiza JL, Ramírez-Baena L, De La Fuente EI y Cañadas-De La Fuente G. Impact of social support in preventing burnout syndrome in nurses: A systematic review. Jpn J Nurs Sci. 2020; 17: e12269.
11. Frutos-Llanes R, Jiménez-Blanco S y Blanco-Montagut LE. Síndrome de desgaste profesional en los médicos de atención primaria de Ávila. Semergen. 2014; 40(7): 357-365.
12. Párraga Martínez I, González-Hidalgo E, Méndez García T, Villarín Castro A y León Martín AA. Burnout y su relación con el estrés percibido y la satisfacción laboral en profesionales sanitarios de Atención Primaria de una Comunidad Autónoma. Rev Clín Med Fam. 2018; 11(2): 51-60.
13. Pérez-Francisco DH, Duarte-Clíments G, del Rosario-Melián JM, Gómez-Salgado J, Romero-Martín M y Sánchez-Gómez MB. Influence of Workload on Primary Care Nurses' Health and Burnout, Patients' Safety, and Quality of Care: Integrative Review. Healthcare. 2020; 8(12).

Capítulo 1632

TRABAJO SOCIAL Y MALTRATO INFANTIL

TAMARA GARCÍA GÓMEZ

1 Introducción

El maltrato infantil hace referencia al abuso y desatenciones a menores de 18 años que afectan a su salud, desarrollo y dignidad.

Entre los factores de riesgo que presenta el agresor destacamos los siguientes:
- Problemas psicológicos
- Enfermedades mentales
- Toxicomanías
- Incapacidad para el desarrollo de funciones paternales/maternales…

Entre los factores de riesgo que pueden presentar los menores podemos mencionar los siguientes:
- Hijos no deseados
- Patologías asociadas
- Embarazos producto de violaciones
- Convivencia con padrastros/madrastras…

Se pueden establecer los siguientes tipos de maltrato hacia el menor:
- Físicos (cualquier acción dirigida a producir daños: golpes, puñetazos…)
- Psicológicos (insultos, menosprecios…)
- Abusos sexuales
- Abusos institucionales
- Negligencias (falta escolarización, de higiene…)

2 Objetivos

- Dar a conocer la definición de maltrato infantil.
- Conocer la legislación relativa a la protección del menos.
- Explicar pautas básicas de actuación.

3 Metodología

Para controlar el maltrato infantil existen leyes que protegen la integridad y los derechos de los niños:
- Declaración de los Derechos del Niño (1959)
- Convención de los Derechos de la Infancia de la Naciones Unidas (1990)
- Convención de los Derechos del Niño (1998)
- Ley de Protección del Menor (2015)
- Ley Orgánica 1/1996 del 15 de enero de Protección Jurídica del menor.

Para el diagnóstico del maltrato infantil lo primero es estar alerta ya que presentan unos síntomas característicos: temor, angustia, acciones violentas y destructivas que afectan a su desarrollo.

Hay que diferenciar si ocurre dentro o fuera del contexto familiar ya que implica una serie de medidas de protección y colaboración entre Servicios Sociales, policía, educación o sanitarios según proceda.

4 Resultados

Los Servicios Sociales actuarán en función del tipo de maltrato, si es :
- Grave: se pone en conocimiento del Ministerio Fiscal y se adoptan las medidas oportunas. Se presta una atención terapéutica.
- Leve: el plan de intervención se desarrolla con la familia trabajando sobre la educación, aspectos sociales o psicológicos.

En caso de una desprotección mínima siempre se evitará la separación del menos de la familia.

5 Discusión-Conclusión

En el caso del maltrato infantil es muy importante la detección precoz de las situaciones de riesgo.

El Trabajador Social realiza una labor interdisciplinar y debe velar siempre por el bienestar y desarrollo del menor.
Para su intervención debe conocer la realidad que rodea al menor (relaciones personales, contexto, nivel cultural, económico…) y siempre debe tener en cuenta que prima el interés del menor sobre todas las cosas.

6 Bibliografía

- www.teoriassociologicascontemporaneas.com.
- www.bienestaryproteccioninfantil.es.
- wwwcg.trabajosocial.es.

Capítulo 1633

LA RADIOGRAFÍA DE TÓRAX EN LA UNIDAD DE UCI

MARIA DIAZ PEREZ

HUGO MENENDEZ GARCÍA-CASTAÑON

ANA MARÍA GUERRERO VÁZQUEZ

MARIA TERESA ALVAREZ FERNANDEZ

1 Introducción

La radiografía de tórax es un elemento cotidiano presente en las áreas críticas. Junto con la exploración física, las determinaciones analíticas y los registros electrocardiográficos, se utiliza como herramienta para el seguimiento de la situación clínica del paciente. En ocasiones, la enfermera de las unidades de cuidados intensivos ha de estar presente durante la técnica radiográfica, que se basa en la emisión de radiación ionizante; por tanto, también debe conocer las medidas de radioprotección adecuadas para garantizar su seguridad.

La radiografía de tórax (RXT) en el paciente crítico se realiza en la unidad de cuidados intensivos (UCI) en la mayoría de los casos. Se deben conocer las características generales de la técnica, si se precisa movilizar al paciente, el grado de invasividad y si hay la posibilidad de administrar contraste, además de la duración de ella. También es importante saber tomar medidas en relación con la utilización de radiación ionizante en las UCI, protegiendo a los pacientes y asegurando el mínimo de exposiciones, para en consecuencia disminuir la dosis de radiación.

Los sistemas de información radiológica (RIS, en sus siglas en inglés) y los sistemas de comunicación y archivo de imagen radiológica (PACS, en sus siglas en inglés) posibilitan visualizar las imágenes de los pacientes poco tiempo después de haberlas realizado en monitores en la UCI, con lo que se convierten en una herramienta de gran valor a causa de la inmediatez con la que se dispone del estudio.

2 Objetivos

Objetivos principales:
- Identificar los rayos X del aparato respiratorio en pacientes críticos en UCI.
- Identificar las posiciones para hacer las radiografías en pacientes encamados en UCI.

Objetivos secundarios:
- Conocer las características de la radiografía de tórax en un contexto de paciente crítico, sus principales indicaciones, cómo se desarrolla su ejecución, así como también los parámetros de calidad que la hacen útil, teniendo en cuenta el contexto clínico del paciente.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Medline, Scielo, Pubmed y Google Académico. Se han utilizado criterios de búsqueda en revistas científicas y artículos encontrados de los técnicos de rayos en las radiografías de urgencias en pacientes y se utilizaron descriptores con las palabras claves utilizadas en la búsqueda: técnico, radiografía urgencias, radiología, cuidados, radiodiagnóstico y educación sanitaria.

4 Resultados

La RXT anteroposterior es la técnica radiográfica más solicitada en la UCI. Es una técnica rápida y sencilla, aporta información valiosa sobre el estado clínico del paciente de manera inmediata, ya que no precisa preparación previa ni utiliza elementos invasivos para su obtención. Pese a tratarse de pacientes ingresados en la UCI, se deben considerar y seguir todas las medidas que se toman en cualquier circunstancia ante la exposición a radiaciones ionizantes, teniendo en cuenta que la RXT se realiza, prácticamente, a diario y que hay que considerar su indicación

y sus posibles excepciones, como por ejemplo no exponer a radiación ionizante a pacientes en período de gestación.

A partir del conocimiento anatómico y de la anatomía radiológica, se pueden interpretar las imágenes radiográficas obtenidas y valorar las alteraciones de la normalidad y su implicación en el estado clínico del paciente.

La RXT está indicada como técnica de primera elección en el estudio del aparato respiratorio, vía aérea y parénquima pulmonar, ya que aporta una visión general de forma rápida y precisa del estado cardiorrespiratorio del paciente, así como de la enfermedad. Es útil para valorar afección pleural, presencia patológica en el espacio pleural de aire (neumotórax), líquido (derrame o hemotórax) o tumoraciones. La valoración de la silueta cardiovascular y del mediastino permite descartar signos de fallo, así como la dilatación de grandes vasos mediastínicos. Es de utilidad en la valoración de lesiones óseas de la cintura escapular, cuerpos vertebrales y arcos costales.

Otra de las utilidades de la RXT, especialmente en los pacientes críticos, es la localización catéteres, vías, tubos intratraqueales y sondas nasogástricas. Normalmente estos dispositivos están dotados de un hilo radiopaco que hace posible su diferenciación en la imagen. Para facilitar la visión del catéter, la radiografía se presenta más "penetrada", más oscura para que resalte la densidad metálica y la radiopacidad del catéter. Esto puede dificultar la valoración de los campos pulmonares que se visualizan excesivamente oscuros. En algunos casos, es preciso inyectar contraste yodado en el catéter para visualizar su recorrido y la posición exacta por la trascendencia clínica que ésta puede tener (por ejemplo, en la medición de la presión venosa central que requiere el catéter alojado en la aurícula derecha). Si se administra contraste yodado, hay que descartar previamente posibles alergias a éste y prestar atención a posibles reacciones adversas.

Si la situación clínica del paciente lo permite se realiza la radiografía en sedestación, posición que propicia una mejor visualización de las estructuras torácicas. La RXT se realiza en máxima inspiración; si el paciente está intubado y precisa de ventilación mecánica, ésta se puede conseguir controlando la consola del respirador, en la cual podemos conocer mediante las curvas de registro, el momento en el que el paciente inicia una respiración, ya sea programada o espontánea, y conocer el momento de máxima inspiración indistintamente del tipo de modalidad respiratoria programada. En pacientes con aislamiento cutáneo se debe proteger el chasis para evitar el contacto directo. Inmediatamente después de la exposición se retira el chasis porta películas y concluye la exploración. Una vez identificada la imagen se procesa la imagen y se valoran los parámetros de calidad.

En algún caso se realizan otras proyecciones de radiología convencional (anteroposterior de abdomen o decúbito lateral de tórax para descartar la presencia de líquido libre en pleura). Sin embargo, dada la complejidad de los pacientes y las dificultades de movilización, la calidad diagnóstica obtenida en estas proyecciones es relativa y hay que valorar el coste/beneficio en cada caso. Es útil anotar la técnica utilizada para realizar la prueba, dado que se suelen realizar diferentes radiografías, esto evita repeticiones innecesarias. Si se prevé la colocación de alguna vía central u otro dispositivo que requiera comprobación mediante radiografía y la situación del paciente lo permite, se puede aplazar la radiografía para evitar otra exposición. También, en caso de estar previsto un traslado del paciente al servicio central de radiología para otra exploración, es mejor realizarla allí, puesto que las condiciones de obtención de la imagen serán, en general, mejores.

La imagen radiológica normal mostrará los campos pulmonares libres de condensaciones y los senos costofrénicos, situados en los extremos más inferiores y externos de ambos pulmones, con forma puntiaguda hacia abajo. El diafragma derecho siempre se verá más alto que el izquierdo, por el efecto de la presión intraabdominal del hígado. En decúbito supino, el tamaño de la silueta cardíaca es mayor que en la radiografía realizada en bipedestación, debido al efecto de magnificación; esto se deberá tener en cuenta al valorar el índice cardiotorácico.

La gran mayoría de centros asistenciales disponen de sistemas de adquisición de imagen radiológica digital. Estos sistemas permiten obtener una imagen digitalizada, que se gestiona en todo momento sin necesidad de soporte físico (placa radiográfica) para su archivo, visualización y manipulación en las consolas y monitores de la UCI o del servicio de radiología, con el fin de compararla con exploraciones anteriores desde cualquier monitor del centro asistencial. La posibilidad de modificar la imagen obtenida en una sola adquisición propicia —sobre todo en pacientes poco susceptibles de movilización o manipulación y con necesidad de múltiples radiografías, como los ingresados en la UCI— una mejor calidad de imagen y una reducción de la dosis de radiación que reciben. La adquisición de la imagen radiológica en la UCI mediante sistema digital debe contemplar igualmente las medidas de seguridad pertinentes (distancia, colimación, protección plomada) tenidas en cuenta en la adquisición analógica. La incorporación de la tecnología digital a la hora de realizar la placa de tórax portátil en la UCI ha propiciado menores molestias y riesgos para el paciente, así como un esfuerzo menor para el técnico.

En el caso concreto de las imágenes radiológicas, además, se consigue una mayor inmediatez en la disponibilidad de los estudios, que el personal de enfermería de la UCI puede utilizar como una herramienta más para poder prestar unas curas

eficientes al paciente crítico.

5 Discusión-Conclusión

La realización de radiografías en la UCI está sujeta a los condicionantes de un entorno de máxima tecnificación y de curas muy especializadas. Teniendo en cuenta que la RXT en pacientes críticos se puede llevar a cabo prácticamente a diario, la realización de las radiografías y la dosis de radiación que ello supone hacen necesario ajustar al máximo la técnica para asegurar la radioprotección del paciente y del personal sanitario, y así evitar repeticiones o radiografías innecesarias.

6 Bibliografía

1. F. Garcia-Cordoba, J.M. Garcia-Santos, G. Gonzalez Diaz, A. Garcia-Geronimo, F. Munoz Zambudio, F. Penalver Hernandez, et al.Decrease of unnecessary chest x-rays in intensive care unit: Application of a combined cycle of quality improvement. Med Intensiva, 32 (2008), pp. 71-77.
2. K.A. Hendrikse, J.W. Gratama, W. Hove, J.H. Rommes, M.J. Schultz, P.E. Spronk. Low value of routine chest radiographs in a mixed medical-surgical ICU.Chest, 132 (2007), pp. 823-828.
3. R.L. Eisenberg, C. Denis.Sistema respiratorio.Radiología Patológica, Mosby YearBook, (1992),[12]
4. R. Méndez, L. Graña, R. Rodríguez.Reacciones adversas a los medios de contraste.Medios de contraste en radiología, pp. 115-127.
5. J.D. Aquerreta, M.I. Puyol, C. Ostiz, M. Urdiain, P. Perez Rojo.La placa de tórax en pacientes encamados en UCI. Enferm Intensiva, 12 (2001), pp. 175-186.

Capítulo 1634

EL TÉCNICO SUPERIOR DE IMAGEN PARA DIAGNOSTICO (TSID) EN LA PREPARACIÓN DEL PACIENTE PARA ECOGRAFÍAS

HUGO MENENDEZ GARCÍA-CASTAÑON

ANA MARÍA GUERRERO VÁZQUEZ

MARIA TERESA ALVAREZ FERNANDEZ

MARIA DIAZ PEREZ

1 Introducción

La ecografía es una técnica de diagnóstico por imagen que se utiliza fundamentalmente para evaluar los tejidos blandos. Se trata de un procedimiento seguro, no invasivo y que no utiliza radiaciones ionizantes, por lo que no produce efectos biológicos adversos.

Las imágenes ecográficas corresponden al aspecto macroscópico de cortes anatómicos, mostrando la arquitectura interna de los diferentes órganos. Con la suma de cortes se puede obtener una idea tridimensional del tamaño, la forma y la estructura de los órganos.

- Sonido: vibración mecánica que se transmite a través de la materia en forma de ondas y produce variaciones en la presión, densidad, posición, temperatura y velocidad de las partículas que la componen.

- Eco: fenómeno acústico producido por la reflexión de las ondas sonoras contra un obstáculo.
La Ecografía: puede definirse como un medio diagnóstico médico basado en las imágenes obtenidas mediante el procesamiento de los ecos reflejados por las estructuras corporales, gracias a la acción de pulsos de ondas ultrasónicas.
El ultrasonido (US): es cualquier sonido con la frecuencia más alta (> 20.000 Hz), y que por lo tanto no puede oírse. Los sonidos más bajos de 20 Hz, se denominan infrasonidos, y tampoco pueden oírse con el oído humano. Un ecógrafo está formado por un transductor o sonda ecográfica, una unidad de procesamiento y un monitor. Los conductores contienen los cristales que sometidos a electricidad generan haces de ultrasonidos.

2 Objetivos

- Evaluar posibles dolores en estudio.
- Evaluar posibles de causas de sangrado anormal.
- Diagnosticar posibles motivos de infertilidad .
- Apoyar a otros estudios de diagnósticos (mamografías).
- Dar seguimiento en el embarazo.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Medline, Scielo, Pubmed y Google Académico. Se han utilizado criterios de búsqueda en revistas científicas y artículos encontrados de los técnicos de rayos en la preparación en pacientes para ecografías y se utilizaron descriptores con las palabras claves utilizadas en la búsqueda: técnico, radiografía ecografía, radiología, cuidados y educación sanitaria.

4 Resultados

La ecografía, ultrasonografía o ecosonografía es un procedimiento de imagenología que emplea los ecos de una emisión de ultrasonidos dirigida sobre un cuerpo u objeto como fuente de datos para formar una imagen de los órganos o masas internas con fines de diagnóstico. Un pequeño instrumento ”similar a un micrófono” llamado transductor emite ondas de ultrasonidos. Estas ondas sonoras de alta frecuencia se transmiten hacia el área del cuerpo bajo estudio, y se

recibe su eco. El transductor recoge el eco de las ondas sonoras y una computadora convierte este eco en una imagen que aparece en la pantalla.
La prueba se realiza en unos 15 minutos, si se realiza una intervención como una toma de biopsias o el drenaje de un absceso puede durar algo más. Ingreso: la ecografía abdominal se puede hacer de forma ambulatoria, no hace falta ir acompañado aunque puede ser de ayuda si le hace sentirse más relajado.
No es necesario tomar ningún medicamento previo y es necesario estar en ayunas las 6-8 horas previas a la prueba. Puede llevar la ropa que desee, pero conviene que sea fácil de quitar para dejar el abdomen descubierto cuando se requiera. Debe llevar el consentimiento informado, que es un papel donde le explican en qué consiste la prueba y sus posibles riesgos.
El paciente debe de estar en ayunas mínimo de 6 horas, el día anterior deben evitarse alimentos como bebidas con gas, legumbres, verduras o pastelería, ya que estos alimentos producen mucho gas en estómago e intestino. Si la ecografía es para valorar la pelvis (vejiga, útero, ovarios, próstata) se recomienda que la vejiga esté llena. También recomendamos que no aplique cremas o pomadas sobre la zona que se va explorar desde un día antes.
En las siguientes ecografías no es necesario que acuda en ayunas:
• Ecografías cervicales.
• Ecografía torácica.
• Ecografía músculo - esquelética.
• Ecografía cutánea.
Hay que confirmar que el entorno es el adecuado para la realización de la técnica y revisar:
• Ecógrafo.
• Solicitud de estudio.
• Preparación adecuada del paciente.
• Guantes estériles.
• Guantes limpios.
• Funda de ecógrafo.
• Paños estériles.
• Antiséptico para limpieza de área.
• Gasas.
• Gel.
• Toalla desechable de limpieza de área.
Después de tener la ecografía programada, la auxiliar de enfermería recaba la programación de los estudios el día anterior al procedimiento. Facilita en forma oportuna la provisión de insumos y material específico para el estudio. El pa-

ciente se presenta en el gabinete de ecografía portando su solicitud ya programada, que la enfermera verifica la preparación de acuerdo al estudio, si está o no preparado para orientar la realización del mismo o realizar la reprogramación, previa comunicación al médico ecografista. Ingresa al paciente de acuerdo al horario, priorizando las emergencias solicitadas por otros servicios. Acomoda al paciente en la camilla, para el estudio. Asiste al médico, durante el procedimiento. Concluido el procedimiento, colabora al paciente, para su egreso del área. En caso de requerir el médico el expediente clínico del paciente, la enfermera recaba el mismo de fichaje. Después de realizado los estudios procede a pegar las impresiones fotográficas a la hoja de informe de ecografía que luego entrega a la transcriptora del servicio. Usualmente después de cada paciente se realiza la asepsia y antisepsia y una vez al mes de todo el equipo.

Las precauciones que debemos tener en cuenta son:

- Verificar la identidad del paciente.
- Verificar solicitud de estudio correcta.
- Verificar la preparación idónea del paciente.
- Dotarnos de todo los estudios que respaldan el diagnóstico previo del paciente. Verificar antecedentes, presunción diagnóstica y datos clínicos relevantes.

Se debe registrar en el plan de cuidados de enfermería anteriores al tipo de estudio ecográfico. Registrar en las hojas de Enfermería los procedimientos a seguir para la preparación correcta del paciente (NPO). Llevar junto con el paciente todos los estudios que respalden los diagnósticos previos hacia la sala de ecografía junto al paciente para brindar una herramienta de trabajo al médico /Imagenólogo que realiza la operación ecográfica. Registrar el horario en el que ha transcurrido el estudio. Registrar en el plan de cuidados posteriores al estudio en el reporte de enfermería. Registrar en las hojas de Enfermería los problemas surgidos en el procedimiento. Registrar las observaciones de enfermería, con referencia a la evolución del paciente luego del estudio en caso del uso de medios de contraste, con un seguimiento de 48 horas hasta la eliminación de esta medicación y la estabilización del paciente. Registrar el horario en el que se puede disponer del resultado para desde el servicio de imagenología para poder poner a disposición de la valoración médica cuanto antes posible. Realizar el archivo correspondiente del estudio, una vez que se haya recolectado, identificándolo debidamente y resguardando en la historia clínica del paciente. Anunciar el resultado al médico tratante para disposición de conductas a tomar.

5 Discusión-Conclusión

Muchos estudios coinciden en destacar el papel que tendrá la sanidad como uno de los sectores con más potencial de ocupación para los próximos años. Las nuevas demandas de salud y los grandes adelantos biomédicos y tecnológicos hacen replantear constantemente los sistemas de salud. La investigación biomédica, la atención sanitaria y la salud pública, necesitarán nuevos profesionales para afrontar los nuevos retos sanitarios del futuro. Investigadores/as en nuevas técnicas diagnósticas y terapéuticas, así como el personal asistencial, tendrán que sumar esfuerzos con profesionales de la salud pública, la prevención y la gestión, para conseguir un mejor uso de los recursos destinados a la salud, una de las prioridades de nuestra sociedad.

6 Bibliografía

1. F. Garcia-Cordoba, J.M. Garcia-Santos, G. Gonzalez Diaz, A. Garcia-Geronimo, F. Munoz Zambudio, F. Penalver Hernandez, et al.Decrease of unnecessary chest x-rays in intensive care unit: Application of a combined cycle of quality improvement. Med Intensiva, 32 (2008), pp. 71-77.
2. K.A. Hendrikse, J.W. Gratama, W. Hove, J.H. Rommes, M.J. Schultz, P.E. Spronk. Low value of routine chest radiographs in a mixed medical-surgical ICU.Chest, 132 (2007), pp. 823-828.
3. R.L. Eisenberg, C. Denis.Sistema respiratorio.Radiología Patológica, Mosby YearBook, (1992),[12].
4. R. Méndez, L. Graña, R. Rodríguez.Reacciones adversas a los medios de contraste.Medios de contraste en radiología, pp. 115-127.
5. J.D. Aquerreta, M.I. Puyol, C. Ostiz, M. Urdiain, P. Perez Rojo.La placa de tórax en pacientes encamados en UCI. Enferm Intensiva, 12 (2001), pp. 175-186.

Capítulo 1635

LA HIPERTENSIÓN E HIPOTENSIÓN ARTERIAL: ACTUALIZACIÓN DE CONOCIMIENTOS.

NOELIA DÍAZ DÍAZ

COVADONGA ÁLVAREZ SEVILLANO

VANESA SÁNCHEZ GUTIÉRREZ

CAROLINA DA SILVA MARTINEZ

ÁGUEDA GONZÁLEZ DÍAZ

1 Introducción

La hipertensión arterial representa un importante problema de salud pública y su prevalencia se incrementa dramáticamente con la edad. En nuestro país un elevado porcentaje de la población adulta padece hipertensión arterial, con el consecuente aumento del riesgo de enfermedad cardiovascular. Esto nos obliga a considerar seriamente cambios en estilos de vida, así como el uso de terapia antihipertensiva en aquellos individuos en quienes es necesario prevenir serias complicaciones.
La hipotensión en una persona sana generalmente no requiere tratamiento, pero sí debemos actuar en presencia de síntomas clínicos.
Dada la elevada prevalencia de hipertensión e hipotensión arterial se ve justificado realizar esta sesión clínica para actualizar los conocimientos del equipo del centro.

2 Objetivos

- Actualizar mediante la presentación de una sesión clínica los conocimientos del equipo del centro sobre hipertensión e hipotensión arterial.

3 Metodología

Para el desarrollo de esta sesión clínica se realizó una revisión bibliográfica de la literatura existente y se consultaron las diferentes guías de práctica clínica de las sociedades científicas más relevantes.

4 Resultados

HIPERTENSIÓN ARTERIAL
La hipertensión arterial (HTA) se define como la elevación mantenida de la presión arterial (PA) por encima de los límites normales.
Es imprescindible la evaluación individualizada en función del perfil de riesgo cardiovascular de cada paciente, sólo entonces será adecuado establecer la estrategia de control y tratamiento.
Últimas recomendaciones
El American College of Cardiology (ACC) y la American Heart Association (AHA) ha publicado recientemente la guía para la prevención, detección, evaluación y tratamiento de la HTA en adultos. El punto más controvertido es el umbral diagnóstico de 130/80 mmHg, lo cual conlleva diagnosticar HTA en un gran número de personas previamente consideradas no hipertensas. La presión arterial (PA) se clasifica como normal (sistólica < 120 y diastólica 80 mmHg), elevada (120-129 y <80 mmHg), grado 1 (130-139 o 80-89 mmHg) y grado 2 (≥140 o ≥90 mmHg).
Se recomienda la medida de PA fuera de la consulta para confirmar el diagnóstico de HTA o para aumentar el tratamiento. En la toma de decisiones sería determinante el riesgo cardiovascular (RCV), ya que precisarían tratamiento farmacológico personas con HTA grado 1 con riesgo a 10 años de enfermedad cardiovascular aterosclerótica ≥10% y aquellas con enfermedad cardiovascular establecida, enfermedad renal crónica y diabetes, siendo el resto susceptibles de medidas no farmacológicas hasta umbrales de 140/90 mmHg.
Dichas recomendaciones permitirían a los sujetos con HTA grado 1 y alto RCV beneficiarse de terapias farmacológicas y podrían mejorar las intervenciones no farmacológicas en todos los sujetos. Sin embargo, habría que ser cauteloso ya

que sin poder garantizar una toma correcta de PA, ni el cálculo sistemático del RCV, la aplicación de dichos criterios podría sobrestimar el diagnóstico de HTA y suponer un sobretratamiento innecesario.
Las guías son recomendaciones, no imposiciones, y el abordaje y manejo de la PA debe ser individualizado, basado en decisiones clínicas, preferencias de los pacientes y en un balance adecuado del beneficio y riesgo al establecer los diferentes objetivos de PA.
Epidemiología
Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la HTA constituye el primer riesgo de muerte en la mujer y el segundo para los varones en el mundo occidental. Se estima que el 50% de las enfermedades cardiovasculares (ECV) se puede atribuir a la elevación de la presión arterial, siendo el principal riesgo de ictus e insuficiencia cardiaca. El 90 % de las personas normotensas a los 55 años serán hipertensas antes de su muerte.
La principal causa de mortalidad en los países desarrollados es la enfermedad cardiovascular, especialmente la enfermedad cerebrovascular y la cardiopatía isquémica.
La HTA se asocia con la enfermedad cerebrovascular, la enfermedad coronaria, la insuficiencia cardiaca, la insuficiencia renal y la enfermedad vascular periférica.
Causas
Aunque todavía no se conocen las causas específicas que provocan la hipertensión arterial, sí se ha relacionado con una serie de factores que suelen estar presentes en la mayoría de las personas que la sufren.
. Causas no modificables:
Factores genéticos.
La predisposición a desarrollar HTA está vinculada a que un familiar de primer grado tenga esta patología, aunque se desconoce el mecanismo exacto.
Sexo.
Los hombres tienen más predisposición a desarrollar HTA que las mujeres hasta que éstas llegan a la edad de la menopausia, momento en el que la frecuencia en ambos sexos se iguala.
Edad y raza.
Las cifras de presión arterial aumentan con los años.
Los individuos de raza negra tienen el doble de posibilidades de desarrollar hipertensión que los de raza blanca, además de tener un peor pronóstico.
. Causas modificables:
Sobrepeso y obesidad.

A medida que se aumenta de peso se eleva la tensión arterial y esto es mucho más evidente en los menores de 40 años y en las mujeres.
. Otras causas:
Vasculares, endocrinológicas y neurogénicas. Algunas drogas y toxinas pueden propiciar la aparición de la hipertensión. Por último, existen algunas enfermedades que se relacionan con la hipertensión como son el hipertiroidismo e hipotiroidismo, la hipercalcemia, el hiperparatiroidismo, la acromegalia, la apnea obstructiva del sueño, etc.
Tipos
Hipertensión arterial esencial o primaria: (El 95% de los casos). La HTA es de causa desconocida, no encontramos evidencia de enfermedad o agente que la produzca. En estos casos existen factores genéticos y ambientales cuya conjunción podrían dar lugar a su aparición.
Hipertensión arterial secundaria: En el 5% de casos, encontramos la causa, bien enfermedad o agente externo que, al tratarla o suprimirla, desaparecerá la hipertensión.
Hipertensión arterial de bata blanca
Se denomina "reacción de bata blanca" (RBB) a la subida de la presión arterial secundaria a la reacción hipertensiva provocada por la presencia del médico y de la enfermera, o por el "ambiente" (centro de salud, hospital). La RBB en la persona hipertensa, se le denomina "fenómeno de bata blanca" y conlleva que el paciente en la consulta tenga cifras más elevadas que las que realmente tiene, y en no pocas ocasiones se producen las denominadas pseudocrisis hipertensiva. La RBB en la persona que no es hipertenso puede alcanzar cifras que son de hipertensión, y entonces le denominamos hipertensión clínica aislada o hipertensión de bata blanca (HBB). La incidencia de la RBB es de un 30% aproximadamente y la incidencia de la HBB de 10-20%, dentro de todos los hipertensos. Los diferentes estudios parecen sugerir que el riego cardiovascular es nulo o muy bajo, y en ningún caso como el de la HTA establecida. Aun así, la HBB requiere un seguimiento, pues en muchos casos puede ser precursora de la HTA establecida.
Síntomas
La mayoría de los casos de hipertensión transcurren asintomáticos y, por tanto, la enfermedad pasa desapercibida, aunque hay síntomas inespecíficos, como las cefaleas, que ayudan a detectarla.
La hipertensión mantenida en el tiempo dará lugar a diferentes síntomas según el órgano afectado y el grado de afectación.
¿Por qué es un factor de riesgo la hipertensión?
La hipertensión supone una mayor resistencia para el corazón, que responde au-

mentando su masa muscular (hipertrofia ventricular izquierda) para hacer frente a ese sobreesfuerzo. Este incremento de la masa muscular acaba siendo perjudicial porque no viene acompañado de un aumento equivalente del riego sanguíneo y puede producir insuficiencia coronaria y angina de pecho. Además, el músculo cardíaco se vuelve más irritable y se producen más arritmias.
En aquellos pacientes que ya han tenido un problema cardiovascular, la hipertensión puede intensificar el daño.
Propicia la arterioesclerosis (acúmulos de colesterol en las arterias) y fenómenos de trombosis (pueden producir infarto de miocardio o infarto cerebral). En el peor de los casos, la HTA puede reblandecer las paredes de la aorta y provocar su dilatación (aneurisma) o rotura (lo que inevitablemente causa la muerte).
Diagnóstico
El diagnóstico se basa en un sencillo procedimiento de medición mediante unos aparatos llamados esfingomanómetros, popularmente conocidos como tensiómetros, aunque en algunos casos son necesarias otras pruebas como el holter de presión arterial. Es imprescindible completar el estudio con un análisis de laboratorio (de sangre y orina) y un electrocardiograma.
Tratamiento
A la hora de tratar la hipertensión hay dos bloques fundamentales de acciones a realizar:
Mejora de los hábitos de vida.
Control del peso. El paciente tiene que llevar una dieta saludable y aumentar la práctica de ejercicio físico.
Si el paciente es fumador, conviene que abandone ese hábito y si suele consumir alcohol, es aconsejable que lo reduzca considerablemente.
Tratamientos farmacológicos.
Inicialmente estos tratamientos comienzan con un solo fármaco. No obstante, en algunos casos esta medida no es suficiente y necesitan combinar con dos o tres para controlar la presión arterial.
Consejos que deben tener en cuenta los pacientes que siguen un tratamiento antihipertensivo:
- Aunque la presión arterial se haya normalizado no hay que dejar de tomar la medicación nunca.
- Cumplir estrictamente el tratamiento e intentar mantener siempre el horario de ingesta de las pastillas.
- Consultar al doctor si el tratamiento no obtiene resultados, ya que a veces es necesario asociar varios fármacos para controlar la presión arterial. Revisar también la dieta por si algún alimento (por ejemplo, la sal) está impidiendo el efecto

antihipertensivo de la medicación.
- El tratamiento debe compatibilizarse siempre con el estilo de vida cardiosaludable.
- Vigilar el resto de los factores de riesgo.

Prevención

Una buena prevención puede evitar la aparición de la hipertensión. Para ello es fundamental adoptar estilos de vida cardiosaludables.

HIPOTENSIÓN ARTERIAL

La hipotensión arterial es una baja presión arterial con niveles inferiores a 80-60 mmHg.

Causas

La hipotensión arterial sucede cuando la regulación del aparto cardiovascular falla en alguno de sus puntos, siendo los más importantes el corazón y las arterias principales. Las causas de hipotensión arterial más frecuentes son:

Hipotensión ortostática: cuando una persona pasa de estar sentada o tumbada a ponerse de pie es natural que la tensión arterial disminuya unos segundos hasta que el corazón la vuelve a ajustar. En personas ancianas, deshidratadas, enfermas o embarazadas la regulación del corazón puede tardar demasiado y la hipotensión se mantiene demasiado tiempo. Esto también puede suceder alguna vez en personas sanas, sobre todo después de comer, ya que el corazón está mucho más relajado y el flujo de sangre se concentra en el aparato digestivo.

Síncope vasovagal: es el nombre médico que se le da a un desmayo o lipotimia. En la mayoría de ellos la presión arterial disminuye porque el corazón reduce su frecuencia demasiado. Se producen en situaciones en las que el sistema nervioso parasimpático se estimula: calor, fiebre, dolor intenso, vómitos….

Consumo de medicinas o tóxicos: la causa más frecuente de hipotensión en los adultos es el tratamiento con diuréticos (que se usan para tratar la HTA). Otros medicamentos también pueden provocar caídas de la presión arterial: antidepresivos, ansiolíticos, analgésicos, etcétera. Las drogas por lo general causan HTA, excepto el alcohol que es causa frecuente de hipotensión.

Hipotensión arterial crónica: es poco frecuente, provoca síntomas difusos en las personas que la padecen como debilidad, cansancio, somnolencia… No es una enfermedad en sí misma, sino que suele ser consecuencia de alguna otra patología que disminuye las cifras de tensión arterial poco a poco. Las causas más frecuentes de hipotensión arterial crónica son la enfermedad de Parkinson, la diabetes, anemia, úlceras digestivas…

Shock hipotensivo: se llama así a las situaciones de emergencia en las que la presión arterial cae bruscamente hasta niveles que impiden el riego sanguíneo de los órganos vitales. El origen del shock puede ser un fallo cardíaco (infarto, fibrilación, etc.), por dilatación arterial brusca (sepsis o medicamentos) o pérdida de sangre por hemorragia.

Síntomas

El síntoma que con más frecuencia aparece en una situación de hipotensión arterial es el desmayo.

En situaciones de hipotensión arterial el cerebro carece de su suministro de sangre durante un tiempo, la persona que lo sufre siente que se le nubla la vista y se desvanece su fuerza muscular hasta que pierden el conocimiento completamente. Suele ocurrir deprisa y es frecuente que se golpeen contra el suelo o los muebles de alrededor al caer. La persona que los sufre puede perder el control de los esfínteres (orinarse), incluso convulsionar levemente. La recuperación después del desmayo es muy rápida, sólo se necesitan unos segundos para volver a la normalidad.

Cuando la hipotensión arterial es crónica, los síntomas son mucho más difusos y pueden pasar desapercibidos en un primer momento, algunos de ellos son: confusión, dificultad para concentrarse, somnolencia, debilidad muscular, palidez de la piel, labios y conjuntiva, náuseas y vómitos, dolor en el pecho y palpitaciones, dificultad para respirar, sensación de que "falta aire", dolor de cabeza, inestabilidad al caminar, vértigos, pitidos en los oídos, dolor y rigidez en el cuello, alteraciones del sueño, etc.

Tratamiento

El tratamiento de la hipotensión arterial depende de la causa, la intensidad y el contexto en el que sucede. Podemos resumirlo con relación a los diferentes tipos de hipotensión que hemos señalado antes:

Hipotensión ortostática: cuando sucede de forma puntual no merece la pena darle importancia, siempre y cuando la persona que lo ha sufrido tenga un estado general bueno. Hay que rehidratar con suero oral si el problema es la deshidratación (por una diarrea, por ejemplo). Cuando el problema es crónico la única opción son las medidas preventivas.

Síncope vasovagal: cuando una persona pierde el conocimiento y se desmaya lo primero es comprobar que respira. En caso de no respirar hay que contactar con el servicio de emergencias y comenzar maniobras de resucitación cardiopulmonar. Si respira, su desmayo se deberá con bastante probabilidad a un síncope. Lo mejor es dejarle tumbado con las piernas elevadas hasta que recupere el conocimiento.

Consumo de medicinas y tóxicos: en el caso del consumo de medicinas el médico

valorará suspender un tratamiento o cambiarlo por otro que no produzca esos efectos secundarios. Cuando la hipotensión se debe a consumo de tóxicos o drogas se debe descartar que no haya daño cardíaco o cerebral, y abandonar el consumo.
Hipotensión arterial crónica: el único tratamiento que se puede realizar en estas situaciones son medidas preventivas que aumenten la presión arterial.
Shock hipotensivo: esta situación es una emergencia vital y debe ser tratada en un hospital. Se suele corregir la presión arterial con noradrenalina para luego después identificar la causa y erradicarla (con antibióticos si se debe a una sepsis, por ejemplo).
Prevención
La hipotensión arterial se puede prevenir siguiendo las siguientes medidas:
- Beber abundantes líquidos. Consumir un poco de cafeína diaria también puede ayudar a prevenirla.
- No consumir alcohol.
- Mantener una dieta completa y equilibrada. Es importante consumir alimentos ricos en sal.
- Realiza ejercicio físico moderado, pero siempre con control.
- Al incorporarse del sofá o la cama hay que hacerlo muy poco a poco, sentándose entre medias.
- Evitar las situaciones agobiantes y calurosas.

5 Discusión-Conclusión

• Destacar la importancia de adoptar hábitos saludables de vida como medio para evitar la HTA y las enfermedades vinculadas a ésta y que son la principal causa de muerte y discapacidad en los países desarrollados.
• El registro de la presión arterial debe ser realizado rutinariamente para prevenir las emergencias médicas en los pacientes no tratados o tratados inadecuadamente; reduciendo así la morbilidad y mortalidad de la enfermedad cardiovascular a través de la detección temprana de la HTA asintomática y facilitando el consiguiente tratamiento médico.
• La preparación previa para las emergencias es un factor esencial para el adecuado manejo de las mismas y es muy importante que exista un protocolo básico de urgencias que debe ser actualizado permanentemente y estudiado por todo el personal del centro.
• Debe conocerse y practicar el manejo del equipo y de los fármacos básicos de emergencia, que estarán permanentemente listos para su uso inmediato.

Como conclusión final, se destaca la necesidad de actualizar los conocimientos de los profesionales sanitarios de atención primaria incorporando las evidencias científicas propuestas por las guías de práctica clínica.

6 Bibliografía

- Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en hipertensión arterial.
- Manual de hipertensión arterial en la práctica clínica de atención primaria. Sociedad Andaluza de Medicina de Familia. Junio 2006.
- Documento de la Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH-LELHA) sobre las guías ACC/AHA 2017 de hipertensión arterial.
- Fundación española del corazón.
- Hipertensión Arterial. Documento de apoyo a las actividades de Educación para la Salud 6. Septiembre 2006. Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Consumo.
- https://medlineplus.gov/spanish
- https://www.webconsultas.com/salud-al-día.

Capítulo 1636

DESTREZAS BÁSICAS PARA MEJORA DE LA COMUNICACIÓN EN CONTEXTOS SANITARIOS

ANASTASIA MONTSERRAT BENITO ROMO

MARIA ANTONIA CAMPAL CASTAÑON

1 Introducción

Los profesionales de la salud, en nuestra práctica profesional somos eminentemente sociales, y para poder desarrollar la actividad profesional nos tenemos que comunicar de forma constante con pacientes, usuarios, familiares y profesionales.

Las habilidades sociales y de comunicación comprenden un conjunto de comportamientos y hábitos que nos permiten mejorar las relaciones interpersonales con otras personas, sean estas pacientes, familiares, pupilos, colegas, compañeros o tutores, pues las relaciones interpersonales son un aspecto central en su quehacer. Dentro de las habilidades para comunicarse en salud destacan: la empatía, la cordialidad, la educación y el respeto. La estrategia para facilitar la comprensión y recordar los mensajes de salud, consiste en comunicar la información de forma veraz, inteligible, clara, sencilla, concisa, concreta, evitando tecnicismos y con un vocabulario accesible. Ciertas habilidades de comunicación nos ayudan a mejorar las relaciones interpersonales, por el contrario, si la comunicación es mala, apresurada e impersonal son muchos los problemas que se originan.

2 Objetivos

La presente revisión tiene el objeto de ofrecer una visión global de las habilidades o destrezas de comunicación para expresar sentimientos, actitudes, deseos u opiniones de un modo adecuado al contexto en el que nos encontramos, en este caso el ámbito sanitario.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, Google Académico seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Concepto de comunicación.
La comunicación es el acto por el cual un individuo establece con otro un contacto que le permite transmitir una información. En la comunicación intervienen diversos elementos que pueden facilitar o dificultar el proceso:
- Emisor: La persona (o personas) que emite un mensaje.
- Receptor: La persona (o personas) que recibe el mensaje.
- Mensaje: Contenido de la información que se envía.
- Canal: Medio por el que se envía el mensaje.
- Código: Signos y reglas empleadas para enviar el mensaje.
- Contexto: Situación en la que se produce la comunicación.
- Comunicación eficaz entre dos personas se produce cuando el receptor interpreta el mensaje en el sentido que pretende el emisor.

Destrezas o hablidades comunicativas.
- Escucha activa. Significa escuchar activamente, es decir, con atención plena. La escucha activa hace referencia a atender no solamente a lo que la persona dice, sino también a los sentimientos, ideas o pensamientos que el individuo expresa.
- Empatía. Es situarse en el lugar de la otra persona. Aunque no estés totalmente de acuerdo con un compañero de trabajo, con un paciente o con un amigo, es necesario entender su punto de vista, porque también tiene sus necesidades. Además,

ponerte en el lugar del otro te ayuda a la hora de enviar un mensaje más claro y más efectivo.

- Validación emocional. Es la aceptación y el feedback para comunicar mejor. Porque cuando tenemos a otros delante, es necesario escuchar sin juzgar y es un requisito indispensable comunicar a la otra persona que se le ha entendido. Mejora la comunicación puesto que el otro interlocutor se siente reconocido y comprendido, le demuestras que le has estado escuchando y le dejas claro que respetas su opinión, esto es suficiente para crear un entorno comunicativo propicio.
- Lenguaje no verbal. La postura corporal, el contacto visual o los gestos, es decir, el lenguaje no verbal (o comunicación no verbal) también comunican. Estar relajado y transmitir lo que intentamos decir puede maximizar el mensaje que queremos enviar a los demás.
- Resolución de conflictos y negociación. La habilidad de resolver conflictos de manera eficiente requiere una actuación calmada, no defensiva y respetuosa. Cuando uno controla sus propias emociones, es posible comunicar las propias opiniones sin amenazar o atacar a los demás.
- Lenguaje verbal. Es necesario ser claro, utilizar ejemplos concretos, tener una buena capacidad de improvisación, vocalizar correctamente, considerar los tiempos, y en definitiva expresar correctamente lo que tenemos en mente para conectar con nuestro interlocutor. Uno de los elementos básicos de un buen comunicador es cómo suena frente a los demás.
- Leer y escribir. Leer y escribir son importantes para comunicarnos. La lectura posibilita el desarrollo intelectual y, como función cognitiva, permite acceder a los avances tecnológicos, científicos y de la información. Por tanto, ayuda a comprender mejor la realidad, y ser lectores habituales nos da las herramientas necesarias para ser capaces de dialogar críticamente.

Respecto a la escritura, no siempre tenemos que comunicarnos de forma oral, sino que es importante tener un buen dominio de la comunicación escrita. En la actualidad, las nuevas tecnologías de la información y la comunicación (TIC) han irrumpido con fuerza en nuestras vidas.

- Respeto. Las personas están más abiertas a comunicarse si mostramos respeto hacia ellas y sus ideas. Acciones simples como usar su nombre o tutearle, tener contacto visual que indique sinceridad, y reflejar la escucha activa hace que la otra persona se sienta respetada y tenida en consideración.
- Persuasión. La persuasión es una herramienta de comunicación clave, especialmente en el mundo de los negocios, porque transforma ideas, creencias, actitudes y comportamientos, e intenta satisfacer las necesidades de ambas partes. Suele

tener mala fama, porque, de forma equivocada, puede confundirse con la manipulación (hacer algo en contra de tus intereses). La persuasión es la base de cualquier negociación exitosa.
- Credibilidad. Genera confianza, y, como ocurre con el respeto, la confianza es una gran aliada de la comunicación. Las personas están más receptivas cuando hay confianza. Por eso, es necesario que seas coherente con lo que dices y lo que haces. Por ejemplo, que haya sintonía entre tu comunicación verbal y no verbal.

Se ha progresado en los últimos 30 años sobre cómo enfocar el estudio de la comunicación profesional-paciente y como formar a los profesionales de estos entornos sanitarios para que la comunicación con el paciente, familiar o compañero sea más efectiva y más humana. La comunicación puede y debería creerse como un medio de creación de una relación. El objetivo de la comunicación – la creación de las relaciones curativas – puede y debería guiar en un futuro su enseñanza y su investigación.

5 Discusión-Conclusión

Una buena formación de los profesionales en el ámbito sanitario debe comprender además de una parte científico-técnica, un buen uso de los distintos métodos de comunicación y destrezas sociales. Si somos capaces de escuchar, entender y saber que necesitan los pacientes, estamos contribuyendo a mejorar su salud.

6 Bibliografía

- Cibanal Juan, L., Arce Sánchez, Mª.C. and Carballal Balsa, Mª.C. 2010. Técnicas de comunicación y relación de ayuda en ciencias de la salud. España: Elsevier.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/
- Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid. Plan de Humanización de la asistencia sanitaria, 2016-2019. Madrid. 2016.
- http://www.apuntesdepsicologia.es/

Capítulo 1637

INCORPORACIÓN DE LAS TÉCNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN EN SANIDAD.

BEATRIZ FERNÁNDEZ MAESO

1 Introducción

Cada vez hay más fuentes por las que los ciudadanos pueden acceder a información sanitaria a través de: smartphones, dispositivos y apps.

Los ciudadanos usan cada vez más la TIC para gestionar su salud. Ya no cuentan única y exclusivamente con la información que les facilita su médico, ahora se dispone de la información que precisan antes de ir a la consulta, pueden valorarla con su médico e incluso compartirla a través de redes sociales. Todo gracias a las tecnologías e Internet.

2 Objetivos

- Reflejar cómo han afectado las nuevas tecnologías en el desarrollo del puesto de trabajo y el uso de las mismas por los usuarios de los servicios de salud.

3 Metodología

Búsqueda bibliográfica en un estudio analítico descriptivo.

4 Resultados

Más del 60% de la población española utiliza Internet para consultar información sobre salud y 1 de cada 5 lo hace a través de las redes sociales

Jóvenes con estudios universitarios e hijos menores a su cargo son los que más uso hacen de las TIC para informarse sobre temas de salud, y los temas más consultados son los referentes a nutrición y estilos de vida. Pero también destaca el uso que, de las redes sociales, hacen los pacientes crónicos, ya que les sirven para intercambiar información con aquellos que están pasando por su misma situación.

Otro importante cambio es el que se ha producido con respecto a la gestión de pacientes en el sector sanitario. La cita previa telemática es uno de los servicios más conocidos y utilizados en este sentido: el 44,4% de los usuarios ha utilizado el servicio de cita previa telemática, y 6 de cada 10 considera que puede conseguirla más rápidamente por este medio que cuando lo hace acudiendo directamente al centro de salud o por teléfono.

Aunque el 88,7% de la población sigue acudiendo a los profesionales sanitarios como primera opción y la más fiable (con un grado de confianza del 92%), lo cierto es que las TIC están cobrando cada vez más importancia como fuente de consulta.

Por ejemplo, cuando un enfermo crónico usan dispositivos electrónicos, puede evitar complicaciones, ingresos y consecuencias como amputaciones en el caso de los diabéticos". Esto es porque, a través de su uso, se consigue la detección, prevención y seguimiento de la enfermedad de una forma eficaz y rápida.
Cada vez son más los profesionales sanitarios los que comienzan a interesarse en esta tecnología, intentando que se introduzcan dentro del Sistema Sanitario. A través de la introducción de estos dispositivos en hospitales, el profesional médico puede tener un control constante de los signos vitales de sus pacientes en riesgo. Además, no debemos olvidar que fuera de los hospitales este tipo de dispositivos pueden salvar vidas. Por ejemplo, los pacientes que presentan enfermedades pulmonares pueden utilizar un sensor, a modo de parche, que monotoriza las variables médicas relacionadas, las almacena y las comparte con familiares y médicos a través del propio móvil, lo que a la larga permite mejorar los resultados clínicos.
Estos dispositivos permiten hacer un seguimiento telemático de estos pacientes y, en muchos casos, evitar ingresos hospitalarios con el gasto que esto supone

para las entidades sanitarias. Por eso, confía en que esta tecnología se acabe generalizando en hospitales y demás entidades sanitarias.
Los proveedores de salud están usando la tecnología para ayudar a resolver parte del problema a través del uso de los servicios de tele salud.
Internet ayuda a los pacientes a ser diagnosticados más cómodamente y conseguir información de calidad y para los profesionales tienen fuentes de información disponibles en la red, pudiendo intercambiar información y experiencias entre sí.

El uso de las TIC tiene gran impacto en muchos aspectos de la sanidad; los más relevantes son:
• La mejora de las relaciones entre todos los agentes que intervienen en el sistema: ciudadanos, pacientes, gestores, profesionales y proveedores.
• La equidad y la universalidad del servicio sanitario: lleva la asistencia a zonas aisladas o de escasa dotación de recursos especializados o a zonas de baja densidad de población.
• Un ahorro de coste en el tratamiento médico facilitando una menor duración de la estancia en el hospital (mayor rapidez en la incorporación del paciente a su medio habitual).
• Una disminución de actos médicos y exploraciones, así como de los desplazamientos.
• La eficiencia del sistema, mediante la optimización de los recursos asistenciales y la mejora de la gestión de la demanda.
• La continuidad asistencial y fomenta el autocuidado para ciertos colectivos de pacientes.
• El traslado de la capacidad de resolución de ciertos aspectos a niveles inferiores del sistema de salud, es decir, facilita trasladar ciertas actividades desde el hospital al centro de salud e incluso al domicilio,1 con las ventajas que ello supone.
• El apoyo a la actividad de los profesionales, ya sea asistencial, de apoyo o formativa.
• La mejora de la gestión de la información, ofreciendo soporte al almacenamiento, el tratamiento y el transporte.
• La reducción de la posibilidad de error en actividades como la prescripción médica.
• Ayuda a mejorar la eficiencia y a plantear nuevos modelos de organización y trabajo.
• Se potencia la formación continua de los profesionales, gracias al elearning y el e-detailing, que además permiten flexibilizar el acceso de los facultativos a esa

formación, adaptándose mejor a los horarios y carga de trabajo de los mismos.
• Facilita la gestión y la toma de decisiones, ya que se mejora de forma notable el acceso a la información y su análisis. Las nuevas tecnologías permiten al acceso online a mucha información y parámetros de gestión con los que se puede diagnosticar la situación de una organización, comparándola con otras similares y analizando la evolución de los últimos años.
• Las TIC ayudan en la mejora del funcionamiento de los centros sanitario y de salud. Mejora en la gestión de citas, que quedarían reflejadas directamente en la agenda de los facultativos.
• Comunicación con centros especializados que pueden prestar apoyo en el diagnóstico de patologías, gracias a videoconferencias o participación en foros.

Los TIC en sanidad tienen una larga historia. La tecnología ha actuado de soporte para los profesionales sanitarios, en forma de instrumentos y medios diagnósticos y terapéuticos muy diversos. Las TIC han extendido su utilización a las actividades de gestión, planificación y administración sanitaria, incluyendo a los pacientes y ciudadanos. Los hospitales se están convirtiendo en entidades de buenas comunicaciones entre médicos y otro personal sanitario, pacientes y personal administrativo y de gestión.
También afectan a los servicios de salud con sistemas que facilitan la movilidad de personal sanitario mientras tiene acceso a historiales médicos y otros datos relativos al paciente en cualquier momento. Todos estos procesos de la incorporación de las nuevas tecnologías han hecho que mejoren la comunicación y el intercambio de información tanto a nivel interno como externo, ya que aportan una mayor calidad de servicio de atención al ciudadano, pudiendo acceder a cualquier Administración en cualquier momento.

5 Discusión-Conclusión

Con la incorporación de las TIC al mundo sanitario se están suponiendo cambios para mejorar la calidad de vida de los ciudadanos, con tecnologías avanzadas que facilitan el seguimiento de los pacientes a tiempo real. Mejora en la gestión en las áreas de planificación, información, investigación, gestión, prevención, promoción o en el diagnóstico o tratamiento.
Tambien el ciudadano puede solicitar sus consultas médicas, tener dispositivos que facilitan su comunicación con su médico, información relativa a su estado de salud, y apps que les facilita el manejo de dispositivos que se utilizan en la sanidad.

6 Bibliografía

- http://innovacionensalud.elmundo.es/salud-digital/la-sanidad-del-futuro-a-traves-de-las-tic.html
- https://clinic-cloud.com/blog/las-tic-en-el-sector-salud-impacto-sistema-sanitario/
- https://www.fundacionsigno.com

Capítulo 1638

CARTERA DE SERVICIOS COMUNES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

BEATRIZ FERNÁNDEZ MAESO

1 Introducción

La Cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud es el conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos, entendiendo por tales cada uno de los métodos, actividades y recursos basados en el conocimiento y experimentación científica, mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias.
La Cartera contiene los servicios básicos y comunes, necesarios para llevar a cabo una atención sanitaria adecuada, integral y continuada a todos los usuarios del Sistema Nacional de Salud.
La Cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud debe garantizar la atención integral y la continuidad de la asistencia prestada a los usuarios, independientemente del nivel asistencial en el que se les atienda en cada momento.

2 Objetivos

- Analizar las prestaciones a las que tienen derecho las personas usuarias del Sistema Nacional de Salud.

3 Metodología

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

4 Resultados

El contenido de la Cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, viene establecido por el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, actualizado por la Orden SAS/1904/2009, de 8 de julio, la Orden SAS/1466/2010, de 28 de mayo, la Orden SPI/573/2011, de 11 marzo, la Orden SSI/1640/2012, de 18 de julio, la Orden SSI/1329/2014, de 22 de julio, la Orden SSI/2065/2014, de 31 de octubre, la Orden SSI/1356/2015, de 2 de julio, la Orden SSI/366/2018, de 5 de abril, la Orden SCB/1242/2018, de 19 de noviembre, la Orden SCB/45/2019, de 22 de enero y la Orden SCB/480/2019, de 26 de abril.
En ellas nos indica las prestaciones sanitarias y las actividades dirigidas a las personas incluidas en el Sistema Nacional de salud, para su atención y asistencia.

1. Prestaciones de salud pública
Es el conjunto de iniciativas para preservar, proteger y promover la salud de la población. Está dirigida al mantenimiento y mejora de la salud de todas las personas a través de acciones colectivas o sociales.
Estas iniciativas son las siguientes: a. Información y vigilancia epidemiológica b. Protección de la salud: diseño e implantación de políticas de salud y ejercicio de la autoridad sanitaria c. Promoción de la salud y prevención de las enfermedades y de las deficiencias d. Protección y promoción de la sanidad ambiental e. Promoción de la seguridad alimentaria f. Vigilancia y control de los posibles riesgos para la salud derivados de la importación, exportación o tránsito de mercancías y del tráfico internacional de viajeros, por parte de la administración sanitaria competente g. Protección y promoción de la salud laboral

2. Atención primaria:
Es el nivel básico de atención. que garantiza la atención a lo largo de toda la vida del paciente. Comprende las actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como la rehabilitación física y el trabajo social.
La podemos dividir en: a. Atención sanitaria a demanda, programada y urgente tanto en la consulta como en el domicilio del enfermo. b. Indicación o prescripción y realización, en su caso de procedimientos diagnósticos y terapéuticos. c. Actividades en materia de prevención, promoción de la salud, atención familiar y atención comunitaria. d. Actividades de información y vigilancia en la protección de la salud. e. Rehabilitación básica f. Atenciones y servicios específicos relativos a la mujer, la infancia, la adolescencia, los adultos, la tercera edad, los grupos de riesgo y los enfermos crónicos g. Atención paliativa a enfermos terminales h.

Atención a la salud mental en coordinación con los servicios de atención especializada i. Atención a la salud bucodental.

3. Atención especializada:
La atención especializada comprende las actividades asistenciales, diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación y cuidados, así como aquellas de promoción de la salud, educación sanitaria y prevención de la enfermedad, cuya naturaleza aconseja que se realicen en este nivel. La atención especializada garantizará la continuidad de la atención integral al paciente, una vez superadas las posibilidades de la atención primaria y hasta que aquél pueda reintegrarse en dicho nivel.
La atención especializada se presta, siempre que las condiciones del paciente lo permitan, en consultas externas y en hospital de día.
La atención especializada consta de: a. Asistencia especializada en consultas b. Asistencia especializada en hospital de día, médico y quirúrgico. c. Hospitalización en régimen de internamiento. d. Apoyo a la atención primaria en el alta hospitalaria precoz y, en su caso, hospitalización a domicilio. e. Indicación o prescripción, y la realización, en su caso, de procedimientos diagnósticos y terapéuticos. f. Atención paliativa a enfermos terminales. g. Atención a la salud mental. h. Rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable.

4. Atención de urgencia.
La atención de urgencia es aquella que se presta al paciente en los casos en que su situación clínica obliga a una atención sanitaria inmediata. Se realizará tanto en centros sanitarios como fuera de ellos, incluyendo el domicilio del paciente y la atención in situ, durante las 24 horas del día, mediante la atención médica y de enfermería, y con la colaboración de otros profesionales.
La Cartera de servicios comunes de la prestación de atención de urgencia comprende: a. La atención telefónica, a través de los centros coordinadores de urgencias sanitarias. b. La evaluación inicial e inmediata de los pacientes para determinar los riesgos para su salud y su vida y, en caso de ser necesaria, la clasificación de los mismos para priorizar la asistencia sanitaria que precisen. c. La realización de los procedimientos diagnósticos precisos y de los procedimientos terapéuticos médico-quirúrgicos necesarios para atender adecuadamente cada situación de urgencia sanitaria. d. La monitorización, la observación y la reevaluación de los pacientes, cuando su situación así lo requiera. e. El transporte sanitario, terrestre, aéreo o marítimo, asistido o no asistido. f. La información y asesoramiento a los pacientes o, en su caso, acompañantes, sobre la atención prestada y las medidas a adoptar al finalizar dicha atención, de acuerdo con la legislación vigente. g. Una

vez atendida la situación de urgencia, se procederá al alta de los pacientes o a su derivación al nivel asistencial más adecuado y al internamiento hospitalario, con los informes clínicos pertinentes para garantizar la continuidad asistencial. h. La comunicación a las autoridades competentes de aquellas situaciones que lo requieran, especialmente en el caso de sospecha de violencia de género o de malos tratos en menores, ancianos y personas con discapacidad.

5. Prestación farmacéutica:
La prestación farmacéutica comprende los medicamentos y productos sanitarios, en las dosis precisas según sus requerimientos individuales, durante el período de tiempo adecuado y al menor coste posible para ellos y para la comunidad.
Esta prestación se regirá por lo dispuesto en la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios
En el caso de pacientes no hospitalizados, la prestación farmacéutica comprende: a. Los medicamentos b. Los efectos y accesorios que dispongan del correspondiente marcado CE c. Las fórmulas magistrales y los preparados oficinales elaborados por las oficinas de farmacia d. Las vacunas individualizadas antialérgicas y las vacunas individualizadas bacterianas

En el caso de pacientes hospitalizados, la prestación farmacéutica comprende los productos farmacéuticos que necesiten los pacientes.
La aportación normal que tiene que realizar los usuarios es con carácter general del 40 % sobre el precio de venta al público.
Hay también una aportación reducida que es del 10% para el tratamiento de enfermedades crónicas o graves, efectos y accesorios pertenecientes a los grupos reglamentariamente establecidos y medicamentos para los enfermos de SIDA.
Existen también prestaciones farmacéuticas exentas de aportación, como son para los pensionistas y colectivos asimilados, los afectados de síndrome tóxico y personas con discapacidad en los supuestos contemplados en su normativa específica, tratamientos derivados de accidentes de trabajo y enfermedad profesional y productos que se dispensan en los centros o servicios asistenciales sanitarios.

6. Prestación ortoprotésica:
La prestación ortoprotésica consiste en la utilización de productos sanitarios, implantables o no, cuya finalidad es sustituir total o parcialmente una estructura corporal, o bien modificar, corregir o facilitar su función. Comprenderá los elementos precisos para mejorar la calidad de vida y autonomía del paciente.
La cartera de servicios comunes de prestación ortoprotésica a. Implantes quirúr-

gicos b. Prótesis externas c. Sillas de ruedas d. Ortesis e. Ortoprótesis especiales

7. Prestación de productos dietéticos:
La prestación con productos dietéticos comprende la dispensación de los tratamientos dietoterápicos a las personas que padezcan determinados trastornos metabólicos congénitos y la nutrición enteral domiciliaria para pacientes a los que no es posible cubrir sus necesidades nutricionales, a causa de su situación clínica, con alimentos de consumo ordinario.
Esta prestación se facilitará por los servicios de salud o dará lugar a ayudas económicas, en los casos y de acuerdo con las normas que reglamentariamente se establezcan.

8. Transporte sanitario:
El transporte sanitario, que deberá ser accesible a las personas con discapacidad, consiste en el desplazamiento de enfermos por causas exclusivamente clínicas, cuya situación les impida desplazarse en los medios ordinarios de transporte.

5 Discusión-Conclusión

La Cartera de Servicios comunes del Sistema Nacional de Salud recoge las prestaciones a las que los ciudadanos tienen derecho, para garantizar, preservar, proteger y promover la salud. Esto conlleva que todo persona, resida donde resida dentro del territorio español, tenga los mismos servicios y derechos en lo relativo a la salud.
Todos debemos de conocer nuestros derechos como ciudadanos que residimos en territorio español.

6 Bibliografía

- https://www.mscbs.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/CarteraDeServicios/home.htm
- Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, actualizado por la Orden SAS/1904/2009, de 8 de julio, la Orden SAS/1466/2010, de 28 de mayo, la Orden SPI/573/2011, de 11 marzo, la Orden SSI/1640/2012, de 18 de julio, la Orden SSI/1329/2014, de 22 de julio, la Orden SSI/2065/2014, de 31 de octubre, la Orden SSI/1356/2015, de 2 de julio, la Orden SSI/366/2018, de 5 de abril, la Orden SCB/1242/2018, de 19 de noviembre, la Orden SCB/45/2019, de 22 de enero y la Orden SCB/480/2019, de 26 de abril.

Capítulo 1639

EL CELADOR Y LA ATENCIÓN AL USUARIO.

PABLO MURCIA IGLESIAS

1 Introducción

En el ámbito hospitalario, hoy en día, existe un gran dinamismo con exigencias muy variables, por parte de todos los ciudadanos que reclaman ser escuchadas y quieren respuestas rápidas, por lo que el personal, en especial los celadores, son los que en el mayor caso de las situaciones son los primeros en interactuar con los pacientes, deben estar dotados de recursos que satisfagan las necesidades de cada uno de ellos. Y así que se produzca una buena comunicación.

2 Objetivos

- Identificar los puntos fuertes y los puntos débiles a tener en cuenta a la hora de atender al usuario, con la finalidad de que tenga una asistencia de calidad

3 Metodología

He realizado una búsqueda en bases de datos de google académico, Dialnet y Scielo, utilizando palabras clave como: “comunicación”, “usuario”, “satisfactorio”, como criterios de inclusión he empleado textos en castellano e inglés de acceso gratuitos; y se han excluido aquellos trabajos publicados anteriores al año 2000

4 Resultados

Todo usuario debe de recibir por parte del personal un trato equitativo, no discriminatorio y sin realizar juicios morales sobre su conducta o actuación.
Para eso debemos de saber que es la atención del usuario "son actividades inidentificables y esencialmente intangibles que satisfacen las necesidades de los seres humanos, vinculados a los productos y servicios que se ofrecen.
Uno de los elementos más importantes, que ayuda a obtener un buen grado de satisfacción al usuario es la preparación y la actitud profesional. La presencia física, el comportamiento etc. También ayuda a la percepción física y ambiental tener buena luz, buena temperatura, poco ruido, limpieza etc.
Lo que un celador debe tener claro es que el usuario, es quien recibe el servicio, quien tiene una necesidad, es quien decide, quien evalúa y define la calidad del servicio, es el que reclama y exige, hace uso del servicio y quien tiene razón.

El usuario que recibe un servicio no solamente recibe cortesía y amabilidad para quedar satisfecho, espera encontrar otro tipo de factores, como son:
• Componentes palpables: como están de cuidadas las instalaciones aquí es un papel fundamental el del celador y que es una de sus funciones conserva el buen uso de las instalaciones.
• Cumplimiento: hay que ofrecer el servicio prometido, cuando no sea una función propia del celador este derivara al usuario a uno de sus superiores.
• Todos los profesionales de la sanidad deben tener buena disposición para ayudar al usuario, demostrar que son comportados en su trabajo y deben de ser capaces de imprimir seguridad y confianza, mostrando empatía, siendo capaces de avanzar sus necesidades, defendiendo las asociaciones al paciente y utiliza un lenguaje evitando el uso de tecnicismos
Las necesidades del usuario son en el mayor caso la respuesta, atención rápida e individualizada, tener en las respuestas fiabilidad y transparencia, poseer como profesional formación y conocimiento, tratar al usuario con respeto y dignidad y poseer un aspecto adecuado.

Dentro de la gran diversidad de técnicos y herramientas que un celador o cualquier trabajador debe de tener como ayuda a que el usuario quede satisfecho cabe destacar:
• Poseer una comunicación verbal adecuada
• Tener una comunicación no verbal adecuada que representa el 75% de la comunicación, buena presencia, limpieza y disposición.

• El tono y la entonación a la hora de dirigirnos al usuario debe de ser la adecuada.
• Los gestos y el movimiento del cuerpo que no reflejen brusquedad
• Nunca invadir el espacio vital

La atención correcta ante el usuario:
• Lo que debe de hacerse:
Estar identificado
Actuar con naturalidad
Sonreír
Disponer de toda la información
Seguir normas de conducta/educación
• Lo que no debe hacerse:
Ser negativo
Infravalorar al usuario
No cumplir promesas
Hablar a la vez con los compañeros
Siguiendo estas pautas lograremos que el usuario se encuentra cómodo y satisfecho.

5 Discusión-Conclusión

Después de analizar los artículos sobre la atención al usuario, podemos llegar a la conclusión de que un buen trato, con asertividad, buena presencia, siendo fiable y cuidando el aspecto físico, así como mantener limpias las zonas de trabajo produce un aumento claro de la posible satisfacción al usuario.

6 Bibliografía

- Ley 8/2003, de 8 de abril, sobre derechos y deberes de las personas en relación con la salud (B.O.C. y L. nº 71 de 14-04-2003)
- Jaráiz Gulías, Erika. La gestión de la atención primaria: confianza y satisfacción en el sistema sanitario de Galicia. [Documento en Línea]. Revista de Investigación Políticas y Sociológicas (RIPS). Volumen 8. Número 2. Págs. 69-83. (2009). <> http://hdl.handle.
net/10347/8380 [Fecha de Consulta: 25 diciembre 2019]. ISSN 1577-239X
- Garcia Aparicio, J.; Herrero Herrero, L; Corral Gudino, L.; Jorge Sanchez, R. Calidad percibida por los usuarios de un servicio de Medicina interna tras 5 años

de aplicaion de una encuesta de satisfacción. Volumen 25. Numero 2. Marzo 2010-Abril 2010 . [Documento en Línea]<> http://zl.elsevier.es/es/revista/calidad-asistencial-256/
calidad-percibida-los-usuarios-un-servicio-medicina13148453-originales-2010

Capítulo 1640

ACOSO LABORAL EN EL ÁMBITO SANITARIO. TIPOS Y FORMAS.

INMACULADA VILLAVERDE MIRANDA

MARÍA JOSÉ ARBAS FERNÁNDEZ

SUSANA PINTO GARCÍA

MARIO FERNÁNDEZ SARIEGO

CARMEN FERNÁNDEZ ÁLVAREZ

1 Introducción

El acoso laboral o acoso moral en el trabajo se le conoce con el nombre ingles de mobbing. Se trata de la acción de un hostigador o varios que buscan producir miedo, desprecio o terror en la victima. El trabajador o grupo de trabajadores reciben violencia psicológica injustificada a través de actos negativos dentro o fuera del trabajo. Puede darse entre compañeros del mismo rango profesional o bien entre un compañero y un profesional superior y/o viceversa.

Este acoso laboral afecta tanto a la productividad y a la motivación de los trabajadores, como a su bienestar psicosocial dentro y fuera de la empresa.

2 Objetivos

- Identificar los tipos de acosos laborales existentes en el mundo profesional sanitario y sus distintas formas de ejecución.

3 Metodología

La metodología utilizada para lograr nuestro objetivo es realizar una búsqueda bibliográfica en páginas especializadas como pueden ser Medline, Pubmed, Cochrane…y en revistas de corte científico como son Science, Medicina y seguridad en el trabajo, Nature… para ello se realizaron búsquedas con indicadores y palabras claves: Mobbing, acoso laboral, mundo sanitario, Wokplace Bulling.

En esta busque da se localizaron e identificaron unas 15 referencias de las cuales solo 4 cumplieron los criterios de inclusión.

En función de los objetivos que hemos planteados se extrajo la información respectiva después de una lectura a texto completo.

4 Resultados

En la revisión sistemática realizada a través de una búsqueda bibliográfica en las bases de datos anteriormente citadas hemos llegado a la identificación de los siguientes conceptos, tipos y formas de acoso laboral en personal sanitario y obtenido los siguientes resultados.

En España, el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo ha definido el acoso laboral como "Una situación en la que una persona ejerce una violencia psicológica extrema, de forma sistemática y recurrente (como media una vez por semana) y durante un tiempo prolongado (como media unos seis meses) sobre otra persona o personas en el lugar de trabajo con la finalidad de destruir su reputación, perturbar el ejercicio de sus labores y lograr que finalmente esa persona o personas acaben abandonando su lugar de trabajo".

Debemos señalar una puntualización importante, porque muchas veces se emplea incorrectamente el término de mobbing, utilizándolo erróneamente en situaciones de estrés laboral o disputas o malas relaciones entre compañeros.

Por este motivo se delimitó el concepto de mobbing, asignándole unos criterios definitorios:
- La situación se debe realizar en el entorno laboral o cumplimiento de las obligaciones laborales.
- La situación se traduce como una agresión contra cualquier, no es solo una discriminación por motivos de edad, genero, raza, nacionalidad, creencias…

- Esta situación de agresión se mantiene durante un mínimo de seis meses y con una frecuencia semanal.
- La finalidad de esta situación es hacer daño.
- La persona víctima se encuentra en una situación de indefensión, que le repercute en su rendimiento laboral, salud física y psíquica, así como en su ámbito social.

El hostigamiento sufrido en el trabajo a través del acoso laboral desencadena alteraciones psicológicas, disminución del rendimiento laboral, una desmotivación laboral, etc.
Dentro de los profesionales más frecuentemente afectados por el acoso laboral están los trabajadores de la salud, es decir profesionales del ámbito sanitario.

Hemos diferenciado tres tipos de mobbing o acoso laboral:
- Ascendente: de empleado de rango inferior hacia empleado de rango superior.
- Horizontal: entre compañeros de mismo rango.
- Descendente: de empleado de rango superior a empleado de rango inferior.
En nuestra búsqueda hemos localizado una serie de conductas más habituales en el acoso laboral:
- Discriminación laboral del trabajador, es decir le dificultan desarrollar su trabajo, limitándole la información para poder realizar el mismo.
- Aislamiento laboral, es decir se le dificultan las vías de comunicación incluso llegando a ocultarle algunas reuniones para evitar que se presente.
- Selección de tareas asignadas, dándole funciones inferiores a las que le corresponden al trabajador sanitario, o también se le puede exigir tareas que no se quieren llevar a cabo.
- Le pueden sobrecargar de trabajo asignándole tareas excesivas o con tiempos cortos, incrementando la presión sobre el mismo trabajador.
- Al trabajador se le rebaja de funciones, se le baja de categoría profesional o asignan tareas a terceros.
- Otra conducta habitual es culpabilizarle critican su trabajo o infravalorándolo.
- La fata de respeto e insultos es otra conducta negativa hacia el trabajador, pudiendo llegar a agresiones verbales o físicas.
- Las insinuaciones o comentarios sobre el trabajo profesional o vida profesional dentro y fuera del trabajo, pudiendo incluso llegar a la difamación profesional o personal.

Hemos diferenciado también a través de esta revisión sistemática, varias fases o estadíos en la evolución del acoso laboral o mobbing.

Estas fases o secuencias varían de unos autores a otros. Así por ejemplo Leymann a partir de sus experiencias desarrollo cuatro fases que habitualmente se dan en estos procesos: fase de conflicto, fase de estigmatización, fase de intervención desde el propio centro de trabajo y fase de marginación o exclusión de la vida laboral y social.

Pero también se encontraron otros autores que consideran que en esta secuencia participan cinco estadios, indicando el primer paso del mobbing como la fase de seducción.

• Fase de seducción.
En esta fase se trata de descubrir los puntos débiles de la futura victima para posteriormente atacarle.

• Fase de conflicto.
En esta fase surge un primer conflicto que, en lugar de aclararse, resolverse u olvidarse, pues se cronifica y enquista.

Hay situaciones donde la causa del conflicto se inventa o distorsiona por el acosador como pretexto para atacar a la víctima. En esta fase seria importante acabar con el ataque del hostigador, ya que aún no se produjeron daños irreparables en la relación. En la mayoría de las veces, las causas del cambio en la relación entre el acosador y la victima suele ser motivos de envidia, celos, competitividad, ansia de ascensos, visión de la víctima como competidora, etc.

Habitualmente la víctima no suele entender los motivos de las presiones por lo que no puede defenderse correctamente y solo suele buscar el apoyo de la organización.

Si el acoso laboral continua durante un tiempo, la victima empieza a tener manifestaciones como desajuste del sueño, problemas de ansiedad, etc., que le distorsionan su vida laboral y social.

• Fase de estigmatización.
En esta fase empieza el comportamiento acosador sobre la víctima y puede esta negar las evidencias ante la ignorancia, pasividad o rechazo del resto del grupo. El hostigador buscara siempre el apoyo del grupo, bien sea por inclusión o por omisión. En esa fase la presión del acoso se incrementa con la finalidad de intimidar a la víctima y haciéndole ver que su defensa puede incrementar el empeoramiento de su situación.

• Fase de intervención desde el centro de trabajo.
En esta fase el problema trasciende al superior jerárquico o la dirección del centro de trabajo. Según los hechos detectados, los mecanismos de intervención son muy variados y serán en función de los hechos concretos, del tipo de víctimas y de acosadores, el tipo de organización y de la legislación vigente.
Las medidas tomadas por los responsables del centro pueden consistir en rotación de puestos, cambios de departamentos o secciones, intento de arreglo amistoso y a veces hasta incluso el despido.
Si en esta fase no se soluciona el conflicto entre acosador y acosado de un modo satisfactorio, aparecen los efectos negativos indeseables del mobbing en la víctima, pudiendo llegar incluso al abandono del puesto de trabajo.

• Fase de marginación.
En esta fase la victima ya presenta en su estado de salud un gran deterioro y desajuste de salud, que produce ausencias de su puesto de trabajo con bajas laborales cada vez más frecuentes, abandonando incluso en momentos su puesto de trabajo.
En caso muy difíciles y extremos, la victima puede llegar a una situación de autolisis. El motivo principal por el cual se debe realizar un diagnóstico correcto y en el menor tiempo posible, ya que los efectos negativos se incrementan cuanto más tiempo pase desde el inicio del conflicto.
Cunado en un conflicto se llega a esta etapa, hay un gran coste humano y social y los daños algunas veces llegan a ser irreversibles.

Un aspecto importante del acoso laboral en el ámbito sanitario, que en nuestra búsqueda hemos identificado, es el acoso psicológico al trabajador sanitario. Recordando brevemente la definición de acoso psicológico según el Diccionario de la Lengua Española que dice "el trato vejatorio y descalificador hacia una persona, con el fin de desestabilizarla psíquicamente". Este acoso atenta contra la integridad moral y la dignidad del trabajador y conlleva a su vez un maltrato psicológico y un abuso emocional. Los problemas emocionales producidos al trabajador conllevan asociados también una serie de aspectos que afectan a la vida cotidiana del mismo trabajador sanitario, como son el insomnio, la irritabilidad y el miedo a relacionarse con otros.

En nuestra investigación hemos observado que el trabajador acosado, en muchas ocasiones no es del todo consciente que está siendo acosado, y va perdiendo seguridad y autoestima, por todo ello las consecuencias observadas en el trabajador son el estrés, la ansiedad, depresión e incluso llegar al consumo de fármacos psi-

coactivos. En muchos casos puede haber una distorsión de las relaciones familiares, sociales con amigos, y en los casos más extremos se puede incluso llegar al suicidio.

Las formas del acoso psicológico pueden presentarse como ofensas verbales, amenazas, intimidación y constantes críticas. También es muy frecuente su presentación en forma de tácticas muy útiles como la intimidación, la vergüenza y la manipulación.

Según las publicaciones obtenidas para la realización de este trabajo, hemos podido destacar una serie de señales que podrían identificar un posible acoso psicológico.
- Humillación, centrado solo en lo negativo.
- Hay humillación pública.
- Humillación a través de la red.
- Hay causa de malestar.
- Hay acusación sin razón.
- Hay amenaza con hacer daño.
- Cuando tu autoestima se resiente.
- Cuando hay un comportamiento confuso.
- Cuando se dañan los objetos personales.
- Cuando no se cuenta con tu opinión.
- El trato es diferente a los demás.
- Cuando se vuelve a todos en contra.
- Cuando para dirigirse a nosotros se usa la burla y el sarcasmo.
- Hay chantaje emocional.
- ...

Cuanto más tiempo pasa en esta situación, más intenso se hace el acoso hacia el hostigado. Llega un momento que en la víctima se suma un sentimiento de culpa y un estado de confusión, pudiendo incluso llegar a una situación de desorientación total. Si además la víctima es una persona frágil con tendencia a culpabilizarse, esta sensación de culpabilidad puede llegar a extremos perjudiciales. Puede llegar el momento en que la víctima empiece a creer que todas las provocaciones del agresor son debidas a ella o a alguna característica de ella.

Esta situación hace que la víctima este más preocupada por como hace las cosa que al proceso en sí mismo, por lo que cometerá equivocaciones más severas y con más frecuencia, que serán utilizadas por el hostigador como una justificación a sus críticas. Esa situación de presión genera una tensión emocional que pueden

acabar haciendo a la víctima estallar en lloros, acciones de ira, que son habituales después de un acoso prolongado en el tiempo, lo que servirá al acosador para ver conseguidas sus pretensiones y que además utilizará para hacerse con nuevos aliados.

Las personas del entorno profesional que ignoran o colaboran con el agresor, aunque sea de forma más o menos intencionada, mantendrán y agravaran la situación de abuso.

En nuestra revisión bibliográfica, también se identificó un tipo de acoso laboral, muy concreto, que también genera una forma de violencia contra las personas, como es el acoso sexual en el ámbito laboral. Este se define como la intimidación o acoso de naturaleza sexual, o violación, promesas no deseadas o inapropiadas a cambios de favores sexuales. En la mayoría de los contextos jurídicos modernos el acoso sexual es ilegal y representa un delito castigado con duras penas.

Una directiva del Parlamento europeo define como acoso sexual, "la situación en que se produce cualquier comportamiento verbal, no verbal o físico no deseado, de índole sexual, con el propósito o el efecto de atentar contra la dignidad de una persona, en particular cuando se crea un entorno intimidatorio, hostil, degradante, humillante u ofensivo".

En España, la ley de Igualdad para la Igualdad efectiva de hombres y mujeres aprobada en 2007, en su articulo 7 define el acoso sexual como "cualquier comportamiento, verbal o físico, de naturaleza sexual que tenga el propósito o produzca el efecto de atentar contra la dignidad de una persona, en particular cuando se crea un entorno intimidatorio, degradante u ofensivo".

Los comportamientos principales de acoso sexual en el ámbito laboral en general y en el medio sanitario en particular, que a través de nuestro estudio hemos identificado son los siguientes, y pueden ser de distinta naturaleza:
- Física: acercamientos innecesarios, violencia física, tocamientos…
- Verbal: llamadas de teléfono ofensivas, preguntas y rumores sobre el aspecto, orientación sexual, estilos de vida…
- No verbal: gestos de connotación sexual, enseñar objetos pornográficos, silbidos, gestos de connotación sexual…
- Etc.

5 Discusión-Conclusión

La presente revisión sistemática nos muestra una escasa producción bibliográfica sobre los tipos y formas de acoso laboral en el ámbito sanitario.

La revisión nos muestra los distintos tipos de acoso laboral en el mundo sanitario, y a la vez sus diferentes formas de ejecución.

Este trabajo nos muestra que el acoso laboral puede ser en diferentes direcciones, en sentido ascendente, cuando un trabajador con rango inferior acosa a un trabajador sanitario de rango superior, puede ser horizontal cuando el acoso es entre dos personas del mismo rango, o puede ser descendente cuando un superior jerárquico hostiga a un sanitario de rango inferior.

Las causas de acoso laboral en el medio sanitario son muy parecidas a las causas en el mundo laboral en general, suelen ser la envidia, los celos, la competitividad, el ansia de ascenso, etc.
Para que se hable de acoso laboral el hostigamiento al que es sometido la victima debe mantener al menos durante un tiempo mínimo de seis meses y cumplir unos criterios muy específicos.

El ritual de acoso es un procedimiento con unas fases bien definidas, que van desde la fase de seducción hasta la última fase que es la fase de marginación de la víctima. El acosador suele beneficiarse del consentimiento desentendido del entorno laboral del sector donde trabaja.

En el acoso por géneros, suele haber un balance muy superior de acoso laboral del género masculino hacia el género femenino, aunque el sentido inverso también existe, pero en mucha menor relación.

Dentro del acoso laboral en el mundo sanitario, el acoso psicológico es de los más agresivos y presencial. Este tipo de acoso deja unas importantes secuelas psicológicas en las personas sanitarias que lo sufren, tanto a nivel laboral como familiar y social llegando incluso en casos extremos al suicidio.

Un tipo de acoso muy habitual en el mundo laboral sanitario es el acoso sexual en el entorno laboral. Es un acoso laboral tipificado como delito y castigado con duras penas y sanciones.

6 Bibliografía

- Acoso psicológico en el trabajo. Observatorio Permanente de Riesgos laborales Psicosociales. Secretaria de Salud laboral y Medio ambiente. UGT. Madrid, Noviembre 2008.
- Organización mundial de la Salud. http//www.who.int/mediacentre/news/notes/2012/mental_health_day_/es/index.html.
- Víctor Adrián Harasemiuc, Jesús Raúl Diaz Bernal. 2013. Evidencia científica de la relación entre acoso laboral y depresión. Med Segur Trab (internet); 59 (232)361-371.
- Julián Manuel Domínguez Fernández, Inés Padilla Segura, Javier Domínguez Fernández, María Luisa Martínez Bagur, Gloria Ortega Martin.2012. Acoso laboral en trabajadores de atención a la salud. Med Segur Trab (internet) 2012; 58 (227) 117-127.

Capítulo 1641

SÍNDROME DE BURNOUT EN EL ÁMBITO SANITARIO.

INMACULADA VILLAVERDE MIRANDA

MARÍA JOSÉ ARBAS FERNÁNDEZ

SUSANA PINTO GARCÍA

MARIO FERNÁNDEZ SARIEGO

CARMEN FERNÁNDEZ ÁLVAREZ

1 Introducción

El síndrome de agotamiento profesional, o su término inglés burnout, que significa "estar o sentirse quemado por el trabajo, agotado, sobrecargado, exhausto", es una epidemia silenciosa que se expande a gran velocidad entre el personal de servicios o ayuda, cuya actividad va dirigida hacia otras personas, como es el personal sanitario.

El burnout, como describen algunos autores, se puede definir como "un conjunto de síntomas médico-biológicos y psicosociales, inespecíficos que se desarrollan en la actividad laboral como resultado de una demanda excesiva de energía".

En otras palabras, se puede decir que el burnout es como "una respuesta al estrés laboral crónico generado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado".

Esta situación se presenta con gran frecuencia en los profesionales de la salud producida por la relación profesional paciente y por la relación profesional-organización.

El burnout produce muchas consecuencias negativas en el sector sanitario desde el deterioro físico y emocional de sus profesionales, hasta desajuste de las relaciones interpersonales y profesionales, pasando por deterioro de las relaciones con el entorno social y familiar.

2 Objetivos

- Identificar las principales causas productoras de la situación de burnout en este tipo de profesionales, para posteriormente aplicar las medidas preventivas más adecuadas y acertadas.

3 Metodología

El método aplicado para la realización de este trabajo se fundamenta en una revisión sistemática de documentación bibliográfica y de artículos obtenidos de paginas especializadas como PubMed, Medline, Cochrane, etc., y de revistas nacionales e internacionales de corte científico.

Nuestras palabras claves para la realización de este estudio han sido: estrés laboral, síndrome de burnout, desgaste profesional, prevención.

4 Resultados

Los resultados obtenidos en este trabajo, nos indica que el burnout es una consecuencia directa del estrés laboral, "sufrido por los profesionales, que en su voluntad de querer adaptarse y responder a un exceso de demandas y presiones laborales, se esfuerzan de un modo intenso y sostenido en el tiempo, con una sobre exigencia y tensión que originan importantes riesgos de contraer enfermedades y afectar negativamente el rendimiento y la calidad del servicio".

De este trabajo también destacamos que el síndrome del burnout es un proceso multicausal y muy complejo, señalando como principales causas productoras de este agotamiento personal las siguientes: estrés, aburrimiento, pobres condiciones laborales, sobrecarga de trabajo, falta de estimulación, pobre orientación

profesional, aislamiento, crisis en el desarrollo de la carrera profesional.

Algunos autores también ven influencia directa de componentes personales como la edad, el sexo, variables familiares, personalidad, etc., factores ambientales relativos de la vida, como muerte de familiares, divorcios, nacimiento de hijos, etc., y factores sociales como la necesidad de ser un profesional de prestigio que tenga una alta consideración social, etc.

5 Discusión-Conclusión

El síndrome de burnout es un proceso insidioso resultante principalmente de la condición de estrés en el personal sanitario, que tiene muchas consecuencias negativas en el ámbito personal, laboral y social.

Las principales causas identificadas con la presencia de este problema están directamente relacionadas con las condicione del propio puesto de trabajo y sus condiciones laborales, aunque algunos investigadores también relacionan con esta situación laboral, algunos factores condicionantes como componentes personales, ambientales y sociales.

6 Bibliografía

-Influencia de factores personales y profesionales en el síndrome del Burnout en el personal sanitario.
Armand Grau, Daniel Flichtentrei, Rosa Suñer, María Prats, Florencia Braga. Rev Esp Salud Pública 2009; 83: 215-230.
- Síndrome de Burnout en el personal de Enfermería de un Hospital. Romana Albadalejo, Rosa Villanueva, Paloma Ortega, P. Astasio, M.E. Calle y V. Domínguez. Rev Esp Salud Pública 2004; 78: 505-516.
- Etiología y prevención del síndrome del Burnout en los trabajadores de la salud. María Noelia Vanessa Thomaé, Elio Adrián Ayala, Marina Soledad Sphan, Mercedes Alejandra Storti. Revista de posgrado de la VI Cátedra de Medicina-Nº153.-Enero 2006.

Capítulo 1642

RIESGOS PSICOSOCIALES EN EL ÁMBITO SANITARIO.

INMACULADA VILLAVERDE MIRANDA

MARÍA JOSÉ ARBAS FERNÁNDEZ

SUSANA PINTO GARCÍA

MARIO FERNÁNDEZ SARIEGO

CARMEN FERNÁNDEZ ÁLVAREZ

1 Introducción

Tradicionalmente los principales riesgos laborales abordados por los servicios de prevención de riesgos laborales han sido los relacionados con la ergonomía la higiene la seguridad, etc. A partir del siglo XX, los aspectos y factores psicosociales de la actividad laboral, se tienen cada vez más en cuenta en la detección precoz y en la prevención de los riesgos laborales.

2 Objetivos

Conocer los principales riesgos psicosociales del ámbito sanitario, así como, identificar los estresores laborales más relevantes, que influyen en el aspecto psicosocial, de dicho entorno laboral.

3 Metodología

El método utilizado para nuestro trabajo es una búsqueda documental exploratoria utilizando las bases de datos Medline, PubMed, Cochrane y Astursalud, y en revistas especializadas científicas como Medicina y Seguridad en el Trabajo. Hemos localizado 12 referencias de las cuales, solo 3 cumplieron los criterios de inclusión. Además, se han utilizado las palabras claves como: riesgo psicosocial, riesgos laborales, medio sanitario.

4 Resultados

Los resultados obtenidos en nuestra búsqueda indican, que los principales riesgos psicosociales más ampliamente reconocidos en el ámbito sanitario son estrés, mobbing acoso laboral, acoso sexual en el trabajo, burnout, inseguridad laboral, desgaste profesional, violencia en el trabajo, etc.
También, a través de este estudio se identificaron los estresores laborales más relevantes que influyen directamente en el aspecto psicosocial del entorno laboral sanitario, cómo pueden ser el ambiente físico, organización en el trabajo, estructura de la organización, demandas del propio empleo, relaciones interpersonales, etc.

5 Discusión-Conclusión

Los riesgos psicosociales y sobre todo el estrés, son riesgos laborales en entorno sanitario cada vez más relevantes, yse han convertido en uno de los principales riesgos para la salud y la seguridad laboral. Estos aspectos son unos riesgos emergentes a tener muy en cuenta en la prevención de riesgos laborales, ya que pueden tener una importante repercusión a nivel de productividad y también en el deterioro de la calidad del trabajo.

6 Bibliografía

- Acoso psicológico en el trabajo revisión de la literatura y nuevas líneas de investigación. Alfredo Rodríguez Muñoz. Med Segur Trab. 2011 .57 suplemento uno. 262
- Acoso laboral en trabajadores de atención a la salud. Julián Manuel Domínguez Fernández, Inés Padilla segura, Javier Domínguez Fernández María Luisa

Martínez Bagur, Gloria Ortega Martín, Miguel García Espejo. Med Segur Trab. 2012. 58. 227. 117-127 de vida personal del personal sanitario.

Capítulo 1643

ESTRÉS EN EL ÁMBITO SANITARIO Y SUS CONSECUENCIAS

INMACULADA VILLAVERDE MIRANDA

CARMEN FERNÁNDEZ ÁLVAREZ

MARÍA JOSÉ ARBAS FERNÁNDEZ

SUSANA PINTO GARCÍA

MARIO FERNÁNDEZ SARIEGO

1 Introducción

Se define el estrés como la reacción del cuerpo a un desafío o demanda. En pequeños episodios el estrés puede ser positivo, como cuando le ayuda a evitar el peligro o cumplir con una situación límite. Pero cuando el estrés se prolonga mucho tiempo, puede dañar su salud.

El cuerpo reacciona ante el estrés liberando hormonas. Estas hormonas hacen que el cerebro esté más alerta, causa que los músculos se tensionen y aumenta su pulso. A corto plazo, estas reacciones son beneficiosas porque pueden ayudar a manejar la situación que causa el estrés.

Cuando se sufre de estrés crónico, el cuerpo se mantiene alerta incluso cuando no hay peligro. Con el tiempo, esto incluye:
• Presión arterial alta
• Insuficiencia cardíaca

• Diabetes
• Obesidad
• Depresión o ansiedad
• Problemas de la piel, como acné o eczema
• Problemas menstruales

El estrés puede causar muchos tipos de síntomas físicos y emocionales.
• Diarrea o estreñimiento
• Mala memoria
• Dolores y achaques frecuentes
• Dolores de cabeza
• Falta de energía o concentración
• Cuello o mandíbula rígidos
• Cansancio
• Problemas para dormir o dormir demasiado
• Malestar de estómago
• Uso de alcohol o drogas para relajarse
• Pérdida o aumento de peso

2 Objetivos

- Describir y enumerar las consecuencias personales y dentro ámbito profesional que causan el estrés en el personal sanitario.

3 Metodología

Para el trabajo se ha realizado una búsqueda intensiva y una revisión bibliográfica en las principales webs tales como Pudmed y Medline.

4 Resultados

Las consecuencias que se pueden apreciar en el personal sanitario producido por el estrés son:
• Físicas, tales como trastornos digestivos, cardiovasculares, endocrinos.
• Psíquicas, entre los cuales se pueden encontrar el negativismo, falta de confianza entre otros.
• Organizativas que pueden afectar en el rendimiento.

5 Discusión-Conclusión

El problema del estrés o también llamado burnout, es cada vez más frecuente dentro del mundo sanitario y acarea, a parte de los problemas físicos y psíquicos del personal, también un elevado coste económico para los hospitales.

Como el origen del estrés puede ser multicausal, para poder solucionar o disminuir este estrés, habría que estudiar y tratar cada caso individualmente, pero a su vez, las administraciones deberían de modificar aspectos generales de la organización y estructura.

6 Bibliografía

- El estrés en el personal sanitario hospitalario: estado actual. José Ignacio Aguado Martín, Ainhoa Bátiz Cano, Salomé Quintana Pérez. 2013 Met Segur Trab; 2013 (59) 231. 259-275.
- Claves para reconocer y superar el acoso psicológico en el trabajo. Iñaki piñuel. Manual de autoayuda. Editorial Aguilar. Buenos Aires. 2013-2003.

Capítulo 1644

PROMOCIÓN A LA SALUD

CLARA ISABEL FIDALGO LOPEZ

1 Introducción

Según la OMS, la promoción a la salud permite que las personas tengan un mayor control de su propia vida. La promoción a la salud se a venido considerando como una de las funciones y objetivos de los servicios sanitarios. Es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. Abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a aumentar las habilidades y capacidades de las personas, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas que tienen impacto en los determinantes de salud. La existencia de un proceso de capacitación de personas y comunidades puede ser un signo para determinar si una intervención es de promoción de salud o no.

2 Objetivos

- Permitir que las personas tengan un mayor control de su propia salud.
- Abarcar una amplia gama de intervenciones sociales y ambientales destinadas a beneficiar y proteger la salud y la calidad de vida individuales mediante la prevención y solución de las causas primordiales de los problemas de salud, y no centrándose únicamente en el tratamiento y la curación.
- Facilitar la coordinación intersectorial y el trabajo en red.
- Facilitar el acceso a las personas y grupos en situación de desigualdad.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

En consecuencia este informe se centra en la promoción de la salud, como un nivel necesario de la atención integral, imprescindible para una respuesta eficaz a los problema de salud más relacionales y de origen social. Cuando se refiere a la educación para la salud lo hace considerándola como un instrumento necesario para cada uno de los niveles de atención, también y sobre todo de la promoción de la salud de la que se sirve técnica y siguiendo un método.

5 Discusión-Conclusión

En consecuencia este informe se centra en la promoción de la salud, como un nivel necesario de la atención integral, imprescindible para una respuesta eficaz a los problema de salud más relacionales y de origen social. Cuando se refiere a la educación para la salud lo hace considerándola como un instrumento necesario para cada uno de los niveles de atención, también y sobre todo de la promoción de la salud de la que se sirve técnica y metodológica mente.

6 Bibliografía

- http//wwwscielo.com.
- Google en distintas revistas científicas.

Capítulo 1645

EL ACOSO LABORAL

CLARA ISABEL FIDALGO LOPEZ

1 Introducción

El acoso laboral es una conducta intimidatoria que se practica contra el trabajador e impacta de manera negativa, la salud de la persona (física y emocional), su desempeño y a su vez la calidad de vida.
El mobbing o terror psicológico en el ámbito laboral consiste en comunicación hostil y sin ética, dirigida de manera sistemática por uno o varios individuos contra otro, que es así arrastrado a una posición de indefensión y es activamente mantenido en ella. ESTO REPERCUTE EN EL DESARROLLO DEL TRABAJO Y EN SU VIDA PRIVADA, SIENDO CADA VEZ MAS INSOPORTABLE.

2 Objetivos

- Evaluar el acoso laboral y su relación con los niveles de calidad de vida, ansiedad y depresión en distintas especialidades en hospitales y centros de salud.
- Buscar herramientas, para que esta lacra de la sociedad finalice de una vez por todas, incluyendo penas de prisión.
- Determinar los procedimientos de actuación ante situaciones de acoso laboral.
- Valorar el grado de desarrollo en las empresas de procedimientos de actuación ante situaciones de acoso psicológico en el trabajo.
- Conocer qué otros procedimientos de actuación ante distintos tipos de situaciones de violencia laboral.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Los procedimientos de actuación ante situaciones de acoso laboral tiene como objetivo valorar el grado de desarrollo en las empresas de procedimientos de actuación ante situaciones de acoso psicológico en el trabajo, así como también conocer qué otros procedimientos de actuación ante distintos tipos de situaciones de violencia laboral se están desarrollando.
Si cada uno hace su parte, las relaciones mejorarán. Sin duda, este tipo de comportamientos basados en el respeto se pueden llevar al ámbito privado y tendrán también un impacto positivo en la vida personal: pareja, familia, amistades.

5 Discusión-Conclusión

Para evitar el acoso laboral han de seguirse estos puntos:

- Una política de empresa en relación al acoso moral.
- Un sistema de comunicación del caso para saber a quién y cómo se va informar una vez resuelto el caso.
- Un procedimiento de actuación donde se especifica como realizar la investigación.
- La manera en que se realizará la difusión del procedimiento a todos los trabajadores.
- Definir qué agentes deben estar informados durante el proceso.
- Sobre todo que den seguridad y refuercen su auto estima.

Este protocolo de seguimiento es fundamental, en cada caso. Sobre todo tener mucha ayuda psicológica para seguir con su vida laboral y personal sin problemas.

6 Bibliografía

- Amaib (asociación de ayuda contra el maltrato).
- Semergen (medicina de familia).

Capítulo 1646

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LOS DERECHOS Y DEBERES DE LOS USUARIOS Y PACIENTES

CRISTINA MENÉNDEZ ÁLVAREZ

MARIA SONIA IGLESIAS ÁLVAREZ

1 Introducción

Los derechos y deberes de los usuarios y pacientes del Sistema Nacional de Salud se recogen preferentemente en las siguientes normas:
- Ley 14/1986, General de Sanidad en su artículo 10.
- Ley 41/2002, Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud
- Constitución Española de 1978, art. 43 derecho a la protección de la salud

La importancia que tienen los derechos de los pacientes como eje básico de las relaciones en el ámbito sanitario se pone de manifiesto al constatar el interés que han demostrado por los mismos casi todas las organizaciones internacionales con competencia en la materia. Así organizaciones como Naciones Unidas, UNESCO o la Organización Mundial de la Salud, o, más recientemente, la Unión Europea o el Consejo de Europa, entre muchas otras, han impulsado declaraciones o, en algún caso, han promulgado normas jurídicas sobre aspectos genéricos o específicos relacionados con esta cuestión.

En este sentido, es necesario mencionar la trascendencia de la Declaración Universal de Derechos Humanos, del año 1948, que ha sido el punto de referencia

obligado para todos los textos constitucionales promulgados posteriormente o, en el ámbito más estrictamente sanitario, la Declaración sobre la Promoción de los Derechos de los Pacientes en Europa, promovida el año 1994 por la Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud.

Cabe subrayar la relevancia especial del Convenio del Consejo de Europa para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano respecto de las aplicaciones de la biología y la medicina (Convenio sobre los derechos del hombre y la biomedicina), suscrito el día 4 de abril de 1997, el cual ha entrado en vigor en España el 1 de enero de 2000.

El derecho a la protección de la salud reflejado en el artículo 43 de la Constitución de 1.978 hace mención a los derechos relacionados con la información clínica y la autonomía individual de los pacientes correspondiente a la salud, habiendo sido regulado estatalmente, por la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Siendo esta Ley General de Sanidad la que puntualiza la voluntad de humanización de los servicios sanitarios, respetando la dignidad de la persona y la libertad individual por una parte, y por otra, especifica que la organización sanitaria permitirá garantizar la salud como derecho de la población mediante la estructura del Sistema Nacional de Salud, debiendo asegurarse en condiciones de escrupuloso respeto a la intimidad personal y a la libertad individual relacionada con el usuario, garantizando en todo caso la confidencialidad de la información que se relaciona con los servicios sanitarios que se otorgan y sin ningún tipo de discriminación.

En septiembre de 1997, en desarrollo de un convenio de colaboración entre el Consejo
General del Poder Judicial y el Ministerio de Sanidad y Consumo, tuvo lugar un seminario conjunto sobre información y documentación clínica, en el que se debatieron los principales aspectos normativos y judiciales en la materia. Al mismo tiempo, se constituyó un grupo de expertos a quienes se encargó la elaboración de unas directrices para el desarrollo futuro de este tema. Este grupo suscribió un dictamen el 26 de noviembre de 1997, que se tuvo en cuenta en la elaboración de los principios fundamentales de la Ley 41/2002..

La Ley 41/2002 de 14 de noviembre básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, regula los derechos y obligaciones de los paciente, usuarios, y profesionales. También regula los derechos y las obligaciones de los centros y servicios sanitarios públicos y privados en materia de autonomía del paciente y de la información y

documentación clínica.

La LAP desarrolla cuestiones que la Ley General de Sanidad de 1986 (LGS) trataba de manera insuficiente: la información, el consentimiento o la historia clínica, recogiendo los criterios jurisprudenciales que sobre estas materias se han ido desarrollando desde la promulgación de la LGS. También introduce algunos aspectos novedosos, como la clasificación de las formas de limitación de la incapacidad, la atribución a los médicos de la capacidad para evaluarla, las voluntades anticipadas o testamento vital, la figura del médico responsable de la información y la fijación de los 16 años como la mayoría de edad sanitaria y que todo trabajador del SESPA tiene el deber de conocer y respetar.

2 Objetivos

- Enumerar los derechos y deberes fundamentales que el auxiliar administrativo debe conocer respecto de los usuarios y pacientes de los servicios sanitarios.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo se ha realizado una búsqueda en (BOE) y en manuales formativos de referencia: Universidad de Nebrija y también se han consultado artículos en las principales bases de datos:" Pubmed", " Scielo" y "Google Académico".
Se han utilizado para ello los términos: "derechos usuarios o pacientes", "deberes usuarios pacientes", "auxiliar administrativo y derechos pacientes¨.

4 Resultados

Como usuario/a de los Servicios de Salud, se tienen los siguientes derechos y obligaciones:

Derechos:
1. Al respeto de su personalidad, dignidad humana e intimidad, a la autonomía de su voluntad y a la no discriminación.
2. A la información completa y continuada sobre su proceso (diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento), en términos comprensibles para él y, en su caso, a sus familiares o personas legalmente responsables y al respeto de la voluntad de no ser informado.

3. Al acceso, con las reservas marcadas por la ley, a la documentación que integra su historia clínica y a la obtención de copia de sus datos y a que los centros sanitarios dispongan de mecanismos de custodia activa y diligente de las historias clínicas.
4. A la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso y estancia en cualquier centro sanitario.
5. A disponer, en todos los centros, servicios y establecimientos sanitarios y sociosanitarios, de una carta de derechos y deberes por la que ha de regirse su relación con los mismos y a la formulación de sugerencias y reclamaciones, así como a recibir respuesta por escrito dentro del plazo reglamentario.
6. A participar en las actividades sanitarias, a través de las instituciones comunitarias en los términos establecidos por la ley.
7. A la información suficiente, comprensible y adecuada sobre los factores, situaciones y causas de riesgo para la salud individual y colectiva y sobre los servicios, unidades asistenciales y prestaciones sanitarias y sobre los requisitos necesarios para su uso y acceso.
8. A que se les extienda certificación acreditativa de su estado de salud, que será gratuita cuando así se establezca por una disposición legal o reglamentaria.
9. A la promoción y educación para la salud.
10. A las prestaciones sanitarias.
11. A obtener los medicamentos y productos sanitarios que se consideren necesarios en los términos que se establezcan por la Administración General del Estado.
12. A la igualdad en el acceso y uso de los servicios sanitarios.
13. A la libre elección de médico general, pediatra (hasta los 14 años), de entre los que presten sus servicios en la Zona Básica de Salud o en el municipio de su lugar de residencia.
14. A la elección, previa indicación facultativa, entre los Servicios y Centros que forman parte de la red sanitaria de utilización pública.
15. A la asignación e identificación de un médico (y suplente en caso de ausencia) que asumirá la responsabilidad ordinaria en relación con el equipo asistencial durante su proceso, así como de la situación de ingreso, y garantizara su derecho a la información.
16. A ser advertido y autorizar previamente y por escrito, los procedimientos que se realicen cuando vayan a ser utilizados en un proyecto docente o de investigación, que, en ningún caso podrá comportar peligro adicional para su salud.
17. A la libre elección entre las opciones clínicas disponibles, después de recibir la información adecuada, siendo preciso el consentimiento previo del paciente para la realización de cualquier intervención, excepto en los supuestos legales

establecidos.
18. A negarse a cualquier tratamiento, excepto en los supuestos legales establecidos, debiendo para ello solicitar y firmar el alta voluntaria.
19. A revocar por escrito su consentimiento previo.
20. A la constancia por escrito o en soporte técnico adecuado de todo su proceso y a recibir su informe de alta al finalizar la estancia en una institución hospitalaria.
21. A una segunda opinión facultativa, según la normativa vigente.
22. A programas y actuaciones especiales y preferentes (niños, ancianos , enfermos mentales, enfermedades crónicas e invalidantes y las que pertenezcan a grupos específicos reconocidos sanitariamente como riesgo).
23. Derecho a manifestar por escrito sus instrucciones previas sobre los cuidados y tratamientos de su salud o, en caso de fallecimiento, el destino de su cuerpo y órganos.

Deberes:
1. Deber de cumplimiento de las prescripciones y ordenes sanitarias conforme a lo establecido legalmente.
2. Deber de tolerancia, así como de colaboración para el éxito de las medidas sanitarias adoptadas para la prevención de riesgos, protección de la salud o la lucha contra las amenazas a la salud pública, especialmente en estado de necesidad (art. 1, 2 y 3 de la Ley Orgánica 3/86, de 14 de abril, de medidas especiales en materia de Salud Pública).
3. Deber de responsabilidad, conforme a las normas, del uso, cuidado y disfrute de las instalaciones, servicios y prestaciones de la red sanitaria de utilización pública.
4. Deber de respeto a la dignidad personal y profesional de cuantos prestan sus servicios en la red sanitaria de utilización pública.
5. Deber de observancia de las normas y veracidad en el uso de los recursos y prestaciones del sistema (bajas laborales, incapacidad para el trabajo asistencia terapéutica y social).
6. Deber, como paciente, de observancia del tratamiento prescrito, o firmar, en caso de rechazo a las actuaciones sanitarias, el documento de alta voluntaria; de negare, a propuesta del médico responsable, la dirección del centro podrá dar el alta forzosa.
7. Deber de facilitar los datos sobre su estado físico o su salud de manera leal y verdadera y de colaborar en su obtención.

Además de estos derechos, la Ley General de Sanidad desarrolla en su articulado otros principios que inciden en los derechos y deberes de los ciudadanos, cabe

destacar:

EL DERECHO DE INFORMACIÓN SANITARIA.
Los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma, salvando los supuestos exceptuados por la Ley. Además, toda persona tiene derecho a que se respete su voluntad de no ser informada. La información, que como regla general se proporcionará verbalmente dejando constancia en la historia clínica, comprende, como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias. La información clínica forma parte de todas las actuaciones asistenciales, será verdadera, se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad.

El médico responsable del paciente le garantiza el cumplimiento de su derecho a la información. Los profesionales que le atiendan durante el proceso asistencial o le apliquen una técnica o un procedimiento concreto también serán responsables de informarle.

El titular del derecho a la información es el paciente. También serán informadas las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho, en la medida que el paciente lo permita de manera expresa o tácita.
El paciente será informado, incluso en caso de incapacidad, de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión, cumpliendo con el deber de informar también a su representante legal.

Cuando el paciente, según el criterio del médico que le asiste, carezca de capacidad para entender la información a causa de su estado físico o psíquico, la información se pondrá en conocimiento de las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho.

El derecho a la información sanitaria de los pacientes puede limitarse por la existencia acreditada de un estado de necesidad terapéutica. Se entenderá por necesidad terapéutica la facultad del médico para actuar profesionalmente sin informar antes al paciente, cuando por razones objetivas el conocimiento de su propia situación pueda perjudicar su salud de manera grave. Llegado este caso, el médico dejará constancia razonada de las circunstancias en la historia clínica y comunicará su decisión a las personas vinculadas al paciente por razones familiares o de hecho.

EL DERECHO A LA INTIMIDAD

Toda persona tiene derecho a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud, y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización amparada por la Ley.

Los centros sanitarios adoptarán las medidas oportunas para garantizar los derechos a que se refiere el párrafo anterior, y elaborarán, cuando proceda, las normas y los procedimientos protocolizados que garanticen el acceso legal a los datos de los pacientes.

DERECHO INFORMACIÓN

Los pacientes y los usuarios del Sistema Nacional de Salud tendrán derecho a recibir información sobre los servicios y unidades asistenciales disponibles, su calidad y los requisitos de acceso a ellos.

Los servicios de salud dispondrán en los centros y servicios sanitarios de una guía o carta de los servicios en la que se especifiquen los derechos y obligaciones de los usuarios, las prestaciones disponibles, las características asistenciales del centro o del servicio, y sus dotaciones de personal, instalaciones y medios técnicos. Se facilitará a todos los usuarios información sobre las guías de participación y sobre sugerencias y reclamaciones.

DERECHOS DE ACCESO A LA HISTORIA CLÍNICA

El paciente tiene el derecho de acceso a la documentación de la historia clínica y a obtener copia de los datos que figuran en ella. Los centros sanitarios regularán el procedimiento que garantice la observancia de estos derechos.

El derecho de acceso del paciente a la historia clínica puede ejercerse también por representación debidamente acreditada.

El derecho al acceso del paciente a la documentación de la historia clínica no puede ejercitarse en perjuicio del derecho de terceras personas a la confidencialidad de los datos que constan en ella recogidos en interés terapéutico del paciente, ni en perjuicio del derecho de los profesionales participantes en su elaboración, los cuales pueden oponer al derecho de acceso la reserva de sus anotaciones subjetivas.

Los centros sanitarios y los facultativos de ejercicio individual sólo facilitarán el acceso a la historia clínica de los pacientes fallecidos a las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho, salvo que el fallecido lo hubiese prohibido expresamente y así se acredite. En cualquier caso el acceso de un tercero a la historia clínica motivado por un riesgo para su salud se limitará a los datos pertinentes. No se facilitará información que afecte a la intimidad del fallecido ni a

las anotaciones subjetivas de los profesionales, ni que perjudique a terceros.

DERECHO A LA INFORMACIÓN EPIDEMIÓLOGIGA
Los ciudadanos tienen derecho a conocer los problemas sanitarios de la colectividad cuando impliquen un riesgo para la salud pública o para su salud individual, y el derecho a que esta información se difunda en términos verdaderos, comprensibles y adecuados la protección de la salud, de acuerdo con lo establecido por la Ley.

DERECHO EMISIÓN DE CERTIFICADOS MÉDICOS.
Todo paciente o usuario tiene derecho a que se le faciliten los certificados acreditativos de su estado de salud. Éstos serán gratuitos cuando así lo establezca una disposición legal o reglamentaria.

Los profesionales sanitarios, además de las obligaciones señaladas en materia de información clínica, tienen el deber de cumplimentar los protocolos, registros, informes, estadísticas y demás documentación asistencial o administrativa, que guarden relación con los procesos clínicos en los que intervienen, y los que requieran los centros o servicios de salud competentes y las autoridades sanitarias, comprendidos los relacionados con la investigación médica y la información epidemiológica.

5 Discusión-Conclusión

Es necesario que todo el equipo administrativo conozca la Carta de Derechos y Deberes, así como la legislación que desarrolla esos derechos. Será pues indispensable que tenga y reciba formación sobre este tema y sobre cómo aplicar los derechos de acuerdo con las normas establecidas. Es necesario respetar los derechos legalmente establecidos. Un ejemplo destacable, reconocido por todas las cartas es el "derecho a la dignidad de la persona" pues de él derivan otros derechos.

El compromiso de los administrativos es necesario para asegurar el respeto a los derechos y deberes de los ciudadanos, usuarios de los servicios de salud. De ahí la importancia de conocer y difundir las Cartas de Derechos y Deberes, cobrando especial relevancia la garantía de su cumplimiento.

Fruto del compromiso es la información al usuario sobre sus derechos y deberes. El administrativo y el equipo del que forma parte pueden encargarse de que la información escrita (folletos, tablón de noticias, etc.) sobre la Carta de Derechos

y Deberes esté siempre disponible en el punto y el momento adecuados. A su vez el administrativo de la salud debe difundir activamente las Cartas de Derechos y Deberes en su entorno profesional y, junto con el equipo de administrativos, reflexionar sobre ellos y su marco de aplicación.

El conocimiento por parte del auxiliar administrativo en relación a los derechos de los usuarios y los pacientes es fundamental, sobre todo en materia del tratamiento de datos personales. Son varias las leyes a nivel europeo, estatal, provincial, que protegen este tipo de información personal de una manera clara y concreta, que hace que el incumplimiento de alguno de esos derechos pueda suponer hasta una falta muy grave para el trabajador suponiendo la separación del servicio por la simple ignorancia de la ley y no tomar las medidas oportunas para su tratamiento adecuado.

La correcta aplicación, por parte de los trabajadores del sector sanitario del uso, modificación y supresión de los derechos sobre la información de carácter personal de los usuarios y pacientes de los centros sanitarios es fundamental para dar correcta atención.

Lo más importante a tener en cuenta es el derecho a la intimidad, a que se respeten la confidencialidad de los datos personales sobre la salud de los pacientes y que nadie pueda acceder a ellos sin una autorización previa. Los centros de Salud y los Hospitales tendrán que adoptar unas medidas necesarias para garantizar dichos derechos, elaborando normas y procedimientos para el acceso legal de los datos.

6 Bibliografía

- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- Ley 16/2003, 18 de Mayo, Cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud
- Ley 1/1992, de 2 de julio, del Servicio de Salud del Principado de Asturias;
- Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.
- Garay, Oscar Ernesto. Derechos de los pacientes. En TEALDI, Juan Carlos (Director). Diccionario latinoamericano de Bioética. Universidad Nacional de Colombia. 2008.

- Garay, Oscar Ernesto. Los Derechos Fundamentales de los Pacientes, 1ª ed. Buenos Aires: Ad-Hoc. 2003

Capítulo 1647

EL LAVADO DE MANOS HOSPITALARIO.

MARIA FRANCISCA GARCIA RODRIGUEZ

1 Introducción

La limpieza y desinfección, constituyen, junto con la esterilización, los elementos primarios y más eficaces para romper la cadena epidemiológica de la infección intrahospitalaria y viene condicionado por dos elementos principales:
- El Huésped.
- El agente patógeno.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Conocer las actitudes y conocimientos sobre el lavado de manos que tiene el personal sanitario y no sanitario.

Objetivos secundarios:
- Revisión de los protocolos de lavado de manos.
- Evitar el posible contagio entre personal y enfermos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Menor contagio en centros de salud y hospitales, siendo esta barrera esencial para prevenir infecciones y demás patógenos, a su vez mayor ahorro económico para las Administraciones y Ayuntamientos.
Con esta medida tan sencilla pero esencial, el bien es común para toda la sociedad, hay que dar más charlas e información de su uso y práctica.

5 Discusión-Conclusión

Las infecciones hospitalarias aún se siguen investigando, desde muy diversos ángulos ya que constituyen un serio riesgo para todos aquellos pacientes que ingresan en un centro hospitalario.
Los gérmenes se ven cada vez más resistentes a los distintos tratamientos.
En relación al coste para la sanidad es muy importante, por eso, se está en reducir costes y apostar por la seguridad, para todos.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 1648

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA PROTECCIÓN DE DATOS

CRISTINA MENÉNDEZ ÁLVAREZ

1 Introducción

La Protección de Datos es un Derecho Fundamental desarrollado a partir del artículo 18.4 de la Constitución Española de 1978, el cual garantiza el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen. Este derecho hace referencia al poder de disposición y control sobre los datos personales que faculta a las personas físicas para consentir el conocimiento y tratamiento de sus datos por terceros. De esta manera es la persona física la única facultada para decidir lo que se puede hacer con sus datos de carácter personal.

La protección de datos alcanza cualquier tipo de dato personal, sea o no íntimo, cuyo conocimiento o empleo por terceros pueda afectar a sus derechos, sean o no fundamentales, porque su objeto no es sólo la intimidad individual, sino los datos de carácter personal. Por consiguiente, también alcanza a aquellos datos personales públicos, que, por el hecho de serlo, de ser accesibles al conocimiento de cualquiera, no escapan al poder de disposición del afectado porque así lo garantiza su derecho a la Protección de datos.

También por ello, el que los datos sean de carácter personal no significa que sólo tengan Protección los relativos a la vida privada o íntima de la persona, sino que los datos amparados son todos aquellos que identifiquen o permitan la identificación de la persona, pudiendo servir para la confección de su perfil ideológico, racial, sexual, económico o de cualquier otra índole, o que sirvan para cualquier

otra utilidad que en determinadas circunstancias constituya una amenaza para el individuo".

El derecho a la Protección de Datos como no podía ser menos tiene vital importancia en el ámbito sanitario, ya que los pacientes/usuarios aportan datos tanto personales como sobre su salud.

En desarrollo del citado artículo 18.4, fue aprobada la Ley Orgánica 5/1992, de 29 de octubre, derogada y sustituida por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, con objeto de garantizar y proteger, en lo que concierne al tratamiento de datos personales, las libertades públicas y los derechos fundamentales de las personas físicas, y especialmente de su honor e intimidad personal y familiar.

Esta ley a su vez fue derogada con la entrada en vigor, el 6 de diciembre de 2018, de La Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, (LOPDGDD.) que adapta la legislación española al Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y el Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de sus datos personales y a la libre circulación de estos datos.

Asimismo, el marco legislativo europeo también reconoce este derecho a la protección de datos y obliga a todos los Estados miembros a garantizarlo a sus ciudadanos. La carta de derechos fundamentales de la Unión Europea de 7 de Diciembre del 2000 recoge en su artículo 8 de manera específica el derecho de todas las personas a la protección de sus datos de carácter personal, el tratamiento de los mismos sobre los principios del consentimiento, la lealtad, la concreción de los fines o cualquier otro determinado legalmente, el derecho de acceso a los mismos y a su rectificación y al control de todos estos procesos por una autoridad independiente.

La Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y el Reglamento (UE) 2016/679, configuran el marco jurídico español de referencia para el personal de los servicios de salud respecto a la protección de datos.

2 Objetivos

- Analizar la legislación vigente en materia de protección de datos, cuyo conocimiento es fundamental por parte del personal de la administración san-

itaria.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también de artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, Google Académico y Google. Además de información de la página oficial www.boe.es.,
en el Portal de Salud del Principado de Asturias (ASTURSALUD) y en la web de la Agencia Española de Protección de datos.
Se han empleado los descriptores de: "protección de datos" y "protección de datos personal no sanitario"

4 Resultados

La LOPDGDD establece que el tratamiento de los datos personales, incluidos los datos de carácter sanitario está sometido al deber de confidencialidad por parte tanto de los responsables y encargados del tratamiento, como de todas las personas que intervengan en cualquier fase de éste.

La Ley Orgánica de Protección de Datos define dato de carácter personal como cualquier información numérica, alfabética, gráfica, fotográfica, acústica o de cualquier otro tipo que identifique o haga identificable a una persona física.

Así, el nombre y los apellidos de un paciente son datos de carácter personal, al igual que su nº de D.N.I, su dirección de correo electrónico, sus antecedentes médicos, el tratamiento que se le realiza, sus facturas, etc.,... porque todos estos datos aportan información sobre una persona física.

El Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica de Protección de Datos define dato de carácter personal relacionado con la salud como aquellas informaciones concernientes a la salud pasada, presente y futura, física o mental, de un individuo. En particular, se consideran datos relacionados con la salud de las personas los referidos a su porcentaje de discapacidad y a su información genética.

Por tanto, los datos personales existentes en bases de datos sanitarias son de dos tipos: los que identifican a la persona, tales como nombre y apellidos, dirección, teléfono, DNI, número de tarjeta sanitaria, etc...; y toda la información acerca

de su estado de salud, tales como pruebas diagnósticas, cirugías, medicamentos, antecedentes familiares, etc.

Toda esta información personal y de salud constituye la denominada "Historia clínica", que define la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (LAP) como: el conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial.

Ley Orgánica de Protección de Datos establece una serie de principios en los que se basan las obligaciones a cumplir al tratar datos de los pacientes:

PRINCIPIO DE CALIDAD DE LOS DATOS.
Sólo se podrán recoger datos de los pacientes cuando sean adecuados, pertinentes y no excesivos en relación con la finalidad para la que se hayan obtenido.
La finalidad debe ser determinada y se debe informar de la misma al paciente.

PRINCIPIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO.
Se debe informar a los pacientes de la existencia de un fichero, de la finalidad para la que sus datos son recabados, de los destinatarios de la información, de la identidad y dirección del responsable del fichero y de la posibilidad de ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición.

Se debe solicitar el consentimiento de los pacientes para poder tratar sus datos, salvo que nos encontremos en una de las excepciones que la Ley prevé ("cuando el tratamiento de datos resulte necesario para la prevención o el diagnóstico médicos, la prestación de asistencia sanitaria o tratamientos médicos o la gestión de servicios sanitarios, siempre que dicho tratamiento de datos se realice por un profesional sanitario sujeto al secreto profesional o por otra persona sujeta asimismo a una obligación equivalente de secreto") . Cuando se recogen datos de salud, la Ley establece, con carácter general, que el consentimiento tendrá que ser expreso.

PRINCIPIO DE SEGURIDAD.
Se debe cumplir con las medidas de seguridad y disponer de un documento de seguridad.
Las medidas de seguridad, de conformidad con el Reglamento que desarrolla la Ley Orgánica de Protección de Datos, se establecen en tres niveles en función del tipo de datos que se traten. Cuando se tratan datos de salud se deben cumplir las medidas de seguridad de nivel alto, ya que se trata de datos especialmente

protegidos.
Hay que señalar que las medidas de seguridad son de nivel acumulativo, es decir, si nos encontramos en el nivel alto, habrá que cumplir las establecidas para el nivel básico y las de nivel medio.

PRINCIPIO DE CONFIDENCIALIDAD.
El titular del fichero y sus empleados o colaboradores que tengan acceso a los datos de carácter personal almacenados en las historias clínicas están obligados al secreto profesional.

PRINCIPIO DE COMUNICACIÓN DE DATOS.
Siempre que se prevea la comunicación de datos a un tercero, se deberá informar al interesado y solicitar su consentimiento, salvo que nos encontremos ante una de las excepciones que la Ley Orgánica de Protección de Datos dispone (por ejemplo, cuando la cesión de datos está autorizada en una ley o cuando la cesión de datos de carácter personal relativos a la salud sea necesaria para solucionar una urgencia que requiera acceder a un fichero).

La Agencia Española de Protección de datos (AEPD) establece además los siguientes principios en el tratamiento de datos:
• Licitud, lealtad y transparencia: serán tratados de manera lícita, leal y transparente en relación con el interesado.
• Limitación de la finalidad: se recogerán con fines determinados, explícitos y legítimos, y no serán usados posteriormente para finalidades incompatibles con dichos fines.
• Minimización de datos: sólo se van a utilizar los datos adecuados, pertinentes y limitados a lo necesario en relación con los fines para los que son tratados;
• Exactitud: los datos recogidos en las bases de datos sanitarias, como en todas las demás, serán exactos y, si fuera necesario, serán actualizados. Se adoptarán todas las medidas razonables para que se supriman o rectifiquen sin dilación los datos personales que sean inexactos con respecto a los fines para los que se tratan. En las historias clínicas, es el profesional sanitario el que determina qué datos se pueden suprimir o rectificar.
• Limitación del plazo de conservación: mantenidos de forma que se permita la identificación de los interesados durante no más tiempo del necesario para los fines del tratamiento de los datos personales
• Integridad y confidencialidad: los datos personales serán tratados de tal manera que se garantice una seguridad adecuada de dichos datos, incluida la protección contra el tratamiento y acceso no autorizado o ilícito y contra su pérdida, destruc-

ción o daño accidental, mediante la aplicación de medidas técnicas u organizativas apropiadas.

La Agencia Española de Protección de datos (AEPD) para garantizar y proteger la confidencialidad ha desarrollado el Decálogo de Protección de datos para el personal Sanitario y Administrativo en el que se recogen los diez puntos que la Agencia considera claves para el personal sanitario y administrativo en materia de datos:
1. Trata los datos de los pacientes como querrías que tratasen los tuyos.
2. ¿Estás seguro de que tienes que acceder a esa historia clínica? Piénsalo. Solo debes acceder si es necesario para los fines de tu trabajo.
3. Recuerda: tus accesos a la documentación clínica quedan registrados en el sistema. Se sabe en qué momento y a qué información has accedido. Los accesos son auditados posteriormente.
4. Evita informar a terceros sobre la salud de tus pacientes, salvo que estos lo hayan consentido o tengas una justificación lícita.
5. Cuando salgas del despacho, asegúrate de cerrar la sesión abierta en tu ordenador. No facilites a nadie tu clave y contraseña; si necesitas un acceso urgente, contacta con el departamento de informática.
6. No envíes información con datos de salud por correo electrónico o por cualquier red pública o inalámbrica de comunicación electrónica; si fuera imprescindible, no olvides cifrar los datos.
7. No tires documentos con datos personales a la papelera; destrúyelos tú mismo o sigue el procedimiento implantado en tu centro.
8. Cuando termines de pasar consulta, cierra con llave los armarios o archivadores que contengan documentación clínica.
9. No dejes las historias clínicas a la vista sin supervisión.
10. No crees por tu propia cuenta ficheros con datos personales de pacientes; consulta siempre antes con el departamento de informática.

5 Discusión-Conclusión

Debido a la importancia y delicadeza que tienen los datos personales sanitarios de una persona, su protección debe ser mucho más exhaustiva que con otro tipo de datos.
Los datos personales sanitarios están compuestos, principalmente, por la historia clínica y los datos relativos a la salud de una persona.

Así pues, la historia clínica está formada por todos aquellos documentos que

recogen información y valoraciones sobre la situación o evolución clínica de un paciente durante el periodo en el que sea atendido.

Por otro lado, los datos relativos a la salud son aquellos que revelen información acerca del estado de salud física o mental de una persona. Así como información sobre la atención sanitaria recibida y que permitan saber cuál es su estado de salud. De esta manera, todo lo relativo al padecimiento de enfermedades o riesgo de padecerlas y discapacidades, historial médico o tratamiento será considerado como datos sanitarios.

Por tanto, debido a la importancia y al perjuicio que pueden tener estos datos de cara a la privacidad de la persona a quien aluden, son considerados por el RGPD como datos especialmente protegidos. Así pues, para poder almacenarlos y tratarlos, tendrás que cumplir con una serie de requisitos añadidos. Requisitos que serán algo más exigentes y rigurosos que los del tratamiento de otro tipo de datos.

El auxiliar administrativo de los servicios de salud tiene acceso por la naturaleza de su trabajo de cara al público, gestión de historias clínicas, etc. a datos personales de los usuarios sobre los que debe guardar la correspondiente privacidad, confidencialidad y secreto profesional.Por tanto, con independencia de los sistemas desarrollados por los propios Servicios de Salud para la protección de datos de sus usuarios, el conocimiento por parte de los profesionales del marco legal existente al respecto es fundamental para asegurar el correcto tratamiento de los mismos.

El dominio de la legislación vigente en materia de protección de datos es fundamental para el cumplimiento por parte del profesional sanitario de las obligaciones derivadas de la misma, y por tanto, una adecuada protección de los usuarios de los servicios de salud, garantizando su intimidad y conservando sus derechos.

6 Bibliografía

- Constitución Española de 1978. https://www.boe.es.
- Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de carácter personal.
- Real Decreto 1720/2007 de 21 de Diciembre.
- Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y garantía de los dere-

chos digitales.
- Carta de derechos fundamentales de la Unión Europea de 7 de Diciembre del 2000.
- Reglamento 2016 /679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016.

Capítulo 1649

EL CELADOR (EVENTUAL) Y EL SINDROME DE BURNOUT

ELISA LUCIA BUSTO BASCÓN

ÁNGELES RODILES LANA

1 Introducción

El término Burnout se empleó hace relativamente poco tiempo, fue a finales del siglo pasado cuando el escritor Herbert Freudenberger lo empleó en su libro "Burnout the high cost of high achievement" haciendo referencia a la pérdida de energía que padecen los trabajadores cuando están superados por los problemas de los demás. Una sensación muy común entre los trabajadores sanitarios.

En el mes de mayo de 2019 la OMS ha reconocido a este síndrome como enfermedad profesional , caracterizado por 3 síntomas claros: agotamiento, alejamiento mental de las tareas a realizar y falta de eficacia en el trabajo.

Este síndrome afecta a aquellos trabajadores que padecen una presión continua en el trabajo, es mucho más que estrés laboral ya que el trabajador esta mentalmente anulado es incapaz de hacer frente a situaciones estresantes.

Suele aparecer en personas cuya profesión implica dedicación y entrega hacia otros como por ejemplo los trabajadores sanitarios y es así como el celador/a como trabajador de este ámbito puede sentirse afectado por este síndrome. Si a esto añadimos que en muchos casos suele ser un trabajador eventual el cual tiene una relación por temporadas con la empresa, esta eventualidad, aumenta su sensación de inseguridad de no sentirse trabajador de pleno derecho de no gozar

de las mismas condiciones laborales que sus compañeros (turnos de trabajo, días de descanso y vacaciones….) aún realizando las mismas tareas, por lo tanto, tiene todas las posibilidades de desarrollar este síndrome.

2 Objetivos

- Ayudar a identificar las diferentes causas que pueden originar el padecimiento del Síndrome de Burnout en el personal hospitalario mas en concreto en la categoría de celador.
- Proponer alguna solución para que la incidencia de este síndrome disminuya en dicha categoría.

3 Metodología

- Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente.

- Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

- Conversaciones con personal hospitalario (celadores) sobre las implicaciones de su trabajo, así como sus condiciones laborales y sus sentimientos en relación a la tarea que desarrollan.

4 Resultados

Según la metodología utilizada se pueden derivar los siguientes resultados:
Hay un aumento del cansancio y agotamiento emocional, es decir, el personal hospitalario siente como disminuye su capacidad de entrega a los demás tanto a nivel personal como psicológico. Esta actitud puede considerarse un tanto deshumanizada, adoptar cierta distancia o frialdad ante el paciente, aunque esto no deja de ser una forma de protección inconsciente que tiene el trabajador ante el sufrimiento ajeno.

También se ha observado que el trabajador no se siente realizado profesionalmente por lo que aumenta la insatisfacción laboral y esto influye de forma im-

portante en la calidad de la atención que se presta. Ya que la insatisfacción se relaciona con el absentismo laboral, agresividad en el trabajo y un bajo rendimiento. Los celadores/as como trabajadores de servicio hospitalario y desarrollando su labor siempre cerca del paciente tienen posibilidades de desarrollar este síndrome de Burnout.

Sienten diariamente el padecimiento y sufrimiento del prójimo , lo que a la larga lleva adoptar una actitud de distanciamiento debido al agotamiento mental que supone enfrentarse diariamente a la enfermedad ajena esto puede ocasionar una disminución de la eficacia Además, el colectivo de celadores de un hospital soportan duras condiciones laborales: alta temporalidad, trabajo a turnos y nocturnos, baja remuneración económica y escaso reconocimiento a su labor.

5 Discusión-Conclusión

El celador/a o cualquier trabajador de una institución sanitaria puede padecer este síndrome al estar expuesto durante mucho tiempo a situaciones laborales que impliquen:

-Sobrecarga emocional, es decir, estar en contacto durante un largo tiempo con personas que presentan un alto grado de dependencia o están gravemente enfermas. Este trabajador está inmerso en un ambiente donde prevalece el sufrimiento la angustia.
-Horarios de trabajo largos junto a un ambiente laboral muy deteriorado.
- El desempeño de un excesivo trabajo físico sin los recursos materiales o de personas para llevarlo a cabo adecuadamente
- Un elevado nivel de exigencia .
Además hay que añadir que en muchas ocasiones este trabajador tiene una relación contractual con la entidad sanitaria de carácter temporal lo que conlleva una consecución de distintos contratos de diferente duración en distintos servicios dentro del hospital.

El trabajador suele presentar además de las dolencias que caracterizan el síndrome de burnout unos síntomas físicos como: frecuentes dolores de cabeza, dolores de espada, cambios en los ritmos del sueño.
Las soluciones para disminuir la incidencia de este síndrome dentro del personal sanitario serian responsabilidad tanto de la institución sanitaria como del trabajador.

Los servicios sanitarios de las CC.AA debería identificar las situaciones que provocan estrés y ansiedad en los trabajadores y tomar las medidas y decisiones adecuadas para reducirlo. Aumentar las plantillas de trabajadores, facilitar recursos materiales, mejorar condiciones contractuales, formar y valorar a todos los trabajadores por igual independientemente de la categoría profesional.

Por su parte el trabajador debe tratar de aumentar su autoestima y modificar las expectativas que se tienen del trabajo, es decir, buscar un equilibrio entre sus expectativas iniciales y la realidad, disminuyendo así el sentimiento de frustración. También es aconsejable tener unos hábitos de vida saludable, hacer algún tipo de actividad física y disfrutar de algún hobby.

Todos estos consejos ayudarán a realizar nuestra actividad diaria con una actitud más positiva.

6 Bibliografía

- www.salud.mapfre.es
www.medicosypacientes.com.
- www.cuidateplus.marca.com
www.webconsultas.com.
- Temario oposición celadores del Principado de Asturias.

Capítulo 1650

EL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL ADMINISTRATIVO DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS

BÁRBARA PÈREZ GARCÍA

RAQUEL GOMEZ CRIBEIRO

ANA ISABEL LORENZO BRA

1 Introducción

El síndrome de burnout también conocido popularmente como síndrome de estar quemado, síndrome de aniquilamiento, síndrome de desmoralización o síndrome de agotamiento profesional o emocional es reconocido oficialmente por la OMS (Organización Mundial de la Salud) como un tipo de enfermedad profesional que provoca en los trabajadores una falta de salud física y mental, de su autoestima personal y está caracterizado por ser un desarrollo en el que poco a poco el personal administrativo va reduciendo el interés por su trabajo, el desempeño de sus labores, deberes y funciones ,pudiendo llegar a provocar una profunda depresión. El estrés está altamente relacionado con este síndrome psicológico, el cual está relacionado con el trabajo aunque hay otros factores que contribuyen a que se manifieste.

Existen varios estudios que analizan en profundidad el síndrome de burnout y son varios los autores que han querido señalar la importancia de esta enfermedad que cada vez afecta a más trabajadores, sobre todo en el ámbito sanitario y administrativo.

La primera vez que se mencionó el término burnout fue en 1969 por H.B. Bradley como un fenómeno psicosocial.
Años después, Herbert Freudenberger, en 1974 introdujo el concepto de Burnout definiéndolo como "percepción de fracaso y una existencia agotada o gastada que resultaba de una sobrecarga por exigencias, de energías, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador".
En el año 1976 la psicóloga social Christina Maslach lo describe como "un síndrome tridimensional que sopesa como variables de análisis: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, y que ocurriría entre sujetos que trabajan en contacto directo con clientes o pacientes".
En el año 1978 Pines y Kafry, lo definieron como "una sensación general de agotamiento físico, emocional y de actitud".
Edelwich y Brodsky en 1980 lo definen como una "pérdida paulatina del idealismo, energía, y motivos vividos por la gente en las profesiones de ayuda, como resultado de las del trabajo".
En 1981, Maslach y Jackson, especificaron el concepto de Burnout desde un enfoque tridimensional cuyas características eran:
El agotamiento emocional es la primera dimensión que consiste en una sensación de pesadez y de creer que no es posible seguir adelante con el desarrollo de la vida. El organismo se sumerge en una parálisis emocional que hace que la persona esté totalmente agotada física y mentalmente.
La despersonalización es la segunda dimensión que consiste en que los trabajadores carecen de sentimientos y sensibilidad especialmente hacia los pacientes, usuarios, clientes, compañeros… El trabajador trata de distanciarse de todo su entorno laboral y se puede llegar a mostrar cínico, irónico, irritable, llegando incluso a poder tratar de forma despectiva a pacientes, usuarios, clientes, compañeros y hacerles sentir culpables de su situación.
El sentirte insatisfecho con la labor que realizas profesionalmente. Esta tercera dimensión aparece cuando el trabajador siente que el trabajo que se le exige supone una elevada carga a la que no puede hacerle frente. El trabajador siente una gran frustración en el trabajo debido a la falta de logro personal y esto se traduce en un gran fracaso en la actividad laboral.
Pines, Aronson y Kafry manifiestan que este síndrome se debe a "estar agotado tanto físico, emocional y mental causado por el que la persona se encuentra implicada durante largos periodos de tiempo a situaciones que le afectan emocionalmente.
En los últimos tiempos el ritmo vertiginoso de vida al que se enfrentan los trabajadores ha ido en aumento. La inseguridad laboral, los cambios en las costumbres,

la gran competitividad está generando una gran angustia, trastornos emocionales que desencadenan en problemas físicos y psíquicos y constituyen un gran riesgo para la salud de las personas.
Últimamente se está observando que el estrés y las enfermedades relacionadas con él, cada vez están causando más bajas laborales e incluso llegando a incapacidades temporales entre el personal administrativo.
No existe una definición oficial, pero muchos de los autores anteriormente citados coinciden en que se trata de una "respuesta al estrés laboral crónico, una sensación subjetiva que engloba sentimientos y actitudes con implicaciones dañinas para la persona y la organización y generalmente se produce en las profesiones que se centran en la prestación de servicios y atención al público". Algunas de estas profesiones podrían ser administrativos, auxiliar administrativos, enfermeros, médicos, profesores, policías, vendedores, personal de atención al público, etc.

2 Objetivos

El objetivo en este trabajo es analizar el síndrome de Burnout que puede sufrir el personal administrativo de los centros sanitarios y como poder evitarlo y minimizar los efectos que puede causar.

3 Metodología

Para la confección de este documento se ha realizado una revisión bibliográfica en bases de datos como dialnet y scielo así como el buscador de google académico. Nos hemos centrado en la información de diferentes trabajos y opiniones de diferentes autores que abarcan periodos que van del 1969 al 2019.

Hemos seleccionado diez artículos por su importancia en el tema a tratar. Los criterios han sido Burnout, estrés, cansancio, quemado, personal administrativo.

4 Resultados

Lo primero podemos definir para hacer una distinción entre el estrés y el síndrome de Burnout. El estrés, implica tensión tanto física como psicológica. Las personas que lo padecen, creen que tienen el control de la situación y que con diversos métodos pueden mejorarla. Aparece una actitud de hiperactividad pudiendo provocar un trastorno de ansiedad.

El síndrome de Burnout, es ir un poco más allá de un cuadro de estrés. La sensación de control desaparece, se produce una desmotivación generalizada en su labor. Hay una falta de energía física y se genera un cansancio y fatiga crónica. Este síndrome puede llegar a provocar la depresión.

• Existen diferentes factores por los que se produce el burnout:
- Factores organizativos.
- Factores sociales.
- Factores personales.

• Dentro de los factores organizativos, podemos enumerar los siguientes:
- Ambiente laboral y particularidades del puesto de trabajo. El centro hospitalario es el encargado de organizar y controlar el trabajo en el mismo. A él le corresponde la formación de los trabajadores, establecer el organigrama para que no surjan conflictos, establecer el calendario laboral del personal a su cargo en cuestión de turnos, horarios, vacaciones, permisos, etc.
Su función es ser un sostén de los empleados y no ejercitar demasiada presión sobre ellos. Una de las mayores causas del estrés hoy en día es un ambiente laboral muy tenso. Normalmente esto sucede cuando en los trabajos los superiores son excesivamente autoritarios y no dan la oportunidad de intervenir a los trabajadores en las decisiones. Según los expertos un buen ambiente laboral y la sensación de trabajar en equipo es algo que puede ser muy positivo y así poder evitar este síndrome. Algo que influye al personal de administración son los turnos laborales y el horario de trabajo. Está demostrado que los trabajadores con turnos nocturnos son más propensos a padecer este síndrome.
- La seguridad y estabilidad en el puesto. Una carencia de estabilidad en el puesto facilita la aparición del síndrome de burnout. En estos últimos tiempos, debido a la gran crisis económica en la que nos vemos sumergidos ha habido un aumento significativo de este síndrome siendo los grupos más vulnerables los jóvenes, las mujeres y las personas de más de cuarenta y cinco años.
La antigüedad profesional. Existe una relación positiva con el síndrome en la que aparece un aumento significativo del síndrome que se manifiesta durante los dos primeros años de carrera profesional así como cuando se alcanza una antigüedad en el puesto de diez años de experiencia.
- Progreso excesivo o el escaso. Se ha demostrado que el exceso de muchos cambios resulta estresante.
Incorporación de nuevas tecnologías en las organizaciones. Para el personal administrativo la incorporación de nuevas tecnologías al puesto de trabajo puede causarles un gran estrés por la necesidad de capacitación, incremento de control,

miedo a ser relevado del puesto de trabajo, etc.
- Coyuntura para el control. La posibilidad de que el trabajador pueda controlar las actividades laborales, disminuye la posibilidad de que aparezca dicho síndrome.
- Retroalimentación o feedback. "Ida y vuelta" es, el desarrollo de compartir observaciones, preocupaciones y sugerencias, con la idea de recopilar información, para intentar mejorar el funcionamiento del trabajo diario. La comunicación o feedback con los usuarios, pacientes y compañeros es esencial y necesaria para el bienestar de las personas. Está demostrado que en centros de trabajo donde existe una comunicación activa hay un menor índice del síndrome de burnout.
- Salario. Está demostrado que en aquellos centros de trabajo en los que se remunere al trabajador con un salario que responda a sus expectativas tiene un menor riesgo de padecer dicho síndrome.

• La estrategia empresarial
Dentro de los factores sociales podemos enumerar los siguientes:
- Apoyo familiar y social
- Estilo de vida
- Edad
- Sexo

• Dentro de los factores personales podemos enumerar los siguientes:
- Tendencia al pesimismo.
- Falta de autoestima.
- Nivel alto de expectativas.
- Buscar la perfección absoluta.
- Codiciosos.
- Impedimento para expresar y conocer sus emociones.
- Impacientes y competitivos.

• Podemos englobar el síndrome de burnout en diferentes grados:
- Leve: las sensaciones y síntomas generan un malestar, descontento y agotamiento, que dificultan la vida diaria levemente.
Moderado: las sensaciones se incrementan, el estrés, la insatisfacción y el agotamiento son duraderos.
- Grave: las manifestaciones tienen una intensidad superior, pueden aparecer patologías asociadas, el agotamiento, el desinterés y la insatisfacción es total, las relaciones entre usuarios, pacientes y compañeros se encuentran alteradas y el trabajo se ve afectado e incluso se paraliza.

• Podríamos clasificar tres tipos de síndrome de burnout:
- El trabajador frenético: se encuentra con una sobrecarga de trabajo, exceso de responsabilidades y con un número elevado de compromisos que no se siente capaz de afrontar. Su técnica para combatir esta situación es la del desahogo emocional e intentar continuamente resolver el problema.
- El trabajador desgastado: se da por vencido a la mínima dificultad, aparece la apatía y la falta de entusiasmo. Esta situación produce en él la desconexión conductual, abandonando su trabajo y obligaciones.
- El trabajador sin desafíos: presenta una falta de interés por superarse cada día en su puesto de trabajo. Esta situación produce en el trabajador la distracción o el alejamiento.

Las manifestaciones iniciales de este síndrome son:
• Sentimiento de agotamiento emocional, físico y mental.
• Desengaño e incapacidad.
• Baja autoestima.
• Poca realización personal.
• Nerviosismo.
• Dificultad para concentrarse.
• Comportamientos agresivos.
• Dolor de cabeza.
• Taquicardia.
• Insomnio.
• Bajo rendimiento.
• Absentismo laboral.
• Aburrimiento.
• Impaciencia e irritabilidad.
• Comunicación deficiente.
• Problemas gastrointestinales

A continuació,n se explica los métodos que se pueden aplicar para la prevención de este síndrome. Lo primordial y en lo que habría que enfocar como primer método de prevención sería en dar a conocer los efectos de este síndrome y explicar que a veces debido a todo lo que rodea al trabajo del personal administrativo es normal por momentos tener esa sensación de agobiado y estar quemado y no sentirse mal por pedir ayuda.

Este síndrome si se detecta en su fase inicial podremos atajarlo mucho mejor que si está en una fase muy avanzada. Es común, que en la primera fase, los compañeros se percaten de este síndrome antes que el propio trabajador. Por todo

ello, sería conveniente que el entorno tanto familiar como laboral se diera cuenta de que forman parte importante y necesaria en la prevención del desarrollo de este síndrome. Existen diferentes técnicas para la prevención de este síndrome:
- Fomentar el trabajo en equipo para así conseguir un óptimo ambiente laboral.
- Incrementar la formación con cursos para ajustarse al puesto y a la organización.
- Suministrar información acerca del síndrome de burnout, sus síntomas más comunes para que su detección sea más fácil.
- En alta dirección se puede diseñar e implementar talleres de liderazgo

Existen tres niveles en el síndrome de burnout ya que afecta a muchos ámbitos de la vida. Estos niveles son los siguientes:
- El nivel personal e individual: hay que marcarse unos objetivos que se puedan alcanzar fácilmente y que sean realistas, mantener una actitud positiva frente a la vida y el trabajo y hacer un pequeños descansos normalmente cada hora, intentar tranquilizarse aplicando técnicas de relajación.
- El nivel grupal: se debe intentar trabajar en grupo y la formación de las habilidades sociales.
- El nivel organizacional: intentar disminuir o eliminar el estrés ocasionado por la elevada carga laboral, fomentar la comunicación entre las diversas jerarquías en el ámbito laboral y la realización de cursos o talleres sobre la prevención de riesgos psicosociales.

5 Discusión-Conclusión

De todos los resultados anteriormente mencionados, podemos extraer las siguientes conclusiones:
- El síndrome de burnout afecta negativamente tanto al personal administrativo como a los usuarios, pacientes y servicios sanitarios.
- Tomando esto como referencia se deberían adoptar medidas efectivas y para ello los sistemas de salud deberían aceptar su responsabilidad y actuar para una mejora del mismo. Tanto los empleados como el personal de gerencia deberían trabajar para implementar y desarrollar remedios efectivos: crear un ambiente de trabajo agradable y acogedor; intentar fomentar la igualdad entre los diversos trabajadores, para que todos se impliquen de igualdad manera y no existan discriminaciones; facilitar las relaciones interpersonales; intentar un orden laboral; restricciones en los horarios de trabajo; información sobre el síndrome de burnout y el estrés al personal administrativo; coordinación entre diversos centros sanitarios; talleres de mejora del estrés; mejorar la salud de la población;

la experiencia del personal hospitalario; reducir los costes; la mejora de la vida laboral de los trabajadores.

- Ir a trabajar todos los días no debería suponer una carga afectiva y emocional sino que debería ser algo que hiciéramos con normalidad sin tener ningún tipo de estrés ni angustia, sobre todo en lo relacionado con la sanidad ya que en este trabajo estas en contacto diario con personas vulnerables.
- Un buen ambiente laboral, el compañerismo, la buena comunicación favorecen para eliminar el estrés. A la salida de la jornada laboral, los trabajadores deberían estar satisfechos ya que si sales estresado y angustiado, esto te repercutirá negativamente en tu vida personal y familiar.
- Queda mucho trabajo por realizar ya que el síndrome de burnout no es un tema que se tome con seriedad, por ello los trabajadores debemos de estar alerta para así poder detectar este síndrome en su fase temprana e inicial.

6 Bibliografía

1. Freudenberger, H. J. (1974). Staff burn-out. Journal of Social Issues, 30(1), 159-165.
2. Maslach.C y Jackson.S. (1981). The measurement of experienced burnout. Wiley Online Library
3. Maslach.C. y Jackson.S. (1986). Maslach Burnout Inventory. Palo Alto. California. Consulting Psychologists Press
4. Pines y Kafry (1978). Estrés laboral y actividad física en empleados. Fundación Dial net.
5. J Edelwich, A Brodsky (1980). Burn-out: Stages of disillusionment in the helping professions. Library Abstract Database.
6. Quiceno, Japcy Margarita, & Vinaccia Alpi, Stefano (2007). Burnout: "síndrome de quemarse en el trabajo (SQT)". Acta Colombiana de Psicología, 10(2) ,117-125. [fecha de Consulta 22 de Enero de 2020]. ISSN: 0123-9155
7. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job Burnout. Annu Rev Psychol 2001; 52 (1): 397-422.
8. C. Cuevas, J.A. Fuente, M.A. Rodríguez, A. Ruiz. Desgaste profesional y clima laboral en Atención primaria. MAFRE Medicina, 6 (1995), pp. 3-14.

Capítulo 1651

RECEPCIÓN DEL PACIENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA. HABILIDADES EN LA COMUNICACIÓN, LA EMPATÍA PROFESIONAL

MARIA BELEN FERNÁNDEZ GARCÍA

MARTA ALVAREZ ROZA

CRISTINA ALONSO LLAMEDO

1 Introducción

La empatía puede definirse como la capacidad de ponerse en el lugar de alguien para verle desde su marco interno de referencia, es decir, se trata de comprender al otro como sujeto con una experiencia propia. Es una habilidad que se inicia en nosotros mismos y que resulta fundamental para la vida en general, pero también, de forma concreta, en determinados ámbitos, como puede ser la relación que se establece entre el profesional que recibe al paciente, registrando los datos del mismo y por otra parte el usuario de los servicios sanitarios.

Parte de nuestra esfera laboral, consiste en recepcionar al paciente, el cuál puede llegar nervioso, deprimido o incluso alterado dependiendo de la circunstancia vital que le haga acercarse al servicio sanitario. Nuestra función debe ser explicarle claramente y con un lenguaje adaptado a sus capacidades mentales los datos que precisamos registrar para que el médico pueda acceder a su historia clínica.

Debido al envejecimiento de la población, gran parte de los usurarios son personas mayores, muchas veces dependientes, con barreras físicas o psíquicas, por lo general acuden solas demandando la atención profesional. Es por ello que nuestra labor comienza preguntándoles de forma clara y sencilla sus datos personales, indicarles que nos faciliten la tarjeta sanitaria o en su defecto el D.N.I.

2 Objetivos

- El principal objetivo es tramitar la recepción y derivación del paciente.
- Gestionar sus citas actuales y futuras.

3 Metodología

Hemos realizado una revisión bibliográfica en cuanto a técnicas para fomentar las habilidades sociales, también nos documentamos observando distintas revistas relacionadas con la psicología.

4 Resultados

Siguiendo esta serie de sencillas directrices provocaremos en el paciente una actitud cercana a la tranquilidad y comprensión:
-Utilizaremos un lenguaje sencillo, claro y conciso.
-El tono de voz será adecuado al usuario que tenemos enfrente.
-Intentaremos identificar sus inquietudes y darles respuesta.
-Prestaremos atención a lo que nos dice, nunca obviando datos ni cortando tajantemente la conversación.
-Facilitaremos la espera a ser atendido en un ambiente relajado.

5 Discusión-Conclusión

Cuando el paciente detecta una actitud educada y positiva por parte del profesional, éste consigue relajarse y tranquilizarse, es capaz de ver el recurso sanitario como un medio a su alcance y no como una barrera inquebrantable.

La clave resulta en atender al paciente adecuadamente, dándole seguridad y gestionar su demanda de la forma más eficaz posible.

6 Bibliografía

- Caballo, V. manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales. Editorial S.XXI.2002.
- Goleman, D. inteligencia emocional. Editorial. Kairos 2002.
- Revista internacional de trabajo social y ciencias sociales. Año 2016

Capítulo 1652

LAS ENFERMEDADES MÁS COMUNES EN PERSONAL ADMINISTRATIVO Y COMO COMBATIRLAS.

RAQUEL GOMEZ CRIBEIRO

BÁRBARA PÈREZ GARCÍA

ANA ISABEL LORENZO BRA

1 Introducción

El personal administrativo de sanidad, es personal no sanitario, se rige por el estatuto marco del personal estatutario de los servicios de salud (Ley 55/2003 de 16 de Diciembre). Son muchas las funciones de dicho personal, pero entre ellas destacan: la gestión de citas con los pacientes, atención al público, recepción de llamadas, preparación de los datos informáticos, organización de expedientes y tramitación. Son de vital importancia para mantener el correcto y eficaz funcionamiento de los organismos sanitarios.

Actualmente, el personal administrativo, tiene que hacer frente a multitud de enfermedades comunes derivadas de la realización de sus tareas. Estas enfermedades suelen ser la principal causa del absentismo laboral y entrañan un gran coste para la sanidad pública (Tomas, Grau y de Diego, 2005; Galeano, Sastoque, 2015).

Algunas de las más usuales son los dolores músculo-esqueléticos, que muchas veces aparecen como consecuencia de las malas posturas a la hora de realizar el

trabajo. Debido a los avances tecnológicos, para el trabajador administrativo es prácticamente imprescindible el uso de los ordenadores. Esto hace que pase prácticamente su jornada laboral sentado y con posturas forzadas lo que fomenta la aparición de estas enfermedades (Vernaza y Sierra, 2005; Salazar, LLerena, Villarroel, Riofrío y Montero, 2019).

Los movimientos repetitivos con el ratón y el teclado pueden causar problemas en las muñecas, concretamente el Síndrome del Tunel Carpiano. (Ardila, D., Gómez, R.S.B, Orozco, O.M.D., Morelo, G., Quiroz, H., Sanjuanelo, M., De Castro, M.I., 2014).

Debido a pasar tantas horas sentado, también es muy común que aparezcan problemas cardiovasculares, como la hinchazón de piernas, varices, etc. (López, L.S., Madrid, W.P., 2018).

Asimismo, es muy habitual el deterioro visual causado por una continua exposición a las pantallas del ordenador. Las largas jornadas laborales sentados delante de las pantallas, y a veces con mala iluminación hace que aparezca dicha dolencia (Corredor, Díaz y Parra, 2018; Vintimilla, 2015).
En estos tiempos, es muy común que al personal administrativo le afecten también enfermedades ”emocionales” como el estrés y la ansiedad. Estas enfermedades están a la orden del día y cada vez son más frecuentes debido en parte a las fuertes cargas de trabajo y un mal ambiente laboral. (Atalaya, P, 2001)

Debido a su exposición, muchas veces cara al público, es común que se contagien de algún tipo de enfermedad común como gripes y catarros. (Saenz, A.R., 2011)

2 Objetivos

- Conocer las enfermedades más comunes en trabajadores del ámbito administrativo.
- Analizar cómo podemos minimizarlas y mejorar su calidad de vida.

3 Metodología

Se realiza una búsqueda sistemática en distintas fuentes de información como tesis de grado, libros, informes, etc., que contribuyen a poder evaluar de forma eficiente este tema tan amplio. Después de revisar un número elevado de trabajos, decidimos centrarnos en 17 de ellos, ya que consideramos que son los que

reflejan mas fielmente la realidad de la situación. Estos trabajos abarcan periodos que van del 1995 al 2019, aunque también decidimos incorporar el trabajo de Freudenberger, H.J.(1974), ya que refleja una dolencia que está a la orden del día. .Las herramientas que se han usado para extraer la información y así poder tener un panorama más extenso sobre este tema han sido Google Académico y bases de datos de carácter científico, como Scielo y Dialnet.

4 Resultados

Para dar respuesta a nuestros objetivos hemos comparado diferentes estudios, todos ellos coinciden en que una buena alimentación, dieta equilibrada y realizar ejercicio moderado con frecuencia, ayuda a mejorar la calidad de vida del personal administrativo, aunque no logra evitar totalmente que algunas de estas enfermedades se manifiesten a lo largo de la vida de los trabajadores administrativos.
El puesto del personal administrativo es un puesto muy sedentario, ya que pasa muchas horas sentado y apenas se mueve. Por ello las personas que realizan estas labores deberían ejercitar sus músculos después de la jornada laboral, si no con el paso de los años podrían manifestarse enfermedades derivadas del sedentarismo laboral. (Heredia, G.M., Rivera, X.E., 2014).

Los avances tecnológicos y la manera de realizar las actividades diarias han cambiado en los últimos tiempos, pero en cambio la manera de realizar el trabajo sigue siendo la misma, lo que da lugar a enfermedades derivadas de dichos cambios, como por ejemplo son; las largas jornadas de trabajo, las posiciones forzadas y trabajo repetitivo….Todas estas dolencias están causando cada vez más absentismo laboral, lo que implica un alto coste económico y social, tanto a la empresa como al trabajador.(Guerrero, J.C., Sánchez, O.A., Cañedo, R., 2004 y Valdez, P., 2019).

La OMS (2017) ha trazado una estrategia para mejorar la cobertura sanitaria de los trabajadores y que éstos no queden desprotegidos cuando se les presente algún problema sanitario derivado de sus funciones laborales.
Comparando diferentes estudios, todos ellos coinciden en que una buena alimentación, dieta equilibrada y realizar ejercicio moderado con frecuencia, ayuda a mejorar la calidad de vida del personal administrativo, aunque no logra evitar totalmente que algunas de estas enfermedades se manifiesten a lo largo de la vida de los trabajadores administrativos. Una alimentación equilibrada ayuda a reducir la obesidad y a mejorar la memoria, y realizar ejercicio regularmente

ayuda a fortalecer los músculos e incluso a reducir el estrés y la ansiedad. Por todas estas razones consideramos que aplicar estas medidas son un factor muy importante a la hora de intentar minimizar y reducir los problemas que se les puedan presentar al personal administrativo a lo largo de su vida laboral. (Capcha, L., Nahir, L,. 2016).

Algunas de las enfermedades más comunes en puestos administrativos son:

- Trastornos musculo-esqueléticos. Dichas lesiones afectan a la espalda, cuello, hombros y extremidades superiores, aunque también pueden afectar a las extremidades inferiores. Estas lesiones, cuando se manifiestan de forma muy intensa, pueden llegar a causar bajas y absentismo laboral. Normalmente estas lesiones se originan por movimientos repetitivos, manipulación de cargas, una mala posición a la hora de desempeñar el trabajo, la no variación de la postura corporal…Sus síntomas son; dolor lumbar, pérdida de fuerza, hormigueos, dolor cervical…
- Lesiones en las muñecas (Síndrome del túnel carpiano). El Síndrome del túnel carpiano es una enfermedad profesional cada vez más habitual en personal administrativo. Sus síntomas son dolor en la muñeca y el antebrazo, adormecimiento, hormigueo, entumecimiento, pérdida de sensibilidad, del dorso de la mano, así como de la cara palmar de los dedos índice, pulgar, medio o anular.
- Problemas de visión, ojos secos. Dichos problemas son originados por largos periodos de tiempo expuestos a las pantallas de ordenador. El personal administrativo mayormente realiza su función delante del ordenador, una incorrecta iluminación, así como no usar un protector de pantalla puede causar diversos síntomas en estos trabajadores. Dichos síntomas pueden ser ojos rojos, llorosos o secos, visión borrosa, dificultad para concentrarse, dolor de cabeza, una mayor sensibilidad a la luz…
- Problemas circulatorios. Los problemas circulatorios, también llamados enfermedades vasculares, son también uno de los grandes inconvenientes a la hora de desempeñar tareas administrativas. Las largas jornadas laborales, normalmente sentados, originan estas dolencias que pueden llegar a ser de carácter grave. Sus síntomas son; frío en las extremidades, sensación de hormigueo y picor, agotamiento constante, aparición de varices y arañas vasculares en las piernas, hinchazón de pies y manos, cianosis o ligera coloración en la piel.
- Cefaleas y migrañas. Está demostrado que el estrés y la ansiedad producen este tipo de dolencias. También factores medioambientales como cambios de temperatura y las luces deslumbrantes o las fluorescentes pueden producirlos, así como una constante sobre exposición a las pantallas del ordenador. El personal administrativo está expuesto a todos estos factores y cada vez es más habitual su

incidencia sobre ellos. Sus síntomas son; dolores de cabeza extremos (a un lado o a ambos) sensibilidad a la luz y al sonido, náuseas y vómitos
- Enfermedades contagiosas. Los hospitales son grandes centros especializados destinados a proporcionar todo tipo de asistencia sanitaria. En dichos centros se concentran un gran número de personas, lo que facilita que se propaguen virus y bacterias. Los problemas de ventilación, así como un incorrecto uso del aire acondicionado, son algunos de los factores que favorecen a la propagación de dichos virus, también compartir equipos informáticos entre diversos trabajadores del centro, sin haber realizado una correcta limpieza. Algunas de estas enfermedades son infecciones respiratorias de vías altas como la gripe, rinitis, catarro común, faringitis y laringitis. También podrían ser infecciones respiratorias de las vías bajas como la neumonía y la traqueo bronquitis, o cualquier tipo de enfermedad contagiosa que se propague por el aire o por algún tipo de contacto físico.
- Enfermedades emocionales. Algo muy común en trabajadores administrativos es la ansiedad, depresión, estrés, etc, todo ello provocado por excesivas cargas de trabajo, inestabilidad laboral, fuerte afluencia de gente a la que atender en momentos puntuales…Una de estas enfermedades es el Síndrome de Burnout, o síndrome de estar "quemado", que cada vez afecta a más trabajadores del ámbito administrativo.

Para intentar paliar todas estas enfermedades, los centros hospitalarios tienen la obligación de aplicar la ley de prevención de riesgos laborales (31/1995 de 8 de Noviembre). La salud laboral se refiere al bienestar físico, social y mental de los trabajadores que puede verse afectado por diversos factores de riesgo existentes en el ambiente laboral. Es importante mencionar también la Ley General de Sanidad (14/1986, de 25 de Abril) porque incorpora como principio general, que la salud es un fenómeno de carácter multifactorial que requiere una intervención multisectorial. Además, recoge entre los criterios rectores de la actuación sanitaria, la promoción de la salud y la garantía de que las acciones sanitarias se dirijan a la prevención de las enfermedades y no sólo a su curación.

Las principales funciones en salud laboral son:
- La implantación de medios adecuados para que los servicios de prevención puedan evaluar y controlar las actuaciones de carácter sanitario que se realicen.
- El establecimiento de sistemas de información para poder elaborar mapas de riesgos laborales, así como para poder realizar estudios epidemiológicos para la identificación y prevención de las patologías.
- La supervisión de la formación del personal sanitario en materia de prevención

y promoción de la salud laboral.
- La realización de estadísticas, estudios e investigaciones en materia de la salud de los trabajadores.
- Fomentar la salud integral del trabajador.
- Controlar los riesgos laborales de la mujer trabajadora en relación al embarazo y lactancia.
- Establecer y prevenir los riegos del ambiente laboral.
- Controlar la salud de los trabajadores para poder detectar con anterioridad el deterioro de la misma.
- Confeccionar mapas de riesgos laborales con las autoridades laborales competentes en dicha materia.
- Impulsar la formación y participación de los trabajadores.

5 Discusión-Conclusión

En el análisis llevado a cabo se ha intentado hacer un resumen de todos los trabajos realizados sobre este tema tan amplio. Los resultados han mostrado que existen numerosas enfermedades derivadas del trabajo administrativo y que éstas son muy difícil erradicarlas, pero si se les puede hacer frente aplicando diferentes sistemas de prevención. (Ley de Prevención de Riesgos Laborales, 1995).

Se llega a la conclusión de que son muchos los problemas sanitarios a los que se enfrenta el personal administrativo a la hora de desempeñar su labor en el día a día. Estos contratiempos no se pueden eliminar del todo aunque si podemos y debemos aplicar ciertas normas y mejoras en el puesto de trabajo para tratar de minimizar los daños físicos, sociales y mentales, a la hora de desempeñar la actividad laboral.
A la hora de intentar evitar estos problemas médicos se ha demostrado que una buena alimentación y realizar ejercicio regularmente es fundamental.
Las mejoras que podemos aplicar, a la hora de realizar el trabajo, para intentar minimizar el impacto de las enfermedades más comunes entre el personal administrativo, en las que se incluyen las anteriormente mencionadas, son:
- Intentar evitar las acciones repetitivas a la hora de realizar el trabajo, obtener un mobiliario de oficina ergonómico con el que nos sintamos cómodos, intentar levantarse cada poco y realizar estiramientos en las pausas, tener una correcta posición postural a la hora de estar sentado frente al ordenador, etc. Todo ello para minimizar los trastornos musculo-esqueléticos.
-Para prevenir dolencias derivadas del Síndrome del túnel carpiano hay varios

métodos que se pueden aplicar, como podrían ser; utilizar equipos y herramientas con un diseño adecuando para la realización de tareas administrativas, una alfombrilla acolchada sería una de ellas. También realizar estiramientos y ejercicios adecuados. La postura de los dedos es muy importante a la hora de utilizar el teclado del ordenador. Se deben mover los dedos intentando mantener la muñeca recta. La extensión de los dedos y rotación de muñecas ayuda a aliviar sus síntomas. Una pelota de presión también ayuda a ejercitar la musculatura y los tendones que pasan por el túnel carpiano. Incorporar vitamina A a tu dieta, ayuda al cuidado de los nervios, por lo que también es muy beneficiosa para su prevención.

-Para minimizar la fatiga ocular, se ha demostrado que hay varios métodos, como por ejemplo la regla del 20,20,20 que consiste en apartar la mirada de la pantalla del ordenador durante 20 segundos, cada 20 minutos enfocando a una distancia de 20 pies (aproximadamente 6 metros). Lo importante es descansar la vista cada hora realizando una tarea diferente para evitar mirar la pantalla del ordenador constantemente. Otra manera es mantener una postura correcta frente al ordenador, cerrando los ojos y parpadeando con frecuencia. La posición ideal sería tener la espalda recta apoyada en el respaldo de la silla y con los pies en el suelo. Utilizar una luz apropiada. Es importante también la orientación del puesto de trabajo, intentando que la luz no nos incida directamente a través de las ventanas, si no lateralmente, para evitar reflejos en la pantalla del ordenador. Mantener un ángulo y distancia apropiado frente a la pantalla del ordenador, normalmente la inclinación del ángulo será de 15º. Hay una técnica que ayuda a relajar los ojos, ésta es la técnica del agua, que consiste en lavar los ojos con agua un poco fría. Esto ayuda a conseguir relajar la vista y refrescarnos. La ausencia de parpadeo puede provocar sequedad ocular, ésta se puede evitar usando humificadores o en su defecto utilizando gotas de lágrimas artificiales.

-Los problemas circulatorios es otra de las consecuencias de realizar labores administrativas, ya que habitualmente éstas se realizan sentadas. Durante el desempeño de la jornada laboral es habitual olvidarnos de levantarnos cada poco para mejorar la circulación y ésta es la causa más importante en los problemas cardiovasculares a los que se enfrenta el personal administrativo. Una buena hidratación, tanto por dentro como por fuera, bebiendo entre 1,5 y 2 litros, e hidratar la epidermis con productos específicos para así lograr tener una piel elástica, son algunos de los métodos para poder activar la circulación sanguínea. Tener una temperatura adecuada en el lugar de trabajo, evitando las fuentes de calor que se proyectan directamente hacia las piernas, ya que las altas temperaturas ocasionan la dilatación de las venas. El calzado y la ropa también es muy importante

ya que las prendas de ropa muy ajustadas dificultan la circulación sanguínea desde las piernas al corazón. Respecto al calzado lo óptimo sería usarlo ancho y cómodo, y en el caso de las mujeres, evitar el uso continuado de un tacón excesivamente alto. Para minimizar el impacto negativo de los problemas circulatorios en el personal administrativo, sería recomendable llevar una alimentación sana, equilibrada y baja en sal, así como practicar ejercicio físico moderado habitualmente.

-La incidencia de las cefaleas y migrañas en personal administrativo también es muy común, sobre todo en mujeres con una media de edad de 40 años. La postura más común en personas con edad laboral es la cabeza adelantada, lo que hace que se produzca una rectificación cervical, y ésta produzca los dolores de cabeza. Evitar la luz que provenga directamente de las lámparas fluorescentes es muy recomendable, ya que la luz brillante puede desencadenar cefaleas. También es importante evitar olores fuertes, como los que ocasionan los ambientadores muy intensos o una limpieza deficiente. Alguna de las fórmulas para poder reducir dichos dolores son la fisioterapia y los ejercicios terapéuticos como son, los ejercicios con poco peso, estiramientos, estimulación de los músculos con isométricos, ejercicios de respiración, ejercicio aeróbico, re educación postural, etc.

-En los últimos años, ha habido un creciente aumento de las denominadas "enfermedades emocionales". Estas enfermedades afectan al bienestar físico y psicológico de los trabajadores. Algunas de ellas son; el estrés, la ansiedad, la depresión, el Síndrome de Burnout, etc… Los síntomas más habituales de estas enfermedades son: sudoración fría, corazón acelerado, respiración entrecortada…Hay diversos métodos para combatirlas como; establecer límites, tomarse un tiempo para descansar, organización, establecer vínculos afectivos con los compañeros, saber gestionar las duras jornadas laborales, descansar adecuadamente…

En conclusión, debemos tomar medidas para intentar paliar todas estas consecuencias negativas derivadas de la actividad laboral diaria del personal administrativo. Debe de haber un consenso entre la Administración y los trabajadores para fomentar la salud laboral y aplicar las medidas correctoras necesarias para conseguir un trabajo de calidad. El trabajo administrativo en hospitales y centros de atención primaria es primordial y por ello se deben de adoptar todas estas medidas para la obtención de una buena atención al paciente.

6 Bibliografía

-Vernaza-Pinzon, P., Sierra-Torres, C.H. (2005). Dolor músculo-esquelético y su asociación con factores de riesgo ergonómicos en trabajadores administrativos. Scielo Public Health. 7 (3): 317-326

-Tomas, E.A., Grau, J.B. Rodriguez, M., de Diego Vallejo, R. (2005). El absentismo laboral como consecuente de variables organizacionales. Psicothema, Vol. 17, nº2, pp 212-218.

-Salazar Montero, P., Llerena Asadobay, A., Villarroel Ponce, E., Riofrio Garcia, S. y Morero Mereira, N. (2019). Evaluación de posturas forzadas en los puestos de trabajo administrativos del Hospital Basico Guacamonte. Ciencia digital, Vol. 3, nº 2, p. 115-139.

-Valdez Balcázar, P. (2019). Los factores de riesgo psicosocial y el sedentarismo laboral de los trabajadores administrativos de una empresa de seguridad y protección. Trabajo de titulación previo a la obtención del Titulo de Psicólogo Industrial. Carrera de Psicología Industrial. Quito: UCE. htt://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/17603.

-Corredor Duarte, S.l., Diaz Marín, J.E., Parra Cabezas, A.F. (2018). Diagnóstico de condiciones de salud visual en personal administrativo usuarios de computador de la universidad Santo Tomás sede Floridablanca. Trabajo de grado. http://hdl.handle.net/11634/16184.

-López Vintimilla, N.V. (2015). Estudio sobre el síndrome de cansancio visual y su relación con el uso prolongado de las pantallas de visualización de datos pvd en la Corporación Nacional de Telecomunicaciones. Posgrados facultad: maestría en seguridad y prevención de riesgos del trabajo. http://repositorio.ute.edu.ec/handle/123456789/17848.

-Zeballos Capcha, L.N. (2016). Hábitos alimenticios y actividad física del personal administrativo de la Universidad de Huánuco. Tesis de Pregrado. http://repositorio.udh.edu.pe/123456789/188

-López Alvarado, L.S., Madrid Arguello, W.P. (2018). Análisis de los hábitos de la vida como factores de riesgos cardiovasculares en el personal administrativo en dirección general en la Pontifica Universidad Católica de Ecuador. Tesis. http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/15033

-Heredia Gutierrez, G.M., Rivera Zambrano, X.E. (2014). Desorden alimenticio y sedentarismo en la calidad de vida del personal administrativo y docente del colegio nacional Portoviejo. Tesis de grado de licenciado en Nutrición y Dietética. http://hdl.handle.net/123456789/11807

-Martinez Galeano, N.L., Sastoque Suarez, N.E. (2015). Caracterización del ausen-

tismo por incapacidad médica en los trabajadores administrativos de una empresa de salud. Trabajo de Grado. Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud. Universidad del Rosario. http://repository.urosario.edu.co/handle/10336/10063.
-Freudenberger, H.J.(1974). Staff burn-out. Journal of Social Issues, 30(1), 159-165.
-Guerrero Pupo, O.A., Sanchez Fernandez, O.A. Cañedo, R. (2004). Vigilancia de la salud del trabajador: un componente de la gerencia de las instituciones de la información. Acimed Vol. 12, nº 6. Ciudad de la Habana.
-Ardila, D., Gómez,R.S.B., Orozco, O.M.D.,Morelo, G., Quiroz, H., Sanjuanelo, Y., De Castro, M.I.S.(2014). Factores de riesgo asociados al Síndrome del túnel carpiano en personal administrativo de una empresa de Barranquilla. Artículo de investigación Científica y Tecnológica. Biocienciasm Vol.9, nº1, pp.31-35.
-OMS (2017) Protección de la salud de los trabajadores.
-Saenz, A.R.(2011), Intervenciones obligatorias por riesgo de transmisión de enfermedades contagiosas: interés público versus derechos individuales. Dialnet.unirioja.es.
-Atalaya,P. (2001). El estres laboral y su influencia en el trabajo. https://doi.org/1015381/idata.v4i2.6754.
-Ley de Prevención de Riesgos Laborales, 31/1995, de 8 de Noviembre.

Capítulo 1653

LA IMPORTANCIA DE LA DIETA Y EL EJERCICIO FÍSICO TANTO PARA LOS TRABAJADORES ADMINISTRATIVOS COMO PARA LOS CENTROS SANITARIOS.

RAQUEL GOMEZ CRIBEIRO

ANA ISABEL LORENZO BRA

BÁRBARA PÈREZ GARCÍA

1 Introducción

Actualmente, existe una tendencia continuada a la elaboración de puestos de trabajo que se realizan en posición sentada, debido sobre todo al boom informático y el uso de las pantallas de ordenador para visualizar los trabajos. Por lo general, el personal administrativo, desempeña gran tiempo de su labor diaria sentada, ya que, el uso del ordenador es casi imprescindible para desarrollar su trabajo. Como menciona la VI Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo (2007), hay un alto porcentaje de trabajadores, casi un 30%, que realiza su actividad laboral sentado, de los cuales, unos se levantan frecuentemente, y otros apenas se levantan. De hecho, si comparamos esos datos con la III Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo (1997), veremos un aumento considerable de las personas que trabajan en posición sentada.

Cuando pasamos la jornada laboral sentados, (más de 4 horas), nuestro cuerpo empieza a experimentar ciertas dolencias, los músculos reducen sus movimientos, en mayor medida el cuello y los hombros. Esto provoca trastornos musculoesqueléticos, en el cuello, en la espalda y en la zona lumbar (Vernaza, Sierra, 2005) y también aumenta el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares (López, Madrid, 2018).

Las posibilidades de padecer estas dolencias aumentan con el paso de los años. Cuantos más años pasemos realizando la misma rutina de trabajo, mayor riesgo tendremos de que se manifiesten otros aspectos adversos como la aparición de problemas digestivos, reducción de la movilidad, el buen funcionamiento del corazón y de los pulmones, etc.

Las mujeres embarazadas están en mayor medida, expuestas a un mayor incremento de los síntomas más habituales en el embarazo, como son, la hinchazón de piernas, el dolor lumbar…y tienen muchas más posibilidades de sufrir varices en las piernas.
Todos estos factores pueden desembocar en incapacidades temporales y son algunas de las causas del ausentismo laboral. (Navarrete, Gómez, Gomez, Jimenez , 2005; Buitrago, Lozano, Fernandez, Bonino, Candela, Altimiras, 1993).

Para intentar paliar estas dolencias y mejorar la calidad de vida del personal administrativo, mantener una dieta equilibrada y hacer ejercicio regularmente, es fundamental (OMS,2010). El sedentarismo en el entorno laboral, acompañado, de una falta de ejercicio físico en el ámbito personal, ha fomentado la aparición de problemas de salud, como, por ejemplo, la diabetes y la osteoporosis, entre otros (Álvarez, Vargas, Morales, Junes ,2016). La Organización Mundial de la Salud, señala la importancia de este tema en su "Estrategia mundial sobre el régimen alimentario, actividad física y salud", (OMS 2004).

La relación entre la actividad física y una mejora de calidad de vida, es algo que se está dando a conocer en numerosos estudios (Dosman, Trivino, Agredo, Jerez, Ramirez, 2010) y a su vez también es beneficioso para la empresa, ya que está demostrado que mejora el rendimiento laboral.

Mantener una dieta equilibrada ayuda a prevenir la obesidad y las enfermedades derivadas de ella, además de reforzar el sistema inmunológico (Ramirez, Silva, 2019).

2 Objetivos

- Conocer los múltiples beneficios que aportan una dieta equilibrada y el realizar ejercicio regularmente.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda exhaustiva en diferentes buscadores específicos relacionados con la salud, como son Scielo, Dialnet, Pubmed español, etc. También se han revisado diferentes tesis doctorales, libros e informes, que nos ayudan a conocer de manera más ampliada la importancia del tema objeto de estudio. Después de revisar numerosos trabajos relacionados con este tema, hemos decido centrarnos en 14 de ellos, ya que bajo nuestro punto de vista son los que reflejan más fielmente la realidad de la situación, y se han excluidos otros por no considerarse que se referían concretamente a este tema. Dichos trabajos abarcan un amplio periodo de tiempo que va desde 1993 al 2019.

4 Resultados

La correcta alimentación en el puesto de trabajo actualmente, se considera una necesidad que las organizaciones no deberían de pasar por alto. Aunque las principales comidas no se hagan durante la jornada laboral, las instituciones deberían de fomentar la aplicación de una dieta equilibrada a sus trabajadores, además de procurar que estos no fumen, descansen adecuadamente y hagan ejercicio físico regularmente.

Según un estudio de la Organización Mundial de la Salud (OMS), una dieta equilibrada y realizar ejercicio regularmente, aumenta la productividad de los trabajadores en un 20%. El Instituto Nacional de Seguridad, Salud y Bienestar en el trabajo (INSHT) pone a disposición de las empresas material informativo para facilitar la instauración de estas prácticas.

Son muchos los beneficios positivos que una alimentación correcta en el trabajo puede aportar a los trabajadores. Estos beneficios nos solo repercutirán en la salud de los trabajadores, sino que también repercutirá en el buen desarrollo de sus funciones a la hora de desempeñar su trabajo. Llevar una dieta equilibrada nos ayuda a prevenir enfermedades crónicas, aumentar nuestra vitalidad y mejorar la atención. Por otro lado, este hábito, es algo que también beneficia enormemente a las instituciones. Una alimentación equilibrada contribuye a que se re-

duzcan los errores en el trabajo y el absentismo laboral, que es unos de los principales problemas a los que se enfrentan las empresas hoy día (Martinez, Sastoque 2015). También aumenta la productividad y mejora notablemente el rendimiento en el trabajo. Por todo esto, es muy importante la creación de entornos laborales saludables que proporcionen pautas de alimentación e información a sus trabajadores.

Una persona que no lleve una dieta equilibrada, poco a poco irá reduciendo su capacidad en el trabajo. Por ello existe una necesidad muy grande de que las empresas intenten fomentar unos hábitos alimenticios saludables. Entre estos hábitos podemos enumerar algunos:

- Se debe llevar una dieta variada y completa, para así poder lograr un equilibrio en nuestro organismo. Las comidas hipercalóricas, hipocalóricas o desequilibradas provocan graves consecuencias en nuestro organismo y pueden desencadenar trastornos, lesiones y enfermedades graves.
- No todas las personas somos iguales, y no todos tenemos el mismo gasto calórico, por ello, deben de ser ellas mismas las que adapten dicha dieta a sus necesidades.
- Lo recomendable es realizar 5 comidas al día, y darle tiempo a nuestro organismo para realizar una correcta digestión. Dejar mucho tiempo entre comida y comida, o saltarse alguna, puede afectar negativamente a nuestro organismo.
- Hay que llevar una planificación eficiente de las comidas que vamos a realizar a lo largo y llevar tentempiés saludables al trabajo.
- Normalmente la primera comida del día (el desayuno) se realiza en casa. Éste debe de contener fruta, cereales y lácteos.
- Como norma general, se debe de beber agua abundantemente. Lo recomendado son entre 6 y 8 vasos de agua al día. Esta ingesta debería de ser mayor en los meses de más calor.

El vocablo dieta, se refiere a las cantidades y variedades de sustancias alimenticias que un ser vivo toma habitualmente. Hay varios requisitos que una dieta equilibrada debe contener:

- La dieta debe de ser completa: ésta debería de contener todos los grupos alimentarios como son las verduras, las legumbres, frutas, cereales, oleaginosas (grasas saludables) y alimentos de origen animal.
- La dieta debe de ser higiénica: los alimentos deben de estar limpios y fuera de riesgo de contener patógenos.
- Debe de ser adecuada: no todas las personas somos iguales ni tenemos las mismas necesidades calóricas, por ello se debe de adecuar al entorno social, geográfico, cultural y económico de cada persona.

- Es importante llevar una dieta variada: es recomendable que se consuma variedad dentro de cada grupo alimentario, no repetir siempre el mismo. Por ejemplo, a la hora de comer una fruta, no siempre comer una naranja, sino variar y comer plátano, pera, manzana…
- También debe de ser equilibrada: esto se refiere a las proporciones de las comidas. Lo recomendado es consumir una mayor cantidad de vegetales que de grasas animales, y una cantidad moderada de leguminosas y cereales (OMS 2004).
- La dieta debe de ser suficiente: también está relacionado con las proporciones de las comidas, no por comer muchos vegetales estamos llevando una correcta alimentación, en general todo en exceso daña, por ello debemos conseguir que los alimentos sean de calidad y cantidad necesarios en base a cada persona, su sexo, su edad, su actividad diaria etc.

Todas estas recomendaciones favorecen a la salud de los trabajadores administrativos, pero también es importante para las instituciones sanitarias en las que realizan su labor. Estas pueden ayudar a instaurar dichas prácticas de diferentes maneras, como por ejemplo poniendo neveras a disposición del personal para que éste lleve tuppers saludables y no comidas envasadas. Otra forma es instaurar desayunos saludables en el centro de trabajo. También poner máquinas expendedoras de alimentos saludables, como frutas, ensaladas…a disposición de los trabajadores. El trabajo del personal administrativo, es un trabajo sedentario, esto puede influir en su alimentación ya que el desgaste calórico es menor que por ejemplo un trabajador activo (Vargas, Morales, Junes 2016).

Como la OMS refleja en sus estudios, el estilo de vida sedentario es una de las 10 causas de discapacidad y mortalidad en el mundo. Es frecuente en trabajadores con estilos de vida sedentario la aparición de enfermedades cardiovasculares, obesidad, diabetes y un mayor riesgo de contraer cáncer de próstata, de colon, de pecho…También padecer hipertensión arterial, depresión, ansiedad, osteoporosis etc.

Existen numerosos estudios que corroboran que la realización de actividad física contribuye a mejorar la calidad de vida de los trabajadores, y de las personas en general, y a la disminución de enfermedades mentales y físicas. La AMEDCO establece que la realización de ejercicio físico moderado (bien realizado), contribuye entre otras cosas, a la mejora del rendimiento laboral, la memoria, la estabilidad emocional, el bienestar, la autoestima, y disminuye la ansiedad, el estrés y la agresividad.

Hay muchas dolencias que afectan directamente a los trabajadores administra-

tivos, sobre todo dolores lumbares, de espalda, en las articulaciones, estrés etc. Una buena forma de combatir dichas dolencias es el ejercicio físico. Éste nos ayuda a combatirlas tanto a nivel físico como emocional, ya que ayuda a la liberación de endorfinas. Existen estudios que avalan que existe una relación entre el ejercicio físico y la mejora del rendimiento laboral. La realización de al menos 200 minutos de actividad física hace que los empleados permanezcan más alerta en sus actividades laborales.

Las empresas deberían de instaurar talleres de actividad física que consistirían en dinámicas de grupo, con entrenamientos especialmente adaptados para conseguir una mejora tanto física como psicológica para los trabajadores. Esto mejoraría la salud y el bienestar del personal.

Son muchos los beneficios del ejercicio físico, tanto para el trabajador como para la empresa. Entre los beneficios que mejoran la calidad de vida de los trabajadores podemos encontrar:
- Ayuda a prevenir y aliviar los dolores musculo-esqueléticos derivados de las malas posturas a la hora de realizar el trabajo. Fortalece los músculos y ayuda a aumentar la resistencia, mejora la flexibilidad y la postura corporal.
- Ayuda a sobrellevar situaciones de estrés al cuerpo y al cerebro. El tipo de ejercicio y el tiempo que se le dedica puede liberar cortisol, que es una hormona del estrés.
-Mejora la calidad del sueño. El ejercicio hace que nuestro cuerpo se canse y nuestra mente se vea liberada, lo que nos ayuda a descansar mejor y dormir profundamente.
- El ejercicio mejora nuestra concentración. aumenta el líquido cefalorraquídeo y el flujo de la sangre, lo que a su vez hace que mejore la concentración. Además, a largo plazo hace que mejore la memoria y la coordinación cuando se envejece.
- Ayuda a que la ansiedad y la depresión disminuyan. Nuestro cuerpo libera serotonina, que ayuda a estimular nuestro estado de ánimo.
- Mejora el sistema inmune. El ejercicio físico disminuye la probabilidad de contraer enfermedades contagiosas como el catarro o la gripe.
- Reduce el riesgo de padecer obesidad y contraer enfermedades cardiovasculares. El trabajo sedentario del personal administrativo hace que éste pase la mayor parte de su jornada laboral sentado. Por lo tanto, la realización de actividad física contribuye a la disminución de estas enfermedades.

Respecto a lo que el ejercicio físico beneficia a los centros sanitarios:
- Reduce notablemente el absentismo laboral.

- Mejora el rendimiento y la productividad de los trabajadores.
- Mejora la capacidad de decisión del personal.
- Mejora la calidad de vida y el estado de salud de los trabajadores.
- Mejora la relación entre los compañeros y superiores.
- Supone un aumento de satisfacción para los trabajadores.
- Es un ahorro para las empresas.
- Es un aumento a la compensación del personal.
- Da una mayor visibilidad de la compañía en el ámbito de la Responsabilidad Social.

El artículo 43 de la Constitución Española dice: "Se reconoce el derecho a la protección de la salud. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La Ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto. Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo, facilitarán la adecuada utilización del ocio".

5 Discusión-Conclusión

Con los avances tecnológicos que han surgido en los últimos años, ha habido un cambio muy grande en el entorno laboral, que como consecuencia ha traído ajustes en las condiciones de trabajo. Estos avances afectan a todo tipo de Instituciones, las cuales deben adaptarse, autoevaluarse y optimizar sus procedimientos de salud y seguridad en el trabajo, garantizando el bienestar del trabajador.

El sedentarismo en el ámbito laboral es algo que afecta a un gran número de trabajadores administrativos, ya que para la realización de sus tareas es prácticamente imprescindible el uso de equipos informáticos. Este uso prolongado que pantallas de visualización obliga al trabajador a pasar su jornada laboral prácticamente sentado todo el tiempo, lo que no beneficia en nada a su salud. Todo ello acompañado de una mala alimentación, muchas veces ocasionada por el poco tiempo que le dedicamos tanto a realizarla como a ingerirla, puede acrecentar aún más los problemas tanto físicos como psicológicos de los trabajadores.

Estos problemas de salud repercuten directamente a los centros de trabajo, ya que pueden ocasionar bajas laborales, descontento y desanimo en los trabajadores, mal ambiente laboral, errores causados por falta de atención, toma de malas decisiones etc. Todo esto genera un gasto extraordinario para los centros de trabajo.

Después de analizar todos los trabajos revisados, hemos llegado a la conclusión de que una alimentación equilibrada y la realización de ejercicio físico regularmente favorecen tanto a la salud, física y emocional del personal administrativo como a los centros sanitarios donde desempeñan sus funciones. Por eso es necesario obtener una colaboración mutua entre la Administración y trabajadores para conseguir múltiples beneficios para ambas partes.

6 Bibliografía

- Buitrago, F., Lozano, L., Fernández, C., Bonino, F., Candela, M., Altimiras, J. (1973). Incapacidades laborales transitorias de los colectivos profesionales administrativos y de enfermería. Gazeta Sanitaria, Issue 37, 190-195.
- III Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo. (1997). Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo.
- OMS (2004) Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y saludo. Informe de la Secretaría AS7/9.
- Navarrete, A., Gómez, V.M., Gómez, R., Jiménez, M. (2005). Ausentismo laboral en una Institución de Seguridad Social y factores relacionados. Revista Médica del Instituto Mexicano de Seguro Social. 45(5), 373-376.
- Vernaza, P., Sierra, C.H. (2005). Dolor musculo-esquelético y su asociación con factores de riesgo ergonómicos en trabajadores administrativos. Revista de Salud Pública. 7(3). 317-326.
- VI Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo. (2007).
- Uribe, Y.L., Dosman, V.A., Triviño, L., Agredo, R.A. Jerez, A.M., Ramírez, R. (2010). Relación entre la capacidad física y la calidad de vida en trabajadores de una Institución Universitaria. Revista Andaluza de Medicina del Deporte, Vol. 3, nº 2, 57-61.
- OMS. (2010). Recomendaciones mundiales sobre la actividad física para la salud.
- Bueno, D.D. (2014). Programas de la promoción de la salud en los lugares de trabajo: el caso de los trabajadores administrativos de la Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá. Tesis y Disertaciones. https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/49585.
- Arbulu, X. (2014). Sobrepeso y estilo de vida de trabajadores administrativos de una empresa privada de Lima. Tesis. httpsc://handle.net/10757/347100.
- Martínez, N.L., Sastoque, N.E. (2015). Caracterización del ausentismo por incapacidad médica en los trabajadores administrativos de una empresa de salud. http://repository.usosario.edu.co/handle/10336/10063.

- Vargas, M.G., Morales, H., Junes, A. (2016). El Sedentarismo y la actividad física en trabajadores administrativos del sector público. Ciencia Unemi. Vol. 9, nº21.
- Galecio, A.A. (2019) Efectividad del programa "Vive saludable" sobre la reducción de sobrepeso y obesidad en trabajadores administrativos de una empresa privada. Tesis. https://creativeecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/.
- Ramirez, C., Silva, LJ. (2019). Hábitos alimenticios y su relación con el índice que masa corporal en trabajadores administrativos de la Universidad Nacional de San Matin-Tarapoto. Tesis. http://handle.net/11458/3296.

Capítulo 1654

LA ATENCIÓN AL USUARIO O PACIENTE POR EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

CRISTINA MENÉNDEZ ÁLVAREZ

1 Introducción

Los auxiliares administrativos, en el ámbito de la salud, realizan una importante labor de atención a los usuarios sanitarios, desarrollando las funciones de: atención al público, recepción de llamadas, preparación y tratamiento de los datos informáticos de pacientes, organización de expedientes, mecanografía de documentos y otras tareas.

Generalmente, la primera atención que recibe un enfermo en los servicios de urgencias, ante un ingreso hospitalario o si busca asistencia médica general, viene de la mano de los auxiliares administrativos (gestionan sus citas, ingresos hospitalarios). También realizan una labor de orientación al usuario dentro del Centro Sanitario respecto a la ubicación y horario de los servicios y unidades del Centro, de información sobre las incidencias, tiempos de espera, horarios de visita y consulta para la información médica a los pacientes y familiares en caso de ingresos, medios de transporte y accesos al Centro sanitario u hospitalario. También canalizan las quejas, reclamaciones y sugerencias de los usuarios remitiéndolos a la persona encargada de su tramitación.

Por tanto, los auxiliares administrativos deben ser capaces de relacionarse y comunicarse con los pacientes y familiares desarrollando habilidades sociales que

permitan que las relaciones con los usuarios sanitarios sean lo más eficaces posibles. La comunicación debe ser clara y directa y entendible por los mismos. Se debe tener en cuenta los derechos de los pacientes o usuarios, su derecho a la información. La información es un derecho básico del ciudadano y del usuario de los servicios de salud. A su vez es un deber para los profesionales, recogido en todos los códigos éticos y deontológicos.

La información es un arte y un elemento imprescindible para dar un servicio de calidad. La información debe hacer referencia a todos aquellos aspectos que permitan al paciente tomar decisiones en el ejercicio de su autonomía, a aquellos referidos a su propio proceso asistencial, y al conjunto de la información sanitaria o administrativa en general. La buena información y el correcto acceso a la misma es algo muy valorado por los pacientes. La información ha de ser veraz, adecuada y personalizada, debiendo adaptarse a las características personales, culturales o lingüísticas de cada persona, sin descuidar su demanda puntual y sus necesidades.

La información por sí sola no induce a la acción. La comunicación es necesaria para que aquello que decimos o expresamos tenga el efecto deseado y necesario. Se define la comunicación según la UNESCO, en la Conferencia General que tuvo lugar en Nairobi, en el año 1976, "un proceso de interacción social, a través de un intercambio equilibrado de información y experiencia". En sentido genérico se dice que la comunicación, es el proceso mediante el cual se trasmite información, sentimientos y/o cualquier otra cosa que pueda ser trasmitida. La comunicación consiste en trasmitir la información de manera precisa y entendible, a la persona que nos lo demande, capacidad de hacerse entender por los demás.

La comunicación es fundamental para el ser humano, es el medio por el cual, se logra establecer relaciones interpersonales, siendo esta la base de todas las relaciones sociales. La comunicación es una necesidad básica y vital del ser humano. Una buena comunicación debe de cumplir con una serie de requisitos:

- Significativa: el contenido será relevante y estará relacionado con el tema que se está acometiendo.
- Suficiente y exacta: la información ofrecida será la justa, no más de la que se pueda asimilar, ni menos de la que se pueda entender.
- Apropiada: el mensaje será claro, correctamente estructurado y siguiendo un orden y el lenguaje sencillo y entendible, se evitarán tecnicismos que dificulten la comprensión del paciente, adaptándolo a su nivel cultural, lenguaje habitual.
- Precisa: se utilizarán frases cortas para la comprensión correcta del mensaje que

queremos transmitir. La información será real, integra y correcta.

La información y la comunicación son conceptos básicos en la atención al paciente que requieren habilidades y conocimientos específicos, revisión constante y evaluación y, sobre todo, precisan de la profesionalización.

En el proceso de comunicación debemos considerar el emisor, el receptor y los canales de comunicación. El emisor, el administrativo de la salud, debe estar formado y motivado para comunicar y comunicarse, escuchar activamente, identificarse con el receptor, saber adaptar el lenguaje, el trato, la cortesía, la empatía son elementos básicos para comunicar adecuadamente

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Analizar la importancia de la atención al paciente y familiares por el auxiliar administrativo.

Objetivos secundarios:
- Conocer los elementos de la comunicación aplicados al entorno sanitario.
- Reflexionar sobre las estrategias comunicativas en relación a la atención al paciente y sus familiares.
- Analizar la calidad en la comunicación con los pacientes y familiares.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, Scielo, Google Académico y Google seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El auxiliar administrativo debe tener en cuenta las necesidades de los usuarios para prestarles la mejor atención posible.

Las necesidades más comunes que tienen los usuarios sanitarios en este ámbito son:
- Necesidad de ser atendido sin esperar demasiado.
- Necesidad de ser acogido.
- Necesidad de ser orientado en buena dirección.
- Necesidad de sentirse cómodo.

Para atender estas necesidades los auxiliares deben interrumpir las tareas que estén realizando y dar prioridad a la atención, atender a los usuarios con una sonrisa y unas palabras de bienvenida, por ejemplo: Buenos días, ¿en qué puedo ayudarle?", guiarle correctamente, asegurándose que ha sido correcta la indicación o información y remitiéndole, si es necesario a un compañero, transmitir seguridad sobre el servicio que se ofrece, eficacia (trabajando rápido y bien), amabilidad, cortesía (siendo respetuosos y educados), discreción en el manejo de la información y profesionalidad, conociendo al detalle el servicio.

Se debe favorecer la expresión y comunicación con el paciente y familia cuando quiere transmitir algo.

En general, se trata de crear un ambiente distendido y manifestar cierta empatía hacia el propio paciente y sus familiares. En la medida de lo posible no debe interrumpirse al paciente cuando trata de expresar alguna preocupación, dolencia, sentimiento, etc.

Cuando el auxiliar administrativo tiene que hablar con el paciente o sus familiares debe hacerlo utilizando un lenguaje claro, que evite en la medida de lo posible, los tecnicismos científicos. Las palabras deben ser conocidas en el lenguaje coloquial y las frases han de ser cortas, precisas y claras.

El tono de voz debe adecuarse a cada paciente y circunstancia, y las expresiones corporales y mímicas deben ser mínimas, ya que se trata de un lenguaje muy ambiguo, poco preciso y susceptible de valoraciones muy subjetivas. Es importante adecuarse, en la medida de lo posible, al tipo de paciente (quirúrgico, psiquiátrico, geriátrico, pediátrico, etc.) teniendo en cuenta la clase y características de la enfermedad que padece.

Es necesario en todo momento adoptar algunas actitudes determinadas que son muy importantes en una relación de ayuda:
- Respeto: la relación de ayuda al paciente se basa en la confianza y respeto mutuos. La comprensión de su situación, sin hacer juicios de valor o emitir opiniones

sobre el proceso del paciente, tanto al propio paciente como a la familia, la tolerancia a las distintas situaciones y realidades son valores básicos y fundamentales para una relación de ayuda provechosa.
- Sinceridad: es necesario que la sinceridad en el trato sea percibida por el paciente y sus familiares para que se produzca esa relación de confianza expresada anteriormente. -Empatía: una relación de empatía se produce cuando hay una comunicación mutua en la que ambas personas son capaces de captar la sensibilidad, los sentimientos y la realidad del otro. Es un elemento fundamental en la relación con los enfermos.
- Rigor, seriedad y precisión en el trabajo: son cualidades muy apreciadas que favorecen la confianza y la relación de comunicación, sobre todo cuando se trata de una asistencia sanitaria. Elemento destacable en el ámbito que nos ocupa es la comunicación telefónica. En ella todo tiene una dimensión diferente ya que el único elemento comunicativo que interviene es el lenguaje oral, no teniendo ninguno la comunicación visual.

Por lo tanto, el tiempo de respuesta a la recepción de la llamada, la acogida personal, la confirmación de la demanda, el desarrollo del proceso, la sonrisa telefónica, la solución o el compromiso de respuesta si se pospone esta y la despedida son momentos que requieren profesionalidad y trabajo continuado.

5 Discusión-Conclusión

El objetivo principal de la asistencia sanitaria debe ser, crear un entorno más humano, más cercano y seguro para los pacientes, sus familiares, los usuarios y profesionales al servicio de la Salud. Para ello se debe de brindar una atención de calidad, en los distintos centros al servicio de la Salud, tanto de orientación como de información a los pacientes y familia, velando por el cumplimiento de los derechos del paciente. La Ley General de Sanidad explica que la información sobre los servicios sanitarios debe ser clara, sencilla, comprensible, completa, detallada, tanto en derechos como en deberes, que incluya los trámites administrativos a realizar, y debe ir acompañada de un trato agradable y tranquilizador.

Por tanto, el auxiliar administrativo deberá identificar las principales pautas de comportamiento, motivaciones y necesidades del usuario, adaptando su comportamiento a ellas para atenderle de la mejor manera posible. Es fundamental tratar de detectar las necesidades del usuario en cuanto al servicio que está buscando y darle instrucciones claras, satisfaciendo así sus necesidades racionales, y tratarle con educación, amabilidad y cortesía, proporcionarle una buena atención, procu-

rar solucionar sus dudas y quejas, acompañarle y escucharle, siempre que sea posible, dejando así satisfechas sus necesidades emocionales.

Teniendo en cuenta estas necesidades se deberían de tener en cuenta unas pautas a la hora de relacionarnos con los usuarios para lograr que las relaciones sean satisfactorias y, por tanto, tengan una percepción de haber sido atendidos de la forma que esperaban. Actitudes como la empatía, la escucha activa, el trato correcto, el respeto, la calidez de las palabras, el mirar a la persona, no ignorarla, tenerla siempre presente, dirigirse a ella por su nombre, sonreír... son todos elementos imprescindibles para que los usuarios se sientan atendidos como personas y se genere confianza.

Algo prioritario es evitar la falta de empatía, para ser capaces de llegar al paciente y poder entender la situación en la que se encuentra. Fomentando un trato digno, buscando siempre, trato personalizado. El paciente, no se relaciona solo con el equipo médico, sino también con todo un equipo de profesionales al servicio de su bienestar, de aquí, la importancia de cuidar nuestra forma de comunicarnos. La comunicación eficaz, debe ser una excelencia de primer orden.

El objetivo ha de ser ofrecer una atención de calidad, segura, eficaz, ágil y confortable que tenga en cuenta las necesidades, pero también la expectativa de cada persona o grupo. Al atender es importante observar, escuchar, preguntar, sentir y finalmente dar respuesta.

La prestación de atención al público se realiza salvaguardando, los principios de autenticidad, confidencialidad, integridad, disponibilidad y conservación de la información, así como la protección de datos de carácter personal, de los ciudadanos.

6 Bibliografía

- Claves para la gestión de la Atención al Usuario en los Servicios de Salud. SEAUS.
- Guía para pacientes y usuarios de sanidad. AEPD.
- Jiménez L. (1993) Administración de servicios de salud. UNED
- El auxiliar administrativo de la salud en el servicio de admisión y documentación clínica. OCRONOS. Revista médica y de enfermería
- La guía definitiva del auxiliar administrativo de la salud. OPOINNOVA

- Análisis de situación de los aspectos humanísticos de la atención sanitaria. Fundación HUMANS.

Capítulo 1655

LAVADO DE MANOS

ÁGUEDA FERNÁNDEZ GONZÁLEZ

1 Introducción

La forma más frecuente de transmisión de organismos entre pacientes se produce a través de las manos del personal de los centros sanitarios. La higiene de Manos con Agua y Jabón resulta la mejor arma de prevención. Tener colocados los Guantes no es garantía suficiente para No practicar el Lavado de Manos. Se observó que el Lavado de Manos después de retirar los Guantes sólo es practicado por un 44% del Personal.

2 Objetivos

-Identificar los Mecanismos de Transmisión de organismos de un profesional a un paciente a través de las manos.
-Citar recomendaciones generales a tener en cuenta por los profesionales siguiendo el modelo de los cinco momentos para el lavado de Manos.
-Conocer datos estadísticos sobre la Práctica de Lavados de Manos.
-Dar a conocer la Importancia que tiene una Correcta Higiene de Manos.

3 Metodología

Para la elaboración se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo.

4 Resultados

Mecanismos de Transmisión de las Infecciones:
-Presencia de Microorganismos en la piel del paciente o en los Objetos de su entorno.
-Paso de estos agentes a las manos de los profesionales,
-Supervivencia de estos patógenos en la manos durante un periodo de tiempo.
-Higiene de Manos no realizada o realizada inadecuadamente.
-Transferencia mediante contacto directo, a través de algún objeto o de alguna superficie.

Recomendaciones Generales a Tener en cuenta para un Correcto Lavado de Manos:
-Debemos realizarlo antes del contacto directo con el paciente.
-Debemos realizarlo después del contacto directo con el paciente.
-Debemos realizarlo Antes de Colocar los Guantes.
-Debemos realizarlo Después de Colocar los Guantes.
-Debemos realizarlo después de la Exposición a fluidos o secreciones corporales.
-Debemos realizarlo después del contacto con el entorno del paciente y el medio asistencial.
-Debemos realizarlo si nos movemos desde un sitio Contaminado a un sitio Limpio.

5 Discusión-Conclusión

Las medidades preventivas disminuyen el riesgo de contraer una enfermedad dentro del trabajo o de transmitir alguna enfermedad al paciente. El lavado de manos es el método más efectivo para prevenir la transferencia de microorganismos entre el personal y el paciente.Algo tan básico como la Higiene de Manos puede llegar a ser la mejor Herramienta de Prevención. El lavado de Manos es una medida barata y sencilla que puede ayudar a reducir las infecciones de Manera significativa.

6 Bibliografía

-PANTOJA LUDUENA, Manuel. Higiene de manos y riesgo de infecciones. Rev.bol.ped.(online). 2010, vol.49, n.2 (citado 2020-02-04), pp. 83-84.

-Una atención limpia es una atención más segura. Material y Documentos sobre la higiene de manos. Organización Mundial de la Salud; 2009.

Capítulo 1656

TRASTORNOS VISUALES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN ATENCIÓN PRIMARIA ANTE PANTALLAS DE VISUALIZACIÓN DE DATOS. (PVD)

PILAR MÁRQUEZ IGLESIAS

SANDRA ARCE RODRÍGUEZ

MARÍA LUZ GONZÁLEZ ÁLVAREZ

MARIA DEL MAR MARINA LÓPEZ

MARIA ANGELES FERNÁNDEZ SEIZ

1 Introducción

El primer ordenador de la historia, el Z1, fue creado en 1936 por Honrad Zuse, desde mediados de los años 50 hasta el día de hoy los avances tecnológicos y el incremento del uso de ordenadores, no ha cesado. Actualmente son imprescindibles en una gran cantidad de actividades, entre ellas en los Centros de Atención Primaria.

La informatización de los servicios sanitarios, logra agilizar trámites administrativos, y mejorar la comunicación de los servicios de atención primaria entre

sí o con atención especializada, haciéndolos más seguros y rápidos, pero también debemos tener en cuenta que usar ordenadores ocasiona problemas de salud para los usuarios de las Pantallas de Visualización de Datos (en adelante, también PVD).

En los Centros de Salud de Atención Primaria del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA), los auxiliares administrativos utilizan diariamente pantallas de visualización de datos (PVD), como ordenadores. El 90% de su jornada se realiza ante ellos por esa razón es necesario analizar y prevenir los riesgos derivados de su uso.

El artículo 6, de la Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales, fomenta la seguridad y salud de los trabajadores a través de medidas y actividades necesarias para la prevención y protección de los riesgos. La protección ante Pantallas de Visualización de Datos, será tratada más detalladamente por el Real Decreto 488/1997, (que traspasó al ordenamiento jurídico español la Directiva europea 90/270/CEE de 29 mayo 1990), acompañado por la Guía Técnica elaborada, por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT), ambos trabajarán con el fin de minimizar los daños producidos por las PVD.

Antes de analizar, las causas y consecuencias ocasionadas por el uso habitual de PVD en la vista de los auxiliares administrativos, y las medidas preventivas que se debe tomar, debemos esclarecer unos conceptos definidos en el Real Decreto 488/1997. a. Pantallas de visualización de datos PVD, "cualquier pantalla alfanumérica o gráfica, capaz de representar texto, números o gráficos, independientemente del método de representación visual utilizado", incluye pantallas de visualización convencionales (con tubo de rayos catódicos), o basadas en otras tecnologías (de plasma, de cristal líquido, etc.). Quedan excluidos los sistemas llamados "portátiles", siempre y cuando no se utilicen de modo continuado en un puesto de trabajo, no superior a 2 horas diarias o 10 horas semanales. b. Trabajadores de PVD, son los que habitualmente trabajan ante un equipo de PVD más 4 horas diarias o 20 semanales de trabajo activo, si fuese inferior el tiempo habría que analizar el tipo de trabajo que se realiza y en qué condiciones. c. Puesto de trabajo con PVD, lugar donde se ejecuta el trabajo, constituido por un equipo con pantalla de visualización provisto, en su caso, de un teclado, un programa, accesorios ofimáticos, asiento y mesa o superficie de trabajo.

2 Objetivos

El objetivo principal de este trabajo es proteger la seguridad y salud de los auxiliares administrativos de los Centros de Atención Primaria del SESPA, que utilicen equipos de PVD, ante los riesgos o consecuencias con mayor incidencia en el campo de la visión.

Como objetivos secundarios tenemos:
- Identificar y analizar los riesgos más comunes para la vista.
- Marcar unas pautas para reducir o eliminar cualquier daño que ocasionen al trabajador.
- Conocer cuáles son los requisitos legales que establece la normativa española sobre seguridad y salud relativa al trabajo con PVD.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo, la metodología que se ha seguido es realizar una revisión bibliográfica relacionada con los puntos principales de la investigación .Toda esta información se analiza y posteriormente, se extraen las conclusiones.

En términos generales, esta revisión bibliográfica se centra en bases de datos (como Scielo, PubMed, o Google Académico), búsqueda en artículos online, cabe mención especial las distintas guías de prevención expuestas por sindicatos y libros específicos en la materia.

Las palabras clave usadas entre otras son" prevención pantalla visualización datos" "fatiga visual", etc.

4 Resultados

Los ojos son una de las zonas más sensibles de nuestro cuerpo. Comenzaremos analizando que es y cuáles son las causas que generan la fatiga visual en los auxiliares administrativos que manejan más de 4 horas al día PVD en los centros de atención primaria.

Definimos fatiga visual como "alteración funcional reversible en su inicio, ocasionada por un esfuerzo continuo del aparato visual", esto provoca que entre un

50% a 90% de los administrativos padezcan unos síntomas podemos agruparlos en tres bloques.
- Molestias oculares: pesadez en párpados y ojos, sequedad ocular, enrojecimiento de los ojos, picazón, quemazón, lagrimeo. Percibiremos sensación de alivio al cerrar los ojos.
- Trastornos visuales: son menos frecuentes, se presentan como visión borrosa transitoria de la imagen y/o pérdida de nitidez, dificultad para enfocar objetos. Suele remitir rápidamente en reposo.
- Trastornos extraoculares: cefaleas, vértigos, mareos, ansiedad.

Estas molestias se ven más agravadas en el caso de usuarios de lentes de contacto.

Las inadecuadas condiciones en el trabajo con la Pantalla de Visualización de Datos provoca la aparición de la fatiga visual, en este apartado citaremos las causas que provocan los daños anteriormente mencionados.
1. Causas según el puesto o lugar de trabajo:
- Sistema de iluminación insuficiente, excesiva o inadecuada en el centro de salud. Se considerará inadecuado cuando se den los siguientes factores, reflejos en pantallas, deslumbramientos en los usuarios de PVD (por puntos de luz situados justo encima del equipo, mala distribución de la intensidad de la luz, suelos, techos y paredes con un alto índice de reflexión, presencia de grandes ventanales, mobiliario excesivamente brillante, tubos fluorescentes sin difusores, etc.)
- Entorno térmico, una sequedad excesiva del aire causará irritaciones en el ojo y deshidrata la córnea.
- Distribución del puesto de trabajo, si los elementos usados durante el trabajo no están ubicados correctamente a una distancia similar de los ojos, aumentarán los síntomas de fatiga visual.
- Pantalla, a pesar de los avances en calidad de imagen de los nuevos monitores, todavía no son perfectos y esto sumado a posibles parpadeos de la pantalla, borrosidad de imagen, tamaño de los caracteres reducido, etc. Ocasionará mayor cansancio visual.

2. Causas según organización del trabajo:
- Pausas, trabajar ante la pantalla del ordenador durante un espacio prolongado de tiempo, sin realizar ninguna pausa ni alejar la vista del ordenador en ningún momento conlleva a estados de fatiga visual.
- Aquellas tareas que requieren un gran nivel de atención, cierta minuciosidad, o que exigen trabajar con elementos de tamaño pequeño provocarán más fatiga.
- El tiempo que cada administrativo pasa delante de las pantallas de visualización.

3. Causas según factores individuales de los administrativos:
- Los auxiliares administrativos con defectos oculares (miopía, astigmatismo, hipermetropía, etc.), son más propensos a sufrir trastornos visuales por el uso del ordenador.
-Edad, con ella las capacidades visuales se disminuyen.
-Actividades lúdicas fuera del entorno de trabajo como el uso de consolas, móviles, etc. Hace que incremente el uso de PVD y paralelamente también la fatiga visual.

En los Centros de Atención Primaria el uso de los ordenadores por parte de los auxiliares administrativos es a diario, ello conlleva a la aparición de daños oculares, entre ellos la fatiga visual, por ese motivo es preciso tomar unas medidas tanto en lo que afecta al puesto de trabajo, organización y también a las características individuales de cada uno para prevenirlas.

Medidas preventivas para evitar o reducir la fatiga visual.
• Sobre puesto de trabajo:
-Pantalla, buena calidad, orientable e inclinable, al menos de 12"de tamaño, distancia de nuestros ojos confortable (entre 40 cm y 90cm) y situadas por debajo línea horizontal de visión (entre 10 y 60 grados). Las imágenes de la pantalla del ordenador, es muy importante que no produzcan destellos, reflejos ni parpadeos deben ser estables para que no lesione nuestra vista ojos y estar limpias.
-Los caracteres tendrán el tamaño adecuado, para poder verlos correctamente y no forzar la vista.
- Brillo y contraste ajustarlos para lograr un mayor confort, en algunos casos es necesario colocar un suplemento en la pantalla, para conseguir el mejor contraste.
-Mobiliario, colores neutros y acabado mate, para minimizar los reflejos.
- Portadocumentos o atril: Se recomienda usarse cuando se trabaje simultáneamente con el ordenador y documentos impresos, para lograr que el documento impreso este a una altura y distancia similares a las de la pantalla, y así reducir los esfuerzos de acomodación visual.
-Iluminación: El nivel de luz recomendable en los Centros de Salud donde trabaja el auxiliar administrativo está entre 200lux y 500lux, las lámparas no se deben colocar encima del lugar de trabajo.
-La ubicación del ordenador no debe estar orientado enfrente de las ventanas, eso provocaría deslumbramientos y si por el contrario el aux. Admistrativo el que está enfrente produciría reflejos, con lo cual lo mejor es que las ventanas estén situadas lateralmente. Cuando no podamos cambiar la ubicación se usarán

cortinas, persianas, etc… Evitando la entrada de luz. Evitamos los deslumbramientos (girar, inclinar, ajustar altura, reubicar, protectores antirreflejo, reducir iluminación, pantallas planas o con visera etc.)
-Temperatura entre 17 y 27 grados si no estamos en movimiento, como es nuestro caso.
-Humedad recomendable para nuestros ojos entre 30% y un 70%.

• Organización del trabajo.
Pausas: Efectuar pausas de forma periódica en la jornada de trabajo, no es necesario que sean de larga duración pero si frecuentes, por su puesto se realizan lejos de la pantalla y poder relajar la vista. Lo más habitual son pausas de unos 10-15 minutos por cada 90 minutos de trabajo con pantalla; no obstante si la tarea requiere mucha atención, conviene realizar al menos una pausa de 10 minutos cada 60 minutos y debería elegir el trabajador cuando considere que es necesaria según su cansancio .Se recomienda no trabajar más de 50 minutos seguidos ante una pantalla de ordenador.

• Factores individuales:
Vigilancia de salud: El servicio de vigilancia de salud del SESPA, facilitará la realización de exámenes médicos periódicos (una vez al año) para prevenir cualquier lesión ocular y diagnosticar la pérdida de agudeza visual.

En caso de presentar síntomas, molestias o alguna anomalía en tus ojos ponte en contacto con el servicio de vigilancia para que tome las medidas necesarias.

Se recomienda a los auxiliares administrativos, parpadear más a menudo. En una conversación normal se parpadea 22 veces por minuto, pero ante un ordenador se reduce por la concentración ante la pantalla a 5 veces por minuto. Por esta razón por la que debemos en algunos casos usar colirio o lágrima artificial para reducir la fatiga ocular.

Los aux. Administrativos que usen lentes de contacto tendrán más molestias y riesgos, se les recomienda no usar gafas bifocales o con cristales de color, ya que en el primer caso provocar molestias en el cuello y en el segundo, se reduce el nivel de iluminación en el centro del campo visual.

Ejercicios para relajar la vista: tapa tus ojos con las palmas de las manos, sin apretar ni tocar los párpados, mantén los ojos abiertos. Permanece así durante 20 o 30 segundos sin ver ninguna luz a continuación descubre tus ojos, parpadea fuertemente y enfoca la vista a un punto distante, hazlo frecuentemente.

Decálogo General del buen usuario de PVD en los Centros Sanitarios.
Aunque los objetivos del presente trabajo están centrados en un riesgo muy determinado del uso de PVD, como es la fatiga visual, no he querido dejar de mencionar este decálogo, diseñado específicamente para el usuario de PVD en los Centros Sanitarios, que recoge, además de algunas medidas ya expuestas, consejos prácticos dirigidos a evitar o disminuir otros riesgos de tipo músculo esquelético o mental.
1. Distribuir correctamente el espacio de trabajo, mantener ordenada y organizada la mesa de trabajo.
2. Situar el ordenador de forma que no produzca reflejos en la pantalla.
3. Regular el tamaño de los caracteres, ajustar el brillo, contraste y no elegir un fondo de color fuerte.
4. Ubicación correcta de la pantalla, ángulo con línea de visión debe ser inferior a 60º, y a una distancia entre 40 cm y 90 cm el auxiliar administrativo.
5. Se recomienda el uso de reposapiés cuando no se puede apoyar los pies en el suelo
6. Emplear atril o portadocumentos cuando se alterne frecuentemente ordenador y documentos, debes colocarlo lo más cerca posible de la pantalla, así limitará movimientos de cabeza y ojos.
7. Tomar postura adecuada, brazos cerca del cuerpo y en ángulo de 90º, espalda recta y en ángulo 90º con piernas y músculos.
8. Realizar pausas periódicas para prevenir fatiga, estas son de corta duración y frecuentes.
9. Alternar a ser posibles trabajos ligeros con otros más complejos.
10. Hábitos físicos y alimentarios adecuados.

5 Discusión-Conclusión

Sabemos que los daños oculares son unos de los riegos más frecuentes, por la cantidad de horas que pasamos ante un ordenador actualmente y que mayor malestar provocan, bien es cierto que no es de los que más bajas laborales ocasiona, pero a largo plazo si es uno de los que tienen mayores consecuencias para la salud, como puede ser pérdidas de agudeza visual que conlleva al uso de lentes de contacto.

Para reducir los daños oculares producidos por las Pantallas de Visualización de Datos, es muy importante que participe tanto el trabajador como el Servicio de Salud donde presta sus servicios.

Servicio de Salud del Principado de Asturias por un lado, y a través de sus Servicios de Prevención adoptará las medidas preventivas necesarias para reducir estos riesgos ,por otro lado debe adaptar y actualizar su normativa interna al impacto que estos equipos están produciendo, puesto que van en aumento a lo largo de los años

Auxiliar Administrativo tiene derecho a ser informado de los riesgos a los que va estar sometido por el uso del ordenador y por supuesto a recibir la formación adecuada para evitarlos y poder desempeñar su trabajo con el ordenador de forma segura. Debemos cumplir esas medidas de prevención por nuestra salud.

6 Bibliografía

1. Disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas al trabajo con equipos que incluyen pantallas de visualización de datos. (Real Decreto 488/1997, de 14 abril.
2. Guía Técnica para la evaluación y prevención de los riesgos relativos a la utilización de equipos con Pantallas de visualización. INSHT (Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo).
3. Instrucción básica para el trabajador usuario de pantallas de visualización de datos. INSHT.
4. NTP 251: Pantallas de visualización: medida de distancias y ángulos visuales.
5. NTP 602: El diseño ergonómico del puesto de trabajo con pantallas de visualización: el equipo de trabajo.
6. Guía divulgativa para prevención de riesgos derivados del uso de pantallas de visualización de datos. https://aseme.es/prevencion-de-riesgos/
7. Guía prevención usuarios PVD de UGT. http://www.ugt.cat/download/salut_laboral/ergonomia/pantalles/guia_pvds_web.pdf
8. Consejos para aliviar la fatiga ocular informática. https://www.allaboutvision.com/es/síndrome-visual-informático/alivio.htm
9. Prevención de Riesgos Laborales en el trabajo con pantallas de visualización de datos (PVD).MC Mutual.
10. Protocolo vigilancia sanitaria específica .PVD. Comisión de Salud Pública (Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud).

Capítulo 1657

INFECCIONES NOSOCOMIALES

ÁGUEDA FERNÁNDEZ GONZÁLEZ

1 Introducción

Las infecciones nosocomiales en España constituyen un problema importante de la Salud Pública. Este tipo de enfermedad produce altas tasas de mortalidad y morbilidad. Se calcula que uno de cada dieciocho pacientes que reciben asistencia en un centro hospitalario de nuestro país se ve afectado por este tipo de enfermedad. La definición de Enfermedad Nosocomiales es de aquellas infecciones que se presentan a un paciente ingresado en un Hospital o en otro Centro Sanitario que no se encontraban en incubación cuando el paciente ingresó. Estas infecciones serían contraídas durante el ingreso hospitalario y se podrían poner de manifiesto incluso después del alta hospitalaria.

2 Objetivos

- Conocer qué es una enfermedad Nosocomial.
- Conocer qué factores inciden en el desarrollo de esta enfermedad.
- Conocer los factores de riesgo que contribuyen a la aparición de esta enfermedad.
- Conocer datos estadísticos de la prevalencia de esta enfermedad en España.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica

existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Los factores de Riesgo por los que está condicionado el desarrollo de esta enfermedad son cuatro:

- Intrínsecos.
- Extrínsecos.
- Relacionados con el microorganismo.
- Relacionados con el ambiente hospitalario.

Es muy importante que el personal Sanitario conozca los factores de riesgo que pueden incidir en este tipo de enfermedad.
También es muy importante que se conozca la detección precoz de estos Factores.
Por último, es conveniente insistir en la importancia que tiene la utilización de medidas de seguridad para disminuir las enfermedades nosocomiales en nuestro país.

5 Discusión-Conclusión

Como se ha mencionado anteriormente, las enfermedades nosocomiales en España constituyen un problema importante para la Salud Pública. Últimamente se está observando que la prevalencia de esta enfermedad está disminuyendo. La utilización de medidas de seguridad y prevención podría ayudar a mejorar la problemática de esta enfermedad en nuestro país. Es muy importante concienciar al personal de la importancia que tiene la utilización de las mismas.

6 Bibliografía

- Pujol M., Limón E. Epidemiología General de las Infecciones Nosocomiales, Sistemas y programas de Vigilancia.

-www. redaccionmedica.com

Capítulo 1658

CASO CLÍNICO DESDE LA TERAPIA ACUÁTICA: PÁRKINSON

SILVIA FERNÁNDEZ LÓPEZ

1 Introducción

Se trata de un trastorno neurológico degenerativo que afecta a las estructuras cerebrales subcorticales cuya participación es esencial para la regulación motora. Afecta a los ganglios grises de la base del encéfalo, especialmente de la sustancia negra y otros núcleos pigmentados del tronco cerebral, produciéndose una pérdida de neuronas y una inclusión característica en las células restantes, los cuerpos de Lewy. Se produce por un déficit de dopamina (neurotransmisor esencial para regular el movimiento).

Su diagnóstico, eminentemente clínico, es difícil en estadios iniciales y cuando la enfermedad se presenta de forma atípica

Inicialmente puede aparecer de forma insidiosa, variada y poco específica, la evolución es progresiva y la extensión del déficit depende de la etapa y gravedad de la afectación distinguiendo, según Hoehn y Yahr, seis grados de afectación de la enfermedad.

Desde el punto de vista clínico la sintomatología más frecuente de la enfermedad son: hipocinesia, rigidez (rueda dentada o tubo de plomo), temblor de reposo, trastornos de la postura y trastornos de la marcha.

Para realizar el caso clínico completo, se obtienen sus datos personales , antecedentes de salud,una descripción de la patología actual así como una entre-

vista clínica para elaborar un perfil del paciente y poder establecer los objetivos del caso.

2 Objetivos

Realizar una valoración terapéutica, un diagnóstico funcional y unos objetivos a corto, medio y largo plazo para posteriormete establecer un tratamiento. Los objetivos establecidos son:
- A corto plazo: Reducir la rígidez, promover la relajación global, fortalecer musculatura abdominal y de miembros inferiores especialmente lado derecho.
- A medio plazo: Inhibir los patrones posturales inadecuados, favoreciendo los normales, trabajar transferencia de cargas y estimular reacciones de enderezamiento y apoyo para estabilizar el equilibrio.
- A largo plazo: Eliminar el miedo a caer para lograr normalizar los parámetros de la marcha, velocidad y longitud del paso.

3 Caso clínico

- Entrevista clínica a. No presenta dolor. b. Está orientada, colaboradora y con fluidez verbal. c. Piernas pesadas, miedo a caerse, inseguridad en la marcha, dificultad para sentarse y levantarse, falta de equilibrio y de movilidad. d. Síntomas complementarios: pérdida de visión de cerca e. Precisa asistencia para las actividades de la vida diaria, aseo, vestido e higiene. f. Descanso nocturno: No es capaz de prepararse para el sueño de forma independiente (preparar la cama, cerrar la puerta, apagar la luz, poner pijama). Tiene un buen descanso nocturno. g. Ayudas accesorias: bastón, gafas y dentadura postiza. h.Hábitos alimenticios: Necesita ayuda para realizar comidas, limpieza de los utensilios y de los alimentos así como para sentarse y levantarse de la silla para comer. Dieta para hipertensos. i. El paciente no realiza ningún tipo de actividad física en la actualidad si bien antes de las múltiples caídas salía de paseo, asistía a misa e iba con las amigas al centro social. j. Medicación: ENALPRIL (para HTA), DISGREN (antiagregante plaquetario), SINEMET (levodopa para parkinson).

- Valoración terapéutica
A .Métodos Visuales
• El paciente presenta hipomimia facial solamente en los ojos (alteración del orbicular), difícil control del equilibrio si no se sujeta con ambas manos, camina con la mirada fija en el suelo.

• Análisis de la postura: Presenta ligera. Flexión de la cabeza y del tronco hacia adelante, así como de las articulaciones de los codos y de las rodillas
• Tipo de marcha: bloqueo al inicio, marcha festinante, lenta e insegura, ausencia de balanceo en los brazos. Dificultades en los giros, pasos cortos.
B. Métodos Manuales
• El paciente presenta rigidez constante en tubo de plomo en movimientos pasivos de flexo-extensión de articulaciones de hombro, codos, muñecas, caderas, rodillas y tobillos.
• No presenta alteración de la coordinación dinámica manual. Ni óculo motora, cruce de la línea media ni en integración bilateral.
• La fuerza muscular tanto en los miembros superiores como inferiores es de 4/5 en la escala de Daniels, excepto en la cadera derecha que es de 3/5.
C. Movilización
• Presenta dificultad en la flexo-extensión de la cadera derecha y en la flexión plantar y dorsal de la articulación del tobillo, no existe alteración del rango articular en ninguno de los movimientos de las articulaciones de cuello, glenohumeral, codo, muñecas, dedos y rodilla.
• Reacciones de equilibrio: Se realiza la valoración en sedestación expresando un miedo que le impide el enderezamiento la mayoría de las veces; sin embargo realiza un apoyo correcto con ambas manos. En bipedestación no se realizó valoración por la inestabilidad que muestra.
D. Pruebas complementarias.
• Alto riesgo de caída, obteniendo 6/16 en equilibrio y 2/12 en la marcha en la escala de Tinetti.
• Alcance funcional, obteniendo 6 cm de alcance en la horizontal.
• Se valoró la enfermedad mediante la escala UPDRS obteniendo un estadio 3.
• Las ABVD valoradas mediante la Escala de Barthel obtienen 60/100, lo que determina dependencia moderada.
• Según el índice de Lawton y Brody las AIVD obtiene un resultado de 2/8.
• Se valoran las destrezas en el agua.

- Diagnóstico funcional
El paciente sufre una disminución importante en su capacidad funcional con gran dependencia en las AVD, pérdida de fuerza y rango articular en la pierna derecha, el tono muscular presenta rigidez en tubo de plomo, tiene bradicinesia severa, inestabilidad postural tanto en sedestación como en bipedestación con continuas pérdidas de equilibrio, apenas realiza reacciones de apoyo (solamente en sedestación y con miembros superiores) ni de enderezamiento. La marcha es, por tanto, de escasa calidad, inestable y con reiteradas caídas.

El miedo a la caída bloquea la movilidad de la usuaria si bien la fuerza y el rango articular serían suficientes para deambular. Sería conveniente trabajar flexibilidad muscular, control postural, la marcha, el rango articular, mejorar el equilibrio y las reacciones de equilibrio, la coordinación y la diversión para un buen estado anímico.

4 Discusión-Conclusión

1. Ajuste mental y desapego:
El paciente en bipedestación caminará distintas velocidades, hacia adelante, hacia atrás, pasos a los lados (derecha e izquierda), con pasos largos, cortos, levantando rodillas, aumentando la base de sustentación y disminuyéndola, de puntillas, inmersión de la cabeza en el agua.

2. Relajación muscular:
Mediante relajación acuática asistida, directamente con el terapeuta o con flotadores especiales, realizaremos distintos tipos de movimientos de grupos musculares, actuando alrededor de todos los ejes de las articulaciones, incidiendo en miembro inferior, con movimientos suaves para provocar un estado de bienestar y calma del paciente.

3. Elongación muscular:
A través de contracciones isométricas en excéntrico de diferentes grupos musculares de miembro superior e inferior.

4. Fortalecimiento de la musculatura:
- Del tronco
- Abdominal

El paciente se sitúa en posición dorsal, el terapeuta se coloca entre sus piernas y le agarra de la cadera.
• El paciente debe llegar con sus manos a los hombros del terapeuta (mano derecha – hombro dcho, mano izqda.- hombro izdo).
• El paciente tocará hombro derecho del terapeuta con su mano izqda y viceversa.
• El paciente realizará los dos ejercicios anteriores con los agarres del terapeuta cada vez más distales (cuádriceps, rodilla, tibial, tobillo…)

- Dorsal, trapecio y romboides:
• El paciente solo, sin ayuda del terapeuta con las piernas abiertas en semisentadilla y espalda recta deberá mover los brazos en círculos de adelante hacia atrás,

con círculos cada vez más amplios, venciendo la resistencia del agua bajo vigilancia del terapeuta pero sin asistencia.
• En la misma posición, con las piernas apoyadas en el suelo, realizar, con los brazos extendidos, movimientos laterales a derecha e izquierda, en el plano sagital.

- Columna:
El terapeuta detrás del paciente y éste en posición de flotación dorsal con los brazos bajo la nuca y anillos flotantes en los tobillos.
• Movimientos de cadena homolateral (pierna dcha a hombro dcho, pierna izada a hombro izqdo.) o cruzados (pierna izqda a hombro derecho y pierna derecha a hombro izquierdo).
- Miembros inferiores:

- Abductores
• El terapeuta se colocará delante del paciente yofrecerá una resistencia en los maléolos externos: el paciente en posición dorsal, con flotador bajo el cuello, deberá realizar la abducción de las piernas en extensión.
• El paciente en bipedestación, frente al bordillo, realizará elevaciones laterales de la pierna en extensión.
- Adductores:
• El paciente en posición dorsal, con flotador bajo el cuello, el terapeuta delante del paciente ofrecerá una resistencia en los maléolos internos y el paciente realizará la adducción de las piernas en extensión
• El paciente en bipedestación, frente al bordillo, con la pierna extendida en abducción la bajará hasta juntarla con la otra pierna.

- Glúteos
• El paciente en bipedestación con el churro colocado bajo la planta del pie derecho con la pierna en extensión y flexión de cadera, sin ayuda del terapeuta, el paciente hará una extensión de cadera de adelante hacia abajo, primero con apoyo en la pared de la piscina y luego sin él.
- Isquiotibiales:
• Sin ayuda del terapeuta, el paciente en bipedestación con churro bajo la planta del pie derecho, pierna extendida y flexión de cadera, realizará flexión de rodilla, primero con apoyo y luego sin él.

- Cuádriceps y glúteo.
• Sin ayuda del terapeuta, el paciente en bipedestación, churro bajo la planta del pie derecho, pierna extendida y flexión de cadera, realizará flexión de cadera y, rodilla hacia arriba y hacia abajo primero con apoyo en la pared y luego sin él.

5. Trabajo de trasferencia de cargas y reacciones de equilibrio:

Una vez se haya trabajado el fortalecimiento de la musculatura para lograr un buen control postural empezaremos con el trabajo de transferencias de cargas con los siguientes ejercicios con el paciente en bipedestación y el agua por el pecho:
• Realizará alcances laterales a la máxima distancia sin llegar a perder el equilibrio.
• Realizará alcances laterales acompañados de patada contralateral.
• El terapeuta se colocará frente al paciente y éste realizará alcances frontales hacia el terapeuta primero con brazos juntos y después alternándolos acompañados de flexión de rodilla homolateral.
• El paciente dará un paso al frente con flexión de rodilla a la vez que tocará con el brazo contralateral al terapeuta situado enfrente, alternando un lado y otro.
• El paciente en bipedestación con un churro en cada mano alternará saltos sobre una pierna y sobre otra apoyándose en el churro y basculando el peso.
• A medida que vaya logrando un buen resultado se añadirán turbulencias y empujes.

6. Reeducación de la marcha:
• El pacientecaminará con pasos largos hacia adelante y hacia atrás, agarrado a los hombros del terapeuta y guiado por él, exagerando la disociación de cadera.Después hará lo mismo agarrado de las manos, aumentando poco a poco la velocidad.
• Con un flotador en cada mano caminará levantando al máximo la rodilla acompañada de disociación de brazos.
• Se colocará un escalón en el suelo de la piscina y el paciente lo subirá y bajará apoyándose en el terapeuta y posteriormente sin apoyo.
• En bipedestación el paciente realizará inicios y paradas de marcha a toque de palmadas del terapeuta.
• Se formará un circuito con un steep, 3 pivotes en zig-zag, 3 steep con un paso de distancia entre ellos. El paciente deberá realizar el circuito caminando, salvar los obstáculos y regresar al punto de partida.

El tratamiento ha sido realizado tres días a la semana, en sesiones de 45 minutos cada día, durante cinco meses.

Sigue manteniendo una postura con flexión de tronco y cuello pero ha logrado

mejorar la movilidad articular de cadera derecha y el equilibrio, con ello ha mejorado su autoestima y aumentado la confianza en la marcha, recuperando de manera satisfactoria y autónoma sus rutinas diarias si bien sigue utilizando el bastón por seguridad.

Se le ha vuelto a realizar el test de Alcance Funcionalexperimentando una mejoría de 8 cm, dando un resultado de 14 cm.
En el test de Tinetti ha obtenido también una mejoría, tanto en la parte del equilibrio, con una puntuación de 6/16 como en la parte de la marcha, obteniendo 10/12. A día de hoy la paciente sigue acudiendo dos días a la semana a petición propia.

5 Bibliografía

-Hankovik Joseph. Enfermedad de Parkinson y trastornos del movimiento.Ed:Lippincott williams and wilkins. woltwrs kluwer health ,2007.
- F.J. Cudeiro. Reeducación funcional en la enfermedad de párkinson. Elsevier s.a España, 2ªed.2014.
- Almudena Zurita Moreno. Guía técnica de intervención logopédica en la enfermedad de Párkinson.Editorial sintesis.
-Javier Güeita, Maria Alonso. Terapia acuática: Abordajes desde la fisioterapia y la terapia acuática..S.A Elsevier España.2015.

Capítulo 1659

TÉCNICAS DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO POR LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS

VERÓNICA RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

La forma de relacionarse en el entorno sanitario es muy importante, existen multitud de fórmulas para hacerlo sin desarrollar conflictos entre el personal y los usuarios. Las habilidades lingüísticas nos capacitan para la emisión y recepción de mensajes adecuados.

La imagen que los usuarios perciben del sistema sanitario se forma en gran medida por el trato que ellos mismos reciben en la atención personalizada. Cada persona requiere una serie de necesidades y los auxiliares administrativos deben conocer como satisfacerlas, los usuarios tienen unas expectativas al usar los servicios sanitarios y quieren que estas se cumplan.
El personal es el soporte de la relación entre los usuarios y el sistema sanitario, por ello, si la calidad de la información es alta, los usuarios percibirán que están recibiendo un buen servicio sanitario, ya sea dentro de la red hospitalaria, así como en los diferentes centros de salud de cada comunidad autónoma.

2 Objetivos

- Entender las necesidades de los usuarios y satisfacerlas.
- Aplicar procedimientos que garanticen la eficiencia en la comunicación.
- Utilizar pautas para lograr maximizar la calidad en la atención al usuario.

3 Metodología

Se llevó a cabo una revisión sistemática de la bibliografía sobre el tema tratado. Las diferentes bases de datos consultadas fueron: Dialnet, Cuiden y Cochrane. De un total de 14 referencias encontradas tras la búsqueda, fueron seleccionadas 6 para un análisis en profundidad, por cumplir con los criterios de inclusión establecidos. Se limitó la búsqueda de idioma al castellano.

4 Resultados

La información que se facilita ha de ser siempre clara y concisa, y es importante que se les dé a los pacientes un trato individualizado, buscando siempre solucionar los problemas que planteen.
Una de las pautas más importantes para atender al usuario es anticiparse a su problema con una actitud positiva, sonriendo y cuidando el tono de voz. Escuchar sin interrumpir y ser empático son las cualidades más valoradas por los pacientes. La primera impresión puede condicionar toda la conversación y si esta es buena evitaremos que el usuario tenga la sensación de estar mal atendido.

En todo este proceso las habilidades personales que cada uno posee también hacen que la percepción del mensaje por el paciente cambie. En la atención presencial, el lenguaje no verbal cobra gran importancia porque con la actitud corporal la comunicación puede ser más o menos fluida. Por tanto, la no verbal apoyará siempre a la verbal y servirá muchas veces para sustituir el lenguaje.

Usar un vocabulario que el usuario entienda, que el mensaje sea claro y con un tomo de voz adecuado, hace que se perciba mejor la información que se quiere trasmitir.
Los auxiliares administrativos desempeñan gran parte de su trabajo a través de la línea telefónica, donde la forma de comunicar el mensaje es fundamental, no debiendo olvidarse nunca de la "sonrisa telefónica". Se deben evitar los ambientes ruidosos para que el mensaje no llegue con interferencias. La recepción de las llamadas es conveniente que sea rápida y siempre usando la fórmula de bienvenida de la unidad en la que se esté desempeñando el trabajo.
Existen expresiones de escucha que hacen que la otra parte sienta que no está sola, como pueden ser "si", "de acuerdo" …
Las preguntas abiertas ayudarán a que la persona nos cuente más sobre su problema y es bueno usarlas cuando necesitamos más datos de los que nos están dando.

Parafrasear es otra de las técnicas más usadas, es simplemente explicar al locutor con tus palabras los argumentos que él te acaba de transmitir.
Si finalmente no fuese posible resolver los problemas que se plantean le indicaremos que se le solucionará lo antes posible ofreciéndole disculpas.
Con todas estas pautas, se consigue que dentro de la multitud de servicios que la sanidad ofrece, la atención sanitaria sea la adecuada.

5 Discusión-Conclusión

Si se superan las expectativas de los usuarios se consigue la calidad en el servicio prestado. La actitud y una buena información es la clave del éxito.
Mediante la implicación de todo el personal, incluidos los auxiliares administrativos, se conseguirá estar cada vez más cerca de la excelencia.
Trabajar la empatía ayudará a entender lo que los usuarios desean, del mismo modo, el feedback ayudará a mejorar la calidad porque dará a conocer a los auxiliares administrativos la percepción que los usuarios tienen del servicio.
El bienestar de los pacientes está muy relacionado con que el proceso de atención sea el adecuado, siempre teniendo en cuenta que no se vulneren los derechos de los mismos, por eso, el personal administrativo debe estar capacitado y formado para dar una buena atención, el servicio será más eficiente cuanto más se satisfaga la necesidad del paciente.

6 Bibliografía

- Albaladejo, M. (2007) La comunicación más allá de las palabras. Que comunicamos cuando creemos que no comunicamos. Barcelona: Graó.
- Llacuna Morera, J. (2000). La comunicación no verbal (II). Recursos para el profesional sanitario. FMC- Formación Médica Continuada en Atención Primaria, 7(10).
- Cestero Mancera, A. M. (2014). Comunicación no verbal y comunicación eficaz.
- Berlo David, K. El proceso de la comunicación. Barcelona: Ateneo, 1993.
- Patterson, M. L. (2011). Más que palabras. El poder de la comunicación no verbal (Vol. 4). Editorial UOC.

Capítulo 1660

LA FIGURA DEL CELADOR EN LOS CENTROS DE SALUD DE ATENCIÓN PRIMARIA

LOURDES FERNÁNDEZ LLOUSAS

1 Introducción

La atención primaria es el primer contacto que todo usuario de la salud tiene con los profesionales que en él trabajan. Existen varios tipos de atención en los centros de primaria: la atención en los centros de salud, que es el espacio donde trabajan cada día el equipo de atención primaria, la atención domiciliaria y el servicio de urgencias.

2 Objetivos

- Analizar las funciones que se realizan en los centros de atención primaria y así determinar cuáles de estas son realizadas por los celadores.

3 Metodología

Mediante una búsqueda sistemática realizada en distintas bases de datos ,como es Scelo o Pubmed, en los cuales introducimos conceptos relacionadas con la sanidad en atención primaria. Con ello conseguimos recabar información sobre el tema a tratar.

4 Resultados

Puesto que los centros de atención primaria son los encargados de atender a los pacientes como primer momento en que la pérdida de la salud requiere dicha atención, existen en ellos un grupo de profesionales sanitarios que trabajan diariamente en para poder atender las necesidades existentes (celadores, enfermeros técnicos, enfermeros y médicos) y personal no sanitario como es el caso de administrativo.

Todo usuario debe acudir a éstos para realizar distintas pruebas como es el caso de analíticas sencillas, peticiones de especialistas, expedición de recetas médicas y solicitud de consultas que no entrañen una gravedad extrema. Centrándonos en la figura del celador entre sus funciones caben destacar:
- Como primera función se encuentra la apertura del centro y encendido.
- Una vez esté se encuentre su puesto de trabajo junto con los demás compañeros revisará todo tipo de correspondencia dirigida a sus superiores y procederá a su distribución.
- A lo largo de su jornada laboral será el primer contacto con el paciente que acude a dicho centro ya sea a través de ambulancia como por sus propios medios.
- En el caso de que necesita ayuda para respirar o deambular éste es el encargado de proporcionarle un método de transporte y una bala de oxígeno si este lo necesita.
- Las fotocopias, atención telefónica y reparto de expedientes también se encuentra entre sus funciones.
- Si nos centramos en el servicio de Urgencias con que cuentan numerosos centros de salud éste es el encargado de la toma de datos y atención telefónica urgente a través del 112.

5 Discusión-Conclusión

El celador, como parte importante en el equipo de atención primaria, debe de conocer con precisión todas sus funciones puesto que como parte integrante de éste es de suma importancia ya que los pacientes usuarios de la salud encuentro en él tranquilidad que le transmite en todo momento a través de palabras o actos.

6 Bibliografía

- Páginas web: www.fisterra.com,

www.mundoprimaria.com
- Revistas: Elsevier.
- Boletines informativos de los centros de atención primaria de los servicios de salud.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 1661

LAVADO DE MANOS PARA LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES

ISABEL FERNANDEZ CARRILLO

1 Introducción

El lavado de manos es la principal medida de prevención de enfermedades. Es la principal vía de propagación de gérmenes durante la atención sanitaria.

Las enfermedades transmisibles en el entorno sanitario se encuentran entre las principales causas de muerte y el incremento de la morbilidad en pacientes hospitalizados. Con una correcta higiene de manos se consigue reducir riesgos.

2 Objetivos

- Proteger al paciente, personal sanitario y cuidadores.
- Prevenir la transmisión de enfermedades infecciosas.
- Reducir la contaminación en las manos para evitar la propagación de microbios en zonas no contaminadas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El lavado de manos debe realizarse en los siguientes casos:
- Cuando están visiblemente sucias o contaminadas.
- Antes y después del contacto con un paciente.
- Antes y después de la utilización de guantes.
- Después de entrar en contacto con emuntorios del paciente o con piel no intacta o mucosas.

Las pautas a seguir para un correcto lavado con agua y jabón son:
1. Mojar las manos con agua.
2. Aplicar el jabón necesario para cubrir todas las superficies.
3. Frotar las palmas y dorsos de las manos, frotar entre los dedos y pliegues durante 15 segundos.
4. Enjuagar con abundante agua.
5. Secar con una toalla desechable y con ella misma cerrar el grifo.
6. Después de realizar la higiene del paciente.
7. Antes y después del contacto con objetos inanimados que tenga contacto directo con el paciente.

5 Discusión-Conclusión

Una correcta higiene de manos es la medida más importante para reducir las infecciones y evitar la transmisión en la atención sanitaria. Es fundamental supervisar al personal sanitario para controlar la realización de su correcta práctica.

La higiene de manos no se puede sustituir por el uso de guantes, ellos son una herramienta complementaria.

6 Bibliografía

1. Alianza Mundial para la seguridad del paciente. Directrices de la OMS sobre higiene de las manos en atención sanitaria. Resumen OMS; 2005.
2. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/

3. https://www.scielo.org/es/
4. https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 1662

FUNCIONES DEL CELADOR EN EL QUIRÓFANO.

ISABEL FERNANDEZ CARRILLO

1 Introducción

Los hospitales disponen de varios quirófanos y deben estar ubicados cercanos a las unidades de vigilancia intensiva y de cuidados críticos. En ellos se realizan las operaciones quirúrgicas.
Las fases de una intervención quirúrgica son:
- El perioperatorio.
- El preoperatorio.
- El transoperatorio.
- El postoperatorio.

2 Objetivos

Concretar las funciones de los celadores en el quirófano.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Las funciones del celador en el quirófano son las siguientes:
1. Auxiliar en las labores propias del celador en la medida de lo posible.
2. Trasladar a los pacientes desde la unidad en la que se encuentren hasta el quirófano o sala de reanimación.
3. Supervisar que a los pacientes les acompañe su historia clínica.
4. Ayudar al personal sanitario en la colocación del paciente en el quirófano.
5. Ayudar al anestesista para conseguir la posición adecuada del enfermo.
6. Movilizar a los pacientes que lo necesiten y ayudar a su soporte.
7. Trasladar el material concreto para la intervención.
8. Respetar las normas internas para el área quirúrgica.
9. Rasurar aquellas zonas que lo requieran.

5 Discusión-Conclusión

Las funciones descritas anteriormente colaboran en el buen funcionamiento del ingreso y ayudan al bienestar del paciente.

6 Bibliografía

- Alonso Llorca D. Manual básico del celador de la agencia valenciana de salud. Valencia: Club universitario; 2013.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 1663

RECLAMACIONES Y SUGERENCIAS DE LOS USUARIOS DE LA SANIDAD

MARÍA JOSÉ RODRÍGUEZ ESCOBIO

PABLO CARREIRA RODRÍGUEZ

ROSANA ALONSO ORVIZ

1 Introducción

Dentro de los derechos de los usuarios de la sanidad se encuentra el de poder presentar reclamaciones cuando no estén satisfechos con la atención recibida. Además también pueden manifestar su opinión sobre el funcionamiento de los servicios a través de las sugerencias.

Con la reclamación dejamos constancia sobre un funcionamiento no correcto del servicio que se nos presta. Podemos reclamar sobre la atención, el trato, los recursos, las prestaciones, etc. En cambio, con la sugerencia no nos quejamos de un defecto en el funcionamiento si no que buscamos una mejora en la calidad de los servicios, porque siempre se puede mejorar.
Para poder interponer una reclamación es necesario conocer cómo y a través de que cauces podemos hacerlo. Los usuarios podrán presentar reclamaciones de forma verbal en el Servicio de Atención al Usuario pero, en este caso, no recibirán una respuesta por escrito. En el caso de tratarse de una reclamación escrita, se hará en un formulario y en este supuesto siempre se recibe respuesta por escrito. Este formulario se consigue en el Servicio de Atención al Usuario, en Centros de Salud y también en los hospitales. También podemos interponer nuestra queja

a través de internet. Este formulario podemos presentarlo en cualquiera de los registros oficiales o por internet. El plazo para contestar a la reclamación es de un mes.

2 Objetivos

- Entender la utilidad de la reclamación.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Tanto las quejas y reclamaciones como las sugerencias son un mecanismo que permite:
Que nuestros derechos como usuarios se respeten y tengan en cuenta.
Ayudan a mejorar la calidad de los servicios ya que, cuando interponemos una queja, es porque entendemos que el funcionamiento o forma de actuar por parte del Servicio de Salud no ha sido correcto y nos ha supuesto un daño o perjuicio. Estudiando el conjunto de quejas recibidas el Servicio de Salud puede comprobar la calidad de los servicios prestados y de esta forma ser consciente de aquellos aspectos que necesitan ser mejorados.

5 Discusión-Conclusión

La mejora en la calidad de los servicios sanitarios que recibimos también depende de nosotros como usuarios de los mismos. Si no presentamos una reclamación cuando algo no funciona correctamente estamos colaborando a que esa situación se mantenga y siga afectando a otros usuarios. Con nuestras quejas y sugerencias no sólo hacemos valer nuestros derechos sino que también contribuimos a mejorar el sistema sanitario.

6 Bibliografía

- https://www.astursalud.es.
- Ley 1/1992, de 2 de julio, del Servicio de Salud del Principado de Asturias.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

Capítulo 1664

PREVENCIÓN DE LAS AGRESIONES EN EL ÁMBITO SANITARIO

PATRICIA FERNANDEZ SANCHEZ

DAVID ALVAREZ TRINIDAD

VÍCTOR MANUEL FRANCISCO FERNÁNDEZ

1 Introducción

Las agresiones cada vez se están haciendo mas frecuentes en la asistencia sanitaria y está generando en el personal que lo sufre altos niveles de ansiedad y estrés. La agresividad no es un diagnostico, es un síntoma asociado a muchas variables difíciles de delimitar. Estas actuaciones violentas, no son exclusivas solo de los pacientes, sino que también se manifiestan cada vez con mayor frecuencia por parte de familiares.

2 Objetivos

- Analizar las distintas situaciones de agresividad que se pueden dar en el ámbito sanitario tanto por parte de los pacientes como por parte de los familiares.
- Formar al personal sanitario para poder reconocer los signos de amenazas o inquietudes en los pacientes y así poder actuar de manera adecuada, rápida y eficaz.

3 Metodología

Se realiza una revisión sistemática de artículos publicados sobre la violencia laboral, en las revistas indexadas en las bases de datos de Pubmed, Scielo y Cuiden.

4 Resultados

Cada vez es más alto el porcentaje de trabajadores sanitarios que han sufrido algún tipo de agresión a lo largo de su vida labora. El 70,3% han recibido amenazas, insultos o vejaciones y un 10,6% de las agresiones son físicas.

Los profesionales mas agredidos son los de enfermería, y en cuanto al lugar en el que se producen las agresiones, son los centros de Atención Primaria. Las mujeres son las principales víctimas de las agresiones violentas, no sólo por su mayor presencia en el sector sanitario, sino también porque son mas vulnerables a este tipo de conductas. Son los propios pacientes y sus familiares, en la mayoría de los casos hombres, quienes llevan a cabo las agresiones.

5 Discusión-Conclusión

No es fácil actuar ante un paciente capaz de agredir con su agitación incontrolada. El tratamiento del paciente agitado o violento ira encaminado a la contención, que puede ser de 3 tipos: verbal, mecánico y farmacológico. La intervención nunca se debe de hacer en solitario,ya que puede resultar extremadamente peligroso. Es muy importante el asesoramiento y la formación para hacer frente a este tipo de violencia y así poder actuar de forma segura y adecuada. Un aspecto primordial es la elaboración de un plan prediseñado de afrontamiento para la situación con agresividad. Se consigue evitar el desbordamiento de la situación y consecuencias indeseables para el paciente, familiar, personal que interviene o terceras personas presentes en la situación. El establecimiento de protocolos por parte de las instituciones sanitarias y el apoyo mediático resultan necesarias para seguir avanzando en la prevención y el mejor manejo de las agresiones en el ámbito sanitario.

6 Bibliografía

- www.redacciónmédica.com
- Revistas: enfermeria clínica

- Protocolos de actuación de los servicios sanitarios

Capítulo 1665

CALIDAD ASISTENCIAL EN EL ÁMBITO SANITARIO.

PATRICIA FERNANDEZ SANCHEZ

VÍCTOR MANUEL FRANCISCO FERNÁNDEZ

DAVID ALVAREZ TRINIDAD

1 Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud, la calidad asistencial es ”la medida en la cual los servicios de salud que se ofrecen a individuos y poblaciones de pacientes, mejoran los resultados de salud deseados. Para lograr esto la atención médica debe ser, segura, efectiva, eficiente, equilibrada y centrada en las personas.”
Conseguir que la atención que presta un determinado servicio asistencial sea mejor que las que prestan los restantes servicios de su misma especie conlleva objetivarla, cuantificarla en lo posible y compararse con estándares de servicios similares.
Prestar una buena calidad asistencial consiste en conseguir hacer bien lo que se debe hacer en cada caso, en cada proceso que es atendido, hacerlo con el menor coste posible y de forma que queden satisfechos quienes reciban esa asistencia.

2 Objetivos

- Asignar recursos materiales y humanos necesarios. Sin recursos no es posible ofrecer una buena calidad.

- Dotar a los profesionales de formación continuada y conocimientos actualizados.
- Considerar las implicaciones clínicas, funcionales, mentales y sociales de cada caso concreto.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

- Desde el año 2005 el Ministerio de Sanidad incluye una estrategia de seguridad del paciente en colaboración con las Comunidades Autónomas.
- Se crea la figura de Especialista en seguridad clínica del paciente y calidad asistencial, el cual se encarga de elaborar planes de mejora, lideran su implementación y evalúan resultados, participan también en el rediseño de procesos asistenciales y de gestión, preparan auditorías y ayudan a hospitales y otros centros a cumplir los requisitos necesarios para obtener acreditaciones internacionales de calidad.
- Hay una mejora en el rendimiento de los equipos clínicos en enfermedades con elevada prevalencia e índice de complicaciones.
- Reorganización de procesos asistenciales para hacerlos eficientes, manteniendo la seguridad.
- Creación de sistemas para que los pacientes puedan notificar reacciones adversas.

5 Discusión-Conclusión

Las políticas sobre calidad asistencial deberían promover una asistencia eficaz y centrada en las necesidades de los pacientes.
Deberían establecerse políticas adecuadas a todos los niveles: a nivel del sistema sanitario se deben incluir mecanismos para garantizar la calidad de las aporta-

ciones básicas como productos farmacéuticos, tecnología, personal, etc.; a nivel clínico, se deberían incluir métodos para mejorar los procedimientos y resultados asistenciales, tales como creación e implantación de guías de práctica clínica, sistemas de seguimiento y sistemas de garantía de calidad.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.
- https://www.scielo.org/es/.
- https://medlineplus.gov/spanish/.

Capítulo 1666

INTOXICACIONES AGUDAS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS

GLORIA MARIA RODRIGUEZ SUAREZ

1 Introducción

Las intoxicaciones por medicamentos, drogas, productos domésticos e industriales han sido en los últimos años una importante causa de morbilidad y mortalidad en edades pediátricas.

El elevado desarrollo técnico científico de la sociedad actual, pone en manos de la población diversos productos químicos y farmacéuticos que son potencialmente tóxicos capaces de producir intoxicaciones individuales y colectivas.

Las características de las intoxicaciones y envenenamientos, así como sus mecanismos de exposición, varían con la edad, con el sitio de residencia, de región a región, e incluso, con el país.

La intoxicación aguda está profundamente influida por elementos sociales, culturales, sanitarios, etc.

La mayoría de muertes en la infancia son debidas a la ingesta accidental ya que los niños por su curiosidad, ansia de aprender, por su desconocimiento del peligro son mas propensos a este problema. El costo médico y social de las intoxicaciones es elevado unido al riesgo de secuelas y muertes, justifica la importancia y la necesidad de realizar una actuación preventiva. Con este trabajo se determina el comportamiento clínico de las intoxicaciones agudas en la etapa de enero de 2005 a diciembre de 2009 en el Hospital Pediátrico ”William Soler”.

2 Objetivos

Determinar el comportamiento clínico de las intoxicaciones agudas en la etapa de enero de 2005 a diciembre de 2009 en el Hospital Pediátrico "William Soler".

3 Metodología

En el estudio intervinieron pacientes con edades de 0 a 18 años reportados por el Departamento de Estadística del hospital, se revisaron historias clínicas, registros de intoxicaciones agudas y tarjetas de codificación de egresos hospitalarios por esa causa, quedando constituida la muestra por 886 pacientes. Para obtener estos datos se confeccionó un formulario con las variables: fecha, edad, sexo, tipo de tóxico, causa de la intoxicación (accidental o voluntario), severidad y agente causal.

4 Resultados

Según la edad, las intoxicaciones agudas en los pacientes pediátricos la más afectada resultó ser el grupo de 1 a 5 años, seguido de adolescentes de 11 a 14 años.

En cuanto al sexo se demostró un leve predominio masculino. Los tóxicos mas frecuentes fueron los medicamentos, productos químicos del hogar y los alimentos.

Pacientes intoxicados por medicamentos: la más frecuente fue por psicofármacos (predominaron los derivados de benzodiacepinas), igualmente los antidepresivos y en menor cuantía los neurolépticos. Los antibióticos y antiinflamatorios no esteroideos resultaron ser una causa grande de intoxicación.

Analizando la severidad de los casos, el 30,2 % fueron ingresados, mientras que 69,76 % fueron de tratamiento ambulatorio. En la edad comprendida entre 11-18 años, una de las causas de intoxicaciones agudas fue por intento suicida más en el sexo femenino.

5 Discusión-Conclusión

En este estudio las intoxicaciones por medicamentos, productos químicos, insecticidas, etc. en los niños en edades tempranas la mayor parte se debe a irresponsabilidades por parte de los adultos que dejan al alcance de los pequeños estas

sustancias, en otras ocasiones optan por automedicarlos. Esto hace necesario que el sector de la salud lleve a cabo acciones educativas a la población con el fin de evitar y disminuir estos resultados. También se debería trabajar más en la farmacovigilancia (sobre todo en medicamentos almacenados en el hogar) ya que hay un alto grado de intoxicaciones por psicofármacos en pacientes menores de 18 años y esto puede traer consigo trastornos psiquiátricos, digestivos, hematológicos, etc.

Las niñas en este estudio, son más proclives a intentos suicidas que los varones durante la etapa de vida que transcurre entre los 11 y 18 años.

6 Bibliografía

- Yalena Prado Vizcaíno. Licenciada en Ciencias Farmacéuticas. Máster en Toxicología. Asistente. Facultad de Ciencias Médicas "Dr. Enrique Cabrera". La Habana, Cuba.
- María de los Ángeles Vizcaíno Londián. Especialista de I Grado en Psiquiatría. Asistente. Hospital Pediátrico Docente "William Soler". La Habana, Cuba.
- Carlos Manuel Abeledo García. Especialista de I Grado en Genética. Investigador Agregado. Facultad de Ciencias Médicas "Dr. Enrique Cabrera". La Habana, Cuba.
- Elisa Prado Vizcaíno. Residente de Medicina General Integral. Policlínico "Salvador Allende". La Habana, Cuba.
- Osney Leiva Peláez. Licenciado en Microbiología. Instructor. Laboratorios Farmacéuticos Labiofam. La Habana, Cuba.

Capítulo 1667

MOVILIZACIÓN DE PACIENTES EN LOS CENTROS SANITARIOS

JESUS ALVAREZ CANO

FRANCISCO CARRIO CANCER

PILAR CONDADO MENENDEZ

1 Introducción

Los celadores son una de las partes más importantes en la movilización de pacientes. Se debe de tener en cuenta que es un puesto de trabajo que exige fuerza física y que a veces nos puede ocasionar lesiones. Para ello se ha de evitar realizar ciertos movimientos como la rotación de la columna dorsolumbar y la flexión brusca de la espalda y de las caderas.

2 Objetivos

- Describir las diferentes posturas adquiridas por los pacientes y sus indicaciones y los principios mecánicos para la realización de los movimientos.
- Especificar siempre que sea necesario y en la medida de lo posible al paciente los movimientos y técnicas que vamos a utilizar.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica desde diferentes libros especializados en el que hemos utilizado varios artículos y diferentes bases de datos como Dial-

net, Google Académico y Scielo.

4 Resultados

Hacer uso de una técnica adecuada, ya sea manual o mecánica. Mantener el centro de gravedad entre el paciente y del celador para así alcanzar más estabilidad. Hay varias posiciones en las que un paciente puede estar acostado o ha de posicionarse de una forma concreta según la patología que presente. Aplicar una fuerza adicional si usamos el propio peso del cuerpo con un movimiento de balanceo. Para la realización del movimiento, el celador ha de tener el cuerpo alineado, las rodillas ligeramente flexionadas y se invertirán las posiciones de los pies.

5 Discusión-Conclusión

Evitar que se produzcan lesiones en cuanto al levantamiento de pacientes y traslados de los mismos,intentando mantener los centros de gravedad, tanto del paciente como de los propios trabajadores,procurando siempre que la realización de los movimientos sean los más cómodos y seguros.

6 Bibliografía

- El celador en los Servicios hospitalarios. Conocimientos básicos y funciones del celador. Online C, perfil V. Tema 9. Ejes y Planos del Cuerpo Humano. Posiciones Anatómicas.Parte I[Internet]Disponible En:https://celadoresonline.blogspot.com/p/tema-9.html.

Capítulo 1668

PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORABLES: ERGONOMÍA

ANGELA MARTINEZ LOPEZ

1 Introducción

Tal y como indica la Asociación Española de Ergonomía, recibe el nombre de ergonomía el conjunto de conocimientos provenientes de diferentes disciplinas científicas los cuales se aplican de cara a adecuar los productos, sistemas o entornos a las necesidades y características de las personas que los emplean.

Se trata de una disciplina científica de gran importancia a la hora de velar por la seguridad y la adecuación de bienes, servicios y ambientes a las necesidades de las personas que los utilizan, encargándose de valorar las características de los usuarios o trabajadores y de los productos o ambientes en cuestión de cara a poder establecer los cambios necesarios para optimizar al máximo dicha relación.

La ergonomía pretende mejorar el nivel de seguridad, bienestar y eficacia de trabajadores o clientes, incrementando la calidad de vida a la par que mejoran la productividad. Asimismo, también son su objetivo el control del entorno, el de optimizar el ajuste de las características del puesto o producto a las necesidades de la persona y detectar y solucionar amenazas a su bienestar.

El tipo de conocimientos que se tienen en cuenta para lograr dichos objetivos son múltiples: medicina, anatomía, psicología, ingeniería o diseño son algunas de las disciplinas de las que la ergonomía toma conceptos y conocimientos de cara a realizar su función.

Su aplicación en el trabajo:

Cómo hemos indicado anteriormente, uno de los principales ámbitos de aplicación de la ergonomía es el entorno laboral.

En este sentido, se pretende hacer que los materiales, instrumentos, vestuario o incluso ambientes de trabajo sean lo más seguros posibles, así como que permitan potenciar las capacidades y la productividad de los empleados. Se intenta asimismo producir un ambiente de trabajo sano y motivante, que favorezca la satisfacción del empleado y que permita el correcto desempeño de sus funciones.

Se valoran aspectos como la luminosidad, exposición a ruido, tamaño de los espacios, temperatura, uso de vestuario adecuado y que permita la protección del empleado en caso de que su trabajo implique algún peligro, separación de fuentes de luz, posición de materiales e instrumentos (por ejemplo separación silla-mesa o inclinación del respaldo de la silla).

Y no solo respecto a lo que está presente: también se ha valorar la posible afectación y adecuación de la introducción de nuevas metodologías e instrumentos por parte de los empleados. La postura del cuerpo, los horarios y descansos y el instrumental en sí son otros aspectos importantes.

En caso de necesidades más concretas como en caso de discapacidad o diversidad funcional, se busca generar adaptaciones que permitan que no exista una afectación que impida el normal desempeño de sus funciones sin que aparezcan dificultades.

Tener en cuenta el diseño ergonómico del puesto de trabajo y los materiales tiene grandes ventajas, dado que permite reducir la posibilidad de padecer enfermedades y lesiones laborales y accidentes. También reduce el absentismo laboral y aumenta la producción, bienestar, compromiso y clima laboral.
La ergonomía se puede clasificar en las siguientes áreas:

1. Ergonomía física:
Cuando hablamos de ergonomía la mayor parte de las personas imagina la adecuación física del entorno o de los productos. Es la que se encarga de valorar el material de trabajo, la postura corporal durante el horario de trabajo o los espacios de cara a evitar la aparición de problemas físicos o facilitar el desempeño en el trabajo, teniendo especialmente en cuenta el factor fisiológico/mecánico.

Ahora pasamos a uno de los puntos que mayores problemas dan a personas y empresas, un rompecabezas postural que juega con la salud de los empleados, la ergonomía física:

- Posturas de trabajo.
- Sobreesfuerzo.
- Manejo manual de cargasevantes que trata la ergonomía física son:
- Movimientos repetitivos (o microtraumas repetitivos.
- Lesiones músculo-tendinosas (LMT) de origen laboral.
- Diseño de puestos de trabajo.
- Seguridad y salud ocupacional.

Las posturas forzadas según se define en el protocolo de vigilancia médica son: posiciones de trabajo que supongan que una o varias regiones anatómicas dejen de estar en una posición natural de confort para pasar a una posición forzada que genera la consecuente producción de lesiones por sobrecarga.

2. Ergonomía cognitiva:
Este tipo de ergonomía es muy diferente del anterior, estando centrado en las implicaciones y la adecuación del puesto o producto a las capacidades y necesidades psicológicas del sujeto.

Estamos hablando de aspectos como la gestión del estrés y la presencia de dispositivos o servicios para reducirlo, la carga de trabajo, el tratamiento del impacto emocional de algunos puestos (por ejemplo el cirujano del ejemplo inicial) o la interacción entre los materiales y las capacidades cognitivas del sujeto.

3. Ergonomía organizacional:
En este caso estamos ante un tipo de ergonomía centrado no ya en la relación entre sujeto-puesto de trabajo sino en la relación sujeto-institución. En este sentido se analiza el qué actividades lleva a cabo cada uno, la gestión de los recursos humanos o la comunicación interna de la empresa.

4. Ergonomía ambiental:
Dedicada a la evaluación y asignación de espacios, valora elementos como el ruido o el nivel de luminosidad o temperatura que pueden afectar al sujeto.

2 Objetivos

- Identificar, analizar y reducir los riesgos laborales (ergonómicos y psicosociales).
- Adaptar el puesto de trabajo y las condiciones de trabajo a las características del operador.
- Contribuir a la evolución de las situaciones de trabajo, no sólo bajo el ángulo de las condiciones materiales, sino también en sus aspectos socio-organizativos, con

el fin de que el trabajo pueda ser realizado salvaguardando la salud y la seguridad, con el máximo de confort, satisfacción y eficacia.
- Controlar la introducción de las nuevas tecnologías en las organizaciones y su adaptación a las capacidades y aptitudes de la población laboral existente.
- Establecer prescripciones ergonómicas para la adquisición de útiles, herramientas y materiales diversos.
- Aumentar la motivación y la satisfacción en el trabajo.

3 Caso clínico

Paciente:
Varón de 26 años de edad.
1.80 m de estatura.
82 kg de peso.
Profesión: administrativo.
Sin antecedentes patológicos de importancia, dolor lumbosacro sin irradiaciones, dos semanas de evolución que ha venido aumentando en intensidad en estos días hasta limitar sus actividades cotidianas, el dolor se ha incrementado sobre todo a la flexión.
Persona sedentaria.
Tomó ocasionalmente ibuprofeno y paracetamol sin alcanzar mejoría notable.
A la exploración física se encuentra neurológicamente íntegro, sólo presenta dolor lumbar con los movimientos del tronco, principalmente en flexión.
AP y lateral de columna lumbar que no muestran mayor alteración, sólo una leve disminución del espacio L5-S1.

Se indican analgésicos, antiinflamatorios, relajante muscular, calor local y técnicas de prevención laboral sobre ergonomía:
- Saber que es "inadecuado" inclinarse-encorvarse sobre la computadora, y el dolor de espalda nos avisa que estamos con los hombros encogidos, y la cabeza casi pegada al teclado.
- Mantener la espalda erguida, pegada al respaldo de la silla, y de preferencia utilizar un cojín lumbar incorporado, vale destacar, con diseño ergonómico.
- Poner la pantalla de la computadora frente al usuario, para evitar torcer el cuello, lo que va a provocar dolor a corto o mediano plazo. La línea horizontal de visión deberá coincidir con la parte superior de la pantalla, dicen los expertos.
- Los pies deberán estar apoyados en el suelo, para mejorar el retorno venoso. Ideal será ponerlos en posición de descanso, lo más extendidos posibles. Por eso

los escritorios se aconseja tener abajo suficiente espacio, y si hay un reposa-pies, mejor aún.
- Habitualmente las personas son diestros, se recargan sobre su lado derecho, sin darse cuenta. Para equilibrar, se sugiere utilizar el mouse con la mano izquierda. En tres semanas se adquiere este hábito.
- Poner los documentos en un atril, para evitar problemas cervicales. Los apoya-muñecas en el borde inferior del teclado ayudan parcialmente a hacer más cómoda la actividad.
- Hacer pausas activas cada 60-90 minutos, para elongar los músculos. Los expertos hablan de efectuar micro pausas compensatorias, de pocos segundos, en cuanto se sienta alguna molestia, por pequeña que sea. Ello es mejor que esperar mayor dolor para interrumpir la tarea-actividad desarrollada.
Y si el trabajo sigue en casa, estos consejos son prácticos y aplicables.

Cita en dos semanas para valorar efecto del tratamiento, paciente con menos dolores de espalda, se diagnostica que muchos de sus dolores es por malas posturas y desconocimiento de ergonomía en su puesto de trabajo. También se le recomienda ejercicio y dieta equilibrada.

4 Discusión-Conclusión

La ergonomía forma parte de nuestra vida desde la antigüedad, llego a formar parte de nosotros de manera cotidiana para ayudarnos a hacer mas fácil y cómodo el desempeño de nuestro trabajo y de manera personal. Gracias a los estudios de la ergonomía se a logrado combatir problemas que se presentan en la industria, oficina o nuestro hogar para optimizar la realización de las actividades, evitar enfermedades, o accidentes mejorando nuestra posturas.

La ergonomía se encuentra aplicada en la mayor parte del mundo dentro de locales, empresas, casas y áreas sociales. Las nuevas investigaciones sirven para el diseño de nuevos muebles ergonómicos que se venden por todo el mundo. La ergonomía está aquí y allá siempre para facilitar nuestro trabajo.

5 Bibliografía

- http://www.ergonomos.es/ergonomia.php
- https://psicologiaymente.com/miscelanea/ergonomia
- https://prevencionar.com/2012/02/28/ergonomia-en-trabajos-de-oficina/

-

- http://tuespacioergonomico.blogspot.com/2011/12/la-ergonomia-forma-parte-de-nuestra.html

Capítulo 1669

LA CALIDAD ASISTENCIAL Y SEGURIDAD AL PACIENTE POR TODOS LOS PROFESIONALES SANITARIOS Y NO SANITARIOS

ANGELA MARTINEZ LOPEZ

1 Introducción

La seguridad del paciente es una dimensión clave de la calidad asistencial que ya nadie discute en el ámbito científico. Es un término que incluye las actuaciones orientadas a eliminar, reducir y mitigar los resultados adversos evitables, generados como consecuencia del proceso de atención a la salud, además de promocionar aquellas prácticas que han resultado más seguras, al tiempo que propicia un cambio cultural que destierre todo atisbo de cultura reactiva que culpabilice a los profesionales por sus errores.

La inquietud por la calidad asistencial se centró, en la década de los años setenta, en mejorar aspectos científico-técnicos. Posteriormente, en la década de los ochenta y de los noventa comenzaron a plantearse actuaciones dirigidas a conseguir un uso adecuado de los recursos asistenciales y a mejorar la satisfacción de los pacientes.

En el tercer milenio, la inquietud por continuar mejorando la calidad asistencial se focaliza en esa dimensión primordial de la misma: la seguridad del paciente. Una temática que tiene verdadero interés sanitario, y al que las principales organizaciones internacionales de salud le dedican su atención.

El abordaje de una política específica de calidad asistencial a nivel del Sistema Nacional de Salud Español (SNS) ha sido considerado como una prioridad como lo muestra que el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (MSPSI) en colaboración con las comunidades autónomas haya situado a la seguridad del paciente como uno de los elementos clave en la mejora de la calidad.

La estrategia de seguridad del paciente en desarrollo desde el año 2005, e incluida en el plan de calidad para el SNS en el año 2006, promueve acciones orientadas a mejorar la cultura de seguridad entre profesionales y pacientes, mejorar el conocimiento sobre los eventos adversos y promover la implementación de prácticas seguras en los centros asistenciales.

El aspecto fundamental de esta estrategia es que se viene desarrollando a través de alianzas con diversas organizaciones a nivel nacional e internacional para hacer de la seguridad el centro de las políticas sanitarias.
A nivel nacional destacan la declaración por la seguridad suscrita por sociedades científicas del ámbito sanitario español y el compromiso de los pacientes por la seguridad del paciente suscrito por las asociaciones de pacientes.

A nivel internacional, el MSPSI está presente en los grupos de trabajo internacionales que sobre seguridad de pacientes se han constituido en la OCDE, Comisión Europea (EUNetPAS, Patient Safety and Quality of Care Working Group) y OMS (estudio IBEAS, programa Bacteriemia Zero, campaña de higiene de manos, desarrollo de la taxonomía y sistema de clasificación de eventos adversos, o programa de pacientes por la seguridad, entre otros).

Hemos asistido en los últimos años al reconocimiento de la seguridad del paciente como un elemento prioritario de las organizaciones sanitarias, con especial interés para la comunidad científica y gran impacto en la comunidad, pero que debe contar con el compromiso de los profesionales para conseguir los cambios que se esperan en la práctica clínica.De manera genérica podemos mejorar la seguridad clínica del paciente reduciendo la probabilidad de ocurrencia de efectos adversos, suprimiendo la actividad que los ocasiona si esta es superflua, evitando los fallos humanos en el desarrollo de la actividad, o vigilando los fallos de sistema y actuando antes de que produzcan daño y también, minimizando sus consecuencias.

La formación de los profesionales es una potente herramienta y el primer paso para cambiar la cultura de la seguridad contribuyendo a la mejora de conocimientos y actitudes para promover una práctica clínica más segura.

- Las dimensiones esenciales de la calidad asistencial son: efectividad, eficiencia, oportunidad, equidad, atención centrada en el paciente y seguridad.
- Los sistemas de gestión de la calidad se caracterizan por la orientación a la satisfacción de las necesidades del cliente como eje de toda la actividad de la organización, la búsqueda de resultados que aporten valor al cliente, liderazgo y coherencia de objetivos, implicación y trabajo en equipo de todas las personas de la organización, gestión por procesos, aprendizaje, innovación y mejora continua, desarrollo de alianzas, responsabilidad social y rendición de cuentas.
- Normalización, certificación, acreditación y aplicación del ciclo de mejora son estrategias que mejoran la implementación de la calidad y la seguridad en los servicios sanitarios.
- La seguridad del paciente consiste en la reducción del riesgo de daños innecesarios hasta un mínimo aceptable. Este mínimo está en función de los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto en el que se presta la atención, ponderados frente al riesgo de no dispensar tratamiento o de dispensar otro.
- Un incidente relacionado con la seguridad del paciente es un evento o circunstancia que ha ocasionado o podría haber ocasionado un daño innecesario a un paciente. Cuando no alcanza al paciente se denomina cuasi incidente. Si le alcanza pero no causa daño apreciable se denomina incidente sin daño. Un evento adverso es un incidente que produce daño.
- La seguridad del paciente es el resultado de la interacción y el equilibrio permanente de múltiples actuaciones del sistema sanitario y de sus profesionales. Mejorar la seguridad depende de un aprendizaje continuo sobre cómo interaccionan los diferentes componentes del sistema.

2 Objetivos

- Orientar a la satisfacción de las necesidades del cliente como eje de toda la actividad de la organización, la búsqueda de resultados que aporten valor al cliente, liderazgo y coherencia de objetivos, implicación y trabajo en equipo de todas las personas de la organización.

3 Caso clínico

La Audiencia de un CCAA ha reconocido la importancia de la Historia Clínica y el Documento de Consentimiento Informado en la relación entre médico y paciente. Un auto emitido en el mes de noviembre recoge el caso de una paciente a

quien debían de extirparle una glándula paratiroidea pero que derivó en unas extirpaciones que la paciente no necesitaba, mientras que no se ejecutó la correcta.

El médico admitió un fallo en la técnica quirúrgica elegida de la que no se precisa fiabilidad en el informe, mientras que dejó otras de lado con una fiabilidad por encima del 98%. Según destaca la Audiencia, el problema aparece al apreciarse lagunas de información en la historia clínica del paciente que procesalmente perjudican al médico.

De hecho, señala que el médico debía de haber informado a la paciente para que pudiera tomar la decisión de la intervención libremente. Mientras, el facultativo asegura que le explica la intervención, los beneficios esperables, los riesgos y las complicaciones, pero nada de ello consta por escrito ni firmado por la denunciante. Hay un documento anexo con otra letra y papel, pero "no es creíble que formara parte de la información recibida por la paciente para consentir", según señala la resolución.

"La importancia del auto dictado por la Audiencia, radica en que los dos pilares básicos del Derecho Sanitario, y por tanto de la Responsabilidad Profesional Sanitaria son la Historia Clínica y el Documento de Consentimiento Informado, que forma parte de la propia historia clínica".

La Historia Clínica debe tener un mínimo contenido, tal y como recoge la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. El Documento del Consentimiento Informado debe reunir unos mínimos y en este caso, aunque consta la firma de la paciente, no se explica la intervención, los beneficios esperables, los riesgos y las complicaciones.

"Esto lo venimos destacando desde la ADSCV; una correcta historia clínica bien cumplimentada, que incluya el documento de consentimiento informado protocolizado por las Sociedades Científicas, que recoja el tipo de intervención a realizar, los riesgos probables y los menos comunes, así como la cláusula de revocación del mismo y la firma del facultativo y paciente, nos van a evitar un número considerable de reclamaciones por responsabilidad profesional", reconoce.

Sin embargo, el recurso en la Audiencia al archivo del caso por un juzgado a no prosperó al realizarse por la vía penal. Aunque la Audiencia considera que se dan los requisitos que configuran la imprudencia, reconoce que hay que reservar el ámbito penal para los casos de mayor gravedad, que sean lesivos o deriven en

muerte. Lo demás debe ir por la jurisdicción civil para obtener, en su caso, la correspondiente indemnización para el paciente.

4 Discusión-Conclusión

Calidad asistencial es el grado en que los servicios de salud para el individuo y para la población aumentan la probabilidad de obtener los deseados resultados de salud consistentes con el conocimiento profesional del momento.

La seguridad del paciente como la reducción del riesgo de daños innecesarios hasta un mínimo aceptable: Este mínimo está en función de los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto en el que se presta la atención, ponderados frente al riesgo de no dispensar tratamiento o de dispensar otro
La seguridad del paciente no es un destino sino un viaje en cuyo tránsito son precisos esfuerzos a diferentes niveles:
- A nivel político y social, debe destacarse que se trata de una cuestión que debe formar parte de la agenda de los organismos encargados de organización y la gestión de los servicios de salud en todos sus niveles.
- A nivel institucional, implica que los escenarios en que se desarrolla la atención a la salud: hospitales, centros de atención primaria, residencias y centros sociosanitarios, deben estar diseñados y organizados para reducir los riesgos para los pacientes atendidos, para los profesionales y para los visitantes.
- En el plano profesional, la seguridad del paciente es un componente esencial de la buena práctica.

Por ello, necesitamos trabajar todos los profesionales sanitarios y no sanitarios en conjunto para poder realizar una buena calidad y seguridad al paciente.

Uno de los aspectos más importantes en medicina es la realización de una historia clínica. Desde la época de estudiante hasta los últimos días de vida profesional, es sin lugar una de las herramientas fundamentales de trabajo. Del éxito del mismo depende los profesionales sanitarios y no sanitarios tener conocimiento sobre su gran importancia y archivo.

Mejora continua:
- Añadir en la historia clínica, todos los pasos del paciente.
-Historia clínica: ordenada y con toda la documentación, como consentimientos
- Generar seguridad manteniendo conversaciones claras y sinceras.
- Demuestra respeto y profesionalidad en todo momento.

- Ser directo y honesto evitará que nadie cree falsas expectativas.
- Debes evitar las evaluaciones negativas al máximo :para esto, es necesario que establezcas contacto visual con el paciente y que atiendas a sus dudas e inquietudes de forma oportuna.
- La mejor manera de generar confianza y empatía es llamando a cada paciente por su nombre.
- A escúchalos con detenimiento y evita los monólogos largos.
- Comunicación clara y sin vocabulario muy técnicos
- Intenta conversar activamente con ellos, sobre todo en cuanto a opciones de tratamientos disponibles según su caso.
- Realiza un correcto seguimiento de su progreso: manera grandiosa y muy simple de garantizar la satisfacción de tus pacientes es realizando el seguimiento adecuado al caso.
-No descuides las habilidades de tu equipo de trabajo.
- Cada palabra que utiliza tu equipo de trabajo, junto con sus aptitudes y actitudes, deben estar orientadas a generar empatía y confianza en los pacientes, y en crear un ambiente libre de tensión.
- Mantén control sobre la forma en que tu equipo se relaciona con los pacientes de tu clínica.
- Una sonrisa sincera siempre será un buen método para tratar con pacientes nerviosos.
- Sé transparente y profesional.
- Todo profesional que se precie de serlo, debe tener un código ético y moral impecable.

5 Bibliografía

- https://valenciaplaza.com/el-mal-uso-del-consentimiento-informado-y-la-historia-clinica-pueden-derivar-en-infraccion
https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-seguridad-del-paciente-calidad-asistencial-S1134282X11001606.
- https://cursos.seguridaddelpaciente.es/courses/cur002/01/01-contenidos.pdf.
- https://www.brandandhealth.com/mejorar-la-satisfaccion-del-paciente-10-pasos-te-recomiende-sin-dudar/.

Capítulo 1670

FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DENTRO DEL SERVICIO DE ADMISIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA.

MARLEN MARBAN VEGA

1 Introducción

El Servicio de Admisión y Documentación clínica (SADC) es un servicio no asistencial encargado de facilitar el acceso del usuario a la asistencia sanitaria especializada en régimen ambulatorio o de hospitalización así como de gestionar la historia clínica. El Servicio de Admisión tiene un carácter multidisciplinar.

2 Objetivos

Conocer y determinar las diferentes funciones del auxiliar administrativo en cuanto a la admisión del paciente y la gestión de la historia Clínica.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han

consultado artículos en las principales bases de datos: pubmed, medline, y scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El servicio de Admisión y Documentación Clínica es la Unidad encargada de articular en el ámbito de la Atención Primaria y Especializada del área de salud, la ordenación, coordinación y priorización de las actividades que se producen entorno a la asistencia médica con el fin de mantener la eficiencia en la utilización de recursos y la cohesión de la organización frente al paciente y su proceso asistencial, garantizando así el acceso a las prestaciones en condiciones de igualdad efectiva.

El Servicio de Admisión y Documentación Clínica, puede y debe ser evaluado en función de los productos que obtiene y más en concreto en función de su capacidad y rendimiento. La evaluación continua a través de indicadores de actividad y de calidad, que involucran también a los servicios clínicos, favorece un clima de gestión compartida entre el Servicio de Admisión y Documentación Clínica y las unidades asistenciales.

Los resultados muestran que para la organización del servicio resulta imprescindible disponer de una serie de requisitos básicos de infraestructura y organización, siendo importante la formación continuada del personal auxiliar administrativo, así como el desarrollo de un software básico de apoyo a la actividad interna del servicio.

En el RD 866/2001 se establecen las funciones básicas de los SADC, de entre las que se destacan:

FUNCIONES GENERALES
- Organizar los circuitos administrativos de los procesos asistenciales.
- Apoyo a la actividad asistencial para conseguir una mayor eficacia de los procesos.
- Facilitar información y acceso a la asistencia.
- Gestión y adecuación de la oferta y la demanda.
- Desarrollo y mantenimiento de los sistemas de información asistencial.

El SADC contempla:
- Admisión de hospitalización

- Admisión de urgencias
- Admisión de asistencia ambulatoria (CCEE, gabinetes, hospitales de día, etc.) de atención especializada
- Archivo de historias clínicas
- Documentación

Las funciones de admisión de hospitalización, urgencias y pacientes ambulatorios, integran el área de gestión de pacientes. Las funciones de archivo de HC y documentación constituyen el área de gestión de la documentación clínica. Como resultado de ambas áreas y producto de ambas gestiones (pacientes y documentación) se configura el Sistema de Información Asistencial.

5 Discusión-Conclusión

Podemos concluir sobre la necesidad de crear una guía que ayude a mejorar las funciones que el auxiliar administrativo desempeña dentro del Servicio de Admisión y Documentación Clínica, dicha guía proporcionará las bases para la formación y la distribución de los recursos humanos de forma óptima.

Su aplicación contribuirá a la unificación y normalización de los contenidos de la actuación profesional

6 Bibliografía

• Bonet, R. P., Pérez, I. A., García, M. A., Benavent, R. A., Vernis, M. M., & De La Cueva, A. (2001). La Documentación Médica. Papeles Médicos, 10(1), 24-31.
• Fortuny, S., Martínez-Hidalgo, B., García, R., Mateo, L., & Suárez, P. (2010). Digitalización de historias clínicas y seguridad del proceso. Papeles médicos, 19(2), 4.

Capítulo 1671

SEGURIDAD E HIGIENE EN EL TRABAJO.

MARLEN MARBAN VEGA

RUBEN DIAZ DIAZ

1 Introducción

La seguridad en el trabajo está relativamente menospreciada, debido a la falta de formación de cuantos en ella están implicados, tanto para impulsarla, promoverla o aplicarla.

2 Objetivos

- Conocer la importancia sobre la seguridad en el trabajo y los aspectos a tener en cuenta para minimizar los daños producidos en el trabajo, como por ejemplo la señalización.

3 Metodología

Se realiza una búsqueda bibliográfica consultando las bases de datos Scielo, Pubmed y Scopus, utilizando las palabras clave: seguridad, higiene, trabajo. Además, se hace uso también de la Ley General de Sanidad y la Ley de Prevención de Riesgos Laborales.

4 Resultados

La seguridad es responsabilidad de todo profesional, unos acatarán y cumplirán las normas que las instituciones fijen, las empresas realizarán planes que engloben cuantas medidas sean precisas aplicar y aportarán los equipos y medios para poder realizarlas y los trabajadores estarán obligados a llevarlas a efecto. Hay varios aspectos a tener en cuenta en esta formación, como son los posibles riesgos, los peligros, la actuación, los daños, las causas, etc., así como las medidas de actuación respecto a ellas.

Tanto en la prevención, en la protección como en la reparación dispondremos de técnicas generales o específicas para todos los trabajos o adecuadas a uno expresamente que garanticen nuestra seguridad. Una de las medidas más eficaces en la formación es la señalización. Esta nos permite de forma muy clara tener constancia de un peligro y saber como actuar. Tienen diferentes formas: redonda, triangular, cuadrada para advertir, informar o prohibir. A su vez, utiliza colores llamativos para ser fácilmente localizadas. La señalización es un complemento más dentro de un plan de seguridad, junto con muchas otras técnicas necesarias para conocer y aplicar.

5 Discusión-Conclusión

Desde las instituciones se llevarán a cabo unas normas que las empresas están obligadas a fomentar y aplicar. Los profesionales recibirán la formación y serán responsables individuales de su aplicación.

6 Bibliografía

- Ley General de Sanidad y la Ley de Prevención de Riesgos Laborales.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 1672

LA IMPORTANCIA DEL TRABAJO DEL ADMINISTRATIVO EN EL CENTRO DE SALUD

MARLEN MARBAN VEGA

1 Introducción

Un sistema de salud se establece para satisfacer una función social manifestada por necesidades y demandas de servicios de salud.

La administración en los sistemas de salud requiere un conjunto de conocimientos así como habilidades y técnicas que permitan llevar a cabo una secuencia de acciones para alcanzar unos objetivos.

El administrativo de la salud lleva a cabo su trabajo en un área administrativa.

2 Objetivos

- Conocer y determinar las diferencias funciones del administrativo en el centro de salud.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica consultando en diversas bases de datos, tales como Scielo, Pubmed y Scopus.

4 Resultados

Los resultados muestran la importancia del trabajo del administrativo en el centro de salud, siendo las personas encargadas de recibir a los pacientes y a otros visitantes, de igual modo destacan tareas administrativas como la actualización de los sistemas informáticos, el registro de citas, los registros confidenciales de la información de los pacientes y el registro de la información obtenida por teléfono o por correo electrónico.

5 Discusión-Conclusión

Podemos concluir que el administrativo posee herramientas que, aplicadas al ramo de la salud, pueden ayudar a un estado de crecimiento y eficiencia.

En el centro de salud es fundamental un trabajo en conjunto del administrativo y el médico si quieren salir adelante en sus tareas que, al final es solo una, lograr una prestación eficiente de salud.

Es necesario que los administrativos conozcan los procesos de la enfermedad, las enfermedades en particular y sus características técnicas y científicas, con el fin de comprender mejor las necesidades conocidas como estrictamente médicas y contribuir a su solución.

6 Bibliografía

- El Administrativo De La Salud: Conceptos Basicos Para Alcanzar La Excelencia Protesional (Seaus).

Capítulo 1673

EL PERSONAL NO SANITARIO DEL CENTRO HOSPITALARIO

FRANCISCO CARRIO CANCER

PILAR CONDADO MENENDEZ

JESUS ALVAREZ CANO

1 Introducción

Cuando los usuarios que acuden a un Centro Hospitalario el primer contacto que va a recibir y atender es un Celador o Auxiliar Administrativo, es decir ,va a ser recibido por el personal no sanitario. Estos profesionales son la primera clave para conseguir una opinión positiva de dicho Centro, destacando la calidad asistencial y la profesionalidad como seña de identidad del Centro Hospitalario.

2 Objetivos

Distinguir la importancia de la calidad asistencial de los profesionales no sanitarios (celadores, auxiliares administrativos, etc…).

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Revisada la bibliografía y manuales de estilo señalados, analizamos la importancia que tiene la calidad asistencial prestada por los profesionales. También podemos identificar los diferentes recursos y actitudes comunicativas utilizadas por el personal que trabaja en los Centros Hospitalarios, como la Empatía, Cercanía Emocional, Educación correcta, Respeto, Amabilidad, Simpatía, Dinamismo, Comunicación Verbal: Lenguaje correcto, claro y directo.

5 Discusión-Conclusión

La calidad asistencial, la actitud, , el trato y la cuidada comunicación, que los profesionales de los Centros Hospitalarios poseen y ofrecen son elementos clave que están íntimamente relacionados con el grado de satisfacción final del usuario y en definitiva proyectan la calidad e imagen de la institución.

6 Bibliografía

- ORDEN de 5 de julio de 1971, del Ministerio de Trabajo, por la que se aprueba el Estatuto de Personal no Sanitario al Servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social (B.O.E. n.O 174, de fecha 22 del mismo mes).
-Por Orden de 17 de noviembre de 1981, del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social(BOE 298, DE 14-12-81)se dictan normas para la integración en las correspondientes plantillas de personal Auxiliar Sanitario y no Sanitario de la Seguridad Social del personal contratado fijo de las Instituciones Sanitarias.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 1674

EL SUICIDIO DESDE EL TRABAJO SOCIAL, PREVENCIÓN Y PROVISIÓN DE APOYO PARA LAS PERSONAS SUICIDAS Y ALLEGADOS

MARINA ALVAREZ ALVAREZ

MÓNICA LÓPEZ GONZÁLEZ

LUCÍA MATEO PIÑEIRÚA

INMACULADA FERNÁNDEZ CASTRILLÓN

1 Introducción

En primer lugar será necesario definir el suicidio, la RAEL (Real Academia Española de la Lengua) recoge el suicidio como "acción y efecto de suicidarse" y como "acción o conducta que perjudica o puede perjudicar muy gravemente a quien la realiza". Y, por consiguiente, suicidarse lo define como "quitarse voluntariamente la vida".

Según los datos facilitados desde todas las esferas son alarmantes, según la OMS cerca de 800 000 personas se suicidan cada año y recuerda que cada 40 segundos una persona se suicida en el mundo y se estima que por cada muerte por suicidio se estima que hay 20 intentos. Además, es la segunda causa de muerte en la población mundial entre jóvenes de 15 a 29 años.

Los datos en España no son más alentadores, el suicidio lleva siendo la primera causa de muerte no natural durante 12 años, fallecen 10 personas al día, el doble que por accidentes de tráfico y 80 veces que más que por violencia de género. En 2017 la tasa aumentó un 3,1% respecto al año anterior. Según datos del Instituto Nacional de Estadística, 3.679 personas vieron como única solución al gran sufrimiento que estaban atravesando quitarse la vida, y se la quitaron. Una cifra que, según los expertos se queda corta y que podría alcanzar las 6.000 muertes al año, porque la forma en la que se recogen estos fallecimientos en los partes de defunción falsean los datos, quedando registradas como muerte natural y/o accidental.

Otro dato relevante es que 2017 se suicidaron 63 personas jóvenes: 13 de ellos de 10 a 14 años y 50 de entre de 15 a 19 años. Es por ello que, se considera necesario un Plan de Prevención a nivel estatal para poder reducir las estadísticas que contiene esos números tan impactantes. Es importante la labor de especialistas dando sesiones informativas en las aulas, ya que el suicidio es un tema tan preocupante como el consumo de alcohol y otras drogas y como las enfermedades de transmisión sexual. El suicidio suele ser un tema "tabú" por las restricciones que las personas ponen al hablar sobre este tema, no sabemos si por tenerle respeto al tema, por una situación personal vivida o por cualquier otro factor.

Cada vida perdida representa la pareja, hijo, padre, amigo o colega de alguien. Por cada suicidio, aproximadamente 135 personas sufren un dolor intenso o se ven afectadas de otra manera. Esto equivale a 108 millones de personas por año que se ven profundamente afectadas por el comportamiento suicida. El comportamiento suicida engloba el suicidio, y también abarca la ideación suicida y los intentos de suicidio.
"El suicidio ha sido catalogado como un problema de salud pública debido a su tendencia creciente a nivel internacional"

Muchas de estas muertes se pueden prevenir, para ello es importante la capacitación profesional en su evaluación e intervención precoz.
- Factores de riesgo
El suicidio es el resultado de una convergencia de factores genéticos, psicológicos, sociales y culturales y otros factores de riesgo, a veces combinados con experiencias de trauma y pérdida. Las personas que se quitan la vida representan un grupo heterogéneo, con influencias causales únicas, complejas y multifacéticas que preceden a su acto final.
• En los niños y adolescentes, influyen especialmente factores como la historia

psiquiátrica familiar, enfermedades mentales, la pérdida de un ser querido, la depresión, aislamiento social, abuso de drogas y alcohol.
• Para las mujeres y hombres, suponen un factor muy importante las relaciones familiares/sociales, la violencia doméstica o el estrés en el ámbito de la familia, sin olvidar enfermedades mentales, abuso de alcohol y drogas, entornos familiares problemáticos.
• En las personas mayores son especialmente relevantes factores como la depresión, el dolor físico a causa de una enfermedad, el aislamiento social y familiar.
No obstante, cada persona vive un universo concreto que habría que analizar para determinar cómo ayudarle a superar la etapa por la que está pasando y evitar las conductas suicidas. Asimismo, diversos autores lo aglutinan en:
1. Factores predisponentes: colocan al sujeto en una situación de mayor vulnerabilidad frente al suicidio; y pueden ser eventos como la existencia de una historia familiar de suicidio, antecedentes de depresión u otros trastornos psiquiátricos; pérdidas dramáticas en la infancia, situaciones de aislamiento social, entre otros. Se puede resaltar que los factores mencionados son circunstancias que forman parte del bagaje histórico de la persona, por consiguiente, su ocurrencia no dependió directamente de una acción o decisión del sujeto.
2. Factores contribuyentes: su presencia puede exacerbar el riesgo de suicidio atribuible a los factores predisponentes. El consumo abusivo de sustancias psicoactivas, incluido el alcohol, es el mejor ejemplo de este tipo de factores . También se pueden considerar en esta categoría las deficiencias en el manejo, control y regulación del estrés (estilos de afrontamiento), la impulsividad muy elevada, estilos cognitivos muy rígidos y una baja tolerancia a la frustración entre otros. Habría una constante en estos factores: su modificación si puede depender del sujeto, por lo tanto, son susceptibles de una intervención.
3. Factores precipitantes: se considera que son aquellos que pueden tener el potencial de activar o desencadenar un intento de suicidio en un sujeto que esté en riesgo; lo anterior implica la existencia de ideas de suicidio. Entraría en esta categoría las pérdidas recientes, el trauma individual, las humillaciones o una situación de crisis emocional en curso.
4. Factores de protección: resultan ser aquellas condiciones que disminuyen la probabilidad de un riesgo de suicidio que se ha consolidado o también, que evitan la aparición de las ideas, que son por excelencia, el primer factor de riesgo que tiene capacidades altamente predictivas.

2 Objetivos

El objetivo general versa sobre, prevenir, detectar y abordar la conducta suicida. En cuanto a los objetivos específicos, vendrán establecidos en:

• Visibilizar y Sensibilizar a la población en general, mediante la concienciación sobre el tema y sensibilización de otros, dar a conocerlas causas y sus señales de alerta, mostrar cuidados y ayudas a las personas en situaciones de vulnerabilidad, cuestionar el estigma asociado al suicidio y a los problemas de salud mental, compartiendo tus propias experiencias. Establecimiento de acciones de concienciación, por medio de instituciones públicas, entidades sociales y por los medios de comunicación.

• Formar a los distintos profesionales de todos los ámbitos estratégicos, con posible vinculación/ relación con personas susceptibles, ayudándolos a identificar los factores de riesgos existentes, estableciendo canales de coordinación para afrontar el caso.

• Reforzar el sistema de salud Mental, dotando al sistema de recursos/ instrumentos, fomentando la reducción de las listas de espera que permita un tratamiento efectivo del paciente, facilitando su recuperación funcional

• Reducir la incidencia de los casos de suicidio, tras la puesta en marcha del plan de prevención y tratamiento establecido.

• Establecer procesos asistenciales integrales para personas de riesgo, que permita la Coordinación/colaboración entre los distintos profesionales que permita un abordaje multidisciplinar.

• Implantar un teléfono de atención rápido, gratuito y de tres dígitos, tanto para personas que estén pensando en suicidarse como para aquellos que detecten ideaciones suicidas en alguien cercano.

3 Metodología

La problemática del suicidio abarca numerosas esferas, por lo tanto, se considera preciso el tratar de elaborar un Protocolo interdepartamental que determine los procedimientos que aseguran una actuación integral y englobe los diversos ámbitos estratégicos donde se puedan detectar personas de riesgo, susceptibles de cometer el acto en sí. Entre ellos, podríamos establecer los siguientes ámbitos de actuación: Salud, Servicios Sociales, Cuerpos/ fuerzas de Seguridad del Estado, Justicia y ámbito Educativo.

En cada uno de ellos se articularán distintos protocolos de actuación de forma

que se aborde el caso desde una perspectiva integral, fomentando la coordinación y colaboración en red entre todos ellos. Entre las medidas que se pueden adoptar, podríamos incluir:
• Restricción del acceso a los medios de suicidio (tóxicos, plaguicidas, armas de fuego y ciertos medicamentos,..);
• Información responsable por parte de los medios de comunicación;
• las intervenciones escolares;
• Introducción de políticas orientadas a reducir el consumo nocivo de alcohol;
• Identificación temprana, tratamiento y atención de personas con problemas de salud mental y abuso de sustancias, dolores crónicos y trastorno emocional agudo;
• Capacitación de personal sanitario no especializado, en la evaluación y gestión de conductas suicidas;
• Seguimiento de la atención dispensada a personas que intentaron suicidarse y prestación de apoyo comunitario.

Desde el trabajo social, por su propia naturaleza, se trabaja directamente con personas que tienen unas necesidades y/o carencias, por lo que debemos de tener en cuenta que esas dificultades les pueden hacer vulnerables. Es por ello que el/la profesional/a debe de tener conocimientos y habilidades sociales, control/manejo de las emociones, escuchar atentamente, empatía, demostración de interés y preocupación, ofrecer al usuario apoyo emocional, junto con un código deontológico que regule la ética de la profesión y sobre todo una sensibilidad que permita al usuario expresarse para conseguir éxito en el trabajo a desarrollar, es en este punto donde se desarrollan esas relaciones estrechas entre profesional- usuario en las que se pueden detectar factores de riesgo e ideación suicida.

Una formación específica dotará al Trabajador Social de las herramientas necesarias para identificar factores de riesgo, de protección, valoración del riesgo suicida, manejo, así como encauzar una intervención precisa en coordinación con el resto de sistemas, especialmente el Sistema de Salud Mental, que ayude a la persona en su recuperación, así como el establecimiento de un seguimiento posterior que permita llevar a cabo un itinerario personalizado de atención que atienda de forma holística el caso.

Las actividades a realizar, vendrán dadas en función del nivel de riesgo presentado por el usuario, pudiendo establecer sesiones individuales con el profesional de referencia (psiquiatra), con abordaje terapéutico, o grupales por medio de grupos de apoyo y escuelas de familias a fin de compartir vivencias y situaciones

vitales entre los participantes, estableciendo un sentimiento de pertinencia que apoye a su recuperación personal. También pueden utilizarse como soporte y comprensión para las familias y personas allegadas que comparten la misma situación, proporcionar orientación a familiares sobre cómo afrontar los problemas de convivencia diaria y las situaciones de crisis. Desarrollar conductas o actitudes positivas entre los participantes. En dichas actividades se busca la prevención del riesgo de suicidio desde la perspectiva de la anticipación.

Entendemos por este término, que se creará un contexto que ayude a evitar la aparición del escenario de riesgo suicida, dado que la mayoría de intervención de la llamada prevención de suicidio, es cuando el riesgo es ya una realidad. Podemos hacer mención al fortalecimiento de una educación emocional sana, la estructuración de la resiliencia y el desarrollo de los estilos de afrontamiento adaptativos, entre otros.

Asimismo se intentará, ayudar a las personas a entender mejor la relación entre el abuso de sustancias, los trastornos del estado de ánimo, los pensamientos y comportamientos suicidas, así como ayudar en la planeación de prevención de recaídas, el aumento del apoyo social, y cuando sea necesario el envío a centros de tratamiento psiquiátricos y contra el abuso de alcohol y drogas.

4 Resultados

La prevención del suicidio requiere estrategias integradoras que abarquen el trabajo a nivel individual /familiar/grupal, de sistemas y comunitario. La investigación sugiere que los esfuerzos de prevención del suicidio serán mucho más efectivos si abarcan múltiples niveles e incorporan múltiples actuaciones. Esto requiere la participación de intervenciones que ocurren en las comunidades e involucran reformas sociales y políticas, así como intervenciones individuales/familiares.

Para alcanzar nuestro objetivo común de prevenir el comportamiento suicida, nosotros desde nuestra intervención profesional debemos trabajar en colaboración, de manera coordinada, utilizando un enfoque multidisciplinario. Desde el trabajo social, como ámbito de atención de personas en situaciones de exclusión y vulnerabilidad social, se perfila como fundamental para identificar posibles individuos, facilitando una acogida en la red básica, pudiendo atender de forma integral estas situaciones, poniendo al alcance los recursos e intervenciones del sistema, así como el acceso a una intervención técnica, que ayude a la prevención

de las conductas suicidas.

Es preciso que los trabajadores sociales como parte en la intervención grupal fomentemos grupos de autoayuda de personas que hayan superado el deseo de suicidarse para que sirvan de ejemplo a personas que sufren pensamientos suicidas, encuentren a otras personas que han vencido y controlado esos impulsos.

En la disciplina del trabajo social es necesaria la concienciación, tanto a otras disciplinas como a los/as propios/as trabajadores/ as sociales, sobre este hecho que el pasado año 2017 se cobró más muertes que los accidentes de tráfico. Será necesario por tanto la prevención, como el duelo, el manejo de emociones en personas con tentativas o pensamientos suicidas, etc. Según acciones llevadas a cabo en otros países de Europa, se estima que el llevar a cabo de las medidas planteadas puede prevenir un al menos un 10% de los suicidios.

5 Discusión-Conclusión

Es de vital importancia en el tema de estudio, la práctica carencia total de programas preventivos estatales en nuestro país, todo ello a pesar de que la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, dentro de su línea estratégica número 1, incluye como uno de sus objetivos generales la prevención del suicidio a través de la realización y evaluación de acciones específicas para disminuir las tasas de depresión y suicidio.

De hecho, actualmente no existe en España un plan estatal de prevención del suicidio, como tal, todo ello a pesar de que cada vez existen más evidencias que avalan que determinadas estrategias preventivas pueden ser útiles a la hora de reducir la tasa de suicidio, en particular, la restricción de acceso a métodos suicidas, la formación de los profesionales de salud mental o la formación de los profesionales de asistencia primaria entre los que se encuentra el Trabajador Social como agente en intervención directa con la comunidad capaz de detectar personas susceptibles de apoyo.

La implicación del gobierno en la instauración de una estrategia nacional para la prevención del suicidio, se hace indispensable para poder afrontar este problema de salud pública de primera magnitud así como el establecimiento de un enfoque innovador, integral y multisectorial, con la participación de los distintos ámbitos (sanitario, social, educativo, justifica, medios de comunicación,..)
En el proceso de crear la respuesta nacional se consigue el compromiso de los in-

teresados directos, se promueve el diálogo público sobre el estigma, se identifica a los grupos vulnerables, se fijan las prioridades de la investigación, y aumentan la concientización del público y la de los medios de comunicación. Los indicadores que miden el progreso de la estrategia pueden incluir los siguientes:
• Reducción porcentual de la tasa de suicidio.
• número de intervenciones de prevención del suicidio ejecutadas con buenos resultados.
• Disminución del número de casos hospitalizados por intento de suicidio.

Los países que siguen el Plan de acción sobre salud mental 2013-2020 de la OMS, pueden proponerse reducir un 10% la tasa de suicidios. Muchos países querrán reducirla aún más. A largo plazo, es importante tener presente que la reducción del suicidio depende solo en parte de la reducción del riesgo.

El fomento de los factores protectores ayudará a construir un futuro en el cual las organizaciones comunitarias prestan apoyo y referencias apropiadas a los necesitados de asistencia; las familias y los círculos sociales mejoran la capacidad de recuperación e intervienen eficazmente en ayuda de los seres queridos, y hay un clima social donde la búsqueda de ayuda ya no es tabú y se promueve el diálogo público.

6 Bibliografía

• https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide.
OMS
• https://consaludmental.org/publicaciones/Guiaprevencionsuicidio.pdf
• https://www.elsevier.es/es-revista-revista-psiquiatria-salud-mental-286-articulo-prevencion-del-suicidio-espana-una-S1888989114000068
• AJA, L. (2007) El suicidio y los factores e indicadores de riesgo. En Congreso Latinoamericano de Educación. Bogotá.
• http://www.buscandoanimo.org/Descargas/06_factores_riesgo.pdf
(consultado 11/6/20011)
• BAADER, T y col. (2011) Algunas consideraciones sobre el suicidio. Rev. Med. Clin.CONDES Vol. 22 (3) 303-309.
• World Health Organization. Public health action for the prevention of suicide. A framework. World Health Organization, (2012),
• https://www.fsme.es/.
Fundación Española para la prevención del suicidio.

Capítulo 1675

ENFERMEDAD DE ALZHEIMER: CALIDAD DE VIDA.

SILVIA FERNÁNDEZ LÓPEZ

1 Introducción

La demencia es una disminución de las capacidades cognitivascuya disminución va normalmente acompañada de cambios psicológicos y del comportamiento dando lugar a una alteración de las capacidades sociales de quien las padece. Por lo que no se trata de ninguna enfermedad en concreto sino de un "síndrome" conjunto de signos y síntomas.

El empobrecimiento progresivo de las capacidades mentales, que caracteriza a la demencia, hace que se vean afectadas de forma gradual la memoria, el lenguaje, la calidad de reconocer y actuar y llegando incluso a alterar las capacidades más básicas del individuo, tales como vestirse, control de esfínteres o andar. La independencia de la persona se va viendo mermada, no pudiendo desarrollar una vida autónoma y requiriendo en las fases últimas, una ayuda constante y supervisión de otras personas.

Los criterios diagnósticos definidos desde la medicina son: a) Desarrollo de múltiples trastornos cognitivos manifestados por:
Alteración de la memoria: Incapacidad para recordar nuevos recuerdos y/o evocar recuerdos antiguos.
Alteración de uno o mas de los siguientes aspectos:
Afasia: alteración del lenguaje (comprender, expresarse..)

Apraxia: alteración de la gestualidad (manipular objetos)
Agnosia: fallos en el reconocimiento de objetos
Alteración de la función ejecutiva: planificar, secuenciar, abstraer. b) Alteración significativa del funcionamiento familiar, social o laboral. c) Inicio gradual y disminución cognitiva continuada respecto al nivel previo de funcionamiento.

Clasificaciones de las demencias:
Para establecer la causa principal de un deterioro progresivo con pérdida de capacidades mentales que caracterizan a la demencia los doctores Bouchard y Rossor (1996) establecen una división en las causas del deterioro cognitivo en 4 grandes grupos:
-Enfermedades generales (hipertensión diabetes, anemias…)
-Enfermedades psiquiátricas
-Enfermedades neurológicas con demencia secundaria (tumores cerebrales, trastornos de circulación.)
-Demencias degenerativas cerebrales primarias (tumores cerebrales, trastornos de circulación.)

Esta clasificación en cuatro grupos tan amplios, es útil para una primera aproximación al problema. Pone de manifiesto que la medicina investiga las causas de la demencia desde los ámbitos de la medicina general así como de la psiquiatría y la neurología.
El conocimiento de las causa (etiología) de la demencia es fundamental, ya que constituye la única forma de establecer una terapia un pronóstico específico para cada caso.

De forma un poco más detallada que la anterior clasificación, aunque no exhaustiva como la que más adelante haremos, según el diagnóstico diferencial , para entender el tipo de demencias que existen según la etiología dirigida a las personas que no están familiarizadas con la terminología, es la siguiente:
- Demencia tipo Alzheimer
De inicio precoz
De inicio tardío: familiar y esporádica
- Demencia no Alzheimer
- Demencias vasculares: demencias por infartos múltiples ,estado lacunar, vasculitis…
- Demencias tipo cuerpos de Lewy

- Demencias del lóbulo frontal : Enfermedad de Pick
Hidrocefalia normotensiva
- Demencia degenerativa: subcorticales y degenerativas. Parálisis supranuclear y progresiva, enfermedad de Hungtington, atrofia corticobasal.
Combinaciones de síndromes y síndromes de solapamiento: enfermedad de Párkinson con demencia
Enfermedades por priones: enfermedad de Creutzfeld-Jacob (enfermedad de las vacas locas)
Atrofias focales progresivas: afasia progresiva, atrofia posterior progresiva.
- Demencias metabólicas y tóxicas: deficiencias de vitamina B12, deficiencia tiroidea, demencia alcohólica, demencia por solventes orgánicos…
Infecciones: sífilis, meningitis, crónica, demencia-sida.
Enfermedades neurológicas que se pueden presentar como una demencia: tumores, hematoma subdural.
- Demencias misceláneas infrecuentes.
- Demencias pediátricas que se pueden presentar en la edad adulta.

Otro tipo de clasificación es según las zonas cerebrales predominantemente afectadas:
Demencias corticales: la zona más afectada es la capa más externa del cerebro, la corteza cerebral. Como ejemplo de ésta es la enfermedad de Alzheimer
Demencias subcorticales: las partes mas afectadas son las zonas profundas del cerebro, en especial, unos grupos de células que constituyen unos núcleos situados en la base del cerebro, los llamados "núcleos grises de la base". La demencia que puede aparecer en la enfermedad de Parkinson o en la enfermedad por cuerpos de Lewy serían ejemplos típicos de este grupo.
Demencias mixtas: afectan tanto a la corteza cerebral como a las zonas subcorticales (bajo la corteza) [1, 5]
En los países desarrollados, la causa de demencia más frecuente (60-70% de los casos) es la Enfermedad de Alzheimer (EA), que es un proceso neurodegenerativo con manifestaciones propias.

Definición (Alzheimer)
Se estima que hoy en día más de 30 millones de personas en el mundo tienen algún tipo de demencia y se espera que esta cifra se eleve hasta los 80 millones en el año 2040. Según la Fundación Alzheimer España, cerca de 700.000 personas padecen la enfermedad de Alzheimer (EA) en nuestro país, y cada año esta cifra

puede verse incrementada en 100.000 personas. Se define la EA por La Organización Mundial de la Salud como " enfermedad cerebral primaria, de etiología desconocida, que presenta rasgos neuropatológicos y neuroquímicos característicos" . El trastorno se inicia por lo general de manera insidiosa y lenta, evolucionando progresivamente durante un periodo de años. [27]

La enfermedad de Alzheimer es una enfermedad neurodegenerativa la cual se caracteriza por un deterioro cognitivo y conductual de inicio progresivo e insidioso de aparición en la edad adulta. La prevalencia de esta enfermedad, aumenta con el transcurso de los años.
Los síntomas clínicos de la enfermedad de Alzheimer, se clasifican en tres grupos según los criterios establecidos por la American Psychological Association (APA) 2000: neurológicos, psicológicos y psiquiátricos. A estos síntomas clínicos, les siguen muy de cerca los denominados no cognitivos, que engloban un espectro muy amplio de síntomas como: los trastornos de la percepción, trastornos de la conducta, trastornos del lenguaje, trastornos del pensamiento, etc.

2 Objetivos

- Actualizar datos de etiología diagnóstico y tratamiento, basadas en pruebas diagnósticas
- Aclarar la causa anatómica y fisiológica más significativa en el desarrollo de esta enfermedad.
- Diferenciar ente demencia y enfermedad tipo Alzheimer.
- Clarificar la importancia de nutrición y en los EA así como conocer los factores de riesgos de malnutrición en ellos.
- Conocer, aclarar los beneficios de la intervención con terapias no farmacológicas y demostrar la eficacia preventiva de algunas de ellas.

3 Metodología

Para el desarrollo de este trabajo se ha realizado una revisión bibliográfica a través de una exhaustiva búsqueda de artículo científicos relacionados con las demencias, centrándonos en la enfermedad de Alzheimer, su neuropatología , la importancia de las terapias no farmacológicas así como de la importancia nutricional, consultando distintas bases de datos.

En este apartado se va a desarrollar el proceso empleado para la obtención de los artículos utilizados como fuentes de información.
En primer lugar se llevó a cabo una búsqueda de documentos y artículos en la conocida base de datos Dialnet sobre la Enfermedad de Alzheimer. Esta búsqueda se realizó en castellano. Posteriormente se realizaron búsquedas similares en otras bases de datos científicas como Medline y Google académico.

Para una selección adecuada de los artículos se incluyeron criterios de inclusión y exclusión en cada búsqueda. Se realizaron varios sondeos en cada base de datos anteriormente citadas a través de las palabras claves: demencias, enfermedad de alzheimer, homeostasis, neuropatología en ea, atención nutrición en el alzheimer, terapias no farmacológicas.

Se encontraron múltiples artículos a los que se le aplicó un filtro de selección por año de publicación no anterior al 2011, incluyendo como validos y apropiados en cuanto a una temática correcta y año de publicación finalmente a 30 de ellos.

4 Resultados

La atención, como el resto de procesos superiores en el hombre, no funciona ni se ejecuta de forma aislada, sino que necesita, para su correcto funcionamiento el apoyo del resto de procesos psicológicos. Cabe destacar el papel determinante que juega la atención, en la activación de los procesos mentales superiores; como la memoria y el lenguaje entre otros. Por esto, todo aquello que memorizamos o denominamos, previamente debió de ser captado mediante mecanismos atencionales.

La atención se puede definir, como la actitud mental mediante la cual es posible concentrar la actividad psíquica sobre un objetivo, que pasa, en esa forma, a ocupar en la conciencia el punto de mayor concentración. Se considera la atención, como una función bilateralizada, en la cual, cada hemisferio estaría funcionalmente especializado. El hemisferio izquierdo ejerce un control unilateral (contralateral) y el hemisferio derecho un control bilateral, además de regular el sistema de 'arousal'.

En la EA No sólo ocasiona una progresiva e irreversible pérdida de las funciones cognitivas, sino que también es un factor de riesgo de malnutrición para las per-

sonas que lo padecen. En los ancianos las sensaciones de gusto y olfato disminuyen, hay menor sensación de apetito y sed, falta de piezas dentales, digestiones más lentas y disfagia (masticación y deglución difíciles). Por otro lado, los ancianos sufren cambios psicológicos y socioeconómicos que, unidos a los factores anteriormente mencionados, son desencadenantes de malnutrición por si mismos en muchos casos.

Es necesario definir algunos conceptos básicos a saber:
-Alimentación: es la forma y manera de proporcionar al cuerpo humano los alimentos que le son imprescindibles.
-Nutrición: es el conjunto de procesos gracias a los cuales el organismo recibe, transforma y utiliza las sustancias químicas obtenidas de los alimentos.
-Malnutrición: es el estado de deficiencia de uno o más nutrientes.
-Nutrientes: son las sustancias que forman los alimentos. Podemos encontrar los siguientes

Las grasas que parecen tener un papel más destacado en la protección de las neuronas son los ácidos grasos omega-3, por su actividad antitrombótica, vasodilatadora, antiinflamatoria, antiarrítmica y sobre el metabolismo lipídico. La ingesta elevada de pescado y, por tanto, de ácidos grasos omega-3 se asocia con un menor riesgo de EA, mientras que la ingesta elevada de margarinas, mantequillas y productos lácteos ricos en omega-6 pueden incrementar el riesgo de desarrollar la enfermedad.

Los ácidos grasos omega-3 tienen capacidad de eliminar radicales libres e incrementar la resistencia al estrés oxidativo, por lo que estos podrían actuar contra los mecanismos de envejecimiento celular. El papel de los ácidos grasos omega-6 como factor de riesgo de enfermedad de Alzheimer parece estar en relación con el desarrollo de fenómenos de resistencia insulínica.
Se han llevado a cabo diversos estudios para valorar el papel de los ácidos grasos omega-3 en la prevención del deterioro cognitivo. En sujetos sanos el ácido docosahexaenoico (DHA), mejora el aprendizaje y la memoria, y en pacientes con enfermedad de Alzheimer leve, hay indicios que apuntan que retrasa la progresión del deterioro cognitivo.

Los datos epidemiológicos han demostrado un aumento del riesgo de demencia en pacientes con concentraciones elevadas de homocisteína, que podría ac-

tuar como una sustancia neurotóxica además de un factor de riesgo cardiovascular. Este aminoácido, presente en las grasas de origen animal, produce daño endotelial, incremento en el estrés oxidativo y toxicidad mediada por β-amiloide. Existe una clara evidencia de que la homocisteína potencia la acción de la proteína β-amiloide, que incluyen daño del ADN y fallos en la capacidad de las células para regenerarse, conduciendo así a la muerte celular prematura.

Se estima que un 50% de los EA, presentan desnutrición. Vamos a enumerar, muy someramente, una serie de reglas y consejos para una correcta alimentación de los pacientes con Alzheimer.

Consejos generales:
Realizar comidas frecuentes, muy nutritivas y poco abundantes
Procurar que el enfermo coma a la mesa, en un ambiente tranquilo.
Preparar los platos con una buena presentación, coloristas, con buen olor.
En fases avanzadas de la enfermedad puede ser necesario preparar los platos de manera especial, con otro tipo de condistencia, contexturas suaves, sin mezclar sabores ni aromas.
Preparar alimentos que se puedan comer con las manos.
Variar todo lo posible los alimentos para evitar déficits nutricionales.
Mantener una buena higiene bucal y dental
Si hay riesgo de que el enfermo se lesione, utilizar utensilios de plástico.
Siempre que sea posible procurar que el enfermo coma él solo.
Evitar la presencia de grumos, espinas, huesecillos
Beber abundante cantidad de agua y si existe dificultad para deglutir líquidos, utilizar espesantes. La buena hidratación del enfermo es tan importante como una buena higiene general.
Reglas generales para una buena alimentación

La alimentación hiperproteica fortalece el tejido muscular y la piel. La mayor proporción de proteínas se encuentra en las carnes rojas, el pescado azul, huevos, leche y verduras frescas. Las proteínas deben constituir no menos del 25% del total de la alimentación diaria.
Los carbohidratos (patatas, legumbres, pasta) aportan sensación de saciedad por lo que no es aconsejable de los mismos. Una dieta equilibrada no debe kkecar más del 20% del total en forma de hidratos de carbono

Las grasas siempre son necesarias sin abusar de ellas y siempre son aconsejables

las de origen vegetal: aceite de oliva, girasol, etc.
Siempre es previsible que estos enfermos presenten un déficit de vitamina, sobre todo vitamina C. Por eso es más aconsejable darles más frutas y verduras frescas. Con este buen hábito se evita también la aparición de estreñimiento.
Recordar siempre que todas las personas mayores tienen disminuida la sensación de sed. A los enfermos de Alzheimer es necesario darles agua con frecuencia.

Tratamiento no farmacológico en la enfermedad de Alzheimer
Actualmente hay dos tipos de tratamientos complementarios en la enfermedad de alzhéimer: los tratamientos farmacológicos y las terapias no farmacológicas, según comentó Javier Olazarán, neurólogo de la Fundación CIEN en su ponencia en el Simposio Internacional Avances en la Investigación Socio-sanitaria en la Enfermedad de Alzheimer.Los tratamientos farmacológicos y gran parte de los cuidados, como son los cuidados de enfermería, forman parte del tratamiento médico tradicional, mientras que las terapias no farmacológicas pueden ser ejecutadas por personal no médico.

Las terapias no farmacológicas, comenzaron a aplicarse de forma sistemática en las demencias por parte de varios grupos de profesionales (terapeutas ocupacionales, psicólogos, fisioterapeutas…) hacia 1960 en un intento de paliar los efectos de estos procesos, a falta de tratamientos curativos.Las terapias no farmacológicas (TNFs) pueden mejorar la calidad de vida de las personas que padecen la enfermedad de Alzheimer y de sus cuidadores.

Terapias no farmacológicas para la enfermedad de Alzhéimer:
- Estimulación cognitiva: facilitación general y temática de operaciones cognitivas basada en la evocación, la relación y el procesamiento.
- Entrenamiento cognitivo: Aprendizaje o refuerzo de operaciones cognitivas específicas, como la asociación de nombres y caras a través de la elaboración de relaciones semánticas por parte del propio paciente.
- Rehabilitación cognitiva: Aprendizaje o refuerzo de operaciones cognitivas altamente individualizado, dirigido a mantener o recuperar capacidades funcionales o sociales relevantes para el enfermo.
- Entrenamiento en actividades de la vida diaria: Práctica guiada mediante la mínima ayuda necesaria, ofrecida de forma gradual (estímulo verbal, visual o físico) de alguna actividad diaria, con el fin de mantener la mayor autonomía posible en dicha actividad

- Intervenciones conductuales: Actuaciones basadas en el análisis de los antecedentes y consecuencias de la conducta, para reforzar las conductas adaptadas o que generan placer y a modificar las conductas desadaptadas o que generan sufrimiento
- Reminiscencia: Elaboración cognitiva y afectiva a partir de acontecimientos o experiencias del pasado remoto (acontecimientos vividos, hechos del pasado, canciones antiguas…).
- Música: Utilización de la música de forma activa o pasiva, dirigida a estimular capacidades cognitivas, a provocar un refuerzo afectivo y a mejorar el estado físico.
- Ejercicio físico: Ejecución guiada (mediante indicación verbal o por imitación) de ejercicio aerobio dirigido a mejorar la resistencia, la flexibilidad, el equilibrio y la coordinación.
- Actividades: Elaboración guiada de actividades adaptadas a las posibilidades del paciente, dando prioridad al refuerzo afectivo.
- Animales: Utilización de animales de compañía (perros, gatos, etc.) para motivar al paciente y provocar una mejoría global (cognitiva, afectiva y social).
- Psicoterapia: Aprendizaje de estrategias cognitivo-conductuales para soportar el estrés derivado de la pérdida de capacidades cognitivas.
- Validación: Combinación de distintas técnicas (reminiscencia, orientación, tacto…) con el fin de empatizar de forma afectiva con el paciente.
- Estimulación multisensorial: Utilización de estímulos dirigidos a alguno de los sentidos, con el fin de favorecer las operaciones cognitivas o de mejorar la afectividad o la conducta.
- Masaje y tacto: Grupo de intervenciones que, a través del contacto físico, busca la mejoría afectiva y conductual.
- Relajación: Intervención física y cognitiva para liberar al paciente de la tensión muscular y de la ansiedad.
- Acupuntura: Perforación cutánea mediante agujas en los puntos marcados por la tradición china, acompañada del uso de ungüentos tradicionales. Se persigue la mejoría cognitiva y afectiva.
- Luz: Utilización de luz en distintas frecuencias e intensidades para conseguir una mejor sincronización del ritmo cardiaco natural de sueño y vigilia.
- Estimulación magnética: Utilización de corriente magnética para facilitar funciones cognitivas o la conducta.
- Estimulación eléctrica: Utilización de corriente eléctrica para facilitar funciones cognitivas, mejorar el sueño o mejorar la conducta.

Las principales terapias no farmacológicas orientadas al cuidador son:
- Apoyo al cuidador: Provisión de información relacionada con la demencia y sus causas, y de apoyo poco estructurado (vías para la descarga o refuerzo afectivo
- Educación y entrenamiento: Aprendizaje de técnicas de tipo cognitivo-conductual dirigidas a manejar el estrés derivado del papel de cuidador.
- Asesoramiento y gestión de casos: información sobre la existencia y utilización de servicios sociales y sanitarios que pueden aliviar la carga.
- Cuidados de respiro: Aplicación rutinaria de servicios dirigidos a aliviar la carga (ayuda en el domicilio, ingreso de respiro, centro de día…)

5 Discusión-Conclusión

La evaluación neuropsicológica, es clave para obtener un perfil cognitivo sobre el que desarrollar actividades específicas. Pero para garantizar su validez y aumentar su eficacia se deben diseñar programas que fomenten la participación activa de los usuarios, que les mantengan vinculados a su entorno social y familiar, que posibiliten las relaciones sociales y les hagan sentirse útiles. La utilización de la música como estimulación para el cerebro, con el fin de normalizar disfunciones neurocognitivas en los pacientes se ha demostrado que estimula e incrementa el nivel de arousal y, por tanto, la plasticidad neuronal de las personas con enfermedad de Alzheimer.

Se puede concluir por lo tanto, que las recomendaciones generales para prevenir la enfermedad de Alzheimer no son diferentes de las que se hacen para mantenerse en buena salud: seguir una dieta saludable, mantenerse físicamente y mentalmente activos, dormir bien, tener un peso adecuado y no fumar.

Dado que la obesidad, la diabetes, las dislipidemias y la hipercolesterolemia, la hipertensión arterial, y las enfermedades cardiovasculares son factores de riesgo aceptados para el desarrollo de la enfermedad de Alzheimer, las recomendaciones dietéticas comunes para el manejo de estas condiciones son, por extensión, también recomendadas para la prevención de la enfermedad de Alzheimer y el enlentecimiento de su progresión, siendo esencial la detección precoz de los factores de riesgo de malnutrición, para contribuir al desarrollo de estrategias de intervención nutricional, retardando de este modo la aparición de comorbilidades asociadas que comprometan el estado de salud del paciente y su calidad de vida.

6 Bibliografía

1. Ferreiro, J. R., Vega, F. C., Rodríguez, M. D. C. M. Alteraciones de memoria en los inicios de la enfermedad de Alzheimer. Revista española de neuropsicología, 2003; 5(1): 15-31.
2. B.Brañas, R.Serra. Orientación y tratamiento del anciano con demencia. Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud. 26(1). 2012
3. G.Tortora, N.Peter. Principios de Anatomía y Fisiología. Editorial Tec-cien. México, México D.F. 1975
4. Latarjet-Ruiz.Liard. Anatomía Humana. Editorial Médica Panamericana, 20131(3):199,407-409,435.
5. E.KANDEL, TH.M.Jessell, J Schwartz. Neurociencia y Conducta. Madrid.2013; 2(1): 21-23, 28, 175.
6. J Morros Sardá. Elementos de Fisiología. Científico-Médica. 2013; 1(8):185,187-188, 192,610-611,639.
7. R.Gonzalez Más. Enfermedad de Alzheimer, Masson, Barcelona,2015;1(4):1-4,8,9,27,28,36,63-65,67,68,70-72,75-77
8. M. Bernhardi. Envejecimiento: cambios bioquímicos y funcionales del sistema nervioso central. Revista chilena de neuro-psiquiatría, 2015; 43(4): 297-304.
9. D.Viant, C.Fonseca, C.Ileana. Radicales libres y su papel en la homeostasia neuronal. Medisan.2014; 3(3):5-11.

Capítulo 1676

LOS PROBLEMAS LABORALES Y LOS ACOSOS

MARÍA ISABEL ROCES SIEBIERSKI

1 Introducción

El delito de acoso esta contemplado en la Ley 31/1995 de PRL y en todos los Ordenes Jurisdiccionales españoles. También la nueva Ley 36/20011 reguladora de la Jurisdicción Socialque entró en vigor el 11 de diciembre de 20011. En los últimos años, los medios de comunicación están haciendo eco de un problema que invade todos los ámbitos y estamentos, se plasma una realidad social sin precedentes, desde el punto de vista sociológico y/o psicosocial. La palabra "acoso" aparece en el mundo de la política, en el contexto laboral, en el ámbito escolar, la llamada violencia de género, el acoso sexual, el acoso en las redes sociales, el acoso telefónico, el acoso callejero…etc, en definitiva este fenómeno existe, allí donde de una manera u otra interactúan seres humanos.

En el mundo laboral la modalidad de acoso más conocida es la vertical descendente, es decir, de jefe a empleado, pero empieza a tener una relevancia cada vez más peligrosa la vía horizontal, de izquierda a derecha y viceversa, es la que se produce entre los mismos compañeros del lugar de trabajo, (guerras de siglas entre sindicatos, lucha entre compañeros por la promoción interna…etc). No obstante cada día tenemos más y mejor información del fenómeno que nos ocupa, y en consecuencia somos más conscientes del grabe daño que produce dicha aptitud violenta, en las personas en particular que directamente lo padecen y en la sociedad en general que, sorprendente mente lo sigue consintiendo, o bien no le da la importancia justa y precisa, que tiene este grave problema social.

Los riesgos emergentes en el mundo laboral, son aquellas condiciones de trabajo des favorables, normalmente vinculadas a deficiencias en la organización, en el diseño de los puestos de trabajo, en el contenido de las tareas o las relaciones interpersonales, que pueden ocasionar daños derivados del trabajo, especialmente en aquellas actividades que se contemplan como de "alto riesgo" o con tensiones físicas y mentales importantes, tal y como algunos trabajos están definidos por la normativa de LPRL,(Art. 4. 2 y 3).

Algunos de estos servicios se organizan desde las distintas administraciones, como por ejemplo, los diferentes colectivos de bomberos. La planificación de la acción preventiva en la empresa, debe considerar también la existencia de los riesgos psicoanalices, además de los tradicionalmente conocidos de Seguridad e higiene industrial. Por este motivo, son aplicables a este tipo de riesgos, el conjunto de obligaciones que establece la normativa :evaluación inicial o general de riesgos en el lugar de trabajo, necesidad de evaluaciones específicas del puesto de trabajo, planificación de la actividad preventiva, participación, formación e información a todos los trabajadores incluida la dirección, vigilancia de la salud, investigación de los daños a la salud derivados del trabajo en su contexto físico y psíquico, cuadro de enfermedades profesionales, etc.

También desde el ámbito laboral se puede hacer mucho en este sentido, solo falta voluntad, sensatez y sentido común, sobre todo en las distintas administraciones públicas. El acoso laboral o mobbing, como queramos llamarlo, evidentemente es un problema psicosocial emergente, que no se trata adecuadamente en el mundo laboral según establece la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, en adelante (LPRL), esto es así, entre otras cosas por la falta de información y formación, tanto en las empresas privadas como en las administraciones públicas. Se trata de un problema general que afecta a todas las organizaciones, en las cuales las personas están obligadas de una u otra manera, a interactuar o relacionarse laboral mente de manera directa o indirectamente. Según la LPRL, la prevención de riesgos laborales debe abarcar a toda la organización incluida la dirección, tenemos por tanto la responsabilidad de incidir en esta materia, con el fin de erradicar este tipo de conductas dañinas, que suponen grandes perdidas económicas para las mismas organizaciones o empresas, conflictos, incidentes, accidentes, injusticias y sufrimientos de todo tipo a las personas que las integran.

Los factores de riesgo aumentan o disminuyen según la actividad y las condiciones de trabajo, los índices más altos, observados en materia de acoso, se presentan en las distintas administraciones públicas. Un buen clima laboral por si

solo, contribuye a minimizar dichos riesgos. Si los indices de satisfacción laboral son óptimos, esto influye directa y proporcionalmente en la disminución de conflictos y por lo tanto disminuyen considerablemente los accidentes laborales. Los riesgos psicosociales derivan prácticamente todos, de la nefasta organización del trabajo, de la falta de recursos humanos y materiales, así como de la falta de medidas preventivas al respecto.

Existen algunos estudios realizados en servicios públicos básicos y esenciales (policías y bomberos), concluyendo que donde mayores niveles de estrés se han encontrado, es en aquellas estructuras organizativas estrictamente jerarquizadas, junto a un mayor número de casos de acoso, burnout, y violencia física. Evidentemente cuantas mejores condiciones de trabajo se den en el lugar de trabajo, más satisfechos y/o realizados estarán dichos trabajadores, por lo tanto mejor servicio serán capaces de prestar a los ciudadanos.

2 Objetivos

- Analizar y estudiar los problemas derivados en el trabajo y, en particular, el acoso como problema psicosocial.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La creatividad, la satisfacción y la motivación del empleado público, depende en gran medida de un clima de trabajo aceptable, de un entorno minimamente habitable. Existen datos confirmando que el 22% de los funcionarios españoles se encuentran en situación técnica de acoso moral por una u otra causa. Un mal ambiente laboral influye negativa y directamente en la vida familiar, personal y social del trabajador.

Mientras tanto y en cuanto la Administración de Justicia, junto con las demás Administraciones y la Inspección de Trabajo asumen sus respectivas responsabilidades, debemos apelar o acogernos a los Comités de seguridad y Salud, a los Servicios de Prevención propios y ajenos, a los delegados de prevención en nuestro lugar de trabajo, si los hay. Si no, a los mismos representantes sindicales, para exigir mejores condiciones de trabajo y el respeto a nuestra integridad física, además de la consideración debida a nuestra dignidad.

5 Discusión-Conclusión

Las medidas a aplicar pasarán por la intervención sobre la organización del trabajo, especialmente en lo que se refiere a :

- Establecer una declaración de principios y política empresarial respecto al acoso, sea cual sea su manifestación, tipo o modalidad, descendente, ascendente u horizontal, de género, psicológico, moral.
- Determinar un método de análisis y resolución de conflictos colectivo o interpersonal en el interior de la organización. Potenciar la participación de los representantes de los trabajadores y los delegados de prevención en este tema, y en general en lo referente a riesgos psicosociales.
- Diseñar una política de comunicación fluida, transparente, justa y participativa, especialmente en los procedimientos de selección de personal y de promoción interna. Estructurar y concretar las funciones y responsabilidades de cada puesto, evitando ambigüedades y posibles conflictos de competencias.
- Incorporar al plan de formación e información, los aspectos relativos al acoso psicológico y a riesgos psicosociales en general. Formar a directivos y mandos intermedios en habilidades sociales en comunicación, asertividad, empatía, técnicas de trabajo en equipo y técnicas de resolución de conflictos. - Incrementar los niveles de autonomía, capacidad de decisión y control sobre el propio trabajo.
- Implementar mecanismos de motivación y reconocimiento de los trabajadores.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 1677

EL MOBBING HACIA LOS TRABAJADORES EN EL ÁMBITO SANITARIO

AVELINA INFANTES LOPEZ

1 Introducción

El mobbing es una circunstancia en el cual muchos trabajadores de todo tipo de ámbito laboral se encuentra en cierto momento de su vida. En el ámbito sanitario ese tipo de circunstancias se multiplica debido la jerarquía existente entre profesionales.

El mobbing supone un gran problema para los trabajadores que lo sufren ya que se encuentran ante una situación que no pueden controlar, lo que les lleva a tener episodios de ansiedad y depresión poniendo en peligro la continuidad de su trabajo de manera adecuada.

2 Objetivos

- Determinar la situación de mobbing en que se encuentre un trabajador y establece las pautas a seguir para hacer que dicha situación desaparezca.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica

existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

A través del estudio realizado en el ámbito sanitario, los profesionales se encuentran sometidos en algún momento en una situación de mobbing con respecto a sus superiores e incluso en igualdad ya sea por la experiencia de los primeros hacia sus subordinados. Entre los diferentes tipos de móvil nos encontramos con los siguientes:

-El mobbing horizontal: ese tipo de mobbing se realiza entre profesionales de igual categoría.

- El mobbing vertical: entre profesionales de diferentes categorías.Éste puede ser a su vez

-Mobbing ascendente: Médico-enfermería

- Descendiente o bossing: TCAE- celador

- El mobbing estratégico :hacer que un trabajador abandona su puesto de trabajo de forma voluntaria.

- El mobbing perverso :la situación agrava de forma que el trabajador se encuentra una condición que le lleve a padecer algún tipo de incapacidad temporal.

- El moobing disciplinario: recibir amenazas para realizar el trabajo de manera que su superior le resulte conveniente en su beneficio.

Para eliminar este tipo de acoso se debe de llevar a cabo medidas que comienzan con la comunicación al servicio de prevención de este tipo de circunstancia para poder acabar con él ya sea a través del diálogo llegando incluso la denuncia por parte de los acosados.

5 Discusión-Conclusión

Acabemos con las situación de mobbing ya que un ambiente laboral es necesario pues de lo contrario transmitimos inseguridad a las personas que diariamente son atendidas en los servicios sanitarios y que en estos momentos necesitan de nuestro compresión y ayuda.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 1678

DATOS DE CARÁCTER SENSIBLE: PROTECCIÓN DE PACIENTES Y USUARIOS DE LA SANIDAD

MARÍA JOSÉ RODRÍGUEZ ESCOBIO

ROSANA ALONSO ORVIZ

PABLO CARREIRA RODRÍGUEZ

1 Introducción

En España la protección de datos por ley se lleva a cabo desde finales de 1999, fundamentándose en el artículo 18 de la constitución española sobre el derecho a la intimidad familiar y personal y el secreto de las comunicaciones, un derecho fundamental regulado por el Reglamento Europeo de Protección de Datos (RGPD), la LOPD y su reglamento de desarrollo.
Esta normativa afecta a los profesionales que operan en el sector sanitario, a las clínicas, a los hospitales, a los centros médicos y a las instituciones sanitarias.

En este caso en particular, la normativa en protección de datos se complementa con la Ley de Autonomía del Paciente 41/2002, de 14 de noviembre, la cual se encarga de regular los derechos y las obligaciones en materia de información y documentación clínica en la que se regula su historial.

2 Objetivos

- Asimilar la importancia de los datos que manejamos a diario en el ámbito sanitario.
- Aprender las distintas leyes que protegen los datos de los pacientes y acatarlas adecuadamente.

3 Metodología

Consulta de Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Revisión de guías en materia de protección de datos mediante la búsqueda en internet de palabras clave como protección datos sanidad, ley protección datos, proteger datos sensibles, etc.

4 Resultados

Con la implantación de las nuevas tecnologías de la información en todos los sectores, ha sido necesario ampliar dicha protección por la magnitud de datos que se gestionan en la actualidad a nivel mundial, ya que hoy en día, con el uso de internet y de las redes sociales, no hay fronteras para la información. Las personas físicas deben tener el control de sus propios datos personales, que han de estar protegidos de manera eficaz para evitar una lesión de los derechos de los individuos. Si, además, la información se refiere a datos de salud, las garantías deben ampliarse. El secreto profesional es de obligado cumplimiento por el personal que tenga acceso a los datos del paciente, incluso cuando la relación que vincule a las partes haya finalizado.

5 Discusión-Conclusión

El desconocimiento de las leyes que protegen nuestros datos y la rutina que supone el trabajo puede hacer olvidar en ocasiones que, en el ámbito sanitario, se trabaja con datos muy íntimos de los usuarios. Algo tan común hace años como indicar el número de una habitación de un paciente o comentar qué tipo de prueba está realizando en ese momento, puede vulnerar y mucho la intimidad de dicho paciente. Quizás no quiera recibir a nadie o no quiera recibir a esa

persona en concreto o quizás exista algún conflicto importante con una orden de alejamiento, por ejemplo. El personal que trabaja en un centro sanitario debe saber qué datos están protegidos y respetar y cumplir las leyes que los protegen.

6 Bibliografía

- Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- https://ayudaleyprotecciondatos.es/2016/04/24/datos-sanitarios-seguridad/
- http://www.iee.es/pages/bases/articulos/hemeroteca/derint022.html#uno
- https://factorialhr.es/blog/cambios-proteccion-datos-2018-lopd/
- https://sespas.es/wp-content/uploads/2018/02/SESPAS_informe_proteccion_datos_2017.pdf

Capítulo 1679

LA COMUNICACIÓN COMO HERRAMIENTA DE TRABAJO. ESTILOS DE COMUNICACIÓN, HABILIDADES SOCIALES Y COMUNICACIÓN.

MARIA FERNANDA MARTÍNEZ SÁNCHEZ

1 Introducción

La causa más importante de insatisfacción de los pacientes hospitalizados es la falta de comunicación con el personal sanitario y no sanitario de las Instituciones Sanitarias, los que les lleva a percibir el ámbito hospitalario con mucho estrés, con las consiguientes consecuencias negativas que esto conlleva para la recuperación y restablecer su nivel de salud.

2 Objetivos

- Desarrollar las habilidades comunicativas por parte del personal, observando, escuchando y definiendo las diferentes personalidades.
- Ofrecer al paciente una respuesta que lo satisfaga ante sus demandas, comportamientos y necesidades.
- Conseguir una comunicación satisfactoria, su confianza y colaboración.
- Transmitir sentimientos de cordialidad y aceptación para crear una atmósfera de franqueza en la que el sujeto pueda comunicarse con libertad.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda sistemática y bibliográfica en distintas bases de datos médicos. Descriptores: comunicación, habilidades, psicología positiva y conducta asertiva.

4 Resultados

La comunicación puede definirse como el conjunto de procesos físicos y psicológicos mediante los cuales se efectúa la operación de relacionar a una o varias personas (emisor/es con receptor/es) es una de las necesidades primordiales del ser humano. Cuando un paciente puede contar con claridad sus síntomas y sus sensaciones, ayuda al personal que entienda sus necesidades y en consecuencia facilitara la superación de su enfermedad. Pero en ocasiones existen determinadas barreras que dificultan dicha comunicación.

Es aquí donde una buena base en habilidades sociales favorece la relación sanitaria y promueve la colaboración entre el personal y el paciente, cuando alguna de estas habilidades fallan entre el personal y el paciente se produce un clima de desconfianza, insactifacción y puede poner en peligro la acción terapéutica y/o el abandono por parte del enfermo.

No hay que olvidar que es un proceso interactivo entre dos personas y sería conveniente evaluar las barreras, ya que la comunicación no solo sirve para recaudar información del paciente, sino también para que éste se sienta escuchado y crear un clima cálido y de confianza, por lo cual todos se beneficiarán.
Para el logro de este objetivo, existen distintos tipos de comunicación, verbal y no verbal, dependiendo del estilo que utilicemos nos encontramos con el estilo asertivo, pasivo y agresivo, en consecuencia obtendremos distintos resultados en nuestras relaciones.
Elementos de la comunicación (oral o escrito):
- Emisor: quien emite el mensaje.
- Receptor: es el sujeto al que va dirigido el mensaje.
- Mensaje: que queremos transmitir.
- Canal: Medio físico por el cual se transmite el mensaje.
- Código: sistema de signos y reglas que el emisor utiliza para dar forma al mensaje a comunicar.
- Lingüísticos: idioma oral o escrito.
- No lingüísticos: visual, gestual, auditivo.

- Retroalimentación o feed back: es la información que genera de forma inmediata el receptor cuando recibe un mensaje.(verbal o no verbal).
- Respuesta: es la emisión de un mensaje concreto por parte del receptor.
- Contexto: Condición y situación en la que se produce la comunicación, influye en forma directa en el significado del mensaje.
Si cualquiera de estos faltara, el proceso queda incompleto y la comunicación quedaría truncada.

Tipos de comunicación:
- Comunicación oral: (oral o escrita): (reglas y signos) es el mejor instrumento que tenemos para comunicarnos. En el ámbito sanitario se suele usar la intimidad y claridad de la expresión oral para comunicar los temas más delicados, teniendo en cuenta: la idea a transmitir, el tono, claridad y sencillez.
- Comunicación escrita: se utiliza la palabra escrita, papel, pantalla de ordenador, entre otros.
- No verbal: también llamada lenguaje corporal, son los tipos de movimientos corporales, gestos, apariencia física, silencios.

Cabe destacar, que en una comunicación cara a cara, el componente verbal representa entre 65 / 90% a la comunicación NO verbal, teniendo en cuenta: los gestos, las manos, posturas, miradas, tono de voz, velocidad al hablar y la distancia corporal, entre otros.

Tres son las partes que podemos distinguir claramente en este tipo de comunicación:
A. La formada por los gestos, las manos, posturas, miradas, etc.
B. El tono de voz, velocidad al hablar, etc.
C. Distancia personal que necesitamos para sentirnos seguros, dependerá de los interlocutores y las circunstancias en las que nos movamos.

Los actos no verbales se pueden clasificar en 5 categorías:
1. Emblemas: suelen realizarse a través de las manos y de la cara: Ok (este gesto es conocido por el resto de la comunidad).
2. Ilustradores: son gestos que van unidos a la comunicación verbal.
3. Reguladores: los más habituales son: asentir o negar con la cabeza.
4. Adaptadores: son movimientos, gestos o acciones que hacemos de forma inconsciente para controlar nuestras respuestas.
5. Indicadores de estados emocionales: la expresión facial es la mejor indicadora de estos estados.

Codificación de los actos no verbales:
- Arbitraria: cuando el acto no verbal no coincide con lo que significa.
- Icónica: cuando el acto no verbal se relaciona con su significado. (levantar la mano en forma amistosa para saludar).

Dentro de la comunicación no verbal, además de lo anteriormente clasificado, existen tres disciplinas:
- Paralingüistica: estudia los aspectos no semánticos del lenguaje (tono de voz, ritmo de conversación, los silencios y los timbres).
- Kinesia: estudia el significado de los movimientos humanos (fruncir el ceño, cruzar los brazos).
- Proxémica: espacio personal o espacio que nos circunda.
En la comunicación con el enfermo la proxemia es muy importante para mantener el respeto, armonía y la intimidad si fuese necesario.
- Distancia conversación íntima: (hasta 45 cm).
- Distancia personal: entre personas conocidas (de 45 a 120cm).
- Distancia Social y Publica : (de 120 a 360 cm).

Por otra parte, debemos hacer todo lo posible para evitar todas las barreras, que perturben e interfieran en el proceso comunicativo, interrumpiendo el intercambio y la comprensión en las relaciones interpersonales.

Los elementos fundamentales para que se produzcan barreras de comunicación son:
- Cortocircuito: sobreentendidos y los malentendidos.
- Comunicación paradójica: ser contradictorio al momento de emitir el mensaje.
- Interferencia en el canal: el oyente tiene dificultad al captar el mensaje por distintas circunstancias, como elementos emocionales o experiencias que ha vivido y le modifican su interpretación.

Podemos mencionar como barreras de la comunicación:
- Lugares o malos momentos elegidos.
- Juzgar apriori los mensajes.
- Cortes de conversación.
- Acusaciones, amenazas.
- Inconsistencia en los mensajes.

Afortunadamente contamos con elementos facilitadores a tener muy en cuenta a la hora de comunicarnos, reforzará la relación con el paciente y podremos ofrecerles una atención cálida y profesional en respuesta a sus necesidades.

- Lugar y buen momento elegido.
- Estados de ánimo favorable.
- Escuchar activamente.
- Empatizar.
- Utilización del mismo código.
- Mensajes claros y consistentes.

Estilos de comunicación
Está formado por el conjunto de acciones y recursos verbales y no verbales, es el modo en que cada persona tiene de relacionarse y comunicarse con los demás. El estilo de comunicación de cada persona repercute de forma significativa sobre ellos y su entorno. Podemos diferenciar fundamentalmente tres estilos en la comunicación:
- Estilo pasivo (no asertivo): la persona no defiende ni respeta sus propios derechos, al no ser capaz de expresarse con claridad como sus opiniones ni sentimientos, su discurso y su comportamiento no verbal son vacilantes y de inseguridad.(baja autoestima).
- Estilo agresivo: es una comunicación dañina y desafiante para expresar opiniones, emociones y defender los propios derechos, poco apropiada para la mayoría de las ocasiones, su comunicación verbal es impositiva, rosa la mala educación, y su expresión no verbal es desafiante con tendencia a invadir el espacio del interlocutor.(se siente sin control).

En este trabajo, debido a las características del estilo asertivo, teniendo en cuenta que se considera el más apropiado, en el ámbito hospitalario, el cual nos abre una puerta para la comunicación, confianza y colaboración del paciente, facilitando la tarea de los trabajadores de esta forma podemos ofrecer una mejor atención y calidad de vida. Por tales motivos daremos una descripción más amplia al resto de los estilos.
- Estilo asertivo: es la capacidad de expresar libremente las opiniones y sentimientos propios sin violar los derechos de los demás. Es el ideal para la comunicación en líneas generales pero particularmente con los enfermos ya que cuenta con las siguientes características:
1. Su comportamiento verbal: es firme y directo, utiliza expresiones como “deseo, opino que, me estoy sintiendo, ¿qué opinas?”
2. Comportamiento No verbal: tiene expresión social, franca, abierta de cuerpo, su postura es relajada, ausencia de tensión muscular, movimientos faciales y pausados, cabeza alta y contacto visual, movimiento del cuerpo y cabeza orientados hacia el otro, tono de voz firme, mantiene un espacio interpersonal adecuado.

3. Otras características: protege sus derechos y respeta a los demás, logra sus objetivos sin agredir a los demás, se siente satisfecho consigo mismo, tiene confianza en sí mismo, permite a la otra persona saber que se le comprende y cómo te sientes, establece su posición o lo que quiere con claridad, ofrece una explicación cuando procede.
4. Al inicio del trabajo, citamos las habilidades sociales, aptitud indispensable para el trabajo hospitalario en la atención de cuidados de los enfermos.

Habilidades sociales
Llamamos habilidad social, es la capacidad de relacionarnos con los demás en forma tal que consigamos un máximo beneficio y un mínimo de consecuencias negativas, en el corto o largo plazo. Estas habilidades se adquieren principalmente por observación, imitación ensayo e información. Para mejorarlas debemos abocarnos a las siguientes conductas para obtener y transmitir información.
1. Obtener:
- Aprender a escuchar con atención, el paciente siente que se está interesado por él.
-No interrumpirlo, el enfermo sentirá que se le dedica tiempo y energía para escucharlo.
- Crear un clima grato y de confianza.
- Observar atentamente al interlocutor.
- No realizar juicios.
2. Transmitir
- Confianza, credibilidad, sinceridad.
- Preguntar si desean más información.
- Ser positivo y recompensante.
- Utilizar palabras y frases cortas y claras.
- Decir principalmente los mensajes más importantes que tengan que ser recordados.

Procesos para mejorar la habilidad social:
- Entrenamiento en habilidades: se enseñan y se practican conductas.
- Reducción de la ansiedad: directa ó indirectamente.
- Reestructuración cognitiva: donde los valores, creencias pueden cambiarse con técnicas de modificación de conductas cognitivas.
- Entrenamiento en resolución de problemas: maximiza la probabilidad de alcanzar el objetivo.

Habilidades sociales de de éxito. Incluyen: asertividad, autoestima e inteligencia

emocional.
- Asertividad: expresar cómodamente sus sentimientos o ejercer los derechos personales, sin negar a los demás.
- Empatía: ponerse en el lugar del otro para tratar de comprender distintas situaciones.
- Saber escuchar: escuchar con comprensión y transmitir que hemos recibido su mensaje.
- Definir un problema: analizar la situación.
- Evaluación de soluciones: analizar las consecuencias para las personas involucradas.
- Negociación: Comunicación dirigida a encontrar solución alternativa que resulte aceptable.
- Expresión justificada de ira, desagrado o disgusto: manifestación de forma adecuada y respetuosa de sentimientos negativos.
- Disculparse o admitir ignorancias: darse cuenta de los propios errores cometidos.

5 Discusión-Conclusión

La comunicación en salud, paso a convertirse en un elemento de apoyo terapéutico, requiere de un entrenamiento del personal sanitario y no sanitario en habilidades comunicativas, para que la información sea comprensible, con un acompañamiento emocional y posibilidades de afrontamientos difíciles. Se debe incluir y dar participación a la familia, siempre y cuando el paciente este habilitado psicológicamente y tengamos su autorización para incluir en este proceso a su familiares.

La comunicación adecuada entre el personal es un pilar fundamental para lograr una buena evolución clínica ya que se ha demostrado que si mejora la evolución clínica, la satisfacción del paciente, el uso apropiado de los recursos, le da sensación de bienestar y la adherencia al tratamiento. Concluyendo, la percepción del paciente sobre su enfermedad, mejora repercutiendo sobre su calidad de vida.

6 Bibliografía

- Sience Direct. Revista Calidad Asistencial. Influencia de la comunicación del personal de la salud en la calidad de la atención. (mayo 2014).

- Universitas Miguel Hernández. Facultad de Ciencias Sociosanitarios. Psicologa: María Teresa Molina Mas (febrero 2016).
- MSD Salud. Entrevista clínica. Manual de estrategias prácticas – Frances Borrel y Carrio – Madrid (abril 2018).
.Artículo el médico interactivo (febrero 2014).
- La comunicación médico paciente y personal sanitario y no sanitario. Revista médica Chile.Moore P, Gonzalez G, Kutz S y Vargas A. (2010).

Capítulo 1680

LA IMPORTANCIA DEL COACHING EN EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DENTRO DEL ENTORNO SANITARIO

SUSANA ALVAREZ ALONSO

1 Introducción

Las funciones de un auxiliar administrativo en el entorno sanitario (hospital, centros de atención primaria) pueden parecer muy sencillas, aunque esto no es así a veces. La primera atención al paciente la hace el auxiliar administrativo, también gestiona las citas y lleva el control de datos informático. El abanico de tareas es amplio y variado, siendo necesario su trabajo para el buen funcionamiento del Centro Sanitario.

Se habla siempre de calidad percibida. Se estudian los elementos que marcan la satisfacción del usuario tras pasar por un área de salud, se adiestra a los profesionales sanitarios en habilidades de comunicación, pero la mayor parte de las veces nos olvidamos de una parte trascendental: el personal administrativo del mostrador, de admisiones, de atención al ciudadano…

El nuevo entorno, altamente competitivo obliga a la administración a ser flexible y a contar con trabajadores adecuadamente formados y preparados. Para alcanzar esa meta es necesario aplicar una mentalidad creativa y establecer nuevas técnicas de formación que logren modificar la forma de pensar y actuar del personal administrativo, debiendo aprender nuevamente e incluso desaprender métodos anteriores, siendo necesario que la administración preste los recursos necesarios y la metodología específica para el correcto desarrollo del trabajador dentro de sus funciones como auxiliar administrativo.

2 Objetivos

- Describir los beneficios puede aportar al auxiliar administrativo de la Sanidad.
- Determinar qué importancia tiene el coaching en el entorno sanitario y los usuarios.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Se puede definir coaching como una disciplina concebida para ayudarte a alcanzar tus propósitos en cualquier campo, tanto a nivel personal, como espiritual o laboral. El coaching ayuda a que las personas produzcan resultados extraordinarios en su vida personal y en el entorno laboral.

El coaching usa la capacidad que tenemos para entender y manejar las propias emociones con programas de psicología positiva. Adiestra nuestro cerebro, desarrolla la capacidad de ser creativo, de comunicarse y relacionarse, aumenta el conocimiento, la comprensión y la adquisición del lenguaje, ayudándonos a conseguir la meta de poder llegar a anticiparnos a las situaciones.

A nivel personal nos encontramos con una herramienta que ayudaría a potenciar nuestras capacidades, conocimientos y aplicación de nuestros talentos, poniendo en evidencia nuestras carencias de tal manera que fuésemos capaces de entenderlas y resolverlas.

El coaching introduce conceptos a trabajar poco habituales como el compromiso, la valentía, la inteligencia emocional, que produce en el personal administrativo: autoestima personal, valores de superación, motivación, satisfacción, generación de sinergia con los compañeros…

El coach o entrenador asiste en este caso al auxiliar administrativo, para que obtenga lo mejor de sí mismo. Le ayuda a alcanzar los objetivos fijados, utilizando sus propios recursos y habilidades de la forma más eficaz.

El entrenamiento de los trabajadores presenta amplios beneficios sobre el conjunto del centro sanitario, hay que llegar a convencer al trabajador auxiliar administrativo de que con el entrenamiento necesario podrá lograr resultados excepcionales, tales como: mejorar en el equipo de trabajo, un incremento de la productividad, mejora de las comunicaciones en el centro y con los usuarios, mejora de su rendimiento laboral, mayor seguridad en su labor diaria, lo que lleva a conseguir una autoestima positiva y un bienestar personal.

5 Discusión-Conclusión

El entorno sanitario hoy en día debe adaptarse a las exigencias de la sociedad, mediante el establecimiento de unos objetivos y una planificación de acciones para mejorar en sus relaciones tanto a nivel laboral como a nivel del trato diario con los usuarios del centro.

De las encuestas de satisfacción que se hacen a los usuarios sobre el personal administrativo y el personal de atención al público de los centros sanitarios se dan quejas que pueden resultar llamativas: falta de escucha activa, desinterés por los problemas, desconocimiento de los procedimientos administrativos, errores en la coordinación con el hospital, problemas informáticos, por destacar algunas. Las dificultades con que se encuentra el personal administrativo van desde las agresiones físicas, verbales, unidas al agotamiento emocional que se produce al tener que realizar funciones día tras día con personas que hay que atender como objetos de trabajo, pueden llegar a provocar un desgaste profesional que lleva al administrativo al agotamiento y a la pérdida de interés por lo que hace, por su trabajo, lo que se manifiesta con actitudes negativas a los usuarios, pudiendo llegar a la deshumanización en el trato, al mal trato a los usuarios y pacientes del centro sanitario.

La disciplina es la clave del éxito. Muchas veces necesitamos de alguien que nos exija para dar más de nosotros, necesitamos esa palabra de aliento para darnos cuenta que de verdad podemos lograrlo. Mediante este proceso los trabajadores pueden profundizar en su propio conocimiento, aumentar el rendimiento y mejorar así calidad de vida.

De los estudios realizados se llega a la conclusión de la necesidad de formación del personal auxiliar administrativo del entorno sanitario en estrategias adaptadas a las necesidades de la sociedad y al entorno laboral, que hagan posible la mejora de los procesos y procedimientos, mejores resultados y mayores niveles de satisfacción en las necesidades del paciente con menores discrepancias.

6 Bibliografía

- Correa, L, Janeth,L. El coaching como estrategia para la formación de competencias profesionales. Revista Escuela de Administración de Negocios.2008.
- Ruiz R, Alba A, Jiménez C, García M y González V. Percepción de los pacientes sobre la atención recibida por el personal no sanitario en los centros de salud. Revista de Calidad Asistencial. 2011.
- Sanz,M. ¿Qué es el coaching? Sus orígenes, definición, distintas metodologías y principios básicos de actuación de un entrenador. Investigación y pensamiento crítico. 2012.
- González S, Clèries,X. El coaching en el ámbito sanitario: una aproximación a su viabilidad.
Gaceta Sanitaria.2002.

Capítulo 1681

EL TRABAJO SOCIAL COMUNITARIO COMO FACTOR DETERMINANTE PARA LA SALUD.

MARINA ALVAREZ ALVAREZ

MÓNICA LÓPEZ GONZÁLEZ

LUCÍA MATEO PIÑEIRÚA

INMACULADA FERNÁNDEZ CASTRILLÓN

1 Introducción

Ante los nuevos retos al actual sistema de salud, la salud comunitaria surge como una propuesta que está de nuevo en auge, tanto en España como en otros países desarrollados. El envejecimiento de la población con más enfermedades crónicas, la aparición de población inmigrante con determinadas diferencias culturales y los nuevos hábitos de vida poco saludables en poblaciones jóvenes son algunos de los cambios ante los cuales el sistema actual no da abasto. Los profesionales del sistema de salud son conscientes de que los motivos de consulta de los pacientes son cada vez más de origen psicológico y social.

Por otra parte, la literatura epidemiológica nos muestra que desde la consulta la influencia del profesional en el impacto en la salud de la gente es relativamente pequeño comparado con otros factores, como las condiciones socioeconómicas y políticas, el medio ambiente, el apoyo social o la planificación urbana. En este

contexto, la salud comunitaria se presenta como una posible vía para abordar los problemas de hoy en día de los pacientes atendidos. En este capítulo, por salud comunitaria se entiende los proyectos dirigidos a la promoción de salud desde los centros de salud, como parte de proyectos a largo plazo que cuentan con la colaboración de otros servicios, así como de la participación activa de personas de la comunidad.

La salud y el bienestar de una población dependen de las condiciones sociales, económicas, ambientales, culturales, geográficas, educativas y sanitarias del lugar en el que reside dicha población. El grado de cohesión social, la existencia o no de determinados recursos, cómo se utilizan los mismos y en qué grado están conectados son elementos que también influyen en la salud de la población. Así pues, el desarrollo y protagonismo de diferentes actores a nivel local tiene un peso específico influyendo no sólo en los determinantes relacionados con el Sistema Sanitario, sino también en aspectos socioeconómicos y ambientales que pueden tener un impacto importante en los resultados de salud de la población.

El Informe Lalonde está considerado como el "1º documento de un gobierno del mundo occidental moderno en reconocer que si queremos mejorar la salud de la población tenemos que mirar más allá del sistema tradicional de atención de salud (el cuidado de las personas enfermas)". Demuestra que el campo de actuación de la salud se divide en 4 grandes "ámbitos interdependientes de actuación que influyen o determinan la salud de los individuos y de las poblaciones": biológico, ambiental, estilos de vida y sistemas de atención de salud.

Por todo ello, los diferentes autores/as enmarcan una nueva aproximación a la salud pública destacando una visión individual, importante, pero sobre todo reseñando la importancia de la dimensión poblacional:
• La personal o individual, destacando la necesidad de que las personas se responsabilicen de sus comportamientos para mejorar su salud.
• La de las comunidades y los entornos, destacando el impacto que para la salud de las personas y de las poblaciones tienen aspectos como los hábitos sociales relacionados con la conducta (tradiciones y costumbres alimentarias, de consumo de alcohol y tabaco, de actividad física, etc.), el urbanismo, el medioambiente, el transporte, los recursos naturales, las infraestructuras y recursos educativos, culturales, deportivos, recreativos…
Exposición

En nuestro área de actuación, como trabajadores sociales ubicados en el Centro de Salud, se detecta mediante un estudio de investigación la existencia de una realidad comunitaria en la que los jóvenes cuentan con distintos problemas y necesidades, siendo especialmente relevante un consumo abusivo de alcohol, tabaquismo y tentativa de prueba de otras sustancias toxicas (canabis, marihuana..). A todo ello se une una baja cualificación profesional y abandono de los estudios en edades tempranas. Todo ello deriva en un detraimiento del nivel de salud en edad prematura.

El gestor de casos en trabajo social, es un administrador o agente que, basándose en su conocimiento de prestaciones y recursos, asesora y busca con el usuario el paquete de bienestar más adecuado a las necesidades y deseos del mismo. Los principios inspiradores de esta forma de trabajo social son: el respeto a la autodeterminación, el derecho de los usuarios y la tutela de estos derechos reconocidos por los Estados. "Un trato igual para iguales derechos".

La Unidad de Trabajo Social del centro de salud se configura en el marco organizacional del Hospital como una unidad de apoyo a la gestión clínica. La presencia del Trabajo Social en el medio sanitario se justifica porque la salud y la enfermedad, no son privativos del campo clínico, ya que siempre están relacionadas con el ambiente de vida de la población en general y del individuo en particular, con su cultura y educación, con los comportamientos sociales, con el nivel de desarrollo social.

La Unidad de Trabajo Social aporta desde su campo de conocimientos y quehacer profesional:
- La atención de aquellas necesidades derivadas de circunstancias familiares, sociales o individuales, procurando atención personalizada integral y de calidad en la atención de nuestros pacientes y desde nuestras posibilidades y competencias.
- La concreción de acciones específicas para el abordaje a las personas en situación de exclusión social junto con los organismos y entidades implicadas.

Las funciones definidas para la Unidad de Trabajo Social:
Como integrante del equipo asistencial: a) Atención social al paciente hospitalizado, optimizando situaciones problemas mediante la valoración, gestión y/o derivación de recursos, procurando apoyo psicosocial al paciente y familia facilitando su reinserción en la vida social. b) Aportar los datos sociales a la Historia Clínica y Diagnóstico Integral del paciente, evaluando su situación psicosocial,

contexto familiar y cultural. c) Planificación del alta hospitalaria de pacientes con problemática social añadida. d) Asegurar la continuidad de atención social enmarcada en la metodología de procesos asistenciales implantados.

Como agente comunitario: a) Promover la presencia del Centro de Salud en la vida comunitaria, participando y colaborando con entidades, asociaciones y organismos y sobre todo con los centros de Atención Primaria en cuantas cuestiones tengan relación con la educación, prevención, promoción y tratamiento social de la salud de la población del ámbito de influencia del hospital. b) Planificación y coordinación de una acción social conjunta de los distintos profesionales de la zona para el logro de una mayor eficacia del Trabajo Social. c) Colaboración en la creación y promoción de recursos sociales y en la mejora de los existentes para la satisfacción de las necesidades sociales reales.

2 Objetivos

Dentro del objetivo general se enmarcaría, el lograr el abandono de los hábitos insanos por parte de la población destinataria. Se indican también varios objetivos de acción prioritarios:
1. Promover la formación en drogodependencias del profesorado, familiares desde el propio centro educativo.
2. Impulsar procesos de aprendizaje relacionados con la educación para la salud y la prevención del consumo de drogas dirigidas a los alumnos de los centros educativos a distintos niveles.
3. Lograr el cumplimiento de la normativa vigente sobre consumo de alcohol y tabaco en centros educativos.
4. Promover la formación de los profesionales sanitarios.
5. Promover la racionalización en la prescripción y dispensación de psicofármacos por el personal sanitario.
6. Sensibilizar a la población general de la importancia de la prevención de las drogodependencias.
7. Fomentar la creación de canales de participación ciudadana en la prevención de drogodependencias a nivel comunitario.
8. Estimular la demanda de tratamiento de las personas que no tienen contacto directo con los centros asistenciales.
9. Crear recursos alternativos al ocio.
10. Ocupar el tiempo libre en actividades recreativas y saludables.
11. Concienciar sobre la reducción del daño.

12. Impulsar el asociacionismo y la ayuda mutua.

3 Metodología

Con el objetivo de trabajar juntos en este escenario consideramos importante tratar de diseñar un marco teórico y práctico de actuación inclusivo, consensuado por todos los agentes que trabajan en el ámbito local que sintetice los distintos modelos y coordine mejor las actuaciones existentes, de cara a dar respuesta a la necesidad explorada. La propuesta de marco teórico radica en englobar diferentes aspectos comunes a la promoción de la salud, a la orientación hacia los determinantes de la salud, a la perspectiva de equidad y participación y al trabajo desde una metodología de activos para la salud.
El método que se utilizara para realizar este proyecto será mediante el Trabajo Social de comunidad, método único cuyas fases del proceso son: investigación, diagnóstico y evaluación del plan y programación, ejecución y evaluación. La actuación más importante es implantar ese grupo intersectorial donde trabajar juntos de forma coordinada, así como la participación (contar de forma activa con las personas de la comunidad durante todo el proceso), la perspectiva de equidad (eliminar las diferencias injustas y evitables en el estado de salud en grupos de población vulnerables definidos por el género, el estrato social, la edad o su procedencia geográfica…) y la intersectorialidad (implicar a todos los ámbitos), la efectividad y la sostenibilidad (que pueda mantenerse en el tiempo).

A modo de síntesis, la metodología incluye:

- Valoración de las necesidades, sus potencialidades, la motivación y sus deseos.
- Diagnóstico social: listado de problemas y su priorización
- Intervención pactada con el usuario. Plan de acción
- La ejecución de los recursos: aplicación directa, información, derivación.
- El seguimiento y la evaluación.

Está metodología se entiende desde el punto de vista dinámico, no estático, ya que la realidad social , la micro realidad social, es cambiante; partiendo de una concepción que entiende al individuo capaz de resolver su situación problema y que tiene potencialidades propias.

4 Resultados

Las actuaciones a desarrollar en función de los objetivos marcados, serían:

- Organización de cursos informativos dirigidos a padres en colaboración con APAs.
- Realización de actividades de orientación y asesoramiento dirigidas a profesionales, padres y voluntarios dirigidas a la prevención de drogodependencias.
- Realización de actividades de control y seguimiento respecto al consumo de alcohol y tabaco en centros escolares.
- Organización de cursos de formación dirigidos a médicos, farmacéuticos y otros profesionales de la salud.
- Realización de campañas informativas y divulgativas dirigidas a la población general, asociaciones y medios de comunicación: reuniones informativas, difusión de materiales, realización video-coloquios, charlas, talleres preventivos.
- Realización de cursos de orientación y asesoramiento dirigidos a asociaciones y colectivos para el desarrollo de programas preventivos en su ámbito de actuación.
- Realización de actividades participativas dirigidas a la población general, incidiendo en niños y jóvenes.
- Organizar actividades de tiempo libre saludables: fiesta de salud, talleres de salud, juegos y deportes cooperativos, cien- coloquios.
- Convenios con ONGs para incrementar el nº de plazas gratuitas en comunidad terapéutica.
- Creación de servicios móviles de atención a drogodependencias que den cobertura a las zonas más problemáticas.
- Realización de campañas saludables, modificación de hábitos sexuales de riesgo.
- Reuniones de coordinación entre las unidades de atención a drogodependencias con las asociaciones de afectados y familiares de estos, estableciendo protocolos de derivación y actuación conjunta.
- Creación de grupos de autoayuda.

La experiencia comunitaria presentada supone beneficios importantes para la población que derivan en:
- Optimización y aprovechamiento de recursos disponibles de y para la población. En ella prima el capital humano y social de los participantes, siendo este el verdadero motor de acción y transformación. El trabajador social y los distintos profesionales como dinamizadores de la comunidad.
- Obtención de resultados, mejora de la condición sanitaria de la población objetivo, abandono y/o reducción del consumo de alcohol, tabaco y drogas.
- Reducción de enfermedades relacionadas.
- Establecimiento de estrategias válidas a largo plazo, sin una respuesta inmediata, al continuar la realización de actividades y talleres.

- Promoción del empoderamiento, la autonomía y la capacitación de la población a través de la formación continua formal e informal. Dotando a los jóvenes de información sobre los efectos que tienen en ellos los consumos, afrontando así sus propias decisiones.
- Establecimiento de vínculos y redes, fomentando las relaciones intercomunitarias e intracomunitarias. Esta creación de redes permite sumar fuerzas fomentar la relación y vincular a los individuos ante los intereses compartidos.
- Iniciativas que incorporan movilización ciudadana, fomentando la creación de grupos afines.

5 Discusión-Conclusión

Para una mejor cobertura de las necesidades sociales, el trabajo social comunitario, es una respuesta que va más allá de una metodología de intervención. Es un modelo de trabajo integrador que sirve para "dar poder, dar capacidad, dar libertad tanto a cada persona, a través de la interacción social comunitaria, como a la comunidad que actúa como sujeto colectivo para abordar problemas que solo mediante la acción colectiva pueden resolverse"

Estas experiencias han posibilitado que los protagonistas tengan otra visión más global que supera su realidad inicial. Ya no son meros consumidores, sino que se les ha dotado de un empoderamiento tanto individual como grupal que experimenta que los individuos incorporen su mirada estructural, sumando la conciencia colectiva a la conciencia individual, entroncando con la idea que expresan, el sentido de pertenencia y la identidad compartida.

Dado el contexto y la situación social actual, se quiere destacar los beneficios del trabajo social comunitario, incluyendo la participación de la ciudadanía en la resolución de sus necesidades. Se busca reactivar la motivación de los profesionales en torno a la intervención social comunitaria, facilitando la reflexión sobre la labor de los trabajadores sociales en relación con las iniciativas de movilización ciudadana que pretenden satisfacer las necesidades sociales.

Visto esto, se plantea la necesidad de retomar y potencial el trabajo social comunitario como una oportunidad para formar algunos de los desafíos que están surgiendo tras la progresiva desvinculación de los poderes públicos de la protección social. Para ello, es fundamental que los profesionales adquieran las her-

ramientas necesarias y que se revise el modelo de intervención social aplicado en los últimos años centrado en la atención individual y grupal.

6 Bibliografía

- https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-programas-salud-comunitaria-alrededor-del-13116146
https://saludcomunitaria.wordpress.com/
- OMS. Glosario de Promoción de la Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1996. Disponible en:
- http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf
- https://www.obsaludasturias.com/obsa/wp-content/uploads/flyer_salud_comunitaria.pdf
- Lalonde M. A new perspective on the health of canadians. A working document. Minister of Supply and Services Canada, 1981. Disponible en: http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/
perspect-eng.pdf

Capítulo 1682

LA ATENCIÓN A LAS NECESIDADES PSICOSOCIALES DE LOS FAMILIARES DE ENFERMOS DE ALZHEIMER DESDE EL TRABAJO SOCIAL SANITARIO.

ANA BELEN RODRIGUEZ VALDÉS

1 Introducción

La demencia tipo alzheimer provoca un deterioro de la calidad de vida del enfermo/a y de su entorno familiar, generando graves dificultades de convivencia. Los cuidadores/as informales ayudan al dependiente en su cuidado personal y actividades cotidianas en perjuicio de sus actividades profesionales, tiempo de ocio y salud por lo que suelen estrés crónico y padecen más problemas psicológicos y físicos que el resto de la población.

2 Objetivos

A través de la presente investigación se ha pretendido realizar una revisión bibliográfica reciente y analizar estudios existentes sobre la atención a las necesidades psicosociales de los familiares de enfermos de alzheimer desde el trabajo social sanitario y los objetivos de los protocolos de intervención en grupos, así como el papel del trabajador social sanitario como parte integrante del equipo multidisciplinar interviniente.

3 Metodología

Para la realización del presente estudio bibliográfico se ha llevado a cabo una revisión sistemática de publicaciones científicas en bases de datos: Dialnet y Scielo, así como el metabuscador Google Académico, Medline , ISOC Ciencias Sociales y Humanidades así como en la biblioteca digital de la UOC. Se utilizaron descriptores en español: "alzheimer", "familias", "intervención familiar", "necesidades ", "trabajo social sanitario", "psicosociales" así como los operador es booleanos "and" y "or"

4 Resultados

La atención del trabajador social sanitario a nivel familiar se centrará en atender especialmente los aspectos psicosociales, poniendo especial interés en los del cuidador principal. La intervención irá orientada a promover los recursos propios del ámbito familiar y a prestar un soporte emocional al cuidador principal durante las diferentes etapas que atraviesa una persona enferma de alzhéimer, con el fin de que se mantenga una situación de equilibrio.

Así mismo, el trabajador social sanitario acompañará en la gestión de los recursos externos que se precisen, ya sean privados o públicos, así como en los de carácter legal, dado que el abordaje de la enfermedad de Alzheimer, desafortunadamente, en algunas situaciones requerirá poner en marcha un proceso de incapacitación del enfermo. Según la fase en la que se encuentre la enfermedad se intervendrá con las familias de los enfermos de diferente manera, siempre buscando su bienestar y por tanto el de la persona enferma.

Plan de apoyos para las familias -cuidadores no profesionales- de la persona con alzheimer
El Plan de Apoyos se concebiría como un conjunto de Programas especializados, todos ellos complementarios; diseñados para dar soporte a las familias de las personas enfermas de Alzheimer y los cuidadores habituales y al propio enfermo.

Programa de orientación a cuidadores y familias.
Dirigido a las todas las familias y personas cuidadoras, tanto aquellas que busquen resolver las dudas que puedan aparecer en la fase inicial de la enfermedad, una vez su familiar haya sido diagnosticado, como aquellas que vayan surgiendo a lo largo de las diferentes etapas de la enfermedad.

Promoverá facilitarles información sobre:
• Recursos socio-sanitarios públicos al alcance de las familias: Ley de dependencia, centros de día, residencias de tercera edad, etc.
• Servicios dirigidos al cuidador: formación en el manejo de la enfermedad, acompañamiento psicológico, asesoramiento jurídico…

Programa de apoyo psicosocial a las familias:
Dirigido a proporcionar soporte a los familiares para que desarrollen sus labores de cuidado a la persona enferma en las mejores condiciones posibles, dentro de la adversidad de la enfermedad.
El servicio tendrá como objetivo servir de referente para las familias ,aportándoles estrategias, transmitiéndoles experiencias y facilitándoles relaciones sociales que les permitan identificarse con la problemática que están sufriendo y les ayuden a regular los sentimientos negativos que genera convivir con un enfermo de Alzheimer.

Buscará además rebajar los niveles de ansiedad, incertidumbre y aislamiento de las personas cuidadoras y movilizar su entorno y su red familiar, a través de grupos de autoayuda.
Desde este servicio se fomentarán además los encuentros periódicos entre familiares en espacios al aire libre que sirvan para intercambiar vivencias sobre su realidad cotidiana al cuidado de una persona enferma de Alzheimer

Programa de apoyo domiciliario:
Pretende servir de soporte a la familia de la persona enferma, desarrollando una labor de apoyo profesional especializada, en su propio domicilio.
Este servicio busca potenciar el papel de la familia en la enfermedad de Alzheimer. Prestar apoyo domiciliario a cada uno de sus miembros, tanto a nivel de conocimientos técnicos como de soporte y descarga emocional en la dura tarea cotidiana de convivir con esta enfermedad.

Además el programa de apoyo domiciliario servirá para ofrecer a las familias un tiempo de descanso, ocupándose a nivel asistencial de la atención personal del enfermo y su estimulación, buscando el mantenimiento de su autonomía personal en su propio domicilio.

5 Discusión-Conclusión

El trabajador social sanitario de atención primaria acostumbra a ser la puerta de acceso del paciente y sus familiares a la red de ayuda y apoyo en su enfermad. Una vez diagnosticada ésta, es fundamental que los diferentes servicios implicados trabajen de forma coordinada, proporcionando una atención integrada al enfermo y su familia.

Es fundamental trabajar en coordinación con los servicios sanitarios de atención primaria y los especializados que atienden al paciente, como son los servicios de neurología, las unidades de demencia, unidades de gerontología, unidades de terapia ocupacional hospitalarias, fisioterapia, etc. para asegurar la adecuada atención a lo largo de la enfermedad al enfermo y a su familia.

Igualmente desde la unidad de trabajo social sanitario se gestionarán recursos y se coordinarán intervenciones con Servicios Sociales, servicios de ayuda a domicilio y con otras entidades de carácter privado especializado en el tratamiento del Alzheimer, como las asociaciones de enfermos y familiares.

Esta intervención multidisciplinar lleva implícita la articulación de un sistema de protocolos de intervención destinados a organizar un correcto abordaje de la enfermedad, un seguimiento periódico y una evaluación de los resultados del trabajo realizado y una coordinación, a través de reuniones de seguimiento y grupos de trabajo entre profesionales implicados, cuyo objetivo final es lograr una atención eficiente del paciente y su familia desde el diagnóstico de la enfermedad hasta el final de su vida.

6 Bibliografía

- Etxebarria, I.; García, A.; Iglesias, A.; Urdaneta, E.; Lorea, I.; Díaz, P.; Yanguas, J. J. (2011). "Efectos del entrenamiento en estrategias de regulación emocional en el bienestar
- Etxebarria, I.; Yanguas, J. J.; Buiza-Bueno, C.; Galdona-Erquicia, N.; González-Pérez, M. F. (2005). "Eficacia de un programa psicosocial con cuidadores de enfermos de Alzheimer: análisis de los resultados al año de seguimiento". Revista Española de Geriatría y Gerontología, 4 (sup. 3) (págs. 46-54).
- Fernández, E. (2009). "El trabajo social sanitario con las familias de los enfermos

de Alzheimer". Revista de trabajo y acción social. Documentos de trabajo social, nº 45 (págs. 13-38).
- Fernández-Capo, M.; Gual-García, P. (2005). "Sentido del cuidado y sobrecarga". Revista Española de Geriatría y Gerontología, 40 (sup. 3) (págs. 24-29).
- García-Férez, J. (2004). "El problema de la obligación filial y/o social de cuidar a personas mayores con demencia". Revista Española de Geriatría y Gerontología, 39 (1) (págs. 35-40).
- López, M. J.; Orueta, R.; Gómez-Caro, S.; Sánchez, A.; Carmona de la Morena, J.; Alonso, F. J. (2009). "El rol de Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y su Salud". Revista Clínica de Medicina de Familia, 2 (7) (págs. 332-334).
- Losada, A.; Knight, B. G.; Márquez, M. (2003). "Barreras cognitivas para el cuidado de personas mayores dependientes. Influencia de las variables socioculturales". Revista Española de Geriatría y Gerontología, 38 (2) (págs.116-123).
- Losada-Baltar, A.; Izal-Fernández, M.; Montorio-Cerrato, I.; Márquez-González, M.; Pérez-Rojo, G. (2004). "Eficacia diferencial de dos intervenciones psicoeducativas para cuidadores de familiares con demencia". Revista de Neurología, 38 (8) (págs. 701-708).
- Losada, A.; Montorio, M. (2005). "Pasado, presente y futuro de las intervenciones psicoeducativas para cuidadores familiares de personas mayores dependientes". Revista Española de Geriatría y Gerontología, 40 (sup. 3) (págs. 30-39).
- Losada, A.; Márquez-González, M.; Peñacoba, C.; Gallagher-Thompson, D.; Knight, B. (2007). "Reflexiones en torno a la atención a los cuidadores informales de personas con demencia y propuesta de una intervención interdisciplinar". Psicología Conductual, vol. 15, nº 1 (págs. 57-76).
- Miranda, C. (2003). "Diseño y evaluación de un taller psicoeducativo para cuidadores de familiares de pacientes con Alzheimer". Psykhe, vol. 12, nº 1 (págs. 137-143).
- Muela, J. A.; Torres, C. J.; Peláez, E. M. (2002). "Comparación entre distintas clasificaciones de las estrategias de afrontamiento en cuidadores de Alzheimer". Psicothema, vol. 14, nº 3 (págs. 558-563).
- Obiol, C. (2011). "Manejar la agresividad". Cuidar a una persona con demencia.
- Pascual, A. M.; Santamaría, J. L. (2009). "Proceso de duelo en familiares y cuidadores". Revista Española de Geriatría y Gerontología, 44 (sup. 2) (págs. 48-54).

Capítulo 1683

TERAPIA ASISTIDA POR PERROS EN PERSONAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS.

SUSANA GONZÁLEZ MÁNTARAS

1 Introducción

La terapia asistida con perros presenta beneficios obvios y demostrados para el estado emocional, conductual y comunicativo del anciano. Incluso beneficios a nivel fisiológico: mejora de la tensión arterial, mejora del estrés, entre otros.
La institucionalización provoca en el anciano soledad, tristeza, depresión y; como sabemos, muchos de nuestros mayores presentan polifarmacia. Esta terapia se podría presentar como una alternativa a la farmacológica, para no seguir aumentando medicamentos a la persona. Actualmente nadie discute lo bien que hace integrar un animal en una terapia, pero ésta será más positiva en aquellas personas en las que en su historia de vida aparezca al menos un perro.

2 Objetivos

- Determinar la viabilidad de nuevas terapias (Terapia Asistida por perros) para mejorar la calidad de vida en las personas mayores institucionalizadas.
- Este trabajo persigue el objetivo de revisar, reunir y sintetizar los resultados de investigación que relacionen las Terapias Asistidas con Perros en mayores institucionalizados. Se quiere dar luz a una corriente de investigación que permita verificar si la Terapia Asistida con Perros ejerce una influencia positiva en

personas donde las áreas cognitivas, la comunicación, socialización y afectividad están muy afectadas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: pubmed, medline, y scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

De la búsqueda realizada en bases de datos, se obtuvieron 25 artículos, de los cuales 15 han sido incluidos en este documento.

4 Resultados

Todos los artículos consultados demuestran que la terapia con perros es muy efectiva para las personas con enfermedad de Alzheimer, les reporta una mejora a nivel físico, emocional, social, mental.

5 Discusión-Conclusión

Se ha visto que el 97 % de las personas que acuden a terapias asistidas con perros encuentran en las mismas una solución y/o alternativa para mejorar su autoestima, su estado cognitivo, su estado físico. El animal, es el nexo entre el paciente y el terapeuta y es a través de su interacción como facilita el aprendizaje, la comunicación y la recuperación de las personas, con el objetivo de generalizar los resultados a todas las áreas de su vida.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 1684

INTERVENCIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL EN SALUD MENTAL .

SUSANA GONZÁLEZ MÁNTARAS

1 Introducción

Atendiendo a las necesidades que existen en la sociedad de integrar y normalizar el concepto de Salud mental y fomentar estrategias para evitar la estigmatización de las personas con enfermedad mental se desarrollan las siguentes acciones

2 Objetivos

- Mejorar la capacidad de inserción profesional y laboral de las personas con enfermedad mental a través de la formación profesional demandada por el mercado de trabajo.
- Desarrollar acciones de orientación que posibiliten la conexión entre las personas y el mercado laboral, ayudando a conocer las herramientas y los mecanismos de acceso y mantenimiento en el empleo.
- Favorecer la inserción laboral a través de la conexión entre la capacitación de las personas con enfermedad mental y el empleo efectivo según la demanda del mercado laboral, potenciando las relaciones con los empresarios, sindicatos y redes locales y apoyar a las personas con enfermedad mental para encontrar y mantener un empleo digno y a los empleadores a la contratación de los trabajadores/as apropiados/as para satisfacer sus necesidades.
- Mejorar y mantener las capacidades cognitivas
- Mejorar y mantener las capacidades psicomotrices
- Dotar de habilidades sociales.

- Facilitar la inserción social de las personas con enfermedad mental en un entorno social normalizado.
- Facilitar la inserción social de las personas con enfermedad mental en un entorno laboral normalizado.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: pubmed, medline, y scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Tras las acciones tomadas con las personas afectadas de enfermedad mental se espera una mejora en cuanto a los objetivos propuestos.

1. Formación para el empleo
Objetivo:
- Mejorar la capacidad de inserción profesional y laboral de las personas con enfermedad mental a través de la formación profesional demandada por el mercado de trabajo.

En primer lugar es necesario realizar un análisis de las demandas de trabajo en la sociedad, evaluando tipo de trabajo y posibilidades de inserción real en el mismo, de cada persona en concreto.
A su vez es necesaria una valoración de las capacidades de cada persona para así poder adecuar capacidades de la persona con las demandas del puesto de trabajo. Para ello se realizarán entrevistas personales con cada usuario.

Para capacitar a cada persona de la formación adecuada para ocupar los puestos de trabajo es necesario realizar cursos de formación que capaciten a la persona para desarrollar las funciones del mismo. Para ello, se pondrían en marcha talleres específicos que capaciten a las personas de la formación adecuada para cubrir las demandas de profesionales dentro de la comarca en la que nos movamos.

2. Orientación sociolaboral
Objetivo:
- Desarrollar acciones de orientación que posibiliten la conexión entre las personas y el mercado laboral, ayudando a conocer las herramientas y los mecanismos de acceso y mantenimiento en el empleo.

En primer lugar realizaría entrevistas personales con los usuarios para conocer sus intereses y derivar a cada persona a uno de los talleres que previamente hemos preparado teniendo en cuenta las necesidades del mercado laboral y las capacidades y potencialidades de los usuarios. A continuación pondría en marcha un taller de búsqueda activa de empleo en el que se tratasen los siguientes puntos:

- Elaboración del currículum. Realizaría sesiones en las que se explique cómo realizar un currículum vitae, y cartas de presentación; para a continuación realizar el currículum real de cada usuario con el fin de mandarlos a las empresas. Para ello se realizarían tutorías personales en las que se elabore el currículum personal de cada uno.

- ¿Cómo y dónde buscar trabajo?. Éste sería el segundo punto a tratar en el taller, se informaría a los usuarios de todas las alternativas existentes de búsqueda de empleo (Páginas web, periódicos, etts…). También cómo darse de alta en el INEM. A continuación realizaríamos búsquedas reales mediante internet, y periódicos.

- ¿Cómo debo presentarme en una entrevista? Otro punto muy importante a tratar sería hacer saber a los usuarios la necesidad de presentarse en las entrevistas de trabajo con un buen aspecto. Para ello, en primer lugar explicaría cómo deben presentarse, la estética que deben llevar, el lenguaje a seguir…también realizaría un role playing en el que simularía yo con un auxiliar una entrevista real de empleo, con el fin de que los usuarios imiten las formas de presentación. Tras esto realizaría una lista en la que fecharía el día y hora concretos de entrevistas a cada usuario con el fin de recrear de la manera más real posible, una entrevista de empleo.

- Mantener un empleo. Este punto sería el último a tratar, en él explicaría temas tales como la importancia de ser puntual, la importancia de las buenas relaciones con los compañeros, cómo reclamar mis derechos, importancia de seguir las normas de la empresa. Par ello realizaría una presentación en power point y también realizaría una sesión en la que interviniese una persona de recursos humanos de una empresa para que nos explicara la importancia de los temas tratados que he

mencionado anteriormente, con el fin de conocer esta información de la mano de un profesional de la empresa.

3. Intermediación sociolaboral
Objetivo
- Favorecer la inserción laboral a través de la conexión entre la capacitación de las personas con enfermedad mental y el empleo efectivo según la demanda del mercado laboral, potenciando las relaciones con los empresarios, sindicatos y redes locales y apoyar a las personas con enfermedad mental para encontrar y mantener un empleo digno y a los empleadores a la contratación de los trabajadores/as apropiados/as para satisfacer sus necesidades.

En primer lugar realizaría una campaña de concienciación e información sobre la enfermedad mental, realizando folletos en los que se informe de una manera realista lo que es la enfermedad mental y las capacidades que tienen las personas con esta información. Haría llegar estas publicaciones a todas las empresas que hubiésemos valorado anteriormente como posibles empleadoras de los alumnos de los talleres que realizamos, y también a otras empresas de la comarca y alrededores.

En segundo lugar me pondría en contacto con las personas que llevan Recursos Humanos en dichas empresas, para hacer posible una pequeña cita con ellos, con el fin de informarles de los beneficios fiscales que tendrían al contratar a personas con esta enfermedad, y de las capacidades de ellas. Para ello estudiaría la posibilidad de que me acompañase una persona con esta enfermedad.

4. Entrenamiento de capacidades cognitivas y psicomotrices
Objetivos.
- Mejorar y mantener las capacidades cognitivas
- Mejorar y mantener las capacidades psicomotrices.

Para mantener y mejorar las capacidades cognitivas realizaría talleres de memoria, mediante presentaciones en power point y un cuadernillo de ejercicios en los que trabajaría la atención, la memoria inmediata, la memoria auditiva, y demás capacidades cognitivas… siempre con temas relacionados con el mundo laboral. La mecánica del taller consistiría en explicar el ejercicio, la realización del mismo y posteriormente la corrección en común. Siempre con el apoyo de la terapeuta para cualquier duda.
Realizaría también un taller de técnicas de relajación, donde se expliquen técnicas

sencillas de relajación que puedan llevarse a cabo en la vida diaria, en los momentos de tensión. Para ello, realizaremos una por una las técnicas que explique con anterioridad, poniendo ejemplos de aplicación en momentos cotidianos.
También pondría en marcha un taller de informática en el que trabajaría con programas de entrenamiento cognitivo como el GBrainy, en el que se trabajan memoria, lenguaje, cálculo, lógica…. En este taller también se impartirán nociones de redacción de textos en word, con el objetivo de realizar cada persona su propio currículum vitae y carta de presentación.
Con el fin de mantener y mejorar las capacidades psicomotrices realizaría sesiones de deporte al aire libre tales como: práctica de baloncesto en la que primero se trataría de encestar uno a uno en la canasta para después pasar a formar equipos y jugar un partido; práctica de voleibol, en la que primero se trabaje individualmente el pase básico de voleibol contra una pared para luego hacerlo en parejas y finalizar con equipos; también realizaría sesiones en las que habría que seguir un circuito, en el que hubiese que pasar obstáculos tales como saltar aros, pasar por encima de una cuerda, subir y bajar una espaldera, saltar en una colchoneta, controlar con una mano el balón, luego con la contraria, etc…

5. Entrenamiento en la asertividad laboral y habilidades sociales
Objetivos.
- Dotar de habilidades sociales.
- Facilitar la inserción social de las personas con enfermedad mental en un entorno social normalizado.

Realizaría talleres en los que se impartiese por un lado Habilidades Sociales Básicas: Cómo comportarse en público, Cómo presentarse a otra persona, Cómo expresar mis deseos, Cómo expresar mi desacuerdo.

Trabajaría estos temas mediante role playing: primeramente entre una auxiliar y yo reproduciríamos una escena como puede ser llegar a una reunión, en esta representación reproduciríamos el saludo inicial, la contestación, y todas las frases comunes que suelen decirse al llegar a una reunión. Esta representación se haría delante de los usuarios y también sería grabada en video. Posteriormente se realizaría una puesta en común de las frases utilizadas.

Una vez estén todos los puntos tratados, realizaría salidas a lugares públicos con los usuarios tales como bibliotecas, en las que hay que cumplir unas normas, cafeterías, exposiciones, grandes superficies…después de cada salida habría una puesta en común de las impresiones de cada uno y de las normas sociales que hemos cumplido en cada lugar visitado.

Para facilitar la inserción en un entorno laboral normalizado nada mejor que acudir a este entorno y desenvolverse en él. Para ello, pactaría con las empresas a las que previamente he informado, han leído nuestros folletos y me he citado, sobre la posibilidad de acudir a un puesto de trabajo durante un periodo corto de tiempo tal como una semana de acompañante de un trabajador, para que la persona con enfermedad mental compruebe por si misma las pautas a seguir en un puesto de trabajo (horario, normas de seguridad, cumplimiento de objetivos laborales, orden del puesto de trabajo…)

6. Técnicas de autocontrol
Objetivo:
- Dotar al individuo de habilidades de afrontamiento de las situaciones estresantes que se dan en el puesto de trabajo.

Para trabajar este objetivo por un lado recopilaría los supuestos más comunes de estrés en el mundo laboral, como pueden ser: el tener que cumplir unos objetivos en un plazo concreto; el tener que cumplir las órdenes de un superior dentro de la empresa; presenciar discusiones entre compañeros…, mediante una presentación en power point en la que aparezcan estas escenas en fotografías las iríamos comentando y diciendo cada persona cómo cree que actuaría en esa situación concreta. Tras esto se les ofrecerían alternativas para afrontar estas situaciones; tales como aplicar técnicas de relajación de las que hemos trabajado.

Por otro lado realizaría role playing de situaciones estresantes dentro de las empresas, en estas actuaciones intervendría cada una de las personas con enfermedad mental que participa en esta actividad e intentaría, ella misma, afrontar la situación; de esta manera acercamos lo más posible la situación real a la persona.

7. Apoyo al desarrollo ocupacional en el tiempo libre
Objetivos:
- Crear rutinas por medio del ocio.
- Sociabilizar de manera informal a través del ocio.
- Dotar de habilidades sociales a través del ocio.

Para conseguir estos objetivos pondría en marcha talleres y jornadas en las que fuesen los propios participantes los responsables de los mismos, responsabilizando a poder ser a cada una de las personas de cada taller-jornada que se realice.

Taller de lectura: En primer lugar nos haríamos socios de la biblioteca municipal que ya habríamos visitado previamente y cada quince días cada participante sacaría un libro. Una tarde cada quince días nos reuniríamos con el libro ya leído con el fin de contarles la historia a los demás participantes

Taller de películas: Cada semana iríamos al videoclub a alquilar una película, la visionaríamos y haríamos un resumen de su contenido, con lo que nos gusta y lo que no. Mejorando así las relaciones sociales entre los compañeros, la memoria, la atención…

Taller de cocina: Cada semana realizaríamos una receta de cocina diferente, primeramente nos reuniríamos para concretarla, y seguidamente saldríamos el supermercado a comparar los ingredientes. Serían los propios participantes los encargados de buscar la receta en internet y comprar los alimentos, aunque la terapeuta iría de acompañante.

Actividades ocasionales: realizaría salidas a conocer pueblos, senderismo, a la playa en verano, en invierno salidas a por castañas, fiestas de navidad,

8. Escuelas de familias para la inserción formativo laboral
Objetivos:
- Asesorar a las familias en la importancia de que la persona con enfermedad mental trabaje.
- Apoyar en todas las problemáticas que pueden surgir y cómo enfrentarlas.

Para concienciar a las familias de la importancia de que las personas con enfermedad mental se formen y trabajen, realizaría charlas con los familiares en las que se tratase este tema. En ellas hablaría de la importancia del trabajo para todas las personas y de que ellos no son menos, por lo que es importante no sobreprotegerlos en este sentido, ni ponerles barreras.

También pondría en marcha una especie de sesiones terapéuticas entre los familiares para reunirnos y poder comentar problemas que puedan surgir, y entre todos ofrecer soluciones, serían sesiones grupales en las que poder expresarse libremente y contar sus experiencias. Por otro lado establecería un horario para el que los familiares que quisiesen pudiesen hablar con la terapeuta en privado sobre los temas relacionados con su familiar y con la enfermedad mental.

9. Apoyo y orientación familiar para el desarrollo profesional

Objetivo:
- Dotar de un asesoramiento informal y puntual.

Se realizarían charlas-coloquio en las que la primera parte tratase sobre el tema de la inclusión de las personas con enfermedad mental en el mercado laboral,y en la segunda parte se tratasen puntos concretos como:
- Información sobre las empresas en las que los usuarios están interviniendo y como lo están haciendo.
- Aclaración de dudas comunes entre las familias y usuarios.
- Opciones de empleo real en las empresas de la comarca.

En esta charla las familias que quisiesen podrían realizar una petición de hablar con la terapeuta en privado; así como la terapeuta pediría a las familias oportunas mantener una cita en privado para hablar de su familiar concreto.
También establecería un horario para cada usuario donde realizaría un seguimiento de cómo se encuentra en el puesto de trabajo, qué trato recibe, sus impresiones…

10. Acciones dirigidas a la sociedad en general
Objetivo:
- Sensibilizar sobre la situación y las dificultades de acceso al empleo de las personas con enfermedad mental y sus potencialidades en la incorporación al mercado laboral.

Campaña de concienciación sobre la enfermedad mental:

- Para concienciar a los trabajadores de las empresas, futuros compañeros de las personas con enfermedad mental, realizaría charlas-coloquio en las que se hable e informe sobre la enfermedad mental y se eliminen las falsas creencias que existen sobre esta enfermedad, para ello sería muy importante que personas afectadas asistiesen a las charlas y hablasen en primera persona sobre el tema.

- Me pondría en contacto con diversos medios de comunicación locales como emisoras de radio, canales de televisión autonómicos para que nos diesen cabida en alguno de sus programas y poder hablar sobre la enfermedad mental y lo que significa.

- Asimismo realizaría un spot en el que se desdramatizase la enfermedad mental para que las personas que la sufren no sean vistas por la sociedad como personas temerosas o agresivas y se acepte la enfermedad mental como otra enfermedad. A

las cadenas de televisión anteriores les pediría que anunciasen este spot. También realizaría carteles en los que se desdramatice la enfermedad, estos carteles los repartiríamos por diversos centros, sindicatos, etc.. para que sean vistos por todas las personas posibles.

- Web en Internet: sobre nuestro trabajo, nuestro día a día y nuestras posibilidades en el mercado laboral. En la que se daría a conocer cada usuario, su formación y su orientación laboral. Esta página sería anunciada por e-mail a todas las empresas para que fuese visitada por los directivos de recursos humanos de las empresas y así poder crear un canal de comunicación entre empresa-trabajador. En esta página se publicarían los demandantes de empleo (nuestros usuarios), con el fin de encajar en ofertas de empleo que pudiesen surgir en las empresas.

- Charlas en institutos: No olvidar que las falsas creencias se van instalando poco a poco y desde muy temprano en nosotros, por ello, considero importante informar y concienciar a los adolescentes sobre lo que es en realidad la enfermedad mental y cómo en los medios de comunicación dramatizan, desvirtúan y manipulan la información real. De esta manera podrían crear su propia opinión sobre la enfermedad y no estar influidos por la información proveniente de algunos medios de comunicación.

5 Discusión-Conclusión

Son necesarias acciones como las descritas anteriormente en cada zona territorial con el fin de una mejora en todos los aspectos de la vida de estas personas.

6 Bibliografía

1. Alexander F, Selesnick S. Historia de la psiquiatría. Barcelona: Espaxs; 1966.
2. Asociación Psiquiátrica Americana, DSM IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Editorial Masson; 1995.
3. Cantéro-Garlito P. La utilización de la actividad en psiquiatría. Congreso virtual de psiquiatría. www.terapiaocupacional.com.esp.
2003.
4. Creek J. Occupational therapy and mental health. 2 Ed. Ed. Churchill Livingstone; 2000.
5. Derogatis LR. SCL-90: Cuestionario de 90 síntomas: Manual. Adaptación al español por J. L. González de Rivera. Summarev; 1998.

6. Díaz-Seoane B, Canosa-Domínguez N, Talavera-Valverde MA. Terapia ocupacional. La importancia del contexto. En www.terapia-ocupacional.com.
2003.
7. Durante-Molina P, Noya-Arnaiz B. Terapia ocupacional en salud mental. Principios y práctica. Barcelona: Masson; 1998.
8. Durante-Molina P, Blanca-Noya A, Moruno-Miralles P, et al. Terapia ocupacional en salud mental, 23 casos clínicos comentados. Masson.
9. García-Gonzalo N, Canosa-Domínguez N, Talavera-Valverde MA. El significado de la ocupación en los servicios sanitarios de salud mental. En www.terapia-ocupacional.com.
2003.
10. García-Gonzalo N, Talavera-Valverde MA. La actividad como instrumento y técnica de terapia ocupacional. Comunicación libre. Mesa 21 Congreso de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Santiago de Compostela 2001.
11. Gómez-Tolón J. Fundamentos metodológicos de la terapia ocupacional. 1ª ed. Mira editores S.A.; 1997, p.106-20.
12. Guzmán-Bueno S. La utilización de la actividad en el entorno de salud mental. Procedente de la I Jornada de exposiciones prácticas para terapeutas ocupacionales. Santa Coloma de
Gramanet Barcelona. www.toelportal.com.esp.
Noviembre 16 2001

Capítulo 1685

MAMOGRAFÍA : LA TÉCNICA EKLUND.

ISABEL GARCÍA AGUDIN

MARINA MARTÍN GARCÍA

1 Introducción

El cáncer de mama es el cáncer con mayor incidencia en las mujeres de todo el mundo, por ello el aumento de implantes mamarios se ha convertido en algo muy habitual.

En las mujeres con prótesis de silicona, la mamografía sigue siendo el método estándar para el diagnóstico precoz de cáncer de mama. Sin embargo, estos implantes afectan a la mamografía disminuyendo el tejido mamario visible, por lo que pueden ocultar posibles lesiones. Es por esta razón que, en las mujeres que tienen prótesis mamarias, además de la mamografía convencional, se realizará la técnica EKLUND.

2 Objetivos

- Dar a conocer en que consiste la técnica EKLUND y las posibles limitaciones de la mamografía en casos con implantes mamarios.

3 Metodología

Se ha llevado un búsqueda bibliográfica de artículos científicos publicados en revistas indexadas y "peer reviewed"utilizando las bases de datos "Pubmed". Las palabras claves fueron ,cáncer de mama , screeming , mamografía .También se hizo uso de otras fuentes de informacióncomo sciCIELO (Scientific electronic Library On line), Instituto Nacional del Cáncer o "TheAmerican Cancer Society".

4 Resultados

Al mencionar prótesis en el control por mamografía, se habla de técnica de EK-LUND.

Esta técnica consiste en desplazar la prótesis hacia atrás de la mama, contra la pared torácica dejándola fuera de la paleta de compresión, y traccionar la mama hacia delante comprimiendo solo el tejido mamario.

En esta técnica, se obtienen mejores resultados cuando la prótesis se coloca por detrás de músculo pectoral mayor (retropectoral).

En la adquisición mamografía, se realizan las proyecciones Craneocaudal (CC), y mediolateral oblicua (MCO), como en cualquier estudio, tomando las proyecciones con la prótesis, respetando todas las pautas específicas, y angulación de gantry como en un estudio estándar. El grado de compresión que se aplicará es el que mantenga la mama firme.

Cuanto mayor sea la proporción del pecho formada por la prótesis, más difícil será obtener una mamografía de calidad. Cuando la prótesis constituye el 75% del volumen total de la mama, el estudio tiene escaso valor diagnóstico.

El técnico deberá contar con la confianza de la paciente, a lo que previo al estudio, le explicará en qué consiste, realizará una observación minuciosa de las mamas, la palpación, siempre importante, y especialmente en estos estudios, para definir y separar, la prótesis, del tejido mamario.

5 Discusión-Conclusión

No obstante siempre hay que tener en cuenta que las prótesis representan un dilema para la mamografía. Al tratarse de un material radio opaco, suele ser difícil ver el tejido mamario en su totalidad, las técnicas especiales ayudan, pero tienen

limitaciones. Sin duda los diagnósticos y métodos se irán perfeccionando, como así la capacitación de médicos y técnicos, los equipos se perfeccionaran en calidad de imagen, sumado esto a la calidad de las prótesis, que actualmente son muy buenas, se está apostando a tener cada día menores riesgos y mayores.

6 Bibliografía

- Área de Epidemiología Ambiental y Cáncer.Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Cáncerde mama en mujeres. La situación del Cáncer en España.7:80.
- Federación de Sociedades Españolas de oncología.Cancer incidence in Spain, 2015. Red española de registros del cáncer. 2017: 21-22.
- National Cancer Institute. Breast cancer treatment.Patient version.PDQ Adult Treatment Editorial Board. 2018: 3-16.
- Bruna Karina Banin Hirata, Julie Massayo Maeda Oda, Roberta Losi Guembarovski, Carolina Batista Ariza , Carlos Eduardo Coral de Oliveira and Maria Angelica Ehara Watanabe. Molecular Markers for Breast Cancer:Prediction on Tumor Behavior. Hindawi Publishing Corporation.2014; 2:2-5.

Capítulo 1686

TRATAMIENTO DE LOS DATOS DEL PACIENTE EN EL ENTORNO ADMINISTRATIVO.

SILVIA PÉREZ SUÁREZ

1 Introducción

La protección de Datos personales es un derecho fundamental recogido en el artículo 18.4 de la Constitución Española (donde nos dice que la ley limitará el uso de la informática para garantizar el honor y la intimidad personal y familiar de los ciudadanos y el pleno ejercicio de sus derechos) y regulado por el Reglamento Europeo de Protección de Datos (RGPD), la Ley Orgánica de Protección de Datos (LOPD) y su reglamento de desarrollo.

EL Reglamento Europeo de Protección de Datos define los datos relativos a la salud, como los datos personales relativos a la salud física o mental de una persona , incluida la prestación de servicios de atención sanitaria, que revelen información sobre su estado de salud.

Por lo tanto, cualquier información relativa a la salud, como pueden ser los siguientes aspectos:
- Una enfermedad.
- Una discapacidad.
- El riesgo de padecer enfermedades.
- El historial médico.

• El tratamiento clínico o el estado fisiológico o biomédico del interesado, independientemente de su fuente, por ejemplo, un médico u otro profesional sanitario, un hospital, un dispositivo médico, o una prueba diagnóstica in vitro.

Por lo trascendental que puede tener este tipo de datos para la privacidad del interesado, el RGPD, da a este tipo de datos el adjetivo de especialmente protegidos, los cuales solo podrán ser recabados, tratados y cedidos cuando, por razones de interés general, así lo disponga la ley o el afectado consienta expresamente, lo cual hace que se deban cumplir una serie de condiciones adicionales para su tratamiento conforme a la normativa.

Toda esta regulación entronca directamente con el derecho a la intimidad personal del paciente: regulada tanto en la Ley 14/1986 General de Sanidad que establece en su artículo 10.3 el derecho del ciudadano a la confidencialidad de sus datos como en la Ley Básica Reguladora de la Autonomía del paciente y de Derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (41/2002 de 14 de Noviembre) en su artículo 7 estableciendo que toda persona tiene derecho a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización amparada por la Ley.

Esta normativa afecta a los profesionales que operan en el sector sanitario, a las clínicas, a los hospitales, a los centros médicos y a las instituciones sanitarias.

La historia clínica comprende el conjunto de los documentos relativos a los procesos asistenciales de cada paciente, como la identificación de los médicos y de los demás profesionales que han intervenido en ellos, con objeto de obtener la máxima integración posible de la documentación clínica de cada paciente, al menos, en el ámbito de cada centro sanitario. La historia clínica incorporará la información que se considere trascendental para el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud del paciente. Todo paciente o usuario tiene derecho a que quede constancia, por escrito o en el soporte técnico más adecuado, de la información obtenida en todos sus procesos asistenciales, realizados por el servicio de salud tanto en el ámbito de atención primaria como de atención especializada. La finalidad principal de la historia clínica es facilitar la asistencia sanitaria, dejando constancia de todos aquellos datos que, bajo criterio médico, permitan ese conocimiento veraz y actualizado del estado de salud referido en el párrafo anterior.

La historia clínica es un documento privado de carácter confidencial, que únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente, o en los

casos previstos por la Ley.

Es decir, solo puede acceder a la historia clínica el personal directamente implicado en la atención al paciente. Y todos están obligados a guardar secreto médico, en cualquier caso.

Los accesos no autorizados a las historias clínicas pueden ser castigados como:
• Delito de divulgación de secretos, recogido en el Código penal: La vulneración del secreto profesional se encuentra tipificada como infracción en el Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud (Ley 55/2003) y con carácter sancionador en el Código Penal (artículos 198 y 199 de la Ley Orgánica 10/1995).
• Delito contra la intimidad personal: El título X del Código Penal contempla entre otros, los delitos contra la intimidad. Así el nº 2 del artículo 197 (del descubrimiento y revelación de secretos) impone la pena de prisión de uno a cuatro años y multa de doce a veinticuatro meses a quien, sin estar autorizado, se apodere, utilice o modifique, en perjuicio de tercero datos reservados d carácter personal o familiar de otro que se hallen registrados en ficheros o soportes informáticos, electrónicos o telemáticos, o en cualquier otro tipo de archivo o registro público o privado.
• Sanciones administrativas: La comunicación o cesión de los datos de carácter personal y la vulneración del deber de guardar secreto, está regulado en la LOPD, considerándose infracción muy grave y se sancionando con multas de 300.000 a 600.000 euros.
• Inhabilitación profesional o sanción laboral: En este sentido, es importante recordar el secreto profesional en el ámbito sanitario, como el deber que tiene el personal sanitario de no descubrir a terceros los hechos que, conocido en ejercicio de su profesión, es por tanto la obligación debida a las confidencias que recibe de sus pacientes, en ejercicio de sus funciones, realizadas dentro de la práctica sanitaria.

2 Objetivos

Dar a conocer la importancia de una correcta gestión de los datos del paciente en el entorno administrativo.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica sistemática utilizando una serie de buscadores específicos de Ciencias de la Salud como son Dialnet, Scielo, Cinahl, Lilacs, Google Académico y Pubmed español.

También hemos obtenido gran información en libros de texto sobre protección de datos y confidencialidad de datos médicos entre distintos profesionales del ámbito sanitario. Se encontraron algunas tesis doctorales referentes a este tema, todos en un periodo establecido desde 2009 hasta 2019. También se ha procedido al estudio de las leyes tanto estatales como comunitarias referentes a este tema.

Palabras clave: confidencialidad en la asistencia sanitaria, intimidad, bioética y secreto profesional.

Reglamento General de Protección de Datos de la Unión Europea UE 2016/679 la Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

4 Resultados

Dada la importancia de la confidencialidad de los datos de nuestros pacientes es preciso adoptar las siguientes medidas:
• Las contraseñas de acceso al sistema son personales e intransferibles. Se debe garantizar la confidencialidad de las contraseñas, evitando que queden expuestas a terceros. En ningún caso se compartirán las contraseñas ni se dejarán anotadas en lugar común y el acceso de personas distintas del usuario.
• Cuando se ausente del puesto de trabajo, se procederá al bloqueo de la pantalla o al cierre de la sesión.
• No se comunicarán datos personales o cualquier información personal a terceros. Ni divulgarse datos personales protegidos durante las consultas telefónicas, correos electrónicos, conversaciones etc.
• Evitar que las pantallas sean vistas por personas ajenas al servicio, para ello intenta no dejar los datos personales expuestos a terceros (pantallas electrónicas desatendidas, documentos en papel en zonas de acceso público, soportes con datos personales, etc.). Esto incluye las pantallas que se utilicen para la visualización de imágenes del sistema de videovigilancia.
• Los documentos en papel y soportes electrónicos se almacenarán en lugar seguro (armarios o estancias de acceso restringido) durante las 24 horas del día.

• No se desecharán documentos o soportes electrónicos (cd, pen drives, discos duros, etc.) con datos personales sin garantizar su destrucción.
• Evitar el uso de dispositivos externos.
• Los documentos que contengan datos de carácter personal y que ya no sean de utilidad, deberán destruirse por completo mediante métodos que aseguren su completa eliminación de forma que no sea posible extraer información ni identificar a la persona a la que se refiere.
• El personal de administración y gestión de los centros sanitarios sólo puede acceder a los datos de la historia clínica relacionados con sus propias funciones.
• El personal que accede a los datos de la historia clínica en el ejercicio de sus funciones queda sujeto al deber de secreto.
• El personal que acceda a información que contenga datos de carácter personal, ya sea de ficheros automatizados o de otro tipo, no podrá realizar copias para su uso privado o personal
• El personal debe participar en los procesos de centralización de la historia clínica, formulando sugerencias sobre los niveles de acceso a la información que deben habilitarse y, en particular, sobre la conveniencia de mantener reservados determinados accesos.
• Es muy importante que los profesionales no almacenen ni traten datos de carácter personal en el disco duro del equipo debido al alto riesgo de pérdida de datos y de accesos no autorizados.
• Se recomienda reducir al máximo el almacenamiento de información confidencial y eliminarla cuando haya dejado de ser necesaria. En caso de crear archivos para uso temporal debe asegurarse su eliminación cuando estos hayan dejado de utilizarse.
• Ficheros temporales: los ficheros temporales creados extrayendo datos de las aplicaciones corporativas para la ejecución de una determinada tarea o proceso (ejemplo: listados en Word o Excel) no deben mantenerse indefinidamente ni en el ordenador ni en un directorio de red y una vez finalizada dicha tarea o proceso hay que eliminarlos.
• Cada trabajador, cada vez que se ausente de su mesa de trabajo o bien cuando termine su jornada laboral, deberá retirar toda aquella información que contenga información que pudiera ser de carácter confidencial.
• Utilización de fotocopiadoras, escáneres e impresoras: Al utilizar impresoras o fotocopiadoras, debe asegurarse de recoger los originales al finalizar y de que no quedan documentos con datos sensibles en la bandeja de salida. Si las impresoras son compartidas con otros usuarios sin acceso a los datos que están siendo impresos, se deberán retirar los documentos conforme vayan siendo impresos. De

forma análoga, al utilizar los escáneres debe asegurarse de recoger los documentos originales y, si la carpeta de destino se comparte con usuarios sin acceso a esos datos personales, eliminar el archivo cuanto antes de esa carpeta y trasladarlo a otra carpeta con un nivel de seguridad acorde a los datos que contienen.
• Los profesionales deben conocer las medidas de seguridad aplicables para las funciones que desempeñan, así como notificar cualquier anomalía que detecten y puedan afectar a la seguridad de la información.

El deber de secreto y confidencialidad persiste incluso cuando finalice la relación laboral del trabajador con la empresa.

5 Discusión-Conclusión

Igualmente, según dispone el artículo 16.4 de la Ley 41/2002, el personal de administración y gestión puede acceder a las historias clínicas. Junto al derecho, se establece una limitación: este acceso solamente se realizará en el ámbito de sus funciones, de manera que no tendrá a su alcance todos aquellos datos confidenciales que no resulten necesarios para el cumplimiento de sus funciones. Al respecto del personal de inspección, evaluación, acreditación y evaluación, estos profesionales pueden acceder a la historia clínica cuando, debidamente acreditados, sea necesario para el cumplimiento de sus funciones de comprobación de la calidad de la asistencia, el respeto de los derechos de los pacientes o cualquier otra obligación de centro en relación con los pacientes y los propios usuarios o la Administración sanitaria.

Se deduce la existencia de tres supuestos en los que será posible el uso o acceso a la historia clínica con fines distintos de los médico-asistenciales (apartados 3 y 5 del artículo 16 de la Ley 41/2002), estableciendo la Ley especialidades distintas en cada uno de los supuestos:
- Así, en primer lugar, el acceso para "fines judiciales, epidemiológicos, de salud pública, de investigación o de docencia", deberá someterse a una previa disociación de los datos contenidos en la historia clínica "de manera que como regla general quede asegurados el anonimato", a menos que el interesado haya prestado su consentimiento para ello, en los términos que impone el artículo 7.3 de la Ley Orgánica 15/1999.
- Por otra parte, en caso de que el acceso se solicite por una autoridad judicial y la identificación del paciente sea necesaria para la tramitación del proceso en que los datos se solicitan, se estará en los términos de la correspondiente Resolución

judicial, quedando el acceso “limitado estrictamente a los fines específicos de cada caso”.
- Por último, el acceso por parte de los órganos de la inspección sanitaria se regula independientemente de los anteriores, limitándose la Ley a reconocer dicho acceso siempre que su finalidad sea la “comprobación de la calidad de la asistencia, el respeto de los derechos del paciente o cualquier otra obligación del centro en relación con los pacientes y usuarios o la propia Administración sanitaria”.

6 Bibliografía

- Reglamento General de Protección de Datos de la Unión Europea UE 2016/679.
- la Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.
- Ley 14/1986, de 25 de abril. Ley General de Sanidad.
- Guía de intimidad, confidencialidad y protección de datos de carácter personal…Junta de Castilla y León
- Código de buenas prácticas para la protección de datos personales… junta de Andalucía.
- Gloria Llanes-Fernández de la Cueva. Decálogo de buenas prácticas para la protección de datos en Medicina del Trabajo y vigilancia de la salud. Rev Asoc Esp Espec Med Trab vol.25 no.1 Madrid mar. 2016.
- Plan de Sensibilización en materia de Protección de Datos.
- https://www.aepd.es/es
agencia española de protección de datos.

Capítulo 1687

LA PULSERA IDENTIFICATIVA DEL PACIENTE.

CARMEN PILAR SANJULIAN MASTACHE

MARIA PILAR CARRIO CANCE

RICARDO GUERRA GONZALEZ

1 Introducción

Uno de los principios fundamentales para el cuidado del paciente es la correcta gestión de su identificación. Con la finalidad de reducir los errores y ampliar el número de prácticas seguras. Los errores de negligencia pueden continuar ocurriendo si los pacientes no están con la pulsera o si la pulsera no contiene información confiable para la identificación.

La identificación del paciente tiene dos propósitos: primero, determinar con seguridad que el individuo es legítimo receptor del tratamiento o procedimiento; segundo, asegurar que el procedimiento al ser ejecutado sea efectivamente aquel que el paciente necesita.

2 Objetivos

- Destacar la gran valía de los métodos identificación del paciente en el presente y en el futuro,siempre dirigidos a evitar cualquier confusión de la identidad del paciente,permitir la trazabilidad de su estancia en el hospital.

- Proporcionar al mismo la seguridad que necesita. La correcta utilización de pulseras de identificación y la definición de la misma, favorecen una práctica segura en la identificación del paciente, lo que significa un recurso adicional en el combate a los errores devastadores que la identificación incorrecta puede producir.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: pubmed, medline, y scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Entre los casos de pacientes que poseían la pulsera de identificación, se pueden destacar los errores relacionados con: no integridad de la pulsera, ilegibilidad, incoherencias entre el nombre escrito en la pulsera y el nombre que constaba en la ficha médica y también el número del registro del paciente que constaba en la pulsera con el número de la ficha médica. Identificación del Paciente de la institución establece que la pulsera debe contener, por lo menos, dos identificadores: el nombre completo del paciente y el número de registro.

5 Discusión-Conclusión

La implantación correcta de las pulseras de identificación, permitirá una correcta asistencia sanitaria,asegura que su estancia está documentada y controlada.Las actuales tecnologías implementan las llamadas “pulseras inteligentes” las cuales cuentan con moderna tecnología,conceptos como online,ontime,son ya una realidad.

6 Bibliografía

- Silva AEBC, Cassiani SHB, Miasso AI, Opitz SP. Problemas na comunicação: uma possível causa de erros de medicação. Acta Paul Enferm. 2007;20(3):272-6.

- Dhatt GS, Abu Damir H, Matarelli S, Sankaranarayanan K, James DM. Patient safety: patient identification wristband errors. Clin Chem Lab Med. 2011;49(5):927-9.
- Cassiani SHB, Gimenes FRE, Monzani AAS. O uso da tecnologia para a segurança do paciente. Rev Eletr Enferm [Internet]. 2009 [acesso em: 30 nov 2012];11(2):413-7. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a24.htm.
- Néri EDR, Oliveira SGM, Rodrigues JLN, Medeiros MMC, Fonteles MMF. Erros na área da saúde: culpado ou inocente? Infarma. 2006;18(3/4):5-8. Koppel R, Wetternick T, Telles JL, Karsh BT. Workarounds to Barcode Medication Administration Systems: Their Occurrences, Causes, and Threats to Patient Safety. J Am Med Inform Assoc. 2008;15(4):408-23.

Capítulo 1688

EL PAPEL DEL TRABAJADOR SOCIAL DE SALUD CON PACIENTES DROGODEPENDIENTES

MÓNICA LÓPEZ GONZÁLEZ

MARINA ALVAREZ ALVAREZ

INMACULADA FERNÁNDEZ CASTRILLÓN

LUCÍA MATEO PIÑEIRÚA

1 Introducción

La magnitud e importancia alcanzada por el fenómeno del consumo de sustancias psicoactivas, especialmente desde la década de los 80, y los efectos que dicho consumo generó y genera sobre la salud individual y colectiva, así como la repercusión de dichos efectos sobre el entorno social, crearon la aparición de todo tipo de iniciativas en los más diversos ámbitos. Es preciso en este punto señalar dos cuestiones previas. Una es que, a pesar de hablar de sustancias en plural, el elemento desencadenante y diferenciador, fue la crisis de la Heroína. Otra es que previamente a este nuevo fenómeno ya existía un grave problema social y de salud, en buena medida dejado de lado, motivado por el Alcohol y el Tabaco.

El nuevo fenómeno se pone de manifiesto a partir de los años 70 cuando España comienza a transformarse en un país de consumo y tiene su mayor agravamiento en la década de los 80, cuando se desencadena una verdadera epidemia en torno

al consumo de Heroína. Frente a esta situación se inicia una respuesta asistencial que pasa por distintos períodos y diversas tipologías de dispositivos que abarcan prácticamente todos los ámbitos del problema, bien sea de forma general o interviniendo en aspectos concretos y en la que la administración pública juega un papel impulsor y coordinador.

Plan Nacional sobre Drogas

En el ámbito estatal, la situación generada por la epidemia de Heroína motiva la puesta en marcha del Plan Nacional sobre Drogas en el año 1985, articulado en aquel momento en torno a cuatro grandes objetivos:

- Reducción de la oferta y la demanda.
- Disminución de la inseguridad ciudadana.
- Oferta de una Red Pública de servicios de atención, suficiente y transparente para la sociedad en su conjunto.
- Coordinación y cooperación de las Administraciones e Instituciones Sociales implicadas en el problema.

Mientras el Plan Nacional sobre Drogas va ganando conocimiento, competencias y campos de actuación a lo largo de la década de los 90, en el mismo período comienzan a formarse y consolidarse una serie de cambios que van originando un replanteamiento de muchas de las premisas bajo las que se trabaja en este contexto. Estos cambios pueden sintetizarse en:

1. Tendencias: La heroína se estabiliza e incluso disminuye en su forma inyectable, aparecen las "drogas de síntesis" (MDMA y similares), la cocaína se incrementa ligeramente en población juvenil y sobre todo aumenta mucho la demanda de atención sanitaria por su causa; el cannabis aumenta en población juvenil y el alcohol, tabaco y psicofármacos siguen siendo las más extendidas y no se detectan disminuciones apreciables en su consumo.
2. Nuevos patrones de consumo: aparecen en la gente joven los consumos lúdicos, ligados a los fines de semana y a la diversión, que a menudo buscan consumos excesivos esporádicos ("binge") y embriaguez intencionada, tanto en locales cerrados como en espacios abiertos, con un aumento de la visibilidad de este consumo abusivo.
3. Cambios en la percepción social del fenómeno: sobre todo caracterizados por la disminución de la "alarma social".

Como consecuencia de ello se realiza un replanteamiento general del Plan, sin desechar todos aquellos elementos que han demostrado su funcionamiento en estos años, que se plasma en la Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008. Esta estrategia se plantea trabajar sobre las siguientes áreas:

1. Reducción de la demanda: Prevención del consumo.
2. Reducción de los daños.
3. Asistencia e integración social.
4. Reducción de la oferta.
5. Cooperación internacional.
6. Coordinación.
7. Ámbito normativo.
8. Investigación y formación.
9. Funciones y órganos.
10. Evaluación y sistemas de información.
11. Financiación.

Terminada la vigencia de esta Estrategia Nacional, en enero de 2009 el Consejo de Ministros aprueba la nueva Estrategia Nacional 2009-2016 que va acompañada de un Plan de Acción 2009-2012 en fase de aprobación definitiva. En esta nueva Estrategia cabe destacar el planteamiento de los principios rectores que la guían:
1. La consideración de la evidencia científica.
2. La participación social.
3. La intersectorialidad y la cooperación y coordinación de los distintos agentes.
4. La integralidad: todas las sustancias y todas las intervenciones.
5. La equidad: entendida como igualdad efectiva de toda la ciudadanía al acceso a programas y servicios.
6. El enfoque de género.

El Plan sobre Drogas para Asturias
Desde la perspectiva de la respuesta de la Administración, a mediados de la década de los 80 se pone en marcha el Plan de Acción Regional sobre Toxicomanías (PART), que se aprueba por Resolución 19/1 de la Junta General del Principado el 1 de febrero de 1985.

Este Plan de Acción comprendía 3 grupos de medidas: preventivas, terapéuticas y de rehabilitación y reinserción social.
El plan se entiende dentro de un marco amplio de promoción de la salud y explicita la necesidad de una acción coordinada e integrada a través de la participación activa de las Administraciones Públicas, Instituciones Sociales y la ciudadanía en general.

El Plan sobre Drogas para Asturias enuncia cuatro grandes objetivos generales:
- Limitar el número de personas que empiezan a utilizar drogas de forma continuada en Asturias.

- Reducir el número de personas que utilizan drogas de forma habitual en nuestra Comunidad.
- Disminuir de forma significativa la frecuencia de aparición de problemas de salud asociados al consumo de drogas, poniendo especial énfasis en reducir la mortalidad.
-Mejorar las condiciones sociales de las personas con problemas de drogodependencia.

Desde esa fecha a la actualidad, considerando la situación general, la evolución del fenómeno en Asturias no presenta diferencias importantes sobre la evolución en España. En el año 2002 el Plan sobre Drogas para Asturias ya señalaba como hechos relevantes de la situación los siguientes:
A. Cambios en los perfiles sociodemográficos de las personas consumidoras: mayor integración social, contexto lúdico, mayor participación de las mujeres.
B. Preeminencia del consumo de drogas legales.
C. Pérdida de fuerza de la heroína y auge de la cocaína.
D. Introducción y extensión de las drogas de síntesis.
E. Aumento del policonsumo.
F. Cambios en la percepción social de las drogodependencias.
G. Mercado bien abastecido.
Como se puede ver, todo ello similar a la evaluación de la situación en el ámbito estatal.

La Administración Local y los Planes Municipales de Drogas
En el año 1991 aparecen los primeros Planes Municipales sobre Drogas (PMDs en lo sucesivo) en las 5 entidades municipales principales de Asturias: Avilés, Gijón, Mieres, Oviedo y Mancomunidad del Valle del Nalón. Su actividad se orienta básicamente al campo de la Prevención, aunque también en algunos casos comprende actividades en programas de Reducción de Riesgos, o colaboran en algunas cuestiones asistenciales." (Plan sobre drogas del Principado de Asturias 2010-2016).

2 Objetivos

Objetivos principales
- Reducir los daños producidos por el consumo de drogas. Promover hábitos saludables
- Lograr la abstinencia, o la máxima reducción del consumo.

- Promover el establecimiento y mantenimiento de unas relaciones sociales saludables.

Objetivos secundarios
- Promover un estado nutricional adecuado.
- Favorecer buenos hábitos de higiene.
- Promover conductas sexuales sin riesgo.
- Prevenir y controlar las patologías asociadas al consumo de drogas.
- Evitar o reducir los daños y riesgos asociados al consumo. Vía de consumo.
- Promover el conocimiento de los efectos y riesgos de las drogas que consume.
- Favorecer el abandono o reducción del consumo de las drogas.
- Evitar el inicio del consumo de nuevas drogas.
- Promover el establecimiento y mantenimiento de vínculos sociales fuera del ámbito del consumo.
- Favorecer la adquisición y mejora de las habilidades sociales.
- Promover el uso de los recursos sociales existentes en su zona.

3 Metodología

Población diana
La población objeto de intervención está constituida por los pacientes con problemas de drogodependencia, bien sea de drogas legales o ilegales que demandan atención en un Centro Sanitario, así como su entorno familiar y social próximo y la comunidad de la que forman parte. El Trabajador Social, al igual que el resto de los profesionales que forman parte del equipo interdisciplinar tiene un claro papel que cumplir en el proceso de atención integral.

El Plan de Adicciones describe el proceso de atención integral en función de una serie de etapas. Si bien dichas etapas no siempre son fáciles de delimitar en la práctica, ya que están íntimamente interrelacionadas entre si y se producen la mayoría de las veces de forma simultánea en el tiempo de intervención, es necesario describirlas como momentos diferentes del proceso para su mejor comprensión.
1. Atención a la demanda inicial. La atención a las demandas que se producen se llevan a cabo mediante dos actuaciones: la recepción y la acogida. La recepción, que es el primer contacto que tiene el drogodependiente con el centro sanitario, se realiza generalmente por parte del personal administrativo e incluye la toma de datos iniciales y la asignación de una primera cita con un técnico. La acogida es esa primera entrevista con un técnico.

El Trabajador Social, al igual que otros profesionales del centro sanitario, tiene el primer contacto con el paciente, a través de esta primera entrevista de acogida, que incluye una triple dimensión: como relación, como técnica y como proceso. A través de la misma se pretenden cumplir con una serie de objetivos:
- Escucha activa de la demanda.
- Recabar información mínima imprescindible.
- Comprobar si existe algún motivo de prioridad en la atención.
- Dar información y orientar sobre las actuaciones posibles, canalizando aquellas demandas que no correspondan al centro hacia los servicios más adecuados.
- Generar empatía y establecer el vínculo terapéutico, que favorezca la retención y minimice los abandonos en estas fases iniciales, que suponen un mayor riesgo.
- Motivar al paciente para iniciar el proceso de atención.
- Asignar cita o citas con los profesionales que vayan a intervenir en la valoración.

El profesional que realice esta acogida (sea el Trabajador Social u otro profesional del equipo) deberá, en todo caso, realizar un primer análisis de la demanda del paciente y o su familia, así como de su motivación y expectativas frente al tratamiento y procurar reforzar y apoyar el deseo de cambio del paciente ayudándole a salir de su ambivalencia inicial.

2. Valoración interdisciplinar. Los pasos a seguir por el trabajador social en la etapa de Valoración interdisciplinar y evaluación multidimensional son los siguientes:
A. Recabar, en entrevista/s con el paciente los datos e informaciones oportunas para cumplimentar la historia social (cumplimentar la historia social y contrastar la información que sea susceptible de ello, realizando los contactos y las coordinaciones oportunas).
B. Recoger información respecto de otras variables no específicas del Trabajador Social.
C. Realizar un primer diagnóstico social de la situación del paciente y propuesta de intervención desde el Área Social para el diseño del Programa Personalizado de Intervención (PPI). Siempre que el Trabajador Social lo considere necesario, se realizarán ya unas primeras orientaciones e indicaciones al paciente, que vayan dando respuesta a sus necesidades sociales básicas, o bien, se realizan las intervenciones o coordinaciones que, por su urgencia o gravedad, resulten prioritarias.
D. Aportar toda la información a la reunión para la valoración interdisciplinar y la evaluación multidimensional del paciente.

3. Evaluación multidimensional y diseño del Programa Personalizado de Intervención (PPI). Esta evaluación se realiza en función de las siete dimensiones o ejes señalados en el modelo de atención (salud y auto-cuidados, psicopatología, consumo, área familiar, socio-relacional, formativo-laboral y de ocio).
A partir de los resultados de esta evaluación, el equipo diseña un programa personalizado de intervención (PPI) adecuado a la situación del paciente, que deberá incluir:
- Los objetivos que se pretenden conseguir con la intervención.
- Las actividades a desarrollar para la consecución de dichos objetivos.
- Los recursos de apoyo que se consideran necesarios.

El Trabajador Social es el profesional que asesora al equipo acerca de la situación social del paciente, de las necesidades sociales que presenta y acerca de los recursos de apoyo más adecuados a utilizar para conseguir los objetivos fijados en el PPI.

Entre los recursos de apoyo que pueden resultar necesarios a lo largo de la intervención, existen algunos para cuya coordinación, el papel del Trabajador Social resulta de vital importancia (recursos sociales, de empleo, formativos, convivenciales, etc.).

Una vez realizado el diseño inicial del PPI, deberá ser consensuado con el paciente. Resulta fundamental realizar una devolución de los resultados de la valoración multidimensional al paciente y, a veces también, a la familia, como paso previo a la definición y concreción del programa de intervención.

4. Desarrollo del PPI. Una vez diseñado el PPI y consensuado con el paciente, se inicia el proceso de intervención o desarrollo del mismo, que implica la puesta en práctica de la metodología, las estrategias y las actuaciones específicas, que resulten necesarias en cada caso y la implicación de los recursos de apoyo al tratamiento y a la reinserción que sean precisos, ya se trate de servicios y recursos de la propia red del Instituto de Adicciones o de otras redes sanitarias o sociales.

El desarrollo del PPI incluye, además, el seguimiento y la evaluación continua del mismo por parte del equipo terapéutico, de forma que puedan introducirse las modificaciones necesarias en función de la evolución del paciente.
El nivel o la intensidad de la intervención del Trabajador Social en el desarrollo del PPI dependerán en gran medida, de la mayor o menor presencia de factores de riesgo de exclusión social, de modo que, a mayor presencia de riesgo de exclusión, la intensidad o el peso de la intervención del trabajador social en el caso, deberá

ser mayor." (Protocolo de intervención desde el Trabajo Social en los centros de atención a las drogodependencias del Instituto de Adicciones de Madrid).

4 Resultados

En general, nuestro plan de evaluación debe tener en cuenta los siguientes aspectos:
- Qué nos interesa evaluar, y los indicadores pertinentes.
- Cronograma donde se refleje qué momentos y espacios de reunión vamos a dedicar a la evaluación.
- Qué personas van a componer el equipo evaluador, especificando si hubiera reparto de tareas entre ellas.
- Qué procedimientos y técnicas vamos a usar para la obtención y recogida de datos.

Vamos a diferenciar entre indicadores de resultados e indicadores de gestión.
Indicadores de resultados. Vamos a señalar tres:
- Indicadores de logros: permiten evaluar los cambios que se espera lograr al final del proyecto, e incluso más allá de su finalización, relacionados con su objetivo general o con sus objetivos específicos.
- Indicadores de actividad: permiten evaluar la ejecución de las actividades (realización, número de participantes, etc.).
- Indicadores de impacto: permiten evaluar los cambios esperados y deseados, que pueden producirse como consecuencia del proyecto, pero que no tienen relación con su propósito u objetivos.

Además, la evaluación de resultados debe incluir siempre indicadores que permitan conocer el grado de satisfacción de las y los usuarios (ajuste de los logros a sus expectativas, satisfacción con la actividades…), de las y los destinatarios que no hayan participado efectivamente en el proyecto y de las partes interesadas en general.

Indicadores de gestión. Vamos a señalar dos:
- Indicadores de procesos: permiten evaluar el ajuste y adecuación de los procesos de gestión (ajuste a plazos, realización de tareas según lo previsto, etc.).
- Indicadores de recursos: permiten evaluar el ajuste de los recursos a lo previsto y su uso adecuado (cantidad de recursos utilizados, eficiencia, aprovechamiento de las instalaciones, desempeño profesional, etc.).

La evaluación del proyecto debería, como mínimo:
- Comprobar el grado de consecución del objetivo general y de los objetivos intermedios, a través de la evaluación del grado de consecución de las metas (objetivos operativos).
- Determinar las actividades realizadas, especificar su grado de ajuste a lo previsto en la programación y estimar su contribución al logro de los objetivos, identificando posibles mejoras.
- Determinar cuáles han sido los recursos efectivamente utilizados y con qué intensidad, valorando su uso (eficiencia, etc.).
- Valorar los procesos de gestión, e identificar mejoras a partir de la experiencia.
- Conocer la valoración de las y los destinatarios últimos y de las partes interesadas."

5 Discusión-Conclusión

Como se señala en el Plan de Adicciones, el Programa Personalizado de Intervención (PPI) constituye también una herramienta facilitadora de la evaluación de los cambios que se van produciendo en el paciente a lo largo del proceso de intervención.

El Sistema de Evaluación Objetiva de resultados de tratamiento en base al cual se realiza la evaluación multidimensional inicial y el diseño del PPI incluye una serie de indicadores claramente descritos que proporcionan a los profesionales del Centro la posibilidad de medir objetivamente los cambios que se van produciendo en el paciente en las diferentes dimensiones o áreas de intervención.

Esta evaluación facilita un seguimiento continuo del paciente y arroja información que permite comparar la situación actual, se corresponda o no con el final del proceso de intervención, con la situación de partida en cada una de las dimensiones y en función de los objetivos marcados en el PPI. Al finalizar la intervención con el paciente, e independientemente del motivo que de fin a dicha intervención (alta, cambio de lugar de residencia, abandono, etc.), este sistema permite conocer en qué medida se han producido cambios en el paciente en la dirección de los objetivos marcados en las diferentes áreas de intervención, es decir, nos permite realizar una evaluación de resultados.

Al Trabajador Social le interesará especialmente la evaluación de resultados de aquellas áreas o dimensiones en las que tiene una mayor capacidad de intervención o un mayor protagonismo de sus intervenciones. El Sistema de evaluación

objetiva de resultados de tratamiento, la historia social y el diagnostico social constituyen tres instrumentos de gran utilidad para el Trabajador Social a la hora de proceder a la evaluación de un paciente.

La evaluación de resultados al finalizar el proceso de intervención con un paciente constituye el punto de referencia base para realizar, con posterioridad, el seguimiento post alta del mismo. Este seguimiento pretende conocer hasta qué punto los cambios producidos durante el proceso de intervención se mantienen en el tiempo.

6 Bibliografía

- Plan sobre drogas del Principado de Asturias 2010-2016.
- Protocolo de intervención desde el Trabajo Social en los centros de atención a las drogodependencias del Instituto de Adicciones de Madrid.
- Ley 14/1096, de 25 de abril, General de Sanidad.
- Organización Mundial de la Salud .
- Apuntateuna.es

Capítulo 1689

EL ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO QUIRURGICO DE UN HOSPITAL

ANA ISABEL PANIAGUA PEDRAZA

YOLANDA SUAREZ GARCIA

1 Introducción

Cuando hablamos del personal administrativo en un hospital, lo primero que se nos viene a la cabeza es un trabajador rodeado de documentos y sentado frente a un ordenador, con una tarea rutinaria y monótona que se repite día a día. Pero nada más lejos de la realidad. El administrativo cumple con una doble función:
1. Servir de nexo entre el usuario y los profesionales sanitarios (ej.: asignándole una cita para una consulta).
2. Coordinar tareas entre los diferentes Servicios y profesionales del hospital, así como dentro del equipo al que pertenece.

2 Objetivos

Conocer las funciones básicas del administrativo dentro del Servicio quirúrgico y su gestión, así como su relación con el resto de profesionales y Servicios del hospital.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión sistemática digital en diferentes buscadores médicos (PubMed, Scielo, MedlinePlus) y revistas digitales (OCRONOS) así como en

diversos artículos a través de Internet. Los descriptores que se han utilizado son: servicio quirúrgico, administrativo. Se complementa el contenido con la experiencia profesional desarrollada dentro del propio hospital.

4 Resultados

Antes de conocer las tareas que lleva a cabo el administrativo, vamos a describir las vías de entrada del paciente al Servicio quirúrgico:
1. A través de una consulta en Atención Especializada.
2. Por Urgencias.
En nuestro caso, nos vamos a ocupar de todo lo relacionado con la actividad quirúrgica cuando la vía de entrada es a través de una consulta, bien con prioridad normal o preferente.
• Una vez superada la consulta en Atención Primaria, el facultativo puede derivar al paciente a una consulta en Atención Especializada, cuya cita será programada por el administrativo. El paciente es estudiado y diagnosticado, y si el facultativo considera que es un paciente quirúrgico este será incluido en la Lista de Espera Quirúrgica del Servicio correspondiente.
• El facultativo pone en marcha el proceso previo a la cirugía mediante la solicitud del preoperatorio para el paciente, que consistirá en una serie de pruebas básicas (analítica, radiografías, electrocardiograma) y demás pruebas complementarias que considere necesarias (Ej.: escáner). Todas estas pruebas, así como la posterior consulta con el Servicio de Anestesia, serán asignadas por el administrativo correspondiente según el ritmo solicitado por el facultativo (normal, preferente). El paciente será avisado de estas consultas vía correo ordinario o vía telefónica.
• La Lista de Espera Quirúrgica será gestionada por el administrativo responsable de la Secretaría quirúrgica, en colaboración directa con el Jefe de Servicio o Jefe de Sección de dicho Servicio quirúrgico. Será el encargado de mantener actualizado el registro de pacientes de la lista de espera pendientes de procedimiento quirúrgico no urgente.
• A partir de aquí entramos en la fase de planificación del Parte quirúrgico. Este será realizado semanalmente por el administrativo, previa elaboración por el facultativo. En nuestro ordenador tenemos unas plantillas informáticas, tipo Excel, en las que se hacen constar los siguientes datos:
• Número de historia clínica.
• Nombre y apellidos del paciente.
• Edad.
• Patología.

• Medicación a suspender.
• Alergias.
• Tipo de intervención quirúrgica.
• Facultativos que van a intervenir en la cirugía.
• Número de quirófano asignado.
• día y hora asignado para la intervención quirúrgica.
• otros datos de interés para la programación quirúrgica.
• Una vez que el paciente ha sido programado, se procede a avisarle telefónicamente, indicándole día, hora, donde debe de acudir para su ingreso en el hospital, medicación que debe suspender si fuera necesario, medicación que ha de traer, tiempos de ayuno, etc.
• Una vez el paciente es ingresado, llevada a cabo la cirugía y finalizado su proceso quirúrgico y estancia en el hospital, el facultativo procederá a dar el alta hospitalaria a dicho paciente que será transcrita por el administrativo y entregada a dicho paciente.
• El administrativo procederá a dar una fecha de revisión al paciente según las indicaciones del facultativo, para revisar su estado tras la cirugía. Esta cita será enviada por correo a su domicilio.
También es importante resaltar otras tareas propias del administrativo dentro del Servicio como son:
• Diseño de plantillas para realizar parte de quirófano, actividad semanal de los facultativos, guardias mensuales.
• Manejo de programas informáticos (paquete Office) y los propios del hospital (programa de guardias, absentismo, etc.).
• Agendas de actividad de los facultativos, reuniones, eventos, congreso…
• Archivo de documentación.
• Redacción de cartas administrativas.

5 Discusión-Conclusión

En definitiva, podemos concluir que el administrativo en los Servicios quirúrgicos cumple diferentes funciones:
• Las puramente administrativas.
• Las relativas, como ya hemos visto, al proceso quirúrgico.

Será el encargado de la organización y gestión del Servicio quirúrgico y del equipo que lo conforma, tanto en su relación con el resto de los profesionales de dentro y fuera del hospital, así como de la relación de estos con el usuario.

Como consecuencia de la buena organización de los procesos administrativos y de una óptima gestión de los recursos en el área quirúrgica, obtendremos la máxima rentabilización de los quirófanos y una calidad asistencial al paciente adecuada.

6 Bibliografía

- http://www.ehub.cat/el-personal-administrativo-de-hospitalizacion-y-servicios-centrales-del-hub-dan-respuesta-a-las-necesidades-de-usuarios-y-profesionales/?lang=es
- https://revistamedica.com/auxiliar-administrativo-salud-admision-documentacion-clinica/#Actividad-Quirurgica
- https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/BQ.pdf
- Bases de datos (PubMed, Scielo. MedlinePlus)

Capítulo 1690

EL ADMINISTRATIVO EN LAS CONSULTAS EXTERNAS ESPECIALIZADAS

ANA ISABEL PANIAGUA PEDRAZA

YOLANDA SUAREZ GARCIA

1 Introducción

Para una persona profana en el mundo sanitario y concretamente en la gestión de citas de un servicio de citaciones, éste le puede llegar a resultar en algunos momentos caótico. Sin embargo, está dotado de una organización interna precisa, donde todo está relacionado.

Podemos distinguir tres grupos claramente diferenciados:
- El paciente/usuario: que será el que demande a través del facultativo una primera consulta, una revisión o una prueba diagnóstica.
- El facultativo: será el encargado de suministrar al Servicio de Citaciones la estructura de las agendas médicas, indicándonos como quiere que estas estén distribuidas (primeras consultas, revisiones, consulta telefónica, número de pacientes, horarios, etc.).
- Servicio de Citaciones: será el punto de unión de los dos anteriores.

Para acudir al médico especialista o para realizar pruebas diagnósticas en Consultas Externas del hospital, el paciente debe tener una cita previa. La solicitud de citas para primeras visitas se realiza:

- A través de los centros de Atención Primaria: los facultativos en dichos centros disponen de acceso al programa informático donde solicitarán las consultas, quedando en espera hasta que el administrativo las gestione.
- Otra vía para solicitar cita es a través de especialistas del propio hospital o de otros hospitales.
- A través del área de Urgencias.

2 Objetivos

Conocer las funciones del administrativo en el Servicio de Consultas Externas de un Hospital, en este caso en concreto, del HUCA (Hospital Universitario Central de Asturias).

3 Metodología

Búsqueda bibliográfica de palabras clave en bases de datos (PubMed y Scielo). Los descriptores utilizados han sido: administrativo, consultas externas, atención especializada. Hospital. También se realizó una búsqueda sistemática en revistas y artículos a través de Internet. Y se complementó toda la información con la experiencia profesional desarrollada dentro del propio Hospital.

4 Resultados

Una vez superada la Atención Primaria o el Servicio de Urgencias, el paciente dispone de varios caminos para obtener su cita.

Esta puede ser solicitada:
1. Por el facultativo :
- Tanto desde los Centros de Salud como desde el propio hospital a través del programa informático Millenium, que es el utilizado en el HUCA.
- Enviando la petición por valija desde los Centros de Salud o desde otros hospitales.
- Enviando la petición por fax desde los Centros de Salud o desde otros hospitales.

2. El paciente:
- Solicitando la consulta a través del correo electrónico del servicio.
- A título personal por el propio paciente a través del Servicio de Atención al Paciente.

El Servicio de Citaciones está a su vez dividido en Equipos, cada uno de los cuales llevará la gestión de las citas de los Servicios médico/quirúrgicos que les hayan sido designados. Una vez que dichas peticiones llegan al Servicio de Citaciones, son distribuidas entre los diferentes equipos que lo conforman. El paso siguiente será separarlos por prioridad (normal o preferente).

- En caso de ser prioridad normal: se le asigna una cita al primer hueco libre que el programa informático sugiera y con el facultativo que corresponda a la patología del paciente.
- En caso de que la prioridad sea preferente: a estas peticiones se les asigna una cita al primer hueco libre con carácter provisional y seguidamente se envían al Jefe de servicio correspondiente para su valoración final. Aquí se decide si se conserva la cita provisional y pasa a ser definitiva o por el contrario se le asigna una cita en los 15 días siguientes para que el paciente sea visto. En caso de que sea necesario aportar alguna documentación adicional (informes de otros hospitales, Resonancia Magnética, etc.), será el administrativo el encargado de ponerse en contacto con el paciente y solicitar su envío.

Una vez que ya sabemos las fechas definitivas de las citas, se le enviará al paciente una carta por correo ordinario o podrá ser avisado telefónicamente, si consideramos que dicha carta no va a llegar a su destinatario con tiempo suficiente para que sea avisado. En ella se indica al paciente día, hora, lugar, etc.

También recibirá un SMS en su teléfono móvil recordándole fecha y hora de consulta. Una vez confeccionadas las agendas, el facultativo podrá disponer de la programación de su consulta y realizar los cambios que considere oportunos para una mejor atención del paciente. Pero el administrativo no solo se limita a gestionar primeras consultas, revisiones o pruebas.

Su labor es mucho más amplia. Se encargará también de:
- Reprogramaciones de las citas o consultas.
- Bloqueos de agendas.
- Anulaciones de citas.
- Atención telefónica al paciente.
- Archivo de documentación.

5 Discusión-Conclusión

El objetivo final del trabajo realizado por el administrativo lo podemos resumir en los siguientes puntos:

- Minimizar el tiempo de respuesta de peticiones (analítica, consultas).
- Ofrecer una atención personalizada y de calidad al usuario, tanto presencial como telefónicamente.
- Gestión óptima de agendas de consultas (primeras consultas normales, preferentes, revisiones) médicas, médico quirúrgicas, pruebas diagnósticas, etc.

6 Bibliografía

- http://www.hca.es
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 1691

UNIÓN ENTRE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS Y LOS ADMINISTRATIVOS

ANA ISABEL PANIAGUA PEDRAZA

YOLANDA SUAREZ GARCIA

1 Introducción

A día de hoy, el impacto de las nuevas tecnologías de la información y las comunicaciones en nuestras vidas es de tal magnitud que es imposible señalar un solo campo donde estas no hayan dejado su huella. Por supuesto el campo de la salud no es una excepción. Uno de los principales retos a los que han tenido que enfrentarse los profesionales de la sanidad es en desarrollar habilidades en el uso de estas tecnologías.

El uso de Internet, aplicaciones ofimáticas como el Office (Word, Excel, Access), programas propios de la institución sanitaria (ej.: Millenium en el caso del HUCA (Hospital Universitario Central de Asturias), y un sin fin de herramientas informáticas necesarias para facilitar tanto la comunicación como la transmisión de información por medios electrónicos, se han convertido en herramientas básicas de trabajo en los centros e instituciones sanitarias.

2 Objetivos

- Dar a conocer cómo ha cambiado el sistema de trabajo para el administrativo con la introducción de las nuevas tecnologías y como ha sido su adaptación a

dicho cambio.

3 Metodología

Revisión sistemática digital en diferentes buscadores médicos (PubMed y Scielo), revistas y artículos a través de Internet. Se utilizaron los siguientes descriptores: informática, TIC, comunicación, administrativo, además de la experiencia profesional desarrollada dentro del propio hospital.

4 Resultados

Hay múltiples avances tecnológicos aplicados a la sanidad. Aquí vamos a destacar solo algunos de los ejemplos que más han ayudado al personal administrativo en los últimos tiempos, reduciendo la tan tediosa burocracia.

- Digitalización de la historia clínica: hasta no hace muchos años el trabajo desarrollado por el personal administrativo en un hospital en cualquiera de sus Servicios, médico-quirúrgicos, admisión, archivo, etc., se apoyaba directamente en el uso del papel como medio de transmisión de la información. A las consultas llegaba un grandísimo volumen de historias clínicas en papel, CD y radiografías entre otros. En ocasiones, si el paciente tenía dos consultas ese día, la historia solo podía estar en una consulta quedando desprovisto el otro facultativo de cualquier información sobre dicho paciente. Ahora, cualquier tipo de documentación aportada por el paciente o por el facultativo será digitalizada por el personal administrativo y pasara a formar parte de la historia clínica electrónica. Ej.: varios profesionales pueden consultar la historia del paciente a la vez y desde distintos lugares.
- Utilización del programa informático Millenium (gran base de datos de los pacientes y sus historias clínicas utilizada en el Hospital Universitario Central de Asturias): en el consta toda la información del paciente, administrativa y médica, pudiendo ser ésta consultada por el personal sanitario y no sanitario. Por ejemplo el administrativo realizará funciones de gestión de citas, digitalización de informes médicos, analíticas. Actualizará las bases de datos (dirección, teléfonos, tipo de seguro, si se encuentra en lista de espera quirúrgica, etc.). Anteriormente a la introducción de las nuevas tecnologías muchas de las citas de consulta eran apuntadas en agendas de papel. Ahora queda constancia de todas las citas o peticiones que tiene el paciente, pudiendo ser estas vistas desde cualquier ordenador.
- Correo electrónico: este medio permite a los administrativos y personal sanitario el intercambio de documentación, peticiones, informes, etc. También es utilizado

como medio de comunicación con el usuario o paciente.
- Trabajo en red: permite compartir y trabajar con la información a varios usuarios, mejorando los diagnósticos y tratamientos de los pacientes.
- Sistema de mensajería instantánea: aplicación que envía un SMS al paciente recordándole el día y hora de su consulta o prueba. Esto permite reducir el número de llamadas que recibe el administrativo solicitando información sobre el estado de sus consultas.

5 Discusión-Conclusión

La tecnología avanza cada vez más y más deprisa. Se ha hecho prácticamente imprescindible en todos los aspectos de nuestra vida. Por supuesto también en el campo de la salud y la sanidad. El administrativo en este sentido, ha sido uno de los más afectados, pasando en un breve periodo de tiempo del manejo de herramientas sencillas al mundo de la transmisión de la información por medios electrónicos. Actualmente, el profesional administrativo se encuentra en continua adaptación y formación.

Los sistemas informáticos son la herramienta base para el buen hacer del personal administrativo, disminuyendo los tiempos de trabajo, aumentando la productividad y ofreciendo un mejor servicio. En definitiva, mejorando la calidad de vida del profesional y del paciente y en consecuencia, su bienestar.

6 Bibliografía

- http://scielo.sld.cu/scielo.php
- https://www.consalud.es/tecnologia/atencion-paciente-irrupcion-tecnologias_71117_102.html
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 1692

DERECHOS DEL PACIENTE .

ANGELA MARTINEZ LOPEZ

1 Introducción

En nuestro país, los derechos del paciente se recogen en diversas normas, empezando por la Constitución Española, que consagra el derecho fundamental a la protección de la salud, y por la Ley General de Sanidad del año 1986, que estableció los derechos y deberes fundamentales del paciente, así como los principios generales de universalidad y equidad. En 2002 entró en vigor una normativa específica sobre este asunto, la Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica (Ley 41/2002), de cuyo desarrollo son responsables, en buena medida, las comunidades autónomas. La Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, en 2003, desarrolla la ordenación y coordinación de las actividades sanitarias en el conjunto del territorio.

El más reciente Real Decreto-Ley 7/2018 garantiza el acceso al Sistema Nacional de Salud en condiciones de equidad y de universalidad a todos los residentes en España

Principios básicos.
1. La dignidad de la persona humana, el respeto a la autonomía de su voluntad y a su intimidad orientarán toda la actividad encaminada a obtener, utilizar, archivar, custodiar y transmitir la información y la documentación clínica.
2. Toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes o usuarios. El consentimiento, que debe obtenerse después de que el paciente reciba una información adecuada, se hará por escrito en los supuestos previstos en la Ley.

3. El paciente o usuario tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles.
4. Todo paciente o usuario tiene derecho a negarse al tratamiento, excepto en los casos determinados en la Ley. Su negativa al tratamiento constará por escrito.
5. Los pacientes o usuarios tienen el deber de facilitar los datos sobre su estado físico o sobre su salud de manera leal y verdadera, así como el de colaborar en su obtención, especialmente cuando sean necesarios por razones de interés público o con motivo de la asistencia sanitaria.
6. Todo profesional que interviene en la actividad asistencial está obligado no sólo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los deberes de información y de documentación clínica, y al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente.
7. La persona que elabore o tenga acceso a la información y la documentación clínica está obligada a guardar la reserva debida

2 Objetivos

- Profundizar en el trato y derechos del paciente.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: pubmed, medline, y scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Derecho del paciente a reclamar y a sugerir:
- Tienes derecho a presentar reclamaciones sobre defectos de funcionamiento, de organización, el trato recibido, los recursos existentes en los centros, los servicios y los establecimientos.
- Tienes derecho a presentar sugerencias cuyo objetivo sea incrementar la satisfacción de los usuarios con respecto al funcionamiento, organización y estructura de los centros, servicios o establecimientos.

En las comunidades autónomas funcionan los servicios de atención e información al paciente y usuario. Puedes dirigirte a la oficina de atención del paciente del centro sanitario en el que estés siendo atendido. También puedes dirigirte al Defensor del Pueblo si consideras que la administración sanitaria ha vulnerado tus derechos como paciente o usuario del sistema sanitario.

Derechos básicos del paciente:

1. Derecho a la información asistencial. El derecho principal que tiene como paciente es a recibir información. Este derecho incluye tanto información sobre las alternativas de tratamiento existentes, como de los riesgos generales y específicos que conlleva el tratamiento elegido. Incluye, también, el respeto a la decisión de no querer ser informado y a la revocación del consentimiento.

2. Derecho a la documentación sanitaria. Tiene derecho a acceder a tu historia clínica. Esta siempre ha de constar por escrito y debe ser realizada con un programa que permita conocer la fecha exacta de la realización de anotaciones. Este derecho puede ser realizado por representación, con la correspondiente autorización. La normativa de protección de datos protege especialmente los datos de salud, por lo que las clínicas y hospitales suelen establecer procedimientos rígidos para ejercitar este derecho de acceso, pero sin poder llegar a dificultarte o denegar este derecho.

3. Derecho a la intimidad y confidencialidad de los datos relativos a la salud. Como decíamos, los datos relativos a la salud están especialmente protegidos, por lo que hospitales y clínicas han de velar porque no se produzcan accesos a ellos sin previa autorización amparada por la Ley.

4. Derecho a voluntades anticipadas. Se debe respetar tu voluntad como paciente, incluso en los casos en los que existe riesgo vital o incapacidad para poder tomar decisiones sobre salud.

5. Derecho a una segunda opinión médica. Para los casos de sanidad pública, cuando no estén conforme con el diagnóstico o tratamiento efectuado por el profesional asignado, tienes derecho a solicitar una segunda opinión. Ejercitando este derecho, otro facultativo de ese mismo servicio valorará tu situación médica.

6. Derecho a la libre elección de médico. También en el ámbito de la sanidad pública, como paciente, puede elegir libremente tu médico de referencia en atención primaria. También tiene libre elección de médico y centro en el ámbito de

atención especializada. Todo ello como base de una adecuada relación médico-paciente.

7. Derecho a las prestaciones sanitarias. Tiene derecho a que las prestaciones sanitarias te sean dispensadas dentro de unos plazos previamente definidos y conocidos, que serán establecidos reglamentariamente.

Los deberes del paciente

No todo son derechos: el paciente también tiene algunos ”deberes” que conviene cumplir.

Algunos son por el bien de todos:
- Respetar las prescripciones generales de naturaleza sanitaria comunes a toda la población.
- Respetar las medidas sanitarias adoptadas para la prevención de riesgos, la protección de la salud y la lucha contra las amenazas a la salud pública y colaborar en la consecución de los fines de tales medidas.
- Usar adecuadamente las instalaciones y servicios sanitarios, según a las normas generales de utilización y las establecidas por los centros, servicios y establecimientos.
- Mantener el respeto debido al personal de los centros, servicios y establecimientos, y a los otros pacientes, familiares y acompañantes.
- Facilitar los datos sobre tu estado de salud de manera leal y verdadera. Del mismo modo, colabora en la obtención de dicha información, especialmente cuando sea necesaria por razones de interés público o con motivo de la asistencia sanitaria.

Y otros, también por tu propio bien, que se resumen en ser responsable activo de tu propia salud, lo que significa tomar medidas prácticas y generales para mejorar tu situación:
- Ir preparado a la consulta médica, con el listado de lo que quieres tratar, por orden de importancia.
- En la consulta, compartir tus dudas con tu médico y no tener miedo a preguntarle lo que no entiendes.
- Ante un nuevo tratamiento, informar a tu médico de todos los medicamentos que estás tomando, incluidas las hierbas medicinales o suplementos dietéticos.
- Dejar constancia por escrito de las decisiones relativas a tu salud, como por ejemplo, las instrucciones previas sobre los cuidados que quieras tener en caso de incapacidad y las relativas a la donación de órganos.

- Llevar una alimentación sana y equilibrada y hacer ejercicio.

5 Discusión-Conclusión

Todos los profesionales sanitario y no sanitarios tienen que respetar los derechos del paciente, y el paciente tiene que realizar sus deberes cuando acude a los profesionales. Nosotros como profesionales podemos debemos tener en cuenta:
- Recibir trato digno y respetuoso. El paciente tiene derecho a que el médico, la enfermera y el personal que le brinde atención médica, se identifiquen y le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera que sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a los familiares o acompañantes.

- Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz. El paciente, o en su caso el responsable, tiene derecho a que el médico tratante les brinde información completa sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento; se exprese siempre en forma clara y comprensible; se brinde con oportunidad con el fin de favorecer el conocimiento pleno del estado de salud del paciente y sea siempre veraz, ajustada a la realidad.

La relación profesional-paciente tiene que ser buena respetando los derechos de cada uno y así evitamos todas las reclamación posibles.

6 Bibliografía

- https://www.reclamador.es/blog/derechos-de-los-pacientes/
- https://www.boe.es/buscar/pdf/2002/BOE-A-2002-22188-consolidado.pdf
- https://www.ocu.org/salud/derechos-paciente/informe/derechos-paciente

Capítulo 1693

METODOLOGÍA PARA LA REALIZACIÓN DE LA HISTEROSALPINGOGRAFÍA

FRANCISCO JESUS FERNÁNDEZ GALLEGO

1 Introducción

La histerosalpingografía, visualiza el interior de la cavidad endometrial y trompas, y su permeabilidad al peritoneo, mediante radioscopia con obtención de radiografías seriadas. Esto implica que las lesiones externas no se verán a no ser que protruyan en la luz.

2 Objetivos

- Describir cómo se lleva a cabo una histerosalpingografía y conocer sus distintos usos.

3 Metodología

Se han consultado diferentes fuentes como bases de datos digitales (PubMed, Scielo, Medline…) en las que se han encontrado artículos científicos contrastados que trataban sobre el tema, así como diferentes libros y enciclopedias de carácter científico.

4 Resultados

El examen se hace en una sala de radiología. El paciente debe de acostarse sobre una mesa debajo de una máquina de rayos X y colocará los pies en los estribos. Posteriormente, se le introducirá un instrumento llamado espéculo en la vagina.

Después de limpiar el cuello uterino, el médico pasa una sonda (catéter) delgada a través de este. Un tinte, llamado medio de contraste, circulará a través de esta sonda, llenando el útero y las trompas de Falopio. Acto seguido se realizarán radiografías.

La histerosalpingografía no se debe de realizar sin infección evidente o con sangrado vaginal inexplicable; y debe hacerse a los 7 días de la menstruación. Es útil en:
- Determinación de la permeabilidad de las trompas.
- Detección de lesiones mucosas o submucosas uterinas o tubáricas.
- Valoración de variantes anatómicas o sinequias (infertilidad).

5 Discusión-Conclusión

La histerosalpingografía es una técnica muy útil a la hora de realizar exámenes para comprobar si existen obstrucciones en las trompas de Falopio u otro problema en el útero y trompas.

También resulta útil para la evaluación de infertilidad. Y se puede llevar a cabo tras una ligadura de trompas para confirmar que estas estén completamente bloqueadas.

6 Bibliografía

- https://medlineplus.gov/
- https://scielo.org/es/
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/

Capítulo 1694

EL PAPEL DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO EN LA ATENCIÓN AL USUARIO.

SUSANA ALVAREZ ALONSO

1 Introducción

En el ámbito de la salud la comunicación es la herramienta base de cualquier relación, personal o profesional. Debemos comunicarnos correctamente para poder transmitir nuestros conocimientos y mantener una relación fluida y positiva con los usuarios.

Nos comunicamos más allá de las palabras. El tono de nuestra voz, nuestra postura corporal, la mirada, la disposición del espacio, la distancia entre nuestro interlocutor y nosotros, nuestros gestos, incluso nuestra ropa, todo puede ser una herramienta de comunicación eficaz o, por el contrario, una barrera. Hasta con nuestros silencios comunicamos.

Dos de los puntos más importantes para que exista una óptima comunicación entre el paciente y el personal del ámbito sanitario son: la empatía y las habilidades sociales, ambos componentes de la inteligencia emocional.

2 Objetivos

Con el presente estudio se ha pretendido realizar una revisión bibliográfica reciente y un análisis de los estudios existentes sobre aspectos relacionados con

los procesos de comunicación y las habilidades sociales en la atención al usuario, así como el papel del auxiliar administrativo como parte integrante del equipo multidisciplinar interviniente dentro de la cadena de atención al paciente.

3 Metodología

Para la realización del presente estudio bibliográfico se ha llevado a cabo una revisión sistemática de publicaciones científicas en bases de datos: Dialnet y Scielo, así como el metabuscador Google Académico y en la biblioteca digital de la UOC. Se utilizaron descriptores en español: "técnicas de intervención al usuario", "habilidades sociales", "escucha activa", "atención al paciente", así como operador booleano "and".

4 Resultados

La comunicación en nuestro entorno laboral y social es fundamental. Saber qué decir y cómo decirlo a los pacientes, facilita las relaciones, evita los malos entendidos y, en consecuencia, mejora la calidad laboral diaria y con ello el bienestar profesional y personal.

Para mantener una correcta relación profesional con los usuarios, los auxiliares administrativos sanitarios deberemos adquirir unas habilidades de comunicación que podemos expresar en dos vertientes: habilidades de recepción y habilidades de emisión.

Los objetivos que como profesionales del sistema sanitario debemos conseguir son:
- Ofrecer pautas e indicaciones claras a los pacientes o clientes que acuden a nuestro Servicio.
- Que dichas pautas impliquen informar, comunicar, para que los individuos solventen sus dudas y realicen las gestiones necesarias con la mayor facilidad posible

Para conseguir estos objetivos debemos dominar las siguientes herramientas:
- La comunicación no verbal.
- La comunicación no verbal es el lenguaje complementario al de las palabras, formado por los gestos, las posturas, las miradas que utilizamos - consciente o inconscientemente- para expresar estados de ánimo o sentimientos de manera habitual.

Es de tal importancia que se considera que una comunicación cara a cara, el componente verbal es del 35% frente al 65% que se corresponde con la no verbal (gestos, movimientos, señales, etc.)

Está formada por tres partes:
• La parte que incluye los gestos, las manos, las posturas, miradas, etc.
• El tono de voz, velocidad al hablar etc.
• Distancia personal que necesitamos para sentirnos seguros. Ésta dependerá de los interlocutores y las circunstancias en las que nos movamos

Por ello es imprescindible dominar la comunicación no verbal y las habilidades de comunicación a la hora de atender a los pacientes.
Es importante que el auxiliar administrativo del centro sanitario tenga en cuenta los siguientes aspectos:
-Mantener contacto visual con el paciente transmite interés hacia él, pero debe ser intermitente para que no sea percibido como una señal negativa o intimidatoria por parte del mismo.
-Durante el proceso asistencial, la distancia de trabajo no puede ser inferior a 50 cm, lo que en un primer momento puede intimidar a algunos pacientes.

La empatía
Para la Real Academia de la Lengua Española, empatía es la "identificación mental y afectiva de un sujeto con el estado de ánimo de otro"; sin embargo, en la relación personal del ámbito sanitario-paciente ésta puede resultar clave no sólo para lograr el éxito de un tratamiento, sino también para garantizar el vínculo terapéutico. Beneficios de la empatía en el ámbito sanitario adaptada al personal administrativo:

Para el profesionaladministrativo sanitario la empatía es una forma especial de conocer al usuario/paciente. Ser empáticos con ellos redunda en:
- Una mejor relación personal administrativo-paciente.
- Adherencia al tratamiento.
- Reducción de los costos en salud.

Cómo lograr empatía con el paciente
Aunque hay quienes consideran innecesario preocuparse por este aspecto, la realidad es que cuando el profesional administrativo de la salud no quiere vincularse

con el paciente suele provocar una barrera comunicativa, mientras que involucrarse demasiado no resulta conveniente
Por ello, podemos partir de una premisa básica: "hay que ponerse en los zapatos del otro", ya que la empatía exige escuchar y observar. Pensar en que, al ser profesional de la salud, aunque no se sea personal sanitario, se posee conocimientos que el paciente no tiene y, partiendo de eso, hacernos la pregunta:¿cómo me gustaría ser tratado si estuviera en su lugar?

A fin de lograr la lealtad del paciente mediante la empatía, es importante considerar que ésta involucra dos aspectos principales:
- Determinar cómo se siente la otra persona y cuáles son sus valores.
- Colocarse mental y emocionalmente en su lugar.
- Es imprescindible tener presente que la comunicación es una necesidad primaria de la especie humana.

En el ámbito de la salud la interacción entre el paciente, el personal administrativo, el sanitario y su familia se hace imprescindible, por lo que además de mantener actitudes empáticas, es fundamental dominar la técnica de escucha activa en la práctica diaria de la atención al paciente. Esta técnica consiste en escuchar lo que el paciente nos dice y hacerle ver que le hemos entendido. Implica prestar atención constante tanto hacia el componente verbal como al no verbal.

El proceso de comunicación ha de ser un intercambio en el que debemos ser capaces de escuchar, reducir el temor, calmar, intentar conocer lo que está sintiendo nuestro interlocutor, admitir diferencias, manejar los estados de ánimo de los usuarios, conseguir un mejor cumplimiento de nuestras indicaciones, fomentar la independencia de los pacientes, y saber controlar nuestros sentimientos.

Una buena comunicación es parte del éxito y de la excelencia en la gestión de salud. No le estamos robando tiempo a nuestro trabajo, es parte de él.

La escucha activa
Para mantener una correcta y positiva atención al usuario resulta fundamental dominar ciertas técnicas de habilidades sociales . Entre ellas es importante resaltar la técnica de la escucha , considerando que es una técnica que encuadra la actitud del profesional administrativo. La atención activa permite superar los errores en la comunicación entre el profesional y el usuario.

Ortega Bevia la explica como sigue: ”se basa en el asentamiento de la atención mientras el paciente habla. Ello requiere mirarlo directamente. Comunicarle verbal o no verbalmente el interés y la comprensión sobre lo que relata. Por lo general, la gente no lo hace y mantiene una atención vaga, que se centra en los momentos en los que el discurso parece referirse a los criterios establecidos por él previamente sobre el problema; o lo que es peor, sobre intereses personales. Esto es lo propio de las charlas de café o cotilleo en torno a una mesa camilla. Este tipo de atención de ‘vaivén’ o de pseudoatención no es lo que debe practicar una persona que ha aceptado el compromiso de implicarse en una relación terapéutica con alguien.” F. Ortega Bevia (2008). Psicoterapia. Teoría y práctica (pág. 98). Sevilla: Universidad de Sevilla. Secretariado de publicaciones.

Ortega Bevia refuerza las diferencias entre la intervención filantrópica y caritativa y la intervención profesional. La persona que acude a un profesional , en este caso auxiliar administrativo en el ámbito sanitario, espera una atención profesional y no amistosa.

Se considera escucha activa en el ámbito sanitario a la comunicación bidireccional establecida entre el profesional sanitario, y/o en este caso el personal administrativo sanitario, y el paciente, de forma que este último perciba que está siendo escuchado. Para ello, se debe prestar atención a lo que el usuario transmite y mostrar interés por medio tanto de la comunicación verbal como de la no verbal

Los resultados obtenidos indican que las actitudes necesarias para desempeñar la escucha activa pueden clasificarse en físicas o psicológicas. Las primeras o físicas permiten al profesional administrativo del centro sanitario mostrar al paciente su interés por lo que nos transmite de forma no verbal. Entre ellas destaca la posición corporal, el contacto visual directo o la expresión de la cara al realizar gestos de asentimiento.

Las segundas o psicológicas manifiestan un interés de lo que se expresa verbalmente. En este ámbito destacan el feed back o retroalimentación y la empatía, caracterizada por ponerse en el lugar del otro.

Por otro lado, los objetivos principales de la escucha activa son: facilitar la comunicación entre el personal sanitario, el personal auxiliar administrativo del centro sanitario, el paciente y su núcleo familiar. Contribuir a la creación de la relación de ayuda. Incrementar la motivación del paciente. Generar un clima de confi-

anza y seguridad. Se han encontrado numerosas publicaciones científicas que constatan cómo aplicar la técnica de la escucha activa resulta clave para obtener información del caso y conocer las necesidades y afectaciones psicosociales del paciente.

5 Discusión-Conclusión

De la presente revisión bibliográfica se puede concluir que la comunicación es una necesidad primaria del ser humano, debido a la necesidad de compartir los pensamientos, sentimientos y/o sabiduría. En el ámbito de la salud esta necesidad de comunicación se magnifica, y se hace imprescindible. En ocasiones se originan situaciones en las que la comunicación es deficiente o inadecuada, causando un conflicto interpersonal.

El dominio de las habilidades sociales aplicadas por el auxiliar administrativo, como primer eslabón de la cadena de atención al paciente, favorecerá que tanto el clima positivo de trabajo como el establecimiento de un vínculo de confianza con el usuario, permiten que éste se sienta mejor atendido y por tanto vea satisfecha su demanda en el ámbito sanitario.

El respeto al usuario y la capacidad de ponerse en su lugar evitarán situaciones conflictivas generadas por la distancia asistencial y favorecerá la relación con el paciente.

6 Bibliografía

- Batalla Sales, M. La escucha activa en atención primaria. Univeristat Jaume I. Castellón. 2014
- Delbecq, A. L. y otros (1984). Técnicas grupales para la planeación (pág. 32-34). México: Trillas.
- Gubern, R. (2000). El eros electrónico. Madrid: Ed. Taurus.
- Kedward, C. (2009). "Empathy". En: M. Davies. The Blackwell Encyclopaedia of Social Work. Oxford: Blackwell Publishing.
- Codina Jiménez, AlexisSaber escuchar. Un intangible valiosoIntangible Capital, núm. 3, septiembre-octubre, 2004Universitat Politècnica de CatalunyaBarcelona, España
- Ortega Bevia, F. (2008). Psicoterapia. Teoría y práctica. Sevilla: Universidad de Sevilla. Secretariado de publicaciones.

Palmero, F. y otros (2008). Motivación y emoción. Madrid: McGraw Hill.

Capítulo 1695

LOS GUANTES NO ESTÉRILES

RICARDO GUERRA GONZALEZ

CARMEN PILAR SANJULIAN MASTACHE

MARIA PILAR CARRIO CANCE

1 Introducción

Para minimizar el riesgo de exposición a sustancias químicas y de infección cruzada entre el paciente y el personal médico, es necesario utilizar medidas de protección individuales, como guantes. De acuerdo con las recomendaciones de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades y la Organización Mundial de la Salud.El personal que trabajan en el sector de la salud deben estar formados en la selección de guantes adecuados para el ejercicio de las actividades asistenciales y en la optimización del uso de guantes en toda la organización de la asistencia sanitaria.

2 Objetivos

El objetivo es estructurar la elección del guante en función del riesgo específico de exposición a agentes médicos físicos, químicos, biológicos y peligrosos. Conociendo la importancia de un uso adecuado de los guantes no estériles.

3 Metodología

Consultamos las bases de datos Scielo, Dialnet y Pubmed utilizando palabras clave, encontramos diversos artículos con los cuales hemos trabajado y sacado

información.

4 Resultados

- Promover la educación de todo el personal sanitarios en la elección de guantes para que estos den la protección real y necesaria para el uso destinado.

- Debemos concienciarnos del carácter dual del guante, actuando como equipo de protección personal y producto sanitario conjuntamente.El uso de un guante no adecuado genera que el trabajador tenga una falsa sensación de seguridad y que se encuentre comprometida la seguridad del paciente.

5 Discusión-Conclusión

Los hospitales y centros sanitarios deben disponer de procedimientos técnicos específicos para la gestión y selección de los guantes de uso sanitario, donde se reflejen los criterios objetivos referidos anteriormente.

6 Bibliografía

- Feltrin G, Maggio G. [Gloves as medical devices or individual protection devices: current regulations and correct use in hospital environments]. Med Lav. abril de 2008;99(2):85-90. Orriols R., Mazón L.,Herramientas para la gestión efectiva de los guantes sanitarios. Archivos de Prevención, Vol. 21 nº 3; 2018.

Capítulo 1696

EL SECRETO PROFESIONAL Y SU ÉTICA EN EL ÁMBITO SANITARIO

LUZ MARINA MENENDEZ FREIJE

MARÍA MERCEDES FERNANDEZ LIRES

SANTOS RODRIGUEZ ALVAREZ

1 Introducción

El secreto profesional es un deber que deben cumplir todos los miembros profesionales del ámbito sanitario para no desvelar a terceros los hechos que han conocido en el ejercicio de su profesión. La obligación de secreto en materia sanitaria se encuentra establecida en el articulo 10.3 De la Ley General de Sanidad, en el que los sanitarios está obligados a la confidencialidad de toda información relacionada con su proceso y con su estancia en instituciones sanitarias públicas y privadas que colaboren con el sistema público. Asimismo, los pacientes tienen el derecho de disfrutar de esta protección a la intimidad.

2 Objetivos

- Conocer la importancia del secreto profesional, tanto en la recogida de custodia de datos como en la elaboración de una historia clínica, fundamental para la asistencia continuada.

- Determinar la ética de su utilización, así como los límites de la misma y los conflictos que pueden ocasionar.

3 Metodología

Mediante la búsqueda de diversas sentencias judiciales que abordan este tema, se ha elaborado un análisis de los casos encontrados, en que se pone de manifiesto los errores que se cometen y la importancia que tiene el buen uso y cuidado del secreto profesional para el personal sanitario y no sanitario.

4 Resultados

El tratamiento inadecuado de la información personal de un paciente trae consigo un posible delito de revelación de secretos, con penas de cárcel e indemnizaciones por las lesiones que puedan producirse, además de la inhabilitación del ejercicio de su profesión. El secreto médico es un deber que va de la mano en la relación entre el profesional sanitario y el paciente.

Está recogido en todos los códigos deontológicos de las profesiones sanitarias, constituyendo su incumplimiento un delito tipificado y duramente castigado por la ley, que reafirma el derecho de las personas a la intimidad y a la confidencialidad. Dicho esto, no constituye una obligación absoluta, pudiendo revelarse información confidencial cuando existan razones fundadas para ello.

5 Discusión-Conclusión

Tras la lectura y análisis de varias sentencias judiciales, se llega a la conclusión de que existen ciertos límites de fuerza mayor en los que el personal sanitario podría revelar datos o secretos de un paciente, siempre y cuando estas situaciones estén justificadas por razones de bien común, de evitar un riesgo serio a terceros o para proteger de un daño mayor al propio individuo.

Los profesionales se intercambian información constantemente en cualquier situación y de cualquier manera, olvidándose en muchas ocasiones de la obligación del deber de secreto. Así también, esta relación médico-paciente se desarrolla en la era del big data y, aunque todos esos datos masivos facilitan la asistencia del enfermo, también ponen en riesgo su derecho a la intimidad. Hay casos en los que, por conversaciones en los ascensores, se han tenido que celebrar juicios contra el personal de los hospitales. Muchas veces, aunque no se revele el nombre de un paciente, algún dato que a priori puede parecer inofensivo, ocasionaría daños a un restaurante o una tienda si el encargado de manejar cierta información delicada no tiene tacto. Muchas de las sentencias tienen como protagonistas

a familiares de algún paciente que escuchan, bajo el anonimato, comentarios de cirujanos sobre errores en operaciones, por ejemplo.

La protección de de la intimidad y la privacidad de una persona es un deber ético y una obligación legal para quien maneja esta información. El paciente, en este caso, tiene derecho a que se respete esa intimidad y privacidad de su información personal.

Como es lógico, si a todo derecho se le reconocen ciertos límites, tampoco el derecho a la privacidad puede ser considerado como absoluto. Los límites para determinar si el derecho ha de ser vulnerado o no, estarán en los principios de justicia y de no maleficencia. La intimidad es siempre información confidencial. La confidencialidad se produce siempre en un marco de confianza, con la seguridad de que no será compartido fuera de ese marco. Esta información deberá ser accesible sólo a aquellos autorizados a tener acceso a ella, y obliga a los profesionales a no revelar ni utilizar la información obtenida. Por eso mismo, la confidencialidad deberá ser proporcional al grado de privacidad o de intimidad que tenga o se le dé al hecho o al dato. Hay que poner especial atención en el acceso a la información confidencial de un individuo, ya que es una intromisión directa en su vida e incluso podría llegar a convertirse en una potencial coacción.

Los límites dentro de los cuales se puede desarrollar este nivel privado son las obligaciones que se reflejan en la ley pública, exigibles a todos, para evitar el perjuicio a ninguna de las partes y dar respuesta a los principios de no maleficencia y justicia. La confidencialidad se sustenta principalmente en el principio de autonomía del paciente, que debe ser respetada, pero siempre cumpliendo el principio de no-maleficencia (evitar un daño a terceras personas) y de justicia (tratar a los pacientes con el mismo respeto).

En algunos casos, se plantea que el mantenimiento del secreto médico a ultranza puede lesionar gravemente a terceros, argumentando la necesidad de limitar mediante códigos y/o leyes la confidencialidad para proteger a la sociedad y a sus miembros.

Por otra parte, la existencia de una legislación de este tipo provocaría una gran falta de confianza de los pacientes en los médicos. De ser así, muchas personas no acudirían al médico ni recibirían el tratamiento adecuado, por lo que se aboga por blindar al máximo la confidencialidad rechazando las excepciones que, aunque puedan evitar un mal inmediato, a la larga pueden provocar más daño al inducir el rechazo de la sociedad hacia la atención médica.

El secreto médico debe ser, por tanto, relativo, siendo una obligación necesaria para garantizar la relación de confianza que permita el ejercicio de la medicina, asegurando el respeto de la intimidad de la persona. Pero cuando por el mantenimiento del secreto pueden resultar seriamente perjudicadas otras personas, es necesario establecer límites o excepciones al deber de sigilo

6 Bibliografía

- http://www.lexsanitaria.com/la-violacion-del-secreto-profesional/
- https://carmenrodrigodelarrucea.wordpress.com/2018/03/31/secreto-medico-compartido/
- https://www.redaccionmedica.com/secciones/derecho/prision-por-espiar-el-historial-de-otrasanitaria-y-comentarlo-en-publico-8422
https://www.redaccionmedica.com/secciones/derecho/cuatro-anos-de-carcel-para-una-enfermeraque-accedio-a-un-historial-medico-4289
- https://www.comb.cat/Upload/Documents/6768.PDF
http://www.rmedica.es/edicion/227/cuando-el-secreto-profesional-deja-de-ser-top-secret

Capítulo 1697

EL BUEN TRATO AL PACIENTE.

RUBEN DIAZ DIAZ

MARLEN MARBAN VEGA

1 Introducción

La atención y el cuidado integral de los pacientes es un reto para los profesionales. Más allá de realizar procedimientos y técnicas, se debe ofrecer una atención más humana que contribuya así a aumentar el nivel de calidad, seguridad y bienestar del paciente y disminuir riesgos y complicaciones.

2 Objetivos

- Sensibilizar a los profesionales de la importancia de ofrecer una atención más humana.
- Evidenciar las emociones del paciente que surgen durante la hospitalización y reforzar las acciones que pueden dar seguridad, acompañamiento y contención emocional al paciente.

3 Metodología

El proyecto se quiere llevar a cabo en un hospital comarcal. Para ello se formará a los profesionales sobre la humanización de los cuidados. Se realizará un decálogo sobre la humanización en la asistencia. A los familiares de los pacientes se les entregará un documento informativo.

4 Resultados

El miedo, la ansiedad, la inseguridad y la soledad que puede sufrir el paciente durante su estancia en el hospital quedarán minimizados mediante una atención más humana, ofreciendo soporte emocional, escucha activa y afecto. El paciente estará más informado y sentirá confort, confianza, tranquilidad y compañía durante todo el proceso.

5 Discusión-Conclusión

Una atención humanizada es el primer paso para alcanzar el éxito y la calidad asistencial. Con una atención individualizada aliviaremos la ansiedad del paciente aportándole la información justa.

6 Bibliografía

-La comunicación médico-paciente en la consulta médica.
-No soy yo. Anabel González.

Capítulo 1698

EL CELADOR Y LAS POSICIONES ANATÓMICAS EN LA MOVILIDAD DE PACIENTES.

RUBEN DIAZ DIAZ

1 Introducción

En la movilización de pacientes, el celador debe tener en cuenta su seguridad y la del paciente, y seguir unas normas para evitar riesgos teniendo en cuenta la comodidad del paciente. Las movilizaciones no son solo para cambios posturales sino también para hacer pruebas, exploraciones o intervenciones quirúrgicas.

2 Objetivos

- Conocer el procedimiento que debe llevar a cabo el celador en la movilización de pacientes y determinar los diferentes materiales que ayudan a colocar a los pacientes en las posiciones anatómicas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: pubmed, medline, y scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El celador debe colaborar en la movilización de pacientes con movilización reducida ayudándoles en los movimientos que sean precisos; para ello es preciso que el celador conozca las diferentes posiciones anatómicas ya que es el encargado de colocar al paciente en la posición correcta ya sea para una operación, cambio postural, etc. Además debe seguir unas normas y las instrucciones del personal sanitario ya que antes de movilizar al paciente debe informar a este y pedir su colaboración; retirar los objetos que molesten y preparar el material necesario.

Debe colocar la cama en la posición que ayude a la movilización y frenarla, ser cuidadoso con los sueros, drenajes, etc. Y adoptar una posición adecuada para evitar lesiones Una vez movilizado el paciente hay que acomodarlo y comprobar su seguridad. Existen diferentes materiales para ayudar a las movilizaciones como son: sábanas, camas discos giratorios, transfer, trapecio, etc. Si el paciente no colabora, se realizan entre dos celadores. Las movilizaciones más comunes que se realizan en un hospital son: mover al paciente hacia la cabecera de la cama, moverlo hacia un lateral de la cama y mover al paciente de la cama a la silla de ruedas o sillón.

5 Discusión-Conclusión

Los celadores deben conocer las diferentes posiciones anatómicas para realizar su trabajo diario, por lo que es muy importante que tengan una formación continuada.

6 Bibliografía

-Actuación del celador en el traslado y movilización del paciente (EDUFORMA)
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 1699

LA IMPORTANCIA DE SABER DETECTAR Y DIFERENCIAR EL MOBBING A TIEMPO.

MARTA ALVAREZ ROZA

CRISTINA ALONSO LLAMEDO

MARIA BELEN FERNÁNDEZ GARCÍA

1 Introducción

Hace más de 30 años que el fenómeno del MOBBING se pone de manifiesto en España. El concepto de mobbing fue descrito por el etólogo Konraz Lorenz (1903 - 1989) y lo ha definido como el "hostigamiento producido durante un tiempo prolongado en el entorno de trabajo".

Una definición más amplia que hizo Heinz Leyman (1932 - 1999) es la siguiente: "Cuadro de acoso en el trabajo, que tiene por objeto destruir la estabilidad psicológica del ser humano a través de una comunicación hostil, sistemática, desprovista de ética, caracterizada por el descrédito, desprestigio social, hostigamiento persistente contra la dignidad del empleado, con objeto de perturbar la ejecución de las funciones aprovechando las disfunciones del sistema organizativo, durante por lo menos seis meses. .No intenta mejorar la productividad ni optimizar resultados, sino librarse de una o varias personas que molestan de alguna manera o no conforman el pensamiento del sistema".

Como dice la psiquiatra francesa Marie-France Hirigoyen, hay una intención deliberada, una voluntad manifiesta de dañar por parte del acosador. Es muy importante identificar y diferenciar el tipo de acoso que se está produciendo para poder efectuar una eficaz prevención de riesgos laborales. El mobbing es un tipo de acoso en el entorno laboral con un alto índice en el sector sanitario, de hecho es una de las principales causas de estrés que provoca el 50 % del absentismo laboral.

Existen diferentes tipos de acoso que puede sufrir un trabajador del ámbito sanitario pero no todo es mobbing, por Ejemplo:
- Acoso por parte de los pacientes a los profesionales.
- Acoso sexual.
- Síndrome del quemado "Burnout".
- Acoso discriminatorio por razones políticas o de religión.

Tanto el celador como el auxiliar administrativo, tiene un riesgo del 4 % de sufrir acoso en urgencias, sin embargo en atención primaria son los auxiliares administrativos los que tienen un mayor riesgo de sufrir acoso el 4,7 %. También se puede deducir que el tanto por ciento de acoso que sufren las mujeres en cualquier categoría es mucho mayor que el que sufren los hombres.

2 Objetivos

- Identificar al acosador. Definir cuales son las características más destacadas del individuo don perfil acosador.
- Diferenciar el mobbing de otros tipos de acoso. Identificar si la agresión que está sufriendo la víctima es mobbing, es primordial para poder abordar el problema e intentar solucionarlo con éxito.
- Detallar los grados de mobbing.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática en las diferentes bases de datos especializadas como DIALNET, SCIELO, PUBMED.

También se han consultado libros especializados sobre acoso laboral y mobbing y leído artículos referentes a este tema de revistas científicas especializadas. Se han

utilizado como descriptores las siguientes palabras clave; “mobbing”, “sanidad”, “acoso laboral”.

De la literatura leída hemos descartado todo lo relacionado con otros tipos de acoso que no tuvieran que ver con el mobbing, o de estrés relacionado con la sobrecarga de trabajo.

4 Resultados

De los resultados obtenidos de la búsqueda citada anteriormente, hemos seleccionado las siguientes características y conceptos para determinar cómo es el acosador, en que situaciones se puede ver envuelto el Acosado y como se siente, y cuáles son los grados de mobbing en los que puede estar el proceso.

El acosador:
- El Acosador viola las reglas éticas del comportamiento laboral.
- El Acosador como jefe, suele tener un nivel intermedio y ser una persona mediocre.
- El Acosador como compañero, suele ser una persona mediocre que teme a quien puede hacerle sombra.
- El Acosador suele atacar diferentes aspectos de la víctima, su dignidad, su físico, su vida personal, su capacidad profesional.

Según Iñaki Piñuel: ““la mediocridad, la envidia, el narcisismo, la necesidad de control, el oportunismo, la falta de transparencias… algunas descripciones sitúan estos rasgos en el ámbito de las psicopatologías (rasgos narcisistas, paranoides y psicopáticos principalmente). “

El acosado:
- El Acosado encuentra limitaciones de contacto con los demás compañeros de trabajo.
- El Acosado sufre agresiones verbales, amenazas, ridiculización, humillación.
- El Acosado siente que su estado anímico empieza a estar afectado.
- Los hechos son continuos, no son aislados.
- El Acosado suele ser un nuevo miembro en el equipo de trabajo.
- El fin es que el Acosado renuncie a su trabajo.
- El Acosado suele ser una sola persona, no suele realizarse mobbing a un grupo.

Grados de mobbing:
Podemos clasificar el mobbing según sus consecuencias en diferentes grados:

1) Mobbing de primer grado:
El Acosado puede resistir las agresiones y ataques y puede continuar o volver de nuevo a ese trabajo o aun puesto similar.

2) Mobbing de segundo grado:
Se produce cuando el Acosado, sufre incapacidad laboral, temporal o prolongada, tiene dificultad para incorporarse de nuevo a su trabajo.

3) Mobbing de tercer grado:
El Acosado necesita un tratamiento especializado para poder rehabilitarse y es incapaz de volver a su puesto de trabajo. (1). Al acosado le aparecen otras enfermedades, debido a la bajada de defensas, problemas dermatológicos, cardíacos, gastrointestinales o alérgicos.

5 Discusión-Conclusión

El mobbing se produce en lugares de trabajo fuertemente jerarquizados donde existe gran competitividad.

La OMC Organización Médica colegial, ha alertado de la falta de medidas eficaces para prevenir y controlar el acoso laboral, conocido con el término anglosajón mobbing en el ámbito sanitario, según la revista "médicos y pacientes" del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos.

El mobbing es un problema que sufren los más jóvenes o los que se incorporan recientemente a la organización. Los problemas de mobbing aparecen en cualquier país, aunque en latinoamérica los estudios de este problema son posteriores. También se observa que el mobbing aparece en cualquier ámbito laboral o categoría profesional. La OMS recoge unos resultados de suicidios en Suiza del 15% debido al mobbing, datos bastante alarmantes.

Los expertos consideran que aún queda mucho camino por recorrer para tratar de controlar, evitar y solucionar este problema de acoso considerado una pandemia mundial.

6 Bibliografía

1.-Sáez Navarro Mª C. Algunas cuestiones sobre el mobbing en el trabajo. Comentario a la STSJ de Navarra de 30-4-2001 (AS 2001, 1878). Aranzadi Social. Nº 10/2001. BIB
2.-"Acoso psicológico en el trabajo "Mobbing". Gobierno de Navarra. Es.geocities.com/docu_asacamt/gob_nav_mobbing.pdf (Revisado 17-6-2003).
Acoso Laboral en el Ámbito Sanitario (2015) Formación Continuado Logoss, S.L.
3.-Tesis Doctoral de Julián Manuel Domínguez Fernández: Estrés laboral por acoso moral en el trabajo y síndrome de Burn-Out y su relación con el autoconcepto. La adaptación de conducta y la personalidad, en trabajadores de atención a la salud.

Capítulo 1700

COMPORTAMIENTO DEL CELADOR ANTE UN PACIENTE TERMINAL .

RUBEN DIAZ DIAZ

1 Introducción

La Organización Mundial de la Salud define Paciente Terminal como “el paciente con enfermedad muy avanzada, activa, en progresión y con un pronóstico vital limitado” .
En esta fase el paciente necesita los cuidados paliativos, el cuidado físico y psicológico, controlas los síntomas, calmar el dolor y apoyar a la familia.

2 Objetivos

-Analizar la actuación del celador ante el paciente terminal.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: pubmed, medline, y scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El papel del celador ante el paciente terminal es muy importante, ya que forma parte del equipo sanitario que proporciona los cuidados paliativos al paciente y por ello debe ser muy cauteloso y profesional en su trabajo.

El comportamiento del celador deberá ir enfocado a mejorar la calidad de vida del paciente, proporcionándole una atención continua e individualizada, fomentando la dignidad del paciente, manteniendo una higiene diaria y continua del enfermo.

Deberá extremar el comportamiento ante los familiares y ser prudente en sus comentarios. El celador deberá desarrollar su empatía y atender las necesidades psicológicas del paciente escuchando y hablando con él.

5 Discusión-Conclusión

Podemos concluir que el Celador es una parte muy importante dentro los profesionales que atienden al paciente en estado terminal en sus últimos días de vida.

El confort del paciente en fase terminal debe ser el objetivo principal del celador, para ello deberá conocer porqué etapas puede pasar ante la aceptación de la muerte y ponerse en su lugar para ofrecer unos cuidados efectivos.

Una formación específica en cuidados paliativos o de confort sería de gran ayuda para un correcto trato profesional a las familias y al paciente terminal por parte del celador y el resto del equipo sanitario.

6 Bibliografía

-Sobre la muerte y los moribundos – On death and Dying – 1969 Elizabeth Kübler Ross.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 1701

LA IMPORTANCIA DE LA HISTORIA CLÍNICA.

PABLO CARREIRA RODRÍGUEZ

ROSANA ALONSO ORVIZ

MARÍA JOSÉ RODRÍGUEZ ESCOBIO

1 Introducción

La historia clínica recoge toda la información relativa al proceso asistencial al que se ha sometido a un paciente. Informa sobre los tratamientos, la evolución y los resultados. Es, por tanto, un documento de gran utilidad para los profesionales sanitarios que permite garantizar un adecuado diagnóstico y tratamiento médico.

También se trata de un documento de gran valor para la realización de estudios epidemiológicos o de salud pública, permitiendo grandes avances en la medicina, que no sólo tiene importancia desde el punto de vista sanitario si no que es un documento médico legal y, como tal, sirve como prueba de la atención recibida por el paciente.

Su principal objetivo es que los datos relativos a la salud de un paciente se puedan comprobar gracias a un único documento, que, además de incluir las posibles enfermedades, también incluye datos sobre el tratamiento, el proceso y los resultados del mismo. Pero es necesario que los centros sanitarios vigilen por que la conservación de las historias clínicas para que su seguridad esté garantizada, de

forma que sólo se acceda a ella por los profesionales y sólo cuando ese acceso este justificado dentro de un proceso asistencial.

2 Objetivos

- Valorar la importancia de la historia clínica. Y su confidencialidad.

3 Metodología

Mediante la consulta de las leyes que recogen el derecho a la intimidad y confidencialidad como es el caso de la Ley General de Sanidad, La Ley de Protección de Datos y La Ley de Autonomía del Paciente. Se han comprobado datos sobre la Historia Clínica a través de las páginas del Servicio Nacional de Salud y del Ministerio de Sanidad.

4 Resultados

Toda la información que contiene es confidencial y por eso el acceso a la misma se producirá únicamente cuando sea necesario en el transcurso de un proceso asistencial. Los que accedan a su contenido quedan sujetos al deber de secreto. La historia clínica es un documento esencial y de gran ayuda a la hora de que se nos preste una correcta asistencia en caso de enfermedad.

Los usuarios de la sanidad tienen derecho a que se respete su intimidad y por ello los profesionales de la sanidad deben velar en todo momento por la confidencialidad de los datos que manejan. El paciente tiene derecho a comprobar los datos de su Historia Clínica y podrá pedir una copia de los datos que en ella constan. Este derecho también podrá ejercitarse a través de un representante.

Si se quiere acceder a datos de una persona que ha fallecido es preciso que exista una vinculación familiar o de hecho. Además, esto sólo será posible si el fallecido no manifestó expresamente su negativa.
En la obtención de estos datos se establece como límite que no suponga el perjudicar a terceros. Además tampoco podrán acceder a las valoraciones de tipo subjetivo.

5 Discusión-Conclusión

El respeto a la intimidad y dignidad supone que los usuarios de la sanidad tienen derecho a que se respete la confidencialidad de sus datos por parte de aquellos profesionales que debido al desempeño de sus funciones puedan tener conocimiento sobre ellos.

No sólo es un documento de ayuda a los facultativos sino que el hecho de que quede constancia del proceso asistencial, también garantiza el derecho del paciente a poder comprobar esos datos. Por tanto, deja constancia del tratamiento que se nos aplica y de sus resultados.

6 Bibliografía

- Constitución Española 1978.
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- La Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos. http://ww.astursalud.es.

Capítulo 1702

ACCESO A LAS PRESTACIONES SANITARIAS. TARJETA INDIVIDUAL

MARÍA JOSÉ RODRÍGUEZ ESCOBIO

PABLO CARREIRA RODRÍGUEZ

ROSANA ALONSO ORVIZ

1 Introducción

La Tarjeta Sanitaria Individual (TSI) es un documento administrativo que permite el acceso de los ciudadanos a la sanidad pública. La tarjeta electrónica permite grabar datos de la historia clínica del paciente y también acceder vía internet a la base de datos que contenga este historial desde cualquier punto del territorio nacional. En este sentido, la tarjeta única aporta indudables ventajas a los pacientes y a los propios servicios de salud. La TSI sigue criterios establecidos para toda la Unión Europea, aunque cada territorio puede establecer particularidades en su configuración.

2 Objetivos

- Vincular la tarjeta sanitaria a un código de identificación personal.
- Integrar en la tarjeta todos los datos del paciente relativos a dónde vive, su historial médico, etc.

3 Metodología

Mediante consulta de la Ley 16/2003, de 278 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, y el Real Decreto 183/2004, de 30 de enero, por el que se regula la tarjeta sanitaria individual. También mediante consulta en la página astursalud.es.

4 Resultados

- Se trata del documento necesario para poder recibir asistencia sanitaria.
Es personal e intransferible.
- Permite el acceso de los usuarios del Sistema Nacional de Salud a prestaciones sanitarias en cualquier parte del territorio nacional.
- Debemos presentarla cuando acudamos tanto a los centros de salud como a los hospitales de la Red Pública. Además también se puede solicitar que la presentemos si acudimos a la farmacia con una receta médica manual.

5 Discusión-Conclusión

La tarjeta sanitaria individual con soporte informático permite su uso en las distintas Comunidades Autónomas, es decir, que se garantiza el derecho a la asistencia sanitaria en todo el territorio nacional para los titulares de esta tarjeta. Es importante recordar que sólo es válida dentro de España, por eso si pensamos viajar a alguno de los países miembros de la Unión Europea debemos solicitar la Tarjeta Sanitaria Europea.

6 Bibliografía

- Ley 16/2003, de 278 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
- Real Decreto 183/2004, de 30 de enero, por el que se regula la tarjeta sanitaria individual.
- https://www.astursalud.es.

Capítulo 1703

CAMBIOS DERMATOLÓGICOS EN EL POSTPARTO.

REBECA FOLLEDO ACEBAL

ANTONIO JESUS NAVARRO GARCIA

JUDIT LÒPEZ GONZÁLEZ

CRISTINA VAZQUEZ VAZQUEZ

ANDREA SUÁREZ BANCIELLA

1 Introducción

Durante del periodo postparto las mujeres experimentan cambios físicos que repercuten en su salud emocional. La mayoría de estos cambios son reversibles, van resolviéndose espontáneamente con el paso del tiempo, pero otros persisten y necesitan de apoyo y tratamiento para volver al estado pregestacional.

A nivel dermatológico los cambios que más preocupan a las mujeres son la aparición y persistencia de estrías y la caída del cabello que ocurre aproximadamente a los dos meses postparto. Ambas producen una alteración de la imagen corporal que pueden afectar a la autoestima de la mujer produciendo un profundo malestar.

Durante el embarazo, la ganancia ponderal y el aumento de volumen del abdomen y mamas ocasiona roturas en las fibras de colágeno y elastina produciendo

unos surcos en la piel, las estrías. Es fundamental prevenirlas ya que, en el postparto, no se podrán eliminar completamente.

La caída del cabello suele ser frecuente en este periodo y produce una gran preocupación entre las mujeres. El efluvio telógeno postparto (ETP) es una caída difusa del cabello, por un paso prematuro y sincronizado de un gran número de folículos de la fase anágena a telógena. Su prevención no es posible, pero es un evento reversible.

2 Objetivos

- Determinar los cambios dermatológicos más frecuentes en el postparto.
- Identificar la causa, prevención y tratamiento de los cambios dermatológicos en el postparto.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda sistemática en las bases de datos Pubmed, Web of Sciencie, Scopus y Google Scholar a través de las palabras clave (MeSH): Striae distensae, Alopecia, Telogen Effluvium, Postpartum period, Pregnancy, "cutaneous changes". Finalmente se seleccionaron 14 artículos para la elaboración de este capítulo.

4 Resultados

Los cambios dermatológicos durante el embarazo son frecuentes debido a la actividad hormonal y cambios en la estructura corporal. El 100% de las embarazadas van a presentar hiperpigmentación en areola y línea alba, el 50% melasma y el 90% estrías de distensión.

En el postparto la hiperpigmentación se va resolviendo poco a poco, las estrías persisten y aparecen nuevos cambios como la caída del cabello o ETP.

Estrías
Las estrías aparecen durante la segunda mitad del embarazo en la parte inferior del abdomen, alrededor del ombligo, glúteos, caderas, mamas y muslos. Cuando

aparecen tienen un aspecto rojo o violáceo (estrías rubra). Entre sus causas encontramos la predisposición genética, la influencia hormonal y la tensión sobre la piel debido a la ganancia de peso.

La prevención se limita a mantener la piel hidratada mediante un correcto aporte de ingesta de agua y aplicación de cremas y aceites hidratantes. Las cremas específicas antiestrías han demostrado una mejor eficacia en la prevención de aparición de estas.

Durante el postparto disminuye la intensidad del color y adquieren el típico aspecto nacarado (estrías alba). No se pueden eliminar completamente, solo se podrá reducir el tamaño y mejorar su aspecto con tratamientos dermatológicos y estéticos como la radiofrecuencia, peelings con ácido retinoico y carboxiterapia.

Caída del cabello

El cabello es producto de la actividad cíclica del folículo piloso que pasa por tres fases: anágena caracterizada por la producción activa del cabello, catégeno que es transicional y telógeno, en la que el folículo piloso entra en reposo, el pelo es ya una estructura madura y que evoluciona a su desprendimiento y al reinicio del ciclo.

Habitualmente los ciclos de crecimiento del pelo son asincrónicos. Durante el embarazo, la mayoría de los folículos pilosos permanecen en la fase anágena debido a los cambios hormonales y vuelven simultáneamente a la fase telógena entre 2-4 meses después del parto produciéndose una caída alarmante del cabello. El origen de esta caída del cabello es multifactorial. Diferentes estudios atribuyen como causas el déficit nutricional, cambios hormonales, anemia por las pérdidas hemáticas del parto, estado emocional de la madre y estrés entre otros.

Entre los cambios hormonales destacan los niveles elevados de andrógenos circulantes durante el embarazo y la caída de los niveles de estrógenos después del parto.

Las pérdidas hemáticas durante el parto producen anemia en la mayoría de las mujeres. Cuando existe un déficit de hierro, la ferritina de los folículos en crecimiento es liberada al suero y en esos folículos entran en fase telógena produciéndose poco tiempo después la caída de pelo.

Se han descrito diferentes tratamientos en forma de suplementos tiroideos, lociones tópicas de progesterona y estradiol, anticonceptivos orales, pero ninguno se ha mostrado efectivo con suficiente evidencia. Existen pocos estudios en este campo y los existentes tienen limitaciones como el tamaño de la muestra, ausencia de grupo control o dificultades en la medición de la respuesta al tratamiento.

Se suele minimizar la queja por parte de los profesionales sanitarios al considerarlo un proceso reversible, pero es necesario realizar una correcta anamnesis para excluir trastornos endocrinos, nutricionales o autoinmunes. La caída del cabello produce un profundo malestar en la mujer, alterando su imagen corporal.

El tratamiento no es indispensable, aunque se ha observado que la aplicación de productos de tratamiento reduce la intensidad y la duración de la caída. Se aconsejan lociones antiseborreicas, así como de complejos orales con hierro y vitamina B.

5 Discusión-Conclusión

Los cambios dermatológicos que más preocupan a las mujeres en el posparto son las estrías y la caída del cabello o efluvio telógeno. Ambas producen una alteración en la imagen corporal que afecta negativamente a la autoestima y al estado de ánimo materno.

Es fundamental el consejo profesional para la prevención en el caso de las estrías o minimización de los síntomas en el caso de la caída del cabello. El tratamiento de ambos está en constante evolución y estudio. Es necesario mantenerse actualizado para ofrecer a las mujeres las mejores opciones de tratamiento que mejoren su apariencia y autoestima.

6 Bibliografía

1. Díaz, S. (2006). El periodo post parto. Instituto Chileno de Medicina Reproductiva.[Internet]. Chile.[[Acceso 5 noviembre de 2017]. Disponible desde http://www. unicef. cl/lactancia/docs/mod04/POSTPARTO. pdf.
2. Tapia, A. G. (2002). Embarazo y piel. Cambios fisiológicos y trastornos con repercusión estética. Actas Dermo-Sifiliográficas, 93(1-2), 77-83.

3. García-Hernández, J. Á., García, M. H., López, M. Á. T., Norris, D. I. I., & González, D. M. (2012). El uso de productos no específicos es insuficiente para prevenir la aparición de las estrías gravídicas: Evaluación del impacto en la calidad de vida tras la utilización de productos antiestrías durante el embarazo. Piel: Formación continua en dermatología, 27(9), 484-491.
4. Zaputovich, F. A., Burgos, L. G., & Monjagata, L. P. Tratamiento de las estrías de distensión. piel, 7, 10.
5. Lafferte Tacle, P. M., & Yanqui Contreras, A. C. (2014). Tratamiento de carboxiterapia en pacientes de sexo femenino de 20 a 40 años de edad que presentan estrías en estado cicatrizal en el área abdominal, cadera o glúteos.
6. Posada, C., & de La Torre, C. (2011). Estrías de distensión: actitud de los dermatólogos. Dermatología Cosmética, Médica y Quirúrgica, 9(4), 314-316.
7. Misticone, S., & Piquero, V. (2007). "Peeling" de ácido retinóico al 7% en estrías cutáneas: una opción terapéutica útil y segura. Dermatología Venezolana, 45(1).
8. Al-Himdani, S., Ud-Din, S., Gilmore, S., & Bayat, A. (2014). Striae distensae: a comprehensive review and evidence-based evaluation of prophylaxis and treatment. British Journal of Dermatology, 170(3), 527-547.
9. Hague, A., & Bayat, A. (2017). Therapeutic targets in the management of striae distensae: A systematic review. Journal of the American Academy of Dermatology, 77(3), 559-568.
10. Eastham, J. H. (2001). Postpartum alopecia. Annals of Pharmacotherapy, 35(2), 255-258.
11. Malkud, S. (2015). Telogen effluvium: a review. Journal of clinical and diagnostic research: JCDR, 9(9), WE01.
12. Rebora, A. (2019). Telogen effluvium: a comprehensive review. Clinical, cosmetic and investigational dermatology, 12, 583.
13. Gizlenti, S., & Ekmekci, T. R. (2014). The changes in the hair cycle during gestation and the post-partum period. Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology, 28(7), 878-881.
14. Arranz, J. F. (2017). Suplementación con micronutrientes y efluvio telógeno posparto. Matronas profesión, (4), 135-136.

Capítulo 1704

MANIOBRA DE HEIMLICH EN ADULTOS.

SANTOS RODRIGUEZ ALVAREZ

LUZ MARINA MENENDEZ FREIJE

MARÍA MERCEDES FERNANDEZ LIRES

1 Introducción

En el año 1974 el doctor Henry Heimlich, fue mundialmente conocido por crear esta maniobra de primeros auxilios, ha salvado muchas vidas, aunque desde entonces hasta ahora se ha ido perfeccionando con la ayuda de otros doctores, pero aun asi, se sigue manteniendo a su nombre. La maniobra de Heimlich levanta el diafragma y obliga al aire a salir de los pulmones para crear una tos artificial. Esta tos mueve el aire a través de la tráquea, de esta forma empuja y expulsa la obstrucción fuera de las vías respiratorias y de la boca.

En situaciones de asfixia por atragantamiento, esta es sin duda la tecnica más efectiva y segura para auxiliar a quien precise. Técnica aplicada a una persona consciente de pie:
-Colocarse detrás de él y cerrar el puño contra el centro del abdomen, por debajo del apendice xifoides y por encima del ombligo.
-Con la otra mano, abrazar el puño, y realizar a la vez un movimiento opresivo y ascendente. Se repitira hasta echar lo que le obstruya las vías respiratorias.

2 Objetivos

- Dar a conocer esta tecnica con fines educativos y de concienciacion social, dada la importancia que tiene por estar enmarcada dentro de los primeros auxilios.
- Responder de manera inmediata a este tipo de emergencia, aplicando una correcta tecnica y disminuyendo asi otras posibles complicaciones que pueden poner en riesgo su estado vital. En situaciones de asfixia por atragantamiento grave, esta es sin duda la técnica más efectiva y segura para auxiliar a quien precise.

3 Caso clínico

Jesus se encuentra en la sala de espera en el servicio de urgencias pediátricas hospitalarias esperando el regreso de su hijo que han derivado a realizar unas pruebas radiodiagnósticas tras una caída.

Se toma un tentempié. Es entonces cuando regresa el celador a la sala con el paciente en silla de ruedas con el fin de que espere por los resultados y se encuentra con el padre con dificultades para respirar, sus manos rodeando el cuello y con síntomas de asfixia. Se le motiva para que tosa pero el paciente se encuentra ya sin fuerza para hablar y el celador le realiza la maniobra de Heimlich. Tras unos segungos expulsa un trozo de galleta por la boca, ya puede balbucear unas palabras y respira mejor.

Acude entonces la enfermera de urgencias y le realiza una pequeña exploración preventiva.

4 Discusión-Conclusión

Es gratificante saber que hoy en día, se sigue enseñando esta técnica tan sencilla englobada dentro de programas de primeros auxilios impartida a una gran parte de la población, como son los bomberos, el personal sanitario , policías, colegios, centros sociales, etc.

5 Bibliografía

-https://campus.usal.es/revistamedicinacine/Vol_4/4.2/esp.4.2pdf/maniobra.pdf
-https://cursoscruzrojamadrid.com/noticias/origen-la-maniobrade.helmlich/

Capítulo 1705

LA RELACIÓN DEL USUARIO CON LA ADMINISTRACIÓN A TRAVÉS DEL SERVICIO DE ATENCIÓN AL CIUDADANO

ROSANA ALONSO ORVIZ

MARÍA JOSÉ RODRÍGUEZ ESCOBIO

PABLO CARREIRA RODRÍGUEZ

1 Introducción

El Servicio de Atención al Ciudadano (SAC) atiende las consultas de los ciudadanos y les orienta sobre el modo de obtener un servicio público, realiza trámites que los ciudadanos puedan solicitar, y recibe y tramita sus reclamaciones y sus sugerencias. Es el primer punto de contacto con la Administración y sirve de intermediario entre ésta y la ciudadanía a fin de conseguir una mayor cercanía.

2 Objetivos

- Informar sobre las sugerencias y quejas que se hayan presentado en relación con los servicios de las Técnicas de conserjerías. Asimismo, dará traslado de dichos informes a la Inspección General de Servicios.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El SAC pretende atender las necesidades de todos los usuarios del servicio sanitario por eso su información es concreta y de fácil comprensión. La información que facilita no crea derechos pero sirve de orientación a los pacientes que quieren interponer quejas. La atención ciudadana se prestará presencialmente, por correo postal y electrónico, a través del teléfono 012 y también por internet. El SAC atendió en 2015 de manera presencial a 157.788 personas y dio respuesta a 185.739 llamadas a través del teléfono 012 y la centralita, lo que supone una media de 737 comunicaciones diarias.

5 Discusión-Conclusión

Cualquier ciudadano puede dirigirse al SAC, sólo es necesario que se identifique. Todas las quejas y sugerencias reciben respuesta. Para aquellas que no pueden ser atendidas en el momento se han establecido unos plazos. La información proporcionada será clara, concreta y de fácil comprensión, considerándose, en su caso, las particularidades de las personas que solicitan la información. Tendrá carácter orientativo y no originará derechos ni expectativas de derecho y en ningún caso supondrá una interpretación normativa, consideración jurídica o económica. Se trata de un servicio cuya demanda va en aumento, no sólo porque es una vía a través de la cual los ciudadanos dejan constancia de las deficiencias o irregularidades sino porque también presta información general y orientación sobre los servicios.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/

- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 1706

LINFEDEMA Y TRATAMIENTO.

GONZALO PRIETO CRISTOBAL

CRISTINA CRISTOBAL ALLER

MARÍA PRADO FERNÁNDEZ

1 Introducción

Se conoce como linfedema al aumento anormal de líquido rico en proteínas en el espacio intersticial debido a una alteración de la capacidad de transporte por una insuficiencia del sistema linfático. Se manifiesta por un incremento del tamaño o hinchazón de una extremidad o región del cuerpo.

En caso de no ser tratado, el linfedema pierde agua y se fibrosa, por lo que cada vez la concentración de macromoléculas es mayor. Una vez fibrosado, su tratamiento se complica y sería más complicado su tratamiento conservador, por ello su diagnóstico precoz es indispensable.

2 Objetivos

- Conocer los diferentes tipos de linfedema y su tratamiento conservador con fisioterapia.

3 Metodología

Se emplearon los portales PubMed y Scielo, utilizando las palabras clave ”linfedema” ”tratamiento linfedema” y ”fisioterapia en linfedema”, se eligieron los

artículos más recientes y de mayor interés.

4 Resultados

Según el origen del linfedema podemos distinguir entre primario o secundario. El primario es de origen congénito y/o hereditario, representa el 10% del total y puede manifestarse en cualquier momento de la vida, respondiendo al periodo en el que aparece, podemos distinguir entre: conatal que aparece desde el nacimiento hasta los 2 años; precoz desde los 2 años a los 35 años y tardío si aparece después de los 35.

El secundario, es mucho más frecuente, contando con un 90% del total de los casos de linfedema, su causa principal es obstructiva y producirse tras cirugías oncológicas, por irradiación, por quemaduras de tercer grado, esclerosis vascular por envejecimiento del sistema linfático o filariasis, siendo esta última la más frecuente a nivel mundial, hecho que está muy conectado con las infecciones por transmisión por mosquitos. El inicio del linfedema secundario por cirugía puede ser precoz si surge a los pocos meses de tratamiento o tardío si pasa más de un año desde el tratamiento. Existen casos documentados de aparición del linfedema a los 8-10 años del tratamiento.

5 Discusión-Conclusión

El linfedema es un problema que afecta a todo el mundo, siendo más frecuente su causa infecciosa en países en vías de desarrollo y por cirugía oncológico en países desarrollados. Su tratamiento precoz es de vital importancia para evitar su cronificación. En caso de fibrosar, el abordaje fisioterapéutico está más limitado y se tendría que recurrir al tratamiento quirúrgico.

6 Bibliografía

- Srur E. Linfedema. Revista Médica Clínica Las Condes. 2008;19(1):115-121Linfedema: MedlinePlus Enciclopedia Digital. 2018 [citado 24 de ene de 2019]. Disponible en: https://medlineplus.gov/spanish/lymphedema.htmlAris
-Cuadrado A, Álvarez-Vázquez MJ, Martín-Mourelle C, Díaz-Jiménez C. Clínica, clasificación y estadiaje del linfedema. Rehabilitación. 2010;44(1):29-34

Capítulo 1707

RADIOGRAFÍA DE TÓRAX EN PEDIATRÍA.

PAULA LARA ANDRADE

ANA GONZÁLEZ FERNÁNDEZ

MARTA DÍAZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

Una examen por rayos X es un estudio médico no invasivo que ayuda a los médicos a diagnosticar y tratar condiciones médicas. Los exámenes por rayos X utilizan una dosis pequeña de radiación ionizante para producir imágenes del interior del cuerpo.

La radiografía de tórax es una imagen que estudia el tamaño, silueta y ubicación del corazón, la tráquea, los bronquios, los pulmones y los grandes vasos que entran y salen del corazón (aorta, arteria pulmonar, venas cavas y pulmonares), así como el esqueleto del tórax (columna vertebral y costillas), es importante en la evaluación diagnóstica del aparato respiratorio pediátrico.

Las indicaciones son: enfermedad inflamatoria del parénquima pulmonar, deformidad de la caja torácica, masas palpables, enfermedad cardíaca, traumatismos, dolor torácico, sibilancias, taquipnea y posible enfermedad metastásica.

2 Objetivos

El objetivo principal ha de ser conocer el correcto uso de la radiografía de tórax para conseguir el mayor rendimiento posible con el menor riesgo, por lo que antes de realizar estudios radiológicos hay que plantearse su utilidad para contribuir a confirmar un diagnóstico o para dar lugar a una modificación en el mismo. La radiografía debe estar correctamente realizada, con una adecuada colimación y una calidad que debemos ser capaces de valorar.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se llevó a cabo un análisis y preparación de la búsqueda elaborando una lista con los términos principales de las frases de búsqueda. Las fuentes utilizadas, tanto en soporte informático como impreso, fueron seleccionadas por ser fuentes fiables, es decir, todas aquellas fuentes de calidad contrastada, rigor científico y que aportan a la revisión información con evidencias científicas.

Se localizaron documentos sobre el tema (revistas, libros) entre el material "más a mano" para una primera toma de contacto con la información sobre el tema y así aportar ideas, clarificar conceptos y posibles dimensiones relacionadas con la pregunta de búsqueda.

Por último se revisaron bases de datos internacionales, siendo necesario un conocimiento profundo de éstas, del idioma, en este caso, el inglés. Así mismo, se llevó a cabo una revisión sistemática en las bases de datos MEDLINE y SERAM.

Los criterios de valoración fueron los establecidos previamente como palabras clave. Se han consultado también recursos que ofrecían información sobre guías de práctica clínica y documentación escrita sanitaria así como el buscador "Google Académico".

4 Resultados

La radiografía de tórax es la principal prueba por imagen realizada en niños debido a que se obtiene por una dosis mínima de radiación un examen diagnóstico

que puede resultar muy útil para conocer un diagnóstico, también ya que es indolora y los niños colaboran con mejores resultados a la hora de hacer un correcto diagnóstico que realizando otras pruebas diagnósticas diferentes.

5 Discusión-Conclusión

Al tratarse de pacientes con muy corta edad, debemos tratar de evitar una dosis de radiación dispersa elevada realizando una colimación adecuada, utilizar los equipos de protección individual siempre que el examen lo permita.

6 Bibliografía

- www.sspa.juntadeandalucia.es
- https://www.aepap.org/sites/default/files/345-349_correlacion_clinico-radiologica.pdf
- https://www.radiologyinfo.org/sp/info.cfm?pg=pediatric-xray
- https://faros.hsjdbcn.org/es/articulo/radiografia-torax-ninos-consiste-casos-realiza-riesgos-tie
ne
- https://www.aepap.org/sites/default/files/cursoaepap2015p145-151.pdf
- https://spaoyex.es/sites/default/files/voxpediatrican12015.15-22.pdf
- https://www.sap.org.ar/docs/congresos_2014/Radiologia/PDFs/Dr.Lopez_Marure_radiografi
a_de_torax_y_algo_mas.pdf

Capítulo 1708

ESTUDIO DE LA ERGONOMÍA TEMPORAL.

SILVIA PÉREZ SUÁREZ

1 Introducción

Según la Asociación Española de Ergonomía, se define la ergonomía como el conjunto de conocimientos de carácter multidisciplinar aplicados para la adecuación de los productos, sistemas y entornos artificiales a las necesidades, limitaciones y características de sus usuarios, optimizando la eficacia, seguridad y bienestar.

Las tres ramas clásicas de la ergonomía son la geométrica, la ambiental y la temporal:

1) Ergonomía geométrica: Se centra en la relación entre el hombre y las condiciones métricas de su puesto de trabajo, estudiando los siguientes aspectos:
1. Cargas posturales y físicas, tanto estáticas como dinámicas y por componentes de actividad.
2. Diseño del puesto de trabajo: altura de planos de trabajo, áreas y volúmenes de trabajo; elementos de trabajo: asientos, mesas y de los medios físicos instrumentales (mandos, manivelas, herramientas); relaciones métricas con dispositivos de seguridad (defensas, resguardos).

2) Ergonomía ambiental: Es la que estudia las relaciones del hombre con todos los factores ambientales, y en ello guarda similitud con la higiene en el trabajo. Aspira a conseguir el mayor bienestar del trabajador, eliminando los elementos que atenten contra ello, aunque su presencia no llegase a producir enfermedad. El bienestar ambiental es una sensación subjetiva de agrado, que se manifiesta

cuando las funciones fisiológicas y psicológicas se realizan con total normalidad y el rendimiento laboral alcanza su nivel máximo. En este tipo de ergonomía encontramos las siguientes actuaciones:
1. Sobre factores físicos. Factores del microclima, presión, temperatura, humedad y velocidad de paso y renovación del aire; luminosidad; estudio de fenómenos oscilatorios, ruidos y vibraciones, para obtener comodidad.
2. Sobre factores psicodinámicos.

3) Ergonomía temporal: estudia la relación fatiga/descanso:
1. Distribución semanal de la jornada laboral, para evitar la fatiga física y mental (horarios limitados, pausas).
2. Tipos especiales de jornadas laborales: fragmentada, continua, a turnos, flexible, nocturna, etc.
3. Vacaciones y descansos.

2 Objetivos

Abordar el estudio de la ergonomía temporal. Principales características y aspectos a tener en cuenta.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica sistemática utilizando una serie de buscadores específicos de Ciencias de la Salud como son Dialnet, Scielo, Cinahl, Lilacs, Google Académico y Pubmed español.

También hemos obtenido gran información en libros de texto sobre ergonomía entre distintos profesionales del ámbito sanitario. Se encontraron algunas tesis doctorales referentes a este tema, todos en un periodo establecido desde 2009 hasta 2019. También se ha procedido al estudio de las leyes tanto estatales como comunitarias referentes a este tema.

Palabras clave: ergonomía, ergonomía temporal, riesgos laborales, evaluación de riesgos ergonómicos, crono-ergonomía.

4 Resultados

El estudio de la ergonomía temporal (también llamada cronoergonomía) consiste en el estudio del trabajo en el tiempo, se estudia la carga de trabajo y su distribución a lo largo de la jornada, el ritmo a que se trabaja, las pausas realizadas, etc. Estudia el reparto de trabajo en el tiempo en lo que se refiere al horario de trabajo, ritmo de trabajo y pausas, la distribución semanal y su descanso y las vacaciones.

Se debe tomar en cuenta las variaciones del organismo humano en el tiempo. Una buena distribución en el trabajo y descanso en el marco del tiempo biológico provoca un mayor rendimiento traducido en una disminución de errores y un aumento de la calidad de trabajo, además de un mayor grado de satisfacción por parte del trabajador.

Nos interesa, no solamente la carga de trabajo, sino cómo se distribuye a lo largo de la jornada, el ritmo al que se trabaja, las pausas realizadas, etc. Estudiaremos el reparto del trabajo en el tiempo en lo que se refiere a:
- La distribución semanal, las vacaciones y descanso semanal.
- El horario de trabajo (fijo, a turnos, nocturno, etc.).
- El ritmo de trabajo y las pausas. Todo ello, teniendo en cuenta las variaciones del organismo humano.

Nos interesa, no solamente la carga de trabajo, sino como se distribuye a lo largo de la jornada, el ritmo al que se trabaja, las pausas realizadas, etc. Estudiaremos el reparto del trabajo en el tiempo en lo que se refiere a:
- La distribución semanal, las vacaciones y descanso semanal.
- El horario de trabajo (fijo, a turnos, nocturno, etc.).
- El ritmo de trabajo y las pausas. Todo ello, teniendo en cuenta las variaciones del organismo humano.

Duración de la jornada laboral.
• La duración de la jornada de trabajo será la pactada en los convenios colectivos o contratos de trabajo.
• La duración máxima de la jornada ordinaria de trabajo será de cuarenta horas semanales de trabajo efectivo de promedio en cómputo anual.
• Mediante convenio colectivo o, en su defecto, por acuerdo entre la empresa y los representantes de los trabajadores, se podrá establecer la distribución irregular de la jornada a lo largo del año. En defecto de pacto, la empresa podrá distribuir de manera irregular a lo largo del año el 10 por ciento de la jornada de trabajo. Dicha distribución deberá respetar en todo caso los períodos mínimos de des-

canso diario y semanal y el trabajador deberá conocer con un preaviso mínimo de cinco días, el día y la hora de la prestación de trabajo resultante de aquella.
• A la jornada ordinaria pueden adicionarse horas extraordinarias. El número máximo de horas extraordinarias es de 80 al año, si bien no computan dentro de este límite las horas extras compensadas por tiempo de descanso (no con retribución) dentro de los cuatro meses siguientes a su realización. Tampoco se tendrá en cuenta, a efectos de la duración máxima de la jornada ordinaria laboral, ni para el cómputo del número máximo de las horas extraordinarias autorizadas, el exceso de las trabajadas para prevenir o reparar siniestros y otros daños extraordinarios y urgentes, sin perjuicio de su compensación como horas extraordinarias.

Descanso diario, durante la jornada y semanal.
• Entre el final de una jornada y el comienzo de la siguiente mediaran, como mínimo, doce horas.
• Cuando la duración de la jornada diaria continuada exceda de seis horas, deberá establecerse un período de descanso durante la misma de duración no inferior a quince minutos. Este período se considerará de tiempo de trabajo efectivo cuando así esté fijado o se establezca por convenio colectivo o contrato de trabajo.
• Los trabajadores tendrán derecho a un descanso mínimo semanal, acumulable por períodos de hasta catorce días, de día y medio ininterrumpido que, como regla general, comprenderá la tarde del sábado o, en su caso, la mañana del lunes y el día completo del domingo.

Trabajo nocturno.
• Se considera trabajo nocturno el realizado entre las diez de la noche y las seis de la mañana. El empresario que recurra regularmente a la realización de trabajo nocturno deberá informar de ello a la Autoridad Laboral.
• La jornada de trabajo de los trabajadores nocturnos no podrá exceder de ocho horas diarias de promedio, en un período de referencia de quince días. Dichos trabajadores no podrán realizar horas extraordinarias.
El trabajo nocturno ergonómicamente hablando es el menos recomendado, tanto desde el punto de vista de la salud del trabajador desde el punto de vista del rendimiento.
El organismo está programado vivir de día.

Trabajo a turnos.
- Se considera trabajo a turnos toda forma de organización del trabajo en equipo, según la cual los trabajadores ocupan sucesivamente los mismos puestos de trabajo, según un cierto ritmo, continuo o discontinuo, implicando para el traba-

jador la necesidad de prestar sus servicios en horas diferentes en un período determinado de días o de semanas.
- El trabajo por turnos ha tenido gran interés para la psicología por las consecuencias que tienen las diferentes modalidades sobre la conducta. Una de las principales consecuencias del trabajo a turnos es la ruptura de los ritmos de vida social y familiar y la ruptura de los ritmos circadianos. Pudiendo originar aislamiento social por la invasión del tiempo de trabajo en el tiempo de ocio y por el sentimiento de incapacidad para poder atender las necesidades familiares, domésticas y sociales.
- La rotación de los turnos puede ser lenta (semanal) o rápida (cada 2 ó 3 días). En la rotación de los turnos hay que tener en cuenta que el cuerpo humano necesita de un periodo de adaptación al cambio de ciclo sueño-vigilia. La rotación rápida produce mayor contacto familiar y social y la rotación lenta una mayor adaptación al ciclo sueño-vigilia, aunque hay discrepancias en estos aspectos.
La turnicidad puede crear alteraciones y las principales son:
- Disfunciones digestivas.
- Disfunciones del sueño.
- Disfunciones psicosomáticas.

Los horarios en el cambio de turnos son importantes y se aconseja que se produzcan en los horarios: 6-7h, 14-15h y 22-23h.

5 Discusión-Conclusión

La fatiga es una disminución del poder funcional de los órganos, provocada por un exceso de trabajo y acompañada de una sensación genérica de malestar. En cuanto a su origen, se distinguen dos tipos de fatiga: por exceso de carga física y por carga mental. Esta última repercute sobre la salud mental y tiene múltiples consecuencias: alarga el tiempo de reacción a los estímulos; rebaja la atención; disminuye la coordinación; robotiza el comportamiento; disminuye la prudencia y deteriora las relaciones interpersonales.

Todo ello se traduce en:
• Inadaptación laboral.
• Disminución del rendimiento y la productividad, entre otras cosas disminuyendo la rapidez.
• Descenso del nivel de seguridad, y por ello potencia el riesgo de accidentes debidos al factor humano.

Para un diseño ergonómico del puesto de trabajo hay que considerar:
- La carga física del trabajo en relación con las capacidades del individuo
- La carga adicional debida a las condiciones ambientales.
- El método y el ritmo de trabajo.
- La posición del cuerpo, los movimientos y esfuerzos.
- Los espacios de trabajo.
- El diseño y situación de los mandos y controles.
- La cantidad y calidad de la información tratada.
- El número y distribución de pausas a lo largo de la jornada.
- La posibilidad de modificar el orden de las tareas, cambiar de postura etc.

Algunas medidas que permiten aminorar los efectos del trabajo a turnos/nocturnidad son las siguientes:
- Medidas de reducción de la jornada laboral.
- Participación de los trabajadores/as en la organización de sus turnos (número de turnos, pausas, sistema de rotación, períodos de descanso, etc.) y, en general, en la organización de equipos y tareas.
- Posibilidad de flexibilización y adaptación de los turnos a las necesidades y características personales: traslado de los trabajadores/as de más edad a turnos de día, flexibilidad en los casos de personas con cargas familiares, trabajadoras embarazadas, etc.
- Mejoras en los servicios: comedor, transporte, asistencia sanitaria.
- Procurar adaptar las condiciones de trabajo a los turnos (por ejemplo, climatización e iluminación nocturnas, tener en cuenta la menor resistencia del organismo a los contaminantes durante la noche).
- Intentar acuerdos sobre las horas de comienzo y relevo de los turnos en función de las preferencias, necesidades y circunstancias de los trabajadores/as (tener en cuenta que, desde el punto de vista médico, es preferible iniciar el turno de mañana más tarde a fin de no perturbar la fase final del sueño que es la más reparadora)
- Modificar los sistemas de rotación en un sentido noche/ tarde/mañana que parece preferible al de mañana/tarde/ noche por el inconveniente que supone pasar del turno de noche al de mañana.
- Desde el punto de vista médico se aconseja una rotación de ciclos cortos de dos o tres días.
- Situar el período principal de descanso dentro del ciclo de rotación, después del último turno de noche.
- El turno de mañana es recomendable que comience a partir de las 7 horas.

6 Bibliografía

- Ley 31/1995 de 8 de noviembre de Prevención de Riesgos Laborales. B.O.E. E nº 269, de 10 de noviembre.
- Real Decreto 39/1997 de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención.
- Real Decreto 486/1997 de 14 de abril, por el que se establecen las Disposiciones mínimas de seguridad y salud de los lugares de trabajo.
- Real Decreto 488/1997 de 14 de abril, disposiciones mínimas de seguridad y salud relativos al trabajo con equipos que incluyen pantallas de visualización de datos.
- Ministerio de trabajo de España: Guía Laboral - Jornada laboral. Permisos y vacaciones.
- McCormick, E, Ergonomía. España: Editorial Gustavo – Gili, 1980.
- SCHNEIDER, B. La aportación de la Ergonomía a la configuración humana del trabajo. Simposio-Seminario.
- José Luis Llorca rubio, Manuel de ergonomía aplicada a la prevención de riesgos laborales.
- Diego-Mas, José Antonio. Análisis ergonómico global mediante el método LEST. Ergonautas, Universidad Politécnica de Valencia, 2015.
- Pedro R. Mondelo ergonomía 2 estrés y confort térmico.
- Falzon, P. (2009). Manual de Ergonomía. Madrid: Modus Laborandi.
- Noulin, M. (2010). Ergonomía. La guía de la Sorbona. Modus Laborandi.

Páginas web:
- www-Iaprl.org… Instituto Asturiano de Prevención de Riesgos laborales.
- www-ergonomos.es…Asociación española de ergonomía.
- www-inss….instituto nacional de la Seguridad Social.

Capítulo 1709

EL SÍNDROME DEL BURNOUT EN EL PERSONAL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DEL ENTORNO SANITARIO

SUSANA ALVAREZ ALONSO

1 Introducción

Cuando hablamos de Burnout nos referimos a un término inglés que viene a significar desgaste, agotamiento profesional. Es una combinación de malestar físico y mental, un trastorno que altera las facultades físicas, psíquicas, emocionales y de comportamiento de manera progresiva, y va siempre asociado al entorno laboral, profesional.

El trabajo contribuye generalmente a nuestro desarrollo personal, pero cuando ya no se está a gusto con las tareas y no se tiene capacidad de decisión, se pueden ver alteradas la capacidad de pensar, y se puede llegar a generar un sentimiento de desvalorización, pensar que ya no se es útil, sentirse "quemado". No se debe de confundir este término con la depresión.La depresión es una enfermedad, una dolencia que puede afectar a personas de cualquier edad, una tristeza tan grande y profunda que malamente podemos controlar las emociones.

El personal auxiliar administrativo de la sanidad en muchas ocasiones sufre este desgaste laboral, que puede llegar a causarle verdaderos problemas tanto a nivel laboral como personal si no se le intenta poner solución de manera prácticamente inmediatas, al menor síntoma.La administración debería de concienciarse

seriamente de este grave problema que no sólo afecta al funcionario auxiliar administrativo (desde luego es el más afectado, ya que es quien está padeciendo directamente este síndrome, en primera persona), también afecta a la propia administración, al servicio ofrecido a la sociedad y cómo no a los propios usuarios y pacientes de los centros sanitarios.

2 Objetivos

Con este estudio lo que se pretende es dar a conocer la problemática actual del síndrome del burnout , que afecta a muchísimos trabajadores administrativos del entorno sanitario, cada vez más. A través de varios referentes bibliográficos y el análisis tras la lectura de diferentes estudios existentes sobre la materia, lo que se busca es mostrar este problema social, laboral, realmente serio, identificar las causas del mismo, y ofrecer unas pautas para conseguir superarlo. No es una tarea fácil.

3 Metodología

A la hora de hacer este estudio bibliográfico se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica y se han utilizado bases de datos del tipo Dialnet, PubMed , Scielo y también el buscador Google Académico.

Se han usado descriptores en español: “burnout”, “agotamiento laboral”, “auxiliar administrativo”, y el operador booleano “and”.

4 Resultados

De acuerdo con la OMS (Organización Mundial de la Salud) los trabajadores constituyen la mitad de la población en todo el mundo y son los que contribuyen en mayor medida al desarrollo económico y social de muchos países, por tanto su salud es importante, principalmente cuando está condicionada por riesgos del lugar de trabajo.

El síndrome de burnout es un síndrome psicológico producido en respuesta a factores estresantes interpersonales crónicos en el entorno laboral. Presenta tres dimensiones clave: agotamiento abrumador, sentimientos de cinismo y desprendimiento de la tarea, y una sensación de ineficacia y de falta de logro (Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001).

La OMS ha reconocido oficialmente este síndrome como enfermedad dentro de su Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos. Entrará en vigor el 1 de enero de 2022. El primero en hablar de este síndrome fue el psicólogo estadounidense, de origen alemán, Herbert Freudenberger en 1974.

Las mujeres son los sujetos más expuestos, debido al doble compromiso, tanto en el trabajo como en la familia, en el que debe invertir todos los días. Hablamos de un desgaste profesional como resultado del estrés crónico, un proceso que aparece como fase final del estrés. Afecta a los profesionales, en este caso a los auxiliares administrativos del entorno laboral sanitario, que tienen un contacto continuo con los usuarios e importantes exigencias emocionales interpersonales.

Los estados de ánimo tienen una incidencia directa sobre nuestros pensamientos y conducta. Según el estado en que nos encontremos, nuestros juicios y decisiones se verán más o menos perjudicados, sintiéndonos habilitados de una manera u otras para realizar las tareas o problemas con distinta actitud.
Si tenemos problemas personales que nos llevan a una especie de estado de ansiedad perenne, nuestro desempeño profesional se puede ver perjudicado. Esto sucede incluso cuando esos problemas no tienen nada que ver con el trabajo en sí. Estamos distraídos, poco concentrados, susceptibles, imprecisos…

Tratar de concentrarnos en el trabajo cuando nuestra cabeza está ocupada en otros asuntos es difícil. Pero si encima el nivel de concentración que nos exige nuestro trabajo es alto, la cosa se complica aún más. Nuestros recursos de atención son limitados, por lo que notaremos aún más los efectos negativos de un estado de ánimo decaído en tareas que requieran de un gran esfuerzo cognitivo. La dificultad aumenta si a nuestro batido mental añadimos los "pensamientos rumiativos" posteriores generados por la situación emocional.

Las causas del agotamiento profesional del personal administrativo (en lo que nos interesa, el auxiliar administrativo) en el ámbito de la sanidad son numerosas y pueden afectar a cualquier trabajador. Sin embargo hay varios puntos, factores, en común:
-Factores a nivel de organización: sobrecarga de tareas, inestabilidad laboral, cambios de horario, trabajos a turnos, ambiente de trabajo negativo (tensión laboral), mala comunicación con los compañeros de trabajo, poco reconocimiento de la calidad de las tareas realizadas, entre otros.
-Factores sociales: tendencia al pesimismo, falta de autoestima, nivel alto de expectativas, búsqueda de la perfección absoluta…

Podemos destacar algunos de los síntomas que pueden poner en alerta al auxiliar administrativo del entorno sanitario de que está sufriendo el síndrome del burnout, entre otros:

-Síntomas psicosomáticos : cefaleas, malestar gástrico, migrañas, fatiga crónica, dificultad para levantarse por las mañanas, insomnio, palpitaciones, hipertensión, pulsaciones elevadas, alergias, problemas gastrointestinales, agotamiento mental, físico y emocional, por ejemplo.

-Síntomas conductuales: absentismo laboral, cinismo, apatía, pérdida de motivación laboral, dificultad de concentración, hostilidad, suspicacia, sarcasmo, pesimismo, irritabilidad, ansiedad generalizada y focalizada en el trabajo, entre otros.

-Síntomas emocionales: como frustración, aburrimiento, distanciamiento afectivo, ansiedad, impaciencia, desorientación, sensación permanente de impotencia.

- Adicciones: alcohol, comida, tabaco, estupefacientes…

Podríamos hablar de unos test para determinar si un auxiliar administrativo sanitario sufre de agotamiento profesional, de burnout. Sirvan como ejemplo los siguientes:

-Cuestionario CBI (Copenhagen Burn out Inventory), test que contiene tres factores importantes: el agotamiento personal, relacional y profesional. Está compuesto por 19 preguntas tipo test.

-Test de Maslach Burn out Inventor: se trata de 22 preguntas tipo test. Se centra en el logro personal.

Mediante la realización de estos test u otros similares se podría detectar si el trabajador administrativo está sufriendo el síndrome del agotamiento laboral o burnout.

En caso de burnout el auxiliar administrativo debe aceptar la situación, y si fuera necesario buscar ayuda profesional de un psicólogo o psiquiatra. Es muy importante y necesario identificar los síntomas del Burnout y hablar con los superiores, en algunas ocasiones la asignación de nuevas tareas o un cambio de puesto puede resultar beneficioso. No siempre es así, y a veces es complicado.

Tratamientos / metodología para combatir el burnout:

-El descanso es primordial, pues las reservas de energía están agotadas, aunque es insuficiente para curar el agotamiento profesional y evitar las recaídas.

-A nivel personal : marcarse objetivos fáciles y realistas, adoptar una actitud positiva, hacer un pequeño descanso cada hora de trabajo, realizar técnicas de relajación.

-A nivel grupal y organizacional : realizar un diseño de trabajo disminuyendo la carga laboral, ofertar información y programas sobre la prevención de riesgos psicosociales, fomentar la comunicación ascendiente y descendiente, fomentar las relaciones interpersonales entre el grupo de trabajadores, facilitar la formación e información necesaria.

Una buena manera de superar el burnout es dejar de decir no puedo y empezar a preguntarse ¿cómo puedo hacerlo?; en lugar de decir no puedo hacer esto mejor decir cómo puedo hacer esto. Este pequeño cambio puede hacer que el personal administrativo sea mentalmente más fuerte a la hora de resolver problemas y sea capaz de dar un paso más hacia adelante sin importar lo bloqueado que en ese momento se sienta.

Otra manera de conseguirlo es con el uso de hábitos, de costumbres, como por ejemplo comer más sano o hacer ejercicio. Son cosas que solemos dejar pasar cuando estamos estresados, a no ser que ya los tengamos como un hábito y lo hagamos inconscientemente.

Darse premios, desconectar unas horas del trabajo, mimarse(comprarte un capricho, ir al cine, salir a comer, quedar con amigos…) cuando se terminan las tareas también sirve de motivación y alivia o evita la frustración, el desencanto emocional.

Del mismo modo, interactuar con otros puede ser un buen remedio: consideremos a los demás como un recurso y, si hay un compañero en quien se confía, es muy bueno abrirse con esa persona y contarle los problemas laborales.

A veces el burnout surge cuando la meta que buscamos es muy grande, la vemos como inalcanzable. En lugar de agobiarse, hay que pensar en objetivos más cercanos, más realistas. El auxiliar administrativo sanitario debe de priorizar en lo que es importante primero, buscar no sentirse presionado. Trabajar bajo una presión constante puede hacernos cometer errores, estar más distraídos y ausentes con mayor frecuencia en el trabajo.

Y lo más importante de todo: no rendirse nunca. El problema del síndrome de burnout es que no es igual para todos. Lo que a otros funciona puede no ser útil para otro auxiliar administrativo, pero nunca hay que darse por vencido, hay que buscar diferentes opciones hasta lograr lo que te funcione. Nunca se sabe en qué lugar o en qué momento se puede encontrar la solución a los problemas de productividad.

5 Discusión-Conclusión

En la actualidad el ritmo de vida es desenfrenado, se está bajo constantes presiones en los diferentes contextos (personal, laboral y social) lo que lleva a soportar y sufrir importantes cargas emocionales y de trabajo. Las exigencias físicas, mentales, diarias, en algunas ocasiones llegan a ser tan fuertes, tan extremas, que afectan al entorno laboral y al estilo de vida, y terminan provocando repercusiones negativas en la productividad y la calidad del trabajo del auxiliar administrativo.

Por parte de las instituciones y la administración servirían de ayuda el fomento del trabajo en equipo y la supervisión de las condiciones laborales periódicamente, siendo una buena idea hacer cursos y talleres esencialmente prácticos para el personal administrativo (talleres de motivación, de relajación, descansos cortos y frecuentes, ...), quien en ocasiones tiene que realizar trabajos de una gran responsabilidad y en contacto con otras personas.

Conseguir liberar con ello un poco el estrés tan fuerte y esa carga tan pesada que el trabajador lleva encima, todo ello para conseguir, o al menos mejorar, un ambiente de trabajo relajado, donde los trabajadores, no sobrecargados ni sobrepasados con tantas tareas puedan desarrollar plenamente y con total eficacia su labor, y no sentirse tan agobiados, tan "quemados".

6 Bibliografía

- Gil-monte, pedro.El síndrome de quemarse por el trabajo(burnout).
- Forbes álvarez, roger. El síndrome de burnout. Integraorg.Com.
-Guía de prevención de riesgos psicosociales en el sector sanidad: atención primaria. Comisión ejecutiva confederal de ugt, madrid.2007.
-Girón cónsul mª inmaculada,; fernández garcía, ricardo. Los riesgos psicosociales en el personal administrativo. 2011.
-Guía básica de prevención de riesgos laborales específicos en sector sanitario, ccoo.Federación de sanidad y sectores sociosanitarios.
-Burnout y ansiedad. Manual de atención psicosocial. Pardo ríos, manuel.2012.
-variables psicosociológicas y burnout en el ámbito sanitario. Porras santos, nieves. Salamanca.2014.

Capítulo 1710

EL MOBBING EN EL ÁMBITO LABORAL DEL PERSONAL NO SANITARIO

LORENA VIGON ALVAREZ

1 Introducción

El mobbing es un fenómeno que se da en el lugar de trabajo, en el que un individuo o varios, ejercen violencia psicológica de manera sistemática y repetitiva sobre otro individuo o individuos, durante un periodo de tiempo prolongado.

El acoso laboral (mobbing) es una realidad cada vez más estudiada y reconocida, muy difícil de identificar ya que no siempre se presenta con las mismas características.

2 Objetivos

- Conocer cuales son los tipos de mobbing y las consecuencias que ocasiona en el personal no sanitario.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica compuesta por las bases de datos: Dialnet y Pubmed, libros, revistas y páginas web; utilizando los descriptores: mobbing, acoso laboral y personal no sanitario, limitando la búsqueda mediante los operadores boolenos: And y Or.

Se han utilizado como criterios de inclusión: publicaciones y documentos en español, rechazando los que no se ajustaban a lo establecido.

4 Resultados

Normalmente, el mobbing, se hace sin que haya testigos, aprovechando encuentros personales para amenazar o insultar, difundir falsos rumores, menospreciar el trabajo realizado por la víctima, sobre cargándola de trabajo o asignándole tareas alejadas de su capacidad profesional, aislándola de sus compañeros, negándole permisos…

¿CUÁLES SON LOS TIPOS DE MOBBING?

SEGÚN LA POSICIÓN JERÁRQUICA:
- Mobbing horizontal: el acosador y la víctima se encuentran en el mismo rango jerárquico. Suele darse entre compañeros de trabajo y la repercusión psicológica para la víctima suele ser devastadora.
- Mobbing vertical: el acosador se encuentra en un nivel jerárquico superior a la víctima o se encuentra en un nivel inferior a ésta.
Puede ser ascendente (un empleado de nivel jerárquico superior es atacado por uno o varios de sus subordinados) o descendente (un empleado de nivel jerárquico inferior recibe acoso psicológico por parte de uno o varios empleados que ocupan posiciones superiores).

SEGÚN EL OBJETIVO:
En función de los objetivos que el acosador desee conseguir.
- Mobbing estratégico: el mobbing, forma parte de la empresa y se pretende que el acosado rescinda su contrato con la misma de manera voluntaria, de esta manera, la empresa se ahorraría pagarle la indemnización del despido.
- Mobbing de dirección o gestión: se lleva a cabo por la dirección de la organización cuando se pretende prescindir de un trabajador que es poco sumiso o para acabar con un trabajador que no se ajusta a las expectativas.
- Mobbing perverso: este tipo de mobbing, no tiene un objetivo laboral. Es muy perjudicial porque las causas que produce el acoso no pueden solucionarse implantando otras dinámicas de trabajo mientras que la persona acosadora siga en la organización.
- Mobbing disciplinario: es el tipo de mobbing empleado por el acosador para que la persona acosada entienda que debe ”entrar por el aro”, porque si no lo hace será castigada. Este tipo de acoso no sólo infunde miedo en la víctima, también

advierte a los demás compañeros de lo que podría sucederles. Se crea un clima laboral en el que nadie se atreve a llevarle la contraria al superior.

¿CUÁLES SON LAS CONSECUENCIAS DEL MOBBING?

PERSONALES:
- Trastornos orgánicos, funcionales, del sueño.
- Aumento de hábitos de adicción.
- Pérdida de motivación.
- Pérdida de autoestima.
- Nerviosismo e irritabilidad.
- Necesidad de fármacos.
- Insomnio.
- Apatía y ansiedad.
- Problemas de concentración o atención.
- Sensibilidad o hipersensibilidad a la crítica.
- Miedos y sensación de amenaza.
- Aparición de sentimientos de injusticia o rabia.
- Frustración.
- Inicio de cuadros depresivos o fobias.
- Efectos cardIovasculares y alteraciones gastrointestinales.
- Trastornos nerviosos.
- Conductas de aislamiento o evitación.
- Conductas de hostilidad.
- Impotencia.
- Tendencias paranoicas y suicidas.

FAMILIARES Y SOCIALES
- Incomprensión de la familia y amistades.
- Agresividad e irritabilidad en las relaciones.
- Pérdida de ilusión e interés en proyectos comunes.
- Abandono de responsabilidades o compromisos.
- Abandono de la familia o amistades.
- Separación matrimonial.

LABORALES
- Pérdida de la satisfacción en el trabajo.
- Incomprensión por parte de los compañeros de trabajo.
- Deterioro del ambiente de trabajo.
- Pérdida de motivación.

- Descenso del rendimiento personal.
- Disminución de la calidad y cantidad de trabajo.
- Dificultad de concentración y atención.
- Aumento del absentismo y bajas laborales.
- Aumento de la probabilidad de accidentes en el trabajo por negligencias, descuidos.
- Finalización de la relación laboral por despido, marcha voluntaria o extinción del contrato.

5 Discusión-Conclusión

El mobbing es un problema laboral que debe ser atajado desde los 3 niveles de prevención (primaria, secundaria y terciaria), de manera que el número de casos nuevos se reduzca, y las personas que han sido sometidas a tal violencia, puedan recuperar su vida, su confianza y motivación.

Según el Observatorio de Agresiones del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, el 25% de este tipo de situaciones que se producen en el trabajo, se da en el sector sanitario.
Ante un problema de mobbing hay que:
- No callar.
- No intentar solucionarlo y luchar con los problemas uno solo.
- No sentirse culpable, ni desvalorizarse.
- Buscar personas de confianza o apoyo. Es aconsejable recoger pruebas por escrito y testigos.
- Nadie tiene que soportar abusos.
- Buscar apoyo psicológico y aprender técnicas de afrontamiento.
- Contactar con asociaciones de afectados, asesoramiento legal y/o psicológico.
- Denunciar ante la autoridad laboral o juzgado.

6 Bibliografía

- www.psicologiaymente.com
- www.diariomedico.com
- Piñuel, I. (2003). Mobbing: cómo sobrevivir al acoso psicológico en el trabajo. Ed. Punto de Lectura. Madrid

Capítulo 1711

ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

MARIA JESÚS LÓPEZ LIRANZO

SANDRA MARÍA ALVARÉ CAROU

MARTA LUCÍA GARCÍA VALDÉS

1 Introducción

Las ETS son causadas por más de 30 bacterias, virus y parasitos diferentes, y se propagan predominantemente por contacto sexual, incluso el sexo vaginal,anal,oral,incluso algunas se pueden propagar por contacto sexual cutaneo. Muchas de ellas, especialmente clamidiasis, gonorrea, heoatitis B, VIH, VPH y sifilis, se pueden transmitir tambien de la madre al niño durante el embarazo y el parto.

Hay dos formas principales de transmision por secreciones infectadas en contacto con superficies mucosas,como la uretra masculina, la vagina o el cuello uterino. Esto ocurre en VIH, la clamidia y la tricomoniasis y cuando existen ulceras genitales y se produce contacto entre estas y la piel infectada, como ocurre en el herpes genital,sifilis y la infeccion por el virus del papiloma humano.

2 Objetivos

- Describir la etiopatogenia, transmisión y síntomas de la ETS más frecuentes y relacionar las ETS con el periodo de gestación y el recién nacido.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión sistemática de documentos a través de diversas bases de datos como Pubmed Cochrane. La búsqueda se ha realizado centrádola entre los años 2000-2019. Utilizando para ello palabras clave como: embarazo, ETS, recién nacido y patologías.

4 Resultados

Las consecuencias de una ETS en una mujer embarazada y en el feto/recién nacido pueden ser graves e incluso mortales, sobre todo si la mujer se infecta durante el embarazo. Por ello es importante dar a conocer los efectos que producen estas enfermedades tanto en las madres como en los recién nacidos y fomentar así las protección durante el embarazo.

La presencia de clamydia en el tracto genital femenino después de la primera mitad del embarazo ha demostrado ser un factor de causalidad que genera tasas un tanto mayores de complicaciones como parto prematuro, retardo del crecimiento fetal intrauterino, bajo peso al nacer, rotura prematura de membrana y prematuridad noenatal.

La infección no se transmite durante la gestción sino que la transmisión vertical ocurre en el momento del parto provocando una conjuntivitis neonatal (pudiendo así presentarse entre los 5 y 14 días después de haber nacido una conjuntivitis purulenta) y siendo una de las causas más comunes de neumonía afebril del lactante.

5 Discusión-Conclusión

Las ITS tienen grandes repercusiones, tanto en la dimensión física como en la psicología, pudiendo adquirir enfermedades no solo incurables sino además altamente infecciosas como el VIH o la Hepatitis B entre otras. Si bien otras no tan impactantes en la salud pueden tener tratamiento terapeútico, cabe destacar su relación con la esterilidad.

Respecto a las mujeres embarazadas, es de gran transcendencia detectar este tipo de enfermedades durante la gestación con el fin de evitar graves problemas en el neonato, insistiendo en la importancia de la prevención primaria tanto en educación para la salud y educación sexual como el uso de preservativo.

6 Bibliografía

- Equipo Editorial de Fistierra, médicos especialistas en Medicina de Familia y en Medicina Preventiva y Salud Pública. Información para pacientes sobre la Gonorrea. Elsevier: Arturo Louro González; Diciembre 2000,{24.03.2010; 27.09.2014}. Disponible en: http://www.fisterra.com/Salud/1infoConse/gonorrea.asp
- PudMed.Infecciones por Clamidia. Bethesda: National Library of Medicine.U.S Department os Health and Human Services;1.11.2012,{3.09.2014; 27.09.2014}. Disponible en: http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/chlamydiainfections.html
- Dynamiclear {internet}. Dunmurry: dynamiclear; 1997 {actualizado en 2014}. El Herpes genital HSV-2 {aprox. 1 pantalla}. Disponible en: http://dynamiclear.es/el-herpes-genital-hsv2/
- Universidad nacional autónoma de México {internet}. México: Beatriz Gómez García; 2001 {actualizado el 11 de octubre de 2013}. Herpes {aprox. 4 pantallas}. Disponible en: http.//www.facmed.unam.mx/deptos/microbiologia/virologia/herpes.html

Capítulo 1712

RIESGOS BIOLÓGICOS EN SANIDAD

CRISTINA LAGO MENÉNDEZ

MARÍA JESÚS FERREIRO JIMÉNEZ

1 Introducción

El riesgo biológico es aquel riesgo derivado de la manipulación o exposición a agentes patógenos o biológicos, puede dar un daño a la salud, así como enfermedades.

Un agente biológico es un microorganismo, con la inclusión de los genéticamente modificados, los cultivos celulares y los parásitos humanos, susceptibles de originar cualquier tipo de infección, alergia o toxicidad.

En el ámbito sanitario es uno de los riesgos laborales más importantes, ya que los trabajadores están en contacto continuamente con fluidos corporales, sangre, etc.

Se puede transmitir por vía digestiva, sanguínea, respiratoria, mucosa o a través de la piel.

2 Objetivos

Conseguir minimizar la transmisión de enfermedades e infecciones; lograr un entorno de trabajo lo más seguro posible; reducir los costes económicos derivados de los problemas de salud y seguridad en el trabajo por el mal uso del material existente o incumplimiento de las normas de seguridad; implantación de un sistema

de vigilancia de los accidentes de riesgo biológico para el perfeccionamiento de este tipo de sistemas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la prevención de riesgos laborales biológicos.

4 Resultados

Los agentes biológicos se pueden clasificar según su especie y peligrosidad.

Según su especie pueden ser bacterias, virus, hongos o parásitos:
- Bacterias: son microorganismos unicelulares y procarióticos. Según su forma pueden ser cocos, bacilos, espirilos, espiroquetas y virilos. Son capaces de vivir en un medio adecuado sin necesidad de valerse de otros organismos. Las principales vías de entrada son las heridas o la ingesta de alimentos infectados. Algunas enfermedades causadas por bacterias pueden ser la tuberculosis, tétanos, difteria, etc.
- Virus: son microorganismos que necesitan un organismo vivo para reproducirse debido a su falta de metabolismo. Algunas enfermedades pueden ser la hepatitis A y B, parotiditis, meningitis, SIDA.
- Hongos: son organismos de estructura celular eucariota que necesitan la materia orgánica como nutriente. se pueden comportar como saprófitos o como parásitos. Viven en la materia orgánica en descomposición. Algunas enfermedades producidas por hongos son las candidiasis, micosis por Aspergillus, el asma.
- Parásitos: son seres que viven sobre o dentro de otro organismo. Se clasifican en: protozoos (unicelulares) como la ameba y metazoos (pluricelulares) los helmintos. Se pueden contraer por medio de alimentos, agua contaminada, picadura de insecto o contacto sexual. Algunas enfermedades son la malaria, toxoplasmosis.

Según la peligrosidad se dividen en:
- Grupo I Riesgo individual y poblacional escaso o nulo: son agentes con escasa probabilidad de causar una enfermedad en las personas.
- Grupo II Riesgo individual moderado y poblacional bajo: son agentes que pueden causar una enfermedad en el ser humano y pueden suponer un peligro para quienes trabajan cuando entran en contacto con él, siendo poco prob-

able que se propaguen a la colectividad y existiendo generalmente profilaxis o tratamiento eficaz.
- Grupo III Riesgo individual elevado y poblacional bajo: son agentes que pueden causar una enfermedad grave en las personas y presentan un serio peligro para quienes trabajan con él, pero que al mismo tiempo presentan un riesgo bajo de propagación a la colectividad y existiendo una profilaxis o tratamiento eficaz.
- Grupo IV Riesgo individual y poblacional elevado: son agentes que causan una enfermedad grave en el ser humano y que suponen un serio peligro para quienes trabajan con él, y al mismo tiempo presentan muchas probabilidades de que se propaguen a la colectividad, añadiendo a todo esto que no existe, generalmente, una profilaxis o un tratamiento eficaz.

Algunas de las medidas preventivas, precauciones universales, a utilizar para disminuir el riesgo de transmisión de los agentes patógenos son: la vacunación, la higiene de manos, el uso de guantes, la protección facial con gafas y mascarilla, el uso de ropa de protección individual, la prevención de pinchazos de aguja y lesiones con equipos de bioseguridad, la prevención secundaria tras la exposición a un agente biológico, la limpieza ambiental, transporte y procesamiento adecuado de la ropa de los pacientes, eliminación de residuos dentro de los lugares de utilización.

5 Discusión-Conclusión

Se deben aplicar las medidas de precaución universal o estándar en todas las personas a las que atendamos, como si fueran portadoras de algún agente infeccioso, y con más motivo si sabemos que los pacientes son portadores de alguno.

En el mundo actual en el que vivimos donde la presencia de cualquier agente biológico pueda aparecer en cualquier parte, debe llevarnos a la reflexión de la necesidad de contar con los equipos de prevención adecuados para poder enfrentarnos a cualquier agente biológico, en cualquier ambiente o entorno de trabajo. Esta medida barrera, junto con un trabajo normalizado basado en la evidencia científica, son la mejor herramienta que podemos tener para desarrollar nuestra labor asistencial en un ambiente con el menor riesgo posible frente a los agentes biológicos.

6 Bibliografía

- https://www.insst.es/
- http://ssprl.gobex.es/ssprl/web/guest/accidentes-con-riesgos-biologicos
- Real Decreto 664/1997, 12 de mayo, sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo.

Capítulo 1713

EL ACOSO LABORAL EN EL TRABAJO (MOBBING)

SANDRA CASTRO GONZÁLEZ

1 Introducción

Se conoce como acoso laboral, o mobbing, al conjunto de acciones vejatorias continuadas e injustificadas que recibe un trabajador por parte de otro u otros con el único objetivo de humillar y destruir a la víctima psicológicamente. Puede ocurrir tanto por parte de un compañero como de un superior en la empresa. Además, cabe destacar que estas conductas se realizan de forma consciente y premeditada con el objeto de degradar al sujeto, haciendo que incluso llegue a abandonar su puesto de trabajo dado el grado de intimidación y sometimiento que está soportando.

2 Objetivos

- Conocer los distintos tipos de acoso.
- Diferenciar los distintos tipos de ataque en la empresa.
- Conocer los efectos del acoso en la víctima.

3 Metodología

Búsqueda bibliográfica en diversas páginas online sobre el acoso en ámbito laboral y mobbing. Estas webs están dedicadas a la seguridad en el trabajo, la prevención y también a la psicología laboral.

4 Resultados

Existen distintos tipos de mobbing en el trabajo según la posición jerárquica. Si el acoso se produce por un compañero del mismo rango se conoce como mobbing horizontal, mientras que el mobbing vertical se daría si el que acosa tiene un nivel superior o inferior al acosado.

Conocer los diferentes tipos de ataque hacia la víctima es fundamental para poder detectarlo a tiempo y darle solución. Algunos de los ejemplos más comunes son: El aislamiento social, el ataque a la vida privada del acosado, ataque hacia sus creencias, violencia física, agresiones verbales y la invención de rumores sobre la víctima.

Los efectos del mobbing en el trabajador acosado pueden ser diversos: físicamente el afectado puede sufrir dolores, incluso transtornos funcionales y orgánicos. A nivel psicológico, el impacto puede ser más amplio, puede ir desde una situación de ansiedad, baja autoestima o problemas de concentración, hasta el suicidio si la duración del acosoo magnitud de este es excesivo.

Además del afectado, las consecuencias también se dan en el entorno familiar y social, ya que son ellos los que tienen que lidiar con el afectado en un momento de su vida en el que está apático, desmotivado y que probablemente esté pasando por algún tipo de trastorno psiquiátrico.

5 Discusión-Conclusión

En estas situaciones la víctima necesita de un apoyo social que suele encontrar en algún compañero de trabajo que hace de asesor o psicólogo, también entraría como apoyo el médico de la propia empresa, que será el encargado de, además, facilitarle medicación si fuera necesario.

En ocasiones el afectado no es consciente de que está pasando por una situación de acoso y es complicado detectarlo por parte de la empresa o por el núcleo social o familiar.

Es por eso que una de las soluciones estaría en contar por parte de la empresa con un servicio de asistencia psicológica permanente para poder tratar este problema en profundidad por profesionales.

6 Bibliografía

- https://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/psicologia/acoso-laboral-que-es.html.
- https://psicologiaymente.com/organizaciones/tipos-de-mobbing-acoso-laboral.
- https://riesgoslaborales.saludlaboral.org/portal-preventivo/riesgos-laborales/riesgos-relacionados-con-la-psicosociologia/mobbing/.

Capítulo 1714

REVISIÓN DE LAS TÉCNICAS RADIOGRÁFICAS ESPECIALES DE LA VÍA BILIAR.

CARLA FERNÁNDEZ SUÁREZ

PAULA LARA ANDRADE

1 Introducción

El estudio del sistema biliar mediante exploraciones radiológicas es muy importante, ya que nos sirve para poder establecer los diagnósticos de las posibles patologías que se den en el mismo. Las vías biliares extrahepáticas y la vesícula biliar no son visibles en la radiología convencional, por lo que se precisa opacificarlas con un medio de contraste yodado hidrosoluble, con el cual será eliminado por la bilis.

Este contraste yodado puede ser administrado de 3 formas: por vía oral, inyectada en vena o inyectada directamente en los conductos que se van a estudiar. Existen varias técnicas radiológicas que se pueden utilizar para la exploración de las vías biliares. Tenemos que tener en cuenta que antes se realizará una radiografía simple de abdomen, la cual nos pone de manifiesto la localización de la vesícula biliar.

2 Objetivos

Revisar los estudios de la vesícula biliar en dos partes: estudio de la vesícula: está comprendido por la colecistografía oral y la ecografía. Estudio de los conduc-

tos biliares: engloba la ecografía, la colangiografía intravenosa, la colangiografía percutánea, la colangiopancreografía retrógrada endoscópica.

3 Metodología

El método para buscar la información que voy a necesitar debe ser en buscadores científicos como: Google académico, Pubmed, Redined, Medline, ELSEVIER, SERAM. Al revisar toda esta información es importante quedarse con la más actual.

Al encontrar la información antes de elegir debo seguir unos pasos imprescindibles:
- Los artículos deben ser actuales.
- Es necesario que el contenido tenga palabras clave ("colecistografía oral", "ecografía", "colangiografía intravenosa", "colangiografía percutánea", "colangiopancreografía retrógrada endoscópica", "vesícula biliar")
- Me voy a centrar en información que pueda usar sin ningún tipo de problemas y entienda.
- La información que encuentre siempre la voy a enfocar a las técnicas radiográficas de las vías biliares.
- Por último, una vez recogida la información necesaria, voy a comenzar a comentar cada uno ellos y comentar las conclusiones al final siempre y cuando siguiendo estos pasos

4 Resultados

Colecistografía oral:
Es un estudio radiográfico de la vesícula biliar después de la administración de un contaste yodado radiopaco por vía oral.

Indicaciones:
Inflamación aguda de la vesícula biliar, existencia de cálculos en la vesícula, estrechamiento de las vías biliares, neoplasia vesicular y presencia de tumoraciones localizadas en el hipocondrio derecho.

Contraindicaciones:
Alteración en la función hepática, presentar hipersensibilidad a los contrastes, mostrar hipersensibilidad a los contrastes yodados, obstrucción del píloro, sín-

drome de mala absorción, mostrar una serie de trastornos gastrointestinales como vómitos o diarreas.

Preparación al paciente:
Se debe realizar una radiografía preliminar el día antes de la colecistografía oral para comprobarlo. Esta radiografía se realiza con dos propósitos:
1. Para poder visualizar todo el contenido fecal que puede existir en el intestino y así poder establecer en caso que fuese necesario o no la aplicación de enemas.
2. Para poder visualizar cálculos radiopacos pequeños que el contraste puede ocultar.

Se le indicará al paciente una dieta rica en grasas durante la comida del día anterior y una cena sin alimentos grasos. Dos horas después se han de tomar los comprimidos que contienen el medio de contraste. Una vez tomados los comprimidos ya no se podrá comer nada. Se deben de tomar 10-12 horas antes hasta que se vaya a realizar la exploración de la vesícula, para que la concentración de contraste sea la mayor posible dentro de la vesícula. Si la realización del estudio fuese de tarde se realizará un desayuno ligero antes de las 10 de la mañana y no se podrá tomar nada más a partir de esa hora. Antes de la exploración radiográfica se aplicará un enema.

Técnica habitual:
- La exploración de la vesícula opacificada con el contraste puede llevarse a cabo con técnicas radiográficas, fluoroscópicas o con las dos.
- El paciente tendrá que colocar la pierna derecha flexionada sobre la mesa de exploración y la pierna izquierda estirada. El miembro superior izquierdo permanecerá estirado a lo largo del cuerpo pero posterior, y el brazo derecho flexionado por encima de la cabeza. El rayo central incidirá perpendicularmente a nivel del hipocondrio derecho. Se le pide al paciente que suspenda la respiración al realizar el disparo.
- Se utilizan una serie de proyecciones a la hora de realizar el estudio pero la más utilizada es la oblicua anterior izquierda en decúbito, ro también se realizan otras proyecciones como la posteroanterior, bipedestación, decúbito prono, lateral derecha y anteroposterior en decúbito lateral derecho. Las radiografías en bipedestación o en decúbito son utilizadas para la localización de cálculos situados al final de la vesícula.
- También se realizan fluoroscopias con radiografías seriadas a todos los pacientes para comprobar la función de la vesícula. Primero se explora la vesícula a través del fluoroscopio y luego el paciente debe tomar un preparado rico en grasas que

hace que la vesícula se contraiga, liberando la bilis y junto la bilis se libera el contraste. Al pasar media hora tras la ingesta de la sustancia grasa se realizan una serie de radiografías, tomando el paciente distintas posiciones con intervalos regulares para poder estudiar el vaciado de la vesícula.

Colangiografía intravenosa:
Es el estudio radiológico de las vías biliares que requiere la introducción de un medio de contraste yodado por vía intravenosa, el cual es captado por el hígado y expulsado súbitamente a la bilis, consiguiéndose imágenes del colédoco 30 minutos después.

Indicaciones:
Explorar las vías biliares en pacientes colecistectomizados, explorar los conductos biliares y la vesícula en caso de no visualizarse con la colecistografía oral, en caso en que los paciente no tolere el medio de contraste administrado por vía oral durante un tiempo, al sufrir vómitos o diarrea, diagnóstico de las alteraciones de los conductos biliares, diagnóstico entre apendicitis y colecistitis.

Contraindicaciones:
Pacientes con enfermedad hepática, ante valores de bilirrubina sérica mayores ya que disminuirá la probabilidad de opacificación de los conductos biliares, en casos de ictericia obstructiva, en casos que se detecte alergia a los compuestos por yodo, presencia de enfermedad grave de hígado y riñón.

Preparación del paciente:
Antes de la realización de esta exploración se le debe indicar al paciente una serie de cuestiones:
1. Limpieza del colon mediante la aplicación de un enema.
2. Dieta restringida, eliminando el desayuno si la prueba tuviese lugar por la tarde, ya que se pueden producir vómitos.
A la hora de administrar el contraste se deben de tener en cuenta una serie de cosas:
1. Se debe tener preparado todo lo que se necesite para la realización de la exploración antes de que el paciente entre en la sala de exploración, ya que el contraste al ir al hígado a través de vía intravenosa llega rápido y también se elimina con rapidez.
2. La toma de radiografías de hace al poco tiempo de administrar el contraste.

3. El medio de contraste utilizado se diluye en solución salina isotónica o glucosada y se administra en infusión lenta durante 10 minutos aunque algunos profesionales lo prolongan hasta 1 hora.
4. El 90% del contraste es excretado por el hígado y el 10% por los riñones en un sujeto normal.
5. La proyección oblicua anterior derecha impide la superposición de los conductos biliares opacificados con el tracto urinario.

Técnica habitual:
Primero se realiza una radiografía de abdomen simple en decúbito supino Se colocará al paciente en posición oblicua derecha. Al terminar la inyección se repiten radiografías cada 10 minutos hasta que se logre una visualización satisfactoria de los conductos biliares. Las radiografías se procesan y revisan inmediatamente para proceder a cualquier cambio necesario y adaptar así la exploración a cada paciente. Las radiografías laterales de los conductos opacificados pueden aportar información útil sobre su anatomía y sus características.

Colangiografía percutánea transhepática:
Es la exploración radiográfica de los conductos biliares a través de una punción que se realiza directamente sobre un conducto hepático.

Indicaciones:
Se puede realizar en pacientes que tienen una inflamación de los conductos biliares, indicada para el tratamiento de la obstrucción de los conductos biliares a través de un catéter.

Técnica habitual:
- Lo primero que se hace es informar al paciente del procedimiento que se le va a realizar. Al ser una técnica diagnóstica y quirúrgica se debe administrar un antibiótico antes de la realización de la exploración.
- Uso de sangre o derivados durante la exploración o posteriormente. Se colocará al paciente en la mesa de exploración en decúbito supino, después se le administra una anestesia local y sedación para que esté más tranquilo.
- Una vez anestesiado el paciente, se pincha un conducto biliar a través del hígado y siempre bajo control radioscópico. El estudio tiene una duración de 45 minutos. Ya que es una técnica intervencionista, cuando se termina la exploración se hace una técnica terapéutica que se basa en la colocación de un catéter que sirva para

que la bilis drene hacia el duodeno.

Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica
Es la exploración combinada con rayos X y endoscopio, que permite el estudio radiográfico de los conductos biliares y pancreáticos mediante la introducción de un medio de contraste a nivel de la ampolla de Váter con el endoscopio.

Indicaciones
- Realizar una apertura permanente del esfínter.
- Extraer cálculos que estén en los conductos biliares.
- Dilatar los conductos pancreáticos.
- Drenar el colédoco.

Técnica habitual
Para la realización de esta prueba se necesita introducir un endoscopio a través de la boca hasta el duodeno. Se puede administrar una anestesia en forma de aerosol en la boca del paciente, que es lo que facilitará la entrada del endoscopio. El paciente deberá realizar un ayuno de 10 horas aproximadamente. Una vez colocado el endoscopio, se introduce un catéter a través del esfínter de Oddi y acto seguido se introduce el contraste que va pasando por los conductos biliares. Se realizan las posiciones y radiografías necesarias, sabiendo que el contraste en un paciente normal tarda 5 minutos en discurrir por los conductos biliares. El técnico colocará al paciente en posición lateral izquierda para realizar proyecciones oblicuas y evitar superposiciones. El estudio suele durar 1 hora aproximadamente.

Ecografía
Permite obtener información en tiempo real de manera cómoda, económica y rápida sobre las vías biliares.

Indicaciones
Permite visualizar la vesícula a través del ultrasonido por su contenido líquido y por estar cerca de la pared abdominal. Los cálculos biliares se observan muy bien en el interior de la vesícula ya que son muy ecorrefrigerantes. Da información sobre el espesor de la pared vesicular. La ecografía presenta una exactitud diagnóstica mayor del 95%, puede dar falsos positivos en un 3% y falsos negativos en un 2%.

Todo procedimiento que obstaculice el vaciamiento de los conductos biliares lleva habitualmente a su dilatación gradual y esto es fácilmente averiguable por la

ecografía. Cuando los cálculos tienen un tamaño mayor de 1cm, la sombra acústica debe estar siempre presente, y si el tamaño es menor de 5mm, habrá que utilizar transductores de alta frecuencia para poder visualizar su sombra.

5 Discusión-Conclusión

La Colecistografía oral al realizar la técnica puede tener un resultado ventajosa. La colangiografía intravenosa hoy en día apenas se realiza, ya que a veces puede presentar reacciones tóxicas al medio de contraste.

La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica tiene unas ventajas importantes como pueden ser una técnica de baja mortalidad y morbilidad e inconvenientes ya que es bastante costosa, requiere personal sanitario y más tiempo de realización. La ecografía es el mejor método para estudiar la vesícula biliar y los conductos biliares. Con ella se pueden identificar cálculos en la vesícula en el 98% de los casos, junto con la colecistografía oral.

El mayor problema de la ecografía es la falta de visualización de la vesícula cuando existe bastante gas en el colon, y la falta de falsos positivos. Antes de realizar otras técnicas como la ecografía, la colecistografía oral o la colangiografía intravenosa, antes de practicar la colangiopancreatografía retrógrada que nos sirva para detectar la presencia de quistes, obstrucciones o dilataciones.

6 Bibliografía

- https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S113835931400375X
- https://www.saludemia.com/-/prueba-colecistografia-oral
- http://www.funsepa.net/medlineplus/spanish/ency/article/003821.htm
- https://es.slideshare.net/carlosvlad/vesicula-biliar-radioanatomia-radiodiagnostico
- https://es.slideshare.net/natachasb/estudio-radiolgico-de-la-vescula-biliar
- https://www.msdmanuals.com/es-es/professional/trastornos-hep%C3%A1ticos-y-biliares/pruebas-para-trastornos-hep%C3%A1ticos-y-biliares/pruebas-de-diagn%C3%B3stico-por-la-imagen-para-el-h%C3%ADgado-y-la-ves%C3%ADcula-biliar
- https://www.salud.mapfre.es/pruebas-diagnosticas/digestivas-pruebas/colangiografia/
- http://saladerayos.blogspot.com/2009/09/colangiografia-intravenosa.html

- https://www.cirujanosdechile.cl/revista_anteriores/PDF%20Cirujanos%202002_02/Cir.2_2002%20
Colangiografia %20Intra.pdf
- https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003820.htm
- https://www.radiologyinfo.org/sp/pdf/biliary.pdf
- https://www.ecured.cu/Colangiograf%C3%ADa_transhep%C3%A1tica_percut%C3%A1nea
- https://www.saludigestivo.es/pruebas-diagnosticas/colangiopancreatografia-retrograda-endoscopica-cpre/
- https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007479.htm
- http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082009000800010
- https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-ecografia-vesicula-via-biliar-S113835931400375X
- https://www.radiologyinfo.org/sp/info.cfm?pg=abdominus
- https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003777.htm

Capítulo 1715

SÍNDROME DEL TRABAJADOR QUEMADO (BURNOUT)

SANDRA CASTRO GONZÁLEZ

1 Introducción

Se conoce como síndrome del quemado, burnout o desgaste profesional, al trastorno que está relacionado con el estrés que se produce en el ámbito laboral, concretamente, Christina Maslach (1946, psicóloga estadounidense) lo define como "un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas". Este es uno de los principales problemas de salud mental y el desencadenante de otras patologías psíquicas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) lo reconoce oficialmente como patología en el año 2018 y entrará en vigor el 1 de enero de 2022.

2 Objetivos

- Conocer los síntomas y cómo se manifiestan.
- Exponer las consecuencias.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Para que se dé una situación burnout o síndrome del quemado se deben producir una serie de síntomas. Estos se clasifican en:

- Agotamiento emocional: el afectado tiene un desgaste profesional que le lleva a un agotamiento mental. Pérdida de energía, fatiga, taquicardias, insomnio, etc.
- Despersonalización: actitud y conducta negativa hacia los clientes/usuarios. Incremento de la irritabilidad y cambios de humor. Se puede ver como trato deshumanizado por parte del trabajador de cara a los usuarios.
- Falta de realización personal en el trabajo: baja autoestima personal, descontento del trabajador consigo mismo, insatisfacción en el trabajo, estrés a nivel fisiológico, cognitivo y comportamental.

Por último, debemos señalar que este síndrome trae una serie de consecuencias en el afectado. El burnout tiene la peculiaridad de que si no se para a tiempo va creciendo de manera progresiva. Estar sometido de manera continuada a situaciones de agotamiento y estrés puede hacer que la persona tenga dificultades para realizar tareas que antes hacía con normalidad y le parecían sencillas. Con el tiempo puede evolucionar en un problema más grave, como el consumo de alcohol, drogas y psicofármacos. Una situación prolongada de este síndrome puede hacer que la persona pase por momento de psicosis, depresión o incluso tenga ideas suicidas.

5 Discusión-Conclusión

Las medidas de protección para estos casos deben empezar desde la empresa, evaluando qué situaciones generan estrés y ansiedad para el trabajador. Sabiendo esto se tomarán las medidas pertinentes para intentar reducirlo o eliminarlo. Son los especialistas los que deben conocer de primera mano cuáles son los síntomas de esta patología y realizar un estudio clínico al afectado para averiguar si realmente tiene esta enfermedad o no.

Las prevenciones deben también venir por parte del propio trabajador, modificando, por ejemplo, las expectativas que tiene sobre su trabajo, sin renunciar a

las ambiciones o aspiraciones que tiene en él, siendo realista, buscando un punto intermedio y desarrollándose en otros ámbitos que inicialmente no se había propuesto.

6 Bibliografía

- https://riesgoslaborales.saludlaboral.org/portal-preventivo/riesgos-laborales/riesgos-relacionados-con-la-psicosociologia/sindrome-del-quemado/.
- https://psicologiaymente.com/organizaciones/burnout-sindrome-del-quemado
http://www.medicosypacientes.com/articulo/la-oms-reconoce-como-enfermedad-el-burnout-o-sindrome-de-estar-quemado.

Capítulo 1716

IDENTIFICACIÓN Y PREVENCIÓN DE VIOLENCIA DE GENERO EN PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO

PABLO VALDÉS PALACIOS

ARACELI ESPAÑA CORTES

CECILIA NEILA BLANCO

1 Introducción

La violencia de género ha sido y sigue siendo una de las manifestaciones más claras de la desigualdad, subordinación y de las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres que sufren violencia por el mero hecho de ser mujeres, y las víctimas pueden pertenecer a cualquier estrato social, nivel educativo, cultural o económico.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Identificar diferentes tipos de violencia de género empatizando con la victima.

Objetivos secundarios:
- Facilitar recursos para la prevención.

- Mejorar situacion de la victima de violencia de género en cuanto a calidade de vida.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Utilizar la observación directa, considerada en este caso como la primera fase del proceso investigador, recogida de documentación, compresión de la vida local y establecimiento de un clima de confianza , todo ello para que la víctima se sincere con nosotros.

La disponibilidad de datos fiables sobre la violencia es necesaria y estos datos deberán servir para planificar y vigilar pero también para sensibilizar a la población.

Establecer un conjunto de estrategias y actuaciones encaminadas a hacer desaparecer las múltiples manifestaciones de violencia de género y poder conseguir una reducción y eliminación de los factores de riesgo, aumentar los factores de protección.

Educar tiene igualmente un papel destacado en las políticas preventivas.

5 Discusión-Conclusión

En la investigación sobre la violencia contra las mujeres es de especial relevancia ética y humanitaria el cuidado con la confidencialidad de los datos y la privacidad de la entrevista . Garantizar que el desvelamiento de la situación de violencia no aumente los riesgos para la mujer . Podemos participar activamente en la construcción de la evidencia científica y en la elaboración de acciones que sirvan para disminuir o eliminar el sufrimiento de muchas mujeres.

6 Bibliografía

-BIBLIOGRAFIA BONINO, L. (1999). Violencia de género y prevención: el problema de la violencia masculina en Actuaciones sociopoliticas contra la violencia de género. UNAF, Madrid.
- PERNAS, B. (2001). Las raíces del acoso sexual: las relaciones de poder y sumisión en el trabajo, en Osborne, coord., La violencia contra las mujeres. Realidad social 3, políticas públicas. UNED Ediciones, Madrid.
- THEMIS (2001). Guía de buenas prácticas y usos forenses para combatir la violencia de género. Madrid.
- YOUNIS JA (1999) Violencia contra las mujeres y transformación social. Instituto psicosocial Manuel Aleman. Las Palmas.

Capítulo 1717

LA DISCRIMINACIÓN LABORAL SIGUE TENIENDO NOMBRE DE MUJER

MARÍA JOSÉ RODRÍGUEZ ESCOBIO

ROSANA ALONSO ORVIZ

PABLO CARREIRA RODRÍGUEZ

1 Introducción

Tanto nuestra Constitución como la ley nos protegen e indican que no podemos ser discriminados por nuestra raza, sexo, nuestra orientación sexual, creencias…

Pero lo cierto es que, a pesar de que la ley protege la igualdad de todos, la discriminación se sigue produciendo y uno de los campos donde más se hace notar es en el de las relaciones laborales.

Uno de los colectivos más afectados por la discriminación laboral es el de las mujeres. Se las discrimina cuando se les perjudica en su trabajo, bien porque se le paga menos que a sus compañeros, aunque realicen las mismas funciones, o porque no se les permite promocionar en su profesión.

2 Objetivos

El objetivo es conseguir que todos, tanto hombres como mujeres, ejerzan esa igualdad que ya reconocen la Constitución y las leyes. Es necesario cambiar la mentalidad de toda una sociedad que sigue atribuyendo a la mujer determinados

roles. Pensar que la discriminación afecta sólo al ámbito laboral es pretender reducir el problema a uno solo de los aspectos a los que realmente afecta. Las Instituciones y los Poderes Públicos deben velar y asegurar el cumplimiento de la legalidad, pero también deben fomentar políticas de educación en igualdad y no discriminación.

3 Metodología

Consulta de páginas web como la de la Organización Mundial de la Salud, el Ministerio de Igualdad, el Instituto de la Mujer y Oxfam Intermon. Revisión de la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres y del Artículo 14 de la Constitución Española, en el que se establece el derecho a la igualdad y la no discriminación.

4 Resultados

La discriminación laboral en el caso de la mujer se puede comprobar a través de diversos aspectos como, por ejemplo:

- En muchos casos se les paga menos que a los hombres por desempeñar el mismo puesto de trabajo.
- El hecho de que, aunque ellas tienen cada vez mejor formación, siguen ocupando puestos peor remunerados y además son ellas las que ocupan la mayor parte de contratos a tiempo parcial.
- En la mayoría de los casos son las mujeres las que trabajan de forma precaria para poder compaginar el trabajo con el cuidado de hijos, de enfermos o de personas dependientes de su familia.
- La maternidad supone muchas veces un freno en la promoción profesional de las mujeres. A esto hay que añadir lo difícil, por no decir imposible, que resulta reincorporarse al mercado laboral si han estado ausentes del mismo por dedicarse al cuidado de los hijos.
- En nuestro país hay mayor número de parados que son mujeres y el porcentaje de riesgo de caer en la pobreza también es mayor en ellas.
- Los altos cargos son ocupados mayoritariamente por hombres. Ellos no parece que tengan problemas a la hora de conciliar vida laboral y familiar. Esto se debe, sobre todo, a que siguen sin ocuparse de las tareas domésticas en la misma medida que lo hacen las mujeres.
- Las mujeres sufren además en mayor medida el acoso laboral.

- Cuando llega la hora de cobrar una pensión, las mujeres también perciben menos dinero que los hombres. Los trabajos no remunerados, las medias jornadas para ocuparse de los demás, la falta de promoción en sus profesiones las conduce a pensiones mucho más bajas que las que reciben los hombres.

Estos son algunos de los ejemplos que nos muestran como, sin lugar a dudas, en materia de discriminación laboral la mujer es una de las grandes perjudicadas.

5 Discusión-Conclusión

La discriminación laboral supone un daño moral y psicológico y aunque la ley protege la igualdad, la sociedad debe avanzar para que esta se convierta en una realidad y no sólo en letra que no se cumple en muchas ocasiones.

Cambiar la forma en que se educa a las niñas y niños es la única solución para poner fin a unos estereotipos que se repiten generación tras generación. Contra la discriminación se lucha con políticas de educación en igualdad. De todos depende que las nuevas generaciones no sigan repitiendo patrones que suponen discriminación laboral para la mujer.

6 Bibliografía

- http://www.mitramiss.gob.es/es/igualdad/index.htm.
- https://www.miteco.gob.es/es/ministerio/planes-estrategias/igualdad-de-oportunidades/igualdad-ambito-laboral-eje-uno.aspx.
- www.inmujer.gob.es
- https://blog.oxfamintermon.org/ejemplos-de-desigualdad-de-genero-en-el-trabajo/
- https://www.who.int/features/qa/56/es/

Capítulo 1718

LEUCOPLASIA PILOSA BUCAL .

MARTA DÍAZ PÉREZ

1 Introducción

Las leucoplasias bucales, definidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como "lesión predominantemente blanquecina localizada en la mucosa bucal que no puede ser caracterizada como ninguna lesión definida ni desde el punto de vista clínico ni histológico". Estas lesiones representan un signo de alarma para el especialista y odontólogo general que no se puede pasar por alto. La importancia de estas lesiones radica en su capacidad de transformación en un carcinoma epidermoide, porcentaje que oscila entre 16 y 62%, por lo que se trata de una entidad estrechamente asociada al cáncer de cabeza y cuello.

Las leucoplasias están asociadas al hábito tabáquico y consumo frecuente de alcohol; pero cuando en la historia clínica no se refleja hábitos tóxicos, debemos ampliar en la anamnesis y realizar estudios complementarios.

Los pacientes con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) tienden a desarrollar lesiones bucales como lo son las leucoplasias pilosas.

Los pacientes VIH + se convierten en excelentes hospederos de un amplio espectro de infecciones secundarias, neoplasias malignas y otros desórdenes. A pesar del uso de una alta terapia antirretroviral, más del 50% de los pacientes VIH presentan infecciones oportunistas especialmente candidiasis bucal y leucoplasia pilosa bucal (LPB). Estudios revelan que el consumo de alcohol y tabaco también incrementa la susceptibilidad para el desarrollo de estas infecciones oportunistas en pacientes VIH positivo, a pesar del uso de la terapia antirretroviral.

2 Objetivos

- Analizar el siguiente caso clínico en el que un paciente presenta lesiones blanquecinas en lengua de un año de evolución, asintomático.

3 Caso clínico

Paciente varón de 35 años con lesiones blanquecinas en bordes laterales de 1 año de evolución aproximadamente, clínicamente asintomático, sin hábitos tóxicos ni antecedentes médicos de importancia. Actualmente bajo tratamiento ortodóntico, en donde el especialista lo alerta sobre la importancia de consultar con el patólogo bucal.

Luego de una exhaustiva historia clínica, se toma muestra de la lesión y el examen histopatológico arrojó: hiperplasia epitelial exofítica, paraqueratosis excesiva y células superficiales en forma de globo con típica fragmentación nuclear, indicativo de inclusión viral (cuerpos de cowdry).

Con estos hallazgos, la correlación con las características clínicas de la lesión y los exámenes serológicos (positivo para VIH), se llega a un diagnóstico conclusivo de Leucoplasia Pilos Bucal (LPB).

4 Discusión-Conclusión

La presencia de una leucoplasia pilosa bucal (LPB) representa un importante problema en la población de pacientes VIH positivos, siendo indicativo de una severa inmunosupresión y estadio avanzado de la enfermedad. Además es de gran importancia en el diagnóstico y pronóstico de la infección por VIH, así como indicador de la falla en la terapia antirretroviral.

La terapia antirretroviral efectiva ha transformado el VIH de una fatal enfermedad a una condición crónica manejable como resultado de una amplía política de detección en los países desarrollados y en vías de desarrollo.

En el presente caso la leucoplasia pilosa bucal (LPB) representó la primera manifestación de VIH y fue la manera en como el paciente descubre que padece la enfermedad, unido a esto presenta sífilis probablemente en etapa de incubación sin síntomas ni signos evidentes. El especialista debe tratar con cautela este tipo

de pacientes ya que si es bien sabido que representa un foco de infección activa, la noticia del contagio es un impacto psicosocial y emocional.

La LPB no requiere tratamiento local, las drogas retrovirales producen rápida resolución de las lesiones, sin embargo la interrupción en la terapia puede hacer que reaparezcan. En un estudio comparativo se comprobó la actual efectividad de la terapia tópica con efectos prolongados, utilizando resina de podófilo al 5% (podofilina) y aciclovir en crema al 5%, aplicado semanalmente durante 25 semanas, con curación clínica rápida después de 6 – 7 semanas, sin recidivas, en comparación con otras dos terapias locales. Adicionalmente se debe tratar la candidiasis con drogas antimicóticas como el fluconazol sistémico.

5 Bibliografía

- www.elsevier.es
- www.mayoclinic.org
- www.who.int/es
- www. Actaodontologica.com

Capítulo 1719

LA IMPORTANCIA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA.

NURIA BERNARDO FERNÁNDEZ

MANUELA BERNARDO FERNANDEZ

MIRIAM MENÉNDEZ FERNÁNDEZ

JOSE IGNACIO RODRIGUEZ VICENTE

JAVIER CUENDE MONTERO

1 Introducción

El Sistema Nacional de Salud (SNS) en España constituye el marco de garantías generales para la protección de la salud de los ciudadanos. El SNS se organiza funcionalmente en dos niveles asistenciales, el primer nivel, la atención primaria con las características distintivas con las que hoy la conocemos se incorporó en el sistema sanitario español en la primera mitad de los años 80. Su progresivo desarrollo ha supuesto un nuevo concepto de la protección de la salud.

La definición de Atención Primaria podría ser la de unos servicios de salud y comunitarios universalmente accesibles, integrados, centrados en las personas y completos, facilitado por un equipo de profesionales responsable de atender la mayoría de las necesidades de salud. Suele asumirse que la Atención Primaria es un componente fundamental de nuestro sistema sanitario y un gran punto fuerte

del sistema público. La Atención Primaria produce una mejor salud, con costes más bajos. Este es el resumen más breve de la evidencia científica disponible.

El Objetivo sería poder seguir teniendo una atención primaria de calidad y se plantea que el problema básico actualmente reside en si realmente queremos que el SNS tenga una Atención Primaria fuerte, como centro del sistema, o se prefiere un modelo basado en el consumismo directo de especialidades, procesos y procedimientos.
Esto implicaría generar un nuevo modelo de atención sanitaria donde todo lo que pueda realizarse desde AP se hiciera desde allí (con los recursos y la formación necesaria para realizarlo) y no desde el hospital, donde el médico de atención primaria se considerara de una vez por todas como el coordinador del equipo multidisciplinar y no un subordinado del especialista y donde se incentive el pertenecer a primaria.

La Atención Primaria se está enfrentando a problemas nuevos, distintos de los que había en el momento de su constitución, hace ya más de 30 años. Los cambios fundamentales son una proporción cada vez más alta de personas mayores, que se refleja en un incremento de enfermedades crónicas y de dependencia y, por otra parte, por un recambio generacional muy importante de profesionales en los próximos años.

Sin embargo, el principal problema que existe es el escaso tiempo del que disponen para tratar a los pacientes crónicos; debido a la presión asistencia que padece nuestro Sistema Nacional de Salud, suele ser una media de 8 minutos lo que se emplea en cada consulta por paciente, lo que hace que, en la mayoría de las ocasiones, no sea suficiente. En España, tenemos grandes profesionales en Atención Primaria, y es importantísimo apostar por que se potencie su labor.

La pregunta que hay que hacerse es si se quiere de verdad una Atención Primaria de calidad que constituya el eje del sistema. Alguien con responsabilidad tendría que darse cuenta de que la Atención Primaria no puede seguir desatendiéndose más sin que nadie aporte soluciones reales. Para ello debería comenzarse por reforzar la Atención Primaria como el centro de referencia del paciente ambulatorio.

2 Objetivos

- Reforzar los objetivos de Atención Primaria.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: pubmed, medline, y scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Bibliografía

- https://circulodeempresarios.org/app/uploads/2019/10/Dieztemas-candentes-de-la-sanidad-espa%C3%B1ola-2019_F.pdf
- https://circulodeempresarios.org/app/uploads/2019/10/Dieztemas-candentes-de-la-sanidad-espa%C3%B1ola-2019_F.pdf
- https://www.apoyatusalud.com/tenemos-espana-una-atencionprimaria-calidad/

Capítulo 1720

UTILIDAD DE LA TERAPIA OCUPACIONAL EN PACIENTES CON DEMENCIA EN UN CENTRO DE ESTANCIA DIURNA

SUSANA GONZÁLEZ MÁNTARAS

1 Introducción

La terapia ocupacional es el arte y la disciplina de dirigir la participación del hombre en tareas seleccionadas para restaurar, reforzar y mejorar el desempeño, facilitar el aprendizaje de aquellas destrezas y funciones esenciales para la adaptación y la productividad, disminuir y corregir patologías y promover y mantener la salud. De fundamental importancia es la capacidad, a lo largo del ciclo vital, para desempeñar con satisfacción para sí mismo y otras personas, aquellas tareas y roles esenciales para vivir productivamente con dominio de sí y del ambiente.

2 Objetivos

- Demostrar los beneficios que proporciona la terapia ocupacional a los pacientes con enfermedad mental.

3 Metodología

Se realiza un estudio observacional y retrospectivo en los pacientes con enfermedad mental en un centro de dia, durante el periodo comprendido del mes de

diciembre del 2018 a marzo del 2019, y que logren entrar en el estudio de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión. Criterios de inclusión Se tomarán en cuenta para el estudio: pacientes masculinos y femeninos de cualquier edad y con demencia de cualquier tipo durante el periodo de estudio y pacientes que participen en actividades de terapia ocupacional. 3. Pacientes que acepten ser entrevistados. Criterios de exclusión: pacientes que se encuentren con episodio sicótico y por ello se pongan en riesgo a sí mismos o a otros pacientes, pacientes con ideación suicida franca, para evitar daños a su integridad física y pacientes que de acuerdo con la etapa evolutiva en la que se encuentren, no aporten una información confiable.

4 Resultados

Esta investigación demostró que los beneficios percibidos por los pacientes con trastornos mentales después de recibir terapia ocupacional como parte del tratamiento en el centro de día, contribuyen de manera positiva, ya que un 96% de los pacientes encuestados afirmó que contribuye de esta forma en su recuperación, además de encontrar en ella otros beneficios como:
A. Mejoría en sus relaciones interpersonales.
B. Mejor convivencia familiar.
C. Adquisición de nuevas habilidades.
D. Sensación de bienestar.
E. Aumento en su autoestima.
F. Obtención de beneficios económicos

5 Discusión-Conclusión

Este estudio se realizó con una muestra representativa según el número de pacientes que acuden al centro de estancia diurno anualmente, (representando el 10%). Se incluyó un porcentaje homogéneo en cuanto al sexo (25 hombres y 25 mujeres). Puesto que no existen instrumentos que evalúen las habilidades y beneficios obtenidos por los pacientes que reciben terapia ocupacional, la evaluación se realiza mediante a observación, y demuestra que el uso de actividades ocupacionales deben formar parte del tratamiento, para alcanzar una mejor calidad en cuanto a diversos aspectos de su vida diaria.

Ya que pudimos observar que los pacientes perciben beneficios en distintas áreas como: área psicomotriz, sensoperceptiva, cognitiva, social y psicológica. Sin em-

bargo, y a pesar de que la mayor parte de los resultados reflejan que la terapia ocupacional cumple con sus objetivos, es importante implementar nuevas medidas que ayuden a brindar una mejor calidad en la atención y tratamiento al paciente psiquiátrico. Uno de los cambios que puede contribuir en la mejoría de la terapia ocupacional, es la aplicación de diversas actividades tomando en cuenta que un plan individualizado acorde con las necesidades de cada paciente, permite obtener mejores resultados. Para esto, es necesario realizar una evaluación por medio de la cual se puedan detectar las habilidades del paciente, y las limitantes que se presentan de acuerdo con la evolución del trastorno mental; así como también identificar qué actividades puede realizar, esto con la finalidad de que a su egreso logre incluirlas en su vida cotidiana y obtener beneficios de estas.

6 Bibliografía

1. Alexander F, Selesnick S. Historia de la psiquiatría. Barcelona: Espaxs; 1966.
2. Asociación Psiquiátrica Americana, DSM IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Editorial Masson; 1995.
3. Cantéro-Garlito P. La utilización de la actividad en psiquiatría. Congreso virtual de psiquiatría. www.terapiaocupacional.com.esp.
2003.
4. Creek J. Occupational therapy and mental health. 2 Ed. Ed. Churchill Livingstone; 2000.
5. Derogatis LR. SCL-90: Cuestionario de 90 síntomas: Manual. Adaptación al español por J. L. González de Rivera. Summarev; 1998.
6. Díaz-Seoane B, Canosa-Domínguez N, Talavera-Valverde MA. Terapia ocupacional. La importancia del contexto. En www.terapia-ocupacional.com.
2003.
7. Durante-Molina P, Noya-Arnaiz B. Terapia ocupacional en salud mental. Principios y práctica. Barcelona: Masson; 1998.
8. Durante-Molina P, Blanca-Noya A, Moruno-Miralles P, et al. Terapia ocupacional en salud mental, 23 casos clínicos comentados. Masson.
9. García-Gonzalo N, Canosa-Domínguez N, Talavera-Valverde MA. El significado de la ocupación en los servicios sanitarios de salud mental. En www.terapia-ocupacional.com.
2003.
10. García-Gonzalo N, Talavera-Valverde MA. La actividad como instrumento y técnica de terapia ocupacional. Comunicación libre. Mesa 21 Congreso de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Santiago de Compostela 2001.

11. Gómez-Tolón J. Fundamentos metodológicos de la terapia ocupacional. 1ª ed. Mira editores S.A.; 1997, p.106-20.
12. Guzmán-Bueno S. La utilización de la actividad en el entorno de salud mental. Procedente de la I Jornada de exposiciones prácticas para terapeutas ocupacionales. Santa Coloma de Gramanet Barcelona. www.toelportal.com.esp.
Noviembre 16, 2001.
13. Hagerdon R. Fundamentos da practica em terapia ocupacional. Tr. Jose Batista. Sao Paulo: Dynamis Editorial; 1999.
14. Kaplan HI, Sadock BJ. Sinopsis de psiquiatría. Psiquiatría pública. 8ª Ed. Ed. Panamericana; 1999.
15. Hopkins HL, Smith HL, Willard/Spackman. Terapia ocupacional. Ed. Panamericana; 1998.
16. Pérez-Sosa A. Enfermería psiquiátrica. 2ª edición. Ed. Trillas; 2000; p. 171-205.
17. Romero D, Moruno P. Terapia ocupacional: teoría y técnicas. Barcelona: Masson; 2003; p. 3-6. 25.
18. Talavera-Valverde A. Terapia ocupacional. La ocupación en las unidades de atención al paciente psiquiátrico. 2ª Jornada de Salud Mental en el país Vasco. www.terapiaocupacional.com.esp.
Noviembre, 2004. 26.
19. Talavera-Valverde MA, et al. Intervención de Terapia Ocupacional en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica de Ferrol. Revista de la Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales (APETO) 2001; 27 Monográfico de Psiquiatría.

Capítulo 1721

SIGNOS BUCALES DE LA DIABETES MELLITUS.

MARTA DÍAZ PÉREZ

1 Introducción

La diabetes mellitus es una enfermedad prolongada (crónica) en la cual el cuerpo no puede regular la cantidad de azúcar en la sangre. La insulina es una hormona producida por el páncreas para controlar el azúcar en la sangre. La diabetes puede ser causada por muy poca producción de insulina, resistencia a la insulina o ambas.

Para comprender la diabetes, es importante entender primero el proceso normal por medio del cual el alimento se transforma y es empleado por el cuerpo para obtener energía. Suceden varias cosas cuando se digiere y absorbe el alimento:
• Un azúcar llamado glucosa entra en el torrente sanguíneo. La glucosa es una fuente de energía para el cuerpo.
• Un órgano llamado páncreas produce la insulina. El papel de la insulina es transportar la glucosa del torrente sanguíneo hasta el músculo, la grasa y otras células, donde puede almacenarse o utilizarse como fuente de energía.

Las personas con diabetes presentan niveles altos de azúcar en sangre debido a que su cuerpo no puede movilizar el azúcar desde la sangre hasta el músculo y a las células de grasa para quemarla o almacenarla como energía, y/o el hígado produce demasiada glucosa y la secreta en la sangre. Esto se debe a que:
• El páncreas no produce suficiente insulina.

• Las células no responden de manera normal a la insulina.
• Ambas razones anteriores.

Hay dos tipos principales de diabetes. Las causas y los factores de riesgo son diferentes para cada tipo:
• La diabetes tipo 1 es menos común. Se puede presentar a cualquier edad, pero se diagnostica con mayor frecuencia en niños, adolescentes o adultos jóvenes. En esta enfermedad, el cuerpo no produce o produce poca insulina. Esto se debe a que las células del páncreas que producen la insulina dejan de trabajar. Se necesitan inyecciones diarias de insulina. La causa exacta de la incapacidad para producir suficiente insulina se desconoce.
• La diabetes tipo 2 es más común. Casi siempre se presenta en la edad adulta. pero debido a las tasas altas de obesidad, ahora se está diagnosticando con esta enfermedad a niños y adolescentes. Algunas personas con diabetes tipo 2 no saben que padecen esta enfermedad. Con la diabetes tipo 2, el cuerpo es resistente a la insulina y no la utiliza con la eficacia que debería. No todas las personas con diabetes tipo 2 tienen sobrepeso o son obesas.
• Hay otras causas de diabetes, y algunas personas no se pueden clasificar como tipo 1 ni 2.
La diabetes gestacional es el nivel alto de azúcar en la sangre que se presenta en cualquier momento durante el embarazo en una mujer que no tiene diabetes. Si uno de sus padres, hermanos o hermanas tiene diabetes, usted puede tener mayor probabilidad de padecer esta enfermedad.

Síntomas
Un nivel alto de azúcar en la sangre puede causar diversos síntomas, por ejemplo:
• Visión borrosa.
• Sed excesiva.
• Fatiga.
• Orina frecuente.
• Hambre.
• Pérdida de peso.

Debido a que la diabetes tipo 2 se desarrolla lentamente, algunas personas con el nivel alto de azúcar en la sangre no presentan síntomas. Los síntomas de la diabetes tipo 1 se desarrollan en un período de tiempo corto. Las personas pueden estar muy enfermas para el momento del diagnóstico.

Después de muchos años, la diabetes puede llevar a otros problemas serios. Estos problemas se conocen como complicaciones de la diabetes e incluyen:
• Problemas oculares, como dificultad para ver (especialmente por la noche), sensibilidad a la luz y ceguera.
• Úlceras e infecciones en la pierna o el pie, que de no recibir tratamiento, pueden llevar a la amputación de la pierna o el pie.
• Daño a los nervios en el cuerpo causando dolor, hormigueo, pérdida de la sensibilidad, problemas para digerir el alimento y disfunción eréctil.
• Problemas renales, los cuales pueden llevar a insuficiencia renal.
• Debilitamiento del sistema inmunitario, lo cual puede llevar a infecciones más frecuentes.
• Aumento de la probabilidad de sufrir un ataque cardíaco o un accidente cerebrovascular.

2 Objetivos

- Analizar el caso de una mujer de 70 años de edad con historia de diabetes mellitus desde hace 10 años y que acude a consulta con dolor a la masticación e inflamación post exodoncia.

3 Caso clínico

Paciente femenino de 70 años de edad que acude a la consulta por dolor a la masticación e inflamación en la zona post exodoncia del O.D. 36. Antecedentes patológicos: paciente con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II desde hace 10 años e hipertensión arterial desde hace 8 años, bajo control del médico de familia. Toma 850 mg de metformina dos veces al día y 100mg de atenolol una vez al día.

Antecedentes dentales: se realizó una exodoncia 6 meses antes de su ingreso y refirió que la recuperación fue dolorosa y la cicatrización lenta. Desde entonces molesta esa zona a la masticación o al ejercer presión sobre la misma. A la exploración encontramos profundidad de surco del cuadrante superior derecho de 4 – 5 mm con sangrado al sondeo y presencia de cálculo. En estas radiografías se puede observar la presencia de cálculo dental y pérdida de hueso.

En el examen radiográfico se observó la presencia de un resto radicular de la raíz mesial de O.D.36 el cual estaba cubierto por completo de mucosa. El diagnóstico

realizado después del examen clínico y radiográfico fue de periodontitis crónica asociada a la diabetes mellitus, xerostomía e infección secundaria a la presencia del resto radicular.

4 Discusión-Conclusión

La práctica odontológica diaria exige que el odontólogo tenga el conocimiento sobre enfermedades sistémicas como la diabetes mellitus. Para ello es esencial conocer las manifestaciones bucales frecuentes para su identificación y manejo apropiado en la consulta.

Es importante que independientemente del área de competencia, el personal del área de salud trate al paciente de forma integral. La prevención y el manejo de las complicaciones orales son primordiales ya que de ello puede depender también el control glicémico en este tipo de pacientes.

5 Bibliografía

- https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001214.htm
- http://www.chospab.es/cursos_on_line/insulino/pagina_06.htm
- https://www.who.int/es
www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1138359304742963
- https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=67841

Capítulo 1722

PREVENCIÓN CON EL LAVADO DE MANOS.

JOSE ALBERTO FERNANDEZ GARCIA

1 Introducción

Desde que Ignaz Semmelweis (médico húngaro) en 1846, demostró la importancia de la higiene de las manos en la prevención de infecciones hospitalarias diversos hospitales en todo el mundo han aplicado estrategias para conseguir que el personal de salud realice un cuidadoso lavado de manos de acuerdo a protocolos establecidos en razón que esta simple practica constituye el pilar fundamental en la lucha contra las infecciones nosocomiales.

Efectivamente, las manos del personal de Salud son el principal vehículo de contaminación exógena de las infecciones nosocomiales, relacionado incluso con la dispersión de gérmenes multiresistentes por tanto la higiene de las manos se constituye en una de las prácticas de antisepsia más importantes.

A pesar que numerosos estudios sustentan lo antes mencionado, los resultados en diversos hospitales respecto a la adherencia del personal de salud sobre el cumplimiento de la practica adecuada del lavado de manos permanece inaceptablemente bajos con valores entre 30% a 50%.

Los esfuerzos destinados a establecer cambios actitudinales en el personal de salud con relación a la higienización de sus manos se constituye en un verdadero desafío es así que asumiendo este compromiso presentamos esta guía de “Lavado

de manos", que en base a criterios científicos esperamos sea de utilidad en la practica diaria a todo el personal de Salud para su adecuado desempeño asistencial

Entre los factores que favorecen la transmisión se han señalado a :
- Organismos presentes en la piel del paciente
- Organismos capaces de sobrevivir durante varios minutos en las manos del personal.
- Lavado de manos del personal de manera inadecuada u omisión o uso inapropiado del agente antiséptico.
- Contacto directo con otro paciente u objetos inanimados contaminados

2 Objetivos

- Garantizar la practica del lavado de manos de forma adecuada para reducir la transmisión de gérmenes hospitalarios.
- Eliminar la suciedad , materia orgánica y flora transitoria de las manos., disminuyendo la contaminación previniendo la propagacion de germenes patógenos a zonas no contaminadas.
- Prevenir la transmisión de infecciones en el medio hospitalario, es la principal medida para evitar y prevenir la contaminación por microorganismos patógenos
- Dar a conocer a toda la población, que el lavado de manos es esencial como método preventivo
- Proteger al paciente , personal sanitario y cuidadores

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: pubmed, medline, y scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Para el lavado la duración de la frotación de las manos con agua y jabón debe ser de 15 segundos más el tiempo necesario para el enjuagado y posterior secado.

La fricción de las manos con preparados de base alcohólica debe mantenerse hasta que las manos estén completamente secas. Es necesario que la cantidad de preparado permita friccionar las manos como mínimo durante 15 segundos. Si el fabricante recomendara más tiempo deben seguirse siempre sus indicaciones.

El principal resultado es remover o eliminar los microorganismos transitorios adquiridos por contacto reciente con los pacientes o material contaminado.

Técnica básica
- Humedecer las manos con agua.
- Aplicar de 3 – 5 ml de jabón antiséptico.

Las vías para eliminar o disminuir la flora bacteriana son principalmente dos:
A través de una acción mecánica de arrastre, que se realiza con agua, jabón y el efecto de fricción que todos manejamos, eliminando los microorganismos transitorios.
Mediante una acción germicida, que destruye a gran parte de la flora residente, utilizando para ello un agente o jabón antiséptico
- Frotar vigorosamente por 15 a 30 segundos cubriendo toda la superficie de la mano, espacios interdigitales hasta la muñeca.
- Seque posteriormente con una toalla de papel por mano.
- Use toalla para cerrar el grifo, si es necesario.

Indicaciones:
Los guantes en ningún caso sustituyen a la higiene de las manos. Si se utilizan, deben cambiarse siempre de un paciente a otro y cada vez que se retiren debe realizarse una higiene de manos.
- Al llegar y al salir del hospital.
- Antes y después de los siguientes procedimientos:

5 Discusión-Conclusión

Los 5 momentos del lavado de manos para equipos de salud.
1. Antes de tocar al paciente: Para proteger al paciente de la colonización (y, en algunos casos, de la infección exógena) de gérmenes nocivos presentes en sus manos. ¿CUÁNDO? Limpie sus manos antes de tocar a un paciente cuando se acerque a él.

2. Antes de realizar una tarea limpia/a séptica: para evitar que gérmenes perjudiciales, incluidos los del paciente, infecten el organismo de éste. ¿CUÁNDO? Lave sus manos inmediatamente antes de tocar algo que pueda generar un riesgo grave de infección del paciente (por ejemplo, una membrana mucosa, piel dañada, un dispositivo médico invasivo)
3. Después del riesgo de exposición a líquidos corporales: Para protegerse de la colonización o infección de gérmenes nocivos del paciente, y para evitar la propagación de gérmenes en las instalaciones de atención sanitaria. ¿CUÁNDO? Lávese las manos en cuanto finalice cualquier actividad que entrañe riesgo de exposición a fluidos corporales (y después de quitarse los guantes).
4. Después de tocar al paciente: Para protegerse de la colonización de gérmenes del paciente, y para evitar la propagación de gérmenes en las instalaciones de atención sanitaria. ¿CUÁNDO? Lave sus manos cuando termine la visita al paciente.
5. Después del contacto con el entorno del paciente. ¿POR QUÉ? Para protegerse de la colonización de gérmenes del paciente que pudieran estar presentes en superficies/objetos de sus inmediaciones, y para evitar la propagación de gérmenes en las instalaciones de atención sanitaria.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 1723

LA SALUD EN EL MEDIO AMBIENTE HOSPITALARIO

ADRIÁN LÓPEZ QUINTANILLA

BEGOÑA AMIROLA GOIKOETXEA

FRANCISCO JAVIER PEDRACES FRESNO

BEATRIZ MARTINEZ ÁLVAREZ

1 Introducción

El ambiente hospitalario constituye un reservorio y una fuente de infección para el paciente ingresado. Existen patógenos clásicamente asociados con cada modo de transmisión y reservorio ambiental, pero también microorganismos multirresistentes que recientemente se han asociado con adquisición ambiental.

El ambiente hospitalario (como sonidos, imágenes, aromas, diseño, calidad del aire, mobiliario, arquitectura y disposición) puede tener un impacto sobre la salud de los pacientes que permanecen allí. Esta revisión procura resumir las mejores pruebas disponibles sobre los ambientes hospitalarios para ayudar a las personas que participan en el diseño de los ambientes hospitalarios a tomar decisiones que beneficiarán la salud de los pacientes.

2 Objetivos

Evaluar el efecto de los ambientes hospitalarios sobre los resultados relacionados con la salud de los pacientes adultos.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Scielo, Cochrane, Google Académico, Medline, se han utilizado criterios de búsqueda en revistas científicas y artículos encontrados de la salud en el medio ambiente hospitalario, se utilizaron descriptores con las palabras claves utilizadas en la búsqueda: salud, ambiente, hospital, paciente, medioambiente.

4 Resultados

La salud humana está estrechamente relacionada con el medio ambiente que nos rodea. Por poner tres ejemplos, cada uno de nosotros respiramos el aire que nos rodea, ingerimos todo tipo de sustancias junto con nuestros alimentos o sufrimos el ruido de las ciudades.

La humanización, sintetiza todas las acciones, medidas y comportamientos que se deben producir para garantizar la salvaguarda y la dignidad de cada ser humano como usuario de un establecimiento de salud. Esto significa que el usuario está en el centro de cada decisión de diseño, no solo como un productor de requerimientos funcionales, sino como una expresión de los valores humanos que deben ser considerados.

Si asumimos que el usuario de un hospital no es solamente el paciente, sino cada persona que en cierta manera, interactúa con el espacio físico y con la organización del establecimiento, ya sea la comunidad, el visitante, la enfermera, el médico, etc., entendemos que el aspecto de humanización debe alcanzar cada nivel de la toma de decisiones, por lo tanto debe incluir: diseño urbano, diseño del edificio, diseño de la unidad espacial, diseño interior y equipamiento.

Para el diseño del ambiente físico, sistema organizacional, y modelos de comportamiento, de un establecimiento de salud, es necesario comenzar por establecer el contexto cultural y físico del usuario, a fin de favorecer una percepción humanizada del establecimiento y promover un proceso de identificación del usuario con los símbolos, los mensajes, y los significados que el aspecto de la edificación le puede comunicar.

Estas reacciones humanas hacia los espacios, pueden ayudarnos en la recolección de datos y en la elaboración de la programación del establecimiento, mediante aportes de los distintos usuarios. Pero esto no lo es todo, pasar de los requerimientos de los usuarios a especificaciones de comportamiento de la edificación, es

una tarea laboriosa que requiere de una aproximación multidisciplinaria para el diseño del hospital.

Los dos mayores servicios de Salud en el futuro, serán la repotenciación del humano, y el rediseño del hábitat. La repotenciación del humano significa llenar el potencial espiritual de las personas a través de medios físicos, emocionales y mentales, este potencial es la predisposición para dar respuestas, pero debe ser impulsado por un ambiente "que lo estimule". Un hábitat humano bien diseñado activa el potencial espiritual y crea múltiples vías para su expresión.

Los criterios de diseño son:
- La Seguridad: El ambiente físico debe tratar de salvaguardar la sensibilidad personal y dignidad humana de los pacientes y sus familiares, tratar de aminorar sus ansiedades y preocupaciones, especialmente en aquellos casos donde los pacientes y sus familiares estén atravesando momentos difíciles.
- La Privacidad: es una consideración primordial en el diseño de los ambientes conductivos a la práctica de la Medicina. Esta sensación es crucial para los pacientes que reciben cierto tipo de tratamiento, como es el caso de los pacientes de cáncer.

En las áreas internas del departamento de emergencias o primeros auxilios, es conveniente separar visual y acústicamente, las áreas pediátricas de las de adultos, mujeres de hombres, los pacientes críticos de los crónicos, a fin de aminorar las impresiones que puedan perturbar psicológicamente a los pacientes y sus familiares, e impedir su recuperación, tranquilización y progreso.

5 Discusión-Conclusión

En términos generales, parece que la música en el hospital puede ayudar a mejorar los resultados informados por los pacientes como la ansiedad; sin embargo, hay menos pruebas para apoyar el uso de música para los resultados fisiológicos (como la disminución de la frecuencia cardíaca y la presión arterial) y para reducir el uso de fármacos. En cuanto a otros aspectos de los ambientes hospitalarios, no hay muchos estudios bien diseñados para ayudar con la toma de decisiones en cuanto al diseño sobre la base de las pruebas. Los estudios incluidos en esta revisión revelan que los cambios físicos realizados para "mejorar" el ambiente hospitalario en general no presentan ningún daño.

Hoy día poseemos el instrumento cognoscitivo para proyectar el ambiente del

hombre, no en términos abstractos pero partiendo de la propia necesidad, de sus valores, y de su situación existencial. Para ello se requiere un esfuerzo sistemático de análisis y revisión en cuanto a prioridades y formas de operación. La infraestructura es un aspecto que debe programarse para alcanzar un fin, el de mejorar la calidad de atención de los pacientes y mejorar la calidad de los espacios donde se desenvuelven los prestadores de esa atención.

6 Bibliografía

1.Castillo Flor. Repercusión de las características Físicas de una Unidad Quirúrgica con las manifestaciones dolorosas de la columna vertebral de las enfermeras. En: Memorias de las VI Jornadas de Salud Ocupacional. Fac. Medicina - UCV: 29-32, 1997.
2. Villalobos C, et al. Alteraciones Cromosomicas en Anestesistas del Hospital Universitario de Maracaibo. Rev. de la Facultad de Medicina, UCV. 1998; 21 (2): 108-114.
3. Cedrés de Bello, Sonia. Consideraciones arquitectónicas en el diseño de una Clínica Oncológica. Tribuna del Investigador. Caracas APIU-UCV. 1998;
4. Roffe, Alfredo. Las reglas del juego. Una aproximación al problema de la evaluación de proyectos de arquitectura. Rev. Tecnología y Construcción. IDEC-UCV. 1985; 1: 73-77.
5. Gerard Blachere. Saber Construir. Barcelona. Editores Técnicos Asociados. 1974. En: Hobaica y Cedrés de Bello, El Confort y la Calidad de las edificaciones. Rev. Tecnología y Construcción (2):88. IDEC-UCV. Caracas. 1986

Capítulo 1724

ESTRÉS EN ENTORNO LABORAL

SANDRA CASTRO GONZÁLEZ

1 Introducción

Lo podemos definir como un tipo de estrés que afecta al trabajador en el ámbito laboral. El afectado sufre esta dolencia a causa de la saturación o colapso físico y mental en el trabajo, afectando además a su vida fuera del puesto.

Este fenómeno tiene dimensiones fisiológicas y psicológicas en el afectado y puede ser puntual o crónico, aunque en la mayoría de los casos suele ser crónico. Se utilizan, además, los términos "estímulo" y "agente de estrés" para referirnos a cualquier aspecto que constituya un factor de desequilibrio en el individuo.

2 Objetivos

- Conocer los factores desencadenantes del estrés laboral
- Conocer las consecuencias producidas por el estrés

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una búsqueda online sobre la materia relacionada con el estrés y estrés laboral. Estas webs abordan temas relacionados con la salud, psicología y entorno laboral. Las palabras claves utilizadas para la búsqueda son: Estrés, estrés laboral, riesgos laborales.

4 Resultados

El estrés laboral se produce cuando la demanda y exigencia de trabajo es alta. Podemos destacar algunos ejemplos de estresores exteriores como: Sobrecarga en el trabajo, alto grado de responsabilidad, tipo de tareas poco motivadoras (monótonas, rutinarias, etc.), falta de reconocimiento en la empresa, remuneración económica insatisfactoria, entorno laboral poco adecuado (temperatura, luz, etc.), desarrollo profesional insuficiente, etc.

Además, en el proceso de esta patología influye la personalidad de cada individuo, es decir, si una persona es introvertida, tiende a reaccionar más intensamente que una extrovertida, ya que tienden a recibir menor apoyo social. O si una persona es dependiente, tiende a tolerar mejor una figura autoritaria y un entorno laboral normalizado y burocratizado, es por ello que tienen más problemas a la hora de tomar decisiones o sufren en situaciones de incertidumbre o ambigüedad.

Las consecuencias de este fenómeno se dividen en:
- Consecuencias cognitivas: Afectan a la memoria (lapsus, olvidos), déficit de atención en temas laborales, poca concentración, rendimiento laboral bajo.
- Consecuencias físicas: Puede provocar insomnio, problemas cardiovasculares y dermatológicos, tiroides, cefaleas, etc.
- Consecuencias emocionales: Inestabilidad emocional, síntomas depresivos, problemas de ansiedad y pánico.

La propia empresa puede sufrir las consecuencias de que su trabajador esté pasando por un proceso de estrés en el trabajo. Esto se puede manifestar en un aumento de absentismo laboral y bajas laborales, poco rendimiento y productividad por parte del empleado, malas relaciones laborales, aumento de accidentes laborales, mayor número de quejas por parte de los clientes/usuarios, etc.

5 Discusión-Conclusión

El estrés es producto del fracaso e insatisfacción del trabajador, el individuo vive una situación que no puede controlar y le supera, esta situación se manifiesta en forma de dolor emocional, angustia y miedo. Todo ello dará lugar a una serie de consecuencias físicas y psíquicas.

Son fundamentales las medidas preventivas para reducir y eliminar el estrés en el individuo. Sobre todo, intervenir cuanto antes para que el estrés no vaya a más e interfiera en la salud. Existen diversas técnicas de las que se puede dotar al

trabajador para afrontarlo. Algunas de estas técnicas van desde la ingesta de una dieta adecuada, ejercicios de distracción y actividades de ocio, hasta técnicas de relajación musculares y ejercicios de control de respiración.

6 Bibliografía

- https://luapsicologia.com/estres-laboral/
- https://riesgoslaborales.saludlaboral.org/portal-preventivo/riesgos-laborales/riesgos-relacionados-con-la-psicosociologia/estres/
- https://blog.neuronup.com/estres-laboral/#Estres_laboral
- http://madridsalud.es/el-estres-laboral-y-su-prevencion/

Capítulo 1725

REVISIÓN DE LOS ESTUDIOS DE COLON MEDIANTE RADIOLOGÍA CONVENCIONAL

ANA GONZÁLEZ FERNÁNDEZ

BEATRIZ MATILLA MEDIAVILLA

1 Introducción

Los estudios de colon mediante enema baritado siguen siendo hoy en día una de las partes más estudiada del tubo digestivo, sobre todo para enfermedades tales como el cáncer benigno y maligno, inflamaciones, diverticuliti y asi como su uso para el estudio de enfermedades infantiles como son la enfermedad Hirschspug o el síndrome de malrotación del intestino.

Cabe destacar que la Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN) nos indica que el tumor más frecuente es el de colon y recto con un total de 44.937 nuevos casos (30.606 de colon y 14.331 de recto) y a nivel internacional, los hombres presentan una tasa global 43 puntos superior a la media europea, es decir un 6,3% siendo los tumores que más exceso presentan el colonrectal y el de vejiga urinaria.

Según los datos antes mencionados se hace mas importante el cribado de cáncer de colon a nivel estatal e internacional y el desarrollo de las diferentes pruebas de imagen diagnóstica a nivel del colon y recto.

2 Objetivos

El objetivo de este capitulo es la revisión de las técnicas de imagen diagnostica convencional del intestino grueso. Para ello haremos una breve introducción sobre el tubo digestivo, pasaremos a describir las técnicas de enema simple y con doble contraste y su visión.

3 Metodología

Para la validez de este estudio se ha realizado una busqueda en profundidad en los meses previos a este capítulo en libros y en bases de datos como son Medline, Elsiever y relizando una busqueda en profundidad con descriptores clave como: ”enema opaco”, ”enema doble contraste”, ”colon”.

4 Resultados

El intestino grueso incluye el ciego con su apéndice venciforme, el colon que es su parte más larga, el recto que es retroperitoneal y el conducto anal.

El íleon (intestino delgado) se abre al ciego a través de la válvula ileocecal, a continuación del ciego empieza el colon, el cual podemos dividir 4 partes (colon ascendente, transverso, descendente y sigmoideo) con dos flexuras importantes, la flexura cólica derecha (hepática) y la flexura cólica izquierda (esplénica).

Los dos principales métodos de estudio del intestino grueso por radiología convencional son el enema simple o con doble contraste, la realización de uno u otro queda a criterio del radiólogo encargado de la prueba.

La principal diferencia entre ambas pruebas es que en el enema simple utilizaremos un contraste baritado y en el enema de doble contraste introduciremos también aire durante la realización de la prueba, en caso de sospecha de perforación se utilizara un contrate hidrosoluble.

Cuando un paciente es citado para realizar esta prueba se le debe indicar una preparación previa la cual consiste en llevar una dieta pobre en residuos durante 48 horas y además el paciente deberá ingerir una solución evacuante o laxantes (para la integra limpieza del intestino grueso) entre 10 y 15 horas antes de la realización de la prueba, el día de la prueba se le indicara que acuda en ayunas.

Para la realización de la prueba necesitaremos el siguiente material: Sonda con globo hinchable rectal, contraste baritado, cánula para enema simple, gel y perilla para hinchar globo.

Antes de la introducción del contraste se debe realizar una radiografía simple de abdomen para comprobar que no hay restos de heces u otra variante que impida la realización de esta prueba.

Con el paciente en decúbito supino para la radiografía simple, pasamos a posicionarlo en decúbito lateral para la realización del sondaje rectal, seguidamente una vez que dejamos al paciente en la correcta posición se abre el paso de contraste y se monitoriza con la escopia.

En el estudio simple, se rellena el colon completo, si por el contrario realizamos un enema opaco de doble contraste, cuando este relleno todo el marco cólico, se baja la bolsa de bario y se vacía parcialmente el colon y a continuación se introduce el gas con cuidado para hacer el doble contraste.

En ambos estudios realzaremos cambios de posición del paciente para ir visualizando todo el colon.

El decúbito prono se utiliza para rellenar el colon transverso ya que este cuelga de forma anterior desde los ángulos esplénico y hepático, si desde esta posición volvemos a supina permitirá el llenado de ángulo hepático y colon ascendente (incluyendo su unión al ciego y la unión de este con el apéndice).

Se utilizaran posiciones oblicuas de ángulo inferior para visualizar el colon sigmoide y oblicuas elevando costado izquierdo el área ileocecal.

5 Discusión-Conclusión

Las técnicas de radiología convencional siguen siendo una de las peticiones mas comunes en el servicio de radiología en la zona telemandada, su uso es rápido y útil para una serie de descartes iniciales en determinadas enfermedades a nivel del colon y en aquellos casos en los que la colonoscopia no está indicada o no puede realizarse por presencia de estenosis.

Aunque cada vez esta siendo menos utilizada debido al avance de otras técnicas como la colonoscopia o colono-TAC las cuales nos dan una visión mas rápida, profunda y en diferentes cortes y planos del tubo digestivo y el colon suele ser

estudiado sobre todo cuando el tiene un brote grave de actividad.

Al seguir realizándose estas practicas habitualmente en los servicios de radiología telemandada queda demostrado que su buen conocimiento y realización por parte de los TSID ayudara a que los estudios se realicen mejor, ya que tienen una colaboración directa de con el radiólogo y ayudara a que los pacientes se sientan mas seguros ante tipo de pruebas que en ocasiones suelen conllevar nerviosismo e irritabilidad.

6 Bibliografía

- Azpeitia, J., Puig, J., & Soler, R. (2016). Manual para Técnico superior en imagen para el Diagnóstico y Medicina nuclear. Madrid, España: EDITORIAL MÉDICA PANAMERICANA, S.A..
- Consenso 2018 de la Sociedad Española de Anatomía Patológica y la Sociedad Española de Oncología Médica sobre el diagnóstico y tratamiento del cáncer de origen desconocido.
- Enfermedad diverticular: revisión y estado actual. (2001, 1 enero).
- Estimaciones de la incidencia del cáncer en España, 2019. Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN), 2019. https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/Cifras_del_cancer_2020.pdf
- Guía de práctica clínica sobre el manejo del estreñimiento crónico en el paciente adulto. Parte 2: Diagnóstico y tratamiento. (2017, 1 abril).
- Hansen, J. T. (2014). Netter Cuaderno de anatomía para colorear. Barcelona, España: Elsevier.
- JOSÉ FERNÁNDEZ SOTOLONGO, RAMÓN YERO RODRÍGUEZ, JAVIER ORLANDO DÍAZ ELIAS, LISSETTE CASTRO ALVÁREZ, & MARTA SUÁREZ ROMERO. (2018, 12 septiembre). Diagnóstico de lesiones preneoplásicas en colon y cáncer colorrectal en pacientes con SUMASOHF positiva. Fernández Sotolongo | Archivos del Hospital Universitario "General Calixto García".
- Ryan, S., McNicholas, M., & Eustace, S. (2013). Anatomía para el diagnóstico radiológico. Madrid, España: Marbán Libros, S.L..
S Joseph, A Guinot, MD Leclair -EMC-Pediatría, 2019 -Enfermedad de Hirschsprung. Elsevier.
- ZAMBRANO ZAMBRANO, KATHERINE VIVIANA. ago-2018.DIAGNÓSTICO IMAGENOLÓGICO DE CÁNCER DE RECTO. PRESENTACIÓN DE UN CASO.

Capítulo 1726

LOS RIESGOS LABORALES DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO

MARIA FLOR GARCIA MARTINEZ

MARIA AURORA PORTILLA ORDOÑEZ

MERCEDES PELÁEZ DUARTE

CRISTINA HEVIA LOBO

ANA MARIA ALVAREZ GONZALEZ

1 Introducción

La igualdad de género es un derecho humano fundamental. La Declaración Universal de Derechos Humanos aprobada por la Asamblea General el 10 de diciembre de 1948, recoge que "Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos" y que "toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, [...] nacimiento o cualquier otra condición".

La Organización Internacional de Trabajo (OIT) alerta de las desigualdades existentes en la actualidad y de la importancia de incluir la perspectiva de género en la gestión empresarial, por tanto la efectividad de una empresa a la hora de contemplar la prevención de riesgos laborales debe pasar por asumir las diferencias de sexo; hombres y mujeres son diferentes biológicamente y contemplar también la desigualdad de género, entendida esta como la diferencia socialmente construida entre hombres y mujeres, debe ser un meta.

2 Objetivos

Alcanzar un modelo de prevención de riesgos laborales que contemple la cuestión de género, haciendo que en la práctica la prevención en una empresa contemple ambas vertientes para que los riesgos que sufren las mujeres dejen de ser considerados como menores.

Existen diferencias desde el punto de vista de género en materia de salud y seguridad laboral y es necesario conocer como afectan estas diferencias a la Prevención De Riesgos Laborales y que acciones deben tomarse para reducir los riegos que se pueden producir debida a estas diferencias.

3 Metodología

La metodología utilizada para la elaboración del estudio se ha basado en las herramientas habituales de investigación tanto directa como indirecta a través de las cuales se pretende conseguir los objetivos propuestos. La metodología de trabajo ha consistido fundamentalmente en la recogida y análisis de fuentes documentales acerca de todos aquellos aspectos relacionados con el estudio.

4 Resultados

Se diferencian claramente, por un lado, los riesgos laborales que afectan tanto a hombres como a mujeres pero de forma distinta debido a sus diferentes constituciones: riesgos químicos, ergonómicos y psico-sociales y por otro lado, los riesgos específicos de las mujeres como el acoso sexual, el acoso por razón de sexo, la doble presencia al que las mujeres son especialmente vulnerables y por último el riesgo en embarazo y lactancia.

5 Discusión-Conclusión

Un enfoque sensible de género de la seguridad y salud en el trabajo implica reconocer y tener en cuenta las diferencias entre los trabajadores y trabajadoras. Así las empresas pueden hacer que el trabajo sea más fácil y seguro para todos, por ello resulta importante y necesario:

- Todas las medidas que se tomen en relación con las condiciones que afectan a la seguridad y salud de los trabajadores tengan en cuenta la perspectiva de género.

- proponer medidas o actuaciones a la empresa sobre prevención de riesgos laborales que sean sensibles a la perspectiva de género.
- Conocer de antemano si el trabajo está adaptado a las características físicas y psicológicas de las mujeres.
- Vigilar la existencia de casos de discriminación contra las mujeres a la hora de gestionar la prevención de riesgos laborales en la empresa. Igualmente, en supuestos de acoso sexual o discriminatorio brindar apoyo a la víctima e implementar medidas cautelares para evitar que el acoso continúe.

6 Bibliografía

- OSALAN: Pautas para la integración de la perspectiva de genero.
- INSHT: "Directrices para la evaluación de riesgos y protección de la maternidad en el trabajo". INSHT.
- VEGA, S. INSHT: "NTP 657: Los trastornos músculo-esqueléticos de las mujeres (I): exposición y efectos diferenciales". INSHT.

Capítulo 1727

MUSICOTERAPIA PARA MEJORAR AL PACIENTE PALIATIVO.

ALICIA FERNÁNDEZ MARTÍNEZ

ENCARNACIÓN MOROTE MORENO

LUIS CAPARRÓS SÁNCHEZ

ALEJANDRO RODRÍGUEZ ROZA

1 Introducción

Los orígenes de la musicoterapia se ubican en las prácticas de curación que, a lo largo de la historia y dentro de las diferentes culturas, han usado la música como recurso terapéutico. Los grandes filósofos griegos otorgaron un importante papel a la música como medida terapéutica. Pitágoras, consideraba que la música podía restablecer la armonía espiritual y la describe como medicina del alma. Platón, considera que la música da serenidad al alma y Aristóteles, valoraba la música por su capacidad de facilitar una catarsis emocional.

En 1967, Juliette Alvin definió la musicoterapia como el uso dosificado de la música en el tratamiento, rehabilitación, educación y adiestramiento de adultos y niños que padecen trastornos físicos, mentales y emocionales.

Las respuestas a la música, que primero llegan desde un estímulo perceptual son tanto fisiológicas como psicológicas. El impacto emocional de la música, por débil que sea, puede provocar ciertas respuestas fisiológicas involuntarias, tales como

cambios en el ritmo o la regularidad de la circulación sanguínea, o el proceso respiratorio.

Los pacientes cuya enfermedad no tiene curación, y se encuentran en seguimiento por cuidados paliativos, sobre todo en etapas de final de vida tienen alto riesgo de padecer desequilibrio en sus funciones fisiológicas y emocionales. El concepto físico de existencia se tambalea cuando se acerca el momento de morir, dejar de existir, es aquí cuando comienza a tener mayor importancia la espiritualidad. El tratamiento holístico del paciente precisa un abordaje interdisciplinar, no sólo la medicación alivia el sufrimiento.

Se ha realizado una revisión de las diferentes fuentes de información bibliográfica para tener un conocimiento general sobre la pregunta de investigación que se plantea en el estudio. Dentro de las terapias complementarias, en los últimos años el empleo de la musicoterapia ha ido ganando un espacio cada vez más importante dentro del contexto clínico.

Aporta beneficios en el control de síntomas tanto fisiológicos como emocionales, sin generar efectos secundarios. Es considerada una terapia de apoyo a los tratamientos farmacológicos, de hecho muchas instituciones incluyen las sesiones de musicoterapia en la cotidianidad del cuidado a los pacientes, mejorando notablemente su bienestar y confort. Existen diversos estudios relacionados con la musicoterapia y el control síntomas en pacientes en cuidados paliativos. La mayoría de ellos coinciden en el beneficio que esta disciplina aporta a los pacientes y su entorno.

Aunque el número de publicaciones sobre musicoterapia en las áreas de atención al paciente en cuidados paliativos continúa creciendo, se ve la necesidad de realizar más estudios que demuestren su efectividad en el control de síntomas manifestados por pacientes paliativos hospitalizados. Hasta la fecha las revisiones sistemáticas realizadas confirman que se precisa realizar más estudios con mayor número de participantes y menos sesgos para obtener información veraz y con alto nivel científico, además de aplicar diferentes métodos y tipos de musicoterapia en aras a evaluar su efectividad.

Debido a su exponente crecimiento como terapia complementaria, el aporte de beneficios que produce en el binomio salud-enfermedad como instrumento de cuidados y el bajo número de estudios con alta validez externa e interna del que disponemos en la actualidad, se propone realizar el presente estudio.

2 Objetivos

Objetivo general:

- Describir y evaluar los efectos de dos tipos de intervención con musicoterapia en el control de síntomas de pacientes en cuidados paliativos.

Objetivos específicos

- Valorar los efectos de la musicoterapia "música en vivo" antes y después sobre los siguientes parámetros fisiológicos: frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno.

- Valorar los efectos de la reproducción de "música grabada" antes y después sobre los siguientes parámetros fisiológicos: frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno.

- Comparar los efectos de la musicoterapia "música en vivo" y reproducción de "música grabada" antes y después sobre los siguientes parámetros fisiológicos: frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno.

- Evaluar los efectos de la musicoterapia "música en vivo" sobre los resultados de la escala de Edmonton, antes y después de la intervención.

- Evaluar los efectos de la reproducción de "música grabada" sobre los resultados de la escala de Edmonton, antes y después de la intervención.

- Comparar los efectos de la musicoterapia "música en vivo" y la reproducción de "música grabada" antes y después, sobre los resultados de la escala de Edmonton.

3 Metodología

Metodología:

Se llevará a cabo un estudio casi-experimental de carácter longitudinal prospectivo.

Población diana: pacientes que reciben tratamiento de cuidados paliativos.

Población accesible: pacientes ingresados en la unidad de cuidados paliativos en la FISJ durante el período de estudio.

Los pacientes que serán incluidos en el presente estudio obedecerán a los siguientes criterios de inclusión: estar ingresado en la unidad de cuidados paliativos de la FISJ durante el período de estudio;

- el paciente debe de mantener nivel de consciencia adecuado.

Los criterios de exclusión son:

- pacientes con sordera o hipoacusia severa;

- pacientes en estado de agonía, estado estuporoso o estado obnubilado;

- pacientes que no reciban el número total de sesiones establecidas en el protocolo.

Para la obtención de la muestra se utilizará un muestreo aleatorio simple. Se aplicarán dos tipos de terapias diferentes a los grupos A y B establecidos. El grupo A recibirá musicoterapia con "música en vivo" y el grupo B recibirá la reproducción de música grabada. El tamaño previsto para la muestra es de 18 sujetos, con una n en grupo A de 9 pacientes, y una n de 9 pacientes en el grupo B, estimando una pérdida del 10% de datos en pacientes que deban salir del estudio o dejen de ser evaluables.

Este cálculo se ha realizado a través del estudio de contraste de hipótesis para el cálculo del tamaño muestral para comparación de medias, asumiendo un nivel de confianza de 95% y una potencia estadística del 80% (datos de precisión y varianza consultados en la literatura).

La recogida de datos se llevará a cabo en la unidad de cuidados paliativos de diversos hospitales y residencias

Variables:

La edad es considerada como la determinación de los años de vida de las personas.

El sexo es la condición orgánica de la persona.

El diagnóstico médico es un juicio médico sobre el estado psicofísico de una persona; representa una manifestación en respuesta a una demanda para determinar tal estado.

Fármacos empleados como rescates se refiere al número y tipo de medicación extra fuera de la basal, utilizada para el control satisfactorio y completo de los

síntomas alterados, a lo largo del día de la intervención musical.

Frecuencia respiratoria son el número de respiraciones por minuto.

Frecuencia cardíaca es el número de latidos cardíacos por minuto.

Saturación de oxígeno es los niveles de saturación de O2 en sangre.

Visitas inesperadas se refiere al número de visitas que pueda recibir el paciente en la unidad fuera de su rutina diaria habitual de su entorno familiar

Disnea, sensación subjetiva de ahogo o dificultad en la respiración.

Dolor, percepción sensorial localizada y subjetiva que puede ser más o menos intensa, molesta o desagradable y que se siente en una parte del cuerpo.

Astenia, debilidad o fatiga general.

Depresión, decaimiento anímico, baja autoestima, pérdida de interés por todo y disminución de las funciones psíquicas.

Ansiedad, inquietud, intensa excitación, angustia.

Somnolencia, estado entre el sueño y la vigilia. Sensación de embotamiento de los sentidos y torpeza en los movimientos.

Anorexia, ausencia de apetito

Bienestar global, estado de la persona cuyas condiciones físicas y mentales le proporciona un sentimiento de satisfacción y tranquilidad.

Insomnio, falta anormal de sueño y dificultad para conciliarlo.

Intervención a evaluar:

Se evaluarán los efectos de la musicoterapia en las variables anteriormente citadas, en dos sesiones, aplicadas en días diferentes

Las sesiones se realizarán en la habitación del paciente, el cual se podrá encontrar encamado, o en sedestación.

15 minutos antes de la intervención con musicoterapia, se realizará la medida de frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca y saturación de O2. Se realizará también la escala de Edmonton.

Después comenzará la sesión, cuya duración será de entre 20-30 minutos en función de las necesidades del paciente.

Tipos de música en cada grupo:

Tipo de música en vivo: melodías conocidas y no conocidas de acordes mayores y menores tocados en el arpa y entonados con voz (con y sin palabra), también cabe la improvisación, ritmos que se acomodan a las necesidades del paciente y los objetivos planteados para ese momento.

Tipo de música grabada: se dará a elegir entre música clásica, música relajante tipo New Age o sonidos de la naturaleza. Esta será reproducida mediante un reproductor de CD con capacidad de lectura de MP3 tanto desde un CD como de memorias USB. El reproductor se colocará cerca del paciente y de su aparato auditivo, en una mesa auxiliar a una altura adecuada para que se escuche correctamente. El volumen de la reproducción será intermedio

Una vez finalizada la sesión se medirá nuevamente, frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca y saturación de O2. Después de 15 minutos de haber finalizado la sesión se facilitará la escala de Edmonton.

Material y método.

Instrumentos de medida:

Las variables fisiológicas, frecuencia cardíaca y saturación de oxígeno (SpO2), serán medidas mediante la pulsioximetría. Para ello se utilizará el pulsioxímetro, el cual realiza la medición no invasiva del oxígeno transportado por la hemoglobina en el interior de los vasos sanguíneos, esto lo realiza mediante el principio del funcionamiento de un espectrofotómetro que mide la absorción de luz de longitudes de ondas específicas, al pasar por un lecho vascular arterial pulsátil. La frecuencia cardíaca será medida por el número de veces que late el lecho arterial

Para el estudio se utilizará pulsioxímetro de dedo Safe Heart SHO-3 +. Sus características principales de medición son;

SPO2: rango: 35-100%.

Precisión: SpO2 70% a 100% ±2 %, por debajo de 70% sin especificar.

Frecuencia cardíaca: rango: 30-240 LPM, precisión: +- 2lpm.

La variable fisiológica de frecuencia respiratoria será evaluada mediante la observación directa del ascenso y descenso del pecho del paciente durante un minuto por parte del investigador principal. Se medirá durante 3 minutos no consecutivos y se realizará una media

Como instrumento de medida para la evaluación de los síntomas presentados por los pacientes en estudio se utilizará la Escala de Edmonton

Esta escala evalúa la presencia e intensidad de nueve síntomas; dolor, cansancio (astenia), nauseas, depresión (estado de ánimo), somnolencia, apetito (anorexia), bienestar general, falta de aire (disnea), insomnio. Todo ello a través de escalas visuales numéricas del 0 al 10, siendo 0 la ausencia del síntoma y 10 la presencia del síntoma más intenso posible. Se puede utilizar como autoevaluación o como sistema de evaluación externa.

En el presente estudio se realizará como autoevaluación por parte del paciente (si éste presenta dificultad para escribir, le proporcionará su ayuda el investigador principal)

El cuestionario de Evaluación de Síntomas de Edmonton (ESAS), fue desarrollado por Eduardo Bruera en 1991 y desde entonces se viene utilizando como herramienta de referencia para la evaluación de síntomas en pacientes en cuidados paliativos, oncológicos o no oncológicos, por su gran fiabilidad.

Para realizar una recogida de datos sistematizada y ordenada de las variables tanto clínicas, como sociodemográficas, y mediciones de las variables fisiológicas se utilizará una ficha de recogida de datos

4 Resultados

En el estudio han sido incluidos 6 pacientes, 4 en el grupo con musicoterapia en directo y 2 en el grupo con música reproducida. Con la intervención de la música in vivo se ha visto que todos los pacientes experimentaron una disminución en la FR y FC. Además, a través de valoración con la Escala de Edmonton se objetivó una mejoría en la ansiedad y un aumento de la somnolencia. Algunos de los pacientes se quedaron dormidos durante la sesión.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos podido observar la aplicación de musicoterapia como terapia alternativa en pacientes ingresados en cuidados paliativos, es efectiva. Aporta beneficios en el control de síntomas tanto fisiológicos como emocionales, sin generar efectos secundarios.

6 Bibliografía

- Benenzor, R. (2004). Teoría de la musicoterapia. España: Mandala Ediciones.
-Rolando Benenzon, Manual de Musicoterapia, Paidós Ibérica, Barcelona, 1985.
-Rolando O.Benenzon, Manual de Musicoterapia, Paidós educador.
-Benenzor, R.: "Escucha y puede ser que oigas", Noële Parmentier, Revue MTC, 18 dic 1995.
- Rodrig, Mª S () Musicoterapia: Terapia de música y sonido. España: Madrid. Musicalis.
-Benenzor, R; De Gainza, V; Wagner, G.: Sonido, comunicación, terapia. Salamanca, Amarú, 1997.
- F.Federico, G (2007). El niño con necesidades especiales. Neurología y musicoterapia. Argentina: Kier
- Lacarcel, Moreno (1995) Musicoterapia en Educación Especial. Universidad de Murcia.
- R.Hofstadter, Douglas. Gödel, Escher, Bach: Un eterno y grácil bucle. Barcelona: Tusquets editores, 2007. 834p.
- Campell, Don. El efecto Mozart: aprovechar el poder de la música para sanar el cuerpo, fortalecer la mente y liberar el espíritu creativo. España: Ediciones Urano, 1998. 317p.
- Bealieu, John. Música, Sonido y Curación: guía práctica de musicoterapia. Barcelona: Índigo, 1994. 149 p.
- Brennan, Bárbara Ann. Manos que curan. Bogotá: Círculo de Lectores, 1991. 255 p.

Capítulo 1728

ATENCIÓN SANITARIA A PERSONAS CON DEPENDENCIA

MARÍA JOSÉ RIERA PALACIO

1 Introducción

"Dependencia es un estado en que las personas, debido a la pérdida de autonomía física, psicológica o intelectual, necesitan algún tipo de ayuda y asistencia para desarrollar sus actividades diarias. La dependencia también podría estar originada o verse agravada por la ausencia de integración social, relaciones solidarias, entornos accesibles y recursos económicos adecuados para la vida de las personas mayores".

Es la situación en la que una persona con discapacidad precise ayuda, técnica o personal, para la realización (o mejorar el rendimiento funcional) de una determinada actividad". O como señala la OMS, la esencia misma de la dependencia radica en no poder vivir de manera autónoma y necesitar de forma duradera la ayuda de otros para las actividades de la vida cotidiana.

La atención sanitaria a las personas dependientes es un factor clave por los siguientes motivos:
• Las enfermedades son, con gran diferencia, la causa principal de la dependencia.
• En muchas ocasiones esas enfermedades se han podido prevenir (medicina preventiva).
• La mayoría de las enfermedades que ya están causando dependencia requieren controles y tratamientos para evitar, entre otras cosas, que la dependencia progrese (medicina asistencial).

Son muy frecuentes las descompensaciones de las patologías crónicas, al igual que las patologías múltiples, con su polifarmacia añadida, etc, lo que conlleva a una especial dificultad en el manejo asistencial (domicilio, residencia, hospital) y clínico (diferentes especialidades) de estos pacientes. Con frecuencia son los problemas sanitarios de las personas mayores dependientes los que desbordan las situaciones de asistencia.

Las personas dependientes pueden requerir prestaciones sociales y/o sanitarias (de atención clínica y de cuidados sanitarios) que deben estar coordinadas en todo momento para dar una adecuada respuesta socio sanitaria. Pero es importante delimitar las competencias de sanidad y las del sector social, de acuerdo con lo que se defina en las normas que regulen el futuro Sistema de Atención a la Dependencia y desarrollen la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, así como con la ordenación sanitaria y social de cada Comunidad Autónoma.

En España, casi la totalidad de las personas mayores tienen cobertura sanitaria a través del Sistema Nacional de la Salud. Por ello, el 98% de las personas mayores utilizan la sanidad pública cuando precisan de cuidados médicos.

Aunque se ha desarrollado en muchas comunidades autónomas, no existe un sistema de información unificado sobre recursos para la atención de personas dependientes, lo que impide poder valorar adecuadamente el mapa de recursos a nivel estatal.

2 Objetivos

El objetivo principal es ampliar y mejorar la cantidad y la calidad de los servicios que se ofertan a las personas con dependencia, y dado que el Sistema Nacional de Salud presta atención sanitaria a las personas con enfermedades crónicas y discapacidades que conllevan dependencia, se requiere un análisis de sus necesidades sanitarias y de los recursos actualmente disponibles. Así como facilitar más información a familias y cuidadores.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han

consultado ar;culos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando ar;culos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

No todas estas personas tienen el mismo grado de dependencia, por lo que cada caso es diferente. Los cuidados que necesitan las personas dependientes son tan variados como cada una de ellas. No puede generalizarse por existir un gran abanico de situaciones. Lo importante es que se les deje actuar hasta donde puedan. En ocasiones es conveniente iniciarles la acción para que ellos la terminen, por ejemplo, ayudarles a coger el alimento con la cuchara para que la lleven hasta la boca.

Las necesidades de las personas dependientes van mucho más allá de las físicas. Hay que mantener en activo su mente y no descuidar su estado emocional. El cariño se percibe hasta en los estadios más precarios de ciertas enfermedades. El trato debe ser siempre digno y respetuoso. Las mejores terapias son las de tipo afectivo como las caricias. También la musicoterapia da unos resultados excelentes. Hay personas mayores con demencia que cobran un ánimo extraordinario simplemente cuando escuchan canciones de su época.

Aunque la sociedad presta servicios imprescindibles a través de las instituciones públicas -ayudas monetarias, ayudas a domicilio, servicios de tele-asistencia, centros de día y de noche, y atención residencial. Lo cierto es que, en la mayoría de los casos, son los familiares los que se encargan de su cuidado. De este modo, el peso de la responsabilidad suele recaer sobre el cuidador o cuidadora. Este familiar dedica la mayor parte de su tiempo a la persona con dependencia. Por otro lado, suele perder su trabajo y a sus amistades por falta de tiempo con el consiguiente aislamiento social.

A pesar de todo, no hay que desanimarse. Con una buena planificación del tiempo, la preparación necesaria, la adaptación del hogar, la adquisición de los accesorios necesarios y la atención personal, pueden superarse, en parte, las dificultades. De vez en cuando es conveniente dedicar tiempo al ejercicio físico, a descansar y a divertirse para tomar fuerzas y poder continuar con esa labor tan importante, altruista y gratificante como es el cuidado de un familiar.

5 Discusión-Conclusión

La dependencia afecta de manera más extensa a las personas mayores. La característica biológica fundamental del envejecimiento se puede resumir como la pérdida de adaptabilidad de cualquier aparato u órgano a noxas externas e internas, debido a una disminución de la capacidad de reserva y a unos estímulos sensoriales disminuidos. Por ello se debe reconocer a la población de personas mayores frágiles como una de las principales beneficiarias en los programas de atención a la dependencia. De hecho, a medida que aumenta la edad también lo hace el riesgo de pérdida de autonomía lo que conlleva una dependencia de otras personas para realizar las actividades de la vida diaria. Así el 19,6% de las personas mayores de 65 años son dependientes para los cuidados personales, teniendo un 5-6% una dependencia moderada y un 3% una dependencia severa.

La dependencia se asocia al envejecimiento, pero afecta también a personas que han sufrido accidentes, enfermedades de distinto tipo, malformaciones congénitas, etc. Todas ellas son susceptibles de recibir cuidados sanitarios y sociales hasta ahora no suficientemente desarrollados. Las prestaciones sanitarias se han centrado, principalmente, en la atención con fines curativos. Sin embargo, el envejecimiento demográfico, la mayor prevalencia de las enfermedades crónicas como consecuencia de la mayor capacidad resolutiva del sistema, la mayor supervivencia de personas con discapacidad, la mayor esperanza de vida de las personas mayores y el desarrollo social, determinan nuevas demandas en la cobertura, el funcionamiento y la utilización de los servicios sanitarios. El incremento de personas con dependencia que esto supone, llevará consigo la necesidad de desarrollar un sistema de Atención a la Dependencia que cubra los aspectos de cuidado social y los relacionados con la cobertura de las necesidades sanitarias que las personas con dependencia puedan presentar.

6 Bibliografía

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 1729

CÓMO PUEDE AFECTAR LA RELACIÓN DEL EMPLEADO CON EL LÍDER

MARIA AURORA PORTILLA ORDOÑEZ

MARIA FLOR GARCIA MARTINEZ

ANA MARIA ALVAREZ GONZALEZ

MERCEDES PELÁEZ DUARTE

CRISTINA HEVIA LOBO

1 Introducción

Para construir un clima laboral sano es importante que el vinculo que une a las personas con sus superiores, sea lo más amable y correcto posible, manteniendo una relación estrecha en su justa medida. La relación con el superior inmediato es una variable clave para comprender las actitudes y comportamiento de los empleados en las empresas según ponen de manifiesto múltiples investigaciones.

2 Objetivos

- Lograr el máximo de productividad posible es el objetivo de empleados y empleadores.

- Conocer el impacto del entorno en la productividad por parte de empleados y empleadores.
- Favorecer que los empleados se sientan comprometidos con la empresa.
- Propiciar que el empleado tenga una buena percepción del bienestar existente en la organización.
- Establecer, por parte de los líderes, espacio entre lo personal de lo profesional.
- Eliminar de los jefes pierdan el miedo a la crítica .

3 Metodología

Consejos para conseguir una buena relación con tu responsable:
- Se eficiente en tu trabajo: si el empleado es responsable con su trabajo, muestra interés y es participativo, favorecerá, que exista una buena relación responsable-empleado. De lo contrario,ser una persona negativa, con falta de aspiraciones y conformista, puede suponer todo lo contrario.
- Sé respetuoso: la educación siempre debe de estar presente en todos los ámbitos vitales, incluido el profesional. Se tenga, o no, una buena relación con el encargado, el respeto debe ser un valor que esté siempre presente. Es importante mantener un trato óptimo, pero manteniendo la suficiente distancia.
- No caigas en el exceso de confianza: tener una buena relación con tu encargado no quiere decir que la relación tenga que ser excesivamente cercana.Una vez llegados a este punto, las limitaciones pueden difuminarse y afectar al trabajo. La confusión de papeles puede conducir a situaciones complejas. Es importante conocer los límites y actuar conforme a estos.
- Comunícate: un responsable de equipo debe estar al tanto de todas las cuestiones que ocurran en su departamento. Haz sugerencias, sé directo y evita las conjeturas. Cuando los empleados están seguros de una idea, es necesario apoyarla.Ser franco siempre con respeto, ayuda a acortar distancias en la relación.

4 Resultados

- Reduce el estrés.
- Permite un mejor desarrollo profesional.
- Las buenas relaciones del líder con sus colaboradores sirven no sólo para mejorar el compromiso de estos con la organización, si no también, para influir para bien en sus percepciones de otras variables, como son el bienestar y clima de la comunicación, lo que incrementa a su vez el compromiso con ellos.

- Cuando entre el líder y colaborador existe una relación de alta calidad, el mayor compromiso experimentado por la persona hacia la entidad para la que trabaja, sería en parte una forma de corresponder al superior en tanto considere que esta encarnando a la empresa.
- Con la transparencia se genera confianza.

5 Discusión-Conclusión

Queda patente que, una relación afable con los jefes puede aumentar las posibilidades de éxito profesional. La mejora del bienestar en el trabajo y el desarrollo y perfeccionamiento de las competencias laborales son aspectos que pueden verse también beneficiados. Por lo tanto, tener en cuenta todas estas ventajas y consejos, podrá ayudarte a impulsar tu carrera profesional.

Líder y trabajadores deberían caminar en un mismo sentido, de manera que el apoyo recibido del jefe, sea una concreción del apoyo que la dirección de la empresa ofrece a sus trabajadores tratando de enviarles un mismo mensaje. Si la organización toma medidas a favor de los empleados y de la apertura de comunicación, pero el líder no cuida las relacione con sus colaboradores, estos posiblemente no aprecien aquellas medidas porque sus preocupaciones se centren mas bien en la falta de comunicación y confianza hacia su superior inmediato (características propias de las relaciones de baja calidad).

Los esfuerzos que en la organización se hayan podido realizar para que la comunicación y el bienestar sean mejor, pueden caer en saco roto si el jefe no logra conectar con los miembros de su equipo e implicarles en el proyecto compartido. En definitiva, la importancia que tiene una buena relación del líder con sus colaboradores para que estos se comprometan con la organización es imprescindible para que sienta la empresa como parte de su proyecto personal y estén dispuestos a esforzarse más para alcanzar el éxito de la misma.

6 Bibliografía

- Ranstad.
- Universia en el Mundo.
- Universia Busyness Review.

Capítulo 1730

INFLUENCIA DE LA FATIGA MENTAL EN EL PERSONAL NO SANITARIO.

NANSI LÓPEZ GARCÍA

1 Introducción

La fatiga mental es un estado de agotamiento físico y psicológico crónico que puede afectar de diferentes maneras: bien sea provocado por un exceso de tareas, por falta de recursos a la hora de resolverlas, o por haber estado sometido a un estrés mental continuo. Además, la fatiga mental puede desencadenar en el "Síndrome del quemado": proceso paulatino en el que la persona pierde el interés en sus tareas y el sentido de la responsabilidad, pudiendo desencadenar en una profunda depresión.

2 Objetivos

Establecer medidas concretas para evitar la fatiga mental en el personal no sanitario. Llevar a cabo todas las acciones necesarias de diferente índole: motivacionales, flexibilidad horaria, mejorar la organización en las tareas para evitar que los trabajadores se vean desbordados, entre otras.

3 Metodología

Para el proceso de investigación se ha hecho una revisión sistemática de toda la literatura científica existente. Se han buscado libros, así como artículos en revistas de temática sanitaria y científica. Así mismo, se han consultado bases de datos

sobre encuestas realizadas a trabajadores, en concreto la Encuesta Nacional de Salud en España, realizada por el Ministerio de derechos sociales y agenda 2030.

4 Resultados

Es importante que la falta de motivación, el cansancio, el estrés del trabajador sea conocido en sus orígenes, de esta manera será más fácil solucionarlo. Deberá hacerse una investigación en los lugares de trabajo para conocer cuáles son las causas principales que pueden dar lugar a que el trabajador sufra el "Síndrome del quemado", y evitarlo mediante acciones motivacionales, de apoyo y de flexibilidad horaria, entre otras.

5 Discusión-Conclusión

Se ha observado que la fatiga mental puede manifestarse en el personal no sanitario de diferentes maneras, pero que tiene siempre unas causas comunes: un estado de agotamiento físico y mental, en el que la persona siente que no progresa, que no consigue sus metas y que puede desencadenar en una sensación de pérdida de la propia identidad personal. Esta situación puede venir provocada por factores como: falta de control (imposibilidad de decidir sobre decisiones que afectan al trabajo), falta de recursos, extremos de actividad, expectativas laborales poco claras o incluso el desequilibrio entre la vida laboral y la privada.

6 Bibliografía

-Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo.:" El estrés relacionado con el trabajo"
-Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social: "Salud Laboral".

Capítulo 1731

ARCHIVOS HOSPITALARIOS.

MERCEDES PELÁEZ DUARTE

CRISTINA HEVIA LOBO

MARIA FLOR GARCIA MARTINEZ

MARIA AURORA PORTILLA ORDOÑEZ

ANA MARIA ALVAREZ GONZALEZ

1 Introducción

Como consecuencia de la atención asistencial que se le efectúa a los pacientes está la generación de una serie de informes y estudios que forman la historia clínica. Estos son documentos que hay que archivar para los posibles usos posteriores, tanto por parte del paciente como por parte de la comunidad sanitaria.

El archivo de las mencionadas historias clínicas deberá realizarse de una forma ordenada, con una adecuada organización y en lugares que garanticen la buena conservación de las mismas, así como una fácil recuperación de los documentos. Estos lugares son los denominados archivos hospitalarios. Los cuales garantizan la custodia y conservación de toda la documentación generada a lo largo de la asistencia sanitaria.

Existen diferentes tipos de archivos , aunque en primer lugar se debe hacer una importante diferenciación : a) archivo activo: es un archivo permanente donde se conservan, de forma ordenada y accesible, las historias clínicas. Aquí las historias

clínicas se mantienen por un determina do período de tiempo, permitiendo su uso y consulta frecuente. b) archivo pasivo: es un archivo permanente donde se custodian las historias clínicas de pacientes que en un determinado período de tiempo no han acudido al centro sanitario. En todo caso, dicho archivo debe tener un orden específico.

Por otro lado, en el ámbito hospitalario encontramos tres tipos de archivos, los archivos centralizados, los descentralizados y los archivos mixtos. En cada uno de ellos se almacenan las historias clínicas de forma diferente. Es así que, por ejemplo, en el archivo centralizado las historias clínicas se guardan en un único almacén desde el cual se distribuyen a las distintas consultas cuando son requeridos por los profesionales o los servicios de atención al paciente, cuando son solicitadas por los mismos.

En el descentralizado las historias clínicas se guardan en almacenes distintos, es decir archivos de las propias consultas. Por otro lado, los archivos mixtos son aquellos que guardan las historias clínicas en las consultas de los diferentes servicios y cuando el paciente deja de acudir a ellos, las historias pasan al archivo central. En todo caso, el método más seguro y, por lo tanto, más utilizado para la custodia de las historias clínicas es el archivo central.

Teniendo en cuenta que los archivos hospitalarios son los lugares donde se guardan las historias de las atenciones sanitarias de los diferentes pacientes, es decir material altamente sensible; hay que tener especial cuidado en el diseño del mismo. Es decir, la elección del lugar, su emplazamiento y arquitectura, el acondicionamiento del mismo, las normas de seguridad, el diseño del mobiliario, el personal a cargo y todo aquello que pueda influir en la seguridad del mismo.

El archivo de historias clínicas es fundamental, tanto para facilitar la atención del paciente como para estudios posteriores, ya sean a nivel individual o colectvo. Además, sirven como consulta, proporcionando una información veraz, eficaz y contundente, de una forma sencilla y rápida.

2 Objetivos

El objetivo de los archivos hospitalarios es asegurar la custodia, garantizar la conservación y salvaguardar todos los datos que guardan las historias clínicas.

Pudiendo acceder en todo momento de una forma ágil y eficaz.. Asegurando, en todo caso, la confidencialidad de los mismo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: pubmed, medline, y scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Bibliografía

- www.academia.edu
- www.blogoac.files.wordpress.com

Capítulo 1732

RIESGOS LABORALES DURANTE EL EMBARAZO.

SANDRA CASTRO GONZÁLEZ

1 Introducción

Se considera embarazo a un estado fisiológico de la mujer y no una enfermedad, es por esto que la mujer puede trabajar durante la gestación y puede volver a su puesto estando en período de lactancia. El cuerpo de la mujer gestante sufre muchos cambios y debe cuidarse, tanto por el bebé como por la madre. Proteger la salud de la mujer en el entorno laboral es una obligación y cuestión de máxima importancia social.

Ciertas condiciones en el trabajo pueden suponer un riesgo tanto en el estado de gestación como en la etapa de lactancia. Los riesgos laborales en estas situaciones pueden solucionarse, ya sea eliminándolos o aplicando medidas preventivas.

2 Objetivos

1. Conocer los riesgos a los que se enfrentan las mujeres embarazadas en el puesto de trabajo.

3 Metodología

Para realizar el siguiente capítulo se llevó a cabo una exhaustiva búsqueda en diferentes medios y bases de datos como Pubmed, Scielo, Medline. También se

consultaron temarios y guías usando las palabras clave: Riesgos laborales, embarazo, lactancia.
Se seleccionaron los artículos más recientes y de mayor interés. Y de ellos se sustrajo información pertinente.

4 Resultados

El estudio de los factores de riesgo que afectan al embarazo debe seguir una metodología que evalúe los riesgos laborales. Hecho esto, aplicaremos las medidas preventivas pertinentes adaptadas al puesto de trabajo de la mujer gestante.

Son diversos los factores a tener en cuenta:
- Los factores físicos y ergonómicos: Como ejemplo estaría la manipulación de cargas, ruido en el entorno, estrés térmico por problemas de temperatura en el ambiente laboral.
- Los factores psicosociales: El trabajo a turnos, las cargas excesivas, sobrecargas de estrés y tareas, etc. Todo ello puedo afectar al desarrollo del feto.
- Factores ambientales: La mujer puede estar expuesta a sustancias químicas o biológicas que pueden afectar al correcto desarrollo de su embarazo.

5 Discusión-Conclusión

Una vez identificados los riesgos debemos adoptar las medidas para eliminarlos. En ocasiones no es posible adaptar el puesto a la mujer o el cambio es insuficiente, es por ello que se procederá al cambio de la trabajadora conforme al Estatuto de los Trabajadores (art.39). Si esto tampoco fuera posible, se procederá a la suspensión de contrato por riesgo hasta que el proceso finalice (art.45.1.d del Estatuto de los Trabajadores).

No se debe olvidar tampoco la prevención por parte de la embarazada fuera del trabajo, se deben adoptar una serie de hábitos saludables en la vida diaria. Algunos ejemplos: alimentación adecuada que contenga hierro, proteínas, vitaminas y calcio, evitar el consumo de alcohol, tabaco y automedicación, etc.

6 Bibliografía

- http://portal.ugt.org/saludlaboral/publicaciones_new/files_proteccionmaternidad/publication.pdf

- http://sac.csic.es/ccoo/textos/guiamaternidadylactancia.pdf

Capítulo 1733

MOVILIZACIÓN Y TRASLADO DE PACIENTES EN EL HOSPITAL .

MARTA LUCÍA GARCÍA VALDÉS

MARIA JESÚS LÓPEZ LIRANZO

SANDRA MARÍA ALVARÉ CAROU

1 Introducción

Cada día son más frecuentes los traslados de pacientes para la realización de pruebas diagnósticas y tratamientos debido a la tecnificación de la medicina actual. Por esto es necesaria la movilización para el traslado del paciente.

Existen numerosas técnicas que nos pueden orientar a la hora de realizar las movilizaciones. Algunas de ellas son muy específicas y van referidas a situaciones concretas que se pueden presentar en un momento dado y será en las que nos centraremos por su práctica habitual.

2 Objetivos

Conocer las técnicas y los dispositivos utilizados para el traslado de pacientes, siguiendo unos criterios que nos permitan evitar riesgos.

3 Metodología

Para realizar el siguiente capítulo se llevó a cabo una exhaustiva búsqueda en diferentes medios y bases de datos como Pubmed, Scielo, Medline. También se consultaron temarios y guías usando las palabras clave: Paciente, Traslado, Manejo y movilizaciones.

Se seleccionaron los artículos más recientes y de mayor interés. Y de ellos se sustrajo información pertinente.

4 Resultados

En cualquier tipo de movilización nos será de gran utilidad tener en cuenta las siguientes normas:
- Antes de movilizar al paciente se debe de retirar parte de la ropa de cama, dejando a ser posible, la sábana encimera para proteger su intimidad.
- La sábana de arrastre nos permitirá mover al paciente con mayor comodidad.
- Antes de iniciar cualquier tipo de movilización, hay que explicar al paciente lo que se le va a hacer, y pedirle su colaboración en la medida de sus posibilidades.
- Proteger todos los tubos, drenajes y demás dispositivos que pueda tener instalados el paciente, para evitar su desplazamiento durante la movilización.
- Movilizar al paciente con movimientos uniformes, constantes y evitando sacudidas.

Los traslados se pueden hacer en silla de ruedas, en camilla e incluso en la cama del paciente. La elección de uno u otro será en función del estado físico del paciente, si está en condiciones de colaborar o no. Para realizar el traslado, planificaremos lo que vamos a realizar, prepararemos el equipo básico, eliminaremos los obstáculos presentes en la zona de traslado e informaremos al paciente.

Para trasladar el paciente de la cama a la silla bajaremos la cama hasta la posición más baja, colocaremos la silla de ruedas en paralelo a la cama y frenaremos las ruedas. Sentaremos al paciente al borde de la cama, y le pediremos que coloque sus brazos por encima de nuestros hombros y lo ayudaremos a ponerse en pie. Indicaremos al paciente que se gire hasta colocarse de espaldas a la silla y le indicaremos que puede sentarse.

En el traslado del paciente de la cama a la camilla, bajaremos la cabecera de la cama hasta que quede plana, colocaremos la camilla en paralelo con la cama,

y colocaremos la camilla a una altura algo inferior a la superficie de la cama y utilizaremos una sábana de arrastre previamente situada debajo del cuerpo del paciente.

Debemos tener en cuenta que en el traslado llevaremos al paciente de cara a la dirección del traslado, irán los pies de la cama por delante.

5 Discusión-Conclusión

En el ámbito hospitalario el traslado es la movilización activa o pasiva de una persona de un lugar a otro.

La movilización es el conjunto de técnicas destinadas al desplazamiento del paciente desde el lugar donde se encuentra (cama de hospitalización, camilla de traslado, silla de ruedas, etc.) hasta otra ubicación sin que ello suponga un agravamiento de sus lesiones.

En la movilización activa el paciente colabora en mayor o menor grado, aunque su esfuerzo resulta insuficiente y necesita ayuda externa. En la movilización pasiva el paciente no colabora porque está limitado o incapacitado para ello (por parálisis, coma, anestesia, etc.).

6 Bibliografía

- Temario Celadores Insalud. Centro de Estudios Adams.
- Celadores de las Instituciones Sanitarias del Insalud. Editorial MAD
- Estrella Pérez, Alicia. Conocimientos básicos y funciones del Celador
- Cruz Roja Española. Técnicas de inmovilización, movilización y traslado del paciente: aseguramiento del entorno de trabajo para equipo asistencial y el paciente. Editorial Cruz Roja Española 2012.
- Rueda Peña, Francisca y Fernández Moya, Ana María. Movilización del paciente: un factor incidente en la salud. Rey Alí Servicios Gráficos y Publicaciones, S.L. Jaén 2011
Cabrera Serrano, Concepción; Ubago Cabrera, Miriam y Cabrera Martínez, Álvaro. Actuación del celador para la prevención de riesgos en la movilización del paciente. Asociación Científica Sanitaria Anpisalud. Granada. 2012
- Márquez Manrique, Ricardo; Beltrán Barrientos, Juan José; Barrientos Ruíz, Dolores. Funciones del celador en la movilización del paciente. Ruiz de Aloza Edi-

tores S.L. Granada. 2012
- Fernández García, María Pilar. El celador y el paciente encamado: movilización y traslado en el centro hospitalario. Rey Alí Servicios Gráficos y Publicaciones, S.L. Jaén. 2010

Capítulo 1734

ENGONOMÍA: HIGIENE POSTURAL EN EL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO.

FLOR MARIA HERRERO LOSADA

ANA FERNÁNDEZ GONZÁLEZ

SONIA FERNÁNDEZ GONZÁLEZ

ANA BELÉN SÁNCHEZ PERICACHO

MARIA VANESSA MARGOLLES GARRIDO

1 Introducción

El término ergonomía se deriva de las palabras griegas “ergos” trabajo, “nomos” leyes naturales, conocimiento o estudio. Literalmente podemos traducirlo como el estudio del trabajo.Podemos diferenciar dos grandes ramas: una primera disciplina hace referencia a la ergonomía industrial, biomecánica ocupacional, que se centra en los aspectos físicos del trabajo y capacidades humanas tales como fuerzas, postura y repeticiones.

Una segunda disciplina se refiere a factores humanos, que está orientada a los aspectos psicológicos del trabajo como la carga mental y toma de decisiones. La ergonomía está comprendida dentro de varias profesiones como la ingeniería, higiene industrial, terapia física y sobre todo en profesiones sanitarias,

como: Terapia ocupacional, medicina, enfermería, TCAE, técnicos especialistas, celadores…

Los conocimientos relacionados con la higiene postural de los trabajadores del ámbito sanitario parecen insuficientes por lo que parece necesario un estudio y determinación de los mismos a fin de formar, prevenir y mejorar la situación en la que se encuentra dicho colectivo.

2 Objetivos

- Describir el concepto de la higiene postural y su aplicación en el ámbito sanitario.
- Identificar las posturas inadecuadas.
- Analizar las medidas de higiene postural que se deban adoptar.

3 Metodología

La revisión y búsqueda de información se ha realizado fundamentalmente en las siguientes bases de datos: Medline, PubMed, Scielo, y el Ministerio de Salud. También se han revisado otros documentos como manuales, guías prácticas, libros especializados, revistas especializadas.

4 Resultados

De acuerdo con el estudio realizado a nivel mundial de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2011), alrededor de unos 12,2 millones de personas fallecen al año debido a enfermedades no transmisibles, relacionados con riesgos ocupacionales como traumatismos, ruidos y riesgos ergonómicos, los cuales son una parte considerable causante del aumento de la morbilidad debido a dorsalgias (16%) y traumatismos (9%). Así mismo, se destaca la relación entre las bajas temporales/permanentes laborales con las pérdidas del PIB, por lo que gran cantidad de investigadores, han demostrado que la implementación de iniciativas en el lugar de trabajo contribuyen a disminuir el absentismo debido a enfermedades a la vez que los costes relacionados con los mismos.

Ciertas investigaciones realizadas en contexto sanitario, afirman que los principales riesgos a los que los trabajadores de salud están expuestos, están rela-

cionados con agentes biológicos, químicos, físicos, psicosociales y ergonómicos (Becker y Carvalho, 2008; Gutiérrez, Monzó, Lama, Felmer, Cruzat, y Bustos, 2012). Existen diferentes tipos de ergonomía, pero esta investigación se centrará en la ergonomía física, definida por Córdova (2015), como la disciplina ergonómica que se preocupa por las características anatómicas, antropométricas, fisiológicas y biomecánicas del ser humano relacionadas todas ellas con la actividad físicas.

Los factores que afectan a la ergonomía física son principalmente, la postura en el trabajo, el manejo de materiales, las lesiones musculoesqueléticas, el diseño de puestos de trabajo, la seguridad y sobre todo la salud ocupacional. Las consecuencia del mal manejo de la ergonomía física, está derivada en trastornos musculoesqueléticos, definidos como lesiones físicas originadas por un trauma acumulado, desarrollado gradualmente sobre un determinado periodo de tiempo y a su vez es resultado de repetidos esfuerzos en una zona específica del cuerpo, aunque también puede ser consecuencia de un esfuerzo puntual que sobrepasa la resistencia del sistema musculoesquelético (Asensio-Cuesta, Bastante-Ceca, y Diego-Más, 2012).

Dichos trastornos musculo-esqueléticos son de carácter crónico ya que se desarrollan durante largos periodos de malestar y dolor y a la hora de identificar el origen de este dolor, es complicado por lo que es importante evaluar los puestos de trabajos para prevenir patologías relacionadas con dichos trastornos (Ferrerosa, López, Reyes, y Bravo, 2015). Por esto mismo, los trastornos musculo-esqueléticos presentan consecuencias de gran importancia tanto para la persona como para la empresa en cuestión; para la persona porque la calidad de vida se ve limitada y disminuida considerablemente además de la pérdida de los ingresos y las consecuencias para la empresa son un elevado coste financiero debido a la atención médica, recuperación y rehabilitación a su vez del absentismo laboral por parte del trabajador (Castellar, Manotas, y Buelvas, 2015; Rivadeneyra, 2012; Villaseñor, 2013).

Debido a la importancia de la ergonomía física y la incidencia presente en el desempeño laboral, la obligación de presentar un programa de regulación para prevenir los trastornos musculo-esqueléticos está presente, por lo que a continuación se expone un programa educativo sobre conocimientos y prácticas de ergonomía, con el objetivo principal de mejorar la calidad de vida de los traba-

jadores de salud. Pautas generales para la prevención de los trastornos musculoesqueléticos Para disminuir o eliminar los problemas musculoesqueléticos, hay que aplicar una serie de normas de seguridad laborales, normas de prevención con el fin de mantener un ambiente laboral saludable y así, obtener un mejor rendimiento laboral.

Las pautas generales se presentan como pedir ayuda en el manejo de cargas, mantener una postura correcta y no fatigante, movilizando el cuerpo en su totalidad, no solo la parte superior del mismo, realizar pre-calentamiento y estiramientos antes de realizar esfuerzos, realizar descansos durante la jornada laboral, mientras se está descansando, hay que cambiar de postura y alejarse del trabajo, siendo estos descansos preferiblemente cada hora y media/dos horas con una duración de diez a quince minutos, cambiar la postura con regularidad, selección de técnicas que no provoquen o aumenten el malestar y la disminución de tareas repetitivas ya que este es un factor de riesgo musculoesquelético cuando se hacen con una alta tasa de repetición y con posturas forzadas (LópezTorres, González-Muñoz, Colunga-Rodríguez, y Oliva-Pérez, 2017).

Se entiende como manipulación de cargas a cualquier movimiento realizado para el transporte de una carga por parte de uno o varios trabajadores, movimiento que involucra levantamiento, colocación, empuje, tracción o desplazamiento que pueden desencadenar en problemas dorso lumbares (Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, 2003). Según Guillén (2006), además de producir fatiga física, la manipulación de cargas puede producir contusiones, heridas, fracturas y lesiones tanto en brazos, hombros, manos y espalda. Otro aspecto a tener en cuenta es la postura en el trabajo, que puede ser de pie o sentado. La correcta posición en la silla debe permitir libertad de movimiento con la suficiente estabilidad, altura ajustable y reposabrazos (Párraga y García, 2014).

En cuanto al mantenimiento de posturas forzadas, Barbe y Barr (2006), las definen como el abandone de una posición cómoda para adoptar una posición patológica que produce extensiones, flexiones y rotaciones excesivas de las articulaciones teniendo consecuencias como lesiones por sobrecarga y contracciones musculares. Otros autores como López-Torres et al. (2014), las definen como posiciones que están fuera de la posición corporal neutra, que al estar por un determinado tiempo, favorecen la presencia de dolor, inflamación, ausencia de sensación o parestesias y limitación en el movimiento, llegando a provocar ausencia en el

trabajo y malestar.

Para prevenir daños relacionados con este tipo de posturas (Habibi, Pourabdian, Kianpour, y Hoseini, 2012), se propone evitar permanecer arrodillado, en cuclillas o demasiado tiempo en la misma posición, así como realizar movimientos que involucre el elevar los brazos por encima de los hombros y rotaciones bruscas de la columna vertebral, mantener la columna alineada y pies, rodillas y caderas alineadas. Para intentar eliminar y/o solucionar los problemas musculo-esqueléticos en los trabajadores sanitarios, el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (2007) propone implantar un programa de formación para asegurar que todos los profesionales sanitarios tengan el conocimiento correcto de como movilizar pacientes.

De esta manera, se propone: La empresa será responsable de la formación del personal y de proporcionar los medios de ayuda tanto mecánicos como electrónicos para la movilización de los pacientes. La movilización manual de pacientes solo se debe realizar en situaciones necesarias. Los materiales que la empresa debe proporcionar son grúas, sabanas deslizantes, deslizadores para trasladar al paciente de la cama a la silla, trapecio o barra de apoyo que permite al paciente colaborar con la movilización. Los profesionales encargados de la movilización, serán los responsables a la hora de utilizar los materiales disponibles en función de las características personales del paciente (nivel de dependencia, talla y peso, etc.)

Así como mantener un espacio de seguridad para realizar el trabajo correctamente. Pedir siempre ayuda cuando sean manipulaciones de riesgo. Fomentar el trabajo en equipo es de vital importancia, de tal manera que los compañeros estén coordinados y se sepa con antelación cual es la función de cada uno. Hay planificar la tarea detalladamente para que cada personal sepa cuál es su función claramente. No forzar la realización de movimientos cuando ya se tienen previas lesiones que no han sido tratadas ni solucionadas. Facilitar la rotación de tareas para evitar que los profesionales hagan todas las tareas para evitar la carga física. Disponer de tiempo libre durante la jornada laboral para realizar ejercicios de estiramiento y calentamiento muscular.

Explicar al paciente de manera sencilla y concisa la tarea que se va a realizar a la misma vez que se le pide colaboración. Mantener siempre técnicas básicas de

movilización segura: espalda recta, contracción de glúteos y músculos abdominales con el fin de mantener la pelvis en posición correcta y utilizar músculos de las piernas para levantarse y moverse. La posición de la cama deberá estar a la altura del ombligo del profesional que sea más alto, para evitar problemas lumbares. Mantener una separación adecuada de los pies, alineada con las caderas y la anchura de los hombros, para mantener el equilibrio y una posición estable. El pie dominante se deberá colocar en la posición en la que se vaya dirigido el movimiento. Utilizar un uniforme holgado, que no moleste ni limite el movimiento. Calzado seguro antideslizante.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusiones finales, es necesario evaluar separadamente cada uno de los elementos asociados a la aparición de trastornos musculoesqueléticos, aunque la empresa es la responsable de evaluar los riesgos ergonómicos en el lugar de trabajo para determinar el riesgo que los profesionales sanitarios corren cuando se exponen a agentes ergonómicos desencadenantes, por ejemplo, la movilización de pacientes.

Los profesionales de la salud, y más en concreto los que trabajan a pie de cama, como profesional de enfermería, auxiliares de enfermería y celadores, están en la obligación de exigir la utilización de material adecuado el cual reduzca la posibilidad de padecer patologías relacionadas con la movilización de pacientes. A su vez, estos profesionales deberían de atender con regularidad a cursos de reciclaje para conocer todas las posibilidades y materiales disponibles para evitar posibles riesgos. Siguiendo todas estas medidas de actuación, utilizando los sistemas y materiales disponibles además de las medidas de higiene personal descritas anteriormente, los profesionales sanitarios verán un gran alivio de los problemas osteoarticulares presentes ya, o en riesgo de presentarse.

Otro aspecto a tener en cuenta es, como profesionales de la salud, y como los encargados directos de la educación para la salud, se podrían implementar programas de educación tanto en centro de atención primaria como de atención hospitalaria, enfocados no solo a personal sanitario sino a cuidadores principales de pacientes dependientes, para así, dar a conocer las posibilidades y materiales disponibles con el fin de reducir la incidencia de padecimiento de patologías osteomusculares.

6 Bibliografía

- Almodóvar, A., Galiana, M.L., Hervás, P., y Pinilla, F.J. (2012). VII Encuesta Nacional De Condiciones de Trabajo 2011. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Madrid: Ministerio de Empleo y Seguridad Social.
- Asensio-Cuesta, S., Bastante-Ceca, M.J., y Diego-Más, J.A. (2012). Evaluación ergonómica de puestos de trabajo. Madrid: Editorial Paraninfo. Barbe, M.F., y Barr, A.E. (2006). Inflammation and the pathophysiology of work-related musculoskeletal disorders. Brain, Behavior, and Immunity, 20(5), 423-429. - Becker, S., y Carvalho, M. (2008). Estudio sobre ausentismo en profesionales de enfermería del centro psiquiátrico de Manaus, Brasil. Rev. Latino-Americana de Enfermagem, 16(1), 109-114.
- Castellar, N., Manotas, E., y Buelvas, J. (2015). Cuáles son las causas y consecuencias que genera el ausentismo laboral en comunicaciones y servicios. Semillia DICE, 1(1), 17–22. Córdova, A. (2015).
- Propuesta del diseño ergonómico de los puestos ocupacionales, para los estudiantes usuarios del laboratorio de informática. De la carrera de Diseño Gráfico; de la Universidad de Guayaquil. Guayaquil, Ecuador: Universidad de Guayaquil. De Souza, C.D.S., Lima, J.L., Antunes, E., Schumacher, K.P., Moreira, R.C.S., y de Almeida, T. (2011).
- Riesgos ergonómicos de lesión por esfuerzo repetitivo del personal de enfermería en el hospital. Enfermería Global, 10(23), 251-263. Ferrerosa, B., López, J., Reyes, E., y Bravo, M. (2015).
- Sintomatología dolorosa osteomuscular y riesgo ergonómico en miembros superiores en trabajadores de una empresa de cosméticos. Revista Colombiana de Salud Ocupacional, 5(3), 26–30.
- Fonseca, N., y Pereira, R. (2010). Factores asociados a los disturbios musculoesqueléticos en trabajadoras de enfermería. Revista Latino-Americana de Enfermagem [revista online]. Guillén, M. (2006).
- Ergonomía y la relación con los factores de riesgo en salud ocupacional. Revista Cubana de Enfermería, 22(4). Gutiérrez, M., Monzó, J., Lama, O., Felmer, A., Cruzat, M., y Bustos, G. (2012).
- Ergonomía y gestión de riesgos de trastornos músculo-esqueléticos en unidades hospitalarias. Concepción: Universidad de Concepción. Habibi, E., Pourabdian, S., Kianpour, A., y Hoseini, M. (2012).
- Evaluation of work-related Psychosocial and Ergonomics factors in relation to low back discomfort in emergency units nurses. International Journal of Preventive Medicine, 3(8), 564-568.

- Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (2003).
- Guía técnica para la evaluación y prevención de los riesgos relativos a la manipulación manual de cargas. Barcelona: Ministerio de Trabajo e Inmigración. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (2007).
- Boletín de Prevención de Riesgos Laborales para la Formación Profesional. N.º 57: Movilización de Pacientes. Barcelona: Ministerio de Trabajo e Inmigración. International Ergonomics Assosiation (2017). Definition and Domains of Ergonomics. [enlace web: http://www.iea.cc/whats/index.html].
- López-Torres, B.P., González-Muñoz, E.L., Colunga-Rodríguez, C., y Oliva-López, E. (2014). Evaluación de sobrecarga Postural en Trabajadores: revisión de la Literatura. Ciencia & Trabajo, 16(50), 111-115. Montalvo, A., Cortés, Y., y Rojas, M. (2015).
- Ergonomic risk associated to musculoeskeletal symptoms in nursing staff. Hacia la promoción de la Salud, 20(2), 132-146. Muñoz, C., Vanegas, J., y Marchetti, N. (2012).
- Factores de riesgo ergonómico y su relación con dolor musculoesquelético de columna vertebral: basado en la primera encuesta nacional de condiciones de empleo, equidad, trabajo, salud y calidad de vida de los trabajadores y trabajadoras en Chile (ENETS) 2009-2010.
- Medicina y Seguridad del Trabajo, 58(228), 194-204. OMS(2011). Protección de la salud de los trabajadores. Documento online: http://www.enfoqueocupacional.com/2011/07/definicion-de-salud-ocupacionalsegun.htm

Capítulo 1735

IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN EN EL ENTORNO SANITARIO

FELIX ALONSO FERNANDEZ

ALEJANDRO ALONSO FERNÁNDEZ

1 Introducción

Hoy en día la comunicación entre trabajador y usuario del hospital es clave, la correcta comunicación entre profesionales y usuarios es un rasgo que denota modernidad.

La relación entre los pacientes de los servicios sanitarios y sus profesionales, no sólo es necesaria, sino que se ha convirtiendo en una exigencia de modernidad, siendo una buena comunicación una característica primordial para que tengamos una percepción de calidad de asistencia sanitaria de calidad, entre todos los que trabajamos en el medio sanitario.

Los ciudadanos que acuden a la sanidad no solo necesitan cuidados médicos, sino que necesitan interactuar con los profesionales, necesitan ser atendido en lo emocional, en lo que atañe a lo afectivo, si la corriente comunicativa con el lenguaje no verbal fluye tendremos una mayor satisfacción.

Si el ambiente donde se desarrolla la comunicación es propicio y creamos un clima de confianza haremos que el paso del paciente por el centro sea lo menos traumático posible, para él y su entorno.

No todos tenemos las habilidades innatas, o facilidades para comunicar, pero todos somos capaces de desarrollarlas con una adecuada preparación, se tiende a creer que una persona tímida no es un buen comunicador pero con las técnicas adecuadas puede llegar a ser un gran comunicador, le costara más que a un extrovertido pero lo conseguirá. Escuchando de una manera activa nos será mucho más fácil responder a sus preguntas y haremos que los resultados mejoren en la atención al paciente, es vital la interacción entre paciente y profesional.

Nos encontramos muchas veces una gran cantidad de situaciones donde nuestras habilidades de comunicación y nuestros recursos hacen que nos ayuden a salir de situaciones complicadas, nosotros estamos en el primer contacto con el usuario y debemos de tener empatía y que el usuario o sus familiares se den cuenta de ello, en estos casos complicados escuchar muchas veces es el mejor solución.

2 Objetivos

- Desarrollar las habilidades comunicativas no verbales, que nos permitan salir reforzados en nuestras relaciones con los usuarios hospitalarios, necesitamos aumentar y desarrollar nuestras habilidades de comunicación, tiene que ser un objetivo de todo profesional, así mismo de la organización hospitalaria que servirá para que tengamos un trato más humano.

3 Metodología

Revisión bibliográfica de la narrativa publicada en las bases de datos PubMed, Scielo, Medline y Lilacs .

De los 325 resultados, se seleccionaron 11 artículos de diverso abordaje metodológico, que cumplían los criterios de inclusión: formato a texto completo, acceso libre y publicado en el periodo comprendido entre 2013 y 2018. Los principales criterios de exclusión fueron la duplicidad en las distintas bases de datos y el año de publicación.

Revisión bibliográfica de la narrativa publicada en las bases de datos PubMed, Scielo, Medline y Lilacs que versa sobre comunicación en el medio hospitalario.

4 Resultados

El paciente tiene una percepción de más calidad de atención si escuchamos atentamente y al hablarles les respondemos adecuadamente a sus necesidades tendremos una buena interacción y nos proporcionara una mayor capacitación profesional, pero nos encontramos que muchos pacientes se quejan de que sus problemas no son resueltos y que no consiguen las respuestas adecuadas y que estas no son satisfactorias

En numerosos estudios también se dice que se dedica poco tiempo por parte del profesional a las explicaciones que da al paciente y que no lo entienden adecuadamente, un 50% dice no entender adecuadamente el mensaje que le envía el profesional

5 Discusión-Conclusión

Hoy en día nadie duda ya de la importancia de la comunicación y los diferentes tipos de esta: comunicación no verbal etc. Y de que no seremos un buen profesional sin ser un buen comunicador.

Siendo algunas pautas a seguir:
- Decir al paciente quien eres y que haces.
- Tratar al paciente por su nombre.
- Hacer sentir cómodo al paciente.
- Tener comunicación visual.
- Tratar con los familiares, como parte importante del cuidado del paciente, involucrarlos activamente.
- Repetir lo que ha dicho el paciente para asegurarme que lo comprendo.

6 Bibliografía

- Berjano, E. y Pinazo, S. (2001). Interacción social y comunicación.Valencia:Tirant lo Blanch.
- Gil, F., Gómez,T., Jarana, L., León, J.Mª. y Ovejero, A. (1991): Entrenamiento en habilidades sociales: en el marco de los servicios de salud. Sevilla: Diputación Provincial de Sevilla.

Capítulo 1736

CÓMO PREVENIR LESIONES EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

FELIX ALONSO FERNANDEZ

ALEJANDRO ALONSO FERNÁNDEZ

1 Introducción

Tenemos que ser en todo momento conscientes del lugar donde trabajamos y cómo salvarnos de situaciones potencialmente peligrosas, así como tener una especial protección con nuestra espalda usándola de una manera correcta para no lastimarla. Esto nos lleva a que tengamos que descansar de la marera adecuada conforme a los descansos previstos.

El material que usemos y las herramientas se hará de la manera adecuada y nuestros superiores nos proporcionarán un lugar de trabajo seguro proporcionándonos las ayudas mecánicas siempre que sea posible.

Algo a lo que no se le da la importancia adecuada es reducir el estrés en lugar de trabajo, lo cual provoca problemas de depresión y concentración. Asimismo la utilización adecuada de los medios de protección reduce los riesgos de lesiones

2 Objetivos

- Identificar los riesgos asociados a las lesiones sobre todo por carga en trabajadores hospitalarios, siendo las de mayor incidencia las musco-esqueléticas, y siendo la espalda la mayor afectada en trabajadores que realizan trabajo físico.

3 Metodología

Identificar factores asociados en la aparición de lesiones músculo-esqueléticas por carga en trabajadores hospitalarios. Se aplicó el cuestionario estandarizado nórdico de sintomatologías músculo-esqueléticas con corte transversal, que evaluó la frecuencia y factores asociados para las lesiones músculo-esqueléticas en 84 trabajadores.

4 Resultados

Las personas afectadas corresponden a un amplio espectro de edades. No se ve una diferencia de género pero sí una diferencia de lesiones según sea su actividad, así como que las personas con menos formación son las que suelen sufrir más lesiones , siendo también las que menos equipo utilizan para la manipulación de cargas.

Aunque no se identifique al sector sanitario con un ámbito laboral en que los trabajadores tengan como riesgo la manipulación manual de cargas, lo cierto es que es uno de los sectores en que más nos vamos a encontrar con este riesgo. En un hospital existen muchos trabajos con manipulación manual de cargas convencional, como el personal de almacén, compras, distribución, mantenimiento, cocinas, etc. Además, vamos a identificar a otros trabajadores específicamente sanitarios que manipulan cargas muy especiales, cargas frágiles que hay que tratar con sumo cuidado: los enfermos. Los celadores, enfermeras y personal auxiliar tienen que realizar movilizaciones de enfermos varias veces cada día. Girar a un paciente para limpiarle o hacer la cama, trasladarlo de una cama a otra o a un sillón, ascenderle hacia el cabecero, etc., son tareas cotidianas de estos profesionales..

5 Discusión-Conclusión

La única vía de acabar con la siniestralidad laboral es a través de la información, la formación a los trabajadores y el cumplimiento de los nueve principios de la acción preventiva tal y como vienen recogidos en el artículo 15 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, principios que todos deben conocer porque se trata de las obligaciones y deberes que los gerentes tienen para proteger y garantizar la seguridad y la salud en el trabajo y que, a su vez, es un derecho que los trabajadores tienen contemplado en el artículo 14 de la misma Ley.

Las estrategias se estructuran a partir de elementos fundamentales como: diagnóstico previo, uso de escalas de valoración del riesgo, uso de diferentes tecnologías de la información, herramientas educativas adaptadas a las necesidades identificadas, enseñanza práctica y auditoría permanente que garantice el cumplimiento y actualización constante.

6 Bibliografía

- Riesgos del Trabajo del Personal Sanitario. J.J. Gestal Otero. Ed. Interamericana.
- Guía de Prevención de Riesgos Laborales en el Sector Sanitario. Secretaría de Salud.
- Laboral de CCOO de Madrid. 2007.

Capítulo 1737

LA VIGILANCIA ESPECÍFICA DE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES.

MARIA DEL CARMEN FERNÁNDEZ GONZÁLEZ

JAVIER FERNÁNDEZ CRISTÓBAL

1 Introducción

Comenzaremos con la definición de salud según la Organización Mundial de la Salud (OMS) y ésta dice que" la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades".

Salud laboral es: "conseguir que el trabajo sea fuente de salud además de evitar que el trabajo dañe la salud".

La salud laboral se construye en un medio ambiente de trabajo adecuado, con condiciones de trabajo justas, donde los trabajadores y trabajadoras puedan desarrollar una actividad con dignidad y donde sea posible su participación para la mejora de las condiciones de salud y seguridad.

Todo está relacionado..."salud laboral - condiciones de trabajo – clima laboral". El origen de todo ello está en la Constitución Española que en su artículo 40.2, encomienda a los poderes públicos velar por la seguridad e higiene en el trabajo. Otras normas relativas a la seguridad y a la higiene, y la existencia de un gran número de disposiciones legales y convenios colectivos, completan el marco jurídico de la salud laboral y adecuan nuestra normativa a la de la Unión Europea.

2 Objetivos

- Definir qué es y para qué sirve la vigilancia de la salud.
- Enumerar las actividades de la vigilancia de la salud así como sus fases y objetivos.
- Reconocer en la normativa de prevención la articulación de la vigilancia de la salud.

3 Metodología

Recabar información a través de manuales de Salud Laboral, Gestión Sanitaria e informes sobre La Vigilancia de la Salud. Búsqueda del concepto entre diferentes Comunidades Autónomas.

Consulta de artículos tanto de La Ley de Prevención de riesgos Laborales, de la Constitución Española, Convenios sobre seguridad y salud de los trabajadores. Artículos relacionados.

4 Resultados

La vigilancia de la salud es un conjunto de actuaciones sanitarias, referidas tanto a individuos como a colectividades, realizadas con el fin de conocer el estado de salud, para aplicar dicho conocimiento a la prevención de riesgos en el trabajo. Consiste en la recogida sistemática y continua de datos, a través de las condiciones de trabajo, los factores de riesgos y sus efectos, para su posterior análisis, interpretación y utilización en la planificación y evaluación de los programas de evaluación. Para:

- Darse cuenta a tiempo de que un trabajador está enfermando y poder actuar cuanto antes.
- Estudiar si las enfermedades de un colectivo de trabajadores tienen relación con el trabajo.
- Comprobar si las medidas preventivas evitan realmente el daño a la salud de los trabajadores.
- Detectar trabajadores especialmente sensibles.

Al tratarse de una actividad eminentemente sanitaria debe de realizarse en centros autorizados que garanticen unas condiciones mínimas en cuanto a instalaciones, recursos humanos y equipamiento.

La vigilancia de la salud forma parte de las funciones del Servicio de Prevención. Para poder realizarla dichos servicios deben contar al menos con un médico y un ATS/DUE con formación especializada en salud laboral (LPRL, artículo 31.3.f y artículo 22.6, RPS, artículo 37.3).

La vigilancia de la salud no es sólo hacer reconocimientos médicos (únicamente es una parte). Para realizar una vigilancia de la salud completa se deben realizar diversas actividades.

Fases de desarrollo de un programa de vigilancia de la salud :
- Diagnóstico de salud de la empresa: informes de evaluación de riesgos, riesgos en el sector, información sobre el absentismo, etc.
- Protocolo de actuaciones para realizar los reconocimientos médicos: aplicar las pruebas de los reconocimientos médicos que sean las más específicas, sensibles y que tengan un alto grado de valor predictivo.
- Realizar los reconocimientos médicos: dar una oportunidad al trabajo en función de la capacidad del trabajador a los riesgos que está expuesto y adaptaciones a realizar.
- Implantar una vigilancia de los efectos colectivos: información epidemiológica para detectar problemas de salud en relación con los factores de riesgos, implantar las medidas de prevención y protección, ver la eficacia de las mismas.
- Control de trabajadores sensibles: adecuar el puesto de trabajo a embarazadas, menores, discapacitados, etc.
- Asesorar, colaborar e informar a todos los interesados: trabajadores, empresarios, Delegados, Comités de Salud y autoridades sanitarias.
- Actividades de educación y promoción de la salud: campañas antitabaco, hábitos y costumbres saludables, etc.

Los exámenes de salud deben de ser periódicos, específicos frente a los riesgos derivados del trabajo, y no deben de ser utilizados con fines discriminatorios ni en perjuicio del trabajador.

Dentro de los objetivos de la vigilancia de la salud nos encontramos con:
• Objetivos individuales:
- Identificación precoz de problemas de salud, así como la repercusión de las condiciones de trabajo sobre su salud.
- Identificación de trabajadores especialmente sensibles.
- Adaptación a los puestos de trabajo.
- Educación sanitaria de hábitos y costumbres perjudiciales,
- Información a los trabajadores de los resultados de los exámenes de salud.

- Planificar la acción preventiva.
- Valoración de la efectividad de las medidas.

• Objetivos colectivos:
- Relación causa- efecto entre riesgos laborales y la salud por la exposición a ellos.
- Efecto de los riesgos laborales en determinados sectores.
- Actividades de prevención y su priorización.
- Valoración de la efectividad de las medidas preventivas colectivas.

La vigilancia de la salud colectiva es básicamente aquellas actuaciones médicas que no son reconocimientos médicos como: la investigación de accidentes y enfermedades profesionales, gestión de incidencias de salud, información sanitaria, etc.
Respecto al protocolo en cuanto a la vigilancia de la salud:

• Programación y planificación:
- Calendario de actuaciones y plan de trabajo.
- Guiar a la empresa respecto a las actividades que se van a realizar y cuándo.
- Consiste en documentos que serán de referencia en el desarrollo de todas la actividades.

• Estudio descriptivo:
- Análisis global de resultados de los exámenes de salud realizados a un colectivo.
- Formular hipótesis de causa-efecto para proponer conclusiones y recomendaciones.

• Memoria anual:
- Recopilar todas las actuaciones sanitarias realizadas en materia de vigilancia de la salud durante un período de tiempo
- Documentar la cantidad y tipo de actividades realizadas.
- Documento en el que se recoge todo lo que se ha realizado en vigilancia de la salud (VdS) y reconocimientos médicos (RRMM).

Respecto a los reconocimientos médicos ” son voluntarios excepto”:
- Para verificar si el estado de salud del trabajador puede constituir un peligro para él mismo, para los trabajadores o para otras personas relacionadas con la empresa.
- Cuando es imprescindible para evaluar los efectos de las condiciones de trabajo sobre la salud de los trabajadores.

Tendríamos tres tipos de exámenes de salud:
1. Examen de salud inicial, para personal que accede a un puesto de trabajo fijo o interino y que no tenga un reconocimiento válido para esa categoría o que cambia de categoría.
2. Examen de salud periódico.
3. Examen de salud tras accidente o enfermedad.

Las pruebas médicas a realizar en los exámenes de salud están marcadas por los protocolos editados por el Ministerio que incluyen analíticas en función a los riesgos a los que está expuesto el trabajador. El médico del trabajo puede solicitar además una determinada prueba analítica u otro tipo de pruebas cuando médicamente lo considere necesario, teniendo en cuenta siempre que las pruebas a realizar al trabajador deben ser las estrictamente necesarias, proporcionales al riesgo, y deberán causar las menores molestias al trabajador.

Los resultados de los reconocimientos médicos serían tres:
1. APTO, sin limitaciones para la categoría y puesto de trabajo.
2. APTO CON LIMITACIONES, podría realizar sus tareas mediante medidas adaptativas razonablemente exigibles.
3. NO APTO : _ Transitorio
_ Definitivo

"El tiempo de custodia de la documentación de los reconocimientos médicos irá ligado al tipo de riesgo", ejemplo: empresas con exposición a agentes biológicos (10 años ampliables a 40 años, según características de peligrosidad, después de finalizada la exposición), agentes citostáticos (hasta 40 años finalizada la exposición), plomo (mientras dure la relación laboral), etc.

La Ley de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL) regula en su artículo 22 la vigilancia de la salud del personal al servicio de una empresa mediante las siguientes características:
- Garantizada por el empresario.
- Específica, en función a los riesgos a los que el trabajador está sometido en su puesto de trabajo.
- Voluntariedad condicionada por casos definidos e indispensables que sean condicionantes sobre la salud.
- Confidencialidad , al empresario se les deberán facilitar las condiciones de dicho reconocimiento así como aptitud y mejoras a implantar.

- Duración , se prolongará más allá de la finalización de la relación laboral en aquellos casos en que los efectos así lo aconsejen.
- Contenido , preferencia de medidas para aquellas que causen las menores molestias al trabajador.
- Documentación, los resultados de los controles del estado de salud de los trabajadores deberán estar documentados además se sus conclusiones según recoge el artículo 23.1 de LPRL.
- Gratuidad , el coste económico de cualquier medida relativa a la seguridad y salud en el trabajo, recae en el empresario, artículo 14.5 de la LPRL.

Es el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (SNS) quien recomienda y aprueba la periodicidad de los exámenes de salud establecida en los protocolos de vigilancia sanitaria específica.

Los representantes de los trabajadores, en su condición de miembros del Comité de Seguridad y Salud o en su defecto como Delegados, tienen derecho a participar en la planificación de las actividades de vigilancia de la salud, como parte de la actividad de los Servicios de Prevención, así como de controlar los resultados de la misma.

5 Discusión-Conclusión

”Despertar la conciencia de los trabajadores y crear cultura preventiva, reportará beneficios que repercutirán en nuestro propio trabajo”.

”Los beneficios que comporta la prevención de riesgos laborales repercute en”:
• Trabajadores/ Profesionales = mayor bienestar y satisfacción laboral.
• Directivos = disponer de personal sano, motivado y productivo.
• Empresas/ Administraciones Públicas = mejora general del rendimiento, bajos índices de absentismo, de accidentes, de lesiones y de rotación de profesionales.
• Sociedad = reducción de los costes y cargas para las personas y la sociedad en su conjunto.

”Muy importante valorar que interesa más ¿Una Gestión clásica de las organizaciones en cuyo modelo de dirección prima la optimización de los recursos económicos? O una Gestión avanzada de las organizaciones basada en una gestión integral que contempla nuevos procesos como : calidad, medioambiente y prevención”

6 Bibliografía

- Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (SNS).
- Sistema de información Sanitaria en Salud Laboral (SISAL).
- Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud (ISTAS).
- Estatuto de los Trabajadores (ET).
- Libro blanco de la Vigilancia de la Salud para la Prevención de Riesgos Laborales.
- Instituto de Salud Carlos III.
- Valeria Uberti-Bona (1999).
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales España, NTP 471.
- Ley de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL).
- Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT).
- RPS artículo 37.3, artículo 5.1 y 9.2. Recopilación de la información sobre la Salud.

Capítulo 1738

RIESGOS ERGONÓMICOS EN EL TRABAJO.

SANDRA CASTRO GONZÁLEZ

1 Introducción

Cuando hablamos de ergonomía en el entorno laboral, nos referimos a la adaptación del entorno del puesto de trabajo (máquinas, mobiliario) al trabajador.

La buena ergonomía en el trabajo debe estar en continuo desarrollo para mejorar y eliminar ciertos aspectos en el entorno laboral para así prevenir lesiones futuras. Algunos de sus objetivos son: El control del entorno del puesto de trabajo, saber cuáles son los riesgos de fatiga física y mental o favorecer el interés y motivación de los trabajadores por la tarea que tienen asignada.

2 Objetivos

- Conocer factores de riesgo.
- Mejorar y corregir los aspectos ergonómicos en el puesto de trabajo.

3 Metodología

Para realizar el siguiente capítulo se llevó a cabo una exhaustiva búsqueda en diferentes medios y bases de datos como Pubmed, Scielo, Medline. También se consultaron temarios y guías usando las palabras clave: ergonomía, ergonomía en el trabajo, riesgos laborales, salud laboral.

Se seleccionaron los artículos más recientes y de mayor interés. Y de ellos se sustrajo información pertinente.

4 Resultados

Debemos señalar que los factores de riesgo ergonómicos son aquellas condiciones de trabajo que pueden favorecer la aparición de lesiones, tanto físicas como psíquicas, además de patologías. Se suelen da por el ejercicio de algunas acciones repetitivas o de sobreesfuerzo. Pueden ser:

- Posturas forzadas: Desarrollar una actividad durante varias horas al día con una mala postura conlleva a la aparición de lesiones en zonas concretas como puede ser el cuello, espalda, codo, etc.
- Movimientos repetitivos: Realizar estos movimientos durante horas supone un sobreesfuerzo para unos músculos concretos, tendones o articulaciones. Tendinitis, artrosis o artritis, son algunos de los problemas más comunes que ocasionan.
- Cargas pesadas: Sobreesfuerzo físico que realiza el trabajador. Puede producirse por levantar, desplazar o transportar las cargas.
- Carga postural: Elementos como la silla o el ordenador, deben ser los adecuados y estar en unas condiciones óptimas para la prevención de lesiones.
- Ambiente: Debemos disponer de una iluminación adecuada que no perjudique la vista a causa de los posibles reflejos o deslumbramientos. También las condiciones térmicas, intentando que la temperatura se adapte lo mejor posible a todos los trabajadores.

5 Discusión-Conclusión

Estas medidas deben correr siempre a cargo de la empresa. Debemos hacer un estudio de las necesidades del puesto y adecuarlo al trabajador, nunca será el trabajador el que se adapte al puesto. Ajustar el sistema de trabajo (como los horarios, turnos, descansos o pausas), corregir la postura, adecuando el entorno de trabajo (máquinas, equipos, mobiliario) es fundamental para la salud del trabajador.

Unas buenas condiciones laborales suponen una inversión a largo plazo para la empresa ya que esto implicará una reducción de bajas laborales a largo plazo, además, el propio trabajador agradecerá estas mejoras y su rendimiento y motivación será mayor.

6 Bibliografía

- https://riesgoslaborales.saludlaboral.org/portal-preventivo/riesgos-laborales/riesgos-relacionados-con-la-hergonomia/ergonomia/
- https://accionpreventiva.com/riesgos-ergonomicos

Capítulo 1739

EL TRATAMIENTO DE LAS SUGERENCIAS, RECLAMACIONES Y QUEJAS EN LA SANIDAD ESPAÑOLA

RAQUEL GARCÍA CAMOIRA

1 Introducción

La Ley general de Sanidad, de 25 de abril de 1986, otorga a los ciudadanos como usuarios del sistema de salud en su artículo 10, el derecho a presentar quejas, reclamaciones y sugerencias. Desde entonces, las Comunidades Autónomas también establecen su propia normativa que regula los procedimientos de presentación.

Las sugerencias, quejas y reclamaciones en el ámbito sanitario son un importante indicador de la calidad del Sistema de Salud. Es información clave del consumidor de los servicios de salud que permite conocer los errores para buscar soluciones o bien identificar las posibles mejoras de los servicios prestados para lograr una calidad asistencial óptima y equitativa.

Se entiende por queja o reclamación la "exposición de una incidencia, durante la prestación de un servicio por parte de la Administración sanitaria que produce en la persona que reclama la percepción de ineficacia o de actuación inadecuada".

La sugerencia por su parte, se define como la "manifestación o declaración de un ciudadano en la que éste transmite una idea con la que pretende mejorar los servicios que presta la Administración sanitaria o alguno de sus procesos, o bien solicita la prestación de un servicio o actuación no previsto o no ofrecido".

En los últimos años, el mayor nivel socioeconómico de los ciudadanos, así como la mayor disponibilidad de información a la que pueden acceder, ha dado lugar a un mayor nivel de exigencia y con ello a un incremento del número de quejas, sugerencias y reclamaciones que las administraciones sanitarias deben aprovechar para resolver sus puntos críticos y avanzar en calidad.

2 Objetivos

- Informar sobre la regulación de las sugerencias, quejas y reclamaciones.
- Informar sobre los protocolos de atención a las sugerencias, quejas y reclamaciones.
- Recomendar buenas prácticas en el tratamiento de sugerencias, quejas y reclamaciones.

3 Metodología

Revisión bibliográfica y búsqueda de palabras clave y legislación en Internet: sugerencias, quejas y reclamaciones.

4 Resultados

Normativa aplicable a las sugerencias, quejas y reclamaciones en la sanidad española:
Como se ha comentado en la introducción, La Ley General de Sanidad dispone en el artículo 10.12 que "todos los ciudadanos tienen derecho con respecto a las Administraciones Públicas sanitarias a utilizar las vías de reclamación y de propuesta de sugerencias en los plazos previstos. En uno u otro caso deberá recibir respuesta por escrito en los plazos que reglamentariamente se establezcan". A partir de ahí, cada Comunidad Autónoma regula el tratamiento de las sugerencias y quejas con normativa propia, generalmente a través de Decretos. Si bien, a nivel estatal cabe destacar el Real Decreto 951/2005 que en su capítulo IV establece un programa de sugerencias y quejas.

Pero las sugerencias y quejas no dejan de ser un procedimiento administrativo más, y como tal, también es de aplicación la Ley 39/2015, de 1 de octubre, que regula el procedimiento común de las Administraciones públicas.

La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente, desarrolla un poco más el derecho establecido en la Ley General de Sanidad y en su artículo 12.2 enuncia que "se facilitará a todos los usuarios información sobre las guías de participación y sobre sugerencias y reclamaciones".

Por último, en el tratamiento de sugerencias y quejas pueden manejarse datos de carácter personal a los que la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y el Reglamento (UE) 2016/679 darán protección.

El proceso de tramitación de sugerencias, quejas y reclamaciones:
La gestión de sugerencias, quejas y reclamaciones es un proceso administrativo y será el previsto en cada centro o institución. Cada servicio de salud establecerá sus propios protocolos siempre amparados en la legislación estatal y autonómica vigente. Este proceso podríamos diferenciarlo en varias partes: La acogida o recepción, el registro, la clasificación, la solución, la respuesta y la evaluación.

El número de sugerencias, quejas y reclamaciones es importante para las instituciones sanitarias desde el punto de vista de la calidad. Es una fuente de información que refleja la opinión que el usuario tiene de las mismas y por eso, que la fase de recepción sea sencilla para el usuario es objetivo de los servicios de salud.

Si analizamos los sistemas de gestión de sugerencias, quejas y reclamaciones vemos que algunas Comunidades Autónomas tienen su propia normativa en el ámbito sanitario, mientras que otras no son específicas si no que se amparan en normativa para tramitar sugerencias, quejas y reclamaciones dirigidas a servicios y unidades administrativas de la Comunidad.

De forma general, podemos decir que en la mayoría de CCAA las sugerencias, quejas y reclamaciones se realizan bien de forma telemática a través de la web de los servicios de salud o de forma presencial con modelos normalizados de hojas autocopiables para tal efecto o incluso a través de escritos en los que siempre ha de constar identificación del usuario, domicilio, contenido y firma. Esas hojas normalizadas están disponibles en las instituciones sanitarias y pueden descargarse en la mayoría de los servicios web de los servicios de salud de cada Comunidades Autónomas.

Es común que los lugares de presentación sean las propias instituciones sanitarias, generalmente a través del servicio de Atención al Usuario que funciona como enlace entre el usuario y la institución y también en las Oficinas de Aten-

ción al Ciudadano de las Comunidades Autónomas, que remitirán las sugerencias, quejas y reclamaciones al servicio correspondiente.

Una vez se recepcionan, las sugerencias, quejas y reclamaciones, deben quedar registradas y se clasificaran a través de una codificación de acuerdo con unos criterios marcados (reclamaciones de accesibilidad, de comunicación e información, de confort y hostelería, del proceso asistencial, etc). Ya registradas y codificadas las sugerencias, quejas y reclamaciones serán remitidas al servicio correspondiente donde deberá darse una solución en la mayor brevedad posible y siempre respetando los plazos establecidos. Esa solución, dará lugar a la respuesta escrita que es además de obligado cumplimiento en todas las reclamaciones escritas, así como es obligatorio también cumplir los plazos marcados. Los plazos son establecidos por las unidades gestoras de los servicios de salud teniendo en cuenta la legislación correspondiente y analizando toda la normativa, diremos que no será superior a los 30 días desde la entrada en el registro. Por último, una vez dada la respuesta pasamos a la fase de evaluación. El proceso no termina en la respuesta, es necesario conocer el grado de satisfacción del usuario. Se deben analizar los datos, la información para realizar las mejoras pertinentes y solucionar los errores para evitar nuevas reclamaciones y conseguir mejorar la calidad del sistema sanitario.

Buenas prácticas en el tratamiento de sugerencias, quejas y reclamaciones:
En el proceso de recogida de sugerencias, quejas y reclamaciones y especialmente en los dos últimos casos, es importante tener en cuenta varios puntos clave que permitirán que el procedimiento resulte satisfactorio tanto para el usuario como para el personal encargado del mismo. Así, destacaremos:

- Conocimiento de las leyes. El estado y las Comunidades Autónomas desarrollan legislación y es evidente que tanto las administraciones sanitarias como los ciudadanos deben estar informados de las mismas para que el tratamiento de sugerencias, quejas y reclamaciones sea el correcto.
- Protocolos bien definidos. Cada institución sanitaria, siempre al amparo de la legislación, deberá establecer protocolos para el tratamiento de sugerencias, quejas y reclamaciones. Esos protocolos deben ser consensuados, adaptados a las circunstancias de cada organización sanitaria y claramente redactados para que puedan ser conocidos por los profesionales encargados de dar trámite a la información.
- Formación de los profesionales. Todos profesionales encargados de tramitar sugerencias, quejas o reclamaciones, deben de recibir formación suficiente para tramitar con éxito el proceso. Deben estar al día de cualquier cambio en la leg-

islación, de cualquier cambio en el protocolo; deben especializarse en la materia. Por otra parte, su perfil debe ser el adecuado (receptivo, empático, saber escuchar, etc.) para adaptarse a distintas situaciones proporcionando un trato personalizado y garantizando a la vez la confidencial de cada caso.
- Recursos materiales. El espacio donde se tramite la información también es importante para que el proceso resulte exitoso. Se debe garantizar la confidencialidad de la información y la intimidad del ciudadano que pretenda realizar una sugerencia, queja o reclamación. Exponer la información en un espacio cómodo siempre dará lugar a una mejor expresión o mejor exposición de la misma, ya sea de forma escrita o de forma oral.

Por otra parte, en lo que a recursos materiales se refiere, la disposición de nuevas tecnologías permitirá más agilidad en el procedimiento.
- Accesibilidad. Los espacios habilitados para llevar a cabo éstos trámites deben ser de fácil acceso para el usuario y poco centralizados, es decir, cercanos para él. Por otra parte, el establecimiento de horarios amplios facilitara el procedimiento.
- Fomentar la formulación de sugerencias, quejas y reclamaciones. Es importante que el paciente entienda que existe un interés de la administración sanitaria en conocer su opinión. Realizar campañas de información, contar con la colaboración de todo el personal, establecer líneas telefónica o información vía web que facilite el conocimiento del procedimiento de tramitación, son mecanismos que facilitan la comunicación del problema al usuario.

5 Discusión-Conclusión

Las sugerencias, quejas y reclamaciones son fundamentales para lograr una mayor calidad sanitaria. Permiten que los usuarios del sistema sanitario puedan participar de forma activa en las decisiones sobre su salud y para la administración sanitaria son una fuente de información que permite identificar oportunidades de mejora y conseguir aumentar la satisfacción de los usuarios. Por eso, es importante que los Servicios de salud promuevan la participación ciudadana a través de sugerencias, quejas y reclamaciones.

Para la atención de las sugerencias, quejas y reclamaciones son necesarios protocolos consensuados que deben ser conocidos por todos los profesionales de las instituciones sanitarias. Esos profesionales deberán estar debidamente formados y motivados para dar soluciones y respuestas en los plazos establecidos.

Para finalizar, el proceso de tramitación de sugerencias, quejas y reclamaciones

no debe finalizar con la respuesta. El seguimiento y evaluación de los datos permitirá a la administración sanitaria conocer y mejorar la calidad del sistema.

6 Bibliografía

- Guía SEAUS para sugerencias, quejas y reclamaciones.
- Resolución de 11 de diciembre de 2006 de la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud, 2001; Decreto 91/2001 del Gobierno de Aragón,2001; Decreto 6/2005 de la Consejería de Sanidad y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias, 2005; Decreto 94/1999 y 147/2001 de Consejería de Sanidad y Consumo de Canarias, 1991 y 2001; Decreto 11/1996 de Consejo de Gobierno de Cantabria, 1996; Orden 20-02-2003 de Consejería de Sanidad de Castilla- La Mancha, 2003; Decreto 40/2003 de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social de Castilla y León, 2003; Instrucción 03/2004 de CatSalut, 2004; Real Decreto 951/2005 de Boletín Oficial del estado, 2005; Decreto 164/2005, de Xunta de Galicia, 2005; Orden Nº 8245 del Consejero de las Illes Balears, 2003; Orden 605/2003, de la Comunidad de Madrid, 2003; Instrucción 2/2001 del Servicio Vasco de Salud, 2001; Orden de 27 de septiembre de 2007 de la Consellería de Sanidad de la Comunitat Valenciana, 2007.

Capítulo 1740

DIFICULTADES QUE SE ENCUENTRAN LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS EN SUS PRIMEROS DÍAS DE TRABAJO.

JAVIER CUENDE MONTERO

MIRIAM MENÉNDEZ FERNÁNDEZ

MANUELA BERNARDO FERNANDEZ

JOSE IGNACIO RODRIGUEZ VICENTE

NURIA BERNARDO FERNÁNDEZ

1 Introducción

Siempre que alguien se incorpora a un puesto de auxiliar administrativo/a en la Sanidad, independientemente de que sea un centro de salud, un hospital, una oficina, etc., las y los compañeros preguntan a la persona novata en qué otros centros ha trabajado; así saben qué experiencia tiene, si alguna vez coincidieron y ya no se acuerdan, si conocen a las mismas personas.

Este tema, que se puede repetir a lo largo de varios días, suele derivar, cuando ya empieza a haber confianza, al de 'cómo fue tu primer día', refiriéndose al primer día de trabajo de auxiliar administrativo/a en la Sanidad. Después de haber pasado por unos cuantos puestos y de haber conocido a mucha gente de la misma categoría profesional, vemos que los primeros días no suelen ser un camino de

rosas para todo el mundo. Por supuesto hay gente a la que todo le fue bien, que no tuvo ningún problema, pero los casos de gente que se agobió, que no supo qué hacer ante determinadas situaciones, que se vio sobrepasada, que incluso pensó en dejarlo, son los más.

¿Y cuál es el problema? ¿Qué es lo que hace que mucha gente no recuerde con cariño sus inicios? Además de los nervios, del miedo a qué va a pasar, de no haber trabajado nunca de cara al público, el problema que la gente suele repetir al hablar de este tema es la inexperiencia con los recursos que se deben utilizar para realizar satisfactoriamente el trabajo, sobre todo los recursos informáticos.

Cuando una persona llega a trabajar a un centro de salud por primera vez, se encuentra con que son necesarios varios programas: uno para dar citas del propio centro (medicina, enfermería, pediatría, análisis de sangre), otro para dar citas especializadas en hospitales, y otro para los trámites de la tarjeta sanitaria (cambios de domicilio, cambios de médico/a, etc.). Esta persona que llega nueva ha estudiado muchísimo para una oposición, ha aprobado, y ahora llega al CS con sus miedos y nervios y se encuentra con que no sabe manejar esos programas de los que ni siquiera ha oído hablar, y la situación se pone muy cuesta arriba.

2 Objetivos

Si una persona no conoce los recursos con los que cuenta para desempeñar sus labores, esto afecta a sus compañeros, al resto del personal y a los pacientes. Nuestro objetivo no es otro que localizar los problemas con los que el nuevo personal administrativo se encuentra cuando empieza a trabajar y proponer soluciones que hagan que su inicio no sea difícil y pueda desempeñar sus labores de la forma más óptima.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: pubmed, medline, y scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Vamos a comentar brevemente diferentes casos del primer día de trabajo de varias personas; mencionaremos el tipo de centro al que acudió, con qué se encontró y cómo se resolvieron los problemas. Con esto será mucho más fácil encontrar y destacar aquellos aspectos que podrían mejorarse. La persona A empieza como aux. admin. en un gran centro de salud de ciudad en el que comparte mostrador con otras tres compañeras; va a cubrir el puesto de una persona que se ha puesto enferma el día anterior. Al ser un centro de salud de ciudad hay mucha actividad durante toda la mañana.

Por suerte, al ser cuatro personas para atender al público, quien se va a ocupar ese día de la tarjeta sanitaria puede explicar a la persona A durante una hora (de 8 a 9) cómo funciona el programa de citas para pueda atender las llamadas telefónicas. Todo lo que tenga que ver con la tarjeta sanitaria y con otro tipo de citas lo resolverán las demás compañeras. En caso de que la persona A tenga algún problema, podrá ser apoyada por una de sus compañeras, incluso en las horas de más afluencia de gente.

Ese primer día y los siguientes se resuelven bastante bien; solo hay algo de nervios cuando alguien llama para pedir un análisis de sangre, cuando se solicita un domicilio urgente sin que la llamada entre por el teléfono dedicado al SAMU o cuando se pide alguna revisión para pediatría; pero en todos estos casos siempre hay alguien que apoya a la compañera, a la cual le dejan pequeños apuntes sobre cómo solucionar estas tareas y poco a poco llega a realizar algunas sola.

La persona B comienza a trabajar como auxiliar administrativa en un centro unipersonal a las afueras de una ciudad. La persona a la que va a cubrir ha cogido unos días de vacaciones. El día anterior, la persona B se puso en contacto con el centro y le dieron claves para poder acceder al programa de citas. Va al centro con sus claves, enciende el ordenador y se encuentra con que no sabe qué hacer; el teléfono empieza a sonar, la gente entra a pedir hora y el programa de citas parece un jeroglífico. Qué hace la persona B: pedir ayuda al personal de medicina y enfermería. Por suerte para la persona B, la médica del centro le explica cómo dar las citas del propio centro (mientras sigue llegando gente).

El trabajo de quienes necesitan citas de especializada y tarjeta sanitaria quedará apuntado para el día en que regrese el personal administrativo habitual de ese centro. La persona B no quiere dejar tarea a otra persona y de vez en cuando llama

a un centro de salud más grande para pedir ayuda, a ver si le pueden resolver alguna duda. Tiene suerte. Aunque queda tarea pendiente. La persona C acude a cubrir un puesto de guardia de noche en un gran centro de salud de ciudad. Estará sola en el mostrador para recibir a la gente que acuda de urgencia.

Esta persona ha trabajado en un hospital durante varios meses, por lo que este es su primer día de trabajo en un centro de salud, pero no en la sanidad. El problema es que la situación es diferente a todo lo que ha realizado antes. El teléfono por el que entran las llamadas urgentes es diferente a los que conocía del hospital y no sabe cómo pasar las urgencias al personal de medicina cuando le solicitan un domicilio. Son varias las peticiones de domicilios que le entran durante la noche, y la única forma que ve para solucionarlos es apuntar la dolencia de los pacientes en un papel, colgar, llamar al equipo que se ocupa de los domicilios directamente y contarles lo que le dicen los pacientes.

En los primeros días de trabajo, el apoyo del personal que trabaja codo con codo con la persona novata es vital. Es este personal quien explica absolutamente todo acerca del funcionamiento de los programas y demás recursos. El problema está en volcar sobre este personal, que ya tiene su trabajo que hacer, el aprendizaje de quienes llegan nuevos. Además, tenemos que darnos cuenta de que en sitios como un centro de salud hay dos aprendizajes, el de los programas y recursos y el de las pequeñas manías de ese centro (en un CS se dan las citas en las horas que aparecen en azul y negro; en otros en las que aparecen solo en negro porque las azules se utilizan para atención telefónica; en otros solo se puede citar una llamada telefónica a partir de las 13:30), y esto aumenta la carga.

Todos y todas tuvimos un primer día, y por ello no suele haber gente que ponga inconvenientes a enseñar a alguien, pero que esto se haga así hace que el trabajo se pueda ralentizar y que la persona que llega nueva se sienta poco válida en esos primeros días. Además, como vemos en los casos de B y C, ¿qué sucede si el centro es unipersonal, si no hay compañeros?, se buscan soluciones en otro tipo de personal como en B o sacando el trabajo como se puede, como sucede en C.

Algo que solemos ver en muchos lugares es la confección de manuales por parte de los trabajadores que ya llevan un tiempo. Como vimos en el caso de A, cuando el nuevo personal tiene dificultades, le prestan sus apuntes personales para que sepa resolver ciertas tareas. Esta es una gran solución, pero como en el párrafo anterior, queda en manos de quienes ya están trabajando en los centros; son estas

personas quienes pierden su tiempo anotando cómo funcionan los programas y recursos y luego lo dejan al personal nuevo.

Existen manuales sobre el funcionamiento de los programas, pero no están bien publicitados. Cuando alguien llega por primera vez a un centro, pocas personas saben decir dónde encontrar o de dónde descargar un buen manual que explique cómo funcionan los programas. Crear estos manuales y dar acceso a ellos al nuevo personal, incluso antes de que llegue su primer día, es una gran solución a los problemas que puedan surgir, porque conociendo los programas con antelación, solo les queda por aprender las pequeñas manías de cada centro.
Cursos.

Esto es algo que no hemos mencionado en los casos porque no se suelen impartir a quienes aún no han trabajado. Realizar cursos sobre los programas antes de empezar a trabajar nos parece una gran solución a los problemas. En nuestra comunidad autónoma se han realizado varios cursos sobre tarjeta sanitaria al personal que ya ha empezado a trabajar. Es algo muy bueno porque el uso de este programa no se suele encomendar a quien lleva pocos días trabajando (al menos en los centros grandes; el problema está en si se empieza a trabajar en un centro unipersonal como B, o en uno de dos personas y por cualquier situación la veterana no está presente cuando se necesita hacer uso del programa).

Lugares críticos como SAMU realizan cursos a quienes empiezan por primera vez en este servicio; creemos que expandir esto al resto de programas y a todo el personal que entra en bolsa sería muy útil para que quienes empiezan a trabajar se sientan seguras y seguros desde el primer día. Algo también muy interesante que no hemos mencionado en los casos es el acudir al lugar de trabajo días antes del comienzo del contrato para aprender los programas. Esto es algo que hace bastante gente, pero no siempre se puede realizar porque pueden suceder situaciones que lo impidan, como el hecho de que muchos contratos son de un día para otro (una baja, días que se piden por una necesidad urgente…).

5 Discusión-Conclusión

Aunque los nervios y los miedos son inevitables para quienes empiezan su primer trabajo como aux. admin. en la Sanidad, dar seguridad y hacer que puedan desempeñar su trabajo de la forma más óptima posible nos parece vital. Si bien es cierto

que los compañeros veteranos pueden arropar a los nuevos, no se puede hacer que los primeros carguen con la responsabilidad de que los segundos aprendan todo, porque esto podría ralentizar el trabajo.

Los cursos y los manuales nos parecen grandes opciones, pero los primeros no deben hacerse cuando el personal ya está trabajando, sino cuando entra en bolsa y tiene opciones de trabajar, y sobre los segundos debe hacerse muy fácil su acceso al personal y que se puedan leer antes de empezar a trabajar.

6 Bibliografía

- Merino Vidal, Irmina, «Afrontar el miedo a tu primer trabajo» en https://www.bekiapsicologia.com/articulos/miedo-primer-trabajo/
- Rojas, Pedro, «Cómo sobrevivir al primer día de trabajo» en https://pedrorojas.es/como-sobrevivir-al-primer-dia-de-trabajo/

Capítulo 1741

CONOCIMIENTOS BÁSICOS SOBRE PRIMEROS AUXILIOS EN EL ÁMBITO DEL PERSONAL NO SANITARIO.

LORENA VIGON ALVAREZ

1 Introducción

Se denominan primeros auxilios, a aquellas actuaciones o medidas que se adoptan inicialmente con un accidentado o enfermo repentino, en el mismo lugar de los hechos, hasta que llega la asistencia especializada.

La formación en primeros auxilios es fundamental para el personal no sanitario ya que puede verse implicado en situaciones que requieran una actuación basada en estos conocimientos. En la mayoría de los casos, la primera persona que atiende una situación de urgencia o emergencia, no es el personal sanitario.

2 Objetivos

- Dar las pautas básicas en primeros auxilios al personal no sanitario para saber cómo actuar en caso de emergencia.

3 Metodología

Se ha realizado un estudio bibliográfico en buscadores como: Google, y utilizando las bases de datos: Dialnet y Pubmed. Los descriptores utilizados han sido:

primeros auxilios, personal no sanitario y emergencias; limitando la búsqueda mediante los operadores booleanos: And y Or.
Se han tomado como criterios de inclusión: publicaciones y documentos en español, rechazando los que no se ajustaban a los criterios establecidos.

4 Resultados

Ante una situación de emergencia, la actuación general será: PAS.

Proteger al accidentado, a uno mismo y a los demás. Después de cada accidente, puede persistir el peligro que lo originó. Es necesario hacer seguro el lugar, tanto para el accidentado como para nosotros. Si hubiera algún peligro, lo alejaremos de nosotros y del accidentado. De no ser posible lo anterior, alejaremos al accidentado del peligro.

Avisar:
- Se dará aviso a los sistemas de emergencia. Llamaremos al 112, nos identificaremos dando nombre y número de teléfono.
- Se informará de: la dirección exacta, dando una referencia para localizar el lugar, número de personas accidentadas, tipos de víctimas y lesiones y peligros que puedan empeorar la situación
- Se comprobará: que el mensaje se ha recibido y haremos que la persona que lo ha recibido, lo repita.

Socorrer:
- Se mantendrá la calma y se tranquilizará a la víctima.
- No se moverá al accidentado.
- Se realizará una exploración primaria de los signos vitales.
- Se realizará una exploración secundaría de los síntomas.

La persona que preste los primeros auxilios debe:
- Tener conocimientos básicos. De no ser así, vale más abstenerse ya que se podría agravar la situación.
- Hacerse una buena composición de lugar antes de actuar, es necesario para garantizar la seguridad.
- Protegerse contra riesgos biológicos (usar guantes, protectores en el boca a boca…).
- Actuar con tranquilidad y rapidez.
- Tranquilizar al herido, dándole ánimo y mitigando su preocupación.

- Evitar mover al accidentado, salvo acusa de fuerza mayor como incendio, inmersión…
- Mantener al herido caliente (abrigarlo) y aflojarle las ropas que le opriman.
- Evitar dar de comer o beber al accidentado.
- Apartar a los curiosos.

Hay que reconocer al accidentado en el lugar de los hechos, para detectar si tiene lesiones o si hay una situación potencialmente peligrosa para su vida. Se debe seguir el procedimiento siguiente, sin saltarse ningún escalón:

1ª Fase: Evaluación Primaria.
Se reconocerán las situaciones que suponen un peligro vital:
- Comprobar la consciencia: miramos si hay respuesta a estímulos.
- Comprobar la respiración: miramos si hay movimiento torácico.
- Comprobar el pulso: miramos si hay pulso carotídeo.
- Buscar posibles hemorragias.

2ª Fase: Exploración secundaria.
- Se tiene que explorar: cabeza, cuello, tórax, abdomen y extremidades.
- Se tienen que buscar: puntos dolorosos, heridas y contusiones, deformidades y sensibilidad/movilidad.

Todo lo anterior se realizará para lograr los objetivos de los primeros auxilios:
- Evitar la muerte.
- Impedir el agravamiento de las lesiones.
- Evitar más lesiones de las ya producidas.
- Aliviar el dolor.
- Evitar infecciones o lesiones secundarias.
- Ayudar o facilitar la recuperación del lesionado.

5 Discusión-Conclusión

Tener conocimientos de primeros auxilios es muy importante para el personal no sanitario ya que ayuda en un estado de emergencia a salvar la vida de las personas que se encuentran en peligro.

Saber como se debe actuar en situaciones de peligro como incendios, hemorragias, accidentes… hace al personal no sanitario, además del trabajo que de por sí ya realiza, ser muy valioso.

6 Bibliografía

- www.muysaludable.sanitas.es
- www.cruzroja.es
- www.unirioja.es

Capítulo 1742

ARCHIVO: CONCEPTO Y TÉCNICAS

MARTA ÁLVAREZ VEGA

1 Introducción

El archivo comúnmente es el local donde se conservan los documentos recibidos y producidos por una entidad en la realización de su actividad. No obstante, archivo es una palabra que tiene tres acepciones:
1. Conjunto de documentos producidos o recibidos por personas físicas o jurídicas, públicas o privadas sin tener en cuenta el soporte, la fecha, en el ejercicio de su actividad.
2. El organismo, servicio o institución responsable de recoger, tratar y conservar documentos históricos o inactivos.
3. El edificio o local donde se conservan, se custodian o se ponen a disposición de las personas dichos documentos.

Organizar puede ser una labor muy compleja sobre todo si se tiene mucha documentación, para ello hay que seguir varias pautas:
1. Hay que planificar con anticipación.
2. Decidir el sistema más adecuado para ordenar los archivos, asegurando que se encuentre de manera eficiente la documentación.
3. Ceñirse al sistema elegido para mantener ese modelo.
4. Revisar los archivos con regularidad.

2 Objetivos

- Recepcionar, ordenar, clasificar y conservar adecuadamente todos los documentos en un determinado lugar con el fin de que cualquier persona interesada pueda

localizarlos de forma fácil y rápida, además de protegerlos contra pérdidas o deterioros. En el archivo solo se conservan los documentos importantes. Representa la memoria de la empresa o institución.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Una vez se opte formar un sistema de archivos, se recopilará toda la documentación para seleccionar aquella que sea de acción inmediata, es decir documentos que se van a utilizar inmediatamente, no archivables; o de archivo, que serían los documentos que no van a ser utilizados a priori.

En la actualidad la mayor parte de los archivos se están digitalizando para reducir el espacio material (metadatos), teniendo en cuenta que los documentos secundarios estén vinculados al documento principal.

5 Discusión-Conclusión

Con la utilización de archivos se pretende dar soporte a la gestión de documentos, velar por su conservación y garantizar el acceso al archivo a todos los ciudadanos. Asegurando que sea comprensible a las personas que acedan a él y se garantiza el orden de creación.

6 Bibliografía

- Página web www.monografías.com.
- Manual de oposiciones Auxiliar de Adminstrativo al SESPA.

Capítulo 1743

SALUD MENTAL PERINATAL .

MARTA GONZÁLEZ GONZÁLEZ

JAIRO VOCES OVIEDO

1 Introducción

El embarazo es una etapa de la vida de la mujer en la que se producen numerosos cambios tanto positivos como negativos que pueden repercutir en ésta de diferentes maneras. El nacimiento, además de su dimensión biológica, incluye procesos psicológicos y sociales tales como: a) iniciación de las funciones maternales y de la adaptación a ellas de una mujer que al ejercer el rol emitirá conductas cuyo origen está en huellas biológicas tanto como en huellas psicosociales transgeneracionales latentes; b) comienzo de la adaptación del bebé a condiciones nuevas donde su éxito dependerá, por una parte de la puesta en marcha de sus programas biológicos y, por otra, de cómo los estímulos ambientales vayan modulando su neurodesarrollo; c) exigencias de adaptación y reorganización del microgrupo familiar y social al que madre y bebé pertenecen para la incorporación de un nuevo miembro (Hernández, Kimelman, y Montino, 2000).

La depresión postparto constituye un trastorno depresivo que se produce en el puerperio de la mujer. Es importante prestarle la atención y tratamiento necesarios debido a que si no se hace adecuadamente puede desencadenar la aparición y cronificación de otros trastornos psicopatológicos, como el suicidio.

En esta línea, investigaciones en el ámbito de la salud mental perinatal, estiman que se producen entre 3.5 y 11 suicidios maternos por cada 100.000 embarazos.

La OMS ha propuesto que todas las muertes por suicidio en el embarazo y en el posparto sean consideradas "muertes obstétricas indirectas" siendo los periodos de mayor riesgo el tercer trimestre de embarazo y los primeros meses del posparto. (Bramante, 2015)

2 Objetivos

- Definir la relación del fenómeno del suicidio y la etapa perinatal.
- Realizar una aproximación a los factores de riesgo de la depresión postparto.
- Desarrollar los principales factores e indicadores de riesgo involucrados en la conducta suicida en la etapa perinatal.

3 Metodología

Se realizó una revisión sistemática de artículos relacionados con el tema. Para su confección, se llevó a cabo una búsqueda de la literatura primaria en las diferentes bases de datos relacionadas con el tema del estudio "PubMed", "Medline" y "SciELO".

Se utilizaron como palabras clave "suicidio", "riesgo", "depresión postparto" y "salud mental perinatal" y como operadores booleanos "AND" y "NOT". Se limitó la búsqueda a estudios en castellano, publicados entre el 1 de enero de 2009 y el 31 de octubre de 2019. Como filtro de búsqueda se usó el idioma "español".

4 Resultados

Durante la etapa del postparto, ocurren una serie de cambios bioquímicos y psicosociales que ocasionan una mayor vulnerabilidad para la aparición de trastornos psíquicos. No obstante, sigue siendo estando asociada a cierto desconocimiento por parte de la sociedad. Es un síndrome clínico, caracterizado por sintomatología depresiva moderada o grave, con gran impacto familiar. Normalmente suele aparecer en las primeras cuatro semanas tras el parto, si bien es cierto que puede llegar a aparecer entre las seis y ocho semanas siguientes.

Actualmente, los factores etiológicos de la depresión postparto están poco claros. No obstante, en la literatura actual se han descrito varios factores de riesgo que pueden estar implicados en la aparición del trastorno:

1) Presencia de antecedentes personales de enfermedad psiquiátrica y/o psicológica, así como depresión no tratada durante el embarazo,
2) Falta de apoyo social y/o familiar.
3) Edad materna, con más riesgo en mujeres menores de 25 y mayores de 35.
4) Victima de violencia de género.
5) Situaciones vitales estresantes.
6) Embarazo no deseado.
7) Coexistencia de enfermedad crónica.
8) Conflictos en la relación de pareja.
9) Complicaciones durante el embarazo.

Por otro lado, los factores que aumentan el riesgo suicida son el embarazo no deseado, abandono de la pareja, abortos, muerte de un hijo, abuso sexual y violencia de género (Bramante, 2015). Siguiendo Lara y Letechipía (2009), en su trabajo sobre ideación y comportamiento suicida en embarazadas, "pensar mucho en la muerte" es el indicador que con más frecuencia se relaciona con la conducta suicida. Este hecho quizás se pueda explicar por condiciones sociales desventajosas, pero también por las particularidades del embarazo.

En este sentido, existen diversos temores comunes en madres gestantes, quienes se muestran aprensivas por el bienestar del futuro bebé y por anticipar un parto difícil. Resulta fundamental que los profesionales en contacto con las madres tengan conocimientos básicos sobre la psicopatología del periodo perinatal y desarrollen habilidades y protocolos que permitan evaluar la salud mental de la madre y su historia psiquiátrica. Se ha demostrado la importancia del diagnóstico y tratamiento precoz de estas patologías, para mejorar el pronóstico y promover un vínculo seguro de la madre con su bebé, que es necesario para su desarrollo físico y psicológico ((Doll, Navas y Quintero, 2015).

5 Discusión-Conclusión

Tras la revisión bibliográfica realizada de los artículos seleccionados, se concluye que la mayoría de los estudios tienen como objetivos principales aspectos demográficos, sociales y psicológicos que pueden influir en el estado anímico de la mujer después del parto y no tanto en otros de tipo biológico. Se encontraron en todos ellos coincidencias en diversos factores de riesgo relevantes.

Se observa que la depresión postparto conlleva consecuencias negativas para las propias mujeres que ven deteriorados sus niveles de salud y calidad de vida y afecta a sus relaciones personales. También se ve modificado el desarrollo del bebé, el cual puede presentar un mayor riesgo de sufrir trastornos afectivos y sociales, así como problemas conductuales y somáticos, atencionales y/o dificultades en el aprendizaje y en el desarrollo cognitivo. La prevención, la identificación y la actuación inmediata sobre aquellos factores de riesgo modificables, debe ser prioridad absoluta en los esfuerzos para prevenir la depresión posparto (Lorenzo-Veigas y Soto-González, 2014).

Es recomendable que los profesionales en contacto con las madres tengan conocimientos básicos sobre la psicopatología del periodo perinatal, y desarrollen habilidades y protocolos que permitan evaluar la salud mental de la madre y su historia psiquiátrica previa. Aquellas mujeres cuyo embarazo o postparto se complica con una enfermedad mental deberían tener acceso a equipos de salud mental perinatal especializados. Se ha demostrado la importancia del diagnóstico y tratamiento precoz de estas patologías, para mejorar el pronóstico y promover un vínculo seguro de la madre con su bebé, que es absolutamente necesario para su desarrollo físico y psicológico. (Doll, Navas y Quintero, 2015).

6 Bibliografía

- Beck, C.T. (2001). Predictors of postpartum depression, an update. Nursing Research, 50, 275-285.
- Bramante A. (2015). Maternidad difícil: El suicidio y el infanticidio materno. En: Gracia Lasheras, Borja Farré-Sender.
- Resúmenes de ponencias y comunicaciones de la IV Jornada de Salud Mental Perinatal; Barcelona. C. Med. Psicosom; 115- 49.
- Doll, A., Navas, M., & Quintero, J. (2015). Enfermedad mental perinatal. Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado, 11(86), 5119-5126.
- Hernández, G., Kimelman, M., & Montino, O. (2000). Salud mental perinatal en la asistencia hospitalaria del parto y puerperio. Revista médica de Chile, 128(11), 1283-1289.
- Lara, M. A., & Letechipía, G. (2009). Ideación y comportamiento suicida en embarazadas. Salud mental, 32(5), 381-387.
- Lorenzo-Veigas, A. M., & Soto-González, M. (2014). Factores de riesgo de la depresión posparto. Fisioterapia, 36(2), 87-94.

- Machado, F., García, T., Moya, N., Bernabeu, N., & Cerdá, R. (1997). Depresión puerperal. Factores relacionados. Atención primaria, 20(4), 161-166.
- Maroto Navarro, G., Calvente, G., del Mar, M., & Fernández-Parra, A. (2005). Evaluación del estado de ánimo en el puerperio con la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo.
- Sánchez, E. G. (2018). El papel de la Enfermera Especialista en Salud Mental en la prevención del suicidio, una necesidad fundamental. Biblioteca Lascasas.

Capítulo 1744

TERAPIA OCUPACIONAL EN CASO DE TRISOMIA DEL CROMOSOMA 21.

CRISTINA GARCÍA ALAS

1 Introducción

Se entiende por trisomía del cromosoma 21 ó también conocido como Síndrome de Down (DS), al trastorno cromosómico asociado a un cromosoma 21 adicional o una trisomía eficaz para el cromosoma 21. Se trata de una de las aneuploidías o mutaciones cromosómicas de tipo numéricas que alteran parte del juego cromosómico más comunes, siendo su prevalencia entre 1 de cada 600 nacidos vivos y 1 de cada 800 nacidos vivos así como, es causada por una trisomía del cromosoma 21, es decir, por una anomalía genética caracterizada por la aparición de un cromosoma superfluo en un par.

Es importante destacar que, el DS es considerado la principal causa de discapacidad mental genética y que, las personas con DS muestran una mortalidad más elevada (entre 5 y 11 veces más que la población general), siendo de un 6% mayor en varones aunque, se muestra un mayor índice de supervivencia si se hace referencia a un tipo concreto de DS como es el mosaico, mostrando mejor desarrollo intelectual, alcanzando la educación superior y obteniendo trabajo a tiempo completo frente a personas con DS tipo trisomía estándar.

De igual modo, una mortalidad decreciente en el tiempo de personas con DS, lo que probablemente, se deba a una mejora en los tratamientos de las malformaciones cardiacas típicas en estas personas. Así, el hecho de que se produzca el

diagnóstico de una enfermedad coronaria asociado al diagnóstico de DS, puede llegar a proporcionar un estado de estrés a los padres, lo que conlleva a la disminución de la interacción con sus hijos, produciéndose déficits en el desarrollo neurológico de estos.

Cabe destacar, la presencia de un riesgo del 50% de transmisión del DS a los hijos por parte de mujeres que presentan trisomía ya que, el embarazo en estas se asocia con la presentación de aneuploidía en su descendencia.
Atendiendo a las características de la enfermedad de DS, este se manifiesta fenotípicamente por la presencia de ambos ojos inclinados hacia arriba; pliegue del epicanto ó pliegue del párpado superior que cubre la esquina interna del ojo; cara aplanada y tono muscular generalizado deficiente, sin olvidar el envejecimiento prematuro que estos sufren, debiéndose a que los telómeros ó extremo de los brazos del cromosoma son más cortos, existiendo una mayor y rápida pérdida de los mismos, lo que da lugar al desarrollo de enfermedades tipo Alzheimer, problemas de visión y audición.

Por otro lado, los niños con DS presentan alteraciones en la oclusión ó cierre mandibular asociados a un desarrollo óseo insuficiente, a la presencia de hipotonía muscular orofacial y al posicionamiento de la lengua. Por su parte, la hipotonía muscular asociada a un volumen reducido de la cavidad oral y caracterizada por un paladar profundo y atresico ó estrecho, puede llevar a una tendencia a proyectar la lengua contra los dientes o fuera de la propia cavidad oral.

No debemos olvidar que, los individuos con DS también presentan una alta incidencia de padecer alteraciones inmunológicas, debido a la reducción del número de linfocitos y leucocitos en sangre, siendo más susceptibles a las infecciones bacterianas y virales así como, presentan una alta frecuencia de diferentes tipos de tumores malignos hematológicos y trastornos autoinmunes. Es curioso citar que, al examinar a los niños con DS, el diagnóstico de Diabetes Mellitus, se produjo 9 veces más a menudo en los niños con DS que desarrollaron leucemia y que ocurrió al mismo tiempo o después del diagnóstico de leucemia.

En la actualidad, existe una mayor información de la enfermedad así, gracias a los diversos estudios llevados a cabo en torno a dicha patología, los progenitores de niños con DS manifiestan tener la suficiente información sobre la misma y poder de este modo, explicar la problemática a sus hijos cuando estos se hacen adultos,

en comparación a la información que otros padres tienen acerca de la patología de sus hijos como son aquellos quienes presentan el síndrome de delección 22q11, lo cual se trata de una enfermedad genética rara caracterizada por rasgos faciales, cardiopatías congénitas, inmunodeficiencia, alteraciones palatinas, retraso psicomotor y/o trastorno de aprendizaje.

Por último, si hacemos referencia a los aspectos socioeconómicos, se ha detectado una asociación significativa entre el bajo nivel de los mismos en familias con hijos que padecen DS y la no disyunción ó separación del cromosoma 21 en la meiosis II aunque, se requieren de más estudios para determinar de manera objetiva los aspectos relacionados con el bajo nivel socioeconómico como son, la exposición ambiental o la mala nutrición que puedan explicar dicho resultado.

2 Objetivos

- Optimizar la comprensión verbal, a través de frases sencillas, logrando así que responda a los mensajes de manera oral, mejorando la ejecución en la alimentación, baño, perfeccionando la ejecución en el vestido/desvestido, higiene y aseo.
- Lograr la independencia en el área educativo y social.

3 Caso clínico

Nuestro paciente es un varón de 3 años de edad que, presenta Síndrome de Down sin mostrar ningún tipo de patologías asociadas. Vive junto a sus dos padres en un piso. No tiene hermanos aunque sí, familia numerosa por parte de ambos padres. Tras su nacimiento, ha sufrido una serie de enfermedades infantiles como son el hipotiroidismo y la rinitis vírica aunque, no se han referido problemas auditivos, de masticación, deglución ni hipotonía. Adquirió el control cefálico al mes y medio de vida, la sedestación entre los 8-9 meses, el gateo al año, y la marcha autónoma a los 17 meses.

Por otro lado, presenta problemas de motricidad fina, sin mostrar demasiado interés por los objetos manipulativos, siendo capaz de hacer torre de cubos, encajar piezas, insertar bolas en un cordel, etc. Con respecto a las preocupaciones por parte de sus padres, estas son entorno a la normalización de su hijo es decir, que este sea capaz de hacer todo aquello que hacen el resto de sus compañeros aunque sí, presentan muchas expectativas.

En cuanto a la historia ocupacional, es un niño con facilidad para socializarse aunque, no posee los mecanismos necesarios para establecer una relación con el resto de compañeros. Una de sus grandes aficiones es jugar con el ordenador y su teclado y también a las cocinitas.

4 Discusión-Conclusión

Se procede a la exploración de nuestro paciente que muestra:
- Patrones de desempeño.
- Hábitos.
Levantarse de la cama, vestirse, desayunar, y asearse de manera dependiente ya que, es su madre quien lo hace por él para poder ir al colegio.
- Rutinas.
Asiste todos los días al colegio y por las tardes al parque con su madre.
- Rol.
Desempeña el rol de hijo único.
- Áreas de desempeño.
- Actividades de la vida diaria.
- Baño/ducha.
Se observa una dependencia por lo que, no coge ni usa los objetos para dicho fin, siendo la madre quien lo hace por él. Esto se debe al desconocimiento que el niño presenta con respecto a la secuencia del lavado de cabeza, tronco y miembros al igual que, desentiende la diferenciación entre los objetos que se utilizan para ello. Se observa una afectación de la motricidad fina, que impide una correcta manipulación del gel de ducha. Con respecto a la higiene postural en cuanto al baño también es inadecuada por lo que, no posiciona de manera correcta la cabeza, el tronco y los miembros superiores e inferiores.
- Cuidado de la vejiga y de los intestinos.
Presenta dependencia ya que, aún no muestra un completo control voluntario de los movimientos intestinales y de la vejiga aunque, sí se está iniciando en el control de los mismos.
- Vestido.
Se observa una dependencia por lo que, es su madre quien lo viste y desviste. Esto es debido al desconocimiento en cuanto a la secuencia.

En cuanto a la motricidad fina, esta se ve afectada dado que, no es capaz de abrocharse los botones del mandilón como lo hacen el resto de sus compañeros.

También, se observa una mala higiene postural dado que, en el momento de ponerse el abrigo inclina su tronco y, se hace imposible la realización de la tarea.
- Comer:
Presenta la habilidad de mantener y manipular la comida/ líquido en la boca y tragarlo, sin observar problemas de deglución aunque, el niño tiende a introducir dentro de la boca trozos muy grandes de comida.

Por otro lado, presenta problemas con respecto al control de la fuerza en sus manos, ya que a la hora de coger entre las mismas el zumo (cuyo recipiente es de cartón), este no es capaz de graduar la fuerza y se derrama.
Se observa que no mantiene una buena higiene postural a la hora de comer, con lo que se tiene que insistir en que adopte una buena postura. Tampoco diferencia los cubiertos ya que, para comerse las natillas hace uso del tenedor en vez de la cuchara.

- Alimentación:
Dependiente en el proceso de comenzar, colocar, y llevar la comida desde el plato hasta la boca. He observado, que la apraxia que presenta es debido a su déficit de atención. Esto hace que derrame fuera del plato la comida, por lo que necesita que le guíen en el movimiento y, se le insista en que atienda a la tarea en cuestión.

- Movilidad funcional:
Capaz de moverse de manera independiente de una posición o lugar a otro, durante el desempeño de cualquier actividad de la vida diaria, tal como la movilidad en la cama, transferencias, deambulación y transporte de objetos.

- Cuidado de los productos de apoyo:
Utiliza como producto de apoyo unas gafas ya que, presenta miopía, no significando esto una limitación para el desempeño ocupacional. El cuidado de las mismas en cuanto a su limpieza, es su madre quien lo realiza.

- Higiene personal y aseo:
Presenta dependencia ya que, desconoce la secuencia del movimiento motivado por el déficit de atención al igual que, se observa en el resto de ítems. Por otro lado, no discrimina los objetos utilizados para dicho fin, en cuanto a la utilización de los mismos es decir, no diferencia con qué fin se utiliza el cepillo de dientes con respecto al cepillo del pelo. La motricidad fina se ve afectada ya que, le dificulta realizar un agarre efectivo de los diferentes utensilios.
También se observa una mala higiene postural ya que, cuando se dispone al

peinado del cabello este inclina y gira la cabeza impidiendo la realización adecuada de la tarea.

- Dormir/descanso:
No presenta problemas del sueño ya que, no interrumpe conscientemente su periodo de inactividad.
- Higiene del inodoro.
Presenta dependencia ya que, no es capaz de limpiarse el solo sino que, son su madre y la auxiliar educadora del propio colegio quienes lo hacen por él.
- Educación .
- Participación en la educación formal.
Presenta un nivel intelectual correspondiente a un niño de un año de edad.

A diferencia del resto de sus compañeros, presenta numerosas dificultades:
. Nivel académico.
. No es capaz aún de diferenciar su nombre entre otros nombres escritos en la pizarra.
. Se está iniciando en la discriminación de dos colores: amarillo y rojo.
. No es capaz de emparejar objetos iguales.
. No reconoce ni discrimina los números. He de decir, que es capaz de contar con sus dedos del 1 al 5 pero no por iniciativa propia, sino que lo realiza por pura imitación.
. Nivel no académico:
Es capaz de deambular por los pasillos del colegio al igual que subir y bajar las escaleras del mismo de manera adecuada y ordenada.
. Nivel extracurricular:
Durante las horas del recreo juega normalmente solo ya que, carece de aquellas habilidades para establecer relaciones con sus compañeros.
. Nivel vocacional:
Con respecto a este nivel, como ya se ha indicado en la historia ocupacional, una de sus grandes aficiones es jugar con el ordenador, aunque a lo que nos referimos con ello, es al tecleo del ratón y teclado.

- Participación personal en la educación informal
En las actividades de su interés el tiempo de atención aumenta, aunque sigue siendo demasiado corto requiriendo todo ello, el cambio de actividades de manera constante.

- Juego.
- Exploración del juego y juegos de participación.
Presenta juego simbólico. En las horas de juego en clase y en algunas ocasiones si participa con sus compañeros. Si se trata de juegos con reglas, el nunca participa ya que no comprende las mismas, siendo ello el motivo de no poder seguir el ritmo del resto de compañeros. No mantiene un equilibrio entre el juego y el resto de áreas ocupacionales ya que, cuando se trata de quitarse el mandilón y ponerse el abrigo sigue jugando en la clase.
Es capaz de dar significado apropiado al juguete en cuestión ya que, si se trata de un plato este lo utiliza para el juego de las cocinitas.

- Participación social
Se muestra en todo momento muy afectivo con el resto de sus compañeros de clase, profesores, conocidos y con su propia familia, aunque como ya se ha dicho anteriormente, debido a la falta de recursos para la comunicación, este no mantiene relaciones interpersonales con los demás, impidiendo todo ello, la participación y cooperación con el resto de niños. También se observa, un incumplimiento de las normas de la clase, dado que deambula por la misma y juega, en los momentos en los que se tiene que trabajar y realizar las tareas del día/semana.

- Valoración de las habilidades de desempeño .
- Habilidades motoras afectadas.
- Postura.
No estabiliza ni alinea su cuerpo en posición de sedestación mientras se mueve en relación con los objetos de la tarea, no siendo esto motivo de una hipotonía, sino desconocimiento de cómo uno debe de sentarse adecuadamente.

- Fuerza y esfuerzo.
No regula o gradúa la fuerza cuando interactúa con algunos objetos, en concreto en el área de la comida ya que, no es capaz de ajustar la fuerza muscular para la manipulación del zumo. En el área de juego, tampoco gradúa la fuerza muscular con respecto al golpeo con sus miembros inferiores y lanzamiento con sus miembros superiores del balón.

- Habilidades de procesamiento afectadas o Conocimiento.
No selecciona los instrumentos ni materiales necesarios para la tarea sino que, es la profesora quien lo hace por él.
No apoya, no estabiliza, ni sujeta los materiales de manera adecuada ya que tiende a dejarlos caer, convirtiéndose esto en un juego divertido para él.

No realiza acciones enfocadas a completar la tarea ya que el ruido del propio entorno se lo impide. No realiza preguntas.

- Organización temporal.
No es capaz de empezar la siguiente acción, sino que es la PT, logopeda o profesora quienes se lo indican.
No continúa las secuencias de acciones en etapas sin interrupciones ya que, es incapaz de completar el paso.
No realiza la secuencia con un orden lógico, sino que repite los pasos de la misma y en orden aleatorio.
No es capaz de terminar la tarea de manera perseverante, sino que la persistencia de la misma es inapropia y su cese es prematuro.

- Organización del espacio de los objetos.
No busca ni localiza los utensilios de manera lógica aunque se lo indique.
No reúne las herramientas y materiales necesarios, sino que es la profesora quien lo realiza.
No es capaz de colocar los materiales de manera lógica.
No coloca los materiales en sus respectivos lugares.

- Habilidades de comunicación/interacción afectadas o Corporalidad
No es capaz de posicionarse adecuadamente.

- Intercambio de información.
No es capaz de producir un discurso claro y entendible, ya que no articula.
No pregunta, es decir, no solicita información real o personal.
No comparte información de manera verbal, sino que se comunica con el resto a través de algunos gestos o acciones que en ocasiones suelen ser agresivos.
No es capaz de mantener una charla durante una duración apropiada.

- Relaciones.
No cumple con las normas sociales implícitas y explícitas ya que cuando se está trabajando en clase, deambula por la misma sin el consentimiento de su profesora.
No presenta comportamientos dirigidos a llevar a cabo un acto social.

También, el niño muestra algunas características intrínsecas que afectan al desempeño de las áreas ocupacionales como son: presencia de temperamento y personalidad, gran impulsividad y energía, afectación de su atención sostenida, no presenta pensamiento lógico, no es capaz de resolver problemas ni de tomar decisiones por sí mismo, no es capaz de expresar su pensamiento hablando ni

de planificar motóricamente, presenta problemas de discriminación visual pero no muestra dificultades para la discriminación auditiva y es capaz de discriminar táctilmente.

Para conseguir el control de la fuerza se utilizará un vaso de plástico lleno de agua hasta la mitad. El niño, deberá de llevar el vaso sosteniéndolo con ambas manos, de un extremo del aula al extremo contrario, procurando no derramar el agua que contiene. Tras lograr este paso, iremos aumentando paulatinamente la cantidad de líquido. Tras lograr una prensión adecuada, pasaremos a beber por un vaso de plástico. Para mejorar la motricidad fina, se utiliza un objeto que le atraiga su atención y frente al niño. Cuando ha suscitado su interés y se ha producido un gesto de prehensión, se aleja el juguete fuera de su alcance y se sitúa sobre un tapete para que tirando de él logre el mismo.

Para conseguir una buena higiene postural, se realizan actividades que requieran un control cefálico, de tronco, miembros superiores y miembros inferiores, optimizando de esta forma las distintas áreas ocupacionales afectadas. Para ello, se realizan una serie de ejercicios tanto en posición de sedestación como en bipedestación, basados en la imitación por parte del niño. Dado que, para la ejecución del área de la comida, baño, vestido, higiene del inodoro, e higiene personal se utilizan los miembros superiores e inferiores y movimientos de la cabeza y tronco, se realizan ejercicios que requieran el movimiento de los mismos.

Así, desde sedestación sobre una silla uno frente a otro y colocados en posición correcta, movilizaremos la cabeza y después el tronco en dirección adelante, atrás, derecha, izquierda, e inclinación a ambos lados. Seguidamente, movilizamos los miembros superiores e inferiores. Tras ello, realizaremos los mismos ejercicios pero partiendo esta vez, de una posición en bipedestación estática. Para el logro de la discriminación entre objetos de vida cotidiana, se realizan actividades que requieran su distinción a través del tacto; la diferenciación entre los mismos en cuanto a su textura, duro-blando, húmedo-seco, así como la distinción en cuanto a sus pesos y formas geométricas.

Para ello, presentamos al niño sobre la mesa los siguientes objetos: cuchara, cuchillo de plástico, tenedor, plato, vaso (objetos para la alimentación); bote de jabón, esponja (objetos para el baño); chaqueta, camiseta, pantalón, zapatos (objetos para el vestido); cepillo de dientes y de pelo, pasta de dientes (objetos para la higiene y aseo). Una vez expuestos, se le va diciendo el nombre de cada uno de ellos, mientras el niño los observa y los palpa. Tras ello, le vendamos los ojos e

introduciremos los mismos dentro de un saco grande. El niño introduce su mano extrayendo del mismo uno de ellos y diciendo el nombre del objeto en cuestión.

A continuación, se trabajará la discriminación por su textura. Para ello, se procederá de la misma forma, exponiendo sobre la mesa cada uno de los objetos anteriormente descritos. Se le indica al niño cuales son ásperos y lisos, mientras que él mismo los observa y palpa. Teniendo en cuenta que, presenta un buen esquema corporal, iremos comparando los objetos a las diferentes partes del cuerpo, con respecto a su textura; por ejemplo: esponja (áspera)-codo (áspero); bote de jabón (liso)- lóbulo de la oreja (liso). Dicha actividad, se aplicará de la misma forma para trabajar la discriminación duro-blando, húmedo-seco.

Seguidamente, para trabajar la discriminación de pesos, utilizaremos una bañera llena de agua, en cuyo interior introducimos todos los objetos. De esta forma, y a través de nuestras indicaciones, el niño observa cómo aquellos objetos pesados son los que se hunden, y los objetos ligeros son los que flotan. Por último, para trabajar la discriminación de formas geométricas, se coloca sobre la mesa dos figuras de madera (redonda y cuadrada), indicándole cual es la figura redonda y cuadrada. Tras ello, se vendan los ojos y sobre sus manos se coloca una de las figuras geométricas. El niño, adivina de qué figura se trata.

Para conseguir que el niño centre su atención, se lleva a cabo una técnica de modificación de conducta, denominada modelado. Con dicha técnica, se consigue la automatización por parte del niño con respecto a las secuencias requeridas para cada área ocupacional. Para ello, colocamos sobre la mesa láminas, las cuales contienen la secuencia desglosada de las distintas praxias, con respecto a las áreas ocupacionales. Dicha secuencia, se muestra en imágenes. Teniendo en cuenta, que la memoria pictográfica del niño se encuentra mejor conservada, este tipo de láminas nos servirán de gran ayuda para conseguir los objetivos planteados.

Para mejorar la comprensión verbal formularemos frases sencillas, logrando así que responda a los mensajes de manera oral. Para ello, realizaremos una serie de preguntas en relación a sus gustos, familia, compañeros y con respecto a las distintas áreas ocupacionales acompañadas de acciones para facilitar la comprensión de las mismas en los casos que sea necesario.

Para mejorar las relaciones interpersonales, realizamos actividades que logren la participación social del niño. Para ello, y con nuestra ayuda, el niño pregunta a sus compañeros sus nombres, dirigiéndose a ellos siempre por los mismos. Otra actividad, juegos en los que el niño se ve obligado a buscar la ayuda o colabo-

ración de otro compañero, por ejemplo: construir torres con piezas de madera. Teniendo en cuenta las limitaciones que presenta el niño con respecto a dicha área, le ofreceremos nuestra ayuda siempre que sea necesario.

Para lograr la participación dentro del grupo, realizamos actividades que requieran la intervención y cooperación del niño con el resto de sus compañeros. Para ello, se asigna al niño en las diversas actividades de grupo, funciones de acuerdo a sus motivaciones y habilidades en las que tenga especial facilidad.
Para conseguir el respeto de las normas impartidas por la misma clase, realizamos actividades que requieran el acatamiento de las mismas. Para ello, el niño controla sus infracciones, llevando una gráfica diaria ó cartulina en la cual se registren los incumplimientos y que él mismo a través de nuestra ayuda puede ver todo aquello que hizo mal.

Para lograr un completo control voluntario de los movimientos intestinales y de la vejiga, realizamos actividades que eviten que el niño haga sus necesidades en los momentos menos adecuados. Para ello, se lleva al niño al retrete antes de que humedezca o ensucie sus ropas, ello presupone vigilar en el niño indicios corporales o faciales que anuncian la presencia de aquellas necesidades. Enseñamos al niño unos gestos como tirar con fuerza del pantalón o coger a otra persona de la mano para advertir que tiene necesidad de orinar o de defecar. Se establecen periodos regulares, tales como antes y después de las comidas y otros momentos en que la experiencia indique la presencia de la necesidad.

5 Bibliografía

• Gruszecka A, Kopczyński P, Cudziło D, Lipińska N, Romaniuk A, Barczak W, et al. Telomere shortening in Down syndrome patients–when does it start?. DNA Cell Biol. 2015 Jun;34(6):412-7
• Marques LS, Alcântara CE, Pereira LJ, Ramos-Jorge ML. Down syndrome: a risk factor for malocclusion severity?. Braz Oral Res. 2015;29:44
• Visootsak J, Huddleston L, Buterbaugh A, Perkins A, Sherman S, Hunter J. Influence of CHDs on psycho-social and neurodevelopmental outcomes in children with Down syndrome. Cardiol Young. 2016 Feb;26(2):250-6
• Pachajoa H, Riascos AJ, Castro D, Isaza C, Quintero JC. Down syndrome passed from mother to child. Biomedica. 2014 Jul-Sep;34(3):326-9
• Linabery AM, Li W, Roesler MA, Spector LG, Gamis AS, Olshan AF et al. Immune-related conditions and acute leukemia in children with Down syndrome:

a Children's Oncology Group report. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2015 Feb;24(2):454-8
• Zampieri BL, Biselli-Périco JM, de Souza JE, Bürger MC, Silva Júnior WA, Goloni-Bertollo EM et al. Altered expression of immune-related genes in children with Down syndrome. PLoS One. 2014 Sep 15;9(9):e107218
• Sun IY, Fernandes FD. Communication difficulties perceived by parents of children with developmental disorders. Codas. 2014 Jul-Aug;26(4):270-5
• Goodwin J, Schoch K, Shashi V, Hooper SR, Morad O, Zalevsky M et al. A tale worth telling: the impact of the diagnosis experience on disclosure of genetic disorders. J Intellect Disabil Res. 2015 May;59(5):474-86
• Zhu JL, Hasle H, Correa A, Schendel D, Friedman JM, Olsen J, Rasmussen SA et al. Survival among people with Down syndrome: a nationwide populationbased study in Denmark. Genet Med. 2013 Jan;15(1):64-9

Capítulo 1745

HIGIENE DE MANOS EN LA COCINA HOSPITALARIA.

IVÁN BERDIALES MENÉNDEZ

1 Introducción

Una de las vías de transmisión de gérmenes son las manos, tocamos las cosas que ya ha tocado alguien antes que nosotros o que van a tocar después. En cualquier ámbito de nuestras vidas tocamos cosas. Abrimos puertas, nos llevamos alimentos a la mano, nos rascamos la piel. Todos los gestos cotidianos que se realizan con las manos incluida la manipulación de alimentos son acciones que pueden provocar el contagio de virus.

La importancia que tiene efectuar una buena higiene de manos en el día a día es tal que desde bien pequeños se enseña a que después de ir al baño, se lavan las manos; antes de comer, se lavan las manos; tocamos algún objeto extraño o algún animal y se lavan las manos. Estas acciones que se inculcan desde bien pronto son necesarias para poder llegar a hacerlas metódicamente y así evitar posibles enfermedades. Dentro de un hospital se tendrá mucho más cuidado con la higiene de manos y sobre todo en la cocina donde se harán los alimentos que luego llegan a los pacientes.

2 Objetivos

- Explicar las técnicas correctas para el lavado de manos dentro de una cocina y lo importante que es la higiene dentro de ella.

3 Metodología

La metodología que se ha usado para la realización de este trabajo ha sido la revisión bibliográfica relacionada con la higiene de manos.
La información se ha recopilado de diversas fuentes que se relacionan a continuación:
• Revisión de las bases de datos de Web of Science, Scielo y PubMed.
• Revisión de manuales de actuación de hospitales.
• Revisión de manuales de Consejerías o Servicios de Salud de diferentes CCAA.

Para realizar este trabajo se han incluido artículos, protocolos, manuales o guías fechados entre 2010 y 20019 para limitar la cantidad de información y que esta fuese lo más actualizada posible.
Los términos utilizados para la búsqueda han sido "higiene", "lavado de manos", "cocina hospitalaria", "virus", "hospital", "microbios".

4 Resultados

Todo el personal que esté en contacto con alimentos debe tener el título de manipulador de alimentos, en él a parte de cómo conservar y limpiar los alimentos se explica cómo sería una correcta higiene de manos. Las manos son el utensilio que primero toca el alimento y por tanto para garantizar la seguridad de los alimentos es importante tenerlas bien limpias. El contacto es permanente también con todos los utensilios que hay en la cocina y de nada serviría tener la meseta limpia si ponemos las manos sin lavar encima de ella.

Los pasos para una higiene de manos correcta serán: mojar las manos y antebrazos, aplicar jabón suficiente y distribuirlo de manera uniforme. Se frotan las palmas de las manos y luego, con la palma de una sobre el dorso de la otra, se frotan las partes internas. Después se entrelazan los dedos y se frota otra vez palma con palma. Los pulgares se frotan en círculos con la mano contraria y las uñas con la ayuda de un cepillo que será de uso personal. Posteriormente se aclaran las manos con mucha agua para que no queden restos de jabón y se secará todo con una toallita desechable, primero las manos y antebrazos y después con otra toallita desechable se cierra el grifo.

La duración de este proceso no debería de durar menos de 20 segundos y se deberá de repetir tantas veces como sea necesario a lo largo del día, sobre todo

después de la manipulación de alimentos crudos. Se evitará realizar el lavado de manos en el fregadero ya que es un foco de posibles microorganismos. Estas pautas deben de seguirlas todo el personal de cocina del hospital, incluso de cualquier cocina. Las probabilidades de infectar la comida con las manos son muy altas y en un hospital se debe tener especial cuidado con la contaminación alimentaria ya que las defensas de la mayoría de los consumidores de esa comida no están al cien por cien.

5 Discusión-Conclusión

Se toma como conclusión que la higiene dentro de una cocina tiene que ser la primera norma a cumplir por todo el personal, especialmente de quien va a manipular los alimentos, como el cocinero. Todos los instrumentos y utensilios de cocina deben de estar limpios en la misma medida que lo están las manos que van a manipular el alimento.

Las técnicas de lavado de manos deben conocerse muy bien ya que, por norma general, en casa y la vida cotidiana el lavado que se realiza es mucho menos profundo. Hay que profundizar bien sobre todo en las uñas ya que es una zona sensible de contener bacterias. Lavarse las manos debe realizarse siempre que sea necesario así como conservar los alimentos adecuadamente ya sean cocinados o no, o evitar el contacto de alimentos cocinados con alimentos crudos.

Son muchas normal y pautas a seguir que deben estar bien interiorizadas ya que es difícil olvidarse de algo o cometer un pequeño error en el transcurso de un turno, por ello se necesita una formación adecuada al tema y un recordatorio continuo de ellas para que nadie que trabaje en la cocina se olvide de nada.
La higiene de manos es la principal barrera que se le pone a los microorganismos y las bacterias.

6 Bibliografía

- Anaya-Flores, V. E., Ortiz-López, S., Hernández-Zárate, V. E., García-Hernández, A., Jiménez-Bravo, M. L., & Ángeles-Garay, U. (2007). Prevalencia de lavado de manos y factores asociados al incumplimiento. Estudio de sombra. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc, 15(3), 141-6.
- De Vita, V., Weisburd, G., Beltramino, D., & Bussi, E. (2014). Conocimiento actitudes y prácticas del personal de salud relacionados con el lavado de manos

clínico en una unidad de cuidados intensivos. Rev Méd Rosario, 80(3), 105-16.
- Gómez, F. H. Á.(2012). El lavado de manos. Prevención de infecciones trasmisibles. Gaceta medica espirituana, 13(1), 8.
- Pantoja Ludueña, M. (2010). Higiene de manos y riesgo de infecciones. Revista de la sociedad Boliviana de pediatría, 49(2), 83-84.
- Salas, J. L. V., & Macías, C. L. M. (2015). Contribución de la técnica social de lavado de manos en la reducción de microorganismos transitorios de la piel. Jóvenes en la ciencia, 1(2), 167-171.
- Chavez Ramos, M. J. (2014). Evaluación del nivel de conocimiento del personal de cocina sobre las condiciones higiénicas sanitarias en los servicios de alimentación de los Hospitales de Lima y Callao de noviembre 2013 a enero del 2014.
- Sanz, J. L. A. (2006). Técnicas de cocina para profesionales. Editorial Paraninfo.

Capítulo 1746

EL PAPEL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA HUMANIZACIÓN DE LA SANIDAD

CARMEN MARÍA RIONDA MARTINEZ

1 Introducción

El Artículo 43 de Constitución Española reconoce el derecho a la protección de la salud y, también que serán los poderes públicos los responsables de organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios, regulando así mismo, los derechos y deberes de todos al respecto. La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad estableció las bases del sistema sanitario española, a fin de hacer efectivo el derecho a la protección de la salud, reconocido en la Constitución , teniendo como primer objetivo procurar la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades.

Desde ese momento y durante años, los esfuerzos de los poderes públicos se dirigieron, fundamentalmente, a conseguir la modernización del sistema sanitario, la mejora y ampliación de las coberturas sanitarias , la búsqueda de la excelencia científico-técnica con altos niveles de competencia médica. Posteriormente se hizo evidente que se había llegado a una situación de deshumanización del sistema, tomando clara conciencia la de ello, la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Quiere contribuir a establecer bases concretas y precisas que contribuyan a regular aspectos fundamentales de la asistencia sanitaria. Una vez alcanzado un nivel de asistencia y de competencia

notables en el sistema se hace imprescindible humanizar la asistencia sanitaria a través de la personalización de la atención en los diferentes niveles y a lo largo de todo el proceso asistencial.

2 Objetivos

- Mejorar el grado de humanización del sistema sanitario español.
- Ofrecer atención centrada en la persona.
- Mejorar la calidad de trato. Información y comunicación orientada a simplificar tramites, situaciones.
- Considerar que la mejora de la humanización es un indicativo de calidad al que debe estar orientada la gestión.

3 Metodología

Nadie duda por tanto esta necesidad real. El compromiso de las administraciones públicas, de los agentes del sistema, desde los estamentos científicos a los burocráticos están plenamente concienciados de que la sanidad no es sólo ciencia. El aspecto humanístico no puede olvidarse y ese conjunto lleva a la mejora de la calidad y a la excelencia.

4 Resultados

Humanizar la asistencia sanitaria supone un esfuerzo añadido pero imprescindible en el proceso asistencial a todos los niveles, desde la ayuda en el mostrador de un centro de salud, a los procesos médicos más complejos realizados por los sanitarios. Supone poner en valor la dignidad e individualidad de cada persona, no viendo solo al paciente o usuario, sino a la persona que está detrás, con sus circunstancias y debilidades, en momentos de especial vulnerabilidad por los que todos, muy probablemente, más tarde o más temprano, acabaremos pasando: la empatía será fundamental para gestionarlo. Consiste en atender a las personas desde su concepción holística, dando respuesta no solo a sus necesidades físicas, sino atendiendo también su esfera emocional, social y espiritual.

La humanización, por tanto, parte en los profesionales que los atienden y no puede entenderse que estos son solo los profesionales sanitarios porque implica a todo el sistema, personal sanitario o no sanitario, todos aquellos que de una forma u otra entran en contacto con los pacientes y usuarios. Esto, por tanto,

implica también al personal administrativo, porque en ese mostrador de un centro de salud nos informarán en un primer momento, nos orientarán, nos darán una primera cita, etc., en definitiva en algo tan básico comienza el proceso a la humanización.

Promover la mejora de la humanización de la asistencia sanitaria es una labor que implica a todas las administraciones y compromete y obliga a todos los intervinientes en el sistema asistencial. La humanización tiene que ver con la gestión, con la estructura del sistema sanitario, con la competencia profesional y la excelencia médica, pero es también una cuestión de actitud y de compromiso social y personal de todos y cada uno, es querer mejorar las relaciones humanas en momentos críticos, facilitar las cosas, contribuir a una mejora cualitativa que se traducirá en beneficios para todos. Humanizar es una cuestión clave para mejorar la calidad. Es un proceso continuo y permanente que compromete a todos los actores de este sistema.

No podemos pensar que solo es responsabilidad de los profesionales que tratan directamente la enfermedad, antes de llegar ahí, es seguro que habrán pasado por diferentes escalas del sistema y el personal administrativo es muchas veces la primera toma de contacto con el sistema sanitario. El personal administrativo también tiene su parte de responsabilidad en ello. Sin embargo muchos son los factores que dificultan esta labor: la falta de tiempo, las múltiples tareas burocráticas, en ocasiones el escaso personal, la desmotivación del trabajador, a menudo poco valorado, el cambio de contratos del personal, la falta de interés de las administraciones en formar y capacitar al personal de administración de acuerdo a la peculiaridad del trabajo en el área sanitaria.

Es necesario establecer un plan de formación continuada para el personal administrativo, enfocado a mejorar el nivel de atención al usuario. Implementar medidas de mejora en los tramites informativos y burocráticos y establecer protocolos simplificados en esta materia

Dentro del ámbito de actuación de los auxiliares administrativos, algunas son las medidas que deben adoptarse para la mejora:
- Comprender la importancia de desarrollar profesionalmente habilidades de comunicación.
- Mejorar la empatía como herramienta fundamental en la humanización del cuidado, y en la mejora de la calidad asistencial.
- Información personalizada.
- Voluntad de facilitar las cosas y no de complicar.

- Formación y capacitación de los profesionales en habilidades para la humanización de la asistencia: como comunicación, información, empatía, escucha y colaboración, facilitando informaciones practicas.
- En la hospitalización mejorar los tiempos empleados en los trámites administrativos al ingreso.
- Mejorar la organización y tecnologías básicas electrónicas y de comunicación telefónica, favoreciendo un acceso por este medio sencillo y eficaz.
- Reforzar la función de las unidades y servicios de información y atención al paciente y en ellos Implantar de forma paulatina las nuevas tecnologías de la información.
- Elaborar un conjunto básico de materiales documentales en centro o servicio, que facilite al usuario el conocimiento de su funcionamiento y organización la figura del informador.
- Reforzar la función de las unidades y servicios de información y atención al paciente y en ellos la figura del informador..
- Mejora de la comunicación telefónica como un medio eficaz de información y comunicación
- Refuerzo de las Unidades de Información, Atención al Paciente y Admisión: homogeneización y definición de funciones.
- Estandarización de imagen como referentes de información y atención personalizada.
- Facilitar los trámites, cuando llegan al centro de salud y cuando salen de él, a las personas que tengan más dificultades para comprender , informarse, etc como pueden ser las personas mayores, quienes padecen deterioro cognitivo, quienes tienen niveles culturales bajos, facilitar no complicar.

No obstante , no hay que olvidar que nada de esto sirve si no hacemos nuestra la convicción de ayudar, comprender, facilitar, en definitiva, de humanizar un sistema que a todos nos toca de una forma u otra.

5 Discusión-Conclusión

Es imprescindible que todos los integrantes del sistema sanitario se impliquen y adquieran un compromiso firme de humanización del sistema y esto implica directamente a los auxiliares administrativos en su relación diaria con pacientes y usuarios. Es necesario destinar tiempo y recursos a la formación, mejorar la empatía, mejorar las habilidades de comunicación, simplificar procesos burocráticos y mejorar condiciones de trabajo. La humanización de la asistencia debe ser un

objetivo prioritario dentro de la actuación sanitario para cualquier profesional de la salud.

6 Bibliografía

- Constitución Española.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- Plan Estratégico de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019.
- Buscador Google Acdémico.
- Revistas médicas.
- Efe salud.

Capítulo 1747

ATENCIÓN A LA MULTICULTURALIDAD

ANA MARIA ALVAREZ GONZALEZ

1 Introducción

Nuestra sociedad está cambiando. Estos cambios nos afectan a todos: profesionales técnicos y de servicios, directivos, empresas, organismos e instituciones. Ante el alud de información, procesos administrativos, legislativos y de gestión, en la atención al usuario/a se debe tener muy presente el factor humano y nada nos hace más humanos que la comunicación. Tratamos con personas que son la razón de ser de nuestro trabajo, sin éstas no hay servicio, etc. vengan del país, región, ciudad o barrio de donde vengan.

2 Objetivos

- Respetar valores, creencias, visión del mundo, del tiempo y el espacio, actitudes, relación entre personas y sexos, generaciones, grupos.
- Saber comunicarnos desde la multiculturalidad.

3 Metodología

Etapas de la experiencia de choque cultural
1. Primera etapa. Luna de miel o contacto. Inicio del encuentro multicultural. Se mantienen las relaciones interpersonales cordiales y superficiales con los anfitriones. Las emociones que se producen son de entusiasmo, fascinación, euforia y curiosidad por descubrir novedades.

2. Segunda etapa. Crisis, desintegración y reintegración. Después, las diferencias del lenguaje, valores, ideología y comportamiento, que al principio parecían atractivas, son causa de pérdida de autoestima de la persona, porque encuentra que su forma de comportarse no es adecuada al entorno en el que vive ahora. Existen dos aspectos en esta etapa: uno de desintegración, que es la etapa de crisis, en el que el individuo comienza a ser consciente de las diferencias culturales, y otro de reintegración, en que no acepta las diferencias culturales y afirma sólo la cultura de origen.
3. Tercera etapa. Recuperación y autonomía. Durante esta etapa la persona encuentra formas de manejar las nuevas situaciones, y comienza a superar las emociones, así como los sentimientos que experimentó en la etapa de crisis. El individuo se muestra relajado y es capaz de mantener relaciones interpersonales cálidas. La persona manifiesta seguridad en sí misma y es capaz de empatizar con los otros.
4. Cuarta etapa. Adaptación e independencia. Si el individuo llega a experimentar la última etapa del choque cultural, será capaz de trabajar en su nuevo entorno y, además, de disfrutar las experiencias que vive. En esta etapa puede realizarse plenamente, se expresa sin dificultades y es creativo. Es capaz de expresar humor y de confiar en las personas.

4 Resultados

Para entender cómo se relacionan las personas no sólo se debe tener en cuenta la cultura de la que proceden, sino también el contexto, entorno y sociedad de la que proceden y a la que emigran. En el fondo, los valores y la gestión de las emociones subyacen de nuevo, puesto que están en la base de cualquier contacto humano.

Adentrarme en este punto, supone para mí una reflexión de mi propia sociedad occidental, específicamente española, cada vez más acorde con el modelo individualista exportado de Estados Unidos. Como sociedad receptora de inmigrante creo que destaca la marcada tendencia de valores individualistas frente a los colectivistas de otras sociedades de origen, como las culturas árabes, subsaharianas, sudamericanas (con matices, según el país) y orientales.

5 Discusión-Conclusión

La cultura no es innata, se aprende e influye en lo que pensamos, en cómo nos comportamos y comunicamos. Sólo cuando salimos de nuestra propia cultura, o conocemos otras, nos damos cuenta de lo que atañe específicamente a la nuestra: podemos valorar lo que tenemos, comparar e incluso elegir.

6 Bibliografía

- Treppte C. "La comunicación intercultural" a CARBONELL, F. (Coord): Sobre Interculturalitat, 2. Girona. Fundació SER.GI., 1993.
- Tood E. El futuro de los inmigrantes. Barcelona, Tusquets, 1996.
- Xiran X. Nacer mujer en China. Barcelona, Emecé (2003).
- Links.

Capítulo 1748

PRECIPITACIÓN DE UNA CUBIERTA CON ATENCIÓN DEL 112

MARTA RENESES CARCEDO

SERGIO MUÑIZ DIAZ

JOSE MANUEL TEJERO FERNANDEZ

1 Introducción

Nunca sabemos dónde vamos a encontrar el riesgo que puede generar una emergencia sanitaria. Cuando un trabajador siempre hace las cosas igual, no quiere decir que las esté haciendo correctamente y de forma segura. Nunca pasa nada hasta que pasa.

2 Objetivos

- Estabilizar y mantener las constantes vitales a un precipitado con grandes hemorragias.
- Observar las reacciones de los intervinientes y poder buscar la solución más favorable para el accidentado.

3 Caso clínico

Un trabajador con arnés, sobre una cubierta de panel de sándwich, está trabajando sin anclajes a ningún punto fijo. El sujeto de 57 años, es encargado de la obra con más de 27 años de experiencia.

A las 16.00 horas, dicho trabajador se precipita por el hundimiento de la cubierta de una instalación deportiva desde unos 25 metros de altura.

En el momento de llegar el primer interviniente, compañero de trabajo del accidentado, alerta al teléfono de emergencia 112.
Siguiendo las instrucciones del operador, comprueba la consciencia, no habla y no responde a estímulos dolorosos, pasando al siguiente nivel de la evaluación inicial, la respiración y el sujeto no respira, el tórax no tiene movimiento, finalmente se mira la circulación y no le encuentra pulso, el operador duda de que se esté tomando bien las constantes vitales, debido a los nervios del primer interviniente.

El operador le pregunta si sabe hacer la respiración cardiopulmonar (RCP) y la contestación es que se lo han explicado pero nunca lo ha hecho. El operador le da las pautas necesarias para comenzar con las compresiones y comienza los masajes colocando el canto de la mano dos dedos por encima del apéndice xifoides, intentando hundir el pecho entre 4 y/ó 5 cm.

Después de 5 minutos haciendo la RCP llega personal del centro deportivo, formado en primeros auxilios, con un desfibrilador automatizado (DEA) que se hace cargo del trabajador mientras llega la ambulancia con los sanitarios.

Continúan con el masaje cardíaco siguiendo las instrucciones del DEA, hasta que llega una UVI móvil.

El facultativo manda parar la reanimación para evaluar al sujeto, observando que las lesiones son incompatibles con la vida, certificando así su defunción.

Fallecimiento del sujeto por múltiple traumatismo invasivo y fallo multiorgánico.

4 Discusión-Conclusión

Las discusiones las vamos a valorar desde distintos puntos de vista:
- Primer interviniente: si tuviera una formación teórico-práctica progresiva en primeros auxilios, su colaboración habría sido más efectiva con el operador del 112. Se tiene claro que no es un profesional sanitario, pero contamos con menos de un minuto para hacer una valoración inicial de las constantes vitales, si depende de la información que le tiene que dar el operador, además de la inexactitud de los datos, el inicio de la reanimación se puede alargar a más de 4 minutos, con las consecuencias que esto conlleva como es la hipoxia del sujeto accidentado.

- Segundos intervinientes: Este personal del centro formado en primeros auxilios pero no prácticos en la asistencia, ante tal gravedad sufren el denominado “efecto túnel”, donde sólo se ve una persona realizando la RCP, sin reevaluar posibles complicaciones o fallos del primer interviniente.
- Personal facultativo: el profesional de la asistencia sanitaria da un paso atrás y observa el conjunto, detectando que la RCP no es lo requerido en esta situación, ya que se debería haber hecho un control de hemorragias. Como consecuencia de la RCP ha habido una exsanguinación del accidentado.

La primera conclusión a la que llegamos es que el accidentado debería haber estado anclado para prevenir este accidente, como marca el procedimiento de trabajos en altura.

La segunda conclusión es que la falta de conocimientos y la falta de práctica en esta materia no ha colaborado en la posible salvación o mantenimiento de la vida del accidentado.

En la mayoría de las comunidades, el retraso hasta la llegada al lugar de la parada de los SEM es de 8 minutos, y hasta 11 minutos el tiempo hasta la primera descarga del desfibrilador. La supervivencia de la víctima dependerá, por tanto, de que los testigos inicien el SVB y usen un DEA para la desfibrilación si disponen de él.

5 Bibliografía

- Revista medicina intensiva 2011Puesta al día en medicina intensiva: novedades en resucitación. Novedades en soporte vital básico y desfibrilación externa semi-automática J.B. López-Messaa,b, P. Herrero-Ansolaa,c, J.L. Pérez-Velaa,d y H. Martín-Hernández.
- Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. BOE» núm. 269, de 10/11/1995.
- European Resuscitation Council. CPR Instructor´s guide. 1992.
- Ochoa Gómez FJ. Manual de reanimación cardiopulmonar. Logroño: Complejo hospitalario San Millán San Pedro; 1995.

Capítulo 1749

LA CULTURA ECONÓMICA Y FINANCIERA EN LA SOCIEDAD DEL SIGLO XXI

ANA MARIA ALVAREZ GONZALEZ

1 Introducción

La economía es una ciencia que pretende estudiar la estructura y causas que conforman la toma de decisiones, en las personas en particular y en la sociedad en general, que se pueden presentar en la vida diaria. La toma de decisiones, destinada principalmente al consumo de bienes o de servicios, se presenta en estos casos motivada por dos factores esenciales e inherentes al entorno natural y humano: en primer lugar, los recursos de los que disponemos son escasos (imaginemos no sólo muchos recursos naturales como el petróleo o los minerales, sino la limitación, por ejemplo, del tiempo del que disponemos) y, en segundo lugar, dichos recursos pueden tener utilidades o destinos finales alternativos y diferentes (por ejemplo, una porción de terreno lo podemos usar para cultivar o bien para construir una casa). El mencionado dilema en la toma de la decisión adecuada es una cuestión de relevante importancia en todos los ámbitos de la vida cotidana , ya que la adecuada gestión de la toma de decisiones es un factor determinante en la sociedad actual

2 Objetivos

- Considerar la parte implicada en la producción de bienes y servicios susceptibles de ser adquiridos por los consumidores.

- Analizar la fuente de la generación de dichos bienes y servicios se encuentra en el sistema productivo, que está configurado por el conjunto de empresas que obtienen una serie de recursos para transformarlos en bienes y servicios terminados para el consumo final.

3 Metodología

Para establecer en primer término todos los parámetros de carácter general que describen y conforman la estructura de la metodología, es necesario ubicar dicha noción en su marco conceptual respectivo, que se circunscribe a la pedagogía. Ésta es entendida como un tipo de ciencia; podemos distinguir entre ciencias formales, cuyo fin es precisar o determinar formalmente un proceso (como por ejemplo la lógica o las matemáticas), ciencias factuales, que enfocan sus esfuerzos en explicar las áreas que configuran nuestro entorno (como por ejemplo la Biología, la Física, la Sociología, etc.) y ciencias aplicadas, cuyo propósito es aplicar modelos a casos concretos (como pueden ser la Tecnología, Ingeniería, etc.). La pedagogía, pertenece a éste último tipo de ciencia (aplicada), y es también entendida como didáctica. Esta ciencia, entendida como tal, se configura como un sistema cuyo objetivo es investigar, analizar y estructurar los medios y elementos que intervienen en todo proceso de Enseñanza-Aprendizaje, para determinar de esta forma una diversidad de teorías, modelos o métodos que configuren una determinada forma de enseñar o un enfoque metodológico

4 Resultados

La consideración de las partes expuestas anteriormente (consumo de los individuos y producción de las empresas), nos lleva a la necesidad de unificarlas en el denominado mercado. El mercado es el lugar (sea esta físico o no) en el cual se confronta el consumo con la producción, es decir, donde existe una serie de individuos que desean satisfacer sus necesidades por medio del consumo de bienes y servicios (demandantes), y una serie de empresas que producen dichos bienes y servicios y los venden a los consumidores (oferentes). La teoría de los mercados competitivos estipula que ambas partes intercambiarán dichos bienes y servicios a un precio, denominado precio de equilibrio o de mercado.

5 Discusión-Conclusión

Cuando un individuo percibe un dinero o renta (ya sea ésta derivada de su trabajo o cualquier otro origen), éste debe tomar la decisión de qué parte de la misma destinará a consumir y qué proporción a ahorrar. El consumo es el gasto de dinero que realiza el individuo en adquirir bienes y servicios para satisfacer las diferentes necesidades que se le presenten. Este gasto se puede destinar a bienes y servicios duraderos cuyo consumo se prolongue en el tiempo (un coche, una vivienda, etc.) o a bienes y servicios perecederos, cuyo consumo debe ser inmediato (alimentos, cine, etc.). El ahorro es, por tanto, toda aquella cantidad de esa renta o dinero inicial que no se ha dedicado a consumir, y que se mantiene en posesión del individuo para realizar un consumo en el futuro.

6 Bibliografía

- Moriano, J. A. (2005). El perfil psicosocial del emprendedor : un estudio realizado en Castilla y León. Madrid: Consejo Económico y Social.
- Moriano, J. A. (2011). Liderazgo y emprendedores. In F. Molero & J. F. Morales (Eds.), Liderazgo: hecho y ficción, visiones actuales (pp. 145-170). Madrid: Alianza.
- Moriano, J. A., & Gorgievski, M. (2007). Psychology of Entrepreneurship: Research and Education. Madrid: UNED.

Capítulo 1750

LA ADMINISTRACION LOCAL Y LA UNIÓN EUROPEA

ANA MARIA ALVAREZ GONZALEZ

1 Introducción

El Estado se organiza territorialmente en municipios, en provincias y en las comunidades autónomas que se constituyan. Todas estas entidades gozan de autonomía para la gestión de sus respectivos intereses.

La Constitución garantiza la autonomía de los municipios. Estos gozarán de personalidad jurídica plena. Su gobierno y administración corresponde a sus respectivos ayuntamientos, integrados por los alcaldes y los concejales. Los concejales serán elegidos por los vecinos del municipio mediante sufragio universal, igual, libre, directo y secreto, en la forma establecida por la ley. Los alcaldes serán elegidos por los concejales o por los vecinos. La ley regulará las condiciones en las que proceda el régimen del concejo abierto.

2 Objetivos

- Identificar la estructura funcional y jurídica de la Administración pública, y reconocer los diferentes organismos y personas que la integran.
- Conocer las competencias municipales y su financiación.
- Analizar una parte de la estructura institucional que supera las fronteras del Estado. Se trata de la Unión Europea, una organización internacional de la cual España forma parte desde el año 1986 como miembro de pleno derecho. Estudiaremos a continuación los antecedentes históricos, el significado de la integración y el funcionamiento institucional de la Unión Europea.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Existe un denominado derecho comunitario, que es el conjunto de normas promulgadas por los órganos de la Unión Europea en el ejercicio de sus competencias, y que tiene como objetivo establecer la base legal para las políticas europeas.

Las características del derecho comunitario, que lo hacen genuino y diferenciable, son:
• Autonomía del ordenamiento: el orden jurídico comunitario es autónomo con respecto a cualquier otro, es decir, la norma comunitaria no se transforma nunca en norma interna, no entra jamás a formar parte del ordenamiento estatal, se aplica pero no es una norma interna más.
• Primacía respecto a los ordenamientos internos: ante un supuesto de conflicto material entre una norma de derecho interno y otra de derecho comunitario, esta última será siempre aplicada prioritariamente.
• Efecto directo: de forma clara, precisa y sin posible margen de apreciación concede derechos o impone obligaciones a los particulares.
• Aplicabilidad directa: se refiere a toda norma que, proviniendo de un ordenamiento distinto al estatal, en este caso del derecho comunitario, se aplica en ese Estado sin necesidad de medida alguna de adaptación.

5 Discusión-Conclusión

En el caso de la Unión Europea, lo que comenzó como un proceso de integración comercial ha ido evolucionando, mediante el desarrollo y la mayor integración a diversos niveles políticos, hasta conformar el actual panorama europeo.

El antecedente primordial de la creación de un espacio común de desarrollo económico y comercial se data en la denominada Declaración Schuman: el 9 de

mayo de 1950, el ministro de Asuntos Exteriores de Francia, Robert Schuman, presentó de forma oficial un proyecto de integración entre Francia y Alemania que tenía como objetivo primordial poner las bases para la creación de un espacio único europeo.

La finalidad era superar los problemas que dieron lugar a dos guerras mundiales que asolaron y destruyeron Europa, de forma que si los países europeos cooperan desarrollando políticas económicas comunes, los beneficios obtenidos podrían fundamentar una paz estable, duradera y de progreso.

6 Bibliografía

- GONZÁLEZ DOMINGUEZ, FCO. J.; GANAZA VARGAS, J. D.: Principios y Fundamentos de la Gestión de Empresas. Ed. Pirámide, Madrid, 2010. 658 PRI
- RODRIGO ILLERA, C.: Administración y Funciones de Empresa. Ed. Sanz y Torres, Madrid, 2008.
- RODRIGO ILLERA, C.: Ejercicios de Administración y Funciones de Empresa. Ed. Sanz y Torres, Madrid, 2008. 658 ILL eje

Capítulo 1751

FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN SANIDAD

MARTA ÁLVAREZ VEGA

1 Introducción

El auxiliar administrativo como personal de los centros sanitarios tiene dos misiones, gestionar la admisión de los pacientes al centro y, además, es el encargado de manejar toda la documentación clínica de los mismos.

Su labor se divide en 2 áreas:
1.- Área de gestión de pacientes. Donde los auxiliares administrativos llevan las funciones de admisión de hospitalización, urgencias y pacientes ambulatorios.
2.- Área de gestión de documentación clínica. Donde llevan a cabo las funciones de archivo del historial clínico y otra documentación.

Ambas áreas y su gestión configuran el Sistema de Información Asistencia.

Se pretende garantizar el acceso a las prestaciones en condiciones de igualdad efectiva. Esto se hace a través del servicio de Admisión y Documentación Clínica, que es la unidad que se encarga de ordenar, coordinar y priorizar las actividades que se producen en torno a la asistencia médica en el ámbito de la Atención Primaria y Especializada del área de salud. Todo ello garantizando la protección de datos y el derecho a la intimidad de los pacientes.

2 Objetivos

Poner la burocracia de Sanidad en orden para un buen funcionamiento de las áreas de salud, estableciendo las funciones que el auxiliar administrativo ha de desarrollar para llevar a cabo un correcto trabajo dentro del Servicio de Admisión y Documentación Clínica.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Es imprescindible y realmente necesaria tener unos instrumentos y requisitos básicos de infraestructuras y organización para un buen funcionamiento del servicio en el ámbito de la Atención Primaria y Especializada. Para ello se llevará:
• Formación continuada del personal auxiliar administrativo.
• Definición y creación de ficheros o registros de la información a manejar.
• Comunicación interna y control de los procesos.
• Desarrollo de un software de apoyo a la actividad interna, que sea modificable en el tiempo atendiendo a las necesidades de cada momento.

Las funciones del auxiliar administrativo de la salud como parte del Servicio de Admisión y Documentación Clínica son las de integrar los contactos y movimientos asistenciales de los pacientes en su área de atención especializada. Coordinará acciones y recursos en torno a la asistencia del usuario, facilitando las tareas asistenciales de los servicios clínicos.

En las distintas áreas básicas de atención, hospitalización, urgencias y atención ambulatoria, deberán desarrollar funciones y tareas de:
• Gestión operativa de los procesos administrativos de acceso y circulación asistencial de pacientes, para facilitar y garantizar una sencilla y ágil accesibilidad.

• Organización y evaluación del proceso asistencial, en cohesión con la organización sanitaria ante el paciente y favoreciendo una eficiente y adecuada utilización de los recursos.
• Obtención de datos para informar al hospital sobre la demanda existente y la actividad asistencial realizada.

El auxiliar administrativo también es responsable en el área de documentación de gestionar toda la información clínica del paciente sin tener en cuenta el centro sanitario en el que fue atendido. Llevará las funciones de custodiar, conservar y administrar la documentación generada por el paciente en sus procesos asistenciales. Por lo que ha de saber:
• Identificar la historia clínica.
• Mantener actualizado el historial clínico.
• Control de calidad de la historia clínica.
• Garantizar la fácil accesibilidad a la historia clínica.

También adaptándose a la evolución informática han de llevar a cabo funciones de escritura digital de todo tipo de documentos.

5 Discusión-Conclusión

Se pretende tener una guía de las funciones a desempeñar por el auxiliar administrativo de la sanidad dentro del Servicio de Admisión y Documentación Clínica. Lo que contribuirá a una uniformidad y normalización de la actuación profesional que optimizará la distribución de los recursos humanos.

6 Bibliografía

- https://revistamedica.com
- https://formacion.iberf.es

Capítulo 1752

SERVICIO DE ATENCIÓN AL PACIENTE Y USUARIO

COVADONGA GARCIA ALONSO

1 Introducción

Hay ocasiones que nos sentimos desprotegidos ante cualquier situación delicada. Para evitar estas situaciones existe este servicio, ya que hace de unión entre ambas partes. El servicio de atención al paciente se crea con el fin de orientar e informar a pacientes y a sus familiares, sobre las normas y funcionamiento sanitario, además de velar por el cumplimiento de los derechos de los pacientes.

Además este servicio es el órgano responsable de recibir, atender y tramitar las quejas, reclamaciones y sugerencias generadas por el uso de los servicios sanitarios.

2 Objetivos

- Promover y velar el cumplimiento de los derechos y deberes de los pacientes
- Mejorar la actuación en el ámbito sanitario.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Las principales funciones consisten en:
- Orientar a pacientes y familiares cuando acuden o ingresan en centros sanitarios.
- Garantiza el cumplimiento de derechos de los pacientes y usuarios.
- Atiende y tramita las quejas, reclamaciones y sugerencias presentadas.
- Propone resoluciones sobre quejas y reclamaciones formuladas
- Vela por el cumplimiento de las obligaciones y normas respecto a pacientes y familiares.

5 Discusión-Conclusión

Por lo tanto los responsables del departamento nos ayudarán con cualquier duda o problema que pueda surgir durante la relación con el servicio sanitario.

6 Bibliografía

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Capítulo 1753

RIESGOS PSICOSOCIALES - ESTRÉS LABORAL

MARTA ÁLVAREZ VEGA

1 Introducción

Los riesgos psicosociales y en particular el estrés aparecen cuando hay un desajuste entre el individuo, el puesto de trabajo y la organización. Se están llevando muchas actuaciones sobre el estrés debido a su importancia como riesgo emergente y por cómo repercute en la productividad y en el deterioro de la calidad de vida del personal sanitario. Se pretende identificar métodos de evaluación del estrés.

Ante situaciones estresantes el organismo reacciona buscando conductas adaptativas, tanto fisiológicas (aumento de presión cardíaca, aumento de sudoración, etc) y mentales (percepción de la situación y toma de decisiones) como conductuales (pasividad, enfrentamiento o huida).

2 Objetivos

Conocer el estado de estrés en el personal hospitalario para identificar los principales métodos de evaluación.

3 Metodología

Se ha realizado búsqueda bibliográfica en el buscador Google revisando la teoría de la personalidad de Eysenck. Así como temarios de distintas instituciones de

prevención de riesgo. No olvidamos la ley 31/1995 de 8 de noviembre, de prevención de riesgos laborales.

4 Resultados

La exposición prolongada a situaciones estresantes y el no saber adaptarse trae como consecuencia la aparición de enfermedades. Dependen estas de las condiciones individuales de cada persona.

Algunos estresores frecuentes son el ambiente físico (ruido, temperatura,...), los que provienen por la tarea a realizar (carga mental, formación sobre la materia,...) y los relativos a la organización (jornada de trabajo, relación con los compañeros,...).

El estrés tiene como consecuencia que aparezcan diversos trastornos:

• Consecuencias físicas:
- Trastornos gastrointestinales.
- Trastornos cardiovasculares.
- Trastornos respiratorios.
- Trastornos sexuales.
- Trastornos hematológicos.

• Consecuencias psicológicas:
- Trastornos del sueño.
- Ansiedad.
- Depresión.
- Trastornos de la personalidad.

• Consecuencias para la institución:
- Accidentes.
- Absentismo laboral.
- Malas relaciones laborales.
- Descenso de la producción.

Para prevenir el estrés es preferible actuar en la fase de diseño, teniendo en cuenta todos los aspectos que confluyen en el trabajo.

5 Discusión-Conclusión

Unos consejos para prevenir el estrés son:
- Carga de trabajo. Que las exigencias no sean mayores que la capacidad de la persona.
- Participación/Control. Permitir al personal que aporten sus ideas , que tengan cierta autonomía.
- Promover una buena comunicación interpersonal.
- Posibilidad de promoción.
- Estabilidad en el puesto de trabajo.

6 Bibliografía

- https://scielo.isciii.es
https://seguridad-laboral.es/revistaFSL
- Curso en CEST, Centro Español de Seguridad en el Trabajo, S.A.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 1754

EL PAPEL DE LOS TRABAJADORES EN LA PROTECCIÓN DE DATOS.

JORGE LUIS RODRIGUEZ ALONSO

MARIA DEL ROSARIO MONTES ESCOBIO

1 Introducción

La protección de datos en el ámbito laboral ha experimentado un cambio en su regulación en los últimos años. A nivel europeo rige el Reglamento General de Protección de Datos (Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE).

Esta regulación, que ha traído a España la nueva Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal y Garantía de los Derechos Digitales (Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales, en siglas LOPD), ha introducido importantes novedades en relación con los derechos y obligaciones que empresarios y trabajadores asumen en esta materia.

2 Objetivos

Dotar a los trabajadores de los conocimientos necesarios para no infringir la ley de proteccion de datos y a su vez destacar las graves consecuencias que tendria incurrir en ella.

3 Metodología

Es un estudio analítico descriptivo, en el cuál, hemos querido dar una visión general delos problemas y causas que pueden derivar del uso incorrecto de los datos de los trabajadores de la empresa.

4 Resultados

El RGPD, en su artículo 6, establece la obligación de licitud en el tratamiento de datos personales. En particular, exige que el tratamiento de los datos persiga la protección de un interés que el responsable del tratamiento o un tercero deban proteger siempre que ello no contravenga los derechos y libertades fundamentales del afectado [art. 6.1 f)].

Yendo más allá en el ámbito laboral, el artículo 88 de la citada norma establece que la legislación nacional y los convenios colectivos establecerán medidas de protección de los trabajadores en relación con el manejo de información en el trabajo, dando cuenta a la Comisión en los términos previstos en el artículo 88.3.

Pues bien, la LOPD, en su artículo 87, establece la obligación de todo empresario de vigilar la privacidad en el uso de dispositivos de su empleado en el trabajo. En este sentido, se consagra la obligación de información que tienen los trabajadores a la hora de firmar el contrato sobre los derechos que les asisten en materia de grabaciones (art. 22), protección de datos y derecho a la intimidad, como ha puesto de manifiesto una abundante jurisprudencia (cfr. SSTEDH 12.01.16 y 05.09.17 y STS 119/2018, entre otras sentencias).

Este contexto jurídico-laboral permite inferir que la política de protección de datos en la empresa (tanto en su vertiente activa como en la pasiva) corresponde al empresario y solo a él. Tanto es así que la Agencia Española de Protección de Datos (AEPD) ha comenzado a sancionar las conductas de los trabajadores que, sin permiso de sus compañeros, les han grabado.

La AEPD ha establecido, en una reciente resolución, una doctrina en función de la cual el poder de coerción del empresario debe respetar las prescripciones normativas en materia de protección de datos a la hora de utilizar grabaciones para sancionar a sus trabajadores.

El caso se consumó con una sanción de 12 000 euros a una compañía que utilizó unas grabaciones proporcionadas por un trabajador para sancionar a otro con 45

días de empleo y sueldo. La AEPD consideró que las relaciones laborales están protegidas por el RGPD en toda su extensión -también en el ejercicio de la disciplina empresarial- y, puesto que el medio utilizado no revestía carácter oficial en la empresa y no era conocido por los trabajadores, no resultaba válido para imponer una sanción al empleado en cuestión.

De forma similar resolvió la AEPD en otros dos casos. En 2013, el Tribunal Constitucional avaló el criterio seguido por este organismo al admitir la instalación de cámaras de seguridad en el centro de trabajo adquiridas e instaladas por cuenta del propio empresario. Del mismo modo, el Alto Tribunal admitió en 2016 la postura de la AEPD en relación con las empresas de seguridad privada, siempre que obren por mandato del empresario y nunca a instancias de ningún trabajador de la empresa.

El registro de las conductas de los trabajadores por medios de video vigilancia obedece a un fundamento constitucional que tanto el RGPD como la LOPD traducen en que los datos sean tratados bajo los principios de licitud, pertinencia, finalidad y exactitud.

Como puede deducirse, solo los medios de video vigilancia cuyo control se ejerce de forma directa por el empresario cumplen con la exigencia de licitud antes mencionada. Por ello, todo instrumento o aparato ajeno al sistema de control establecido (y advertido) por la empresa quedará fuera del principio de licitud exigido por la legislación. Por lo tanto, un empresario no puede recurrir a medios no conocidos para dirigir la actividad de la empresa, más aun cuando afecta a derechos fundamentales del empleado.

En conclusión, el marco actual de la protección de datos en el ámbito laboral ha adquirido una notoria complejidad. El desarrollo de entornos digitales, aunque por un lado facilita el trabajo tanto a empleadores como a empleados, despliega una enorme pléyade de retos.

Para cumplir con estos cometidos, las leyes exigen al empresario un uso diligente de los medios electrónicos para dirigir la actividad de su empresa.

5 Discusión-Conclusión

Con esta breve exposición a algunos de los puntos esenciales e inspiradores de la LOPD, es probable que no tengamos aún un conocimiento exhaustivo de ésta. Por este motivo, sería necesario abordar situaciones prácticas en la aplicación de

la Ley que servirián para orientar al trabajador acerca de cómo, y sobre todo por qué, es necesario adecuarse a la LOPD. En los últimos meses, la AGPD está imponiendo fortísimas sanciones, puede incluso asegurarse que desproporcionadas al daño causado, porque la inmensa mayoría de las empresas españolas no se encuentran adaptadas a la Ley y por lo tanto vulneran los derechos de los afectados. Por poner un ejemplo gráfico y muy frecuente, una empresa que externaliza la elaboración de sus nóminas a una gestoría puede ser sancionada con un mínimo de 300.000 euros, sino se realiza mediante las prescripciones que establece el artículo 12 de la LOPD para la comunicación de datos a terceros .Es altamente recomendable que el tejido empresarial español, cada vez más maduro y sensible a temas relacionados con las nuevas tecnologías, comience a tomar conciencia de la importancia que para ellos y especialmente para los ciudadanos, tiene que el tratamiento de datos se lleve a cabo mediante un escrupuloso y riguroso cumplimiento de la normativa legal vigente.

6 Bibliografía

- GUERRERO PICÓ, María del Carmen. El impacto de Internet en el derecho fundamental a la protección de datos de carácter personal. [Madrid]: Thomson Civitas, 2006.
- Ley orgánica 15/1999 de protección de datos de carácter personal. Madrid: GPS, 2014
- GUASCH PORTAS, Vicente. Las transferencias internacionales de datos en la normativa española y comunitaria. Madrid: Agencia Española de Protección de Datos: Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado, 2014
- SANTOS GARCÍA, Daniel. Nociones generales de la Ley orgánica de protección de datos y su reglamento: adaptado al RD 1720/2007 de 21 de diciembre. 2ª ed. Madrid: Tecnos, 2012.

Capítulo 1755

EL SÍNDROME DE QUEMARSE POR EL TRABAJO “BURNOUT”

JORGE LUIS RODRIGUEZ ALONSO

MARIA DEL ROSARIO MONTES ESCOBIO

1 Introducción

El mundo actual implica una época de grandes cambios, con ritmos de vida enormemente acelerados, mayor demanda de competencia y especialización, continua reformulación de objetivos metas y estrategias.

Este entorno exige a las personas mayor grado de autonomía, flexibilidad, capacidad de iniciativa, seguridad en sí mismos y capacidad para moldearse a situaciones nuevas.

El propio desarrollo social y tecnológico hacen cada vez más complejas las demandas tanto sobre el individuo como sobre la organización, en el sentido de que para cumplir con sus objetivos se necesita una mayor competitividad, alcanzar niveles de alta formación y especializarse en el área de su competencia a fin de poder estar acorde al ritmo de los cambios y no quedar excluido del entorno con el que se relacionan.

2 Objetivos

- Analizar cuáles son los motivos por los que los trabajadores desarrollan el síndrome burnout y en qué medida los estilos de personalidad pueden incidir en la aparición de los mismos.

3 Metodología

Es un estudio analítico descriptivo en el cual hemos querido dar una visión general de las causas de dicho trastorno y su incidencia en el trabajo.

4 Resultados

El síndrome de burnout es una situación que se va generando progresivamente hasta desembocar, en muchas ocasiones, en un estado de incapacidad para continuar con el trabajo habitual. Suele aparecer en personas cuya profesión implica dedicación y entrega hacia terceros como, por ejemplo, los profesionales de la enseñanza, de la salud y de asuntos sociales.

Las consecuencias pasan por un elevado absentismo laboral, el consumo de medicamentos para conciliar el sueño, sustancias o drogas, así como la adopción de determinadas conductas de riesgo o violentas. Además, pueden aparecer conflictos en el ámbito laboral, por una disminución significativa del rendimiento y la motivación, así como de la calidad de los servicios prestados.

La persona que padece el síndrome de Burnout suele manifestar algunos de los siguientes síntomas:
Falta de energía y sensación de abatimiento desde el inicio de la jornada laboral.

Sentimientos de frustración y fracaso al no conseguir los resultados deseados a pesar del esfuerzo invertido en las tareas.

Estado de ánimo irritable, impaciente, negativo, irónico y distante, llegando a mostrarse frío e indiferente hacia las personas atendidas y con los compañeros de trabajo.

Incapacidad para concentrarse en el trabajo y para relajarse o desconectar al finalizar la jornada laboral.

Sensación de desbordamiento ante las demandas emocionales de los demás, careciendo de fuerzas para seguir involucrándose en las relaciones con ellos.

Frecuentes dolores físicos, además del desarrollo de enfermedades psicosomáticas, como, por ejemplo, fatiga visual, dolores de cabeza y musculares, mareos, dificultades con el sueño, pérdida de peso, úlceras y otros desórdenes gastrointestinales, afecciones de la piel o infecciones, entre otros.

Un trabajador puede sufrir el síndrome de Burnout al estar expuesto durante un largo periodo de tiempo a situaciones laborales que impliquen:
• Un estado de sobrecarga emocional por permanecer en contacto de forma continuada con personas en determinadas situaciones como, por ejemplo, con un alto grado de dependencia o gravemente enfermas. Por lo tanto, estos trabajadores se hallan inmersos en climas en los que prevalecen emociones como el sufrimiento, la angustia o la desesperanza.
• Horarios de trabajo largos, junto a un ambiente laboral muy deteriorado.
• El desempeño de un excesivo trabajo físico sin los recursos necesarios para llevarlo a cabo adecuadamente como, por ejemplo, la falta de personal, el escaso margen de tiempo o trabajar bajo condiciones de presión y estrés.
• Un elevado nivel de exigencia y de requerimiento de energía o de recursos personales del trabajador. Esto mismo suele ocurrir en los casos de burnout parental.

Una persona afectada por el síndrome de Burnout ante todo debe tomar conciencia de su situación y reconocer que no se encuentra en las condiciones necesarias para seguir llevando a cabo adecuadamente las tareas asignadas a su puesto de trabajo.

Por ello, es importante tener en cuenta las siguientes recomendaciones:
- No excederse en el ritmo de trabajo y respetar las pausas para los descansos y la comida.
- Aprender a establecer límites ante situaciones en las que haya un exceso de tareas, un escaso margen de tiempo para llevarlas a cabo o deficiencias en los medios al alcance.
- Cultivar un buen ambiente de equipo entre los compañeros de trabajo, promoviendo la colaboración y una mejora en el clima laboral.
- Cuidar de uno mismo es imprescindible, lo que incluye aprender a atender e interpretar las señales del cuerpo y las emociones que aparecen. Así, por ejemplo, ante la señal de tensión puede ser beneficioso permitirse un momento de descanso para relajarse y respirar profundamente antes de retomar la tarea que se estaba realizando.
- Separar el ámbito laboral del personal, aprendiendo a desconectar al finalizar la jornada laboral realizando actividades que lo faciliten, como, por ejemplo, deporte, relajación, o cultivo de determinadas aficiones o hobbies.
- Buscar apoyo familiar y social, fomentando encuentros y actividades en grupo.

5 Discusión-Conclusión

Como dijimos inicialmente, el contexto actual impone exigencias cada vez más complejas tanto sobre el trabajador como sobre las organizaciones.

Para cumplir con sus objetivos, resulta necesario alcanzar niveles de formación altos y especialización a fin de estar acorde al ritmo de los cambios y no quedar excluido del entorno con el que se relaciona.

Esta situación termina generando una espiral que condiciona la aparición de diferentes estresores que no solo deterioran su rendimiento sino que los predispone a padecer un estrés crónico con las conocidas consecuencias a nivel individual y psicosocial.

Dentro de los riesgos laborales de carácter psicosocial, el estrés laboral y el síndrome de quemarse en el trabajo (burnout) como respuesta al estrés laboral crónico, ocupa un lugar destacado pues son una de las principales causas del deterioro de las condiciones de trabajo, fracaso en el rendimiento y deterioro en la salud física y psicológica.

Los trabajadores que se encuentran cansados son los que evidencian una mayor propensión a padecer el síndrome.

6 Bibliografía

- Gil-Monte, P. Peiro, J.M (1997). “Desgaste Psíquico en el trabajo”. Madrid : síntesis Psicología.
- Gil-Monte, P.R (2000) “Aproximaciones psicosociales y estudios diagnósticos sobre el síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Monográfico, revista de psicología del trabajo y de los organizadores, 16(2):101-102.
- Peiro, J.M. y Salvador, A. (1993) “control del estrés laboral” Madrid.
- Robbins. S (1999) “comportamiento organizacional” México.

Capítulo 1756

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

JORGE LUIS RODRIGUEZ ALONSO

MARIA DEL ROSARIO MONTES ESCOBIO

1 Introducción

La Seguridad y Salud en el Trabajo trata de forma básica todos los conceptos, factores y requisitos legales que se deben de tener en cuenta a la hora de gestionar en una empresa la prevención de los riesgos laborales.

La salud se puede ver alterada por muchos motivos o factores de riesgo existentes en el ambiente laboral (el propio trabajo, el ambiente en el que se realiza, las condiciones de vivienda y alimentación, la recuperación física de las exigencias del trabajo, las posibilidades de ocio y de desarrollo personal en el trabajo).

La salud laboral tiene como fin el evitar que se pueda alterar la integridad psicofísica de los trabajadores, intenta mejorar las condiciones de trabajo.

Tiene como finalidad fomentar y mantener el más alto nivel de bienestar físico, mental y social de los trabajadores en todas las profesiones, protegerlos en su empleo contra los riesgos para la salud y colocar y mantener al trabajador en un empleo que convenga a sus aptitudes psicológicas y fisiológicas, adaptar el trabajo al hombre y cada hombre a su trabajo.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Conocer los conceptos básicos sobre seguridad y salud en el trabajo.

Objetivos secundarios:
- Analizar los riesgos generales y específicos y su prevención.
- Conocer las obligaciones específicas de las empresas y del empresario en materia de prevención de riesgos laborales.
- Conocer los derechos y obligaciones de la participación de los trabajadores en la prevención de riesgos laborales.
- Conocer los requisitos que debe tener un Sistema de gestión de prevención de riesgos laborales.
- Tener nociones básicas sobre primeros auxilios.

3 Metodología

El tipo de estudio realizado es tipo teórico y analítico descriptivo, mediante la búsqueda de información experta a través de la cual hemos intentado desarrollar nuestros objetivos.

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Lo primero que tenemos que saber son los conceptos básicos sobre seguridad y salud en el trabajo.

RIESGO: Es la posibilidad de sufrir un accidente o una enfermedad profesional
PREVENCIÓN: Son todas las actuaciones encaminadas a evitar el riesgo. Hay prevención cuando se forma a un trabajador, se realiza una Evaluación de Riesgos, se dota al trabajador con un Equipo de Protección Individual (por ejemplo de un casco), o de cualquier otra actuación para prevenir un riesgo.

PELIGRO: En el trabajo es la actuación, condición o situación que puede producir efectos adversos sobre las personas, sobre equipos de trabajo o sobre materiales.

ACCIDENTE: Es el acontecimiento o hecho no deseado, del que se derivan pérdidas, para las personas y/o para los bienes. Legalmente es toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o consecuencia del trabajo que ejecuta por cuenta ajena.

INCIDENTE: Es el acontecimiento o hecho no deseado que, en circunstancias muy poco diferentes, podrían haber provocado un accidente.

ENFERMEDAD DERIVAD DEL TRABAJO: Es el deterioro lento y paulatino de la salud del trabajador producida por una exposición continua a situaciones adversas, producidas por agentes químicos, físicos o biológicos.

ENFERMEDAD PROFESIONAL: Es toda aquella enfermedad contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena, en las actividades que se especifiquen en el cuadro que se aprueba por las disposiciones de aplicación y desarrollo de la ley, y que esté provocada por la acción de los elementos o substancias que en dicho cuadro se indique para toda enfermedad profesional.

CONTROL: Para este ámbito, es la parte de la gestión profesional que fija los estándares, mide, evalúa y corrige situaciones.

SEGURIDAD: Es el control de pérdidas por accidentes.

HIGIENE LABORAL: Es el control de pérdidas por enfermedades profesionales.
Es importante recalcar que la salud debe implicar no sólo la ausencia de enfermedad, sino que se debe llegar a armonizar y llegar a un equilibrio tanto nuestro organismo, nuestra mente y nuestras relaciones sociales.
El trabajo puede influir en la salud:
- Positivamente, puesto que favorece el desarrollo personal
- Negativamente, pues puede ocasionar daños relacionados con los riesgos laborales.

El trabajo incide en la salud de diversas formas, bien porque existen factores de riesgo que pueden afectar directamente y de forma negativa a la salud (como por ejemplo, ante la exposición a agentes tóxicos o peligrosos), o bien porque el propio trabajo lleva aparejado un desgaste físico o psíquico que incrementa las posibilidades de desarrollar determinada patología o enfermedad (como por ejemplo, la carga de trabajo, el estrés, la insatisfacción laboral, que pueden po-

tenciar el riesgo de infarto, enfermedades cardiovasculares, etc).

El trabajo está sujeto a exigencias productivas, cantidades, costes, calidad.., motivadas por la competitividad de la economía de mercado. Para que un trabajo se realice con máxima productividad, es preciso que sea seguro.
El control sobre todo tipo de pérdidas en necesario en los trabajos para obtener una mayor productividad y hacer un buen trabajo.

Si no hay un control para evitar las lesiones y/o pérdidas, con una suficiente inversión en seguridad, en función de cada actividad laboral, conseguiremos que el trabajo y los gastos se multipliquen, además de las lesiones personales que se pueden provocar.

Para ese control es necesario tener en cuenta los recursos materiales y técnicos, así como los humanos existentes. Entender su interrelación, y la forma en que se llevan a cabo las funciones productivas.

El trabajo y la salud están interrelacionados. El trabajo es necesario para satisfacer necesidades básicas como la supervivencia, e incluso las de desarrollo personal, y social. Un trabajo llevado a cabo en condiciones inadecuadas puede incluso ser perjudicial nuestra salud.
Si queremos realizar nuestro trabajo de forma correcta, debemos estar siempre en un nivel

ESTANDAR.
Tanto los materiales, equipos e instalaciones, no deben generar riesgos innecesarios. Las personas, cultura empresarial, organización y ambiente de trabajo deberías ser los adecuados para realizar las tareas asignadas en nuestros puestos de trabajo.

La salud está relacionada con todos estos aspectos. Si en una empresa se cambian los procesos, los medios técnicos u organizativos, materiales utilizados, pueden cambiar las condiciones de seguridad y salud para los trabajadores. Por eso estos cambios también tienen que ser estudiados bajo el prisma de la seguridad e higiene. Aunque muchas veces estos cambios vendrán dados con el fin de aumentar la producción o reducción de costes, no deben provocar, ni directa ni indirectamente, un perjuicio en la salud de los trabajadores (entendiendo salud como bienestar físico psíquico y social).

Por tanto no solo nos centraremos en cuestiones de seguridad, con el fin de evitar el accidente, sino que prestaremos atención a los factores psicosociales y organi-

zativos, cuyas consecuencias no suelen ser inmediatas, e incluso muchas veces pasan de forma desapercibida durante mucho tiempo.

El empresario está obligado a aplicar para cumplir con su deber de prevención de riesgos laborales.

Estos son:
- Evitar los riesgos.
- Evaluar los riesgos que no se puedan evitar.
- Combatir los riesgos en su origen
- Adaptar el trabajo a cada persona, en particular en lo que respecta a la concepción de los puestos de trabajo. Así como a la elección de los equipos y los métodos de trabajo y de producción, con miras, en particular, a atenuar el trabajo monótono y repetitivo y reducir los efectos del mismo en la salud.
- Tener en cuenta la evolución de la técnica.
- Sustituir lo peligroso por lo que entrañe poco o ningún peligro.
- Planificar la prevención, buscando un conjunto coherente que integre en ella la técnica, la organización del trabajo, las condiciones de trabajo, las relaciones sociales y la influencia de los factores ambientales en el trabajo.
- Adoptar medidas que antepongan la protección colectiva a la individual.
- Dar las debidas instrucciones a los trabajadores.

Existen también obligaciones de los trabajadores en materia de prevención de riesgos ya que también son agentes activos en la prevención, de su actuación puede depender su seguridad y la de sus compañeros.

Corresponde a cada trabajador velar, según sus posibilidades, por su propia seguridad y salud en el trabajo y por la de aquellas otras personas a quienes puede afectar su actividad profesional.

El trabajador tiene el deber de cooperar con el empresario para que éste pueda garantizar unas condiciones de trabajo sin riesgos.

Este deber incluye:
1. Usar adecuadamente, de acuerdo con su naturaleza y los riesgos previsibles, las máquinas, aparatos, herramientas, sustancias peligrosas, equipos de transporte y, en general, cualesquiera otros medios con los que desarrollen su actividad.
2. Utilizar correctamente los medios y equipos de protección facilitados por el empresario, de acuerdo con las instrucciones recibidas de éste.
3. No poner fuera de funcionamiento y utilizar correctamente los dispositivos de

seguridad existentes o que se instalen en los medios relacionados con su actividad o en los lugares de trabajo en los que ésta tenga lugar.
4. Informar de inmediato a su superior jerárquico directo, y a los trabajadores designados para realizar actividades de protección y de prevención o, en su caso, al servicio de prevención, acerca de cualquier situación que, a su juicio, entrañe, por motivos razonables, un riesgo para la seguridad y la salud de los trabajadores.
5. Contribuir al cumplimiento de las obligaciones establecidas por la autoridad competente con el fin de proteger la seguridad y la salud de los trabajadores en el trabajo.
6. Cooperar con el empresario para que éste pueda garantizar unas condiciones de trabajo que sean seguras y no entrañen riesgos para la seguridad y la salud de los trabajadores.

5 Discusión-Conclusión

Debemos considerar que la prevención de accidentes es un problema de todos y no solo un problema que afecta a un trabajador aislado, todos debemos estar comprometidos en la acción de prevención, desde el trabajador hasta el empresario.

La acción de prevención y seguridad debe exceder los muros de la empresa y llegar hasta el hogar, la familia y la sociedad.

Debe promoverse la formación de seguridad, en donde cada trabajador, cada grupo de trabajo y empresa velen por la seguridad, de tal forma que haya una autoprotección de forma espontánea.

6 Bibliografía

1. Piédrola Gil. Medicina Preventiva y Salud Pública. 11.ª edición. Barcelona. Editorial MASSON, 2008.
2. Declaración de Luxemburgo 27 y 28 de noviembre 1997; Red Europea para la Promoción de la Salud en Lugar de Trabajo. (acceso 03/11/2015).
3. A. G. Moreno Pimentel. De la ley de prevención a la empresa saludable: 20 años de evolución. Revista Enfermería del Trabajo 2015; 5: 108-121 (acceso 03/11/2015).
4. Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo. Hacer de Europa un lugar de trabajo más seguro, saludable y productivo. Año 2014 (acceso 15/11/2015).

5. OMS. Salud de los trabajadores: plan de acción mundial. 60.ª Asamblea Mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Resoluciones y decisiones. Ginebra 2007; acceso (15/11/2015.)
6. Ministerio de Empleo y Seguridad Social. INSHT. Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo 2015-2020. Año de publicación 2015 (acceso 02/10/2015).
7. Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. BOE n.º 269 10/11/1995.



ciencia
sanitaria

cienciasanitaria.es